

რევაზ ლორთქიფანიძე
Revaz Lordkipanidze
Реваз Лордкипанидзе

მენეჯერული ხარჯები თანამედროვე ჯანდაცვაში
(სახელმძღვანელო უნივერსიტეტ გეომედის საბაკალავრო პროგრამის
სტუდენტებისათვის)

Managerial Costs in Nowadays Healthcare
(Handbook for Students of University Geomedi Bachelor's Program)

Управленческие расходы в современном здравоохранении
(Учебник для студентов программы бакалавриата Университета Геомеди)

თბილისი

ავთანდილ გუნიას სახელობის საქველმოქმედო კვლევების აკადემია
(გათვალისწინებულია საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკის
ციფრულ ფონდში „ივერიელი“ გამოსაქვეყნებლად)

2018

წარმოდგენილი სახელმძღვანელო გათვალისწინებულია სტუდენტებისა
და ჯანდაცვის მენეჯმენტის საკითხებით დაინტერესებული
მკითხველისათვის

*რედაქტირებული და რეცენზირებულია ავთანდილ გუნიას სახელობის
საქველმოქმედო კვლევების აკადემიაში*

შინაარსი

შესავალი საგანში და მიღებული ცოდნის ტესტირების სპეციფიკის შესახებ ---	4
1. მენეჯერული ხარჯების დახასიათება და საგნის სპეციფიკა ჯანდაცვაში -----	7
2. ჯანდაცვის ობიექტების ორგანიზაციული სპეციფიკა-----	22
3. ჯანდაცვითი საქმიანობის შედეგის დახასიათება-----	29
4. თვითღირებულება და კალკულაცია-----	30
5. პირდაპირი და ირიბი ხარჯები-----	32
6. ხარჯების სტრუქტურის დეტალიზაცია: მუდმივი, ცვლადი, ზღვრული, ცხადი და იმპლიცირებული ხარჯები -----	33
7. სამედიცინო მომსახურების ფასი-----	40
8. ტექნიკური დონისა და კაპიტალშეიარაღების ამაღლების მნიშვნელობა-----	43
9. ხარჯების შესახებ ინფორმაციის მოთხოვნის პრობლემები-----	44
10. შემოსავლის სტრუქტურული ანალიზის სპეციფიკა-----	45
11. მოგება და რენტაბელობის ინდექსები-----	45
12. გადასახადი მოგებაზე და ურთიერთობა სახელმწიფო ბიუჯეტთან-----	46
13. სამედიცინო ბაზრის კონკურენტულობის დონის შეფასება-----	46
14. მენეჯერული გადაწყვეტილება და კომუნიკაციები-----	47
15. სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლურობა და მენეჯერული საქმიანობის ეფექტიანობის ტენდენციები -----	47
დასკვნისათვის -----	48
გამოყენებული წყაროები -----	48
დანართები-----	53
ავტორის შესახებ-----	103

შესავალი საგანში და მიღებული ცოდნის ტესტირების სპეციფიკის შესახებ

სამედიცინო მომსახურების მეტი ხელმისაწვდომობის მიზნით, ჯანდაცვითი ხარჯების დინამიკის მრავალფაქტორული ანალიზის შედეგად, გამოიკვეთა, რომ ბიზნეს-გადაწყვეტილებები, ხარჯების შემცირების თვალთახედვით, უპირველესად, მენეჯერული ხარჯების არსებითი შემცირებისკენ უნდა იყოს მიმართული.

როგორც ცნობილია, მენეჯერულ ხარჯებად შეიძლება ჩაითვალოს მმართველობითი პერსონალის ძირითადი და დამატებითი ხელფასი, ადმინისტრაციის დამხმარე პერსონალზე ხარჯები, მენეჯმენტის სარგებლობაში არსებული შენობები და ტექნიკა, კვლევები მეცნიერულ, აუდიტორულ და მარკეტინგულ საჭიროებებზე, რეკლამა, მარაგების გაუფასურება, გაუთვალისწინებელი ინფლაცია, საკანცელარიო, სამეურნეო და სხვა ხარჯები.

თანამედროვე ეპოქაში, სწორედ არაკომპეტენტური სუბიექტური ფაქტორის მოქმედებით, ზედმიწევნით გადიდებული მენეჯერული და ზოგადად ტრანზაქციული (სახელშეკრულებო) ხარჯების რაციონალურ მინიმიზებაში ვხედავთ ბიზნესის კონკურენტუნარიანობის ამაღლების ერთ-ერთ მთავარ რეზერვს. ჩვენი ექსპერტული შეფასებითაც, ტრანზაქციული ხარჯები მთლიანი ხარჯების დაახლოებით ნახევარს შეადგენს და მინიმუმ ხარჯების მეხუთედიდან მაქსიმუმ ხარჯების მესამედამდე შეიძლება შემცირდეს. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, ხარჯები მეწარმეობის მართვაზე, ფაქტობრივად, ტრანზაქციულ ხარჯებს წარმოადგენს და მიკრო და ძალზე მცირე ბიზნესში, მ.შ. ქსელური დელეგირების შემთხვევებში, მენეჯერული ხარჯები ნულსაც კი შეიძლება უახლოვდებოდეს.

მენეჯმენტი მეტად ინდივიდუალური (შესაბამისად განსწავლული) უნდა გახდეს და ყოველ კონკრეტულ სპეციფიკაში ფარული მონოპოლიების აღმოჩენისა და მათთან ურთულესი ურთიერთობის ხელოვნებასაც უნდა ფლობდეს. სახელმწიფოსაც მეტი განსწავლულობა მართებს და, მაგალითისათვის, საქართველოში, რაც შეიძლება სწრაფად უნდა გაუქმდეს ექსპორტის შენიღბულად პროგრესული ნულოვანი განაკვეთი, რომელიც სუსტი მწარმოებლური ბაზის პირობებში, პირიქით, კვლავ

ტვირთად აწევს ქვეყანას, ვინაიდან, მხოლოდ რესურსების (მ.შ. სამკურნალოწამლო ნედლეულის) გადინებასა და გამვირებული მზა პროდუქციის (მ.შ. ძვირადღირებული წამლების) იმპორტის სახით მათ შემოდინებას უწყობს ხელს. თანამედროვე უსწრაფესი ტექნიკური რევოლუციის ეპოქაში, გადასახედია საამორტიზაციო პოლიტიკაც, რომელიც თანაბარ პრირობებში აყენებს კონკურენტულ და არაკონკურენტულ ტექნიკას და მათზე გაწეულ ხარჯებსაც.

ვფიქრობთ, ცოდნის მიღებასთან ერთად, არანაკლებ მნიშვნელოვანია მიღებული ცოდნის ობიექტურად შეფასება. ჩვენს მიერ შემუშავებული ტესტირების მეთოდის მიხედვით, გათვალისწინებულია პასუხების 4 სავარაუდო ვარიანტი: 1. მართებულია; 2. არაა მართებული; 3. ხან მართებულია, ხან არა; 4. მართებულობისათვის აუცილებელია სხვა ფაქტორების მოქმედებაც. პასუხების 1-ლი და მე-2 ვარიანტი, ბუნებრივია, გათვალისწინებულია ცალსახად დადებითი ან უარყოფითი პასუხების არსებობის შემთხვევაში. მოგეხსენებათ, ეკონომიკა, მეტწილად, მათემატიკასავით ზუსტი მეცნიერება არ არის და საკმაოდ ხშირად ცვალებადია შეხედულებებსა და მიმდინარე პროცესებში. ამდენად, მე-3 ვარიანტი გათვალისწინებულია იმ შემთხვევებისთვის, როცა, მაგალითისათვის, ზღვრული ხარჯების პოლარულ ცვლილებასთან გვაქვს საქმე. მისი ცნობილი მრუდის თანახმად, ზღვრული ხარჯები (MC) გარკვეულ მნიშვნელობამდე მცირდება, შემდეგ კი, როცა ბაზარი გაჯერდება პროდუქციით (მ.შ. სამედიცინო მომსახურებით), ზრდას იწყებს. ანუ, ზღვრული ხარჯების ზრდა, პროდუქციის რაოდენობის ზრდასთან ერთად, ხან მართებულია, ხან არა.



პასუხების მე-4 ვარიანტი კი, მაგალითისათვის, ეხება შემთხვევას, როცა სამედინო მომსახურების მწარმოებლობის ზრდას ვაფასებთ ტექნიკური პროგრესის გათვალისწინებით. ბუნებრივია, ტექნიკურ პროგრესს დიდი მნიშვნელობა აქვს მწარმოებლობის ზრდისთვის, მაგრამ მართო მისი მოქმედება არ კმარა. უფრო მეტიც, ტექნიკური დონის ამაღლების მიუხედავად, მწარმოებლობა, შესაძლებელია, ეცემოდეს კიდევაც, თუ სხვა ისეთი ფაქტორებიც არ შეეშველება, როგორებიცაა - კონკურენტული გარემო, პერსონალის კვალიფიკაცია და სრულფასოვანი მოტივირება, წარმოების მეცნიერული ორგანიზება, გონივრული მაკროეკონომიკური პოლიტიკა, საერთაშორისო თანამეგობრობის აქტიური ქმედებები ბაზრის დასაცავად არაკეთილსინდისიერი სუბიექტებისაგან და სხვ.

წარმოდგენილ სახელმძღვანელოში განხილული საკითხები ასახავს თანამედროვე მენეჯმენტის შესახებ იმ პრიორიტეტული ხედვების ჩამონათვალსა და გააზრების დონეს, რომლებზეც, მიზანშეწონილია, გაიმართოს დებატები სტუდენტთა ჯგუფებში, საქმიანი კრიტიკული აზროვნების უნარების შემდგომი განვითარებისათვის. შესაბამისად, პრაქტიკულ მეცადინეობებზე, სტუდენტებს, მათი ინდივიდუალური მიდრეკილებების გათვალისწინებით, უნდა მიეცეთ დავალებები, შესასწავლი თემატიკიდან გამომდინარე, ბიზნეს-გეგმების შესაბამისი პროექტების მომზადებისა და მათი გადაჭრის კონკრეტული ამოცანების შესახებ.

1. მენეჯერული ხარჯების დახასიათება და საგნის სპეციფიკა ჯანდაცვაში

ჯანდაცვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სფეროა და აქ ყველაზე მეტად დაუშვებელია (საგანგაშოა) ხარჯების მიზანშეუწონელი ხელოვნური გადიდება, რაც ადეკვატურად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ტარიფებს და, შესაბამისად, აუარესებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის დონეს ქვეყანაში.

როგორც შესავალში აღვნიშნეთ, საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის მიმდინარე ეტაპზე, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი რეზერვები მენეჯერული ხარჯების შემცირებაში ვლინდება.

მენეჯერულ ხარჯებად შეიძლება ჩაითვალოს:

- 1) მმართველობითი პერსონალის ძირითადი და დამატებითი ხელფასი;
- 2) ხარჯები ადმინისტრაციის დამხმარე პერსონალზე;
- 3) ხარჯები საერთაშორისო მივლინებებზე, ადგილობრივ გადაადგილებასა და კომუნიკაციაზე;
- 4) მენეჯმენტის სარგებლობაში არსებული შენობებისა და ტექნიკის ამორტიზაცია;
- 5) მეცნიერული კვლევები ნოუ-ჰაუსა და ინოვაციური მომსახურების შეთავაზებისათვის;
- 6) აუდიტორული მომსახურება;
- 7) კვლევები მარკეტინგულ საჭიროებებსა და რეკლამაზე;
- 8) ხარჯები მარაგების გაუფასურების შედეგად;
- 9) ინფლაციის შედეგად დანაკარგები;
- 10) საკანცელარიო ხარჯები;
- 11) სხვადასხვა წარმომადგენლობითი ხარჯები, მ.შ. სტუმრების მიღებაზე;

12) ხარჯები ადმინისტრაციული შენობების გათბობასა და განათებაზე, სხვადასხვა სამეურნეო და სხვა ხარჯები.

ჯანდაცვის სისტემაში საერთოდ და მის ცალკეულ სახელმწიფო, სხვადასხვა ტიპის შერეულ თუ კერძო საკუთრებაში არსებულ ორგანიზაციაში წარმატებული მენეჯმენტის ინტერესის საგანს პაციენტის გაჯანსაღება წარმოადგენს შესაძლოდ მინიმალური ხარჯების პირობებში. სწორედ აღნიშნულით უნდა განსხვავდებოდეს სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტი ზოგადად სამეწარმეო სუბიექტის მართვისაგან. მეწარმის მთავარი მიზანი მოგებაა, ჯანმრთელობის სისტემაში კი წინა პლანზე სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ამოცანა უნდა დადგეს – არაფრით არ შეიძლება, რომ მოგების მიღების წყურვილს ადამიანის სიცოცხლე შეეწიროს.

გამომდინარე ზემოაღნიშნულიდან, სახელმწიფო პოლიტიკით განსაზღვრული მიზნების მისაღწევად, ჯანდაცვის ეკონომიკის ზოგადი ინტერესის საგანს მოსახლეობის ცხოვრების საშუალო ხანგრძლივობის საუკეთესო საერთაშორისო პარამეტრებამდე ეტაპობრივი მატება და ხსენებულის უზრუნველსაყოფად ქვეყანაში არსებული რესურსების რაციონალური გამოყენების მექანიზმების შემუშავება უნდა წარმოადგენდეს.

მართვის პროცესში ეკონომიკური ინტერესების თვალსაზრისით, განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს წარმატებული მენეჯერული საქმიანობის ხარჯების შემცირების ინტერესი, რომლის საგანს ზოგადად სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მინიმიზება, მართვისა და მართული რესურსების გამოყენების მაქსიმალური ეფექტიანობა და ეფექტიანობის შემდგომი ამაღლების რეზერვების გამოვლენა წარმოადგენს.

ჯანმრთელობის დაცვა, როგორც ეკონომიკის სოციალური სფეროს დარგი, უშუალოდ არ ქმნის მატერიალურ პროდუქციას, მაგრამ ჯანდაცვაში გაწეული სამედიცინო მომსახურების შედეგად სულიერად და ფიზიკურად მომაგრებული ადამიანი, ბუნებრივია, თავის სამუშაო ადგილზე ეკონომიკურ წარმადობასაც ზრდის და პროდუქციისა და მომსახურების ხარისხსაც აუმჯობესებს. გასათვალისწინებელია, რომ ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და შესაბამისად

მართულ მთელ აღწარმოებით პროცესში გარკვეულწილად მონაწილეობს სამედიცინო ტექნიკისა და სამკურნალწამლო წარმოების დარგებიც.

ჯანდაცვის სისტემისა და სამედიცინო დაზღვევისა და საგადასახადო მექანიზმების მნიშვნელოვანი რეალური რეფორმა მიმდინარეობს თანამედროვე აშშ-ში, რაც მნიშვნელოვან დანაკარგებს უბრუნებს მოსახლეობის ყველა ფენას. აღნიშნულთან დაკავშირებით, დაგროვილი პრობლემების გადასაჭრელად, მნიშვნელოვანი რეფორმა მიმდინარეობს საქართველოშიც, სადაც შესაძლოდ გააქტიურდა ჯანდაცვის მასობრივი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ეკონომიკური პოლიტიკა. კრიზისის შემდგომ პერიოდში, ადამიანის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი საკითხების გადაწყვეტას განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სრულიად საქართველოს კათოლიკოს-პატრიარქი, უწმიდესი და უნეტარესი ილია II. ჯანდაცვითი სფეროს მნიშვნელოვანი ნოვაციები, თანამშრომლობის ინტერესები და საუკეთესო მაგალითებია მეზობელი ქვეყნებიდანაც – მ.შ. ბულგარეთიდან, რუმინეთიდან, უკრაინიდან, რუსეთიდან, თურქეთიდან, კავკასიის ცალკეული რეგიონებიდან, რაც ნამდვილად სამაგალითოა ეკონომიკის სხვა სფეროებისათვისაც და სწორედ ეს უნდა გახდეს ხალხთა შორის მეგობრობის განვითარების საწინდარი.

კომუნიკაციების განვითარების თანამედროვე ეპოქაში, როცა საბაზრო ურთიერთობები ადამიანური საქმიანობის ფაქტიურად ყველა სფეროში ამოქმედდა, სულ უფრო ოპერატიული და ხარისხიანია სამედიცინო მომსახურებაც, როგორც მცირე ფირმების, ასევე, მსხვილი კორპორაციების შემთხვევებში. ნაკლებცენტრალიზებული და ოპტიმალური ხდება მენეჯერული საქმიანობის ხარჯები, ჯანდაცვაში იქმნება ახალი ფონდები და ასოციაციები, ძლიერდება კერძო დაზღვევის როლი და სახელმწიფო პროგრამული დაფინანსება ადამიანური პრობლემების განსაკუთრებით მწვავე მიმართულებებით.

მენეჯერული საქმიანობის გონივრულად წარმოება დიდ განსწავლულობასა და მართვის ხელოვნებაში ბუნებით ბოძებულ ნიჭიერებას საჭიროებს და ეს განსაკუთრებით ჯანდაცვის მენეჯერებს ეხებათ. მენეჯერი ყოველმხრივ ცდილობს თავისი სამართავი ობიექტის უპირატესობების ისე გამოყენებას, რომ შესაძლოდ დიდი მოგება მიიღოს და თავისი გავლენა გაზარდოს ბაზარზე. თუმცა, ჯანდაცვაში,

სახელმწიფოს მზარდი მონაწილეობით, ეს პირობები მნიშვნელოვნად უნდა შეიცვალოს. მაგალითად, როცა მძიმე ავადმყოფი შემოდის საოპერაციოდ საავადმყოფოში, მენეჯერის უპირველესი ოპერატიული საზრუნავი ავადმყოფის გადარჩენა უნდა იყოს და არა მისგან ფულის პირდაპირი თუ ავანტიურისტული მეთოდებით „ამოქაჩვა“, ამასთანავე, სამედიცინო მომსახურება მინიმალური ხარჯებითა და საუკეთესო ხარისხით უნდა წარიმართოს. ოპერატიული მიზნების წარმატებით შესრულება, სტრატეგიაში აუცილებლად საჭირო მოგებასაც დააგროვებს, რაც აუცილებელია ჯანდაცვითი ობიექტის გაფართოებული აღწარმოებისათვის.

მენეჯერი (ბიზნესის მმართველი, ადმინისტრატორი), როგორც ცნობილია, ბიზნესმენის დაქირავებულ მოსამსახურეს წარმოადგენს. ბიზნესმენი კი სხვადასხვა მატერიალური, ფინანსური, ინტელექტუალური და სხვა ნებისმიერი ფასეულობის მესაკუთრეა (ან მოსარგებლე), რასაც ბიზნესსაქმიანობისას მოგების მიღების ინტერესებში იყენებს. თავად ბიზნესმენიც, შესაძლოა, თავისი საქმის მენეჯერიც იყოს, თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, ის ამ საქმეს განსწავლულ სპეციალისტს ანდობს. მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის ეპოქაში, მატულობს მენეჯმენტის ასეთი სპეციალისტების როლი და ისინი სულ უფრო მეტ გავლენას ახდენენ ბიზნესზე. არსებობს მოსაზრებები, რომ მათი როლი უახლოეს ხანებში არანაკლები იქნება, ვიდრე თავად მესაკუთრეების გვლენა ეკონომიკურ პროცესებზე. საერთოდ, მსოფლიოში, ექსპერტული შეფასებებით, ბიზნესზე ხარჯებში მენეჯერული ხარჯების წილი განსაკუთრებით მაღალია მეცნიერებატევადი მეწარმეობის დარგებში (მათ შორის ჯანდაცვითი მომსახურების სფეროსა და სამედიცინო ტექნიკისა და სხვადასხვა მედპროდუქციის წარმოებებში), რაც დიდ ფინანსურ დანახარჯებს საჭიროებს დამატებითი მეცნიერული კვლევებისა და გარკვეული შრომატევადი ხელშეკრულებებისა და შეხვედრების ორგანიზების სახით.

მაღალი მეცნიერებატევადობის გამო, ვფიქრობთ, ჯანდაცვითი ბიზნესი უფრო მეწარმეობად აღიქმება, ვინაიდან, ის მეტ განსწავლულობას მოითხოვს. თუმცა, ქართული კანონმდებლობით, მეწარმეობასა და ბიზნესს შორის ტოლობის ნიშანია. ასეთივე ტოლობაა, ჩვენი აზრით, მენეჯერსა და ადმინისტრატორს შორის, თუმცა, მენეჯერი ბიზნესის მეტად შემოქმედებითი გრძელვადიანი ხედვის სპეციალისტი

უნდა იყოს, რომელიც სტრატეგიებსა და გეგმებს უნდა ქმნიდეს, რომელთა შესრულებისა და კონტროლის პროცესი, თავის მხრივ, ადმინისტრატორის კომპეტენციას უნდა წარმოადგენდეს.

ზოგადად, მენეჯერული საქმიანობა გადაწყვეტილებების მიღების პროცესია, რესურსების სრულფასოვანი შეფასებისა და აღრიცხვისათვის, შესაბამისად, არგუმენტირებული დაგეგმვის, ორგანიზების, მოტივაციისა და ეფექტიანი კონტროლის სისტემის უზრუნველსაყოფად. ბუნებრივია, მართვა უმაღლეს, საშუალო და ქვედა დონეებზე ურთიერთდაკავშირებული უნდა იყოს, თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ მიკროდონეებზე წარმოებული მენეჯმენტი მოკლებული უნდა იყოს გონივრულ თავისუფლებას და მნიშვნელოვნად უნდა იყოს დამოკიდებული მხოლოდ ზემდგომ ეშელონებში მიღებულ გადაწყვეტილებებზე.

კაპიტალიზმის განვითარების ისტორიიდან, მართვის ე. წ. კლასიკური თეორიების (ტეილორი, ფაიოლი, ემერსონი, ვებერი და სხვ) მიხედვით, ცნობილია, რომ კრიზისულ პირობებში, მთავარი მოტივი, რაც აიძულებს ადამიანებს შეასრულონ ესა თუ ის მძიმე სამუშაო, საარსებო საშუალების მიღებაა. მომდევნო ეტაპზე მომუშავეები კმაყოფილებას უნდა იღებდნენ როგორც ხელფასით, ასევე არჩეული პროფესიით (მეიო, ლიკარტი, ბლეიკი და სხვ). შემოსავლების არსებითმა ტემპასთან ერთად კი, როცა ადამიანებს შემოსავლები იმდენი ექნებათ, რომ შრომითი შემოსავლები აღარ ესაჭიროებათ, განმსაზღვრელი იქნება ე. წ. კმაყოფილების მოტივი შრომითი საქმიანობიდან ოჯახურ მეურნეობაში, კორპორატიულ ბიზნესში თუ საზოგადოებრივ ასპარეზზე (ჰერცბერგი, მასლოუ და სხვ.).

ყოფილ კომუნისტურ წარსულშიც იყო მცდელობები ეკონომიკის გონივრული გეგმური მართვის ელემენტების დასანერგად, მაგრამ ჭადრაკის დაფაზე განთავსებული მარცვლების მზარდი რაოდენობის შესახებ იგავის მსგავსად, გეომეტრიულად მზარდი სამეწარმეო კონტაქტების გამო, მათ პრაქტიკულად რეალიზებას ახასიათებდა გადაჭარბებული ცენტრალიზაციისაკენ მიდრეკილებადი აშკარა უტოპიური ხასიათი და მეწარმეობის ხელშემწყობი გარემოს გარეშე, მათი

შედეგიანობა ძალზე დაბალი იყო, რაც, თავის მხრივ, კორუფციის მატებასა და ძალზე გაჭირვებულთა და მცირეშემოსავლიანთა ფენების ზრდას უწყობდა ხელს.

კორუფციული ელემენტების წინააღმდეგ წარმოებულმა ცნობილმა კომპანიამ საქართველოში, სამწუხაროდ, შეიწირა სოციალური დაზღვევის მთლიანი სისტემა, რომელშიც განსაკუთრებით მაღალი იყო კორუფციის დონე. თუმცა, აუცილებელია, რომ სიტუაციის დასტაბილუებასთან ერთად, ღარიბი, საშუალო ფენის და მნიშვნელოვანწილად მდიდარი მოსახლეობის მხარდასაჭერად, გამოყვებულ იქნას სოციალური პროგრამებისა და დაზღვევის გამოცდილებები - ინგლისელი საზოგადო მოღვაწე ლორდ ბევერიჯის მოდელი მე-20 საუკუნეში, გერმანელი პოლიტიკური მოღვაწე ო. ბისმარკის მოდელი მე-19 საუკუნეში, მედიქა, მედიქეიდ და ესესაი აშშ-ში, სოციალური საბაზრო მოდელი შვეიცარიაში, შვეციასა და იაპონიაში, ჯანდაცვის თითქმის 95%-იანი დაფინანსება თანამედროვე დიდ ბრიტანეთში, უფასო სწავლება და საუნივერსიტეტო კლინიკები თანამედროვე გერმანიაში და სხვ.

მისანიშნებელია ისიც, რომ მცირე ბიზნესის ხელშეწყობისა და თავისუფალი ეკონომიკური ზონების მასობრივად გავრცელებასთან ერთად, აშშ-ში განმსაზღვრელი როლი მაინც მსხვილ ინდუსტრიულ ბიზნესსა და შესაბამის საფინანსო-სამრეწველო ჯგუფებს ეკუთვნის. სწორედ მნიშვნელოვანწილად მათგან მიღებული შემოსავლებით საზრდოობს აშშ ჯანდაცვის სფეროც. ამათანავე, მსხვილი, საშუალო და მცირე ობიექტების რაციონალური თანაარსებობის გარეშე, უმუშევრობის და დაავადებათა დონეების მინიმიზება შეუძლებელია.

ზოგს შეიძლება არც ახსოვს, რომ სწორედ ამერიკული წარმოშობისაა ჩვენი ჯანსაღი სასურსათო კალათის მთავარი კომპონენტები - კარტოფილი, ლობიო, სიმინდი და პომიდორი და არამართებულად გამოხატავს უკიდურესად ანტიამერიკულ იდეოლოგიას მათი პროდუქტების მავნეობაზე. ზოგიერთი საკმაოდ კომპეტენტური ინტელექტუალიც კი, სამწუხაროდ, ცდილობს დაასაბუთოს, რომ პროამერიკული ტენდენციები უფრო ღარიბ განვითარებად ქვეყნებს ახასიათებთ და ქვეყნის მომძლავრებასთან და დაჭკვიანებასთან ერთად ასეთ ქვეყნებში უფრო ანტიამერიკული განწყობილებები მატულობს. ვფიქრობ, გაუგებარია, რატომ არ უნდა გვაწყობდეს ეკონომიკურად უმძლავრეს ქვეყანასთან ურთიერთობა და მართვისათვის სამაგალითო არ არის, რომ ქვეყანა უმძლავრესია?

მსოფლიოს ეკონომიკურ ფლაგმანს, რა თქმა უნდა, უპირველესად თავისი ხალხის კეთილდღეობა აინტერესებს, მაგრამ მაღლიერებით უნდა აღინიშნოს, რომ ის დაინტერესებულია სხვა ქვეყნებში დემოკრატიული რეფორმებისა და შესაბამისი ეკონომიკური განვითარებისათვისაც. აშშ-ში განთავსებულია გაერთიანებული ერების უმნიშვნელოვანესი ინსტიტუტები და აქ იგეგმება მსოფლიო თავისუფალი ეკონომიკური ზონის პერსპექტივა ევროკავშირისა და სხვა ქვეყნების მონაწილეობით, მუშავდება ჯანდაცვით სფეროში თანამშრომლობის უმნიშვნელოვანესი პროექტები.

მცირე ქვეყნისათვის საპატიო უნდა იყოს, თუ მას დიდ ზონალურ სივრცეში მიიღებენ, რაც გაუადვილებს მას კადრების კვალიფიკაციის სწრაფ და ნაკლები დანახარჯებით ამალგების საქმესა და საერთოდ ეკონომიკური ნაკადების გადაადგილებას მსოფლიო ბაზარზე, მაგრამ ინსტიტუციურად ამისათვის ყოველმხრივ მომზადებული და დაცული უნდა იყოს, რომ შესაძლო ფარულმა გარე მონოპოლიებმა დამანგრეველად არ იმოქმედოს მცირე ეკონომიკაზე. მცირე ქვეყანა ინტეგრაციის პროცესში გაუაზრებელი ეკონომიკური პოლიტიკით არ უნდა მოექცეს ისეთ სიტუაციაში, რომ დიდ პროგრესულ კავშირებთან ურთიერთობისას დაზიანდეს როგორც იმ შემთხვევაში, თუ ეს ქვეყანა არ შევა ამ კავშირებში და იმ შემთხვევაშიც – როცა გაერთიანდება. ეკონომიკურ პოლიტიკას სხვა ვერ და არც გვიკარნახებს. ის ისე უნდა იყოს დასაბუთებული საყოველთაო განხილვებით, რომ ერმა არ დაკარგოს თვითმყოფადობა და რაც შეიძლება მეტი სასიკეთო სარგებელი მიიღოს და თავადაც გაუწიოს მსოფლიო თანამეგობრობას.

ზოგმა შეიძლება იფიქროს, რომ სამედიცინო ტექნიკის, ენერგომატარებლების, მანქანებისა და მუსიკალური ინსტრუმენტების წარმოებას საბაზრო ეკონომიკის პირობებში რა ეკონომიკური პოლიტიკა უნდა, ამას ხომ ბაზარი თავად განსაზღვრავსო, მაგრამ ეს ნამდვილად არაა ასე, პირიქითაც, გონივრული ეკონომიკური პოლიტიკის გარეშე, ეს ყოველივე საერთოდ შეიძლება დასამარდეს ქვეყანაში, მითუმეტეს, თუ ის მცირეა.

განვითარებულ ევროპასთან არაფორმალური და თანასწორუფლებიანი კავშირის შექმნა ითვალისწინებს მთელი რიგი ეტაპების გავლას, რაც გულისხმობს:

1) საბაჟო კავშირის შექმნას, როცა კავშირის ქვეყნები ერთმანეთში ამარტივებენ საბაჟო პროცედურებს, რაც არ უნდა ეხებოდეს მესამე ქვეყნებს;

- 2) თავისუფალ ვაჭრობას, რომელიც ფაქტობრივად სრულად ანთავისუფლებს ტვირთების (მ.შ. სამედიცინო ტექნიკისა და სამკურნალწამლო საშუალებების) მოძრაობას კავშირის ქვეყნებს შორის;
- 3) საერთო ბაზარს, რომელიც, ტვირთებთან ერთად, უვიზო მიმოსვლას აწესებს ადამიანების (მ.შ. მედიკოს-სპეციალისტებს) გადაადგილებაში;
- 4) ეკონომიკური კავშირი, როცა ქვეყნები ერთმანეთს უთანხმებენ ეკონომიკურ პოლიტიკას და მოქმედებს კოლექტიური ვალუტა (შესაძლოა, ეროვნული ვალუტის შენარჩუნებით);
- 5) სრული ინტეგრაცია, როცა იქმნება სახელმწიფოთაშორისო მართვის ორგანოები პოლიტიკისა და ეკონომიკის თითქმის ყველა სფეროში.

ბუნებრივია, მცირე ქვეყნებს გარკვეული პრობლემები ექმნებათ ინტეგრაციის პროცესში. განსაკუთრებით, აღსანიშნავია, რომ მოქმედებს ობიექტური კანონზომიერება დიდი ქვეყნების გავლენისა მცირე ქვეყნებზე, რასაც თუ არ მიექცევა სათანადო ყურადღება, შესაძლოა, მცირე ქვეყნებმა დაკარგონ ეკონომიკური დამოუკიდებლობა და დიდი ქვეყნების ინფრასტრუქტურის მომსახურე ქვეყნებად იქცნენ. არადა, ერთი შეხედვით, პირველ ხანებში, ასეთი მდგომარეობისას, მცირე ქვეყანა, შესაძლოა, არსებითად იუმჯობესებდეს ეკონომიკურ კეთილდღეობას და ცხოვრების დონით განვითარებულ ქვეყნებს თითქმის უთანაბრდებოდეს, მაგრამ ეს მოჩვენებითი და დროებითი გამოთანაბრება შეიძლება იყოს და ხალხის პოლარულ გაღარიბებასა და სულიერ დეგრადაციას იწვევდეს საბოლოოდ, თუ სათანადო ეკონომიკური პოლიტიკა არ დაუპირისპირდება.

საერთოდ, თუ მცირე ქვეყანაში მართებულად წარიმართება ეკონომიკური პოლიტიკა, მათ ეკონომიკებს უფრო სწრაფი ტემპი ახასიათებს ეკონომიკურ ზრდაში და მეტად მოქნილებია ბაზრის მოთხოვნების არსებითი რყევებისას. მითუმეტეს, თუ ეს მცირე ქვეყანა რესურსებით მდიდარია, ის განსაკუთრებით მაღალ ცხოვრების დონეს უნდა აღწევდეს ნაკლებხარჯტევადი დარგების განვითარებით.

მართებული ეკონომიკური პოლიტიკა მცირე ქვეყანაში უმთავრესად უნდა გამოიხატებოდეს ორი მიმართულებით:

- 1) ნაკლებხარჯტევად ბუნებრივ უპირატესობათა სრულად გამოყენება და წახალისება;

2) ეკონომიკური დამოუკიდებლობის შენარჩუნების მიზნით, ეკონომიკური სტრუქტურის შესაძლო მრავალფეროვნება და თანაბარზომიერი განვითარება.

კერძო სტრუქტურებში, სახელმწიფო მმართველობისაგან განსხვავებით, მესაკუთრეს ვერ ავუკრძალავთ ხანგრძლივად და მხოლოდ თავისი შეხედულებით განკარგოს თავისი ქონება და საქმე, მაგრამ, ბუნებრივია, აქაც უნდა მოქმედებდეს მაღალი ზნეობრივი და ვალდებულებითი კრიტერიუმები, რაც ნიშნავს, რომ მეწარმე ჰუმანურობასა და მზრუნველობას იჩენდეს გარემომცველთა მისამართით, ამასთანავე, შესაძლო პატივისცემით ეპყრობოდეს და ასრულებდეს სახელმწიფო ვალდებულებებსა და მოთხოვნებს.

საქართველოს ტექნიკურად საუკეთესოდ აღჭურვილი ახალი საავადმყოფოების საერთო ნუსხა არსებითად იზრდება და საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმით არსებითად დავწინაურდით საერთაშორისო რეიტინგებში, განსაკუთრებით გაჭირვებულთა დახმარებისთვის, საერთაშორისო კრიზისებისა და ომების გამწვავების ურთულესი ჟამის მიუხედავად. მაგრამ ეკონომიკის ყველა დარგში, ბუნებრივია, ჯერ კიდევ შენარჩუნებულია მთელი რიგი პრობლემებისა, რომლებიც საყოველთაო ყურადღებას საჭიროებს.

კაცობრიობამ უდიდესი თეორიული გამოცდილება დააგროვა, თუმცა მართვაში ყველაზე დიდ კაპიტალს კადრების გულწრფელი დამოკიდებულება წარმოადგენს და მხოლოდ შემდეგ – ზოგადთეორიული და ადგილობრივი სპეციფიკის კარგი ცოდნა, რათა შესაძლებელი იყოს მართებულად დავგეგმოთ ბიზნესი მზრუნველ გარემოში და მივიღოთ შესაძლოდ დიდი შემოსავლები და კეთილდღეობა.

ბიზნესის უკეთ მართვაში ერთ–ერთ უმთავრეს პრობლემად ადამიანური აზროვნების მანკიერებათა სწრაფად შეცვლის შეუძლებლობა აღმოჩნდა. საქართველოში მიღებულია ერთ–ერთი ყველაზე პროგრესული საგადასახადო კოდექსი ბიზნესის თავისუფლებისა და მცირე მეწარმეობის მხარდაჭერის მხრივ, მაგრამ რეალურად ამას ჯერ კიდევ ვერ მოჰყვა ბიზნესის ადეკვატური დაწინაურება. ადამიანები რატომღაც ჯერ კიდევ ინერტულები არიან ამ მხრივ და არც არის გასაკვირი – მენტალურად რთულად ამოსადირკვი აღმოჩნდა ათასგვარი ხრიკებითა და ჩაწყობით ვითომდა გამჭვირვალე კონკურსების ჩატარების პრაქტიკა და, სამართლებრივი მოწესრიგების მიუხედავად, საკმაოდ ბევრი მაინც უაზროდ

აგრძელებს სახელმწიფო თუ კორპორატიული ქონების მითვისებას ხსენებული გზებითა და მეთოდებით.

არანაკლებ პრობლემატურია ხელისუფლებაში არაპროფესიონალთა მოსვლის დამკვიდრებული პრაქტიკა, რაც მნიშვნელოვანწილად კომუნისტური წარსულიდან იღებს სათავეს, როცა მუშა და გლეხი, მიუხედავად იურიდიული და ეკონომიკური უნარების არქონისა, უმრავლესობაში ექცეოდა როგორც საკანონმდებლო, ასევე აღმასრულებელ სტრუქტურებში. შედეგად, ამდაგვარად განდიდებულთაგან ძალზე ბევრს “თავში უვარდება”, ავიწყებდა ან ელემენტარულად არ იცნობდა სხვა ადამიანების საჭიროებებს, მართებულად ვერ ხედავდა ეკონომიკის სტრუქტურული სრულყოფის მიმართულებებს. მუშა და გლეხი ძალზე დასაფასებელი ადამიანებია, მაგრამ თავიანთ ადგილებზე, ამასთანავე, ყველას უნდა ახსოვდეს, რომ მხოლოდ საფუძვლიანი თეორიული ცოდნის შემდეგ შეიძლება გაუჩნდეს ადამიანს საჭირო პრეტენზია მართვაში განახორციელოს თავისი კონცეფციები.

პოსტსაბჭოთა რესპუბლიკებში არსებობდა გეგმების შედგენის საკმაოდ კარგი გამოცდილებაც და საკუთრებით რეფორმის გატარების შემდეგ, შეიძლებოდა ამ გამოცდილებიდან რაციონალური მარცვლების დატოვება, მაგრამ, სამწუხაროდ, რეფორმების დასაწყისში, ერთი უკიდურესობიდან მეორეში აღმოვჩნდით და ეკონომიკური სტრატეგიისა და გეგმების დასაბუთებული განსაზღვრის შესაძლებლობა მაშინ დასამარდა. შედეგად, საბაზრო ურთიერთობების პირობებში უფრო მონოპოლიზებულად მართვადი სტრუქტურების ამარა აღმოვჩნდით, ვიდრე ცენტრალიზებული დაგეგმვის სისტემის პერიოდში იყო.

აშშ-ში მაკროეკონომიკურ პროგნოზირებას, ზომიერ სტრუქტურულ რეგულირებასა და ეკონომიკური სტრატეგიის დასაბუთებულად განსაზღვრას დიდი ხნის ისტორია აქვს და აღნიშნულს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ დღესაც, მაშინ, როცა ჩვენ, რეფორმების პირველი ათწლეული, უაზრო დაპირისპირებასა და განხილვაში გავატარეთ, გვჭირდება, თუ არა ეკონომიკის სამინისტრო, საჭიროა თუ არა ეკონომიკური პოლიტიკა და სხვა მსგავსი, თუ თავისუფალი ბაზრის მორევში უნდა გადავიჭრათ. აშშ-ში საერთოდ არ არის სამინისტროები (ევროპაში მეტწილად ყველგანაა ეკონომიკის სამინისტრო სხვადასხვა სახელწოდებით), მაგრამ

დეპარტამენტები და სააგენტოები ასრულებენ იმ აუცილებელ ფუნქციებს, რაც სახელმწიფოს სრულფასოვან განვითარებას ესაჭიროება. სახელი რაც არ უნდა დავარქვათ, მსგავსი სამუშაოები უნდა შენარჩუნებულიყო ქვეყნის მასშტაბით და მათ სრულყოფაზე უნდა გვეფიქრა ახლა.

ზოგი საერთოდ სოციალური პოლიტიკის მცდარობაზე საუბრობს ეკონომიკის მართვაში და მის მამუხრუჭებელ გავლენას ასაბუთებს დღესაც. რომელ მუხრუჭზეა საუბარი, თუ საზოგადოებაში ავადმყოფი მოხუცები ან ბავშვები არიან და სახელმწიფო არ იფიქრებს მათი დახმარებისათვის. ან ეს დახმარება ხომ ბალიშებში არ ილექება, მყისიერად ბაზარზე გამოდის და წარმოებას ასტიმულირებს. ასე რომ, სახელმწიფოს მხრივ ადამიანების დახმარება ეკონომიკური მუხრუჭი კი არა, პირიქით, ორმაგი სტიმულია ეკონომიკური ზრდისათვის. ამასთანავე, ასეთ დროს ხომ მორალურადაც განსაკუთრებით გამართლებულია დახმარების გამწევის ქმედება. ხარჯი იზრდება, მაგრამ ეს აუცილებელი და სასარგებლო უკუგებადი ხარჯია და ის კარგად გათვლილი უნდა იყოს და არა აკრძალული.

დიდი ხანია არსებობს საკმაოდ არგუმენტებული მოსაზრება, რომ გაჭირვებულთა დახმარების სოციალური პოლიტიკა მართვაში არათავსებადია ეკონომიკურ ეფექტიანობასთან. ერთი შეხედვით, ეკონომიკის გაუაზრებელი გაცნობის საწყის სტადიაზე აღნიშნული შეიძლება მოიწონოს მკითხველმა, მაგრამ ეს ნამდვილად სასაცილოა. დახმარება რომ მყისიერად გამოდის ბაზარზე, იმიტომ, რომ გაჭირვებულს შესანახი არაფერი აქვს, უტყუარი ფაქტია. გადავხედოთ მსოფლიოს ეკონომიკურად წარმატებული ქვეყნების კონსტიტუციებსა და ეკონომიკურ განვითარებასაც და დავუკვირდეთ, რომ სოციალური საბაზრო ეკონომიკის ერთ-ერთ მთავარ ქვეყნებს – გერმანიასა და შვეციას. აქ ეკონომიკა კი არ ინგრევა, მოწინავე პოზიციებზეა ევროპაში და საუკეთესო ხარისხის პროდუქციასაც აწარმოებს. უკიდურესად თავისუფალი ბაზრის ფლაგმანი უძლიერესი აშშ-ც კი, როგორც აღინიშნა, უკვე სოციალური დაზღვევისა და დახმარების სხვა მეტად აქტიური სოციალური პოლიტიკის პროგრამებისაკენ იხრება. ეს გზა გარდაუვალი და მიზანშეწონილია. ვინც ამას ვერ ხედავს, არამხოლოდ ნაკლებმორსმხედველია, არაეკონომიკურიცაა.

სოციალურ ბაზარზე, საქართველოს ერთ-ერთი სტრატეგიული პრიორიტეტი ტურისტულ-გამაჯანსაღებელი კომპლექსი უნდა იყოს - ის ხომ ფაქტობრივად ერთ-ერთი ყველაზე აქტიური საექსპორტო დარგია, ვინაიდან აქედან შემოსავლები პრაქტიკულად სრულად რჩება ქვეყანაში, განსხვავებით კაპიტალის საერთაშორისო გადაადგილების ასევე ეფექტიანი ექსპორტისა. ასევეა, არ შეიძლება მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის ბლოკირება პრაქტიკაში, საწყისი მაღალი ხარჯების გამო. მეცნიერებასა და პროგრესულ წარმოება-მომსახურებაზე ხარჯები შეიძლება პირველ ხანებში დიდ მასშტაბებთან იყოს დაკავშირებული, მაგრამ ეს უდიდეს გამართლებულ ეფექტს იძლევა მომავალში, რის გარეშეც საზოგადოების ნაწილი სამი გოჭის ზღაპრის იმ უნიჭოდ უაზრო ფუქსავატ გოჭს ემსგავსება, რომელიც მოკლებულია ყოველგვარ პერსპექტივას.

ეკონომიკის მართვის ჩვენი მოდელის მიხედვით, კარგი ხელმძღვანელი, ბუნებრივია, ყოველთვის უნდა ფიქრობდეს ისეთი გარემო შეუქმნას თანამშრომლებს, რომ მათ:

- 1) უყვარდეთ თავიანთი სამუშაო ადგილი, მაგრამ პერიოდულად (ოქროს შუალედის გამონახვით, რათა არც მივაჯაჭვოთ მუშაკი ერთ ადგილს და არც მუდმივად ცარიელ სკამს ვხედავდეთ) სხვა გამოცდილების გაზიარებისა და ცოდნის გაღრმავების საშუალებაც მიეცეთ, ამასთანავე, სამუშაო ადგილის უკეთესით შეცვლისა და დაწინაურების პერსპექტივასაც ხედავდენენ აუცილებლად;
- 2) დამოუკიდებელი მოქმედების საშუალებაც ჰქონდეთ და კოლექტივში სოციალურ კონტაქტებსაც საჭიროებდნენ. აქაც აუცილებლად ოქროს შუალედი უნდა გამოინახოს;
- 3) მიღებული შემოსავალი, რაც არ უნდა მცირე იყოს, სამართლიანად უნაწილდებოდეთ და, თვალსაჩინოებისათვის, აქაც განისაზღვროს ოქროს შუალედი, რომ აუცილებელი ტექნიკური სიახლეების (და არა ზედმეტი, ხშირ შემთხვევაში, გამოუყენებელი მოწყობილობების) დანერგვა არ შეიზღუდოს;
- 4) სისტემატურად ჰქონდეთ კოლეგების მხრიდან მოტივირებული თანადგომის მწყობრი სისტემის მოქმედების შეგრძნება. კერძოდ, ყოველთვის იყვნენ დაცული სტრესული სიტუაციებისაგან, როცა დიდი სიხარული ან გარკვეული მტკივნეული მოვლენები მოდის ადამიანის ცხოვრებაში - დაქორწინება, შვილის დაბადება,

სარემონტო სამუშაოები, ახლობლის დაკარგვა, ავადმყოფობა ან სხვ. ასეთ დროს, არ შეიძლება ადამიანს ისეთივე დატვირთვით მუშაობა მოეთხოვოს, როგორც ადრე. ის არც უნდა მოვაშოროთ ამ დროს საბოლოოდ სამუშაო ადგილს (პირიქით, გვერდში დავუდგეთ შესაძლებლობის ფარგლებში) და არც სამსახურეობრივი რეჟიმი შევაფერხოთ. მიზანშეწონილია, კონკრეტული რეალობის გათვალისწინებით, შევიმუშაოთ გარკვეული სკალა და ყოველ პრობლემურ სიტუაციას რეიტინგი მივანიჭოთ, შესაბამისად უნდა შეფასდეს მუშაკის შემდგომი გამოყენების შესაძლებლობა და დახმარების მასშტაბები.

5) წარმოდგენა ჰქონდეთ მოსალოდნელ რისკებსა და მათგან თავდაცვის ზომიერ დასაბუთებულ მექანიზმებზე. აქაც რისკების სკალა შეიძლება შემუშავდეს და მათემატიკური ალგორითმით განისაზღვროს მათი მოქმედების ძალა და თავდაცვის ზომიერება.

ოქროს შუალედის ხელოვნებით შეიარაღებული მმართველის მთავარი ღირსება საუკეთესო ფსიქოლოგიური უნარები უნდა იყოს ადამიანებზე გულწრფელად მზრუნველი გავლენისათვის, ამასთანავე, როგორც აღვნიშნეთ, ზომიერი (მოხერხებული) ანგარიშიანობა და მოვლენების რეალური – ზომიერი შეფასება, განსაკუთრებით კადრებთან ურთიერთობისას, ლიდერის მთავარი ინსტრუმენტები უნდა იყოს. ქარიზმატული ლიდერი ძლიერი პიროვნული თვისებების მატარებელია, მაგრამ მისი ორიგანალობა და ყოველივე დრომოჭმულის აღმოფხვრის მცდელობა არ უნდა გადაიზარდოს აქამდე არსებული საუკეთესო ტრადიციების დევნასა და გამოცდილი კადრების იგნორირებაში, შესაბამისად, დიდ ხარჯტევად პროგრამებში, საკუთარი ამბიციების დასაკმაყოფილებლად.

სხვადასხვა ცხოვრებისეულ მოვლენათა გარკვეული გავლენის ოპერატიულად შესაფასებლად, მიზანშეწონილია, გამოვიყენოთ მაჩვენებელთა სისტემა და ყოველი კონკრეტული სიტუაცია დავუკავშიროთ სამუშაო დროის რაღაც %-ით ფიზიკურ მოცდენასა თუ უხასითობის გამო შენელებული მოქმედებით გამოწვეულ დანაკარგებს. ჯამური % უნდა შეესაბამებოდეს მისაღები გადაწყვეტილების ფორმასა და მატერიალური რეაგირების მასშტაბებს. ორგანიზაციის მიზნებს თანამშრომლის ღირსება არ უნდა შეეწიროს. მხოლოდ ეს იქნება კოლექტიური მოქმედების საუკეთესო შედეგი და მართული ორგანიზაციის ქმედითი ძალის გამოხატულება.

სამედიცინო პერსონალის მართებული მართვა მათ რაციონალურ გამოყენებაში, ანაზღაურებასა და ეფექტიანობაში გამოიხატება. როგორც ცნობილია, ხსენებული რესურსები ქვეყნის სამედიცინო კვალიფიკაციის იმ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს, რომელიც მოიცავს ეკონომიკაში დასაქმებულ და დაუსაქმებელ შრომისუნარიან სამედიცინო კადრებს. აღნიშნულ რაოდენობრივ შეფასებასთან ერთად, არსებითია აღნიშნული რესურსების ხარისხობრივი დახასიათებაც. ზოგადად, შრომითი რესურსების მთავარი ხარისხობრივი მაჩვენებლებია მოსახლეობის სულიერი განვითარებისა (მორწმუნეთა რიცხოვნება, კულტურის მახასიათებლები, განათლება, მ.შ. ზოგადსაგანმანათლებლო და პროფესიული ცოდნა და სხვ) და ჯანმრთელობის (ფიზიკური მდგომარეობა, საშუალო ასაკი, შობადობა და სხვ) დონეები.

საბაზრო რეფორმების დაწყებამდე ყოფილ საბჭოთა კავშირში, როცა სოციალისტური ეკონომიკა ე.წ. სიმწიფის სტადიაზე "იმყოფებოდა" (1980 წელი), საქართველოს ეკონომიკაში სახელმწიფო სექტორის ხვედრითი წონა თითქმის 90% იყო (აქ და შემდეგში, სტატმაჩვენებლები მოყვანილია ექსპერტული შეფასებებით). დანარჩენი ქონებაც საზოგადოებრივ საკუთრებაში (ე.წ. ცეკავშირის კოოპერაცია და პროფკავშირები) განიკარგებოდა, მაგრამ აქ, განსაზოგადოების დონე შედარებით დაბალი იყო.

როგორც ცნობილია, საბაზრო რეფორმამდე კერძო საკუთრება არ არსებობდა და ის, რაც ადამიანების პერსონალურ სარგებლობაში იყო და პირადი სარგებლობის ნივთებად იწოდებოდა, დაუმშვებელი იყო დაქირავებული შრომისათვის გამოსაყენებლად. კერძო საკუთრების არარსებობამ და მოჩვენებითმა საყოველთაო საკუთრებამ გამოიწვია გაუცხოება წარმოების საშუალებებისადმი და ის, რაც ვითომ საერთო იყო ყველასათვის, ფაქტობრივად პერსონალურად არავის ეკუთვნოდა და განკარგავდა მხოლოდ მუდმივად სათავეში მყოფი კომუნისტური ელიტა. უფასო სამედიცინო მომსახურებაც თანდათან მოჩვენებითი ხდებოდა და, სათანადო ქრთამისა და გავლენიანი ახლობლების გარეშე, ჯანდაცვის სფეროშიც თითქმის ვერაფერს მიაღწევდა.

ქართულ ეკონომიკაში, საბაზრო რეფორმამდე, საბაზრო ურთიერთობები გარკვეული ფარული თუ ოფიციალური სახით შენარჩუნებული იყო, მ.შ.

სამედიცინო, ფართო მოხმარების საგნებისა და სასურსათო ბაზრებზე, სადაც კონკურენციის გარკვეული ნიშნებიც შეიმჩნეოდა, მ.შ. ძირითადად ჩრდილოვან სექტორში და ბაზარზე ოფიციალურად წარმოდგენილ ფაქტობრივად სახელმწიფოს მიერ რეგულირებად კოოპერაციულ და მცირე გლეხურ მეურნეობებს შორის.

საბჭოთა კავშირის რღვევასთან ერთად დაწყებული საბაზრო რეფორმების შედეგად, უკვე 1995 წლისათვის, ექსპერტული შეფასებით, ქართულ ეკონომიკაში სახელმწიფო საკუთრებაში შენარჩუნდა ქონების მხოლოდ 65%, 2010 წლისათვის კი – 45%. მიზანშეწონილია, რომ 2030 წლისათვის ეს დონე 30%-ის მახლობლობაში დასტაბილდეს (ბუნებრივია, შემდეგში გარკვეული შესაძლო რხევების დაშვებით). გასათვალისწინებელია, რომ აბსოლუტურად კერძო საკუთრებად იშვიათად გვხვდება და რომ, ხშირ შემთხვევაში, მეწარმეები, როგორც საქმიანი პარტნიორები, ერთიანდებიან კოოპერატივებისა და ე.წ. საზოგადოებების სახით (აქციონერული, შეზღუდული, სოლიდარული, კომანდიტური) და პირობითად მათაც კერძო საკუთრებად მოვიაზრებთ, როგორც კერძო სამართლის იურიდიულ პირებს. სტატისტიკურ სამსახურებს უჭირს ზუსტად განსაზღვროს კერძო სექტორის გარკვეული მაჩვენებლები მესაკუთრეთა მხრიდან შესაძლო კონფიდენციალობისა და სხვა მიზეზთა (მ.შ. ჯერ კიდევ ტექნიკური ხასიათის) გამო და მხოლოდ სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული აქციებისა და წილების გათვალისწინებითა და სავარუდო დაშვებებით ხდება შესაძლებელი ექსპერტული შეფასებების განზოგადება ზოგიერთ სფეროში.

საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე ცვლილებები არსებითი თავისებურებებით ხასიათდებოდა. 1980 წლამდე, ჯანდაცვის სარგებლობაში არსებული ქონება ფაქტობრივად მთლიანად სახელმწიფო საკუთრებაში აღირიცხებოდა. მედპერსონალი დასაქმებული იყო საგანმანათლებლო ობიექტებსა და საკურორტო ბაზებზე, ინდუსტრიულ კომპლექსებში, პროფკავშირებსა თუ კოოპერაციაში, მაგრამ მედმუშაკების მიერ გამოყენებული სპეციფიკური ქონება სხვა უწყებებისა და სექტორების დაქვემდებარებასა და ფაქტიურ განკარგულებაში იყო. 90-იანი წლებიდან ცვლილებები ჯანდაცვაში შედარებით ნელი ტემპით მიმდინარეობდა – მთავრობა, ბუნებრივია, განსაკუთრებით ფრთხილობდა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ობიექტების პრივატიზებისას. შედეგად, 1995

წლისათვის, ამ სფეროში განკერძოებულია ქონების მხოლოდ 20%, 2010 წლისათვის კი – 50%, მ.შ. სახელმწიფოს საკუთრებაში შენარჩუნდა სამედიცინო პროფილის კვლევითი ინსტიტუტების 100%, საავდემყოფო ქონების – დაახლოებით 60%, ამბულატორია-პოლიკლინიკების – 40%, ხოლო აფთიაქების 100-ვე% კერძო სექტორში აღირიცხება. ადრინდელმა სიფრთხილემ მოქმედებაში, როგორც ვხედავთ, გამოიწვია მხოლოდ ცალკეული დარგების შერჩევითი ინტერესი და რეფორმების შენელება დანარჩენ დარგებში, რაც საერთაშორისო ორგანიზაციებთან აქტიური კონსულტაციებით შესაძლოდ სწრაფად უნდა გასწორდეს.

ერთადერთ ქვედარგს ჯანდაცვის სფეროში, რომელიც მსოფლიო სტანდარტების მოთხოვნებს პასუხობდა, სამხედრო მედიცინა წარმოადგენდა. სახელმწიფო პოლიტიკის შესაძლებლობების წარმოჩენისათვის არ შეიძლება არ აღინიშნოს, რომ სწორედ სახელმწიფო ძალისხმევით მოხერხდა მე-20 საუკუნის 30-იანი წლების სუსტად განვითარებული საბჭოთა იმპერიის აგრარულ-ინდუსტრიულ მონსტრად გადაქცევა უმოკლეს დროში (30-იანი წლების ბოლოსათვის), რაც ომისშემდგომ პერიოდში ქვეყნის ინდუსტრიულ-აგრარულ და საბოლოოდ ინდუსტრიულ სისტემად გადაქცევით დაგვირგვინდა (50-60-იანი წლები), თუმცა, მხოლოდ სამხედრო ინდუსტრიისადმი გადაჭარბებულმა მეურვეობამ და ეკონომიკურ ურთიერთობათა ცალმხრივობამ, ბუნებრივია, მონოსტრუქტურულად ხარჯტევადი სისტემის ნგრევა გამოიწვია, მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში ჯერ კიდევ 30 წლის წინ იყო ლაზერული და ნეიტრონული შეიარაღებაც კი. სწორედ ამიტომ, მომავალი პრიორიტეტი მხოლოდ ნაკლებხარჯტევად პრაგმატულ მენეჯმენტს ეკუთვნის - ყველგანა და ყველგან, მ.შ. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ჯანდაცვაში.

2. ჯანდაცვის ობიექტების ორგანიზაციული სპეციფიკა

ჯანდაცვის მენეჯმენტის მნიშვნელოვან ორგანიზაციულ სპეციფიკას წარმოადგენს გარემოება, რომ ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულია განსაკუთრებით მაღალინტელექტუალური კადრები, რომელთა მომზადებაზე განსაკუთრებით დიდი დრო და კვალიფიციური შრომა იხარჯება. ცნება სამედიცინო კადრები მოიცავს

ექიმებს (უმალლესი განათლების თერაპევტებს, ქირურგებს, პედიატრებს, სტომატოლოგებს, მეანგინეკოლოგებს, ნარკოლოგებს, ნევროპათოლოგებს, სანეპიდსაწინააღმდეგო მედპერსონალსა და სხვ.), საშუალო (მედდა-ექთნები) და დაბალი (სანიტრები) კატეგორიის მედმუშაკებს. საშუალო პროფესიული განათლების სამედიცინო პერსონალი უკვე ნაწილობრივ უმაღლესი განათლებითაც სპეციალდება. ცალკე სპეციფიკურ ჯგუფს წარმოადგენს სააფთიაქო მუშაკები – პროვიზორები (უმალლესი ფარმაცევტული განათლებით) და პროვიზორთა თანაშემწეები (საშუალო ფარმაცევტული განათლებით), რომლებიც სამედიცინო პროფილით მომსახურებასთან ერთად, ფაქტობრივად, სავაჭრო ქსელის მუშაკებსაც წარმოადგენენ.

ის ფაქტი, რომ ამჟამად საქართველო ერთ–ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით გამოირჩევა მსოფლიოში ექიმების რიცხოვნებით მოსახლეობის საერთო რაოდენობასთან მიმართებაში, სამწუხაროდ, გატარებული არსებითი რეფორმების მიუხედავად, ჯერ–ჯერობით ვერ სძლევს იმ პრობლემებს, რომლებიც თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში დაგროვდა გასული საუკუნის 90–იანი წლებიდან დაწყებული.

მეცნიერულ–ტექნიკურ პროგრესთან, ერთად იცვლება მოთხოვნა მედპერსონალი კადრების რაოდენობასა და სტრუქტურაზე. როგორც ცნობილია, ჯანდაცვას, სამედიცინო კადრების გარდა, ემსახურებიან სხვადასხვა განათლების სპეციალისტებიც და მათ შორის იზრდება ეკონომისტების როლი ჯანდაცვის სფეროს განვითარების პროცესში. მენეჯერ–ეკონომისტები უნდა ემსახურობდნენ სისტემაში მოთხოვნა–მიწოდების დაბალანსების პროცესების მართებულად ხედვისა და გამოყენების, შესაბამისად, მკურნალობის მისაწვდომობის, ზომიერი ფასებისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის ზრდის საკითხებს.

საქართველოში ამჟამად მიმდინარეობს საავადმყოფოთა ინფრასტრუქტურის არსებითი განახლება საუკეთესო საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, რაც, ბუნებრივია, სასიკეთოდ იმოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზეც. 90–იანი წლების ცნობილმა სტაგნაციურმა მოვლენებმა, როგორც ცნობილია, გამოიწვია მსოფლიოში ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით რაოდენობრივად და კვალიფიკაციის დონით სახელგანთქმული ქართული მედპერსონალის სერიოზული

დაკნინება. კერძოდ, გამოცდილი კადრების მნიშვნელოვანი ნაწილი, დაბალი ანაზღაურებისა და სავალალო ტენიკური ბაზის პირობებში თავად დაავადმყოფდა და ადრეულ ასაკში გამოაკლდა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ამ საქმეს.

მიმდინარე მეცნიერულ-ტექნიკურ პროგრესთან ერთად, იზრდება და მუდმივი სრულყოფის პროცესშია ადამიანისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი სამედიცინო მომსახურების სახეობები, რომელთა რაოდენობამ 3 ასეულს გადააჭარბა (მ.შ. ალერგოლოგია, ანესთეზიოლოგია, ანგილოგია, გასტროენტეროლოგია, გერიატრია, დერმატოლოგია და სხვა) და ყოველი მათგანი საკმაოდ მკვეთრად განსხვავებული სპეციფიკით ხასიათდება. თავის მხრივ, სხვადასხვა ჯანდაცვის ობიექტში მენეჯერული საქმიანობაც განსხვავებული მიდგომებით უნდა ხასიათდებოდეს. სამედიცინო მომსახურების ხსენებულ სახეობებს, თავის მხრივ, 150-ზე მეტი პროფესიის ადამიანი ემსახურება, მ.შ. არიან ჯანდაცვის მენეჯერ-ეკონომისტები, სხვადასხვა პროფილის ექიმები, ექთნები, ბიოლოგები, ქიმიკოსები, ფიზიკოსები, ინჟინერ-ტექნიკოსები, სტატისტიკოსები, ფინანსისტები, ბულალტრები, კულინარები, მძღოლები, მრეცხავები, დამლაგებლები და სხვა.

როგორც ცნობილია, ჯანდაცვა არის მომსახურების პროცესი, რომელშიც შერწყმულია გარკვეული საშუალებები და ფაქტორები, როგორც წესი, ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ. აღნიშნული საშუალებები მ.შ. მოიცავს ე.წ. პროვაიდერ (უშუალოდ მიმწოდებელ) მომსახურებებს, სამედიცინო აღჭურვილობასა და მედიკამენტებს.

ჯანდაცვითი საქმიანობა მიმართულია ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისათვის. აღნიშნულის მართებულად გაგებისათვის, საჭიროა გავიაზროთ, თუ რას ნიშნავს თავად ჯანმრთელობა. ჩვენ შეგვიძლია ადვილად შევაფასოთ ადამიანის ჯანმრთელი (ჯანსაღი) ელფერი ან კარგად განვითარებული ფიზიკური მონაცემები, თუმცა, ეს არ არის საკმარისი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით, ჯანმრთელობა არის სრულყოფილი ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა. მაშასადამე, ადამიანი შეიძლება ფიზიკურად ჯანმრთელი იყოს, მაგრამ მაინც აკლდეს სხვა კომპონენტები სრული ჯანმრთელობისათვის.

ხსენებულ კომპლექსურ მიდგომამდე, ჯანმრთელობა განისაზღვრებოდა დაავადების ან სიკვდილის არარსებობით. ამჟამად, ჯანდაცითი საქმიანობის მართებულად ორგანიზებისა და ნაადრევი სიკვდილიანობისაგან გაფრთხილებისათვის, სიკვდილიანობაში გამოიყო ნაადრევი სიკვდილიანობა სხვაობით სიკვდილის მოსალოდნელ და ფაქტიურ ასაკებს შორის. მაგალითისათვის, თუ სიკვდილის მოსალოდნელი ასაკი 30 წლის მამრობითი ასაკისათვის არის 75 წელი, 30 წლის ასაკის კაცის ნაადრევი გარდაცვალების შედეგი განისაზღვრება ადამიანის სიცოცხლის 45 წლის დაკარგვით. ზოგადად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შეფასებებში სიკვდილიანობის განაკვეთები განხილულ უნდა იქნეს ასაკისა და გენდერული ნიშნით და საჭიროა ასახავდეს მთელი მოსახლეობის და მისი ქვეჯგუფების მდგომარეობას რასობრივი, ეთნიკური და გეოგრაფიული ნიშნით. დინამიკაში გარდაცვალების განაკვეთები მცირდება, მაგრამ აღნიშნული განაკვეთი შავკანიანი მოსახლეობისათვის ჯერ კიდევ არსებითად მეტია, ვიდრე თეთრკანიანებისათვის.

ჯანდაცვის ობიექტის საქმიანობის მიზნების განსაზღვრის შემდეგ, ბუნებრივია, მიზნებიდან გამომდინარე, უნდა ჩამოყალიბდეს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურა და გატარდეს შესაბამისი საკადრო პოლიტიკა. მოსახლეობის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარება ზოგადად ორი სახის სამედიცინო დაწესებულების მეშვეობით ხორციელდება:

1. სტაციონარული (საავადმყოფო);
2. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური (არასტაციონარული ანუ საავადმყოფოს გარეშე).

მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის შედეგად, ვითარდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მისი დაწესებულებების ნომენკლატურაც (სახეობრივი სტრუქტურა). თანამედროვე სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებად (სპდ) დამატებით განიხილავენ:

3. დისპანსერებს;
4. განსაკუთრებული ტიპის ჯანდაცვის დაწესებულებებს;
5. სასწრაფო-გადაუდებელი დახმარებისა და სისხლის გადასხმის დაწესებულებებს;

6. დედათა და ბავშვთა დაცვის დაწესებულებებს;
7. სანატორიულ–საკურორტო დაწესებულებებს;
8. სანეპიდსამსახურის ცენტრებს;
9. სააფთიაქო დაწესებულებებს;
10. სხვადასხვა პროფილის კლინიკებს.

როგორც ცნობილია, საავადმყოფო ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაა, რომელიც გათვალისწინებულია სტაციონარული მომსახურებისათვის. ის მოსახლეობას უწევს მრავალმხრივ და სპეციალიზებულ სამედიცინო დახმარებას, მ.შ. სტაციონარულთან ერთად, პოლიკლინიკურს, საექიმო დახმარებას ბინაზე, სასწრაფო და გადაუდებელ დახმარებას, მედიკო–სანიტარულ დახმარებას, სხვადასხვა სახის პროფილაქტიკურ მომსახურებას.

საავადმყოფო ძირითადად უნდა მოიცავდეს შემდეგ სტრუქტურულ ერთეულებს:

- მიმღებ განყოფილებას;
- სტაციონარს სპეციალიზებული სამკურნალო განყოფილებებით;
- პოლიკლინიკას სპეციალიზებული კაბინეტებით;
- დამხმარე დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო განყოფილებას;
- ენდოსკოპურ ლაბორატორიას;
- ექოსკოპურ ლაბორატორიას;
- მაგნიტურ-რეზონანსულ და კომპიუტერული ტომოგრაფიის ლაბორატორიას;
- აფთიაქს;
- სტატისტიკის კაბინეტს;
- რეანიმაციულ ბლოკს.

თანამედროვე პრაქტიკაში, შესაძლებელია, გვხვდებოდეს დღის სტაციონარებიც, სადაც მხოლოდ დღის განმავლობაში ემსახურებიან პაციენტს, რომელიც დღის ბოლოს სახლში ეწერება.

მოსახლეობის საავადმყოფოს გარეშე სამედიცინო დახმარების გაწევის ძირითად რგოლს პოლიკლინიკა წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ უფრო სრულყოფილ (კომპლექსურ) სამედიცინო დაწესებულებად საავადმყოფო–პოლიკლინიკური გაერთიანება ითვლება, სადღეისოდ, პოლიკლინიკა, ხშირ შემთხვევაში, წარმოდგენილია, როგორც დამოუკიდებელი დაწესებულება, რომელიც,

ოპერატიულობის თვალსაზრისით, შეუცვლელია მომრავლებულ ახალ და მზარდ საცხოვრებელ მასივებში.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებს ჯანდაცვის ორგანიზაციის “პირველად რგოლებსაც” უწოდებენ. ამბულატორია – სამედიცინო დაწესებულებაა შესაბამისად დაინტერესებულ მომხმარებელთათვის (მათ შორის ჯანმრთელობის პრევენციისა და გაუმჯობესებისათვის), რომელიც სამედიცინო დახმარებას უწევს მომსვლელ პაციენტებს, ამასთანავე, აუცილებლობის შემთხვევაში, გამოძახებული ექიმის სახლში მისვლით მკურნალობა ტარდება თერაპიული, ქირურგიული, მეანობა-გინეკოლოგიური, პედიატრიული და სხვა სპეციალობებით.

პოლიკლინიკა – შედარებით დიდი და მრავალპროფილურია. ამბულატორია, სადღეისოდ, პოლიკლინიკისაგან განსხვავებით ნაკლები გავრცელებითა და მასში დასაქმებულთა მცირე რაოდენობით ხასიათდება. ამბულატორიაში საშუალოდ დასაქმებულია 10 მედმუშაკი, პოლიკლინიკაში კი – საშუალოდ 50 და მეტი ექიმი ემსახურება პირველადი მედიცინით დაინტერესებული პაციენტების სულ უფრო მზარდ რაოდენობას. ამბულატორია, მცირე მასშტაბებიდან გამომდინარე, გამოირჩევა მეტი ოპერატიულობით და შეუცვლელია სასწრაფო დახმარების აუცილებლობის დროს და განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში. ამჟამად, საქართველოში განკერძოვდა პოლიკლინიკების თითქმის აბსოლუტური უმრავლესობა და ისევე, როგორც აფთიაქების ქსელში, მნიშვნელოვანწილად განახლდა მათი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ისინი უფრო მჭიდროდ დაუკავშირდა და გარკვეულწილად ინტეგრირდა კომპლექსურ საავდმყოფო-სტაციონალურ მომსახურებასთანაც.

როგორც ცნობილია, დისპანსერი სპეციალიზებული ამბულატორიულ-სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებაა მოსახლეობაში სხვადასხვა გავრცელებულ დაავადებათა პრევენციის, მონიტორინგის, ადრეულ სტადიაზე აქტიური გამოვლენის, მკურნალობისა და შემდგომი რეაბილიტაციისათვის, ავადობის დონისა და მიზეზების შესასწავლად, შესაბამისად, აღრიცხული და დაკვირვებისა და მეურვეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის გარკვეული ფენებისათვის. ამჟამად ძირითადად ფუნქციონირებს დისპანსერების შემდეგი ნომენკლატურა:

- ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო;
- ონკოლოგიური;
- კანისა და ვენეროლოგიური;
- ნარკოლოგიური;
- კარდიოლოგიური;
- ენდოკრინოლოგიური;
- საექიმო-ფიზკულტურული;
- ფსიქიატრული;
- სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებათა;
- უნარშეზღუდულთა;
- მოხუცებულთა.

ორგანიზებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მრავალფაქტორული ანალიზისათვის, შეიძლება გამოვიყენოთ მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემა:

1) მოსახლეობის ჰოსპიტალიზაციის დონე 10 ათას კაცზე გადაანგარიშებით ანუ მოსახლეობის უზრუნველყოფა საავადმყოფო საწოლებით=საწოლების საერთო რაოდენობა \times 10000/მოსახლეობის რაოდენობა;

2) დატვირთვა საწოლზე ანუ საავადმყოფო საწოლის საშუალოწლიური დატვირთვა=საწოლდღეების რაოდენობა/საწოლების საშუალოწლიური რიცხვი;

3) სასაწოლე ფონდის გამოყენების ხარისხი=ფაქტიური საწოლდღეები \times 100/ფაქტიური საწოლდღეები;

4) დაყოვნება დღეებში ანუ პაციენტის საშუალო დაყოვნება სტაციონარში (საშუალო საწოლ-დღე)=საწოლდღეების რაოდენობა/საავადმყოფოდან გასული (მ.შ. გარდაცვლილი) პაციენტები;

5) საწოლის ბრუნვა=გასული (მ.შ. გარდაცვლილი) ავადმყოფები/საწოლების საშუალოწლიურ რიცხვთან=დატვირთვა/დაყოვნება;

6) განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი განისაზღვრება, როგორც ჰოსპიტალში იმავე დიაგნოზით განმეორებით მოხვედრილ ავადმყოფთა რაოდენობა. ქრონიკული დაავადების მკურნალობის შემთხვევაში, განმეორებითი

ჰოსპიტალიზაცია დადებით ტენდენციად აღიქმება, წინააღმდეგ შემთხვევებში, არასათანადო მკურნალობის შედეგად შეიძლება ჩაითვალოს.

3. ჯანდაცვითი საქმიანობის შედეგის დახასიათება

ჯანდაცვის მენეჯერული საქმიანობის შედეგი მრავალმხრივი სოციალურ-ეკონომიკური ხასიათის უნდა იყოს და ადამიანის გამოჯანმრთელებასა და პროფილაქტიკურ მკურნალობასთან ერთად, ბუნებრივია, ფინანსურ-ეკონომიკური შემოსავლების მიღებაშიც უნდა გამოიხატოს, რასაც, როგორც პირდაპირი (სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების შემოსავლები და სამედიცინო კადრების ხელფასი), ასევე, ირიბი (გაჯანსაღებული და გახალისებული ადამიანის უკეთ საქმიანობა თავის სამუშაო ადგილზე ეკონომიკის საწარმოო თუ არასაწარმოო დარგებში) ეფექტი შეიძლება მოჰყვეს.

ჯანდაცვის (მიკრო და მაკრო დონეებზე) მენეჯერული საქმიანობის შედეგების დასახასიათებლად შეიძლება გამოვიყენოთ მაჩვენებლები:

- 1) სულ ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა;
- 2) წარმატებული ოპერაციების რაოდენობა;
- 3) წარმატებული ოპერაციების ხვედრითი წონა ოპერაციების საერთო რაოდენობაში;
- 4) სულ ავადმყოფთა ვიზიტების რაოდენობა ექიმთან;
- 5) წარმატებული ვიზიტების რაოდენობა;
- 6) წარმატებული ვიზიტების ხვედრითი წონა ექიმთან ვიზიტების საერთო რაოდენობაში;
- 7) მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებელი;
- 8) მოსახლეობის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი;
- 9) ცხოვრების საშუალო ხანგრძლივობა;
- 10) მენეჯერული ხარჯების ხვედრიწონა მთლიან ხარჯებში;

- 11) გაწეული სამედიცინო მომსახურება ერთ მენეჯერზე გაანგარიშებით;
- 12) მენეჯერის უკუგების ცვლილება, ცვლილების ტემპი და სხვ.

საკითხთან დაკავშირებით, ზემოაღნიშნულ მაჩვენებელთა სისტემის შესაბამისად, სტუდენტებს უნდა განემარტოთ სავარჯიშოები პრაქტიკაში ეფექტიანი გამოყენებისათვის.

4. თვითღირებულება და კალკულაცია

ჯანდაცვითი ორგანიზაციის მიერ გაწეული მომსახურების მიმდინარე (ვთქვათ, წლიური) ხარჯები ფულად გამოხატულებაში თვითღირებულებას წარმოადგენს. თვითღირებულება შეიძლება გამოვსახოთ შემდეგი კრებსითი მუხლების მიხედვით:

- 1) მატერიალურ დანახარჯები (ნედლეული და მასალები, სათბობი და ენერგია, გამოყენებული ნახევარფაბრიკატები და სხვ.);
- 2) ძირითადი კაპიტალის (შენობა-ნაგებობები, მანქანა-მოწყობილობები და სხვ.) ამორტიზაცია;
- 3) ძირითადი და დამხმარე პერსონალის ძირითადი და დამატებითი ხელფასი;
- 4) სხვადასხვა ხარჯები.

ძირითადი კაპიტალის ამორტიზაციის თანხები იანგარიშება კანონმდებლობით დადგენილი (საქართველოში საგადასახადო კოდექსით) ამორტიზაციის ნორმებით (მათ შორის, შესაძლებელია, დაჩქარებული ამორტიზაციის ნორმების გამოყენება, რაც აჩქარებს ძირითადი კაპიტალის განახლებას, მაგრამ გარკვეულწილად ზრდის თვითღირებულებას).

პერსონალის ხელფასში შედის ფაქტობრივი სამუშაოსათვის გადახდილი დროითი და სანარდო ხელფასი, ასევე, დამატებები ღამით მუშაობისათვის, პროფესიების შეთავსებისა და მაღალკვალიფიციური შრომისათვის, რიგითი და

დამატებითი მივლინებების ანაზღაურება, გადახდა შტატების შემცირებასთან დაკავშირებით, კუთვნილი და სასწავლო შვებულებების ანაზღაურება და სხვა.

თვითღირებულების ზემოხსენებულ სხვადასხვა ხარჯებში იგულისხმება გადასახადები, მოსაკრებლები, გადარიცხვები სპეციალურ არასაბიუჯეტო ფონდებში, გადასახდელები დაბინძურებული ნივთიერებების გამოყენებაზე და სხვა.

თვითღირებულება, როგორც ჯანდაცვის ობიექტის მნიშვნელოვანი განმაზოგადებელი მაჩვენებელი, გამოხატავს ორგანიზაციის საქმიანობის სხვადასხვა მხარეს – მ.შ. მატერიალური რესურსებისა და პერსონალის გამოყენებას, ტექნიკისა და ტექნოლოგიის პროგრესულობას, პროდუქციის (მომსახურების) კონკურენტუნარიანობას, მოგების მიღებისა და ეფექტიანობის შესაძლებლობებს.

განსახილველი ობიექტისა ან პროცესის მიხედვით, თვითღირებულება შეიძლება იყოს მომსახურების ან პროდუქციის, სრული (არაწარმოებრივი, წარმოებრივი და რეალიზაციის მთლიანი დანახარჯები), ტექნოლოგიური, საბაზისო, საგეგმო და სხვა.

კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანუ კალკულაცია, მიზანშეწონილია, განვიხილოთ შემდეგი პირდაპირი (1) და დანარჩენი ზედნადები (2-9, გადაანგარიშებით) მუხლების მიხედვით:

1. პირდაპირი ხარჯები მედპერსონალის ხელფასზე, მასალასა (მედიკამენტები, სახვევი საშუალებები და სხვა, დაბრუნებული გამოყენებადი ნარჩენების გამოკლებით) და სამედიცინო აპარატურის ამორტიზაციაზე;
2. ადმინისტრაციულ შენობა-ნაგებობებზე ხარჯები;
3. მანქანა-მოწყობილობებზე ზედნადები ხარჯები;
4. მენეჯმენტისა და მისი დამხმარე პერსონალის ხელფასი და დანარიცხი მასზე;
5. კვების პროდუქტების შეძენის ზედნადები ხარჯები;
6. რბილი ივენტარის შეძენის ზედნადები ხარჯები;
7. მივლინებისა და სამსახურეობრივი მიმოსვლის ზედნადები ხარჯები;

8. საკანცელარიო ნივთები, მასალები და მიმდინარე სამეურნეო საქმიანობის საგნებზე ზედნადები ხარჯები;
9. სხვადასხვა ზედნადები ხარჯები.

კალკულაცია წარმოადგენს სამედიცინო პროდუქტის (მომსახურების) ფასის (ტარიფის) განსაზღვრის საფუძველს.

რეალიზებული სამედიცინო მომსახურების ან პროდუქციის (სამედიცინო ტექნიკა, სამკურნალწამლო ნაწარმი) 1 ლარზე გადაანგარიშებული ხარჯების მაჩვენებელსაც კალკულაციას უწოდებენ, რომელიც თვალსაჩინო ინფორმაციას იძლევა ამა თუ იმ მომსახურების რენტაბელობაზე (ეფექტიანობაზე).

როგორც აღინიშნა, საერთაშორისო ბიზნესის ექსპერტული შეფასებებით, თვითღირებულებაში ზედნადები მენეჯერული ხარჯების წილი თითქმის 50%-ს უახლოვდება, რაც მათ უდიდეს მნიშვნელობაზე მეტყველებს. ეს პროცენტი, ხშირ შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაღალია მეცნიერებატევადი მეწარმეობის დარგებში (მათ შორის ჯანდაცვითი მომსახურების სფეროსა და სამედიცინო ტექნიკისა და სხვადასხვა მედპროდუქციის წარმოებებში), რაც დიდ ფინანსურ დანახარჯებს საჭიროებს დამატებითი მეცნიერული კვლევებისა და გარკვეული შრომატევადი ხელშეკრულებებისა და შეხვედრების ორგანიზების სახით. თუმცა, გონივრული მენეჯმენტის პირობებში, მცირე და საშუალო ბიზნესში მენეჯერული ხარჯები 10-15 პროცენტამდე (და უფრო მეტადაც) შეიძლება შემცირდეს.

საკითხთან დაკავშირებით, თვითღირებულებისა და კალკულაციის სახეების შესაბამისად, სტუდენტებს უნდა განემარტოთ სავარჯიშოები პრაქტიკაში ეფექტიანი გამოყენებისათვის.

5. პირდაპირი და ირიბი ხარჯები

პირდაპირი ხარჯები განეკუთვნება კონკრეტული სახეობის მომსახურებას (ან პროდუქციას), არაპირდაპირი ხარჯები კი (მაგალითად, ადმინისტრაციულ-მმართველობითი ხარჯები, საერთო საკონფერენციო დარბაზის განათებაზე ხარჯები,

მასალების, წარმოებრივი სიმძლავრეებისა და სხვადასხვა მომსახურების დანახარჯი, რომელიც განეკუთვნება ერთობლივად წარმოებულ რამოდენიმე მომსახურებას) უშუალოდ არ არის დაკავშირებული კონკრეტულ მომსახურებასთან და წარმოადგენს საერთოს (ზედნადებს). ირიბი ხარჯები კონკრეტული პროდუქტის (მომსახურების) თვითღირებულებაზე სპეციალური გადაანგარიშების საფუძველზე დაირიცხება, შესაბამისი პროპორციებიდან გამომდინარე.

საკითხთან დაკავშირებით, პირდაპირი და ირიბი ხარჯების მრავალვარიანტული შემთხვევების გათვალისწინებით, სტუდენტებს უნდა განემარტოთ სავარჯიშოები პრაქტიკაში ეფექტიანი გამოყენებისათვის.

6. ხარჯების სტრუქტურის დეტალიზაცია: მუდმივი, ცვლადი, ზღვრული, ცხადი და იმპლიცირებული ხარჯები

ჯანდაცვითი ორგანიზაციის მთლიან ხარჯებში შეიძლება გამოვყოთ ე.წ. მუდმივი ხარჯები, რომელიც არ უკავშირდება უშუალოდ მომსახურებისა და პროდუქციის წარმოების გაზრდას და მას, მაგალითისათვის, მიეკუთვნება ადმინისტრაციული შენობის შენახვაზე, გრძელვადიან იჯარაზე, ადმინისტრაციულ-მმართველობით პერსონალზე ხარჯები და სხვა. ცვლადი ხარჯები კი უშუალოდ ძირითადი მომსახურების (საქონლის) წარმოებას უკავშირდება და ისინი (ანუ დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ნედლეულზე, მასალებზე, საათობრივ ხელფასსა და სხვ.) თუ 0-ს უტოლდება, მომსახურებისა და პროდუქციის წარმოება შეჩერებულია.

ხარჯების როგორც ე.წ. მუდმივი, ასევე ცვლადი შემადგენლები აღირიცხება საბუღალტრო აღრიცხვის საერთაშორისო სატნდარტების მიხედვით. მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ჯამი მთლიანი ხარჯები, რომელსაც ცხად ხარჯებსაც უწოდებენ. ცხადი ხარჯების შეფარდება მომსახურების (პროდუქციის) რაოდენობაზე საშუალო მთლიანი ხარჯებია.

რამდენადაც პირადი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად რესურსები არასდროს არ არის იდეალურად სასურველისათვის საკმარისი, ნებისმიერ სამედიცინო მომსახურებაზე გადაწყვეტილების მიღებაც იმავდროულად წარმოადგენს უარს ამავე რესურსებით სხვა სახის მომსახურების მიღებაზე.

ამდენად, ცხად ხარჯებთან ერთად, მრავალფაქტორულ ეკონომიკურ ანალიზში გამოიყენება არაცხადი (იმპლიცირებული) ხარჯები, რომლებიც წარმოადგენს ალტერნატიულ ხარჯებს ანუ საუკეთესო გამოყენებელ შესაძლებლობას, რაც კონკრეტული მომსახურების (პროდუქციის) წარმოების გამო დააკარგეთ.

როგორც ცნობილია, საბალანსო მოგება იანგარიშება რეალიზებიდან მიღებული შემოსავლიდან გაწეული მთლიანი (ცხადი) ხარჯების გამოკლებით. თუ საბალანსო მოგებას არაცხად ხარჯებს გამოვაკლებთ, მივიღებთ ეკონომიკურ მოგებას. თუ ეკონომიკური მოგება უარყოფით მნიშვნელობას იძენს, მიზანშეწონილია მომსახურების (პროდუქციის) დაუყოვნებლივ მოხნა წარმოებიდან და რესურსების მიმართვა სხვა უფრო რენტაბელურ წარმოებაზე.

როგორც ნებისმიერ საქმიანობას, ასევე, ამ საქმიანობების ორგანიზებასა და მართვას (მენეჯმენტს), ბუნებრივია, მრავალფეროვანი და დროთა განმავლობაში სულ უფრო მზარდი ხარჯები ესაჭიროება, რომელთა მოწესრიგებულ კლასიფიკაციას (სხვადასხვა ნიშან-თვისების მიხედვით დაჯგუფება) მნიშვნელოვანი სამსახურის გაწევა შეუძლია ეკონომიკური ანალიზისა და შემოსავლების მატებისათვის.

მოსახლეობისათვის, მ.შ. განსაკუთრებით მცირეშემოსავლიანი ფენებისათვის, ბუნებრივია, განსაკუთრებით აქტუალურია სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების მინიმიზების უზრუნველყოფა, მომსახურების მაღალი ხარისხის შენარჩუნების პირობებში.

მრავალფაქტორული ანალიზისათვის, ზოგადად ხარჯების დარგობრივ და აღწარმოებით სტრუქტურებზე თავალსაჩინო წარმოდგენას გვაძლევს საერთაშორისო პრაქტიკაში გამოყენებული ეკონომიკურ-მათემატიკური მოდელი „დანახარჯი-გამოშვება“, რომელიც საფუძვლად უდევს პროდუქციის წარმოებისა და განაწილების დარგთაშორის ბალანსს. იგი ეფუძნება გამოშვებული პროდუქციის (მომსახურების)

ღირებულებისა და მის გამოშვებასთან დაკავშირებული ხარჯების სტრუქტურულ თანაფარდობებს ფულად გამოსახულებაში.

სამედიცინო მომსახურების საბოლოო შედეგებისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის შეფასებისას (რაზეც სახელმძღვანელოს დასკვნით ნაწილშიც გავამხვილებთ ყურადღებას), როგორც ეკონომიკის სხვა დარგებში, წარმოებს შედეგისა და დანახარჯების შედარება და სწორედ „დანახარჯი-ეფექტიანობა“ წარმოადგენს ეკონომიკური პროცესების ანალიზის გავრცელებულ ხერხს, რომელიც ეფუძნება ვარიანტების შედარებას, გამომდინარე თანაფარდობიდან რესურსების დანახარჯებსა და მისგან მიღებულ ეფექტს შორის. საუკეთესოდ ითვლება ის ვარიანტი, რომელიც უზრუნველყოფს უფრო მაღალ ეკონომიკურ ეფექტს „მინიმალური ხარჯების“ პირობებში.

ჩვენი თეორიული კვლევების საფუძველზე, საქართველოს რეგიონების სპეციფიკის გათვალისწინებით, შესაძლებელია გამოვიყენოთ მთლიანი დანახარჯების სარეკომენდაციო ხასიათის ეკონომიკური გაანაგარიშება: $1,64$ ხელფასი + $0,12$ ფონდები + $0,016$ კაპიტალური დაბანდებანი + $0,003$ დაკავებული მიწის ფართის ღირებულება, რაც მიზანშეწონილია გამოყენებულ იქნეს ჯანდაცვის ობიექტებისათვისაც გარკვეული კორექტირებით ყოველი კონკრეტული ადგილობრივი სპეციფიკიდან გამომდინარე.

საქართველოს რეალიების გათვალისწინებით, როცა მთლიან შიდა პროდუქტში სახელმწიფო ხარჯების წილი (მ.შ. სამედიცინო მომსახურებაზე) ჩვენი ობიექტური წონასწორული რეალიზმის თეორიით შემოთავაზებულ 50%-იან მარჟას მიუახლოვდება, წონასწორობის შემთხვევაში, შესაძლებელი იქნება სახელმწიფო სექტორში ხელფასების დონის თითქმის 2-ჯერ გადიდება (ეტაპობრივად), რაც დაკავშირებული იქნება კერძო სექტორში მიმდინარე სტაბილიზაციის პროცესებთან. ამ მიმართულებით, გარკვეული პოტენციური რეზერვებია ასამოქმედებელი, მ.შ., ბუნებრივია, ჯერ კიდევ გარკვეულწილად არსებულ “ფარულ ეკონომიკაში”.

საქართველოს ჯანდაცვაში უნდა გააქტიურდეს კონტროლის მექანიზმების მოქმედება, რაც მიმართული უნდა იყოს შესაძლო ფარული შეთანხმებების გამოვლენისა და მისი მასშტაბების მინიმიზებისაკენ ხარჯების ე.წ. ხელოვნური

“გაბერვის” საწინააღმდეგოდ. სახელმწიფო დავალებათა შესრულების კონტროლთან ერთად, ასევე არსებითი უნდა იყოს ჯანდაცვის ობიექტებიდან წამოსული ინიციატივებისა და კონკრეტული საპროექტო წინადადებების გათვალისწინების კონტროლი მთავრობის შუალედურ და მაღალ ეშელონებში, რათა ამდღეს საღი აზრის გამოყენების მარგი ქმედება და მნიშვნელოვნად შემცირდეს უაზრო ფუჭი დანაკარგები ჯანდაცვის სფეროში.

ხარჯების სტრუქტურული ანალიზისათვის, აუცილებელია კარგად გავერკვეთ ძირითადი და საბრუნავი კაპიტალის არსში, რისთვისაც, მნიშვნელოვანია, თავად კაპიტალის სტრუქტურისა და ხარჯვის სპეციფიკის გააზრება.

ძირითადი კაპიტალი (ჯანდაცვის ობიექტის შენობა-ნაგებობები, სამედიცინო აპარატურა, გადამცემი და მუშა-მანქანა მოწყობილობები, სატრანსპორტო საშუალებები, არასწრაფცვეთადი ინვენტარი და სხვ.) ინარჩუნებს თავის ფიზიკურ ფორმას სამედიცინო მომსახურების მრავალი ციკლის (გარკვეული ზომიერებით) განმავლობაში და, საბრუნავი კაპიტალისაგან განსხვავებით, თავისი ღირებულება ნაწილ-ნაწილ, ცვეთის შესაბამისად (ამორტიზაცია) გადააქვს შექმნილ მომსახურებაზე. საგადასახადო კოდექსით განსაზღვრული ამორტიზაციის ნორმის პროცენტული მახასიათებლების მიხედვით, ძირითადი კაპიტალის სრული ან ნაწილობრივი განახლების (რემონტი) მიზნით, ძირითადი კაპიტალის საბალანსო ღირებულების გაანგარიშებითი ნაწილი, გარკვეულ გარემოებათა გათვალისწინებით, ყოველწლიურად ჩამოიწერება მისი საშუალებით წარმოებული მომსახურების თვითღირებულებაზე.

როგორც ცნობილია, განასხვავებენ ძირითადი კაპიტალის ტექნოლოგიურ (თანაფარდობა მის ცალკეულ სახეობებს შორის), განსაკუთრებით აქტიურ სახეობრივ (თანაფარდობა ძირითადი ფონდების აქტიურ და პასიურ ნაწილებს შორის, ანუ, მაგალითისათვის, სამედიცინო ე.წ. აქტიურ მუშა რობოტო-ავტომატურ აპარატურასა და პასიურ შენობა-ნაგებობებს შორის), დარგობრივ, შიგადარგობრივ, რეგიონალურ, აღწარმოებით (განახლებით) და ასაკობრივ სტრუქტურებს. თუ სამედიცინო მომსახურების პროცესში გამოყენებული სხვადასხვა მანქანა-მოწყობილობების მომსახურების ვადები 5 წლის ფარგლებში ნორმალურად შეიძლება ჩაითვალოს, ე.წ.

პასიური ნაწილისათვის (შენობა–ნაგებობები) ეს ვადა 20 წლის მახლობლობაშია, რაც შეესაბამება განვითარებულობის მოთხოვნებს და მეცნიერულ–ტექნიკურ პროგრესთან და შესაბამის საგადასახდო რეფორმებთან ერთად გარკვეულ ცვლილებებს ექვემდებარება, ძირითადად, აქტიური ნაწილის მომსახურების ვადის შემცირების, ხოლო პასიური ნაწილის მომსახურების ვადის შემცირების ან ზრდის მიმართულებით, როცა ტექნოლოგიურად გაუმჯობესებული პროგრესული კონსტრუქციების გამოყენებამ შეიძლება გაზარდოს სასარგებლო მომსახურების ვადა.

ჯანდაცვის ძირითადი კაპიტალის აღწარმოებით სტრუქტურასაც, როგორც ჩვეულებრივ, ახასიათებს ე.წ. განახლებისა და გასვლის კოეფიციენტები, რომლებიც იანგარიშება პროცენტულად წლის განმავლობაში მიღებული ან გასული ძირითადი ფონდების ღირებულების ფარდობით ძირითადი ფონდების მთლიან ღირებულებასთან (შესაბამისად, წლის ბოლოსათვის ან დასაწყისისათვის).

განასხვავებენ ძირითადი კაპიტალის ფიზიკურ და მორალურ ცვეთას. ფიზიკური ცვეთა საექსპლუატაციო თვისებების თანდათანობითი დაკარგვაა, რომელსაც იწვევს მათი მომსახურების პროცესში გამოყენება და ასევე მათზე ბუნებრივი კლიმატური და სხვა პირობების ზემოქმედება. პრაქტიკაში ზოგჯერ იმდენად დიდია მოძველებულ მანქანა–მოწყობილობათა რემონტზე დანახარჯები, რომ უფრო მიზანშეწონილი ხდება რემონტის ნაცვლად ახალი ტექნიკის შეძენა. რაც შეეხება ცვეთის მორალურ მხარეს, იგი დამოკიდებულია არა ძირითადი ფონდების დატვირთვასა და ბუნებრივ ზემოქმედებაზე, არამედ ტექნიკურ პროგრესზე, რომელიც მუდმივად ქმნის უფრო უკეთესი ეკონომიკური ან ტექნიკური პარამეტრების ახალ ძირითად ფონდებს. ამ დროს, არსებული ძირითადი ფონდები, რომლებიც ფიზიკურად ჯერაც ვარგისია, ეკონომიკური თვალსაზრისით, გაუფასურებული შეიძლება გახდეს.

მორალური ცვეთა ორი სახისაა: 1) როცა ფიზიკური მდგომარეობის მიუხედავად, ახალ პირობებში ძირითადი კაპიტალის მომზადება უფრო იაფია და მეცნიერულ–ტექნიკური პროგრესის შედეგად მცირდება ასეთი კაპიტალის დამზადების ხარჯები და, აქედან გამომდინარე, ღირებულება. ამ დროს, მანქანების ტექნიკური

მახასიათებლები უცვლელია, იცვლება მხოლოდ ღირებულება, ე.ი. მორალურად მოძველებული კაპიტალის ღირებულებითი უკუგება მცირდება; 2) მოქმედებაში მყოფი ძირითადი კაპიტალის სამსახურის ვადის შემცირება და წარმოებიდან მოხსნა არა იმის გამო ხდება აუცილებელი, რომ მათი ღირებულებითი უკუგება შემცირდა, არამედ, ძველი მანქანების გამოყენება ახალთან შედარებით იწვევს დიდ დანახარჯებს. ამიტომ, საჭირო ხდება ძველი მანქანების ახლით რაც შეიძლება სწრაფად შეცვლა.

ამორტიზაციის ნორმები შეიძლება იყოს გაზრდილი (დაჩქარებული ამორტიზაცია) ან შემცირებული (რეგრესული ამორტიზაცია) მომსახურების პროცესის ტექნოლოგიური თავისებურებების, გამოყენებული სამედიცინო აპარატურის მუშაობის რეჟიმის, დატვირთვის ხარისხისა და შესრულებული სამუშაოსა და სხვა ნიშნების მიხედვით. სხვადასხვა ქვეყანაში გამოიყენება დაჩქარებული ამორტიზაციის სხვადასხვა მექანიზმები ტექნიკური პროგრესის პრიორიტეტებიდან გამომდინარე. მაგალითისათვის, ავტომობილების ნორმები ძირითადად შეიძლება იცვლებოდეს 10–დან 50%-მდე კი, შენობა-ნაგებობების კი 1–დან 15%-მდე და უფრო მეტადაც. როგორც ცნობილია, რაც უფრო მაღალია ნორმა, მით უფრო სწრაფად ხდება ყველა სახეობის ძირითადი კაპიტალის განახლება.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის თანახმად, ამორტიზაცია არ ერიცხება მიწას, ხელოვნების ნიმუშებს, სამუზეუმო ექსპონატებს, ისტორიული მნიშვნელობის მქონე ობიექტებს (გარდა შენობა-ნაგებობებისა) და სხვა არაამორტიზებად აქტივებს. ამასთანავე, ამორტიზაცია არ ერიცხება 1000 ლარამდე ღირებულების ძირითად საშუალებას და ბიოლოგიურ აქტივს. 1000 ლარამდე ღირებულების ძირითადი საშუალება მთლიანად გამოიქვითება ერთობლივი შემოსავლიდან იმ საანგარიშო წელს, როდესაც იგი ექსპლუატაციაში გადაეცა, ხოლო ბიოლოგიურ აქტივზე გაწეული ხარჯი გამოიქვითება იმ საანგარიშო წელს, როდესაც იგი ფაქტობრივად იქნა გაწეული.

ძირითადი კაპიტალისაგან განსხვავებით, საბრუნავი კაპიტალი მთლიანად გადადის წარმოებულ მომსახურებასა და პროდუქტზე და რეალიზაციის პროცესის დასრულების შემდეგ ბრუნდება ფულადი ფორმით. საბრუნავ კაპიტალს მიეკუთვნება მატრიალური დანახარჯები შრომის საგნებზე, არარეალიზებული მზა

პროდუქტი, სხვა ორგანიზაციების მოკლევადიანი დავალიანებები, ნაღდი ფული, ფასიანი ქაღალდები და სხვა.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსით, დასაბეგრი ბაზის განსაზღვრისათვის, დაკავშირებულია ყველა ის ხარჯი, რომელიც ექვემდებარება ან არ ექვემდებარება ერთობლივი შემოსავლიდან გამოქვითვას.

გამოქვითვას ექვემდებარება ერთობლივი შემოსავლის მიღებასთან დაკავშირებული სამეცნიერო-კვლევითი, საპროექტო და საცდელ-საკონსტრუქტორო მომსახურების ხარჯები, გარდა ძირითად საშუალებათა შეძენის, დადგმისა და სხვა კაპიტალიზებადი ხარჯებისა, რომლებიც გამოიქვითება ეტაპობრივად, ამორტიზაციის ანარიცხების სახით, გარდა გადასახადის გადამხდელის მიერ საამორტიზაციო ანარიცხების სრული გამოქვითვის უფლების გამოყენების შემთხვევისა.

საგადასახადო კოდექსით, გათვალისწინებულია, რომ: ა) ძირითადი საშუალებების მიმართ, გარდა საწარმოს კაპიტალში შეტანილი საშუალებებისა, გადასახადის გადამხდელს უფლება აქვს, სრულად გამოქვითოს ამ აქტივების ღირებულება იმ საგადასახადო წელს, როდესაც ძირითადი საშუალებები ექსპლუატაციაში შევიდა; ბ) ძირითად საშუალებათა რემონტის ხარჯების გამოქვითვა დასაშვებია ყოველწლიურად, საანგარიშოს წინა საგადასახადო წლის ბოლოსთვის ჯგუფის ღირებულებითი ბალანსის 5 პროცენტამდე ოდენობით. თანხა, რომელიც აღემატება დადგენილ ზღვრულ დონეს, ზრდის შესაბამისი ჯგუფის ღირებულებით ბალანსს; გ) დაზღვევის ხელშეკრულების საფუძველზე დამზღვევთა ან/და დაზღვეულთა მიერ გადახდილი ან/და გადასახდელი (დარიცხვის მეთოდის გამოყენების მიხედვით), ეკონომიკურ საქმიანობასთან დაკავშირებული სადაზღვევო შენატანები, გარდა დაზღვეულის მიერ საპენსიო დაზღვევის ხელშეკრულების მიხედვით გადახდილი სადაზღვევო შენატანებისა, ექვემდებარება გამოქვითვას.

საკითხთან დაკავშირებით, სტუდენტებს განემარტებათ პრაქტიკული სავარჯიშოები საქართველოს ჯანდაცვის კონკრეტიკაზე, დანართების N1-5 გამოყენებით.

7. სამედიცინო მომსახურების ფასი

სამედიცინო მომსახურების ფასი, ბუნებრივია, მოთხოვნა-მიწოდების ურთიერთობით ყალიბდება, რაშიც გაწეული ხარჯების დონე და მომსახურების სარგებლიანობის ფაქტორებიც ახდენენ არაუმნიშვნელო გავლენას. თუმცა, სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები რომც აღემატებოდეს მომსახურების ტარიფებს, სახელმწიფო ვალდებულია სუბსიდირება (დოტაცია) მოახდინოს იმ არარენტაბელურ მომსახურებებზე, რომელთა შესყიდვას მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი ვერ ახერხებს გადაუდებელი საჭიროებების დროს. კარგია, რომ საქართველოს თანამედროვე საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმამ ამ მისიის შესრულება მნიშვნელოვანწილად საუკეთესოდ დაიწყო.

ხარჯების გადამეტება ფასებზე ე.წ. „მტაცებლური“ მიზნებითაც შეიძლება განხორციელდეს, როცა მონოპოლისტი შენიღბული ფასებით ცდილობს ბაზრის დაპყრობას. ამ შემთხვევაში, სამედიცინო ბაზარზე განსაკუთრებით აქტუალურია ანტიმონოპოლიური ორგანოების ადეკვატური მოქმედება.

ხალხთა სიმდიდრის ბუნებისა და მიზეზების შესახებ კვლევაში, ეკონომიკის კლასიკოსმა ადამ სმითმა ჯერ კიდევ 1776 წელს ჩამოაყალიბა ეკონომიკური თეორიის ფუნდამენტური მიდგომები ღირებულების თეორიის შესახებ, რომლებიც, დღესაც ინარჩუნებენ განუზომელ მნიშვნელობას ფასების ფორმირებისა და, ზოგადად, მართებულად მართვის გაგების საქმეში.

სმითმა ჩამოაყალიბა ღირებულების თეორიის პრინციპები, რომელთა მიხედვით საქონლის ღირებულება შედგება დანახარჯებისაგან, რომლებიც, სხვადასხვა ხარჯებთან ერთად მოიცავს მუშათა ხელფასსა და კაპიტალისტის მოგებას. სმითი ღირებულებას ფაქტიურად აიგივებდა წარმოების ფასთან და იმ დროისათვის, რა თქმა უნდა, ჯერ სრულად ვერ ხედავდა გარკვეულ განსხვავებებს მათ შორის.

სმითი, ღირებულების შექმნის პროცესში თითქმის თანაბარ მნიშვნელობას ანიჭებდა შრომას, კაპიტალსა და მიწას და იდგა პროგრესული კაპიტალისტის პოზიციაზე, რომელსაც მიაჩნდა, რომ მისი საქონლის ფასი ძირითადად

განისაზღვრება სხვადასხვა ხარჯებითა და საშუალო მოგებით, ხოლო ყოველ კონკრეტულ მომენტში გარკვეულწილად ასევე მოთხოვნითა და მიწოდებით. აღნიშნულ დასკვნას გარკვეული სახეცვლილებებით იმეორებდნენ სხვა ცნობილი ეკონომისტებიც დაწყებული დავით რიკარდოდან და ჟან ბატისტ სეიდან.

მომავალში, ბუნებრივია, საჭირო შრომითი მონაწილეობის შეფასებისას ეკონომიკური სისტემის განსაზღვრელ ფასწარმოქმნაში, მომავლის ჯანდაცვაში მეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს უფლისმიერი მორალური ფაქტორების მართებულად ხედვასა და მოთხოვნისა და მიწოდების ფაქტორების მოქმედების როლის რეალურ განსაზღვრას, ვინაიდან, მაგალითისათვის, სამედიცინო მომსახურება შესაძლებელია გაეწიოს პაციენტს მნიშვნელოვანი ხარჯებით, მაგრამ მისი რეალური ფასი უმნიშვნელო იყოს ხარჯებთან შედარებით ან საერთოდაც ნულის ტოლი იყოს, ვინაიდან, ეს მომსახურება უშედეგო იყოს და არავის ესაჭიროებოდეს მომავალში. ან პირიქით, უფლის ძალისხმევით, მცირე ხარჯებითაც შეიძლება შეიქმნას განუზომელი ფასისა და მნიშვნელობის სამკურნალო საშუალებები და შედეგები, რომლებიც მრავალ თაობებს ასაზრდოებენ – სასწაულმოქმედი ხატი, კომპიუტერი, ხელოვნების ნიმუშები თუ სხვა მრავალი. ადრეულ ნაშრომებში აღვნიშნავდი უფლის ფაქტორის მოქმედების შესახებ მოთხოვნა–მიწოდების ურთიერთობაში და ჩემს მიერ შემოთავაზებული კონკურენციის კანონიდანაც ვლინდება, რომ, თუ უფლის ნება არ არის, ნიჭიერებით გამონოპოლიზებული კეთილსინდისიერი მეწარმეც კი არაკეთილსინდისიერი ხდება და ჭარბ არასაჭირო სასაქონლო პროდუქციას ქმნის ან მონოპოლური ფასების გამო აიძულებს მასობრივ მომხმარებელს უკანონო გზებს მიმართოს მასთან ურთიერთობებში.

ღირებულების კანონზომიერებების კვლევა იწყება ჯერ კიდევ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე მე-4 საუკუნეში არისტოტელეს მიერ, რომელმაც პირველმა დაიწყო მართვის თავისებურებებისა და ზოგადად ეკონომიკური ცხოვრების კვლევა, კერძოდ, წარმოებისა და ფასების ცვლილებებზე დაკვირვება, რამაც ჩვენამდე მოაღწია მიმოქცევის პროცესისა და სახმარი და საცვლელი ღირებულებების განსაზღვრისა და, შესაბამისად, ფულისა და ფულადი შემოსავლების საფუძვლების სახით.

პოლიტეკონომიის კოლუმბად წოდებულმა უილიამ პეტიმ მე-17 საუკუნის შუა წლებიდან განავრცო კვალიფიციური ინტენსიური კვლევა მიწათმოქმედების რესურსების აღრიცხვისათვის, როგორც საშუალებისა შრომითი რესურსების მოწესრიგებულ მართვაში რეზერვების გამოვლენისა და სწრაფი გამდიდრებისათვის.

საზოგადოებრივად აუცილებელი შრომის კატეგორიის შემოტანით, დავით რიკარდო მე-19 საუკუნის დასაწყისიდან ანვითარებს ადრე არსებულ მიდგომებს შრომითი ღირებულების თეორიაში და მიიჩნევს, რომ საქონლის ღირებულება დამოკიდებულია იმ შრომაზე, რომელიც აუცილებელია მის საწარმოებლად და არა იმ ჯილდოზე, რომლითაც ნაზღაურდება ეს შრომა.

თუ სმითსა და რიკარდოს შრომითი ღირებულების თეორია განსაკუთრებით აღელვებთ, სეი, იხილავს რა ხელფასს, მოგებასა და რენტას, როგორც წარმოების ფაქტორებს, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს რესურსებისა და შემოსავლების მართებულ განაწილებასა და სარგებლიანობის (სახმარი ღირებულებები) შექმნის პროცესს.

ზემოხსენებულ საკითხებზე საინტერესო განზოგადებები აქვთ ქეინზს, მარშალს, მილს, მალთუსს, ვალრასს, შუმპეტერსა და სხვა ცნობილ ეკონომისტებს, რომლებიც მეტ-ნაკლებ მნიშვნელობას ანიჭებენ წარმოების, მომსახურების, მოთხოვნისა და მიწოდების სხვადასხვა ფაქტორს ეკონომიკის მართვის ეფექტიანი შედეგების უზრუნველსაყოფად, რაშიც, როგორც უკვე აღინიშნა, სულ უფრო მეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს უფლის ფაქტორის მართებულ და ეკონომიკის ქრისტიანული საფუძვლების მრავალფაქტორულ გააზრებებს გაწეული რაციონალური ხარჯების საფუძველზე.

განვითარების თანამედროვე ეტაპზე, სამედიცინო მომსახურების რაციონალიზაციისა და ხარჯების მინიმიზების თვალსაზრისით, განსაკუთრებით აქტუალური ხდება მცირე მეწარმეობის ხელშეწყობის პრობლემაც სამედიცინო ტექნიკის წარმოების, სამკურნალწამლო ინდუსტრიისა და ეკოლოგიურად სუფთა სასოფლო-სამეურნეო დარგების ობიექტებში, რაც საშუალებას მოგვცემს, საბოლოო ჯამში, არსებითად (4-5-ჯერ) გავაუმჯობესოთ ჯანდაცვის ხარისხობრივი და ხარჯტევადობის მაჩვენებლები. ამ მიმართებით, მნიშვნელოვან წინგადადგმულ

ნაბიჯად შეიძლება შეფასდეს მიმდინარე საგადასახადო რეფორმაც მცირე მეწარმეობის დამატებითი სტიმულირებისათვის.

მცირე ბიზნესის სტიმულირება ორიგინალურ მიდგომებს საჭიროებს სამედიცინო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მთავარი საკვები ბაზის – ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციის მწარმოებელ აგროსამრეწველო კომპლექსშიც, რითაც აღნიშნული ხარჯების შემცირებასთან ერთად, შეიძლება ავამოქმედოთ შრომისუნარიანი მოსახლეობის ნახევარზე მეტი. შიგა საგადასახადო სტიმულები, ბუნებრივია, იმპორტის რეგულირების სრულყოფილი მექანიზმებით უნდა შეივსოს. დემპინგური ფასებისა და დაბალი ხარისხის სასოფლო-სამეურნეო იმპორტის შემდგომი შეზღუდვა იმპორტშემცველი ზონების ადეკვატური გავრცელებით, საშუალებას მოგვცემს დამატებით დაახლოებით 10-12%-ით შევამციროთ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები და ფასები საავადმყოფოებში.

სტუდენტებს ევალუბათ მოთხოვნა-მიწოდების მრუდების აგება საბაზრო ფასების შეფასებით კონკრეტულ მაგალითებზე და, საჭიროების შემთხვევაში, დოტაციაზე ხარჯების განსაზღვრა.

8. ტექნიკური დონისა და კაპიტალშეიარაღების ამაღლების მნიშვნელობა

კომპიუტერული რევოლუციისა და მსოფლიო ეკონომიკის ფანტასტიკური ტექნიკური ნახტომებით განვითარების ეპოქაში, ბუნებრივია, ტექნიკური დონის მონიტორინგსა და მისი გავლენის შეფასებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხიან შედეგიანობაზე, სულ უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

ზემოაღნიშნულის თვალთახედვით, სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნას არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემის მიხედვით:

1) აქტიური ნაწილის (მანქანა-მოწყობილობები) ხვედრიწონა ძირითად კაპიტალში;

- 2) პროგრესული ტექნოლოგიების გამოყენების რაოდენობა და დონე;
- 3) ტექნიკური პარკის ასაკობრივი სტრუქტურა;
- 4) რობოტოტექნიკის, ავტომატებისა და ნახევრადავტომატების გამოყენების გავლენა ხარჯების შემცირებაზე;
- 5) სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლურობის წინსწრება კაპიტალშეიარაღებასთან შედარებით, რაც კაპიტალუკუგების ზრდის წინაპირობა უნდა გახდეს.

9. ხარჯების შესახებ ინფორმაციის მოთხოვნის პრობლემები

ბუნებრივია, მენეჯერული ხარჯების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება კერძო სამართლის იურიდიული პირებიდან (შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება, სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება, სააქციო საზოგადოება, კომანდიტური საზოგადოება, კოოპერატივი, ინდივიდუალური მეწარმე) მთელ რიგ პრობლემებთანაა დაკავშირებული და, გამომდინარე, სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესაძლოდ შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და შემუშავდეს რეკომენდაციები შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებით:

- 1) მენეჯერული ხარჯების სტრუქტურის ექსპერტული შეფასებები დელფის მეთოდის დახმარებითა და ჯგუფური დაკვირვების პრაქტიკის გამოყენებით;
- 2) პაციენტების გამოკითხვა მენეჯმენტის შესახებ ფსიქოანალიტიკური ხასიათის კითხვარით დასკვნების გასაკეთებლად;
- 3) ხარჯების სტრუქტურის სიმწიფის შეფასება პი-ენტროპიის მეთოდით (ხვედრიწონების ათობითი ლოგარითმების ჯამზე დაკვირვება), რაც ინფორმაციის მოპოვების მზარდ რაოდენობაზე დაკვირვების მექანიზმდაც გამოიყენება.

10. შემოსავლის სტრუქტურული ანალიზის სპეციფიკა

პი-ენტროპიის მეთოდით მიღებული დასკვნები, მიზანშეწონილია, განზოგადდეს შემოსავლების სტრუქტურული ანალიზისათვის და გაკეთდეს პრაქტიკული ხასიათის დასკვნები შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებებით:

- 1) მთლიან შემოსავლებში წმინდა შემოსავლების წვლილი;
- 2) წმინდა შემოსავლების ზრდის წინსწრება მთლიანი შემოსავლების ზრდასთან მიმართებაში (სააწარმოო ლევერიჯი), რაც ხარჯების შემცირების წინაპირობაა;
- 3) წმინდა მოგების წინსწრება წმინდა შემოსავლებთან მიმართებაში (ფინანსური ლევერიჯი), რაც რესურსების რაციონალური გამოყენების (დატვირთვის) წინაპირობაა.

11. მოგება და რენტაბელობის ინდექსები

სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემის მიხედვით:

- 1) საბალანსო მოგება (წმინდა შემოსავლები ანუ რეალიზებიდან შემოსავლები გაწეული ხარჯების გარეშე);
- 2) წმინდა მოგება (წმინდა შემოსავლები გადასახადების გამოქვითვით);
- 3) რენტაბელობის ROC (მოგების ფარდობა ხარჯებთან), ROP (მოგების ფარდობა ძირითადი და საბრუნავი კაპიტალების ჯამთან); ROE (მოგების ფარდობა საკუთარ კაპიტალთან); ROA (მოგების ფარდობა აქტივებთან); ROL (მოგების ფარდობა პერსონალთან); ROS (მოგების ფარდობა რეალიზებასთან); ROIC (მოგების ფარდობა ინვესტირებულ კაპიტალთან) ინდექსების მონიტორინგი.

12. გადასახადი მოგებაზე და ურთიერთობა სახელმწიფო ბიუჯეტთან

სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით მიხედვით:

- 1) რამდენად პროგრესულია მოგების გადასახადის მიმდინარე ტარიფი;
- 2) მოგებაზე გადასახადის შედარებითი ანალიზი გაერთიანებული ერების ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრი ქვეყნების მიხედვით;
- 3) საშემოსავლო გადასახადისა და სახელმწიფო ფინანსირების დინამიკის შედარებითი ანალიზი.

13. სამედიცინო ბაზრის კონკურენტულობის დონის შეფასება

სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემის მიხედვით:

- 1) საქართველოს სამედიცინო ბაზრების შეფასება ჰერფინდალ-ჰირშმანის ინდექსის გამოყენებით (ერთგვაროვანი ბაზრის მონაწილეთა ხვედრიწონების კვადრატების ჯამი);
- 2) საქართველოს სამედიცინო ბაზრების შეფასება კონკურენციის ძალის ჩვენი ინდექსების გამოყენებით (მათ შორის ბაზრის ტევადობისა და ყველაზე მსხვილი მიმწოდებლის ფარდობის საფუძველზე);
- 3) კონკურენტულობის რაციონალური დონეების შეფასება ინტეგრალური კოეფიციენტების გამოყენებით.

14. მენეჯერული გადაწყვეტილება და კომუნიკაციები

სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემის მიხედვით:

- 1) თანამედროვე ტექნიკური საშუალებების გამოყენების დონის შეფასება;
- 2) თანამედროვე კომუნიკაციების გამოყენების გავლენა მენეჯერული გადაწყვეტილებების ოპერატიულობაზე;
- 3) თანამედროვე კომუნიკაციების გამოყენების გავლენა მენეჯერული გადაწყვეტილებების ხარისხზე.

15. სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლურობა და მენეჯერული საქმიანობის ეფექტიანობის ტენდენციები

სტუდენტებთან ერთად, აუცილებელია შესწავლილ იქნეს არსებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები და გაკეთდეს ექსპერტული შეფასებები მაჩვენებელთა შემდეგი სისტემის მიხედვით:

- 1) შრომის ნაყოფიერების (პროდუქტიულობის) დონე საქართველოს ეკონომიკაში;
- 2) სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლურობა საქართველოში, მისი შედარებითი ანალიზი საერთაშორისო პრაქტიკის გათვალისწინებით;
- 3) სამედიცინო მომსახურების კაპიტალუკუგების ანალიზი;
- 4) სამედიცინო მომსახურების მასალაუკუგების ანალიზი;
- 5) საბრუნავი საშუალებების ბრუნთა რიცხვი და ბრუნვის ხანგრძლივობა;

6) სხვადასხვა ბიზნეს-პროექტების გამოსყიდვის ვადების შეფასება;

7) რისკების შეფასება შემთხვევითი სიდიდეებისა საშუალოკვადრატულ გადახრასა და ვარიაციაზე დაკვირვებით, შესაბამისად, ღონისძიებების დასახვა საფრთხეებისა და ხარჯების მინიმიზებისა და ეფექტიანობის მაჩვენებლების ასამაღლებლად.

დასკვნისათვის

ჯანდაცვითი ბიზნესის მართვისა და მენეჯერული ხარჯების შემცირების მიზნით, ჩვენს მიერ, უახლოესი სტრატეგიისათვის, შემოთავაზებულ იქნა ქსელური დელეგირების მექანიზმი, რაც, სახელმძღვანელოში მოცემულ სტანდარტულ მიდგომებთან ერთად, არაორდინალური ღონისძიებების აუცილებლობის წინაშე გვაყენებს, ეკონომიკური ეფექტიანობის სწრაფი ამაღლებისა და ადამიანების ცხოვრების ხარისხის არსებითი გაუმჯობესებისათვის.

გამოყენებული წყაროები

სულ უფრო მზარდი სიჩქარეების კონკურენტულ გარემოში, ჩემს შრომებთან ერთად, სტუდენტების ყურადღება, უპირველესად, მინდა მივაპყრო უახლეს ქართულ და საზღვარგარეთულ წყაროებზე, სადაც, სასიხარულოა, რომ სულ უფრო სრულყოფილად განიხილება სახელმძღვანელო თემატიკასთან დაკავშირებული საკითხები:

1. ფირცხალავა დ. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვისა და განვითარების საკითხები, თბილისი, გეომედი, მაგისტრანტთა შრომების ფონდი.

2. ამყოლაძე გ. ამყოლაძე ი. ლომსაძე-კუჭავა მ. ორგანიზაციის თეორია და მენეჯმენტის საფუძვლები.
3. ამყოლაძე გ. ამყოლაძე ი. ჩხენკელი მ. საწარმოთა ეკონომიკის, სამეწარმეო საქმიანობისა და მარკეტინგის განმარტებითი ლექსიკონი.
4. ამყოლაძე გ. სამეწარმეო საქმიანობის ეკონომიკა და მეწარმის უნარ-ჩვევები.
5. მ. ბარამიძე, გ. ხასია. მაკროეკონომიკა (სახელმძღვანელო).
6. ლომსაძე-კუჭავა მათა, გიორგაძე ხათუნა. ეკონომიკა და მარკეტინგი.
7. ცერცვაძე ა. ხანთაძე გ. ვეკუა დ. სადაზღვევო საქმე.
8. გერზმავა ო. და სხვ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. – თბილისი, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და ამერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირის ფინანსური მხარდაჭერით.
9. ღვედაშვილი ნ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა.
10. ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი (თსუ ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის მენეჯმენტისა და ადმინისტრირების კათედრის ავტორთა კოლექტივი).
11. სამადაშვილი უ. ბიზნესის საფუძვლები.
12. ვერულავა თ. შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის “კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები” შრომების კრებულში. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. 2017: 72-78.
13. ინასარიძე ლ. სოსელია მ. როსტიაშვილი თ. ჰოსპიტალური სამსახურის მენეჯმენტის სრულყოფის გზები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში (რეცენზენტები საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტიდან, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტიდან, კავკასიის უნივერსიტეტიდან). - თბილისი, 2017.
14. კანკაძე ჯ. რუხაძე თ. ტაბატაძე გ. კანკაძე ა. - უახლესი ეკონომიკური ლექსიკონი. - თბ., სტუ, 2018.
15. სურგულაძე გ. პეტრიაშვილი ლ. ბიტარიშვილი მ. კორპორაციული მენეჯმენტის დაპროგრამების ტექნოლოგია. - თბ., სტუ, 2017.

16. ბალიაშვილი ე. ლუდუშაური მ. პირტახია ი. სტრატეგიული მენეჯმენტი. - თბ., 2017.
17. მეფარიშვილი ბ. ჯანელიძე გ. მონაცემთა მენეჯმენტის თანამედროვე სისტემები. - თბ., 2018.
18. Health Care Management (Stephen M. Shortell, Phd; Arnold D. Kaluzny, Phd). – NY, Fourth Edition.
19. Essentials of Health Economics/ Diane M. Dewar, United States.
20. Donald J. Trump with Tony Schwartz “The Art of the Deal”. – New York, Random House.
21. Donald J. Trump: The Deals and the Downfall. – Harper Collins Publisjers. New York.
22. Business Management. – Herbalife, 2018.
23. ლორთქიფანიძე რ. ბიზნესის მართვა მენეჯერული ხარჯების შემცირებისათვის ჯანდაცვაში (სახელმძღვანელო). - თბილისი, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკის ციფრული ფონდი „ივერიელი“, 2018.
24. ლორთქიფანიძე რ. ჯანდაცვითი პოლიტიკის სპეციფიკა განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნებისათვის. - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2018, N2 (14), გვ. 37-41. http://dspace.nplg.gov.ge/bitstream/1234/276655/1/Medicinis_Da_Menejmentis_Tanamedrove_Problemebi_2018_N2.pdf
25. ლორთქიფანიძე რ. ინოვაციური საკადრო პოლიტიკის შესახებ. - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2018, N1 (13), გვ. 56-66.
26. ლორთქიფანიძე რევაზ, ჩლაიძე დავით, საკადრო და საინფორმაციო პოლიტიკის პრიორიტეტების შესახებ მენეჯმენტში (საქართველოს ჯანდაცვის მაგალითზე). - თბილისი, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკის ციფრული ფონდი „ივერიელი“, 2018.
27. Lordkipanidze R. My Wonderful Harvard Course “U.S. Public Policy: Social, Economic and Foreign Policies”. – Tbilisi, Philanthropic Research Academy named after Economist A. Gunia for the Georgian Peliament Digital Library, 2018.

28. ლორთქიფანიძე რ. ბაზრის კონკურენტულობის შეფასების ამერიკული გამოცდილება და ჩვენი რეკომენდაციები პრაქტიკაში დამკვიდრებული „სენსაციური“ თეორიული ხარვეზების დასაძლევად. - თბილისი, თსუ, ამერიკისმცოდნეობის მე-19 ყოველწლიური საერთაშორისო კონფერენცია, 2018, 17-19 მაისი.
29. Lordkipanidze R. Some misconceptions about perfect competition in economic theory and urgent recommendations for practice. – Internet-Journal PRO-Economics, 2018, No. 4.
30. ლორთქიფანიძე რ. კონკურენციის თეორიის „სენსაციური“ ფარული ხარვეზები და გადაუდებელი რეგულაციები. - თბილისი, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკის ციფრული ფონდი „ივერიელი“, 2018.
31. კონკურენტული საერთაშორისო ბიზნესი და ეფექტიანი სახელმწიფო ნეიროეკონომიკური მექანიზმები (სახელმძღვანელო პრინციპები მონოგრაფიული კვლევების საფუძველზე სტუდენტებისა და სპეციალისტებისათვის ეკონომიქსის, საჯარო ადმინისტრირებისა და მარკეტინგის საკითხებზე). - თბილისი, საქველმოქმედო კვლევების აკადემია საქართველოს პარლამენტის ციფრული ბიბლიოთეკისათვის, 2018.
32. ლორთქიფანიძე რ. ეკონომიკური კონკურენციის კლასიკური თეორიის ზოგიერთი ნაკლოვანება და პერსპექტივები ეფექტიანი მომავლისთვის. თბილისი, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა, ციფრული ბიბლიოთეკა „ივერიელი“, 2018.
33. ლორთქიფანიძე რ. კონკურენციის თეორიის „სენსაციური“ ხარვეზები და რეკომენდაციები კონკურენტულობის დონის აუდიტის სრულყოფისათვის. - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2017, N4 (12), გვ. 68-73.
34. ლორთქიფანიძე რ. ჩლაიძე დ. სტეფნაძე ნ. ებრელიძე ს. ქსელური მენეჯმენტი და ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტები. - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2017, N4 (12), გვ. 61-67.
35. ლორთქიფანიძე რ. მენეჯმენტის სრულყოფის თეორიული საფუძვლები (ქსელური დელეგირების კონკურენტუნარიანობა და ეფექტიანობა). - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2017, N3 (11), გვ. 55-60.
36. ლორთქიფანიძე რ. ადამიანის კეთილდღეობის, სახელმწიფო შემოსავლებისა და ცხოვრების ხანგრძლივობის ურთიერთკავშირის შესახებ. -

ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2017, N1-2 (9-10), N1, გვ. 38-43.

37. ლორთქიფანიძე რ. თანამედროვე მენეჯმენტის სახელმძღვანელო პრინციპები (კონკურენტული ქსელური დელეგირების ეფექტიანობა). - თბილისი, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკის ციფრული ფონდი „ივერიელი“, 2017.

38. ლორთქიფანიძე რ. საერთაშორისო კონკურენციის ძალა (ბიზნესისა და სამართლის ფუნდამენტალური საფუძვლებისათვის). თბილისი, 2017, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა, ციფრული ბიბლიოთეკა „ივერიელი“, ISBN 978-9941-0-9633-4, <http://dspace.nplg.gov.ge/handle/1234/193397>, ინგლისურ ენაზე.

39. ლორთქიფანიძე რ. სალექციო-მეთოდოლოგიური მასალა მენეჯერული ხარჯებისა და გლობალური საფინანსო კონტროლის საკითხებზე. თბილისი, წმ. ქაშვეთში მოღვაწე მამა ღვთისოს კურთხევით, 2016, საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა, ციფრული ბიბლიოთეკა „ივერიელი“.

40. ლორთქიფანიძე რ. ბიზნესის მართვა ჯანდაცვაში (სალექციო-მეთოდური მასალა). - თბილისი, უნივერსიტეტი გეომედი, 2013.

41. ლორთქიფანიძე რ. მენეჯერული ხარჯები ჯანდაცვაში (სახელმძღვანელო). - თბილისი, უნივერსიტეტი გეომედი, 2013.

42. ლორთქიფანიძე რ. მენეჯერული ხარჯების ეფექტიანობა ჯანდაცვაში. - თბილისი, უნივერსიტეტი გეომედი, 2012.

43. ლორთქიფანიძე რ. ჯანდაცვაში მენეჯერული საქმიანობის ხარჯები, ფინანსური მონიტორინგი და პერსონალის ეფექტიანობა (სახელმძღვანელო ლექციებისა და ბიზნესის მართვის პრაქტიკისათვის). – თბ., უნივერსიტეტი გეომედი (ელექტრონული ფონდი), 2012.

44. ლორთქიფანიძე რევაზ, ჯანდაცვაში მენეჯერული საქმიანობის ხარჯები (ეკონომიკური თეორიისა და პრაქტიკის საკითხები). – თბილისი, გეომედი, 2011.

45. ლორთქიფანიძე რ. გადაწყვეტილებები მენეჯერული ხარჯების შემცირებისათვის ჯანდაცვაში. - ყოველკვარტალური საერთაშორისო რეცენზირებადი რეფერირებადი სამეცნიერო შრომათა კრებული „მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები“, ISSN 1512-4169, 2018, გადაცემულია გამოსაქვეყნებლად.

დანართები

დანართი 1

საავადმყოფოს, პოლიკლინიკის, ამბულატორიის, სააფთიაქო დაწესებულების, სამედიცინო პროფილის კვლევითი ცენტრისა და გამაჯანსაღებელი ტურისტული ცენტრის ხარჯების საგარეუდო სტრუქტურა (საშუალო პროცენტული მაჩვენებლები, ექსპერტული შეფასება)

ხარჯების სტრუქტურა	საავად- მყოფო	პოლიკ- ლინიკა	ამბულა- ტორია	აფთი- აქი	კვლე- ვითი	ტურის- ტული
1. ხელფასი და მასზე დანარიცხები	34	26	22	20	15	30
2. მედიკამენტებისა და სახვევის საშუალებების შეძენის ხარჯები	10	29	40	48	1	6
3. სამედიცინო აპარატურისა და ინვენტარის შეძენის ხარჯები	15	14	14	5	3	7
4. კვების პროდუქტების შეძენის ხარჯები	6	2	1	1	3	15
5. ხარჯები შენობა-ნაგებობებზე	20	11	8	5	10	21
6. მივლინებისა და სამსახურეობრივი მიმოსვლის ხარჯები	3	2	1	3	2	1
7. პერსონალური სატრანსპორტო საშუალებებისა და რბილი	6	8	7	11	4	15

ავეჯის შემენის ხარჯები						
8.მიმდინარე სამეურნეო-საკანცელარიო და სხვადასხვა ზედნადები ხარჯები	4	7	6	5	59	4
9.სხვა ხარჯები	2	1	1	2	3	1

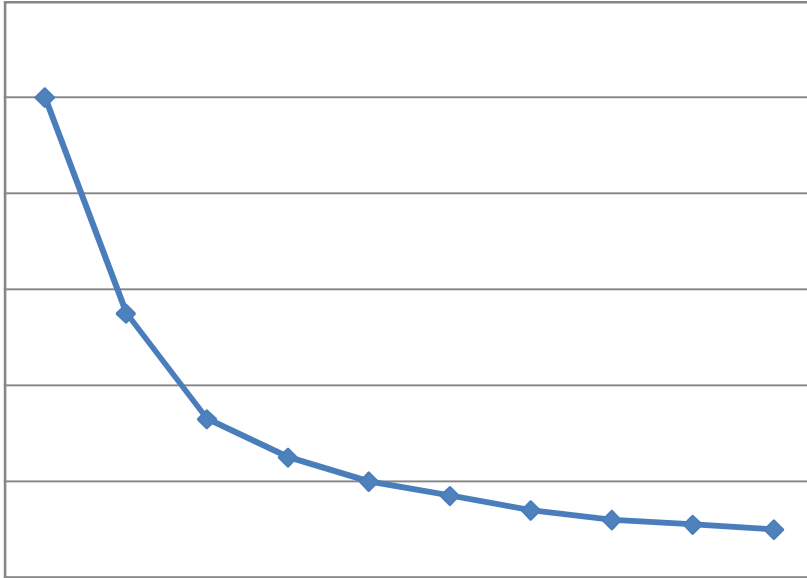
დანართი 2

**რენტაბელობის დონე ჯანდაცვასა და მის ობიექტებში
(საშუალო პროცენტული მაჩვენებლები, ექსპერტული შეფასება)**

ობიექტი	1980	1995	2025 (სავარაუდო)
ჯანდაცვა	15	7	16
საავადმყოფოები	16	3	19
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურება	13	1	20
აფთიაქები	23	7	24
კვლევითი ინსტიტუტები	8	-	9
სხვადასხვა,მ.შ. საკურორტო-გამაჯანსაღებელი ცენტრები	18	5	20

ხარჯები და საავადმყოფოს ზომა (ექსპერტული შეფასება)

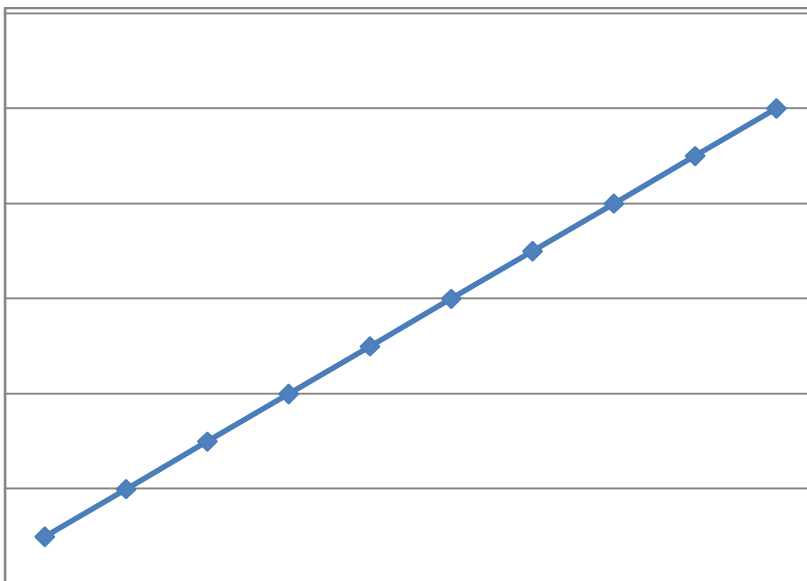
ერთ საწოლზე ხარჯი



საწოლების რაოდენობა

ჯანდაცვის ობიექტებში ხარჯები პროგრესულ სამეცნიერო ინფორმაციაზე და შემოსავლები მომსახურებიდან (ექსპერტული შეფასება)

შემოსავლები



ხარჯები სამეცნიერო ინფორმაციაზე

საქართველოს კანონი
ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

+

თავი I. ზოგადი დებულებანი

+

მუხლი 1

+

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

მუხლი 2

+

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, ამ კანონის და სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 3

+

გამოყენებულ ცნებებს, თუ კანონში არ არის განსაკუთრებული მითითება, აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) ავტონომია პაციენტის – პაციენტის უფლება, დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი;

ბ) აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;

გ) არამართვადი ინფექციები – ინფექციური დაავადებები, რომელთა წინააღმდეგ არ არსებობს სპეციფიკური პროფილაქტიკის მაღალეფექტური საშუალებები;

დ) დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა – უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

დ¹) დამოუკიდებელი საექთნო საქმიანობა – შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის შედეგებზედაც ის პასუხს აგებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

ე) დონორი – ცოცხალი ადამიანი ან გარდაცვლილი, რომლისგანაც იღებენ ორგანოს, ორგანოთა ნაწილს, ქსოვილს სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის ან სხვა ადამიანის მკურნალობის მიზნით;

ვ) ევთანაზია – უკურნებელი სენით დაავადებული, სიკვდილისწინა სტადიაში მყოფი ავადმყოფის სიცოცხლის განზრახ შეწყვეტა მისივე თხოვნით;

ზ) ენდემური დაავადება – განსაზღვრულ ტერიტორიაზე მოქმედი მავნე ფაქტორებით ან ჯანმრთელობისათვის აუცილებელი რაიმე ფაქტორის დეფიციტით გამოწვეული დაავადება;

ზ¹) ვაუჩერი – სახელმწიფოს მიერ მიზნობრივი ჯგუფისათვის გადაცემული, მიმოქცევადი მატერიალიზებული ან/და არამატერიალიზებული ფორმის ფინანსური

ინსტრუმენტი, რომელიც განკუთვნილია სამედიცინო მომსახურების ან პირადი დაზღვევის დასაფინანსებლად;

თ) თანდაყოლილი დაავადება – ჰიპოთირეოზი, ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია ან ადრენოგენიტალური სინდრომი;

ი) განსაკუთრებით საშიში პათოგენები – იმ განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევი, მაღალი გადამდებლობის მქონე ბიოლოგიური აგენტები და ტოქსინები, რომლებსაც შეუძლიათ მძიმე ზიანი მიაყენონ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას;

კ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ;

კ¹) კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;

კ²) კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანამიმდევრობა, რომლებსაც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი;

ლ) კრიტიკული მდგომარეობა – ჯანმრთელობის მოშლის ფორმა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეშია და დაუყოვნებელი მკურნალობის გარეშე სიკვდილი გარდაუვალია;

მ) მეორე აზრი – ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზის, მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შესახებ იმ სპეციალისტის აზრი, რომელსაც პაციენტი მიმართავს მკურნალი ექიმის გვერდის ავლით იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ არის დარწმუნებული დიაგნოზისა და მკურნალობის სისწორეში ან განზრახული სამკურნალო მეთოდის გამოყენებას თან სდევს სერიოზული შედეგები (მაგალითად, დამასახიჩრებელი ოპერაცია);

ნ) მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა – „სოციალური სიკვდილი“, ქრონიკული უგონო მდგომარეობა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიფხიზლისა და ძილის მონაცვლეობა და, ამავე დროს, ქცევითი ან თავის ტვინის აქტიურობისათვის დამახასიათებელი გაცნობიერებული ქმედებების, გარემო გამღიზიანებლებზე და მოვლენებზე ადეკვატური რეაქციის არარსებობა;

ო) მცდარი სამედიცინო ქმედება – ექიმის მიერ უნებლიედ პაციენტის მდგომარეობისათვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც მიყენებული ზიანის უშუალო მიზეზი გახდა;

ო¹) მხარდაჭერის მიმღები – საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მე-12 მუხლის მე-4 და მე-5 ნაწილებით განსაზღვრული პირები;

პ) ნაგულისხმები თანხმობა – სიტუაცია, როდესაც პაციენტმა მიმართა ექიმს სამედიცინო დახმარების მისაღებად, ხოლო ეს უკანასკნელი, მიუხედავად წერილობითი ან სიტყვიერი შეთანხმების არსებობისა, გაესაუბრა მას, გასინჯა და ა.შ. ამ მომენტიდან ექიმს ეკისრება კანონით გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა პაციენტის მიმართ;

ჟ) პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა – გვამის გაკვეთა სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმის მიერ სიკვდილის მიზეზის ან/და დაავადების დიაგნოზის დადგენის, სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით;

რ) პაციენტი – პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს სამედიცინო დახმარებით;

ს) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით, აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;

ტ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;

ტ¹) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება – სამედიცინო დახმარება, რომლის გარეშეც გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება;

ტ²) ოჯახის ექიმი – ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უფლება აქვს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს ყველა ასაკის ორივე სქესის პირს;

ტ³) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარი – ნორმატიული აქტით დადგენილი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ პროფილაქტიკური აცრების ჩატარების ასაკობრივი მაჩვენებლები, ვადები და წესები;

ტ⁴) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;

ტ⁵) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებით შემსუბუქება;

უ) რეანიმაცია – სიცოცხლის აღდგენისათვის გამოყენებული ღონისძიებების კომპლექსი;

ფ) რეციპიენტი – პაციენტი, რომლისათვისაც გადანერგვის მიზნით განკუთვნილია დონორისაგან აღებული ორგანოები, ორგანოთა ნაწილები ან ქსოვილები;

ფ¹) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა – სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლისა და, შესაბამისად, კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობის გზით;

ქ) განსაკუთრებით საშიში ინფექციები – მაღალი პათოგენობის მქონე ბიოლოგიური აგენტებით გამოწვეული დაავადებები, რომლებიც განსაკუთრებულ რისკს უქმნის ადამიანის ან/და ცხოველის ჯანმრთელობას;

დ) სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა – ადამიანზე ან ცხოველზე ჩატარებული ნებისმიერი ექსპერიმენტი, რომლის ერთადერთი ან ერთ-ერთი მიზანია მედიცინის სფეროში ცოდნის გაღრმავება;

ე) სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;

შ) სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი – სამედიცინო დახმარების იმ მოცულობის ჩამონათვალი, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს;

ჩ) სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო – ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფესიული საქმიანობის პროცესში პაციენტის ფიზიკური, ფსიქიკური მდგომარეობის, მისი საზოგადოებრივი ან სამსახურებრივი საქმიანობის, ოჯახური ან პირადი ცხოვრების შესახებ მიღებული ინფორმაცია; მოიცავს ექიმისათვის მიმართვის ფაქტსაც, აგრეთვე, სიკვდილის გარემოებებს;

ჩ¹) სამედიცინო საქმიანობა (სამედიცინო მომსახურება) – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან, გაუმჯობესებასთან და აღდგენასთან (ფსიქიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ფიზიკურ რეაბილიტაციასთან), პალიატიურ მზრუნველობასთან, პაციენტის სამედიცინო მოვლასთან, პროთეზირებასთან, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირებასთან, პაციენტის სამედიცინო განათლებასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზასთან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებთან და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეულ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებულ თანმხლებ მომსახურებასთან და ხორციელდება დადგენილი წესით;

ც) სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით;

ც¹) ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი – ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი და სხვა პირები, რომელთა საქმიანობაც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან, სასამართლო - სამედიცინო ექსპერტიზასთან, ასევე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები, სამედიცინო და ჯანმრთელობის სერვისების მენეჯერები;

ც²) სამედიცინო ტექნოლოგიები – სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციურ-ტექნოლოგიური მოწყობის წესი;

ც³) საოჯახო მედიცინა – პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული სამედიცინო დისციპლინა, დამოუკიდებელი და სხვა დისციპლინებისაგან განსხვავებული პროფესიული მზადების, კვლევისა და კლინიკური საქმიანობის სისტემით;

ც⁴) სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა – საპროცესო მოქმედების წარმოებისას წამოჭრილი სამედიცინო-ბიოლოგიური საკითხების დადგენის პროცესი;

ძ) სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტები – ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოყენებული პრეპარატები, რომელთა მუდმივი მიღება აუცილებელია სიცოცხლის, ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად (მაგ. ინსულინი);

ძ¹) სპეციალობის აღწერილობა – იმ საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, რომელთა ცოდნა და ათვისება აუცილებელია ამა თუ იმ საექიმო სპეციალობაში დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმისათვის;

წ) ტერმინალური სტადია – უკურნებელი დაავადების ან მდგომარეობის სიკვდილისწინა სტადია;

ჭ) ტვინის სიკვდილი – თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ზედა სეგმენტების ფუნქციების სრული და შეუქცევადი შეწყვეტა სუნთქვისადა სისხლის მიმოქცევის სპეციალური საშუალებებით შენარჩუნების ფონზე;

ხ) უწყვეტი სამედიცინო განათლება – უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებასა და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა);

ხ¹) უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების შემდგომი პროფესიული მზადება, რომელიც ეფუძნება პრაქტიკულ საექიმო საქმიანობას და რომლის მიზანია საექიმო სპეციალობის დაუფლება;

ხ²) უწყვეტი პროფესიული განვითარება – უმაღლესი სამედიცინო განათლების და უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მომდევნო პერიოდი, რომელიც გრძელდება დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში და არის საექიმო საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. მისი მიზანია თანამედროვე მედიცინის მიღწევებთან და ტექნოლოგიებთან დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შესაბამისობის უზრუნველყოფა;

ჯ) ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა – შრომის, ყოფაცხოვრების, დასვენების, კვების, სწავლების, აღზრდის, რადიაციული და ქიმიური უსაფრთხოების განმსაზღვრელი სანიტარიულ-ჰიგიენური წესებისა და ნორმების და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესების დაცვაზე ზედამხედველობა, ქვეყნის საზღვრებზე სახელმწიფო სანიტარიულ-ჰიგიენურ და სანიტარიულ-საკარანტინო ზედამხედველობასთან დაკავშირებული საკითხები;

ჰ) ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ჯანმრთელობის განმტკიცება) – ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განსამტკიცებლად მიმართული საგანმანათლებლო, სოციალური, ეკონომიკური, გარემოს და პროფესიული ფაქტორების კომპლექსი;

ჰ¹) ეპიდემიოლოგიური კონტროლი – გადამდები დაავადებების ეპიდემიური პროცესის მართვის პროფილაქტიკურ და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა სისტემა.

ჰ²) (ამოღებულია);

ჰ³) ამოუცნობი გვამი – გვამი, რომლის აღმოჩენის შემდეგ, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად განხორციელებული ღონისძიებების მიუხედავად, დადგენილ ვადაში ვერ მოხერხდა მისი იდენტიფიცირება და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო;

ჰ⁴) უპატრონო გვამი – გვამი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, მაგრამ გარდაცვლილის ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის ან მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირის დადგენა (მოძიება) შეუძლებელია, და რომლის დაკრძალვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო, ან გვამი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, გარდაცვლილის ნათესავი, კანონიერი წარმომადგენელი ან მემკვიდრეობის მიღებაზე უფლებამოსილი სხვა პირი დადგენილია (მოძიებულია), მაგრამ იგი უარს აცხადებს მის დაკრძალვაზე;

ჰ⁵) შერჩევითი კონტროლი – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენტური ორგანოს მიერ დარღვევის რისკის შეფასების შესაბამისად განხორციელებული ადმინისტრაციული ქმედება.

ჰ⁶) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094);

ჰ⁷) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094);

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73
 საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144
 საქართველოს 2003 წლის 6 ივნისის კანონი №2331 – სსმ I, №19, 01.07.2003 წ., მუხ.125
 საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162
 საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163
 საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317
 საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149
 საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171
 საქართველოს 2007 წლის 8 ივნისის კანონი №4921 - სსმ I, №22, 19.06.2007წ., მუხ.202
 საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262
 საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75
 საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282
 საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509
 საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.
 საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.
 საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.
 საქართველოს 2018 წლის 18 აპრილის კანონი №2156 – ვებგვერდი, 04.05.2018წ.
 საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 4

+

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;
- ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;
- გ) ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;
- დ) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და მისი მართვადობის უზრუნველყოფა;
- ე) პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილი პირის დისკრიმინაციისაგან დაცვა სამედიცინო დახმარების გაწევისას;
- ვ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;
- ზ) მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;
- თ) ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- ი) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;
- კ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ლ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ექიმთა სერტიფიცირების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემისათვის;

მ) სახელმწიფოს, საზოგადოების, თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;

ნ) სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანი არსებობა;

ო) მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;

პ) სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება; სახელმწიფო სექტორის ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების თვითანაზღაურებისა და თვითმმართველობის უზრუნველსაყოფად საფინანსო, სამეურნეო, სახელშეკრულებო ურთიერთობებისა და მართვის სისტემის ავტონომია კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

ჟ) არსებული რესურსების შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო-ბიოლოგიური და ჯანმრთელობის დაცვის კვლევათა დაფინანსება, ამ მიზნით კერძო სექტორიდან სახსრების მოსაზიდად ხელსაყრელი პირობების შექმნა;

რ) პროფესიული გაერთიანებების, აგრეთვე სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვების, სათანადო პროექტების შემუშავების, პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით;

ს) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094).

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

თავი II. მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

+

მუხლი 5

+

საქართველო ს მოქალაქეს ა და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება აქვთ , ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით ,რასაც გან ა ხორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი , განურჩევლად საკუთრებისა და სამართლებრივი ფორმისა .

საქართველოს 2012 წლის 25 მაისის კანონი №6301 – ვებგვერდი, 12.06.2012წ.

მუხლი 6

+

1. დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი დამოკიდებულების გამო.

2. დაუშვებელია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53
საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 7

+

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს მისთვის გასაგები ფორმით მიიღოს ამომწურავი და ობიექტური ინფორმაცია, აგრეთვე, მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გარდა ამ კანონის 41-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

მუხლი 8

+

1. სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკურ და პალიატიური მზრუნველობის პროცესებში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა. სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვალი, რომელთა ჩატარებისათვის აუცილებელია წერილობითი თანხმობა, განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

2. სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე ავადმყოფის და ჯანმრთელი მოხალისის უფლებები დაცულია საქართველოს კანონმდებლობით და ადამიანზე ბიოსამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების აღიარებული საერთაშორისო ნორმებით.

3. სამედიცინო განათლების პროცესში პაციენტის მონაწილეობის აუცილებელი პირობაა ზეპირი ინფორმირებული თანხმობა.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 9

+

პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევაზე, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით და ამ კანონის 76-ე მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, აგრეთვე, უფლება აქვს უარი თქვას სამეცნიერო კვლევაში ან სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობაზე.

მუხლი 10

+

ყველა ქმედუნარიან პირს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება განუკურნებელი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში აღმოჩენის შემთხვევაში მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 11

+

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის სამედიცინო ჩარევის ჩატარება, სამედიცინო განათლებისა და სამეცნიერო კვლევის პროცესში მისი ჩართვა დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის მიერ წარსულში (როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი) განცხადებული ნების

გათვალისწინებით, ხოლო ასეთი ნების არარსებობისას – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 12

+

მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევის აუცილებლობისას ან მისი სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის დროს სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება მხოლოდ პაციენტის ინტერესების გათვალისწინებით.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 13

+

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა, მათ შორის, შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში. სამედიცინო დახმარება გაიწევა ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით.

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 14

+

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და, ან სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით. ხელშეკრულება უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

თავი III. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა, ორგანიზაცია და დაფინანსება

+

მუხლი 15

+

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომ – სამინისტრო), რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 16

+

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

ა) ექიმთა სერტიფიცირება, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირება, სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემა;

ბ) სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;

გ) საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლების) დამტკიცება;

დ) სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება;

ე) ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;

ვ) პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;

ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;

თ) სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;

ი) სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელის შეწყობა;

კ) სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი;

ლ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელის შეწყობა სათანადო ინსტიტუციური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით;

მ) (ამოღებულია - 19.02.2015, №3094).

2. სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლისადმი დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირების მიერ შესაბამისი უფლებამოსილების განხორციელებისათვის საქართველოს მთავრობის დადგენილებით შესაძლებელია დაწესდეს მომსახურების საფასური და მისი განაკვეთები, განისაზღვროს საფასურის გადახდისა და გადახდილი საფასურის დაბრუნების წესები, აგრეთვე საფასურის გადახდისაგან გათავისუფლების პირობები.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 16¹. (ამოღებულია)

+

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

საქართველოს 2015 წლის 19 თებერვლის კანონი №3094 - ვებგვერდი, 27.02.2015წ.

მუხლი 17

+

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მუნიციპალიტეტის უფლებამოსილებები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4633 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

მუხლი 18

+

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო მართვაში, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში, მონაწილეობენ პროფესიული გაერთიანებები და სხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებები.

მუხლი 19

+

1. სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონით ან ვაუჩერის საშუალებით.

2. სახელმწიფო დაფინანსებით მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით.

3. ვაუჩერის გამოყენებით სამედიცინო მომსახურება ან პირადი დაზღვევა, მათ შორის, ვაუჩერის განაღდება და განაღდებასთან დაკავშირებული ოპერაციები, არ არის სახელმწიფო შესყიდვა.

4. ვაუჩერი პერსონიფიცირებულია. მისი მესაკუთრე შეიძლება იყოს პირი ან პირთა წრე (ოჯახი, თემი და სხვა). არასრულწლოვნის უფლებების რეალიზება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

5. ვაუჩერის პირობების თანახმად, მის მესაკუთრეს აქვს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის თავისუფლად არჩევის უფლება.

6. სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის სადაზღვევო ვაუჩერის გადაცემა გათანაბრებულია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებულ სადაზღვევო შესატანთან (პრემიასთან).

7. საქართველოს კანონმდებლობით განისაზღვრება გონივრული ვადა, რომლის გაშვებისას სადაზღვევო ორგანიზაციის შეურჩევლობის შემთხვევაში შერჩევა (გამოვლენა) შეიძლება განხორციელდეს ვაუჩერის პირობებით.

8. იმ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის გამოვლენა, რომელიც თანახმაა ვაუჩერის პირობებით მომსახურების გაწევაზე, შეიძლება განხორციელდეს აღნიშნული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ან სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის პირობებით დადგენილი წესით ნების გამოხატვის საფუძველზე.

9. ერთნაირი ვაუჩერებით მათი მესაკუთრეები სამედიცინო ან სადაზღვევო მომსახურებას იღებენ თანაბარი პირობებით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე.

10. განკარგული ვაუჩერის განაღდება ხორციელდება შესაბამისი გამნაღდებელი საბიუჯეტო ორგანიზაციის მიერ ვაუჩერის წარმდგენი ორგანიზაციებისათვის თანხის გაცემით.

11. ვაუჩერის პირობები (მათ შორის, ვაუჩერის მიმღები ორგანიზაციების ნების გამოხატვის, ვაუჩერის გაცემის წესები, სამედიცინო მომსახურებათა ნუსხა, ვაუჩერის ღირებულება, აგრეთვე ვაუჩერის გამოყენებასთან და ანაზღაურებასთან დაკავშირებული საკითხები და სხვა) განისაზღვრება საქართველოს კანონით ან/და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 20

+

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ოფიციალური სტატისტიკის მართებულობას, სიზუსტეს, დროულობას და საჯაროობას კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი ვალდებულია სამედიცინო-სტატისტიკური ინფორმაცია დადგენილი წესით მიაწოდოს სამინისტროს.
საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 21

+

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო უნაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დამტკიცებული ანაზღაურებისა და დაფინანსების წესების მიხედვით.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

მუხლი 22. (ამოღებულია)

+

საქართველოს 2007 წლის 25 მაისის კანონი №4816 - სსმ I, №19, 01.06.2007წ., მუხ.171

თავი IV. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭება

+

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 23

+

1. სახელმწიფო სერტიფიკატის მინიჭების მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა არაკომპეტენტური სამედიცინო პერსონალის საქმიანობისაგან.

2. სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელ სპეციალისტს უნარი აქვს, აწარმოოს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 24

+

1. სერტიფიცირება არის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დონის შეფასება მედიცინის ცალკეულ სპეციალობაში, რაც ხორციელდება უნიფიცირებული სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის მეშვეობით.

2. სერტიფიცირება სავალდებულოა დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების მოსაპოვებლად.

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 25. (ამოღებულია)

+

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

მუხლი 26

+

სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება წარიმართება „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონისა და საქართველოს სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების შესაბამისად.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს 2011 წლის 28 დეკემბრის კანონი №5665 - ვებგვერდი, 11.01.2012წ.

თავი V. სამედიცინო საქმიანობა

+

მუხლი 27

+

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი მოწოდებულია ინდივიდის, ოჯახის და მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის დასაცავად. სამედიცინო საქმიანობის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 28

+

დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ შესაბამისი სამედიცინო განათლების მქონე პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი შესაბამის სპეციალობაში.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 29

+

1. საქართველოს ან უცხო ქვეყნის მოქალაქეს ან მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელმაც განათლება ან დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლება საზღვარგარეთ მიიღო, საქართველოში საქმიანობის განხორციელება შეუძლია მხოლოდ საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარების ან/და დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლების მოპოვების შემდეგ.

2. უცხო ქვეყნის საგანმანათლებლო დოკუმენტების აღიარება ხდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 30

+

1. სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით – ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის, თანაგრძნობის პრინციპებით, აგრეთვე პროფესიული ეთიკის შემდეგი ნორმებით:

ა) იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად;

ბ) არ გამოიყენოს თავისი პროფესიული ცოდნა და გამოცდილება ჰუმანიზმის პრინციპების საწინააღმდეგოდ;

გ) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს თავისუფალი და დამოუკიდებელი, არ იმოქმედოს ანგარებით;

დ) იზრუნოს პროფესიული საქმიანობის პრესტიჟის ამაღლებაზე, პატივისცემით მოეპყრას კოლეგებს.

2. სამედიცინო დაწესებულება და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალი ვალდებული არიან დაიცვან ინტერესთა შეუთავსებლობის შემდეგი ნორმები:

ა) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში პაციენტებთან ურთიერთობისას არ იმოქმედონ ანგარებით, მათ შორის, მესამე პირის სასარგებლოდ;

ბ) არ შევიდნენ გარიგებაში რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებასთან ან/და ფარმაცევტულ კომპანიასთან იმ მიზნით, რომ პირადი კომერციული დაინტერესების საწინააღმდეგოდ გამოიყენებენ პაციენტებს და ამით რაიმე მატერიალურ სარგებელს ნახავენ;

გ) პროფესიული სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების პროცესში დაუშვებელია ფარმაცევტული პროდუქტის განმასხვავებელი ნიშნის მქონე სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების გამოყენება.

3. ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების დარღვევა გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულების ან/და ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

4. აკრძალულია პირმა, თავისი თანამდებობრივი ან სხვაგვარი უპირატესობიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და ინტერესთა შეუთავსებლობის ნორმების საწინააღმდეგო ქმედება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 31

+

იმ სამედიცინო სპეციალობათა ნუსხას, რომელთა მიღება დასტურდება სახელმწიფო საგანმანათლებლო სერტიფიკატით, ერთობლივად შეიმუშავენ სამინისტრო და

საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო და ამტკიცებს საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო.
საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 32

+

1. სამინისტრო განსაზღვრავს:

- ა) დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადების გზით მიღებული საექიმო და საექთნო სპეციალობების ნუსხას;
- ბ) მომიჯნავე საექიმო სპეციალობების ნუსხას;
- გ) მომიჯნავე საექთნო სპეციალობების ნუსხას;
- დ) სხვა სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას;
- ე) იმ სამედიცინო სპეციალობების ნუსხას, რომლებშიც ეკრძალება მუშაობა ამა თუ იმ დაავადების მქონე დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტს.

2. ექიმს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება აქვს მხოლოდ სახელმწიფო სერტიფიკატში აღნიშნულ სპეციალობაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტს სჭირდება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება ან/და აღენიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა და შესაბამისი სპეციალობის ექიმის მოძიება ვერ ხერხდება.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 33

+

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ პირს, რომელმაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღო დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 34

+

ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას.

მუხლი 35

+

სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ, სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება „მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მეორე გენერალური ასამბლეის 1948 წლის ქენევის დეკლარაცია“.

მუხლი 36

+

ექიმს უფლება აქვს, სამედიცინო დახმარება გაუწიოს პაციენტს, თუ იგი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს, გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, ან თუ, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, პაციენტი, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების გაწევისას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 37

+

ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ:

ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;

ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება.

მუხლი 38

+

1. ექიმი ვალდებულია აღმოუჩინოს პაციენტს სამედიცინო დახმარება და უზრუნველყოს მისი უწყვეტობა, თუ:

ა) არსებობს ოფიციალურად გაფორმებული (წერილობითი) ან სიტყვიერი შეთანხმება;

ბ) გამოხატულია სიცოცხლისათვის საშიში, მათ შორის თვითმკვლელობის მცდელობით განპირობებული მდგომარეობა, ან პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას ექიმის სამუშაო ადგილზე.

2. ყველა სხვა შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების აღმოჩენასთან დაკავშირებული მოვალეობანი, მათ შორის მისი უწყვეტობის უზრუნველყოფის მოვალეობა, ექიმს ეკისრება მაშინვე, როდესაც იგი იწყებს სამედიცინო დახმარებას.

მუხლი 39

+

არასამუშაო ადგილზე შესაძლებლობების ფარგლებში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ექიმის, ისევე, როგორც ნებისმიერი მოქალაქის, მოვალეობაა. ამ დროს დაუშვებელია რაიმე საზღაურის მოთხოვნა.

მუხლი 40

+

ექიმი ვალდებულია პაციენტებისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით.

მუხლი 41

+

ექიმი ვალდებულია პაციენტს სრული ინფორმაცია მიაწოდოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გამონაკლის შემთხვევაში პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების საკითხი რეგულირდება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ. საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 42

+

მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამომიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.

მუხლი 43

+

1. ექიმი და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პერსონალი ვალდებული არიან:

ა) დადგენილი წესით აწარმოონ ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში;

ბ) არასამუშაო ადგილზე სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას წერილობით ასახონ და დანიშნულებისამებრ გადასცენ ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ.

2. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი (შემდგომ – მინისტრი).

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 44

+

ექიმი ვალდებულია პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებულ პირს სამედიცინო დახმარება გაუწიოს მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება ამ პირის მძიმე მდგომარეობის გამო შეუძლებელია. ექიმი აგრეთვე ვალდებულია უარი თქვას ისეთ ჩარევაზე, რომელიც სამედიცინო და ეთიკურ ნორმებს ეწინააღმდეგება.

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 45

+

სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია შესაბამის დაწესებულებებს დადგენილი წესით გადასცეს ინფორმაცია:

- ა) გადამდები დაავადების დიაგნოზის დადგენისას ან ასეთზე ეჭვის მიტანისას;
- ბ) სხეულის ფიზიკური, ქიმიური, სხივური, თერმული დაზიანების შემთხვევაში;
- გ) უპატრონო ან ამოუცნობი გვამის შესახებ.

მუხლი 46

+

თუ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში სათანადო ანაზღაურების მიღება არ არის ექიმისა და პაციენტის შეთანხმების საგანი, დაწესებულება შრომის ხელშეკრულების (კონტრაქტის) შესაბამისად უზრუნველყოფს ექიმს ადეკვატური ანაზღაურებით.

მუხლი 47

+

სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, მედიცინის ცალკეულ სპეციალობებში, აგრეთვე ზოგიერთ რეგიონში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისთვის შეიძლება დაწესდეს შეღავათები და დანამატები ხელფასზე. აღნიშნული სპეციალობებისა და რეგიონების ჩამონათვალს ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა.

საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116

საქართველოს 2000 წლის 13 დეკემბრის კანონი №691 – სსმ I, №50, 27.12.2000 წ., მუხ.147

საქართველოს 2003 წლის 29 იანვრის კანონი №1955 – სსმ I, №5, 19.02.2003 წ., მუხ.31

საქართველოს 2005 წლის 23 დეკემბრის კანონი №2476 - სსმ I, №56, 28.12.2005წ., მუხ.416

საქართველოს 2013 წლის 20 სექტემბრის კანონი №1241 – ვებგვერდი, 08.10.2013წ.

მუხლი 48

+

სახელმწიფო ქმნის პირობებს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნის გაღრმავებისა და, შესაბამისად, პროფესიული სტატუსის ამაღლების უზრუნველსაყოფად.

მუხლი 49

+

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალს უფლება აქვს, დაესწროს და მონაწილეობა მიიღოს საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებულ პროფესიულ შეკრებაში ან სხვა სახის ღონისძიებაში, მისი ჩატარების ადგილისა და დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 50

+

მცდარი სამედიცინო ქმედებისათვის ექიმი პასუხს აგებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 51

+

ექიმს უფლება აქვს, პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, გამოწეროს და/ან დანიშნოს ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი და მკურნალობის მეთოდი.

მუხლი 52

+

გენური თერაპია დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) მისი მიზანია ფატალური დაავადების პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა;

ბ) არ არსებობს მკურნალობის სხვა, უფრო მარტივი და უსაფრთხო მეთოდი;

გ) მიღებულია პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა;

დ) მეცნიერების განვითარების თანამედროვე დონე შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს, რომ მკურნალობა არ გამოიწვევს ადამიანის შთამომავლობის გენომის არასასურველ შეცვლას.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

თავი VI. სამედიცინო დაწესებულება

+

მუხლი 53

+

1. სამედიცინო დაწესებულება არის საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას. სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო რესურსებში სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული წილი შეადგენს არანაკლებ 75%-ს, ხოლო მის ბალანსზე არსებული ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური ღირებულების არანაკლებ 75%-ისა გათვალისწინებულია ამ მუხლის მე-2 პუნქტში აღნიშნული ფუნქციების განსახორციელებლად.

1¹. წინა წელთან შედარებით შიდა სტანდარტებით შესრულებული სამედიცინო მომსახურებით და სხვა ეკონომიკური საქმიანობით მიღებული შემოსავლის 100% რჩება სამედიცინო დაწესებულების განკარგულებაში, რომლის განაწილებას ეკონომიკური კლასიფიკატორის მიხედვით, როგორც წესი, ახდენს დაწესებულების ხელმძღვანელი სამეთვალყურეო საბჭოსთან შეთანხმებით, ამასთან, შრომის ანაზღაურების ფონდი უნდა შეადგენდეს შემოსავლის არანაკლებ 30%-ს.

2. სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციაა:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა;

ბ) დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია ან/და პალიატიური მზრუნველობა;

გ) სამედიცინო საქმიანობა;

დ) ფარმაცევტული საქმიანობა;

ე) (ამოღებულია);

ვ) გვამის პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევა, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა;

ზ) ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება.

2¹. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია პაციენტს გაუწიოს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება ამ კანონის 38-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ შემთხვევებში.

3. სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებები ვალდებული არიან დაიცვან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162

საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2017 წლის 28 ივნისის კანონი №1116 - ვებგვერდი, 10.07.2017წ.

მუხლი 54

+

1. სამედიცინო საქმიანობის სფეროში შესაბამისი უფლების დამადასტურებელ დოკუმენტს (ლიცენზიას ან/და ნებართვას) გასცემს სამინისტრო.

2 . (ამოღებულია).

3. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხას ამტკიცებს მინისტრი.

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 55

+

შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის /ნებართვის გაუქმების წესი განისაზღვრება „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით .

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 56

+

სამედიცინო დაწესებულების მიერ ისეთი სამედიცინო საქმიანობის განხორციელება , რო მელიც საქართველოს კანონმდებლობითეკვემდებარება ლიცენზიის ან /და ნებართვის მიღებას , არ შეიძლება განხორციელდეს სათანადო ლიცენზიის ან /და ნებართვის გარეშე .

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 57

+

1. სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება იყოს სამეწარმეო ან არასამეწარმეო იურიდიული პირი.

2. სამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს „მეწარმეთა შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად;

3. არასამეწარმეო სამედიცინო დაწესებულება თავის საქმიანობას ახორციელებს საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 58

+

1. სამედიცინო დაწესებულება, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით, სარგებლობს პროფესიული და საფინანსო დამოუკიდებლობით.

2. სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება შეიქმნას ფონდი მცდარი სამედიცინო ქმედების გამო სამედიცინო პერსონალის მიმართ საჩივრის აღძვრის შემთხვევისათვის. ფონდი იქმნება სამედიცინო პერსონალის შენატანებისა და კანონმდებლობით ნებადართული სახსრებისაგან.

მუხლი 59

+

1. სამედიცინო დაწესებულება საქმიანობას წარმართავს თავისი წესდების მიხედვით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. სამედიცინო დაწესებულება, საკუთარი შემოსავლების ფარგლებში, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, განსაზღვრავს შრომის ორგანიზაციისა და ანაზღაურების წესს, ფორმას და ოდენობას.

3. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ნარდობლივია. მისი ოდენობა და პირობები განისაზღვრება:

ა) ცალკეულ სპეციალობებში მაქსიმალური დატვირთვის ნორმატივით, რომელსაც დადგენილი წესით ამტკიცებს სამინისტრო;

ბ) შრომის ხელშეკრულებით (კონტრაქტით) სამედიცინო დაწესებულებასა და ცალკეულ მუშაკს შორის.

4. (ამოღებულია).

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 60

+

1. პაციენტისათვის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლების ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით ფორმდება ხელშეკრულება, რომელშიც ასახულია გასაწევი სამედიცინო მომსახურების და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები და ოდენობა. თუ პაციენტი მცირეწლოვანია ან არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ხელშეკრულება ფორმდება მის ნათესავთან ან კანონიერ წარმომადგენელთან.

2. სამედიცინო მომსახურების პროცესში და მისი დამთავრების შემდეგ ამ მუხლის პირველ პუნქტში აღნიშნული მხარეები ვალდებული არიან ზუსტად შეასრულონ ხელშეკრულების პირობები. თუ ერთ-ერთი მხარე უარს განაცხადებს ხელშეკრულების შესრულებაზე, მეორე მხარეს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს.

3. თუ მცირეწლოვანი ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის არმქონე პაციენტი, მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი უარს განაცხადებს ხელშეკრულების გაფორმებაზე, რაც დადასტურდება დადგენილი წესით გაფორმებულ აქტში, და პაციენტს არ აღენიშნება კრიტიკული მდგომარეობა, სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს, უარი განაცხადოს მკურნალობის დაწყებაზე.

4. მაღალმთიან რეგიონში ჯანმრთელობის დაცვა ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. სახელმწიფო უზრუნველყოფს მაღალმთიან

რეგიონში სამედიცინო დაწესებულებების შენარჩუნებასა და განვითარებას. ამის პარალელურად მაღალმთიან რეგიონში დასაშვებია კერძო სამედიცინო მომსახურების განხორციელება და მედიკამენტების რეალიზაცია საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

საქართველოს 2018 წლის 18 აპრილის კანონი №2156 – ვებგვერდი, 04.05.2018წ.

მუხლი 61

+

სახელმწიფო, შესაძლებლობის ფარგლებში, უზრუნველყოფს სამედიცინო ინფორმატიკის და სამედიცინო სტატისტიკის დაწესებულებების, სამედიცინო საინფორმაციო (კომპიუტერული) რესურსცენტრების და სამედიცინო ბიბლიოთეკების ტექნიკურ აღჭურვას და მოდერნიზებას.

მუხლი 62

+

სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებებისა და სამედიცინო ეთიკის ნორმების დაცვის უზრუნველსაყოფად იქმნება სამედიცინო ეთიკის კომისია; კომისიის შექმნის საფუძვლები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 63

+

ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით აკონტროლებს სამინისტრო.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 63¹

+

1. სამედიცინო საქმიანობა, რომელიც ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში ხორციელდება და მაღალ რისკს შეიცავს, რეგულირდება სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით და ექვემდებარება სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას.

2. ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობების (შემდგომ – მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობა) ჩამონათვალი განისაზღვრება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

3. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტი მიიღება მთავრობის დადგენილებით. იგი შეიცავს მოთხოვნებს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების, ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით.

4. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულება მოწმდება შერჩევითი კონტროლით, მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული წესის შესაბამისად. მისი შეუსრულებლობა იწვევს პასუხისმგებლობას საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

5. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის შესრულების შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება მხოლოდ ამ მუხლის მე-2

პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრულ, შეტყობინებისადმი დაქვემდებარებულ საქმიანობებზე. ამასთანავე, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის ხელმისაწვდომობა დაინტერესებული პირებისათვის.

6. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის შემოწმება შერჩევითი კონტროლით ხორციელდება წელიწადში ერთხელ . ამ შემთხვევაში არ გამოიყენება „სამეწარმეო საქმიანობის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე -3 მუხლის მე -2 პუნქტი .

7. თუ სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელი ახორციელებს ლიცენზიით/ნებართვით გათვალისწინებულ საქმიანობას, მას უფლება აქვს, შეტყობინების გარეშე აწარმოოს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული რომელიმე საქმიანობა იმ შემთხვევაში, თუ მისი სალიცენზიო/სანებართვო პირობები მოიცავს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტით გათვალისწინებულ მოთხოვნებს და თუ ეს საქმიანობა ხორციელდება ერთ ფაქტობრივ მისამართზე. ამ შემთხვევაში შერჩევითი კონტროლი ხორციელდება მხოლოდ „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული მოთხოვნების შესაბამისად.

8. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა უნდა შეიცავდეს ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული სამედიცინო საქმიანობის (საქმიანობების) დასახელებას, პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს, მისამართს, საკონტაქტო ინფორმაციას.

9. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის /მომსახურების მიმწოდებელთათვის დადგენილი სავალდებულო შეტყობინების ფორმა შესაძლებელია შეივსოს ელექტრონულად .

10. მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმასა და წესს ამტკიცებს მინისტრი. ეს წესი უნდა ითვალისწინებდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მოქმედი მიმწოდებლებისათვის სავალდებულო შეტყობინების განსხვავებულ ვადას.

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

საქართველოს 2013 წლის 13 დეკემბრის კანონი №1776 - ვებგვერდი, 28.12.2013წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

თავი VII. წამალი და ფარმაცევტული საქმიანობა

+

მუხლი 64

+

მოსახლეობის ხარისხიანი, უსაფრთხო და ეფექტიანი ფარმაცევტული პროდუქციით უზრუნველყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტის წარმოების, იმპორტის, დისტრიბუციის, რეალიზაციის მიმართ სახელმწიფო მოთხოვნების და მათი შესრულების კონტროლი რეგულირდება შესაბამისი კანონმდებლობით.

საქართველოს 1999 წლის 9 ივნისის კანონი №2088 – სსმ I, №24(31), 26.06.1999 წ., მუხ.116

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

თავი VIII. სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობები და სამედიცინო ტექნოლოგიები

+

მუხლი 65. (ამოღებულია)

+

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
 საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

მუხლი 66

+

სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობის საპროექტო დამუშავება, წარმოება, ექსპლუატაცია და შეკეთება ხორციელდება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 67

+

1. სამინისტრო შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან ერთად ახორციელებს სამედიცინო ტექნიკური ნაკეთობების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების შემუშავებასა და დანერგვას.

2. გაზომვის საშუალების ტიპის დამტკიცება, მისი რეესტრში შეტანა, იმპორტი და წარმოება ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

თავი IX. ფსიქიატრიული დახმარება

+

მუხლი 68

+

სახელმწიფო ხელს უწყობს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთათვის სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას.

მუხლი 69

+

ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა, საზოგადოების დაცვა ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიში ქმედებისაგან, აგრეთვე, ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებები და მოვალეობები, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულებთან, წესრიგდება საქართველოს კანონით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“.

თავი X. სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმირება და ეპიდემიოლოგიური კონტროლი

1

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 70

+

1. ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა სახელმწიფოს მოვალეობაა. სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებსა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებებს შეიმუშავებს და ამტკიცებს სამინისტრო.

2. უწყებრივ სანიტარიულ-ჰიგიენურ წესებსა და ნორმებს ამტკიცებს სამინისტრო.

3. მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და სათანადო ზედამხედველობის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით.

4. საქართველოში მოქმედი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები, წესები და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის მოთხოვნები უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო ნორმებს.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 71

+

1. საქართველოს მოსახლეობის უფლება რადიაციულ უსაფრთხოებაზე ხორციელდება ღონისძიებათა კომპლექსით, რომელიც ითვალისწინებს:

ა) მაიონიზებული გამოსხივების წყაროების გამომყენებელი ფიზიკური და იურიდიული პირების მიერ რადიაციული უსაფრთხოების დაწესებული მოთხოვნების შესრულებას;

ბ) ადამიანის ორგანიზმზე მაიონიზებული გამოსხივების ზეზღვრული დოზის მოქმედებისა და გარემოს რადიაქტიური დაბინძურების აღკვეთას.

2. გარემოს რადიაციული მონიტორინგისათვის, მოსახლეობის რადიაციული უსაფრთხოებისათვის პასუხისმგებელია სახელმწიფო.

მუხლი 72

+

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოსა და სხვა ფაქტორების უარყოფითი გავლენის თავიდან აცილების მიზნით შემუშავებული და დამტკიცებული სანიტარიულ-ჰიგიენური, სანიტარიულ-ეპიდემიასაწინააღმდეგო წესებისა და ღონისძიებების შესრულება სავალდებულოა ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედი ნებისმიერი ფიზიკური, აგრეთვე იურიდიული პირისათვის, საკუთრების, ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარების მიუხედავად.

თავი XI. დაავადებათა კონტროლი

+

მუხლი 73

+

1. გადამდები (მათ შორის, ზოოანთროპონოზური, ზოონოზური ბუნების), ენდემური დაავადებების, ეპიდემიების და განსაკუთრებით გავრცელებული არაგადამდები დაავადებების კონტროლი ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. სამინისტრო ადამიანთა და ცხოველთა განსაკუთრებით საშიში ზოოანთროპონოზური დაავადებებისა და ტოქსიკოინფექციებისაგან დაცვის მიზნით, სახელმწიფო ხელისუფლების

შესაბამის დაწესებულებებთან ერთად შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს და ახორციელებს ურთიერთშეთანხმებულ ღონისძიებებს.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4633 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 74

+

სამინისტრო ადგენს განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხას და შეიმუშავებს განსაკუთრებით გავრცელებული გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, მათ შორის, ენდემური დაავადებების, ეპიდემიოლოგიური შესწავლის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებებს.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 75

+

სახელმწიფო სამინისტროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციების საფუძველზე ხელმძღვანელობს ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებათა კომპლექსს:

ა) იმუნოპროფილაქტიკურ და საკარანტინო ღონისძიებებს;

ბ) სათანადო სამკურნალო, პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს გადამდები დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე მოქალაქეთათვის;

გ) სხვადასხვა ობიექტის ინფიცირებისაგან დაცვას და ინფიცირებული ობიექტების გაუვნებლებას;

დ) ეპიდსაწინააღმდეგო ვითარებაში გადამტანების წინააღმდეგ ბრძოლას;

ე) სამედიცინო პერსონალის ეპიდემიოლოგიური მზადყოფნისათვის საჭირო ღონისძიებების განხორციელებას.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 76

+

განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადების არსებობაზე დასაბუთებული ეჭვის დასადასტურებლად მოქალაქეთა შემოწმების საჭიროებისას ეს უკანასკნელნი ვალდებული არიან

ნ ჩაიტარონ ყველა სათანადო გამოკვლევა ; გამოკვლევის ჩატარებისას დაცული უნდა იქნეს მოქალაქეთა ღირსება და მათი ძირითადი უფლებები .

მუხლი 77

+

განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ექსპორტ-იმპორტი რეგულირდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 78

+

სამინისტრო შეიმუშავებს და ამტკიცებს პროფილაქტიკური აცრების ეროვნულ კალენდარს და მისი განხორციელებისათვის საჭირო სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 79

+

სამინისტრო განსაზღვრავს იმ ენდემური დაავადებების ნუსხას, რომელთა კონტროლი, მკურნალობა სამედიცინო დაწესებულებაში და სათანადო დაფინანსება სახელმწიფოს პრეროგატივაა.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

თავი

XII . სოციალურად საშიში დაავადებები და დაავადებები , რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას

+

მუხლი 80

+

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ღონისძიებების განხორციელებას. ამ საქმიანობას სახელმწიფო კერძო სამართლის იურიდიულ პირებთან თანამშრომლობით ახორციელებს. ტუბერკულოზთან ბრძოლის მიზანია ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა, საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების თავიდან აცილება, ტუბერკულოზით დაავადებული ცალკეული პაციენტების განკურნება და მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაცია.

2. საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების ორგანიზების ძირითადი სამართლებრივი, ორგანიზაციული და ფინანსური პრინციპები განისაზღვრება, ტუბერკულოზის კონტროლთან და ტუბერკულოზით დაავადებული პირის უფლებებთან და მოვალეობებთან დაკავშირებული საკითხები წესრიგდება „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონით.

საქართველოს 2015 წლის 11 დეკემბრის კანონი №4633 - ვებგვერდი, 23.12.2015წ.

მუხლი 81

+

სახელმწიფო წარმართავს ენტერული და პარენტერული ჰეპატიტების პროფილაქტიკის , დიაგნოსტიკის , დისპანსერულიმეთვალყურეობის , მკურნალობისათვის საჭირო ღონისძიებებს .

მუხლი 82

+

სამინისტრო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის საჭირო ღონისძიებებს წარმართავს თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური ვითარების გათვალისწინებით, მოსახლეობაში საგანმანათლებლო მუშაობის, მისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდების გზით. სახელმწიფო განსაზღვრავს თავის პოლიტიკას პროსტიტუციის მიმართ და ქვეყანაში შექმნილი მდგომარეობის მიხედვით ახორციელებს სათანადო ღონისძიებებს.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 83

+

საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის, მოვლისა და ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს აწესრიგებს საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“.

საქართველოს 2009 წლის 17 ნოემბრის კანონი №2043 - სსმ I, №37, 30.11.2009წ., მუხ.277

მუხლი 84

+

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების განზრახ გავრცელება ისჯება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 85

+

სახელმწიფო , ნაკისრი ვალდებულებების ფარგლებში , იმ დაავადებების მქონე პირებს , რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ ჩანაცვლებითმკურნალობას (შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი და სხვა) უზრუნველყოფს სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტებით , დაავადებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით , ფიზიკური , ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაციით .

თავი XIII. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა

+

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85¹

+

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ვალდებულებები აისახება შესაბამის სახელმწიფო და ადგილობრივ პროგრამებში.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 85²

+

საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებისათვის საქართველოს ორგანული კანონის „ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი“ შესაბამისად იქმნება ქალაქებისა და რაიონების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები, რომელთა მეთოდურ ხელმძღვანელობას ახორციელებს სამინისტრო.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 85³

+

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების კომპეტენციას განეკუთვნება:

ა) ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა აღრიცხვისა და შეტყობინების სისტემის ჩამოყალიბება, მიღებული მონაცემების ანალიზი და პროგნოზირება;

ბ) ეპიდზედამხედველობა და ეპიდკონტროლი დაავადებათა მიზეზების, მათი გადაცემის გზების და რისკფაქტორების გამოვლენისა და შესწავლის მიზნით;

გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და მოსახლეობისათვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება და რეკომენდაციების მომზადება ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენების მიზეზების, გავრცელებისა და კონტროლის შესახებ;

დ) გადამდები, მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების შეზღუდვის ან აღმოფხვრის ღონისძიებების დაგეგმვა;

ე) უსაფრთხო სისხლით უზრუნველყოფისათვის საჭირო ღონისძიებების დაგეგმვა;

ვ) არაინფექციური (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური დაავადებების, ტრავმების, იოდის და სხვა მიკროელემენტების, ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეული და სხვა) დაავადებების პროფილაქტიკა;

ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისათვის ხელშეწყობა;

თ) ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფისათვის ხელშეწყობა.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 86

+

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით სახელმწიფო მხარს უჭერს თამბაქოს წევი ს და ალკოჰოლის ნაწარმის ჭარბი გამოყენებისაპროფილაქტიკო ღონისძიებებს და ქმნის მათი განხორციელების მექანიზმებს . საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოწევადა მცირეწლოვანთათვის თამბაქოსა და ალკოჰოლური ნაწარმის მიყიდვა წესრიგდება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 87

+

ნებადართული პრეპარატების არასწორი მოხმარების და აკრძალული პრეპარატების გამოყენების აღსაკვეთად საჭირო ღონისძიებები მოიცავს სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნას, მათი გამოყენების შემთხვევების ადრეულ გამოვლენას და მოხმარებლების მკურნალობას, საგანმანათლებლო მუშაობას და რისკის ჯგუფის საპროფილაქტიკოდ გამიზნული ღონისძიებების განხორციელებას.

თავი XIV. (სათაური ამოღებულია)

+

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 88

+

დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობისათვის ხელშეწყობა სახელმწიფო პრიორიტეტია; სახელმწიფოქმნის წანამდგრებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის და მკვიდრებაში ახალგაზრდული, არასამთავრობო ორგანიზაციების, ჯანმრთელობისდაცვის სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების მონაწილეობისათვის, განსაკუთრებით სასწავლო, სამუშაო და დასასვენებელ - გასართობდაწესებულებებში დაავადებების განვითარების რისკის შესამცირებლად.

მუხლი 89

+

სახელმწიფო განსაზღვრავს სტრატეგიულ მიმართულებებს, შეიმუშავებს სათანადო პროგრამებს დაავადებათა პროფილაქტიკისა დამოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის ხელშესაწყობად, განსაკუთრებით ბავშვთა და მოზარდთა შორის და უზრუნველყოფს მათგანხორციელებას.

მუხლი 89¹

+

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, მათ შორის, საოჯახო მედიცინის, განვითარებისათვის აუცილებელ სამართლებრივ ბაზას და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობის წესს შეიმუშავებს სამინისტრო.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

თავი XV. მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვა საგანგებო მდგომარეობების – სტიქიური უბედურების და ტექნიკური კატასტროფების დროს

+

მუხლი 90

+

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოქალაქეთა ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების დაცვისათვის სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოები, სამედიცინო დაწესებულებები და შესაბამისი პროფესიული გაერთიანებები

ნებები მონაწილეობენ მოსალოდნელი კატასტროფების სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამების შემუშავება -განხორციელებაში .

მუხლი 91

+

სამინისტრო სახელმწიფო ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან ერთად, სტიქიური უბედურებისა და ტექნიკური კატასტროფის სამედიცინო უზრუნველყოფისათვის საჭირო სამობილიზაციო რეზერვის პირველი რიგის მატერიალურ ფასეულობათა მარაგის დაგროვებას, დაკომპლექტებას, გამოყენებისათვის მზადყოფნას და პერიოდულ განახლებას ახორციელებს დადგენილი წესით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 92

+

სამედიცინო დაწესებულებებს უნდა ჰქონდეთ სამინისტროსთან შეთანხმებული საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების გეგმა, რომელიც ეროვნული რეაგირების გეგმის შესაბამისი იქნება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 93

+

საგანგებო მდგომარეობის, ეპიდემიური აფეთქების ეპიდემიის შედეგად დაზიანებულთა და დაავადებულთა სამედიცინო დახმარების ხარჯებს სახელმწიფო გაიღებს.

საქართველოს 2001 წლის 20 ივნისის კანონი №974 – სსმ I, №20, 03.07.2001 წ., მუხ.73

თავი XVI. პროფესიული დაავადებები

+

მუხლი 94

+

სამინისტრო განიხილავს და ამტკიცებს პროფესიული დაავადებების ნუსხას და იმ პროფესიული საქმიანობების ჩამონათვალს, რომლებსაც თან ახლავს პროფესიული დაავადების განვითარების რისკი.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 95

+

დამსაქმებელი ვალდებულია მიაწოდოს მუშაკს ამომწურავი ინფორმაცია საწარმოში ან დაწესებულებაში პროფესიული დაავადების განვითარების რისკის თაობაზე , მავნე ფაქტორების არსებობისა და მათი ზეგავლენის თავიდან აცილებისათვის საჭირო ღონისძიებათა შესახებ .

თავი XVII. სამედიცინო განათლება

+

მუხლი 96

+

საამისოდ უფლებამოსილ სამედიცინო სასწავლო დაწესებულებებში საექიმო , ფარმაცევტულ , საექთნო და სხვა სამედიცინოსპეციალობებზე სწავლება მიმდინარეობს უმაღლესი და საშუალო პროფესიული განათლების ფორმით , სახელმწიფო საგანმანათლებლოსტანდარტების შესაბამისად .

მუხლი 97

+

1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ექიმის პროფესიული მზადება-დახელოვნება მოიცავს უმაღლესისშემდგომ პროფესიულ მზადებას და უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას.

2. უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების მიზანია რომელიმე საექიმო სპეციალობის დაუფლება, ხოლო უწყვეტი პროფესიული განვითარების მიზანი – ექიმის პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნება მის საექიმო სპეციალობაში, ისე, რომ მისი თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევები შეესაბამებოდეს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებსა და ტექნოლოგიებს.

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 98

+

1. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღება ხდება ერთსაფეხურიანი სწავლების საფუძველზე, სპეციალური უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამის შესაბამისად.

2. სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დიპლომირებულ კურსდამთავრებულს უფლება აქვს:

ა) გაიაროს უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების კურსი და სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ მიიღოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება;

ბ) განახორციელოს კვლევითი და პედაგოგიური საქმიანობა მედიცინის თეორიულ დარგებში ან ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროში, რომელიც არ გულისხმობს დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობას;

გ) იმუშაოს უმცროს ექიმად.

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 99

+

ექიმის უმაღლესისშემდგომი პროფესიული მზადების საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 100

+

ექიმის უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტები, შესაბამისი ფორმები და მათში ექიმის მონაწილეობის შეფასების კრიტერიუმები და წესი განისაზღვრება საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და სხვა საკანონმდებლო აქტებით.
საქართველოს 2005 წლის 13 მაისის კანონი №1435 - სსმ I, №25, 02.06.2005წ., მუხ.163

მუხლი 101

+

სამედიცინო და ფარმაცევტული პროფილის კოლეჯები და სხვა პროფესიული საგანმანათლებლო დაწესებულებები პროფესიულ კადრებს ამზადებენ სამინისტროს და საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ შემუშავებული და საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული პროგრამების მიხედვით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 102 (ამოღებულია)

+

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XVIII. ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებლობა

+

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 103

+

ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესებისათვის ან სიკვდილისათვის, ან პაციენტისათვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 104

+

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს ექიმს, ექთანს, მედიცინის სხვა მუშაკს ან სამედიცინო დაწესებულებას უჩივლოს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციაში, ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ორგანოში, სასამართლოში, ან დავის გამომწვევ სხვა ორგანოში.

თავი XIX. სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა

+

მუხლი 105

+

სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის დროს ადამიანის , როგორც სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის ობიექტის , უფლებები დალაბორატორიული ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების პრინციპები დაცული უნდა იქნეს საქართველოს კანონმდებლობი და დასაერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად .

მუხლი 106

+

ნებისმიერი სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევა უნდა შეესაბამებოდეს საქართველოში მიღებულ სამეცნიერო კვლევის ნორმებს , რომლის საფუძველია ლაბორატორიული ცდების და ცხოველებზე ექსპერიმენტების ზედმიწევნით ზუსტად ჩატარება და სათანადოლიტერატურის ამომწურავი ცოდნა . ადა მანსა ან ცხოველებზე წარმოებული სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის მიზნები , ამოცანები ,მეთოდები , მოსალოდნელი შედეგები და კვლევის რისკი მითითებული უნდა იყოს კვლევის სამეცნიერო გეგმაში . ნებისმიერი კვლევაუნ და ჩატარდეს ამ გეგმის ფარგლებში .

მუხლი 107

+

კვლევის სამეცნიერო გეგმა განხილული და რეცენზირებული უნდა იქნეს მკვლევარისა და დამფინანსებლისაგან დამოუკიდებელისპეციალური კომისიის და სამედიცინო ეთიკის კომისიის მიერ .

მუხლი 108

+

ადამიანის მონაწილეობით დაგეგმილი სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის დაწყებამდე უნდა მოხდეს კვლევის რისკის და კვლევისმოსალოდნელი დადებითი შედეგების ურთიერთშედარება . სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას , ადამიანის , როგორცკვლევის ობიექტის ინტერესები და კეთილდღეობა უფრო მნიშვნელოვანია , ვიდრე მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესები . კვლევისრისკი შემცირებული უნდა იქნეს მინიმუმამდე . იგი არ უნდა აჭარბებდეს კვლევის ობიექტისთვის მოსალოდნელ სარგებლობას და / ანკვლევის მიზნების მნიშვნელობას .

მუხლი 109

+

ადამიანს , როგორც სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს , წინასწარ უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია კვლევის მიზნების , მეთოდების , მოსალოდნელი შედეგების , კვლევის რისკის და მასთან დაკავშირებული შესაძლო დისკომფორტის შესახებ . სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს მასში მონაწილე პირის წერილობით გაფორმებულ ინფორმირებული თანხმობის გარეშე .ადამიანს , როგორც სამედიცინო -

ბიოლოგიური კვლევის ობიექტს , აუცილებლად უნდა ეცნობოს მისი უფლების შესახებ უარი თქვასკვლევაში მონაწილეობაზე კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე , მიუხედავად მის მიერ წინასწარ გაცხადებული თანხმობისა .

მუხლი 110

+

მხარდაჭერის მიმღები შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მან მიიღო შესაბამისი მხარდაჭერა. მცირეწლოვანი შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი ამ კანონის 108-ე მუხლში მოცემული პირობებით, თუ იგი არ გამოხატავს რაიმე წინააღმდეგობას და მიღებულია მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 111

+

კვლევის დროს დაცული უნდა იყოს მცირეწლოვნების, ორსულების, მეძუძური ქალების უფლებები. ამ კატეგორიის პირი მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება იყოს სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის ობიექტი, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მისთვის პირდაპირი და მნიშვნელოვანი სარგებლობის მომტანი იქნება, ან მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები ამ პირის ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობის მომტანი არ იქნება, მაგრამ სარგებლობას მოუტანს ამავე კატეგორიის სხვა პირებს, და მსგავსი მეცნიერული შედეგების მიღება სხვა კატეგორიის პირების გამოკვლევისას შეუძლებელია.

საქართველოს 2015 წლის 20 მარტის კანონი №3367 - ვებგვერდი, 31.03.2015წ.

მუხლი 112

+

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირი სარგებლობს ამ კანონის 108-ე და 109-ე მუხლებით გათვალისწინებული ყველა უფლებით. სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევაში ამ პირის მონაწილეობა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევის შედეგები მის ჯანმრთელობას პირდაპირ და მნიშვნელოვან სარგებლობას მოუტანს.

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 112¹

+

1. დასაშვებია, უპატრონო გვამი ან/და ამოუცნობი გვამი ან მისი ანატომიური სტრუქტურები სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოიყენონ იმ საგანმანათლებლო ან/და სამეცნიერო დაწესებულებებმა, რომლებიც ახორციელებენ სამედიცინო, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო პროგრამებს, აგრეთვე სამედიცინო და საექსპერტო დაწესებულებებმა, თუ პირის სიკვდილის ფაქტი საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით დაადასტურა სამედიცინო დაწესებულების მკურნალმა ექიმმა, პათოლოგანატომმა (კლინიკურმა პათოლოგმა), სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტმა ან სხვა დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა და ამ ფაქტის დადგენიდან 1 თვის განმავლობაში გვამი მიჩნეულ იქნა უპატრონო გვამად ან ამოუცნობ გვამად ამ კანონის შესაბამისად.

2. თუ ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრულ პირს სიცოცხლეში არ განუცხადებია თანხმობა ან უარი გარდაცვალების შემდეგ მისი სხეულის ან მისი სხეულის ანატომიური სტრუქტურების ამ მუხლით გათვალისწინებული მიზნით გადაცემაზე და არ არსებობს საფუძველი იმის დასაშვებად, რომ მისი/მათი გადაცემა ეწინააღმდეგება აღნიშნული პირის რელიგიურ რწმენას, ეთიკურ პრინციპებს, შესაძლებელია ის/ისინი სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებს გადაეცეს.

3. უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემა შესაძლებელია პირის სიკვდილის ფაქტის დადგენიდან 1 თვის შემდეგ, უფლებამოსილი ორგანოს მიერ შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ. უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემა ფორმდება ოქმით, რომელსაც ხელს აწერენ უპატრონო გვამის ან ამოუცნობი გვამის გამამცემი და მიმღები მხარეები. აღნიშნული ოქმი და შესაბამისი დოკუმენტაცია ინახება 5 წლის განმავლობაში.

4. საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებები უზრუნველყოფენ გადაცემული გვამის შენახვას მისი გადაცემიდან 6 თვის განმავლობაში, ხოლო გვამის გადაცემიდან 6 თვის გასვლის შემდეგ შესაძლებელია მისი ან მისი ანატომიური სტრუქტურების სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენება.

5. საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებების მიერ უპატრონო გვამის ან/და ამოუცნობი გვამის შენახვისთვის/გამოყენებისთვის პასუხისმგებელი არიან აღნიშნული დაწესებულებები.

6. იმ უპატრონო გვამთან ან ამოუცნობ გვამთან დაკავშირებით, რომელზედაც მიმდინარეობს სისხლის სამართლის საქმის გამოძიება, საგანმანათლებლო და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის, აგრეთვე სამედიცინო და საექსპერტო დაწესებულებებისთვის მისი გადაცემის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს პროკურორი საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის შესაბამისად.

7. თუ გარდაცვლილის ნათესავი, კანონიერი წარმომადგენელი, მემკვიდრე ან სამისდღეშიო რჩენის ხელშეკრულების მხარე/მარჩენალი (თუ ხელშეკრულება სარჩენის გარდაცვალებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებასაც ითვალისწინებს) მოძიებულია, მაგრამ იგი უარს აცხადებს მის დაკრძალვაზე, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს გარდაცვლილის ნათესავმა, კანონიერმა წარმომადგენელმა ან მემკვიდრემ, რაც დასტურდება შესაბამისი დოკუმენტით.

8. გვამის საგანმანათლებლო ან/და სამეცნიერო დაწესებულებებისთვის გადაცემის შემდეგ გვამის იდენტიფიცირების ან/და გარდაცვლილის ნათესავის, კანონიერი წარმომადგენლის ან მემკვიდრის გამოჩენის შემთხვევაში, აღნიშნული პირის სურვილის არსებობისას, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენება წყდება და გვამი ამ პირს გადაეცემა. თუ გვამის აღნიშნული პირისთვის გადაცემის შემდეგ გამოძიების მიზნებისთვის საჭირო გახდა მისი დათვალიერება ან დამატებითი ექსპერტიზის ჩატარება, საგამოძიებო ორგანოს აქვს შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელების უფლება.

9. საგანმანათლებლო, სამეცნიერო და სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული არიან, გვამის სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით გამოყენების შემდეგ უზრუნველყონ მისი დაკრძალვა.

10. სასწავლო ან/და სამეცნიერო კვლევის მიზნით დასაშვებია გვამის საზღვარგარეთიდან შემოტანა/გამოყენება სათანადო დოკუმენტის თანხლებით. ეს დოკუმენტი უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას გვამის დამუშავების შესახებ. იგი შესაძლებელია ასევე შეიცავდეს ინფორმაციას გარდაცვლილის სახელის, გვარის, ასაკის, გარდაცვალების მიზეზის, თარიღის თაობაზე და სხვა მონაცემებს.

საქართველოს 2007 წლის 8 ივნისის კანონი №4921 - სსმ I, №22, 19.06.2007წ., მუხ.202

საქართველოს 2018 წლის 18 აპრილის კანონი №2156 – ვებგვერდი, 04.05.2018წ.

ცხოველებზე სამედიცინო -
 ბიოლოგიური კვლევის წარმოებისას მკვლევარი ვალდებულია დაიცვას საექსპერიმენტო ცხოველებისადმი ჰუმანური დამოკიდებულების ყველა არსებული პრინციპი .

თავი XX. ადამიანის ორგანოების , ორგანოთა ნაწილების , ქსოვილების აღება და გამოყენება

+

მუხლი 114

+

ადამიანის მიერ ორგანოების , ორგანოთა ნაწილების , ქსოვილების (შემდგომ – „ორგანო“) გაცემა სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ , მათი სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის , მკურნალობის , მეცნიერული კვლევის და სწავლების მიზნით , ნებაყოფლობითი აქტის .

მუხლი 115

+

საქართველოს ყველა მოქალაქეს აქვს ორგანოს სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ გაცემაზე თანხმობის ან უარის წერილობით გაცხადების უფლება . თანხმობის დამადასტურებელი განცხადება მიიღება მხოლოდ იმ შემთხვევაში , თუ განმცხადებელი ქმედუნარიანია . დაუშვებელია პიროვნებაზე რაიმე ფორმით ზემოქმედება ზემოთ აღნიშნულის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად .

მუხლი 116

+

ცოცხალი დონორის ორგანოს გამოყენება სხვა ადამიანის სამკურნალოდ ან/და გადასანერგად დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ცოცხალი დონორი არის:

ა) რეციპიენტის გენეტიკური ნათესავი;

ბ) რეციპიენტის მეუღლე, თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 1 წელი;

გ) რეციპიენტის მეუღლის შვილი, დედა (დედამთილი/სიდედრი), მამა (მამამთილი/სიმამრი), შვილიშვილი, ბებია, პაპა, და (მული/ცოლისდა), ძმა (მაზლი/ცოლისძმა), შვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), შვილიშვილის მეუღლე (რძალი/სიძე), დის მეუღლე (სიძე), ძმის მეუღლე (რძალი), თუ ქორწინების რეგისტრაციიდან გასულია არანაკლებ 2 წელი.

შენიშვნა: ამ მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულმა ყველა პოტენციურმა ცოცხალმა დონორმა, საჭიროების შემთხვევაში, შეიძლება გადაინერგოს იმ ნათესაური კავშირის მქონე ადამიანის ორგანო, რომლის მიმართაც მას აქვს დონორობის უფლება.

საქართველოს 2010 წლის 18 ივნისის კანონი №3113 - სსმ I, №31, 05.07.2010წ., მუხ.196

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2014 წლის 21 მარტის კანონი №2152 - ვებგვერდი, 04.04.2014წ.

მუხლი 117

+

1.

არასრულწლოვანი (გარდა მცირეწლოვანისა) ცოცხალი დონორისაგან ძვლის ტვინის აღება სხვა ადამიანისათვის გადასანერგადდასაშვებია , თუ :

ა) ძვლის ტვინის აღება არ იმოქმედებს დონორის ჯანმრთელობაზე, რასაც ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად დაადასტურებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ორი ექიმი;

ბ) ძვლის ტვინი გადასანერგად განკუთვნილია დონორის პირველი ან მეორე რიგის გენეტიკური ნათესავისათვის , რომლისჯანმრთელობის მდგომარეობა სიცოცხლისათვის საშიშია და არ არსებობს მკურნალობის სხვა საშუალება .

2. ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ ა “ და „ ბ “ ქვეპუნქტებში აღნიშნულ შემთხვევებში აუცილებელია არასრულწლოვანის , მისიმშობლების (მშობლის) , ხოლო მშობლების მზრუნველობას მოკლებული არასრულწლოვანის შემთხვევაში , კანონიერი წარმომადგენლისინფორმირებული თანხმობა , დადასტურებული მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოების მიერ .
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 118

+

თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი შესაფერი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად , ამასთან , მას სიცოცხლეში არააქვს გაცხადებული თანხმობა ან უარი გაცემაზე და არ არის საფუძველი იმის დასაშვებად , რომ გაცემა ეწინააღმდეგება მის რელიგიურრწმენას , ეთიკურ პრინციპებს , ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ გარდაცვლილის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით. თუ ამ უკანასკნელთა მოძიება ვერ მოხერხდა , გვამიდან ორგანოების აღება არ შეიძლება .

მუხლი 119

+

გარდაცვლილის ორგანოს აღება შეიძლება მხოლოდ მას შემდეგ , რაც სიკვდილის ფაქტს , ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად , დაადგენს ორი ან მეტი ექიმი , რომელთაგანაც არც ერთი არ მონაწილეობს ტრანსპლანტაციის პროცესში . სიკვდილის კონსტატაცია უნდა მოხდეს მედიცინის თანამედროვე დონის შესატყვისი მეთოდებით და კრიტერიუმებით , რომლებიც შეესაბამება საქართველოს ექიმთაპროფესიული გაერთიანებებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ დამტკიცებულ ეთიკურ მოთხოვნებს და პროფესიულსტანდარტებს .

მუხლი 120

+

რეციპიენტისათვის გადასანერგად განკუთვნილი ორგანოს შერჩევა უნდა წარმოებდეს ან ონიმურობის პრინციპის დაცვით და მხოლოდსამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით , სხვა რაიმე პრივილეგიების გაუთვალისწინებლად .

მუხლი 121

+

აკრძალულია გადასანერგად ან სამკურნალოდ განსაზღვრული ორგანოებით ვაჭრობა , მათი საზღვარგარეთ შექენა ან ექსპორტისაქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის და / ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით . სამედიცინო პერსონალს ეკრძალებაორგანოს აღებასა და გამოყენებაში მონაწილეობა , თუ მან იცის ან აქვს დასაბუთებული ეჭვი , რომ ზემოაღნიშნული ხორციელდებაგარიგებით .

მუხლი 122

+

აკრძალულია ორგანოზე მოთხოვნის რეკლამა, აგრეთვე, მისი რეკლამირება რაიმე საზღაურის მიღების ან გაცემის მიზნით. ნებისმიერ პირს ან დაწესებულებას ეკრძალება ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებულ საქმიანობაში მონაწილეობისათვის საზღაურის მიღება, გარდა აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარებისთვის განსაზღვრული დასაბუთებული თანხისა.

თავი XXI . სისხლის და სისხლის კომპონენტების დონორობა

+

მუხლი 123

+

1. მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და მეცნიერული კვლევის მიზნით დონორის მიერ სისხლის და სისხლის კომპონენტების გაცემანებაყოფლობითი აქტია;

2. დონორისაგან სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება ხორციელდება მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის მიღების დაწინასწარი აუცილებელი სამედიცინო გამოკვლევის შემდეგ.

მუხლი 124

+

ამინისტრო განსაზღვრავს დონორობის საწინააღმდეგო ჩვენებებს.
საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 125

+

1. სისხლის და სისხლის კომპონენტების აღება დასაშვებია 18-დან 65 წლის ასაკამდე დონორისაგან;

2. არასრულწლოვანისაგან (მცირეწლოვანის გარდა) სისხლის და სისხლის კომპონენტების აღება დასაშვებია მხოლოდ გადაუდებელიმდგომარეობის დროს და ალტერნატიული მკურნალობის შესაძლებლობის არარსებობისას. ამ შემთხვევაში აუცილებელია არასრულწლოვანის, მისი მშობლების (მშობლის) ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 126

+

სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დამზადება, შენახვა და გამოყენება ხდება აღიარებული საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისად, სამინისტროს მიერ შემუშავებული წესით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 127

+

სისხლისა და მისი კომპონენტების დამზადებას, დამუშავებასა და შენახვას ახორციელებს „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილი სამედიცინო დაწესებულება.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

მუხლი 128

+

დონორის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით .

მუხლი 129

+

1. აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პირისაგან.

2. აკრძალულია სისხლითა და მისი კომპონენტებით ვაჭრობა მოგების მიზნით , მათი საზღვარგარეთ შექმნა ან ექსპორტი საქართველოსკანონმდებლობის და / ან საერთაშორისო ხელშეკრულებების დარღვევით .

საქართველოს 2010 წლის 9 მარტის კანონი №2716 - სსმ I, №12, 24.03.2010წ., მუხ.53

საქართველოს 2015 წლის 1 მაისის კანონი №3540 - ვებგვერდი, 18.05.2015წ.

მუხლი 130

+

სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დონორობის სხვა საკითხები რეგულირდება საქართველოს კანონით „ სისხლისა და მისიკომპონენტების დონორობის შესახებ “.

თავი XXII. უსაფრთხო დედობა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა

+

მუხლი 131

+

1. შრომითი საქმიანობის იმ სახეების ჩამონათვალს, რომლებითაც არ შეიძლება იყოს დაკავებული ორსული ქალი და მემუბური დედა, აგრეთვე შრომითი საქმიანობის შეწყვეტის ვადებს მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდეგ, განსაზღვრავს სამინისტრო.

2. აღნიშნული ვადების განმავლობაში ანაზღაურება უნდა განხორციელდეს დადგენილი წესით .

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 132

+

1. სახელმწიფო ხელს უწყობს უსაფრთხო დედობას , საწარმოებსა და დაწესებულებებში ბავშვთა მოვლისათვის საჭირო პირობებისშექმნის და დაფინანსების საკანონმდებლო უზრუნველყოფას , დედათა და ბავშვთა უფლებების დაცვის აუცილებლობის შესახებსაზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებას .

2. ორსული ქალის სამედიცინო მეთვალყურეობა, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი სამედიცინო დახმარება უზრუნველყოფილია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 133

+

1. ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების სამედიცინო ასპექტების მართვა , ბავშვებისათვის რეალურად შესაძლო უმაღლესი დონის სამედიცინო დახმარების , მათ შორის , უპირველეს ყოვლისა , პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტული ამოცანაა .

2. სახელმწიფო ხელს უწყობს ახალშობილების , ჩვილი და სხვა ასაკის ბავშვების უსაფრთხო და ადეკვატური საკვებით უზრუნველყოფას, ბუნებრივი კვების მხარდაჭერას და ქალის რძის შემცვლელების მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის დაცვას .

მუხლი 134

+

სახელმწიფო უზრუნველყოფს მემკვიდრული და თანდაყოლილი დაავადებების გამოვლენას ახალშობილთა შორის წინასწარგანსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით .

მუხლი 135

+

სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას ობოლი და მშობლების ზრუნვას მოკლებული , ფიზიკური და ფსიქიკური დეფექტების მქონე ბავშვებისათვის განკუთვნილ დაწესებულებებში .

თავი XXIII. ოჯახის დაგეგმვა

+

მუხლი 136

+

საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო .სახელმწიფო უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით .

მუხლი 137

+

სახელმწიფო უზრუნველყოფს დასაქორწინებელ , აგრეთვე , შვილის ყოლის მსურველ წყვილთა უფასო ნებაყოფლობით სამედიცინო -გენეტიკურ კონსულტაციას .

მუხლი 138

+

კონტრაცეპტივების წარმოება , იმპორტი და გავრცელება ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით .

მუხლი 139

+

1. ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა აბორტების შემცირების გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა .

2. ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ სათანადო უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ, თუ:

ა) ორსულობის ხანგრძლივობა არ აღემატება თორმეტ კვირას;

ბ) ორსულს სამედიცინო დაწესებულებაში ჩაუტარდა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით სამედიცინო ჩარევის განხორციელებამდე გასულია 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს უპირატესობა ენიჭება ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას. აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა. აბორტისწინა ექიმის კონსულტაციის/წინასწარი გასაუბრების წესი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2014 წლის 1 აგვისტოს კანონი №2646 - ვებგვერდი, 08.08.2014წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 140

+

1. აბორტის რეკლამა აკრძალულია .

2. 12 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით, რომელთა ჩამონათვალი დგინდება მინისტრის ბრძანებით.

საქართველოს 2014 წლის 1 აგვისტოს კანონი №2646 - ვებგვერდი, 08.08.2014წ.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 141

+

განაყოფიერება დონორის სპერმით ნებადართულია :

ა) უშვილობის გამო , ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას , ან მარტოხელა ქალის განაყოფიერებისათვის , თუ მიღებულია უშვილო წყვილის ან მარტოხელა ქალის წერილობითი თანხმობა . ბავშვის დაბადების შემთხვევაში უშვილო წყვილი ან მარტოხელა ქალი ითვლება მშობლებად , აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით . დონორს არა აქვს განაყოფიერების შედეგად დაბადებული ბავშვის მამად ცნობის უფლება ;

ბ) (ამოღებულია).

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

მუხლი 142

+

1. ადამიანის კლონირება გენური ინჟინერიის მეთოდების გამოყენებით აკრძალულია .
2. სახელმწიფო აკონტროლებს გამოკვლევებს გენური ინჟინერიის სფეროში კანონით დადგენილი წესით .

მუხლი 143

+

1. ექსტრაკორპორული განაყოფიერება ნებადართულია :
 - ა) უშვილობის მკურნალობის მიზნით , აგრეთვე , ცოლის ან ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას , წყვილის ან დონორის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენებით , თუ მიღებულია წყვილის წერილობითი თანხმობა ;
 - ბ) თუ ქალს არა აქვს საშვილოსნო , განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის სხვა ქალის („ სუროგატული დედის “) საშვილოსნოში გადატანის და გამოზრდის გზით ; წყვილი ს წერილობითი თანხმობა აუცილებელია .
2. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში წყვილი ითვლება მშობლებად , აქედან გამომდინარე კ ასუბსიმგებლობით და უფლებამოსილებით ; დონორს ან „ სუროგატულ დედას “ არა აქვს დაბადებული ბავშვის მშობლად ცნობის უფლება .

მუხლი 144

+

ხელოვნური განაყოფიერების მიზნით შესაძლებელია გაყინვის მეთოდით კონსერვირებული ქალის და მამაკაცის სასქესო უჯრედების ანემბრიონის გამოყენება . კონსერვაციის დრო განისაზღვრება წყვილის სურვილისამებრ , დადგენილი წესით .

მუხლი 145

+

- ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეფციის – სტერილიზაციის გამოყენება ნებადართულია :
- ა) (ამოღებულია);
 - ა¹) მხოლოდ სათანადო ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ;
 - ბ) თუ არსებობს პაციენტის წერილობითი მოთხოვნა ;
 - გ) თუ პაციენტს ექიმმა ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან სტერილიზაციაში იამდე გასულია ერთი თვის მოსაფიქრებელი ვადა ;
 - დ) თუ პაციენტი აკმაყოფილებს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ კრიტერიუმებს .

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XXIV. კრიტიკული მდგომარეობა , სიკვდილი და ევთანაზია

+

მუხლი 146

+

კრიტიკულ მდგომარეობაში და / ან ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ავადმყოფს ან მის ნათესავს , ან კანონიერ წარმომადგენელს აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციის და სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება .

მუხლი 147

+

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ავადმყოფის მკურნალობა, პალიატიური მზრუნველობა, გარდაცვლილის მოვლა ხორციელდება მისი პატივისა და ღირსების დაცვით. გარდაცვლილის მოვლა-პატრონობა ხორციელდება პირის მიერ სიცოცხლეში განცხადებული, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის შესაბამისად. *საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149*

მუხლი 148

+

1. ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

2. ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მომაკვდავი ადამიანის ღირსების დაცვის მიზნით და მისი (პაციენტის) პიროვნული შეხედულებების გათვალისწინებით უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 149

+

უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს უტარდება სათანადო მკურნალობა, თუ ავადმყოფს წინასწარ, როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არ ჰქონია განცხადებული უარი სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე ან/და პალიატიურ მზრუნველობაზე.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

მუხლი 150

+

მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობა მიმდინარეობს დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული წესების მიხედვით .

მუხლი 151

+

სამედიცინო პერსონალს , აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს , ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობისმიღება .

მუხლი 152

+

ავადმყოფის სიკვდილის კონსტატაცია, ამ უკანასკნელის შესახებ ცნობის გაცემა ხდება სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კრიტერიუმებისა და წესის მიხედვით. გარდაცვლილის სამედიცინო დოკუმენტაცია არის საექიმო საიდუმლო, ამ კანონის 42-ე მუხლით გათვალისწინებული გამონაკლისების გარდა. დოკუმენტაცია ინახება საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით.

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

მუხლი 153

+

პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას ახორციელებს სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმი სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც ფლობს სათანადო საქმიანობის ლიცენზიას. გაკვეთა აუცილებელია, თუ არის ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციით გამოწვეულ სიკვდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით, ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.

საქართველოს 1999 წლის 28 მაისის კანონი №2013 – სსმ I, №20(27), 09.06.1999 წ., მუხ.87
საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

თავი XXIV¹. სამედიცინო ექსპერტიზა

+

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153¹

+

სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის საკითხები წესრიგდება საქართველოს კანონით „სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ“.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

მუხლი 153²

+

1. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზისა და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება შეუძლია მხოლოდ სათანადო სერტიფიკატის მქონე ექიმს, „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონით უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებაში.

2. სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა და სამედიცინო ექსპერტიზის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესს განსაზღვრავს სამინისტრო.

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2010 წლის 17 დეკემბრის კანონი №4133 - სსმ I, №76, 29.12.2010წ., მუხ.509

საქართველოს 2018 წლის 5 ივლისის კანონი №3094 – ვებგვერდი, 11.07.2018წ.

თავი XXV. გარდამავალი დებულებანი

+

მუხლი 154

+

1. სამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2001 წლის 1 ივნისიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე. ცალკეული სპეციალობების მიხედვით

გამოცდების ჩაბარების გრაფიკსა და პირობებს ადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2. პირს, რომელმაც 2001 წლის 1 ივნისამდე მიმართა სასერტიფიკაციო საბჭოს, მაგრამ არ ჩაუტარდა სასერტიფიკაციო გამოცდა, 2001 წლის 1 სექტემბრამდე ეძლევა დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება.

3. არასამედიცინო განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალს 2002 წლის 1 იანვრიდან ეკრძალება დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის უფლება სპეციალისტის სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე.

4. (ამოღებულია).

5. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ამ კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის განმავლობაში უნდა შეიმუშაოს და დაამტკიცოს შემდეგი ნორმატიული აქტები:

ა) სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტი – კადრების, ტექნიკური აღჭურვილობისა და ჩასატარებელი სამუშაოს მოცულობის ამსახველი დოკუმენტი;

ბ) (ამოღებულია);

გ) (ამოღებულია);

დ) (ამოღებულია);

ე) (ამოღებულია);

ვ) (ამოღებულია);

ზ) დროებითი შრომისუნარობის ექსპერტიზის ჩატარების და საავადმყოფო ფურცლის გაცემის წესის შესახებ;

თ) სასამართლო-სამედიცინო და სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების წესი;

ი) სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის წესი;

კ) (ამოღებულია).

6. (ამოღებულია).

7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმა და წესი და რეესტრის წარმოების წესი.

8. საქართველოს მთავრობამ 2010 წლის 1 დეკემბრამდე უზრუნველყოს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მიღება.

საქართველოს 1999 წლის 24 დეკემბრის კანონი №91 – სსმ I, №52(59), 31.12.1999 წ., მუხ.253

საქართველოს 2000 წლის 24 თებერვლის კანონი №162 – სსმ I, №8, 15.03.2000 წ., მუხ.14

საქართველოს 2001 წლის 25 მაისის კანონი №889 – სსმ I, №15, 11.06.2001 წ., მუხ.50

საქართველოს 2002 წლის 22 ნოემბრის კანონი №1768 – სსმ I, №31, 10.12.2002 წ., მუხ.144

საქართველოს 2003 წლის 18 ივლისის კანონი №2527 – სსმ I, №22, 08.08.2003 წ., მუხ.162

საქართველოს 2006 წლის 7 დეკემბრის კანონი №3836 - სსმ I, №48, 22.12.2006წ., მუხ.317

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს 2010 წლის 21 ივლისის კანონი №3553 - სსმ I, №46, 04.08.2010წ., მუხ.282

[მუხლი 154¹. \(ამოღებულია\)](#)

+

საქართველოს 2000 წლის 13 დეკემბრის კანონი №691 – სსმ I, №50, 27.12.2000 წ., მუხ.147

საქართველოს 2002 წლის 15 თებერვლის კანონი №1296 – სსმ I, №4, 05.03.2002 წ., მუხ.24

საქართველოს 2003 წლის 29 იანვრის კანონი №1955 – სსმ I, №5, 19.02.2003 წ., მუხ.31

საქართველოს 2005 წლის 23 დეკემბრის კანონი №2476 - სსმ I, №56, 28.12.2005წ., მუხ.416

[მუხლი 154²](#)

+

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2007 წლის 1 ოქტომბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ.

საქართველოს 2007 წლის 8 მაისის კანონი №4719 - სსმ I, №18, 22.05.2007წ., მუხ.149

თავი XXVI. დასკვნითი დებულებანი

+

მუხლი 155

+

ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე .

მუხლი 155¹

+

2007 წლის 1 ივლისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 1997 წლის 18 აპრილის კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ (პარლამენტის უწყებანი, №17-18, 9 მაისი, 1997, გვ. 55).

საქართველოს 2007 წლის 29 ივნისის კანონი №5129 - სსმ I, №27, 17.07.2007წ., მუხ.262

მუხლი 155²

+

2008 წლის 1 მაისიდან ძალადაკარგულად იქნეს ცნობილი საქართველოს 2003 წლის 8 მაისის კანონი „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ“ (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, №14, 3.06.2003, მუხ. 96).

საქართველოს 2008 წლის 21 მარტის კანონი №6000 - სსმ I, №9, 04.04.2008წ., მუხ.75

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე.

თბილისი ,

1997 წლის 10 დეკემბერი.

№1139–I ს

(შესულია ცვლილებები 2018 წლის 23 ოქტომბრის მდგომარეობით)

ავტორის შესახებ



E-mail: revazlordkipanidze@gmail.com

<http://revaz-lordkipanidze.simplesite.com/>

(იხილეთ ვიკიპედიის ქართულ რედაქციაშიც)

PROFESSIONAL EXPERIENCE სამთავრობო და სამეცნიერო სტრუქტურებში მუშაობის ხანგრძლივი გამოცდილება. 2010 წლიდან დღემდე უნივერსიტეტ გეომედის პროფესორია (კურსები „ბიზნესის მართვა ჯანდაცვაში“ და „მენეჯერული ხარჯები ჯანდაცვაში“). 2001 წლიდან მოწვეული პროფესორი საქართველოს ტექნიკურ უნივერსიტეტში, როგორც საქართველოს პრეზიდენტის პირველი ხარისხის სტიპენდიანტი ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი (კურსები ეკონომიკის, საგარეო-ეკონომიკური კავშირების, საერთაშორისო მენეჯმენტის, ეკონომიკური სტრატეგიის, ფინანსური კონტროლის, ფინანსური ანალიზის, მენეჯერული ხარჯების, ბიზნესისა და ფინანსების საფუძვლების საკითხებზე). 2001-2009 წლებში საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს სისტემაში ეკონომიკური რეფორმების სამმართველოს უფროსის მოადგილე, მთავარი სპეციალისტობიდან დაწინაურდა სახელმწიფო ქონების აღრიცხვის სამმართველოს უფროსად (სამინისტროს რეორგანიზებამდე). 2013 წელს აირჩიეს საქართველოს ეკონომიკურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსად, 2017 წელს - აკადემიკოს-მდივნად. 2018 წლიდან ამერიკის ეკონომიკური ასოციაციის წევრია და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოს ავთანდილ გუნიას სახელობის ადამიანის ცხოვრების გაუმჯობესებისათვის საქველმოქმედო კვლევების საზოგადოებრივ აკადემიას აფუძნებს, როგორც მისი პრეზიდენტი. სხვადასხვა წლებში (უწყვეტად), ეწევა სამეცნიერო-პედაგოგიურ საქმიანობას, მუშაობს მოწვეულ პროფესორად ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში. საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროს ორგანიზების ინიციატორია, 1993-1998 წლებში აჭარის ეკონომიკისა და ფინანსთა სამინისტროს სისტემაში მინისტრის მოადგილე, მინისტრის პირველი მოადგილე, ეკონომიკის მინისტრის მოვალეობის შემსრულებელი. 1986-1993 წლებში საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ეკონომიკისა და სამართლის ინსტიტუტის ასპირანტობიდან დაწინაურდა უმცროს მეცნიერთანამშრომლად, მეცნიერ და უფროს მეცნიერთანამშრომლად. 250-ზე მეტი სამეცნიერო პუბლიკაციის ავტორი, მ.შ. 10 მონოგრაფია და 35 ელექტრონული წიგნადი გამოცემა. კვლევის სფეროებს

წარმოადგენს საბიუჯეტო-ეკონომიკური პოლიტიკისა და ეკონომიკური ზრდის ქრისტიანული და სამართლებრივი საფუძვლები, მსოფლიო მეურნეობა და საერთაშორისო ეკონომიკური ურთიერთობები, აშშ ეკონომიკა (გამოცემულია შრომები აშშ საელჩოს მხარდაჭერით), ეკონომიკური კონკურენცია და ეკონომიკის სტრუქტურის ეფექტიანობა (განავითარა ევროკავშირის ექსპერტთა ფორმულირება), ძირითადი კაპიტალის მწარმოებლურობა, სავალუტო სისტემა და სხვ.

Education and diplomas 1989 წელს დაასრულა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ეკონომიკისა და სამართლის ინსტიტუტის ასპირანტურა, 1986 წელს – თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საინჟინრო-ეკონომიკური ფაკულტეტი (წარჩინებით), 1981 წელს ბათუმის N1 საშუალო სკოლა (ოქროს მედლით). მიღებული აქვს საქართველოს სწავლულ ექსპერტთა საბჭოს მიერ გაცემული მეცნიერებათა დოქტორის დიპლომი (N001557, ეკონომიკის 08.00.01 სპეციალობით), მსოფლიო მეურნეობისა და საერთაშორისო ეკონომიკური ურთიერთობების სპეციალობით რუსეთის მეცნიერებათა დოქტორის დიპლომი (DK N002918), თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის წარჩინების დიპლომი HB N065540 (სპეციალობა – მანქანათმშენებელი მრეწველობის ეკონომიკა და ორგანიზაცია) და სხვ.

Certificates, elections, other achievements 95%-იანი ტესტირებით დაძლია ჰარვარდის უნივერსიტეტის სასწავლო კურსი „ამერიკული მთავრობა - საჯარო პოლიტიკა: სოციალური, ეკონომიკური და საგარეო პოლიტიკები“, ამასთანავე, „სამართლიანობის“ კურსი. სხვადასხვა დროს მიენიჭა ნიუ-იორკის პოლიტიკურ მეცნიერებათა აკადემიის, ნიუ-იორკის მეცნიერებათა აკადემიის, კალიფორნიის მეცნიერებათა აკადემიის, რუსეთის საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის წევრობა, მიღებული აქვს სერთიფიკატები ევროკავშირის პროექტის “უფრო სუფთა წარმოების” საკითხებში, აშშ მინესოტას უნივერსიტეტიდან და სხვა მრავალი საერთაშორისო საზოგადოებრივი აკადემიისა და უნივერსიტეტის ღონისძიებებში მონაწილეობის შედეგად.

Scholarships ინფორმაცია მის შესახებ შესულია ეკონომიკის ენციკლოპედიურ ლექსიკონში (2005), როგორც ახალგაზრდა მეცნიერებათა დოქტორს (1999), მიენიჭა გრანტი – საქართველოს პრეზიდენტის პირველი ხარისხის სტიპენდია, მიღებული აქვს აშშ მთავრობისა და „ღია კარის ცენტრის“ გრანტები (2017-2018), გაიმარჯვა საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს ნომინაციაში “ყველაზე ინტელექტუალური” (2006), საერთაშორისო ეკონომიკური ტესტის სრულად ამომხსნელია და, როგორც მოსწავლეთა სასწავლო-შემოქმედებითი ოლიმპიადის ყველაზე მეტი სახეობის გამარჯვებულს, წილად ხვდა საქართველოს ახალგაზრდობის სახელით მოხსენება (1980).

Languages ინგლისური, რუსული.

Computer Skills Microsoft Office Word, Excel, PowerPoint, Internet.

Personal information დაიბადა 1965 წლის 7 იანვარს, ჰყავს მეუღლე და 2 შვილი, ქაშვეთის ტაძრის სტიქაროსანია, ჰობი – საგალობლები, მათემატიკა, კალათბურთი, ფეხბურთი, ცურვა.