

სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი

გივი ბაქრაძე

ჯანდაცვის სფეროში მენეჯმენტის სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები
(საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის მაგალითზე)

წარდგენილია ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორის
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ლარისა თაკვალანძე,
ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი,
პროფესორი

დისერტაციის დაცვის თარიღი:
10 ივლისი 2014

თბილისი 2014

შინაარსი:

შესავალი	3
თავი I. ჯანდაცვის სფეროს მართვის თეორიული და მეთოდოლოგიური საფუძვლები	13
1.1. ჯანდაცვის სფეროს მართვის ფორმების განვითარების თეორიული საფუძვლები	13
1.2. ჯანდაცვის სფეროს მართვის მეთოდოლოგიური ასპექტები	26
1.3. ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობის თეორიული წანამძღვრები	42
თავი II. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის თანამედროვე მდგომარეობის ანალიზი და შეფასება	65
2.1. ჰოსპიტალური სექტორის საბაზრო პირობებში ფუნქციონირების ძირითად მაჩვენებელთა სისტემის ანალიზი და შეფასება	65
2.2. საქართველოს ჰოსპიტალური მომსახურების საბაზრო ტრანსფორმაციის შედეგების ანალიზი და შეფასება	75
2.3. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის თავისებურებები განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში	93
2.4. საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში მენეჯმენტის განვითარების ტენდენციები	112
თავი III. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის სრულყოფის მიმართულებები	122
3.1. ჰოსპიტალური მომსახურების ფორმებისა და ორგანიზაციული სტრუქტურის სრულყოფის საკითხები	122
3.2. ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ფორმების სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები	135
3.3. მენეჯმენტის ტექნოლოგიების სრულყოფის გზები საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში	142
დასკვნა	152
გამოყენებული ლიტერატურის სია	167
დანართი	174

ცხრილების და სქემების ნუსხა

ცხრილი #1. ჯანდაცვაზე დანახარჯების სტრუქტურა და დინამიკა (2002-2011 წლები)	55
სქემა #1. მართვის სისტემის სტრუქტურა	28
სქემა #2. ჰოსპიტლის მართვის ამოცანების განლაგების ალგორითმი	30
სქემა #3. ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურის წყობა	128

დანართი

ცხრილი #1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ჰოსპიტალური დაწესებულებების ქსელი	174
ცხრილი #2. ჰოსპიტალიზაცია რეგიონების მიხედვით 100000 მოსახლეზე	175
ცხრილი #3. საწოლთა ფონდი და მისი გამოყენების მაჩვენებლები საწოლთა პროფილის მიხედვით	176
ცხრილი #4. საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები, საქართველო	177
ცხრილი #5. საქართველოში საწოლების განაწილება პროფილის მიხედვით	178
ცხრილი #6. საქართველოში საწოლების განაწილება რეგიონების მიხედვით	178
ცხრილი #7. საზღვარგარეთ ჯანდაცვის მართვის ძირითადი მიდგომები	179
ცხრილი #8. ჰოსპიტლების საკუთრების ფორმები და ორგანიზაციულ - სამართლებრივი ფორმა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში	180
ცხრილი #9. ჰოსპიტალური დაწესებულებების მოგება-ზარალის ბიუჯეტის ფორმატი	181
ცხრილი #10. ჰოსპიტალური დაწესებულებების ფულადი ნაკადის მოძრაობის ბიუჯეტი	182
სქემა # 1. ჰოსპიტალური მომსახურების დონეებად მოწყობის სქემა	183
სქემა #2. ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით რესურსების განაწილების პარამეტრების ალგორითმი	184
სქემა #3. მმართველობითი საქმიანობის სტრუქტურა	185
დიაგრამა 1-3. სხვადასხვა დაავადების გავრცელების დინამიკა საქართველოში 2000-2011 წლებში	186
დიაგრამა 4-27. სოციოლოგიური კვლევის შედეგები	187
„კითხვარი“	195

შესავალი

თემის აქტუალობა. უკანასკნელ წლებში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ეტაპობრივად ხორციელდება სტრუქტურული რეორგანიზაცია. გასატარებელი რეფორმის ძირითადი ამოცანაა: ჯანდაცვის სფეროში მოქალაქეების კონსტიტუციური გარანტიების უზრუნველყოფა, სამედიცინო ბიზნესში კონკურენციისა და ფასწარმოქმნის საბაზრო მექანიზმების პირობებში სახელმწიფოს მოწინავე პოზიციების შენარჩუნება, სამედიცინო მომსახურების სრულყოფა, ჯანდაცვის დაწესებულებების მდგრადი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, დარგის მატერიალურ-ტექნიკური, ფინანსური და საკადრო რესურსების გამოყენების ეკონომიკური და კლინიკური ეფექტურობის ამაღლება.

ჯანდაცვაში საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებზე გადასვლასთან ერთად მნიშვნელოვნად იზრდება მენეჯმენტის როლი, რამდენადაც **აქტუალურია** მსოფლიო სამეცნიერო მიღწევების ადეკვატური მოსახლეობის ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის ფორმირება, მართვის ფორმებისა და მეთოდების სრულყოფა, აგრეთვე შეზღუდული რესურსების ეფექტური გამოყენების, დაფინანსების დამატებითი წყაროების მოზიდვის, სადაზღვევო მექანიზმების სრულყოფის საკითხები.

ჰოსპიტალი წარმოადგენს სისტემის მნიშვნელოვან ელემენტს, რომლის გვერდის ავლით შეუძლებელია ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების განხორციელება. ჰოსპიტალი განსაზღვრავს ხელმისაწვდომობის ხარისხს მაღალსპეციალიზებულ ჯანდაცვის სერვისებზე და გადამწყვეტ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მთლიანობაში. ამიტომ, სახელმწიფოს მთავარი გამოწვევაა ჯანდაცვის მიმართულებით არის ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმირება და მენეჯმენტის სრულყოფა.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში საქართველოში დაიწყო ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირება. ამ პროცესში აქტიურად მონაწილეობდნენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც საქართველოს ფინანსურ და ექსპერტულ დახმარებას უწევდნენ. 1994-1995 წლებში მსოფლიო ბანკი ჩაერთო საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის რაციონალიზაციისა და ოპტიმიზაციის გეგმის

შემუშავებასა და ფინანსურ უზრუნველყოფაში. ჰოსპიტალური სექტორის რეაბილიტაციის მიზნით 2007 წელს შემუშავდა “ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა”, რომლის თანახმადაც მისი განხორციელების შემდეგ, 2010 წელს საქართველოში უნდა ყოფილიყო 100 ახალი საავადმყოფო 7 800 საწოლით (4 185 საწოლი – თბილისში და 3 615 – რეგიონებში).

ჰოსპიტალური სექტორის რეაბილიტაციის პროგრამის ძირითადი არსი იმაში მდგომარეობდა, რომ სახელმწიფოს საკუთრებაში და სახელმწიფო დაფინანსებაზე არსებული ყველა საავადმყოფო პრივატიზაციის გზით კერძო საკუთრებაში უნდა გადასულიყო. მიზანი იყო სექტორში კერძო ინვესტიციების მოზიდვის ხელშეწყობა, საავადმყოფოებს შორის კონკურენციის გაზრდა და მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ცვლილებების ფონზე, ჰოსპიტალური სექტორის ეფექტური მართვა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მისი ხელმისაწვდომობა კვლავ პრობლემურ საკითხებად დარჩა. კვლავ შენარჩუნებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაბალი მაჩვენებელი, დაბალი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, მოსახლეობის უკმაყოფილება და ნდობის დაბალი ხარისხი, დაფინანსების არაეფექტური მოდელი, საბაზრო სტიმულებისა და კონკურენციის არარსებობა.

თანამედროვე ეტაპზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის საკითხების არასათანადო დამუშავებამ, თეორიულმა და პრაქტიკულმა მნიშვნელობამ განაპირობა სადისერტაციო თემის არჩევა. ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაციისა და მენეჯმენტის მეთოდოლოგიური ასპექტების დამუშავება, მათი გამოყენების პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება, საქართველოში არსებული ჰოსპიტალური ქსელის საქმიანობის შესწავლა და მოწინავე ევროპული ქვეყნების გამოცდილების გათვალისწინება განაპირობებს მოცემული საკითხის კვლევის აქტუალობას.

საკვლევი პრობლემის შესწავლის დონე/ლიტერატურის მიმოხილვა. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის სრულყოფის საკითხი არ ყოფილა ქართველი მეცნიერ-ეკონომისტების სპეციალური განხილვის საგანი; თუმცა კვლევას საფუძვლად დაედო ჯანდაცვის ეკონომიკისა და ორგანიზაციის

საკითხებისადმი მიძღვნილი ქართველი მეცნიერების: ო. გერზმავას, თ. ვერულავას, რ. ლორთქიფანიძის, მ. მურჯიკნელის, რ. ურუშაძის, ლ. კოჭლამაზაშვილის, ლ. თაკალანძის, ი. კვიციანიშვილის, დ. ლომინაძის, ნ. ღვედაშვილის, ი. ჯაყელის და სხვათა ნაშრომები. დისერტაციაზე მუშაობისას გამოყენებულ ქართველ მეცნიერთა შრომებიდან გამოვყოფთ ე. ბარათაშვილის, ო. ეჯიბაძის, ზ. ლიპარტიას, გ. ქემელაშვილის, თ. შენგელიას, გ. შუბლაძის, ნ. ჭითანავას, რ. ხარებავას, თ. ხომერიკის ნაშრომებს.

დისერტაციაზე მუშაობისას გამოყენებული უცხოელი მეცნიერების შრომებიდან გამოვყოფთ: ტ. გეთენის, პ. დრუკერის, რ. დაფტის, ჰ. ფაიოლის, ფ. კოტლერის, ა. ალექსანდროვას, ვ. ბარანოვის, მ. კუზმენკოს, ლ. დრობოზინას, დ. ნოვიკოვის, ვ. როდიონოვის, მ. რომანოვსკის, ვ. სენეგოვისა და სხვათა ნაშრომებს.

კვლევის მიზანი და ამოცანები. კვლევის მიზანია საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგების ანალიზისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე, ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის შემდგომი სრულყოფის, მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ოპტიმიზაციის ხელშემწყობი თეორიული და პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე სადისერტაციო ნაშრომში დასახულია შემდეგი ამოცანები:

- ჯანდაცვის სფეროს მართვის თეორიების განვითარების ტენდენციების ანალიზი და მათი შეფასების ავტორისეული პოზიციის ჩამოყალიბება;
- საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფოებრივი რეგულირების არსებული მექანიზმების განხილვა, შეფასება და ავტორისეული მოსაზრებების ჩამოყალიბება;
- განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში ჰოსპიტალური სექტორის მართვის გამოცდილების განზოგადება, მენეჯმენტის თავისებურებების შესწავლა;
- საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგების კომპლექსური ანალიზი და შეფასება;
- მოსახლეობის ავადობის მაჩვენებლების ანალიზი და ჰოსპიტალურ სექტორზე მოთხოვნის შეფასება;
- საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში არსებული მართვის ფორმების და

მენეჯერების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა ანკეტირების გზით;

- საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის არსებული პრაქტიკის შეფასება, გაუმჯობესების აუცილებლობის დასაბუთება და შემდგომი სრულყოფის წინადადებების და რეკომენდაციების შემუშავება;

- ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ფორმების სრულყოფისათვის წინადადებების და რეკომენდაციების შემუშავება;

- მრავალპროფილური ჰოსპიტალური სექტორის ბიუჯეტირების მეთოდოლოგიის შემუშავება, ბიზნეს-პროცესების მართვის შეფასების კრიტერიუმების ჩამოყალიბება.

კვლევის საგანი. კვლევის საგანს წარმოადგენს საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში ჩამოყალიბებული მმართველობითი ურთიერთობები, მენეჯმენტის ტექნოლოგიები და შესაბამისად, მთლიანად ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ორგანიზაციულ-ეკონომიკური პირობების გამოვლენა და შეფასება.

კვლევის ობიექტი. კვლევის ობიექტია საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. კვლევის ობიექტად ჰოსპიტალური სექტორის არჩევა განაპირობა მისმა დომინანტურმა მნიშვნელობამ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში. მისი როლი ჯანდაცვის სისტემაში განისაზღვრება შემდეგი ფაქტორებით: მათ დაფინანსებაზე იხარჯება ჯანდაცვის ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი ნაწილი, ჰოსპიტალი განსაზღვრავს ხელმისაწვდომობის ხარისხს მაღალსპეციალიზებულ ჯანდაცვის სერვისებზე, ჰოსპიტლებში დასაქმებულია ჯანდაცვის პროფესიონალი კადრების წამყვანი ნაწილი, ჰოსპიტალური სექტორი გადამწყვეტ როლს ასრულებს სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის განხორციელებაში.

კვლევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძველი და ინფორმაციული ბაზა. კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა აბსტრაქციის, ანალოგიის, სტატისტიკური დაკვირვების, სისტემური მიდგომის, შედარების, ანალიზის მეთოდები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენს: ჯანდაცვის მართვის სფეროში საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული

ცენტრის მასალები. ნაშრომში გამოყენებულია ჯანდაცვის მენეჯმენტის სფეროში სამამულო და უცხოელი მეცნიერების და სპეციალისტების სამეცნიერო და პრაქტიკული ხასიათის ნაშრომები, საკანონმდებლო და ნორმატიული აქტები.

დასაცავად წარმოდგენილი ძირითადი დებულებები. ჯანდაცვის სფეროს თავისებურებები განპირობებულია მისი საქმიანობის სპეციფიკით და სისტემის ფუნქციონირების სოციალური მიმართულებით: სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის მომსახურება და მათი ჩართვა მომსახურების გაწევის პროცესში, რაც განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის შედეგების შეფასების სირთულეს. გარდა ამისა, სამედიცინო მომსახურებას აქვს საზოგადოებრივ-სოციალური ეფექტი და ჰოსპიტალური სექტორის როლი ამ საქმეში არსებითია. თანამედროვე ეტაპზე, ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგების ანალიზის, ქვეყანაში არსებული ნორმატიულ-საკანონმდებლო ბაზის, ჯანდაცვის ეკონომიკასა და მენეჯმენტში არსებული სამამულო და უცხოური ლიტერატურის, ჩატარებული კვლევების და ფართო სტატისტიკურ მასალების ანალიზის საფუძველზე, დასაცავად წარმოდგენილია ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის სრულყოფის ხელშემწყობი შემდეგი დებულებები:

- ქვეყნის ჰოსპიტალურ სექტორში ეტაპებად ჩატარებული რეფორმის შედეგების ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილია პოზიცია, რომ მიუხედავად დადებითი ტენდენციებისა, ვერ იქნა მიღწეული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაახლოება საერთაშორისო მაჩვენებლებთან. ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიეკუთვნება სტრატეგიული მნიშვნელობის ობიექტებს და სახელმწიფო საკუთრებას წარმოადგენს, მაშინ როდესაც საქართველოში არსებული სამედიცინო ჰოსპიტლების 97% რეფორმის ფარგლებში დაექვემდებარა პრივატიზებას. ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები მთლიანი ბიუჯეტის 14-15%-ს შეადგენს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 6,5 -7 %-ს არ აღემატება. ევროკავშირის ქვეყნებში სახელმწიფო წილი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებაში შეადგენს 75-80%-ს, საქართველოში 23%-ს არ აღემატება; რეგიონების უმეტესობაში ჰოსპიტალურ სექტორში სადაზღვევო კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაცია

აღინიშნა, რაც ინტერესთა კონფლიქტის მატარებელია;

მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია სახელმწიფოს მხრიდან ჰოსპიტალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, მდგრადობისა და ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებების გატარება, პირველ რიგში საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა.

- ჯანდაცვის დაწესებულების მართვის კლასიკური მეთოდების გარდა (ეკონომიკური, ორგანიზაციული, სოციალურ-ფსიქოლოგიური მეთოდები), განხილული და შეფასებულია ჯანდაცვის ორგანიზაციისადმი სპეციფიკური მიდგომებიც: სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის სისტემური ანალიზი, სამედიცინო დახმარების მართვა ინტეგრირებული სისტემების გამოყენებით, იმიტირებული მოდელირების მეთოდი გარდამავალი ეკონომიკის სისტემაში, ექსპერტული შეფასების მეთოდი და სხვა.

ავტორი, მართვის მეთოდოლოგიის სრულყოფის ძირითად მიმართულებად მიიჩნევს მართვის კლასიკური მეთოდების ინტეგრაციას და ორიენტაციას ობიექტზე, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სამივე სექტორის (სახელმწიფო, კერძო და არაკომერციული) ელემენტებს. ეს მენეჯმენტს მისცემს, შესაძლებლობას დაძლიოს სირთულეები შეზღუდული რესურსების რაციონალური გამოყენებით.

- ანალიზის შედეგად დასაბუთებულია, რომ რაიონების და სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილება და დაფინანსების მექანიზმები უნდა ემყარებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებს. ამისათვის აუცილებელია რესურსების განაწილების მიზნობრიობის შემოწმების ალგორითმის შემუშავება, გაწეული მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის შესაბამისად.

შემუშავებულია ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილების პარამეტრების ალგორითმი, რომლის გათვალისწინება ხელს შეუწყობს რესურსების სამართლიან გადანაწილებას ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით.

- შემუშავებულია ჰოსპიტალური დაწესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბების სქემა და ბიზნესის მართვის ეფექტიანი ორგანიზაციული სტრუქტურების შექმნის რეკომენდაციები, რომელშიც გათვალისწინებულია სამედიცინო ბიზნესის თავისებურებები. ავტორის აზრით,

ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურის განსაზღვრისას ძირითადი განყოფილებები უნდა ყალიბდებოდეს ორგანიზაციის ძირითადი მიზნიდან გამომდინარე, ხოლო ქვეგანყოფილებები და საერთო განყოფილებები განიხილება როგორც დამხმარე სტრუქტურები;

- შემოთავაზებულია ჰოსპიტლის სტრუქტურისა და საქმიანობის თავისებურებების გათვალისწინებით მართვის ფორმების სრულყოფის ავტორისეული მოსაზრებები, აგრეთვე ჯანდაცვის დარგისთვის მენეჯერთა კადრების მომზადების და მმართველობითი გადაწყვეტილებების ინფორმაციული უზრუნველყოფის სრულყოფის წინადადებები.

კვლევის მეცნიერული სიახლე. სადისერტაციო ნაშრომი წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირების პერიოდში ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტისა და მისი თავისებურებების კვლევის პირველ მეცნიერულ ცდას. სადისერტაციო კვლევის შედეგებიდან გამოვყოფთ:

1. ნაშრომის სამეცნიერო სიახლეს წარმოადგენს ის, რომ კომპლექსურად განხორციელდა ჯანდაცვის სფეროს მართვის თეორიული, მეთოდოლოგიური და პრაქტიკული საკითხების კვლევა, ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის სრულყოფის მიმართულებების შესამუშავებლად. საქართველოს რეალობიდან გამომდინარე მიზანშეწონილია მენეჯმენტის მეცნიერული სკოლების გამოცდილების კომბინირებული სახით გამოყენება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება ჯანდაცვის სფეროს, კერძოდ ჰოსპიტალური სექტორის სპეციფიურობა;

2. კომპლექსურად გამოკვლეულია დარგის განვითარების სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლები, გაანალიზებული და შეფასებულია საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის პირველადი შედეგები;

3. შემუშავებულია ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბების მეთოდოლოგია, რომელიც დასახული მიზნის მისაღწევად პრიორიტეტული სტრუქტურის იდენტიფიცირების საფუძველზეა აგებული.

4. ქვეყნის წამყვან ჰოსპიტალურ დაწესებულებებში ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევის საფუძველზე, გაკეთებულია დასკვნები თანამედროვე ქართული ჰოსპიტლის უმაღლეს მენეჯმენტში არსებული პრობლემების შესახებ და

შემუშავებულია წინადადებები მათი დაძლევის თვალსაზრისით;

5. შემუშავებულია ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის დაგეგმვის ფუნქციის - ბიუჯეტების დანერგვის მოდელი, რომელიც ხელს შეუწყობს ჩამოყალიბებული ორგანიზაციული სტრუქტურის მიხედვით საქმიანობის ეკონომიკური ეფექტიანობის განსაზღვრას, ბიზნესრთეულის ფინანსურ მართვას;

6. შემოთავაზებულია ჰოსპიტალური სექტორის მმართველობითი საქმიანობის ალგორითმი მართვის მრავალდონიან ორგანიზაციულ სისტემაზე დაყრდნობით, სადაც იერარქიული დონეები შესაძლოა ვარირებდეს ჰოსპიტლის პროფილის რაოდენობის ცვლილებასთან ერთად და შემუშავებულია მართვის ეფექტურობის კრიტერიუმები. შემუშავებულია მართვის ამოცანების ალგორითმი, რომელიც ასახავს მართვის ამოცანების ზოგად წყობას ჰოსპიტალური სექტორისათვის.

პრაქტიკული მნიშვნელობა. კვლევის შედეგად ჩამოყალიბებული დასკვნები და რეკომენდაციები შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ამოსავალ ბაზად საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის ფუნქციონირების შემდგომი გაუმჯობესებისა და სრულყოფისათვის.

კვლევის შედეგები შეიძლება გამოყენებულ იქნას ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი ორგანოების მიერ, ჰოსპიტლის მენეჯმენტის მიერ, აგრეთვე მეთოდური მასალის სახით შესაბამის საგანმანათლებლო პროგრამებში.

ნაშრომის აპრობაცია. სადისერტაციო ნაშრომის აპრობაცია შედგა სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის სადოქტორო სადისერტაციო საბჭოს შესაბამისი დარგობრივი კომისიის სხდომაზე. აგრეთვე საერთაშორისო და ადგილობრივ სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებზე. სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი დებულებები გამოქვეყნებულია სამეცნიერო-პრაქტიკულ რეფერირებად და რეცენზირებად ჟურნალებში 6 სტატიად.

სადისერტაციო ნაშრომის მასალებზე შესრულებულია ორი კოლოკვიუმი:

1. სტაციონარული ქსელის თანამედროვე მდგომარეობა და განვითარება საქართველოში (2012 წლის ივლისი);

2. თანამედროვე ჰოსპიტლის მენეჯმენტის თავისებურებები (2013 წლის ივლისი);

დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა. სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს

კომპიუტერზე ნაბეჭდ 199 გვერდს; დისერტაცია შედგება შესავლის, სამი თავის, ათი პარაგრაფის, დასკვნებისა და რეკომენდაციებისაგან. ნაშრომს თან ერთვის გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი 125 დასახელებით და დანართები. დანართები მოიცავს 10 ცხრილს, 1 სქემას და 27 დიაგრამას.

თავი I. ჯანდაცვის სფეროს მართვის თეორიული და მეთოდოლოგიური საფუძვლები

1.1. ჯანდაცვის სფეროს მართვის ფორმების განვითარების თეორიული საფუძვლები

ჯანდაცვა წარმოადგენს მომსახურების სფეროს, რომლის თავისებურებები განპირობებულია საქმიანობის სპეციფიკით და სისტემის ფუნქციონირების სოციალური მიმართულებით. სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის მომსახურება და მათი ჩართვა მომსახურების გაწევის პროცესში, რაც განაპირობებს გასაწევი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის შედეგების შეფასების სირთულეს. სამედიცინო მომსახურებას აქვს საზოგადოებრივ-სოციალური ეფექტი და ჰოსპიტალური სექტორის როლი ამ საქმეში არსებითია. ყოველივე ეს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ორგანიზაციას, ფორმებს და მეთოდებს.

მართვის პროცესის განმსაზღვრელი არსებითი ინდიკატორები დაკავშირებულია სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის თავისებურებებთან.

საზოგადოების განვითარების მანძილზე არსებითი ცვლილება განიცადა მართვის თეორიამ, მეთოდოლოგიამ და ორგანიზაციულმა ფორმებმა. შეიცვალა ეკონომიკური ინსტიტუტები, რომელშიც მოიაზრება საზოგადოების სოციალური სტრუქტურის ელემენტები, საწარმო-ეკონომიკური და სოციალური პროცესების ორგანიზაციისა და რეგულირების ფორმები.

ჯანდაცვაში, სამედიცინო საქმიანობის მართვა ორიენტირებულია სამედიცინო საქონლისა და მომსახურების წარმოებაზე, განაწილებაზე და მოხმარებაზე, ამ პროცესის მონაწილეებზე და გარკვეულწილად პაციენტებზე, როგორც სამედიცინო სერვისების მომხმარებლებზე.

ჯანდაცვის სისტემის მართვის მთავარი მიზანი არის მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და განმტკიცება, ავადობის შემცირება, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდა. ამ თვალსაზრისით ჯანდაცვა მონაწილეობს

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განმტკიცების მისიის რეალიზაციაში, რაც მართებულად ითვლება სახელმწიფოსა და საზოგადოების მთავარ მიზნად.

ჯანდაცვის მართვის მეთოლოგიის შემუშავებისა და ამ სფეროს საქმიანობის სპეციფიკისათვის ყველაზე ადექვატური და მეცნიერულად დასაბუთებული მმართველობითი ტექნოლოგიების დანერგვისათვის, მიმოვიხილავთ მართვის იმ თეორიებს, რომელზედაც დამყარებულია მენეჯმენტი. მიგვაჩნია, რომ ამ თეორიების გაცნობა და მათი ანალიზი ხელს შეუწყობს ჰოსპიტალური სექტორის მართვის ტექნოლოგიების სრულყოფის რეკომენდაციების შემუშავებას.

ალფრედ მარშალმა (Alfred Marshall, 1842-1924) წარმოების ფაქტორების - მიწის, შრომითი რესურსების და კაპიტალის გვერდით მენეჯმენტის ჩართო, მაგრამ როგორც ამას **ფ. დრუკერი** (Peter F. Drucker) ამტკიცებს „მარშალისათვის მენეჯმენტი იყო წარმოების არა ძირითადი, არამედ დამატებითი ფაქტორი“ [105].

ფრანგი მეცნიერი **ჟ. სეი** (1767-1832 წწ.), რომელიც ადამ სმიტის მიმდევარი და მისი „ხალხთა სიმდიდრის“ თეორიის პროპაგანდისტი იყო, წერდა: „მეწარმე ნაკლებ პროდუქტიულ რესურსებს გადააქცევს მეტად პროდუქტიულ ინვესტიციებად და ამ გზით ქმნის სიმდიდრეს“. სეის მიმდევრები იყვნენ ფრანგი უტოპისტი **ფ. ფურიე** (1772-1837 წწ.) და **კ. სენ-სიმონი** (1760-1825 წწ.). მიუხედავად იმისა, რომ მათ პერიოდში არ არსებობდა მსხვილი წარმოება და მათი მენეჯერები, მათ იწინასწარმეტყველეს მენეჯმენტი და აღმოაჩინეს იგი უფრო ადრე, ვიდრე სინამდვილეში წარმოიშვებოდა.

ამერიკელმა მეცნიერმა **ა. ჰამელტონმა** (1757-1804 წწ.) თავის ცნობილ ნაშრომში „მწარმოებლურობის ანგარიში“ მენეჯმენტს მისცა სოციალურ-ეკონომიკური პროგრესის ძრავის როლი, ხოლო ორგანიზაციებს ეკონომიკური ზრდის ძირითადი ფაქტორი უწოდა.

შოტლანდიაში მრეწველი **რ. ოუენი** (1771-1858 წწ.) გახდა პირველი მენეჯერი მისსავე საკუთრებაში არსებულ ტექსტილის ფაბრიკაში. მან პირველმა გამოიკვლია დღემდე აქტუალური მენეჯმენტის საკვანძო საკითხები, ისეთი როგორცაა: პროდუქტიულობა და მოტივაცია, დაქირავებული მუშაკის დამოკიდებულება შრომისადმი, ორგანიზაციისა და მისი ხელმძღვანელობისადმი. მისი კვლევების მეშვეობით მენეჯერი აბსტრაქციიდან გადაიქცა რეალურ ადამიანად.

1870 წელს ამერიკელმა მეცნიერმა ჰენრი დაუნმა (1844-1924 წწ.) თავის ნაშრომში „ინჟინერი როგორც ეკონომისტი“, წარმოადგინა მენეჯმენტის პირველი პროგრამა. კერძოდ, ზოგადად შრომის ორგანიზაცია, მუშაკების საწარმოო გაერთიანების ორგანიზაცია, ბაზრის ფასი მომხმარებლებისათვის და სხვა.

გერმანელმა გ. სიმენსმა (1839-1901 წწ.) „დოიჩე ბანკი“ გარდაქმნა კონტინენტალური ევროპის ფინანსურ ინსტიტუტად. მან პირველმა შექმნა ეფექტური ტოპ-მენეჯმენტი, პირველმა დაიწყო ფიქრი მის ამოცანებზე და მსხვილ ორგანიზაციაში ინფორმაციის გადაცემისა და ზოგადად კომუნიკაციის პრობლემებზე.

იაპონიაში ეიჩი შიბუსავამ (1840-1931 წწ.) პირველმა წამოჭრა ბიზნეს-საწარმოს, ეროვნულ იდეას, ინდივიდის ეთიკასა და კომპანიის მოთხოვნილებებს შორის კავშირის საკითხი. მან პირველმა დაახასიათა მენეჯერის პროფესია.

მენეჯმენტის განვითარება ძირითადად მიმდინარეობს ევოლუციური პროცესებით, ხასიათდება უწყვეტობით და ორიენტაციით მიზანზე, სტრატეგიაზე და ორგანიზაციის ამოცანებზე. მართვის ყველა წინამორბედი მეთოდებისაგან განსხვავებით, თანამედროვე მენეჯმენტი თავის თავში მოიცავს მუდმივ განახლებას, შესაბამისად პროცესის მიმდინარეობისას მიზანი და სტრატეგია, კონკრეტული ამოცანები, მართვის ორგანიზაცია და მეთოდები განიცდიან ცვლილებებს.

მენეჯმენტის ისტორიული პერიოდიზაცია ადასტურებს და გვიჩვენებს მისი განვითარების კავშირს გარეშე პირობებთან, - უწინარეს ყოვლისა საზოგადოების განვითარების ისტორიულ ეტაპებთან. ამით არის განპირობებული მენეჯმენტის თეორიისა და პრაქტიკის ევოლუციის და განვითარების პერსპექტივების განხილვის აუცილებლობა.

მენეჯმენტის განვითარების სკოლებისა და მიმართულებების გარკვეული განსხვავების მიუხედავად, შესაძლებელია გამოიყოს ოთხი ძირითადი სკოლა: მეცნიერული მართვის სკოლა; ადმინისტრაციული (კლასიკური) მართვის სკოლა; ადამიანური ურთიერთობების და სოციალურ მეცნიერებების სკოლა; მართვის მათემატიკური სკოლა.

ამ სკოლებს შორის ურთიერთკავშირი ქმნის მაღალეფექტურ მენეჯმენტს.

თითოეული სკოლის მართვის ელემენტებს აქვთ ფართო გამოყენება ერთი ორგანიზაციის ფარგლებში. თანამედროვე მართვის მეთოდები თითოეული სკოლის საუკეთესო იდეების და მიღწევების ნაზავს, მათი განვითარების და გაღრმავების შედეგს წარმოადგენს.

მეცნიერული მართვის სკოლა (1885-1920 წწ.). ამ სკოლის აღმოცენება დაკავშირებულია **ფ. ტეილორის** (Frederick Winslow Taylor, 1856-1915) მართვის თეორიულ და პრაქტიკულ სისტემასთან, შესაბამისად სწორედ იგი ითვლება ამ სკოლის ფუძემდებლად. თუ გავავლებთ პარარელს, შეიძლება აღვნიშნოთ, რომ როგორც ა. სმიტმა მისცა სათავე პოლიტიკური ეკონომიის ყველა მიმართულებას, ასევე **ფ. ტეილორის** სისტემამ - ყველა შემდგომ მენეჯმენტს. **პ. დრუკერი** წერდა: "ტეილორიზმი არის სკალა, რომელზედაც ვაგებთ ჩვენს დისციპლინას".

ტეილორთან ერთად მეცნიერული მართვის სკოლის ფუძემდებლებს წარმოადგენენ **ფრენკ და ლილიან გილბერტები, ჰენრი განტი** და სხვები.

მეცნიერული მართვის სკოლის ფორმირება ემყარებოდა სამ ძირითად მომენტს, რომლების შემდგომ გახდნენ მენეჯმენტის განვითარების ამოსავალი პრინციპები: შრომის რაციონალური ორგანიზაცია; ორგანიზაციის ფორმალური სტრუქტურის ჩამოყალიბება; ხელმძღვანელისა და მუშის თანამშრომლობის მეთოდების განსაზღვრა ე.ი. საშემსრულებლო და მმართველობითი ფუნქციების გამოყოფა.

1911 წელს გამოვიდა ფრედერიკ ტეილორის ნაშრომი „მეცნიერული მენეჯმენტის პრინციპები“, რომელშიც აღწერილია მართვის მეცნიერული ორგანიზაციის თეორია, ანუ ამა თუ იმ სამუშაოს შესრულების „ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური ხერხის განსაზღვრად“ მეცნიერული მეთოდების გამოყენება. ფრედერიკ ტეილორი მარტივ მაგალითებზე დაყრდნობით აჩვენებდა არაეფექტიანი საქმიანობის დანაკარგებს, მისი აღმოფხვრის საშუალებად კი მიიჩნევდა სისტემურ მენეჯმენტს, რომლის საუკეთესო ვარიანტად, კანონებზე წესებსა და პრინციპებზე დაფუძნებული ნამდვილი მეცნიერება მიაჩნდა.

ფრედერიკ ტეილორის ყველაზე ცნობილი მიმდევრები იყვნენ **ფრენკ და ლილიან გილბერტები**, რომელთაც შეისწავლეს ცალკეული ოპერაციის შესრულებისთვის საჭირო მოძრაობები და მათზე დახარჯული დრო. მათვე მოგვცეს ამ მოძრაობების კონკრეტული ელემენტების ანალიზის ზუსტი სქემა.

ტეილორის თანამედროვე იყო ჰარინგტონ ემერსონი, რომელიც მენეჯმენტის მეცნიერებაში ცნობილია „ეფექტიანობის თორმეტი პრინციპით“: გამოკვეთილი მიზნებისა და ორიენტირების არსებობა; კეთილგონიერება; საექსპერტო საბჭოს აუცილებლობა; დისციპლინა; პატიოსნება; მუდმივი აღრიცხვა და ანალიზი; დისპერზიზაცია; სტანდარტებისა და გრაფიკების, სტანდარტული პირობებისა და სტანდარტული ოპერაციების არსებობა; ნორმატიული და პრაქტიკული ინსტრუქციების გამოყენება, ეფექტიანი შრომის დაჯილდოება.

მიუხედავად უდიდესი ღირსებისა, მეცნიერული მენეჯმენტის სკოლის არასრულფასოვნება იმაში მდგომარეობს, რომ მისი მიმდევრების მხრიდან გადამწყვეტი ყურადღება ექცევა ტექნიკურ საშუალებებს, როგორც ნებისმიერი პრობლემის გადაჭრის ინსტრუმენტს.

ადმინისტრაციული (კლასიკური) მართვის სკოლა. მენეჯმენტის პრობლემებით დაინტერესებული მკვლევარების მეორე ჯგუფი მიკუთვნება ადმინისტრაციული (კლასიკური) მართვის სკოლის მიმდევრებს, რომლებმაც მეტი ყურადღება ორგანიზაციულ საკითხებს დაუთმეს. აღნიშნული სკოლის ყველაზე თვალსაჩინო წარმომადგენლები არიან **ანრი ფაიოლი და მაქს ვებერი.**

ფაიოლი იყო ტეილორის თანამედროვე პრაქტიკოსი მუშაკი, კერძოდ ერთ-ერთი ქვანახშირის მომპოვებელი ფირმის დირექტორი. თუ ტეილორი მენეჯმენტის საკითხებს იხილავდა საამქროს დონეზე (ოპერატიულ დონე), ფაიოლი მენეჯმენტის თეორიას აყალიბებდა საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე. ფაიოლმა მართვა გამოყო საქმიანობის ცალკე სფეროდ და მას ხუთი ფუნქციის შესრულება დააკისრა: დაგეგმვა, ორგანიზაცია, განკარგვა, კოორდინაცია და კონტროლი. მანვე ჩამოაყალიბა მართვის თოთხმეტი უნივერსალური პრინციპი: შრომის დანაწილება, უფლებამოსილება, დისციპლინა, ერთმართველობა, მიმართულების ერთიანობა, პირადი ინტერესების დაქვემდებარება საზოგადოებრივი ინტერესებისადმი, პერსონალის წახალისება, ცენტრალიზაცია, „სკალარული ჯაჭვი“ (უფლებამოსილების ჯაჭვი იერარქიის უმაღლესი ხელმძღვანელობიდან ყველაზე დაბალ დონემდე), წესრიგი, სამართლიანობა (მიუკერძოებლობა), პერსონალის სტაბილურობა, ინიციატივიანობა, კოლექტიურობა (გუნდური სული).

გერმანელმა სოციოლოგმა **მაქს ვებერმა**, რომელიც სწავლობდა ორგანიზაციის

საქმიანობას, აღწერა იდეალური ორგანიზაცია, რომელსაც ბიუროკრატიული უწოდა. ეს მოდელი ხასიათდება შრომის მკაფიო დანაწილებით, ნათლად გამოკვეთილი იერარქიით, დეტალური წესებით და ინსტრუქციებით, თანამდებობრივი ვალდებულებების სიცხადით და ა.შ. ვებერის კონცეფციაში პიროვნების ადგილი არ მოიპოვება, ყველაფერს პროცედურები და წესები განსაზღვრავენ. ვებერმა სწორედ ეს მოდელი დაუდო საფუძვლად მსხვილ კომპანიებში საქმიანობის მართვას. მის ნამუშევარს ტელიორთან შედარებით არ ჰქონდა პრაქტიკული ხასიათი, მაგრამ მენეჯმენტის თეორიის განვითარებაში ვებერის როლი უდაოდ დიდია.

ანრი ფაიოლის და მაქს ვებერის ნამუშევრებმა ამჟამად გარკვეულწილად დაკარგა პოპულარობა, თუმცა მათი ნააზრევი მენეჯმენტის თეორიის შემდგომი განვითარების საფუძველი გახდა. ორგანიზაციის ფუნქციებს საფუძვლად დაედო ანრი ფაიოლის მართვის 14 პრინციპი, ხოლო მაქს ვებერის ორგანიზაციის „იდეალური ტიპი“, რომელშიც ბიუროკრატიული მექანიზმებია ჩადებული, მთელ რიგ თანამედროვე საკმაოდ მოქნილ ორგანიზაციებში დღემდე უზრუნველყოფენ რესურსების მადალეფექტურ გამოყენებას.

ადმინისტრაციული სკოლის მიმდევრებს შორის ასევე მოიხსენიებენ ლუთერ გიულიკსა და ლინდალ ურვიკს, რომელთა წყალობითაც შენარჩუნდა და გავრცელდა ფაიოლის შრომები. აღსანიშნავია, ამერიკაში მოღვაწე ადმინისტრაციული სკოლის მიმდევრები - გ. ჰოფვი, და ო. შელდონი, რომლებიც აშშ-ში ადმინისტრაციული სკოლის ძირითად გამავრცელებლებად ითვლებიან.

ადამიანური ურთიერთობებისა და მართვის ბიჰევიორისტული სკოლა. მენეჯმენტში ამ მიმართულებას მე-18 საუკუნის ბოლოს და მე-19 საუკუნის დასაწყისში დაედო სათავე. ეს კონცეფცია, რომლის არსი ადამიანური ფაქტორის წინა პლანზე წამოწევაში გამოიხატებოდა, წარმოადგინეს და განავითარეს **რობერტ ოუნმა, ჰიუგო მანსტერბერგმა, მერი პარკერ ფოლეთმა და ჩესტერ ბარნარდმა.** ეს მეცნიერება დაედო საფუძვლად ისეთ მმართველობით პრაქტიკას, როგორცაა: მუშაკთა შერჩევა და მოტივაცია, მუშაკთა გუნდები და გარემოს მართვის მეთოდები.

უფრო მოგვიანებით, ამ იდეის ლიდერად მოგვევლინა ჰარვარდის

უნივერსიტეტის პროფესორი **ელტონ მეიო**. მან ქ. ჰოტორნაში (აშშ, ილინოისის შტატი) კომპანია „ვესტერნ ელექტრიკში“ ინჟინრებთან ერთად მრავალი ექსპერიმენტი ჩაატარა და დაადგინა, რომ მუშების შრომის მაღალი მწარმოებლურობა უპირატესად გუნდში კოლექტიური მოქმედების, გუნდის წევრთა ურთიერთობის შედეგია და არა მატერიალური სტიმულების. ეს უკანასკნელი ნაკლებად მოქმედებს შრომის მწარმოებლურობაზე. მეიოს გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ადამიანის გრძნობები და ქცევა მჭიდრო ურთიერთკავშირშია და რომ გუნდური სტანდარტები დიდ გავლენას ახდენს გუნდის წევრთა ფსიქოლოგიაზე. ამდენად, მეიო რეკომენდაციას აძლევს მენეჯერებს, რომ მუშა არ ჩათვალოს ზარმაც არსებად, არამედ გამოუცხადონ მას ნდობა და კოლექტივში შექმნან ჯანსაღი სოციალურ- ფსიქოლოგიური ატმოსფერო.

მეიოს ეს დასკვნები იმ დროს კრიტიკის საგნად იქცა. ახლანდელი თვალთახედვით მეიოს დამსახურება იმაშია, რომ მან დაამსხვრია ძველი შეხედულება ადამიანზე, როგორც წარმოების ისეთივე ფაქტორზე, როგორებიც სხვა ფაქტორებია. მენეჯმენტის განვითარების ამ თეორიაში განსაკუთრებით საყურადღებოა ადამიანური რესურსების კონცეფცია. მისი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ სამუშაო დავალებები შედგეს მოტივაციის თეორიის შესაბამისად: როცა მუშაკებს თავიანთი პოტენციალის სრული რეალიზაცია და ამის შედეგად თავიანთი უმაღლესი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება შეუძლიათ.

ადამიანური რესურსების კონცეფციის ყველაზე ცნობილი წარმომადგენლები არიან **აბრამ მასლოუ და დუგლას მაკ-გრეგორი**. აკვირდებოდა რა თავის პაციენტებს, ფსიქოლოგი და ფსიქო-ანთროპოლოგი **ა. მასლოუ** (Abraham Harold Maslow, 1908-1970) მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ მათი პრობლემების უმრავლესობა გამოწვეულია მოთხოვნილებების დაუკმაყოფილებლობის მიზეზით. დაკვირვების მონაცემების ანალიზის ბაზაზე მან ააგო ადამიანის მოთხოვნილებების პირამიდა (ე.წ. მასლოუს პირამიდა), რომლის ფუძეში ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებები განალაგა, ხოლო წვერში თვითგამოხატვის, თვითრეალიზაციის მოთხოვნილებები.

ა. მასლოუმ გამოყო ადამიანის 5 ძირითადი მოთხოვნილება:

1. ფიზიოლოგიური მოთხოვნები;
2. უსაფრთხოების და მომავლის იმედი;

3. სოციალური მოთხოვნები: ძალაუფლების, სიყვარულის და ა.შ. ;

4. პატივისცემა;

5. თვითრეალიზაცია.

„მასლოუს პირამიდის“ მიხედვით, როგორც კი ადამიანი თავის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებს დაიკმაყოფილებს, ის მიისწრაფის შემდეგი დონის მოთხოვნების დაკმაყოფილებისაკენ, ანუ უსაფრთხოებისა და მომავლის იმედის უზრუნველყოფისაკენ და ა.შ.

სოციალური სკოლის პოზიციის სიახლე იმაში მდგომარეობს, რომ ის ამტკიცებს შემდეგს: ადამიანის მოთხოვნები ხშირ შემთხვევაში ეწინააღმდეგება ორგანიზაციის მიზნებს. ვერც ერთი სახის დასჯა ან წახალისება ვერ ამოწურავს ამ ინტერესთა კონფლიქტს. სოციალური სისტემების სკოლის აზრით, ხელმძღვანელის როლია – შეამსუბუქოს არსებული ინტერესთა კონფლიქტის შედეგები.

სოციალური სისტემების სკოლამ ბევრი სასარგებლო შესძინა მართვის ურთიერთობებს როგორც სოციალურ ურთიერთობებს, მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ საწარმოო პროცესი ექვემდებარება ძალიან ბევრ ფაქტორს, რომელთაც საერთო არაფერი აქვს ადამიანის სოციალურ ბუნებასთან.

იმავე პერიოდში აშშ-ს ოჰაიოს შტატის ანტიოქიის კოლეჯის პრეზიდენტმა - **დ. მაკ-გრეგორმა** (Douglas Murray McGregor, 1906-1964), დაეყრდნო რა საკუთარ გამოცდილებას მენეჯმენტში, ფსიქოლოგიის ცოდნასა და ა. მასლოუს ნაშრომებს, შეიმუშავა X და Y თეორიები. მისი აზრით, კლასიკური მენეჯმენტი ეფუძნება X თეორიის დებულებებს - ადამიანს არ უყვარს შრომა, არ იღებს თავის თავზე პასუხისმგებლობას და გაურბის მას, რის გამოც საჭიროა დამალვა, კონტროლი და ა.შ. მეცნიერ მაკ-გრეგორის მიერ წარმოდგენილი Y თეორია ითვლება მენეჯმენტისადმი რეალისტურ მიდგომად, რომლის თანახმად ადამიანის გონებრივი თუ ფიზიკური შრომა ისეთივე ბუნებრივია, როგორც დასვენება (მიზნის მისაღწევად მუშის კონტროლი და დასჯით დაშინება არ არის სწორი მიდგომა, ინდივიდებს შეუძლიათ პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება და ა.შ.). ამჟამად უკვე მრავალი კომპანია ნერგავს მაკ-გრეგორის Y თეორიას, თუმცა X თეორიის პრინციპებსაც მრავალი კომპანია ეყრდნობა.

დუგლას მაკ-გრეგორის იდეები განავითარა ამერიკელმა პროფესორმა **უილიამ ოუჩიმ** თავის ნაშრომში “თეორია Z” (1981 წ.), რომელიც დაფუძნებულია იმაზე, რომ ინდივიდუალური ძალისხმევის საუკეთესო კოორდინაცია, რომელიც ემყარება ნდობას, ტაქტსა და სიახლოვეს, იწვევს შრომის მწარმოებლურობის ამაღლებას.

ადამიანურ ურთიერთობათა სკოლის მიმდევრების კვლევების შედეგები ძალიან მნიშვნელოვანია. აქამდე ფსიქოლოგიას არ გააჩნდა მონაცემები იმის შესახებ, თუ როგორ არის დაკავშირებული ადამიანის ფსიქიკა მის შრომით საქმიანობასთან. სწორედ ამ სკოლის ფარგლებში წარმოებული იყო ისეთი კვლევები, რომლებმაც გაამდიდრა საზოგადოების წარმოდგენა ადამიანის ფსიქიკურ საქმიანობაზე.

მართვის მათემატიკური სკოლა, რაოდენობრივი და სისტემური მიდგომები. რაოდენობრივი მიდგომების მეთოდს მეორე მსოფლიო ომის დროს იყენებდნენ სამხედრო პრობლემების გადასაწყვეტად, დღეს კი ფართოდ იყენებენ ბიზნესში. მისი პიონერები იყვნენ **რობერტ მაკ-ნამარა** (შემდგომში აშშ სახელმწიფო მდივანი თავდაცვის საკითხებში) და **ჩარლზ ტორნტონი**. რაოდენობრივი მიდგომის არსი მენეჯმენტში სტატისტიკური და მათემატიკური მეთოდების გამოყენებაში მდგომარეობს. კერძოდ, წრფივი პროგრამირების მეთოდით მენეჯერებს შეუძლიათ გადაწყვეტილების მიღების ოპტიმიზაცია, „კრიტიკული გზის“ მეთოდის გამოყენება და ა.შ. ამ მეთოდების საკმაო ეფექტურობის მიუხედავად, მენეჯერები მათ გამოყენებას თავს არიდებენ. მათ უფრო ეადვილებათ გადაჭრან ყოველდღიური პრობლემები, ვიდრე დაკავდნენ რაოდენობრივი მოდელების შედგენასთან დაკავშირებული ეფექტური, თუმცა აბსტრაქტული საქმიანობით.

შემდგომ პერიოდში გამოიკვეთა სისტემური მიდგომის მიმართულება, რომელიც კიბერნეტიკასა და ავტომატური მართვის თეორიას ეყრდნობა. სისტემური მიდგომა ორგანიზაციას განიხილავს, როგორც „ურთიერთდაკავშირებული ფაქტორების - ცალკეული პიროვნებების, ჯგუფების, ურთიერთობების, სტიმულების, ფორმალური სტრუქტურების, მიზნების, რესურსების და უფლებამოსილებების ერთობლიობას“ [82]. აქედან გამომდინარე, მენეჯერის ამოცანაა უზრუნველყოს ორგანიზაციის, როგორც სისტემის ყველა ურთიერთდამოკიდებული ნაწილის ურთიერთზემოქმედება, რათა მიაღწიოს დასახულ მიზანს.

მართვაში სისტემური მიდგომის უმთავრეს პრინციპებს მიაკუთვნებენ:

- გადაწყვეტილების მიღების პროცესი უნდა იწყებოდეს კონკრეტული მიზნების გამოვლენით და ნათლად ჩამოყალიბებით;
- ყველა პრობლემა უნდა განიხილებოდეს ერთიან სისტემაში და ასახავდეს კერძო გადაწყვეტილების შედეგს;
- აუცილებლად უნდა ხდებოდეს მიზნის მიღწევის შესაძლო ალტერნატიული გზების გამოვლენა და ანალიზი;
- ცალკეული ქვესისტემების მიზნები არ უნდა მოდიოდეს კონფლიქტში სისტემის მიზნებთან;
- უნდა ხორციელდებოდეს აბსტრაქტულიდან კონკრეტულსკენ აღმასვლა;
- საჭიროა ანალიზისა და სინთეზის, ლოგიკურისა და ისტორიულის ურთიერთკავშირი;
- უნდა ხდებოდეს კავშირისა და უკუკავშირის დადგენა.

მენეჯმენტის სისტემურ კონცეფციათა შორის ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული იყო „მაკ-კეინზის“ საკონსულტაციო კომპანიის ე.წ. „7-S“-ის სქემა, რომელიც აისახა **თ. პიტერსის და რ. უოთერმანის** ნაშრომებში. მისი არსი იმაშია, რომ ორგანიზაციული სისტემა უნდა ეყრდნობოდეს შვიდ ურთიერთდაკავშირებულ შემადგენელს, კერძოდ: სტრატეგიას, სტრუქტურას, სისტემებს, სტილს, კადრებს, პერსონალის უნარ-ჩვევებს და აღიარებულ ფასეულობებს. აღნიშნული კონცეფციის მიხედვით, მენეჯერები სისტემის ქმედითუნარიანობის შენარჩუნებას უნდა ცდილობდნენ მისი შემადგენელი ელემენტების ჰარმონიზაციის გზით [63].

მართვისადმი სიტუაციური და პროცესული მიდგომები. მენეჯმენტში სიტუაციური მიდგომის წარმომადგენლები არიან **ჯოან ვენვორდი, ალფრედ ჩენდლერი, ჯეი ტომპსონი და სხვები.** სიტუაციური მიდგომის არსი იმაშია, რომ ორგანიზაციის მართვა არსებული სიტუაციური ვითარების შესატყვისად უნდა მოხდეს, ანუ სხვადასხვა სიტუაციაში ისინი განსხვავებული მეთოდებითა და საშუალებებით უნდა იმართებოდნენ. მართვის უნივერსალური საშუალებების შექმნა, რომლებიც გამოდგება ყველა სიტუაციაში, შეუძლებელია. ყველაზე მეტად გავრცელებულია სიტუაციების ოთხი ჯგუფი, რომელთაც ანგარიში უნდა გაეწიოს და რომელთა შესატყვისად უნდა აეწყოს ორგანიზაციის მართვა: ორგანიზაციის

სიდიდე, შაბლონური ტექნოლოგიები, გარე გარემოს გაურკვევლობა, ინდივიდუალურ განსხვავებათა ფაქტორები. სიტუაციური მიდგომის საფუძველია სიტუაციური თეორიები, რომლებშიც აისახება კონკრეტული პრობლემებისადმი ორგანიზაციის შესატყვისობის წესი, ცვლილებათა განხორციელების რაციონალური და უმტკივნეულო მეთოდები, ადაპტაციური პოტენციალის შექმნისა და განვითარების გზები. მაშასადამე, მართვა განიხილება, როგორც მენეჯერების მიერ სიტუაციის აღქმის ხელოვნება, მისი მახასიათებლების გამოკვლევა და შესაბამისი მმართველობითი სქემის შერჩევა.

სიტუაციური მართვის თეორიები ასევე განხილულია ქართველი მეცნიერების: თ. ხომერიკის, გ. ქეშელაშვილის, ე. ბარათაშვილის, ლ. თაკალანძის და სხვების შრომებში.

სიტუაციური მართვის თეორიები ძირითადად განიხილავენ ორგანიზაციის მართვასთან მისადაგებით შიგა ცვლადებისა და ფაქტორების ზემოქმედებას. ისინი იძლევიან რეკომენდაციებს კონკრეტულ სიტუაციაში ეფექტური მართვის უზრუნველყოფად ოთხი აუცილებელი ნაბიჯის გადასადგმელად [64]:

- ხელმძღვანელი უნდა იცნობდეს ორგანიზაციის მართვის იმ საშუალებებს, რომლებმაც დაამტკიცეს თავიანთი ეფექტიანობა და ესმოდეს მართვის პროცესი, უნდა შეეძლოს ჯგუფური და ინდივიდუალური ქცევის კანონზომიერებების სისტემური ანალიზი, დაგეგმვისა და კონტროლის მეთოდების გამოყენება, რათა დროულად გამოარკვიოს ორგანიზაციისადმი წაყენებული მოთხოვნები მოცემულ სიტუაციაში და მოახდინოს რეაგირება;

- მენეჯმენტის კონცეფციები და მეთოდები კონკრეტულ სიტუაციასთან მიმართებაში ხასიათდება ძლიერი და სუსტი მხარეებით. ხელმძღვანელს უნდა შეეძლოს მათი გამოყენების დადებითი და უარყოფითი შედეგების ალბათობის განჭვრეტა. ამასთან, გამოკვლევა არ უნდა შემოიფარგლებოდეს სიტუაციების კონკრეტული პარამეტრების განხილვით და არ უნდა ხდებოდეს მოცემულ სიტუაციასთან შედარებით უფრო ზოგადი ხასიათის მქონე დასაბუთებული თეორიული განზოგადების იგნორირება;

- ხელმძღვანელს უნდა შეეძლოს სიტუაციის სწორი ინტერპრეტაცია. აუცილებელია ზუსტად განისაზღვროს, რომელი ფაქტორებია უფრო

მნიშვნელოვანი მოცემულ სიტუაციაში და რა ზემოქმედებას მოახდენს ორგანიზაციაზე ერთი ან რამდენიმე მათგანის ცვლილება. მენეჯმენტის სისტემა უნდა ქმნიდეს ორგანიზაციულ პოტენციალს და აუცილებელ მოქნილობას, რათა სიტუაციის შესაბამისად მოხდეს ახალ მმართველობით სტილზე გადასვლა;

- ხელმძღვანელს უნდა შეეძლოს კონკრეტულ სიტუაციას მიუსადაგოს მართვის ყველაზე ეფექტური მეთოდი და მმართველობით საქმიანობაში შეიტანოს გარემოებათა შესაბამისი ცვლილებები.

პროცესული მიდგომა. პროცესული მიდგომა ემყარება მართვის ფუნქციების მთლიანი პროცესის შემადგენელ ნაწილებად წარმოდგენას. მართვა განიხილება როგორც პროცესი, ანუ უწყვეტ მოქმედებათა ურთიერთკავშირი. თითოეული ეს მოქმედება თვითონ წარმოადგენს პროცესს და მათ მართვის ფუნქციებს უწოდებენ. თავის მხრივ, ისინი მოიცავენ ურთიერთდაკავშირებულ მოქმედებათა სერიას.

მართვის თეორიების მიმოხილვაზე დაყრდნობით, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მართვის წარმოშობა და განვითარება შეიძლება შეფასდეს, როგორც სამი სხვადასხვა ფილოსოფიის ჯაჭვი: კლასიკური (მეცნიერული და ადმინისტრაციული სკოლა); ადამიანური ურთიერთობების ფილოსოფია ან ქცევითი მიმართულება; და მათემატიკური სკოლა. ამა თუ იმ დროს, ჯაჭვის თითოეულ რგოლს ენიჭებოდა უპირატესი მნიშვნელობა. მართვის თეორიის ევოლუციის შედეგად დადგინდა, რომ თითოეული რგოლი ურთიერთდაკავშირებული და საჭიროა.

დროთა განმავლობაში საზოგადოებამ გაცილებით დიდი გამოცდილება მიიღო მენეჯმენტის სფეროში და შესაბამისად, მენეჯმენტი, როგორც მეცნიერება, კიდევ უფრო განვითარდა. დღეისათვის შეიძლება გამოიყოს მენეჯმენტის მეცნიერების განვითარების რამდენიმე ძირითადი მიმართულება:

1. კვლევები საორგანიზაციო კულტურის განვითარების ხელშესაწყობად. საორგანიზაციო კულტურა განიხილება, როგორც მართვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინსტრუმენტი. ის ეყრდნობა ტრადიციებს, ფასეულობებსა და პრინციპებს, რომელიც საზოგადოების მრავალწლიანი ისტორიის მანძილზე არის ჩამოყალიბებული. ამ მიდგომის მიხედვით, მართვა უნდა ეყრდნობოდეს საზოგადოებისათვის მისაღებ პრინციპებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლებელია ადამიანს წარმოექმნას შიდა კონფლიქტი - ორგანიზაციისა და

საზოგადოებრივი ცხოვრების პრინციპებს შორის შეუსაბამობის გამო. მაგალითად, იაპონიას გააჩნია უნიკალური კულტურა, რომელიც განსხვავდება ევროპული ქვეყნებისა და მასთან მიახლოებული ამერიკული კულტურისაგან. სწორედ ამიტომ შეამჩნიეს იაპონელებმა, რომ ტრადიციულ ფასეულობებსა და მართვის თეორიებს შორის არსებობს შეუსაბამობა. ამის შემდეგ, საორგანიზაციო კულტურის იდეა გავრცელდა ევროპასა და ამერიკაში [80].

2. მენეჯმენტის კიდევ ერთი პერსპექტიული მიმართულება დაკავშირებულია საერთაშორისო თანამშრომლობასთან. იმის მიუხედავად, რომ შეიძლება ყველა კომერციული ორგანიზაცია ვერ გადის მსოფლიო ბაზარზე, მსოფლიო ბაზრის ტენდენციები აშკარად მოქმედებს ნებისმიერი ორგანიზაციის პროცესებზე.

3. ახალი ტენდენციები მართვას განიხილავს, როგორც სისტემას. სწორედ მართვის სისტემის იდეა ითვლება დღეისათვის ყველაზე პროდუქტიულად.

4. ტექნიკური პროგრესი უდიდეს გავლენას ახდენს მართვაზე. სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება ტექნოლოგიური ფაქტორები და მათი ურთიერთქმედება საწარმოო პროცესში ადამიანის მონაწილეობასთან.

მართვის მეცნიერული სკოლების განხილვამ გვიჩვენა, რომ რთულია რომელიმე ერთი მიმართულების გამოყოფა და მტკიცება იმისა, რომ სწორედ ეს მიმართულება არის ყველაზე მართებული და ეფექტური ჯანდაცვის სისტემაში გამოსაყენებლად. ჩვენს შემთხვევაში, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების თავისებურებების გათვალისწინება, სადაც ერთი კონკრეტული მიმართულების გამოყენებამ შეიძლება საკმაოდ ნეგატიური შედეგები მოგვიტანოს. გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმები მიმდინარეობს გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან, მაგრამ პროცესი დასრულებული არაა, მართვის ფორმები და ორგანიზაცია ძირულ ცვლილებებს და უწყვეტ სრულყოფას საჭიროებს. შესაბამისად, სწორი მიდგომის შემუშავებისათვის საჭიროა ყველა ზემოთ ხსენებული სკოლის იდეების გათვალისწინება. მართვის პროცესში ყველა ასპექტს - სამედიცინო ტექნოლოგიების სრულყოფას, მართვის ეფექტურობას, ადმინისტრაციულ მიდგომას, სოციალური და ემპირიული იდეების სინთეზს, სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს.

1.2 ჯანდაცვის სფეროს მართვის მეთოდოლოგიური ასპექტები

ეკონომიკურ ლიტერატურაში ტერმინები „მართვა“ და „მენეჯმენტი“ განმარტებულია სხვადასხვაგვარად. საინტერესოა რამდენიმე გავრცელებული დეფინიცია, რომლებშიც ძირითადი აქცენტი გადატანილია მათ მიზნობრიობაზე:

მართვა არის „სხვადასხვა ბუნების ორგანიზაციული სისტემის (ბიოლოგიურის, სოციალურის, ტექნიკურის) ფუნქცია, რომელიც უზრუნველყოფს მათი განსაზღვრული სტრუქტურის შენარჩუნებას, საქმიანობის რეჟიმის მხარდაჭერას, საქმიანობის მიზნისა და პროგრამების რეალიზაციას“ [109].

მართვა არის „სამართავ სისტემაზე ზემოქმედება, მისი საჭირო ქცევის უზრუნველყოფის მიზნით“ [105].

მართვა არის მმართველი სუბიექტებისა და ორგანოების მხრიდან შეგნებული მიზანმიმართული ზემოქმედება ადამიანებსა და ეკონომიკურ ობიექტებზე, რომელიც ხორციელდება სასურველი შედეგების მიღების მიზნით. მართვას ბიზნესის სფეროში, კერძოდ კომერციულ ორგანიზაციაში, ეწოდება მენეჯმენტი [57].

„მენეჯმენტი არის დაგეგმვის, ორგანიზების, ხელმძღვანელობის და კონტროლის მეშვეობით, ორგანიზაციის მიზნების მწარმოებლური და ეფექტიანი მიღწევა“ [79].

„მენეჯმენტი არის ადამიანთა შრომითი საქმიანობის კოორდინაციისა და შეერთების ისეთი პროცესი, რომ იგი იძლეოდეს მაღალ ეფექტს“ [94].

„მართვა არის დაგეგმვის, ორგანიზაციის, მოტივაციის და კონტროლის პროცესი, რომელიც აუცილებელია იმისათვის, რომ ფორმირებული და მიღწეული იქნას ორგანიზაციის მიზნები“ [104].

„მენეჯმენტი არის საქმიანობის განსაკუთრებული სახე, რომელიც არაორგანიზებულ ბრბოს აქცევს მიზანმიმართულ და მწარმოებლურ გუნდად“ [106].

„მართვა და მეცნიერება მართვის შესახებ სხვადასხვა რამ არის. მეცნიერებაში შეიძლება აუხსნა სხვას და ისწავლო შენ თვითონ. მართვაში შეუძლებელია ერთიც და მეორეც. მართვა არის დამოუკიდებელი ათვისება“ [62].

მართვა (მენეჯმენტი), როგორც **მეცნიერება** არის ცოდნის თანმიმდევრული სისტემა, კონცეფციების, თეორიების, პრინციპების, ხერხების და მართვის ფორმების

სახით.

მართვა (მენეჯმენტი), როგორც **ხელოვნება**, არის მართვის შესახებ მეცნიერების მონაცემების ეფექტური გამოყენების უნარი კონკრეტულ სიტუაციაში.

მართვა (მენეჯმენტი) როგორც **ფუნქცია**, არის ადამიანებსა და ეკონომიკურ სუბიექტებზე მიზანმიმართული ინფორმაციული ზემოქმედება, რომელიც ხორციელდება მათი მოქმედების მიმართვის მიზნით სასურველი შედეგის მისაღწევად.

მართვა (მენეჯმენტი) როგორც **პროცესი**, არის მმართველობითი მოქმედებების ერთობლიობა, რომელიც უზრუნველყოფს დასახული მიზნის მიღწევას რესურსების „შემავალად“ და პროდუქციის „გამოსავალად“ გარდაქმნის გზით. მართვა არის სამართავი ობიექტის საქმიანობის ორგანიზაციის პროცესი მართვის სუბიექტის მიერ დასახული ამოცანების მისაღწევად.

მართვა (მენეჯმენტი) როგორც **აპარატი**, არის სტრუქტურებისა და ადამიანების ერთობლიობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ სოციალური სისტემის ყველა რესურსის კოორდინაციას და გამოყენებას დასახული მიზნის მისაღწევად.

გარდა ამისა, არსებობს მრავალი სხვა განმარტება, რომელთა თანახმად მართვა განისაზღვრება როგორც ელემენტი, ფუნქცია, ზემოქმედება, პროცესი, შედეგი, არჩევანი და ა.შ.

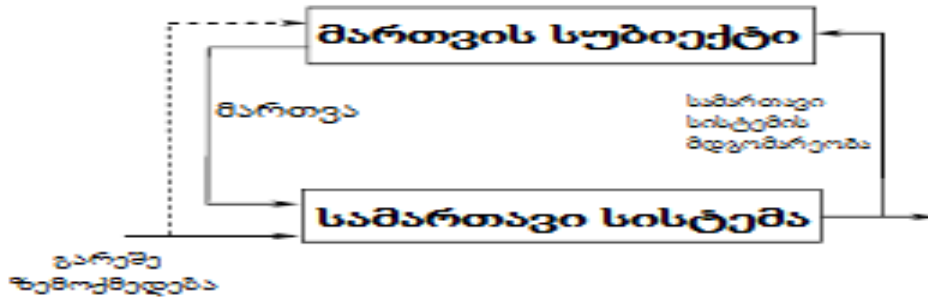
ჩვენ პრეტენზია არ გვაქვს, რომ ჩამოვყალიბოთ მართვის ახალი განმარტება, ვიზიარებთ მოსაზრებას, რომ თუ მართვას ახორციელებს სუბიექტი (ადამიანი), მაშინ იგი უნდა განვიხილოთ როგორც პრაქტიკული საქმიანობა. მართვა არის პრაქტიკული საქმიანობის სახე, მოიცავს მართვის მრავალფუნქციურობას და ერთმანეთთან ათავსებს ამ მცნების განმარტებისადმი სხვადასხვა მიდგომას.

აღვნიშნავთ, რომ თუ მართვა არის მმართველი ორგანოს საქმიანობა, მაშინ ამ საქმიანობის განხორციელება წარმოადგენს მმართველი სისტემის ფუნქციას, მართვის პროცესი შეესაბამება მმართველობითი საქმიანობის პროცესს, ხოლო მმართველობითი ზემოქმედება - მის შედეგებს. თუ მმართველი ორგანო და სამართავი სისტემა წარმოადგენენ სუბიექტებს, მაშინ მართვა არის საქმიანობა, სამართავი სუბიექტის საქმიანობის ორგანიზაციის შესახებ.

ამდენად, მართვის მეთოდოლოგია წარმოადგენს სწავლებას მმართველობითი

საქმიანობის ორგანიზაციის შესახებ, ანუ იმ სუბიექტების საქმიანობის შესახებ, რომლებიც ახორციელებენ სხვა სუბიექტების ან ობიექტების მართვას (იხ. სქემა# 1).

სქემა #1 მართვის სისტემის სტრუქტურა



სამართავი სისტემის მდგომარეობა დამოკიდებულია ფაქტორთა ერთობლიობის ზემოქმედებაზე. მმართველი ორგანოს ამოცანა მდგომარეობს იმაში, რომ განახორციელოს ისეთი მმართველობითი ქმედებები, რომ გარე ფაქტორების მოქმედების გათვალისწინებით უზრუნველყოს სამართავი სისტემის სასურველი მდგომარეობა.

მართვა (მენეჯმენტი) ემსახურება ორგანიზაციის გენერალურ მიზანს, რომელიც ძირითად შემთხვევაში ფორმულირდება როგორც „მაქსიმალური შედეგების მიღწევა მინიმალური დანახარჯებით“. მენეჯმენტი ხორციელდება გარკვეული მექანიზმებით, რომელიც მოიცავს მართვის პრინციპებს, მეთოდებს, ფუნქციებს და ა.შ. მეცნიერული მენეჯმენტის თვალსაჩინო წარმომადგენელმა ა. ფაიოლმა მართვის პრინციპები შემდეგნაირად ჩამოაყალიბა: შრომის დანაწილება მმართველობით ჯგუფის წევრებს შორის კვალიფიკაციისა და პროფესიის გათვალისწინებით; უფლებამოსილებისა და პასუხისმგებლობის რელევანტური გადანაწილება მმართველობითი აპარატის მუშაკებს შორის; ქცევის გარკვეული სავალდებულო წესები ყველასთვის, - დისციპლინა; ერთმმართველობა და მიმართულების ერთიანობა; პირადი ინტერესების დაქვემდებარება საერთო ინტერესებისადმი; მატერიალური და მორალური სტიმულირება, - წახალისება; ცენტრალიზაცია; სკალარული ჯაჭვი; მატერიალური („ყველას თავისი ადგილი და ყველაფერი თავის ადგილზე“) და სოციალური („თითოეულს თავისი ადგილი და თითოეული თავის

ადგილზე“) წესრიგი; მიუკერძოებლობა; პერსონალის სტაბილურობა; ინიციატივიანობა; კოლექტიურობა.

მოგვიანებით, პ. დრუკერმა ჩამოაყალიბა საწარმოს მართვის ძირითადი დებულებები, რომლებიც გარკვეულწილად ჩაენაცვლა ა. ფაიოლის პრინციპებს [82].

საქმიანობის, პირობების, მოთხოვნების, ნორმებისა და პრინციპების გათვალისწინებით მიზნის კონკრეტიზაცია ხდება ამოცანებში. შემდეგ შერჩეული ტექნოლოგიიდან გამომდინარე ხდება რიგი ქმედებების არჩევა და გამოყოფა, რომლებსაც გარემო პირობების გათვალისწინებით საქმიანობის გარკვეულ შედეგებამდე მივყავართ.

საქმიანობის შედეგების შეფასება ხდება სუბიექტის მიერ საკუთარი კრიტერიუმებით, სადაც უნდა იქნეს გათვალისწინებული გარე ფაქტორების ზემოქმედების შედეგები.

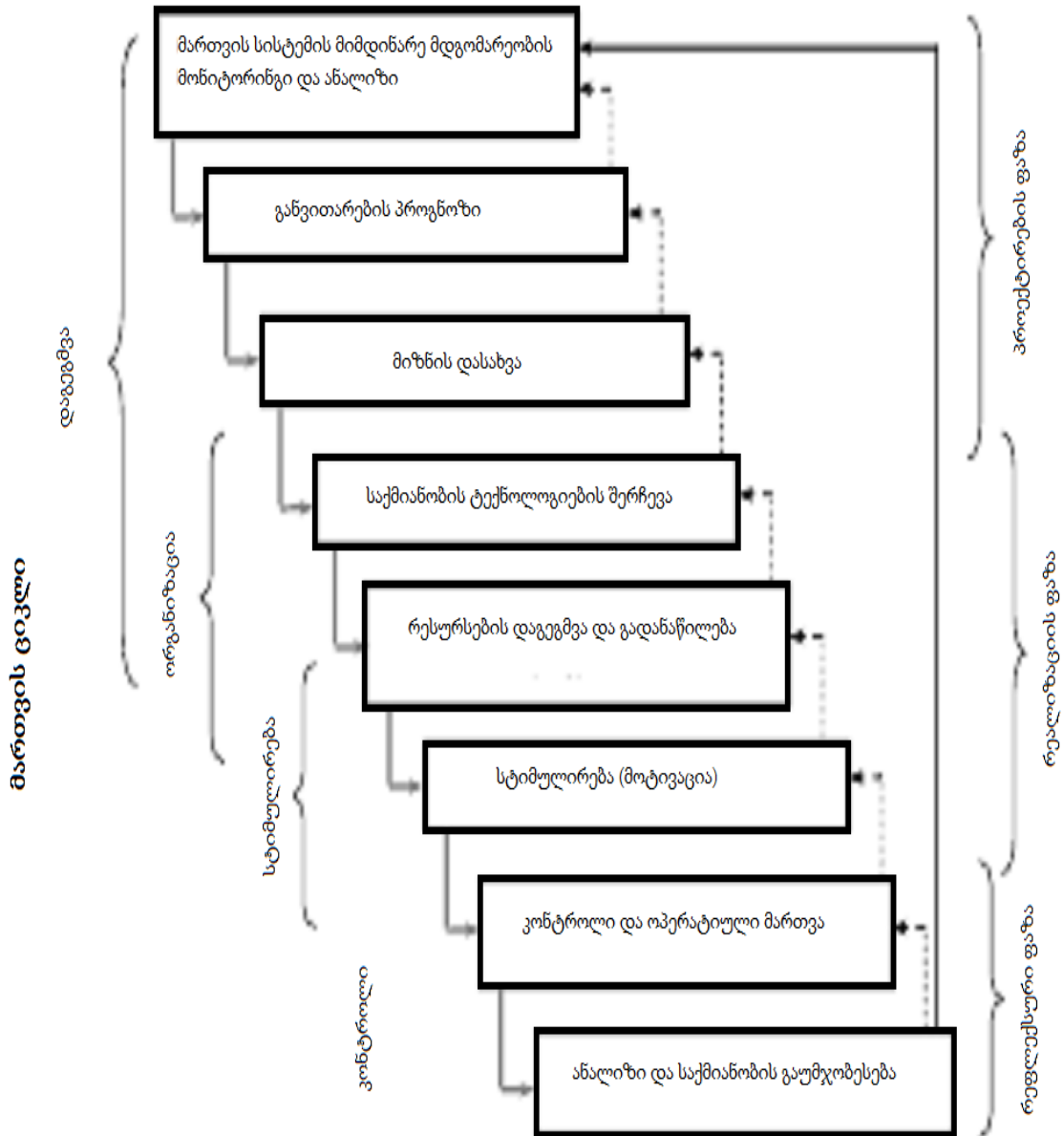
ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია ჰოსპიტალური სექტორისათვის მმართველობითი საქმიანობის ალგორითმი, მართვის მრავალდონიან ორგანიზაციულ სისტემაზე დაყრდნობით, სადაც იერარქიული დონეები შესაძლოა ვარიაბელობდეს ჰოსპიტლის პროფილების რაოდენობის ცვლილებასთან ერთად (იხ. მე-3 თავში). მმართველი ორგანო წარმოადგენს შიდა გარემოს ნაწილს, რომელიც ახორციელებს ჰოსპიტალზე მიზანმიმართულ ზემოქმედებას, რითაც გავლენას ახდენს ჰოსპიტლის საქმიანობის შედეგებზე.

სამართავი სისტემის (მართვის ობიექტის) ფუნქციონირების ეფექტურობის კრიტერიუმები დამოკიდებულია მის მდგომარეობაზე და შეიძლება მმართველობით ზემოქმედებაზეც. თუ ცნობილია სამართავი სისტემის მდგომარეობის დამოკიდებულება მართვაზე, მაშინ მივიღებთ სამართავი სისტემის ფუნქციონირების ეფექტურობის დამოკიდებულებას მმართველობით ზემოქმედებაზე. ამ კრიტერიუმებს ეწოდება მართვის ეფექტურობის კრიტერიუმები.

ამრიგად, მართვის ამოცანას წარმოადგენს მმართველის ზემოქმედების დასაშვები წერტილის მოძებნა, რომელსაც მაქსიმალური ეფექტის მოტანა შეუძლია.

განვიხილოთ მართვის ამოცანების ალგორითმი, რომელიც ასახავს მართვის ამოცანების ზოგად წყობას (იხ. სქემა# 2).

სქემა #2 ჰოსპიტლის მართვის ამოცანების განლაგების ალგორითმი



მიმდინარე მდგომარეობის მონიტორინგი და ანალიზი აუცილებელია იმ ათვლის წერტილის მისაღებად, რომლის მიმართაც მოხდება სისტემის განვითარების შეფასება მმართველობითი ზემოქმედების გათვალისწინებით. სისტემის მიმდინარე მდგომარეობის შედარება იმ მდგომარეობასთან, რომელიც ასახავს „იდეალურ მდგომარეობას“, საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ მისი ფუნქციონირების მიმდინარე ეფექტურობა.

განვითარების პროგნოზი, რომელიც წარმოებულია მმართველობითი ზემოქმედების გათვალისწინების გარეშე, საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ როგორი იქნება მმართველობითი სისტემის ქცევის დინამიკა და რამდენად დაშორდება ან დაუახლოვდება იგი იდეალურ მდგომარეობას, თუ არ მივიღებთ არავითარ დამატებით ზომებს.

მიზნობრიობა გულისხმობს განვითარების ზოგადი მიზნების ფორმულირებას, ასევე ეფექტურობის კრიტერიუმების ჩამოყალიბებას, რომლებიც ასახავენ სისტემის მიმდინარე ან მომავალი მდგომარეობის შესაბამისობას მისი განვითარების მიზნებთან.

დაგეგმვის ეტაპზე ხორციელდება კონკრეტული ამოცანების - მოქმედებების, ღონისძიებების და ა.შ. ფორმულირება, რომლებიც უზრუნველყოფენ დასახული მიზნების მიღწევას ან მაქსიმალურ მიახლოებას არსებულ ან პროგნოზირებულ პირობებში. დაგეგმვისას დასახული ღონისძიებები სისტემის მონაწილეებს შორის ფუნქციების განაწილებასთან ერთად მოითხოვს რესურსებით შესაბამის უზრუნველყოფას (მოტივირებული ფინანსური, საკადრო, ინფორმაციული და სხვა რესურსების ჩათვლით), რაც წარმოადგენს ერთ-ერთ ძირითად ასპექტს, რომელიც უზრუნველყოფს მართვის ფუნქციის განვითარებას. მნიშვნელოვანი და აუცილებელია იმ პერსონალის **მოტივაცია** (სტიმულირება), რომელიც დაგეგმილი ღონისძიებების რეალიზაციას ახორციელებს.

სამართავი სისტემის კონტროლის არსი მდგომარეობს სისტემის ცვლილებების მუდმივ მონიტორინგში. რამდენადაც მმართველობითი სისტემის განვითარება წარმოადგენს დროში უწყვეტ პროცესს, ახალი ინფორმაციის მიღებასთან ერთად შეიძლება საჭირო გახდეს კორექტირებების შეტანა დასახულ ამოცანებში (ოპერატიული მართვის არსი).

მართვის თითოეული ეტაპის დასრულების შემდეგ, შემდგომი ეტაპების წარმატებით განხორციელებისათვის აუცილებელია ანალიზის ჩატარება, განვითარების გამოცდილების განზოგადება, რომელიც უნდა იქნას გამოყენებული მართვის შემდეგი სტრატეგიისა და ტაქტიკის შემუშავებისას. მართვის ამოცანების ერთობლიობის თანმიმდევრული რეალიზაცია შეიძლება განვიხილოთ როგორც სამართავი ობიექტის მიმდინარე მდგომარეობიდან სასურველ მდგომარეობამდე

გადაყვანის პროექტი. ჩამოთვლილი ეტაპები, რომლებიც შეესაბამება მართვის ძირითად ფუნქციებს შეიძლება განმეორდეს, რითაც წარმოიქმნება მმართველობითი ციკლი.

ჯანდაცვის სფეროში საბაზრო ურთიერთობების შეღწევასთან და სამეწარმეო საქმიანობის განვითარებასთან ერთად, მართვის ფორმების, მეთოდების და ორგანიზაციის ტრანსფორმაციის შედეგად იზრდება ინტერესი სამედიცინო მენეჯმენტის მიმართ. ეს არის ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური სისტემის მნიშვნელოვანი რგოლის მართვა საბაზრო კანონებითა და კანონზომიერებებით. სამედიცინო საქმიანობასთან მიმართებაში მენეჯმენტი მართებულია განვიხილოთ, როგორც:

- საწარმო-სამეურნეო საქმიანობის მართვა ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო ორგანიზაციებში, რომლებიც უშუალოდ ეწევიან სამედიცინო მომსახურებას.
- საწარმოო და საბაზრო სამეწარმეო საქმიანობის მართვა ჯანდაცვის კომერციულ ორგანიზაციებში დაქირავებული მენეჯერის ან მესაკუთრის მიერ.
- იმ სამედიცინო პერსონალის მართვა, რომლებიც უშუალოდ ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურებას.

სოციალური ბუნებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის და მენეჯერის როლი. მათი საქმიანობის ხარისხზე დიდად არის დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების გამწევი ორგანიზაციის ეკონომიკური ეფექტიანობა და საქმიანობის ეფექტურობა.

ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაციების მართვაზე გავლენას ახდენს შიდა და გარე გარემოს ურთიერთქმედება, თუმცა გარემოს სკანირება (მონიტორინგი) გარე საფრთხეების თავიდან აცილების და გრძელვადიანი კეთილდღეობის მიღწევის საშუალებას იძლევა. ბიზნესის პრაქტიკულმა გამოცდილებამ დაამტკიცა პირდაპირი დამოკიდებულება გარემოს მონიტორინგსა და ფირმის მოგებას შორის [62].

თითოეული ჰოსპიტალი იმყოფება ძლიერ დიფერენცირებულ გარემოცვაში, რომლის თითოეულ ელემენტს მის საქმიანობაზე განსხვავებული ხარისხის გავლენის მოხდენა შეუძლია. ფირმის ორგანიზაციული გარემოცვის ანალიზი ეფუძნება სისტემების საერთო თეორიას, რომლის თანახმადაც თანამედროვე

ორგანიზაციები და მათ შორის ჰოსპიტალიც, უფრო ღიად და აქტიურად ურთიერთობენ გარემოცვასთან. გარემოცვის ანალიზის ეფექტურობა დამოკიდებულია მენეჯერის კომპეტენტურობაზე ორგანიზაციული გარემოცვის სტრუქტურული შინაარსის საკითხებში და მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისით, რომ ჰოსპიტლის მართვის სისტემამ შეძლოს დროული რეაგირება გარე და შიდა იმპულსებზე.

ორგანიზაციის გარემოში არსებული სამი დონიდან (მაკროგარემო, ოპერატიული გარემო და მიკროგარემო), საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია გარე გარემოს ერთ-ერთი შემადგენელი, - სოციალური კომპონენტი.

სამედიცინო საქმიანობის მართვაში, განსაკუთრებით იმ ნაწილში, რომელიც უშუალოდ ეხება მკურნალობას, სამედიცინო მომსახურების გაწევას, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება თვითმმართველობას. მენეჯმენტში გადამზადებულ ექიმებს და სამედიცინო საქმიანობაში კარგად ჩახედულ მენეჯერებს შესწევთ უნარი გაერკვნენ მკურნალობის შინაარსსა და მეთოდებში, ასევე სამედიცინო მომსახურების გაწევის ეკონომიკურ პროცესებში. გარეშე ჩარევა არაკომპეტენტური პირების მხრიდან, მიუხედავად მათ მიერ დაკავებული თანამდებობისა, შეიძლება გახდეს გამოუსწორებელი შეცდომის მიზეზი.

ცხადია, ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაციის გლობალური საკითხები, რომლებიც ეხება მთლიანად სექტორს და დაკავშირებულია მკურნალობის უსაფრთხოებასთან, მიეკუთვნება ჰოსპიტლის გარე მართვას. მასვე მიეკუთვნება კანონები და კანონქვემდებარე აქტები, რომელიც არეგულირებს სამედიცინო საქმიანობას.

მართვის თეორიაში ასევე გამოიყენება ტერმინი „თვითრეგულირება“, რომლის ქვეშაც იგულისხმება სახელმწიფოს მიერ ისეთი გარეშე რეგულაციების დაწესება (გადასახადები და მისი საპროცენტო განაკვეთები, შეღავათები და შეზღუდვები), რომელიც არ საჭიროებს მართვის ადმინისტრაციულ-გამანაწილებელი მეთოდების გამოყენებას. ეკონომიკური პროცესები რეგულირდება თავისთავად, - გარე ჩარევის გარეშე, ავტომატურად. ეკონომიკურ თეორიაში ასეთი რეგულატორები იწოდება „ინტეგრირებულ სტაბილიზატორებად“. რეალურად თვითრეგულირება უუნაროა დამოუკიდებლად უზრუნველყოს ორგანიზაციის მყარი ფუნქციონირება და უნდა

შეივსოს რეგულაციებით მართვის გარე ორგანოების მხრიდან.

თანამედროვე ლიტერატურაში ჯანდაცვის მართვის რამოდენიმე ძირითადი მიდგომას განასხვავებენ. ზოგიერთი ავტორი ამ ტერმინის ქვეშ გულისხმობს ორგანოებს ან ინსტიტუტებს, რომლებიც განსაზღვრავენ ორგანიზაციული გადაწყვეტილებების მიღების ფორმებსა და პირობებს, ასევე მოიცავენ ორგანიზაციის ელემენტებს (დაგეგმვა და კონტროლი) [9;13].

მართვის ზოგადი თეორიების შესაბამისად, ჯანდაცვის მართვა ეს არის მიზანმიმართული ინფორმაციული ზემოქმედება ჯანდაცვის სისტემის ობიექტებზე (სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები, ფარმაცევტული ორგანიზაციები და სხვა), მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის შენარჩუნებისა და ამაღლების მიზნით ან ამ სფეროში სხვა მიზნების რეალიზაციისათვის.

როგორც აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის სისტემაში მართვას თავისი სპეციფიკა გააჩნია, რომელიც განპირობებულია საქმიანობის განსაკუთრებული მნიშვნელობით და სისტემის ფუნქციონირების სოციალური მიმართულებით. სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის შედეგს წარმოადგენს სოციალური მომსახურება, რაც განსაზღვრავს სამედიცინო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მათი მომსახურების მომხმარებელთან დამოკიდებულების სპეციფიკურ ხასიათს. სამედიცინო მომსახურება არის პირდაპირი კონტაქტი მომხმარებელთან და მათი ჩართვა მომსახურების გაწევის პროცესში, რაც თავის მხრივ გამოიხატება კლიენტებთან მუშაობაში გამოყენებული ტექნოლოგიების მრავალვარიანტულობაში. აქედან გამომდინარეობს გასაწევი სამედიცინო მომსახურების აუცილებლობისა და ხარისხის შეფასების სირთულე, მთლიანად სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობისა და მათი თანამშრომლების შრომის შედეგების შეფასების თავისებურება. ყოველივე ეს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჯანდაცვის სფეროში მართვის ორგანიზაციას.

სამედიცინო მომსახურებას პაციენტისათვის უშუალო ეფექტის გარდა, აქვს საზოგადოებრივ-სოციალური ეფექტიც: საზოგადოება აღიარებს მოსახლეობის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელობას და ჰოსპიტალური სექტორის როლს ამ საქმეში.

ამრიგად, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელ ყველაზე

არსებით ნიშნებს შორის, რომელიც დაკავშირებულია მათი საქმიანობის სპეციფიკასთან და გავლენას ახდენენ მართვის პროცესზე, შეიძლება გამოიყოს:

- ხარისხის განსაზღვრისა და საქმიანობის შედეგების გაზომვის სირთულე;
- ძირითადი საქმიანობის მაღალი სპეციალიზაცია, რომელსაც ხშირად აქვს

სასწრაფო და გადაუდებელი ხასიათი;

- გაურკვეველობისა და შეცდომის უფლების არარსებობა;
- სხვადასხვა ქვედანაყოფების საქმიანობის მჭიდრო კოორდინაციის

საჭიროება;

- თანამშრომელთა მაღალი კვალიფიკაცია;
- მენეჯმენტის მკაცრი კონტროლის აუცილებლობა ექიმების საქმიანობაზე,

რომლებიც თავის მხრივ გავლენას ახდენენ ჰოსპიტლის საქმიანობის მოცულობასა და ხარჯების განსაზღვრაზე;

- სხვადასხვა ქვედანაყოფებს შორის პასუხისმგებლობის გადანაწილების სირთულე და საქმიანობის მჭიდრო კოორდინაციის საჭიროება;

ჰოსპიტლის სპეციფიურობა სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მისთვის დამახასიათებელია ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მათ უფრო ინტენსიურ გამოვლენას და მართვის მეთოდების თავისებურებას.

მეცნიერ-ეკონომისტები ჯანდაცვის სისტემის მართვის სამ მეთოდს გამოყოფენ:

1. **პროგრამული გაძღოლის მეთოდი** მოიცავს პროგრამულ დაფინანსებას, დაფინანსებისათვის აუცილებელი მახასიათებლების დადგენას, სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების აუცილებლობას, ფინანსური ნაკადების დროულ ბრუნვას;

2. **გლობალური გაძღოლის მეთოდი** ხასითდება თავისი ინსტრუმენტებით: სახელმწიფოს მიერ რეგულირებადი ფასწარმოქმნა, საავადმყოფოებში პაციენტთა კონტიგენტისა და საწოლთა რაოდენობის დადგენა, ბიუჯეტის დამტკიცება (ლიმიტირება), გლობალური ბიუჯეტი. ამ მეთოდს რეგიონალურ დონეზე იყენებდნენ და ეხლაც მიმართავენ ისეთი ქვეყნები, როგორებიცაა: შვედეთი, დიდი ბრიტანეთი (კუნძულებზე), თურქეთი (მთიან ზონებში), საფრანგეთი და ესპანეთი (ბასკეთსა და გასკონში).

3. **საბაზრო გაძლოლის მეთოდი** ხასიათდება ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციით, რასაც თან ახლავს საბაზრო კონიუქტურის გააქტიურება სამედიცინო სფეროში, სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სამინისტროს გავლენის შესუსტება, **მსხვილი ჯანდაცვითი კორპორაციების წარმოშობა და განვითარება.**

საბაზრო გაძლოლის მეთოდის გამოყენება დამოკიდებულია საბაზრო კონიუქტორის განვითარების ხარისხზე. იგი დამახასიათებელია განვითარებული კაპიტალისტური ქვეყნებისათვის, რომელთა კლასიკურ მაგალითს ამერიკის შერთებული შტატები წარმოადგენს.

ჯანდაცვის ობიექტების მართვის მეთოდებზე დაკვირვებიდან გამომდინარე, დასაშვებად მიგვაჩნია **მართვის შერეული მეთოდის** გამოყენება. მაგალითად **საბაზრო და პროგრამული გაძლოლის მეთოდების** კომბინაციას შეიძლება მეტი ეფექტი ქონდეს საქართველოს რეალობაში, სადაც საბაზრო მექანიზმები ჩამოყალიბების სტადიაშია, ხოლო პროგრამული დაფინანსების აუცილებლობა მოსახლეობის სოციალური მდგომარეობიდან გამომდინარე გარდაუვალია.

გასათვალისწინებელია ერთი ფაქტი: ჯანდაცვის ბაზარი სხვა ბაზრებისაგან განსხვავებით შედგება იმ იურიდიული და კერძო პირებისაგან, რომელთაც არა მარტო სურვილი აქვთ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების შეთავაზების, არამედ მკაცრად განსაზღვრული განათლების საფუძველზე ისინი ლიცენზირებულ, სერთიფიცირებულ, ე.ი. ბაზრის აღიარებულ წევრებს წარმოადგენენ, რომელთა სამედიცინო პრაქტიკის ოდენობა მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს მომსახურების ხარისხს.

დღეისათვის ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში ძირითადად იმართება პროგრამული გაძლოლის მეთოდით. თავის დროზე, არასაკმარისმა თანხებმა წარმოშვა „შავი ბაზარი“ - პირდაპირი გარიგება ექიმსა და პაციენტს შორის, რამაც მნიშვნელოვნად დააზარალა ჯანდაცვის სისტემა. ბოლო წლებში ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსება არაარსებითად, მაგრამ მაინც გამოსწორდა. თუმცა, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება კვლავ არასაკმარისია ჰოსპიტალური სექტორის წარმატებული ფუნქციონირებისათვის.

საყოველთაოდ მიღებული კლასიფიკაციით გამოიყოფა სამედიცინო დაწესებულების სამი ტიპი, რომელიც შეესაბამება თანამედროვე საზოგადოების სამ

სექტორს (სახელმწიფო, კერძო და არაკომერციული). თითოეული მათგანის მართვას თავისი სპეციფიკა გააჩნია.

1. **სახელმწიფო სექტორი** წარმოადგენს სფეროს, სადაც რეალიზდება ის კოლექტიური სოციალური ფასეულობები, რომელთაც არ შეუძლიათ ადექვატური განხორციელება მის ფარგლებს გარეთ. ჯანდაცვის აღნიშნული ტიპის ფუნქციონირება განისაზღვრება არა ბაზრის კანონების მიხედვით, არამედ საზოგადოებრივი განვითარებისა და პოლიტიკური პროცესების მიმდინარეობისას საზოგადოების მრავალფეროვანი სოციალური და ეკონომიკური ინტერესების გათვალისწინებით. სახელმწიფო სამედიცინო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები ფინანსდება სახელმწიფოს სახსრებით, მოსახლეობისთვის მომსახურების მიწოდება ხდება თვითღირებულებაზე დაბალი ფასებით ან უფასოდ.

2. **კერძო სამედიცინო ორგანიზაციები** ფინანსდება არა სახელმწიფოს მიერ, არამედ დამფუძნებლების შენატანების და სამედიცინო სერვისების მიწოდებით მიღებული შემოსავლების გზით (ფიზიკური ან იურიდიული პირები). დაფინანსების წყაროს გარდა კერძო ორგანიზაციები განსხვავდებიან სახელმწიფო ორგანიზაციებისგან იმითაც, რომ:

ა) მართვა ხასიათდება მეტი მოქნილობით, უმაღლესი მენეჯმენტი სარგებლობს დიდი თავისუფლებით გადაწყვეტილების მიღებისას, მართვის პროცესს აქვს უფრო პერსონიფიცირებული ხასიათი;

ბ) მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღება ნაკარნახევია უწინარეს ყოვლისა ეკონომიკური პარამეტრებით, ვლინდება განსაკუთრებული მგრძობელობა ხარჯების მიმართ. ე.ი. კერძო ორგანიზაციებში მკაცრად არის დაცული შემოსავლებსა და ხარჯებს შორის პირდაპირი შესაბამისობის პრინციპი.

ყოველივე ეს შესაძლებლობას აძლევს კერძო სექტორს უკეთესად დააკმაყოფილოს მოსახლეობის ინდივიდუალური მოთხოვნა მაღალტექნოლოგიურ დონეზე, უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხი. ამავდროულად ეს ორგანიზაციები თავისი ბუნებით წარმოადგენენ კომერციულ ორგანიზაციებს, ანუ უწინარეს ყოვლისა შექმნილნი არიან მათი მესაკუთრეებისათვის მატერიალური სარგებლის მიღების მიზნით.

3. **ჯანდაცვის მართვის მესამე მოდელი** - ე.წ. მესამე სექტორი შექმნილია

არაკომერციული ორგანიზაციების მიერ. ეს ტერმინი პირველად შემოღებულ იქნა აშშ-ში 1970 წელს და იგი მოიაზრებოდა როგორც ალტერნატივა კერძო და სახელმწიფო ორგანიზაციების მიმართ. პრინციპულ განსხვავებებს შორის შეიძლება გამოიყოს:

ა) მათი ფუნქციონირება დამყარებულია მოხალისეობის პრინციპზე, რაც გამოიხატება იმაში, რომ არაკომერციული ორგანიზაციები წარმოიქმნებიან მათი დამფუძნებლების განზრახვის შედეგად - დაკავდნენ ამა თუ იმ სოციალური პრობლემის გადაწყვეტით არაკომერციულ საფუძველზე.

ბ) არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების მიზანს არ წარმოადგენს ჰოსპიტლის საქმიანობიდან მოგების მიღება და მისი განაწილება დამფუძნებლებს შორის. მათ არ ეკრძალებათ კომერციული საქმიანობა, თუმცა კომერციული საქმიანობის ფარგლებში მიღებული შემოსავლები მიმართულია ორგანიზაციის განვითარების და მის წინაშე დასმული მიზნების მისაღწევად.

არაკომერციული ორგანიზაციის თავისებურებები აისახება მართვის ფორმებში, სახელმწიფოსთან და კერძო სექტორთან კავშირის მეთოდებში, დამფუძნებლებსა და მმართველობით პერსონალს შორის ურთიერთდამოკიდებულებაში, მოხალისეთა შრომის ორგანიზაციაში და სხვა.

ამრიგად, მართვის გენერალური მიზნიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის სახელმწიფო და არასახელმწიფო სექტორის მართვის მიზნის განსხვავება შეიძლება ფორმულირდეს შემდეგნაირად: სახელმწიფო სექტორის მართვის მიზანია მოსახლეობის უზრუნველყოფა ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით. კერძო სექტორის მართვის მიზანია მოსახლეობის გადახდისუნარიანი ნაწილის მოთხოვნის დაკმაყოფილება, სახელმწიფო სექტორის დატვირთვის შემცირება, ერთდროულად კომერციული საქმიანობის უზარალობის და ნორმატიული მომგებიანობის მიღწევა.

მართვის ზოგადი ფუნქციებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის სფეროს მართვის ძირითადი ფუნქციებია:

- ეკონომიკური ანალიზი, ანუ ჯანდაცვის საჭიროებისათვის სხვადასხვა სახის რესურსების დანახარჯების შესწავლა, სამედიცინო მომსახურებაზე არსებული მოთხოვნის შესწავლა, ჯანდაცვის სფეროს პრობლემების და ტენდენციების გამოვლენა, სამედიცინო საქონლის და მომსახურების ბაზრის ანალიზი.

- ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ავადობის დონის, სამედიცინო საქონელსა და მომსახურებაზე მოთხოვნილებებისა და საბაზრო მოთხოვნის, ბაზრის ფასების კონიუქტურის, მკურნალობის საშუალებების და მეთოდების ნაწილში სამეცნიერო-ტექნიკური მიღწევების, ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებებისთვის რესურსების გამოყოფის შესაძლებლობების, ჯანმრთელობის დაცვის დასახული პროგრამებისა და პროექტების განხორციელების შედეგების პროგნოზირება.
- ბიუჯეტირება და ბიზნეს-დაგეგმვა, ე.ი. ჯანდაცვის განვითარების პროგრამებისა და პროექტების შედგენა, სამედიცინო აპარატურის შესყიდვის, ჯანდაცვის ახალი ობიექტების ექსპლოატაციის მიმართულებით.
- სამედიცინო ორგანიზაციების ოპერატიული რეგულირება, ჩამოყალიბებული და შექმნილი გარეშე სიტუაციებიდან გამომდინარე, ეკოლოგიური კატასტროფების, ეპიდემიის და სხვა ფორს-მაჟორის დროს.
- ეკონომიკური პროცესების ორგანიზაცია ჯანდაცვაში, რაც გულისხმობს ერთი მხრივ ამ პროცესების მიმდინარეობის რეგულირებას დროსა და სივრცეში, პროცესში მონაწილეთა მოქმედების შეთანხმებულობის მიღწევას. მეორეს მხრივ კი, იმ ორგანიზაციების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი სტრუქტურის ფორმირებასა და გარდაქმნას, რომლებიც დაკავებულნი არიან სამედიცინო საქმიანობით.
- სამედიცინო დაწესებულებების მიზანმიმართული, ეფექტური, შედეგებზე ორიენტირებული საქმიანობის სტიმულირება.
- სამედიცინო დაწესებულებების ეკონომიკური საქმიანობის აღრიცხვა, შიდა და გარე აუდიტორული კონტროლი.

ჯანდაცვის სისტემა, როგორც ნებისმიერი სხვა დარგი, მოითხოვს მართვის ორგანოების სუბიექტზე ზემოქმედების რიგი მეთოდების გამოყენებას. ჯანდაცვის მართვის მეთოდები უნდა ეფუძნებოდეს ობიექტურ საფუძველზე სისტემის მონაწილეების ურთიერთდამოკიდებულებას და უნდა ითვალისწინებდეს ამ სფეროში სუბიექტების ქცევის სპეციფიკურ თავისებურებებს. ზოგადად, შეიძლება გამოიყოს ჯანდაცვის დაწესებულების მართვის მეთოდების სამი ძირითადი ჯგუფი:

ეკონომიკური მეთოდები. შემსრულებლებზე ზემოქმედების ხერხები და მეთოდები, დანახარჯებისა და შედეგების კონკრეტული შეთანაწყობის დახმარებით (მატერიალური სტიმულირება და სანქციები, დაფინანსება და დაკრედიტება,

ხელფასი, თვითღირებულება, მოგება, ფასი). მართვის ძირითადი ინსტრუმენტი - სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემა.

ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი მეთოდები ითვალისწინებენ მართვის ფუნქციების მკაცრ ცენტრალიზაციას დავალების უპირობო შესრულებისთვის. მართვის ობიექტზე ზემოქმედება ხორციელდება ორგანიზაციული რეგლამენტების (ნორმები, ნორმატივები, წესები, ინსტრუქციები, სტანდარტები და ა.შ.), ორგანიზაციულ-მეთოდური და სამართლებრივი აქტების საშუალებით (ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობა და კანონქვემდებარე აქტები, სხვადასხვა მეთოდური დოკუმენტები და სხვ.).

სოციალურ-ფსიქოლოგიური მეთოდები (მორალური წახალისება, სოციალური დაგეგმვა, დარწმუნება, შთაგონება, პირადი მაგალითი, პიროვნებათმორისი და ჯგუფებს შორის ურთიერთობების რეგულირება, კოლექტივში მორალური კლიმატის შექმნა და მხარდაჭერა და სხვა). კომპანიაში ამ მეთოდების გამოყენების დონე მიუთითებს მისი მენეჯმენტის სოციალური პასუხისმგებლობის ხარისხზე.

ბოლო წლებში დამუშავებულია ჯანდაცვის ორგანიზაციის მართვისადმი სპეციფიკური მიდგომებიც: სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის სისტემური ანალიზი, სამედიცინო დახმარების მართვა ინტეგრირებული სისტემების გამოყენებით, იმიტირებული მოდელირების მეთოდი გარდამავალი ეკონომიკის სისტემაში, ექსპერტული შეფასების მეთოდი და სხვა.

მართვის მეთოდოლოგიის სრულყოფის ძირითად მიმართულებად უნდა ჩაითვალოს მართვის კლასიკური მეთოდების ინტეგრაცია და ორიენტაცია ობიექტზე, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სამივე სექტორის ელემენტებს. ასეთ შემთხვევაში მენეჯმენტი უნდა გახდეს იმ ტექნოლოგიის, რომელიც შესაძლებელს გახდის და უზრუნველყოფს შეზღუდული რესურსების რაციონალური გამოყენებისას წარმოქმნილი სირთულეების დაძლევის სახელმწიფო სექტორში.

ჯანდაცვის სისტემა, მისი სოციალური ბუნების გამო, ხშირად საჭიროებს ცვლილებებს, რომელთა მართვა თანამედროვე მენეჯერის უმთავრესი ამოცანაა. არსებობს ცვლილებათა მართვის რამდენიმე ძირითადი მოდელი, რომლებზეც აგებულია თანამედროვე კვლევები. მართვის ამ მოდელს მიეკუთვნება კურტ ლევინის 3-ფაზიანი მართვის მოდელი და ლ. გრეინერის 6-პრინციპიანი

მოდელი. თანამედროვე მენეჯმენტის მეცნიერებიდან გამოირჩევა ჯ. კოტტერის 8-საფეხურიანი მართვის მოდელი.

1995 წელს ჰარვარდის უნივერსიტეტის პროფესორმა – ჯონ კოტტერმა გამოაქვეყნა წიგნი „ცვლილებების მართვა“, სადაც ცვლილების მართვის 8 -საფეხურიანი მოდელი შეიმუშავა [116]:

- **პირველი საფეხური:** საჭიროების შექმნა. იმისთვის, რომ ცვლილება განხორციელდეს, ის საჭირო უნდა გახდეს;
- **მეორე საფეხური:** ძლიერი კოალიციის შექმნა. უნდა შეიქმნას თანამოაზრეთა გუნდი, რომელიც დაგეხმარებათ ცვლილების განხორციელებაში;
- **მესამე საფეხური:** შექმენით ცვლილების ხედვა. ხედვის არსებობა დაგეხმარებათ მიმართულების ჩამოყალიბებაში;
- **მეოთხე საფეხური:** აწარმოეთ ხედვის კომუნიკაცია. იმისათვის, რომ ორგანიზაციის ყველა წევრმა იცოდეს მიმართულება, უნდა განხორციელდეს კომუნიკაციის პროცესი, რომლის მეშვეობითაც ხედვა ორგანიზაციის ყველა საჭირო დონეზე იქნება გადაცემული.
- **მეხუთე საფეხური:** მოაცილეთ ბარიერები. ცვლილებების განხორციელების დროს არაერთი ხელის შემშლელი გარემოება წარმოიქმნება. შესაბამისად, მათი მოცილება აუცილებელია წარმატებული ცვლილებისათვის;
- **მეექვსე საფეხური:** შექმენით მოკლევადიანი მიზნები. წარმატებული პროცესისათვის ცვლილების პროცესის მონაწილეებმა უნდა შეიგრძნონ, რომ ცვლილება სასარგებლოა. მოკლევადიანი მიზნების მიღწევით თანამშრომელთა შესაბამისი მოტივირებაც ხდება, ვინაიდან მიზნის მიღწევის, ანუ პატარა გამარჯვებების „გემო“ კიდევ უფრო გაამყარებს მთავარი მიზნის მიღწევის სურვილს;
- **მეშვიდე საფეხური:** დანერგეთ ცვლილება. გაამყარეთ ცვლილება. დარწმუნდით, რომ პროცესი წარმატებით დასრულდა. გადაამოწმეთ მისი შესრულება;
- **მერვე საფეხური:** გაამყარეთ ცვლილებები კორპორაციულ კულტურაში. განხორციელებული ცვლილებები ორგანიზაციის მუშაობის განუყოფელი ნაწილი უნდა გახდეს. ის უნდა დამკვიდრდეს და ყველასათვის მისაღები სტანდარტის

ფორმა უნდა მიიღოს.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისას მართვის მეთოდოლოგიის ერთი შეხედვით უალტერნატივო მიმართულებას, შესაძლოა პრაქტიკული თვალსაზრისით უამრავი წუნი გააჩნდეს. ჩვენი აზრით, სწორედ მეთოდოლოგიის პრაქტიკულ ასპექტებში გამოვლენილმა ხარვეზებმა შეაფერხა უკანასკნელ წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროცესი.

1.3. ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობის თეორიული წანამძღვრები

მე-18 საუკუნის ბოლოს შოტლანდიელმა ეკონომისტმა და ფილოსოფოსმა ადამ სმიტმა (Adam Smith, 1723-1790) შექმნა კლასიკური ეკონომიკური სკოლა, თავის ცნობილ ნაშრომში “გამოკვლევა ხალხთა სიმდიდრის ბუნებისა და მიზეზების შესახებ”, მოახდინა ეკონომიკური კონცეფციების ანალიზი. სმიტის მეცნიერული თეორიის საფუძველს წარმოადგენდა ადამიანის ქცევის განხილვა სამი მხრიდან: მორალის და ზნეობრიობის პოზიციებიდან; სამოქალაქო და სახელმწიფო პოზიციებიდან; ეკონომიკური პოზიციებიდან. მისი მოძღვრების მთავარი არსი იყო ეკონომიკაში სახელმწიფოს მინიმალური ჩარევის, მიწოდება-მოთხოვნის კანონის შესაბამისად ჩამოყალიბებული თავისუფალი ფასების საფუძველზე საბაზრო თვითრეგულირების იდეა.

საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ადამიანების ქცევას ადამ სმიტი ასე ხსნიდა: “ადამიანს მუდმივად სჭირდება თანამომხმეთა დახმარება, მაგრამ მოლოდინი, რომ ისინი მხოლოდ დიდსულოვნების გამო დაეხმარებიან, უსაფუძვლოა. ადამიანი დახმარებას მაშინ უფრო მიიღებს, როდესაც შეძლებს სხვების დარწმუნებას იმაში, რომ ეს დახმარება მათთვისაც მნიშვნელოვანია. ჩვენი სადილი ყასბის, მეფუნთუშისა და სირაჯის დიდსულოვნების კი არა, იმის შედეგია, რომ ისინი საკუთარ ინტერესებს სცემენ პატივს. ცალკეული პირი ნაკლებად ფიქრობს საზოგადოებრივ ინტერესებზე და იმაზე, თუ თავად რა წილი მიუძღვის მათ დაცვაში. ის მხოლოდ საკუთარ ინტერესს ემსახურება, მაგრამ “უხილავი ხელი” მის

მოქმედებას ისე წარმართავს, რომ საბოლოო ჯამში მისი ქმედება საზოგადოებისთვისაც სასარგებლოა, თუმცა ეს სულაც არ შედიოდა თავად ამ პირის მიზნებში. ხშირად ასე გაუცნობიერებლად მოტანილი სარგებლობა უფრო დიდია, ვიდრე ის, რომელსაც ეს პირი საზოგადოებას მოუტანდა”[46].

ადამ სმიტის აზრით, ეკონომიკის მონაწილეები მოტივირებულნი არიან პირადი ინტერესებით, მაგრამ ბაზარზე მოქმედი “უხილავი ხელი” მათ მოქმედებებს საზოგადოებისათვის სასარგებლოდ წარმართავს. ა. სმიტის მიხედვით, სახელმწიფომ არ უნდა განახორციელოს ჩარევები საბაზრო ეკონომიკაში. მისი აზრით, “ფასის გარდა, ყველა სხვა საგნები თანაბარ პირობებშია”. ჯანდაცვის სექტორში “ყველა სხვა საგნები” ნაკლებად იმყოფება თანაბარ პირობებში.

სახელმწიფოს როლი და მისია საბაზრო ურთიერთობების პირობებშიც უდაოდ მნიშვნელოვანია, აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს მხოლოდ ჩარევის ხარისხი და მასშტაბები.

ამერიკელი ეკონომისტის მარტინ სტიუარტ ფელდშტეინის (Martin Stuart Feldstein) მიხედვით, ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს როლს წარმოადგენს პოლიტიკის განსაზღვრა. სახელმწიფო წყვეტს რამდენი დახარჯოს სამედიცინო სერვისებზე, როგორ განხორციელდეს უკეთ სერვისების წარმოება (მენეჯმენტი და ტექნოლოგია) და როგორ გაანაწილოს სერვისები.

სახელმწიფო ქმნის საზოგადოებრივ სიკეთეს, რომლის წარმოება მხოლოდ კერძო ბაზრის მეშვეობით ეფექტურად არ განხორციელდება. საზოგადოებრივი სიკეთე კოლექტიური მოხმარებისაა. სახელმწიფო დაინტერესებულია მოახდინოს გარეშე ეფექტების კორექცია, უფასო გახადოს იმ პროდუქტების მოხმარება, რომლებიც პირდაპირ არ არის ჩართული საბაზრო გარიგებებში.

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოახდინოს შემოსავლების გადანაწილება. სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით სახელმწიფო გადასახადებს აწესებს საზოგადოების გარკვეულ წევრებზე, რომ განახორციელოს სხვა წევრების სუბსიდირება. ამის ერთ-ერთ მაგალითს წარმოადგენს საქართველოში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამა. აშშ-ში მოქმედებს მედიქეისა (65 წელს ზევით მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის) და მედიქეიდის (ღარიბი

მოსახლეობისათვის) სახელმწიფო პროგრამები [18].

სახელმწიფო უზრუნველყოფს ბაზრის რეგულირებას საბაზრო ნაკლოვანებების პრევენციის მიზნით. აღნიშნული ხორციელდება ანტიმონოპოლიური კანონმდებლობის შემუშავებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულირებით, სამედიცინო ბაზარზე შესვლის შეზღუდვით, ლიცენზირებით და სხვა მექანიზმებით.

ცნობილი ჯანდაცვის ეკონომისტის, ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის პრეზიდენტის, **ტომას გეტზენის** (Thomas E. Getzen) აზრით, “პრობლემა მდგომარეობს არა რეგულაციაში ან კონკრენციაში, არამედ რა კომბინაციები და კომპრომისები უნდა გაკეთდეს” [99].

სახელმწიფოს უმთავრესი როლი მდგომარეობს ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირებაში: ავტორიტეტული გადაწყვეტილებების მიღება საკანონმდებლო, აღმასრულებელ და სასამართლო დონეებზე, რომელთა დანიშნულებაა გავლენა მოახდინონ სხვა სუბიექტების ქმედებებზე, ქცევებზე და გადაწყვეტილებებზე.

პარლამენტი ღებულობს კანონებს, ხოლო რეგულირებები წარმოადგენენ კანონის საფუძველზე შემუშავებულ დეტალურ ინსტრუქციებს, წესდებებს, ბრძანებებს, რომლებსაც ადგენენ აღმასრულებელი ორგანოები და რომლებიც ატარებენ სავალდებულო ხასიათს. რეგიონული და მუნიციპალური მმართველობითი ორგანოები აღნიშნული ინსტრუქციების, ბრძანებების, წესდებების და რეგულირების საფუძველზე მოქმედებენ.

სახელმწიფო მმართველობით ორგანოებთან დაკავშირებით ორი თეორია არსებობს:

- საზოგადოებრივი ინტერესის თეორია – მიღებული კანონის დანიშნულებაა, მის საფუძველზე ისეთი სერვისების დანერგვა, რომელიც შესაბამისობაშია საზოგადოების ინტერესებთან.
- ეკონომიკური თეორია – პოლიტიკური ბაზარი არ განსხვავდება ეკონომიკური ბაზრისაგან. პიროვნებები, ისევე როგორც საწარმოები, მოქმედებენ თავიანთ ინტერესების შესაბამისად.

ამერიკელი ეკონომისტის თომას სოუელის აზრით, პოლიტიკის ფორმულირება პოლიტიკოსებისა და ეკონომისტების ურთიერთქმედების შედეგად

ხორციელდება (Thomas Sowell, 2004). ჯანდაცვის პოლიტიკის მრავალი გადაწყვეტილება ნაჩქარევ, მხოლოდ ერთხელ ნაფიქრალის შეხედულებას ტოვებს, რადგან იგი პოლიტიკური ფაქტორების გავლენის შედეგადაა განპირობებული და შესაბამისად, გათვლილია სწრაფ, მოკლევადიან ეფექტებზე. ეკონომისტების ამოცანაა ჯანდაცვის ისეთი პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც ფოკუსირებული იქნება უფრო გრძელვადიან სტრატეგიაზე.

პოლიტიკის გადაწყვეტილებები მოიცავს სხვადასხვა მხარეებს შორის შეთანხმებებს, საკუთარი ინტერესების დათმობებს, გარკვეული მიზნის მისაღწევად მსხვერპლის გაღებასაც კი. ხშირად, ასეთ საკითხებს განეკუთვნება: მაღალი გადასახადები, მომხმარებელთა არჩევანის შეზღუდვა (საქართველოში ამის მაგალითია რეგიონებში სადაზღვევო კომპანიებისთვის მონოპოლიური პირობების შექმნა), სისტემის სირთულე, მეტი რეგულაცია.

პოლიტიკის შემუშავების პროცესი მოიცავს პოლიტიკის ფორმულირებას (პრობლემების განსაზღვრა და დასაბუთება; გადაწყვეტილებების შეფასება; კანონმდებლობის შემუშავებაში მონაწილეობის მიღება და სხვ.) და მის დანერგვას (მართვის წესების შემუშავება; პოლიტიკის მოდიფიკაციები და მისი დასაბუთება ოპერაციული გამოცდილებისა ფორმალური შეფასების საფუძველზე).

სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულია ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ჩარევები ფორმებისა და ჩარევის ხარისხის მიხედვით. ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ჩარევის ხარისხი დამოკიდებულია ტრადიციებზე, ეროვნულ მენტალიტეტზე და სხვა ფაქტორებზე. სახელმწიფო ჩარევის ხარისხი მუდმივად იცვლება – ძლიერდება იქ, სადაც იგი სუსტია, სუსტდება იქ, სადაც იგი განსაკუთრებით ძლიერია.

აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემიდან გადავიდნენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტულ მოდელზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბევრი ქვეყანა მზად არ აღმოჩნდა ფუნდამენტური რეფორმების ჩატარებისათვის. ერთი შეხედვით, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობა, შეიძლება წარმოვიდგინოთ როგორც უპირატესად მართვის ადმინისტრაციულ მეთოდებზე დაფუძნებული სისტემის ფორმირება. ასეთი სისტემის ძირითად ნიშნებს წარმოადგენს:

- ყველა სამედიცინო ორგანიზაცია სახელმწიფოს საკუთრებას წარმოადგენს, მათ აქვთ სახელმწიფო დაწესებულების სტატუსი, რომელთაც ხელისუფლების აღმასრულებელი ორგანოები (ჯანდაცვის მართვის ორგანოები) მართავენ;
- ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანო წინასწარ განსაზღვრული ნორმატივების საფუძველზე გეგმავს სახელმწიფო დაწესებულებათა ქსელს;
- სამედიცინო დაწესებულების დასაფინანსებლად გამოიყენება არსებული რესურსების (საწოლთა ფონდები, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და ა.შ.) მიხედვით დაფინანსების მეთოდი;
- სამედიცინო დაწესებულებებს არ აქვთ რესურსების თავისუფალი მანევრირების უფლება;
- არ არსებობს სახელშეკრულებო ურთიერთობები დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო ორგანიზაციას (მიმწოდებელს) შორის.

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს სრული ჩარევა მართვის ეკონომიკური მეთოდების როლის დაქვეითებას განაპირობებს. სამედიცინო ორგანიზაციები ორიენტირებული არიან მხოლოდ ნორმატივების სისტემაზე და არ გააჩნიათ საქმიანობის მოცულობის გაფართოების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდის ეკონომიკური სტიმულები.

მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების ბატონობა და რესურსების მაჩვენებლების მიხედვით დაფინანსება წარმოადგენს ჯანდაცვის ექსტენსიური განვითარების საფუძველს. განვითარების ასეთი გზა ეფუძნება დასახული შედეგების მიღწევას მხოლოდ შრომითი და მატერიალური რესურსების გაზრდის მეშვეობით.

საპირისპირო გზას წარმოადგენს ინტენსიური განვითარების გზა, რომლის დროსაც დაგეგმილი შედეგები მიიღწევა როგორც დამატებითი შენატანების, ასევე რესურსების არსებული ბაზის უფრო ეფექტური გამოყენების მეშვეობით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სახელმწიფო ახორციელებს ჯანდაცვისათვის საჭირო სახსრების შეგროვებას და შემოსავლების გადანაწილებას მდიდრებიდან ღარიბებზე (ანუ ხელფასის ან შემოსავლების პროპორციული სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების შეგროვება). შეგროვილი თანხებით სახელმწიფო მოსახლეობისათვის ყიდულობს სამედიცინო მომსახურებას.

პოსტსაბჭოთა ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში სახელმწიფოს არ შეუძლია პაციენტს მისცეს სამედიცინო დახმარების საჭირო მოცულობისა და ხარისხის გარანტია და დაიცვას მისი ინტერესები.

ამრიგად, შეიძლება გავაკეთოთ დასკვნა:

- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ამოცანებს და ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურ გამოყენებას მხოლოდ საბაზრო რეგულატორების გამოყენება არ წყვეტს.

- ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს სრული ჩარევა, რომელიც დაფუძნებულია ადმინისტრაციულ-მბრძანებლურ მართვაზე, აგრეთვე არ წყვეტს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემებს და რესურსების ეფექტურ გამოყენებას.

ბევრ ქვეყანაში მიმდინარეობს საბაზრო რეგულატორების და დაგეგმარების ერთმანეთთან შეთავსების გზების ძიება და შერეული მოდელის დანერგვა.

საქართველოში კონსტიტუციური მოთხოვნის შესრულება - საზოგადოების თითოეული წევრის განსაზღვრულ პირობებში უფასო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა, ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე რეგულარულად უნდა გადაისინჯოს. ამასთან, გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის სფეროს ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემა - წინააღმდეგობა კომერციულ ეფექტიანობას და საზოგადოების სოციალური კეთილდღეობის დონეს შორის. ეს პრობლემა განსაკუთრებული სიმწვავეით თავს იჩენს ჯანდაცვის ძირითად შემადგენელ ბირთვში – ჰოსპიტალურ სექტორში.

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ერთ-ერთი ძირითადი თავისებურებაა - ექიმის გადამწყვეტი როლი ავადმყოფის მოთხოვნის ფორმირებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ყალიბდება მოთხოვნის ზემოქმედების შედეგად, პაციენტს არ გააჩნია საჭირო ცოდნა და სრული ინფორმაცია ამ მომსახურების შესახებ. მომხმარებელი ცუდად ერკვევა მისთვის საჭირო მომსახურების შინაარსში, რაც უძნელებს არჩევანის გაკეთებას და მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულს ხდის მწარმოებლის კვალიფიკაციასა და ზნეობაზე. სხვა სიტყვებით, მოქმედებს მწარმოებლისა და მომხმარებლის ინფორმაციის ასიმეტრიის პრინციპი ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განსხვავებით,

სადაც მომხმარებელი საკმაოდ კარგად ინფორმირებულია.

ექიმი არა მარტო სთავაზობს პაციენტს ინდივიდუალურ დიაგნოსტიკურ პროცედურებს და თერაპიულ ღონისძიებებს, არამედ ირჩევს მკურნალობის ოპტიმალურ ვარიანტს. მოკლედ რომ ვთქვათ, ექიმსა და პაციენტს შორის ჩვეულებრივ ყალიბდება ორი სახის ურთიერთობა: ექიმი ან მიზანშეწონილად თვლის ავადმყოფის მიერ არჩეული მკურნალობის ამა თუ იმ ვარიანტს, ან თვითონ განსაზღვრავს მის აუცილებლობას სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის ხარისხის გარანტიით. სწორედ ექიმი აყალიბებს საკუთრივ მოთხოვნილებას სამედიცინო დახმარებაში, როდესაც ავადმყოფმა ზოგჯერ არც იცის მისი აუცილებლობის შესახებ. ამრიგად, სამედიცინო მომსახურების მართვის თვალსაზრისით გასათვალისწინებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სპეციფიკური ხასიათი, რაც გულისხმობს პაციენტის მხრიდან სამედიცინო მომსახურებაზე ჭარბი მოთხოვნის ხელოვნური ფორმირების შესაძლებლობას ექიმის მიერ, აგრეთვე ექიმებისა და ფარმაცევტების ინტერესების ფარულ გაერთიანებას. ცხადია, მათი მიზანია პირადი მოგების გადიდება მომსახურებაზე ფასების ზრდის ხარჯზე თანამდევით თერაპიული ეფექტის გარეშე.

გასაგებია, რომ სამედიცინო მომსახურების „კომერციალიზაციამ“ სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელი მენეჯერების წინაშე დააყენა ამოცანა - მინიმალური საკადრო, საფინანსო და მატერიალური რესურსებით უზრუნველყოს მაქსიმალური სამედიცინო და ეკონომიკური ეფექტი. მაგრამ ორივე შემთხვევაში უნდა დაკმაყოფილდეს პირობა: რაც ეკონომიკურად ეფექტიანი იქნება, პირველ რიგში ეფექტიანი უნდა იყოს სოციალურად, წმინდა სამედიცინო თვალსაზრისითაც, რადგან საქმე ეხება ადამიანის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს. ასეთ შემთხვევაში ხარჯების მინიმიზაციის და მოგების მაქსიმალიზაციის პრიორიტეტულობა სამედიცინო პერსონალის და მენეჯმენტის მხრიდან არაჰუმანურია.

მსოფლიო გამოცდილება ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სისტემა უფრო ეფექტიანად ფუნქციონირებს საკუთრებისა და მეურნეობრიობის მრავალგვარი ფორმის პირობებში. ამასთან, მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ოპტიმალური თანაფარდობის დადგენა სახელმწიფო და არასახელმწიფო, კომერციულ და

არაკომერციულ ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს შორის. ფასიანი სამედიცინო მომსახურების არასახელმწიფოებრივი სექტორის წარმოქმნა და განვითარება, როგორც გარდამავალი ეკონომიკის შედეგი, ნებისმიერ ქვეყანაში ობიექტურად აუცილებელია მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისა და ფენების სამომხმარებლო მოთხოვნის ღრმა დიფერენციაციის პირობებში. ჯანმრთელობის პოტენციური წარმოადგენს ეროვნული სიმდიდრის ნაწილს და უნდა განიხილებოდეს, როგორც ეკონომიკური კატეგორია. მისი დაცვის, შენარჩუნება - აღდგენისათვის აუცილებელი რესურსები შეზღუდულია და მათი გამოყენება უნდა უზრუნველყოფდეს მოსახლეობის ჯანდაცვას ეკონომიკური უკუგების გათვალისწინებით. ჯანმრთელობის და მისი კვლავწარმოების ამგვარი გაგება გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვაში მეურნეობრიობის ფორმების მრავალსახეობას. ამასთან, მსოფლიო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობის მაღალშემოსავლიანი ფენა უპირატესობას ანიჭებს კერძო სექტორის სამედიცინო მომსახურებას - როგორც უფრო კვალიფიციურს, თანაც პაციენტს ექიმის, სამედიცინო დაწესებულების და მომსახურების ფორმის ფართო არჩევანის საშუალება ეძლევა. ამავე დროს მედიცინის ფასიანი სექტორის ფუნქციონირება ითვალისწინებს არა სახელმწიფოს მიერ შექმნილი ჯანდაცვის მომსახურების შეცვლას, არამედ მომხმარებლის ალტერნატიული, ან დამატებითი მომსახურებით უზრუნველყოფას.

ამ თვალსაზრისით, არასახელმწიფოებრივი სექტორის ფასიანი სამედიცინო მომსახურება, რასაკვირველია, ხელს უწყობს დარგში კონკურენციის გაძლიერებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, აგრეთვე საუკეთესო კლინიკური და სამეცნიერო მიღწევების დანერგვის საშუალებას იძლევა, რომლებიც შემდგომში შეიძლება ფართოდ გავრცელდეს ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში. სხვა საქმეა, რომ ჯანდაცვა როგორც დარგი, ხასიათდება სპეციფიკური ნიშან-თვისებებით, რის გამოც ამ სფეროში ნაწილობრივ შეზღუდულია საბაზრო კანონების მოქმედება. თუმცა, ეს ცალკე განხილვის საგანია. რაც შეეხება საქართველოს, აქ სახელმწიფოს განსაკუთრებული როლი ეკისრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში, თუ გავითვალისწინებთ ქვეყანაში შექმნილ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას და მოსახლეობის ცხოვრების დონეს.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჩატარდა მრავალი გამოკვლევა, რომელმაც მოსახლეობაში სამედიცინო მომსახურებაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება გამოავლინა. ჯერ კიდევ 2002 წელს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის გამოკვლევის (სახელწოდებით - „მოსახლეობის ჯანდაცვის დანახარჯები და არარეგისტრირებული სამედიცინო მომსახურება“) შედეგებმა აჩვენა, რომ ქვეყნის მასშტაბით მკურნალობის შემთხვევაში დაახლოებით 65% ჩატარებულია თვითმკურნალობის ან უფასო მკურნალობის გზით, ნაცნობი ექიმების მიერ (ნათესავი, მეზობელი და ა.შ.); 3% გადაუდებელი ამბულატორული მკურნალობაა; 14,9% - პოლიკლინიკაში მკურნალობის შემთხვევათა მაჩვენებელია; კერძო სექტორში სამედიცინო მომსახურების მაძიებელთა წილი - 10,4%-ს შეადგენს. სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი მომსახურების წილი საკმაოდ შეზღუდულია – 24,6% [18;26].

ცხადია, რომ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მხრიდან სწორი, გააზრებული პოლიტიკის გატარების გარეშე, მომავალში შეიძლება მოხდეს მოსახლეობაში ქრონიკული პათოლოგიების მკვეთრი ზრდა. ამასთან დაკავშირებით, პირველხარისხოვან ამოცანას წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოყოფილი თანხების ეტაპობრივი გაზრდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ მინიმალურად დასაშვებ დონემდე (მშპ-ს 7%) და ისეთი ეკონომიკურ-ფინანსური მექანიზმის დანერგვა, რომელიც უზრუნველყოფს უკვე გამოყოფილი მწირი ფინანსური სახსრების ეფექტიან გამოყენებას.

ამ უკანასკნელი ამოცანის შესრულებას ბევრად განსაზღვრავს ხელმძღვანელი კადრები. დღეს საქართველოში მწვავედ იგრძნობა პროფილურად მომზადებული სამედიცინო-ეკონომიკური კადრების დეფიციტი, რომლებსაც საბაზრო მექანიზმების დამთრგუნველი გავლენისაგან სამედიცინო საქმიანობის ჰუმანური პრინციპების დაცვის უნარი შესწევთ. არცთუ შორეულ წარსულში სამედიცინო დაწესებულებათა ხელმძღვანელებს ფინანსური საკითხები ნაკლებად აღელვებდათ, ვინაიდან ყველა მიმდინარე საწარმოო მოთხოვნილება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან იფარებოდა. დღეს კი სამედიცინო დაწესებულებათა ფინანსური პრობლემები იმდენად გართულდა, რომ ამით ხელმძღვანელთა კომპეტენტურობას და პროფესიონალიზმს ახალ-ახალი მოთხოვნები წაეყენება.

გასათვალისწინებელია ის, რომ ჯანდაცვა, როგორც აღვნიშნეთ, არის მომსახურების ის დარგი, რომელიც საზოგადოებაში დამკვიდრებული იდეოლოგიური ნორმების მიუხედავად, ვერ ჰკუთნებს კომერციალიზაციას. მედიცინის არაკომერციული არსი, ერთი მხრივ, და საზოგადოებრივი წარმოების საბაზრო-ორგანიზებულ სისტემაში თავისი ფუნქციის რეალიზაციის ობიექტური აუცილებლობა, მეორე მხრივ, გარდუვალად ზემოქმედებს ჰოსპიტალური სექტორის საქმიანობაზე. ჰოსპიტლის საქმიანობის ამ წინააღმდეგობრივ მხარეებს შორის აუცილებელია სამედიცინო-ეკონომიკური ბალანსი, რომელიც ათანხმებს მედიცინისა და საზოგადოების ინტერესებს. ასეთი ბალანსის დამყარება და წონასწორობის შენარჩუნება შეუძლია მხოლოდ პროფესიონალ სამედიცინო ეკონომიკურ კადრებს.

აქედან გამომდინარე, გადამწყვეტი როლი ენიჭება სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს, რომლებმაც უნდა უზრუნველყონ, ერთი მხრივ, მომხმარებლების (პაციენტების) მოთხოვნილებების სრულად და ხარისხიანად დაკმაყოფილება, ხოლო მეორე მხრივ, სამედიცინო დაწესებულებებში უმაღლესი ეკონომიკური შედეგების მიღწევა; ამრიგად, ხელმძღვანელს ეკისრება პასუხისმგებლობა სოციალური სამართლიანობის და ეკონომიკური ეფექტიანობის პრინციპების შეხამების უზრუნველსაყოფად.

ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის განხორციელების შედეგად სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება, მკაფიოდ გამიჯნოს სახელმწიფოს და პიროვნების ვალდებულებები სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სფეროში. როგორც აღვნიშნეთ, საქართველოში კონსტიტუციური მოთხოვნაა საზოგადოების თითოეული წევრის დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში (რომელიც რეგულარულად გადაისინჯება სახელმწიფოს ეკონომიკური შესაძლებლობებიდან გამომდინარე) უფასო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა.

ამჟამად, საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის მასშტაბების ზრდასთან ერთად, მნიშვნელოვნად იზრდება მოსახლეობის დაცულობის ხარისხი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისგან. ასევე, ფინანსური ბარიერების შემცირების გზით იზრდება მოსახლეობის მნიშვნელოვანი

ნაწილის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

2011 წელს ჯანდაცვის სფეროში დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 9.4 პროცენტს, ხოლო სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 30 პროცენტს არ აღემატებოდა, რაც ვერ უზრუნველყოფდა სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების სრულად რეალიზაციას [67;68]. ჯანდაცვის სფეროში კვლავ შენარჩუნებულია მძიმე მდგომარეობა, ქვეყანამ მიიღო გადაწყვეტილება 2013 წლის 1 ივლისიდან მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემის შემოღების შესახებ. სექტორში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების მოწესრიგება, პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით და ამბულატორიულ მომსახურებაში სუბსიდირებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და სხვა წარმოადგენს სახელმწიფოს მხრიდან განსახორციელებელ გადაუდებელ საჭიროებას.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, როგორც აღმასრულებელი ორგანო, ვალდებულია უზრუნველყოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების განხორციელება, რომელიც განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციით და შესაბამისი კანონმდებლობით. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლში აღნიშნულია, რომ „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას“ [38].

კონსტიტუციური ნორმის აღსრულებისთვის, საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მე-16 მუხლში ჩამოყალიბებულია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ისეთი აქტუალური მექანიზმები, როგორცაა: სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება; სამედიცინო დახმარების და მომსახურების ხარისხის კონტროლი; სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება; სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება; ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისთვის ხელშეწყობა; პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის

სამართლებრივი უზრუნველყოფა; ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის ხელშეწყობა; სპეციალური სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება; სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელშეწყობა; ქვეყნის ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური კონტროლის განხორციელება; საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელშეწყობა სათანადო ინსტიტუციონალური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით.

გასული საუკუნის 90-იან წლებში განვითარებულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა პროცესებმა, ომმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ და მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაუარესებამ უარყოფითი გავლენა იქონია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ავადობის ტვირთი მძიმედ დააწვა როგორც სახელმწიფოს, ასევე მოსახლეობას. მნიშვნელოვნად შეფერხდა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის და სტრატეგიული გეგმის განხორციელება.

2013 წლის იანვარში გამოქვეყნდა ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, სადაც აღნიშნულია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების კონცეპტუალური ჩარჩო შემუშავებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიზნებისა და ფუნქციების გათვალისწინებით და ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წლების ეროვნული სტრატეგიის პრიორიტეტებზე დაყრდნობით [66].

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის შეფასების კომპონენტებს საფუძვლად დაედო ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის პრიორიტეტები:

- სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობის შემცირება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;
- პაციენტის უფლებების დაცვა;
- დაავადებათა პრევენცია, ჯანმრთელობის საფრთხეებისადმი მზადყოფნა და საპასუხო რეაგირება;
- ჯანდაცვის სფეროს მართვის სრულყოფა და სექტორის ეფექტურობის გაზრდა;

ანალიზმა წარმოაჩინა ის უმნიშვნელოვანესი ინფორმაცია, რომელიც

საშუალებას იძლევა განისაზღვროს, თუ რამდენად კარგად ასრულებს ჯანდაცვის სისტემა აღნიშნული მიმართულებებით დაკისრებულ ფუნქციებს და რა პრიორიტეტები უნდა გამოიკვეთოს სახელმწიფოს მხრიდან მომავალში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებიდან ერთ-ერთია ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება და ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, რომელზეც დამოკიდებულია მოსახლეობის განმრთელობის მდგომარეობა (სტატუსი) და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება. სამედიცინო მომსახურებაზე გარანტირებული და თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობა ასევე დამოკიდებულია ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ეფექტურობაზე.

აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი მშპ-თან და სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში დაბალია და ევროპის უღარიბესი ქვეყნების შესადარისია (შესაბამისად 2011 წ. 1.7% და 4.8%) [68]. სახელმწიფოს მხრიდან გადაუდებელ ამოცანად გვესახება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილის ზრდა, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტთან, ისე მშპ-სთან მიმართებაში, გამოყოფილი თანხების ეფექტურად ხარჯვა, გამოსავალზე და ხარისხზე ორიენტირებული განაწილება.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში სახელმწიფო და კერძო სექტორის წილი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთა შორის მთავარია – ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე და საზოგადოებაში არსებული ფასეულობები. სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული ხარჯები პირდაპირ აისახება ფინანსური დაცვის და სერვისების გამოყენების სამართლიანობის ამოცანებზე.

ჯანდაცვის დანახარჯების ტვირთი ჯერ კიდევ მოსახლეობას აწევს და მათ მიერ გადახდილი თანხების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 70%-ს აჭარბებს. მაგალითად, აშშ-ში, სადაც უპირატესად ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაა განვითარებული, ჯანდაცვის ხარჯების 40%-ის დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამების (“მედიქეა” და “მედიქეიდის”) საშუალებით ხორციელდება.

საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში ათ წლიან დინამიკაში კლებულობს, რაც სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმების, აბსოლუტურ რიცხვებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებისა და დაზღვევით გადახდილი თანხების ზრდით აიხსნება (იხ. ცხრილი #1).

ცხრილი #1 ჯანდაცვაზე დანახარჯების სტრუქტურა და დინამიკა (2002-2011 წლები)

წელი	ჯანდაცვაზე დანახარჯები (მლნ. ლარი)		ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი (%)		ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე, ლარი
	სახელმწიფო დანახარჯი (მლნ. ლარი)	მთლიანი დანახარჯი (მლნ. ლარი)	ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში	
2002	88	651	13.5%	6.3%	20.0
2003	109	725	15.0%	6.7%	25.0
2004	130	836	15.5%	5.4%	30.0
2005	196	998	19.6%	6.0%	45.0
2006	254	1160	21.9%	5.7%	58.0
2007	255	1387	18.4%	4.2%	58.0
2008	343	1661	20.6%	4.9%	78.0
2009	419	1819	23.0%	6.1%	95.0
2010	484	2096	23.1%	6.5%	109.0
2011	422	2292	18.4%	4.8%	94.0

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების სტრუქტურა სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით, ბოლო 5 წლის განმავლობაში შეიცვალა. ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე ხარჯების მაღალი ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში უმნიშვნელოდ შემცირდა, ხოლო ამბულატორიულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების წილი თითქმის უცვლელი დარჩა. ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე ხარჯების მაღალი დონის შენარჩუნება მიანიშნებს, რომ სახელმწიფოს მიერ პირველადი ჯანდაცვის სექტორზე აქცენტის გადატანამ ვერ

მოიტანა სასურველი ეფექტი. ჯანდაცვის სფეროში რესურსების გადანაწილების თვალსაზრისითაც გადამწყვეტი ყურადღება უნდა მიექცეს ჰოსპიტალურ სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების ზრდას.

მოსახლეობის კერძო წესით ან სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე პირთა რაოდენობის ტენდენციების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ 2007 წელს მოსახლეობის მხოლოდ 6% იყო მოცული ჯანმრთელობის დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, ხოლო 2012 წლისთვის უკვე დაზღვეულია საქართველოს ყოველი მეორე მოქალაქე და დაზღვეულთა 75% სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებითაა მოცული. ამ სტატისტიკაში აისახება სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პედაგოგები, მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები, კომპაქტურად დასახლებულ ადგილებში მცხოვრები დევნილები და ა.შ., რომლებიც დაზღვეული იყვნენ ე.წ. 5 ლარიანი სადაზღვევო პაკეტით [47].

თუ 2007 წლამდე სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული პერსონალური სამედიცინო მომსახურების შესყიდვების მართვა ხდებოდა მხოლოდ სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ, 2007 წლიდან ამ პროცესში უკვე მონაწილეობენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები, რომელთა მიერ მართული სახელმწიფო სახსრების წილი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებისათვის გამოყოფილ სახსრებში ყოველწლიურად იზრდებოდა.

2007-2009 წლებში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში მნიშვნელოვანი იყო სადაზღვევო ვაუჩერის ცნების შემოტანა, ბენეფიციარის მიერ სასურველი სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა და სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების ერთწლიანი სადაზღვევო პერიოდი.

2010 წლიდან სადაზღვევო ვაუჩერი გახდა არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური ინსტრუმენტი. სამედიცინო რაიონების მიხედვით დგინდებოდა სადაზღვევო ვაუჩერის ფასი და მზღვეველი კომპანიის გამოვლენა ხდებოდა კონკურსის შედეგად. 2013 წლამდე არამატერიალიზებული ვაუჩერის მფლობელები ხელშეკრულებას აფორმებდნენ საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში კონკურსში გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანიასთან. სადაზღვევო

პერიოდი განისაზღვრებოდა ერთი წლით, იმავე მზღვეველთან ავტომატური განახლების პირობით. ამასთან, სადაზღვევო კომპანიების ვალდებულებას წარმოადგენდა სამედიცინო რაიონში საავადმყოფოების მშენებლობა და რეაბილიტაცია.

2012 წლის სექტემბრიდან განხორციელდა ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამის ტრანსფორმირება სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებად და ამოქმედდა 6 წლამდე ასაკის ბავშვების, საპნისო ასაკის მოქალაქეების, სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა. შედეგად, სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევით მოცულთა რაოდენობამ შეადგინა 1.6 მლნ ადამიანი.

2013 წლიდან განხორციელდა მოსახლეობის დაზღვევით უნივერსალური მოცვა: თებერვლიდან დაიწყო დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის დაზღვევა მინიმალური სადაზღვევო პაკეტით (ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება), არამომგებიანი სადაზღვევო ფონდის მეშვეობით, რომელიც ჩამოყალიბდა 2013 წელს; ივლისიდან მოსახლეობის დაზღვევა განხორციელდა უკვე საბაზისო სადაზღვევო პაკეტით. ასეთი პოლიტიკური ინტერვენციების გატარება სახელმწიფოს მხრიდან აუცილებელი იყო, რათა ჯანდაცვაზე დანახარჯების ოპტიმიზაციით შეემცირებინა სიღარიბის დონე და განეხორციელებინა ეკონომიკური ზრდის ხელშეწყობა მომავალში.

მნიშვნელოვანი მიღწევებია ჰოსპიტალურ სექტორში სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განახლების, რეაბილიტაციისა და ადამიანური რესურსების გადამზადების პროცესში. სამედიცინო ინფრასტრუქტურის მოწყობა ეფუძნება რეფერალურ პრინციპს [66]. მიუხედავად ამისა, აღინიშნება მრავალპროფილური საუნივერსიტეტო კლინიკების ნაკლებობა, სადაც უნდა განხორციელდეს სამედიცინო კადრების მომზადება. აუცილებელია ჰოსპიტლების მკაცრი აკრედიტაციის სისტემის შემუშავება და გამართული რეფერალის ჩამოყალიბება დონეებს შორის.

რეფორმა გატარდა პენიტენციალურ სისტემაშიც: მიმდინარეობს სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული ჯანდაცვის რგოლის რეგულირება

სამოქალაქო სისტემაში არსებული ნორმატივებით.

ჯანდაცვაში პოზიტიურ ძვრებთან ერთად, ცალკეული მიმართულებებით აღინიშნება სტატიკური მდგომარეობა. მაგალითად, ქვეყანაში არ ტარდება მოსახლეობის რეგულარული კვლევები ჯანმრთელობის ისეთი რისკ-ფაქტორების გავრცელების დონის შესაფასებლად, როგორცაა თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება, ჭარბი წონა, დაბალი ფიზიკური აქტივობა და არასწორი კვება, რომელთა გავრცელების დონის ცოდნა და მათ შესამცირებლად ზომების გატარება, სიკვდილიანობის და ავადობის წამყვან მიზეზებზე ზემოქმედების სასიცოცხლოდ აუცილებელი სტრატეგიებია.

ჯანდაცვის სფეროს მმართველობითი ორგანოები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი სტანდარტის მიღწევა და ცხოვრების პროდუქტიულად გატარება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად არის აღიარებული. შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება, მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და ფინანსური რისკებისაგან დაცვა, ყოველი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ეროვნული პრიორიტეტი და პასუხისმგებლობაა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო საქართველოს მთავრობასთან ერთად, პასუხისმგებელია ჯანდაცვის პოლიტიკის, სისტემის ფუნქციონირებისთვის საჭირო ნორმატიული ბაზისა და რეგულირების მექანიზმების შემუშავებაზე, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების წილისა და ბაზისური პაკეტის განსაზღვრაზე, სახელმწიფო პროგრამების შექმნაზე, ადამიანური რესურსების განვითარებაზე, მოსახლეობისთვის სერვისების მიწოდების რეგულირებაზე, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე.

სახელმწიფო პროგრამებისთვის შესყიდვებს და ადმინისტრირებას ახორციელებს სამინისტროს საქვეუწყებო დაწესებულებები: ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტო, სოციალური მომსახურების სააგენტო და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თუმცა, 2007 წლიდან სახელმწიფო სახსრების დიდი ნაწილი (პერიოდული

ცვლილებებით 30-35%; 2010 წელს სავარაუდოდ, 40%) ადმინისტრირებისთვის გადაეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც თავად ახორციელებენ დაზღვეულებისათვის მომსახურების შესყიდვას. 1995 წლიდან, განხორციელდა ზოგიერთი საავადმყოფოს პრივატიზაცია, თუმცა, 2007 წლამდე, სერვისების მწარმოებლების უმეტესობა წარმოადგენდა დამოუკიდებელ სამართალსუბიექტს, რომელთა ქონების 100%-იანი მეწილე იყო სახელმწიფო. 2007 წლიდან დაიწყო სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოების სრული პრივატიზაცია, მაგრამ პროცესი 2010 წლისათვის შეჩერდა. მთავრობამ გააუქმა ხელშეკრულებების ნაწილი (ინვესტორების მხიდან ხელშეკრულების პირობების დარღვევის გამო), თუმცა დღევანდელი მდგომარეობით მიმდინარეობს პრივატიზაციის მორიგი ტალღა.

სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური მომსახურების სააგენტო ადმინისტრირებას უწევს რამდენიმე ათეულ სოციალურ და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას. სააგენტო მრავალმილიონიანი ხარჯების განმკარგავი სამსახურია, რომელიც ორიენტირებულია მრავალფეროვანი მომსახურებისა თუ დახმარების საჭიროების მქონე კონტინგენტის სოციალურ უზრუნველყოფაზე, მოსახლეობის ჯანდაცვისა და სოციალური სახელმწიფო პროგრამებით მაქსიმალურ მოცვაზე. სახელმწიფო პენსია, სოციალური დახმარება, ჯანმრთელობის დაზღვევა, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირთა სათანადო უზრუნველყოფა, მზრუნველობა მოკლებული ბავშვების მეურვეობა-მზრუნველობა და სხვა, ის საკითხებია, რომლის ფარგლებშიც სააგენტოში დასაქმებული 2000-ზე მეტი თანამშრომელი დაახლოებით 2,5 მილიონ საქართველოს მოქალაქეს (საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 60 პროცენტი) ემსახურება. სააგენტო საქართველოს მოქალაქეთა 25%-ზე მეტს უზრუნველყოფს უფასო სამედიცინო დაზღვევით, რაც სახელმწიფო დაფინანსებით ბენეფიციართა სრულყოფილ სამედიცინო მომსახურებას ნიშნავს. სოციალური მომსახურების სააგენტო ასევე მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოა, რომელიც მზრუნველობა მოკლებულ ბავშვებს და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირებს სხვადასხვა პრივილეგიებს, შეღავათებსა და საჭირო მომსახურებებს სთავაზობს, მათი საზოგადოებაში სრულფასოვანი ინტეგრაციის მიზნით.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს ძირითადი მიზანი მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენის მხარდაჭერა, მოქალაქეთათვის გაწეული მომსახურების ხარისხის ამაღლება, სერვისების დახვეწა, მოსახლეობისათვის ადვილად ხელმისაწვდომ და მოქნილ მექანიზმებზე გადაყვანაა.

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებულ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს. საქმიანობის სფეროდან გამომდინარე, სააგენტო მაკონტროლებელი ორგანოა, რომელიც:

- მოქალაქეთა განცხადება-საჩივრების საფუძველზე, შეისწავლის სამედიცინო დახმარების ხარისხს;
- აწარმოებს სამედიცინო დაწესებულებებში სალიცენზიო-სანებართვო (ჰოსპიტალში) და ტექნიკური რეგლამენტით (ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებებში) განსაზღვრული პირობების დაცვის მონიტორინგს;
- ახდენს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების ინსპექტირებას;
- კონტროლს უწევს სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის მიმდინარეობას.

სააგენტო ახორციელებს: სამედიცინო დაწესებულებებზე ლიცენზიებისა და ნებართვების გაცემას; სამედიცინო დაწესებულებების და სასწავლებლების დიპლომის შემდგომ მზადებაზე აკრედიტაციის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას; უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პერსონალის სასერტიფიკაციო გამოცდების ჩატარების და სერტიფიკატის გაცემის ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას; დიპლომის შემდგომი მზადებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების შემუშავებისა და დანერგვის პროცესში მონაწილეობას; შესაბამისი რეესტრების წარმოებას; პროფესიული განვითარების საბჭოს სამდივნოს ფუნქციას; გასცემს ნებართვებს სხვადასხვა ტიპის აფთიაქის ფუნქციონირებასა და კლინიკურ კვლევებზე, ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოებაზე; ახორციელებს ფარმაცევტული პროდუქტის (როგორც უცხოური, ასევე ადგილობრივი წარმოების) რეგისტრაციას; ახორციელებს სამკურნალო საშუალებების მიმოქცევასა და ფარმაცევტულ საქმიანობაზე ზედამხედველობასა და კონტროლს, ატარებს

შესაბამის ღონისძიებებს;

ამრიგად, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს გამართულ და კომპეტენტურ ფუნქციონირებაზე დიდად არის დამოკიდებული მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირება, მაღალი დონის მენეჯმენტის მიერ შესრულებული ფუნქციების ეფექტურობა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში წამყვან ორგანიზაციას წარმოადგენს. ორგანიზაციის ისტორია სათავეს საქართველოში შავი ჭირის სადგურის დაარსების თარიღიდან (1937 წელი) იღებს. საქართველოს დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, 1992 წელს, შავი ჭირის საწინააღმდეგო საქართველოს სადგური განსაკუთრებით საშიში პათოგენების კვლევით ცენტრად გარდაიქმნა. 1995 წელს ჩატარებული სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სისტემის რეფორმის შედეგად კი დაარსდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის სტატუსით. 2007-2010 წლებში მოხდა ცენტრის ფართომასშტაბიანი რეორგანიზაცია, სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის ფუნქციების შემოერთებით.

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საჯარო სამართლის იურიდიული პირია. იგი ანგარიშვალდებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე და ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი საბიუჯეტო ასიგნებებით. გადამდები და არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის განხორციელებაში ცენტრი ეროვნულ დონეზე წამყვან ორგანიზაციას წარმოადგენს. იგი შეიმუშავებს ეროვნულ სტანდარტებს, სახელმძღვანელო რეკომენდაციებს (გაიდლაინებს), ხელს უწყობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, ახორციელებს ეპიდზედამხედველობას, იმუნიზაციის პროგრამას, ლაბორატორიულ სამუშაოებს, კვლევებს, უზრუნველყოფს კონსულტაციებს და რეაგირებს საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საგანგებო მდგომარეობებზე. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის და შესაბამისი პოლიტიკის შემუშავების პროცესის ხელშეწყობის მიზნით, დაავადებათა

კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი აწარმოებს ჯანდაცვის სტატისტიკას.

2013 წელს საქართველოს მთავრობის განკარგულების საფუძველზე, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი განვითარების შემდეგ ეტაპზე გადავიდა [39]. განხორციელდა რ. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევითი ცენტრის ინტეგრაცია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან, რის შედეგადაც იგი რეგიონში გამორჩეული გახდა ლაბორატორიული შესაძლებლობებით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და ბიოლოგიური უსაფრთხოების სფეროში. მისი შემდგომი განვითარების სტრატეგია შემუშავებულია და ეფუძნება საქართველოს კონსტიტუციას და საქართველოს კანონებს, კერძოდ: ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ; აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ; იოდის, სხვა მიკროელემენტებისა და ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის შესახებ; ასევე საქართველოს პარლამენტის მიერ რატიფიცირებულ საერთაშორისო ხელშეკრულებებს და კონვენციებს.

პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დაცვა ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენს. შესაბამისად, საქართველოში პაციენტის ინტერესების დაცვის მექანიზმების უფრო ფართოდ ამოქმედება სადაზღვევო თუ სამკურნალო ურთიერთობებში დიდ მნიშვნელობას იძენს. აღნიშნულთან დაკავშირებით, საერთაშორისო გამოცდილებიდან გამომდინარე, 2008 წელს დაარსდა ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური, რომელიც 2012 წლის ივნისში ჩამოყალიბდა როგორც სსიპ „სამედიცინო მედიაციის სამსახური“. მედიაციის სამსახურის შექმნა ის პირველი ნაბიჯია, რომელიც პაციენტებს საშუალებას აძლევს, იბრძოლონ თავიანთი დარღვეული უფლებების დასაცავად.

მედიაციის სამსახურის შესაძლებლობების გაზრდა პაციენტის უფლებების დაცვის მიმართულებით, უფლებამოსილების დელეგირება - სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს საჭიროების შემთხვევაში ფინანსური სანქციები დააკისროს, ის მექანიზმებია, რომლებიც კანონში უნდა ჩაიდოს.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პოლიტიკის დანერგვის მიზნით,

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ახდენს პოლიტიკის შეფასების სამი უმნიშვნელოვანესი დოკუმენტის შემუშავებას: „საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება“, „საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება“ და „ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები“. აღნიშნული დოკუმენტები მნიშვნელოვან ინფორმაციას შეიცავს ჯანდაცვის დანახარჯების, რესურსების განაწილების, ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური თუ ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესახებ და ხელს უწყობს სწორი ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრას, პროცესის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფას.

სამედიცინო სფეროს რეგულირების უმთავრესი დანიშნულებაა, საზოგადოებისათვის სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა, რაც სამი ძირითადი ფუნქციით მიიღწევა: სტანდარტების შემუშავება; სტანდარტების დაცვის მონიტორინგი და შეფასება; სტანდარტების დაცვის უზრუნველსაყოფად ეფექტური მარეგულირებელი ინსტრუმენტების შემუშავება და განხორციელება.

ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევებზე რეაგირება და საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა არ განეკუთვნება მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მოვალეობას, ეს პრობლემები ქვეყნის მთელი აღმასრულებელი ხელისუფლების პრეროგატივაა. ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტების კომპლექსურობიდან გამომდინარე, საჭიროა დარგთაშორისი კოორდინაციის ეფექტური მექანიზმებისა და ორმხრივი სამოქმედო გეგმების შემუშავება განათლების, სოფლის მეურნეობის, პენიტენციური და სხვა დარგობრივ სამინისტროებთან თანამშრომლობით. ამ მიმართულებით გარკვეული დადებითი წინსვლა შეიმჩნევა.

2010 წელს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა საქართველოს ჯანდაცვის მართვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის სტრატეგია „ჯანმრთელი საქართველო შენთვის“. ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემა აკავშირებს სადაზღვევო კომპანიებს, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს, ფარმაცევტულ დაწესებულებებს და მარეგულირებელ ორგანოებს, რათა გაცვალონ სარწმუნო ინფორმაცია, გაზარდონ

ინფორმაციის ხარისხი და ეფექტურად მართონ რესურსები.

ელექტრონული ჯანდაცვა შემდეგი ძირითადი კომპონენტებისაგან შედგება: ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემა (EMR); ფინანსური აღრიცხვა; სამედიცინო საქმიანობის რეგულირება; სადაზღვევო კომპანიების, სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების საინფორმაციო პორტალი; ელექტრონული რეცეპტისა და ფარმაცევტული სექტორის მართვა; იმუნიზაცია და ვაქცინაცია; სამედიცინო მედიაცია და სხვ.

ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემაში აუცილებელია ისეთი რეფორმის გაგრძელება რომლის საფუძველზეც სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების პარალელურად, შეიქმნება ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული ბაზარი.

თავი II. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის თანამედროვე მდგომარეობის ანალიზი და შეფასება

2.1. ჰოსპიტალური სექტორის საბაზრო პირობებში ფუნქციონირების ძირითად მაჩვენებელთა სისტემის ანალიზი და შეფასება

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში, ჰოსპიტალი დანიშნულების, როლისა და მოთხოვნების გათვალისწინებით, წარმოადგენს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მნიშვნელოვან რგოლს. ჰოსპიტალი სამედიცინო დაწესებულებაა, რომელშიც ხორციელდება პაციენტის სტაციონარული მომსახურება (ლათინურად ჰოსპიტლის - სტუმართმოყვარე, ჰოსპეს - სტუმარი, მდგმური).

ჰოსპიტლის როლის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა ჰოსპიტლის საჭირო რაოდენობა, ტიპი, მოცულობა, მათი არსებობისათვის საჭირო ადამიანური, ფინანსური და მატერიალური რესურსების რაოდენობა. ყოველივე ეს ხელს უწყობს ჰოსპიტლის ინტეგრაციას სამედიცინო სერვისების ერთიან სისტემაში.

ჰოსპიტლის განვითარების ყველა ეტაპი მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ქვეყანაში საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან. ჯერ კიდევ უძველეს ეგვიპტურ და ბერძნულ წყაროებში გვხვდება ცნობები ჰოსპიტლის ფუნქციების მქონე სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ. ანტიკური ხანის იმპერიებში ჰოსპიტლები ძირითადად ეწყობოდა ტაძრებთან. ისინი წარმოადგენდნენ არა მხოლოდ ავადმყოფთა თავშესაფარს, არამედ მათი მკურნალობის ადგილსაც. ჰოსპიტალური ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები დიფერენცირდება შემდეგნაირად [49;50]:

სავადმყოფო - Hospital - ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც გათვალისწინებულია სტაციონარული დახმარების აღმოსაჩენად.

დისპანსერი - Dispensary - ჰოსპიტლის ჩარჩოებში მოქმედი ან დამოუკიდებელი სპეციალიზებული ამბულატორიული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომლის მიზანია (მკურნალობის გარდა) დაავადებათა წინააღმდეგ წინასწარ ზომების მიღება პაციენტთა ჯგუფების სისტემატური გამოკვლევისა და

მონიტორინგის მასობრივი კამპანიის, ასევე დისპანსერიზაციაზე აყვანილ და პროფილურ ავადმყოფთა მკურნალობის მეშვეობით. ყოველი დისპანსერი სპეციალიზებულია რაიმე დაავადების (მაგალითად, ტუბერკულოზის, კანისა და ვენერიულ სნეულებათა და სხვ.) ან მოსახლეობის განსაზღვრულ (მაგალითად ასაკის, დასაქმების მიხედვით) ჯგუფთან მუშაობის შესაბამისად.

დღის სტაციონარი - day hospital - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ერთ-ერთი სახეა, სადაც დღის განმავლობაში ემსახურებიან პაციენტებს, რომლებიც სადამოს სახლში ბრუნდებიან. დღის სტაციონარი არ ემსახურება ამბულატორიულ ავადმყოფებს, რომელთაც ხანგრძლივი და ინტენსიური მკურნალობა ესაჭიროება და არც იმათ, ვისაც არადაამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები აქვს.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ თანამედროვე ჰოსპიტლების ფუნქციები შემდეგნაირად განსაზღვრა:

1. აღდგენითი ფუნქციები: დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, გადაუდებელი დახმარება და რეაბილიტაცია.
2. პროფილაქტიკური ფუნქციები: ფიზიოლოგიური მდგომარეობების სამედიცინო კონტროლი (მაგალითად ორსულობის, მშობიარობის), ინფექციურ დაავადებათა პრევენცია და სხვა.
3. სასწავლო და სამედიცინო-კვლევითი ფუნქციები: სამედიცინო კადრების მომზადება-გადამზადება, ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ფაქტორების ზეგავლენის შესწავლა ადამიანის ჯანმრთელობაზე [123].

აღნიშნული ფუნქციების რეალიზაციის გზაზე მსოფლიოს მასშტაბით ჰოსპიტალური სექტორის წინაშე დასმულია რესურსების ოპტიმიზაციის და ხარჯთეფექტურობის ამოცანა. დასახული მიზნის მისაღწევად დღესდღეობით, როგორც მრავალპროფილურ, ისე სპეციალიზებულ ჰოსპიტალში უდიდეს მნიშვნელობას იძენს მმართველი რგოლის კომპეტენცია ისეთი მიმართულებებით, როგორცაა:

- საწოლთა ფონდის მართვა;
- სამედიცინო საქმიანობების აღრიცხვა და მართვა;
- სამკურნალწამლო საშუალებებით ჰოსპიტლის მომარაგება და მართვა;

- ჰოსპიტლის მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა;
- კადრების აღრიცხვა და მართვა;
- არქივის მართვა და სამედიცინო სტატისტიკის წარმოება;
- ხარისხის კონტროლი და სხვ.

თანამედროვე ჰოსპიტალი წარმოადგენს რთულად სამართავ ორგანიზაციას, ამიტომ მსოფლიო მასშტაბით შემუშავებულია მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია როგორც ცალკეული ჰოსპიტლის, ისე მთლიანად ქვეყანაში არსებული ჰოსპიტალური სექტორის მდგომარეობის შეფასება.

ჰოსპიტალურ საწოლთა რიცხვი. საავადმყოფოს საწოლი - hospital bed - სამედიცინო პერსონალით, საჭირო აღჭურვილობითა და ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფილი ადგილია, სადაც პაციენტებს სამედიცინო დახმარებას უწევენ ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან ჰოსპიტალიდან გაწერის დღემდე. საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი ორჯერ აღემატებოდა ევროპის ქვეყნების მაჩვენებელს. სწორედ ამიტომ, ამ პრობლემის აღმოფხვრა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხად იქცა. ქვეყანამ მიზნად დაისახა საწოლთა რიცხვის ოპტიმიზაცია არა რეგიონალური პრინციპით, არამედ სპეციალიზაციის მიხედვით.

საწოლის დაკავების (დატვირთვის) მაჩვენებელი განსაზღვრავს წლის განმავლობაში პაციენტთა მიერ საწოლის დაკავების დღეების საშუალო რაოდენობას (bed day - საწოლის დაკავების დღეთა რაოდენობა წლის განმავლობაში). აღნიშნული მაჩვენებელი წარმოაჩენს თუ რამდენად ეფექტურად მოქმედებს როგორც ჰოსპიტლის მენეჯმენტი, ასევე პერსონალი, რათა მაქსიმალურად დაიტვირთოს საწოლი. საწოლის წლიური დატვირთვის გაზრდა შესაძლებელია ხელოვნურადაც - ავადმყოფის საწოლზე დაყოვნების დროის გაზრდის ხარჯზე (სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობა - length of stay (LOS) - იმ დღეთა რაოდენობა, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იმყოფება სამკურნალო დაწესებულებაში). საბაზრო ეკონომიკის პირობებში საწოლის მოცდენა დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული, ამიტომ მნიშვნელოვანია ამ მაჩვენებლის კონტროლი (რიგ ქვეყნებში პრობლემა ნაწილობრივ გადაწყვეტილია “მოცდის ფურცლის” შემოღების ხარჯზე).

დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა - Average Length of Stay (ALOS) - პაციენტ-

დღეების საშუალო რაოდენობა მოცემულ პერიოდში, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იღებს სამედიცინო მომსახურებას. დროის საზომად გამოიყენება დღე. ეს არის დღეების საშუალო რიცხვი, რომლის მანძილზეც სტაციონარული ავადმყოფი ყოვნდება ჯანდაცვით დაწესებულებაში და მიეწოდება სამედიცინო მომსახურება. ALOS მაჩვენებელი განისაზღვრება მოცემულ პერიოდში გაწერილ ავადმყოფ-დღეთა სრული რიცხვის ფარდობით გაწერილ ავადმყოფთა რიცხვზე. აღნიშნული მაჩვენებელი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია ჰოსპიტლის მუშაობის ეფექტიანობის შესაფასებლად. შესაძლოა ამ დროის გახანგრძლივება განპირობებული იყოს დაავადების გართულებით. პრაქტიკაში ასევე გვხვდება საწოლზე ავადმყოფის დაყოვნების ვადების შემცირებაც, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს მკურნალობის ეფექტიანობის გაზრდა და ავადმყოფთა ნაკადის ოპტიმიზაცია, საწოლ-დღის ფასის ზრდა და სოციალური მოტივები.

საწოლის ბრუნვა - bed turnover - ერთ საწოლზე ნამკურნალებ ავადმყოფთა საშუალო რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში, - ჩვეულებრივ ერთი წლის განმავლობაში.

საწოლით უზრუნველყოფა - bed/population ratio - საწოლთა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე. ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს ითვალისწინებენ სხვადასხვა პროფილის საწოლების რაოდენობას. მაგალითად, შეიძლება განისაზღვროს საწოლებით ფაქტობრივი უზრუნველყოფა, ასევე საწოლების საჭიროება და ა.შ. ყველა შემთხვევაში ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს აუცილებელია გამოსაყენებელი საწოლის პროფილის ზუსტი განსაზღვრა.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი - readmission rate - ჰოსპიტალში იმავე დიაგნოზით, განმეორებით მოხვედრილ ავადმყოფთა რაოდენობა. წარმოადგენს დაწესებულების მუშაობის ხარისხის ერთ-ერთ მაჩვენებელს.

ჰოსპიტლის საქმიანობის ინდიკატორები ზოგადად საშუალებას იძლევა შეფასებულ იქნეს პერსონალის, სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯმენტის, ქვეყნის ჰოსპიტალური სექტორის ფუნქციონირების ეფექტურობა. აღნიშნული ინდიკატორები გამოიყენება ისეთი ასპექტების აღსაწერად როგორცაა ფინანსური სტაბილურობა, ტექნიკური აღჭურვილობის ხარისხი, პაციენტთა დაკმაყოფილების ხარისხი, კვალიფიციური კადრები, სამედიცინო დაწესებულებათა გამოყენების

ხარისხი. ჩამოთვლილი და სხვა კრიტერიუმები ასახავენ როგორც მიმდინარე საქმიანობას, ასევე საქმიანობის უშუალო, უახლოეს შედეგებს.

მოსახლეობის სტრუქტურული ცვლილებების და თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიური პროგრესის მიუხედავად, ჰოსპიტალი დღემდე რჩება ჯანდაცვის ერთიანი სისტემის კონსერვატორ ფლაგმანად. იგი წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან ელემენტს, რომლის სპეციფიკის გათვალისწინების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. ჰოსპიტლის მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემაში განისაზღვრება შემდეგი გარემოებებით: ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსებაზე დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში იხარჯება ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითქმის 50 %, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში თითქმის 70%; ჰოსპიტლის წამყვანი ადგილი ჯანდაცვის სისტემაში, განსაზღვრავს ხელმისაწვდომობას მაღალსპეციალიზებული ჯანდაცვის სერვისებზე და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანდაცვის მომსახურებაზე მთლიანად; ჰოსპიტლებში დასაქმებულია ჯანდაცვის პროფესიონალების წამყვანი „ფენა“. სამედიცინო ტექნოლოგიების და ფარმაცევტული წარმოების პროგრესის, ასევე, მტკიცებულებაზე დამყარებული მედიცინის მზარდი მნიშვნელობის გამო, ჰოსპიტალი წარმოადგენს ფაქტორს, რომელიც უმნიშვნელოვანეს გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მთლიანობაში.

ჰოსპიტლის ფუნქციონირების მიმართულების განსაზღვრისას გასათვალისწინებელია, რომ ამ სფეროში ცვლილებების შედეგების აღქმას შეიძლება წლები დასჭირდეს. ქვეყანაში ცენტრალურ და რეგიონალურ დონეზე არსებობს მნიშვნელოვანი შეუსაბამობა ჰოსპიტლების რესურსებსა და მათი საქმიანობის შედეგებზე ინფორმაციას შორის. აღნიშნული წარმოადგენს მნიშვნელოვან, გასათვალისწინებელ ფაქტორს ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

ჰოსპიტალური სექტორის ფუნქციონირების ეფექტიანობის განსაზღვრა უნდა განხორციელდეს **სტრუქტურული** (ორგანიზაციული სტრუქტურის სრულყოფა; მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესება), **პროცესის** (რესურსების ეფექტური მენეჯმენტი; სამედიცინო დახმარების უსაფრთხოება; ხარისხის უზრუნველყოფა) და **საბოლოო შედეგის** (ფუნქციონალური ქმედითუნარიანობის პროგრესი; თვითორგანიზაციისა და თვითკონტროლის მიღწევა) ინდიკატორებით.

ჯანდაცვის ეკონომიკის თანამედროვე მკვლევარი თ. ვერულავა ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემებისგან გამოყოფს: რესურსების არაადექვატურ განაწილებას (საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვა სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკურად არაეფექტური სახეების მიწოდებაზე, როდესაც უფრო გავრცელებული დაავადებების მკურნალობის ეფექტური მეთოდები იგნორირებულია); არაეფექტურობას (დაუსაბუთებელ სამედიცინო მომსახურებაზე სახსრების გაუმართლებელი ხარჯვა, სამედიცინო პერსონალის და საავადმყოფო საწოლების ფონდის არაეფექტური გამოყენება) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდას (სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდის ტემპები აღემატება ეკონომიკური ზრდის ტემპებს) [18].

გარდა აღნიშნულისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთერთმეტე სამოქმედო პროგრამაში (2006-2015 წწ.) მოცემულია ჯანდაცვის სფეროში არსებული გლობალური პრობლემები: სოციალური სამართლიანობის ნაკლებობა; პასუხისმგებლობის დეფიციტი; პრობლემები დანერგვასა და განხორციელებაში; ცოდნასა და ქმედებებს შორის არსებული შუალედი [123].

აღნიშნული პრობლემები უშუალო კავშირშია და პირდაპირ გავლენას ახდენს ჰოსპიტალური სექტორის მართვის ფორმების ჩამოყალიბებაზე.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სამედიცინო მომსახურება.

საბაზრო ურთიერთობების პირობებში, ჰოსპიტლის ეფექტური მართვის და შეზღუდული რესურსების ეფექტური გადანაწილების მიზნით სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ავადობის და სიკვდილიანობის სტრუქტურის ანალიზი და შეფასება.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები: დემოგრაფიული მაჩვენებლები; ავადობა; დაინვალიდება (მყარი შრომისუნარობა); ფიზიკური განვითარება.

აღნიშნული მონაცემების კომპლექსური გამოყენება საშუალებას იძლევა შეფასდეს ჯანმრთელობა, დადგინდეს მოსახლეობის ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობის დონე.

არსებული მონაცემებისა და სტატისტიკური ინფორმაციის განზოგადებით გამოვყავით ჯანმრთელობისა და სამედიცინო-დემოგრაფიული პროცესების

დინამიკის შემდეგი ძირითადი ტენდენციები:

1. მოსახლეობის ბუნებრივი კლება, რომელიც გამოწვეულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუარესებით, საერთო და ასაკობრივი სიკვდილიანობის მატებით შობადობის შემცირებით;
 2. მოსახლეობის მიგრაციული აქტივობა, იძულებით გადაადგილება, ეკომიგრაცია, რაც უარყოფითად აისახება მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;
 3. მოსახლეობის დაბერება, 40 წელს ზევით მოსახლეობის ხვედრითი წილის ზრდა, რაც იწვევს ქრონიკულ დაავადებათა რიცხვის მატებას, სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ცვლილებას და სამედიცინო და სოციალური დახმარების ახალი ფორმების დანერგვის აუცილებლობას;
 4. მოსახლეობის სტრუქტურის ცვლილება. 30 წლამდე მამაკაცების, ასევე 70 წელს ზემოთ ქალების სიჭარბე;
 5. შობადობის დონის შემცირება, რაც ძირითადად დაკავშირებულია სოციალურ და ეკონომიკურ კრიზისებთან;
 6. ავადობის ზრდა, მრავალი ავადმყოფობის „გაახალგაზრდავება“ (ოსტეოქონდროზი, სიმსუქნე, გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებები) გარემოს დაბინძურების, იმუნიტეტის დაქვეითების და სხვა მიზეზებით;
 7. ინფექციური და ვირუსული დაავადებების ზრდა (დიფტერია, წითელა, სხვადასხვა ვირუსული ჰეპატიტები, ჰერპესი);
 8. ტრავმებისა და მოწამვლების ზრდა, ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ალერგიული ბუნების, ასევე ძვალ-სახსროვანი სისტემის დაავადებები, თანდაყოლილი ანომალიები;
 9. დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი, მიუხედავად შემცირების ტენდენციისა;
 10. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა;
 11. ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ნარკომანიის და სხვა მავნე ჩვევების არსებული ტენდენციების შეჩერების და გაუმჯობესებისათვის ზრუნვის საჭიროება;
- ამრიგად, მიუხედავად მოსახლეობის ჯანდაცვის სფეროში გადადგმული

ნაბიჯებისა, სისტემა კვლავ საჭიროებს მნიშვნელოვან ინვესტიციებს სახელმწიფოს მხრიდან, რაც გვესახება გადაუდებელ ამოცანად ქვეყნის ეკონომიკური წინსვლის და შრომითი პოტენციალის დანაკარგების შემცირების გზაზე.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰოსპიტალური სექტორის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მაჩვენებლები:

- საწოლთა რაოდენობის მაჩვენებლის დინამიკა (სულ ქვეყანაში და რეგიონების მიხედვით);
- საწოლების დატვირთვის მაჩვენებლების დინამიკა (სულ და რეგიონები);
- საწოლზე დაყოვნების საშუალო მაჩვენებლების დინამიკა (სულ და რეგიონები).

ჩვენს მიერ შესწავლილი და გაანალიზებულია ჰოსპიტალური სექტორის მდგომარეობის შეფასების მაჩვენებლების დინამიკა 2000-2012 წლებში. მიგვაჩნია, რომ გაანალიზებული მაჩვენებლების ცვლილებების ტენდენცია არსებითად არ შეცვლილა.

საქართველოში ჰოსპიტლების რიცხვი 2012 წელს შეადგენდა 221, რაც 2000 წელთან შედარებით (272) შემცირებულია 51 ერთეულით (იხ. დანართი, ცხრილი #1).

ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე 2011-2012 წლებში, ქვეყანაშიც და ცალკეულ რეგიონებშიც, ხასიათდება შემცირების ტენდენციით (იხ. დანართი, ცხრილი #2), თუმცა განსხვავებული სურათია იმერეთსა და სამცხე-ჯავახეთში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას ჰოსპიტალური საწოლების მნიშვნელოვანი ფონდი გააჩნდა. ჰოსპიტლების ნაწილში არ არსებობდა აუცილებელი პირობები და საჭირო მაღალი ტექნოლოგიების აპარატურა. ასევე ვერ ხორციელდებოდა ძირითადი სარეაბილიტაციო პროგრამები ფინანსური მხარდაჭერის არარსებობის გამო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ყოველწლიურად მოიპოვებს და აქვეყნებს სტატისტიკურ ინფორმაციას საწოლთა ფონდის სტრუქტურის შესახებ, როგორც პროვილის, ისე რეგიონული პრინციპით (იხ. დანართი, ცხრილი #3-4).

ავადმყოფობათა ძირითადი კლასების მიხედვით, ჰოსპიტალიზაციების ხვედრით წილში წამყვანი ადგილი ეჭირა ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის

ხანასთან დაკავშირებულ ჰოსპიტალიზაციას, სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობებს.

ჰოსპიტალური საწოლების ფონდი, 2012 წელს წინა წელთან შედარებით, 9,9 %-ით შემცირდა. მიუხედავად ამისა, დაბალ ნიშნულზე რჩებოდა საწოლის დატვირთვის მაჩვენებელი როგორც დედაქალაქში, ასევე რეგიონებში. მძიმე დიაგნოზის დადგენის მიუხედავად, პაციენტები არ მიმართავდნენ ჰოსპიტალურ მკურნალობას. საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი 2012 წელს შეადგენდა 228,9 დღეს, წინა 2011 წელს შეადგენდა 173,6 დღეს ანუ გაიზარდა 55,3 დღით. საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი ასევე მერყეობს რეგიონების მიხედვით, განსაკუთრებით გამოსაყოფია მცხეთა-მთიანეთისა და რაჭა-ლეჩხუმის რეგიონი, სადაც საწოლთა ფონდის დატვირთვა საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით თითქმის 2-ჯერ დაბალია.

საწოლებზე დატვირთვა განსაკუთრებით მაღალი იყო ტუბერკულოზის, ონკოლოგიური და რადიოლოგიური, ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური პროფილის საწოლების მიხედვით. მძიმე სოციალური ფონის პირობებში აღნიშნული მაჩვენებლის მაღალი დონე მიგვანიშნებს დაავადებების გავრცელების პროფილზე. ამავე დროს საავადმყოფოში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია, განსაკუთრებით ფსიქიატრიულ საწოლებზე - 71.2 დღე.

საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელმა 100000 მოსახლეზე შეადგინა 252,7.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. 21-ე საუკუნის ძირითად ჰოსპიტალურ ავადმყოფობებს მიეკუთვნება ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები, სიმსივნეები, სასუნთქი სისტემისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები, ენდოკრინული სისტემის, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები და ა. შ.

საქართველოში 2011-2012 წლების პრევალენტობისა და ინციდენტობის მონაცემების შედარება წინა წლების მონაცემებთან გვიჩვენებს, რომ ორივე მაჩვენებელი მომატებულია, თუმცა რეგისტრირებული შემთხვევების ზრდას მიმართვიანობის ზრდა არ გამოუწვევია.

ინციდენტობა მომატებული იყო დაავადებათა ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით, ფსიქიკური აშლილობის გარდა. საქართველოს მოსახლეობის დაავადებათა ინციდენტობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი ეკავა სასუნთქი

ორგანოების დაავადებებს (32%), საჭმლის მომნელებელი სისტემის (22%), შარდ-სასქესო სისტემის (10%) და ინფექციურ და პარაზიტულ დაავადებებს (6%).

როგორც 2000-2011 წლების ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების დინამიკის და ჰოსპიტალიზაციის ანალიზიდან ჩანს (იხ. დანართი, დიაგრამა #1), ბოლო ათწლეულში ამ ჯგუფის დაავადებები გაიზარდა დაახლოებით ორჯერ, თუმცა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი არსებითად არ შეცვლილა. აღნიშნული გარემოება ძირითადად გამოწვეული იყო მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებით და ჰოსპიტალურ სექტორში მომსახურების ტარიფების მაღალი დონით, ასევე სადაზღვევო ბაზრის არასაკმარისი განვითარებით (ნდობის ხარისხი, ინფორმაციულობა და სხვ.). 2012 წელს ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების ახალი შემთხვევები 28,7%-ით გაიზარდა [68].

აღნიშნული დაავადებების სტრუქტურა წარმოდგენილია ისეთი პათოლოგიებით, როგორცაა ვირუსული ჰეპატიტები, მენინგიტები, რესპირაციული ინფექციები, წითელა, წითურა (მათი ინციდენტობის პიკი დაფიქსირდა 2004 წელს), ნაწლავური ინფექციები, ფილტვისა და ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი, აივ ინფექცია, შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციური დაავადებები და სხვა. 2012 წელს ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებმა მთლიან პოპულაციაში 19%-ით, ხოლო 0-15 წლის ასაკის ბავშვებში - 38%-ით მოიმატა.

საქართველოს მოსახლეობის ავადობაში ასევე მნიშვნელოვანი წილი უკავია სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებს. ბოლო ათწლეულში აღნიშნული დაავადებების ინციდენტობისა და პრევალენტობის მაჩვენებელი 2-ჯერ გაიზარდა (იხ. დანართი, დიაგრამა #2).

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა 58,4% მოდის ჰიპერტენზიულ დაავადებებზე, დაახლოებით 25,7% გულის იშემიური დაავადებებია, ხოლო ცერებროვასკულარული ავადმყოფობები 4,3% აღწევს [68]. 2011 წლის მონაცემებით გაიზარდა ცერებროვასკულარული დაავადებების ინციდენტობაც, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელმა 100 000 მოსახლეზე 150-ს მიაღწია (იხ. დანართი, დიაგრამა #3). 2012 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია, შეჩერებულია, თუმცა აღინიშნება

ინციდენტობის მატება [68].

ავადობის სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი წილი შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებებზე, ტრავმებზე, საჭმლის მომნელებელი სისტემის და ნერვული სისტემის დაავადებებზე მოდის.

ამრიგად, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმთელობის მდგომარეობის შესწავლამ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოქვეყნებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, გვიჩვენა რომ განსაკუთრებით მაღალია სისხლის მიმოქცევის სისტემის, ონკოლოგიური, ენდოკრინული სისტემის, ფსიქიკური და ნერვული აშლილობებით გამოწვეული დაავადებები. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებაზე საუბრისას აუცილებელია გავითვალისწინოთ დაავადებათა სტრუქტურა და მათი ცვლილების მოსალოდნელი ტენდენციები.

2.2. საქართველოს ჰოსპიტალური მომსახურების საბაზრო ტრანსფორმაციის

შედეგების ანალიზი და შეფასება

საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობების დაწყებისთანავე ცხადი გახდა, რომ საბჭოთა პერიოდიდან მემკვიდრეობით მიღებული ჯანდაცვის სისტემა ვეღარ შეძლებდა ფუნქციონირებას. სახელმწიფომ არსებული მდგომარეობიდან გამოსავალის ძიება დაიწყო და მომზადდა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა ახალი პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური რეალიების შესაბამისი ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებას.

რეფორმამდე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის დამახასიათებელი იყო სამი ძირითადი თვისება: საწოლების დიდი რაოდენობა, პაციენტების დაბალი გამტარიანობა და ჰოსპიტლის დაფინანსების დომინირება.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმამ დღის წესრიგში დააყენა ჯანდაცვის სისტემის სრული რეორგანიზაციის საკითხი, რომელსაც უნდა დაეკმაყოფილებინა შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

- იგი შესაბამისობაში უნდა ყოფილიყო ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან;
- სამუშაოს მოცულობა დაბალანსებული უნდა ყოფილიყო მისი

შესრულებისათვის აუცილებელი რესურსებით;

- სისტემა უნდა ყოფილიყო რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

საქართველოს მთავრობამ მიზნად დაისახა გაეზარდა კერძო სექტორის როლი ჯანდაცვის სისტემაში, ხოლო სახელმწიფოს ფუნქცია გადაენაწილებინა ისეთ სფეროებზე, როგორცაა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, იმუნიზაცია, მარეგულირებელი ბაზის შექმნა, აკრედიტაცია-ლიცენზირება, სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების წახალისება.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა 1995 წლიდან მიმდინარეობს. რეფორმის საწყის ეტაპზე, ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორი, რომელიც ცენტრალიზებულად დაგეგმილ, საბჭოურ, „სემამკოს“ სისტემას წარმოადგენდა, კერძო სისტემად გარდაიქმნა. ამავე წელს სისტემაში საბაზრო მექანიზმები დაინერგა, რაც აფთიაქების და სტომატოლოგიური კლინიკების პრივატიზებაში გამოიხატა.

პირველი ნაბიჯები ჰოსპიტალური დაწესებულებების პრივატიზების მიმართულებით 1996 წელს გადაიდგა. საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების ადმინისტრირება დამოუკიდებელი გახდა და შესაბამისად, შიდა საორგანიზაციო და მენეჯმენტის საკითხების გადაწყვეტა ლოკალური მმართველობითი რესურსების გამოყენებით გახდა საჭირო. სახელმწიფომ პრივატიზაციის პროცესის დასაწყისში სამედიცინო დაწესებულებები კერძო ინვესტორებს მიჰყიდა, თუმცა მიმდინარე პროცესებზე მკაცრი მონიტორინგის არარსებობამ სტრატეგიის წარუმატებლობა განაპირობა. რეფორმა სტიქიურად მიმდინარეობდა და მას ძირითადად ისინი ახორციელებდნენ, ვისაც არც სამედიცინო სფეროს მართვის გამოცდილება ჰქონდა და არც წარმოდგენა - როგორ შეექმნა უკეთესი სისტემა.

1999 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა დოკუმენტი “საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შესახებ”, რომელშიც ასახული იყო 21-ე საუკუნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფოებრივი ხედვა, დამყარებული კეთილშობილურ მიზნებზე. მასში კონცენტრირებული იყო ავადობის, უნარშეზღუდულობის და მოკვდაობის შემცირების ღონისძიებები, ასევე პიროვნების, ოჯახის და მთელი საზოგადოების სოციალური, ფიზიკური და

ფსიქიკური კეთილდღეობის უზრუნველყოფის ფუძემდებლური კონცეფციები.

ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკას, რომლის საბოლოო მიზანი ჯანდაცვის სისტემის ხარისხიანობისა და ეფექტიანობის პროგრესი იყო, საფუძვლად დაედო შემდეგი ძირითადი პოსტულატები:

- პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის შექმნა;
- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;
- შედეგზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- ჰოსპიტალური სექტორის ეფექტურობა და მოქნილობა;
- სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხი და ეფექტიანობა;

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის მიზნებში ძირითადად გამოყოფილი იყო ისეთი საქმიანობები, რომლებიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფასა და სოციალური რესურსების მობილიზაციას, ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გამართული ფუნქციონირებისთვის აუცილებელ ღონისძიებებს.

ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში აისახა შემდეგი საკითხები:

- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სამართლებრივი და ეთიკური რეგულაცია;
- ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვა;
- გენეტიკური ჯანმრთელობა;
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა;
- ბუნებრივი კატასტროფებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა;
- საომარ მოქმედებათა შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა;
- რადიაციული და ქიმიური კატასტროფების შემთხვევებისათვის მზადყოფნის უზრუნველყოფა;
- სამკურნალო მედიცინის განვითარება;
- სამედიცინო რეაბილიტაციის განვითარება;
- წამალთპოლიტიკა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად ისახავდა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას სამკურნალო სტანდარტებისა და მათი დაცვის სისტემის ჩამოყალიბების გზით; მაღალკვალიფიციური კადრების

მომზადებასა და სამედიცინო მეცნიერული კვლევების ჩატარებას უახლესი მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით; სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების პრაქტიკასთან მჭიდრო ინტეგრაციას.

ამ მიმართულებით სახელმწიფო სტრატეგია ითვალისწინებდა საქართველოში სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების პროგრესული ფორმებისა და მეთოდების დანერგვას, საგანმანათლებლო პროგრამების საერთაშორისო წესებთან და სტანდარტებთან მისადაგებას; ჯანდაცვის ინფორმაციული სისტემის სრულყოფას (პირველადი ინფორმაციის წყაროების გაფართოებას); სამედიცინო ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარებას, განმტკიცებას და ტექნიკური ექსპლუატაციის უზრუნველყოფას.

ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში, დასახული მიზნების მიღწევის ერთ-ერთ გადამწყვეტ საშუალებად მიჩნეულ იქნა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობის დაბალანსება.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის დანერგვის დეტალები გაიწერა სტრატეგიულ გეგმაში, რომელიც მოიცავდა 2000-2009 წლების პერიოდს და ასახავდა ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო და კერძო სექტორის საქმიანობის ძირითად მიმართულებებს. სტრატეგიული გეგმა წარმოადგენდა ყოვლისმომცველ განაცხადს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისიისა და მომავალი მიმართულებების, მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნების, გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების განხორციელების და მათი შეფასების მექანიზმების შესახებ.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმის განხორციელების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პირობა იყო პრიორიტეტების განსაზღვრა. პრიორიტეტების შერჩევა განხორციელდა შემდეგ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით:

- ა) მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზები;
- ბ) პრიორიტეტების ეკონომიკური ეფექტიანობა.

პრიორიტეტების შერჩევა დაემყარა ისეთ მნიშვნელოვან ფასეულობებსა და პრინციპებს, როგორცაა:

- ჯანმრთელობა, როგორც ქვეყნის სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;

- პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ჩამოყალიბება;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში განსახორციელებელი ღონისძიებების შემუშავება ეთიკური ნორმების გათვალისწინებით.
- ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში მკაფიოდ ჩამოყალიბდა ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მიზნები და მონიტორინგის ბერკეტები;
- რესურსების თანასწორი განაწილება საჭიროებათა მიხედვით – ჰოსპიტალური საწოლების დატვირთვა რეგიონების მიხედვით;
- რესურსების გეოგრაფიული განაწილება – ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებისა და საწოლდღეების რაოდენობა;
- სამედიცინო მომსახურების რაციონალიზაცია – ჰოსპიტლების, საწოლებისა და სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა (კვალიფიკაციის მიხედვით) და სხვა.

ქვეყანაში აღინიშნებოდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი გაუარესება, კერძოდ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუარესება; გულ-სისხლძარღვთა და ონკოლოგიური დაავადებების, ტრავმატიზმის, ფსიქიკური და გადამდები დაავადებების მატება. მოსახლეობის ავადობისა და მოკვდაობის სტრუქტურაში გამოჩნდა როგორც განვითარებული ქვეყნებისთვის (კარდიო-ვასკულარული, ონკოლოგიური დაავადებები, უბედური შემთხვევები), ისე განვითარებადი ქვეყნისთვის დამახასიათებელი (ინფექციური დაავადებები) დაავადებები (მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ვრცლად განხილულია ნაშრომის 2.1 პარაგრაფში). ყოველივე ჩამოთვლილი ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტში აისახა, როგორც ქვეყნის უმთავრესი პრობლემა და ჰოსპიტალური სექტორის მართვის მეთოდოლოგიის შემუშავების საფუძველი.

მეოცე საუკუნის 90-იან წლების მიწურულს, მსოფლიო ბანკმა საქართველოსთვის ჰოსპიტალური სექტორის რესტრუქტურის გეგმა შეიმუშავა. მასში დეტალურად იყო გაწერილი ჰოსპიტალური სექტორის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მაჩვენებლები, ასევე მისი პრივატიზაციის თანმიმდევრობები. გეგმის მიხედვით ჰოსპიტალური სექტორი სამ ჯგუფად დაიყო:

A ჯგუფის ჰოსპიტლები რჩებოდა სახელმწიფო საკუთრებაში;

B ჯგუფის ჰოსპიტლები გადადიოდა კერძო საკუთრებაში პროფილის შენარჩუნების ვალდებულებით;

C ჯგუფის ჰოსპიტალთა პრივატიზაცია განხორციელდებოდა პროფილის შენარჩუნების ვალდებულების გარეშე.

პრივატიზაციის პროცესიდან შემოსული თანხებით უნდა განხორციელდებოდა A ჯგუფის ჰოსპიტლების რეაბილიტაცია და აღჭურვა. აღნიშნულ პროექტს ფინანსურ და ექსპერტულ დახმარებას უწევდა მრავალი საერთაშორისო ორგანიზაცია, მათ შორის USAID (ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო), რომელიც ძირითადად ჰოსპიტლის აკრედიტაციის სისტემის შემუშავებაზე იყო ორიენტირებული.

მიუხედავად გაცხადებული მხარდაჭერისა, საქართველომ ვერ უზრუნველყო ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების სტრატეგიის რეალობად ქცევა, რაც ძირითადად გამოწვეული იყო პოლიტიკური ზეწოლითა და არაერთგვაროვანი შეხედულებებით პრივატიზების გეგმასთან მიმართებაში.

ჰოსპიტალური დაწესებულებების რიცხვი 90-იანი წლების მიწურულს 270-ს არ აღემატებოდა, თუმცა მათ უმრავლესობაში არ არსებობდა აუცილებელი პირობები და დამაკმაყოფილებელი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. ძირითადი სარეაბილიტაციო პროგრამები ვერ ხორციელდებოდა ფინანსური რესურსების არარსებობის გამო. თვალშისაცემი იყო ჰოსპიტალური საწოლების ძალიან დიდი ფონდი, რომელთა უმრავლესობის დატვირთვის მაჩვენებელი ნულოვან ნიშნულს მიუახლოვდა.

მძიმე დიაგნოზების მიუხედავად, პაციენტები მატერიალური სიღუბეჭირის გამო არ მიმართავდნენ ჰოსპიტალს. გადახდისუნარიანი პაციენტების სიმცირის გამო ჰოსპიტლების უმეტესობა ვერ ახერხებდა ყველა ხარჯის დაფარვას. აღნიშნულ პერიოდში “ჰოსპიტალურ კრიზისზე” მისი ძირითადი ინდიკატორებიც მეტყველებს: დატვირთვის მაჩვენებელი – 119.43 დღე, ჰოსპიტალში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა კი – 11.77 დღე.

2005 წლისთვის საქართველოში ფუნქციონირებდა 269 ჰოსპიტალი და ათვისებული იყო არსებული სიმძლავრეების 31%. საწოლთა დატვირთვის მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდებოდა ტუბრკულოზის, ფსიქიატრიული და

ნარკოლოგიური, პედიატრიული, ონკოლოგიური და რადიოლოგიური პროფილის საწოლები. ექიმთა რაოდენობა 20311, ხოლო საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 21053 შეადგენდა. განსაკუთრებით გამოხატული იყო ქირურგთა სიჭარბე (35,8 ოპერაცია 100000 მოსახლეზე).

საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში მიმდინარე რეფორმების მიუხედავად, 2006-2007 წლებისთვის მდგომარეობა კვლავ მძიმე რჩებოდა, რაც გამოწვეული იყო სამედიცინო სერვისების დაბალი ხარისხით, დრომორჭმული ინფრასტრუქტურით, სამედიცინო პერსონალის და ჰოსპიტალური საწოლების სიჭარბით. 2007 წლის დასაწყისში, მაშინ როდესაც დაიწყო მუშაობა ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმაზე, სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ჰოსპიტლების რიცხვი შეადგენდა 245-ს, საწოლების რაოდენობა 14600-ს, მათი დატვირთვის მაჩვენებელი კი არ აღემატებოდა 28%-ს.

2007 წლის 26 იანვარს საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა. გენერალურ გეგმაში ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მიზანი ჩამოყალიბებულია შემდეგნაირად: საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების სტრატეგია მიმართულია ქვეყანაში ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრეების სრულყოფისკენ, რაც დააკმაყოფილებს მოსახლეობის საჭიროებას ამ სახის მომსახურებაზე, იქნება ხარისხიანი და ფინანსურად მისაღები [71].

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გეგმაში ჰოსპიტალური სიმძლავრეები სამ კატეგორიად დაჯგუფდა: 1) ჰოსპიტალები, რომლებსაც სახელმწიფო საკუთრებაში დაიტოვებდა; 2) ჰოსპიტალები, რომელთა პრივატიზება სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების ვალდებულებით იყო შესაძლებელი; 3) დაწესებულებები, რომელთა გასხვისება სამედიცინო პროფილის შეუნარჩუნებლად, უძრავი ქონების სახით შეიძლებოდა.

ამ პერიოდში ჰოსპიტალური სექტორის მართვა სერიოზული პრობლემების წინაშე იდგა, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ხელმისაწვდომობაზე უარყოფითად მოქმედებდა. ყველაზე სერიოზული პრობლემები იყო: მოძველებული ინფრასტრუქტურა, არაკონკურენტული გარემო, არაადეკვატური და უხარისხო მომსახურება, სუსტი რეგულაციები და მათი არასათანადო აღსრულება,

მომსახურების საფასურის ჯიბიდან გადახდის პრაქტიკა და კორუფციის მაღალი დონე, ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობა.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მიმართულებები განისაზღვრა შემდეგი სახით:

- ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ოპტიმალური მდებარეობა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმზე დაყრდნობით;
- აუცილებელი სიმძლავრეების განსაზღვრა ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროების დასაკმაყოფილებლად (1000 სულ მოსახლეზე საწოლთა საჭირო რაოდენობა);
- ჰოსპიტალური მომსახურების სახეები;
- ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ძირითადი ტიპები;
- ჰოსპიტლების ფუნქციონირების პირობები, რაც მოიცავს ფიზიკური ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის სტანდარტებს.

ამრიგად, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა გულისხმობდა: არსებული ქსელის ინფრასტრუქტურის განახლებას; კერძო სერვისების მიწოდებას; გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას ხარისხიან ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე; საჭირო ინვესტიციების მოზიდვას ჰოსპიტალურ სერვისებზე ფასების სტაბილურობის უზრუნველსაყოფად.

გეგმის მიხედვით, უნდა შექმნილიყო 100 ახალი მრავალპროფილური ჰოსპიტალი როგორც თბილისის, ასევე რეგიონების მასშტაბით, რომლებიც გენერალური გეგმით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს დააკმაყოფილებდა. გეგმის თანახმად შესაძლებელი გახდებოდა სამი წლის ვადაში ძველი 11705 ჰოსპიტალური საწოლის ჩანაცვლება თანამედროვე 4905 საწოლით.

ახალი ჰოსპიტლების მშენებლობის დასრულება ძირითადად დაგეგმილი იყო 3 წლის განმავლობაში, ანუ 2010 წლის ბოლომდე. ოფიციალური სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ჰოსპიტლების მშენებლობის გეგმის შესრულება ობიექტური მიზეზებით გამოწვეული შეფერხებიდან გამომდინარე, არსებითად ვერ განხორციელდა. ვერ მოხერხდა არსებული ჰოსპიტალური ქსელის

ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მეორე მნიშვნელოვანი მიმართულებაა კერძო სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების განვითარება და სამედიცინო ქსელის დაკომპლექტება მაღალი კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსებით.

ჰოსპიტალური მომსახურება უნდა განხორციელდებოდეს ჯანდაცვის სისტემის ბაზისური ფუნქციების შესაბამისად და უნდა უზრუნველყო:

- ა) მწვავე შემთხვევების მართვა (მოკლევადიანი მომსახურება);
- ბ) რეაბილიტაცია, - საშუალოვადიანი მომსახურება;
- გ) ხანგრძლივი მოვლა, ანუ გრძელვადიანი სამედიცინო მომსახურება.

ჰოსპიტალური სექტორის დაკომპლექტება დაგეგმილი იყო სტანდარტული და მაღალტექნოლოგიური საწოლებით. მაღალტექნოლოგიურ საწოლებზე მომსახურება, მცირე ზომის საავადმყოფოებში გულისხმობს სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნებისა და მონიტორინგის განხორციელების შესაძლებლობას, დიდ სამედიცინო დაწესებულებებში კი - რთული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცედურების წარმოებას. ასევე გათვალისწინებული იყო ჰოსპიტლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის ოპტიმიზაცია სამედიცინო მომსახურების სახეების შესაბამისად, ჰოსპიტალური სიმძლავრეების განვითარება რეგიონების მიხედვით, განსაკუთრებით ყურადღება უნდა გამახვილებულიყო საკურორტო ადგილებზე, სამედიცინო-გამაჯანსაღებელი ტურიზმის განვითარების პოტენციური შესაძლებლობების ათვისების მიზნით.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის მიხედვით, რაიონულ ცენტრებში უნდა განთავსებულიყო მცირე ზომის ჰოსპიტალები (15 და 25-საწოლიანი), რომლებიც უნდა დაკომპლექტებულიყო სტანდარტული მომსახურების საწოლებით. ამასთან, მძიმე შემთხვევების მართვისათვის დაწესებულებაში უნდა ყოფილიყო ერთი სათანადოდ აღჭურვილი მაღალტექნოლოგიური საწოლი პაციენტის ტრანსპორტირებამდე დაკვირვებისა და შესაბამისი დახმარების აღმოჩენისთვის, რაც უზრუნველყოფდა მისთვის სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნებას და მონიტორინგს.

განისაზღვრა ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა როგორც პროფილის, ისე რეგიონების მიხედვით (იხ. დანართი, ცხრილი #5-6). სულ დაგეგმილი იყო 7800

საწოლი, მათ შორის თბილისში 4190 ერთეული. საწოლების მითითებულ რაოდენობაში შედის არსებული კერძო საწოლები, აგრეთვე ის საწოლები, რომელთა რეაბილიტაცია გეგმით იყო განსაზღვრული.

რეგიონულ ცენტრებში, სადაც განსაკუთრებით მაღალია ჰოსპიტალური სამსახურების უტილიზაცია, ასევე მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების დასაქმებისა და შექმნილი სიმძლავრეების მოხმარების ზრდის პოტენციალი, იგეგმებოდა 50 და მეტსაწოლიანი ჰოსპიტალები, სადაც განთავსდებოდა როგორც სტანდარტული, ისე მაღალტექნოლოგიური საწოლები. გეგმის მიხედვით ჰოსპიტალური მომსახურების მაღალტექნოლოგიური საწოლების რაოდენობა განსაზღვრული იყო 1150 საწოლით (ჰოსპიტალური სიმძლავრეების 14.7%).

თბილისის მასშტაბით, ჰოსპიტალური სერვისების მართვის ეფექტიანობისა და მაღალტექნოლოგიური მომსახურების ფარგლებში, სხვადასხვა ტიპისა და სირთულის მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, დაგეგმილი იყო ჰოსპიტალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების მჭიდროდ განთავსება კონკრეტულ ტერიტორიებზე.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმით გაიწერა ფსიქიატრიული, ნარკოლოგიური, ონკოლოგიური, სამეანო-გინეკოლოგიური, პედიატრიული, ინფექციური, ფთიზიატრიული და სხვა მონოპროფილური სერვისების ინტეგრირება მრავალპროფილურ საავადმყოფოებში.

გრძელვადიანი ფსიქიატრიული და ფთიზიატრიული მომსახურების უზრუნველსაყოფად დაიგეგმა ხანგრძლივი ჰოსპიტალური მომსახურების დაწესებულებების (თავშესაფრები) მშენებლობა.

არსებულ კერძო კლინიკებს, რომლებიც იჯარით აღებულ ფართობზე ფუნქციონირებდნენ, გადაეცემოდათ მიწის ფართობი ნორმატიულ ფასად დიდმის კლასტერში მათი დაწესებულებების განსათავსებლად.

ამრიგად, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა ითვალისწინებდა 100 ჰოსპიტლის მშენებლობას, თუმცა მის შემადგენლობაში შემავალი 15, 25 და 50 საწოლიანი ჰოსპიტლების რიცხვი უცნობი რჩებოდა. გათვალისწინებული არ იყო ჰოსპიტლის ტიპი, ადამიანური, ფინანსური და მატერიალური რესურსების ოდენობა. ასევე განსაზღვრული არ იყო ის

რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდექსები, რომელიც გამოყენებული იქნებოდა ჰოსპიტალური საქმიანობის შესაფასებლად.

რადიკალური ღონისძიებების გატარებისთვის მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს ჰოსპიტლის მმართველი მენეჯერების კვალიფიკაცია თანამედროვე სტანდარტების დაწესებულებასთან მიმართებაში. ჰოსპიტალში რესურსების დაგეგმვა, გამოყენების ზედამხედველობა და შეფასების მმართველობითი მეთოდების კომპლექტი, წარმოქმნის მოთხოვნას მაღალკვალიფიციურ მენეჯერთა კონტიგენტზე. აღნიშნული, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალურ გეგმაში გათვალისწინებული არ ყოფილა.

ჰოსპიტალური სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის, ასევე პროვაიდერთა საქმიანობის ხელშეწყობისა და რეგულირების მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა და დანერგა ჰოსპიტალური მომსახურების მიწოდების ნებართვები ლიცენზირების საფუძველზე.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის ფარგლებში შემუშავდა საინვესტიციო პროგრამების განხორციელების პრინციპები, რომელიც ჩამოყალიბდა შემდეგ პუნქტებად:

1. საინვესტიციო პროგრამა ხორციელდება განსაზღვრული პირობების ფარგლებში, რაც მინიმუმ მოიცავს შენობისა და აღჭურვილობის დადგენილ სტანდარტებს და სამშენებლო სამუშაოების დასრულების ვადებს;
2. საინვესტიციო პროგრამაში განისაზღვრება საწოლების რაოდენობა, რომლის შექმნის ვალდებულებაც ეკისრება ინვესტორს;
3. უპირატესობა ენიჭება იმ ინვესტორს, რომელიც ვალდებულებას იკისრებს შექმნას მეტი ჰოსპიტალი გეგმით გათვალისწინებული სიმძლავრეების ფარგლებში;
4. საინვესტიციო პროგრამებში განისაზღვრება მშენებლობის მიმდინარეობის ეტაპების დასრულებისა და ობიექტის აღჭურვის ვადები;
5. საინვესტიციო პროგრამა ითვალისწინებს ინვესტორის მიერ საავადმყოფოების ჩამოყალიბებას ერთ ან რამდენიმე იურიდიულ პირად. რომელსაც უნდა გააჩნდეს საკმარისი საბრუნავი სახსრები და ა.შ.

ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მიზნით დაგეგმილ საინვესტიციო

პროგრამას არ გააჩნდა ფისკალური დატვირთვა. მოზიდული ინვესტიცია პირდაპირ უნდა მიმართულიყო ახალი სამედიცინო ინფრასტრუქტურის მოსაწყობად.

ინვესტორებმა კარგად ვერ გააცნობიერეს ნაკისრი ვალდებულებები, ხოლო სახელმწიფომ ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა მხოლოდ პრივატიზაციას დაუკავშირა, რამაც მნიშვნელოვნად შეაფერხა დაწყებული პროცესი.

2009 წელს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრომ ახალი საპრივატიზაციო პოლიტიკა წარმოადგინა, რომლის თანახმადაც სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ობიექტების გაყიდვით ბიუჯეტში 250 მლნ. ლარი უნდა შესულიყო. საპრივატიზაციო ნუსხაში წამყვანი ადგილი სამედიცინო დაწესებულებებს ეკავა. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში გასხვისდა ინფექციური საავადმყოფო და სეფსისის ცენტრი, ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა. საპრივატიზაციო ნუსხაში ასევე მოხვდა რესპუბლიკური საავადმყოფო, ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიული კლინიკა, სამედიცინო უნივერსიტეტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ფსიქოკორექციისა და ნარკოლოგიური შემოწმების ცენტრი, ონკოლოგიური დისპანსერი, კანისა და ვენერიულ სნეულებათა სამედიცინო კვლევითი ინსტიტუტი, გადაუდებელი თერაპიის კლინიკა, ფაღავას სახელობის პედიატრიული სამეცნიერო ინსტიტუტი და სანიკიძის სახელობის ომის ვეტერანთა კლინიკა, იაშვილის სახელობის ბავშვთა I კლინიკური ჰოსპიტალი.

კვლევები უჩვენებს, რომ პრივატიზება განხორციელდა ხელშეკრულებაში გათვალისწინებული მინიმალური მოთხოვნებით, საზოგადოებრივი ინტერესების გათვალისწინების გარეშე. ექსპერტების აზრით, “სამედიცინო ობიექტების პრივატიზების კუთხით სახელმწიფოს მიერ არჩეული პოლიტიკა სრულიად გაუმართლებელი და უკანონო გადაწყვეტილებაა, რადგან მაშინ როდესაც ქვეყანაში სადაზღვევო სისტემა სრულად ჩამოყალიბებული არ არის, მთავრობის ასეთი პოლიტიკა და სახელმწიფო მფლობელობაში არსებული ობიექტების კერძო მფლობელობაში გადაცემა, ადამიანთა სიცოცხლის უფლებას ირიბად არღვევს. სახელმწიფოს მიერ ჰოსპიტლების პრივატიზაცია ხელისუფლების მიერ ვალდებულებების თავიდან აცილებაზე მიუთითებს”[25].

2010 წლის 30 მარტის #85 დადგენილებით, მთავრობამ ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზაცია და რეფორმა დაუკავშირა სადაზღვევო კომპანიების უმწეოთა

სამედიცინო დაზღვევის პროგრამას. სადაზღვევო კომპანიებს აღნიშნულ სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის მისაღებ უმთავრეს პირობად განესაზღვრათ რაიონების უზრუნველყოფა ახალი სტანდარტების ჰოსპიტალებით. გეგმის თანახმად, საქართველოს ტერიტორია დაიყო 26 ე.წ. სამედიცინო რაიონად და 2010 წლის 20 აპრილის ტენდერის საფუძველზე გადანაწილდა ზონები. მცირე (50 საწოლამდე) ჰოსპიტლების მშენებლობის დასრულება 2011 წლის დეკემბრისთვის, ხოლო მსხვილი ჰოსპიტლების 2012 წლის მარტისათვის გაიწერა. ამ მიმართულებით აქტივობის გარდა, სახელმწიფო განაგრძობდა მოლაპარაკებას ინვესტორებთან და დონორებთან 100 საავადმყოფოს პროგრამაში დასახული ამოცანების შესასრულებლად. აღნიშნული ცვლილებები აუმჯობესებდა ჰოსპიტალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, მაგრამ არ ითვალისწინებდა მთელ რიგ ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტებს, როგორცაა სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება, მათი რაოდენობის ოპტიმიზაცია, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების არსებობისა და გამოყენების აუცილებლობა.

აღნიშნული პროცესების მიმდინარეობის შესაფასებლად საინტერესოა კვლევის შედეგები, რომელიც არასამთავრობო ორგანიზაცია "საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველომ" ჩაატარა. ყველაზე მეტი კრიტიკა ჰოსპიტლების ოპტიმიზაციის და ინფრასტრუქტურის განახლების პროცესმა, ხოლო ყველაზე დადებითი შეფასება სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობამ და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციამ დაიმსახურა. კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო საზოგადოების აზრით უმჯობესი იქნებოდა ინვესტორთა შერჩევა წარდგენილი დეტალური ბიზნეს-გეგმების საფუძველზე, სადაც გაწერილი იქნებოდა ჰოსპიტლების მართვის სისტემა, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის მოთხოვნები, ფასების რეგულირების სქემა, მომსახურების სტანდარტები და ა.შ. [33]

ჩვენი აზრით, ჰოსპიტალში მოსახურების გაწევის უმნიშვნელოვანესი ელემენტი სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო სექტორის რეგულირება და მონიტორინგია. ამასთან, აუცილებელ პირობას წარმოადგენს დაგეგმვის პროცესში სამედიცინო საზოგადოების მონაწილეობა, ისტორიული მონაცემების გათვალისწინება და არსებულ გამოცდილებათა გაზიარება. გასათვალისწინებელია, რომ ჰოსპიტალური სექტორი, როგორც იზოლირებული სუბიექტი ვერ იარსებებს. მასზე მნიშვნელოვან

გავლენას ახდენს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ფაქტორები, საზოგადოების მოთხოვნები და საჭიროებები.

ჰოსპიტალური სექტორის და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მეორე ეტაპმა წარუმატებლად ჩაიარა. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაში ძირითადად მოიაზრებოდა სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაცია, ხოლო ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორცაა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფისთვის აუცილებელი დაგეგმვისა და მართვის პროცესების გაუმჯობესება, - არ იყო გათვალისწინებული. საქართველოში ჰოსპიტლის და ზოგადად, ჯანდაცვის სფეროს მენეჯმენტი საჭიროებს სრულყოფას, თუმცა 2007-2010 წლების რეფორმების პროგრამაში, აღნიშნული მიმართულებით ღონისძიებები გათვალისწინებული არ ყოფილა.

ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგების შეფასებისას სამართლიანია აღვნიშნოთ, რომ ქვეყანაში ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების ტენდენცია, მიუხედავად მთელი რიგი შეფერხებებისა, დადებითია. თუმცა, ვერ იქნა მიღწეული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაახლოება საერთაშორისო მაჩვენებლებთან. კერძოდ:

- ბოლო ათწლეულის მანძილზე უწყვეტი კლების ფონზე, საწოლების რაოდენობით საქართველოს გააჩნია საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში [68].
- ევროპის ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებების მნიშვნელოვანი ნაწილი მიეკუთვნება სტრატეგიული მნიშვნელობის ობიექტებს და სახელმწიფო საკუთრებას წარმოადგენს, მაშინ როდესაც საქართველოში არსებული სამედიცინო ჰოსპიტლების 97% რეფორმის ფარგლებში დაექვემდებარა პრივატიზებას. ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები მთლიანი ბიუჯეტის 14-15%-ს შეადგენს, მაშინ როცა საქართველოში ეს მაჩვენებელი 2011 წელს 6,5%-ს არ აღემატება.
- ევროკავშირის ქვეყნებში სახელმწიფო წილი ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებაში შეადგენს 75-80%-ს, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 2011 წელს 23%-ს არ აღემატება.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა რომ ბოლო წლებში პრივატიზაციის გზით

ჰოსპიტლების უმრავლესობა კერძო მფლობელების ხელში გადავიდა და ახალი საავადმყოფოებიც აშენდა, არსებული ვითარება კონკურენციას ზღუდავს და შესაბამისად, საექვოა, რომ დასახული მიზნები ინსტიტუციური დაცვის მექანიზმების გარეშე იქნეს მიღწეული. ამიტომ, მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია სახელმწიფოს მხრიდან ჰოსპიტალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, მდგრადობისა და ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებების გატარება, პირველ რიგში საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა.

2012 წელს გამოქვეყნებულ დოკუმენტში - „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2011-2015 წლებისთვის“, პრივატიზებაზე ორიენტირებული ძველი პოლიტიკა შენარჩუნებულია [45]. ახალი დოკუმენტის მიმართულებებსა და პრინციპებში ხაზგასმულია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე პირდაპირი ჩარევა არ მოხდება, ხოლო ჰოსპიტალური ქსელის და პირველადი სამედიცინო მომსახურების ობიექტების პრივატიზება სრულად განხორციელდება. ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიაში გადამწყვეტი როლი ისევ პრივატიზებას ენიჭება. სახელდება პრივატიზების ამ პოლიტიკის სამი მიზეზი:

- იგი შესაბამისობაშია უფრო ფართო სტრატეგიულ მიდგომასთან, რომელიც ეფუძნება მინიმალურ რეგულირებასა და საბაზრო მექანიზმების მაქსიმალურ შეუზღუდაობას;
- ჯანდაცვის სამინისტროს არა აქვს საკმარისი რესურსები საავადმყოფოების მოკლე ვადებში ასაშენებლად;
- ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზია რწმენა იმისა, რომ პრივატიზაცია და საბაზრო მექანიზმები ხარისხიან და ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებასთან მიგვიყვანს.

კონკურენტული გარემოს ხელშესაწყობად გათვალისწინებულია რეგულირების ლიბერალიზაცია და სამედიცინო მომსახურების მინიმალური სტანდარტების დაწესება. მიჩნეულია, რომ საბაზრო მექანიზმებით ჯანდაცვის სექტორში მაქსიმალური ეფექტიანობისა და ხარისხის მიღწევა შეიძლება. თუმცა ექსპერტების ნაწილს (მათ მოსაზრებას იზიარებს ნაშრომის ავტორი) ამაში ეჭვი ეპარება და თვლის, რომ საბაზრო მექანიზმები ჯანდაცვის სფეროში ისეთივე წარმატებით ვერ

იმუშავებს, როგორც სხვა, მაგალითად, ვაჭრობის სფეროში. პრივატიზებულ ჯანდაცვის სექტორებშიც კი, მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ინსტიტუციური მექანიზმები მინიმალურ დონეზე მაინც არსებობს.

არსებულმა ვითარებამ შეიძლება უარყოფითი შედეგი მოიტანოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის კუთხით. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებულ დოკუმენტებში „ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის სიტუაციური ანალიზი“ და „ეროვნული ჯანმრთელობის და ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობა“ აღნიშნულია, რომ „კერძო ინვესტორების ეკონომიკურმა ინტერესებმა შეიძლება პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების რეგულარულ უზრუნველყოფას ძირი გამოუთხაროს, რაც ნეგატიურად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე“ [33]. ეს რისკები კანონმდებლობის ან რეგულირების დონეზე ჯერჯერობით არ არის შემცირებული. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია არსებული რეგულაციების ძირეულად შეცვლა და მათი ფოკუსირება:

- ა) მომხმარებლის დაცვაზე სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით;
- ბ) ეკონომიკურ რეგულირებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ხარისხიანი მომსახურების უწყვეტად მიწოდებას, ბაზარზე შესვლისა და ბაზრიდან გასვლის რეგულირების გზით.

რეგულირება სამედიცინო მომსახურების მინიმალური ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გარანტია იქნება, როდესაც საბაზრო მექანიზმები ჰოსპიტალურ ბაზარზე არსებული ვითარების გამო ვერ იმუშავებს. დღეისათვის წესების უმეტესობა არ არის ამოქმედებული და მათი შესრულება კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული.

სამედიცინო სფეროში პრივატიზაციის პოლიტიკის განხორციელებაზე „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველომ“ ჩაატარა გამოკვლევა, რომლის ერთ-ერთი ძირითადი დასკვნა იყო: რესპონდენტებს საჭიროდ მიაჩნდათ მდგრადი, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისთვის რაიმე ფორმის რეგულაციების არსებობა. როგორც გამოქვეყნებულ ანგარიშშია აღნიშნული, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის

31%-ს მიაჩნია, რომ საქართველოს მთავრობამ სრულად უნდა იკისროს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებაზე, ხოლო 61%-ი თვლის, რომ ეს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პროფესიულ ასოციაციებს უნდა დაეკისროს [33].

საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის მდგომარეობის ანალიზი. ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგად გათვალისწინებულია ჰოსპიტალური მომსახურების მოწყობა ჯანდაცვის სისტემის ბაზისური ფუნქციების შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს მწვავე შემთხვევების მართვას (ხანმოკლე მომსახურება), რეაბილიტაციას და ხანგრძლივ მოვლას. ჰოსპიტალური სამსახურების დაგეგმვა თითოეული ფუნქციის მიხედვით მიზანშეწონილია დადგენილი კრიტერიუმების შესაბამისად [66].

ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროებებთან მიმართებაში საწოლების ოპტიმალური რაოდენობის მიღწევა თანმიმდევრულად უნდა განხორციელდეს.

ერთმნიშვნელოვნად არ არის განსაზღვრული ჰოსპიტალური მომსახურების დონეები და მათ შორის კავშირის მექანიზმები. აქედან გამომდინარე, საჭიროა ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების განსაზღვრა და შესაბამისი მარეგულირებელი გარემოს ამოქმედება. 2006 წელს, ქვეყნის სტრატეგიული გეგმის ფარგლებში ინიცირებულ სამედიცინო ქსელის დონეებად მოწყობის გეგმაზე დაყრდნობით, ჩვენს მიერ შემუშავებულია ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების განსაზღვრის და მათი ურთიერთკავშირის ალგორითმი (ეს საკითხი დეტალურად გარჩეულია მე-3 თავში).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციების თანახმად 2013 წელს დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც საქართველოს ყველა მოქალაქეს უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების საბაზისო პაკეტით.

ჯანდაცვის სფეროში დაფინანსების ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ამოქმედდება საყოველთაო ჯანდაცვის საბაზისო სერვისების „ერთიანი შემსყიდველი მექანიზმი“. პროგრამული გამოსავლებისა და სახელმწიფო რესურსების ხარჯთეფექტურობის გაუმჯობესების მიზნით იგეგმება ჯანდაცვის

პროგრამული დაფინანსების (ინდივიდუალურ დაავადებებზე ორიენტირებული ჯანდაცვის პროგრამების) შემდგომი გაუმჯობესება, სამეცნიერო მტკიცებულებებისა და საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით.

განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სისტემების შემუშავება/დანერგვაზე როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის, ისე კერძო სადაზღვევო სქემებით მიწოდებული მომსახურების ფარგლებში; შემუშავდება და ეტაპობრივად დაინერგება ხარისხის მართვის მექანიზმები (შიდა აუდიტი, აკრედიტაცია) ჰოსპიტალური სექტორისათვის. ჯანდაცვის სექტორში არსებული ინფრასტრუქტურის ანალიზის, სამედიცინო სერვისების დონეების განსაზღვრისა და მოსახლეობის განსაკუთრებული საჭიროებების (მაგ.: მაღალმთიან რაიონებში და კონფლიქტის ზონების მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობის) შესაბამისად, მთავრობა ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის შემდგომ განვითარებას როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ინვესტიციების ხელშეწყობით [35].

ამრიგად, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა არ არის დასრულებული. მისი წარმატებით დასრულებისათვის აუცილებელია:

- 1) გაანალიზდეს ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ ბოლო ათწლეულში დაგროვილი გამოცდილება. მნიშვნელოვანია მიზნობრივი ჯანდაცვის რეფორმა განვასხვავოთ სისტემაში განხორციელებული გარედან ნაკარნახევი ცვლილებებისაგან. შევაფასოთ რეფორმები მათი ძირეული მნიშვნელობით და გავაუმჯობესოთ ამ სფეროში მართვის მეთოდები;
- 2) შემუშავდეს სისტემური ცვლილებების პაკეტი;
- 3) რეფორმა უნდა იყოს "მიზანმიმართული". ეს ნიშნავს, რომ რეფორმის ელემენტები და კომპონენტები ჩამოყალიბდეს რაციონალურად, ნათლად გამოიკვეთოს ჯანდაცვის სისტემის პრობლემები, მოიძებნოს სისტემის ცვლილებების და პრობლემის გადაჭრის დამაკავშირებელი მექანიზმი. აუცილებელია შემუშავდეს ჯანდაცვის რეფორმის ნათლად ჩამოყალიბებული პოლიტიკა, რომელშიც გაწერილი იქნება პასუხისმგებელი პირები, კავშირი მათ საქმიანობას და რეფორმის მიზანს შორის;

4) რეფორმა უნდა იყოს "ხანგრძლივმოქმედი", ეს ნიშნავს სისტემის არსებით ტრანსფორმაციას ახალი მოქმედი პირებით, რომლებიც დაიცავენ თავიანთ ახალ ინტერესებს პოლიტიკურ პროცესებში.

შესაბამისად, ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა, რომელიც მიმდინარეობდა სერიოზული შეფერხებებით, ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბების გარეშე, - უნდა გაგრძელდეს. მოსალოდნელია, რომ მოხდება სახელმწიფო საკუთრებაში შემორჩენილი ჰოსპიტლების პრივატიზება, შემცირდება სახელმწიფო პროგრამები, დაიწყება რესურსების გამკაცრებული კონტროლი, სრულად ამოქმედდება საბაზრო მექანიზმები და დაიწყება ბრძოლა თითოეული პაციენტისათვის, როგორც კლინიკის ფინანსური მდგრადობის წყაროსთვის. ის ჰოსპიტალი, რომლის მენეჯერი შეძლებს შეცვალოს თავისი ხედვა და დაახარისხოს პრიორიტეტები, მიაღწევს უპირატესობას კონკურენტებთან მიმართებაში.

2.3. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის თავისებურებები განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში

ჯანდაცვის რეფორმირების ძირითად ელემენტებს ქვეყნებში, რომელთაც აქვთ სამედიცინო მომსახურების მართვის შერეული სისტემა, წარმოადგენს მართვადი კონკურენციის პრინციპი. ერთის მხრივ, სახელმწიფოს მინიმუმამდე დაჰყავს თავისი ჩარევა ჯანდაცვის იმ სფეროებში, სადაც კონკურენციის საბაზრო პრინციპების მოქმედებას შეუძლია აამაღლოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხელს უწყობს ამ უკანასკნელის გამრავალფეროვნებას. მეორე მხრივ ჯანდაცვის სფეროების განსაზღვრა რჩება სახელმწიფო კონტროლქვეშ, ყველა ორგანიზაციული და მმართველობითი ფუნქციების შენარჩუნებით.

რიგი ქვეყნების გამოცდილების ანალიზი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს შემდეგი საბაზო მიმართულებები:

1. ჯანდაცვის სფეროში პოლიტიკის ფუძემდებლური პრინციპები;
2. ადამიანური რესურსების განვითარების სტრატეგიული გადაწყვეტილებები;
3. მოსახლეობის უსაფრთხოების და გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარების მიწოდების ღონისძიებების რეგულირება;

4. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ქვეყანაში ჯანდაცვის სამსახურების მუშაობის მონიტორინგი, შეფასება და ანალიზი.

სამედიცინო დაწესებულებების მართვის მეთოდოლოგიური საფუძვლების განვითარების პერსპექტივები და სიტუაციების ანალიზი წარმოადგენს მრავალი სამამულო და უცხოელი სპეციალისტის კვლევის საგანს. ფაქტია, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებების მართვის მეთოდების სრულყოფა სისტემის რეფორმირების პერიოდში უნდა ემყარებოდეს ტრადიციული და თანამედროვე მეთოდებისა და მართვის ფორმების ინტეგრაციის პრინციპს, რომელიც ადექვატურია საბაზრო სოციალურ-ეკონომიკური გარდაქმნების და ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მონაწილეების გაერთიანებას (იხ. დანართი, ცხრილი #7).

1990 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ, გლობალური მასშტაბით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით შეიმუშავა შემდეგი ძირითადი დებულებები:

- ჯანდაცვის ეროვნული ამოცანებისა და მიზნების განსაზღვრა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე;
- ქვეყნების მთავრობების მიერ სამედიცინო პროგრამების აქტიური მხარდაჭერა;
- სისტემურ მიდგომებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სტრატეგიის შემუშავება;
- ადმინისტრაციული მართვის სისტემის დეცენტრალიზაცია;
- დაგეგმვის ტექნოლოგიის განვითარება;
- კადრების მრავალსაფეხურიანი სტრუქტურის განვითარება. პერსონალის მომზადებისა და გადამზადების თანამედროვე ეფექტური მეთოდების გამოყენება.

მსოფლიოს ქვეყნების უმრავლესობა უწყვეტად ახორციელებს რეფორმებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რაც განპირობებულია იმით, რომ სახელმწიფო მუდმივად ცდილობს დაამყაროს ბალანსი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო, ცივილიზებული პრინციპებსა (ხელმისაწვდომობა, თანასწორობა და სოციალური მხარდაჭერის მორალური ვალდებულება) და დანახარჯების შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებებს შორის. აქედან გამომდინარე, განვითარებული ქვეყნების უმრავლესობას და განვითარებადი ქვეყნების ნაწილს შემუშავებული აქვთ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული

პოლიტიკა, რომელიც პერიოდულ განახლებას ექვემდებარება. იგი წარმოადგენს ქვეყნის ეკონომიკისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელ ნაწილს.

ჰოსპიტლის ფუნქციონირებაზე მოქმედებს სხვადასხვა შიდა თუ გარე ფაქტორი. გამოყოფენ შემდეგ ძირითად ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ მასზე: გარე გარემო, შიდა გარემო, ორგანიზაციული სტრუქტურა, ადამიანური რესურსები და სხვა.

მსოფლიო პრაქტიკაში, ჰოსპიტალურ სექტორზე მოქმედი შიდა და გარე ფაქტორების ძლიერი და სუსტი მხარეების შეფასება ე.წ. **SWOT** ანალიზის (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) გამოყენებით ტარდება.

ორგანიზაციის განვითარების სტრატეგიის შემუშავებამდე, უნდა იქნეს გათვალისწინებული გარემოს შეზღუდვები და შესაძლებლობები. უნდა გაირკვეს:

- პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური და სამართლებრივი მდგომარეობა სახელმწიფოში და მისი გავლენა ჯანდაცვის ორგანიზაციებზე;
- დემოგრაფიული და კულტურული მდგომარეობა და მისი გავლენა ჰოსპიტალური სერვისების დაგეგმვაზე;
- ახალი ორგანიზაციული ფორმების დანერგვა და მისი გავლენა ჰოსპიტლის ფუნქციონირებაზე;
 - სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების უახლესი მიღწევები, რომლის დანერგვა უზრუნველყოფს ჰოსპიტლის ხარისხობრივ განვითარებას.

მწვავე კონკურენცია ჰოსპიტალური მომსახურების ბაზარზე სულ უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერს აიძულებს ეძებოს განვითარების ახალი შესაძლებლობები და აყვეს ცვლილებების მოთხოვნებს. თანამედროვე ჰოსპიტალი მაშინ არის წარმატებული, თუ მუდმივად ცდილობს და აღწევს იყოს საინტერესო და მიმზიდველი საზოგადოებისათვის, ეფექტიანი ფინანსური თვალსაზრისით, ინოვაციური და მომხმარებელზე ორიენტირებული.

ორგანიზაციული დაგეგმვა. ჰოსპიტლის ორგანიზების ყველაზე პოპულარული და ტრადიციული სტრუქტურაა იერარქიული პირამიდა. ამ ტიპის მოწყობისას, ინდივიდები, რომლებიც არიან პირამიდის სათავეში, მოიპოვებენ განსაკუთრებულ უფლებამოსილებას და ეს პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა დაბალი დონისკენ

იწევს. ამას ბრძანებათა ჯაჭვს უწოდებენ. ამგვარად ჰოსპიტლის ხელმძღვანელობა გადანაწილებულია მთელს ორგანიზაციაში.

ორგანიზაციული დაგეგმვის მეორე ტიპია გუნდების ჩამოყალიბება, რომელთა ორგანიზებაც სპეციფიკური, დროში შეზღუდული პროექტების განხორციელების მიზნით ხდება. გუნდები ჰოსპიტალში შეიძლება ჩამოყალიბდეს თითოეულ სტანდარტზე ფოკუსირების მიზნით.

გუნდი წარმოადგენს მენეჯმენტის იარაღს, რომელიც ხელს უწყობს თანამშრომლობას და მართვას. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია მისი დაშლა და ხელახლა შექმნა.

შესაძლოა არსებობდეს შერეული ტიპის ორგანიზაციული მოწყობა, რომელიც „პროდუქტის ხაზის მენეჯმენტის“ სახელითაა ცნობილი. გეგმის მიხედვით ჰოსპიტალები ან მისი განყოფილებები ორგანიზებულია პროდუქტის ხაზის კატეგორიით. მაგალითად, ჰოსპიტალს შეუძლია უპირატესობა მიანიჭოს თავისი ქირურგიული მომსახურების გარშემო ორგანიზებას.

ორგანიზაციული სტრუქტურა. ორგანიზაციული სტრუქტურა განმარტებულია, როგორც ურთიერთქმედებისა და კოორდინაციის ფორმალური სისტემა, რომელიც აკავშირებს ინდივიდებისა და ჯგუფების ამოცანებს საერთო ორგანიზაციული მიზნების მისაღწევად [48].

ორგანიზაციული სტრუქტურა ყველა დროში იყო ორგანიზაციის წარმატების განმსაზღვრელი ინსტრუმენტი. არასწორად შექმნილ სტრუქტურას ნებისმიერი სტრატეგიის ეფექტიანობის გაბათილება შეუძლია.

ორგანიზაციული სტრუქტურა საშუალებას აძლევს დაწესებულებას ეფექტიანად იმოქმედოს შიდა და გარე გარემოში, სწორად და მიზანმიმართულად წარმართოს საკუთარი და დაქვემდებარებული მუშაკების ძალისხმევა მომხმარებელთა მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისა და მიზნების მიღწევის მიმართულებით. ეფექტური ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოსაყალიბებლად აუცილებელია სტრუქტურის შემადგენელი ელემენტების არსის გაგება. ჰეიჯმა და ეიკენმა ფოკუსირება გააკეთეს რამოდენიმე ცვლადზე, რომლებიც ქმნიან ორგანიზაციულ სტრუქტურას [73]. ეს ცვლადებია: ფორმალიზება, ცენტრალიზება, სპეციალიზება, კომპლექსურობა, კონფიგურაცია.

ფორმალიზება არის პროცესი, როდესაც მართვა ხორციელდება მხოლოდ წინასწარ დადგენილი ნორმატივების მიხედვით. ფორმალიზება არის ბიუროკრატიული ასპექტი და გამორიცხავს სიახლეთა დანერგვას, მიზეზი კი წინასწარ დადგენილი წესების დაცვის აუცილებლობაა. ამიტომაც, შეიძლება წარმოიშვას პრობლემები თანამშრომლებთან ურთიერთობაში, ინფორმაციის გაცვლაში, სხვადასხვა დეპარტამენტებში საქმიანობის კოორდინაციის პროცესში, გარემოს ფაქტორებთან დამოკიდებულებაში.

ცენტრალიზება არის დაწესებულების საქმიანობის დაქვემდებარება ერთმმართველობის პრინციპზე, მართვის ფუნქციები დისლოცირებულია ერთ ცენტრში. ერთპიროვნული მმართველობა გამორიცხავს თანამშრომლებთან კოოპერირებას. ცენტრალიზებული მართვის სტრუქტურა ძირითადად დამახასიათებელია საშუალო და მცირე დაწესებულებებისათვის, რომლებიც არ ხასიათდებიან სპეციალიზაციის მაღალი დონით და მისი მოქმედებისას ხშირია არაკომპეტენტური გადაწყვეტილებების მიღების შემთხვევები. ერთპიროვნული მმართველობისაგან განსხვავებით, დეცენტრალიზაციისას მართვის სისტემაში ფუნქციები გადანაწილებული და სპეციალიზებულია საქმიანობის განსაზღვრულ დარგში. მართვის დეცენტრალიზებულ სტრუქტურაში დიდია ალბათობა დაწესებულების შიდა კონფლიქტების. ცალკეული მართვის რგოლები ზოგჯერ ურთიერთსაწინააღმდეგო გადაწყვეტილებებს იღებენ, თუმცა მართვის ეს სტრუქტურა არ არის ინერტული ცვლილებებისადმი და ხშირად თავადვე ახდენს მათ ინიცირებას.

სპეციალიზება არის დაწესებულების ფუნქციურ განყოფილებებად დაყოფა. ჰოსპიტალში როლების და ფუნქციური დაყოფის ხარისხი მაღალია. განსხვავებული უნარების, წარსულის, კვალიფიკაციის, ფასეულობების და პროფესიის თანამშრომლები გაერთიანებულნი არიან ერთი სისტემის ქვეშ, საერთო პროფესიული და ორგანიზაციული მიზნების მისაღწევად. სისტემის შემადგენელ რგოლებს შორის ფუნქციებისა და როლების სწორი სპეციალიზაცია და გადანაწილება ხელს უწყობს დაწესებულების ფუნქციონირების ეფექტურობის გაზრდას და მეტად მოქნილს ხდის გარემოს ცვლილებებისადმი. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ თუ ფუნქციებისა და როლების გადანაწილება

სწორად არ მოხდა, ეს გამოიწვევს უარყოფით შედეგებს.

კომპლექსურობა გამოიხატება იმაში, რომ დასმული ამოცანების გადაჭრისათვის აუცილებელია სწორი გადაწყვეტილების შემუშავება, სხვადასხვა მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების, დაწესებულების დაქვემდებარებაში მყოფი ყველა რგოლის კოორდინირებული მუშაობა, საქმიანობის ხარისხის კონტროლი, რისკების მართვა. კომპლექსურობა აუცილებელია ჰოსპიტალური დაწესებულებისთვის და იგი წარმოადგენს ერთგვარ საზომს დაწესებულების დახვეწილობის და სპეციალიზაციის დონის დასადგენად.

კონფიგურაცია იგივეა რაც ორგანიზაციული სტრუქტურა, იერარქია, დიაგრამა, მოდელი. შედგება ხუთი ძირითადი ელემენტისაგან:

1. **სტრატეგიული მწვერვალი** - მოიცავს მაღალი რანგის მენეჯმენტს, რომელიც პასუხისმგებელია ორგანიზაციის ეფექტურობაზე. ტოპ-მენეჯმენტი შეიძლება იყოს გუნდის სახით ან ერთპიროვნული.
2. **ოპერატიული ბირთვი** - თანამშრომლები, რომლებიც ასრულებენ სამუშაოს ძირითად ნაწილს.
3. **შუა რგოლი** - კონფიგურაციის ელემენტი, რომელიც აკავშირებს ერთმანეთთან სტრატეგიულ მწვერვალს და ოპერატიულ ბირთვს, შედგება საშუალო დონის მენეჯერებისაგან და ხელს უწყობს სტრატეგიული მწვერვალის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებების შესრულებას.
4. **„ტექნო სტრუქტურა“** - გაერთიანებული ადამიანური რესურსების სამსახური, ფინანსების განყოფილება და ა.შ.
5. **მხარდამჭერი პერსონალი** - პერსონალი, რომელიც უშუალოდ არ არის ჩართული სამედიცინო სერვისების მიწოდების საქმეში, თუმცა ასრულებს დამხმარის ფუნქციას.

ორგანიზაციული სტრუქტურა ყველა ჰოსპიტალური დაწესებულებისათვის ინდივიდუალურია და არ არის მკაცრ სტანდარტულ ჩარჩოში მოქცეული. ხშირად გვხვდება ორგანიზაციული სტრუქტურის შერეული და მოდიფიკაციური მოდელი. ცვლილებები ორგანიზაციულ სტრუქტურებში ინდივიდუალურია და განსხვავდება ერთმანეთისგან, რადგან ეს ცვლილებები კომპანიის მიზნებიდან, ამოცანებიდან და სპეციფიური გარემოდან გამომდინარეობს.

ჰოსპიტლების მართვის პრაქტიკაში ხშირად გამოიყენება **მენეჯმენტის ტრიადა**, რომელიც შედგება: დირექტორთა საბჭოსგან, აღმასრულებელი დირექტორისა და ჰოსპიტლის სამედიცინო შტატისგან. თუ მმართველი ორგანო (დირექტორთა საბჭო) უნაწილებს პასუხისმგებლობას აღმასრულებელ დირექტორს და უფროს მენეჯერებს, რომლებიც ჰოსპიტლის ყოველდღიურ მართვას ახორციელებენ, ბევრად ეფექტური ხდება ორგანიზაციის მუშაობა. ყველაზე ხშირად ჰოსპიტალურ ქსელში წარმოდგენილია შემდეგი ორგანიზაციული სტრუქტურები: ფუნქციონალური, დივიზიონალური, კორპორაციული, მატრიცული, პარალელური.

ბევრი სამედიცინო დაწესებულებისათვის ნაცნობია **მართვის ფუნქციონალური სტრუქტურა**, რომლისთვისაც დამახასიათებელია კონკრეტულ ფუნქციურ დეპარტამენტებად დაყოფა. ორგანიზაციული სტრუქტურის ასეთი მოწყობა გვხვდება მცირე ზომის მონოპროფილურ, დაახლოებით 200 საწოლზე გაშლილ ჰოსპიტალში.

ფუნქციონალურ ორგანიზაციულ სტრუქტურას აქვს როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები. დადებით მხარეებს მიეკუთვნება: საქმიანი და პროფესიული სპეციალიზაციის სტიმულირება, კოორდინაციის გაუმჯობესება, შესრულებული სამუშაოს მაღალი ხარისხი. ნაკლოვანებებიდან კი აღსანიშნავია, დეპარტამენტების ხელმძღვანელთა მიერ ორგანიზაციის საერთო მიზნებთან შედარებით უპირატესობის დეპარტამენტის მიზნებისთვის მინიჭება, რაც ზრდის კონფლიქტების წარმოშობის ალბათობას.

დივიზიონალური სტრუქტურა თავს უყრის სხვადასხვა ფუნქციონალურ ერთეულებს პროდუქციის, სერვისის ან ბაზრის სეგმენტის მიხედვით. შესაბამისად არის გამოყოფილი საპროდუქტო, მომხმარებელზე ორიენტირებული და რეგიონალური დივიზიონალური სტრუქტურები. მართვის დივიზიონალური სტრუქტურა ძირითადად გვხვდება დიდი ზომის ჰოსპიტალში და ატარებს დეცენტრალიზაციის ხასიათს. თითოეულ დივიზიონს აქვს მენეჯმენტის შიდა სტრუქტურა.

დივიზიონალური სტრუქტურის გამოყენება მიზანშეწონილია, როდესაც ორგანიზაცია ემსახურება დიდ გეოგრაფიულ რეგიონს. რეგიონარული ორგანიზაციული სტრუქტურა კარგად არის მორგებული ადგილობრივ გარემოს,

რაც აადვილებს ურთიერთობას, როგორც მომხმარებელთან, ისე ორგანიზაციის წევრებს შორის.

კორპორაციული მოდელი გამოიყენება კანონიერად გაერთიანებული სუბიექტების ჯგუფის ორგანიზაციული სტრუქტურის მოსაწყობად. კორპორაციული ორგანიზაციული სტრუქტურის 2 მთავარი შემადგენელი ელემენტია:

- მმართველი ორგანო
- ტოპ-მენეჯმენტი (მაღალი რანგის)

სტრუქტურული მოწყობის ეს მოდელი ეფექტურია „ჰოსპიტლების გაერთიანების“ მართვისას, გრძელვადიანი სტრატეგიული მიზნების განსახორციელებლად მუდმივად ცვალებად გარემოში. მმართველი ორგანოს ფუნქცია დაკისრებული აქვს დირექტორთა საბჭოს, რომელსაც ხელმძღვანელობს დირექტორთა საბჭოს თავმჯდომარე. ხელმძღვანელობის ფუნქციები განაწილებულია დირექტორთა საბჭოსა და უფროსი მენეჯერების ჯგუფს შორის.

კორპორაციული ორგანიზაციული სტრუქტურის მეთოდი გამოუსადეგარია მცირე ზომის დაწესებულებებისათვის იმ შემთხვევებში, როცა მენეჯმენტის აღმასრულებელი დირექტორი არ არის მზად მოახდინოს პასუხისმგებლობის და ძალაუფლების დელეგირება მაღალი რანგის მენეჯმენტის წევრებს შორის ან მაშინ, როცა მენეჯმენტი არ ფლობს საჭირო უნარ-ჩვევებს დაკისრებული მოვალეობების შესასრულებლად.

ჰოსპიტლების რეფორმის ზოგადი ტენდენცია ევროპაში მდგომარეობს ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობის და საწოლდღეების რაოდენობის შემცირებაში, რაც ზრდის თითოეული საწოლის პროცენტული დატვირთვის კოეფიციენტს. რეფორმის ანალიზის ზოგადი ტენდენცია განიხილება დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების მაგალითზე.

ევროპის ქვეყნებში განასხვავებენ ჰოსპიტლების კონფიგურაციის სამ ძირითად მოდელს. ჰოსპიტალები არის როგორც ძალიან დიდი, ასევე ძალიან პატარა. ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჰოსპიტლების რიცხვი არც ისე დიდია, თუმცა ბევრი ჰოსპიტალი გაშლილია საწოლთა დიდ ფონდზე (1000 და მეტი). გერმანიაში საწოლების რაოდენობა დაახლოებით 2-ჯერ აჭარბებს

ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელს, ხოლო იტალიაში მწვავე შემთხვევების სამკურნალოდ გათვალისწინებული საწოლების რაოდენობა ჯერ კიდევ 2-ჯერ მეტია, ვიდრე დიდ ბრიტანეთში.

ევროპულ ქვეყნებში, ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად შემცირდა. ოპერაციული ჩარევის შემდგომ, პაციენტი ჰოსპიტალიდან გადაიყვანება ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში (მაგ. მოხუცებულთა თავშესაფარში) ან ეწერება ბინაზე და აქცენტი კეთდება პაციენტის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სწრაფად დაბრუნებაზე.

პაციენტის ჰოსპიტალურ დაწესებულებაში დაყოვნების შემცირების ტენდენციამ უბიძგა ჯანდაცვის მუშაკებს გამოეკვლიათ პაციენტების დაგვიანებული გაწერის მიზეზები და ხშირ შემთხვევაში ამის მიზეზი ხანშიშესული პაციენტები იყვნენ.

ჰოსპიტლის შემოწმება წარმოადგენს მართვის მაღალგანვითარებული სისტემის ნაწილს, რომელიც ავლენს ჰოსპიტალური საწოლების არამიზნობრივი გამოყენების ფაქტებს და ხელს უწყობს პაციენტის დროულ გაწერას საჭიროების შემთხვევაში. შემოწმების ასეთი მოდელი გავრცელებულია ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ხოლო რაც შეეხება ევროპას, ის გამოიყენება ერთეულ შემთხვევებში განსხვავებით **პორტუგალიისგან**, სადაც მოქმედებს სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია დიაგნოსტიკური ჯგუფების მიხედვით დაყოვნების ხანგრძლივობის მონიტორინგზე. ევროკავშირის ქვეყნებში ჰოსპიტალური საწოლების დატვირთვის პროცენტული მაჩვენებელი სტაბილურია და რამდენადმე აჭარბებს 75%-ს, ხოლო პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში კი საწოლის დატვირთვის პროცენტული მაჩვენებელი დაეცა 90% - დან 70% - მდე.

დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსებისთვის გამოყოფილი თანხები ბოლო ათწლეულის მანძილზე არ შემცირებულა, მეორეს მხრივ მოხერხდა ხარჯების ზრდის შეკავება.

ლიტერატურაში, რომელიც ეძღვნება ჰოსპიტლის მუშაობის ეფექტიანობას, ძირითადი ყურადღება ეთმობა სტიმულირების მაჩვენებლებს, რომელთა წყაროს წარმოადგენს გარე და შიდა ფაქტორები. განსაკუთრებით გამოიყოფა გადახდის მექანიზმები და კონკურენცია [86]. ჰოსპიტლების გამართული მუშაობა, ეს არის გარე ფაქტორებისადმი რაციონალური ადაპტაციის შედეგი. შეუძლებელია

ჰოსპიტლის მუშაობის ეფექტურობის გაზრდა გარე ფაქტორების ხელშეწყობის გარეშე. შეთანხმებული ურთიერთქმედება გარემოს და დაწესებულების ორგანიზაციულ სტრუქტურას შორის, არის აუცილებელი წინაპირობა პოზიტიური შედეგის მისაღწევად.

გარე ფაქტორები თეორიულად შეიძლება წარმოვიდგინოთ როგორც 4 ფუნქციონალური კომპონენტის ერთობლიობა, რომელიც გავლენას ახდენს ჰოსპიტლის მუშაობის ხარისხობრივ მაჩვენებლებზე. საუბარია კოლექტიურ შესყიდვებზე, შესყიდვებზე რომელიც ხორციელდება საბაზრო პრინციპებით, ზედამხედველობაზე და ხელმძღვანელობაზე.

გარემოს დომინანტმა ფაქტორმა - ჯანდაცვის სამინისტროებმა უკანასკნელ ათწლეულებში ბევრ ქვეყანაში განიცადა რადიკალური ცვლილებები. ამ ცვლილებებისთვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია სამი ფაქტორი: ორგანიზაციული დაყოფა-ზედამხედველობა, შესყიდვა და ხელმძღვანელობა.

ფუნქციების დანაწილება მოხდა სოციალური დაზღვევის ფონდების შექმნით და ჰოსპიტალებზე საკუთრების დეცენტრალიზაციით. დეცენტრალიზაციამ განაპირობა საავადმყოფოებზე საკუთრების უფლების გადაცემა ადგილობრივი თვითმმართველობებისთვის. ჯანდაცვის სფეროში ფუნქციონირება დაიწყო ახალმა ორგანიზაციებმა, ჰოსპიტლების ირგვლივ შეიქმნა პლურალური გარემო და შედეგად, გაჩნდა გარემოს ახალი ფაქტორების ერთობლიობა (იხ. დანართი, ცხრილი #8).

მიუხედავად გარემოს მკვეთრი ცვლილებებისა, ჰოსპიტალური დაწესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურა გარდამავალ პერიოდში მხოლოდ უმნიშვნელოდ შეიცვალა.

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჰოსპიტალი აღარ ფუნქციონირებს, როგორც სახელმწიფო ბიუროკრატის ქვედანაყოფი, რომელიც ფინანსდებოდა უშუალოდ ბიუჯეტიდან. მათი ორგანიზაციული სტრუქტურაც რამდენადმე შეიცვალა. გარე ფაქტორების ცვლილებებმა გამოიწვია ჯანდაცვის სამინისტროების უფლებამოსილების ნაწილობრივი დაკარგვა გადაწყვეტილებების მიღებისას, - მათ შორის პირდაპირი ზედამხედველობის და კონტროლის განხორციელების უფლება.

1980-იანი წლებიდან ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში საჯარო სექტორის დაწესებულებების მართვამ ევოლუცია განიცადა. კერძო სექტორის პრაქტიკიდან აღებულ იქნა ე.წ. "ახალი მენეჯმენტის" მიდგომა. ძირითადი აქცენტი გაკეთდა მენეჯერებისთვის უფლებამოსილების გადაცემაზე, ორგანიზაციის მიერ დასახული სტრატეგიული მიზნების განხორციელებაზე და მის ჩართულობაზე სახელმწიფო პოლიტიკის ამოცანების გადაწყვეტაში. 1990 წლიდან სახელმწიფოს ზემდგომი ჩინოვნიკების განხილვის მთავარი თემა გახდა მენეჯმენტი ისეთ ქვეყნებში, როგორებიცაა ავსტრალია და დიდი ბრიტანეთი. მენეჯმენტის „ახალი კულტურა“ ცდილობდა შეემცირებინა დაწესებულების ხელმძღვანელის მხრიდან ფინანსების არამიზნობრივი ხარჯვა, აემაღლებინა მენეჯერების ანგარიშვალდებულების დონე, შეერბილებინა გადაჭარბებული მართვის იერარქიული სტრუქტურა, წახალისებინა კონკურენცია ფინანსური სარგებლის გაზრდის მიზნით, შეემუშავებინა ხარისხის შეფასების და პერსონალის მუშაობის პროდუქტიულობის კრიტერიუმები. საჯარო სექტორის სხვა ორგანიზაციებთან შედარებით, ჰოსპიტალებმა მართვის ახალი მეთოდების ათვისება დაიწყეს უფრო გვიან, რაც გამოუწვეული იყო ჯანდაცვის სისტემის სირთულით და მართვაში ექიმთა უფლებამოსილების მაღალი დონით.

ერთ-ერთ მიზანი, რის გამოც ჰოსპიტალი სახელმწიფო საბიუჯეტო დაწესებულებიდან გარდაიქმნა ავტონომიურ სახელმწიფო დაწესებულებად იყო ის რომ, დაწესებულების მმართველისთვის მიეცათ მართვის სრული შესაძლებლობა, თუმცა ჰოსპიტლების ხელმძღვანელები განიცდიდნენ დაწესებულების შიდა და გარე ურთიერთსაწინააღმდეგო ფაქტორების ზეწოლას. ითვლება, რომ ჰოსპიტალები ერთის მხრივ, ვალდებულნი არიან შეინარჩუნონ ფინანსური წონასწორობა და მეორეს მხრივ, – ჩადონ ინვესტიცია პერსონალის სწავლების საქმეში.

ბევრ ქვეყანაში მართვის პასუხისმგებლობები გადაეცა კლინიკურ ჯგუფებს, ხოლო შემდეგ კი პროფესიონალ მენეჯერებს. თუმცა, ზოგიერთ ევროპულ ქვეყანაში ჰოსპიტლების მმართველებად ჯერ კიდევ გვევლინება პროფესიონალი ექიმი, რომელიც არ არის გადამზადებული მენეჯმენტის საკითხებში.

ჰოსპიტლის მენეჯმენტის მთავარი აქცენტი მიმართულია არა მხოლოდ

კონკრეტული ფინანსური ამოცანების გადასაჭრელად, არამედ მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებისკენ. სტრატეგიული მიზნების რიცხვს მიეკუთვნება სამედიცინო და კლინიკური აუდიტი და პროგრამები, რომლებიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებისკენ და კომპლექსური მართვისკენ.

ხარისხის უზრუნველყოფის უმნიშვნელოვანეს ელემენტებს წარმოადგენს: კლინიკური პრაქტიკის შეფასების კრიტერიუმები, სტანდარტების შემუშავება, სტანდარტების შესრულების მონიტორინგი, ცვალებადი კლინიკური პრაქტიკის და თავდაპირველად მიღებული სტანდარტების სრულყოფა. ამ ციკლურ ხანგრძლივ პროცესში მონაწილეობა უნდა მიიღოს ყველამ, ვისაც შეუძლია წვლილი შეიტანოს მკურნალობაში, თვით პაციენტის ჩათვლით.

ხარისხის კომპლექსური მართვა არის მიდგომა, რომელიც შეიმუშავეს 1945 წელს იაპონიაში, იმისათვის, რომ იაპონური წარმოება გამხდარიყო კონკურენტუნარიანი ამერიკულთან მიმართებაში. ჰოსპიტლების თვალსაზრისით, ის კონცენტრირებულია ავადმყოფის საჭიროებებზე და მკურნალობის დროს შეცდომების შემცირებაზე. ეს მიდგომა ატარებს სისტემურ ხასიათს, რაც განსაკუთრებით აუცილებელია თანამედროვე მედიცინისთვის დამახასიათებელი სირთულეებისათვის.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა განვითარებად ქვეყნებში. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე მსჯელობა დაიწყო 1993 წლიდან, როცა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ეგიდით ჩატარდა საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა განვითარებად ქვეყნებში: 1990-იანი წლების საკითხები“. ამ პერიოდში ევროპის ქვეყნებში ინერგებოდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და ჯანდაცვის დაზღვევის ახალი სისტემა. მსოფლიო ბანკს ახალი გამოქვეყნებული ჰქონდა 1993 წლის განვითარების ანგარიში „ინვესტიცია ჯანდაცვაში“, სადაც შემოთავაზებული იყო ჯანდაცვის სტრატეგიების განსხვავებული ხედვა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის მნიშვნელოვან მიღწევად ითვლებოდა ბავშვთა უნივერსალური იმუნიზაცია, ორალური რეჰიდრატაციის თერაპია და ამერიკის კონტინენტზე პოლიომელიტის პრაქტიკულად სრულად აღმოფხვრა. ამავე პერიოდში ახლებური მიდგომა ჩამოყალიბდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის,

იმუნოდეფიციტის/შიდსის მიმართ. შედეგი გამოიღო ვერტიკალურმა და კატეგორიულად დანაწილებულმა პროგრამებმა. თუმცა, აშკარა ხდებოდა, რომ წარმატების შესანარჩუნებლად ჯანდაცვის სისტემებს ბევრად მეტი მხარდაჭერა ესაჭიროებოდა.

როგორც ჯანდაცვის სისტემის ანგარიშებიდან და შეფასებებიდან გამოიკვეთა, მთელ რიგ განვითარებად ქვეყნებში, ჯანდაცვის სისტემები რეალურად ფუნქციონირებდა არაეფექტური და არათანაბარი რესურსების განაწილების, უხარისხო მომსახურების და დემორალიზებული პერსონალის პირობებში. პაციენტები სახელმწიფო სამედიცინო სისტემიდან კერძო სისტემაში ინაცვლებდნენ, რითაც გამოხატავდნენ თავიანთ დამოკიდებულებას. გამოიკვეთა აზრი, რომ ჯანდაცვის სისტემების ახლებური ხედვა და ინოვაციები აღმოფხვრიდა ამ უთანასწორობას. ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში, ინოვაციები ჯანდაცვის დაფინანსების და მიწოდების საკითხებში, უფრო ამტკიცებდა ამ სისტემების ბიუროკრატიულობას. ჯანდაცვის სისტემის წამყვანმა მკვლევარებმა გამოთქვეს მოსაზრება, რომ განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემებს ყველაზე დიდ პრობლემას “ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა” უქმნიდა. მთელი რიგი პრობლემების გამომწვევ მიზეზად დასახელდა “ჯანდაცვის რეფორმის ჩავარდნა“, მათ შორის: გაზრდილი სამედიცინო გადასახადები, ვერტიკალური იმუნიზაციის მიერ მიყენებული ზიანი და დეცენტრალიზაციის შედეგი - ოჯახური დაგეგმვის პროგრამები. ასევე ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ღარიბთა ხელმისაწვდომობის შემცირება, რაც გამოწვეული იყო უთანასწორო სადაზღვევო სისტემებით.

განვითარებადი ქვეყნების რეფორმის შედეგების ანალიზი საშუალებას მოგვცემს გამოვყოთ ის მიმართულებები, რაც შეიძლება მისაღები იყოს საქართველოსთვის. რეფორმა გულისხმობს დადებით ცვლილებებს, მაგრამ ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა მოიცავს უფრო მეტს, ვიდრე მხოლოდ ჯანმრთელობის ან ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებას.

1995 წელს ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის განმარტება, როგორც „ხანგრძლივი, მიზანმიმართული და ფუნდამენტალური ცვლილება“, სადაც „ხანგრძლივი“ ნიშნავს არაერთჯერად, ხანგრძლივმოქმედ გავლენას;

„მიზანმიმართული“ - რაციონალურს, გეგმიურს და ფაქტებზე დაფუძნებულს; „ფუნდამენტალური“ - ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან სტრატეგიულ სიღრმეებს. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა არ არის კონცეფცია, რომელსაც უნდა ჰქონდეს მხოლოდ ერთი განსაზღვრება, მან შეიძლება მოიცვას ჯანდაცვის სისტემების ფართო სპექტრი. მკვლევარების მიერ მოწოდებულია „მაკონტროლებელი ნიშნულების“ ჩამონათვალი, რომლითაც განისაზღვრება ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი პროცესები და შედეგები [102]. მათი აზრით, ჯანდაცვის სექტორში ძირითადი აქცენტი უნდა გაკეთდეს: დაფინანსების, გადასახადების, ორგანიზების, რეგულირების და მომხმარებელთა ქცევის ჩამოყალიბებასა და მორგებაზე. ჯანდაცვის სისტემის ასეთი მექანიზმების ნათლად ჩამოყალიბება ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის უფრო ფართხილ დახასიათებას. შეიძლება უფრო მისაღები იყოს სისტემური ცვლილებების სტრატეგიული და ფუნდამენტური პროგრამების გამოყოფა შეზღუდული, ნაწილობრივი ან მზარდი პროგრამებისგან.

ტერმინის „ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა“ გამოყენება სხვადასხვა მნიშვნელობით და განსხვავებული მოტივაციის მქონე მხარის მიერ, შეიძლება აიხსნას ჯანდაცვის სისტემის ცვლილების მრავლად არსებული ნეგატიური გამოცდილებით. ცვლილებები, რომლებიც, განხორციელდა სამთავრობო ინიციატივით, ხშირად საერთაშორისო დონორების მხარდაჭერით, ვერ პასუხობს ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიზნებს. ასეთი პროექტები უფრო ხშირად მაკროეკონომიკური სტაბილურობის მიღწევას ან უფრო დემოკრატიული პოლიტიკური სისტემების ჩამოყალიბებას ემსახურება და არა სამედიცინო მიზნების მიღწევას. ცვლილებები შეიძლება რამდენიმე წყაროდან მოდიოდეს:

1. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, რომელიც გამომდინარეობს პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური რეფორმიდან;
2. ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებები, რომელიც გამოწვეულია მთლიანად სახელმწიფო რეფორმით (მაგ. ლათინური ამერიკა);
3. ჯანდაცვის სისტემის განსხვავებული ცვლილებები, რომელიც გამოიწვია მწვავე ფინანსური კრიზისის დასაძლევად შემუშავებულმა ეროვნულმა პროგრამებმა (მაგ. ჩრდილოეთ აფრიკის ქვეყნებში).

მხოლოდ მცირე რაოდენობის ქვეყანამ ჩაატარა ჯანდაცვის სისტემის ფართო ანალიზი გეგმური სტრატეგიული ცვლილებების განხორციელების შემდეგ. უფრო ხშირია ინკრემენტალური და მიზნობრივი ტიპის რეფორმების განხორციელების პრაქტიკა. ასეთი მცირე მასშტაბის ცვლილებები ფუნდამენტურად ვერ შეცვლის ჯანდაცვის სისტემას, მაგრამ მათ აქვთ როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი ზეგავლენის მოხდენის უნარი. მიმოვიხილოთ ხსენებული რეფორმების რამდენიმე ტიპი.

აღმოჩნდა, რომ კომუნისტური წესწყობილებიდან გამოსულ ქვეყნებში, და ქვეყნებში, სადაც კვლავ მმართველობაშია კომუნისტური პარტია, თუმცა გახსნეს ეკონომიკა (მაგ. ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკა და ვიეტნამი), საბაზრო პრინციპებით გამოწვეულმა სტრუქტურულმა და ეკონომიკურმა ცვლილებებმა, უმეტეს შემთხვევაში უარყოფითი გავლენა მოახდინა ჯანდაცვის სექტორზე.

ჩინეთში ჯანდაცვის სექტორის ცვლილებები (სოფლის ექიმის პრაქტიკის პრივატიზაცია, საავადმყოფოების ფინანსური ავტონომიების შემოღება, ფასების ლიბერალიზაცია) ეკონომიკის რეფორმის საპასუხო იყო [98]. ითვლება, რომ სახელწიფოს პრიორიტეტი არ იყო ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა, მაგრამ ზოგიერთ პროვინციაში და ქალაქში განვითარდა სისტემაში ცვლილებებისა და ექსპერიმენტების ფართო ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების ინტერესი.

1990-იან წლებში, ლათინურ ამერიკაში გაჩნდა რეფორმებით დაინტერესების ტალღა, რომელიც გამოწვეული იყო 80-იანი წლების ფინანსური (“ვალების”) კრიზისით და სამხედრო წყობილების შემდგომ დემოკრატიის აღდგენის სურვილით [88]. სახელმწიფო რეფორმა განხორციელდა ქვეყნის ბიუჯეტის შემცირებით და სახელისუფლებო ფუნქციების მუნიციპალიტეტებზე დეცენტრალიზაციის გზით. სამთავრობო ფუნქციები ჯანდაცვასთან მიმართებაში გადაეცა შესაბამის მუნიციპალიტეტებს, თუმცა ამას არ მიუღია ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის სახე. ამ ცვლილებამ პირველ ეტაპზე მოიტანა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის დაფინანსების შემცირება და ეს გაგრძელდა მანამ, სანამ არ დაევალა მუნიციპალიტეტებს მათი დაფინანსების ასიგნირებული თანხის ჯანდაცვაზე მიმართვა.

აფრიკის ქვეყნებში საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების (მსოფლიო ბანკი

და საერთაშორისო სავალუტო ფონდი) მიერ ინიცირებული სტრუქტურული გარდაქმნის პროგრამები, გულისხმობდა ადგილობრივი ვალუტის დევალვაციას, სამთავრობო დანახარჯების (ხშირ შემთხვევაში, სოციალური დანახარჯების ჩათვლით) და ვალების შემცირებას და სახელმწიფო მომსახურებების შეზღუდვას. ხშირად ეს პროცესები დიდ გავლენას ახდენდა ჯანდაცვის სისტემაზე, ხდებოდა რა დანახარჯების შემცირება და ფასების მომატება იმპორტირებულ საქონელზე. არსებული გამოცდილების გაანალიზების შემდეგ, აღინიშნა, რომ „სტრუქტურული გარდაქმნები, ფისკალური გამკაცრებით და ბიუჯეტის შემცირებით, არ უქმნის საფრთხეს ჯანდაცვის სექტორის ფუნქციონირებას“. თუმცა, საგულისხმოა რომ „სტრუქტურული გარდაქმნები არ განაპირობებს შეზღუდული რესურსების მნიშვნელოვან ინტრა-სექტორულ ხელახალ გადანაწილებას“ და „მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რეფორმები თავისი ბუნებით არ არის მზარდი“.

1980 წლის შემდეგ, მსგავსი რეფორმა განხორციელდა ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის რიგ ქვეყნებში: ჩეხეთის რესპუბლიკაში, უნგრეთში, პოლონეთში (1990-ის შემდეგ).

1990-იან წლების დასაწყისში დაწყებული რეფორმა ჩეხეთის რესპუბლიკაში მიზნად ისახავდა სახელმწიფო მომსახურების სწრაფი ტემპით პრივატიზაციას, კერძო სადაზღვევო ფონდების შექმნას, ანაზღაურების ახალი სისტემის შემოღებას.

უნგრეთში ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ ამბიციური პრივატიზაცია, შემოიღეს ცენტრალიზებული სოციალური დაზღვევის სისტემა და მოხდა მუნიციპალურ დონეზე საკუთრების დეცენტრალიზაცია.

1997 წელს, ჯანდაცვის დაზღვევის შესახებ საკანონმდებლო აქტის მიღების შემდეგ, ფუნდამენტალური ცვლილება განხორციელდა პოლონეთში. მოხდა დეცენტრალიზაცია, ავტონომია მიენიჭა საავადმყოფოებს და კლინიკებს, მოხდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაცია შერჩეულ რეგიონებში;

რეფორმას ესაჭიროება საკმაოდ დიდი რაოდენობის კვალიფიციური ადამიანური რესურსები, ინსტიტუციონარული მხარდაჭერა და სტაბილურობა. პრაქტიკულად ყველა ხსენებულ ქვეყანაში, მოხდა ამ საჭიროების არასათანადო დონეზე შეფასება.

პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ განვითარებად ქვეყნებში უპირატესობას ანიჭებენ ცვლილებების სწრაფად განხორციელებას; მიუხედავად გარკვეული რისკისა, რაც

თან სდევს პილოტირების მეთოდის გამოყენებას, ხშირად ეს არის გზა, თავიდან აიცილო „სტრატეგიული“ რეფორმის განხორციელება.

ჩამოთვლილ ქვეყნებში ჯანდაცვის რეფორმა შემუშავდა იმისათვის, რომ მიღწეული ყოფილიყო ხარჯის თანაბარი განაწილება, ჯანდაცვის სექტორის რესურსების გამოყენების ეფექტურობის ამაღლება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და ფინანსური სტაბილურობა. თუმცა, ჯანდაცვის სექტორში ჩატარებული რეფორმები დიდად ეფექტური არ იყო ხსენებული ამოცანებთან მიმართებით.

რეფორმებთან მიმართებაში ცალსახა, ჩამოყალიბებული აზრი არ არის ფორმირებული, რადგან უმრავლეს შემთხვევაში ძალიან ცოტა დროა გასული და არ ჩატარებულა სრული მონიტორინგი, არ არსებობს შეფასების სრულყოფილი ინდიკატორები მათი რეალური გავლენის დასადგენად. თუმცა თვალშისაცემია, რომ ასეთ რეფორმებს თან სდევს სირთულეები დასახული ამოცანების შესრულებაში.

„სტრატეგიული“ მოდელის მიმდევარი ქვეყნების უმრავლესობაში ძალიან დიდია ხარჯის არათანაბარი განაწილების პრობლემა (კოლუმბია, ჩილე). რეფორმებით არ მცირდება ხარჯები, თუმცა თუ დანახარჯის ზრდას მოსდევს ეფექტურობის, ჯანმრთელობის ხარისხის ან ხელმისაწვდომობის პროპორციული ზრდა, მაშინ ეს დადებითი შედეგია. პრაქტიკულად არ არსებობს ეფექტურობის და ხარისხის ზუსტი საზომი, ჯანდაცვის რეფორმის ძირითად ამოცანებთან მიმართებაში. ძნელი შესაფასებელია ხარისხი განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, სადაც არსებობს ხარისხის კვლევის და ხარისხის ერთიანი შეფასების სისტემები (ლოურენს და როზანსკი, 1998). ასეთ შემთხვევებში კი ძნელია დადებითი ტენდენციების შეფასება.

USAID-ის და სხვა ორგანიზაციების დახმარებით, ზოგიერთმა ქვეყანამ შეძლო გაუმჯობესებინა ვითარება და ჩამოყალიბებინა დანახარჯის თანაბარი განაწილების სისტემა (კოლინსი, 1996). დეცენტრალიზაცია ხშირად ხდება კრიტიკის საგანი, თანხის არათანაბარი განაწილების პრობლემის გაღრმავების გამო. კვლევებმა არაერთგვაროვანი შედეგები აჩვენა: ხშირ შემთხვევაში დაფიქსირდა ხელმისაწვდომობის იგივე დონე, რაც რეფორმამდე იყო [98].

არსებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, შეიძლება გავაკეთოთ დასკვნა, რომ განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმის შედეგების შესახებ საბოლოოდ ჩამოყალიბებული აზრი არ არსებობს. უკანასკნელი ორი ათწლეულის გამოცდილება არ არის საკმარისი სრულყოფილი შეფასებისათვის. სისტემები, რომელთა რეფორმირებაც მოხდა, რთულ მდგომარეობაში იყო და კრიზისი უფრო ღრმავდებოდა, აშკარა იყო, რომ ძველი მოდელი აღარ მუშაობდა. განვითარებად ქვეყნებზე მოდის მსოფლიო დაავადებათა ტვირთის ძალიან დიდი წილი და აქედან მიყენებული ზიანი უზარმაზარია. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეული გაუმჯობესება მიღწეულია ვერტიკალური პროგრამების დანერგვით, ჯანმრთელობის სტატუსი და ეპიდემიოლოგიური ტრანზიცია კვლავ ვითარდება და ახალ მოთხოვნებს უყენებს ჯანდაცვის სისტემას. მიუხედავად ქვეყნის განვითარების დონისა ეს მოთხოვნები შეიძლება უფრო მწვავე იყოს საშუალო განვითარების ქვეყნებში, მაგრამ ღარიბ ქვეყნებში განსაკუთრებით დიდ გავლენას მოახდენენ რეფორმაზე. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მოსახლეობა შესაძლოა მომავალში კიდევ უფრო დიდი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდეს (ქალებისა და მამაკაცების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, დაავადებული ბავშვების საჭიროებების, იმუნოდეფიციტის პრევენციისა და მოვლის მზარდი მოთხოვნების დაკმაყოფილება). ჯანდაცვის სისტემა უმრავლეს განვითარებად ქვეყანაში დგას დაფინანსების, ეფექტიანობის, დანახარჯების თანაბრად განაწილების და ხარისხის პრობლემის წინაშე. დაბალია ამ გამოწვევების შესაბამისი მომზადების დონე.

ჩვენს მიერ შესწავლილი და განხილული ჯანდაცვის სისტემების რეფორმის გამოცდილება საგულისხმო დასკვნების გაკეთების საშუალებას იძლევა, მათ შორის: იშვიათად მოიძებნება ქვეყნები, სადაც ჯანდაცვის რეფორმა განხორციელდა მიზანმიმართულად, ფუნდამენტალურად და ხანგრძლივმოქმედად.

„სტრატეგიული“ ტიპის რეფორმები ძნელი განსახორციელებელია და ცოტაა განვითარებად ქვეყანაში მისი წარმატების მაგალითები. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმისათვის აუცილებელია რამდენიმე პირობის დაცვა, რომელთა ერთიანობაში თავმოყრა ძნელია დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყანაში. ასეთი პირობებია: ცვლილებების შესაძლებლობა, ლიდერობის მაღალი დონე, სამთავრობო სტაბილურობა გარკვეული პერიოდის მანძილზე, რაც იძლევა რეფორმის შესაბამისი

სტრატეგიის განხორციელების საშუალებას; ასევე მნიშვნელოვანია მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ადამიანური რესურსები, ინფორმაცია და ორგანიზაციის არსებობა. ნებისმიერ ქვეყანაში „სტრატეგიული“ ტიპის რეფორმა არ არის სათანადო პოლიტიკური მხარდაჭერის გარეშე, ასევე სავარაუდოა, რომ ჯანდაცვის სისტემის ფართომასშტაბიანი რეფორმის განხორციელება არ მოიტანს შედეგს მოკლე ვადაში.

„სტრატეგიული“ მოდელის რეფორმების პირობებში, აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ძველი ინსტიტუტების რეფორმირების და ახლების შექმნის პროცესს. ხშირად რეფორმატორები ფიქრობენ, რომ დაფინანსების და გადახდის მექანიზმის შეცვლა საკმარისია ხარისხიანი და ეფექტური ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებისათვის. თუმცა, ორგანიზაციული მოუქნელობა და ბიუროკრატიულობა ხშირად ხელს უშლის ეფექტურ საქმიანობას. რეფორმებს სჭირდება თანამშრომლების შერჩევის ახალი გზები, ახალი უნარ-ჩვევების მქონე და უფრო ადაპტირებული კადრები. სახელმწიფო სავადმყოფოებში, სადაზღვევო გეგმებში, ადგილობრივ მთავრობებში, ჯანდაცვის სამინისტროში და სხვა სახელისუფლებო ორგანოებში მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს ორგანიზაციულ განვითარებას და მომზადებას რეფორმის ჩასატარებლად.

მიუხედავად იმისა, რომ „მიზნობრივი“ ტიპის რეფორმები ნაკლებად ითხოვს სისტემური ხასიათის ცვლილებების განხორციელებას, მაინც განსხვავებულია მისი შედეგები. ამის მიზეზად შეიძლება დასახელდეს ის პირობები, რომლებიც აუცილებელია „მიზნობრივი“ მოდელის რეფორმის წარმატებისათვის, - ახალი და გადამზადებული ადამიანური რესურსები, უკეთესი ინფორმაცია პრობლემის გამოსაკვეთად და პოლიტიკის ცვლილებების დასაგეგმად, ორგანიზაციული გამდიერება და პოლიტიკური სტაბილურობა.

როცა არ არის ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის რეფორმის მოდელი (ფართო თუ მცირემასშტაბიანი), საჭიროა გამოიკვეთოს რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიმართულება, რომლითაც ფინანსური მექანიზმები, დეცენტრალიზაცია, ჰოსპიტალური ავტონომია და სხვა საქმიანობა უფრო ეფექტური იქნება. არსებობს დაფინანსების მექანიზმი, რომელიც გულისხმობს შეზღუდულ სამთავრობათაშორისო ტრანსფერებს და ფონდებს, რაც განაპირობებს დეცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემის პირობებში დანახარჯების მეტ

თანასწორობას. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მომსახურების ზოგიერთ დონეზე უმჯობესია ერთ სულ მოსახლეზე ანაზღაურების მექანიზმის გამოყენება.

ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა არ შეიძლება ჩამოყალიბდეს ერთი გლობალური ან თუნდაც რეგიონალური ფორმულით, რადგან არ არსებობს ჩამოყალიბებული ერთიანი მოსაზრება, ჯანდაცვის ეფექტური რეფორმის შესახებ. მისაღები მიდგომის შესამუშავებლად გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ქვეყნის ისტორია, ღირებულებები და კულტურა.

2.4. საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში მენეჯმენტის განვითარების ტენდენციები

სფეროში მიმდინარე სოციალურ-ეკონომიკური პროცესების კვლევას სისტემის შემდგომი სრულყოფის თვალსაზრისით უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. მარკეტინგულ საქმიანობას პირველად აშშ-ს ჰოსპიტალურ სექტორში მიმართეს გასული საუკუნის 70-იან წლებში, როდესაც საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებლის მკვეთრი შემცირება დაიწყო. ეკონომისტები და ჯანდაცვის თეორეტიკოსები შეეცადნენ განესაზღვრათ ექიმების რაოდენობის ზრდის გავლენა მათი მომსახურების წონასწორობის ფასზე - შემცირდა თუ არა სხვა ფასებთან შედარებით ექიმების ჰონორარი ექიმების რაოდენობის მკვეთრ ზრდასთან და მათ შორის კონკურენციის გაძლიერებასთან დაკავშირებით [32].

სხვა თანაბარ პირობებში, ექიმების მომსახურების მიწოდების ზრდამ მათი ჰონორარი უნდა შეამციროს და გაწეული სამედიცინო მომსახურება გაზარდოს. მაგრამ „სხვა პირობები“ არ დარჩენილა უცვლელი. ექიმების მომსახურების მოთხოვნის რამოდენიმე დეტერმინანტმა გაართულა სურათი, განიცადა რა მკვეთრი ცვლილებები ორი უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე. ადამიანების წმინდა შემოსავლების დონე, სიცოცხლის ხანგრძლივობა იზრდებოდა და მოსახლეობა ბერდებოდა, გაიზარდა იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომელზეც ვრცელდებოდა ღარიბთა და ღრმად მოხუცებულთა სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის სამთავრობო პროგრამები, სისტემატურად იზრდებოდა მუშების რაოდენობა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას საწარმოების მიერ განხორციელებული

სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების საფუძველზე ღებულობენ. თითოეული ეს ფაქტორი საექიმო მომსახურებაზე მოთხოვნის გაზრდას იწვევდა [32].

სამედიცინო მომსახურების სფეროს მიმართ რიგმა მკვლევარმა წამოაყენა „მოთხოვნის შეცვლის ჰიპოთეზა“, რომელიც გულისხმობს, რომ ექიმებს თავისი დიაგნოზებითა და რეკომენდაციებით უნარი შესწევთ გაზარდონ მოთხოვნა თავიანთ მომსახურებაზე. მტკიცდება, კერძოდ, რომ ექიმების რაოდენობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის გაზრდას იწვევს. აღნიშნული გამოკვლევის შედეგად გამოიკვეთა დასკვნა: იქ სადაც ქირურგების რაოდენობა მეტია, ოპერაციებზე მოთხოვნა იზრდება. სხვა თანაბარ პირობებში, მოსახლეობის რაოდენობაში ქირურგების ხვედრითი წილის 10%-იანი გადაჭარბება ოპერაციების რაოდენობისა და მათი ჰონორარის 3%-ით გადიდებას იწვევს [101].

ამ დასკვნის მართებულობა, ანუ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის სპეციფიკური ხასიათი, რაც გულისხმობს პაციენტის მხრიდან სამედიცინო მომსახურებაზე ჭარბი მოთხოვნის ხელოვნური ფორმირების შესაძლებლობას ექიმის მიერ, აგრეთვე ექიმებისა და ფარმაცევტების ინტერესების ფარულ გაერთიანებას, დადასტურებულია საქართველოს რეალობაში არსებული პრაქტიკითაც. მაგ., 2003 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მიერ შესწავლილ იქნა ყველა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის მიმდინარეობის ხარისხი და კომპანიისაგან მოთხოვნილი თანხების საფუძვლიანობა (კორექტულობა) სხვადასხვა პროფილის 158 სამედიცინო დაწესებულებაში 304 კონტრაქტის მიხედვით 1999-2002 წლებში. შედეგად 68 სამედიცინო დაწესებულებაში გამოვლინდა კომპანიისაგან არასწორად მოთხოვნილი თანხა 780 409,21 ლარის ოდენობით, საიდანაც თბილისის სამედიცინო დაწესებულებებში გამოვლენილია 686777 ლარი, ხოლო რეგიონული ფილიალების მიერ – 93632,21 ლარი [34].

საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებებში მარკეტინგული სამსახურის დანერგვის აუცილებლობაზე მიუთითებს ლ. თაკალანძე თავის სადისერტაციო ნაშრომში „სამედიცინო მომსახურების ტრანსფორმაცია საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალ პერიოდში [20].

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სიღრმისეული კვლევა მარკეტინგული

ტექნოლოგიების გამოყენებით წარმოადგინა დ. ლომინაძემ სადისერტაციო ნაშრომში „სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების თავისებურებები და პერსპექტივები საქართველოში“ [30]. მის მიერ 2009 წელს ჩატარებული იქნა საქართველოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის მარკეტინგული კვლევა, რომლის ძირითადი მიზანი იყო მომხმარებელთა არსებული და ფარული მოთხოვნილებების ამოცნობა, ასევე მათი მოლოდინისა და სურვილების გამოვლენა. კვლევაში მოცემულ იქნა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე თითოეული ჯგუფის მომხმარებელთა ქცევის დახასიათება. ნაჩვენებია, რომ გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ატარებს შუალედურ ხასიათს, ამიტომ მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე გამოიყო ძირითადი ჯგუფები, რომლებიც უკანასკნელი სამი წლის მანძილზე ფასიანი სამედიცინო დაწესებულებების პოტენციური მომხმარებლები არიან.

ჩატარებული კვლევების შედეგებმა ცხადყო, რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზარი საქართველოში ჯერ კიდევ არ არის ფორმირებული და ქართველი მომხმარებლების ქცევაც ამ ბაზარზე გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. ეს ტენდენციები სამედიცინო დაწესებულებებმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინონ პაციენტთა მოზიდვისა და კონკურენციულ ბრძოლაში სტაბილური წარმატების მისაღწევად.

სადისერტაციო ნაშრომის ფარგლებში ჩვენს მიერ ჩატარებულ იქნა ჰოსპიტლის მენეჯერების გამოკითხვა ანკეტირების გზით, რომელიც წარიმართა ორი მიმართულებით: ერთი ორიენტირებული იყო ჰოსპიტალური დაწესებულებების ხელმძღვანელთა კვალიფიციურობის გამოვლენაზე საქართველოში; ხოლო მეორე, - მენეჯერების დამოკიდებულების კვლევაზე ჰოსპიტალურ სექტორში მიმდინარე პროცესებთან დაკავშირებით. საკვლევი ობიექტები განისაზღვრა შემთხვევითი შერჩევის გზით. საკვლევი ობიექტების რაოდენობა შეადგენდა ოც ჰოსპიტალს.

კითხვარი (ანკეტა) შედგებოდა საინფორმაციო (ჰოსპიტალური დაწესებულების საიდენტიფიკაციო მონაცემები და ძირითადი სამედიცინო პარამეტრების სტატისტიკა) და ძირითადი (მენეჯმენტის კვალიფიციურობის გამოვლენა და მათი შეხედულება ჰოსპიტალურ სექტორში მიმდინარე პროცესებთან დაკავშირებით) ნაწილისაგან (იხ. დანართი, „კითხვარი“).

საკვლევ არეალში ინფორმაცია მოპოვებულ იქნა 15 ჰოსპიტალური დაწესებულებიდან თბილისის მასშტაბით (ხუთმა მენეჯერმა კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა). კვლევის ფარგლებში ისინი აღინიშნა ლათინური ანბანის ასოებით (A-O);

1. ერთი მათგანი არის დაახლოებით 150 წლიანი ისტორიის მქონე, ოთხს აქვს ნახევარსაუკუნოვანი ისტორია, 7 მათგანი ფუნქციონირებს გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან, ხოლო დანარჩენი 3 ჩამოყალიბდა XXI საუკუნეში (თუმცა სამივე მათგანი დაფუძნდა პრივატიზების შედეგად ძველი ჰოსპიტლების ბაზაზე).

2. თოთხმეტი მათგანი წარმოდგენილია კერძო საკუთრების ფორმით, ერთ-ერთის 100%-იანი წილის მფლობელი სახელმწიფოა.

3. 15 ჰოსპიტალთაგან 6 არის მულტიპროფილური სამედიცინო დაწესებულება, 9 კი სპეციალიზდება კონკრეტული მიმართულებით (5 ჰოსპიტალი ორიენტირებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მკურნალობაზე, რაც სავარაუდოდ გამოწვეულია აღნიშნული დაავადებების სიხშირით საქართველოში). გამოკითხული ჰოსპიტალური დაწესებულებების 80 პროცენტი წარმოდგენილია დირექტორის, ხოლო 20 პროცენტი - დირექტორატის და გენერალური დირექტორის სახით. უმაღლესი მენეჯმენტი სამეთვალყურეო საბჭოს სახით წარმოდგენილი არ ყოფილა (იხ. დანართი, დიაგრამა# 4).

ჰოსპიტლის მენეჯერთა 66% თვლის, რომ მმართველ რგოლს გააჩნია მკაფიოდ ჩამოყალიბებული კომპეტენცია, ჰოსპიტალურ დაწესებულებათა 27 პროცენტში მიმდინარეობს მმართველი რგოლის უფლება-მოვალეობების შემუშავების პროცესი, მენეჯერთა 7% კი თვლის, რომ ფუნქციების გადანაწილების საჭიროება არ არსებობს (იხ. დანართი, დიაგრამა# 5).

ჰოსპიტლების 1/3-ში მართვის არსებული ფორმა კარგად აპრობირებულია, 2/3-ში კი აპრობაციის პერიოდი 5 წელს არ აღემატება. კვლევის შედეგები მიანიშნებს, რომ უკანასკნელ წლებში მენეჯმენტის ზედა რგოლი აქტიურად ჩაერთო მართვის ოპტიმალური გზების ძიებაში. მათი ნაწილის აზრით, ჰოსპიტალში მოქმედი მართვის ფორმები მოითხოვს გადახედვას (იხ. დანართი, დიაგრამა# 6-7).

ჩატარებული კვლევის ამ ნაწილში მიღებული შედეგების საფუძველზე ვასკვნით, რომ ზოგადად საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ფორმები და

მეთოდები მსგავსი და ერთგვაროვანია, არ არსებობს მათ შორის არსებითი განსხვავება. გამოკვეთილად ცენტრალიზებულია მართვის სტრუქტურა და არ არსებობს ფუნქციების და სტრუქტურის დივიზიონალური დაყოფის პრაქტიკა, რომლის დანერგვაც მნიშვნელოვანია ნებისმიერი დაწესებულებისათვის ჰოსპიტალურ სექტორში.

ჰოსპიტალური დაწესებულების ცენტრალიზებული მართვა წარმოადგენს მართვის თანამედროვე ტენდენციას ჯანდაცვის სისტემაში, რაც დადასტურდა იმით, რომ კვლევის პროცესში გამოკითხული დაწესებულებების 80%-ს მართავს დირექტორი.

მიუხედავად იმისა, რომ კითხვარის სხვადასხვა ნაწილი განკუთვნილი იყო სხვადასხვა კომპეტენციის მენეჯერთათვის, ყველა სახის ინფორმაციის წყარო იყო ჰოსპიტლის ერთი კონკრეტული მენეჯერი, რაც მათ მიერ დეკლარირებულ „გამიჯნულ კომპეტენციებს“ ეჭვქვეშ აყენებს. ისინი სრულად ინფორმირებულნი აღმოჩნდნენ როგორც იურიდიულ-სამართლებრივი, ისე ფინანსური ნორმებისა და სტანდარტების შესახებ (იხ. დანართი, დიაგრამა #5; 8-9).

მიუხედავად ამკარად განსხვავებული შეხედულებებისა ჰოსპიტლის მართვასა და განვითარების სტრატეგიაზე, გამოკითხულთაგან ყველა თანხმდება იმაზე, რომ აუცილებელია ადმინისტრაციის თანამშრომელთა გადამზადება მენეჯმენტის საკითხებში.

კითხვამ, რომელიც შეეხებოდა მართვასთან დაკავშირებულ დაბრკოლებებს, გამოავლინა შემდეგი: მენეჯერები მიიჩნევენ, რომ ჰოსპიტალური დაწესებულების მართვის პროცესზე, არსებით გავლენას ახდენს ლოკალურად მოქმედი ფაქტორები. მათ შორის ფინანსების დეფიციტი, კომუნიკაციის ნაკლებობა მენეჯმენტის რგოლებს შორის და თანამშრომელთა რეზისტენტობა ცვლილებებისადმი (იხ. დანართი, დიაგრამა #10).

ორგანიზაციული სტრუქტურა და ადამიანური რესურსები არის იმ ოთხი ძირითადი ფაქტორიდან ორი, რომელსაც ზეგავლენა აქვს ჰოსპიტლის ფუნქციონირებაზე. გამოკითხულ ჰოსპიტალურ დაწესებულებებში ამკარა კვალიფიციური ადმინისტრაციული კადრების ნაკლებობა, ფუნქციები და სამუშაო არასათანადოდ არის დელეგირებული, მენეჯმენტის წევრებს შორის კომუნიკაციის

და კოორდინაციის ნაკლებობა და ზოგადად მენეჯერები, ხელმძღვანელი პირები, არასათანადოდ არიან ინფორმირებულნი, როგორც მართვის ფორმების შესახებ, ისე ჰოსპიტალური მენეჯმენტის ისეთ საკვანძო საკითხებში, როგორებიცაა: ორგანიზაციული სტრუქტურა, ადამიანური რესურსები, სტრატეგიული მენეჯმენტი, სამედიცინო სტატისტიკა (დაწესებულების მუშაობის ამსახველი ძირითადი მაჩვენებლები), დაწესებულების შიდა აუდიტი, მუშაობის ეფექტურობა და მომსახურების ხარისხის კონტროლი.

ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ ამჟამად ჩვენი ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებს ხელმძღვანელობენ ძირითადად სამედიცინო განათლების მქონე პირები, რომელთა უმეტესობას არ გააჩნია ზოგადი ეკონომიკური განათლებაც კი. საქართველოს უმაღლეს სამედიცინო სასწავლებლებში კლინიკური და ფარმაცევტული სპეციალობის კადრებისათვის არსებობს მომზადების მკაფიოდ გათვლილი სასწავლო პროგრამები; ძნელად წარმოსადგენია პრაქტიკოს-თერაპევტი, რომელსაც დამატებითი მომზადების გარეშე (რეზიდენტურა) შეუძლია გახდეს მაგალითად, ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი, პულმონოლოგი, რომ არაფერი ვთქვათ ქირურგიული პროფილის სპეციალისტებზე. ამავდროულად აღსანიშნავია, რომ ნებისმიერი რანგის ხელმძღვანელად - ჰოსპიტლის დირექტორიდან დაწყებული, შეიძლება გახდეს კლინიკური პროფილის სპეციალისტი (თერაპევტი, ქირურგი და ა.შ.), რომელსაც არც დანიშვნამდე და არც მის შემდეგ არ გაუვლია ჯანდაცვის ორგანიზატორისათვის აუცილებელი მომზადება.

კვლევის იმ ნაწილში, რომელიც მოიცავდა უმაღლეს მენეჯერთა აზრისა და ხედვის კვლევას ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებასთან და ამ მიმართულებით სახელმწიფო პოზიციასთან დაკავშირებით, გამოიკვეთა მეტად საინტერესო და საგულისხმო ტენდენციები. კვლევაში მონაწილე ჰოსპიტალური ქსელის მენეჯერთა 60%-მა აღნიშნა, რომ ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შესახებ ინფორმაცია სრულად გააჩნია, ხოლო დანარჩენი მენეჯერები ფლობენ ინფორმაციის მხოლოდ ნაწილს (იხ. დანართი, დიაგრამა #11-12).

ინფორმაციის პირველწყაროდ გამოკითხულთა 2/3-მა სახელმწიფო სტრუქტურები დაასახელა, მათ შორის ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური ვებ-გვერდი, სამმა მენეჯერმა აღნიშნა რომ ინფორმაციის თვალსაზრისით

მნიშვნელოვანია კოლეგებთან ურთიერთობა, ხოლო ერთმა – ზემოაღნიშნულს მასმედიაც დაამატა. რაც შეეხება “დ” ვარიანტს, გამოკითხულთაგან ერთ-ერთმა აღნიშნა, რომ ინფორმაციის მნიშვნელოვანი წყაროა “USAID”. ასევე გამოიკვეთა, რომ ჰოსპიტლები ცდილობენ მოწინავენი იყვნენ სიახლის დანერგვაში. თუმცა აღნიშნა, რომ მათი დაახლოებით 27% ახორციელებს მონიტორინგს ინფორმაციისა თუ სიახლის ადაპტაციამდე (იხ. დანართი, დიაგრამა #13-14).

როგორც კვლევის შედეგები აჩვენებს, სახელმწიფო პროგრამებსა და კერძო დაფინანსებას დაახლოებით ერთნაირი წილი უკავია (სახელმწიფო პროგრამის წილის ასეთი მაღალი მაჩვენებელი ძირითადად განპირობებულია საკვლევ არეალში დიალიზის სახელმწიფო პროგრამის ჩართულობით). რაც შეეხება სადაზღვევო ფონდებს, მათი წილი ჰოსპიტალურ სექტორში 1/4-ზე ოდნავ მაღალია (იხ. დანართი, დიაგრამა #15).

კვლევაში მონაწილე მენეჯერთა დაახლოებით 80% აქტიურად ადევნებს თვალს ქვეყნის შიგნით და მის გარეთ მიმდინარე ცვლილებებს, ფლობენ ინფორმაციას საზღვარგარეთის ქვეყნების პოლიტიკის შესახებ ჰოსპიტალურ სექტორში. გამოკითხულთა უმრავლესობა ევროპული მოდელისკენ იხრება, ასევე დასახელდა “სემაშკოს” მოდელი, აშშ-ს მიდგომა ჰოსპიტალურ სექტორთან (იხ. დანართი, დიაგრამა #16-17).

გამოკითხულთაგან ორმა აღნიშნა, რომ სახელმწიფო ინტერესები და ბიზნეს ინტერესები იდეალურად თანაარსებობენ (იხ. დანართი, დიაგრამა #18).

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ მენეჯერთა უმრავლესობა პრიორიტეტად განიხილავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და აქტიურადაა ჩართული მისი სრულყოფის პროცესში. ამის პარალელურად ისინი ცდილობენ ოპერატიულად მოიპოვონ ინფორმაცია თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების შესახებ და დანერგონ საკუთარ კლინიკებში (ერთმა მათგანმა აღნიშნა, რომ ზოგიერთი თანამედროვე ტექნოლოგიის დანერგვაში, მათი ჰოსპიტალი პირველია ამიერკავკასიის მასშტაბით). ჰოსპიტლის ტოპ-მენეჯმენტი რესურსების სწორად გამოყენების მიზნით, სამედიცინო საქმიანობის ამსახველ ძირითად მაჩვენებლების განსაზღვრას დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს (იხ. დანართი, დიაგრამა #19-24).

მენეჯერთა განმარტებით, სახელმწიფო რეგულაციებში არსებული ხარვეზები,

რაც ძირითადად ნორმატიული აქტების ბუნდოვანებებით გამოიხატება, წარმოადგენენ არსებით შემაფერხებელ ფაქტორს ჰოსპიტლის წარმატებული საქმიანობისთვის (იხ. დანართი, დიაგრამა #25-26).

მენეჯერებს ვთხოვეთ დაელაგებინათ ჰოსპიტლის წარმატების განმაპირობებელი ფაქტორები პრიორიტეტების მიხედვით, - კლებადობის პრინციპით. შედეგების მიხედვით, წარმატების მთავარ ფაქტორად მენეჯმენტის მაღალი კომპეტენცია დასახელდა სამედიცინო რესურსების მაღალ ხარისხთან ერთად. ყველაზე ნაკლებად ეფექტური აღმოჩნდა სახელმწიფო სტრატეგია ჯანდაცვის სფეროში, რაც ერთგვარი მინიშნებაა სახელმწიფოსათვის, უფრო აქტიურად და პოზიტიურად ჩაერთოს ჰოსპიტალური სექტორის სრულყოფაში (იხ. დანართი, დიაგრამა #27).

კვლევის ფარგლებში ასევე დადგინდა, რომ ჰოსპიტალი, კომპეტენტური მენეჯმენტის პირობებში ცდილობს გაეცნოს, გააანალიზოს და პრაქტიკაში გაატაროს ის მიდგომები, რომელთა ნაწილიც ატარებს სარეკომენდაციო ხასიათს და ჯერჯერობით ქართული საკანონმდებლო სივრცის მიღმაა. კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ მენეჯმენტის ამოსავალი წერტილი წარმატებული ბიზნეს-საქმიანობის დაგეგმვისას, სახელმწიფოს პრიორიტეტების გათვალისწინებაა.

ჰოსპიტალური დაწესებულებების მმართველი რგოლი კარგად აცნობიერებს ჯანდაცვის მენეჯმენტში სასწავლო-საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავების საჭიროებას, რაც ჩვენი აზრით უნდა მოიცავდეს ლექცია-სემინარების ჩატარებას, მეთოდური სახელმძღვანელოების გამოცემას, მუდმივმოქმედი საკონსულტაციო სამსახურის ფუნქციონირებას, სამედიცინო უმაღლეს სასწავლებლებში ჯანდაცვის ეკონომიკის გაძლიერებული სწავლების დანერგვას და ა.შ. ამ მხრივ მიზანშეწონილად გვესახება ჯანდაცვის მენეჯმენტის და ჯანდაცვის ხელმძღვანელი კადრების მომზადების უცხოური გამოცდილების გაცნობა. საინტერესოდ მიგვაჩნია საფრანგეთის გამოცდილება ჯანდაცვის დარგისათვის მენეჯერების მომზადებისა და მათი კვალიფიკაციის ამაღლების საკითხში, რომელიც მიგვაჩნია, რომ საუკეთესოა ევროპის რეგიონში.

1990-იანი წლების დამდეგს საფრანგეთის მთავრობა სამედიცინო მომსახურებაზე მაღალი და სულ უფრო მზარდი ხარჯების წინაშე აღმოჩნდა. აუცილებელი გახდა გადამჭრელი ზომების მიღება მათ შესაზღუდად. პრობლემა უფრო გამწვავდა,

როდესაც სოციალური დაზღვევის სისტემაში, რომლის ფარგლებშიც ხორციელდებოდა სამედიცინო დაზღვევა, თავი იჩინა დეფიციტმა. ჯანდაცვის სფეროში 1985 წელს გატარებული რეფორმის საფუძველზე ჰოსპიტალური სექტორი ბიუჯეტიდან ფინანსდება, რამაც შედარებით გაამკაცრა კონტროლი საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვაზე. მაგრამ, ამასთან, ასევე გაამწვავა კონფლიქტი დაწესებულების შიგნით, განსაკუთრებით ხელმძღვანელობასა და სამედიცინო პერსონალს შორის. გამოიკვეთა მენეჯერის სტატუსის დადგენისა და მისი უფლებების განმტკიცების აუცილებლობა. 1991 წელს საავადმყოფოებში გატარდა უფრო მნიშვნელოვანი რეფორმები - ფრანგ მენეჯერებს მიეცათ საინვესტიციო გადაწყვეტილებათა, საფინანსო და ადამიანთა რესურსების მართვის სფეროში კონტროლის გაძლიერების საშუალება, სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში მყოფ ჰოსპიტალს მოეთხოვა ბიზნეს-გეგმა და პროფესიონალების უფრო მეტად ჩართვა დაწესებულების მართვაში. უფრო ინტენსიური ხასიათი მიიღო კონკურენციამ კერძო და სახელმწიფო ჰოსპიტალებს შორის, ვინაიდან კერძო კომერციულმა ორგანიზაციებმა თავიანთ თავზე აიღეს კერძო საავადმყოფოების ხელმძღვანელობა. ჯანდაცვის სფეროში გამწვავდა კონფლიქტი ხელმძღვანელობასა და მედპერსონალს, განსაკუთრებით საშუალო სამედიცინო პერსონალს შორის. ეს უკანასკნელი თავს დაჩაგრულად თვლიდნენ დაბალი ანაზღაურებისა და სამუშაო პირობების გაუარესების გამო.

ამ პრობლემების გადაჭრის გზების ძიებამ ბიძგი მისცა 1990 წლების დასაწყისში ჯანდაცვაში მენეჯმენტის განვითარების პრაქტიკის ჩამოყალიბებას. დაიწყო ჰოსპიტალურ სექტორში ხელმძღვანელ თანამდებობებზე პროფესიონალი მენეჯერების დანიშვნა.

ამჟამად საფრანგეთში ადგილი აქვს ჯანდაცვის სფეროსთვის მენეჯერების აკადემიურ მომზადებას - ჰოსპიტლის ხელმძღვანელთა შორის ძალიან იშვიათად გვხვდება ექიმი კლინიცისტები. ჯანდაცვის სფეროსათვის ხელმძღვანელების და სხვა სპეციალისტების მომზადება წარმოებს ჯანდაცვის უმაღლეს სკოლაში, რომელიც 1962 წელს დაარსდა ქ. ბრეტანში და რომელიც ერთ-ერთი ყველაზე პრესტიჟულ სკოლადაა მიჩნეული ევროპაში. აქ გამოშვებული სპეციალისტები დომინირებენ სამოქალაქო სამსახურის უმაღლეს ეშელონებში. სკოლაში მიღება ხდება მკაცრი კონკურსის საფუძველზე. კანდიდატები ძირითადად

უმაღლესდამთავრებულები არიან სხვადასხვა აკადემიური ფენიდან მეცნიერებისა და იურისპრუდენციის ჩათვლით. პრეტენდენტებს შორის არიან ჯანდაცვის სფეროში მუშაობის ხუთწლიანი გამოცდილების მქონე პირები, რომელთაც ჩაბარებული აქვთ ჯანმრთელობის სამსახურის შიდა გამოცდები. გამარჯვებული კანდიდატები გადიან 27 თვიან პროგრამას, რომელიც დაყოფილია 7 ფაზად. ყოველი ფაზა მოიცავს კვალიფიკაციის ამაღლების გარკვეულ, მკაცრად განსაზღვრულ ამოცანებს. სასწავლო პროცესში ჩაბმისა და საავადმყოფო მენეჯმენტის შესავლის გაცნობის შემდეგ მსმენელები 8 თვეს ატარებენ ჰოსპიტალში. შემდეგ ისევ ბრუნდებიან სკოლაში 3 თვით, სადაც მათ შესაძლებლობა ეძლევათ გამოიყენონ საავადმყოფოში მიღებული გამოცდილება და გააგრძელონ სწავლა, რომელიც მოიცავს ეკონომიკას, ფინანსებს, ინფორმაციას მენეჯმენტში, იურისპრუდენციას, ეპიდემიოლოგიას და უცხო ენას. სწავლების მეორე წელს, ჰოსპიტალში ყოფნის პერიოდში ითვისებენ მენეჯმენტის სხვადასხვა მიმართულებას. მენეჯერული ჩვევები ყალიბდება საფუძვლიანი მომზადებით ფინანსების და ადამიანური რესურსების მენეჯმენტში. პროგრამის მიხედვით, უკანასკნელ თვეებში მსმენელებს საშუალება ეძლევათ ორიოდე თვე გაატარონ კერძო სექტორში. როგორც წესი, ეს არის კერძო ჰოსპიტალი. რამდენიმე მსმენელს ეძლევა საზღვარგარეთ წასვლის და ჯანდაცვის განსხვავებული ეკონომიკური მოდელის შესწავლის შესაძლებლობა. ბოლო ეტაპი გულისხმობს სპეციალიზებულ კვალიფიკაციას, რომელიც მაღალი თანამდებობის ხელმძღვანელის მოთხოვნილებებს შეესაბამება. სასწავლო პროცესის მიმდინარეობისას მოქმედებს მუდმივი შეფასების სისტემა, რომელიც მოითხოვს მსმენელისაგან რამდენიმე წერილობით ანგარიშს 27-თვიანი პროგრამის ფარგლებში. საბოლოო ნიშანს და მიღწევებს აფასებს სპეციალური კომისია, რომლის შემადგენლობაში შედიან უმაღლესი სკოლის ფაკულტეტებისა და დარგის ცნობილი, გამოცდილი ხელმძღვანელები.

ამგვარად, ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერი დონის ხელმძღვანელის მომზადებისას მიზანშეწონილია ჯანდაცვის მენეჯმენტის საზღვარგარეთის გამოცდილების გამოყენება საუკეთესო ქართველ ორგანიზატორთა და ხელმძღვანელთა პრაქტიკული მუშაობის არსებული გამოცდილების გათვალისწინებით.

თავი III. ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის სრულყოფის მიმართულებები

3.1. ჰოსპიტალური მომსახურების ფორმებისა და ორგანიზაციული სტრუქტურის სრულყოფის საკითხები

საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის მართვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის გატარება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით. მართვის პროცესში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ჯანდაცვის დაწესებულებების ტრადიციები და განვითარების თავისებურებები, საზღვარგარეთის ქვეყნების ჰოსპიტალური სექტორის მართვის გამოცდილება და საქართველოს ჰოსპიტალური მომსახურების თანამედროვე მდგომარეობის ანალიზის შედეგები (იხ. § 2.1-2.2).

სამედიცინო საქმიანობის წარმატება დიდად არის დამოკიდებული მენეჯმენტის გამართულ მუშაობაზე. მიუხედავად მართვის მეთოდებისა და ფორმების ცვლილებისა, მენეჯმენტის ამოცანა უცვლელია - მიზნის მიღწევა მაქსიმალურად ეფექტურად, არსებული შეზღუდული რესურსების ეფექტური გამოყენებით. ამასთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის იერარქიული სტრუქტურის სწორი განსაზღვრა. ჩვეულებრივ, მენეჯერების სამი იერარქიული დონე არსებობს: უმაღლესი, საშუალო და ქვედა. ეს დონეები ქმნიან ორგანიზაციულ იერარქიას და აყალიბებენ რანგებს მნიშვნელობის მიხედვით, კერძოდ:

უმაღლესი დონის მენეჯერები არიან ხელმძღვანელები, რომლებიც ორგანიზაციულ სტრუქტურას სათავეში უდგანან. უმაღლეს დონეს შეესაბამება შემდეგი თანამდებობები: გენერალური დირექტორი, სამკურნალო დარგში დირექტორი, ფინანსური და ტექნიკური დირექტორი. უმაღლესი დონის მენეჯერები ღებულობენ გადაწყვეტილებებს, რომლებიც მთლიანად ეხება ჰოსპიტალს. ხშირ შემთხვევაში, ისინი უფრო მეტად ორიენტირებულნი არიან ჰოსპიტლის მიზნების დასახვასა და ამ მიზნების მიღწევისათვის ორგანიზაციის მართვაზე. უმაღლესი დონის მენეჯერები, ე.წ. „ტოპ-მენეჯერები“,

პასუხისმგებელი არიან მთლიანი ორგანიზაციის მუშაობაზე.

საშუალო დონის მენეჯერები. საშუალო დონის მენეჯერები არიან ტოპ-მენეჯერების დაქვემდებარებაში მყოფი ხელმძღვანელები. ჰოსპიტალში მენეჯერების საშუალო დონეს შეესაბამება ძირითადი (ქირურგიული, თერაპიული, რენიმაციული და ა.შ.) და დამხმარე (მაგალითად ლაბორატორიული, დიაგნოსტიკური) ერთეულების ხელმძღვანელები.

საშუალო დონის მენეჯერები პასუხისმგებელი არიან იმ მიზნების შესრულებაზე, რომლებსაც ტოპ-მენეჯერები აყენებენ კომპანიის წინაშე. ამ დავალებას საშუალო დონის მენეჯერები ახორციელებენ თავიანთ განყოფილებებში პროფესიონალური გადაწყვეტილებების მიღებით და იგივე მიზნების გატარებით.

ისინი ხელს უწყობენ პირველი დონის მენეჯერებს მიზნის მიღწევაში, აწვდიან წინადადებებს და შემოთავაზებებს სამედიცინო მომსახურების ფორმების და ტექნოლოგიების სრულყოფის შესახებ. შეიძლება ითქვას, რომ სწორედ საშუალო დონის მენეჯერებს აქვთ **წამყვანი ფუნქცია** სამედიცინო ბიზნესის მართვაში, ვინაიდან ისინი არიან უშუალოდ ჩართული პაციენტებთან ურთიერთობაში, სამედიცინო პროცედურების წარმართვაში.

ქვედა დონის მენეჯერები. პირველი დონის მენეჯერებს პირველი ხაზის მენეჯერებსაც უწოდებენ. მათ მიერ დაკავებული პოზიციებია: ოფისის მენეჯერი საბუღალტრო, სტატისტიკისა და პაციენტების მომსახურების, მომარაგების განყოფილების და ასე შემდეგ ხელმძღვანელები.

სამედიცინო ბიზნესის მართვა, უპირველესად, არის **მეცნიერება და ინოვაცია**. ამიტომ მთავარი აქცენტი უნდა გაკეთდეს მკურნალობის უახლეს მეთოდებზე, ხერხებსა და ტექნოლოგიებზე, ხოლო ინოვაციებისადმი მიდგომა ბაზრის პერსპექტივებს დაეფუძნოს. ჰოსპიტლის მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა დასაბუთებული უნდა იყოს ეკონომიკური საქმიანობის ანალიზით, მისი დამოუკიდებლობის დონით. საქმიანობის პარამეტრების ცვლილებისას, ჰოსპიტალმა შეიძლება შეარჩიოს სხვა ორგანიზაციული სტრუქტურა ან კორექტივები შეიტანოს არსებულში.

ორგანიზაციული სტრუქტურა უნიკალური და განუმეორებელია ცალკეული

ორგანიზაციისა თუ ინსტიტუციონალური სისტემისთვის, მიუხედავად მათი მასშტაბებისა. მისი აგება ხდება დასახული სტრატეგიის შესაბამისად და წარმოადგენს დასახული მიზნებისა და ამოცანების განხორციელების საშუალებას. აქედან გამომდინარე, ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურის ფორმირებისას მიუღებელია შაბლონური მიდგომა - ორგანიზაციული სტრუქტურის ფორმირება სისტემურ მიდგომას საჭიროებს. მნიშვნელოვანია პირველ ეტაპზე ჰოსპიტლის ორგანიზაციის იმ სტრუქტურული ბლოკების გამოკვეთა, რომელიც საბოლოო ჯამში იქნება ორგანიზაციის ხერხემალი. ორგანიზაციული სტრუქტურა ვითარდება არა ბუნებრივი ევოლუციური გარდაქმნების საფუძველზე, არამედ წინასწარ განსაზღვრული მართვის ფუნქციების ეფექტური გადანაწილებით. ორგანიზაციული სტრუქტურის აგებისას დაუშვებელია დუბლირება ან სტრუქტურის რომელიმე ელემენტის ფუნქციის უგულვებელყოფა. მართვის სტრუქტურის სწორად ჩამოყალიბების მიზანია ზუსტად განისაზღვროს განყოფილებების რაოდენობა, თითოეულის მნიშვნელობა, ფორმა, შინაარსი და ადგილი მართვის სისტემაში.

სტრუქტურული ბლოკების გამოკვეთის შედეგად ფორმირების საწყის ეტაპზევე ყალიბდება ორგანიზაციის კონსტრუქციის დეტალები - ელემენტები, რომელთა ურთიერთკავშირით იქმნება ორგანიზაციის ძირითადი რგოლები.

მენეჯმენტის პრაქტიკაში განასხვავებენ საწარმოო მართვის ორგანიზაციულ სტრუქტურებს, ტექნოლოგიური მართვის ორგანიზაციულ სტრუქტურებს, ინფორმაციული მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურებს და მმართველობითი სისტემებით მართვის ორგანიზაციულ სტრუქტურებს [63].

სამედიცინო პროფილის დაწესებულებისათვის ორგანიზაციული სტრუქტურის იდეალური მოდელი პრაქტიკაში არ არსებობს, თუმცა შედეგებიდან გამომდინარე საუბარი შესაძლებელია მათ ეფექტურობაზე. მნიშვნელოვანია, რომ ორგანიზაციული სტრუქტურის ფორმირება იმ საკვანძო საკითხების განხილვით დაიწყოს, რომლებიც ორგანიზაციის „კონსტრუქციის მზიდ ელემენტებს“ წარმოადგენენ.

ჯანდაცვის, კერძოდ ჰოსპიტალური სექტორის მართვის სტრუქტურაში პირველ რიგში უნდა გამოიყოს სპეციალიზებული განყოფილებები, რომლებიც ყალიბდება

ორგანიზაციის ძირითადი ფუნქცია–ამოცანის შესრულების მიზნით. სპეციალიზებული განყოფილებების ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედებს სხვა ფაქტორებიც: ჰოსპიტლის ზომა, პროფილი, შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, სამუშაოს შესრულების ტექნოლოგია, მისი პერიოდულობა. აქედან განისაზღვრება შესასრულებელი ფუნქციების შრომატევადობა, მომუშავეთა რაოდენობა და კატეგორიები.

ზედმეტი განყოფილების ჩამოყალიბება აფერხებს მართვის პროცესს. იზღუდება მისი ელასტიურობა, ძნელდება კოორდინაცია სხვადასხვა რგოლებს შორის, იზრდება პარალელიზმის წარმოშობისა და მუშაობის ეფექტიანობის შემცირების რისკი. ამ ნეგატიური შედეგების თავიდან აცილების მიზნით ახალი განყოფილების შექმნის დროს გასათვალისწინებელია ჰოსპიტლის საერთო პროფილი, კონკრეტული ამოცანები და პასუხისმგებლობა, კომპეტენციის საზღვრები, სხვა განყოფილებებთან ურთიერთობის არეალი და ხასიათი;

ორგანიზაციის მართვის აპარატის ჩამოყალიბებისას მიზანშეწონილია შემდეგი თანმიმდევრობის დაცვა: პირველ ეტაპზე განისაზღვრება მისი ძირითადი მიზანი; შემდეგ მართვის აპარატის ფუნქციები, რომელთა კონკრეტიზაცია უნდა მოხდეს განყოფილების საქმიანობის თავისებურებების და ფუნქციების ჩამოყალიბებით.

მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტიანი ფუნქციონირებისათვის მიზანშეწონილად მიგვაჩნია შემდეგი პირობების დაცვა: მართვის ყველა სტრუქტურული ერთეულის მოქმედება ურთიერთშესაბამისობისა და ურთიერთხელშეწყობის პრინციპით; მართვის ნებისმიერი განყოფილების საქმიანობა დამოკიდებული უნდა იყოს ყველა სხვა დანარჩენის მოქმედების ხარისხზე.

განყოფილებებს შორის სწორი კავშირების დამყარების ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს მართვის ორგანიზაციის შემდეგი ტიპები: იერარქიული და ფუნქციონალური. იმისდა მიხედვით, თუ რომელი პრინციპია გამოყენებული, მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა შეიძლება შემდეგნაირად წარმოგვიდგეს: ხაზობრივი (იერარქიული); ფუნქციონალური; შერეული (ხაზობრივი–ფუნქციონალური) ტიპი;

ხაზობრივი სტრუქტურის დროს ჰოსპიტლის საქმიანობა მთლიანად აგებულია

ერთმმართველობის პრინციპზე. უფროსსა და ხელქვეითს შორის კოოპერირების დონე ძალიან მაღალია. ხაზობრივი ტიპის მართვის სტრუქტურის დადებითი მხარეა მისი სიმარტივე და დაბალი ფასი. მაგრამ მას სერიოზული უარყოფითი მხარე გააჩნია. კერძოდ, ერთპიროვნულმა მმართველობამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს ჰოსპიტლის ინტერესებს. ამიტომ მართვის სტრუქტურის ხაზობრივი ტიპი შეიძლება გამოვიყენოთ საშუალო და მცირე ჰოსპიტლებში, სადაც საქმე არა გვაქვს მასობრივი მომსახურებისა და სპეციალიზაციის მაღალ დონესთან.

სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების მრავალფეროვნება და სწრაფი ცვლილება უარყოფითად მოქმედებს მართვის ხაზობრივი სტრუქტურის მდგრადობაზე. ამ პირობებში რთულდება და მკვეთრად იზრდება დაგეგმვისა და ორგანიზაციის ფუნქციების მნიშვნელობა. ამიტომ, უფრო სრულყოფილად ითვლება მართვის ფუნქციონალური სისტემის გამოყენება.

ფუნქციონალური სისტემის პირობებში თითოეული განყოფილება სპეციალიზებულია საქმიანობის განსაზღვრულ დარგში. ფუნქციონალური განყოფილების გამგე დაქვემდებარებულ რგოლებს უშუალოდ აძლევს შესასრულებელი ფუნქციის შესაბამის დავალებებს და პირადად აკონტროლებს შესრულებას. ამიტომ ფუნქციონალური სისტემის არსებობა ხელს უწყობს ფუნქციების კვალიფიციურ შესრულებას, რაც ხშირად შეუძლებელია მართვის ხაზობრივი სტრუქტურის პირობებში. ფუნქციონალური სისტემის უარყოფითი მხარეა ის, რომ ამ დროს იზრდება მართვის აპარატის შენახვის ხარჯები. გარდა ამისა, იზრდება ჰოსპიტლის შიდა კავშირების რაოდენობა. სხვადასხვა დონის მენეჯერებისაგან ხდება მითითებების, ზოგჯერ კი ურთიერთსაწინააღმდეგო განკარგულების მიღება. აღნიშნული ნაკლოვანებების გამო მართვის წმინდა ხაზობრივი ან ფუნქციონალური სტრუქტურის გამოყენება პრაქტიკაში იშვიათად გვხვდება.

მართვის სტრუქტურაში ყველაზე მისაღებია შერეული ტიპი - ფუნქციონალურ-ხაზობრივი ორგანიზაცია. ამ სტრუქტურაში შენარჩუნებულია განყოფილებების სპეციალიზაცია და ხაზობრივი ხელმძღვანელობის დროს არსებული იერარქიული ერთმმართველობა, რითაც კონტროლის დონე მაღლდება.

მართვის მეცნიერებამ მსოფლიო პრაქტიკაში გამოიმუშავა ბიზნესის მართვის

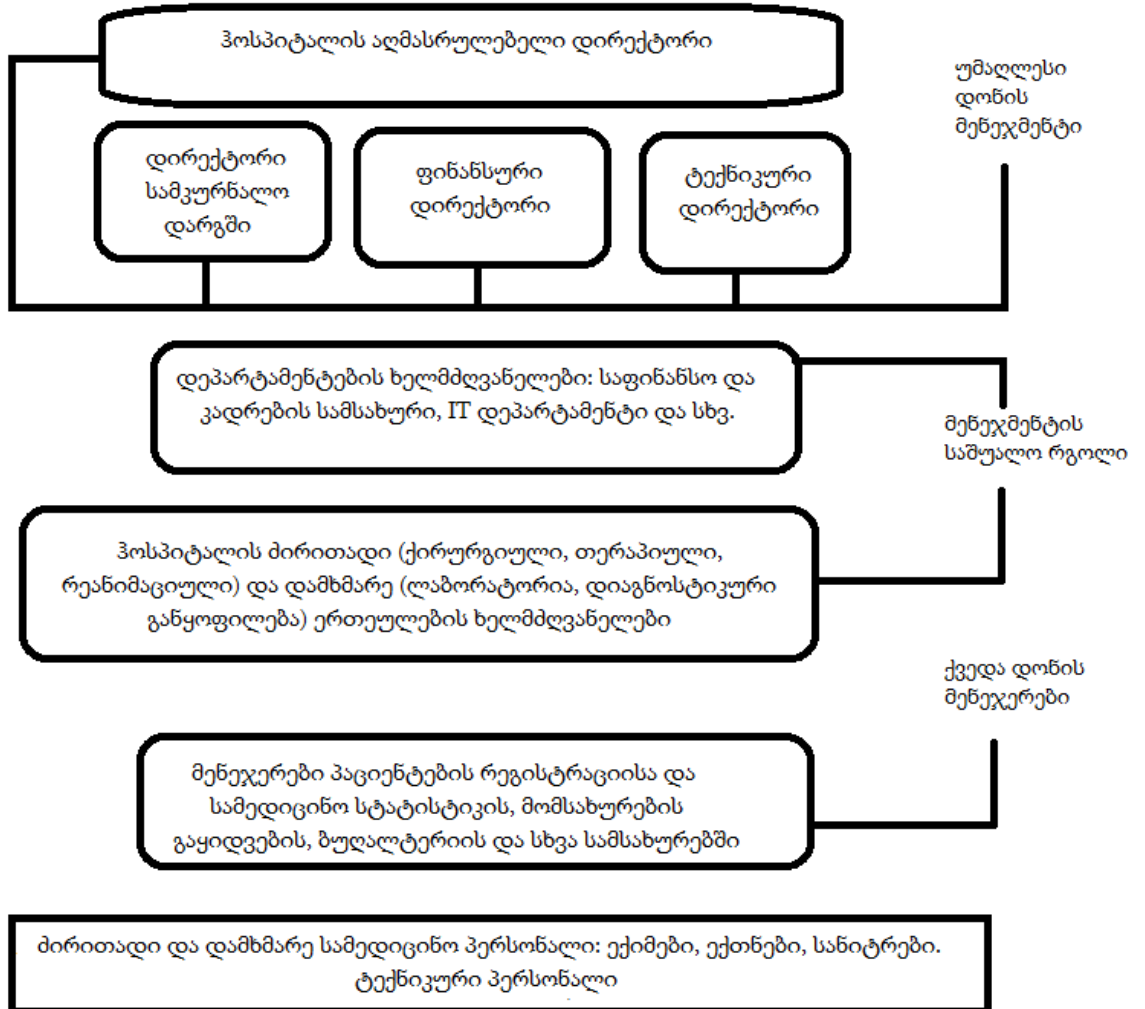
ეფექტიანი ორგანიზაციული სტრუქტურების შექმნის რეკომენდაციები, რომელიც სამედიცინო ბიზნესის თავისებურებების გათვალისწინებით შემდეგში მდგომარეობს:

1. მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა იყოს მაქსიმალურად მარტივი, ადვილად თვალმისაწვდომი და მთელი პერსონალისათვის ცნობილი. ჰოსპიტლის მართვის ორგანიზაციის რთული სისტემის გამოყენებისას იკარგება მართვის მოქნილობა, აგრეთვე ჰოსპიტლის შიდა და გარე გარემოს ცვლილებებზე ოპერატიული რეაგირების უნარი;
2. მართვის იერარქიული კონსტრუქცია უნდა იყოს შეკუმშული. კარგი ორგანიზაციული სტრუქტურა ნაკლებად იერარქიულია. მართვის ეფექტიანობა დამოკიდებულია არა ორგანიზაციული სქემების გაჯერებაზე, არამედ, უპირველესად, კარგად აწყობილ კომუნიკაციებზე;
3. ჰოსპიტლის ძირითად განყოფილებებსა და დამხმარე სამსახურებს შორის მჭიდრო კავშირი და თანამშრომლობა უნდა იყოს უზრუნველყოფილი. დამხმარე სამსახურების (ლაბორატორია, ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის და სხვა) წინაშე არ უნდა იყოს დასმული საწინააღმდეგო ამოცანები, არ უნდა იყოს დუბლირება საქმიანობაში;
4. საჭიროა ჰოსპიტლის ძირითადი განყოფილებების კოლექტიური მუშაობის ორგანიზაცია, ერთდროულად პროფესიონალი კადრების ინდივიდუალურობისა და პირადი სამეცნიერო მიღწევების წახალისება;
5. ჰოსპიტლის ძირითადი განყოფილებების ფუნქციები უნდა იყოს მკაფიოდ გამიჯნული და კოორდინირებული. სამედიცინო ბიზნესის ეფექტიანი მართვის უზრუნველსაყოფად ჰოსპიტლის უმაღლესმა ხელმძღვანელობამ უნდა შეიმუშაოს ურთიერთდაკავშირებული ღონისძიებების კომპლექსი, რომელიც უზრუნველყოფს მისი დასახული სტრატეგიის განხორციელებას. იგი განსაზღვრავს და ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ჰოსპიტლის მოწინავე პოზიციის შენარჩუნებას.

ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაციებიდან გამომდინარე, ჩვენს მიერ შემუშავებულია ჰოსპიტალური დაწესებულების მართვის იერარქიული სტრუქტურის **მოდელი** და ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაციული

სტრუქტურის მოწყობის რეკომენდაციები (იხ. სქემა #3).

სქემა #3 ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურის წყობა



ორგანიზაციის მიზნებისა და ამოცანების მიუხედავად ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა პასუხობდეს გარკვეულ ფორმალურ მოთხოვნებს. კერძოდ:

- ჰოსპიტლის თითოეული ქვედანაყოფი (განყოფილება, ქვეგანყოფილება) და თითოეული მენეჯერი უნდა ფლობდეს თავის მიზანს, რომელიც შესაბამისობაში უნდა იყოს ორგანიზაციის ძირითად მიზნებთან. მან (მენეჯერმა) ზუსტად უნდა იცოდეს ვის მიმართოს გადაწყვეტილების მიღებისას საჭირო ინფორმაციის მოსაპოვებლად, დახმარებისათვის და მართებული რჩევის მისაღებად. ამის მიღწევა

შესაძლებელია თუ ორგანიზაციული სტრუქტურა ოპტიმალურად არის მორგებული ორგანიზაციის სტრატეგიულ და ტაქტიკურ ამოცანებზე.

- ორგანიზაციულმა სტრუქტურამ უნდა შექმნას პირობები და შეუწყოს ხელი თვითკონტროლისა და მოტივაციის სრულფასოვან განხორციელებას. მმართველობითი პერსონალის ოპტიმიზაციის გზით უნდა მოხდეს დანახარჯების შემცირება მართვაზე. ოპტიმალური მმართველობითი სტრუქტურა ათავისუფლებს მმართველობით პერსონალს წვრილმანი საკითხების მოგვარებისგან და ამ გზით ზოგავს რესურსებს.
- ორგანიზაციული სტრუქტურის ერთ-ერთი დანიშნულებაა უზრუნველყოს თანამშრომელთა ყურადღების ორიენტაცია არა ცალკეული მუშაკის საქმიანობაზე, არამედ ნაკლები დანახარჯებით ორგანიზაციის დასახული შედეგის მიღწევაზე. მენეჯერთა მუშაობა უნდა შეფასდეს არა მხოლოდ იმ სტანდარტებით, რომლებიც მათ პროფესიულ კომპეტენტურობასა და ადმინისტრირების უნარს განსაზღვრავს, არამედ ორგანიზაციის ეკონომიკური შედეგებითაც.
- ჰოსპიტლის მწყობრი ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა დაეხმაროს თითოეულ მუშაკს მის წინაშე დასმული ამოცანის ნათლად წარმოსახვაში სათანადო ინფორმაციით უზრუნველყოფის გზით და მკაფიოდ გამოკვეთოს თითოეული მუშაკის უფლება-მოვალეობები. პერსონალი ზუსტად უნდა ერკვეოდეს თუ როგორ მონაწილეობს მათი ღვაწლი სამედიცინო ორგანიზაციის გლობალური მიზნების განხორციელებაში.
- ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტურობა ფასდება კონკრეტული კრიტერიუმით: თუ რამდენად მარტივდება მისი მეშვეობით მართვის პროცესი და რამდენად უმჯობესდება მართვის დონეებს შორის კოორდინაცია.
- ორგანიზაციული სტრუქტურის ღირსებაა მდგრადობა და სტაბილურობა გარემო პირობების მკვეთრი ცვლილებების მიუხედავად, რაც მიიღწევა წარსული გამოცდილებების გათვალისწინებით და მომავლის დაგეგმვით. მდგრადობის შესანარჩუნებლად ორგანიზაცია საჭიროებს მაღალი ადაპტირების უნარს, ასევე იგი უნდა ქმნიდეს თანამშრომლებისთვის გრძელვადიან გარანტიებს.
- ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა ქმნიდეს სათანადო პირობებს ჰოსპიტლის გეგმაზომიერი განვითარება-თვითგანახლებისთვის, საკუთარ

ლიდერთა ჩამოყალიბებისთვის. იგი უნდა ითვალისწინებდეს მმართველთა როტაციის შესაძლებლობებს მართვის ყველა დონეზე, ხელს უნდა უწყობდეს თანამშრომლებს უწყვეტი განათლების პროცესში, ასევე ახალი იდეებისა და სიახლის დანერგვას ჰოსპიტალში.

ქვეყანაში, ჰოსპიტალური მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, ინდივიდუალური ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ორგანიზაცია მიზანშეწონილია სამ დონედ. ამ დონეებს შორის სათანადო კავშირების უზრუნველყოფით შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა (იხ. დანართი, სქემა #1).

- ჰოსპიტალური მომსახურების **პირველი დონე** მოიცავს თერაპიულ და სამეანო დახმარებას და ითვალისწინებს სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას მწვავე შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისთვის, დღის სტაციონარულ მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის (კარდიოლოგია, გერიატრია, შაქრიანი დიაბეტი, ონკოლოგია, პალიატიური მოვლა). ამ დონეზე სამეანო მომსახურების საწოლები იქმნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რეპროდუქციული ასაკის ქალების რაოდენობის მიხედვით საჭიროა 15 საწოლი ან ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონის ობიექტიდან მეორე დონემდე ტრანსპორტირება ვერ ხერხდება 30 წუთში. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია სამეანო საწოლების შენარჩუნება დაბალი რისკის ორსულებისთვის.

პირველი დონის ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების ჩამოყალიბება მიზანშეწონილია იქ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 30,000-ს და მოსალოდნელია წლიურად 5,000 და მეტი კონსულტაცია.

- ჰოსპიტალური მომსახურების **მეორე დონე** მოიცავს როგორც დღის სტაციონარს, ასევე 24 საათიან მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის, როგორცაა შინაგანი მედიცინა, გასტროენტეროლოგია, ნეფროლოგია, ნევროლოგია, ინფექციური დაავადებები, პულმონოლოგია, დერმატოლოგია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, აკუპუნქტურა, ონკოლოგია, შაქრიანი დიაბეტი, გინეკოლოგია, ინტენსიური თერაპია და რენიმაცია; როგორც დღის, ასევე სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას

ქირურგიული პროფილის პაციენტებისთვის: ზოგადი ქირურგია, ორთოპედია, უროლოგია, პლასტიკური ქირურგია, ყბა-სახის ქირურგია, ოფთალმოლოგია, ოტორინოლარინგოლოგია, ბავშვთა ქირურგია, ონკოლოგია, ანესთეზიოლოგია, ქირურგიული გინეკოლოგია; მეორე დონის სამედიცინო პალატას საშუალო სამედიცინო რისკის ორსულთათვის; მხოლოდ ამბულატორიულ მომსახურებას ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტებისათვის.

მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი მულტიპროფილური საავადმყოფოს ჩამოყალიბება მიზანშეწონილია იქ, სადაც მოსახლეობა 250,000-350,000 -ს აღწევს .

- სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე ანუ ვიწროსპეციალიზებული მომსახურება (მაგ. კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამედიცინო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის, რეფერალი სხვადასხვა პროფილის რთული ან იშვიათი შემთხვევების საკონსულტაციოდ) უნდა განთავსდეს სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონალური რეფერალური საავადმყოფოს სპეციალიზებულ განყოფილებაში, რომელიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არის დაკომპლექტებული და გააჩნია შესაბამისი აღჭურვილობა.

კერძო სამართლის იურიდიული პირების (სამედიცინო დაწესებულებების) მართვა მიზანშეწონილია განხორციელდეს ორი ან ერთეულებიანი კორპორაციული მართვის წესით - სამეთვალყურეო საბჭოს ან დანიშნული აღმასრულებელი დირექტორის/მენეჯერის მეშვეობით (ავტორის მიერ ჩატარებული კვლევის არეალში მმართველი რგოლი სამეთვალყურეო საბჭოთი წარმოდგენილი არ ყოფილა).

სახელმწიფო ინვესტიციების განხორციელება მიზანშეწონილია მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც სახელმწიფოს წილი შეადგენს 50%-ზე მეტს. დაწესებულებების შერჩევა უნდა მოხდეს სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის გეგმის რეკომენდაციების გათვალისწინებით, წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებზე დაყრდნობით. ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის პარალელურად უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვაზე საბიუჯეტო დანახარჯების მოცულობა და მისი ხვედრითი წილი ქვეყნის მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის

დანახარჯებში. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფინანსური რესურსების სწორად წარმართვას. მიზანშეწონილია, რომ იგი მიმართულ იქნას მოსახლეობის პრიორიტეტული ჯგუფების მოცვის გაზრდაზე ან პრიორიტეტული მომსახურების მოცულობის გაზრდაზე. სამთავრობო დონეზე მოითხოვს გადაწყვეტას დაფინანსების ისეთი სისტემის შექმნა, რომელიც მოახდენს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზებას ორგანიზებულ ფინანსურ ნაკადებში სადაზღვევო სისტემის განვითარების გზით. აგრეთვე რეგულირების მექანიზმების შემუშავება, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში.

ამჟამად, საზოგადოებრივი წყაროებიდან ფინანსდება ჯანდაცვაზე დანახარჯების არაუმეტეს 30%-სა. დღეისათვის ჯანდაცვის დაფინანსებაზე, სამედიცინო დაწესებულებებში ფასწარმოქმნასა და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე სახელმწიფო რეგულირების სისტემა სუსტია, რაც საშუალებას აძლევს სამედიცინო პერსონალს და სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს ეკონომიკური რაციონალურობის გარეშე დააწესონ ფასები სამედიცინო მომსახურებაზე.

სახელმწიფომ უნდა გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველების როლი სამედიცინო ბაზარზე და ხელი შეუწყოს ეკონომიკური ეფექტურობის ზრდას, აქედან გამომდინარე ჯანდაცვის სფეროში არაფორმალური ეკონომიკის ხვედრითი წილის შემცირებას. სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც აწარმოებენ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, სახელმწიფომ მიზანშეწონილია გაუწიოს ფინანსური მხარდაჭერა სპეციალური ფონდებიდან. ყოველივე ეს ხელს შეუწყობს ჯანსაღი გარემოს შექმნას სამედიცინო მომსახურების სფეროში და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხის განუხრელ ზრდას. საბოლოო ჯამში, აამაღლებს მენეჯმენტის დაინტერესებას - მართვის მეთოდების განუწყვეტელი სრულყოფით უზრუნველყონ მაღალი სტანდარტები, რომლის მიღწევაც კონკურენციის პირობებში თანდათან რთულდება.

ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ძირითადი მიზანია უზრუნველყოს ისეთი ქსელის შექმნა და ფუნქციონირება, რომელშიც მიმწოდებლებს გააჩნიათ აუცილებელი რესურსები და ეკონომიკური დაინტერესება

კონკრეტული დაავადებებისა და მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით ეფექტური ხარჯვის და მაღალხარისხიანი მომსახურების გაწევისათვის.

რაიონების და სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილება და დაფინანსების მექანიზმები უნდა ემყარებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებს. ამისათვის აუცილებელია რესურსების განაწილების მიზნობრიობის შემოწმების ალგორითმის შემუშავება, გაწეული მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის შესაბამისად.

რესურსების განაწილების არსებული სისტემა არ ასახავს ტერიტორიული ერთეულების რეალურ საჭიროებებს, არ არის დაკავშირებული ტერიტორიული ერთეულების მოსახლეობის რაოდენობასთან და სიღარიბის დონესთან. რესურსების უფრო სამართლიანი განაწილება შეიძლება იქნას მიღწეული ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროების გათვალისწინებით.

ჩვენს მიერ შემუშავებულია ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილების პარამეტრების ალგორითმი (იხ. დანართი, სქემა#2). ადგილობრივი მოსახლეობის რიცხოვნობის, დემოგრაფიული მაჩვენებლების და სხვა ჩვენს მიერ შემოთავაზებული პარამეტრების გათვალისწინება, დიდად შეუწყობს ხელს ფინანსური რესურსების სამართლიან გადანაწილებას ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით.

მიმწოდებლების ოპტიმიზაციის და ხარისხის კონტროლის მიზნით სახელმწიფო იყენებს სამედიცინო დაწესებულებათა რეგისტრაციას, ლიცენზირებას და აკრედიტაციას. ჩვენ ვეთანხმებით მოსაზრებას, რომ ლიცენზია უნდა გაიცეს არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე, ამ დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მექანიზმად გვესახება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემის შემოღება და კლინიკური სტანდარტების, - გაიდლაინების შემუშავება-დანერგვა.

ჯანდაცვის სისტემას უნდა შეეძლოს პაციენტის უსაფრთხოების დაცვა

და სამედიცინო შეცდომების პრევენცია შესაბამისი კანონმდებლობის შემუშავების, კლინიკური გაიდლაინების დანერგვის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მეშვეობით. 2012 წლისთვის სულ დამტკიცებულია 124 გაიდლაინი, თუმცა არსებობს მათი დანერგვის პრობლემა. კლინიკური გამოსავლის გაუმჯობესებისათვის გაიდლაინების მნიშვნელობის გათვალისწინებით, აუცილებელია ფორმალური პროცესის შემოღება, რომლის მეშვეობითაც მოხდება ოფიციალურად დამტკიცებული გაიდლაინების პრაქტიკული გამოყენების მონიტორინგი.

ცნობილია, 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა ჰოსპიტალურ სექტორში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა. თუმცა, დასახვეწია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გარე კონტროლის მექანიზმები.

ამჟამად არსებულ ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემას მნიშვნელოვანი ხარვეზები გააჩნია და მიღებული ინფორმაციის ხარისხი ვერ პასუხობს თანამედროვე მოთხოვნებს. აღნიშნულის დადასტურებაა სიკვდილიანობის მიზეზების აღრიცხვის პრობლემა. 2010 წელს სიკვდილიანობის მიზეზების 55%, ხოლო 2011 წელს კი - 41% უცნობი დიაგნოზით, ანუ რუბრიკით „სიმპტომები, ნიშნები და გადახრები ნორმიდან, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში“ იყო კლასიფიცირებული. აუცილებელია სამედიცინო სტატისტიკის მოწესრიგება და გასატარებელია ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც ხელს შეუწყობს სიკვდილიანობის მიზეზების სწორ დიაგნოსტიკას.

შესამუშავებელია პერსონალური ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემა ე.წ. ელექტრონული ისტორია, რომელიც ინფორმაციას დააკავშირებს ინდივიდთან და არა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან.

ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული ფუნქციონირება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მტკიცებულებების ხელმისაწვდომობაზე, რომელთა მოპოვებაც შესაძლებელია სპეციალური კვლევებით მოპოვებული მონაცემების მეცნიერული დამუშავებით. ბოლო წლებში ჯანდაცვით კვლევებზე დანახარჯებმა იკლო და შესაბამისად შემცირდა მათი ხვედრითი წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის შემუშავების ხელშესაწყობად

აუცილებელია განისაზღვროს ინფორმაციული საჭიროებები, რომლებიც სამედიცინო სტატისტიკით არ მოიპოვება, დაიგეგმოს შესაბამისი კვლევები, განისაზღვროს მათი ჩატარების პერიოდულობა და მოძიებულ იქნას შესაბამისი რესურსები მათი მდგრადი დაფინანსების უზრუნველსაყოფად.

3.2 ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ფორმების სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები

ჰოსპიტალური სექტორის მდგომარეობის ანალიზი და ჩატარებული კვლევების შედეგები ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ რეფორმა არ დასრულებულა, ჰოსპიტალური სექტორის მართვის ფორმები და ორგანიზაციული სტრუქტურა დასახვეწია, მენეჯმენტის მომზადების დონე მსოფლიო სტანდარტებს ჩამორჩება, საკანონმდებლო დონეზე მოსაწესრიგებელია მკურნალობის სტანდარტების (გაიდლაინების) შემოღება-დანერგვის საკითხები და ა.შ.

ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება დამოკიდებულია არა მარტო ფასზე, არამედ სხვა ფაქტორებზეც: გამოყენებული რესურსის ღირებულებაზე, გადასახადებისა და სუბსიდირების მოცულობაზე, კონკრეტული მომსახურებების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობაზე (ამერიკელი ეკონომისტების აზრით, ამ უკანასკნელ ფაქტორს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. ინფორმაციის ასიმეტრიულობის გათვალისწინებით ჯანდაცვის სისტემისათვის დამახასიათებელია თავისებური კანონი: რაც მეტია ქირურგი - მით მეტი ოპერაცია კეთდება, ანუ სამედიცინო მუშაკები თავიანთი აქტივობით აჩენენ დამატებით მოთხოვნას). სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნისა და მიწოდების ფორმირება, ასევე ფასწარმოქმნა, გარკვეულწილად დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე. ამასთან, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა დამოკიდებულია არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ეფექტურ ფუნქციონირებაზე, არამედ სხვა ბაზრებზეც, რომლებიც მჭიდროდ არიან ერთმანეთთან დაკავშირებული.

სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირების პრაქტიკა მოწმობს, რომ ისინი უპირველეს ყოვლისა გამოდიან ორ ძირითად ბაზარზე: რესურსების ბაზარზე და სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე. რესურსების ბაზარი თავის თავში მოიცავს

შრომითი რესურსების ბაზარს და მატერიალური რესურსების ბაზარს. ეს ბაზარი ამარაგებს სამედიცინო დაწესებულებებს სამედიცინო აპარატურით და მოწყობილობებით, სამკურნალო პრეპარატებით, ინსტრუმენტებით. მოქმედებენ რა ამ ბაზარზე, სამედიცინო დაწესებულებები ყიდულობენ აუცილებელ რესურსებს და ახორციელებენ გადახდებს, რაც წარმოადგენს რესურსების მეპატრონეთა შემოსავლებს. რესურსების ბაზარზე სამედიცინო დაწესებულებები გამოდიან მყიდველის როლში, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კი - გამყიდველის.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ფართოდ გამოყენების პირობებში მომსახურების ბაზარი შეიძლება წარმოდგენილ იქნას შემდეგი სახით: სადაზღვევო ბაზარი, სამედიცინო მომსახურების ბაზარი დაზღვევის სისტემით და სამედიცინო მომსახურების თავისუფალი ბაზარი. რაც შეეხება რესურსების ბაზარს, ისიც შეიძლება იქნეს კლასიფიცირებული განსაზღვრული სახით. ეს არის სამედიცინო მოწყობილობების ბაზარი, სამკურნალო საშუალებების (მედიკამენტების) ბაზარი, შრომის ბაზარი. სამედიცინო მომსახურებების და რესურსების ბაზარი ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული. ერთი მხრივ, რესურსების ბაზარზე მოთხოვნა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნიდან წარმოებულს. მეორე მხრივ, ფასების დონე და მთლიანობაში კონიუქტურა რესურსების ბაზარზე განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებების განვითარების პოტენციურ შესაძლებლობებს და საზღვრებს.

ჯანმრთელობის დაცვა საბაზრო ურთიერთობების პირობებში ამ დარგის ხელმძღვანელებისაგან მოითხოვს **ახლებურ მიდგომას**, რომელიც გულისხმობს **დაფინანსების ეფექტიანი მექანიზმის** შექმნას, ჯანდაცვის შეზღუდული რესურსების რაციონალურ გამოყენებას, პირველად და სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას, პროფილაქტიკას, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას შორის მათ ოპტიმალურ გადანაწილებას.

ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა, მნიშვნელოვანია **სახელმწიფოს წილის გაზრდა**, რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის, მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით.

დასახვეწია **ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ კანონი**, სადაც დეტალურად იქნება

განსაზღვრული:

- ა) „უნივერსალურ პაკეტი“ და მისი შემადგენლობა, რომელსაც შესთავაზებს მოსახლეობას სრული დაფინანსებით ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად მოსახლეობის საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა;
- ბ) „დამატებითი პაკეტი“ და სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე მისი რეგულირების პრინციპები. ამ პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ტარიფების დადგენის და ანაზღაურების წესი;
- გ) ორივე პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, მიმწოდებელთა შერჩევის და შესყიდული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპები;
- დ) სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმები.

„უნივერსალური პაკეტის“ და „დამატებითი პაკეტის“ ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი სოციალური ვალდებულებების შესრულების მიზნით საჭიროა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ განსაზღვროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოწყობის ახლებური ორგანიზაციული და ტერიტორიული სისტემა. კერძოდ, მიზანშეწონილია ცენტრალური/რეგიონული სტრუქტურების დაფინანსება განხორციელდეს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ხოლო რაიონული ცენტრების ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან.

აღნიშნული ღონისძიებების გატარება სახელმწიფოს მხრიდან წარმოადგენს ადამიანების კონსტიტუციური უფლებით სარგებლობის ხელშეწყობას. აუცილებელად მიგვაჩნია ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის მკაცრი რეგულირება სახელმწიფოს მხრიდან, რაც მას გახდის მოსახლეობისთვის მიმზიდველს და ხელმისაწვდომს (ფინანსურად და გეოგრაფიულად).

ამგვარ ვითარებაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის დაწესებულებების (ჩვენს შემთხვევაში ჰოსპიტლის) ხელმძღვანელი მუშაკების სათანადო მომზადება. ხელმძღვანელთა კომერციულ პროფესიონალიზმს ახალ-ახალი მოთხოვნები წაეყენება. ადმინისტრაციული საქმიანობით დაკავებული ექიმებისათვის მეტად საჭიროა ეკონომიკური ცოდნისა და ბიზნეს ადმინისტრირების უნარ-ჩვევების შეძენა, რათა მათ შეძლონ ბაზრის შესწავლა და თავიანთი დაწესებულების ეფექტიანად ფუნქციონირება. უფრო მეტიც, სახელმწიფო

სამედიცინო დაწესებულებები კერძო კომპანიების მხრიდან მზარდი კონკურენციის კვალობაზე იძულებულნი არიან მოძებნონ ეფექტიანობის ამაღლების გზები.

აღნიშნულთან ერთად გასათვალისწინებელია ის, რომ ჯანდაცვა არის მომსახურების ის დარგი, რომელიც საზოგადოებაში დამკვიდრებული იდეოლოგიური ნორმების მიუხედავად, ვერ ჰგუობს კომერციალიზაციას. მედიცინის არაკომერციული არსი, ერთი მხრივ, და საზოგადოებრივი წარმოების საბაზრო-ორგანიზებულ სისტემაში თავისი ფუნქციის რეალიზაციის ობიექტური აუცილებლობა, მეორე მხრივ, გარდუვალად ზემოქმედებს ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაციულ-საწარმოო საქმიანობის ხასიათზე. სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის ამ წინააღმდეგობრივ მხარეებს შორის აუცილებელია სამედიცინო-ეკონომიკური ბალანსი, რომელიც ათანხმებს მედიცინისა და საზოგადოების ინტერესებს. ასეთი ბალანსის დამყარება და დინამიურად შენარჩუნება შეუძლია მხოლოდ პროფესიონალ სამედიცინო-ეკონომიკურ კადრებს. მხოლოდ მათ შეუძლიათ მიიღონ მეცნიერულად დასაბუთებული გადაწყვეტილება ჯანდაცვაში ეკონომიკური ურთიერთობების სპეციფიკის გათვალისწინებით.

ამრიგად, კვლევის შედეგები გვაძლევს საფუძველს დავასკვნათ, რომ პირველ რიგში, აუცილებელია შერჩეულ იქნეს ჰოსპიტალური დაწესებულების მართვის ოპტიმალური ფორმა, რაც გულისხმობს მართვის ისეთ ფორმას, რომელიც ეფუძნება თანამედროვე მენეჯმენტის პრინციპებს, ამავდროულად მაქსიმალურად არის მორგებული გარემო პირობებს და შეუძლია იყოს ადაპტური ცვლილებებისადმი; უმნიშვნელოვანესია ადამიანური რესურსების სწორად მართვა, რომელიც გულისხმობს მაღალკვალიფიციური კადრების მოზიდვას და მათ პერიოდულ გადამზადებას, მათ შორის მმართველი კადრების ცოდნის ამაღლებას მენეჯმენტის საკითხებში. ასევე ფუნქციების და პასუხისმგებლობების სწორ გადანაწილებას; ამასთანავე, აუცილებელია დაწესებულების მუშაობის მუდმივი კონტროლი და იმ მექანიზმების გამოყენება კონტროლის პროცესში, რომელიც საყოველთაოდ არის აღიარებული და საშუალებას აძლევს სამედიცინო დაწესებულებებს, აღმოაჩინონ ნაკლოვანებები, როგორც კლინიკურ, ისე ეკონომიკურ თუ სხვა ასპექტებში და მიიღონ შესაბამისი ზომები.

მენეჯმენტის ფუნქციების განხორციელება (დაგეგმვა, ორგანიზაცია, მოტივაცია,

კონტროლი) ჰოსპიტალურ სექტორში და ამ ფუნქციებს შორის ურთიერთკავშირი სპეციფიკურია, რაც წარმოადგენს დარგის თავისებურებების ასახვას. ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია მმართველ და სამართავ სუბიექტებს შორის დამოკიდებულების ალგორითმი, რომელიც ასახავს ჰოსპიტალური სექტორის მისიის თავისებურებებს და ზოგადად ჯანდაცვის სფეროს სოციალური და კომერციული ფუნქციების ურთიერთდაბალანსების მოთხოვნებს (იხ. დანართი, სქემა #3).

სამკურნალო-დიაგნოსტიკური საქმიანობა სწრაფად განვითარებადი, დინამიური პროცესია. მისი ეფექტიანობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად შეესაბამება მართვის ორგანიზაცია მუშაობის შინაარსსა და სტრუქტურას. მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურა უნდა იცვლებოდეს ჰოსპიტლის განვითარების შესაბამისად, ხელს უნდა უწყობდეს ახალი ექსპერიმენტების, ახალი ტექნიკისა და ტექნოლოგიის, სამეცნიერო აღმოჩენებისა და გამოგონებების დანერგვას.

მართვის თეორიაში ჩამოყალიბებულია ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტიანობის შეფასების კრიტერიუმები, რომლებიც პირობითად ოთხ ჯგუფად იყოფა:

1. სტატიკური სისტემის ეფექტიანობის კრიტერიუმი - გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა არ იცვლება ან მცირედ იცვლება შესრულებული სამუშაოს ნომენკლატურა და მასშტაბი. ამ პირობებში ოპტიმალურია ისეთი სტრუქტურის გამოყენება, როდესაც დანახარჯების მინიმიზაცია ხდება. სტატიკური ორგანიზაციის პირობებში მართვის შიდა სისტემის ჩამოყალიბების ძირითადი პრობლემაა პასუხისმგებლობის სწორი გადანაწილება მართვის სხვადასხვა დონეზე. პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს იმ დონის მენეჯერს, რომლის სამოქმედო უბანზე დაგროვდა პრობლემები, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს ჰოსპიტლის ეფექტიანობის ამაღლებაზე.

მართვის ორგანიზაცია მოითხოვს მრავალრიცხოვან მმართველობით აპარატს და რთულ სტრუქტურას, რაც იწვევს დანახარჯების ზრდას და უარყოფითად მოქმედებს ეფექტიანობის კრიტერიუმზე. ამიტომ, ერთ-ერთი გამოსავალია საკითხის გადაწყვეტის პროცესის დეცენტრალიზაცია. ამრიგად, მართვის ოპტიმიზაციის პარალელურად უნდა ხდებოდეს პრიორიტეტების გადანაწილება. საკითხის გადაწყვეტის ოპტიმალურ ვარიანტად ჩაითვლება, როდესაც თითოეული

მენეჯერი თავის უბანზე შეძლებს ისეთი შედეგის მიღწევას, რომელიც ხელს შეუწყობს ჰოსპიტლის დაგეგმილი ეფექტიანობის მიღწევას.

2. საქმიანობის მანევრირების კრიტერიუმი. ამ კრიტერიუმით აფასებენ კონიუნქტურული ცვლილებების შედეგს (მაგალითად, ეპიდემიის ან სტიქიური უბედურების დროს ავადმყოფთა დიდი ჯგუფის მოთავსება ჰოსპიტალში). იგი მოითხოვს ჩვეული მუშაობის სწრაფი და შედეგიანი შეცვლის უნარს. რაც უფრო მაღალია ეს შესაძლებლობა, მით უფრო მეტია მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ეფექტიანობა.

3. სტრატეგიის ელასტიურობა ითვალისწინებს წარმოების განვითარების მიმართულების ცვლილებას, ე.ი. ყოველი ახალი ამოცანიდან გამომდინარე განვითარების ახალი სტრატეგიის შემუშავებას (მაგალითად, ჰოსპიტლის პროფილის შეცვლისას ხდება პაციენტისადმი შეთავაზებული დახმარების ნომენკლატურის შეცვლა, რაც თავისთავად გარკვეულ სიძნელეებს უქმნის როგორც ექიმს, ასევე პაციენტს). ხშირად სტრატეგიის შეცვლა არ იწვევს დანახარჯების შემცირებას, მოგების ზრდას, მაგრამ იგი აუცილებელია ჰოსპიტლის პერსპექტიული განვითარებისათვის. სტრატეგიის ელასტიურობის უზრუნველყოფის ძირითადი პირობაა ინფორმაციის დროული მიღება და გადაცემა. ახალი სტრატეგიის შემუშავება განსაკუთრებით რთულია ახალი ტექნოლოგიის აღმოჩენისას (მაგალითად, ამა თუ იმ დაავადების დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის არსებული სქემების შეცვლის პირობებში). აქედან გამომდინარე, მაღალი და საშუალო დონის მენეჯერზე ბევრადაა დამოკიდებული, როგორ შეფასდება სტრატეგიის შეცვლის აუცილებლობა და რამდენად აქტიურად განხორციელდება სათანადო პოლიტიკა. ახალი სტრატეგიის განსაზღვრა უადრესად რთულია. იგი მოითხოვს ხელმძღვანელის შემოქმედებითი აზროვნების მაღალ დონეს. ამის გამო აუცილებელია ისეთი სტიმულების მოქმედება, რომლებიც ახალი იდეების განვითარებას მაქსიმალურად შეუწყობს ხელს.

4. სტრუქტურის დინამიურობა საშუალებას იძლევა შეიცვალოს ჰოსპიტლის მართვის ორგანიზაციული ფორმები. ტექნიკური პროგრესის რადიკალური ცვლილების დროს იქმნება ისეთი სიტუაცია, როდესაც კრიტერიუმების წინა სამი ჯგუფი არ არის მისაღები და საკმარისი შემდგომი მართვისთვის. ზოგ შემთხვევაში

კი აუცილებელია მართვის სტრუქტურის ძირეული შეცვლა, ე.ი. ახალი სტრუქტურის ჩამოყალიბება. დადგენილია, რომ რაც უფრო მაღალია სტრუქტურის შეცვლის შესაძლებლობა, მით უფრო ნაკლებია ცვლილებები, გამოწვეული მუშაობის ეფექტიანობის შემცირებით. მართვის სტრუქტურა, რომელიც აგებულია გადაწყვეტილების მიღების დეცენტრალიზაციის პრინციპზე, უფრო დინამურია, ხელს უწყობს ახალ აღმოჩენებს და მათ დანერგვას. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში წამგებიანია ძველი სტრუქტურის შენარჩუნება, მართვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ძირეული ცვლილების აუცილებლობის დროს სწრაფად უნდა შეიქმნას ძველისგან დამოუკიდებელი ახალი ორგანიზაცია.

მსოფლიოში იცვლება სამედიცინო ტექნოლოგიები, მკურნალობის ფორმები და მეთოდები, იცვლება მოთხოვნები სამედიცინო მომსახურების მიმართ; ასევე იცვლება ეკოლოგიური პრობლემები და დაავადებათა სტრუქტურა. ჰოსპიტალმა, ცვალებად გარემოში თავისი ადგილის დამკვიდრებისა და გადარჩენის მიზნით, უნდა მართოს არა მარტო გარე ცვლილებები, არამედ ცვლილებები შეიტანოს ორგანიზაციის შიგნითაც. ცვლილებების მართვა მენეჯმენტის მეცნიერების ერთ-ერთ მიმართულებას წარმოადგენს. ცვლილებების მართვა არის არსებული მდგომარეობიდან სასურველ მდგომარეობაში ინდივიდუუმების, ჯგუფების და ორგანიზაციების ტრანსფორმაციის სტრუქტურირებული მიდგომა. ცვლილებების პროცესი ეხება სტრუქტურას და სტრატეგიას, ორგანიზაციას, როდესაც ყალიბდება ახალი მიმართულებები და მიზნები. ცვლილებათა მართვა, თავის მხრივ მოიცავს მენეჯმენტის ოთხივე ფუნქციას: დაგეგმვას, ორგანიზაციას, მოტივაციას და კონტროლს.

საქართველოში მიმდინარე პროცესები - გლობალიზაცია, საერთაშორისო სტანდარტების დანერგვა საქმიანობის ყველა სფეროში, ეხება ყველა პროფილის ორგანიზაციას, რადგან ცვლილებები ყოველდღიური ცხოვრების განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს და მათ უშუალო გავლენა აქვთ ბიზნეს პროცესებზე. ამ პროცესების ეფექტური მართვა აუცილებელი პირობაა ორგანიზაციის არსებობისათვის. ცვლილებათა მართვის თეორია სიახლეს წარმოადგენს საქართველოს პირობებში და ის მოითხოვს ჯანდაცვის სფეროში დამატებით შესწავლას.

ჯონ კოტტერის 8-საფეხურიანი მოდელში აღწერილი ცვლილებათა მართვის მოდელები მყარ საფუძველს წარმოადგენს ცვლილებათა მართვისათვის, თუმცა მათი განხილვის შედეგად იკვეთება მნიშვნელოვანი ასპექტი, რომელიც ყურადღებას იპყრობს. ცვლილება განიხილება, როგორც უწყვეტი, ციკლური ხასიათის პროცესი (იხ. §1.2).

ამრიგად, ჰოსპიტალურ სექტორში ცვლილებების განხორციელება მიზნად ისახავს საბოლოო ჯამში სამედიცინო ბიზნესის ეფექტურობის ამაღლებას. ცვლილებები შეიძლება იყოს რთული, ხშირად მტკივნეული და რთულად დასაძლევია; ცვლილებებისათვის ბრძოლა შეიძლება იყოს ძნელი მთლიანად ჰოსპიტლის და თითოეული მისი თანამშრომლისათვის. აღნიშნული მოდელის დამკვიდრება დაეხმარება ხელმძღვანელობას გაერკვეს ტრანსფორმაციის ლაბირინთებში და ცვლილებების პროცესის მართვაში.

3.3. მენეჯმენტის ტექნოლოგიების სრულყოფის გზები საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში

დანახარჯების ბიუჯეტირება როგორც მმართველობითი ტექნოლოგია და გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი. როგორც ცნობილია, საბაზრო ურთიერთობების ჩამოყალიბების შემდეგ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განსაკუთრებით მწვავე პრობლემად დარჩა ჰოსპიტალური სექტორის ფინანსური მართვის საკითხები. მრავალპროფილურობა გულისხმობს ჰოსპიტლების განყოფილებების ინტეგრაციის ობიექტურ აუცილებლობას, რომელთაც აქვთ შემოსავლებისა და ხარჯების ფორმირების სხვადასხვა შესაძლებლობები. ძირითადი სამედიცინო განყოფილებები, რომელთაც შეუძლიათ პირდაპირ ჯანდაცვის ბაზარზე გამოსვლა, დამოუკიდებლად მოიზიდავენ საბიუჯეტო, სადაზღვევო და სხვა რესურსებს. ხოლო დამხმარე სამედიცინო სადიაგნოსტიკო ერთეულები, რომლებიც წარმოადგენენ ჰოსპიტლების მომსახურების შიდა სისტემას, თანხების მოზიდვის შეზღუდული შესაძლებლობა აქვთ. თითოეული განყოფილების და მთლიანად ჰოსპიტლის წარმატებული ფუნქციონირების აუცილებელი პირობაა დაგეგმვის სისტემის შემუშავება, როგორც ცალკეული

განყოფილებების ასევე მთლიანად ჰოსპიტლისათვის. ასევე ცნობილია, როდესაც ჰოსპიტალი ფინანსდებოდა მხოლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, დაფინანსების ფარგლებში დგებოდა ხარჯთაღრიცხვა, რომელსაც საგეგმო სამსახური ანაწილებდა განყოფილებების მიხედვით საკალკულაციო მუხლების შესაბამისად, რაც არ გულისხმობდა ჰოსპიტლის განყოფილებების პასუხისმგებლობას მათი საქმიანობის ფინანსურ შედეგებზე.

ჩვენი აზრით საბაზრო პრინციპებზე ტრანსფორმაციის პირობებში ჰოსპიტალური სექტორისათვის ასეთი მიდგომა არ არის მისაღები და აუცილებელია **ბიუჯეტირებაზე** გადასვლა, რომელიც გულისხმობს სტრუქტურული ქვედანაყოფების მონაწილეობას როგორც შემოსავლების ფორმირებაში, ასევე სახსრების რაციონალურ ხარჯვაში.

ბიუჯეტირება წარმოადგენს მმართველობით ტექნოლოგიას, რომელიც გამოიყენება მენეჯმენტის მიერ მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების დასასაბუთებლად, გეგმების შესადგენად და მათი შესრულების შესაფასებლად, დასახული სტრატეგიული მიზნების შემდგომი კორექტირების ჩათვლით.

ჰოსპიტალურ სექტორში ბიუჯეტის ფორმირებისათვის ძირითადად გამოიყენება სახარჯთაღრიცხვო დაგეგმვის მეთოდი, რომელიც ემყარება წინასწარ შემუშავებულ ნორმებს, ხშირად მოძველებულ ნორმებსაც. ბიუჯეტირების არსებულ ზოგად მეთოდოლოგიაზე დაყრდნობით ჩვენს მიერ შემუშავებულია ჰოსპიტალური სექტორის ბიუჯეტირების მეთოდიკა და ფორმატი, რომელსაც საფუძვლად უდევს შემდეგი მიდგომები:

1. მრავალპროფილურ ჰოსპიტალში გამოიყოფა ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები;
2. მრავალპროფილურ ჰოსპიტლის ხარჯებში გამოიყოფა ძირითადი (ცვლადი და მუდმივი), ზედნადები ხარჯები (ცვლადი და მუდმივი) და მრავალპროფილური ჰოსპიტლის საერთო და ადმინისტრაციული ხარჯები;
3. ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების მიხედვით ხდება შემოსავლის ფორმირება, რომელიც ფარავს ძირითად ხარჯებს, ჰოსპიტლის ზედნადებ ხარჯებს და ქმნის მთლიანად ჰოსპიტლის მოგებას. ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის შემოსავლები წარმოიქმნება სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში მყოფ

საავადმყოფოებში ბიუჯეტიდან ასიგნებებით, სადაზღვევო ინსტიტუტებიდან მიღებული თანხებით და პაციენტების მიერ გადახდილი თანხებით, ხოლო კერძო ჰოსპიტლის შემოსავლები წარმოიქმნება ბიუჯეტიდან ასიგნებების გარეშე.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ძირითადი ხარჯები შედგება მედიკამენტებზე დანახარჯებისაგან, პერსონალის ჰონორარის, რბილი ინვენტარის, საკანცელარიო და სხვა ხარჯებისაგან. ყველა ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის შემოსავლებსა და ხარჯებს შორის სხვაობა წარმოადგენს ჰოსპიტლის მარჟინალურ შემოსავალს.

ჰოსპიტლის ზედნადები ხარჯები მოიცავს მმართველობის ქვედანაყოფის შენახვისა და ჰოსპიტლის საქმიანობის უზრუნველყოფის, ასევე ზარალიანი ცენტრების შენახვის ხარჯებს. ჰოსპიტლის მოგება წარმოიქმნება მისი მარჟინალური შემოსავლიდან ზედნადები ხარჯების გამოკლებით. მოგებიდან ხდება ჰოსპიტლის ცენტრალური ფონდების ფორმირება, როგორცაა: პრემიალური, ჰოსპიტლის განვითარების და სარეზერვო ფონდები;

4. ჰოსპიტლის განვითარების ფონდის ფორმირება ხდება ახალი სამედიცინო აპარატურის, სამედიცინო ტექნოლოგიების, კაპიტალური რემონტის და სხვა მიზნების განსახორციელებლად. განვითარების ფონდიდან ფინანსური სახსრების გამოყოფის დასასაბუთებლად თითოეული ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრი ადგენს ბიზნეს-გეგმას, რომელშიც ასაბუთებს ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის შემოსავლების ზრდას ინვესტიციების ხარჯზე და ანგარიშობს მათ გამოსყიდვას (თვითანაზღაურებას);

5. სარეზერვო ფონდი იქმნება ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის დამატებითი ხარჯების დასაფინანსებლად, რომელიც დაკავშირებულია ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გაუარესების, მოსახლეობის ავადობის გაზრდის საკითხებთან;

6. მატერიალური წახალისების ფონდი იქმნება ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის თანამშრომელთა პრემირებისათვის. მატერიალური წახალისების სისტემა ემყარება დანახარჯების დაფარვის ნორმატივების შესრულებას და ითვალისწინებს პრემირების ორ ტიპს: საბაზისო (ნორმატივების შესრულებისათვის) და დამატებითი (ნორმატივების გაზრდისათვის), რომელიც გამოიყენება საბაზისოსთან

ერთად. ნორმატივების გეგმური დონის შეუსრულებლობისას გაიცემა მხოლოდ ხელფასი, რომელიც გათვალისწინებულია დაწესებულების დებულებით შრომითი ანაზღაურების შესახებ.

7. დანახარჯების დაფარვის ნორმატივი დგინდება თითოეული სტრუქტურული ქვედანაყოფისათვის შემდეგი წესით: ძირითადი და დამხმარე სამედიცინო განყოფილებებისათვის ნორმატივი გაიანგარიშება მარჟინალური მოგების პროცენტული ფარდობით ჰოსპიტლის მთლიან შემოსავალთან.

ძირითადი განყოფილების მიერ დამხმარე განყოფილებისათვის შეკვეთილი გამოკვლევების ფაქტიური რაოდენობის ზრდისას, ძირითადი განყოფილების შემოსავალი მცირდება დამხმარე განყოფილების მიერ გაწეული მომსახურების დამატებითი ხარჯების დაფარვის გამო.

ნორმატივის უარყოფითი მნიშვნელობა მეტყველებს იმაზე, რომ საბიუჯეტო ობიექტს არ შეუძლია თავისი ძირითადი დანახარჯების დაფარვა და მიეკუთვნება ბიუჯეტით ზარალიან ობიექტს. ნორმატივის დადებითი მნიშვნელობა მიუთითებს, რომ საბიუჯეტო ობიექტი მომგებიანია, რომელსაც შეუძლია ნაწილობრივ დაფაროს ჰოსპიტლის ზედნადები ხარჯები და ზარალიანი ერთეულების ძირითადი ხარჯები; აგრეთვე შექმნას მოგება ჰოსპიტლის განვითარებისათვის.

რაც უფრო მაღალია ნორმატივი, მით უფრო მეტია განყოფილების წვლილი ჰოსპიტლის ზედნადები ხარჯების დაფარვასა და მოგების მიღებაში.

ჰოსპიტლის ყველა ადმინისტრაციული ქვედანაყოფისათვის დგინდება ნორმატივი, რომელიც განისაზღვრება ამ ქვედანაყოფის შემოსავლის ფარდობით მის ძირითად ხარჯებთან, გამოსახული პროცენტებში.

8. ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრის ხელმძღვანელებს ეკისრებათ ფინანსური პასუხისმგებლობა ძირითადი ხარჯების და დამატებით მიღებული მარჟინალური შემოსავლის, აგრეთვე ჰოსპიტლის განვითარების ფონდიდან გამოყოფილი ინვესტიციების მიზნობრივ გამოყენებაზე.

ჩვენი აზრით, ამ მეთოდიკით ბიუჯეტირების ორგანიზაცია უზრუნველყოფს ჰოსპიტლის ფინანსური სტრუქტურის ფორმირებას; ყველა დონის ბიუჯეტების შემუშავების ფორმას; ბიუჯეტირების ობიექტების საქმიანობის შეფასების ეკონომიკური და ფინანსური მაჩვენებლების შერჩევას; ბიუჯეტირების პროცესის

რეგლამენტის შენარჩუნებას; სამედიცინო დაწესებულების ბიუჯეტირების შესახებ დებულების შემუშავებას. ჰოსპიტლის ფინანსური სტრუქტურის ფორმირება ხდება არსებული ორგანიზაციული სტრუქტურის ბაზაზე, როგორც ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ერთობლიობა - რომლებიც პასუხს აგებენ შემოსავლებსა და ხარჯებზე, აგრეთვე ნაერთ ფინანსურ მაჩვენებლებზე. ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრს წარმოადგენს ჰოსპიტლის განყოფილება, ქვეგანყოფილება.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრი, მისი მოგებიანობის ანალიზისათვის და მმართველობითი გადაწყვეტილების მისაღებად, საქმიანობის ფინანსური შედეგების გასაუმჯობესებლად, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე უშუალოდ გასვლის შესაძლებლობიდან გამომდინარე შეიძლება დაიყოს სამ ჯგუფად: ძირითადი სამედიცინო განყოფილებები, დამხმარე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ქვედანაყოფები და ადმინისტრაციული ქვედანაყოფი.

ძირითადი სამედიცინო განყოფილებები რომლებიც უშუალოდ გადის სამედიცინო სერვისების ბაზარზე, თავისი შემოსავლების ფორმირებას ახდენს არამართო ბიუჯეტური ასიგნებების ან სადაზღვევო ასიგნებების ხარჯზე, არამედ სახსრებით რომელსაც განყოფილება იღებს ფასიანი მომსახურებიდან.

დამხმარე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური განყოფილებები წარმოადგენენ ძირითადი განყოფილებების ფუნქციონირების შიდა სისტემას, მაგრამ აქვთ შესაძლებლობა თავისი მომსახურება გაიტანონ ბაზარზე. აქედან გამომდინარე, მათი შემოსავლების ფორმირება ხდება ბიუჯეტიდან დაფინანსების, ფასიანი მომსახურების და ძირითადი სამედიცინო განყოფილებები სახსრებით.

ადმინისტრაციული განყოფილებები, რომლებიც მოიცავენ სამედიცინო პროფილის ფუნქციონალურ ქვედანაყოფებს (სამედიცინო არქივი, სამედიცინო კვების ბლოკი, სამედიცინო სტატისტიკური სამსახური და ა.შ.), სამეურნეო და საინჟინრო-ტექნიკურ სამსახურს, ადმინისტრაციას, მთლიანად ემსახურებიან ჰოსპიტლის საქმიანობას, მთლიანად ფინანსდება ბიუჯეტიდან (სახელმწიფო დაწესებულებები) და სადაზღვევო ფონდებიდან მიღებული სახსრებით.

თითოეულ ჰოსპიტალში უნდა გამოიყოს სამედიცინო მომსახურების აღნიშნული ჯგუფები, რაც ხელს შეუწყობს განისაზღვროს ფინანსური პასუხისმგებლობის ყველა

ცენტრისათვის ეფექტურობის შესაბამისი კრიტერიუმები, რასაც წარმოადგენს ხარჯების დაფარვის ნორმატივები.

ფინანსური ანგარიშგებისაგან განსხვავებით, რომლის ფორმატი განსაზღვრულია ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტებით, ბიუჯეტის ფორმა არ არის მკაცრად რეგლამენტირებული. ჩვენს მიერ ჯანდაცვის ობიექტების საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე შემუშავებულია ძირითადი სამედიცინო განყოფილებისა და დამხმარე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ქვედანაყოფებისათვის ბიუჯეტის ფორმატი, რომელიც მოიცავს საოპერაციო და ფინანსურ ბიუჯეტებს.

წარმოდგენილი ბიუჯეტის ფორმატი აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს: ბიუჯეტში შემავალი ინფორმაცია, არის მაქსიმალურად ზუსტი, მომხმარებლისათვის მნიშვნელოვანი და სასარგებლო. მოიცავს მონაცემებს: შემოსავლებისა და ხარჯების შესახებ, რომელიც შეიძლება ყოველთვის არ იყოს დაბალანსებული. რადგან ბიუჯეტი განისაზღვრება, როგორც მთლიანად ჰოსპიტლის და მისი განყოფილებების მიხედვით, იგი იძლევა მათი საქმიანობის კოორდინაციის საშუალებას.

ჰოსპიტლის ბიუჯეტის შედგენის დროს გასათვალისწინებელია შემდეგი ფაქტორების გავლენა: კონკურენტების საქმიანობა; გეოგრაფიული არეალი და პაციენტების სტაბილურობა რეგულარულ მომსახურებაზე; რეკლამის შედეგიანობა; სამედიცინო პერსონალის და სამედიცინო აპარატურის განსაკუთრებულობა; ფასწარმოქმნის პოლიტიკა.

საოპერაციო ბიუჯეტის შედგენა იწყება შემოსავლების ბიუჯეტის შემუშავებით. რეალიზაციის საერთო მოცულობის განსაზღვრა წარმოადგენს მენეჯმენტის კომპეტენციას, რომელიც თავისი გადაწყვეტილების ფორმულირებას ახდენს განყოფილების ხელმძღვანელებთან შეთანხმებით. გაყიდვების დაგეგმვა რთული პროცესია, რომელშიც გასათვალისწინებელია მრავალი ფაქტორი: მომსახურების ხარისხი და ისტორია, ეკონომიკის საერთო მდგომარეობა, მოსახლეობის ავადობის მდგომარეობა, ფასების პოლიტიკა და დონე, სამედიცინო აპარატურის მდგომარეობა და ხარისხი, სამედიცინო გამოკვლევების კომპლექსურობა, კონკურენცია, სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერა, მოსახლეობის მოცვა

საკოველთაო დაზღვევით და ა.შ.

გაყიდვების ბიუჯეტის საფუძველზე დგება ჰოსპიტალური სერვისების თვითღირებულების ბიუჯეტები. ბიუჯეტის შედგენა გულისხმობს არა მხოლოდ ფულადი ნაკადების დაგეგმვას, არამედ ნატურალურ საზომ ერთეულებში მოთხოვნასაც საბიუჯეტო მუხლებზე. ჰოსპიტალური სერვისების ბიუჯეტი განსაზღვრავს რამდენი პაციენტის მომსახურებაა აუცილებელი და შესაძლებელი რეალიზაციის ბიუჯეტის შესასრულებლად. ჰოსპიტალური სერვისების ბიუჯეტი დგება როგორც ფულად, ასევე ნატურალურ ერთეულებში.

ჰოსპიტლის მთლიანი ხარჯების განსაზღვრისათვის აუცილებელია ერთეული ჰოსპიტალური სერვისების თვითღირებულების გაანგარიშება, რომელიც შედგება მასალის, შრომისა და ზედნადები ხარჯებისაგან.

შემდეგ ეტაპს წარმოადგენს კერძო ბიუჯეტების შედგენა: მასალის დანახარჯის ბიუჯეტი, შრომითი დანახარჯის ბიუჯეტი და ზედნადები დანახარჯების ბიუჯეტი.

მასალის დანახარჯის ბიუჯეტისა და მასალების შესყიდვის ბიუჯეტების შედგენა ხდება ნატურალურ ერთეულებში. რომლის დროსაც აუცილებლად გასათვალისწინებელია მასალის ნაშთის დონე საგეგმო პერიოდის დასაწყისში და ბოლოს. მედიკამენტებისა და მასალის მარაგების სიდიდეს ნატურალურ მაჩვენებლებში განსაზღვრავს მენეჯმენტი.

პირდაპირი შრომითი დანახარჯების ბიუჯეტის შედგენისას გამოიყენება მაჩვენებლები, რომლებიც განსაზღვრავენ შრომის ანაზღაურების მოცულობას: გაწეული მომსახურების ტიპები და რაოდენობა, მისი შრომატევადობა, შრომის ანაზღაურების სისტემა.

ზედნადები დანახარჯების ბიუჯეტის შედგენას წინ უსწრებს ზედნადები ხარჯების კლასიფიკაცია მუდმივ და ცვლად ხარჯებად. ამისათვის ანალიზდება მათი დამოკიდებულება გაწეული ჰოსპიტალური სერვისების მოცულობაზე. თუ ზედნადები ხარჯები არ იცვლება პაციენტთა ნაკადის ზრდის ან შემცირებისას, მაშინ ასეთი ხარჯები ითვლება მუდმივ ხარჯებად. თუ ასეთი დამოკიდებულება არსებობს, მაშინ საქმე გვაქვს ცვლად ხარჯებთან. ჰოსპიტლის სააღრიცხვო პოლიტიკის შესაბამისად ჰოსპიტალური სერვისების სახეებს შორის

ზედნადები ხარჯების განაწილების ბაზას ძირითადად წარმოადგენს პირდაპირი ხელფასი.

ადმინისტრაციული, მარკეტინგული, კომერციული და სხვა პერიოდული ხარჯების ბიუჯეტების შემუშავება ხდება ზედნადები ხარჯების მოსალოდნელი მოცულობის შესახებ ინფორმაციის საფუძველზე. ხარჯების ყველა განხილული სახე წარმოადგენს მუდმივს და არ არის დამოკიდებული ჰოსპიტალური სერვისების მოცულობაზე. საოპერაციო ბიუჯეტის შედგენის პროცესი სრულდება მოგება ზარალის გეგმის შედგენით.

ჰოსპიტლის შემოსავლებისა და ხარჯების ბიუჯეტში შემოსავლები მოიცავს ყველა სახის დაფინანსებას, ხოლო ხარჯებში ნაჩვენებია ძირითადი ხარჯები - ძირითადი სამედიცინო განყოფილებების და დამხმარე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ქვედანაყოფების ბიუჯეტიდან; ზედნადები ხარჯები - ადმინისტრაციული განყოფილების მიხედვით; მოწყობილობის შეძენის ხარჯები და ჰოსპიტლის მიმდინარე და კაპიტალური რემონტის ხარჯები (იხ. დანართი, ცხრილი #9).

ფინანსური ბიუჯეტის შედგენა მოიცავს ფულადი ნაკადის ბიუჯეტის შემუშავებას და საპროგნოზო ბალანსის შედგენას.

ფულადი ნაკადის მოძრაობის ბიუჯეტში აისახება ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა ფულადი სახსრების ნაშთი პერიოდის დასაწყისში, ფულადი სახსრების შემოსვლა პერიოდის განმავლობაში წყაროების მიხედვით და პერიოდის საკასო ხარჯები საბიუჯეტო კლასიფიკაციის მუხლების შესაბამისად. ბიუჯეტი ასახავს ჰოსპიტლის უნარს დაფაროს ფულადი ვალდებულებები. ბიუჯეტის შედგენის დროს მოგება-ზარალის ანგარიშებიდან ინფორმაციის გაანალიზება ხდება ფულადი ნაკადის რეალური შემოდინებისა და გადინების მიხედვით. ანალიზის საფუძველზე შემუშავდება კრედიტორული დავალიანების დაფარვის პირობები, აგრეთვე დებიტორებთან მუშაობის წესი.

ამრიგად, ფულადი ნაკადის შემოდინების ბიუჯეტის შედგენისათვის აუცილებელია გაყიდვების ბიუჯეტის დეტალიზაცია თვეების მიხედვით. გაყიდვებიდან და მასალის შესყიდვიდან ფულადი ნაკადის შემოდინების ბიუჯეტში უნდა იყოს ყველა სხვა ნაღდი და უნაღდო ფულადი მასის შემოდინების წყარო და მათი ხარჯვის მიმართულებები. ანალოგიურად დგება კრედიტორული

დავალიანების ანგარიშის მიხედვით კრედიტორებზე ფულადი სახსრების გადახდის გეგმები. ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილი მოიცავს: შრომის ანაზღაურების, გადასახადების გადახდას, აქტივების შექმნას.

ფულადი სახსრების მინიმალური სალდო დგინდება მენეჯმენტის მიერ. ფულადი სახსრების უკმარისობის შემთხვევაში ჰოსპიტალი ახდენს საბანკო კრედიტების მოზიდვას (იხ. დანართი, ცხრილი #10).

ჰოსპიტლის საპროგნოზო ბალანსის შედგენა ხდება პერიოდის დასაწყისისათვის არსებული ბალანსის საფუძველზე ბალანსის თითოეული მუხლის მიხედვით შემოთავაზებული ცვლილების გათვალისწინებით. ბალანსის მუხლებში ცვლილებების განსაზღვრისათვის გამოიყენება ინფორმაცია რომელიც მოცემულია მოგება ზარალის გეგმაში და ფულადი ნაკადის მოძრაობის ბიუჯეტში.

ჰოსპიტლის საპროგნოზო ბალანსის შედგენით სრულდება ფინანსურ ბიუჯეტზე მუშაობა და იწყება წინასწარი ანალიზი. თუ ბიუჯეტის შედგენის შემდეგ გამოვლინდება ამა თუ იმ ქმედებით გამოწვეული პრობლემები, მაშინ მენეჯმენტი მთლიან საგეგმო პროცედურებს იწყებს თავიდან. ამრიგად, შეიძლება შეიცვალოს ჰოსპიტლის საკრედიტო პოლიტიკა პაციენტებთან მიმართებაში: გაუქმდეს ფასდათმობა მომსახურებაზე ან შეიცვალოს გადახდის გადავადების შეთავაზებული პირობები.

მთლიანად ჰოსპიტლის და მისი ცალკეული ქვედანაყოფების გეგმების კორექტირების შემდეგ ცვლილებები შეიძლება შევიდეს ფინანსურ ბიუჯეტში და ხელახლა გაანალიზდეს ჰოსპიტლის საბიუჯეტო მუხლების გავლენა მის ფინანსურ მდგომარეობაზე. ამ თვალსაზრისით დაგეგმვისა და ბიუჯეტის შედგენის პროცესი ერთიანდება მართვის ერთ პროცესად.

საბიუჯეტო პროცესი მოიცავს ბიუჯეტის პროექტის შედგენას, განხილვას, დამტკიცებასა და მის შესრულებას. ეს პროცესი უნდა განხორციელდეს ყველა დონის მენეჯმენტის მონაწილეობით.

საბიუჯეტო პროცესის ორგანიზაციის ძირითად დოკუმენტს წარმოადგენს დებულება ბიუჯეტირების შესახებ, რომელშიც განსაზღვრული იქნება საბიუჯეტო პროცესის ყველა მონაწილის ფუნქციები და პასუხისმგებლობა. წარმოდგენილი იქნება ბიუჯეტის ფორმატი და მათი შედგენის წესისადმი მოთხოვნები, ასევე

ნაჩვენები იქნება ძირითადი სამედიცინო განყოფილების, დამხმარე სამკურნალო ქვეგანყოფილების და ადმინისტრაციული განყოფილების ხარჯების დაფარვის ნორმატივები.

ამრიგად, საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში ბიუჯეტირების პროცესის დანერგვით შეიძლება გადაწყდეს ამ ორგანიზაციების ეკონომიკური დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფის პრობლემები. ბიუჯეტირება საშუალებას იძლევა დასაბუთდეს ჰოსპიტლის დანახარჯების ობიექტურობა და მათი დაფინანსების აუცილებლობის ხარისხი მკურნალობის ტექნოლოგიების ცვლილების შესაბამისად და არა მოძველებული ნორმატივებით.

შესაბამისად, ბიუჯეტის ფორმირებაში ჰოსპიტლის განყოფილებების და ქვეგანყოფილებების მონაწილეობა მიუთითებს თითოეული მათგანის როლზე ჰოსპიტლის ფინანსური შედეგების ფორმირებაში. გეგმურად ზარალიანი ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებს ეძლევათ შესაძლებლობა გაზარდონ შემოსავლები ახალი სამედიცინო სერვისების ტექნოლოგიებისა და ახალი ბაზრების მოძიების გზით. გარდა ამისა, ბიუჯეტირება განსაზღვრავს მოთხოვნას ჰოსპიტლის რესურსებზე გრძელვადიან პერსპექტივაში, რაც ასევე ძალიან აქტუალურია ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის განხორციელებისათვის მთლიანად ქვეყანაში. ბიუჯეტირების პროცესში ჩართულია განყოფილებებისა და ქვეგანყოფილების ხელმძღვანელები, როგორც საშუალო რგოლის მენეჯერები ჰოსპიტლის მართვაში, რაც ასევე მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში საკადრო პოლიტიკის კონცეფციის შემუშავებაში.

დასკვნა

ჩატარებულმა კვლევამ საშუალება მოგვცა გაგვეკეთებინა დასკვნები და შემოგვეთავაზებინა შესაბამისი რეკომენდაციები.

- ჯანდაცვის მართვის მეთოლოგიის შემუშავებისა და ამ სფეროს საქმიანობის სპეციფიკისათვის ადეკვატური და მეცნიერულად დასაბუთებული მმართველობითი ტექნოლოგიების დანერგვის მიზნით მართვის თეორიების გაცნობამ და შეფასებამ გვიჩვენა, რომ საკმაოდ რთულია გამოვეყოთ რომელიმე ერთი მიმართულება, რომელიც ყველაზე მართებული და ეფექტური იქნება ჯანდაცვის სისტემაში გამოსაყენებლად. გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმები მიმდინარეობს გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან, მაგრამ პროცესი დასრულებული არაა, მართვის ფორმები და ორგანიზაცია ძირეულ სრულყოფას საჭიროებს. შესაბამისად, სწორი მიდგომისათვის საჭიროა ყველა სკოლის იდეების გათვალისწინება.

- საქართველოში მედიკო-დემოგრაფიული და ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობის ანალიზის საფუძველზე შეფასებულია საქართველოში შექმნილი უარყოფითი დემოგრაფიული სიტუაცია, რომელიც გარდა სხვა ფაქტორებისა, განისაზღვრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფაქტორითაც. საქართველო, მოსახლეობის ავადობის დონის მაჩვენებლების მიხედვით წინ უსწრებს ევროპის ყველა ქვეყანას. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლამ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოქვეყნებულ მონაცემებზე დაყრდნობით გვიჩვენა, რომ განსაკუთრებით მაღალია სისხლის მიმოქცევის სისტემის, ონკოლოგიური, ენდოკრინული სისტემის, ფსიქიკური და ნერვული აშლილობებით გამოწვეული დაავადებები. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარებაზე მსჯელობისას აუცილებელია დაავადებათა სტრუქტურისა და მისი ცვლილების მოსალოდნელი ტენდენციების გათვალისწინება.

- ჯანდაცვის სისტემის მართვა სპეციფიკურია, რომელიც განპირობებულია საქმიანობის განსაკუთრებული მნიშვნელობით და სისტემის ფუნქციონირების

სოციალური მიმართულებით: სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის მომსახურება და მათი ჩართვა მომსახურების გაწევის პროცესში, რაც განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის შედეგების შეფასების სირთულეს. გარდა ამისა, სამედიცინო მომსახურება მიეკუთვნება სოციალურ მომსახურებას, მას აქვს საზოგადოებრივ-სოციალური ეფექტი და ჰოსპიტალური სექტორის როლი ამ საქმეში არსებითია. ყოველივე ეს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ორგანიზაციას.

- სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობაზე დაკვირვების და ანალიზის საფუძველზე გამოყოფილია არსებითი ნიშნები, რომელიც დაკავშირებულია მათი საქმიანობის ხასიათთან და გავლენას ახდენენ მართვის პროცესზე: ხარისხის განსაზღვრისა და საქმიანობის შედეგების გაზომვის სირთულე; ძირითადი საქმიანობის მაღალი სპეციალიზაცია, რომელსაც ხშირად აქვს სასწრაფო და გადაუდებელი ხასიათი; გაურკვეველობისა და შეცდომის უფლების არარსებობა; სხვადასხვა განყოფილებებს შორის პასუხისმგებლობის გადანაწილების სირთულე და საქმიანობის მჭიდრო კოორდინაციის საჭიროება; თანამშრომელთა მაღალი კვალიფიკაცია; მენეჯმენტის მკაცრი კონტროლის აუცილებლობა ექიმების საქმიანობაზე, ექიმების საქმიანობის გადამწყვეტი გავლენა ჰოსპიტლის საქმიანობის მოცულობასა და ხარჯების განსაზღვრაზე.

ჩვენ ვთვლით, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, არსებობს ერთდროულად, განაპირობებს მათ ინტენსიურ გამოვლენას და ართულებს სხვადასხვა დონის მენეჯერების კოორდინირებულ საქმიანობას. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლის ზრდა სამედიცინო ბაზრის რეგულირებაში, რათა ხელი შეეწყოს მიმწოდებელთა შორის ჯანსაღ კონკურენციას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

- მსოფლიოში აღიარებული ჯანდაცვის დაწესებულებების მართვის კლასიკური მეთოდების გარდა (ეკონომიკური მეთოდები. ორგანიზაციული მეთოდები; სოციალურ-ფსიქოლოგიური მეთოდები) ჩვენს მიერ განხილული და შეფასებულია ბოლო წლებში დამუშავებული ჯანდაცვის ორგანიზაციისადმი სპეციფიკური მიდგომებიც: სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის სისტემური ანალიზი,

სამედიცინო დახმარების მართვა ინტეგრირებული სისტემების გამოყენებით, იმიტირებული მოდელირების მეთოდი გარდამავალი ეკონომიკის სისტემაში, ექსპერტული შეფასების მეთოდი და სხვა.

ჩვენი აზრით, მართვის მეთოდოლოგიის სრულყოფის ძირითად მიმართულებად უნდა ჩაითვალოს მართვის კლასიკური მეთოდების ინტეგრაცია და ორიენტაცია ობიექტზე, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სამივე სექტორის ელემენტებს. ასეთ შემთხვევაში მენეჯმენტი აღჭურვილი იქნება ისეთი ტექნოლოგიით, რომელიც შესაძლებელს გახდის უზრუნველყოს დახმარება სახელმწიფო სექტორში, შეზღუდული რესურსების რაციონალური გამოყენებისას წარმოქმნილი სირთულეების დაძლევაში.

- ჯანდაცვაზე დანახარჯების ტვირთი ჯერ კიდევ მოსახლეობას აწევს და მათ მიერ გადახდილი თანხების წილი სამედიცინო მომსახურებაზე მთლიან ხარჯებში 70%-ს აჭარბებს, თუმცა მისი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ათ წლიან დინამიკაში ნელ-ნელა იკლებს; ეს სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სექტორში გატარებული რეფორმების, აბსოლუტურ რიცხვებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებისა და კერძო წინასაწარი გადახდის სქემებით (დაზღვევით) გადახდილი თანხების ზრდით აიხსნება.
- წინამდებარე ნაშრომში ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა საქართველოში ჯანდაცვის მენეჯმენტის შემდეგი პრობლემები. ესენია: ფრაგმენტული მიდგომა ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისადმი, რომელიც განპირობებული იყო ფინანსური რესურსების დეფიციტით; განუხორციელებელი მსხვილი პროექტების დაგეგმვა, რომელიც გამოწვეული იყო სამართლებრივი ბაზის უქონლობით; მოძველებული ორგანიზაციული სტრუქტურების გამოყენება დასახული ამოცანების განსახორციელებლად; ხარვეზები ადმინისტრაციულ ხელმძღვანელობაში; არაკვალიფიციური დაგეგმვა;

მიგვაჩნია, რომ მიზანშეწონილია და აქტუალურია საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ინსტიტუტის შექმნა, რომლის ძირითადი ფუნქცია იქნება ჯანდაცვის სფეროში პოლიტიკის მეცნიერული დასაბუთება, ქვეყნის სამედიცინო სამეცნიერო პოტენციალის კოორდინირება მთავარი მიზნის მისაღწევად - მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის, მოსახლეობის ჯანდაცვის

ეროვნული პროგრამების მომზადება და რეალიზაცია, მოსახლეობის ჯანდაცვის პრობლემებზე სამეცნიერო კვლევების ორგანიზება და ექსპერტიზა; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად ყოველწლიური ანგარიშის მომზადება ერის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;

ამჟამად საქართველოში ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის მენეჯმენტი ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გაუმჯობესებას, ჰოსპიტალური ქსელის რეორგანიზაციის დაჩქარებას, საწოლთა დატვირთვის ზრდას, საწოლ-ფონდის ოპტიმიზაციას, სამედიცინო დაწესებულებების უზრუნველყოფას ყველა საჭირო რესურსით და სხვ.

ყოველივე ზემოაღნიშნული ქმნის აუცილებელ წინაპირობას ქვეყანაში ჯანდაცვის რეფორმის გაგრძელების, რომლის საბოლოო მიზანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა. ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის პარალელურად უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვაზე საბიუჯეტო დანახარჯების მოცულობა და მისი ხვედრითი წილი ქვეყნის მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის დანახარჯებში. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფინანსური რესურსების სწორად წარმართვას. მიზანშეწონილია, რომ იგი მიმართულ იქნას ან მოსახლეობის პრიორიტეტული ჯგუფების მოცვის გაზრდაზე ან კიდევ პრიორიტეტული მომსახურების მოცულობის გაზრდაზე. სამთავრობო დონეზე მოითხოვს გადაწყვეტას დაფინანსების ისეთი სისტემის შექმნა, რომელიც მოახდენს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზებას ორგანიზებულ ფინანსურ ნაკადებში სადაზღვევო სისტემის განვითარების გზით. აგრეთვე რეგულირების მექანიზმების შემუშავება, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში.

- საქართველოს მთავრობის 2005-2012 წლების ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის შედეგების ანალიზით შეიძლება დავასკვნათ, რომ საქართველოში ჰოსპიტლების მენეჯმენტი მოითხოვს სრულყოფას:

- ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზების სტრატეგიის შედეგად მთელი საქართველოს მასშტაბით კერძო ინვესტორები აშენებდნენ მრავალპროფილურ ჰოსპიტალებს და ძველი საავადმყოფოების ახლებით ჩანაცვლება მიმდინარეობდა.

საქართველოში არსებული საავადმყოფოების თითქმის 40%-ს სადაზღვევო კომპანიები ფლობენ, 30%-ს - ფიზიკური პირები, ხოლო 20%-ს სხვა იურიდიული პირები; დარჩენილი ჰოსპიტალური სიმპლავრეები შეტანილია სახელმწიფოს საპრივატიზაციო ობიექტთა ნუსხაში ან ამ სიის პოტენციური კანდიდატები არიან;

- მსოფლიო გამოცდილებით, მხოლოდ 200 და მეტადგილიანი საავადმყოფოები მოიაზრება მომგებიან ბიზნესად. აქედან გამომდინარე, საეჭვოა რეგიონებში არსებული მცირე მასშტაბის ჰოსპიტლების მომგებიანობის და პროფილის შენარჩუნების საკითხი გრძელვადიან პერსპექტივაში;
- რეგიონების უმეტესობაში ახალი ჰოსპიტლების მშენებელი, ჰოსპიტლების მენეჯერი და სოციალური დაზღვევის ექსკლუზიური მიმწოდებელი ერთი და იგივე კომპანიაა. ჰოსპიტალურ სექტორში სადაზღვევო კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაცია ინტერესთა კონფლიქტის მატარებელია და შეიცავს საფრთხეს, რომ პაციენტს არ უმკურნალებენ მხოლოდ და მხოლოდ სამედიცინო მოსაზრებებზე დაყრდნობით;
- სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგად, სადაზღვევო კომპანიებს უფლება მიეცათ ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში მონოპოლისტი პროვაიდერები გამხდარიყვნენ. სოციალური დაზღვევის ვაუჩერული სისტემიდან რეგიონულ სისტემაზე გადასვლის შედეგად პაციენტებმა შესაძლებლობა დაკარგეს თავად აირჩიონ სოციალური დაზღვევის პროვაიდერი ან სამედიცინო დაწესებულება;
- სატენდერო კონტრაქტების თანახმად, ინვესტორებს შესყიდული ჰოსპიტლების პროფილის შენარჩუნების ვალდებულება კონტრაქტის ხელმოწერიდან 7 წლის განმავლობაში აქვთ. საქართველოში არსებული ჰოსპიტლების 65%-ში საწოლების რაოდენობა 50-ზე ნაკლებია, 34%-ში კი, 11-დან 20-მდე მერყეობს. რადგან რეგიონული ჰოსპიტლების მომგებიანობა ნაკლებ სავარაუდოა, საბაზისო სამედიცინო მომსახურების ან ჰოსპიტლების პროფილის შეცვლის სერიოზული რისკი არსებობს;
- მომსახურების ხარისხისა და პაციენტების უფლებების დაცვის საკანონმდებლო და ინსტიტუციური მექანიზმები სუსტია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის არარეგულარული შემოწმება და ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შეზღუდული შესაძლებლობები - დაიცვას პაციენტის უფლებები,

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხს რისკის ქვეშ აყენებს.

- ჰოსპიტალურ სექტორში შექმნილი სიტუაციიდან გამომდინარე სახელმწიფოს მხრიდან გადაუდებელ ღონისძიებად მიგვაჩნია:

- საკანონმდებლო დონეზე ინტერესთა კონფლიქტის დარეგულირება სადაზღვევო კომპანიების მიერ განხორციელებულ საქმიანობასა და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების საკითხებს შორის. ამჟამად, ერთიდაიგივე კომპანია ახდენს სადაზღვევო სამედიცინო პროექტების გაყიდვას და ახორციელებს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მენეჯმენტს;

- ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის უფლებამოსილების გაზრდა. ამ სამსახურს საკანონმდებლო დონეზე უნდა მიეცეს თავისივე გადაწყვეტილებების აღსრულების უფლებამოსილება. ამჟამად, ამ სამსახურის მხრიდან მონიტორინგისა და კონტროლის მექანიზმები არ არსებობს და მისი მოქმედება მხოლოდ პაციენტების და სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერების საჩივრებზეა დამოკიდებული, რის გამოც ეს სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ვერც ჯანდაცვის მაღალ ხარისხის და ვერც პაციენტთა უფლებების სრულფასოვან დაცვას.

- საქართველოს კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” უნდა განსაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად მოსახლეობის საცხოვრებელი ადგილისა და ფინანსური მდგომარეობისა. ამ მიზნით ჩვენ ვიწონებთ შემოთავაზებულ “უნივერსალური პაკეტის” და “დამატებით პაკეტს” ცნებას, რომელიც ძირითადი პაკეტის ნაწილია.

“უნივერსალური პაკეტის” ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი სოციალური ვალდებულებების შესრულების მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახლებურ ორგანიზაციულ და ტერიტორიულ მოწყობას. ცენტრალური სტრუქტურები დაფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ხოლო რაიონული ცენტრები ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან.

“დამატებითი პაკეტი” არის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი, რომელიც დაიცავს მოსახლეობას იმ ფინანსური რისკებისგან, რომელიც წარმოიშობა

გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღებისას.

აღნიშნული ღონისძიებების გატარება სახელმწიფოს მხრიდან წარმოადგენს ადამიანების კონსტიტუციური უფლების რეალიზაციას. აუცილებელად მიგვაჩნია ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის მკაცრი რეგულირება სახელმწიფოს მხრიდან, რაც მას გახდის მოსახლეობისთვის მიმზიდველს და ხელმისაწვდომს (ფინანსურად და გეოგრაფიულად).

ჯანდაცვის დაფინანსებისა და სამედიცინო დაწესებულებებში ფასწარმოქმნაზე და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე სახელმწიფო რეგულირების სისტემა სუსტია, რაც საშუალებას აძლევს მედპერსონალს და სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს ეკონომიკური რაციონალურობის გარეშე დააწესონ ფასები სამედიცინო მომსახურებაზე. დარგის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია თავისუფალი საბაზრო ურთიერთობების გარკვეულ ჩარჩოებში მოქცევა.

- სახელმწიფომ უნდა გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველების როლი სამედიცინო ბაზარზე და ხელი შეუწყოს როგორც ეკონომიკური ეფექტურობის ზრდას, ასევე ჯანდაცვის სფეროში არაფორმალური ეკონომიკის ხვედრითი წილის შემცირებას. რაც ხელს შეუწყობს ჯანსაღი გარემოს შექმნას სამედიცინო მომსახურების სფეროში და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხის განუხრელ ზრდას. საბოლოო ჯამში, აამაღლებს მენეჯმენტის დაინტერესებას მართვის მეთოდების განუწყვეტელი სრულყოფით, უზრუნველყონ მაღალი სტანდარტები, რომლის მიღწევაც კონკურენციის პირობები თანდათან მკაცრდება.

ასევე ვემხრობით მოსაზრებას, რომ ლიცენზია უნდა გაიცეს არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე ამ ჰოსპიტალური დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მექანიზმად გვესახება სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემის შემოღება და კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება-დანერგვა.

- რაიონების და სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილება და დაფინანსების მექანიზმები უნდა ემყარებოდეს

მოსახლეობის საჭიროებებს. ამისათვის აუცილებელია რესურსების განაწილების მიზნობრიობის შემოწმების ალგორითმის შემუშავება, გაწეული მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის შესაბამისად.

რესურსების განაწილების არსებული სისტემა არ ასახავს ტერიტორიული ერთეულების რეალურ საჭიროებებს, არ არის დაკავშირებული ტერიტორიული ერთეულების მოსახლეობის რაოდენობასთან და სიღარიბის დონესთან. რესურსების უფრო სამართლიანი განაწილება შეიძლება იქნას მიღწეული ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროების გათვალისწინებით.

შემუშავებულია ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით ფინანსური რესურსების განაწილების პარამეტრების ალგორითმი, რომლის გათვალისწინება ხელს შეუწყობს რესურსების სამართლიან გადანაწილებას ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით.

- ნაშრომში განხილულია სამედიცინო დაწესებულებების სამი ტიპი, რომელიც შეესაბამება თანამედროვე საზოგადოების სამ სექტორს (სახელმწიფო, კერძო და არაკომერციული) და დახასიათებულია თითოეულის თავისებურებები.

განხილულია ჯანდაცვის დაწესებულების მართვის მეთოდების სამი ძირითადი ჯგუფი: ეკონომიკური, ორგანიზაციული, სოციალურ-ფსიქოლოგიური მეთოდები. მართვის მეთოდოლოგიის სრულყოფის ძირითად მიმართულებად უნდა ჩაითვალოს მართვის კლასიკური მეთოდების ინტეგრაცია და ორიენტაცია ობიექტზე, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სამივე სექტორის ელემენტებს.

- განხილულია ჯანდაცვის სისტემის მართვის ძირითადი მიდგომები საზღვარგარეთის ქვეყნებში. წარმატებული ქვეყნების უმეტესობის გამოცდილების ანალიზმა ოთხი საბაზო სფეროს განსაზღვრის საშუალება მოგვცა: ჯანდაცვის სფეროში პოლიტიკის ფუძემდებლური პრინციპები; ადამიანური რესურსების განვითარების სტრატეგიული გადაწყვეტილებები; მოსახლეობის უსაფრთხოების და გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარების მიწოდების ღონისძიებების რეგულირება; მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ქვეყანაში ჯანდაცვის სამსახურების მუშაობის მონიტორინგი, შეფასება და ანალიზი. ნაშრომში გაშუქებულია თანამედროვე ჰოსპიტლის მენეჯმენტის თავისებურებები და რეფორმის შედეგები განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში.

ჯანდაცვის დაწესებულებების მენეჯმენტის მეთოდების სრულყოფა სისტემის რეფორმირების პერიოდში უნდა ემყარებოდეს ტრადიციული და თანამედროვე მეთოდებისა და მართვის ფორმების ინტეგრაციის პრინციპს, რომელიც ადექვატურია საბაზრო სოციალურ-ეკონომიკური გარდაქმნების და ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა მონაწილეების გაერთიანებას.

- სადისერტაციო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებულმა გამოკითხვამ გამოავლინდა და დაადასტურა ჰოსპიტალურ სექტორში მენეჯმენტის პრობლემის არსებობა, და რომ საქართველოში მენეჯმენტის მეთოდოლოგიური საკითხები გასაუმჯობესებელია. სრულყოფას მოითხოვს საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც ხელს არ უწყობს მენეჯერთა კადრების კვალიფიკაციის ამაღლების უწყვეტობას.

ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგების ანალიზმა, გამოავლინა რამდენიმე მნიშვნელოვანი ტენდენცია. მათ შორის:

ა) კვლევის საინფორმაციო-სტატისტიკური ნაწილის შედეგების განზოგადება გვაძლევს საშუალებას, გავაკეთოთ შემდეგი შეფასება:

ჰოსპიტალურ დაწესებულებათა უმრავლესობა ფუნქციონირებს საბჭოთა მემკვიდრეობით. მართალია მათ დიდ ნაწილს გააჩნია თანამედროვე ინფრასტრუქტურა, აღჭურვილობა და მენეჯმენტი, მაგრამ ისინი არ წარმოადგენენ თანამედროვე, დამოუკიდებელ საქართველოში წარმოშობილ ერთეულებს;

- კვლევა გვიჩვენა, რომ ჰოსპიტლების ნაწილი არ აწარმოებს სტატისტიკას, რიგ შემთხვევებში საერთოდ არ ფლობს ინფორმაციას ზოგიერთი ინდიკატორის (მაგ. საწოლ-ბრუნვა) და მათი გამოთვლის ტექნიკის შესახებ. მოპოვებული მონაცემების ანალიზი კი ადასტურებს, რომ მენეჯერებს გარკვეულ ჯგუფს გაცნობიერებული აქვთ ინდიკატორების მნიშვნელობა, რომელთა გაუმჯობესებაზეც აქტიურად მუშაობენ;

- მიმართვიანობის მატება მიაწინებს სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე. მენეჯერთა გარკვეული ნაწილის მიერ აღნიშნული მაჩვენებლის უგულვებელყოფა კი, მეტყველებს იმაზე, რომ ისინი ჯეროვნად არ/ვერ აფასებენ “მიმართვიანობის” მნიშვნელობას და აქედან გამომდინარე ეკონომიკურ ეფექტს ჰოსპიტალში;

- ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობა მიმართვიანობის პროპორციულად

არ იცვლება და ჩამორჩება დაახლოებით 12%-ით. ეს ფაქტი შეიძლება განპირობებული იყოს რამდენიმე მიზეზით:

ა) სუსტად განვითარებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემით;

ბ) ქვეყანაში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური ფონით (მოსახლეობის დუხჭირი მატერიალური მდგომარეობა და არასრულყოფილი სადაზღვევო პაკეტი აიძულებს პაციენტს უარი თქვას საკმაოდ ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ სერვისებზე);

- ჰოსპიტალში გატარებული საწოლდღეების რაოდენობა არ იზრდება ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების პროპორციულად, რაც ერთი მხრივ გამოწვეულია მკურნალობის მეთოდებისა და ტექნოლოგიების დახვეწით, მეორე მხრივ კი მომსახურების სიძვირით;

- ჰოსპიტალურ სექტორში პოლიტიკის შემუშავებისას სახელმწიფო, აქცენტს აკეთებდა საწოლების მნიშვნელოვან შემცირებაზე. დღეს დამოუკიდებელი იურიდიული ერთეული – ჰოსპიტალი, საწოლების რაოდენობას თავად განსაზღვრავს, საკუთარი ბიზნეს-გეგმის შესაბამისად;

- საწოლზე დაყოვნება დაკავშირებულია დამატებით ხარჯებთან, რის გამოც ჰოსპიტლის მენეჯმენტი ცდილობს დაიყვანოს იგი ოპტიმალურ დონეზე;

- ჰოსპიტალურ სექტორში შეინიშნება საწოლის დატვირთვის საშუალო მაჩვენებლის მატება, რაც სასურველი ტენდენციაა ჰოსპიტალური სიმძლავრეების ოპტიმალურად და სრულად ასათვისებლად. თუმცა სახეზეა მკაფიოდ გამოხატული დივერსიფიკაცია – 90% და 18%, რაც სხვადასხვა დაწესებულების მიმართ განსხვავებული ნდობის ფაქტორით, მომსახურება/მკურნალობის ხარისხით და/ან მათი პროფილებით უნდა აიხსნას;

- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულება – სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის რადიკალური შემცირება, ვერ განხორციელდა. თუმცა, კვლევის მიხედვით კერძო საკუთრების პირობებში ჰოსპიტალი არ ამცირებს სამედიცინო პერსონალს, ე.ი. არსებული რაოდენობა ოპტიმალურია კონკრეტული დაწესებულებისთვის.

ბ) კვლევის იმ ნაწილმა, რომლის მიზანიც იყო უმაღლეს მენეჯერთა პროფესიული კომპეტენციის დონის განსაზღვრა, გვიჩვენა:

- საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში მართვის ფორმები და მეთოდები

მსგავსი და ერთგვაროვანია, არ არსებობს მათ შორის არსებითი განსხვავება. ჰოსპიტალური დაწესებულების ცენტრალიზებული მართვა წარმოადგენს მართვის თანამედროვე ტენდენციას ჯანდაცვის სისტემაში.

- კვლევამ დაადასტურა ჯანდაცვის მენეჯერთა პროფესიული პროგრამის შემუშავების აუცილებლობა და გადამზადების საჭიროება. ამის აუცილებლობას ადასტურებენ კვლევაში მონაწილე ჰოსპიტლის მენეჯერებიც.

- მენეჯერები მიიჩნევენ, რომ ჰოსპიტალური დაწესებულების მართვის პროცესზე, არსებით გავლენას ახდენს ლოკალურად მოქმედი ფაქტორები. მათ შორის ფინანსების დეფიციტი, კომუნიკაციის ნაკლებობა მენეჯმენტის რგოლებს შორის და თანამშრომელთა რეზისტენტობა ცვლილებებისადმი.

გ) კვლევის მეორე მიმართულების შედეგების ანალიზმა, რომელიც განსაზღვრავდა მენეჯერების დამოკიდებულებას ჰოსპიტალურ სექტორში მიმდინარე პროცესებთან დაკავშირებით, ერთმნიშვნელოვნად დაგვანახა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერთა მიერ ინფორმირებულობის აუცილებლობა, მათი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების განმსაზღვრელი მოტივების შესწავლის, ასევე მომხმარებელთა ქცევის გაანალიზების აუცილებლობა.

კონკრეტულად ძირითადი დასკვნები, ანკეტირების შედეგებიდან გამომდინარე, მდგომარეობს შემდეგში:

- მენეჯერები ინფორმირებული არიან ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის სფეროში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით; საკმარისი ცოდნა გააჩნიათ დაფინანსების მეთოდებისა და ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი სამართლებრივი ნორმების შესახებ, რაც, ბუნებრივია, პოზიტიური მაჩვენებელია;

- თანამედროვე ქართული ჰოსპიტლის უმაღლესი მენეჯმენტი კვალიფიციურია; გააჩნია ცოდნა მსოფლიო ჰოსპიტალური მენეჯმენტის გამოცდილების შესახებ, აქვს ინფორმაცია სხვადასხვა ქვეყნების ჯანდაცვის მოდელებთან დაკავშირებით, აქტიურად ეცნობა თანამედროვე ტექნოლოგიებს და ცდილობს მათ დანერგვას საკუთარი ჰოსპიტლის საქმიანობაში (თითქმის ყველა დაწესებულების ტექნიკური აღჭურვილობა უახლესი თაობისაა);

- გამოკითხულთა უმრავლესობა თავიანთი საქმიანობის “წარმმართველ კრიტერიუმად” ასახელებს სახელმწიფო პოლიტიკას ჰოსპიტალურ სექტორში,

თუმცა ჯვარედინმა კითხვებმა ცხადჰყო, რომ მათი პასუხების ნაწილი წინააღმდეგობაში მოდის მენეჯმენტის მიერ დეკლარირებულ მიდგომასთან;

- მენეჯერთა 1/3 თვლის რომ სახელმწიფო პოლიტიკა ჰოსპიტალთან დაკავშირებით ყველა ასპექტში პოზიტიურია, თუმცა გამოკითხულთა 50%-ზე მეტი ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში და ზოგადად სახელმწიფოს პოზიციაში ჰოსპიტალურ სექტორთან მიმართებით საკმაოდ ბევრი ხარვეზია. მათ მნიშვნელოვან დისკომფორტს და გაურკვევლობას ბუნდოვანი ნორმატიული აქტები უქმნის;

- ჰოსპიტალური საქმიანობის წარმატებას განაპირობებს პროფესიული და ტექნოლოგიური რესურსების მაღალი ხარისხი, ჰოსპიტლის მენეჯერის ცოდნა და გამოცდილება. წარმატებისათვის აუცილებელია ბრენდინგიც, რომელიც ყალიბდება წინა ორი ასპექტის შერწყმით. რაც შეეხება სახელმწიფოს როლს ჰოსპიტალური სექტორის სრულყოფაში, მისი ეფექტურობა კვლევის შედეგების განზოგადებით, სიმბოლური 15%-ით შემოიფარგლა;

- სადაზღვევო ფონდების წილი ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსებაში 1/3-ზე ნაკლებია, ანუ ჰოსპიტალური სიმძლავრეების ფინანსურ უზრუნველყოფა ძირითადად კერძო დანახარჯებით და სახელმწიფო პროგრამებით ხორციელდება;

- ჰოსპიტლების 1/4-ის მენეჯმენტი სკეპტიკურადაა განწყობილი სფეროში მიმდინარე კვლევების მიმართ, მათ კვლევაში მონაწილეობა არ მიიღეს. ისინი გარკვეულწილად ერიდებიან საკუთარი აზრის დაფიქსირებას, რაც ხელს უშლის ამ სექტორში არსებული პრობლემების იდენტიფიცირებას;

- მიუხედავად იმისა, რომ კითხვარი კონფიდენციალური ინფორმაციის მოპოვებას არ გულისხმობდა (მოთხოვნილი სტატისტიკა, მათ შორის ინფორმაცია შემოსავლის, საწოლების რაოდენობის და ა. შ. არის საჯარო), გამოკითხულთა 30%-მა ჩათვალა, რომ გარკვეული მონაცემები კონფიდენციალურია;

- სამსახურებრივი სტატუსი რიგ შემთხვევებში ზღუდავს მენეჯერთა გარკვეულ ნაწილს დააფიქსიროს საკუთარი სუბიექტური აზრი სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით;

- კვლევის თანახმად, გამართული და პროფესიონალური მენეჯმენტის პირობებში ჰოსპიტალური ბიზნესი წარმატებული საქმიანობაა.

- ქვეყნის ჰოსპიტალურ სექტორში ჩატარებული დაკვირვებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინება;
 - სახელმწიფომ და კერძო ჰოსპიტალურმა სექტორმა ერთობლივად უნდა უზრუნველყონ ინფორმაციის გაცვლა პირდაპირი კონტაქტების საფუძველზე;
 - ჰოსპიტალურ სექტორში უნდა შეიქმნას სახელმწიფო და კერძო სექტორის ჯანსაღი თანამშრომლობის პრეცედენტი; საჭიროა დაიხვეწოს საკანონმდებლო ბაზა და შესაბამისობაში მოვიდეს საერთაშორისო სტანდარტებსა და მოთხოვნებთან;
 - სახელმწიფო არ უნდა შემოიფარგლოს დამკვირვებლის ფუნქციით; არამედ სხვადასხვა ბერკეტებითა და მექანიზმებით გაზარდოს საკუთარი როლი და მნიშვნელობა ჰოსპიტალური სექტორის ზრდა-განვითარების საქმეში;
 - სახელმწიფომ უნდა განახორციელოს ჰოსპიტალური სექტორის უწყვეტი მონიტორინგი და გამოასწოროს გამოვლენილი ხარვეზები;
 - სახელმწიფომ მაქსიმალურად უნდა შეინარჩუნოს მის მფლობელობაში შემორჩენილი ჰოსპიტალური სიმძლავრეები;
 - სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს კონკურენტული ჰოსპიტალური მომსახურების ბაზრის ჩამოყალიბებას, რაც დაარეგულირებს სამედიცინო სერვისების ტარიფებს, ასევე გაზარდის მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო სერვისებისადმი;
 - სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტის დახვეწას და ხელმისაწვდომობას, რის შედეგადაც მნიშვნელოვნად გაიზრდება სადაზღვევო პრემიის წილი ჰოსპიტალურ ბაზარზე;
 - სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტში დეკლარირებული ვალდებულება ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერთა ორგანიზებული მომზადება-გადამზადების შესახებ. დღესდღეისობით მენეჯერები წარმატებულ საქმიანობას ინტელექტუალური რესურსებისა და პირადი კონტაქტების ხარჯზე ახერხებენ;
 - მენეჯმენტი აქტიურად უნდა ჩაერთოს ჰოსპიტალურ სფეროში მიმდინარე კვლევებში. რადგანაც, სისტემაში არსებული პრობლემების ზუსტი იდენტიფიკაცია და გადაწყვეტა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ინფორმაციის წყაროს

კომპეტენტურობაზე;

- მენეჯმენტმა უწყვეტად უნდა აწარმოოს სხვადასხვა ჰოსპიტალური მაჩვენებლის სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება, განახორციელოს მათზე მონიტორინგი, დასახოს აღნიშნული ინდიკატორების ოპტიმიზაციის გზები;

- ჰოსპიტალებმა, ცნობადობის ამაღლებისა და სანდოობის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის, სასურველია უზრუნველყონ საკუთარი სამედიცინო საქმიანობის რეკლამირება.

- შემუშავებულია ჰოსპიტალური დაწესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბების სქემა და ბიზნესის მართვის ეფექტიანი ორგანიზაციული სტრუქტურების შექმნის რეკომენდაციები, რომელშიც გათვალისწინებულია სამედიცინო ბიზნესის თავისებურებები.

- შემოთავაზებულია ჰოსპიტალური სექტორის მმართველობითი საქმიანობის ალგორითმი მართვის მრავალდონიან ორგანიზაციულ სისტემაზე დაყრდნობით, სადაც იერარქიული დონეები შესაძლოა ვარიაბელობდეს ჰოსპიტლის პროფილების რაოდენობის ცვლილებასთან ერთად. მმართველი ორგანო წარმოადგენს გარემოს ნაწილს, რომელიც ახორციელებს მასზე მიზანმიმართულ ზემოქმედებას. ამ ზემოქმედების ნაწილი ატარებს არამიზანმიმართულ (შემთხვევით, არაკონტროლირებად) ხასიათს და გავლენას ახდენს ჰოსპიტლის საქმიანობის შედეგებზე. შემუშავებულია მართვის ეფექტურობის კრიტერიუმები.

მართვის ამოცანას წარმოადგენს მმართველის ზემოქმედების დასაშვები წერტილის მოძებნა, რომელსაც მაქსიმალური ეფექტი მოტანა შეუძლია. შემუშავებულია მართვის ამოცანების ალგორითმი, რომელიც ასახავს მართვის ამოცანების ზოგად წყობას ჰოსპიტალური სექტორისათვის.

- შემუშავებულია ჰოსპიტალური დაწესებულებისათვის ცვლილებათა მართვის მოდელი, რომელიც ემყარება არსებული თეორიებს, მაგრამ განსხვავდება იმით, რომ ის ითვალისწინებს სამედიცინო ტექნოლოგიების, მკურნალობის მეთოდებისა და ფორმების ცვლილების უწყვეტობის პრინციპს. ვინაიდან ცვლილება უწყვეტია, ცვლილებათა მართვის მოდელი არა პროცესის, არამედ ციკლის ხასიათს უნდა ატარებდეს.

- განხილულია მრავალპროფილური ჰოსპიტალური სექტორის

ბიუჯეტირების მეთოდოლოგია, როგორც მმართველობითი ტექნოლოგია, რომელიც გამოიყენება მენეჯმენტის მიერ მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების დასასაბუთებლად, გეგმების შესადგენად და მათი შესრულების შესაფასებლად, დასახული სტრატეგიული მიზნების შემდგომი კორექტირებისათვის. ამრიგად, ბიუჯეტი განხილულია, როგორც ჰოსპიტლის საქმიანობის გეგმა, რომელიც დგება ქვემოდან ზემოთ, ყველა დონის მენეჯერების მონაწილეობით და პასუხისმგებლობით. ხოლო ბიუჯეტირება, როგორც საშუალება რომელიც შეიძლება გამოიყენოს სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტმა ბიზნეს პროცესების მართვისა და მიღებული შედეგების შეფასებისათვის.

- ჯანდაცვის ობიექტების საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე შემუშავებულია ბიუჯეტის ფორმატი, რომელიც აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს: ბიუჯეტში შემავალი ინფორმაცია, არის მაქსიმალურად ზუსტი, მომხმარებლისათვის მნიშვნელოვანი და სასარგებლო; მოიცავს მონაცემებს შემოსავლების და ხარჯების შესახებ, აგრეთვე იმ შემოსავლებისა და ხარჯების შესახებ, რომელიც შეიძლება ყოველთვის არ იყოს დაბალანსებული; ბიუჯეტი განისაზღვრება, როგორც მთლიანად ჰოსპიტლისთვის, ასევე მისი განყოფილებების მიხედვით, რაც მათი მოქმედების კოორდინაციის საშუალებას იძლევა.

ფინანსური ანგარიშგებისაგან განსხვავებით, რომლის ფორმატი ბასს-ით განსაზღვრულია, ბიუჯეტის ფორმა არ შეიძლება იყოს მკაცრად რეგლამენტირებული.

ჩვენი აზრით, დისერტაციაში ჩამოყალიბებული ღონისძიებების პრაქტიკული რეალიზაცია გააუმჯობესებს ჰოსპიტალური სექტორის მენეჯმენტის პრიორიტეტული მიმართულებების სრულყოფას და ხელს შეუწყობს ამ სფეროში ჯანსაღი კონკურენციის არსებობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ასლანიშვილი კ. ჯიბუტი მ. იმედაშვილი და სხვები. - ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში (პრაქტიკული სახელმძღვანელო იურისტებისთვის) (ფონდი “ღია საზოგადოება-საქართველო”). თბილისი, 2011
2. ბარათაშვილი ე. თაკალანძე ლ. მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი, 2010
3. ბარათაშვილი ე. ფარესაშვილი ნ. და სხვა „თანამედროვე ბიზნესის სტრატეგიები“ სახელმძღვანელო. თბილისი, 2011
4. ბაქრაძე გ. დანახარჯების ფორმირებისა და განაწილების თავისებურებები ჯანდაცვის დაწესებულებებში სამეცნიერო პრაქტიკული ჟურნალი „გადასახადები #10, 2013
5. ბაქრაძე გ. თაკალანძე ლ. „სამედიცინო დაწესებულებების მართვის ფორმები განვითარებულ ქვეყნებში“ საერთაშორისო-პრაქტიკული კონფერენცია „პოსტკრიზისული ეკონომიკის მდგრადი განვითარების უზრუნველყოფის მექანიზმები“. სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. თბილისი, 2011
6. ბაქრაძე გ. სამედიცინო ბიზნესის გამოწვევები ჰოსპიტალურ სექტორში“ საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია „ეკონომიკისა და ბიზნესის განვითარების ტენდენციები თანამედროვე ეტაპზე“. შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. ბათუმი, 2011
7. ბაქრაძე გ. „ფასწარმოქმნა ჰოსპიტალურ სერვისებზე საქართველოში და მისი გავლენა სამედიცინო ტურიზმის განვითარებაზე“. IV საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია „ინოვაციები ტურიზმში: ეკონომიკა და ბიზნესი“. ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. ბათუმი-ტრაპზონი, 2013
8. ბაქრაძე გ. ხარჯების ბიუჯეტირებისა და კონტროლის საკითხები IV საერთაშორისო კონფერენცია „ახალი ტრენდები განათლებაში: კვლევა და განვითარება“ გორის სასწავლო უნივერსიტეტი. საქართველო, 2011
9. ბაქრაძე გ. HR Management - პრიორიტეტი ჰოსპიტალური სექტორის მართვაში (პარალელები მართვის იაპონურ მოდელთან) პროფესორ გიორგი პაპავას დაბადებიდან 90-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, პაატა გუგუშვილის სახელობის ეკონომიკის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი. თბილისი 2013
10. ბაქრაძე გ. მართვის ფორმების სრულყოფის ძირითადი მიმართულებები ჰოსპიტალურ სექტორში. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, პაატა გუგუშვილის სახელობის ეკონომიკის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი. თბილისი 2014.
11. ბახტაძე ლ. გარდამავალი ეკონომიკის თეორიისა და პრაქტიკის აქტუალური პრობლემები, სახელმძღვანელო 2009

12. გერზმავა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2008
13. გერზმავა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი, 2012
14. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდ სამინისტრო. თბილისი, 2004-2007
15. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდ სამინისტრო. 2009, თბილისი, 2010
16. ევროპაში ჯანდაცვის რეფორმები. თანამედროვე სტრატეგიის ანალიზი, რეზიუმე, ჯანმო, ევროპის რეგიონალური ბიურო. კოპენჰაგენი, 1996
17. ეჯიბაძე ო. კანდელაკიშვილი ლ. თანამედროვე ეკონომიკა (ლექციების კურსი) თბილისი, 2010
18. ვერულავა თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. თბილისი, 2008
19. ვერულავა თ. კალანდაძე თ. სოციალური და ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებანი ნიდერლანდებში. თბილისი, 2000
20. თაკალანძე ლ. „სამედიცინო მომსახურების ტრანსფორმაცია საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალ პერიოდში ქ. თბილისის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მაგალითზე“ სადისერტაციო ნაშრომი. 1998
21. ინასარიძე თ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებები საქართველოში. ”კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მაცნე“. თბილისი, 2010
22. ინგოროყვა ა. ცაავა გ. „ფინანსური მენეჯმენტი“ (სახელმძღვანელო) ორ ტომად, გამომცემლობა გრაალი, 2011
23. კაკულია რ.-კორპორაციის ფინანსები, სახელმძღვანელო 2009
24. კაკულია რ. ლავთაძე გ. - ეკონომიკური და ფინანსური რისკების მართვა, სახელმძღვანელო 2012
25. კვაჭაძე მ., მანჯავიძე ი. და სხვები - ჯანდაცვა და ადამიანის უფლებები (ფონდი “ღია საზოგადოება-საქართველო”). თბილისი, 2011
26. კვიციანი ი. საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსების მართვის სრულყოფის გზები. თბილისი, 2008
27. კოტლერი ფ., არმსტრონგი გ. „მარკეტინგის საფუძვლები“, 2006, მე-7 გამოცემა (თარგმანი ინგლისურიდან)
28. ლიპარტია ზ. გელაშვილი მ. ჯღარკავა ნ. ბერიშვილი ხ. კორპორაციული ფინანსები I-II ტომი. თბილისი, 2013
29. ლომთაძე ლ. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითადი ტენდენციები ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში. თბილისი, 1999
30. ლომინაძე დ., სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების თავისებურებები და პერსპექტივები საქართველოში. ავტორეფერატი. თბილისი, 2011

31. ლორთქიფანიძე რ. - მენეჯერული ხარჯები ჯანდაცვაში. თბილისი, 2013
32. მაკკონელი ვ. რ., ბრიუ ს.ლ. ეკონომიკის - პრინციპები, პრობლემები და პოლიტიკა. თბილისი, 1993
33. „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო“. - საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი. 2012
34. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის 2002 წლის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების შესახებ ანგარიში. საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 2003.
35. სამთავრობო პროგრამა „ძლიერი, დემოკრატიული, ერთიანი საქართველოსთვის“. თბილისი, 2013
36. სარალიძე ნ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებები საქართველოში. ”კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მაცნე”. თბილისი, 2010
37. საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, საქართველოს სოცდაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობა და ნორმატიული აქტების კრებული, III ნაწ. თბილისი, 2003
38. საქართველოს კონსტიტუცია. თბილისი, 1995
39. საქართველოს მთავრობის 7 მაისის განკარგულება #422. თბილისი, 2013
40. საქართველოს საავადმყოფოების რესტრუქტურისა და ოპტიმიზაციის პროგრამა. საქართველოს სმჯსდ სამინისტრო, თბილისი, 2001
41. საქართველოს საგადასახადო კოდექსი. გამომცემლობა „რაიზი“. თბილისი, 2011
42. საქართველო: ჯანდაცვის პროექტი, მსოფლიო ბანკის შეფასებითი მოხსენება. თბილისი, 1996 წ. 2 აპრილი
43. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება 2009. სმჯსდ სამინისტრო, ჯანმოს ევროპის ბიურო. თბილისი, 2010
44. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები. სმჯსდ სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. თბილისი, 1996
45. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია - 2011-2015. სმჯსდ სამინისტრო. თბილისი, 2011
46. სმითი ა., გამოკვლევა ხალხთა სიმდიდრის ბუნებისა და მიზეზების შესახებ, ტომი I, თბილისი, 1938 წ.
47. „სოციალური მომსახურების სააგენტო“. საქართველოს ეროვნული ბანკი, 2012
48. სრინივასანი ა.ვ. თანამედროვე ჰოსპიტლის მართვა. ჰოსპიტლის ორგანიზაციული სტრუქტურა. 2008.
49. ურუშაძე რ. - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი, 2000

50. ურუშაძე რ. - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თბილისი, 2002
51. ფონდი „ღია საზოგადოება – საქართველო“. „აღმოსავლეთის პარტნიორობა“ და საქართველოს სოციალურ- ეკონომიკური პოლიტიკა. თბილისი, 2011
52. ქარუმიძე ვ. - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. ჟურნალი "საქართველოს სამედიცინო მოამბე“, 1993
53. ღვედაშვილი ნ. ჯანდაცვის განვითარების სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები საქართველოში. თბილისი, 2000
54. ღვედაშვილი ნ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა. თბილისი, 2005
55. შენგელია თ., „ბიზნესის ადმინისტრირების საფუძვლები“, გამომცემლობა „ახალი საქართველო“, თბილისი, 2011
56. შუბლაძე გ., ნანიტაშვილი მ., "ბიზნესის საფუძვლები", გამომცემლობა „უნივერსალი“, თბილისი. 2011
57. შუბლაძე გ., „მენეჯმენტის საფუძვლები“ თბილისი, 2008
58. ჩოხელი, ე. „ოპერაციული და საწარმოო მენეჯმენტი“ თბილისი, 2009
59. ძიმციიშვილი ნ. ბაქრაძე გ. მმართველობითი აღრიცხვა (ფინანსური ინფორმაცია მმართველებისათვის). თბილისი, 2012
60. ჭითანავა ნ. გარდამავალი პერიოდის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები: (მონოგრაფია). თბილისი, 1997
61. ჭითანავა ნ., თაკალანძე ლ. სოციალური ეკონომიკა: ფორმირება და განვითარება თბილისი, 2008
62. ხარებავა რ. ფირმის ეკონომიკური სტრატეგიები. სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი. თბილისი, 2012
63. ხარხელი მ. ქეშელაშვილი გ. მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი, 2013
64. ხომერიკი თ., მენეჯმენტი, თბ., ინოვაცია, 2006
65. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია. 2001-2006. თბილისი, 2008
66. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. სშჯსდ სამინისტრო. თბილისი, 2013
67. ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა. ივნისი, 2012
68. ჯანმრთელობის დაცვა: საქართველო-2001-2012 (სტატისტიკური ცნობარი). სშჯსდ სამინისტრო, დაავადებების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. თბილისი, 2002-2013
69. ჯაყელი ი. ჯანდაცვის მენეჯმენტის სრულყოფის მექანიზმები, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მომსახურების მაგალითზე. თბილისი, 2009
70. ჯოინსი, რ., ჯორჯი მ., თანამედროვე მენეჯმენტის საფუძვლები, თარგმანი საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი, თბილისი, 2006

71. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა, სმჯსდ სამინისტრო. საქართველო 2007
72. American Hospital Association. Hospital Statistics, Chicago: AHA, 2007
73. Aiken M. and Hage J. Social Change in Complex Organization, 1970
74. Boddy D., Management: introduction, London 2008
75. Cassels A. Janovsky K. Better Health in developing countries are sector-wide approaches the way of the future? The Lancet, 1999
76. Chanturidze T. Ugulava T. Duran A. Ensor T. Richardson E. Georgia. Health system review. Vol. 11 No.8 2009
77. Coffman Curt; Marcus Buckingham, First, Break All the Rules: What the World's Greatest Managers Do Differently; "Simon and Chuster", New-York 1999
78. Cohens Dan S. The Heart of Change Field Guide: Tools And Tactics for Leading Change in Your Organization; Harvar Business School Publishing; 2005
79. Daft Richard L., New Era of Management., Vanderbilt UniversitY., Inc., 2010
80. DeGreene K.B., sociotechnical systems: factors in Analisis, densing and Management, NJ:Prentice Hall,1973
81. Donald Brown., An Experiental Approach to Organization Development, Pearson Prentice Hall, 2006.
82. Drucker Peter, F. The Effective Executive: The Definitive Guide to Getting the Right Things Done. Harperbusiness Essentials 2002
83. 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
84. European Observatory on Health Systems and Policies "Health systems in transition: learning from experience". Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain and Suszy Lessof, 2004
85. Explanation note on 2010 HDR composite indices. Explaining HDI value and rank changes in Human Development Report 2010. Georgia
86. Hammer, Jeffrey S. & Berman, Peter, . "Ends and means in public health policy in developing countries," 1995
87. Health system performance assessment. Georgia, 2009
88. Katherine E. Bliss. Health in Latin America and the Caribbean, 2009
89. Mays J, Schaefer M. Health financing study of Georgia: Impacts of alternative prototypical options. A technical report. Tbilisi: Actuarial Research Corporation, 1999
90. Mikhael A. Hitt., J. Stewart Black.. Lyman W. Porter, Management, second edition, Pearson International Edition, 2009
91. Over M, Watanabe N. Evaluating the impact of organizational reforms in hospitals. Materials of the World Bank Workshop on Organizational Reforms in Health Services:

Lessons Learned from the Corporatization of Hospitals, 1998

92. Paul J. Feldstein Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition Chicago AUPHA press, 2007
93. Peter F. Drucker, Max DePree, Robert Buford; Managing the Non-Profit Organization: Principles and Practices; HarperBusiness Publishing, August 3rd 1992
94. Robbins S., DeCenzo D., Fundamentals of management, New Jersey, 2008
95. Saltman RB, Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997
96. Samuel C. Certo, S. Trevis Certo, Modern Management, Pearson Education Inc., 2006.
97. Stephen P. Robbins, Mary Coulter, Management, tenth edition, Pearson International Edition, 2009.
98. Thomas Bossert. Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia, and Bolivia, 2000
99. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 2004
100. Victor R. Fuchs. The health economy. Cambridge. Mass.: Harvard University Press 1986. [ud&147&](#)
101. Wiley , Maynard and Bloor 1999
102. William C. Hsiao, "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy- A Primer," 2000
103. William Hsiao, Winnie Yip, China's health care reform: A tentative assessment 2009
104. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М., 1992
105. Новиков Д.А. Теория управления организационными системами. 2-е издание. – М.: Физматлит, 2007
106. Питер Ф. Друкер, Менеджмент: задачи, обязанности, практика, Москва-Санкт-Петербург –Киев, 2008
107. Рей Гариссон, Эрик Норин и Питер Брюе Управленческий учет. — Companion Group, 2011
108. Тейлор Ф. Принципы научного менеджмента. М., 1991
109. Философский энциклопедический словарь. – М.:Советская энциклопедия, 1983
110. <http://apps.who.int/whosis/database/core> უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 15.09.2013
111. <http://banksandfinance.ge/business/680> უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 15.09.2013

112. http://en.wikipedia.org/wiki/Change_management უკანასკნელად იქნა
გადამოწმებული - 15.09.2013
113. <http://mof.ge/BDD> უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 5.11.2013
114. <http://www.euro.who.int/Document/E88202r.pdf> უკანასკნელად იქნა
გადამოწმებული - 18.11.2013
115. http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_82.htm უკანასკნელად იქნა
გადამოწმებული - 09.09.2013
116. <http://www.ibcm.biz/Nauchnye-stati/> უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული -
7.12.2013
117. www.nbg.gov.ge/index.php?m=489 უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული -
15.12.2013
118. www.ncdc.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 3.01.2014
119. www.moh.gov.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 6.01.2014
120. www.statistics.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 15.10.2013
121. www.ssa.gov.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 12.12.2013
122. www.parliament.gov.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 11.05.2013
123. www.transparency.ge უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 8.07.2013
124. www.who.org უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 14.11.2013
125. www.worldbank.org უკანასკნელად იქნა გადამოწმებული - 24.09.2013

დანართები

ცხრილი #1 საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ჰოსპიტალური
დაწესებულებების ქსელი

რეგიონი	ჰოსპიტლების რაოდენობა (2010წ.)	საწოლების რაოდენობა (2010წ.)	საწოლების რაოდენობა (2011წ.)
აფხაზეთი	-	-	-
აჭარა	20	1076	1025
თბილისი	103	5746	5454
კახეთი	22	643	388
იმერეთი	40	2264	2085
სამეგრელო	26	895	738
შიდა ქართლი	11	571	433
ქვემო ქართლი	25	839	724
გურია	7	273	191
სამცხე-ჯავახეთი	12	552	477
მცხეთა-მთიანეთი	5	128	78
რაჭა-ლეჩხუმი	4	215	110
სხვა უწყება	1	176	896
საქართველო	276 *	13378**	12599

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2010-2012

* 2011 -2012 წლების სტატისტიკურ ცნობარებში არ არის მოცემული ჰოსპიტლების განთავსება რეგიონების მიხედვით. ცნობილია მხოლოდ, რომ ჯანდაცვის სამინისტროში ანგარიში წარმოადგინა 245 სამედიცინო დაწესებულებამ, ხოლო 2012 წელს - 221 ერთეულმა. საწოლთა ფონდმა 2012 წელს შეადგინა 11 348 ერთეული.

ცხრილი #2 ჰოსპიტალიზაცია რეგიონების მიხედვით 100000 მოსახლეზე

	2012		2011	
რეგიონი	შემოსულ პაციენტთა რაოდენობა	ჰოსპიტალი- ზაციის დონე 100000 მოსახლეზე	შემოსულ პაციენტთა რაოდენობა	ჰოსპიტალი- ზაციის დონე 100000 მოსახლეზე
აფხაზეთი	-	-	-	-
აჭარა	36503	9267,10	32514	8292,3
თბილისი	176063	15022,40	154855	13262,7
კახეთი	16265	4005,20	14168	3484,5
იმერეთი	52557	7447,50	51832	7341,6
სამეგრელო	18747	3920,30	21388	4471,7
შიდა ქართლი	12990	4136,90	15068	4801,8
ქვემო ქართლი	21753	4255,30	18611	3660
გურია	3618	2588,0	4991	3557,4
სამცხე- ჯავახეთი	8032	3756,80	9735	4559,7
მცხეთა- მთიანეთი	2665	2438,20	1284	1172,6
რაჭა- ლეჩხუმი	1426	3053,50	1444	3059,3
სხვა უწყება	7209	-	4635	-
საქართველო	357828	7968,20	333934	7448,2

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2012-2013.

ცხრილი #3 საწოლთა ფონდი და მისი გამოყენების მაჩვენებლები საწოლთა პროფილის მიხედვით (2010 წელი*)

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღე)	დაყოვნება	ბრუნვა
თერაპიული	1875	124.1	4.6	28.0
პედიატრიული	1317	202.4	6.0	34.6
ქირურგიული	3 254	104.5	4.4	23,7
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	500	198.1	12.9	15.3
ინფექციური	782	105.1	5.2	20.2
ტუბერკულოზის	536	264.7	51.5	5.2
სამეანო - გინეკოლოგიური	2539	139.8	4.0	34.8
ნევროლოგიური	289	164.9	7.0	23.9
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1361	339.1	84.0	4.0
ოტოლარინგოლოგიური	223	51.9	1.3	40.5
ოფთალმოლოგიური	133	78.5	2.6	30.1

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2011.

* შესადარისი მონაცემები მომდევნო წლების სტატისტიკურ ცნობარებში არ მოიპოვება.

ცხრილი #4 საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები, საქართველო

რეგიონი	2012				2011			
	საწოლებით უზრუნველყოფა	დატვირთვა საწოლზე	დაყოვნება	ბრუნვა	საწოლებით უზრუნველყოფა	დატვირთვა საწოლზე	დაყოვნება	ბრუნვა
აფხაზეთი	-	-	-	-	-	-	-	-
აჭარა	235,8	239,1	6.1	39.0	261.4	182,3	5,8	31,6
თბილისი	435,9	263,3	7.1	36.8	467.1	167,8	5,7	29,3
კახეთი	100,0	147,1	3.6	40.6	95.4	91,8	3,9	23,3
იმერეთი	248,3	219,3	7.3	29,9	295.3	179,2	7,8	23,0
სამეგრელო	129,0	187,2	6.2	30,4	154.3	140,3	5,0	27,8
შიდა ქართლი	121,0	203,5	5.8	35.1	138.0	185,8	5,7	32,7
ქვემო ქართლი	112,1	146,6	3.8	38.4	142.4	102,4	5,6	18,3
გურია	93,7	105,3	3.2	32.4	136.1	56,6	4,1	13,8
სამცხე-ჯავახეთი	154,3	186,3	6.6	28.0	223.4	106,4	5,3	20,1
მცხეთა-მთიანეთი	86,9	67,3	2.4	27.9	71.2	30,9	3,7	8,4
რაჭა-ლეჩხუმი	235,5	57,6	4.4	13,2	233.1	49,7	5,6	8,9
სხვა უწყება*	-	251,8	32,0	7.9	-	472,5	52,7	9,0
საქართველო	252,7	228,9	6.4	32,7	281.0	173.6	7,0	24,8

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2013.

* 2011 წლიდან დაემატა სასჯელაღსრულების სამინისტროს მონაცემები

ცხრილი #5 საქართველოში საწოლების განაწილება პროფილის მიხედვით

სამედიცინო დაწესებულების პროფილი	საწოლების რაოდენობა
მეანობა და გინეკოლოგია	1040
შინაგანი მედიცინა (თერაპია)	1101
ინფექციური	203
პედიატრია	676
რენიმაცია	343
ქირურგია	2464
ფსიქიატრია და გრძელვადიანი მოვლა	1450
ტუბერკულოზი	417
სულ:	7800

წყარო: საქართველოს მთავრობის დადგენილება #115 (15.06.2007წ.)

ცხრილი #6 საქართველოში საწოლების განაწილება რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	საწოლების რაოდენობა
აჭარა	480
იმერეთი	1060
გურია	155
კახეთი	300
მცხეთა-მთიანეთი	175
ქვემო ქართლი	315
რაჭა-ლეჩხუმი	70
სამცხე-ჯავახეთი	420
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	340
შიდა ქართლი	295
თბილისი	4190
საქართველო	7800

წყარო: საქართველოს მთავრობის დადგენილება #170 (16.08.2007წ.)

ცხრილი# 7 საზღვარგარეთ ჯანდაცვის მართვის ძირითადი მიდგომები

#	მართვის ფორმა და შინაარსი
1	<p>მართვის დეცენტრალიზებული ფორმა. მართვის ფუნქციების გადატანა ჯანდაცვის ცალკეულ ობიექტებზე ან მათ გაერთიანებებზე (აშშ, გერმანია). აშშ-ში ჯანდაცვა პრაქტიკულად მთლიანად ექვემდებარება ბაზრის კანონებს და თვითრეგულირების პრინციპებს. დომინირებს ეკონომიკური მეთოდები, ასევე მენეჯერიზმის და კორპორატიული მართვის ტრადიციები, რომელიც გადატანილია სამედიცინო მომსახურების სფეროში. სახელმწიფოს როლი ძირითადად მდგომარეობს სისტემის მონიტორინგსა და ცალკეული ქვესისტემის ორგანიზაციაში (უმწეოთა, მოხუცების, ცალკეული პროგრამების დაფინანსება, ტუბერკულოზის, შიდსის და სხვა გადამდები დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლის ცენტრების ორგანიზაცია).</p>
2	<p>მართვის ცენტრალიზებული ფორმა. დომინირებს სახელმწიფო ორგანოები (საფრანგეთი, ესპანეთი, აღმოსავლეთ ევროპის რიგი ქვეყნები, დსთ-ს ქვეყნები, ჩინეთი). როგორც წესი, ეს ქვეყნები ხასიათდება ან სიღარიბის დაბალი დონით და უკიდურესად არამყარი სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციებით, ან ტრადიციის გაბატონებით მართვაში (აზიის ქვეყნები), რომლებშიც მართვის ერთადერთ შესაძლო მეთოდს წარმოადგენს ადმინისტრაციულ-მმართველობითი - რომელიც ხასიათდება მკაცრი რეგლამენტაციებით, ყველა სამსახურისა და დეპარტამენტის დაგეგმვით, იერარქიული დაქვემდებარებით და ბიუროკრატიზაციის მაღალი ხარისხით.</p>
3	<p>მართვის შერეული ფორმა. სახელმწიფოებრივი ზემოქმედება თანაარსებობს დამოუკიდებელ კომერციულ ან არაკომერციულ სამედიცინო ორგანიზაციებთან, რომლებიც დამოუკიდებლად იღებენ მმართველობით გადწყვეტილებებს (დიდი ბრიტანეთი, კანადა, გერმანია, ნიდერლანდები, იაპონია და სხვ.). მიდგომა დამახასიათებელია განვითარებული ქვეყნების დიდი უმეტესობისათვის. იძლევა სისტემის მუშაობის ეფექტურობის აუცილებელ დონეს.</p>

ცხრილი #8 ჰოსპიტლების საკუთრების ფორმები და ორგანიზაციულ -
სამართლებრივი ფორმა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში

ქვეყანა	ჰოსპიტლის სერვისების შემსყიდველები	ჰოსპიტლის სტატუსი და რეგულირების სამართლებრივი ფორმები
ალბანეთი	ჯანდაცვის სამინისტრო	საბიუჯეტო დაწესებულება
ჩეხეთი	სამედიცინო დაზღვევის კონკურენტული ფონდები (1993 წლიდან)	არაკომერციული დაწესებულება
ესტონეთი	სამედიცინო დაზღვევის რეგიონალური ფონდები (თითო რეგიონზე თითო ფონდი)	სამი ტიპის ჰოსპიტალი მუნიციპალური არაკომერციული, სააქციო საზოგადოებები, ტრესტები
საქართველო	ჯანდაცვის სამინისტრო ერთიან სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებთან ერთობლივად	თვითდაფინანსებადი სახელმწიფო დაწესებულება, როგორც ცალკე იურიდიული პირი.
ლატვია	რეგიონალური ფონდი	ორი ტიპის ჰოსპიტლები: მუნიციპალური და სააქციო საზოგადოება
ლიტვა	რეგიონალური სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები	არაკომერციული დაწესებულებები, რომლებიც მოქმედებენ ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებების კანონის საფუძველზე (1996 წლიდან)
პოლონეთი	ჯანდაცვის სამინისტრო 1999 წლამდე. 1999 წელს ჩამოყალიბდა სამედიცინო დაზღვევის რეგიონალური ფონდები	საბიუჯეტო დაწესებულებები, მიღებული კანონის „დამოუკიდებელი დაწესებულებების“ თანახმად.

ცხრილი #9 ჰოსპიტალური დაწესებულებების მოგება-ზარალის ბიუჯეტის
ფორმატი

მაჩვენებლები	ინფორმაციის წყარო	მაჩვენებლები, რომელსაც მოიცავს ბიუჯეტი
შემოსავალი (ამონაგები მიწოდებული სერვისიდან) მომსახურების თვითღირებულება	მომსახურებიდან ამონაგების ბიუჯეტი მომსახურების თვითღირებულების ბიუჯეტები;	პაციენტების რაოდენობა; მომსახურების ფასი; მასალის, შრომითი დანახარჯის, ზედნადები ხარჯების ბიუჯეტი.
მარჟინალური მოგება	სტ.1-სტ.2	
საოპერაციო ხარჯები: მათ შორის: მარკეტინგის ხარჯები	მარკეტინგის ხარჯების ბიუჯეტი	შრომის ანაზღაურება; მივლინება
კომერციული ხარჯები	კომერციული ხარჯების ბიუჯეტი	შრომის ანაზღაურება; რეკლამა;
პაციენტებთან მუშაობის განყოფილების ხარჯები	პაციენტებთან მუშაობის განყოფილების ხარჯების	შრომის ანაზღაურება;
ადმინისტრაციული ხარჯები	ბიუჯეტი ადმინისტრაციული ხარჯების ბიუჯეტი	შრომის ანაზღაურება; იჯარა; გადასახადები; მივლინებაადმინისტრაციული შენობის შენახვა
მოგება ძირითადი საქმიანობიდან	სტ.3-სტ.4	

ცხრილი #10 ჰოსპიტალური დაწესებულებების ფულადი ნაკადის მოძრაობის
ბიუჯეტი

#	მონაცემები	ინფორმაციის წყარო
1	ფულადი სახსრების ნაშთი პერიოდის დასაწყისისათვის	საპროგნოზო ბალანსი
2	გაწეული მომსახურებიდან ფულადი ნაკადის შემოდინება: სახელმწიფო სუბსიდიები, სადაზღვევო პოლისები ჯიბიდან გადახდები სულ ფულადი ნაკადი შემოდინება	თვეების მიხედვით ფულადი ნაკადის მოსალოდნელი შემოდინება
3	ფულადი ნაკადის გადახდა: მასალის შესყიდვაზე მოსალოდნელი გადახდები შრომის ანაზღაურებაზე გადახდები გადასახადების გადახდა სამედიცინო დანადგარების და აპარატურის შესყიდვა სხვა გადახდები სულ ფულადი ნაკადის გადინება	მასალის შესყიდვის ბიუჯეტი და საპროგნოზო გადახდების გრაფიკი შრომის ანაზღაურების გადახის სქემა, სავარაუდოდ ყოველი თვის ბოლო გადასახადების გადახდის ვადები მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად კაპიტალდაბანდებების საპროგნოზო ბიუჯეტი
4	მინიმალური სალდო	
5	მოთხოვნა ფულად ნაკადზე	სტ.3+სტ.4
6	ფულადი ნაკადის ნაშთი ან უკმარისობა (დეფიციტი)	სტ.1+სტ.2-სტ.5
7	საკრედიტო რესურსების მოზიდვა	
8	კრედიტების დაფარვა	
9	რედიტზე პროცენტის დაფარვა	
10	ფულადი სახსრების ნაშთი პერიოდის ბოლოსათვის	სტ.4+სტ.7-სტ.8-სტ.9+სტ.6 ან საპროგნოზო ბალანსი

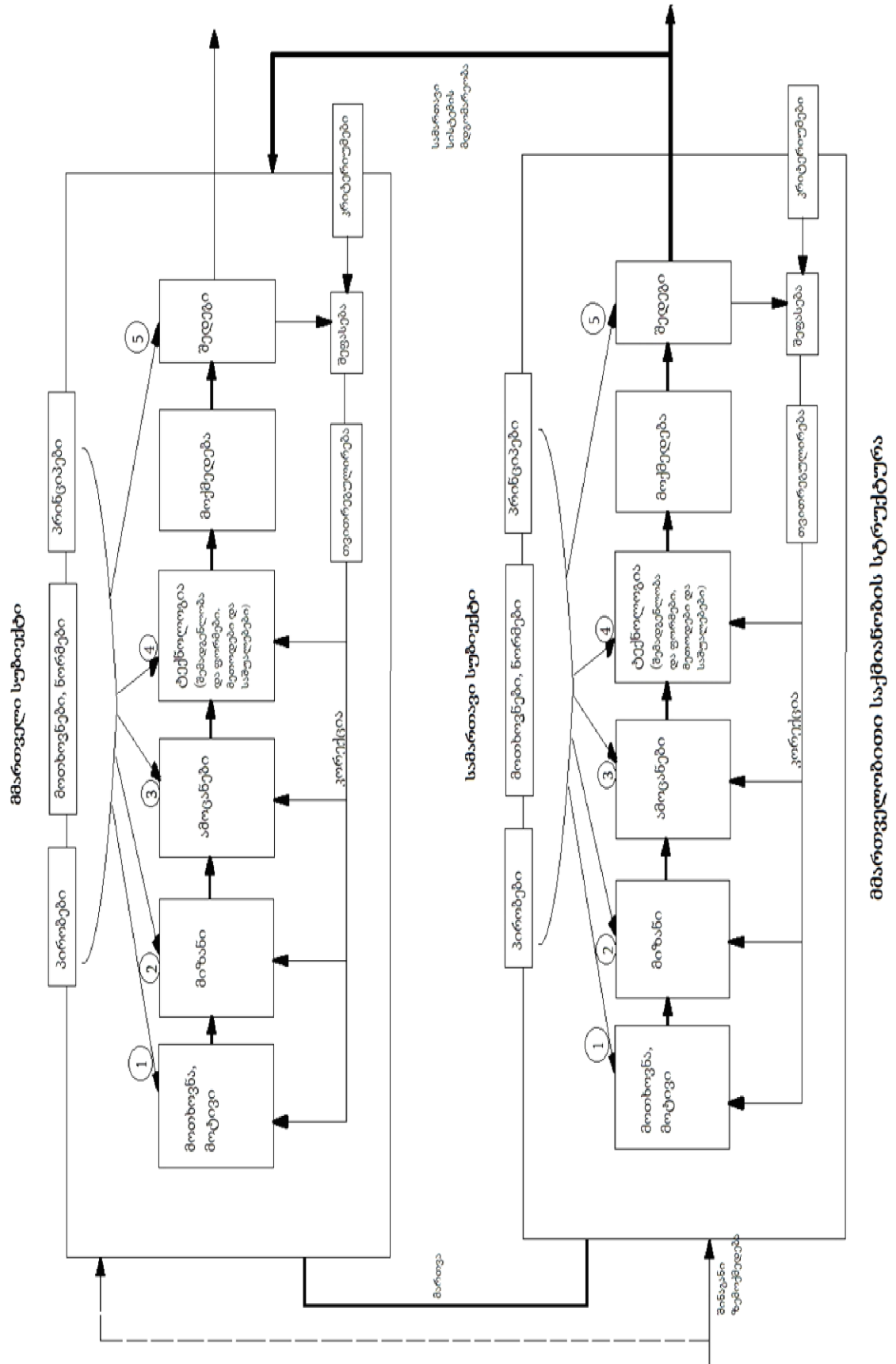
სქემა # 1 ჰოსპიტალური მომსახურების დონეებად მოწყობის სქემა

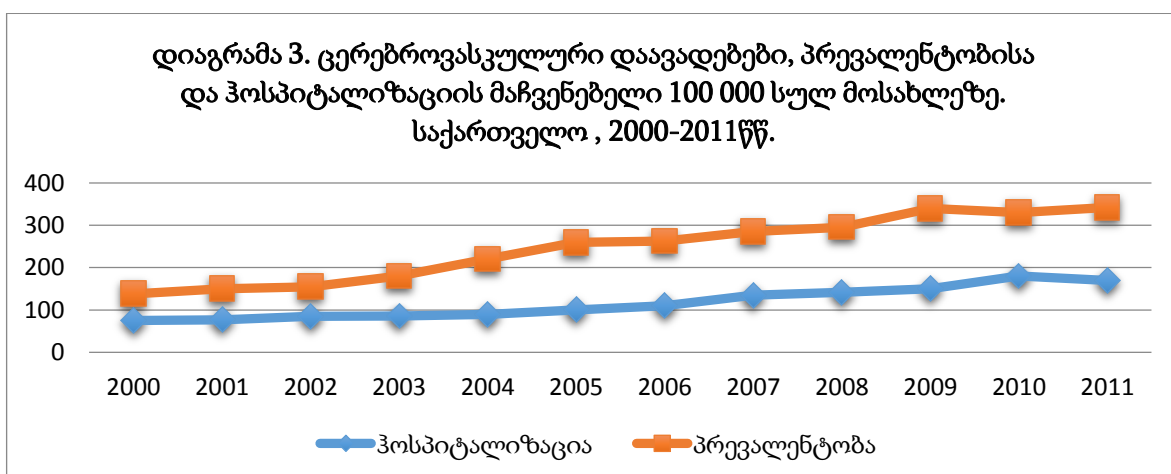
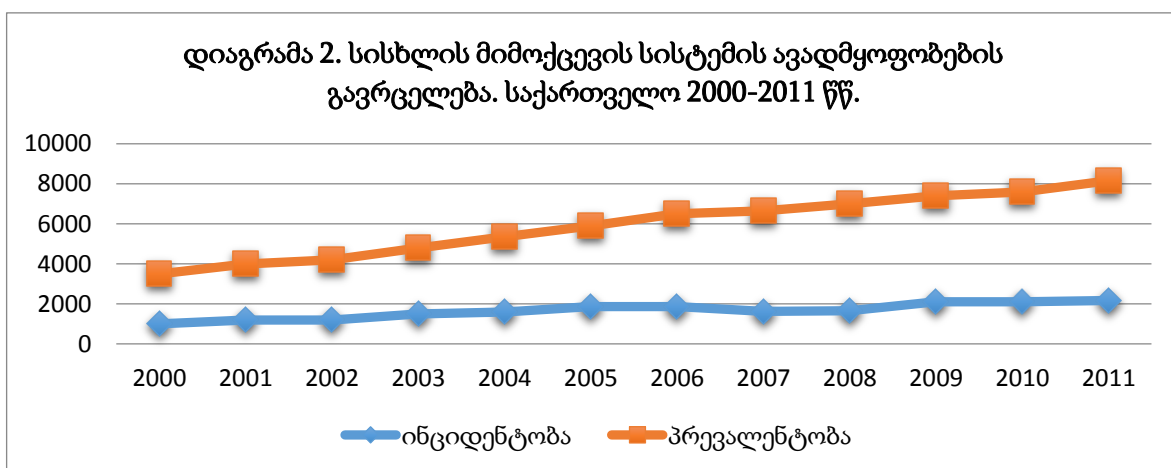
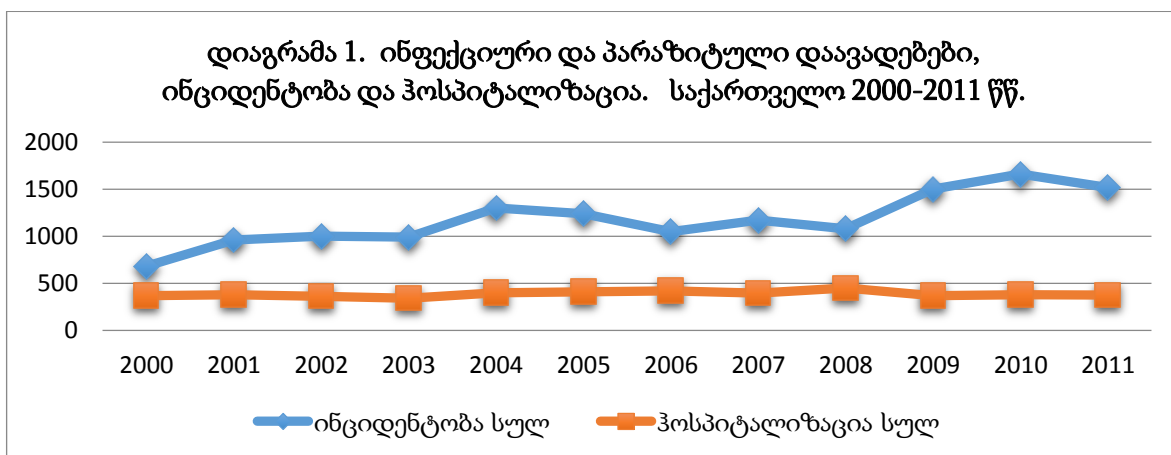
	სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი	მიწოდებული სამედიცინო სერვისების მოცულობა
პირველი დონე	ზოგადი პროფილის რაიონული ჰოსპიტალი	სპეციალისტების მიერ გაწეული ამბულატორიული კონსულტაცია
		ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევა
		სადღელამისო ჰოსპიტალური მომსახურება მწვავე შემთხვევების მართვისა და მონიტორინგისთვის (სამეანო და თერაპიული დახმარება)
		დღის სტაციონარული მომსახურება თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის (კარდიოლოგია, გერიატრია, შაქრიანი დიაბეტი, ონკოლოგია და სხვა)
		პირველი დონიდან მეორე დონეზე ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა სათანადოდ აღჭურვილი ბრიგადით და სპეც. ავტომობილით
მეორე დონე	მრავალპროფილური რეგიონული ჰოსპიტალი	სპეციალისტების მიერ გაწეული ამბულატორიული მომსახურება
		ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური, ინსტრუმენტალური გამოკვლევები
		გადაუდებელი და გეგმიური ჰოსპიტალური დახმარება
		ფართო სპექტრის ჰოსპიტალური სერვისების მიწოდება
		მეორე დონიდან მესამე დონეზე ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა სათანადოდ აღჭურვილი ბრიგადით და სპეციალური ავტომობილით
მესამე დონე	ვიწროდ სპეციალიზებული ჰოსპიტალი	ამბულატორიული კონსულტაცია და მომსახურება, გაწეული ვიწრო-სპეციალისტების მიერ
		სპეციალიზებული ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური გამოკვლევები
		სპეციალიზებული ჰოსპიტალური მკურნალობა (კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, სამეანო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის)
		სასწავლო პროცესში მონაწილეობა პროფესიონალი კადრების მომზადება-გადამზადების მიზნით

სქემა #2 ჰოსპიტალური მომსახურების დონეების მიხედვით რესურსების
განაწილების პარამეტრების ალგორითმი

1	ადგილობრივი მოსახლეობის რაოდენობა
2	დემოგრაფიული მაჩვენებლები, ასაკისა და სქესის მიხედვით
3	არსებული ეკონომიკური მდგომარეობისა და სიღარიბის დონის განმსაზღვრელი ფაქტორები
4	ნაკლებად დასახლებული რეგიონების და განსაკუთრებული ჯგუფების მოთხოვნები
5	დაავადებების ინციდენტობა
6	ჰოსპიტალური საწოლების რიცხვი
7	ექიმების და დამხმარე სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა

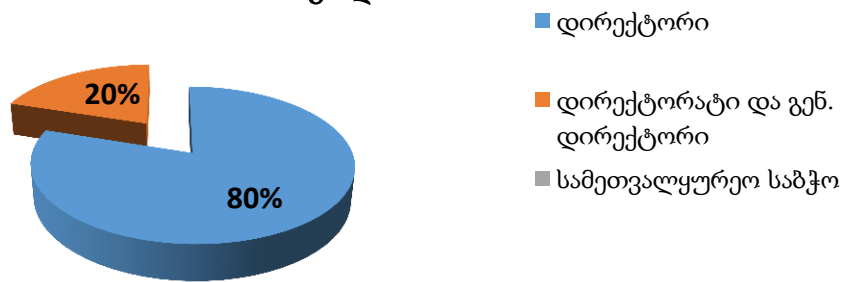
სქემა #3 მმართველობითი საქმიანობის სტრუქტურა



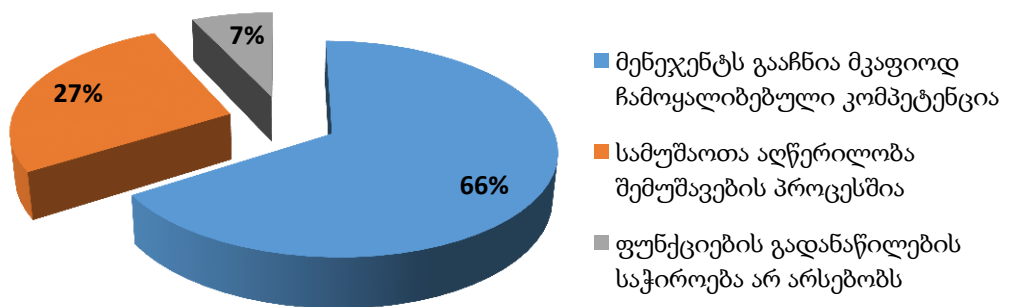


წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2012.

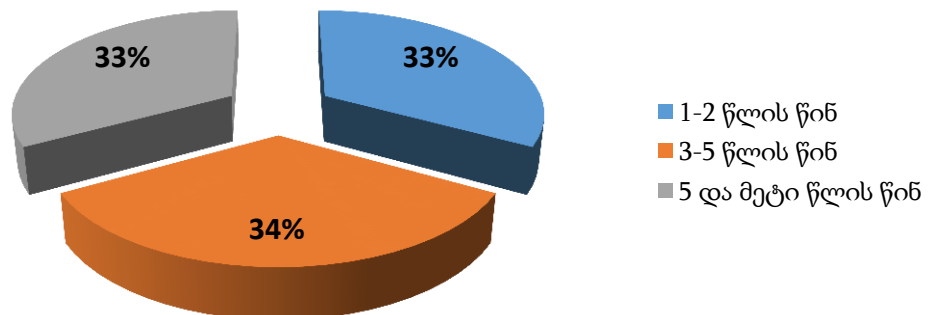
დიაგრამა 4. ჰოსპიტალური დაწესებულების მმართველი რგოლი



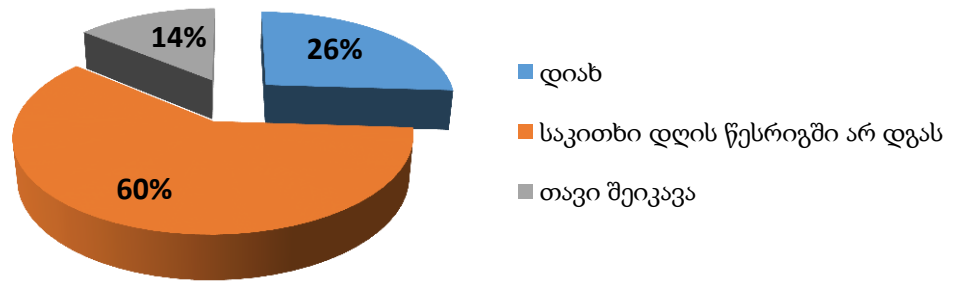
დიაგრამა 5. უმაღლესი მენეჯმენტის კომპეტენციები



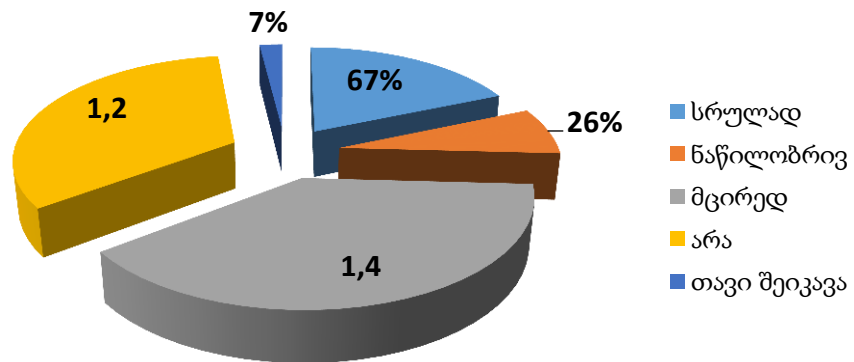
დიაგრამა 6. მართვის მოქმედი ფორმა ჰოსპიტალში დაინერგა



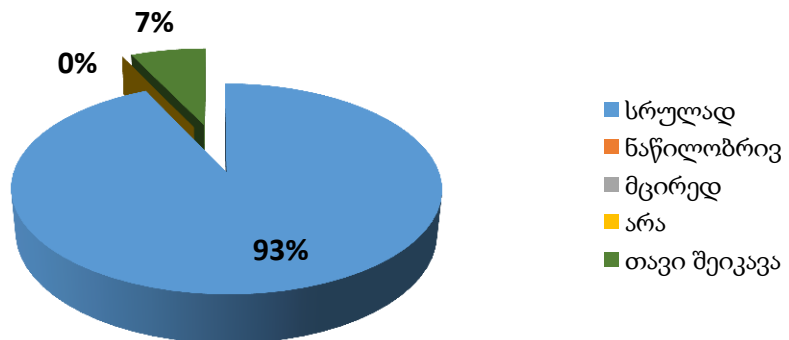
დიაგრამა 7. იგეგმება თუ არა გადაიხედოს მართვის მოქმედი ფორმა



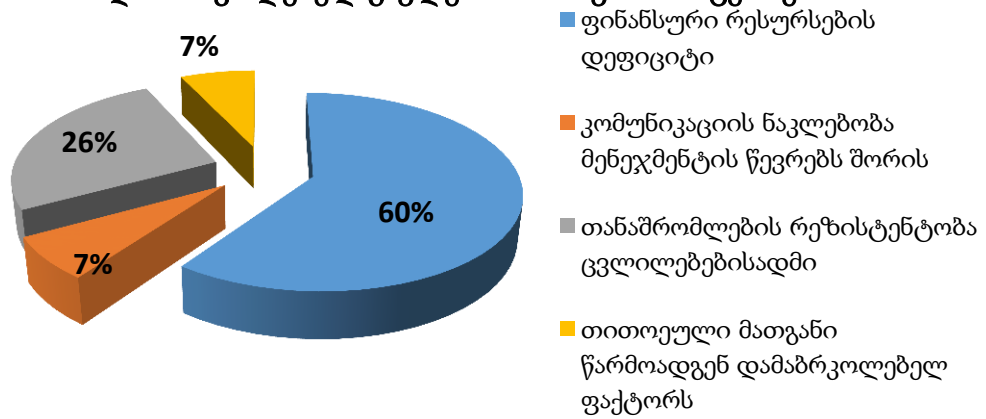
დიაგრამა 8. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის მარეგულირებელი იურიდიულ-სამართლებრივი ნორმების შესახებ



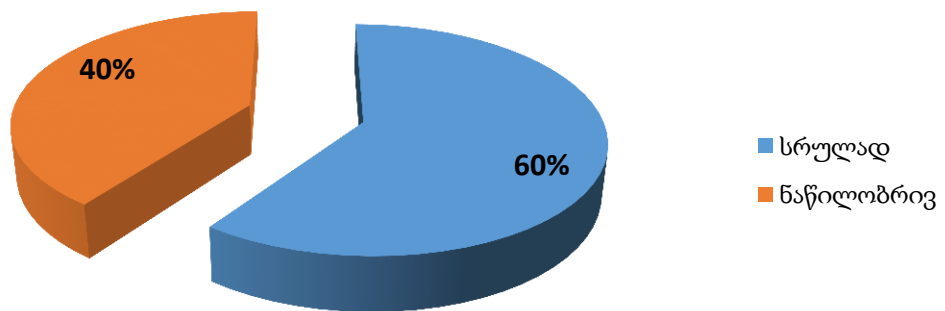
დიაგრამა 9. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსების მეთოდების შესახებ



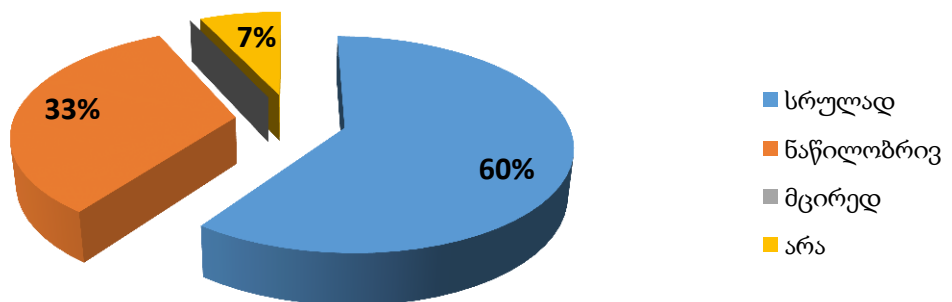
დიაგრამა 10. რომელი ლოკალური ფაქტორები ახდენენ დამაბრკოლებელ გავლენას მართვის პროცესზე?



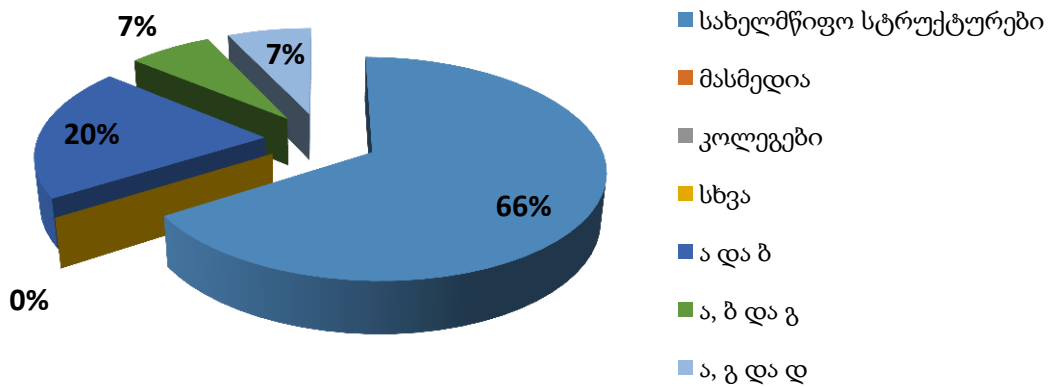
დიაგრამა 11. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შესახებ



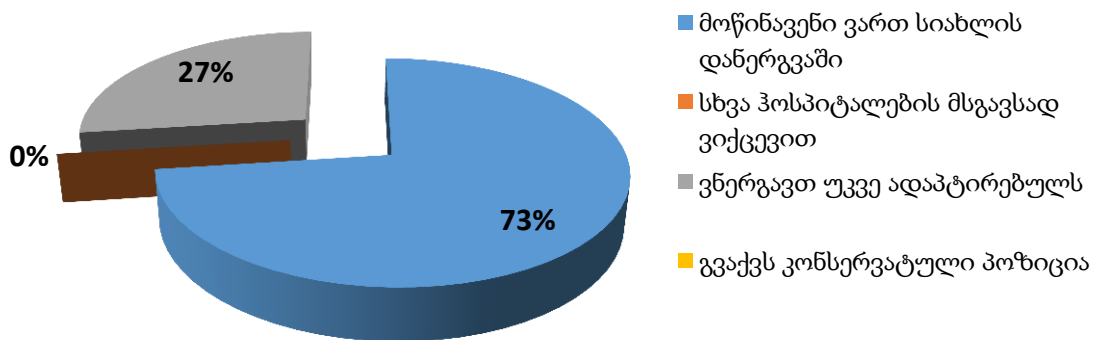
დიაგრამა 12. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის შესახებ?



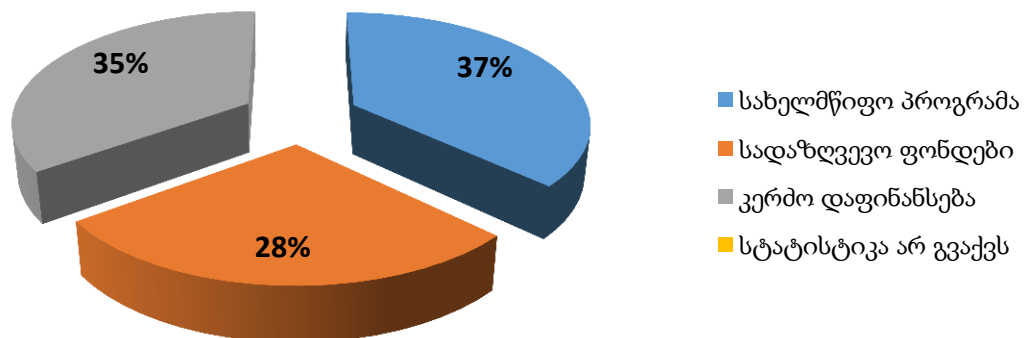
დიაგრამა 13. ძირითადად რომელია თქვენი ინფორმაციის პირველწყარო?



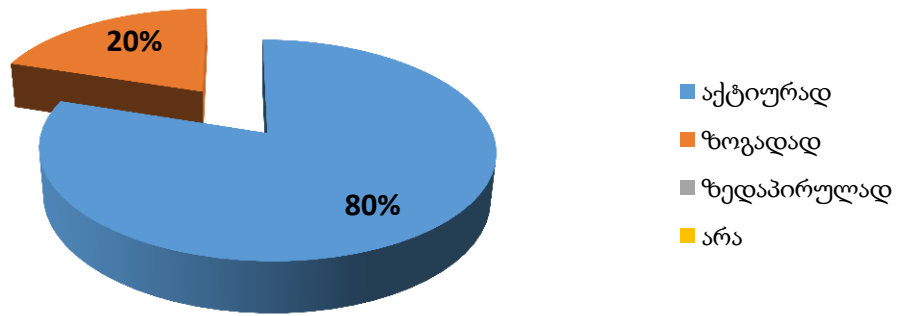
დიაგრამა 14. რამდენად ოპერატიულად იყენებთ მიღებულ ინფორმაციას ჰოსპიტლის მართვისას



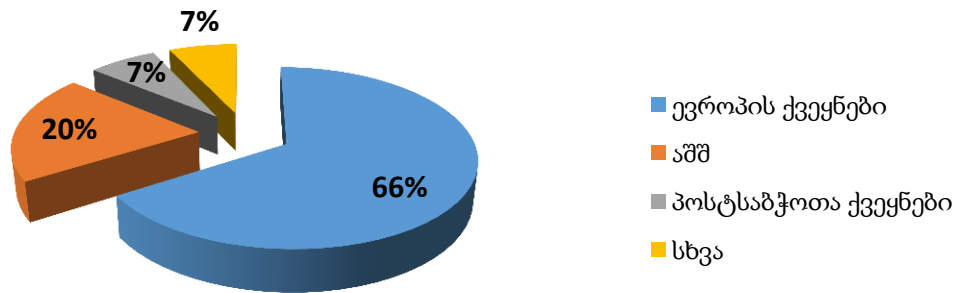
დიაგრამა 15. დაფინანსების რომელი წყარო დომინირებს თქვენს ჰოსპიტალში



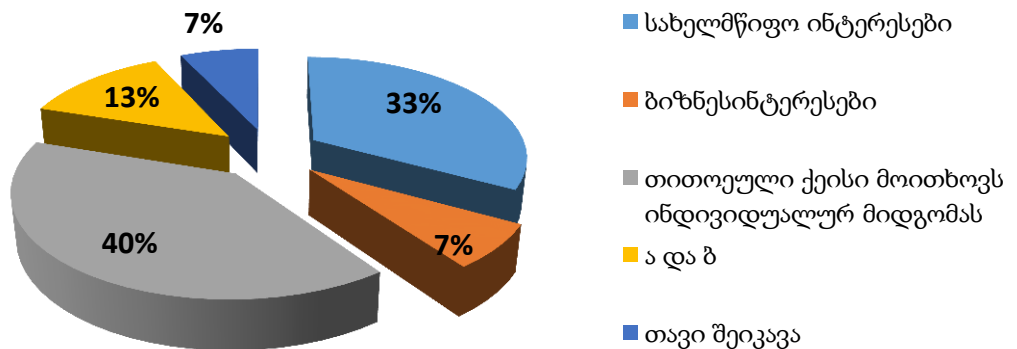
დიაგრამა 16. ეცნობით თუ არა სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებას და პოლიტიკას ჰოსპიტალურ სექტორში



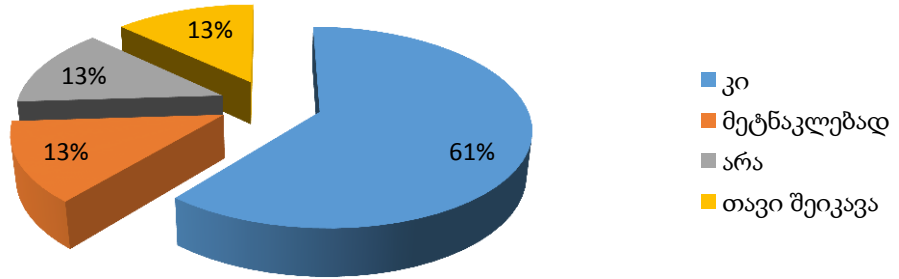
დიაგრამა 17. თქვენი აზრით რომელი ქვეყანა წარმოადგენს საუკეთესო მაგალითს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების თვალსაზრისით



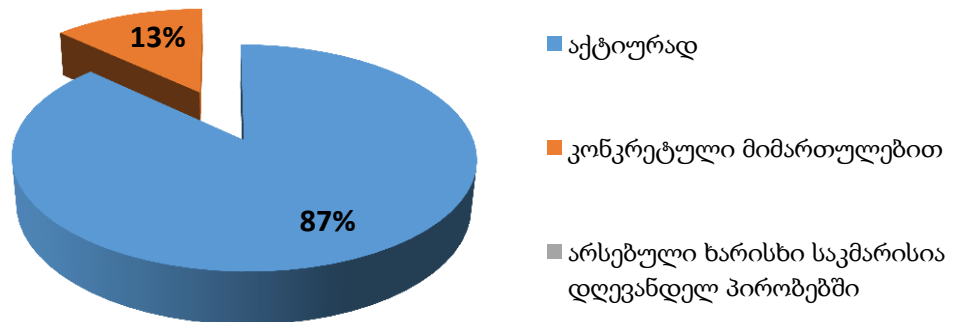
დიაგრამა 18. რომელია უპირატესად თქვენი საქმიანობის წარმმართველი კრიტერიუმი, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა თუ კომერციული (ბიზნეს) ინტერესები



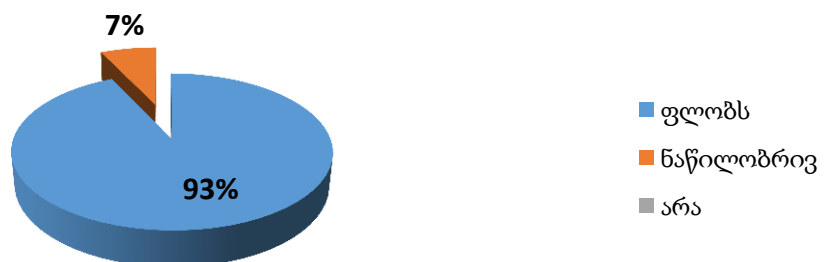
დიაგრამა 19. ჩართულია თუ არა თქვენი ჰოსპიტალი
ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის
პროგრამაში



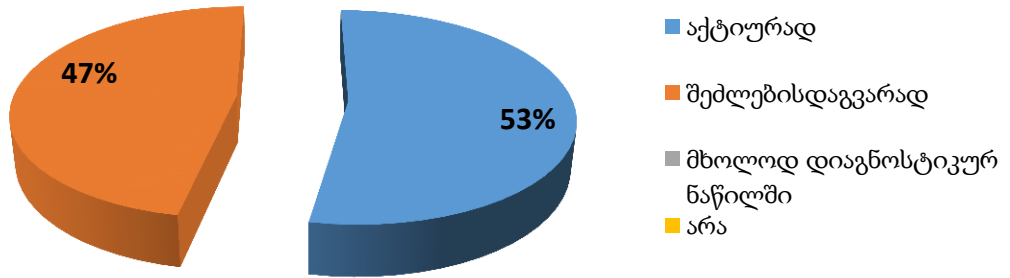
დიაგრამა 20. მუშაობთ თუ არა ჰოსპიტალში სამედიცინო
მომსახურების ხარისხის სრულყოფაზე



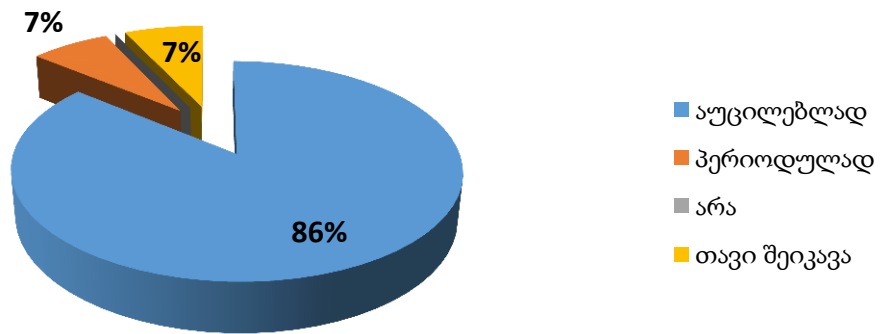
დიაგრამა 21. ფლობს თუ არა თქვენი ჰოსპიტალი
ინფორმაციას უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების და
მათი მახასიათებლების შესახებ (წარმოების ქვეყანა, ფუნქცია,
ფასი)



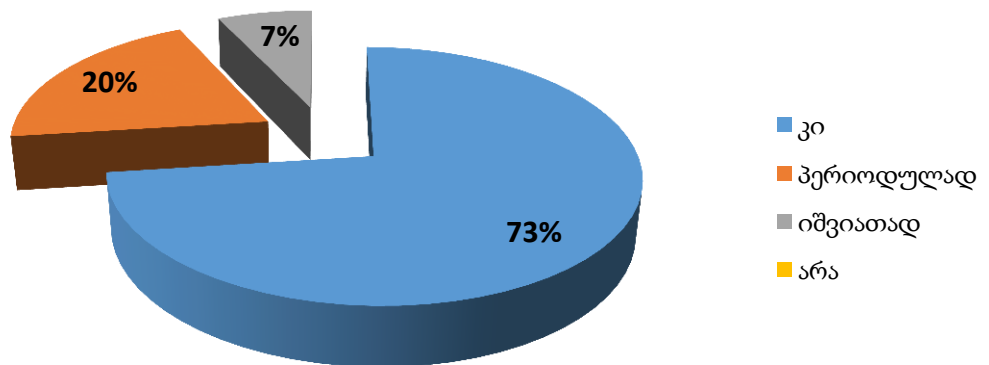
დიაგრამა 22. რა დოზით გამოიყენება იგი თქვენს ჰოსპიტალში



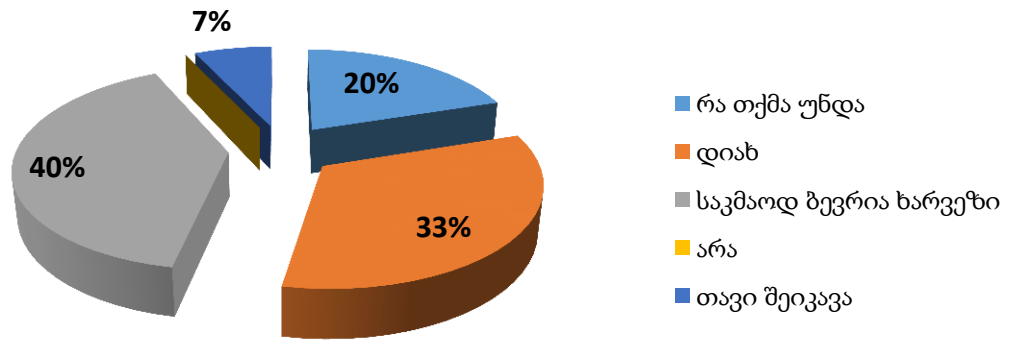
დიაგრამა 23. განსაზღვრავთ თუ არა სამედიცინო საქმიანობის ამსახველ ძირითად მაჩვენებლებს რესურსების სწორად გამოყენების მიზნით



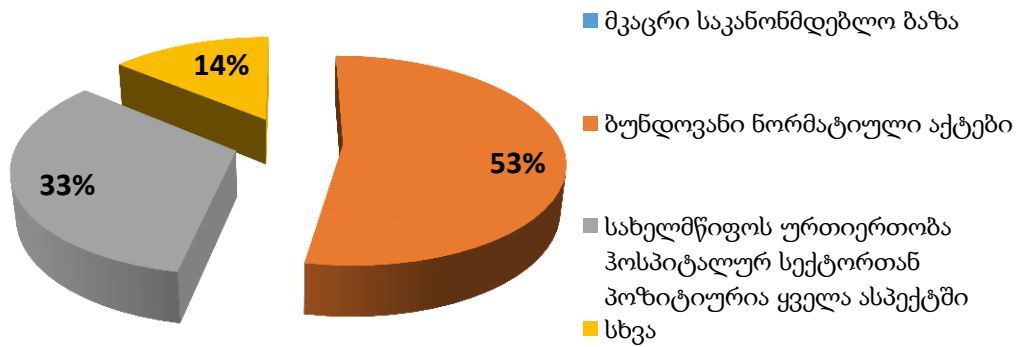
დიაგრამა 24. ღებულობთ თუ არა მონაწილეობას დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის პროცესებში



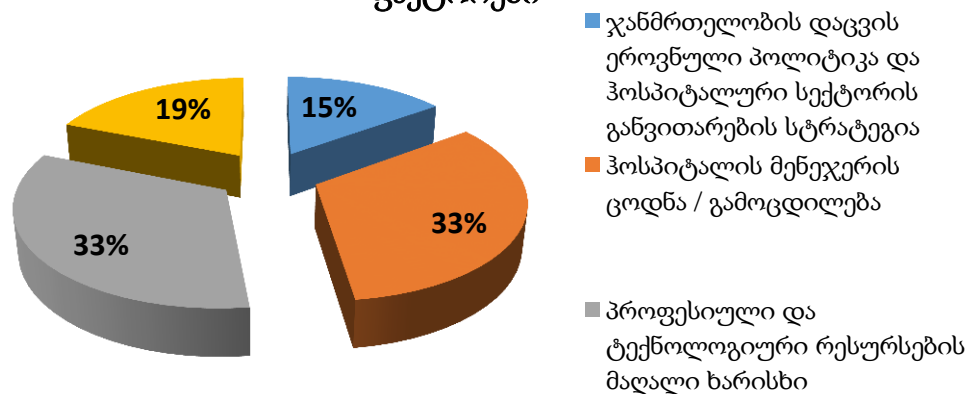
დიაგრამა 25. თქვენი აზრით, იძლევა თუ არა სახელმწიფო რეგულაციები იმის საშუალებას, რომ წარმატებით წარიმართოს ჰოსპიტლის საქმიანობა



დიაგრამა 26. რომელი ასპექტები აფერხებენ ან წარმოადგენენ რისკ-ჯგუფს თქვენი ჰოსპიტლის საქმიანობაში



დიაგრამა 27. ჰოსპიტლის წარმატებას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები



„კითხვარი“

კვლევა - ”ჰოსპიტალურ სექტორში მიმდინარე ცვლილებების თაობაზე მენეჯერების ინფორმირებულობის დონის განსაზღვრა”

ზოგადი ნაწილი

დასახელება	
მდებარეობა (რეგიონი, რაიონი)	
ექსპლოატაციაში შესვლის თარიღი (წელი)	
ჰოსპიტალის პროფილი	

II. ჰოსპიტლის ძირითადი პარამეტრები (გთხოვთ სრულად შეავსოთ)

პარამეტრის დასახელება	2001 წელი	2012 წელი
ჰოსპიტლის საწოლების რაოდენობა		
მიმართვების რაოდენობა წელიწადში		
ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობა		
ჰოსპიტალში გატარებული საწოლდღეების რაოდენობა		
საწოლზე დაყოვნების საშუალო მაჩვენებელი		
საწოლის ბრუნვის საშუალო მაჩვენებელი		
ჰოსპიტლის დატვირთვის საშუალო მაჩვენებელი (%)		
1 საწოლდღის საშუალო ღირებულება		
წლიური კაპიტალბრუნვა (ლარი)		
პერსონალის საერთო რაოდენობა, მათ შორის:		
ექიმები		
საშუალო სამედიცინო პერსონალი		
უმცროსი სამედიცინო პერსონალი		

III. ძირითადი ნაწილი

1. ჰოსპიტალური დაწესებულების მმართველი რგოლს წარმოადგენს:

ა) დირექტორი ბ) დირექტორატი და გენ. დირექტორი გ) სამეთვალყურეო საბჭო

2. არის თუ არა გადანაწილებული უფლება-მოვალეობები მენეჯერებს შორის?

ა) მენეჯერებს გააჩნიათ მკაფიოდ ჩამოყალიბებული კომპეტენცია

ბ) სამუშაოთა აღწერილობა შემუშავების პროცესშია

გ) ფუნქციების გადანაწილების საჭიროება არ არსებობს

3. მართვის მოქმედი ფორმა ჰოსპიტალში დაინერგა:

ა) 1-2 წლის წინ ბ) 3-5 წლის წინ გ) 5 და მეტი წლის წინ

4. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შესახებ?

ა) სრულად ბ) ნაწილობრივ გ) მცირედ დ) არა

5. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პოლიტიკის შესახებ? (იგულისხმება რა მიმართულებით და როგორ უნდა განვითარდეს ჰოსპიტალური სექტორი საქართველოში)

ა) სრულად ბ) ნაწილობრივ გ) მცირედ დ) არა

6. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის მარეგულირებელი იურიდიულ-სამართლებრივი ნორმების შესახებ?

ა) სრულად ბ) ნაწილობრივ გ) მცირედ დ) არა

7. ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ჰოსპიტალური სექტორის დაფინანსების მეთოდების შესახებ?

ა) სრულად ბ) ნაწილობრივ გ) მცირედ დ) არა

8. ძირითადად რომელია თქვენი ინფორმაციის პირველწყარო?

ა) სახელმწიფო სტრუქტურები ბ) მასმედია გ) კოლეგები

დ) სხვა (გთხოვთ, დაასახელოთ) -----

9. რამდენად ოპერატიულად იყენებთ მიღებულ ინფორმაციას ჰოსპიტლის მართვისას?

ა) მოწინავენი ვართ სიახლის დანერგვაში ბ) სხვა ჰოსპიტალების მსგავსად ვიქცევით

გ) ვწინააღმდეგობა უკვე ადაპტირებულს დ) გვაქვს კონსერვატიული პოზიცია

10. დაფინანსების რომელი წყარო დომინირებს თქვენს ჰოსპიტალში და შემოსავლის რა ნაწილი უკავია თითოეულს (%)?

ა) სახელმწიფო პროგრამა ბ) სადაზღვევო ფონდები

გ) კერძო დაფინანსება დ) სტატისტიკა არ გვაქვს

(გთხოვთ, მიუთითოთ %)

11. ეცნობით თუ არა სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებას და პოლიტიკას ჰოსპიტალურ სექტორში?

ა) აქტიურად ბ) ზოგადად გ) ზედაპირულად დ) არა
(თუ არა, გამოტოვეთ შემდეგი კითხვა)

12. თქვენი აზრით რომელი ქვეყანა წარმოადგენს საუკეთესო მაგალითს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების თვალსაზრისით?

ა) ევროპის ქვეყნები გ) აშშ
ბ) პოსტსაბჭოთა ქვეყნები დ) სხვა -----

13. რომელია უპირატესად თქვენი საქმიანობის წარმართველი კრიტერიუმი, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა თუ კომერციული (ბიზნეს) ინტერესები?

ა) სახელმწიფო ინტერესები ბ) ბიზნესინტერესები
გ) თითოეული საკითხი მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას
დ) პასუხისაგან თავს ვიკავებ

14. ჩართულია თუ არა თქვენი ჰოსპიტალი ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის პროგრამაში?

ა) კი ბ) მეტნაკლებად გ) უმნიშვნელოდ დ) არა

15. მუშაობთ თუ არა თქვენს ჰოსპიტალში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფაზე?

ა) აქტიურად ბ) კონკრეტულ მიმართულებებში

16. ფლობს თუ არა თქვენი ჰოსპიტალი ინფორმაციას უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების და მათი მახასიათებლების შესახებ (წარმოების ქვეყანა, ფუნქცია, ფასი)?

ა) ფლობს ბ) მეტნაკლებად გ) მინიმალურად დ) არა

17. რა დოზით გამოიყენება იგი თქვენს ჰოსპიტალში?

ა) აქტიურად ბ) შემდგომისდაგვარად გ) მხოლოდ დიაგნოსტიკურ ნაწილში
დ) არა (რატომ?)

18. განსაზღვრავთ თუ არა სამედიცინო საქმიანობის ამსახველ ძირითად მაჩვენებლებს რესურსების სწორედ გამოყენების მიზნით?

ა) აუცილებლად ბ) პერიოდულად გ) იშვიათად დ) არა

19. ღებულობთ თუ არა მონაწილეობას დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროცესებში?

ა) კი ბ) პერიოდულად გ) იშვიათად დ) არა

20. თქვენი ჰოსპიტლის აქტივობა ბუნებრივი კატასტროფებისთვის მზადყოფნის

უზრუნველყოფაში:

ა) აქტიური ბ) პასიური გ) ჯერჯერობით არ ვმონაწილეობთ

21. თქვენი აზრით, იძლევა თუ არა სახელმწიფო რეგულაციები იმის საშუალებას, რომ წარმატებით წარიმართოს ჰოსპიტალის საქმიანობა?

ა) რა თქმა უნდა ბ) დიახ გ) საკმაოდ ბევრია ხარვეზი დ) არა

22. რომელი ასპექტები აფერხებენ ან წარმოადგენენ რისკ-ჯგუფს თქვენი ჰოსპიტალის საქმიანობაში?

ა) მკაცრი საკანონმდებლო ბაზა ბ) ბუნდოვანი ნორმატიული აქტები

გ) სხვა (გთხოვთ, დაასახელოთ)

დ) სახელმწიფოს ურთიერთობა ჰოსპიტალურ სექტორთან პოზიტიურია ყველა ასპექტში და არ აფერხებს ჰოსპიტალის საქმიანობას.

23. ჰოსპიტლის წარმატებას განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები: (გთხოვთ დააღაგოთ პრიორიტეტების მიხედვით კლებადობის პრინციპით)

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების სტრატეგია

ჰოსპიტლის მენეჯერის ცოდნა/გამოცდილება

პროფესიული და ტექნოლოგიური რესურსების მაღალი ხარისხი

ცნობადობა (ბრენდინგი) სხვა -----

24. გსმენიათ პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის შესახებ?

ა) დიახ ბ) არა

25. გსმენიათ თუ არა პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი ჰოსპიტლების ინიციატივის შესახებ?

ა) დიახ ბ) არა

26. თქვენდამი რწმუნებული დაწესებულების განვითარების პოლიტიკის შემუშავების დროს ეყრდნობით თუ არა ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის პრიორიტეტებს და ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიულ გეგმას?

ა) დიახ ბ) არა

27. თქვენდამი რწმუნებული დაწესებულების განვითარების პოლიტიკის შემუშავების დროს ითვალისწინებთ თუ არა იმ გამოწვევებს, რომლის წინაშეც დგას თანამედროვე ჰოსპიტლები საქართველოში? ა) დიახ ბ) არა

28. ჰოსპიტალი თავისი საქმიანობის დროს იყენებს თუ არა წამლის ეროვნული პოლიტიკის მოთხოვნებს?

ა) დიახ ბ) არა