

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი
ეკატერინე მოწონელიძე

**ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა
სამედიცინო მომსახურების სფეროში**

წარდგენილია აკადემიური დოქტორის
ხარისხის მოსაპოვებლად

სადოქტორო პროგრამა: ბიზნესის ადმინისტრირება
შიფრი: 02

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი
თბილისი, 0175, საქართველო
2016 წ.

საავტორო უფლება 2016 ეკატერინე მოწონელიძე

თბილისი
2016

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი

ბიზნეს-ინჟინერინგის ფაკულტეტი

ჩვენ, ქვემოთ ხელმომწერები ვადასტურებთ, რომ გავეცანით ეკატერინე მოწონელიძის მიერ შესრულებულ ნაშრომს დასახელებით „ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა სამედიცინო მომსახურების სფეროში“ და ვაძლევთ რეკომენდაციას საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიზნეს-ინჟინერინგის ფაკულტეტის სადისერტაციო საბჭოში მის განხილვას დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად.

_____ 2016 წელი

ხელმძღვანელი

პროფესორი რუსუდან ქუთათელაძე

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი

2016 წელი

ავტორი: ეკატერინე მოწონელიძე

თემის დასახელება: „ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა
სამედიცინო მომსახურების სფეროში“

ფაკულტეტი: ბიზნეს–ინჟინერინგის

ხარისხი: დოქტორი

სხდომა ჩატარდა:

ინდივიდუალური პიროვნების ან ინსტიტუტების მიერ ზემოთმოყვანილი დასახელების დისერტაციის გაცნობის მიზნით მოთხოვნის შემთხვევაში მისი არაკომერციული დანიშნულებით კოპირებისა და გავრცელების უფლება მინიჭებული აქვს საქართველოს ტექნიკურ უნივერსიტეტს.

ავტორის ხელისმოწერა

ავტორი ინარჩუნებს დანარჩენ საგამომცემლო უფლებებს და არც მთლიანი ნაშრომის და არც მისი ცალკეული კომპონენტების გადაბეჭდვა ან სხვა რაიმე მეთოდით რეპროდუქცია დაუშვებელია ავტორის წერილობითი ნებართვის გარეშე.

ავტორი ირწმუნება რომ ნაშრომში გამოყენებული საავტორო უფლებებით დაცულ მასალებზე მიღებულია შესაბამისი ნებართვა (გარდა იმ მცირე ზომის ციტირებებისა, რომლებიც მოითხოვს მხოლოდ სპეციფიკურ მიმართებას ლიტერატურის ციტირებაში, როგორც ეს მიღებულია სამეცნიერო ნაშრომის შესრულებისას) და ყველა მათგანზე იღებს პასუხისმგებლობას

რეზიუმე

სადისერტაციო ნაშრომში „ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა სამედიცინო მომსახურების სფეროში“ შედგება 139 გვერდისაგან და „დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარდგენილი დისერტაციის გაფორმების ისტრუქციის“ შესაბამისად წარმოდგენილია: ტიტულის გვერდი, ხელმოწერების გვერდი, საავტორო უფლების გვერდი, რეზიუმე (ქართულ და ინგლისურ ენებზე), შინაარსი, ცხრილების ნუსხა, ნახაზების ნუსხა, მაღლიერების გვერდი, ძირითადი ტექსტი, რომელშიც მოცემულია შესავალი, ლიტერატურული მიმოხილვა, შედეგების განსჯა, დასკვნა და გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა.

შესავალ ნაწილში დასაბუთებულია სადისერტაციო თემის აქტუალობა, კვლევის მიზანი და ამოცანები, კვლევის ობიექტი და საგანი, თეორიულ–მეთოდოლოგიური საფუძვლები, მეცნიერული სიახლე. განსაზღვრულია ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა და გამოყენების სფერო, მოცემულია ნაშრომის აპრობაცია და პუბლიკაცია, მოცულობა და სტრუქტურა.

ლიტერატურული მიმოხილვა გამოხატავს თუ რომელი წყაროებიდან გამოიკვთა სადისერტაციო ნაშრომში მითითებული პრობლემები, რამდენად გათვითცნობიერებულია თითოეულ პრობლემაზე დასმული კითხვები და როგორი მიდგომით ხდება ამ პრობლემების გადაწყვეტა, რა ხარისხით მოხდა სადისერტაციო ნაშრომში მათზე პასუხის გაცემა და რაზეა გამახვილებული ყურადღება და რომელი პრობლემა გახდა სიღრმისეულად გამოკვლევისა და განხილვის საგანი და რომელი პრობლემა გახდა ნაშრომისათვის მიმზიდველი და გამოყენებული.

შედეგები და მათი თანმიმდევრულად განსჯა–განხილვა მოცემულია სამ თავში (პარაგრაფით).

პირველ თავში „ჯანდაცვის სისტემის მართვის პრობლემები“ მოცემულია ჯანდაცვის სისტემის განვითარების, მართვის პრიორიტეტები და პრობლემები, სამედიცინო მომსახურების სფეროში რეფორმების განვითარების პრობლემები და სამედიცინო მომსახურება და განვითარების ტენდენციები; ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემები, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები.

მეორე თავში „ჯანდაცვის სისტემაში ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის განვითარება“ განხილულია შემდეგი საკითხები: ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის შექმნის, განვითარებისა და მართვის პრობლემები; ჯანდაცვის დაწესებულებებზე მოქმედი ფაქტორების გავლენა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ–ეკონომიკურ სისტემაზე; მარკეტინგის როლი ჯანდაცვის ეკონომიკურ–ორგანიზაციული სისტემის განვითარებაზე: ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის მართვა ჯანდაცვაში.

მესამე თავში „ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის თავისებურებები“ განხილულია შემდეგი საკითხები: სახელმწიფო–კერძო

პარტნიორობის თავისებურებები და მოდელები, კერძო სექტორის მეწარმეობისა და ბიზნესის სარგებლიანობის საკითხები, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარების თავისებურებები ჯანდაცვაში; სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საქმეში; სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში.

ნაშრომში მოცემული ლიტერატურის მიმოხილვით ნათელი ხდება, რომ საქართველოში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ირგვლივ კვლევის მასალები არა გვაქვს, ჯერჯერობით ეს საკითხი ქართველ ეკონომისტთა და მართვის პრობლემების მკვლევართა კვლევის გარეშე დარჩენილი, არადა ეს მიმართულება – ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის კვლევა მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის დაწესებულებისათვის. მისი შექმნა და გამოყენება საშუალებას იძლევა უფრო ეფექტიანი და რაციონალური გახადოს დაწესებულების მენეჯმენტი და საქმიანობა.

ჩვენმა გამოკვლევამ ჯანდაცვაში, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების სფეროში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის შექმნასად და მართვაზე დადებული შედეგი მოგვცა.

ჩვენმა კვლევამ ჯანდაცვის პოლიტიკასა და მართვის პრობლემებზე გამოკვეთა ჯანდაცვის მართვის ლოგიკა, რომელიც ორიენტირებულია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე. ეს მოდელი წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურის სისტემის შექმნის წინაპირობას, რითაც ჩვენს მიერ დასაბუთებულია სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის შექმნის წინაპირობას, რითაც ჩვენს მიერ დასაბუთებულია სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს მიზანმიმართული ორგანიზებულ კომპლექსს ძირითადი კაპიტალისა და საქმიანობის წარმართვისათვის აუცილებელი წარმოების ფაქტორების (სამედიცინო ტექნიკა, მოწყობილობები, სამედიცინო პროფილური მომსახურების ტექნოლოგიები, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აპარატურა, სამედიცინო მომსახურების პროცესები, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო, მენეჯერულ და დამხმარე პერსონალი) და საინფორმაციო რესურსების (სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, გაიდლაინები, პროტოკოლები, ნორმები, ნორმატივები, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ქვეყნის მოსახლეობის დასაქმების დონე და შემოსავლების სიდიდე, სამედიცინო დაწესებულებების რეგიონული განაწილება, დასაქმებულთა რაოდენობა და სხვა) ერთობლიობას. მოცემული მონაცემების გამოყენების საფუძველზე ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია ორიგინალური სამედიცინო დაწესებულების (საკუთრების მიუხედავად) ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვის ორგანიზაციული სქემა, რომელიც ჩვენი დასაბუთებით წარმოადგენს კომპლექსურ, მოქნილ და ეფექტიან მართვის სისტემას.

ნაშრომში სიღრმისეული მიდგომით დამუშავდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი და გავლენა სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარებასა და სრულყოფაზე.

ნაშრომში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე ჩვენს მიერ პირველად საქართველოს ჯანდაცვაში გამოვავლინეთ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის დადებითი მხარეები, რამაც ხელი შეუწყო ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, გაიზარდა ინფორმირებულობის დონე, ამაღლდა სამედიცინო დაწესებულებათა იმიჯი, დაინერგა მოსავალი მკურნალობის ტექნოლოგიები და დაინერგა ინოვაციები, გაიზარდა დაფინანსების მოცულობა, ყველა ამ მაჩვენებელმა და საერთოდ სახელმწიფო კერძო პარტნიორობამ გააუმჯობესა სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა და ხელი შეუწყო მის განვითარებასა და სრულყოფას.

ნაშრომში პირველად და დამუშავებული სხვადასხვა სახის საკუთრებაზე აგებული სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო სამედიცინო დაწესებულებების საფუძველზე შექმნილი სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო ჯანდაცვის სისტემები. დამუშავებულია ამ სისტემების ერთიანი მართვის სისტემა, რომლის საფუძველზე შემუშავებულია ჯანდაცვის ინოვაციური ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა, რომელიც მოიცავს შემდეგ მიმართულებებს: 1. ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა, რეგულირება და მართვა, რომელიც აუცილებელია ყველა სახის სამედიცინო დაწესებულებისათვის; 2. ჯანდაცვის განვითარებასა და საქმიანობაზე დაფინანსების მოდელი; 3. ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვის მოდელი; 4. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოდელი. თვით ეს მოდელი, რომელიც ინოვაციურია, დაკავშირებულია სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის სისტემასთან და მასში შემავალი სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის კომპანიებთან, ერთის მხრივ, კერძო ჯანდაცვის სისტემასთან და მასში შემავალი კერძო ბიზნესის განვითარებასთან, მეორე მხრივ, მესამე მხრივ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორულ კომპანიებთან და მეოთხე მხრივ, კერძო პრაქტიკის ექიმებთან. ეს სქემა იძლევა საშუალებას სახელმწიფოებრივ დონეზე გადაწყდეს ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების განვითარების პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტაში დიდი როლის შესრულება შეუძლია თითოეული სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემას.

ნაშრომის კვლევის შედეგებზე ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები და არგუმენტირებული დასკვნები, რომელთა საფუძველზე შეიძლება ჯანდაცვის სისტემაში წარმატებით იქნას გამოყენებული ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა. ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაზე, დანერგვასა და გამოყენებაზე შეიძლება გამოყენებული იქნას სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობისა და სამედიცინო მომსახურების ჩვენეული მოდელები.

Abstract

Enhancement of organizational-economic system in medical service is considered in this thesis which contains 139 pages, and instruction given regarding the format of thesis. In accordance with the said above are given: cover page, signature page, copyright page, summary (in Georgian and English languages), content, timesheet, blueprint list of blueprints, gratitude page, the main text, which contains introduction, review of literature, discussion on analysis, conclusion and the list of the literature used.

Actuality of the topic, goals and tasks, object of the research, theoretical and methodological basics and scientific innovations are substantiated in the introductory part of the thesis. Practical meaning and application area of the thesis are defined, approbation and publication of work is given, as well as its volume and structure.

Review of literature reflects the sources of problems, indicated in the thesis work, awareness of the questions to each problem and the ways of the problem solution. Ways of approaching of problem-solving, its quality, what is emphasized and which kind of problems became an object of in-depth research, what kind of problems are attractive and useful are discussed in the thesis work.

The result and their detailed discussion and analysis are given in three chapters (with paragraph).

Priorities and problems of the development of healthcare system management, problems on the development of reforms in medical service and its tendencies are given in the first chapter “Problems of healthcare system management”. Also problems of healthcare system management and organization of medical service, characteristic and funding of medical service are reviewed in the chapter.

Problems of creation, development and management of organizational-economic system, influence of factors, affecting healthcare establishments on the organizational-economic system of medical service are given in the second chapter “Enhancement of organizational-economic system in healthcare”. Role of marketing on the development of healthcare organizational-economic system: management of organizational-economic system in healthcare.

Characteristics and models of public private partnership, issues of private sector entrepreneurship and business utility, importance of public private partnership in medical service, role of public private partnership in the enhancement of organizational-economic system in healthcare are given in the third chapter “Characteristics of the enhancement of organizational-economic system”.

Based on the literature review, it's obvious that in Georgia there is no research material concerning organizational-economic system and this issue is beyond of research of Georgian economists and research-fellows in the management field, but still remains important for every establishment with legal organizational form, its creation and application makes available and more rational and effective the management of medical establishment. Our research in healthcare, in creation and management of the organizational-economic system in area of medical service gave us a positive result.

Our research in health policy management issues has stressed the logic of healthcare management, which is focused on healthcare outcomes and effectiveness. This model is a precondition for creation of organizational-economic system for medical facility and is stated by us as the goal-oriented organized complex with main capital and as a unity of necessary factors (medical equipment, medical profile technologies, diagnostic and treatment apparatus, medical service process, highly qualified personnel), information resources (medical service program, guidelines protocols, regulations, normatives, health condition of population, employment level of population of country and value of income, regional distribution of medical establishments, number of employed people and other). On the basis of application of given data organizational scheme of management of organizational-economic system of original medical facility (despite on ownership) is offered by us, where the complex and effective management system is presented by us.

Role of public private partnership in Georgian healthcare system and its influence on the development and enhancement of organizational-economic system in medical facilities are processed with in-depth approach in this work. On the basis of researches performed in this work, it is the first time in Georgian healthcare system that positive sides of public private partnership was revealed by us, that promoted the increase of availability of healthcare of population in the country, information level regarding this issue has also increased, the image of medical facilities has raised, technologies of future treatment were implemented as well as innovations, funding has been increased, all these indicators public private partnership in whole has improved organizational economic system of medical facility and promoted its development and enhancement.

It is first time in this work, designed on different type of ownership governmental, municipal and private, unity management system was processed, on the basis of which innovative healthcare organizational-economic system was developed with the following directions: 1. state healthcare policy, regulation and management, which is necessary for each medical facility; 2. Model designed for development of healthcare and funding; 3. Healthcare insurance management model; 4. Medical service market model. This kind of model of management, which is innovative and is related with governmental and municipal healthcare system and its companies, private healthcare systems, private business development, public private partnership companies and private practice doctors. This scheme gives an opportunity to resolve problems of medical service in healthcare at the governmental level, where, organizational-economic system of medical facilities plays an important role

Based on the research outcomes reasoned conclusions and recommendations, on the basis of which, organizational-economic system can be used successfully. Public private partnership and medical service model designed by us, can be used in the implementation of healthcare public private partnership.

შინაარსი

შესავალი	14
თემის აქტუალობა	15
კვლევის საგანი	16
კვლევის ობიექტი	17
კვლევის მიზანი და ამოცანები	18
კვლევის მეცნიერული სიახლე	20
ლიტერატურული მიმოხილვა	23
თავი 1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების მართვის პრობლემები	48
1.1. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების თანამედროვე მოდელები და განვითარების თავისებურებები	48
1.2. სამედიცინო მომსახურების სფეროში რეფორმების განვითარების პრობლემები	53
1.3. ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემები	61
1.4. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები	70
თავი 2. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარება საქართველოს ჯანდაცვაში	81
2.1. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა: შექმნის, განვითარებისა და მართვის პრობლემები	81
2.2. სამედიცინო საწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემაზე მოქმედი ფაქტორები	88
2.3. მარკეტინგის როლი ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარების საქმეში	95
2.4. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვა ჯანდაცვაში	101
3. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის თავისებურებები	110

3.1. სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის განვითარების თავისებურებები -----	110
3.2. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის თავისებურებები და მოდელები -----	112
3.3. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში -----	116
3.4. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანი- ზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში -----	124
დასკვნა -----	131
გამოყენებული ლიტერატურა -----	134

ცხრილების ნუსხა

ცხრილი 2.1. საქართველოს სტაციონარებში განთავსებული საწოლთა
ფონდი პროფილის მიხედვით და მისი გამოყენების
მაჩვენებლები (2010 წლის მონაცემებით) ————— 86

ნახაზების ნუსხა

ნახ. 1.1. ჯანდაცვის მართვის ლოგიკა: ორიენტაცია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე	62
ნახ. 1.2. დამუშავებულია ე. მოწონელიძის მიერ	69
ნახ. 1.3. სამედიცინო დახმარების ბიუჯეტური მოდელი (ინგლისის მაგალითი)	73
ნახ. 1.4. სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და დაფინანსების სავალდებულო დაზღვევის მოდელი (გერმანიის მაგალითზე)	75
ნახ. 1.5. საქართველოში სამედიცინო მომსახურებისა და დაფინანსების ბიუჯეტური მოდელი	78
ნახ. 2.1. ორგანიზაციული სისტემა	82
ნახ. 2.2. ეკონომიკური სისტემის მიმართულებები	83
ნახ. 2.3. სამედიცინო დაწესებულების (საკუთრების მიუხედავად) ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვის ორგანიზაციული სქემა	87
ნახ. 2.4. ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა	105
ნახ. 2.5. სამედიცინო მომსახურებისათვის სამედიცინო ქსელის დონეებად მოწყობის სქემა	106

მადლიერება

სადისერტაციო ნაშრომის დროულად და სრულად შესრულების გამო მადლობას ვუხდით საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის პროფესორებს ე. ბარათაშვილს, ა. აბრალავას, ჩემს მეცნიერ ხელმძღვანელს, პროფ. რ. ქუთათელაძეს, სასწავლო უნივერსიტეტ „გეომედის“ ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მენეჯმენტის ფაკულტეტს.

ძირითადი ტექსტი

შესავალი

ჯანდაცვაში–ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს ეკონომიკისა და მართვის მიმართულებას, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკასა და მენეჯმენტს და განიხილება ისეთი საკითხები, როგორცაა: სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მოთხოვნისა და მიწოდების პრობლემები, ბაზრის თავისებურებები, ჯანდაცვის ობიექტების ორგანიზაციულ–სამართლებრივი ფორმები. სამედიცინო, მენეჯერული და დამხმარე პერსონალის მენეჯმენტი, სახელმწიფო ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების დაფინანსების ეფექტიანობის შეფასება, სამედიცინო ობიექტების მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურები, მოსახლეობის ჯანდაცვაზე მოთხოვნილებებისა და დაკმაყოფილების მარკეტინგული კვლევა, სახელმწიფო და კერძო პარტნიორობის ეფექტიანობა, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაზღვევის მართვა, ჯანდაცვაში მიმდინარე რეფორმების ეფექტიანობა, ჯანდაცვის განვითარების მსოფლიო ტენდენციები და ა.შ.

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ხარისხი, სამედიცინო ობიექტების მიერ დროული და ხარისხიანი მომსახურების გაწევა, მომხმარებლების მოთხოვნილებების უზრუნველყოფა. სამედიცინო ობიექტების მზადყოფნა კვალიფიციურ, ხარისხიან და საიმედო მომსახურებაზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა მთავრობის მიერ მიჩნეულია პრიორიტეტულ დარგად და უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსება იზრდება, ასევეა სოციალურ დაცვაზე.

მიუხედავად საბიუჯეტო დაფინანსებისა, ჯანდაცვის განვითარებაზე სახსრები მაინც არაა საკმარისი. სამედიცინო მომსახურებაზე დაფინანსების

68% მოდის კერძო სექტორიდან და მოსახლეობიდან. შესაბამისად, უკვე მიზანშეწონილადაა მიჩნეული, რომ ჯანდაცვაში გამოყენებული იქნას სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა. ეკონომიკის ამ მოდელს ესაჭიროება სახელმწიფოებრივი მიდგომა, რისთვისაც აუცილებელია შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტების არსებობა. საჭიროა მათი დროული დამუშავება, რათა ეფექტიანად დარეგულირდეს სახელმწიფო და კერძო ჯანდაცვის სისტემების საქმიანობა.

ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა (საავადმყოფოები, ჰოსპიტალი, კლინიკები, ამბულატორიები, კერძო პრაქტიკის ექიმები) და მომხმარებელთა (მოსახლეობა, ბიზნეს-ორგანიზაციები) ერთიანობას, რომლებიც ერთმანეთთან იმყოფება ურთიერთკავშირსა და ურთიერთსარგებლიან ურთიერთობებში. ჯანდაცვაშიამ სისტემის განსაკუთრებულ თვისებას წარმოადგენს ის, რომ ჯანდაცვის ობიექტის მიერ შექმნილი სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს მომხმარებლის დანახარჯს და მომხმარებელი იძენს ისეთ რესურსს, რომელიც მისი შემდგომი წარმატების, განვითარებისა და კეთილდღეობის საფუძველია.

ცნობილია, რომ ეკონომიკურ სისტემაში მის განმსაზღვრელად გვევლინება საქმიანობის შემდეგი სფეროები: წარმოება, განაწილება, მოხმარება და გაცვლა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციულ- ეკონომიკურ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების შექმნა და გაწევა წარმოადგენს მნიშვნელოვან საქონელს, რომლის გაცვლა, განაწილება და მოხმარება უკვე თვით სისტემის ძირითადი ამოცანაა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ძირითად შემადგენელ ნაწილებად საქართველოში ეკონომიკის თანამედროვე განვითარების შესაბამისად შეიძლება იყოს:

- კაპიტალსა და რესურსებზე (მატერიალური, ტექნოლოგიური, ფინანსური, ადამიანური, ინტელექტუალური, ინფორმაციული)

საკუთრების ფორმის მიხედვით ორგანიზაციულ-ეკონომიკური ურთიერთობების განვითარება;

- ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
- სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მართვის ორგანიზაციული ფორმების ჩამოყალიბება და განვითარება;
- ორგანიზაციულ-ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება;
- სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის განვითარება, როგორც კონკრეტული ეკონომიკური მექანიზმის ჩამოყალიბება სახელმწიფოსა და კერძო ბიზნესსა და მეწარმეობას შორის.

თემის აქტუალობა. საქართველოში ეკონომიკის განვითარების თანამედროვე პირობებში გამოიკვეთა ეკონომიკის ზრდის ტენდენციები, ამოქმედდა ახალი საწარმოები, მცირდება უმუშევრობის დონე, თანდათანობით ვითარდება კერძო ბიზნესი და მეწარმეობა. მნიშვნელოვნად გაიზარდა კერძო ბიზნესის აქტიურობა.

დღევანდელ პირობებში ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების საქმეში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მთავრობის მიერ პრიორიტეტულად მიჩნეულ დარგებს: ჯანდაცვა, განათლება, ენერგეტიკა.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარეობს ეკონომიკური რეფორმები, რომელთა მიზანია უფრო ხელმისაწვდომი გახდეს სამედიცინო მომსახურება, განვითარდეს სამედიცინო მომსახურების ბაზარი, მოქნილი გახდეს ორგანიზაციულ-ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის მართვა, განვითარების ახალ სიმაღლეზე იქნას აყვანილი პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, გაუმჯობესდეს სამედიცინო მომსახურების ტექნოლოგია და მომსახურების ხარისხი, ამაღლდეს სამედიცინო ობიექტების მენეჯმენტის ხარისხი, უფრო ეფექტიანად იქნას გამოყენებული ჯანმრთელობასა და სოციალურ დაცვაზე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრები.

2011–2015წ.წ. ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის განვითარების სტრატეგიის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენდა: თანასწორი ხელმისაწვდომობა, პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა, ეფექტიანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სახელმწიფო და კერძო სექტორების თანამშრომლობა, თავისუფალი კონკურენციის ხელშეწყობა, გამჭვირვალობა საჭიროებებთან მიმართებაში რესურსების ადეკვატურობა, ინტერსექტორული მიდგომა.

ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიამ, რომელმაც დიდი როლი შეასრულა ჯანდაცვის სისტემის განვითარების საქმეში, განვითარება ჰპოვა შემდეგი მიმართულებით 2013 წლის მარტის თვიდან საყოველთაო დაზღვევაზე გადავიდა დანარჩენი მოსახლეობა, რომელიც ადრე არ იყო მოქცეული ამ სისტემაში, ამჯერად მათმა რაოდენობამ 3 მლნ–ს გადააჭარბა, ამის გარდა 500000 ადამიანი დაზღვეულია კერძო სექტორში.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პირველად ჯანდაცვას, ამოქმედდა 82 ახალი პირველადი ჯანდაცვის ობიექტი, ხელფასები გაეზარდათ სამედიცინო პერსონალს. უმჯობესდება ორგანიზაციულ-ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის ორგანიზება და მართვა.

ვითარდება სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობა. შჯსდ სამინისტრო ეკონომიკის სამინისტროსთან თანამშრომლობით ამუშავებს ნორმატულ დოკუმენტს, რომელიც დაარეგულირებს და მოქნილს გახდის სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობას.

ქვეყნის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარების პრობლემები უშუალო კავშირშია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მართვის, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების, სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის განვითარების, საქმიანობის მაღალ დონეზე ორგანიზებასთან და განვითარებულ ქვეყნებში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მოქმედების ეფექტიანობის გათვალისწინებამ

განაპირობა ჩვენს მიერ დასმული პრობლემის – ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის კვლევის აქტუალობა.

კვლევის საგანი. კვლევის საგანს წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მართვის პრობლემები და არსებული ურთიერთობები სისტემაში შემავალი სხვადასხვა დონის ჯანდაცვის ობიექტებთან, მათი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების გათვალისწინებით.

კვლევის ობიექტი. კვლევის ობიექტია ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა, მისი როლი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში, ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის მართვა, ობიექტების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების ეფექტიანობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში, სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლების საქმეში.

კვლევის მიზანი და ამოცანები. კვლევის მიზანია ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარება ქვეყნის ეკონომიკის მდგომარეობის გათვალისწინებით, მისი როლი ჯანდაცვაში ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის მენეჯმენტის განვითარების საქმეში, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და ახალი ფორმის ურთიერთობების სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის განვითარება.

კვლევის სტრატეგია დაყოფილია ამოცანებად:

- ჯანდაცვაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმების როლი ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვის გაუმჯობესების მიზნით;
- ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარების როლი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში;

- ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ახლებური მიდგომა სახელმწიფო ჯანდაცვისა და კერძო ჯანდაცვის სისტემების ეფექტიანად მართვის საქმეში;
- ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის როლი ჯანდაცვაში ეკონომიკური, სამეურნეო და სამედიცინო საქმიანობის მენეჯმენტის ხარისხის ამაღლების საქმეში;
- სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის საზღვარგარეთული გამოცდილების გამოკვლევა და რეკომენდაციების დამუშავება;
- სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვის გაუმჯობესების საქმეში;
- სამედიცინო ობიექტების (სახელმწიფო, კერძო, შერეული) მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურების შემუშავება ჯანდაცვაში რეფორმირებული ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარების საფუძველზე.

კვლევის მეცნიერულ სიახლეს წარმოადგენს ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის აგება ქვეყნის განვითარების თანამედროვე განვითარებისა და ჯანდაცვაში უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში გატარებული რეფორმების საფუძველზე. ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა-მიწოდების ახლებურად რეგულირების სისტემას. სისტემა ითვალისწინებს მართვის ახალ მიდგომას სახელმწიფო ჯანდაცვისა და კერძო ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლობაზე, რომლის დროსაც გამოკვეთილია სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის მართვის სისტემის განსხვავებული მიდგომა ვიდრე კერძო ბიზნესის თუ მეწარმეობის კუთვნილ სამედიცინო დაწესებულებაში. განსხვავება მნიშვნელოვანია. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა თავისი მიდგომით მოახდენს მათი ერთობლივი საქმიანობის ეფექტიანად მართვას.

ჩვენს მიერ ახლებურადაა განსაზღვრული ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს ჯანდაცვის რეფორმებსა და საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებას.

შემოთავაზებულია ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ახლებური ხედვა, რომელიც ითვალისწინებს სახელმწიფო და კერძო ჯანდაცვის სისტემების ერთობლივ ურთიერთსარგებლიან საქმიანობას. ახლებურადაა დამუშავებული ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი, რის საფუძველზეც მოხდება სამედიცინო მომსახურების განვითარება.

შემუშავებულია ჯანდაცვის მართვის ლოგიკა, რომელიც ორიენტირებულია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე.

საკლვევი პრობლემის შესწავლის დონე, ლიტერატურის მიმოხილვა, ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა სამედიცინო მომსახურების სფეროში, არა აქვს განხილული ქართველ მეცნიერებს, ისინი ამ მიმართულებით სპეციალურად არ დაინტერესებულან. ჩვენი კვლევის საფუძველს ამ ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემაზე გამოვიყენეთ და დავეყრდენით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგებს, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მენეჯმენტის შეფასებას, არსებულ პრაქტიკასა და განვითარების მიმართულებებს.

კვლევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძველი და ინფორმაციული ბაზა.

ნაშრომის დამუშავების დროს კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა ანალოგიის, სტატისტიკური დაკვირვების, სისტემური მიდგომის, შედარებისა და ანალიზის მეთოდები.

კვლევისათვის საინფორმაციო ბაზას წარმოადგენს: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების, მართვისა და პოლიტიკის მიმართულებებზე საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდები და ნორმატიული მასალები,

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალები და ჯანდაცვის მართვის სფეროში ქართველი და უცხოელი მეცნიერების ნაშრომები.

პრაქტიკული მნიშვნელობა. სადისერტაციო თემის კვლევის შედეგების საფუძველზე ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები და არგუმენტირებული დასკვნები, რომელიც ძირითადად ეხება ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის გამოყენებასა და სრულყოფას შეიძლება გამოყენებული იქნას ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ჩამოყალიბებისა და განვითარების საფუძვლად, ჯანდაცვის სისტემაში სხვადასხვა დონის მმართველობით ორგანოებში, უმაღლესი სასწავლებლების სასწავლო პროგრამებში მეთოდურ-პრაქტიკული სახით, საკანონმდებლო ორგანოებში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარებაზე საკანონმდებლო აქტებში.

თემის ირგვლივ გამოქვეყნებული ნაშრომები

1. ე. მოწონელიძე, რ. ქუთათელაძე. ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემები. საერთაშორისო, რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, №1, 2014, გვ. 71-80.
2. ე. მოწონელიძე. „სამედიცინო მომსახურების, დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები“. ჟურნალი „სოციალური ეკონომიკა: XXI საუკუნის აქტუალური პრობლემები“. №3, მაისი-ივნისი 2015წ. გვ. 77-84.
3. ე. მოწონელიძე. „სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში“. ყოველკვარტალური რეფერირებადი და რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი „ბიზნეს-ინჟინერინგი“, №4, 2015, გვ. 53-55.

4. ე. მოწონელიძე, რ. ქუთათელაძე. „სახელმწიფო-კერძო პარტნიო-რობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში“, სტუ შრომები №1(499), 2016, გვ. 23-29.
5. ე. მოწონელიძე. „მარკეტინგის როლი ჯანდაცვის ეკონომიკურ-ორგანიზაციული სისტემის განვითარების საქმეში“, სტუ, საქართველოს საინჟინრო აკადემია. ყოველკვარტალური რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი „ბიზნეს-ინჟინერინგი“, №1, 2016, გვ. 78-79.
6. ე. მოწონელიძე, რ. ქუთათელაძე. „ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვა ჯანდაცვაში. სტუ, საქართველოს საინჟინრო აკადემია. ყოველკვარტალური რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი „ბიზნეს-ინჟინერინგი“, №1, 2016, გვ. 302-306.

სადისერტაციო ნაშრომის აპრობაცია

სადისერტაციო ნაშრომის აპრობაცია მოხდა: მესამე საერთაშორისო ეკონომიკურ კონფერენციაზე – IEC-2015 „ეროვნული ეკონომიკის განვითარების მოდელები: გუშინ, დღეს, ხვალ“. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი, აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი, ქუთაისი, 2015.

სადისერტაციო თემის მასალებზე შესრულებულია კოლოკვიუმები:

1. ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება და ხარისხის მართვის გაუმჯობესება.
2. ჯანდაცვის სისტემაში ეფექტიანი სამედიცინო მომსახურების განვითარებისა და ორგანიზების საკითხები.

ლიტერატურული მიმოხილვა

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის კვლევაზე, განვითარებასა და სრულყოფაზე როგორც საქართველოში, ასევე საზღვარგარეთ მუშაობს მეცნიერთა და პრაქტიკოსთა ჯგუფები და შექმნილი მრავალმხრივი და მრავალფეროვანი ნაშრომები. თვით ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს დარგის, ჩვენს კონკრეტულ შემთხვევაში ჯანმრთელობის დაცვის მართვისა და ჯანდაცვის ობიექტების მენეჯმენტის სისტემის შემადგენელ ნაწილს.

საქართველოში ჯანდაცვის მართვის სისტემა დამყარებულია პირველ რიგში ჯანდაცვის საქართველოს მთავრობის პოლიტიკაზე, რომელშიც ჯანდაცვის განვითარება მოიაზრება პრიორიტეტულად და გამოკვეთავს სახელმწიფოს ვალდებულებებს, მეორე რიგში კი ჯანდაცვის მიზნებზე, ამოცანებზე, მოქმედების გეგმასა და საქმიანობის პროცედურებზე. ამ ორი მიმართულების სწორად წარმართვა საბოლოოდ გვაძლევს შედეგებსა და ეფექტიანობას, რაც გამოხატავს ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ორიენტირს. ქედან გამომდინარე ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთა და მომხმარებელთა (მოსარგებლეთა) კავშირსა და ურთიერთობათა მართვის ორგანიზებას.

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ელემენტებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება ვლინდება საქმიანობის ნებისმიერ დროს, როდესაც ჯანდაცვის დაწესებულების (მომსახურება, საქონელი, შრომა) ხდება სხვადასხვა მომხმარებელთა გამოყენების რესურსი (სახელმწიფო, მოსახლეობა, სადაზღვევო კომპანიები, კერძო ბიზნესი).

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ელემენტების მეშვეობით ხდება საკუთარი სამედიცინო მომსახურების სახეების განაწილება და მომხმარებელთა მრავალმხრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება.

ჯანმრთელობის ეკონომიკაზე, მართვაზე, მენეჯმენტსა და სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ფორმირებაზე საქართველოში

სამედიცინო ნაშრომები გამოქვეყნებული აქვს: რ. ურუშაძეს, ო. გერზმავას, თ. ვერულავას, ა. ცერცვაძეს, ნ. ღვედაშვილს, ე. ბარათაშვილს, გ. ამყოლაძეს, მ. ფირცხალავას, მ. ლომსაძე-კუჭავას, რ. ლირთქიფანიძეს, გ. ხანთაძეს, დ. ვეკუას და სხვა.

1. რ. ურუშაძე „თანამედროვე საავადმყოფოს ორგანიზაცია და მენეჯმენტი“, 2010 წ. [1]. მოცემულ სახელმძღვანელოში განხილულია აშშ-სა და ევროპის ქვეყნების ჰოსპიტალური ორგანიზებისა და მენეჯმენტის ჩამოყალიბებისა და განვითარების ასპექტებს შეეხება, საინტერესოდ და მაღალპროფესიულადაა შედარებული საქართველოში ჯანდაცვის სექტორში არსებულ მდგომარეობასთან. განხილულია ჯანდაცვის სისტემა, ჰოსპიტალური სისტემა, საავადმყოფო, როგორც სისტემის შემაკავშირებელი რგოლი, თანამედროვე ჰოსპიტლის ძირითადი ფუნქციები, მათი ოპტიმიზაცია, ჰოსპიტლის როლის განსაზღვრა და საქმიანობის მაჩვენებლები, ჰოსპიტლებში მმართველობის კომპეტენციის გაძლიერება. დახასიათებულია საავადმყოფო, მათი ტიპები, საავადმყოფოთა ორგანიზება, მმართველობა, მმართველი ორგანო, ადმინისტრირება, საავადმყოფოში საქმიანობის ორგანიზება. საავადმყოფოში სამედიცინო პერსონალის (ექიმები, ექთნები, დამხმარე პერსონალი) საქმიანობა, განაწილება, ფუნქციები, ადამიანური რესურსების მართვა, შერჩევა, ანაზღაურება, სტიმულირება, ლიდერობა და ექიმები და სხვა, რაც დაკავშირებულია პერსონალის მართვის საკითხებთან. დახასიათებულია საავადმყოფოს დამხმარე, მხარდამჭერი განყოფილებების საქმიანობა (კვების ბლოკი, სოციალური მუშაკის საქმიანობა, ჰიგიენის დაწესებულება, სატრანსპორტო მომსახურება), პროფესიული მომსახურების დამხმარე ცენტრები, სხვადასხვა სახის ლაბორატორიები. საავადმყოფოს საფინანსო მენეჯმენტი, საავადმყოფოს ფინანსები, გადასახადების სახეები, განხილულია გადასახადების ინოვაციური პროგრამა, მსოფლიოში ცნობილი DRG ჯგუფები, დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფები. განხილულია საავადმყოფოს საინფორმაციო სისტემები, ხარისხის მართვა,

კლინიკური საქმიანობა, პროტოკოლებისა და გაიდლაინების გამოყენება, საავადმყოფოს მარკეტინგი, სტრატეგიული დაგეგმვა, წამლით უზრუნველყოფის პრობლემები, ურთიერთობების საკითხები საავადმყოფოში.

ჩვენი შეხედულებით ნაშრომი მრავალმიმართულებიანია და შეიძლება ითქვას საავადმყოფოს მიმართ ინფორმაცია მრავალფეროვანია. კარგადაა განხილული საავადმყოფოში საქმიანობის ორგანიზების პრობლემები.

ჩვენი აზრით ნაშრომში საჭირო იყო განხილულიყო ჯანდაცვის სისტემაში 2006 წელს დაწყებული და შემდგომ წლებში განვითარებული რეფორმები, რომელმაც შედარებით უფრო ეფექტიანი გახადა ჯანდაცვა, კარგი იქნებოდა შეხებოდა უფრო სიღრმისეულად ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობას, რომელიც იმ პერიოდში იდგამდა ფეხს და დღეს დომინირებული გახდა ქვეყნის ეკონომიკაში.

2. გ. ულუმბეკოვა „რუსეთის ჯანდაცვა“, 2010 წ. [2]. მონოგრაფია წარმოადგენს რუსეთის ჯანმრთელობის 2020 წლამდე განვითარების სტრატეგიის მეცნიერულ დასაბუთებას. მონოგრაფია შედგება 10 დანაყოფისგან, რომელთაგან ჩვენთვის ინტერესს წარმოადგენდა მესამე, მეხუთე და მეათე დანაყოფები. მესამე დანაყოფში საინტერესოა მიდგომა სახელმწიფო გარანტირებული პროგრამების ფედერალურ და რეგიონულ განაწილებაზე, მათ მართვაზე, პირდაპირ დაფინანსებაზე, სატარიფო პოლიტიკაზე, კერძო სექტორის ხარჯებზე, ჯანდაცვაზე, მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ორგანიზების სისტემაზე, ჯანდაცვის სისტემის მართვაზე, რომელიც მოიცავს დეცენტრალიზაციას, დაგეგმვას (მათ შორის სტრატეგიულ) ჯანდაცვაში, სახელმწიფო რეგულირებას, მმართველური კადრების განაწილებასა და გადაწყვეტილების მიღებას, ჯანდაცვის საქმიანობის ეფექტიანობის შეფასებას. მეხუთე დანაყოფში ძირითადად განხილულია საინტერესო საკითხები, კერძოდ: როგორი უნდა იყოს კავშირი ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო დაფინანსებებს შორის? სახელმწიფო დაფინანსების რომელი მოდელი შევარჩიოთ? ვინ და რამდენი

გადაიხადოს სავალდებულო დაზღვევაზე? ვინ უნდა უზრუნველყოს და როგორ უნდა ჩამოვყალიბოთ სახელმწიფო გარანტირების პროგრამები? სამედიცინო მომსახურების საუკეთესო მოდელი, როგორ ვმართოთ ხარისხი ჯანდაცვაში? სახელმწიფო და კერძო პარტნიორობა ჯანდაცვაში, როგორია ბალანსი ბაზარსა და სახელმწიფო რეგულირებას შორის? პასუხისმგებლობის განაწილება ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს, სამუშაოს მიმცემსა და მოსახლეობას შორის. მეათე დანაყოფი ძირითადად აღწერს მოლოდინს მოცემული კონცეფციის ეფექტიანობაზე.

მონოგრაფიის მეხუთე დანაყოფის ნაწილი, რომელიც შეეხება ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობას ღრმადაა გაანალიზებული ამ სახის პარტნიორობის წინაპირობები, რომელიც ჩამოყალიბდა ყოფილ საბჭოთა კავშირში, რომელსაც ადგილი ჰქონდა საქართველოში ანუ პირდაპირი ან ფარული თანაგადახდები. მოცემულია დღევანდელი მდგომარეობა და მონოგრაფიის ავტორი მართალია არ ეწინააღმდეგება ჯანდაცვის სისტემაში საბაზრო ეკონომიკის პირობების გამოყენებას, მაგრამ უპირატესობას მაინც ჯანდაცვაში სახელმწიფო რეგულირებას ანიჭებს, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გარანტს. აქ ყურადღებას ამახვილებს ჯანდაცვის დაწესებულებებზე დიდი დამოუკიდებლობის მინიჭებას (სახელმწიფოს საკუთრების შენარჩუნება) ძირითადად შემოსული თანხებისა და კადრების მართვის საქმეში. საინტერესო მიმოხილვაა ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზაციის საქმეში, განხილულია მაგალითები ევროპის ქვეყნებში პრივატიზაციაზე. იქ ძირითადად პრივატიზაცია შეეხო მხოლოდ სტომატოლოგიურ და ფარმაცევტულ სექტორს, რამაც აამაღლა მათი საქმიანობის ეფექტიანობა, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში (ჩეხეთი, ესტონეთი, უნგრეთი, პოლონეთი) პრივატიზაცია შეეხო ამბულატორიებსა და ნაწილობრივ ჰოსპიტალურ სექტორს, შედეგად ნაკლებშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა არსებითად შემცირდა. ნორვეგიაში დაიწყო, მაგრამ მალევე შეწყდა ნებისმიერი პრივატიზაცია ჯანდაცვაში, ხოლო დიდი

ბრიტანეთში არ მომხდარა პრივატიზაცია, მაგრამ აქ მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულებების ავტონომია, რომლებიც იყენებენ საკონტრაქტო ურთიერთობებს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებთან, ასევე გამოყენებულია კერძო სექტორში სამკურნალო სერვისებისათვის აუტოსორსინგი (დაწესებულება ახდენს სხვა ორგანიზაციების მომსახურების მოზიდვას გრძელვადიან პერიოდში). შედარებისათვის საქართველოში ვერ მოხერხდა ევროპის ქვეყნების მსგავსად ჯანდაცვის სამკურნალო დაწესებულებების პრივატიზაციის შეჩერება, რამაც კერძოდ 2013 წლის 1 ივლისამდე მკვეთრად შეამცირა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა. 2013 წლიდან მოქმედებს საყოველთაო სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამა, რამაც მნიშვნელოვნად გაზარდა ხელმისაწვდომობა.

საბოლოოდ V თავში განხილული მასალებისა და მოცემული გამოკვლევების საფუძველზე ავტორი გამოკვეთავს შემდეგ რჩევებს, კერძოდ „საბაზრო ურთიერთობებისა და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის გამოყენების შედეგებს ჯანდაცვაში გააჩნია ურთიერთსაპირისპირო ხასიათი და დამოკიდებულია მათი გამოყენების ფორმებზე“ - ესაა ამონარიდი ნაშრომიდან (Touhy C.H., Feood C.M., Stable M. How does private Finance Affect Public care systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations II Journal of Health Polics, Policy and law – University of Toronto, 2004 vol. 29 №3 – p. 359-396) ჯანდაცვის ორგანიზატორები ამტკიცებენ, რომ საბაზრო ურთიერთობები აუცილებელია გამოყენებული იქნას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მას მოაქვს მნიშვნელოვანი სარგებლობა სახელმწიფო ჯანდაცვისათვის და თანაც სახელმწიფოს მხრიდან მტკიცე კონტროლის დროს. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოხდება სამედიცინო მომსახურებაზე კონტროლის გარეშე ფასების ზრდა და მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შემცირება. სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაცია მიუღებელია ყველა განვითარებული ქვეყნისათვის.

საინტერესოდ მიგვაჩნია ავტორისეული რეკომენდაციები, რომელიც შეიძლება რაღაც ნაწილში საქართველოსთვისაც საჭირო და აუცილებლად გასაკეთებელი შეიძლება აღმოჩნდეს.

რუსეთში საბაზრო ურთიერთობებისა და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის დანერგვა სასარგებლო უნდა იყოს ქვეყნის მოსახლების უმრავლესობისათვის (და არა მარტო იმ ნაწილისათვის, ვისაც სურს გამდიდრდეს ჯანმრთელობის დაცვაზე). სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა მოითხოვს მკვეთრი კონტროლის ორგანიზებას სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურების ფასებსა და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

საჭიროა განხილული იქნას შემდეგი შესაძლებლობები:

- ღია და გამჭვირვალე კონკურენციის ორგანიზება სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის და ყველა ფორმის მესაკუთრე სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთა შორის (სადაც ეს შეიძლება) თუ იქნება სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი სახელმწიფოს მიერ.

- მედიცინის მუშაკთა შრომის ანაზღაურების დიფერენცირებული სისტემის დანერგვის გაგრძელება სამედიცინო დახმარების ხარისხის საფუძველზე (იმ პირობით თუ შრომის ანაზღაურების ფონდი გაიზრდება 2-ჯერ).

- სახელმწიფო და მუნიციპალური სამედიცინო დაწესებულებების ავტონომიის გაფართოება იმ პირობით, რომ არ მოხდება მათი პრივატიზაცია, გაგრძელდება მესაკუთრეთა მხრიდან სუბსიდირება და შენარჩუნდება არაკომერციული საქმიანობის ხასიათი.

- სახელმწიფო დავალების შესრულებასა და რეალიზაციაში სამედიცინო მომსახურების კერძო მომწოდებლების აქტიური მონაწილეობა, მათ შორის მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო დახმარების ნაწილში, რაც საშუალებას მოგვცემს შევამციროთ მომხმარებელთა რიგები ამ სახის მომსახურებაზე და სახელმწიფო ხარჯები ინვესტიციაზე.

- პერსპექტიული შეიძლება გახდეს ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ერთობლივად მშენებლობა, მაგრამ ამისთვის საჭირო იქნება წინასწარ დამუშავდეს ნორმატიული და მეთოდური ბაზა.

3. გ. ამყოლაძე, მ. ფირცხალავა, მ. ლომსაძე-კუჭავა, გ. კიკნაველიძე და სხვა - „ჯანდაცვის, გამაჯანსაღებელ-პროფილაქტიკური და რეკრეაციული ობიექტების მენეჯმენტის, მარკეტინგული მიმზიდველობისა და ეკონომიკური მექანიზმის დამუშავება“, 2011 წ. ნაშრომი წარმოადგენს სამეცნიერო-საგრანტო პროექტს [3] იგი კომპლექსური ხასიათისაა და ძირითადად ყურადღებაა გამახვილებული ჯანდაცვის მენეჯმენტსა და მარკეტინგზე. საერთო მოცულობიდან ჩვენთვის ინტერესს წარმოადგენს მეოთხე თავის ორი პარაგრაფი „სამედიცინო მომსახურება სხვადასხვა დონეზე“ და „სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ჯანდაცვის ობიექტების კონკურენტუნარიანობის შეფასება“, V, X, XI და XII თავები. მეხუთე თავი „ჯანდაცვის სისტემაში ობიექტების მენეჯმენტის, მარკეტინგული მიმზიდველობისა და სამეურნეო მექანიზმის პროექტის დანერგვის ღონისძიებები“. საინტერესოდ მიგვაჩნია სამედიცინო ობიექტების მარკეტინგული მიმზიდველობის შეფასების მეთოდი. აქვე გვსურს ყურადღება მივაქციოთ ერთ მნიშვნელოვან საკითხს. ამ ნაშრომამდე ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგულ მიმზიდველობაზე კვლევები არ ჩატარებულა და შესაბამისად ჯანდაცვის ეფექტიანობაზეც. ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობის ეფექტიანობაზე ანგარიშებში ეს საკითხი არ განხილულა და ჩვენი დაკვირვებით არც საანგარიშო პერიოდში (2016 წ) არაა გათვალისწინებული მისი გამოყენება.

ჩვენი მიდგომით, როდესაც ჯანდაცვის სისტემა საქმიანობს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში და სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მოქმედებს სახელმწიფო, მუნიციპალურ და კერძო საკუთრებაზე შექმნილი სამედიცინო დაწესებულებები, რომელებიც ბუნებრივია საქმიანობენ კონკურენტულ გარემოში, რასაც სახელმწიფო ხელს უწყობს. ასეთ პირობებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის დონე ვერ

ამაღლდება, თუ სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მოქმედი ჯანდაცვის ობიექტები არ დაამუშავებენ საკუთარი საქმიანობის მარკეტინგული მიმზიდველობის მასალას. სამედიცინო მომსახურების მოსარგებლისათვის (მომხმარებლისათვის) საკმაოდ რთული იქნება შეარჩიოს მისთვის არა მარტო სასურველი, არამედ აუცილებელი დაწესებულება, სადაც ეფექტიანად მოხდება მისი მოთხოვნების დაკმაყოფილება.

ჩვენის აზრით ჯანდაცვის ობიექტებისათვის იქნება უკეთესი, თუ სამედიცინო მომსახურების მოსარგებლე ღიად, გამჭვირვალედ და სრულად იქნება ინფორმირებული თუ რომელ ჯანდაცვის დაწესებულებაზე იყოს ორიენტირებული და სად მიიღებს კვალიფიციურ კომპლექსურ დახმარებას.

ნაშრომში ასევე განხილულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხები და მისი გაუმჯობესების ამოცანები.

ნაშრომის X თავი დათმობილი აქვს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ძირითად მიმართულებას. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სპეციფიკა მნიშვნელოვნად განსხვავდება ბაზრის კლასიკური ფორმისაგან. ბაზარზე უფრო ხშირ შემთხვევაში საქონელზე თუ მომსახურებაზე ფასს საზღვრავს მომხმარებელი, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მხოლოდ მომსახურების მწარმოებელი - მომწოდებელი. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი თანამედროვე პირობებში, როდესაც არ არსებობს ჯანდაცვის ნებისმიერ მომსახურებაზე მარკეტინგული მიმზიდველობის მასალა, მას არ შეუძლია შეარჩიოს არც საჭირო სამედიცინო დაწესებულება და არც ექიმი. ბაზრისაგან განსხვავებით, სადაც მარკეტინგი ბიზნესის ფილოსოფიაა და რეკლამისა და მარკეტინგული კვლევების მეთოდების გამოყენებით ინფორმირებული ჰყავს თითქმის ყველა პოტენციური მომხმარებელი. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლისათვის სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მისი უუნარობის შემთხვევაში მის აგენტად შეიძლება გახდეს ექიმი, რომელიც განსაზღვრავს მის მოთხოვნილებას, ინტერესსა და საჭირო მოცულობის მომსახურებას, თანაც ეს ექიმი თვითონ

წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს. ეს არის სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სპეციფიკა - ერთ ადამიანში ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულებაში დაწესებულების სახით გამოდის როგორც მომწოდებელი, ასევე მომხმარებლის ინტერესის გამტარებელ-აგენტი.

ჩვენის აზრით ამ სპეციფიკურ მოვლენას ესაჭიროება რეგულირება, რაშიც სახელმწიფო უნდა ჩაერთოს.

ასევე დასარეგულირებელია სამედიცინო მომსახურების ბაზრისა და დაზღვევის მომსახურების ბაზრის ურთიერთობა. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა დიდი რაოდენობა ნაკლებად გადახდისუნარიანია, ხოლო სადაზღვევო მომსახურება ძირითადად დაინტერესებულია უფრო ჯანმრთელი ადამიანის მომსახურებით. სახელმწიფოს როლი ორივე შემთხვევაში მომხმარებლის დაცვაში უნდა იყოს.

ნაშრომში საინტერესოა დაამუშავებული სამედიცინო მომსახურების ბაზრის დაგეგმვა და რეგულირება. მითითებულია, რომ სახელმწიფო რეგულირების უმნიშვნელოვანესი ელემენტია ჯანდაცვის სისტემაში წონასწორობის უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს სახელმწიფო ვალდებულებათა დაბალანსებას სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო და არსებულ ფინანსურ რესურსებს შორის. ამ შემთხვევაში საჭიროა ვიცოდეთ სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებების ხარჯები. ნაშრომში მოცემულია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო რეგულირების სისტემა შეიძლება განხილული იქნას, როგორც მისი სრული განსახელმწიფოებრიობა, რომელიც მოითხოვს მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების გამოყენებას, რასაც ჩვენი მიდგომით ვეწინააღმდეგებით. ჩვენ მიგვაჩნია, რომ რადგან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში და ბაზრის ძირითად მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს საკუთრება, თანაც დღევანდელ პირობებში საქართველოში საკუთრების სახეების მიხედვით მოქმედებს სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო ჯანდაცვის სისტემები,

საუბარი იმაზე, რომ სახელმწიფო სისტემას უნდა ჰქონდეს დომინანტური უფლება - არასწორია. ასევე შეუძლებელია ისიც, რომ კერძო სტრუქტურას მოსთხოვოს რაიმე სახელმწიფომ, ანდა ჩაერიოს მის სამეურნეო საქმიანობაში.

ნაშრომის მეთორმეტე თავში განხილულია მაღალი კვალიფიციური პერსონალის ფორმირების ეფექტიანობა ჯანდაცვის წარმატებული საქმიანობის საქმეში. შემოთავაზებულია, რომ თითოეულმა სამედიცინო დაწესებულებამ და მისმა თითოეულმა დანაყოფმა შექმნას: „თანამდებობის დახასიათების ფორმატი“, რომელშიც მოცემული იქნება სპეციალისტის ირგვლივ არსებული ყოველგვარი ინფორმაცია, რაც საშუალებას მოგვცემს განვსაზღვროთ პრიორიტეტულობა, არა დაკავებული თანამდებობით, არამედ სამუშაო ადგილითა და შესრულებულ სამუშაოზე პასუხისმგებლობის დონით. ნაშრომში პერსონალის მომზადებისა და ყურადღების მიქცევის მნიშვნელოვან ობიექტად მიჩნეულია პერსონალის დაბალი დონე. მომსახურე პერსონალი, ექთნები, მედიცინის დები და ა.შ.

4. ნ. ღვედაშვილი „ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა“, 2005 წ. [4]
ნაშრომში განხილულ საკითხებიდან ჩვენთვის ინტერესს წარმოადგენს შემდეგი: მოსახლეობის სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სტაციონალური დახმარების ორგანიზაცია, ჯანდაცვის დაწესებულებათა პრივატიზაცია, ჯანდაცვის მართვა, მარკეტინგი ჯანდაცვაში, სამედიცინო დახმარების მართვა, ხარისხი და მისი კონტროლი.

ავტორის გამოკვლევით დადგენილია ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ მოსახლეობის ჯანდაცვის რთული სისტემის მართვის ფორმებსა და მეთოდებზე. მათ მიეკუთვნება სოციალური ფაქტორები, მოსახლეობის ჯანდაცვის პრობლემების მუნიციპალური უზრუნველყოფის დონე, განსაკუთრებით პრიორიტეტულადაა მიჩნეული პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარება, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვის მართვის სისტემასთან ინდივიდის, ოჯახის ან საზოგადოების კონტაქტის პირველ დონეს, რომელიც მაქსიმალურად უახლოებს სამედიცინო

დახმარებას საცხოვრებელ ადგილს და თანაც იგი ჯანდაცვის ხანგრძლივი პროცესის პირველი ელემენტია. ის მიმართულია ჯანდაცვის ძირითადი პრობლემებისადმი და გულისხმობს ჯანმრთელობის განმტკიცების, რეაბილიტაციისა და მკურნალობის შესაბამისი სამსახურების საქმიანობის ორგანიზებას.

ნაშრომში დახასიათებულია სტაციონარული დახმარების ორგანიზების საკითხები, რომელიც ეყრდნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებს.

ნაშრომის მნიშვნელოვან კვლევად მიგვაჩნია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში პრივატიზების პროცესის აუცილებლობის დასაბუთება. დადასტურდა, რომ ჯანდაცვის სფეროში 2005 წლისათვის არსებული ობიექტები გაცილებით მეტია, ვიდრე ქვეყნის მოსახლეობის შესაბამის გადახდისუნარიან მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებას ესაჭიროება. შესაბამისად ამ დისპროპორციის აღმოსაფხვრელად აუცილებელია პრივატიზაციის განხორციელება. ჯანდაცვის არსებული სისტემის რეორგანიზაციის მოდელი არ ითვალისწინებს მონოპოლისტ-მესაკუთრეს, ამიტომაც ჯანდაცვის ობიექტებზე საკუთრების სხვადასხვა ფორმის დაკანონება უმნიშვნელოვანესი პირობაა სამედიცინო სფეროში კონკურენციის განვითარებისათვის. ეს მოვლენაც ითვალისწინებს პრივატიზაციის აუცილებლობას. ამასთან ერთად ჯანდაცვის სისტემა საბაზრო პირობებში აგრძელებს რეფორმას და პრივატიზაცია განიხილება, როგორც ეკონომიკური კატეგორია. ავტორს პრივატიზაციის გასატარებლად ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის მოჰყავს ჭარბი სამედიცინო და მატერიალური რესურსები და სამედიცინო ბიზნესით დაინტერესებულ პირთა სიმრავლე და სხვა. აქვე მიუთითებს, რომ პრივატიზაციის პროცესმა სამედიცინო მომსახურების ყველა სუბიექტის პაციენტის, შრომითი კოლექტივისა და სახელმწიფოს ინტერესი უნდა დააბალანსოს.

ასეთი იყო შეხედულება იმ პერიოდისათვის და ამ დროს არც აშშ-ში და არც ევროპაში სამკურნალო დაწესებულებები არ გადაუციათ კერძო

მფლობელობაში, თანაც ის ფაქტორი, რომ დიდია სამედიცინო ბიზნესით დაინტერესებულთა სიმრავლე და ამიტომ საჭირო და აუცილებელია პრივატიზაციის ჩატარება არასწორად მიგვაჩნია. ეს პრობლემა არა მარტო ამ ნაშრომში, ასევე სახელმწიფოს დონეზე არ განხილულა კრიტიკულად, არ გამოკვეთილა რა ობიექტები უნდა გადაეცათ საპრივატიზაციოთ და რა - არა. შესაბამისად განვიღო პერიოდში და დღესაც საქართველოში მაღალი ხარისხისა და ეფექტიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა მრავალთათვის შეუძლებელია.

ავტორი ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ცვალებადობასა და რყევებს და ასაბუთებს, რომ შეიძლება საჭირო გახდეს და ამიტომ უნდა მოვემზადოთ ნაციონალიზაციის პოლიტიკის გასატარებლად, რადგან შესაძლებლად მიგვაჩნია, რომ სახელმწიფოსაგან დახმარება დასჭირდეს მრავალპროფილურ არასახელმწიფო საავადმყოფოებს, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მოსახლეობის ჯანდაცვის საქმეში, მაგრამ გაკოტრების საშიშროების წინაშე დგანან ფინანსური გაჭირვების გამო.

ამიტომ, ჩვენი შეხედულებით ყოველთვის მეტი დაფიქრება და გააზრება სჭირდება ასეთ პრობლემას და მიგვაჩნია სწორად ეფექტიანი სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, როგორც ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის ერთ-ერთი ეფექტიანი მოქმედება.

5. რ. ლორთქიფანიძე „მენეჯერული ხარჯების ეფექტიანობა ჯანდაცვაში“, 2012წ. [5]. ნაშრომში განხილულია საკითხები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის ობიექტებში საქმიანობის ორგანიზებას, სამედიცინო მომსახურების ხარჯების სპეციფიკას, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის კონკურენტულობას, ჯანდაცვის სისტემაში მენეჯერულ საქმიანობაზე მოქმედ ფაქტორებს. ავტორის დასკვნით, რაც უფრო მეტია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე საერთო მიწოდება და სხვადასხვა სპეციალიზაციის მიმწოდებელთა რაოდენობა და ნაკლებია უმსხვილესი სპეციალიზაციის

მიმწოდებლის (შესაძლოა მონოპოლისტის) მიწოდება და არარეალიზებული შესაძლო მომსახურების რაოდენობა, მით მეტია ეკონომიკური კონკურენციის ძალის მნიშვნელობა და შესაბამისად უფრო თავისუფალია ხსენებული ბაზარი. ამ ურთიერთობებში გამოკვეთილია არარეალიზებული მომსახურება, რომელიც თავის მხრივ ემატება საერთო მიწოდებას და ზრდის ბაზარზე მომწოდებლის პოტენციალს. არარეალიზებული მომსახურების სახით შეიძლება გამოიკვეთოს ძვირადღირებული მაღალტექნოლოგიური ან მონოპოლურად გაძვირებული მომსახურება და შეიძლება უფრო მეტად მომხმარებლის მოთხოვნასთან შეუსაბამო დაბალხარისხიანი მომსახურება დაბალიმიჯიან მომწოდებელთან, რაც გამოწვეულია დაბალი კვალიფიკაციის სამედიცინო კადრებისა და დაბალი ტექნიკური დონის მოწყობილობისა და სხვა აპარატურის არსებობით. კონკურენციის ქმედება ასეთ სიტუაციაში მიმართული უნდა იყოს მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების იმ დაწესებულებების მიმართ, რომლებიც თვითონ წარმოადგენენ კონკურენტუნარიანს, გააჩნია სამედიცინო მომსახურების რომელიღაც სახეზე კონკურენტული უპირატესობა და მომხმარებელზეა არჩევანი, კონკურენტუნარიანი რომელი მომსახურება შეიძინოს. ეს კი შესაძლებელია თავისუფალი კონკურენტული გარემოს არსებობის პირობებში.

6. ო. გერზმავა - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი“, 2013წ.

[6]. ნაშრომი წარმოადგენს მეხუთე შესწორებულ გამოცემას, იგი სახელმძღვანელოა უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტებისათვის, სასარგებლოა ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე სპეციალისტებისათვის. ნაშრომი შედგება ორი კარისაგან. პირველი კარი ძირითადად ეხება სოციალური მედიცინის საკითხებს და საფუძვლიანადაა განხილული: მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ინდიკატორები, მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები, მოსახლეობის ავადობის შესწავლის თავისებურებები, მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობა და ფიზიკური განვითარება, მოსახლეობის ჯანმრთელობისა

და ჯანდაცვის სისტემის კლინიკურ-სტატისტიკური და ეპიდემიო-ლოგიური კვლევის მეთოდები, სტატისტიკური კვლევის დაგეგმვა, ორგანიზება და მიღებული შედეგების შეფასება, სამედიცინო სოციოლოგიის კვლევის მეთოდები, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორები, ჯანმრთელობის განსაზღვრული ძირითადი სოციალური დეტერმინანტები, მოსახლეობის ქცევის თავისებურებები, როგორც ჯანმრთელობის სოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური დეტერმინანტი, სამედიცინო ინფორმაციის გავრცელება.

მეორე კარში ძირითადად განხილულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც მეცნიერება და სწავლის საგანი, ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა და სტრატეგია, საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების გატარების თავისებურებები სხვადასხვა ქვეყანაში.

მესამე კარი მთლიანად დათმობილი აქვს მენეჯმენტსა და ადმინისტრირებას და განხილულია შემდეგი საკითხები. ჯანდაცვის მენეჯმენტის მიმართულებები - მენეჯმენტი, ორგანიზაცია, როგორც სისტემა, მენეჯმენტის ფუნქციები და მენეჯმენტის სისტემის დაგეგმვა, მართვის ორგანიზება, ინფორმაციული სისტემები ჯანდაცვაში, სამედიცინო კადრების მენეჯმენტი, მენეჯერის მუშაობის მეთოდები, ჯანდაცვის სერვისების ადმინისტრირება, რომელსაც მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, სტაციონალური დახმარება, მტკიცებულებებზე დამყარებული მედიცინა, ხარისხის კონტროლი ჯანდაცვის მენეჯმენტში.

მეოთხე კარი მოიცავს ჯანდაცვის ეკონომიკასა და დაფინანსების მიმართულებას, რომელშიც განხილულია ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები, ბაზრის სპეციფიკა ჯანდაცვის სისტემაში, ფასი და ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის სისტემაში, დაფინანსების მოდელები, სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდები.

ჩვენი სადისერტაციო თემისათვის ძირითად ინტერესს წარმოადგენს მესამე და მეოთხე კარი, როგორც ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მენეჯმენტის

მიმართულებები. მიუხედავად თემების მრავალფეროვნებისა მოცემული ნაშრომი საერთოდ არ ეხება სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შექმნის, ჩამოყალიბებისა და განვითარების პრობლემებს, ჯანდაცვის დაწესებულებების, როგორც სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლების შიდა და გარე გარემოს ფაქტორების გავლენა მათ საქმიანობაზე, არაა დამუშავებული მარკეტინგული მიმზიდველობის საკითხები, სამედიცინო დაწესებულებების ორიენტირების თავისებურებები სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე და რაც მთავარია საქართველოში 2006 წლიდან უკვე ოფიციალურად დაიწყო ჯანდაცვის დაწესებულებების განსახელმწიფოებრიობა (პრივატიზება) და შესაბამისად მიმდინარეობს სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებთან ერთად კერძო ბიზნესის სამედიცინო დაწესებულებების პარალელურად საქმიანობა, რამაც ძირეულად შეცვალა ურთიერთობები სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, რადგანაც მართალია არაფორმალური, მაგრამ ეფექტიანად მიმდინარეობს სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა. ამ და ასევე სხვა საკითხების განხილვა და ნაშრომში დაფიქსირება ცალკეულ კონკრეტულ შემთხვევაში გაამდიდრებდა მის შინაარსს.

7. ა. ცერცვაძე, გ. ხანთაძე, დ. ვეკუა „სადაზღვევო საქმე“ , 2012 წ. [7].
ნაშრომი განკუთვნილია უმაღლესი განათლების ყველა დონის სტუდენტებისათვის, სადაზღვევო სფეროში დასაქმებული მენეჯერებისათვის და მეცნიერ-მკვლევარებისათვის. მოცემული ნაშრომი ჩვენთვის საინტერესოა იმ ნაწილში, რომელიც განიხილავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის, სიცოცხლისა და სხვა პირადი სახის დაზღვევასა და სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობას, რომელიც გამოდის, როგორც სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მონაწილე, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი და დამფინანსებელი. ნაშრომში არაა განხილული სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაში კერძო სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობის საკითხები და წვლილი, შესაბამისად კომპანიების მართვის პრობლემები, რაც თვისობრივად ცვლის ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-

ეკონომიკურ სისტემას და აუმჯობესებს საბაზრო მექანიზმების ეფექტიანად გამოყენებას.

8. ე. ბარათაშვილი, ჯ. ზარანდია, მ. მარიდაშვილი, მ. ჩეჩელაშვილი, ი. მახარაშვილი, თ. ღამბაშიძე - „შედარებითი მენეჯმენტი და კლასტერიზაცია“, 2010 წ. [8]. ნაშრომი განკუთვნილია ყველა დონის უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტებისათვის, ასევე მეცნიერ-მკვლევართათვის, ვინც დაკავშირებულია შედარებითი მენეჯმენტითა და კლასტერებით. შედარებითი მენეჯმენტი უკანასკნელ პერიოდში მნიშვნელოვანი გახდა და მასზე გამოქვეყნებულია მრავალი ნაშრომი, საქართველოში მას განვითარება ესაჭიროება. აღნიშნულ პრობლემაზე ნაშრომები საქართველოში არ არსებობს, აქედან გამომდინარე მსოფლიოში განვითარებული ქვეყნების მენეჯმენტისა და ინოვაციური კლასტერების გამოყენებას დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს. ჩვენთვის ამ ნაშრომიდან საინტერესოა ნაწილი მესამე - „ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნების რეგიონული ინოვაციური კლასტერები“. იმ თვალსაზრისით, რომ საქართველო ადმინისტრაციულ-პოლიტიკურ 9 რეგიონადაა დანაწილებული და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებები, რომლებიც მოქმედებენ რეგიონებში და ქმნიან თავისებურ გაერთიანებებს, რომელთა ხასიათი კლასტერულია და შესაბამისად ამ თვისებების გამოყენებით შექმნილია ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა, რომელიც უფრო ეფექტიანი იქნება. ამ პროცესის განსაზღვრით კლასტერი - ესაა „გეოგრაფიულად მოსაზღვრე ურთიერთდაკავშირებული კომპანიების ჯგუფი და მასთან დაკავშირებული ორგანიზაციები, რომლებიც მოქმედებენ გარკვეულ სფეროში და ხასიათდებიან

თუ ამ განსაზღვრას გამოვიყენებთ, იგი სრულად ესადაგება ჩვენს მიდგომას, რომ საქართველოს ჯანდაცვაში საკუთრების მიკუთვნების საფუძველზე მოქმედებს, ასევე რეგიონულ დონეზე სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო ბიზნესის ჯანდაცვის დაწესებულებები, რომელთა საქმიანობის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა ხასიათდება

ერთიანობით, დაკავშირებული არიან ერთმანეთთან და ავსებენ კიდევაც ერთმანეთს, მოქმედებენ რა ერთნაირი პოლიტიკით, რომელსაც არეგულირებს სახელმწიფო. თავის მხრივ სახელმწიფო ხელს უწყობს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ყველა ფორმის საკუთრების ეფექტიანად გამოყენებას, ქმნის საქმიანობის წარმატებით ორგანიზების, მართვის საუკეთესო პირობებს, ბიზნეს-კონკურენტულ საინოვაციო, საინვესტიციო და სამეწარმეო გარემოს, საერთოდ ხელს უწყობს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებას, რითაც ვითარდება ურთიერთსარგებლიანი საქმიანი კავშირები მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და ხარისხის ამაღლების მიზნით.

სადისერტაციო ნაშრომში „ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფა სამედიცინო მომსახურების სფეროში“ დამუშავდება „დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარდგენილი დისერტაციის გაფორმების ისტრუქციის“ და შესაბამისად წარმოდგენილი იქნება: ტიტულის გვერდი, ხელმოწერების გვერდი, საავტორო უფლების გვერდი, რეზიუმე (ქართულ და ინგლისურ ენებზე), შინაარსი, ცხრილების ნუსხა, ნახაზების ნუსხა, მაღლიერების გვერდი, ძირითადი ტექსტი, რომელშიც მოცემულია შესავალი, ლიტერატურული მიმოხილვა, შედეგების განსჯა, დასკვნა და გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა.

შესავალ ნაწილში მოცემული იქნება სადისერტაციო თემის აქტუალობა, კვლევის მიზანი და ამოცანები, კვლევის ობიექტი და საგანი, თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძვლები, მეცნიერული სიახლე. განისაზღვრება ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა და გამოყენების სფერო და ნაშრომის აპრობაცია და პუბლიკაცია, მოცულობა და სტრუქტურა.

ლიტერატურული მიმოხილვა გამოხატავს თუ რომელი წყაროებიდან გამოიკვეთა სადისერტაციო ნაშრომში მითითებული პრობლემები, რამდენად გათვითცნობიერებულია თითოეულ პრობლემაზე დასმული კითხვები და როგორი მიდგომით ხდება ამ პრობლემების გადაწყვეტა, რა

ხარისხით მოხდა სადისერტაციო ნაშრომში მათზე პასუხის გაცემა და რაზეა გამახვილებული ყურადღება და რომელი პრობლემა გახდა სიღრმისეულად გამოკვლევისა და განხილვის საგანი და რომელი პრობლემა გახდა ნაშრომისათვის მიმზიდველი და გამოყენებული.

შედეგები და მათი თანმიმდევრულად განსჯა–განხილვა მოცემულია სამ თავში (პარაგრაფით).

პირველ თავში „ჯანდაცვის სისტემის მართვის პრობლემები“ მოცემული იქნება ჯანდაცვის სისტემის განვითარების, მართვის პრიორიტეტები და პრობლემები, სამედიცინო მომსახურების სფეროში რეფორმების განვითარების პრობლემები და სამედიცინო მომსახურება და განვითარების ტენდენციები; ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემები, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები.

მეორე თავში იქნება განხილული „ჯანდაცვის სისტემაში ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის განვითარება“ შემდეგი საკითხები: ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის შექმნის, განვითარებისა და მართვის პრობლემები; ჯანდაცვის დაწესებულებებზე მოქმედი ფაქტორების გავლენა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ–ეკონომიკურ სისტემაზე; მარკეტინგის როლი ჯანდაცვის ეკონომიკურ–ორგანიზაციული სისტემის განვითარებაზე; ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის მართვა ჯანდაცვაში.

მესამე თავში „ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის თავისებურებები“ განხილული იქნება შემდეგი საკითხები: სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის თავისებურებები და მოდელები, კერძო სექტორის მეწარმეობისა და ბიზნესის სარგებლიანობის საკითხები, სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის განვითარების თავისებურებები ჯანდაცვაში; სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საქმეში; სახელმწიფო–კერძო

პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში.

ნაშრომში მოცემული ლიტერატურის მიმოხილვით ნათელი ხდება, რომ საქართველოში ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის ირგვლივ კვლევის მასალები არა გვაქვს, ჯერჯერობით ეს საკითხი ქართველ ეკონომისტთა და მართვის პრობლემების მკვლევართა კვლევის გარეშეა დარჩენილი, არადა ეს მიმართულება – ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის კვლევა მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ორგანიზაციულ–სამართლებრივი ფორმის დაწესებულებისათვის. მისი შექმნა და გამოყენება საშუალებას იძლევა უფრო ეფექტიანი და რაციონალური გახადოს დაწესებულების მენეჯმენტი და საქმიანობა.

ჩვენმა გამოკვლევამ ჯანდაცვაში, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების სფეროში ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის შექმნასა და მართვაზე დადებული შედეგებს მოგვცემს.

ჩვენმა კვლევამ ჯანდაცვის პოლიტიკასა და მართვის პრობლემებზე გამოკვეთა ჯანდაცვის მართვის ლოგიკა, რომელიც ორიენტირებულია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე. ეს მოდელი წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ–ეკონომიკურისისტემის შექმნის წინაპირობას, რითაც ჩვენს მიერ დასაბუთებულია სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის შექმნის წინაპირობას, რითაც ჩვენს მიერ დასაბუთებულია სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს მიზანმიმართული ორგანიზებულ კომპლექსს ძირითადი კაპიტალისა და საქმიანობის წარმართვისათვის აუცილებელი წარმოების ფაქტორების (სამედიცინო ტექნიკა, მოწყობილობები, სამედიცინო პროფილური მომსახურების ტექნოლოგიები, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აპარატურა, სამედიცინო მომსახურების პროცესები, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო, მენეჯერულ და დამხმარე პერსონალი) და საინფორმაციო რესურსების (სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, გაიდლაინები,

პროტოკოლები, ნორმები, ნორმატივები, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ქვეყნის მოსახლეობის დასაქმების დონე და შემოსავლების სიდიდე, სამედიცინო დაწესებულებების რეგიონული განაწილება, დასაქმებულთა რაოდენობა და სხვა) ერთობლიობას. მოცემული მონაცემების გამოყენების საფუძველზე ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია ორიგინალური სამედიცინო დაწესებულების (საკუთრების მიუხედავად) ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვის ორგანიზაციული სქემა, რომელიც ჩვენი დასაბუთებით წარმოადგენს კომპლექსურ, მოქნილ და ეფექტიან მართვის სისტემას.

ნაშრომში სიღრმისეული მიდგომით დამუშავდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი და გავლენა სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარებასა და სრულყოფაზე.

ნაშრომში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე ჩვენს მიერ პირველად საქართველოს ჯანდაცვაში გამოვავლინეთ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის დადებითი მხარეები, რამაც ხელი შეუწყო ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, გაიზარდა ინფორმირებულობის დონე, ამაღლდა სამედიცინო დაწესებულებათა იმიჯი, დაინერგა მოსავალი მკურნალობის ტექნოლოგიები და დაინერგა ინოვაციები, გაიზარდა დაფინანსების მოცულობა, ყველა ამ მაჩვენებელმა და საერთოდ სახელმწიფო კერძო პარტნიორობამ გააუმჯობესა სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა და ხელი შეუწყო მის განვითარებასა და სრულყოფას.

ნაშრომში პირველადაა დამუშავებული სხვადასხვა სახის საკუთრებაზე აგებული სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო სამედიცინო დაწესებულებების საფუძველზე შექმნილი სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო ჯანდაცვის სისტემები. დამუშავებულია ამ სისტემების ერთიანი მართვის სისტემა, რომლის საფუძველზე

შემუშავებულია ჯანდაცვის ინოვაციური ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა, რომელიც მოიცავს შემდეგ მიმართულებებს: 1. ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა, რეგულირება და მართვა, რომელიც აუცილებელია ყველა სახის სამედიცინო დაწესებულებისათვის; 2. ჯანდაცვის განვითარებასა და საქმიანობაზე დაფინანსების მოდელი; 3. ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვის მოდელი; 4. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოდელი. თვით ეს მოდელი, რომელიც ინოვაციურია, დაკავშირებულია სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის სისტემასთან და მასში შემავალი სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის კომპანიებთან, ერთის მხრივ, კერძო ჯანდაცვის სისტემასთან და მასში შემავალი კერძო ბიზნესის განვითარებასთან, მეორე მხრივ, მესამე მხრივ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორულ კომპანიებთან და მეოთხე მხრივ, კერძო პრაქტიკის ექიმებთან. ეს სქემა იძლევა საშუალებას სახელმწიფოებრივ დონეზე გადაწყდეს ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების განვითარების პრობლემები, რომელთა გადაწყვეტაში დიდი როლის შესრულება შეუძლია თითოეული სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემას.

ნაშრომის კვლევის შედეგებზე ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები და არგუმენტირებული დასკვნები, რომელთა საფუძველზე შეიძლება ჯანდაცვის სისტემაში წარმატებით იქნას გამოყენებული ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა. ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაზე, დანერგვასა და გამოყენებაზე შეიძლება გამოყენებული იქნას სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობისა და სამედიცინო მომსახურების ჩვენეული მოდელები.

9. თ. გერლინგერ, კ. მოსებახ, „ჯანდაცვის სისტემის რეგულაცია დიდ ბრიტანეთში“, „პოლიტიკური განათლების ფედერაციული ცენტრი“, ბერლინი 2014წ. ბრიტანული სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის მოდელი დიდი ხნის განმავლობაში ითვლებოდა ერთერთ ყველაზე წარმატებულ მოდელად („Beveridge-System“). სისტემა ძირითადად

ეფუძნებოდა სახელმწიფო დაფინანსებას/მომსახურებას და იყო მკაცრად გაწერილი. დღევანდელ დღეს ბრიტანული სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა განიცდის ძირფესვიან ცვლილებებს და გადადის საბაზრო დარეგულირების სისტემაზე. ამ მოდელის თანახმად საჯარო სექტორის როლი მთლიანობაში წამყვანი ხდება და მთავრობა ძირითადად მარეგულირებელ/მაკონტროლებელ ბერკეტებს იტოვებს. ცვლილებებს დაექვემდებარება სამედიცინო მომსახურების როგორც პირველადი დახმარების რგოლი ასევე სპეციალისტი ექიმის მიერ გაწეული დახმარება. სამედიცინო დახმარების საბაზრო ღირებულება იქნება სახელმწიფოს მიერ შექმნილი ორგანოების მიერ დარეგულირებული და გაკონტროლებული, მაგრამ სამედიცინო სერვისის ძირითადი მარეგულირებელი რგოლი მომხმარებელი იქნება (მოთხოვნა/შეთავაზების და ხარისხის პრინციპით).

ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ცვლილებად მიიჩნევა სახელმწიფოს სამედიცინო-პოლიტიკური ხედვის ცვლილება, რაც სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებს აიძულებს გაწეული სერვისის ხარისხის ამაღლებას ყოველდღიურ საქმიანობაში. ამავდროულად სახელმწიფო ქმნის სამედიცინო დახმარების ხარისხის მაკონტროლებელ ორგანოებს და არ ტოვებს მას, მხოლოდ მომხმარებლისა და მიმწოდებლის პრობლემად.

ბრიტანეთის ჯანდაცვის სამინისტრომ და ფინანსთა სამინისტრომ დადო ხელშეკრულება (Public Service Agreement/PSA) რომლის მიხედვითაც სამი წლის განმავლობაში უნდა მოხდეს შემდეგი მიზნების განხორციელება. პირველ რიგში უნდა მოხდეს გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლება, ქრონიკულად დაავადებული მოსახლეობის ზოგადი მომსახურების გაუმჯობესება და ზოგადად პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების სისტემის შექმნა. მიზნების მისაღწევად შექმნილი იქნა Clinical Commission Groups/CCG“, რომლის მიზანია სახელმწიფოს მიერ დასახული ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნების გატარება, კონტროლი და შესრულება. ორგანიზაციის მიზანია არამარტო უზრუნველყოს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების

ხელმისაწვდომობა, გაწეული დახმარების ხარისხი, არამედ ვალდებულია ჩამოაყალიბოს ხარისხის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები, რომლებიც სახელმწიფოს დაეხმარება დასახული ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანმიმართულ და დროულ განხორციელებაში. აქ მოიაზრება მაგალითად უთანასწორობის აღმოფხვრა და პრევენციის გატარება. ყველა ზემოთ მოხსენებული საკითხის ფინანსური მხარე გაწერილია PSAA ხელშეკრულებაში.

CCG მოვალეობაში შედის სამედიცინო დაწესებულებების კონტროლი დღევანდელი სამეცნიერო მონაცემებზე დაყრდნობით. ასევე სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ხარისხის, ეფექტურობის და გაწეული ხარჯების გაკონტროლება. მაგალითისთვის შექმნილია CCG დაქვემდებარებაში მყოფი „Practice Based Commission/PBC“ ჯგუფი რომელიც აკონტროლებს პირველადი დახმარების ექიმების საქმიანობას. ეს კონტროლის მექანიზმი ვრცელდება ყველა სამედიცინო მომსახურების დონის დაწესებულებაზე. ამისათვის CCG შექმნილია სამუშაო ჯგუფები, რომლებსაც ევალებათ კონკრეტული რგოლების საქმიანობის მონიტორინგი. სამედიცინო დაწესებულებები იქნებიან კონკურენტულ გარემოში, რათა მოსახლეობამ თვითონ გადაწყვიტოს სად მიიღოს საჭირო სამედიცინო დახმარება. ასეთი პოლიტიკით სახელმწიფო ცდილობს მოთოკოს მზარდი სამედიცინო ხარჯების ზრდა და ხელმისაწვდომი გახადოს მოსახლეობისთვის. ამის გარდა სახელმწიფო ცდილობს განათლების სისტემაში მოახდინოს ცვლილებები და ასე გააუმჯობესოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

10. 5. საუსენ-შმიტტი „საზღვარგარეთის სამედიცინო სისტემა“. „Aerzteblatt“, კიოლნი, გერმანია, 2011წ. [10]. სკანდინავიის ქვეყნების სამედიცინო სისტემის მთავარი პოლიტიკური პრინციპი გახლდათ სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობა ნებისმიერი შემოსავლის მქონე მოქალაქისათვის. წლების მანძილზე ეს სისტემა სამაგალითოდ ითვლებოდა განსაკუთრების სამედიცინო პერსონალისთვის, რამეთუ ევროპაში ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი ანაზღაურებითა და სასიამოვნო

სამუშაო პირობებით/დროით იყო ცნობილი. სკანდინავიის ქვეყნებში, მაგალითად შვედეთში ჯანდაცვის სისტემის რეგულაცია მთლიანად დეცენტრალიზირებულია და მართვა ცალკეული რეგიონების პასუხისმგებლობის ქვეშ არის მოქცეული. დაფინანსება ხდება თითქმის სრულად გადასახადებიდან. კლინიკების აბსოლუტური უმრავლესობა სახელმწიფო საკუთრებაშია და ექიმების სამედიცინო პრაქტიკაც ძირითადად სახელმწიფო დაფინანსებაზეა. მსოფლიოში მომხდარმა ცვლილებებმა არც სკანდინავიური ქვეყნები დაინდო. მოსახლეობის უმრავლესობა უკმაყოფილოა ხანგრძლივი ლოდინით და ბოლო დროს ჩამოყალიბებული „ორი კლასის მედიცინით“ რაც ნიშნავს რომ სწრაფი/დროული სამედიცინო დახმარება ხელმისაწვდომია ხშირად მხოლოდ საკუთარ კლინიკებშია პირადი დაფინანსების ხარჯზე.

11. მ. რუები „ძვირი და კარგი, მაგრამ ხელმიუწვდომელი მრავალთათვის“. „Frankfurter Allgemeine“, ბერლინი, 2012წ.

არცერთი განვითარებული ქვეყანა არ ხარჯავს იმდენ ფულს თითოეულ 314 მილიონ მოსახლეზე, იმდენს, რასაც ხარჯავს ამერიკის შეერთებული შტატები. ყოველწლიურად 2,6 მილიარდი დოლარი იხარჯება მხოლოდ ჯანდაცვაზე, თითქმის 9000\$ თითოეულ მოსახლეზე, რაც საკმარისი აღარ არის საჭირო სამედიცინო გადასახადების დასაფარავად. სამედიცინო გადასახადების დაფარვას ზრდის და ამციმებს 50 მილიონი მოქალაქე, რომელსაც სხვადასხვა მიზეზით არ გააჩნია არანაირი დაზღვევა. ისინი სამედიცინო დახმარებას მხოლოდ პირველადი სამედიცინო დახმარების ცენტრში იღებენ. სახელმწიფო პროგრამით „მედიცარე“, რომელიც ითვალისწინებს 65 წლის ზემოთ თანამემამულეების უფასო დაზღვევას, დაზღვეულია დაახლოებით 40 მლნ ამერიკელი, ასევე უფასო დაზღვევა ეკუთვნით უნარშეზღუდულ 8 მლნ მოქალაქეს. ასაკოვანი მოსახლეობის მზარდი ზრდის და ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების პირობებში შეუძლებელი ხდება ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა. შეერთებულ შტატებში

სამედიცინო დაზღვევა არაა სავალდებულო. დაზღვევების პაკეტი ძალიან მრავალფეროვანია და მათი კონტროლი ისევე როგორც კონტროლის მექანიზმი მზარდ სამედიცინო სერვისების საფასურზე არ არსებობს. ბოლო წლებში გატარებულმა რეფორმამ „ობამა ცარე“ ხელმოკლე მოსახლეობას მისცა საშუალება და წვდომა ჰქონდეს სამედიცინო დახმარებაზე. საბოლოოდ არასაკმარისად გატარებულმა ცვლილებებმა სადაზღვეო და სამედიცინო სისტემაში გამოიწვია დასაქმებულ მოსახლეობაზე დაზღვევის საფასურის ზრდა ისე, რომ ხარისხი არ შეცვლილა.

თავი 1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო მომსახურების მართვის პრობლემები

1.1. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების თანამედროვე მოდელები და განვითარების თავისებურებები

მსოფლიოს ნებისმიერი ქვეყნის მთავრობისა და საზოგადოების ძირითადი მიზანია ქვეყანაში ჯანმრთელობაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. თავის მხრივ, ეს მაჩვენებელი გამორიცხავს ამ ქვეყნის საზოგადოების განვითარების დონეს, რისი მიღწევაც ხდება უფასო სამედიცინო დახმარების მეშვეობით, რაც ჩადებულია ადამიანების უფლებების დაცვის მასალებში.

ადამიანის ამ უფლებების დაცვის რეალიზება ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეშვეობით, რომელიც, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს სამედიცინო მომსახურებებზე დაფინანსების გარანტი, მიუხედავად მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სოციალური დონის მიკუთვნების, შემოსავლების, ცხოვრების დონისა და სხვა მაჩვენებელთა სიდიდის თუ მოცულობისა.

საზოგადოების განვითარების მრავალსაუკუნოვან პერიოდებში იცვლებოდა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების სახეები, მიდგომები, მოდელები და მეთოდები. თანამედროვე პირობებში არსებობს სამი ძირითადი ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციულ-ფინანსური მოდელი, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სახელმწიფოებრივი თუ საბაზრო მიდგომებით ჯანდაცვის რეგულირებაზე.

განვიხილოთ თითოეული.

1. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო-საბიუჯეტო მოდელი, რომელიც წარმატებით გამოიყენება და ტიპური წარმომადგენლები არიან დიდი ბრიტანეთის, დანიისა და ირლანდიის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. ამ მოდელში დამატებით შედის ფასიანი კერძო სექტორის სამედიცინო მომსახურება. ამ მოდელში წამყვანი ადგილი უჭირავს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო საბიუჯეტო დაფინანსებას.

2. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების მოდელს მიეკუთვნება დომინირებული კერძო დაზღვევის ჯანდაცვა, რომელსაც ემატება საზოგადოებრივი სექტორის სამედიცინო მომსახურება. ამ მოდელში უპირატესობა მინიჭებული აქვს სამედიცინო მომსახურების კერძო ბაზარს და კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევას, რომელიც შეხამებულია ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამასთან (საბიუჯეტო და სოციალურ-სადაზღვევო) მოსახლეობის ცალკეული კატეგორიისათვის (პენსიონერები, ინვალიდები, ომის ვეტერანები, დაბალშემოსავლიანი ნაკლებ უზრუნველყოფილი). ეს მოდელი ძირითადად დომინირებს ამერიკის შეერთებულ შტატებში.

3. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელი. ეს მოდელი ძირითადად გავრცელებულია და მოქმედებს გერმანიაში, საფრანგეთში, კანადასა და ნიდერლანდებში. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების ამ მოდელში დევს ჯანდაცვის დაფინანსება სავალდებულო დაზღვევის არასაბიუჯეტო მიზნობრივი ფონდებიდან დაავადების შემთხვევაში, რომლის ფორმირება ხდება დამსაქმებელთა და მომუშავეთა სადაზღვევო შენატანებით, რომელსაც ემატება საბიუჯეტო სუბსიდირება.

4. ჯანმრთელობის ორგანიზების რუსული საბიუჯეტო-სოციალურ-სადაზღვევო მოდელი დაფუძნებულია საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებაზე და გათვალისწინებულია უფასო სამედიცინო მომსახურების ტრადიციები. რუსეთის ახალ მოდელში ძირითადი არის სამედიცინო დაზღვევა, სახელმწიფო არასაბიუჯეტო ფონდების (საპენსიო, დასაქმების, სოციალური დაზღვევის, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის) შექმნა, რითაც გადაიდგა რუსეთში სოციალური დაზღვევის ფორმირების პირველი ნაბიჯი. 2010 წლიდან დაიწყო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ამოქმედება, რითაც გაძლიერდა მოქალაქეთა უფლებები უფასო სამედიცინო დახმარების გარანტირებულად მიღებაზე. დაზღვევას შეუძლია შეარჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი, რომელიც მუშაობს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევაში. 2012წ.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით დაზღვეულია 141,2 მლნ ადამიანი, მათ შორის 54,6 მლნ მომუშავე მოქალაქე და 86,6 მლნ არამომუშავე მოქალაქე [12]¹

რუსეთში ბოლო 3–4 წლის განმავლობაში მიღებული საკანონმდებლო აქტების საფუძველზე განსაზღვრულია ჯანდაცვაში პროფილაქტიკური ღონისძიებების პრიორიტეტი. განვითარებული ქვეყნების მსგავსად აუცილებლად მიაჩნიათ ჩამოაყალიბონ პაციენტების დაცვის ასოციაცია.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების თითოეული მოდელი სრული სახით არ არსებობს. მაგრამ ხასიათდება საფინანსო რესურსების, ადმინისტრირებისა და კონტროლის ეკონომიკური მეთოდების კომბინაციითა და სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების კონტროლის სახითა და მეთოდით.

სახელმწიფო საბიუჯეტო მოდელის ღირსებას წარმოადგენს ის, რომ იგი ქმნის საფინანსო–ეკონომიკურ ბაზას ადამიანების კონსტიტუციური უფლებების რეალიზაციისათვის ჯანმრთელობის დაცვასა და აუცილებელი სამედიცინო დახმარების მიღებაზე. ასევე ჯანდაცვის სისტემაში ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის გასატარებლად. უპირატესობის მეორე მხარეა, რომ ეს მოდელი უფრო იაფია, ვიდრე სოციალურ – დაზღვევისა და კერძო – დაზღვევის მოდელები. მოდელი საშუალებას გვაძლევს დაწესდეს მკაცრი ადმინისტრაციული კონტროლი ბიუჯეტური სახსრების გამოყენებაზე სამედიცინო დახმარების გაწევაზე. მოდელის უარყოფით მხარედ მიიჩნევა, როდესაც სახსრების გამოყოფა ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე ერთდროულად ხდებოდა სხვა სახელმწიფო პრიორიტეტების ფორმირება, რომლებსაც არ გააჩნდათ მიზნობრივი მიმართულება, ამასთან ერთად საბიუჯეტო ასიგნების ფორმირება არასტაბილურად ხდებოდა ყოველწლიური პრიორიტეტების ცვლის გამო, რაც არა მარტო უკმაყოფილებას იწვევდა, არამედ მრავალი დაწყებული საქმე არ ვითარდებოდა.

¹ www.ffoms.ru/portal/page - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფედერალური ფონდის საიტი.

საერთოდ დიდ ბრიტანეთში, ირლანდიაში, დანიასა და სხვა ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს დღესაც ჯანდაცვის სახელმწიფო-ბიუჯეტური სისტემა, დაშვებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევა და ფასიანი სამედიცინო მომსახურება, რამაც ხელი შეუწყო კონკურენციის განვითარებას ჯანდაცვის სფეროში, რითაც დაშვებული იქნა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების ალტერნატიული ფორმა, იმისათვის, რომ სამედიცინო დაწესებულებას გაუმჯობესებინა მომსახურების ხარისხი.

სულ სხვა ტრადიცია იყო საქართველოში, დამოუკიდებლობის მიღებამდე მოქმედებდა ტოტალური სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურება და მკვეთრი ბიუროკრატიული ცენტრალიზმი გადაწყვეტილების მიღებაზე და პრაქტიკულად არ არსებობდა სამედიცინო მომსახურების ლეგალური ბაზარი, ყველა მომსახურება ხდებოდა უფასოდ.

გასული საუკუნის ბოლოს ევროპის ქვეყნებში: ესპანეთში, იტალიაში, პორტუგალიაში, საბერძნეთსა და დიდ ბრიტანეთში მოხდა დაფინანსების უპირატესი საბაზრო კერძო – სადაზღვევო მოდელიდან გადასვლა სახელმწიფო – ბიუჯეტურ მოდელზე, ასევე შერეული ბიუჯეტურ-სოციალურ-სადაზღვევო მოდელზე (კანადა). მომავალში შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ეს იყო სწორი გზა. სახელმწიფო-ბიუჯეტური მოდელი უშვებს მომსახურებაზე დეფიციტურ მოვლენას, მაგრამ მისი გამოსწორება არ კეთდება რეკლუციური გზით, სოციალურ-სადაზღვევო მოდელზე გადასვლით, არამედ ჯანდაცვის დაფინანსების ბიუჯეტური მოდელის თანდათანობით გაუმჯობესებით, სამედიცინო მომსახურებების მომწოდებელთა შორის კონკურენციის გაუმჯობესებით, მოსახლეობის მონაწილეობის გაფართოებით სამედიცინო მომსახურების დანახარჯის გადახდაში.

მნიშვნელოვანია აშშ-ში ჩატარებული ჯანდაცვის რეფორმა. საინტერესოა რომ XXI საუკუნის დასაწყისში ეს უმდიდრესი და უაღრესად

განვითარებული ქვეყანა, რომელსაც არ ჰქონდა ჯანდაცვის უნივერსალური სისტემა [13]¹

დაახლოებით მოსახლეობის 84%-ს გააჩნია დაზღვევა (2010წ. მონაცემებით მოსახლეობის 50 მლნ დაზღვევა არ ჰქონდა [14]²). აქედან 64% წარმოდგენილია დამსაქმებლისაგან, 9% თავისი ინიციატივით. 27% მოქალაქეების დაზღვევას იძლევა სახელმწიფო პროგრამები. ამ პროგრამების მეშვეობით სამედიცინო დახმარებას იღებს ინვალიდები, ხანდაზმული ასაკის პირები, ვეტერანები, ნაკლებად უზრუნველყოფილი ადამიანები, ასევე გადაუდებელ დახმარებას ყველა ადამიანი, მიუხედავად მათი შესაძლებლობებისა. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების 45% გამოიყოფა ასეთი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე.

უკანასკნელი წლების პროგრამის პირობებით (ბ. ობამას გუნდის პროგრამა) აშშ-ს ყოველ მოქალაქეს უნდა ჰქონდეს სამედიცინო დაზღვევა. დამსაქმებლებმა (გარდა მცირე ფირმებისა) ყველამ უნდა უზრუნველყოს თავისი თანამშრომლები დაზღვევით. პროგრამა ტარდება 10 წლის პერიოდში 2012–2022წწ.

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 2013წ. თებერვალში. 2014წ. ნოემბრის მონაცემებით საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორაციული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მთავრობის გადაწყვეტილებით 2013 წელს ჯანდაცვის სექტორზე ასიგნებული იქნა 634 მლნ ლარი, ნაცვლად 365 მლნ ლარისა, 2012წ. [15]³

შსჯდ სამინისტროს განცხადებით ჯანდაცვის სისტემაში გრძელდება რეფორმა, რომლის ძირითად ინტერესს წარმოადგენს პირველადი

¹ Дзяцько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов. Журн. Медицинские новости, 2014 - №7, с. 37-50.

² Экономика и управление социальной сферой. Под редакцией проф. Е.Н. Жильцова. М., «Дашков и К», 2015, стр. 277.

³ შსჯდ სამინისტროს 2013–2014 წლების ანგარიში. თბილისი, 2015წ.

ჯანდაცვა, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციის საფუძველი.

ჯანმრთელობის ორგანიზების მოდელების ეფექტიანობა გამოკვეთილია ქვეყნების (სადაც მოცემული მოდელები გამოიყენება) მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებაში, ცხოვრებისეული დონის გაუმჯობესებასა და სხვა.

ჯანმრთელობის ორგანიზების თანამედროვე მოდელებიდან გამოვყოფდი აშშ-ს სახელმწიფო მიდგომას ჯანდაცვის იმ მიმართულებებში, სადაც აშშ-ს მედიცინას უჭირავს ლიდერობა. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ორგანიზება, სამედიცინო პრაქტიკაში ინოვაციური ტექნოლოგიების დანერგვა, სტაციონარებში საწოლი ფონდის ოპტიმიზაცია, ამბულატორიულ ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების გაფართოება, ჯანდაცვის დაწესებულებების ინფორმაცია, საშუალო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიციური მომზადება, მათი როლის გაზრდა სხვადასხვა ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების საქმეში.

1.2. სამედიცინო მომსახურების სფეროში რეფორმების განვითარების პრობლემები

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მიმდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები. რეფორმების მიმდინარეობა და შედეგებზე არსებობს მრავალი ქვეყნის მეცნიერთა და პრაქტიკოსთა შეფასებები, ანალიტიკური დასკვნები, დადებითი და უარყოფითი მხარეების ანალიზი, შედარება. ყველა შემთხვევაში რეფორმა გამოხატავს საზოგადოების განვითარების დონის შესატყვის მიზანმიმართულ საერთო ან ცალკეული კონკრეტული ამოცანების განსაზღვრას, დამუშავებასა და შესრულებას, რაც დინამიკურ პროცესს წარმოადგენს და ყველა შემთხვევაში ითვალისწინებს ძიერულ ან ნაწილობრივ სტრუქტურულ და შინაარსობრივ ცვლილებებს. რეფორმის ჩატარება ყოველთვის წარმოადგენს აუცილებელს, განსაკუთრებით მაშინ,

როდესაც ქვეყანაში იცვლება ეკონომიკური საქმიანობის სახე, მიდგომები და სისტემა. ცნობილია ჯანდაცვის რეფორმების გატარებისა და სტრატეგიების რამდენიმე ვარიანტი. ისე, როგორც გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა შეიცვალა დამოუკიდებლობის მიღწევის შემდეგ (1991წ.). ამ პერიოდიდან მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სფეროში შეიცვალა სახელმწიფოს როლი. ესაა დიამეტრალური ცვლილება. მთლიანად გადაისინჯა მმართველობის სტრუქტურა, სახელმწიფოს როლი, ქვეყნის დემოკრატიული, სოციალური, ეკონომიკური და სხვა მდგომარეობების გათვალისწინებით მოხდა მმართველური სტრუქტურებისა და დამფინანსებელთა საქმიანობის გადაფასება, ცენტრალიზებული, ზოგი ფუნქციის რეგიონულ დონეზე გადაცემა, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ჩამოყალიბება და საქმიანობის მარეგულირებელი წესების დამუშავება და გამოყენება. თანდათანობით სამედიცინო მომსახურების სფეროში შემოდის სექტორი, თავისი საკუთარი მიზნებითა და ინტერესებით, თავისი მოთხოვნებითა და რეგულაციებით, თავისი მიდგომებით სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის ფუნქციონირების მიმართ.

რეფორმებმა მთელი თავისი ყოვლისშემცველობით სამედიცინო მომსახურების სფეროში მოქალაქეებისათვის თავისუფლება შემოიტანა ანუ მან საშუალება მისცა მოსახლეობას, უფრო ახლოს გაეცნობოდა სამედიცინო მომსახურების ბაზარს, შეეფასებინა მოთხოვნის მიხედვით თითოეული სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი და ამის შემდეგ შეერჩია იგი. ასეთმა მიდგომებმა შეცვალა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლი, ამასთან მისი მართვა უფრო მიზანმიმართული, მოქნილი და ეფექტიანი გახდა.

სამედიცინო მომსახურების სფეროში რეფორმის განვითარების მნიშვნელოვან მიმართულებას მიეკუთვნება ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობის წარმართვა საბაზრო ურთიერთობებში ბაზრის მექანიზმების გამოყენებით. ამ შემთხვევაში ანუ ბაზრის პირობებში, ჯანდაცვის

რესურსების გადანაწილება სამედიცინო მომსახურების მოსარგებელთა შორის მათი სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებით ყოველთვის არ იყო ეფექტიანი და სამარლიანსაც ვერ ვუწოდებთ. ამ დროს სახელმწიფოს ჩარევა მაინც ბაზარზეა ორიენტირებული და სხვადასხვა მარეგულირებელი მექანიზმების გამოყენებით შეიძლება მოხდეს მოთხოვნა მიწოდების დაბალანსება.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს ბაზრის პირობებში და იგი მოიცავს რამდენიმე სუბიექტის ურთიერთსარგებლიან ურთიერთობას: სახელმწიფო, მუნიციპალურ, კერძო ჯანდაცვის დაწესებულებების, სამედიცინო მომსახურების მოსარგებლის – მომხმარებლის, კერძო პრაქტიკის ექიმისა და რამდენიმე სახის დაფინანსებლის ურთიერთობას.

ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების ეფექტიანობას ხელი შეუწყო კერძო ბიზნესის როლმა. განსაკუთრებით ეს ეხება სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის დაფინანსებას.

როდესაც ვითვალისწინებთ ჯანდაცვის დარგობრივ სპეციფიკას, ბაზრის პირობებს, რეგიონულ ფაქტორებსა და თავისებურებებს, ჯანდაცვის დაწესებულებების მრავალსახა დაფინანსებას, დგება საკითხი, როგორ მოვახდინოთ დაფინანსების დაგეგმვა, რომ დაცული იქნას ყველა პირობა და თითოეული ბაზრის მონაწილის ინტერესი. ერთ შემთხვევაში სახელმწიფო დაფინანსება ეხება სახელმწიფო გარანტირებულ ჯანდაცვის პროგრამებს (საბიუჯეტო დაფინანსება), მეორე შემთხვევაში ჯიბიდან გადახდას, რომელსაც მომხმარებელი იხდის თავისი მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად.

მითითებული ურთიერთობებიდან გამოსაყოფია კერძო პრაქტიკის ექიმები, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ერთ–ერთ ანგარიშგასაწევ ძალას წარმოადგენს. მათ შორის არიან ისინი, რომლებსაც გააჩნიათ სამედიცინო მომსახურების რაიმე კონკრეტულ სახეზე კონკურენტული უპირატესობა, შესაბამისად, ისინი ბაზარზე მოქმედებენ არა ნაკლებ კონკურენტული ძალისხმევით. კერძო პრაქტიკის ექიმებსა და

ჯანდაცვის დაწესებულების ექიმ სპეციალისტებს შორის მოქმედებს საკმაოდ ძლიერი კონკურენცია. ჯანდაცვის სისტემის ბაზრის პირობებში საქმიანობის დროს გვევლინება, როგორც სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლის შემქმნელი, მეორე შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი.

ჯანდაცვაში რეფორმების მიმდინარეობის პერიოდში მიმდინარეობს ჯანდაცვის მმართველობითი სისტემის გარდაქმნა და რეორგანიზება. რეფორმის წარმატებად მიგვაჩნია მართვის დეცენტრალიზაცია, ცენტრალიზებული ორგანოდან დამოკიდებულ ქვედანაყოფებზე მართვის ზოგიერთი საკითხების დელეგირება, მაგალითად, შჯსდ სამინისტროდან რეგიონულ დეპარტამენტებზე მართვის გადაცემა ისეთ საკითხებზე, რომელთა გადაწყვეტა უფრო ადგილზე ეფექტიანი, ვიდრე მისი ცენტრალიზებულად მოგვარება, რადგანაც მასზე ხდება საკმაო რესურსების მობილიზება და დროის გამოყოფა.

ჯანდაცვის სისტემაში ვიდრე სხვა დარგებში დეცენტრალიზაცია იმიტომ არის არა მარტო მიმზიდველი, ასევე ეფექტიანი, რომ ცენტრალური ორგანოს – სამინისტროს ადმინისტრაცია ნაკლებად არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლებთან და ამიტომ მისთვის შეუძლებელიც კი არის მიზანმიმართული გადაწყვეტილების მიღება. როგორც მკვლევარები აღნიშნავენ, ისე როგორც სხვა ქვეყნებში, ასევე საქართველოში ცენტრალიზებულ სისტემას ახასიათებს შემდეგი ნაკლოვანებები: ინოვაციებისა და ტექნოლოგიების დანერგვაზე შენელებული და დაბალი აქტივობა, გადაწყვეტილების მიღებაზე გაუმართლებლად დიდი დროის საჭიროება, ნაკლებეფექტიანი მმართველური ზემოქმედება, რეგიონებში მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და სამედიცინო დაწესებულებებზე მოქმედი გარე ფაქტორებსა და ცვლილებებზე არაადეკვატური რეაქცია და მიდგომა, კომუნიკაციების ნაკლებობა, ინფორმირებულობის დაბალი დონე და სხვა. მაშინ, როდესაც განსაკუთრებით ადგილობრივი მმართველობის მხრიდან ცენტრალი-

ზებულ ადმინისტრაციაზე მიმართვები განხილული უნდა იქნას სწრაფად და რეაგირება დროული. ადგილებზე უფრო მეტია ინიციატივანი საქმიანობა, დროულად და ოპერატიულად წყდება საკითხები, მაღალია სამედიცინო მუშაკთა შრომის ნაყოფიერება და დისციპლინა.

დეცენტრალიზებული მმართველობის ეფექტიანობა გამოიკვეთა მას შემდეგ, რაც საქართველოში წარმატებით ვითარდება სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა. კერძო ბიზნესს გააჩნია უამრავი გადაუწყვეტელი ამოცანა და პრობლემა რეგიონებში, რაც მოქნილად აწყობილი დეცენტრალიზაციის პრობლემა, მით უფრო სწრაფად გვარდება ურთიერთობები კერძო ბიზნესის ჯანდაცვის ობიექტებსა და სხვა სამედიცინო ობიექტებთან, რაც ხელს უწყობს რეგიონის ჯანდაცვის ობიექტების სამედიცინო მომსახურებაზე თანასწორობას. თუმცა, დეცენტრალიზაციას შეიძლება ჰქონდეს ნაკლოვანებები და განსაკუთრებით ეს ეხება მმართველობითი ორგანოების საქმიანობის შესუსტებას, შეიძლება მოხდეს რეგიონებს შორისი მმართველობის ორგანიზაციების ზედმეტად დანაწილება, სამედიცინო დახმარებაზე თანასწორუფლებიანობის დარღვევა და ა.შ. ეს ნაკლოვანებები შეიძლება პოლიტიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით გამოყენებული იქნას ადამიანების მიერ ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობის ამა თუ იმ ნაწილის თავისი ინტერესების სასარგებლოდ გადასაწყვეტად. რადგანაც ჩვენი თემის ინტერესების სფერო ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემაა, ამიტომ მართვისა და გადაწყვეტილების მიღების ფუნქციების დელეგირება დაქვემდებარებულ მმართველობაზე ხშირ შემთხვევაში გაუმართლებელია და ზარალის მომტანი. არის მიმართულებები და ისინი ჯანდაცვის სფეროში მრავალია, მათი დეცენტრალიზაცია ნამდვილად გაუმართლებელია. ასეთებს მიეკუთვნება: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირება და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი, სამკურნალო წამლების ხარისხის კონტროლი, შრომითი რესურსების უწყვეტი განვითარება, ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის

მდგომარეობისა და სამედიცინო მომსახურების ყოველმხრივი საქმიანობის მონიტორინგი, პერიოდული შეფასება და მუდმივი ანალიზი.

სამედიცინო მომსახურების სფეროში წარმატებული რეფორმის ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულებაა ჯანდაცვის სისტემის კუთვნილი სახელმწიფო საკუთრების განსახელმწიფოებრიობა (პრივატიზება).

ჩვენ აქედანვე ამ საკითხს ვუდგებით სამართლიანობისა და საქართველოს მოსახლეობის სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებით და თუ იმ მოვლენასაც განვიხილავთ, რომ არც აშშ-ში და ევროპისა და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზება არ ჩატარებულა. აქ მიდგომა ერთმნიშვნელოვანია – პრივატიზაციის პროცესმა ხელი უნდა შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების სფეროში დაფინანსების გაზრდას, მოსახლეობისათვის ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას. თუ ჯანდაცვაში რეფორმების წარმატების ეს სამი მიდგომა შესრულებულია, მაშინ თამამად შეიძლება ითქვას, რომ პრივატიზება გამართლებულია. პრივატიზების პროცესი საქართველოში დღესდღეობით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ თითქმის დამთავრებულია, რადგანაც პრივატიზებულია დაახლოებით 90% სახელმწიფო საკუთრება. ერთ-ერთ წარმატებად ამ პროცესში მიგვაჩნია საკუთრების სხვა მესაკუთრეთა გამოჩენა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე და წარმატებით მიმდინარეობს სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა (რაც განხილულია შემდეგ თვეებში).

თავის მხრივ, პრივატიზებამ, აღნიშნულის გარდა, გამოავლინა დადებითი ტენდენციები: დაინერგა სამედიცინო მომსახურების საბაზრო სტიმულები.

სახელმწიფო სხვადასხვა სახის პრეროგატივები შეიცვალა (კერძო სექტორში) კერძო ბიზნესის ფორმების უფლებამოსილებით. ხარისხობრივად იზრდება მენეჯმენტის მოქნილობა, ჯანდაცვის სისტემაში იზრდება კერძო კაპიტალის შემოდინება, იცვლება ჯანდაცვის კერძო

ფირმის შიგა და გარე გარემოების ფაქტორები და მათ საქმიანობაზე ზეგავლენის ხასიათი და შინაარსი.

საერთოდ პრივატიზებული სამედიცინო ობიექტები, რომლებიც იმართება კერძო მესაკუთრეთა ინტერესების საფუძველზე, მაინც ექვემდებარება ცენტრალიზებული სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკას, რაც თავის მხრივ, უცილობლად შესასრულებელია.

ჯანდაცვის სისტემაში ყოველწლიურად მიმდინარე რეფორმების დიდ მიღწევად მიგვაჩნია 2013 წლის 1 ივლისიდან ამოქმედებული ჯანდაცვის საყოველთაო სახელმწიფო დაზღვევა, რომლის მეშვეობით მოცულია ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობა (3,75 მლნ კაცი), მათ შორის 500000 კაცი მოქცეულია კერძო დაზღვევის ქვეშ.

ესაა უდიდესი წარმატება, თუ შევადარებთ ამ მოვლენას სხვა ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელთან საქართველომ შეიძლება ითქვას გაუსწრო ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებს.

ასე მაგალითად, აშშ-ს უმაღლესმა სასამართლომ ცნო ჯანმრთელობის საკონსტიტუციო რეფორმა (2012წ. 28 ივნისი), რომელიც დამუშავებული იყო პრეზიდენტ ობამას ადმინისტრაციის მიერ და 2014 წლისათვის აშშ-ს მოსახლეობის უმრავლესობა უნდა ჰქონდეს სადაზღვევო სამედიცინო პოლისი. ამ რეფორმის წყალობით მოქალაქეები უფრო დაცული იქნებიან სოციალურად და არავინ არ გაკოტრდება ავადმყოფის გამო.

აშშ-ში 2014 წლისთვის, ხოლო საქართველოში უკვე 2013 წლის 1 ივლისს ამოქმედდა ჯანდაცვის სახელმწიფო საყოველთაო დაზღვევა, თანაც მთელი მოსახლეობისათვის რაც მნიშვნელოვანი განსხვავებაა აშშ-სთან შედარებით.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სფეროში თანამედროვე რეფორმის პრიორიტეტული მიმართულებას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის განვითარება. 1978წ. ყაზახეთში ქ. ალმა-ათაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციამ მიიღო დეკლარაცია „პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარება“, რომლის მიხედვით მთავრობების მთავარ მიზანს უნდა წარმოადგენდეს მოსახლეობის ჯანდაცვაზე

ხელმისაწვდომობა, რომელიც სოციალურად და ეკონომიკურად ჯანსაღი ცხოვრების საშუალებას იძლევა. პირველადი ჯანდაცვა თავისი ფუნქციური დანიშნულებით ხელს უწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობას, იგი ახორციელებს პირველ უშუალო ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებას და წარმოადგენს ზოგად, უწყვეტ და კოორდინირებულ საქმიანობას, მოიცავს დაავადებათა პროფილაქტიკას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებაზე მიმართულ ღონისძიებებს, მოსახლეობის განათლებას, დაავადებათა, პროფილაქტიკისა და ზოგადად ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ. თანამედროვე ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის მართვის დეცენტრალიზაციის პირობებში იზრდება პირველადი ჯანდაცვის როლი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება (ცენტრი, საფერშალო-საბებიო პუნქტი, ამბულატორია, პოლიკლინიკა) შეიცავს პროფილაქტიკურ, სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო, რეკრეაციულ და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებსა და ფუნქციებს.

რეფორმის მიზანს წარმოადგენს უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების აღჭურვა თანამედროვე სადიაგნოსტიკო, სარეაბილიტაციო, სამკურნალო და სხვა ტექნიკით, მოახდინოს რეგიონების სოფლებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების გადაადგილება და უზრუნველყოს პროფესიული სამედიცინო და დამხმარე პერსონალითა და ტრანსპორტით, შესაბამისი მაღალი ანაზღაურების დაწესებით. მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობამ ადგილზე პირველი ორგანიზებული შეხვედრის დღესვე გაიგოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მისი შემდგომი მომსახურების აუცილებლობა. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება წარმოადგენს პრევენციულს, სადაც გადაწყდება მომხმარებლის ამბულატორიული მკურნალობისა თუ სამედიცინო მომსახურების სხვა დონეებზე სამკურნალოდ გაგზავნა. ვფიქრობთ, რეფორმის მსვლელობისას უახლოეს ერთ-ორ წელიწადში მოსახლეობა ნაკლებ სახსრებს დახარჯავს ზოგჯერ არასწორი გადაწყვეტილების გამო.

1.3. ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემები

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებმა უკანასკნელი წლების განმავლობაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. მოხდა რეფორმების მიღწეული შედეგების შეფასება, გამოიკვეთა დადებითი ტენდენციები, გამოვლინდა დადგენილი გეგმიდან გადახრები და ჩამოყალიბდა რეფორმების განვითარების თანამედროვე მიმართულებები.

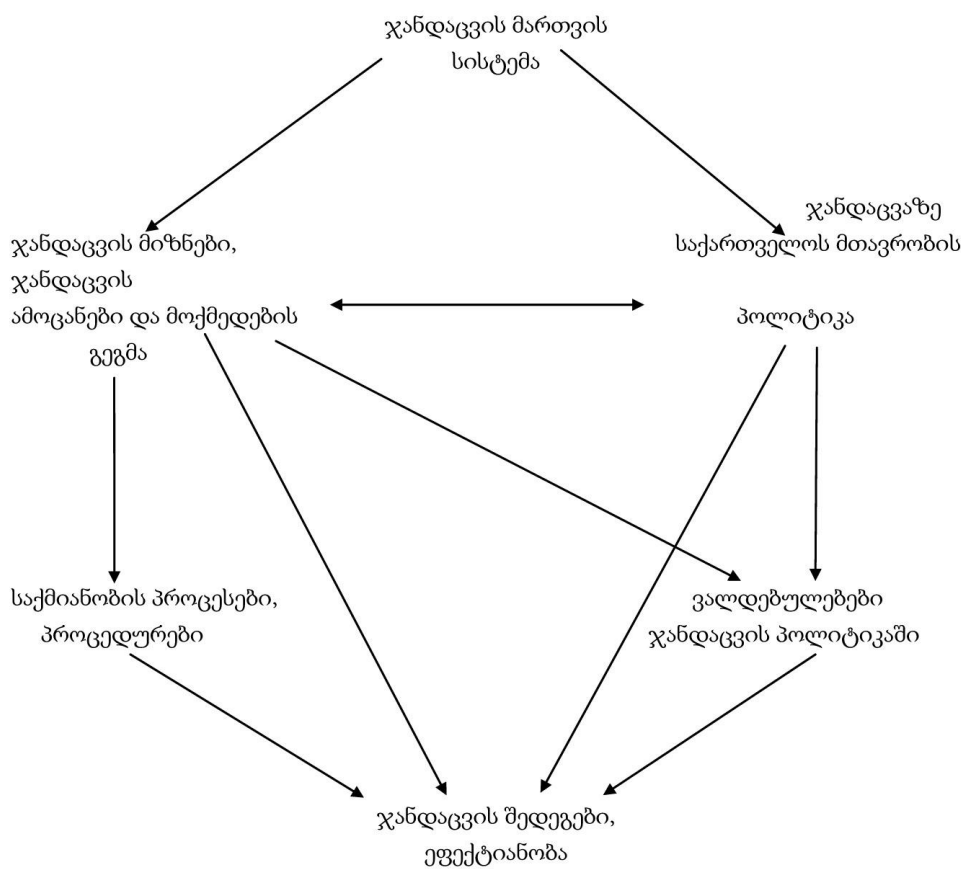
მიმდინარე რეფორმებიდან გამოვყოფდით ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანამშრომლობის სტრატეგიის ჩამოყალიბებას და ამის შესაბამისად ჯანდაცვის სისტემის მართვის განვითარებას.

ჯანდაცვის პოლიტიკა ყოველთვის ითვალისწინებდა, დღეს კი განსაკუთრებით, ჰოსპიტალური სექტორისა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესს, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, მოსახლეობის ინფორმირებულობას, პაციენტთა უფლებების დაცვას, მოსახლეობის ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას, პაციენტების მიმართ სისტემის გულისხმიერ დამოკიდებულებას, საზოგადოებრივი ინტერესების დაცვის მიზნით, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სექტორის ზედამხედველობას, სამედიცინო აღჭურვილობითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, სახელმწიფოს როლის გაზრდას რეგულირებისა და თვითრეგულირების ეფექტიანი ინტერვენციების შემუშავებასა და დანერგვაში, ინოვაციური ელექტრონული ჯანდაცვის შექმნას და საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის შესაბამისად სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო სახსრებით უზრუნველყოს უნივერსალური პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება, ამავე დროს მთელ ტერიტორიაზე საჭიროების შემთხვევაში ნებისმიერ პიროვნებას ანაზღაურების გარეშე მიაწოდოს

კანონით განსაზღვრული პრევენციული, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურება. სახელმწიფო ვალდებულია [16]¹, რომ ჯანდაცვის სფეროში იარსებოს ფინანსურად ხელმისაწვდომმა და მიმზიდველმა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტმა - „დამატებითი პაკეტი“ (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახით), რომელსაც სახელმწიფო შეუძენს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას.

ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მართვის პრობლემები (მოც. ნახ. 1.1), რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის მართვის სისტემის მიმართულებებს, ეყრდნობა ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკას და ორიენტირებულია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე.

ნახ. 1.1. ჯანდაცვის მართვის ლოგიკა: ორიენტაცია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე.



¹ შჯსდ სამინისტრო - „სამედიცინო მომსახურების მოდელი“ – (სამუშაო ვერსია), თბილისი, 2006 წ.

როგორც აღვნიშნეთ ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკას წარმართავს სახელმწიფო, რომელიც ქმნის მრავალსახა რეგულაციებს სისტემის ეფექტიანად მართვისათვის. რეფორმების პერიოდში შექმნილი სამედიცინო მომსახურების ბაზარი მოქმედებს მომსახურების მოთხოვნა-მიწოდების ურთიერთობებით. ბაზრის მართვა დღესდღეობით წარმოადგენს მეტად მტკივნეულ ადგილს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების საქმეში. რით არის გამოწვეული ეს მოვლენა? საქმე ეხება სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების პრობლემებს. არსებობს რამდენიმე მიდგომა. ერთ-ერთის მიხედვით ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზება უნდა ხდებოდეს სამ დონედ და დონეებს შორის სპეციფიკური კავშირით ხდება სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა - რეფერალი.¹

ჯანდაცვის სისტემაში მოქალაქე პირველადი ჯანდაცვის ობიექტზე ლებულობს საექიმო კონსულტაციებს (როგორც ამბოლატორიულად, ასევე ბინაზე), იღებს ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, სამედიცინო განათლებას, იმუნიზაციასა და ა.შ. მეორე დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელია საავადმყოფო და უზრუნველყოფს პირველი დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებას. მისი ორგანიზება ხდება სადაც მოსახლეობის რაოდენობა 30 000-მდეა, ხოლო მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება ხდება, სადაც მოსახლეობა მეორეეობს 250 000 – 350 000 შორის. მესამე დონეზე ხდება ვიწროსპეციალიზებული ჰოსპიტალური მომსახურება.

მოქალაქის სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება ხდება რამდენიმე სახით, მაგრამ როგორც აღვნიშნეთ მან პირველ რიგში უნდა მიმართოს პირველადი ჯანდაცვის ობიექტს (პჯდ), სადაც პჯდ-ს ექიმისაგან, რომელიც მოქმედებს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული რეგულაციებით, მას შეუძლია მიიღოს მიმართვა სხვა დონეებზე კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე¹. პარალელურად,

¹ შჯსდ სამინისტროს დამუშავებული „სამედიცინო მომსახურების მოდელი“ – 2006 წ.

იმისათვის, რომ ჩატარდეს კვალიფიციური მკურნალობა საჭირო ხდება პირველი, მეორე და მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ხარისხიანი და ოპერატიული დიაგნოსტიკური ინფორმაციით უზრუნველყოფა. ამიტომაც, შემოთავაზებული მოდელით ქვეყანაში ჩამოყალიბებული უნდა იყოს ეროვნული ლაბორატორიების ქსელი. ეს სისტემა შედგება ოთხი დონისაგან: 1. ოჯახის ექიმი; 2. რაიონული ლაბორატორია; 3. რეგიონული ანუ შუალედური ლაბორატორია; 4. ცენტრალური ეროვნული ლაბორატორიები. ყოველ შემდგომ დონეზე მოხდება დიაგნოსტიკური ინფორმაციის ხარისხის მონიტორინგი და ახორციელებს უფრო მაღალი დონის ლაბორატორიულ კვლევებს, ვიდრე მასზე ქვემოთ მდგომი ლაბორატორიები. ლაბორატორიების ოთხივე დონე აღჭურვილი უნდა იყოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით.

ჩვენი აზრით სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე განსაკუთრებული ყურადღების ცენტრშია ექიმი - სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი. მათი კვალიფიკაციის გამოყენება დონეების მიხედვით შემდეგნაირად უნდა იყოს ორგანიზებული. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურება ხდება (პჯო) ოჯახის ექიმის ან ზოგადი თერაპევტისა და პედიატრის მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად (ზოგადი პრაქტიკის ექთნები ან ბებიაქალები).

მეორე დონის სამედიცინო მომსახურება - ექიმი-სპეციალისტების მიერ წარმოებული სამკურნალო და საკონსულტაციო მომსახურება, რომელიც მიეწოდება ამბულატორიული ან ჰოსპიტალური ტიპის ობიექტის მიერ.

მესამე დონის სამედიცინო მომსახურება - ვიწრო ექიმი სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ან საკონსულტაციო მომსახურება (ამბულატორიულ-ჰოსპიტალური) [17]¹.

სამედიცინო ქსელის დონეები გვიჩვენებს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების იერარქიას, სადაც გამოკვეთილია პჯდ-ს განსაკუთრებული როლი, რომელსაც თავად გააჩნია ორგანიზების

ორიგინალური სქემა. პჯდ ცენტრს ექვემდებარება პჯდ-ს გუნდები, ხოლო მათ პჯდ, მაგრამ, როგორც საექთნო-საბებიო პუნქტები. იერარქია განსაზღვრულია ტერიტორიული თვითმმართველობისა და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით.

მეორე დონეც იერარქიულია, მაგრამ გამორჩეულია სამედიცინო მომსახურების მოცულობითა და ტერიტორიული განლაგებით, შესაბამისად მეორე დონის პროფილური საავადმყოფო რაიონის დონეზე ფუნქციონირებს, ხოლო მრავალპროფილური საავადმყოფო რეგიონულია და ემსახურება რეგიონის მოსახლეობას. მათგან გამორჩევით მესამე დონის მომსახურება ვიწროსპეციალიზებულია.

ამგვარად, სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ორგანიზებულია ორიგინალური ხერხით, მაგრამ ბაზრის შინაარსი არანაირად არ იცვლება. აქ მოთხოვნა-მიწოდების კანონი მოქმედებს, რომელიც აბალანსებს მდგომარეობას და ყველა შემთხვევაში ბაზრის დონეებზე მთავარი მიმწოდებელი არის ექიმი-სპეციალისტი. სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს: სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული ჯანდაცვის მართვის ეფექტიანობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებისა და სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის მოქნილი ორგანიზება და ამ ნაწილში კერძოდ სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ეფექტიანობა.

შჯსდ სამინისტროს მიერ დამუშავებული^[18] დოკუმენტის მიხედვით, ადამიანური რესურსების კუთხით საქართველოში ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებლები საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონში (2011 წ, 486 ექიმი 100 000 მოსახლეზე) მაშინ, როდესაც ექთნების რაოდენობა ერთ-ერთი დაბალია და აგრძელებს კლებას (2011 წ, 399 ექთან, 100 000 მოსახლეზე). ექიმების და ექთნების არაბალანსირებულ თანაფარდობასთან ერთად (1 ექიმზე - 0,9 ექთან) ქვეყანაში აღინიშნება

¹ შჯსდ სამინისტრო „ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში (სამუშაო ვერსია), გვ. 9, თბილისი, იანვარი, 2013 წ.

სამედიცინო კადრების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება. რაც შეეხება ადამიანური რესურსების სტრუქტურას, სპეციალისტების პროცენტული წილი (76%) მნიშვნელოვნად ჭარბობს ფართო პროფილის ექიმების წილს. ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარეობს, რომ ქვეყანაში მოქმედი ადამიანური რესურსების განვითარების სისტემა (დიპლომამდელი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს რეფორმირებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექიმების ახალი ნაკადის დაბალანსება და ექთნების როლის, ფუნქციების განსაზღვრა და რაოდენობის გაზრდა.

სისტემის ეფექტურობის შეფასების თვალსაზრისით, აღსანიშნავია სამედიცინო პერსონალის დაბალი პროდუქტიულობა. ერთი ექიმი საშუალოდ წელიწადში 42 ჰოსპიტალიზებულ პაციენტს უწევს მომსახურებას, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს დღეში უწევთ საშუალოდ 3 პაციენტის მიღება, ნაცვლად ჯანმოს მიერ რეკომენდებული 15 პაციენტისა. რეკომენდებულია ექიმთა წახალისების სხვადასხვა მექანიზმების დაწესება ექიმთა მუშაობის შეფასების ინსტრუმენტების დახვეწა განვითარება.

აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა და პაციენტების მიმართ ჯანდაცვის სისტემის გულისხმიერი დამოკიდებულება განსაზღვრავს პაციენტების კმაყოფილების დონეს მიღებული სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ასპექტით. სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი მაღალია (80%-ზე მეტი) ისეთი მნიშვნელოვანი მომსახურების ასპექტების მიმართ, როგორცაა მკურნალობის მიზეზების თაობაზე ადექვატური ახსნა-განმარტების მიცემა და ექიმების მიერ პაციენტისათვის ადექვატური დროის დათმობა, სამედიცინო მომსახურების კლინიკური

ეფექტიანობის გაუმჯობესება, რაც მკურნალობის უკეთეს გამოსავალთან ასოცირდება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება წარმოადგენს შჯსდ სამინისტროს მნიშვნელოვან ამოცანას და როგორც აღვნიშნეთ პირველ რიგში იგი უნდა გაუმჯობესდეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და ამიტომაც ჯერ კიდევ 2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა, რეაბილიტაციის პროცესი, პარალელურად მიმდინარეობდა ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადებაც. დონორი ორგანიზაციებისა და ქართველი ბიზნესმენების მხარდაჭერით 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და ტექნოლოგიურად აღჭურვილი იყო 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება. ეს პროცესი გრძელდება და 2014 წლის ივლისის თვემდე რეგიონების მიხედვით ექსპლუატაციაში იქნა გაშვებული 61 პჯდ. სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბებულია მეწარმე-ფიზიკურ პირებად და უკვე 1500-მდე ექიმსა და ასევე 1500-მდე ექთანთან გაფორმებულია ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან. 2013 წლიდან სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფენ ექიმისა და ექთნის მომსახურებას და თვითდაფინანსებას.

სამედიცინო პერსონალის პროდუქციულობიდან გამომდინარე გადასახედია ექიმებისა და ექთნების სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე შრომის ანაზღაურების საკითხი. საქართველოში ქვეყნის მასშტაბით 2011 წლის მიხედვით საშუალო თვიური ხელფასი შეადგენდა 636 ლარს, რომელიც ოდნავ ჩამორჩება კერძო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიურ ხელფასს - 639,6 ლარი, რაც შეეხება სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის ხელფასს, იგი 390,3 ლარია და სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი შეადგენს 522,9 ლარს და მთელი 22%-ით ნაკლებია ქვეყნის საშუალო თვიურ ხელფასზე, რაც მიგვაჩნია არასწორად.

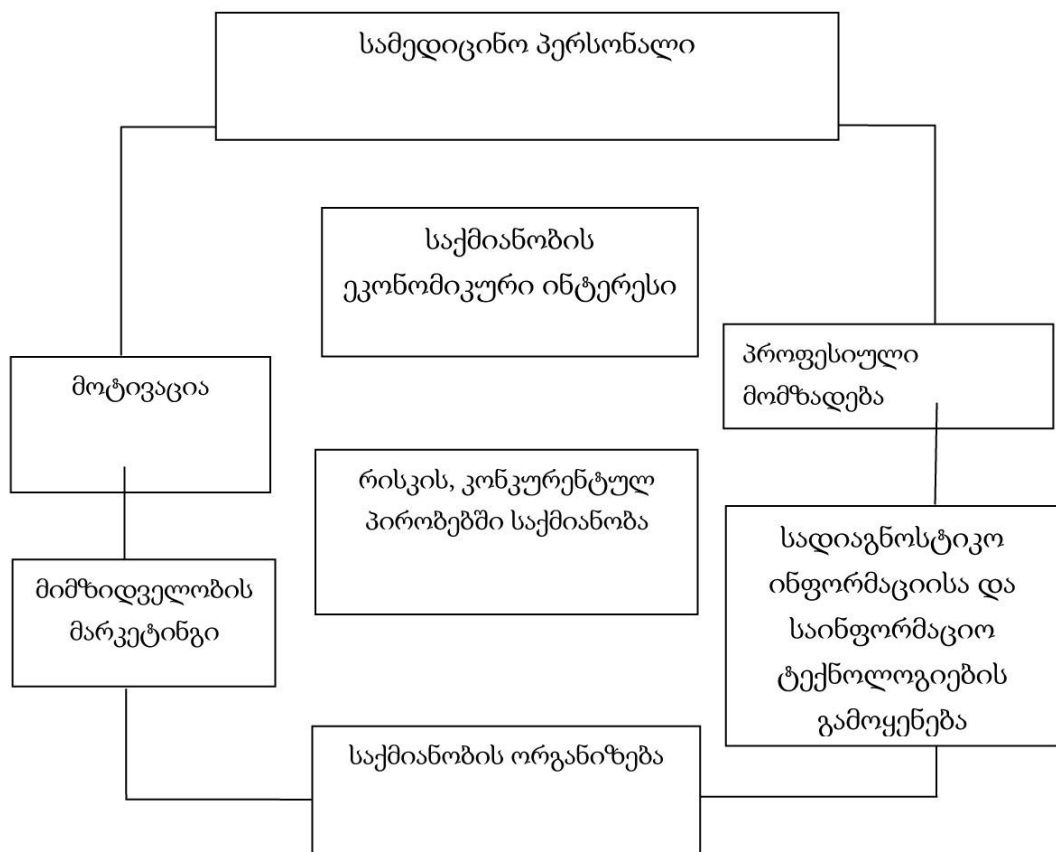
ჩვენი შეხედულებით სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება დაკავშირებულია მრავალ ფაქტორზე. განსაკუთრებულად მიგვაჩნია საქმიანობის ორგანიზება, აქედან როგორია ექიმის მოტივაცია, მისი სამუშაო ადგილი, აღჭურვილობისა და ტექნოლოგიების დონე, სამედიცინო მომსახურების დონე (პირველადი ჯანდაცვა, მეორე დონე = საავადმყოფო, ჰოსპიტალი, მესამე დონე - სპეციალიზებული), შესაბამისად პაციენტთა რაოდენობა, სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ჯანდაცვის ობიექტთან მისი ურთიერთობა (ძირითადი, მოწვეული - კონტრაქტორი, აქციონერი), ჯანდაცვის ობიექტის ფინანსური მდგომარეობა (დაბალბიუჯეტისანი, საშუალო თუ მაღალბიუჯეტისანი), მისი ადგილი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, მისი მარკეტინგული მიმზიდველობის დონე, პაციენტთა კმაყოფილების დონე, იმიჯი, მომსახურების ხარისხის დონე. ამის გარდა არსებობს ექიმების მთელი წყება, რომლებსაც ურჩევნიათ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა, ან პაციენტთან ერთად ანდა ჯგუფში. ამერიკის მაგალითზე [19]¹, ის ექიმი, რომელიც დამოუკიდებლად ეწევა საექიმო პრაქტიკას, მისი წლიური ანაზღაურებაა 162000\$, ანუ 13500\$ თვეში, ხოლო როდესაც პარტნიორი ორია, მაშინ 199000\$, ანუ 16500\$ თვეში. სადაც პარტნიორი 4-დან 8-მდე ექიმია, მაშინ 238000\$, ანუ 18500\$ თვეში, თუ ჯგუფში 9-ზე მეტი ექიმია, მაშინ 213000\$, ანუ 17750\$ თვეში.

ჩვენის აზრით, საინტერესოა რა ფაქტორები გამოკვეთავენ მაღალ ეფექტიანობასა და შესაბამისად ანაზღაურებასაც, როდესაც ექიმები ჯგუფში საქმიანობენ, ასევე რატომაა ლტოლვა დამოუკიდებელი საქმიანობის მიმართ, როდესაც ჯგუფში მომუშავე ექიმის ურთიერთობები, გამოცდილების მიღების შესაძლებლობა, პასუხისმგებლობა, ტექნოლოგიურობის დონე და მეტი საექიმო პრაქტიკა. მაგრამ, რადგან დიდია დამოუკიდებლად მომუშავე ექიმთა რაოდენობა, მაშინ რა ფაქტორები ახდენენ გავლენას ჯგუფის მიმზიდველობაზე? მაგ.

¹ Томас Э.Гетцен „Экономика здравоохранения“ - Университет Темил. 2003

ჩვენს რეალობაში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ექიმი და მესამე დონის ვიწროსპეციალიზებული სპეციალისტის მომსახურება, თავისთავად ცხადია აქ ტექნოლოგიურობა და ინოვაციურობა მაღალია და სპეციალობა ვიწრო, პირველ დონეზე ფართო პროფილი და პაციენტთა რაოდენობა შეზღუდული - მცირე. აქ ჩვენ უნდა გავითვალისწინოთ გეოგრაფიული მდებარეობა და სოციალური მდგომარეობა.

საექიმო საქმიანობის ორგანიზების ჩვენეული მოდელი წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ძირითადი მიმწოდებლის - ექიმის სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ურთიერთობას. იხ. ნახ. 1.2.



ნახ. 1.2. დამუშავებულია ე. მოწონელიძის მიერ.

1.4. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები

მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის მთავრობები და პოლიტიკოსები თავიანთ პროგრამებში პრიორიტეტულად განიხილავენ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამასა და სოციალურ პოლიტიკას.

განვითარებულ ქვეყნებში დიდი ყურადღება ექცევა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების დაფინანსებისა და მართვის საკითხებს, გამორჩეულადაა გამოკვეთილი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პრობლემა, რომლის გადაჭრისათვის შემუშავებულია და მრავალ ქვეყანაში წარმატებით მოქმედებს რამდენიმე მოდელი. მათ შორის ბიუჯეტური დაზღვევის მოდელი და შერეული. ყველა მოდელს გააჩნია დადებითი მხარეები და აქვს ნაკლოვანებები, ამიტომ მთავრობები, მეცნიერები, ბიზნესმენები, ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლები და პოლიტიკოსები მუდმივად იღწვიან ჯანდაცვის მისაწვდომობაზე, მის საყოველთაობაზე, რომ მაქსიმალურად იყოს ათვისებული გამოყოფილი სახსრები და მიღწეული იყოს მოსახლეობის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.

ნაშრომში ასევე წარმოდგენილია საქართველოში მოქმედი ბიუჯეტური მოდელი და ჩვენი მიდგომები სამედიცინო მომსახურების შემდგომ განვითარებაზე.

საქართველოში 2013 წლის მარტიდან მთავრობის გადაწყვეტილებით შემოღებულ იქნა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და დაზღვეულების საერთო რაოდენობა 3 მილიონს გადაცილდა.

საქართველოში საკმაოდ წარმატებით მოქმედებს სადაზღვევო ბაზარი და ამ ბაზარზე საქმიანობს რამდენიმე ათეული სადაზღვევო კომპანია, და დაზღვევაზე კერძო კომპანიებს ხელშეკრულება გაფორმებული აქვს 500.000-მდე ადამიანთან.

2013 წლიდან მკურნალობის ანაზღაურება ხდება ძირითადად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ასევე მოქალაქეთა თანაგადახდის მეშვეობით. სოციალური ჯგუფების სტატუსის მიხედვით თანაგადახდის დონეები ასე

გამოიყურება: პენსიონერები თანაგადახდაში მონაწილეობენ 10%-ის ოდენობით, სახელმწიფო ბიუჯეტი კი- 90%-ით.

სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი პაციენტების მკურნალობის ხარჯებს სახელმწიფო ფარავს 100%-ით.

მოქალაქეები თანაგადახდაში მონაწილეობენ 30%-ით, სახელმწიფო კი - 70%-ით; სტუდენტები მონაწილეობენ 20 %-ით, სახელმწიფო კი - 80%-ით.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სახელმწიფო ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამას. ჯანდაცვის პროგრამების რაოდენობა 2013 წლამდე იცვლებოდა ბიუჯეტური დაფინანსების შესაძლებლობების შესაბამისად. 2013 წლიდან სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის (სჯკ) ფორმირება ხდება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, სადაც მუშავდება სჯკ პროგრამის პროექტი, რომელიც განსაკუთრებით ეხება:

C ჰეპატიტის, ინფექციურ, პალიატიურ, ტუბერკულოზის, ნაწილობრივ ონკოლოგიურ, დიაბეტურ დაავადებებს, დედათა და ბავშვთა პრობლემებს, სოფლის ექიმის საქმიანობის დაფინანსებას, ინსულინის პროგრამასა და სხვა დაავადებებს ან პრობლემებს, რომელთა საბიუჯეტო დაფინანსება უნდა მოხდეს გეგმიურ წელს. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრები ცენტრალიზებულად გადაეცემა პირდაპირ კლინიკებს. დაფინანსების გამოყენებას აკონტროლებს და ხელმძღვანელობას უწევს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურებების სააგენტო. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიები თავის მომსახურებას ყიდიან მოქალაქეებზე, რომლებიც მას იძენენ როგორც საკუთარი შემოსავლებიდან ასევე დამსაქმებლის მეშვეობით. კერძო კომპანიების მომსახურებით სარგებლობენ თავდაცვის, შსს-ა და სხვა ძალოვანი სტრუქტურების წარმომადგენლები.

სჯკ მეტად მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა, სახელმწიფო ახდენს პრიორიტეტების გამოვლენას და მათ დაფინანსებას. სჯკ შემადგენლობა ყოველწლიურად იცვლება, მაგრამ პრიორიტეტულად შერჩეული გრძელდება დაფინანსების მეტნაკლები ზრდის გათვალისწინებით.

მსოფლიოში ყველა ქვეყანა ცდილობს ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას და ამიტომაც ყველა ქვეყნის მთავრობისა და პოლიტიკოსების საქმიანობა და პოლიტიკა მიმართულია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პრობლემებისა და პოლიტიკის მოგვარებას, რომელიც სახელმწიფო ბიუჯეტის მეშვეობით ასევე საკანონმდებლო ნორმატიული დოკუმენტების მიღებით მათი რეგულაციის მიზნით.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზებისა და მართვის ასევე დაფინანსების ტვირთი მნიშვნელოვანია და ყველა ქვეყანას მისი გაწევის საშუალება არა აქვს. ეს დიდი ტვირთია. ამასთან აქვე გვსურს მივუთითოთ, რომ არც ერთ ქვეყანას არ შეუძლია დააკმაყოფილოს მთელი მოსახლეობის მოთხოვნილებები სამედიცინო დახმარებაზე. ამიტომაც ქვეყნის მთავრობები ცდილობენ ჩამოაყალიბონ სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და ამასთანავე გამოიყენონ დაფინანსების მოდელები ან ბიუჯეტური ან სავალდებულო დაზღვევის მოდელი.

პირველი მოდელი მოქმედებდა ყოფილ საბჭოთა საქართველოში და სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, რომელთა უმრავლესობამ წარმატებით გაიარა გარდამავალი ეკონომიკის პირობები და დღეს აქტიურად საქმიანობს მსოფლიო ბაზარზე, ასევე დიდ ბრიტანეთში, დანიაში, ესპანეთში, იტალიაში, ახალ ზელანდიაში, ნორვეგიაში, პორტუგალიაში, ფინეთში, შვედეთში და საქართველოში.

მეორე მოდელით ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება, მართვა და დაფინანსება ხდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის მეშვეობით და დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს მომუშავეთა და დასაქმებულთა სადაზღვევო შენატანები. მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების შეგროვების, აკუმულირებისა და გადახდის (შესყიდვის) ფუნქციებს ახორციელებს დაზღვევის ფონდები (გერმანიაში მათ უწოდებენ საავადმყოფო სალაროებს). სქემებზე გამოსახულია ორივე მოდელის სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და დაფინანსების სქემები ბიუჯეტური ინგლისის მაგალითზე, სავალდებულო დაზღვევისა გერმანიის მაგალითზე, და შევადაროთ რომელ მოდელს გააჩნია ერთმანეთის მიმართ

უპირატესობა და რას წარმოადგენენ ისინი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანად მიწოდების საქმეში.

ნახ. 1.3–ზე მოცემულია სამედიცინო დახმარების ბიუჯეტური მოდელი (ინგლისის მაგალითი) ჩვენს მიერ გამარტივებული.

დაფინანსების წყაროები			
1. სახელმწიფო ბიუჯეტი		2. კერძო სახსრები	
გადასახადები და სოციალური დაზღვევა		თანაგადახდები სამკურნალო წამლებზე	დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა
სახსრების განმკარგულებლები პირველადი სამედიცინო დახმარების რეგიონული ფონდები ან ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოები		პაციენტები ფიქსირებული განაკვეთის მიხედვით	სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციები (კომერციული და არაკომერციული)
ხარჯის მიმართულებები			
სამედიცინო მომსახურების მთელი სპექტრი, მათ შორის საავადმყოფო მომსახურება „მთელი“ ტარიფის მიხედვით		დამატება სამკურნალო წამლებზე	დამატებითი მომსახურება და უკეთესი პირობები
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები			
საერთო (ზოგადი) პრაქტიკის ექიმები	ავთია ქები	სახელმწიფო საავადმყოფოები და მაღალი დონის ავტონომიის საავადმყოფო გაერთიანება	კერძო საავადმყოფოები
პაციენტის უფლებები			
მიმაგრების ტერიტორიული პრინციპი. საერთო (ზოგადი) პრაქტიკის ექიმის სამედიცინო მომსახურების კოორდინაცია. პირველადი სამედიცინო მომსახურების ექიმის ამორჩევის უფლება სამკურნალო წამლების შეძენაზე.			

ნახაზი დამუშავებულია [2] -ის მონაცემების საფუძველზე.

ინგლისის სამედიცინო დახმარების ორგანიზების დაფინანსებაზე ბიუჯეტური მოდელი ითვალისწინებს საბიუჯეტო დაფინანსებას 84%-ით, მოსახლეობისგან თანადაფინანსებას 11%-ით და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის 5 %-ს.

ინგლისური მოდელი, ანუ ბიუჯეტური მოდელით სამედიცინო დახმარების ორგანიზების და დაფინანსების მართვა მოქნილია, იერარქიულად გამართულია, დაცულია სწორხაზოვნობა და შემსრულებელთა დამოკიდებულება. გამარტივებულია ფულადი სესხების

გადანაწილება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე, თანაც არაა გამოკვეთილი უპირატესობა თუ ვის საკუთრებას წარმოადგენენ ისინი. აქ საჭიროა ერთი საკითხი გამოვკვეთოთ, რომელიც ამცირებს ამ სისტემის მუშაობის ეფექტიანობას [1]-ის მიხედვით არ არსებობს საკუთრებასა და მართვაში დაყოფა სამედიცინო მომსახურების შემყიდველებსა და ამ მომსახურების მიმწოდებლებს შორის, რაც ამცირებს ბიუჯეტური მოდელის ეფექტიანობასა მიჰყავს ზედმეტი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაზრდას (რაც იყო ყოფილ საბჭოთა კავშირში). ამასთან ერთად ინგლისში მოქმედებს ფონდდაჭერის სისტემა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დონეზე. გამოცდილებად უჩვენა, რომ ამ სისტემით პირველადმა რგოლმა მნიშვნელოვნად გაზარდა სამედიცინო დახმარების ხარისხი და გააფართოვა შესაძლებლობები პაციენტებისათვის მათ მიერ მკურნალობის დაწესებულების შერჩევაში.

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დონის საქმიანობის დაფინანსება ხორციელდება ცენტრალიზებულად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და რამდენად ეფექტიანია ასეთი დაფინანსება მოსახლეობისათვის. მეტად საინტერესო საკითხია შემდგომი კვლევის ჩასატარებლად. თანაც ცნობილია, რომ თუ სამედიცინო მომსახურების რეფერალს არ გააჩნია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ექიმის მიმართვა შემდგომი მკურნალობის გაგრძელების მიზნით, მას მრავალპროფილურ საავადმყოფოში არ მიიღებენ. ეს მნიშვნელოვანი ბერკეტია, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების საქმიანობის ეფექტიანობის გაზრდის საქმეში.

დაფინანსების და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების ბიუჯეტური მოდელის განვითარებაზე [2,3] გვთავაზობს შემდეგი ღონისძიებების გატარებას. პირველ რიგში მართვის საბაზრო საშუალებების შემოტანა კერძოდ: სამედიცინო მომსახურების მყიდველებსა და სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მიმწოდებლებს შორის საკონტრაქტო ურთიერთობების შემოტანა, პაციენტების უფლებების გაზრდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ამორჩევაზე, კონკურენციის გაფართოება

მიმწოდებლებს შორის და მართვაში დამოუკიდებლობის გაფართოება მომსახურების მიმწოდებლებზე [2].

კონტრაქტები ითვალისწინებენ გადახდას მოლაპარაკებულ მოცულობებზე, სამუშაოს ხარისხსა და შედეგებზე, ჯარიმების დაშვებასა და სხვა პირობებზე. ესპანეთისა და ინგლისის გამოცდილებამ მოიტანა დადებითი შედეგები: გაიზარდა სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ეფექტიანობა, შემცირდა რიგითობა გეგმიურ ჰოსპიტალიზაციაზე.

ნახ. 1.4-ზე მოცემულია სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და დაფინანსების სავალდებულო დაზღვევის მოდელი (გერმანიის მაგალითზე).

დაფინანსების წყაროები

სახელმწიფო ბიუჯეტი		კერძო სახსრები	
მომუშავეთა და დამსაქმებელთა შემონატანები	გადასახადები	მომსახურების თანაგადახდები	დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა
სახსრების განმკარგულებლები			
სამედიცინო სალა-როების გაერთიანება; არაკომერციული სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციები	ფედერალური მთავრობა, მხარეები, კომუნები	პაციენტები ფიქსირებული განაკვეთით	კომერციული სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციები
ხარჯების მიმართულებები			
სამედიცინო დახმარების გადახდა	ინვესტიციები და ჯანმრთელობის დაცვა	დამატება სამედიცინო დახმარებასა და სამკურნალო წამლებზე	სამედიცინო დახმარება
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები			
კერძო პრაქტიკის ექიმები	აფთიაქები	სახელმწიფო და მუნიციპალური საავადმყოფოები	კერძო კომერციული და არაკომერციული საავადმყოფოები
პაციენტის უფლებები			
ექიმებისა და სამედიცინო ორგანიზაციის თავისუფალი არჩევა ზოგადი (კერძო) პრაქტიკის ექიმების კოორდინაცია არაა. თანაგადახდები სამედიცინო მომსახურების გაწევასა და სამკურნალო წამლების შეძენის მომენტში.			

ნახაზი დამუშავებულია [2]-ის მონაცემების საფუძველზე

გერმანიაში სამედიცინო დახმარებასა და ორგანიზებაზე დაფინანსების წყაროებად მიჩნეულია მომუშავეთა და დამსაქმებელთა სავალდებულო დაზღვევის ფონდში შენატანები, რომელიც შეადგენს 69%, გადასახადები - 9%, მოსახლეობის თანაგადახდები, რომელიც შეადგენს 12% და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა 10% მოცულობით.

სავალდებულო დაზღვევის მოდელის უპირატესობას ბიუჯეტურ მოდელთან შედარებისას წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების დამოუკიდებელი წყაროს არსებობა - სადაზღვევო შენატანები. ბიუჯეტურ მოდელში კი ყოველ მთავრობას უწევს ყოველწლიურად დაიცვას ჯანდაცვის სახსრები სხვა კონკურენტული დარგებისაგან. ამ მოდელით საქმიანობა რთულია და ადმინისტრაციული ხარჯებიც იზრდება, ვიდრე ბიუჯეტურ მოდელში [1] - ის მიხედვით 4-5%, 2-3%-თან შედარებით.¹ ანუ განსხვავება ორჯერ მეტია. უარყოფითია როცა კერძო პრაქტიკის ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია არ ხდება, რაც იწვევს მის გაწევაზე ხარჯების ზრდას. ამ ქვეყნებში დაზღვევის ფონდების საქმიანობის ეფექტიანობის ასამაღლებლად და შესაბამისად სამედიცინო დაზღვევაზე ხარჯების შესამცირებლად მთავრობები ახდენენ ფონდების გამსხვილებას რამდენიმე ძირითად და რეგიონულ ფილიალებად, ზრდის დამზღვევთა ფუნქციებსა და პასუხისმგებლობას. ზოგიერთ ქვეყანაში შემოაქვთ მართვადი კონკურენცია დაზღვევის ფონდებს შორის, რაც კონტროლდება სახელმწიფოს მიერ: დგინდება სადაზღვევო შენატანის მაქსიმალური განაკვეთი, დგინდება ასევე ერთიანი სადაზღვევო ბაზური პაკეტი. სავალდებულო და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის ფონდების გაერთიანება არ ხდება. ჯანმრთელობის დაცვის ორივე მოდელი პროგრესულია, მიუხედავად ზოგიერთი ნაკლოვანი მხარისა, მაგრამ არის ქვეყნები, რომლებმაც გამოიყენეს ე.წ. შერეული მოდელი, მათ შორის რუსეთის ფედერაცია, სადაც ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხდება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო წყაროებიდან. სახელმწიფო წყაროებს მიეკუთვნება ბიუჯეტის ყველა დონის სამსახურები: ფედერალური, რეგიონული და მუნიციპალური, რომელთა ფორმირება ხდება შესაბამისი დონის გადასახადების მეშვეობითა და ასევე სავალდებულო დაზღვევის

¹ Г. Э. Улумбекова «Здравоохранение России» М., «Геотар-Медия» 2010.

სახსრები. ესაა მოდელი, რომელშიც შეხამებულია ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების ორი მოდელის ბიუჯეტური და სავალდებულო დაზღვევის მეთოდები, როგორც [2] ასაბუთებს დაფინანსების შერეულმა მოდელმა ვერაფრით უკეთესი პირობები ვერ გამოავლინა და არავითარი უპირატესობა არ უჩვენებია. აქვე საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ დაფინანსების დაზღვევის მოდელის სისტემიდან ბიუჯეტურ სისტემაზე გადავიდნენ: ფინეთი, დანია, საბერძნეთი, ნიდერლანდები, იტალია, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, შვეცია, ხოლო ბიუჯეტური სისტემიდან დაზღვევის სისტემაში გადავიდა მხოლოდ ისრაელი.

საქართველოში ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსება ხდება ბიუჯეტური სისტემით, რაც პროგრესულია და განსხვავებით სხვა ქვეყნებისაგან აქ დაფინანსება ძირითადად ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მისი განაწილებისა და ხარჯვის ადმინისტრირება ხდება ერთი ორგანოდან შჯსდ სამინისტროში შექმნილი სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. ანუ ჯანმრთელობის დაფინანსების მთელი ტვირთი აღებული აქვს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას. იმისათვის, რომ ბიუჯეტურ დაფინანსებაში სახელმწიფოს მიეცეს მცირე შეღავათი, კარგი იქნებოდა გამოგვეყენებინა ზოგიერთი ქვეყნის გამოცდილება და დამსაქმებლისაგან ამოღებულიყო ხელფასის ფონდის უმნიშვნელო ნაწილი იმ ადამიანების სამედიცინო დახმარებისათვის, რომელთა ხელფასი ძალიან დაბალია. ეს ეხება მცირეშემოსავლიან მოქალაქეებს, რომლებსაც რაიმე სტატუსი სამედიცინო დახმარებაზე არ გააჩნიათ.

ჩვენის აზრით მოსაწონია დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება, სადაც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაზე ხდება ფონდების დამაგრება, რომელთა გამოყენებით პჯდ-ს საქმიანობა

უფრო ეფექტიანი გახდება. ბიუჯეტური დაზღვევისა და შერეული მოდელებით ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება და დაფინანსება სხვა და სხვა ქვეყნებში გამოიყენება ქვეყნის ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობისა და პირობების გათვალისწინებით და მიუხედავად მოდელებში არსებული ზოგიერთი მოუხერხებელი თვისებებისა, რაც ძირითადად ორგანიზებისა და დაფინანსების ადმინისტრირებასა და

მართვას ეხება, სამივე მოდელი აგრძელებს არსებობასა და საერთოდ რომელი უფრო ეფექტიანია და რომელ მოდელს უფრო მეტი უპირატესობა გააჩნია ამას გვიჩვენებს მხოლოდ იმ ქვეყნების რაოდენობა, სადაც უპირატესობა მიანიჭეს მათთვის შერჩეულ მოდელს. ნახ. 1.5–ზე მოცემულია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისა და დაფინანსების მოდელი.

დაფინანსების წყაროები

სახელმწიფო სახსრები			კერძო სახსრები	
გადასახადები + საშემოსავლო გადასახადები			თანადაფინანსება მკურნალობაზე	თანადაფინანსება სამკურნალო წამლებზე
სახსრების განმკარგავები				
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტო, დაავადებათა კონტროლის სააგენტო			პაციენტები, მათი სოციალური სტატუსის მიხედვით ღირებულების გადამხდელები	კომერციული სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები
სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების მიმართულება				
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების მთელი კომპლექსი, რაც ჩადებულია ბაზურ პაკეტში			დამატებითი გადახდა სამკურნალო წამლებზე და თანაგადახდა	დამატებითი გადახდები საუკეთესო პირობებით მომსახურებაზე
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები				
კერძო (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები), პჯდ-ს ექიმები	აფთიაქები	სახელმწიფო საავადმყოფოები	კერძო საავადმყოფოები	კონტრაქტით სამედიცინო მომსახურების გაწევა კერძო საავადმყოფოებში
სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა უფლებები				
სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით მომსახურების პრინციპი პირველადი ჯანდაცვის დონის საქმიანობის კოორდინაცია, ექიმის შერჩევის უფლება, მკურნალობაზე თანაგადახდისა და წამლებზე გადახდის უფლება.				

ნახ. 1.5. საქართველოში სამედიცინო მომსახურებისა და დაფინანსების ბიუჯეტური მოდელი.

ნახაზი დამუშავებულია ავტორის მიერ.

ეს მოდელი ბიუჯეტური მოდელია და მსოფლიოში გავრცელებული ბიუჯეტური მოდელისგან იმით განსხვავდება, რომ ძირითადი დაფინანსება ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, გამოკვეთილია მომხმარებლების სტატუსი მათი სოციალური მდგომარეობის მიხედვით, რომელთა შორის სახელმწიფო მთლიანად აფინანსებს მათ სამედიცინო მომსახურებას და გამოყოფილია სოციალური ჯგუფები, რომლებიც მკურნალობას გადიან თანადაფინანსებით, მათ შორის პენსიონერები-10%, სტუდენტები- 20%, მოქალაქეები-30%; საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა შეუძლია მოსახლეობის 89%, ხოლო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიების მეშვეობით სამედიცინო მომსახურებას ღებულობს მოსახლეობის 11%.¹

ასევე სხვა მოდულებისაგან განსხვავებით სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებასა და დაფინანსებაზე ადმინისტრირება ხდება ერთი ორგანოსაგან - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომლის მეშვეობით ხდება სამედიცინო მომსახურებაზე მომწოდებლების შერჩევა. ქართულ-ბიუჯეტურ მოდელში შემოტანილია ბაზრის ელემენტები და დაშვებულია მართვადი კონკურენცია. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ორგანიზება დაკავშირებულია ბაზრის მოთამაშეთა კონკურენტუნარიანობასა და მომწოდებლების მიერ თავისი საქმიანობის პრომოუშენსა და კონკურენტულ უპირატესობაზე. სამინისტრო ტენდერების მეშვეობით არჩევს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებს და მათთან კონტრაქტის მეშვეობით არეგულირებს ურთიერთობებს მათ შორის დაფინანსების გამოყენების რაციონალურობასა და ხარჯების კონტროლს.²

საქართველოში სახელმწიფო ბიუჯეტის ფორმირება ხდება ძირითადად გადასახადებისაგან, მათ შორის არის მომუშავეთა ხელფასიდან

¹ McKee M. Healy J. Hospitals in Changing Europe – Buckingham, 2002

² Fugueras J., Robinson R., Jakubowski E. – Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health and Polices Series – Oxford: Open University Press, 2005

საშემოსავლო გადასახადი ხელფასის 20%-ის ოდენობით. მოსახლეობის უმრავლესობა დაბალხელფასიანია, პენსიის ოდენობა 150 ლარია და საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილება 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შესახებ მნიშვნელოვნად წინგადადგმული ნაბიჯია. ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის დაფინანსებაზე ბიუჯეტიდან მიდის დაახლოებით 25%, რითაც ვერ დაიკვეხნის მრავალი ქვეყნის მთავრობა. საქართველოში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პოლიტიკა პრიორიტეტულია.

თავი 2. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარება საქართველოს ჯანდაცვაში.

2.1. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა: შექმნის, განვითარებისა და მართვის პრობლემები

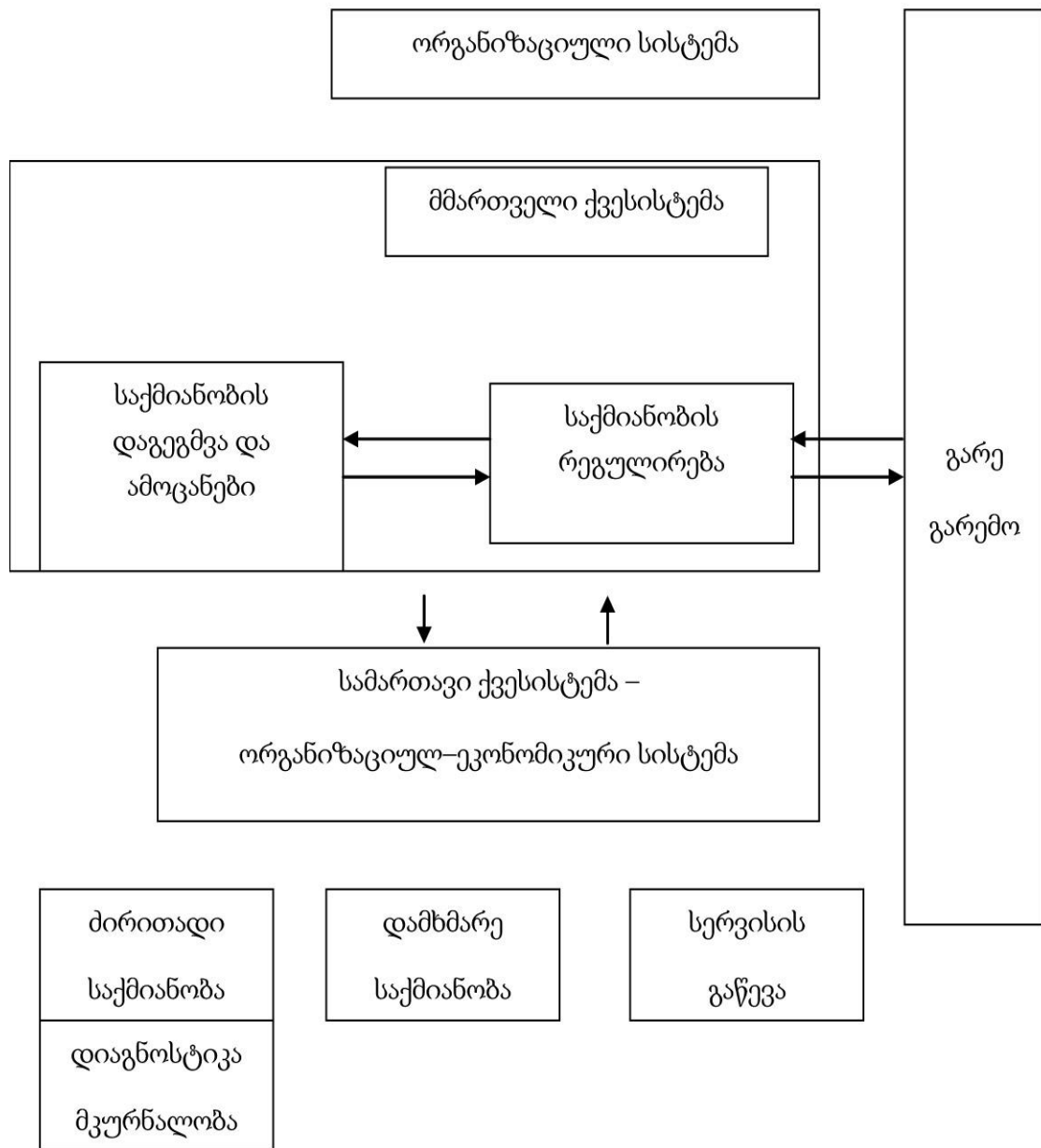
მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავთ სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებებს. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში მათი საქმიანობა დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხის ამაღლებაზე.

სამედიცინო დაწესებულებები გამოხატავს ინტეგრირებულ ფუნქციას. განსაზღვრელია სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციური ქვედანაყოფები, სადაც უშუალოდ მიმდინარეობს ურთიერთ-დამაკავშირებელი პროცესები და ხელს უწყობენ მათ შესრულებას. ქვედანაყოფების შემადგენლობა, კავშირები მათ შორის, ფუნქციების მათ შორის განაწილება, სამედიცინო დაწესებულებაში ქმნის ერთ სამედიცინო მომსახურების სისტემას.

ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს მიზანმიმართულად ორგანიზებული კომპლექს ძირითადი კაპიტალისა და საქმიანობის წარმართვისათვის აუცილებელი წარმოების ფაქტორებისა (სამედიცინო ტექნიკა, მოწყობილობები, სამედიცინო პროფილური მომსახურების პროცესები, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო, მენეჯერული და დამხმარე პერსონალი) და საინფორმაციო რესურსებს (სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, გაიდლაინები, პროტოკოლები, ნორმები, ნორმატივები, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ქვეყნის მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობა, მოსახლეობის დასაქმების დონე და შემოსავლების სიდიდე, სამედიცინო დაწესებულებების რეგიონული განაწილება, დასაქმებულთა რაოდენობა და ა.შ.).

ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა ფუნქციურად აერთიანებს მის ორგანიზაციასა და ეკონომიკას.

ნახ. 2.1–ზე ნაჩვენებია ორგანიზაციული სისტემა.



ნახ. 2.2–ზე მოცემულია ეკონომიკური სისტემის მიმართულებები

ეკონომიკური სისტემა

საქმიანობისათვის აუცილებელი ფაქტორები	ეკონომიკური ურთიერთობები
ძირითადი კაპიტალი	ორგანიზაციულ-ეკონო- მიკური ურთიერთობა
სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ტექნიკა	საფინანსო-ეკონომიკური ურთიერთობა
სამედიცინო მომსახურების პროცესები	სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ურთიერთობები
სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე პერსონალი	სამომხმარებლო ურთიერთობები
რესურსები	შრომითი ურთიერთობები
ნორმები	მოთხოვნილებები
ნორმატივები	ინტერესები
	კონკურენცია

თუ გავითვალისწინებთ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებას სამედიცინო დაწესებულებას (მისი პროფილის, სიდიდის, სახის, დანიშნულების) მიხედვით გააჩნია ალდგენითი, პროფილაქტიკური, სასწავლო და სამეცნიერო-კვლევითი ფუნქციები. თავის მხრივ, ალდგენითი ფუნქციები ყალიბდება საქმიანობის შემდეგ სახის მიხედვით:

- სადიაგნოსტიკო მომსახურება (სტაციონარსა და ამბულატორიაში);
- სამკურნალო მომსახურება (რადიკალური ასევე პალატიური);
- სარეაბილიტაციო მომსახურება;
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

ყველა ფუნქცია მრავალსახაა და მოითხოვს ყველა შემთხვევაში აუცილებელი ორგანიზაციულ-ეკონომიკური ურთიერთობების განვითარებას, რაც გამოხატავს სამედიცინო დაწესებულებაში ურთიერთდაკავშირებული პროცესების ეფექტიანად მართვასა და სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა მოთხოვნილებების დროულად და ხარისხიანად დაკმაყოფილებას.

ნახაზებზე 2.1–2.2 მოცემული ორგანიზაციული და ეკონომიკური სისტემები გამოხატავს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემას, მაგრამ აუცილებელია განვასხვაოთ ისინი ერთმანეთისაგან. ასე მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, რომლის ძირითად მიზანსა და დანიშნულებას წარმოადგენს უზრუნველყოს პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და იმ პაციენტების ჰოსპიტალიზაციას, რომლებსაც ესაჭიროებათ მუდმივი სამედიცინო დაკვირვება. ესაა პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულება, რომელთა ძირითადი დამფინანსებელი მუნიციპალიტეტია, თუმცა შეიძლება არსებობდეს დაფინანსების სხვა წყაროებიც. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის შინაარსობრივი ხასიათი განსხვავდება მეორე და მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემისაგან მათი მრავალპროფილიანი და სპეციფიკური დანიშნულების შესაბამისად, ანუ სირთულისა და სამედიცინო მომსახურების სირთულისა და მოცულობის მიხედვით.

მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში (რეგიონული, რაიონული და სხვა სახის) აქ ხდება პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა. მათ გააჩნიათ სადიაგნოსტიკო, კლინიკური (პროფილური), სარეაბილიტაციო და საკონსულტაციო განყოფილებები. მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში უფრო ფართომასშტაბიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევა ხდება და თანაც მათ

გააჩნიათ საწოლების განსაზღვრული რაოდენობა პროფილის მიხედვით, რაც უფრო მეტ ძალისხმევას მოითხოვს მმართველი სისტემისაგან.

უფრო მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. ესაა ცენტრალური, რესპუბლიკური, საუნივერსიტეტო კლინიკა, ცენტრი ან სხვა სახელწოდების დაწესებულება, სადაც ხდება მაღალტექნოლოგიური სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების გაწევა. ისინი წარმოადგენს ქვეყანაში უმსხვილეს სამედიცინო დაწესებულებებს, რომელთა ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის უფრო რთული პროცესების მართვა უწევს და საჭირო ხდება საკმაო რაოდენობის რესურსების გამოყენება. ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სტრუქტურითაც. მრავალპროფილიანი სამედიცინო დაწესებულება მნიშვნელოვნად განსხვავდება სპეციალიზირებულისაგან როგორც შინაარსობრივად, ასევე ფუნქციურად და საქმიანობის სახეთა მრავალფეროვნებით. განსხვავებულია ორგანიზაციული სისტემა, ასევე ეკონომიკური სისტემა. იგი მოიცავს მთელ რიგ პროფილურ სამკურნალო განყოფილებებს, მიმღებსა და სასწრაფო-გადაუდებელი დახმარების განყოფილებას, მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიასა და კაბინეტებს, გააჩნია თავისი სამეურნეო, საფინანსო, საინფორმაციო-კომპიუტერული საქმიანობის განყოფილებები. ჩამოყალიბებულია საქმიანობის დაგეგმვის, ორგანიზების, კონტროლის, ადმინისტრირებისა და მოტივაციის სამსახურები და ერთ სისტემაშია მოქცეული სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა.

სამედიცინო დაწესებულების მიერ მოწოდებული სამედიცინო მომსახურების, დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემისა და პაციენტის მკურნალობის ეფექტიანობის შეფასების მაჩვენებლად შეიძლება გამოვიყენოთ საავადმყოფოების მაჩვენებლები. ცხრ. ნაჩვენებია, რამდენად ეფექტიანად გამოიყენებოდა საწოლთა ფონდი პროფილის მიხედვით [6].

ცხრილი 2.1

საქართველოს სტაციონარებში განთავსებული საწოლთა ფონდი პროფილის მიხედვით და მისი გამოყენების მაჩვენებლები (2010 წლის მონაცემებით)

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღეებში)	დაყოვნება	ბრუნვა
თერაპიული	1875	124,1	4,6	26,8
პედიატრიული	1317	202,4	6,0	33,7
ქირურგიული	3254	104,5	4,4	23,75
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	500	198,1	12,9	15,35
ინფექციური	782	105,1	5,2	20,2
ტუბერკულოზის	536	264,7	51,5	5,2
სამედიცინო-გინეკოლოგიური	2539	139,8	4,0	34,95
ნევროლოგიური	289	164,9	7,0	23,6
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1361	339,1	84,0	4,0
ოთოლარინგოლოგიური	223	51,9	1,3	39,92
ოფთალმოლოგიური	133	78,5	2,6	30,2

ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებების ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მოქნილი მართვით მნიშვნელოვნად შეიცვლება მდგომარეობა.

სამედიცინო დაწესებულებების (საკუთრების მიუხედავად) ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ეფექტიანობა უშუალოდ დამოკიდებული ნებისმიერი რესურსების სწორად, მიზანმიმართულად და რაციონალურად გამოყენებაზე. ამისათვის საჭიროა გატარდეს სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამედიცინო ღონისძიებები, რომელთა მეშვეობით გაუმჯობესდება სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ძირითადი მაჩვენებლები:

- პერსონალის (სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე) შრომის ეფექტიანად და რაციონალურად გამოყენება;
- სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე იმიჯის ამაღლება;
- სამედიცინო დაწესებულების თანამედროვე უახლოესი ტექნიკით აღჭურვა;

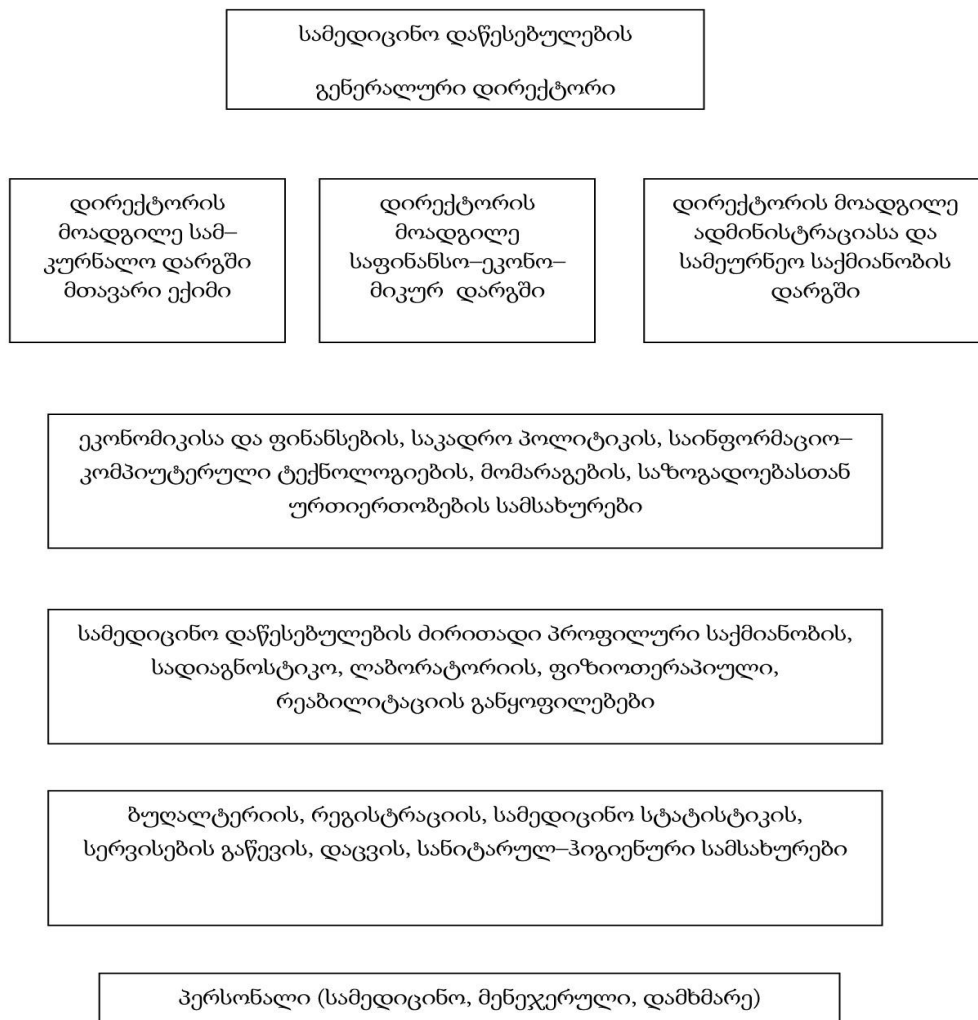
– სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პრევენციული პროცესების თანამედროვე მოთხოვნების დონეზე ორგანიზება და მართვა;

– სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე საკუთარი კონკურენტული უპირატესობის მქონე სამედიცინო მომსახურებით შესვლა და კონკურენტულ ურთიერთობებში წარმატებული საქმიანობა;

– სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება და მომსახურებაზე მომხმარებლისათვის მისაღები ფასებით საქმიანობა.

სამედიცინო დაწესებულებების ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის მართვა ზემოთ აღწერილი პროცესების წარმართვის მიზნით ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია მენეჯმენტის ორგანიზაციული სტრუქტურის სქემა (ნახ. 2.3).

ნახ. 2.3. სამედიცინო დაწესებულების (საკუთრების მიუხედავად) ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის მართვის ორგანიზაციული სქემა



ის მიზანი და ამოცანები, რომლებიც მოცემულ პერიოდში დაგეგმილი აქვს სამედიცინო დაწესებულებას, შეიძლება წარმატებით შეასრულოს და წარმართოს ორგანიზაციულ-ეკონომიკურმა სისტემამ.

2.2. სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემაზე მოქმედი ფაქტორები

ორგანიზაციული ეკონომიკური სისტემის განვითარების საქმეში დიდი როლი ენიჭება სამედიცინო დაწესებულებების შიდა და გარე ფაქტორებს. ცნობილია, რომ სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის წარმატების მიზნით საჭიროა კარგად ვიცოდეთ შიდა ფაქტორების მართვა. ჩავწვდეთ ფაქტორების გარემოს მოქმედებას, ფლობდეთ, ვიცოდეთ დაწესებულებაზე ფაქტორების გავლენა და წინასწარ განვჭვრიტოდ ისინი. ფაქტორები თავისი ხასიათით ცვალებადია და ისინი მოქმედებენ როგორც დაწესებულების შიდა და ასევე მის გარეთ. გარე ფაქტორები ეს არის სიტუაციური ფაქტორები და ისინი მმართველთა ყურადღების ცენტრშია.

გარე ცვალებადი ფაქტორები ხელს უწყობენ (ან არა) დაწესებულების ფუნქციონირებასა და საქმიანობის ეფექტიანობას. ცვლად შიდა ფაქტორებს მიეკუთვნება მიზნები, სტრუქტურა, ამოცანები, ტექნოლოგიები და ადამიანები.

შუად სამინისტრომ 2015 წელს განსაზღვრა სამედიცინო დაწესებულების კლასიფიკაცია, რომელსაც მიეკუთვნება შემდეგი:

- ამბულატორიული დაწესებულებები;
- სტაციონარული დაწესებულებები;
- შინმოვლის დაწესებულებები (ბინაზე) სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტები;
- ჰოსპისი (რესპირატორული მხარდაჭერის უზრუნველყოფის შესაძლებლობებით ან მის გარეშე);
- სასწრაფო გადაუდებელი დახმარებისა და სამედიცინო ტრანსპორტირების (რეფერალის) სამსახური;

- დამხმარე სერვისების მომწოდებელი დაწესებულებები;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიები.

თითოეული სამედიცინო დაწესებულებას გააჩნია თავისი მიზანი, რომლიც გამომდინარეობს თავისი დანიშნულებისაგან დაწესებულების სიდიდის მიხედვით გამოიკვეთება მიზნების სახესხვაობა და მრავალფეროვნება. მიზნების კორექტირება ხდება უმაღლესი მმართველობისა და მენეჯერების მეშვეობით. საკუთრების მიკუთვნების მიხედვით სამედიცინო დაწესებულებების მიზნებს შორის შეიძლება ძირითად მიზანს წარმოადგენდეს მოგების მიღება, რადგანაც მოგება არის დაწესებულების განვითარების საფუძველი, ასეთი დაწესებულებები სიცოცხლისუნარიანი ხდებიან მხოლოდ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში. არანაკლები მნიშვნელობა ენიჭება პერსპექტივის მიზანს, მომავლის განვითარების მიზანს. ჯანდაცვის ორგანიზაციული ეკონომიკური სისტემა ყოველთვის ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებების მიზნებს სხვადასხვა საქმიანობის წარმართვის მიზნით, როდესაც ისინი აყალიბებენ და ქმნიან სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეებს, ამუშავებენ მკურნალობის ან მომსახურების ახალ ტექნოლოგიებსა და მეთოდებს, მომსახურების ხარისხს. დაწესებულებათა ქვედანაყოფებში ასევე ხდება მიზნების დამუშავება და მიღწევა, რათა შესრულებულ იქნას დაწესებულებების საერთო მიზნები. სამედიცინო დაწესებულებების მეორე ფაქტორს წარმოადგენს სტრუქტურა. მართვის სტრუქტურების ჩამოყალიბება დამოკიდებულია მესაკუთრეზე. რეალურად დღეს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებს სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო სექტორის საკუთრებაზე შექმნილი სამედიცინო დაწესებულებები. ამის შესაბამისად ყალიბდება მართვის დონეები და საქმიანობის ორგანიზების სტრუქტურები, რაც ცვალებადი და სხვადასხვა შინაარსობრივი ხასიათისაა. ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობის სხვადასხვა მიზნებიდან გამომდინარე ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება იყოფა მრავალრიცხოვან მცირე ოპერაციებად, რაც თავის

მხრივ წარმოადგენს შრომის კონკრეტულ სპეციალიზაციას. აქედან გამოვყოფდით მმართველურ შრომას, რომელიც ასევე სპეციალიზებულია.

სამედიცინო დაწესებულებების შიდა ცვლადს წარმოადგენს ამოცანები, რომელიც იყოფა სამ მიმართულებად: მუშაობა ადამიანებთან, მუშაობა შრომის საგნებთან და საშუალებებთან (ტექნიკა, რესურსები, და ა. შ.) მუშაობა ინფორმაციასთან. მმართველური საქმიანობა თავისი ამოცანებით ხასიათდება თავისი მრავალსახეობით და მიმართულია სამედიცინო მომსახურების საბოლოო მიზნისაკენ მომხმარებლის დროულად და ხარისხიანად დაკმაყოფილება.

ცვლად ფაქტორს წარმოადგენს ტექნოლოგია. სამედიცინო მომსახურება სრულდება განსაზღვრული კონკრეტული ტექნოლოგიების მიხედვით. ტექნოლოგიების სრულყოფა და განვითარება მიმდინარეობს საზოგადოების განვითარების შესაბამისად და შეიძლება დიამეტრალურად შეცვალოს ამოცანების მოცულობა და ხასიათი, ასევე, მათზე მართვის მეთოდები და შესაბამისად ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა.

ცვლადი ფაქტორებიდან განსაკუთრებული ფაქტორია ადამიანები და ორგანიზაციული ეკონომიკური სისტემის მენეჯმენტში უჭირავს განსაკუთრებული ადგილი. სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობასა და მიზნებიდან გამომდინარე პერსონალის (სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე) მოძიება, სწავლება, განაწილება და გამოყენება დაკავშირებულია პიროვნების სტრუქტურაზე, რომელშიც შედის: მოტივი, ხასიათი, ტემპერამენტი, მოთხოვნილებები, უნარები. ამ თვისებებიდან გამომდინარე რთულ ამოცანას წარმოადგენს ადამიანური რესურსების გამოყენება, როგორც განსაკუთრებულ ფაქტორისა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციული ეკონომიკის სისტემაში ცვლადი შიდა ფაქტორების ერთობლიობა ქმნის მუშა გარემოს, რომელიც საქმიანობის მართვის პროცესების მეშვეობით მისადაგებულია სამედიცინო დაწესებულებების მოთხოვნებთან და ურთიერთკავშირი და გარემოს მრავალფაქტორიანობა გამოხატავს მისი სირთულის ხასიათს.

ორგანიზაციულ ეკონომიკურ სისტემაში მიზნები, ადამიანები, ამოცანები, ტექნოლოგიები, სტრუქტურა ურთიერთკავშირშია და კავშირის ეფექტიანად წარმართვა გამოიყენება და განვითარება უფრო მეტად ზრდის ჯანდაცვის ორგანიზაციული ეკონომიკის სისტემის ეფექტიანობას.

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა ყოველთვის ეფექტიანია, თუ ის ახერხებს შიდა და გარე გარემოსთან ურთიერთობების მოგვარებასა და მათ ეფექტიანად გამოყენებას.

ეკონომიკურ ლიტერატურაში ცნობილია ფაქტორთა მთელი რიგი, ჩვენს მიერ სამედიცინო დაწესებულების გარე გარემოდან შერჩეულია 21 ფაქტორიანი მოდელი, რომელიც მოიცავს:

- ❖ მატერიალური რესურსების მომწოდებლები;
- ❖ ტექნოლოგიების, ტექნიკის მომწოდებლები;
- ❖ პერსონალის მომწოდებლები;
- ❖ ფინანსების მომწოდებლები;
- ❖ პროფესიული კავშირები;
- ❖ მაკროეკონომიკური ფაქტორები;
- ❖ პოლიტიკური ფაქტორები;
- ❖ საერთაშორისო ფაქტორები;
- ❖ სოციალური ფაქტორები;
- ❖ განათლების ფაქტორები;
- ❖ ეროვნული ფაქტორები;
- ❖ რეგიონული ფაქტორები;
- ❖ კულტურული ფაქტორები;
- ❖ მართვის სახელმწიფო, მუნიციპალური ორგანოები;
- ❖ საგადასახადო სისტემა;
- ❖ კონკურენტული გარემო;
- ❖ კონკურენტები;
- ❖ სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესი;
- ❖ ბაზარზე შესვლის ბარიერები;

- ❖ მომხმარებელი (მყიდველი);
- ❖ კანონები;

გარემოს ფაქტორები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ფირმის საქმიანობაზე და საქმიანობის მენეჯმენტმა უნდა ეფექტიანად აღიქვას, დროულად მოახდინოს რეაგირება და შეეგუოს (შეეწყოს) გარემოს ცვლილებებს რათა ყოველთვის მიაღწიოს წინასწარ განჭვრეტილ და დაგეგმილ მიზნებს.

არსებობს უშუალოდ ზემოქმედებისა და ირიბი ზეგავლენის გარემო. პირდაპირი, უშუალო ზემოქმედების გარემოს ფაქტორებია, რომლებიც უშუალოდ გავლენას ახდენენ ფირმის საქმიანობაზე და მათ მიეკუთვნება: კანონები, სახელმწიფო და კომუნალური დაწესებულებები, მომწოდებლები, კონკურენტები, მყიდველები (მომხმარებლები).

ირიბი ზეგავლენის გამო მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, რომლებიც უშუალოდ გავლენას ვერ ახდენენ ფირმის საქმიანობაზე, მაგრამ მაინც გაითვალისწინება და ყოველთვის ითვალისწინებს თავის გეგმებში. მათ მიეკუთვნება: ეკონომიკური მდგომარეობა, სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესი, სოციალურ-კულტურული და პოლიტიკური ცვლილებები, სხვა ქვეყნების მოვლენების სირთულე, განუსაზღვრელობის და მოძრაობის უნარი.

გარე გარემოს სირთულე განისაზღვრება ფაქტორების სიმრავლით, რომლებზეც ფირმამ რეაგირება უნდა მოახდინოს. მაგ. სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე გამოდის მხოლოდ ამბულატორიული მომსახურებით მაშინ მის მიერ გაწეული მომსახურების არეალი შეზღუდულია და შესაბამისად მას ურთიერთობა აქვს მოცემული გეოგრაფიული რაიონის ტერიტორიაზე მოქმედ სხვადასხვა სახის სამედიცინო დაწესებულებებთან და მომხმარებელთა განსაზღვრულ რაოდენობასთან, ასეთი ფირმა იმყოფება უფრო ნაკლებ რთულ პირობებში, ვიდრე მრავალპროფილური საავადმყოფო, რომლის საქმიანობის წარმართვისთვის ესაჭიროება სხვადასხვა სახის რესურსები, ტექნიკა და

ტექნოლოგიები, პერსონალი და ურთიერთსარგებლიანი ურთიერთობები სხვადასხვა სახის მომხმარებლებთან: სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველი მოსახლეობა, ფირმები, სახელმწიფო და სხვა გარე გარემოში მოხდარი ცვლილებების სიჩქარე განსაზღვრავს მის მოძრაობის უნარს. უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურება წარმოებს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში და როგორც ვითარდება ქვეყნის ეკონომიკა და ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები ასევე იზრდება მოძრაობის უნარიც. სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის განვითარებით სწრაფი ცვლილება მოხდა ელექტროტექნიკაში, ფარმაცევტულ წარმოებაში, სამედიცინო ტექნოლოგიებში. ამ დარგებსი და მასთან დაკავშირებულ მიმართულებებში აღმოჩენების შედეგად იქმნება ახალი ტექნოლოგიები, რაც ამძაფრებს კონკურენციას. თუ გავითვალისწინებთ მოძრავ-ცვალებად ფუნქციონირების სირთულეს, ფირმა უნდა დაეყრდნოს სხვადასხვაგვარ ინფორმაციას, რომ მიიღოს ეფექტიანი გადაწყვეტილება თუ ინფორმაცია არაა საკმარისი, ფირმის მენეჯმენტი ეჭვობს, რომ ის არაზუსტია, ამ გარემოში გარემო უფრო განუსაზღვრელი ხდება.

ამგვარად გარემოს განსაზღვრულობა ყოველთვის დამოკიდებულია ინფორმაციის ხარისხსა და უეჭველობაზე, უტყუარობაზე. საერთოდ გადაწყვეტილების გამოტანა რთულდება განუსაზღვრელობის ზრდასთან ერთად.

ყველაზე მოძრავი და ცვლადი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ესაა მომხმარებელი, მართვის სახელმწიფო ორგანოები, მომწოდებლები (პერსონალის, კაპიტალის, ფინანსების, მასალების, ტექნიკის). ფირმა კარგად უნდა იცნობდეს თავის მომხმარებლებს, უნდა გააანალიზოს ცვლილებები მათში (შემოსავლების ცვლილება, რაოდენობის, ოჯახის შემადგენლობის, მოხოვნებისა და ა.შ.) ფირმამ დღეს უნდა შეძლოს და თვითონ უნდა შექმნას მომხმარებელი, მართოს მისი გემოვნება და მოთხოვნილებები, სურვილები.

მომხმარებელი თავისი მოთხოვნილებებიდან გამომდინარე მკვეთრად ცვალებადია და ის შეიძლება დაინტერესებული იქნას ან არა მოცემული სამედიცინო დაწესებულების მომსახურებაზე. მომხმარებლის მოთხოვნების დაკმაყოფილების აუცილებლობა გავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულების შინა პროცესებზე, რადგანაც სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა რაოდენობა განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებისათვის აუცილებელ რესურსებს, პერსონალს, ტექნოლოგიასა და ა.შ. ხოლო მომხმარებლის მოთხოვნის სახით კი მომხმარებლის აუცილებელ სახეებსა და ხარისხს.

საჭიროდ მიგვაჩნია ჩამოვაცალიბოთ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა კლასიფიკაცია:

- ❖ მოსახლეობის ბიუჯეტური ორგანიზაციები;
- ❖ სახელმწიფო (სამედიცინო პროგრამების შესყიდვა);
- ❖ სადაზღვეო კომპანიები (სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა);
- ❖ კერძო სექტორი;
- ❖ მარკეტინგული კომპანიები, როგორც საშუამავლო, სარეკლამო და მარკეტინგული საქმიანობის წარმმართველი;

სამედიცინო დაწესებულებებმა უპირველესად თავის საქმიანობაში გაითვალისწინონ მომხმარებლის ცვალებადობა მოთხოვნებში, სერვისებში, სურვილებში და ისე გაუკეთოს ორგანიზება თავის საქმიანობას, რომ პირველ რიგში მენეჯმენტი იყოს მოქნილი, მომსახურება კი ხარისხიანი.

სამედიცინო დაწესებულებაზე მისი საკუთრების მიკუთვნის მიუხედავად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მაკროეკონომიკური, პოლიტიკური, საერთაშორისო, სოციალური, ეროვნული, რეგიონული და კულტურული ფაქტორები. რთული ამოცანაა საერთაშორისო ფაქტორების ანალიზი. მნიშვნელოვანია ასევე განარჩიო სხვადასხვა ქვეყნების მომხმარებელთა კულტურული განსხვავებანი, ისინი უნდა შეისწავლო და გაითვალისწინო სერვისის დროს.

განსაკუთრებით გარე გარემოდან გამოვყოფდი სახელმწიფო მართვის ორგანოებს, კანონებს, საგადასახადო სისტემას რომელთა მომხმარებელის ნორმატიული აქტების ცოდნა და გათვალისწინება აუცილებელია დაწესებულების საქმიანობის ეფექტიანი მენეჯმენტის წარმართვისათვის.

განსაკუთრებით გამოვყოფდი ასევე კონკურენტულ გარემოსა და კონკურენტებს. კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებაზე ხელშეწყობა სახელმწიფოს პრეროგატივაა, რომელიც უზრუნველყოფს მის განვითარებას. კონკურენცია ეს საქმიანობის წარმართვაა ბაზრის განვითარებისთვის, მომხმარებელთა მოსაზიდად და უკეთესი მომსახურების გასაწევად. ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულების მმართველმა უნდა შეიცნოს, რომ თუ მისი დაწესებულება ისე კარგად, ხარისხიანად და ეფექტურად არ დააკმაყოფილებს თავის მომხმარებლებს, როგორც მისი კონკურენტები, მაშინ დაწესებულება საბაზრო პირობებში დიდხანს ვერ იარსებებს.

კონკურენტად მხოლოდ ის კი არ არის, რომელიც მსგავს სამედიცინო მომსახურებას სწევს, არამედ ყველა სხვა, რომელსაც გააჩნია საკმარისი ძალისხმევა და სურვილი იმოქმედოს და საქმიანობა წარმართოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, თანაც საკუთარი, სხვებისგან განსხვავებული სერვისული მომსახურებით.

შიდა და გარე ფაქტორების აზრიანად და მოქნილად გათვალისწინება, სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციულ და ეკონომიკურ სისტემას საშუალებას მისცემს კომპლექსურად და ეფექტიანად მართოს ნებისმიერი სახის სამედიცინო დაწესებულება.

2.3. მარკეტინგის როლი ჯანდაცვის ორგანიზაციულ– ეკონომიკური სისტემის განვითარების საქმეში

საქართველოს ჯანდაცვის საქმიანობა მიმდინარეობს საბაზრო ურთიერთობებში და შესაბამისად მუდმივად ევოლუციური სახის განვითარებასთან გვაქვს საქმე. საბაზრო ურთიერთობები განაპირობებს

კონკურენციას, შესაბამისად ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირება ითვალისწინებს სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას და ამ პოლიტიკით იმ ობიექტების საქმიანობის რეგულირებასაც, რომლებიც ეკუთვნის სახელმწიფოს, სადაზღვევო და კერძო სექტორის კომპანიებს, რომელთა ტრადიციული ურთიერთობები შეივსოს ისეთი ეკონომიკური თვისებებით, რომლითაც ხასიათდება საბაზრო სტრუქტურები. კონკურენტულ ურთიერთობებში ბაზარზე ეფექტიანად საქმიანობა შესაძლებელია მარკეტინგის მეშვეობით.

ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგის ძირითად საქმიანობად მიგვაჩნია შემდეგი:

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა და მომხმარებლებზე ამომწურავი ინფორმაციის მოძიება და ყოველმხრივი ანალიზი;

- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მონაწილეთა გამოკვლევა, მათი მარკეტინგული მიმზიდველობის განსაზღვრა;

- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის (სამკურნალო, პროფილაქტიკური და ამბულატორიული მომსახურება) განვითარების პროგნოზის დამუშავება;

- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ოპტიმიზაციის სტრატეგია;

- ახალი სამედიცინო, პროფილაქტიკური, სანიტარული მომსახურების ბაზრის შექმნის პრობლემების განსაზღვრა;

- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სეგმენტირების საკითხები;

- სამედიცინო მომსახურებაზე სოციალურად დასაბუთებული ტარიფების დადგენა;

- პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების მარკეტინგული მიმზიდველობის დამუშავება;

- სამედიცინო მომსახურების ობიექტების განვითარების საქმეში მართვისა და მარკეტინგის თანამედროვე მეთოდებისა და ხერხების გამოყენება და დანერგვა;

- სამედიცინო მომსახურებაზე დაფინანსების წყაროების (სახელმწიფო, სადაზღვევო, ბიზნესის, მოსახლეობის) შერჩევის მარკეტინგული შეფასება და ეფექტიანობა;

- სამედიცინო, პროფილაქტიკური, ამბულატორიული, სანიტარული, მომსახურების მწარმოებელთა (შემქმნელთა) შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მოძიება, დამუშავება და მომხმარებელზე მიწოდება მათ მიერ ეფექტიანად გამოყენების მიზნით.

როგორც სხვა საქონლისა და მომსახურების ბაზრებს, ასევე სამედიცინო მომსახურების ბაზარს გააჩნია ინფორმაციული ბაზა, რომლის შესწავლა და ანალიზი მარკეტინგული კვლევის მეთოდებით შესაძლებელია.

საზღვარგარეთის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგის გამოყენებაზე არსებობს სამეცნიერო ლიტერატურა და მიმდინარეობს კვლევები. საქართველოში ამ საკითხზე კვლევები პრაქტიკულად არ დაწყებულა, შესაბამისად მოცემული პრობლემა გამოსაკვლევი, რასაც შეუძლია დიდი როლი შეასრულოს ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის განვითარების სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე 2016 წლის ბიუჯეტიდან გამოყოფილია 3 მლრდ ლარზე მეტი, რომელიც თავისთავად ცხადია არ იქნება საკმარისი. ამიტომ სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მომწოდებლები მიისწრაფიან გარე საინვესტიციო ფონდებისაკენ, რაც იწვევს კონკურენციას. სამედიცინო ობიექტები ცდილობენ მონაწილეობა მიიღონ ჯანდაცვის სამედიცინო პროგრამების შესრულებაში, რომელთა დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ეს მოვლენაც იწვევს კონკურენციას. სახელწიფოს დაქვემდებარებული ჯანდაცვის ობიექტებისაგან განსხვავებით ბიზნესისა და მეწარმეობის კერძო ობიექტების მიზანს როგორც წესი წარმოადგენს მოგების მიღება, რაც თავის მხრივ მეტადაა დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურებისა და

მკურნალობის ხარისხზე. ეს მოვლენაც კონკურენტულ ურთიერთობებში მონაწილეობას გულისხმობს.

იმისათვის, რომ ჯანდაცვის ობიექტი წარმატებული იყოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, მან უნდა აამაღლოს თავისი იმიჯი, შექმნას საკუთარი რეპუტაცია, როგორც ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისა და ხარისხიანი მკურნალობის ობიექტისა, საიმედო საქმიანი პარტნიორისა და გარანტისა.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კონკურენტულ პირობებში წარმატების მიღწევისათვის ჯანდაცვის ობიექტის ეკონომიკურ-ორგანიზაციულმა სისტემამ სრულიად უნდა გამოიყენოს მარკეტინგის პრინციპები, რომელთა მეშვეობით ის მოახერხებს წარმატებით მოიზიდოს დამატებითი მომხმარებლები და გაზარდოს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან მიღებული მოცულობა, ასევე ინვესტორთა რიცხვი.

ჯანდაცვის ობიექტის ფინანსური და ეკონომიკური მდგომარეობის და კვალიფიციური პერსონალის (სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე) გათვალისწინებით შეიძლება ეფექტიანად გამოიყენოს მარკეტინგის შემდეგი მიმართულებები:

- სამედიცინო, პროფილაქტიკური, ამბულატორიული, სანიტარული მომსახურებისა და მკურნალობის სახეების მარკეტინგი;
- პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების მარკეტინგი;
- ჰოსპიტლების მარკეტინგი;
- კერძო პრაქტიკის ექიმების მარკეტინგი;
- სამკურნალო წამლების მარკეტინგი;
- სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების (მათ შორის ინოვაციური) მარკეტინგი;
- მეცნიერული იდეების, სამეცნიერო შრომების მარკეტინგი;
- საექიმო გამოცდილების მარკეტინგი;

- სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა მოთხოვნილებებისა და მოთხოვნების მარკეტინგი;

საქართველოში ჯანდაცვის სფეროში გატარებულმა და დღეს მიმდინარე რეფორმებმა ერთის მხრივ სახელმწიფომ ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზაცია მოახდინა და ამით მთელი პასუხისმგებლობა გადასცა ამ ობიექტებს, რომლებსაც ისე უნდა მოეწყობთ ინფრასტრუქტურა, რომ საჭირო დახმარება გაეწიათ მომხმარებლებისათვის, მეორეს მხრივ სახელმწიფომ ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვაზე თანდათანობით გაზარდა დაფინანსება და დღეს, 2010 წ მისი მოცულობა 3 მლრდ ლარზე მეტია, ამასთან ერთად უკვე 2013 წ ივლისიდან სახელმწიფო საყოველთაო დაზღვევით სარგებლობს 3 მლნ-ზე მეტი ადამიანი, ხოლო 500 000 ადამიანი კერძო დაზღვევით სარგებლობს. 2013-2015 წწ სახელმწიფომ უკან დაიბრუნა რამდენიმე საავადმყოფო და დაუქვემდებარა ჯანდაცვის სამინისტროს. მიუხედავად სახელმწიფო დაფინანსების ზრდისა, მოსახლეობა მაინც ძირითად ინვესტორად ითვლება, მაგრამ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სახელმწიფოს მოსახლეობა თავისი ბედის ანაზარა არ მიუტოვებია.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ცვალებადია და ჯანდაცვის რეფორმამ დიდი პროპაგანდული როლი ითამაშა. ეს გამოიხატება იმით, რომ მოსახლეობა მეტად გახდა ინფორმირებული რეფორმებზე, ჯანდაცვის განვითარებაზე, ჯანდაცვის ობიექტების იმიჯზე, რეპუტაციაზე, მკურნალობის ფასებზე, სამკურნალო წამლების ბაზრის საქმიანობაზე. ამან გამოიწვია ცვლილებები სამედიცინო მომსახურებაზე, სამედიცინო საქონელსა და სამკურნალო წამლების მოთხოვნის სტრუქტურაზე. თანდათან იზრდება მოთხოვნა საინფორმაციო რესურსებზე, სამკურნალო პრეპარატებზე თვითმკურნალობის, პროფილაქტიკური პროცედურისა და სამედიცინო მომსახურების მიზნით. მოსახლეობის ინფორმაციულობამ გამოიწვია ერთი მნიშვნელოვანი დადებითი ფაქტორი, გაიზარდა მათი მოთხოვნები მკურნალობის ხარისხსა და სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოებასა და საიმედოობაზე.

ამ მოვლენებმა გააძლიერა კონკურენცია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომსახურების მომწოდებლებს შორის და რაც მთავარია ჯანდაცვის ობიექტებმა შეცვალეს ფუნქციონირების სახეები და მოახერხეს გაეხადათ ისეთი, რომელიც შეესაბამება მოსახლეობის მოთხოვნებს. ანუ ეს მოითხოვს ჯანდაცვის ობიექტის მიწოდებული ყველა სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობას. იქმნება ისეთი სიტუაცია, როდესაც ჯანდაცვის ობიექტი იძულებულია დაექვემდებაროს მომხმარებლის მოთხოვნებს და გაითვალისწინოს ბაზრის მოთხოვნები და ოპტიმალური გახადოს სამედიცინო მომსახურების მოხმარების სტრუქტურა და მოცულობა, რაც თავის მხრივ ყველას ინტერესებში შედის, კმაყოფილდება ჯანდაცვის ობიექტი, კონკრეტულად მომხმარებელი, საერთოდ საზოგადოება.

აღწერილი მოვლენების გათვალისწინებით ჯანდაცვის ობიექტები დაინტერესებულნი არიან და ეს უკვე აუცილებლობას წარმოადგენს გააუმჯობესოს თავისი ურთიერთობები მომხმარებლებთან, ბაზრის მონაწილეებთან, სახელმწიფოსთან და გამოიყენოს თავის საქმიანობაში მარკეტინგული კვლევები, მარკეტინგის პრინციპები და კონცეფციები. ამისათვის ჯანდაცვის ობიექტმა უნდა სრულყოს მართვის ეკონომიკურ-ორგანიზაციული სისტემა და ჩამოაყალიბოს თავისი ურთიერთობები სახელმწიფოსთან (წარმომადგენელ სტრუქტურასთან), მომხმარებლებთან, კონკურენტებთან, საკუთარი ეკონომიკის განვითარებასთან, ინფორმაციის გავრცელების სისტემასთან.

მართვის ეკონომიკურ-ორგანიზაციულ სისტემაში უნდა გამოიკვეთოს სფერო, სადაც იმოქმედებს ჯანდაცვის ობიექტის მარკეტინგი, ასევე განისაზღვროს საკითხები და ამოცანები, რომელთა გაკონტროლება შესაძლებელი გახდება ობიექტის უმაღლესი მმართველობის მიერ. ამ შემთხვევაში ჯანდაცვის ობიექტი უფრო ეფექტიანად მოაგვარებს თავის ურთიერთობებს სახელმწიფოსთან, მოქნილად წარმართავს საქმიანობას

კონკურენტულ პირობებში და წარმატებას მიაღწევს მომხმარებლების მოთხოვნების ხარისხიანად და საიმედოდ დაკმაყოფილებას.

ჯანდაცვის სისტემა მარკეტინგის პრინციპების გამოყენებას შეძლებს როგორც სახელმწიფოს მმართველობის, ასევე რეგიონალური მმართველობის დონეზე, რითაც უფრო ეფექტიანს გახდის ეკონომიკურ-ორგანიზაციული სისტემის მართვას.

2.4. ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მართვა ჯანდაცვაში

ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მწარმოებელთა და მომხმარებელთა კავშირისა და ურთიერთობების მართვის ორგანიზებას. ამ სისტემის ელემენტებს შორის ურთიერთ დამოკიდებულება ვლინდება ნებისმიერ დროს, როდესაც ჯანდაცვის ობიექტის პროდუქტი (საქონელი, მომსახურება, შრომა) ხდება სხვათა კავშირში მყოფთა გამოსაყენებელი რესურსი გაიღება ხარჯი-დაფინანსება.

ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემაში ძირითადად წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ქმნის და გასწევს სხვადასხვა სახის ჯანდაცვის ობიექტი, რითაც იგი მონაწილეობს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე.

სამედიცინო მომსახურების შემქმნელებსა და გამწევეებს მიეკუთვნება: ამბულატორიები, საავადმყოფოები, სტაციონარები, ხანგრძლივი მოვლის, შინ მოვლის, ჰოსპისის, სასწრაფო გადაუდებელი რეფერალის, დამხმარე სერვისების დაწესებულებები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიები. სამედიცინო მომსახურების სახეები მრავალსახა და მრავალფეროვანია. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლის მოთხოვნების სრულყოფილად დასაკმაყოფილებლად ჯანდაცვის ობიექტი უნდა ფლობდეს თანამედროვე სამედიცინო აპარატურასა და მოწყობილობებს, კომპიუტერულ და ინფორმაციულ ტექნოლოგიებს,

მკურნალობისათვის აუცილებელი სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიულ ტექნოლოგიასა და საშუალებებს და განსაკუთრებით მკურნალობის თანამედროვე ტექნოლოგიებსა და თანამედროვე მეთოდებს.

ჯანდაცვის ობიექტები, როგორც ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის ელემენტები ახდენენ საკუთარ სამედიცინო მომსახურების სახეების განაწილებას და მოხმარებელთა მოთხოვნების დაკმაყოფილებას, რაც თავის მხრივ ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის საბოლოო მიზანია. განაწილება და მოხმარება თავის მხრივ მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მესაკუთრე ჯანდაცვის მომსახურების ობიექტზე და ეკონომიკაზე.

ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს:

- მოგების, კაპიტალისა და რესურსების საკუთრების ფორმაზე დამოკიდებული სოციალურ-ეკონომიკური ურთიერთობები;
- ჯანდაცვის ობიექტის ორგანიზაციის მართვის ორგანიზაციული სახეები და სქემები;
- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მონაწილეებს შორის სამეურნეო-ეკონომიკური ურთიერთობების დამყარების ფორმები.

საქართველოს ეკონომიკა ვითარდება საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, რომელიც დაკავშირებულია ეკონომიკური რესურსების ბატონობასთან, სადაც ძირითადი გადაწყვეტილებები საქმიანობის განვითარებაზე, მოგებაზე, კაპიტალის გამოყენებასა და ეკონომიკის მართვაზე მიიღება თვით ობიექტის მიერ დამოუკიდებლად, მაგრამ აუცილებლად გაითვალისწინება სასაქონლო-ფულადი ურთიერთობები, მომსახურების მესაკუთრეთა და მოქალაქეთა კონკურენცია.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებენ სახელმწიფო მუნიციპალური და კერძო საკუთრების ობიექტები. ყველა შემთხვევაში ნებისმიერი სახის მესაკუთრეს აქვს განსაზღვრული სახის უფლება, რომელშიც შედის უფლებათა მთელი კომპლექსი, მათ შორის

მნიშვნელოვანია საკუთრების ფლობა , გამოყენება და განკარგვა. საერთოდ, საკუთრებაზე უფლება ვლინდება მასში, თუ ვინ განკარგავს საკუთრებას, ანუ ვის ააქვს უფლება გაყიდოს, გააჩუქოს, გაცვალოს, გასცეს იჯარით, გააქირაოს, ჩადოს გირაოში, გადასცეს მემკვიდრეობით.

ჯანდაცვის სისტემაში საბაზრო ურთიერთობებმა და მიმდინარე რეფორმებმა გამოკვეთა მესაკუთრეთა შემდეგი სახეები:

- კერძო საკუთრება, რომელიც საბაზრო ეკონომიკის საფუძველია და კერძო საკუთრების მესაკუთრენი დამოუკიდებლად ღებულობენ ყველა გადაწყვეტილებას და გააჩნიათ სრული თავისუფლება საკუთრების გამოყენების საქმეში კერძო საკუთრების ობიექტებია, როგორც ფიზიკური ასევე იურიდიული პირები და ობიექტად შეიძლება იყოს მოგება, კაპიტალი, რესურსი და საერთოდ ნებისმიერი ქონება. აქედან გამომდინარე: ინდივიდუალური მეწარმე, რომელსაც უფლება გააჩნია და ფლობს ქონებას პირადად. ინდივიდუალური მესაკუთრე შეიძლება იყოს ფიზიკური და იურიდიული პირი;

- კოლექტიური საკუთრება, რომელიც მიეკუთვნება კოოპერატიული, პარტნიორული და სააქციონერო. კოოპერატიულ საკუთრებაზე უფლება გააჩნია პირებს, რომლებმაც თავისი სახსრები და შრომა გააერთიანეს, რათა ერთობლივად წარმართონ ეკონომიკური საქმიანობა;

- პარტნიორულია საკუთრება, რომელზეც უფლება გააჩნია ორ ან მეტ პირს, იგი იქნება ერთობლივი გადაწყვეტილებით. სააქციონერო საკუთრება ეს არის კოლექტიური საკუთრება, რომელიც იქმნება აქციების გამოშვებისა და რეალიზაციის შედეგად. აქციის მფლობელი არის სააქციონერო საკუთრების სუბიექტი.

- სახელმწიფო საკუთრება, რომელიც ეკუთვნის სახელმწიფოს. საქართველოში განარჩევენ მის ორ ფორმას: სახელმწიფო და მუნიციპალური. ქონება მიემაგრება საწარმოებსა და დაწესებულებებს, რომლებიც ფლობენ და იყენებენ მას (განკარგვის უფლების გარეშე). მუნიციპალური ქონება მიეკუთვნება ადგილობრივი თვითმმართველობის

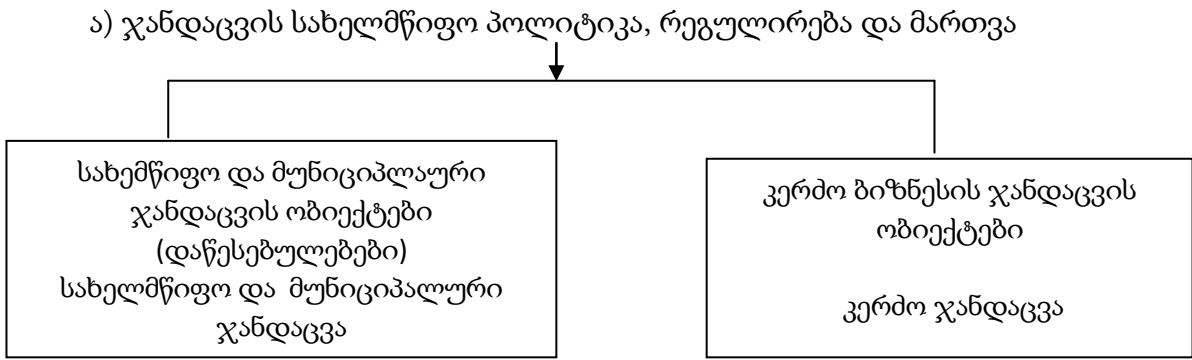
ორგანოებს, მათ მიერ ხდება მუნიციპალურ საწარმოებებსა და დაწესებულებებზე მიმაგრება გამოყენების მიზნით.

- შერეული საკუთრება, რომელიც დაფუძნებულია საკუთრების სხვადასხვა ფორმის შეხამებაზე;
- ინტელექტუალური საკუთრება, რომლის ობიექტს წარმოადგენს ინტელექტუალური შრომის შედეგები: გამოგონება, აღმოჩენა, პროგრამები, მოდელები, ტექნოლოგია და ა.შ.

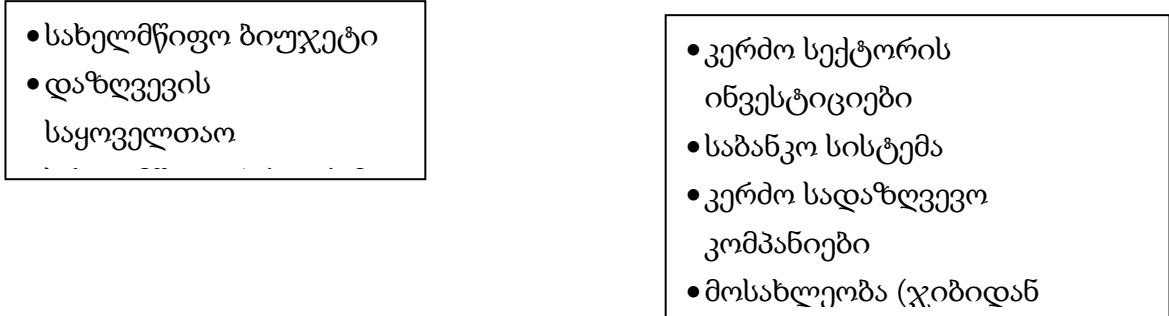
საკუთრების მიმართ ურთიერთობა, საკუთრების ფორმის და სახეების არჩევა ყოველთვის დაკავშირებულია ეკონომიკურ ინტერესების სახეებთან, პირადი, კოლექტიური და საზოგადოების. ჩვენის აზრით, ის რაც სასარგებლოა საზოგადოებისათვის სასარგებლო იქნება ორგანიზაციებისა და თავის თავად ცხადია, იქ მომუშავეებისა და საზოგადოების სხვა წევრებისათვის.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე სხვადასხვა სახის საავადმყოფოები 2013 წლის მონაცემებით [28]¹ საავადმყოფოთა 42% ეკუთვნის სადაზღვევო კომპანიას, 29% ინდივიდუალური საკუთრებისაა, 18% სხვადასხვა ტიპისაა და 10% სახელმწიფოსი.

დადასტურებულად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ საქართველოში სამედიცინო მომსახურება მიმდინარეობს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში და ჩვენის აზრით ჩამოყალიბდა შესატყვისი ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა (ნახ. 2.4), რომლის განვითარების საფუძველს წარმოადგენს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა, რეგულირება და მართვა (ნახ. 2.4ა). ჯანდაცვის განვითარებასა და საქმიანობაზე დაფინანსების მოდელი (ნახ. 2.4ბ), ჯანდაცვის დაზღვევის მოდელი (ნახ. 2.4გ) და სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოდელი (ნახ. 2.5).



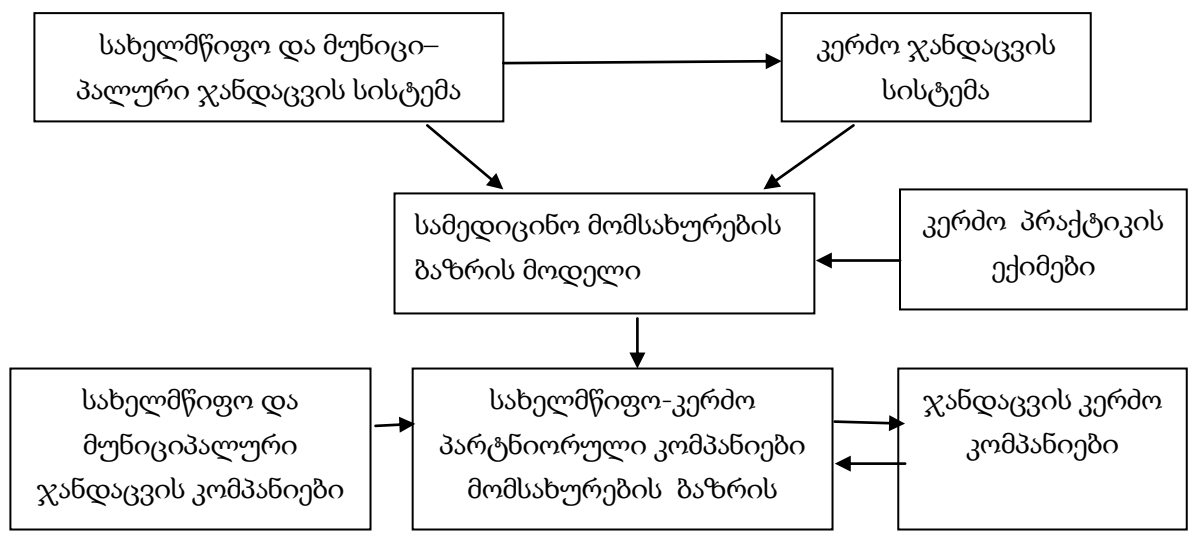
ბ) ჯანდაცვის განვითარებასა და საქმიანობაზე დაფინანსების მოდელი



გ) ჯანმრთელობის დაზღვევის მართვის მოდელი

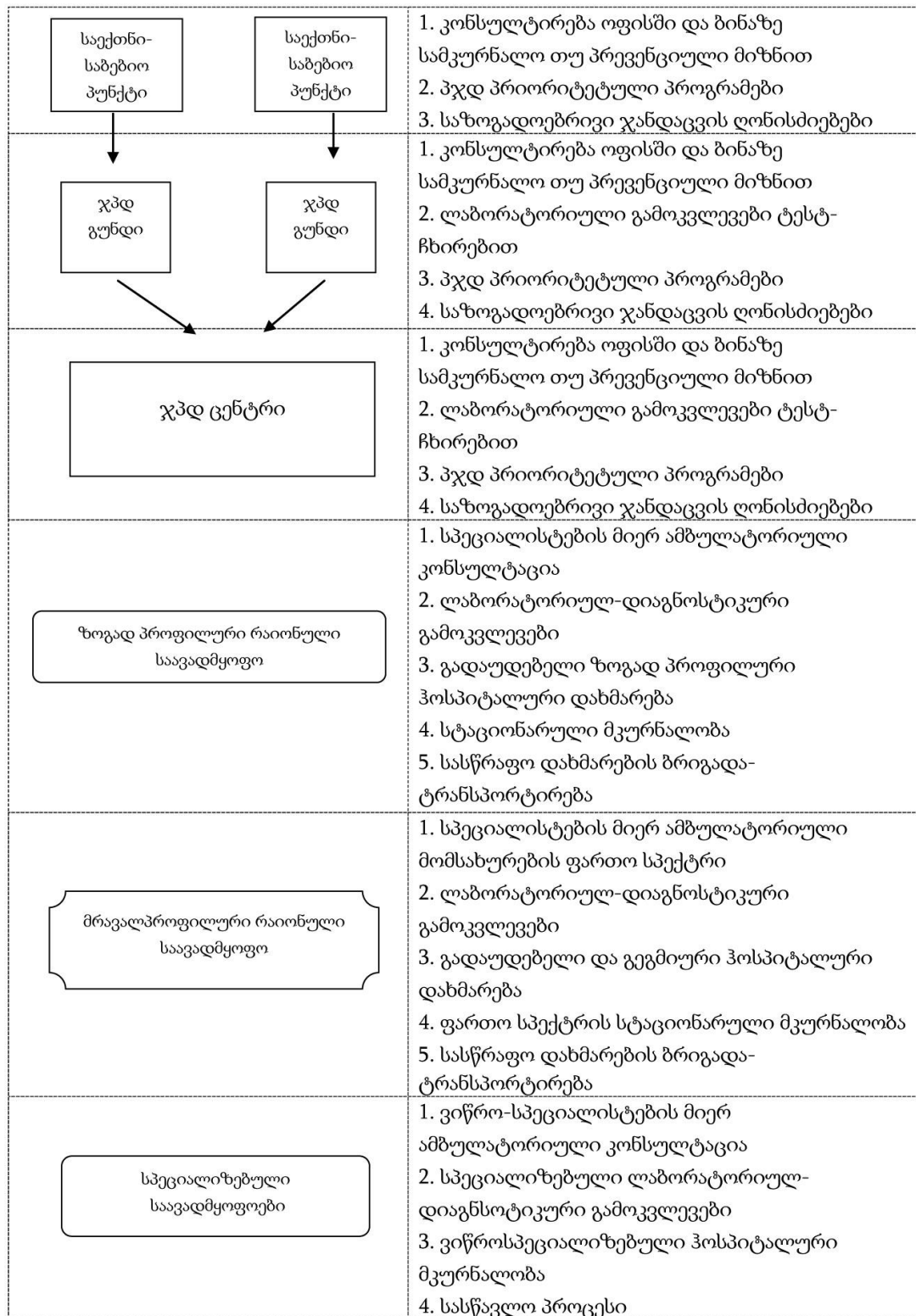
დაზღვევის სახელმწიფო საყოველთაო პროგრამა კერძო სადაზღვევო კომპანიები

დ) სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოდელი



ნახ. 2.4. ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემა. დამუშავებულია ე. მოწონელიძის მიერ

**ნახ. 2.5. სამედიცინო მომსახურებისათვის სამედიცინო ქსელის
დონეებად მოწყობის სქემა [15]¹.**



¹ სამედიცინო მომსახურების მოდელი, სამუშაო ვერსია, შჯსდ სამინისტრო, თბილისი 2006.

დროულად მიგვაჩნია თუ საქართველოს მთავრობა დააკანონებს უკვე მოქმედ ჯანდაცვის სახელმწიფო, მუნიციპალურ და კერძო ჯანდაცვის სისტემების ურთიერთსარგებლიან ურთიერთობას შესაბამისი ნორმატიული აქტის მეშვეობით, რითაც ფორმალურ სახეს მიიღებს არსებული მდგომარეობა. ასეთი აქტით დარეგულირდება ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარების პერსპექტივები, და რაც მთავარია უკვე არსებული სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განსაკუთრებულ ელემენტად მიგვაჩნია სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ახალი მოდელი (ნახ. 2.4დ), რომელშიც ფიქსირდება სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა და კერძო პრაქტიკის ექიმები, როგორც ბაზრის გამოკვეთილი დამოუკიდებელი მოთამაშენი.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კერძო ჯანდაცვის დაწესებულებები და სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის დაწესებულებები განცალკევებულია ერთმანეთისაგან და ამ შემთხვევაში, მათი საერთო ინტერესებიდან გამოვყოფდი ბაზარზე წინ წაწევისა და ადგილის გაფართოების ინტერესს, რასაც მათი საქმიანობის განვითარების საქმეში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება¹.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მოქმედ კერძო ჯანდაცვის დაწესებულებების შინა და გარე ფაქტორები მნიშვნელოვნად განსხვავდება სახელმწიფო და მუნიციპალური დაწესებულების შინა და გარე ფაქტორებისაგან, თანაც მათ შორის არსებობს რეალური კონკურენცია. სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნები აიძულებს მათ აამაღლონ მომსახურების ხარისხი და ეფექტიანობა, გააუმჯობესონ ინფორმაციის მიწოდება, რაციონალური გახადონ მკურნალობა. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლის ინფორმირებულობის დონეზე დამოკიდებულია მოთხოვნის სიდიდე და მოცულობა. მომხმარებელთა უმრავლესობას არ გააჩნია ის ცოდნა და განათლება, რითაც შეძლებდა ის

¹ საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო“, თბილისი 2012, გვ. 10

დაედგინა მომსახურების მოცულობა და ფასი, ასევე მას უჭირს შეარჩიოს ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება, რომელმაც უნდა გასწიოს მომსახურება. ამიტომაც არის საჭირო მომხმარებლისათვის აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდება.

შჯსდ სამინისტროს მიერ 2006 წელს დამუშავებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების მოდელი (სამუშაო ვერსია), რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების მართვის გაუმჯობესებას (ნახ.2).¹

სამინისტროს მიერ შემუშავებული სამედიცინო მომსახურების მოდელი გამოხატავს კერძო და სახელმწიფო და მუნიციპალური ჯანდაცვის სისტემების თანასწორუფლიანობის პრინციპს და ყველა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება ხდება ერთ მარეგულირებელ სივრცეში, რომელიც თავისმხრივ ითვალისწინებს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკას, რეგულირებას და მართვას, რაც სახელმწიფოს პრეროგატივაა და ძირითადი მოვალეობაა. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობის ორგანიზება და მართვა (სახელმწიფო ჯანდაცვის ობიექტზე) ხდებოდა სახელმწიფოს მიერ შჯსდ სამინისტროს წარდგინებით, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ დანიშნული აღმასრულებელი მენეჯერის მეშვეობით. ნახაზ 2.5-ზე მითითებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობის პრინციპს და მომსახურება მიეწოდება ქვეყანაში ორგანიზებულ სამ დონედ.

სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი ჯანდაცვის დაწესებულებების კლასიფიკაცია განსაზღვრულია შჯსდ სამინისტროს მიერ და თითოეული მათგანი შეიძლება წარმოადგენდეს საქართველოს კანონმდებლობის საფუძველზე შექმნილ რომელიმე სამართლებრივ ორგანიზაციულ ფორმაზე. თავისთავად ცხადია, ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან, მაგრამ მნიშვნელოვანს წარმოადგენს ისეთი რაციონალური ფორმის შერჩევა, რომელიც უფრო მეტად შეესაბამება ჯანდაცვის

¹ სამედიცინო მომსახურების მოდელი. (სამუშაო ვერსია) შჯსდ სამინისტრო თბილისი, 2006

ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემას, ამგვარად ჯანდაცვის ობიექტები, რომლებიც წარმოადგენს სახელმწიფო და მუნიციპალურ საკუთრებაზე შექმნილ სამედიცინო დაწესებულებებს განსხვავდებიან კერძო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებისაგან, გარდა საკუთრებაზე მიკუთნებისა ასევე შიდა ადმინისტრაციული დაქვემდებარების მიხედვით, იმით რომ ისინი პირდაპირ არ ექვემდებარება არანაირ სახელმწიფო სტრუქტურას. სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო სამედიცინო დაწესებულებებისათვის საერთოს წარმოადგენს ყველა იმ სახელმწიფო რეგულირების ნორმების შესრულება, რაც დადგენილია საკანონმდებლო აქტებით, კერძოდ მოქალაქეთა (მომხმარებელთა) კანონიერი უფლებების დაცვა სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, სტატისტიკური აღრიცხვის წესების დაცვა და სხვა.

3. ორგანიზაციულ–ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის თავისებურებები

3.1. სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის განვითარების თავისებურებები

სახელმწიფო კერძო პარტნიორობის (სკპ) მსოფლიო გამოცდილება. დღეს სკპ მოქმედებს მსოფლიოს 70–მდე ქვეყანაში. ბრიტანეთში მოქმედებს სკპ–ის პროექტები „კერძო ფინანსური ინიციატივის“ სახით.

ბრიტანული მოდელის¹ სკპ მდგომარეობს შემდეგში: კერძო მესაკუთრე – მეწარმე ააგებს და ექსპლუატაციაში შეჰყავს ინფრა–სტრუქტურის სახის ობიექტები და შემდეგ იჯარით ან არენდით გადასცემს სახელმწიფო სექტორს სკპ–ის ეს მოდელი გამოიყენება სხვა ქვეყნებში. მსოფლიოში 2012 წლის 1 იანვრის მონაცემებით 20 წლის მანძილზე ამოქმედებული იყო 4908 ობიექტი² შემდეგი გეოგრაფიული მდებარეობისა და რაოდენობის მიხედვით.

აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანე – 1462, ევროპა და ცენტრალური აზია – 680, ლათინური ამერიკა – 1533, ახლო აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა – 124, სამხრეთ აზია – 609, ცენტრალური აფრიკა – 400.

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში მოიცავს საქმიანობის ფართო სპექტრს, კერძოდ ჯანდაცვა, განათლება, გარემოს დაცვა, რეკრეაციული ობიექტების გამოყენება, ენერჯეტიკა და ა.შ.

სკპ–ის განვითარებასთან დაკავშირებით მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში სამთავრობო დონეზეა შექმნილი როგორც საკონსტიტუციო საბჭოების შექმნა, ასევე მაკონტროლებელი ხასიათის ორგანიზაციების ჩამოყალიბება.³

ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ არსებობს სფეროები, სადაც სკპ მუშაობს ყველაზე უკეთესად. ეს არის ჯანდაცვა, განათლება, ენერჯეტიკა. კარგია და

¹ Elraim Sadka: Public-private partnerships: a public economics perspective. JMF Working Paper 06/77. March 2006.

² Partnerschaften Deutschland (ელექტრ. ვერსია). URL: www.partnerschaftendeutschland.de. გადამოწმებულია 11.01.2016წ.

³ Mission d'appui aux PPP. ელექტრონული ვერსია. URL: www.treasury.gov.uk (გადამოწმებულია 11.01.2016წ.)

წარმატებულია ეს მიმართულება, როდესაც მთავრობას გააჩნია სკპ-ის განვითარებაზე სურვილი.

საინტერესო ამოცანას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ სკპ განვითარებისა და ხელშეწყობის, კონტროლისა და რეგულირების ფუნქციები სახელმწიფომ ანდა მისი სახელით დარგის განვითარების პოლიტიკის გამტარებლობა სამინისტრომ ან სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილმა წარმომადგენლობამ და ა.შ.

საფრანგეთის სკპ-ს მოდელი „შერეული ეკონომიკის თანასაზოგადოებათა“ მიხედვით სახელმწიფოს მეტი წილი უნდა ჰქონდეს სკპ-ში, ხოლო „შერეული ეკონომიკის თანასაზოგადოება“ ურთიერთობებს ახორციელებს ხელშეკრულებათა საფუძველზე, რომელსაც იგი აფორმებს ადგილობრივ მიმართველობის ორგანოებთან, რითაც ხდება მასზე სახელმწიფოს კუთვნილი უფლებამოსილების გადაცემა. აქედან გამოვარჩევდით სკპ პროექტებს ჯანდაცვის სისტემაში.

საფრანგეთში მოქმედებს (1999 წლიდან) გამოკვლევებისა და ინოვაციური ტექნოლოგიების ქსელის პროგრამები, „მეცნიერულ-ტექნოლოგიური განვითარების სფეროში მოქმედების საერთო-ეროვნული პროგრამა“, მეცნიერული კვლევების ეროვნული სააგენტო და სამრეწველო ინოვაციების სააგენტო, რომელთა მეშვეობით ხდება სკპ პროექტების დაფინანსება.

დიდ ბრიტანეთში უფრო მეტად ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედებს სკპ, სკანდინავიის ქვეყნებში ჯანდაცვა, სამეცნიერო-კვლევითი და ინოვაციური სფეროები.

გერმანიაში შექმნილა „საჯარო კერძო პარტნიორობის ცენტრი“. მისი მეშვეობით ამოქმედდა ჯანდაცვის, განათლების პროექტები, მოქმედებს სკპ-ზე რამდენიმე კანონი აშშ-ში სკპ ფარგლებში ამოქმედდა წყალმომარაგების სისტემის ავტომაგისტრალი, ინფრასტრუქტურის ობიექტები, სასკოლო განათლება. ეს ძირითადად ეხება როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთო-ეროვნულ ინტერესებს. მოქმედებს რამდენიმე

კანონი^{1,2}, მათ შორის სკპ პროექტების რეალიზაცია დაფიქსირდა სპეციალურ კანონში კონკურენციის შესახებ.³

ავსტრალიაში მაღალ დონეზეა განვითარებული სკპ. ამოქმედებულია კოოპერატიული კვლევითი ცენტრების პროგრამა, რომლის მიზანია მეცნიერების, მეწარმეობის, ჯანდაცვის განვითარება, განათლების ხელშეწყობა. 2007 წლის მონაცემებით ქვეყანაში მოქმედებს 90 კოოპერატიული კვლევითი ცენტრი.⁴

ჩვენი აზრით, განსხვავებული ეფექტიანი მიდგომაა სკპ-ს მიმართ კანადაში, სადაც სახელმწიფოს ეროვნული კვლევითი საბჭოთა და ეროვნული სამეცნიერო-ტექნიკური საბჭოს ხელმძღვანელობით ხდება ინოვაციური საქმიანობის მხარდაჭერა და ხორციელდება კერძო ბიზნესისა და სამთავრობო სტრუქტურების ერთობლივი მუშაობით.⁵

როგორც ანალიზიდან ჩანს, მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების სხვადასხვა ობიექტებისა თუ დარგების განვითარებისათვის მიღებულია სკპ-ის ხელშემწყობი კანონები და აქტები, სკპ წარმოადგენს სამთავრობო პროგრამების ძირითად ნაწილს და ყველაფერი მიმართულია კერძო ბიზნესის თუ მეწარმეობის ინიციატივების ხელშეწყობაზე სხვადასხვა მხარდაჭერის მეთოდების გამოყენებით.

3.2. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის თავისებურებები და მოდელები

ქვეყნის ეკონომიკის განვითარება შეუძლებელია სახელმწიფოსა და ბიზნესის ურთიერთსარგებლიანი თანამშრომლობის გარეშე. ცნობილია, რომ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა საწყისებს იწყებს გასული საუკუნის დასაწყისში. ესაა სკოლებში საგანმანათლებლო პროგრამების ერთობლივად

¹ User Guidebook Implementing Public – Private Partnerships for Transportation Infrastructure Project in the US. Washington, 2007.

² Матвеев Д.Б. Государственное-частное партнерство: зарубежный и российский опыт. СПб: Наука, 2007.

³ Ленчук Е.Б., Власкин Г.Л. Инвестиционные аспекты инновационного роста: мировой опыт и российские перспективы. М., Книжный дом «Либроком», 2009.

⁴ Взаимодействие государства и бизнеса в системе инновационного развития национальной экономики: сборник научных статей. М., Институт экономики РАН, 2007.

⁵ Ленчук Е.Б., Власкин Г.Л. Инвестиционные аспекты инновационного роста: мировой опыт и российские перспективы. М., Книжный дом «Либроком», 2009.

სახელმწიფოსა და კერძო დაფინანსების განხორციელება. მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მრავალი სახე განვითარდა და წარმატებით ვითარდება დღევანდელ პირობებში.

მიუხედავად პარტნიორობის მრავალფეროვნებისა, მათი კლასიფიკაცია განხორციელების მეთოდით თუ მოდელით მაინც მოსახერხებელია. სხვადასხვა ქვეყნის მეცნიერები პარტნიორობის მოდელს განსაზღვრავენ თავიანთი ქვეყნის ინტერესებისა და ეკონომიკის განვითარების ჭრილში და ყველა შემთხვევაში პარტნიორობის არსი დაიყვანება კონკრეტული პროექტის ფაქტობრივად დასრულებით. მეცნიერულად პარტნიორობის არსსა და ბუნებაზე დღესაც გრძელდება კამათი.

ჩვენის აზრით, სახელმწიფო (საჯარო) კერძო პარტნიორობა ითვალისწინებს კონკრეტულ საქმეზე (კონსულტაციები, დაპროექტება, მშენებლობა, მართვა, დაფინანსება, საგანმანათლებლო პროგრამები, რისკები, საქმიანობა, საერთო დანახარჯები, ინვესტიციები და ა.შ.) ურთიერთსარგებლიან ურთიერთობას, საბოლოო შედეგის მიღწევასა და მოგების მიღებას, რაც ხორციელდება კონტრაქტებისა თუ ხელშეკრულების საფუძველზე მმართველობის ან სახელმწიფოს, ან კერძო, ან შერეული ფირმის მიხედვით.

სახელმწიფო (საჯარო) პარტნიორობის პრინციპები გამოხატავს პარტნიორობის თავისებურებებს და გვიჩვენებს მხარეებს შორის ურთიერთ-სარგებლიანობის თანამშრომლობის ასპექტებს მის სიღრმისეულად ჩაწვდომას. ამ პრინციპებს მიეკუთვნება:

- „1. მოქმედების არჩევის თავუსუფლება და მხარეთა ინტერესების თანასწორობა.
2. კონტრაქტების (ხელშეკრულების) სტაბილურობა და ცვლილებებსა და ადაპტაციის შესაძლებლობა.
3. პარტნიორობის პირობების შესრულებაზე პასუხისმგებლობა.
4. კონკურენტულობა.

5. გამჭვირვალობა და უკუკავშირი.

6. კერძო პარტნიორის პასუხისმგებლობის სფეროში სახელმწიფოს ჩაურევლობა.

7. სტიმულირებები და გარანტიები.

8. ანაზღაურებადობა.

9. უცხოური კომპანიების მიმართ თანაბარი დამოკიდებულების პრინციპი¹

სახელმწიფო (საჯარო) კერძო პარტნიორობის მოდელების ჩამოყალიბება მოხდა თანამშრომლობის სახეების თავისებურებების გათვალისწინებით. კერძოდ, პოლიტიკურ, სამართლებრივ და ეკონომიკურ ასპექტებში.²

ყველა ასპექტი თავისი შინაარსით მრავალმნიშვნელოვანია. განსაკუთრებით გვსურს გამოვყოთ მიდგომები პარტნიორობაზე: სახელმწიფო აყალიბებს (ან არა) სპეციალურ ორგანოს (ერთს ან რამდენიმეს), რომელიც წარმართავს პარტნიორობას.

რაც შეეხება პარტნიორობის ეკონომიკურ ასპექტს, აქ შევხებით პარტნიორობის რამდენიმე მოდელს, რომელიც ჩამოყალიბებულია ლ. შარინგერის³ მიერ შემდეგი სახით:

1. ოპერატორის მოდელი საკუთრება, სახელმწიფო და კერძო, მართვა და დაფინანსება კერძო სექტორისაა;

2. კონცესიის მოდელი, საკუთრება – კერძო, სახელმწიფო, მართვა და დაფინანსება კერძო–სახელმწიფო;

3. სახელშეკრულებო (კონტრაქტის) მოდელი. საკუთრება კერძო სახელმწიფოსია, მართვა და დაფინანსება – კერძო;

4. კოოპერაციის მოდელი. საკუთრება, მართვა და დაფინანსება კერძო – სახელმწიფოსია;

¹ В.С. Варнавский, А.В. Клименко, В.А. Королев. Государственное-частное партнерство. Теория и практика. Москва, 2010.

² Сазонов В.Е. Государственное-частное партнерство. М., 2012.

³ Л. Шарингер. Новая модель инвестиционного партнерства государства и частного сектора. Мир перемен. 2004, №2.

5. ლიზინგის (არენდის) მოდელი: საკუთრება, მართვა და დაფინანსება კერძო–სახელმწიფოსია.

მოდელების გამოყენებაზე უპირატესობა ენიჭება მას, რომელიც თავისი შინაარსით უფრო ესადაგება კონკრეტული პარტნიორობის სახეს, პერიოდს, გეოგრაფიულ მდებარეობას, სიტუაციას (სარისკო, კრიზისული, ხელშეწყობის, ეკონომიკური მდგომარეობისა და სხვ.) დარგს, მეწარმეობის, ბიზნესის მიმართულებას.

საერთაშორისო მასშტაბით ფართოდაა გავრცელებული სახელმწიფო–კერძო პარტნიორობის მსოფლიო ბანკის მიერ შექმნილი კლასიფიკაცია, რაც 4 კატეგორიადაა დაყოფილი:

1. მართვაზე კონტრაქტები და საარენდო ხელშეკრულება;
2. კონცესიები (მრავალი სახისა);
3. ახალი მშენებლობის დასრულებული პროექტები;
4. აქტივების ნაწილობრივი პრივატიზაცია (გადაცემა).

სახელმწიფო (საჯარო) კერძო პარტნიორობას დიდი სარგებლობა მოაქვს პირველ რიგში სახელმწიფოსათვის სოციალური, ჯანდაცვისა, დასაქმების პოლიტიკის საქმე და განსაკუთრებით პრიორიტეტული დარგების ჯანდაცვა, ენერგეტიკა, განათლება, ინფრასტრუქტურის განვითარებაში. თითოეულ ამ მიმართულებას თავისებური ხასიათის სარგებლობა მოაქვს.

სახელმწიფოს სარგებლობა:¹

- ახალი, საზოგადოებრივად მნიშვნელოვანი პროექტების დანერგვა;
- სახელმწიფოსაგან ბიუჯეტური დაფინანსების შემცირება;
- ინვესტორთა მოზიდვის შესაძლებლობა;
- კერძო სექტორის (ბიზნესი, მეწარმეობა) მიერ შემუშავებული ინოვაციური ტექნოლოგიების გამოყენება;

¹ Нижегородцев Р.М., Никитенко С.М., Гоосен Е.В. и др. Государственно-частное партнерство в инновационной сфере: мировой опыт и перспективы России. Кемерово: «Сибирская издательская группа», 2012.

- კერძო სექტორის მაღალკვალიფიციური ექსპერტების მოზიდვის შესაძლებლობა;
- სახელმწიფო ქონების მართვის ეფექტიანობის ამაღლება;
- ეკონომიკის მნიშვნელოვან სექტორებში სამეწარმეო ინიციატივის წახალისება;
- სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პროექტების მართვისას სახელმწიფოს მხრიდან მმართველობითი პერსონალის რაოდენობის ოპტიმიზირება;
- ტექნოლოგიური და ფინანსური პოტენციალის ამაღლება ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემაში;
- კორუფციის შემცირება.

კერძო სექტორის მეწარმეობისა და კერძო ბიზნესის სარგებლიანობა

- მოგების მიღების შესაძლებლობა სახელმწიფოსთან პარტნიორულ პროგრამებში მონაწილეობის შედეგად;
- პირდაპირი მხარდაჭერა სახელმწიფოს მხრიდან;
- რისკების შემცირება სახელმწიფო გარანტიის ქვეშ;
- არაეკონომიკური სარგებლის მიღება, სახელმწიფო ორგანოებთან უფრო მჭიდრო თანამშრომლობის ხარჯზე;
- ახალი შესაძლებლობების შექმნა ინოვაციური ბიზნესისათვის.

3.3. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების საქმეში

ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარების საქმეში დიდი როლი ენიჭება მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემის გადაწყვეტასა და გაუმჯობესებას.

თვით ფაქტი იმისა, რომ საქართველოში ჯანდაცვა გამოცხადებულია პრიორიტეტულ დარგად მნიშვნელოვანი ფაქტორია და ამიტომაც 2016

წლის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 3 მლრდ. ლარი გამოყოფილია ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების დასაფინანსებლად.

პრობლემას წარმოადგენს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და ამ საკითხების მოსაგვარებლად ჩვენ მიგვაჩნია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში ხელი შევუწყოთ სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარებას.

ჩვენს მიერ განხილული სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის საზღვარგარეთის გამოცდილება, გაანალიზებულია ზოგიერთი თანამშრომლობის ვარიანტი, შეთავაზებულია პარტნიორობის სახეები, რომელთა გამოყენება პირველ რიგში ხელს შეუწყობდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას.

უკანასკნელ წლებში განვითარებულ ქვეყნებში ფართოდაა გავრცელებული სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა. პრაქტიკამ გვიჩვენა მისი დიდი მნიშვნელობა ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების საქმეში. ამის გამოა, რომ იზრდება კერძო სექტორის მონაწილეობა სახელმწიფოსათვის მნიშვნელოვან პროექტებში.

ჩვენი ქვეყნის შემთხვევაში - განვითარებადი ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების თავისებურებების გათვალისწინებით მნიშვნელოვნად იზრდება კერძო სექტორის გააქტიურება ქვეყნებისათვის სხვადასხვა სასიცოცხლო მნიშვნელობის პროექტების დაფინანსებასა და მშენებლობაში.

საქართველოში ჯანდაცვის განვითარება მთავრობის მიერ გამოცხადებულია პრიორიტეტულ

დარგად და ამის შედეგად რომ 2016 წლის ბიუჯეტში ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვაზე გამოყოფილია 3 მლრდ ლარზე მეტი საბიუჯეტო დაფინანსება, მათ შორის სახელმწიფოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის გარანტირებული პროგრამების დაფინანსება. შესასრულებლად რაც გათვალისწინებულია, ბიუჯეტური დაფინანსება.

განსაზღვრავს იმ ძირითადი მოთხოვნების დაკმაყოფილებას, რისი შესაძლებლობაც გააჩნია სახელმწიფოს მოცემულ პერიოდში. თავისთავად

ცხადია მოცემული დაფინანსება ნაწილობრივ აკმაყოფილებს მოსახლეობისა და ქვეყნის მოთხოვნებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქმეში.

საზღვარგარეთული გამოცდილება სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ჯანდაცვის სფეროში უშუალოდ მიუთითებს იმ სამედიცინო მომსახურების გაფართოებას, რომელთა სუბსიდირება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ამის შესაბამისად ხდება კერძო სამედიცინო დაწესებულებებისა და კერძო პრაქტიკის ექიმების მონაწილეობის გაფართოება სახელმწიფო პროგრამების რეალიზაციის საქმეში, კერძო სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციების პასუხისმგებლობის გაზრდა; მნიშვნელოვანია ისეთი ასოციაციების ან გაერთიანებების შექმნა სპეციალური სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პროექტების ჩამოსაყალიბებლად, რომლებიც სხვადასხვა სისტემური მიდგომით ერთიანდება სამედიცინო პროფილის უნივერსიტეტებში, სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებსა თუ ლაბორატორიებში და სხვადასხვა სისტემებში.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კერძო სექტორის შემოსავლის პერიოდულ შეიძლება ავლნიშნოდ დრო, როდესაც მოხდა ჯანდაცვის ობიექტების განსახელმწიფოებრიობა, ამ პროცესის დაწყებას წინ უსწრებდა 1999 წ. დამუშავებული „ჰოსპიტალური სექტორის გენერალური გეგმის“ რჩევა-რეკომენდაციები, რითაც საავადმყოფოები დაყოფილი იქნა კატეგორიებად: საავადმყოფოების ნაწილი რჩებოდა სახელმწიფოს საკუთრებაში, საავადმყოფოების ნაწილის პრივატიზება მოხდებოდა პროფილის შენარჩუნებით ან შენარჩუნების გარეშე. 2006 წლის პრივატიზების პოლიტიკის მიმართ მიდგომა არ შეიცვალა, იგეგმებოდა სხვა ფორმა და მიდგომა. ჯანდაცვის პრივატიზებაზე მოსახლეობის მიდგომები იყო არაერთგვაროვანი, რასაც ადასტურებს მეცნიერული კვლევები [1], ამ ნაშრომით გამოკვლეულია, რომ გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 31% მიაჩნია, რომ საქართველოს მთავრობამ

სრულად უნდა იკისროს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებაზე, ხოლო 61% თვლის, რომ ეს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პროფესიულ ასოციაციებს უნდა დაეკისროს.

ჩვენის მიდგომით ეს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებასაც და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გარანტირებულ ხელმისაწვდომობაზე აუცილებლად სახელმწიფოს უნდა დაეკისროს.

მაგრამ, ამას ის როგორ უზრუნველყოფს ეს უკვე მისი ტაქტიკური და სტრატეგიული ამოცანაა, რაც შეეხება გამოკითხულთა 61%, რომ ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პროფესიულ ასოციაციებს უნდა დაეკისროს პასუხისმგებლობა ნაწილობრივად, ნაწილობრივად შეიძლება იქნას გაზიარებული, რადგანაც პრივატიზების პროცესში ერთვება მსურველთა სხვადასხვა კომპანიები და მოქალაქეები, რომლებსაც კანონით აქვთ მინიჭებული თანაბარი უფლებები საკუთრების შეძენაზე და ამიტომ ასეთი მიდგომა არ გამოდგება. შევჩერდეთ ერთ, ჩვენის აზრით, ინტერესზე კერძო სექტორმა პრივატიზაციის პროცესში შეიძინა ჯანდაცვის ობიექტები და მთავრობასთან ხელშეკრულებაში დაფიქსირებულია განსაზღვრული პერიოდი პროფილის შენარჩუნებით (7-10 წელი). ეს უკვე შეშფოთებას იწვევს სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლების მხრიდან; კერძო სექტორს თავისი ძირითადი ინტერესი გააჩნია ეს არის მოგების მიღება, რისთვისაც ის არ აკლებს თავის ენერჯიას, კაპიტალს, გამოცდილებასა და რესურსებს. თუ მან ვერ მიიღო მოგება, იგი იძულებულია შეცვალოს პროფილი, რაზედაც მას უფლება მიღებული აქვს ეს უკვე აღარაა სამედიცინო მომსახურებაზე გარანტირებული ხელმისაწვდომობა, ამიტომაც კანონში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაზე მითითებული უნდა იქნას გრძელვადიანი პერიოდი და საერთოდ თუ ვადა მითითებული არ იქნება ჩვენის აზრით ეს გამართლებულია. კერძო სექტორის მფლობელობაში ეფექტიანად მოქმედი კლინიკები და საავადმყოფოები

მოქმედებენ. მაგრამ აქ თავს იჩენს ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი: თუ მეწარმემ ანუ კერძო მესაკუთრემ თავისი საქმიანობით ვერ მიიღო საკმარისი ამონაგები და ზარალზე მუშაობს მაშინ დგება საკითხი ასეთ საქმიანობაზე დაფინანსების შეწყვეტის შესახებ. კანონის საფუძველზე ასეთ შემთხვევაში სახელმწიფოს მიერ უნდა მოხდეს ამ ობიექტების შექმნა და მისი გადაყვანა სახელმწიფო დაფინანსებაზე, რათა აღნიშნულ თუ დასახლებულ პუნქტში არ შეჩერდეს სამედიცინო მომსახურების მიწოდება მომხმარებელზე. ამჯერად ვერც იმ მომხმარებლებს გავამტყუნებთ, რომლებიც მომხრე არიან, რომ სამედიცინო მომსახურება ხდებოდეს სახელმწიფოს პასუხისმგებლობის მეშვეობით. მართალია ასეთი სისტემა მოქმედებდა და მას ჰქონდა ბევრი დადებითი მხარეები:

სახელმწიფო უზრუნველყოფდა საყოველთაო უფასო და ხელმისაწვდომ სამედიცინო დახმარების გაწევას, მაგრამ ხელს არ უწყობდა საავადმყოფოებსა და ექიმებს შორის კონკურენციას, და ამის გამო ადგილი ჰქონდა ფარულ კერძო საქმიანობას ჯანდაცვაში. ჩვენის აზრით სახელმწიფოში უნდა ხდებოდეს ორივე სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ანუ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელს უნდა ჰქონდეს

არჩევანი, რომელ კლინიკაში მიიღოს საჭირო და აუცილებელი სამედიცინო დახმარება. მაგალითად ინგლისში სამედიცინო მომსახურების გაწევა საერთო პრაქტიკის ექიმების მიერ

შეხამებულია სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო დაფინანსებასთან. კერძო პრაქტიკის ექიმები სამედიცინო მომსახურებას სწევენ უსასყიდლოდ და მოქმედებენ სახელმწიფო მართვის ორგანოებთან ხელშეკრულების საფუძველზე. კერძო დაფინანსების მაგალითი შეგვიძლია ასევე მოვიყვანოთ ყოფილ საბჭოთა კავშირში მოქმედი წესი: ფასიანი მომსახურეობა, რომელსაც სწევდნენ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში, რაც შესაბამისობაში მოდის მსოფლიოში უკვე

კარგახანია ცნობილია და საქართველოში ნორმად მიღებ თანაგადახდებთან (თანაგადახდის სიდიდე დადგენილია ნორმატიული აქტით).

დღეს საქართველოში მოქმედებს ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა, რომელსაც კონსტიტუციით მინიჭებული აქვს პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე და კერძო ჯანდაცვის სისტემა, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს სისტემის განვითარება და საკუთარი ინტერესების განხორციელება მოგების მიღების გათვალისწინებით.

კერძო სისტემის ჯანდაცვა საქართველოში ვითარდება შემდეგი ფორმებით:

კერძო (საერთო) პრაქტიკის ექიმები და მედიცინის სხვა სპეციალისტები რომლებიც დაკავებული არიან სამედიცინო მომსახურების გაწევით, მაგრამ რაიმე ორგანიზაციულ სამართლებრივი ფორმა არ გააჩნია.

საიჯარო, ერთი პირის საწარმოების სახით, რომლებიც იურიდიული პირები არიან (საოჯახო ბიზნესი);

საშუალო და მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც წარმოდგენილი არიან სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმით;

უკანასკნელ ხანს გამოიკვეთა ჯანდაცვის ობიექტების ერთმანეთთან შეერთებისა და დაჯგუფების ჩამოყალიბების ტენდენციები.

ჩვენის აზრით, სახელმწიფო საკუთრების დომინირება ხელს უშლის და ზღუდავს კონკურენტული ძალების ურთიერთ მოქმედებას, ამასთან არ ვითარდება საბაზისო ურთიერთობები ჯანდაცვაში და რაც მთავარია, სახელმწიფოს არ გააჩნია იმდენი საკმარისი

სახსრები, რომ მთლიანად მთელი ჯანდაცვის ობიექტების ქსელის საქმიანობა დააფინანსოს; კერძო ჯანდაცვის სისტემა ყველა განვითარებულ თუ განვითარებად ქვეყანაში ქმნის პირობებს, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევა კონკურენტულ გარემოში და ამის

საფუძველზე უფრო წარმატებით განვითარდეს სამედიცინო მომსახურების ბაზარი. ჭეშმარიტებაა, რაც უფრო ძლიერდება ჯანდაცვის ობიექტებს შორის კონკურენცია, მით უფრო

მიმდინარეობს ძიება სამედიცინო მომსახურების ისეთი ვარიანტზე, რომელიც ამცირებს ხარჯებს მომხმარებელის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე.

კერძო ჯანდაცვის სისტემა მოწოდებულია მიიზიდოს დამატებითი ინვესტიციები ახალი შენობებისა და ინფრასტრუქტურების, ახალი ტექნოლოგიებისა და ტექნიკის შეძენაზე და დანერგვაზე. შედეგად მომხმარებელი ღებულობს გაუმჯობესებულ და ინოვაციურ სამედიცინო მომსახურების ისეთ ფორმებს, რომლებზეც ადრე ფიქრიც არ შეეძლებოდა.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ჯანდაცვის ობიექტების მმართველობა გამოკვეთილია მესაკუთრეთა შემდეგი სახის მიხედვით: არსებობს სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოები, საავადმყოფოების 30%-ის მფლობელები კერძო პირები არიან. სადაზღვევო კომპანიები კი საავადმყოფოების 42% -ის მფლობელები არიან: (ჰოსპიტალური სექტორების ნაწილის პრივატიზაცია დაიწყო 2005 წლის შემდეგ.)

ამ მონაცემების საფუძველზე ჩანს, რომ კერძო ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს უშუალოდ საკუთარი ინტერესების მიხედვით და სახელმწიფო ჯანდაცვა კი საერთოდ მთელი მოსახლეობისათვის, რადგანაც მის მფლობელობაში ძირითადად მოქმედებს ფსიქიატრიული და სხვა სპეციფიკური სამედიცინო ობიექტები.

საქართველოში მოქმედი სახელმწიფო (საჯარო) -კერძო პარტნიორობა ჯანდაცვის სისტემაში მიმართულია იმ მიზნისკენ, რათა უფრო გაიზარდოს ხელმისაწვდომობა სამედიცინო დახმარებაზე, ამაღლდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და გაიზარდოს სამედიცინო ობიექტებს შორის კონკურენციის დონე მომსახურების ღირებულების შემცირების მიზნით.

ჩვენი აზრით კარგი იქნებოდა სახელმწიფო - კერძო პარტნიორობის განვითარების საქმეში გამოგვეყენებინა პარტნიორობის ასეთი სახე, როგორცაა მეწარმეული

ორგანიზაციის შექმნა, რომელსაც სახელმწიფო გადასცემდა რომელიმე ჯანდაცვის ობიექტს, რომლის ქონების 100% სახელმწიფოსი იქნებოდა, ხოლო მეწარმეული კომპანია გაუწევდა მას ხელმძღვანელობას, წარმართავდა სამეურნეო, მენეჯერულ საქმიანობასა და სამედიცინო

მომსახურების გაწევას. განსხვავება ასეთი პარტნიორობისა ისაა, რომ აქ საკუთრება სახელმწიფოსია, ხოლო მმართველობა და საქმიანობა კერძო ფირმისა. ასეთი მეწარმეული

ორგანიზაციის საქმიანობა მიზანმიმართულია მოგების მიღებაზე, მისი საქმიანობის დაფინანსება უფრო მოსახერხებელია, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასევე კერძო ინვესტიციებით .ასეთ ორგანიზაციებს შეიძლება გადაეცეს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულება, რომელთა დაფინანსება ბიუჯეტიდან ხდება.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში [6] უკვე დაწყებულია მუშაობა სახელმწიფო -კერძო პარტნიორობის განვითარებაზე, ხოლო ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროში მუშაობენ კანონზე კერძო და საჯარო სტრუქტურების თანაარსებობის შესახებ, რაც მეტად დროულია, რაზედაც ჩვენ მივუთითებთ[2]. შრომის , ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პოზიციით კერძო და სახელმწიფო კლინიკები თანაბარ პირობებში იქნებიან ჩაყენებული. ჩვენის აზრით ასეთი მიდგომით არ მოხდება კერძო საავადმყოფოების სამეურნეო, კლინიკურ და მმართველურ საქმიანობაში ჩარევა, რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების შესახებ ნორმატიულ დოკუმენტებსა და სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამაში მონაწილეობას თავისთავად თანაბარი პირობები იქნება შენარჩუნებული. ჩვენის აზრით ეს არის სახელმწიფო -კერძო პარტნიორობის სახელმწიფოებრივი მიდგომა, რითაც გაფართოვდება და განვითარება კერძო ჯანდაცვის სისტემა , რომელიც სახელმწიფო

ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთსარგებლიანი საქმიანობის მეშვეობით უფრო ხელმისაწვდომს გახდის სამედიცინო მომსახურებას მოსახლეობისათვის ხარისხი.

ჯანდაცვის განვითარებას და შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას ხელსუშლის, როდესაც დომინირებს სახელმწიფო საკუთრება. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ეფექტიანად მოქმედებს სახელმწიფო კერძო პარტნიორობა. საქართველოში ამ პარტნიორობას გააჩნია განვითარების ტენდენციები. ჩვენის აზრით ამ პარტნიორობის შემდგომ ეფექტიან ეტაპზე გადასაყვანად კარგი იქნებოდა თუ გამოყენებულ იქნებოდა ჩვენს მიერ შემოთავაზებული საკითხები:

1. მეწარმეული კომპანიის შექმნა, რომელსაც სახელმწიფო გადასცემდა საკუთრებას სამართავად და გამოსაყენებლად, ანუ სახელმწიფოს უნარჩუნდება 100%. წილი, კომპანია კი ახდენს როგორც სამედიცინო მომსახურების გაწევას ასევე სამეურნეო საქმიანობის მართვას.

2. საჭირო დროულად მიღებული იქნას კანონი სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის შესახებ, რითაც თანაბარ პირობებში უნდა მოექცეს როგორც სახელმწიფო ასე კერძო სამედიცინო ობიექტები. 3. დარეგულირდეს პარტნიორობის ადმინისტრაციულ, საფინანსო, სამოქალაქო და ორგანიზაციულ-ეკონომიკური მექანიზმი.

თავისთავად ცხადია ეს არ არის ამომწურავი, მასალები მრავალფეროვანია, მაგრამ პარტნიორობის განვითარებაზე სახელმწიფოებრივი მიდგომა მრავალ პრობლემას მოაგვარებს, მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას.

4. შეიქმნას მთავრობის დონეზე სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის საკონსულტაციო საბჭო ან კომისია და მაკონტროლებელი ორგანო.

3.4. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში

საქართველოში წარმატებით ვითარდება სახელმწიფო და კერძო პარტნიორობა. მნიშვნელოვანია თვით პარტნიორობის მიმართულებები და შედეგები, რაც საზოგადოების ყურადღების ცენტრში ექცევა.

სახელმწიფო კერძო პარტნიორობა ვითარდება შემდეგი მიმართულებებით:

- სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებული საწარმოები, რომლებიც მოქმედებენ კერძო სამართლის მიმართულებით ანუ ისინი შექმნილი არიან საქართველოს კანონის „მეწარმეთა შესახებ“ საფუძველზე.
- ბიზნესის ორგანიზაციების მიერ სახელმწიფო პროგრამებში ჩადებული ინვესტიციების გამოყენების რეგულირება და მართვა.
- კერძო საკუთრებაზე შექმნილი ფირმების მიერ სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობა, ან პროგრამების შესრულება და მართვა.
- სახელმწიფო და კერძო პარტნიორობის ფარგლებში რესურსების გაერთიანება კონკრეტული პროგრამის (ამოცანების) შესასრულებლად.

მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს და განსაკუთრებული წვლილი შეაქვს სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობას ჯანდაცვის სისტემაში. ეს თანამშრომლობა გამოხატავს ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების მიმართულებას, რაც საფუძვლად უდევს სახელმწიფო სოციალური პოლიტიკის ამოცანების განვითარების პერსპექტივას მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაზრდის, მკურნალობის მეთოდების და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის, განვითარების და სახელმწიფოს მიერ შექმნილი რესურსული ბაზრის განვითარების საქმეში და ამ რესურსული ბაზრის უფრო ეფექტიანად გამოყენებისა და მართვისათვის საჭიროა ბიზნესის პოტენციალის მოზიდვა.

ესაა მნიშვნელოვანი მიმართულება, რომლის მეშვეობით ხდება სახელმწიფო - კერძო პარტნიორობის განვითარება, ამ პარტნიორობით

გაერთიანდება სახელმწიფო და კერძო ინტერესი, რათა ეფექტიანად მოხდეს ჯანდაცვის სისტემაში პროექტების რეალიზება.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ეფექტიანად გამოყენება ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებასა და მოდერნიზებას, გააუმჯობესებს ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ სისტემას, ეფექტიანი გახდება სამედიცინო მომსახურება და ამალდება მომსახურების ხარისხი.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა ჯანდაცვის სისტემაში შეიძლება განვითარდეს: საქონლის, სამუშაოების, მომსახურების შესყიდვებით, რითაც გააუმჯობესებს ჯანდაცვის ობიექტების ინფრასტრუქტურას; საინვესტიციო შეთანხმებებისა და არენდის გამოყენებით; ჯანდაცვის პირველადი დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის გადაცემით კერძო ინვესტორზე სამართავად; სხვადასხვა გაერთიანებებისა და პარტნიორობის შექმნით რომელთა საქმიანობა წარმოადგენს ინტელექტუალური საქმიანობის შედეგების გამოყენებას; კერძო სამედიცინო უმაღლეს სასწავლებლებში ჯანდაცვის ობიექტების მოთხოვნით საჭირო საექიმო, მენეჯერული და საექთნო სპეციალისტების მომზადებით.

ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა ფართო მასშტაბით ვითარდება ინფრასტრუქტურული პროექტებით იმ სამუშაოების შესრულებით როგორცაა: ჯანდაცვის ობიექტების გაზ-წყალ-ელენერგიით მომარაგება, ტექნიკური მომსახურება, ექსპლუატაცია, რეკონსტრუქცია და მოდერნიზაცია, ინფრასტრუქტურის ახალი ობიექტების მშენებლობა, სხვადასხვა მომსახურების მიწოდება, ახალი ტექნოლოგიების გაწყობა და მომსახურება, საინფორმაციო, კომპიუტერული სერვისები, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა (პაციენტების) ინტერნეტით მომსახურება.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მიმართულებები მრავალფეროვანია და პარტნიორობის თითოეული ამოცანის შესრულება იწვევს როგორც სახელმწიფოს, ასევე კერძო ფირმის მხრიდან ხარჯების შემცირებას, მათი შესრულების დროის შემცირებას და სხვა, რაც მნიშვნელოვნად ეფექტიანად აისახება საქმიანობის შედეგებზე.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარების საქმეში განსაკუთრებული ყურადღებაა მისაქცევი შემდეგ ტენდენციას, ჯანდაცვის ობიექტების საქმიანობის ორგანიზებისას აქტიურად ხდება კერძო სტრუქტურებზე არაპროფილური საქმიანობის გადაცემა. არაპროფილური მომსახურება მრავალსახაა და გააჩნია ფართო სპექტრი, მისგან უფრო ხშირად გამოიყენება შემდეგი მომსახურეობის სახეები:

- ჯანდაცვის ობიექტების პაციენტთა და თანამშრომელთა კვების ორგანიზება, ასევე სამკურნალო კვების ორგანიზება;
- სამრეცხაო მომსახურება;
- სამედიცინო დანადგარების რემონტი და მომსახურება;
- ნაგვისა და ბიოლოგიური ნარჩენების გატანა და უტილიზება;
- სამედიცინო ობიექტის დაცვა და საზოგადოებრივი წესრიგის უზრუნველყოფა;
- ტექნოლოგიური დანადგარებისა და კომუნიკაციების მომსახურება და შენობის რემონტი.
- კომუნალური მეურნეობის მომსახურება;
- ადმინისტრაციული ფუნქციების შესრულება მათ შორის ბუღალტრული აღრიცხვა, საქმის წარმოება, იურიდიული კონსულტაციები;
- ლაბორატორიულ-სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების ჩატარება.

სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა მართალია იძლევა მნიშვნელოვან ეფექტიანობას, მაგრამ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში თითოეული პროგრამა არაპროფილური საქმიანობიდან გამომდინარე, ეკონომიკურად, მეწარმეული მიდგომით ღრმად უნდა იყოს გათვლილი, მონაცემები და მაჩვენებლები ერთმანეთთან უნდა იყოს შედარებული და შემდეგ უნდა მოხდეს ამ პარტნიორობის განვითარება. ცნობილია, რომ ნებისმიერი ბიზნეს-ორგანიზაციის ძირითად ინტერესს წარმოადგენს მოგების მიღება და საკუთარი ბაზრის გაფართოება, შესაბამისად ჯანდაცვის ობიექტის

ფინანსური შესაძლებლობები საშუალებას უნდა იძლეოდეს პარტნიორული საქმიანობის განვითარებაზე, სხვაგვარად საქმე დაზარალდება.

ჩვენის აზრით ბიზნესს დღეს საქართველოში გააჩნია ძლიერი ფინანსური ბერკეტები და კერძო სექტორს შეუძლია სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მიხედვით ისეთ მიმართულებებში მონაწილეობის მიღება და საქმიანობის წარმართვა, რომლებზეც დიდი მოთხოვნაა სამკურნალო დაწესებულებებში, მაგრამ მისი დანერგვა ფინანსების უკმარისობის გამო შეუძლებელია. ასეთებს მიეკუთვნება:

- პოზიტრონულ-ემისიური და კომპიუტერული ტომოგრაფიის სადიაგნოსტიკო ცენტრის შექმნა და საქმიანობის წარმართვა;
- გემოდიალიზის ცენტრის შექმნა და საქმიანობის მართვა;
- დამხმარე რეპროდუქტიული ტექნოლოგიის ცენტრის შექმნა და საქმიანობის წარმართვა;

ჩამოთვლილი და განსაკუთრებით საჭირო და აუცილებელი ტექნოლოგიების გამოყენებით სხვადასხვა სახის დაავადებათა დიაგნოზის დასადასტურებლად ცენტრების შექმნისას უნდა გათვალისწინებული იქნას როგორც საქართველოში, ასევე რეგიონებში სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რეგიონის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და მოსახლეობის დემოგრაფიული მდგომარეობა.

ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის თითოეულ მხარეს შეაქვს თავისი წვლილი საერთო პროექტში. ბიზნესის მხრიდან ასეთი წვლილი შეიძლება იყოს: ფინანსური რესურსები, პროფესიული გამოცდილება, ეფექტიანი მართვა, მოქნილობა და ოპერატიულობა გადაწყვეტილების მიღებისას, მეწარმეული გონიერება, ინოვაციების გამოყენების უნარი. სამეწარმეო სექტორის მონაწილეობას სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაში ყოველთვის თან სდევს მუშაობის უფრო ეფექტიანი მეთოდების გამოყენება, ტექნოლოგიებისა და ტექნიკის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების ახალი ფორმების განვითარება,

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ინოვაციური ტექნოლოგიებით აღჭურვა.

ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის პროექტებში სახელმწიფო მხარე წარმოადგენს შემდეგს: მესაკუთრის უფლებამოსილება, საგადასახადო და სხვა შეღავათების შესაძლებლობა, გარანტიები, ასევე ფინანსური რესურსების რაღაც ნაწილის მიწოდება. სახელმწიფო, როგორც ძირითადი მარეგულირებელი პარტნიორობისა აუცილებლობის შემთხვევაში შეუძლია რესურსები გადაანაწილოს მხოლოდ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებზე. ასეთი მიდგომა ყოველთვის ხელს უწყობს სოციალურ-ეკონომიკური კლიმატის გაუმჯობესებას, ამალღებს ქვეყნის საინვესტიციო რეიტინგს, მაგრამ რაც მთავარია პირდაპირ ვლინდება პარტნიორულ პროექტებში. სახელმწიფო იყენებს თავის შესაძლებლობას გააკონტროლოს, დაარეგულიროს და დაიცვას საზოგადოებრივი ინტერესები.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობა იძლევა იმის საშუალებას, რომ დარეგულირებული იქნას ნებისმიერი სახის პარტნიორული ურთიერთობა, რაც დაშვებულია კანონით. მაგრამ გასათვალისწინებელია ჯანმრთელობის დაცვის სპეციფიკა და რადგანაც ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვა პრიორიტეტულ დარგადაა გამოკვეთილი და ჯანმრთელობის დაცვას გააჩნია მრავალსახა სპეციფიკური თავისებურებები, ამიტომ ჩვენის აზრით მიზანშეწონილია ქვეყნის კანონმდებლობაში გამოკვეთილი იქნას „სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა ჯანდაცვაში“ კანონი, ან და ამ პარტნიორობის განვითარების თვალსაზრისით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება. ყველა შემთხვევაში გარკვეული უნდა იქნას და დაფიქსირებული ყველა საკითხი, პრობლემა, ურთიერთობები, ვალდებულებები თუ პასუხისმგებლობა.

კანონში (ბრძანებაში) ღიად და გამჭვირვალედ უნდა იქნას განსაზღვრული ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობა, მისი პრინციპები, ფორმები, შეთანხმების გაფორმება, კერძო ინვესტირებისა და

ხელისუფლების უფლებები; სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის შეთანხმების რეალიზაციაზე გადაწყვეტილების მიღების უფლებები და წესები, ურთიერთობების დამყარების გრძელვადიანი პროგრამების დამუშავება და დამტკიცება, რესურსების გაერთიანების წესები, პასუხისმგებლობისა და რისკების განაწილების წესები მხარეებს შორის, სახელმწიფოსა და კერძო ფირმას შორის.

დასკვნა

1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების, ორგანიზების, მომსახურე პერსონალის (სამედიცინო, მენეჯერული, დამხმარე) კვალიფიკაციის ამაღლებისა და ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით შემოთავაზებულია სამედიცინო დაწესებულებებში ორგანიზაციული ეკონომიკური სისტემის საბაზრო ეკონომიკის პირობებში განვითარება და მართვა.
2. გაანალიზებულია განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების თანამედროვე მოდელები და შეთავაზებულია საქართველოში მათი დანერგვის შესაძლებლობა.
3. დამუშავებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების ორიგინალური მართვის სქემა, რომლიც ორიენტირებულია ჯანდაცვის შედეგიანობასა და ეფექტიანობაზე.
4. დადგენილია და ორიგინალური ლოგიკური სქემით დადასტურებულია სამედიცინო მომსახურების ძირითადი მომწოდებლის - ექიმის სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ურთიერთობის ორიგინალური მიდგომა, რაც გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურებას.
5. შემოთავაზებულია სამედიცინო დახმარების დაფინანსების ორიგინალური მიდგომა, სახელმწიფო, კერძო და საერთო პრაქტიკის ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე.
6. განსაზღვრულია სამედიცინო მომსახურების ობიექტებში ორგანიზაციულ- ეკონომიკური სისტემის შემადგენელი მოდელები და მათი ქვესისტემები, რომელთან საქმიანობა გამოხატავს სამედიცინო დაწესებულების სხვადასხვა სახის ურთიერთობების: საფინანსო, ეკონომიკური, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, სამომხმარებლო, შრომითი და სხვა ერთიანობას.

7. დამუშავებულია ორგანიზაციული ეკონომიკური სისტემის მართვის ორიგინალური სქემა, რომელსაც გააჩნია პრაქტიკული მნიშვნელობა და შეიძლება გამოყენებული იქნას ნებისმიერი, საკუთრების მიუხედავად სამედიცინო დაწესებულების ეფექტიანად და მოქნილად სამართავად.
8. გამოკვლეულია მარკეტინგის როლი ჯანდაცვაში ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის განვითარების საქმეში, რითაც სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობა ხდება უფრო წარმატებული კარგი იმიჯისა და რეპუტაციის მქონე, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურეობის გამწევი და რაც მთავარია ხარისხიანი მკურნალობის ობიექტი, საიმედო საქმიანი პარტნიორი და გარანტი.
9. ორიგინალურად გამოიკვეთა და კვლევით დადასტურდა, რომ საქართველოში საბაზრო ეკონომიკის პირობებში მოქმედებს სახელმწიფო მუნიციპალური და კერძო ბიზნესის ჯანდაცვის სისტემები, რომლებსაც თავიანთი ინტერესები გააჩნიათ.
10. დამუშავებულია და ორიგინალურია ჯანდაცვის სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო ბიზნესის სისტემების შესატყვისი ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის მოდელი, რომელიც ემყარება და მისი განვითარების საფუძველს წარმოადგენს ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის, რეგულირებისა და მართვის მოდელი, ჯანდაცვის განვითარებასა და საქმიანობაზე დაფინანსების მოდელი, ჯანდაცვის დაზღვევის მართვის მოდელი და სამედიცინო მომსახურების მართვის მოდელი.
11. გამოკვლეულია და დასაბუთებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის განვითარების პრობლემები, გაანალიზებულია ამ პარტნიორობის მნიშვნელობა სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისაწვდომობისა და ორგანიზაციულ-ეკონომიკური სისტემის სრულყოფის საქმეში.
12. შეთავაზებულია შჯსდ სამინისტროზე ჯანდაცვაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობაზე საკანონმდებლო დოკუმენტების დასამუშავებლად ორიგინალური რეკომენდაციები, რომლთა გამოყენება ხელს შეუწყობდა

ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის ლეგალიზაციას, განვითარებასა და სამართლებრივ პირობებში სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანად, საიმედოდ და ხარისხიანად შესრულებას.

ლიტერატურა

1. რ. ურუშაძე „თანამედროვე საავადმყოფოს ორგანიზაცია და მენეჯმენტი“, საქ. უნივერსიტეტი, თბილისი 2010.
2. Г.Э Улумбекова „Здравоохранение России – Что надо делать – Москва „Гэотар-Медиа“ – 2010г.
3. გ. ამცოლაძე, მ. ფირცხალავა, მ. ლომსაძე-კუჭავა, გ. კიკნაველიძე - „ჯანდაცვის, გამაჯანსაღებელ-პროფილაქტიკური და რეკრეაციული ობიექტების მენეჯმენტის, მარკეტინგული მიმზიდველობისა და ეკონომიკური მექანიზმის დამუშავება“ - სამეცნიერო გრანტი (№252-08-2-166), თბილისი, 2011.
4. ნ. ღვედაშვილი. „ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა“, 2005 წ.
5. რ. ლორთქიფანიძე „მენეჯერული ხარჯების ეფექტიანობა ჯანდაცვაში“, 2012წ.
6. ო. გერზმავა - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი“, 2013წ.
7. ა. ცერცვაძე, გ. ხანთაძე, დ. ვეკუა „სადაზღვევო საქმე“, 2012 წ.
8. ე. ბარათაშვილი, ჯ. ზარანდია, მ. მარიდაშვილი, მ. ჩეჩელაშვილი, ი. მახარაშვილი, თ. ღამბაშიძე - „შედარებითი მენეჯმენტი და კლასტერიზაცია“, 2010 წ.
9. თ. გერლინგერ, კ. მოსეზახ, „ჯანდაცვის სისტემის რეგულაცია დიდ ბრიტანეთში“, „პოლიტიკური განათლების ფედერაციული ცენტრი“, ბერლინი 2014წ.
10. ნ. საუსენ-შმიტტი „საზღვარგარეთის სამედიცინო სისტემა“. „Aerzteblatt“, კიოლნი, გერმანია, 2011წ.
11. მ. რუები „მვირი და კარგი, მაგრამ ხელმიუწვდომელი მრავალთათვის“. „Frankfurter Allgemeine“, ბერლინი, 2012წ.
12. www.ffoms.ru/portal/page - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფედერალური ფონდის საიტი.

13. Дзядько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов. Журн. Медицинские новости, 2014 - №7.
14. Экономика и управление социальной сферой. Под редакцией проф. Е.Н. Жильцова. М., «Дашков и К», 2015.
15. შჯსდ სამინისტროს 2013–2014 წლების ანგარიში. თბილისი, 2015წ.
16. შჯსდ სამინისტრო - „სამედიცინო მომსახურების მოდელი“ – (სამუშაო ვერსია), თბილისი, 2006 წ.
17. შჯსდ სამინისტრო „ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში (სამუშაო ვერსია), თბილისი, იანვარი, 2013 წ.
18. Томас Э.Гетцен „Экономика здравоохранения“ - Университет Темил. 2003.
19. დ. ლომინაძე. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების გატარების აუცილებლობა. სამეცნიერო შრომების კრებული, თსუ, თბილისი, 2005.
20. ნ. თოდუა, დ. ლომინაძე. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. სამეცნიერო კონფერენცია „ეკონომიკის აქტუალური პრობლემები განვითარების თანამედროვე ეტაპზე“, კრებული, თსუ, თბ., 2010.
21. McKee M. Healy J. Hospitals in Changing Europe – Buckingham, 2002
22. Fugueras J., Robinson R., Jakubowski E. – Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health and Polices Series – Oxford: Open University Press, 2005.
23. Health strategy and implementation activities in England. London, 2007.
24. Здравоохранение в Федеративной республике Германии: факты, проблемы и предлагаемые реформы. Под ред. А. Мере-Функа, www.bmgesundheit.de.
25. Дж. Эванс, Б.Бирман Маркетинг Москва Экономика, 2002.
26. 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის

- მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად “ დამტკიცების შესახებ - 2014წ. 26.12, №724, ქ. თბილისი.
27. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია - თბილისი, 2011 წ.
28. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო, თბილისი, 2012.
29. საქართველოს ჯანდაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია, შჯსდ სამინისტრო თბილისი 2011.
30. 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია. საქართველოს მთავრობის 2014წ. 26 დეკემბრის N724 დადგენილება.
31. В.С. Варнавский, А.В. Клименко, В.А. Королев. Государственное-частное партнерство. Теория и практика. Москва, 2010.
32. Сазонов В.Е. Государственное-частное партнерство. М., 2012.
33. Л. Шарингер. Новая модель инвестиционного партнерства государства и частного сектора. Мир перемен. 2004, №2.
34. Нижегородцев Р.М., Никитенко С.М., Гоосен Е.В. и др. Государственно-частное партнерство в инновационной сфере: мировой опыт и перспективы России. Кемерово: «Сибирская издательская группа», 2012.
35. Elraim Sadka: Public-private partnerships: a public economics perspective. JMF Working Paper 06/77. March 2006.
36. Partnerschaften Deutschland URL: www.partnerschaftendeutschland.de.
გადამოწმებულია 11.01.2016წ.
37. Mission d'appui aux PPP. ელექტრონული ვერსია. URL: www.treasury.gov.uk (გადამოწმებულია 11.01.2016წ.).
38. User Guidebook Implementing Public – Private Partnerships for Transportation Infrastructure Project in the US. Washington, 2007.

39. Матвеев Д.Б. Государственное-частное партнерство: зарубежный и российский опыт. СПб: Наука, 2007.
40. Ленчук Е.Б., Власкин Г.Л. Инвестиционные аспекты инновационного роста: мировой опыт и российские перспективы. М., Книжный дом «Либроком», 2009.
41. Взаимодействие государства и бизнеса в системе инновационного развития национальной экономики: сборник научных статей. М., Институт экономики РАН, 2007.
42. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წ.წ. სახელმწიფო სტრატეგია.
43. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.
44. საყოველთაო დაზღვევაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36, 2013წ. 21 თებერვალი, ქ. თბილისი.
45. „2013 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“. საქართველოს მთავრობის 2013 წ. 31 ოქტომბრის №279 დადგენილებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის №350 დადგენილება, 2013წ. 19.12. ქ. თბილისი.
46. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების წარმოების წესის „საქართველოში ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშის წარმოებისას და საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენების წარმოების წესის“ დამტკიცების თაობაზე. საქართველოს მთავრობის №229 დადგენილება, 2010წ. 10 აგვისტო, ქ. თბილისი.
47. საქართველოს ეკონომიკური მიმოხილვა. საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო. თბილისი, 2012.
48. თ. ვერულავა. სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი ჯანდაცვის სექტორში. ჟურნალი „ლიბერალი“, თბილისი, 10.04.2015წ.

49. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანდაცვის სისტემები ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. თბილისი, 2012.
50. 2014–2020 წლების საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №724. 2014წ. 26 დეკემბერი, თბილისი.
51. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეფასება. ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროგრამა. საბოლოო ანგარიში USAID, 2014წ. აპრილი.
52. საქართველოს შჯსდ მინისტრის ბრძანება №01-6415. 2011წ. 26 დეკემბერი. ქ. თბილისი. „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“.
53. გ. ამყოლაძე, ი. ამყოლაძე, მ. ლომსაძე–კუჭავა. „ორგანიზაციის თეორია და მენეჯმენტის საფუძვლები“. თბილისი, 2013.
54. გ. ბაქრაძე. მართვის ფორმების სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები ჰოსპიტალურ სექტორში. სამეცნიერო–პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. ი. ჯავახიშვილის სახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, 2014წ.
55. ნ. სალარიძე. „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებები საქართველოში“. „კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მაცნე“. თბილისი, 2010.
56. მ. კვაჭაძე, ი. მანჯავიძე და სხვ. ჯანდაცვა და ადამიანის უფლებები (ფონდი „ღია საზოგადოება – საქართველო“), თბილისი, 2011.
57. ი. ჯაყელი. ჯანდაცვის მენეჯმენტის სრულყოფის მექანიზმები. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მომსახურების მაგალითზე. თბილისი, 2009.
58. ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი. 2013.

59. ს. ფირცხალავა. „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სადაზღვევო მომსახურების რეფორმები. ჟურნალი „სოციალური ეკონომიკა“, №1, 2015.
60. დ. ლომინაძე. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების თავისებურებები და პერსპექტივები საქართველოში. თბილისი, 2011.
61. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA, 2007.
62. Boddy D. Management: introduction, London, 2008.
63. Daft Richard K.B. New Era of Management. Vanderbilt University Inc., 2010.
64. European Observatory on Health Systems and Policies. “Investing in hospitals of the future”. Edited by B. Rechel, S. Wright, N. Edwards, B. Dowdeswell and M. McKee., 2009.
65. Paul J. Feldstein. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition, Chicago, AUPHA press, 2007.
66. Питер Ф. Дракер. Менеджмент: задачи, обязанности, практика. Москва-Санкт-Петербург-Киев. 2008.