

რამაზ ურუშაძე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

გამომცემლობა «ლევა»
თბილისი
2002

წიგნიში განხილულია ქართული მედიცინის მოკლე ისტორია, სამედიცინო რეფორმის ძირითადი მიმართულებები და ეტაპები, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების საფუძვლები, მიზნები და ამოცანები, მათი როლი, სტრუქტურა და ფუნქციები და მრავალი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ასპექტი, რომლებიც მნიშვნელოვან ინფორმაციას მიაწვდის მკითხველს. ნაშრომს დართული აქვს გერმინთა გლოსარიუმი, რომელიც ამომწურავად განმარტავს ქართულ მედიცინაში თანამედროვე ეტაპზე გამოყენებულ მრავალ ახალ ცნებას, სამოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამების ანოგაცია და განხორციელების მეოოდოლოგია.

სარედაქციო საბჭო

სარედაქციო საბჭოს თავმჯდომარე

ამირან გამყრელიძე - შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრი

სარედაქციო საბჭოს წევრები:

- **აკაკი გამყრელიძე**
- **ლევით გუგუშიძე**
- **თამარ დეკანოსიძე**
- **გურამ კაციტაძე**
- **თამარ ლობჯანიძე**

რეცენზენტები:

დავით იაკობიძე და **თენგიზ ჯინჯოლავა**

წინასიტყვაობა..... 11
 წინათქმა..... 13
 შესავალი..... 17

I თავი

ქართული მედიცინის განვითარების
 მოკლე ისტორია..... 23
 - პირველყოფილ-თემური წყობილების დროინდელი მედიცინა
 საქართველოში (უძველესი დროიდან ქ.წ. V ს-მდე)..... 23
 - მედიცინა ანტიკურ ხანაში..... 24
 - მედიცინა ფეოდალურ საქართველოში..... 24
 - განვითარებული ფეოდალური ხანის მედიცინა..... 25
 - კაპიტალისტურ ურთიერთობათა დროინდელი მედიცინა..... 28

II თავი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩამოყალიბებისა და განვითარების
 წინაშეშეჭრები..... 33
 რეორიენტაციის აუცილებლობა..... 36
 - რა ძალითადაა პრინციპებს ეყრდნობა რეფორმა?..... 37
 - გადმიღებულ იქნა თუ არა რომელიმე ქვეყნის მოდელი?..... 38
 - აქვს თუ არა ალტერნატივა ქართულ მოდელს?..... 38
 - რას გულისხმობს დეცენტრალიზაცია?..... 39
 - ხომ არ გამოიწვევს დეცენტრალიზაცია სხვადასხვა
 ეკონომიკური შესაძლებლობის რეგიონებში მომსახურების
 არათანაბარ დონეს?..... 40
 - რამდენადაა გათვალისწინებული რეორიენტაციის პროგრამაში
 სახელმწიფოში არსებული დაბალი დონე და სიღარიბის
 ზღვარზე მყოფ ადამიანთა (უმწესოთა) ინტერესები?..... 41
 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების
 შექმნის საფუძვლები..... 42
 ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სტრატეგია
 და ამოცანები..... 45

III თავი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის
 რეორიენტაციის კონცეფცია, რეფორმისწინა პერიოდი..... 49
 ზოგიერთი მოსაზრებანი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის
 სისტემის რეორიენტაციის კონცეფციაზე..... 59
 - საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ურთიერთობათა ფორმა..... 60
 - სისტემის იდეოლოგიური ორიენტაცია..... 60
 - სისტემის მართვა..... 61
 - ეკონომიკური ურთიერთობები..... 61
 ჯანდაცვის მაკროსისტემის დაფინანსება..... 63
 ჯანდაცვის მაკროსისტემა..... 63
 ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის პოლიტიკა
 გარდამავალ პერიოდში (თავისუბურებანი)..... 67
 - ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა. განმარტებები,
 პოლიტიკური ცნებები..... 67
 - სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება..... 79
 - თანხების განაწილება..... 80
 - ჯანდაცვის ორგანიზაცია, მართვა..... 81
 - არსებული სიტუაციის ანალიზი..... 82
 - გარდამავალ პერიოდში შექმნილი სიტუაციის

მოკლე შიშობილა	85
- უარყოფითი მხარეები	87
- შეარად არსებული პრობლემები	87
- რეფორმის განმსაზღვრელი ფაქტორები	89
- ეკონომიკურა ლიბერალიზაციას უარყოფითი (თანშლები) ეფექტები	90
- თავისუფალი არჩევანის ნრდალოვანი მხარე	92
- ორგანიზაციული კრიზისი	93
- რეფორმის სტრატეგია	94
- შიზნები	95
- გადაწვეტილების მიღების მიმართულეები	96
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება	97

IV თავი

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში	99
- ჯანდაცვის სისტემების პარობითი კლასიფიკაცია	99
- ჯანდაცვის შერეული სისტემები	104
- ცვლილებები	106
- სამედიცინო სამსახურის ფონდირება	106
- ფულის განაწილება	107
- ორგანიზაცია	108
- ჯანდაცვის შიზნები	108
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური აშშ-ში ზოგადად ისტორიული თარიღი	111

V თავი

მმართველობითი ფუნქციებისა და პასუხისმეგბლობების დეცენტრალიზაცია	119
დეცენტრალიზაციასთან დაკავშირებული პრობლემები	124

VI თავი

მმართველობის ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდები თანამედროვე ეტაპზე	129
საბაზრო ურთიერთობათა თავისებურებანი	
ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში	133
- მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულეება	141
- თანასწორობა სამედიცინო დახმარებაში	143
- რეგულირებადაი სამედიცინო ბაზრის ზოგიერთი მახასიათებელი	144

VII თავი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთი ცნების განმარტება. დეფინიციება	147
--	-----

VIII თავი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ფუნქციები	149
ეპიდემიოლოგიური კვლევის არსი, სახეები და მეთოდები საზოგადოებრივი ჯანდაცვაში	152
- დესკრიპტიული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები	154
- ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები	155
ტერმინების განმარტებები	156

IX თავი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ძირითადი შიზნები და ამოცანები	159
- შიზნები და ამოცანები	160

- მმართველობის კოორდინაცია	163
- ეიოხზედამხედველობის პროგრამების მართვის ფუნქცია	164
- სხვა პროგრამათა მართვის, დაგეგმვისა და შეფასების ზოგადი ფუნქციები	164
X თავი	
საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სამსახურის როლი და ფუნქციები	169
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა, სტრუქტურა და კადრები 2001-2005-წლებში	173
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის აუცილებელი სტრუქტურა და მსიმაღლური შრომათი რესურსები (კადრები)	175
- საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	176
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ლიცენზირება	179
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, უწყება-მოვალეობანი და ურთიერთდამოკიდებულება	180
- ინფორმაციის მოპოვებას, მიღების, დამუშავების და გადაცემის სქემა	182
XI თავი	
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საინფორმაციო სამსახურის სტრუქტურა და ფუნქციები	185
XII თავი	
საზოგადოებრივი ჯანდაცვათი პროგრამები	193
მოკლე ანოტაციები	
- ავადობის აქტიური გამოვლენებისა და მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების სახელმწიფო პროგრამა	194
- სოფლის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა	195
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლენების სახელმწიფო პროგრამა	196
- ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პროგრამა	197
- ძალადმითანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა	199
- ძალარასი კონტროლისა და პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა	200
- ესდზუდამხედველობის საკანტონო (შუა ჭირი ქალურა ზუსრავთელი კონტაგოზური ფრესული ცხლელები გამაყორებით საშიშ და მათთან გათანაბრებული ძმეკურების კონტროლის და სხვა გადადებ დაავადებათა პროფილაქტიკის კოორდინაციის სახელმწიფო პროგრამა	201
- გეგმური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის, ეიიდრევენებათა და პროფესიული აცრების გამანახების სახელმწიფო პროგრამა	202
- სისხლის მმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა	204
- საქართველოს სამხედრო ძალებში გასწავლე მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების სახელმწიფო პროგრამა	206
- ცხოვრების ჯანსაღა წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა	207
- აოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა	209
- ტრავმატიზმის პრევენციის და პირველადი დახმარების სახელმწიფო პროგრამა	211

- უსაფრთხო სისხლის, წიდისა და სქესობრივი გზით გადაამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა	212
--	-----

XIII თავი

სამედიცინო დახმარების სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრული საზოგადოებრივი ჯანდაცვათა სამსახარო და მუნიციპალური პროგრამები	217
- პროგრამის სტრუქტურა	218
- ხარჯების გაანგარიშება პროგრამების ძირითად მიმართულებათა მიხედვით	219
- ხარჯების გაანგარიშება	222
- ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფუნქცია	230
- ინფორმაციის გაყვრელება	233
- მონაცემთა ანალიზი და ინტერპრეტაცია	233
- სამსახრო სტრუქტურის ფუნქცია	234
- დაავადებათა კონტროლის სისტემის ამოცანები	235
- პროგრამების დაგეგმვა	236
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისადმი ფუნქციურად დაქვემდებარებული დაწესებულებები	239

XIV თავი

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია რეორიენტაციის პირობებში	241
- წარსული	241
- პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია	248
- პირველადი სამედიცინო მომსახურება,	
პირველადი ჯანდაცვა	250
- პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანები	252
- განვითარების ძირითადი ამოცანები	254
- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეწყობა	255
- პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული მოწყობა	257
- პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი — სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი	258
- სპეციალისთა ინტეგრაცია	260
- პოლიტიკური და სამართლებრივი ჩარჩოები:	
გარეშო, რომელიც ოსტეგა საქმიანობის განხორციელებას შესაძლებლობას	262
- ორგანიზაციური სტრუქტურები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა	270
- ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა	274

XV თავი

სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მქეიანიშები (შედარებითი ანალიზი)	276
- ჯანდაცვის ცენტრალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი	276
- ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი	277
- სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი (3+1)	279
- ანაზღაურების სისტემის მნიშვნელობა დაფინანსებაში	280
- გადასახდელი შესრულებული სამუშაოს მძეღვათ (მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება)	282

- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	285
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	288
- გადასახდელი კონკრეტული შემთხვევისათვის	289
- - ანაზღაურების სისტემის შექმნა და კალკულაცია	291
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	292
- საწოდებლობაზე გადასახდელი	293
- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	294
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	295
- პრემიული ანაზღაურება	296
- თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება	298
- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	299
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	300
- სულადობის მხედვეთ ანაზღაურება (კაპიტალის მეთოდი)	301
- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	302
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	304
- ხელფასი	305
- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	305
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	307
- - ბიუჯეტი	308
- - ფასწარმოქმნა და კალკულაცია	309
- - ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და აღმინისტრირებაზე	310
- სხვადასხვა საგადასახადო სისტემის შედარება	311

XVI თავი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის ძირითადი სახელმძღვანელო დებულებები	313
- სტანდარტიზაციის მიზნები და ამოცანები	314
- სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპები	315
- სტანდარტიზაციის სისტემის ორგანიზაცია	316
- სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები	318
- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია	318
- სტანდარტიზაცია მედიკამენტებით	
უზრუნველყოფის სფეროში	321
- მოთხოვნები სამედიცინო დახმარების პრობლემასადმი	322
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია	322
- ანტირეპროდუქციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია	322
- სტანდარტიზაციის ძირითად დებულებათა რეალისტიკის შექმნისშემდეგ	323

XVII თავი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა	326
- რას ნიშნავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა?	326
- ვინ არის პასუხისმგებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლზე?	328
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის	

გაუმჯობესების მეთოდები	329
- საგანმანათლებლო სტანდარტები	330
- სერთიფიკაცია	330
- აკრედიტაცია	331
- ხარისხის ოფიციალური შეფასება	332
- პროფესიული სტანდარტები და მეთოდური	
სახელმძღვანელოები	333
- დაფინანსების მეთოდების შერჩევა	333
- დისციპლინური ღონისძიებები	334
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა	335

XVIII თავი

ზოგადი მოსაზრება ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სრულყოფის შესახებ	336
---	-----

XIX თავი

სამედიცინო დაზღვევა	344
- მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	344
- სამედიცინო დაზღვევის სისტემა	345
- ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროები	346
- ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის საქმიანობის განვითარება	350
- სახელმწიფო საიკლდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების შემუშავება და დამტკიცება	352
- პროგრამის რეალიზაცია	353
- პროგრამის დაფინანსება	354
- პროგრამის შესრულების ანგარიშგება	355
- ანგარიშსწორება სამედიცინო დაწესებულებებთან	357
- სამედიცინო დაწესებულებებში შესრულებული სამუშაოების აღრიცხვა	358
- ანგარიშსწორება კომპანიასა და ფილიალებს შორის	360
- სამედიცინო დაზღვევა	361

XX თავი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	
ახალი ზედა	363
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის ევოლუცია	365
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ეტაპები	366
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება	368
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანოთა ძირითადი ფუნქციები	369
- სახელმწიფო პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში	370
- ჯანდაცვის ფუნქციების გამიჯვნა მმართველობის სხვადასხვა დონეზე	370
- სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება	374
- ორგანიზაციულ-სტრუქტურული ცვლილებები (რეორგანიზაცია)	376
- მოქმედებათა თანმიმდევრობა	376

XXI თავი

საქართველოს მოსახლეობის ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები	
21-ე საუკუნის დამდეგისათვის	379

- საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიის სამუშაოთა მიმართულებანი	379
XXII თავი	
ვლოსარიუმი — ტერმინები და განმარტებები	401
- ზოგადი ტერმინები	402
ჯანმრთელობა, მასთან დაკავშირებული ტერმინები	411
-	
ჯანმრთელობა	411
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები და ფაქტორები	415
ჯანდაცვა	418
- ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები	418
- ქსელი	432
- კადრები	436
- სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში	437
- სამედიცინო დახმარების ორგანიზება	438
ჯანდაცვის ეკონომიკა	443
- ზოგადი ცნებები	443
- დანახარჯი	448
- ეფექტურობა	452
- დაზღვევა	455
სამედიცინო დახმარების ხარისხი	462
ხარისხის შეფასება	465
ხარისხის სტანდარტები	468
XXIII თავი	
საავადმყოფოს როლი ჯანდაცვის სისტემაში	479
XXIV თავი	
სამედიცინო დაწესებულებებში პოსპიტალური ინფექციების კონტროლი	546
XXV თავი	
სტიქიური უბედურებების, ეპიდემიური კატასტროფების და სხვა საგანგებო მდგომარეობების დროს სამედიცინო სამსახურების ოპერატიული ქმედებების ძირითადი პრინციპები	574
XXVI თავი	
დანართი	603
საუარჯისოები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯერთათვის პრობლემების სტრატეგიული გადაწყვეტის პროცესი	639
ლოტურატურა	679

წინასიტყვაობა

წინამდებარე მონოგრაფია წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის წინამძღვრების, მიმდინარეობისა და პერსპექტივების შესახებ ბოლო პერიოდში შექმნილ ყველაზე სოლიდურ და მნიშვნელოვან ნაშრომს, რომელშიც ღრმად და საფუძვლიანადაა გაანალიზებული ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტიაციის არსი, მისი შემაფერხებელი გარემოებანი და ის გზები, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს როგორც თითოეული მოქალაქისთვის, ასევე ქვეყნისთვის მის ნაკლებმგკიენულად განხორციელებას.

ავტორი გემოაღნიშნული რთული და მგკიენული პროცესის უშუალო მონაწილეა. ალბათ სწორედ ამან მისცა მას საშუალება თავი მოეყარა როგორც მოცულობის, ასევე მნიშვნელობის თვალსაზრისით უდიდესი მასალისთვის. მკითხველი ნაშრომის შესაბამისი თავების გაცნობისას ხვდება, რომ ავტორი აცნობს მას სხვა ქვეყნებში (ძირითადად აღმოსავლეთ ევროპის სახელმწიფოებსა და საბჭოთა კავშირის ყოფილ რესპუბლიკებში) მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის დადებით და უარყოფით მხარეებს და ღრმა, მეცნიერული ანალიზის საფუძველზე აკეთებს დასკვნებს.

ნაშრომში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტიაციის კონცეფციას, რომელიც მოიცავს დარგის ორგანიზაციისა და განვითარების ძირითად მიმართულებებს, აგრეთვე ჯანსაღი ეკონომიკური მექანიზმების დამკვიდრების, საქმედიცინო მომსახურების საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პროცესში სახელმწიფო რეგულირების ფორმათა განსაზღვრას და სხვ. გაანალიზებულია ჯანდაცვის სტრატეგიის განსაზღვრის პრინციპები.

მაღალპროფესიულ ღონებზეა წარმოდგენილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პირველადი სამედიცინო მომსახურების (პირველადი ჯანდაცვა) რაობა, მისი მიზნები და ამოცანები, ორგანიზაციული მოწყობა.

ნაშრომს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს თავები ფინანსურ-ეკონომიკურ ურთიერთობათა და სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. ღრმად და კვალიფიციურად არის წარმოდგენილი საკითხები პაციენტთა უფლებების შესახებ. პაციენტთა უფლებების დაცვის კუთხითაა განსილული სამედიცინო დახმარების სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრული სამსარეო და მუნიციპალური პროგრამები.

ნაშრომში წარმოდგენილი მასალა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისა და მომავალში მუშაობის წარმართვის შესახებ ახალი სიგყვაა ჯანდაცვის ორგანიზაციაში. ვფიქრობთ ნაშრომი დიდად დაეხმარება ყველა დაინტერესებულ პირს საღად შეხედოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ცვლილებებს, გაეცნოს მისვის საჭირო ინფორმაციას და გამოიყენოს პრაქტიკულ საქმიანობაში.

ნაშრომს ერთვის ერთობ საჭირო გლოსარიუმი და პრაქტიკული სავარჯიშოები, რომელთა გამოყენება გაცილებით გააადვილებს ამა თუ იმ საკითხის გადაწყვეტას.

დავით გეგეშიძე

წ ი ნ ა თ ქ მ ა

წინამდებარე დამხმარე სახელმძღვანელო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაყვის სამინისტროს მთელი კოლექტივის შემოქმედების პროდუქტია. იგი მოიცავს და ნათლად ასახავს იმ მძიმე პერიოდს ახალი ამროვნების ფორმირებისა, რომელიც არა მარტო სისტემის ფლაგმანმა, არამედ მთლიანად ქართველმა ერმა სახელმწიფოებრიობის ფორმირების პროცესში გაიარა. ამ მძიმე პერიოდში გადაუდებლად აუცილებელი შეიქმნა ძირეული ცვლილებების განხორციელება, რომელიც შესაბამისი იქნებოდა ქვეყნის მიერ არჩეული გზისა.

სანამ შევედგებოდით ამ რთულ და წინააღმდეგობებით აღსავსე გზას, ხშირად დაუფიქრებულვართ, რა ხდება ჯანდაყვის სისტემაში? შეიქმნა თუ არა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაყვის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობა? შევისწავლეთ კი ყველა ის პრობლემა, რომელიც წაგვიყენებდა ამ რთულ მოთხოვნებს? შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, ახალ ფორმაციაში გადასული ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით დაკმაყოფილების დონეა არასაკმარისი, თუ აბსტრაქტული ამროვნებით მოვედით იმ დასკვნამდე, რომ სისტემის რეორიენტაცია პროფილაქტიკური მიმართულებით უფრო საჭირო და ეკონომიურია? რა ხერხებითა და გზით გაეაჩინოთ მასზე მოთხოვნა? არსებული მოთხოვნის გადანაწილებით და საეალდებულო საკანონმდებლო მექანიზმებით, თუ მოსახლეობის განსწავლა-განათლების გზით გაეაჩინოთ დამატებითი მოთხოვნა? როგორ დაეუსაბუთოთ მომხმარებელს, რომ ახალი სისტემა სჯობია არსებულს? რა გზით შეეუკუალოთ მას ცნობიერება და შეეაგუოთ საბაზრო ეკონომიკის მკაყრ პირობებს? დაუდგეთ ეტაპობრივი გარდაქმნების გზას და დროდადრო ვეძიოთ დაფინანსების წყაროები გარედან. ჩაეგაართო სოციალური მარკეტინგი, თუ მივეყვით პასიურად მოქლენების განვითარებას?

ერთი კი ცხადი იყო, უნდა შექმნილიყო ჯანდაყვის ორგანიზაციის იმგვარი მოდელი, რომელიც გარდამავალი პერიოდში მყოფ ქვეყანას საშუალებას მისცემდა მწირი დაფინანსებას პირობებში მაქსიმალური ეფექტურობის მოკაზნა. ამ მიზნის მიღწევა მხოლოდ პროფილაქტიკური

ლონისძიებების დაგეგმვა-განხორციელებით იყო შესაძლებელი.

1998 წელს ბატონო ოთარ გერგმაყას მიერ შექმნილი სახელმძღვანელო "საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენჯემენტი" გარკვეულწილად იძლევა კომპეტენტურ პასუხს ბევრ საინტერესო და საჭირობო საკითხზე, რომელიც მთლიანობაში სისტემის რეფორმირებისა და ახალი მიმართულებების განსაზღვრას ეხება. მათ შორის საინტერესოა ავტორების პოზიცია და განმარტებები, რომელსაც ისინი იძლევიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ზოგადად მეცნიერებისა და საერთოდ გაზოკეტილი ფუნქციის სამსახურების შესახებ. მიუხედავად აღნიშნულისა, ჩვენ საჭიროდ ჩავთვალეთ უფრო გავფუაროთოვებინა საქვიალისტთა კოდნა ამ მიმართულებით და დაგვეკონკრეტებინა ცალკეული მომენტები, მით უფრო, რომ საკმაო დრო გავიდა სახელმძღვანელოს გამოსვლის შემდგომ და ბერი ცნებისა თუ მომხდარის ახლებურად გაამრება და სამედვიცინო საზოგადოებისათვის მოწოდება გახდა საჭირო. ერთი და იგივე ცნების ინტერპრეტაცია საზოგადოებაში არაერთგვაროვანია და, ამიგომაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად ჩავთვალეთ მიგვეცა მათთვის ახსნა.

ჩვენი მიზანი ფართო საზოგადოებისათვის ობიექტური ინფორმაციის მიწოდება იყო. განსაკუთრებით სტუდენტებისათვის, ჩვენი კოლეგებისათვის, რომელიც უშუალოდ პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოიყენებენ მოცემულ განსაზღვრებებს, გაიადვილებენ სისტემასთან შეხების პროცესს. ჩვენი ღრმა რწმენით, წარმატების მიღწევისათვის აუცილებელია გარდაქმნების პროცესის მონაწილე გავცეხადა არა მარტო სამედვიცინო დახმარების მიმწოდებელი, არამედ მომხმარებელიც. ამიგომ ნამრომს ის პრეტენზიაც გააჩნია, რომ იგი საინტერესო იქნება ფართო საზოგადოებისათვის, მოსახლეობისათვის.

უამრავი მითქმა-მოთქმა ზოგადად მომხდარ ცვლილებებთან დაკავშირებით და, რა თქმა უნდა, "შედარებები" ძველ სისტემასთან, ფრიად ბუნდოვანს ხდის რეალურ სიტუაციას. "მაჩვენეთ ნორმა და მე ვეცდები. გაჩვენოთ თქვენ პათოლოგია" – ბრძანა ერთი დროს გამოჩენილმა მეცნიერმა, ბატონმა ი. დავილოვსკიმ. ეს ფრთოსანი გამოთქმა გედმიწევნით ეხება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასაც, რამეთუ მისი ხარისხი ცვალებადია და იგი უნდა პასუხობდეს მოსახლეობის მოთხოვნებს ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური და სოციალური განვითარების დონეს. ამ კონტექსტში საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ქვეყნის სოციალური სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი რგოლია და მისი სწორი ფუნქციონირება ქვეყნის ადამიანური რესურსის განვითარების დონესა და ხარისხს განაპირობებს. მის ეფექტურობაზე დამოკიდებული სიღარიბის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემის რაციონალური ამოქმედებაც. იგი ხელს მეუწყობს სიღარიბის მინიმზაციას და ქვეყანაში ადამიანთა თანაცხოვრების ჯანსაღი გარემოს შექმნას, ცხოვრების ჯანსაღი წესი კი მაკროეკონომიკური

განვითარებისა და ერთ სულ მოსახლეზე ყულადი შემოსავლების ზრდის საწინდარი ხდება. ამიგომ შეიძლება დაეასკენათ, რომ ქვეყანას, რომელსაც არ გააჩნია სამოვადოებრივი ჯანდაყვის მოქნილი და ეფექტური სისტემა, ეკონომიკური ჩამორჩენილობის საფრთხე ემუქრება.

გარდამავალ პერიოდში, როდესაც ქვეყანაში ჩამოყალიბებული არ არის საკუთრებითი ურთიერთობები, განსაკუთრებით ინტენსიურად მოქმედებს სამართლებრივ-ადმინისტრაციული წესები. მკაფიოდ არაა გამიჯნული სამოვადოების კონკრეტულ და არასაბაზრო გარემოს შორის არსებული თანაფარდობა, ადამიანის ჯანმრთელობის დაყვის უმთავრეს გარანტად რჩება სამოვადოებრივი ჯანდაყვა. ფი არის სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ყოველი ადამიანისა და ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობის აღდგენისაკენ, აგრეთვე მათი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის, განვითარებისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების დამკვიდრებისაკენ.

სამოვადოებრივი ჯანდაყვის სწორი ორგანიზაციისათვის აუცილებელია შემუშავებულ იქნეს ერთიანი ფორმა, რომელიც ქვეყნის პოლიტიკური პრინციპებიდან გამომდინარე, მიანიჭებს მას სახელმწიფო მნიშვნელობას. საქართველოში სამოვადოებრივი ჯანდაყვის პოლიტიკურ საფუძველს განსაზღვრავს საქართველოს პრემიერის პროგრამა – ახალი პრიორიტეტები ახალი საქართველოსათვის და “ჯანმრთელობის დაყვის შესახებ” საქართველოს კანონი.

აუცილებელია ჩამოყალიბდეს შესაბამის სამართლებრივ ნორმათა ერთობლიობა, რომელიც უზრუნველყოფს აღნიშნულ სფეროში საქმიანობის სწორად და შეუფერხებლად წარმართვას. საქართველოში სამოვადოებრივი ჯანდაყვის განვითარების საფუძველია ჯანდაყვის პოლიტიკისა და საქართველოს ჯანდაყვის განვითარების სტრატეგიული გეგმაყ.

მის ფარგლებში განსაზღვრულია საბიუჯეტო ასიგნებანი სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა დაფინანსებისათვის (ბიუჯეტის დონეთა მიხედვით).

ინსტიტუციური თვალსაზრისით სამოვადოებრივი ჯანდაყვის ორგანიზაცია-განვითარება ხორციელდება დემოკრატიულ პრინციპებზე: - საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობს ქვეყნის ხელისუფლება, ცალკეულ სფეროებში აქტიურ როლს ასრულებენ არასამთავრობო (სამოვადოებრივი) ორგანიზაციები. ეს მოვადად, კერძოდ კი, ინსტიტუციური როლის შესრულება ეკისრება სახელმწიფო დაწესებულებას, რომელიც სამოვადოებრივი ჯანდაყვის სფეროში სახელმწიფოს უუნქიური წარმომადგენელია. სახელმწიფო დაწესებულება კოორდინაციას უწევს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, დონორებთან და არასამთავრობო დაწესებულებებთან საქმიან ურთიერთობებს. იგი უნდა იყოს ეფექტური სახელმწიფო სტრუქტურა.

რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლებას და სიკოცხლის გახანგრძლივებას, ამასთან მკაფიოდ გამოიჩინოს ცენტრალური ხელისუფლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მოვალეობებს და ქმნის ერთიან სამოვადლოებრივ სისტემას.

ნაშრომში ჩვენ კიდევ ერთხელ ვეყაღეთ განგვემარტა მომხდარი ცვლილებები და სამოვადლოების სამჯაეროზე გამოგვეტანა საქართველოს სინამდვილისათვის ახალი მოდელი თავისი საქმიანობის პრიორიტეტული მიმართულებით. ის ინტეგრირებული სისტემა, რომელიც პირველად ჯანდაცვასთან ერთად პარმონიულ საფუძველს ქმნის მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი ეფექტიანი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისათვის. მეთოდოლოგია მეძლებისდაგვარად დაწერილებით არის მოწოდებული, ცალკეულ თავებში მოცემულია აგრეთვე პრაქტიკაში მოსახმარი განმარტებები, ახსნილია ტერმინოლოგია, სამ ენაზე ქართულ, რუსულ და ინგლისურ ენებზე მოცემულია განმარტებითი ლექსიკონი - გლოსარიუმი, რომელიც ხელს შეუწყობს მკითხველს ლიტერატურასთან მუშაობაში. დამხმარე სახელმძღვანელოს თან ერთვის საინფორმაციო ბაზა სქემებისა და ცხრილების სახით.

ღრმა მადლიერების გრძნობით მინდა მოვიხსენიო საქართველოს სახელმწიფო მინისტრი ბატონი ა. ჯორბენაძე, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაკვის მინისტრი ბატონი ა. გამყრელიძე, მისი მესანიშნავი გუნდი: ქალბატონები მ. ლუღუშაური, მ. ხაჩიძე, ბატონები თ. ჯინჯოლაძე, ა. ზოიძე, ი. კალანდაძე, ე. ჭეიშვილი, ო. ბარათაშვილი, ა. კობალაძე, ო. ვასაძე, ო. გერმმაეა, თ. კალანდაძე, მ. მურჯიკნელი, გ. კაყიგაძე, პ. იმნაძე და სხვები..

განსაკუთრებით მინდა ხაზი გავუსვა ჩემს უშუალო თანამებრძოლების და თანამოაზრეების დაუფასებელ შრომას ქალბატონ თ. ლობჯანიძის, ბატონების აკ. გამყრელიძის, ე. დობორჯგინიძის, გ. ჭირაქაძის და მთელი სამოვადლოებრივი ჯანდაკვის დეპარტამენტის თანამშრომელთა წელილს.

ცალკე მინდა აღენიშნო ცნობილი ენათმცოდნის ქალბატონ მანონ ღუღუშაურის ღვაწლი ნაშრომის ლიტერატურულ რედაქტირებაში. ქალბატონების ე. ივოჩინას, ი. ჩორგოლიანის, ნ. ნიკოლაიშვილის, ბატონი თ. საქენიუკის დაუფასებელი შრომა ვაწეული დამხმარე სახელმძღვანელოს კომპიუტერული ვერსიის შექმნის პროცესში.

ჩვენ მადლობელი ვიქნებით მკითხველის ნებისმიერი მოწოდებული შენიშვნისა და წინადადებისათვის.

ავტორი

შ ე ს ა გ ა ლ ი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის, რესტრუქტურირების, რეორიენტაციის მიზნები, ამოცანები, სტრატეგია და გაქტიკა სრულად ასახავს იმ უმაღლესი კატეგორიის მოთხოვნების განხარციელების პერსპექტივას, რომელიც ღია, დემოკრატიული, განვითარებული, კონკურენტუნარიანი სახელმწიფოს აუცილებელი ნიშან-თვისებაა. ამ მიმართებით საქართველოში უკანასკნელ წლებში შეიქმნა საფუძვლიანი სამართლებრივი ბაზა – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა და დაამტკიცა ნორმატიული აქტები, ბრძანებები, განკარგულებები, რომელთა საფუძველზე ჩამოყალიბდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ახალი მოდელი, რომელიც ინარჩუნებს რაციონალურ საზოგადოებრივ ურთიერთობებთან მისადაგების შესაძლებლობას, არ წარმოადგენს რომელიმე ერთი სახელმწიფოს ანალოგიური მოდელის მუსგ ასლს, ორიგინალურია იმით, რომ შეესაბამება საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური განვითარების თავისებურებებს, ითვალისწინებს ქართული მედიცინის გრადიციებს.

ერთი ცხადია, სამედიცინო რეფორმამ საზოგადოებაში დიდი აეიოგაჟი გამოიწვია. ეს გასაგებია, რამდენადაც სამედიცინო დახმარება სჭირდება თითქმის მთელს მოსახლეობას ასაკის, სქესისა და სოციალური მდგომარეობის მიუხედავად. ინტერესი ამ პროცესისადმი დამკვიდრებული სტერეოტიპების რადიკალურმა შემობრუნებამაც გამოიწვია, როცა “საყოველთაო და უფასო”

სამედიცინო დახმარება უცებ ფასიანი გახდა, რეალურად კი იგი არასოდეს ყოფილა უფასო. საბჭოთა პერიოდშიც სოციალისტური საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის პირობებში ე.წ. უფასო სამედიცინო დახმარება, გარკვეულწილად თითოეული მოქალაქის ჯიბიდან ფინანსდებოდა. ამავე დროს სახელმწიფო ბიუჯეტი ორიენტირებული იყო არა პაციენტის მომსახურებაზე, არამედ საავადმყოფოებში საწოლებისა და არსებული შტაგების რაოდენობის ფინანსურ უზრუნველყოფაზე.

დღეს, ახალი ეკონომიკური ფორმაციის ჩამოყალიბების პირობებში, ჩვენს სახელმწიფოს ჯერჯერობით არ შეუძლია ჯანდაცვის სისტემის სრულად დაფინანსება. როგორც უნდა არასასიამოვნოდ ელერდეს ეს თემისი, მას ვერსად წაუვუვალთ და ამ ფაქტს აუცილებლად უნდა გაეწიოს ანგარიში, როცა რეფორმის აე-კარგზე გვაქვს საუბარი.

ჯანდაცვის სფეროში რეფორმა კარგა ხანია დაიწყო და შეიძლება თამამად ითქვას, რომ უმძიმესი პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კატაკლიზმების ფონზე მართალია მტკივნეულად, მაგრამ მაინც ინტენსიურად მიმდინარეობს.

ცვლილებების გატარების აუცილებლობის საფუძველი საქართველოს სამიათასწლოვანი სახელმწიფოებრიობა, ხალხის ნება და ინტელექტი, საზღვარგარეთელი კოლეგების თანადგომაა.

ცივილიზებულ ქვეყნებში ყოველწლიურად ერთი ადამიანის ჯანდაცვაზე საშუალოდ 1000-3000 ამერიკული დოლარის ექვივალენტი თანხა იხარჯება. ასეთი გაანგარიშებით საქართველოში ჯანდაცვას ყოველწლიურად უნდა მოხმარდეს მინიმუმ 5 მილიარდი დოლარი, ამის შესაძლებლობა უახლოეს დროში საქართველოს ვერ ექნება, არადა სახელმწიფო ვალდებულებას კისრულობს უზრუნველყოს ჯანდაცვის ისეთი პროგრამების განხორციელება, რომელთა დაფინანსებასაც მაღალგანვითარებული სახელმწიფოებიც ვერ ახერხებენ. ჩვენი ქვეყანა, რომელიც ერთი ადამიანის ჯანდაცვაზე საშუალოდ 75 ცენტზე ნაკლებს ხარჯავდა, მოსახლეობას ვერ უზრუნველყოფს უფასო სამედიცინო დახმარებით. ამ ფონზე აუცილებელია გამოიკვეთოს პრიორიტეტული და სასიცოცხლოდ უმნიშვნელოვანესი მიმართულებები, სამედიცინო დახმარების სახეები და მათ მოხმარდეს ის მწირი რესურსები, რომელიც საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას გააჩნია.

ამ მიზნით შემუშავებულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის საზოგადოებრივი სისტემის განვითარების კონცეფცია, რომლის ერთ-ერთი ამოსავალი თემისი ისაა, რომ საერთოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებით დაინტერესებულია სამი სუბიექტი: სახელმწიფო, დამქირავებელი და ინდივიდი, რომლებიც სისტემის ფორმირებაში მონაწილეობენ. აღსანიშნავია, რომ პროცესში მათი მონაწილეობის თანაფარდობა სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვაა.

კონცეფცია ითვალისწინებს დარგის რეორგანიზაციის ხანგრძლივი პროცესის მიზანმიმართულ წარმართვას, რისთვისაც საჭიროა შესაბამისი პოლიტიკური, სამართლებრივი და ორგანიზაციული ღონისძიებების თანამიმდევრული გაგარება. ყოველი ახალი მოქმედების დაწყების თაობაზე ქვეყნის ხელისუფლებამ უნდა მიიღოს პოლიტიკური გადაწყვეტილება.

ამ მძიმე პროცესის წარმატებით განსახორციელებლად მოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია შემუშავდეს დროებითი სამართლებრივი ღონისძიებანი, რითაც გამარტივდება პრაქტიკული საქმიანობა და შერბილდება ახალ მოდელზე გადასვლისათვის დამახასიათებელი კრიზისული სიტუაცია. აუცილებელია თანდათანობით მომზადდეს შესაბამისი სამართლებრივი ბაზა. ამ ეგაპისათვის მიღებულია საქართველოს კანონები “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”, “სამედიცინო დაზღვევის შესახებ”, “წამლისა და უარმაცევეგული საქმიანობის შესახებ”, “სამედიცინო გადასახადების შესახებ”, “ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის გადასახადის შესახებ”, “სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ”, “ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფექციის (შიდსის) პროფილაქტიკის შესახებ”, “უსიქიატრიული დახმარების შესახებ”, “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ”, “ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების და ქსოვილების აღების, შენახვისა და გადანერგვის შესახებ”, “მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში”, “საექიმო საქმიანობის შესახებ”, საქართველოს პრეზიდენტის ორ ათეულზე მეტი ბრძანებულება და განკარგულება, სხვა ნორმატიული აქტები, რომლებიც განსაზღვრავენ მოქალაქის, ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების უფლებებსა და მოვალეობებს. თავისი არსით, კანონებმა უნდა დაიცვას მედიკოსი, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობის სადარაჯოზე დგას, პაციენტი,

რომლისთვისაც სამედიცინო ბაზარი გაუთვითცნობიერებელია და ამ პირობებში იგი ღიდადაა დამოკიდებული ექიმის, სამედიცინო დაწესებულების სწორ ქმედებასა თუ გადაწყვეტილებაზე.

რეორგანიზაციის პროცესის წარმატებისათვის აუცილებელია სწორი ორგანიზაციული ღონისძიების გატარება. საჭიროა შექმნას ჯანდაცვის სახელმწიფო უზრუნველყოფის იმგვარი სისტემა, რომელიც თავს მოუყრის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებისათვის განკუთვნილ სახსრებს და უზრუნველყოფს მათ დროულ და სრულად გადაცემას იმ სამედიცინო სუბიექტისათვის, რომელიც ახორციელებს ამ პროგრამებით გათვალისწინებულ სამუშაოებს.

ამავე დროს სახელმწიფოს მონაწილეობა, მისი აქტიური ჩარევა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილულ იქნეს როგორც ადამიანთა ზოგიერთი უფლების დარღვევა (შებლუდვა), მაგრამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე წარმოჩენილ პრობლემათა ერთობლიობა და მათი რეალიზაციის პრაქტიკული ღონისძიებები გულისხმობს გარკვეულ კომპრომისს ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად საზოგადოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, საყოველთაო დაბეგვრას ჯანმრთელობის სასარგებლოდ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან ფთორირებას, ბავშვთა საყოველთაო აუცილებელ იმუნოზაციას სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციალურ ღონისძიებებს იმ საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ არის დაკული უსაფრთხოების ნორმები ან მათი არასწორი ფუნქციონირება იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

ჯანმრთელობის დაცვის დაბალანსებულმა სისტემამ უნდა უზრუნველყოს რესურსების რაციონალური განაწილება პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და გარემოს დაცვით ღონისძიებებს შორის. ის ფაქტი, რომ მოსახლეობას გარკვეული ჯგუფები ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროებენ მეტი სახსრების გამოყოფას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფისათვის, ვიდრე სხვა, განსაზღვრავს თანხების დამატებით გამოყოფას მეტად დაზიანებადი ჯგუფებისათვის. ამავე დროს, ჯანდაცვის სისტემა მუშაობაში უნდა ითვალისწინებდეს იმ ფაქტორებს (კეება, სანიტარია, საცხოვრებელი და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები), რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ამის გარდა ჯანდაცვის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების შესაბამის ღონეს სამედიცინო დარგის მუშაკებისა და დაწესებულებების მიერ.

რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაციას - ლიცენზირების ადეკვატური ღონისძიებების შემუშავებით.

მთლიანობაში, რეორიენტაციისა და რეორგანიზაციის პირობებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ადრე მოქმედი საბიუჯეტო-მუხლობრივი წესი შეიქვალა პროგრამული და პროგრამულ-მიზნობრივი დაფინანსებით. ცენტრალური პროგრამების სახით, სახელმწიფო თავის თავზე იღებს გარკვეულ ვალდებულებას საკუთარი მოსახლეობის წინაშე.

პრიორიტეტულ მიმართულებებად განსაზღვრულია: სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა; დედათა და ბავშვთა დაცვა; იმუნიზაცია მართვადი ინფექციების მიმართ; სისხლის პრეპარატების უსაფრთხოების დაცვა, ნარკომანიასთან ბრძოლა, შიდსის პროფილაქტიკა, სამედიცინო მეცნიერების განვითარება და ხელშეწყობა და სხვ.

ბუნებრივია, რეორგანიზაციის პროცესში მმართველობით-სტრუქტურული და ორგანიზაციული ფორმები იცვლება. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ მოახდინა თავისი ფუნქციების ნაწილის დელევირება - ადგილებზე შეიქმნა ჯანდაცვის რეგიონული და რაიონული სამსახურები. ამ პირობებში სამინისტროს პრეროგატივა მხოლოდ ჯანდაცვის ზოგადი პოლიტიკის, გლობალური პროგრამების, აკრედიტაცია-ლიცენზირების წესების შემუშავება და განხორციელება იქნება.

ახალ პირობებში დარგის განვითარების კონცეფციის შესაბამისად, სახელმწიფო ხელს შეუწყობს სამედიცინო სფეროში კერძო სტრუქტურების ჩამოყალიბებას, სადაზღვევო მედიცინის განვითარების საფუძვლების შექმნას. შესაბამისად სპეციალური პროგრამით განხორციელდება სამედიცინო ობიექტების პრივატიზაციის პროცესი.

რეორგანიზაციისა და რეფორმების არსი მდგომარეობს იმაში, რომ საბაზრო ეკონომიკისათვის დამახასიათებელ ურთიერთობებზე დაყრდნობით ჩამოყალიბდეს ჯანდაცვის ისეთი მოდელი, რომლიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებისა და კონკრეტული მემუშაის მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურებას შესრულებული სამუშაოს ხარისხის, მოცულობისა და მნიშვნელობის მიხედვით.

სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაცია და ლიცენზირება, მედიკოსთა სერტიფიკაცია, ნომოლოგიათა სტანდარტიზაცია, ქვეყანაში ერთიანი უნიფიცირებული სამკურნალო დახმარების ორგანიზაცია და მკურნალობის ხარისხის უმკაცრესი

სახელმწიფოებრივი კონგრული მოსახლეობის უსაფრთხო და ეფექტიანი მკურნალობის ფართოდ დანერგვის საშუალებას იძლევა.

თავისთავად რეორგანიზაციის პროცესი მრავალი პრობლემის მომცველია, ამიგომ სისტემის საფუძვლად შეირჩა ეკონომიკური კონსტრუქციები, რაც აუცილებლობითაა გამოწვეული. რეალურად მოქმედი სისტემის შექმნა სხვანაირად არ შეიძლებოდა, რადგან მას ორი მოთხოვნა მაინც უნდა დაექმაცყოფილებინა: პირველი - ყოფილიყო რეალური, შესაძლებლობებთან და მოთხოვნილებებთან დაბალანსებული; მეორე - შესაბამისობაში ყოფილიყო ქვეყნის განვითარების სტრატეგიულ გეზთან, ჩვენს შემთხვევაში - საბაზრო ეკონომიკასთან.

თითქმის ასი წლის წინათ დიდი ილია ბრძანებდა: “ეკონომიკურს მხარეს ჩვენის ცხოვრებისას უპირველესი ადგილი უნდა დაეთმოს ყველა საზრუნავთა შორის. სწორედ ეკონომიკურს მოედანზე ვიამაყოთ და გაეხარჯნეთ”. დღევანდელი ყოფა კიდევ ერთხელ გვარწმუნებს ამ თემის აქტუალურობაში. დამოუკიდებლობის ურთულეს გზაზე შემდგარი საქართველო, უმძიმეს პირობებში მიიწევს წინ, რათა გვერდში ამოუდგეს მსოფლიოს მაღალგანვითარებულ ქვეყნებს. ამ მიზნის მისაღწევად აუცილებელია სწორედ ეკონომიკური ურთიერთობების მოწესრიგება.

ცნობილია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება მხოლოდ ჯანდაცვის იდეალური მოდელითაც კი ვერ მიიღწევა. ამისათვის აუცილებელია ქვეყნის თანამიმდევრული, მიზანსწრაფული ეკონომიკური აღმავლობა. მხოლოდ ასეთ პირობებშია შესაძლებელი როგორც სახელმწიფოს, ასევე მოქალაქეთა გადახდისუნარიანი მოთხოვნის ზრდა მაღალკვალიფიციურ და სპეციალიზებულ სამედიცინო დახმარებაზე.

დღეისათვის ჩვენი უმთავრესი პრობლემაა გადავარჩინოთ ქართული მედიცინა, რომელმაც რამდენიმე ათასწლეული გამოიარა მითური მედეადან და შუა საუკუნეებში მოღვაწე გენიალური ქართველი მედიკოსის ბაზა ფანასკერტელიდან დღემდე.

მიუხედავად ამჟამინდელი რთული პირობებისა, მრავალსაუკუნოვანი ტრადიციებია, ცოდნა და გამოცდილება, დავიწყებას არ უნდა მიეცეს, რადგან ბევრი დღევანდელი სამედიცინო საიდუმლოს გასაღები სწორედ იქ დევს და ქართული მედიცინა, თავისუფალი ინტეგრაციის პირობებში. ბევრ სასარგებლო საქმის გაკეთებას შეძლებს მსოფლიოს მედიცინისათვისაც.

თავი I

ქართული მედიცინის განვითარების მოკლე ისტორია

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვას, კერძოდ, სამედიცინო საქმიანობას, ისევე, როგორც თვით ქვეყანას, უძველესი ისტორია აქვს.

ქართული მედიცინის განვითარებაში გამოყოფენ: 1. პირველყოფილ-თემური წყობილების; 2. ანტიკური ხანის; 3. ფეოდალური წყობილების; 4. კაპიტალისტურ ურთიერთობათა დროინდელ და 5. საბჭოურ პერიოდებს.

1. პირველყოფილ-თემური წყობილების დროინდელი მედიცინა საქართველოში (უძველესი დროიდან ძვ. წ. V ს-მდე). საქართველოში პირველყოფილ-თემური წყობილებისა და ანტიკური პერიოდების მედიცინის შესახებ ცნობებს შეიცავს ბერძენ და რომაელ ავტორთა ნაწერები, ქართული მითოლოგიური ეპოსი, არქეოლოგიური გათხრებისა და ეთნოგრაფიული კვლევის შედეგად მიღებული მასალები. ამ პერიოდის მედიცინის შესახებ გარკვეულ წარმოდგენას გვაძლევს თქმულება ამირანზე (ძვ. წ. II ათასწლეული), რომელშიც აღწერილია ბალახის სამკურნალო თვისებები და მათი გამოყენება, ნახსენებია ბანგი, როგორც ძილმომგვრელი საშუალება, გვხვდება ცნობები საკეისრო კვეთის, ჭრილობათა მკურნალობის რაციონალური და მაგიური მეთოდების, თვალის ამოღებისა და “ჩასმის” შესახებ, ზოგიერთი ცნობა თვალის რქოვანას დაზიანებაზე, მინერალური წყლების სამკურნალო თვისებებსა და გამოყენებაზე.

მედიცინის ისტორიისათვის ბევრი საინტერესო ინფორმაციაა თქმულებაში არგონავტების შესახებ. მედეას სახელთანაა დაკავშირებული სხვადასხვა სახის ძილმომგვრელი,

ვანმკურნებელი, მომაკვდინებელი საშუალებების, ნელსაცხებლების, შესასხურებელი, შესაორთქლებელი, შესაზელი და ა.შ. წამლეულის მომზადება, სამკურნალო მეცნიერების მოშენება და მათი თვისებების შესწავლა, მხამებისა და ანგიშხამების გამოყენება, გაახალგაზრდავებისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების რაციონალური მეთოდების ძიება და სხვ. საგულისხმოა, რომ გამოჩენილი გერმანელი ისტორიკოსი კ. შპრენგელი თავის 5-ტომიან მსოფლიო მედიცინის ისტორიას (1792) კოლხური მედიცინის მიმოხილვით იწყებს.

გემოაღნიშნულ თქმულებებში არსებული ცნობები მედიცინის შესახებ ვარკვეულად დასტურდება საქართველოს ტერიტორიაზე მოპოვებულ არქეოლოგიურ მასალებშიც - თრიალეთში არქეოლოგიური გათხრისას აღმოჩენილია გველის გამოსახულებიანი თიხის ჭურჭელი. საგულისხმოა, რომ გველის გამოსახულება უკვე მაშინ ითვლებოდა საექიმო პროფესიის სიმბოლოდ.

2. მედიცინა ანტიკურ ხანაში (ძვ.წ. VI ს. - ახ.წ. IV ს.). ძვ.წ. VI საუკუნეში შავიზღვისპირა ქვეყნებში ბერძენთა ახალშენების გაჩენასთან ერთად მყარდება კონტაქტები ბერძნულ და ქართულ მედიცინას შორის. ამ პერიოდის არქეოლოგიურ მასალებში, კერძოდ, მდიდართა სამარხებში ნაპოვნია ბევრი წამლის შუშა, პირადი ჰიგიენის ნივთი, ქირურგიული იარაღი და სხვ.; კომუნალური და სანიტარიულ-ჰიგიენური ტექნიკის მაღალ დონეს მოწმობს მცხეთის სვეტებიანი სასახლის ნაშთები (ძვ.წ. IV ს.), ქალაქის აბანო თავისი ცენტრალური გათბობისა და წყალმომარაგების რთული სისტემით. ამ დროისათვის ექიმობა უკვე ჩამოყალიბებული პროფესია იყო. ბერძენი და რომაელი კლასიკოსები - დიოსკორიდე (II ს.), პორაციუსი (ძვ. წ. 65-8), პლინიუსი (23 ან 24-79), ქსენოფიტი (ძვ.წ. 431-354), სტრაბონი (ძვ.წ. 64/63-ახ.წ. 23/24) მიუთითებენ საქართველოში გავრცელებულ სამკურნალო მცენარეებზე, მათ მოქმედებაზე, დამზადების ტექნიკაზე და ა.შ.

კოლხურ-იბერიული მედიცინის ერთ-ერთი კერა პონტის სამეფო იყო. მითრიდაგე პონტოელმა შექმნა მოძღვრებანი მხამებისა და ანგიშხამების შესახებ (მითრიდაგიუმი). ამ მოძღვრებამ გავლენა იქონია ფარმაკოლოგიის შემდგომ განვითარებაზე.

3. მედიცინა ფეოდალურ საქართველოში (IV ს. - XIX ს. 50-იანი წლები). საქართველოში ფეოდალიზმის ჩასახვის

პერიოდის (IV-V სს.) ჰაგიოგრაფიულ ძეგლებში მოიპოვება ცნობები, რომელთა მეშვეობით შესაძლებელი ხდება იმდროინდელი მედიცინის დონის განსაზღვრა. ამ პერიოდის ექიმებისათვის კარგად იყო ცნობილი მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდი, დაწესებული იყო პონორარი. ქართული ლიტერატურის ძეგლში “წამებაი წმიდისა შუშანიკისი დედოფლისაი” (V ს.) მოხსენებულია საექიმო დასმარების სხვადასხვა საშუალება, წამლები, მალამოები.

პეტრე იბერიელს (412-488) პალესტინაში მოღვაწეობის დროს ქართველთათვის საავადმყოფოები აუშენებია. მისი ბიოგრაფი მაქარაია ქართველი მიუთითებს, რომ პეტრე იბერიელის დედას ბაკურდუხტს საქართველოში “მოგზაურთათვის” სასტუმროებთან სამკურნალოები მოუწყვია. ამ ხანის მედიცინა იყოფა ორ პერიოდად: 1. ადრინდელი ფეოდალური ხანის; 2. განვითარებული ფეოდალური ხანის მედიცინა, რომელიც მოიცავს ალორძინების, დაცემის, ალდგენისა და გარდამავალ პერიოდებს.

ადრინდელი ფეოდალური ხანის მედიცინის ისტორიის წყაროები: მოგადისგორიული და ჰაგიოგრაფიული ძეგლები. მაშინ საქართველოს გარეთ მოქმედებდა ქართველთა მიერ დაარსებული სამედიცინო-კულტურული კერები (საბაწმიდის ქართველთა ლავრა), ხოლო საქართველოში - ასურელ მამათა საეანეები. მარგვირი საბაწმიდელის “სინანულისთვის და სიმდაბლისა” (VII) შეიცავს ცნობებს ადამიანის ანატომიისა და ფიზიოლოგიის საკითხებზე. ასურელი მამები საქართველოში ქრისტიანული სარწმუნოების გავრცელებასთან ერთად საექიმო საქმიანობასაც ეწეოდნენ.

ხანძთის საეანეში (VIII-IX სს.) დიდ საექიმო-პრაქტიკულ საქმიანობას ეწეოდნენ გრიგოლ ხანძთელი და მისი მოწაფე ეპიფანე. ისინი მკურნალობდნენ ავ მნეს, დამბლას, საშვილოსნოდან სისხლის დენას, იყენებდნენ მკურნალობის ქირურგიულ მეთოდებს და სხვ. აქვე ითარგმნება ბერძნულიდან გრიგოლ ნოსელის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური გრაქტაგი. “კაცისა შესაქმისათვის” და ბასილი დიდის “მხეცთათვის სახისა სიგყუაი”. ამავე პერიოდში იმპერატორ ბასილი I-ის კარის ექიმი იყო ილარიონ ქართველი.

განვითარებული ფეოდალური ხანის მედიცინა. ქვეყნის ეკონომიკურმა და კულტურულმა განვითარებამ ხელი შეუწყო მედიცინის აღმავლობას. როგორც საქართველოში (გელათი, იყალთო), ისე მის გარეთ (აიონი, პეტრეწონი, შავი მთა და სხვ.) ჩამოყალიბდა სამონასტრო-კულტურული კერები

სააეადმყოფობითურთ. ათონის ივერთა მონასტერში არსებობდა 3 სააეადმყოფო - წმ. გიორგის, წმ. მოლესისა და კეთროვანთათვის; იყო აუთიაქი, სამედიცინო სასწავლებელი და სამედიცინო წიგნებით მდიდარი ბიბლიოთეკა.

პეტრეწონის მონასტერში და შემდგომ გელათის აკადემიაში, რომელიც უმაღლესი სამედიცინო განათლების მნიშვნელოვანი კერა იყო, მოღვაწეობდა იოანე პეტრიწი, რომელმაც გადმოიღო ბერძნულიდან ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ტრაქტატი “ბუნებისათვის კაცისა”. ამავე დროს შეიქმნა შუა საუკუნეების შესანიშნავი სამედიცინო ძეგლები “უსწორო კარაბადინი” და “წიგნი სააქიმო”. “ქართლის ცხოვრების” მემაგიანენი აღწერენ დავით აღმაშენებლის პირად გრუნევას სასწეულოებში მყოფ აეადმყოფებზე, ხოლო თამარ მეფეს მთიულური და ხევსურული ფოლკლორი “აქიმი დედოფლის” სახელით იხსენიებს. ვარძიის ქალაქ-გამოქვებულში მოწყობილი იყო აუთიაქი კლდეში გამოკვეთილი დაახლოებით 265 ნიშით. ვანის ქვაბების მონასტერში წესდებით (“ვაჰანის ქვაბთა განგება”) იყო შემოღებული “მესენეულის” თანამდებობა. წესდება ითვალისწინებდა სწეულთა “შემოვლას” დღეში სამჯერ და მათ “უშუერველ” უმრუნველყოფას საკვებითა და სხვა ყოველგვარი საჭიროებით. ამ ეპოქის სამედიცინო ძეგლებში წამყვან თეორიად აღიარებულია ჰუმორალური პათოლოგია.

XIII საუკუნის II ნახევრიდან მონღოლების ბაგონობამ დასცა ქართული კულტურა, შეფერხდა ან სრულად მოისპო ქართული სამონასტრო-კულტურული ცენტრებისა და მათთან ერთად საექიმო-პრაქტიკული და სამედიცინო-ლიტერატურული საქმიანობა. ამ დროიდან XV საუკუნის ბოლომდე, თითქმის 250 წლის მანძილზე არ შექმნილა არც ერთი მნიშვნელოვანი სამედიცინო ძეგლი; შეფერხდა ადრინდელი ძეგლების გადაწერაც.

ადღენის პერიოდში (XVI-XVIII საუკუნეები) გამოცოცხლდა საექიმო-პრაქტიკული და სამედიცინო-ლიტერატურული საქმიანობა. ამ პერიოდის ბრწყინვალე წარმომადგენელია მაჩა ფანასკერტელი თავისი “სამკურნალო წიგნით” - “კარაბადინით” და დავით XI თავისი “იაღივარ დაუღით”. XVI საუკუნეში შეგროვილი ფულით აღადგინეს ათონის ივერთა მონასტერი და მასთან არსებული სააეადმყოფოები და კეთროვანთა თავშესაფარი. დაიწყო ძველი სამედიცინო ძეგლების გადაწერა და ახალთა შექმნა. სულხან-საბა ორბელიანის “სიგყვის კონა”,

“სიბრძნე სიცრუისა”, “მოგზაურობა ევროპაში”, და სწავლანი საკმაოდ დიდ მასალას იძლევა ამ პერიოდის სამედიცინო საქმიანობისა და სამედიცინო აზროვნების შესახებ. საბას ლექსიკონში მრავალი სამედიცინო-ბიოლოგიური გერმინია განმარტებული, მის ნაწერებში ვხვდებით მსჯელობას დაავადების გამოცნობასა და მკურნალობაზე, მოხსენებულია თავის ქალის დეუფექტის ლითონით დახურვა, ქსოვილთა გადანერგვა, კიდურის მოკვეთა და სხვა ოპერაცია.

ვახტანგ VI-ის ცნობილ “სამედიცინო და ოპტიკურ პარაგრაფებში” განხილულია ოპტიკის რთული საკითხები; ამ დროს (1716-1724) თბილისში ყოფილა ოპტიკური სახელესნო, სადაც სათვალეს ამზადებდნენ. ვახტანგ VI ავგორია აგრეთვე შრომისა – “წიგნი ცხენთა ცნობისა და აქიმობისა”.

გარდამავალი პერიოდი. საქართველოს რუსეთთან შეერთების შემდეგ ჩამოყალიბდა საექიმო მმართველობა, რომელსაც 1840 წლიდან იმერეთ-საქართველოს საექიმო მმართველობა ეწოდა. თბილისში სამოქალაქო უწყების სახით მხოლოდ 1820 წელს გაიხსნა 12-საწოლიანი ქალაქის საავადმყოფო. ამ პერიოდის კავკასიის რუსული და ქართული პერიოდული პრესა ხშირად აქვეყნებდა სამედიცინო სტატიებს, სამედიცინო-გოპოგრაფიული ხასიათის კორესპონდენციებს, საქართველოს კლიმატურ-ბალნეოლოგიური რესურსების აღწერილობასა და სხვ. ქართული სამედიცინო წიგნები უმთავრესად მოსკოვისა და პეტერბურგის სტამბებში იბეჭდებოდა; გუირანიშვილის წიგნი ყვავილის აცრაზე (1808), გელოშიშვილის ნაშრომი კვლავ ყვავილის აცრაზე (1815), ბაგრაგ ბაგონიშვილის – ვეგერიანარიის სახელმძღვანელო (1818). მოსკოვის სინოდის სტამბაში დაიბეჭდა პ.კლაპიგონიშვილის 5 დასახელების ქართული და 3 რუსული წიგნი (1826, 1828-1836), ნ.ჩუბინაშვილის მიერ შედგენილი (1830) ყვავილის აცრის სახელმძღვანელო. ექიმ მ.გუბალაშვილის ქინაქინის ხმარების მოკლე სახელმძღვანელო და სხვ. მოსკოვსა და პეტერბურგში დასახლებულმა ქართველებმა ხელახლა გადაწერეს ზოგიერთი სამედიცინო წიგნი, მ.შ. დავით ბაგონიშვილის “სამედიცინო პარაგრაფები” და “სამკურნალო რეცეპტები”, იოანე ბაგონიშვილის “წიგნი სიმრთელისა და აქიმობისა”, “კალმარომის” სამედიცინო შინაარსის შემცველი

თავები, სამედიცინო ლექსიკონები და სხვ. ამ წიგნებში მედიცინის პრაქტიკულ საკითხებთან ერთად მედიცინის ზოგადთეორიული საკითხებიც არის განხილული.

კაპიტალისტურ ურთიერთობათა დროინდელი მედიცინა (XIX ს. 60-იანი წ.წ.-1921). 1861 წელს კავკასიის მეუისნაცვალმა სამედიცინო მომსახურების ახალი სისტემა შეიმუშავა, რომელიც ძალაში შევიდა 1867 წლიდან. ეს პროექტი სახელმწიფო ხარჯების ეკონომიისათვის ითვალისწინებდა ისედაც მცირერიცხოვან სამედიცინო დაწესებულებათა კიდევ უფრო შემცირებას.

საქართველოში ამ პერიოდში მედიცინის განვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ჰქონდა კავკასიის საექიმო საზოგადოების დაარსებას (1864), რომელმაც დიდი ზეგავლენა მოახდინა კავკასიისა და, კერძოდ, საქართველოში მედიცინის განვითარებაზე, განსაკუთრებით სამხარეო პათოლოგიის შესწავლასა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შემუშავებაზე.

1868 წელს თბილისში გაიხსნა ახალი 200-ადგილიანი ე.წ. "მიხეილის" საავადმყოფო, ერთი წლის შემდეგ იქვე ფუნქციონირება დაიწყო სულით ავადმყოფთა განყოფილებაც, ხოლო 1875 წელს – აუთიაქმა.

1873 წელს თბილისში დაარსდა პირველი სამედიცინო-გინეკოლოგიური დაწესებულება (56 საწოლზე – 40 სამშობიარო, 16 - გინეკოლოგიური), რომელიც ორი წლის შემდეგ გადაკეთდა ოლღას სახელობის ამიერკავკასიის სამედიცინო ინსტიტუტად, სადაც ბებია ქალებს ამზადებდნენ.

1882 წელს ამიერკავკასიის რკინიგზაზე მომუშავეთათვის ჩვენს დედაქალაქში გაიხსნა საზაფხულო სანატორიული სადგომი. ეს იყო პირველი სააუწყებო სამედიცინო დაწესებულება საქართველოში.

1887 წელს ქუთაისის ეპიდემიისთან დაკავშირებით ავლაბარში მუშაობა დაიწყო ბავშვთა ინფექციურმა განყოფილებამ 20 საწოლზე, 1906 წელს მას დაემატა 15 საწოლიანი სამშობიარო სახლი. 1909 წელს საავადმყოფოს დაემატა 85 საწოლი.

1913 წლისათვის საქართველოში იყო 250 ექიმი, 38 საავადმყოფო – 28 ქალაქად, 10 სოფლად – სულ 1985 საწოლით. მთელს საქართველოში არსებობდა 36 საექიმო პუნქტი, 48 ამბულატორია, 2 მალარიის საწინააღმდეგო სადგური, 95 აუთიაქი.

1916 წელს შეიქმნა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება, რომელმაც დიდი როლი შეასრულა თბილისის

უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნის საქმეში.

ამგვარად, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციულ სტრუქტურათა შექმნას საძირკველი ჩაეყარა გასულ საუკუნეში, თუმცა ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი სისტემა ჯერ კიდევ არ იყო ჩამოყალიბებული. ამ პერიოდისათვის საქართველოში, როგორც რუსეთის იმპერიის შემადგენელ ნაწილში, ფუნქციონირებდა სახელმწიფო დაწესებულებები (“სააეადმყოფოს სალაროები”) და კერძო სამედიცინო სტრუქტურები.

1918 წლის 26 მაისს საქართველოს დამოუკიდებლობის დეკლარაციის მიღების შემდეგ, განხორციელდა ცვლილებანი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაშიც.

1918 წლის ნოემბერში შეიქმნა საქართველოს რესპუბლიკის შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან არსებული საექიმო-სასანიტარო განყოფილება, რომელსაც დაეკისრა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის ხელმძღვანელობა.

1920 წელს დაარსდა ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, რომლის ფუნქციებში შედიოდა რესპუბლიკის ყველა საექიმო-სასანიტარო დაწესებულების მოქმედების მეთვალყურეობა და მათზე კონტროლი.

1918-1921 წლებში გადაიჭრა რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში დაგროვილი პრობლემები, რომლებიც ეროვნული სამედიცინო კადრების მომზადებას, მოსახლეობის გაჭირვებულ ფენებში პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა განხორციელებასა და სამედიცინო ქსელის გაფართოებას ეხებოდა.

საქართველოს დემოკრატიული რესპუბლიკის არსებობის პერიოდში ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მოვლენა იყო თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის – კლასიკური, აკადემიური განათლების კერის დაარსება.

1918 წლის ოქტომბერში უნივერსიტეტის სიბრძნისმეტყველების ფაკულტეტს გამოეყო სამკურნალო და საბუნებისმეტყველო ფაკულტეტი, რომელიც 1919 წლის აპრილიდან საბუნებისმეტყველო-მათემატიკურ და სამედიცინო ფაკულტეტებად ჩამოყალიბდა. 1919 წელს უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტთან მუშაობა დაიწყო სანიტარიის ინსტიტუტმა.

საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში ღრმა ცვლილებები მოხდა, რაც უპირველესად იმით გამოიხატა, რომ პირველი დღეებიდანვე სახელმწიფომ თავის თავზე აიღო მთელი სამედიცინო სისტემის მართვა.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სოციალისტური სისტემა ნეგატიურად აღიქმება, მას ჰქონდა მრავალი დადებითი მხარეც, რომლებმაც უზრუნველყო მრავალი ორგანიზაციული საკითხის გადაწყვეტა, დაქსაქსული სამედიცინო ძალების კოორდინაცია, უახლოესი და პერსპექტიული ღონისძიებების დასახვა და მათი გეგმამომიერი განხორციელება.

1921 წელს შეიქმნა ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატი, რომელსაც დაევალა საქართველოს ყველა სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობა.

ჯანდაცვის ორგანოებმა მოაწესრიგეს დაზღვეულ მუშა-მოსამსახურეთა სამედიცინო დახმარება. ამისათვის, უწინარეს ყოვლისა, შეიქმნა სამედიცინო პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფართო ქსელი.

30-იანი წლებისათვის ლიკვიდირებულ იქნა ზოგი ინფექციური დაავადება (ქოლერა, ყვავილი), ზოგი კი (მათ შორის ბავშვთა ინფექციები) მკვეთრად შემცირდა. ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად იკლო საერთო, განსაკუთრებით ბავშვთა სიკვდილიანობის დონემ.

1946 წელს ორგანიზაციული ცვლილებანი განხორციელდა მმართველობით სისტემაში. ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატი გადაკეთდა ჯანდაცვის სამინისტროდ. ამავე პერიოდში ამბულატორიები და პოლიკლინიკები გაერთიანდა საავადმყოფოებთან, რამაც ჯანდაცვის განვითარების გარკვეულ ეტაპზე დადებითად იმოქმედა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების გაუმჯობესებასა და ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებაზე. ამავე პერიოდიდან დაინერგა სამედიცინო მომსახურების უზნობრივი პრინციპი და დისპანსერული მეთვალყურეობა.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ საბჭოთა პერიოდში მოწოდებული ზოგიერთი მაჩვენებელი გაზვიადებული იყო, რათა შექმნილიყო “ბედნიერი ცხოვრების” ილუზია. მიუხედავად ამისა, ფაქტია, რომ ზოგადსაკავშირო ნორმებიდან და დადგენილდებებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ორგანიზაციის მხრივ საქართველოშიც ბევრი რამ გაკეთდა.

საბჭოური პერიოდის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას საფუძვლად ედო სემამკოს მოდელი, რომელსაც ახასიათებდა:

- სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება;
- კონტროლი ხელისუფლების მხრიდან დაგეგმვის ცენტრალიზებული სისტემის მეშვეობით;

- საყოველთაო ხელმისაწვდომობა;
- მოსახლეობის უფასო სამედიცინო მომსახურება;
- დარგის მუშაკთა ფიქსირებული ხელფასი;
- კერძო სექტორის არარსებობა;
- დაბალი პრიორიტეტულობა, რადგან დარგი წარმოების სფეროს არ მიეკუთვნებოდა.

იმ პერიოდის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა წარმოადგენდა ბედშიწევნით ინერციულ, ძალიან ნელა ცვლადებად ორგანიზმს და ამიგომ შესაძლებელი იყო შორეული (5-10 წლის) პერსპექტივის პროგნოზი. იმდროინდელ დაგეგმვას ჰქონდა სტრატეგიული ხასიათი, მაგრამ არ არსებობდა გეგმებისა და ეუქეტიანობის მოთხოვნათა თანხვედრა. სისტემა სრულად ასახავდა არსებულ სამოგადოებრივ-პოლიტიკურ ფორმაციას, რომელშიც ბაგონობდა სამედიცინო მომსახურების დადგენილი და არა რეალური ფასები და მოსახლეობის 99.9%-ისათვის ხელმიუწვდომელი რჩებოდა მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში გამოყენებული მაღალეფექტური სამკურნალო საშუალებები და განვითარებული სამედიცინო ტექნოლოგიები, რაც თავის მხრივ განაპირობებდა საბჭოური ჯანდაცვის უფასობასა და ხელმისაწვდომობას. მისი მთავარი დამახასიათებელი თვისება მართვადობა იყო. სოციალიზმის ხანის ჯანდაცვის ძირითადი ლოზუნგი იყო ჯანმრთელობის სოციალურ ფასეულობად გამოცხადება, რაც არ შეესაბამებოდა სინამდვილეს. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენის დიფერენცირება, ხელიმისაწვდომობა და ექიმისათვის ფარული ჰონონარის აუცილებლობა დარში არსებულ ურთიერთობებს განსაზღვრავდა.

70-იანი წლების დამლევადან, საბჭოთა სამოგადოებაში გარღმავებულ კრიზისთან ერთად, სერიოზულად გაშწავდა ის პრობლემებიც, რომლებმაც შემდეგ დაამუხრუჭა ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. ჯანდაცვის სისტემის საბჭოურ მოდელში ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობამ, ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს აქტიურმა ჩარევამ იგი სრულ ბიუროკრატიზაციამდე მიიყვანა. სისტემას აინტერესებდა არა პაციენტის (მომხმარებლის) მოთხოვნების დაკმაყოფილება და მისი პრობლემების გადაჭრა, არამედ ქსელის ხელოვნური გაფართოება.

ოთხმოციანი წლებში საბჭოურ სისტემაში შექმნილმა მწვავე ეკონომიკურმა კრიზისმა ჯანდაცვის სფეროში კაპიტალურ დაბანდებათა კატასროფული შემცირება გამოიწვია. ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული პოლიტიკის ეუქეტიანობამ კიდევ

უფრო იკლო. საქართველოში ამას დაერთო დემოგრაფიული სიტუაციის მკვეთრი გაუარესება, ჯანდაცვის ობიექტების მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზის მორალური და ფიზიკური მოძველება. სახელმწიფო უკვე ვერ უზრუნველყოფდა მოსახლეობის მაღალკვალიფიციურ პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და სარეალიზაციო დახმარებას.

ყოველივე ეს მკვეთრად გამოიკვეთა 1991 წლის შემდეგ (სამოქალაქო ომის, მიგრაციისა და სხვ. მიზეზთა გამო) და არა მარტო ჯანდაცვის მაგერიალურ-ტექნიკურ ობიექტთა მორალური და ფიზიკური მოძველება მოპყვა, არამედ, ხშირ შემთხვევაში, მათი სრული გაპარგახება, სამეცნიერო ბაზების გაღარიბება, სამედიცინო სასწავლებელთა რაოდენობის გაუმართლებელი ზრდა და კადრების მომზადების ხარისხის გაუარესება.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო წარმოიქმნა დისბალანსი, რომლის გაწონასწორება შეუძლებელი გახდა დარგში რადიკალური რეფორმების გარეშე. რეფორმამ დასაბამი მისცა ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების განვითარების ახალ ეტაპს, კერძოდ, საბაზრო ურთიერთობათა დამკვიდრებას და აქედან გამომდინარე, საკუთრების ფორმების შეცვლას, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ფორმირებას, სამედიცინო დაზღვევის შემოღებასა და სხვ.

თავი II

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩაოყალიბებისა და განვითარების წინაპირობები

ჯანმრთელობის დაცვა გაცილებით უფრო ფართო ცნებაა, ვიდრე სამედიცინო დახმარება. ადამიანის ჯანმრთელობა არის მისი ფიზიკური, გონებრივი, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის საწინდარი. ჯანმრთელობის დაცვა მოიცავს ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის პროცესის ძირითად ამრობრივ დაგვირთვას. რეფორმის საბოლოო შედეგი საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება უნდა იყოს. სამწუხაროდ, დღემდე ამ მიმართულებით აქცენტი უშუალოდ სამედიცინო დახმარებაზე, მკურნალობის ღონისძიებებსა და მათთვის საჭირო ხარჯებზეა გადატანილი. ასე რომ, ჯერჯერობით გერმინი **“ჯანმრთელობის დაცვა”** საკმაოდ ხშირად მხოლოდ მკურნალობის ასპექტებს მოიცავს და უგულებელყოფილია ისეთი მიმართულებები, როგორცაა დაავადებათა პრევენცია.

აღნიშნული პრობლემის ძირითადი ელემენტების განხილვა ცხადყოფს, რომ ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაცია უნდა დაიწყოს საკითხისადმი მიდგომის, პოზიციის შეცვლით, რაც სისტემას მკურნალობის მოდელიდან ჯანმრთელობის დაცვის მოდელზე გადაიყვანს. მკურნალობის მოდელი ორიენტირებულია უკვე განვითარებული დაავადების მკურნალობაზე. ჯანმრთელობის დაცვის პროფილაქტიკური მოდელი კი ხელს უწყობს ცხოვრების ღონის გაუმჯობესებას, ჯანმრთელად ცხოვრების გახანგრძლივებას, დაავადებათა არა მხოლოდ მკურნალობას,

არამედ აღრიცხვას, კონგროლს, პროცნომსა და პროფილაქტიკას. მკურნალობის მოდელი ძვირადღირებულია, რადგანაც ავადმყოფობის შედეგების გამოსწორებას მეტი სახსრები სჭირდება, ვიდრე მის თავიდან აცილებას.

ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებების შემუშავებისა და სათანადო გადაწყვეტილებების მიღებისას უნდა გაითვალისწინოთ, რომ სამკურნალო საქმიანობით დაკავებული სამედიცინო სამსახური, ჯანდაცვის მთელი სისტემის ძალზე მნიშვნელოვანი, მაგრამ მხოლოდ ნაწილია. თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ჯანდაცვის, როგორც ეუქეტური სისტემის ძირითადი ფუნქციას – პროფილაქტიკას, საქართველოში ვაგარდება ცალმხრივი რეფორმა და შეუძლებელი იქნება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში რადიკალური ცვლილებების, დარგის რეორიენტაციის შესაბამისი ღონისძიების განხორციელება.

მართალია, უკანასკნელ დრომდე პროფილაქტიკური და სამკურნალო მედიცინა წარმატებით, თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით ვითარდებოდა, მაგრამ შეიქმნა ჯანდაცვის ისეთი სისტემა, რომელიც უმთავრეს ყურადღებას მკურნალობას უთმობდა. შესაბამისად, სამედიცინო განათლებაც ორიენტირებული იყო დაავადებათა მკურნალობაზე.

სამოგადოებრივ ჯანდაცვასა და მასთან დაკავშირებულ ისეთ დისციპლინებს. როგორცაა პრევენცია, ეპიდემიოლოგია და ბიოსტატისტიკა. ნაკლები ყურადღება ეთმობოდა და მჭირი დაფინანსების პირობებში შესაბამისი ღირებულების მღვომარეობა საგანგაშო ვახდა.

სამკურნალო მოდელზე ცალმხრივი ორიენტაციის გამო, ბუნებრივია, ჯერ კიდევ ვიმყოფებით “ბიბლიური” დაავადებების პირისპირ. მხოლოდ მედიცინის მსაღწევათა მეოხებით მათი ლიკვიდაცია შეუძლებელია. ცხადია, ამის გაკეთება ვერ მოხერხდება ვერც საქართველოში, კიდევაც რომ შეგვეძლოს მთელი მოსახლეობის ეზრუნველყოფა მსოფლიო სტანდარტების დონის უუასო სამედიცინო დახმარებით.

ჯანდაცვის რეფორმის ლოგიკური საფუძვლები სამოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებიდან უნდა გამომდინარეობდეს. მოსახლეობის მოთხოვნებიდან შეუასება, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის აღიარება ცალკე დისციპლინად, რომელიც ეყრდნობა პროფილაქტიკას, პირველად ჯანდაცვას და მჭიდროდ უკავშირდება ეპიდემიოლოგიასა და ბიოსტატისტიკას, საშუალებას მოგვეცემს

განვსაზღვროთ განვითარების ყველაზე პერსპექტიული მიმართულებები და რაციონალურად გაეანაწილოთ შეზღუდული რესურსები.

ცნობილია, რომ ბოლო ასი წლის განმავლობაში განვითარებულ ქვეყნებში სიცოცხლის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ამ ფაქტის შესახებ გარკვეული მოსაზრებები არსებობს: უმრავლესობა ამ ფენომენს მხოლოდ სამედიცინო მეცნიერების განვითარებასა და მკურნალობის უახლესი ტექნოლოგიების მიღწევებს უკავშირებს; მართალია, მოვს მიაჩნია, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა, ნაკლებად არის დამოკიდებული სამკურნალო ღონისძიებებზე და თითქმის მილიანადაა დამოკიდებული ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებებზე: პირადი ჰიგიენის დაცვაზე, სანიტარიული მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, წყალმომარაგებისა და საკანალიზაციო ქსელის განვითარებაზე, საკვები პროდუქტების ხარისხის სტანდარტიზაციაზე, ვაქცინაციასა და საგანმანათლებლო მუშაობაზე, რაც ხელს უწყობს გაბატონებული არასწორი ყოფითი ჩვევების აღმოფხვრას. მთავარია ადამიანის ცხოვრების დონის ამაღლება და გარანტირება იმისა, რომ იგი ნაადრევად არ დაავადდება ან დაიღუპება ისეთი მიზეზით, რის აცილებაც შეუძლებოდა ან არ შემცირდება ჯანმრთელად ცხოვრების ხანგრძლივობა რომელიმე თავიდან აცილებადი ან არასასიკვდილო დაავადების გამო.

ამდენად, საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, როგორც არსებული შეზღუდული რესურსების გამოყენების ყველაზე ჰუმანურ და ლოგიკურ მიმართულებას, მეგი ყურადღება უსდა დაეთმოს. მოსახლეობისათვის მაქსიმალური სიკეთის მოგანა მხოლოდ პროფილაქტიკურ მედიცინაზე აქცენტის გადაგანითია შესაძლებელი. მთავარია კონსენსუსის მიღწევა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე მოდელთან დაკავშირებით და გარკვეული რესურსების მიზანმიმართულად წარმართვა.

რორიენტაციის აუცილებლობა

საქართველოს სახელმწიფოებრიობის ჩამოყალიბება-განვითარების გარდამავალ პერიოდში ეკონომიკურ სფეროში არსებული კრიზისი უფრო გაღრმავდა და ეს ჯანდაცვის სისტემასაც შეეხო: მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობა გაუარესდა, ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიები თან შედარებით გახშირდა ადამიანის ცხოვრების წესით განპირობებულ დაავადებათა ეპიდემიები საზოგადოების ღონეზე.

ამჟამად გამოჩნდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების დეფიციტი და მათი ქმედითუნარიანობის დაქვეითება. არსებული სანსაგანმანათლებლო დაწესებულებები და სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურები არა მარტო სათანადოდ ვერ იყენებდნენ მოსახლეობის ინფორმირებისა და სწავლების საშუალებებს, არამედ ვერ განსაზღვრავენ იმ ღონისძიებებს, რაც აუცილებელი იყო ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის სოციალურ-ეკონომიკური გარდაქმნების ამა თუ იმ ეტაპზე, საერთო ეროვნულ და ადგილობრივ ღონეებზე. ამისათვის ჯერ საჭირო იყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგომარეობის შეფასება და შესაბამისი სტრატეგიისა და ტაქტიკის შემუშავება.

საავეადმყოფო-საწოლების რაოდენობის გაზრდა და სპეციალიზებული სამსახურების გაძლიერება პრობლემას კი არ წყვეტდა, მას უფრო რთულსა და ბუნდოვანს ხდიდა. ამჟამად იყო ისიც, რომ მმართველ სტრუქტურებს არ გააჩნდა საჭირო ცოდნა და გამოცდილება. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, ცენტრალიზებული მართვის მოშლის პირობებში, ინიციატივის გამოჩენა და ახალი იდეების ხორცშესხმა არცთუ ისე იოლი აღმოჩნდა.

უმნიშვნელოვანეს პრობლემებად რჩებოდა სამედიცინო დაწესებულებათა მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზების მდგომარეობა

და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის სირთულე (ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის საერთაშორისო სტანდარტების ღონეზე ასაყვანად). ამასთან, აუცილებელი იყო პრიორიტეტების განსაზღვრა და ავადებებით გამოწვეული მარალის გათვალისწინებით, არსებული მწირი მაგერიალური და ფინანსური რესურსების სწორად გამოყენება, სახელმწიფო ღონეზე პირობითი საბიუჯეტო წილის გაზრდა და საბაზრო ეკონომიკური პრინციპების მისადაგება ჯანმრთელობის დაცვის მოთხოვნებთან.

ჯანმრთელობის სფეროს რეორგანიზაცია და რეფორმა, ისევე, როგორც ევროპის მრავალ სახელმწიფოში, სადაც არსებული მდგომარეობა გაცილებით უკეთესი იყო, გაცილებით უფრო ადრე (80-იან წლებში) უნდა განხორციელებულიყო.

სანამ განვიხილავთ რეორიენტაციის ძირითად მიმართულებებს, ალბათ უპრიანი იქნება პასუხი გავცეთ რამდენიმე კითხვას, რასაც ხშირად გვისვამენ ოპონენტები. ჩვენის აზრით, ამით არა მარტო აიხსნება ზოგიერთი შედარებით ძნელად გასაგები პოზიცია, არამედ ნათელი მოეუჩინება არჩეული გზის ძირითად მიმართულებებს.

1. რა ძირითად პრინციპებს ეყრდნობა რეფორმა?

რეფორმის ფუნდამენტური პრინციპია სრული შესაგყვისობა ქვეყნის მიერ აღებულ კურსთან, კერძოდ:

საბაზრო ეკონომიკის პრინციპების დაცვა;

ქვეყნის სუვერენიტეტის ერთგულება (საკუთარი ნორმებისა და ნორმატივების, ორიგინალური სტანდარტების, ლიცენზირების პროცესის დამკვიდრება);

დემოკრატიულობა (პაციენტის მიერ მკურნალისა და დაწესებულების თავისუფალი არჩევის უფლება), თავისუფალი კონკურენციის შესაძლებლობა სამედიცინო დახმარების შემსრულებლებს ანუ დაწესებულებებს შორის;

რეალურობა – ნაკისრი ვალდებულებების დაბალანსება ქვეყნის შესაძლებლობებთან;

კომპლექსურობა – რეფორმა სრულად მოიცავს დარგს ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე, მაგალითად, სამედიცინო დახმარების, სამედიცინო განათლებისა, სამედიცინო მეცნიერების შემდგომი

განვითარების პროცესი ერთიანია ყველასთვის;

პრიორიტეტულობა, ე.ი. ხდება მნიშვნელობის მიხედვით დარგის წინაშე მდგომი ამოცანების დაჯგუფება. მათთვის რანგის მიკუთვნება და პირველი რიგის ამოცანების გამოკვეთა.

2. გადმოიჭრება თუ არა რობოტიკა ქვეყნის მოდელი?

ქართული მოდელი პირწმინდად არ იმეორებს არც ერთი ქვეყნის მოდელს, მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი მაიგანი საფუძვლიანად იქნა შესწავლილი. იგი ძირითადად ეყრდნობა გერმანულ (ბისმარკის) მოდელს, რომლის მიხედვითაც მკვეთრადაა გამოჩნული სახელმწიფოს ვალდებულებანი ჯანდაცვის სფეროში თითოეული მოქალაქისადმი, ამასთან ყოველ მათგანს აქვს უფლება სურვილისამებრ (თუ შესაძლებლობა გააჩნია) ისარგებლოს უფრო მაღალი დონის ჯანდაცვითაც.

ახალი მოდელის ცენტრალური და მუნიციპალური საეკონომიკური პროგრამები ჰგავს კანადურსაც, მაგრამ არსებითად განსხვავდება მათგან იმით, რომ თუ კანადაში ჯანდაცვის ნულოვან დონეს მოსახლეობისათვის მუნიციპალური პროგრამა განსაზღვრავს და შემდეგ ფედერალური ათანაბრებს, ქართულ მოდელში ცენტრალური პროგრამით ყველასთვის თანაბარი ნულოვანი დონეა გარანტირებული. ხოლო მუნიციპალური – დახმარებას ამ დონის ბევრით უზრუნველყოფს.

ეს ხერხი განაპირობებს ეკონომიკური მოგიეაციის არსებობას და მმართველობის პასუხისმგებლობასაც ყველა დონეზე. სხვათა შორის, კანადური მოდელის ერთ-ერთ უმთავრეს ნაკლად მკვლევარები სწორედ ამ პრინციპის არარსებობას მიიჩნევენ.

3. აქვს თუ არა ალტერნატივა ქართულ მოდელს?

იმ შემთხვევაში, თუ ქვეყნის განვითარების ორიენტაცია და გამოკვეთილი მიზანი – ააშენოს დამოუკიდებელი დემოკრატიული საზოგადოება. უსელები დარჩა, რეფორმის მოდელს ალტერნატივა არ გააჩნია. ხოლო თუ ქვეყანა განვითარების სხვა გზას დაადგება, ცხადია, ჯანდაცვის სისტემაც მის მოთხოვნებს უნდა

აკმაყოფილებდეს და მისი აღეკვამური იყოს.

სამწუხაროდ, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროექტის ოპონენტთა არგუმენტები მხოლოდ ემოციებსა და იმ ადამიანთა გრძნობებს ეყრდნობა. რომელთაც რეფორმამ შეიძლება მდგომარეობა გაუართულოს. კონკრეტული არგუმენტები ან მოსაზრებანი ალტერნატიული გამოსავალის შესახებ, მათ არა აქვთ. ისინი მხოლოდ რიგორიკულ კითხვებს სვაძენ, მათზე პასუხს კი არ იძლევიან. აი, ეს კითხვები:

რა ქნას ავადმყოფმა. იუ მას მკურნალობის ფული არა აქვს?

რა ეშველება იმ ექიმებს (სამედიცინო პერსონალს), რომლებიც უმუშევრად დარჩებიან?

რაგომაა ცათვალისწინებული ასეთი დაბალი ხელფასები მკურნალებისათვის?

წარმოდგენილი მოდელი ყველა ამ კითხვაზე გარკვეულ პასუხს იძლევა. ოპონენტებს ისინი არ აკმაყოფილებს, მაგრამ უკეთეს ვარიანტსაც ვერ გვთავაზობენ.

4. რას გულისხმობს დეცენტრალიზაცია?

ჯანდაცვის სისტემა იყო მდომიწვენიტ ცენტრალიზებული და ორსაფეხურიანი - ცენტრალური და მუნიციპალური. ის დადიოდა შესაბამისი ობიექტების მმართველობის დაქვემდებარებამდე. კონკრეტული ფუნქციები გამიჯნული არ იყო.

სახელმწიფო პროგრამების ამუშავებით მკვეთრად გაიმიჯნა ფუნქციებიც და საჭირო გახდა მმართველობის სისტემის შესაბამისობაში მოყვანა.

დეცენტრალიზაცია საშუალებას იძლევა არსებული მოთხოვნების მიხედვით ოპტიმალურად განაწილდეს რესურსები, მოსახლეობამ მონაწილეობა მიიღოს პრიორიტეტების განსაზღვრის პროცესებში და სხვ.

მმართველობის მუნიციპალური ორგანოები ამჟამად არა შესაბამის ობიექტებს ხელმძღვანელობენ, არამედ სათაინადო პროგრამების ორგანიზატორები და კოორდინატორები არიან. ამასთან სახელმწიფო მმართველობის ფუნქციების (ლიცენზირება, სტანდარტიზაცია და ა.შ.)

ადგილებზე უფრო ეუქეტიანად ხორციელდება. დეცენტრალიზაცია დემოკრატიული მართვის სახელ მიგვაჩნია.

ამაზე უფრო დაწვრილებით ქვემოთ იქნება საუბარი.

5. ხომ არ გამოიწვევს დეცენტრალიზაცია სხვადასხვა ეკონომიკური შესაძლებლობის რეგიონებში მომსახურების არათანაბარ დონებს?

პირველ ხანებში ასეთი ილუზია შეიძლება შეგვექმნას კიდევ, მაგრამ ვუიქრობთ, არსებული მოდელი გამოირიცხავს ამგვარ შეუსაბამობას. ჯერ ერთი, ძოცემული მომენტისათვის ყველაზე პრიორიტეტული სამედიცინო დახმარება ქვეყნის ნებისმიერი მოქალაქისათვის გარანტირებულია ცენტრალური პროგრამითა და შესაბამისი სახსრებით. მეორე, შემუშავებულია და თანდათან იხვეწება ყველასათვის სავალდებულო მუნიციპალური მინიმუმი, რომლის ფინანსური უზრუნველყოფისათვის სახსრების გამოყოფა განსაზღვრულია კანონით. თუ რომელიმე რაიონს (ქალაქს) ობიექტურად არ აქვს შესაბამისი სახსრები, მაშინ ღოგაციის სახით ან სპეციალური პროგრამებით მოხდება მათი შევსება ბიუჯეტიდან. ამის გვეით შესაძლებელია იყოს არათანაბარი გარანტიები, მაგრამ ეს ასე უნდა იყოს, რადგან ეკონომიკურად ძლიერ რეგიონს მეტი სოციალური გარანტიების მიცემაც შეუძლია. ამასთან, ეს სახელმწიფოს აძლევს დემოგრაფიული პროცესებისა და შიდა მიგრაციის მართვის საშუალებას. თუ სახელმწიფო რომელიმე, ეთქვას, მაღალმთიანი რეგიონების გაძლიერებას გადაწყვეტს, საჭირო გახდება სახსრების მიზანმიმართულად გამოყოფა ამ რეგიონის მოსახლეობის მოთხოვნათა უზრუნველსაყოფად. ამ მიზნებს მოემსახურება აგრეთვე თვით რეგიონული პროგრამები. არათანაბრად განსახლებული რაიონების მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამების დაბალანსება უფრო გაადვილებულია აკუმულირებული სახსრების გონივრული განაწილებით. როგორც არ უნდა გახდეს ქვეყნის ადმინისტრაციული მოწყობა, მსოფლიოში არსებული გამოცდილების მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მოწყობა მოსახლეობის გარკვეულ რაოდენობას (მაგალითად, 120-200 ათასი კაცი) უნდა ეყრდნობოდეს, რადგან უფრო ნაკლები

მოსახლეობისათვის პროგრამების განხორციელება ძალიან რთული იქნება.

6. რამდენადაა გათვალისწინებული რეორიენტაციის პროგრამაში სახელმწიფოში არსებული ცხოვრების დაბალი დონე და სიღარიბის ზღვარზე მყოფ ადამიანთა (უმწეოთა) ინტერესები?

სამწუხაროდ, გამოკვეთილი კრიტერიუმები ამ კატეგორიის განსაზღვრისა, ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. თუმცა იმედია, რომ უახლოეს პერიოდში ეს დოკუმენტები შემუშავდება. მანამდე მოქმედებს სპეციალური სადამღევო პროგრამა “უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების შესახებ” და სოფლად და მაღალმთიან რაიონებში მცხოვრებ მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამები, რომლითაც განსაკუთრებით უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობისათვის გათვალისწინებულია დამატებითი სამედიცინო დახმარება (ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების ზეით). მათთვის თანაგადახდის თანხები ცენტრალური სახსრებიდან იფარება. ამასთან ერთად მოქმედებს სოციალური დაყვის სხვა ფორმები და პროგრამები.

დღეს მთავარი პრობლემაა უმწეოთა კატეგორიების განსაზღვრა შესაბამისი კრიტერიუმების მიხედვით და სათანადო სიების შედგენა, რაც ადგილობრივი ხელისუფლების ფუნქციაა.

შემდგომ ეტაპზე, შესაბამისი კრიტერიუმებისა და სათანადო სახსრების გაზრდის შემთხვევაში შესაძლებელია გახდება კონტინგენტის სიისა (ოჯახური დამღვევის პრინციპის შემოღება) და თვით პროგრამების გაფართოებაც. ამ პროცესზე ქვეყნის სტაბილურობა, მისი თანდათანობითი ეკონომიკური წინსვლა და ხელისუფლების სოციალური ორიენტაციაც მიგვიჩინებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების შექმნის საფუძვლები

რეფორმის განხორციელებისას აუცილებელი იყო მრავალი სისტემისათვის დამახასიათებელი საყოველთაო სამედიცინო დახმარებისა და ეპიდემიოლოგიური სამსახურების შენარჩუნება, მათი უზენაესების გამოკვეთა. აღრე ისინი მთელს მსოფლიოში ძირითად პრიორიტეტად აღიარებულ ინფექციურ დაავადებათა კონგროლზე ფოკუსირდებოდა. ამასთანავე, ახალი მოთხოვნების გათვალისწინებით, აუცილებელი გახდა ეპიდემიოლოგიური სამსახურების სათანადოდ გაძლიერება, შესაბამისი საინფორმაციო ბაზისა და ახალი სტრუქტურების შექმნა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და შრომის, გარემოს აქტუალური საკითხების შესწავლისა და გადაწყვეტის, რისკის ფაქტორების კვლევის, მავნე ზემოქმედებათა განსაზღვრის მიზნით და ა.შ., საერთოდ, მესამეული პროფილაქტიკიდან პირველად და მეორეულ პროფილაქტიკაზე აქცენტირებული სტრატეგიის შემუშავება.

ამ მიზნების მიღწევისათვის საჭირო იყო არსებული დადებითი გამოცდილების შენარჩუნება, მათი მოდერნიზაცია და ახალშექმნილი სიგუაციისათვის მისადაგება.

თვალსაჩინოა, რომ გავცდით სამედიცინო დახმარების სფეროს და ვსაუბრობთ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე, რომელიც ბოლო წლებამდე არ არსებობდა როგორც სამსახური, არ გააჩნდა შესაბამისი სტატუსი და რესურსები.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თვით ცნება - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა - ახალია და დღემდე არ არსებობს მისი ცალსახა განმარტება. სულ ახლახანს ჯანმრთელობის პან-ამერიკული ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული განმარტებით: "საზ.ჯანმრთელობის დაცვა სისტემურ ძალისხმევას მიმართავს ჯანმრთელობის საჭიროების საკითხებისა და სრულყოფილი სამედიცინო სამსახურების ორგანიზებაზე. იგი მოიცავს იმ

აუცილებელ ინფორმაციას, რომელიც საჭიროა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დასახასიათებლად და ამ მდგომარეობის შეცვლისათვის საჭირო რესურსების მობილიზაციისათვის. ამ მიმართებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა არის ჯანმრთელობა საზოგადოებისათვის მთლიანად. ამიტომ, ის უკეთებს მობილიზაციას საშუალებებსა და პერსონალს ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, დაავადებათა პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და ფიზიკური, სოციალური თუ პროფესიული რეაბილიტაციის მიზნით.

ამ განსაზღვრაში მოცემულია არა მარტო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის არსი, არამედ მისი ფუნქცია და ამოცანებიც. ამდენად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძირითადი მიზნის - ჯანმრთელობა ყველასთვის 21-ე საუკუნეში — მიღწევა მხოლოდ პირველადი, მეორეული და მესამეული პროფილაქტიკის საშუალებებითაა შესაძლებელი. აქედან ჩანს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირება შესაძლებელია როგორც ნორმატიულ-სამართლებრივი უზრუნველყოფით, ასევე ეკონომიკური და ორგანიზაციული საქმიანობის საფუძველზე. ამიგომაც ჯანდაცვის პოლიტიკა - აუცილებლად უნდა გახდეს ერთიანი სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის ნაწილი. მისი ძირითადი მოთხოვნაა - კონკრული დანახარჯებზე ანუ პროდუქტიულობისა და შედეგიანობის ამაღლება, თანასწორობა, მიუკერძოებლობა და სამართლიანობა ჯანდაცვის საკითხებში.

ამდენად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა უნდა იყოს მასშტაბური და მოიცავდეს ცხოვრების წესისა და გარემოს სიჯანსაღის საკითხებს; ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ მრავალმხრივი მიდგომით, რაც თავის მხრივ ბევრ ასპექტს მოიცავს.

მთავარი ამოცანა, რის გამოც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები შეიქმნა XIX საუკუნეში, ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა იყო და ღღესაც სწორედ ეს სფერო რჩება პრიორიტეტულად. ამიტომ სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის

რეორგანიზაცია რეფორმის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა. ეს, პირველ რიგში, ეხება ლაბორატორიულ სამსახურებზე დაფუძნებულ ეპიდზედამხედველობას. ლაბორატორიული სამსახურების გაძლიერებისა და მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვის პარალელურად **საჭიროა თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური მეთოდების ფართოდ გამოყენებაზე გადასვლა, რაც საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ მავნე ეკოლოგიური ფაქტორების გავლენა ჯანმრთელობაზე, შევისწავლოთ და აღგვევითოთ მათი განმაპირობებელი მიზეზები.**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეორე მნიშვნელოვანი ფუნქციაა **ჯანსაღი საყოფაცხოვრებო და სამუშაო გარემოს შექმნა.** ესეც გრადიციულია, მსგავსად ინფექციური დაავადებების პროფილაქტიკისა;

მესამე ფუნქცია არის **მოსახლეობის სპეციალური ჯგუფების უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის სამსახურებით;**

მეოთხე - **ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;**

მეხუთე - **ეფექტური პირველადი საშედიცინო დახმარება.** ეს ძალზე მნიშვნელოვანი სფეროა, რამდენადაც საჭიროებს შესაბამისი მექანიზმების შემუშავებასა და რეალიზაციას, რათა სამედიცინო დახმარების სამსახურები ეკონომიკურად ეფექტური (ამბულატორიული დახმარება), სამართლიანი, ხელმისაწვდომი და ჰუმანური გახდეს. ეს ფაქტორები ყოველთვისაა გასათვალისწინებელი, რამდენადაც ჯანმრთელობაზე გავლელი ხარჯები (უმძიმესი ეკონომიკური კრიზისის ფონზე) მნიშვნელოვნადაა შემცირებული.

ჯანმრთელობის სექტორისათვის სახელმწიფო დაფინანსების შემცირება იმ პირობებში, როცა მოსახლეობის ჯანმრთელობა უარესდება და დანახარჯები მკურნალობაზე იზრდება, რეფორმის განხორციელების ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემაა.

სწორი სტრატეგიისა და პირობების შესაბამისი გაქტიკის შემუშავებისათვის საჭიროა გარკვეული მიმართულებით კვლევის წარმართვა. **კვლევა** - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მეექვსე ფუნქციაა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სტრატეგია და ამოცანები

ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე პროცესები მრავალფეროვანია. ზოგიერთი საკითხი უკვე აპრობირებული და მოსახლეობასთან შეთანხმებულია. ზოგიც - შესამუშავებელია სახელმწიფო დონეზე. მთავარი და განმსაზღვრელი არის სამედიცინო დახმარების არაუფექტური მეთოდებიდან ეფექტურზე გადასვლა. ამისთვის კი საჭიროა შეიცვალოს ხელისუფლებისა და საზოგადოების როლი სამედიცინო დახმარების გაწევაში, მოხდეს დეცენტრალიზაცია და უფლებებისა და ფუნქციების გარკვეული ნაწილის დელეგირება სახელმწიფო მმართველობის სექტორის სხვა დონეებსა და კერძო სექტორზე, მოქალაქეთა უფლებებისა და შესაძლებლობების გაძლიერება თავისუფალი არჩევანის საშუალებით და ბოლოს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლის გაძლიერებით.

თითოეულ ამ სტრატეგიულ მიმართულებას თავისი გარკვეული და გამოკვეთილი ამოცანები აქვს.

რესურსების ლეფიციტის პირობებში სამედიცინო მომსახურების გაძვირებისას ქვეყანას რჩება მხოლოდ ორი გამოსავალი: ან უნდა მოხდეს სამედიცინო მიზნებისათვის გამოყოფილი თანხების გაზრდა ბიუჯეტის სხვა პუნქტების გადანაწილების ხარჯზე, ან გაიმზარდოს გადასახდელები და შენატანები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაზღვევის სისტემის ფარგლებში. ამ უკანასკნელთან დაკავშირებით კი ჩნდება ახალი პრობლემა - სამედიცინო-სოციალური დაზღვევის სფეროში ეროვნული საკანონმდებლო ბაზის შექმნა და ამოქმედება.

ამავე დროს აუცილებელია ისეთი თანაფარდობის მოძიება სოლიდარობასა და კონკურენციის განვითარებას შორის, რომ შესაძლებელი იყოს სამედიცინო დახმარების სამართლიანი განაწილება ძნელადრეგულირებადი კერძო ბაზრის პირობებში. ისიც აღსანიშნავია, რომ რთულია სოლიდარობის მიღწევა დაფინანსებაში, ხოლო კონკურენცია არ არსებობს იქ, სადაც

მხოლოდ ერთი საღამოვევო ორგანიზაციაა, რომელიც სოლიდარობას ემყარება. ეს ერთ-ერთი ყველაზე მტკივნეული მომენტი და, აღნიშნულ წინააღმდეგობებთან ერთად, აუცილებლად გასათვალისწინებელი, რადგან სახეზეა შეუსაბამო ჯანმრთელობაზე მზარდ დანახარჯებსა და ხელისუფლებაზე ფინანსურ ზეწოლას შორის, რაც სოციალური დაზვევისათვის გადასახადებისა თუ შენაგანების გაზრდას ეწინააღმდეგება.

ბუნებრივია, ჯანმრთელობის დაცვაზე დანახარჯები გაიზრდება. ეს ერთის მხრივ კანონზომიერი მოვლენაა და აღამიანთა ასაკობრივი სტრუქტურის ცვლილებასთან არის დაკავშირებული - მოსახლეობის სტაციონარული და რეგრესული ტიპების არსებობის შემთხვევაში. ამიგომაც ჯანდაცვაზე დანახარჯების გაზრდა სულ უფრო მეტად განიხილება, როგორც ჯანდაცვის სისტემის კოლექტიური, საზოგადოებრივი ორგანიზაციის მოდელის გამოყენების შედეგი. ამაშია სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა - "მწარმოებელი" მორალური რისკი და მომთხოვნელობა.

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ:

1. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესი ევოლუციური უნდა იყოს;

2. მოსახლეობის მოლოდინი უნდა გამართლდეს, რომ რეფორმა არ დარჩეს მხოლოდ დეკლარირების დონეზე;

3. მოსახლეობა დადებითად უნდა განეწყოს მიმდინარე ცვლილებებისადმი. ამ მიზნით:

განისაზღვროს სახელმწიფოსა და სხვა სუბიექტების (მოქალაქეების, არასამთავრობო ორგანიზაციების) პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარებასა და ხელშეწყობაში;

გამოინახოს სამედიცინო დახმარების საჭიროებისა და მისი უზრუნველყოფის მაწონასწორებელი /დაბალანსების/ გზები;

უზრუნველყოფილ იქნეს სოციალური დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება;

გარანტირებული იყოს თანასწორობა, თანაბარი მიღწევადობა;

4. წარმართოს მუშაობა საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებით და ჩამოყალიბდეს მართვის დემოკრატიული სისტემა;

5. განისაზღვროს ძველი სისტემის დადებითი მხარეები და ამის შექმნა გამოიკვეთოს გასატარებელი ცვლილებების პრიორიტეტები.

რეორიენტაციის პროცესში ძირითადი წინააღმდეგობებია:

1. გასატარებელი ღონისძიებების სიმრავლე, მრავალპლანიანობა, მრავალმხრივობა;

2. არასაკმარისი ფინანსური და მატერიალური რესურსები;

3. დაფინანსების არასრულყოფილი მექანიზმები;

4. არსებული სტრუქტურების შესაძლებლობათა მკაფიოდ განსაზღვრისა და ფუნქციონირების მოდერნიზაციის სირთულე;

5. აზროვნების სტერეოტიპების, მენტალიტეტის შეცვლის მძიმე და ხანგრძლივი პროცესი;

6. არასაკმარისი კვალიფიციური ადამიანური რესურსები;

7. საერთაშორისო გამოცდილების ნაკლებობა ზოგიერთ სტრატეგიულ და ტაქტიკურ საკითხში;

8. მიღებული რადიკალური გადაწყვეტილებების განხორციელების სირთულე.

რეფორმა რთული პოლიტიკური პროცესია, რომლის დროსაც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის მიზნების სწორი ფორმულირება. ცალკეული პროგრამები აუცილებლად უნდა სორციალდებოდეს დემოკრატიული პრინციპების დაყვით, მით უფრო, თუ მათ ერთობლიობას მოკლე დროში არ მიეყვართ ამ მიზნამდე; პრობლემა მრავალსექტორულია და ჯანდაცვის სისტემის შემადგენელი ელემენტები თანდათანობით ყალიბდება და გზადაგზა ხშირად საჭიროებს შესწორებას, ახალ სოციალურ ხელშეკრულებებს და ახალ პასუხისმგებლობებს.

რეფორმა წარმატებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუ ყველა დაინტერესებული მხარე აქტიურად მიიღებს მონაწილეობას მის განხორციელებაში და საკუთარ თავს მიიჩნევს რეფორმის ძირითადი კონცეფციის თანაავგორად და შემსრულებლად.

ჯანდაცვის სფეროში რეფორმის მიმდინარეობისას გამოიყოფა რამდენიმე პერიოდი:

1. პერიოდი, როცა ჩნდება ილუზია, რომ ცვლილებები შესაძლებელია სწრაფად განხორციელდეს;

2. პერიოდი, როცა ჩნდება რწმენა, რომ ცვლილებების

არჩეული გზა, თავისი პირითადი მიმართულებებით ერთადერთი და ყველაზე სწორია, იქნება ეს მართვის დეცენტრალიზაციის, პრივატიზაციის პროცესი თუ სადაზღვევო პრინციპების დანერგვა;

3. ამ ილუსიების მსხვერვისა და იმაში დარწმუნების პერიოდი, რომ ცვლილებების პროცესი მრავალწახნაგოვანია და საჭიროებს არჩეული პრიორიტეტების გადასინჯვასა და შეცვლას. რეფორმის მიმდინარეობისას საჭიროა შეტი ლავირება და არა ერთი მიმართულებით სვლა;

4. დროებითი წარუმატებლობის პერიოდი, როცა იწყება განტევების ვაცის - დაჩნაშავის ძებნა და მათი დასჯა. რეფორმა სანგრძლივი პროცესია და დაახლოებით 10-15 წელიწადს მოიცავს.

თავი III

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია. რეფორმისწინა პერიოდი

საქართველოში შექმნილი მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის ფონზე მიმდინარე პოლიტიკური სისტემისა და მისი სოციალურ-ეკონომიკური მოწყობის რადიკალური გარდაქმნის პროცესში, ჯანდაცვის არსებული სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია უმნიშვნელოვანესი ამოცანა იყო, ვინაიდან ჯერ კიდევ მოქმედებდა სამედიცინო დახმარების საბჭოური მოდელის ცალკეული ელემენტები, რომელიც:

1. მართვის უაღრესად ბიუროკრატიული ფორმით, დაბალეფექტური ეკონომიკური მექანიზმებით, განვითარების ეკონომიკური მოტივაციის არარსებობით პრაქტიკულად გამორიცხავდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე მოთხოვნების მინიმალურ დაკმაყოფილებასაც კი;

2. მიუღებელი იყო ქვეყნის მიერ არჩეული საბაზრო-ეკონომიკური განვითარების დემოკრატიული გზისათვის;

3. ვერ უზრუნველყოფდა პრიორიტეტების ავტონომიურ ფუნქციონირებას და მძიმე ფინანსური დისბალანსის პირობებში მთელი მექანიზმი ჩერდებოდა.

რეალურად ჯანდაცვის არსებული სისტემის რეორგანიზაცია დაგვიანებით დაიწყო, რამაც სხვა პირობებთან ერთად ქვეყანაში მისი რღვევა გამოწვია. თუ რეორგანიზაციის გეგმა არ დაჩქარდებოდა, ამას შეიძლება გამოეწვია გამოუსწორებელი შედეგები, რომელთა გამო დარგი პრაქტიკულად უმართავი გახდებოდა.

ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასულა, ფასების ლიბერალიზაცია, ეროვნული ვალუტის ინფლაციის მაღალი და ძნელად პროგნოზირებადი გეგმა ართულებდა სამედიცინო დაწესებულებათა ფუნქციონირებას.

რეფორმის წინ საქართველოში ერთი ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვაზე წლიურად საშუალოდ იხარჯებოდა დაახლოებით 40-45 ცენტ. შესაბამისი მანევრებული დასაყვლეთ ევროპის ქვეყნებში მერყეობდა 170-დან 1500 აშშ დოლარამდე, ხოლო თვით აშშ-ში - 3000 დოლარამდე. ამასთან, ნიშანდობლივია, რომ არც ერთ ქვეყანაში სახელმწიფოს არ აკისრია სამედიცინო დახმარების ისეთი უარსი პროგრამა, როგორც ჩვენთან. ლეკლარირებული საბჭოთა ვალდებულებები საქართველოში ისევ მოქმედებდა; მოქალაქეს უფლება ჰქონდა სახელმწიფოსგან მოეთხოვა ყველა სახის სამედიცინო დახმარების ხარჯის დაფარვა, როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ. მაგალითად, 1994 წელს ჩვენი მოქალაქეების საზღვარგარეთ მკურნალობაზე გაწეულმა ხარჯმა შეადგენა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახსრების 7,7%, რაც მხოლოდ და მხოლოდ 48 ავადმყოფის მკურნალობას მოხმარდა.

ამასთან, ქვეყანაში შექმნილი ურთულესი პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური პირობებისა და არაერთი თბიქტური ფაქტორის უკონტროლობის გამო განადგურების პირას იყო მისული დარგის მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზა. უაღრესად რთული მდგომარეობა შეიქმნა მოსახლეობის წაპლით მომარაგების საქმეში, პრაქტიკულად შეწყვეტილი იყო ზოგი სახის სამედიცინო დახმარება, რამაც თავის მხრივ, განაპირობა მოსახლეობის ძირითადი ღემოგრაფიული მანვენებლების გაუარესება, მკვეთრად გაიზარდა ავადობის მანვენებლები. შეტყირდა შობალობა, მოიმაგა ისეთმა სოციალურად საშიშმა დაავადებებმა, როგორცაა გუბერკულობი, ფსიქიკური, ვენერული, ონკოლოგიური დაავადებანი და სხვ. ისევ იჩინა თავი ძირითადად ლიკვიდირებულმა დაავადებებმა (დიფთერია და სხვ.), გახშირდა ნაწლაუერი და რესპირატორული ინფექციები, ბოგულიზმის, გეგანუსის და ცოფის შემთხვევები, უარსიოდ გავრცელდა ნარკომანია და გოქსიკომანია და, რაც მთავარია, ჯანდაცვის არსებული სისგემა ამ პროცესზე უკვე ვერ რეაგირებდა - ის ინერგული გახდა. მისი ამოქმედებისა და ეფექტიანობის გაზრდის პრაქტიკულად ყველა ლონისძიება უიმელო შეიქნა. ამ ფონზე აუცილებელი გახდა სისგემის არსებითი შეცვლა, მისი კარდინალური რეორგანიზაცია.

იმის გამო, რომ სამედიცინო დარგის მუშაკების შრომის ანაზლაურება უკიდურესად დაბალი იყო, საუკეთესო სპეციალისგები გოვებდენ ქვეყანას, მასობრივად მიდიოდნენ დარგიდან. ეს

ფაქტორები უახლოეს მომავალში გამოეწოდებულ შედეგამდე – ქართული მედიცინის ფაქტობრივ განადგურებამდე მიგვიყვანდა. არადა მედიცინა ჩვენი ერის არა მარტო ეთვის, არამედ მისი კულტურის, ცივილიზაციის მნიშვნელოვანი ნაწილია. კრიზისული სიტუაციის გავლის შემდეგ მართალია, ქვეყანაში განსდებოდა სახსრები იმისათვის, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ფართომასშტაბიანი პროგრამები დაეინანდეს, მაგრამ ქართული მედიცინის აღორძინებას უკეთეს შემთხვევაში, ალბათ, რამდენიმე ათეული წელი მაინც დასჭირდებოდა.

ამრიგად, დარგში შექმნილი უმძიმესი სიტუაცია განხილულ უნდა ყოფილიყო არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების პოზიციებიდან, არამედ ქართული მედიცინის გადარჩენის აუცილებლობის კუთხითაც.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია სწორედ აღნიშნული ამოცანებისა და გარდამავალი პერიოდის სხვა სირთულეების გათვალისწინებით არგო. ამასთან მასში მოცემული იყო დარგის ორგანიზაციის და განვითარების ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებანი, რაც ეუუძნებებოდა ჯანდაცვის სისტემის ახლებური გააზრების შედეგად საქართველოსათვის მისაღები მოდელის თანდათანობით, ეტაპობრივად ჩამოყალიბების პროგრამას. კონცეფცია, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში წლების განმავლობაში მუშავდებოდა, ითვალისწინებდა ადგილობრივ პირობებსა და მსოფლიოს სხვა ქვეყნების გამოცდილებას და მიზნად ისახავდა განსაზღვრულიყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის წარმართვის ძირითადი ორიენტირები, შექმნილიყო ორგანიზაციული მოწყობის შესახებ გადაწყვეტილებათა საფუძველი, რაც უზრუნველყოფდა მართვის კოორდინაციის პირობებს სისტემის რეორგანიზაციის პროცესში.

ამოქმედებამდე კონცეფციამ გაიარა ჯანდაცვის მართვის ცნობილ საზღვარგარეთელ სპეციალისტთა ექსპერტიზა.

სწორედ ღრმა ანალიზის საფუძველზე იქნა გამოგანილი დასკვნა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაში შექმნილი კრიზისული მდგომარეობიდან გამოსულა შეუძლებელია არსებული სისტემის კოსმეტიკური შელამაზებით. მიზნის მისაღწევად საჭიროა ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია. ისეთი პრინციპულად ახალი მოდელის შექმნა და ჩამოყალიბება, რომელიც დააკმაყოფილებს შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შესაბამება ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიას;
2. სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდება მისი შესრულებისას აუცილებელ რესურსებთან;

3. შესაძლებელი იქნება სისტემის დარეგულირება, რომელიც უზრუნველყოფს რესურსების რაციონალურ ხარჯვას.

დარგში ეკონომიკური რეფორმის II ეტაპის დაწყებამდე უნდა ამოქმედებულიყო გამოთავისუფლებული რესურსების ოპტიმალური გამოყენების პროგრამა და განხორციელებულიყო ყოფილ თანამშრომელთა სოციალური რეაბილიტაციისა და დაცვის, დაუტვირთავი ძირითადი ფონდების პრივატიზაციის ღონისძიებები და ა.შ.

ახალ პირობებში რეფორმის მიზანია უზრუნველყოს სახელმწიფოში ერთიანი ჯანდაცვითი პოლიტიკის გატარება და ამისათვის იგი აღჭურვილია შესაბამისი მმართველობითი ბერკეტებით. ამასთან სახელმწიფო უზრუნველყოფს მოსახლეობის მხოლოდ ნაწილის სამედიცინო დახმარებას, თანაც თანამონაწილეობის პრინციპით, ამდენად იგი უკვე ასე ფართოდ ვერ მართავს სამედიცინო დაწესებულებათა, სამეურნეოანგარიშიანი დამოუკიდებელი იურიდიული პირის სტატუსის მქონე მომუშავე სამართალსუბიექტების ფუნქციონირებას. განსასაზღვრია ამ პირობებში რა შევა სახელმწიფოს ფუნქციებში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაცია უნდა დაეფუძნოს შემდეგ პრინციპულ მოთხოვნებს:

- **სისტემა მაქსიმალურად განთავისუფლდეს სახელმწიფოებრივი მართვის ადმინისტრაციული ფორმებისაგან;**

- **სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ის ორგანიზაციები, რომლებიც შექმნილია უშუალო სახელმწიფო ფუნქციების აღსასრულებლად, აგრეთვე ისინი, რომელთა არსებობის ეკონომიკური უზრუნველყოფა შეუძლებელია სხვა ორგანიზაციული ფორმით;**

- **ქვეყანაში ნებისმიერი იურიდიული ან ფიზიკური პირის სამედიცინო საქმიანობა რეგლამენტირებული იყოს ერთიანი წესით. ამგვარი საქმიანობის უფლებას იძლეოდეს**

მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ან მის მიერ უფლებამოსილი ორგანო.

-სამედიცინო საქმიანობის ფორმასა და წესს ადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო; მის მიერ გამოცემული კანონქვემდებარე აქტები თანაბრად სავალდებულოა ქვეყნის ტერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობით დაკავებული ნებისმიერი სუბიექტისათვის, განურჩევლად მათი სქმიანობის ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა.

ამ მოთხოვნების რეალიზაცია ნიშნავს სისტემის ორგანიზაციის ისეთი ფორმათა დამკვიდრებას, რომელიც უზრუნველყოფს:

-სამედიცინო დახმარების ანაზღაურებას მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათის და დანახარჯების შესაბამისად;

-სამკურნალო დაწესებულებათა და მკურნალის თავისუფალ არჩევას;

-სამედიცინო დახმარების სფეროში თავისუფალი, ჯანსაღი კონკურენციის საჭიროებას.

ახალ პირობებში მკვეთრად იცვლება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მოქმედი სახელმწიფო დაფინანსების ფორმა და მეთოდები. გრადიციული ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების წესი შეიცვალა პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებით, რომლის დროსაც სახელმწიფო ფინანსურად უზრუნველყოფს არა კონკრეტული დაწესებულებების არსებობას, არამედ კონკრეტული სამეუბოების შესრულებას, მისი რაოდენობის, ხარისხისა და მოცულობის შესაბამისად.

გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პრიორიტეტების გამოკვეთას და მათი მკვეთრ გამიჯვნას ქვეყნის რეგიონულ თუ რაიონულ დონეებზე.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს პრეროგატივაა:

საქართველოს მოსახლეობისათვის თანაბრად ხელმისაწვდომი, გარანტირებული სახელმწიფო საბაზო პროგრამით დადგენილი ღონის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა;

სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა და გარანტირებული მკურნალობა;

სანიტარიული კონტროლისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა პროგრამის რეალიზაცია;

კატასტროფისა და ეპიდემიოლოგიისათვის სამედიცინო დახმარების რემერვის შექმნა. შენარჩუნება და განახლება;

სამედიცინო მეცნიერების განვითარება და ხელშეწყობა;
სამედიცინო განათლებისა და კადრების მომზადება-
გადამზადების სისტემის კოორდინაცია და რეგულირება;
ქვეყნის გერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის
გაცემა და მისი რეგულირება;
სამედიცინო დახმარების სტანდარტების შემუშავება, დამტკიცება
და მისი დაცვის კონტროლი;
სამკურნალწამლო საშუალებების რეგისტრაცია და მისი
ვარგისიანობის კონტროლი;
სამკურნალო მეთოდების გამოყენებაზე ნებართვის გაცემა;
ქვეყანაში სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი.
აღნიშნულ მოვალეობების შესრულებას სახელმწიფო
უზრუნველყოფს:

-სამედიცინო დახმარების სტრატეგიულ სამსახურთა
უუნქციონირებით;
-ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედგენით,
დამტკიცებითა და დაფინანსებით.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ჯანსაღი ეკონომიკურ
მექანიზმთა დამკვიდრებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს
სამედიცინო მომსახურების საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე
გადასვლის პროცესში სახელმწიფო რეგულირების ფორმათა
განსაზღვრას. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში წარმოებული
პროდუქტის უაღრესად სპეციფიკური სამომხმარებლო
ღირებულების გამო, ფასების რეგულირება, განსაკუთრებით
საქართველოს ღღევანდელ ვითარებაში, მარტივ საბაზრო
ურთიერთობათა სისტემას ვერ დაეყრდნობა.

საზოგადოებრივად აუცილებელი დანახარჯების ზომასა და
საზოგადოების რეალურ გადახდისუნარიან მოთხოვნასთან ფასების
მაქსიმალურად შეთანხმებისათვის ჩამოყალიბდა სამედიცინო
დახმარებაზე ფასების დადგენის სპეციალური მულტიმექმედი
სისტემა, რომლის ორგანიზაცია დაეუყუძნა სამედიცინო დახმარების
სფეროში ჩართული ყველა მხარის ინტერესთა ოპტიმალურ
შეხამებას.

აღნიშნული სისტემის საფუძველი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო
დახმარების სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული საბაზო პროგრამა.
ის მოიცავს მუშაობის გაშლას საჩი მიმართულებით:

1. ქვეყანაში არსებული ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის
შესწავლის (სტატისტიკური და ეპიდპროგნოზირების მეთოდებით)

საფუძველზე პრიორიტეტულ დაავადებათა განსაზღვრას, რომლებიც უნდა შევიდნენ სახელმწიფო საბაზო პროგრამაში, მათი სტრუქტურებიცაა მკურნალობის სახეების მიხედვით (სტაციონარული, ამბულატორიული, პროფილაქტიკა და სხვ.). შესაბამისი სტანდარტების შემუშავება და მათი კალკულაციის საფუძველზე ღირებულების ადვილად ცვალებადი ფასების (გარუბების) დადგენა, რათა ისინი იყვნენ შესაბამისობაში ქვეყნის საბაზრო კონიუნქტურის მრავალმხრივ და ძნელად პროგნოზირებად ცვლილებებთან.

2. საბაზო პროგრამის გადანაწილება გერიტორიულ დონეზე (ცენტრალური, რეგიონული, რაიონული) მათი ურთიერშესაბამისობისა და მთლიანობის უზრუნველყოფა.

3. სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებების, განურჩევლად მათი ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა, აკრედიტაცია და ლიცენზირება. ყველა მკურნალის კვალიფიკაციის ობიექტური დადგენა და მათთვის შესაბამისი სერტიფიკატების გაცემა. შესაბამისად საბაზო პროგრამის შემსრულებელთა ერთიანი აგესტირება.

მთელი ამ მექანიზმის ამუშავებას საფუძველად დაედო საბაზო პროგრამის შემფასებელი სახელმწიფო სტანდარტები და კრიტერიუმები, რომლებიც ითვალისწინებენ საქართველოს რეალურ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას და ადგილობრივ პირობებს.

სახელმწიფო სტანდარტებსა და კრიტერიუმებზე დაყრდნობით განხორციელდა სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების პორცესის სახელმწიფოებრივი მართვა. ჩამოყალიბდა შესაბამისი კონტროლის წარმართვის ორგანიზაციული სტრუქტურები, შეიქმნა მათი სამართლებრივი უზრუნველყოფის ბაზა. დამუშავდა მედიკოსთა აღმინისტრაციული პასუხისმგებლობის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული ფორმები შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე, აგრეთვე მათი სამართლებრივი პასუხისმგებლობის ეფექტიანი სისტემა. სახელმწიფო პოლიტიკა ჯანმრთელობის დაცვის კადრების მომზადების საკითხში განისაზღვრა ერთიანი მხრივ, ყველა სამედიცინო კვალიფიკაციაზე საერთო-სახელმწიფო სტანდარტებისა და სააგესტაციო ნორმების დადგენით და, მკორე მხრივ, აგესტაციის შესაბამისი სისტემის ჩამოყალიბებითა და მისი სტაბილური ფუნქციონირების პირობების უზრუნველყოფით.

ამასთან, ჯანდაცვის რეორგანიზაციის მოდელი

ითვალისწინებს სამედიცინო დახმარების განვითარების სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერის ფართო პროგრამას არაგარანტირებული საბაზო პროგრამის ფარგლებს გარეთ. მათში გამოიკვეთა ქვეყნის მოსახლეობის უმთავრესი მოთხოვნებიდან გამომდინარე პრიორიტეტული მიმართულებანი, რომელმედაც უნდა გავრცელდეს “სახელმწიფო პროგნოზირების” (პაგერნალიზმის) სხვადასხვა ფორმები (შეღვათიები დაბეგვრაში, ღოგაციები პროგრამებზე, შეღვათიიანი კრედიტები და სხვ.). ამასთან ამ სფეროში სახელმწიფო იღებს თავის თავზე კოორდინატორულ და მარეგულირებელ ფუნქციებს შესაბამისი დაწესებულებებისა პროგრამების ლიცენზირებით, მათში სამედიცინო ხარისხის კონტროლით და სხვა მეთოდებით. ამ სფეროშიც მოთხოვნები ერთნაირია განსურჩევლად დაწესებულებათა საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა.

სამედიცინო დახმარების ობიექტურად მაღალი ღირებულების გამო კონკრეტული მომხმარებელი, როგორც წესი, ვერ შეძლებს ხარჯების უშუალო ანაზღაურებას. აუცილებელია ქვეყანაში ფართოდ გავრცელდეს სამედიცინო დაზღვევის პროგრესული ფორმები. თავდაპირველად შემოღებული იქნა ნებაყოფლობითი დაზღვევა, რომლის სადამღვევო პროგრამა აივო საბაზო პროგრამის მოცულობის ზევით. ნებაყოფლობითი პროგრამები ლიცენზირდება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ. იმ შემთხვევაში, როცა მასში იქნება ჩართული საბაზო პროგრამის ელემენტი ისინი მიჩნეულ იქნებიან უკანონოდ. გარდამავალ პერიოდში მოქმედებაში შევიდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ახორციელებს საბაზო პროგრამის რეალიზაციას.

საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა დაფუძნა შემდეგ მოთხოვნებს:

-საქართველოს ყოველ მოქალაქეს და მასთან გათანაბრებულ პირს აქვს სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც სამედიცინო დახმარების საბაზო პროგრამით დადგენილი მოცულობის მიღების გარანტიას იძლევა;

-საქართველოს ყოველი მოქალაქე და მასთან გათანაბრებული პირი, რომელსაც აქვს საკუთარი შრომითი შემოსავალი, დადგენილი წესით ფარავს საკუთარი დაზღვევის გადასახადის ნაწილს;

-დამჭირავებელი ანაზღაურებს დაჭირავებულთა ინდივიდუალური

სამედიცინო დაზღვევის ხარჯთა დადგენილ ნაწილს;

-სახელმწიფო აზღვევს კანონით განსაზღვრულ სოციალურ ჯგუფებს.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესის აუცილებელი მოთხოვნაა, რომ სახელმწიფომ აქტიურად შეუწყოს ხელი სამედიცინო სფეროში ბიზნესის განვითარებას. შექმნას საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებათა და სადაზღვევო კომპანიების ჩამოყალიბების და ფუნქციონირების თანაბარი პირობები მათთვის საკონსულტაციო, ორგანიზაციული, სამართლებრივი და ეკონომიკური ხელშეწყობის გზით საჭიროა ამ სფეროში შეიქმნას ჯანსაღი კონკურენციის პირობა.

არსებულ ვითარებაში გადაამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ისეთ სახელმწიფო საინვესტიციო პოლიტიკის წარმართვას, რომელიც მიმართული იქნება მთელი სისტემის სტრუქტურული რეორგანიზაციისა და მისი ფუნქციონირების ჯანსაღ პირობათა შექმნისაკენ, კერძოდ:

1. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემის საერთო რეორგანიზაციისა და სტრუქტურული გარდაქმნის ისეთ ღონისძიებათა ჩასატარებლად, რომლებმაც უნდა უზრუნველყოს არსებული მატერიალურ-ფინანსური რესურსების მოხმარების რაციონალური სისტემის ფორმირება;

2. საქართველოს მეურნეობრიობის ახალ ფორმათა განვითარებასთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ინვესტიციების სოლიდური წყარო უნდა გამხდარიყო ადგილობრივი კერძო კაპიტალი. ამასთან, დღესაც გადაუდებლად საჭიროა დამუშავდეს კერძო ბიზნესის საქველმოქმედო საქმიანობის მასტიმულირებელი ღონისძიებანი;

3. საჭიროა დამუშავდეს სპეციალური საკანონმდებლო სისტემა და სახელმწიფოებრივი პოლიტიკა, მიმართული ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უცხოური კაპიტალის მოსაზიდად.

საქართველო დამოუკიდებლად ვერ უზრუნველყოფს თავის მოსახლეობას თანამედროვე მაღალინტენსიფიცირებული სამედიცინო დახმარებით მედიცინის ყველა დარგში. საერთაშორისო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან საკუთარი სპეციალიზებული ფუნქციით ინტეგრაცია უნდა გახდეს სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების რეალური პირობა. მან უნდა შეუწყოს ხელი ჩვენი თანამედროვე სამედიცინო კულტურის აქტიურ დამკვიდრებას, სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარებას, საქართველოში

ჯანმრთელობის დაცვის ცივიზებული ბაზრის ჩამოყალიბებას.

დარვის ძირეული რეორგანიზაციის პროცესის II ეტაპის დაწყებისათვის აუცილებელია შემდეგი მიმართულებებით უზრუნველყოფა:

- პოლიტიკური;
- სამართლებრივი;
- ეკონომიკური.

სისტემის რეორიენტაციის დაწყებისას ქვეყნის პარლამენტმა მიიღო პოლიტიკური გადაწყვეტილება, რომ ნაცვლად დეკლარირებული ყოვლისმომცველი დაპირებებისა სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მხოლოდ განსაზღვრული მოცულობას (საბაზო პროგრამა), მაგრამ უზრუნველყოფს გარანტირებულად თითოეული მოქალაქისათვის.

შემდგომში ეტაპობრივად უნდა მოხდეს ახალი მოდელის უზრუნველყოფელი სამართლებრივი ბაზის ფორმირება კანონმა მუსტად უნდა განსაზღვროს პიროვნების, მკურნალისა და სახელმწიფოს უფლებამოსილება და ვალდებულება ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში.

ზოგიერთი მოსაზრებანი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფციაზე

მას შემდეგ, რაც არსებითად შეიცვალა ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ფონი და დარგმა განვითარების გარკვეული ნაბიჯები გადადგა, ზოგიერთი კონცეფტუალური აქსიომატიკაც შეიძლება შესაცვლელი იყოს, მაგრამ ეს იმავე გზით უნდა განხორციელდეს, როგორც იქნა შემოღებული. ცალკეული ელემენტების ფრაგმენტული შეღამაზება მისი სრულყოფის მიზნით, მიუღებელია, ვინაიდან ამან შეიძლება მიიღოს სისტემა დაამახინჯოს.

ამდენად, თუ საჭიროა ახალ აქსიომატიკაზე შეთანხმება, მაშინ თავიდანაა დასაწერი კონცეფცია. ამას განაპირობებს სისტემოლოგია-მეცნიერების უმთავრესი მოთხოვნა.

სისტემის რეფორმირების საფუძველი, მოქმედი კონცეფცია შედგენილი იყო “გარდამავალი პერიოდისათვის” და თუ ჩაჯივლით, რომ ეს პერიოდი დასრულდა, კონცეფციამაც შეასრულა თავისი ამოცანა. აქედან გამომდინარე, საჭიროა მისი ახალი ვარიანტისა და მოდელის შემუშავება.

ჩვენ არ ვთვლით, რომ “გარდამავალი პერიოდი” დასრულდა, ამიგომაც მიგვაჩნია, რომ უმთავრესი კონცეპტუალური მომენტები მკაცრად უნდა იქნეს დაცული. ამის უფრო ნათლად გამოსაჩენად ჯერ გავიხსენოთ ეს მომენტები და შემდეგ გავიაზროთ შესრულებული ან არასრულად შესრულებული ელემენტები.

კონცეფციის მიზანი ორი ამოცანისაგან შედგება. ესენია: არსებული რესურსების ოპტიმალური გამოყენებით ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და ქართული მედიცინის გადარჩენილი ღირებულებების ნაწილის მაქსიმალურად შენარჩუნება და განვითარება. ვფიქრობთ, რომ ამგვარი მიზანი კვლავაც აქტუალურია.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის უმთავრესი ამოცანა ამგვარად იყო ფორმულირებული – ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისაგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბება. ეს ამოცანა დღესაც მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მოთხოვნებია:

ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან შესაბამისობა;

სამუშაოს მოცულობის დაბალანსება მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;

სისტემის რეგულირებადობა და რესურსების რაციონალური ხარჯვა.

აქედან იწყება უკვე აქსიომური მონახაზების მონიშვნა არგუმენტებზე. ამაზე ქვემოთ, სისტემის ძირითადი პრინციპების გაანალიზებისას ვისაუბრებთ და შესაძლებელი იქნება ალტერნატიული ვარიანტების განხილვა.

ამ კონცეპტუალური კონტურების მოხაზვის შემდეგ შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს ახალი სისტემის აგების აქსიომური პრინციპები ძირითადი მიმართულებების მიხედვით.

I. საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ურთიერთობათა ფორმა

აქ შეიძლება გამოიკვეთოს სამი ალტერნატიული გზა:

1. საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობები;
2. სახელმწიფოს ცენტრალიზებული მონოპოლიზმი;
3. სოციალისტური ეკონომიკური ურთიერთობები.

კონცეფციამი განხილულია პირველი ვარიანტი, რომელსაც აქვს ბევრი დადებითი არგუმენტი. ვფიქრობთ, ის უნდა შენარჩუნდეს.

II. სისტემის იდეოლოგიური ორიენტირი

კონცეფცია ეყრდნობა დემოკრატიულ ურთიერთობებს, რომლის დროსაც მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება საკუთრების ფორმის მიუხედავად, უნდა დაემყაროს პაციენტის თავისუფალი არჩევანის უფლებას.

აღნიშნულის ალტერნატივა შეიძლება იყოს პაციენტის უფლებების შეზღუდვა. მას სათანადო დახმარება უნდა გაეწიოს წინასწარ განსაზღვრულ დროსა და ადგილზე. თანაც შესაძლებელია უპირატესობა მიენიჭოს საკუთრების განსაზღვრულ (ძირითადად სახელმწიფო) ფორმას.

თავისთავად აღნიშნული ალტერნატივა შეიძლება გამართლებული იყოს ცალკეულ შემთხვევაში, მაგალითად,

შენარჩუნდეს სახელმწიფო საკუთრების უპირატესობა ისეთ სფეროში, როგორცაა უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა – გარკვეულწილად შეიზღუდოს ადამიანის უფლებები, ვთქვათ იმუნიზაციის, სავალდებულო პატრონაჟისა და სოციალურად სამიში სენით დაავადებისას, მაგრამ ვფიქრობთ, რომ სისტემისა და ოპტიმალური სტრუქტურების ჩამოყალიბებამდე ძველი ვარიანტი უნდა შენარჩუნდეს.

III. სისტემის მართვა

სისტემა უნდა იყოს:

1. მართვადი;
2. რეგულირებადი;
3. თვითრეგულირებადი.

დღემდე მოქმედებდა მე-2 ვარიანტი, რომელიც ყველაზე რთული იყო და ამიგომაც პრაქტიკულად მრავალი გადაცდომა აღინიშნა. მიუხედავად ამისა, ჩვენ მაინც მას ვუჭერთი მხარს.

IV. ეკონომიკური ურთიერთობები

ამ პარამეტრის მიხედვით უნდა განვიხილოთ რამდენიმე ასპექტი. პირველია საკუთრების ფორმა. მისი ვარიანტებია:

1. საქართველოს მთელს ტერიტორიაზე თანაბარი უფლებამოსილებით ფუნქციონირებს საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო სამართალსუბიექტი;

2. ცალკეულ სფეროებში დასაშვებია საკუთრების მხოლოდ ერთი ფორმა (მაგ., ავთიაქი და სტომატოლოგიური დაწესებულება მხოლოდ კერძო, პროფილაქტიკური – მხოლოდ სახელმწიფო და სხვ.);

3. ჯანდაცვის სფეროში საერთოდ მიუღებელია არასახელმწიფო სტრუქტურების ფუნქციონირება.

ჩვენის აზრით, მისაღებია პირველი ვარიანტი.

მეორე არსებითი ასპექტია სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება (დაფინანსება). აქაც სამი ვარიანტია შესაძლებელი:

1. ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს რაოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის ადეკვატურად, მყარად დადგენილი ფასების მიხედვით;

2. დაწესებულების შესრულებული სამუშაოს აუცილებელი ხარჯების სავალდებულო ანაზღაურება;

3. ანაზღაურების შერეული (კომბინირებული) სისტემა.

მისაღებად მიგვაჩნია მხოლოდ პირველი ვარიანტი, რომელიც მოიცავს მოწოდებული ვარიანტების ერთობლიობას და ეკონომიკურ მოტივაციას აუცილებლად მიიჩნევს არაგოგალური მართვის პირობებში.

მიუღებელია მესამე ვარიანტი, რომელიც ხშირ შემთხვევაში ქაოსს იწვევს ეკონომიკურ ურთიერთობებში.

თვით პირველ ვარიანტს აქვს რამდენიმე ალტერნატივა. ესენია:

ა) ანაზღაურება ცალკეული სამედიცინო მანიპულაციის მიხედვით;

ბ) ანაზღაურება სტანდარტული მკურნალობის დასრულებული ან თითქმის დასრულებული ციკლის შესაბამისად;

გ) ანაზღაურება ფაქტიობრივი მოცულობით პარამეტრების მიხედვით:

- პერ-დიემი;

- კაპიტაციური მეთოდი;

დ) შერეული (კომბინირებული) ანაზღაურება.

ჩვენის აზრით, მისაღებია მხოლოდ “ბ” ვარიანტი. მის საწინააღმდეგოდ გამოთქმული ძირითადი არგუმენტი – ეკონომიკური პროგნოზისა და გაანგარიშების სირთულე, მიუღებლად მიგვაჩნია, ვინაიდან ის ყველა ვარიანტისთვისაა დამახასიათებელი.

სამედიცინო საქიანობის სამართალსუბიექტების ეკონომიკური დამოუკიდებლობის ასპექტითაც იკვეთება რამდენიმე ვარიანტი. კერძოდ:

1. სამედიცინო დაწესებულებათა სრული ეკონომიკური დამოუკიდებლობა დაწესებული რეგულაციის პირობებში (სტანდარტები, ლიცენზია, ფასი, სერტიფიკატი, პროგრამა);

2. სამედიცინო დაწესებულებათა ხარჯების ლიმიტირება და კონტროლი;

3. სამედიცინო დაწესებულებათა შემოსავლების ლიმიტირება და კონტროლი.

მისაღებად მიგვაჩნია მხოლოდ პირველი ვარიანტი, მაგრამ აუცილებელია გექნიკური რეგლამენტაციის მყარი და მწყობრი სისტემის ფორმირება.

V. ჯანდაცვის მიკროსისტემის დაფინანსება

ჯანდაცვის მაკროსისტემა შეიძლება დაფინანსდეს (საუბარია ცენტრალურად ორგანულ დაფინანსებაზე):

1. საბიუჯეტო მუხლობრივი ლიმიტირების მიხედვით;
2. გლობალურად – პროგრამული ხარჯების მუხლობრივი ლიმიტირების გარეშე;

3. პროგრამული ხარჯების მუხლობრივი ლიმიტირებით.
დღეისათვის ყველაზე ოპტიმალურად მიგვაჩნია მე-2 ვარიანტი, რომელიც ხორციელდება კიდევ.

ფინანსური რესურსების აკუმულაციის თვალსაზრისით შეიძლება გამოიყოს შემდეგი ვარიანტები:

1. მთელი სახსრების აკუმულაცია ერთ ადგილზე მათი თავისუფალი, შეუზღუდავი განკარგვის მიზნით, დამტკიცებული პროგრამების ფარგლებში (“ფონდის” ვარიანტი);

2. სახსრების აკუმულაცია იერარქიულ დონეებზე (უწყებების მიხედვით და მხარეთა შესაბამისად);

3. სახსრების უორმულირება პროგრამის ან პროგრამების ჯგუფის მიხედვით;

4. სახსრების აკუმულირების გამორიცხვა და გარკვეული პროპორციით პირდაპირ დაწესებულებებში განაწილება.

5. კომბინირებული ვარიანტი.

დღეისათვის მისაღებია მეორე და მესამე ვარიანტის კომბინაცია. ეს ხორციელდება კიდევ. თანდათანობით გადასვლა უნდა მოხდეს მესამე ვარიანტზე, რაც საკმაოდ ძნელი სამართლებრივი და სუბიექტური წინააღმდეგობების გადალახვითაა შესაძლებელი. მე-4 ვარიანტი უნდა გამოირიცხოს.

შესაძლებელია დაფინანსების წყაროების მიხედვით შემდეგი ვარიანტები:

1. გრანტფერტი ცენტრალური სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;

2. გრანტფერტი ადგილობრივი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;

3. მიზნობრივი შენატანი, ანარიცხი, გადასახდელი ან მოსაკრებელი.

აუცილებლად მიგვაჩნია სამივე წყაროს შენარჩუნება, ამასთან საჭიროა პირველი ორის აკუმულაცია. გარკვეული ნაბიჯები ამ მიმართულებით გადაიდგა, მაგრამ წინ ბევრი სამართლებრივი და სუბიექტური ბარიერია, რომლებიც თანამიმდევრული უნდა გადაილახოს.

მესამე წყაროს სრულად ამოქმედება უაღრესად აქტუალურია, რადგან პერსპექტივაში წამყვანი უნდა გახდეს. აქ მთავარი სიძნელეა “შესატანის” ამოღების ორგანიზაციის სრულყოფა საგადასახადო სამსახურებითან აქტიური თანამშრომლობის გზით და, რაც მთავარია, აუცილებელია სამართლებრივი დამკვიდრება, რასაც ხელს უშლის არასრულყოფილი სახელმწიფო საგადასახადო პოლიტიკა (რასაც, ალბათ დიდი დღე არ უწერია). ამ პერიოდისათვის მოსამზადებელია სამართლებრივი ბაზა.

არსებობს დაუინანსების ორგანიზაციის შემდეგი ვარიანტები:

1. ერთიანი ცენტრალიზებული დაუინანსება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ან სათანადო საუინანსო ორგანოს მეშვეობით;
2. დაუინანსების ორგანიზაციის დეცენტრალიზაცია პროგრამათა ჯგუფისა და გერიგორიული ერთეულების მიხედვით;
3. დაუინანსების ორგანიზაციის ფუნქციის გადაცემა სპეციალური სახელმწიფო ხაზინისათვის (საექსპერტო, საკოსულგაციო მომსახურებით);
4. დაუინანსება ძირითადად დამოუკიდებელი სადამღვევო პრინციპით.

ამჟამად მოქმედებს მე-2 და მე-4 ვარიანტების გარკვეული სინთეზი. სამწუხაროდ, ყველაზე ეფექტიანი – პირველი ვარიანტი ვერ ხორციელდება. მიგვაჩნია, რომ ყველა სამკურნალო პროგრამის განხორციელება თანდათანობით უნდა გადავიდეს სადამღვევო პრინციპზე. ცალკეა გამოსაყოფი სამკურნალო პროფილაქტიკური პროგრამების დაუინანსება, სამინისტროს უნდა დარჩეს მხოლოდ სახელმწიფოს სტრატეგიული პოლიტიკისა და ღოტაციურ ღონისძიებათა უინანსური უზრუნველყოფის ფუნქცია. თანდათანობით ამ მიმართულებით მიდის რეორგანიზაციის პროცესი.

ასეთია ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის მოდელის ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევისათვის საჭირო კონცეპტუალური პრინციპები. ძირითადად აღნიშნულ ჩარჩოებში ვითარდებოდა ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესი.

განვლილ პერიოდში შესაძლებელი გახდა უდიდესი და ურთულესი სამუშაოს ჩატარება, რამაც დადებითი შედეგი გამოიღო. ამასთან, ობიექტური და სუბიექტური მიზეზების გამო ბევრი რამ ხარვეზებით შესრულდა. მათ ჩამოთვლამდე გამოვეყოფთ მოქმედი მოდელის უმთავრეს ხარვეზებს:

1. ვერ იქნა მიღწეული სამედიცინო დაწესებულებების სრული

ეკონომიკური დამოუკიდებლობა;

2. სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები პრაქტიკულად ეგალონის ფუნქციას ასრულებს, ვერ მოხერხდა მათი დიფერენციაცია;

3. ასევე ცალსახად, სათანადო დიფერენციაციის გარეშე მიმდინარეობს სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება და შეღებვათა სერტიფიცირება;

4. ნელი ტემპით, სათანადო კონტროლის გარეშე ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებათა პრივატიზაცია;

5. ვერ შექმნილა პრიორიტეტების განსაზღვრის ობიექტური კრიტერიუმები, რის გამოც აღნიშნულის განსაზღვრა ძირითადად სუბიექტურად, ინტუიციისა და ოპერატიული შეხედულების საფუძველზე ხორციელდება;

6. სამედიცინო დაწესებულებათა დამფუძნებლების ანაზღაურება ხდება შერეული პრინციპით, ე.წ. "გლობალური ბიუჯეტიდან", რომელიც უაქტობრივად ყველას ხაზლავს "უინანსური ხანუქრის" ფორმით და "პერ-დემის" სახით, ამასთან "ლიმიტირებული" მოცულობის შემოღება პრაქტიკულად ურთიერთსაწინააღმდეგოა.

ყოველივე ეს განპირობებულია გარკვეული მიზეზებით, რომელთაგან უმთავრესია:

1. სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელთა კვალიფიკაციის დაბალი დონე მენეჯმენტის ელემენტარულ საკითხებში;

2. დარგის ეკონომისგებისა და აღრიცხვის მუშაკების ცოდნის დაბალი დონე;

3. სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტის იურიდიული სტატუსის ჩამოუკალიბებლობა;

4. ჯანდაცვის ეკონომიკის უუნდამენტურ საკითხებზე საფუძვლიანი მეცნიერული კვლევის არარსებობა;

5. სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და მედიკოსთა სერტიფიცირებისადმი დიფერენციული მიდგომის მეთოდური ბაზის არარსებობა;

6. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემუშავების, მისი ეფექტიანობისა და მიზნობრიობის განსაზღვრის ერთიანი ფორმებისა და კრიტერიუმების არარსებობა;

7. სამედიცინო პოტენციალის ოპტიმიზაციის დაბალი ტემპი;

8. დეფიციტური დაფინანსება.

იმ შემთხვევაში, თუ ზემოთ წარმოდგენილი შოსაზრებანი

საერთო კონსენსუსის გზით მისაღები იქნება, მაშინ აუცილებელი გახდება შემუშავდეს გასაგარებელ ღონისძიებათა კალენდარული გეგმა-გრაფიკი კონკრეტული შემსრულებლების მითითებით, დამუშავდეს ერთიანი კონცეპტუალური ჩარჩოები, რომლის დარღვევის უფლება ურავმენტულად, რომელიდაც პრობლემის მოსაგვარებლად არაფის იქნება. ამ გზით შესაძლებელია ჯანდაცვის მოდელი ამუშავდეს ჭეშმარიტი სისტემური მიდგომის პირობებში.

**ჯანმრთელობის დაცვის
უზრუნველყოფის პოლიტიკა
ბარდამავალ პერიოდში
(თავისებურებანი)**

**ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა
განმარტებები, პოლიტიკური ცნებები**

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ნებისმიერი საზოგადოებრივი ფორმაციის მქონე ქვეყნის უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფოებრივი ამოცანაა.

ლიბერალური მონაცემებით ცნობილია ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის მრავალი განმარტება, რომელიც ავსებს ერთმანეთს და გამოხატავს ამ პროცესის არსსა და მიზნებს.

აი, მოგიერთი მათგანი:

* ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც ტარდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დასაცავად, დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების აღმოფხვრის, განვითარებული დაავადებების მკურნალობის მიზნით.

* ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა არსი, სახე, ფორმა და მოცულობა განისაზღვრება საწარმოო ძალების, საწარმოო ურთიერთობების მდგომარეობით, საზოგადოებრივი წყობით, კულტურის, მეცნიერებისა და ტექნიკური განვითარების დონით.

* ჯანდაცვითი ღონისძიებები არის სახელმწიფო და საზოგადოებრივი ღონისძიებები, მიმართული საზოგადოების ყველა წევრის სულიერი და ფიზიკური ძალების შენარჩუნებისა და განვითარებისაკენ, შრომისა და ყოფის უსაფრთხო ჯანმრთელი პირობების უზრუნველყოფისაკენ, მაღალი შრომისნაყოფიერებისა და ჯანმრთელი სიცოცხლის გახანგრძლივებისაკენ.

* ფართო შინაარსობრივი გაგებით, ჯანდაცვა ნიშნავს საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიზნობრივი ძალისხმევით მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებასა და დაავადებათა თავიდან აცილებას, მათ შორის უწყებათაშორისი (სექტორთაშორისი) საქმიანობით, ფართომასშტაბიანი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებითა და ჯანმრთელობის დაცვის ტრადიციული სამსახურების რეორგანიზაცია-რეორიენტაციით.

* ჯანდაცვის სამსახური მიზანმიმართულად, დაწესებულებების, კორპორაციების, საზოგადოებრივი ფონდების მეშვეობით შესაბამისი კანონებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით ასრულებს საზოგადოებრივ სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს (სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ჩათვლით) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

* ჯანდაცვა თავის ძალისხმევას მიმართავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებათა გამოსავლენად და ორგანიზაციას უწევს საჭირო სამკურნალო თუ პროფილაქტიკური დამატებითი ღონისძიებების გატარებას.

როგორც ზემოთ მოყვანილი განმარტებებიდან ვხედავთ, ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოებისა და პიროვნების აქტიური ერთობლივი საქმიანობის პროდუქტია. რომელიც უზრუნველყოფს კონკრეტულ გერიტორიაზე განსახლებულ სუბიექტთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და განმტკიცებას, მათთვის მაქსიმალურად ხელსაყრელი პირობების შექმნას. თავისი მნიშვნელობით ეს იმ გერიტორიის აღმინისგრაფიული მოწყობის უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა და, როგორც წესი, მისი გადაწყვეტა სახელმწიფო რანგშია აყვანილი და მოქმედი კანონმდებლობითაა გათვალისწინებული.

ჯანმრთელობის დაცვა მრავალმხრივი პროცესია. რომლის განკითხვარება განხილული უნდა იყოს დროსა და სივრცეში, როგორც ეკონომიკური ურთიერთობების ერთ-ერთი მარეგლამენტირებელი, რომელშიც საბოლოო ეროვნული პროდუქტის წარმოების პროცესი

ვითარლება.

ჯანმრთელობის დაცემა უშუალოდ არ განსაზღვრავს წარმოებული პროდუქციის მოცულობას, ვინაიდან ის არ განიხილება, როგორც უშუალო საწარმოო ძალა, მაგრამ მას გააჩნია რა პირდაპირი ზემოქმედების უნარი ისეთ უშუალო წარმოების საშუალებაზე, როგორიც შრომაა და უზრუნველყოფს შრომითი რესურსების ექსტენსიურ და ინტენსიურ ცელილებებს. საბოლოო ჯამში ის ზემოქმედებას ახდენს ეროვნული პროდუქტის წარმოების მოცულობაზე. ამდენად მოსახლეობის ჯანმრთელობა, მისი დაიცვის ღონისძიებები უშუალოდ და აქტიურად მოქმედებენ კელაეწარმოების ყველა სტადიაზე: პროდუქციის წარმოების, განაწილების, ათვისებისა და მოხმარების სტადიებზე. შესაბამის ლიგურატურასა და გამოკვლევებში აქტიურად არის განხილული ჯანდაცვის მონაწილეობა ბოლო ორ სტადიაზე (ათვისება, მოხმარება), ზოგიერთი ავტორი ცდილობს განიხილოს ჯანდაცვითი ურთიერთობები განაწილების სტადიაშიც, მაგრამ, ვინაიდან ვერ განიხილავს ურთიერთობებს წარმოების სტადიაში, სუბიექტურ მოსაზრებებს იქით ვერ გადის. ჯანდაცვის, როგორც ეკონომიკური კატეგორიის ცნოსეოლოგიური უესეები, მისი მონაწილეობის მასშტაბებსა და ხარისხის განსაზღვრაში დევს კელაეწარმოების საწყის სტადიაში, პროდუქციის წარმოების პროცესში. მისი განხილვის გარეშე ვერ განისაზღვრება ის ობიექტური კრიტერიუმები, რომლითაც დარგი აცხადებს პრეტენზიას განაწილების სტადიაზე. იბრძვის ათვისების სტადიაზე და ახორციელებს “ძალების აღდგენას” მოხმარების სტადიაში. ამიგომაც მიზანშეწონილად მიგვაჩნია უფრო ვრცლად განვიხილოთ ჯანდაცვის “მონაწილეობა” ეროვნული პროდუქციის წარმოებაში.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჯანდაცვა – წარმოების პროცესში უშუალოდ შემოქმედებას ახდენს ისეთი მნიშვნელოვანი საწარმოო ძალის ფორმირებაზე, როგორიცაა შრომა. შრომა, ისევე, როგორც ჯანმრთელობა, მხოლოდ ალაშიანის თვისებაა. ჯანმრთელობის დაცვის ოპტიმალური ღონისძიებების დროული გაგარებით შესაძლებელია შრომის (შრომითი რესურსების) როგორც რაოდენობრივი (ექსტენსიური), ასევე ხარისხობრივი (ინტენსიური) ზრდა.

ჯანდაცვა უზრუნველყოფს რა მოსახლეობის რაოდენობრივ და სტრუქტურულ ზრდასა და სრულყოფას გამოსახულს დემოგრაფიული პარამეტრებით, უზრუნველყოფს შრომითი

რესურსების (შრომისუნარიანი მოსახლეობის) გლობალურ მაგებას სიკვდილიანობის შემცირებისა და შობადობის ზრდით. გარდა ამისა, ის უზრუნველყოფს შრომითი დანახარჯების ანუ წარმოების პროცესში ადამიანის მიერ დახარჯული ფიზიკურად და ემოციურად ენერჯის მაქსიმალურად სწრაფ და ოპტიმალურ აღდგენას ავადობისა და ინვალიდობის შემცირებითა და აქტიური სამედიცინო რეაბილიტაციის მეთოდებით, ზრდის შრომისუნარიან ასაკში აქტიური შრომითი ნიშან-თვისებების გამოვლენის პერიოდს. ეს ორივე ფაქტორი შრომითი რესურსების რაოდენობრივი მაგების გენერალური მიმართულებაა. ამას გარდა ჯანმრთელობის დაცვის ზოგი ღონისძიების აქტიური გაგარებით შესაძლებელია არაშრომისუნარიანი მოსახლეობის (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები) შრომითი უნარჩვევების გააქტიურებით სრულფასოვანი ან ნაწილობრივი, დამატებითი რესურსების ჩართვა წარმოების პროცესში. ესეც დღეისათვის ყველაზე დეფიციტური საწარმოო ძალის – შრომის რაოდენობრივი ზრდის მნიშვნელოვანი რეზერვია. იმ შემთხვევაში, თუ მოხერხდება მისი დაბალანსება სხვა საწარმოო ძალებით (შრომის საშუალებები, შრომის იარაღები, საგნები), შეიქმნება წარმოების რაოდენობრივი ზრდის შესაძლებლობა.

ჯანდაცვითი ღონისძიებები უზრუნველყოფენ არა მარტო შრომის რაოდენობრივ (ექსტენსიურ) ზრდას, არამედ მის ხარისხობრივ სრულყოფასაც (ინტენსიურ ზრდას). კერძოდ, კონკრეტული და მიზანდასახული ღონისძიებებით – შრომის და ყოფის პირობების, უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, ავადობის პროფილაქტიკა, მისი გავრცელების მასშტაბების, აღმოფხვრის ღრობის შემცირება, უზრუნველყოფა გამოცდილი და კვალიფიციური მუშახელით (მაღალმწარმოებლური შრომითი რესურსებით), დიდი ხნისა და უწყვეტი მონაწილეობით საწარმოო პროცესში, რითაც, ღრობისა და შრომითი რესურსების ერთეულში წარმოებული პროდუქციის მოცულობა და ხარისხი იზრდება.

წარმოების პროცესში ჯანმრთელობის დაცვის მონაწილეობის ეფექტურობა შესაძლებელია მეტ-ნაკლები სიმუსტით გამოისახოს რაოდენობრივი მაჩვენებლით. ამისთვის საჭიროა შეიქმნას მიახლოებითი მოდელი, რომელიც უზრუნველყოფს, დათვლილი იქნეს ღრობის კონკრეტულ მონაკვეთში ჯანდაცვის ღონისძიებებით მიღებული შრომითი რესურსების ოდენობა გამოსახული კაც/საათებში, რომლის გადაყვანა მიღწეული შრომისნაყოფიერების

დონით პროდუქციის ღირებულებაზე, არც თუ ისე ძნელია და რომლის შეფარდება წარმოებული ეროვნული პროდუქტის მოცულობაზე იქნება ის წილი მთლიან შიგა ეროვნულ პროდუქტში, რომელიც მოდის ჯანმრთელობის დაცვაზე.

ეს პროცესი შეიძლება გამოისახოს ფორმულით:

$$\sum_{\text{ჯანმრთელობა}} = \frac{T_{\text{ჯანმ.}} \cdot X}{P_{\text{გრ. ნაყ.}} \cdot 100} Q$$

სადაც $\sum_{\text{ჯანმრთელობა}}$ არის დროის მოცემულ ინტერვალში კონკრეტულ რეგიონში წარმოებულ შიდა პროდუქტში ჯანდაცვის ხვედრითი წილი, %-ობით;

$T_{\text{ჯანმრთელობა}}$ - ჯანდაცვითი ღონისძიებებით მიღებული დამატებითი რესურსები;

$P_{\text{მრომის ნაყოფიერება}}$ - მოცემულ რეგიონში კონკრეტულ პერიოდში მიღწეული მრომის ნაყოფიერების დონე;

Q - მოცემულ რეგიონში შესაბამის პერიოდში წარმოებული შიგა ეროვნული პროდუქტის მოცულობა.

აღნიშნული მიმართულებებით გარკვეული მუშაობა დღესაც გარდება. კერძოდ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ძალისხმევით შესაძლებელი გახდა გადარჩენილი სიცოცხლის კაც/წელიწადებში გამოთვლა ("DALY", "QALY"). საჭიროა მეთოდოლოგიური მუშაობა კიდევ უფრო განიფრცოს, რათა შესაძლებელი გახდეს მიახლოებით გადარჩენილი (შენარჩუნებული) კაც/საათი ($T_{\text{ჯანმრთელობა}}$), რომლის შემდგომაც მოცემული მიდგომით შესაძლებელია გაანგარიშებული იქნეს ჯანდაცვის ხვედრითი წილის გაანგარიშება შიგა ეროვნულ პროდუქტში იმ სიერცესა და დროში, სადაც შესაძლებელია გაანგარიშებულ იქნეს საერთოდ წარმოებული შიგა პროდუქტის მოცულობა. დღეისათვის შესაძლებელია ამგვარი გაანგარიშებები განხროციელდეს ყოველკვარტალურად, როგორც მთლიანად სახელმწიფოს მასშტაბით, ასევე მის ცალკეულ რეგიონებში, ახვევად მინისგრაფიულ ერთეულებში – ქალაქებსა და რაიონებში.

ამგვარი გაანგარიშების მნიშვნელობა და აქტუალურობა საკმაოდ დიდია იმისთვის, რომ განისაზღვროს წარმოებულ პროდუქტში ჯანდაცვის წილი, ანუ ობიექტური პრეტენზია

პროდუქციის განაწილებაზე – რა წილი აქვს ჯანდაცვას და რამდენად ეუქეტიანია ინვესტიციების გამოყოფა ჯანდაცვისათვის სხვა დარგებთან შედარებით.

მიზანშეწონილია მუშაობის გააქტიურება ჯანდაცვის ეკონომისტების ამ მნიშვნელოვანი მიმართულებით, რაც საერთოდ ჯანდაცვის მართვის აქტუალური პრობლემების, აქტუალური მოდელირების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა.

როგორც აღინიშნა, ჯანმრთელობის დაცვის პროცესი მრავალეტაპიანი და მრავალწახნაგოვანია. ერთის მხრივ, ის დროის კონკრეტულ მონაკვეთში შესაბამის სივრცეში განხორციელებული საწარმოო პროცესია, მეორეს მხრივ მისი პროდუქტის (ჯანმრთელობის) სამომხმარებლო თვისებები ორმხრივად განისაზღვრება.

აღინიშნება კონკრეტული პიროვნების ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების ღონისძიებათა მიზანმიმართული პროცესი, რომლის შედეგს ჰყავს კონკრეტული სუბიექტური მომხმარებელი. ეს არის ზოგადი მულტისექტორული პროცესი, რომელშიც არ არის გამიზნული კონკრეტული მომხმარებელი, მაგრამ მისი შედეგებით ნებისმიერ უნებლიეთ სარგებლობს მრავალი სუბიექტი. ხშირად მიეღი საზოგადოება.

ამ სპეციფიკური თავისებურებების გათვალისწინება აუცილებელია მიმოქცევის პროცესში, რომლის დროსაც საჭიროა ორი უმთავრესი ამოცანის გადაწყვეტა: პირველი – წარმოების პროცესში გაწეული დანახარჯების აღდგენა, და მეორე, კონკრეტული მოთხოვნების დაკმაყოფილება. სწორედ ამ პროცესში საჭირო ხდება ჯანდაცვის “მომხმარებლის” დაკონკრეტება და მასზე გადახდისუნარიანი მოთხოვნის დაზუსტება.

ჯანდაცვის პროდუქციის მომხმარებელი შეიძლება იყოს სამი სუბიექტი ან მათი გარკვეული კომბინირებული ერთობლიობა. ეს სუბიექტებია: სახელმწიფო, საზოგადოება და კონკრეტული ინდივიდი, ხოლო გადახდისუნარიანი მოთხოვნის დონეს განაპირობებს მიღწეული შედეგების (გადარჩენილი შრომითი რესურსების) გამოყენების ეუქეტიანობის მაჩვენებლები კონკრეტულ სივრცეში და დროის მოკემულ მონაკვეთში. კერძოდ, თუ სახელმწიფოში დაბალია შრომითი რესურსების სხვა საწარმოო ძალებით დაბალანსების დონე ანუ მაღალია უმუშევრობის დონე, მაშინ მოთხოვნილების ინტენსიურობა, და შესაბამისად გადახდისუნარიანს მოთხოვნა გადარჩენილ შრომით რესურსებზე

შედარებით დაბალია, თუ მასზე სხვა დამატებითი, მაგალითად, ეროვნული, დემოკრატიული ფაქტორები არ იმოქმედებენ. ასევე საზოგადოებრივი მომხმარებლის, მაგალითად, ოჯახის კონკრეტულ მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს ის, ოჯახის რომელი წევრის (მაღალანაზღაურებადი, შემოსავლიანი, მოხუცი, ახალგაზრდა) ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზეა საუბარი. ყოველ შემთხვევაში მიმოქცევის ეტაპზე დასმული ამოცანების გადაწყვეტისას ამგვარი პრაგმატული ფაქტორების გათვალისწინება აუცილებელია.

ჯანმრთელობის დაცვის პროცესი, სპეციფიკიდან გამომდინარე, ემორჩილება მართვას. გაცილებით ეფექტიანია სისტემური მიდგომა, ვინაიდან მხოლოდ ერთიანი სისტემური მართვის პრინციპებით შეიძლება გათვალისწინებულ აქნეს მრავალი, ზოგჯერ ურთიერთგამომრიცხავი ელემენტიც, რომლებიც გარკვეულ გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის პროცესების მიმართულებებსა და სიჩქარეზე.

შემთხვევითი არ არის, რომ მსოფლიო პრაქტიკაში დამკვირდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის რამდენიმე მოდელი, რომელთა ურთიერთშერწყმის ნებისმიერი მცდელობა კრაბით დასრულდა, ვინაიდან თითოეული მათგანის დადებითი ელემენტები არსებობს მხოლოდ ჩვენთვის ნაკლებად მისაღებ ელემენტებთან კომბინაციაში და მათი ცალკე გადმოღება, ავტონომიური ფუნქციების ჩამოცილების გამო, შეუძლებელია. ეს სისტემური მიდგომის აუცილებელი აქსიომატური პირობაა და ამიტომაც მხოლოდ ის სისტემები ინარჩუნებენ მდგრადობასა და სიცოცხლისუნარიანობას, რომლებიც ამგვარი პრინციპების ერთგულნი რჩებიან მათი კონკრეტული შემსრულებლისა და გამომყენებლის ხელში.

ასეთი სისტემები ცნობილია უმეტესად მათი შემქმნელების ან ორგანიზატორების სახელით, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში იმ სახელმწიფოს სახელით, სადაც ისინი პირველად ამოქმედდა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციის მართვის ძირითადი მოდელებია ე.წ. "სემაშკოს", "ლორდ ბევერიჯის", "ბისმარკის", აშშ, კანადის და სხვ.

ჯანმრთელობის დაცვის მოქმედი სისტემები საკმაოდ

განსხვავებულია, ამავე დროს ბევრი საერთოც აქვს.

განვიხილოთ ისინი ცალ-ცალკე:

1) სოციალური დაზღვევის სისტემა, ე.წ. ბისმარკის – ანუ გერმანული მოდელი (სქემა 1);

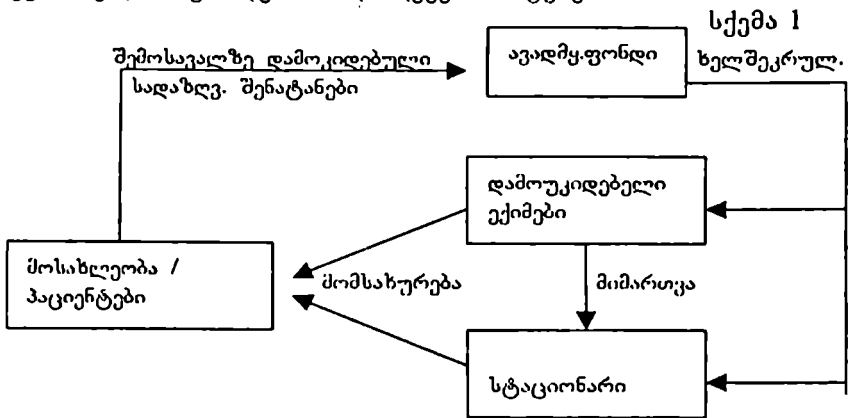
2) სოციალისტური (პოსტკომუნისტური) ქვეყნების ცენტრალიზებული სისტემები, ე.წ. სემაშკოს მოდელი (სქემა 2);

3) ეროვნული ჯანმრთელობის მომსახურების სისტემა, ე.წ. ბევერიჯის ანუ დიდი ბრიტანეთის მოდელი (სქემა 3);

4) ე.წ. ამერიკული მოდელი (სქემა 4).

მიუხედავად იმისა, რომ მოდელი ოთხია, ფაქტობრივად არც ერთი მათგანი არ არის ბაზისური მოდელის გუსტი ასლი.

ყველაზე ძველია ბისმარკის სისტემა, რომელზეცაა დაფუძნებული ევროპული სოციალური სადაზღვევო სისტემები.



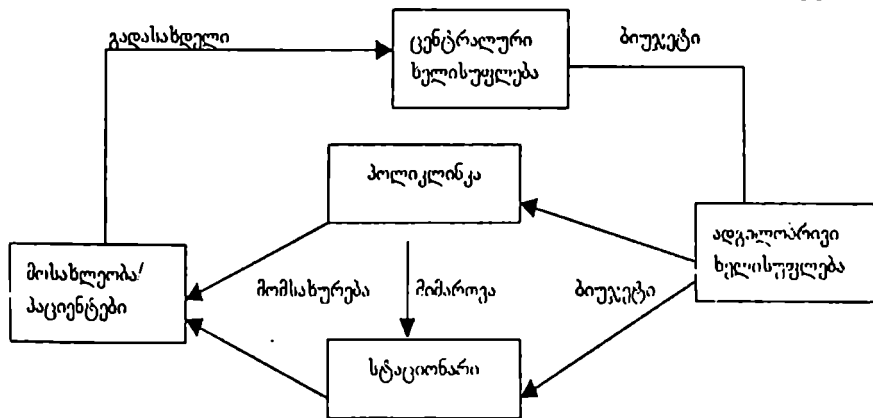
მე-19 საუკუნეში გერმანიაში ინდუსტრიის განვითარებასთან ერთად მოსახლეობაში დაიწყო სოციალისტური იდეების გავრცელება, ჩამოყალიბდა პროფესიული კავშირები და სოციალისტური პარტიები. გერმანიის კანცლერმა ფონ ბისმარკმა მუშათა კლასთან ურთიერთობის გაუმჯობესებისა და სოციალისტებისგან მათი ჩამოშორების მიზნით ჩამოაყალიბა სოციალური დაზღვევის გეგმა. კანონით სახელმწიფოს უნდა დაეცვა დაბალშემოსავლიან მუშაკთა ფენა სავალდებულო სოციალური დაზღვევის საშუალებით. გარკვეული შემოსავლის მაღლა დაზღვევა ნებაყოფლობით იყო.

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური სისტემა გერმანიაში 1883

წელს ამოქმედდა. დაფინანსება ხდებოდა ლამქსრაიების მიერ (1/3) და მომუშავეთა შენაგანებიდან (2/3). ბისმარკის სოციალური დაზღვევის სისტემაში, სხვა სისტემებთან შედარებით სახელმწიფოს როლი მინიმალურია. სახელმწიფო განსაზღვრავს პირობებს, რომლითაც ხდება სააქადმყოფო ფონდების, მწარმოებლებისა და პაციენტების ურთიერთობის მართვა, მაგრამ პირდაპირ არ ერევა ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსებასა და წარმოებაში. სააქადმყოფოს ფონდი პასუხისმგებელია ამ გეგმის შესრულებაზე, ჯანდაცვის მწარმოებლებსა და სააქადმყოფოს ფონდებს შორის ურთიერთობა კონგრაქტის საფუძველზე წარმოებდა. მხოლოდ გარკვეულ დონებზე დაბალი შემოსავლის მქონე პირების დაზღვევაა საეალდებულო. სოციალური დაზღვევის ბისმარკისეული კონცეფცია ბევრი ქვეყნისათვის მოდელად იქცა (მაგალითად, ბელგიის, საფრანგეთის, ნიდერლანდებისა და სხვ.).

ჯანდაცვის სისტემის მეორე ჯგუფი (ე.წ. საბჭოური ანუ ნ.სემაშკოს მოდელი) ჩამოყალიბდა რევოლუციის შემდეგ და საბჭოური ზეგავლენის გაფართოებასთან ერთად გავრცელდა სხვადასხვა ქვეყანაში. 1918 წელს კონფერენციამ მედიცინისა და ჯანდაცვის საკითხებზე, რომელსაც ნ.სემაშკო თავმჯდომარეობდა, მიიღო გადაწყვეტილება უფასო სამედიცინო დახმარების შემოღების შესახებ.

სქემა 2



სემაშკოს მოდელის პირობებში მომსახურება უაღრესად

ცენტრალიზებულია და მისი დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება. მისი მიზანია საყოველთაო უფასო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გარანტია. თანაბარი ხელმისაწვდომობისათვის სამედიცინო მომსახურების აქცენტი გადატანილია გეოგრაფიულ გადანაწილებაზე. დაწესებულებები სახელმწიფოს ეკუთვნის და მართავს ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები ცენტრალური ხელისუფლების პირდაპირი კონტროლით.

სპეციალისტების (ძირითადად თერაპევტი, პედიატრი და ა.შ.) არჩევანში მოსახლეობა შეზღუდულია და მიმაგრებულია პოლიკლინიკაზე, პირველად სამედიცინო დახმარებას იღებენ პოლიკლინიკებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

საავადმყოფოები და პოლიკლინიკები სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება და პერსონალი იღებს ხელფასს.

გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის საბჭოური სისტემა ხასიათდება პირველადი და მეორეული დახმარების უწყებრივ (ძირითადად ინდუსტრიულ საწარმოთა) სამედიცინო დაწესებულებათა მძლავრი ქსელით. ეს იწვევს პარალელური სისტემების არსებობას მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის, ხშირად ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელი სამინისტროს ბევრად უფროს სფეროს გარეთ (მაგ. რკინიგზის, შსს, თავდაცვის სამინისტროს უწყებრივი დაწესებულებები).

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ “სემაშკოს” მოდელი დაინერგა სოციალისტურ ქვეყნებში (ჩეხოსლოვაკია, უნგრეთი, პოლონეთი და გერ.), მაგრამ არც ერთ მათგანში არ იყო საბჭოთა კავშირში მოქმედი მოდელის მუსტი ასლი.

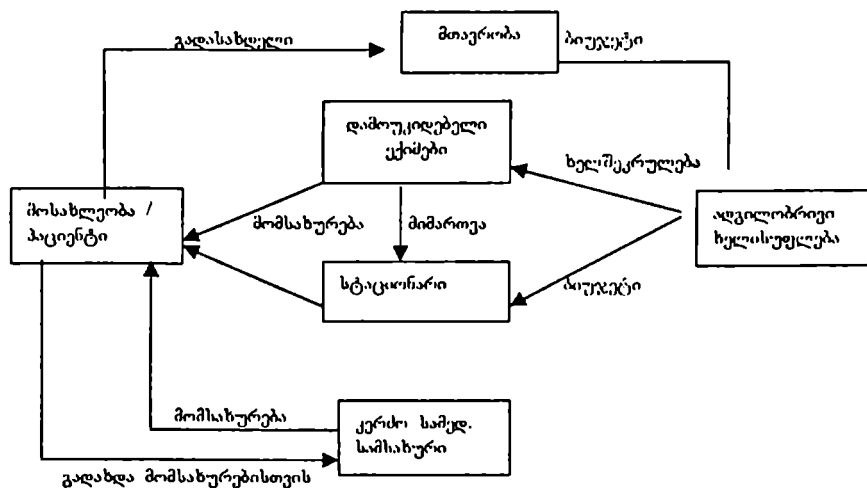
სემაშკოსეული მოდელის პრინციპებზე აგებული სისტემები საერთო ძირითადად ყურადღებას აქცევენ სამედიცინო პერსონალისა და საწოლთა ფონდის რაოდენობის გაზრდას, სამედიცინო დაწესებულებათა დაბალი დონითა და აღჭურვილობის სიმწირის კომპენსაციის მიზნით.

გარდა ამისა, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ჯამაგირის სახით ხდებოდა, თავიდან გაჩნდა ჭარბწარმოების მოთხოვნილება, მაგრამ დაბალი შემოსაულებების შეესების მიზნით ექიმები ხშირად ითხოვდნენ ავადმყოფებისაგან დამატებით გასამრჯელოს, დასაჩუქრებას და ა.შ.

ჯანდაცვის სისტემების მესამე ჯგუფი ე.წ. “ბევერიჯის” მოდელზე დაყრდნობით ჩამოყალიბდა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, 1942 წელს, პარლამენტის

წევრის ლორდ ბევერიჯის მოხსენებაში წარმოდგენილი იყო მოსაზრება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ; მოხსენების საუბუძველზე საკანონმდებლო ორგანომ დაადგინა, რომ ჯანდაცვის სისტემა უნდა მართოს სახელმწიფომ. 1948 წელს რეკომენდაციები დანერგილ იქნა და ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური.

სქემა 3

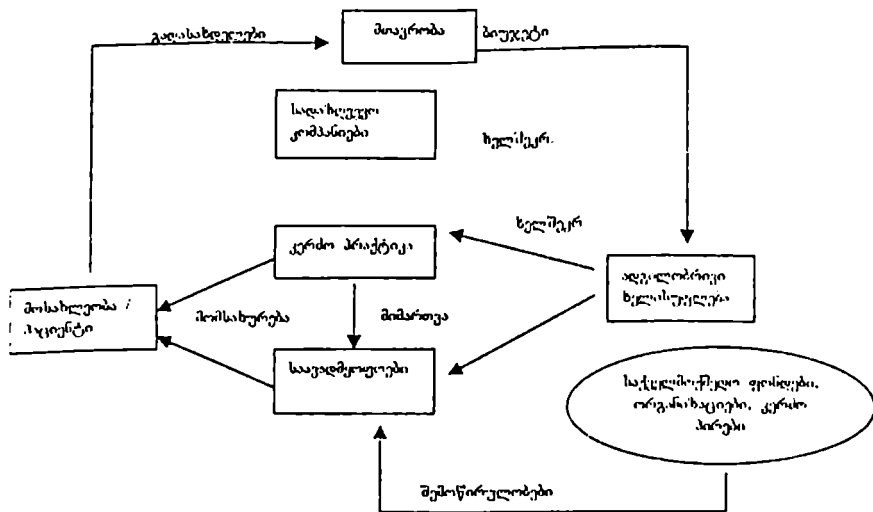


ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს ბევრი აქვს საერთო სემამკოს მოდელთან: ორივე მათგანი ცენტრალიზებულია და აფინანსებს სახელმწიფო. დაწესებულებები ძირითადად სახელმწიფოს მფლობელობაშია, ხოლო პერსონალი ჯამაგირზე იმყოფება. ამასთან, ბევერიჯის სისტემაში სახელმწიფო რეგულირება ნაკლებია, მეტი გასაქანია კერძო დაზღვევისა და კერძო მომსახურებისათვის. მნიშვნელოვნად განსხვავებულია ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხედრის გზა ბევერიჯის მოდელში ეს არის ოჯახის ექიმი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, სემამკოს მოდელში კი – პოლიკლინიკა (ამბულატორია). გარდა ამისა, ბევერიჯის მოდელი სემამკოს სისტემისაგან განსხვავებით არ მოიცავს ჯანდაცვის უწყებრივ სექტორს.

დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს გარდა, ბევერიჯის მოდელმა ფართო გავრცელება კპოვა სოციალური ორიენტაციის ქვეყნებში (შვედეთში, დანიაში, ფინეთში, ნორვეგიაში და ა.შ.).

მეთოთხე მოდელი ჯანდაცვის ამერიკული სისტემაა. დღევანდელი სახით ამ სისტემის ჩამოყალიბება 60-იან წლებში პრემიულენტ ჯ.კენედის დროს დაიწყო, თუმცა მისი გრანსფორმირება ფაქტობრივად არასოდეს შეწყვეტილა. თავისი ღინამიკურობის გამო ამ სისტემაში შეიძლება ვიპოვოთ მემოთ ჩამოთვლილი სამი სისტემის სხვადასხვა ელემენტი, მაგალითად, მსგავსად ბევრიჯისა და სემამკოს მოდელეებისა, არსებობს სახელმწიფოს პროგრამები (“მედიკეიდი”, “მედიკეარი” - ხანდაზმულთათვის და მცირეშემოსავლიანი ფენებისათვის), რომელთა დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება. საბჭოური მოდელის მსგავსად, სახელმწიფო დაფინანსებს აგრეთვე უწყებრივ სამედიცინო სამსახურებს (ვეტერანთა, სამხედრო-სამზღვაო რეზერვაციასში მყოფ, ნაციონალურ უმცირესობათათვის და ა.შ.). ბისმარკის მოდელის მსგავსად მოქმედებს სადაზღვევო სისტემა. ძირითადი განსხვავება ამ სისტემებიდან მაინც ის არის, რომ სახელმწიფო დაფინანსების წილი ამერიკულ ჯანდაცვის სისტემაში ყველაზე მცირეა (40%), განსხვავებით დანარჩენი სისტემებისაგან (ბევერიჯის მოდელში 80-90%, სემამკოს მოდელში 95-100%, ბისმარკის მოდელშიც დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სააუადმყოფო (სადაზღვევო) ფონდების გავლით მიდის სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლამდე). სადაზღვევო გადასახადები დამსაქმებელზეა დამოკიდებული გარდა ამისა აღსანიშნავია, რომ გამომდინარე ამერიკის სამართლის პრეეკნლესტული ბუნებიდან, ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსურ-სამართლებრივი ურთიერთობები ძალზედ პოლიმორფული და ღინამიური, მაქსიმალურად ხორციელდება პრინციპი “აკეთე ის, რაც აკრძალული არ არის”.

ამერიკული სისტემისათვის დამახასიათებელია ჯანდაცვაზე ყველაზე ღიდი დანახარჯები (მსოფლიო მასშტაბით); ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს, რომ ღიდი ფინანსური მხარდაჭერა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გარანტიაა. მაგრამ როგორც რეალობა გვჩვენებს, თანხის უღიდესი ნაწილი იხარჯება ძვირადღირებულ მანიპულაციებზე, რომლებიც ხშირად ზედმეტია და გარდება მხოლოდ მომსახურეობის საფასურისა და შესაბამისად ანაზღაურების გარზღის მიზნით. დანახარჯებს ზრდის აგრეთვე ერთი და იმავე ავადმყოფსა თუ ნომოლოგიაზე გადასახდელის სხვადასხვა წყაროს არსებობა. ყოველივე ამის გამო იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები, ხოლო აღამიანის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების აღეკვატური გაუმჯობესება არ ხდება.



ერთი შეხედვით თითქოს მწყობრი სოციალური და სამედიცინო დახმარების დაზღვევის სისტემებისა ამჟამად აშშ-ში დაუზღვეველია 37 მილიონი მოქალაქე და პროგნოზით 2005-2010 წლისათვის მათი რაოდენობა 50-57 მილიონს მიაღწევს.

როგორც აღენიშნეთ, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში II მსოფლიო ომამდე ბისმარკის სისტემა უწყვეტობით იყო შემდეგ კი სემაშკოსი (საკუთარი ვარიანტებით). კომუნისტური რეჟიმის დანგრევის შემდეგ კი ბისმარკის სოციალური დაზღვევის სისტემა ხელახლა დაიხერგა.

სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება

სამ პირითად მოდელში (ბისმარკი, ბევერიჯი, სემაშკო) დაფინანსების 2 მეთოდია. სახელმწიფო გადასახდელი (ბევერიჯი და სემაშკო) და სადაზღვეო პრინციპი (ბისმარკი). დაწესებული გადასახდლებიდან ჯანდაცვის სექტორი ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. შესაბამისად დახურული დაფინანსებით. სახელმწიფო ამავედროულად პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების

უმრუნველყოფაზე სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი ინსტიტუტების მეშვეობით. სოციალური დაზღვევის სისტემაში სადაზღვევო შენაგანების ღონე, სარგებლობის პაკეტი და დაზღვევით მოცვა გარანტირებულია კანონით. დაზღვევა სავალდებულოა და ნაწილობრივად იხდიან დამქირავებელი და დაქირავებული. შენაგანი დამოკიდებულია შემოსავალზე. დაზღვევას ასრულებს ერთი ან რამდენიმე სადაზღვევო ორგანიზაცია.

თანხების განაწილება

თანხის განაწილება მედიცინის მუშაკებზე შეიძლება ორგანიზებული იყოს სხვადასხვა გზით: ანაზღაურების, ხელშეკრულების, ინტეგრირებული და “ჯიბიდან გადახდის” მოდელებით.

ანაზღაურების მოდელის დროს პაციენტი უხდის პირდაპირ ჯანდაცვის მუშაკს, მაგრამ ანაზღაურება ხდება მესამე მხარის (კერძო ან სახელმწიფო დაზღვევის) მიერ. ხელშეკრულების მოდელის დროს მესამე მხარე სამედიცინო პერსონალთან პირდაპირ ფინანსურ ანგარიშსწორებას ახდენს (ჩვეულებრივ, მომსახურებაზე გადასახადი ან კაპიტაცია), ისევე, როგორც ბისმარკის მოდელის დროს. ინტეგრირებული მოდელი გულისხმობს ჯანდაცვის მუშაკებისა და მესამე მხარის ვერტიკალურ ინტეგრირებას.

“გადახდის ჯიბიდან” მოდელის დროს პაციენტი უხდის პირდაპირ მედიცინის მუშაკს სამედიცინო მომსახურებისათვის ყოველგვარი მესამე მხარის ჩართვის გარეშე, აქ შესაძლებელია იყოს დამატებითი გადახდა სამედიცინო მომსახურებაზე (თანაგადახდა). კომუნისტურ ეპოქაში ანაზღაურება ხდებოდა ხელუასით, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება – ინტეგრირებული მოდელით, ექიმის დაინტერესება მაღალპროდუქტიულობით არ არსებობდა (ყოველ შემთხვევაში - თეორიულად). 1989 წლიდან აღმოსავლეთი ევროპის ქვეყნებში ხელახლა დაინერგა მომსახურებაზე გადახდის მოდელი, რომელმაც შეცვალა დაწესებულებების ბიუჯეტური დაფინანსებისა და ხელუასის სისტემა. ჯანდაცვის მუშაკების შრომის ანაზღაურების ინტეგრირებული სისტემა შეიცვალა სახელშეკრულებო მოდელით. ჩეხეთში

მომსახურების მიხედვით გადასდამ და სოციალური დაზღვევის ფონდირების კომბინაციამ უარყოფითი შედეგი გამოიღო: ორ წელიწადში თითქმის 40%-ით გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები. გერმანიის გაერთიანების შემდეგ ვლრ-ში მოისპო ამბულატორიული-პოლიკლინიკური მომსახურება და დაინერგა დასავლეთი გერმანიის კონგრატული კერძო სამედიცინო მომსახურება. ექიმის ანაზღაურება ხდება გადასდა "მომსახურებისთვის" პრინციპით. თუ აღრე სოციალურ სამედიცინო დაზღვევას მართავდა ორი სადამღვევო ფონდი, ღღეს მართავს ავადმყოფობის 200 დასავლეთიგერმანული ფონდი. სლოვაკეთში დაინერგა კაპიტაციისა და ფიქსირებული ანაზღაურების კომბინაციის სისტემა. პოლონეთში დარჩა იგივე რაც იყო 1989 წლამღე.

სამედიცინო პერსონალისა და დაწესებულებების ანაზღაურების (დაფინანსების) მექანიზმები მრავალფეროვანია. მათი განსილეა და შედარებითი ანალიზი ცალკე იქნება წარმოდგენილი.

ჯანდაცვის ორგანიზაცია. მართვა

1989 წლამღე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში სისტემას მართავდა ჯანდაცვის სამინისტრო. პასუხისმგებლობა დაყოფილი იყო რეგიონების და რაიონების მიხედვით. პოლიტიკური ცვლილებების შემდგე დეცენტრალიზაციამ რეგიონებს და რაიონებს მეტი დამოუკიდებლობა მისცა. სოციალისტური წყობის დროს პირველადი ჯანდაცვა წარმოდგენილი იყო ისტეგრირებული ჯანდაცვის ცენტრების სახით, უზრუნველყოფილი პოლიკლინიკებსა და ამბულატორიებში მომუშავე ექიმების მიერ. ჯანდაცვის მუშაკები დაქირავებულნი იყვნენ სახელმწიფოს მიერ და ფაქტობრივად არ არსებობდა ექიმის თავისუფალი არჩვენის საშუალება. სამედიცინო ტექნოლოგიების შემღულულობის გამო პირველადი ჯანდაცვის ექიმები დაინტერესებულნი იყვნენ პაციენტს გაეკზავნათ სპეციალიზებული მომსახურებისთვის. ამის მიზეზი იყო ისიც, რომ პაციენტის რაოდენობაზე არ იყო დამოკიდებული მათი ანაზღაურება.

სტაციონარული მომსახურების სფეროში აღინიშნებოდა სამედიცინო ტექნიკის სიმცირე და მოძველებული სამედიცინო ტექნოლოგიები. რაც არაიფექტური მუშაობის პირობებს ქმნიდა,

ხოლო მედიკოსთა მორალი სამწუხაროდ ძალიან დაბალ დონეზე რჩებოდა.

რეფორმის მიზანი პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება, ექიმის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობის დამკვიდრება და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის მხარდაჭერა იყო, რაც უფრო ძვირადღირებული მეორეული ჯანდაცვის დაგვირთვის შემცირებას გულისხმობდა.

არსებული სიტუაციის ანალიზი

აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნების მთავრობები დღეს ორი ამოცანის წინაშე დგანან – სურთ ეკონომიკის სტიმულირება და ამავედროულად სოციალური უსაფრთხოების (მ.შ. სამედიცინო დაზღვევის) ახალი სისტემების შექმნა. ამავე დროს, კომუნისტური ეპოქისგან მიღებულმა მემკვიდრეობამ მკვეთრად გაზარდა უმუშევრობა. უმუშევრობისა და ავადმყოფობის მიზეზით შემოსავლის დაკარგვის რისკისგან მოსახლეობის დაზღვევა დიდ ფინანსურ გვირგვინად დააწვა როგორც დამქირავეებელს, ისე დაქირავებულს. ჯანდაცვის სისტემა – დაბალეფექტური იყო.

“შეძლებული” ჯანდაცვის სისტემის შექმნა, რომელიც ამ სიტუაციაში უზრუნველყოფდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომ დონეს, ურთულესი ამოცანა აღმოჩნდა. ასეთი სისტემის შესაძლებლობები დამოკიდებულია მოცული მოსახლეობის რაოდენობასა და დაზღვევის პაკეტზე. დასავლეთის ბისმარკისეულმა სისტემამ უნივერსალურ მოცვასაც კი მიაღწია. ნაწილობრივი მოცვის შემთხვევებში ხდებოდა შემოსავლებისა და დასაქმების სტაგნისის მიხედვით. განვითარება გულისხმობდა სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მომსახურების პაკეტის ზრდას. მოგვიანებით ეკონომიკური აქტიურობის ამაღლების პირობებში, დასავლეთ ევროპული ჯანდაცვის სისტემები ხარჯების შემცირების მიზნით ცდილობენ შეკვეთონ სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მომსახურება. ამ მხრივ უნგრეთის გამოცდილება სტაციონარული მკურნალობის “ღიაგნომზე დამოკიდებული ჯგუფების (DRG)” პრინციპი შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს დასავლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის.

დღეს მოქმედი სისტემების გაანალიზებისას შეიძლება გამოიყოს დაზღვევის ორი მოდელი: პირველი, როცა დაზღვევით მოცვა

მაღალია, მაგრამ მოსახლეობა დამოკიდებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმზე და მცირე შანსი აქვს შეეცვალოს იგი და უპრობლემოდ იყოს გაგზავნილი სპეციალიზებული და სტაციონარული მკურნალობისათვის. მეორე – მოსახლეობამ თავისუფლად აირჩიოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი და ნებისმიერ დროს აქვს საშუალება მიმართოს ნებისმიერ სპეციალისტს და მიიღოს სათანადო სტაციონარული დახმარება, თუმცა ამ დროს დაზღვევით მოცვა დაბალია და მოსახლეობას მეტის გადახდა უწევს. დანიის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ძალიან შეზღუდული ნაწილი ირჩევს მეორე მოდელს. არის სხვა გზაც სადაზღვევო პაკეტის ლიმიტირებისა და ამავდროულად უდარიბესი ფუნქციის დაყვისა, არჩევის გარკვეული თავისუფლებით, მაგალითად, ირლანდიის გადასახად-ფონდირების ეროვნული სამედიცინო მომსახურება, სადაც დაზღვევის დონე დაკავშირებულია შემოსავლის დონესთან. დაბალშემოსავლებიანი მოსახლეობა თითქმის მთლიანად არის დაზღვევით მოცული. საშუალო შემოსავლის მქონე მოსახლეობას თავისუფლად მიუწვდება ხელი სათანადო სამედიცინო მომსახურებაზე. მხოლოდ მცირე ნაწილი (შექმდებული ფენა) იხდის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებისათვის.

ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯის (წარმებული ეროვნული პროდუქტის წილის) მაღალი დონე განაპირობებს მოსახლეობისგან შენატანების გაზრდის აუცილებლობას ან პირდაპირ (თანაგადახდით), ან სადაზღვევო პრინციპით. ეს კი თავისთავად ქმნის შემოსავლების და ხელფასების ზრდის საჭიროებას, რაც აუცილებლად იწვევს უმუშევრობის ზრდას და აუარესებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას. სხვა სიგყვებით რომ ვთქვათ, ეკონომიკური მიზეზები ეროვნული პროდუქტის ჯანდაცვაზე გახარჯული წილის კონტროლში დევს. გამოსავალი დაზღვეულ პირთა რაოდენობის შეზღუდვაა, მაგრამ რთულია განისაზღვროს, მოსახლეობის რომელი ნაწილი უნდა გამოირიყხოს სოციალური დაზღვევიდან.

ხელისუფლება ვერ უგულებელყოფს ღარიბ ფუნებს. მოსახლეობის შექმნილი ნაწილის გამორიცხვა კი პრობლემას ვერ წყვეტს, ვინაიდან ამ ნაწილს შეუძლია მაღალი სადაზღვევო შენატანების გაღება ალბათ უფრო რეალური ღონისძიება იქნება სადაზღვევო პაკეტის შეზღუდვა – მხოლოდ პირველადი სამედიცინო მომსახურების დაფარვა. ეს შეზღუდავს არჩევანის თავისუფლებას, თუმცა მოსახლეობას საშუალება ექნება დაეზღვიოს დამატებით.

დადებითი შედეგი შეიძლება სამედიცინო დაწესებულებების, საწოლების თუ ექიმების შემცირებასაც მოჰყვეს, თუმცა ეს თავის მხრივ იწვევს სამედიცინო მომსახურებაზე რიგების გაზრდას.

ჯანდაცვის სოციალისტური სისტემა ორგანიზებული იყო რაიონულ ბაზისზე, თუმცა სამომავლოდ “ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას” პირველადი ჯანდაცვის რაიონულ კონსუფიციამე ორგანიზების იდეას იგოვებს. მოსახლეობაზე დაფუძნებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვაც საჭიროებს გერიტორიულ კარგად ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მიმართულია გარემოს ჰიგიენის, ინჟექციურ და არაინჟექციურ დაავადებათა კონტროლის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრობლემატიკისკენ.

დასკვნა

მოკლე მიმოსილვისა და ანალიზის საფუძველზე იმის თქმა, რომელი სისტემაა (მოდელი) უფრო ეფექტური, არაკორექტულია, რადგან მათი გამოყენების ეფექტიანობას განსაზღვრავს კონკრეტული სივრცისა და კონკრეტული დარვიდან გამომდინარე ძირითადი ამოცანები და პირობები. მხოლოდ ამ უკანასკნელთა დეტალური განხილვა იძლევა საშუალებას, გამოიკვეთოს კონკრეტული სისტემის გამოყენების შესაძლებლობა და დროის გარკვეულ მონაკვეთში მათ შეეცლას, რაც გულისხმობს ერთი სისტემიდან მეორეზე ორგანიზებულად გადასვლას, ვინაიდან რომელსიმე სისტემაში მეორის ორგანული ჩასახვისა და განვითარების შესაძლებლობა გამოიხსნება.

საბოლოო ჯამში, მიუხედავად არსებული მრავალფეროვნებისა, ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციასა და დაფინანსებას ყველა ქვეყანაში აქვს რამდენიმე საერთო მიზანი:

1. მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსისა და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება;
2. მომსახურების გარანტირებული და თანასწორი ხელმისაწვდომობა;
3. ჯანდაცვის რესურსების გარანტირებული მაკრო- და მიკროეკონომიკური ეფექტურობა;
4. კლინიკური საქმიანობის ეფექტიანობის გაუმჯობესება;
5. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და მეურნეობის შედეგების თანდათანობითი მზრდა;

6. სისტემის ფინანსური სტაბილურობის გარანტირება.

სწორედ ამ ამოცანების წინაშე იდგა საქართველო მეოცე საუკუნის 90-იან წლებში, როდესაც ორი მნიშვნელოვანი ამოცანის გადაწყვეტა (სახელმწიფოებრიობის აღდგენა და საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის შეცვლა) პრაქტიკულად გამორიცხავდა ქვეყანაში მოქმედი სემამკოს მოდელის გამოყენების შესაძლებლობას, მაგრამ ამასთანავე არ არსებობდა შიგა და გარე პირობები იმისათვის, რომ ამოქმედებულიყო რომელიმე მზამზარეული მოდელი და აუცილებელი იყო დარღვეულიყო სემამკოს მოდელი და დაწყებულიყო ჯანდაცვის ორგანიზაციის და მართვის ახალი მოდელის (ბისმარკის მოდელს მიმსგავსებულის) შექმნა, რისთვისაც გარკვეულ პერიოდში საჭირო გახდა დროებითი გარდამავალი მოდელის შემოღება.

გარდამავალ პერიოდში შექმნილი სიტუაციის მოკლე მიმოხილვა

ახლა შევეცადოთ უფრო დეტალურად განვიხილოთ გარდამავალი პერიოდი და ვაუაანალიზოთ, რა მემკვიდრეობასთან გვექონდა საქმე, რა იყო უფრო მისაღები ან იმთავითვე უარსაყოფი.

ჯანმრთელობის მართვის ნაკლებეფექტური სისტემების ასამუშავებლად ბოლო წლებში საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმების აქტიური ამოქმედება დაიწყო. ცნობილია, რომ ეს მექანიზმები ადრეც მოქმედებდა, მაგრამ როგორც ჩრდილოეთანი ეკონომიკის ელემენტები. ამავე დროს, საგულისხმოა რომ თუ ზოგიერთ განვითარებულ ქვეყანაში დიდი ხანია უკვე ცდილობენ სახელმწიფოს როლის გაზრდას ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში, გარდამავალ პერიოდში მყოფ ქვეყნებში, რეალური ეფექტიანობის მისაღწევად საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმების დანერგვითა და ამუშავებით გაგაცეხამ სახელმწიფო როლის შემცირების ტენდენციები გამოკვეთა (ამ შემთხვევაში უპირანი იქნება სახელმწიფო და კერძო სექტორების ურთიერთშეხამებული მოქმედება განსაკუთრებით დაუინანსებასა და სამედიცინო მომსახურებაში.)

ამ პროცესის წარმოსახვისათვის განვიხილოთ მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები და ის "მუდმივი" პრობლემები,

რომელიც მემკვიდრეობით გვერგო ძველი სისტემიდან.

პირველი, რაც წარსულის გაანალიზების საფუძველზე მისაღები აღმოჩნდა, რომ გარკვეულ შემთხვევაში სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანდაცვის სფეროში არა მარტო სასურველი, არამედ აუცილებელიცაა. ერთ-ერთი დადებითი თვისება ძველი სისტემისა - მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით სრული მოცვაა. ეს უნდა გვახსოვდეს და აუცილებლად გავითვალისწინოთ ახალი პოლიტიკის ფორმირებისას.

ძველი სისტემის უპირატესობანი შეიძლება შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ:

ცხრილი 1

ძანქნებული	დახასიათება
მოსახლეობის მოცვა	მრავალმხრივი
დაფინანსება	თანაბრად განაწილებული
მიღწევალობა	ფართო
მომსახურების ასორტიმენტი	სრულ უმნიშვნელო ფინანსური შეზღუდვებით
სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი	ორგანიზაციულად მილიანი
მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა	განვითარებული ინფრასტრუქტურა

იმის გამო, რომ არსებულმა სისტემამ ვერ უზრუნველყო ზოგი სოციალური და ეკონომიკური ვალდებულების შესრულება, გაჩნდა გენდენცია მისი მთლიანი უარყოფისა. შედეგად წარმოიშვა საშიშროება, რომ რადიკალურმა რეფორმებმა, ყოველივე ძველის უარყოფამ, შესაძლებელია სავალალო შედეგებამდე მიგვიყვანოს. ამგვარი მიდგომა ბევრი პრობლემისა და საშიშროების წინ გვაყენებდა, მაგალითად, საყოველთაო აუცილებელი იმუნიზაციის, ორსულთა და ბავშვთა პატრონაჟის მწყობრი სისტემის მოშლა და ა.შ.

ამ პირობებში, გარდამავალ პერიოდში მყოფი ქვეყნის სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა შესაძლებელია მიუწვდომობის გამო სამედიცინო მომსახურების გარეშე აღმოჩენილიყო და მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესებულყო.

მიუხედავად ზოგიერთი დადებითი მომენტისა, ძველმა სისტემამ მთლიანობაში ვერ შესძლო პრაქტიკულად გაუმჯობესებინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, დაავადებათა პროფილაქტიკა, შრომისუსუნარობის შემცირება.

დამოკიდებულებამ სახელმწიფო ბიუჯეტსა და ცენტრალურ დაგეგმვაზე უარყოფითად იმოქმედა სამედიცინო დახმარების ხარისხზე, რაც ახალ პირობებში გადაუდებელსა და აუცილებელს ხდიდა ჯანდაცვის ინტეგრაციასა საბაზრო ეკონომიკაში, რომელიც ქვეყანაში თანდათან იღვამდა ფეხს.

იმის გამო, რომ საბოლოო ჯამში ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა განისაზღვრება შიგა ეროვნული პროდუქტის მოცულობით ერთ სულ მოსახლეზე და არა სამედიცინო მომსახურების ხასიათით, ჩვენი ქვეყნის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლების შედარება ევროპის ზოგიერთი ქვეყნის მაჩვენებლებთან არ იწვევდა განცვიფრებას. საეარაულოა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში განსხვავება შემოსავლებში უფრო მუსტია, ვიდრე შიგა ეროვნული პროდუქტის მოცულობა ერთ სულ მოსახლეზე, ე.ი. ეროვნული სიმდიდრის სამართლიანი განაწილება სიცოცხლის გახანგრძლივებისა და ჯანმრთელობის საწინდარია. საგულისხმოა ისიც, რომ ხაზგასმული თანაბარი განაწილება შემოსავლებისა და სიღარიბის არაღიარება, ვერაფრით ვერ უწყობდა ხელს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

აქედან გამომდინარე, სისტემის რეფორმირებისას თავდაპირველ ამოცანად სწორედ ამგვარი ტენდენციების გარდატეხის გზების ძიება უნდა ყოფილიყო.

განვიხილოთ სხვა ნეგატიური თავისებურება.

მყარად არსებული პრობლემები

კიდევ ერთი სერიოზული გაკვეთილი, რომელიც ასევე წარსულიდან მივიღეთ, მდგომარეობს იმაში, რომ ზოგიერთი პრობლემა საზოგადოებისთვის უბრალოდ თავიდან აცილებადი არ არის. ვერანაირი რეფორმისგული ქმედებები. კაპიტალდაბანდებები

რეფორმის განმსაზღვრელი ფაქტორები

ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების პროცესის არსი სახელმწიფოს ეკონომიკური და პოლიტიკური როლის გადახედვაში მდგომარეობს. საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმების ამოქმედებით ნავარაუდევია რესურსების უფრო ეფექტური გადანაწილება, გააძრებული დეცენტრალიზაციით, მმართველობითი ფუნქციების, პასუხისმგებლობების გადანაწილებით დაწესებულებებისათვის უფრო მეტი არჩევანის უფლების მინიჭება. ამ პროცესის პოლიტიკური, ეკონომიკური და ორგანიზაციული მახასიათებლები (სოციალისტური წყობისთვის დამახასიათებელი) განვიხილოთ ქვემოთ (ცხრილი 3), შევადაროთ და საბაზრო ეკონომიკის განმასხვავებელი თვისებები.

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა ხშირ შემთხვევაში უკავშირდება გარდამავალი პერიოდის მოგ მოვლენას, რაც სოციალისტური პრინციპების სრული უგულებლყოფა და არა საკუთრივ რეფორმის პროცესი. თავისუფალი კონკურენციის ბაზრის შექმნისას ამით უხეში გადახრებისა და დარჯის შიგა ინფრასტრუქტურის ნგრევის დიდი საშიშროება ჩნდება.

უმარტივესი ანალიზით, აც კი ნათლად ჩანს, რომ უმეტესი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები (ისევე როგორც ჩვენი) მზად არ იყო ეკონომიკური პროცესების ლიბერალიზაციისათვის. ჯანდაცვის (და არა მარტო ჯანდაცვისა) სისტემა ასევე მოუძგადებელი აღმოჩნდა ძველი პოლიტიკური სისტემის უარყოფისათვის, რასაც ორგანიზაციული ნგრევა მოჰყვა.

გარდამავალი პერიოდისათვის დამახასიათებელი ნეგატიური მოვლენები იწვევს მკვეთრ დესტაბილიზაციას და რეფორმირების პროცესის შეფერხებას.

ყოველივე ზემოაღნიშნული დღეს გვევლინება რთულ პრობლემად, რომლის გადასაჭრელად გასათვალისწინებელია არა მარტო წარსულის მემკვიდრეობა, არამედ მთლიანად გარდამავალი პერიოდისათვის დამახასიათებელი სირთულეები.

მცდელობისა (აკრედიტაცია-ლიცენზირების პროცესი), არ ემორჩილებიან მოქმედ კანონმდებლობას. თავის მხრივ პაციენტები, მოსახლეობა სამართლიანად თელის თავის თავს სამედიცინო მომსახურების მიმდებად, ცდილობს მაქსიმალურად მიიღოს გადებული გადასახადის ან საღაჟღევეო პოლისის საფასური მომსახურების სახით.

სამწუხაროდ, ამ ეტაპზე სახელმწიფოსა და კერძო სექტორს შორის ჯერ-ჯერობით ვერ ჩამოყალიბდა კონსტრუქციული ურთიერთობები. ცხადად მარეგლამენტირებელი სამართლებრივი ბაზის არარსებობის პირობებში, ყოველგვარი პრინციპების უგულველყოფით, მედიკოსები ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი მოგების მიღებას, ხოლო პაციენტი (მოსახლეობა) იჩენს სუთთა მომხმარებლურ დამოკიდებულებას სამედიცინო მომსახურებისადმი.

პირველ ეტაპზე ფასების ნაწილობრივმა ლიბერალიზაციამ, შრომის ანაზღაურების ფორმების შეცვლამ, მომსახურების ღირებულებისა და ზოგიერთი მედიკამენტის (ონკოლოგიურის, ფსიქიატრიულისა და ა.შ.) ფასის ზრდა გამოიწვია. ანაზღაურების ნორმატიული სისტემის შეცვლამ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების სისტემით (დაბალი ანაზღაურების პირობებში) მკვეთრად გაამწვავა სიტუაცია. წარმოიშვა მრავალი ნეგატიური მოვლენა, როგორცაა სამედიცინო მომსახურების ღირებულების (განსაკუთრებით ე.წ. “შიგა სტანდარტებით”) ზრდა, შემოსავლის დამალვა და სხვ. მეორე მხრივ, ეკონომიკურმა კრიზისმა, საწარმოო პოტენციალის შემცირებამ. უმუშევრობის დონის ზრდამ, მიგრაციული პროცესების გამწვავებამ სხვა სოციალურ-დემოგრაფიული ძვრებიც გამოიწვია. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ახალი, თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვით საწარმოები (სახელმწიფო თუ კერძო) ცდილობენ შეამცირონ სამუშაო ადგილები, რათა შემცირდეს სუბსიდირებული და თავიდან აიცილონ გაკოტრება. ამგვარი ცვლილებები ისედაც შეზღუდული რესურსების პირობებში მკვეთრად ზრდის სამედიცინო მომსახურების საჭიროებას.

გარდამავალი პერიოდის არასასურველი შედეგები, გამოწვეული პოლიტიკური ლიბერალიზაციით, მოცემულია მე-4 ცხრილში.

ფაქტორები		შედეგები
არაკონტროლირებადი ამკარა პრიცხების გამოცდილების არარსებობა არასწორი პრივატიზაცია	ბანკი. პარიჯის	შეუქრება საბანკო შექანისმებრ გადასვლისას სმუკულირება, სახსრები ფონდების გაფლანგვა
ფახებისა და ხელფახის ლიბერალიზაცია		ინფლაცია, შემოსავლები არათანაბარი განაწილება
წარმოება, რომელიც რეგულირდება საბანკო შექანისმებრ		წარმოების შემცირება
არარეგულირებადი მოთხოვნა		მსოფლის სისტემის მოშლა
წარმოების მასობრივი შემცირება		სამუშაო ძალების მფრაცია
არაბალანსირებული სტრუქტურება		არაკონტროლირებადი ხარჯი
ეკონომიკური დაარღვევა	წინასწორობის	წარმოების შემცირება, გაეოტრება, უმუშევრობა

თავისუფალი არჩევანის ჩრდილოვანი მხარე

არჩევანის ყოველგვარი შემლუღვის მოხსნამ პაციენტები და ის მუშაკები, რომლებიც მათ უნდა მოემსახურონ (სამედიცინო პერსონალი), დაუსჯელობამღე მიიყვანა, რამაც ისედაც მცირე რესურსების უყაირათო ხარჯვა გამოიწვია. ზედმეტ ღემოკრატიულობას, კონსენსუსის მისაღწევად საყოველთაო სახალხო კონსულტაციებს მართვის ეფექტიანობის შემცირება მოჰყვა. ხელისუფლება, პარლამენტი ხშირ შემთხვევაში ვერ ახერხებს უმნიშვნელოვანესი კანონებისა და გადაწყვეტილებების დროულად მიღებას, რომლებიც რეფორმას, ხელშეწყობის თვალსაზრისით, გარკვეულ მიმართულებას მისცემდა. აღრინდელი იდელების მთლიანად უარყოფამ, თვითუმრუნველყოფისა და ავტონომიურად მოქმედების გადამტებას სოციალური დაცვისა და თანასწორობის საკითხები უკანა პლანზე გადასწია.

არჩევანის უფლებამ ჯანმრთელობის დაცვაში უარყოფითი შედეგები გამოიწვია.

ფაქტორები	შედეგები
აქტიური ფუნქციონირების დაშვება	მოსახლეობის მხრიდან სოციალური დაუცველობის შეგრძნება
ეროვნის აზრის მიღწევის გადაჭრებულ მტკედლობა	სუსტი სელმსღვანელობა და მართვა
ცენტრალიზებული მართვის სრული უარყოფა	პარლამენტისა და აღმასრულებელი ხელისუფლების საკანონმდებლო გადატვირთვა

ორგანიზაციული კრიზისი

ძველ მოდელზე უარის თქმამ, ჯანდაცვის სისტემის საქართველოს უზრუნველყოფი ინსტიტუტების თანდათანობითი ნგრევა გამოიწვია. ამასთან ერთად მთლიანი განსახელმწიფოებრიობა ვერ მოხერხდა, ხოლო მმართველმა სისტემამ დაკარგა მოქმედების მიმართულებების მკაფიო ორიენტირები. ძველი ნომენკლატურის მთლიანად უარყოფამ მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენა მმართველობითი ორგანოები. ზოგიერთ საკვანძო თანამდებობაზე, როგორც ცენტრალურ, ასევე რეგიონულ და რაიონულ დონეზე მოვიდნენ ექიმი სპეციალისტები, რომელთაც არ აქვთ ან არასაკმარისად გააჩნიათ მმართველობითი ჩვევები. წარმოიქმნა მმართველობით გადაწყვეტილებათა მიღების დეფიციტი, რამაც როგორც ცენტრალურ, ასევე სხვა დონეებზე გაჩნდა მოუმზადებელი, ზოგიერთ შემთხვევაში ურთიერთსაწინააღმდეგო წინადადებები და პროექტები, არასწორი გათვლები, არასწორად შედგენილი და ეკონომიკურად გათვლილი პროგრამები. გადაშეტეხულმა დეცენტრალიზაციამ ზოგ შემთხვევაში დანახარჯების დუბლირებაც გამოიწვია.

ფაქტორები	შედეგები
ცენტრალიზებული დაგეგმვის უარყოფა	მოქმედების გამოცვეთილი მმართველობის არარსებობა
სრული კადრების წმენდა	გამოცდილი კადრების დეკლასტა
გადაჭარბებული დეცენტრალიზაცია	მომსახურების დონის შეუთანისებლობა
განაწილების სისტემის მოშლა	დეფიციტი
ფინანსური კრიზისი (არასაკმარისი ფინანსირება)	ინფრასტრუქტურის გაუარესება

ახალ ეკონომიკურ ფორმაციაში ქვეყნის ხელისუფლება მძიმე პრობლემის წინაშე აღმოჩნდა – ახალ პირობებში ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებდა კარდინალურ სისტემურ გარდაქმნას, ხოლო მოსახლეობა, გაუარესებული სოციალური მდგომარეობის გამო – უფრო გამრდილ სამედიცინო დახმარებას მოთხოვნილებით. როგორც ცნობილია, ავადმყოფობა და შრომისუნარობა ზღუდავს პირად თავისუფლებას. ხოლო არაღამაკმაყოფილებელი ჯანმრთელობის მდგომარეობა აქვეითებს შრომის ნაყოფიერებას. ამიგომ ჯანდაცვის სისტემის რადიკალური რეფორმა არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების პირობების გასაუმჯობესებლად უნდა გაგარდეს, არამედ ჩანასახში მყოფი საბაზრო ეკონომიკის “აღამიანური კაპიტალით” უზრუნველყოფის მიზნითაც. ამასთან, გასაგებია, რომ რეფორმა და სტრუქტურული ცვლილებები ეკონომიკური კოლაფსის პირობებში ძალზე ძნელია. პოლიტიკური გადაწყვეტილება დიდ სირთულეებთან არის დაკავშირებული. სხვა დარგებთან შედარებით ეს პროცესი ძალზე სპეციფიკურია, რადგან თვით უმძიმეს ეკონომიკურ პირობებშიც კი სისტემა მოსახლეობას უარს ვერ იტყვის.

ამგვარად, მძიმე ეკონომიკურ პირობებში მიმდინარე რეფორმებს, მიუხედავად ბევრი დაღებითი გენდენციისა (მოწინავე ტექნოლოგიების დანერგვა, შესაბამისი ფინანსურ-ეკონომიკური მექანიზმების დახვეწა და სხვ.), ბევრი საშიშროებაც სდევს, რადგან გარდამავალ პერიოდში, როცა თავს იჩენს ბევრი ნეგატიური მოვლენა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება და სხვა, ხელისუფლებას არ უნდა მოსახლეობისათვის არაპოპულარული გადაწყვეტილებების მიღება და ბევრი საინტერესო პროგრამა თუ პროექტი განუხორციელებელი რჩება, რაც საბოლოოდ მოსახლეობის თვალში საბაზრო ეკონომიკის დისკრედიტაციას იწვევს.

არც ერთ მთავრობას, არც ერთ პარლამენტს არ ძალუძს ყოველთვის ასეთი, მოგ შემთხვევაში რადიკალური გადაწყვეტილებების დროულად და სწორად მიღება.

პოლიტიკური, ეკონომიკური და ორგანიზაციული ცვლილებების ძირითადი მიზანი მოსახლეობის კეთილდღეობის ამაღლება, სოციალური დაცვის განვითარებული სისტემის შექმნაა. ამასთან პიროვნების თავისუფლება უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მაკერიალური დამოუკიდებლობით. სწორედ ამიგომ იქმნება თავისუფალი კონკურენციის ბაზარი, რომელიც უზრუნველყოფს ეკონომიკურ ზრდას და შესაბამისად – ცხოვრების მაღალ დონეს. და ბოლოს, გააზრებული დეცენტრალიზაცია, პროგრამების მართვაში ადგილობრივი პირობების უკეთ გათვალისწინება, სოციალური დაცვის სისტემის განვითარების შესაძლებლობას იძლევა.

სწორედ ამ ფაქტორების არარსებობის გამო ვერ შეძლო ძველმა სისტემამ დეკლარირებული დანაპირების შესრულება. თავისუფალი საბაზრო ურთიერთობების ზოგიერთი უმნიშვნელოვანესი ელემენტის ურთიერთკავშირი ნაჩვენებია მე-7 ცხრილში.

ცხრილი 7

ძირითადი მიზანი	დამსმარე ამოცანები	ჯანდაცვის კონკრეტული მიზნები
პიროვნების თავისუფლება	მაკერიალური დამოუკიდებლობის სტიმულის ზრდა	ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება
ცხოვრების დონის ამაღლება	ეკონომიკური ზრდის მასტაბულირებელი კონკურენტული ბაზარი	ეკონომიკური ეფექტიანობის, მწარმოებლობის ზრდა
სოციალური დაცვა	დეცენტრალიზაცია ადგილობრივი პირობების გათვალისწინება	დაწესებულებათა შესაძლებლობების გაფართოება

იმის გათვალისწინებით, რომ ავადმყოფობა ზღუდავს მოქალაქეთა შრომისუნარიანობას და ზრდის სოციალურ სამსახურებზე მათ დამოკიდებულებას, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის საბოლოო მიზანი ავადობის შემცირება უნდა გახდეს. ამავე დროს დანახარჯები შეესაბამებოდეს საერთო ფინანსურ

ინტერესებს.

სამედიცინო მომსახურებაზე არარეგულირებული მოთხოვნა, უასების ლიბერალიზაცია და სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნის გაზრდა, დანახარჯების მკვეთრ მაგებას იწვევს.

იქმნება მანკიერი წრიდან გამოსვლის პრობლემა, წარმოქმნილი არაეფექტური ეკონომიკისა და ცხოვრების ღონის დაქვეითების გამო და თუ ეს ვერ მოხერხდა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსწორების შანსი უფრო შემცირდება.

საბოლოო ჯამში, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისას გადასაჭრელია ორი ამოცანა – სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობისა და მისი დაფინანსების გაზრდა და ღარგის ორგანიზაციული შესაძლებლობების ამაღლება სოციალური დაცვის სისტემის ჩარჩოებში.

გადაწყვეტილების მიღების მიმართულებები

გემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტის მიმართულებანი მათი შინაარსიდან გამოდის. ეს მიმართულებები შესაძლებელია დაიყოს სამ ძირითად ჯგუფად. პირველია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება (პიროვნების თავისუფლებისა და მაგერიალური კეთილდღეობის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი). ჯანდაცვის თვალსაზრისით აქ გათვალისწინებული უნდა იქნეს ცხოვრების ღონის ამაღლების ღონისძიებები – ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა, უსაფრთხო გარემოს შექმნის აუცილებლობა და სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაზრდა.

მეორე ჯგუფი - ორიენტირებული უნდა იყოს ეკონომიკური განვითარების და მაკროეკონომიკური ბალანსის აღდგენაზე, რადგან ეს ორი პარამეტრი უმნიშვნელოვანესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღსადგენად. ჯანდაცვის სისტემას უნდა დაეკისროს სახელმწიფო დანახარჯების შემცირების ღონისძიებები, დაფინანსების არაბიუჯეტური წყაროების გამოჩახვა (თანაგადახდა და სამედიცინო დაზღვევა). ღონისძიებათა მოცემული პაკეტი ითვალისწინებს დანაკარგების შემცირებას ახალი, უფრო ეფექტიანი ბაზრის შექმნით, მომხმარებლისათვის მომსახურების

უფრო ფართო სახეებისა და მრავალფეროვანი საქონლის მიწოდებით და სტიმულირების ახალი ფორმების შექმნით. აქვე გათვალისწინებული უნდა იქნეს გარდამავალი პერიოდის თავისებურებანი და დაუკველი მოსახლეობისათვის ყოველნაირი რისკის მინიმიზაცია.

და ბოლოს, მესამე (მესამე პაკეტი) - როგორც სოციალური დაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი ელემენტი, მიმართული უნდა იყოს ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ-სტრუქტურული მოდერნიზაციისაკენ. ნაგულისხმეია ახალი, დროის შესაბამისი კანონების მიღება, მაგერიალურ-ტექნიკური (მინიმალურად აუცილებელი) ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საკადრო (კვალიფიციური) პერსონალის მომზადება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

სამოგალოებამ საუკუნეების მანძილზე სპეციალური ღონისძიებების გამოყენებით ისწავლა დაავადებათა თავიდან აცილება, გათვითცნობიერა, რომ ცალკეული ადამიანების ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ამ ღონისძიებათა გაგარების ეფექტიანობაზე.

სახელმწიფოს ჩართვა ამ პროცესში გარდუვალია იმის და მიუხედავად, სამოგალოება აშენებულია დემოკრატიისა და თავისუფალი ეკონომიკის თუ ცენტრალური მართვის პრინციპებზე მბრძანებლური ეკონომიკით. სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილულ იქნეს, როგორც ადამიანთა ზოგიერთი უფლების დამრღვევი (შემზღუდავი). მაგრამ პრობლემათა ერთობლიობა წარმოჩენილი სამოგალოებრივი ჯანდაცვის წინაშე და პრაქტიკული ღონისძიებები მათი რეალიზაციისათვის გულისხმობენ გარკვეული კომპრომისის აუცილებლობას ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად სამოგალოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, დაბეგრვას საყოველთაო ჯანმრთელობის სასარგებლოთ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან ფტორირებას, საყოველთაო აუცილებელ იმუნიზაციას ბავშვების სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციალურ ღონისძიებებს

საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ იცემა საწარმოო უსაფრთხოების ნორმები ან რომელიც იწვევს გარემოს დაზიანებებს.

ჯანმრთელობის დაცვის დაბალანსებული სისტემა გულისხმობს რესურსების რაციონალურ განაწილებას პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და გარემოს დაცვით ღონისძიებებს შორის. იმ ფაქტის აღიარება, რომ მოსახლეობას გარკვეული ჯგუფები საჭიროებენ ზოგიერთ შემთხვევაში მეტი თანხების გამოყოფას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე ვიდრე სხვა. განსაზღვრავს თანხების დამატებით გამოყოფას მეტად დაზიანებად ჯგუფებში. ამავე დროს, ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს იმ ფაქტორებს, რომელიც გაელენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, როგორცაა კვება, სანიტარია, საცხოვრებელი და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები. ამის გარდა ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო მომსახურების შესაბამისი ღონის უზრუნველყოფის აუცილებლობას სამედიცინო დარგის მუშაკებსა და დაწესებულებების მიერ, რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაცია ლიცენზირების ალექვატური ღონისძიებების შემუშავებით, საპედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველსაყოფად.

თავი IV

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში

ჯანდაცვის სისტემების პირობითი კლასიფიკაცია

მსოფლიოში მოქმედ ჯანდაცვის მრავალფეროვან სისტემებს შორის შეიძლება გამოიყოს სამი ძირითადი ჯგუფი:

1. ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა (ლორდ ბევერიჯის მოდელი). მოქმედებს დიდ ბრიტანეთში, საბერძნეთსა და პორტუგალიაში, მოქმედებდა სსრ კავშირშიც.

სისტემის ძირითადი მახასიათებლებია:

- ცენტრალიზებული და რეგიონული დაგეგმვა;
- დაფინანსება პირდაპირი დაგეგმვის წესით;
- სისტემის მართვა პროფესიონალ მედიკოსთა მიერ;
- მკურნალობის ხარისხის სახელმწიფოებრივი მართვა და კონტროლი;
- რესურსების ეკონომიური გამოყენება;
- პერსონალის დაბალი ანაზღაურება;
- დაბალი ადმინისტრაციული ხარჯები.

სისტემას აქვს პრინციპული პრობლემები:

- სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტურობის ამაღლების დაბალი სტიმული;
- სახელმწიფოს მიერ დანახარჯების ზრდის დარეგულირება მაკროეკონომიკური მეოთხედიდან;

- პაციენტის აზრის უგულებელყოფა, თავისუფალი არჩევანის შეზღუდვა;
- სამედიცინო დახმარების მიღების იძულებითი დარეგულირება პაციენტთა რიგის მიხედვით. კერძო პრაქტიკის სტიმულირება პრივილეგირებული წრეებისათვის;
- “სასტუმრო” მომსახურების, კომფორტის დაბალი დონე;
- სამედიცინო დახმარების არათანაბარი დონე ზოგი სოციალური ჯგუფისათვის;
- ცენტრალიზებული დაგეგმვა, რომელიც არ ითვალისწინებს ადგილობრივ ინტერესებსა და მოთხოვნებს, მდუღავს სიახლეების დანერგვას;
- სპეციალიზებული დაწესებულებების პრიორიტეტული დაფინანსება;
- პირველადი სამედიცინო დახმარების შეზღუდული დაფინანსება;
- სახელმწიფოს მონოპოლიზმი (პატერნალიზმი) დარგის განვითარების პრიორიტეტებში;
- მართვის ავტორიტარული სისტემა, სუსტი კავშირი ცენტრსა და პერიფერიას შორის.

2. საყოველთაო სადაზღვევო პრინციპით მომუშავე ჯანდაცვის სისტემა – (ბისმარკისეული მოდელი) მოქმედებს ცერმანიაში.

აღნიშნული სისტემის ძირითადი მახასიათებლებია:

- დეცენტრალიზებული დაფინანსება;
- სადაზღვევო ფონდების თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა პაციენტის და დამქირავებლის მიერ;
- კონკურენცია სხვადასხვა სამსახურსა და ფონდს შორის;
- სადაზღვევო ფონდების მიერ დანახარჯზე მკაცრი კონტროლის შესაძლებლობა;
- სადაზღვევო ფონდების მიერ მკურნალობის ხარისხის კონტროლი;
- ფუნქციების გამიჯვნა დამფინანსებელ ორგანოებსა და სამედიცინო დახმარების გამწევიან შორის;
- “სასტუმრო” მომსახურების კომფორტის ფართო შესაძლებლობები.

აღინიშნება პრინციპული პრობლემები:

- სხვადასხვა სოციალური ჯგუფისა და ადმინისტრაციული დანაყოფისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევის შეზღუდულობა (უთანაბრობა);
- სამედიცინო დახმარების ღირებულების ზრდის გენდენცია;
- პერსონალის საქმიანობაზე კონტროლის დაბალი დონე;
- პაციენტების, განსაკუთრებით მაღალი რისკ-ჯგუფის პაციენტთა და სოციალურად დაუცველი კონტინგენტის ინტერესების უგულებელყოფა;
- დაგეგმვის დაბალი შესაძლებლობა;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის, პროფილაქტიკური მედიცინის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების არაპრიორიტეტულობა;
- მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები.

3. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში აღმოცენებული ანუ ჯანდაცვის კერძო სისტემა - მოქმედებს აშშ-ში.

ძირითადი მახასიათებლებია:

- პაციენტისათვის მომსახურების სახის არჩევანის ფართო სპექტრი;
- რიგის არარსებობა;
- გარანტირებული სპეციალიზებული დახმარება;
- მკურნალობის კონფიდენციალურობა;
- მკურნალობის მაღალი ხარისხი.

პრინციპული პრობლემებიდან აღინიშნება:

- სამედიცინო მომსახურების მაღალი ღირებულება;
- დაბალი ხელმისაწვდომობა;
- მკურნალობის ხარისხის კონტროლი კანონის, სასამართლოს მიერ;
- მომსახურების სახეების არათიანაბარი განაწილება ქვეყნის ტერიტორიაზე და დამცველი მექანიზმების არ არსებობა ამ კუთხით;
- საკადრო პრობლემები, მათი ნაკლებობა.

ამ ნაწილში პასუხს გავცემთ 2 ძირითად კითხვას – აღწერილობითსა და ანალიტიკურს.

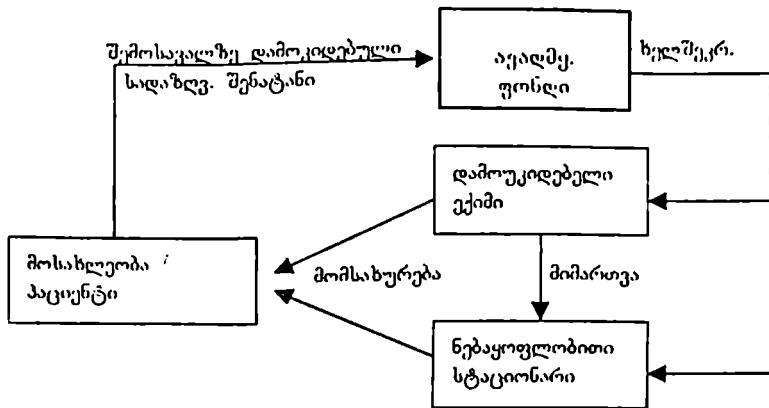
აღწერილობითი: 1989 წლიდან რა ცვლილებები აღისიშნა და რა მიმართულება იქნა არჩეული აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნების ჯანდაცვის სფეროში?

ანალიტიკური: როგორ ხორციელდებოდა ეს ცვლილებები და როგორ ვითარდება ჯანდაცვა ამ ქვეყნებში?

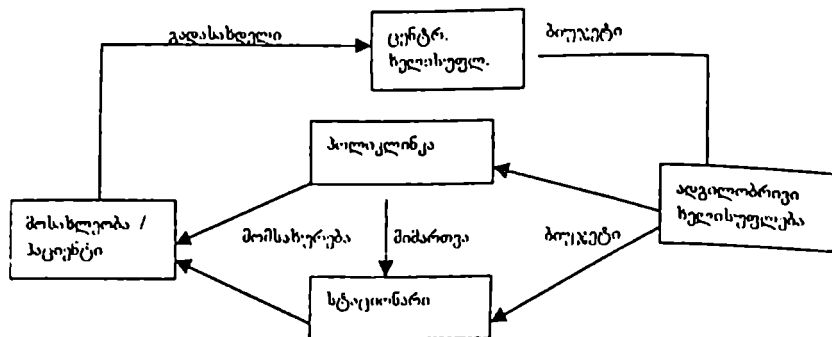
შესწავლილ იქნა 5 ქვეყნის - ჩეხეთის, გერმანიის, პოლონეთის, უნგრეთისა და სლოვაკეთის ჯანდაცვის სისტემები.

განვიხილოთ ევროპის ჯანდაცვის სისტემის 3 ძირითადი სტრუქტურა: სოციალური დამფუძნებელი – ბისმარკისეული მოდელი, სოციალისტური ქვეყნების – სემამკოს ცენტრალიზებული მოდელი და დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური – ბევერიჯის სისტემა.

1. ბისმარკისეული მოდელი უძველესია. XIX საუკუნეში, ინდუსტრიის აღმავლობის პერიოდში. გერმანიის მოსახლეობაში გავრცელდა სოციალისტური იდეები და განვითარდა სოციალისტური მოძრაობა, დაარსდა პროუესიული კავშირები და სოციალისტური პოლიტიკური პარტიები. კონსერვატორ გ. ბისმარკს სურდა გაეუმჯობესებინა ურთიერთობა მუშათა კლასთან, ჩამოეცილებინა ისინი სოციალისტური მოძრაობისგან. ეს ძლიერი ქვეყნის შექმნის მცდელობის გეგმის ნაწილი იყო. მან შექმნა კანონი, რომელიც მშრომელებს იცაედა სამუშაოსთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევებითა თუ ავადმყოფობით გამოწვეული შემოსავლების დანაკარგისაგან. ჯანდაცვის ბისმარკისეული სისტემა (სქემა №1) გერმანიაში ამოქმედდა 1883 წელს. იგი ფინანსდებოდა წილობრივად - ერთ მესამედს იხდიდა დამქირავებელი, ორ მესამედს დაქირავებული პერსონალი სადამფუძნებო შენაგანების სახით. მთავრობის წვლილი ბისმარკის სისტემაში მინიმალური იყო. სახელმწიფო განსაზღვრავდა პირობებს, რომლებიც მართავდა ავადმყოფობის ფონდს, ურთიერთობებს მედიცინის მუშაკებსა და პაციენტებს შორის, მაგრამ არ იყო უმუშაოდ ინტეგრირებული ამ პროცესებში. ხელისუფლება პასუხს აგებდა გეგმის შესრულებაზე. ხოლო ურთიერთობას ფონდსა და სამედიცინო პერსონალს შორის აგვარებდა ხელშეკრულებების საშუალებით. მხოლოდ განსაზღვრულზე ნაკლები შემოსავლის მქონე პირთა დაზღვევა



2. რუსეთში ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ 1918 წელს მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონფერენციაზე ნ. სემაშკომ წარადგინა მთელი მოსახლეობის უფასო სამედიცინო მომსახურების პროგრამა, რომელიც მთავრობამ მოიწონა და დანერგა კიდევ. სემაშკოსეული მოდელით ჯანდაცვის სამსახური იყო მკაცრად ცენტრალიზებული და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფონდირებული, იძლეოდა უფასო სამედიცინო მომსახურების გარანტიას ყველასათვის. სამედიცინო დაწესებულებები ეკუთვნოდა სახელმწიფოს. მას მართავდა რეგიონული და რაიონული ხელისუფლება, რომელსაც მკაცრად აკონტროლებდა ცენტრალური ხელისუფლება. პირველადი ჯანდაცვა (პირველადი მედიკოსანიტარიული დახმარება) წარმოდგენილი იყო პოლიკლინიკური და ამბულატორიული სამსახურებითა და სხვადასხვა სპეციალისტებით (თერაპევტი, პედიატრი, გინეკოლოგი, სტომატოლოგი). სტაციონარებისა და პოლიკლინიკების დაფინანსება ხდებოდა ბიუჯეტიდან, სამედიცინო პერსონალს შრომის ასანაზღაურებლად ეძლეოდა ხელფასი (სქემა №2).



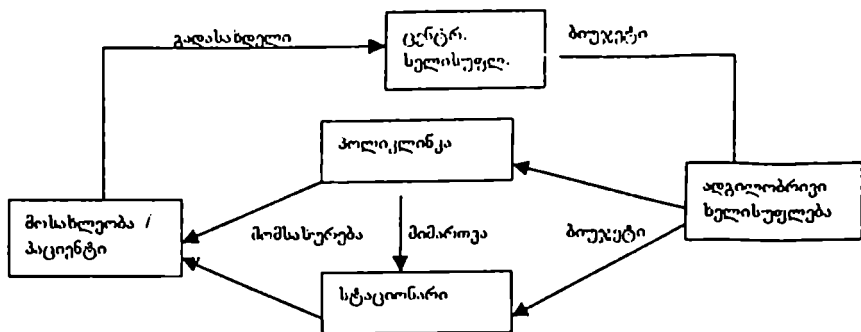
3. ჯანდაცვის მესამე, ევროპული სისტემა (სქემა №3) შემუშავებულ იქნა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში. ამ სისტემის მიხედვით ჯანდაცვა უნდა დაფინანსდეს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის სისტემის მართვას ახორციელებდეს სახელმწიფო. 1948 წელს ხელისუფლებამ ეს რეკომენდაციები განახორციელა და ეროვნული ჯანდაცვის სამსახური დააარსა. მას ბევრი საერთო აქვს სემამკოს მოდელთან. მაგალითად, ორივე ცენტრალიზებულია და მათი ფონდირებას ახდენს სახელმწიფო. სამედიცინო დაწესებულებები სახელმწიფოს საკუთრებაა და ფინანსდება ბიუჯეტიდან, სტაციონარის ექიმს აქვს ხელფასი, თუმცა ხელისუფლების მხრიდან რეგულაცია ბევერიჯის სისტემაში ნაკლებად მკაცრია და არის კერძო სამედიცინო მომსახურებისა და კერძო დაზღვევის არჩევანის თავისუფლება და რაც მეტად მნიშვნელოვანია - ოჯახის ექიმი (სემამკოს მოდელში - პოლიკლინიკა). ბევერიჯის მოდელი, სემამკოს მოდელისაგან განსხვავებით, არ მოიცავს ექსტენსიური პროფესიული ჯანდაცვის სექტორს.

ჯანდაცვის შერეული სისტემები. ჯანდაცვის თითოეული სისტემა მოქმედებდა განსაზღვრულ დროსა და ადგილზე, თუმცა თავისებური ინტეგრირებადობით სხვა ქვეყნებშიც ვაერცელდა.

სემამკოს მოდელი - ყოფილი საბჭოთა კავშირის ცენტრალური და შუა აზიის რესპუბლიკებში ახლაც მოქმედებს, ცენტრალური და აღმოსავლეთი ევროპის ქვეყნებში კი ცვლილებას

განიცდის. მე-2 მსოფლიო ომის შემდეგ ცენტრალური და აღმოსავლეთი ევროპის ქვეყნებში არსებული სისტემების გრანსფორმაცია მოხდა სემაშკოს მოდელის მიხედვით, მაგრამ თითოეული ქვეყნისათვის თავისებური ვარიანტი. უნგრეთის ჯანდაცვის სისტემა შეიცავდა ბევერიჯის მოდელის მნიშვნელოვან ელემენტებს.

სქემა 3



აღმოსავლეთი გერმანიაში იყო ბევერიჯის (ოჯახის ექიმი) და ბისმარკის (სოციალური დაზღვევა) მოდელის ელემენტებიც, ექიმთა მცირე ნაწილი მუშაობდა კერძო სექტორშიც, ზოგიერთი სტაციონარი ეკლესიას ეკუთვნოდა. ჯანდაცვის სექტორის სპეციფიკური სურათი დაფიქსირდა პოლონეთში, სადაც ინტეგრირებული იყო 400-ზე მეტი სამედიცინო დაწესებულება, რამდენიმე სამინისტროს ჰქონდა საკუთარი (საუწყებო) პარალელური სამედიცინო სამსახური. პოლონელი ექიმების 30% გარკვეულ საათებში მუშაობდა კერძო სექტორშიც. სემაშკოს მოდელის ნიშანი იყო სამედიცინო პერსონალისა და სტაციონარის საწოლების რაოდენობის მრღა, რაც განაპირობებდა სამედიცინო მომსახურისა და სამედიცინო დაწესებულებების დაბალ დონეზე კომპენსირებას.

ბევერიჯის მოდელი ევროპის სხვა ქვეყნებში პოპულარული გახდა 70-იან წლებში, მაშინ, როცა სოციალური დაზღვევის სისტემებში ხარჯი იზრდებოდა სტაციონარული

სექტორის არაბალანსირებული ზრდის ხარჯზე. დიდი ბრიგანეთის გაერთიანებულ სამეფოში საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა, როგორც ხარჯების ინდიკატორი, წმინდა ეროვნულ პროდუქტთან (GDP) მიმართებაში სტაბილური და შესამჩნევად დაბალი დარჩა. ამ სიტუაციამ სახელმწიფო ჯანდაცვის სამსახური მისაბაძი ვახადა სხვა ქვეყნებისათვის. ბრიგანული მაგალითი ირლანდიამ და დანიამ გადაიღეს 70-იანი წლების ბოლოს, 80-იან წლებში კი იგალიამ, პორტუგალიამ, საბერძნეთმა და ესპანეთმაც დაწერეს. 80-იანი წლების ბოლოს სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემა დარჩა მხოლოდ ნიდერლანდებში, ბელგიაში, საფრანგეთში, გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, ავსტრიაში და შვეიცარიაში. დასაუღეთ, ჩრდილოეთ და სამხრეთ ევროპის ქვეყნებში პრევალირებდა ბევერიჯისეული, აღმოსაუღეთში კი სემაშკოსეული მოღელი.

ბისმარკის კონცეუტია ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში ღღესაუ ძალაშია, როგორც სოციალური დაცვის მოღელი. XX საუკუნის დასაწყისში იგი მოერგო ბელგიასა და საფრანგეტს, მე-2 მსოფლიო ომის დროს კი – ნიდერლანდებს, როგორც სამედიცინო დაზღვევის საკუთარი სისტემა. ბისმარკის მოღელის დანერგვას მოჰყუა ორი მიმართულებით განვითარება: 1. მოსახლეობის მოცუა გაიზარდა I მსოფლიო ომის შემღევ; 2. სადაზღვეუო პაკეტი გაფართოუდა II მსოფლიო ომის შემღევ, 60–70-იან წლებში. გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში მოხდა ბისმარკისა და სემაშკოს მოღელების ზოგიერთი ეღემენტების შერწყმა.

ცვლიღები. II მსოფლიო ომამღე აღმოსაუღეთ ევროპის ქვეყნებში მოქმეღებდა ბისმარკის, მეორე მსოფლო ომის შემღევ კი სემაშკოს მოღელი (ეროვნული ვარიანტები). კომუნისტური რეჟიმის დანგრევის შემღევ ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოღელი ხელახლა დანერგა.

სამედიცინო სამსახურის ფონდირება: სამ ძირითად მოღელში (ბისმარკის, ბევერიჯის, სემაშკოს) შეიძლება განისაზღვროს ფონდირების 2 მეთოდი: სახელმწიფო გაქსაცია (ბევერიჯისა და სემაშკოს მოღელები) და სადაზღვეუო პრინციპი (ბისმარკის მოღელი). ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში გენერალური გაქსაციიდან ფონდირებით სამედიცინო სამსახურის სექტორის ბიუჯეტი განისაზღვრება სახელმწიფო ბიუჯეტის მიხეღვით და შესაბამისად დახურული დაუინანსებით. სახელმწიფო

საკუთრების ინსტიტუტების მეშვეობით სახელმწიფო ამავედროულად პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე. სოციალური დაზღვევის სისტემაში სადაზღვევო შენაგანების მოცულობა, სარგებლობის პაკეტი და დაზღვევა განსაზღვრულია კანონით. დაზღვევა სავალდებულოა და დამქირავებელი და დაქირავებული სადაზღვევო თანხას წილობრივად იხდიან, რომლის მოცულობა დამოკიდებულია შემოსავალზე. დაზღვევას აღასრულებს ერთი ან რამოდენიმე სადაზღვევო ორგანიზაცია.

ფულის განაწილება. მედიცინის მუშაკების შრომის ანაზღაურება შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა გზით: ანაზღაურების, ხელშეკრულების, ინტეგრირებული და “ჯიბიდან გადახდის” ფორმით. ანაზღაურების მოდელის დროს პაციენტი უხდის უშუალოდ ჯანდაცვის მუშაკს, მესამე მხარისაგან (კერძო ან საზოგადოებრივი სადაზღვევო კომპანიისაგან) მიღებულ თანხას. ხელშეკრულების მოდელის შემთხვევაში მესამე მხარე პირდაპირ ფინანსურ ანგარიშსწორებას (ჩვეულებრივ, მომსახურების გადასახდელი ან კაპიტაცია) ახდენს სამედიცინო პერსონალთან ისევე, როგორც ბისმარკის მოდელის დროს. ინტეგრირებული მოდელი ნიშნავს ჯანდაცვის მუშაკთა და მესამე მხარის ვერტიკალურ ინტეგრირებას. “ჯიბიდან გადახდისას” პაციენტი მესამე მხარის ჩართვის გარეშე უხდის უშუალოდ მედიცინის მუშაკს. აქ შესაძლებელია იყოს დამატებითი გადახდაც (თანაგადახდა). კომუნისტურ ეპოქაში ანაზღაურება წარმოებდა ხელფასით, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება ხდებოდა ინტეგრირებულად და ამიგომ ექიმი პაციენტების სიმრავლით არ იყო დაინტერესებული (ყოველ შემთხვევაში - თეორიულად). 1989 წლიდან აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ხელახლა დაინერგა მომსახურების გადახდის მოდელი, შეიყვალა ბიუჯეტური დაფინანსებისა (დაწესებულებების) და ხელფასის სისტემა. ჯანდაცვის მუშაკების შრომის ანაზღაურების ინტეგრირებული სისტემა შეიყვალა სახელშეკრულებო მოდელით. ჩეხეთის რესპუბლიკაში აღინიშნა “ანაზღაურება-მომსახურებისათვის” პრინციპისა და სოციალური დაზღვევის ფონდირების კომბინაციის უარყოფითი შედეგი. ორ წელიწადში თითქმის 40%-ით გაიზარდა დანახარჯები ჯანდაცვაზე. გერმანიის გაერთიანების შემდეგ გდრ-ში მოისპო პოლიკლინიკურ-ამბულატორიული მომსახურება და დაინერგა დასავლეთ გერმანიაში მოქმედი კონტრაქტული კერძო სამედიცინო მომსახურება. ექიმის ანაზღაურება ხდება “გადახდა-

მომსახურებისთვის” სისტემით. სოციალური სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც აღმინისტრირებული იყო 2 სადაზღვევო ფონდით, შეიცვალა “ავადმყოფობის დასაველეთ გერმანული (200) ფონდის” მართვით. სლოვაკეთში დაინერგა კაპიტაციისა და ფიქსირებული ანაზღაურების კომბინაციის სისტემა, პოლონეთში დარჩა ისეთივე, როგორც 1989 წლამდე იყო.

ორგანიზაცია. 1989 წლამდე აღმოსაველეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვას მართავედა სამინისტრო. პასუხისმგებლობა ეკისრებოდა რეგიონებისა და რაიონების მმართველობასაც. პოლიტიკური ცვლილებების შემდეგ დეცენტრალიზაციამ რეგიონებსა და რაიონებს მეტი ავტონომია მისცა. სოციალისტური წყობის დროს პირველადი ჯანდაცვა წარმოდგენილი იყო ინტეგრირებული ჯანდაცვის ცენტრებით, რომელთა უზრუნველყოფა ხდებოდა პოლიკლინიკებსა და ამბულატორიებში მომუშავე ექიმების მიერ. ჯანდაცვის მუშაკებს ქირაობდა სახელმწიფო, ფაქტობრივად არ არსებობდა ექიმის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა. 1989 წლის შემდეგ ასე აღარ ხდება. სამედიცინო ტექნიკის ნაკლებობის გამო პირველადი ჯანდაცვის ექიმები იძულებულნი იყვნენ პაციენტები გავებავნათ სპეციალიზებული მომსახურებისთვის. პაციენტების სხვაგან გავგავნის მიზეზი იყო ისიც, რომ მათი ხელუასი არ იყო დამოკიდებული პაციენტების რაოდენობაზე. რეფორმის საერთო ელემენტი იყო პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ექიმის თავისუფლად არჩევის დანერგვა, აგრეთვე ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის მხარდაჭერა, რაც უფრო ძვირადღირებული მეორეული ჯანდაცვის დაგვირთვის შემციურებას ნიშნავდა. სტაციონარული მომსახურების სფეროში აღინიშნებოდა სამედიცინო ტექნიკის ნაკლებობა და არაეფექტური მუშაობა, სამედიცინო ტექნოლოგიების მოძველება და სამედიცინო ეთიკის დაბალი დონე.

ჯანდაცვის მიზნები. აღმოსაველეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნების ხელისუფლების წინაშე დგას ერთი ამოცანა – ეკონომიკის აღორძინება და ამავდროულად სოციალური უსაფრთხოების (მათ შორის სამედიცინო დაზღვევის) ახალი სისტემის შექმნა. კომუნისტური ეპოქისგან მემკვიდრეობით მიღებულმა უწესრიგობამ მკვეთრად გაზარდა უმუშევრობა. უმუშევრობისა და ავადმყოფობის მიზეზით შემოსაველების დანაკარგების რისკისგან მოსახლეობის დაზღვევა დიდ ფინანსურ გვირთად აწვება როგორც დამქირავებელს, ისე დაქირავებულს.

კომუნისტური ჯანდაცვის სისტემა დაბალეფექტური და ნაკლებპროდუქტიული აღმოჩნდა. ამ სიტუაციაში ურთულესი ამოცანა არის შეიქმნას “შეძლებული” ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომ დონეს. რეფორმის საერთო გენდენცია ჯანდაცვისა და სოციალური დაზღვევის ბისმარკისეულ მოდელზე გადასვლა იყო. ასეთი მოდელის შესაძლებლობები დამოკიდებულია დაზღვეული მოსახლეობის რაოდენობისა და დაზღვევით გათვალისწინებული მომსახურების პაკეტზე. დასაუვლეთის ბისმარკისეულმა მოდელმა, რომელიც ამოქმედდა XIX საუკუნის ბოლოდან, მიაღწია მაქსიმალურ მოცვასაც კი. ნაწილობრივი პრინციპის შემთხვევებში მოცვა ხდებოდა შემოსავლისა და დასაქმების სტატუსის მიხედვით. მეორე გზა გულისხმობდა სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მომსახურების პაკეტის ზრდას. მოგვიანებით განვითარება წარიმართა ეკონომიკური აქტიურობის ფონზე. ახლა დასაუვლეთევროპული ჯანდაცვის სისტემების მიზანი იყო სოციალური სამედიცინო დაზღვევის მომსახურების შექვეყნა ხარჯების შემცირების მიზნით. უნგრეთის გამოცდილება “დიაგნოზზე დამოკიდებული ჯგუფების (DRG)” სტაციონარული მკურნალობის შესახებ, შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს დასაუვლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის, რომლებიც გეგმავენ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას და დაინტერესებული არიან DRG-ით.

შეიძლება გამოიყოს დაზღვევის ორი მოდელი: პირველი – დაზღვეულთა რაოდენობა (მოცვა) არის მაღალი, მაგრამ მოსახლეობა დამოკიდებულია ზოგადი პრაქტიკის მქონე ექიმზე და აქვს მისი შეუვლისა და სპეციალიზებულ სტაციონარში მკურნალობის მცირე შანსი. მეორე – მოსახლეობას უფლება აქვს თავისუფლად აირჩიოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, სასურველ დროს მიმართოს ნებისმიერ სპეციალისტს, რათა გაეწიოს სათანადო სტაციონარული მომსახურება. თუმცა ასეთ შემთხვევაში დაზღვეულთა მოცვა ნაკლებია და მოსახლეობას უწევს მეტის გადახდა. დანიის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ძალიან მცირე ნაწილი ირჩევს მეორე მოდელს. არის სადაზღვევო პაკეტის ლიმიტირებისა და ამავდროულად უღარიბესი ფენების დაცვის სხვა გზაც არჩევანის გარკვეული თავისუფლებით, მაგალითად, ირლანდიის გადასახად-ფონდირების ეროვნულ სამედიცინო სამსახურში დაზღვევის დონე დაკავშირებულია შემოსავლის დონეზე;

დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობა თითქმის მთლიანად არის დაზღვეული. საშუალოშემოსავლიან მოსახლეობას შეუძლია საკუთარი მაგერიალური მდგომარეობის შესაბამისად გადაწყვიტოს, სად და ვის მიმართოს სამედიცინო დახმარებისათვის. კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას მხოლოდ მცირე ნაწილი (შექლებული ფენა) იხდის.

ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების (წმ. ეროვნული პროდუქტის წილის) მაღალი დონე განაპირობებს მოსახლეობისგან შენაგანების გამრდის აუცილებლობას ან პირდაპირი თანაგადახდით, ან საღამლევეო პრინციპით. ეს კი თავისთავად ქმნის შემოსაელებისა და ხელფასების მრდის საჭიროებას, რაც აუცილებლად იწვევს უმუშეერობის მაგებას და აუარესებს ქეეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას. სხვა სიგყეებით რომ ვთქვათ, ეკონომიკური მდგომარეობა განსაზღვრავს ჯანდაცვაზე წმინდა ეროვნული პროდუქტის წილს. ერთი გზა არის დაზღვეულ პირთა რაოდენობის შეზღუდვა, მაგრამ რთულია განისაზღვროს მოსახლეობის რომელი ნაწილი უნდა გამოირიყხოს სოციალური დაზღვევიდან. ხელისუფლება ვერ გამოირიყხავს ღარიბ ფენას, შექლებული ნაწილის გამოირიყხვა კი არ წყევებს პრობლემას, ვინაიდან შემოსაევის შესაბამისად ამ ნაწილს შეუძლია მაღალი საღამლევეო შენაგანების გაღება. ალბათ უფრო რეალური ღონისძიება იქნება საღამლევეო პაკეტის შეზღუდვა - დაიფარება მხოლოდ პირველადი სამედიცინო მომსახურება. ეს შეზღუდავს არჩეეანის თავისუფლებას, თუმცა მოსახლეობას უფლება ექნება დამაგებით დაიზღვიოს თავი. შეიძლება დაღებითი შეღეგი მოპყვეს სამედიცინო დაწესებულებების, საწოლებისა და ექიმების შემყირებას. თუმცა ეს გამოიწვევს რიგების გამრდას სამედიცინო მომსახურებაზე. საბჭოური ჯანდაცვის სისგემა ეფუძნებოდა რაიონულ რგოლს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაც პირველადი ჯანდაცვის რაიონულ კონცეფყიაზე ორგანიზების იღეას პრიორიტიგტულად მიიჩნეეს: მთელს მოსახლეობაზე ვათვლილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვაც საჭიროებს გერიგორიულ ორგანიზებას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მწყობრი სისგემა მიმართულია პიგიენისა (გარემოს) და დაავადებათა (ინფექციურ) კონგროლისაკენ, აგრეთვე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამყიდრებისაკენ, პრობლემაგიკის შესწავლისა და მათი აღმოფხერისაკენ.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური აშუ-ში ზოგი ისტორიული თარიღი

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური დაარსდა 1798 წლიდან საზღვაო სტაციონარული სამსახურის სახით. პრეზიდენტმა ჯონ ადამსმა მიიღო კანონი, რომელიც უბრუნველყოფდა ავადმყოფ მებლვაურებზე ზრუნვასა და მათი მდგომარობის შემსუბუქებას. პირველი საზღვაო პოსტიგალი შეიქმნა ამ აქტის მიღებიდან ერთი წლის შემდეგ ბოსტონის გარეუბანში, კუნძულ ჩ მთ -ზე მიტოვებულ ბარაკებში. აქ მებლვაურებს უწევდნენ სამედიცინო დახმარებას. ეს კანონი მოქმედებდა 1870 წლამდე, ვიდრე საზღვაო სტაციონარული სამსახური ოფიციალურად არ გადაკეთდა ეროვნულ სააგენტოდ.

თავდაპირველად სამსახურის მუშაობის სფერო საკმაოდ შეზღუდული იყო. შემდეგ მან მოიცვა მებლვაურ ვაჭართა ჯანმრთელობისა და ეპიდემიური დაავადებების სამედიცინო კვლევის, შტაგებს შორის ბიოლოგიური პროდუქტებით ვაჭრობის წესებისა და გარემოს მათზე ფაქტორების შესწავლის საკითხები. გაფართოებული პასუხისმგებლობის დაკისრების შესაბამისად, საზღვაო სტაციონარულმა სამსახურმა 1912 წ. სახელი შეიცვალა და ეწოდა აშშ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური.

1980-იანი წლების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური ძალზე განსხვავდება 1912 წელს არსებულისაგან. ის შეიცვალა ქვეყანაში ჯანდაცვის საჭიროებათა შესაბამისად და გაიზარდა ამ საჭიროებებზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობასთან ერთად.

1798 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა ფუნქციონირება დაიწყო როგორც საზღვაო სტაციონარულმა სამსახურმა - სახამინო დეპარტამენტის შემადგენელმა ნაწილმა, როცა შეიქმნა კანონი "ავადმყოფ და შრომისუნარო მებლვაურებზე ზრუნვისა და მათი მდგომარეობის გაუმჯობესების შესახებ".

1870 - საზღვაო სტაციონარული სამსახური გადაკეთდა ეროვნულ სტაციონარულ სისტემად, რომლის ცენტრი ვაშინგტონში არსებული შტაბ-ბინა იყო. მას ხელმძღვანელობდა მედიცინის ოფიცერი, რომელსაც უწოდებდნენ ზედამხედველ ქირურგს, მოგვიანებით

- კი - მთავარ ქირურგს.
- 1873 - დამტკიცდა ექიმთა საზოგადოებრივ სტაციონარულ სამსახურში დანიშვნისა და დაწინაურების წესები. ამ წესებმა გზა გაუკაფა მომდევნო ათწლეულში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ოფიცერთა კორპუსის ჩამოყალიბებას.
- 1876 - კონგრესმა მიიღო პირველი ფედერალური აქტი კარანტინის შესახებ და იმავე წელს გამოყო ასიგნებანი "ექიმოლოგიური დაავადებების, განსაკუთრებით ყვითელი ცხელებისა და ქოლერის აღმოფხვრისა და გამოკვლევისათვის".
- 1887 - დოქტორმა იოსებ კინიონმა, რობერტ კოხის მოწაფემ, სამღვაო პოსტიგალში ჩამოაყალიბა პიგიენის ლაბორატორია, რომლის მიზნობრივი დანიშნულება იყო ქოლერისა და სხვა ინფექციური დაავადებების შესწავლის ახალი ლაბორატორიული მეთოდების შემუშავება.
- 1889 - კონგრესმა ოფიციალურად ჩამოაყალიბა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურა - ოფიცერთა კორპუსი, როგორც ექიმთა მობილური სამსახური დაავადებებთან საბრძოლველად და ჯანმრთელობის დასაცავად. კორპუსს აუინანსებდა არმიისა და სამღვაო სამსახური.
- 1890 - კონგრესმა სამღვაო სტაციონარულ სამსახურს კარანტინის გამოცხადების უფლება მიანიჭა.
- 1891 - დოქტორ კინიონის პიგიენის ლაბორატორია გადაკეთდა ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიად, რომელიც გადავიდა ვაშინგტონში, სამღვაო სტაციონარული სამსახურის შტაბ-ბინაში. აქ მას შეემატა პათოლოგიის, ქიმიური, ფარმაკოლოგიური და ბიოლოგიური განყოფილებები. პიგიენის ლაბორატორია იყო ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის წინამორბედი, რომელიც დღეს სახელმწიფოს მხარდაჭერით ბიომედიცინის განხრით ჩატარებულ გამოკვლევათა 67%-ს უზრუნველყოფს.
- 1893 - ევროპაში ქოლერის აუეთქების გამო ახალმა საკარანტინო აქტმა გააძლიერა ადრე არსებული კანონმდებლობა და ფედერალურ მთავრობას

- საკარანგინო ინსპექციის უფლება მისცა.
- 1902 - ახალმა კანონმა საზღვაო სტაციონარული სამსახურის სახელწოდება შეცვალა “საზოგადოებრივი სტაციონარული სამსახურით”, რითაც გამოიხატა მისი გაფართოებული ფუნქციები.
- იმავე საკანონმდებლო აქტით სამსახურს ვაქცინების, შრატებისა და სხვა ბიოლოგიური პროდუქტების გრანსპორტირებისა და გაყიდვის კონტროლის უფლება მიეცა.
- 1912 - ახალმა კანონმა სამსახურს კვლავ შეუცვალა სახელი, რომელშიც სრულად აისახა მისი იმეამინდელი დანიშნულება: “აშშ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური”. ეს აქტი, ინფექციური დაავადებების გარდა, ასევე უზრუნველყოფდა სხვა პრობლემების ჩართვას სამსახურის სამეცნიერო პროგრამებში.
- 1918 - კონგრესმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის გასაძლიერებლად შექმნა სარეზერვო კორპუსი, რომელსაც ნება ეძლეოდა სამუშაოდ მოეწვია ის ექიმები, რომლებიც გადაუდებელ დახმარებას ახორციელებდნენ. საომარმა მოქმედებებმა და 1918 წლის გრიპის ეპიდემიამ ნათლად წარმოაჩინა ამისი აუცილებლობა.
- 1930 - ოფიცერთა კორპუსმა დაიწყო სანიტარული ინჟინრების, დენტისტებისა და უარმაცევების მიღება. 1944 წელს კორპუსს შეემატნენ მკვლევარები, მეცნიერები, მედლები და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები, პიგიენური ლაბორატორია გადაკეთდა ეროვნულ ინსტიტუტად.
- 1935 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრესის ყველაზე მნიშვნელოვანი მოვლენა იყო სოციალური უსაფრთხოების განყოფილების შექმნა. ეს ჯანმრთელობის გარანტიებს ანიჭებდა მოსახლეობას.
- 1937 - “კიბოსთან ბრძოლის სახელმწიფო აქტით” დაფუძნდა კიბოს კვლევის სახელმწიფო ინსტიტუტი ბიოსამედიცინო კვლევების ხელშესაწყობად. ამ აქტმა აღნიშნულ ინსტიტუტს ნება დართო ეწარმოებინა კვლევა, მიეცა გრანტები მეცნიერთათვის და ინსტიტუტებისათვის, არასამთავრობო ორგანიზაციები

უზრუნველყო სტი პენდიებით მეცნიერთა მომზადების მიზნით.

- 1938 - “ვენერულ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის აქტით” საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა შეიმუშავა ამ სპეციფიკურ დაავადებათა კონტროლის პირველი სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფდა მის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა გაფართოებასა და გააქტიურებას.
- 1939-1941 წლების შემდეგ, როგორც სასაზიზო დეპარტამენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შევიდა ფედერალური უსაფრთხოების სააგენტოს შედგენილობაში. სააგენტოს უნდა გაეერთიანებინა ფედერალური მთავრობის ჯანდაცვის, სოციალური კეთილდღეობისა და განათლების სამსახურთა უმეტესობა.
- 1940 - მეორე მსოფლიო ომის დროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა განახორციელა გადაუდებელი სამედიცინო და სანიტარიული ღონისძიებები. მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ამერიკის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვასა და შენარჩუნებაში. ამასთან ომმა ერთგვარად შეაყოვნა პროგრამების შემუშავება. 1944 წელს შემუშავდა კანონები, რომლებმაც წლების მანძილზე მნიშვნელოვანი ეფექტი მოახდინა ქვეყანაში სამედიცინო სფეროში მიმდინარე სამეცნიერო-კვლევით და მოსამზადებელ სამუშაოებზე, გააუმჯობესა ჯანდაცვის სამსახურის საქმიანობა და შემდგომში გააფართოვა თვით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისა პასუხისმგებლობა.
- 1946 - სამსახურმა საომარ ადგილებში მალარიის კონტროლის უფლება მიიღო. ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის ცენტრს დაეკისრა ახალი ფუნქციები და როგორც სახელმწიფო სამსახური, დაფუძნდა ფედერალური უსაფრთხოების სააგენტო.
- 1946 - სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა სიმცირემ “სახელმწიფო სტაციონარების ანალიზისა და მშენებლობის პროგრამების” შექმნა განაპირობა. პროგრამების მიზანი იყო ფედერალური სამსახურის პასუხისმგებლობის გაზრდა და თითოეული

- მგაგისათვის დახმარების გაწევა სტაციონარებისა და
 ჯანდაცვის სამსახურის ცენტრების მშენებლობაში.
- 1946 - “მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ” აქტის
 საფუძველზე შემუშავებულ იქნა ეროვნული
 საკონსულტაციო პროგრამა საზოგადოების ფსიქიკური
 ჯანმრთელობის სამსახურებისათვის. ამ კანონის
 საფუძველზე 1949 წელს შეიქმნა ფსიქიკური
 ჯანმრთელობის ინსტიტუტი.
- 1947 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს დაეკისრა
 ეროვნული ჯანმრთელობის შესახებ სტაგისტიკური
 მონაცემების წარდგენის პასუხისმგებლობა.
- 1948 - ჯანმრთელობის კვლევის ეროვნულ ინსტიტუტს შეემატა
 დენტალური და მიკრობიოლოგიური პროფილის
 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები. 1955 წელს იგი
 გადაკეთდა ალერგიულ და ინფექციურ დაავადებათა
 ს/კ ინსტიტუტად. შემდგომ წლებში გამოიკვეთა
 ნევროლოგიისა და თვალის სნეულებათა კვლევითი
 ინსტიტუტის შექმნის აუცილებლობა.
- 1951 - ოფიციალურად შეიქმნა ეპიდემიოლოგიური
 სამეთვალყურეო სამსახური.
- 1953 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შევიდა
 ჯანმრთელობის, განათლების, კეთილდღეობის ახლად
 შექმნილი დეპარტამენტის შედგენილობაში, რომელიც
 ფაქტობრივად ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
 ფუნქციას ასრულებდა.
- 1955 - ამერიკელი ინდიელებისა და ალიასკის მკვიდროთა
 ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დეპარტამენტი გადაკეთდა
 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურად.
- 1960 - ჯანმრთელობის სტაგისტიკის ეროვნული ცენტრი შევიდა
 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის
 შედგენილობაში.
- 1961 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებმა გზა
 გაუკაფეს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური
 სამსახურის განვითარებას, განსაკუთრებით,
 ქრონიკულ ავადმყოფთა და ხანში შესულთა მოვლის
 კუთხით.
- 1962 - “ვაქცინაციის შესახებ აქტმა” საზოგადოებრივი
 ჯანდაცვის სამსახურს საშუალება მისცა

- განხორციელებინა პოლიომიელიგის, გეგანუსის, ღიფთერიის, ღიშენტერიისა და ყიყანახველას იმუნიზაციის პროგრამები.
- 1963 - “ჯანდაცვის მუშაკთა პროფესიული განათლების უზრუნველყოფის შესახებ აქტით” გზა გაეხსნა უღერალური განათლების ახალ პროგრამას პროფესიული სკოლების შექმნისათვის. ამ აქტის საფუძველზე შექმნიდა აგრეთვე ე. წ. “სესხის პროგრამა სტუდენტთათვის”, რომელიც მათ სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაფართოების გარანტიებს აძლევდა.
- 1964 - “მეღდათა მომზადების შესახებ აქტის საფუძველზე მათთვის შეიქმნა სკოლები, ამუშავდა სესხის პროგრამა მეღდა სტუდენტებისათვის.
- 1964 - მრჩეველთა საბჭოს ანგარიშმა – “თამბაქო და ჯანმრთელობა”, ჯანმრთელობაზე თამბაქოს მანუბოის შესახებ პუბლიკაციათა მაგება განაპირობა.
- 1968 - ჯანდაცვის სამსახურის რეორგანიზაციის ეტაპზე სამსახურს სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრის უფლება მიეცა.
- 1970 - შესაბამისი აქტის საფუძველზე შეიქმნა “შრომის პივიენისა” და “მოსახლეობის ავადობის აქტიური გაყოფენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯების” პროგრამები, პათოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი.
- 1970 - “ალკოჰოლისადმი სწრაფისა და ალკოჰოლიზმის პროფილაქტიკის. მკურნალობისა და რეაბილიტაციის შესახებ აქტის” საფუძველზე შეიქმნა ალკოჰოლიზმის პრობლემების შემსწავლელი ეროვნული ინსტიტუტი.
- 1970 - “ჯანდაცვის გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ აქტით” კრიტიკულ ადგილებში სამუშაოდ შეიქმნა ჯანდაცვის ოფიცერთა კორპუსი, რომელშიც შევიდნენ ექიმები და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები.
- 1971 - “კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ აქტის” საფუძველზე გაფართოდა კიბოს სახელმწიფო ინსტიტუტის ფონდირება. 1972 წელს ანალოგიური საკანონმდებლო აქტით გაიზარდა გულისა და ფილტვების დაავადებათა ინსტიტუტის

ქასუხისმგებლობა.

1973 -

ჯანდაცვაში შემავალი სტრუქტურების დახვეწის მიზნით შეიქმნა ოთხი სამსახური: 1) დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ცენტრი; 2) სანიტარული რესურსების მართვის ცენტრი; 3) ჯანდაცვის სამსახურების მართვის ცენტრი; 4) კვებისა და წამლის სახელმწიფო ადმინისტრაცია.

1974 -

დასაწყისში შეიქმნა ალკოჰოლის, ნარკოლოგიური და გონებრივი ჯანმრთელობის სააგენტო.

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა დაიწყო ეროვნული ჯანმრთელობის დაგეგმვის, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების სამუშაოები.

1979 -

შეიქმნა სანიტარული განათლების ახალი დეპარტამენტი, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს ეწოდა "ჯანმრთელობისა და ადამიანის მომსახურების დეპარტამენტი".

დაიბეჭდა პუბლიკაცია "ჯანმრთელი ხალხი" - მთავარი ქირურგის ანგარიში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის შესახებ. მასში განხილული იყო მთავარი პროგრამები ამერიკელთა ცხოვრების 5 საფეხურზე - ახალშობილებიდან მოხუცებულობის ასაკამდე. ერთი წლის განმავლობაში მთელი ქვეყნის ექსპერტები მუშაობდნენ 15 პრიორიტეტულ სფეროში (მაღალი წნევის კონტროლის, ოჯახის დაგეგმვის, ორსულობის, ახალშობითა ჯანმრთელობის, იმუნიზაციის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, გოქსიკური ნივთიერებების კონტროლის, შრომის პიგიენისა და პროფ.პათოლოგიის, გრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და უბედური შემთხვევების თავიდან აცილების, ფთორიდებისა და დენტალური, ინფექციური დაავადებების გელამხედველობისა და კონტროლის, თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების, კვების, უიზიკური განვითარებისა და განვარჯიშის, სტრესის კონტროლისა და მავნე ჩვევების) და შედეგები აისახა ანგარიშში. მათ საუქველზე ჩატარებულ ღონიძიებათა შედეგად 80-იან წლებში შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის

- ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.
- 1980 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა გამოაქვეყნა შრომა "ქალი და ჯანმრთელობა". 1984 წელს ჩამოყალიბდა ქალის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი მუშა ჯგუფი.
- 1983 - გოქსიკური ნივთიერებებით გამოწვეულ დაავადებათა აღრიცხვისათვის შეიქმნა "გოქსიკურ ნივთიერებათა ზემოქმედებისაგან დაცვის" საზოგადოება.
- 1984 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა შექმნა შიდსის პრობლემებზე მომუშავე ჯგუფი და შიდსი გამოაცხადა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის საქმიანობის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.
- 1985 - კვების პროდუქტებისა და წამლის ოფიციალურმა სამსახურმა ლიცენზია გასცა რეაქციაზე (ტესტზე), რომლის საშუალებითაც შეიძლება იმის დადგენა, დასნებოვნებულია თუ არა გამოკვლეული პირი. ეს ტესტი გამოიყენება ღონორის სისხლისა და პლამმის გამოსაკვლევად იმ პირთა დაცვის მიზნით, რომლებსაც უნდა გადაესხათ სისხლი ან მისი პროდუქტები. ამავე წელს შემუშავდა "უსაფრთხო სისხლის პროგრამა".
- 1985 - "ჯანმრთელობის კვლევის გაფართოების შესახებ აქტით" შესწორება იქნა შეგანილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის შესახებ აქტში, კანონის თანახმად, ართრიტის ეროვნული ინსტიტუტი რეორგანიზებული იქნა დიაბეტის, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებათა ინსტიტუტად და ართრიტების, ძვალ-კუნთოვანი და კანის დაავადებების ინსტიტუტად. შეიქმნა აგრეთვე თირკმლის პათოლოგიის ინსტიტუტი.
- კანონის შესაბამისად დაარსდა ბავშვთა დაავადებების კვლევის სახელმწიფო ცენტრი.

**მმართველობითი ფუნქციებისა და
კანონმდებლობის დეცენტრალიზაცია**

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტიაციის კონცეფციაში ნათქვამია: “ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის ახალი მოდელის მიხედვით აგებული სისტემის ფუნქციონირების ძირითადი განმსაზღვრელია მისი ეკონომიკური სტრუქტურა. ახალმა ორგანიზაციულმა ფორმამ უნდა უზრუნველყოს ჯანსაღ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე დაფუძნებული, პოლიტიკური ძალადობისა და იდეოლოგიური შეზღუდვებისაგან თავისუფალი სისტემის ჩამოყალიბება. ასეთი პრინციპულად ახალი სისტემის ფორმირების პროცესში ევოლუციურად უნდა ჩამოყალიბდეს ის სოციალურ-ეკონომიკური მექანიზმები, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ძირითადი სტრატეგიული ორიენტირის მიღწევა.”

მას შემდეგ, რაც საქართველოში შეიცვალა პოლიტიკურ-ეკონომიკური სისტემა, აღიკვეთა სახელმწიფოს მონოპოლია ჯანდაცვაში და სახელმწიფო, სხვა სტრუქტურებთან ერთად, პარგნიორი გახდა როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზაციაში, ასევე სამედიცინო დახმარების მოცულობის განსაზღვრასა და ფუნქციონირებაში. აქ აუცილებელია განიმარტოს, რა დაგვირთვას იძენს ცნება “პარგნიორი”:

პირველი – დემოკრატიული პრინციპებისა და მისგან გამომდინარე ადეკვატური საბაზრო ურთიერთობის ფორმების შესაბამისად, მკაცრად უნდა იქნეს გამიჯნული *მესაკუთრე, მენეჯერი, პოლიტიკა*.

მეორე – ჯანდაცვის სფეროში ბიზნესი სპეციფიკური და შემზღუდულია, რაც ნიშნავს:

- ა) მოთხოვნა განპირობებულია შესრულების შესაძლებლობით;
- ბ) ცალკეული სახის ბიზნესი არაეფექტურია სახელმწიფოს დახმარების გარეშე;
- გ) საზოგადოებრივი თანასწორობიდან (სიცოცხლის უფლებიდან) გამომდინარე, ყველა მოქალაქეს თანაბრად აქვს უფლება მიიღოს ჯანდაცვის მომსახურების საბაზო დონე (უკანასკნელს განსაზღვრავს სახელმწიფო სიღარიბის მღვარის შესაბამისად).

პარტნიორულ ურთიერთობაში ნაგულისხმევი იხილ, რომ სახელმწიფო ახორციელებს სამოგადოებრივ პოლიტიკას და ხელს უწყობს ბიზნესის განვითარებას მასში უშუალო ჩარევით (ბაზრის შემლუღელობის დასაძლევად), სიღარიბით გაპინრობებული მიზეზებიდან გამომდინარე, თვითონ ახორციელებს საბაზო მომსახურებას და გვევლინება ბიზნესის მასტიმულირებლად. მართვის მექანიზმები შეიძლება იყოს პოლიტიკური (კანონი, ბრძანებულება, განკარგულება, ბრძანება, სხვა ნორმატიული აქტები) და ეკონომიკურ-ადმინისტრაციული (სუბორდინაცია-კოორდინაცია). ამ პირობებში მკვეთრად შეიყვალა ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის მიზანიც, ამოცანებიცა და ფუნქციაც.

ჯანდაცვის მიზანი უზრუნველყოს სახელმწიფოში ერთიანი ჯანდაცვითი პოლიტიკის გაგარება. ამისათვის იგი ალკურელია მმართველობის სათანადო ბერკეტებით. ამასთან, სახელმწიფო უზრუნველყოფს მოსახლეობის მსოლოდ ნაწილის სამედიცინო დახმარებას, თანაც თანამონაწილეობის პრინციპით; ამდენად, იგი უკვე უართოდ ვერ ერევა სამედიცინო დაწესებულებათა მუშაობაში, რადგან ისინი დამოუკიდებელი, იურიდიული პირის სტატუსის მქონე სამართალსუბიექტებია. განსასაზღვრია ამ პირობებში სახელმწიფო რა ფუნქციებს შეასრულებს მართვის ცენტრალიზებული რეგულირების პროცესში.

ჩვენის აზრით, ეს ფუნქციები შემდეგია: საერთო მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმის განსაზღვრა; ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში ერთიანი საშუალო სტანდარტებისა და ნორმატივების შემუშავება; კონტროლი მათ დაცვასა და შესრულებაზე; სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის ხელშეწყობა; სისტემის ინფორმაციული და ინტელექტური უზრუნველყოფა; რეგონებს შორის ჯანმრთელობის დაცვაში არსებული დისბალანსის აღმოფხვრა.

დარგის რეორგანიზაციის პროცესში, მართვის ერთიანი სისტემის ასამოქმედებლად, დარგობრივი და სამხარეო პრინციპების შერწყმის უზრუნველსაყოფად, სრულიად აშკარა გახდა ჩოგიერთი მმართველობითი ფუნქციის გადანაწილების აუცილებლობა პერიფერიულ საშუალო რგოლებზე.

ამ მიზნით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ განახორციელა საქართველოში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების პირობითი დარაიონება ბუნებრივ-სამეურნეო ზონებისა და მხარეების (რეგიონების) სპეციფიკის გათვალისწინებით.

დროებით სამხარეო ცენტრებს საქმიანობის პრიორიტეტულ მიმართულებებად განესაზღვრათ მოსახლეობის სპეციალიზებული

მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის უზრუნველყოფა და მხარეში არსებული სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის კოორდინაცია. რაიონების სამკურნალო და პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს კი დაეკისრა სახელმწიფო პროგრამების შესაბამისი პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

ჯანმრთელობის დაცვის მართვის სამხარეო ორგანო ადგილობრივი არსებითი ხელისუფლების ნაწილია. ადგილობრივ თვითმმართველობას უნდა ჰქონდეს საშუალება მხარის სამეურნეო განვითარების ღონის შესაბამისად მოახდინოს სახსრების აკუმულირება სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამის წარმართვისათვის. სისტემის მართვის ამგვარი მოდელი, გარკვეულწილად გულისხმობს საკუთარი მოსახლეობის წინაშე პასუხისმგებლობასაც, იგი მიღებულია მრავალ ქვეყანაში და ცნობილია მართვის დეცენტრალიზაციის სახელით (მმართველობითი ძალაუფლების გადაცემა ან დელეგირება – მართვის, დაგეგმვის, გადაწყვეტილების მიღების შესახებ უფლების გადაცემა გემოდან ქვემოთ).

პრაქტიკაში არსებობს სხვადასხვა ფორმა, რომელიც დამოკიდებულია არა მარტო სახელმწიფოებრივ, პოლიტიკურ, ადმინისტრაციულ სტრუქტურებზე, არამედ ჯანდაცვის ორგანიზაციულ პრინციპებსა და საკუთრების ფორმაზე.

დეცენტრალიზაციის სახეებია: **დეკონცენტრაცია**, **ძალაუფლების გადაცემა**, **დელეგირება**, **პრივატიზაცია**.

დეკონცენტრაცია გულისხმობს პრობლემათა გადაჭრას უფრო დაბალ ადმინისტრაციულ დონეზე, ამიტომ მას ადმინისტრაციულ დეცენტრალიზაციასაც უწოდებენ.

ძალაუფლების გადაცემა (დევოლუცია) პოლიტიკური პროცესია, რომელიც მართვაში სრულ დამოუკიდებლობას გულისხმობს.

დელეგირება არის ცენტრიდან უფლებამოსილების დროებით გადაცემა უფრო დაბალ ადმინისტრაციულ დონეზე. იგი დეკონცენტრაციის ისეთი სახეა, როცა ცენტრი მმართველობას უფლებებსა და პასუხისმგებლობას ბოლომდე ვერ იხსნის. დელეგირების დროს მაღალია ორმხრივი ინფორმირებულობის ხარისხი.

პრივატიზაცია გულისხმობს ფუნქციების საზოგადოებრივი სექტორიდან კერძო სექტორისათვის გადაცემას.

უფრო კონკრეტულად ეს ფორმები შემდეგნაირად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი და დახასიათებული:

დეკონსენტრაცია - ორი გიპისაა: პირველი - ვერტიკალური, როცა თითოეული დარგობრივი სამინისტრო პასუხს აგებს მართვაზე, და მეორე, რომელიც გულისხმობს ადგილობრივ მართვას ინტეგრირებული ან პრეფექტორული ფორმით.

დეკოლუცია - არის პოლიტიკური დეცენტრალიზაცია, როცა ძალაუფლება (მმართველობა) მთლიანად გადაეცემა ადგილობრივ ორგანოებს და მეგად დამოუკიდებელს ხდის მათ. ეს უფრო რადიკალური ფორმაა, რომლის დროსაც იქმნება იმის დიდი საშიშროება, რომ მიღებული შეზღუდული უინანსების პირობებში "დამოუკიდებელი" მმართველობითი სტრუქტურა უფრო მეტად დამოკიდებული ხდება ცენტრზე და საბოლოო ჯამში თანდათან კარგავს ავტონომიას;

დედეგირება - როგორც დეცენტრალიზაციის ფორმა, ყველაზე მისაღებია, რადგან საშუალებას იძლევა მართვაში აღმოიფხვრას ბიუროკრატიზმი. ამავე დროს გაიზარდოს ეფექტურობა და მოქნილობა. ამ პირობებში ცენტრს დარგში სტრუქტურული და პოლიტიკური საჭიროებების განსაზღვრისა და არსებულ პრობლემათა გადაჭრისათვის უფრო მეტი დრო და საშუალება რჩება.

უფლებამოსილების დელეგირება - ეს პასუხისმგებლობის გადაცემაა გარკვეული ფუნქციების აღსასრულებლად იმ ორგანიზაციებისათვის, რომლებიც სახელმწიფო სტრუქტურებში შედიან და მათი საქმიანობის კონტროლს ახორციელებს ცენტრალური ხელისუფლება (სამინისტრო) არაპირდაპირი გზით.

პრივატიზაცია - არის განსახელმწიფოებრიობა, ზოგიერთი უნქეისის (მაგალითად, გრანსპორტირების, მომარაგების, კვებისა და ა.შ.) მთლიანი გადაცემა. ეს ფორმა დაუინანსების ერთგვარი ალტერნატიული გზაა, რაც ჯანდაცვის პროცესს მთლიანობაში უფრო ეფექტიანს ხდის. ამავე დროს, კანონის დაკვითო ჩატარებული პრივატიზაცია რეკლამირებადი რჩება სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ.

სახელმწიფო (მმართველობითი) ფუნქციების მთლიანად გადაცემისას კერძო დაწესებულებებისათვის (კერძო პირებისათვის), რომლებიც დაინტერესებულნი არიან მოგების მიღებით, სახელმწიფოებრივი დარეგულირება (სხვადასხვა ფორმით) შენარჩუნებულია. ეს არ ნიშნავს პასუხისმგებლობის მთლიანად მოხსნას სახელმწიფოს (სამინისტროს) მხრიდან.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მართვის სხვადასხვა დონისათვის კონკრეტული ფუნქციების შესრულებისას ერთდროულად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს დეცენტრალიზაციის სხვადასხვა ფორმა.

ჯანდაცვის ნებისმიერ სისტემაში აუცილებელია როგორც ცენტრალური, ასევე ადგილობრივი რგოლების ფუნქციათა განსაზღვრა.

შესაძლებელია ცენტრიდან უფრო დაბალ დონეზე დელეგირებულ იქნეს შემდეგი ფუნქციები:

- მართვის (ადგილობრივ ჭრილში);
- დაფინანსების;
- ადგილობრივი ჯანდაცვითი პოლიტიკის შემუშავების;
- დაგეგმვისა და რესურსების განაწილების;
- აღმინისგრაფიული გადაწყვეტილებების მიღების, საკადრო საკითხების გადაწყვეტის, საბიუჯეტო სახსრებისა და შემოსაულების განაწილების;
- მხარის, რაიონის დონეზე სექტორებს შორის ურთიერთობების გაღრმავების;
- სხვადასხვა სამსახურთან საქმიანობის კოორდინაციის;
- კადრების მომზადების.

დეცენტრალიზაციის ამ ფორმამ, რასაკვირველია, არ შეიძლება იმოქმედოს წესებზე, რომლითაც სარგებლობს ჯანდაცვის ესა თუ ის ორგანო ადგილობრივ დონეზე, ვინაიდან წესი დამოკიდებულია მის ძირითად ფუნქციებზე და თვით შესასრულებელი პროცესის მასშტაბზე, სხვადასხვა ფაქტორის რთულ კომპლექსზე, რომელიც მოიცავს:

- კონკრეტულ გერიტორიას;
- ხელისუფლების მიერ განხორციელებულ დეცენტრალიზაციის ხარისხს;
- იმ ადგილობრივი ორგანოს შესაძლებლობებს, რომელმაც მიიღო ეს უფლებები აღნიშნულ დონეზე;
- გადაწყვეტილებების მიღებაში მოსახლეობის მონაწილეობის მოცულობასა და მექანიზმებს;
- დაფინანსების წყაროებს ადგილობრივ დონეზე;
- ბიუჯეტის შეღვენის გამოცდილებას;
- კონტროლისა და მდამხედველობის მეთოდებს;
- დაგეგმვისადმი სწორ მიდგომას;
- ადგილობრივი მმართველობის, მოსახლეობის

დამოკიდებულებას დეცენტრალიზაციისადმი;
თანამშრომლობის არსებულ პრაქტიკას სხვადასხვა
დაწესებულებას შორის.

გადაწყვეტილებების მიღების თავისუფლება დამოკიდებულია
“პოლიტიკურ კულტურაზე” - ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე
ხელმძღვანელობის გამოცდილებაზე, სახელმწიფო მოხელეების
უნარზე, შეცვალონ ან სრულყოფონ მუშაობის პირობები.

დეცენტრალიზაციასან დაკავშირებული პრობლემები

დეცენტრალიზაცია პოლიტიკურ საკითხთა სფეროა, რომელსაც
უდიდესი სიფრთხილე და მოქნილობა სჭირდება. ამიტომ
აუცილებელია თავიდანვე სიცხადე იქნეს შეგანილი ყოველ
კონკრეტულ შემთხვევაში – რა ვალდებულებები და ფუნქციები
უნდა იყოს დეცენტრალიზებული და რა აკონტროლოს ცენტრმა.

ძალზე მნიშვნელოვანია პროფესიული კომპეტენციისა და
მართვის შესაძლებლობების საკითხი. ხშირად გადაუდებლად უნდა
ჩატარდეს მართვის პროცესების ექსპერტიზა და მონიტორინგი.
აუცილებელია დაბალანსებული იყოს შეთანხმებული მოქმედებანი
ადგილობრივ ძალისხმევასა და სახელმწიფო პოლიტიკის
პრიორიტეტების განხორციელებაში.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე მმართველობის დონეების გამოკვეთა
და იმ ფუნქციების განსაზღვრა, რომელიც ცენტრალური უწყების
დაქვემდებარებაში დარჩება. იერარქიულობა თავიდან აგვაცილებს
(შეამცირებს) მართვის პროცესების ბიუროკრატიზაციას, რაც
საბოლოო ჯამში დეცენტრალიზაციას უფრო ეფექტურს გახდის.

ძლიერი ცენტრალიზებული მმართველობის პირობებში
მიზანშეწონილია დონეთა რაოდენობა შეიზღუდოს უფრო დაბალ
სტრუქტურებში და რაიონში არ აღემატებოდეს ორ-სამს.

დეცენტრალიზაციის პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა
ენიჭება საკადრო პოლიტიკას, კადრების მომზადების დონეს,
რადგან ადგილებზე გადაწყვეტილებების მიღება, მინიჭებული
ფუნქციებიდან გამომდინარე. ზოგიერთ შემთხვევაში რთულია და
მაღალპროფესიულ მომზადებას საჭიროებს.

ჯანდაცვის რეფორმირების პირობებში დეცენტრალიზაცია
სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაციის, რესურსების
ყიარათიანად, საჭიროებების შესაბამისად გამოყენების ერთ-ერთი

ეუქეტური საშუალებაა. იგი უმნიშვნელოვანესი პოლიტიკური აქციაა, რომელიც უზრუნველყოფს ცალკეული სახელმწიფო სამსახურების პასუხისმგებლობას საკუთარი მოსახლეობის წინაშე. ამავე დროს შესამაჩნევად ზრდის ადგილობრივ ინიციატივასა და მოტივაციას, სრულყოფს მართვის მექანიზმებს.

დეცენტრალიზაცია თავისი არსით ავტორიტარული მმართველობის გრანსფორმაციაა ცენტრალური დონიდან ადგილობრივ დონეებზე დაგეგმვის, განაწილების, მართვისა და სხვა ამოცანების გადაწყვეტის საქმეში.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება შემდეგი დასკვნის გაკეთება:

- დეცენტრალიზაციის ამოცანები ცხადი უნდა იყოს შემსრულებლისათვის;
- დეცენტრალიზაცია განხორციელდეს ეგაპობრივად და მისი გეგმი შეესაბამებოდეს მიმდინარე რეფორმას;
- შედეგები განისაზღვროს გარკვეული დროის მონაკვეთისა და გერიგორიისათვის;
- დეცენტრალიზებული სამსახურების სწორად ფუნქციონირების მიზნით ხშირად ჩატარდეს ადაპტაციური და დახმარების ღონისძიებები;
- პროცესის დაწყებამდე ჩატარდეს მოსამზადებელი სამუშაოები, შეიქმნას სათანადო საკადრო პოტენციალი (სწავლების მეშვეობით თვით პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში).

დეცენტრალიზაციის დადებითი მხარეებია:

- გადაწყვეტილებების მიღების ოპერატიულობა;
- ადგილობრივი პირობების კათვალისწინების შესაძლებლობა;
- მოსახლეობის თანამონაწილეობა გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში;
- საჯაროობა;
- მიზნების მიღწევალობა;
- მმართველობისა და თვითმმართველობის ადგილობრივი ორგანოების პასუხისმგებლობის გაზრდა;
- სიახლეების დაჩერგვის სიაღვილე.

დეცენტრალიზაციის ყველა სახეს შეიძლება ჰქონდეს თავისი უარყოფითი შედეგი:

დეკონცენტრაცია - სრული შეუთაჩხმებლობა სხვადასხვა რგოლს

შორის ("მარჯვენა ხელმა ხშირად არ იცის, რასა იქმს მარცხენა");
დეკლუციას (ძალაუფლების გადაცემას) – პოლიტიკური შეცდომები, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ძირითადი სტრატეგიიდან გადაცდომა, რაც მოსახლეობას დააზარალებს;
დედეგირებას – დაბალმა პროფესიონალიზმმა შეიძლება გამოიწვიოს არსებულ პრობლემათა შეუფასებლობა ან შეუფასების დაბალი ხარისხი, რაც უარყოფით გავლენას მოახდებს შედეგებზე;

პრივატიზაციას – შესაძლებელია მოქყვეს მონოპოლია ცენტრალური მართვისა და დარეგულირების მოქმედების პირობებში.

დეცენტრალიზაციის რაციონალურობის განსაზღვრისას აუცილებელია დადგინდეს ვინ რა ამოცანა უნდა შეასრულოს ამა თუ დონეზე.

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა:

დეცენტრალიზაცია საკმაოდ რთული პროცესი და პრობლემაა. ყველა სახელმწიფომ და სისტემამ უნდა აირჩიოს თავისი გზა. იგი ხანგრძლივია (საეარაუდოდ გავრძელდება 5-10 წლის განმავლობაში) და საჭიროებს სტაბილურ პოლიტიკურ მხარდაჭერას ყველა დონეზე, განსაკუთრებით ცენტრალური ხელისუფლების მხრიდან.

დეცენტრალიზაციის შექანიზმების ამოქმედება დადებით შედეგს გამოიღებს მხოლოდ ჯანდაცვის ყველა დონის მუშაკთა ურთიერთშეთანხმებული მუშაობის პირობებში.

მიუხედავად იმისა, რომ უმეტეს შემთხვევაში ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ინფორმაციის ანალიზში, მათი საქმიანობის სფერო მაინც შემოსაზღვრულია ცალკეული მაჩვენებლებით, რომელიც მოპოვებულია ყოველდღიური მუშაობით. ჯერჯერობით ანალიტიკურ საქმიანობას ძირითადად მაინც ცენტრალური ორგანოები (სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური სამსახურები) ეწევიან. შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა ადგილობრივი ორგანოებისათვის, ძირითადად ორი სახისაა: პირველი მოიცავს სტაციონარული და ამბულატორიული დახმარების

მაჩვენებლებს, რომელშიც შედის დაავადების ახალი შემთხვევები და დაწესებულია კონგროლი. მეორეში აისახება მონაცემები იმ ღონისძიებათა კომპლექსის შესახებ, რომელიც მიმართულია ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის პროპაგანდისაკენ, ასევე მოსახლეობის ბუნებრივი ნამაგისა და იმუნიზაციის მონაცემები. გარკვეული მაჩვენებლები (თამბაქოს წვეის, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების გამოყენების, გარემო და საცხოვრებელი პირობების მდგომარეობის შესახებ) საზოგადოებრივი ცხოვრების მახასიათებელია. ამავე დროს, ეს ასახავს სამედიცინო პერსონალის დატვირთვას, ხოლო შემაჯამებელი მაჩვენებლების შედარება რისკ-უაქტორებთან, საშუალებას იძლევა გავთვალთ ის მთავარი მონაცემები, რომელიც ასახავს საჭირო ინფორმაციით უზრუნველყოფის პროცენტს (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია გვექონდეს რეალური და რეგულარულად განახლებული მონაცემები საჭირო საკვანძო პომპიციათა შესახებ, ვიდრე დეტალური და დაგვიანებული ანგარიშები).

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა საინფორმაციო სისტემა განვიხილოთ რაიონულ თუ რეგიონულ დონეზე და საზოგადოების მდგომარეობა შევაფასოთ მთლიანობაში, ჩავეტაროთ ინტერსექტორული აქციები გარემოს დაცვის უზრუნველყოფის კუთხით, გავზარდოთ ინვესტიციები დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების მიზნით. ამავე დროს, აუცილებელია პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემაში მივალწით თანაწვრობას, განსაკუთრებით კი ხელმისაწვდომობას, ეფექტურობას, სამედიცინო დახმარებისა და პროგრამების ხარისხის ამაღლებას.

უნდა აღინიშნოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული სამსახურების უპირატესი როლი იქ, სადაც მმართველობის დეცენტრალიზაციამ გაზარდა ადგილობრივი ორგანოების პასუხისმგებლობა. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო ინფორმაცია არა მარტო ჯანდაცვის რაიონული ორგანოების განვითარების მთავარი პირობაა. არამედ მისი აუცილებელი შემადგენელი ნაწილიცაა. კარგი იქნებოდა ამ თვალსაზრისით სახელმწიფო ჯანდაცვის ახალი ღონისძიებებისათვის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისა და დეცენტრალიზაციის გათვალისწინებით კიდევ ერთხელ გადაგვეხედა და უფრო მოღერნიზებული სახე

მიგვეყა ადგილობრივი საინფორმაციო სისტემებისათვის.

შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა დღეს მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობების ფარგლებში, ბიუჯეტურ-მუსლობრივი დაფინანსების პირობებში აუცილებელია პროგრამული და მიმსობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებზე გადასვლა, ამასთან გარდამავალ პერიოდში აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამების კოორდინატორის ფუნქცია უნდა იკისროს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ, რათა შემდეგ ჩამოყალიბდეს შესაბამისი ინსტიტუციური სტრუქტურები (სახელმწიფო ფონდი, სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანია და ა.შ.).

სერიოზულ რეორგანიზაციას საჭიროებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემა, ჯანდაცვის მართვის სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებს შორის. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უნდა უზრუნველყო მართვის სტრატეგიულ პრობლემათა გადაწყვეტის საკითხები: გლობალური სახელმწიფოებრივი პროგრამების ჩამოყალიბება და წარმართვა, ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის საერთო მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმების ჩამოყალიბება, ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში საერთო საშუალო სტანდარტებისა და ნორმატივების შემუშავება, კონკრული მათ დაცვასა და შესრულებაზე, დარგში სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის ხელშეწყობა, სისტემის ინფორმაციული და ინტელექტური უზრუნველყოფა, რეგიონთა შორის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობაში წარმოშობილი დისბალანსის შემარბილებელი პოლიტიკის წარმართვა.

ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონული მართვის ორგანო ადგილობრივი არჩევითი ხელისუფლების ნაწილია. ადგილობრივ თვითმმართველობას უნდა აქონდეს საშუალება რეგიონის სამეურნეო განვითარების დონის შესაბამისად მოახდინოს სახსრების აკუმულირება სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამების წარმართვისათვის.

ჯანდაცვის პროგრამების უორმირების ძირითადი ზომენგია პირველი რიგის ამოცანების რეალიზება სტატისტიკური მონაცემების ანალიზზე დაფუძნებული და ამისათვის შესაბამისად საბიუჯეტო ასიგნებების გამოყოფა.

ახალმა ეკონომიკურმა ურთიერთობებმა გამოიწვია სისტემის სტრუქტურული ცვლილებები. რამაც განაპირობა მართვის სრული რეორგანიზაცია და ახალი პირობების შესატყვისი სამსახურების შექმნის აუცილებლობა.

ამ პრინციპს დაეყრდნო სხვით ჯანმრთელობის სამინისტროს ახალი სტრუქტურა, რომელშიც გაერთიანდა ასევე ახალი ბევრი სამსახური. შექმნილი მიმდინარე პროექტების კოორდინაციისა და შეთანაწყობის მიზნით.

მმართველობის ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდები თანამედროვე იტაპზე

დეცენტრალიზაციის ამა თუ იმ ფორმით განხორციელებისას თანამედროვე ეტაპზე გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს მმართველობის ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდების თანაფარდობა და მართვის იმგვარი სისტემის შექმნა, რომელიც დაეყრდნობა პროცესში მონაწილე სხვადასხვა სუბიექტის ეკონომიკურ ინტერესებს.

განვიხილოთ პერიოდმა მკაფიოდ დაგვანახა, რომ მბრძანებლურ-ადმინისტრაციული მეთოდების შერბილება, დეცენტრალიზაციამ, დემოკრატიზაციამ, სამეურნეო სფეროში დამოუკიდებლობის გაზრდამ ჯერჯერობით ვერ შექმნა ჯანდაცვის ეფექტური მექანიზმები. ამის მიზეზია არაკომპლექსური მიდგომა, კერძო პრობლემების გადაწყვეტის მცდელობა ძირითადი პრობლემების იგნორირების ფონზე, გარდამავალ პერიოდში ცენტრალური ხელისუფლების მხრიდან საშემსრულებლო დისციპლინაზე მომთხოვნელობის, ზოგადად, სახელმწიფო კონტროლის შესუსტება და სხვ.

ამავე დროს, შემსრულებელი სტრუქტურების რეორგანიზაციამ, მუშაობის თანამედროვე ფორმებმა, ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კავშირების შესუსტება გამოიწვია.

ჯანდაცვის მმართველობაში შექმნილი მდგომარეობა სრულად ასახავს ქვეყანაში არსებულ სიტუაციას. სამედიცინო დაწესებულებებს, ერთი მხრივ უნდათ მაქსიმალური დამოუკიდებლობა, მეორე მხრივ ცენტრალური ხელისუფლების მხრიდან მოითხოვენ დაფინანსების (სხვადასხვა გზით) გაზრდას, მმართველობის ორგანიზები კი ცდილობენ შეინარჩუნონ ძველი გავლენა, ამავე დროს მოიხსნან პასუხისმგებლობა დაწესებულებების ფინანსურ მდგომარეობაზე.

ეს წინააღმდეგობები ადრეც არსებობდა, მაგრამ ახლა ცხადად გამოჩნდა - ორივე მხარე ცდილობს იყოს დამოუკიდებელი და დაეკისროს ნაკლები პასუხისმგებლობა.

სახალხო მეურნეობაში მომხდარმა რეალურმა ცვლილებებმა, უუნქეიათა გადახაწილებამ დონეების მიხედვით მმართველობით სტრუქტურებზე, დარგობრივი და გერიგორიული მართვის სისტემების გამიჯენამ განაპირობა პრობლემების გადაჭრის ძირითადი მომენტების ახლებურად განსაზღვრა. განსდა გეგავლენის სუეროების გადახაწილების, ჯგუფური ინტერესების დაკმაყოფილების, საკუთრების, რესურსების განკარგვის უულების ამბიციური სურვილები.

ყოველივე აღნიშნულმა ეკონომიკურ-ადმინისტრაციული მმართველობის უორმების შერწყმის აუცილებლობა გამოიწვია.

ჯანდაცვის ობიექტების სტატუსიდან გამომდინარე, დარგობრივი და გერიგორიული მართვა მჭიდროდ არის დაკავშირებული ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაციულ სტრუქტურებთან, მის უუნქეიებთან, გადასაწყვეტ ამოცანებთან.

დარგობრივი მმართველობის ორგანოებისათვის ძირითადად დამახასიათებელია ადმინისტრაციული მეთოდები და ეს არც არის გასაკვირი, რადგან წინ მღვარი ამოცანებიდან გამომდინარე, ამ ორგანობმა უნდა უზრუნველყონ ჯანდაცვის სუეროში ერთიანი პოლიტიკის გატარება, კოორდინაცია გაუწიონ სხეადასხვა სამსახურის საქმიანობას, კონტროლი დააწესონ სამედიცინო დახმარების (მომსახურების) ხარისხზე. ამიტომ, როცა განვიხილავთ დარგობრივი მმართველობის ორგანოების რეფორმირმის საკითხს, პირველ რიგში უნდა ვიმსჯელოთ არა მარტო მართვის მეთოდების შეცვლაზე, არამედ მათ მიერ შესასრულებელ უუნქეიათა სწორ განსაზღვრასა და პასუხისმგებლობაზე.

ამის საწინდარია სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულების სამართლებრივ-ორგანიზაციული მოწყობისა და საკუთრების საკითხების მოგვარება, მათი დაყოფა დონეების (ადგილობრივი, რაიონული, სამხარეო, ცენტრალური) მიხედვით, დაფინანსებისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სისტემების შეცვლა (კომერციალიზაცია). სამედიცინო დანიშნულების საგნების მიწოდების დარეგულირება და სხვ.

აქედან გამომდინარე, ნათელია, რომ დარგობრივი მმართველობის ორგანოები დღეს რეალურად კარგავენ ფინანსური

და მაგერიალურ-გექნიკური უზრუნველყოფის ტრადიციულ ფუნქციებს, მცირდება მათეული მმართველობის ეკონომიკური მეთოდების მიქმედება.

საბოლოო ჯამში, როცა ვიხილავთ დარგობრივი მმართველობის ორგანოების თანამედროვე ფუნქციებს, უნდა ვეცადოთ დავსახოთ არა მარგო მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების გაძლიერების, არამედ ეკონომიკურ მეთოდებთან მათი რაციონალური და სწორი შეხამების გზები.

მართვის ეკონომიკური მეთოდები ძირითადად უნდა გამოიყენებოდეს და ვითარდებოდეს ადგილობრივი მმართველობის ტერიტორიულ დონეებზე და ცალკეულ დამოუკიდებელ ორგანიზაციებში, რომლებიც მოწოდებულნი არიან დაარეგულირონ დაფინანსებისა და ქონების განკარგვის საკითხები. თუ საღამღვეეო ორგანიზაციები სამკურნალო და პროფილაქტიკურ დაწესებულებებთან ურთიერთდამოკიდებულებას არეგულირებენ უპირატესად ეკონომიკურ-ფინანსური ურთიერთობის საფუძველზე, მმართველობის ტერიტორიული (სამხარეო, რაიონული) ორგანოებისათვის ასეთი რამ ახალია და ისინი კვლავ ცდილობენ გამოიყენონ ძველი ადმინისტრაციული მეთოდები, რომლებიც ახალ პირობებში ყოველითვის ვერ ამართლებს.

როგორც ჩანს, ცელილებები მართვის სტრუქტურებში არაერთგვაროვანია. ერთი მხრივ მართვის დარგობრივი და ტერიტორიული ორგანოების მიერ ძველ ფუნქციათა ნაწილზე უარის თქმა ობიექტურია, მეორე მხრივ მმართველობის ახლადმქმნილ ორგანოებს არა აქვთ მკაფიოდ გამოკვეთილი ფუნქციები. ხშირად ხდება მათი დუბლირება, ბუნდოვანია ურთიერთთანამშრომლობისა და უფლება-მოვალეობათა - პასუხისმგებლობის განაწილების საკითხები. საერთო სტრატეგიიდან გამომდინარე, ეს განსაკუთრებით ესება მინიმუმის ფარგლებში განსახორციელებელ სახელმწიფო (ცენტრალურ) და სავალდებულო პროგრამებს და გექნიკური შესრულების სხვადასხვა ფორმასა და მეთოდს.

მართვის სტრუქტურების ვერტიკალური დაქვემდებარების მოშლა უპირატესად სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობაზე კონტროლის შესუსტებას იწვევს. აძნელებს ერთიანი პოლიტიკის გაგარებას დაავადებებთან ბრძოლაში, ახანგრომლივებს მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის თანამედროვე გექნოლოგიების დანერგვის პროცესს.

მმართველობის ორგანოების ახალი სტრუქტურა, როგორც

ცენტრში, ასევე პერიფერიაში ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელია და ამ მიმართულებით ბევრი რამ არის გასაკეთებელი, მაგრამ როგორც არ უნდა იყოს აღნიშნული ორგანოები და მათი ფუნქციები, მართვის მეთოდოლოგია უნდა გამომდინარეობდეს ძირითადი გადასაწყვეტი ამოცანებიდან და შეესაბამებოდეს მათ.

მართვის მეთოდების სრულყოფაში, მმართველობის ორგანოთა ფუნქციების შეცვლაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა თვით სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის პრინციპების შეცვლამაც.

რეფორმის შედეგად უუფლებო სამკურნალო დაწესებულებები გახლნენ დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტები, რომლებიც თავისი სტატუსიდან გამომდინარე, დამოუკიდებლად წყვეტენ საკაღრო, დაფინანსების, შრომის ანაზღაურების, მაგერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფისა და ბევრ სხვა სამეურნეო საკითხს.

ამავე დროს დემოკრატიზაციის ეს პრინციპები ყველგან ერთნაირად გამოსაყენებელი და მიზანშეწონილი არ არის, რადგან სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა გადაწყვიტონ სამი ძირითადი ამოცანა:

- მოსახლეობას აღმოუჩინონ კონკრეტული სახისა და მოცულობის სამედიცინო მომსახურება;
- უზრუნველყონ მომსახურების მაღალი ხარისხი;
- რესურსების რაციონალური გამოყენებით მიაღწიონ გარკვეულ მაჩვენებლებს.

ზოგიერთ შემთხვევაში ეს ამოცანები ერთმანეთს სცილდება და მათი მიღწევის გზებიც სხვადასხვაა. მაგალითად, ხარისხის გაუმჯობესებისას ხშირად მცირდება დახმარების სახე და მოცულობა, და პირიქით - იზრდება რესურსების გამოყენება. აქედან გამომდინარე:

არსებობს მკურნალობის ღონისძიებათა ჩამონათვალი (ნუსხა), რომელიც სპეციალიზაციის მიხედვით უნდა ხორციელდებოდეს გარკვეული კატეგორიის დაწესებულებებში;

მკურნალობის ხარისხის სრულყოფისათვის დაცული უნდა იყოს სტანდარტები. ძვირადღირებული მკურნალობა ყოველთვის არაა ეფექტიანი. აღმინისტრაციული კონტროლის მაგიერ ხშირად საჭიროა ექსპერტთა დასკვნა, რომელიც ემყარება როგორც აღმინისტრაციულ, ასევე ეკონომიკურ კონტროლს. გარკვეულ სამედიცინო კრიტერიუმს, მართვის აღმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდების გამოყენებას;

ადმინისტრაციული მართვის მეთოდებითა და რესურსების რაციონალური გამოყენებით ვერ მიიღწევა სასურველი მოცულობის სამედიცინო დახმარება. აქ, რასაკვირველია, განმსაზღვრელია ეკონომიკური მეთოდები. როგორც ვხედავთ, არსებული ამოცანების წარმატებით გადაჭრისათვის უფრო ხშირად საჭიროა ორივე მეთოდის ერთდროული გამოყენება.

ზოგიერთი ჯანდაცვის ორგანიზატორი და ეკონომისტი სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულებების სამეურნეო დამოუკიდებლობის გაფართოებისათვის აუცილებლად მიიხნევენ, რომ შეიზღუდოს ცენტრიდან ყველა სახის ჩარევა - შემყიდვს რეგლამენტაცია, არ იყოს აუცილებელი გეგმური მანიევრებლების წარდგენა, არ გაკონტროლდეს სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების მოცულობა და შინაარსი და ა.შ. სწორედ ესაა ძირითადი შეცდომა. პრინციპული მომენცია ის, რომ ადმინისტრაციული დამოუკიდებლობა შეუძლებელია ეკონომიკური დამოუკიდებლობის გარეშე, ამას კი განსაზღვრავს დაფინანსების სტაბილური წყაროს არსებობა, რაც საკმარისია არა მარტო მიმდინარე საკითხების მოგვარებისათვის, არამედ პერსპექტიული განვითარებისათვისაც. იმისთვის, რომ შესაძლებელი გახდეს ფინანსური საშუალებების თავისუფლად განკარგვა, პირველ რიგში საჭიროა მისი რეალურად არსებობა, მეორე, არ შეიძლება ამა თუ იმ შესასრულებელ საკითხზე “ზემოდან” მოსული ღირებულება ჩაითვალოს ვინმეს სუბიექტურ სურვილად, რადგანაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება ეკონომიკური და ადმინისტრაციული მეთოდების შერწყმითაა შესაძლებელი.

თუ არ არსებობს სამეურნეო საქმიანობის შედეგებზე მაგერიალური და ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობა, შეუძლებელი ხდება დაწესებულებების მართვა. აქედან გამომდინარე, ზემდგომის მიერ მკაცრი რეგლამენტაცია აუცილებელი და ობიექტური კატეგორიაა.

როცა დაწესებულება არ არის დაინტერესებული საბოლოო შედეგებით, აუცილებელია მკაცრი კონტროლის დაწესება, რადგან ბოლო წლების გამოცდილებამ დაგვანახა, რომ რეფორმის მსვლელობისას სამედიცინო დაწესებულებები საბოლოოდ ვერ ჩამოყალიბდნენ რეალურ დამოუკიდებელ სუბიექტებად და ჯერ კიდევ მრავლად არის დარღვევები პირველადი დოკუმენტების წარმოების, აღრიცხვის, სამეურნეო საქმიანობის, მაგერიალური

სტიმულირების, ხელფასების ვაცემის, მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზების შენარჩუნება-განახლების საქმეში.

გამოდის, რომ სახელმწიფო შეკვეთით (ხელშეკრულებით) მომუშავე დამოუკიდებელი დაწესებულებები ზოგიერთ შემთხვევაში გადაიქცნენ სახელმწიფო (საბიუჯეტო) სახსრების მულანგელებად. ამით თვით მათი საქმიანობის ხარისხი გაუარესდა და ცხადია, საბოლოოდ მოსახლეობა დაზარალდა.

აღსანიშნავია კიდევ ერთი გარემოება – სამეურნეო მექანიზმების სრულყოფისას მართვის ეკონომიკური მეთოდების გაძლიერება განიხილება, როგორც მხოლოდ მისი თანაფარდობა ცენტრალიზებულ მართვასთან. აქედან გამომდინარე, ხშირად კეთდება არასწორი დასკვნა იმის შესახებ, რომ მართვის სისტემების შეცვლა თანამედროვე ეტაპზე გულისხმობს სამეურნეო და პროფილაქტიკური დაწესებულებებისადმი რეგულირებისა და კონტროლის შესუსტებას, რათა გაძლიერდეს და სტიმულირებულ იქნეს მათი დამოუკიდებლობა ან დამოუკიდებლობის გაზრდით ამაღლდეს სწორედ ცენტრალიზებული რეგულირების ეფექტიანობა, რამეთუ რეგინული ხელმძღვანელის პასუხისმგებლობის შემცირებასთან ერთად, ცენტრს მეტი დრო დარჩეს სტრატეგიული მართვის საკითხების გადასაწყვეტად. ჩვენის აზრით, ასეთი დამოკიდებულება არასწორია, რადგან სახელმწიფო რეგულირება და კონტროლი არ გულისხმობს მხოლოდ პირველადი რგოლების საქმიანობაზე კონტროლის გაძლიერებას. იგი ქმედითი უნდა გახდეს ადგილობრივი ინიციატივების გათვალისწინებით და კონტროლი განხორციელდეს მთლიანობაში და არა ცალკეული მაჩვენებლების მიმართ.

დარგობრივი მართვის შესუსტება იწვევს არაერთ ნეგატიურ მოვლენას, რომელიც უკვე კარგად გამოჩნდა რეალობაში.

სამედიცინო ბაზარმა გამოიწვია სახელმწიფო დაწესებულებათა კონტაქტების გაფართოება კომერციულ სტრუქტურებთან, რომლებიც, როგორც ცნობილია, ცდილობენ ვაზარდონ (მოგების მიზნით) მშენებლობის, შეკეთების, მედიკამენტებისა და ხელსაწყოების ფასი, არც მერკანტილური ურთიერთობები და ფულის "ვაცოცხლებაა" მათთვის უცხო.

აქედან გამომდინარე, ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელი ეკონომიკური ურთიერთობების პირობებში აუცილებელია გამოიკვეთოს და განისაზღვროს თითოეული რგოლის პასუხისმგებლობა და საერთოდ ჩამოყალიბდეს პასუხისმგებლობა

სისტემა ღონეების მიხედვით.

ამრიგად, მმართველობის ეფექტიანობის ძიების პრობლემა დაკავშირებულია მთლიანად დარგში სამეურნეო ურთიერთობათა ჩამოყალიბება-განვითარებასთან, რაც საქართველოს ჯანმრთელობის დაყვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი კონცეპტუალური საკითხია და განსაკუთრებით აქტუალურია ფუნქციათა განაწილების ღრუბლულ პირობებში.

თუ სახელმწიფო (ცენტრალური) პროგრამების უშუალო განხორციელება შეუძლია ყოველ კონკრეტულ დაწესებულებას, როგორც პროგრამით გათვალისწინებული ანაზღაურებადი ღონისძიებისა, აქ გარკვეული ეკონომიკური სტიმულირების მექანიზმებიცაა ჩადებული და თავის მხრივ, დაწესებულებამ იცის "რაზე მიდის".

უფრო რთულადაა საქმე, როცა მმართველობითი ფუნქციის მქონე დაწესებულებას ევალება სხვისი სამუშაოებისა და ქმედებების მართვა-კოორდინაცია და არა მარტო კონკრეტულ ტერიტორიაზე ეკისრება ამ ფუნქციის შესრულება. არამედ რაიონისა და მხარის ღონეზეც. ამ შემთხვევაში იგი ცენტრიდან მინიჭებულ უფლებებთან ერთად, აღჭურვილი უნდა იყოს შრომითი და მაგერიალური რესურსებით, რომელიც კონკრეტულია ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში და საჭიროებს მკაფიო განსაზღვრას.

მართვა – მოვლენის ან საგნის უშუალო ცვლილების ან გადაადგილების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისა და განხორციელების პროცესია.

კოორდინაცია – გულისხმობს გადაწყვეტილების მიღების შესახებ დროულ და სრულ ინფორმირებულობას მისი შეჩერების ან შეცვლის შესახებ (არსებული ბერკეტების მეშვეობით). მიღებული გადაწყვეტილებების შესრულების პროცესზე გეღამხედველობას იმავე ბერკეტების გამოყენებით და შემდგომი ორგანოების ინფორმირებულობას.

კოორდინაცია გამორიცხავს პროცესის წარმართვაში მაკოორდინირებელი სუბიექტის აქტიურ მოქმედებას. უკეთეს შემთხვევაში მას არ შეუძლია დააყოვნოს პროცესი. ამავე დროს, კოორდინატორს არა აქვს უფლება მმართველის ნებართვის გარეშე მისთვის სასურველი მიმართულება მისცეს პროცესს.

აქედან გამომდინარე, კოორდინატორი არ არის პასუხისმგებელი პროცესის შედეგებზე. იგი შეიძლება მხოლოდ მორალურად აგებს პასუხს იმ შემთხვევაში, თუ გაირკვევა, რომ მის ხელთ არსებული

ინფორმაციისა და მისთვის გადაცემული უფლებამოსილების (ბერკეტების) გამოყენებით შექმნილ პროცესის შეჩერება ან კორექტირება.

კოორდინატორს სრულად ეხსნება პასუხისმგებლობა იმ შემთხვევაშიც, თუ მან ინფორმაცია დროულად მიაწოდა იმ ორგანოს (როგორც წესი, მემდგომ მმართველობით ორგანოს), რომელმაც დააკისრა ეს ფუნქცია.

კოორდინაციის ყველაზე უარყოფით გავრცელებული ფორმაა გადაწყვეტილების პროექტის ვიზირება.

კოორდინაცია მხოლოდ პორიზონტალური მართვის მეთოდია, რომლის მიზანია ვერტიკალური მართვის თანაბარ იერარქიულ რგოლებს შორის მედიატორის როლის შესრულება და მართვის დუბლირებული ან ურთიერთსაწინააღმდეგო და ურთიერთგამომრიცხავი პროცესის განხორციელების შეუფერხება.

საბოლოო ჯამში, კოორდინაციაც მართვას, ოღონდ ვერ ეგუება სუბორდინირებას და გულისხმობს მისი თითოეული სუბიექტის ნებაყოფლობითობას.

ნარკომანიასთან ბრძოლის სამთავრობო კომისია კოლექტიური ორგანოა, მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ მას საკითხი განსახილველად უშიშროების საბჭოს სხდომაზე გამოაქვს, ეს უკვე სუბორდინირებული მართვის მაგალითია.

საჩოგადობრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, ძირითადი ფუნქციებიდან (ეპიდემიადამხედველობა, ეპიდსიტუაციის მართვა, კონტროლი, ბიოსტატისტიკის წარმოება, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა და სხვ. პროგრამები) გამოიმდინარე, უფლებების გარდა, უნდა გააჩნდეს შესაბამისი მაგერიალურ-გექნიკური და შრომითი რესურსები ანუ აღნიშნული საქმიანობის განსახორციელებლად ადმინისტრაციული უფლებების გარდა, ეკონომიკური მეთოდებით მართვის შესაძლებლობაც ჰქონდეს.

ყოველივე ზემოთქმული გათვალისწინებული უნდა იყოს ნებისმიერი ღონის პროგრამის შედგენისას, რადგანაც მხოლოდ ამგვარი მიდგომა განაპირობებს დაგეგმილი პროგრამის წარმატებით განხორციელებას. რაც შეეხება პროგრამულ და მით უმეტეს, მიზნობრივ პროგრამების მართვას, ეს ცალკე მსჯელობის საგანია. მიზნობრივი პროგრამა მუშავდება უმნიშვნელოვანესი სახელმწიფოებრივი სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების გადასაწყვეტად. აგი ტექნიკურ-ეკონომიკური დასაბუთების

საუქმველზე რესურსებით, პასუხისმგებელი შემსრულებელი დაწესებულებით, შესრულების ვადებითა და მომსახურებით უზრუნველყოფილი სამეცნიერო-კვლევითი, საწარმოო, ორგანიზაციულ-სამეურნეო და სხვა სახის ღონისძიებათა კომპლექსია და მისი განხორციელებისათვის აუცილებელია არა მარტო ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მართვის მეთოდების შერწყმა და სრულყოფა, არამედ საჭიროა ამ პროცესისათვის მწყობრი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ბაზის შექმნა, ცენტრალური და სამხარეო დაუნიანსების წესების სრულყოფა, ორგანიზაციული სამუშაოების ჩასატარებლად ავანსური დაუნიანსების შემოღება და დამკვიდრება, ინფორმაციის მოპოვებისა და განზოგადების სისტემის ჩამოყალიბება—სრულყოფა და სხვ.

ქონებრივი საკითხების მოგვარება არა მარტო ახალი დაწესებულებებისთვისაა პრობლემა, არამედ შედავნდება არსებული ქონების ცენტრსა და პერიფერიას შორის განაწილების დროსაც. აქედან გამომდინარე, მართვის ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდების შერწყმა უნდა ეფუძნებოდეს და გამომდინარეობდეს მმართველობის ორგანოების ძირითადი ფუნქციებიდან, რომელიც არსებული პირობების გამო ჯერჯერობით ცვალებადია და ჩამოყალიბებული არ არის. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ფაქტსაც, რომ სამედიცინო დაწესებულებების სტატუსი არ შეესაბამება ეკონომიკური პასუხისმგებლობის ღონეს.

ამგვარად, ჯანდაცვის მართვის ეფექტური სისტემების ძიების პრობლემები მთლიანობაში უშუალოდ არის დაკავშირებული დარგის სამეურნეო მართვის მექანიზმების სრულყოფასთან, დაწესებულებათა ეკონომიკური დამოუკიდებლობისა და პასუხისმგებლობის ღონესთან.

ამ ამოცანის საბოლოოდ გადაჭრა, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფციიდან გამომდინარე, საშუალებას მოგვცემს ოპტიმალურად და ეფექტურად გამოვიყენოთ არსებული რესურსები.

პარტნიორობის პრინციპების შესაბამისად შეიძლება გამოვეყოთ მართვის სამი ღონე:

- პოლიტიკური;
- ადმინისტრაციული (სუბორდინაცია და კორდინაცია);
- ეკონომიკური (ეკონომიკური ბერკეტებით).

სამინისტროს მიერ მართვა ნიშნავს ეკონომიკური ფორმით

(უინანსები, გეგმები, საგადასახადო დავალებები და სხვ.) მართვას.

მართვის სისტემის გარდაქმნის საკვანძო პრობლემა სისტემის მარეგულირებელი გეგმური და საბაზრო მექანიზმების სრულყოფაა.

შეიძლება ვიყოთ მხოლოდ ამის იმედად, რომ სამედიცინო ბაზარი ავტომატურად უზრუნველყოფს რესურსების სამართალიან განაწილებას და რაციონალურ ეკონომიკურ მოტივაციას შექმნის მედიკოსებისათვის, თუ ამისთვის საჭიროა დამუნიანსებელი მსარის (სახელმწიფოს) მიზანმიმართული ძალისხმევა? როგორია სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ფორმირების კონკრეტული მექანიზმები? საბაზრო მექანიზმებზე პოზიტიური ზემოქმედების რა მეთოდებია საჭირო სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიზნების მისაღწევად ჯანდაცვაში?

სამწუხაროდ, ეს ძირითადი საკითხები ბოლომდე არ არის ჩამოყალიბებული და გადაწყვეტილი.

საბაზრო ურთიერთობათა თავისებურებანი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

ჯანდაცვა, როგორც საზოგადოებრივი მეურნეობის ერთ-ერთი დარგი, ხასიათდება ზოგიერთი ისეთი პარამეტრით. რომელიც ვერ თავსდება საბაზრო მექანიზმების გრადიციულ ჩარჩოებში.

ეს პარამეტრებია:

საზოგადოებრივი პროდუქტის თვისებები, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთ სახეს ახასიათებს; **საზოგადოებრივი კეთილდღეობა**, რომელსაც ეკონომიკური თეორია სამეურნეო საქმიანობის განსაკუთრებულ სახელ მიიჩნევს. მისთვის დამახასიათებელია ორი ასპექტი, რაც განასხვავებს ინდივიდუალური მოხმარების პროდუქტისაგან - **ინდივიდუალური კეთილდღეობისაგან**:

პირველი - იგი კოლექტიური მოხმარების ობიექტია. ერთი პიროვნების მიერ მოხმარებული მომსახურება არ ამცირებს არსებულ რესურსებს, ამავე დროს ხელმისაწვდომია საზოგადოების სხვა წევრებისთვისაც;

მეორე, ინდივიდუალური კეთილდღეობისაგან განსხვავებით, საზოგადოებრივ კეთილდღეობაზე არ ვრცელდება მოხმარების (მომსახურების) პროცესიდან სხვა წევრთა გამორიცხვის პრინციპი. მაგალითად. სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებები ხელმისაწვდომია მოსახლეობის მრავალრიცხოვანი ჯგუფებისათვის, ერთგვარად იქმნება “უბილეთო მგზავრის” ეფექტი: ადამიანები იღებენ **სიკეთეს**, მაგრამ არ იხდიან მის საფასურს. ცხადია, ეს არ აწყობს პოტენციურ გადამხდელს, მეწარმეს. რადგან ის სახსრებს აბანდებს გარკვეულ საქმიანობაში, მაგრამ უკუგების იმედი არა აქვს. სწორედ ამიტომ, აქცენტის გადატანა საბაზრო მექანიზმებზე ყოველთვის იწვევს “საზოგადოებრივი კეთილდღეობის” დეფიციტს, რომელსაც ამგვარი თვისებები ახასიათებს და სამედიცინო ბაზრის თავისებურებაა.

“საზოგადოებრივი კეთილდღეობის” კიდევ ერთი თავისებურება - სამომხმარებლო ეფექტი ვრცელდება იმ პირებზეც, რომლებიც

არ მონაწილეობენ საბაზრო შეიანხმებაში. მომსახურების სახე მიმართულია რომელიმე ერთი, კონკრეტული პირისკენ, ხოლო მისი ეფექტი ვრცელდება მოსახლეობის დიდ ჯგუფზე. ინდივიდუალურ საჭიროებას ემაგება დამატებითი ე.წ. **“ვარე ეფექტი”**. ამის კლასიკური მაგალითია მოგიერთი ინჟექციური დაავადებების თაიდან აიცილება იმუნობაციის საშუალებით. **აცრა ხელსაყრელია არა მარტო რომელიმე კონკრეტული პირისათვის, არამედ საზოგადოებისათვის მთლიანად.** ეს გარემოება კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმ ჭეშმარიტებას, რომ რესურსების განაწილება, დამყარებული მხოლოდ გადახდისუნარიან მოთხოვნასა და მეწარმეთა მოცივაციაზე, სრულად ვერ აკმაყოფილებს საზოგადოების მოთხოვნებს.

შექმნილი ღეფიციტის კომპენსაცია შესაძლებელია ორი გზით – მომსახურებაში მონაწილე (შემსრულებელი) კერძო სუბიექტების დამატებითი სუბსიდირებით სახელმწიფოს მიერ ან პროცესში სახელმწიფოს პირდაპირი ჩარევით საკუთარი ქსელის მეშვეობით.

“საზოგადოებრივი კეთილდღეობის” მახასიათებლების მქონე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში შექმნილია მედიკურ-სანიტარული კეთილდღეობის ან სხვა სიყვებით, **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური.**

იგი არის “საზოგადოებრივი კეთილდღეობის” სამსახური, რომელიც, მთავარი სტრატეგიიდან გამომდინარე, საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობისა და გაუძეობისების ღონისძიებებს **სახელმწიფო ბიუჯეტის საშუალებით ახორციელებს და მის საქმიანობას სახელმწიფო მკაცრად აკონტროლებს.**

აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ სამედიცინო მომსახურებაში საზოგადოებრივი პროდუქტის თვისებების არსებობა ნაკლებად ხსნის საბაზრო მექანიზმების მოქმედებას ჯანდაცვაში, რადგან ისინი დამახასიათებელია მისი შედარებით მცირე ნაწილისათვის. რომელიმე კონკრეტული დაავადების მკურნალობა არ ხასიათდება საზოგადოებრივი პროდუქტის თვისებებით. მომსახურების ეს სახე მკაცრად ინდივიდუალურია და მას არ გააჩნია ვარე ეფექტი.

ამავე დროს კოლექტიურ საჭიროებების მომსახურებაზე ორიენტირებულ სამსახურებს ჯერჯერობით მცირე ადგილი უკავია ჯანდაცვის სისტემაში, უფრო მნიშვნელოვანი კი სხვა მახასიათებლებს, რომლებიც განსაზღვრავენ საბაზრო მოდელიდან

გადახრას. ეკონომიკური თეორია მათ *ბაზრის შეცდომებს* უწოდებს.

მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულობა

საბაზრო გარიგების უმთავრესი პირობა ერთი მხრივ მომხმარებლის სრული ინფორმირებაა ღირებულების, მოცულობისა და ხარისხის შესახებ, მეორე მხრივ - მომსახურების შემსრულებლისა და მომხმარებლის დამოუკიდებლობა ანუ მათი თავისუფალი ურთიერთობა ბაზარზე. სამედიცინო ბაზარზე, როგორც წესი, ეს პირობები არ იცვლება.

სამედიცინო მომსახურებით მოსარგებლე ავადმყოფს არა აქვს ის ცოდნა და გამოცდილება, რომელიც საშუალებას მისცემს სწორად შეაფასოს შეძენილი მომსახურების მოცულობა და ხარისხი. მას შეუძლია აირჩიოს ექიმი, მაგრამ ყოველთვის სწორად ვერ განსაზღვრავს მის მიერ შეთავაზებული მომსახურების ღირებულებას. ძნელია მოძებნოთ ექიმი, რომელიც დაინტერესებულია მომსახურებისათვის ჩაკლები გადაუხადონ.

ტრადიციული საბაზრო ურთიერთობებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მომსახურების (შეთავაზებული სიკეთის) მოცულობას ადგენს მწარმოებელი და არა მომხმარებელი.

სამედიცინო პერსონალს ამ შემთხვევაში აკისრია ორი ფუნქცია: პირველი – განსაზღვროს პაციენტებისათვის გასაწევი დახმარების მოცულობა, საჭიროება და სიღრმე და მეორე – გაუწიოს მათ მომსახურება. ამის შედეგად შესაძლებელია აღინიშნოს სამედიცინო და ეკონომიკური ინტერესების შეჯახება. მედიკოსს შეუძლია გაზარდოს დანიშნული პროცედურების მოცულობა იაფი კომპონენტების ძვირადღირებულით შეცვლის გზით, რითაც საბოლოო ჯამში გაიზრდება დახმარების ღირებულება და შესაბამისად მისი ანაზღაურებაც.

ინფორმაციული ასიმეტრია იწვევს საჭიროებისა და წინადადების დეფორმირებას. იმ ქვეყნებში, სადაც ამბულატორიული დახმარების ყოველი სახის ანაზღაურება პონორარული პრინციპით ხდება (ინგლისში 5,5% შეადგენს), ამბულატორიისათვის მიმართვის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე საგრძნობლად მაღალია (მაგალითად, გერმანიაში – 11,5%, საურათანგეთში – 7,2%) იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც გამოყენებულია დაფინანსების

კაპიტაციური ნორმატივი.

ასეთივე მონაცემებია სტაციონარული დახმარების შესახებ. საწოლ-ღდეების მიხედვით ანაზღაურებისას მათი რიცხვი 1000 მოსახლეზე გერმანიასა და საფრანგეთში შეადგენს 2300, 1500, ხოლო ინგლისში, სადაც ტრადიციულად რეალური დანახარჯების ანაზღაურება ხდება, მხოლოდ 900-ს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის საუბრებელზე ვასკენით, რომ თუ გვინდა შეიქმნას სახსრების გამოყენების ეფექტური სისტემა, აუცილებელია სამედიცინო დახმარების პროცესის ანუ სამედიცინო ბაზრის მართვა და დარეგულირება.

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის სპეციფიკა განაპირობებს წინააღმდეგობას ლოკალურ და სტრუქტურულ ეფექტიანობას შორის. ლოკალური (შიგა) ეფექტიანობა ასახავს რესურსების გამოყენების წესს კონკრეტულ დაწესებულებაში, სტრუქტურული ეფექტიანობა კი - რესურსების გამოყენების შედეგებს ჯანდაცვის სისტემაში მთლიანად.

იმ შემთხვევაში, როცა მომსახურების საჭიროებისა და მოცულობის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს თვით შემსრულებელი (მწარმოებელი), სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება იზრდება კონკრეტული მომსახურებისათვის გამოყენებული რესურსების მიხედვით, ე.ი. იზრდება ლოკალური ეფექტიანობა. რაც შეეხება სტრუქტურულ ეფექტიანობას, საბაზრო მექანიზმები ამ შემთხვევაში ვერ უზრუნველყოფს მის ავტომატურ ზრდას. ცალკეული მედიკოსის დაინტერესება, გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, ყოველთვის ვერ ზრდის სისტემის ფუნქციონირების საბოლოო ეფექტურობას.

მაგალითად, თუ სტაციონარი განუწყვეტლივ ზრდის პოსპიგალიზებულთა რაოდენობას, სინამდვილეში კი სტაციონარული მომსახურება საჭირო არაა. წარმოიქმნება წინააღმდეგობა სისტემასა და სტაციონარს შორის, იზრდება სტაციონარის ფუნქციონირების შიგა (ლოკალური) ეფექტურობა, ხოლო საჭირო რესურსების გამოყოფა და გადაანაწილება თავის მხრივ იწვევს ხარჯების გაზრდას. აქედან გამომდინარე, იქმნება სტრუქტურული დისპროპორცია.

როგორც ვხედავთ, სამედიცინო ბაზრის თავისებურებების შესახებ პაციენტთა ნაკლები ინფორმირებულობა და პერსონალის მისწრაფება, განსაზღვროს სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სტრუქტურა, იწვევს გარკვეულ დისპროპორციას ჯანდაცვის სფეროში.

ზემოაღნიშნულიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ აუცილებელია სამედიცინო

დახმარების მოცულობისა და სტრუქტურის მიზანმიმართული მართვა.

თანასწორობა სამედიცინო დახმარებაში

სამედიცინო დახმარების მოცულობა არ შეიძლება განისაზღვროს მხოლოდ პაციენტის გადახდისუნარიანობით. ამ შემთხვევაში, როგორც წესი, რესურსების სათანადო განაწილებით დანახარჯები სხვა, გადახდისუნარიანზე გადადის. ცხადია, ეს არღვევს ფასწარმოქმნის საბაზრო მექანიზმს. მაგრამ ამ პროცესის აეცილებლობა ნაკარნახეია იმით, რომ სამედიცინო დახმარება უფრო მეტად ესაჭიროება დაბალშემოსავლიან და სოციალურად ნაკლებად დაცულ ფენებს, რომლებიც შრომისა და ცხოვრების უარესი პირობების გამო მეტად ავადმყოფობენ.

თანაბრობის მისაღწევად აუცილებელი ხდება საბიუჯეტო თანხების იმგვარად გადანაწილება, რომ თანხის მეტი წილი მოხმარდეს ღარიბ, უმწეო მოსახლეობას, ბავშვებს, ქრონიკულად მოავადე პირებს.

ღარვის განვითარების ძირითადი პრინციპი საზოგადოებრივი სოლიდარობაა. მდიდარი იხდის ღარიბისას, ჯანმრთელი – ავადმყოფისას, ახალგაზრდა – მოხუცებულისას. ამ პრინციპის რეალიზაცია საზოგადოების განვითარების გარკვეულ ეტაპზე მხოლოდ სახელმწიფოს ჩარევით შეიძლება განხორციელდეს.

სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის უაქტორი თავის მხრივ ბადებს მაგერიალური რესურსების არარაციონალურად გამოყენების პრობლემას. პაციენტს უფლება აქვს სახელმწიფო დაწესებულებაში მიიღოს უფასო დახმარება, იგი ცდილობს ხშირად ისარგებლოს ამ პრივილეგიით. აქ მისი ინტერესები ემთხვევა სამედიცინო პერსონალისას, რომელიც, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ცდილობს გაზარდოს თავისი შემოსავალი ამა თუ იმ მომსახურების ღირებულების გაზრდით ან სხვა სახის მომსახურებით. სისტემის მოუწესრიგებლობის პირობებში ეს ყველაფერი იწვევს დანახარჯების მკვეთრ ზრდას. იზრდება სამედიცინო დახმარების ძვირადღირებული მანიპულაციების ხვედრითი წილი, და რაც მთავარია, მყირდება უფრო მარტივი, მაგრამ მაღალეფექტური პროფილაქტიკური ტექნოლოგიების გამოყენებით დაინტერესება.

ჩამოთვლილი მექანიზმები გარკვეულწილად ზღუდავს ბაზრის

თვითვანსაზღერის შესაძლებლობებს. აქედან გამომდინარე, სხვა დარგებთან, შედარებით საჭირო ხდება სამედიცინო ბაზრის დარეგულირების უფრო რთული მექანიზმების შექმნა.

გემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ძირითადი სტრატეგიული მიზნების გათვალისწინებით ნათელია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშესაწყობად და გასაუმჯობესებლად საჭიროა რაციონალური ჯანდაცვის სისტემის გვერდითი საწყისების ფორმირება და გაძლიერება. საბაზრო ურთიერთობებისათვის დამახასიათებელი მექანიზმები კი მაქსიმალურად ენდა მიესადაგოს გვერდითიერად მოქმედ ჯანდაცვის სისტემას.

გვერდითი საწყისებისა და ბაზრის მარეგულირებელი ელემენტების ამგვარი შეხამება მართივადი სისტემის შექმნის შესაძლებლობას იძლევა.

რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის ზოგიერთი მახასიათებელი

რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის მოდელში შეიძლება განხილულ იქნეს ოთხი ძირითადი მიმართულება:

1. სახელმწიფო ან დაწესებულება, რომელიც პასუხისმგებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა დაფინანსებაზე, გარდაიქმნება სამედიცინო დახმარების მყიდველად. იგი აფორმებს ხელშეკრულებებს ნებისმიერ (სახელმწიფო თუ კერძო) ორგანიზაციასთან. კოლექტივთან, რომელსაც ძალუძს მოცემული პარამეტრების ჩარჩოებში უზრუნველყოს სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ძირითადი მოთხოვნები. ამ შემთხვევაში "საქვეუწყებო" დაწესებულებების პრინციპი ადგილს უთმობს ცივილიზებულ პრინციპს – სახელშეკრულებო ურთიერთობებს შემსრულებელსა და დამკვეთს შორის;

2. ჯანდაცვის სისტემის მართვის სახელმწიფო ორგანოები ცენტრალურ და საშხარეო დონეზე შეიმუშავენ და ახორციელებენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკას, რომლის ჩარჩოებში მოქმედებს პაციენტის (სამედიცინო დახმარების მომხმარებელი). ამ პოლიტიკის ძირითადი მომენტი სისტემაში მაკროთანაფარდობის შექმნაა, ე.ი. სახელმწიფო ვალდებულებების

დაბალანსება ფინანსურ მესაძლებლობებთან. ეს ცენტრალური და სამხარეო ორგანიზაციების მხრიდან გულისხმობს გეგმაზომიერი რეგულირების გაძლიერებას;

3. სახელმწიფო პოლიტიკის (მაკროთანაფარდობის) ჩარჩოებში სამედიცინო დახმარების მიმღებს (მყიდველს) საშუალება უნსლება დაგვემოს სამედიცინო დახმარების მოცულობა და სტრუქტურა. ეს გეგმები თანდათანობით გრანსფორმირდება სამედიცინო დაწესებულებებისათვის კონკრეტულ შეკვეთაში და ხორციელდება სახელშეკრულებო პირობების მიხედვით, ხოლო მათი ანაზღაურება ხდება შეთანხმებული მოცულობის ფარგლებში;

4. სამედიცინო დახმარების "მყიდველები" შეკვეთის კონკურსის წესით შეთავაზების გზით მიზანმიმართულად აყალიბებენ შესაბამის საბაზრო ვარემოს. შერჩევა ხდება შემკვეთის მიერ წინასწარ შემუშავებული მოთხოვნების შესაბამისად პრეტენდენტთა განაცხადების ღიად განხილვის წესით.

ამგვარი მოდელის დადებითი მხარე გეგმური და მარეგულირებელი საწყისების შერწყმაა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს მეტად შემდუღული დაფინანსების პირობებში. სახელმწიფო ვალდებულებათა მისადაგება ფინანსურ შესაძლებლობებთან ძირითადი პრობლემაა, რომლის მნიშვნელობა განისაზღვრება სამედიცინო ბაზრის გემოაღნიშნული თავისებურებებით, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემამ შეიძლება შთანთქმას ნებისმიერი რესურსი ნაკლებად თვალსაჩინო ადეკვატური საბოლოო შედეგებით. ამ პირობებში აუცილებელი ხდება მრავალი კომპლექსური ღონისძიების გატარება მაკროეკონომიკის შესანარჩუნებლად სამედიცინო დახმარების მოთხოვნასა და შესრულებას (მიწოდებას) შორის. ერთი მხრივ, ეს შესაძლებელია საკანონმდებლო და ნორმატიული აქტების მეშვეობით, რომელებიც შეაჩერებს ძვირადღირებული რესურსების გამოყენების ზრდას, ხელს შეუწყობს ეფექტური ტექნოლოგიების დანერგვასა და სხვ. მეორე მხრივ, განისაზღვრება ზოგიერთი გასაწევი მომსახურების მოცულობა.

აღნიშნული ღონისძიებები მიმართულია დამფინანსებელსა და სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელს შორის ახალი ეკონომიკური ურთიერთობების ფორმირებისაკენ. შემკვეთი (დამფინანსებელი მხარე) არა მარტო იხდის შესრულებული სამუშაოს ღირებულებას, არამედ სტრატეგიული და მიმდინარე

დაგვეგმვის შეგნებულად გამოყენებით ქმნის სამედიცინო დახმარების რაციონალურ სტრუქტურას. ამით იქმნება ერთგვარი შეთანხმებული გეგმა მოსახლეობის მოთხოვნათა ეფექტური განხორციელებისათვის.

სახელშეკრულებო ურთიერთობები შეიძლება ჩამოყალიბდეს კონკურენტულ ან არაკონკურენტულ გარემოში. პირველ შემთხვევაში ხელშეკრულებები ფორმდება წინასწარ გარკვეული კრიტერიუმების (დახმარების მოცულობის, ღირებულების, ხარისხის, სხვა პირობების) მიხედვით. მეორე შემთხვევაში ხელშეკრულებები წინასწარ იგეგმება, რადგან შეიძლება შემსრულებელი ერთადერთი იყოს.

თავი VII

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზომიერთი ცნების განმარტება, ღეზინიცია

• **საზოგადოებრივი ჯანდაცვა** - ფართო გაგებით გულისხმობს საზოგადოების ორგანიზებულ ძალისხმევას მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმკვიცებისა და დაავადებათა თავიდან აცილების ღონისძიებათა განხორციელებაში, დარცთაშორის (სექტორთაშორის) ქმედებებზე დაყრდნობით ფართომასშტაბიანი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის გრადიციული სამსახურების რეორგანიზაცია-რეორიენტაციის მეშვეობით, საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, დაავადებათა აღრეულ გამოვლენას, დიაგნოსტიკას, თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას, ფიზიკურ, სოციალურ და პროფესიულ რეაბილიტაციას; მოიცავს მოსახლეობის, სამედიცინო პერსონალის მობილიზაციის აუცილებელ კომპონენტებს.

• **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური** მმართველობისა და თვითმმართველობის ორგანოების ხელშეწყობით სახელმწიფოს, რეგიონის, რაიონის (ქალაქის), თემის დონეზე თავის საქმიანობას ახორციელებს პროფილაქტიკური პროგრამების რეალიზაციის გზით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფერო მოიცავს საზოგადოებრივად სასარგებლო მოღვაწეობას და შესაბამის შრომით საქმიანობას, რომელიც ამ საზოგადოებაში ყოველი ადამიანის ჯანსაღი სულიერი და ფიზიკური მდგომარეობის დაცვის, შენარჩუნებისა და აღდგენას ემსახურება და მიმართულია ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს განვითარებისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების შექმნისაკენ.

• **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური** დაწესებულებების, კორპორაციების, საზოგადოებრივი ფონდების მეშვეობით, შესაბამისი ნორმატიული აქტებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ჩათვლით მიზანმიმართულად ასრულებს საზოგადოებრივ-სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს.

• **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური** ძალისხმევას მიმართავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებათა გამოსაველენად და ორგანიზაციას უწევს როგორც მთლიანად, ასევე

მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფებისათვის საჭირო დამატებითი სამკურნალო თუ პროფილაქტიკური ღონისძიებების ვაგარებას. საქმიანობის პროცესში მოიპოვებს საჭირო ინფორმაციას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგნომარეობის განსაზღვრა-დახასიათებისათვის და მობილიზაციას უწევს აუცილებელმატერიალურ თუ ფინანსურ რესურსებს შექმნილი რეალური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური**, შესაბამისი სამართლებრივი ნორმებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით ასრულებს საზოგადოებრივ სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს მხარისა და რაიონის (ქალაქის) ღონეზე და სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამსახურებთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენია.

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური** სამ ძირითად ფუნქციას ასრულებს: მოსახლეობას უწევს კონკრეტულ სამედიცინო დახმარებას. ხელს უწყობს საზოგადოებაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას და ჯანსაღი გარემოს შენარჩუნებას. ეს ღონისძიებები მიეკუთვნება საზოგადოებისათვის აუცილებელი და სასიკეთო საქმიანობის იმ იშვიათ კატეგორიას, რომელიც საშუალებას იძლევა შედარებით მცირე დანახარჯებით მაქსიმალური სარგებლობა მოუგანოს საზოგადოების ჯანმრთელობას და ამით ხელი შეუწყოს ახალ ფორმაციაზე გადასული ქვეყნის ეკონომიკურ წინსვლას.

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვა** არის საზოგადოების ორგანიზაციული ძალისხმევით დააეადებათა პროფილაქტიკის უმრუნველყოფის, მათი თავიდან აცილების, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და გახანგრძლივების ხელოვნება და მეცნიერება. საბოლოო ჯამში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად –

სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ყოველი ადამიანის, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების, მთლიანად საზოგადოების ჯანსაღი სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობის აღდგენისაკენ, აგრეთვე მათი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების დამკვიდრებისაკენ.

თავი VIII

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი უწყვეტიება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი უწყვეტიება:

1. ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, რომელიც გულისხმობს:

- მოსახლეობისათვის საჭირო რეკომენდაციების მიცემას (ინფექციურ დაავადებათა ეპიდაუთქების, აღმოცენების მიზეზების შესახებ);
- ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისათვის რეკომენდაციების მიცემას (აკრძალვა, დაყოვნება, დაშვება);
- ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის თაობაზე რეკომენდაციების გაცემას (ეპიდემიულ-ეპიდემიოლოგიის სისტემის მოშლის შესახებ).

2. ჯანსაღი გარემოს შექმნის ხელშეწყობა (სხვადასხვა გარემო ფაქტორის ზემოქმედების ანალიზი) – მოიცავს:

- ახალ მიმართულებებს: მიზნობრივ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, გარემო ფაქტორების შესახებ მონაცემებსა და ჯანმრთელობის სტატუსს შორის კავშირების დადგენას;
- ახალი ჩვევების გამომუშავებასა და დამკვიდრებას ეპიდემიოლოგიაში, ეკონომიკაში, ჯანდაცვის პოლიტიკის ანალიზში, გეოგრაფიაში. ტოქსიკოლოგიაში, ბიოლოგიაში, ფიზიკაში;
- აქცენტების გადატანა მოქმედებაზე (ვანეითარებისა და დანერგვის პოლიტიკაზე).

3. გარკვეული სოციალური ჯგუფების სამედიცინო დახმარება – გულისხმობს:

- მოცემული ჯგუფის წინაშე არსებული პრობლემების დადგენას შესაძლო დაავადების აღრეულ სტადიაზე;
- რაიმე ღონისძიების მეშვეობით ჯანმრთელობის მდგომარეობის, დაავადების მიმდინარეობის შეცვლის შესაძლებლობის დადგენას;
- მონიტორინგსა და შეუასებას (პერიოდულად ინფორმაციის შეგროვებასა და ანალიზს, მდგომარეობის შეუასებას სპეციფიკური მეთოდით);
- იმუნიზაციას, მისი დანერგვის (ორგანულად) შესაძლებლობას პირველად სამედიცინო დახმარებაში (ამ შემთხვევაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამოცანაა – მონიტორინგი, შეუასება, ეკონომიკური მოგვიანებისა და სტიმულის შექმნა).
- აუცილებელ პირველად სამედიცინო დახმარებაში მოსახლეობის «გარიყული» (სხვადასხვა პროგრამებით მოუყველი) ჯგუყების ჩართვის შესაძლებლობის დადგენა.

4. ჯანმრთელობის ხელშეყობა – მასში შედის ისეთი ღონისძიებები, როგორიყაა:

- ჩასაგარებელი მოყმელების მეთოდოლოგიის განსაზღვრა;
- მოსახლეობის განათლება, უინანსური და სამართლებრივი უზრუნველყოყა, საზოგადოების განვითარება და მოსახლეობისათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის არჩევაში დახმარების გაწევა;
- ჩეყეების განსაზღვრა;
- ქეყეების შეყვლა;
- სეყტორთამორისი (დარგთამორისი) ურთიერთობები და მოყმელებანი.

5. ეყექტური მკურნალობის ხელშეყობა (არაეყექტური მკურნალობის შეზღუდვა) მოიყავს:

- მოყმედი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის (მკურნალობის ხარისხის) შეუასებას, რაყ დღეს ან საერთოდ არ ხდება ან ნაკლებეყექტურიყა;
- მკურნალობის ეყექტიანი მეთოდების დანერგვას;
- ქეყეებისა და დამოკიდებულებების შეყვლაზე მეგაყენას;

- ჯანდაცვის სამსახურების საქმიანობის შესწავლის სტრატეგიის განვითარების აუცილებლობას.

6. გამოკვლევების ჩატარება, მიზეზთა ძიება:

- ცოდნის ვალრმაეება;
- მუდმივად ცვალებადი ძველი ან ახლად წარმოქმნილი, ჯანმრთელობისათვის საშიში ფაქტორების შესწავლა;
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებთან დაკავშირებით დაფინანსების გრადიციული მოდელების რეორიენტაცია, ბიოსამედიცინო კვლევების გაფართოება დაავადების მიზეზთა დასადგენად.

ყოველივე ამის გასაკეთებლად საჭიროა:

- სამედიცინო კვლევების სტრატეგიების მკაფიო განსაზღვრა, ახალი კვლევებისათვის ინფრასტრუქტურის განვითარების ხელშეწყობა;
- სამედიცინო პერსონალის მუდმივი სწავლება;
- მიღებული დადებითი შედეგების სწრაფი გავრცელება ზოგადად და ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში.

აღიარებულია, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრის ძირითადი კრიტერიუმები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიღმაა და ღიდად არის დამოკიდებული სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. განათლების, დაფინანსების, გრანსპორტის, სოფლის მეურნეობის სფეროში გატარებული პოლიტიკა, როგორც წესი, უფრო მეტ გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ვიდრე უშუალოდ ჯანმრთელობის დაცვის სექტორი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური პროფილაქტიკური პროგრამების გატარებით უნდა ცდილობდეს არა მარტო ძვირადღირებული სამკურნალო ღონისძიებების მოცულობის შემცირებას, არამედ იმასაც, რომ გაწეული სამედიცინო დახმარება იყოს მაქსიმალურად ეფექტიანი.

ჩვენს ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური დღესდღეობით ნაკლებადაა უზრუნველყოფილი სამუშაო პირობებით.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისას აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის როლისა და ადგილის მნიშვნელობის მკაფიო განსაზღვრა.

ეპიდემიოლოგიური კვლევის არსი, სახეები და მეთოდები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში

ეპიდემიოლოგიური კვლევა თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით, საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ მოსახლეობაში ავადობის სტრუქტურა, მოვახდინოთ დაავადებათა მიმდინარეობის სისტემატიზირება, შევავსოთ ჩვენი ცოდნა დაავადებათა ეტიოლოგიური ფაქტორებისა და პათოგენეზის შესახებ. დავსახოთ და ოპტიმიზაცია გავუკეთოთ პრევენციულ ღონისძიებებს, შეუასება პიეცეთ სკრინინგის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდებს და სამედიცინო კადრების კვალიფიკაციას, ავადობისა და სიკვდილის მაჩვენებლების შემცირებით მივალწითო ადამიანთა სიცოცხლისა და აქტიური ცხოვრების გახანგრძლივებას და მისი ხარისხის აზიადლებას.

გერმინი ეპიდემიოლოგია შედგება სამი ბერძნული საკვებისაგან: ეპი - epi დემოს - demos, ლოგოს - logos. გერმინის შინაარსიდან გამომდინარე ეპიდემიოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც იკვლევს ფაქტორებს, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ მოსახლეობაზე.

ეპიდემიოლოგია წარმოადგენს მედიცინის ერთ-ერთ ყველაზე უძველეს დარგს, რომელიც ფაქტიურად ჩამოყალიბდა მედიცინასთან ერთად. ეპიდემიოლოგიის, ისევე როგორც მედიცინის მამად ითვლება პიპოკრატი, რომელმაც მრავალწლიანი დაკვირვებებისა და კვლევების საფუძველზე ჩვენს წელთაღრიცხვამდე 400 წელს პირველმა გამოთქვა მოსაზრება გარემო ფაქტორების როლზე დაავადებათა განვითარებაში.

მას შემდეგ ეპიდემიოლოგიამ ევოლუციის დიდი გზა განვლო. მისი, როგორც მეცნიერების განვითარება დაკავშირებული იყო მრავალ აღმოჩენასთან, რაშიც ღვაწლი მიუძღვის კაცობრიობის მრავალ გამოჩენილ მეცნიერს.

ეპიდემიოლოგიური კვლევის სახით მედიცინას გააჩნია მეცნიერული კვლევის თანამედროვე და მძლავრი მეთოდოლოგია, რომელიც მოწოდებულია ჯანდაცვის პრევენციული მიმართულების განვითარებისათვის.

XX საუკუნის უდიდესი ეპიდემიოლოგი Calium Muir იძლევა ეპიდემიოლოგიის, როგორც მეცნიერული კვლევის მეთოდის, შემდეგნაირ კლასიკურ ხაგოვან დახასიათებას:

ჩვენ ყველანი მოწმენი ვართ ბუნებაში მიმდინარე დიდი ექსპერიმენტისა, რომელსაც დგამს ყველაზე ბრძენი და გამოცდილი ექსპერიმენტატორი თვით ბუნება.

ექსპერიმენტის პროცესში ბუნების მიერ დატოვებული ნაკვალევის რეგისტრაციითა და სტატისტიკური დაშუშავებით, მეცნიერი აწარმოებს დესკრიპტულ (აღწერით) ეპიდემიოლოგიურ კვლევას, ხოლო როდესაც იწყებს ფიქრს (ანალიზს), თუ რა მიზეზთან იყო დაკავშირებული დაავადების განვითარების ყოველი კონკრეტული შემთხვევა, იგი აწარმოებს ანალიტიკურ ეპიდემიოლოგიურ კვლევას.

Calium Muir-ის ამ კლასიკურ დახასიათებაში ნაჩვენებია, როგორც ეპიდემიოლოგიური კვლევის არსი, ისე ეპიდემიოლოგიური კვლევის ორი ძირითადი სახე:

— დესკრიპტული, ანუ აღწერითი ეპიდემიოლოგიური კვლევა

— ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევა

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია:

ავადობისა და სიკვდილის მაჩვენებლების სტანდარტიზაცია;

ავადობისა და სიკვდილის სტრუქტურის დადგენა;

ძირითადი ლოკალიზაციების (ძირითადი ორგანოების) და ჰისტოციპების დამუხატება;

ავადობისა და სიკვდილიანობის ტენდენციების მონიტორულ კონტროლზე აყვანა (გრენდი);

მაღალი და დაბალი კუმულაციური რისკის მქონე რეგიონებისა და მოსახლეობის ჯგუფების გამოვლინება;

სამედიცინო კადრებზე (სპეციალობების მიხედვით) ქვეყნის, თითოეული რეგიონის, ქალაქის და რაიონის მოთხოვნილების განსაზღვრა;

სამკერნალო და ღიაგნოსტიკურ საშუალებებზე, აპარატურაზე, საწოდებზე, ამბულატორიებზე და ა.შ. ქვეყნის, თითოეული რეგიონის, ქალაქისა და რაიონის მოთხოვნილების განსაზღვრა.

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

- ღააეაღების (აეაღობის) სისშირის მაჩვენებლები;
- პრეეაღენგობა (ღააეაღებიანობა, გავრცელება) ინსიდენგობა. (აეაღობა);
- აეაღობის სისშირის უხეში მაჩვენებელი;
- წლოვანებისათვის სპეციფიკური სისშირის მაჩვენებელი;
- სიკელიღიანობის სისშირის უხეში მაჩვენებელი (Crude Death Rate-CDR);
- ახალშობიღთა სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Infant Mortalite Rate-IMR);
- აღრეული ნეონაგალური სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Early Neonatal Mortalite Rate-ENMR);
- ნეონაგალური სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Neonatal Mortalite Rate-NMR);
- გვიანი ნეონაგალური სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Late Neonatal Mortalite Rate-LNMR);
- პოსტნეონაგალური სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Post Neonatal Mortalite Rate-PNMR);
- მკედრადშობაღობის სისშირის უხეში მაჩვენებელი (Stillbirth Rate-SP);
- პერინაგალური სიკელიღიანობის სისშირის მაჩვენებელი (Perinatal Mortalite Rate-PMR);
- ფერტიღობის სისშირის მაჩვენებელი (Fertility Rates);
- უაგალურ შემთხვევაღთა სისშირის მაჩვენებელი (Case Fatality Rate-CFR);
- აეაღობის მაჩვენებელთა სგანღარგიზაღია;
- წლოვანების მიხედღით სგანღარგიზებული აეაღობის მაჩვენებელი;
- წლოვანების მიხედღით სგანღარგიზებული აეაღობის შეეეეიღღ მაჩვენებელი სგანღარგიზებული აეაღობის სისშირეღთა შეფარღების მაჩვენებელი;

ავალობის სგანდარგიშებული შეფარდების მანვენებელი;
ავალობის პროპორციული შეფარდების მანვენებელი;
ავალობის კემულაციური რისკი.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია:

მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების, რისკის-ფაქტორების (მათ შორის გარემოს, პროფესიული, ცხოვრების წესთან და ეთნიკურ ადამ-წესებთან დაკავშირებული, ენდოგენური, ორგანიზმის თავისებურებებთან დაკავშირებული და ა.შ.) დადგენა;

დაავადებებს ეთიოლოგიისა და პათოგენეზის დადგენა;
მაღალი რისკის ჯუფების ფორმირება.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

ეპიდემიოლოგიური კვლევის დაგეგმვა;

კოჰორტული კვლევა;

კვლევა შემთხვევა-კონტროლით;

მიზეზ-შედეგობრივი ასოციაციის ეპიდემიოლოგიური;

შეფარდებითი რისკის (Relative Risk) მანვენებლები;

აგრიბუტიული რისკის (Attributable Risk) მანვენებლები;

შემთხვევა-კონტროლის კვლევა დაწერილენის მეთოდებით;

თითოეული კვლევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები;

რეგროსპექტული კოჰორტული კვლევა;

რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევა;

შერევის ფაქტორი და სტრატიფიკაციული ანალიზი;

სტრატიფიკაციული ანალიზი antel-Haenszel-ის მეთოდით;

გამოკვლევის დიაგნოსტიკური ფასეულობისა და ეშექტურობის შეფასება - დიაგნოსტიკური ტესტის მგრძობელობა და სპეციფიკურობა;

დიაგნოსტიკური გამოკვლევის პოზიტიური და ნეგატიური შედეგების წინასწარმეგყელების კოეფიციენტები;

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით შეისწავლება;

მკურნალობის შორეული შედეგები;

დიაგნოსტიკური მეთოდების ეფექტურობა (სპეციფიურობა, მგრძობელობა, დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა) და კაღრების კეალიფიკაცია;

სკრინინგ-პროგრამების ეფექტურობა (სპეციფიურობა, მგრძობელობა, დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, ცრუ-უარყოფითი და ცრუ-დაღებითი შეღეგების ოღენობა);

წარმოებული სამუშაოებით ეფექტურობის შეფასება;

დააღაღებათა წინააღმღეგ ბრძოლის სტრატეგისა და პრიორიტეტული მიმართუღებების განსაზღვრა;

შეღუშაღებული პროგრამების ოპტიმიზაცია;

ადამიანის გარემოში (საცხოვერებელი, სამუშაო და ქუჩის პაერი, სასმეღები, სახნაღ-საღარღეღები, მწვანიღი, ბოსტნეული, ხიღი, თაღბაქოს ნაწარმი, ფართო მოსმარების საყოფაცხოვერბო საქონელი) კანცეროგენული აგენტების ექსპოზიციის მონიტორინგი;

პრევენციაზე საღაზღვევო სისტემის ორგანიზაცია;

პრევენციაზე ბიუჯეტის დაგეგმვისა და მართვის ეკონომიკური დასაბუღება;

პრევენციაზე კანონმღებლობის მომზაღება და მისი აღსრუღების ინგრასექციური მექანიზმის მოქმეღების კონტროღი.

ეპიდემიოლოგის სახით მეღციინაღ გააჩნია მეცნიერული კეღეღის თანამეღროღე და მმღაერი მესოღოღოღია, რომელიც მოწოღებულია ჯანდაცვის პრევენციული მიმართუღების განვითარებისათვის.

ამაღე დროს აღნიშნული საკითხების პარაღელურად აუციღებელია დააღაღებათა რეგისტრაციის ორგანიზაციულ-მეთოღოლოგიური საკითხების შესწავღა. ვინაიღან თუ სრულყოფიღად და სრულფასოვნად არ იქნება რეგისტრიღებული ყვეღა შემთხვევა, ვერ მოხერხღება სარწმუნო სტატისტიკური მაჩვენებლის მიღება და სრულფასოვანი ეპიდემიოლოგიური კეღეღის ჩაგარება.

ეპიდემიოლოგიაში ხშირად ხმარებული ტერმინების განმარტებები

ეპიდაღეთქება - ავადობის ღონის ხანმოკღე მაგება მოსახღეობის შეზღულელ ჯგუფში. რომელის დააღაღება

დაკავშირებულია ერომანეთთან გამომწვევის საერთო წყაროთი ან მისი გადაცემის საერთო ფაქტორით (მაგალითად, ჯილხის ეპიდაფეთქება და სხვ.).

ეპიდემია – მოსაღლდნელი (ფონური) ავადობის ღონის მნიშვნელოვანი მაგება მოცემულ გერიგორიაზე ან კონკრეტულ ადამიანთა ჯგუფში დროის განსაზღვრულ (სიკულებრივ ხანგრძლივ) მონაკვეთებში; მაგალითად, დიფთერიის ეპიდემია შეიძლება ეპიდაფეთქებაყ).

პანდემია – ეპიდემია, რომელიც მოიცავს ძალიან დიდ გერიგორიებს (რამდენიმე ქვეყანა ან კონტინენტი), როგორც წესი, მოიცავს მოსახლეობის დიდ ნაწილს (მაგალითად, გრიპის პანდემია).

ენდემური დაავადება – მოცემული ადგილისათვის (გერიგორიისათვის) დამახასიათებელი დაავადება, დაკავშირებული ამ გერიგორიაზე არსებულ ბუნებრივ ან სოციალურ პირობებთან, რომელიც აუცილებელია ეპიდემიოლოგიური პროცესის შენარჩუნებისათვის.

ეპიდემიური კვლევა – ინფექციის გამომწვევი წყაროს ადგილმდებარეობა მისი გარემომცველი გერიგორიით იმ სამღვრებში, რომლიც გამომწვევი ამ წყაროდან მოცემულ კონკრეტულ გარემოებებში შესაძლებელია გადაეცეს ჯანმრთელ ადამიანებს.

დაავადებათა კონტროლი – დაავადებათა ახალი შემთხვევების სიხშირის, გავრცელების, ავადობის ან სიკვდილიანობის (მოკვდაობის) შემცირება მიზანმიმართული ძალისხმევის შედეგად. ავადობის შესანარჩუნებლად დაბალ ღონებზე აუცილებელია შემდეგომი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება.

ელიმინაცია (ნაწილობრივ ლიკვიდაცია, აღმოფხვრა) – მიზანმიმართული ძალისხმევის შედეგად კონკრეტული დაავადების ახალი შემთხვევების სიხშირის ნულამდე დაყვანა განსაზღვრულ გეოგრაფიულ სიერყეში; ამასთან პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემღგომი ჩატარება კვლავ აუცილებელია.

ერადიკაცია (მთლიანი ლიკვიდაცია) – მიზანმიმართული ძალისხმევის შედეგად კონკრეტული გამომწვევით განპირობებული ინფექციის ახალი შემთხვევების ნულოვანი ღონის მუღმევი შენარჩუნება; ამასთან პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემღგომი ჩატარება საჭირო აღარ არის.

რისკ-ფაქტორი – სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა. ბიოლოგიური სტაგუსი, ქცევის სტერეოტიპები ან გარემოს პირობები, რომლებიც ასოცირდებიან ან წარმოადგენენ მიზეზს კონკრეტული დაავადებისადმი მომატებული მიმდებლობის (ამთვისებლობის). ჯანმრთელობის გაუარესების ან ტრავმისა.

იზოლაცია (გამოიყენება პაციენტისადმი) – ინფიცირებულის განცალკევება გადადების პერიოდის განმავლობაში სხვებისაგან ისეთი ადვილას და/ან ისეთ პერიოდებში, რათა თავიდან იქნას აუცილებელი ან შეზღუდული ინფექციური აგენტის (გამომწვევის) პირდაპირი ან არაპირდაპირი გადაცემა მათზე, ვინც ამთვისებელია (მიმღებია) ამ ინფექციისადმი ან შესაძლოა გაავრცელოს გამომწვევი სხვებზე.

კარანტინი – დაავადების გადაცემის თავიდან ასაცილებლად იმ ჯანმრთელი ადამიანების თავისუფალი გადაადგილების და მოქმედების შეზღუდვის ღონისძიებები (არაუმეტეს ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობით), რომელთაც ჰქონდათ ექსპოზიცია (კონტაქტი) ინფექციური დაავადებების შემთხვევასთან გადადების პერიოდის განმავლობაში.

ვეტერინარული კარანტინი – იგივე ღონისძიებები ცხოველებთან მიმართებაში.

**საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების
ქირითაღი მიზნები და ამოცანები**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა არის ინჟექციურ და არაინჟექციურ დაავადებათა კონტროლის, ეკოლოგიური უსაფრთხოების, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, პროფილაქტიკური ღონისძიებების, სამედიცინო-საგანმანათლებლო საქმიანობის წარმართვისა და განვითარების სახელმწიფო სამსახური, რომელიც:

- განსაზღვრავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რომელთა პროფილაქტიკა შესაძლებელია ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე ახორციელებს დაავადებებზე მედმევ გელამხედველობას, აგარებს კონტროლის, პროფილაქტიკისა და ჯანდაცვის ეფექტურ ღონისძიებებს, ასრულებს მაკოორდინირებელი სამსახურის ფუნქციებს;

- ორგანიზაციას უწევს სახელმწიფო პროფილაქტიკურ პროგრამებს, გამოკვლევებს, მეიმუშავეებს რეკომენდაციებს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სტანდარტების დასადგენად, ხელს უწყობს სწავლებას, უსაფრთხო და სასურველი სამუშაო გარემო პირობების შექმნას, დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის განხორციელებისათვის ამზადებს ეროვნულ კადრებს;

- ხელმძღვანელობს პროგრამებს სრულყოფილი ლაბორატორიული სამსახურების ჩამოყალიბებისა და უქნექციონირების გასაუმჯობესებლად, პასუხისმგებელია ინჟექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების კონტროლზე, ეკოლოგიურ უსაფრთხოებაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციებს კონსულტაციას უწევს მათ მიერ განხორციელებული პროფილაქტიკური და დაავადებათა კონტროლის ღონისძიებათა საკითხებზე.

განსაზღვრული სტრატეგიიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა სრულად ასახავს სახელმწიფოს ვალდებულებას

საკუთარი მოსახლეობის წინაშე დაავადებათა თავიდან აცილებისა და პროფილაქტიკის სფეროში.

მიზნები და ამოცანები

სახელმწიფოს მიერ დაკისრებული ფუნქციებიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური:

- მეთოდურ ხელმძღვანელობას უწევს ქსელს ჯანდაცვითი პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებასა და განვითარებაში, ხელს უწყობს დაავადებათა და ტრავმატიზმის პროფილაქტიკას, ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემოს შექმნის ღონისძიებებს;

- სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად მართავს ეკოლოგიურად არასასურველი აგენტების გამოვლენის პროცესს;

- კონსულტაციებს უწევს და რეკომენდაციებს აძლევს მოსახლეობას, ცალკეულ პირებსა და ორგანიზაციებს ჯანდაცვისა და უსაფრთხო გარემოს საკითხებზე;

- თანამშრომლობს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ბიოუსაფრთხოების პროგრამათა განხორციელებისა და სწავლებათა ხელშეწყობის მიზნით;

- გარემოს დაცვის სამსახურებთან ერთად მონაწილეობს გარემოს დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შეიმუშავებს და ნერგავს პროფილაქტიკური მედიცინის სპეციფიკურ პროგრამებს, აგარებს პროგრამათა ექსპერტიზას, ხელს უწყობს სახელმწიფო, ადგილობრივ და კერძო ორგანიზაციებს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და კონტროლის განხორციელებაში.

- ძირითადი მიზნებიდან გამომდინარე, მონაწილეობს ჯანდაცვის სწორი ორგანიზაციული პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში. დაავადებათა პროფილაქტიკის სფეროში კონსულტაციებს აგარებს სხვა ორგანიზაციებისა და უწყებების წარმომადგენლებთან და საერთაშორისო სააგენტოებთან, აგარებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სამედიცინო საგანმანათლებლო ღონისძიებებს.

- ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისი პროგრამების

გასაუმჯობესებლად კოორდინაციას უწევს და წარმართავს გამოკვლევებს, ხელს უწყობს სახელმწიფო შესაძლებლობების ჩამოყალიბებას, რათა გამოკვლევების საუკუძველზე მიღებულ იქნეს საჭირო შედეგები, მეცნიერულად დასაბუთებულ გადაწყვეტილებები.

- ქვეყანაში დაავადებათა შემოგანისა და გავრცელების რისკის შემცირების მიზნით მონაწილეობს დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროცესში.

- ინტერსექტორული თანამშრომლობით ხელს უწყობს და ავითარებს იმ ქმედებებს, რომელიც გექნიკური და სამედიცინო ექსპერტიზის გამოყენებით მაქსიმალურ სარგებელს მოუტანს მოსახლეობის ჯანმრთელობას.

- კოორდინაციას უწევს რეგიონებსა და რაიონებში საჭირო რესურსების მოზიდვას, რათა ადგილობრივ სამსახურებს ჰქონდეს საკუთარი ინფრასტრუქტურის შექმნის, დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის შესაძლებლობა.

- კოორდინაციას უწევს ბუნებრივი და ადამიანის მიერ გამოწვეული ეპიდემიების შედეგების ლიკვიდაციის, საერთაშორისო დახმარების, სოციალურად ნაკლებად დაცულ და ლტოლვილთა მდგომარეობის შემსუბუქებისა და ეპიდემიების თავიდან აცილების პროცესს.

- კავშირი აქვს ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, სააგენტოებთან (USAID, WHO, PAHO, UNISEF, WORLD BANK) ნებაყოფლობით კერძო და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, რომლებიც ჩართულნი არიან ჯანდაცვის საჭირო ღონისძიებათა განხორციელებაში.

- კოორდინაციას უწევს ჯანდაცვის დაწესებულებების შიგა შესაძლებლობის გაზრდას პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარების მიმართულებით.

გემოთ ჩამოთვლილი ფუნქციების შესრულებისას ურთიერთთანამშრომლობს სხვა სამსახურებთან.

- ხელმძღვანელობს და კოორდინაციას უწევს ეროვნული პროფილაქტიკური პროგრამების დაგეგმვას, რათა შეინარჩუნოს და გააუმჯობესოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ავადობისა და გრავმატიზმის პროფილაქტიკის მეშვეობით აიცილოს ნაადრევი სიკვდილიანობა.

- ფუნქციის განსახორციელებლად ეხმარება სახელმწიფო მმართველობის ორგანოებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

პრობლემების კონტროლის შესაძლებლობების გამრდაში.

- სამოვადოებრივი ჯანდაცვის ენგრაღური და ადგილობრივი სამსახურების მეშვეობით მოსახლეობას უტარებს კონსულტაციებსა და აძლევს რჩევებს, უწევს მიზანდასახულ დახმარებას და ინფორმაციას აწვდის პროფილაქტიკური მიმართულებების შესახებ.

- საჭიროების მიხედვით განსაზღვრავს აუცილებელ ქმედებებს, რათა შეამციროს ან აღმოფხვრას ეკოლოგიური ზიანი, გამოავლინოს ეკოლოგიურად მავნე ფაქტორები და ჯანმრთელობაზე მათი ზემოქმედებით გამოწვეული არასასურველი შედეგები.

- დაავადებათა მკაცრი აღრიცხვის, რეგისტრაციის, ეპიდემიადამხედველობის, ეპიდსიგუაციის ანალიზის მეშვეობით პროგნოზს აკეთებს ჯანმრთელობის გაუარესების, დაავადებათა არასასურველი გამოსავლიანობის, შესაძლო ინციდენტების წარმოქმნის შესახებ.

- ეპიდემიადამხედველობის, რეგისტრაციის, მიმოსიღვის, ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული კვლევების ნორმატიულ და სადიაგნოსტიკო-ლაბორატორიულ მონაცემთა საფუძველზე აღწერს და აფასებს გარემოს ზემოქმედებასა და ავადობის არასასურველ შედეგებს შორის კავშირს.

- ქრონიკული დაავადებების დიაგნოსტიკისა და ჯანმრთელობაზე გარემოს ზემოქმედების შედეგების შეფასების მიმნიტ ხელს უწყობს მოწინავე ლაბორატორიული ტექნოლოგიების დანერგვას, აგრეთვე იმ ადამიანთათვის განკუთვნილი პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებას, რომელთაც განიცადეს ან ემუქრება გარემოში არსებული ტოქსიკური ნივთიერებების ნარჩენების ან სხვა მავნე ეკოლოგიური აგენტების ზემოქმედება.

- მავნე ეკოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგების შესწავლიტ ხელს უწყობს ახალი ეპიდგექნოლოგიების განვითარებას.

- თანამშრომლობს სახელმწიფო, სამოვადოებრივ, მათ შორის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, რათა სტანდარტიზებულ იქნეს მოქმედ ლაბორატორიათა მუშაობის ნორმები, შეფასების სისტემები.

- ხელმძღვანელობს სპეციალურ სიგუაციურ პროგრამებს.

მმართველობის კოორდინაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, მმართველობის საკოორდინაციო ფუნქცია-მოვალეობებიდან გამომდინარე;

ახორციელებს დაავადებათა კონტროლისა და ეპიდემიოლოგიური საქმიანობის საყოველთაო კოორდინაციასა და მართვას;

ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისათვის წარსადგენად ამზადებს დაავადებათა თავიდან აცილებასა და პროფილაქტიკასთან დაკავშირებულ მასალებს;

განსამზღვრავს სოციალურად საშიშ და მნიშვნელოვან დაავადებებთან ბრძოლის ამოცანებსა და მიზნებს;

გადაუღებელი სამედიცინო დახმარების გაწევისას ახდენს პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციათა კოორდინაციას;

საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ურთიერთ-თანამშრომლობით წარმართავს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და კონტროლის სფეროსთან დაკავშირებულ საქმიანობას;

საჭიროების შემთხვევაში გექნიკურ დახმარებას უწევს ცენტრალურ და ადგილობრივ ჯანდაცვის სამსახურებს, აგრეთვე კერძო და სხვა ორგანიზაციებს;

ახორციელებს სამედიცინო პროფილაქტიკური პროგრამების მართვას და კოორდინაციას;

ყოველწლიურად სწავლობს და აანალიზებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას;

ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის რგოლების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ხელმძღვანელების მმართველობითი (მენეჯერული) უნარ-ჩვევების განვითარებას;

უმრუნველყოფს ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან შესაბამისი სამსახურების კოორდინირებულ მუშაობას პროგრამებით გათვალისწინებულ სფეროში;

კოორდინაციას უკეთებს პაციენტთა და სამედიცინო დახმარების შემსრულებელთა ურთიერთობას;

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს აკავშირებს ჯანდაცვაში მონაწილე სხვა სუბიექტებთან. სამთავრობო ორგანიზაციებთან და პროფილაქტიკური საქმიანობით დაკავებულ ჯგუფებთან;

მოპოვებული სამედიცინო ინფორმაციის საუძველზე სრულყოფს სამედიცინო-საგანმანათლებლო საქმიანობასა და ზედამხედველობას ეპიდემიოლოგიური, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით;

საჭიროების შემთხვევაში, ინფორმაციას აწვდის სამედიცინო დაწესებულებებს პროგრამათა მიზნებისა და მენეჯმენტის შესახებ.

ეპიდზედამხედველობის პროგრამების მართვის ფუნქცია

ეპიდზედამხედველობის პროგრამების მართვის მიზნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური:

ხელს უწყობს ეპიდზედამხედველობის პროგრამების განვითარებას, ეპიდემიოლოგთა მომზადება-გადამზადებას, კადრებით ეპიდსამსახურების უზრუნველყოფას;

ხელს უწყობს ეპიდემიოლოგთა საქმიანობას;

გეგმავს, ადგენს და რედაქტირებას უკეთებს ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ სტატისტიკურ ანგარიშს, ამზადებს სპეციალურ ანგარიშებს ეპიდსიგნალის შესახებ;

მოიძიებს ყველა საჭირო ინფორმაციას ეპიდზედამხედველობის შესახებ;

დამხმარე სისტემების შექმნითა და მათი მუშაობის კოორდინაციით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებსა და დაწესებულებებს უტარებს კონსულტაციებს ეპიდზედამხედველობისა და ეპიდემიითა მართვის შესახებ;

გეგმავს, ხელმძღვანელობს და აფასებს გამოკვლევებს, გრავმაგიზმის კონტროლს, გამოვლენილ დაავადებათა სხვადასხვა ასპექტში განხილვას, პროფილაქტიკის გლობალური პროგრამების შემუშავებას;

რეკომენდაციას უწევს პროფილაქტიკური მედიცინის რეზიდენტულ პროგრამებს, სწავლების კურსის შერჩევასა და ჩამოყალიბებას, მონაწილეობს რეზიდენტთა შერჩევის პროცესში.

სხვა პროგრამათა მართვის, დაგეგმვისა და შეფასების ზოგადი ფუნქციები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიერ მართვადი პროგრამები გამიზნულია იმ განსაზღვრული სოციალურად საშიში დაავადებების აღრიცხვის, პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის, რომელთა წინააღმდეგ ეფექტური საიმუნოზაცო და სხვა საშუალებებია მოწოდებული.

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური კოორდინაციას უწევს სახელმწიფო და ადგილობრივი სამსახურების მიერ პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებას. ამ მიზნის შესასრულებლად:

შეიმუშავენ სამოგადოებრივი ჯანდაცვის მოკლე და გრძელვადიან პროგრამათა პროექტებს ქვეყნის ჯანდაცვის საყოველთაო გეგმაში გასათვალისწინებლად და ამ პროექტებს წინასწარ ათანხმებს ეკონომიკის, იუსტიციის, უინანსთა სამინისტროებთან, სხვა უწყებებთან;

კომპეტენციის ფარგლებში გეგმავს სამენეჯმენტო საქმიანობას; პროგრამით გათვალისწინებული ამოცანებიდან და მიზნებიდან გამომდინარე, ახდენს დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის სამსახურების მუშაობის, მათი შესაძლებლობების შეფასებას და შედეგების კოორდინირებას;

რეგულარულად სწავლობს და აანალიზებს პროფილაქტიკური პროგრამებიდან გამომდინარე ძირითად საქმიანობას;

აფართოებს საინფორმაციო სისტემების პროგრამებს;

ანალიზებს პროგრამების შესრულებისა და მიმდინარეობის შესაბამისობას მოქმედ კანონმდებლობასთან;

კოორდინაციას უკეთებს სამსახურების მიერ მოწოდებულ სხვადასხვა დონის ანგარიშებსა და ინფორმაციას;

თავისი კომპეტენციის ფარგლებში ახდენს კანონმდებლობითა და სხვა ნორმატიული აქტების დებულებათა შესრულების კოორდინაციასა და კონტროლს;

დახმარებას უწევს სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს ყველა დონეზე მმართველობით-ორგანიზაციულ საქმიანობაში, კოორდინაციას უკეთებს მუნიციპალური პროგრამების მიმართულების განსაზღვრასა და შეფასებას;

ახორციელებს უინანსური მომსახურებისა და ანალიზის, ინფორმაციული სისტემების ჩამოყალიბება-განვითარების, შესყიდვათა მენეჯმენტს;

უმრუნველყოფს პროცესში მონაწილე სამსახურების ადმინისტრაციულ, სამენეჯმენტო მომსახურებას;

უმრუნველყოფს სისტემის დაწესებულებების ურთიერთკავშირებს;

ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, დაგეგმვასა და გამართულ ფუნქციონირებას;

მონაწილეობს ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიული მიზნებისა და

ამოცანების ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში;

ხელმძღვანელობს სამოგადობრივი ჯანდაცვისათვის მნიშვნელოვანი ინფექციური დაავადებების გამოკვლევისა და დიაგნოსტიკის გზების გაუმჯობესების პროცესს;

მედამხედველობის განხორციელების მიზნით, მუდმივად ავროვებს ინფორმაციას დაავადებათა შესახებ;

ხელს უწყობს ინფექციურ დაავადებათა გამოვლენასთან, გავრცელებასთან, დიაგნოსტიკასთან, პროფილაქტიკასა და კონტროლთან დაკავშირებულ გამოკვლევებს;

ხელმძღვანელობს რეაქტივების, ტესტ-სისტემების სტანდარტიზაციასა და განაწილებას;

უმრუნველყოფს ქვეყანაში ექსპერიმენტული ვაქცინების, ანტიგოქსინების, კანის გესტირებისათვის საჭირო ანტიგენების, იმუნური სეროგლობულინებისა და სხვა საშუალებების მუდმივი მარაგის არსებობას;

გამოსცემს და ავრელებს სხვადასხვა სახის ცნობარებს, ბიულეტენებს;

ხელმძღვანელობს გამოკვლევებს დაავადებათა გადამგანების იდენტიფიცირების შესახებ;

კოორდინაციას უწევს ჯანდაცვის სამსახურებს პროგრამების ჩამოყალიბებისა და განხორციელების პროცესში, ეხმარება მათ პროფილაქტიკური სამსახურის ფუნქციონირების უმრუნველყოფაში, ხელს უწყობს პროფილაქტიკური მომსახურების ხელმისაწვდომობას თითოეული ადამიანისათვის (სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მიუხედავად);

საჭიროების შესაბამისად აყალიბებს სახელმწიფოს მიზნობრივ სტრატეგიას “ჩარევის სტრატეგიის” დასაფუძნებლად;

ცენტრალური და ადგილობრივი დაწესებულებებისათვის დახმარების გაწევის პროცესში ფუნქციონირებს, როგორც ძირითადი რგოლი პროფილაქტიკური პროგრამების ჩამოყალიბების მეშვეობით ისეთი პრობლემების აღმოსაფხვრელად, როგორცაა ვაქცინაციას დაქვემდებარებული დაავადებები, შიდსი, სტგდ, ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებები და სხვ.;

ავროვებს ინფორმაციას საერთაშორისო გამოცდილების შესახებ, იყენებს მას პროფილაქტიკასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად;

აგარებს მიზნობრივ გამოკვლევებს მიმდინარე პროგრამების გასაუმჯობესებლად;

აფასებს პროგრამათა განხორციელებას და ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურებს მიზნობრივ დახმარებას უწევს პროფილაქტიკური პროგრამების მართვაში;

მონაწილეობს საკარანგინო პროგრამების განხორციელებაში. რათა სახელმწიფო დაიცვას სხვა ქვეყნებიდან ინფექციური დაავადებების გავრცელებაში;

ამყარებს კავშირს სამთავრობო ორგანიზაციებთან და საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან;

ხელს უწყობს სხვადასხვა ქვეყნებთან თანამშრომლობას.

გეგმავს ეროვნულ პროგრამებს, ადგენს მიმართულებებს, ახდენს მათ კოორდინირებას, რათა შემუშავდეს და განვითარდეს რეკომენდებული პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სტანდარტები, აგრეთვე ხელს უწყობს გამოკვლევებს, სწავლებას, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს უსაფრთხო და ხელსაყრელი სამუშაო პირობები.

ამ მიზნის განხორციელებისას პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სფეროში ჩაგარებული გამოკვლევების შედეგებისა და ჯანმრთელობისათვის მავნე ფაქტორების შეფასების გზით:

- ადგენს პროფესიული უსაფრთხოების უზრუნველყოფის უახლეს მეთოდებსა და მიდგომის გზებს;

- შეიმუშავებს სამედიცინო კრიტერიუმებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ხანგრძლივ სიცოცხლეს, შრომისუნარიანობას, ამავე დროს ხელს უწყობს ლატენგური დაავადებების გამოვლინებას;

- ეწევა მიზნობრივ დახმარებას, მონაწილეობს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შექმნასა და განხორციელებაში;

- სახელმწიფოებრივ და ადგილობრივ დონეზე ახორციელებს პროგრამების ხელმძღვანელობას, დაგეგმვას, მართვას, კოორდინირებასა და მონიგორინგს.

ამ ამოცანის შესრულების პროცესში:

აგარებს კონსულტაციას, სწავლებას, სტატიტიკურ, დამხმარე, საგანმანათლებლო, ეპიდემიოლოგიურ და სხვა გექნიკურ მომსახურებას, რათა ცენტრალური და ადგილობრივი ჯანდაცვის სამსახურებს გაუწიოს დახმარება დაგეგმვის, განვითარების, პროგრამათა მართვის განხორციელებისა და გაუმჯობესების მისაღწევად;

ხელს უწყობს ვაქცინათა მოწოდების კონგრაქტების შედგენას, გაფორმებას, მათ შესყიდვასა და განაწილებას;

დახმარებას უწევს რეგიონულ და ადგილობრივ სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს ჩამოაყალიბონ ვაქცინაციის მართვის სისტემები, ხელი შეუწყონ იმ კონგინგენტის გამოვლენას, რომელიც საჭიროებს ვაქცინაციას, დაეხმარონ მშობლებსა და აცრის ჩამტარებლებს, რათა ყველა ბავშვი შესაბამის ასაკში იქნეს იმუნიზებული. შეაფასოს იმუნიზაციის ხარისხი სახელმწიფოებრივ და ადგილობრივ დონეზე და მართოს ვაქცინათა ეფექტურობა და უსაფრთხოება, რისთვისაც:

აღმინიგრაციულ ინფორმაციას აკავშირებს არასასურველი შემთხვევების დროულ შეტყობინებასა და დაავადებათა აფეთქებების მოდელებთან;

ხელმძღვანელობს კელევიტ სამუშაოებს ვაქცინაციის დაქვემდებარებულ დაავადებათა კონგროლისა და პროფილაქტიკის მიზნით;

ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემას დახმარებას უწევს იმ განსაზღვრული დაავადების ზედამხედველობაში, რომლისთვისაცაა განკუთვნილი იმუნიზაციის პროგრამები;

იმუნიზაციის პროცესში ზედამხედველობას უწევს ადგილობრივ პასუხისმგებელ პირებს;

ახორციელებს ეპიდემიოლოგიურ დახმარებას იშვიათი დაავადებების აღმოჩენის, დადგენისა და კონგროლის დროს;

ტექნიკურ დახმარებას უწევს სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, რათა განახორციელონ ინფექციურ დაავადებათა ეპიდგამოკვლევა, დიაგნოსტიკა, პროფილაქტიკა, კონგროლი და მართვა;

დახმარებას უწევს სხვადასხვა სამსახურებს ინფექციურ დაავადებათა კონგროლის პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის როლი და ფუნქციები

საქართველოს სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების განვითარების საქმეში უახლოეს პერიოდში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საზოგადოებრივ ჯანდაცვას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ქვეყნის სოციალური სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი რგოლია და მისი სწორი ფუნქციონირება განაპირობებს ქვეყნის ადამიანური რესურსის განვითარების ღონესა და ხარისხს. ამ თვალსაზრისით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის ეფექტურობაზე დამოკიდებული სიღარიბის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემის რაციონალური ამოქმედებაც. იგი ხელს შეუწყობს სიღარიბის მინიმუმიზაციას და ქვეყანაში ადამიანთა თანაცხოვრების ჯანსაღი გარემოს შექმნას. ცხოვრების ჯანსაღი წესი კი მაკროეკონომიკური განვითარებისა და ერთ სულ მოსახლეზე უფლადი შემოსავლების ზრდის საწინდარი ხდება. ამიგომ შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქვეყანას, რომელსაც არ გააჩნია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოქნილი და ეფექტური სისტემა, ეკონომიკური ჩამორჩენილობის საფრთხეც ემუქრება.

გარდაშავალ პერიოდში, როდესაც ქვეყანაში ჩამოყალიბებული არ არის საკუთრებითი ურთიერთობები, განსაკუთრებით ინგენსიურად მოქმედებს სამართლებრივ-ადმინისტრაციული წესები, მკაფიოდ არაა გამიჯნული საზოგადოების კონკრეტულ და არასაბაზრო გარემოს შორის არსებული თანაფარდობა, ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის უმთავრეს გარანტად რჩება საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. იგი არის სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ყოველი ადამიანისა და ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების სულიერი და ფიზიკური ჯანმრთელობის აღდგენისაკენ, აგრეთვე მათი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის, განვითარებისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების დამკვიდრებისაკენ.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სწორი ორგანიზაციისათვის აუცილებელია შემუშავებულ იქნეს ერთიანი ფორმა, რომელიც ქვეყნის პოლიტიკური პრინციპებიდან გამომდინარე, მიანიჭებს მას სახელმწიფო მნიშვნელობას. საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკური საფუძველს განსაზღვრავს საქართველოს პრეზიდენტის პროგრამა (ახალი პრიორიტეტები ახალი საქართველოსათვის) და საქართველოს კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ".

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციონირების პოლიტიკური საფუძველებიდან გამომდინარე, აუცილებელია ჩამოყალიბდეს შესაბამის სამართლებრივ ნორმათა ერთობლიობა, რომელიც უზრუნველყოფს აღნიშნულ სფეროში საქმიანობის სწორად და შეუფერხებლად წარმართვას. საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების საფუძველია ჯანდაცვის პოლიტიკისა და საქართველოს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმაც.

აღნიშნული გეგმა მოიცავს ქვეყნის სოციალური განვითარების კონცეპტუალურ საფუძველებს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის მის ფარგლებში განსაზღვრულია საბიუჯეტო ასიგნებანი სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა დაფინანსებისათვის (ბიუჯეტის დონეთა მიხედვით).

ინსტიტუციური თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაცია-განვითარება ხორციელდება დემოკრატიულ პრინციპებზე - საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ქვეყნის ხელისუფლება. ცალკეულ სფეროებში აქტიურ როლს ასრულებენ არასამთავრობო (საზოგადოებრივი) ორგანიზაციები. ეს მოკადად, კერძოდ კი, ინსტიტუციური როლის შესრულება ეკისრება სახელმწიფო დაწესებულებას, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს ფუნქციური წარმომადგენელია. სახელმწიფო დაწესებულება კლორდინაციას უწევს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან. დონორებთან და არასამთავრობო დაწესებულებებთან საქმიან ურთიერთობებს. იგი უნდა იყოს ეფექტური სახელმწიფო სტრუქტურა. რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლებას და სიცოცხლის გახანგრძლივებას, ამასთან მკაფიოდ გამიჯნავს ცენტრალური ხელისუფლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მოვალეობებს და ქმნის ერთიან საზოგადოებრივ სისტემას.

მიმდინარე ეტაპზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მოწყობის აუცილებელი პირობაა მოსახლეობის პრევენციულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებების მეშვეობით ქვეყნის მთელი მოსახლეობის მოვლა. ამ თვალსაზრისით მისი საქმიანობა მოიცავს მთელს მოსახლეობას. შესაბამისად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციული სტრუქტურის შექმნისას უნდა გავითვალისწინოთ მოსახლეობის სოციალური და ასაკობრივი თავისებურებები, აგრეთვე მათი განსახლების პირობები და ცხოვრების წესზე მოქმედი ბუნებრივი ფაქტორები. ეს უკანასკნელი საქართველოს მოსახლეობის სწრაფ სოციალურ ღიურერენციაციასთან ერთად, განსაკუთრებულ პირობებს ქმნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციონირებისათვის. ჩნდება ერთიანი ცენტრიდან მისი მართვის აუცილებლობა, რისთვისაც იქმნება სახელმწიფოს ფუნქციური წარმომადგენლობა სახელმწიფო დეპარტამენტის სახით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარგლებში. აღნიშნული დეპარტამენტი მოსახლეობას უზრუნველყოფს პრევენცია-პროფილაქტიკის სამსახურების ერთიანი ინსტიტუციური სისტემატიზაციით, რაც, უპირველეს ყოვლისა, გამოიხატება ამ სფეროში ერთიანი სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპების შემუშავებასა და მათ რეალიზაციაში. დღეისათვის ქვეყანაში შექმნილი ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, უაღრესად მნიშვნელოვანია პრევენცია-პროფილაქტიკის პროცესის პროგრამულ-მიზნობრივი მართვა. შესაბამისად უნდა შემუშავდეს პროგრამები, რომლებიც გაწერილი იქნება მოსახლეობის როგორც სოციალური ჯგუფების თავისებურებათა, ასევე საცხოვრებელი ადგილის გათვალისწინებით. აქედან გამომდინარე, პროგრამების დაფინანსებაც უნდა განხორციელდეს ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან. მიგვაჩნია, რომ დაფინანსების წყაროების მიხედვით უნდა შემუშავდეს პროგრამების სამი ჯგუფი, რომელთა წილიც უნდა განაწილდეს შემდეგნაირად:

1. ცენტრალური სახელმწიფო სამედიცინო-პროფილაქტიკური პროგრამები - 10-დან 15%-მდე;
2. მუნიციპალური ძირითადი სახელმწიფო პროგრამები - საორიენტაციოდ 70-75%-მდე;
3. ლიცენზიის ფარგლებში სახელმწიფო პროგრამებს ზევით - 10-20%-მდე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსების მიზნით

ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან აკუმულირებული სახსრები უნდა წარიმართოს მიზნობრივად, შესრულებული სამუშაოების შესაბამისად და დეპარტამენტის სამსახურები ხელშეკრულების საფუძველზე მოახდენენ ანგარიშსწორებას უშუალოდ შემსრულებელთან.

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებული სამსახურის საქმიანობის სრულყოფის მიზნით მიზანშეწონილია განხორციელდეს ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქვეყანაში პრევენცია-პროფილაქტიკის სამსახურების შექმნასა და ფუნქციონირებას. ამ თვალსაზრისით, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი როლიდან გამომდინარე, მართვის ძირითადი ფორმა უნდა იყოს ადმინისტრაციული, რათა აღსრულებითი ფუნქციები სათანადოდ გადაწილდეს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო და რაიონულ განყოფილებებზე. ამასთან, საჭიროა მუშაობა მმართველობის სისტემის ფუნქციონირების ეფექტურობის ამაღლების თვალსაზრისით. აუცილებელია გამიჯნული მმართველობითი ადმინისტრირება, გადაწყვეტილებათა მიღების კომპეტენცია და სამშემსრულებლო საქმიანობა, რომელიც ხელს უწყობს მიზანმიმართული ქმედების განხორციელებას მისთვის დაკისრებული ამოცანების გადაწყვეტისათვის. ამასთანავე, არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება მართვის სტრუქტურულ სრულყოფასაც, რაც გულისხმობს როგორც სამოგადოებრივი ჯანდაცვის შიგა ორგანიზაციული, ასევე მისი ერთიანი სამსახურებრივი სტრუქტურის სრულყოფას (მხარის ცენტრალური ქალაქის სამოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო ცენტრისათვის - სამხარეო ღონის შესაბამისი სამუშაოების მობილიზაციისა და ანალიზის მხრივ, აგრეთვე მეთოდური სარეკომენდაციო, საპროექტო და ხელშეწყობითი ღონისძიებების გაგარების და ქმედების განხორციელების უფლებების მინიჭება, რასაც იგი გარდამავალ ეტაპზე ძირითადად უზრუნველყოფს "ცენტრალური" სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით).

ყოველივე ზემოაღნიშნული ცენტრალურ და ადგილობრივ აღმასრულებელ ხელისუფლებას საშუალებას მისცემს ჰქონდეს მოქნილი, ოპერატიული და მობილიზებული ჯანდაცვის სამსახური მხარის, ცენტრალური ქალაქებისა და რაიონების მასშტაბით. ეს შესაძლებლობას იძლევა სამოგადოებრივი ჯანდაცვა ჩაერთოს ქვეყნის ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში, როგორც მისი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი რგოლი და ამავე დროს შეინარჩუნოს

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა, სტრუქტურა და კადრები 2001-2005 წლებში

“ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ” საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის №723 ბრძანებულების შესაბამისად საქართველოს მიუღს გერიგორიაზე ჩამოყალიბებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრები, რომელთაც დაევაღათ შესაბამის აღმინისგრაიულ გერიგორიაზე ჯანდაცვითი პროცესების მართვა-კორდინაცია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებისა და პროფილაქტიკურ პროგრამათა დაუინანსება სახელმწიფო ვალდებულებათა მიხედვით (დღეს მოქმედი სქემა, დანართი 1).

“ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო ფონდებისა და რაიონული (საქალაქო) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების შექმნის შესახებ” საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1998 წლის 15 იანვრის ბრძანების შესაბამისად დამგკიეებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრების გიპური დებულება.

ამეამად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები ასრულებენ სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ (აღგილობრივ და ცენტრალურ დონებზე) ცენტრალურ და მუნიციპალურ სახელმწიფო სამედიცინო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

“საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამგკიეების შესახებ” საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 26 დეკემბრის №687 ბრძანებულებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო (რაიონული) სამსახურის ერთ-ერთი აღგილობრივი სტრუქტურული

ერთეულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო (რაიონული) ცენტრი.

“ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონისა (მუხლი 53, პუნქტი 1.2. ა); ბ); მუხლი 54; მუხლი 57) და მოქმედი სხვა შესაბამისი კანონებიდან გამომდინარე. საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის შემდგომი ორგანიზაციული მოწყობისა და ფუნქციონირებისათვის საჭიროა სამართლებრივი საფუძველი (ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა).

“ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმმართველობის შესახებ” 1997 წლის 16 ოქტომბრის საქართველოს კანონის (რომელიც საქართველოს ტერიტორიულ-სახელმწიფოებრივი მოწყობის შესახებ კანონის მიღებამდე განსაზღვრავს ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოების შექმნისა და საქმიანობის საფუძველს) მე-7, მე-8 და 28-ე მუხლების შესაბამისად, ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებისათვის კანონით განსაზღვრულ ვალდებულებათა შესრულების მიზნით, მიზანშეწონილია ჩამოყალიბდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრები საჯარო სამართლის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი სუბიექტების სახით, აუცილებელი მინიმალური სტრუქტურული და საკადრო რესურსით. ამავე დროს, უნდა შემუშავდეს გიჟური დებულება, რომელიც სიტუაციის შესაბამისად პერიოდულად შეიძლება შეიცვალოს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის აუცილებელი სტრუქტურა და მინიმალური შრომითი რესურსები (კადრები)

(სარეკომენდაციო ჩამონათვალი)

I. ადმინისტრაცია

დირექტორი

დირექტორის მოადგილე - 1 (პროგრამის ხელმძღვანელი)

მთავარი სპეციალისტი - 1 (იურისტ-ეკონომისტი)

სპეციალისტი - 1 (საერთო განყოფილების
თანამშრომელი)

II. ინფორმაციულ-ანალიტიკური განყოფილება

მხარის ცენტრალური ქალაქის დონე

მთავარი სპეციალისტი - 2 (პროგრამისგანალიტიკოსი,
სტატისტიკოსი)

წამყვანი სპეციალისტი - 2 (ინფორმაციულ ტექნოლოგიათა
სპეციალისტი, ოპერატორ-
სტატისტიკოსი)

რაიონის დონე

მთავარი სპეციალისტი - 1 (სტატისტიკოსი)

წამყვანი სპეციალისტი - 1 (ინფორმაციის ტექნოლოგიათა
სპეციალისტი)

III. უბიდუდამუდგელობისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის განყოფილება

მხარის, ცენტრალური ქალაქის დონე

მთავარი სპეციალისტი - 3 ექიმი-ეპიდემიოლოგი,
სოციალური მუშაკი,
ექიმი-პრევენციონისტი

წამყვანი სპეციალისტი - 2 ეპიდთანამშემწე

რაიონის დონე

მთავარი სპეციალისტი	-	2	(ეპიდემიოლოგი, სოციალური მუშაკი)
წამყვანი სპეციალისტი	-	1	(ეპიდთანაშემწე)

IV. საფინანსო-ეკონომიკური განყოფილება

მთავარი ბუღალტერი	-	1
წამყვანი სპეციალისტი (ბუღალტერი).	-	1

სულ -

მხარის ცენტრალური ქალაქის დონე 14 საშტატო ერთეული (შრომითი რესურსი)

რაიონის დონე - 10 საშტატო ერთეული (შრომითი რესურსი)

რეკომენდებულია:

ლაბორატორიული და სადემინუეციო სამსახურების არსებული სტრუქტურის შენარჩუნება, მომავალში განვითარების პერსპექტივიით, დიაგნოსტიკის გაფართოება, სოციალურ ჯგუფთან მუშაობა სპეციფიკის გათვალისწინებით.

შესაძლებელია ყოველივე ეს შემდგომში შეიცვალოს ინტეგრირებული ლაბორატორიული სისტემით, რომლის პროექტი დამუშავების სტადიაშია.

საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საუწყებო სამსახური (ცენტრი) იქმნება იმ წარმოება-დაწესებულებებში, სადაც 5 ათასზე მეტი თანამშრომელია. ამავე დროს, დროებითი ან მომავალი კონტიგენტი გარკვეულ პერიოდში (საათი, დღე, კვირა) 2000 აჭარბებს.

საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ძირითადად აქცენტს აკეთებს ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის დაკვირვებასა და მის გაუმჯობესებაზე, აქვს უწყების სპეციფიკიდან გამომდინარე პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა მიმართულებანი, რომელთაც

ვალდებულებათა შესაბამისად შეძლებისდაგვარად ითვალისწინებს ცენტრალური, სამხარეო და მუნიციპალური (ადგილობრივი) პროგრამები. ხოლო ამის ზევით უზრუნველყოფს უწყება.

შესაძლებელია შეიქმნას საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, რომელიც უწყების (რკინიგზის, სანაოსნოს, სამხედრო უწყების და სხვ.) ინტერესებს იცავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში. ასეთი უწყება უშუალოდ პასუხისმგებელი იქნება დამუშავებლებისა და სახელმწიფო ცენტრალურ ორგანოთა წინაშე.

ტერიტორიულ-სტრუქტურულ მმართველობით რეგლში ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის განყოფილებებში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს პროფილაქტიკისა და სამედიცინო ინჟინერინგ-სტაგისტიკაზე მომუშავე კადრების შექვეყნა.

პერსპექტივა

განვითარების მიმართულება - დიაგნოსტიკური ბაზა,
საინჟინერინგო, პროგრამული,
საპროექტო, ანალიტიკური
სამუშაოები
(საზოგადოებრივ საწყისებზე),
მომუშავე კადრები.

მართვა, ანალიზი - პროგრამული სამუშაოების
შესრულება (მიზნობრივ
ლონისძიებათა კომპლექსი)
კომპონენტი წინადადებების, გადაწყვეტილებათა
ჯანმრთელობისა და პროექტების შემუშავება, მედიოლურ-
სოციალური დაცვის ინსტრუქციული სამუშაოების
სისტემის სფეროში ჩატარება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა
საქართველოს ტერიტორიული
მოწყობის მოსალოდნელი

სამხარეო საზოგადოებრივი
ჯანდაცვის ცენტრი, რომლის
სტრუქტურულ ერთეულს

ცელილების (ფედერალიზმზე
აქცენტირება) პერსპექტივით

რაიონული სამოვადოებრივი
ჯანდაცვის განყოფილებად
(რაიონში ფილიალის სახით)

სამოქმედო არე - მხარის გერიგორია, ადგილობრივი მოსახლეობა,
რომელსაც აქვს ერთნაირი გრადიციები, წეს-
ჩვეულებები, სოციალურ-ეკონომიკური
განვითარების თანაბარი მაჩვენებლები,
ადმინისტრირების სამხარეო პრიმატი.

ფუნქციები - სახელმწიფო ცენტრალური და სამხარეო
პროგრამებით გათვალისწინებული
სამუშაოების განხორციელება;

პროგრამების მეშვეობით, სიგუაყიის შესაბამის
და სხვა ღონისძიებათა შემუშავება-
გატარება დებულების ფარგლებში.

დაფინანსება - 1. პროგრამით (ცენტრალური და
მხარის ბიუჯეტის სუფსიდიები)

გათვალისწინებული

2. ლიცენზირების ფარგლებში უშუალოდ
გაწეული მომსახურებიდან შემოსული თანხები;

3. გრანტებით მიღებული

შემოსაველები;

4. სხვადასხვა.

მმართველობითი კომპონენტი - იმავე ჩარჩოებშია, რაც
(ჯანმრთელობისა და შუალედურ სოციალურ
დაცვის სისტემის სფეროში) (გარდამავალ) ეტაპზე.

ანგარიშგება - უშუალოდ დამკვეთთან ცენტრალურ,
სამხარეო, ადგილობრივ (სახელმწიფო
პროგრამებით) დონეზე;
საფინანსო სტრუქტურებთან
(სავადასახადო და სხვა სამსახურებთან).

სამოვადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირებისა და
პროფილაქტიკურ პროგრამათა დაფინანსების შესახებ (დანართი 2).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ლიცენზირება

“სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის, ლიცენზირების შესახებ” საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 1 ოქტომბრის №564 ბრძანებულების მე-3, 4 და მე-5 პუნქტების შესაბამისად აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ლიცენზირება.

ამჟამად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის ლიცენზირებულია:

15. სავალდებულო სამედიცინო საქმიანობა;

15.1 ღონისძიების ორგანიზება;

15.2 ეპიდმიოლოგია;

15.3 სადემინფექციო საქმიანობა;

15.3.1 დემინფექცია;

15.3.2 დემინსექცია;

15.3.3 დერაგიზაცია;

15.4 მოსახლეობის მასობრივი იმუნიზაციის ორგანიზება და ჩატარება;

15.5 სამედიცინო სტატისტიკა;

15.6 სახელმწიფო ღონისძიებანი სამობილიზაციო მომზადებაში, სამოქალაქო თავდაცვასა და ექსტრემალურ სიტუაციაში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურში;

16. სამეცნიერო-კვლევითი სამედიცინო საქმიანობა;

16.2 ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიები (პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, სამედიცინო რეაბილიტაცია);

16.2.1 აპრობაცია;

16.2.2 დანერგვა;

16.2.3 შემუშავება;

6.4 ახალი ორგანიზაციულ-ეკონომიკური ტექნოლოგიები და ორგანიზაციული ჯანდაცვის მართვის სისტემები;

16.4.1 დანერგვა;

16.4.2 შემუშავება;

17. სანიტარიული განათლება.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, განყოფილებებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციები, უფლება-მოვალეობანი და ურთიერთდამოკიდებულება

სამხარეო დეპარტამენტებსა და განყოფილებებს საქართველოს
პრეზიდენტის ბრძანებულებიდან და მათ შესახებ დებულებიდან
გამომდინარე, ევალება:

ა) მხარის ტერიტორიაზე არსებული სამედიცინო-
პროფილაქტიკური დაწესებულებების მუშაობის
კოორდინაცია და მათში სალიცენზიო პირობების
შესრულებისა და სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების
დაცვის კონტროლი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი ამგვარ ფუნქციას არ
ასრულებს, გარდა ცენტრალური პროგრამით განსაზღვრული
ლონისძიებებისა, რომელთა შემსრულებლების საქმიანობის
კოორდინაცია გულისხმობს მონიტორინგს, კერძოდ, შესრულებული
სამუშაოს მიღება-ანალიზს, დინამიკაში შესწავლას.

ცენტრალური პროგრამის ანგარიშებს აქვს როგორც
ეპიდემიოლოგიური ანგარიშის, ასევე სტატისტიკურ და ეკონომიკურ
მონაცემთა შერეული ფორმა. მისი მიღება, ანალიზი, დინამიკაში
დაკვირვება აუცილებელია მომავალში ადგილზე მიმდინარე
პროცესთა კორექტირებისათვის, რომლის მიხედვითაც შეიძლება
როგორც მყისიერი რეაგირება, ასევე ხანგრძლივად მიმდინარე
პრობლემათა გადაწყვეტა. რაიონული (საქალაქო) რგოლიდან
ანგარიშები მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრს, აქედან
კი დადგენილი წესით - უშუალოდ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
დეპარტამენტს.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო
დეპარტამენტს წარედგინება მისივე შემუშავებული ყოველთვიური
საეალდებულო ფორმები. მათში შედის როგორც ცენტრალური, ასევე
ადგილობრივი პროგრამების მიმდინარეობების შესახებ

მონაცემები და მაჩვენებლები, რომლის შედგენასა და შესრულებაზე კომპეტენტურია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის საქმიანობა მხოლოდ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მუშაობის კოორდინაციის ასპექტში იქნება წარმოდგენილი. ანალოგიურად ხდება ქალაქის, რაიონის დონეზეც ქალაქის მმართველობით სტრუქტურასთან.

ბ) მხარის ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი დამტკიცებული ფორმებისა და დადგენილი ვადების შესაბამისად.

ქალაქის, რაიონის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები იღებენ და ამუშავენ სამედიცინო სტატისტიკურ მონაცემებსა და მაჩვენებლებს, ახდენენ საეჭვო შემთხვევათა (მაჩვენებელთა, მონაცემთა) გადამოწმებას ადგილებზე, აგრეთვე იღებენ სხვა (არასამედიცინო) მონაცემებსაც, რომელიც აუცილებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საერთო სურათის დასამუხტებლად. ეფე გარდება დადგენილი და დამტკიცებული ფორმით, განსამღვრულ ვადაში და ხშირ შემთხვევებში სიტუაციური და ლოკალური უწყებათაშორისი ურთიერთობის სახე აქვს, ე.ი. ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მიაწოდის მის სამოქმედო ტერიტორიაზე ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისათვის საჭირო მაჩვენებლებსა და მონაცემებს გემდგომს მისივე შემუშავებული ფორმების გათვალისწინებით (ან თავად ფორმებსაც).

ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი მონაცემებს იღებს როგორც ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე მოქმედი დაწესებულებებიდან, ასევე უშუალოდ მხარეში არსებული რაიონების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებიდან, ამუშავენს დამტკიცებული ფორმის მიხედვით და წარუდგენს სამხარეო დეპარტამენტს. ქალაქის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის განყოფილებას მონაცემები და მაჩვენებლები მიეწოდება რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისათვის დამტკიცებული ფორმით. რაიონული

სამოგალოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი მიღებულ, გადამოწმებულ და დამუშავებულ ინფორმაციას, აგრეთვე სამედიცინო-სტატისტიკურ და სხვა სახის ინფორმაციას წარუდგენს მხარის ცენტრალური ქალაქის, სამხარეო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრს, შემდგომში როგორც ცენტრალური პროგრამებით გათვალისწინებული სამუშაოების შეუასების, ასევე მათი განხორციელების მიზნით.

ინფორმაციის მოპოვების, მიღების, დამუშავებისა და გადაცემის სქემა

სამოგალოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, როგორც სახელმწიფო სტრუქტურებს, აქვთ შესაბამისი ინფორმაციის მოპოვება-დამუშავებისა და გამოყენების უფლება.

ვინ-ვის, როდის და რა ინფორმაციას მიაწვდის?

სუბიექტები:

ვინ? - სამედიცინო დაწესებულებები, ფიზიკური პირი (შესაძლებელია მედიცინის მუშაკიც კი არ არისდა სხე);

ვის? - სამოგალოებრივი ჯანდაცვა ქალაქი, რაიონი, ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმართველობის განყოფილებები, სამხარეო დეპარტამენტი, სამინისტრო და სხვ.

როდის? - დადგენილ, დამტკიცებულ ვადებში, შესაძლებელია სიგუაციის შესაბამისადაც;

რა? - სტანდარტული და არასტანდარტული მონაცემები, მაჩვენებლები, როგორც დამტკიცებული ფორმების მიხედვით, ასევე სიგუაციიდან გამომდინარე.

გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო პროგრამის პროექტის შემუშავება.

ქალაქის სამოგალოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები არსებული მონაცემების საფუძველზე შეიმუშავენ სამედიცინო-პროფილაქტიკურ პროგრამებს, რომელიც გადაეცემა სამხარეო დეპარტამენტს განხილვისა და შემდგომი კორექტირებისათვის.

პროგრამის ძირითადი მიმართულება და ჩარჩო განისაზღვრება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტის

მიერ ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის, ქალაქისა და რაიონის ჯანდაცვის განყოფილებების წინადადებათა საფუძველზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრი წინადადებებს პროფილაქტიკური პროგრამების მოცულობის, აუცილებელი კომპონენტებისა და მიმართულებების შესახებ, წარუდგენს ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმმართველობის შესაბამის განყოფილებას, ამზადებს პროექტებს და აუცილებლობის შემთხვევაში იცავს მათ ადგილობრივი მმართველობის ორგანოების წინაშე.

დ) მხარის მოსახლეობის საშედიცინო პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულად და სრულად ჩატარება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო (რაიონული) ცენტრი უზრუნველყოფს უშუალოდ ღონისძიებების ჩატარებას, საორგანიზაციო სამუშაოების შესრულებას (უშუალოდ ჩატარების დროს) ორგანიზაციულ-მეთოდური თვალსაზრისით.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტი (მათ შორის რაიონული, საქალაქო განყოფილება) უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულად და ხარისხიანად ჩატარებას და ხელს უწყობს უწყებათაშორის და ადგილობრივ მმართველობასთან მიმართებაში.

ე) მხარის მოსახლეობაში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა ორგანიზაცია.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (საქალაქო, რაიონული) ცენტრები ამზადებენ მასალებს, გადიან მიზნობრივ ჯგუფებზე, ორგანიზაციას უკეთებენ მეთოდურ-ინსტრუქციულ მუშაობას და უზრუნველყოფენ შესაბამისი კადრებით. სამხარეო დეპარტამენტი (რაიონული, საქალაქო განყოფილებები) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ორგანიზაციაში ფაქტობრივად ინტერსექტორული ხელშეწყობის ღონებზე მონაწილეობს.

ვ) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების კოორდინაცია ა) პუნქტში მითითებული მოცულობით.

სამოგალოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრები მოქმედებენ ა) პუნქტში მოცემული მოცულობით.

თავი XI

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საინფორმაციო სამსახურის სტრუქტურა და ფუნქციები

როგორც ცნობილია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის უწყვეტი განვითარების უზრუნველსაყოფად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის სფეროს გამართულად ფუნქციონირებას. საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მიზანია მოსახლეობის უზრუნველყოფა თანამედროვე სამედიცინო დახმარებითა და აუცილებელი პრევენციული ღონისძიებებით. ნათელია, რომ აღნიშული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს პასუხისმგებლობა დაეკისროს ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის ანალიზსა და მართვაზე, დაავადებათა პრევენციის თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზებასა და ჩატარებაზე, სიკვდილიანობის შემცირებასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე. ამავე დროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის ფუნქციებში შედის ჯანმრთელობის საინფორმაციო სამსახურის ხელმძღვანელობა, ეპიდემიოლოგიური ბედამხედველობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და დაავადებათა პრევენციის მიზნით, სახელმწიფო, რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების განხორციელების ხელშეწყობა და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ამ კუთხით თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.

სწორედ ამ მიმართებით უნდა წარმართოს მუშაობა ჯანმრთელობის სტატისტიკისა და საინფორმაციო სამსახურის ცენტრმა, რომლის უშუალო ფუნქციაა ჯანმრთელობის სტატისტიკის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, შეგროვება და ანალიზი, რაც შემდეგ გამოყენებულ უნდა იქნეს ჯანდაცვის პოლიტიკის ჩამოყალიბებისა და შეუასებისათვის ქვეყნის მასშტაბით.

ჯანდაცვის ასპექტში ინფორმაციული უზრუნველყოფის გაუმჯობესების მიზნით დღის წესრიგში ღვება საკითხი საინფორმაციო მონაცემებიდან იმ აუცილებელი მანკვენებლების

მიზანდასახულად გამოკვეთის თაობაზე. რომელიც საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული თუ რაიონული სამსახურების სრულყოფილი საქმიანობისათვის.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, დემოგრაფიული და ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია ესაჭიროება პრიორიტეტული მიმართულებების განსასაზღვრავად და მძღებელი შედეგების შესაფასებლად. საერთოდ კი, რაიონულ დონეზე საინფორმაციო სისტემის ერთ-ერთი მთავარ ამოცანად შეიძლება ჩაითვალოს ყველა დონისძიების – მათ შორის არასამედიცინოსიცი – ინფორმაციული უზრუნველყოფა, რომელზედაც გარკვეულწილად დამოკიდებულია რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ყოველივე ეს დაკავშირებულია ადგილებზე საპროგრამო დონისძიებების აღაპგაციასა და დანერგვასთან. ასევე გასათვალისწინებელია კვალიფიციური საფინანსო თუ სხვა კადრების უკმარისობა.

საზოგადოების გასკითარება დაფუძნებულია არსებული აღამიანური და მაგერიალური რესურსების გამოყენების მოქნილი სისტემის ჩამოყალიბებაზე, რათა გაიზარდოს საზოგადოების მონაწილეობა სოციალური და ჯანმრთელობის საკითხების მოგვარებაში. ამისათვის აუკილებელია ინფორმაციული, საგანმანათლებლო და ფინანსური რესურსების გამოყენება მოსახლეობის საკეთილდღეოდ.

ამოცანები შეიძლება ჩამოვყალიბოთ შემდეგი სახით:

- სოციალური უთანასწორობის ლიკვიდაციის კურსის შენარჩუნება, არსებული სიძნელეების გადალახვა, მოსახლეობის პასუხისმგელობის გაზრდა საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის სრულყოფა უტყუარი ინფორმაციის საფუძველზე სტრატეგიული გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურების გაუმჯობესების მიზნით, მიმართულია უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაჭრისაკენ;
- ინფრასტრუქტურის განმეტკიცება პირველადი ჯანდაცვის პრინციპების საფუძველზე;
- სისტემაში არსებული საშუალებების ეფექტური მართვის მიღწევა ახალი რესურსების მოზილვით;
- ჯანდაცვის მართვის ეფექტურობის სრულყოფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის კუთხით, არსებული

რესურსების გამოყენებისა და დამატებითი საშუალებების გამონახვის გათვალისწინებით.

ამდენად, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ახალი მიმართულება გულისხმობს მოსახლეობის უფრო აქტიურ მონიღვას, გარემოს დაცვით ღონისძიებათა პრიორიტეტს, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას, ინვესტიციების გაზრდას დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამებში. კარგად არის ცნობილი, რომ ადამიანის ცხოვრების წესი მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მის ჯანმრთელობას. იმ ქვეყნებში, სადაც გაუმჯობესდა ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია, რეალური ვახდა სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა და თვით ცხოვრების ღონის ამაღლება (სამოგადოება ხომ კომპლექსური სტრუქტურაა). შეუძლებელია ჯანმრთელობის სხვა ცხოვრებისეული მიზნებიდან გამოყოფა. უწყვეტი კავშირი ადამიანსა და გარემოს შორის ჯანმრთელობისადმი სოციალურ-ეკოლოგიური მიდგომის საფუძველია. აუცილებელია სამოგადოების ყველა წევრის მიერ საკუთარ თავზე, ერთმანეთზე, სამოგადოებასა და ბუნებრივ გარემოზე ზრუნვის პრინციპის დამკვიდრება. ცხოვრების, მუშაობისა და დასვენების სახე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. მუშაობისა და დასვენების პირობები ადამიანთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისათვის აუცილებელია საყოფაცხოვრებო და სამუშაო ადგილებზე უსაფრთხო, სასიამოვნო და დაღებთად მოქმედი გარემოს უზრუნველყოფა. ერთ-ერთი სტრატეგიული მიმართულებაა საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილებში ფიზიკური აქტიურობისათვის საჭირო პირობების შექმნა. ამდენად, აუცილებელია ჯანმრთელობაზე სწრაფად ცვალებადი გარემოს ზემოქმედების მუდმივი შეფასება, განსაკუთრებით ახალი ტექნოლოგიების, სამუშაო პირობების, ენერგეტიკისა და ურბანიზაციის სფეროებში. ყოველივე ეს მიმართული იქნება ადამიანის ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო პირობების უზრუნველყოფისაკენ. ბუნებრივი გარემოს დაცვა და ჯანსაღი გარემო პირობების შექმნა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ცალკეული ფაქტორების ან მათი ერთობლიობის უარყოფითი გავლენა განსაკუთრებით მკაფიოდ ვლინდება სპეციფიკურ ასაკობრივ ჯგუფებში, ხოლო ბევრი ამ ფაქტორთაგანი (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკები, სქესობრივი გზით გადამდები სნეულებანი და ა. შ.) საზიანოა ყველასათვის.

შემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორთა იდენტიფიკაცია და სასწრაფო ღონისძიებების გაგარება პირველი რიგის ამოცანაა. შემოთქმულის გათვალისწინებით, ადგილობრივი (რეგიონული, რაიონული) საინფორმაციო სისტემები უნდა ფლობდნენ ინფორმაციის მინიმუმს მაინც:

1. საერთო სოციალურ-ეკონომიკური და ეკოლოგიური მდგომარეობის შესახებ:

- რაიონის ფიზიკურ-გეოგრაფიული და კლიმატური პირობების შესახებ;
- სამოვადობრივი ორგანიზაციის ფორმების, ეკონომიკური განვითარების, მოსახლეობის საქმიანობის სახეებისა და ცხოვრების წესის შესახებ;
- ადგილობრივი მმართველობითი ორგანოების მოწყობის შესახებ;

2. დემოგრაფიული სიტუაციის შესახებ;

- რაიონის მოსახლეობის აღრიცხვიანობის, რაოდენობის, ასაკობრივი და სქესობრივი შედგენილობის, ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის თანაფარდობის, გეოგრაფიული განაწილების შესახებ;
- დემოგრაფიული სტატიკის, მიგრაციის სქემებისა და მოსახლეობის მაგების ტემპის შესახებ;
- ოჯახის სტრუქტურისა და შედგენილობის შესახებ.

3. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და განვითარების ტენდენციების შესახებ, კერძოდ:

- ინფექციური და არაინფექციური დაავადებების მიმართ (ტუბერკულოზი, შიდსი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, დიაბეტი და ა. შ.) საყოფაცხოვრებო პირობების, რისკ-ფაქტორების, კვების თავისებურებათა გავლენის, თამბაქოსთან, ალკოჰოლთან, ნარკოტიკებთან დამოკიდებულების, სხვადასხვა პრეპარატების მიღების შესახებ (სრული სტატისტიკური ინფორმაცია);
- ინვალიდობის, სიკვდილიანობის, დაავადებების გამომწვევი და ა. შ. მიზეზების შესახებ (ეპიდემიოლოგიური გარემოს გათვალისწინებით);
- საერთო განათლებასთან, კვებასთან, საყოფაცხოვრებო პირობებთან, წყალმომარაგებასთან და სხვ. დაკავშირებული დაავადებების ძირითადი დამახასიათებელი ნიშნების შესახებ.

4. სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის თაობაზე;

- ორსულობის, შობადობის (კონგრულის, ანგენაგალური და პოსტნაგალური დახმარების) შესახებ;
- კვების (ძუძუთი კვების, ბავშვთა მზრდისა და განვითარების მონიტორინგის, კვების უკმარისობისა და ა.შ.) შესახებ;
- იმუნიზაციის შესახებ (სრული სტაგისტიკური ინფორმაცია);
- გარემოს დაცვის მდგომარეობის - ჯანსაღი ეკოლოგიის (წყალმომარაგების, საყოფაცხოვრებო ჰიგიენის და ა.შ.) შესახებ;
- ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის მდგომარეობის (რისკ- ფაქტორების, კონგრულის მეთოდების) შესახებ;
- სტაციონარული და პოლიკლინიკური დახმარების შესახებ მწვავე და ქრონიკული დაავადებების დროს.

5. რესურსების გამოყოფისა და გამოყენების თაობაზე, კერძოდ:

- სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის (მოქმედი პროგრამების) რაოდენობის, გამგარუნარიანობისა და განაწილების შესახებ;
- დაუინანსების წყაროების, საბიუჯეტო საშუალებათა მოძრაობისა და ხარჯვის შესახებ;
- სხვადასხვა კატეგორიის სამედიცინო პერსონალის მომზადების, საქმიანობისა და განაწილების შესახებ;
- ადმინისტრაციის უწყვიციონირების, გრანსპორტის, მაგერიალურ-ტექნიკური რესურსებისა და მომარაგების ხელმისაწვდომობის შესახებ.

6. ჯანდაცვის რაიონული სისტემის მართვის წესების შესახებ, კერძოდ:

- ლაგეგმვის (სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების, პოლიტიკის, სტრატეგიული ამოცანების, ტექნიკური და სხვა სახის დახმარებისა და ადგილებზე ამ მიმართულებით მუშაობის გეგმის მომზადების) შესახებ;
- კოორდინაციის (ჯანდაცვის სექტორში მუშაობის ურთიერთშეთანხმებულობის, დარგთაშორისი ღონისძიებების, ცხოვრების პირობების გაუმჯობესების, საზოგადოებრივი და კერძო სექტორების ჯგუფების როლისა და ადგილის) შესახებ;
- მონიტორინგისა და შეფასების (ჯანდაცვის რაიონული სისტემის მუშაობიდან გამომდინარე, მაჩვენებელთა ექსპლუატაციის ხარისხის) შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ უმეტეს შემთხვევაში ჯანდაცვის ლობრევი ორგანოები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ინფორმაციის ანალიზში, მათი საქმიანობის სუერო მაინც შემოსაზღვრულია ცალკეული მაჩვენებლებით, რომელიც მოპოვებულია ყოველდღიური მუშაობით. ჯერჯერობით ანალიტიკურ საქმიანობას ძირითადად მაინც ცენტრალური ორგანოები (სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური სამსახურები) ეწევიან. შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა ადგილობრივი ორგანოებისათვის, ძირითადად ორი სახისაა: პირველი მოიცავს სტაციონარული და ამბულატორიული დახმარების მაჩვენებლებს, რომელშიც შედის დაავადების ახალი შემთხვევები და დაწესებულია კონტროლი, მეორეში აისახება მონაცემები იმ ღონისძიებათა კომპლექსის შესახებ, რომელიც მიმართულია ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის პროპაგანდისაკენ, ასევე მოსახლეობის ბუნებრივი ნაშაგისა და იმუნიზაციის მონაცემები. ვარკვეული მაჩვენებლები (თამბაქოს წვეის, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების გამოყენების, გარემო და საცხოვრებელი პირობების მდგომარეობის შესახებ) საზოგადოებრივი ცხოვრების მახასიათებელია. ამავე დროს, ეს ასახავს სამედიცინო პერსონალის დაგვირთვის, ხოლო შემაჯამებელი მაჩვენებლების შედარება რისკ-ფაქტორებთან, საშუალებას იძლევა გავსევალოთ ის მთავარი მონაცემები, რომელიც ასახავს საჭირო ინფორმაციით უბრუნველყოფის პროცენტს (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია გექონდეს რეალური და რეგულარულად განახლებული მონაცემები საჭირო საკვანძო პოზიციათა შესახებ, ვიდრე დეტალური და დაგვიანებული ანგარიშები).

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა საინფორმაციო სისტემა ვაჩეიხილოთ რაიონულ თუ რეგიონულ დონეზე და საზოგადოების მდგომარეობა შევაფასოთ მთლიანობაში, ჩავატაროთ ინგერსექტორული აქციები გარემოს დაცვის უბრუნველყოფის კუთხით, გავჩარდოთ ინვესტიციები დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების მიზნით. ამავე დროს, აქცილებელია პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემაში მივალწიოთ თანასწორობას, განსაკუთრებით კი ხელმისაწვდომობას, ექვექტურობას, სამედიცინო დახმარებისა და პროგრამების ხარისხის ამაღლებას.

უნდა აღინიშნოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული სამსახურების უპირატესი როლი იქ, სადაც მმართველობის დეცენტრალიზაციამ გაზარდა ადგილობრივი ორგანოების პასუხისმგებლობა. ასევე ვასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო ინფორმაცია არა მარტო ჯანდაცვის რაიონული ორგანოების განვითარების მთავარი პირობაა. არამედ მისი აუცილებელი შემადგენელი ნაწილიცაა. კარგი იქნებოდა ამ თვალსაზრისით სახელმწიფო ჯანდაცვის ახალი ღონისძიებებისათვის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმისა და დეცენტრალიზაციის გათვალისწინებით კიდევ ერთხელ გაღაგეხებდა და უფრო მოღერსიზებული სახე მივეყა ადგილობრივი საინფორმაციო სისტემებისათვის.

შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა დღეს მოქმედი ეკონომიკური ურთიერთობების ფარგლებში. ბიუჯეტურ-მუსლობრივი დაფინანსების პირობებში აუცილებელია პროგრამული და მიმზობრივ-პროგრამული დაფინანსების პრინციპებზე გადასვლა. ამასთან გარდამავალ პერიოდში აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამების კოორდინატორის ფუნქცია უნდა იკისროს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ. რათა შემდეგ ჩამოყალიბდეს შესაბამისი ინსტიტუციური სტრუქტურები (სახელმწიფო ფონდი, სახელმწიფო სადამღვეეო კომპანია და ა.შ.).

სერიოზულ რეორგანიზაციას საჭიროებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის სისტემა, ჯანდაცვის მართვის სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და გადანაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებს შორის. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს უნდა უზრუნველყო მართვის სტრატეგიულ პრობლემათა გადაწყვეტის საკითხები: გლობალური სახელმწიფოებრივი პროგრამების ჩამოყალიბება და წარმართვა, ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის საერთო მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმების ჩამოყალიბება, ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში საერთო საშუალო სტანდარტებისა და ნორმატივების შემუშავება, კონკროლი მათ დაცვასა და შესრულებაზე, დარგში სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის ხელშეწყობა, სისტემის ინფორმაციული და ინტელექტური უზრუნველყოფა, რეგიონთა შორის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობაში წარმოშობილი დისბალანსის შემარბილებელი პოლიტიკის წარმართვა.

ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონული მართვის ორგანო ადგილობრივი არჩევითი ხელისუფლების ნაწილია. ადგილობრივ

თვითმმართველობას უნდა ჰქონდეს საშუალება რეგიონის სამეურნეო განვითარების ღონის შესაბამისად მოახდინოს სახსრების აკუმულირება სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამების წარმართვისათვის.

ჯანდაცვის პროგრამების უორმირების ძირითადი მომენგია პირველი რიგის ამოყანების რეალიზება სგაგისტიკური მონაცემების ანალიზზე დაფუძნებული და ამისათვის შესაბამისად საბიუჯეტო ასიგნებების გამოყოფა.

ახალმა ეკონომიკურმა ურთიერთობებმა გამოიწვია სისტემის სგრუქტურული ცვლილებები, რამაც განაპირობა მართვის სრული რეორგანიზაცია და ახალი პირობების შესაგყვისი სამსახურების შექმნის აუცილებლობა.

ამ პრინციპს დაეყრდნო თვით ჯანმრთელობის საქინისტროს ახალი სგრუქტურა, რომელშიც გაერთიანდა ასევე ახალი ბევრი სამსახური, შექმნილი მიმდინარე პროცესების კოორდინაციისა და შეთანაწყობის მიზნით.



თავი XII

საზოგადოებრივი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები

სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები

• საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები წარმოებულია ქვეყნის მოსახლეობისა და მისი ცალკეული ჯგუფების, სოციუმის, ინდივიდის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განვითარებისაკენ, აგრეთვე ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების გარეშე და შიდა ფაქტორების მანევრების შემცირებისა, ხოლო ხელშემწყობი ფაქტორების გაძლიერებისაკენ.

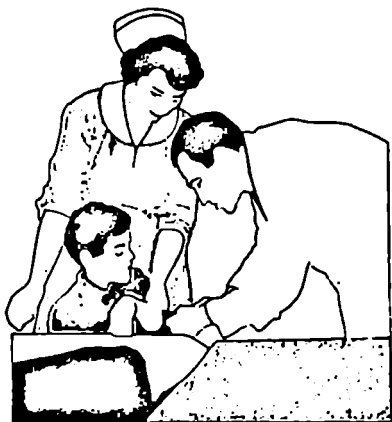
• სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები ცენტრალურ დონეზე მიზნად ისახავს ცენტრალური ხელისუფლების ვალდებულებათა აღსრულებას კონკრეტული პრობლემის, ამოცანების გადაწყვეტის შესაბამის ღონისძიებათა კომპლექსის გაგარების გზით.

• შემოსაზღვრული რესურსების პირობებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრალური პროგრამები ახორციელებენ მოსახლეობისათვის ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის უზრუნველყოფას როგორც სამიში ინფექციების შეზღუდვით ასევე მოსახლეობის დაავადებისა და ავადობის სტრუქტურაში არაინფექციურ დაავადებათა გავრცელების შემცირებით.

• პროგრამული მიზნების მიღწევა წარმოებს 6 სტრატეგიული მიმართულებით:

1. მოსახლების ცნობიერებაზე ზემოქმედება ინფორმირების სხვადასხვა საშუალებებისა და ტექნოლოგიებით (რითაც აღწევს მის ვათვითნობიერებას და ხელს უწყობს პროცესში მის შეგნებულ მონაწილეობას).
2. პირველად და მესამეულ პროფილაქტიკის დონეზე სამედიცინო მომსახურების გაგარება პირველადი ჯანდაცვის რესურსების მობილიზებით.
3. ეპიდემიოლოგიური კვლევა და ეპიდკონტროლი.
4. საშემსრულებლო სტრუქტურული ერთეულების კომპეტენციის ამაღლება ლოკალური მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარებათა გაწევისა და მუდმივი სწავლების გზით.
5. პროგრამულ სამუშაოთა ხელშეწყობისათვის სამართლებრივ-ოროგანიზაციულ ღონისძიებათა გაგარება საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ინფრასტრუქტურის განვითარების და ეფექტურობის მიღების თვალსაზრისით.
6. გამოყენებული ტექნოლოგიების პერიოდული შეფასება, ანალიზი, კორექცია.

**ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და
მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინო
პროფილაქტიკური გასინჯვების
სახელმწიფო პროგრამა**



პროგრამის მიზანი

საქართველოს მოსახლეობის
ჯანმრთელობის მდგომარეობის
შესწავლა-შეფასება და მისი
გაუმჯობესების ხელშეწყობა, მის
გარკვეულ ფენებსა და სოციალურ
ჯგუფებზე (ლტოლეილები,
ინვალიდები, პენსიონერები,
ქაშელები, მრავალშვილიანი დელები
და ა.შ.) ორიენტირებით.

პროგრამის სტრატეგია

1. მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური
გასინჯვებისა და ანკეტური გამოკითხვის გზით საქართველოს
მოსახლეობის ავადობისა და მისი სტრუქტურის დადგენა.

2. გამოვლენილ დაავადებებზე მეთვალყურეობის, მათზე
კონტროლისა და პროფილაქტიკის, შემდგომში სამკურნალო-
რეაბილიტაციური ღონისძიებების შესახებ რეკომენდაციების
შემუშავებისათვის.

პროგრამის ტაქტიკა

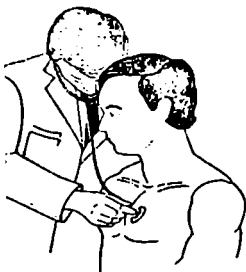
1. პროგრამის განხორციელების ორგანიზაციული უზრუნველყოფა;
2. პროგრამის მაგერიალურ-გექნიკური უზრუნველყოფა;
3. პროგრამის საინფორმაციო, სპეციალურ დოკუმენტაციითა და
ფორმით უზრუნველყოფა;
4. მხარეებში გამსვლელი სამედიცინო ბრიგადების მუშაობის
უზრუნველყოფა;

5. ანკეტური კითხვარების შემუშავება და მათი გამოყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის;
6. მიღებული მასალების დამუშავება და პირველადი ანალიზი: მათზე დაყრდნობით სათანადო სამედიცინო, ორგანიზაციული და პროფილაქტიკური რეკომენდაციების შემუშავება შემდგომი მოქმედების უწყვეტობის გაზრდის მიზნით.
7. სოციალურ-უსიქოლოგიური დახმარების სამსახურის (საბაზისო) ჩამოყალიბება-ამუშავება (პილოტური ღონე)

მოსალოდნელი შედეგები:

1. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის აეაღობისა და აეაღობის სტრუქტურის შესახებ სანდო ინფორმაციის მიღება;
2. მიღებული ინფორმაციის დამუშავების შედეგებიდან გამოძინარე გამოვლენილი გავრცელებული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მათზე მეთეაღყურობის კონგროლის რეკომენდაციების შემუშავება;
3. მიღებული ინფორმაციის დამუშავების შედეგებიდან გამოძინარე რეკომენდაციების შემუშავება სამსახურე, აღვიღობრივი სამედიცინო პროგრამების სტრატეგიათა განსაზღვრისათვის და მოქმედ პროგრამებში სათანადო კორექციების შეგანისათვის.
4. მიღებული შედეგებიდან გამოძინარე ახალი პროგრამებისა და ქვეპროგრამების შემუშავება სამედიცინო დარგში არსებული საშეღიქონო პროგრამების კოორდინირება და მათი დახვეწისათვის აუციღებუღი მოპოვებუღი ინფორმაციის გადაცემა სათანადო სამსახურებში;

სოფლის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი ამბულატორიული დახმარების გაწევა პირველად ღონებე.

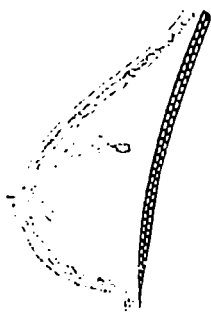
სტრატეგია:

გარკვეუღი მოცუღობის ამბულატორიულ-პოღიკღინიკური დახმარების განხორციღლება მოსახლეობასთან მაქსიმაღური მიახღობების და ხელმისაწვდომობის გათავღისწინებით.

ტაქტიკა:

1. პრიორიტეტულად გერიგორიული პრინციპით ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, მინიმალურად აუცილებელ დონეზე, სამედიცინო ბრიგადების მეშვეობით მოსახლეობისათვის პროფილაქტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური ღონისძიებების გაგარება;
2. მოსახლეობაში პროფილაქტიკური (მ.შ. სანიტარიულ-ჰიგიენური) განათლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის უნარ-ჩვევებითა განვითარების ხელშეწყობა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი გამოვლინების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების ნაადრევი ფორმების გამოვლენა.

სტრატეგია

მოსახლეობიდან ონკოდაავადებათა მაღალი რისკის პოპულაციების შერჩევა სამედიცინო დაწესებულებების მეშვეობით და პრევენციულ ღონისძიებათა გაგარება.

ტაქტიკა-ამოცანები

- ქვეყანაში ონკოდაავადებების აღრიცხვიანობის აღდგენა-მოწესრიგება;
- ონკოცენტრსა და რაიონკოლოგიურ კაბინეტში პაციენტთა მიღება-გასინჯვა პროგრამის ფარგლებში;
- კიბოსწინარე დაავადებების და კიბოს კურაბელური ფორმების გამოვლენა და მათი ოპტიმალურ სამკურნალო ტაქტიკაზე ორიენტირება:
- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული ფორმების გამოსაგებლად იმუნოლოგიური მეთოდის გამოყენებით (ჰილოტური მოდელი);
- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის და სხვა ლოკალიზაციის (საშვილოსნოს, საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლის, ლიმფური კვანძების,

პროსტატიტის, თირკმლის, ღვიძლის, პანკრეასის) სიმსივნეების გამოსაქვლენად ულტრასონოგრაფიის გამოყენებით (შერყეულ მიზნობრივ ჯგუფებში);

- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კიბოსწინა დაავადებათა გამოვლენა (გინეკოლოგიური გასინჯვით, ნაცხის აღებითა და ციტოლოგიური გამოკვლევა);

ონკოლოგიური სამსახურის საკურაციო სისტემის აღდგენა რეგიონების მისულებით;

გარემოსა და კვების პროდუქტებში კანცეროგენების განსაზღვრა;

პროგრამის ღონისძიებათა განხორციელების საინფორმაციო მეთოდოლოგიური უზრუნველყოფა (ტრენინგები, რადიოგადაცემითა ციკლი, ონკოპრევენციის თემაზე ვიდეორგოლი და სხვ.);

პროგრამული ეპიდემიოლოგიური სამუშაოების წარმოება და ეპიდემიოლოგიური ონკოპრევენციულ ღონისძიებათა ეროვნული კონცეფციის საფუძვლების შემუშავება.

ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის მიზანი

ნარკოსტიკუალური სტატისტიკის, ნარკომანიის გავრცელების პროფილაქტიკა.

პროგრამის სტრატეგია

ნარკომანიის გავრცელების პროფილაქტიკა ნარკოლოგიური სამსახურის განვითარების, მიზნობრივ ჯგუფებსა და უარყოფით მასებზე ზემოქმედების გზით.

პროგრამის ტაქტიკა

პირდაპირი და არაპირდაპირი გზით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლი, თამბაქო) მოხმარებისადმი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გაგარება.

I. პირდაპირი ზემოქმედების პროფილაქტიკური ღონისძიებები:

1. პრესის, გელევიზიისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენებით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებისადმი საზოგადოებრივი უარყოფითი აზრის ფორმირება.
2. მოზარდ ახალგაზრდობასთან მეხებაში მყოფი საზოგადოებრივი (მშობლები, პედაგოგიური და აღმზრდელობითი) ჯგუფებისათვის სპეციალური რეკომენდაციული ლიტერატურის დამუშავება.

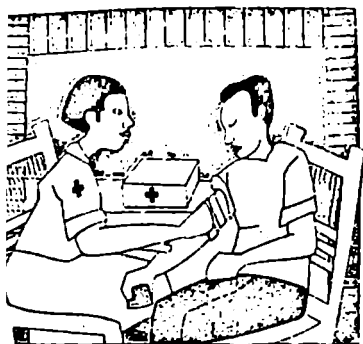
II. არაპირდაპირი ზემოქმედების პროფილაქტიკური ღონისძიებები:

1. საქართველოში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ეპიდემიოლოგიური შესწავლა.
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებელთა აღრიცხვიანობის მოწესრიგება.
3. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიმართ დამოკიდებულ პირთათვის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ოპტიმალური მეთოდების შექმნა.
4. თანამედროვე საექსპერტო ლაბორატორიული ბაზის შექმნა.
5. გამოვლენილ პირთა პროფილაქტიკური მეთეაღყურებობა.
6. ქართული ეთნოფსიქოლოგიის გათეაღის წინიკებით, საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო-სოციალური რეაბილიტაციის კონცეფციის შემუშავება.
7. არსებული ნარკოლოგიური ქსელის შენარჩუნება და გაუარტოება.

პროგრამის შედეგები

1. საზოგადოებაში ნარკომანიის წინააღმდეგ უარყოფითი დამოკიდებულების ფორმირება.
2. საქართველოში ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარების ეპიდემიოლოგიური რუქის შექმნა.
3. გამოვლენილ პირთა აღრიცხვიანობისა და პროფილაქტიკური მეთეაღყურებობის მოწესრიგება.
4. არსებული ნარკოლოგიური სამსახურის ქსელის შენარჩუნება და მისი განვითარება.
5. საექსპერტო სამსახურის ეფექტიანობის გაზრდა.
6. ქვეყანაში სამედიცინო-სოციალური რეაბილიტაციური ღონისძიებათა გაგარების მეთოდურ რეკომენდაციათა შექმნა.

მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

რთულ რელიეფურ, სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პირობებში მცხოვრები მაღალი მთის მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების დონეზე.

სტრატეგია

აღნიშნული მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი, უფასო

კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების გაწევა პროგრამით განსაზღვრულ ფარგლებში.

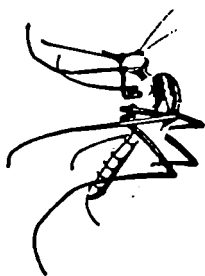
ტაქტიკა და ამოცანები

1. სამედიცინო ბრიგადების მეშვეობით ამბულატორიულ დონეზე მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის პირველადი სამკურნალო-პროფილაქტიკური, რეაბილიტაციური სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა;
2. მოსახლეობასთან მაქსიმალურად მიახლოებული და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების გაწევა;
3. სპეციფიკიდან და საჭიროებიდან გამომდინარე, განსაზღვრული სტაციონარული და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
4. მოსახლეობაში პროფილაქტიკური (მ.შ. სანიტარიულ-ჰიგიენური) განათლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის უნარ-ჩვევითა განვითარების ხელშეწყობა.

შედეგი:

პირველად სამედიცინო მომსახურების დონეზე მაღალმთიანი რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის განვითარების ხელშეწყობა.

მაღარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის მიზანი

ბოლო დროს აღმოჩენილი მაღარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია და საქართველოს ტერიტორიაზე მაღარიის აუცილებლობის თავიდან აცილება.

სტრატეგია

მაღარიის გავრცელების კონტროლი და პროფილაქტიკა.

ძირითადი ამოცანები

- ეპიდემიის კონტროლის შესაძლებლობების გაძლიერება ჯანდაცვის სამსახურებში.
- მაღარიის ეპიდემიამსხვედველობის და კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერება;
- ქვეყნის სამკურნალო (საპროფილაქტიკო) პრეპარატებით და ლაბორატორიული აღჭურვილობით უზრუნველყოფა;
- დაავადების მართვაში მონაწილე პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება

სასწრაფო ღონისძიებები:

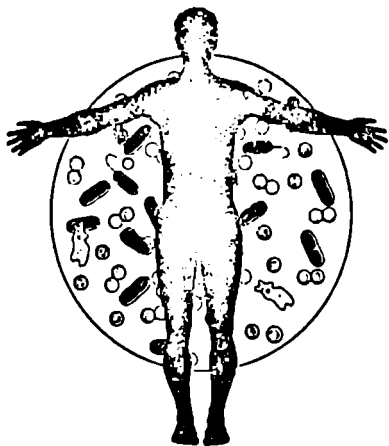
- მაღარიის ეპიდემიის კონტროლის და პროფილაქტიკის გაძლიერება შემდეგი სტრატეგიით:
- საჭირო რაოდენობის ანტიმალარიული პრეპარატებით, ლაბორატორიული აღჭურვილობით, ინსექტიციდებით და მოსასხურებელი ხელსაწყოებით უზრუნველყოფა.
- მაღარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებების მართვაში ჩართული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალის სათანადო სწავლება.
- სამედიცინო კადრების სწავლება საზოგადოებრივ დონეზე მაღარიის მართვის, პროფილაქტიკის და კონტროლის საკითხებზე.

მოსალოდნელი შედეგები:

საქართველოს ტერიტორიაზე ბოლო დროს აღმოჩენილი მაღარიის კერების ელიმინაცია და მომავალში მაღარიის აუცილებლობის თავიდან აცილება.

**ეპიდზედაქმნედველობის, საკარანტინო (შავი
ჭირი, ქოლერა, ჰემორაგიული კონტაგიოზური
ვირუსული ცხელებები), განსაკუთრებით საშიშია
და მათთან გათანაბრებული ინფექციების
კონტროლის და სხვა გადამდებ დაავადებათა
პროფილაქტიკის კოორდინაციის
სახელმწიფო პროგრამა**

მიზანი - ინფექციური დაავადებების გავრცელების
ეგაპობრივი შემცირება, მათი
ლიკვიდაციის, ელიმინაციის და
კონტროლის გზით;



1. დაავადებების
ლიკვიდაცია:

1.1 2002 წლისათვის
პოლიომიელიტის ლიკვიდაციის
სერტიფიცირება;

1.2. 2001 წლისათვის
ახალშობილთა ტეტანუსის
ელიმინაციის შენარჩუნება;

1.3. 2007 წლისათვის წითელას
ლიკვიდაცია;

2. დაავადებათა კონტროლი:

2.1. 2003 წლისათვის ან უფრო ადრე მიღწეულ იქნას ღიუთერიის
ავადობის მაჩვენებელი 0,1-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე;

2.2. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე ჰეპატიტ ახალი
შემთხვევების გადაცემის რიცხვი უნდა შემცირდეს 80%-ით;

2.3. 2006 წლისათვის ან უფრო ადრე უმრუნველყოფილ უნდა
იქნეს ავადობის მაჩვენებელი 0,1-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე;
ეპიდემიური პაროტიტის, ყივანახველას და აემოკილუს ინფლუენზაე
ბ გამოწვეული ინფექციების მიმართ;

2.4. 2006 წლისათვის ან უფრო ადრე თიანდაყოლილი წითურას
ავადობის მაჩვენებელი 0,01-ზე ნაკლები 1000 ცოცხლადშობილზე;

2.5. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე მალარიის გავრცელების
მაჩვენებელი უნდა იყოს 5-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე;

2.6. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე უმრუნველყოფილი უნდა

იყოს სიკვდილობის მანიქუნებლების და ჯანმრთელობისათვის სეგატიური შედეგების თანმიმდევრული და მედისეი შექმნა. დაკავშირებული გადამდებ დაავადებებთან, განსაკუთრებით მწვავე რესპირატორულ და ღია რეულ ინფექციებთან ბავშვთა ასაკში:

ხტრატივია

ეპიდემიამხეველობის მაღალხარისხოვანი სისტემის ჩამოყალიბება: მ.მ. ინფექციური დაავადებების აუთორიტეტის აღრეული გამოყლისების და ხაყალდებულო აღრიცხვა - ანგარიშგების და შეყობისების სისტემის გავმჯობესების გზით. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების რეალიზაცია:

პროგრამის ძირითადი ამოცანები და ტაქტიკა

1. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ღრეული და ეფექტური რეალიზაციისათვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპეტენციის უარგლებში) საჭირო პრეპარატების შეზღუდული მარაგების შექმნა;

2. ლაბორატორიული ბაზის განმტკიცება და გამართული მუშაობის უზრუნველყოფა ცენტრალურ ღონებზე (რეფერენს-ლაბორატორიების შექმნა და უზენქციონირება), რეგისტრული და აღვილობრივი სამსახურების მსარდაქერა;

3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების (ნაციონალური. რეგისტრული და რაიონული ღონის) გექნიკური შესაძლებლობების და კომპეტენციის გაუმჯობესება.

4. ეპიდემიამხეველობის ცენტრალური სამსახურის სისტემის უზენქციონირება, სპეციალიზირებული ყორმების (პროგრამულ უარგლებში) და საინფორმაციო სისტემის მოწყობა-განვითარება.

გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნისაციის, ეპიდჩვენებითა და პროფესიული აცრების კამპანიების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

მოსახლეობის სხვადასხვა კონტიგენტების იმუნზაციით, ღიუყარის, პოლიომიელიტის, წითელასი, ყიყინახეყლის, გეტანუსის, ტუბერკულოზის, ვირუსული ჰეპატიტისა და სხვა ინფექციების მიმართ

იმუნიური უცხის შექმნით აკადობის მისამკობმლე დაცვანა.

სტრატეგია:

1. აცრების კალენდრით გათვალისწინებულ ბავშვთა კონტიგენტის მახსიმალური მოცვა:

2. ებილენენებით მახსიმორივი აცრების კამსინიების ჩაგარება დავედებათა მსმართ დოსეგვლობითი იმუნიური უცხის შექმნისა და შენარსენებისათვის.

ტაქტიკა:

1. ასაცრელი კონტიგენტის სწორი განსაზღვრა;

2. ასაცრელი მასალითა და ცივი ჯაჭვის აპარატურა-ინვენტარით უწყევტი მომარაგება და განახლება.

3. "ცივი ჯაჭვის" წესებისა და მოთხოვნების სრულყოფილი დაცვა;

4. ეუექტური და რეგულარული მონიტორინგული სისგემის ამქმავებით;

5. პროგრამის შესრულებით ჩაბმული სამელიცნო პერსონალის მუდმივად განახლებადი წრითენა;

6. მონიტორინგის სისგემის ეუექტური მქშაობა—დასახული მმნის განსორციელებისათვის;

7. მოსახლეობის ინფორმირება.

უედეო:

1. ორ წლამლე ასაკის ბავშვთა:

1.1. BCG ვაქცინის ერთი დოზით 98%-ით მოცვა;

1.2. DPT ვაქცინის 4 დოზით არანაკლებ 95%-ით მოცვა;

1.3. ორალური პოლიოვქცინის 4 დოზით 98%-ით მოცვა;

1.4. წითელას და ებაყურის ვაქცინების თითო დოზით არანაკლებ 95%-ით მოცვა;

1.5. B ჰეპატიგის საწინააღმევო ვაქცინაციის ყველა ამცრული კაბინეტის დონემე დაცვება და შეუფერხებელი განსორციელება;

2. 5 წლის ასაკის კონტიგენტის:

2.1. BCG რევაქცინაციის აღგენა და კონტიგენტის 95%-ით მოცვა;

2.2. TD ვაქცინით 95%-ით მოცვა;

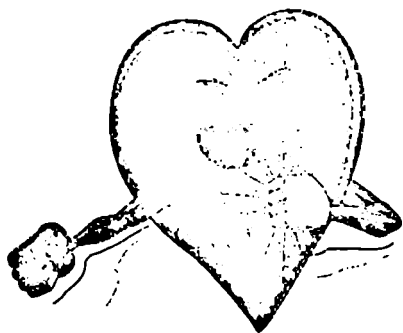
2.3. ორალური პოლიოვქცინით 95%-ით მოცვა;

3. B ჰეპატიგის საწინააღმევო აცრების წარმოება 1 წლამლე ასაკისა და 14 წლის ასაკის (ქალაქებისა და რაიონული ცენტრების) ბავშვთა კონტიგენტში.

4. 14 წლის ასაკში TD ვაქცინით არანაკლებ 95%-ით მოცვა.

5. მასობრივი აცრების კამპანიებისას კონტიგენტების არანაკლებ 90%-ით მოცვა.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

მოსახლეობის და მისი ცალკეული
ჯგუფების, სამედიცინო
პროფესიონალების
გათვითცნობიერებულ
ინფორმირებულობის ამაღლება, რაც
სისხლის მიმოქცევის სისტემის
დაავადებათა და მათ
გართულებათა რისკის ფაქტორების
შემცირების საფუძველია.

სტრატეგია:

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის საბაზისო
ლონისძიებათა გაგარება, მოსახლეობის განათლება, მასობრივი
ინფორმაციული საშუალებების მაქსიმალურად ჩართვა
საგანმანათლებლო საქმიანობაში, მედიკოსთა პროფესიული
ინფორმირება, ღონისძიებების მონიგორირება და შედეგების შეფასება;

ტაქტიკა და ამოცანები:

- ა) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა სააღრიცხვო-
სარევისგრაფიო სისტემის ფორმირება. უეცარი სიკვდილის
სადიაგნოსტიკო ფორმების შემუშავება პირველადი
ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისათვის; ერთიანი
სპეციალიზებული ფორმების შემუშავება; სამედიცინო ქსელში
სარევისგრაფიო ფორმების ექსპერიმენტული დანერგვა.
- ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ეპიდემიოლოგიის
სისტემის ჩამოყალიბება, პროგრამული ეპიდჯგუფის
ფორმირება და მისი ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
ეპიდჯგუფის მაგერიალურ-გექნიკური უზრუნველყოფა;
თბილისის ღონეზე ერთიანი სააღრიცხვო სარევისგრაფიო
სისტემის ეტაპობრივად ამუშავება საქართველოში გულ-
სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელების რუქის შედგენა.

- ვ) სისხლის მიმოქცევის სისხტემის დაავადებების (გულის იშემიური დაავადება, არტერიული ჰიპერტენზია, ინსულტი) და მათი რისკის ფაქტორების გაერთიანების შეუახება. სგანდარტირებული მეთოდებით მოსახლეობის სხვადასხვა მიზნობრივი ჯგუფების (შობარდებსა და ახალგაზრდებში, დევნილ მოსახლეობაში, პროფესიულ ჯგუფებში და ა.შ.) ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა და სამედიცინო- პროფილაქტიკური დახმარების გაწევა.
- დ) მოსახლეობის ინფორმირება (სამედიცინო პროფილაქტიკური განათლება).

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის შესახებ პერიოდული საპროპაგანდო მასალის მომზადება, გამოცემა და მოსახლეობაში გავრცელება; გულ-რადიო გადაცემებისათვის თემატიკის მომზადება-რეალიზაცია; “გულის” საერთაშორისო დღისადმი მიძღვნილი ღონისძიებების ორგანიზება ჩატარება; გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა პრევენციის შესახებ კონფერენციის ჩატარება.

მსოფლიოს წამყვანი პრევენციული ორგანიზაციების პროგრამების -გულის კორონარული დაავადების, გულის უკმარისობის, უცარი სიკვდილის პრევენციის ევროპული რეკომენდაციების საქართველოს პირობებისადმი ადაპტირება. “ფაქტობრივი მედიცინის” შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული რეკომენდაციების გაყრდნობა; “საქართველოს კარდიოლოგიურ ჟურნალში” პრევენციისადმი მიძღვნილი ბლოკის ფორმირების ორგანიზაციის ხელშეწყობა; სპეციალური ინტერნეტ-დაიჯესტის გამოცემა და პროგრამის “ეებ-საიგის” შემუშავება; თამბაქოს, როგორც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორის როლზე სემინარების ჩატარების ხელშეწყობა (ევროპის სამედიცინო ასოციაციების, უორუმის და ბრიგანეთის ექიმთა ასოციაციის თამბაქოს კონგროლის საინფორმაციო ცენტრის, თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრების მონაწილეობით).

- ვ) პირველადი რეკონსტრუქციის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის არსებული მრავალწლიანი სტრატეგიის მიხედვით. მეთოდური რეკომენდაციების შემუშავება მათი დანერგვის ნორმატიული უზრუნველყოფა. ექიმებისა და უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების უფროს კურსელთათვის წინა წლებში დაწყებული, პირველადი, მეორადი და მესამეული პრევენციისათვის მეთოდოლოგიური რეკომენდაციების

შეკმარების პროცესის ვაგონი. აღნიშნულ საკითხებზე გრძელდება, სემინარებისა და კონფერენციების ჩატარება. მეთოდური ხაზმძღვანელი "პრევენციული კარდიოლოგიის საფუძვლებს" მომზადება და გამოცემა.

შედეგები:

1. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა და მათი რისკ-ფაქტორების გაგნების შესახებ ეპიდემიოლოგიური მონაცემების სრულყოფა.
2. მოსახლეობის შესაბამისი ინფორმირებულობა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა გამოსავლისა და მათი წარმოშობის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების შესახებ. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მნიშვნელობის გაცნობიერება დაავადებათა პრევენციისთვის.
3. დაავადების ხელშემწყობი მაკენე ჩვევებისადმი დამოკიდებულების შეცვლა:
4. მოსახლეობაში კეთილსაიმედო მდგომარეობის ფორმირება სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა რისკ-ფაქტორების გაგნების, ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება.

საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მთქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

საქართველოს სამხედრო ძალებში ჯანმრთელი კონგინგენტი შევსების უზრუნველყოფა.

სტრატეგია:

წვევამდელთა გაწვევის პერიოდში მათი სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისიანობის განსაზღვრა:

წვევამდელთა გაწვევის პერიოდში (სათანადო ჯანმრთელობის

მდგომარეობის ამსახველი დოკუმენტაციის გაცნობის შემდგომ) კომისიური წესით წვევამდელთა შემოწმება უმეტესწილად

უპრუნველყოფს სამხედრო სამსახურისათვის ვარჯისადას კონტინგენტის შერჩევას.

არასრულუფასოვანი სამედიცინო ლოკუმენტაციის ან საექსპლ მდგომარეობების დროს დამატებითი დიაგნოსტიკების წარმოება ვარჯისადასობის განსაზღვრისათვის.

ტაქტიკა-ამოცანები:

1. წვევამდელთა გაწვევის კომისიების შემადგენელი ხელშეწყობა მეთოდურ-საკონსულტაციო დონეზე ანგარიშების მიღების მიზნით;

2. დამატებითი სადიაგნოსტიკო კვლევისათვის სამუშაოების წარმოება;

3. საქართველოს სამხედრო კომისარიატების მულტიმედიის საექსპერტო-საკონსტრუქციო კომისიის შემადგენელი მეთოდების განვითარების წინადადება;

4. წვევამდელთა გასაწვევად საინფორმაციო-ანგარიშებითი მონიტორინგული

სისტემის (ეკაპობრივი) შემუშავება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის დონეზე;

5. ანგარიშებითი სისტემის შემუშავება-ამოქმედება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანი და ამოცანები

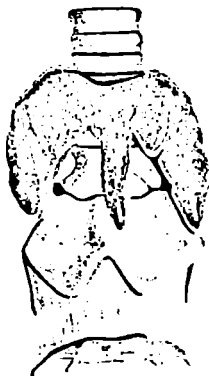
პროგრამის მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ხარისხის ამაღლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების გზით. აღნიშნული ღონისძიებები ითვალისწინებს მოსახლეობის განათლებას შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებებით: გულ-სისხლძარღვითა და ავადმყოფების პრევენცია, თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებები, გრავამაგისტის პროფილაქტიკა, ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის, შიდსისა და სქესობრივი



- ჯანმრთელობისათვის მკაცრ უაქტორების შესახებ მოსახლეობის დამოკიდებულების ცვლილება;
- პირველადი ჯანდაცვის ქსელის პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლება დაავადებათა პრევენციისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებში;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლება დაავადებათა პრევენციისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებში;
- საზოგადოების (განსაკუთრებით მოზარდების) დამოკიდებულების ცვლილება ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და მისი მნიშვნელობისადმი;
- მომზადდება სათანადო სიადაგი ჯანსაღი სკოლების ქსელის შექმნისათვის;
- მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების აქტიური მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებაში;
- საკანონმდებლო და ეკონომიკური შეზღუდვების გამომუშავება ცხოვრების არაჯანსაღი წესის ხელშემწყობი ბიზნესისათვის;
- საკანონმდებლო და ეკონომიკური პირობების შექმნა ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშემწყობი ბიზნესისათვის.

იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა

ΠΡΟΦΙΛΑΞΙΑ



მიზანი:

რადიკოლოგიური სიგუაციის ფონზე იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შემცირება-მართვა.

სტრატეგია:

1. იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, გამომწვევი მიზეზების დადგენა, პროფილაქტიკა (მკურნალობა მიზნობრივ ჯგუფებში);

2. რადიაციული ფონის კონტროლი.

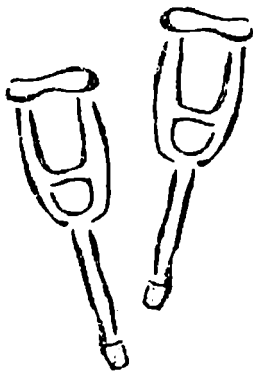
ტაქტიკა:

1. იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა მონიგორინგული სისტემის სრულყოფა და ეპიდემიამსხვედველობის განხორციელება;
2. საქართველოს მოსახლეობისათვის თანაბარხელმისაწვდომად კვალიფიციური სამედიცინო-დიაგნოსტიკური მომსახურების გაწევა;
3. მიზნობრივ ჯგუფებში (ბავშვები, ორსული და მეძუკერი ქალები) იოდინი ჩეთის კაუსულებით ჯგუფური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება და მონიგორირება;
4. მიზნობრივ ჯგუფებში მკურნალობის გატარება (მ.შ. ქირურგიული მკურნალობა ბავშვთა კონტიგენცში);
5. ვარქოში (ნიადაგში, წყალში და სხვა) იოდის შემცველობის მონიგორირება;
6. იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკური სასახურის სრულყოფა გრეინინგებისა და ორგანიზაციულ-მეთოდური სამუშაოების წარმოებით;
7. საქართველოს რეგიონების გარემოს რადიაციული ფონის მაღალი რადიაციული ფონის პირობებში მცხოვრებ მოსახლეობაში მაიონიზირებელი გამოსხივების მავნე ბიოლოგიური მოქმედებით გამოწვეული დაზიანებების გამოვლენა და შესაბამისი პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება და ინფორმირება;
8. მოსახლეობის მასობრივი ინფორმირება იოდდეფიციტის გავლენაზე ადამიანის ჯანმრთელობაზე (განსაკუთრებით ბავშვები, ორსული ქალები).

შედეგები:

1. ენდემური ჩიყვის ეპიდსიტუაციის მართვა და პროფილაქტიკის შესახებ რეკომენდაციების შემუშავება;
2. ბავშვთა კონტიგენცის სპეციალიზებული სამედიცინო დასმარების უზრუნველყოფა;
3. მოსახლეობის ინფორმირების ღონის გაზრდა იოდდეფიციტის პრობლემების შესახებ;
4. რადიაციული ფონის განსაზღვრა უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება;
5. რადიოეკოლოგიური მონიგორინგული სისტემის ამუშავება ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე (შერჩევის პრინციპი).

ტრავმატიზმის პრევენციის და პირველადი დახმარების სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის აღნიშნული კომპონენტის მიზანია ავტოსაგზაო შემთხვევებისას სიკვდილიანობის და ტრავმის შედეგების სიმძიმის შემცირების ხელშეწყობა.

ამოსაყალ წერტილად მიიხსნება ფაქტი, რომ სააეგომობილო გზებზე მომხდარი საგრანსპორტო შემთხვევებისას პირველ რეაგირებას ორგანიზებული სტრუქტურებიდან საგზაო პოლიციის პირადი შემადგენლობა ახორციელებს. ხოლო პოლიციის შემთხვევის ადგილზე მისვლამდე საგრანსპორტო მოძრაობაში მონაწილე რიგითი

მოქალაქეები. მათ მიერ პირველი დახმარების კვალიფიციურად ჩატარებისათვის აუცილებელია საქართველოს მოსახლეობის ელემენტარული სამედიცინო ცოდნის დონის ამაღლება და იგი ერთ-ერთი პრიორიტეტულია ტრავმის პრევენციის გატარებისათვის. პირველი დახმარების ელემენტების საფუძლიანი ცოდნით, მისი პრაქტიკული რეალიზაციით შესაძლებელია მნიშვნელოვნად შემცირდეს დროის შუალედი ჯანმრთელობის კრიტიკული მდგომარეობის დადგომიდან პირველი საექიმო (სამედიცინო) დახმარების აღმოჩენამდე. ხშირ შემთხვევაში ეს შუალედი განაპირობებს სიცოცხლის შენარჩუნების რეალურ შანსს.

ამოცანები:

- მოსახლეობისა და ორგანიზებული საგზაო სტრუქტურებისათვის სასწავლო-საწვრთნელი მეთოდის შემუშავება;
- სასწავლო-საინფორმაციო მასალის შექმნა, გამოცემა;
- ყოველკვარგალური საინფორმაციო ბიულეტენის შემუშავება, გამოცემა;
- მოსახლეობასა და მიზნობრივ ჯგუფებში სასწავლო-საინფორმაციო მასალების გავრცელება;
- ტრავმის შესახებ ინფორმაციის - მონაცემების დაფიქსირების, გადაცემის და დაგროვების მექანიზმის შექმნა ინტერსექტორულ სიერცეში შესაბამისი პროგრამული უზრუნველყოფით;
- საქართველოს ცალკეულ დაქაბულ ავტომაგისტრალზე ტრავმატიზმის ეპიდემიოლოგიური სურათის შესწავლა.

უსაფრთხო სისხლის, შიღსის და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა

პროგრამის მიზნები და ამოცანები



გადასასხმელი სისხლის და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოება; შიღსის გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება, ცალკეულ პიროვნებებსა და მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებზე აივ ინფექცია/შიღსის ზემოქმედების შედეგების შემცირება.

პროგრამის სტრატეგია

1. გადასასხმელი სისხლის და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა სისხლის გადასხმით გადამდები ინფექციების (აივ ინფექცია, და ჩ ჰეპატიტი, სიფილისი) გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით.
2. აივ გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება.
3. საქართველოში აივ ინფექცია/შიღსის, და ჩ ჰეპატიტების ეპიდემიოლოგიური კვლევა.
4. აივ ინფიცირებულთან ან შიღსის დაავადებულთან საყოფაცხოვრებო, სქესობრივი და სოციალური კონტაქტების მქონე პირებზე აივ ინფექციის/შიღსის ზემოქმედების შემცირება.
5. სკვდ ავადობის (ძირითადად სიფილისი, გონორეა) შესწავლა, გამოვლინება, პროცესის მართვა, ახალი ფორმებისა და მეთოდების შემუშავება და დანერგვის ორგანიზაცია.
6. სიფილისის პირველადი პრევენცია – მოსახლეობის რისკ-ჯგუფებში ფარულად მიმდინარე ინფექციების გამოვლენა და მათი მკურნალობის კერების სანაცია.
7. ქვეყანაში სიფილისის კლინიკური ეპიდემიოლოგიის შესწავლა.

პროგრამის ტაქტიკა

1. სისხლის და სისხლის პროდუქციების გადასხმით გადამღებ ინფექციებზე (აივ ინფექცია, და ჩ ჰეპატიტები, სიფილისი) ტესტირებისათვის აუცილებელი ინფორმაციის გაცემის და მისი უზრუნველყოფა სათანადო სადიაგნოსტიკო ტესტ-სისტემებით.
2. სისხლის გადასხმით გადამღებ ინფექციებზე (აივ ინფექცია, B და C ჰეპატიტები, სიფილისი) დონორთა სავალდებულო გამოკვლევის უზრუნველყოფა .
3. აივ ინფექციის, და ჩ ჰეპატიტების, სიფილისის აღრიცხვით და მონიტორინგის და ეპიდემიოლოგიის დონისძიებების გაგარება.
4. რისკის ჯგუფების პირობა აივ ინფექციაზე გამოკვლევა.
5. შიდსის და სხვა კერის და კონტაქტების ეპიდემიოლოგია და ეპიდემიოლოგია.
6. მოსახლეობასთან ფართო სავანმანათლებლო მუშაობა შიდსის პროფილაქტიკის თემაზე. უსაფრთხო სექსის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა.
7. კვალიფიციური სპეციალისტების მომზადება სისხლის გადასხმით გადამღებ ინფექციებზე, შიდსზე და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კვლევის მიზნით.
8. ინფორმაციული უზრუნველყოფა.

მოსალოდნელი შედეგები

დონორთა სისხლის აივ ინფექციაზე B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე სკრინინგული კვლევის უზრუნველყოფა და სისხლის გადასხმის გზით აღნიშნული ინფექციების გადაცემის შემცირება.

სისხლის გადასხმით გადამღებ ინფექციათა სადიაგნოსტიკო იფა და ექსპრეს ლაბორატორიების ქსელის გაფართოება ან სამხარეო ინტეგრირებულ ლაბორატორიებში სისხლის გადასხმით გადამდები ინფექციების სადიაგნოსტიკო იფა- და ექსპრეს მეთოდების დანერგვა.

საავადმყოფოებში, სამშობიარო სახლებსა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც შეიძლება ჩვენების მიხედვით განხორციელდეს სისხლის გადასხმა, უსაფრთხო სისხლის და სისხლის პროდუქციების აუცილებელი მინიმალური მარაგის შექმნა.

აივ ინჟექცია/შიდსით, B და C კეპატივებით, სიფილისით ავადმყოფთა გამოვლენა დაავადების ნაადრევ სტადიაზე. აღნიშნული ინჟექციების აღრიცხვიანობის მოწესრიგება და ეპიდემიამხედველობის სრულყოფა.

საქართველოში აივ ინჟექციის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების მასშტაბების დაღვენა და ეპიდსიტუაციის შეფასება.

მაღალი რისკის ჯგუფის პირების (მათ შორის ნარკომანების) ნებაყოფლობითი გამოკვლევის საფუძველზე აივ ინჟექციებულთა ნაადრევ სტადიაზე გამოვლენა.

აივ ინჟექციებულებზე და მათთან კონტაქტში მყოფ პირებზე მუდმივი ეპიდემიამხედველობის და საეპიდემო კონსულტირების საფუძველზე, მათი, როგორც ინჟექციის წყაროს, გაუენიერებლყოფა.

სგვდ დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდების დანერგვა საერთო სამედიცინო ქსელში.

აივ ინჟექცია/შიდსის და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებების საკითხებზე სამედიცინო პერსონალის მომზადების დონის ამაღლება.

მოსახლეობის აივ ინჟექცია/შიდსის შესახებ ცოდნის დონის ამაღლება, მაღალი რისკის ქსევათა შეწვლა და “ცხოვრების ჯანსაღი წესის” დამკვიდრება.

პროგრამულ დონისძიებათა მართვის ტექნოლოგია

პროგრამულ სამუშაოთა გაგარების მართვის ტექნოლოგიები შესაძლებელია დაყვანილ იქნეს 3 დონეზე, რომელიც თავსებადია ქვეყანაში მოქმედ საკანონმდებლო სივრცესთან.

I. ცენტრალური დონე

საქრთველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სახაზინო სამსახური პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, ე.წ. “სათაო” დაწესებულებები.

აქტივაცია

მინისტრის ბრძანებები, მითითებები, ხელშეკრულებები (მოთხოვნის პირობის განსაზღვრა არსებული საჭიროების მიხედვით) ანგარიშგების მოწოდება, მიღებულ მასალათა (შესრულებული სამუშაო) სისწორის ლოკალურ დონეზე მიღება და დაუინანსება.

II. რეგიონალური დონე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო ცენტრები (პროგრამული თვალსაზრისით, სამხარეო დაგვირთვით) რეგიონის დონეზე პრობლემებისა და სიტუაციის ანალიზი, გადაწყვეტილების შემუშავება, გაგარება.

აქტივაცია

პროგრამულ სამუშაოთა მიმდინარეობის რეგიონალურ დონეზე საერთო სურათის შესწავლა, რეკომენდაციების, გადაწყვეტილებების შემუშავება, შეთანხმება, ქმედებათა გაგარება.

III. ლოკალური ადგილობრივი დონე

ადგილობრივი ხელისუფლება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრები, უშუალო შემსრულებლები (იურიდიული და ფიზიკური პირები) საავადმყოფო, პოლიკლინიკა, ამბულატორია.

აქტივაცია

მუნიციპალური პროგრამების შემუშავება, დამტკიცება-განხორციელების ხელშეწყობა, ბრძანებები, მითითებები, შიდა დაწესებულებრივი მენეჯმენტი, ხელშეკრულებათა აღსრულება შესაბამისი რესურსების ფარგლებში ანგარიშგების წარმოება, მოთხოვნათა შედეგები ადგილობრივ ადმინისტრაციულ-გერიტორიულ დონეზე პროგრამულ დონისსიებათა მართვა, ანგარიშების მიღების, მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარების და სამუშაოთა გაგარების გაუმჯობესების წინადადებათა შემუშავების თვალსაზრისით.

სახელმწიფო ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამები დინამიური და ცვალებადია როგორც შინაარსობრივად, ასევე სამედიცინო დახმარების მოცულობით; დამოკიდებულია ქვეყანაში შექმნილ ეპიდსიტუაციაზე და განისაზღვრება კონკრეტული რეგიონისა და რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებით.

თავი XIII

საქედიციონო დახმარების სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრული საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სამხარეო და მუნიციპალური პროგრამები

ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის შენარჩუნების მიზნით დასახულ ღონისძიებათა განხორციელებას ქვეყნის მოსახლეობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან ეს საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული ეპიდემიები და მისგან გამომდინარე მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური შედეგები.

სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრულ სამხარეო (ადგილობრივ) პროფილაქტიურ ღონისძიებათა გატარება შეუძლებელი იქნება სავალდებულო მინიმუმის (ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი თანხის) 20%-ზე ნაკლები ხარჯის შემთხვევაში. ადგილობრივი ხელისუფლების ძალისხმევითა და მხარდაჭერით შესაძლებელია პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოყენებულ იქნეს სხვა წყაროებიც.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ყველა სხვა სამუშაოს დამატებით, დაკვეთით ასრულებენ.

სავალდებულო მინიმუმის ფარგლებში ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულისათვის სავალდებულოა განახორციელოს შემდეგი ჯანდაცვითი ღონისძიებები:

1. სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდზედამხედველობისა და სამედიცინო-საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად მუშაობის (პროგრამა);
2. მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის (პროგრამა);
3. მალარიის გაერყელების საწინააღმდეგო (პროგრამა);

4. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების (პროგრამა);
5. ადგილობრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის:
 - ა) სამხარეო დონეზე;
 - ბ) ადგილობრივ (საქალაქო, რაიონულ) დონეზე.

პროგრამის სტრუქტურა

პროგრამაში აუცილებლად უნდა გამოიკვეთოს:

1. **პრეამბულა** - სადაც მოცემულია პრობლემის სრული დახასიათება და მისი გადაწყვეტის აუცილებლობის დასაბუთება;
2. **მიზანი** - პროგრამის მოქმედების პერიოდში პრობლემის ეტაპობრივი ან სრულად გადაწყვეტა და კონკრეტული შედეგის მიღება კომპლექსურ ღონისძიებათა განხორციელების გზით;
3. **სტრატეგია** - მიზნის განხორციელების ძირითადი ღონისძიებანი, მიზნის მიღწევის მაგისტრალური მიმართულება;
4. **ტაქტიკა** - უშუალო შემსრულებლის მიერ სტრატეგიის ეტაპობრივი განხორციელების წესი;
5. **ხელშეწყობი პირობები** - პოლიტიკური, სოციალური, ეკონომიკური, ადმინისტრაციული და სამედიცინო ასპექტის ყველა პირობა, რომელიც ხელს უწყობს დასახული პროგრამის განხორციელებას ნებისმიერ დონესა და ეტაპზე;
6. **ხელშეშლელი პირობები** - ყველა პირობა, რომელსაც შეუძლია დაბრკოლების შექმნა პროგრამის განხორციელებისათვის;
7. **ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობა** - პროგრამის განხორციელების ორგანიზაციული სქემა, ე.ი. ვინ ასრულებს ამა თუ იმ ქმედებას, რა პასუხისმგებლობა ეკისრება, რომელი დოკუმენტაცია მოძრაობს, როგორია სამართლებრივი არე და ა.შ.;

8. **ღონისძიებათა განხორციელების გეგმა-გრაფიკი** - შესაბამის ღონისძიებათა და მათ შესრულებამე პასუხისმგებელთა სრული ჩამონათვალი, პერიოდისა და დაწყება-დამთავრების ვადების მითითებით;
9. **პროგრამის მატერიალურ-ტექნიკური და სამკურნალწამლო საშუალებანი (ნუსხა)** - ყველა საშუალება, რომელიც აუცილებელია დასახული პროგრამის განხორციელებისათვის და რომლის შესყიდვა-შეძენა ხდება აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში (რა, როდის, რა რაოდენობით, როგორ - გენდერით თუ პირდაპირი შესყიდვით).
10. **პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა:**
- ა) ხარჯების წარდგენა გაქტივისა და თითოეული ღონისძიების მიხედვით, როგორც ეკონომიკური კლასიფიკაციის, ასევე ღონისძიებათა შესაბამისად;
 - ბ) თითოეული პროგრამის გაანგარიშებას უნდა ერთვოდეს სხვადასხვა მომსახურების, საქონლის, მასალის უასების კლასიფიკატორი;
 - გ) თვიური, კვარტალური და წლიური ხარჯები.
11. **პროგრამის ეფექტურობის შეფასება** - აუცილებელია წარმოდგენილ იქნეს ყველა კრიტერიუმი ან მაჩვენებელი, როგორც სამედიცინო-სოციალურ, ასევე ეკონომიკურ ჭრილში ანუ მოცემულ იქნეს მაჩვენებელთა (ან ეფექტების) მთელი სისტემა, რომელიც ქმნის შეფასების კრიტერიუმებს;
12. **შედეგი** - უნდა ჩამოყალიბდეს მარტივად და გასაგებად, უმჯობესია არ იყოს კატეგორიული სახით წარმოდგენილი.

ხარჯების გაანგარიშება პროგრამების ძირითად მიმართულებათა მიხედვით

1. **სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდზედამხედველობისა და სამედიცინო-საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად ფუნქციონირების ღონისძიებები (პროგრამა)**
- ა) ინფექციური კერების დამუშავება (დებინჟექცია);

- ბ) ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიამხედველობა და მონიტორინგი;
- გ) სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების (მათ შორის სამედიცინო სტატისტიკის) მოწყობა-ფუნქციონირება რაიონულ და სამხარეო დონეზე;
- დ) დაავადებათა პროფილაქტიკურ პროგრამათა დაგეგმვის სამუშაოების შესრულება;
- ე) ეპიდემიური მდგომარეობის მართვა სიტუაციის შესაბამისად.

2. მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების უზრუნველყოფის ღონისძიებები

გასათვალისწინებელი სამუშაოები და ხარჯები:

- ა) პროგნოზი მიმდინარე წლისათვის (წინა, სულ მცირე 3 წლის მაჩვენებლების გათვალისწინებით) დადგინდეს და დაკენილთა რაოდენობის მიხედვით;
- ბ) სხვა სექტორის სამსახურებთან მუშაობა (გვეტარა-გრაფიკი);
- გ) გათვალისწინებული უნდა იყოს ვაქცინის სახეობა, დაკენის სიმძიმე (ვაქცინის რაოდენობის განსაზღვრისას გამოიყენება საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც გამოითვლება აღნიშნული პოპულაციების მიხედვით).

ხარჯების გაანგარიშებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს შრომითი და მატერიალური რესურსების მოცულობა, საგრანსპორტო, სამიწვინებო ხარჯები და სხვ.

3. მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებები

გასათვალისწინებელი სამუშაოები. ხარჯები:

- ა) პასპორტიზაციის მიხედვით მალარიოგენულ ტერიტორიათა, ზონების ფართობისა და ადგილის განსაზღვრა-დადგენა სტაბილური წლებიდან დღემდე მდგომარეობის შესახებ არსებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე. (S - ფართობი, N - რაოდენობა);
- ბ) სამუშაოთა ჩამონათვალი;
- გ) სანაპირო წყლების გასუფთავება წყალმცენარეებისგან;
- დ) ეპიდემიამხედველობა (მონიტორინგი);

ე) სპეცდანიშნულების მაგერიალურ-გექნიკური, სამკურნალწამლო საშუალებანი და სხვ. (შეძენა-გათვალისწინება).

4. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებები

- ა) მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით აქტუალური სამედიცინო საკითხების რეგულარულად გაშუქების ორგანიზება მოსახლეობისათვის ადვილად გასაგები ფორმით – შემეცნებით-საგანმანათლებლო, სამეცნიერო-პოპულარული გადაცემებისა და პუბლიკაციების სახით;
- ბ) საგანმანათლებლო მუშაობა სკოლის მოსწავლეებში სანიტარიულ-ჰიგიენურ, პროფილაქტიკურ უნარ-ჩვევათა დამკვიდრების მიზნით;
- გ) მოსახლეობის ინფორმირება ეპიდსიტუაციის შესახებ, სოციალური მობილიზაცია (თვალსაჩინოების, სხვადასხვა სამახსოვროებისა და ბუკლეტების გამოცემა-გავრცელება და სხვ.).

5. სამხარეო (ადგილობრივი) სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის ღონისძიებები

(მოქმედებს იმ შემთხვევაში, თუ ზემდგომის მიერ დაკისრებული აქვს ეს ფუნქცია)

- ა) ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრისა და ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული მმართველობის სხვა ორგანოების გამოცემული ნორმატიული აქტებისა და სხვა მარეგულირებელ დოკუმენტთა, მეთოდოლოგიათა გაცნობა და შემსრულებლამდე დაყვანა;
- ბ) დაწესებულებათა მუშაობის პერიოდული, რეგულარული ანალიზი სამხარეო (ადგილობრივი) პროგრამების ჭრილში;
- გ) სამხარეო საინფორმაციო-მმართველობითი სისტემების შექმნა;
- დ) ეპიდსიტუაციის მართვა (სამხარეო ცენტრის სტაგუსის შემთხვევაში).

ხარჯების გაანგარიშება

სამხარეო პროფილაქტიკური პროგრამების ხარჯთაღრიცხვაში ძირველ რიგში შედის ხუთი პროგრამის წლიური, კვარტალური და იური ხარჯი.

ცხრილი I

სამხარეო პროფილაქტიკური პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	წლიური ხარჯი	კვარტალური ხარჯი	იური ხარჯი
1	სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიისა და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების უწყვეტ მუშაობის ღონისძიებანი			
2	მოსახლეობის ანტირეპროდუქციული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი			
3	შალარის გაერელების საწინააღმდეგო ღონისძიებანი			
4	ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოველების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი			
5	ადგილობრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მსკორდინირებული და მშაროველობითი საქმიანობის უზრუნველყოფის ღონისძიებანი			
	სულ			

მე-2 ცხრილში (ღონისძიებების ხარჯთაღრიცხვა, ადმინისტრაციულ-გერიგორიული განაწილება) შედის იგივე

ლონისძიებები რაიონებისა და ქალაქებისათვის - რამდენი რაიონი და ქალაქი შედის მსარეში, ღებვა იმდენი გრაფა.

ცხრილი 2

სამხარეთ პროგრამებით გათვალისწინებული ადგილობრივი ღონისძიებების ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	რაიონები				სულ
		1	2	3	4	
1	სამხარეთ და ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიისა და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად ფუნქციონირების ღონისძიებანი					
2	მოსახლეობის ანგარიშული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი					
3	შალარის გაერცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებანი					
4	ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი					
5	ადგილობრივ საკერძო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მართვით და მმართველობითი უმრუნველყოფის ღონისძიებანი					
	სულ					

სამხარეთ პროფილაქტიკური პროგრამების ხარჯთაღრიცხვა წარმოდგენილ უნდა იქნეს ეკონომიკური (გამსხვილებული)

კლასიფიკაციის მიხედვით (ცხრილი 3), რომელიც შედგება თითოეული ღონისძიების ხარჯთაღრიცხვისაგან.

ცხრილი 3

მხარეში _____

(ღონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა

№	დანახარჯების სახეები	წლიური	კვარტალური	თვიური
1	ხელუასი			
2	დანარიები ხელუასზე (27% - 3% = 30%)			
3	სამეურნეო მომსახურების (კომუნალური, საოფისე, სატრანსპორტო) ხარჯები			
4	სამიწიკვამლეო ხარჯები			
5	მაგნიტული-ტექნიკური სამუშაოების ხარჯები			
6	საინფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნიკაციები, საკომპიუტერო დრო, პრესა) ხარჯები			
7	სამკერძო-სამხარაო და სხვა სამედიცინო სამუშაოების (ვაქცინები, ხაღვთისფეხით სამუშაოები) ხარჯები			
8	სხვა ხარჯები			
		სულ		

ეკონომიკური კლასიფიკაციის მიხედვით რაიონულ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ხარჯები წარმოდგენილ უნდა

(ლონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა რაიონების მიხედვით (წლიური)

№	აღსარჯების სახეობა	რაიონები				სულ
		1	2	3	4	
1	ხელუხის					
2	ღანარაჯი ხელუხისზე (27%+3%-30%)					
3	სამუდრნო მომხარუების (კომუნალური, საოფისო, სატრანსპორტო) ხარჯები					
4	ხომელონისო ხარჯები					
5	მეტერიული-ტექნიკური ხმუალესათი ხარჯები					
6	სანსფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნალური, ხეთურო დრო. პრესა) ხარჯები					
7	სამკონსტრუქციო და ხხეა ხმუალესათი საშუალესების (ექსპლუატაციო, ხადეინორეკონსტრუქციო საშუალესათი) ხარჯები					
	ხხეა ხარჯები					
	სულ					

მე-5 ცხრილში აისახება თითოეული პროგრამის (ლონისძიების, რომელიც ჩამოყალიბებულია სავალდებულო ადგილობრივ

_____მი _____
 ქალაქი, რაიონი (ღონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა

№	დასახარჯების სახეები	წლიური	ქვარცალკური	თვეური
1	ხელუასი			
2	დანარიცხი ხელუასზე (27% 30%=30%)			
3	სამეურნეო მომსახურების (კომუნალური, საოფისე, საგრანსპორტო) ხარჯები			
4	სამიელსებო ხარჯები			
5	მაკერიალურ-ტექნიკური სამკალებათა ხარჯები			
6	საინფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნიკაციები, საეიფერო ღრო, პრესა) ხარჯები			
7	სამკერნალწამლი და სხვა სამედიცინო სამკალებების (ვაქცინები, საღერსინფექციო სამკალებები) ხარჯები			
8	სხვა ხარჯები			
		სულ		

* მუშაკის ანაზღაურება უნდა შეესაბამებოდეს სახელმწიფო სახელფასო ბადეს ანუ თანამდებობრივ სარგოებს, ოღონდ წილობრივი მაჩვენებლის მიხედვით. მაგალითად, თუ ეპიდემიოლოგი მონაწილეობს 4 ღონისძიებაში, რომელთაგან არც ერთი არ საჭიროებს 8 საათს დღეში, თანაც ოთხივე ღონისძიება შეიძლება განხორციელდეს თვის განმავლობაში, მაშინ ყოველ ღონისძიებაში მონაწილეობის ანაზღაურება ხდება

პროპორციულად (თუ შეემსრულებელი მთავარი სპეციალისტია, მაშინ თითოეულ ღონისძიებაზე ეკუთვნის 38 ლარი : 4 =+ 9.5 ლარი).

ვინაიდან ადმინისტრაციული და დამხმარე ბლოკი აუცილებლად მონაწილეობს ყველა ღონისძიებაში შესაბამისი მმართველობით-საშემსრულებლო ფუნქციით, შრომის ანაზღაურება უნდა განისაზღვროს ყველა ღონისძიების პროპორციულად, თანამდებობრივი სარგოდან გამომდინარე.

მე-6 ცხრილი საშუალებას იძლევა რაიონის (ქალაქის) ღონებე შეუასდეს ღონისძიებები მე-5 ცხრილის გამოყენებით.

ცხრილი 6

რაიონული (საქალაქო) პროფილაქტიკური პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	წლიური ხარჯი	ქვარცალკე რი ხარჯი	თვიური ხარჯი
1	სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიისა და სამედიცინო საინფორმაციო ხსკეების ელექტრონულ უზრუნველყოფის ღონისძიებანი			
2	მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი			
3	მალარიის ვაქცინაციების ხაზინააღმდეგო ღონისძიებანი			
4	ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი			
5	ადგილობრივი სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა უზრუნველყოფის მაკოორდინირებელი და მმართველობითი კონსულტაციის ღონისძიებანი			
	სულ			

მე-7 ცხრილი გამოყენებულ უნდა იქნეს ღონისძიების შემსრულებელთა ხელფასის კალკულაციისათვის

№	შროპითა რესურსი	ფიზიკურ პირთა რაოდენობა	შროპის ანამლაქ რება	დარიცხვა (პი%)	სულ
1	პროიუქტის დასახელება				
2					
3					
	ადმინისტრაციული და დახმარე პერსონალი				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
	სულ				

შივლინების ხარჯების გაანგარიშებისას გამოიყენება მოქმედი საკანონმდებლო-ნორმატიული აქტები. მაგალითად, დღეს:

ქვეყნის შიგნით მივლინებულ პირს ეძლევა დღიური 3 ლარი, დამისთევის ხარჯები უნამლაურდება წარმოდგენილი საბუთის (სასტუმროს ქვითრის) მიხედვით, ხოლო საბუთის გარეშე ეძლევა 1 ლარი. ბილეთის (საშუალოდ იანგარიშება 7 ლარი) ან დახარჯული საწვავის მიხედვით განისაზღვრება მგზავრობის ხარჯი.

მაგერიალურ-გექნიკური საშუალებანი

ღონისძიების განხორციელებისათვის აუცილებელია ძირითადი საშუალებები, ლაბორატორიის დაბალფასიანი მოწყობილობა.

საინფორმაციო უზრუნველყოფის მიზნით საჭიროა: გელეფონი

(ან მისი ვადასახადი), პრესა, საეთერო დრო, მეთოდური მასალების, თვალსაჩინოებისა და სახელმძღვანელოების შექმნა და სხვ.

სამკურნალწამლო საშუალებანი:

ვაქცინა, ნიადაგი, ტესტ-სისტემები, საღებზინფექციო საშუალებები.

ვათელა ხდება წინა წლების დინამიკისა და გამოკვეთილი გენდენციების მიხედვით, რაც პროგრამისა (თითოეული ღონისძიების) და შესასრულებელი ღონისძიების დასაბუთებაში იქნება ასახული.

სამეურნეო (წყალი, ელექტროენერჯია, დასუფთავება და ა.შ.)

ვადასახადი გამოითვლება წლიური ჯამური თანხის გაყოფით ჩაგარებულ ღონისძიებათა რაოდენობაზე (იგულისხმება სავალდებულო მინიმუმი).

სატრანსპორტო ხარჯები განისაზღვრება ღონისძიების საჭიროებიდან გამომდინარე ანუ კილომეტრაჟის, საწვავის რაოდენობისა და ფასის, ხარჯის ნორმის, ტრანსპორტის სახის მიხედვით, ე.ი. თუ საწვავის რაოდენობას 100 კილომეტრზე აღენიშნავთ -ით (ლიტრობით), 1 ლიტრი საწვავის ფასს - ჩ-თი (ლარობით), ხოლო საშუალო მანძილს - შ-ით (კილომეტრობით), მივიღებთ, რომ სატრანსპორტო ხარჯი

$L = S / 100 \times N \times C$ (ლარი), *პლუს საწვავ-საპოხი მასალებისა და საოფისე ხარჯი.*

საკანცელარიო საშუალებათა (ფანქარი, კალამი, ქაღალდი, სამაგრი, საშლელი და სხვ.) ხარჯები;

სხვა ხარჯები: ყველა დანარჩენი ხარჯი, რომელიც არაა მითითებული, გემოაღნიშნულ ხარჯებში, შედის ამ პოზიციაში.

ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფუნქცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური ახორციელებს ეროვნული პროგრამების დაგეგმვას, განსაზღვრავს მათ მიმართულებას და კოორდინაციას უწევს შესრულებას, რათა უზრუნველყოს ნაადრევი სიკვდილიანობის, ავადობის, ინვალიდობის პროფილაქტიკა, ქრონიკულ დაავადებათა შესაბამისად ხელი შეეწყოს მოსახლეობაში საყოველთაო ჯანდაცვითი ღონისძიებების გაუმჯობესებას. ამ მიზნით:

- გეგმავს და მიმართულებას აძლევს ეპიდემიოლოგიურ მიზნობრივ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ასაბუთებს ქრონიკულ დაავადებათა დადგენის, პროფილაქტიკისა და კონტროლის პროგრამებს, ხელს უწყობს ჯანსაღი ყოფისა და ქმედებების დამკვიდრებას, აგრეთვე ჯანმრთელობის აღდგენას;
- ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების პროცესის ფორმირებას, შეუასესხებს, სასკოლო სამედიცინო განათლებისა და რისკის შემცირების პროგრამების შედგენას;
- გეგმავს და სრულყოფს ქრონიკულ დაავადებათა და მდგომარეობათა ბედამხედველობის სისტემებს, ყოფითი ან სხვა რისკ-ფაქტორების გამოვლენის პროცესს;
- ხელს უწყობს ეპიდემიოლოგიური და ცხოვრებისეული მანეჯმენტების, ძირითადად პიროვნების არაჯანსაღი ქმედების, მათ შორის თამბაქოსა და ალკოჰოლიანი სასმელების მოხმარების, კვების, ოჯახის დაგეგმვის, ნარკომანიისა და სხვ. შესწავლას;
- გეგმავს ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევებს, რომელიც გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების, ქრონიკულ დაავადებათა და მდგომარეობათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა ხარისხს;
- შეთანხმებებისა და სხვა მექანიზმების საფუძველზე დახმარებას უწევს რაიონებს გრანტების მეშვეობით, რომელიც გამიზნულია ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკის კონტროლისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებისათვის;
- რაიონებისათვის გეგმავს სწავლებასა და ტექნიკურ კონსულტაციებს პროფილაქტიკური და სამედიცინო

სტრატეგიის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვის, ჩამოყალიბების, შენარჩუნებისა და შეუასების საკითხებზე;

– სახელმწიფო და ადგილობრივ სამსახურებთან, სხვა ორგანიზაციებთან ერთად გვემავს, კოორდინაციას უწევს და წარმართავს ქრონიკული დაავადებების გამოვლენის ლაბორატორიულ ღონისძიებებს, ახორციელებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ შემუშავებული სხვა პროგრამების მართვას;

– აგარებს მიზნობრივ კონსულტაციებს და ხელს უწყობს იმ პროგრამათა ჩამოყალიბებასა და განხორციელებას, რომელიც მოიცავს ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკასა და კონტროლს, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სასკოლო შემეცნებითი პროგრამების შემუშავების გათვალისწინებით;

– ხელმძღვანელობს საგზაო გრავმაგიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებას, სახელმწიფო და ადგილობრივ სამსახურებთან, ნებაყოფლობით და კერძო ორგანიზაციებთან ერთად;

– გრავმაგიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამების შემუშავებისას განსაზღვრავს ამ პროგრამების მრავალპროფილური განვითარების ამოცანებსა და მიზნებს;

რეკომენდაციას უწევს კონტროლისა და პროფილაქტიკის პრიორიტეტებს, აყალიბებს მათი განხორციელების სახელმძღვანელო პრინციპებს, მსგავს ღონისძიებათა შესრულებაში ეხმარება სახელმწიფოებრივ და ადგილობრივ ორგანიზაციებს, აკადემიურ, კერძო და საზოგადოებრივ დაწესებულებებს;

– გვემავს, მართავს, მიმართულებას აძლევს და ხელს უწყობს გამოკვლევებს, გრავმაგიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის საჭირო სტრატეგიის ჩამოყალიბებისა და შეუასების საკითხებზე (ამ გამოკვლევებში შედის ბიომექანიკა, ეპიდემიოლოგია, პროფილაქტიკა, გრავმაგიზმის მკურნალობა და რეაბილიტაცია.);

– გვემავს, ქმნის, აუასებს მიმოხილვით სისტემებს, კომპეტენციის ფარგლებში ხელმძღვანელობს აყადობის, სიკვდილიანობის, გრავმაგიზმის საწინააღმდეგო საქმიანობას. გრავმაგიზმის სამედიცინო მომსახურების ფასების დაღგენის, აგრეთვე

- ეპიდემიოლოგიური მიმოხილვით სისტემის ჩამოყალიბებისათვის თანამშრომლობს ადგილობრივ და სახელმწიფო სტრუქტურებთან;
- შეიმუშავებს, ახორციელებს, მიმართულებას აძლევს, აწესებს სადემონსტრაციო პროგრამებს გრავამაგიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის მიზნით;
 - მოქმედებს როგორც ტექნიკური დახმარების ექსპერტი ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკის, პროფილაქტიკისა და არაპროფესიული გრავამაგიზმის კონტროლის სფეროში;
 - დახმარებას უწევს სახელმწიფო სტრუქტურებს გრავამაგიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროცესში ფინანსურად, აგრეთვე ტექნიკური თუ სამენჯემენტო კონსულტაციების მეშვეობით, ასლენს გრავამაგიზმის პრობლემების შეფასებას, ეპიდზედამხედველობას, გრავამაგიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ღონისძიებების კოორდინაციას;
 - ადგენს სასწავლო პროგრამებს, რათა გაიზარდოს იმ მომსახურე პერსონალის რაოდენობა და კომპეტენცურობა, რომელიც ჩართულია გარემამაგიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის კვლევასა და საქმიანობაში;
 - ხელს უწყობს გამოკვლევების შედეგების გავრცელებას, აგრეთვე გრავამაგიზმის კვლევისა და პროფილაქტიკისათვის საჭირო ტექნოლოგიის დანერგვას ადგილობრივ სახელმწიფო ორგანიზაციებში;
 - ყველა ზემოჩამოთვლილი ფუნქციის განხორციელების პროცესში თანამშრომლობს სხვა ცენტრებთან, ინსტიტუტებთან, სახელმწიფო მნიშვნელობის გრასების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ადმინისტრაციასთან, საგზაო პოლიციასთან, მომხმარებელთა უფლებების დაცვის, უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კომისიასთან, სხვა სახელმწიფო სტრუქტურებთან და კერძო ორგანიზაციებთან;
 - კოორდინაციას უწევს შესაბამისი ანგარიშის მომზადებას, რითაც ხელს უწყობს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის პრობლემების უზუსტეს აღწერას;
 - თანამშრომლობს სხვა სამსახურებთან, რომელთა მიზანია პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესება.

მონაცემთა ანალიზი და ინტერპრეტაცია

დაავადებათა დინამიკა. ქრონიკულ სნეულებათა მდგომარეობის კლასიკური სისტემები მოიცავს დაავადებათა რეგულარულ მონიტორინგს, რათა გამოვლინდეს გარკვეული დროის განმავლობაში მათი მაგება ან კლება და განისაზღვროს ადეკვატური ჩარევის სტრატეგია. დაავადებათა დროის დინამიკის გაანალიზებისას მხედველობაშია მისაღები ასაკობრივ სტრუქტურაში დროდადრო მიმდინარე ცვლილებები.

რეგიონული ანალიზი. ანალიზის ეს სახე გულისხმობს დაავადებების შემთხვევათა ან რისკ-ფაქტორთა შედარებას ორ განსხვავებულ რეგიონს შორის. უნდა გამოითვალოს დაავადებების მაჩვენებლები ქალაქად და სოფლად, დადგინდეს მათ შორის არსებული განსხვავების განმარტობებელი მიზეზები. მიღებული ინფორმაცია შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს ცალკეულ რეგიონში სპეციფიკური პრევენციული ღონისძიებების გასაგარებლად.

სქესობრივი განსხვავება. გასათვალისწინებელია, რომ ქალებსა და მამაკაცებს შორის დაავადებათა (განსაკუთრებით ქრონიკულ სნეულებათა) გავრცელება განსხვავებულია როგორც აბსოლუტური მნიშვნელობით, ასევე ასაკობრივი თვალსაზრისითაც, ამიტომ საშუალო მაჩვენებლების განსაზღვრა და გაანალიზება უნდა მოხდეს ცალ-ცალკე.

ასაკობრივი თავისებურებანი. ხანგრძლივი ლატენგური პერიოდით ხასიათდება ქრონიკული სნეულებანი, რომელთა სიხშირე ასაკთან ერთად მაგულობს. ამასთან სხვადასხვა დაავადების შემთხვევები ასაკის მიხედვით განსხვავებულია. ქრონიკულ სნეულებათა გავრცელების ასაკობრივი თავისებურებების შეუასების საფუძველზე შესაძლებელია განისაზღვროს რისკ-ასაკობრივი ჯგუფი, რომელიც, თავის მხრივ, პროფილაქტიკური ღონისძიებებისათვის მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენს.

ინფორმაციის გავრცელება

ქრონიკულ სნეულებათა პროგრამები მიმართულია უარყო მომხმარებლისაკენ - სადაზღვევო მედიცინის, კერძო სამედიცინო ორგანიზაციების, პროფესიული და მთელი საზოგადოებისაკენ.

ინფორმაციის გავრცელებისათვის სხვადასხვა წყარო გამოიყენება, რათა მან მიზნობრივ ჯგუფებს მიაღწიოს. მოპოვებული ინფორმაციის გავრცელების ძირითად სტრატეგიას წარმოადგენს სამოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციული მონაცემების, კომუნიკაბელურობის გაუმჯობესება.

სამხარეო სტრუქტურის ფუნქცია

- ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო სტრუქტურებს ეკისრება:
- წარმართოს პროცესები პროგრამათა ეფექტური განხორციელების ძირითადი პრინციპებისა და სტრატეგიის შესაბამისად;
 - ჩაატაროს გაუართობული სემინარები და დისკუსიები მართვის, ჯანდაცვის კომუნიკაციის პოლიტიკისა და პროცედურების შესწავლის მიზნით;
 - სამოგადოებრივი ჯანდაცვის ფართო ინტერესების შესაბამისად, ხელი შეუწყოს, გამოკვლევებს სამედიცინო კომუნიკაციების სფეროში. მონაცემების შეფასების, ექსპერტიზისა და მსგავსი სამსახურის (მაგალითად, მარკეტინგი და მომხმარებლის გამოკვლევა, ტესტირება და ფორმულირებადი შეტყობინების ჩამოყალიბება და საკომუნიკაციო არხების ანალიზი) მეშვეობით გააუმჯობესოს და სტიმული მისცეს შედეგების ზრდას, პროფესიონალიზმის შეფასებას, სამედიცინო კომუნიკაციების წამოწყებათა ეფექტურობის განსაზღვრას.
 - დაახარისხოს საჭირო ინფორმაცია, ჩაატაროს ექსპერტიზა, სამსახურები უზრუნველყოს ეფექტური სამედიცინო კომუნიკაციების განხორციელებისათვის საჭირო თანამედროვე აღჭურვილობითა და ტექნოლოგიებით.
 - დაეხმაროს ადგილობრივ სამსახურებს სამედიცინო/საკომუნიკაციო წამოწყებათა, მუნიციპალურ პროგრამათა დაგეგმვაში, განხორციელებასა და შეფასებაში;
 - უზრუნველყოს სამედიცინო საკომუნიკაციო საშუალებათა ხარისხიანობა;
 - სისტემატურად მოიპოვოს. შეაფასოს და გაავრცელოს ინფორმაცია მართვის სფეროში მიმდინარე კვლევისა და თანამედროვე ტენდენციების, აგრეთვე სამედიცინო კომუნიკაციების სიახლეების შესახებ;
 - უხელმძღვანელოს ურთიერთთანამშრომლობას იმ სამოგადოებრივ, არაკომერციულ, კერძო ორგანიზაციებთან, რომლებიც ჩართულნი არიან სამედიცინო კომუნიკაციებში.

დაავადებათა კონტროლის სისტემის ამოცანები

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (დკეც) ძირითადი უუნქცია უნდა იყოს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვება, დამუშავება, ანალიზი. მის საფუძველზე მოსახლეობის ავადობის რუკის შედგენა და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება პრიორიტეტების მიხედვით.

რეკომენდაციები უნდა მოიცავდეს სახელმწიფო (ცენტრალური) და მუნიციპალური პროგრამების შედგენის ძირითად მიმართულებებს. პროფილაქტიკური (საზოგადოებრივ ჯანდაცვითი) პროგრამების დაგეგმვას უნდა მოხდეს ჯანდაცვის მართვის ეროვნულ ცენტრში, სადაც ექსპერტთა პანელი შეადგენს შესაბამის სტანდარტებს და სრულყოფს დაფინანსების მექანიზმებს. საჭიროების შემთხვევაში ხდება შესაბამისი პროფილის ინსტიტუტებისათვის პროგრამასთან დაკავშირებული კვლევების დაკვეთა (გრანტული პრინციპით).

პროგრამას ნერგავს ჯანდაცვის სამინისტრო: პროფილაქტიკურ (საზოგადოებრივ-ჯანდაცვით) პროგრამებს მართაქს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამკურნალო პროგრამებს საღამღვეუო კომპანია, ხოლო სხვა პროგრამებს - შესაბამისი დაწესებულება სამინისტროს შეკვეთის საფუძველზე.

პროგრამის უშუალო განხორციელება-მართვისათვის გამოიყოფა კოორდინატორი - პროგრამის დირექტორი, რომელიც ადგენს მეთოდურ დოკუმენტაციას და ახდენს პროგრამის მუღმევ მონიტორინგს. იგი ანგარიშვალდებულია შეკვეთის წინაშე.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში აკუმულირებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე უნდა შემუშავდეს რეკომენდაციები სანიტარიული ნორმების შექმნისათვის, რასაც განხორციელებენ სანიტარიის სკ ინსტიტუტი და ჰიგიენისა და პროფპათოლოგიის სკ ინსტიტუტი. ცენტრი მონაცემებს მიიღებს სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურიდან ან მოიპოვებს თვითონ.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ყოველკვარგალურად უნდა ღებულობდეს მონაცემებს სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრიდან. სამედიცინო დაწესებულებებიდან. გარდა ამისა, მას საშუალება უნდა ჰქონდეს თვითონ წააგაროს კვლევები მშრალი ციურების დასასახბუთებლად. ამ მიზნით მას ხელშეკრულებას უფორმებს სამინისტრო ან ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი მეცნიერების განვითარების ან მართვის

პროგრამების შესაბამისად. აღნიშნულ გამოკვლევებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ასორციელებს სათანადო პროფილის ინსტიტუტების ან ცალკეული ჯგუფების მეშვეობით.

ქრონიკულ დაავადებათა პრევენცია უშუალო კავშირშია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდასა და დამკვიდრებასთან. მავნე ჩვევების აღმოცენება-განვითარების უარყოფითი შედეგების წარმოჩენაში მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება მასმედიის აქტიურობას. ამ რგოლში შედის საინფორმაციო-ანალიტიკური ცენტრის, როგორც საჭირო ინფორმაციის გამავრცელებლის ფუნქციებიც.

პროგრამების დაგეგმვა

მონაცემთა ანალიზისა და ინტერპრეტაციის საფუძველზე უნდა განისაზღვროს ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულებანი და ამ ინფორმაციის გაარკვეული ნაწილი გავრცელდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების სახით. დაავადებათა კონტროლის შემდგომი ეტაპია პრევენციული (საზოგადოებრივ-ჯანდაცვითი) პროგრამების დაგეგმვა შერჩეული პრიორიტეტების გათვალისწინებით, მათი დანერგვა და შეუასება. ინტერვენციის (ჩარევის) პროგრამებს ერთობლივად გეგმავენ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები (ან სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები). პროგრამის დაგეგმვის პირველ ეტაპზე ინტერვენციის სტრატეგიის იდენტიფიკაციისათვის აუცილებელია ინტერვენციის შესახებ არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა, რომლის გათვალისწინებითაც შეიქმნება არსებულ პირობებთან ადაპტირებული პროგრამები. პროექტებს განიხილავს და ამტკიცდებსა ინტერსექტორული საბჭო, ხოლო შემდეგ გადაეცემა ჯანდაცვის მართვის ეროვნულ ცენტრს, სადაც სხვა ასპექტებთან ერთად განიხილება მისი ფინანსური უზრუნველყოფაც (რამდენად შეესაბამება ბიუჯეტიდან გამოყოფილ თანხას) და დადებითად შეფასების შემთხვევაში, იწყება მუშაობა.

პროგრამის სათაო შემსრულებელი ორგანიზაცია, ჩვეულებრივ, პროგრამის შემდგენელია (ცალკე იურიდიული პირი, იურიდიულ პირთა ერთობლიობა, დაწესებულება და სხვ.), რომელსაც მისი განხორციელებისა და მართვის შეკვეთას აძლევს ჯანდაცვის სამინისტრო (მომავალში ეს გენდერის მეშვეობით

განხორციელდება). შემკვეთი გენერალურ ხელშეკრულებას დებს აგრეთვე პროგრამაში მონაწილე სხვა იურიდიულ თუ ფიზიკურ პირებთან.

დაავადებათა კონტროლი ითვალისწინებს პროგრამების შემუშავებას ორი_ძირითადი მიმართულებით. მონაცემები დაავადებათა და სიკვდილიანობის შესახებ ხშირად სრულყოფილი და სარწმუნო არ არის. ამდენად, ქვეყანაში სხვადასხვა დაავადებისა და რისკ-ფაქტორთა გავრცელების შესახებ რეალური სურათის მისაღებად, საჭიროა ეპიდემიოლოგიური კვლევითი პროგრამების დაგეგმვა. მათი შესრულება უნდა დაევალოს სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებს, რომელთა დაფინანსებისათვის ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი გრანტებს გამოიყენებს. გრანტის მოსაპოვებლად ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი წინასწარ აცხადებენ კონკურსს (ტენდერს), რომლის საფუძველზეც გამოვლინდება გამარჯვებული.

დაგეგმილი პროგრამების მეტი ნაწილი პროფილაქტიკური იქნება. მათი განხორციელება შეამცირებს ავადობას, ინვალიდობას და ნაადრევ სიკვდილიანობას.

პროგრამის განხორციელება არ არის დაავადებათა კონტროლის საბოლოო ეტაპი. შემსრულებელმა უნდა უზრუნველყოს პროგრამის მიმდინარეობის პროცესში ეტაპობრივი უკუკავშირი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ მერჩეული კრიტერიუმების (მონიტორინგის) მეშვეობით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი ახორციელებს პროგრამის შეფასებას, რათა აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელი იქნეს ღონისძიებათა შეცვლა და მოდიფიკაცია შედეგების გაუმჯობესების მიზნით.

დაავადებათა კონტროლში გადამწყვეტ როლს ასრულებენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი სამსახურები. ამიგომ დღის წესრიგში დგება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების საშემსრულებლო პასუხისმგებლობის ამალგების საკითხი, რაც ხელს უწყობს ადმინისტრაციულ გერიგორიაზე სოციალურად საშიში ან მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკას. ამავდროულად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ განხორციელებული ოპერატიული ღონისძიებანი, მიმართული ინფექციური კერების ლიკვიდაციის, ეპიდდამაბული სიტუაციის შესუსტებისა და მოხსნისაკენ, პროფილაქტიკისათვის საჭიროებს განსაზღვრული ფინანსური,

შრომითი თუ მაგერიალური რესურსების ერთ ადგილზე თავმოყრას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო ცენტრები, ადგილებზე უშუალოდ განახორციელებენ და კოორდინაციას უწევენ როგორც ცენტრალურ, ასევე რაიონულ პროფილაქტიკურ პროგრამებს. ცხადია, სამსახური ჯერ კიდევ შექმნა-ჩამოყალიბების პროცესშია. გამოიკვეთა ის ფუნქციები და უფლება-მოვალეობანი, რომელიც მას უნდა გააჩნდეს, რათა წარმატებით და ეფექტურად განახორციელოს პროფილაქტიკური ღონიძიებანი, რაც ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პრიორიტეტია.

მეტად ოპტიმალური და ეფექტური იქნება, მომავალში პროფილაქტიკური ცენტრალური და სამხარეო პროგრამების შესრულება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების გაძლიერებულ-განმტკიცებულ საშემსრულებლო ბაზაზე და შესაბამისად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ჩამოყალიბდება შემდეგი სტრუქტურით:

1. მძლავრი სადიაგნოსტიკო-საკონსულტაციო ბლოკი (მაგალითად, სამხარეო და რაიონული მრავალპროფილიანი დისპანსერი);
2. მუნიციპალური პროგრამების დაგეგმვისა და განხორციელების, ეპიდემიოლოგიური კვლევა-ანალიზის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამის განხორციელებისა და პროფილაქტიკური პროგრამების დაგეგმვის ბლოკი;
3. პროგრამათა შეთანაწყობისა და მართვა-განხორციელების ადმინისტრაციული ბლოკი, რომლის ელემენტებსაც დღეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის სტრუქტურა მოიცავს. მაგრამ დაუკონკრეტებელი და ბუნდოვანია მისი ფუნქციები.

ცენტრალური პროფილაქტიკური პროგრამების შივა მენჯემენტის ერთ-ერთი ამოცანა სამხარეო მართვაა, რაც გულისხმობს სამხარეო და ადგილობრივ დონეზე ცენტრალური პროგრამებით განსაზღვრულ ღონისძიებათა როგორც გაგარებას, ასევე შედამხედველობას, რამეთუ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ხარისხიანი შესრულებისათვის უწყვეტი მონიგორინგია საჭირო.

ამგვარი უკუკავშირის დამყარებით შესაძლებელი გახდება დააეაღებათა კონტროლის ერთიანი სისტემის შექმნა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისადმი ფუნქციურად დაქვემდებარებული დაწესებულებები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს ფუნქციურად ექვემდებარება დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი:

- საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სამსახურს ინფორმაციას აწვდის სისტემის ლაბორატორიათა ქსელის ფუნქციონირებისა და სწავლების შესახებ პროგრამათა მიმდინარეობის შესახებ;
- მოქმედებს, როგორც ჩამოყალიბებული სტრატეგიის განხორციელების ცენტრალური რგოლი;
- ხელს უწყობს სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავებას, დანერგვას, განვითარებას, ლაბორატორიათა მუშაობას და ამოწმებს მის ხარისხიანობას;
- ხელს უწყობს იმ მეთოდების ჩამოყალიბებასა და დანერგვას, რომელიც აუმჯობესებს ცენტრალური და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირებას, რაც პრიორიტეტებისა და მოვალეობების კოორდინირებული და ეფექტური შესრულებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების გადაჭრის გარანტი იქნება;
- ფუნქციონირებს, როგორც ეპიდემიოლოგიური გექნოლოგიის პრაქტიკული სასწავლო პროცესის ცენტრალური რგოლი, ხელს უწყობს სწავლების ორგანიზებულად წარმართვასა და აფასებს განვითარების ეფექტიანობას;
- ცენტრებსა და ინსტიტუტებს, კერძო ორგანიზაციებს შორის აძლიერებს ურთიერთკავშირებს, ურთიერთთანამშრომლობას (კონსენსუსის მისაღწევად), რაც მიზნად ისახავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა მაღალ დონეზე ჩატარებას;
- შეთანხმებულად მუშაობს აკადემიურ დაწესებულებებთან, განსაკუთრებით პროფილაქტიკური მედიცინის სფეროში, რათა ჩამოაყალიბოს და შეაფასოს პროფილაქტიკური ღონისძიებანი.

სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი

- სახელმწიფო დონეზე ხელმძღვანელობს სამედიცინო სტატისტიკისა და ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვებას, დამუშავებას, მართვას;

- აანალიზებს და ავრცელებს ინფორმაციას სახელმწიფო ჯანდაცვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოვლენათა, ავრთვე ჯანდაცვის ღონისძიებათა სტატისტიკის შესახებ (მოსახლეობის ფიზიკური, გონებრივი, ფსიქოლოგიური დახასიათების, ავადობის, გრავმატიზმის, დაზიანებების მონაცემების, ჯანდაცვის დაწესებულებათა საკადრო რესურსების გამოყენების ჩათვლით);
- უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის მართვას ჯანდაცვითი ღონისძიებების ფასისა და ხარჯის ანალიზის საფუძველზე, განსაზღვრავს ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებს, ეკონომიკურ, სოციალურ და ჯანმრთელობის სხვა რისკ-ფაქტორებს;
- ხელმძღვანელობს ჯანდაცვის სტატისტიკის ერთიან სისტემას; ხელს უწყობს და წარმართავს ჯანდაცვის მონაცემების სისტემების შედგენისა და სტატისტიკის მეთოდოლოგიურ კვლევას;
- პროგრამის მიხედვით უზრუნველყოფს ტექნიკურ დახმარებას, სტატისტიკური პროგრამების დაგეგმვას, მენეჯმენტს, შეუასებას, ჯანდაცვის მაქსიმალურად განხორციელებადი საყოველთაო სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების კოორდინირების ჩათვლით;
- ამყარებს საქმიან კავშირებს ჯანდაცვის სხვა საზოგადოებრივ და კერძო სამსახურებთან, სტატისტიკურ ორგანიზაციებთან, კონკრეტულ დახმარებას უწევს მათ;
- ხელმძღვანელობს გამოკვლევებს, კონსულტაციებს, სასწავლო პროგრამებს, რაც საფუძველად უდევს საერთაშორისო სტატისტიკური საქმიანობის განხორციელებას;
- მონაწილეობს სახელმწიფო ჯანდაცვის სტატისტიკის პოლიტიკის შემუშავებაში;
- მართავს ეკოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკის პროგრამას;
- ასრულებს ჯანდაცვის სტატისტიკის ორგანიზაციის ზოგად ფუნქციას. მოქმედებს, როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს კონსულტანტი და მრჩეველი, რათა სტატისტიკური მონაცემების გათვალისწინებით დარგის მართვაში მიღწეულ იქნეს სტრატეგიული მიზნები.

თავი XIV

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია რეორიენტაციის პირობებში

წარსული

საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა მთლიანად ცენტრალიზებული იყო და ახასიათებდა ტოტალიტარული მიდგომა მართვის, დაუნიანსების, მაგერიალურ-ტექნიკური აღჭურვისა და სხვა საკითხებისადმი. ჯანდაცვის სტრატეგია და ტაქტიკა, მისი მოცულობა, განხორციელების საშუალებანი და ხარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებულად და ფაქტობრივად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ მოტივაციას. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო აღიარებდა დაავადებათა პროფილაქტიკის უპირატესობას, სინამდვილეში სახსრების უდიდესი ნაწილი მთლიანად სტაციონარული მკურნალობისაკენ იყო მიმართული. სისტემის წარმატებით ფუნქციონირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად გაგარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა ითვლებოდა, რაც თავის მხრივ, საწოლებისა და სამედიცინო პერსონალის უბოზოდ გამრდისაკენ სწრაფვას იწვევდა.

სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება – “საყოველთაო და უფასო სამედიცინო დახმარება” – გულისხმობდა პოპულაციის თითოეული წარმომადგენლის უზრუნველყოფას გარანტირებული უფასო სამედიცინო დახმარებით. მაგრამ, ამგვარი გარანტიების მიუხედავად, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარკვეულწილად ირღვეოდა, ვინაიდან პიროვნებას არ ჰქონდა სამკურნალო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის სურვილისამებრ არჩევის საშუალება. რაც შეეხება უფასო სამედიცინო დახმარებას. იგი საშუალო ნორმის ფარგლებში იყო და უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფს მაინც უხდებოდა ექიმისთვის

ჰონორარისა თუ მედიკამენტების საფასურის გადახდა. ამგვარად, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი უფრო მეტად მოსახლეობის სოციალურ დაცვაზე იყო ორიენტირებული, ვიდრე თვით ჯანმრთელობის დაცვაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა აღამიანს განიხილავდა, როგორც ობიექტს და არა სისტემის წარმმართველ სუბიექტს. ინდივიდი გრძნობდა პასუხისმგებლობას საკუთარ ჯანმრთელობაზე. ამის მაგალითია თუნდაც ის, რომ საქართველო პირველ ადგილზე იყო ექიმების რაოდენობით, ასევე პირველ ადგილზე იყო ავადმყოფთა მიგრაციის დონითაც. მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებისათვის ავადმყოფები ხშირად მიმართავენ უკეთ აღჭურვილ სამედიცინო დაწესებულებებს, როგორც საქართველოს მასშტაბით, ასევე საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში. ასევე მენტალიტეტი არ შეეცვლილა ქართული სახელმწიფოებრიობის აღდგენისა და ჩამოყალიბების პერიოდშიც.

შემთხვევითი არ ყოფილა, რომ საბჭოთა კავშირის დაშლის მომენტისათვის სხვა რესპუბლიკებთან შედარებით, საქართველოში ცხოვრების მაღალი დონე იყო (მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლების ცნობილი მოვლენების შედეგად მკვეთრად შეიცვალა მდგომარეობა ქვეყნის შიგნით).

ბოლო წლებში შექმნილმა მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურმა სიტუაციამ, ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის კრიზისმა, მკვეთრად გააუარესა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაც აისახა სტატისტიკურ მაჩვენებლებშიც (შექმნილმა მდგომარეობამ განაპირობა ისიც, რომ ხშირად ვერ ხერხდებოდა სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება). ჩვენს ხელთ არსებული სტატისტიკური მონაცემები ხშირად ობიექტურად ვერ ასახავს რეალურ სურათს. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ზოგი დემოგრაფიული და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლის ცვლილების დინამიკას უკანასკნელი წლების განმავლობაში.

საქართველოს მოსახლეობა 1990-97 წ.წ. შესაბამისად 5398,3; 5413,5; 5421,6; 5420,2; 5447,1; 5429,5; 5407,0; და 5408,6 ათასი იყო.

მოსახლეობის ბუნებრივმა ნამატმა 1990-97 წ.წ. 1000 მოსახლეზე შეადგინა შესაბამისად: 8,3; 8,1; 8,6; 7,9; 4,8; 2,4; 1,8 და 3,2.

შობადობა 1000 მოსახლეზე იმავე წლებში იყო: 17,3; 16,7; 17,0; 16,4; 13,4; 11,4 და 9,5. ხოლო სიკვდილიანობა - 9,0; 8,6; 8,4; 8,5; 8,6; 9,0 და 7,7. რაც შეეხება ბავშვთა სიკვდილიანობას, მკვეთრად შობადობამ

1990-97 წ.წ. შეადგინა (აბსოლუტური რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე) შესაბამისად: 868/8,8; 772/8,1; 750/8,2; 3988/5,2; ახალშობილთა სიკვდილიანობამ იმავე წლებში 996/10,2; 776/8,2; 783/8,6; 553/7,1; პოსტნატალურმა სიკვდილიანობამ – 1323/13,5; 763/8,0; 640/7,0 და 585/7,7. ბავშვთა სიკვდილიანობამ 0-1 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 21,0; 19,6; 15,9; 13,7; 11,7; 18,3 და 11,7. როგორც ცნობილია, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები პირდაპირ კავშირშია ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობის, შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების დინამიკასთან. ჩვენს შემთხვევაში კი დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების გენდენცია განპირობებულია შობადობის კლებით და არ ასახავს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შექმნილ მძიმე ვითარებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 1990-97 წ.წ. მოქმედი საავადმყოფოებისა და მათში გაშლილი საწოლების რაოდენობა შესაბამისად შეადგენდა: 402/53738, 399/54037, 384/53079, 384/53079, 390/53122, 386/52900; 340/46256 და 321/44444; მოსახლეობის საწოლებით უზრუნველყოფა – 99,5; 99,8; 98,0; 97,5; 89,6; და 86,1. საწოლების საერთო დაგვირთვა - 232,0; 214,7; 208,1; 187,7; 132,1; 128,2 და 104,0. ქვეყნის მოსახლეობას 1988-94 წ.წ. დახმარებას უწევდა შესაბამისად 99, 101, 96, 96, 96, 81 და 82 დისპანსერი, 1361, 1323, 1348, 1348, 1357, 1244 და 1237 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება. იმავე წლებში ექიმების (კბილის ექიმების ჩათვლით, ფიზიკური პირი აბსოლუტური რაოდენობა 1000 მოსახლეზე) რაოდენობა მარტო ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში იყო: 26350/48,8; 270559/50,0; 26850/49,6; 26710/49,3; 25102/46,3; 24727/47,9 და 22578/43,8.

ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები და გარკვეული ქმედითი ღონისძიებების გარეშე უახლოეს ხუთ წელიწადში გარდაუვალი იქნებოდა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაგება მოსახლეობის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ჩატარებული წინასწარი გამოკვლევების მიხედვით პოსტკომუნისტური სივრცის მრავალ მოსახლეობაში ამ მაჩვენებლებს 2000 წლისათვის სავარაუდოდ 5-10%-ით უნდა მოემატა.

საქართველოში ბავშვთა სიკვდილიანობის 1990 წლის მაჩვენებელი (17,8-100 ახალშობილზე) ორჯერ აღემატებოდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს; 1993/94 წლებისათვის მან მოიმატა 13%-ით და მიაღწია 21,4-100

ახალშობილზე. იმაგა მშობიარე ქალთა სიკვდილიანობამაც, რისი ერთ-ერთი მიზეზი ბინაზე მშობიარობის რაოდენობის გამრდაა. მშობიარეთა სიკვდილიანობის ეს მაჩვენებელი 20-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში (დაახლოებით 39,0 - 100. 000 მშობიარეზე.)

განსაკუთრებით საგანგაშო ვახდა სოციალურად სამიშ დაავადებათა (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებანი, შიღსი, სგვ სნეულებანი და სხვ.) მნიშვნელოვანი მაგება.

1990-94 წ.წ. ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა პირველად დაუღინდა (100 000 მოსახლეზე) 28,7; 28,8; 28,3; 28,2; 30,4; 50,7; 55,3 ავადმყოფს, ხოლო მთლიანად დაუქსირებული იყო ტუბერკულოზის 148,1; 144,4; 140,8; 140,8; 194,5; 246,4; 279,4 შემთხვევა. 1988-94 წ.წ. 100 000 მოსახლიდან აეთვისებანი სიმსივნის დიაგნოზი პირველად დაუღინდა 138,7; 129,9; 129,9; 119,4; 81,5; 65,9; 66,3 აღამიანს, ამავე წლებში აეთვისებანი სიმსივნით დაავადებულთა რაოდენობა 581,5; 586; 4; 582,7; 490,7; 479,9; 505,0 იყო, ხოლო აეთვისებანი სიმსივნეებისაგან სიკვდილიანობამ 1989-94 წ.წ. 103,8; 101,5; 100,5; 100,5; 82,9; 73,1 და 60,3 შეადღინა.

გემოთ წარმოდგენილი მონაცემები არასრულყოფილია აღრიცხვიანობაში არსებული ხარვეზების გამო და ვაცილებით ნაკლებია უაქტობრივითან შეღარებით.

1988-95 წ.წ. ქვეყანაში შესაბამისად რეგისტრირებულ იქნა სიფილისის და გონორეის 1122/3965; 824/3205; 725/2261; 730/1809; 653/1562; 760/1124 და 822/1259 შემთხვევა. კლების გენდენცია აქაც მოჩვენებითია და არ ასახავს რეალურ სურათს, რაც განპირობებულია ვენერიული სნეულებებით დაავადებულთა არასრულად გამოვლენითა და რეგისტრაციის მოშლით.

არასახარბიელო სურათი იკვეთება ფსიქიატრიული პათოლოგიის დინამიკის ანალიზისას. მაგალითად, 1989-95 წ.წ. აღრიცხვაზე აყვანილ იქნა შესაბამისად: 3040; 3202; 2498; 1539 და 1734, საერთოდ კი აღირიცხებოდა 77044; 74570; 74524; 65910; 67435 სულით ავადმყოფი.

მძიმე ვითარება შეიქმნა ინფექციურ სნეულებებთან დაკავშირებით. პოლიტიკური და ეკონომიკური კრიზისის, ლტოლვილთა და იძულებით ადგილნაცვალ პირთა რაოდენობის მკვეთრი ზრდის გამო, დაირღვა ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა სამიშ ინფექციურ დაავადებათა აფეთქება, ვახშირდა ნაწლავეური ინფექციების, ბოგულიმის, გიფისა და გეგანუსის შემთხვევები. განსაკუთრებით

უნდა აღინიშნოს დიუთერიით ავადობა, რომელიც 100 000 მოსახლეზე 1988-93 წ.წ. შესაბამისად 0,24; 0,055; 0,24; 0,129; 0,055; 0,516 შეადგინა, ხოლო შემთხვევათა აბსოლუტურმა რაოდენობამ: 13,1; 13,13; და 28, 1994 წელს ქვეყანაში აღინიშნა დიუთერიის 289 შემთხვევა, როგორც ბავშვთა, ასევე მოზრდილთა ასაკობრივ ჯგუფებში. სამწუხაროდ, იყო ლეგალური შემთხვევები. გამოვლენილ იქნენ ბაქტერიამაგარებლებიც, რაც დიუთერიის გამოწვევის ინტენსიურ ციკლზე მიუთითებს (1995 წლის შემოდგომიდან დღემდე რეგისტრირებულია დაავადების 425 შემთხვევა). მკვეთრად იმატა ყვიანახველამ, წითელამ, ყბაყურამ.

სიგუაციის გამწვავება დიუთერიისა და სხვა მართვადი ინფექციების მხრივ, როგორც აღენიშნეთ, გამოწვეული იყო მოსახლეობის გვემური იმუნიზაციის სისტემის მოშლით, რაც თავის მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ზოგადი კრიზისის ერთ-ერთი ნიშანი იყო.

საგანგაშო გახდა ვისცერული ლეიშმანიოზის გამოვლენა. მარტო 1997 წელს რეგისტრირებულია 80 შემთხვევა, აქედან 39 ქ.თბილისში.

ეპიზოოტიური კონტროლის შესუსტების გამო გახშირდა ცოფის შემთხვევები, 1988 წელს ცოფისაგან გარდაიცვალა 5, 1992 წელს - 8, 1994 წელს 10, 1993-1996 წლებში - 37 ადამიანი.

სანიტარული ზედამხედველობის შესუსტების შედეგად 1994 წ. აღინიშნა არაქარხნულად დაკონსერვებული კვების პროდუქტების მოხმარებით გამოწვეული გოქსიკოინფექციის, მათ შორის ბოტულიზმის 350 შემთხვევა, რომელთაგან არაერთი დამთავრდა სიკვდილით.

სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ერთჯერადი სამედიცინო ინსტრუმენტების მკვეთრი ნაკლებობის გამო თითქმის არ კლებულობს ეპიდემიოლოგიურად საშიში ინფექციით - ვირუსული "B" ჰეპატიტით ავადობის მაჩვენებელიც - 1988-96 წ.წ. 100 000 მოსახლეზე 43,69; 41,03; 45,85; 37,14; 31,64 და 26,71 შემთხვევაა რეგისტრირებული. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობა შეიქმნა "C" ჰეპატიტის გახშირების გამო, ხშირია ე.წ. ოჯახური შემთხვევები.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში გაიზარდა 35%-ით, ხოლო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მოიმატა 18%-ით.

ჯანმრთელობის დაცვაზე ყოველწლიური ხარჯების ღირებულება ასეთია: 1985 წ. და 1990-92წ.წ. ჯანდაცვით ღონისძიებებზე

მესაბამისად იხარჯებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტის 9,54; 9,94; 13,42 და 8,43% (მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული აგრეთვე ამ პერიოდში ინფლაციის კატასტროფული და ძნელად პროგნოზირებადი ზრდა). ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს დაუინანსების კლებისა და ჯანდაცვის სისტემის (უკანასკნელი წლების მანძილზე) თითქმის უცვლელი მოცულობის (რომელიც მკვეთრად აღემატებოდა რეალურ მოთხოვნებს) პირობებში, სახსრები მოხმარდა ჭარბი კადრების შენახვას მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საზიანოდ. აღნიშნულმა ფაქტორმა, უკანასკნელი წლების განმავლობაში განვითარებულ სოციალურ-პოლიტიკურ მოვლენებთან ერთად, ხელი შეუწყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საგრძნობ გაუარესებას.

ამრიგად, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის კრიზისის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი იყო დისბალანსი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაუინანსების პროგრესულ კლებასა და არსებულ სტრუქტურებს შორის. ამის დასტურად კმარა ისიც, რომ მარტო თბილისში ამ პერიოდში ფუნქციონირებდა 143 (მათ შორის 8 სხვა უწყებრივი დაქვემდებარების) სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება. ეს გაცილებით მეტი იყო, ვიდრე ქალაქს რეალურად ესაჭიროებდა.

მდგომარეობის ამგვარად გაგრძელება და მოსახლეობის ფაქტობრივად დაუცველ მდგომარეობაში დატოვება ადვილად პროგნოზირებადი საეკონომიკურ შედეგებით, საბოლოოდ დაანგრევდა სამედიცინო დახმარების ისედაც სულთმოპოვებულ სისტემას.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაციის აუცილებლობა პოლიტიკური სისტემისა და სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლების რადიკალურმა ცვლილებებმა განაპირობა. ქვეყანაში შექმნილი მძიმე მდგომარეობის გამო, ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო 5-7 წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა და პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებისათვის საჭირო მინიმალური მაგერიალური და შრომითი რესურსების გამოძებნა. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები გამოირიცხავდა ყოველსმომცველ სამედიცინო დახმარებას. ამიგომ აუცილებელი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებანი დაბალანსებულებიყო მის შესაძლებლობებთან.

დარვის რეორიენტაცია მიზნად ისახავდა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი სისტემის შექმნას, რომელიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების რეალურ პირობებს. ამის მიღწევა კი შეუძლებელი იყო ჯანდაცვის სფეროში ცივილიზებული უროიერთობების დამკვიდრების, საბაზრო ეკონომიკის პრინციპების, საზოგადოების რეალურ ინტერესთა გათვალისწინებისა და არსებული მაგერიალური, შრომითი და ფინანსური რესურსების ოპტიმიზაციის გარეშე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამის - "ჯანმრთელობა ყველასათვის" ამოცანაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში უზრუნველყოფილ იქნეს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების ეკონომიური და ეფექტური მართვა, რაც უნდა განხორციელდეს მაგერიალური და ადამიანური რესურსების ოპტიმალური გამოყენებისა და საზოგადოების მოთხოვნილებებთან მათი დაბალანსების გზით.

"საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ" საქართველოს სახელმწიფო მეთაურის 1995 წლის 5 ივლისის № 269 ბრძანებულებისა და მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის № 388, 389, 390, 391, 398 და 399 დადგენილებების საუქმელებზე 1995 წლის 10 აგვისტოდან საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაიწყო დარვის რეორიენტაციის რთული, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესი.

ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელი გამომდინარეობს დემოკრატიული საზოგადოების მოთხოვნებიდან, სადაც შესაბამისი ინტერესების ადეკვატურად, გამოკვეთილი და გამიჯნულია სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი სტრატეგიული მიზანია ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, ახლანდელი და მომავალი თაობებისათვის ჯანსაღი ყოფისა და თანაცხოვრების პირობების შექმნა. ამასთან, სრულად უნდა იყოს დაცული თითოეული ადამიანის უფლებები ჯანდაცვის სფეროში; მისთვის ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს საკუთარი საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს შესახებ სრული და ობიექტური ინფორმაციის მიღება.

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გარდაქმნა, მართვის ახალი ფორმებისა და მეთოდების დანერგვა კონკრეტული გარემოებით იყო განპირობებული. ჩვენი ქვეყანა, მისი ხანგრძლივი ისტორიის განმავლობაში მუდამ მიისწრაფოდა ევროპული ორიენტაციის გაღრმავებისაკენ. ვინაიდან საქართველო ევროპის ნაწილია, მისი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ევროჯანმრთელობის განუყოფელ ნაწილად უნდა ჩამოყალიბდეს. ამისათვის კი აუცილებელია საერთაშორისო სტანდარტების შესატყვის პარამეტრებზე გადასვლა. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება და ამოქმედება ევროპის ქვეყნებისათვის დამახასიათებელი საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევისაკენ გადადგმული ნაბიჯია. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია არის ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის სტრატეგიული განვითარების განუყოფელი ნაწილი და გამომდინარეობს საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობების პრინციპებზე დაფუძნებული დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების ამოცანიდან.

ქვეყანაში ორგანიზაციისა და მართვის ახალი ფორმების დამკვიდრება პრინციპულად ახალი ტიპის მოთხოვნებს უყენებს ყველა მოქმედი სოციალური სამსახურისა და ინსტიტუტის ფუნქციონირებას და მათი შრომის პროდუქტის ხარისხს.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შემდგომი გაუმჯობესების მისაღწევად იგი უნდა იყოს მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი მოსახლეობის ყველა ჯგუფისათვის, ამავე დროს უწყვეტი, ინტეგრირებული და ორიენტირებული ოჯახის, საზოგადოების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებზე.

პირველადი ჯანდაცვა, თავისი ფუნქციითა და ფორმით, უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საყრდენი და საუკეთესო საშუალება მიზნის “ჯანმრთელობა ყველასათვის” – მისაღწევად.

ახალ პოლიტიკურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ვითარებაში არსებითად იცვლება საზოგადოების მოთხოვნები ჯანდაცვის სისტემის მიმართ. შესაბამისად რადიკალურად უნდა შეიცვალოს

მიელი სისტემის მოწყობის პრინციპები, სამსახურების საქმიანობის შინაარსი და მათი ურთიერთდამოკიდებულება. საჭიროა ერთობლივად და ურთიერთშეთანხმებულად დარეგულირდეს ჯანდაცვის მიელი სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელი გარემოებანი, ნათლად გამოიკვეთოს სისტემის საზოგადოებრივი ამოცანები და მისი ეფექტიანად ფუნქციონირების უზრუნველყოფი სოციალური და ეკონომიკური მექანიზმები, შემუშავდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისი ორგანიზაციული სტრუქტურა და ჩამოყალიბდეს მისი სახელმწიფოებრივი მართვის ასალი მოდელი. იგი უნდა მიესადაგოს სოციალური სფეროს მართვის ევროპულ მოდელს, რათა საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების მეტ-ნაკლებად თავისუფალი განვითარების პირობებში შენარჩუნდეს სახელმწიფოებრივი დარეგულირება სოციალურ სფეროში, განსაკუთრებით, ჯანმრთელობის დაცვაში. ამავე დროს, მკვეთრად უნდა გამოიკვეთოს სახელმწიფოებრივი დარეგულირების ჩარჩოები, მოცულობა და მიმართულებანი.

დღევანდელ პირობებში ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრა საჭიროებს ნაგიფ ორგანიზაციულ ღონისძიებებს, რომელიც მცირე დანახარჯების პირობებში, მაქსიმალური ეფექტის მომცემი იქნება.

ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროა: დაბალანსებული სახელმწიფო ვალდებულებების გამოკვეთა, ჯანდაცვის სფეროში წარმოქმნილ პრობლემათა პრიორიტეტების განსაზღვრა, მათი დაძლევისათვის თანმიმდევრული მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება და განხორციელება შეზღუდული დაფინანსების პირობებში.

ამ მხრივ უკვე გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები - შეიქმნა სახელმწიფო ვერტიკალური (ცენტრალური) და მუნიციპალური (სამხარეო) პროგრამები, რაც მთლიანობაში, საჭიროებიდან გამომდინარე, არეგულირებს მიზნების განხორციელების პროცესს. ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ ვერტიკალური (ცენტრალური) პროგრამები სრულად ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას ყოველ კონკრეტულ სიტუაციაში.

ვერტიკალური პროგრამების დომინანტურობის გამო, პრობლემის გადასაჭრელად საჭირო იყო რაიონული ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება პირველად სამედიცინო დახმარებაზე დაუფძნებით. აქ პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქცია გადამწყვეტია.

პირველად ჯანდაცვას უნდა ეკისრებოდეს პირველადი

სამედიცინო მომსახურებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანების გადაწყვეტის ფუნქციები.

მთლიანობაში, დარგის ორიენტირების ძირეულ შეცვლასთან ერთად, საჭიროა იმგვარი ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება, რომელიც ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მართვის მეთოდებით შეძლებს პროფილაქტიკაზე ორიენტირებული პირველად სამედიცინო დახმარებაზე დაფუძნებული მოქნილი სისტემის ამუშავებას.

პირველადი სამედიცინო მომსახურება, პირველადი ჯანდაცვა

ცნება “პირველადი სამედიცინო მომსახურება”, “პირველადი ჯანდაცვა” გრადიციულად გამოიყენებოდა პაციენტის პირველი კონტაქტის აღსანიშნავად ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. ამ გაგებით ის აერთიანებს მომსახურებას, რომელსაც მოსახლეობას უწევს ჯანდაცვის პერიფერიული სამსახური ზოგადი პროფილის ექიმების, მედლებისა და დამხმარე სამედიცინო მუშაკების მეშვეობით. 1978 წელს ქ. ალმა-ათაში პირველადი სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო კონფერენციაზე ამ ცნებას დაემატა ორი სხვა მნიშვნელობაც: ძირითადი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც სულ ცოცხა რვა ელემენტისაგან შედგება და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა, რომელიც სამართლიანი მიდგომით, დარგთაშორისი საქმიანობითა და ჯანდაცვის პროცესში მოსახლეობის აქტიური მონაწილეობით ხასიათდება.

პირველადი სამედიცინო მომსახურება (პსმ) – გულისხმობს გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლს, სწორ კვებას, სამედიცინო (პროფილაქტიკურ) განათლებას, ბაზისური მედიკამენტებით (ძირითადი წამლებით) უზრუნველყოფას, იმუნიზაციას, დეათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონტროლს, გავრცელებული დაავადებებისა და გრავემების პრევენციასა და მკურნალობას, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფას და ძირითადი სანიტარული ნორმების კონტროლს.

პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) არის ზოგადი, უწყვეტი კოორდინირებული პერსონალური დახმარება. გულისხმობს ექიმის

პასუხისმგებლობას დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ვიწრო ტექნოლოგიურ ჩარჩოებს მიღმა და მოიცავს: პრევენციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, ფსიქოლოგიურ გამოკვლევას, ინფორმაციის მოპოვებას და ავაღლებს, მისი პრევენციისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოსტიკა და დასაბუთებული მკურნალობა კვლავაც უდიდეს ძალისხმევას საჭიროებს, სხვა ამოცანები, რომელიც პირველად ჯანდაცვას ეკისრება, ასევე უდიდეს მნიშვნელობას იძენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში.

პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური განსაზღვრა უმთავრესად ითვლება. არსებობს სხვა დეფინიციებიც ორგანიზაციული, ფუნქციური, პროფესიული და აკადემიური პერსპექტივების სივალსაზრისით. ჯანდაცვის ორგანიზაციები პირველად ჯანდაცვას საავადმყოფოს გარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების დონედ მიიჩნევენ. შესაბამისად პირველადი ჯანდაცვის (თემის, უბნის დონეზე) სამსახური უფრო დაბალტექნოლოგიური დახმარებაა, ვიდრე მეორეული (კონსულტანტი და სპეციალისტი) და მესამეული ჯანდაცვა (საავადმყოფოს მომსახურება).

ამგვარი დახმარება უზრუნველყოფს სამოგადობრივი (სახელმწიფო) რესურსების ჯანდაცვის სამსახურებს შორის რაციონალურ განაწილებას განსაზღვრული პროფესიული, ეკონომიკური, ინსტიტუციური და პოლიტიკური სტრუქტურისა და პასუხისმგებლობის სახით.

პროფესიული თვალსაზრისით პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება ჰუმანიზმის პრინციპებს, ფუნქციონირებს საავადყოფოს გარეთ და მოიცავს სპეციალურ პროცედურებსა და მეთოდებს. ასეთი განსაზღვრა გამოსადეგია პროფესიის მხოლოდ ერთი სეგმენტისათვის (მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკა, საოჯახო მედიცინა). არსებობს კიდევ ერთ განმარტება, რომელიც პირველად ჯანდაცვას მიიჩნევს აკადემიურ დისციპლინად, რაც გულისხმობს პიროვნულ პირველად სამედიცინო დახმარებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ზემოთ მოცემული განსაზღვრებები გარკვეულ პერსპექტივასა და ცალკეულ მიზნებს ასახავს, დამაჯერებლად გამოხატავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ყოველდღიურ საქმიანობასა და ურთიერთობას პაციენტთან.

პერსპექტივიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის მიზნები შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად:

- 1) პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- 2) ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- 3) პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;
- 4) ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;
- 5) ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
- 6) ავადობისა და ინვალიდობის პრევენცია დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;
- 7) ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება.

გემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტას ძირითადად ემსახურებიან პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმები, ამდენად მათი საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივი მოვალეობის შესრულებას, არამედ სამოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ.

ორგანიზაციული თვალსაზრისით, ეს საქმიანობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უნდა განხორციელდეს.

გერმინი პირველადი ჯანდაცვა – გულისხმობს საქმიანობას, სამსახურს, რომელსაც უნარი უნდა შესწევდეს განახორციელოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშემწყობი ღონისძიებები: მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია.

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანებია:

პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე დაფუძნებით, ინფორმაციის გაცვლითა და გლობალურ სიტუაციაში კონსენსუსისა და ტენდენციების ანალიზიდან გამომდინარე, განსაზღვროს საკუთარი უუნქცია და როლი ადგილობრივი (რაიონული) ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში;

მოახდინოს პრობლემების, საჭიროებათა იდენტიფიცირება, დასახოს გზები მათ გადასაჭრელად;

მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებში რეკომენდაცია გაუწიოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე აქცენტების გაძლიერებასა და გაუმჯობესებას.

მიუხედავად დახმარების მოცულობისა, პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა იყოს პირველადი სამედიცინო მომსახურების უმნიშვნელოვანესი უბანი (რაიონულ დონეზე), რომელიც მჭიდროდ ითანამშრომლებს სხვა სტრუქტურებთან.

სამსახურს ღიდი მნიშვნელობა აქვს იმიტომაც, რომ იგი უნდა აგროვებდეს საჭირო ინფორმაციას ქვემოდან ზემოთ მიმართული დაგეგმვისა და გადაწყვეტილებათა გამოგანის მიზნით, ხელს უწყობდეს სხვა სექტორთა ჩართვას ამ პროცესში - პრიორიტეტების განსამდგრაში, სამედიცინო ჩარევის საჭიროების დადგენაში. პირველადი ჯანდაცვის სამსახური მოსახლეობის მომსახურების სფეროს დინამიკური რგოლი უნდა იყოს. ამდენად, სწორედ ამ დონეზე შეიძლება განხორციელდეს ისეთი ღონისძიებები, რომელთაც ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესების პროცესში მაქსიმალური სარგებლობის მოგანა შეუძლიათ მოსახლეობისათვის.

პრივატიზაციის, დეცენტრალიზაციისა და დემოკრატიზაციის პროცესები უფრო მკაფიოდ წარმოაჩენს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის შესაძლებლობებსა და ამოცანებს რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში. ეკონომიკური მდგომარეობა აიძულებს მას, უფრო მობილური გახდეს, რადგან დეცენტრალიზაციისათვის აუცილებელია ჯანდაცვაში საზოგადოების მონაწილეობის გაზრდა. რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში სირთულეთა გადაჭრა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის როლის, სამოქმედო არეალის, სამსახურსა და მოსახლეობას შორის დამოკიდებულების, მართვის, ხარჯებისა და დაფინანსების, ინფორმაციული სისტემებისა და კადრებით უზრუნველყოფის საკითხების ზუსტად განსაზღვრით.

რადგან პირველად ჯანდაცვის სამსახურის როლი, ფუნქცია და ორგანიზაცია დაკავშირებული უნდა იყოს როგორც მთლიანად მოსახლეობისა, ასევე კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან, მისი ფუნქციონირება და მართვა უნდა გაუმჯობესდეს და გაძლიერდეს მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების ხელშეწყობით და გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდეს აუცილებელ რესურსებთან.

განვითარების ძირითადი ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ადმინისტრაციული მოწყობის მიხედვით შესაძლებელია - ცენტრები) ფუნქციის განხილვა განსაკუთრებულ სიურთხილეს მოიხსოვს, რადგან უდიდესი პოტენციალის მიუხედავად, იმ ორგანიზაციული ფორმით, როგორითაც ისინი დღესაა წარმოდგენილი (სოფლის ამბულატორია, საფერშლო-საბებიო პუნქტი, ჯანპუნქტი, საუბნო საავადმყოფო), ხშირად ფუნქციონირებენ, როგორც მარტივი სამედიცინო დაწესებულებები.

სქემატურად პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა განთავსდეს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის შუაში, დაფინანსდეს იმ პირობისა და ორგანიზაციების მეშვეობით, რომელთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების პერსპექტივა დამოკიდებულია ჯანდაცვის სამსახურის ფუნქციონირების ხარისხზე; აუცილებელია აგრეთვე მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების თანადგომა. საზოგადოებაზე აქცენტირებული ფუნქცია უნდა განისაზღვროს არა ცალკეულ დაავადებულზე, არამედ ავადობის აღმოცენებისა და განვითარების ხელშემწყობი მიზეზების გაკონტროლებაზე.

ამდენად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემას უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ფუნქციები, რათა შეძლოს დახმარება გაუწიოს ლოკალურ საზოგადოებრივ ჯგუფებს, ჩაერთოს სოციალური დახმარების ქსელში, რომელიც შედგება ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაცვის მრავალი სტრუქტურისაგან. ეს სამსახურები შეიძლება ინტერსექტორული საქმიანობის წარმმართველი, ამასთან უმწეოთა და ლგოლელითა ეფექტური დამცველი გახდეს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის პროფილაქტიკური და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ფუნქციების დაკისრება არ ნიშნავს მკურნალობის ფუნქციების შეზღუდვას ან შემცირებას. პირიქით, ხშირად საჭიროა მათი გაფართოება, რათა შესაბამისად დაკმაყოფილდეს საზოგადოების მოთხოვნები. ისეთ სფეროებში, როგორცაა ქრონიკული სნეულებანი, დეათა და ბავშვთა ჯანდაცვა, ფსიქიატრია, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებები - არსებობს დიდი პერსპექტივა, რომ ჯანდაცვის ცენტრებმა წამოიწყონ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და განვითარებისათვის საჭირო ღონისძიებები, რომელიც ხელს

შეუწყობს საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსის ფორმირებასა და ხანგრძლივად შენარჩუნებას.

პჯდ სამსახურის მიზანია სამკურნალო, პროფილაქტიკური, ჯანდაცვის განვითარებისა და გაუმჯობესებისათვის საჭირო ღონისძიებების თანმიმდევრული განხორციელება ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალში საზოგადოების მოთხოვნილებების შესაბამისად.

დაკისრებული ამოცანების მოცულობა შეიძლება დროთა განმავლობაში შეიცვალოს, იგი დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სპეციფიკურ ვითარებებზე, შექმნილ კონკრეტულ ეპიდსიტუაციაზე, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ უნდა იყოს უგუელყოფილი.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეწყობა

ამ ფუნქციების შესასრულებლად მიზანშეწონილია:

1. რაიონის დონეზე ჩამოყალიბდეს დამხმარე კომიტეტი (საბჭო), რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების მიერ შეგროვილ მონაცემებზე დაყრდნობით, განსაზღვრავს ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებს დროის კონკრეტული მონაკვეთისათვის, ხელს შეუწყობს დაუინანსებას და მოახდენს ნებისმიერი პერსპექტიული პროექტის საგანმანათლებლო კომპონენტების კოორდინაციასა და ცხოვრებაში გაგარებას;
2. ჩარევამდე გაანალიზდეს სიტუაცია სტრატეგიის ფორმირებისა და დაგეგმვის მიზნით;
3. ჩამოაყალიბდეს მონიტორინგისა და შეუასების სისტემა.

გერმინი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი მიესადაგება ყველა სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც აგარებს პროფილაქტიკურ, დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებებს და უფრო მეტ ფუნქციას ასრულებს, ვიდრე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური იზოლირებულად, მაგრამ სხვა გიპის სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით გექნიკურად ნაკლებსრუყოფილია.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრმა, როგორც ფუნქციებით მოსახლეობასთან ყველაზე ახლოს მყოფმა სამედიცინო დაწესებულებამ, უნდა:

- დააკმაყოფილოს ადგილობრივი მოსახლეობის მოთხოვნები და საჭიროებები;
- განახორციელოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის საჭირო პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები;
- ითანამშრომლოს სხვა სექტორებთან ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- იმუშაოს, როგორც ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობა რგოლმა და არა მხოლოდ სამედიცინო დახმარების დაწესებულებამ;
- ცენტრის სამოქმედო გერიგორიაზე მოსახლეობას გაუწიოს ხარისხიანი და თანაბარი სამედიცინო მომსახურება;
- დააკმაყოფილოს საზოგადოების ნაკლებად მოცული ნაწილისა და მაღალი რისკ-ჯგუფის ინტერესები;
- ითანამშრომლოს ოჯახებთან, ცალკეულ პირებთან და მთელს საზოგადოებასთან;
- მოსახლეობას სრულყოფილი ინფორმაცია მიაწოდოს ავადობის შესახებ.

ამ უმთავრესი ამოცანების განსახორციელებლად საჭიროა ჯანდაცვის ცენტრები მიზანშეწონილად და სრულად დაფინანსდეს და მათ მხარი დაუჭიროს საზოგადოებამ, რაიონის ხელმძღვანელობამ, ცენტრალურმა სამედიცინო ობიექტებმა, სასწავლო და სამეცნიერო-კვლევითმა ინსტიტუტებმა, მასობრივი ინფორმაციული საშუალებებმა.

ძირითადი ფუნქციებისა და ამოცანების შესასრულებლად ჯანდაცვის ცენტრს ხელსაყრელი მდგომარეობა აქვს იმის გასარკვევად, როგორ გარემოში უხდება ცხოვრება ადამიანებს, პერსონალს შეუძლია განსაზღვროს მაღალი რისკის წინაშე მყოფი, აგრეთვე სამედიცინო დახმარების შეზღუდული მატერიალური საშუალების მქონე პირები და ოჯახები.

მაღალი რისკ-ჯგუფები მოიცავს: ახალშობილებს, ბავშვებს, მოზარდებს, ქალებს, ორსულებს, ხანდამშულებს, ინვალიდებს, უმწიფობსა და ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს, მიგრანტებსა და ლტოლვილებს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ამოცანაა დაადგინოს ასეთი ჯგუფები და ცალკეული ინდივიდები.

შეზღუდული რესურსების პირობებში, მაღალი რისკ-ჯგუფების მიზნობრივი მომსახურება ერთადერთი გზაა ჯანდაცვაში

ოიანასწორობის მისაღწევად, აგრეთვე დახარჯული რესურსების მაქსიმალური უკუგებისათვის.

ოიანასწორობა ჯანდაცვაში არის “უნივერსალური მოცემა, როცა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება საჭიროებების შესაბამისად”.

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული მოწყობა

როგორც უკვე აღინიშნა, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების საქმიანობა მიმართული უნდა იყოს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ, ხოლო საავადმყოფოები და საღიავნოსტიკო ცენტრები კონცენტრირდებიან ექიმ-სპეციალისტების მიერ მაღალი დონის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარებაზე. ეს შესაძლებელია წარმოდგენილ იქნეს სამედიცინო მომსახურების 3 დონით:

1. პირველადი სამედიცინო მომსახურება – საწყისი დონეა, სადაც ჯანდაცვის რგოლები უნდა დაკომპლექტდეს საშუალო სამედიცინო პერსონალით (ფერშელებით), რომელიც მოემსახურება არაბაკლებ 300-500 ადამიანს (სოფელს). ასეთ რგოლებს შორის მანძილი არ უნდა აღემატებოდეს 5-10 კმ-ს და სტრუქტურულად ექვემდებარებოდეს ჯანდაცვის ცენტრს, რომელიც აერთიანებს რამდენიმე ასეთ პირველად სტრუქტურას. პჯდ ცენტრის მომსახურების არეალში მოსახლეობის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2500-3500. ჯანდაცვის ობიექტს (ამბულატორიას) უნდა მართავდეს ზოგადი პროფილის ან ოჯახის ექიმი, ჰყავდეს საჭირო რაოდენობის საშუალო სამედიცინო და დამხმარე პერსონალი.
2. მეორეული სამედიცინო მომსახურება – მიზნობრივი დონეა (პოლიკლინიკა. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება). აქ ჯანდაცვის რგოლი უნდა დაკომპლექტდეს ჯგუფურად მომუშავე ექიმებით (სპეციალისტებით). ცენტრები საჭიროებისას ისარგებლებენ მათი და საავადმყოფოს მომსახურებით, სხვა სპეციალიზებული სამსახურებით.
3. მესამეული (უმაღლესი) დონის სამედიცინო მომსახურება განხორციელდება მაღალი ტექნოლოგიის მქონე ზოგადი პროფილის (ზოგიერთ შემთხვევაში) რაიონულ, სამხარეო

საავადმყოფოებში. აგრეთვე საუნივერსიტეტო კლინიკებში.

ჯანდაცვის სამინისტრომ, რომელიც დარგში სახელმწიფო პოლიტიკის გამგარებელია, მარეგულირებელი ფუნქციების მეშვეობით სამედიცინო მომსახურება უნდა გახადოს ხელმისაწვდომი, განსაკუთრებით სოფლებში. სამინისტროს მოვალეობაა უზრუნველყოფს ოპერატიული კავშირი სამედიცინო დაწესებულებებს შორის სხვადასხვა დონეზე. სამინისტრო და ადგილობრივი ხელმძღვანელობა ხელს უნდა უწყობდნენ სამედიცინო რესურსების გადანაწილებას თანასწორობის მიღწევისა და დანახარჯების შემცირების მიზნით.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი — სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს უნდა შეეძლოს სამედიცინო მომსახურების საბოლოო ინტეგრაცია. ვერტიკალური პროგრამების მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. არსებობს აგრეთვე პროექტებსა და პროგრამებს შორის ინტერსექტორული თანამშრომლობის აშკარა ნაკლებობა. ამის შედეგია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების მრდა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შემცირება და სხვ. პრობლემათა გადასაჭრელად პირველად სამედიცინო სამსახურებს შეუძლიათ გააერთიანონ რესურსები და უფრო ეფექტურად იმუშაონ ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დასაძლევად, გაზარდონ ჯანდაცვის პოტენციალი. თუ ერთი და იგივე დაწესებულებები და კადრები შეასრულებენ მარტივ ურთიერთდაკავშირებულ ფუნქციებს, დახმარება გაწევა მოსახლეობის უფრო მეტ ნაწილს, ამასთან, გაიმრდება არსებული თანხების ეფექტურად ხარჯვის შესაძლებლობა.

ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ეს უფრო ეფექტური და ნაკლებხარჯიანი იქნება.

სისტემის ასამუშაველად საჭიროა:

— ყველა სექტორის შეთანხმებული მუშაობა და მობილურობის შენარჩუნება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის დონეზე პრიორიტეტების განსაზღვრისას და მოქმედების გეგმის შერჩევისას;

— პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში სწავლების სპეციფიკური სისტემის ჩამოყალიბება და ამ გზით პერსონალის პროფესიული

მომზადების ღონის ამადლება, სწავლების კურსში მომსახურების ინტეგრირებული პაკეტის ვათეალისწინება. მასში შევა პირველადი სამედიცინო დახმარებითა და დაავადებათა პროფილაქტიკით დაკავებულ მუშაკთა ძირითადი ფუნქციები და პასუხისმგებლობა. პაკეტი პერიოდულად უნდა გადაისინჯოს, შემოწმდეს მისი შინაარსი, განხორციელების მეთოდები, შესაბამისობა ჯანდაცვის საჭიროებებთან. სწავლება განხორციელდება როგორც ადგილობრივ, ასევე ცენტრალურ დონეზე:

- სწავლებასთან ერთად, ჯგუფური მუშაობის უზრუნველსაყოფად პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში საჭირო უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება სხვათა დახმარებით (სწავლება უშუალოდ ძირითადი ფუნქციების შესრულებისას. სწავლება საკუთარ მონაცემებზე დაყრდნობით);
- ამოცანების წარმატებით გადასაჭრელად პროცესში მონაწილე პირთა შეხედულებების, საქმისადმი დამოკიდებულების პოზიტიური გარდაქმნა, საკუთარი ფუნქციის მნიშვნელობის დეტალურად გაცნობიერება;
- ადამიანური და მაგერიალური რესურსების რაციონალური გამოყენება;
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან მომზადების სისგემის დახვეწა.

პირველადი სამედიცინო დახმარება სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაუმჯობესებისა და საჭირო ღონისძიებათა დუბლირების აღმოფხვრის მნიშვნელოვანი ეტაპია. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრზე დაფუძნებულ სისგემას, როგორც საზოგადოებასთან პირველადი კონტაქტის რგოლს, ეფექტური ფუნქციონირება შეუძლია სამედიცინო სამსახურების ოპტიმალური გამოყენებით.

საჭიროა მკაფიოდ გამოიკვეთოს:

1. ურთიერთკავშირი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებსა და უფრო დაბალ რგოლებს შორის რაიონულ დონეზე;
2. თითოეული ღონის რგოლის ფუნქციები სამედიცინო მომსახურებაში.

როცა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები უგულებელყოფილია და მარტივ დაავადებათა მკურნალობა ხორციელდება საავადმყოფოებსა და სპეციალიზებულ ცენტრებში. სამედიცინო მომსახურების ხარჯი მნიშვნელოვნად იზრდება.

ნაწილობრივ ეს განპირობებულია საავადმყოფოში სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასით. ყოველივე ეს კი იწვევს რესურსების არაეფექტიან გამოყენებას. ამის აღმოსაფხვრელად ცენტრებმა უნდა განახორციელონ აღეკვამური პირველადი სამედიცინო მომსახურება და პროფილაქტიკური საქმიანობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ქსელი, რომელიც ფუნქციურად დაკავშირებულია რაიონული ჯანდაცვის სისტემასთან, ორგანიზებული უნდა იყოს ისე, რომ გაუმჯობესდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მოცვა, რაც ხელს შეუწყობს თანასწორობას. ცენტრი უნდა ახორციელებდეს მრავალმხრივ, ინტეგრირებულ სამედიცინო-დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო, პროფილაქტიკურ, სარეაბილიტაციო მომსახურებას და სამოქმედო ტერიტორიაზე პასუხისმგებელი იყოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე.

ტერიტორიის გეოგრაფიულ მდებარეობაზე, მოსახლეობის სიმჭიდროვესა და ადგილობრივ ინფრასტრუქტურაზე დაყრდნობით, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალი რაიონის ან ზონის შედგენილობაში უნდა შედიოდეს და თითოეული ცენტრი ემსახურებოდეს დაახლოებით 6-8 ათას მოსახლეს, საქმიანი ურთიერთობა ჰქონდეს რაიონის ხელმძღვანელობასთან, ადმინისტრაციულად და ფუნქციურად ექვემდებარებოდეს მხარის ჯანდაცვის მმართველ ორგანოს და მისი საქმიანობა შეესაბამებოდეს ქვეყნისა და მხარის საზოგადოებრივი და ეკონომიკური განვითარების ამოცანებს. ცენტრის პასუხისმგებლობა ვრცელდება მრავალ დაქვემდებარებულ რგოლზე - სოფლის დონეზე არსებულ პუნქტებზე, რომლებიც დაკომპლექტებულია სამუშაო სამედიცინო პერსონალით (ფერშლებით). ცენტრს კავშირი უნდა ჰქონდეს სოფლის საკრებულოსთან, რათა ამ უკანასკნელმა თავისი კომპეტენციისა და შესაძლებლობის ფარგლებში დახმარება გაუწიოს დაკისრებული ფუნქციების შესრულებაში..

სპეციალისტთა ინტეგრაცია

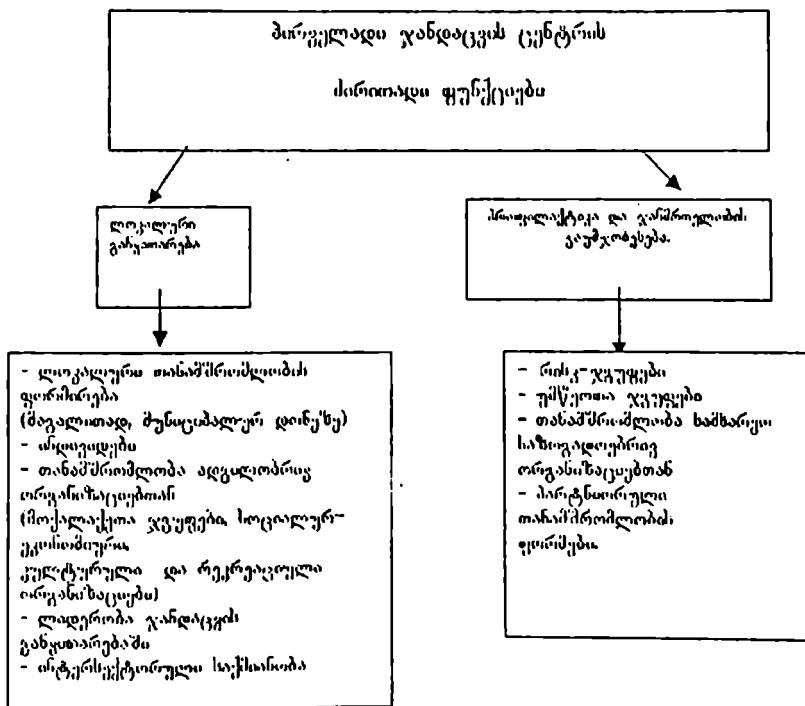
პირველადი ჯანდაცვის თითოეული ადგილობრივი პუნქტი უნდა ემსახურებოდეს განსაზღვრული ტერიტორიის მოსახლეობას და ფუნქციების შესაბამისად, მოიცავდეს სამედიცინო დახმარებისა და ჯანდაცვის ყველა ასპექტს.

ზოგადად, ჯანდაცვის პრობლემებს აქვს ფსიქოლოგიურ-სოციალური მახასიათებლები. ამდენად, საჭიროა გლობალური მიდგომა კონკრეტული პირის სამედიცინო მომსახურებისადმი საზოგადოებისა და ოჯახის თანადგომის გათვალისწინებით. ამ მიზნის მისაღწევად ექთნები, ექიმები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტები, ფსიქოლოგები, ინტეგრირებულნი უნდა იყვნენ მრავალ დისციპლინურ რგოლში, რათა შეძლონ საერთო პრობლემების გადაჭრა.

მმართველობა და ადმინისტრაცია უნდა ცდილობდეს გააერთიანოს: სამკურნალო, პროფილაქტიკური და საზოგადოების განვითარებისათვის საჭირო ქმედებები; ჯანდაცვის, სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები; პირველადი სამედიცინო მომსახურება.

მომსახურების სისტემა.

- 24 საათიანი საინფორმაციო ხაზი (დახმარების მიღების შესაძლებლობა 24 საათის განმავლობაში)



საჭიროებებიდან გამომდინარე, ცენტრი ახორციელებს ამბულატორიულ მომსახურებას, პაციენტთა მოვლას, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახარო ხელისუფლების (მმართველობის) ძირითადი პარტნიორი სახელმწიფო (ცენტრალური) და მუნიციპალური პროგრამების განხორციელებაში.

პოლიტიკური და სამართლებრივი ნარჩობები: გარემო, რომელიც იძლევა საქმიანობის განხორციელების შესაძლებლობას

ქვეყანაში უნდა ჩამოყალიბდეს იმგვარი პოლიტიკური და სამართლებრივი სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სტრატეგიული ფუნქციის შესრულებას, ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას მთლიანად.

იურიდიულმა უწყებამ უნდა შექმნას ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციონირების სამართლებრივი უზრუნველყოფის საფუძველი. განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიანიჭოს იმ ქმედებებს, რომელზეც პასუხისმგებელია პირველადი ჯანდაცვის რაიონული ცენტრი, ხელი შეუწყოს მის მართვასა და დაფინანსებას. მხედველობაში მისაღებია პოლიტიკური და იურიდიული სქემის შემდეგი კომპონენტები:

მოცვის არეალი//მოსახლეობა;

თანასწორად მოცვის უზრუნველსაყოფად და ჯანდაცვის ცენტრის მუშაობის შესაფასებლად უნდა არსებობდეს პოლიტიკური და სამართლებრივი საფუძველი, რომელიც მოსახლეობის ჯანდაცვაზე ძირითად პასუხისმგებლობას ცენტრს დააკისრებს. ეს პასუხისმგებლობა გარანტირებული უნდა იყოს სისტემატური გეღამხედველობით, რასაც ჯანდაცვის ცენტრი განახორციელებს მანამ, სანამ წარმატებული პირველადი სამედიცინო მომსახურების პროგრამები არ მოიქავს ყველა ფენას. ამდენად, ნაკლებად მოცული ადამიანები დაინტერესებულნი იქნებიან როგორც საკუთარი, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებით.

ხელმისაწვდომი დანახარჯებით თანასწორობის უზრუნველყოფის ზედამხედველობა შესაძლებელია კარგად ორგანიზებულ ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც უნდა დაეფუძნოს ჯანდაცვის ცენტრების საქმიანობას.

მომავალში თანასწორობის გარანტიაა: 1. საზოგადოებრივი დაზღვევა, რაც შესაძლებელია ცენტრზე დაფუძნებული სისტემით – პირველადი სამედიცინო მომსახურების რგოლში ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმის, ექთნისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკის გაერთიანებით; 2. ინტეგრირებულ მომსახურებასა (ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, პროფილაქტიკა, რეაბილიტაცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა) და საზოგადოებაზე ორიენტირებული სხვა ქმედებები.

დადგენილ უნდა იქნეს ჯანდაცვის ცენტრამდე მიღწევის დრო (რეგიონში მაქსიმუმ 30 წუთი).

სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა პირობითად უნდა დაიყოს რეგიონულ (სამხარეო) დონეებად, საშუალოდ 200000-400000 მოსახლით.

პასუხისმგებლობა. სისტემის რეფორმირებისას ფუნქციითა განსაზღვრას არ მოჰყვა უფლება-მოვალეობათა მკაფიო გადანაწილება. ამდენად, ჯანდაცვის სამსახური (ყველა ადგილობრივი დონის) როგორც დღევანდელი სახით არის წარმოდგენილი. მას არა აქვს საჭირო რესურსები და არც უფლება, თვითონ დაგეგმოს მომსახურების ფორმები და მოცულობა.

პროგრამებსა და პრიორიტეტებს ადგენს ცენტრალური დონე, ალკურვილობასა და რესურსებს კი შეიძენს თვით დაწესებულება.

მიზნების მისაღწევად პოტენციალის რეალიზაციისათვის აუცილებელია ჯანდაცვის სამსახურების მართვის ფორმებისა და გზების განმტკიცება, აგრეთვე გექნიკური და საზოგადოებრივი ერთიფერობების გაღრმავება. ყოველივე ამის უზრუნველსაყოფად კი რაიონულ დონეზე საჭიროა ადეკვატური მენეჯერული უნარი და შესაძლებლობები, რათა დაიგეგმოს. განხორციელდეს და შეუასდეს გაწეული მომსახურება, ამავე დროს უფრო ზემდგომ დონეებზე დახმარების გასაწევად საჭიროა მენეჯერული უნარი დაბალი დონეების ზედამხედველობის სისტემის შესაქმნელად.

ჯანდაცვის ცენტრის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა სამართლებრივი საფუძველი - საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მას აღიარებს რაიონულ ადმინისტრაციულ რგოლად და

მიანიჭებს გადაწყვეტილების გამოგანის უფლებას. ამგვარად, ცენტრს უნდა ჰქონდეს გადაწყვეტილებათა გამოგანისა და პროგრამების განხორციელების სათანადო კანონიერი მექანიზმები. სასურველია, რომ ასეთი სქემა მიესადაგოს არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ სხვა სექტორებსაც, ეს ხელს შეუწყობს სამოგადოების მონაწილეობას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებაში.

დეცენტრალიზაციამ უნდა ააძლიეროს ადგილობრივი დონის პასუხისმგებლობა, უზრუნველყოს სამოგადოების მაქსიმალური ჩართვა გაზრდილ ინტერსექტორულ თანამშრომლობაში. დეცენტრალიზაცია არ ნიშნავს იზოლაციას. საჭიროა უწყვეტი კავშირები სხვადასხვა დონეებს შორის. ამ კონტექსტში ჯანდაცვის ცენტრების პასუხისმგებლობათა და მოვალეობათა აღიარება ხელისუფლების მხრიდან მეტად ეფექტური იქნება.

უახლოეს მომავალში ქვეყანაში დასრულდება პოლიტიკური და ადმინისტრაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება, მმართველობის სხვადასხვა დონის ადგილობრივი ორგანოს გადაწყვეტილებები გემოქმედებას მოახდენს სამოგადოებრივ სამსახურებზე, მათ შორის ჯანდაცვაზეც, რადგან ის უნდა აკონტროლებდეს ადგილობრივ ბიუჯეტს. ასე რომ, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებმა უნდა დახვეწონ არა მარტო პროფესიული, არამედ ორგანიზაციული საქმიანობაც და მათ ფუნქციებში შევიდეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის სრულყოფის საკითხების სწავლებაც, რადგან მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებანი ზემოქმედებას ახდენს სამედიცინო მომსახურებაზე კონკრეტულ არეალში.

დეცენტრალიზაციის საუფქველზე ადგილობრივ ხელმძღვანელობას პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის წლიური ბიუჯეტის განსაზღვრაზე. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების თანამშრომლებს, რომლებიც ამზადებენ და ადგილობრივ საკრებულოს (საბჭო) წარუდგენენ ჯანდაცვის წლიურ ბიუჯეტს, უნდა ჰქონდეს რაიონულ, სამხარეო მუნიციპალურ პროგრამათა დაგეგმვის, განხორციელებისა და შეფასების უნარი. ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითოეული ნაწილი უნდა აღირიცხოს და ანგარიში წარედგინოს გემდგომ სტრუქტურებს. რისთვისაც აუცილებელია მართვის ინფორმაციული სისტემის ეფექტური გამოყენება და უკვე მიღებული შედეგების მართებული შეფასება. დეცენტრალიზაციის პროცესში მნიშვნელოვანი

ამოცანაა საქმიანი ურთიერთობის ფორმირება ადგილობრივ საკრებულოებს, სამედიცინო პერსონალსა და ჯანდაცვის მენეჯერთა შორის.

დეცენტრალიზაცია და მოვალეობათა გადანაწილება.
ბოლო წლებში ვატარებული ცვლილებების შემდეგ სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრა ადგილობრივი მმართველობის შესაბამის ორგანოებს - ჯანდაცვის პირველად რგოლებს, რომელთაც უშუალო აღმინისტრაციულ ბედამხედველობას უწევენ მუნიციპალური სამსახურები, ხოლო ყოველდღიურ საქმიანობას წარმართავს პირველადი რგოლის ჯანდაცვის ექიმი, რომელიც ანგარიშვალდებულია საკრებულოს (გამგეობის) და ჯანდაცვის მართვის შემდგომი დონის წინაშე.

ჯანდაცვის კომისიაში, რომლის თავმჯდომარე მერი ან გამგებელი იქნება, შეეღენ მუნიციპალური საბჭოს წევრები, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, ექიმები. კომისია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამათა დაგეგმვის, განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების რეკომენდაციებს უნდა იძლეოდეს.

ახალ ვითარებაში, პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები მეტ დროს დაუთმობენ აღმინისტრაციული საკითხების, აგრეთვე კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას.

ადგილობრივმა მმართველობამ მნიშვნელოვნად უნდა შეცვალოს დაგეგმვა და დაფინანსება ადგილობრივი პრობლემების, სამუშაო განრიგისა და ფორმების გათვალისწინებით. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება უნდა მოხდეს არა მარტო შესრულებული სამუშაოს ხარისხისა და მოცულობის მიხედვით, არამედ ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვითაც ანუ ერთ სულ მოსახლეზე წინასწარ გარკვეული თანხის გამოყოფით (კაპიტაციის მეთოდი).

ჯანდაცვის რეფორმაში საზოგადოების მონაწილეობა
დამოკიდებულია სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობაზე - მოსახლეობაში ხშირად არიან პირები, რომელთაც აქვთ სასარგებლო იდეები სამედიცინო პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების შესახებ. თავის მხრივ, მედპერსონალს უნდა

ჰქონდეს საჭირო ცოდნა და გამოცდილება, რომ შეძლოს შემოთავაზებული წინადადებების რაციონალურად გამოყენება.

სამედიცინო პროგრამების დაგეგმვაში საზოგადოების აქტიური ჩართვა ლეცენტირალიზაციის წარმატებით განხორციელების ერთ-ერთი ძირითადი უაქტორია. ამ გზით შესაძლებელი იქნება მოსახლეობის მაქსიმალური რაოდენობის სამედიცინო მომსახურება თანასწორობის პრინციპით.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი განდება უმნიშვნელოვანესი როლი, სადაც საზოგადოება შეძლებს განსაზღვროს თავისი უფლებები, მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენაში, სტრატეგიის შერჩევაში, პროგრამათა განხორციელებასა და შეფასებაში. მომავალში აუცილებელია მუშაობის წარმართვა თანამშრომლობისა და ერთობლივი პასუხისმგებლობის პრინციპით. ჯანდაცვის ცენტრის მართვის კომიტეტის (საბჭოს) ამგვარი მუშაობა აბსოლუტურად თანხვდება დეცენტრალიზაციის თანამედროვე პრინციპებს.

ჯანდაცვის ცენტრის მართვის სტრატეგია. ცენტრის საქმიანობა უნდა დაეუძნოს მოცემულ გერიტორიაზე მცხოვრებთა ჯანდაცვის საჭიროებათა ანალიზს და საზოგადოებასთან ერთად პასუხისმგებელი იყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. თუ ამგვარ მიდგომას საყოველთაო მხარდაჭერა ექნება, ეს მოგვეცემს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის ხანგრძლივი წარმატების გარანტიას.

დაგეგმვა და დაპროგრამება. დაგეგმვა ეუუძნება ჯანდაცვისა და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრიორიტეტებისა და მიზნების განსაზღვრას. სამოქმედო გეგმის შედგენას, განხორციელებასა და შეფასებას, მომსახურე პირთა პასუხისმგებლობის დაკონკრეტებას. საქმიანობა აგრეთვე მოიცავს მოსახლეობის ავადობის შესახებ მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს. მონაცემები უნდა შეგროვდეს დადგენილ ვადაში დამტკიცებული სამედიცინო ფორმების მიხედვით და გადაგანილ იქნეს მხარის რუკაზე. ეს ნათლად წარმოაჩენს პრობლემათა გიკებსა და მათ გერიტორიულ განაწილებას.

პრიორიტეტების განსაზღვრისას აუცილებელია მოსახლეობის პრობლემებისა და აზრის გათვალისწინება. შედეგადად ერთობლივი საქმიანობა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსახლეობა ინფორმირებული იქნება და მისი ძალისმევა წარმართება ჯანდაცვის ამოცანების გადაჭრისაკენ. ამგვარი მიღწევა განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა წყლისმიერი ინფექციების, დიარეის, ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის, სხვა სოციალურად საშიში ინფექციების თავიდან აცილების, საგრანსპორტო გრავიტა კონტროლის საქმეში.

ჯანდაცვის ცენტრის ქმედითობის ხელშეწყობა. აუცილებელია ცენტრის საქმიანობის ხელშეწყობა მხარის ადმინისტრაციის მხრიდან. მხარის სათაო სამედიცინო დაწესებულებებმა ცენტრს ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ მკურნალობის უახლესი მეთოდების შესახებ, რაც საშუალებას მისცემს გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი.

ინტერსექტორული თანამშრომლობა. ჯანდაცვის ცენტრის უწყისებები გაიღებინათ სივლილება სამკურნალო დაწესებულებისას. იგი კავშირს ამყარებს განათლების, აგროსამრეწველო, წყალმომარაგების, საზოგადოებრივი და სხვა სექტორებთან. ამგვარი კავშირების დასამყარებლად აუცილებელია საქმიანი ურთიერთობები, კონსულტაციები, პროპაგანდისტული ნიჭი და შესაძლებლობები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის უწყისებების გაზრდა გამოიწვევს საზოგადოების მონაწილეობის გააქტიურებას სასოციალურ პროგრამების განხორციელებაში. ისეა, გრავიტირებულია, ფსიქიატრიულ პაციენტთა მოვლა-პატრონობის გაუმჯობესების საქმეში. ყველა ზემოთხსენებული ქმედება საზოგადოებაზე ორიენტირებული მომსახურებაა, ამდენად მოსახლეობა უნდა მონაწილეობდეს დაგეგმვაში, შეფასებაში და მონიტორინგში.

ხელმძღვანელობის უნარის ფორმირება. ცენტრის ხელმძღვანელმა ხელი უნდა შეუწყოს გადაწყვეტილებათა გამოგანაში სპეციალისტთა უარყოფით სპეცტრის ჩართვას. ცენტრის მუშაობის ხარისხის გაზრდას, ინტერსექტორულ ინიციატივითა გამოქვეყნებასა და მოტივაციას.

განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს კონკრეტულ საჭიროებათა შესწავლაზე, რათა ყველა ნაბიჯი განისაზღვროს სიტუაციის შესაბამისად.

გარდა მმართველობითი უნარისა, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ კლინიკური მუშაობის გამოცდილება, სათანადო ცოდნა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემათა გადაჭრის უნარი.

უწყვეტი განათლების ხელშეწყობა. უწყვეტი განათლება ხელს უწყობს ახალი უნარ-ჩვევების ფორმირებას.

ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჩამოუყალიბდეთ საზოგადოების საჭიროებებზე დაფუძნებული ორიენტაცია, კომუნიკაბელურობა, რათა შეძლონ გააანალიზონ ღონისძიებათა განვითარების აუცილებლობა და მასთან დაკავშირებული პროცესები, გამოიმუშაონ გაწეული მუშაობის მონიტორინგისა და შედეგების შეფასების უნარი. ყოველივე ამას ითვალისწინებს სწავლების პროგრამები, რომლებმაც ხელი უნდა შეეწყოს არა მარტო თანამშრომელთა ცოდნის გაღრმავებას, არამედ მუშაობის პროცესში პერიუერიის წარმოჭრილი პრობლემური საკითხების გადაწყვეტასაც.

რეგიონული (სამხარეო) მმართველობის ორგანოები ხელს უნდა უწყობდეს სწორედ შესაბამისი უწყვეტი სწავლების კურსების მოწყობასა და დამხმარე პროგრამათა შექმნას.

კადრები. ცენტრში მომუშავე კადრების მაღალკვალიფიციურობა პროგრამათა წარმატებით განხორციელების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია.

შესაძლოა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებთან ახლებური მიდგომის საფუძველზე ცენტრმა გააფართოოს ფუნქციონირების ჩარჩოები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის კადრები მუშაობენ შემდეგ სფეროებში:

1. საორგანიზაციო-ადმინისტრაციული პროგრამების შედგენა და განხორციელება;
2. სამედიცინო მომსახურება, პირველადი სამედიცინო დახმარება;
3. დელათა და ბავშვთა ჯანდაცვა (ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით);

4. ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, პროფილაქტიკა;

5. სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება, ანალიზი, მოკლე და ვრძელვადიანი პროგნოზის გაკეთება.

ამ შემთხვევაში კადრები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგნაირად:

ა) ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, ოჯახის ექიმი;

ბ) ექთანი (ფერშალი);

გ) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.

გარკვეულ ეტაპზე მათ შეიძლება დაემაგოს სხვა პროფილის კადრები, მაგალითად, ლაბორანტი, სტატისტიკოსი, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტი, სოციოლოგი (სოციალური დაცვის მუშაკი) და სხვ.

არ შეიძლება ყველა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრისათვის კადრების სტანდარტული სქემის გამოყენება. ადგილობრივი გეოგრაფიული პირობებიდან და საჭიროებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ცენტრს უნდა მიეცეს თავისუფლება, რათა მოქნილად იმუშაოს მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად.

ცენტრის საქმიანობა მაქსიმალურად უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებას, იყოს ხელმისაწვდომია და თანხებს ეფექტურად იყენებდეს ადეკვატური მკურნალობის, ქრონიკულ პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის, მოსახლეობის მაღალ რისკ-ჯგუფებთან მუშაობის დროს.

ვერტიკალური სახელმწიფო ცენტრალური პროგრამების (ტუბერკულოზი, იმუნოზაცია, სქესობრივი გზით გადაბდები დაავადებებთან ბრძოლა, შიდსი, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები, ნარკომანია და სხვ.) განხორციელება ინტეგრირებული უნდა იყოს დეცენტრალიზებული პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებში, ხოლო ვერტიკალური პროგრამების რესურსების ნაწილი მიესადაგებოდეს მუნიციპალური პროგრამების რესურსებს. ამასთან, აუცილებელია ადგილობრივი კადრების კვალიფიკაციის ამაღლება და საჭირო უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება. მათი აღჭურვა საჭირო ხელსაწყო - აპარატურით, სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და მედიკამენტებით.

ორგანიზაციული სტრუქტურები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა

თუ მკაფიოდ არ იქნება განსაზღვრული ჯანდაცვის ცენტრის როლი მხარის/რაიონის სამედიცინო მომსახურებაში, ცხადია, გაურკვეველი დარჩება მისი ადგილი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაშიც. ამ საკითხთან მიმართებაში საჭიროა 4 მნიშვნელოვანი ელემენტის განხილვა. ესენია:

1. ორგანიზაციული სტრუქტურა და დანხარების არეალი. ყველა დაწესებულება ურთიერთდაკავშირებული უნდა იყოს ერთმანეთთან, რაიონული სისტემა წარმოდგენილ იქნეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის, მცირე ჯანდაცვის პუნქტებისა და სკოლის სამედიცინო პუნქტების სახით. ამ გზით შეიქმნება ქსელი, რომელიც ჯანდაცვის ცენტრს გაუადვილებს მოსახლეობის მომსახურებას.

ცენტრმა რომ მაკავშირებელი ფუნქცია შეასრულოს, აუცილებელია საკომუნიკაციო საშუალებები, რომელთა მეშვეობით სამედიცინო სამსახური დაუკავშირდება მოსახლეობას და ამდენად, უფრო მეტად დააკმაყოფილებს მის მოთხოვნილებებს.

მაკოორდინირებელი ფუნქციის შესრულება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანდაცვის ცენტრი უკეთეს მომსახურებას შესთავაზებს მომხმარებელს. ეს წინ გადადგმული ნაბიჯი იქნება რაიონის ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფის პროცესში (პაციენტი არ უნდა მიიღგვოდეს საავადმყოფოსაკენ, სადაც მას გაუწევენ ძვირადღირებულ სამედიცინო მომსახურებას). ამდენად, რაიონული სისტემის მაკოორდინირებელი როლის დაგეგმვისას აუცილებელია საფეხურებიანი სტრუქტურის არსებობა, თითოეულ საფეხურზე საჭირო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

რაიონულ საავადმყოფოებთან კავშირი აუცილებელია, რადგან მცირე სამედიცინო პუნქტების დამოუკიდებლად მართვა, მიზანშეწონილი არ არის. გექნიკური თანამშრომლობის გარდა, ურთიერთობა საჭიროა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ტექნოლოგიის სრულყოფის, ასევე მართვის საკითხების გაღისაწვევად.

2. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა არა მარტო უწყვეტობას ასახავს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის, არამედ სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობასაც ასახავს. კონფიდენციალურობა, ლოკალურ პრობლემათა გააზრება, თითოეული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება შეიძლება მინსეულ იქნეს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობად. ამ მიზნის მიღწევის ელემენტარული პირობაა სამედიცინო მომსახურება განახორციელოს ერთი და იმავე პერსონალმა. შესაძლოა ჩამოყალიბდეს მკუზა ჯგუფები ოჯახის ან კონკრეტული ტერიტორიის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მიზნით.

3. მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. სხვადასხვა ღონის სამედიცინო დაწესებულებაში ხშირად აღინიშნება დეფიციტი მედიკამენტებით მომარაგებაში. პრობლემის მიზეზია დაუინანსების დეფიციტი და მოწოდების არაადაქმყოფილებელი სისტემები. აგრეთვე ძვირადღირებული მედიკამენტების (რაც მოსახლეობის მცირე ნაწილს სჭირდება) შექენაზე გაწეული დანახარჯები. მედიკამენტები არა მხოლოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, არამედ შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებსა და მოთხოვნებს.

არსებობს მედიკამენტების შესყიდვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამა, რომლის მეშვეობითაც რაიონებში შედის დიდ პარტიად ნაყიდი მედიკამენტები და რეალიზატორს ეძლევა მცირედი მოგების შესაძლებლობა. შემოსავლის მიღების ასეთი მექანიზმი განსაზღვრავს მომავალ წარმატებას ცენტრისათვის და მოსახლეობისათვისაც, თუმცა უინანსური დაგეგმვისა და მართვის მექანიზმების სიმცირე ან არარსებობა, აგრეთვე გაუთვალისწინებელი ინფლაცია მნიშვნელოვან წინააღმდეგობად რჩება. ამდენად, საჭიროა გაძლიერდეს მართვა ყველა დონეზე. ჯანდაცვის ცენტრების ჩათვლით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მაღალი შემოსავალი და გაუმჯობესდეს თანხების ბრუნვა (ზოგ შემოსხვევაში ჯანდაცვა თვითონ არის მწარმოებელი და აღმინისტრაციული ერთეულის ბიუჯეტი ჯანდაცვისგან გაიღებით მეგ თანხას დებულობს, ვიდრე აუინანსებს მას).

4. ხარისხის უზრუნველყოფა, პაციენტის დაკმაყოფილება. მომსახურების ხარისხიანობის განსაზღვრისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ მომხმარებლის შეხედულებები და წინადადებები.

ხარისხის უზრუნველსაყოფად აუცილებელი არ არის რთული ტექნოლოგიები და პროცედურები. ამისათვის საჭიროა საიმედო და ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, რაც გაზრდის ხელმისაწვდომობასა და უწყვეტობას.

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოაქვინოს პაციენტის პრობლემების გაგების, თანაგრძნობისა და დახმარების უნარი, რათა მან თავი უსაფრთხოდ იგრძნოს.

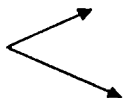
ჯანდაცვის ცენტრების დაფინანსება ხორციელდება სხვადასხვა წყაროდან. რადგანაც ჯანდაცვის ცენტრები ძირითადად განეკუთვნება საზოგადოებრივ სექტორს, მას უმეტესად აფინანსებს სახელმწიფო. სხვა წყაროა მომხმარებელთა დაბეგვრა. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მოსახლეობას რეალურად არ სურს გადაიხადოს იმ მომსახურების საფასური, რომელიც ხანგრძლივად გააუმჯობესებს მის ჯანმრთელობას, რაც საბოლოო ჯამში სარგებლობას მოუტანს საზოგადოებას. ამდენად, აშკარაა, რომ საზოგადოებამ უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა ისეთი მომსახურების დაფინანსებაზე, როგორცაა იმუნიზაცია, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფა, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა და ა.შ. ანუ ყველაფერი ის, რაც “საზოგადოებრივი კეთილდღეობის” კატეგორიას განეკუთვნება.

ხელმისაწვდომობა და თანასწორობა მიღწეულ უნდა იქნეს არსებული თანხების ეფექტური გამოყენებით.

ინფორმაციის აუცილებლობა. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია ინფორმაციის შეგროვება და მისი მიწოდება მოსახლეობისათვის გადაწყვეტილების მიღების მიზნით.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის
მდგომარეობის შესახებ

1. საჭირო ინფორმაცია



თავისებრი სამედიცინო მომსახურების
სახეებისა და ღირებულების შესახებ

უნდა შევგროვდეს:

1. ინფორმაცია სამოქმედო არეალისა და მოსახლეობის საქმიანობის პროუილის შესახებ;
2. დაგეგმვისა და მართვისათვის საჭირო ინფორმაცია;
3. დახმარების განხორციელების პროცესის სისტემატიკურობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ინფორმაცია;
4. აქტიური კვლევისა და გეგმის შედეგისათვის საჭირო ინფორმაცია.

მოცვის არეალი. უნდა განისაზღვროს სამოქმედო ტერიტორია და გაანალიზდეს:

გეოგრაფიული მახასიათებლები - მდებარეობისა და კლიმატის თავისებურებები;

ეკონომიკური მახასიათებლები - მოსახლეობის დასაქმების დონე (ემუშევრობა), შემოსავალი, სამრეწველო ნარჩენებით დაბინძურება, ეკოლოგიური სიტუაცია;

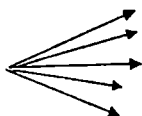
სოციალურ-კულტურული პროუილი - რელიგიური შეხედულებები, მოსახლეობის აზრი სამედიცინო სისტემაზე, ქვევის ტიპები;

საყოფაცხოვრებო - წყალმომარაგების ქსელის, ელექტროქსელის, გზისა და კომუნიკაციების ძღვომარეობა;

სკოლებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებათა რაოდენობა, ხელმისაწვდომობა, განლაგება;

ჯანმრთელობისათვის მავნე ბუნებრივი ან აღამიანის მიერ გამოწვეული ფაქტორები.

II. მოსახლეობა



რაოდენობა

ასაკობრივი დიფერენციაცია

სქესობრივი დიფერენციაცია

ღტოლვილები, აღვილობრივი მოსახლეობა

უმწეოთა ჯგუფები (მომავალი მიმსობრივი ჯგუფები)

გარდა ამისა, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებათა არსებობა, მათი ხელმისაწვდომობა და საზოგადოების ჯანდაცვის პროუილის განსაზღვრა.

შემოთ ჩამოთვლილი ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ უნდა დადგინდეს ყველაზე გავრცელებული და ხშირი დაავადებები. მათდამი ყველაზე მგრძნობიარე ჯგუფები, სიცოცხლისათვის

ყველაზე საშიში ფაქტორები, ეკოლოგიური და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის საფრთხე.

ამასთან ერთად აუცილებელია შობადობის, სიკვდილიანობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების მონაცემთა შეგროვების რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესება.

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფილის დასიღგენად საჭიროა ჩაგარდეს სპეციალური ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები, ამასთანავე მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის სარისკო კონგაქტების, საცხოვრებელი პირობების უკეთ გასაყნობად კავშირები დამყარდეს მოსახლეობასა და ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს შორის.

აუცილებელია ისეთი რისკ-ფაქტორების განსაზღვრა, როგორცაა თამბაქოს წვევა, ალკოჰოლის მოხმარება, ქცევები, დასაქმების ტიპები და სხვ.

ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეს სამოგადოების პრობლემების განსაზღვრისა და “დიაგნოსტიკის”, ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემების დადგენისა და ყველაზე მგრძობიარე ჯგუფების განსაზღვრის შესაძლებლობა და უნარი. ამ ამოყანების გადაჭრა მეტ შედეგებს გამოიღებს, თუკი ჯანდაცვის რესურსები ეფექტურად და მიზანშეწონილად იქნება გამოყენებული. სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს დემოგრაფიული სიტუაციის, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, აგრეთვე გრავმატიზმის რისკ-ფაქტორებთან ასოცირებას. ამასთან, თანამშრომლობა აუცილებელია ჯანდაცვის პრობლემების ინტერპრეტირებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრისათვის. ამის შემდეგ დგება ჯანდაცვის ცენტრების სამუშაო გეგმა, რომელიც მუსტი უნდა იყოს და მასში გათვალისწინებული ღონისძიებები სისტემატურად ხორციელდებოდეს. შემდუღული რესურსები გამოყენებულ უნდა იქნეს მიზნობრივი, აგრეთვე მაღალი რისკ-ჯგუფებისა და ოჯახების ჯანდაცვისათვის.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის ცენტრისა და მოსახლეობის წარმომადგენელთა ერთობლივი მუშაობის

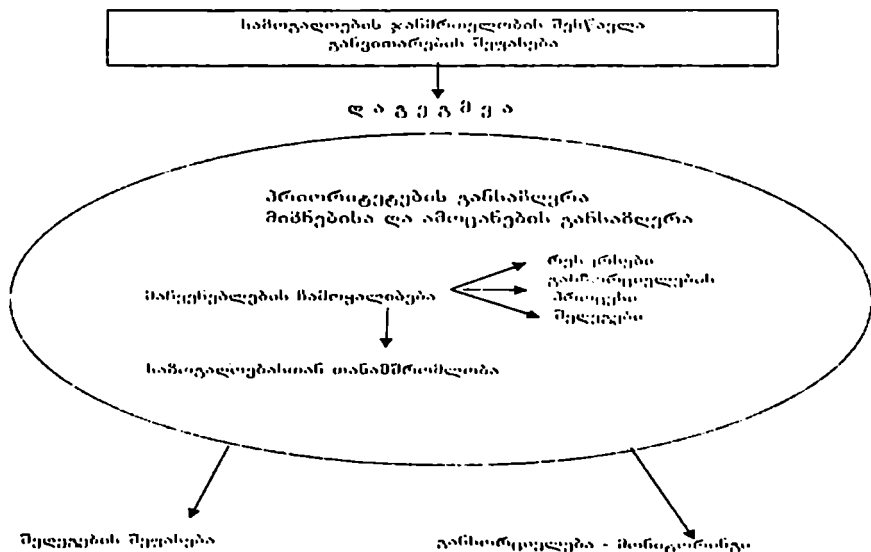
შედეგია. შემდეგი ეტაპია რეალური მიზნების დადგენა. უნდა გამოიკეთოს ინდიკატორები:

1. არსებული რესურსები;
2. საქმიანობის ხელშემწყობი პირობები;
3. მოსალოდნელი შედეგები.

შედეგებზე დაყრდნობით ცენტრს შესაძლებლობა ეძლევა, დასახოს პროგრამის მიზნები და ამოცანები, შეაფასოს მიმდინარე პროცესი, უზრუნველყოს გეგმის განხორციელების დროულობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მართვის პროცესში დირექტივები არ უნდა მოდიოდეს ზემოდან. ცენტრის ხელმძღვანელობა თავად უზრუნველყოფს მისი სამოქმედო არეალის მოსახლეობის მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა დააკმაყოფილებას ანუ მოქმედებს დამოუკიდებლად.

აუცილებელია მონაცემების დეტალური შეგროვება. დამუშავება და ანალიზი. ამასთან, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა შეეძლოთ მათი საფუძვლიანი გააზრება და ინტერპრეტაცია. რათა ჩატარებული მიზანდასახული ანალიტიკური მუშაობის საფუძველზე, მოკლე და გრძელვადიანი პროგნოზის გათვალისწინებით შესაძლებელი გახდეს გადაწყვეტილებათა გამოგანა. სქემაგურად ეს პროცესი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგნაირად:



საქმედებების დაწესებულებათა დაწინაანების მექანძრეები (შეღარებითი ანალიზი)

ჯანდაცვის ცენტრალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი

ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტის ფორმირების პროცესში გადამწყვეტი როლი უინანსთა სამინგროს ეკუთვნის. ჯანდაცვის ბიუჯეტის ასოსაველ მონახაზს, მართალია ჯანდაცვის სამინისტრო აკეთებს, მაგრამ ამით ამოიწურება მისი როლი. როგორც წესი, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი პროექტის ოპტიმისტური, რეალისტური და პესიმისტური ვარიანტებიდან უინანსთა სამინისტრო ყველას იგნორირებას უკეთებს და ქვეყნის ბიუჯეტის კანონში ჯანდაცვისათვის იგვემება ერთობ მცირე სახსრების მოზიდვა და ხარჯვა. ამ პროცედურაში დღემდე კომპანის როლი სიმბოლურზე ნაკლებად შეიძლება შეუასდეს. სამწუხაროდ, უინანსთა სამინისტროს გრადიციულ თვითინებობას ჯანდაცვის სახსრების დაგვემვის სფეროში რალაყ ბარიერებს უქმნის საერთაშორისო საუინანსო ორგანოების მიერ საქართველოსათვის ხესხებისა თუ გრანტების გამოყოფის დროს დაწესებული სავალდებულო მოთხოვნები სოციალური სფეროსათვის საერთოდ და ჯანმრთელობის დაცვისათვის კერძოდ სახსრების გამოყოფისა. როგორც წესი, ქვეყნის ბიუჯეტის სამთავრობო განხილვისას ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალურ და არაოფიციალურ მკვლევლობებს ჯანდაცვის ბიუჯეტის გაზრდის მიმართულებით წარმატება პრაქტიკულად არასოდეს არა აქვს. შემდეგ პარლამენტზე დასამტკიცებლად ხვდება ჯანდაცვის ბიუჯეტის ციფრები (რომლებიც გაცილებით ნაკლებია ჯანდაცვის სამინისტროს გათვლებზე) და პროგრამების დასახელებანი. პროგრამები ბიუჯეტის კანონში დაჯგუფებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, საღამლეეო და ე.წ. "სხვა" (უშუალოდ სამინისტროს

დასაფინანსებელი) პროგრამებად. პარლამენტზე განხილვისას კანონით უნდა დამტკიცდეს არა მარტო პროგრამების ჩამონათვალად და შესაბამისი სახსრების მოცულობები, არმედ პროგრამების შინაარსიც – პროგრამის შემადგენელი ნაწილები. მომსახურების სახეები, შემთხვევათა პროგნოზული მანუქნებლები. მომსახურების სტანდარტები, გარიყები. დღემდე მსგავსი არაფერი მომსდარა. ამ დარღვევით თითქმის ჯანდაცვის სამინისტროსა და კომპანიას ხელფასი უნდა გაეხსნას პროგრამების სამედიცინო ნაწილის შესაცვლელად იმგვარად, რომ პროგრამით განცხადებული გარანტიები მოსალოდნელი სახსრების რეალურ მოცულობას გაუტოლონ, მაგრამ ეს ასე არ ხდება; პირიქით, გამოდის ისე, რომ წლიდან წლამდე სადაზღვევო თუ სხვა სახის პროგრამები არალეარისტურად (რეალური ფასწარმოქმნის და რეალურად შესაძლებელი შემოსავლების გაუთვალისწინებლად) ივეგმება და მათი განხორციელებისათვის სერიოზულ სირთულეებს აწყდება როგორც კომპანია, ასევე ქსელი. ცხადია, ფინანსური დეფიციტი ისევე მოსახლეობის დასაფარი ხდება და, შესაბამისად, ილახება მოქალაქეთა უფლებები.

ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი

ჯანდაცვის მუნიციპალურ ბიუჯეტს დასაბამი ჯანდაცვის ცენტრალურ ბიუჯეტში გაკეთებული ჩანაწერით ეძლევა. ეს ჩანაწერი აღნიშნავს იმ სახსრების მინიმუმს, რომელიც მმართველობის თითოეულმა მუნიციპალურმა ორგანომ უნდა გამოყოს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან თავისი მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით და აგრეთვე, სავალდებულო ჯანდაცვითი პროგრამების ჩანათვალს, რომლის განხორციელება გემოაღნიშნული სახსრებით ევალება თითოეულ მუნიციპალიტეტებს. ამ ჩანაწერის შესაბამისად ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანო შეიმუშავებს კონკრეტულ პროგრამებს, რომელთა ნაწილიც სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონის თანახმად ქვეყნის ერთიანი სადაზღვევო პროგრამის შემადგენლობაში უნდა იყოს და პარლამენტი ამტკიცებს. ამ პროგრამებს და ბიუჯეტს განიხილავს და ამტკიცებს ადგილობრივი საკრებულოები. სახსრების აკუმულირება ხდება ე.წ. რევიონალურ

ჯანდაცვის ფონდებში, საიდანაც შემდგომ ფინანსდება რეგიონის შემადგენლობაში შემაჯავალი რაიონების დაწესებულებები, რომლებიც ახორციელებენ მუნიციპალურ ჯანდაცვიო პროგრამებს. ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების წყაროს წარმოადგენს ადგილობრივი ბიუჯეტი. წესით, იგი ფორმირდება ადგილობრივი საბიუჯეტო გადასახადებიდან და ცენტრალური საბიუჯეტო გადასახადების იმ ნაწილით, რომელიც კანონით დადგენილი წესით ადგილზე რჩება. სამწუხაროდ, ამ წესს ბევრი მუნიციპალიტეტი ვერ იცავს. რადგან ქვეყნის ბევრ რაიონს ადგილობრივი ბიუჯეტის ფორმირება დამოუკიდებლად არ შეუძლია და ამისათვის ცენტრალური ბიუჯეტის გრანსუფერტებს იღებს, ე.ი. გამოდის, რომ ხშირ შემთხვევაში ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტის სახსრები სულაც არ არის ადგილობრივი წარმოშობისა და უაქტიურად, ცენტრალური ბიუჯეტის მიზანმიმართულ გრანსუფერტებს წარმოადგენს. საყოველთაოდ ცნობილია ის პრობლემები, რაც ქვეყნის ბიუჯეტსა და მის შესრულებასთან არის დაკავშირებული. ამიგომ ადვილი წარმოსადგენია, რა მდგომარეობაში იქნება ჯანდაცვის რეგიონალური ფონდები, რომლებიც ცდილობენ გააკეთონ მობილიზაცია იმ ფულისა, რომელიც ამ რაიონებს არ გააჩნია. შემდეგ გამოდის, რომ ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტის უმრავლესობა წარმოადგენს მხოლოდ ქალაქებზე დაწერილ რამდენიმე ციფრს, რეალურად კი სახსრებს ისევ მოსახლეობა გაიღებს, ცხადია, შესაძლებლობის ფარგლებში. ის მწირი სახსრებიც, რომელიც ასე თუ ისე თავს იყრის მუნიციპალური ჯანდაცვის დასაფინანსებლად, ხშირად სხვა მიზნებისათვის მოიხმარება იმის გამო, რომ პრაქტიკულად არავითარი პასუხისმგებლობა არ ეკისრებათ ოფიციალურ პირებს ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის შესრულება-არშესრულების გამო. განსხვავებული მდგომარეობაა რამდენიმე ქალაქის მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებაში – ფოთის, ბათუმის და თბილისის მუნიციპალიტეტები მიწიუმუშე გაცილებით მეტს გეგმავენ მუნიციპალური პროგრამების ბიუჯეტში. მართალია, შეიძლება დაგვეგმილი ყოველთვის ბოლომდე ვერ განახორციელენ (განსაკუთრებით ეს ითქმის თბილისზე), მაგრამ სავალდებულო მინუმუმის დონეს მაინც აჭარბებენ. თუმცა, ისიც აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტების საფუძვლად ისეთივე არარეალისტური ფასები ღევს, როგორც ცენტრალურისა.

სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი (3+1)

სამედიცინო დაზღვევის შესატანს საფუძვლად უდევს სპეციალური კანონი, რომლის საფუძველზე საქართველოში ყველა იურიდიული და დასაქმებული ფიზიკური პირი უნდა იხდიდეს შრომის ანაზღაურების ფონდის 3% დანარიცხს (იურიდიული პირი) და მიღებული ხელფასის 1%-ს. ეს შესატანი/კანონი არ არის აღნიშნული ან განსაზღვრული არც კონსტიტუციაში, არც საგადასახადო კოდექსში. სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონი კი საერთოდ არ ცნობს შესატანის განსაზღვრელი ცალკე კანონის საჭიროებას – იგი სადამღვევო პროგრამის ჩარჩოებს შიგნით დასარეგულირებელ სიდიდედ მიაჩნია. ამის გამო შესატანის იურიდიული სტატუსი ბუნდოვანია და ამკარად გაძლიერებას საჭიროებს.

სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანის შესახებ კანონითა და პრემიდენტის 1999 წლის განკარგულებით პასუხისმგებლობა შესატანის შეგროვებაზე ეკისრება საბანკო სისტემასა და საგადასახადო ინსპექციას (მაშინ; ახლა – საბიუჯეტო შემოსავლების სამინისტროს). საბანკო სისტემის დაწესებულებებს განურჩევლად საკუთრების ფორმისა, ევალებათ იურიდიულ პირებს გაუწიონ ფულადი სახსრები, თუკი არ შესრულდება სათანადო შესატანის გადარიცხვა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სახელზე. ეროვნულ ბანკს გახსნილი (აქვს რეგიონების მიხედვით ანგარიშები საბიუჯეტო გადასახადებისათვის), სადაც შედის შესატანიც (ნაკრები რეგიონიდან) და აქედან გადააქვს თანხა ბანკს კომპანიის ანგარიშზე. ამდენად, აღსანიშნავია 2 მომენტი:

1. აღნიშნულის გამო კომპანია ვერ იღებს ინფორმაციას რეგიონებში ვინ გადაიხადა და რამდენი, თუ არ მიმართა საგადასახადო შემოსავლების სამინისტროს შესაბამის სამსახურებს ადგილზე.
2. კომპანია არ არის დაზღვეული, რომ საბიუჯეტო გადასახადების ანგარიშზე შესული შესატანები სრულიად და დროულად მოექცა კომპანიის ანგარიშზე.

სამედიცინო დაწესებულებათა დაუფინანსება ხდება:

- შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებიდან;
- კონკრეტული შემთხვევისთვის გადასახდელიდან;

- საწოლდღეების მიხედვით ანაზღაურებიდან;
- პრემიიდან;
- ერთნაირგანაკვეთიანი გადასახდელიდან;
- სულალობის მიხედვით გადასახდელიდან (ე.წ. კაპიტაციის მეთოდით);
- ხელშეასიდან;
- ბიუჯეტიდან.

განვიხილოთ ჯანდაცვის ყოველი სისტემისათვის უასწარმოქმნა, კალკულაცია. გავლენა ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირების ფორმებზე (მართვაზე).

არსებობს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდი. ყოველი მათგანი გემოქმედებას ახდენს:

- მომსახურების ხარისხზე;
- ღირებულებაზე;
- ადმინისტრირებაზე (მართვაზე).

ქვემოთ განხილულია შემდეგი საკითხები:

- ანაზღაურების ფორმების მნიშვნელობა და გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;
- უემსრულებლები და მათი ინტერესები;
- ანაზღაურების სხვადასხვა ფორმის არსებობის მნიშვნელობა;
- ანაზღაურების ფორმის სახეები და მათი გამოყენება;
- ანაზღაურების ფორმათა გავლენა ჯანდაცვის ხარისხზე, ღირებულებასა და მართვაზე, მათი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

ანაზღაურების სისტემის მნიშვნელობა დაფინანსებაში

დაზღვევის სქემა შედგება, ერთი მხრივ, დამზღვევი ორგანიზაციისა (ჯანდაცვის ფონდი), და მეორეს მხრივ, დაზღვეულ პირთაგან. საჭიროებისას დაზღვეულ პირს გაეწევა მომსახურების ნუსხით გათვალისწინებული ღირებულება.

ჯანდაცვის დაზღვევაში არსებობს აგრეთვე მესამე მხარე, კერძოდ, შემსრულებელი. შემსრულებლები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ე.წ. "მხარჯველ მხარეს".

მარტივად რომ ვთქვათ, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯი განისაზღვრება მომსახურების ხარისხითა და რეცეპტით გამოწერილი პროდუქციით ან მათი ღირებულებით.

ანაზღაურების სისტემა შეგაუღენას ახლგენს ორივე ზემოაღნიშნულ ფაქტორზე. საერთოდ, შემსრულებლებს (მომწოდებლებს) - საავადმყოფოებსა და ექიმებს შეუძლიათ მათთვის პაციენტის პირველად მიმართავესას განსაზღვრონ თავიანთი მოთხოვნები მომსახურებაზე. მკურნალობის და საჭირო შედიკამენტების სახეს განსაზღვრავს ექიმი და არა პაციენტი. მნიშვნელოვანია ამ საკითხებზე შემსრულებელთა, განსაკუთრებით კი - ექიმთა მოტივაცია.

ჯანდაცვაში შემსრულებელი, ისევე როგორც სხვა სფეროებში, დანგერესებულია შემოსავლის მაქსიმალიზაციით. ანაზღაურების სისტემიდან გამომდინარე, აღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია:

- სამკურნალო საშუალებების რაოდენობის შეძლებისდაგვარად გაზრდის გზით;
- უფრო მეტი პაციენტის მოზიდვით (მაგალითად, მათთვის ზედმეტი, მათ შორის - დამამშვიდებელი წამლების გამოწერით, რამდენადაც ეს ხშირად უქმნის პაციენტებს შთაბეჭდილებას, რომ სათანადოდ მკურნალობენ);
- პაციენტის დაბალი ფინანსური შესაძლებლობის შემთხვევაში მისი გაგზავნით სხვა შემსრულებლებთან (მაგალითად, საავადმყოფოში);
- პაციენტის ვიზიტით შემსრულებლებთან, თუნდაც ეს არ იყოს აუცილებელი;
- საკუთარი ძვირადღირებული აღჭურვილობის (რენტგენის, სონოგრაფიული და სხვ. აპარატურის) არასაჭიროებისამებრ გამოყენებით. მათი ღირებულების ამორტიზაციის მიზნით.

ანაზღაურების სისტემა შემსრულებელს უნდა უზრუნველყოფდეს შემოსავლით, რათა შეექმნას მაღალხარისხოვნად მომსახურების სტიმული. გარდა ამისა, ეს ხელს შეეწყობს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვასა და აღვილზე დამაგრებას.

სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა ანაზღაურების კარგად ორგანიზებული სისტემა უნდა გამორიცხაყდეს ზედმეტ

ლონისძიებებს. ამიგომ მეტად მნიშვნელოვანი ამოცანაა სისტემის სრულყოფა. რაც ღირებულების დადგენის ძირითადი გზაა. არსებობს ანაზღაურების მრავალი განსხვავებული სისტემა, აგრეთვე მათი კომბინაციის მრავალი სახესხვაობა.

ქვემოთ განხილულია ანაზღაურების მექანიზმების ძირითადი ტიპები და მათი ზემოქმედება მომსახურების ხარისხზე, ღირებულებასა და აღმინისტირებაზე.

გადასახდელი შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება)

გადასახდელი სპეციფიკური მომსახურების, მედიკამენტებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების შესაბამისად, ანაზღაურების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. შემსრულებლებს უნაზღაურდებათ ჩატარებული მკურნალობისა და მომსახურების თითოეული ფაქტი. მაგალითად, ექიმს პაციენტის გასინჯვა და კონსულტაცია, ფარმაკოლოგს – წამლების დამზადება. მეორე მაგალითი: ზოგადი პრაქტიკის ოჯახის ექიმები უნაზღაურებენ საავადმყოფოს პაციენტთა მკურნალობისა და მომსახურებისათვის საჭირო აღჭურვილობების გამოყენების ხარჯს. აღნიშნული გადასახდელები და ფასები შესაძლოა ზოგ შემთხვევაში კონტროლს არ ექვემდებარებოდეს. თითოეულ შემსრულებელს გაწეული მომსახურება შეიძლება აუნაზღაურდეს საბაზრო ღირებულების შესაბამისად.

ანაზღაურების მეორე სახეა გადახდა ფასთა სქემით, რომელიც შეიძლება იყოს ფიქსირებული ან განისაზღვროთ ფასთა ზედა და ქვედა მიჯნა. მაგალითად, გერმანიაში ექიმები, რომლებსაც სურთ საქმიანობა პაციენტთა ჯანდაცვის ან სოციალური დამღვევის სფეროში, ვალდებული არიან დაიცვან შემდეგი წესი: ანაზღაურება მიიღონ მხოლოდ სქემით დადგენილი ქვედა და ზედა ზღვარის ფარგლებში. საფრანგეთისა და ბელგიაში გადასახდელების სქემა რეკომენდებული ფასთა სისტემაა: ექიმს შეუძლია მიიღოს ანაზღაურება სქემაში მოცემულზე მეტი ოდენობით. ზოგ ქვეყანაში

კი აკრძალულია სქემაში მითითებულზე მეგის მიღება, მაგრამ ნებადართულია სქემით გათვალისწინებული მისინძალური ანაზღაურება.

გადახდის სქემას ორი უუნქეია აქვს – პაციენტს ან სამედიცინო დასმარების შემსრულებელს ინფორმაცია მიაწოდოს:

— იმ მომსახურებათა შესახებ, რომელთა ღირებულების გადახდა მოხდება ჯანდაცვისა და სოციალური დაზღვევის შესაბამისად. აღნიშნულთან დაკავშირებით, შეკლებისდაგვარად ხშირად უნდა შედგეს ანლად დანერგილი მეთოდების, საშუალებებისა და სიახლეთა სია, რათა ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით შესაძლებელი გახდეს სწრაფი რეაგირება;

— მკურნალობის პროცესისა და მომსახურების ფასის შესახებ. ეს ფასები შეიძლება იცვლებოდეს და რეგულირდებოდეს ინფლაციის ან მკურნალობის ტექნიკური საშუალებების განვითარების გათვალისწინებით.

გადასახდელთა სქემა მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტთათვის, ისე ექიმთათვის. საეალდებულო სქემის არარსებობის შემთხვევაში გადამხდელი ტარიფს აწესებს მომსახურების თვითღირებულების გათვალისწინებით. ხოლო, თუ ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ფონდი ან საერთოდ, გადამხდელი ანაზღაურებს ნებისმიერ ფასს, მაშინ გაზრდილი ღირებულება სერიოზულ პრობლემებს შექმნის. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი და პაციენტი მიაღწევენ ყოველმსრივ ურთიერთმისაღებ შეთანხმებას გადასახდელის შესახებ, ჯანდაცვის ფონდი და გადამხდელი გაიღებენ შესაბამის ხარჯებს. ამასთან, მნიშვნელოვანია დაფიქსირდეს ის თანხა, რომლის გაღებაზეც მხარეები თანახმა არიან.

თუ ექიმი არ იქნება ვალდებული დაიყვას სქემის პირობები, პაციენტს ხშირად მოუწევს მკურნალობისათვის ზედმეგის გადახდა, ამიგომ, როგორც ჯანდაცვის ფონდის (გადამხდელის), ისე პაციენტთა ინტერესებიდან გამომდინარე, პაციენტების მკურნალობისას ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ფარგლებში, უმჯობესი იქნება. ექიმებმა დაიყვან საეალდებულო გადასახდელთა სქემის პირობები. ეს არ გამოიწვევს არანაირი ეჭვს გადასახდელის ხელოვნურად გაზრდის შესახებ.

ფიქსირებულ გადასახდელიანი სქემა, სადაც მითითებული იქნება მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება, ხელსაყრელი და მისაღებია ექიმისთვისაც, რადგან აღარ იარსებებს გაუგებრობების საფუძველი ექიმსა და პაციენტს შორის. ექიმისათვის ხელსაყრელია, თუ სქემაში მინიმალური გადასახადელი დაფიქსირდება. ამ გზით ის ექიმები, რომლებიც წარმატებას აღწევენ საქმიანობაში, შეძლებენ მეტი ანაზღაურების მიღებას, თუ პაციენტს მეტის გადახდის შესაძლებლობა და სურვილიც ექნება.

ანალოგიური არგუმენტები არსებობს საავადმყოფოსა და სხვა შემსრულებლების, მათ შორის ავთიაქების მიმართ. სამწუხაროდ, ბევრ ქვეყანას ჯერ კიდევ არა აქვს განსაზღვრული წამლის ფასი და ფარმაცევტული საწარმოები და ფარმაცევტები საკუთარი შესვლელებისამებრ აწესებენ ფასს თავიანთი პროდუქციაზე. ისეთი ქვეყნები კი, მაგალითად, საფრანგეთი, სადაც არსებობს წამლის განსაზღვრული (დაწესებული) ღირებულება, სამედიცინო დახმარების ფასდადგენის პროცესს გაუგებრობა არ მოსდევს.

უასოა ჩამონათვალში აუცილებლად უნდა იყოს შეტანილი ინფორმაცია:

1. თვით პროდუქტის (წამლის) შესახებ - დაზღვევა სამკურნალწამლო საშუალებათა ღირებულებას ანაზღაურებს მხოლოდ უასოა ჩამონათვალის შესაბამისად (საფრანგეთში, ჯანდაცვის სადამღვევო ორგანიზაციები გენდერს აცხადებენ იმ წამლებზე, რომლებიც შეტანილია ჩამონათვალში) შესაძლებელია აგრეთვე აქტიური ინგრედიენტების და არა სპეციფიკური ნაერთებისა და პროდუქტების ჩამონათვალი (ასეთი მოდელი მოქმედებს გერმანიაში). ეს ნიშნავს, რომ ჯანდაცვის დაზღვევა ანაზღაურებს მხოლოდ გარკვეული სახის აქტიური ინგრედიენტების ღირებულებას;

2. ფასის შესახებ - შეიძლება მიეთითოს სპეციფიკური პროდუქტების (როგორც ეს საფრანგეთშია მიღებული) ან აქტიური ინგრედიენტების (როგორც ეს გერმანიაშია მიღებული) ფასები.

ცხრილში მოცემულია ანაზღაურების საფუძველი და გადახდას დაქვემდებარებული მომსახურების ერთეული იმ შემსრულებელთათვის, რომლებიც მუშაობენ უასიანი მომსახურების პირობით.

გადასახადი შემსრულებელი სამუშაოს მისეჯვით

შემსრულებელი ოჯახის ექსპო- სტოლოლოგი	გადასადის წესი გადასადის სქემით	მომსახურების ერთეული I მძღება
სპეციალისტი	გადასადის სქემით	I მძღება
სააკადემიოიფოები (სტაციონარული და არასტაციონარული შკურნალობა)	გადასადის სქემით	I მძღება სტაციონარული ყოფნის ერთი დღე (მსოლოდ სააკადემიოიფოში)
აფთოიყი	ფასთა ნამონათოეადის მისეჯვით	
დამატეებითი მომსახურება	გადასადის სქემით	I მძღება

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ფასიანი მომსახურება უნდა ეფუძნებოდეს გადახდის სქემას. ეს სქემა შეიძლება დაფიქსირდეს სადაზღვევო ფონდის (გადახდელის) მიერ. ჯანდაცვის სამინისტროსთან კონსულტაციის ან ჯანდაცვის ფონდსა და სამედიცინო დახმარების შემსრულებელს შორის შეთანხმების საფუძველზე. შესაძლებელია აგრეთვე მათი კომბინირება: შემსრულებელთა გაერთიანებები და სადაზღვევო ფონდები შეთანხმდებიან გადახდის სქემაზე და ნებსხას დასამტკიცებლად წარუდგენენ ჯანდაცვის სამინისტროს.

გადახდის სქემაში შეიძლება შევიდეს მოქმედი ფასები. ამ სისტემას აქვს შემდეგი უპირატეხობა:

- ფასი ადვილად რეგულირდება. ყველა შემსრულებელს ესაჭიროება ზუსტი სქემა, რომელშიც ფასთა ყოველი ევლილებისას (მაგალითად, ინფლაციის გამო) მითითებული და ზესტად განსაზღვრული იქნება რეალური ფასი.

- შესაძლებელია წინასწარ დაფიქსირდეს ან შეთანხმდეს ყველა სახის მომსახურების სრული ღირებულება და განისაზღვროს ერთეულის ფასი ფინანსური პერიოდის ბოლოსათვის, რათა მოლიანი დანახარტები წაეტიოს ბიუჯეტის ფარგლებში. შედეგად,

შემსრულებლები ვედარ გაზრდიან მომსახურების თანხას (ბიუჯეტს).

გადახდის სქემის შედგენისას, მისმა დამტკიცებებმა უნდა გაითვალისწინონ შემდეგი:

- ექიმთა სავარაუდო შემოსავალი;
- სპეციფიკური მომსახურების კალკულაცია;
- ხელფასის პროგრესულად ზრდადი სტრუქტურა.

გადახდის სქემა შესაძლოა, საკმაოდ რთული იყოს და მასში შევიდეს 2000-მდე სხვადასხვა გადასახდელი, წამალთა ჩამონათვალი შეიცავდეს რამდენიმე ათას სახეობას, იმის მიხედვით, რა შედის ამ ჩამონათვალში -- ცალკეული წამლები თუ ინტრედიენტები.

სპეციფიკური სამკურნალო პროცედურების გადასახდელი გამოითვლება:

- გამოყენებული ფაქტორების (მაგალითად, შრომითი და კაპიტალური დანახარჯები, მასალები);
- თითოეულ გამოყენებულ ფაქტორთა რაოდენობის;
- ცალკეული ერთეულის ფასის მიხედვით.

ერთეულის ფასი მრავლდება ცალკეული ერთეულის რაოდენობაზე და მიიღება თითოეული ფაქტორის ღირებულება, ისინი იკრიბება და მიიღება ერთი პროცედურის (მაგალითად, ექიმის მიერ შესრულებული ვაქცინაციის) ღირებულება. მე-2 ცხრილში მოცემულია ერთი პროცედურის კალკულაცია.

შესაძლოა ხელსაყრელი იქნეს ფაქტორთა ღირებულების განსაზღვრა ერთეულთა შედარების საფუძველზე. ეს უფრო მარტივი გზაა ისეთ ფაქტორთა დასადგენად, როგორცაა შრომითი და მასალებზე დანახარჯები. რადგან ისინი უშუალოდ უკავშირდება გაწეული მომსახურების მოცულობას. ეს გზა შედარებით რთულია იმ ფაქტორთა დასადგენად, რომლებიც არაა პირდაპირ კავშირში პროცედურის შედეგთან (იჯარა, კაპიტალური და ადმინისტრაციული ხარჯები).

ხარჯი, რომლებიც არაა პირდაპირ კავშირში პროცედურის შედეგთან, გაიწევა იმის მიუხედავად, რა მოცულობის მომსახურება შესრულდა. აქ არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ გადასახდელმა დაფაროს მომსახურების ხარჯი. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ იჯარით აღებული შენობის ხარჯთაღრიცხვა:

- ავიღოთ სრული საიჯარო გადასახდელი (მაგალითად, წელიწადში 12.000 ლ);

- დაეინგარიშოთ წლის განმავლობაში შენობის სასარგებლოდ გამოიყენების დრო (ეთქვათ, 8 საათი ყოველდღიურად, 220 დღის განმავლობაში ანუ 1760 საათი წელიწადში);

- გავყოთ პირველი რიცხვი მეორეზე, რათა მივიღოთ შენობის იჯარის ღირებულება დროის ერთეულში (ანუ 0.11ლ. წუთში).

ასევე შეიძლება სხვა ზედნაღები ხარჯების გაანგარიშებაც.

ცხრილი 2

ერთი პროცედურის გადასახდელის კალკულაცია

უაქტივო	ეროვნული	ფასი	უაქტივოს ღირებულება
პროპორციული ღირებულება	შრომა - ექსპტა	10 წუთი	0.1 ლარიანი
	შრომა - მკედლის	10 წუთი	0.2 ლარიანი
	მასალა		2.00
პროპორციული ღირებულების ჯამი		9.00	
ზედსაღები ხარჯები	იჯარა	10 წუთი	0.1 ლარიანი
	საყოფაცხოვრებო ხარჯები	10 წუთი	0.5 ლარიანი
	ადმინისტრაციული ხარჯები	10 წუთი	0.5 ლარიანი
ზედსაღები ხარჯების ჯამი		2.80	
სრული თანხა		11.80	
<p>წყარო (3) შენიშვნა: მომსახურების თითოეული სახეობისათვის გამოყენებული ეროვნული მუდგობა დადგინდეს კომპარულად</p>			

უასიანი მომსახურების სისტემის შექმნის ერთ-ერთი ყველაზე აქტიუალური საკითხია ექიმთა მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურების გაანგარიშება. ეს ან შეთანხმებით უნდა მოხდეს, ან დადგინდეს კონკრეტულ ქვეყანაში არსებული საშემოსავლო პრაქტიკის შესაბამისად.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

მომსახურების შემსრულებლებს. რომლებიც საქმიანობას წარმართავენ გადახდის სქემის სისტემით, აქვს შემოსავლის გაზრდის სამი გზა:

- პროცედურების (მომსახურების) რაოდენობის გაზრდა;
- ხარისხის გაუარესება (მაგალითად, საკონსულტაციო დროის შემცირებით);
- გარკვეული პროცედურების შესრულების დაკისრება დაბალანაზღაურებადი პერსონალისათვის (მედლებისა და ტექნიკური პერსონალისათვის).

აღნიშნული სისტემა გამოიყენება გადასახდელის გაანგარიშებისათვის და ამკარად გვიჩვენებს, რომ შემსრულებელს საკმარის სტიმული აქვს. რომ შეძლებისდაგვარად გაზარდოს პროცედურების რაოდენობა, რის საფუძველზეც ექიმს შეუძლია:

- გაზარდოს თავისი შემოსავალი გაწეული მომსახურების შესაბამისად;
- ბედნადები ფაქტორების გამოყენებით მიიღოს მეტი შემოსავალი, ვიდრე სავარაუდო კალკულაციით.

უასიანი მომსახურების მოქმედება თვალნათლივ აისახება ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებზე: იგი სტიმულს აძლევს მომსახურების (თუნდაც არასაკმარის) შესრულებას, რაც ღირებულების ზრდას იწვევს. მაგრამ მისი ზემოქმედება მომსახურების ხარისხზე არაა ასევე ამკარა. ექიმები ისწრაფვიან შეძლებისდაგვარად მცირე დრო დაუთმონ მკურნალობის სეანსს და ამით გაზარდონ დროის ერთეულში გაწეული მომსახურების რაოდენობა. უფრო მეტიც, მათთვის ხელსაყრელია მომსახურების გარკვეული სახეები შეასრულოს დაბალკვალიფიციურმა პერსონალმა, რათა გაიზარდოს საერთო შემოსავალი. ორივე ზემოაღნიშნული ფაქტორი უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე. მეორე მხრივ, შემსრულებლებს, მუშაობისა და მომსახურების დიდი სტიმული აქვთ, რადგან კონკურენციის პირობებში. ადვილი არ იქნება პაციენტთა შენარჩუნება. თუკი გაუარესდება მათი მომსახურების ხარისხი.

ყოველთვის ზემოთქმულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ: უასიანი მომსახურების სისტემა ასტიმულირებს ე.წ. "კარბონარმოებას". ამავე დროს შეიძლება შექმნას მომსახურების ხარისხის ამაღლების პირობებიც. უფრო ზოგადად - უასიანი

მომსახურების სისტემის ეფექტურობა დამოკიდებულია გადახდის სქემის განსაზღვრაზე. მომსახურების ცალკეული სახეების სტიმულირების შემთხვევაში, დაღვნილ უნდა იქნეს მომსახურების რეალური ღირებულება. ხოლო, თუ გვინდა გამოირიცხოს ექიმთა გადაგირთვა (მომსახურების იმ სახეების დელეგირების გზით, რომელთა შესრულებაც შეიძლება დაევალოს დაბალ-კვალიფიციერ პერსონალს), მომსახურების ღირებულება რეალურ ღირებულებაზე ცოტა ნაკლები უნდა იყოს.

აღმინისტრაციული თვალსაზრისით. ფასიანი მომსახურება ყველაზე ძვირი ფორმაა. შემსრულებელთათვის ანგარიშიანი პროცედურები რთული და ხარჯიანია.

ჯანდაცვის უონდისადმი მოთხოვნები გაიზრდება და გამოიწვევს მონიტორინგის ძვირადღირებული პროცედურების შექმნას, რათა თავიდან აიცილოს პრეტენზიები.

გადასახდელი კონკრეტული შემთხვევისათვის

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემა ეფუძნება თვით ცალკეულ შემთხვევას და არა მკურნალობის ცალკეულ შემთხვევას. ექიმის მიერ თითოეული შემთხვევის მკურნალობა აუცილებლად უნდა ანაზღაურდეს. გამოიყოფა მისი ორი სქემა:

- კონკრეტული შემთხვევისათვის გადასახადების გადასდა ეფუძნება ან თითოეული შემთხვევის ღონეს დიაგნოზის მიუხედავად, ან დიაგნოსტიკურ სქემას.

პირველი მოდელი კონკრეტული შემთხვევებისათვის გადასახდელის გადახდის უმარტივესი ვარიანტია. თითოეულ შემთხვევაში ექიმი იღებს ერთსა და იმავე თანხას შემთხვევის სირთულისა და პაციენტის მკურნალობისათვის საჭირო რესურსების მიუხედავად.

მეორე მოდელში გამოყენებულია შემთხვევათა კლასიფიკაციის სისტემები. ყველაზე უფრო კარგად ცნობილი და გავრცელებულია ე.წ. "დიაგნოზ-ჯგუფების" DRG საკლასიფიკაციო სისტემა, რომელიც აერთიანებს დაახლოებით 470 დიაგნოსტიკურ ჯგუფს. DRG სისტემა ძირითადად გამოიყენება პაციენტთა სტაციონარში მკურნალობისას, თუმცა მას სხვა შემთხვევებშიც იყენებენ. შემსრულებელს გაწეული მომსახურება უნაზღაურდება DRG-ს შესაბამისად. დიაგნოზი დაისმება გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ. მოგჯერ დიაგნოზის დასადგენად შესაძლოა რამდენიმე გრადაცია იყოს საჭირო, რის

შესაბამისადაც იცვლება გადასახდელის ოდენობა. ეს სისტემა იძლევა უფრო სრულ შესაძლებლობას, ვიდრე ზემოაღწერილი პირველი ვარიანტი.

უფრო გასაგებად რომ ვთქვათ, კონკრეტული შემთხვევის გადასახდელის გადახდის სისტემა ეფუძნება მკურნალობის ან ცალკეული შემთხვევის დიაგნოსტიკის ხარჯებს ანუ "ბიჯეგს". თუ მკურნალობა უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე მასზე გათვალისწინებული გადასახდელია, შემსრულებელი კარგავს ხოლო თუ უფრო იაფია, პირიქით - იღებს შემოსაქვას.

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ შემსრულებელთა მიმართ, რომელთა მიერ გაწეული მომსახურება დაკავშირებულია ინდივიდუალურ შემთხვევებთან. აქ იგულისხმება ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმი, სპეციალისტები, სტომატოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, საავადმყოფო ან სხვა სამედიცინო დაწესებულება. კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემა არაა ხელსაყრელი იმ შემსრულებელთათვის, რომლებიც ქმნიან და ყიდიან ამა თუ იმ კონკრეტულ პროდუქტს, მაგალითად, წამალს.

ცხრილი 3

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადასახდელის გადახდის სისტემის გამოყენება

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების კრთულა
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	გადახდის სქემით	დიაგნოზის დადგენა
სპეციალისტი	საკურთო თანხიდან გადახდის სქემით	ზოგადი შემთხვევა დიაგნოზის დადგენა
საავადმყოფო (სტაციონარული და არასტაციონარული მკურნალობა)	საკურთო თანხიდან გადახდის სქემით	ზოგადი შემთხვევა დიაგნოზის დადგენა
აფთიაქი	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	გადახდის სქემით	
ბროთესწირება	არ გამოიყენება	

ანაზღაურების სისტემის შექმნა და კალკულაცია

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადასახდელის გადახდის სისტემის შექმნა საკმაოდ იოლია. თუკი თითოეულ კონკრეტული შემთხვევის მომსახურება ანაზღაურდება მხოლოდ თანაბარი განაკვეთით. ამისათვის საჭირო იქნება იმ შემთხვევათა ერთობლივი შეუასება, რომლებსაც ექიმი (სააქადმყოფო) მოემსახურება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (როგორც წესი – ერთ წელიწადში) ამის შემდეგ ხდება ექიმის (სააქადმყოფოს) მიერ გამოყენებული აპარატურისა და მოწყობილობების სრული ღირებულების გაანგარიშება იმავე პერიოდისათვის. მიღებული მონაცემები იყოფა შეუასებულ შემთხვევათა რაოდენობაზე, რის შედეგადაც მიიღება ერთეული შემთხვევისათვის გადასახდელი თანხა. რაც შესაძლოა განსხვავებული იყოს სპეციალისტთა (ოჯახის ექიმი, ოფთალმოლოგი, ქირურგი, ოროთოპედი, პედიატრი და ა.შ.) და სხვადასხვა კატეგორიის სააქადმყოფოსათვის.

კონკრეტული შემთხვევის მომსახურების შემთხვევაში თანაბარი განაკვეთის უპირატესობა ისაა, რომ ოპერატიული თვალსაზრისით ძალზე მარტივია, ხოლო მისი ნაკლია სხვადასხვა სახის მოთხოვნათა დიფერენცირებაა, რის წინაშეც შეიძლება აღმოჩნდეს შემსრულებელი: მას ერთნაირად აუნაზღაურდება როგორც სიმსივნის, ისე ვრიპის მკურნალობა (ვარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებისათვის მოქმედებს განსხვავებული თანაბარი განაკვეთი). ანაზღაურების ეს მეთოდი უფრო ხელსაყრელია მათთვის, ვინც მკურნალობს დაახლოებით ერთნაირი სირთულის დაავადებებს.

DRG კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემები სოფისტიკურია, სისტემის შექმნის პირველი ნაბიჯი საკარაულო დიაგნოზის ჩამონათვალის შედგენაა. ეს ჩამონათვალი საკმაოდ დეტალურად, მრავალი დიაგნოზის გათვალისწინებით უნდა გაკეთდეს, ამასთან უნდა გამოირიყოს მეტი დეტალიზება, ვიდრე ეს საჭიროა ფასიანი მომსახურების სქემის შემთხვევაში, რათა შენარჩუნებულ იქნეს მისი სიმარტივე. ამ სქემით მომსახურების ღირებულების გაანგარიშება ხდება ფასიანი მომსახურების სქემის ანალოგიურად ანუ დიაგნოზის დადგენის საშუალო ღირებულების (ერთეულ ფაქტორთა რაოდენობა გამრავლებული ერთეულის ფასზე) განსაზღვრით. იგი ფასიანი მომსახურების სქემისაგან

განსხვავდება იმით, რომ თითოეული დაღვენილი დიაგნოზის შემთხვევაში მკურნალობა გარდება სტანდარტული წესების შესაბამისად.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემების გამოყენებისას თეორიულად გამორიცხულია ფასიანი მომსახურების სისტემის ნაკლი – სტიმული, რომ შესრულდეს რაც შეიძლება მეტი მომსახურება. ამასთან, რამდენადაც მომსახურების ანაზღაურება ხდება დიაგნოზისა და არა ჩატარებული სენსების მიხედვით, შემსრულებლები შეეცდებიან თავიანთი შემოსავალი გაზარდონ შემდეგი საშუალებებით:

- **რეალურ დიაგნოზზე უფრო მძიმე დიაგნოზის დასმით.** თუ გადახდის სქემა ითვალისწინებს სხვადასხვა გრადაციას ერთი დაავადებისათვის, შეუძლია აირჩიონ ყველაზე მაღალი გრადაციის დიაგნოზი (ანუ “მცოცავი RG”);
- **მიუთითონ არარსებულ შემთხვევაზე;**
- **შეამცაირონ ერთეული შემთხვევის ხარჯი** (მაგალითად, დრო და მასალები) და ფაქტობრივად, ამით მომსახურება შეასრულონ დაბალხარისხოვნად;
- **თვითონ მოემსახურონ უფრო ძვირადღირებული შემთხვევებს,** ხოლო ნაკლებღირებული (ხშირად – უფრო რთული) გადასცენ დახმარების სხვა შემსრულებლებს.

ჩვეულებრივ, ეს საკითხები წყდება შემდეგნაირად:

- თითოეული დიაგნოსტიკური ჯგუფის ლეგალიზებით;
- გადახდის სქემაში შემთხვევათა ლიმიტირებით, რადგანაც შემსრულებელთა ზეგავლენა დიაგნოსტიკაზე იზრდება სქემაში არსებულ შემთხვევათა რაოდენობის ზრდის მიხედვით.

უფრო გასაგებად რომ ვთქვათ, არსებობს გემოაღნიშნული ორი საკითხის გადაწყვეტის მსგავსი გზები. მაგრამ დიაგნოსტიკაზე დაფუძნებული სისტემა უფრო მკაცრ კონტროლს საჭიროებს, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს:

- შემთხვევების სწორად მიკუთვნება ამა თუ იმ დიაგნოსტიკური ჯგუფისათვის;

- პაციენტი საჭიროების გარეშე არ გაივზავნოს სხვა შემსრულებელთან;
- სათანადო ხარისხის შენარჩუნება.

კონგროლის მთელი სიმძიმე აწვება ჯანდაცვის ფონდს (გადამხდელს). კონგროლის აუცილებლობა გამომდინარეობს იმ გარემოებიდან, რომ ფონდი (გადამხდელი) ქმედითი ენდა იყოს და გააჩნდეს პრეტენზიათა დარეგულირების სისტემა. კონკურენცია ხელს შეუწყობს ინდივიდუალურ შემსრულებელთა მხრიდან მომსახურების ხარისხიანად შესრულებას. მაგრამ ხარისხის კონგროლის საჭიროება ჯერ-ჯერობით მაინც იარსებებს.

დიაგნოსტიკური ჯგუფების მიმართ კონკრეტული შემთხვევის მომსახურებისათვის გადახდის სისტემა უფრო მოქნილია, ვიდრე ფასიანი მომსახურების სისტემა. შეცდომის შემთხვევები აქ უფრო ნაკლებადაა და ძირითადად დიაგნოზით მანიპულირების სახით გვხვდება. სამწუხაროდ, კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შემსრულებლებს სულ უფრო მეტი პრეტენზიები უჩნდება, ხოლო მონიტორინგისა და პრეტენზიათა სამართლიანობის დადასტურების დისპროპორცია საკმაოდ დიდია.

აღმინისგრაფიული თვალსაზრისით, კონკრეტული შემთხვევებისათვის გადახდის სისტემა, რომელიც ეყრდნობა დიაგნოსტიკურ სქემებს, მომსახურების სისტემის აღმინისგრაფიულ ხარჯებთან შედარებით იაფი არაა.

საწოდლებზე გადასახდელი

ასეთი გადასახდელი მხოლოდ სააეადმყოფოებშია. თეორიულად, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვა სიტუაციაშიც. მაგალითად, როდესაც მედლა ხანგრძლივად უელის პაციენტს სახლში.

საწოდლებზე გადასახდელში შედის პაციენტთა ყოველდღიური მომსახურების (მკურნალობის, წამლის, მოწყობილობებისა და საშუალებების გამოყენების და ა.შ.) ხარჯი. მისი რაოდენობა არ იცვლება მიუხედავად იმისა, რა სახის მკურნალობა ესაჭიროება პაციენტს (თუმცა შესაძლოა სხვადასხვა სააეადმყოფოს განსხვავებულად აუნაზღაურდეს ყოველდღიურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები - იგი შეიძლება შედარებით მაღალი იყოს

საუნივერსიტეტო კლინიკებში, ვიდრე უფრო დაბალი დონის დაწესებულებებში). ყოველდღიური გადასახდელის ოდენობა შეიძლება შეთავსდეს იქნეს საავადმყოფოსა და გადამხდელს შორის.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ყოველდღიური გადასახდელის დადგენა შედარებით იოლია, თუკი არსებობს ასანამდლურებული ხარჯების (მაგალითად, პერსონალის, მასალების, საინვესტიციო) დეტალური აღწერილობა (კანონის ან სხვა მარეგულირებელი აქტის მიხედვით). გაანგარიშების საუკველია დროის გარკვეული მონაკვეთში (ჩვეულებრივ, ერთ წელიწადში) შესრულებული ერთეული მომსახურების სრული ღირებულება. ეს მაჩვენებელი გადანაწილდება პაციენტისათვის ამ პერიოდში გაწეული მომსახურების თითოეულ ღებზე.

ეს პარამეტრები შეიძლება დაუიქსირდეს წლის დასაწყისში, წინა წლის შესაბამისი პარამეტრების შეუასების ვით. თუ წლის სხვადასხვა მონაკვეთისათვის დადგინდება, რომ რეალური ხარჯები მნიშვნელოვნად მერყეობს უიქსირებულ პარამეტრებთან შედარებით, ისინი უნდა დარეგულირდეს (თუ რეალური ხარჯები დაბალია, მაშინ ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთი მცირდება). რადგანაც ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთები შეიძლება შეიცვალოს. საავადმყოფო მხედველობაში არ იღებს არც დეფიციტს და არც ამორტიზაციას.

შესაძლებელია აგრეთვე ყოველდღიური გადასახდელის წინასწარ დაუიქსირება შემდეგში ყოველგვარი დარეგულირების გარეშე. ამ შემთხვევაში მხედველობაში მიიღება დეფიციტი და ამორტიზაცია. ყოველდღიური გადასახდელის განაკვეთის შეცვლა ნებადართული არაა. მოსახლეობაში დაავადებათა მაგების შედეგად გაზრდილ ხარჯს გადამხდელი დაუარავს.

საწოდღებზე გადასახდელის გამოყენების სქემა

შეწვევების	გადახდის წესი	მომსახურების ეროვნული
ოჯახის ექსპ. სტრატეგიული სექციის სააქტიურობა	ფიქსირებული ან დარეგულირებადი	ერთი დღე სტაციონარში
აუთიჯი დამატებითი მომსახურება	ფიქსირებული ან დარეგულირებადი	ერთი დღე სტაციონარში

**ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და
ადმინისტრირებაზე**

ყოველდღიურ საგადასახადო მექანიზმთან დაკავშირებით, საავადმყოფოს ზემოქმედების მოხდენა შეუძლია მხოლოდ:

- სრულ ხარჯზე ღრის მონაკვეთში;
- პაციენტ/დღეების რაოდენობაზე.

თუ ყოველდღიურ გადასახდელთა განაკვეთი ფიქსირებულია, შემოსავლების გასაზრდელად საავადმყოფოსათვის ხელსაყრელია ხარჯის შემცირება და პაციენტ/დღეების გაზრდა. სწორი მართვის შედეგად ხარჯის შემცირება, საავადმყოფოსათვის დადებითი მაჩვენებელია. ხარისხზე დანახარჯების შემცირება ან შეუმცირებლობა დამოკიდებულია კონკურენციის დონესა და ხარისხის კონტროლის სისტემაზე.

თუ ყოველდღიური გადასახდელის განაკვეთი ცვალებადია, საავადმყოფოსათვის არაა ხელსაყრელი ხარჯის შემცირება, რადგან მას ყველა ხარჯი მაინც უნაზღაურდება. ამის მიუხედავად, მისთვის ხელსაყრელია გაზარდოს პაციენტ/დღეების რაოდენობა. შედარებით იოლია სტაციონარში პაციენტების უფრო ხანგრძლივად გაჩერება, ვიდრე ეს მათ უსაჭიროებათ. საავადმყოფოში ხარჯის პროპორციულობა საკმაოდ უზრუნველყოფილი (მაგალითად, მასი

შევცლა არ შეიძლება მოკლე პერიოდში). ცვალებადი ხარჯი სააქვადმყოფოების სრული ხარჯის 20%-ს მაინც შეადგენს და მათთვის სასურველია, რომ ამ მაჩვენებელმა მიაღწიოს იმ დონეს, რომელიც გამოიყენება ყოველდღიური გადასახდელის კალკულაციაში. ეს კი შესაძლებელია მხოლოდ სააქვადმყოფოში პაციენტთა საჭიროებე მეტ ხანს დაგოვებით.

ფიქსირებული განაკვეთის შემთხვევაში, კალკულაციის არსებობისასაც კი, სააქვადმყოფო დაინტერესებულია პაციენტი შეძლებისდაგვარად მეტ ხანს დააყოვნოს სტაციონარში. ამას შესაძლოა უარყოფითი შედეგებიც მოჰყვეს, თუკი ჯანდაცვის ფონდი სააქვადმყოფოს გამოუყოფს ერთიან ბიუჯეტს, რომლის ფარგლებს გარეთ მანიპულირება მას არ შეეძლება.

ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთების ადმინისტრირება შედარებით იაფია. ამისათვის აუცილებელი არაა, ჯანდაცვის ფონდის წევრებს წარედგინოს საგადასახადო სქემა ან მომსახურების დეტალური ნუსხა. ცხადია, უნდა არსებობდეს სააქვადმყოფოთა დეტალური საანგარიშგებო სისტემა, როგორც ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთების დადგენის მექანიზმი. ეს სისტემა ერთი და იგივე უნდა იყოს ყველა სააქვადმყოფოსათვის, რათა შესაძლებელი გახდეს მათი ერთმანეთთან შედარება.

პრემიული ანაზღაურება

პრემია შეიძლება გაიცეს წახალისების ან სხვა გარკვეული მიზნით. მიზანი თავისი არსით ეკონომიკური ხასიათისაა ან ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკიდან გამომდინარეობს.

ქვეყნის ეკონომიკურ ინტერესებში შედის გამოყენებული წამლების ნუსხისა და რაოდენობის შემცირება. რამდენადაც, წამალი პაციენტს ეძლევათ ექიმის დანიშნულებით, მისი მოხმარება შეიძლება შემცირდეს ექიმთა წახალისების გზით - იმ ექიმთა მაგერიალური სტიმულირებით, რომელთა მიერ გამოწერილი წამლის ღირებულება ნაკლებია იმავე სპეციალობის სხვა ექიმთა გამოწერილი რეცეპტების საშუალო ღირებულებასთან შედარებით.

ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანი შეიძლება იყოს მოსახლეობის იმუნიზაცია, რამზდაც. როგორც წესი, პასუხისმგებელია პირველადი

რგოლი. ამდენად, იმუნიზაციის მაღალხარისხოვნად განხორციელების ერთ-ერთი გზაა ყველა იმ ექიმისა და ექონის მაგერიალური წახალისება, რომლებიც წარმატებით ჩაატარებენ აღნიშნულ პროცესს. მაგერიალური წახალისება შეიძლება გაიცეს აგრეთვე პროფილაქტიკური მედიცინის სხვა მიზნების მისაღწევად.

პრემიული სისტემის ჩამოყალიბებისათვის საჭიროა დასახული მიზნების მიღწევის მონიტორინგის სოფისტიკური კონტროლის მექანიზმის არსებობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში გაჩნდება შედეგების ფალსიფიცირების რისკი. მაგალითად, უნდა დაფიქსირდეს ექიმის მიერ გამოწერილი ყველა რეცეპტი და იმუნიზაციის თითოეული ფაქტი რეგისტრირებულ იქნეს იმუნიზებული პირის სახელზე.

მაგერიალურ წახალისებასთან (პრემიასთან) დაკავშირებით აღსანიშნავია, რომ მისი გაანგარიშების საერთო წესი არ არსებობს. ერთი რამ კი ნათელია - იგი საკმაო ოდენობისა უნდა იყოს, რათა გამოიწვიოს ექიმის საქმიანობის სტიმულირება. თუ პრემია გაანგარიშებული იქნება, როგორც ექიმის წლიური შემოსავლის ნაწილი (ბონუსი), მისგან არ უნდა დაიქვეითოს დამატებითი თანხა აღმინისტრაციული ხარჯებისათვის.

პრემიას, რომელიც გაიცემა მაგალითად, ნაკლები რეცეპტების გამოწერის გამო, არსებითი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია მომსახურების ღირებულებაზე. მნიშვნელოვანია იმის მიღწევა, რომ პრემიის მოტივაციიდან გამომდინარე, ექიმმა უარი არ თქვას ისეთი წამლის დანიშვნაზე, რომელიც პაციენტს ნამდვილად ესაჭიროება. აქვე აღსანიშნავია, რომ პრემიის ოდენობა დამოკიდებული უნდა იყოს მიზნის მიღწევაზე (მაგალითად, რეცეპტის ღირებულება ნაკლები იყოს ერთი პირისთვის დადგენილ ლიმიტზე), ამასთან, არაა აუცილებელი, რომ იგი წამალთა მოხმარების შემცირების შედეგად მიღებული ეკონომიისა პროპორციული იყოს.

აღმინისტრაციული ხარჯი დამოკიდებული იქნება რეცეპტების, იმუნიზაციისა და ა.შ. სარეგისტრაციო სისტემის არსებობაზე. თუ სარეგისტრაციო სისტემა სათანადო ყურადღების გარეშე ჩამოყალიბდება, საბოლოო ჯამში, პრემიული სისტემა უფრო მეტ დანაკარგს მოიტანს, ვიდრე მოგებას.

თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება

თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება ხშირად გამოიყენება სპეციფიკური საინვესტიციო მიზნებისათვის. შემსრულებელმა შეიძლება მიიღოს ფიქსირებული თანხა, მაგალითად, აღჭურვილობის შესაძენად. დაფინანსების ამგვარი სისტემის პირობებში საჭიროა ბიუჯეტის მთლიანად შეუასება. თუ ექიმს მომსახურების საუფასური აუნაზღაურდება თანაბარი სისტემით, იგი უნდა განისაზღვროს ექიმის სპეციალიზაციის (მაგალითად, ოჯახის ექიმი, ოფთალმოლოგი, რადიოლოგი და ა.შ.) გათვალისწინებით. ამ სისტემის მიხედვით, თითოეული ექიმი გარკვეული (როგორც წესი – ერთწლიანი) პერიოდისათვის ადგენს ბიუჯეტს, რომელიც მოიცავს ამორტიზაციისა და აღჭურვილობის შესაძენად საჭირო კაპიტალის პროცენტულ ოდენობას.

აღნიშნულის მიუხედავად, საკმაოდ რთულია იმ ექიმთა (მაგალითად, რადიოლოგთა) ხარჯების დაფინანსება, რომლებიც მუშაობენ ძვირადღირებულ აპარატურასთან, რადგან თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი ექიმის შემოსავლაზე მეტი იქნება. ასეთი გადასახდელი ნაკლებ სირთულეებს ქმნის იმ ექიმთა დაფინანსებისას, რომლებიც ნაკლებფასიან აპარატურასთან მუშაობენ (მაგალითად, ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმი, პედიატრი და სხვ.).

თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელები გამოიყენება აგრეთვე სხვა ხარჯების დასაფარავად. მაგალითად, ექიმს შეუძლია შეადგინოს ბიუჯეტი პერსონალზე გაწეული ხარჯების გათვალისწინებით. გარდა აღნიშნულისა, თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვა შემსრულებლის, მაგალითად, საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. ამ შემთხვევაში საავადმყოფოს შეუძლია აღჭურვილობის შესაძენად მიიღოს სრული თანხა საწოლების რაოდენობის გათვალისწინებით. ასე ხდება საავადმყოფოების დაფინანსება გერმანიაში.

**თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელების
გამოყენების სქემა**

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი სტომატოლოგი	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
სპეციალისტები	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
სააუადმყოფო	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
აფთიაქი	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	არ გამოიყენება	

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელები გამოიანგარიშება შემსრულებლის გიპური აღჭურვილობის ხარჯების მიხედვით, ექიმთა სპეციალიზაციის გათვალისწინებით. ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა, როგორცაა ინსტრუმენტები, ავეჯი, მოწყობილობები და ა.შ., განსაზღვრული უნდა იყოს. ამორტიზაციასა და წლიურად დარიცხულ პროცენტებთან ერთად, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თითოეული საგნის გამოყენების სავარაუდო ხანგრძლივობა. დარიცხული პროცენტები შეიძლება პერიოდულად იცვლებოდეს. საამორტიზაციო ანარიცხები იცვლება ტექნოლოგიური პროგრესის გათვალისწინებით, რაც ნიშნავს, რომ დროთა განმავლობაში არსებული აღჭურვილობა შეიძლება უსარგებლო გახდეს და დაკარგოს ღირებულება.

ამ სისტემით მანიპულირების ორი გზა არსებობს. პირველი მათგანია ექიმთა მიერ გაწეული ინვესტიციების მონიგორინგი. ამ დროს ექიმებს მოეთხოვება ანგარიშის წარდგენა აღჭურვილობის

შეძენის თარიღის მითითებით. აღჭურვილობის შესაძენად დახარჯული სახსრები შეიძლება ჩამოიწეროს შემდგომი პერიოდის გადასახდელიდან. მეორე გზაა ექიმისათვის საინვესტიციო ბიუჯეტის წარდგენა. იგი შემოსაულების მიღების საშუალებას მისცემს იმ ექიმებს, რომლებმაც ეკონომია გასწიეს აღჭურვილობის ხარჯებზე. ორივე შემთხვევაში შემსრულებლებს უნდა გადაეცეს აღჭურვილობათა ჩამონათვალი, რომლითაც იხელმძღვანელებენ ინვესტიციების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე დამოკიდებულია თანაბარგანაკვეთიანი საგადასახადო სისტემის გამოყენებაზე. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, არსებობს ამ სისტემით სარგებლობის ორი გზა: ცვალებადი ბიუჯეტისა და ფინანსური წყაროების მონიტორინგის კომბინირება და ფიქსირებული ბიუჯეტისა და ხარისხის კონტროლის კომბინირება.

ცვალებადი ბიუჯეტის შემთხვევაში, შემსრულებელი დაინტერესებულია მთელი თანხის დახარჯვით, თუნდაც იმ აღჭურვილობის შესაძენად, რომელიც არ ესაჭიროება. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი კარგავს იმ ფულს, რომელიც არაა ინვესტიციის სახით საღმე “ჩადებული”. მეორეს მხრივ, დაფინანსების ეს მეთოდი გადამხდელს აძლევს აღჭურვილობის სტანდარტების დადგენის შესაძლებლობას. ამავე დროს, ბიუჯეტის სიმცირის გამო, მხედველობაში არ მიიღება არასაჭირო, მაგრამ შეძენილი აღჭურვილობები (რომლებიც შემდეგ ამორტიზაციით ჩამოიწერება).

ფიქსირებული ბიუჯეტით შემსრულებელთა დაინტერესება ერთგვარად განსხვავდება ზემოაღწერილისაგან. თუ იგი შეძლებს ხელსაყრელ ფასში შეიძინოს აღჭურვილობა, კიდევ დარჩება გარკვეული თანხა პირადი შემოსავალის გასაზრდელად ან სხვა მიმართულებით დამატებითი ინვესტიციებისათვის. ამ შემთხვევაში შემსრულებელი დაინტერესებულია იყიდოს იაფი აღჭურვილობა და ამიგომ აყოვნებს ან საერთოდ არ ყიდულობს მას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ხარისხის კონტროლის უმრუნველსაყოფად დადგინდეს აღჭურვილობის სპეციფიკა და სხვა მაჩვენებლები.

თანაბარგანაკეთიანი გადახდის სისტემის აღმინისტრაციული ხარჯი საერთოდ, ძალზე მცირეა. აღმინისტრაციული ფუნქციები, ძირითადად მოიცავს ამ სისტემის შეფასებასა და მონიტორინგს. თუ ეს გაკეთდება ერთი ჯგუფის ექიმების ან საავადმყოფოებისათვის, დიდად აღარ შეიცვლება სხვა შესაბამისი ჯგუფებისათვის. მონიტორინგი შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევაში.

სულადობის მიხედვით ანაზღაურება (კაპიტაციის მეთოდი)

სულადობის მიხედვით ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ხარჯთა ანაზღაურებას სადოგაციო სისტემით დროის გარკვეულ პერიოდში (ჩვეულებრივ – ერთი წლის განმავლობაში) მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით. ასეთ შემთხვევაში უხდიან უშუალოდ მომსახურების გაწევაზე პასუხისმგებელ კონკრეტულ შემსრულებელს ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე, გემოაღნიშნულ პერიოდში. ამგვარი სისტემა ეფუძნება შემსრულებლის სრულ რისკს: დაზღვეულ პირთა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს მომსახურებით გემოაღნიშნულ პერიოდში, რაც შემსრულებელს გარკვეული თანხის ეკონომიის საშუალებას მისცემს. ქრონიკულად დაავადებულებმა კი ამ პერიოდში შეიძლება რამდენჯერმე მიაკითხონ სამედიცინო დაწესებულებას და ხარჯებმა გადააჭარბოს სადოგაციო თანხას.

სადოგაციო შესაგანს უხდიან დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ შემსრულებელს. კონკურენციის, წახალისებისა და მომსახურების მაღალ დონეზე უზრუნველყოფის მიზნით, დაზღვეულ პირს უფლება უნდა ჰქონდეს პერიოდულად (როგორც წესი, წელიწადში ერთხელ) შეცვალოს შემსრულებელი.

არსებობს სადოგაციო შესაგანების როგორც შედარებით მარტივი, ისე რთული სისტემები. მარტივი სისტემის შემთხვევაში, მომწოდებელი იღებს ერთსა და იმავე თანხას ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის. რთულ სისტემებში კი, შესაგანის ოდენობა იცვლება სხვადასხვა პარამეტრის - პაციენტის ასაკის, სქესის, საცხოვრებლის ადგილისა და ა.შ. მიხედვით.

სადოგაციო შესაგანი, როგორც ანამლაურების მექანიზმი, ხელსაყრელია პირველადი დახმარების გამწვევისა და საავადმყოფოსათვის. ამ შესაგანმა შეიძლება დაფაროს პირველადი და მეორეული დონის ყველა ან რომელიმე მომსახურების საფასური. მოგ შემთხვევაში, სადოგაციო თანხის გადახდა საავადმყოფოს პასუხისმგებლობას აკისრებს დაზღვეული პირის როგორც პირველად, ისე მეორეულ მომსახურებაზე. ამავე დროს, შესაძლებელია “გაორმაგებული” სადოგაციო შესაგანის არსებობა, თუკი დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ ერთ შემსრულებელს გადაუხდიან ერთი სახის შესაგანს, ხოლო დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ ან ამ პირის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის საავადმყოფოს – სადოგაციო შესაგანს მეორეულ მომსახურებაზე. ამ შემთხვევაში, პირველადი მომსახურების გამწვევის ე.წ. “მეკარის” (ზოგადი პრაქტიკის ექიმის) როლი მეორეულ მომსახურებასთან შედარებით ერთგვარად წინა პლანზეა წამოწეული და გაძლიერებულია, რამდენადაც იგი მეორეული მომსახურების უზრუნველმყოფი (საჭიროების განმსამზღვრელი) სუბიექტია.

კერძო სპეციალისტებისათვის, რომლებიც დამოუკიდებლად ან კოლეგების მცირერიცხოვან ჯგუფთან ერთად მოქმედებენ, სადოგაციო შესაგანის მექანიზმი ხელსაყრელი არაა. მათთვის უფრო მისაღებია ანამლაურების სხვა სისტემები ფასიანი მომსახურების სისტემის ჩათვლით. დამატებით აღსანიშნავია, რომ სადოგაციო შესაგანების სისტემა არ გამოიყენება აუთიაქებისათვის.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

სადოგაციო შესაგანის სისტემა შედგება ორი ნაწილისაგან:

- თვით შესაგანი;
- შემსრულებელთა (ექიმი და საავადმყოფო) და პაციენტთა რეგისტრი.

მათი აღმინისტირება ჯანდაცვის ფონდის ამოცანაა. პაციენტმა ჯანდაცვის ფონდს უნდა აცნობოს, რომელ ექიმს ან საავადმყოფოს ირჩევს, რათა სადოგაციო შესაგანით ანამლაურდეს მომსახურების ხარჯი.

შესაგანი თანხის ოდენობა განისაზღვრება ღირებულების

ვალანაწილებით ექიმთა და დამხმარე პერსონალის შრომაზე, მასალებზე, კაპიტალურ შეკეთებასა და სხვა დანახარჯებზე, თითოეული შემსრულებლისათვის პაციენტთა დადგენილი რაოდენობის მიხედვით. სადოგაციო მესაგანის გაანგარიშების შემდეგ, შემსრულებელი იღებს თანხას ყველა პაციენტისაგან, რომელიც შეყვანილია რევისტრში.

პაციენტთა რაოდენობა, რომელიც შეიძლება მიმაგრებული იყოს ერთ ექიმზე, იზღუდება ხარისხის სტანდარტების უზრუნველყოფის გათვალისწინებით. კონკურენციის შენარჩუნების მიზნით, პაციენტს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, შეცვალოს შემსრულებელი გარკვეული პერიოდის (ჩვეულებრივ – ერთი წლის) ვასვლის შემდეგ.

ცხრილი 6

სადოტაციო შესატანების გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	ფიქსირებული დონე თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის	ყველა სახის მომსახურებით უზრუნველყოფა დროის მოცემულ პერიოდში
სპეციალისტები	გამოიყენება გართულებულია (თუ სპეციალისტი არ მუშაობს სადოტაციო შესატანის მიმღებ საავადმყოფოში)	
საავადმყოფო	ფიქსირებული დონე თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის	ყველა სახის მომსახურებით უზრუნველყოფა დროის მოცემულ პერიოდში
აუთიაქი	საზოგადოდ, არ გამოიყენება (შეიძლება სასარგებლო იყოს საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც ახორციელებენ ფარმაკეუტულ მომსახურებას)	
დამატებითი მომსახურება	არ გამოიყენება	
კროთიზირება	არ გამოიყენება	

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ლოგოტიკის ზემოქმედება მომსახურების ღირებულებაზე პოზიტიურია. არ არსებობს რაიმე პარამეტრი, რომლითაც მომწოდებელი უარყოფით ზემოქმედებას მოახდენს სისტემაზე და ზედმეტად, საჭიროების გარეშე დახარჯავს თანხას.

სალოგოტიკო შესატანის სისტემა მისაღები და ხელსაყრელია შემსრულებელთათვის, რომელთაც ხანგრძლივი კონტაქტი აქვს პაციენტებთან. ხელსაყრელობა განსაკუთრებით ნათლად ვლინდება პირველადი დახმარების აღმომჩენთათვის, რადგან დაზღვეული პირი დაინტერესებულია ისარგებლოს ერთი ექიმის მომსახურებით და ურთიერთობა დაამყაროს იმ კლინიკასთან, სადაც ინახება მისი ავადმყოფობის ისტორია. ასეთ შემთხვევაში უფრო ეფექტურად იკურნება მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, რამდენადაც ექიმს შეუძლია სწრაფად გაერკვეს დაავადების გამომწვევ ან ქრონიკული ავადმყოფობის გამწვაების მიზეზებში და პაციენტი უზრუნველყოს სათანადო მომსახურებითა და დაუნიშნოს მკურნალობა.

ამასთანავე, სალოგოტიკო სისტემა შეამცირებს მაღალხარისხოვანი მომსახურების დაინტერესებას. თუ შემსრულებელი გარანტირებულია, რომ იგი ანაზღაურებას მიიღებს ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის, აღარ ექნება მაღალხარისხოვანი მომსახურებით უზრუნველყოფის მოტივაცია. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ამ პრობლემის გადაჭრა შესაძლებელია პაციენტისათვის შემსრულებლის შეცვლის უფლების მინიჭებით. შემსრულებელს, რომელიც არასათანადო დონეზე მოემსახურება პაციენტს, გაუჭირდება ბევრი პაციენტის მოზიდვა. ეს პირობა შეიძლება შედეგიანი იყოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს ექნება ექიმთა დიდი არჩევანი. პრობლემის გადაჭრის მეორე გზაა შემსრულებელთა მიმართ სათანადო სტანდარტების დაწესება და ამოქმედება. თუ ისინი ვერ დააკმაყოფილებენ ასეთ სტანდარტებს, გადამხდელს უნდა ჰქონდეს უფლება, ამოიღოს ისინი სავარაუდო შემსრულებელთა სიიდან (გაწყვიტოს ან არ გააფორმოს მასთან ხელშეკრულება).

სალოგოტიკო შესატანების სისტემის ადმინისტრაციული ხარჯები ძალზე მცირეა ფასიანი მომსახურების შესაბამის ხარჯებთან შედარებით. აქ, რეალურმა გართულებამ შეიძლება თავი იჩინოს პაციენტთა მიერ მომწოდებელთა შეცვლისას.

ხელფასის სისგემა, ჩვეულებრივ, ეფუძნება შემსრულებელსა და გადამხდელს შორის დადებულ შრომით ხელშეკრულების პირობებს, რომლის თანახმად, გადამხდელი შემსრულებლის შრომას ანაზღაურებს ყოველთვიურად, პლუს დამატებითი ანაზღაურება (დამქირავებლის შესაგანები სოციალური უზრუნველყოფის ან ჯანდაცვის ფონდში). დაქირავებული პირი მუშაობს დროული განაკვეთით და შრომა უნაზღაურდება არა გაწეული მომსახურების მოცულობის, არამედ იმის მიხედვით, რა დროის განმავლობაშიც იმყოფება გადამხდელის განკარგულებაში. ასანაზღაურებელი თანხა არ იცვლება განკურნებულ პაციენტთა რაოდენობისა და ხარისხის მიხედვით. აღჭურვილობის, მასალებისა და დამხმარე პერსონალის ხარჯებს ანაზღაურებს ჯანდაცვის ფონდი (გადამხდელი).

შრომითი ხელშეკრულება შეიძლება დაიდოს სრული ან არასრული დროითი განაკვეთით. ეს საშუალებას აძლევს დაქირავებულ პირს, რომ დამატებით იკისროს სხვა ვალდებულებების შესრულება (მაგალითად, კერძო კონსულტაციები) თავისუფალ დროს. თუ შემსრულებელი კერძო საქმიანობის განხორციელებისას სარგებლობს გადამხდელის კუთვნილი აღჭურვილობებით, იგი ანაზღაურებს მათი გამოყენების ხარჯებს.

შრომითი ხელშეკრულება გამოიყენება ყველა კერძო შემსრულებლის მიმართ, რომელიც მონაწილეობს მომსახურებაში ან აწარმოებს პროდუქციას. მაგალითად, ოჯახის ექიმი, მედლა, აუთიაქარი, ფიზიოთერაპევტი, პროთეზების მწარმოებლები და ა.შ.

გადამხდელს შეიძლება ჰქონდეს საავადმყოფო, სადაც პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხდება ხელფასის სახით, ხოლო გადამხდელები მათ დამატებით უზრუნველყოფენ მასალებითა და კაპიტალით - ეს ნიშნავს აგრეთვე, რომ ჯანდაცვის ფონდი (გადამხდელი) პასუხისმგებელია აღნიშნული ფაქტორების ორგანიზაციასა და ხარისხზე.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

შემსრულებელთა ანაზღაურების შრომით ხელშეკრულებებზე დაფუძნებული სისგემის შექმნის მიზანია:

- პერსონალის მოზიდვა, რომელიც დააკმაყოფილებს გადამხდელის მოთხოვნებს და შეასრულებს შრომითი ხელშეკრულების პირობებს; შრომითი ხელშეკრულებების შედგენა და შეთანხმება შემსრულებლებთან;
- დაქირავებულთა შრომის ორგანიზება და აღმინისგრილება (შენობის შესყიდვა ან იჯარით აღება, მასალებისა და აღჭურვილობების შეძენა, დამხმარე პერსონალის - მედლების, მდივნების, დამლაგებლების დაქირავება);
- პერსონალის შრომის ორგანიზება და მართვა (მათი საშტატო განრიგი, დაბეგვრა, სოცუმრუნველყოფა და სხვა სოციალური მომსახურება, სამუშაოთა აღწერილობა, თანამდებობრივი იერარქია და პასუხისმგებლობები, კვალიფიკაციის ამაღლების საკითხები და სხვ.).

ნებისმიერი გადამხდელი ვალდებულია განიხილოს დაქირავებული პერსონალის, ანაზღაურების (ხელფასის ზემოთ) საკითხები.

ცხრილი 7

ხელფასის გამოყენების სქემა

მიმწოდებელი	ვადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
საჯანსაღო სტრუქტურული სექციონები	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველიყოფრად
კერძო სააგენტოები	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად არ გამოიყენება	ყოველიყოფრად
აფთხი	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველიყოფრად
წამლები	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველიყოფრად

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

შეუძლებელია ცალსახად შეფასდეს, რა უფრო ხელსაყრელი და ნაკლებად ხარჯიანია, ჯანდაცვის უზრუნველყოფა დაქირავებული პერსონალის მეშვეობით, თუ ხელშეკრულებების დადება დამოუკიდებელ შემსრულებლებთან. არსებობს იმის აშკარა არგუმენტები, რომ მომსახურება დაქირავებული პერსონალის მეშვეობით უფრო იაფია, ვიდრე დამოუკიდებელ შემსრულებლებთან სახელშეკრულებო სისტემით.

დაქირავებული პერსონალი შეიძლება უფრო ნაკლებად იყოს დაინტერესებული საქმიანობის კარგად წარმართვითა და მომსახურების მაღალი დონით, ვიდრე დამოუკიდებელი პერსონალი. მაგრამ, დასაქმებულთა მოტივაცია დიდადაა დამოკიდებული მართვის ხარისხზე (ხელფასებზე, სრულყოფილ პროგრამებზე, ცალკეული რგოლების პასუხისმგებლობაზე, გადაწყვეტილების მიღების მასშტაბებსა და ა.შ.). აქ უარყოფითი ისაა, რომ ჯანდაცვის ფონდი შეიძლება დაემსგავსოს სხვა ნახევრად სახელმწიფოებრივ დაწესებულებებს ბიუროკრატიზმის, ფორმალიზმის, მოუქნელობისა და მოტივაციითა ნაკლებობის მხრივ.

სისტემაში, რომელშიც მონაწილეობენ ჯანდაცვის ფონდს დაქვემდებარებული შემსრულებლები, ადმინისტრაციული ხარჯი უფრო მაღალია, ვიდრე დამოუკიდებელი შემსრულებლების სისტემის შემთხვევაში. ყველა დამატებით ხარჯს, რომელიც შესულია სხვა საგადასახადო სისტემებში, გაიღებს უშუალოდ გადამხდელი.

დაქირავებული შემსრულებლის მომსახურებაზე დაფუძნებულ სისტემაში, არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, შეიძლება თუ არა, რომ გადამხდელმა:

- უფრო იაფად მიიღოს მომსახურება;
- უზრუნველყოს, სულ მცირე, საქმიანობის ისეთივე დონე (მუშაობის ხარისხი და მოცულობა);
- უზრუნველყოს უფრო ეფექტური მართვა და უკეთესი ორგანიზაცია, ვიდრე დამოუკიდებელი შემსრულებლის სისტემის შემთხვევაში.

მოყვანილი მაგალითები არ იძლევა დიდი დაინტერესების საფუძველს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ წარმატების მიღწევა შეუძლებელია. ქვეყნები, სადაც შემსრულებელთა ხელფასი მცირე

შემოსაველებზე დაფუძნებული, სშირად აწყდებიან სირთულეებს იმ თვალსაზრისით, რომ დამატებით ექიმები პაციენტისაგან არაკანონიერ თანხას იღებენ, რაც ზოგჯერ ექიმის ხელუასსაყ კი უთანაბრდება. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, დაბალი ხელუასი შეიძლება ნიშნავდეს, რომ არაფორმალურ ფასიანი მომსახურების სისტემა შეცვლის ხელუასიან შემსრულებელთა სისტემას.

ბიუჯეტი

ბიუჯეტი შეიძლება განისაზღვროს როგორც გარკვეული თანხის გადახდა, რაც უარავს მომსახურებისა და პროდუქციის მიწოდების ყველა ხარჯს დროის მოცემულ მონაკვეთში. ჩვეულებრივ, შემსრულებელმა უნდა დაფაროს ნებისმიერი დეფიციტი, თუმცა შეიძლება მიიღოს მოგებაც. საბიუჯეტო სისტემით, როგორც შემსრულებელი, ისე გადამხდელი ეწევა გარკვეულ რისკს, კერძოდ, დააეადებათა გავრცელების ან ხარჯის მოულოდნელი ზრდის სახით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გადახარჯვა.

ბიუჯეტი შეიძლება იყოს უცვლელი (განსაზღვრული) ან ცვალებადი. გადამხდელი და შემსრულებელი შეიძლება შეთანხმდნენ, რომ ამა თუ იმ პარამეტრის შეცვლა (მაგალითად, მოსახლეობაში დააეადების უეცარი და სწრაფი გავრცელება) შექმნის ბიუჯეტის დარეგულირების საფუძველს.

თუ ექიმს მიეცემა ნება, რომ ბიუჯეტიდან არაპირდაპირ მიიღოს დამატებითი სახსრები (ან შეავსოს დეფიციტი), იგი დაინტერესდება ბიუჯეტის ეფექტური ხარჯვით (იხილეთ აგრეთვე თანაბარი გადახდისა და პრემიების სისტემა).

თეორიულად, შესაძლებელია დაფინანსდეს მეორეული მომსახურებაც (სპეციალისტები და სააეადმყოფოები) პირველადი დახმარების აღმომჩენი ექიმების კონტროლით, რადგან ჩვეულებრივ ის წყვეტს, ესაჭიროება თუ არა პაციენტს დამატებითი მომსახურება. ამასთანავე, ეს პრაქტიკულად ძნელი განსაზღორციელებელია, რადგან ბიუჯეტი უფრო მეტია, ვიდრე ექიმთა შემოსავალი, ეს კი ექიმს დამატებით მნიშვნელოვან პასუხისმგებლობას აკისრებს.

საბიუჯეტო გადასახადების გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	განეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
სპეციალისტები	სრული ან ნაწილობრივი გადახდა ყოველწლიურად	განეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
საავადმყოფო	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	განეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში
აფთიაქი	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	განეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
დამატებითი მომსახურება	სრული ან ნაწილობრივი გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	განეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ბიუჯეტის გაანგარიშება ხდება ნათლად დაფიქსირებული საბიუჯეტო ნორმებისა და შეთანხმებათა სისტემის გათვალისწინებით, აგრეთვე შემოსავლის ან გასაღების საფუძველზე. შემოსავლებზე ორიენტირების საფუძველზე, ანუ:

- კონკრეტული შემსრულებლის რეალურ ხარჯს;
- შემსრულებელთა ყველა რგოლის საშუალო ხარჯს (საწოლთა რაოდენობა) და სახეობას (სპეციალიზაცია).

გასავალზე ორიენტირებული ბიუჯეტი ეფუძნება შემსრულებლის საქმიანობას. სავარაუდო საქმიანობის განსაზღვრა უფრო რთულია, ვიდრე სავარაუდო ხარჯისა. საქმიანობა არ ნიშნავს მკურნალობის (მომსახურების) სეანსების რაოდენობას ან მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. იგი უფრო მეტად მიანიშნებს შემსრულებლის

მონაწილეობაზე მომსახურებაში და მათ ხასიათზე. უფრო ნათლად, მომსახურების მოცულობა დამოკიდებული იქნება პაციენტთა ასაკზე, სქესზე, მოსახლეობის სოციალურ-კულტურული შედგენილობისა და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. ეს მონაცემები მიიღება ექიმებისა და საავადმყოფოების სარეგისტრაციო სისტემების მეშვეობით. ამის შემდეგ ხდება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფისათვის დასმული დიაგნოზის საშუალო რაოდენობის გაანგარიშება, და იგი მრავლდება საჭირო ხარჯების ოდენობაზე.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ქვეყნებში (მაგალითად, საფრანგეთში, კანადაში), სადაც არსებობს მყარი საბიუჯეტო სისტემები, განსაკუთრებით საავადმყოფოების სექტორში, ხარჯთაღრიცხვის გამოცდილება საგულისხმოა: საბიუჯეტო სისტემამ შექმნა ხარჯების შემცირების ან მცირედ ზრდის პირობები.

საბიუჯეტო სისტემის მიხედვით, შემსრულებელი დაინტერესებულია ხარჯის ზრდის შეჩერებით. ჩვეულებრივ შემთხვევაში, გემოლანიშნულს შეუძლია გამოიწვიოს ფულადი სახსრების დაგროვების მცდელობა ძვირადღირებულ წამლებსა და ოპერაციებზე უარის თქმის გზით, მათი აუცილებლობის შემთხვევაშიც კი ან ძვირადღირებული სამკურნალო პროცედურების უფრო იაფი და ნაკლებეფექტური პროცედურებით შეცვლით.

პრობლემა შეიძლება გადაიჭრას:

- მოქნილი ბიუჯეტით, რომელიც დიდადაა დამოკიდებული მოსახლეობის რეალური (ან სავარაუდო) დასნებოვნების ხარისხზე (ეპიდპროგნოზირება);
- ხარისხის კონტროლის ღონისძიებებით;
- საავადმყოფოებსა და სხვა შემსრულებლებს შორის კონკურენციით (პაციენტთა მიზიდვის მიზნით).

ადმინისტრაციული თვალსაზრისით, საბიუჯეტო სისტემა ნაკლებხარჯიანია ფასიანი მომსახურების სისტემასთან შედარებით.

სხვადასხვა საგადასახადო სისტემების შედარება

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში მოცემულია სხვადასხვა საგადასახადო სისტემის შემოქმედება ხარჯთა ზრდის შეჩერებაზე, ხარისხსა და აღმინისგრილებაზე. ზოგ სისტემას ერთი ან რამდენიმე მაჩვენებლის მიხედვით აშკარა უპირატესობა აქვს სხვებთან შედარებით. მაგალითად, სალოგაციო სისტემებს დიდი უპირატესობა გააჩნია როგორც ხარჯთა ზრდის შეკავების, ისე აღმინისგრილების მხრივ. არჩევანის გაკეთება არაა ადვილი და ამა თუ იმ ქვეყნისათვის დამოკიდებულია ადგილობრივ პირობებზე.

ცხრილი 9

სხვადასხვა საგადასახადო სისტემების შედარება

სისტემა	ხარჯების ზრდის შეკავების მაჩვენებელი	ხარისხი	აღმინის ტრანსპორტირება
ფასთან მიმართება	ძალიან კარგი	ძალიან კარგი	ძალიან რთული
კონკრეტული შემოსულების მომსახურება	კარგი	დამაკმაყოფილებელი	რთული
საწარმოებში გადართობის ხარისხი	დამაკმაყოფილებელი	არადაკმაყოფილებელი	ძალიან ადვილი
პროცესები	კარგი	კარგი	ადვილი
თანაბარგანაკვეთიანი გადასახადი	კარგი	კარგი	ადვილი
სულაღიბის მხედველი გადასახადები	ძალიან კარგი	დამაკმაყოფილებელი	ძალიან ადვილი
ხელშეწყობის ხელშეწყობა	დამაკმაყოფილებელი	(უფრო)	ადვილი
ბიუჯეტი	ძალიან კარგი	დამაკმაყოფილებელი	ადვილი

შესაძლებელია კომბინირებული სისტემის შექმნაც, სადაც გაერთიანდება:

- სულაღობის მიხედვით გადასახდელი;
- გადასახდელი გაწეული მომსახურების მიხედვით (იმუნიზაცია);
- თანაბარგანაკვეთიანი ინვესტიციები;
- წამლებისა და დამატებითი მომსახურების ბიუჯეტი.

მსგავსი კომბინირებული საგადასახადო სისტემა გამოიყენება დიდი ბრიგანეთის გაერთიანებულ სამეურში. ბრიგანული სისტემის მიხედვით, ძირითად შემსრულებლებს მომსახურების ღირებულება უნაზღაურდებათ სალოგაციო შესაგანებით თითოეული რევისგრირებული შემთხვევისათვის.

სალოგაციო შესაგანი შეიძლება იცვლებოდეს პრაქტიკული საქმიანობის ადგილის (მჭიდროდ დასახლებული ან ქალაქგარეთა რაიონების) მიხედვით. ანაზღაურდება ავრეთვე სპეციფიკურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები დამე გამოძახების, მშობიარობის, მოზარდთა ვაქცინაციის ჩათვლით. ცალკეული მიზნის მისაღწევად გამოიყენება პრემირების სისტემა (მაგალითად, ბავშვთა იმუნიზაცია). ამის გარდა, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს (GP-ს) უნაზღაურდებათ მედნალები ხარჯები და ეძლევათ შეღავათი სხვა დანახარჯებზე, მაგალითად, აღჭურვილობის შეძენაზე.

ცხრილი 10

შემსრულებელთა საგადასახადო სისტემების ძირითადი მახასიათებლები

	გადახდის წესი	ტექნიკური მოთხოვნები
უახლესი მომსახურება	ეროვნული აქტივობის პროდუქტი	ფასობა კალკულაცია
კლასიკური შემთხვევითი მომსახურება	ეროვნული კაპიტალიზაცია	გადახდის სქემა
გადასახდელი პრემიები	პაციენტ/დღე	
თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი	აქტუების (სწრაფი) ან ხარისხის საცემებზე	შესაგანის კალკულაცია (ხელშეკრულება) შეთანხმება სია, კალკულაცია
შეღავათი გადასახადი	დამტკიცებული ინვესტიციების შესაბამისად ერთი წლის ექვსი წლის მომსახურების მხედველი დროის მოცემულ მინიკვეთში	დამტკიცებულ ნებსბა, კალკულაცია, შეთანხმება (ხელშეკრულება)
ხელფასი	შეწობის აეროაფის	შეღავათი კება (ხელშეკრულება)
ბიუჯეტი	შესაბამისად ხანდაკესი ფონდის მქონე ვიკრის მომსახურების მოცემულ მინიკვეთში	კალკულაცია, შეთანხმება (ხელშეკრულება)

თავი XVI

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის ძირითადი სახელმძღვანელო დებულებები

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიმართულებაა სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფა სტანდარტიზაციის, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების ჩატარების გზით.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურება უნივერსალური და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ხელმისაწვდომობა არ უნდა იქნეს მიღწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითების ხარჯზე. პირიქით, სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფას. სახელმწიფო სტრატეგია – მიმართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ, სხვა კომპონენტებთან ერთად გულისხმობს:

1. სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური სტანდარტების ჩამოყალიბებას;
2. ამ სტანდარტების დაცვის კონტროლის მექანიზმის შემუშავებას;
3. სტანდარტების დაცვის ინიციატივისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას.

სტანდარტი – არის სტანდარტიზაციის ობიექტებისათვის განსაზღვრული ნორმები, წესები, მახასიათებლები, რომელიც ეხება სხვადასხვა სახის საქმიანობას ან მის შედეგებს და მიზნად ისახავს გარკვეულ სფეროში ოპტიმალური წესრიგის მიღწევას. იგი მუშავდება კონსენსუსის საფუძველზე და ამტკიცებს უფლებამოსილი ორგანო. **სტანდარტიზაცია** – ნიშნავს სავალდებულო წესების, ნორმების, სხვა მახასიათებლების ან მათი გამოყენების პირობების დადგენას გარკვეულ სფეროში საქმიანობისათვის.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტი – მედიკოსების დახმარების მიზნით, კონკრეტული კლინიკური შემთხვევისათვის სისტემურად დამუშავებული დებულება, ნორმა ან სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული მედიკურ-

ეკონომიკური ნიმუშია, რომლის მოთხოვნების შესრულება საუაღდებულოა დასპარების აღმოჩენისათვის.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ერთიანი სისტემის შექმნა მიმართულია დარგის მართვის სრულყოფისა და მისი მთლიანობის უზრუნველყოფისა კენ დაგეგმვის, ნორმირების, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების, სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაზრდის, საკადრო და მაგერიალური რესურსების რაციონალური გამოყენების, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესების ოპტიმიზებისადმი ერთიანი მიდგომის, აგრეთვე ქართული მედიცინის მსოფლიო სამედიცინო პრაქტიკაში ინტეგრაციისაკენ.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის ღებულებების საფუძველია საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”.

სტანდარტიზაციის მიზნები და ამოცანები

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის მიზანია სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ხარისხის ამაღლება, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ამოცანების გადაწყვეტა.

აღაშიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დაცვას უზრუნველყოფს ჯანდაცვაში გამოყენებული პროდუქციის, პროცესებისა და მომსახურების უსაფრთხოება.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითადი ამოცანებია:

- “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონისა და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციის ნორმატიული უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური მახასიათებლების, ხარისხის მაჩვენებლების ერთიანი სისტემის შექმნა, სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სუბიექტის შორის ურთიერთობის დარეგულირება;
- სამედიცინო მომსახურების პირობების ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, შეთავსებისა და ურთიერთიმეცელის პროცესის, აღკურვილობის, ინსტრუმენტების, მასალების, მედიკამენტებისა და სხვ. მიმართ, მოთხოვნების დადგენა;
- მეტროლოგიური კონტროლის ნორმატიული უზრუნველყოფა;
- ერთიანი მოთხოვნების დადგენა სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების, უწყვეტი სამედიცინო სწავლების პროცესის

მიმართ (რა უნდა იცოდეს და რისი ვაკეთება უნდა შეეძლოს ექიმს);

- სამედიცინო დახმარების ოპტიმალური ღონის მიღწევა და შენარჩუნება;
- პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების ხარისხის მუდმივი ამაღლება.

სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპები

ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპებია:

- ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავების, შეთანხმების, მიღებისა და ამოქმედების, ზედამხედველობისა და კონტროლის ერთიანი წესის დაცვა (ერთიანობის პრინციპი);
- ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავებისა და გამოყენების სოციალური, მეცნიერული და ეკონომიკური მიზანშეწონილობა (მნიშვნელობის პრინციპი);
- საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნების, შემუშავებული დოკუმენტებისა და მიღწევების შესაბამისობა საერთაშორისო ნორმატივებთან (სტანდარტიზაციის საერთაშორისო დარეგირებულ პრინციპებთან) (აქტუალურობის პრინციპი);
- სტანდარტიზაციის ობიექტებისადმი წაყენებული მოთხოვნების ურთიერშეთანხმებულობა (კომპლექსურობის პრინციპი);
- ნორმატიულ დოკუმენტებში შეტანილი დააეალებების კონტროლის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა (შემოწმების პრინციპი);
- სტანდარტიზაციის სისტემის შექმნასა და მიღებაში ყველა სუბიექტის თანხმობის მიღწევისაკენ სწრაფვა (თანხმობის პრინციპი).

სასარგებლო სტანდარტი უნდა იყოს:

აქტუალური – მისაღებია მხოლოდ ისეთი სტანდარტები, რომლებიც პრაქტიკული საქმიანობის მტკიცებელი საკითხის გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა;

დროული – სტანდარტის გამოყენება შესაძლებელი იყოს მუსგად მაშინ, როცა მისი რეალური საჭიროებაა;

საკმარისი – არ არის აუცილებელი სტანდარტი იყოს სრული და სრულყოფილი, რომ ეფექტურად იქნეს გამოყენებული პრაქტიკულ საქმიანობაში;

მისაღები – პრაქტიკაში სტანდარტების დანერგვა უნდა მოსდეს უინანსური შესაძლებლობებისა და დროებითი დანახარჯების გათვალისწინებით;

პრაგმატული – სტანდარტის გამოყენება დადებით ეფექტს იძლევა მის შემუშავებასა და დანერგვაზე დახარჯული თანხების პირობებში დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;

გამჭვირვალე – ფართო საზოგადოებისათვის ხელმისაწვდომი და კონკრეტული.

სტანდარტიზაციის სისტემის ორგანიზაცია

სტანდარტიზაციის სისტემის შექმნა და ჩამოყალიბება გულისხმობს როგორც ორგანიზაციულ-გექნიკური, ასევე ნორმატიული უზრუნველყოფის ამოცანების გადაწყვეტას – სტანდარტიზაციის ობიექტების ამორჩევას, მათი სტრუქტურის შესახებ ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავებას. სისტემა უნდა განვითარდეს სტანდარტიზაციის ობიექტების ერთიანი კლასიფიკაციის საფუძველზე, კატეგორიებისა და კონკრეტული ჯგუფების სახის განსაზღვრის, სტანდარტიზაციის ობიექტების ერთიანი კლასიფიკაციის საფუძველზე, კატეგორიებისა და კონკრეტული ჯგუფების სახის განსაზღვრის, სტანდარტიზაციის ცალკეული ნორმატიული დოკუმენტების დაგეგმვის, დამუშავების, შეთანხმებისა და დამტკიცების ეტაპებზე.

თითოეული სისტემის კლასიფიკაციური ჯგუფი მოიცავს საერთო საკლასიფიკაციო და ფუნქციური ნიშნებით გაერთიანებულ ნორმატიულ დოკუმენტებს:

- სხვადასხვა კატეგორიის სტანდარტებს (სახელმწიფოებრივი, დარგობრივი ასოციაციების, გაერთიანებების, საზოგადოებების, სამედიცინო დაწესებულებების);
- კლასიფიკატორებს;
- სახელმძღვანელო დოკუმენტებს;
- წესებსა და ნორმებს;
- რეკომენდაციებს.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციას ძირითადად ექვემდებარება:

- ორგანიზაციული ტექნოლოგიები;
- სამედიცინო მომსახურება;
- სამედიცინო მომსახურების ტექნოლოგია;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი;
- სამედიცინო და ფარმაცევტული, დამხმარე პერსონალის კვალიფიკაცია;
- სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნიკის ხარისხი, წარმოება, რეალიზაციის პირობები;
- საანგარიშო-სააღრიცხვო ღოკუმენტაცია, რომელიც გამოიყენება ჯანდაცვის სისტემასა და სამედიცინო დაზღვევაში;
- საინფორმაციო ტექნოლოგიები;
- ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტები.

სტანდარტიზაციისადმი დაქვემდებარების საფუძველზე, სტანდარტიზაციის ნორმატიული ღოკუმენტებში შედის:

1. ზოგადი დებულებები;
2. ჯანდაცვის ორგანიზაციული ტექნოლოგიების მიმართ წაყენებული მოთხოვნები;
3. ჯანდაცვის დაწესებულებების ტექნიკური აღჭურვილობისადმი წაყენებული მოთხოვნა;
4. პერსონალისადმი წაყენებული მოთხოვნები;
5. წამლით უზრუნველყოფისადმი წაყენებული მოთხოვნები;
6. კონტროლის სანიტარიულ-ჰიგიენური მეთოდები;
7. სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებისადმი მოთხოვნები;
8. დიეტური პროდუქტისადმი მოთხოვნები;
9. სამედიცინო მომსახურების კლასიფიკაციისა და სისტემატიზაციის მოთხოვნები;
10. სამედიცინო დაწესებულებების სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და პროფილაქტიკური შესაძლებლობისადმი მოთხოვნები;
11. სამედიცინო მომსახურების გაწევისადმი მოთხოვნები;
12. დაავადების პროფილაქტიკის, დამაზიანებელი ფაქტორებისაგან მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო-სოციალური დახმარების გაწევისადმი მოთხოვნები;
13. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი მოთხოვნები;
14. ჯანდაცვის ეკონომიკურ მაჩვენებლებისადმი მოთხოვნები;

15. ჯანდაცვაში გამოყენებული ლოკუმენტაციის მიმართ მოთხოვნები;
16. ჯანდაცვის საინფორმაციო საშუალებებისადმი მოთხოვნები.

მოცემული სისტემის სტრუქტურა შეიძლება შეივსოს განვითარების კონკრეტულ ეტაპებზე.

სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები

სტანდარტიზაციის ძირითად მიმართულებად, რომელიც უზრუნველყოფს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განსორციელებას, ითვლება:

- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
- სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო დახმარების გაწევის პირობების მიმართ მოთხოვნების რეგლამენტაცია;
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
- ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილულ უნდა იქნეს მათი გავრცელების ღონის შესაბამისად, გამოყენების სფეროს – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), ადმინისტრაციულ-გერიგორიული ერთეულების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციის აუცილებლობა განპირობებულია ჯანდაცვის, სამედიცინო დაზღვევის ორგანოებისადმი წაყენებული მოთხოვნებით. სტანდარტიზაცია არის როგორც სამედიცინო დაწესებულებებისა და სამედიცინო დაზღვევის ორგანოების მუშაობის დაგეგმვის, ასევე სამედიცინო დახმარების გაწევის შედეგების (ხარისხის, ეკონომიკური მაჩვენებლების, ერთ სულზე გაანგარიშებული ნორმატივების და ა.შ.) შეფასების საფუძველი.

სამედიცინო მომსახურება – ღონისძიება ან ონისძიებათა კომპლექსია, რომელიც მიმართულია დაავადების პროფილაქტიკის, მისი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისაკენ, და აქვს დასრულებული სახე და გარკვეული ფასი.

სამედიცინო მომსახურება შეიძლება იყოს:

- **მარტივი** – განუყოფელი მომსახურება, რომელიც სრულდება ფორმულით: $\text{პაციენტი} + \text{სპეციალისტი} = \text{პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის ერთ ელემენტს};$
- **რთული** – ორი ან მეტი სახის მარტივი სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობა, რომლის რეალიზაციისათვის საჭიროა გარკვეული პერსონალი, კომპლექსურ-გექსნოლოგიური მოწყობილობები, სპეციალური შენობა-ნაგებობები და ა.შ.; სრულდება ფორმულით: $\text{პაციენტი} + \text{მარტივი მომსახურების კომპლექსი} = \text{პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის ეტაპს};$
- **კომპლექსური** – რთული და მარტივი სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობა, რომელიც მთავრდება პროფილაქტიკის ჩატარებით, დიაგნოზის დასმით ან მკურნალობის გარკვეული ეტაპის დამთავრებით (სტაციონარული, სარეაბილიტაციო და ა.შ.). სრულდება ფორმულით: $\text{პაციენტი} + \text{მარტივი} + \text{რთული მომსახურება} = \text{პროფილაქტიკის ჩატარებას, დიაგნოზის დასმას ან მკურნალობის გარკვეული ეტაპის დამთავრებას}.$

ფუნქციური დანიშნულების მიხედვით სამედიცინო მომსახურება იყოფა:

- **სამკურნალო-სადიაგნოსტიკოდ** – გამოყენებულია დიაგნოზის დასადგენად ან დაავადების სამკურნალოდ, ფიზიოლოგიური მშობიარობისას და ნეონატოლოგიაში, ახალშობილის პათოლოგიის არარსებობის დროს სამედიცინო დახმარების ჩათვლით;
- **პროფილაქტიკურად** – მოიცავს დინამიკურ დაკვირვებას, იმუნიზაციას, გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებს, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას;
- **სარეაბილიტაციო-აღდგენითად** – დაკავშირებულია ავადმყოფთა სოციალურ და სამედიცინო რეაბილიტაციასთან;
- **სატრანსპორტოდ** – მოიცავს ავადმყოფების გადაყვანას სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და კატასტროფის მედიცინის სამსახურების მეშვეობით, სამედიცინო დახმარების გაწევას ტრანსპორტირების პროცესში.

სამედიცინო მომსახურება შეიძლება გაწეულ იქნეს:

- ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ (ბინაზე) პირობებში;
- გრანსპორტირების დროს (სასწრაფო დახმარებისა და კატასტროფის მედიცინის მეშვეობით);
- სტაციონარის პირობებში.

მოცემული კლასიფიკაცია შეიძლება შეივსოს ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავების კონკრეტულ ეტაპზე.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ხორციელდება ფუნქციური მიდგომის საფუძველზე, რითაც იძლევა მოთხოვნების ნორმირების საშუალებას სხვადასხვა სტადიასა და ეტაპზე.

განსაკუთრებული მომსახურების საჭიროების დადგენა ხდება ფუნქციური სტანდარტებით, რომლებიც რამდენიმე საბაზო სტანდარტის ერთობლიობაა. ფუნქციური სტანდარტები აკონკრეტებს საბაზო სტანდარტებით დადგენილი მოთხოვნების არჩევანსაც.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტები და საკლასიფიკაციო ნიშნები ჩაგარებული მომსახურების ხარისხის, სირთულისა და ფასის განსაზღვრის საფუძველია, ამასთან, სტანდარტები განსაზღვრავს საჭირო მოცულობის სამედიცინო დახმარების უფლებასა და ასევე სწორი სამედიცინო ტაქტიკის არჩევის შესაძლებლობას. ამიგომ მხოლოდ კლასიფიკაციის მრავალი კომპონენტის კომბინაციითაა შესაძლებელი მისი ამოქმედება არსებულ სისტემაში. ეს განსაკუთრებით ეხება სახელმწიფო სტანდარტებს, რომელიც ეგალონია ქვეყნისათვის.

სტანდარტიზაციის სისტემის კლასიფიკატორის შედგენისას აუცილებელია მხედველობაში იქნეს მიღებული შემდეგი მოთხოვნები:

1. ჯანდაცვის სისტემის ყველა კომპონენტის გამოყენება;
2. ურთიერთკავშირი მოცემულ ობიექტსა და სხვა ობიექტებს შორის (ინფორმაციული შეთანხმება);
3. ობიექტის ნომენკლატურის ზრდის შესაძლებლობები ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის პროცესების განვითარებასთან ერთად.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ითვალისწინებს მოთხოვნების განსაზღვრას სამედიცინო ტექნოლოგიებსა (პაციენტების გატარების ოქმზე) და შედეგებზე (გამოსავალზე),

რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ობიექტურობის საშუალებას იძლევა. ამასთან ერთად ნორმატიული დოკუმენტები შეიძლება მოიცავდეს მოთხოვნების როგორც მინიმალურად აუცილებელ, ასევე სარეკომენდაციო დონეს.

სტანდარტიზაცია მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სფეროში

მედიკამენტებით უზრუნველყოფა მოიცავს სამკურნალო საშუალებების დამუშავებას, გამოცდას, რეგისტრაციას, წარმოებასა და რეალიზაციას. ამ სფეროში ნორმატიული ბაზის შექმნა ხელს უწყობს მოსახლეობისათვის უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი სამკურნალო პრეპარატების მიწოდებას და დასაშვები სისტემის განმტკიცების ამოცანების რეალიზაციას.

მოთხოვნები ახალი სამკურნალო პრეპარატების დამუშავებისადმი მოიცავს სამედიცინო პრეპარატების წარმოების ტექნოლოგიას, მათ კლინიკამდელ და კლინიკურ გამოცდას, რეგისტრაციის წესების რეგლამენტაციას, გამოსაყენებლად დაშვებული სამკურნალო პრეპარატების ჩამონათვალის დაზუსტებას.

სამკურნალო საშუალებების წარმოების მიმართ მოთხოვნაში შედის წარმოების პირობების (შენობა-ნაგებობების, ტექნოლოგიური აღჭურვილობის, სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის), წარმოების ტექნოლოგიისა და გამოშვებული პროდუქციის კონტროლი.

რეალიზაციისადმი მოთხოვნები რეგლამენტაციას უკეთებს სამკურნალო საშუალებების შენახვის პირობებს, გრანსპორტირების, სერტიფიცირების, საბითუმო და საცალო ვაჭრობის სამედიცინო დაწესებულებებისა და პაციენტებისათვის მიწოდების წესებს.

მოქალაქეებისათვის მედიკამენტების მიწოდება ხდება სამედიცინო მომსახურების საჭიროების საფუძველზე. “სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამკურნალო საშუალებების” ჩამონათვალი დგება დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სტანდარტების მინიმალური მოთხოვნების საფუძველზე.

მოთხოვნები სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი

სამედიცინო დახმარების პირობების მიმართ ძირითადი მოთხოვნებია: სამედიცინო ობიექტების მშენებლობის, სანიტარიული და ჰიგიენური ნორმებისა და წესების, აკრეთვე მანიპულაციებისა და პროცედურების შესასრულებლად აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებისადმი ტექნოლოგიური მოთხოვნების დაცვა.

სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების ექსპლუატაციის, რემონტის, ტექნიკური მომსახურებისა და მეტროლოგიური უზრუნველყოფის შესახებ ნორმატიული დოკუმენტებით გათვალისწინებული მოთხოვნები მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ხარისხიანი და უსაფრთხო უზრუნველყოფის ამოცანის რეალიზაციის საშუალებას იძლევა.

პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია

სამედიცინო, ფარმაცევტული და დამხმარე პერსონალის კვალიფიკაციისა და სერტიფიცირების მიმართ მოთხოვნების საფუძველზე უნდა შეიქმნას კადრების მომზადებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამები (განათლების სტანდარტები).

ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია

ინფორმაციის სფეროში ნორმატიული დოკუმენტების შექმნა და გამოყენება მიმართულია ისეთი ამოცანების შესასრულებლად, როგორცაა დარგის მართვისა და სამედიცინო დახმარების ხარისხის ეფექტურობის გაზრდა.

ჯანდაცვისადმი მოთხოვნები განისაზღვრება ინფორმაციული უზრუნველყოფის ღია სისტემის საფუძველზე, ფუნქციური სტანდარტიზაციის მეთოდების გამოყენებით. ასეთი მიდგომა

უზრუნველყოფს საინფორმაციო სისტემის გაფართოებასა და დაეყვას უნივერსალური პროგრამული და სხვადასხვა ტექნიკური საშუალების გამოყენებით.

სტანდარტიზაციის ძირითად დებულებათა რეალიზაციის მექანიზმები

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითადი დებულებების რეალიზაციის მეშვეობით პრაქტიკული შედეგების მისაღებად საჭირო იქნება მოქმედი ნორმატიული დოკუმენტების ანალიზი, ურთიერთდაკავშირებული დოკუმენტების ეტაპობრივი შემუშავება ზემოთ მოყვანილი სისტემის სტრუქტურის შესაბამისად.

ერთდროულად გადაწყდება ისეთი ძირითადი მიმართულებების სამართლებრივი უზრუნველყოფა, როგორცაა:

- დააეადებათა პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- სამედიცინო დახმარების პირობები არასამედიცინო სამსახურისა და ტექნოლოგიის ჩათვლით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება როგორც კონკრეტული პაციენტის მიმართ, ასევე სამედიცინო დაწესებულებაში;
- ჯანდაცვის ეკონომიკა;
- სამედიცინო სტატისტიკა;
- დოკუმენტების წარმოება.

ჯანდაცვის სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები:

- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
- სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი მოთხოვნის რეგლამენტაცია;
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
- ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილული უნდა იყოს მათი გავრცელების დონის და გამოყენების სფეროს შესაბამისად – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), აღმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულებისა და სხვ.

სასარგებლო სტანდარტი უნდა იყოს:

აქტუალური – მისაღებია მხოლოდ ისეთი სტანდარტები, რომლებიც პრაქტიკული საქმიანობის მოცემითი მტკიცეული საკითხის გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა;

დროული – სტანდარტის მზადყოფნა და ხელმისაწვდომობა მუსტად მაშინ, როცა პრაქტიკაში მისი რეალური საჭიროებაა;

საკმარისი – არ არის აუცილებელი სტანდარტი სრული და სრულყოფილი იყოს, ეფექტურად იქნეს გამოყენებული პრაქტიკულ საქმიანობაში;

მისაღები – პრაქტიკაში სტანდარტების დანერგვა უნდა მოხდეს დასაშვები ფინანსური და დროებითი დანახარჯების პირობებში;

პრაგმატული – სტანდარტის გამოყენება იძლევა დადებით ეფექტს მის შემუშავებასა და დანერგვაზე დახარჯული თანხების პირობებში, დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;

გამჭვირვალე – ფართო სამოკავშირისთვის ხელმისაწვდომი, გასაგები და კონკრეტული.

სამედიცინო მომსახურებში ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა

რას ნიშნავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა?

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა არც ისე მარგივია. გავრცელებული განმარტების თანახმად: “სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საქმიანობის ის ღონეა, რომელიც უზრუნველყოფს ცალკეული ინდივიდისა და მთელი მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობას თანამედროვე პროფესიულ ცოდნასთან და ახასიათებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის სასურველი მახასიათებლების მაღალი ალბათობა” (US Institute of Medicine, 1990).

“სასურველი” ნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურება უნდა შეესაბამებოდეს როგორც პაციენტის, ასევე სამედიცინო მომსახურების გამწევი დაწესებულების მოლოდინსაც. “ჯანმრთელობის მდგომარეობის მახასიათებელი” არის სიდიდე, რომელიც რაოდენობრივად განსაზღვრავს პაციენტის ან მოსახლეობის რომელიმე გჯუფის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას გარკვეული ინდიკატორების მეშვეობით. აღსანიშნავია ისიც, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება შეიძლება ყოველთვის ვერ გავთვალთ, რამდენადაც სამედიცინო ჩარევის შედეგების შესახებ პაციენტსა და ექიმს შესაძლოა სხვადასხვა აზრი ჰქონდეს – მოგჯერ ხარისხიანი მომსახურება ვერ უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, რადგან მოგი დაავადების მკურნალობის მეთოდი დღეისათვის ცნობილი არ არის.

აქედან გამომდინარე, ხარისხიან მომსახურებას ხშირად უფრო მარტივად, ასე განსაზღვრავენ: “სწორი ღონისძიებების სწორად ჩატარება”, რაც ნიშნავს ერთი მხრივ პერსონალის სათანადო ცოდნასა და სწორ აზროვნებას, მეორეს მხრივ კი – სამედიცინო ჩარევის სწორად ჩატარებას, ე.ი. პრაქტიკოსის სწორ უნარ-ჩვევებს.

ასეთი მიდგომა ფოკუსირებულია **სტრუქტურასა** (პერსონალის კვალიფიკაცია, ტექნიკური ინფრასტრუქტურა, დაფინანსება) და **პროცესზე** (სამედიცინო ჩარევებზე) და არ ითვალისწინებს სამედიცინო ჩარევის **გამოსავლის სასურველობას**. პროცესის შეფასების მეთოდის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ სამედიცინო ჩარევას უფრო თვალნათლივს და განხილვისათვის ხელმისაწვდომს ხდის. დადებითი დამოკიდებულება სწორ სამედიცინო პროცესსა და დამაკმაყოფილებელ გამოსავალს შორის გარდაუვალად არ უნდა ჩაითვალოს, თუმცაღა ოპტიმალური გამოსავალი ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის უზენაესი მიზანია. არ უნდა დაგვაიწყდეს, რომ ჩვეულებრივ, სამედიცინო ჩარევის გამოსავალი სხვა ფაქტორებითაც არის განპირობებული (მაგალითად, პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმით, პიროვნული თვისებებით და სხვ.).

ამკარაა ისიც, რომ **სამედიცინო მომსახურების ხარისხი** ძნელად აღსაქმელი, სუბიექტური მოვლენაცაა და პაციენტი, შემსრულებელი თუ მსხვილი გადამხდელი ხარისხს სხვადასხვა ასპექტით აფასებს. მაგალითად, პაციენტისთვის ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, რამდენად თავაზიანია მის მიმართ პერსონალი, საავადმყოფოს მენეჯერს დაწესებულების ორგანიზებულობის ხარისხი მიაჩნია უფრო მნიშვნელოვნად; ექიმები ყურადღებას აქცევენ დაწესებულების აღჭურვილობას და მის გამოყენებაში დახელოვნებულობას; გადამხდელები ხარისხზე მსჯელობისას, პირველ რიგში თანხის ეფექტურად გამოყენებასა და პაციენტების კმაყოფილების დონეს აქცევენ ყურადღებას.

ცნებები **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო მომსახურების კონტროლი** ერთმანეთისაგან განსხვავდება. მაგრამ კავშირშიცაა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც **ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მიზნების მიღწევის მეთოდი**. მაგალითად, აუდიტის ან რესერტიფიკაციის მეთოდები გამოიყენება მომსახურების ხარისხის სათანადო დონის მისაღწევად.

შეიძლება ვცადოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება აგრეგირების სხვადასხვა – სახელმწიფო, რეგიონულ, დაწესებულების, პრაქტიკოსი ექიმის დონეზე. ნათელია ისიც, რომ

მოსახლეობის სხვადასხვა ღონის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად განსხვავებული მახასიათებლები უნდა გამოვიყენოთ. სახელმწიფო თუ რეგიონული ღონის ისეთი არასამედიცინო ფაქტორები, როგორცაა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (პაციენტთა რიგის ჩათვლით), წამყვან როლს ასრულებს. ხარისხის მაჩვენებელი თითოეული ღონის შესაბამისი და გამოსაყენებლად მოქნილი უნდა იყოს.

ვინ არის პასუხისმგებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლზე?

შესაძლოა იფიქროთ, რომ პაციენტი ხარისხის განვითარების კატალიზატორია. სინამდვილეში ეს მოძრაობა სამედიცინო მომსახურების მსხვილმა დამკვეთებმა და სახელმწიფო ორგანოებმა წამოიწყეს და თანდათან დაწესებულებები და პაციენტებიც მიიზიდეს. შეიძლება ითქვას, რომ ადრეულ ეტაპზე ხარისხის შესახებ წარმოდგენა გარკვეულად ხარჯების მართვას უკავშირდებოდა, მაგრამ დღეისათვის ნათელია, რომ ხარისხის მართვა არ ამცირებს დანახარჯებს, რადგან თვითონ საკმაოდ ძვირი ჯდება. ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მთავარი ფაქტორია გაცილებით უფრო ზოგადი მოვლენა, რაც გულისხმობს, რომ სამედიცინო დახმარების შემსრულებელი პასუხს აგებს საკუთარი საქმიანობის ("პროდუქციის") ხარისხიზე, რომელიც იზომება გასაგები მაჩვენებლით. ხარისხისათვის ბრძოლის გააქტიურების კიდევ ერთი მიზეზია (იგი სწორედ ჯანდაცვისათვის არის დამახასიათებელი) ის, რომ სამედიცინო საქმიანობასა და შედეგებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება აღინიშნება სხვადასხვა, მეტ-ნაკლებად თანაბარი ღონის დაწესებულებებსა და რეგიონებში. როცა ყველა სხვა ფაქტორი ერთნაირია, სამედიცინო ჩარევის ჭარბად, არასაკმარისად ან არასწორად გამოყენებით უნდა აიხსნას შემსრულებელთა საქმიანობის შედეგების განსხვავება. მაგალითად, ყველასათვის ცნობილია საკეისრო კვეთის რაოდენობრივი განსხვავება შესაღარის რეგიონებსა და კლინიკებში ანდა ანტიბიოტიკების დანიშნვის განსხვავებულობა.

დასაწყისში სამედიცინო დაწესებულებები დაკავებული არიან დაწესებულების აღმინისგრაგორებისა და იმ პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლებით, რომელთა მუშაობას ამოწმებდა არაერთი მაკონგროლებელი სამსახური და უარყოფით უსიქლოგიურ გავლენას ახდენდა თანამშრომლებზე. ბევრმა დაწესებულებამ ამაში უპირატესობაც ნახა, რაც ერთის მხრივ, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე გაზრდილი მოთხოვნების შესაბამისი უმაღლესი ხარისხის მომსახურების, ხოლო მეორეს მხრივ – დამკვეთისა და პაციენტებისათვის გაუმჯობესებული მომსახურების შეთავაზებით აიხსნება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პასუხისმგებელია ყველა სამედიცინო დაწესებულება, იმ შემსრულებლების ჩათვლით, რომლებიც პრევენციულ და სხვა ჯანდაცვით პროგრამებს ახორციელებენ. ხარისხის კონკრული შესაძლოა განახორციელოს თვით დაწესებულებამ, კოლეგებმა სხვა დაწესებულებებიდან და ორგანიზაციებიდან, აგრეთვე სახელმწიფო დაწესებულებებმა (სახელმწიფო ინსპექციამ, მომსახურების შემკვეთმა, პაციენტთა ასოციაციამ და სხვ.).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები

ხარისხის გაუმჯობესება შესაძლებელია განხორციელდეს შემდეგი გზებით:

- უწყვეტი განათლებით;
- რეგულარული სერტიფიკაცია/რეგისტრაციით,
- რესერტიფიკაცია/ რერეგისტრაციით;
- აკრედიტაციით;
- ხარისხის ოფიციალური შემოწმებით;
- პროფესიული სტანდარტებისა და მეთოდური სახელმძღვანელოების შექმნით;
- დაუინანსების მეთოდების შერჩევითა და სხვა სტიმულებით: დისციპლინური ღონისძიებებით.

საგანმანათლებლო სტანდარტები

მიღებულია, რომ პრაქტიკოს-ექიმს უნდა გააჩნდეს ისეთი დონის ცოდნა მაინც, რათა შეძლოს კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა. დიპლომში აღნიშნული კვალიფიკაცია უნდა შეესაბამებოდეს ექიმის სამუშაო სფეროს.

ბოლო დროს ცხადი გახდა, რომ სწრაფად განვითარებად ჯანდაცვის სფეროში საწყის ცოდნას სულ რამდენიმე წლის განმავლობაში “ყავლი გასდის” და ამკარად არასაკმარისია პროფესიული საქმიანობის გასაგრძელებლად. სწავლა აუცილებელია მთელი საქმიანობის განმავლობაში, რათა არ ჩამოვრჩეთ შესაბამის მეცნიერულ მიღწევებს. ამიტომ ექიმების უწყვეტ სწავლებაში მონაწილეობა მრავალი ქვეყანაში აუცილებელი მოთხოვნაა. სასწავლო დაწესებულება და მისი სასწავლო გეგმა უნდა იყოს ოფიციალურად აღიარებული. შესწავლას საჭიროებს უწყვეტი განათლების ხარისხის საკითხი და მისი დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან.

სერტიფიკაცია

აღიარებულია, რომ დიპლომის მიღება ჩვეულებრივ, სერტიფიკაციის ერთ-ერთი ფორმაა: ექიმს აქვს უფლება გარკვეულ სფეროში იმუშაოს. ლიცენზირება და სერტიფიკაცია შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს სხვა ფაქტორებთანაც, როგორცაა გარკვეული სპეციალობის ექიმების საჭიროება გარკვეულ გეოგრაფიულ რეგიონში. მაგრამ ასეთი ფაქტორები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გარეთ რჩება.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ მედიცინის სფეროში საქმიანობის უფლების მიმნიჭებელი დოკუმენტის (დიპლომის) მოქმედების ვადა რამდენიმე წლით შემცირდა. სამედიცინო საქმიანობის გასაგრძელებლად და ოფიციალურად აღიარებულ პრაქტიკოსად დარჩენისათვის აუცილებელი რესერტიფიკაცია. სახელმწიფომ უნდა განსაზღვროს რესერტიფიკაციის წესები: უწყვეტი განათლების აკრედიტებული სასწავლო კურსის საათების რაოდენობა, რომელსაც აუცილებელია დაესწროს პრაქტიკოსი ექიმი,

სასერგიფიკაციო სფეროში მუშაობა ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, შედეგების შეფასება და გარეშე აუდიტი.

სერგიფიკაცია და რესერგიფიკაცია უნდა ეხებოდეს არა მარტო ექიმებს, არამედ სამედიცინო დაწესებულებებსაც.

აკრედიტაცია

აკრედიტაცია დაკავშირებულია სერგიფიკირებასთან და ხშირად პრაქტიკაში მის ეკვივალენტურ ცნებად აღიქმება. სერგიფიკაცია სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებას აძლევს ან უკრძალავს პრაქტიკოსს ან დაწესებულებას. აკრედიტაცია არის რწმუნება, რომელსაც ანიჭებს სახელმწიფო, პროფესიული ასოციაცია, მომხმარებელთა ორგანიზაციები. თუკი სერგიფიკატს განვიხილავთ, როგორც იმ ნებართვის ეკვივალენტს, რომელიც რესტორნის საქმიანობისთვისაა საჭირო, აკრედიტაცია შეიძლება შევადაროთ "მიშელინის ვარსკვლავების" სისტემას, რომელიც ხარისხის დონეს განსაზღვრავს. პრაქტიკოსი ექიმები და დაწესებულებები მაღალ შეუასებას აძლევენ აკრედიტაციას, რადგან ის განამტკიცებს მათ პოზიციებს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, მსხვილი გადამხდელებისა და მომხმარებლების წინაშე. აკრედიტაციით შესაძლებელია ისეთი მახასიათებლების დამოწმება, როგორცაა უწყვეტი განათლება და ოფიციალური შეუასებები. სერგიფიკაციის მსგავსად, აკრედიტაციაც მოქმედებს განსაზღვრული დროის განმავლობაში.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსებსაც უნდა ჰქონდეს სხვადასხვა დონის, სპეციალური ფორმის აკრედიტაცია. აქედან გამომდინარე, პრაქტიკოსებს თვითონ შეუძლიათ გამოთვალონ რესერგიფიკაციისათვის საჭირო მინიმალური მოთხოვნები.

აკრედიტაციისა და აუდიტის მონაცემები ქვეყნდება ოფიციალურად, რაც უფრო ზრდის მათ ეფექტურობას.

მსოფლიოში სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაცია ჯერ-ჯერობით ფართოდ არ გამოიყენება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი შესაძლოა ოფიციალურად შეაფასონ კოლეგებმა - როგორც იმავე დაწესებულებებში მომუშავე, ასევე სხვა დაწესებულებიდან მოწვეულმა ექიმებმა. ასეთ შეფასებას უწოდებენ **შიდა და გარე აუდიტს ან კოლეგების თვალსაზრისს (შეხედულებას)**. კოლეგებმა უნდა შეაფასონ სამედიცინო მომსახურების პროცესისა და გამოსავლის მრავალი ასპექტი. მაგალითად, პაციენტის ისტორიის სისრულე, ეთიკური და მკურნალობის სტანდარტებთან შესაბამისობა, პორუფიული შეცდომები, თითოეული სამკურნალო პროცედურის წარმატებულობის ან წარუმატებლობის სიხშირე და ა. შ. სამედიცინო დაწესებულებებში არსებობს სპეციალური კომიტეტები, რომლებიც თვალყურს ადევნებენ და ანალიზს უკეთებს გარკვეულ მონაცემებს, მაგალითად, ჰოსპიტალური ინფექციების შემთხვევების, სამედიცინო შეცდომების სიხშირის, პრეპარატების გამოყენების, ე. წ. “პაციენტთა რიგის სივრძის”, ლაბორატორიული მონაცემების გადამოწმებისა და ა.შ. შესახებ. კომიტეტები აღგენენ ანგარიშს დაწესებულების მართვის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, აგრეთვე აწარმოებენ პაციენტების გამოკითხვას, რომ შეამოწმონ, რამდენად კმაყოფილი არიან გაწეული სამედიცინო მომსახურებით. ამ დროს პაციენტები უმთავრესად მიუთითებენ პერსონალის ყურადღებიანობაზე მათ მიმართ, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასა და სხვა სებიექტურ ასპექტებზე. სამედიცინო დაწესებულებას უნდა გააჩნდეთ საკუთარი მექანიზმი – სპეციალური კომიტეტი, რომელსაც პაციენტი წარუდგენს პრეტენზიებს და დაწესებულება დასაბავს მათი აღმოფხვრის გზებს.

იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემოწმება დაეკისრება სახელმწიფოს ან მსხვილ გადამხდელს, იგი უფრო მეტ ყურადღებას მიაქცევს პაციენტების მიწოდებულ ინფორმაციას და პრევენციული პროგრამების შესრულებას, ვიდრე ზემოაღნიშნულ სხვა ასპექტებს. არ არსებობს მომსახურების ხარისხის კონტროლის სტანდარტული მექანიზმი. ბევრი ორგანიზაცია, დაწესებულება თუ ქვეყანა იყენებს საკუთარ მეთოდს/ მოდელს. შედეგები ქვეყნდება სპეციალურ ჟურნალებში.

პროფესიული სტანდარტები და მეთოდური სახელმძღვანელოები

სამედიცინო სფერო ისე სწრაფად ვითარდება, რომ პრაქტიკოსები ვერ მიჰყვებიან ყველა ახალ მიმართულებას და ვერ იღებენ ყველა ინფორმაციას სიახლეების შესახებ. ამასთან, უფრო და უფრო იზრდება მოთხოვნა, რომ პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობა ეფუძნებოდეს უახლესი სამედიცინო კვლევებით მიღებულ შედეგებს. ეს ორი ფაქტორი განსაზღვრავს სტანდარტებისა და მეთოდური სახელმძღვანელოების შედგენის საჭიროებას პროფესიონალთა კონკრეტული ჯგუფისათვის, რათა ცალკეული პროფილის ღიაგნობი და მკურნალობა სათანადოდ გაფორმდეს. გერმინები, სტანდარტი და მეთოდური სახელმძღვანელო მეგ-ნაკლებად თანაბარი მნიშვნელობით გამოიყენება. მეთოდურ სახელმძღვანელოებში მოცემულია ინფორმაცია პროფესიულ ორგანიზაციებში გამოკვლეულ ან დანერგილ სიახლეთა შესახებ. სახელმწიფო, პროფესიული ორგანიზაციები და სამედიცინო მომსახურების მსხვილი დამკვეთები ვალდებული არიან გააერყელონ და დანერგონ ასეთი მეთოდური სახელმძღვანელოები. გარკვეულ სფეროში სახელმძღვანელოებს არ გააჩნიათ იურიდიული ძალა. მიუხედავად ამისა, ექიმი კარგად უნდა ფლობდეს იმ ინფორმაციას, რომელიც მეთოდურ სახელმძღვანელოშია წარმოდგენილი. წინააღმდეგ შემთხვევაში მას მოუწევს თავის მართლება, თუკი არ დაიცავს მათში აღნიშნულ რეკომენდაციებს. მეთოდური სახელმძღვანელოები მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

დაფინანსების მეთოდების შერჩევა

ამ საკითხთან დაკავშირებით ბევრს კამათობენ. მაგრამ არც ისე ბევრია საბუთი, რომელშიც მკაფიოა და დაფიქსირებული დაფინანსების მეთოდისა და მომსახურების ხარისხის ერთმანეთთან კავშირი. ძალიან ხშირად ამტკიცებენ, რომ დაფიქსირებული ხელფასი უბიძგებს ექიმს, რომ პაციენტს აღმოუჩინოს ზერეულ და დაბალხარისხიანი დახმარება. ექიმების უმრავლესობა

უპირატესობას ანიჭებს ანაზღაურების მეთოდს “პროცედურა – გადახდა” (შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გადახდას), როგორც ყველაზე მართებულ მეთოდს – პაციენტს გაუწევენ იმ მომსახურებას, რაც რეალურად სჭირდება. კაპიტაციური მეთოდი ანაზღაურების მეთოდია, რომელიც შეიძლება წინა ორი მეთოდის შუალედურად ჩავთვალოთ – ექიმს ან დაწესებულებას უხდიან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით. ეს მეთოდიც სამართლიანია (კავშირშია საქმიანობის მოცულობასთან) და აგრეთვე უზრუნველყოფს მომსახურების კარგ ხარისხს, რადგან დაწესებულება (ექიმი) იძულებულია პაციენტების მოსაზიდად ხარისხიანად მოემსახუროს მათ. თუმცა თუ პაციენტი ერთხელ დარეგისტრირდა დაწესებულებაში, ექიმი ცდილობს მინიმუმამდე დაიყვანოს მისთვის განკუთვნილი მომსახურების მოცულობა. იგი ასევე ცდილობს თავი აარიდოს მაღალ რისკ-ჯგუფის პაციენტებს. რეალურად ამკამად მომსახურების ხარისხი და ანაზღაურების მეთოდი არ არის ურთიერთშესაბამისი, ამასთან სამუშაოს მოცულობა და მომსახურების ღირებულება მჭიდრო კავშირშია.

იქ, სადაც არ არის დაწესებულებების (პრაქტიკოსების) ნაკლებობა, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება განსაკუთრებით აქტუალურია მსხვილ დამკვეთებთან ხელშეკრულებების გასაფორმებლად და კლიენტების მისაზიდად.

დისციპლინური ღონისძიებები

იმ შემთხვევაში, თუ არ არსებობს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სურვილი ან შესაძლებლობა, გამოყენებულ უნდა იქნეს სხვადასხვაგვარი სანქციები: რესერტიფიკაციასა და აკრედიტაციაზე დაშვების აკრძალვა, მსხვილ დამკვეთებთან ხელშეკრულების შეწყვეტა (გაფორმების აკრძალვა). სახელმწიფომ ან სახელმწიფო ორგანომ, მაგალითად, სახელმწიფო ინსპექციამ უნდა მიიღოს გარკვეული ზომები, დაადოს სასჯელი, ჩამოართვას ლიცენზია და ა. შ. პროფესიული დისციპლინური სასამართლოები შემდეგ უნდა იხილავდნენ ყველა საჩივარს, რომლებიც წარდგენილია დამკვეთის, სახელმწიფოს ან პაციენტის მიერ. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისგემა არ შეიძლება დაეფუძნოს შიშზე.

იგი უნდა ეყრდნობოდეს მხოლოდ ნებაყოფლობით თანამშრომლობას მხარეებს შორის. ეს არ უნდა გამორიცხავდეს სავალდებულო ელემენტებსაც, მაგალითად, უწყვეტ განაოლებას რესურტიუიკაციისათვის. დისციპლინური სასჯელი უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა

ჯანდაცვის სამინისტროს, სახელმწიფო სააგენტოების (კონგროლის ინსპექციის), პროფესიული ორგანიზაციების, საგანმანათლებლო დაწესებულებების, დამკვეთისა და მომხმარებლის როლი განხილული იყო წინა თავებში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ორგანიზაციული სტრუქტურა და მოქმედების ჩარჩოები განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნისა და პროფესიისათვის. ასევე განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკანონმდებლო ბაზაც.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა საკმაოდ მნიშვნელოვანი სისტემაა, რომელიც საჭიროებს გარკვეული ხარჯის გაწევას. ის მოსაზრება, რომ აღნიშნული სისტემა ამა თუ იმ გზით დაზოგავს თანხას, მცდარია. გარეშე აუდიტორების მიერ ჩატარებული ოფიციალური შეუასება ძვირადღირებულია. ასევე ძვირადღირებულია უწყვეტი სამედიცინო სწავლება. თანხების დაფარვა უნდა მოხდეს სახელმწიფოს, დაწესებულების ან შემკვეთის მიერ, მაგრამ საბოლოო ჯამში ეს ყველაფერი პაციენტის ასანაზღაურებელია. ეს არ არის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის საწინააღმდეგო არგუმენტი. მომსახურების მაღალი კულტურა უნდა ჰქონდეს ყველა ექიმსა და დაწესებულებას. ისევე, როგორც სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებში, ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემაშიც. პრაქტიკოსი ექიმები ხშირად არ არიან კეთილგანწყობილნი ბიუროკრატიების მიმართ, მათ აღიზიანებს ისეთი ტერმინები, როგორცაა “ხარისხის მართვა” და “ხარისხის წრედი”. ეს დამოკიდებულია მათზე. ვინც წარმართავს ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემას, რომელიც მოქნილი და გასაგები უნდა იყოს.

**ზოგიერთი მოსაზრება ჯანმრთელობის
დაცვასთან დაკავშირებული მცნებებისა და
განათლების სისტემის სრულყოფის შესახებ**

ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი -- კლინიკური, ბიო-სამედიცინო თუ სამოგადობრივი ჯანდაცვითი სამეცნიერო-კვლევითი პროექტის გახორციელებას შედეგად უნდა მოჰყვეს პროფესიული ცოდნის გაღრმავება და გამოკვლევების მეშვეობით ახალი, საჭირო ინფორმაციის მოპოვება და ყოველივე ამის საფუძველზე გარკვეული ცვლილებების გატარება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთავარი მიზნის -- მთელი მოსახლეობის, მისი გარკვეული ჯგუფის ან ცალკეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების -- მისაღწევად.

შესასწავლ ობიექტებისა და მეთოდების მრავალფეროვნების მიუხედავად, შესაძლებელია არაერთი საერთო მახასიათებლის გამოყოფა. პირველ რიგში, კვლევითი პროცესი უნდა იწყებოდეს პრობლემის იდენტიფიცირებით და მთავრდებოდეს კვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვით.

კვლევის პროცესის წარმართვისათვის აუცილებელია გარკვეული სტრატეგიის, ინფრასტრუქტურისა და ადამიანური რესურსების არსებობა.

ნებისმიერი საკითხზე ჩატარებული კვლევა უნდა ემყარებოდეს გარკვეულ ფასეულობებსა და პრინციპებს. პირველ რიგში, თანასწორობას. რაც გულისხმობს, რომ არ შეიძლება კვლევის პროცესის წარმართვა ან მასში მონაწილეობის მონოპოლიზება ცალკეული მეცნიერის ან მკვლევართა ჯგუფის მიერ. კვლევის შემსრულებელთა შერჩევა უნდა ხდებოდეს ღია და გამჭვირვალე კონკურსის საფუძველზე. აუცილებელია გარკვეული (შეძლებისდაგვარად მაღალი) ხარისხის დაცვა. ყოველი კონკრეტული კვლევის ჩატარებას უნდა განაპირობებდეს აუცილებლობა და ორიენტირებული იყოს გარკვეულ შედეგებთან

თანამედროვე პირობებში სამეცნიერო კვლევები ინტერსექტორულია და ეყარება პარტნიორულ ურთიერთობებს მომხმარებელსა და შემსრულებელს, მთავრობასა და სამოგადოებას, დაწესებულებებსა და ქვეყნებს შორის. კვლევის პროცესში დაკულ უნდა იქნეს ეთიკური ნორმები, ხილო შედეგები იყოს სარწმუნო და მოქნილი ცვალებად გარემოსთან ადვილად ადაპტირების მიზნით.

კვლევის პროცესში ხდება მოთხოვნილებათა შეფასება, პრიორიტეტების გამოყოფა, რესურსების მობილიზება, შესაძლებლობათა გაზრდა და, რაც მთავარია, ახალი ცოდნის დაუშლება. აღნიშნული პროცესი მოიცავს შედეგების საფუძველზე გარკვეული გადაწყვეტილების მიღებასაც. კვლევის პროცესში ხდება არსებული ტექნოლოგიების განვითარება ან ახლის შექმნა.

ჯანდაცვის სფეროში კვლევის ჩატარებითა და მისი შედეგებით დაინტერესებული არიან მკვლევარები, დამფინანსებლები (როგორც ადგილობრივი, ისე სხვა ქვეყნიებიდან), მომხმარებლები (სამოგადოება, ჯანდაცვის მაღალპროფესიული სპეციალისტები, გადაწყვეტილების მიმღები პირები), პოლიტიკოსები, მასმედია, საერთაშორისო ორგანიზაციები და სხვ.

როგორც უკვე აღვნიშეთ, კვლევის შედეგად მიღებული ახალი ინფორმაციის მეშვეობით შესაძლებელი უნდა გახდეს სამედიცინო მომსახურებაში თანასწორობის უზრუნველყოფა და მისი განვითარებისაკენ მიმართული ცვლილებების გატარება.

სქემატურად კვლევითი პროცესი და მასთან დაკავშირებული ბლოკები მოცემულია 1-ელ ნახაზზე.

სამეცნიერო კვლევით პროცესში ახალი ინფორმაციისა და შედეგების მიღების პარალელურად მიმდინარეობს ჯანდაცვის ტექნოლოგიების განვითარებაც, რაც საბოლოო ჯამში მნიშვნელოვან გეგავლენას ახდენს განათლების პროცესზე. ამდენად, სამედიცინო მეცნიერება, განათლება და ტექნოლოგია პირობითად შეიძლება წარმოვიდგინოთ გარკვეული სამკუთხედის სახით, რომლის შიგნით უთუოდ ქვეყნის პრიორიტეტებში უნდა განლაგდეს (ნახ. 2). სამივე მიმართულება ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული და თითოეული მათგანის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მათი მართვის კოორდინაციას, რომლის ყველაზე ოპტიმალური ბერკეტია დაფინანსებისა და შესაბამისი ანგარიშგების მექანიზმი.

საქართველოში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების

პროცესს ამა თუ იმ მოცულობით უშუალოდ წარმართავენ სახელმწიფო თუ კერძო სამედიცინო-საგანმანათლებლო დაწესებულებები, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და ცენტრები, ზოგიერთ შემთხვევაში – არასამთავრობო ორგანიზაციები (როგორც უცხოური, ისე ადგილობრივი).

დღესდღეობით ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების დაფინანსების რამდენიმე წყარო არსებობს. კერძოდ:

- სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლების დაფინანსება ნაწილობრივ ქვეყნის ბიუჯეტიდან (სახელმწიფო დაკვეთის სახით განაგებს უინანსთა სამინისტრო), ნაწილობრივ უშუალოდ სტუდენტის ან სპონსორის მიერ;
- დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების ხარჯების ნაწილი იფარება სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამიდან (განაგებს შორის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო), ნაწილი – საერთაშორისო ორგანიზაციების ან სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო თუ არასამთავრობო სტრუქტურების გამოყოფილი გრანტების მეშვეობით (ძირითადად მოკლევადიანი გრენინგები), ხოლო დანარჩენს ფარავს უშუალოდ რემიდენტი (მსმენელი) ან მისი სპონსორი;
- სამეცნიერო კვლევებს აფინანსებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამიდან, სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურები ან საერთაშორისო ორგანიზაციები გრანტების სახით. ბიო-სამედიცინო გამოკვლევები შეიძლება დააფინანსოს ეკონომიკის, მრეწველობისა და ვაჭრობის სამინისტრომ, განათლების სამინისტრომ და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიამ.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი საერთაშორისო ორგანიზაცია (მაგალითად, გაეროს ბავშვთა ფონდი) პერსონალის გადამზადებისა და გარკვეული კვლევის ჩასატარებლად გამოყოფილ გრანტებს გადასცემს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც თავად არჩევს სამუშაოთა შემსრულებელ ორგანიზაციებს. ასეთ შემთხვევაში შემსრულებელი ანგარიშვალდებულია სამინისტროს წინაშე, რაც ამ უკანასკნელს საშუალებას აძლევს დონორთა დახმარება გამოიყენოს ქვეყნისათვის პრიორიტეტული მიმართულებით.

ბუნებრივია, რომ ნებისმიერი სამუშაოს შემსრულებელი ანგარიშვალდებულია დამფინანსებლის წინაშე, ხოლო ერთი უწყების ფარგლებში მეცნიერებისა და განათლების დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს არსებობა (რაც თავისთავად მოსალოდნელია და ხელშეწყობას საჭიროებს) დარგის ხელსძღვანელ სამინისტროს ურთულებს არა მართვით საქმიანობის კოორდინაციას, ხშირ შემთხვევაში ელემენტარული ინფორმაციის გარეშე გოვეებს მას.

განვითარებადი ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მათმა ნაწილმა უკვე შექმნა, ხოლო ნაწილი ამჟამად ქმნის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული კვლევების მაკოორდინირებელ სტრუქტურებს სახელმწიფო მასშტაბით.

საქართველოს პირობებში ოპტიმალურია შემდეგი სახის მოდელის ჩამოყალიბება:

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ქმნის “სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების საკოორდინაციო საბჭოს”, რომლის გადაწყვეტილებები ძალაში შედის მინისტრის ბრძანებით. საბჭოს დაქვემდებარებაში იმუშავენ 5 კომისია: მეცნიერების, განათლების, სერტიფიცირების, ბიოეთიკისა და ფინანსური.

საბჭო პასუხისმგებელი იქნე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევებისა და განათლების (როგორც დიპლომამდელი, ისე დიპლომის შემდგომი) პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრაზე, სამუშაოების შემსრულებელთა შერჩევაზე, მათ დაფინანსებაზე, მიღებული შედეგების შეფასებაზე, პერსონალის სერტიფიცირებასა და კვლევის პროცესში ეთიკური ნორმების დაცვაზე.

აღნიშნული ფუნქციების შესასრულებლად საბჭოს განკარგულებაში გადავა სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამისა და ქვეყნის ბიუჯეტიდან სახელმწიფო დაკვეთით სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლებისათვის გამოყოფილი სახსრები და სამინისტროს მიერ მიღებული უცხოური გრანტები.

სხვა წყაროებიდან დაფინანსებული სამუშაოების (იქნება ეს გრანტით დაფინანსებული სამეცნიერო კვლევა თუ საკუთარი ან სპონსორის ხარჯით მიღებული დიპლომამდელი ან დიპლომის შემდგომი განათლება) კოორდინაციის გაუმჯობესებისა და საბჭოს წინაშე ამ სამუშაოთა ანგარიშვალდებულების გაზრდის მიზნით შესაძლებელია სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების

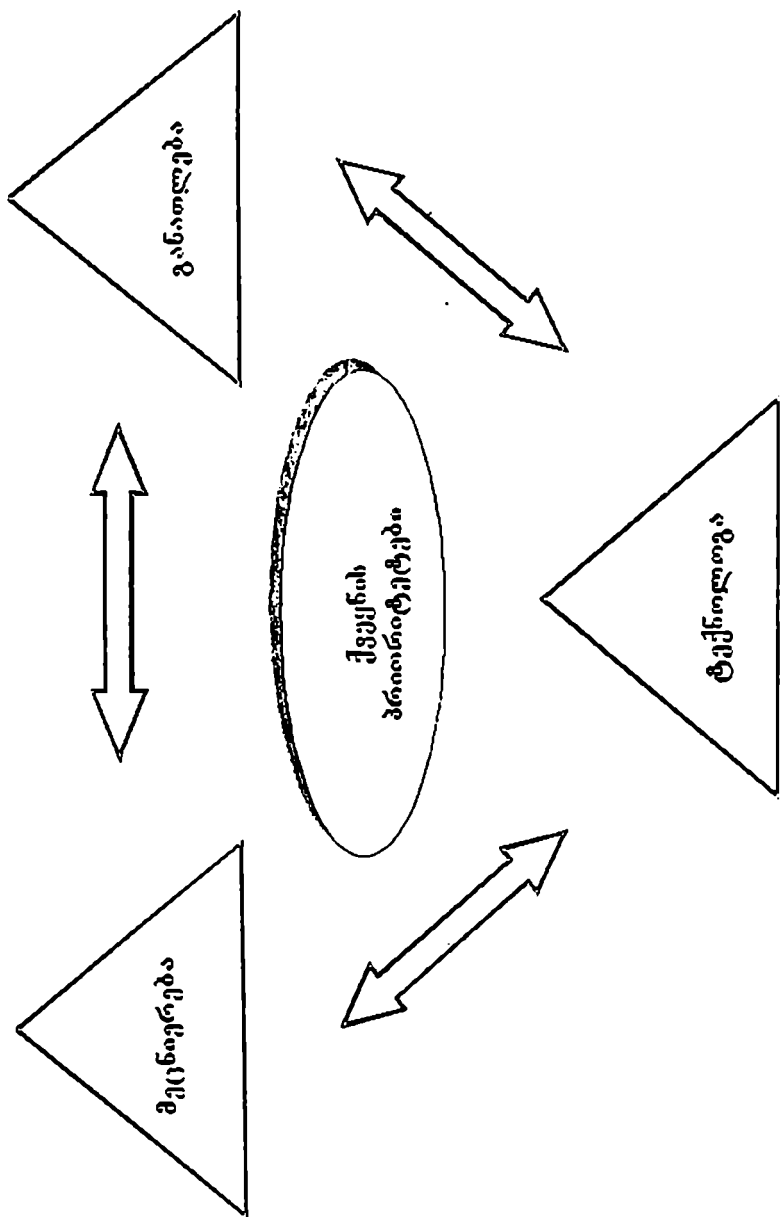
ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამაში გამოიყოს გარკვეული თანხა ღონორთა ხარჯზე შესრულებულ სამუშაოთა თუნდაც სიმბოლური თანადაფინანსებისათვის.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების საკოორდინაციო საბჭოს კომისიები შეასრულებენ შემდეგ ფუნქციებს:

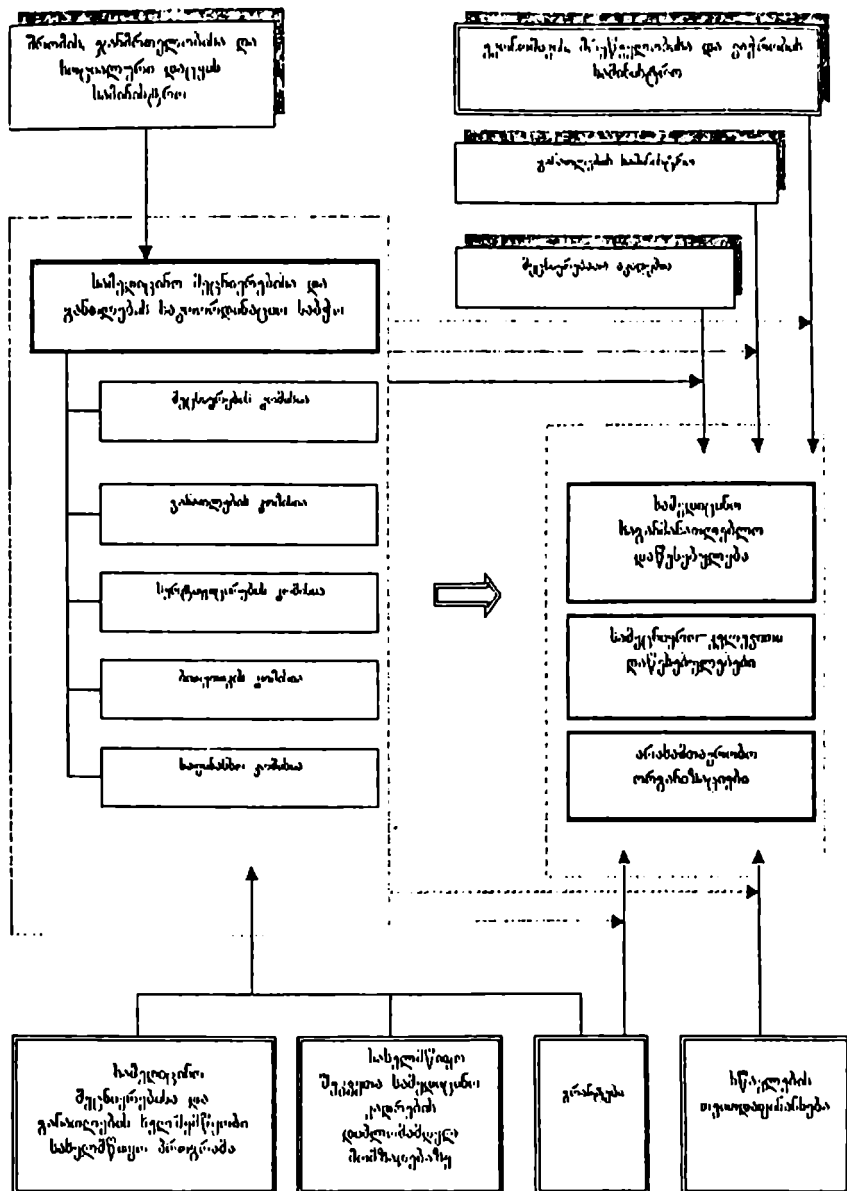
- *მეცნიერების კომისია* კოორდინაციას გაუწევს სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებების (ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრის, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ჰიგიენის ინსტიტუტის და სხვ.) მუშაობას, შერჩეული პრიორიტეტების მიხედვით ჩაატარებს კონკურსებს და შეაფასებს შესრულებულ სამუშაოებს;
- *განათლების კომისია* განსამზღვრავს სახელმწიფო შეკვეთით მოსამზადებელ სტუდენტთა რაოდენობას, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მისაღები კონტინგენტის კვოტებს, რეზიდენტურის სპეციალისტებსა და ადგილების რაოდენობას. ერთიანი მისაღები გამოცდების ჩატარებას, როგორც უმაღლეს საწსაელებლებში, ისე რეზიდენტურაში ჩასარიცხი კანდიდატებისათვის;
- *სერტიფიცირების კომისია* შეასრულებს არსებული სამედიცინო პერსონალის სასერტიფიკაციო საბჭოს ფუნქციებს;
- *ბიოეთიკის კომისია* განახორციელებს არსებული ბიოეთიკის საბჭოს ფუნქციებს;
- *ფინანსური კომისია* უზრუნველყოფს საბჭოს განკარგულებაში მყოფი სახსრების ფინანსურ მენეჯმენტს.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სტრუქტურა წარმოდგენილია მე-3 ნახაზზე.

საჭიროების შემთხვევაში საბჭოს სახელწოდებაში სიტყვა “სამედიცინო” შეიძლება შეიცვალოს “სოციალურით”, რაც შესაბამისად გააფართოებს მის უფლებებსა და პასუხისმგებლობას.



ნახ. 2. მეცნიერების, განათლებისა და ტექნოლოგიების ურთიერთკავშირი



ნახ. 3. განმრთვების დაკავშირებული მეცნიერებისა და განათლების სისტემა

მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა

კანონი მოსახლეობის დაზღვევის შესახებ ახალ ეკონომიკურ პირობებში კონსტრუქციის შესაბამისად უზრუნველყოფს მოსახლეობისა და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას ჯანმრთელობის დაცვაზე.

დაზღვევა - მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური ფორმაა, რომლის მიზანია დაზღვევის შემთხვევაში დახმარების მიღება დაგროვილი სახსრებით პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაფინანსებით. არსებობს დაზღვევის ორი სახეობა - საყოველთაო აუცილებელი და ნებაყოფლობითი.

საყოველთაო აუცილებელი - მთელი მოსახლეობისთვისაა, რეალიზდება საყოველთაო დაზღვევის პროგრამებით, რომლებიც დახმარების საჭირო მოცულობისა და უზრუნველყოფის გარანტიაა.

ნებაყოფლობითი - დაზღვევის პირობები უზრუნველყოფს დამატებით მომსახურებასაც (საყოველთაოს გარდა).

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტებია მოქალაქე (მზღვეველი) და სამედიცინო ორგანიზაცია, სამკურნალო სამედიცინო დაწესებულება (დამზღვევი).

დამზღვევი - არამომუშავეებისათვის არის მთავრობა, ადგილობრივი ხელისუფლება (აუცილებელი დაზღვევის შემთხვევაში), **მომუშავეებისათვის** - დაწესებულება, ორგანიზაცია, დამქირავებელი, თავისუფალი პროფესიის წარმომადგენლები.

დამზღვევები - ნებაყოფლობითი დაზღვევის შემთხვევაში.

მზღვეველი ცალკეული პიროვნება ან დაწესებულებაა, რომლებიც იცავენ მოქალაქის ინტერესებს. იგი არის იურიდიული პირი. დაზღვევის უფლების (ლიცენზიის) მქონე სამედიცინო ორგანიზაცია.

სამედიცინო დაწესებულებები - ამ სისტემაში მკურნალობის ლიცენზიის მქონე როგორც ინდივიდუალური, ასევე კოლექტიური დაწესებულებები.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემა

ობიექტი - სადაზღვევო რისკი, წარმოქმნილი დაზღვევის შემთხვევის დროს და დაკავშირებულია სამედიცინო დახმარების დანახარჯებთან.

ხელშეკრულება - სუბიექტებს შორის კანონმდებლობის დაცვით მხარეები ასრულებენ აღებულ ვალდებულებებს (დამზღვევე და მზღვეველ მხარეებს შორის).

ხელშეკრულება სუბიექტებს შორის - შეთავსება, რომლის მიხედვითაც მზღვეველი განსაზღვრავს დახმარებისა და მომსახურების გარკვეულ მოცულობასა და ხარისხს საყოველთაო აუცილებელი და ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამების გათვალისწინებით.

ხელშეკრულებაში უნდა აისახოს:

- მხარეთა სახელწოდება;
- ხელშეკრულების მოქმედების ვადა;
- დაზღვეულთა რაოდენობა;
- საზღაურის ზომა, ვადა და შეტანის წესი;
- პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების სახეების ჩამონათვალი;

ხელშეკრულებების გიჟურ ფორმებს შემოიღებს და ამტკიცებს საკანონმდებლო ორგანო.

ხელშეკრულება ძალაში შედის პირველივე შენაგანის შემდეგ, თუ მასში სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული. დამზღვევის (მზღვეველის) მიერ იურიდიული სტატუსის დაკარგვის შემთხვევაში (რეორგანიზაცია ან სხვ.) უფლება-მოვალეობანი გადადის მის მემკვიდრეზე.

შებლუდული განაცხადის შემთხვევაში, ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში, სასამართლო მზღვეველის უფლება-მოვალეობას აკისრებს აპეკუნს, რომელიც დაზღვეულის ინტერესების შესაბამისად მოქმედებს.

სადაზღვევო პოლისის ფორმასა და ინსტრუქციას ამტკიცებს მინისტრთა კაბინეტი, პოლისი ინახება დაზღვეულთან.

პოლისი ძალაშია ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე და იმ სახელმწიფოთა ტერიტორიებზეც, რომელზეთანაც დადებულია მთავრობის სათანადო ხელშეკრულება.

მოქალაქეს უფლება აქვს:

- ისარგებლოს აუცილებელი და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით;
- სურვილისამებრ აირჩიოს სამედიცინო დამზღვევი ორგანიზაცია;
- სურვილისამებრ აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი;
- ჩაწერის ადგილის მიუხედავად დახმარება მილოს ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე;
- სამედიცინო მომსახურება გაეწიოს სრულად და ხარისხიანად (სათანადო სადაზღვევო დოკუმენტების საფუძველზე) მიუხედავად იმისა, ფაქტობრივად რამდენი აქვს გადახდილი;
- მიყენებული ზარალის თაობაზე სარჩელი შეიტანოს სასამართლოში როგორც დამზღვევის, ასევე მზღვეველის წინააღმდეგ, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ამაზე მითითებული სამედიცინო დამზღვევის ხელშეკრულებაში;
- მთავრობის, ადგილობრივი ხელისუფლებისა და პროფკავშირისაგან მოითხოვოს მისი ინტერესების დაცვა.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროები

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყარო შეიძლება იყოს:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი, ავტონომიური სტრუქტურების ბიუჯეტი, ადგილობრივი ბიუჯეტი;
- სახელმწიფოს, საზოგადოებრივი ორგანიზაციების, გაერთიანებების, წარმოებებისა და სხვა სამეურნეო სუბიექტების ვალებული თანხები;
- მოქალაქეთა კუთვნილი სახსრები;
- შენატანები, შეწირულობანი;
- ფასიანი ქაღალდების შემოსავლები;
- ბანკის, აგრეთვე სხვა კრედიტები;
- სხვა გზები, რომელიც კანონმდებლობით აკრძალული არ არის.

ჯანდაცვის ფონდები იქმნება ჯანდაცვაში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციისათვის. მთავრობა, ავტონომიური და ადგილობრივი ხელისუფლება მისი განმკარგველები არიან.

ჯანდაცვის ფონდები გამოიყენება მიზნობრივი პროგრამების განსახორციელებლად:

- კადრების პროფესიული მომზადების უზრუნველსაყოფად;
- მეცნიერული კვლევების დასაფინანსებლად;
- მაგერიალურ-გექნიკური ბაზების გასაუმჯობესებლად;
- კონკრეტული გერიგორიების სუბსიდირებისათვის სამედიცინო მომსახურების პირობებისა და აუცილებელი (საყოველთაო) სამედიცინო დამზღვევის გასაუმჯობესებლად;
- განსაკუთრებით ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების ასანამზღაურებლად;
- სამედიცინო დაწესებულებების დასაფინანსებლად სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების სამკურნალოდ;
- მასობრივი დაავადებების, სტიქიური უბედურების, კატასტროფის შედეგების ლიკვიდაციის დასაფინანსებლად.

ფონდების გამოყენებელი სახსრები უკან არ ბრუნდება, არ ჩამოიწერება, მომავალი წლის ბიუჯეტის შედგენისას არ ხდება მისი გათვალისწინება და ხმარდება (კომერციულ საწყისებზე) სისტემის განვითარებას.

დაფინანსებისა და სამედიცინო დახმარების ამგვარი დაყოფის პრინციპი პირველ რიგში დამახასიათებელია ბიუჯეტური სისტემისათვის. ბევრიჯის მოდელი (ინგლისი, შვედეთი, იტალია) შედარებით განსხვავებულია ამ სისტემისაგან. ბისმარკის მოდელით სადაზღვევო პრინციპზე მომუშავე ქვეყნებში (გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, ნიდერლანდები), დამზღვევი შუამავლები ხელშეკრულებას აფორმებენ არა უშუალოდ კონკრეტულ დაწესებულებებთან, არამედ მათ ასოციაციებთან, გაერთიანებებთან. ამით ისინი ერთგვარად შემზღველნი, რადგან შერჩევის შესაძლებლობა ნაკლებად აქვთ. ნიდერლანდებში, მაგალითად, დამკვეთი გარკვეული პერიოდის განმავლობაში იძულებული იყო ხელშეკრულება გაეფორმებინა ნებისმიერ ლიცენზირებულ ექიმთან, რომელსაც სურვილი ჰქონდა ემუშავა სადაზღვევო სისტემაში.

დამოუკიდებელი შუამავლის მეშვეობით დაფინანსების მოდელი რეგულირებადი კონკურენციის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის პაციენტსა და მედიკოსებს შორის.

შემკვეთისა და შემსრულებლის ეფექტური ურთიერთობა დამოკიდებულია არა დაფინანსების პრინციპზე (ბიუჯეტური თუ საღაბდევო), არამედ იმაზე, როგორ აიგება ეკონომიკური ურთიერთობების სისტემა და როგორ მოხდება მისი რეალიზაცია.

რეგულირებადი კონკურენციის მოდელში მყარია სახელშეკრულებო ურთიერთობის უნივერსალიზაცია. ხელშეკრულების გაფორმების ეს პრინციპი, გარდა გრადიციული სამკურნალო პროგრამებისა, ვრცელდება სოციალურად საშიშ და სოციალურად მნიშვნელოვან პროგრამებზეც.

ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოები ადგენენ პრიორიტეტულ მიმართულებებს, რომლებზეც იქმნება სახელმწიფო პროგრამები, უზრუნველყოფენ მათ ფინანსურად და შემდეგ ხელშეკრულებას აფორმებენ კონკრეტულ შემსრულებლებთან ვალდებულებებისა და მოცულობის საბოლოო შედეგების გათვალისწინებით.

აქ რამდენიმე მნიშვნელოვანი მომენტი გასათვალისწინებელია: პირველი – ძნელია სახელმწიფო პროგრამების კონკრეტული მაჩვენებლებისა და შედეგების განსაზღვრა;

მეორე – ხელშეკრულების პირობები ვრცელდება დანახარჯების ყველა ელემენტსა და მუხლზე, მათ შორის შემსრულებელი დაწესებულების კაპიტალურ და სამეურნეო დანახარჯებზე;

მესამე – ხელშეკრულების პირობები მრავალმხრივია და საჭიროებს სხვადასხვა რგოლის ინტეგრირებას ერთიან სისტემაში.

ხელშეკრულების პირობები ჯანდაცვის გეგმური და საბაზრო ურთიერთობების გაერთიანების მექანიზმია, რომელიც სამედიცინო დახმარების შემსრულებლის მართვის, დეცენტრალიზაციის, ავტონომიზაციის საშუალებას იძლევა. აქ ორი მექანიზმია – მხარეების ვალდებულებების მკაფიო გამოკვეთა მოცულობისა და ხარისხის შესახებ და ანაზღაურების პირობების შესაბამისად. მხარეები თვითონ წყვეტენ ანაზღაურებისა და პერსონალის შერჩევის საკითხებს, განსაზღვრავენ სიმძლავრეებს. შესყიდვის მოცულობას და სხვ.

შექმნილი ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო იძულებული გახდა 1995 წლის აგვისტოდან დაეწყო დარგის ძირეული რეფორმა, რომელმაც გასაზღვრა სახელმწიფო დაფინანსების ახალი წყაროები, ფორმები

და მიმართულებები. კერძოდ, შემოდებულ იქნა სავალდებულო საპედიცინო სადაზღვევო გადასახადი (სახელმწიფო ჯანდაცვის ფონდში, 3+1), ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერები და ადგილობრივი ბიუჯეტის გადასახდელი მინიმუმ 2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე. ამგვარმა ნაბიჯმა 1999 წლისათვის საგრძნობი შედეგები გამოიღო: ცენტრალური ბიუჯეტიდან რეალურად გამოყოფილმა თანხამ შეადგინა 3.35 აშშ დოლარი ერთ სულ მოსახლეზე, მუნიციპალურმა დაფინანსებამ 0.87 აშშ დოლარი ანუ რეფორმის დაწყებიდან 4 წლის მანძილზე სახელმწიფო წყაროებიდან მობილიზებული რეალური სახსრები დაახლოებით 6.9-ჯერ გაიზარდა, მაგრამ სახელმწიფოში არსებულ საჭიროებასთან შედარებით ეს მაინც მიზერული თანხა აღმოჩნდა.

მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების 6.9-ჯერ გაზრდისა, სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის დაფინანსებაში ჯერ კიდევ მწირია, რაც ობიექტური მიზეზებით აიხსნება. ეს მიზეზები უფრო მეტად მაკროეკონომიკური მდგომარეობითაა განპირობებული, ვიდრე დარგის ფუნქციონირებით. კერძოდ, შრომისუნარიანი მოსახლეობის მხოლოდ 18.4% არის დასაქმებული ფორმალურ სექტორში და შესაბამისად სავალდებულო გადასახადი მხოლოდ მათ წილად მოდის. ეს საგრძნობლად ამცირებს სავალდებულო სადაზღვევო შენაგანების მოცულობას. ამ 18.4%-ის უმეტესი ნაწილი დასაქმებულია სახელმწიფო სექტორში, სადაც ხელფასები ღიდი დაგვიანებით გაიყემა და შესაბამისად ვერ ხერხდება სავალდებულო სადაზღვევო შენაგანების დროული და სრული მობილიზაცია. 1999 წლის მონაცემებით საბიუჯეტო ორგანიზაციებმა სავალდებულო სადაზღვევო შენაგანების 38% გადაიხადეს, არასაბიუჯეტო ორგანიზაციებმა კი 108%-ით შეასრულეს გეგმა. ამასთან, დაახლოებით ერთი მილიონი ადამიანი, რომელიც არაფორმალურ სექტორშია დასაქმებული, საერთოდ არ მონაწილეობს ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის ფონდის შექმნაში. მაგრამ რეალურად იღებს სახელმწიფოს დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას. სიტუაციას ართულებს ისიც, რომ ცენტრალური ბიუჯეტის პასუხისმგებლობა გრანსფერებზე წლიდან წლამდე არ სრულდება. 1994 წელს ცენტრალური ბიუჯეტის

დაფინანსების მაჩვენებელი იყო 60.3%, 1995 წელს – 57.5%, 1996 წელს – 84.9%, 1998 წელს – 60%, 1999 წელს – 45.5%. ამგვარი დაფინანსებით მეტად ძნელია მოსახლეობის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება უფასო (და/ან სუბსიდირებული) სამედიცინო მომსახურებით. ყოველივე ამას ემატება ისიც, რომ მოგიერთი გამონაკლისის გარდა, მუნიციპალური ბიუჯეტი ვერ გამოყოფს კანონით დადგენილ მინიმალურ თანხას – 2.5 ლარს ერთ სულ მოსახლეზე.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო წყაროებიდან მობილიზებული თანხის მხოლოდ 84.6% არის ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამედიცინო-სადაზღვევეო კომპანიის განკარგულებაში, დანარჩენს სხვა სამინისტროები და უწყებები იყენებენ. აქედან გამომდინარე, იქმნება ასეთი მდგომარეობა: ჯანდაცვის სახელმწიფო უწყებამ გემოაღნიშნული თანხის 84.6%-ით უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა, ხოლო 15.4% მოხმარდეს დაახლოებით 200 000 ადამიანის სამედიცინო მომსახურებას. ეს, ცხადია, იწვევს პასუხისმგებლობების მკვეთრი გამიჯვნას.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო სადაზღვევეო საქმიანობის განვითარება

ამჟამად საქართველოს მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურებაზე იხდის მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 87%-ს. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სახელმწიფო უახლოეს მომავალში შეძლებს ამ თანხის ჩანაცვლებას სახელმწიფო წყაროებიდან. ამავდროს ამ თანხის დაახლოებით 40%-ს საქართველოს შინამეურნეობების მხოლოდ 2.5%-ს ხარჯავს, რომელთა საშუალო წლიური ხარჯი 2000 აშშ დოლარს აღემატება. ხოლო შინამეურნეობების 12.8% უარავს ამ ხარჯის 67%-ს. შესაბამისად საქართველოს მოსახლეობა ამჟამად არ არის დაზღვეული კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისაგან.

იმისათვის, რომ საქართველოს მოქალაქეები დაეიცვათ ამგვარი რისკისაგან, აუცილებელია სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევეო სისტემის პარალელურად განვითარდეს ნებაყოფლობითი სადაზღვევეო სისტემა. ეს უკანასკნელი დაუქმნებული უნდა იყოს დამქირავებლისა და დაქირავებული

მუშა-მოსამსახურეების ერობლივ სურვილზე. საქართველოში ამჟამად მოქმედი საგადასახადო კოდექსი ქმნის არახელსაყრელ გარემოს. ორმხრივი ინტერესის არსებობის შექმნევაში მოსახლეობისავის ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შეძენა (ითვლება დაქირავებულის სახელფასო შემოსავლად) აძვირებს პროდუქტს დაახლოებით 49%-ით. შესაბამისად არ არსებობს არავითარი მოტივაცია დაქირავებლისათვის ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შესაძენად.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარება ერთის მხრივ გამოიწვევს ჯანდაცვის ბაზარზე არსებული არაფორმალური მიმოქცევის ფორმალიზაციას, მეორეს მხრივ პერსონალის წინაშე. მოსალოდნელია, რომ ეს შეამცირებს სამედიცინო პერსონალის მიერ დაუსაბუთებელი ჩარევის მოცულობას და ამავე დროს აამაღლებს ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხს მათი პასუხისმგებლობის გაზრდის ხარჯზე.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარებით გაუმჯობესდება სამედიცინო ბაზარზე თანხების მიმოქცევის აღრიცხვიანობა და სახელმწიფოს გაუადვილდება მისი კონტროლი.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარებისათვის აუცილებელია სახელმწიფოს მარეგულირებელი და მაკონტროლებელი ფუნქციის გაძლიერება, რათა დაუკული იყოს მოსახლეობის ინტერესები და ამავე დროს სამედიცინო სადაზღვევო ბაზარი. ყოველივე ეს მოითხოვს საფუძვლიანი, ურთიერთდაკავშირებული და ერთმანეთიდან გამომდინარე ღონისძიებების მწყობრი სისტემის შექმნასა და თანმიმდევრულ განხორციელებას. ამისათვის აუცილებელია დაიწყოს მზადება და შესრულდეს გადაუდებელი სამუშაოები. მათი მიზანი უნდა იყოს ქვეყნის ერთიანი ეკონომიკიდან მაქსიმალურად გაიმიჯნოს სექტორი (თავდაპირველად ჯანდაცვა, შემდეგ კი შრომისა და სოციალური დაცვის მთელი სექტორი), რომლისთვისაც შემუშავდება ფუნქციონირების განსხვავებული გეგნოლოგიური რეჟიმი.

ჯანდაცვის რეფორმიდან გამომდინარე, შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, რომელსაც ევალება განახორციელოს სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები.

1. სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების შემუშავება და დამტკიცება

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამებს (შემდგომში პროგრამებს), “სამედიცინო დაზღვევის შესახებ” საქართველოს კანონის მეორე მუხლის შესაბამისად შეიმუშავენ საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასა და სხვა დაინტერესებულ სამოგალოებრივ ორგანიზაციებთან შეთანხმებით.

“სახელმწიფო მიზნობრივი პროგრამების (საპროგრამო წინადადებების) შერჩევისა და დაუინანსების წესების შესახებ” საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 24 დეკემბრის № 711 ბრძანებულების შესაბამისად, პროგრამაში უნდა იყოს მისი დასახელება, ძირითადი არსი, მიზნები და ამოცანები, მოცემულ ეტაპზე მისი რეალიზაციის აუცილებლობის დასაბუთება, მოქმედების ვადა, პროგრამის მოსალოდნელი სოციალური ეფექტი, პროგრამის საერთო ღირებულება წლების მიხედვით და სხვ.

საქართველოს ეკონომიკისა და სოციალური განვითარების ინდიკატორული გეგმის პროექტში შესაგანაღ მიზნობრივი პროგრამა ეკონომიკის სამინისტროს წარედგინება არა უგვიანეს მიმდინარე წლის 1 მარტისა, ხოლო საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის ძირითადი მაჩვენებლებისა და პარლამენტის პროექტში შესაგანაღ - საქართველოს უინანსთა სამინისტროს 15 აპრილამდე.

ეკონომიკისა და უინანსთა სამინისტროებში, საქართველოს მთავრობაში განხილვის შემდეგ, საქართველოს პრეზიდენტის წარედგინებით პროგრამებს ამტკიცებს საქართველოს პარლამენტი.

დამტკიცებული პროგრამა მოიცავს:

სამედიცინო მომსახურების იმ სახეებსა (ნომოლოგიებისა და სირთულის ჯგუფის მიხედვით) და მოცულობას (სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტის მიხედვით), რისი მიღებაც გარანტირებულია საქართველოს მოქალაქისა და საქართველოში მუღმევად მცხოვრები მოქალაქეობის არმქონე პირებისათვის;

უასებს საბაზო პროგრამის ცალკეულ სახეობათა მიხედვით;

სადაზღვევო შესაგანის ოდენობას და გადახდის წესს ცალკეული დამზღვევისათვის.

პროგრამის ღირებულება, სტრუქტურა და საქართველოს ენგრაღური ბიუჯეტის წილი ღამღვევის პროგრამის ღირებულებაში ყოველწლიურად განისაზღვრება საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონით.

2. პროგრამის რეალიზაცია

სახელმწიფო ბიუჯეტის ღამგკიყების შემღევ პროგრამების რეალიზაცია ევალება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც განკარგავს პროგრამისათვის გამოყოფილ სახსრებს.

იგი ხელშეკრულებას აფორმებს საქართველოს სამედიცინო ღამღვევის სახელმწიფო კომპანიასთან და სხვა დაწესებულებებთან. რომლებსაც კანონის შესაბამისად დავალებული აქვთ პროგრამების განხორციელება.

საქართველოს სამედიცინო ღამღვევის სახელმწიფო კომპანია (შემდგომში კომპანია) საქართველოს “შესყიდვების შესახებ” კანონის შესაბამისად პროგრამების განხორციელებისათვის ხელშეკრულებებს აფორმებს ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებთან და უზრუნველყოფს გამოყოფილი სახსრების მიზანმიმართულ და ეფექტიან გამოყენებას, პროგრამებით გათვალისწინებული პარამეტრების მუსგად დაცვას.

ხელშეკრულებაში გათვალისწინებულია სამედიცინო დაწესებულებების, ღამღვეულის, ღამმღვევისა და მზღვეულის ნაკისრი ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა.

ღამმღვევის ვალდებულებებში გათვალისწინებული უნდა იქნეს პროგრამების დაუინანსების უზრუნველყოფის საკითხები. იმ შემთხვევაში, თუ ღამმღვევი (უინანსთა სამინისტროს სახით) დროულად ან ნაწილობრივ ვერ აუნაზღაურებს მზღვეულს სახსრებს. მას გარკვეული პასუხისმგებლობა ეკისრება. ამით მზღვეველისათვის უზრუნველყოფილი იქნება შესრულებული მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება და საურავი (ჯარიმა) ხელშეკრულების დარღვევისათვის.

ხელშეკრულებაში ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნეს ვისგან რა ინფორმაციას, როგორი ფორმით და რა ვადაში ღებულობს მზღვეველი, საკონტროლო - სტატისტიკური თუ სხვა ორგანოები. ხელშეკრულებას თან უნდა დაერთოს ინფორმაციის ურთიერთგაცვლის ფორმები.

3. პროგრამის დაფინანსება

პროგრამის დაფინანსების წყაროები შეიძლება იყოს:

- ა) სამედიცინო დაზღვევის შესაგანი, რომელსაც გადამხდელი დადგენილი განაკვეთის შესაბამისად იხდის შრომის ანაზღაურებისა და მასთან გათანაბრებული გაცემული თანხებიდან.

სამედიცინო დაზღვევის გადამხდელებად ითვლებიან: დამქირავებელი, მეწარმე, ფიზიკური და იურიდიული პირები, რომლებიც შრომას უნაზღაურებენ დაქირავებულ ფიზიკურ პირებს; ფიზიკური პირები, რომლებიც ეკონომიკური საქმიანობის განხორციელებისას შრომას უნაზღაურებენ იმ ფიზიკურ პირებს, რომლებიც მათ მომსახურებას უწევენ ხელშეკრულების საფუძველზე ან მის გარეშე; ფიზიკური პირები, რომლებიც ანაზღაურებას.

კანონით გათვალისწინებულია, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისათვის თავის არიდების შემთხვევაში დამზღვევი სასამართლოს წესით ჯარიმდება გადაუხდელი სადაზღვევო თანხის ოდენობით. აღნიშნული ჯარიმა არ ათავისუფლებს მას სადაზღვევო შესაგანის გადასახადისაგან.

- ბ) ბიუჯეტიდან მიღებული მიზნობრივი სახსრები;
- გ) საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა შემოსავლები.

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა მომავალში ვერ განვითარდება, თუ მას არ ექნება მყარი ფინანსური ბაზა, რომელიც დაეფუძნება რეალური დაფინანსების წყაროებს, ეს იქნება სადაზღვევო შესაგანი ანუ სუბსიდიის ცენტრალური ბიუჯეტიდან.

სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც კისრულობს ვალდებულებას, მოემსახუროს პაციენტს, გარანტირებული უნდა იყოს, რომ დამკვეთისაგან (ამ შემთხვევაში კომპანიისაგან) ღროულად მიიღებს დაფინანსებას.

“საჯარო სამართლის იურიდიული პირის შესახებ” საქართველოს კანონის მეცამეტე მუხლის შესაბამისად, კომპანიის შემოსავლები მილიანად ხმარდება მისი მიზნებისა და ფუნქციების განხორციელებას. კომპანიის სახსრების გამოყენება სხვა მიზნით დაუშვებელია.

სავადასახალო ორგანოები კომპანიის წარმომადგენლებთან ერთად შერჩევითი წესით უნდა ამოწმებდნენ, რამდენად სწორადაა გაანგარიშებული გადამხდელის მიერ სამედიცინო დაზღვევის შესაგანი. იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდება, რომ გადამხდელმა არასწორად გააკეთა გაანგარიშება, მას კომპანიის სასარგებლოდ უნდა დაერიცხოს ჯარიმა გადაუხდელი თანხის მოცულობით.

4. პროგრამის შესრულების ანგარიშგება

სამედიცინო დაწესებულებებსა და კომპანიას შორის გაფორმებული ხელშეკრულების შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული არიან ყოველთვიურად, საანგარიშო თვის გასულიდან არა უგვიანეს 5 “საბანკო” დღეში კომპანიას (ან კომპანიის დავალებით ფილიალებს) შესრულებული სამუშაოების შესახებ წარუდგინონ:

1. ფინანსური ანგარიში;
2. სტატისტიკური ანგარიში.

სამედიცინო მომსახურების სახეებს ენიჭება კოდები - სახელმწიფო პროგრამებს 01-დან 99-მდე; სახელმწიფო პროგრამებს ნომოლოგიებისა და სირთულების მიხედვით - 0001-დან 9999-მდე.

ფინანსური ანგარიშები ინომრება 01-დან 99-მდე, სტატისტიკური ანგარიშებიც ასევე – 01-დან 99-მდე. ანგარიშების დანომვრა ხდება 1 იანვრიდან 31 დეკემბრის ჩათვლით ნაბარდი ჯამით. ამრიგად, კოდის პირველი ორი ციფრი მიუთითებს რეგიონს, შემდეგი ოთხი ციფრი დაწესებულებას, მომდევნო ორი - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას, ხოლო ბოლო ოთხი ციფრი – სახელმწიფო ნომოლოგიასა და დაავადების სირთულეს.

მაგალითისათვის - ქალაქი თბილისი - 01, ფსიქიატრიული საავადმყოფო – 0001, ფსიქიატრიული პროგრამა -- 01 ... ნომოლოგია - 0001;

კომპანიაში ფინანსურ ანგარიშს დებულობს საბუღალტრო აღრიცხვა- ანგარიშგების განყოფილება (შემდგომში ბუღალტერია). ხოლო სტატისტიკურ ანგარიშს - პროგრამების შედამხედველობის განყოფილება.

ფინანსური ანგარიშის პირველი სამი პუნქტი იყვება სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო მომდევნო 4-7 პუნქტი - კომპანიაში.

სტატისტიკური ანგარიშის პირველ 6 სეგს ავსებს სამედიცინო დაწესებულება, ხოლო დანარჩენს - კომპანიაში პროგრამების ზედამხედველობის განყოფილება. სტატისტიკური ანგარიშის მეთერთმეტე სეგის მონაცემებს პროგრამების ზედამხედველობის განყოფილება გადასცემს ბულალტერიას ფინანსური ანგარიშის მეოთხე პუნქტის შესავსებად. სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებული შემოწმების შედეგებიდან გამომდინარე, სტატისტიკური ანგარიშის შემოწმების შედეგად შემცირებული ასიგნების პუნქტის შესავსებად პროგრამების ზედამხედველობის განყოფილება კომპანიის ფილიალებიდან ლებულოს შემოწმების მასალებს (ანგარიშებს), სწავლობს მათ სისწორეს და გადასცემს კომპანიის ბულალტერიას.

თუკი სამედიცინო დაწესებულებების მიერ დეკემბერში შესასრულებელი სამუშაოების ანგარიში კომპანიას წარედგინება 10-15 იანვრამდე, კომპანიას ჩაეთვლება დეკემბრის ფაქტობრივ შესრულებაში, ხოლო დაგვიანებით წარდგენილი ანგარიშები შესწავლის შემდეგ (გადაწყვეტილება ფორმდება კომპანიის ღირეექტორის ბრძანებით) აღირიცხება, როგორც წინა პერიოდში შესრულებული სამუშაოების ღირებულება, რომელიც გამოვლინდა მიმდინარე წელს.

იმ შემთხვევაში, თუ პროგრამების ზედამხედველობის განყოფილებამ საანგარიშო წლის გასვლის შემდეგ დააფიქსირა, რომ სამედიცინო წარმოდგენილ ანგარიშში მითითებული ასანაზღაურებელი თანხა არასწორია, ექვემდებარება შემცირებას. ანალოგიურად ფიქსირდება წინა წელს შესრულებული სამუშაოთა ღირებულება, რომელიც ასევე უნდა შემცირდეს.

სამედიცინო მომსახურების ფინანსური და სტატისტიკური ანგარიში არის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საქმიანობის შედეგებისა და დამკვეთის ფინანსური ვალდებულებების შესახებ ინფორმაციის წყარო, რომელიც გამოიყენება დამკვეთსა და შემსრულებელს შორის ანგარიშსწორებისათვის. ასეთი ანგარიშები გვიჩვენებს აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელების მიერ მათთვის მიხდობილი რესურსების მართვის შედეგებს.

ფინანსური და სტატისტიკური ანგარიშების მომზადებაზე, წარდგენასა და მათ რეალურობაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება დაწესებულებათა ხელმძღვანელებს.

პროგრამის შესრულების მიმდინარეობის შესახებ ანგარიშგება

ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯვის ანალოგიურად. პროგრამის შესრულების ანგარიშგება - საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ყოველკუარტალური ძირითადი საქმიანობის ბალანსთან ერთად, დანართის სახით. ბალანსს უნდა ერთვოდეს განმარტებითი ბარათი პროგრამების შესრულების მიმდინარეობის შედეგების შესახებ. პროგრამის შესრულების წლიური ანგარიშის ასლი ასევე წარედგინება საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროს.

პროგრამების შესრულება დოკუმენტურად მოწმდება კომპანიის საფინანსო-სამეურნეო საქმიანობის რევიზიის დროს ან მის წლიურ ბალანს ამოწმებს სამეთვალყურეო საბჭოს დანიშნული დამოუკიდებელი აუდიტი.

5. ანგარიშსწორება სამედიცინო დაწესებულებებთან

დამკვეთსა და შემსრულებელს შორის ანგარიშსწორება ხდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულების შესრულების მიხედვით.

კომპანია მოვალეა სამედიცინო დაწესებულებას სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აუნაზღაუროს სამუშაოს შესრულების შემდეგ სრულად ან ნაწილ-ნაწილ, თუ ასეთი რამ გათვალისწინებულია ხელშეკრულებით. იქ, სადაც პაციენტის მკურნალობა მიმდინარეობს მხოლოდ სამკურნალო საშუალებებით, სამედიცინო დაწესებულებამ კომპანიას უნდა წარუდგინოს ანგარიში მათი ხარჯვის შესახებ.

სამედიცინო დაწესებულებები კომპანიას პროგრამებისა და ნობოლოგიების მიხედვით წარუდგენენ შესრულებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ანგარიშებს. მისი მონაცემების შემოწმების შემდეგ ფიქსირდება სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს ღირებულება, რომლის გადახდაც ეკისრება დამკვეთს.

კანონით მინიჭებული უფლებების საფუძველზე, კომპანია სამედიცინო დაწესებულებებში ამოწმებს დაზღვეულთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და მოცულობას. ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების

შეუსრულებლობის შემთხვევაში კომპანია შემსრულებელს ნაწილობრივ უნაზღაურებს მკურნალობისათვის გაწეულ ხარჯებს.

სამედიცინო დაწესებულებებთან ანგარიშსწორება მიმდინარეობს სისტემატურად კომპანიის ანგარიშზე შემოსული თანხებიდან.

პროგრამების ღირებულების გაიაფების მიზნით შესაძლებელია სამედიცინო დაწესებულების (დაწესებულებათა) დაკვეთით გენდერის წესით ცენტრალიზებულად იქნეს შექმნილი სამკურნალო საშუალებები. ამ შემთხვევაში დამკვეთისა და მიმღების ფუნქციას შეასრულებს სამედიცინო დაწესებულება, თანხას გადაიხდის – კომპანია. ხელშეკრულებას. სადაც მოცემული იქნება თითოეული მათგანის ვალდებულება და ამ ვალდებულების შეუსრულობისათვის ვათვალისწინებული სათასადრო საჩუქციები, უნდა დაერთოს კომპანიასა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის გაფორმებული ხელშეკრულებაც, რომელშიც მითითებული იქნება, რომ დამკვეთს კომპანიის მიერ გადარიცხული თანხა ჩაეთვლება, როგორც სამედიცინო დაწესებულებისათვის ავანსად გაცემული სახსრები (ხელშეკრულების ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესასრულებელი წლიური სამუშაოს ღირებულების 40-50 პროცენტს). ამავე ხელშეკრულებაში მითითებული უნდა იყოს, რომ ავანსად გაცემული სახსრების არანაკლებ 15 პროცენტი გადაირიცხება კომპანიის სარემბერვო ფონდში, რომელსაც განკარგავს სამეთვალყურეო საბჭო. კომპანიის სარემბერვო ფონდში გადარიცხული სახსრებით იზრდება დამკვეთისათვის გადარიცხული სახსრები, რომელიც უნდა ჩაითვალოს ავანსად.

ავანსად გაცემული სახსრების დაფარვა ხდება წლის განმავლობაში შესრულებული სამუშაოების ღირებულების ანაზღაურებისას.

6. სამედიცინო დაწესებულებებში შესრულებული სამუშაოების აღრიცხვა

სამედიცინო დაწესებულებებში შესრულებული სამუშაოების ანუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულებაში უნდა შევიდეს სახელმწიფო სავალდებულო და ნებაყოფლობითი სამედიცინო

დამღვევის, მათ შორის მუნიციპალური პროგრამებითა და შიგა სტანდარტებით შესრულებული სამუშაოების ღირებულება.

სავალდებულო სამედიცინო დამღვევის განხორციელებისას განსაზღვრული სადამღვევო საფასურის გადასახდელად კანონის შესაბამისად ერთიანდება იურიდიული და ფიზიკური პირების ფულადი სახსრები, რაც უზრუნველყოფს პაციენტის მომსახურების ხარჯების დაფარვას შესაბამისი პროგრამების ფარგლებში.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დამღვევა უზრუნველყოფს დამღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანამლაურებას სათანადო წესით რეგისტრირებული და ექსპერტიზებული პროგრამების ფარგლებში.

სამედიცინო დაწესებულებას ყველა სახის სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისათვის გაფორმებული უნდა ჰქონდეს ხელშეკრულება და ხდებოდეს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულების აღრიცხვა და სათანადო ორგანოებში წარდგენა.

თუ ფინანსური და სტატისტიკური ინფორმაცია საიმედო და სრულყოფილია, იგი მომხმარებელთა ფართო ფენებს სწორი გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას აძლევს, რაც ეხმარება მათ შეაფასონ ამა თუ იმ დარგის აღრინდელი, მიმდინარე და მომავალი საქმიანობა. საიმედო ინფორმაცია არ შეიცავს შეცდომებს და არ არის ტენდენციური. ინფორმაცია საიმედოდ არ ჩაითვლება, თუ მასში წინასწარ ასახულია ისეთი მონაცემები, რომელიც გავლენას მოახდენს მომხმარებლის გადაწყვეტილებაზე და ამდენად განკუთვნილია წინასწარ განზრახული შედეგების მისაღწევად. ასეთი მაგალითები სამედიცინო დაწესებულებებში, სამწუხაროდ ჯერჯერობით მრავალია.

საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, შესრულებული სამუშაოების შემოსავლებისა და ხარჯების აღრიცხვის ორი მეთოდი არსებობს – საკასო და დარიცხვისა, მაგრამ ეს მეთოდები ბევრ დაწესებულებაში ჯერაც არ არის გამოყენებული.

შესრულებულ სამუშაოების (მომსახურების) აღრიცხვას ნაწილობრივ ისიე უშლის ხელს, რომ დაწესებულებათა ხელმძღვანელები, სააღრიცხვო დარგის მუშაკებს არ აძლევენ სათანადო დოკუმენტებს პაციენტების მიღების, მომსახურებისა და მათთან ანგარიშსწორების შესახებ. ასევე არ არის აღრიცხული პაციენტების მიერ თანადაფინანსების გზით შემოტანილი სამკურნალო საშუალებების ღირებულება და სხვ.

ფინანსური თუ სტატისტიკური ინფორმაცია ის მონაცემია, რომელსაც უნდა დაეყრდნოს შემდგომი საქმიანობა. იგი საშუალებას იძლევა გაკეთდეს ანალიზი, რათა გამოიკვეთოს დადებითი და უარყოფითი მხარეები, საჭიროებისამებრ შეუასდეს გაწეული მუშაობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში აღნიშნულ პროცესს არასწორი შეფასება მიეცემა.

პროგრამის ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ზემოთ მითითებული კოდექსის მე-60 მუხლის შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებებსა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით უნდა დაიდოს ხელშეკრულება, რომელშიც აისახება გასაწევი სამედიცინო მომსახურებისა და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები. იქვე აღინიშნება, რომ თუ ერთ-ერთი მხარე უარს განაცხადებს ხელშეკრულების შესრულებაზე, მეორე მხარეს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს. ასეთი ზომები ჯერჯერობით პრაქტიკულად არ არის გამოყენებული.

7. ანგარიშსწორება კომპანიასა და ფილიალებს შორის

კომპანიის ფილიალი (წარმომადგენლები) არის ცალკე ქვედანაყოფი, რომელიც მდებარეობს კომპანიის ადგილსამყოფელის გარეთ და ნაწილობრივ ახორციელებს მის ფუნქციებს. იგი არ არის იურიდიული პირი და საქმიანობას ეწევა კომპანიის მიერ დამტკიცებული აქტის საფუძველზე.

კომპანიის წარდგენით სამეთვალყურეო საბჭო ყოველწლიურად ამტკიცებს ფილიალის სამტაგო განრიგსა და ხარჯთა ნუსხას.

კომპანია ვალდებულია ფილიალის ფუნქციონირებისათვის ყოველთვიურად გამოყოს სათანადო ასიგნებები, ხოლო ფილიალი ვალდებულია ყოველთვიურად წარუდგინოს კომპანიას ანგარიში გამოყოფილი თანხის, აგრეთვე პროგრამების დასაფინანსებლად მიღებული სახსრების ხარჯვის შესახებ (საანგარიშო თვის გასვლიდან არაუგვიანეს 10 დღეში).

ფილიალმა კომპანიის დავალებით სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაც სამედიცინო მომსახურების შესრულებაზე ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული კომპანიასთან, უნდა შეამოწმოს დაზღვევისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მოცულობა, გამოვლენილ

ნაკლოვანებებთა შესახებ წერილობით აცნობოს სამედიცინო დაწესებულებასა და კომპანიას. ამასთანავე, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ პროგრამების შესრულების კონტროლის პარალელურად, მათ სამოქმედო გერიგორიაზე ასევე თვალყური ადევნოს გადამხდელთა მიერ სამედიცინო დაზღვევის შესაგანების გადახდას.

ფილიალის ფუნქციონირებასთვის ხარჯთა ნუსხის შესადგენად კომპანია ეყრდნობა გასული საანგარიშო პერიოდის ანგარიშებს და წლის სავარაუდო მაჩვენებლებს. ამასთან მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ყველა ის ცვლილება, რაც მოსალოდნელია დასაგეგმავ წელს.

სამედიცინო დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევის ფონდები:

- იქმნება სადაზღვევო ორგანიზაციებში შემოსული შენაგანების ხარჯზე;
- გამოიყენება დამზღვევი ორგანიზაციების მიერ დაზღვევის პირობებით გათვალისწინებული სამედიცინო და სხვა სახის მომსახურებების უზრუნველსაყოფად;
- ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფონდები გამოიყენება სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ სამედიცინო და სხვა სახის მომსახურებაზე გაწეულ მოცემულ დაზღვევის სახეზე;
- მოქალაქეებისა და იურიდიული პირების მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები არ იბეგრება.

სახელშეკრულებო პრინციპზე აგებულ სისტემაში განსაზღვრულია დამფინანსებელი მხარე.

დამფინანსებელი მხარე განთავისუფლებულია სამედიცინო დახმარების შემსრულებლის (სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების) და სამკურნალო დაწესებულების წარმომადგენლობითი ფუნქციისაგან და ბგვევლინება მოსახლეობის ინტერესების დამცველად,

როგორც სამედიცინო დახმარების მყიდველი. ეს საგრძნობლად ცვლის მათ ურთიერთობებს:

- სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულების უშუალო დაქვემდებარება ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოსადმი ადგილს უთმობს მათ შორის საბაზრო შეთანხმებისა და სამოქალაქო-სამართლებრივ საფუძვლებზე დამყარებულ სახელშეკრულებო ურთიერთობებს;
- მტკიცდება პრინციპი - “თანხა მიჰყვება ავადმყოფს”. მოსახლეობას, ამ შემთხვევაში, შესაძლებლობა აქვს აირჩიოს დაწესებულება და არ იყოს “მიბმული” თავის ადმინისტრაციულ რაიონზე;
- სამედიცინო დახმარების მყიდველი (დამფინანსებელი) იხდის არა პაციენტზე დახარჯული რესურსების ღირებულებას, არამედ უშუალოდ მკურნალობის შედეგების მიხედვით. ამით იგი აქტიურად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების სტრუქტურაზე, მოცულობასა და ხარისხზე მოსახლეობის მოთხოვნილებების, ანალიზის საფუძველზე შერჩეული ვარიანტებით გამოდის “ინფორმირებული მყიდველის” როლში.

თავი XX

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ახალი ხელვა

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ზოგი სპეციალისტი ასე განმარტავს:

- ადამიანთა თანაცხოვრებისა და განვითარების პირობებში სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში საუკუნეების განმავლობაში კაცობრიობის მიერ დავროვილი გამოცდილების, მრავალი იდეის სინთეზის პროდუქტი;

- მთლიანად საზოგადოებისა და თითოეული ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის თანამედროვე სტრატეგია;

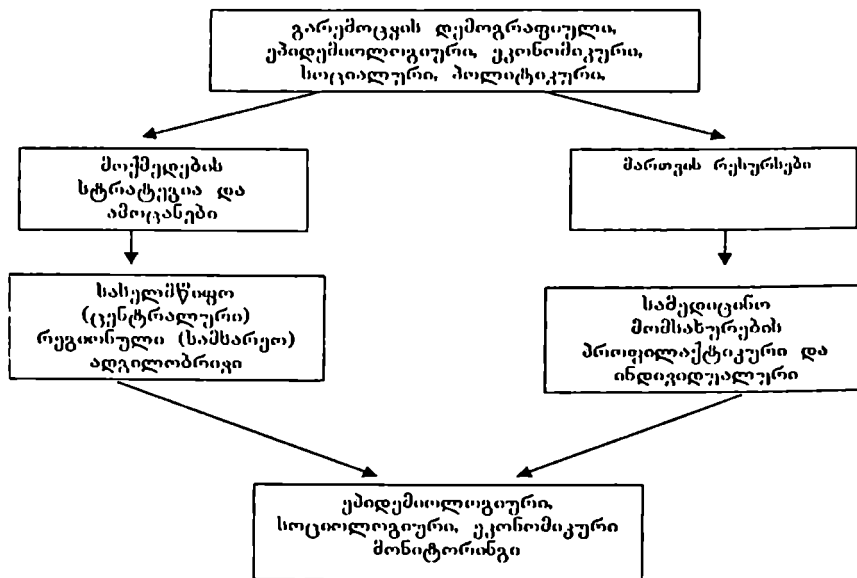
- პროფესიული მიდგომის საფუძველზე შემუშავებული რამდენიმე კონცეფციისგან შემდგარი ერთიანი, კომპლექსური თეორია.

ისევე, როგორც კლინიკური მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანა ცალკეული ადამიანისა და მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესებაა. ამ მიზნის მისაღწევად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა იყენებს, როგორც პირდაპირ (მაგალითად, დედათა და ბავშვთა დაავადებების პროფილაქტიკა), ასევე არაპირდაპირ მეთოდებს (მაგალითად, ეკოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესების ღონისძიებანი და სხვ.).

კლინიკური მედიცინის ყურადღება და ძალისხმევა, ავადმყოფობის პერიოდში, როგორც წესი, კონცენტრირებულია უშუალოდ პაციენტზე. ამავე დროს ცალკეული პიროვნების ჯანმრთელობა დაკავშირებულია მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობასთან, აგრეთვე არსებულ სოციალურ პროგრამებთან და ისევე, როგორც საზოგადოების კეთილდღეობა, დამოკიდებულია მისი ცალკეული წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე კონცეფცია მოიცავს მრავალ ფართო სპექტრის ღონისძიებასა და პროგრამას, რომელიც ერთიანობაში წარმოაჩენს ინდივიდუალურ და სოციალურ ჯანმრთელობას.

საზოგადოების ჯანმრთელობა — თითოეულის ჯანმრთელობა



ცალკეული ადამიანისა და საზოგადოების კეთილდღეობის ურთიერთკავშირი მთლიანობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განმსამდგრელი ფაქტორია. კლასიკური განმარტებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, საზოგადოების ჯანმრთელობის განმარტებად მიჩნევა – ერთგვარად გამოყოფდა მას კლინიკური მედიცინისგან. ეს განსხვავება თანდათანობით მცირდება და ინდივიდის კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, ისევე როგორც საზოგადოებისა მთლიანობაში, ხორციელდება მრავალრიცხოვანი პირდაპირი და არაპირდაპირი ღონისძიებებითა და პროგრამებით, შესაბამისი სამსახურების მეშვეობით, რომლებიც განეკუთვნებიან როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ასევე ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების სფეროს. ამგვარი პროგრამები და ორგანიზაციები მოწოდებულნი არიან დააკმაყოფილონ მოსახლეობის მოთხოვნილებები სამედიცინო მომსახურებაზე. მათ შორის სხვაობა გამოწვეულია ისეთი ფაქტორებით, როგორცაა ავადობა, მოსახლეობის

ასაკობრივი და სოციალურ-ეკონომიკური სტრუქტურა, გარემოს ფაქტორები. განვითარებად ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრობლემებს ინფექციური დაავადებები, დაბინძურებული გარემო, სასმელი წყალი, არაღამაკმაყოფილებელი კვება, ქალისა და ბავშვის ჯანმრთელობა, დაბალი სანიტარიული დონე წარმოადგენს. განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები დაკავშირებულია ქრონიკულ დაავადებებთან, სადაც პროფილაქტიკა ძირითადად მიმართულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა: ცხოვრების წესი, ინდივიდუალური უნარ-ჩვევები, რისკ-ფაქტორები და პირდაპირი სამედიცინო მომსახურება.

ზემოაღნიშნულ ფაქტორებზეა დამოკიდებული დაავადებათა გავრცელების მასშტაბები. ამავე დროს, ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები, დაკავშირებული მოწამელასთან და გრავმასთან, ექვემდებარება მკურნალობას, მაშინ, როცა მათი თავიდან აცილება შესაძლებელია მხოლოდ კარგად ორგანიზებული და მკაფიოდ რეგულირებული ჯანდაცვის სისტემით. ძნელია (შუქდლებელია) ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაცალკეება, ორივე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ კონცეფციაში უნდა შეერთდეს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სამედიცინო მომსახურების ელემენტები ერთმანეთთან დაკავშირებულია მართვის სისტემებით, უწყვეტი ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციოლოგიური კვლევების აუცილებლობით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის ევოლუცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციამ ევოლუცია განიცადა უძველესი გრადიციებიდან სანიტარიაში XIX საუკუნის რევოლუციამდე, რომლის საფუძველი კაცობრიობის მიერ დაგროვილი პრაქტიკული გამოცდილება იყო. ჯერ კიდევ ანტიკურ ხანაში შეიქმნა არა ერთი გრადიცია, რომელიც საფუძველად დაედო ბევრ თანამედროვე ნორმას - პირადი ჰიგიენის დაცვას, ინფექციურ აუადმყოფთა იზოლაციას, საკვები პროდუქტების ხარისხისადმი მოთხოვნებს, სანიტარიულ ნორმებს, ფიზიკურ ვარჯიშს, უმწუთათვის უფასო სამედიცინო მომსახურებას, წყალგაყვანილობისა და კანალიზაციის ებიექტების მშენებლობას.

შუა საუკუნეებში ქრისტიანულმა ტრადიციებმა გამოკვეთა მოწყალეობის მნიშვნელობა გაჭირვებულთსადმი, მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებებს განიხილავდა როგორც ცალკეული პიროვნების, ასევე საზოგადოების მიერ ჩადენილი ცოდვის საფასურს, რაც გარკვეულწილად აუერხებდა მეცნიერების განვითარებას.

XIX საუკუნეში მეცნიერების განვითარებამ, ქალაქების ზრდამ, რევოლუციამ სოფლის მეურნეობასა და მრეწველობაში, საყოველთაო განათლების გავრცელებამ, პიროვნების პოლიტიკური და სოციალური უფლებების გაფართოვებამ გზა გაუხსნა თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებას. ქალაქების ზრდასთან ერთად მუნიციპალური ხელისუფლება იძულებული გახდა ოპერატიულად გადაეწყვიტა სანიტარიის პრობლემები, გაეუმჯობესებინა საკვები პროდუქტების ხარისხისა და გარემოს მდგომარეობის მაკონტროლებელი სამსახურების მუშაობა, რამაც საბოლოო ჯამში გააუმჯობესა პირველ რიგში ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის არსებული მდგომარეობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ეტაპები

- I. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული საფუძველი
 - უძველესი პერიოდი – ანტიკური ხანის სანიტარიული ნორმები, საკვები პროდუქტებისა და კვების კონტროლი, კონცეფციის - “ჯანმრთელ სხეულში – ჯანმრთელი სულია” შექმნა და საზოგადოებაში დამკვიდრება;
 - შუა საუკუნეები – ეკლესიის გამეფება, ბაგონყმობის დროინდელი სამართალი, ცუდი კვება და ჯანმრთელობა, ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიები და პანდემიები;
 - რენესანსი – ქალაქების ზრდა, ვაჭრობისა და სოფლის მეურნეობის განვითარება და აღმავლობა;
 - მეცნიერების, ადამიანის უფლებების განვითარება, ეპიდემიოლოგიის როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბება;
 - რევოლუცია მრეწველობაში - ჯანმრთელობაზე ცხოვრების პირობების ზეგავლენის მნიშვნელობის განსაზღვრა-აღიარება.
2. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ჩამოყალიბება:
 - რევოლუცია სანიტარიაში, მიაზმების თეორია (1850-1880);
 - აღმოჩენები ბაქტერიოლოგიაში (1880-1910) – მიკრობიოლოგიის განვითარება და მეცნიერული მონაცემების გამოყენება

ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლაში;

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება მეცნიერულ დონეზე, რესურსების განაწილების ორგანიზაცია (1910-1960);
- დემოგრაფიული ცვლილებები – შობადობისა და სიკვდილობის შემცირება, მოსახლეობის დაბერება;
- ეპიდემიოლოგიური ცვლილებები – ქრონიკულ დაავადებათა სიჭარბე, ინფექციურ დაავადებათა მეორეული გავრცელება;
- ჯანდაცვის სოციალური მიზანმიმართულება (1960-1975) - სამოგადოების ძალისხმევა უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მიღწევადობა.

3. სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაზრდა:

- თერაპიის, ქირურგიის, ფსიქიატრიის განვითარება;
- მიღწევები ფარმაცოლოგიაში – ახალი გექნოლოგიები – ვაქცინები, ანტიბიოტიკები. ჰიპერტონიის საწინააღმდეგო საშუალებები, კარდიოგენული, ფსიქოტროპული პრეპარატები, ინფუზიური მკურნალობის გავრცელება და ორალური რეპიდრაგაციული თერაპია, ლაბორატორიული ანალიზის მეთოდების განვითარება;
- მოსახლეობის სოციალური დაცულობა და კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემების განვითარება;
- სამედიცინო სამსახურების განვითარების კომპლექსური გეგმები და საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემების შემდგომი განვითარება;
- პროფილაქტიკური მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა, სამოგადოების განსაზღვრული ჯგუფებისათვის პირველადი სამედიცინო-სანიტარიული დახმარება, მაღალი რისკ-ჯგუფების ცნების შემოღება;
- პირველადი სამედიცინო-სანიტარიული დახმარება ორიენტირებული ცალკეული რაიონების ქალაქების ეპიდსიტუაციის გაუმჯობესებაზე;
- ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება.

4. სამოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფცია:

- ალმა-ათის დეკლარაცია “ჯანმრთელობა ყველასათვის”;
- კონცეფცია “ჯანმრთელობის ველი”;
- მოტივაციის გაზრდა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცება;
- ჯანდაცვის ამოცანები;
- ჯანდაცვის სამოგადოებრივი აღიარება და კონსიუმერიზმის (მომხმარებლობა) გაზრდა;

- თემის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ქალაქები, სოფლები, რაიონები, რეგიონები);
- კიბერნეტიკა, ჯანდაცვის სისტემების ეპიდემიოლოგია, მონიტორინგი;
- სამედიცინო სამსახურების (ჯანდაცვის) როგორც ეკონომიკური სისტემების მართვა;

მეცხრამეტე საუკუნის მეორე ნახევრიდან მოყოლებული სახელმწიფოები სულ უფრო მეტ ყურადღებას ანიჭებდნენ სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო მიღწევადობას; რევოლუციას სანიტარიაში მოჰყვა მიკრობული თერაპიის განვითარება ინფექციურ დაავადებათა ეთიოლოგიაში, რომელიც შესაძლებელი გასდა ცოდნის გაღრმავებით ეპიდემიოლოგიაში, მიკრობიოლოგიაში, იმუნოლოგიაში, ანტიბაქტერიულ თერაპიაში, რამაც უდიდესი როლი ითამაშა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. 1910-1960 წლებში ყველა ეს მიღწევა ფართოდ დაინერგა პრაქტიკაში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

საზოგადოებამ საუკუნეების მანძილზე სპეციალური ღონისძიებების გამოყენებით, ისწავლა დაავადებათა თავიდან აცილება გათვითცნობიერა, რა, რომ ცალკეული ადამიანების ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ამ ღონისძიებათა გაგარების უეჭვტიანობაზე.

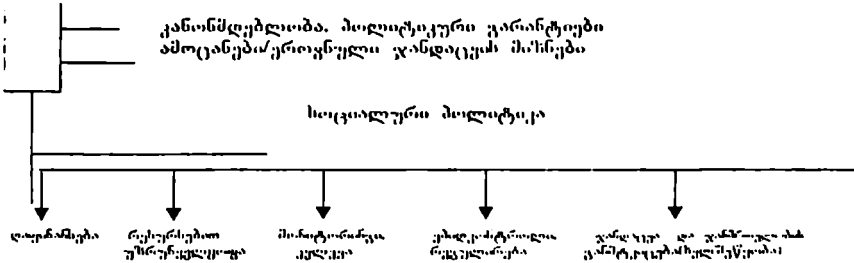
სახელმწიფოს ჩართვა ამ პროცესში გარდუვალია იმის და მიუხედავად, თუ საზოგადოება აშენებულია დემოკრატიისა და თავისუფალი ეკონომიკის პრინციპებზე თუ ცენტრალური მართვის პრინციპებზე მბრძანებლური ეკონომიკით. სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილული იქნას, როგორც ადამიანთა მოგიერთი უფლების დამრღვევი (შემზღუდავი), მაგრამ პრობლემათა ერთობლიობა წარმოჩენილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე და პრაქტიკული ღონისძიებები მათი რეალიზაციისათვის გულისხმობენ გარკვეული კომპრომისის აუცილებლობას ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად საზოგადოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, დაბეგრვას საყოველთაო ჯანმრთელობის სასარგებლოთ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან

ფგორირებას, საყოველთაო აუცილებელ იმუნიზაციას ბავშვების სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციურ ღონისძიებებს საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ იცემა საწარმოო უსაფრთხოების ნორმები ან რომელიც იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

ჯანმრთელობის დაცვის დაბალანსებული სისტემა გულისხმობს რესურსების რაციონალურ განაწილებას პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და გარემოს დაცვით ღონისძიებებს შორის. იმ ფაქტის აღიარება, რომ მოსახლეობას გარკვეული ჯგუფები საჭიროებენ ზოგიერთ შემთხვევაში მეტი თანხების გამოყოფას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე ვიდრე სხვა. განსაზღვრავს თანხების დამატებით გამოყოფას მეტად დამიანებად ჯგუფებში, ამავე დროს, ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს იმ ფაქტორებს, რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, როგორცაა კვება, სანიტარია, საცხოვრებელი და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები. ამის გარდა ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო მომსახურეობის შესაბამისი ღონის უზრუნველყოფის აუცილებლობას სამედიცინო დარგის მუშაკებსა და დაწესებულებების მიერ, რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაცია ლიცენზირების ადექვატური ღონისძიებების შემუშავებით, სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველსაყოფად.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანოთა ძირითადი ფუნქციები

სახელმწიფო პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში



სახელმწიფო პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში

დაფინანსება – სამედიცინო მომსახურების, დახმარების მიღწევადობის უზრუნველყოფა სამოგალობრივ და კერძო სექტორებში, ეკონომიკური ანალიზი, ღირებ ულების (ფასების) ზრდის შენელება ეკონომიკური სტიმულირება (ეკონომიკური მოგივაციის გაზრდა).

რესურსები – სისტემის მაღალკვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა, და მათი რაციონალური განაწილება, სამკურნალო დაწესებულებები (სააეადმყოფოები, კლინიკები, ლაბორატორიები, სოციალური სამსახურები) ვაქცინები, წამალსაშუალებები მონიგორინგი და სამეცნიერო კვლევები.

კვლევები – ეპიდემიოლოგია, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების განვითარება, ანალიზი, შეფასება, კვლევა (ფუნდამენტალური, კლინიკური, და ეპიდემიოლოგიური)

რეგულირება – პროფესიული სტანდარტების შემუშავება, კვების პროდუქტების, სამკურნალო საშუალებების ხარისხიანობის კონტროლი, გარემოს შეფასება, მონიგორინგი, პროფესიული დააეალებათა რისკის განსაზღვრა, დაკავშირებული ზოგიერთი ქცევის სტერეოტიპებთან, პერსონალისა და დაწესებულებების აკრედიტაცია.

ჯანდაცვა და ჯანმრთელობის განმტკიცება (ხელშეწყობა) – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ქმედითობა მთლიანობაში, ასევე სხვა სამოგალობრივი სექტორების ძალისხმევა, რომელიც შესაძლებელია როგორც ადამიანთა (მოსახლეობის) ცელკეული ჯგუფების ასევე მთლიანობაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საწინდარი გახდეს.

ჯანდაცვის ფუნქციების გამიჯვნა მმართველობის სხვადასხვა დონეზე

ცენტრალური დონე:

- სახელმწიფო დაგეგვმა ჯანდაცვის სფეროში;
- სახელმწიფო დაფინანსება;

- სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სამსახურის ორგანიზაცია;
- რეგიონების თანაბარი განვითარება, მიზნების, ამოცანების პრიორიტეტების განსაზღვრა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ორგანიზება;
- პროფესიული სტანდარტები, ლიცენზირების პროცესის ორგანიზაცია;
- გარემოს დაცვის ღონისძიებათა ორგანიზაციის ხელშეწყობა გარემოს დაცვის სამინისტროსთან ერთად;
- საკვები პროდუქტების, სამკურნალწამლო საშუალებების სტანდარტიზაციის უზრუნველყოფა;
- ეპიდემიოლოგიის განვითარების ხელშეწყობა;
- სამედიცინო სოციალური სტატისტიკის წარმოება;
- სამედიცინო მრეწველობის განვითარების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პროფილაქტიკა, კვების პოლიტიკის განსაზღვრა;
- სახელმწიფო ლაბორატორიული სამსახურების ფუნქციონირების ხელშეწყობა (სტანდარტებისა და რეკომენდაციების შემუშავება);
- სოციალური უზრუნველყოფის ხელშეწყობა.

რეგიონული (სამხარეო) დონე:

- რესურსების განაწილება;
- ჯანდაცვითი ქმედებების დაგეგმვა;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის კონტროლი;
- სამედიცინო დემოგრაფიული სტატისტიკის წარმოება;
- ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პროფილაქტიკა;
- კადრების კვალიფიკაციის ამაღლების ხელშეწყობა. სერტიფიცირება;
- სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება;
- ლაბორატორიული სამსახურის ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
- სანიტარიულ-პროფილაქტიკური განათლება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;
- გარემოს უაქტორების მონიგორინგი;
- კვების პოლიტიკის გატარება;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოები:

- პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, რეგისტრაცია;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის კონტროლი;
- დელათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- რესურსების განაწილება;
- მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების ხელშეწყობა; დაგეგმვა და მართვა ადგილობრივ დონეზე;
- პროფილაქტიკური /ამბულატორიული/ დახმარების ორგანიზაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირება;
- საავადმყოფოების ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, ბინამე მომსახურება;
- ინვალიდთა მოვლა;
- რეაბილიტაცია, ხანგრძლივი სამედიცინო მოვლა;
- სამედიცინო და ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, კოორდინაცია;
- დარგთაშორისი თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის სოციალური მხარდაჭერა;
- ადგილობრივი მოსახლეობის სანიტარიულ-ჰიგიენური და პროფილაქტიკური განათლება;
- გარემოს დაცვა;
- კვების პოლიტიკის ხელშეწყობა;
- თემის როლის ამაღლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა უზრუნველყოფაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება უნდა ეფუძნებოდეს სამართლებრივ ბაზას, რაც უზრუნველყოფს ფართო საზოგადოებრივ სათემო სამსახურების კონტროლსა და მართვას სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ასპექტში. დარგთაშორის თანამშრომლობის, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების საქმიანობის კოორდინაციას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცებისათვის.

მას საკანონმდებლო ბაზის საფუძველზე გააჩნია მარეგლამენტირებელი როლი, რაც საშუალებას აძლევს დაიცვას

მოსახლეობა იმ არასახარბიელო მოვლენებისაგან, რომელიც საურთხეს უქმნის მათ ჯანმრთელობას, უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების დაყვას.

საბაზისო ჯანდაცვითი ფუნქციების აღსასრულებლად, გამომდინარე ამოცანებიდან, სახელმწიფომ უნდა შეინარჩუნოს მმართველობითი ფუნქციები შესაბამისი სამსახურების ფორმირებით (სამუშალებით) მაგ, იმუნიზაცია. ორსულთა და ბავშვთა პაგრონაჟი, ქრონიკული და მწვავე მოწამვლები, აივ/შიდსის ინფექციების ტესტირება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვა, ნარკომანიის პრობლემათა გადაჭრა, რაც შეუძლებელია მოგვარებული იქნას სხვა სამსახურების მიერ. რაც შეეხება მოსახლეობის სანიტარიულ-პროფილაქტიკურ განათლებას – ეს მთლიანად სახელმწიფო სამსახურების პრეროგატივაა. მაღალი რისკის მქონე და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფა

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა ეფუძნება ინფორმაციას, როგორც მოქმედი ჯარი დაზვერვის მონაცემებს;**

- **ქვეყანაში განვითარებული საბაზრო ეკონომიკით ჯანდაცვის განვითარებას მიიჩნევენ ნაციონალურ ამოცანად და საზოგადოებრივი სიკეთის საფუძვლად.**

ისგორიულად თანდათანობით ჩამოყალიბდა ტენდენცია და წესი სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებებიდან ჯანდაცვის საჭიროებებზე მნიშვნელოვანი წილის გამოყოფის და იგი შეადგენდა შიდა ნაციონალური პროდუქტის არანაკლებ 7-14%. ზოგიერთი ინდუსტრიული სახელმწიფოები, განსაკუთრებით სოციალისტური, განიხილავენ ჯანდაცვას როგორც “არამწარმოებლურ” სფეროს, სფეროს, რომელიც უპირატესად იყენებს სამუშალებებსა და რესურსებს ვიდრე საზოგადოებრივი სიკეთის მწარმოებელ. ასეთი მიდგომის შემთხვევაში ნაკლები ყურადღება ენიჭება სამედიცინო ტექნოლოგიებს. ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსება შ.ნ.პ. წილის 3-5% შეადგენს.

ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონეს მრავალფეროვანია და ჯერჯერობით ბოლობდე შესწავლილი არ არის. შესაძლებელია (ლიტერატურული მონაცემებით), რომ იგი 50 პროცენტით

განპირობებული იყოს სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზებით, 30 პროცენტი – ცხოვრების წესით, 10 პროცენტი- გარემოს დაბინძურებით და უსაფრთხოების გექნიკის უკუღველყოფით და 10 პროცენტი არასაკმარისი სამედიცინო დახმარებით. ეკონომიკური განვითარების და ცხოვრების ღონის ამალღების უაქტორები სოციალური სექტორის გარეიაა და შესაბამისად არ არიან პირდაპირ დაკავშირებული ჯანდაცვის რეფორმასთან.

ცხოვრების ჯანსად წესზე გადასელის სტიმულირება გულისხმობს: დამატებითი გადასახადების შემოღებას თამბაქოს ნაწარმზე და უხარისხო კვების პროდუქტებზე; სოციალური კანონების მიღებას რომელიც მღუღაეს თამბაქოს მოხმარებას, რეკლამასა და ასევე ფართო პროპაგანდისგული პროგრამების დანერგვას სწორი კვების, ფიზიკური აქტივობის და პირადი ჰიგიენის დაცვის თეალსაზრისით. გარემოს შენარჩუნების, გრავმატიზმის თავიდან აცილების მიზნით ჩამოთელილი ღონისძიებები არ შეიძლება იყოს იაფი და მარტივი.

ამ შემთხვევაში ხელისუფლებამ სტიმულირებისა და ინვესტიციების ეფექტური სისტემა უნდა შექმნას ეკოლოგიურად სუუთა გექნოლოგიების დასანერგად და რაც მთავარია მისადწვეია შეთანხმება - კონსენსუსი საზოგადოებასთან, რომელიც ამ პროცესის მონაწილე და შედეგებით მოსარგებლეა.

სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება

საბაზრო მექანიზმების გამოყენებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს შრომის ნაყოფიერების, ეკონომიკური ღონის გრდის სტიმულირებისათვის, შესაბამისად ცხოვრების ღონის ამალღებისათვის. სწორედ ამიგომ სხვა სტრატეგიის არჩევა წარმოუდგენელია. (არასასურველი და შეუძლებელიაა) ამიგომ საჭიროა შემუშავდეს მთელი რიგი კომპლექსური ღონისძიებები, მიმართული საბაზრო მექანიზმების დანერგვისაკენ, რომლებიც თავის მხრივ გრდიან (ხელს უწყობენ) წარმოების ეფექტიანობას და რესურსების სწორ განაწილებას.

მაგრამ ამავე დროს ამგვარი სტრატეგია პანაცეა არ არის: ერთის მხრივ იგი სამედიცინო მომსახურების ღონის გაგრდის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა, ხოლო მეორე მხრივ, უარყოფითი ეფექტებს პროვოცირების რეალურ საშიშროებასაც ქმნის, რომელიც

დაკავშირებულია საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლასთან. საბიუჯეტო კრიზისი მომარაგების სისტემის მოწლა, ფასების მკვეთრი ზრდა და ა. შ. ეს მხოლოდ აისბერგის მწვერვალია დაკავშირებული საბაზრო მექანიზმების გამოყენებასთან ჯანდაცვაში. მიუხედავად ზემოთქმულისა ამგვარი სიძნელებები არ უნდა გახდეს საბაზრო მექანიზმების (საბაზრო ურთიერთობების) გამოყენებაზე უარის თქმის საფუძველი, რადგან საბოლოო ჯამში სწორედ საბაზრო ურთიერთობების ძალებითაა შესაძლებელი შემცირდეს დანაკარგები და გაზარდოს სისტემის ეფექტიანობა.

რასაკვირველია მზა რეცეპტების გამოძებნა მეტად რთული პროცესია, მაგრამ თუ განვითარებულ ქვეყნების გამოცდილებას გავითვალისწინებთ ცხადი გახდება, რომ საბაზრო ურთიერთობები, მართალია ყველა დარგში ერთნაირად ვერ მოქმედებენ, მაგრამ საგრძნობლად ეფექტიანია მათი მოქმედება ჯანდაცვის სისტემაში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ დადებითი შედეგების მიღწევა შესაძლებელი ხდება ხისტი იურიდიული ნორმების შემოღებით, მიზანმიმართული სუბსიდიებით და მკაცრი კონტროლით, რათა თავიდან იყოს აცილებული შესაძლებელი დანაშაულებრივი ქმედებები და გარდამავალი პერიოდის სხვა ნეგატიური შედეგები. საბაზრო ურთიერთობებმა როგორც წარმოების ეფექტიანობის გაზრდის სანდო ინსტრუმენტმა, მოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია ვერ მოახდინოს სასურველი გავლენა რესურსების თანაბარ განაწილებაზე.

რესურსების თანაბარი განაწილების პროცესის დახვეწისათვის, ჩვენი აზრით, აუცილებელია:

- ა) დაუცველი მოსახლეობის (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები, მარგობელები) ინტეგრაციის გათვალისწინება, მათთვის სპეციალური მომსახურების სახეების, სპეციალური პროგრამების შემუშავებით;
- ბ) დაავადებებთან დაკავშირებულ დანახარჯებში წილობრივი მონაწილეობის მიღება და თანდათანობით – სახელმწიფო – დამქირავებელი - ინდივიდი - სისტემის სრულყოფა;
- გ) მომსახურების სახეების მაქსიმალურად გაფართოება.

ორგანიზაციულ-სტრუქტურული ცვლილებები (რეორგანიზაცია)

დღეისათვის მოძველებულ “სემაშკოს” მოდელის ნაცვლად ჯანდაცვაში გამოჩნდა ახალი, უფრო რთული სისტემები. ამ პირობებში (დეცენტრალიზაციისა და კერძო საკუთრების პირობებში) წარმატებული საქმიანობისათვის ჯანდაცვის ხელმძღვანელები და ორგანიზატორები უნდა ფლობდნენ მმართველობითი ჩვევების, თვისებებისა და მომზადების აბსოლუტურად განსხვავებულ დონეს, რაც მათ უკეთეს შემთხვევაში, ცენტრალიზებული მართვის პირობებში გააჩნდათ.

მმართველობით სტრუქტურებს სჭირდებათ ახალი დონის ცოდნა, რომელიც საშუალებას მისცემთ მათ გაერკვან და გადალახონ თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის მართვის თანმხლები გართულებული ამოცანები, თანმხლები ინფორმაციული ნაკადით. თანამედროვე ეტაპზე ჩნდება სამედიცინო (ასევე არა სამედიცინო) პერსონალის უფრო ფართო მასშტაბიანი მომზადების აუცილებლობა ისეთ საკითხებში, როგორცაა “ჯანდაცვის პოლიტიკა” “მართვა” “ეკონომიკა” “ჯანდაცვის ეკონომიკა” “ეპიდემიოლოგია” “ინფორმაციული ტექნოლოგიები” “კომუნიკაციები” “სამედიცინო სოციოლოგია” და სხვა დისციპლინები.

ამგვარად რეფორმის პროცესის წარმატების გასაღები მმართველობითი კადრების მომზადების სისტემის ფუნდამენტალურ გარდაქმნაში ძვეს.

ამას გარდა უნდა შეიცვალოს სამეცნიერო-კვლევითი ხასიათის სამუშაოები ამ მიმართულებით.

მოქმედებათა თანამიმდევრობა

გარდაშავალმა პერიოდმა ბევრი ნეგატიური მოვლენები წარმოაჩინა: ინფლაციის გამო საბიუჯეტო კრიზისი, შემოსავლების შემცირება, წარმოების სახელმწიფო სექტორის რღვევა, უმუშევრობა და საბოლოო ჯამში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუარესება გამოიწვია. გაიზარდა სიღარიბის მღვარი; ბუნებრივია, რომ სიღარიბე თავის მხრივ უამრავ პრობლემას ქმნის, რაც

დაკავშირებულია საცხოვრებელი პირობების შეცვლასთან, არაბალანსირებულ კვებასთან, ცხოვრების სწორი წესის დაუცველობასთან. სიღარიბე ყველაფერთან ერთად არჩევანის საშუალებასაც მზლდავს.

მეორე მხრივ, შემოსავლების შემცირება არ აძლევს სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი სოციალური, ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების საშუალებას, მაშინ როცა ამაში მოსახლეობის მხრიდან გაზრდილი მოთხოვნილება არსებობს. ამიგომაც ჯანდაცვის სისიგემა არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში საბოლოო ნგრევის საშიშროების წინაშეც დვას.

გადაუღებელი საჭიროების შემთხვევაში რეფორმა ჯანდაცვის სისგემაში ორ ეტაპად უნდა განხორციელდეს. პირველ ეტაპზე (ორი-ოთხი წელი) ძირითადი ყურადღება გარდამავალი პერიოდის მიმდინარე სიკითხებსა და ღონისძიებებს უნდა დაეთმოს; ამ საკითხებს მიეკუთვნება: წამალთმომარაგება, წამლის, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ფასების რეგულირება, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სასუნთქი ორგანოების დაავადებები, გრავმატიზმი და სხვა) და სოციალურად ყველაზე დაუცველი მოსახლეობის ხელშეწყობა.

მეორე ეტაპზე საჭიროა ყურადღების კონცენტრირება საშუალო და გრძელვადიანი პროგრამების განხორციელებაზე: საუბარი ეხება უფრო ეფექტიანი მიდგომების გამოძებნას მკურნალობასა და პროფილაქტიკის საკითხებში.

ჩნდება საჭიროება ხელახლა გადაიხედოს მთელს ჯაჭვი — “ჯანმრთელობა”, “პირველადი სამედიცინო დახმარება” (“პირველადი ჯანდაცვა”), “სტაციონარული დახმარება” — “სოციალური დაცვის საშსახურები”, რაც სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების ახალ შეხამებას ითხოვს.

და ბოლოს, დარგის ორგანიზაციული შესაძლებლობები გაუართოებული და გაძლიერებული უნდა იქნეს რეფორმებით (ცელილებებით) კანონმდებლობაში, ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნით, პერსონალის მომზადებით ახალი მოთხოვნილებების შესაბამისად, მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესებით.

თუმცა ეს პროცესი, რასაკვირველია შესაძლებლობის ფარგლებში, პარალელურად ეკონომიკურ აღორძინებას უნდა მიჰყვებოდეს.

სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილული იქნეს როგორც ადამიანთა ზოგიერთი უფლების დარღვევა (შეზღუდვა), მაგრამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე წარმოჩენილ პრობლემათა ერთობლიობა და მათი რეალიზაციის პრაქტიკული ღონისძიებები გულისხმობს გარკვეულ კომპრომის ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად საზოგადოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, დაბეგვრას საყოველთაო ჯანმრთელობის სასარგებლოთ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან ფთორირებას, ბაჟმეთა საყოველთაო აუცილებელ იმუნიზაციას სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციალურ ღონისძიებებს საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ არის დაცული უსაფრთხოების ნორმები ან იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

ჯანმრთელობის დაცვის დაბალანსებულმა სისტემამ უნდა უზრუნველყოს რესურსების რაციონალური განაწილება პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და გარემოს დაცვით ღონისძიებებს შორის. იმ ფაქტის აღიარება, რომ მოსახლეობას გარკვეული ჯგუფები ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროებენ მეტი თანხის გამოყოფას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფისათვის, ვიდრე სხვა, განსაზღვრავს თანხების დამატებით გამოყოფას მეტად დაზიანებად ჯგუფებისათვის; ამავე დროს ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს იმ ფაქტორებს (კვება, სანიტარია, საცხოვრებელი და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები), რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ამის გარდა ჯანდაცვის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების შესაბამის ღონეს სამედიცინო დარგის მუშაკებისა და დაწესებულებების მიერ, რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაცია-ლიცენზირების ადეკვატური ღონისძიებების შემუშავებით.

საქართველოს მოსახლეობის ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები 21-ე საუკუნის დადგენისათვის

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, რეორიენტიაციის მეორე ეტაპის ბოლოს ქვეყანაში სისტემურად ამოქმედდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელი. ამ პერიოდისათვის დღის წესრიგში დადგა ორი ერთმანეთისგან გამომდინარე ამოცანის გადაჭრის აუცილებლობა:

1. ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახლებური პრინციპების ადაპტაცია ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურ ურთიერთობებთან, აგრეთვე ახალი მოდელის შესაბამისობა გარდამავალ პერიოდისათვის დამახასიათებელ ეკონომიკურ ბერკეტებთან;
2. ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის ევოლუციური განვითარების საფუძვლების მომზადება.

აღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტის გზების ანალიზმა ცხადყო, რომ განსაკუთრებით რთულია პირველი ამოცანის გადაწყვეტა, ვინაიდან გარდამავალი პერიოდისათვის ქვეყნის განვითარება, მისი ეკონომიკურ-სამართლებრივი ურთიერთობები ცალკეულ სექტორებში სხვადასხვა ტემპით ვითარდება. ეს გარკვეულ დისონანსს ქმნის ისეთი ინტერსექტორული, კატეგორიის ფუნქციონირებაში, როგორცაა მოსახლეობის ჯანდაცვა, ვინაიდან მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების მეტი ნაწილი (80%-მდე) სისტემის გარეთ, სხვა სექტორებშია. ამიგომ ვადაშვებები მნიშვნელობა ენიჭება სექტორებს შორის ურთიერთობის გაღრმავებას. ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა არაა თანხედრა თვით განვითარების მიმართულებებს შორის, მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სტრატეგიის შემუშავებისას, განსაკუთრებით ოპერატიულ-ტაქტიკური

ამოცანების განსაზღვრისას, ვადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება საზოგადოებრივი ურთიერთობების დონის განსაზღვრას მოცემული მომენტისათვის. უამისოდ შეუძლებელია ჯანდაცვის სფეროში ჩამოყალიბდეს ეფექტიანი სახელმწიფო პოლიტიკა.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში;
- ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი დამოუკიდებლობის აღიარება;
- გ) ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;
- დ) ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და სისტემის მართვადობის უზრუნველყოფა;
- ე) წინასწარ პატიმრობაში და სასჯელადსრულებით დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა, აგრეთვე, ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილთა დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას;
- 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 და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მასში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა;
- ლ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო პერსონალის, ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებისა და სამედიცინო

- სასწავლებლების, აგრეთვე, სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ლიცენზირებაზე;
- მ) სახელმწიფოს, საზოგადოების, თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;
- ნ) სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი უორმების მრავალფეროვნება და მათი თანაბარულებიანობა;
- ო) მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მათე ქმედების აღსაკვეთად კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;
- პ) სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული დაფინანსება; სახელმწიფო სექტორისა 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, არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციებში, სამეცნიერო და პროფესიულ განხილვებში, სათანადო პროექტების შემუშავებასა და პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით.

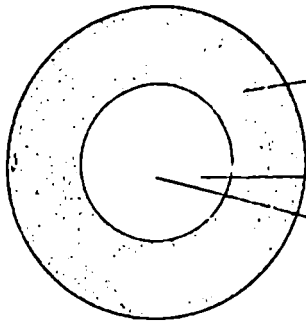
21-ე საუკუნის დამდეგისათვის საქართველოში მდგომარეობა წინააღმდეგობრივია, რაც განსაკუთრებით მკვეთრად ჯანდაცვის სფეროში იკვეთება. ერთის მხრივ, სახეზე გვაქვს მოსახლეობის მასობრივი გაღატაკების პროცესი - სიღარიბის მასშტაბები, მისი სიღრმე განუხრელად მაგულობს, მეორეს მხრივ ჯანმრთელობის დაცვაზე მოთხოვნის დონე მხოლოდ უმნიშვნელოდ მცირდება. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე მოთხოვნის სიმყარე შენარჩუნებულია, მიუხედავად მისი სახელმწიფოებრივი დაფინანსების უაღრესად დაბალი დონისა.

ყოველივე ეს მიუთითებს დარგში ე.წ. “ჩრდილოვანი” (არაფორმალური) ურთიერთობების დიდ მასშტაბებზე, რაც ობიექტური წინამძღვრებითაა გამოწვეული.

ვანვიხილოთ ეს პრობლემები უფრო ღეგალურად.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მასშტაბები საკმაოდ დიდია, ის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ სისტემაში. ქვეყნის 2026 სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობს 127400 ადამიანი, რაც ფორმალურ სექტორში დასაქმებული მოსახლეობის 17%-ს შეადგენს. აღნიშნული დაწესებულებების ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური ღირებულება შეადგენს 261 000 ათას ლარს, რაც საქართველოში აღრიცხული ძირითადი ფონდების ღირებულების 2,8%-ია. სამედიცინო მომსახურების საორიენტაციო წლიური მოცულობა არის 350 მლნ. ლარი, რაც ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 5,5%-ია.

როგორც გამოკვლევებმა გვიჩვენა, ყოველწლიურად სამ მილიონამდე ადამიანი იღებს გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარებას, რაშიც სახელმწიფოს წილი საკმაოდ მაღალია, ყინაიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სხვადასხვა სახის სამედიცინო დახმარება წლის განმავლობაში გაეწევა დაახლოებით 2.5 ადამიანს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პროგრამების შერჩევისას მიღწეულია მოსახლეობის მოთხოვნების დაკმაყოფილება. მაგრამ ღირებულებით პარამეტრებში მდგომარეობა სხვაგვარადაა. კერძოდ, სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი და ლეგალიზებული სამედიცინო დახმარების მოცულობა არ აღემატება 50 მლნ. ლარს, აქედან 40 მლნ. ლარი უშუალოდ სახელმწიფო ბიუჯეტისა და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებია, ხოლო 10 მლნ. ლარამდე ე.წ. “შიდა სტანდარტით” შესრულებული სამუშაოების რაელიზაციიდან მიღებული შემოსავალი, ე.ი. სამედიცინო მომსახურების მთლიანი წლიური მოცულობის (350 მლნ. ლარი) 86% მოდის არალეგალურ ჩრდილოვან ეკონომიკურ ურთიერთობებზე, ხოლო სახელმწიფოს წილი მხოლოდ 11,4%-ია. ყოველივე ეს სქემატურად შეიძლება გამოვსახოთ შემდეგნაირად:



არალეგალური
სამედიცინო
მომსახურება 86%

ლეგალური სამედიცინო
მომსახურება

სახელმწიფოს მიერ
უზრუნველყოფილი
სამედიცინო
მომსახურება

აღსანიშნავია, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების განვითარებისა და გაღრმავების ტენდენციებზე ჯანდაცვის რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე იყო გამახვილებული ყურადღება.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე (სამკურნალო-წამლო საშუალებების ჩათვლით) წელიწადში იხარჯება 300 მლნ. ლარამდე (დაალოებით 60 ლარი ერთ მოსახლემ), რომლის 87%-ს მოსახლეობა საკუთარი ჯიბიდან იხდის. 1996 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვამ ბიუჯეტით გამოყოფილი თანხები ავად თუ კარგად მიიღო, შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის მიერ სამკურნალო დაწესებულებებისათვის გადახდილი 10 მლნ. ლარის ლეგალიზება. მომდევნო ორ წელიწადში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების კლებას მოჰყვა მოსახლეობის მიერ გადახდილი თანხების ლეგალიზაციის შემცირება. საწუხარო ტენდენციაა, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი 1998 წელს მხოლოდ 58%-ით შესრულდა, ე.წ. “შავი ბაზრის” არსებობა არ უნდა გაგვიკვირდეს.

ამდენად, გამოკვლევის შედეგები არ იყო მოულოდნელი. მართალია, გამოკვლევის მეთოდის და შესაბამისად მისი მოგი მონაცემი შეიძლება სადავო იყოს, მაგრამ ძირითადად მისაღებია, რადგან რეალურად პროგნოზირებულს მიესადაგება.

საქართველოში ბოლო წლების (1997-2000) განმავლობაში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ნათლად წარმოჩნდა, რომ

ჯანდაცვის სფეროში თანხის არალეგალური ბრუნვის მოცულობა საკმაოდ დიდია და მასზე ქვეყნის ჩრდილოვან ეკონომიკის მნიშვნელოვანი წილი მოდის. ამგვარ მოვლენას ზოგი სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორი განაპირობებს; ბოლო წლებში საერთოდ ქვეყანასა და რეგიონებში შექმნილმა პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა სიტუაციამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საქართველოს მაკროეკონომიკაზე და წინა პერიოდის მშპ-მა ერთ სულ მოსახლეზე 230 აშშ დოლარი შეადგინა, რაც 1990 წლის ამავე მაჩვენებლის 6.5% იყო. ამის გამო ბიუჯეტიდან ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის ხარჯი 1994 წელს (რეფორმის დაწყების წინ) 0.81 აშშ დოლარამდე შემცირდა, რაც ძალზე დაბალი მაჩვენებელია ნებსმიერი ქვეყნისათვის (შესადარებლად - 1989-90 წლებში საქართველოში ჯანდაცვაზე იხარჯებოდა დაახლოებით 450 მლნ. მანეთი წელიწადში).

გემოაღნიშნული მოვლენები განვითარდა იმ ფონზე, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოთხოვნა (საჭიროება) არ შემცირებულა, პირიქით შეიძლება ითქვას, რომ გაიზარდა, რადგან გაუარესდა ხალხის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და შესაბამისად – ჯანმრთელობის მდგომარეობაც. ამიტომ მოსახლეობის რეალური მოთხოვნა არ შემცირებულა. ამას ცხადჰყოფს 1997 და 2000 წლის ჯანდაცვის ხარჯების კვლევა, რომელიც გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად მშპ-ის კლებისა, ჯანდაცვის ხარჯები თითქმის არ შეცვლილა და შესაბამისად მისი წილი (5%-დან 10%-მდე) მშპ-ში გაიზარდა ანუ ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა პირდაპირპროპორციულ გავლენას არ ახდენს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებაზე.

1997 წელს სახელმწიფოს წილმა ჯანდაცვის დაფინანსებაში მხოლოდ 13% შეადგინა, ხოლო მოსახლეობისამ - 87%. მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა 2001 წელსაც. 1997 წელს სპეციალური კვლევის საფუძველზე განისაზღვრა ჯანდაცვის სექტორში არაფორმალური მიმოქცევისა და სახელმწიფოს მიერ დაკარგული საგადასახადო შემოსავლების მოცულობა, რომელმაც დაახლოებით 130.3 მილიონი ლარი შეადგინა. ეს თანხა რომ ოფიციალური მიმოქცევის სფეროში მოქცეულიყო, მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურების მოცულობა 113.4 მილიონი ლარით გაიზრდებოდა, რაც კიდევ უფრო გაუძვირებდა თითოეულ მოქალაქეს ჯანდაცვის მომსახურების მიღებას. ეს კი უარყოფითად იმოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მაშინ როდესაც

ჯანდაცვის ხარჯი სიღარიბის ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია. ამდენად, ჯანდაცვის მომსახურების ისე გაძვირება, თუ არ გაიზარდა სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში, დამლუპველ გავლენას მოახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობაზე. რეალურად არაფორმალურმა ეკონომიკამ, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში შეიქმნა, გარკვეულად დაიცვა მოსახლეობა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დარგისათვის სახელმწიფომ გაიღო 130,3 მილიონი ლარის არაპირდაპირი სუბსიდია. აქვე უნდა ითქვას, რომ ამგვარი მდგომარეობა მიუღებელია და საჭიროებს თანდათანობით, მეტად ფრიხილ და სისტემურ გარდაქმნას.

სახელმწიფო დაფინანსების დაბალი ღონის პირობებში სახელმწიფო კარგავს ბაზრის დარეგულირების ეკონომიკურ ბერკეტებს და მისი მცდელობა, მოაწესრიგოს საბაზრო ურთიერთობები - არაეფექტური ხდება. ცნობისათვის, ევროპული ქვეყნების უმრავლესობაში სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში მერყეობს 60-80%-ის ფარგლებში. ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო ვერ ხერხდება სახელმწიფო, როგორც შემსყიდველი, აქტიურად გამოვიდეს სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე, რის გამოც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ბაზრის დარეგულირების მექანიზმი არაეფექტური ხდება. საგადასახადო, საბაჟო, პროკურატურისა და სხვა სამსახურების არაეფექტური მუშაობის გამო ვერ ხერხდება სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე არალეგალური საქმიანობის აღმოფხვრა.

დარგში მიმდინარე რეფორმამ შესაძლებელი გასადა აგრეთვე სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიებში ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პრემიების მობილიზაცია წინ გადადგმული ნაბიჯია სამედიცინო დანახარჯების ფორმალიზაციისკენ. მაგრამ, მათი ხვედრითი წილი სამედიცინო ბაზარზე ჯერ უმნიშვნელოა, პროგრესულად იზრდება. 1998-1999 წლებში კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების წილი 5%-დან 7.9%-მდე გაიზარდა (ამასთან აღსანიშნავია, რომ რეალურად ამან მხოლოდ 0.045 აშშ დოლარი შეადგინა ერთ სულ მოსახლეზე). ამავდროულად ბრდა გამოიწვია სამედიცინო დაზღვევის სექტორში მოსახლეობის შეძლებული ფენის ნებაყოფლობითმა გადასვლამ. რაც მკლამივად ვერ გავრძელდება, რადგან არ არსებობს

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ეკონომიკური ხელშეწყობის პირობები.

ნიშანდობლივია, რომ სახელმწიფოს წილი ფორმალურ ანუ ლეგალიზებულ ნაწილში საკმაოდ მაღალია და 80%-ს შეადგენს. ამდენად, პრობლემის გადაწყვეტის ორი უმთავრესი მიმართულებიდან (სახელმწიფო წილის გაზრდა ფაქტობრივი სამედიცინო მომსახურების მოცულობაში და ჩრდილოვანი ეკონომიკის მაქსიმალური ლეგალიზაცია) დარგისათვის მნიშვნელოვანია მეორე – ჩრდილოვანი ეკონომიკის მაქსიმალური ლეგალიზაცია, რაც, ბუნებრივია, გაზრდის ფორმალური (ლეგალიზებული) ეკონომიკის წილს სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივ მოცულობაში, მაგარამ მოსალოდნელია შემცირდეს სახელმწიფოს წილი აღრიცხულ სამედიცინო მომსახურებაში.

პირველი ეტაპის მიზანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: ფაქტობრივი სამედიცინო მომსახურების მოცულობაში არალეგალური (ჩრდილოვანი), ეკონომიკური ურთიერთობების მინიმუმამდე დაყვანა სახელმწიფოს წილის არსებული დონის შენარჩუნების პირობებში.

მოცემული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია ლეგალურად გაანალიზდეს დარგში ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ურთიერთობები და ამგვარი სტრუქტურული პროპორციების წარმომშობი ობიექტური და სუბიექტური ფაქტორები გამოიკვეთოს პრიორიტეტული რანგირების წესით.

ორი უმთავრესი ობიექტური მიზეზის გამოკვეთა ამთავითვე შეიძლება:

1. საქართველოში სამედიცინო დახმარების ობიექტური და თანმიმდევრული განვითარების ფონზე ჩამოყალიბდა სამედიცინო დახმარებაზე არაოპტიმალურად მაღალი, ზოგიერთ ასპექტებში სახელმწიფოს ღონებე განვითარებული, ხოლო ზოგ შემთხვევაში მასზე მაღალი მოთხოვნილება, რომლის უმეტესი ნაწილი ფორმირდება მოთხოვნად.
2. საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, რეალურად შესაძლებელია ჩამოყალიბებულ მოთხოვნაში მხოლოდ მცირე ნაწილის (10-15%) დაკმაყოფილება, რის გამოც მოთხოვნის დაკმაყოფილება შესაძლებელია მხოლოდ ხარჯების არასრული ანაზღაურების გზით, რაც იწვევს აღნიშნული ხარჯების აღურიცხაობისაკენ

მისწრაფებას და შესაბამისად ეკონომიკური ურთიერთობების უდიდესი ნაწილის ფარულობას.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების რეალური ღირებულება მნიშვნელოვნად აღემატება 350 მლნ. ლარს წელიწადში (ეს მონაცემი დადასტურებულია გამოკვლევით).

შეიძლება დღესვე გამოიკვეთოს ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციის უმთავრესი ობიექტური წინაღობა – იმავე სამუშაოების განხორციელებას ანუ იმავე მასშტაბის ზამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილებას ლეგალიზაციის პირობებში ობიექტურად დასპირდება ორი არცთუ ისე პოპულარული გადაწყვეტილების მიღება:

1. დარგში არსებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაციის შესახებ;
2. როგორც სახელმწიფო, ისე არასახელმწიფო სექტორში დამატებითი ფინანსური რესურსების მოძიებისა და ჩართვის შესახებ.

სამწუხაროდ, ამ პრინციპული ბარიერის გადალახვის გარეშე ნებისმიერი ღონისძიების ნაწილობრივი და სრული დაფინანსების ეფექტიანობა იმდენად დაბალი იქნება, რომ არსებული ტენდენციებისა და მიმართულებების შეყვლა პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდება და რეალურად ფარულობა გადავა ერთი სივრციდან მეორეში. ამის თავიდან ასაცილებლად უნდა ვიხელმძღვანელოდ შემდეგი ძირითადი პრინციპებით:

- **ჯანდაცვის სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაცევტული უზრუნველყოფის სფეროს მაქსიმალურმა ფორმალიზაციამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის მომსახურების გაძვირება და დამატებითი ფინანსური ბარიერების შექმნა, პირიქით, ლეგალიზაციის ღონისძიებათა განხორციელებამ ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომი უნდა გახადოს ჯანდაცვითი მომსახურება მოსახლეობის ყველა ფენისათვის;**
არ დაირღვეს ჯანდაცვის ბაზარზე ჩამოყალიბებული საბაზრო ურთიერთობები, გაიზარდოს სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი და მაკონტროლებელი

- ფუნქცია, რათა დაცულ იქნეს ყველა მოქალაქის კონსტიტუციური უფლება და ამასთანავე საბაზრო ეკონომიკის განვითარების არჩეული მიმართულებაც;
- გაიზარდოს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობა მოსახლეობის ჯანდაცვის დაფინანსებაში, რათა შესაძლებელი იყოს ქვეყნის ყველაზე დარიბი და დაუცველი ფენის სამედიცინო დახმარება და კონსტიტუციური გარანტიების შესრულება;
 - ხელი შეეწყოს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის თანაბარსებობას თანაბარ იურიდიულ და მარეგულირებელ გარემოში. ძირითადი ამოცანა უნდა იყოს მოსახლეობის ყველა ფენისათვის ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.

პროცესის სათანადო დონეზე წარმართვისათვის აუცილებელია მისი მრავალფეროვანი და მრავალსპექტრიანი ელემენტების კომპლექსური, სისტემური მართვა, ამიგომ რეალიზაციასა და კონკრეტული შედეგების მიღწევას დასჭირდება საკმაო დრო და აუცილებელი გახდება მისი დაყოფა ძირითად ეტაპებად.

პირველ ეტაპზე, რომელიც ალბათ გაგრძელდება ხუთი წლის განმავლობაში, შეაღებული მიზანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: სამედიცინო მომსახურების საშუალო წლიური მასშტაბის შენარჩუნების პირობებში ჩრდილოვან (არაფორმალურ) ეკონომიკურ ურთიერთობათა 50%-ის ლეგალიზაცია და ფორმალურ სექტორში სახელმწიფო უზრუნველყოფის წილის 75-80%-ის შენარჩუნება.

მომდევნო ეტაპზე შეიძლება ჩრდილოვანი (არაფორმალური) ეკონომიკური ურთიერთობების მინიმიზაცია (10%-მდე). ამ პერიოდში შეიძლება სახელმწიფო უზრუნველყოფის წილის თანდათანობითი შემცირება. ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების სრული ლიკვიდაცია, მისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეუძლებელია უახლესი 50 წლის განმავლობაში მაინც, ეინაიდან ამისთვის საუკუნეთა განმავლობაში ჩამოყალიბებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების პრინციპების არსებითი შეცვლაა საჭირო და როგორც განვითარებული სახელმწიფოების გამოცდილება გვიჩვენებს, შეზღუდული ფორმით ყველგან არსებობს, მაგრამ, რა თქმა უნდა, არა იმ მასშტაბებით, როგორითაც ჩვენთან.

პირველ ეტაპზე ჩასაგარებელ სამუშაოთა ძირითადი მიმართულებანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

1. არსებული სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა;
2. სამართლებრივი ბაზის სრული ამოქმედება და მის დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის გაძლიერება;
3. დარგში მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციის ეკონომიკური მოტივაციის გაძლიერება;
4. დარგში აღრიცხვა-ანგარიშგების სისტემის სრულყოფა და მისი შესრულების ადმინისტრირება;
5. კორუფციის შესაძლებლობების მინიმიზაცია საკვანძო საკითხებზე გადაწყვეტილებების მიღების სუბიექტურობის მაქსიმალური შეზღუდვითა და გადაწყვეტილების მომზადებისა და მიღების მთელი პროცესის საჯაროობის გაზრდის გზით;
6. დარგის დაფინანსების მექანიზმებისა და მოდელების არსებითი გადასინჯვა მათი სრულყოფის მიზნით;
7. დარგში აკუმულირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაცია, გამოთავისუფლებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და კომპენსირების ოპტიმალური სისტემების ამოქმედება;
8. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სფეროში სახელმწიფოებრივი უზრუნველყოფის სექტორტის შერჩევის კრიტერიუმებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრა და მათი განხილვა-დამტკიცება, საჯაროობის პირობებში;
9. სამედიცინო დაზღვევის ეფექტიანობის ამაღლება და ნებაყოფლობითი (კერძო) სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციების შექმნისა და განვითარებისათვის ხელშეწყობა;
10. ფარული ჯანდაცვითი ეკონომიკური ურთიერთობებისადმი (როგორც ნაკლებად სანდოა და არაგარანტირებულისადმი) საზოგადოების შეურიგებლობის ფორმირება;

11. დარგში მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების უწყვეტა სისტემის ჩამოყალიბება დროსა და სივრცეში.

გემოჩამოთელილ მიმართულებათა განხორციელებამ უნდა უზრუნველყოს რეალიზაცია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკისა, რომელიც ერთიანი პოლიტიკის უმთავრესი პრინციპებიდან და მოთხოვნებიდან უნდა გამომდინარეობდეს.

ჯანდაცვის სფეროში შექმნილი მდგომარეობის გამოსწორება შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ:

- გაიზრდება სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილი და/ან სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებადი ფინანსური ასიგნებანი მოსახლეობის ჯანდაცვითი ღონისძიებების დასაფინანსებლად. შესაბამისად გაიზრდება სახელმწიფო სახსრების ხვედრითი წილიც მთელს ჯანდაცვაში. დასახული მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება, თუ დღევანდელი 13% -ის ნაცვლად სახელმწიფო სახსრების ხვედრითი წილი იქნება 50% მაინც;
- დაბალანსდება სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (საავადმყოფო, ექიმი, ექთანი, აფთიაქი და ა. შ.) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობა. ანუ არსებული სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო რესურსები შესაბამისობაში მოვა მოსახლეობის ჯანდაცვის მოთხოვნებთან;
- განხორციელდება სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის კონტროლი, რაც შესაძლებელს გახდის სამედიცინო ბაზარზე მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის დარეგულირებას ისე, რომ ზღვრული მოგება განისაზღვროს სახელმწიფო საკანონმდებლო დონეზე;
- სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებში აკუმულირდება სამედიცინო მომსახურებისათვის მოსახლეობის მიერ

გაღებული თანხა. ეს ხელს შეუწყობს ნორმალური საბაზრო- /საკონტრაქტო ურთიერთობების ჩამოყალიბებას ჯანდაცვის დაფინანსებლებსა და ჯანდაცვის მომსახურების შემსრულებელთა შორის. ამ ურთიერთობაში სახელმწიფო შეინარჩუნებს მარეგულირებელ და მაკონტროლებელ ფუნქციას, რომელაც დაეფუძნება საქართველოს მოსახლეობის ინტერესებს და მიმართული იქნება მათ დასაცავად. ეს მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება, თუ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ხვედრითი წილი ეროვნული ჯანდაცვის დაფინანსებაში 35-40% -ს მიაღწევს.

დასახული მიზნების მისაღწევად აუცილებელია შემდეგი კონკრეტული ღონისძიებების ვაგარება:

1. გაიზარდოს სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილ ან სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებად ფინანსურ ასიგნებათა მოცულობა მოსახლეობის ჯანდაცვის დასაფინანსებლად.

აღნიშნული ღონისძიებები ითვალისწინებს ორ ძირითად მიმართულებას:

ა) სახელმწიფოს დღევანდელი მწირი ფინანსური რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას;

ბ) დამატებითი ფინანსური რეზერვების იდენტიფიცირებას. არსებული რესურსების ოპტიმალურად გამოყენების მიზნით აუცილებელია:

- ბიუჯეტში დეკლარირებული პასუხისმგებლობების შესრულება, რაც დაახლოებით ორჯერ გაზრდის ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გაღებულ თანხას. ჯანდაცვის სფეროს სრულად დაფინანსება უნდა გახდეს არა მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, არამედ ზოგადსახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი;

- ადგილობრივ საკრებულოებთან და სამხარეო

ადმინისტრაციებთან მუშაობის გააქტიურება, რათა ამაღლდეს მათი პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანდაცვაზე და გაიზარდოს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების მოცულობა კანონით დადგენილ მინიმალურ ოდენობამდე (2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე);

- ცენტრალური ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ჯანდაცვის ხარჯები, რომელიც დღეს 8 სახელმწიფო უწყებასა და სამინისტროს შორის არის განაწილებული, უნდა გაერთიანდეს და მის ხარჯვაზე პასუხისმგებლობა დაეკისროს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას, რომელიც სამედიცინო მომსახურებას დააფინანსებს სადაზღვევო პრინციპით.

დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზაციის მიზნით აუცილებელია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- კანონმდებლობით განისაზღვროს არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა ჯანდაცვის სავალდებულო სადაზღვევო გადასახდელის მოცულობა და გადახდის წესი;

- ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციაზე (საწვავი, სიგარეტი, ალკოჰოლური სასმელი და ა.შ.) დაწესებული აქციზის ღირებულების ნაწილი აკუმულირდეს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ანგარიშზე.

2. დაბალანსდეს სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (საავადმყოფოები, ექიმები, ექთნები) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობა.

საქართველო ერთ სულ მოსახლეზე ექიმების, ექთნებისა და საწოლების რაოდენობით ერთ-ერთი პირველია მსოფლიოში. ქვეყანაში ამ რესურსების სიუხვესთან ერთად, აღინიშნება არათანაბარი განაწილება ანუ რესურსები ძირითადად თავმოყრილია თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში. ქვეყანაში არის რეგიონები და რაიონები, სადაც ამგვარი რესურსის მწვავე ნაკლებობაა, რაც მოსახლეობას უქმნის ჯანდაცვის

მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემებს. ერთის მხრივ, ჭარბი რესურსი და მეორეს მხრივ მისი არათანაბარი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით, ქმნის ვარკვეულ უთანასწორობას ქვეყნის მოსახლეობას შორის.

პრობლემა კიდევ უფრო მძაფრი ხდება, როდესაც ძირითადი სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლები აკუმულირებულნია საავადმყოფოს ქსელში, პირველადი ჯანდაცვის ქსელი კი განიცდის ადამიანური რესურსებისა და მაგერიალურ-გექსიკური ბაზის ნაკლებობას.

ამდენად, მნიშვნელოვანი ხდება შემდეგი ღონისძიებების გაგარება:

- შემცირდეს საწოლთა ფონდი საავადმყოფოთა ქსელის ობტიმიზაციის მეშვეობით. შრომის, ჯანშროთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უცხოელი ექსპერტების დანშარებით შეიმუშავა ქვეყნის საავადმყოფოთა ქსელის ობტიმიზაციის გეგმა, რომლის განხორციელებისათვის საჭიროა ადგილობრივი და ცენტრალური აღმასრულებელი სტრუქტურების ერთობლივი მუშაობა;

- შემცირდეს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა საბენსიო ასაკს მიღწეული და არაკვალიფიციური პერსონალის ხარჯზე. ამ ღონისძიების გატარებისას აუცილებლად განისაზღვროს და შეიქმნას განთავისუფლებულ მუშა-მოსამსახურეთა სოციალური დაცვის მექანიზმი;

- სახელმწიფოს მიერ დეფიციტური რაიონებისა და რეგიონების (ძირითადად მთიანის) პროიორიტიკული დაფინანსების გზით ექიმებისა და ექთნებისათვის შეიქმნას ქვეყნის მასშტაბით მომსახურების რესურსის თანაბარი გადანაწილების მოტივაცია. ეს აღმოფხვრის ამჟამინდელ უთანასწორობას და კადრების შემცირების პროცესს ნაკლებად მტკივნეულს გახდის;

- პირველადი ჯანდაცვის რგოლი აღიარებულ იქნეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტად და

სახელმწიფო რესურსები ჰოსპიტალური ქსელიდან გადანაწილდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პირველადი ჯანდაცვის სასარგებლოდ;

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და განათლების სამინისტრომ ერთობლივად უნდა განსაზღვრონ სამედიცინო კადრების (ექიმები, ექთნები და დამხმარე პერსონალი) მომზადების წლიური მოცულობა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული სამედიცინო ბაზარზე ჭარბი კადრების დაგროვება.

ამ ღონისძიებების გატარება შესაძლებელი იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო დაფინანსების წილი გახდება მნიშვნელოვანი და საკმარისი ბიუჯეტირებისათვის.

3. განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაცოლოგიური პრეპარატების ფასის კონტროლი.

დღევანდელ სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების ფასწარმოქმნის პროცესი ორგვარია. ერთი – სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ჩამოყალიბებული ფასების სისტემა, რომელიც სახელმწიფო რესურსების ნაკლებობის გამო გაცილებით დაბალია თვითღირებულებაზე და მეორე – შიგა სტანდარტებით ფორმირებული ფასი, რომელიც საბაზროდ შეიძლება ჩაითვალოს. სამედიცინო მომსახურების ფასების კონტროლი ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამებისა და საბაზრო ფასების დაახლოებას.

ამავე დროს, მსოფლიოში არსებული გამოცდილებიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ გექნოლოგიური პროგრესის კვალობაზე განუხრელად გაიზრდება მომსახურების ფასი. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია სახელმწიფოს მკაცრი მარეგულირებელი როლის დაკანონება მაღალტექნოლოგიურ ინვესტიციებზე, რათა მოხერხდეს მომსახურების ფასის მაგებისა და ქვეყნის ეკონომიკის მრდის დაბალანსება.

ფარმაცოლოგიური პრეპარატების ბაზარზე ფასის კონტროლი გულისხმობს ზღვრული მოცულის ღონის დადგენას და არაეხენციურ პრეპარატებზე შედარებით მაღალი საგადასახადო გარიჟის დაწესებას. ასეთი მიდგომით შესაძლებელი გახდება აღნიშნული სახის პრეპარატებზე შედარებით დაბალი ფასების დაწესება და ამ გზით მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. მაღალტექნოლოგიური

პრეპარატებისათვის კი ბაზარზე შეიქმნება პენეტრაციის ბარიერი, რომელიც დაარეგულირებს ფარმაკოლოგიური პროდუქციის ფასების ინფლაციის პროცესს. ამ ღონისძიებების გარდაუვალი წინაპირობაა სახელმწიფოს მიერ ესენციური წამლების სიის სისტემატური გადასინჯვა და მეცნიერულ-ტექნოლოგიური პროგრესის კვალობაზე სათანადო (და ქვეყნისათვის მისაღები) ცვლილებების შეტანა.

ამავე დროს, ხელსაყრელი პირობები უნდა შეექმნას ადგილობრივი ფარმაკოლოგიური მრეწველობის განვითარებას, რომ შესაძლებელი გახდეს უფრო ნაკლებ ფასში მომარაგდეს საქართველოს ბაზარი საჭირო მედიკამენტებით.

ამ ღონისძიებების გატარების ეფექტურობა დამოკიდებულია სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტის, საგადასახადო სამსახურის, საბაჟოსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივ მუშაობაზე. კერძოდ, მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი მედიკამენტების კონგრახანდული იმპორტი, სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტმა აკონტროლოს საყალო და საბითუმო სავაჭრო ობიექტების მოგების მოცულობა და შედეგების შესახებ რეგულარულად მიაწოდოს ინფორმაცია კომპეტენტურ საგადასახადო და ჯანდაცვის სამსახურებს.

ერთის მხრივ, სამედიცინო მომსახურებაზე სახელმწიფო და საბაზრო ფასების მიახლოება და მეორეს მხრივ, ფარმაკოლოგიური პრეპარატების რეალიზაციის შედეგად მიღებული მოგების ზღვრული ღონის დადგენა სახელმწიფოს საშუალებას მისცემს გადაანაწილოს შიგა ფინანსური და შრომითი რესურსები ისე, რომ ზარალი არ მიაყენოს მოსახლეობის მომსახურების ხარისხსა და მოცულობას.

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა კანონმდებლობით განისაზღვროს სამედიცინო მომსახურების სამართალსუბიექტები, რომლებიც სპეციფიკური საქმიანობის იურიდიულ პირად უნდა ჩამოყალიბდნენ. ამის საფუძველს იძლევა “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონის მეექვსე თავი, რომელიც არსებითი გადამუშავების შემდეგ შეიძლება დაედოს საფუძვლად სამედიცინო დაწესებულების ჩამოყალიბებას არასარფიანი საქმიანობის სამართალსუბიექტად, რისთვისაც შესაბამისი ცვლილებები უნდა შევიდეს სამოქალაქო სამართლის კოდექსში.

შემდეგში, ამგვარი გიპის სამართალსუბიექტებისათვის ცალკე უნდა შემუშავდეს ლიცენზირებისა და საგადასახადო რეჟიმი, რაც მოგვეცემს საშუალებას, ერთის მხრივ, გაჩნდეს რეალური მოტივაცია

არაფორმალური (ჩრდილოვანი) ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციისათვის და მეორეს მხრივ, უზრუნველყოს სახელმწიფო დარეგულირების ქმედითი მექანიზმების ამუშავება ეკონომიკის განცალკევებულ სეგმენტში. უფლებათა დაკონკრეტებას თან უნდა სდევდეს მოვალეობათა და პასუხისმგებლობათა დაკონკრეტებაც (არა მარტო ეკონომიკურის, არამედ ცალკეულ შემთხვევაში სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაც).

ამ პროგრამის განხორციელების სამართლებრივი და ეკონომიკური ბაზის შექმნა პირველი რიგის ამოცანაა, რომლის გადაჭრისათვის ოპერატიულად უნდა იმუშაონ წამყვანმა ექსპერტებმა იურიდიული და ეკონომიკური მიმართულებით.

აუცილებელია მოსახლეობის მთელი სამედიცინო და ფარმაცევტული მომსახურების ფასების მკაცრი რეგლამენტაცია სახელმწიფოს მიერ რეგულირების ზღვრული ნორმების დაწესებიდან ფასების ფიქსირების დონემდე. ამგვარი ღონისძიებების გასატარებლად აუცილებელია, ერთის მხრივ, დიდი და შრომატევადი სამუშაოების შესრულება რეგლამენტაციის სფეროში და მეორეს მხრივ, კარგად ორგანიზებული და კორუფციისაგან დაუკული სახელმწიფო შედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბება.

მიზანშეწონილია პირველსავე ეტაპზე რეგლამენტირებული იყოს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტების (განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმებისა) შემოსავლები და ხარჯები ძირითადი პარამეტრების მიხედვით (მუშაკთა რიცხვიანობა, გამოყენებული "საწარმოო სიმძლავრეები", შრომის ანაზღაურების ფორმები და ზომები, აუცილებელი გადასახდელების გადახდის მიმდინარეობა, ამორტიზაციის ანარიცხების დაგროვება და მათი ფორმირება ინვესტიციურ კაპიტალად და სხვ.). ყოველივე ეს სავალდებულო სალიცენზიო პირობა უნდა გახდეს, რათა აღიკვეთოს ლიცენზიის გარეშე ფუნქციონირება.

პირველსავე ეტაპზე ეს მექანიზმები უნდა ამოქმედდეს მთელს ფარმაცევტულ სექტორში და სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე მსხვილ სამედიცინო დაწესებულებებში.

უახლოეს მომავალში, როცა შესაძლებელი გახდება არაფორმალური ეკონომიკის მასშტაბებისა და ხვედრითი წილის შემცირება, ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხი იქნება ფორმალური სექტორის განვითარებისას მყარი

პრიორიტეტების გამოკვეთა.

საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ამჟამად უმთავრესი პრიორიტეტია მასობრივი პროფილაქტიკური ღონისძიებებისა და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების წინმსწრები ტექნოლოგიური უზრუნველყოფა, სოციალურად საშიში დაავადებების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის არეალის გაფართოება და სამედიცინო დახმარების საბაზისო კალათაში მისი ხვედრითი წილის გაზრდა, აგრეთვე მაღალტექნოლოგიური მეოთხეული ჯანდაცვის სწრაფი განვითარება დარგში აკუმულირებული შრომითი და მატერიალური რესურსების რაოდენობის მკვეთრი შემცირებისა და ხარისხის ზრდის პირობებში.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიის სამუშაოთა მიმართულებანი

სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მუშაობის წარმართვას შემდეგი მიმართულებებით:

- 1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთიანი სახელმწიფოებრივი მართვის მოდელის შემუშავება, დანერგვა და ამოქმედება (ფუნქციების გამიჯვნა ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეებზე, კოორდინაციისა და უკუკავშირის ორგანიზაცია):**
 - ა) სამედიცინო-სოციალური დაზღვევის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება;**

- ბ) ფინანსური უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის ფორმირება;
- გ) რესურსების ოპტიმიზაციის პროცესის გააქტიურება;
- დ) მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვისა და უზრუნველყოფის სისტემის შექმნა;
- ე) სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედიცინის მუშაკთა ლიცენზირება, სერტიფიცირება და რეგისტრაცია;
- ვ) სამედიცინო-სოციალური ინფორმაციის ერთიანი სისტემის შექმნა;

საქართველოში ჩატარებული
გამოკვლევები

- 8) მედიცინის
მეცნიერებათა
განვითარება

მოსახლეობის აყადობის შესახებ
ახალი ინფორმაციის მოპოვება,
ანალიზი, პროგნოზირება; საშუალოდ,
პრობლემატიკური ღონისძიებების
შეშუშავება და დანერგვა

- თ) სამედიცინო განათლების ერთიანი, უწყვეტი სისტემის ფორმირება;
- ი) პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელების ერთიანი სისტემის შექმნა (ინფორმაცია, კოორდინაცია);
- კ) ინტერსექტორული (დარგთაშორისი) საქმიანობის კოორდინაცია ჯანმრთელობის სფეროში (დუბლირებისა და "თეთრი ლაქების" გამორიცხვა).

2. სამედიცინო-სოციალური დაზღვევის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება:

- ა) სამედიცინო-სოციალური დაზღვევის რეესტრის შემუშავება და კონტროლი:
 - სადაზღვევო პროგრამების რეგისტრაცია;
 - სადაზღვევო პროგრამების მომზადება და მისი საჯაროდ გაყიდვა;
 - სადაზღვევო პროგრამების განხორციელების სამოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი მუდამხედველობა.
- ბ) სადაზღვევო შესაგანის ამოღების შესახებ კანონმდებლობის სრულყოფა; სადაზღვევო შესაგანების ამოღების

ორგანიზაცია, სამედიცინო საღაბღვეეო ბანკის შექმნა:

- საღაბღვეეო შესაგანების ამოღების აგენტთა ქსელისა და ინფორმაციული ბაზის შექმნა;

- ხარჯების დაფარეაში წილობრივი მონაწილეობის უზრუნველყოფა .

ე) სამედიცინო-საღაბღვეეო ბაზრის სისტემაგური შესწავლა და შედეგების საფუძველზე მნიშვნელოვანი რეკომენდაციების შემუშავება, მათი რეალიზაცია საღაბღვეეო კომპანიებს შორის პერიოდული მარკეტინგული ბიულეტენ-ცნობარის, წილობრივად დაფინანსებული გამოკვლევების ან კერძო შეკვეთის სახით.

- ახალი სახის მომსახურებაზე მოთხოვნის შესწავლა და შემსრულებლისათვის ("მწარმოებლებისათვის") უასიანი შეთავაზება (სამედიცინო მომსახურების მიმღების რეგისტრაცია).

3. ფინანსური უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის ფორმირება.

1 ეტაპზე მიმანშეწონილად მიგეაჩნია:

ა) არსებული, შემოსული და გასული ფინანსური რესურსების შესახებ მონაცემთა უცუარი საინფორმაციო ბანკის შექმნა:

- სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური რესურსების ლეგალიზაცია;

- სამედიცინო-საღაბღვეეო დაწესებულებათა ფინანსური რესურსების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება (თავდაპირველად ფაქტობრივი მონაცემებისა, შემდეგ აღნიშნული მონაცემების პროგნოზი);

ბ) ჯანდაცვის სფეროში შემოსაღები გადასახადების, გადასახდელებისა და შესაგანების, აგრეთვე შემოწირულობებისა და ინვესტიციების მიღების სამართლებრივი უზრუნველყოფა;

გ) "ბ" პუნქტში ჩამოთვლილი წყაროებიდან სახსრების ამოღების ორგანიზაცია:

- გადასახადის რეგისტრაცია;

- გადასახდელის რეგისტრაცია;

- გადახდის შედარებითი ანალიზი პროგნოზულ მონაცემებთან,

სხვა გადასახადებთან;

- ინსპექტირება;
- გადამსდელებზე შემოქმედება ეკონომიკური და სამართლებრივი სანქციების აქტიური გამოყენებით.

დ). სხვადასხვა მიმართულების ფონდის დაფუძნება:

- ჯანდაცვის ხელშეწყობის;
- რეაბილიტაციის;
- მედიკოსთა სოციალური უზრუნველყოფის, კომპენსაციისა და სოციალური ღაცვის;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ნებაყოფლობითი საინვესტიციო ფონდისა, რომელიც ორი მიმართულებით უნდა დაიხარჯოს - საერთო რაოდენობის 30% ოპერატიულ ფინანსურ დახმარებაზე, სტრატეგიული საინვესტიციო პროექტების დაფინანსებაზე; 15% ფინანსური რეზერვი; 5% სხვა ხარჯებისათვის.

II ეტაპი

II ეტაპზე უნდა შეიქმნას ერთიანი კომერციული ბანკი, რომელიც შეკრავს სისტემას.

III ეტაპი

ამ ეტაპზე საჭიროა ჯანდაცვიდან ბიუჯეტში შეტანილი სახსრების მობილიზაცია და მის ნაწილზე პრეტენზიის გამოცხადება სასელმწიფო ვალდებულებათა ანგარიშში.

ყოველივე ამის ორგანიზება შესაძლებელია: სასელმწიფო (სამინისტროს) და არასახელმწიფო (სადაზღვევო კომპანიების) სამედიცინო დაწესებულებების, ასოციაციების, ძალებისა და საშუალებების კონცენტრაციით.

თავი XXII

გლოსარიუმი - ტერმინები და განმარტებები

ზოგადი ტერმინები.....	402
ჯანმრთელობა, მასთან დაკავშირებული ტერმინები.....	411
ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები და ფაქტორები.....	415
ჯანდაცვა.....	418
ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები.....	418
ქსელი.....	432
კადრები.....	436
სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში.....	437
სამედიცინო დახმარების ორგანიზება.....	438
ჯანდაცვის ეკონომიკა.....	443
ზოგადი ცნებები.....	446
დანანარჯი.....	448
ეფექტურობა.....	452
დაზღვევა.....	456
სამედიცინო დახმარების ხარისხი.....	463
ხარისხის შეფასება.....	465
ხარისხის სტანდარტები.....	468

ზოგადი ტერმინები

გლოსარიუმი - *glossary* - глоссарий - რაიმე ტექსტზე ღართული ტერმინებისა და ცნებების გარკვეული სახით დალაგებული, სისტემატიზებული ლექსიკონი.

მთლიანი შიგა პროდუქტი - *gross domestic product (GDP)* - валовой внутренний продукт - სახალხო მეურნეობის განვითარების ტემპისა და ღონის განმამოგადებელი მაჩვენებელი. ასახავს საზოგადოების მიერ დროის გარკვეულ მონაკვეთში (მაგალითად, ერთი წლის განმავლობაში) მაგერიალური წარმოების ყველა დარგში შექმნილი ღირებულების ღირებულებას.

მთლიანი ეროვნული პროდუქტი - *gross national product (GNP)* - валовой национальный продукт - შიგა პროდუქტი, შეესებული საგარეო ვაჭრობითა და საერთაშორისო საქმიანობით მიღებული დამატებითი შემოსავლებით.

უფლებამოსილება - *authority* - полномочия - ძალაუფლება და პასუხისმგებლობა, რომ მიიღოს გადაწყვეტილება, ან აკონტროლოს სხვათა ქმედებები; გადაწყვეტილების მიღების უფლება.

ავტოკრატიული ხელმძღვანელობა - *autocratic leadership* - авторитарное управление - ხელმძღვანელობის სტილი, რომელიც დაფუძნებულია უფლებამოსილებაზე და ბრძანებათა გაცემაზე. ავტოკრატიული ხელმძღვანელობა გულისხმობს კონსტიტუციების სიმცირეს ან მათ საერთოდ არქონას და ორიენტირებულია უფრო ამოცანებზე, ვიდრე ხალხზე. იხ. აგრეთვე *charismatic leadership* (ქარიზმატიული ხელმძღვანელობა) და *democratic leadership* (დემოკრატიული ხელმძღვანელობა).

რეფორმა - *reform* - реформа - გარდაქმნა, შეცვლა რაიმესი; მყარი, დინამიკური, მიზანმიმართული პროცესი, რომელსაც მოსდევს სისტემური სტრუქტურული ცვლილებები.

ავტორიტეტული ლიდერი - *opinion leader* - авторитетный лидер - ხელმძღვანელი, რომელიც თავისი პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევების, იდეებისა და ქცევის გამო ფართოდაა აღიარებული და სამაგალითოა ხელქვეითებისათვის, ამასთანავე აქვს უნარი, მართოს შესაბამისი ჯგუფის საქმიანობა.

სახელმწიფოთაშორისი ორგანიზაცია - *intergovernmental organization* – межправительственная организация - სახელმწიფოთა შორის შეთანხმების საფუძველზე შექმნილი ორგანიზაცია, რომელიც ამ ქვეყნების ძალისხმევას წარმართავს საერთო მიზნების მისაღწევად შეთანხმებით გათვალისწინებულ სფეროში. მაგალითად, ასეთი ორგანიზაციებია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო), ევროპის საბჭო, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია (ეუთო), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სხვა სპეციალიზებული სააგენტოები.

არასამთავრობო ორგანიზაცია - *non-governmental organization* – неправительственная организация - დამოუკიდებელი არასახელმწიფოებრივი ან საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს იურიდიული პირის სტატუსი. ასეთი ორგანიზაციები შეიძლება იყოს როგორც კომერციული, ასევე არაკომერციული (არამომგებიანი, არასარუიანი).

ერგონომიკა - *ergonomics* – эргономика – მეცნიერება ის დარგი, რომლის მიზანია შექმნას ოპტიმალური სისტემა “ადამიანი - მანქანა” – ბიოლოგიის, ფიზიოლოგიისა და ტექნიკურ მეცნიერებათა თანამედროვე მიღწევების დახმარებით, გამოიყენოს შრომისა და ყოფაცხოვრების ყველაზე კომფორტული პირობები; შეიქმნა 40-იანი წლების დამდეგს ინგლისში.

კრიტერიუმი - *criterion* – критерий - (ბერძნ. – მსჯელობის, გადაწყვეტის საშუალება) – ნიშან-თვისება ან წესი, რის საფუძველზეც ხდება შეფასება, განსაზღვრა ან კლასიფიკაცია; ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია განხილულ იქნეს, როგორც მიზნის მიღწევის ან ხარისხის შეფასების სტანდარტი.

მაჩვენებელი - *rate* – показатель - რაოდენობრივად გაზოსახული განსაზღვრული თვისება, ერთობლიობის ან მისი ნაწილის ხარისხი. განასხვავებენ **აბსოლუტურ** (შესასწავლი მოვლენის, ობიექტის, პროცესის მოცულობის, სიდიდის სახით) და **ფარდობით** (ფარდობითი რიცხვების სახით, რომელიც ასახავს განსაზღვრული რაოდენობის მნიშვნელობას სხვა რაოდენობასთან შედარებით) მაჩვენებლებს. მაჩვენებელი შეიძლება იყოს: **ექსტენსიური** (გამოსახული წილობრივი სახით), **ინტენსიური** (ერთობლიობაზე, მაგალითად, მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით), **თვალსაჩინოებითი** (დინამიკის შესაფასებლად, როცა რომელიმე

წლის მაჩვენებელი მიჩნეულია ერთეულად ან 100%-ად და შემდეგ გამოითვლება საბაზო წლიდან); მაჩვენებლების მიხედვით შეიძლება წარმოდგენა ვიქონიოთ რაიმე მოვლენის ან პროცესის ვითარება-მდგომარეობაზე.

ინდექსი - *index* - индекс - შეფარდებითი ციფრობრივი მაჩვენებელი, რომელიც პროცენტობით ასახავს რაიმე ეკონომიკური მოვლენის თანმიმდევრულ ცვალებადობას (მოცუპული მოვლენის დონეს მისსავე დონესთან წარსულში ან საფუძვლად მიღებული ანალოგიური მოვლენის დონესთან). მაგალითად, მიმდინარე ეკონომიკური და ფინანსური მდგომარეობა ან საქმიანობის ხარისხობრივი დონე საანგარიშვებო წელთან, წინა წელთან ან დროის სხვა მონაკვეთთან მიმართებაში; ფასების ინდექსი; ხელფასის ინდექსი და ა.შ.).

თავდაპირველი დონე - *baseline* - *изначальный уровень* - მონაკემები გასაზომი ან შესაფასებელი მოვლენის ან ვითარების საწყისი დონის შესახებ. გამოიყენება ექსპერიმენტული ჩარევისა ან გარემო ფაქტორების გემოქმედების შედეგად მიღებული მონაკემების შესადარებლად. ჩვეულებრივ, საწყისი დონე და შემდგომი შედეგები ეხება ერთი და იმავე ობიექტს (პროცესს, მოვლენას, სისტემას).

სისტემა - *system* - *система* - ურთიერთმომქმედი ელემენტების (ობიექტების, პროცესების, მოვლენების, ქვესისტემების) მოწესრიგებული ერთობლიობა, რომელიც მათ შორის დაძყარებული ურთიერთობებით, და ერთობლივი ძალისხმევით ცდილობს მიაღწიოს სისტემის მიზნებს; ერთმანეთთან დაკავშირებული ზოგი ორგანიზაციისა (მაგალითად, ჯანდაცვის) ან საქმიანობის სახეებისა და ბუნებიდან გამომდინარე - კუთვნილებისამებრ გაწეული მომსახურების ანაზღაურების მეთოდის მიხედვით. გერმინი “სისტემა” ხშირად ასახავს მარგანიზებელ, კონცეპტუალურ სტრუქტურას, რომელიც შესაძლებელია არ გარდაიქმნას ფუნქციურ სტრუქტურად. ერთობლიობა პრინციპებისა, რომელიც რაიმე მოძღვრების საფუძველს წარმოადგენს; დაჯგუფება, კვალიფიკაცია; სტრუქტურა, მთლიანობა, რომელიც შედგება ერთმანეთთან კანონზომიერად დაკავშირებული ნაწილებისაგან. მაგ., მზის სისტემა, ნერვული სისტემა; რისამე მოწყობის, ორგანიზაციის ფორმა, წესი; ორგანიზაციულად გაერთიანებულ წარმოებათა, დაწესებულებათა სისტემა.

მიზანი - goal - цель - მომავალში განსახორციელებელი პირობა ან განზრახვა. მიზნის მიღწევას გაცილებით მეტი დრო (თუ ის საერთოდ განსაზღვრულია) ესაჭიროება, ვიდრე ამოცანის გადაწყვეტას. ამდენად, მიზნის განხორციელების პროცესი გაცილებით ხანგრძლივია (უმეტესად მოიცავს არასაკლებ ერთ წელს).

ამოცანა - objective - задача - ობიექტის (მოვლენის, პროცესის, სისტემის) განზომილებადი დონე ან მდგომარეობა, რომელსაც მიზნის მიღწევის ყველა ეტაპზე გააჩნია შესაბამისი დასაბუთება და დროებითი შეზღუდვები. ამ დონისა თუ მდგომარეობის მისაღწევად გამოყენებულია შესაბამისი ქმედებანი და რესურსები.

სისტემის პრიორიტეტები - system priorities - приоритеты системы - პირველხარისხოვანი ამოცანების (მიმართულებების, პრობლემების) მეცნიერულად დასაბუთებული ჩამონათვალი, რომელიც გამომდინარეობს სისტემის მოდელიდან და მიზნებიდან და შეესაბამება განსაზღვრულ რესურსებს. პრიორიტეტები შეიძლება იყოს სისტემური, ეტაპობრივი, გერიგორიული და სხვ.

კონცეფცია - concept - концепция - დასაბუთებულ შეხედულებათა ერთობლიობა, რომელიც შეთანხმების საფუძველზე განსაზღვრავს მოსალოდნელ ცვლილებებს ჯანდაცვის სისტემაში.

სისტემის კონცეფცია - concept of system - концепция системы - დასაბუთებული შეხედულებების ერთობლიობა კონკრეტული სისტემის მოდელის შესახებ; შეესაბამება ზოგად პრიორიტეტულ მიმართულებებსა და დონისძიებებს, რომელიც მიმართულია ამ მოდელის რეალიზაციისაკენ. როგორც წესი, კონცეფციის რეალიზაცია ხდება პროგრამის სახით.

დაბანდება - input - вложение - მიზანმიმართული რესურსების საერთო მოცულობა სისტემის ფუნქციონირებისათვის და სასურველი მიზნის მისაღწევად. ძირითადი შენაგანებია შეიცავს კადრებს, ფინანსურ, მაგერიალურ-ტექნიკურ, ინფორმაციულ, ინტელექტურ და დროებით რესურსებს.

მოდელი - model - модель - თეორიული სტრუქტურა, რომელიც ასახავს ურთიერთობებს-სხვადასხვა სტრუქტურულ ელემენტებს ან პროცესებს შორის. ზოგადად ეს საკვლევი ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) პირობით სახეს წარმოადგენს. არჩევენ სტატიკურ, დინამიკურ, მარტივ, რთულ, მათემატიკურ, კონცეპტუალურ, ლოგიკურ, გრაფიკულ, ფიზიკურ, პროგნოზულ და

სვ. მოდელებს. მოდელის სიზუსტე განისაზღვრება მისი მიახლოების ხარისხით რეალურთან.

მოდელირება - *modeling* – моделирование - მოდელის შექმნის, რეალიზაციის, კვლევის პროცესი, ეფუძნება ემპირიულ დასაბუთებებს ან თეორიულ შრომებს, რომელსაც აქვს განსხვავებული დროითი ინტერვალი (მოკლე, საშუალო, გრძელვადიანი). რაიმე ობიექტის მახასიათებლების კვლავწარმოება მათი შესწავლის მიზნით სპეციალურად შექმნილ სხვა ობიექტში.

მონიტორინგი - *monitoring* – мониторинг - მიზანმიმართული ქმედება, რომელიც მოიცავს პერმანენტულ დაკვირვებას, ანალიზს, შეუასებას, პროგნოზს ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) მდგომარეობის შესახებ; დაკვირვების ანალიტიკური სისტემა; რაიმე პროცესზე მუდმივი მეთვალყურება სასურველი შედეგის მისაღწევად ან საწყისი წინადადებისადმი მისი შესაბამისობის გამოსავლენად.

პლურალური სისტემა - *pluralistic system* – плюралистическая система - სისტემა, რომელიც ეფუძნება ყველა დაინტერესებული მხარის შეხედულებების გათვალისწინებას. გულისხმობს ყველა შეხედულების თანასწორუფლებიანობასა და მეცნიერულად დასაბუთებულ არჩევანს აზრთა სხვადასხვაობის დროს.

მართვა - *management* – управление - მიზნების განსაზღვრისა და განხორციელების პროცესი. მოიცავს დაგეგმვასა და ღონისძიებათა განხორციელების შეუასებას. შეიძლება აგრეთვე გულისხმობდეს დასახული მიზნების განსახორციელებლად ორგანიზაციის მიზანმიმართული საქმიანობის ხელმძღვანელობას ერთი პირის ან პირთა ჯგუფის მიერ.

მართვის სისტემა - *management system* – система управления - ადმინისტრაციული რგოლების ერთობლიობა, რომელსაც მინიჭებული აქვს განსაზღვრული მმართველობითი უფლებები. მისი პრინციპული სქემა მოიცავს მართვის სუბიექტისა და ობიექტის მიზანმიმართულ ქმედებებსა და უკუკავშირს.

მმართველი - *management, decision-maker* – управляющий - ხელმძღვანელი პირი, რომელიც უფლებამოსილია განაგოს მართვის ობიექტი და მიიღოს გადაწყვეტილება ამ ობიექტზე მმართველობითი ზემოქმედების მიზნით.

მართვის მეთოდები - *management techniques* – методы управления - მიზნის მიღწევის საშუალება. გარკვეული სახით მოწესრიგებული მოქმედება; მართვის სისტემური პროცედურების დაგეგმვა და კონტროლი, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მართვისას წამოჭრილი ყველა პრობლემის გადასაწყვეტად. მართვის მეთოდიკა მოიცავს სხვადასხვა მეთოდის ფართო სპექტრს: კონტროლს, დანახარჯებისა და შედეგების ანალიზს, დანახარჯთა ეფექტურობის ანალიზს, მმართველობის აღრიცხვას, ქსელურ ანალიზს, მუშაობის ხარისხის შეფასებას და ა.შ.

მართვის პროცესი - *management process* – процесс управления - ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოიცავს შემდეგ ღონისძიებებს:

1. მართვის ობიექტისა და მასზე მოქმედი გარე ფაქტორების შესწავლას. არსებული და შესაძლო პრობლემების გამოკვლევას;
2. პრობლემათა დადგენას, რათა შეუასებულ იქნეს მათი შესაძლო შემოქმედება მართვის პროცესსა და ამოცანათა განსაზღვრაზე;
3. მიზნის მიღწევის სხვა საშუალებათა შესწავლას, მათ რანჟირებას სარგებლიანობის მიხედვით;
4. რესურსების (მაგერიალურის, საკადროს, ფინანსურის) განსაზღვრას არჩეული საშუალებების გამოსაყენებლად;
5. ორგანიზაციების, ცალკეულ პირთა და ჯგუფების ამოცანათა განსაზღვრას, არსებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების ეფექტიანად გამოყენების მიზნით;
6. ცოდნის გავრცელებას, ჩვევების განმტკიცებას;
7. ადეკვატური გადაწყვეტილებების მიღებას, მათ შორის პერსპექტივის განსაზღვრის შესახებ;
8. გადაწყვეტილებების დაყვანას შემსრულებლამდე;
9. პროცესში მონაწილეთა შესაძლებლობების კონცენტრაციას დასახული მიზნების მისაღწევად არჩეული საშუალებების გამოყენებით;
10. არჩეულ საშუალებათა ზედამხედველობას, კონტროლსა და შეფასებას არსებულ კვალიფიკაციასთან და გამოცდილებასთან მათი შესაბამისობის მიზნით.

პროგრამა - *program* – программа - ჯანდაცვაში: შესასრულებელი სამუშაოს განსაზღვრული მოცულობა, წინასწარ შემუშავებული გეგმა ან საქმიანობის განხორციელების პროცედურა.

პროექტი - *project* – проект – განსაზღვრულ ვადაში ჩასაგარებელ მიზანმიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც ითვალისწინებს სამუშაოს დროულად შესრულებას ხარისხის სტანდარტებისა და განსაზღვრული ბიუჯეტის დაცვით. ეს ღონისძიებები ორიენტირებულია კონკრეტულ პრობლემასა და ამოცანაზე (ამოცანების ჯგუფზე), საპროექტო ანალიზისა და პროექტის ციკლის სასიცოცხლო ეტაპების ყველა ელემენტის – ინსტიტუციურის, ეკონომიკურის, ფინანსურის, სოციალურის, პოლიტიკურის, აგრეთვე მგრძობელობისა და რისკის ანალიზის ჩათვლით.

მიზნობრივი პროგრამა - *objective program* – целевая программа - მიზნების ხის შესაბამისად შემუშავებული მიზანმიმართული ქმედებების ერთობლიობა (კრიტერიუმები, მოქმედებები, შემსრულებლები, შესრულების ეტაპები). მიზნობრივი პროგრამის წარმატებით განხორციელებისათვის და შესასრულებელ ღონისძიებათა კოორდინაციის უზრუნველსაყოფად იქმნება მუშა ჯგუფი. პროგრამა შეიძლება მოიცავდეს ცალკეულ ქვეპროგრამებსა და პროექტებს.

პოლიტიკის შემუშავება - *policy development* – разработка политики - პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმირების, განვითარებისა და კორექტირების პროცესი.

შედეგების მართვა - *outcomes management* – управление результатами - გექნოლოგიებსა და რესურსებზე (სტრუქტურებზე) მიზანმიმართული გეგმიური შედეგების შეფასების მიზნით.

გადაწყვეტილებათა ანალიზი ჯანდაცვაში - *decision analysis* – анализ решений в здравоохранении - გადაწყვეტილებათა ყველა შესაძლო ვარიანტის გამოვლენა და დიაგნოსტიკური პროცედურების მკურნალობის სქემის, მოსალოდნელი შედეგების, აგრეთვე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარების სხვა მნიშვნელოვანი ასპექტების თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილებების სერიიდან ყველა პოტენციური ალტერნატივის შედეგის განსაზღვრა; ხშირ შემთხვევაში ალტერნატივას ათავსებენ გადაწყვეტილებათა ხის სხვადასხვა დონეზე, სადაც ყველა შედეგი შესაძლებლობის ფარგლებში აისახება.

გადაწყვეტილებათა ხე - *decision tree* – дерево решений - ამა თუ იმ საკითხის ან პროცესის განსხილვის საშუალება, რომელიც

გამოიყენება გადაწყვეტილებათა გაანალიზებისას. გადაწყვეტილებათა ბოვი ვარიანტი ხეზე განლაგდება გოტების, სოლო მომღვენო შესაძლო გადაწყვეტილებები - განშტოების სახით. მათი შეერთების ადგილი (კვანძი) - სწორი გადაწყვეტილების მიღების, ანუ არჩევანის ვაკეთების ღონეა. გადაწყვეტილებათა ხე ჩარევათა ალგერნატივის მანიშნებელია, ასევე ასახავს კონკრეტულ ალგერნატივისთან დაკავშირებულ ყველა შედეგს.

მიზანთა ხე - *objective tree* - дерево целей - პროგრამულ-მიზნობრივი დაგეგმვის საფუძველი, რომელშიც მოცემულია მიზანთა მოწესრიგებული იერარქია მთავარი მიზნის ჩათვლით. ყველა მიზნისათვის განისაზღვრება მისი მიღწევის კრიტერიუმი. ნებისმიერი მისაღწევი მიზნისათვის მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული - რა არის მის შესახებ ცნობილი (აქედან გამომდინარეობს პრაქტიკული რეალიზაციის ამოცანა) და რა არა (აქედან გამომდინარეობს საჭირო კვლევათა ჩატარების დავალება).

ეროვნული განვითარების დაგეგმვა - *national-level planning* - планирование национального развития - ქვეყნის მასშტაბით რესურსების (კადრების, ფინანსების, მასალების) ან შენატანების უწყვეტი, ყოვლისმომცველი კოორდინირებული დაგეგმვა, რომელიც საშუალებას იძლევა მიღწეულ იქნეს ეკონომიკური და სოციალური განვითარების სასურველი ღონე. ეროვნული განვითარების დაგეგმვა გულისხმობს ერთიან მიდგომას ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების, სოფლის მეურნეობის, მრეწველობის, საზოგადოებრივი უსაფრთხოების, ეკოლოგიისა და სხვა სფეროების საჭიროებათა მიმართ, მოსახლეობის კეთილდღეობის კრიტერიუმების გათვალისწინებით.

ცენტრალიზაცია - *centralization* - централизация - მართვის ფუნქციების კონცენტრაცია და დისლოცირება ერთ ცენტრში.

ცენტრალიზებული დაგეგმვა - *centralized planning* - централизованное планирование - დაგეგმვა სისტემის (პროცესის) შიგნით - ბევიდან ქვევით, განსაზღვრული წესის მიხედვით, რათა გამოირიცხოს განსხვავება რესურსების მიმღებთა შორის. -

დეცენტრალიზაცია - *decentralization* - децентрализация - ცენტრალური ხელისუფლების მიერ ძალაუფლების გადაცემა ან ერთგვაროვანი ადმინისტრაციული ფუნქციების განაწილება უფრო

დაბალ დონეებზე - ადგილობრივ ხელმძღვანელ ორგანოებზე. დეცენტრალიზაციის ისაა, რომ გადაწყვეტილებათა მიღების ფუნქცია გადაეცეს იმ დონეს, რომელიც უშუალოდ აპასუხისმგებელი ამ გადაწყვეტილებათა შედეგებზე და გააჩნია საჭირო ცოდნა და გამოცდილება აღნიშნული საკითხების კონკრეტულ დონეზე გადასაწყვეტად.

ადმინისტრაციული ხელმძღვანელობა - *administration* - административное руководство - დასახული მიზნების მისაღწევად ამა თუ იმ დონის ძიების ჩატარების ხელმძღვანელობა.

ადმინისტრაციული მონაცემები - *administrator data* - административные данные - ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა ცალკეული ამოცანის გადასაწყვეტად და დასახული მიზნების მისაღწევად.

პასუხისმგებლობა, ანგარიშგება - *accountability* - ответственность, подотченность - პერიოდულად, ზემდგომი დონეებისა ან დაინგნონსებული მხარეებისათვის თანმიმდევრული, დაწვრილებითი ინფორმაციის მიწოდება მიზნების, პრინციპების, პროცედურების, ფინანსური შენაგანებისა და ხარჯის, მიღებული შედეგებისა და ა.შ. შესახებ, რათა დაინგერესებულმა მხარემ შეძლოს შეაფასოს იგი.

მართვის საინფორმაციო სისტემა - *management information system* - информационная система управления - ჯანდაცვის სისტემის მუშაობისათვის საჭირო ინფორმაციის შეგროვების, დამუშავებისა და მიწოდების სისტემა, რომელიც საშუალებას აძლევს მმართველ დონეს დასახული მიზნების მისაღწევად მიიღოს გადაწყვეტილება და შეაფასოს პროცესის მიმდინარეობა.

დროის ზუსტი გათვლა - *just in time* - "точно вовремя" - პროდუქციის მართვისა და მიწოდების მინიმიზაციის მეთოდი, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს შეკვეთილი საჭირო მასალების მიღება რეალურად საჭირო დროში. ასეთი მეთოდი საშუალებას იძლევა შემცირდეს დანახარჯები.

ჯანმრთელობა და მასთან დაკავშირებული ტერმინები

ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობა - *health* – *здоровье* - სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა (სტატუსი) - *health status* – *состояние здоровья* - მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისა და ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დახასიათება და შეუასება სპეციალური მაჩვენებლების შესწავლის საფუძველზე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლებში შედის მონაცემები ავადობისა და სიკვდილიანობის, კონკრეტული დაავადებების გავრცელების, გრავმატიზმის დონის, ანთროპომეტრიის (ფიზიკური განვითარების), აგრეთვე ჯანმრთელობის თვითშეუასებისა და მომავალი ცხოვრების ხანგრძლივობის შესახებ.

ფუნქციური მდგომარეობა - *functional status* – *функциональное состояние* - ჯანმრთელობის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ადამიანს შეუძლია შეასრულოს ყოველდღიური საქმიანობა. ფუნქციური მდგომარეობა შესაძლებელია შეუასდეს სხვადასხვა ფიზიკური, სოციალური, ემოციური და სხვა პარამეტრებით. შესაძლებელია აგრეთვე განისაზღვროს დამახასიათებელი ნორმები ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით.

დაავადების სიმძიმე - *severity of illness* – *тяжесть заболевания* - ავადმყოფობის სიმძიმე მკურნალობის დაწყებამდე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის ანკეტა - *health status questionnaire* – *анкета о состоянии здоровья* - გამოკითხვის ფურცელი, რომელსაც ავსებს პაციენტი დამოუკიდებლად. ანკეტის მონაცემები იძლევა შესაძლებლობას განისაზღვროს მისი ცხოვრების ხარისხი, დამოკიდებულება საკეთარი ჯანმრთელობისადმი, შეუასებულ იქნეს ჯანმრთელობა სხვა მრავალი პარამეტრის (ფიზიკურ ჯანმრთელობის, ემოციური კეთილდღეობის შესახებ მონაცემების) მიხედვით.

უუნარობა - *disability* - неспособность - ისეთი დარღვევების შედეგი, რომელიც იწვევს სიცოცხლისუნარიანობის ან ადამიანისათვის ჩვეული საქმიანობის შეზღუდვას; ფიზიკური, გონებრივი ემოციური შესაძლებლობების არარსებობა ან დაკარგვა, რომლის დროსაც ძნელდება ან შეუძლებელი ხდება რაიმე პროფესიის შესწავლა ან მისი გამოყენება. ეს გერმინი ვარკვეულწილად ასახავს ინვალიდობის სამედიცინო ასპექტებს.

სოციალური შეზღუდულობა - *handicap* - ограниченность в социальном отношении - რაიმე დარღვევით ან უძლებლობით გამოწვეული პათოლოგია (უკმარისობა), რომელიც აღენიშნება კონკრეტულ პიროვნებას და იწვევს მისი ასაკის, სქესის, სოციალური და კულტურული მდგომარეობის შესაბამისი ჩვეულებრივი საქმიანობის შეუძლებლობას ან შეზღუდვას.

დარღვევა - *impairment* - *მედიცინაში* - нарушение - ფუნქციის გაქრობა ან შეცვლა, ორგანიზმის სტრუქტურის მოშლა (ანაგომური, ფიზიოლოგიური, ფსიქიკური) ავადმყოფობის, გრავმის ან მოწამელის შედეგად. არასწორია დარღვევის აღრევა აშლილობასთან. მაგალითად, კიდურის დაკარგვა - დარღვევაა და არა აშლილობა.

სიცოცხლის ხარისხი - *quality of life* - качество жизни - მაჩვენებელი, რომელიც ასახავს სიცოცხლის ხანგრძლივობას იმ ზემოქმედებების გათვალისწინებით, რომელმაც გამოიწვია ფიზიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიური, მსოფლმხედველობითი გადასრა (დარღვევა) და ზემოქმედება მოახდინა ავადმყოფობამ, გრავმამ, მკურნალობამ. ამ კონტექსტში ეს ცნება ასახავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული (health - related quality of life - HRQOL) "სიცოცხლის ხარისხს". "სიცოცხლის ხარისხი" შეიძლება შეფასდეს QUALY, DALY ინდექსების მეშვეობით, ე.ი. ეს ისეთი ცხოვრებაა, როდესაც ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ აბრკოლებს სასიცოცხლო ფუნქციების შესრულებას.

შედეგები სიცოცხლის ხარისხისათვის - *quality of life outcome/ endpoint* - результаты для качества жизни - პროფილაქტიკურ და გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა შედეგები, რომელიც მოქმედებს პაციენტის ფიზიკურ (სიმკვამების სიმძიმის ხარისხსა და ფიზიკურ შესაძლებლობებზე) და სოციალურ მდგომარეობაზე (შრომისუნარიანობის ჩათვლით), ფსიქოლოგიურ ან ემოციურ ფუნქციონირებასა და პაციენტის მიერ გემოაღნიშნული ღონისძიებების აღქმის ხარისხზე.

ფიზიკური კეთილდღეობა - well-being - благополучие - მოსახლეობის, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების, ინდივიდუუმების ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების კომფორტულობის ხარისხის სუბიექტური შეუასება.

მატერიალური კეთილდღეობა - welfare - благосостояние - საზოგადოების, ოჯახის, ინდივიდის მატერიალური უზრუნველყოფის დონე.

ქოლეს მეთოდი - quality-adjusted life years index - индекс QALY - ადამიანის ცხოვრების ხარისხიანად (ავადმყოფობის გარეშე) განვლილი წლების ამსახველი ინდექსი.

ს.პ.ერმაკოვის ინდექსი (მოდელი) - index (model) of Yermakov - индекс (модель) Ермакова С.П. - ასახავს ნაადრევი სიკვდილით, ავადობით, ინვალიდობით გამოწვეული შრომითი პოტენციალის დანაკარგების დინამიკას და საშუალებას იძლევა განისაზღვროს თავიდან აცილებად შემთხვევათა წილი.

“დალს” ინდექსი - DALY Disability-adjusted life years index - индекс DALY - ინდექსი, რომელიც ასახავს სიცოცხლის წლების რაოდენობის კორექციას შრომისუნარობის გათვალისწინებით.

ჯანმრთელობის პრიორიტეტები - health priorities - приоритеты здоровья - ჯანდაცვა - მეცნიერულად დასაბუთებულ პრობლემათა სფერო, რომელსაც საზოგადოება მიჰყავს საგრძნობ დანაკარგებამდე. მათი ნაწილის თავიდან აცილება შესაძლებელია.

ჯანმრთელობის დაცვა - health advocacy - защита здоровья - დასაბუთებული საჯარო გამოსვლა მაგალითად, საქმის, იდეის ან პოლიტიკის, რაიმე მოსაზრების, პოზიციის დასაცავად (ქომაგობა). იგი მოიცავს პროფესიონალთა საქმიანობასაც, რომელიც მიმართულია გარკვეული მნიშვნელობის სფეროებზე რესურსების გადანაწილებისაკენ პაციენტთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის მიზნით.

ჯანმრთელობის განვითარება - health development - развитие здоровья - ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესული გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესი ინდივიდუალურ, ჯგუფურ, პოპულაციურ დონეზე.

ჯანმრთელობის დაცვა (პროტექცია) - health protection - охрана здоровья - სახელმწიფო და საზოგადოებრივ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის

(პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციის მეშვეობით) განმტკიცებისაკენ. იგი გულისხმობს სუბიექტთა კომპლექსურ მიდგომას - ყველა სამინისტროსა და უწყების ძალისხმევის გაერთიანებას. საერთოდ ჯანმრთელობის პროგნოზში იგულისხმება ისეთი პირობების შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ფუნქციონირებას, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე საზოგადოების შემადგენლობაში. მოსახლეობის ჯანდაცვის განმტკიცების ფუნქცია დაკისრებული აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემას.

ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა შედეგები - health outcomes – результаты мероприятий по охране здоровья - მოსახლეობის ჯგუფის ან ცალკეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილება, რომელიც უკვე სახეზეა ან მომავალში მოხდება (შეიძლება მიეწეროს ჯანდაცვის სამსახურების მიერ გაწეულ საქმიანობას).

სანიტარიული განათლება - health education – санитарное просвещение - ფართო შემეცნებითი გაგებით სანიტარიული განათლება მოიცავს ინდივიდის, ადამიანთა ჯგუფის ან მთელი საზოგადოების იმ ცოდნას, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რწმენაზე, შეხედულებასა და ქცევაზე, ამავე დროს იმ პროცესებსა და ღონისძიებებზე, რომლებიც იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. უფრო ვიწრო გაგებით, მოსახლეობაზე ინდივიდუალური და მასობრივი ზემოქმედების საშუალებათა ერთობლიობა, ბიპარტული მისი ცოდნის დონის, ინფორმირებულობის ამაღლებისა და უნარ-ჩვევების განმტკიცებისკენ, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისაკენ.

რისკის ანალიზი - health risk analysis – анализ риска для здоровья - ცალკეული პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პროგნოზირებადი პარამეტრების შეგროვების, ანალიზისა და შედარების პროცესი.

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები და ფაქტორები

ჯანმრთელობის ეკოლოგიური მოდელი, ჯანმრთელობის

ეკოლოგია - *ecological public health* – экологическая модель здоровья: экология здоровья - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცნების განსილვა იმის გათვალისწინებით, რომ ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა განისაზღვრება გარემომცველი სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, პოლიტიკური, ინდივიდუალური ფაქტორების ერთიერთქმედებით, სამედიცინო დახმარების მიღების ჩათვლით.

გარემოს ჰიგიენა - *environmental health* – гигиена окружающей среды - ჯანდაცვის სფერო, რომელიც განსაზღვრავს, ადგენს, აკონტროლებს და მართავს მოსახლეობაზე მოქმედ ფიზიკურ და სოციალურ პირობებს. მაგალითად, საწარმოს ან რომელიმე გერიგორიის გარემოს ჰიგიენა შეისწავლის პათოგენური ქიმიური, რადიაციული, ფიზიკური და ბიოლოგიური აგენტის როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ ზემოქმედებას მოსახლეობაზე.

ეპიდემიოლოგია - *epidemiology* – эпидемиология - სამედიცინო მეცნიერების დარგი, რომელიც სწავლობს იმ ფაქტორებსა და პირობებს, რომელიც ხელს უწყობს ავადობის გავრცელებას მოსახლეობაში. ამჟამად ეპიდემიოლოგია მოიცავს ყველა სახის (მწვავეს და ქრონიკულს) ფიზიკურ, ფსიქიკურ, ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებას. ეპიდემიოლოგიური კვლევა ისახავს სამ ძირითად მიზანს: ჯანმრთელობის დაცვის საშუალებების განვითარება მიმართოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოცულობის განსაზღვრისაკენ; გამოავლინოს ეკოლოგიური (მიზეზობრივი) და სხვა ფაქტორები, რომლითაც შესაძლებელია ბრძოლა დაავადებებთან ან ზემოქმედება მათზე; გამოიმუშაოს ღონისძიებათა ეფექტური მეთოდები, რომლებიც მიმართულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და დაავადებებთან ბრძოლისაკენ.

ეპიდემიოლოგიის ზოგადი სახე:

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგია - *analytical epidemiology* -
аналитическая эпидемиология - გამოკვლევები ჰიპოთეზების
რეგროსპექტიული და პერსპექტიული მეთოდების გამოყენებით.
შეიქმნა ჩატარებულ გამოკვლევათა შედეგების
გასაანალიზებლად;

აღწერითი ეპიდემიოლოგია - *descriptive epidemiology* -
описательная эпидемиология - გამოკვლევები მოსახლეობაში
ამა თუ იმ დაავადების ან დაავადებების გავრცელების
შესასწავლად;

ექსპერიმენტული ეპიდემიოლოგია - *experimental epidemiology* -
экспериментальная эпидемиология - ექსპერიმენტების
ჩატარება საკონტროლო კვლევების შედეგების განსაზღვრის
მიზნით. ექსპერიმენტების ჩატარება საკონტროლო
გამოკვლევების შედეგების შესაფასებლად, აგრეთვე
მოსახლეობაზე მანერ ფაქტორთა შესაძლო გემოქმედებისა ან
გატარებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტურობის
დასადგენად.

დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა - *epidemiological study of a disease* -
эпидемиологическое исследование заболевания - დაავადების კლინიკური სურათისა და
მოსახლეობაში მისი გავრცელების შესწავლა.

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა - *epidemiological surveillance* -
эпидемиологический надзор - დაკვირვება დაავადების
ნიშნების ნაადრევად გამოვლენის მიზნით. გულისხმობს
სისტემატურ დაკვირვებას და საჭიროების შემთხვევაში
შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას.

ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა - *epidemiological survey* -
эпидемиологическое обследование - გამოკვლევა, რომელიც
ტარდება დაავადების გავრცელების ხარისხის, შემთხვევათა
სიხშირის, განვითარების კანონზომიერების დასადგენად.
აუადმყოფთა გამოვლენა ამგვარი გამოკვლევის შედეგად.

გამოკვლევები ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის დარგში -
health survey - исследования в области здоровья и
здравоохранения - მთელი მოსახლეობის ან მისი ცალკეული
ჯგუფის გამოკვლევა ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების ან

დაავადებების გამოვლენის მიზნით, რომელიც საჭიროებს პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გაგარებას. ჯანდაცვის სფეროში ჩატარებული გამოკვლევები ინფორმაციას იძლევა ერთ ან ყველა საკიოხზე, რომელიც ქვემოთ არის ჩამოთვლილი:

ჯანმრთელობაზე მოქმედი პირობები - health-affecting factors - условия влияющие на здоровье - სოციალურ-ეკონომიკური, გარემოსა და საყოფაცხოვრებო ფაქტორები, კვება, საყოფაცხოვრებო და სოციალური ჩვევები, მემკვიდრეობითი და ეთნო-გეოგრაფიული ფაქტორები.

ჯანდაცვის სამსახურები და სამედიცინო მომსახურებით მოცვა - health services and medical coverage - службы здравоохранения и охвата медицинской помощи - მოთხოვნილება ჯანდაცვის სამსახურებზე, სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვის სამსახურების გამოყენება, ჯანდაცვის პროგრამების შეფასება, დაავადებათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის, ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარების ხარჯების განსაზღვრა, დახმარების ხარისხი და ეფექტიანობა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა - population health status - состояние здоровья населения - საერთო დავადებულობა, გრავმატიზმი, ფიზიკური განვითარება (ანთროპომეტრიული მონაცემები), სიკვდილიანობა (საერთო, სქესის, ასაკის მიხედვით, ერთ წლამდე ბავშვთა, დედათა ნაადრევი), აგრეთვე მისი თავიდან აცილებადობა, ჯანმრთელობის თვითშეფასება, მოსახლეობის განაწილება ჯანმრთელობის ჯგუფებში, სიცოცხლის საშუალო სავარაუდო ხანგრძლივობა.

პროფესიული ჯანმრთელობა (ინდივიდუალური) - occupational health (individual) - профессиональное здоровье (индивидуальное) - ჯანმრთელობის ხარისხი, როცა დასაქმებულ ადამიანს შეუძლია შეასრულოს თავისი მოვალეობა. ოპტიმალურად კომფორტულად იგრძნოს თავი სამუშაოზე. ყოველივე ეს აისახება შრომის ნაყოფიერებაზე, ექიმთან ვიზიტების რიცხვზე, შრომისუნარობის გამო მიღებულ თანხებსა და ერთ ადგილზე მუშაობის ხანგრძლივობაზე. ერთის მხრივ ეს ჯანმრთელობის ისეთი ღონეა, რომელიც ხელს არ უშლის პროფესიულ საქმიანობას, ხოლო მეორეს მხრივ - არის ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, რომელიც განპირობებულია

პროფესიული ფაქტორებისა და პირობების გავლენით.

პროფესიული ჯანმრთელობა (საზოგადოებრივი) - occupational health (public) – профессиональное здоровье (общественное) - პროფესიული ჯგუფების ჯანმრთელობა, რომელიც განპირობებულია პროფესიული ფაქტორებისა და პირობების გავლენით. ამასთანავე, ეს არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თეორიისა და პრაქტიკის სფერო, რომელიც გამოაქვს და აკონტროლებს ჯანმრთელობასა და დაავადებებზე მავნე ფაქტორების გავლენას, აგარებს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს. დაკავშირებულია პროფესიულ საქმიანობასა და სამუშაო გარემოზე. მოიცავს მომუშავე მოსახლეობის ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაკაეების პროპაგანდას.

ჯანდაცვა

ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები

ხელმისაწვდომობა (ფიზიკური) - accessibility – доступность (физическая) - პაციენტის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი; იგულისხმება ინფრასტრუქტურის არსებობა, გზა, გრანსპორტი, თვით სამედიცინო მომსახურების ამა თუ იმ სახეობის არსებობა.

დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა - Average Length of Stay (ALOS) – средняя продолжительность пребывания - პაციენტ-დღეების საშუალო რაოდენობა მოცემულ პერიოდში, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იღებს სამედიცინო მომსახურებას. დროის საზომად გამოიყენება დღე. ეს არის დღეების საშუალო რიცხვი, რომლის მანძილზეც სტაციონარული ავადმყოფი ყოვნდება ჯანდაცვით დაწესებულებაში, მიეწოდება სამედიცინო მომსახურება და დაცვა დროის მოცემულ პერიოდში. ALOS განისაზღვრება ავადმყოფ-დღეთა გაყოფით ან მიიღება რიცხვზე, ან გაწერების და სიკვდილის შემთხვევათა რიცხვზე. ALOS ყველაზე ხშირად განისაზღვრება მოცემულ პერიოდში გაწერილ ავადმყოფ-დღეთა სრული რიცხვის გაყოფით გაწერილ ავადმყოფთა რიცხვზე.

დანმარების პაკეტი - benefit Package – перечень (пакет) помощи

- 1. მომსახურების ის სახეები, რომლებსაც დამზღვევი სთავაზობს ადამიანთა ჯგუფს. მა: წამლებზე დახმარება, რომელიც ემატება ძირითადი სამედიცინო მომსახურებაზე ანაზღაურებას და განიხილება როგორც დახმარების სხვა პაკეტი. 2. ის დახმარებები, რომლებიც უნდა უზრუნველყოს კონსტრაქტის პირობების მიხედვით პასუხისმგებლობის მაგარებელმა პირმა.

დახმარებები (სარგებელი) - *benefits* – полезность (помощь) - ჯანდაცვის გეგმის მიხედვით გადასახდელი თანხის რაოდენობა სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებისთვის.

შემთხვევის მართვა - *casa management* – управление случаем - პროცესი, როდესაც ყველა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შემთხვევას მართავს ექიმი ან მედლა ან განსაზღვრული ჯანდაცვის მუშაკი. ექიმმა, რომელიც მართავს შემთხვევას უნდა აკოორდინიროს ჯანდაცვის განსაზღვრული კომპონენტები, როგორცაა მიმართვა კონსულტანტებთან, სპეციალისტებთან, საავადმყოფოებში, აგრეთვე დახმარების მომწოდებლებთან და სხვა მომსახურება. შემთხვევის მართვა მიმართულია მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფისკენ და მომსახურების სიხისგის, დანაწევრების და საშუალებათა არასრული ათვისების აცილებისაკენ, ის აგრეთვე ცდილობს, შეუფართოს მომსახურების შესაფერისი ინტენსივობა პაციენტის საჭიროებებს.

ნაღდი ფულის ნაკადი - *cash flow* – поток наличных денег - 1. ნაღდი ფულის დინება გარკვეული ვექტორის მიხედვით (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლიდან მწარმოებლამდე); 2. ინვესტიციებში ეს წარმოადგენს გამოშვებას გაუფასურებამდე, ამორტიზაციამდე და უნაღლო სარჯებზე. ზოგჯერ ეწოდება ნაღდი ფულის გამოშვება.

დაფარვა - *coverage* – покрывать - შესაბამისი პიროვნებისათვის ხელმისაწვდომი სარგებელი დაქირავებულის სარგებლის პროგრამის მიხედვით.

დიაგნოზზე დაფუძნებული ჯგუფები (დიაგნოზზე მომუშავე ჯგუფი, დიაგნოზის მიხედვით შექმნილი ჯგუფი) - *diagnosis related groups (DRG)* – группы образованные согласно диагнозу - რაც ნიშნავს, რომ პაციენტის ჯანდაცვის დაჯგუფება ხორციელდება საავადმყოფო რესურსების მოსალოდნელი მოხმარების მიხედვით. მეტიოდი გამოარჩევს ავადმყოფებს, ვისი

ჰოსპიტალიზაცია და რესურსების მოხმარება მსგავსია და აჯგუფებს მათ დიაგნოზების საფუძველზე. მკვლევარებმა იელის უნივერსიტეტიდან ნიუ-ჯერსის, კონექტიკუტის, სამხრეთ კალიფორნიის საავადმყოფოების მონაცემების საფუძველზე შექმნეს DRG-ები. კლინიციკებმა დააჯგუფეს მერვე სრული გამოცემა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციისა (ICDA-8) ექსკლუზიურ ძირითად სადიაგნოზო კატეგორიებად, რომელიც დაფუძნებულია 3 პრინციპზე: 1) თითოეული კატეგორია უნდა იყოს თანამიმდევარი ანატომიური, პათოფიზიოლოგიური, კლასიფიკაციისა და კლინიკური მოპყრობის (მართვის), 2) თითოეულ კატეგორიას უნდა გააჩნდეს ავადმყოფების საკმარისი რაოდენობა, რომ წარმოქმნას სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი პოპულაცია თითოეულ კატეგორიაში, 3) თითოეულმა კატეგორიამ უნდა მოიცავდეს ICDA კოდების სრული დონე გადაფარვის გარეშე. დაყოვნების ხანგრძლივობა არის დამოუკიდებელი ცვალებადი გადაფარვის გარეშე. დაყოვნების ხანგრძლივობა არის დამოუკიდებელი ცვალებადი მაჩვენებელი, რომელიც რესურსის მოხმარების დონის განსასაზღვრავად. კომპიუტერულმა პროგრამამ, შექმნილმა იელში, სათაურით **AUTOGRP** გამოყო კატეგორია, რომლებიც მოიცავდნენ სამედიცინოდ მნიშვნელოვან ჯგუფებს, დაფუძნებულს დაყოვნების ხანგრძლივობაზე. სისტემამ მიიღო ICDA-9-CM ავადმყოფების მახასიათებლების გამოვლენაში დასახმარებლად. ავადმყოფების მახასიათებლებს მიეკუთვნება ძირითადი დიაგნოზი, თანხმლები დიაგნოზები, ძირითადი პროცედურა, მეორადი პროცედურები, ასაკი, ფსიქიატრიული მომსახურების ქონა-არქონა. მრავალი გამოცდის შემდეგ 470 DRG-ები მიღებულ იქნენ სტანდარტებად და სისტემა გამოიყენება ნაციონალურ საფუძველზე, ჯერ Medicare-ს მიერ, რომ შეამციროს საავადმსოფოს უასები და შეამციროს ანაზღაურებანი საავადმყოფოებისათვის პაციენტთა დაყოვნების შემცირების გზით. DRG-ების შექმნის მოტივაცია ნაწილობრივ დაფუძნებული სოციალური დაცვის 1983 წლის შესწორებაზე, რომელმაც უზრუნველყო მომავალი გადახდის სისტემა საავადმყოფოებში Medicare-ს სტაციონარული მომსახურებისათვის. მომავალი გადახდის სისტემის ქვაკუთხედი არის DRG სისტემა. განვითარების მოგვიანებით საუბურზე იყენებს, რა კლინიკურ მოწყობას (დაწესებულებას), DRG შეიქმნა ყველა შესაძლო

დიაგნოზის ალებით ICD-9CM სისტემიდან და მათი დაჯგუფებით 23 ძირითად სადიაგნოზო კატეგორიად (MDS) ორგანოთა სისტემების მიხედვით და შემდგომში მათი დაყოფით 467 ცალკე ჯგუფად (DRG-468, როდესაც ძირითადი დიაგნოზი და ძირითადი საორთოპედიატრიკული – საპროცედურო ოთახი არ შეესაბამება ერთმანეთს და DRG-469, როდესაც ძირითადი დიაგნოზი სწორია, მაგრამ არ უნდა დარჩეს გაწერის დიაგნოზად და DRG-470 დაუჯგუფებელი დიაგნოზისათვის), რომლებიც სამედიცინო მნიშვნელობისაა. ყველა პაციენტი ერთსა და იმავე DRG-ში მოსალოდნელად იყენეს სტატისტიკურად საშუალო, დაახლოებით ერთნაირ საავადმყოფო რესურსებს.

ინვალიდობის პენსია – *disability benefits* – пенсия по инвалидности - თანხა, რომელიც გაიცემა ხანმოკლე ან ხანგრძლივი ინვალიდობით გამოწვეული ხელუფასის დაკარგვის შემთხვევაში.

ინვალიდობა – *disability* – инвалидность - მდგომარეობა, რომლის გამოც დაზღვეულს არ გააჩნია უნარი შეასრულოს მისი რეგულარული საქმიანობის ერთი ან მეტი სახე. არსებობს ინვალიდობის სხვადასხვა განმარტება: სოციალური უმრუნველყოფის აქტი განსაზღვრავს “ინვალიდობას” შემდეგნაირად: ინვალიდობა არის უუნარობა მონაწილეობდეს ნებისმიერ მნიშვნელოვან, მიზნობრივ ქმედებაში. სამედიცინო თვალსაზრისით დადგენილი ფიზიკური და ფსიქიკური დაზიანების გამო, რასაც შესაძლებელია შედეგად მოჰყვეს სიკვდილია ან შესაძლოა გაგრძელდეს 12 თვეზე მეტ ხანს (და რომელიც თავიდან გეაცილებს საჩივრის ფორმის წარდგენას მხოლოდ წინა სამუშაოსთან დაკავშირებით და ითვალისწინებს მის ასაკს, განათლებას და სამუშაო სტაჟს, ნებისმიერი სხვა სახის სამუშაოს, რომელიც არსებობს ნაციონალურ ეკონომიკაში მიუხედავად იმისა, ეს სამუშაო მის საცხოვრებელ ადგილთან მდებარეობს თუ არსებობს მისთვის რამე სპეციფიკური ვაკანსია, ან თუ შეიძლება დაქირავება იმ შემთხვევაში, თუ იგი მოითხოვს სამუშაოს).

ჭიშკრის დამცველი (მიმღები ექიმი) – *gate keeper* – привратник - 1. პირველადი დახმარების ექიმი სამედიცინო დახმარების ქსელში. რომელიც აკონტროლებს პაციენტის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო სპეციალისტებისადმი; 2. პირველადი დახმარების ექიმი, რომელიც პასუხს აგებს პაციენტის სამედიცინო დახმარების ყველა ასპექტის ზედამხედველობასა და კოორდინაციაზე.

იმისათვის, რომ პაციენტმა მიიღოს სპეციალური დახმარებას ან საავადმყოფოში მიღების მიმართვა, “ჭიშკრის დამცველმა” უნდა წარადგინოს ვიზიტი, თუ არ არის გადაუღებელი სიტუაცია.

მიღების მექანიზმი – *gatekeeper mechanism* – механизм приема - ხარისხისა და ღირებულების კონტროლის სისტემა, რომელიც ფუნქციონირებს პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმის მეშვეობით და უზრუნველყოფს ან სთავაზობს წევრებს სათანადო სამედიცინო დახმარებას.

ინტეგრირებული ჯანდაცვის ქსელი – *integrated care network* – интегрированная сеть здравоохранения - მომსახურებათა უწყვეტი კოორდინაცია, რომ უზრუნველყოს მაქსიმალური ეფექტურობა და გამოყენება (უტილიზაცია) ფასების მინიმუმამდე დაყვანასთან ერთად.

მედიკეიდი – *Medicaid (Title XIX)* – Мединейд - პროგრამა, რომლის ფუნქციონირება და აღმინისგრირება ხდება სახელმწიფოს მიერ და რომელიც ეფუძნება ფედერალურ მხარდაჭერას. ეს პროგრამა უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებით ღატაკ და დაბალი შემოსავლის მქონე ადამიანებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება. პროგრამა, რომელიც შეიქმნა სოციალური დაცვის აქტის XIX თავის საფუძველზე ძირითადად ეძღვნება ღატაკ მოსახლეობას, იგი მხოლოდ მათ, ვიზუალურ ვრცელდება სოციალური დაცვის პროგრამები: მოხუცებზე, უსინათლოებზე, ინვალიდებზე, იმ ოჯახებზე, რომლებსაც არ ჰყავთ ერთ-ერთი მშობელი, დავრდომილებაზე ან უმუშევრებზე. გარკვეულ შემთხვევაში სახელმწიფოს შეუძლია უზრუნველყოს ამ პროგრამით მოცვა 21 წლის ასაკზე უმცროსები, რომლებიც ამ კატეგორიებს არ მიეკუთვნებიან. საკითხთან დაკავშირებული ფედერალური მიმართულებების მიხედვით ცალკეული შტატები განსაზღვრავენ დახმარებების მოცულობას, პროგრამისადმი შესაბამისობას, უზრუნველყოფელთა ანაზღაურების კოფიციენტს და პროგრამის მართვის მეთოდებს. ეს პროგრამა არ შეიძლება არეულ იქნას პროგრამასთან “Medicare”.

მედიკეარი – *Medicare (Title XVIII)* – Мединеар - არანაწილობრივი ფედერალური სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც მოიცავს სტაციონარული და მასთან დაკავშირებული მომსახურების ღირებულებას 65 წლისა და უფროსი ასაკის სრული ფიზიკური უუნარობის მქონე პირებს შესაბამის

ბენეფიციანტებს. პროგრამა ხელმისაწვდომია ყველა დაზღვეული პირისათვის მიუხედავად მათი შემოსავლის ოდენობისა. ფული, რომელიც მიიღება საწევრო გადასახადებისაგან და ბენეფიციანტებისაგან გადაირიცხება სპეციალურ სამეურნეო ფონდებში, რათა დაიფაროს დაზღვეულთა მიერ გაწეული ხარჯები. ეს პროგრამა მიღებულ იქნა 1965 წლის 30 ივლისს როგორც “სოციალური დაცვის აქტის” XVIII თავი “სამედიცინო დაზღვევა ხანდაზმულობისათვის”, ხოლო მისი განხორციელება დაიწყო 1966 წლის 1 ივლისს. იგი შედგება ორი ცალკეული, მაგრამ კოორდინირებული პროგრამისაგან: საავადმყოფო დაზღვევა (ნაწილი A) და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა (ნაწილი B). გამოკვლევა განსაზღვრავს ამ გერმინის შემდეგნაირად: “გერმინი მოიცავს იმ რეციპიენტებს, რომლებიც ჩართულნი არიან სამედიცინო დაწესებულებაში რისკის, ღირებულების და HCPP კონტრაქტის მიხედვით. ეს კატეგორია გამოირიცხავს პროგრამის დამატებით წევრებს”.

მედიკარ A – Medicare A - Медикар А - Medicare-ის ნაწილი, რომელიც მოიცავს საავადმყოფო დახმარებას.

მედიკარ B - Medicare B - Медикар Б - Medicare -ის ნაწილი, რომელიც მოიცავს საექიმო არასტაციონარულ მომსახურებას.

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია – *preferred provided organization (PPO)* – организация отобранных поставщиков - სპეციალიზირებული ჯანდაცვის მომწოდებელი ორგანიზაცია, ჩამოყალიბებული საავადმყოფოების, ექიმების, სამედიცინო ჯგუფების მიერ გადასახადების განრიგების ურთიერთშეთანხმებით სადაზღვევო კომპანიებთან, რომლებიც ამგვარად ხდებიან არჩეულნი. PPO-ები სთავაზობენ დაბალ ფასებს დამზღვევებს, რაც უბრუნდებათ მოსახლეობის დიდი ნაწილის მოცვით და უფრო სწრაფად ანაზღაურდება წაყენებული მოთხოვნები. სადაზღვევო კომპანია მიმართავს პოლისის მფლობელებს ჯანდაცვისათვის PPO-ში. სადაც ისინი იხდიან უფრო დაბალ ფასებს და ფული ეზოგება ყველა მონაწილეს, განსაკუთრებით დამსაქმებელს. PPO შეთანხმებულია, უბრუნელებს უკეთესი მოცვა ან ძირითადი ნაწილი მომსახურების ფასებისა, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოცული იქნება ჯანდაცვის კერძო მომწოდებლის მიერ. ეს აძლევს დასაქმებულს ფინანსურ სტიმულს, გამოიყენოს არჩეული მომწოდებელი, მაგრამ HMO-სგან განსხვავებით, იგი არ არის

ჩაკეტილი PPO-ს შიგნით. მოთხოვნათა სკრინინგი და უგილიზაციის განხილვის ანალიზი უნდა ჩაგარდეს PPO-ს მიერ. საავადმყოფომ PPO-ს ბაზაზე უნდა გაზარდოს საშუალო დღიური აღწერა და შეეჯიბროს ННМО-ს.

პროფილაქტიკური დახმარება – *preventive care* – профилактическая помощь - სამედიცინო დახმარების ყოელისმომცველი სახე, რომელიც ანიჭებს პრიორიტეტს პროფილაქტიკას, დაავადებათა აღრეულ გამოვლენას და აღრეულ მკურნალობას. ჩვეულებრივ შეიცავს რუტინულ, ფიზიკალურ გასინჯვებს, იმუნობაციას და კარგ მოვლას.

პროფილაქტიკური მედიცინა – *preventive medicine* – профилактическая медицина - მოსალოდნელი დაავადებების, პროფილაქტიკის გამოვლენა და მათი აღრეულ მკურნალობაზე მიმართული ღონისძიებების ჩაგარება.

პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმი – *primary care physician* – врач первой медицинской помощи - პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმი ანგარიშვალდებულია გაპირობებული მოსახლეობის საერთო სამედიცინო მომსახურებაზე, ორგანიზებულ მიმართვებზე და ზედამხედველობას უწევს სხვა სახის დახმარებებს, როგორცაა სპეციალისტის მიერ მომსახურება და კოსპიგალიზაცია. პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმმა შეიძლება იმუშაონ ჯგუფურად; პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმების მომსახურების ანაზღაურება ხდება ყოველთვიურად სულალობის პრინციპით. ზოგიერთი გეგმის მიხედვით პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმის ანაზღაურება ხდება “მომსახურებისათვის გადასახადის” პრინციპით, ხშირად შეღავათებით.

კომუნალური ჯანდაცვა – *community health* – коммунальное здравоохранение - მოსახლეობის ნებისმიერი ფენის ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის ყველა სამსახური ადგილობრივ დონეზე, დამოუკიდებლად იმისა, ეს სამსახური არის სახელმწიფო თუ კერძო სტრუქტურა. ფართო გაგებით კომუნალური ჯანდაცვა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, რომელიც მოიცავს ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედ პრობლემებს, გარემოს ჰიგიენის საკითხებსა და ჯანდაცვის სამსახურს, აგრეთვე სამედიცინო-სანიტარული დახმარების სამსახურების ხელმძღვანელობასაც.

სამედიცინო დახმარება - *health care* - медицинская помощь - პაციენტების გამოჯანმრთელებისა და მკურნალობისაკენ მიმართული საქმიანობა, რომელსაც, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად ახორციელებენ პროფესიონალი მუშაკები ჯანმრთელობის დაყვის განსაზღვრულ სისტემაში. სამედიცინო დახმარება მოიცავს სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ერთიანობას. "health care" აშშ-ში განსაზღვრავს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და გაკავების მიზელს საქმიანობას, რომელიც შეიძლება განახორციელოს არასამედიცინო მუშაკმაც.

სამედიცინო დახმარება - *medical care* - медицинская помощь - აშშ-ში სამედიცინო დახმარება განისაზღვრება ინდივიდუალურ დონეზე და უმეტესად მიმართულია ავადმყოფობის ან გრავიმის მკურნალობისაკენ, დაავადების სიმკომების ინტენსივობის შემცირების, ასევე ავადობისა და დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროფილაქტიკისაკენ. სამედიცინო ჩარევა გულისხმობს ფარმაკოთერაპიას, პროცედურებს, რეაბილიტაციას და კონსულტაციებს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასპექტში საჭიროა მსგავსი ღონისძიებისაგან სამედიცინო დახმარების იმ სახის გარჩევა, რომელიც მთლიანობაში გარდება დაეადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის გაკავების მიზნით.

დახმარების აღმოჩენის პროცესი - *process of care* - процесс оказания помощи - სამედიცინო ღონისძიებები კონკრეტული პაციენტის მიმართ. **მომსახურება** - *service* - სამედიცინო დახმარების გამწვევი დაწესებულებებისა და პირების მიერ პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების საჭიროებათა უზრუნველყოფის მიზნით გაწეული საქმიანობა. მომსახურება - სამედიცინო დახმარების იდენტიფიცირებული ვარიანტია.

საქმიანობა - *activity* - деятельность - სამუშაო. რომელსაც ასრულებს პერსონალი დასახული მიზნის მისაღწევად, მაგალითად, ბინაზე მომსახურებისას, სპეციალისგებთან საკონსულტაციოდ გაგზავნისას. საქმიანობის ყოველი ასეთი სახე გულისხმობს გარკვეულ ამოცანათა შესრულებას. საქმიანობის სახეობათა ჯგუფი გარკვეული ფუნქციის განხორციელების საშუალებაა.

საქმიანობის შესწავლა - *activity studies* - исследование деятельности - გამოკვლევები, რომელთა მიზანია შეისწავლოს, გააანალიზოს და შეაფასოს ჯგუფის ან ინდივიდის მიერ გარკვეულ პერიოდში (მაგალითად, ერთი კვირის ან ერთი თვის

განსაკუთრებით) გაწეული მუშაობა.

დაინტერესებული მხარეები - stakeholder – заинтересованные стороны - ჯანდაცვის მომსახურების ორგანიზაციითა და შესრულებით დაინტერესებული პირი ან პირთა ჯგუფი. მათ შეიძლება განეკუთვნონ ჯანდაცვის სამსახურის ხელმძღვანელები, საუნიანსო ორგანოები, ჯანდაცვის დარგში გამოკვლევათა დამკვეთები, აგრეთვე ის პირები ან ორგანიზაციები, რომელთაც თავისი ეკონომიკური მდგომარეობით ან ავტორიტეტით შეუძლია დაეხმარონ ჯანდაცვითი ღონისძიებების გაგარებას.

მოთხოვნათა კონტროლი და რეგულირება - demand management – контроль и регулирование спроса - ღონისძიებები, რომელიც აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებისა და საჭიროების შემცირებისათვის, რაც შესაძლებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებების გაგარებით, რისკ-ფაქტორების შემცირებით, ასევე იმ პროგრამების განხორციელებით, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის განმტკიცებისაკენ.

მოწმობა (სერტიფიკატი) აუცილებლობის შესახებ - certificate of need (CON) – свидетельство (сертификат) о необходимости - დოკუმენტი, რომელსაც გასცემენ სახელმწიფო ორგანოებზე. მაგალითად, ჯანდაცვის დაგეგმვისა და განვითარების სახელმწიფო სააგენტო ინდივიდზე ან ცალკეულ სამედიცინო ორგანიზაციაზე გასცემს მოწმობას (სერტიფიკატს), რომელშიც მოცემულია რეკომენდაციები დაწესებულების აშენებისა თუ რეკონსტრუქციის, კაპიტალდაბანდების შესახებ, ან ახალი სამედიცინო სამსახურის, ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბების შესახებ.

პაციენტზე ორიენტირებული დახმარება - patient-centered care – помощь, ориентированная на пациента - სამედიცინო დახმარებისადმი მიდგომა, რომელშიც მთლიანადაა გათვალისწინებული პაციენტის პოზიცია. ეს პოზიცია შეიძლება დახასიათდეს ისეთი პარამეტრებით, როგორცაა უსასულობათა პატივისცემა. პაციენტის მოთხოვნების უპირატესობა, დახმარების კოორდინაცია და ინტეგრაცია, ინფორმაცია, თანამშრომლობა და განათლება, ფიზიკური კომფორტი, ემოციური მხარდაჭერა და შიშისა და უსიამოვნო შეგრძნების აცილება, სამედიცინო დახმარების პროცესში ოჯახის წევრებისა და მეგობრების ჩართვა. ზოგადად სამედიცინო დახმარების ეს სისტემა მთლიანად ორიენტირებულია პაციენტზე, როდესაც იგი არის სისტემის ყველა

ელემენტის ობიექტი.

პაციენტთა უფლებები - patients rights – права пациентов - ჯანმრთელობის დასაცემის სფეროში მოქალაქეთა (პაციენტების) უფლებებისა და კეთილდღეობის უპირატესობა მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით. პაციენტთა უფლებები სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა დროს განსხვავებულია.

პაციენტს უფლება აქვს:

- თავისუფლად ამოირჩიოს მკურნალი ექიმი და სამედიცინო დაწესებულება;
- დახმარება მიიღოს იმ ექიმისგან, რომელიც თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან კლინიკური ან ეთიკური გადაწყვეტილების მიღებისას;
- ადეკვატური ინფორმაციის მიღების შეძლევა დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობაზე;
- ექიმს მოსთხოვოს პატივი სცეს მისი სამედიცინო და პირადული მონაცემების კონფიდენციალურობას;
- ღირსეული სიკვდილისა;
- მიიღოს ან არ მიიღოს სულიერი და მორალური თანადგომა შესაბამისი აღმსარებლობის დეტისმსახურის დახმარების ჩათვლით;
- ამასთან ერთად ყოველი პაციენტი პასუხისმგებელია (მორალურად, ფინანსურად და ზოგ შემთხვევაში იურიდიულადაც) თავის ქცევაზე, რაც მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის გაუარესებას იწვევს.

რისკ-ჯგუფის ადამიანზე დაკვირვება - (human) risk management – наблюдение за людьми из групп риска - რისკ-ჯგუფის ადამიანების მკურნალობაზე დაფუძნებული საქმიანობა, რომლის მიზანია მოთხოვნების შემცირება, მათი დროული გამოვლენა, პროფილაქტიკური დახმარებისა და რეგულარული სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური მეთვალყურეობის მეშვეობით ფსიქოლოგიური, კლინიკური ან ფინანსური კრიზისის თავიდან აცილება.

რისკის მართვა - risk management – управление риском - კლინიკური და ადმინისტრაციული ქმედებები, რომელიც სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას საშუალებას აძლევს მოახდინოს რისკის იდენტიფიცირება, შეაფასოს და შეამციროს მისი უარყოფითი ზემოქმედება პაციენტებზე. პერსონალზე.

მნახველებსა და თვით ღაწესებულებაზე.

სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობანი - *access to care* - доступ медицинскому обслуживанию - გარკვეული პიროვნების ან ჯგუფის უფლება, გამოიყენოს (ან უაქცობრივად იყენებს) ჯანდაცვის სისტემის აუცილებელი მომსახურების სხვადასხვა ფორმა.

სამართლიანობის უზრუნველყოფა (სამედიცინო დახმარებასთან მიმართებაში) - *equity in health services* - обеспечение справедливости (в отношении медицинской помощи) - ჯანდაცვის მომსახურების განაწილება მოსახლეობას შორის ისე, რომ ყველა ადამიანისათვის უზრუნველყოფილ იქნეს თანაბარი ფიზიკური, სოციალური და სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობა. ასევე იგულისხმება, რომ სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებული ხარჯები გაიყოფა პიროვნებებსა ან ჯგუფებს შორის მათი შემოსავლების პროპორციულად.

დაავადების მართვა (წაყვანა) - *disease management* - ведение заболевания - დაავადების ბუნებრივ მიმდინარეობაზე დაფუძნებული მკურნალობისა და რეაბილიტაციისადმი ყოველმხრივი და ერთიანი მიდგომა, რომლის დროსაც თერაპიის გამოყენებული კურსი იძლევა მაქსიმალურ შედეგს. ჩვეულებრივ, აქცენტი ძირითადად გამახვილებულია დაავადების პროფილაქტიკაზე, ასევე აგრესიული ჩარევის გამოყენებაზე იმ მომენტში და იმ პაციენტებში, როცა ყოველივე ამან შეიძლება დადებითი შედეგი გამოიღოს.

კლინიკური ჩარევის მიმდინარეობა - *clinical path* - ход клинического вмешательства - ალგორითმი, რომელიც განსაზღვრავს ყოველ ნაბიჯს პაციენტის მკურნალობაში ამა თუ იმ კლინიკური მდგომარეობის დროს და პრაქტიკულად მოიცავს მკურნალობის ყველა ასპექტს. ალგორითმის შესაბამისად იღებენ გადაწყვეტილებას (მაგალითად, ალგორითმის ერთი განგოლება მიუთითებს, რა უნდა გაკეთდეს ანალიზის დადებითი, ხოლო მეორე - ანალიზის უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში). ხშირად ასეთი ალგორითმები გამოისახება გადაწყვეტილებებისა და სპეციალური აღნიშვნის ხის სახით.

მკურნალობის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ალგორითმი - *critical pathway* - критически - важный алгоритм лечения -

მკურნალობის ოქმი, რომელიც ეუუძნება კლინიცისგთა კონსენსუსს. მოიყავს მხოლოდ იმ რამდენიმე სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან კომპონენტს ან პუნქტს, რომელიც არსებითად მოქმედებს პაციენტთა მკურნალობის შედეგებზე (მკურნალობის ჩატარების ან პირიქით, მისი არჩატარებისას, ან სამედიცინო ჩარევის დროის ვათვალისწინებით).

კლინიკური საინფორმაციო სისტემა - *clinical information system* - *клиническая информационная система* - საინფორმაციო სისტემა, სადაც ხდება ინფორმაციის შეგროვება, შენახვა, დამუშავება და გადაცემა. იყენებენ დამხმარე საშუალებად კლინიკური საქმიანობის პროცესში. ანგარიშის გამოწერის სისტემა (ან განცხადებები სადამღვევო ანამზაურების თაობაზე), რადგანაც არ შეიცავს კლინიკურ მონაცემებს, ამ განსაზღვრაში არ შედის. კლინიკური საინფორმაციო სისტემის შექმნის ერთ-ერთი მეთოდი არის ავადმყოფობის ყველა ისტორიის წარმართვა კომპიუტერის საშუალებით.

მიმდინარე შეფასება - *concurrent review* - *текущая оценка* - პაციენტის მკურნალობის დროს განხორციელებული შეფასება. მიმდინარე შეფასება სამედიცინო დახმარების გამწვევ ექიმს ან სხვა პირს საშუალებას აძლევს განსაზღვროს, იძლევა თუ არა თერაპიის არჩეული კურსი შედეგებს, რომელიც შეესაბამება ამ კლინიკური მდგომარეობის მოლოდინს. შეფასებამ ასევე შეიძლება ხელი შეუწყოს მკურნალობის ნეგატიური შედეგების აღრეულ გამოვლენას, რომელმაც თავის მხრივ შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის კურსის გახანგრძლივება და იმოქმედოს შედეგებზე.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე ვარიანტი კლინიკური მოდიფიკაცია - *ICD-10-CM-International Classification of Diseases, 10th Edition Clinical Modification* - *Международная классификация болезней десятого пересмотра. Клиническая модификация МКБ - 10 - КМ* - ავადმყოფობათა, გრავმებისა და სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზთა იდენტიფიკირება სისტემათა ეტიოლოგიურ-პათოგენური მექანიზმებისა და გარემო ზემოქმედების ვათვალისწინებით;

დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფების სისტემა - *Diagnosis Related Group System (DRG)* - *система диагностически связанных групп* - პაციენტების კლასიფიკაცია დაახლოებით

ათასამდე კლინიკურად დაკავშირებული კატეგორიით, რომელსაც აქვს რესურსების ხარჯვის ერთნაირი ღონე და მკურნალობის მსგავსი ტექნოლოგიები. ყოველი პაციენტი განეკუთვნება ერთ-ერთ კატეგორიას ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზის გათვალისწინებით; კატეგორიების დარეგულირება ხდება იმ ძირითადი და მეორეხარისხოვანი პროცედურების შესაბამისად, რომელიც უგარდება სტაციონარში ყოფნის დროს, ასევე ასაკის, სქესისა და გაწერისას ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით. თითოეული დიაგნოსტიკური ჯგუფი შეიძლება განეკუთვნოს როგორც თერაპიულ, ისე ქირურგიულ კლასს აღმოჩენილი დასმარების მიხედვით. აშშ ჯანდაცვის "კანონირების ადმინისტრაცია" (HCFA) DRG იყენებს სააქვადმყოფობისათვის განკუთვნილი თანხის ასანაზღაურებლად, რაც ყველა პაციენტისათვის წინასწარი გადახდის სისტემის ნაწილია (PPS), ვინც გამოიყენებს ედიყარე სისტემას. ეს პირობა შესულია სოციალური დაზღვევის შესახებ კანონის შესწორებაში, რომელიც მიღებულია 1983 წელს (ზოგადი კანონმდებლობა, 98-21);

ხარვეზი ("ფანდი") DRG სისტემაში - "creep" – лазейка в системе DRG - ასეთი სიტუაცია აღინიშნება მაშინ, როდესაც სააქვადმყოფობები და ექიმები თავის ღოკუმენტაციასა და ანგარიშებში ძვირადღირებულ დიაგნოსტიკურ ჯგუფებში (დიაგნოსტიკურად დაკავშირებულ ჯგუფებში) ჩაწერენ აქვადმყოფთა მეტ რაოდენობას, რაც სააქვადმყოფოს გათვალისწინებულზე მეტ შემოსავალს აძლევს.

ძირითადი დიაგნოსტიკური ძირითადი დიაგნოსტიკური კატეგორიები - major diagnostik categories MDC – основные диагностические категории - აშშ-ში ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციამ (HCFA) თითოეული დიაგნოსტიკურად დამოკიდებული ჯგუფი დიაგნოზის ან პროცედურის შესაბამისად გაანაწილა ოცდახუთამდე დიაგნოსტიკურ კატეგორიაში. ნებისმიერი დიაგნოსტიკური ჯგუფი გათვალისწინებულია მხოლოდ ერთ MDC-ში, ხოლო თითოეული შედის ორგანოთა ერთი (მაგალითად, ნერვულ. გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის, საჭმლის მომწელებელ და სხვ.) სისტემაში ან უკავშირდება ერთ-ერთი სამედიცინო სპეციალობას (მაგალითად, ნევროლოგიას, ოტორინოლარინგოლოგიას, ონკოლოგიას, პემატოლოგიას.

ვასგროენგეროლოგიას და ა.შ.).

ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის ჩვეულებრივი პროცედურების კოდირების სისტემა - HCPCS-ICFA Common Procedure Coding System – система кодировки обычных процедур Администрации по Финансированию здравоохранения - აშშ-ის ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის მიერ დამუშავებული კოდირების სისტემა ამბულატორიული მომსახურებისათვის როგორც სტაციონარში, ასევე ექიმის კაბინეტში Medicare და Medicaid სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში. მოიცავს სამ ღონეს: I ღონე შედგება CPT-4-ის (თანამედროვე სამედიცინო ტერმინოლოგია პროცედურების შესახებ, მე-4 გამოცემა) კოდისაგან, II ღონე - სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო კოლებისაგან (რომელიც არ ითვალისწინებს I ღონეს), III ღონე - დასაქმებისა და პროდუქტების ადგილობრივი კოლებისაგან, რომელიც არ არის ჩართული I და II ღონეში.

თანამედროვე სამედიცინო ტერმინოლოგია პროცედურების შესახებ, მე-4 გამოცემა - CPT-4 - Physicians Current Procedural Terminology, Fourth Edition – современная Врачебная Терминология по процедурам. 4-е издание - წიგნი, რომელშიც შეგანილია იმ პროცედურებისა და დახმარების კოლები და ჩამონათვალი, რომელსაც ახორციელებს ექიმი და უართოდ გამოიყენება კოდის შესაბამისი ანგარიშის გამოწერისა და სამედიცინო მომსახურების ხარჯის ანაზღაურების დროს. შედგება ხუთი თავისაგან: თერაპია (ანესთეზიოლოგიის გარეშე); ანესთეზიოლოგია; ქირურგია; რადიოლოგია; პათოლოგია/ლაბორატორიული მომსახურება. ყოველ მომსახურებას და მომსახურების სახეს აქვს ხუთნიშნა კოდი. აქვეყნებს ამერიკის სამედიცინო ასოციაცია.

სამკურნალწამლო საშუალებების სახელმწიფო კოდი -- National Drug Code (NDC) – национальный код лекарственных средств – ციფრობრივი აღნიშვნა, ე.წ. კოდი, რომელიც მიეკუთვნება საკვებ პროდუქტებსა და სამკურნალწამლო საშუალებებს. ამტკიცებს საკვები პროდუქტებისა და სამკურნალ საშუალებების კონგროლის ადმინისტრაცია (FDA). გამოიყენება აუთიაქების დანახარჯების ანაზღაურების განსაზღვრის მიზნით Medicaid ჩარჩოებში. ეროი და იმავე პრეპარატის სხვადასხვა

ლოზასა და შეკვეთის უორმას აქვს ცალკე კოდი.

ქსელი

პოლიკლინიკა - *polyclinic* – поликлинника - სამკურნალო დაწესებულება, რომელიც სამედიცინო დახმარებას უწევს მომსვლელ (აგრეთვე შინ მწოლიარე) ავადმყოფებს დაავადებათა ძირითადი სახეების მიხედვით.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმის კაბინეტი - *physician office* – кабинет врача общей практики - მუდმივი ადგილი, სადაც სამედიცინო საქმიანობას ეწევა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი როგორც დამოუკიდებლად, ასევე მედიცინის მუშაკების ჯგუფთან ერთად.

სამედიცინო-სანიტარული ცენტრი - *health center* – медико-санитарный центр - დაწესებულება, რომელიც მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფისათვის უზრუნველყოფს სამედიცინო-სანიტარიულ დახმარებას. ის მოიცავს: ა) სამედიცინო-სანიტარიულ დახმარებას (როგორც პროფილაქტიკურს, ასევე ჯანმრთელობის გაკაეებას) ინდივიდებისათვის, ოჯახებისა და სხვა სპეციალური ჯგუფებისათვის, საერთოდ მთელი საზოგადოებისათვის; ბ) ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახმარებას, როგორც სამედიცინო-სანიტარიულ ცენტრში, ასევე ბინაზე; გ) რეაბილიტაციის სამსახურებს სოციალური უზრუნველყოფის დაწესებულებებთან ერთად. რუსეთში ასეთი სამედიცინო სანიტარული ცენტრები ამბულატორიული დისპანსერები და პოლიკლინიკებია. დასავლეთში სამედიცინო სანიტარიულ ცენტრებად ითვლება ზოგადი პროფილის ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები.

საავადმყოფო - *hospital* – больница - ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ვათეალისწინებულა სტაციონარული დახმარების აღმოსაჩენად.

დისპანსერი - *dispensary* – диспансер - სტაციონარის ჩარჩოებში მოქმედი ან დამოუკიდებელი სპეციალიზებული ამბულატორიული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება. რომლის მიზანია (მკურნალობის გარდა) დაავადებათა წინააღმდეგ წინასწარ ზომების მიღება პაციენტთა ჯგუფების სისტემატური გამოკვლევისა და მონიტორინგის მასობრივი კამპანიის, ასევე დისპანსერიზაციაზე აყვანილ და პროფილურ ავადმყოფთა

მკურნალობის მეშვეობით. ყოველი დისპანსერი სპეციალიზებულია რაიმე დაავადების (მაგალითად, ტუბერკულოზის, კანისა და ენერიულ სნეულებათა და სხვ.) ან მოსახლეობის განსაზღვრულ (მაგალითად, ასაკის, დასაქმების მიხედვით) ჯგუფთან მუშაობის შესაბამისად.

დღის სტაციონარი - *day hospital* - дневной стационар - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ერთ-ერთი სახე, სადაც დღის განმავლობაში ემსახურებიან პაციენტებს, რომლებიც სადამოს სახლში ბრუნდებიან.

დღის სტაციონარი არ ემსახურება ამბულატორიულ ავადმყოფებს, რომელთაც ხანგრძლივი და ინტენსიური მკურნალობა ესაჭიროება და არც იმათ, ვისაც არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები აქვს.

მომსახურების მართვის ორგანიზაცია - *management service organization* - организация по услугам управления - იურიდიული პირი, რომელიც წარმართავს პრაქტიკულ მმართველობით საქმიანობას, აღმინისკრირებას ან დახმარებას უწევს ცალკეული ექიმის ან ექიმთა ჯგუფების მუშაობას. ასეთი ორგანიზაცია შეიძლება შედიოდეს საავადმყოფოს სტრუქტურაში ან ეკუთვნოდეს ინვესტორს.

ქსელი - *network* - сеть - ურთიერთდაკავშირებულ ერთგვაროვან დაწესებულებათა ერთობლიობა, რომელიც დახმარებას უწევს ან უზრუნველყოფს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის ან ინდივიდთა ინტეგრირებულ დახმარებას ჯანდაცვის სფეროში, ან დაწესებულებები, რომლებმაც დადეს კონკრეტული ინდივიდუალური პირებთან. ქსელი ხასიათდება ცენტრალიზებული სტრუქტურების არსებობით.

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქსელური ორგანიზაციის მოდელი - *network model HMO* - сетевая модель организации по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაცია (HMO), რომელიც კონკრეტულ ღირებულ დაუმოკიდებელი პრაქტიკის მქონე ორ ან მეტ ჯგუფთან, რათა მიეცეს მათ სამედიცინო დახმარების გაწევის საშუალება. ქსელური მოდელი შეიძლება მოიცავდეს ზოგადი პრაქტიკის ცალკე სპეციალისტებს, ასევე ორგანიზებული პრაქტიკოსების ჯგუფს, რომელიც ერთად იმართება.

დახმარე სამსახურები - *ancillary services* - вспомогательные

წყობის - სტაციონარისა და ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციით სამსახურები, გამოირიცხავს კაბინეტებს, აღმინისგრაფიულ და პროფესიულ სამსახურს. მაგალითად, დამხმარე სამსახურებს მიეკუთვნება, სადიაგნოსტიკო კაბინეტები, აუთიაქი, ლაბორატორია, ფიზიოთერაპიული სამსახური.

სანიმუშო ცენტრი - *centers of excellence* – *образцовый центр* - მაღალკვალიფიციური სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის უნარისა და შესაძლებლობის მქონე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომელსაც ამა თუ იმ სფეროში მომსახურების ხარისხის გამო აქვს მაღალი რეპუტაცია. აშშ-ში ბოგიერთი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) აყენებს მოთხოვნას, რათა ამა თუ იმ იშვიათი შემთხვევის მკურნალობა ან გარკვეული პროცედურა ჩაგარდეს ასეთ სანიმუშო ცენტრში. ეს განაპირობებს მომსახურების უფრო მაღალ ხარისხს.

საავადმყოფოს საწოლი - *hospital bed* – *больничная койка* - სამედიცინო პერსონალითა და საჭირო აღჭურვილობითა და გექნოლოგიებით უზრუნველყოფილი ადგილი, სადაც პაციენტებს სამედიცინო დახმარებას უწევენ ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან სტაციონარიდან გაწერის დღემდე.

საწოლის დაკავება - *occupancy* – *занятость* - თავისუფალი საწოლების უტილიზაციის მაჩვენებელი.

საწოლის საშუალო დაკავების მაჩვენებელი - *average bed occupancy rate* – *показатель средней занятости койки* - გარკვეული დროის განმავლობაში საწოლ-დღეთა საერთო რაოდენობის განაყოფი საწოლთა საშუალო რაოდენობაზე ამავე პერიოდში; ჩვეულებრივ, საწოლის დაკავების მაჩვენებელი განსაზღვრავს წლის განმავლობაში პაციენტთა მიერ საწოლის დაკავების დღეების საშუალო რაოდენობას.

საწოლ-დღეთა რაოდენობა - *bed day* – *число койко-дней* - საწოლის დაკავების დღეთა რაოდენობა (წლის განმავლობაში);

საწოლის ბრუნვა - *bed turnover* – *оборот койки* - ერთ საწოლზე ნამკურნალებ ავადმყოფთა საშუალო რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში, ჩვეულებრივ, ერთი წლის განმავლობაში;

საწოლით უზრუნველყოფა - *bed/population ratio* – *обеспеченность койками* - საწოლთა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე. ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს ითვალისწინებენ სხვადასხვა პროფილის საწოლების რაოდენობას.

მაგალითად, შეიძლება განისაზღვროს საწოლებით ფაქტობრივი უმრუნველყოფა, ასევე საწოლების საჭიროება და ა.შ. ყველა შემთხვევაში ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს, აუცილებელია გამოსაყენებელი საწოლის პროფილის მუსკი განსაღვრა;

სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობა - length of stay (LOS) - продолжительность пребывания в стационаре - იმ დღეთა რაოდენობა, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იმყოფება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში (გადაუღებელი დახმარების საავადმყოფოში, სპეციალიზირებულ სამკურნალო დაწესებულებასა და ა.შ.). ჰოსპიტალიზებულია რიცხოვნობის საფუძველზე აშშ-ში მკურნალობის ხარჯების შემცირებისა და წინასწარი გადახდის ღონისძიებებით (Medicare პროგრამისათვის) შესაძლებელი გახდა სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა - average length of stay (ALOS) - средняя продолжительность пребывания в стационаре - იმ დღეთა საშუალო რაოდენობა, რომელსაც პაციენტი ატარებს სტაციონარულ პირობებში; გამოითვლება სტაციონარის, ცალკეული საავადმყოფოს, განყოფილების, პროფილური საწოლებისა და საღიაგნოსტიკო ჯგუფისათვის ცალ-ცალკე.

მოსახლეობის მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) - population coverage - охват населения (службами здравоохранения) - საქმიანობა, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობას მოსახლეობისათვის. მოცვის სისრულე გამოითვლება იმ პირთათვის, ვინც მოექცევა სანიტარიულ-საგამანათლებლო, პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი მუშაობის ზეგავლენის ქვეშ.

მოსახლეობის მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) - coverage - охват населения службами здравоохранения - რუსეთში: ფიზიკური ან გეოგრაფიული მოცვა - ჯანდაცვის დაწესებულებათა რაოდენობის შეფარდება ადმინისტრაციულ ერთეულთან მისი ფართობისა და მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით. ეს არის თეორიული მოცვა, რომელიც შეესაბამება დაწესებულების საქმიანობის ზონებს.

ფუნქციური მოცვა - functional coverage - функциональный охват

– ეს პრაქტიკული მოცვა და დაწესებულების პრაქტიკული საქმიანობის შესაბამისად გამოიხატება მოსახლეობის მიერ სამედიცინო დაწესებულების გამოყენებაში (პასიური მოცვა) ან სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოსახლეობის გამსვლელი ფორმით მომსახურებაში (აქტიური მოცვა). გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის დასახასიათებლად.

კადრები

ჯანდაცვის კადრები - health workforce – кадры здравоохранения - პირები, რომლებიც მუშაობენ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებსა და დაწესებულებებში. რუსეთში ამ კატეგორიას განეკუთვნებიან არა მარტო პრაქტიკოსი მუშაკები (როგორც აშშ-ში), არამედ ისიც, ვინც გადის სწავლების კურსს და იღებს საბაზო საექიმო, საექთნო და სხვა შესაბამის განათლებას.

ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა - health workforce assessment – планирование кадров здравоохранения - რუსეთში - კადრების რაოდენობისა და სტრუქტურის განსაზღვრის პროცესი მოსახლეობისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსპექტიული მოთხოვნებიდან გამომდინარე. კადრების დაგეგმვა მოიცავს მათი მომზადებისა და დახელოვნების დაგეგმვას.

მთლიანობაში ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა გულისხმობს ცოდნისა და ჩვევების შექმნასა და გამოყენებას და მოიცავს:

1. მოსახლეობის სამედიცინო-სანიტარულ მოთხოვნებსა და მომსახურების საჭიროებას ანალიზისა და პროგნოზის ვათეალისწინებით;
2. ჯანდაცვაში არსებული კადრების გამოყენებისა და ეფექტურობის ხარისხის ანალიზს;
3. მომავალში კადრებზე მოთხოვნას, ასევე მომზადებასა და სწავლებას ჯანდაცვის საერთო დაგეგმვის გათვალისწინებით;
4. მოთხოვნასა და კადრებით მოსალოდნელ დაკმაყოფილებას შორის შეუსაბამობის გამოვლენას;
5. ამ შეუსაბამობის აღმოფხვრის პოლიტიკის ფორმირებას არსებული კადრების ოპტიმალური გამოყენების

გათვალისწინებით.

სამედიცინო სპეციალობა - *clinical specialty* - медицинская специальность - საბაზო სამედიცინო ცოდნა-განათლება,, რომელიც აუცილებელია გარკვეული ჯგუფისათვის სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო, პროფილაქტიკური და სხვა სახის დახმარების გასაწევად პათოლოგიის კონკრეტული ფორმის დროს.

საექიმო სპეციალობა - *medical specialty* - врачебная специальность - მედიცინის სფერო, სადაც მუშაობს ექიმი. რუსეთში ექიმებს ყოფენ ორ ძირითად კატეგორიად - ფართო პროფილის (თერაპევტი, პედიატრი, მეან-გინეკოლოგი და ქირურგი) და ვიწრო სპეციალობის (ნევროპათოლოგი, ონკოლოგი, უროლოგი და სხვ.) ექიმებად. აშშ-შიც ექიმები პოსტსამედიცინო განათლების დონისა და პროფილის მიხედვით ასევე ორ კატეგორიად იყოფიან. ვინც ეწევა სამედიცინო პრაქტიკას, მას უწოდებენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს (ოჯახის ექიმი, თერაპევტი, პედიატრი, მეანი (გინეკოლოგი). სპეციალისტები გადიან მომზადებას, რომელიც საშუალებას აძლევს დასპეციალდნენ გარკვეული განხრით, მაგალითად, სისხლძარღვთა ქირურგიაში ან ორგანიზმის ცალკეული სისტემების (მაგალითად, ენდოკრინოლოგიაში, კარდიოლოგიაში) ან ასაკობრივი ჯგუფების (მაგალითად, გერონტოლოგიაში) მკურნალობაში.

საექიმო სპეციალიზაცია - *medical specialization* - врачебная специализация - საბაზო სპეციალობის საფუძველზე დახელოვნების კურსის გავლის შედეგად მიღებული სპეციალიზებული მაღალკვალიფიციური სამედიცინო ცოდნა, რასაც ადასტურებს შესაბამისი სერტიფიკატი.

სამედიცინო განათლება - *medical education* - медицинское образование - სწავლისა და მომზადების პროცესი, რომლის დამთავრების შემდეგ ინდივიდს მინიჭებული აქვს უფლება, დაიწყოს პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობა. გამოყოფენ განათლების მიღების რამდენიმე ეტაპს.

სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში

წინასადიპლომო განათლება - *undergraduate education* - преддипломное образование - სამედიცინო უმაღლეს

სასწავლებელში ჩარიცხვიდან ძირითად სამედიცინო სპეციალობებში გამოსაშვები გამოცდების ჩაბარებამდე პერიოდში მიღებული ცოდნა, რის თაობაზეც გაიცემა სამედიცინო-პრაქტიკული საქმიანობის უფლების მასპინძელი ოფიციალური დოკუმენტი - ლიცენზია, რომელიც შეიძლება იყოს წინასწარი და განისაზღვროს გარკვეული პირობებით, როგორცაა პრაქტიკული საქმიანობით დაკავებულ პირზე მეთვალყურეობა. წინასაღიპლომო სწავლება მოიცავს კლინიკამდელ და კლინიკის პერიოდებს.

დიპლომის შემდგომი მომზადება - postgraduate training - постдипломная подготовка - ფაზა, რომლის დროსაც მიიღწევა კლინიკაში პრაქტიკული საქმიანობის შედეგად მიღებული ცოდნის, გამოცდილებისა და პროფესიული უნარ-ჩვევების ის დონე, რომელიც ექიმს შესაძლებლობას მისცემს ღიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით მიიღოს მართებული, დასაბუთებული გადაწყვეტილება. ჩვეულებრივ, დიპლომის შემდგომი მომზადების ბოლოს გაიცემა დამოუკიდებელი პრაქტიკული საქმიანობის ლიცენზია.

წინასაღიპლომო და დიპლომის შემდგომი მომზადება - undergraduate education - преддипломная и постдипломная подготовка - ერთად მოიცავს ექიმის ძირითად სამედიცინო განათლებას.

დიპლომის შემდგომი დახელოვნება - postgraduate advanced training - постдипломное усовершенствование - უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ მეტ-ნაკლებად ხანგრძლივი პერიოდი, რომელიც ჩვეულებრივ მოიცავს ინტერნატურასა და განკუთვნილია სამედიცინო პრაქტიკის ერთ-ერთ სფეროში კომპეტენციის მოსაპოვებლად. სხვანაირად რომ ვთქვათ, პროფესიული მომზადების ის დონე და ცოდნის მთელი კომპლექსი, რომელიც დაიკავოს მაღალი კვალიფიკაციის ექიმის თანამდებობაზე მუშაობის საშუალებას იძლევა.

სამედიცინო დახმარების ორგანიზება

მიღება - encounter - прием - სამედიცინო დახმარების გაწევის მიზნით პაციენტის ვიზიტი ექიმთან ანუ კონტაქტი პაციენტსა და

მედიცინის მუშაკს შორის. მიღება ხდება მხოლოდ სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ანდა სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ადგილებში.

კონსულტაცია - *consultation* - консультация - ორი ან მეტი სპეციალისტის თათბირი, ინფორმაციის გაცემის გზით გადაწყვეტილებისა და საჭირო რჩევის მიღების ან ექსპერტის ამრის გაგების მიზნით.

პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით საჭიროა გამიჯნულ იქნეს: ა) კონსულტაცია ექიმთა (ან სამედიცინო-სანიტარული დახმარების სხვა მუშაკთა) შორის და ბ) ექიმის მიერ ავადმყოფისათვის გაწეული კონსულტაცია. ამ გერმინს უპირატესად იყენებენ ზოგადი პროფილის პრაქტიკის სფეროში, სადაც ექიმსა და ავადმყოფს შორის ნებისმიერ კონტაქტს აღნიშნავს. ზოგ შემთხვევაში შემოიფარგლება ავადმყოფის მისვლით ექიმის კაბინეტში (კონსულტაცია ექიმის მისაღებში ან მიღება) ავადმყოფის კონსულტაციისაგან განსხვავებით ბინამე ან სხვა დაწესებულებებში (კონსულტაცია საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან ექიმის ვიზიტი პაციენტთან).

ჰოსპიტალიზაცია - *admission* - госпитализация - სტაციონარული დახმარების დასაწყისი. ეს გერმინი გამოიყენება პაციენტის დღის სტაციონარში მიღების შემთხვევაშიც.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია - *readmission* - повторная госпитализация - გაწერიდან გარკვეული დროის შემდეგ პაციენტის განმეორებითი მოხვედრა სტაციონარში იმავე დაავადების გამო. ითვლება, რომ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია სტაციონარში მკურნალობის დაბალ ხარისხთან ან ნაადრევ გაწერასთან.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი - *readmission rate* - показатель повторной госпитализации - სტაციონარში იმავე დიაგნოზით განმეორებით მოხვედრილ ავადმყოფთა რაოდენობა. წარმოადგენს დაწესებულების მუშაობის ხარისხის ერთ-ერთ მაჩვენებელს.

პაციენტი - *patient* - пациент - ადამიანი, რომელმაც სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართა ამბულატორიას ანდა ჰოსპიტალიზებულია სტაციონარში გამოკვლევის, დიაგნოზის დადგენის, მოვლის ან მკურნალობის მიზნით.

დღის სტაციონარის პაციენტი - *patient in a day hospital* - пациент

В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ - სტაციონარული ავადმყოფი, რომლის მდგომარეობიდან გამომდინარე, საჭირო არ არის სტაციონარში მისი ღამე ღარჩენა.

სტაციონარული პაციენტი - inpatient – стационарный пациент - მოზრდილი ან ბაეში, რომელიც იკავებს საავადმყოფოს საწოლს და სტაციონარში შედის გამოკვლევის, დიაგნოზის დადგენის, მოვლისა ან მკურნალობის მიზნით. ამ შემთხვევაში ცნება “სტაციონარი” გულისხმობს სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოს, საავადმყოფოს ხანმოკლე დაყოვნებისათვის და სტაციონარს – ხანგრძლივი დაყოვნებისათვის.

სტაციონარიდან გაწერა - discharge from a hospital – высылка (из стационара) - საავადმყოფოსა ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის ყოფნის ოფიციალური შეწყვეტა. მოიცავს გაწერილ და გადაყვანილ ავადმყოფებს, აგრეთვე გარდაცვლილებს.

ამბულატორიული დახმარება - ambulatory care – амбулаторная помощь - სამედიცინო დახმარების ყველა სახე იმ ავადმყოფთა მიმართ, რომლებიც არ იმყოფებიან სტაციონარში მათთვის დახმარების გაწევის მომენტში. ამბულატორიული დახმარება გარდება სხვადასხვა პირობებში: ცალკე განთავსებულ ამბულატორიებში, ზოგადი პრაქტიკის სამედიცინო პუნქტებში, მრავალპროფილიან პოლიკლინიკებში, სპეციალიზებულ დისპანსერებსა და დიაგნოსტიკურ ცენტრებში.

გადაუდებელი დახმარება - emergency call service – неотложная помощь - სამედიცინო (ოპერატიული) დახმარება, რომელიც გარდება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - emergency care – скорая медицинская помощь - ოპერატიული გასულითი პირველადი ან სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

სპეციალიზებული დახმარება - specialized care – специализированная помощь - მეორეული კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, რომელიც გარდება ვიწრო სპეციალიზაციის დონეზე.

ეტაპობრივი დახმარება - step care – поэтапная помощь - მედიკამენტებისა და პროცედურების დანიშვნა წინასწარ განსაზღვრული თანმიმდევრობით. ჩვეულებრივ იწყებენ უფრო

ნაკლებდირებული პრეპარატი.

ხანგრძლივი დახმარება - *long-term care (LTC)* – долгосрочная помощь - მომსახურება ჯანდაცვისა და ინდივიდუალური მოვლის სფეროში, უგარდება ქრონიკულ დაავადებათა და ფსიქიკური გადახრების მქონე პირებს, ხანდაზმულებს, ინვალიდებს შესაბამისი დაწესებულების ფარგლებში ან მუდმივ საცხოვრებელ ადგილებზე. ზემოთ ჩამოთვლილი კატეგორიის პაციენტებს არ აღენიშნება დაავადების გამწვავება, მაგრამ ესაჭიროება ხანგრძლივი აღდგენითი, შემანარჩუნებელი (ფიზიკური თვალსაზრისით) და რეაბილიტაციური დახმარება. მოგჯერ ცნება "ხანგრძლივი დახმარება" გამოიყენება უფრო ვიწრო გაგებით, ისეთ დაწესებულებებთან მიმართებაში, როგორცაა მოხუცთა სახლი, ინტერნატი ფსიქიკური გადახრის მქონე ან გონებრივად ჩამორჩენილ პირთათვის. ასეთი ამბულატორიული მომსახურება, ისევე როგორც ბინაზე დახმარება, ხანგრძლივი დახმარების დაწესებულებების აღტერნატივად ითვლება.

ზოგადი პრაქტიკა - *general practice* – обшая практика - პირველადი სამედიცინო დახმარების ფორმა, რომლის დროსაც, სპეციალიზებული დახმარებისგან განსხვავებით, პრაქტიკოსი ექიმი იღებს მუდმივ პასუხისმგებლობას პაციენტისათვის ზოგადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე. დახმარება ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტზე, მის პრობლემებზე და არა უბრალოდ კონკრეტული დაავადების მკურნალობაზე.

ზოგადი პრაქტიკა შეიძლება იყოს *ინდივიდუალური*, თუ ექიმი მუშაობს სხვა პრაქტიკოსი ექიმებისაგან დამოუკიდებლად (თუმცა შეიძლება გამოიყენოს მედიკოსი ან სხვა დამხმარე მუშაკის დახმარება) და *ჯგუფური*, როცა ორი ან მეტი პრაქტიკოსი ექიმი მუშაობს ერთად ან მუშაობენ ჯანმრთელობის ცენტრის სახით (სკანდინავიური მოდელი). ჯგუფური პრაქტიკის შემთხვევაში შესაძლებელია პრაქტიკოს ექიმთა პარტნიორობა.

მეკარე - *gatekeeper* – «привратник» – პირი, რომელიც ასრულებს სტაციონარულ ან ამბულატორიულ პირობებში პაციენტისათვის საჭირო დახმარების გაწვევის პროცესის კოორდინაციისა და მოცულობის განსაზღვრის ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ფუნქციას.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის ჯგუფური მოდელი - *group model* – групповая модель организации по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის შენარჩუნების

მოდელი, რომლის დროსაც ჯანდაცვის დონისძიებების უზრუნველსაყოფად კონგრაქტი უორმდება პრაქტიკოს ექიმთა ერთ დამოუკიდებელ ჯგუფთან.

ჯგუფური პრაქტიკა - *group practice* - групповая практика - ზოგადი პროფილის პრაქტიკის მქონე ორი და მეტი ექიმის ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკთა უორმალური გაერთიანება, რომელიც მოწოდებულია მოსახლეობის ჯგუფისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩინად.

დამოუკიდებელი პრაქტიკის მქონე ექიმთა გაერთიანებაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის მოდელი - *independent practice association (IPA) model HMO* - модель организации по поддержанию здоровья, основанная на ассоциациях независимой практики - ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO), რომელიც უშუალოდ აუორმებს კონგრაქტს კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმებთან ან კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთა ერთ ან მეტ გაერთიანებასთან. ასეთი სქემა უმეტეს შემთხვევაში ყალიბდება ერთ დარგში სპეციალიზებული პრაქტიკის ირგვლივ.

ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემა - *integrated health care system* - интегрированная система здравоохранения - დაწესებულებათა ქსელი, რომელსაც აქვს ჯანდაცვის სხვადასხვაპლანიანი სამსახური უზრუნველყოფის შესაძლებლობა მრავალი მიმართულებით. აშშ-ში ინტეგრირებული სისტემის მაგალითებია: საექიმო-საავადმყოფო ორგანიზაცია (PHO); მომსახურების მართვის ორგანიზაცია სამკურნალო დაწესებულებათა ინტეგრირებული ორგანიზაცია და კომუნალური ჯანდაცვის საინფორმაციო ქსელი (CHIN).

მართვადი სამედიცინო დახმარება - *managed care* - управляемая медицинская помощь - დაწესებულებათა, სამედიცინო დახმარების აღმომჩენ პირთა და სამედიცინო სადამღვევო ორგანიზაციათა გაერთიანებები, რომლებიც შექმნილია შესასრულებელი სამუშაოს ხარისხისა და ეფექტურობის ამაღლების მიზნით. ეს მიიღწევა მომსახურების ღირებულების გადახდაში პაციენტის მონაწილეობის წილის გაზრდით, სტაციონარში ავადმყოფთა ყოფნის ვადისა და პოსპიგალიზაციის კონტროლით, ფინანსური სტიმულირების გზით (ანაზღაურების განაწილების მექანიზმის საშუალებით) განსაზღვრული სახის ქირურგიული ჩარევით ამბულატორიულ პირობებში, სამედიცინო

მომსახურების შემსრულებელთა რაციონალური ჩარევით, აგრეთვე იმ პაციენტთა მკურნალობის პირდაპირი კონტროლის, რომელთაც ძვირადღირებული მკურნალობა ესაჭიროება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბიზნეს-გაერთიანება - *business coalition on health care* – бизнес-коалиция по здравоохранению - დამქირავებელია ნებაყოფლობითი ორგანიზაცია, რომელიც შექმნილია მომუშავე პირთათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის თაობაზე ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა ფართო სპექტრის შესახებ ინფორმაციის გადაცემისა და მონიტორინგისათვის. უმრავლეს შემთხვევაში გაერთიანება შედგება დამსაქმებელისაგან, რომლებიც იძენენ ჯგუფურ სამედიცინო დაზღვევას და გაეროიანების წევრები ხდებიან ჯანდაცვის დაგეგმვისა და შედეგებისა და სარჯის მართვის მიზნით.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის საკადრო მოდელი - *staff model (HMO)* – кадровая модель по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO), რომელიც ექიმთა ჯგუფის მეშვეობით უზრუნველყოფს ჯანდაცვით მომსახურებას, რასაც კონტროლს უწევს ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO).

ჯანდაცვის ეკონომიკა

ზოგადი ცნებები

აქტუარიალი - *actuarial* - актуариял - დაზღვევის მეთოდების შესწავლა, ალბათობის ჩათვლით. გამოიყენება იმ პროცესების უზრუნველსაყოფად, რომლებიც მოიცავენ რისკის შეუასებას, ამ რისკთან დაკავშირებული აღექვამური დახმარების გაცემას და დახმარების გაცემის უზრუნველყოფას მომავალში.

ხელმისაწვდომობა (ფინანსური) - *affordability* – доступность (финансовая) - პაციენტის მაგერიალურ-ფინანსური ხელმისაწვდომობა მიიღოს (იყიდოს) სამედიცინო მომსახურება.

აუდიტი - *audit* - аудит - დამოუკიდებელი განხილვა და

დადასტურება იმისა, რომ ფინანსური მოხსენებები მუსგია და რომ სტანდარტული საანგარიშო პროცედურები გამოყენებულ იქნა ამ მოხსენებათა მოსამზადებლად.

უიმედო სესხი – *bad loan* – *безнадежная ссуда* – გასესხებული თანხა, რომლის უკან დაბრუნება აღარ არის მოსალოდნელი (მაგალითად, მეკალის გაკოგრების შემთხვევაში). ასეთი სესხები მიეკუთვნება ხარჯებს და ჩამოიწერება.

საბალანსო ანგარიშგება – *balance billing* – *отчет по балансу* – მომწოდლების მიერ პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენის პრაქტიკა ყველა იმ ხარჯისათვის, რომელიც არ არის გადახდილი სადამღვევო გეგმის მიერ იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ეს ხარჯი აღემატება გეგმის **ს და სამედიცინო თვალსაზრისით საჭიროებას არ წარმოადგენენ. მართვადი ჯანდაცვის გეგმები და მომსახურების გეგმები კრძალავენ ამ პრაქტიკას, გარდა ნებადართული თანაგადამხდელების, თანადაზღვევისა და დაქვეითობისა. ასეთი აკრძალვა შეიძლება გავრცელდეს იმ შემთხვევაზეც, თუ გეგმა საერთოდ გადახდის უუნარო აღმოჩნდება (გაბანკოგების შემთხვევაში).

ბალანსის აღრიცხვის ფურცელი, ბალანსი – *balance sheet* – *листок отчета баланса* – ღოკუმენტი, რომელიც ასახავს ფირმის აქტივებისა და ვალდებულებების მოცულობასა და სტრუქტურას.

ბიუჯეტური ბალანსი – *balance sheet budget* – *бюджетный баланс* – მოსალოდნელი ან არსებული ფინანსური სტატუსი ფისკალური წლის ბოლოს.

კაპიტაცია – *capitation* – *капитация* – ჯანდაცვის მომსახურებისათვის გადახდის მეთოდი, როდესაც ინდივიდუალურ ან ინსტიტუციონალურ მომწოდებელს უხდება ფიქსირებული *პერ-კარიგა* თანხა ყოველი პირის მომსახურებისათვის, მომსახურებათა რაოდენობის და ხასიათის მიუხედავად. გადასახადთა სისტემა, სადაც მართვადი ჯანდაცვის პროექტები უხდის ჯანდაცვითი მომსახურების მომწოდებელთ ფიქსირებულ თანხებს პაციენტის დასახმარებლად მოცემული პერიოდის მანძილზე. მომწოდებლებს არ უნამლაურდებათ მომსახურება, რომელიც აჭარბებს ამ თანხას. ღონე შეიძლება ფიქსირებული იყოს ყველა, წვერისათვის ან დადგინდეს წვერის ასაკის და სქესის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების პროექტების საფუძველზე.

მოსარგებლე – *beneficiary* – *пользователь* – ინდივიდი, რომელიც

იყენებს ან შეუძლია გამოიყენოს სადამბლევო სარგებელი, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სადამბლევო სარგებელსაც, სადამბლევო კონტრაქტის საფუძველზე.

ჩრდილოვანი ეკონომიკა – *black, grey, underground, shadow economy* – теневая экономика - ფარული ეკონომიკური გარიგებების ერთობლიობა, რომლის არსებობის საფუძველი – გადასახადებისაგან თავის არიდების არალეგალური ქმედების დამალვის სურვილია.

მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) – *gross domestic product* – полный внутренний продукт - დროის გარკვეულ მონაკვეთში (როგორც წესი, ერთი წლის განმავლობაში) ადგილობრივად წარმოებული საქონლისა და გაწეული მომსახურების ჯამური ფულადი ღირებულება.

კომპენსაცია – *indemnity* – компенсация - სამედიცინო დაზღვევის დახმარებები, რომელთა უზრუნველყოფა ხდება გაწეული ხარჯების ანაზღაურების ფორმით. კომპენსაციური დაზღვევის კონტრაქტი ჩვეულებრივ განსაზღვრავს იმ მაქსიმალურ თანხებს, რომელთა გადახდაც შესაძლებელია გაწეული მომსახურებისათვის. უმეტეს შემთხვევაში, მას შემდეგ, რაც მომსახურების უზრუნველყოფელი ჩვეული წესით წარუდგენს ანგარიშს პაციენტს, დაზღვეული წარუდგენს ანგარიშის გადახდის დამადასტურებელ საბუთს სადამბლევო კომპანიას, შემდგომ ამისა სადამბლევო კომპანიას ანაზღაურებისათვის. ამავდროულად ანგარიში წარუდგინოს პაციენტებს იმ ღირებულებებზე, რომლის მოცვას არ ხდება.

დაზღვევა – *insurance* – страхование - სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სადამბლევო გადასახდელების ანაზღაურებას დაკავშირებულს სამედიცინო დახმარებასთან. სამედიცინო სადამბლევო კომპანია შეიძლება იყოს კომერციული ან არაკომერციული, სახელმწიფო ან კერძო. დაზღვევა შესაძლებელია იყოს კერძო (ნებაყოფლობითი), ასევე სახელმწიფო (სავალდებულო მთლიანად მოსახლეობისათვის ან მისი განსაზღვრული კატეგორიისათვის); შესაძლებელია იარსებოს როგორც დამოუკიდებელმა სისტემამ.

ხელმძღვანელობა – *leadership* – руководство - ორგანიზაციისა და დასაქმებულების მიზნისკენ წარმართვის პროცესის მართვა.

პასუხისმგებლობა – *liability* – ответственность - პასუხისმგებლობა

კანონის წინაშე. რისკი, ასოცირებული პასუხისმგებლობასთან შეიძლება შემცირებული იყოს პასუხისმგებლობის დაზღვევის შექმნის გზით.

ვალდებულება (პასივი) – liability - обязанность (пассив) - ვალი; პიროვნების ან საწარმოს განკარგვაში არსებული სახსრები ან ქონება, რომელზედაც სხვა მხარეს გარკვეული პრეგენზია შეიძლება გააჩნდეს.

ეკონომიკურ დანაკარგთან, რომელიც გამოწვეულია შესაძლებელი, მაგრამ არა გარდაუვალი მოვლენებით მომავალში. სამედიცინო დახმარების კომენტარებში მოხსენიებულია რამოდენიმე ნაირსახეობის დაზღვევა.

დაზღვეული – insured - застрахованный - პიროვნება (დაქირავებული ან წვერი), რომელიც ექვემდებარება დაზღვევას ჯგუფური პოლისის მიხედვით და დაზღვევი თანახმაა გადაუხადოს მას ან მის წარმომადგენელს ფულადი დახმარება.

დამზღვევი – insurer - страхователь - სადაზღვევო კონგრაქტის ერთ-ერთი მხარე, რომელიც ვალდებულებას კისრულობს გადაიხადოს ფულადი დახმარებები და დაუაროს ჭარბი ხარჯები. ასევე ნებისმიერი კორპორაცია, რომელიც ჩართულია საზოგადოების სადაზღვევო მომსახურების გაუმჯობესებაში.

საპროცენტო განაკვეთი – interest rate - процентная ставка - მსესხებლის მიერ კრედიტორისათვის ძირითადი ვალის გარდა გადასახდელი თანხა გამოხატული ძირითადი ვალის პროცენტებში; ფულადი რესურსების გადაცემის საბაზრო ფასი.

ინვესტიცია (კაპიტალდაბანდებანი) – investment - инвестиция (капиталовложения) - 1. ფიზიკური ქონების, მაგალითად, ქარხნის, მანქანა-დანადგარების შესაძენად, გაწეული ხარჯი (რეალური ინვესტიცია). 2. ფასიანი ქაღალდების, მაგალითად, აქციების შესაძენად, გაწეული ხარჯი (ფინანსური ინვენსტიცია).

ჯანდაცვის ეკონომიკა – Health economics - экономика здравоохранения - დარგი, რომელიც შეისწავლოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსების საფინანსო-ეკონომიკურ მხარეს.

ჯანმრთელობის ეკონომიკა – economics of health - экономика здоровья - ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების (გაუმჯობესების) შეფასება ანუ საზოგადოების დანაკარგი ჯანმრთელობაში, ასევე ჯანმრთელობის წელიწადის შეფასება

ეკონომიკაში.

საბაზრო მექანიზმი - *market mechanism* – рыночный механизм - მყიდველსა და მომსახურების ან საქონლის გამყიდველთა შორის მოთხოვნისა და მიწოდების უზრუნველყოფა კანონის საფუძველზე; განსაზღვრავს საქონლისა და მომსახურების წარმოებასა და განაწილებას. თავისუფალი, თვითრეგულირებადი საბაზრო ურთიერთობების როლი ჯანდაცვაში შეზღუდული და მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი.

მართვადი კონკურენცია - *managed competition* – управляемая конкуренция – გერმინი პირველად გამოიყენა ჯექსონ-პოულის ჯგუფმა აშშ ჯანდაცვის მუშაკთა, სახელმწიფო ოფიციალურ პირთა, კომპანიების ხელმძღვანელთა და ექსპერტთა საბჭოში (მასში შედიან აგრეთვე ყველა შტატის წარმომადგენლები, რომლებიც რეგულარულად იკრიბებიან ვაიომინგის შტატის ქ. ჯექსონ-პოულში). ჯანდაცვის რეფორმის სფეროში ინიციატივის განაზღვრის მიზნით მართვადი კონკურენცია დამქირავებელთა კერძო სისტემებს, რომლებიც რაც შეიძლება ნაკლებ ფასად საუკეთესო სამედიცინო დაზღვევათა შეძენის მიზნით ქმნიან მსხვილ შემსყიდველ ქსელს. არსებობს ჰიპოთეზა, რომ ასეთი შემსყიდველობითი სტრატეგია კონკურენციას გაზრდის სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა შორის, რაც აამაღლებს მომსახურების ხარისხს.

დანახარჯების არსებული დონის შენარჩუნება - *cost containment* – сдерживание расходов - მომსახურების ფასის ნებისმიერი რეგულირება, რაც უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ღირებულების მრდის თავიდან აცილებას.

მოხმარება - *consumption* – потребление - გამოყოფილი ან შეძენილი რესურსების გამოყენების პროცესი.

სამედიცინო დახმარების გამოყენება - *consumption of health care* – потребление медицинской помощи - ჯანდაცვის სამსახურების გამოყენება ცალკე პირის ან პირთა ჯგუფის მიერ.

მოხმარებლის სუვერენიტეტი - *consumer sovereignty* – суверенитет потребителя - საკირო საქონლის ან მომსახურების შერჩევისა და განსაზღვრულ ფასად შეძენის, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (უზრუნველმყოფთა) არჩევის უფლება.

მოთხოვნა - *demand* – спрос - მოცემულ ფასად საქონლისა და მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის მოთხოვნა ადამიანთა

ჯგუფის ან მთელი მოსახლეობის მიერ.

მოთხოვნილება (საჭიროება) - needs – потребности - ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, რასაც როგორც პაციენტები (მომხმარებლები), ასევე შემსრულებლები (მომწოდებლები) სუბიექტურად აუსებენ და აუცილებელად მიიჩნევენ ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

მზაობა გადახდისათვის - willingness to pay – готовность к оплате - ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის სუბიექტური შეფასება, რაც არ შეიძლება გამოიხატოს მხოლოდ ხელფასით. როდესაც თავს იყრის ის, რაც მოსახლეობას ფასეულად მიაჩნია, გადახდისადმი მზაობა იძლევა ჯანმრთელობის ღირებულების მაჩვენებელს სამოგადოების თვალში.

მოგება - profit – прибыль - 1. მიღებული შემოსავალი დანახარჯების გამოკლებით;

2. თანხა, რომლითაც შემოსავალი სჭარბობს გასაფასს;

3. ეკონომიკური კატეგორია, რომელიც ახასიათებს სამედიცინო საქმიანობის საბოლოო ფინანსურ შედეგს გაფართოებული კვლავწარმოების პროცესში.

წინადადება ჯანდაცვაში - supply – предложение - მომხმარებლისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებისა და საქონლის შეთავაზება.

დანახარჯი

ღირებულება - cost – стоимость – ჯანდაცვითი მომსახურებისა ან პროდუქციის მიწოდების პროცესში გაწეული ფაქტობრივი დანახარჯები. ავადმყოფობისას მკურნალობის ან ნაადრევი სიკვდილის შემთხვევაში გაწეული ხარჯები, ასევე მკურნალობის ხარჯები. ღირებულებებში შედის მედიკამენტები და სხვა სახის მომსახურება. სიკვდილის მიზეზით გამოწვეულ ხარჯებად ითვლება საქონელი და მომსახურება, რაც შეიძლება ეწარმოებინა ან განეხორციელებინა ადამიანს, რომ არ დაევალებულიყო, რამაც ნაადრევი სიკვდილი გამოიწვია. არაპირდაპირ ღირებულებათა მესამე ასპექტი დაკავშირებულია მწარმოებლობითი უნარის დაკარგვასთან, რაც ეხება თანამშრომელს (დამსაქმებლის), რადგან თანამშრომელი გოვებს სამუშაო ადგილს იმის გამო, რომ მოუაროს თავისი ოჯახის წევრს. ეს ცნება ასევე ცნობილია

როგორც მწარმოებლობითი ღირებულება.

ფიქსირებული დანახარჯი - *fixed costs* – **фиксированные издержки** - ხარჯი, რომელიც არ იცვლება მოკლე დროის (ჩვეულებრივ, ერთი წლის) განმავლობაში. ჩვეულებრივ, იცვლება დროთა განმავლობაში, მაგრამ არა შეოთავაზებული მომსახურების რაოდენობიდან ან მოცულობიდან გამომდინარე. მოიცავს საარენდო გადასახადს - არენდით აღებული აპარატურის გამოყენების ღირებულებას, მოგიერთი სახის ხელფასსა და პონორარს და სხვ.

კაპიტალური დანახარჯები - *capital expenditures* – **капитальные затраты** - ვასაეალი, რომელიც საჭიროა წარმოების (მაგალითად, შენობის, ტექნიკის, აღჭურვილობის, საგრანსპორტო საშუალებების) მუდმივი ან დროებითი საშუალებების დასაფინანსებლად. წარმოების საშუალებებია ერთ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში გამოყენებული საშუალებებიც.

ღირებულების გაანგარიშება - *costing* – **расчет стоимости** - მეთოდები და პროცესები, რომლებიც რაოდენობრივად განსაზღვრავენ კონკრეტული მიზნის მისაღწევად, პროდუქტის მისაღებად და ჯანდაცვის სამსახურების შესაჩხვად საჭიროა დანახარჯებს (ფაქტობრივსა და მოსალოდნელს).

პროდუქციის ერთეულის ღირებულების გაანგარიშება - *costing of a product unit* – **расчет стоимости единицы продукции** - შედეგების გამოშვების ერთეულთა რაოდენობაზე პროდუქციის საერთო ღირებულების გაყოფით მიღებული პროდუქციის ერთეულის ფასი. მაგალითად, ამ გზით შეიძლება განისაზღვროს სკ თეთრეულის რეცხვის, ასევე ერთი საწოლ-ღლის, ერთი კონსულტაციის ღირებულება. მასში შედის ცალკეულ ერთეულზე დახარჯული მასალისა და მომსახურების საშუალო ფასი.

გადახდა - *charges* – **оплата** - გაწეული დახმარების ფინანსური ანგარიშსწორების პროცესი. ჯანდაცვაში მასში იგულისხმება ფულის ის რაოდენობა, რასაც სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელი აკისრებს პაციენტს ან გადახდელს მისთვის გაწეული მომსახურების ან მიწოდებული პროდუქტისათვის. გადასახდელის რაოდენობა დგინდება საბაზრო პრინციპების ან კანონმდებლობის შესაბამისად და შეიძლება არ ასახავდეს პროდუქტის ან მომსახურების ფაქტობრივ ღირებულებას. მონაცემებს გადახდილი თანხის შესახებ ხშირად არასწორად

იყენებენ დანახარჯების საანალიზოდ, რამდენადაც ინფორმაცია გადახდილი თანხის თაობაზე ადვილად შეიძლება მიღებულ იქნეს საბუღალტრო უწყისებიდან, ფაქტობრივ დანახარჯებზე ინფორმაციის მიღება კი რთული ან საერთოდ შეუძლებელია (მაგალითად, მკურნალობის კურსთან დაკავშირებული დანახარჯების შესახებ).

სულადობრივი გადახდა - *capitation* - *подушная оплата* - ჯანდაცვის ორგანიზებულ სისტემაში სამედიცინო დახმარებაზე გადახდის ფორმა, რომლის დროსაც მხედველობაში მიიღება საერთო ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით. ეს პროგრესული მეთოდია, რომელიც იძლევა გლობალური ბიუჯეტის ფორმირების საშუალებას.

ბიუჯეტური კონტროლი - *budgetary control* - *бюджетный контроль* - ზოგიერთი ფისკალური მომა, რასაც მიმართავენ იმის უზრუნველსაყოფად, რომ დანახარჯი შეესაბამებოდეს ბიუჯეტიდან მიღებულ თანხას და მისი გამოყენების წესებს. ხორციელდება როგორც დაწესებულების ან სისტემის შიგნით, ასევე ზემდგომი ინსტანციების მიერ თითოეული ღონისძიების დეტალური აღრიცხვისა და შეფასების - ფულად ღირებულებებში ასახვის მეშვეობით. თითოეული ღონისძიების ფაქტობრივი ღირებულება ანუ სარგებლიანობა მოწმდება ხარჯთაღრიცხვის საშუალებით.

მომსახურების ჰონორარი - *fee-for-service (FFS)* - *гонорар за обслуживание* - მომსახურების გადახდის მეთოდი, რომლის დროსაც პაციენტი ან გადამხდელი (საღამლევეო კომპანია) ექიმს, საავადმყოფოს და სხვ. სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას უხდის თითოეული მიღების ან გაწეული მომსახურების შესაბამისად. გადახდა, ჩვეულებრივ, ხდება საჰონორარო განფასებით ან ნომენკლატურით, რომელიც შექმნილია სამედიცინო მომსახურების ღირებულებათა კლასიფიკაციის საფუძველზე. გადახდის ჰონორარული მეთოდის გამოყენება, როგორც წესი, იწვევს სამედიცინო დახმარების ღირებულების გაზრდას.

ამბულატორიული დახმარების ჯგუფები - *ambulatory care groups (ACG)* - *группы амбулаторной помощи* - ხარჯების ანაზღაურების წესი პოლიკლინიკაში ან ამბულატორიაში გაწეული მომსახურებისათვის. ღიაგნომების შესახებ მონაცემები,

რომლებიც მოცემულია ანგარიშებში, გამოიყენება პაციენტთა დაჯგუფებისათვის განკურნებული სამედიცინო პრობლემების სახეობისა და რაოდენობის შესაბამისად.

ანგარიშის წარდგენა დარჩენილ თანხაზე - *balance billing* – выставление счета на остаток - აშშ-ში ზოგადი პროფილის ექიმთა, სტომატოლოგთა და კერძო პრაქტიკის მქონე სხვა სპეციალისტთა მიერ პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენა თანხის იმ ნაწილის შესახებ, რასაც არ იხდის სახელმწიფო ანდა სხვა გადამხდელი (სადაზღვეო კომპანია).

გადახდის საკონტრაქტო სისტემა - *contract* – контрактная система оплаты - შრომის ანაზღაურების მეთოდი, რაც რეგლამენტირებულია მუდმივი (მომსახურების სფეროში მყოფი მოსახლეობის რაოდენობის, სტრუქტურის, სამედიცინო მომსახურების ასორტიმენტისა და სავალდებულო მოცულობის გათვალისწინებით) და ინდივიდუალური შეთანხმებით.

თანაგადახდა - *co-payment* – совместный платеж - სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდის ფორმა, რომლის დროსაც პაციენტი იხდის განსაზღვრულ თანხას, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დადგენილ ნაწილს; მონაწილეობა გადასახადის დაფარვაში განსაზღვრული ოდენობით.

ფონდების თავმოყრა - *fundholding* – фондодержание - სამედიცინო დახმარების ღირებულების გადახდის მეთოდი. რომლის დროსაც ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი ყველა ფინანსური საშუალება თავს იყრის ფონდში, რომელსაც, როგორც წესი, ანაწილებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმში (ოჯახის ექიმში) და იხარჯება ასევე მისი განკარგულებით, პაციენტებისათვის საჭირო დახმარების მოცულობისა და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიმართულების შესაბამისად. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას იძლევა რაციონალურად იქნეს გამოყენებული რესურსები.

განაკვეთების პრეისკურანტი - *fee schedule* – преискурант ставок - სამედიცინო მომსახურების მაქსიმალური ფასების ჩამონათვალი.

დანიშნულება - *assignment* – назначение - აშშ-ში “ ედიყარე ” სისტემასა და სხვა პროგრამებში ეს ცნება აღნიშნავს გაწეული მომსახურებისათვის ექიმის მიერ ედიყარე-ის საფუძველზე მიღებულ მთლიან გადასახდელს ანუ თიანხის მოცულობას, რომელიც პაციენტმა არ უნდა დაფაროს გადასახდელის სახით;

სხვა ქვეყნებში – კონკრეტული პაციენტისათვის დანიშნული აუცილებელი პრეპარატებისა და პროცედურების განსაზღვრის მეთოდი.

დამატებითი ხარჯები - *marginal cost* – *приростные издержки* - ჯანდაცვაში - მართვისა და სამეურნეო მომსახურების ხარჯები, რომელიც ემატება სამედიცინო მომსახურების ძირითად ხარჯებს და შედის პროდუქციის თვითღირებულებაში. იცვლება წარმოების მოცულობის მისედევით. თავდაპირველი პროდუქციის დამატებითი ხარჯი მაღალია და მცირდება წარმოების ზრდის კვალობაზე. თუ გარკვეულ მომენტში წარმოების მოცულობა იმდენად დიდია, რომ დამატებითი ხარჯები კვლავ იზრდება, აუცილებელი ხდება ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და ობიექტების მართვისა და პროდუქციის წარმოების პროცესის სრულყოფა.

დღიური გადასახდელი - *per diem* – *оплата за день* - საავადმყოფოსათვის გიპური გადახდის სისტემა. რომელიც ეუქმნება დღიურ განაკვეთს - საავადმყოფოს ხარჯები უნაზღაურდება პაციენტის საავადმყოფოში ყოფნის თითოეულ დღეზე.

მიღების ცენტრი - *revenue center* – *центр поступлений* - განყოფილება, რომელიც მომსახურებას უწევს უშუალოდ იმ პაციენტს, რომელიც იხდის მომსახურების საფასურს და ამ გზით იღებს მოგებას. მაგალითად, ლაბორატორია პაციენტისაგან იღებს გადასახდელს სისხლში ქოლესტერინის შემცველობის გამოკვლევაზე.

კალკულაციური განყოფილება - *cost center* – *калькуляционный отдел* - აშშ-ში შექმნილია ბუღალტრული აღრიცხვის საწარმოებლად. ყველა ხარჯი, რომელიც მოდის ორგანიზაციაში შემავალი რომელიმე ცენტრიდან (მაგალითად, ღონისძიებაზე, განყოფილების ან პროგრამის მუშაობაზე გაწეული ხარჯები), ნაწილდება ბუღალტრული ანგარიშების საწარმოებლად ან ხარჯების ანაზღაურების მიზნით.

ეფექტურობა

ჯანდაცვის მწარმოებლური ფუნქცია - *health production function* -

производительная функция здравоохранения – ურთიერთკავშირი დანახარჯისა (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების, კვების და სხვ.) და მიღებულ შედეგს, ე. წ. “ჯანმრთელობას” შორის.

ეფექტურობა - *efficiency* – эфektivность - მიღებული შედეგები გაწეულ ხარჯებთან (დახარჯულ რესურსებთან) მიმართებაში.

წარმოების ეფექტურობა - *production efficiency* – эфektivность производства - გარკვეული საქონლის წარმოება ან მომსახურების უზრუნველყოფა რაც შეიძლება ნაკლები დანახარჯით.

დანახარჯების განსაზღვრის ანალიზი - *cost-identification analysis* – анализ определения затрат - მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის სამედიცინო მომსახურებისას გაწეული ყველა ხარჯის შესწავლა.

გამოყენების შეფასება - *utilization review* – оценка использования - რესურსების გამოყენების საჭიროების, ეფექტიანობის, სისწორის მიმდინარე, პრესკეპტიული და რეტროსპეკტიული ოფიციალური ანალიზი. აშშ-ში გამოყენების შეფასებას აგარებს გამოყენების შეფასების კომიტეტი, კოლეგიალური საბჭო ან გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია და ა.შ.)

ტექნოლოგიური ეფექტურობა - *technical efficiency* – технологическая эфektivность - არსებული რესურსების გამოყენების იმგვარი ტექნოლოგია, რომელიც უკეთესი შედეგების მიღების შესაძლებლობას იძლევა.

ხარჯების ანალიზი - *cost analysis* – ἀνάλυσις ἐξόδων - რესურსების გასაველისა და მიღებული მოგების შეფასება ფულად ერთეულებში.

ინვესტიციების ეფექტურობა - *allocative efficiency* – эфektivность инвестиций - ინვესტიციებისა და რესურსების განაწილების ისეთი სტრუქტურა, როდესაც მიიღწევა მაქსიმალური შესაბამისობა მიღებულ შედეგებსა და საზოგადოების მოთხოვნას შორის.

დანახარჯთა ეფექტურობა - *cost-effectiveness efficiency* – эфektivность затрат - დახარჯული რესურსებისა და მიღებული შედეგების ოპტიმალური თანაფარდობა.

უდანაკარგობის ანალიზი - *break-even analysis* – анализ безубыточности - შემოსავლის დონის შეფასება გაწეულ

ხარჯებთან მიმართებაში.

დანახარჯთა ეფექტურობის ანალიზი - cost-effectiveness analysis

- анализ результативности - ალგერნატიულ გადაწყვეტილებათა ეფექტიანობის შეფასების მეთოდი - გარკვეული შედეგის მისაღწევად სხვადასხვა სახის ჩარევათა ხარჯის ეფექტურობის შეფასება. ასეთი შედარება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ანალოგიური (მაგალითად, ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ ორი სხვადასხვა პრეპარატების გამოყენება) ან სხვადასხვა სახის ჩარევის დროს (მაგალითად, გულის იშემიური დაავადებისას ფარმაკოთერაპიული და ქირურგიული ჩარევა).

გამოყენების სარგებლობა - utility - полезность - ეკონომიკურ

ანალიზში - ჯანმრთელობასა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობაში უკეთესი შედეგის ანუ სარგებლიანობის მაჩვენებელი. შეიძლება გამოიხატოს რაოდენობრივი თანაფარდობით - ან გვიჩვენებს, რომ შედეგი უფრო მისაღებია, ვიდრე შედეგი. ჩვეულებრივ სარგებლიანობის მნიშვნელობა იზომება სკალზე 0-დან (კარგი ჯანმრთელობა) 1-მდე (სიკვდილი), მაქსიმალური და მინიმალური ღონეები მიჩნეულია ათელის წერტილებად (საწყისი მდგომარეობა და შედეგები).

ფასეულობა - value - ценность - დაზღვევით ან სხვა სახის

მომსახურებით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა ხარისხიანობა.

დანახარჯთა სარგებლიანობის ანალიზი - cost-utility analysis

- анализ выгоды затрат - ალგერნატიულ გადაწყვეტილებათა შედარებითი შეფასების მეთოდი. დაფუძნებულია ფულად დანახარჯთა და მოსახლეობისათვის გაწეული დახმარების შედეგების ანალიზზე (მაგალითად, I ერთეულებში - სიცოცხლის წლები ჯანმრთელად ცხოვრების წლებთან მიმართებაში).

დანახარჯის მინიმიზაციის ანალიზი - cost-minimization analy-

sis - анализ минимизации затрат - ერთი და იმავე დაავადების სხვადასხვა გზით მკურნალობისათვის საჭირო ხარჯების შედარებითი ანალიზის საფუძველზე ყველაზე ნაკლებდირებულის შერჩევა (იგულისხმება, რომ მკურნალობის ყველა არსებული გზა იდენტურ შედეგს იძლევა და მხოლოდ დანახარჯების მოცულობით განსხვავდება).

ეკონომიკური შედეგი - economic outcome/economic endpoint -

экономический результат - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

პროგრამების, მომსახურებისა და პროდუქტების გამოყენების შედეგები, რომლებიც გავლენას ახდენენ დანახარჯთა მოცულობაზე.

მასშტაბის ეფექტი - *economies of scale* - эффект масштаба - აღინიშნება დიდი მოცულობის სამუშაოს ან მომსახურების შემთხვევაში, ახასიათებს სამედიცინო მომსახურების ნაკლები ფასი, რასაც განაპირობებს ძვირადღირებულ აპარატურასა თუ აღჭურვილობაზე გაწეული ხარჯების განაწილება სამკურნალო ღონისძიებათა (პაციენტთა) რაოდენობაზე. მავალითად, თუ ოპერაციების ჩასატარებლად ორ საავადმყოფოს სჭირდება ერთნაირი აღჭურვილობა, იქ, სადაც კეთდება უფრო მეტი ოპერაცია, თითოეულ ოპერირებულზე გაწეული ხარჯი ნაკლები იქნება, რადგან აღჭურვილობის ფასი გადანაწილდება ოპერაციების რაოდენობაზე.

დანაკარგი გამოყენებლ ხარჯთა გამო - *opportunity cost* - издержки неиспользованных возможностей - კეთილდღეობის მოცულობა, რომელიც არ იყო მიღებული იმის გამო, რომ რესურსები არ იქნა გამოყენებული ყველაზე შედეგიანი ალტერნატივისთვის.

პარეტოს ოპტიმალური თანაფარდობა - *Pareto-optimal* - оптимальное соотношение Парето - რესურსების ისეთი განაწილება, რომლის დროსაც შეუძლებელია ვინმეს კეთილდღეობის ამაღლება ისე, რომ სხვა არ დაზარალდეს.

სამკურნალო წამლო საშუალებათა გამოყენების ანალიზი - *drug utilization review (DUR)* - анализ использования лекарственных средств - დამტკიცებული, სტრუქტურული, მუდმივმოქმედი პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს მონაცემების შეგროვებას, ანალიზსა და გენდებიების ინტერპრეტაციას სამკურნალო წამლო საშუალებათა გამოყენების შესახებ, რაც საჭიროა მათი გამოყენების ხარისხისა და მკურნალობის შედეგების გასაუმჯობესებლად. ეს პროგრამა პირველ რიგში განკუთვნილია ექიმებისა და ფარმაცევტებისათვის; პროგრამის შედეგებს იყენებენ სწავლებისა და არა დასჯის მიზნით. სამკურნალო წამლო საშუალებათა ანალიზის გამოყენება პერსპექტიული, მიმდინარე და რეგროსპექტიულია.

დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევა - health insurance – медицинское страхование

– მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტია, რომლის მიზანია სადამღვევო შენაგანებისა და აკუმულირებული ფულადი სახსრების მექეობით სადამღვევო შემთხვევის დადგომისას ხელშეკრულების საფუძველზე პირისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა – bligatory medical insurance– обязательное медицинское страхование - დაზღვევის ფორმა, რომლის დროსაც ფიზიკურ და/ან იურიდიულ პირს კანონი

ავალდებულებს გააერთიანოს ფულადი სახსრები განსაზღვრული სადამღვევო რისკის საუფასურის გადახდისათვის.

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქესა და საქართველოში მუდმივად მცხოვრებ მოქალაქეობის არმქონე ყველა პირზე და ხორციელდება სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებით, რაც უზრუნველყოფს პირისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვას შესაბამისი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა – Voluntary medical insurance - добровольное медицинское страхование - დაზღვევის ფორმა,

რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, სათანადო წესით რეკლამენტირებული და ექსპერტიზებული პროგრამის ფარგლებში.

სამედიცინო დაზღვევის ობიექტი – bject of medical insurance-

объект медицинского страхования - სამედიცინო დაზღვევის ობიექტია - სადამღვევო რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადამღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან.

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტი – The subject of medical insurance - субъект медицинского страхования - სამედიცინო

დაზღვევის სუბიექტები არიან:

- ა) დაზღვეული – Insure - застрахованный - პირი ან პირთა ჯგუფი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა;

- ბ) **ლაზმლევეი** - Insured - страхователь - დამქირავებელი, სახელმწიფო, ვინც იხდის სადაზმლევეო შესაგანს ღაზმლეველის სასარგებლოდ;
- გ) **მზლევეელი** - Insurer - страховщик - სადაზმლევეო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს სამედიცინო ღაზმლევეის ლიცენზია.

სამედიცინო ღაზმლევეის ხელშეკრულება - The contract about medical insurance - договор о медицинском страховании - სამედიცინო ღაზმლევეის სუბიექტებს შორის ღაღებული შეთანხმება, რომლის ღებულებათა შესრულება სავალღებულოა ხელშეკრულების ყველა მონაწილესათვის.

სამედიცინო ღაზმლევეის პოლისი - The medical insurance policy - медицинский страховой полис - სამედიცინო ღაზმლევეის პროგრამებით პირის ღაზმლევეის ღამაღასტურებელი ღოკუმენტი. პოლისის მოქმედების სუერო განისაზღვრება შესაბამისი სამედიცინო ღაზმლევეის ხელშეკრულებით.

ბევერიჯის მოღელი - Beveridge modeli - модель Бевериджа - ჯანღაცვის სახელმწიფო სისტემა, როღესაც სახელმწიფო იღებს ვალღებულებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე ღა აღღევს მას სამედიცინო მომსახურების ვარანგას.

ბისმარკის მოღელი - Bismarckian system - модель Бисмарка - ჯანმრთელობის სოციალური ღაზმლევეის სახელმწიფო სისტემა, რომელიც ფინანსღება საღაზმლევეო საწვეროებით. შემოიღო კანცლერმა ბისმარკმა.

სამედიცინო საღაზმლევეო ვეგმა - health plan - медицинский страховой план - მომსახურების ვარკეველი პირობები, შეთავაზებული ცალკეული მყიღველის საჭიროების შესაბამისაღ.

კერძო სამედიცინო ღაზმლევეა - private health insurance - частное медицинское страхование - კერძოღ ჭამოყალიბებული სამედიცინო საღაზმლევეო სტრუქტურა, რომელიც ღაღუძნებულია ინღაციღღალურ რისკზე. ასეთი სახის ღაზმლევეა მუშაობს მოღებაზე, ფარავს სამედიცინო ხარჯებს სრულაღ ან ავსებს სახელმწიფოს ვალღებულებას სამედიცინო მომსახურების სუეროში.

ერთობლივი ღაზმლევეა - coinsurance - совместное страхование - სამედიცინო ღაზმლევეის ფორმა, რომლის ღროსაც ღაზმლეველი იხღის მომსახურების ღირებულების ვარკეველ ნაწილს (ყ.წ. თანაგაღახღა). პაციენტის მიერ შეგანიღი გაღასახღელის მყირე ნაწიღი ცვლის მის ღამოკიღებლობას საკუთარი ჯანმრთელობისაღმი უკეთესობისაკენ.

ღაზმლეველი პირი - insured person, covered person -

застрахованное лицо - ადამიანი, რომელიც შეყვანილია სიებში ან სარევისგრაფიო სისტემაში და ვრცელდება ამ სისტემის სადაზღვევო პირობები, რის თაობაზეც გაეშუქა სადაზღვევო პოლისი. პირი, რომელიც იხდის საწვევოს დაზღვევის სისტემაში ან ის, ვისი სახელითაც (ვისმეც) ხდება საწვევოებს გადახდა.

საბაზისო სამედიცინო დახმარება – *basic health services* – базовая медицинская помощь - მეცნიერულად დასაბუთებული მომსახურების ჩამონათვალი, რომელიც მოიცავს გარანტირებული მინიმალური სამედიცინო დახმარების მოცულობას.

სადაზღვევო პაკეტი - *benefit package* – страховой пакет - სამედიცინო დახმარების სახეების ჩამონათვალი, რომელიც უზრუნველყოფილია აუცილებელი ან ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პროგრამებით.

განსაზღვრული მომსახურება - *carve-out* – выделенные услуги - სამედიცინო დაზღვევის ჩარჩოებში გაწეული მომსახურება, რომლის დაფინანსება ხდება სადაზღვევო პაკეტის გარეშე. ასეთი მომსახურების ღირებულების გადახდა შეიძლება ერთ ადამიანზე გაანგარიშებით. აშშ-ში სტანდარტული სამედიცინო სადაზღვევო გეგმა ჩვეულებრივ ითვალისწინებს ამ მომსახურების ფასს იმ პირთათვის, რომლებიც სარგებლობენ განსაზღვრული მომსახურების სადაზღვევო პოლისით.

საქმის (შემთხვევის) მართვა - *case management* – ведение дела (случая) - იმ პირების გამოვლენა, რომელთაც აქვთ გარკვეული სამედიცინო დაზღვევა და მათთვის ღებვა და მუშაულება გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა გეგმა. თითოეული შემთხვევის მართვა შეიძლება ხარჯთა რეგულაციიდან მრავალრიცხოვან პირთა და სამედიცინო დახმარების გამწვევი დაწესებულების კოორდინაციის უზრუნველყოფამდე. შემთხვევათა მართვა, როგორც წესი, მიმდინარეობს ინდივიდის და არა მთელი მოსახლეობის დონეზე.

სადაზღვევო ანარიცხი - *premium* – страховой взнос - თანხა, რომელიც გაიცემა მთლიანად ან ნაწილ-ნაწილ დამზღვევებზე ან მესამე მხრის გადახდელზე სადაზღვევო პოლისის მიხედვით. სადაზღვევო ანარიცხის მოცულობა დაკავშირებულია მომსახურების ფაქტობრივ ფასთან, რომელიც პოლისშია მოცემული. ამას ემატება ადმინისტრაციული ხარჯები და მოგება.

თავისუფალი შევსება - *open enrollment* – открытый набор - აშშ

– პერიოდი, როდესაც ახალ მომხმარებლებს შეუძლიათ ჩაერთონ ჯგუფური ან ინდივიდუალური დაზღვევის გეგმაში ან გახდენ მომსახურების წინასწარ ვალდების ჯგუფური პროექტის მომხმარებლები.

საზოგადოების შეფასება - *community rating* – *оценка сообщества* - სამედიცინო დაზღვევის შესაგანის განსაზღვრის მეთოდი, რომლის დროს საწევროს ოდენობა დაპოკიდებულია შეთავაზებული სამედიცინო დახმარების უაქტობრივ და საშუალო ღირებულებებზე, რითაც სარგებლობენ დაზღვეული პირები ცალკეულ გეოგრაფიულ რეგიონში ან საწარმოში. ამასთან დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის შესაგანის ოდენობა არ იცვლება ავადმყოფის ასაკის, სქესის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით.

წინასწარი შემოწმება - *pre-admission certification* – *предварительное освидетельствование* - სტაციონარში ან სხვა სამედიცინო პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში პაციენტის შემოსვლის აუცილებლობისა და სამედიცინო სისწორისა და აუცილებლობის შეფასება შემოსვლამდე ან შემოსვლისთანავე.

გამოყენების მიმოხილვა - *utilization review* – *обзор использования* - მკურნალობის მეთოდებისა და საჭირო რესურსების გამოყენების სტანდარტული კომბინაცია, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის სამედიცინო დახმარების მოთხოვნათა დაკმაყოფილებას. დახმარებისა და რესურსების მართვა იწყება მას შემდეგ, როგორც კი ჩნდება მოთხოვნა და მიღებულია საფასური, გრძელდება მანამ, სანამ ავადმყოფს სჭირდება მკურნალობა ან სხვა სამედიცინო დახმარება. მიმდინარე სადამღვეო გეგმაში ინტენსიური ჩართვა წარმატების საწინდარია. დახმარების მართვის დამახასიათებელი თვისებაა განსაზღვრულ დროში მოთხოვნათა შესაბამისი აუცილებელი მოცულობის ხარისხიანი მომსახურება.

წინასწარი დასაბუთება - *prior authorization (PA)* – *предварительное утверждение* - სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლის მიერ კოლევიალური კომიტეტის, სადამღვეო კომპანიის წარმომადგენლისა ან პაციენტისათვის ამა თუ იმ დახმარების გაწევის აუცილებლობის წინასწარი დასაბუთება. მანამ, სანამ ეს დახმარება განხორციელდება, ამ მოთხოვნის შესრულება პირობაა, რომლის შემდეგ ანაზღაურდება ხარჯი.

აშშ-ში – გადამხდელის (სადაზღვევო კომპანიისა და ა.შ.) მოთხოვნა სამკურნალწამლო საშუალებებისა ან მომსახურების შეფასების შესახებ მრავალი სისტემის ჩარჩოებში. ჩვეულებრივ, ეს პირობები წაეყენება ძვირადღირებულ მომსახურებას, რომელიც არ არის ექსტენსიური ან ხშირად გამოყენებული.

შეზღუდული მოცულობა - *closed panel* – «закрытый состав» – შემსრულებელთათვის მხოლოდ სამედიცინო ან სტომატოლოგიური მომსახურების სადაზღვევო გეგმით გათვალისწინებული მომსახურების ანამბლაურება.

ხარჯის გადანაწილება - *cost shifting* – перераспределение расходов - გარკვეული პაციენტისათვის, პაციენტთა ჯგუფის ან კატეგორიისათვის მომსახურების მაღალი ფასის დაკისრების პრაქტიკა ზარალის დასაფარად, რომელიც განიცადა საავადმყოფომ ან სხვა ორგანიზაციამ მომსახურების ანამბლაურების მიღებისას, ე.ი. ვერ დაუფარა სხვა პაციენტების ან პაციენტთა ჯგუფების მკურნალობის ხარჯები. სამედიცინო დაზღვევის აუცილებელი პრინციპია – “მდიდარი იხდის ღარიბის ან ჯანმრთელი - ავადმყოფის მაგიერ”. ზოგიერთ ქვეყანაში შემოღებულია გადასახდელის ზღვარი, რომლის ზემოთ პაციენტმა დახმარების ღირებულება თვითონ უნდა გადაიხადოს. ამით იგი საშუალებას აძლევს სხვა პირებს, მიიღონ უფასო დახმარება.

თავის დაზღვევა - *reinsurance* – перестрахование - დაზღვევის სპეციალური სახე, რომელსაც იძენს სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელი ან სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაცია თავის თავის დაცვის მიზნით, გაუთვალისწინებელი ან მოსალოდნელ დანაკარგებისგან, რამაც შეიძლება დააზარალოს პაციენტი. ასეთი დაზღვევა ამცირებს რისკს ინდივიდუალურ შემთხვევაში ან მთლიანად.

დანახარჯთა განაწილება - *cost-sharing* – распределение затрат - სადაზღვევო მომსახურების პაკეტის მოთხოვნა იმის თაობაზე, რომ დაზღვეულმა გადაიხადოს სადაზღვევო გეგმით გათვალისწინებული მომსახურების ფასის ნაწილი (სადაზღვევო საწევროს გამოკლებით). დანახარჯთა განაწილების სახეები მოიცავს ერთობლივ გადახდასა და ერთობლივ დაზღვევას.

ფრანშიზი - *deductible* – франшиза - ხარჯთა განაწილების ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვეულმა უნდა გადაიხადოს გარკვეული თანხა, სანამ დაიწყება სადაზღვევო დახმარების ღირებულების გადახდა.

გამოცდილების შეფასება - *experience rating* – оценка опыта - განაკვეთის დაწესების პროცესი, რომელიც მთლიანად ან ნაწილობრივ ეუფუნება სადაზღვევო ანაზღაურების შესახებ დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფის, ქვეჯგუფის წევრებისაგან (უკვე დაკმაყოფილებულებისგანაც) შემოსული განცხადების გამოცდილებას, ხოლო შექმდეგ – პოლისის მოქმედების მომდევნო წლისათვის საჭირო შემოსავლის დაგეგმვა ცალკე ჯგუფის ან ჯგუფების ერთობლიობისათვის.

გეგმა, სადაც მითითებულია მომსახურების ადგილი - *point of service (POS) plan* – план с указанием места предоставления услуг - სამედიცინო დაზღვევის გეგმის სახე, რომელიც უფლებას აძლევს დაზღვეულს თვითონ გადაწყვიტოს, ისარგებლოს გეგმის მონაწილე თუ იმ სამედიცინო ორგანიზაციის მომსახურებით, რომელიც არ მონაწილეობს ამ გეგმაში; დაზღვევის პირობები შედგენილია ისე, რომ პაციენტმა უნდა გადაიხადოს ხარჯთა ნაკლები ნაწილი, ვიდრე ცალკეული დაწესებულების ან დამოუკიდებელი ექიმის მომსახურებისას.

წინასწარი გადახდის სისტემა - *prospective payment system* – система предоплаты - მესამე მხარის მიერ გადახდის მეთოდი, რომლის დროსაც შემსრულებლისათვის სამედიცინო დახმარების ღირებულების გადახდა ხდება წინასწარ და იგეგმება მომდევნო ფისკალურ წელს. შემსრულებლები ამ თანხას იღებენ მომსახურებისათვის, მიუხედავად იმ დანახარჯებისა, რაც სინამდვილეშია გაწეული ამ მომსახურების შესასრულებლად. წინასწარი გადახდის სისტემა შემოღებულ იქნა აშშ-ში 1981 წელს ფინანსური პასუხისმგებლობის შესახებ აქტით, სტანციონარული დახმარებისათვის გაწეული ხარჯების ასანამზაურებლად ელიცარეს პროგრამის ჩარჩოებში.

რესურსებზე დაფუძნებული პირობით ფასეულობათა სკალა - *resource based relative value scale - RBRVS* – основанная на ресурсах шкала относительных ценностей - ექიმებისთვის ანაზღაურების სისტემა ელიცარეს პროგრამის ჩარჩოებში, რესურსების მოცულობის, კოგნიტური და ანალიტიკური ჩვევების ვათვალისწინებით. ასეთი მიდგომით დგინდება რა რესურსები (მაგალითად, დანახარჯები პრაქტიკული მეცადინეობისათვის, სპეციალობის შესასწავლად) დაიხარჯა მომსახურებასა ან პროდუქტის წარმოებაზე.

რისკის განაწილება - risk sharing – разделение риска - ფინანსური რისკის განაწილება მომსახურებაში მონაწილე ყველა მხარეს შორის, მაგალითად, როდესაც საავადმყოფოს და ექიმთა ჯგუფს სამედიცინო დახმარების ღირებულება უნაზღაურდება ფიქსირებული განაკვეთებით, მაშინ რისკის განაწილება გულისხმობს, რომ საავადმყოფო იღებს პასუხისმგებლობას, თუ დანახარჯი აღემატება შემოსავალს.

სოციალური დაზღვევა (სოციალური დაცვის მექანიზმი) - social insurance - a social protection mechanism – социальное страхование - სოციალური დაცვის პაკეტი, რომელიც სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული, საჯაროდ ორგანიზებული და რეგულირებადი დაზღვევის სისტემის გარანტიას იძლევა. ჩვეულებრივ, ფარავს სამედიცინო მომსახურების, უბედური შემთხვევის, მოხუცებულობისა და სხვა სახის პენსიის, აგრეთვე უმუშევრობის დროს დახმარების და ა.შ. ხარჯებს.

მესამე მხარის გადამხდელი - third party payer - плательщик третьей стороны - გადამხდელი (ჩვეულებრივ სადამღვეო კომპანია, წინასწარ გადახდილი მომსახურების გეგმა ან სახელმწიფო სააგენტო), რომელიც აფინანსებს ან აზღვევს ჯანდაცვისა და სამედიცინო დახმარების ხარჯებს დაზღვეულთა ან მომსახურების მიმღებთა სახელით, მაგრამ არც იღებს და არც ასრულებს ჯანდაცვით მომსახურებას: ამ სისტემაში პაციენტი და შემსრულებელი წარმოადგენენ პირველ და მეორე მხარეს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი

ხარისხი - quality – качество - რაიმეს ნიშან-თვისება, რაც მას უპირატესობას ანიჭებს სხვასთან შედარებით. პროდუქციის ან მომსახურების ნიშან-თვისებათა ერთობლიობა, რომელიც დააკმაყოფილებს დადგენილ ან სავარაუდო მოთხოვნებს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი - quality of medical care -

качество медицинской помощи – პაციენტისათვის (მოსახლეობისათვის) სამედიცინო დახმარების გაწევა თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების დონის შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს სათანადო შედეგს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის მახასიათებლებია:

- **ადეკვატურობა – appropriateness – адекватность**
- **მიღწევადობა – availability – доступность**
- **მემკვიდრეობითობა, უწყვეტობა – continuity – преемственность, непрерывность**
- **ქმედითობა – efficacy – действенность**
- **შედეგიანობა – effectiveness – результативность**
- **ეფექტურობა – efficiency – эффективность**
- **უსაფრთხოება – safety – безопасность**
- **დროულობა – timeliness – своевременность**
- **მოლოდინის გამართლების უნარი – satisfactions – способность удовлетворять ожидания**
- **პროცესისა და შედეგის სტაბილურობა – stability – стабильность процесса и результата**
- **მუდმივი გაუმჯობესებისა და დახვეწის უნარი – improvement – способность постоянного совершенствования и улучшения**

ქმედითობა, ზემოქმედების ძალა – efficacy – действенность, სილა ვოდეისტვია - სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს მკაცრად კონტროლირებადი ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მაგალითად, რონდომიზებული, კონტროლირებადი კლინიკური გამოკვლევების ჩარჩრებში.

შედეგიანობა – effectiveness – результативность - სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას ჩვეულებრივ პირობებში. გარემოებანი, რომელიც განსაზღვრავს განსხვავებას ჩვეულებრივ დახმარებასა და კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებს შორის.

მემკვიდრეობითობა, უწყვეტობა – continuity – преемственность, непрерывность - განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებას და ასახავს პაციენტისადმი გაწეული სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის ხარისხს.

- მიღწევადობა** – *availability* – доступность - ელინდება საჭირო მომსახურებისა და სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობით.
- ადეკვატურობა** – *adequasy* – адекватность - დასახული მიზნების მისაღწევად გამოყენებული ღონისძიებების, რესურსების, ტექნოლოგიების სრული შესაბამისობა როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი თვალსაზრისით.
- ხარისხის შეფასება** – *quality assesment* – оценка качества - გაწეული სამედიცინო დახმარების შესაბამისობა მოცემული პერიოდის სტანდარტებთან. ცალკეული პაციენტისა და მთელი მოსახლეობის მოლოდინსა და მოთხოვნებთან.
- ხარისხის უზრუნველყოფა** – *quality assurance* – обеспечение качества - საქმიანობისა და პროგრამის სახეები, რომელთა მიზანია არსებული და მოსალოდნელი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შემდგომი რესურსების ეფექტურად გამოყენებით.
- ხარისხის მონიტორინგი (კონტროლი)** – *quality control* – мониторинг (контролирование) качества - ქმედითი მეთოდების, სტატისტიკური მეთოდების გამოყენება პროგნოზირებული ხარისხის შესაფასებლად.
- ხარისხის გაუმჯობესება** – *quality improvement* – улучшение качества - სამედიცინო დახმარების ისეთი ღონის მიღწევა, რომელიც აღემატება არსებულ ხარისხს.
- ხარისხის ინდიკატორი** – *quality indicator* – индикатор качества - მაჩვენებელი, რომელიც გამოიყენება სამედიცინო დახმარების ხარისხის შესაფასებლად.
- ხარისხის მართვა** – *quality assurenc and management* – управление качеством - მართვის ფუნქციის ნაწილი, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხის პოლიტიკას. მართვა ეფუძნება მოთხოვნათა შეუასებასა და მათი დაკმაყოფილების ხარისხს.
- ხარისხის დაგეგმვა** – *quality planing* – планирование качества – ღონისძიებათა სისტემის შემუშავება, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევისაკენ. სამედიცინო დახმარების ხარისხის პერსპექტიული ღონის განსაზღვრა; საქონლისა და მომსახურების სახეობების შექმნისაკენ მიმართული საქმიანობა.
- ხარისხის სისტემა** – *quality system* – система качества - იმ რესურსების,

ორგანიზაციული სტრუქტურისა და მეთოდოლოგიის ერთობლიობა, რომელიც საჭიროა სათანადო ხარისხის მისაღწევად.

ხარისხის ზოგადი მართვა – total quality management (TQM) – общее управление - ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება მუდმივმოქმედი სისტემის მეშვეობით ზევიდან; თანამშრომლებს უქმნის პრობლემათა გადაწყვეტის ოპტიმალურ პირობებს (საშუალებებს) სისტემის და არა ინდივიდუალურ დონეზე.

ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება – continuous quality improvement (CQI) – непрерывное улучшение качества - მმართველობითი საქმიანობა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო დახმარების დონის მუდმივი შესწავლისა და გაუმჯობესებისა, კენ, პაციენტთა და სხვა მომხმარებელთა მოთხოვნათა დაკმაყოფილებისა, კენ.

პაციენტის დაკმაყოფილებულობა – patient satisfaction – удовлетворенность пациента - პაციენტის დადებითი აზრი მისდამი გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ.

ხარისხის შეფასება

საბაზო დონესთან შედარება – benchmarking – сравнение с базовым уровнем - დადგენილი სტანდარტების შესაბამისად სხვა ორგანიზაციის მიერ წარმოებული პროდუქციისა და გაწეული მომსახურების საკუთარ პროდუქციასთან და მომსახურებასთან შედარებითი შეფასების პროცესი, რომლის მიზანია ხარისხის გაუმჯობესება. საბაზო დონეები შესაძლებელია დადგინდეს თვით ორგანიზაციაში (ე.წ. შიგა შედარება) და ორგანიზაციის გარეთ (ე.წ. გარე შედარება) საკუთარი პროდუქციის ხარისხის შედარებით სხვა ორგანიზაციის პროდუქციასთან.

საუკეთესო პრაქტიკის გამოკვლევა – best practices study – исследование наилучшей практики - იმ მეთოდების შესწავლა, რომელთა მეშვეობით მიიღწევა საუკეთესო კლინიკური შედეგები.

სამედიცინო სადაზღვევო გეგმების შესახებ მომხმარებელთა

აზრის გამოკვლევა - *consumer of health plans study* - исследование мнений потребителей о медицинских страховых планах - სტანდარტული გამოკითხვის საშუალებით მოხმარებელთა აზრის დაღვენა გაწეული მომსახურებისა და სადამღვევო გეგმების სასარგებლოდ შესახებ. შეიცავს აგრეთვე მოხმარებელთა ინფორმირების ელემენტებს, რომელიც ეხმარება მათ გადაწყვეტილებების მიღებაში.

სადამღვევო გეგმის შესახებ ინფორმაციისა და სხვა მონაცემთა ერთობლიობა დამსაქმებელთათვის - *health plans employer data and information set (HEDIS)* - набор данных и информации по медицинскому страховому плану для работодателей - ორგანიზებული სამედიცინო დახმარების ჩარჩოებში მოქმედი დაწესებულებების საქმიანობის სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა ნაკრები. საშუალებას იძლევა შედარებულ იქნეს სხვადასხვა სადამღვევო გეგმა. შეიცავს ექვსი კატეგორიის მაჩვენებელს: მკურნალობის შედეგიანობის; სამედიცინო დახმარების მიღწევადობის; ეფექტიანობის; სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების; ინფორმირებული არჩევანის; სამედიცინო სადამღვევო გეგმის აღწერილობითი სტრუქტურის შესახებ.

სამედიცინო ინდიკატორი - *clinical indicator* - медицинский индикатор - სამედიცინო დახმარების სასურველი თვისების (პროცესის ან შედეგის) მტკიცებულება მისი ხარისხის შესაფასებლად (მაგალითად, სარძევე ჯირკელის კიბოს გამოსაყვლენად ორმოცდაათ წელზე მეტი ასაკის ქალები უნდა გადიოდნენ ყოველწლიურ მამოგრაფიულ გამოკვლევას).

სამედიცინო გამოსავალი/სამედიცინო შედეგი - *clinical outcome/clinical endpoint* - медицинский исход/медицинский результат - ჯანდაცვითი პროგრამების ან სამედიცინო დახმარების შედეგი, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტთა (მოსახლეობის) კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, სტაბილიზაციას, გაუარესებას და ა.შ.

შეფასება - *evaluations* - оценка - ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) რეალური მდგომარეობის განსაზღვრის პროცესი.

პროცესის გაზომვა - *process measure* - измерение процесса - (რაოდენობრივი გაზომვა) სამედიცინო დახმარების ტექნოლოგიური შესრულების შეფასება.

შედეგის გაზომვა – *outcome measure* – измерение результата – გარკვეული ჯანდაცვითი ღონისძიებების შემდეგ ჯანმრთელობის შედეგების რაოდენობრივი გაზომვა სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის მიერ.

სტრუქტურის შეფასება – *structural measure* – оценка структуры - განკარგულებაში მყოფი რესურსების განზოგადებული აღწერა. სტრუქტურული მაჩვენებლებით აფასებენ ადამიანური, მატერიალური, ფიზიკური რესურსების ადეკვატურობას სამედიცინო დახმარების საჭიროებასთან.

საქმიანობის ინდიკატორები – *performance indicators* – индикаторы деятельности - მაჩვენებლები, რომელიც საშუალებას იძლევა შეფასებულ იქნეს მედიკოსების, სამედიცინო დაწესებულებების, სადამღვევო კომპანიების მიერ სადამღვევო გეგმებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების ეფექტურობა. ეს ცნება ფართოდ გამოიყენება ზოგი მაჩვენებლის აღსაწერად, მაგალითად, ფინანსური სტაბილურობის, გექნიკური აღჭურვილობის ხარისხის, პაციენტთა დაკმაყოფილების ხარისხის, მიღწევადობის, კვალიფიციური კადრების, სამედიცინო დაწესებულებათა არსებობის (გამოყენების) აღსაწერად. ინდიკატორი შესაძლებელია ასახავდეს როგორც მიმდინარე საქმიანობას, ასევე საქმიანობის უშუალო, უახლოეს, სავარაუდო შედეგებს.

დაავადების სიმძიმის ინდექსაცია – *severity (of illness) indexing* - индексация тяжести заболевания - პაციენტთა კლასიფიკაცია დაავადებათა სიმძიმის შესაბამისად, გამოიყენება დაწესებულებათა საქმიანობის ხარისხის შესადარებლად.

რისკის დაწესება – *risk adjustment* – уточнение риска - დაავადების სიმძიმის შესაფასებლად ისეთი პარამეტრების გათვალისწინება, როგორცაა ასაკი, თანმხლები დაავადებები და სხვ., რათა განისაზღვრავს რისკის დონე.

ექსტრემალური მოვლენა – *sentinel event* – экстремальное событие - სერიოზული მოვლენა, რომელიც ყველა შემთხვევაში საჭიროების შემდგომ გამოძიებას (მიზეზთა იდენტიფიცირებას). ჩვეულებრივ, ეს არის არასასურველი და იშვიათი შემთხვევა, მაგალითად, მშობიარის (მელოგინეს) სიკვდილი. ექსტრემალური

მოვლენა გამოიყენება ხარისხის მონიტორინგისას, განეკუთვნება ცუდი ხარისხის მაჩვენებელია.

ხარისხის სტანდარტები

მტკიცებულებათა (დამადასტურებელი) მედიცინა – *evidence based medicine* – доказательная медицина - სამედიცინო პრაქტიკა ან სამედიცინო ჩარევა, რომელიც ეფუძნება ზუსტ სამეცნიერო შედეგებს და მათი გათვალისწინებით უარყოფს ან ადასტურებს ზოგიერთი სახის სამედიცინო ჩარევას. ეს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, სინთეზის გამოყენების ახალი ტექნოლოგიაა, რომელიც ოპტიმალური გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას იძლევა.

მეტა-ანალიზი – *meta-analisis* – мета-анализ - ანალიზის ჩატარების მეთოდოლოგია, რომელიც მრავალი ცალკეული გამოკვლევის შედეგების შეჯამების, განზოგადოებისა და დასკვნათა სარწმუნოების ასამაღლებლად იყენებს სტატისტიკურ მეთოდებს.

პრაქტიკული ხელმძღვანელობა – *practice guidelines* – практическое руководство - პაციენტთა ცალკეული ჯგუფების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესების ტექნოლოგიის ფორმალიზებული აღწერა, შემუშავებული ფორმალური პროცესის დროს. აერთიანებს საუკეთესო, მეცნიერულად დასაბუთებულ შედეგებს ექსპერტიზასთან ერთად. სინონიმებია: მკურნალობის ალგორითმი, კლინიკური კრიტერიუმები, კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო, მკურნალობის ოქმი და სხვ.

აკრედიტაცია – *acreditation* – аккредитация - საერთაშორისო პრაქტიკაში - სტანდარტების შესაბამისად გარე პროფესიული შეფასების (შემოწმების) სისტემა, ეფუძნება შესამოწმებელთა ნებაყოფლობითობას.

სერტიფიკაცია – *serification* – сертификация - მესამე, დამოუკიდებელი მხარის მიერ სამედიცინო დახმარების უნარის დადასტურება.

ექსპერტი – *expert* – эксперт - სპეციალისტი, რომლის მაღალკვალიფიციურობა დოკუმენტურადაა დადასტურებული და აღიარებულია კოლეგების მიერ.

უწყებრივი ექსპერტიზა – *internal expertise* – ведомственная экспертиза - ერთ უწყებაში ჩატარებული ექსპერტიზა.

არაუწყებრივი ექსპერტიზა – *non department expertise* –
вневедомственная экспертиза - ექსპერტიზა, რომელსაც
ატარებენ დაწესებულებები, რომლებიც უწყებრივ ჯანდაცვაში
არ შედიან.

გარე ექსპერტიზა – *external expertise* – внешняя экспертиза - იმ
ორგანიზაციათა მიერ ჩატარებული ექსპერტიზა, რომლებიც არ
შედიან სისტემაში.

დამოუკიდებელი ექსპერტიზა – *independent expertise* –
независимая экспертиза - დაინტერესებული მხარეებისაგან
დამოუკიდებლად ჩატარებული ექსპერტიზა.

საექსპერტო აზრი – *expert opinion* – экспертное мнение -
მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტის ან სპეციალისტთა
ჯგუფის მიერ ჩატარებული მოქმედებისა და შედეგების
შესაბამისობის შეფასება რეკომენდაციების, ნორმებისა და
ნორმატივების მიხედვით.

ლიცენზია – *license* – лицензия - განსაზღვრული საქმიანობის
განხორციელების წერილობითი ნებართვა, რომელსაც გასცემს
აღმასრულებელი ხელისუფლების სათანადო ორგანო. ლიცენზია
გაიცემა სერტიფიკაციის (რომელიც ადასტურებს განსაზღვრული
საქმიანობის შესრულების უნარს) საფუძველზე.

ლიცენზირება – *licensing* – лицензирование - სახელმწიფოებრივი
ნებართვა განსაზღვრული საქმიანობის შესახებ.

სამედიცინო აუდიტი – *medical audite* – медицинский аудит -
პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის, ამბულატორიული რუქების
დაწვრილებითი რეტროსპექტიული ანალიზი, შეფასება
სამედიცინო დახმარების დადგენილი მაჩვენებლების მიხედვით.
გარდება საქმიანობის ხარისხობრივი, რაოდენობრივი,
პროფესიული დონის შეფასების მიზნით.

სტანდარტი – *standart* – стандарт - ნორმატიული დოკუმენტი,
წესებისა და ნორმების მარეგულირებელი ნუსხა. არსებობს
ფედერალური და ტერიტორიული სტანდარტები.

სიღარიბის აბსოლუტური დონე – *absolute poverty level* – уровень
абсолютной нищеты - შემოსავლების ის დონე, რომელიც არ
აძლევს საშუალებას ოჯახსა და ინდივიდს ჰქონდეს კვების
სრულფასოვანი რაციონი და დაიკმაყოფილოს სხვა ძირითადი
საყოფაღებრო მოთხოვნები (დახმარება).

აკრედიტაცია – *accreditation* – аккредитация - სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის შეფასების სისტემა პროფესიული ორგანიზაციების მიერ ხარვეზების გამოვლენისა და მათი ანალიზის მეშვეობით.

ალფა-შეცდომა – *Alpha error* – альфа-ошибка - პირველი რიგის შეცდომა – მონაცემები, რომლებსაც მიეყვართ იმ დასკვნამდე, რომ თითქოს შესასწავლი ჰიპოთეზა სწორია, სინამდვილეში იგი მცდარია. კლინიკურ კვლევებში ეს იმის ალბათობაა, რაც ერთი სახის კვლევა, მიდგომა, მეთოდი ჩაითვლება უფრო უეფექტურად, როცა სინამდვილეში განსხვავება არ არსებობს.

ადმინისტრატორი – *administrator* – администратор - წარმოების ან ორგანიზაციის მმართველი, ხელმძღვანელი, მენეჯერი.

ავანსი – *dvance* – аванс - სამუშაოს, მომსახურების ან ქონების წინასწარ გადახდილი ღირებულება, როგორც წესი, კრედიტის პირობებით საქონლის მიწოდებისას წინასწარ გადასახდელი თანხა შეადგენს კონტრაქტის ღირებულების დაახლოებით 40%-მდე, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება კონტრაქტის პირობების მთლიანად შესრულების შემდეგ. კონტრაქტის პირობების შეუსრულებლობისას ავანსად გაცემული თანხა უკან უნდა დაბრუნდეს.

ავერსი – *Avers* – аверс - მონეტის, მედლის წინა მხარე.

ავიზო – *Aviso, advice* – aviso - კლიენტი საწარმოსათვის მომსახურე ბანკის მიერ წარდგენილი ოფიციალური შეტყობინება საწარმოს ანგარიშზე შესრულებული ურთიერთსაანგარიშსწორებო ოპერაციების შესახებ - საწარმოს სადებეტო და საკრედიტო ანგარიშებში ცვლილებების და ამ ცვლილებების შედეგად ფულადი საშუალებების ამსახველი ანგარიშის ზრდა ან შემცირება საბოლოო ნაშთის ჩვენებით. ჩვეულებრივ, ავიზოში უთითებენ ნომერს, ოპერაციის შინაარსს, თანხას, გადამხდელისა და მიმღების დასახელებას.

ავიზო საწარმოს ანგარიშსწორების ანგარიშის ამონაწერია.

ალიანსი – *Alliance* – альянс - ხელშეკრულების საფუძველზე საწარმოთა და ცალკეული პირების გაერთიანება, კავშირი.

ალპარი – *Alpari* – алпари - ფასიანი ქაღალდების საბირჟო (საბაზრო) კურსის შესაბამისობა მის ნომინალთან (პარიტეტთან).

ამონაგები – *Gain* – прибыль - საანგარიშგებო პერიოდში საწარმოში შემოსული ეკონომიკური სარგებლის მთლიანი

თანხა, რომელიც მიიღება საწარმოს ჩვეულებრივი ეკონომიკური საქმიანობით და გამოიხატება საკუთარი კაპიტალის ზრდით შესაკუთრეთა მხრიდან დამატებითი ინვესტიციების გარეშე; მოიცავს პროდუქციის რეალიზაციის ან მომსახურების გზით მიღებულ შემოსაულებს, დივიდენდებს და როიალტებს.

ამორტიზაცია – *Amortization* – амортизация - ძირითადი საშუალების (ნაგებობათა, მოწყობილებათა და სხვ.) თანდათანობითი ცვეთა, მათი ღირებულების ნაწილ-ნაწილი გადაგანა ამ საშუალებებით წარმოებული პროდუქციის თვითღირებულებაზე.

ანაბარი – *Deposit* – депозит - ვარკვეული პირობებით ბანკში ან სხვა საფინანსო დაწესებულებაში შესანახად შეგანილი ფულადი საშუალებები.

ანაზღაურება საკონსულტაციო მომსახურებაზე – *Professional fees* – оплата за консультационное обслуживание - ანაზღაურება, რომელსაც იღებს კონსულტანტი (უშგატო ექიმი, აუდიტორი, იურისტი და ა.შ.).

ანალიზი – *Analysis* – анализ - რისმე შესწავლა მისი ნაწილებად დაშლის გზით; გარჩევა, მსჯელობა.

ანალიზი ბალანსისა – *Balance analysis* – анализ баланса - ბალანსში ასახული ინფორმაციის ყოველმხრივი შესწავლა, რაც მოიცავს მოგებ-მარალის ანგარიშგებისა და წარმოების საერთო მდგომარეობის ანალიზს. ასეთი ანალიზი თან უნდა დაერთოს საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოსათვის შედგენილ წლიურ ანგარიშს.

ანალიზი დისპერსიული – *Dispersive analysis* – анализ дисперсный - სტრუქტურული კავშირის დადგენის სტატისტიკური მეთოდი ეკონომიკური საქმიანობის საშუალო ნიშანსა და ფაქტორულ ნიშნებს შორის.

ანალიზი ეკონომიკური – *Economic analysis* – анализ экономический - ეკონომიკური მოვლენებისა და პროცესების მეცნიერული კვლევა-ძიების მეთოდი. ეკონომიკური ანალიზის მიზანია ეკონომიკური და სოციალური პორცესების, ტენდენციებისა და კანონზომიერების შესწავლა სამეურნეო საქმიანობის ყველა დონეზე. მისი საშუალებით ხორციელდება პროგნოზირება, დაგეგმვა, ეკონომიკური ობიექტების მართვა და იმ პროცესების შესწავლა, რომელიც ამაღლებს სამეურნეო საქმიანობის ეფექტიანობის დონეს. ანალიზი ხელს უწყობს

ეკონომიკური პროცესების ოპტიმიზაციას.

ანალიზი მაკროეკონომიკური – *Macroeconomic analysis* – анализ макроэкономический - (იხ. ანალიზი ეკონომიკური) – მოიცავს ქვეყნის ან მსოფლიო ეკონომიკის ცალკეულ დარიგებს ან სოციალურ სფეროს.

ანალიზი მიკროეკონომიკური – *Microeconomic analysis* – анализ микроэкономический - (იხ. **ანალიზი ეკონომიკური**) – მოიცავს ცალკეულ ობიექტებს ან პროცესებს და უპირატესად აანალიზებს საწარმოს, ფირმის საფინანსო-სამეურნეო საქმიანობას, მათ შორის წარმოების მოცულობას, ხარჯებსა და მომგებიანობას.

ანალიზი პერსპექტიული – *Perspective analysis* – анализ перспективный - მომავალი ეკონომიკური საქმიანობის ანალიზი.

ანალიზი რეტროსპექტიული – *Retrospective analysis* – анализ ретроспективный - ეკონომიკაში ჩამოყალიბებული ტენდენციების ანალიზი.

ანალიზი სამეურნეო საქმიანობის - *Analysis of economic activity, operating analysis* – анализ хозяйственной деятельности - სამეურნეო საქმიანობის ეფექტურობის ასამაღლებლად გამოყენებული სამეურნეო რესურსების, საწარმოო საქმიანობის შედეგებისა და წარმოების ორგანიზაციული საკითხების შესწავლა და შეფასება. სამეურნეო საქმიანობის ანალიზის პროცესში ხდება წარმოების ეფექტურობაზე მოქმედი ყველა ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორის ახსნა და შესწავლა.

ანგარიშგება – *Accounting* – отчетность - მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს საანგარიშგებო პერიოდში განხორციელებულ სამეურნეო ოპერაციებს და მოვლენებს. დგება მიმდინარე ოპერაციული ინფორმაციის საფუძველზე და განაზოგადებს სამეურნეო აღრიცხვის სამივე სახეს – ბუღალტრულს, სტატისტიკურს და ოპერაციულს. მასში ასახული ინფორმაცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: უნდა იყოს დროული, ობიექტური, მუსტი და უტყუარი. რამდენადაც ანგარიშგებაში ასახული ინფორმაციის ყოველგვარ გაყალიბებას თან სდევს მიღებული ეკონომიკური შედეგების არასწორი შეფასება; ანგარიშგებაში ასახული მონაცემები უნდა იყოს ნათელი და მისაწვდომი.

ანგარიში – *Accounting* – отчет - 1. წერილობითი შეგყობინება ცალკეული სახის სამეურნეო საქმიანობის შესახებ; 2. მომხმარებლის სახელზე სამედიცინო დახმარების გამწვევის

- მიერ გამოწერილი დოკუმენტი, რომელიც ასაბუთებს მიწოდებული საქონლის ან გაწეული მომსახურების ღირებულებას; 3. ბუღალტრულ აღრიცხვაში ანგარიში ყველა ბუღალტრული ჩანაწერია, რომელთა საშუალებითაც ხორციელდება კონტროლი ფულადი საშუალებების მოძრაობაზე.
- ანგარიში ბალანსგარეშე** - *Account without balance* - *отчет без баланса* - ანგარიში, განკუთვნილი იმ ფასეულობათა მოძრაობის აღსარიცხავად, რომელიც არ არის მოცემული საწარმოს საკუთრება, მაგრამ ღრობებით იმყოფება მის განკარგულებაში (იჯარით აღებული ძირითადი საშუალებები, ღრობებით შესანასად გადაცემული მაგერიალური ფასეულობები და ა.შ.). ასეთი ფასეულობების ბუღალტრული აღრიცხვა ხდება მარტივი სისტემით და არ აისახება საწარმოს ბალანსში.
- აუდიტი** - *Audit* - *аудит* - აუდიტორების მიერ საწარმოს საფინანსო საქმიანობის შემოწმება, რომლის მიზანია საწარმოს საფინანსო მდგომარეობის და რეკომენდაციების შემუშავება მისი სრულყოფისათვის.
- აქციზი** - *Excise* - *акциз* - ირიბი გადასახადი, უპირატესად მასობრივი მოხმარების საქონელსა ან გაწეულ მომსახურებაზე. აქციზი აისახება საქონლის ფასში ან გაწეული მომსახურების გარიჟში.
- ბალანსი** - *Balance* - *баланс* - ურიოერთდაკავშირებულ მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს გარკვეული სახის ეკონომიკურ მოვლენას მისი ცალკეული მხარეების შეწონასწორების გზით; შემოსავალ-გასავლის შეფარდებითი ჯამი.
- ბალანსი ბუღალტრული** - *Accounting balance sheet* - *баланс бухгалтерский* - ბუღალტრული აღრიცხვის დოკუმენტი, რომელიც განამოვადებს და ახასიათებს სამეურნეო საშუალებებსა და მათი ფორმირების წყაროებს ფულად გამოსახულებაში კონკრეტული თარიღისათვის. ბალანსში აუცილებლად უნდა აისახოს შემდეგი მუხლების შესაბამისი თანხები: ძირითადი საშუალებები; არამაგერიალური აქტივები; ფინანსური აქტივები; ინვესტიციები; სასაქონლო-მაგერიალური ფასეულობები; სავაჭრო და სხვა მოთხოვნები; ფულადი სახსრები და მათი ეკვივალენტები; სავაჭრო და სხვა ვალდებულებები; საგადასახადო ვალდებულებები და აქტივები; ანარიცხები; გრძელვადიანი

პროცენტული ვალდებულებები; უმცირესობის წილი; გამოშვებული სააქციო კაპიტალი და რეზერვები. სამეურნეო საშუალებების, აღებული ვალდებულებებისა და კაპიტალის (პასივების) თანაფარდობა გამოიხატება შემდეგი ცოლობით: საშუალებები = ვალდებულება + კაპიტალი.

ბალანსი ბრუტო – *Gross (brutto) balance* – баланс брутто - ბალანსის აქტივის მთლიანი ღირებულება.

ბალანსი ნეტო (სუფთა) – *Net balance, Netto* – баланс нетто - ბალანსის აქტივის ღირებულება ვალდებულების ღირებულების გამოკლებით.

ბანკი – *Bank* – Банк - საფინანსო დაწესებულება, რომელშიც თავმოყრილია დროებით თავისუფალი ფულადი სახსრები ეკონომიკური სარგებლის მიღების მიზნით. ბანკი კრედიტად გასცემს ამ სახსრებს, ახორციელებს ანგარიშსწორებას სხვადასხვა საწარმოსა და დაწესებულებას შორის და ფულად საშუალებათა მიმოქცევას ქვეყნის მასშტაბით.

ბარტერი – *Barter* – бартер - ხელშეკრულების საფუძველზე საქონლის ან მომსახურების გაცვლა არაფულადი აქტივების მეშვეობით. ასეთი ოპერაციის განხორციელებისათვის აუცილებელია შეფასდეს საქონლის ან მომსახურების ღირებულება, რათა მოხდეს სწორი ეკვივალენტური გაცვლა. საბარტერო გაცვლის ძირითადი მიზეზია ფულადი მასის დეფიციტი.

ბენეფიციარი – *Beneficiary* – бенефициарий - პირი, რომლისთვისაცაა განკუთვნილი ფულადი გადასახდელი; ფულის მიმღები.

ბიზნესი – *Business* – бизнес - სამეწარმეო საქმე; ეკონომიკური საქმიანობა, რომელიც ხორციელდება საკუთარი ან ნასესხები საშუალებებით გარკვეული რისკისა და პასუხისმგებლობის საფუძველზე. ასეთი საქმიანობის მთავარი მიზანია მოგების მიღება და საკუთარი საქმის გაფართოება.

ბიზნეს-გეგმა – *Business plan* – бизнес-план - გარკვეული სახის ეკონომიკური საქმიანობის განსახორციელებლად და მის დასაფინანსებლად შედგენილი შიგნითი შიგნითი დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს განსახორციელებული კომერციული საქმიანობის ძირითად ასპექტებს, წარმომოხილი პრობლემის ანალიზს, ამ პრობლემების გადაჭრისათვის საჭირო მეთოდებს,

მაჩვენებელ-ინდიკატორებს, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია საქმის რეალური მდგომარეობის მიმდინარე შესწავლა. ბიზნეს-გეგმის სტრუქტურა მოიცავს დასკვნას, სადაც დასაბუთებულია მოცემული პროექტის უპირატესობა და მისი რეალიზაციით მისაღები საფინანსო შედეგი, კონფიდენციალურ მემორანდუმს, წარმოების ან დარგის დახასიათებას. ბიზნეს-გეგმის ძირითადი ნაწილი შედგება შემდეგი განყოფილებისაგან: საქონლის (მომსახურების) აღწერა, რისთვისაც შეიქმნა ეს პროექტი, იმ ფაქტორების ჩვენებით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მისი კონკურენტუნარიანობა; განისაზღვრება ბაზარი, სადაც უნდა განსორციელდეს პროდუქციის რეალიზაცია, წარმოების მოცულობა და შესაძლო ფასები; ინფორმაცია შესაძლო კონკურენტებზე, მათ მიერ წარმოებული საქონლის ხარისხისა და ფასების შესწავლით, მარკეტინგის ძირითადი ელემენტები (საქონლის გავრცელების სქემა, ფასწარმოქმნა, გაყიდვის სტიმულისათვის საჭირო მეთოდები და ა.შ.); საქონლის (მომსახურების) წარმოების გეგმა საწარმოო კავშირების, პროდუქციის ხარისხზე კონტროლისა და წარმოების შესაძლო დანახარჯების ვათვალისწინებით; მთელი და მომუშავე პერსონალის ორგანიზაცია; იურიდიული გეგმა, რომელიც განსაზღვრავს პროექტის ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმას; რისკის შეფასება და პროგნოზირება; საფინანსო გეგმა, რომელიც განამოგადებს პროექტის ყველა მონაცემის სილიდეს ღირებულებით გამოსახულებაში; დაფინანსების სტრატეგია, მოიცავს ინფორმაციას ფულადი საშუალების მიღების შესახებ, დაბანდებული საშუალებების უკან მიღების მოსალოდნელ დროს, ინვესტორების მიერ დივიდენდების მიღებას.

ბიუჯეტი – *Budget* – бюджет - განსაზღვრული საანგარიშგებო პერიოდისათვის (ძირითადად ერთი წლისათვის) ეკონომიკური სუბიექტისათვის ოფიციალურად დადგენილი შემოსავლებისა და ხარჯების ნუსხა. განასხეავენ სახელმწიფო, რეგიონულ, ადგილობრივ, საოჯახო ბიუჯეტებს.

ბონუსი – *Bonus* – бонус - დასაჩუქრება, წახალისება, დამატება ანაზღაურებაზე, პრემია; გამყიდველის მიერ გარიგების პირობების შესაბამისად მყიდველისათვის მიცემული დამატებითი ფასდათმობა.

დამატებითი ღირებულების გადასახადი – *Value added tax (VAT)*

- **ნალოგ ნა დობავოჩნუო სთოიმოსტ** - გადასახადი, დაწესებული წარმოების მომსახურების ან რეალიზაციის ყოველ სტადიაში. გამოიანგარიშება იმ ღირებულებიდან, რომელიც ემაგება საქონლის ან მომსახურების ფასს ყოველი შემდგომი რეალიზაციისას. დღეს-დღისათვის თანხა არის სხვაობა რეალიზაციის საერთო ღირებულებასა და საქონლის, ნედლეულის და ა.შ. შეძენის ხარჯებს შორის. მაგალითად, თუ ერთმა მეწარმემ შეიძინა საქონელი, რომლის ღირებულება იყო 1000 ლარი და გაყიდა 1300 ლარად, მაშინ დამატებითი ღირებულების თანხა შეადგენს 300 ლარს და სწორედ მოგების ეს თანხა დაიბეგრება დამატებითი ღირებულების გადასახადით.

გრანტი - *Grant* - грант - სუბსიდია, დოგაცია - სამეცნიერო-კვლევითი, სამკურნალო და სხვა სახის საქმიანობის განსახორციელებლად საწარმოზე, ორგანიზაციასა და ფიზიკურ პირზე უანგაროდ გაცემული ფულადი საშუალებები ან ნაგურით გაცემული სუბსიდიები.

კაპიტალური დაბანდება - *Capital investment* - капитальные вложения - ინვესტიციების დაბანდება ისეთ ძირითად საშუალებებში, როგორცაა მიწა, შენობა, ნაგებობა, პატენტი, ასევე ინვესტიციები შეიღებული და ახორციელებულ წარმოებათა ფასიან ქაღალდებსა ან არალიკვიდირებად ფასიან ქაღალდებში.

დებიტორული დაფალიანება - *Bills receivable* - дебиторская задолженность - რეალური ბუღალტრული ანგარიში, რომელიც შეიძლება არ დაიხუროს საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოს. ანგარიშის არსებობა განპირობებულია დარიცხვის მეთოდის პრინციპით, რომლის ძალითაც განხორციელებული სამეურნეო ოპერაციების შედეგების აღიარება ხდება მისი განხორციელებისთანავე და არა ფულადი საშუალებების ან მისი ეკვივალენტების მიღების შემდეგ. მათი ჩაწერა საბუღალტრო წიგნებსა და საფინანსო ანგარიშებში ასახვა განეკუთვნება იმ პერიოდებს, რმლებსაც ისინი მიეკუთვნება.

დივერსიფიკაცია - *Diversification* - диверсификация - 1. საწარმოს მიერ პროდუქციის ასორტიმენტის გაფართოება; 2. არმყოფი საწარმოების ისეთი სახეების ერთდროული განვითარება, რომელიც ერთმანეთთან კავშირში არაა.

დილერი - *Dealer* - дилер - საფონდო ბირჟის წევრი (ბანკი, ორგანიზაცია თუ ცალკეული პირი), რომელიც ყიდულობს ან ყიდის ფასიან ქაღალდებს, ძვირადღირებულ ლითონს ან ვალუტას და მოქმედებს საკუთარი სახელით და საკუთარი ხარჯებით.

დისკონტი - *Discount* - ДИСКОНТ - 1. სხვაობა ფასიანი ქაღალდების ან სხვა აქტივების დღევანდელ ღირებულებასა და მათი გამოყენებით წარმომოხილი ვალდებულებების დაფარვის მომავალ ღირებულებებს შორის. 2. სხვაობა სხვადასხვა დროს მოწოდებული ერთნაირი საქონლის ფასს შორის.

დისტრიბუტორი - *Distributor* - ДИСТРИБЬЮТОР - ორგანიზაცია ან ცალკეული მეწარმე, რომელიც ახორციელებს განსაზღვრული სახის საქონლის საბითუმო შესყიდვას შემდგომი გაყიდვის მიზნით.

პირველადი დოკუმენტი - *Source document* - первичный документ - საწარმოს შიგნით ან მის გარეთ შეღვენილი დოკუმენტი, რომელიც ასახავს შესრულებული სამეურნეო ოპერაციების შინაარსს ამ ოპერაციების შესაბამისი ფულადი თანხის ჩვენებით.

ეკვივალენტი ფულადი - *Equivalent in money* - денежный эквивалент - მაღალლიკვიდური მოკლევადიანი აქტივების დაბანდება ბაზრის ფასიან ქაღალდებში.

ვაუჩერი - *Voucher* - ваучер - ხელწერა, გამამართლებელი დოკუმენტი; 1. საპრივატიზაციო ჩეკი, დოკუმენტი, რომელიც იძლევა პრივატიზაციაში მონაწილეობის მიღების უფლებას ამ ვაუჩერის გაცემით საპრივატიზაციო საწარმოს აქციაზე. 2. წერილობითი მოწმობა, გარანტია.

თვითღირებულება - *Prime cost* - себестоимость - საქონლის წარმოებასთან და მის რეალიზაციასთან დაკავშირებული მიმდინარე ხარჯების ერთობლიობა, გამოსახული ფულად ფორმაში. თვითღირებულება მოიცავს დანახარჯებს შრომის ანაზღაურებაზე, ნედლეულსა და მასალაზე, საამორტიზაციო დანახარჯებს და ა.შ. თვითღირებულებაში შემავალი ხარჯების განსაზღვრა ხორციელდება კანონმდებლობის საფუძველზე.

კონსიგნაცია - *Consignment* - консигнация - მყიდველის ვალდებულება, მიღებული საქონელი გაყიდოს საქონლის მომწოდებლის სახელით.

კონცეფცია - *Concept* - концепция - შეხედულებათა სისტემა, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება მოვლენისა თუ პროცესის გაგება, მის შინაარსში ჩაწლობა.

კრედიტი - *Credit* - кредит - სესხად გაიქმეული ფულადი საშუალებები ან საქონელი, რომელიც ექვემდებარება უკან დაბრუნებას გარკვეული საპროცენტო ანაზღაურებით. კრედიტის

შედევად წარმოიშობა ეკონომიკური ურთიერთობები კრედიტორსა და მსესხებულს შორის.

პატენტი – *Patent* – патент - კანონით განსაზღვრული უფლება პატენტის მფლობელისა აწარმოოს, გაყიდოს, გამოიყენოს ან გააკონტროლოს მისი დაპატენტებული გამოგონება. პატენტი გაიყემა სახელმწიფო ორგანოების მიერ განსაზღვრული ვადით, დამპატენტებლის მონოპოლიური უფლებით პატენტის მოქმედების პერიოდში.

პრივატიზაცია – *Privatization* – приватизация - სახელმწიფო საკუთრების განსახელმწიფოებრიობა წარმოების საშუალებებად (ქონებად, მიწად, ბუნებრივ რესურსებად). პრივატიზაცია ხორციელდება სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ობიექტების გაყიდვით ან კოლექტივებისა ან კერძო პირისათვის უსასყიდლოდ გადაცემით კორპორაციების, აქციონერთა ან კერძო მესაკუთრების წარმოშობის გზით.

ნარჩენი ღირებულება – *Residual value* – остаточная стоимость - ამორტიზებული აქტივის ღირებულება იმ თანხის გამოკლებით, რომელიც რჩება ამ საშუალებათა შესაძლო ჩამოწერის შემდეგ, უწოდებენ სალიკვიდაციო ღირებულებასაც.

საბალანსო ღირებულება – *Balance value* – балансовая стоимость - თანხა, რომელითაც აქტივი აისახება ბალანსში დაგროვილი ცვეთის თანხის გამოკლებით.

შესყიდვა – *Purchas* – закупка - საწარმოთა ისეთი გაერთიანება, როდესაც ერთ-ერთი საწარმო, მყიდველი, მოიპოვებს კონტროლის უფლებას მეორე, შესყიდული საწარმოს წმინდა აქტივებისა და საქმიანობაზე გადაცემული აქტივების, ვალდებულებების ან აქციების გამოშვების სანაცვლოდ.

თაზო XXIII

საავადმყოფოს როლი ჯანდაცვის სისტემაში

ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში ჰოსპიტლები მეტად მნიშვნელოვან ფუნქციებს უნდა ასრულებენ. არსებული სიგუაციისა და მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების მოთხოვნებისა და საჭიროებებიდან გამომდინარე საავადმყოფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციებს უნდა აესებდეს, ვიდრე კონკურირებდეს მასთან. სხვა შემთხვევაში თანამშრომლობის შეუძლებარ ცდებს მომხმარებლის მხრიდან სისტემისადმი ღრმა უნდობლობის ჩამოყალიბებამდე მიეყავართ. სისტემის რეფორმირების პირობებში, გარკვეულ ეტაპზე ამგვარმა გარემოებამ ხელი შეუშალა ფუნქციათა სამართლიანი გადანაწილების და სხვადასხვა დონის როლების განსაზღვრას ერთიან სისტემაში. შედეგად ადამიანური, მატერიალური და ფინანსური რესურსებით საავადმყოფოები განაგრძობენ ფუნქციონირებას ჯანდაცვის სისტემის სხვა ელემენტებისაგან დამოუკიდებლად. როცა ინტეგრირებულ ჯანდაცვის სისტემაში განისაზღვრება თითოეული ელემენტისა და დონის როლი, შესაძლებელი გახდება სისტემურად იქნას გადაწყვეტილი საკითხები, რომლებიც დაკავშირებულია რესურსების განაწილებასთან - ფინანსები, პერსონალი და სამსახური. მკვეთრად განსაზღვრული როლების და ვალდებულებების არ არსებობა განაპირობებს მოწყვეტილ სისტემას ჰოსპიტლებსა და პჯდ-ს სამსახურებს შორის, უართოდ გავრცელებული განსხვავებებით ფინანსური და ადამიანური მწირი რესურსების მხრივ. ჰოსპიტლებისთვის განკუთვნილი რესურსების მიუხედავად, ჰოსპიტლების ძირითადი როლი ჯანდაცვის სისტემაში ამ კონტექსტში ჯერ-ჯერობით მკაფიოდ არ იხილება. მათი როლის

გამოკვეთია უპირობოდ მიგვიყვანს ცელილებებამდე ჯანდაცვის სისტემაში, რაც გამოიწვევს არსებული მწირი ფინანსების გამოყენების გაუმჯობესების აუცილებლობას. შესაბამისად, უნდა განესაზღვროთ პოსპიტალების როლი სისტემაში და ეუპასუხოთ ისეთ კითხვებს, როგორცაა პოსპიტალების საჭირო რაოდენობა, გიჟი და მოცულობა, ასევე მათთვის გამოსაყოფი ადამიანური, ფინანსური და მაგერიალური რესურსების ოდენობა. პოსპიტალური ეკონომიკის და დაფინანსების შესწავლა შეამსუბუქებს მათი როლის შერჩევის პროცესს. ამით უზრუნველყოფილი იქნება ინფორმაცია ანალიტიკური დაგეგმვისთვის, პოსპიტლების ინტეგრაციით სამედიცინო მომსახურების ერთიან სისტემაში.

სააჯადმყოფო (პოსპიტალი) – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის. მისი რეფორმირების ძირითადი ობიექტია. როგორი უნდა იყოს თანამედროვე პოსპიტალი, რა ადგილი უნდა ეკავოს მას ჯანდაცვის სისტემაში და როგორი ცელილებები უნდა განიცადოს მან თანამედროვე მოთხოვნილებების გათვალისწინებით? ეს ის ძირითადი საკითხებია, რომელიც მნიშვნელოვნად განაპირობებს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებას. სააჯადმყოფოები ვერ იარსებებენ და დანიშნულებისამებრ ფუნქციონირებას ვერ განახორციელებენ, თუ მათი მართვის გექნოლოგია არ შეესაბამება ზოგადად სისტემაში და სოციალურ-ეკონომიკურ სფეროში მომხდარ ცელილებებს. ეს ცელილებები ეხება სამ ძირითად სფეროს: 1) სამედიცინო დახმარების მოთხოვნას (ცელილებები მოსახლეობის, მომხმარებლის მოთხოვნებში); 2) რესურსებს (თანამედროვე სამედიცინო ცოდნა და გექნოლოგიები); 3) ახალ პირობებში ფუნქციონირების მოთხოვნებსა და ვარკვეულ რეგულირებებს, გამოწვეულს ზოგადად პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციით.

რატომ უჭირავს პოსპიტალს ერთ-ერთი ძირითადი როლი ჯანდაცვის სისტემაში

ცნობილია, რომ სააჯადმყოფოები თავისი ფუნქციონირებისათვის მოითხოვენ ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი (ადგილობრივის ჩათვლით) ბიუჯეტის 70%; სააჯადმყოფოში დასაქმებულია

სამედიცინო პერსონალის თითქმის ნახევარი. გრადიციულად, საქართველოში სააუადმყოფოებს გადამწყვეტი როლი ენიჭებოდა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებაში. აქ არა მარტო სრულფასოვანი სამკურნალო საქმიანობა მიმდინარეობდა, არამედ აქ იმართებოდა პერსონალის პროფესიული მომზადებაც, სამეცნიერო პროცესიც; საბოლოო ჯამში (დონეების მიხედვით) მას მნიშვნელოვანი ფუნქცია ჰქონდა ადგილობრივ სოციალურ სფეროსა და ეკონომიკაში.

მიუხედავად გარეგანი ფაქტორების შემოქმედებისა (მოსახლეობის სტრუქტურული ცვლილებები, დაავადებათა მიმდინარეობა, ახალი სამკურნალწამლო და სამედიცინო ტექნოლოგიები და სხვა) დღესდღეობით სააუადმყოფო საკმაოდ კონსერვატიულ ელემენტად გვევლინება ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში.

გამომდინარე თანამედროვე მოთხოვნილებების ვათვალისწინებით, გადაუდებლად აუცილებელია მისი საქმიანობის გარდაქმნა შემდეგი მიმართულებებით:

- სააუადმყოფოების ურთიერთობების დარეგულირება სისტემის სხვა ელემენტებთან, როგორცაა პირველადი ჯანდაცვა, ზოგადი პროფილის ინსტიტუტების ჩათვლით, სოციალური, სარეაბილიტაციო სამსახურები და სხვ.;
- ახალი სამკურნალო და დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიების გამოყენება;
- მართვის თანამედროვე მოდელების გამოყენება;
- სამედიცინო მომსახურების სახეების ანაზღაურების ახალი მეთოდოლოგიების შემოღება და დანერგვა;
- სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური საქმიანობის კონტროლის გაძლიერება და სხვ.

სააუადმყოფოს გამართულ ფუნქციონირებას უსაქილოლოგიური მნიშვნელობაც გააჩნია, რადგან იგი თანამედროვე სამედიცინო დახმარების ღონის თვალნათელი მაგალითია.

მისი ფუნქციონირების მიმართულებების განსაზღვრისას აუცილებელია ვათვალისწინებულ იქნას, რომ ცვლილებათა შედეგები შესაძენვეი მხოლოდ რამდენიმე ათწლეულის შემდგომ წარმოჩნდება.

სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნათა ცვლილებები

საავადმყოფოს მოქმედების არეალში არსებული მომსახურების სახეობასა და სტრუქტურას განსაზღვრავს ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა შობადობა, სიკვდილიანობა და მიგრაცია.

1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, როცა საქართველოში შობადობამ საგრძნობლად დაიწყო შემცირება, სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის შემცირებაც გამოიწვია. ამავდროულად მაგულობს ხანდაზმულთა, ქრონიკულად მოავადე ადამიანთა რიცხვი, რომელთაც კომპლექსური მკურნალობა ესაჭიროებათ. ცნობილი მოვლენებით გამოწვეულმა მიგრაციამ შეცვალა ადგილობრივი კონტინენტის (თავისი ჩვეული დაავადებებით) ავადობის სტრუქტურაც.

ამგვარი ცვლილებები სავარაუდოა, რომ მოგვიანებით, ათეული წლების შემდგომ გახდება შესამჩნევი. მაგალითად მოზარდებში თამბაქოს მოხმარების გავრცელება ფილგვის კიბოს შემთხვევათა ზრდას, მხოლოდ 30-40 წლის შემდგომ გამოავლენს. აქედან გამომდინარე, ამ პერიოდში აქტუალური იქნება გულმკერდის ოპერაციებზე მოთხოვნილების ზრდა. მართალია, ზოგიერთი დაავადება ქრება ან უკან იხევს (მაგ., დიფთერია, პოლიომიელიტი, რომელიც ორთოპედების ყურადღების საგანია), მაგრამ მათ ადვილს ახალი დაავადებები იკაევენ.

უდიდეს პრობლემას საავადმყოფოებისათვის კვლავ საავადმყოფოშიგა ინფექციები წარმოადგენს, განსაკუთრებით ანგიბიოტოკორეზისგენგული მიკროორგანიზმებით გამოწვეული.

გასათვალისწინებელია თვით მოსახლეობის გაზრდილი მოთხოვნილებებიც: ცალკე და საერთო პალატები, მკურნალობის მეთოდის და მკურნალის თავისუფალი არჩევანის უფლება, ინფორმაცია მკურნალობის თანამედროვე ტექნოლოგიების შესახებ, რელიგიური და სხვა უამრავი მოთხოვნები.

საავადმყოფოს ხელმძღვანელობა იძულებულია გაითვალისწინოს ყოველივე გამართული ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად.

ცვლილებები რესურსებით უზრუნველყოფაში

ამ სფეროში განხორციელებული ცვლილებები არა მარტო უპირატესობას ანიჭებს საავადმყოფოს, არამედ გარკვეულწილად

ვარდაქმნის კიდევ მის საქმიანობას. დანერგილი თანამედროვე ტექნოლოგიების შედეგების წინასწარ განსაზღვრა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში საკმაოდ ძნელია. მაგალითად; ხარჯტევადი სიახლე ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ენგრაღიზაციას. მეორე მხრივ, საინფორმაციო საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარება საშუალებას იძლევა სამედიცინო დახმარების გაწევას დიდ მანძილზე (ტელემედიცინა). ნიაღვარივით მომდინარე ინფორმაციის და თანამედროვე ტექნოლოგიების ფორსირებული დანერგვა – პერსონალის კვალიფიკაციის ადეკვატურ ზრდას მოითხოვს. დღესდღეობით შეუძლებელია მხოლოდ სამედიცინო უმაღლეს სასწავლებლებში მოპოვებული ცოდნით მუშაობა. საჭირო ხდება კვალიფიკაციის მუდმივი, განუწყვეტელი ამაღლება, რაც როგორც პერსონალისათვის, ასევე მთლიანობაში საავადმყოფოებისათვის, დღევანდელ პირობებში, დიდ ორგანიზაციულ და ფინანსურ სირთულეს წარმოადგენს.

სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური ცვლილებები

დამოუკიდებლობის პირობებში განხორციელებულმა ეკონომიკურმა ცვლილებებმა სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის ხარჯების საკმაოდ შემცირება გამოიწვია. პარალელურად გამკაცრდა კონტროლი დანახარჯებზე; შეიცვალა მოთხოვნები და პოლიტიკა, აქცენტი ამბულატორიულ დახმარებაზე, პირველად ჯანდაცვაზე გადაგანით. შემცირდა ჩვენებები სტაციონარულ მკურნალობაზე და შესაბამისად საავადმყოფოს აღრინდელმა ფუნქციებმა, მათ შორის სასწავლო პროცესებმა უფრო ამბულატორიულ სამსახურებში გადაინაცვლეს. საბოლოო ჯამში ყოველივე ამან ძირეულად იმოქმედა საავადმყოფოთა როლის შეცვლაზე.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, საავადმყოფო კვლავ დიდ როლს თამაშობს, ადგილობრივ (ვანსაკუთრებით რაიონულ) ეკონომიკაში. მეორე მხრივ, რაიონებში საავადმყოფოების გაუქმება ან/და მათი ფუნქციების შეცვლამ შესაძლებელია მომაკვდინებელი დარტყმა მიაყენოს ადგილობრივ ეკონომიკას. ერთი კი ნათელია, რომ თანამედროვე სტაციონარის ფუნქცია და სტრუქტურა ძალიან მოქნილი უნდა იყოს.

თანამედროვე პოსპიტალის საგარეუდო ფუნქციები

- **მკურნალობა:** სტაციონარული, ამბულატორიული, დღის, ღამის სტაციონარი, გადაუდებელი დახმარება, გეგმიური პოსპიტალიზაცია, რეაბილიტაცია, ხანდაზმულთა და უნარშემღუდულთა მოვლა; პოსპისური მომსახურება;
- **უწყვეტი განათლება:** დიპლომის შემდგომი, პროფესიული სწავლება, კვალიფიკაციის ამაღლება, სტუდენტების სამუშაო სამედიცინო პერსონალის მომზადება (III ღონე);
- **კვლევები:** ფუნდამენტური, კლინიკური (III ღონე);
- **კავშირი ჯანდაცვის სისტემის სხვა ელემენტებთან:** პროფესიული ლიდერობა, სამედიცინო მომსახურების სერვისის გაფართოება, პირველადი დახმარების სამსახურების საქმიანობის ზედამხედველობა, ავადმყოფთა მიმართვიანობის რეგულირება;
- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციები:** სახელმწიფო, პოლიტიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიური, მოქალაქეობრივი დატვირთვა.

სტაციონარული მომსახურების რეფორმა: წარმატება და წარუმატებლობა

თბილისის მაგალითი

საქართველოში არსებობს 287 საავადმყოფო დაახლოებით 23500 საწოლით (4,48 საწოლი 1000 კაცზე), რომელიც ემსახურება 5,24 მილიონ მოსახლეობას.

ძალიან გაბერილია სიმძლავრე მოთხოვნილებასთან შედარებით: 1999 წელს სამუშაო დაკავებულობა საწოლებისა იყო 32,7%. აღინიშნება სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე - 1,5 ექიმი ყოველ დაკავებულ საწოლზე დედაქალაქში.

არსებული სირთულეები მთავრობის მუშაობაში: შეზღუდული სახელმწიფო რესურსები საავადმყოფოების დასაფინანსებლად, დადმავლობისკენ მიმავალი სამედიცინო ინფრასტრუქტურა, არასაკმარისად ანაზღაურებადი სამედიცინო პერსონალი, ფართოდ

გავრცელებული არაოფიციალური ვადახდა სამედიცინო სექტორში, მოსახლეობის ფინანსური ხელმიუწვდომლობა.

შესაძლო გადაწყვეტილებანი: სააველმყოფოთა სექტორის რაციონალიზაცია სამედიცინო მომსახურეობის ბაზარზე გადაჭარბებული რესურსების შემცირების გზით, თანამედროვე ფორმის ვადახდის მექანიზმის გამოყენება (კონტრაქტები შერჩევით სამედიცინო დაწესებულებებთან) სახელმწიფო ფინანსების მიზნობრივად სარჯვის და სექტორის რაციონალიზაციის მხარდასაჭერად.

სააველმყოფოების რაციონალიზაციის მიზნები - საწოლების ფაქტიური რიცხვის შემცირება 60%-ით, სააველმყოფოთა რიცხვის შემცირება ქვეყნის 6 დიდ ქალაქში, სააველმყოფო საწოლების საერთო რიცხვის 66%-ით შემცირება.

ამოქმედებული პროცესები:

- რეფორმის გასაგარებლად ქვეყანაში შეიქმნა სააველმყოფოების რესტრუქტურისაციის გენერალური გეგმა. მიღებულია მსოფლიო ბანკის რესურსები.

- სტრატეგიულ გადაწყვეტილებას ახლდა ვადახდის ეფექტური მექანიზმი - დედაქალაქში შერჩეულ კლინიკებთან დადებული იქნა პილოტური კონტრაქტები.

ზოგიერთი მონაცემი თბილისის შესახებ

კონტრაქტები დედაქალაქის შერეულ კლინიკებთან

პროგრამა	დაწესებულებათა რაოდენობა 1999 წელს	დაწესებულებათა რაოდენობა 2002 წელს
მოსახლეობის დაუცველი ფენების დამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის პროგრამა	42	16
0-15 წლამდე ბავშვთა მომსახურების პროგრამა	21	2
სამეანო დახმარების პროგრამა	9	4
ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის პროგრამა	5	1

დადებული პილოტური კონტრაქტები საავადმყოფოებთან: სახელმწიფო შემსყიდველმა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ (სსსკ) პილოტურ საფუძველზე თბილისში შეარჩია მხოლოდ 3 სამშობიარო სახლი 13-დან. საავადმყოფოების ამორჩევისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი ფაქტორები: გეოგრაფიული მდებარეობა, სამედიცინო მომსახურეობის ხარისხი და მოცულობა, მოსახლეობისთვის წარმოდგენილი მომსახურეობის ღონე.

მიღებული შედეგები

- I) ამორჩეულ დაწესებულებათა საშუალო დაგვირგვინი გაიზარდა 20,4%-ით, სუმარულმა წონამ კონტრაქტით მომუშავე სამი სამშობიაროს სახლისა მომსახურებათა ბაზარზე მიაღწია 70%-ს, მიღწეული იქნა შესამჩნევი შედეგები რენტგაბელობაში, სამედიცინო მომსახურების თვითღირებულება შემცირდა 15%-ით, სამედიცინო დღიური საწოლის თვითღირებულება შემცირდა 15,6%-ით, ერთი ექიმის საშუალო დაკავებულობა გაიზარდა 19%-ით.
- II) ერთი ექიმის საშუალო შემოსავალი გაიზარდა თითქმის 2,15-ჯერ, მომსახურების არაოფიციალური გადახდა საგრძნობლად შემცირდა. რამაც მომსახურეობა მაგერიალურად უფრო ხელმისაწვდომი გახადა, უკონტრაქტოდ მომუშავე სამშობიაროების ღონემ დაიწია 9,1%-ით შემცირდა.

სამომავლო გეგმები:

- შერჩევით კონტრაქტირებული წესით მუშაობის გაფართოება.
- კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფების (DRG)-ს პრინციპით დაფინანსებიდან გლობალურ ბიუჯეტზე გადასვლა.

როგორც წესი, საავადმყოფოს რესტრუქტურის ეკილით ხშირად ხდება საწოლთა ფონდის უსისგემო შემცირება. თავისთავად საწოლთა ფონდის მექანიკური შემცირება არ იწვევს

დანახარჯების შემცირებას, რადგან ძირითადად სახსრები იხარჯება თვით შენობების “შესახანხად” და მასთან დაკავშირებული სხვა ხარჯებთან.

საინტერესო მიმართულებაა (გამოყენებული დასაქმებულთა რიცხვებში) როცა ერთ სამოქმედო არეალში მოფუნქციონირე რამოდენიმე დაწესებულებას (სააქადემიოფოს) მართვის ერთიანი ორგანო გააჩნია. ამ შემთხვევაში სააქადემიოფოსის მომარაგება წამალსაშუალებებით, საჭირო სამედიცინო დანიშნულების საგნებით, ინვენტარით, საგრანსპორტო, ლაბორატორიული საშუალებებით და სხვა რესურსებით საგრძნობლად გააღვილებული და სრულყოფილი იქნება.

ქოსპიგალური სისტემის რეფორმირების ერთერთ მთავარ მიმართულებას ამბულატორიული სერვისის გაფართოება წარმოადგენს.

ურთიერთობა სისტემის სხვა სტრუქტურულ ერთეულებთან

სამედიცინო დახმარების, რომელი სახეები უნდა იქნას გამოყენებული სტაციონარებში? ეს საკითხი ძირითადია. ჯანდაცვის სისტემა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა დონისა და სახეების მიწოდებელი და მწარმოებელია, რომელიც განსხვავებულია მიწოდების დროით და ადგილით. სააქადემიოფო კი ამ სისტემის ერთერთი ძირითადი კომპონენტია, ამიტომ მნიშვნელოვანია მისი როლი ამ სისტემაში, სადაც გონიერული ქმედებებით შესაძლებელი ხდება დახმარების რაციონალური გზების გამოძებნა. საჭირო არის თუ არა სტაციონარული დახმარება, სჭირდება თუ არა პაციენტს ამბულატორიული, სხვა სახის დახმარება და ა. შ.

სტაციონარული და შესაბამისად ამბულატორიული დახმარების ურთიერთობების დახვეწა შემდეგნაირად არის შესაძლებელი:

- სამედიცინო სამსახურების შეთანხმებული საქმიანობით;
- ფუნქციების მკაფიო გადანაწილებით სამსახურებს შორის;
- პაციენტის მკურნალობის დაგეგმვით სტაციონარული ეტაპის გარეშე.

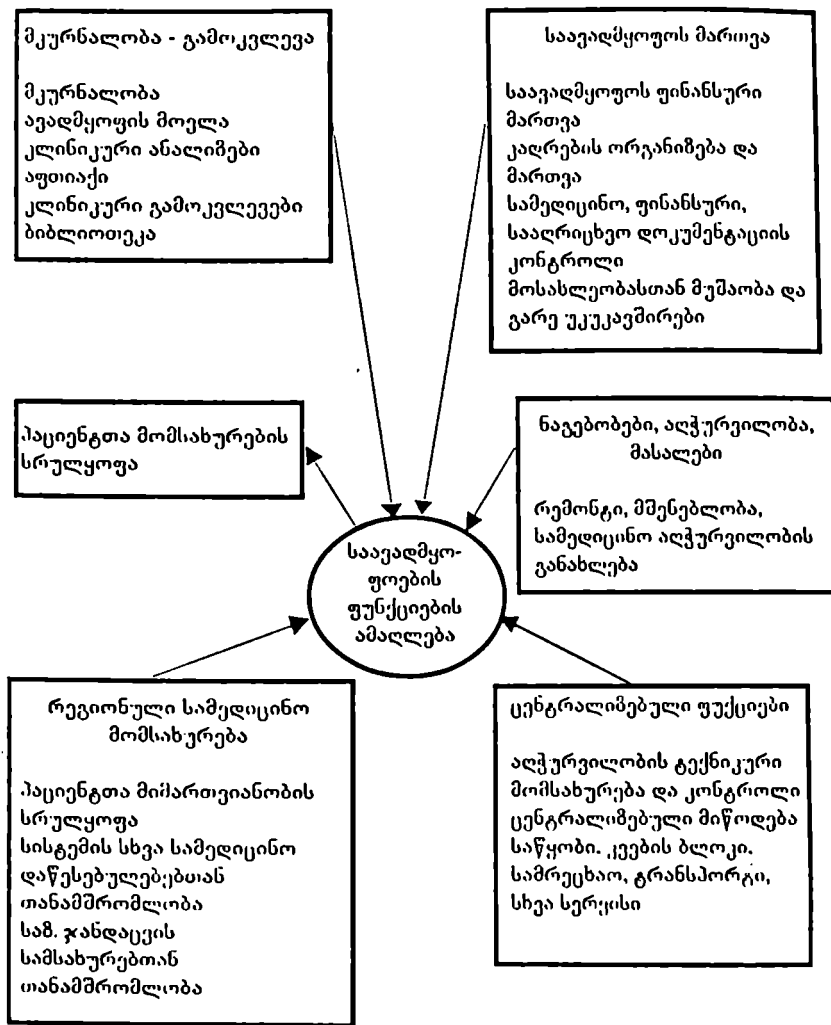
როგორც წესი, ამგვარი მიდგომები შესაძლებელი და გამართლებულია.

თანამედროვე სააუადმყოფო-სტაციონარული სამსახურების ვარდა უნდა ითვალისწინებდეს მრავალმხრივ ინტეგრაციასაც. “ვერტიკალური ინტეგრაცია” გულისხმობს პოლიკლინიკის, დღის სტაციონარის, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სოციალური რეაბილიტაციური ცენტრების, მოხუცებულთა, უნარშემღუდულთა მოვლის ფუნქციების (განსაკუთრებით რაიონის პირობებში) და ა.შ. გაერთიანებას.

ჰოსპიტლების ფუნქციების ოპტიმიზაცია

ძირითადი პასუხისმგებლობა (რეგულირება) ჰოსპიტალების ფუნქციებზე ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში ადგილობრივ მმართველობას აკისრია. მას ამისათვის საკმარისი საშუალება გააჩნია: უფლებამოსილებათა დელეგირება, ნორმირება, კონტროლის მექანიზმები, ლიცენზირება, ამიგომაც მისი როლი მნიშვნელოვანია ოპტიმიზაციის პროცესის წარმართვისას. მაგერიალური აქტივები (“ფიზიკური კაპიტალი”) პერსონალი (“ადამიანური კაპიტალი”) და ცოდნა (“ინტელექტუალური კაპიტალი”) უნდა განვიხილოთ როგორც ოპტიმიზაციის სამი ძირითადი მიმართულება, რომელიც მთლიანობაში ეხება სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ზრდას და საქმიანობის ორგანიზაციის სრულყოფას.

სააჯადმყოფოთა ფუნქციონირების დონის ამაღლება



სტაციონარული დახმარების ხარისხის გაუმჯობესება

ცნობილია, რომ სამედიცინო (სტაციონარული) დახმარების ხარისხი საავადმყოფოებში ჯერ კიდევ მეტად დაბალია. მისი გაუმჯობესებისათვის რამოდენიმე თანამედროვე მიდგომა არსებობს: კლინიკური აუდიტი, ხარისხის კონტროლი, საავადმყოფოს მუშაობის შეფასება რამოდენიმე მაჩვენებლით და საავადმყოფოს მართვის ახალი კონცეფცია “კლინიკური მართვა”. ამ კონცეფციის მიხედვით პოსპიგალის ფუნქციების გაუმჯობესება შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალისა და ადმინისტრაციის ერთობლივი ძალისხმევით (“სამეთვალყურეო საბჭო” “კლინიკის დირექტორი”, “აღმასრულებელი დირექტორი”, მენეჯერი და სხვ.).

მნიშვნელოვანია ფუნქციების ხარისხის ამაღლება მომსახურების ხარისხის კონტროლითა და პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების უწყვეტი განათლების სისტემის ხელშეწყობით. უფრო ეფექტიანია კომპლექსური მიდგომა, როცა გაერთიანებულია შიდა და გარე სტიმულები.

ჰოსპიტლების რესურსებთან დაკავშირებული საკითხები

საქართველოში საავადმყოფოები თვითმმართველობისა და ორგანიზაციულად დამოუკიდებლობის პირობებში მრავალ პრობლემას აწყდებიან: ჯერ კიდევ დაუხვეწელი საკანონმდებლო მარეგულირებელი სივრცე, გაპარგახებული მაკერიალურ-ტექნიკური ბაზა დახმარების საეჭვო ხარისხი; არასაკმარისი ფარმაცევტული და სამედიცინო მომსახურება; დიაგნოსტიკური და სამკურნალო დანადგარების უქონლობა და (ან) გაუმართაობა; პერსონალის დაბალი პროფესიული და მორალური დონე; დანერგული დამხმარე სამსახურები. აღნიშნული სიძნელეები განპირობებულია იმ პრობლემების კომბინაციით, რიგორიყაა ჯანდაცვის სისტემის სხვა ელემენტებთან ურთიერთობისა და მკვეთრად განსაზღვრული როლის უქონლობა. მართვის,

ორგანიზაციული სისუსტე, მოსახლეობის საჭიროებების შესახებ ინფორმაციის სიმწირე და სამოგადლოების მომსახურებაზე გამომხაურების (უკუკავშირის) არ არსებობა; მმართველობითი ჩვევების უკმარისობა, მწირი დაგეგმვისა და მონიტორინგის ჩათვლით.

ყველა აღნიშნული პრობლემა პირდაპირ ან ირიბად დაკავშირებულია ჰოსპიტლებში რესურსების არსებობასთან და მათ გამოყენებასთან. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მნიშვნელოვანი სამღერებია რესურსების განაწილების გაუმჯობესებასა და რესურსების მართვის პრაქტიკის სფეროში საავადმყოფოს სექტორის ფარგლებში.

ჰოსპიტლების რესურსებთან დაკავშირებული საკითხები იყოფა სამ ძირითად კატეგორიად:

- **ჰოსპიტალთა რესურსების განსაზღვრა:** ჯანდაცვის სექტორის ფარგლებში მათთვის საჭირო რესურსების გამოყოფის ხელშეწყობა და განაწილება მათი ტიპის (მეორადი, მესამეული) გეოგრაფიული მდებარეობის და მოსახლეობის მომსახურების მიხედვით. ყოველივე ეს გამოკვლეულ უნდა იქნეს სამართლიანობის და დანახარჯ-ეფექტურობის ანალიზის ქრილში იმის უზრუნველსაყოფად, რომ საუკეთესო გზებით მიღწეულ იქნეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნები.
- **ჰოსპიტალებში რესურსების მართვა:** ჰოსპიტალების მიერ რესურსების გამოყენებას, დანახარჯებს უნდა გაეწიოს მუდმივი მონიტორინგი და ანალიზი. ურთიერთშედარების გზით შეფასდეს მისი რეალური მდგომარეობა. ასეთი შედარება შეიძლება გამოვიყენოთ ცალკეულ ჰოსპიტალებზე დაკვირვებისათვის დროში და შესაბამისად ჰორიზონტალურად მრავალ ჰოსპიტალზე ეროვნულ ან რეგიონალურ ქრილში.
- **ჰოსპიტალებისთვის რესურსთა წყაროების შექმნა:** მიუხედავად გაწეული დანახარჯებისა საავადმყოფოს სექტორი მუდმივად საჭიროებს დამატებით რესურსებს. ასეთი სისტემების პროექტირებამ უნდა უზრუნველყოს

ბალანსი შემოსავლების გაზრდაში არსებულ მიზანსა და საშუალებებს შორის.

რესურსების განაწილება ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში

რესურსების განაწილების მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ მოხდეს შედეგის (გამოსავლიანობის) მაქსიმალიზირება და ხელი შეეწყოს სამართილანობას. განაწილების საკითხები განიხილება ორ დონეზე. პირველი, სასტემური დონე, დაკავშირებულია სახელმწიფო რესურსების ჰოსპიტალებს შორის და ჯანდაცვის სხვა სექტორებს შორის განაწილებასთან და მოიცავს არჩევანს სამედიცინო მომსახურების ალგერნატიულ საშუალებებს შორის, მაგალითად ეროვნულ დონეზე განსაზღვრავს თუ რა პროპორციით უნდა განაწილდეს ჯანდაცვის რესურსები ჰოსპიტალებსა და პირველად სამედიცინო დახმარებას შორის. მეორე – დაწესებულებათა დონე დაკავშირებულია ჰოსპიტალებს შორის განაწილებასთან. გადაწყვეტილება მიიღება (ასევეა ეროვნულ დონეზე) იმის მიხედვით, თუ რამდენია ჰოსპიტალთა რესურსების (შესაბამისი პროგრამების მიხედვით) წილი, რომლებიც მიმართული იქნება მეორადი დახმარების მიმართ, რეგიონში რეგიონთან შედარებით, საქალაქო და სოფლის ჰოსპიტალთა რაოდენობისაკენ, ან რაიონებს შორის, და ა.შ.

დაგეგმვა, დაფინანსება, ფუნქციონირების შეფასება

ჰოსპიტლების გამართული ფუნქციონირება და მისი შეფასება მრავალ სპეციფიურ პარამეტრებს მოიცავს, რომლის გათვალისწინება აუცილებელია დაგეგმვისა და ხარჯების განაწილების თქალსაზრისით. ეს პარამეტრები საფუძვლად ედება თვით დაწესებულების განაცხადის (ხელშეკრულების) ფორმირებასაც.

აღნიშნული მეთოდოლოგია შემდეგნაირია:

- ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობისა და ხანგრძლივობის დასაბუთების ექსპერტიზა ფაქტის მიხედვით (შეაკავებს საწოდდეების ხელოვნურად გახანგრძლივების პროცესს)

- საწოლ-დღე, როგორც დაგეგმვის ერთეული და არა სტაციონარული (ფაქტიური) დახმარების მოცულობა

- საბოლოო შედეგით ანაზღაურება

- სამედიცინო ეკონომიკური (დასრულებული შემთხვევის) სტანდარტების და კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფებით ტარიფების მიხედვით, რომელიც აერთიანებს ერთგვაროვან დაავადებებს.

მეთოდის არსი - დანახარჯების ნორმირება (მიანლოებული) შემთხვევათა პრინციპით.

სახელშეკრულებო პირობების ფორმირება

სახელშეკრულებო პირობები

წარმატებული ხელშეკრულების გაფორმების აუცილებელი წინაპირობებია: დაფინანსების ერთიანი სისტემის არსებობა და სახელშეკრულებო მენეჯმენტის სიმარტივე. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პროცესში მონაწილე დაწესებულებების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობის ფორმას. დაწესებულების დამოუკიდებლობა (იურიდიული) საშულებას იძლევა განახორციელოს სამეურნეოანგარიშიანი საქმიანობა თავისი შესაძლებლობებისა და დადგენილი წესების პირობებში.

სრული სამეურნეოანგარიშიანი ურთიერთობების ნიშანთვისებებია: შეკვეთის არჩევანის უფლება, ამონაგები შემოსავლებიდან, შრომის ანაზღაურების ფოსდი, როგორც შედეგი.

სრული სამეურნეოანგარიშიანი ურთიერთობების საწყისია შეკვეთა. შემკვეთად გვევლინება თანაბარუფლებიანი პარტნიორები, ასევე სამეურნეოანგარიშიანი სხვა სუბიექტები, როგორც დარგობრივი, ადგილობრივი, ასევე სხვა ცენტრალური

გერიგორიული ორგანოები, რომლებიც ახორციელებენ სხვადასხვა დონის სახელმწიფო, ცენტრალურ თუ მუნიციპალურ პროგრამებს. დაწესებულებებს. ამ შემთხვევაში უფლება აქვთ გააფორმონ მათთვის ხელსაყრელი ხელშეკრულება ან უარი თქვან მასზე. გარიგების მთავარი მომენტი შეთანხმებაა მოთხოვნილი პროდუქციის (შედგის) სახეობა, მოცულობა და ფასი.

ცენტრალიზებულად თანხმდება ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგია, მაგრამ განსაზღვრული ამ მეთოდით ფასი – შეთანხმებისათვის მხოლოდ საწყის ბაზის წარმოადგენს. შეთანხმებული ფასი ეს გეგმიური ნორმატული ფასია, დამუსტგებული მომსახურების სახეობის მოთხოვნა-წინადადებით.

შეკვეთის მოცულობა და ფასი არ შეიძლება იყოს აბსოლუტურად ნებისმიერი. იგი ყველა შემთხვევაში გარკვეული პარამეტრების ჩარჩოში უნდა იყოს, რათა არ დაირღვეს ქვეყანაში განსაზღვრული მოცულობები და პროპორციები. გამომდინარე, შეკვეთის ფასი (ღირებულება) საკვანძო და პრინციპული საკითხია. ამგვარი ურთიერთგამომრიცხავი დებულების ახსნა (გადაწყვეტა) საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, შესაძლებელია მხოლოდ ღრმა ანალიტიკური ძიებით, თუ სად, როგორ და რამდენად შეთანხმების მოცულობა და ღირებულება (ფასი) ეხება დადგენილი ძირითად მოთხოვნებსა და პროპორციებს. სხვაგვარად სახელმწიფო პოლიტიკისა და პასუხისგების დონის შენარჩუნება გაძნელებდა.

ამ თვალსაზრისით შეიძლება გამოიყოს რამოდენიმე გიპის შეთანხმება. მაგალითად A-გიპის შეთანხმება, სადაც მომსახურების სახე, ხარისხი და ოდენობა (მოცულობა) ეხება მხოლოდ დამკვეთს და შემსრულებელს. ამ შემთხვევაში მომსახურების მწარმოებელი თვითონ დამოუკიდებლად, თავისი ძალებით აგვარებს პრობლემებს და არანაირ დამატებით შეთანხმებებს ფასებზე არ საჭიროებს.

მეორე მაგალითში, შეთანხმება B, როცა მომსახურების მწარმოებელი თავისით, დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს შემკვეთის მოთხოვნების დაკმაყოფილებას, და იძულებულია შეთანხმდეს უკვე თავის მომწოდებლებს, რათა შეასრულოს ხელშეკრულების პირობები. შეთანხმება B-ს პირობებში იცვლება ურთიერთობები არა მხოლოდ ორი მხრის, არამედ მათი რიცხვი საერთო ეკონომიკურ სივრცეში იზრდება. ამიგომ ასეთი პირობები იწვევს ახალ შეთანხმებებს და ახალ ხელშეკრულებებს. ეს იმ შემთხვევაში, როცა საკითხი ეხება მხოლოდ ერთ დარგს,

შიდადარგობრივ ურთიერთობებს, ხოლო თუ პროცესი ინტერსექტორულია ძირითადი შედეგების მიღწევად, ამ შემთხვევაში ნებისმიერი შეთანხმებები უკვე უფრო მაღალი ღონის სამთავრობო დარგთაშორის შეთანხმებებს მოითხოვს.

გლობალური ბიუჯეტი

მიუხედავად გარკვეული ხარვეზებისა დაფინანსების ეს მოდელი ყველაზე პროგრესულია. გლობალური ბიუჯეტი ფორმირდება ცალკეული ქვეგანყოფილებების ბიუჯეტების ჯამით. გლობალური ბიუჯეტი გაითვლება არა რესურსებზე არამედ სააეადმყოფოს ფუნქციონირების შედეგებზე, რომელიც დროის გარკვეულ მონაკვეთში ასახავს დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობასა და სტრუქტურას.

ამ შემთხვევაში ჰოსპიტალი დამკვეთთან შეთანხმებულ მოცულობის დახმარებას ასრულებს საკუთარი გეგმა-განაცხადის მიხედვით, რისთვისაც გამოიყენებს შესაბამის რესურსებს.

სტაციონარული დახმარების ფაქტიური მოცულობა შესაძლებელია განსხვავდებოდეს შეთანხმებულ გეგმიურისაგან, მათ შორის დაგეგმვის დაბალი ხარისხის გამო. ამიტომ ხელშეკრულებაში გადამხდელთან ჩვეულებრივ გათვალისწინებულია ეგრეთ წოდებული “რისკის დერეფნები”, სხვა განმარტებით ფაქტიური მოცულობის გადახრები გეგმიურისაგან ამ შემთხვევაში გადამხდელი ანაზღაურებს მხოლოდ შეთანხმებულ გეგმიურ მოცულობას. მაგალითად 5% და 100 შემთხვევიდან რისკის დერეფნისას ანაზღაურება ხდება, 95 ან 105 როგორც 100 შემთხვევა. დასაშვებ (შეთანხმებული) გადახრების შემთხვევაში დაწესებულება “ისჯება”. მაგ. 106 შემთხვევა არ ანაზღაურდება ან ანაზღაურდება უფრო დაბალი ნიხრიით, ხოლო 94 შემთხვევისას კარგავს ერთი მოცულობის თანხას.

შესაძლებელია შეთანხმება მსარეებს შორის უფრო სადა სქემების შემოღებისას. მაგ. 101 შემთხვევა ანაზღაურდება უფრო ნაკლებად, ვირე მე-100. მაგრამ უფრო მეტად ვიდრე 105 და 110 საეთოდ არ იქნება ანაზღაურებული

ამ სქემებს აერთიანებს ის გარემოება, რომ ისინი საბლერავენ მმღვეველსა და დაწესებულებას შორის რისკების გაყოფის

სისტემას. რისკის გარკვეული ნაწილი გადადის თვით მედიკოსებზე. თუ ისინი არ გამოიყენებენ ე.წ. "ფილტრებს" დაუსაბუთებელი პოსტიტალიზაციების საწინააღმდეგოდ ან არ შეუთანხმდებიან ამბულატორიულ პოლიკლინიკური ქსელს პაციენტების მკურნალობის რაციონალური მიმართულებების ასარჩევად, მაშინ გვემის ბევრად გაწეული დახმარება მათთვის დანაკარგს აორმაგებს.

რა თქმა უნდა, რისკების ნაწილი, დაკავშირებული გაუთვალისწინებელი გარემოებებით (ეპიდემია, კატასტროფა) ცალკე უნდა იყოს გამოყოფილი. შეთანხმებული სქემებით გვემიური მოცულობებით ანაზღაურების მეთოდები შემთხვევათა მკურნალობის ოპტიმიზაციის შემთხვევაში დაწესებულებებში ეკონომიკის შენარჩუნების შესაძლებლობებს ქმნის.

მაგალითად, სააქადმყოფო გეგმავს მრავალეტაპიან, (მრავალსაფეხურიან) მკურნალობის სისტემაზე გადასვლას, რომლის დროსაც მკურნალობის ინტენსიური ეტაპი ორგანიზაციულად გამოეყოფა მკურნალობის საბოლოო დასრულებისა და რეაბილიტაციის ეტაპებისაგან. თუ მკურნალობის დასრულება მოხდება დღის სტაციონარში (სადაც დანახარჯები საგრძნობლად მცირეა) მაშინ ეს არ იმოქმედებს სტაციონარის მიერ მიღებულ მთლიან ანაზღაურებაზე, რადგან თანხმდება შემთხვევათა რაოდენობა და არა გაწეული მომსახურების ღირებულება.

ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოების ანაზღაურებიდან შეთანხმებულ გეგმიურზე გადასვლა ეფუძნება დაგროვილ სამედიცინო-ეკონომიკურ ინფორმაციას. ამ შემთხვევაში შენარჩუნებულია შესრულებული სამუშაოების აღრიცხვის ფორმები და სისტემა, რადგან სხვაგვარად შეუძლებელი იქნება დაწესებულების მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების კონტროლი.

გლობალური ბიუჯეტის ფორმირება – წარმოადგენს შემსყიდველსა და დაწესებულების ეკონომიკური ინტერესების შეთანხმებას.

ადგილობრივი მოთხოვნების გათვალისწინებით, დაწესებულება (სააქადმყოფო) ადგენს გეგმა-განაცხადს, ხოლო მშლვეველი – გეგმა-შეკვეთას.

სტაციონარული დახმარების მოცულობის ანაზღაურების გეგმიური მეთოდი ერთგვარად ასტიმულირებს დაწესებულებათა კონსერვაციას. გეგმა-შეკვეთა საკონსერვაციო პირობებით წარმოადგება. მნიშვნელოვანია შეკვეთების პარამეტრების

შედარების შესაძლებლობების უზრუნველყოფა, რაც როგორც შემკვეთის, ასევე შემსრულებლისათვის საინტერესოა, რადგან გეგმების კორექტირების შესაძლებლობებს იძლევა.

ტექნიკური ეფექტურობა

ტექნიკური პერსონალის, მომარაგების და სამედიცინო აპარატურის არაეფექტურობა შეიძლება იყოს პოსპიტლებში სახსრების არასრულყოფილად გამოყენების შედეგი. მაგალითად, სიხისტე პროცესში მონაწილე პერსონალის განსაზღვრაში განაპირობებს პერსონალისათვის სხვადასხვა ფუნქციების ლიმიტირებას, რასაც ტექნიკის დაბალი ეფექტით გამოყენებამდე მიუყავართ. გამოკვლევებმა აჩვენეს, რომ ზოგიერთი დიაგნოსტიკური და სამკურნალო აღჭურვილობა არასათანადოდ ან სრულად არ გამოიყენება. ისეთი აპარატურა, როგორცაა ულტრაბგერა, შეიძლება დაბალი დონის პოსპიტლებში ყოფილიყო სასარგებლო სადიაგნოსტიკო საშუალება, მაგრამ პერსონალის არასაკმარისი კვალიფიკაცია ან მეთოდები შედეგების ინტერპრეტაციისათვის მიაწინებდნენ, რომ იგი გამოიყენებოდა არასათანადოდ. პოსპიტალურ აღჭურვილობასთან დაკავშირებული ზოგიერთი პრობლემა გამომდინარეობდა ინვესტიორებიდან, რომლებიც იძენენ აპარატურას, რომელიც შესაფერისი არ არის კონკრეტული ობიექტისთვის, მათ ვერ იყენებენ შესაბამისად მომზადებული პერსონალის არარსებობის გამო და არ ხდება მათი სათანადო წესით შენახვა და ტექნიკური ექსპლუატაცია. არასაკმარისად, არაადეკვატურად შემუშავებულ ან მართულ სამედიცინო პროგრამებს შეუძლია გამოიწვიოს სამედიცინო აღჭურვილობის ნაკლებსარგებლიანობა.

ეკონომიკური ეფექტურობა

სააეადმყოფოს ადმინისტრაცია შეიძლება მეშაობდეს ტექნიკურად ეფექტურად, მაგრამ ეს არ იქნება ეკონომიკურად ეფექტური, თუ ხარჯების ეფექტიანი კომბინაცია არ ექნება გამოყენებული. ხარჯის რაციონალური გაწევა და მართვის

სრულყოფილი საშუალებები სშირად აუმჯობესებენ ჰოსპიტლების ეკონომიკურ ეფექტურობას. მნიშვნელოვანია ამ მხრივ ჰოსპიტალური ბიუჯეტების სწორი ფორმირება, რომელიც ვარკვეული მეთოდოლოგიით უნდა წარიმართებოდეს.

საავადმყოფოს ბიუჯეტის ფორმირება სავარაუდო სქემა

ბიუჯეტის შედგენა, რომელშიც მონაწილეობს ყველა — ქვევიდან ზემოთ

- მიღგომა ქვევიდან ზევით
- დამუშავებული განყოფილების გამგების მიერ
- განყოფილებები პასუხისმგებლები არიან თავის ბიუჯეტზე

ბიუჯეტის შედგენა მოიცავს:

- მიმდინარე ბიუჯეტის მომზადებას
- კაპიტალური ბიუჯეტის მომზადებას

ბიუჯეტის დაგეგმვა

- წინადადებების ფორმირება: მომსახურების პარამეტრების და საჭირო აღჭურვილობის განსაზღვრა
- ბიუჯეტის გეგმა
- ძირითადი ბიუჯეტური პაკეტის შემუშავება ყველა განყოფილებისათვის, საბიუჯეტო პროექტების განხილვა

ძირითადი ბიუჯეტური პაკეტი

- ბიუჯეტური პროცესების მიმდინარეობის განხილვა
- ბიუჯეტის ფორმები (საჭირო დოკუმენტაცია)
- ინსტრუქციები ქმედებათა თანმიმდევრობის შესახებ
- დამატებითი ინფორმაციის მოთხოვნა (საჭიროების შემთხვევაში)
- მომავალი ინფორმაციის შედგენა

საბიუჯეტო სემინარი

- განყოფილების გამგეების უზრუნველყოფა საჭირო ინფორმაციით საბიუჯეტო პროცესის განსახილველად
- ძირითადი საბიუჯეტო პაკეტის განხილვა (დაწესებულების ღონეზე)

სტატისტიკური ბიუჯეტი

- კლინიკური და ამბულატორიული სტაგისტიკის მომზადება განყოფილებებისთვის უინანსური წლის ბიუჯეტის შესადგენად
- დაგეგმვის განყოფილება ამზადებს ბიუჯეტურ სტაგისტიკას
- უინანსური განყოფილება ამზადებს დათვლილ/აქტუალურ სტაგისტიკას

სტატისტიკური ბიუჯეტის დამუშავება

პროექტის (გეგმების) საფუძველი

- სამოქმედო არეალის ისტორიული გენდენციები
- დაგეგმილი საბაზრო და ლემოგრაფიული ცვლილებები
- ასალი პროგრამების შემოქმედების ანალიზი
- ადამიანური რესურსების (ექიმების, ექთნების) მოქმედების შეფასება
- განხორციელებული ცვლილებები განყოფილებების მიხედვით

ბიუჯეტის მომზადება (I)

- საშტატო ბიუჯეტი
- შეიცავს ხელფასის ბიუჯეტის დაგეგმვას, რომელიც შედგენილია საშტატო მოთხოვნების თანახმად
- საშტატო უინანსური მოთხოვნები განყოფილების მიხედვით
- განყოფილების გამგეები ამზადებენ საშტატო ბიუჯეტს გეგმების და მომავალი შესაძლო ცვლილებების მიხედვით
- ხელფასის ხარჯვა დაგეგმილია:
- საშტატო ღონეების მიხედვით
- ხელფასის საშუალო ნორმის მიხედვით
- გეგმიური ხელფასის საშუალო მომატების დაგეგმვა

ბიუჯეტის მომზადება (II)

- შერეული ბიუჯეტი
- დამატებითი შეღავათები

- სუბორდინაცორები და ორდინაცორები (მაღალი დონის კლინიკებისათვის)
- შტატში მყოფი სამედიცინო პროფესიონალური მუშაკები

ბიუჯეტის მომზადება (III)

- მიმდინარე ბიუჯეტი
- საფინანსო განყოფილება ამზადებს საპროგნოზო სტატისტიკურ მონაცემებს
- განყოფილების გამგეები ამზადებენ ბიუჯეტს, რომელიც ეფუძნება საპროგნოზო მონაცემებს
- საფინანსო განყოფილება ავსებს მონაცემებსა და მოხსენებებს და განიხილავს განყოფილების გამგეებთან

მიმდინარე ბიუჯეტის უზრუნველყოფა

- ახალი საფინანსო წლის ბიუჯეტის შევსება და სისტემის განახლება
- პარტნიორების დეტალური საბიუჯეტო მონაცემებით უზრუნველყოფა

კაპიტალური ბიუჯეტი

- კაპიტალური აქტივების (ქონების) აღწერილობის (ინვენტარიზაციის) შედგენა
- ახალი ან ჩამოფასებული ქონების განსაზღვრა
- საშუალებების მიახლოებითი შეფასება თუნდაც მომავალი 2 წლის განმავლობაში

კაპიტალური ბიუჯეტის შედგენის პროცესი

- განყოფილების გამგე ავსებს სათანადო დოკუმენტაციას – მოთხოვნას და ახსნა-განმარტებას მოთხოვნილი რესურსების შესახებ
- მოთხოვნების წარდგენა კაპიტალური ბიუჯეტის განმხილველ ორგანოში განსახილველად

კაპიტალური ბიუჯეტის განმხილველი ორგანო (კომიტეტი)

- შედგება ადმინისტრაციის ხელმძღვანელისა და სამედიცინო პერსონალისაგან

- განიხილავს და ითანხმებს კაპიტალურ მოთხოვნებს უახლოეს წლისთვის
- განიხილავს კაპიტალური ბიუჯეტის საჭიროებებს

ფინანსური დაგეგმვა და ბიუჯეტის შექმნა

ფინანსური მართვა

ფინანსების მართვა შეიძლება დაიყოს ურთიერთდაკავშირებულ და ურთიერთმოქმედ სტადიებად.

დაგეგმვა

დაგეგმვა – ეს არის გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი, იმაზე თუ რომელი ძირითადი პროგრამები უნდა იქნეს განხორციელებული მიმდინარე პერიოდში და როგორ უნდა იყოს განაწილებული სახსრები.

ფინანსური აღრიცხვა

ფინანსური აღრიცხვა ფინანსური მართვის ენაა და დამყარებულია ორგანიზაციის ფინანსური ოპერაციების ჩაწერასა და ანგარიშზე. იგი ემსახურება ჯანდაცვის ორგანიზაციების საქმიანობის უკეთ აღქმას.

ჯანდაცვის ინსტიტუტების ფინანსური ანგარიშგება იძლევა საჭირო ინფორმაციას გარე და შიდა მომხმარებლებისათვის, როგორებიცაა სახელმწიფო, ინვესტორები, კრედიტორები, სამოგალოება, დამფუძნებლები, პერსონალი და ა.შ. ბალანსი. მოგება-მარალის ანგარიშგება, ფინანსური მდგომარეობის ცვლილების ანგარიშები წარმოაჩენენ მიმდინარე პერიოდში ორგანიზაციის ფინანსური ოპერაციების შედეგებს.

ასეთი საჩვენებელი შედეგების მისაღწევად კი აუცილებელია ფინანსური დაგეგმვა და ბიუჯეტის შექმნა.

ბიუჯეტი წარმოადგენს საბაზისო ფინანსურ დოკუმენტს მოგადად ნებისმიერი ორგანიზაციისათვის და მათ შორის ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის. ის არის ქმედითი და ფუნდამენტური

ინსტრუმენტი მენეჯმენტის დაგეგმვისა და კონტროლის ფუნქციების შესაკავშირებლად.

არსებითად ბიუჯეტი არის დაგეგმვის ეტაპის ბოლო პროდუქტი, რომლის წარმატებით დაგვირგვინება იძლევა მთავარ შედეგს-ორგანიზაციის დამაჯერებელ საქმიანობას მიმდინარე პერიოდში. ბიუჯეტის მნიშვნელოვანი თვისებაა დაწესებულების საქმიანობისათვის საჭირო რესურსებისა და მისაღები შემოსაღლების დადგენა.

ბიუჯეტის შემუშავება

დაგეგმვას უნდა ასლდეს გამოყოფილი სახსრების სხვადასხვა საჭირო მიმართულებით განაწილება. ეს განაწილება ერთიანდება ბიუჯეტში, რომელიც თავის მხრივ წარმოდგენს დროის განსაზღვრულ პერიოდში რესურსების გამოყენების გეგმას.

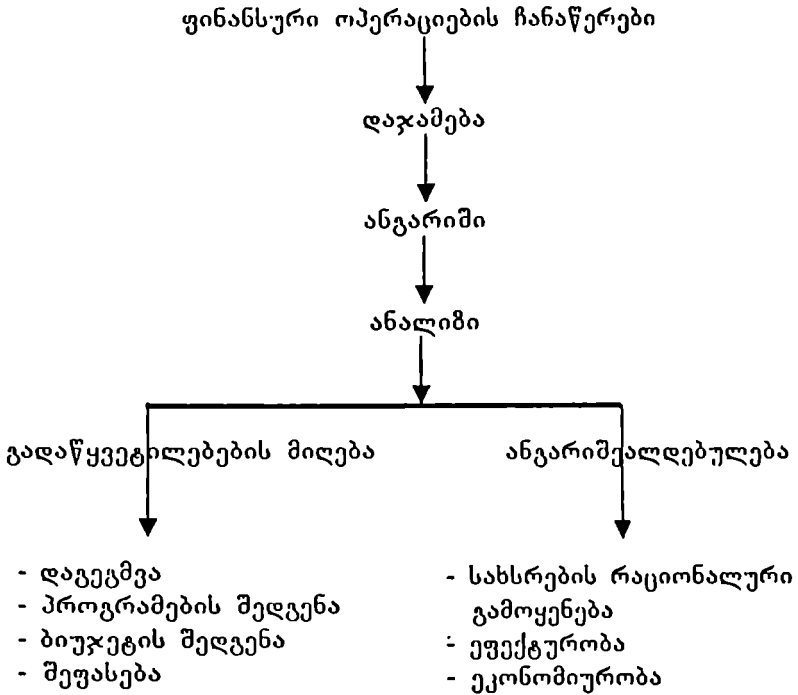
რეალიზაცია და კონტროლი

რეალიზაციის პროცესში დგება ანგარიში რეალურად გამოყენებულ სახსრებსა და შემოსაულებზე, თუ ისინი არსებობს, აგრეთვე რეალურად მიღწეული შედეგებზე. ამ პერიოდში მნიშვნელოვანია არსებობდეს საიმედო კონტროლის მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუშლის სახსრების უმიზნო ხარჯვას და დაიცავს ქონებას.

კარგად დაგეგმილი და ფუნქციონირებადი (მოქმედი) ფინანსური სისტემა მნიშვნელოვანია ნებიცმიერი დაწესებულებისათვის ორი ძირითადი მომენტით რომელიც:

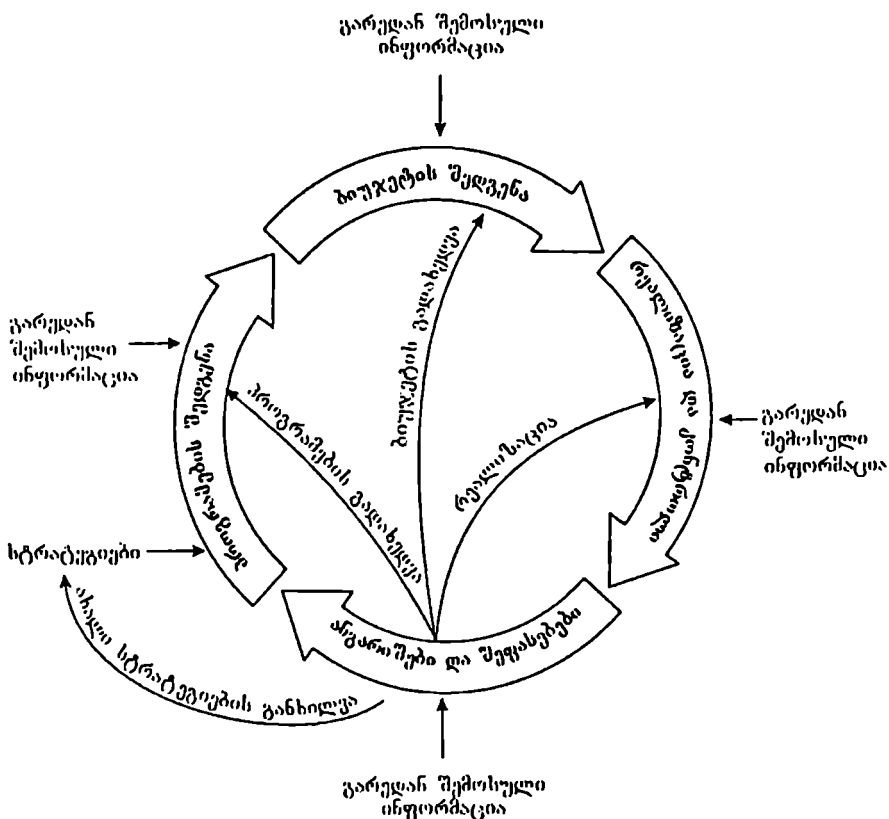
- აღრიცხვის შესაძლებლობას,
- ფინანსური ინფორმაციის გამოყენებით ფინანსურ მოღვაწეობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღება შესაძლებლობას იძლევა.

სქემატურად აღრიცხვები შემდგენიარად შეიძლება წარმოვიდგინოთ



ბიუჯეტის შემუშავება და ფინანსური დაგეგმვა

მართვის სტადიები



საანგარიშო ინფორმაცია სხვა სახის ინფორმაციებთან ერთად ჯამდება, უკეთდება ანალიზი და ხდება მისი მოხსენება შემდეგისათვის:

- ბიუჯეტის ფაქტიური ხარჯების შემოსაყვების შედარება
- მომსახურების ღირებულებით შეფასებათა - 'საყოველთაო ღირებულების' და 'სრული ღირებულების' შემუშავება, რომლებიც შემდგომ შეიძლება გამოყენებული იქნას:
- მომსახურების თანხის განსაზღვრისას,
- მოცემული მიზნის მისაღწევად გასაწევი ხარჯების, რაც შეიძლება ეფექტური სტრატეგიის შერჩევისათვის,
- იმ დარგების გამოკვლევისათვის, რომლებშიც შესაძლებელია ღირებულებითი შეფასება.
- ბიუჯეტის შედგენა, რომელიც ემყარება მომსახურების რეალისტურ შეფასებას და ამ მომსახურების ღირებულებას,
- ბიუჯეტის განაწილება სხვადასხვა პროგრამებში,
- მომსახურე ქვედანაყოფების საქმიანობის მონიტორინგი.

შესრულებული განზოგადოების, ანგარიშისა და ანალიზის ტიპი დამოკიდებულია იმაზე თუ რა გნებავთ იცოდეთ და რა გადაწყვეტილება უნდა მიიღოთ.

ფინანსური მართვის ციკლი არის ჩაკეტილი წრე, რომელშიც დაგეგმვა განაპირობებს ბიუჯეტის ფორმასა და შინაარსს, ხოლო რეალიზაციის პერიოდში დადგენილი საკონტროლო მაჩვენებლები გამოიყენება ფაქტიური შემოსავლისა და გასაღების შეფასებისა და ანალიზისათვის, რათა რაც შეიძლება ეფექტურად იქნას გამოყენებული ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები.

შეფასება და ანალიზი ასევე გამოიყენება იმ მიმართულების დადგენისა და დაგეგმვისათვის, სადაც მიზანი და სტრატეგია უნდა შეცვლილიყო.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფინანსური მართვის ციკლის შემდეგ ასპექტებს;

1. ციკლი არის უწყვეტი პროცესი. ციკლი შეიძლება იყოს წლიური, კვარტალური ან თვიური.
2. სხვადასხვა სამუშაო სრულდება ერთდროულად, მაგრამ ისინი ურთიერთდაკავშირებულია.
3. სანამ არსებობს ორგანიზაცია ან პროგრამა, ციკლი არ წყდება.

რატომ არის მნიშვნელოვანი ბიუჯეტის შედგენა

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, არაერთი გეგმა არ შეიძლება იყოს შედგენილი მისი რეალიზაციისთვის ფინანსური დაბანდების გათვალისწინების გარეშე. ფინანსური დაგეგმვის როლი მდგომარეობს თითოეული სტრატეგიის ან გეგმის ფინანსური დაბანდების გაანგარიშებაში. ამ ინფორმაციის არსებობისას, მენეჯერს შეუძლია გადაწყვიტოს რომელი სტრატეგიაა უფრო მისაღები არსებული ფინანსური შემზღვევებისას ან ორგანიზაციისათვის დასახული მიზნების მისაღწევად.

ბიუჯეტი შეიძლება გამოყენებული იქნას, რათა:

- გაირკვეს საკმარისია თუ არა სახსრები დასმული ამოცანების შესასრულებლად,
- დაგეგმილი მოქმედებების რეალიზებისათვის გამოყოფილი სახსრები გამოყენებული იქნას ყველაზე ეფექტურად,
- თავიდან იქნეს აცილებული ნაღდი სახსრების უკმარისობა და უზრუნველყოფილ იქნას ჭარბი სახსრების გეგმიური ინვესტირება,
- დაწესდეს მომსახურებისა და საქონლის ისეთი ფასები, რომლებიც უზრუნველყოფენ დასმული საწარმოო და ფინანსური მიზნების მიღწევას.
- შედარდეს სტრატეგიის სხვადასხვა ვარიანტები (ერთი მიზნის სხვადასხვა გზებით მიღწევა);
- დროის გარკვეულ პერიოდში გაკონტროლდეს ხარჯები;
- დროის ამ პერიოდში ჩატარდეს განვითარების მონიტორინგი.

ბიუჯეტი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც გასაჯალისა (და შემოსავლის) პროგნოზი მიღებული გეგმის რეალიზებისას და მათი გაელენის დადგენა ორგანიზაციის ფინანსურ მდგომარეობაზე. მარტივად იგი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც 'მოქმედების გეგმა დადგენილი ფასებისას'.

ბიუჯეტი შეიძლება იყოს ხანგრძლივი (კათვლილი 3-5 წლის პერიოდზე) ან ხანმოკლე (1 წელი და ნაკლები). ხანგრძლივ ბიუჯეტს შეიძლება ეწოდოს აგრეთვე სტრატეგიული ბიუჯეტი, საოპერაციო ბიუჯეტი, ფინანსური გეგმა ან ფინანსური პროექტი. ის უნდა გვიჩვენებდეს ორგანიზაციის მოქმედების დაფინანსების თანმიმდევრობას, რომელიც დაგეგმილია მიმდინარე წელს.

ბიუჯეტის სტრუქტურა

ბიუჯეტის სტრუქტურა უნდა შეესაბამებოდეს ორგანიზაციის საფინანსო სამსახურის მუშაობის სტრუქტურას, ე.ი. გამოიყენებოდეს იგივე ფორმები და სტრუქტურა, როგორც ხარჯების ჩვეულებრივი ჩაწერისათვის და საბუღალტრო ანგარიშებისათვისაა დადგენილი. მაგალითად: თუ ორგანიზაციას აქვს ერთი ანგარიში, გრანსპორტის და გენერატორების საწვავი ხარჯის აღსარიცხავად, ბიუჯეტშიც უნდა იყოს ერთი რიცხვი, რომელიც ასახავს ასეთ ხარჯებს.

ბიუჯეტის შედგენის მეთოდოლოგია

ბიუჯეტის ხარჯითი ნაწილი გამოიანგარიშება გამოსაყენებელი რესურსების რაოდენობის გამრავლების გზით თითოეულის ღირებულებაზე. ბიუჯეტის შემოსავლითი ნაწილი გამოიანგარიშება შესრულებული მომსახურეობის ან გაყიდული საქონლის მოცულობის გამრავლებით თითოეული მომსახურების ან საქონლის ფასზე.

ხარჯების გაანგარიშების მეთოდი დაფუძნებულია საქმიანობისათვის აუცილებელი რესურსების აღრიცხვაზე. თუ ლაპარაკი მიდის განხორციელება პროგრამაზე, გასაელუბის

გაანგარიშებისათვის შეიძლება გამოყენებული იქნეს უკვე არსებული მონაცემები რესურსების გამოყენებაზე და ხარჯებზე. ამასთან საჭიროა კრიტიკულად გაანალიზდეს საქმიანობის ეფექტურობა და ეკონომიურობა, რათა გაირკვეს თუ სად შეიძლება ხარჯის შემცირება და მომსახურების გაუმჯობესება, ის, რომ ხარჯების ასეთი შემცირება იყოს გეგმასთან დაკავშირებული. ხშირად სასარგებლოა ანალიზის შედეგად მიღებული საცალო ღირებულების შედარება ასეთსავე მაჩვენებელთან სხვა ორგანიზაციის მიერ განსორციელებულ მსგავს მომსახურებაზე, რათა გავიგოთ არის თუ არა განსხვავება ეფექტურობასა და ეკონომიურობაში.

თუ ლაპარაკია ახალ პროგრამაზე ან ორგანიზაციაზე ადრე მიღებული ინფორმაცია ხარჯვაზე გამოსაღებარია, და ხარჯები უნდა განისაზღვროს მოთხოვნილი რესურსების თითოეული გიპის რაოდენობის და საცალო ღირებულების მიხედვით და ამ გათვლების საშუალებით მომსახურების ერთეულის (საცალო) ღირებულები გასაანგარიშებლად.

შემოსავლით ნაწილში მიღებული შეფასების სტანდარტული მეთოდი გულისხმობს ნაგარაუდები ფასის გამრავლებას მომსახურების მოცულობაზე, მომსახურების იმ მოცულობის გათვალისწინებით, რომელიც სრულდება უფასოდ ან ფასდაკლებით.

პირველად ბიუჯეტის დამუშავებისას საჭიროა გათვალისწინებული იქნეს განსაკუთრებული ფაქტორები ისეთი როგორცაა:

საუნიანსო ინფორმაციის მოცულობის იმ დროსთან შეფარდების აუცილებლობა, რომელიც ესაჭიროება მის შეგროვებას. ჩვეულებრივ ბიუჯეტის ხარჯვითი მუხლების საფუძველს შეადგენს მსხვილი ხარჯების მცირე რაოდენობა. ამიტომ, მენეჯერებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ ხარჯების იმ 20%-ზე, რომელიც შეადგენს საერთო მოცულობის 80%-ს.

ამორტიზაციის ანარიცხებით ძირითადი ფონდების განახლება მიმდინარე (საოპერაციო) ბიუჯეტში გათვალისწინებით ან კაპიტალდაბანდებაზე სპეციალური ბიუჯეტის შედგენით. თუმცა მმართველობის უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს ბიუჯეტს, რომელის დაფუძნებულია ნაღდ საშუალებებზე და შესაბამისად ადგენს ბიუჯეტს იმისათვის, რომ დაიფაროს ხარჯები ძირითადი ფონდის განახლებაზე, ამორტიზაციული ანარიცხების ბიუჯეტში ჩართვა სასურველია, რადგანაც საშუალებას გვაძლევს ქონების

ღირებულება ჩაითვალოს მომსახურების ან პროდუქციის ერთეულის (საცალო) ღირებულებაში, რაც უზრუნველყოფს რესურსების ეფექტურ გამოყენებას. ამორტიზაციის დარიცხვა ეს არის მეთოდი, რომელიც საშუალებას იძლევა ქონების ღირებულება განაწილდეს რამდენიმე წელზე, თუ მოცემული ქონების გამოყენების დრო გადააჭარბებს დროის ამ პერიოდს (მაგ. შენობა ან ავტომობილი). უფრო რაციონალურია ამორტიზაციის დარიცხვის გათვალისწინება პროგრამაში ან საქმიანობაში მათი რეალიზაციის შესაბამისად, რადგანაც ისინი გამოხატავენ ქონების ღირებულების შემცირებას ცვეთის ან მორალური დაძველების გამო. მაგ. ავტომობილის ამორტიზაციის განაკვეთი იქნება ღირებულების 20% წლიურად, თუ მისი მომსახურების ვადა 5 წელია. გრძელვადიანი ფინანსური გეგმის შედგენის დროს მნიშვნელოვანი ფაქტორი არის ინფლაცია, რომელიც როგორც ცნობილია, აქვეითებს ფულის მსყიდველობით უნარს.

მაგალითად:

პირველი წელი : 100 ლარად შეიძლება მოხდეს რაიმე საჭირო სამრეწველო საქონელის შესყიდვა;

მეორე წელი: საჭიროა 110 ლარი იგივე შესყიდვის განსახორციელებლად (ინფლაცია-10%) შეიძლება, რომ ინფლაციის ტემპი ქვეყნის შიგნით განსხვავებული იყოს იმპორტთან დაკავშირებულ ინფლაციაზე, რაც აუცილებლად გასათვალისწინებელია.

- პროგრამის შედგენისას საჭიროა გათვალისწინებული იქნას გაცელის წესით უცხოური ვალუტის შეძენის შესაძლებლობა. თუ გაცელა შეზღუდულია, გრძელვადიანი ბიუჯეტი უნდა შედგეს დიდი სიფრთხილით.

- როცა პროგრამის რეალიზაციისთვის საჭიროა აგრეთვე გარკვეული საქონლის რეგულარული მიწოდება (მაგ. გრენინგული პროგრამისათვის) საყურადღებოა გათვალისწინებული იქნეს ორგანიზაციის ან პროგრამის მოთხოვნა საბრუნავ ფონდებზე და მოხდეს შესაბამისი დაგეგმვა. საბრუნავი ფონდების უკმარისობამ შეიძლება გამოიწვიოს აუცილებელი საქონლის უკმარისობა და დრამატულად იმოქმედოს მომსახურების ხარისხზე.

- როცა ორგანიზაცია ფინანსურად დამოკიდებულია რეალიზაციიდან შემოსულ თანხებზე (მაგ. გრენინგის პროგრამები) ნაღდი სახსრების მოძრაობის ანალიზი უნდა იყოს მუდმივი პროცესი და თუ არის ამის მოთხოვნა უნდა იქნას

გათვალისწინებული ფინანსური ოპერაციების ღირებულება.

- როცა განვითარებაზე განკუთვლილი მნიშვნელოვანი ხარჯები ორგანიზაციის საქმიანობის განუყოფელ ნაწილად გვევლინება, ამ ხარჯების სამომავლო დაფარვა წინასწარ უნდა იქნეს აწონ-დაწონილი სანამ ეს ხარჯები რეალობა გახდება.

ფინანსური მითითებები მუდმივად იან უნდა ახლდეს ბიუჯეტის ან ხარჯების ანალიზს. ამ მითითებებმა უნდა ახსნან მიღებული შედეგები და ნებისმიერი გაურკვეველი ციფრები ან გადაწყვეტილებები.

საჭიროა შევისწავლოთ კაპიტალური და მიმდინარე დანახარჯებს შორის განსხვავება. კაპიტალური დანახარჯები არის რესურსების დაბანდება ერთ წელიწადზე მეტი ვალით. მათ ასევე 'ინვესტიციურ' დანახარჯებს უწოდებენ. მაგალითად შეიძლება მოვიშველიოთ დანადგარები, შენობები, საგრანსპორტო საშუალებები. მიმდინარე დანახარჯები თავის არსში წარმოადგენენ ისეთ რესურსებს, რომელთა ათვისებაც ხდება ერთი წლის განმავლობაში. მათ ასევე ექსპლოატაციურ ხარჯებსაც უწოდებენ. ისინი მოიცავენ ხელფასებზე დანახარჯებს, ხარჯვით საქონელს, გარნსპორტს და შენობების ექსპლოატაციას.

კაპიტალის დაბანდებას მაგ ასალ სარეაბილიტაციო კომპლექსებს ან არსებულ შენობებზე მიშენებას თავისთავად მოაქვს ახალი მიმდინარე ხარჯები. მრავალი ფინანსური გეგმის საერთო პრობლემად რჩება ის, რომ კაპიტალდაბანდებათა ბიუჯეტების შედგენა ხდება მიმდინარე ხარჯების გაუთვალისწინებლად. რაც დაკავშირებულია ამ კაპიტალდაბანდებასთან. ამის შედეგი შეიძლება იყოს "განვითარებაზე მიმდინარე დანახარჯებისათვის სახსრების უკმარისობა", რაც პრობლემაა ორგანიზაციისათვის, რომელიც სერიოზულად უდგება ბიუჯეტის შედგენას.

მიმდინარე ხარჯები

- არაუფექტურობა ან სხვა გაუმართლებელი გადახარჯვები
ან ხარჯების სრულად აუთვისებლობა

+ ინფლაცია

+/- ხარჯების გამრდა პროგრამის ან კაპიტალის დაბანდების
შეცვლის გამო

= მომავალი წლის ბიუჯეტი

1 ეტაპი: საწყისი წინადადებების, პოლიტიკური პირობების,
გრძელვადიანი და მოკლევადიანი მიზნების განსაზღვრა;

2 ეტაპი: მიმდინარე ხარჯების და შემოსაულების ღონის
განსაზღვრა;

3 ეტაპი: განსაზღვრა არაუფექტურობის, სხვა
გაუმართლებელი გადახარჯვის ან ხარჯების აუთვისებლობა,
რომელიც არ უნდა განმეორდეს მომავალ წელიწადს;

4 ეტაპი: დაგეგმილ პერიოდში ინფლაციის ღონის
განსაზღვრა;

5 ეტაპი: ბიუჯეტზე პროგრამის შესაძლო ცვლილებების
ზეგავლენის განსაზღვრა, მათ შორის მიმდინარე ხარჯები რაც
დაკავშირებულია კაპიტალდაბანდებასთან;

6 ეტაპი: ხარჯების და შემოსაულების დაბალანსება;

7 ეტაპი: მუდმივი მონიტორინგული ანგარიშის მოამზადება
და ანალიზის გაგარება შემდეგ საკითხებში:

- რამე გაიხარჯება სახსრები?
- როგორ ხდება მათი განსაზღვრა სხვა პროგრამებთან
შედარებით, ობიექტებთან შედარებით (უკანასკნელ წლის
განმავლობაში) (სტანდარტებთან შედარებით)
- ეფექტურად იხარჯება თუ არა თანხები?
- რა არის ცვლილებათა მიზეზი?

ბუღალტრული აღრიცხვა - ფინანსური საქმიანობის შესახებ საინფორმაციო უზრუნველყოფის სისტემა; იგი შეიძლება განხილულ იქნას როგორც ფინანსების, ასევე მართვის თვალსაზრისით. მიეკუთვნება ფორმალურ სისტემებს, რომელიც შექმნილია დაწესებულების ფინანსური ისტორიის ჩასაწერად. ბუღალტრული აღრიცხვა ეს არის რეგროსპექცია. იგი ახდენს მიმდინარე საქმიანობის ჩაწერასა და ანალიზს, აგრეთვე ადგენს დროებით ტენდენციებს.

ანიუტეტი - დროის გარკვეულ მონაკვეთში (ყოველკვირეული, ყოველთვიური, ყოველწლიური და ა.შ.) მიღებული და გადახდილი ნაღდი ფულის თანაბარი ოდენობის მოძრაობა.

რევიზორის ანგარიში - გარეშე რევიზორის მოხსენება მისი მოსაზრების გადმოცემით, ის თუ რამდენად შეესაბამება დაწესებულების ფინანსური ანგარიშგება ბუღალტრული აღრიცხვის საერთოდ მიღებულ პრინციპებს, რომელიც შეეხება დაწესებულების საქმიანობის შედეგებს და მის ფინანსურ მდგომარეობას.

ქონება - ნებისმიერი საგანი, რომელსაც გააჩნია ეკონომიკური ფასეულობა (ღირსება, თვისება, უნარი), რომელიც იძლევა საშუალებას მისი უშუალო ან არაპირდაპირი გამოყენებით მფლობელმა შესძლოს შექმნას და მიაწოდოს საქონელი და/ან მომსახურება მომხმარებლებს (კლიენტებს, პაციენტებს და მესამე პირებს დაზღვევაში). ქონების მაგალითები თავის არსში მოიცავენ: ნაღდ ფულს, მიწას, აღჭურვილობას, ავეჯს, დაწესებულების კუთვნილ ფულს (დებიტორული დავალიანება) და არსებულ საქონელს, მაგრამ ქონების ჩამონათვალი ამით არ ამოიწურება. ქონება არის მაგერიალური და არამაგერიალური, ჩვეულებრივ ბუღალტრული აღრიცხვა შეეხება მხოლოდ მაგერიალურ აქტივებს. *(სინამდვილეში ბუღალტერიაში არსებობს აგრეთვე არამაგერიალური აქტივების ცნება (ვუდეილი, ნოუ-პაუ, სავაჭრო მარკა და ა.შ.), რომელთაუკ მოაქვთ ეკონომიკური სარგებელი და იყვითლებიან ანუ გადასცემენ თავიანთი*

ღირებულების ნაწილს პროდუქტს ამორტიზაციის
კვალობაზე)

ბალანსის უწყისი - ფინანსური ინსტრუმენტი ან ანგარიში, რომელიც გვინიშნებს დაწესებულების ფინანსურ მდგომარეობას მოცემულ მომენტში ეს არის დაწესებულების ფინანსური მდგრადობის ერთიანი სურათი მოცემულ მომენტში. ჩვეულებრივ ქონება ბალანსში იყოფა მიმდინარე ხარჯებში დაბანდებულად და ძირითად კაპიტალში დაბანდებულად. დაწესებულების დავალიანების სასუბი თავის მხრივ იყოფა ორ კატეგორიად: მოკლევადიან და გრძელვადიანად. დაწესებულების საკუთარი კაპიტალი იყოფა დაბანდებულ კაპიტალად და გაუნაწილებელ მოგებად.

ანგარიშწარმოება - საქმიანობა ბუღალტრული აღრიცხვის მონაცემთა ჩასაწერად. ანგარიშწარმოების ამოცანას წარმოადგენს მოამზადოს ინფორმაცია ბუღალტრული აღრიცხვისათვის და ფინანსური მართვისათვის. ზოგჯერ ანგარიშწარმოებას ეწოდებენ აგრეთვე ფინანსური ოპერაციების მონაცემთა დამუშავებასაც.

ბიუჯეტის შემუშავება — პროცესი, რომელიც მოიცავს მენეჯმენტის მაღალ და საშუალო დონეს მიზნების დადგენისათვის, ძირითადი ეკონომიკური და სტატისტიკური ინფორმაციის მომზადებისათვის, მიღებული დაშვებების დაზუსტებისათვის და პროგნოზის დამუშავებისათვის, რასაც ეყუდნება ბიუჯეტი.

ბიუჯეტი გამოიყენება - მიზნების დასადგენად, პროგრამის შესრულების შესაფასებლად, პროგრამის მიხედვით სამუშაოს გასაუმჯობესებლად, აგრეთვე ამ პარამეტრების უროიერთ ბემოქმედებისა და კოორდინაციისათვის.

კაპიტალური დაბანდებების ბიუჯეტი - ფინანსური მენეჯმენტის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სფერო: გამოიყენება გრძელვადიანი პროექტის ანალიზისათვის რისკებისა და შემოსავლიანობის განსაზღვრის თვალსაზრისით.

დანახარჯთა კალკულაციის კონცეფციები - გაწეული დანახარჯების შესახებ ინფორმაციის შეკრება და ამ მონაცემების გამოყენება სამომავლო მოქმედებებზე გადაწყვეტილების მისაღებად. დანახარჯებზე ინფორმაციის გამოყენება შეიძლება იყოს რეტროსპექტული და პერსპექტული.

ცნობილია დანახარჯთა ორი ძირითადი გიპი:

- **არამწარმოებლური** - ნებისმიერი დანახარჯი, რომელიც არ ეხება პროდუქციის წარმოებას ან მომსახურების გაწევას, მაგალითად: სამედიცინო ცენტრის მომსახურების რეკლამა, ადმინისტრაციის ანაზღაურება და სხვა ანალოგიური ხარჯები.
- **მწარმოებლური** - დანახარჯები უშუალოდ დაკავშირებული პროდუქციის წარმოებასთან.

დანახარჯების კალკულაციის ძირითადი დანიშნულება მდგომარეობს იმაში, რომ ციფრებში გამოიხატოს წარმოებული ან შეძენილი პროდუქციის ერთეულზე გაწეული ხარჯები.

კალკულაციის სისტემები ან მიდგომები - იხილეთ გერმინები: მწარმოებლური ხარჯების კალკულაცია შრომითი დანახარჯების კალკულაცია, სტანდარტული კალკულაცია.

კრედიტი - ზრდა: დავალიანების, ფულადი შემოსავლებისა და დაბანდებული კაპიტალისათვის;

შემცირება: ქონების ღირებულების, დანახარჯების, დივიდენდებისა და ასევე წარდგენილი ანგარიშების (იხ. აგრეთვე დებეტი).

დებეტი - ზრდა: ქონების ღირებულების, დანახარჯების, დივიდენდებისა და წარდგენილი ანგარიშების;

შემცირება: დავალიანებების, ფულადი შემოსავლებისა და კაპიტალდაბანდებების (იხ. აგრეთვე კრედიტი).

ამორტიზაციის გამოთვლა - ერთ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში ვახარჯული რესურსების შესაბამისობაში მოყვანა ფულად ან სხვა შემოსავალთან, რომელთაც მთელი სამსახურის პერიოდში უზრუნველყოფს აღნიშნული რესურსები.

საამორტიზაციო ღირებულება გოლია ქონების ღირებულებას მინუს მისი ნარჩენი ღირებულება. ამასთან ღირებულება ნიშნავს შეძენის მომენტისათვის საქონლის დაფიქსირებულ საბაზრო ღირებულებას პლიუს მისი დადგმისა და დამონტაჟების ღირებულება, აგრეთვე ყველანაირი დანახარჯები მის სრულყოფაზე.

არსებობს ამორტიზაციის გამოთვლის სხვადასხვა მეთოდი. მეთოდის არჩევა განეკუთნება ფინანსურ მმართველობაში მისაღებ გადაწყვეტილებათა სფეროს და დამოკიდებულია ქვეყანაში

არსებულ სავადასახადო კანონმდებლობაზე, დაწესებულების (მფლობელის) მიზნებსა და აღრიცხვის მიღებულ პრაქტიკაზე.

დისკონტირება – მეთოდი, რომელიც გამოიყენება იმის განსაზღვრავად, თუ როგორ ფასდება ფულადი სახსრების სამომავლო მოძრაობა დღეს.

ორმაგი ჩაწერა ანგარიშწარმოებაში - ჩაწერის ფორმა, რომელიც ასახავს ყოველ ფინანსურ ოპერაციას ბუღალტერიის ძირითადი გოლობის გერმინებში, იმისათვის რომ უზრუნველყოფილი იყოს გოლობა, ფინანსური ოპერაციების ჩანაწერებში უნაღა მონაწილეობდეს უკიდურეს შემთხვევაში ორი პარამეტრი, რომლებიც არიან განგოლების სხვადასხვა ნაწილში.

დაწესებულება - ობიექტი, რომლისთვისაც წარმოებს ბუღალტრული აღრიცხვა. აღრიცხვა კონსენგრირებულია ბიზნესის ფლობაზე.

ფლობის საგნად შეიძლება ჩაითვალოს საქმიანობა, სახელმწიფო საწარმო, კერძო კოსპიგალი, სამედიცინო დაწესებულება და ასე შემდეგ. დაწესებულება შეიძლება უფრო დიდი დაწესებულების ნაწილი იყოს. მაგალითად თუ წარმოებს კოსპიგლის ონკოლოგიური განყოფილებაში აღრიცხვა, ინგერესის საგანი შეიძლება გახდეს მსოლოდ განყოფილება. აღრიცხვის თვალსაზრისით არსებობს დაწესებულების კონცეფციის ორი ასპექტი:

1) განსხვავება ერთ დაწესებულების რესურსებსა და ვალდებულებებს და სხვა დაწესებულების რესურსებსა და ვალდებულებებში. მაგალითად თუ ექიმს გააჩნია კერძო კლინიკა, კლინიკის ქონებას და დაავალიანებებს ექიმის პირად ქონებასთან და ვალთან არ იგივდება.

2) დაწესებულებისათვის პერსპექტივის თვალსაზრისით განსახილველია ნებისმიერი ფინანსური ოპერაცია, ყველა ეს ოპერაცია ჩაიწერება და გაიზრება მონეგარულ გერმინებში.

საკუთარი კაპიტალი - დაწესებულების სიდიდე. რომელიც ეკუთვნის მის მესაკუთრებს. „საკუთარი კაპიტალი“ შეიძლება გამოიხატოს აგრეთვე ბუღალტერიის ძირითადი გერმინებით;

აქტივები – დავალიანება = საკუთარ კაპიტალს

ფინანსები - ფინანსების მართვის სფერო, რომელიც არეგულირებს რესურსების შექმნასა და მათ განთავსებას (განსაკუთრებით ფულადი სახსრებისა).

ფინანსების მართვა - ფინანსური ინფორმაციის ბუღალტრული აღრიცხვის საფუძველზე შემუშავებული სისტემა, რომელიც მომავალში შეიძლება გამოყენებული იყოს საუკეთესო გადაწყვეტილების მისაღებად ქმედებათა სხვადასხვა ვარიანტის შემუშავების, შეფასებისა და ანალიზის გზით. ფინანსების მართვა რეტროსპექტულია.

ფინანსური ანგარიში - გერმინი, რომელიც ეხება ბალანსს, შემოსავლის ანგარიშს და ანგარიშს ცვლილებათა შესახებ პლიუს ფინანსური ანგარიშის შენიშვნები, რომელიც იძლევა ნამდვილ ინფორმაციას და ავსებს პირველ სამ ღოკუმენტს.

ფინანსური ანგარიშის ანალიზი - მეთოდი, რომელიც გამოიყენება ფინანსურ ანგარიშში მოცემული ინფორმაციის ანალიზისათვის; იძლევა საშუალებას შეძლებისდაგვარად დადგინდეს დაწესებულების ფინანსური მდგომარეობა და მისი საქმიანობის შედეგები.

ფიქსირებული ხარჯები - დანახარჯები, რომლებიც პირდაპირ არ არიან დამოკიდებული ორგანიზაციის საქმიანობაზე.

ბუღალტრულ აღრიცხვაში მიღებული პრინციპები - წესების ერთობლიობა, რომელიც საფუძვლად უდევს ფინანსურ ანგარიშს.

რამდენიმე ძირითადი წესი:

- **უწყვეტობის პრინციპი** - ანგარიშები მზადდება იმ ვარაუდით, რომ დაწესებულება სამომავლოდაც იარსებებს და გაავრძელებს საქმიანობას.
- **კონსერვატიზმი** - ნიშნავს იმას, რომ ყურადღება უნდა დაეთმოს შესაძლო რისკს დაწესებულების საქმიანობაში.
- **შესაბამისობა** - დანახარჯები შეესაბამება არსებულ შემოსავლებს იმავე პერიოდში.
- **ხარჯები** - მონეგარული ფასეულობა იმისა, რაც ჩადებული იყო პროდუქტის მიღებაში.
- **ობიექტური რეალობა** - ანგარიში უნდა ეფუძნებოდეს ისეთ რეალობას, რასაც ეთანხმება ყველა გონიერი ადამიანი შედარებით უიწრო შემდგომათა ფარგლებში.

- **არსებითობა** - კორექციას ექვემდებარება მხოლოდ არსებითი შეცდომები. არსებითად ითვლება შეცდომა, თუ მან შეცვალა მისაღები გადაწყვეტილების შედეგი.
- **ერთგვაროვნება** - საქმიანობის მთელი პერიოდის განმავლობაში გამოყენებული უნდა იქნას აღრიცხვის ერთი და იგივე მეთოდი. ცვლილება უნდა აისახოს რეკიზორის ანგარიშის სპეციალურ პარაგრაფში.
- **მთლიანი გახსნა** - ფინანსურმა ანგარიშებმა უნდა გამოაშკარაოს ნებისმიერი ინფორმაცია ანგარიშის მიუკერძოებლობაში დასარწმუნებლად.

ფინანსების მართვის მიზნები - მაქსიმალური შემოსავლებით და/ან რესურსების გამოყენების ეფექტურობის უზრუნველყოფა მოსალოდნელი რისკის გათვალისწინებით ხორციელდება ცალკეული პირების ან საქმიანობის შედეგად.

ფინანსური მმართველობის მიზნებია - შემოსავლიანობა/
ეფექტურობა რეალიზებადობა

ანგარიში შემოსავლებზე - განმარტებული ინფორმაცია შემოსავლებზე და დანახარჯებზე გარკვეულ პერიოდში (თვე, კვარტალი წელი და ა.შ). იგი წარმოადგენს ამ პერიოდში განხორციელებული ოპერაციების „ისტორიას“. შეიძლება აგრეთვე უწოდოთ „ანგარიში შემოსავლებსა და დანაკრავებზე“ ან „ანგარიში შემოსავლებზე და დანახარჯებზე“.

მოგების შიდა ნორმა - ნაღდი ფულის მოძრაობაზე ინფორმაციის შეფასების მეთოდი. მეიოდი არასდროს არ უჩვენებს მოცემული პროექტის რეალიზაციისას მისაღები მოგების ნორმის სიდიდეს; მაგრამ ბუსკად ცნობილია რომ თუ იგი უდრის ნულს, მიიღება 'მოგების ბარიერული ნორმა'. ამდენად მოცემული პროექტით უზრუნველყოფილი მოგების ნორმის განსასაზღვრად უნდა მოიძებნოს რიგში, როცა შემოსავალი ღირება გოლია გამავალი ღირებისა დროის ყველა მოცემული მომენტისათვის.

სასაქონლო მასალები - ქონების სახეობა. მას ეკუთვნის საქონელი რომელიც გამოიყენება პროდუქციის წარმოებისათვის, გასაყიდად ან გადასაყიდად, რომელიც ინახება საწყობში.

სასაქონლო მარაგის ძირითადი განგოლებაა:

საწყისი მარაგი + შექმნილი საქონელი – გაყიდული საქონელი
= არსებულ მარაგს

არსებობს სასაქონლო მარაგის აღრიცხვის სხვადასხვა მეთოდები.

პერიოდული აღრიცხვა ნიშნავს იმას, რომ დაწესებულება (მფლობელი) პერიოდულად გადათელის საწყობში შენახულ საქონელს არსებული მარაგის განსასაზღვრად.

უწყვეტი აღრიცხვის სისტემაში მარაგის მდგომარეობა კორექტირდება ყოველი ერთეულის გაყიდვისას, ამიგომ ყოველთვის მუსგად ცნობილია მარაგის სიდიდე.

სასაქონლო მარაგები ფასდება არსებული მარაგის ღირებულების მიხედვით. არსებობს სასაქონლო მარაგების შედარების ოთხი მიდგომა:

- **ფიფო (fifo – first income - first outgone)** შეფასება წარმოებს იმ ვარაუდით, რომ პირველად შექმნილი საქონელი იყიდება პირველ რიგში (პირველი შემოსავალში პირველ გასავალში)

- **ინდივიდუალური დაფიქსირება** (ქართულ ბუღალტერიაში დამკვიდრებულია გერმინი “იდეტიფიცირებული ფასები”) – წარმოებს ყოველი საქონლის რეგისტრაცია და ფიქსირდება მისი გამოყენება ან გაყიდვა.

- **საშუალო შეწონილი სიდიდე** - საქონლის მთელი მოცულობა სახეობების მიხედვით ერთიანდება და გაიანგარიშება საშუალო შეწონილი ღირებულება საქონლის ყველა ერთეულზე.

- **ლიფო (lifo – last income - first outgone).** შეფასება წარმოებს იმ დაშვებიდან გამომდინარე, რომ ბოლოს შექმნილი საქონელი იყიდება ან გამოიყენება პირველად (ბოლო შემოსავალში -პირველი გასავალში)

შრომითი დანახარჯების კალკულაცია - განსხვავებული მიდგომა კალკულაციისადმი, რომელიც გამოიყენება მაშინ, როცა იწარმოება ნედლეულის, შრომის და სხვადასხვა ზედნადები ხარჯების განსხვავებული შემცველობის დიდი ოდენობის პროდუქცია.

ბუღალტრული დღიური - წიგნი ან კომპიუტერული ფაილი, სადაც ქრონოლოგიური მიმდევრობით რეგისტრირდება ყველა ფინანსური ოპერაცია. მოგჯერ მას უწოდებენ „პირველადი ჩანაწერების წიგნს“.

ბუღალტრული წიგნი - წიგნი ან კომპიუტერული ფაილი, სადაც ფიქსირდება ყოველი ფინანსური ოპერაციის გაკლენა ყოველ ბუღალტრულ ანგარიშზე. ბუღალტრულ დღიურში ჩანაწერების შედეგი ვალდებულად მთავარ ბუღალტრულ წიგნში და ასეთი წერით შეიძლება მივიღოთ ბალანსი ნებისმიერ ანგარიშზე. ზოგჯერ მას „საბოლოო ჩანაწერების წიგნს“ უწოდებენ.

დავალიანება - გარეშე კრედიტორებისადმი დაწესებულების ვალდებულება ე.ი ვალები ან ის, რაც მოცემული დაწესებულებისაგან ეკუთვნის სხვა დაწესებულებებს, როგორებიც არიან მომწოდებლები, დაქირავებულები, დამფინანსებელი ორგანიზაციები, სახელმწიფო (გადასახადების თვალსაზრისით).

მთავარი ბუღალტრული ანგარიში - სამი გადამწყვეტი ფინანსური ანგარიშის შეჯამება: შემოსავლის ანგარიშის, ბუღალტრული ბალანსის, ფინანსური მდგომარეობის ცვლილებათა ანგარიშის პლიუს თანდართული ცხრილები თვითიური მათგანისათვის. მთავარი ბუღალტრული ანგარიში ჩვეულებრივ მოიცავს ანგარიშს ფულადი შემოსავლებსა და ხარჯებზე. როგორც წესი იგი იყოფა შემდეგნაირად:

1) **ოპერაციული ანგარიში** (რომელიც მოიცავს მთელ იმფორმაციას ანგარიშის მომზადებასა და შემოსავლებზე);

2) **ფინანსური ბიუჯეტი** (ნაღდი ფულის ბიუჯეტი და ფინანსური ანგარიში);

3) **კაპიტალდაბანდებების სპეციალური ბიუჯეტი** (განიხილავს კაპიტალდაბანდების პროექტს, რაც იგეგმება დაწესებულების (მულობელის) მიერ);

მთავარი ბუღალტრული ანგარიში დგება ყოველწლიურად ყველა ანგარიში წარმოადგენს ფორმალურ გეგმას, რომლის რეალიზებაც ხდება ქვეყნის ეალუგაში

ნაღდი ფულის მოძრაობა - სხვაობა ნაღდი ფულის შემოსავალსა და ხარჯვას შორის. უფრო ხშირად გამოიყენება საპროექტო შეფასებისათვის, ვიდრე შემოსავლის შესაფასებლად, რადგან სუფთა შემოსავალი არ განიხილება დროის ასპექტში.

ფაქტიური ფასეულობა - ანალიზის მეთოდი, იმის განსასაზღვრავად უბრუნველყოფს პროექტი მოგების მაღალ თუ დაბალ ნორმას სასურველთან შედარებით. ანალიზისათვის თავიდან

საჭიროა განისაზღვროს მოგების სასურველი ნორმა. რასაც აგრეთვე “მოგების მოსათხოვ ნორმას” ან “მოგების ბარიერულ ნორმას” უწოდებენ, იმდენად რამდენადაც განსახორციელებელმა პროექტმა უნდა “გადალახოს ბარიერი” ე.ი. “გადაახტეს მათ” ამდენად უნდა იყოს ამ ნორმაზე მეტი. მოგების ბარიერული ნორმა არ არის ერთნაირი ყველა დაწესებულებისათვის (მფლობელისათვის), მაგრამ არის ორი ძირითადი ასპექტი რაც გათვალისწინებული ინდა იყოს „მოგების ბარიერული ნორმის“ განსაზღვრისას: განსახილველ პროექტში დაბანდებების კომპენსაციისთვის ძირითადი შემოსავალი და გარისკვის სურვილი.

შენიშვნა ფინანსური ანგარიშისათვის - ესაა ანგარიშის განუყოფელი ნაწილი. შენიშვნის მოგიერთი სახე აუცილებელია ერთვოდეს ანგარიშს, (მაგალითად ყოველთვის, როცა დაწესებულება (მფლობელი) მოისურვებს შეცვალოს მეთოდი, ეს ფაქტი უნდა დაფიქსირდეს შენიშვნებში); სხვა შემთხვევებში არის განმარტებითი ხასიათის მქონე, რაც ეხმარება მომხმარებელს ფინანსური ანგარიშის უკეთ გაგებაში (მაგალითად განმარტება ფირმის მდგომარეობაზე ინფლაციის გაულების შესახებ), ასეთი სახის შენიშვნები არ არის აუცილებელი.

ოპერაციული კალკულაცია - კალკულაციის სისტემა, რომელიც ხშირად გამოიყენება დაწესებულების (მფლობელის) მიერ, რომლებიც აწარმოებენ დიდი მოცულობის ერთგვაროვან პროდუქციას ან მომსახურებას.

მაჩვენებლების ანალიზი - ფინანსური ანგარიშის დამუშავების მეთოდი, რის შედეგადაც ვიღებთ შესადარებელ მონაცემებს. ქვემოთ მოცემულია რიგი მაჩვენებლებისა, რომლებიც გამოიყენება ანალიზისთვის:

- **ლიკვიდირების კოეფიციენტი** - განსაზღვრავს გვაქვს თუ არა ლიკვიდირების შესაბამისი დონე. ანუ შესაძლებლობა სწრაფად მივიღოთ ნაღდი ფული ან სხვა საბრუნავი საშუალებები. ჩვეულებრივ ლიკვიდირების კოეფიციენტი ასახავს მიმდინარე მომენტისთვის არსებულ მდგომარეობას ის აპირისპირებს ყველა მოცემულ მომენტისათვის არსებულ აქტივს დაეალიანებებთან.
- **ეკონომიურობის კოეფიციენტი** - აჩვენებს სასაქონლო მარკებისა და მისაღები საშუალებების ღირებულებათა

თანაყარდობას. *ბრუნვადობის* კოუფიციენტი - გველინება იმის საზომად თუ დასაბრუნებელი სახსრები წელიწადში რამდენჯერ იქმნება და ბრუნდება.

ეს კოუფიციენტი ჯანდაცვაში გამოიყენება ისეთი პოსტიგალებისათვის, რომლებიც უფლობენ მნიშვნელოვან სახსრებს, რომლებიც ექვემდებარება დაბრუნებას. ჩვენთვის ასევე მნიშვნელოვანია რა დროში დაგვიბრუნდება ეს სახსრები ამის შეფასება ხდება ბრუნვადობის კოუფიციენტის სტაგისტიკური დამუშავებით რის შედეგადაც მივიღებთ დაბრუნების საშუალო დროს.

- **გადანდისუნარიანობის კოეფიციენტი** - გააჩნია გრძელვადიანი ასპექტი და გვეხმარება დაეაღვინოთ გადააქარბა თუ არა დაწესებულებამ თავის შესაძლებლობებს. სახელმწიფო სექტორში, სამთავრობო დონეზე საკითხი დგას ასე: შეუძლია თუ არა მთავრობას დაუაროს ჯანდაცვის სექტორის დავალიანებები, რომელიც აღემატება მის დღეიანდელ და სამომავლო ფინანსურ შესაძლებლობებს.
- **შემოსავლების კოეფიციენტები** - სპეციალური მაჩვენებლები შემოსავლის მქონე დაწესებულებებისათვის (საქველმოქმედოს გარდა) არის რამდენიმე ასეთი მაჩვენებელი, მაგალითად: ზრდის (ერთობლივი მოგების, მიმდინარე მოგების, მოგების სიდიდე) და დაბანდებული სახსრების დაბრუნებადობის კოეფიციენტები.

მოკლევადიანი, უახლესი, მიმდინარე - გერმინები, რომლებიც გამოიყენება დროის მონაკვეთის განსასაზღვრავად, რომელიც უგოლდება ან ნაკლებია ერთ წელიწადზე.

სტანდარტული კალკულაცია - უაქტიური ღირებულებითი ინფორმაციის მობილიგება და მისი ცალკეული სახეობის პროდუქციისა და მომსახურებისადმი მიყენება საჭიროებს მნიშვნელოვან დროსა დასაშუალებებს, ამიგომ ოპერაციული კალკულაცია და შრომითი დანახარჯების კალკულაცია შეიძლება გამარტივდეს სტანდარტული კალკულაციის მეთოდის გამოყენებით. სტანდარტული კალკულაცია იყენებს საინჟინრო შეფასებებს, შედარებით ერთეულოვან განფასებებს, სხვა შეწონილ მაჩვენებლებს, აგრეთვე დაწესებულების (მფლობელის) გამოცდილებას და ა.შ. რათა განისაზღვროს ჩვენი ვარაუდით რამდენი სხვადასხვა რესურსი იხარჯება პროდუქტის თვითეულ ერთეულზე და რა ეღირება ეს რესურსები.

ფინანსური მდგომარეობის ცვლილებათა ანგარიში - უჩვენებს, საიდან შემოდის რესურსები და როგორ გამოიყენება ისინი.

კუთვნილი (წილობრივი ზღვრული) ღირებულება - ღირებულების გამოთვლის მეთოდები შეიძლება გამოვიყენოთ ორგვარად: რეგროსპექტულად (ერთეული პროდუქციის ან მოსახურების საწარმოო ღირებულების განსასაზღვრავად) და პერსპექტულად (ღირებულების პროგნოზი). პერსპექტული ქმედებებისათვის შეიძლება გამოყენებული იყოს მონაცემები უწინდელი ღირებულებაზე, მაგრამ ამის გაკეთება უნდა მოხდეს ფრთხილად, იმდენად რამდენადაც გასათვალისწინებელია მუდმივი და ცვალებადი კომპონენტების გაუქვნა. ეს ნიშნავს იმას, რომ საჭიროა გავუფრთხილდეთ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაზე საშუალო საწარმოო ღირებულების გამოყენებას. თუ საწარმოო ღირებულება მუდმივია, მაშინ ერთეულის ღირებულება შემცირდება წარმოების მოცულობის ზრდასთან ერთად.

ფინანსური დაგეგმვა და ბიუჯეტის შემუშავება

სიტუაციური მოდელირება

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებასა და რეორიენტაციის პირობებში დაფინანსებაში ხანგძლივი დაგეგმვის შემდეგ მართვის დეცენტრალიზაციის პროცესი დაიწყო.

ამპირობებში რაიონული დაწესებულების ადმინისტრაციამ (რდა) მილიანად უნდა აკონტროლოს სამოქმედო წლის ბიუჯეტი. ეს გულისხმობს კონტროლს პერსონალზეც, შედეგად გასაგები ხდება, რომ ბიუჯეტში ჩართული უნდა იყოს რაიონის რეალური მოთხოვნილება. გარდა ამისა, ბიუჯეტი უნდა იყოს შედგენილი ყოველი ქედსამსახურისათვის ცალ-ცალკე დეფიციტური დაფინანსების პირობები თვითიული რდა-ს ბიუჯეტის სახარჯო ნაწილი იქნება მიმდინარე წლის 90%, მოსალოდნელია რომ რდა-ც შეამციროს თავის ხარჯებს 10%-ით ან გაზრდის თავის დასაჯებით

შემოსავალს (მაგალითად პაციენტების მიერ გადახდის ხარჯზე). სამინისტრომ დაადგინა რომ ყველა რდა-მ უნდა მართოს თავის რესურსები თანაბრად და ეფექტურად.

დაწესებულების ბიუჯეტის შემუშავებისათვის შესწავლილ უნდა იქნას ბოლო ორი-სამი წლის ანგარიში, სადაც ჩამოთვლილია საკითხები, რომელთაც ყურადღება უნდა მიექცეს მომავალი წლის ბიუჯეტის შედგენისას.

ეს საკითხებია:

- რაიონის მოსახლეობის სტრუქტურა საჭიროა გავითვალისწინოთ სტატისტიკური კვლევა, რომელმაც აჩვენა სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნილება და შეაფასა მაქსიმალური დაგვირგთვა ყოველი შტატიანი მოსამსახურესათვის მაგ. ამ შესწავლამ აჩვენა, რომ ექიმთა მიღებათა მოთხოვნილება შეადგენს 140-ს მოსახლეობის 1000 ადამიანზე გათვლით ანუ 8400 მიღება 60000 ადამიანზე. გამოკვლევამ ასევე აჩვენა, რომ ერთ ექიმს წლის განმავლობაში შეუძლია მიიღოს 8640 პაციენტი, აქედან გამომდინარე ერთი ექიმის, მოემსახურება საკმარისია რაიონისათვის რომლის მოსახლეობა 60 ათასს შეადგენს.
- ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში შეინიშნება მედიკამენტების უკმარისობა. შესწავლილმა მოთხოვნილებამ აჩვენა, რომ საშუალოდ ერთი პაციენტის ყოველი მიღება საჭიროებს 0.40 ლარის წამლებს, ამასთან პაციენტის მიღებაში მონაწილეობას ღებულობს ექიმი, მედდა.
- ყოველი სამედიცინო ცენტრი უზრუნველყოფს მხოლოდ პაციენტების ამბულატორიულ მომსახურებას მას არ გააჩნია სტაციონარი.
- სახელფასო თანხა დარჩება წინა წლის ღონეზე. გასაგებია, რომ არავითარი საუბარი ხელფასის გაზრდაზე არ შეიძლება იყოს ბიუჯეტთან დაკავშირებული სიძნელეების გამო. თუმცა ხელფასის ნებისმიერმა შემცირებამ შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი რეაქცია იმ მომენტში, როცა საჭიროა პროდუქტიულობის გაზრდა.
- არსებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ 3000 ლარი საკმარისი თანხა იყო ძირითადი ხარჯების დასაფარავად 1 მედცენტრისათვის, რომელიც მოემსახურებოდა მოსახლეობიდან 60000 ადამიანს, რომ სხვა ცენტრების ბიუჯეტი უნდა იყოს პროპორციული მათ მიერ მომსახურებული მოსახლეობის რაოდენობის.

ფინანსური მართვის ციკლი მოიცავს დაგეგმვის, ბიუჯეტის შემუშავების, რეალიზაციის კონტროლის, ანგარიშისა და ანალიზის ოთხ ერთმანეთთან ფუნქციონალურად დაკავშირებულ საფეხურს, რომელიც, შესაბამისად, განსაზღვრავს და მოიცავს მიზნინარე პერიოდში განსახორციელებელი პროგრამების შერჩევას, გამოყოფილი სახსრების მიზნობრივად განაწილებას, შედეგების მისაღწევად კონკრეტულ მოქმედებებსა და მათზე მონიტორინგის პროცესს, საბოლოო შედეგის დაფიქსირებასა და ანალიზს.

ეს ოთხი სტადია თვისობრივად განსხვავებული, მაგრამ ერთმანეთის განმსაზღვრელი რგოლებია, ამათგან ბოლო სტადიაზე მიღებული ინფორმაცია პროგრამის, ბიუჯეტისა და განხორციელებული საქმიანობის გადახედვისა და შეფასების საშუალებას იძლევა.

ფინანსური მართვის ციკლი დროის მონაკვეთში უწყვეტად ხორციელდება და ამ დროის განმავლობაში დაგეგმილი ერთიერთდაკავშირებული სამუშაოები ერთდროულად სრულდება.

ბიუჯეტის შედგენის პროცესი ფინანსური მართვის ციკლის მრავალფაქტორიანი შტოა, რომელიც აერთიანებს ბიუჯეტის შედგენის მიზნების გარკვევას, პროგრამის საბოლოო შედეგების მისაღწევად განსახორციელებელი სამუშაოების მონეგარულ მანქენებლებში გამოსახვას, სახსრების საკმარისობის დადგენას, მათი ეფექტურად გამოყენების დაგეგმვას, ერთი მიზნის მისაღწევად განსხვავებული სტრატეგიების შედარებას, შემოსავლებისა და ხარჯების ერთმანეთთან შესაბამისობაში მოყვანას, ხარჯებზე კონტროლსა და პროცესის განვითარების მონიტორინგს.

ბიუჯეტის სტრუქტურისა და საფინანსო სამსახურის მუშაობის პარამონიშება პროცესის შეუფერხებლად განვითარების ემნიშვნელოვანესი მომენტია, მათ უნდა იხელმძღვანელონ საერთო პარამეტრებით.

ბიუჯეტის შედგენისას ხარჯების გაანგარიშების მეთოდი დაფუძნებულია საქმიანობისათვის აუცილებელი რესურსების აღრისხვაზე, ხოლო შემოსავლითი ნაწილის განსასაზღვრად აუცილებელია ოპტიმალური ფასების შერჩევა მკმოსავლის მომგან მომსახურებაზე და საქონელზე.

ამასთან გასათიქალისწინებელია გარეშე მოქმედი ფაქტორების გავლენა, ისეთი როგორცაა ქვეყანაში ჩამოყალიბებული პოლიტიკური სიტუაცია, ეკონომიკური პოლიტიკის მიმართულებები, დარგის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ვარემო, ინფლაცია და მაკროეკონომიკური არასტაბილურობის სხვა მანიქენებლები, პარტნიორების მდგომარეობა, ინვესტორებისა და კრედიტორების მოთხოვნები და სხვა.

ცენტრალურ დონეზე დაყენებული მოთხოვნები

პოსპიგლებთან დაკავშირებული პრობლემები და საკითხები შეიძლება იდენტური იყოს. პოსპიგალური სექტორის წინაშე მდგარი ამოცანები, გადაწყვეტილი უნდა იყოს და მათი რესურსები მართებულად და ეფექტურად გამოყენებული ქვეყნის საჭიროებათა გათვალისწინებით. ეროვნული პოლიტიკით განპირობებული, დაწესებულების დონეზე ადგილობრივი მმართველობის საკითხების გადაწყვეტა მოიცავს - აისახოს და გაზიარებულ იქნას არსებული გამოცდილება და სწორად გადაწყდეს სარესურსო პოლიტიკის პრობლემები. შეუასდეს შესაძლებლობა, დაისახოს ასეთი საკითხები, რომელიც დამოკიდებული იქნება შემდეგ ფაქტორებზე:

- პოსპიტლების როლის გამოკვეთა ადგილობრივი მოცანების გადასაჭრელად;

- პოსპიტლების ფუნქციების შესახებ ინფორმაციის გაუმჯობესება;

- პოსპიტალური საქმიანობის რეალურ მანიქენებელთა შემუშავება და ინტერპრეტაცია;

- პოსპიტლების მმართველობითი მათრგანიშებელი კომპეტენციის გაძლიერება ერთიან სისტემაში.

ჰოსპიტლების როლის განსაზღვრა

მართალია ჰოსპიტლებისათვის გამოსაყოფი სახელმწიფო რესურსების მოცულობა სხვადასხვა დონის ხელშეკრულებების საფუძველზე წინასწარაა ცნობილი - იშვიათად ხდება შეფასება იმისა, საკმარისია თუ არა ეს მოცულობა. ჯანდაცვის სისტემაში სხვადასხვა ელემენტების ფუნქციონირებისა და პოტენციალის ზუსტ აღწერას, სისტემის ამოცანებიდან გამომდინარე, შეუძლია გააუმჯობესოს რესურსების გადანაწილება. შესაბამისად აუცილებელია დაისვას საკითხი თითოეულის უფლებების შესახებ ფუნქციონირების პროცესში თვითონ გადაანაწილოს ადამიანური, მატერიალური და ფინანსური რესურსები.

ასევე ქვეყანამ, დამკვეთმა უნდა განსაზღვროს მისი როლი მოცემულ ადმინისტრაციულ ერთეულში.

ჰოსპიტლების შესახებ ინფორმაციის გაუმჯობესება

ქვეყანაში არსებობს მნიშვნელოვანი შეუსაბამობა ინფორმაციებს შორის ჰოსპიტლების რესურსებსა და მათი საქმიანობის შედეგებზე, როგორც ადგილობრივ, ასევე რეგიონულ დონეზე. ამ შემთხვევაში აუცილებლობას წარმოადგენს დასაბუთებული ეროვნული ინფორმაციების შეკრება. ჰოსპიტლების შესახებ ინფორმაცია აუცილებელია პოლიტიკის ფორმირებისათვის, მმართველობითი გადაწყვეტილებების დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის. საჭიროა ინფორმაცია შემდეგი მთავარი საკითხების შესახებ:

- რესურსების განაწილება და პოტენციალი;
- შემოსავლებისა და ხარჯების ფორმირების მოდელი;
- გადახდისა და განაწილების სისტემები;
- საკუთრებასა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმასთან (საზოგადოებრივი, სახელმწიფო არაკომერციული, არამომგებიანი კომერციული)

აუცილებელია ინფორმაცია, რომელიც შეეხება პოსპიგლებში ხარჯებსა და შემოსაულებების შეთანწყობის ფორმირების მოდელს, აგრეთვე, ცალკეული პოსპიგალების დონეზე აუცილებელია ცნობები მმართველობით ინფორმაციულ სისტემებზე. პოსპიგალების მენეჯერებს რეგულარულად სჭირდებათ ინფორმაცია შემოსაულებებზე, მათი პოსპიგალების საქმიანობის შედეგებსა და ხარჯებზე. იმისათვის რომ მენეჯერებს ჰქონდეთ საშუალება ეს ინფორმაცია გამოიყენონ, მათ დასახმარებლად აუცილებელია სავარჯიშო პროგრამები და მეთოდები, რომლებიც დაესმარება მათ შეაფასონ თუ როგორი ინფორმაცია სჭირდებათ, როგორ მოხდეს ამ ინფორმაციის ეფექტურად შეკრება და გამოყენება საქმიანობის სრულყოფისათვის. ამგვარი პროცესები მიიღწევა ცვლილებები ხელმძღვანელთა შემეცნებით და რეფლექსურ უნქციებში (ჩვევებში) მართვის სფეროში მათი მიზანია ხელი შეუწყოს “კრიტიკულ მასის” შექმნას მართვის სფეროში ეფექტიანი და მაღალი პასუხისმგებლობის დონის მიღებისათვის აღნიშნული პროგრამების მიზანია, აგრეთვე პროცესი შეფასდეს გამოძვის ინდიკატორების გრიადით. ეს ინდიკატორებია: **სტრუქტურული პროცესების და საბოლოო შედეგის** ინდიკატორები. თითოეული მათგანი გულისხმობს:

1. სტრუქტურული ინდიკატორები:

- ა) ორგანიზაციული სტრუქტურის გაუმჯობესება;
- ბ) ტექნოლოგიური აღჭურვილობის გაუმჯობესება (რესურსები, აპარატურა, ინფორმაციული სისტემები).

2. პროცესის ინდიკატორები:

- ა) რესურსების ეფექტური მართვა, სამედიცინო დახმარების უსაფრთხოების და ხარისხის უზრუნველყოფა.

3. საბოლოო შედეგის ინდიკატორები:

- ა) ფუნქციონალური ქმედითუნარიანობის ცვლილება: მმართველობითი ამოცანების შესრულებისას, მმართველობითი პრობლემების გადაჭრისას.
- ბ) ქცევების შეცვლა - ინდივიდუალური (რეფლექსები) თვითორგანიზაციის მიღწევა; ინდივიდუალური (რეფლექსური) თვითკონტროლის მიღწევა.

სტაციონარული მომსახურების ხელშეწყობის პრინციპები

უმნიშვნელოვანესი საკითხია, რომელიც ერთიანი სისტემის გამართული ფუნქციონირების საფუძველია. ჩვენი აზრით ეს პრინციპები შემდეგნაირად უნდა ჩამოყალიბდეს:

- სისტემის არსებობა, რომელიც პრაქტიკულად ყველა მოქალაქეს, მოვლენილს დანიშნულებისამებრ, პირველადი ჯანდაცვის ქსელიდან, საშუალებას აძლევს მიიღოს ხელმისაწვდომი სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება.

- მოსახლეობის უზრუნველყოფა შესაძლებლობებით — საწყის ეტაპზე ისარგებლონ პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებების მომსახურებით: საზოგადოებრივი, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები, აბმულატორიები, პოლიკლინიკები, დისპანსერები, პროფილაქტორიუმები და სხვა ანუ სამედიცინო დახმარებისა და მომსახურების დაგეგმვა ჰოსპიტალამდელ ეტაპზე.

- სამკურნალო-პროფილაქტიკური მომსახურების სფეროსა და საავადმყოფოების როლის ზუსტი განსაზღვრა სახელმწიფო პოლიტიკაში, მათი ფუნქციების მკვეთრი გამიჯვნა, ერთიან სისტემაში მჭიდრო ურთიერთთანამშრომლობის ფონზე სახელმწიფო (ცენტრალურ), რეგიონალურ (რაიონულ, საქალაქო) დონეებზე.

- საავადმყოფოების (სტაციონარების) ფუნქციონირების დონის გაუმჯობესება სახელმწიფო პროგრამების მხარდაჭერის თვალსაზრისით.

- ჰოსპიტლების (სტაციონარული მომსახურების საქმეში) საზ. ჯანდაცვის სამსახურებთან თანამშრომლობა მიმართული უნდა იყოს პაციენტთა მომსახურების კონკრეტული დონის ამაღლებისაკენ.

- პაციენტთა მომსახურების დონის ამაღლება:

მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება, სტაციონარში დაყოვნების ვადის შემცირება. ოპერაციის მოლოდინის ვადის შემცირება. ამბულატორიულ პაციენტთა რიგებში ლოდინის დროის შემცირება. სტაციონარებში დასნებოვნების (ნოზოკომიური ინფექციების) შემთხვევების შემცირება. პაციენტთა დაკმაყოფილების ხარისხის ამაღლება.

- საავადმყოფოთა ეფექტიანი ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია მათი მმართველობითი (მენეჯერული) პოტენციალის ამაღლება.

- შესაფერისი ტექნოლოგია: ეფექტური, ეკონომიური, პრაქტიკული, უნივერსალური, შემოწმებული სამეცნიერო თვალსაზრისით (მტკიცებულებათა მედიცინაზე დაყრდნობით).

- სამედიცინო პერსონალის, მმართველობითი სტრუქტურების მომზადება-გადაამზადების უწყვეტი სისტემის ფორმირება.

- საავადმყოფოთა მომსახურება უნდა ეყრდნობოდეს არა მხოლოდ სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ საქმიანობას, არამედ მის სხვადასხვა სახეებსაც, როგორცაა ერთიანი პროფილაქტიკური, რეაბილიტაციური ღონისძიებების კოორდინაციის ფუნქცია მისი მოქმედების არეალში.

- საავადმყოფოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებისა და პროფილაქტიკის მიზნით, სასურველია გათვალისწინებულ იქნას პირველადი სამედიცინო დახმარების განყოფილება, როგორც სახელმწიფო, ასევე რეგიონალურ (რაიონულ, საქალაქო) დონეზე.

- საავადმყოფომ მნიშვნელოვანი როლი უნდა ითამაშოს შემდეგ საქმიანობებში: პირველადი სამედიცინო დახმარებისას მკურნალობის სტანდარტიზაცია, ავადმყოფთა მიმართვიანობის სისტემის დადგენა, სამედიცინო პერსონალის სტაჟირება, სხვადასხვა სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებთან თანამშრომლობა, რეგიონალური სამედიცინო

მომსახურების შედეგების შესწავლა და შეფასება, სამედიცინო ინფორმაციის სტატისტიკის სრულყოფა—პროგნოზირებისა და საქმიანობის დაგეგმვის თვალსაზრისით.

— ობიექტის საქმიანობის ამსახველი სტატისტიკური მონაცემების ყოველწლიურად მიღების აუცილებლობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვან მონაცემებად ითვლება ის პარამეტრები, რომლებიც ასახავენ პაციენტების სამედიცინო მომსახურების ხარისხს. მონაცემების ინტერპრეტაცია, შედეგების ანალიზი, მოსახლეობის (მომხმარებლის) ინფორმირება, უკუკავშირის უზრუნველყოფა.

ჰოსპიტალების საქმიანობის მაჩვენებლები

პირველ რიგში, საჭიროა განისაზღვროს რაოდენობის, ღირებულებისა და ხარისხის ინდექსები, რომლებიც გამოყენებულ იქნება ჰოსპიტალების საქმიანობის შესაფასებლად. ასეთი მიდგომის დახმარებით აუცილებლად უნდა განისაზღვროს და შემუშავდეს ისეთი უნივერსალური საზომები, რომლებიც ადვილად და კარგად გასაგები და მისაღები იქნება. ეს კი უზრუნველყოფს გადაწყვეტილების მიმღებ პირებსა და მენეჯერებს შესაფასებელი ინფორმაციით, რომელიც რეგიონულ და რაიონულ დონეებზე შესაძლებელს გახდიდა, რომ მმართველობითი, ფინანსური და გეგმიური გადაწყვეტილებები დაუფუძნებული ყოფილიყო თანამედროვე სტანდარტებზე. მაჩვენებლების ასეთი სისტემა არ უნდა იყოს დაკავშირებული მხოლოდ ხარჯებსა ან შემოსავალზე და მომსახურების მოცულობაზე, მასში უნდა ჩაერთოს ასევე მოსახლეობის ჯგუფების მომსახურების მაჩვენებლები: სამართლიანობა და შემოთავაზებული მომსახურებების ხარისხი. ასეთმა მიდგომამ უნდა განაპირობოს რესურსების გამოყენების გაუმჯობესება. ეს საფუძველი იქნებოდა ჰოსპიტალური მენეჯერების განსწავლისა. საქმიანობის მაჩვენებლების შემუშავებისათვის საჭირო ინფორმაცია უნდა მოიყავდეს:

- მაჩვენებლებს, რომლებიც აღწერენ მოსახლეობის სტრუქტურას, აეაღობასა და მომსახურების სახეებს;
- საქმიანობის შედეგებისა და რაოდენობის საზომებს;
- მაჩვენებლებს, რომლებიც აღწერენ სტაციონარულ და ამბულატორიულ შერეულ შემთხვევებს (case mix)
- სარჯებისა და შემოსავლის საზომებს (ინდიკატორებს);
- ხარისხის საზომებს (ინდიკატორებს).

ჰოსპიტალებში მმართველობის კომპეტენციის გაძლიერება

იმისათვის, რომ მიღებულ იქნეს ჰოსპიტალურ პრობლემებთან დაკავშირებული, ზემოთაღწერილი მრავალი ქმედება, საჭიროება იქმნება მაღალკვალიფიციურა მენეჯერების კოლექტივის არსებობისა. თავის მხრივ, მათთვის აუცილებელი გახდება ჰოსპიტალებში რესურსების დაგეგმვის, გამოყენების ზედამხედველობისა და შეფასების ფართო მმართველობითი მეთოდების კომპლექტი. საჭირო მასშტაბის დაგეგმვები უნდა იყოს ჰოსპიტლის კვალიფიციური მმართველობის საკითხებში, რათა შესძლონ იმ მიმდინარე ფინანსური საკითხებით განხილვა გაანალიზება, რომელთაც აწყდება ჰოსპიტალის ხელმძღვანელობა. ქვეყნის მაშტაბით ეს მოითხოვს ისეთ პერსონალს, რომელსაც მიღებული აქვს გამოცდილება ჯანდაცვის ეკონომიკის, საინფორმაციო სისტემების შემუშავებისა და ანალიტიკური მეთოდების გამოყენების სფეროში. რაიონული და რეგიონული დონის მენეჯერებს უნდა ჰქონდეთ ძირითადი მმართველობითი უნარ-ჩვევები დაგეგმვის, მონიგორინგის და შეფასების შესახებ. საშუალო რგოლის მენეჯერთა, ასევე ჯანდაცვის რეგიონული და რაიონული დონის მენეჯერების სწავლებაში. უნდა ჩაერთოს ძირითადი მმართველობითი და ფინანსური მეთოდები, რათა მათ შეძლონ რესურსების შესახებ ინფორმაციის გამოყენება.

ვინ სრულყოფს საავადმყოფოთა ფუნქციებს და ვინ ღებულობს აქედან სარგებელს

ადმინისტრაციული საქმიანობა	ღონე	ღონისძიება	ვის ღებულობს სარგებელს
ბიუჯეტი	სახელმწიფოს პოლიტიკა	სახელმწიფო "სამკურნალო" პროგრამების განხორციელება	მოსახლეობა
კაღრების განაწილება	სამედიცინო-პროფილაქტიკური ქმედებები რეგიონში (რაიონში)	რეგიონის (რაიონის, ქალაქის) მოსახლეობასთან ერთობლივი მოქმედება	რეგიონის, რაიონის, ქალაქის მოსახლეობა
სელმძღვანელობა (მართვა)	საავადმყოფოს ფუნქციები	მკერსალობისა და ღიაგნოსტიკის შედეგების გაუმჯობესება	პაციენტები
მეღამხედველობა	სამსახურობრივი მოღალეობები	სამსახურობრივ მოღალეობათა შესრულების სრულყოფა	საავადმყოფოს მმართველო პერსონალი
მეფასება	ობიექტები და აღჭურვილობა	მაგერიალურ-ტექნიკური ბაზის სრულყოფა	მომსახურე პერსონალი

სამთავრობო, ადგილობრივი მმართველობითი ორგანიზაციების როლი

იმისათვის, რომ შესაძლებელი გახდეს ჰოსპიტალების რესურსების რაციონალურად და ეფექტურად განაწილება და მართვის გაუმჯობესების რეალიზება, უნდა მოხდეს არსებული გამოყოფილებათა გაზიარება და დაწესებულებათა საქმიანობაში ცვლილებების შეტანის მიზნით გამოყენებული სხვადასხვა

მოძღვრების შედეგების ურთიერთშეღარიბება. სამთავრობო ორგანიზაციები დიდ როლს ასრულებენ დაწესებულებების ურთიერთობათა თანამშრომლობასა და მართვის ტექნიკურ და ფინანსური დახმარების აღმოჩენაში. აგრეთვე, არსებული გამოცდილებისა და ინფორმირების გავრცელების უზღუდათა უზრუნველყოფაში. მათ შეუძლიათ დაწესებულებებთან აქტიურად ითანამშრომლონ შემდეგ სფეროებში:

- მართვის ძირითადი მეთოდები, სწავლება;
- მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების კოლექტივის შექმნის ხელშეწყობა, რომელშიც უმრავლესობას ექნება ანალიტიკური და პრობლემათა გადაჭრის უნარ-ჩვევები;
- მიღებული გაკვეთილებისა და გამოცდილებების გაზიარება, განზოგადება.
- ჰოსპიტალებში ფინანსირების, ეფექტურობისა და მმართველობის სფეროში სრულყოფილების მიღწევის მიზნით ექსპერიმენტების გატარების ხელშეწყობა;
- ჰოსპიტალების საქმიანობის მაჩვენებლების შემუშავების უზრუნველყოფა;
- ინფორმაციის შეკრების სრულყოფილი მეთოდებისა და ტექნოლოგიების გავრცობა;
- თანდართული გამოკვლევების ხელშეწყობა, რომლებიც უზრუნველყოფს ჰოსპიტალის მართვისა და ფინანსირების საერთო პრობლემების პრაქტიკულად გადაჭრას.

მეორე - აუცილებელია ჰოსპიტალის საქმიანობის შედეგების ადეკვატური საზომების (ინდიკატორების) არსებობა. ეს აუცილებელია, რათა განისაზღვროს ბლერული (ზომიერი) ხარჯები, საშუალო ხარჯები და მასშტაბის ეკონომია. შედეგების საზომები, რომლებიც მისადაგებულნი არიან ხარისხსა და ცასე მის-ში განსხვავებებთან, იძლევიან ჰოსპიტლების ეფექტურობის განსაზღვრის საშუალებას თითოეული ჰოსპიტლის საქმიანობის შეფასების დახმარებით.

მესამე - ჰოსპიტლის მენეჯერები აუცილებლად უნდა მომზადდნენ იმგვარად, რომ მათ შეძლონ ამ ინფორმაციით სარგებლობა თავიანთ ჰოსპიტალებში ყოველდღიურ საქმიანობის საწარმოებლად. ხარჯების ანალიზი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ჰოსპიტალური დახმარებისა და მომსახურების დაგეგმვისათვის.

ავრეთვე ხარჯების აღდგენილი სქემების მიხედვით, შესაბამისი ღონის გადახდის დადგენისათვის. ხარჯებისა და შედეგების შესახებ ინფორმაციის გამოყენება არის ჰოსპიტალურ სექტორში სხვადასხვა სახის ნაკლოვანებების განსაზღვრის საშუალება, ან იმ უბრალო პრობლემის განსაზღვრის საშუალება, რომელიც არსებობს ერთი დაწესებულების შიგნით და აქვს კაეშირი ფუნქციონირების ხარჯებთან. ეს რეგიონული და რაიონული (საქალაქო ღონის) მენეჯერებისათვის სასარგებლო იქნებოდა სხვადასხვა ჰოსპიტლების საქმიანობის შედეგებისა და მასზე დაკვირვების წარმოებისათვის. ხარჯებისა და მათი ღირებულებების შესახებ, ასევე შედეგების შესახებ მონაცემების სიმწირე, მიზეზი ხდება იმისა რომ მენეჯერებს არ ძალუძთ განსაზღვრონ მათი დაწესებულებების საქმიანობის ეფექტურობა. არსებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით შესაძლებელია საფუძვლიანი ანალიზის გაკეთება. მაგრამ ეს ზოგჯერ წარმოქმნის ნაკლოვანებებს მმართველობის იმ მეთოდებში, რომლებიც გამოიყენება ზოგიერთი ჰოსპიტლის ადმინისტრაციისა და მენეჯერების მიერ და რომლებიც განსაზღვრავენ როგორ გამოიყენონ მოცემული ინფორმაცია, რომელიც თავის მხრივ ერთგვარ ბარიერს წარმოადგენს.

და ბოლოს, აუცილებელია იმ მოგივების შესწავლა და უკეთ გაგება, რომლებითაც ხელმძღვანელობს არსებული ჯანდაცვის სისტემა და ჰოსპიტალური სტრუქტურები და რომლებიც ბეგავლენას ახდენენ მათ საქმიანობის ეფექტურობაზე.

ჰოსპიტალების რესურსების წყაროების ფორმირება

ძველ, არსებულ სისტემაში ჰოსპიტალი ეყრდნობოდა მხოლოდ გამოყოფილ სახელმწიფო დაფინანსების მიმდინარე და კაპიტალურ ხარჯებს. მიუხედავად ჰოსპიტალებისათვის დამატებითი ფინანსების საჭიროების აუცილებლობისა, ფინანსების ღონის პერსპექტიული შესაძლებლობა ესლა უკვე არ არის განსაზღვრული როგორც ეს ადრე იყო, რასაც ადასტურებს მონაცემები ეკენომიკური რეალობიდან და სახელმწიფოებრივი დაფინანსების შემზღუდულობიდან გამომდინარე, ბევრმა ქვეყანამ აუცილებლად მიიჩნია ჯანდაცვის მომსახურების დასაფინანსებლად ძირითადი

საზოგადოებრივი შემოსავლების ალტერნატივები და მათი ძიება დაეწყო. მომხმარებელთა ჰონორარები და ჯანმრთელობის დაზღვევა საზოგადოდ მიღებულ არჩევანს წარმოადგენს, რომელიც განკუთვნილია ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის.

ეკონომიკური სახსრები და მეთოდოლოგია

ჰოსპიტალების სახსრების მოლიფიკაცია ან მომსახურების დაზღვევა გამოიწვევდა ჰოსპიტალური მომსახურების ფასებში ცვლილებას, რის წინაშეც დეკლინაციონ მომხმარებლები. ფასებში ცვლილებები გეგავლენას მოახდენენ ასეთი მომსახურების მოთხოვნასა და გამოყენებაზე. გემოქმედების ხარისხი დამოკიდებულია მომხმარებლის მოთხოვნილების ელასტიურობაზე. ელასტიურობა აღნუსხავს ცვლილებას საჭირო საქონლის რაოდენობაში ან შეცვლილი ფასებით მომსახურებაში. თუ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მომხმარებელთა მოთხოვნა ელასტიურია, ჰოსპიტლის მომსახურებაზე ფასების გაზრდა გამოიწვევს მისი მოთხოვნის პროცენტულად დიდ შემცირებას. პირიქით, არა ელასტიური მოთხოვნილება მომხმარებლისა ნიშნავს, რომ პროცენტულად მოთხოვნილებათა გაზრდა ან შემცირება უფრო მცირეა ვიდრე ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე ფასების მომაგება ან დაქვეითება.

დაზღვევიდან ან მომხმარებელთა გადასახადებიდან გამომდინარე მოთხოვნათა ჯამური ცვლილებები აისახება ჰოსპიტლის შემოსავალზე, აგრეთვე სამართლიანობასა და ეფექტურობაზე. მაგ. თუ ჰოსპიტლის მომსახურებაზე მოთხოვნილება ღარიბ რაიონებში ძალიან ელასტიურია, ჰონორარების მცირედ გაზრდა გამოიწვევდა მოთხოვნის დაქვეითებას, დამატებით მიღებული შემოსავალი კი შეიძლება ძალიან მცირე იყოს. უმრუნველყოფენ კი ჰონორარები შემოსავლების წარმოქმნის ეფექტურ ხერხებს. სამართლიანობა დამოკიდებულია იმაზე, აიძულებს თუ არა ჰონორარები ღარიბებს უარი თქვან მომსახურების მიღებაზე, ან მხარი დაუჭირონ გადახდისუნარიანობას. ეფექტურობის საკითხებს მიეკუთვნება მოთხოვნილებათა შეკვეთა არაპირველად დახმარებაზე და ისიც, გადახდა მოქმედებს თუ არა ხარჯების გადარჩევაზე.

პირველი არგუმენტი, უზრუნველყოფი მომხმარებელთა სახსრების ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გადაგანისა, არის მათი უნარი მიაღწიონ ეფექტურობას, სამართლიანობას და დასახულ მიზნებს. ჰოსპიტალური მომსახურების გამოყენების ეფექტურობაში სტიმულების საფუძველზე არსებობს შესაძლო მოგებები. სამართლიანობა შეიძლება გაძლიერდეს ჯვარედინი სუბსიდიების დახმარებით. იმ საკითხზე დამატებით, თუ როგორ მოქმედებენ მომხმარებელთა ხარჯები მოთხოვნაზე, არსებობს ეფექტურობის საკითხები ადმინისტრაციული თავისუფლების ჩარჩოებში, რომელთანაც შესაძლებელია ჰონორარების შეგროვება და სამართლიანი შეღავათების გაკეთება. გადახედვილ უნდა იქნას ასევე, ჰონორართა შეკრების სტიმულები, რათა მათი საქმიანობა გახდეს ეფექტური.

დაზღვევა და საავადმყოფო

დაზღვევა – ეს არის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მაღალი დანახარჯების გავრცელების საშუალება, რომელიც დაკავშირებულია ნებისმიერი ცალკეული ინდივიდის გაუთვალისწინებელი ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობასთან. დაზღვევის სქემის შემუშავება, რომელიც გადაჭრის სოციალური კეთილდღეობის განსაზღვრულ პრობლემებს, ძალიან ძნელია სტიმულების გამო, რომლებიც წამოიჭრებიან როგორც მოთხოვნათა მხრივ, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურების ბაზარზე შემოთავაზებების მხრივ. მაგ. დაზღვევის სქემას, რომელიც იხდის ყველა სტაციონარული და ალტერნატიული მომსახურების საერთო დანახარჯებს, მოჰყავს ისინი, ვისთვისაც დაზღვეულია მოთხოვნა მომსახურების დიდ რაოდენობაზე, ვიდრე მათ რომ გადაეხადათ თანხის ნაწილი ან მთლიანი გადასახადი. ეს კი უბიძგებს ექიმებს შეადგინონ თავიანთი პაციენტების მოთხოვნები, ჯილდოების მომატების მიზნით, როელსაც ისინი მიიღებენ დაზღვევებიდან (ანუ ექიმებს შეუძლიათ დანიშნონ პაციენტებისათვის აუცილებელი წამლების არასაკმარისი რაოდენობა, რათა ერთი და იმავე დაავადების მიზეზით, საკონტროლო ვიზიტები იყოს მრავალრიცხოვანი, რომ გაიზარდოს გადახდის საერთო ღირებულება). დაზღვევა შეამცირებს რა ინდივიდუალური მომსახურების

დანახარჯებს. შეძლებს ასევე, გამოიწვიოს ცელილებები ქსენოფონი, რომლებიც განაპირობებენ მომსახურებაზე უფრო მეტ მოთხოვნას. ამ მოვლენას ეწოდება “მორალური რისკი”.

ისეთი განსაზღვრული მექანიზმები, როგორცაა დედუქცია, ერთობლივი ანაზღაურება ან მოცვის ზონის შეზღუდვა, მიეკუთვნებიან დაზღვევის სქემებს, რომლებიც ეწინააღმდეგება მორალურ რისკს და ანარჩუნებს კოსპიგალური მომსახურების მოთხოვნებზე არსებულ ცელილებებს. თითოეულ მექანიზმს აქვს საავადმყოფოს შემოსავლებზე ზემოქმედების სპეციფიკური ეფექტურობისა და სამართლიანობის დაგვირგია. მაგ. დედუქცია ითხოვს, რომ დაზღვეულმა გადაიხადოს კოსპიგალური ხარჯის პირველი ნაწილი, დარჩენილი ნაწილი კი, დაიფარება დაზღვევით. ამაში სასარგებლო ის არის, რომ ეს სისტემა უზრუნველყოფს ძვირადღირებულ და ნაკლებად სარწმუნო შემთხვევების სრულ დაფარვას. უკმარისობა – არასაკმარისი პლასტიურობა მორალურ რისკთან მიმართებაში. თუ კი ის ძალიან ცოცხაა, მაშინ არ არის დედუქციის გამოყენების აუცილებლობა.

დაზღვევა გვთავაზობს დაზღვეულების მიერ საავადმყოფოს საერთო ხარჯების ფიქსირებული ნაწილის გადახდას. დაზღვევის ეს სახე უფრო მიესადაგება მორალური რისკის გათვალისწინებას და შედეგის სახით შეუძლია შეიზღუდოს ძალიან დიდი სადაზღვევო პრემიებისაგან. გარდა ამისა, ერთობლივი დაზღვევის ფიქსირებულმა ღონემ შეიძლება მნიშვნელოვანი დანახარჯები გამოიწვიოს ძვირადღირებულ მომსახურებაზე. სადაზღვევო თანხის გადახდაზე შეზღუდვებისას, დამზღვევი ანაზღაურებს ყველა დანახარჯს განსაზღვრულ მაქსიმუმამდე, რის შემდეგაც დაზღვეულს შეაქვს მთელი დარჩენილი ხარჯები. ამით, კატასტროფებისას დაავადებათა მთელი სიმძიმე მხრებზე აწევება დაზღვეულს. მიუხედავად იმისა, რომ დამატებითი სადაზღვევო პრემია ამ დაავადებებზე დაკავებების დასაფარად იქნებოდა მცირე. ეს აერიოიანებს ოჯახების ძალიან მცირე რაოდენობას. რომელიც აჭარბებს სარისკო მდგომარეობაში ყოველგვარ საზღვრებს. დაზღვევის პროგრამების შემუშავებისათვის უმოაერესი ფაქტორი არის რისკის სახეების დაფარვის შესაძლებლობათა არჩევის მყიდველობითი ღონე (მოვლენათა დაზღვევა წარმოშობის ძალიან ან დაბალი ალბათობის მიხედვით), დაფარული დანაკარგების სიდიდე, დაფარვის ხარისხი (მნიშვნელოვანი მოვლენები ან მომსახურების დაზღვეული სახეები), პრემიის მოცულობა.

დამღვევის დედუქტიური და ღროული სახეების შენაცვლების ხარისხი.

დამღვევის სქემის შემუშავება საშუალებას მოგვცემს შეიქმნას სტიმულები ჰოსპიტლებისათვის და დამღვეულებისათვის. მაგ. დამღვევა, რომელიც მოიცავს მხოლოდ სტაციონარულ მომსახურებას, უზრუნველყოფს სტაციონარის პირობებში მცირე ქირურგიული ოპერაციების დამღვევას, რომლებიც შესაბამისი ეფექტურობით შეიძლებოდა შესრულებულიყო ამბულატორიულ პირობებშიც. ასე რომ, ეს შეამცირებდა ოპერაციაზე მომხმარებელთა ხარჯებს, ან თუ სადამღვევო გადასახადი სტაციონარული მკურნალობისათვის არის ფიქსირებული, მაშინ ჰოსპიტლები შეეცდებოდნენ შეემცირებინათ მინიმუმამდე ასეთი დამღვეული ავადმყოფების ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა ან, არ მიეღოთ რთული და ძვირადღირებული შემთხვევები.

ამგვარად, რაც უფრო მეტად მრავალმხრივია დამღვევა, მომსახურების გადახდის დაფარვის გაგებით, მით უფრო ნაკლებად შეიგანება შეზღუდვები მკურნალობის არჩევანში.

მასშტაბის ეფექტურობა

ჰოსპიტალური ხარჯების დინამიკა, მეტყველებს იმაზე, რომ განვითარებად ქვეყნებში უპრიანია იყოს მცირე ზომის ჰოსპიტლები შესაბამისად მინიმალური ხარჯით ოპტიმალური მოცულობა – ეს არის 120-180 საწოლიანი ჰოსპიტალი. ანალიზი მეტყველებს, რომ მასშტაბის გადიდებისას შეინიშნება ეკონომია, მაგრამ ეს არც ისე დიდია. ხარჯები მით უფრო მაღალია, რაც უფრო რთულია მომსახურება, რომელსაც სთავაზობს მომხმარებელს ჰოსპიტლები.

გამოკვლევები ავლენენ მასშტაბიდან გამომდინარე მუდმივ ან იოლად შემცირებად უკუგებას. განსაკუთრებით უფრო მსხვილ ჰოსპიტლებში. საშუალო და მსხვილი ჰოსპიტლები ხასიათდებიან მასშტაბიდან უკუგების ეფექტურობის მუდმივი მაგებით. მასშტაბის ეფექტურობის შესახებ ასეთი ინფორმაცია აგრეთვე სასარგებლოა რაიონული და რეგიონული ჰოსპიტლების ოპტიმალური რაოდენობით გასანაწილებლად. ეს ინფორმაცია მეტად სარგებლიანია გადაწყვეტილებებს მისაღებად მმართველობის ადგილობრივი ორგანოებისათვის.

მომავლისაკენ მიმართული გამოკვლევები

ერთიეული პოსპიგალური დანახარჯები გამოითვლება დროის გარკვეულ მონაკვეთში წარმოებული ხარჯების შედეგებზე დამოკიდებულებით. ეს შეიძლება ვაკეისდეს სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით ერთი ან რამდენიმე პოსპიგლის მიერ დეტალური ანალიზის ვაკეთების გზით. მომსახურების შედეგებზე პოსპიგლის ხარჯების დამოკიდებულების შეფასება მნიშვნელოვანია არა მარტო ეფექტურობის შესაფასებლად, არამედ გადაწყვეტილებების მისაღებადაც. განსაკუთრებით, პოსპიგლების უინანსირებასთან და მომსახურების ფასების განსაზღვრასთან მიმართებაში. მონაცემები შეიძლება გამოყენებულ იქნას საშუალო ან ზღვრული ხარჯების განსაზღვრის მიზნით, სხვადასხვა ტიპის შედეგის მქონე საერთო დანახარჯების შესახებ ინფორმაციის კომბინირებით, როგორცაა მიღებადობა, პოსპიგალიზაციის დღეები, ამბულატორიული ვიზიტები ან პაციენტის ტიპები (ქირურგიული, თერაპიული ან დიაგნოსტიკური). ინფორმაციას, თუ ის ეხება პოსპიგლების საკმარის რაოდენობას, შეუძლია მოგვეცეს მასშტაბის ეკონომიის მივიერთი სიდიდეები. ეს მეტად მნიშვნელოვანია ახალი პოსპიგლების სიდიდის დასადგენად. გამოკვლევები და მონაცემები საშუალო პოსპიგალური ხარჯების შესახებ, მეტად შეზღუდულია. აუცილებელია პოსპიგლების საქმიანობაზე უკეთესი უინანსური ინფორმაცია, მათი ეფექტურობისა და მართვის გაუმჯობესებისათვის.

პირველ რიგში – პოსპიგლებზე უინანსური მონაცემები უნდა შეგროვდეს დადგენილ ინფორმაციულ სისტემებში. აუცილებელია მუსტი უინანსური მონაცემები პოსპიგალურ მომსახურებაზე საერთო ხარჯებთან მიმართებაში. ეს კი სცილდება საერთო მიმდინარე ხარჯების განსაზღვრული კატეგორიის პოსპიგალური ბიუჯეტის გამოკვლევის საზღვრებს. მაგ. კაპიტალური ხარჯი ან შენობის შენახვა ან სატრანსპორტო საშუალებები, რომლებიც სხვა სამინისტროების მიერაა გამოყენებული, უნდა იყოს გათვალისწინებული და ჩაერთოს პოსპიგალური მომსახურებისათვის საჭირო საერთო ხარჯის განსაზღვრაში. აუცილებელია ინტენსიური სამუშაოების ჩატარება, რომ შესაძლებელი გახდეს ასეთი გამოკვლევებისათვის შესაყრისი მეთოდების შემუშავება. უნდა შემუშავდეს აგრეთვე შესაბამისი უინანსური ინფორმაციული სისტემები.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამების და საავადმყოფოების ფინანსური უზრუნველყოფის შესაძლო ალტერნატიული გზები

ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობის დაცვა – ეკონომიკური კატეგორიებია და სახელმწიფო სტრატეგია, მიმართული დაავადებათა პროფილაქტიკისაკენ, ხელსაყრელია ნებისმიერი სახელმწიფოსათვის, რადგან ამ სტრატეგიის არჩევით, საბოლოო ჯამში იგი მოგაკვს მნიშვნელოვან როგორც ადამიანურ, ასევე ფინანსურ რესურსებს.

არსებული გამოცდილება, ფინანსური საშუალებები, მიმართული სამედიცინო პერსონალის და მოსახლეობის განათლებისაკენ, დაავადებათა პროფილაქტიკის ღონისძიებათა უზრუნველყოფისაკენ უახლოეს მომავალში არა მარტო კომპენსირებული იქნება, არამედ ისინი ქვეყნისათვის მნიშვნელოვანი სოციალურ-ეკონომიკური ეფექტის მომგანია.

მსოფლიო ბანკის (WB) ანგარიშებში ჯანმრთელობის სფეროში ინვესტიციათა განვითარების შესახებ საზგასმულია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებანი პირველადი ჯანდაცვის ჩათვლით, განსაკუთრებით განათლებისა და განსწავლის კომპონენტების მეთოდოლოგიათა გამოყენებით, არა მარტო ამცირებს დანახარჯებს გაწეულს სამკურნალო პროგრამებსა და პროცედურებზე, არამედ ხელს უწყობს ქვეყნის ეკონომიკურ და სოციალურ განვითარებას, მოსახლეობის შემოსაქვლების ზრდას.

ამ მოვლენის ასხნა მარგივია: სახსრები დამოგილი დაავადებათა განკურნებაზე შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას უფრო ეფექტურად მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესებისათვის, შრომისუნარიანობის გაზრდისა და შედეგად – ქვეყნის მოგადი განვითარებისათვის.

გულ-სისხლმარღვთა დაავადებების გამომწვევი რისკ-ფაქტორების უმნიშვნელო შემცირება საგრძნობლად ამცირებს ამ დაავადებების აღმოცენება განვითარებასა და სიკვდილიანობას. სისხლში ქოლესტერინის ღონის 1% შემცირება ან პოპულაციაში არტერიული წნევის სინდიყის სეეტის 1 მილიმეტრით შემცირება გულ-სისხლმარღვთა დაავადებების რისკის 2-3% შემცირებას იწვევს.

მიუხედავად ამისა პროფილაქტიკური ღონისძიებების

გახსორციელება მოგიერთი შემთხვევაში საკმარისი არ არის, ავადმყოფი იძულებულია ისარგებლოს საავადმყოფოს მომსახურებით. გამომდინარე, გადაუდებლად აუცილებელია საავადმყოფოთა პროგრამების დაფინანსების სტრატეგიისა და მექანიზმების შემუშავება, როგორც ზოგად ეროვნულ, ასევე რეგიონულ (რაიონულ) დონეებზე, რათა ისინი მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი და ეფექტიანი მომსახურების შესაძლებლობებს იძლეოდნენ.

რეგიონული (რაიონული) დონე

საერთო მახასიათებლების გარდა, რეგიონებს (რაიონებს) მათ არეალში მოქმედი საავადმყოფოებისა და საზ. ჯანდაცვითი პროგრამების ორგანიზაციის და დაფინანსების სპეციფიური შესაძლებლობები გააჩნიათ. ერთ-ერთ დამატებით წყაროდ რეგიონში (რაიონში) ადგილობრივი საჭიროებიდან (სტატისტიკური მონაცემების, ავადობისა და დაავადებებიანობის შესწავლის და გაანალიზების შემდგომ) გამომდინარე, შესაძლებელია განხილული იქნას როგორც **საზ. ჯანდაცვითი პროგრამების ასევე საავადმყოფოების მიზნობრივი თანადაფინანსება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან** (იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებების, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკა და ა. შ. რომელიც შესაძლებელია სამხარეო პათოლოგიად იქნეს მიჩნეული) მისაღებია აგრეთვე, ვანეითარებული ინდუსტრიული პოტენციალის პირობებში ცალკეული პროგრამების **მიზნობრივი ფინანსური ხელშეწყობა კონკრეტული დაწესებულებების მიერ.**

სისტემის რეფორმირებისას, დაფინანსების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების პირობებში პირველად ჯანდაცვაში მიღებულ იქნა აგრეთვე საძედიცილო დაწესებულებების დაფინანსების **კაპიტალური მეთოდი**, როგორც ყველაზე პროგრესული, ანუ ანაზრაურება ერთ სულ მოსახლეზე. მაგრამ ამ მეთოდის ეფექტურად გამოყენება სხვადასხვა მიზეზების გამო ვერ მოხდა. არ არსებობს მიღებული სახსრების ადგილებზე, თვით ორგანიზაციაში. ხარჯის სწორი ჩყევები. თვით ამ ხელშეკრულების ფარგლებში არ არსებობს დანახარჯების დიფერენცირება საჭიროების მიხედვით. (დაწესებულების საჭიროების, ღამხმარე

პერსონალის შენახვა, სხვა ხარჯები და ა. შ) თვით სამედიცინო პერსონალის შრომის შეფასება რანგირებული არ არის მკაფიო კრიტერიუმების არ ქონის გამო. ანაზღაურება არ არის დიფერენცირებული, გაწეული პროფილაქტიკური საქმიანობისათვის, საბოლოო შედეგის გათვალისწინებით. რამდენი პყავს მას ჯანმრთელი მოსახლეობა, რომელიც საბოლოო ჯამში მისი საქმიანობის შეფასების კრიტერიუმს და გაწეული სამუშაოს ინდიკატორს უნდა წარმოადგენდეს.

ეფიქრობ, ეს სიტუაცია გამოსწორდება პირველადი ჯანდაცვის სადამღვევო პრინციპზე გადაყვანის შემდგომ, რადგან საქმიანობის დაფინანსება საავადმყოფოს მომსახურებას სადამღვევო კომპანიების მიერ კონკრეტულ პერსონალთან კონკრეტული ხელშეკრულებების გაფორმებით და შედეგზე ორიენტირებით, შესაძლებელია მძლავრ ბერკეტად იქცეს დაწესებულებათა დაფინანსებისათვის.

ცენტრალური დონე

ნიშანდობლივია, რომ პროფილაქტიკური პროგრამები იმ ქვეყნებში, რომელმაც გარკვეულ წარმატებებს მიაღწია ეპიდემიებთან ბრძოლაში, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და სხვა არაინფექციური დაავადებების შემცირებაში – იგვეგმებოდა ამ ქვეყნებისათვის არაკეთილსაიმედო ეკონომიკურ პერიოდში. ამ მოვლენის ახსნა შეიძლება შემდეგნაირად: სახსრების დეფიციტი იწვევს მათი ხარჯვისა და გამოყენების უკეთ დაგეგმვის აუცილებლობას. ეს გარემოება სამართლიანი იყო საქართველოსათვისაც. რეორიენტაციის პირობებში ქვეყანაში მკაფიოდ განისაზღვრა სამ. ჯანდაცვითი ღონისძიებებისა და პროგრამების სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსების საკითხები. ამასთან ეს ბიუჯეტი ცნობილია, როგორც სამედიცინო პერსონალისათვის, ასევე სხვა დარგების წარმომადგენლებისათვის, პროცესში მონაწილე მოსახლეობისათვის. არსებული, მართალია მწირი დაფინანსების ჩარჩოებში მკაფიოდ იქნა განსაზღვრული პრიორიტეტული პროგრამები და ხარჯვის ძირითადი მიმართულებები: დაგეგმვა, შემუშავება, განხორციელება, შეფასება, შედეგების საჯაროობა. განზოგადება შესაძლებელია მკვეთრი დეფიციტის პირობებშიც, სადემონსტრაციო (პილოტური) პროექტების დაფინანსებით და განხორციელებით.

ბიუჯეტური დაფინანსების ჩარჩოებში არსებობს აგრეთვე სახსრების გადანაწილების შესაძლებლობა თვით ჯანდაცვის სფეროში. აქ, რა თქმა უნდა აქცენტი (და შესაბამისად სახსრები) სამართლიანად უნდა იქნას გადანაწილებული ამბულატორიულ დახმარებაზე, პირველად ჯანდაცვაზე და საავადმყოფოს მომსახურებაში.

ფინანსური მხარდაჭერის ერთ-ერთ წყაროდ შესაძლებელია აგრეთვე იქცეს სადაზღვევო კომპანიების სახსრები, რითაც დაფინანსდება, როგორც ვთქვით, ცალკეული ექიმების სამუშაო, გაწეული პროფილაქტიკური პროგრამების ხელშეწყობის სახით და აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურების დასაფინანსებლად.

მნიშვნელოვან წყაროდ სამ. ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებისა შესაძლებელია იქცეს აგრეთვე **მიზნობრივი დაბეგვრიდან მიღებული სახსრები.** მიზნობრივი ბეგარა წარმოადგენს საქონლის აქციზური ბეგარიდან მიღებულ სპეციალურად გამოყოფილ სახსრებს. თამბაქოს ნაწარმი – წარმოადგენს გულ-სისხლძარღვით, ონკოლოგიური დაავადებებისა და სიკვდილიანობის ძირითად გამომწვევ მიზეზს, ამიტომ **დაბეგვრის პოლიტიკა თამბაქოს და ალკოჰოლის ნაწარმისა სახელმწიფოს სტრატეგიად უნდა იქცეს.** თეორიულად ეს შესაძლებელია, საჭიროა მხოლოდ მძლავრი პოლიტიკური ნების გამოხატვა და შესაბამისი საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შექმნა. შემდეგ წყაროდ შესაძლებელია დასახელებულ იქნეს აგრეთვე **საჯარიმო სანქციები — გამოყენებული სხვადასხვა სტრუქტურების მიმართ, რომლებიც არღვევენ საკანონმდებლო სივრცეს მიმართულს ჯანმრთელობისა და უსაფრთხო გარემოს დასაცავად. მაგალითად, კანონს თამბაქოსა და ალკოჰოლის რეკლამის შესახებ — მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების მეშვეობით და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში.**

დამატებით წყაროდ საავადმყოფოს პროგრამების დაფინანსებისა შესაძლებელია განხილული იქნას **დარგობრივი პროგრამების დაფინანსება, რომელიც შეეხება კონკრეტულ სფეროში მომუშავე მუშაკებს (მეგალურგია. სოფლის**

მეურნეობა, გრანსპორტი და ა.შ.). ამგვარი პროგრამები, ზოგადი მასასიათებლების გარდა, ითავლისწინებს დარგის სპეციფიკასა და სამუშაო პირობებს (გარემოს).

და ბოლოს – კერძო კაპიტალის სწვადასვა დონის გრანტების გამოყენების შესაძლებლობები.

ამ პრობლემების გადასაჭრელად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, როგორც ადგილობრივი აღმასრულებელი ხელისუფლების სტრუქტურული ერთეული, მოითხოვს სისტემის ჩამოყალიბებას, რომლის შემადგენელ ძირითად (ფუძემდებლურ) სტრუქტურებს ესაჭიროებათ სამართლებრივი საბაზო საფუძველს ორგანიზაციულ-სამართლებრივი სტატუსის სახით, გამომდინარე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფუნქციათა და ვალდებულებითი პოზიციებიდან. კერძოდ, სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემა ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეზე, არა მხოლოდ პროგრამულ დონისძიებათა განხორციელებასთან მიმართებაში. აღნიშნულიდან გამომდინარე უსაფრთხო გარემოს, პიროვნების ჯანმრთელობისა და შესაბამისად ფსიქო-სოციალური ფაქტორების კეთილსაიშედო მიმართულებით განვითარება დამოკიდებულია მრავალსტრუქტურული სახელმწიფო და არასახელმწიფოებრივ ორგანიზაციათა კომპლექსურ ფუნქციონირებაზე. მოსახლეობის ჯანმრთელობის განვითარების ხელშეწყობა სახელმწიფო დონეზე შესაბამისი სტატუსის მქონე ორგანიზაციათა ფუნქციაა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონულ (საქალაქო) სამსახურებს, როგორც ადგილობრივ მმართველობას დაქვემდებარებულ ჯანდაცვით სტრუქტურებს ეკისრებად მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამების პროექტირება, განხორციელება, ჯანდაცვითი პროცესების, მათ შორის საავადმყოფოს მომსახურების კოორდინაცია. ამავე დროს ცენტრალური, ვერტიკალური პროგრამების უშუალო განხორციელება და მათზე ინფორმაციულ დონეზე ბედამხედველობა.

საბოლოო ჯამში მოსახლეობის როგორც გარკვეული მასების ჯანმრთელობის ეპიდკეთილსაიმიედო მდგომარეობის უზრუნველყოფა გადაცემულია განსაზღვრული პასუხისმგებლობის ადგილობრივ ჯანდაცვით სტრუქტურაზე, რომელიც (ორსაფეხურიანი ბიუჯეტის პირობებში) იყენებს სახელმწიფო ბიუჯეტურ სახსრებს.

ჭარბი საავადმყოფო საწოლების შემცირების გზები

1. საავადმყოფოს ქრონიკულ ავადმყოფთა, მოხუცებულთა ხანგრძლივი მოვლის, რეაბილიტაციის სამედიცინო დაწესებულებადა გადაქცევა;
2. ცალკე არსებული სამშობიარო სახლების გაუქმება და მათი განყოფილებების სახით ფორმირება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში;
3. ზოგადი (სომატური) პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიულ (მწვავე აშლილობები) განყოფილებათა შექმნა;
4. გერიატრიული განყოფილებების შექმნა მწვავე აშლილობების დროს (მოკლევადიანი პოსპიგალიზაციისთვის);
5. ფტიზიატრიული განყოფილებების შექმნა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში: მკურნალობის კურსის შერჩევის, დანიშვნის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობისთვის;
6. ნარკომანიის და ალკოჰოლიზმის მკურნალობის ცენტრების შექმნა;
7. საავადმყოფოების უსახლ-კაროთა სპეციალიზებულ თავშესაფრად გადაქცევა;
8. ამბულატორიული დახმარების დაწესებულებადა გარდაქმნა;
9. პოსპისებადა გადაქცევა;
10. საავადმყოფოების სოციალურად სასარგებლო დაწესებულებადა გადაქცევა: სათემო ცენტრი, პროფ. განათლების ცენტრი, სოციალური მეშაქების, მოხალისეების მომზადების სკოლები და ა.შ.;
11. არარენტაბელური დაწესებულებების დახურვა (ადგილობრივი მმართველობის ორგანოების გადაწყვეტილებათ);
12. მუნიციპალიტეტებისთვის (გამგეობებისთვის) სამოქმედო არეალში საავადმყოფოების, საერთოდ სამედიცინო მომსახურების ობიექტების გახსნის (საჭიროების) განსაზღვრის უფლებების მინიჭება.

სამედიცინო დაწესებულებაში ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლი

შესავალი

საავადმყოფოს შიგა ინფექციები (სში.) თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვანი პრობლემაა და ისინი ცნობილია ნომოკომიური ჰოსპიტალური ინფექციების სახელწოდებით, რადგან მათი წარმოშობა დაკავშირებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებთან. ჰოსპიტალური ინფექციების სახელწოდებით ცნობილია ყველა ინფექცია, რომელიც ვლინდება და აღირიცხება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში შექმნილი ან დამატებითი, ადრე დაუღვენელი დაავადების სახით. მაგალითად, ყველა ე.წ. გრადიციული ინფექციური დაავადებები (კლასიკური ინფექციური დაავადებები) და არაგრადიციული ინფექციური დაავადებები (მაგალითად, ჩირქოვან-ანთებითი ან სეპტიკური ინფექციები), რომლებიც ვლინებიან სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, წარმოადგენენ ჰოსპიტალურ შემთხვევებს, მაგრამ მათი წარმოშობის მიზეზების დადგენა (წარმოადგენენ ისინი საავადმყოფოსშიგა შემთხვევებს, თუ შემოგანილია საავადმყოფოს გარედან) ეპიდემიოლოგიური შესწავლის გზით ხდება შესაძლებელი.

არაგრადიციული ინფექციების უმეტესობა, რომელთა განვითარება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში იწყება ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციიდან 48 საათის შემდეგ,

მიხსნულია საავადმყოფოსშიგა ინფექციებად, ყოველი ასეთი შემთხვევა შესწავლილი უნდა იყოს ეპიდემიოლოგიურად.

CDC-ს მიერ შემუშავებულია სმი-ის შემდეგი განსაზღვრება:

• **ინფექცია წარმოადგენს საავადმყოფოსშიგას, თუ მისი წყარო და გადაცემის ფაქტორები საავადმყოფოსთან არის დაკავშირებული; თუ ინფექცია შექნილია საავადმყოფოში და გამოვლინებულია საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ; თუ ანალშობილის მიერ შექნილი ინფექცია დაკავშირებულია ნაყოფის სამშობიარო გზებში გავლასთან.**

სამედიცინო პრაქტიკაში ინეაზიური დიაგნოსტიკური მეთოდების ფართო დანერგვამ, დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმების ბიოლოგიური თვისებების ცვლილებებმა, ანტიბიოტიკების არამიზანმიმართულმა გამოყენებამ მოგვიყვანა მძიმე გენერალიზებული ფორმის ინფექციების აღმოცენებასთან. აშშ-ში საავადმყოფოსშიგა ინფექციები 3-5 %-ს აღწევს, ხოლო რუსეთის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 1994 წ. მონაცემებით - 6-8 %-ს. საქართველოში ბოლო დრომდე არ არსებობდა მუსიკი, სარწმუნო მონაცემები საავადმყოფოსშიგა ინფექციების შესახებ. უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული გამოკვლევის მიხედვით, რომელიც ემყარებოდა მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს CDC-ს მიერ შემუშავებულ ინფექციათა სტანდარტული განსაზღვრებებით, ქირურგიული ჭრილობის ინფექციების მაჩვენებელმა 9,5% შეადგინა².

საავადმყოფოსშიგა ინფექციებს სომატურ, ქირურგიულ, სამეანო-გინეკოლოგიურ, პედიატრიულ და სხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში იწვევს სხვადასხვა სახეობის მიკროორგანიზმები - ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ლურჯმწვანე ჩირქის ჩხირი, პროტეუსი, ნაწლავის ჩხირი, კლებსიელა, სერაცია, კანდიდის ჯგუფის სოკოები და სხვ.

პოსპიტალური ინფექციების სიხშირე ინტენსიურ თერაპიისა და რეანიმაციულ განყოფილებებში 10-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე საერთო პროფილის ბაეშეთა განყოფილებაში. ახალშობილთა S. S. i-ს ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში ანტიბიოტიკების ფართო სპექტრის გამოყენების შედეგად დღესდღეობით მნიშვნელოვანი ცვლილებებია. ხდება ანტიბიოტიკორეზისტენტული ეპიდემიური შტამების (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* და სხვა) ცირკულაცია. ასევე გვხვდება ისეთი შტამების ცირკულაცია,

რომლებსაც ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში ადრე უმნიშვნელო ადგილი ეჭირათ (*Acinetobacter spp; Serratia spp* და სხვა). გარდა ამისა, გარკვეული ადგილი დაიკავა კანდიდას ჯგუფის სოკოებმა. ახალშობილთა ინფექციურ პათოლოგიაში უფრო და უფრო მნიშვნელოვან ადგილს იკავენს ენტეროკოკები და კოაგულაზმანეგატიური სტაფილოკოკები. სააედმყოფოსშივა ინფექციების წარმოშობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პაციენტიდან პაციენტზე ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმების გადაცემა მედპერსონალის ხელების და სამედიცინო ინსტრუმენტების საშუალებით.

სხვადასხვა სტაციონარების რეანიმაცია-ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მიკროეკოლოგიური პირობების გაელენის შედეგად შეიძლება ჰოსპიტალური ინფექციების სხვადასხვა გამომწვევი გაერყელდეს, რომელსაც განსამზღვრული პერიოდის განმავლობაში აქვს მნიშვნელობა მხოლოდ ამ განყოფილებისათვის. ამიგომაც მოცემული პროფილის თითოეულ განყოფილებაში ორგანიზმულ უნდა იქნეს მულტივი მონიტორინგი სში-ის ეტიოლოგიაზე და წამყვანი მიკროორგანიზმების ანტიბიოტიკო-მგრძნობელობაზე.

ახალშობილთა რეანიმაცია

ახალშობილთა რეანიმაციის განყოფილება განსხვავდება სხვა განყოფილებებისაგან შემოსული ბავშვთა კონტინგენტიდან. აქ შემოსულ პაციენტთა უმრავლესობა სხვადასხვა ხარისხის დღენაკლულია, რაც განაპირობებს მაღალ მიმღებლობას პირობით პათოგენური ფლორისადმი. ამ ბავშვებში უფრო ხშირად ვითარდება ისეთი მძიმე ინფექციური გართულებები, როგორცაა სეფსისი, სექტიკოპიემია და სხვა.

დღენაკლულ ბავშვებში ხშირად გამოიყენება ეპიდემიოლოგიურად მაღალი რისკის მქონე თერაპიის მეთოდები და მანიპულაციები (გრაქეის ინტუბაცია, ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია, გრაქეობრონქიალური ხის ხშირი სანაცია, ვენაქექცია, ცენტრალური და პერიფერიული ვენების ხანგრძლივი კათეტერიზაცია, პარენტერალური კვება, მონდით კვება, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, პლუერის დრენირება და სხვა). ასეთ შემთხვევაში სხეულის მედაპირის კოლონიზაციასთან ერთად

არსებობს უშუალოდ სასიცოცხლოდ აუცილებელ ორგანოთა სისტემაში გამომწვევების მოხვედრის შესაძლებლობა.

ასალშობილთა განყოფილებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალმა შესაძლებელია თავისდა უნებურად გადაიგანოს მიკრობები ბავშვებზე, რომლებიც თავიდან არ იყენენ კოლონიზირებული ამ მიკროორგანიზმებით. ასეთ შემთხვევაში ამ განყოფილებაში შესაძლებელია მივიღოთ ამა თუ იმ მიკრობის შტამის გავრცელება. მაგ.: აღვილად შეიძლება რესპირატორული ტრაქტის და ნაწლავთა ინფექციების გამომწვევების გადაგანა. რომ არ მოხდეს მიკროორგანიზმების თუნდაც მინიმალური მაინფიცირებული ღობის გადაცემა ერთი პაციენტიდან მეორეზე, თითოეულ მედიცინის მუშაკს, რომელიც მუშაობს ასალშობილთა, მართებს ძალზე დიდი ყურადღება. პერსონალმა უნდა დაიბანოს ხელები ასალშობილის მოვლამდე და მოვლის შემდეგ. ინსტრუმენტების ან მასალის გაუვნებლობა, გასუფთავება და სტერილიზაცია უნდა ხდებოდეს სტანდარტების მიხედვით.

ნოზოკომიურ ჰოსპიტალურ ინფექციებზე ეპიდზედამხედველობა

ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლისათვის აუცილებელია თითოეულ საავადმყოფოში შეიქმნას ინფექციური კონტროლის კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაში შედის საავადყოფოს მთავარი ექიმი, განყოფილებების ხელმძღვანელები, ეპიდემიოლოგი, ბაქტერიოლოგი და მთავარი მედდა, რომლებიც იმუშავენ საავადმყოფოსშიგა ინფექციებზე.

ინფექციური კონტროლის კომიტეტი უნდა მუშაობდეს ასალშობილთა და სამედიცინო განყოფილებების სამედიცინო პერსონალთან ერთად. მათ მოვალეობას წარმოადგენს საავადმყოფოში ჰოსპიტალური ინფექციების მოცულობის დადგენა რეკომენდებული მეთოდების მიხედვით და რეალური სურათის წარმოჩენა სტატისტიკის ხელმძღვანელობის წინაშე. ასევე ნოზოკომიური ინფექციებზე ეპიდზედამხედველობის მიზნით მათი ეფექტური განსაზღვრების დამკვიდრება და ფართოდ წარმოჩენა.

ასალშობილთა ნოზოკომიური ინფექციების განსაზღვრა რთულია. ფართოდ დეფინიციები მოიცავენ ყველა ინფექციებს, რომელიც გამოვლინდება დაბადების შემდეგ გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა

გადაცემული იქნა გრანსკლაყენგარულად. უფრო ვიწრო განსაზღვრება გამოორიყსაყს ინფექციყბს, რომლებიც განყითარღნენ დაბადებიდან 24-72 სთ-ს განმავლობაში. სავარაუღოა, რომ ასეთი ინფექციყბის განყითარება უკავშირღება უფრო ღეღას, ვიღრე საავადმყოფოს გარემოს. განსაზღვრებები უნღა მოიყაყღეს ინფექციყბს, რომლებიც გამოყლინღება ახალშობილის გაწერიღან გარკვეული პერიოდის შემღღეგ. შერჩეული ღეფინიციყბი გამოყენებული უნღა იქნეს ანგარიშის ან ნომოკომიური ინფექციყბის ანალიზისათყის. სამეანო ან ახალშობიღთა განყოფიღების პერსონალი უნღა თანამშრომლობღეს საავადმყოფოს ინფექციური კონგროლის პერსონალთან ნომოკომიური ინფექციყბის ეპიდმღღამხეღვეღლობის პროგრამეყის წარმართეასა ღა შეფასებაში.

მონიგორინგის ასეთი გიპი იღღევა ინფორმაციას ინფექციყის რაიმე განსაკუთრებულ შემთხვევის ან პორბღემის, განსაზღვრული პროყეღღრების, განსაზღვრულ გექნიკასთან დაკავშირებული რისკის ღა სპეციფიური პრევენციული ღონისძიებების წარმართყის შესასგბ. ასევე შეუღღია მოგვეს ინფორმაცია ღროებიტი გენღენციყბის შესასგბ ღა გეაპღეეს საშუალებას შევადართ ერთი განყოფიღების მონაცემები მეორე განყოფიღების მონაცემებს სგანღარგული ღეფინიციყბის გამოყენებით.

ახალშობიღთა რესპირაგორიული, კუჭნაწლავის გრაქგის, კანის მიკრობიოლოგიური გამოკვეღევები ეპიდმღღამხეღვეღლობის მიზნით არ არის რეკომენღებული, მაგრამ ნაცხების აღება ღამიანებული აღგიღიღან ან ინფექციყის კერიღან შეიღღება სასარგებლო იყოს იმისათყის, რომ ღავადგინოთ ინფექციყის გავრცეღება, რომელიც გამოწვეულია ამა თუ იმ შგამით. თუმიყა კლინიკურად გამოვღენიღი ინფექციყბი შეიღღება გამოყენებული იქნას ეპიდმღღამხეღვეღლობის მონაცემებისაიყის, პერიოდულად ღა განსაკუთრებით ეპიღაფეთქებების ღროს შესაღღოა მნიშვნეღოვანი იყოს ინფორმაცია იმ მიკროორგანიზმების შესასგბ, რომლებიც წარმოადგენენ ეპიღაფეთქების კონკრეგულ მიზემს.

ინფექცია, როიყლიყ არ ჯღება სგანღარგულ განსაზღვრებაში, საგიროებს ინღიყიღღულურ შესწავღას. სამეანო ღა ახალშობიღთა განყოფიღების პერსონალი წინასწარ უნღა იყოს გაფრთხიღებული ისეთი ახალშობიღის დაბადების შესასგბ, რომელსაყ შეიღღება პქონღეს კონგენიგალური ან პერინაგალური ინფექცია ან მიეწოღოს ინფორმაცია იმ ღეღების შესასგბ, რომლებიც უიყვე

ცნობილი არიან როგორც სალმონელას ჯგუფის, HBV, HCV, HDV ვირუსების, მარტივი ჰერპესის ვირუსის ან სხვა მიკროორგანიზმებით ინფიცირებულნი ან ქრონიკული მტარებლები.

ხელის დაბანა თითოეული პაციენტთან კონტაქტის წინ და შემდეგ რჩება ყველაზე მნიშვნელოვან რუტინულ პრაქტიკად ნომოკომიალური ინფექციების კონტროლში.

პერსონალის ჯანმრთელობა

სამედიცინო და ახალშობილთა განყოფილების სამედიცინო პერსონალი არ უნდა იყოს დაავადებული გადამდები ინფექციებით. პერსონალისაგან ნაცხების აღება არ არის საჭირო, მაგრამ როცა გვაქვს ერთნაირი ჯგუფური შემთხვევები, მაშინ ნაცხის აღება შედეგიანია ინფექციის წყაროს დასადგენად. თვით სტაციონარმა უნდა შეიმუშაოს დებულება, რომელიც მოიცავს შესაბამის პოლიტიკას და პროცედურებს პერსონალის ჯანმრთელობის შესაფასებლად, რომლებიც მუშაობენ პერინატალური მედიცინის სფეროში. გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტებთან მათი კონტაქტის აკრძალვა, როდესაც ეს აუცილებელია, სისტემატიური თვალყურის დევნება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და მათ დაავადებებზე სრული ინფორმაციის ქონა. ასეთი პოლიტიკა და პროცედურები მიმართული უნდა იყოს წითურას, ჰერპეს მოსტერის HBV და HCV სკრინინგზე. პერსონალმა უნდა ჩაიტაროს ტუბერკულოზის გამოვლენისათვის მანტუსის სინჯი და არაინფიცირებული სტატუსი დოკუმენტურად უნდა იყოს ფიქსირებული. სამედიცინო პერსონალის ორსულობა არ გამოირიცხავს ყველა ამ პროცედურის ჩატარებას. საავადმყოფოს პერსონალმა (ვარდა ორსულებისა) უნდა ჩაიტაროს აცრა წითურაზე, B ჰეპატიტის ვირუსზე, ხოლო ბავშვთა განყოფილების პერსონალს სასურველია ყოველწლიურად ჩაუტარდეს ვაქცინაცია გრიპის ვირუსის პრევენციურ შტამებზე. იმ ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ კანის, ლორწოვანის, კეკ-ნაწლავის ინფექციები არ უნდა ჰქონდეთ ახალშობილებთან პირდაპირი კონტაქტი. პერსონალს, რომელსაც აღენიშნება კანის ექსუდაციური დაზიანებები ან ეგზემა, არ უნდა ჰქონდეს ახალშობილებთან ან სამედიცინო ინსტრუმენტებთან პირდაპირი კონტაქტი. სამედიცინო პერსონალმა, რომელიც მუშაობას იწყებს ახალშობილთან უნდა გაიაროს ჯანმრთელობის

მდგომარეობის სამედიცინო კონტროლი. ინფექციის გავრცელების შანსი დაყვანილი იქნება მინიმუმამდე თუ მკაცრად იქნება დასული უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები.

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები

პეპატივი B, C, აივ-ინფექციის (სიფილისი, ვენერიული დაავადებანი) მქონე ავადმყოფებიდან ინფექციის გადაცემის პოტენციურ სითხეებს წარმოადგენს სისხლი, ყველა ქსოვილი, სეკრეტი საშოდან, მურგის გენის სითხე, სინოვიალური, პლევრალური, პერიტონეალური სითხეები და სანაყოფე წყლები.,

CDC რეკომენდაციების შესაბამისად ორგანიზმის ფიზიოლოგიური სითხეების მიმართ უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები გამოყენებული უნდა იქნეს ყველა პაციენტზე. ეს არის უსაფრთხოების უნივერსალური ზომები.

- დამცავი ჩასაცმელი (ხელთათმანები, ხალათები, დამცავი სათვალეები და ნიღაბი) უნდა იყოს ადგილებში, სადაც ხდება პაციენტის მოვლა (მედლის ოთახი, სამეანო და ბაეშეთა განყოფილებები და სხვა) და გამოყენებული უნდა იყოს საჭიროების შემთხვევაში.

- ხელთათმანის გამოყენება აუცილებელია, თუ მოსალოდნელია დასნებოვანებულ მასალასთან კონტაქტი.

- სახე უნდა იყოს დასული (ნიღბები, სათვალეები, მთლიანად სახის დამცავი საშუალებები) ისეთი პროცედურების დროს, როდესაც შესაძლებელია დასნებოვანებული მასალიდან წარმოიშვას შხეფები (წვეთები). გამოყენებული უნდა იქნას გაუმჯარი ხალათები, როცა არსებობს დასნებოვანებული მასალით ხალათის დაბინძურების საშიშროება.

- გამოყენებულ ნემსებზე არ უნდა იქნას ჩამოცმული ხეფები, არ გადაიღუნოს და არ გადაიგხოს ხელით. გაუმართლებელია შპრიცისაგან ნემსის ხელით მოძრობა. გამოყენებული ნემსები და სხვა წვეტიანი საგნები უნდა იყრებოდეს სპეციალურ კონტეინერებში.

- დასნებოვანებული ნაგავი უნდა იყრებოდეს სპეციალურ კონტეინერებში ან პოლიეთილენის პარკებში.

- ლაბორატორიული სინჯები უზრუნველყოფილი უნდა იყოს გამაჟურთხილებელი წარწერებით, განსაკუთრებით მაშინ, როცა საქმე გვაქვს სისხლთან.

- სუნთქვის ფუნქციების აღდგენის მცდელობისას გამოყენებული უნდა იქნას სავენტილაციო მოწყობილობები.

- ავადმყოფის გამონაყოფებით დაბინძურებული მრავალჯერადი ხმარების საგნები დეკონტამინაციის მიზნით უნდა დამუშავდეს იმ სადებიზფექციო საშუალებებით, რომლებიც რეკომენდებულია და მოწონებულია. უმრავლეს შემთხვევაში ჩვეულებრივი გაწმენდა უნდა ხდებოდეს სტანდარტის მიხედვით სადებიზფექციო საშუალებებით. თუ დაღერილია სისხლი, ის ადგილი მუშავდება საავადმყოფოში გამოყენებული ეფექტური დებიზფექტანტით.

- დაბინძურებული თეთრეული უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოს თეთრეულებისათვის გამოყოფილი მუშამბის პარკებში, რომელსაც აქვს ეტიკეტი (დასახელება, თარიღი და წარწერა “დაბინძურებული“).

- **თანამშრომლების ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე.**

- სამედიცინო პერსონალის გრენინგი ინფექციური კონტროლის და პროფილაქტიკური ღონისძიებების საკითხებზე.

- რეკომენდებულია ყველა ორსულ ქალს ერჩიოს აინფექციაზე ტესტირება. თუ არ არის მშობიარობის წინა პერიოდში რუტინულად ჩატარებული გამოკვლევა, მაშინ ასეთი ტესტის გავლა რეკომენდებულია ყველა ქალისათვის, რომლის სტატუსი მშობიარობის მომენტისათვის არ არის ცნობილი.

- ტესტირება საჭიროებს ნებაყოფლობით თანხმობას, თუ პაციენტმა უარი განაცხადა, იგი უნდა იყოს ფიქსირებული.

- პერსონალს, რომელსაც ჰქონდა ექსპოზიცია აინფიცირებულთან, ამ ინფექციის გამოსაყენად უნდა ჩაუტარდეს კლინიკური და სეროლოგიური გამოკვლევა, ზემოქმედებიდან რაც შეიძლება სწრაფად. თუ შედეგები ნეგატიურია, მაშინ გამოკვლევები უნდა განმეორდეს 6 კვირის, 3 თვის და 6 თვის ინტერვალით, რომ განისაზღვროს, მოხდა თუ არა ინფექციის გადაცემა (ექსპოზირებულ ადამიანთა უმეტესობას სეროკონვერსია უვითარდებათ ექსპოზიციის შემდეგ დაახლოებით 12 კვირაში).

თითოეულმა საავადმყოფომ უნდა დაიცვას აღნიშნული წესები. მედპერსონალს, რომლებსაც აქვს პირდაპირი კონტაქტი მშობიარესთან ქირურგიული, სამეანო განყოფილების პაციენტებთან, ახალშობილთა, ბავშვთა განყოფილებაში სხვადასხვა პროცედურებთან, უნდა ჩაიცვან გრძელსასელოიანი ხალათი. ჯანდაცვის მუშაკს, რომელიც იღებს მშობიარობას ან მონაწილეობს მშობიარობის პროცესში, უნდა ეკეთოს ნიღაბი, ეხუროს ქუდი, ეცვას ხელთათმანი, დამცავი სათვალე. თუ ხალათი იქნება დამზადებული წყალგაუმტარი მასალისაგან საკეისრო კვეთის დროს იგი დამატებითი დაცვის გარანტიას იძლევა. როდესაც ეხებით პაციენტს ან ახალშობილს, გამოყენებული უნდა იქნას ხელთათმანები მანამ, სანამ სისხლი და სითხეები მთლიანად არ მოშორდება ახალშობილის კანს. ხელები უნდა იქნას დაბანილი ხელთათმანის გახდისთანავე.

ქუდები და ნიღბები ასევე გამოყენებული უნდა იქნას ისეთი ქირურგიული პროცედურების ჩატარების დროს, როგორცაა ვენების კათეტერიზაცია, ღრუების დრენირება და სხვა. მშობიარობის პროცესში და ყველა იმ ინვაზიური პროცედურების დროს, რომლებიც ხორციელდება სამეანო და ბავშვთა განყოფილებებში გამოყენებული უნდა იქნას სტერილური ხელთათმანები. ერთჯერადი არასტერილური ხელთათმანები შეიძლება გამოყენებულ იქნას იმ პაციენტებში, რომლებიც იზოლირებული არიან ან იმ პროცედურების ჩატარების დროს, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ხელების დაბინძურება.

სამეანო განყოფილებაში მუშაობის პრინციპები

განყოფილებას, სადაც ხდება საკეისრო კვეთა და გუბალური ლიგატურის დადება, უნდა მიექცეს ისეთივე ყურადღება, როგორც საოპერაციოს. ყველა პირი, რომელიც იმყოფება საოპერაციოში უნდა იყოს შესაბამისად ჩაცმული (სუუთა გარეცხილი ტანსაცმელი, სტერილური საოპერაციო ხალათი, ქუდი, ნიღაბი, ხელთათმანები, ბახილები).

თავი შეიკავეთ პაციენტის გაპარსვისაგან, თუ აუცილებელია, იგი უნდა ჩაგარდეს ოპერაციის წინ 2 საათით ადრე. ინტრაუტერინალური კათეტერის ან ემბრიონალური ელექტროდების გამოყენება ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგისათვის ჩადგმული უნდა იყოს სტანდარტული სტერილური ტექნიკის დაცვით. იარაღები და სითხეები, რომლებიც გამოიყენება უნდა იყოს სტერილური. იარაღების და მოწყობილობების გახსნა უნდა მოხდეს უშუალოდ გამოყენების დროს და დაცული უნდა იქნას შესაბამისად მათი სტერილობა. სადაც შესაძლებელია, უმჯობესია გამოყენებული იქნას ერთჯერადი ხმარების იარაღები.

ახალშობილთა განყოფილებაში მუშაობის პრინციპები

ნეონატალურ განყოფილებაში ინვაზიური პროცედურების უსაფრთხო ჩატარებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, განსაკუთრებით ეს ეხება არტერიული და ვენური კათეტერების სწორ მოხმარებას. ინტრავენური კათეტერის გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში. ვენაში სითხის გადასხმის დრო უნდა მკაცრად შეიზღუდოს იმ პერიოდით, რომელიც აუცილებელია გადასხმისათვის; სადაც ეს შესაძლებელია, უმჯობესია ვისმართო ნემსი და არა კათეტერი, თუმცა, კათეტერის ხმარებას გააჩნია გარკვეული ჩვენებები (მაგალითად უსაფრთხოება მკურნალობის დროს ხანგრძლივ პერიოდში, მონიტორინგისათვის საჭირო ხელსაწყოების მიერთების საჭიროება). საზოგადოდ უმჯობესია კათეტერის ხმარება სხეულის ზედა ნაწილში. კათეტერის ჩადგმა უნდა მოხდეს ასეპტიკის წესების დაცვით (ნიღაბის ჩაცმა და სხვა). განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო წინამხრის მიდამოში კათეტერიზაციის დროს. კანის დამუშავება უნდა მოხდეს 70%-იანი სპირტით 30 წამის განმავლობაში, ამასთან ყოველი დამუშავების შემდეგ კანი უნდა გაშრეს. კათეტერის ჩადგმის შემდეგ იგი გულდასმით უნდა დაფიქსირდეს, რათა მოძრაობის დროს არ მოხდეს პუნქციის ადგილის კონტამინირება. პუნქციის უბანი დაიფაროს სტერილური საფენით, რომელიც ყოველდღიურად უნდა შეიცვალოს. კათეტერის ჩადგმის ადგილი უნდა გაისინჯოს

ასეპტიური პირობების დაცვით ყოველდღიურად, ფლებიგის ან ანთების ნიშნების აღმოჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს სითხის გადასხმა, ამოღებული უნდა იქნას კათეტერი და შეიცვალოს პუნქციის ადგილი ასევე კათეტერიც. კათეტერის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს სექტიცემია, ამასთან შესაძლებელია, რომ არ არსებობდეს ადგილობრივი ანთებითი პროცესებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. კათეტერის გამოყენებით სითხის გადასხმის დროს სექტიცემიისათვის დამახასიათებელი ნიშნების (მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, ბოგადი სისუსტე და ა.შ.) გაჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს სისხლის გადასხმა და გამოკელებული იქნას სისხლი ჰემოკულტურაზე. თუ საჭიროება მოითხოვს ახალ ადგილზე ჩადგმული იქნას ახალი კათეტერი, ხოლო გამოყენებული გამოკელებული იქნას მიკრობიოლოგიურად. კათეტერის ჩადგმისას აუცილებელია თარიღის და დროის დაფიქსირება. კათეტერის დაყოვნება სხულში 48 სთ-ზე მეტი ხნით მიზანშეწონილი არ არის. აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ კათეტერის მილი უნდა შეიცვალოს. გადასხმისას გამოყენებული ფლაკონები ან სითხის შემცველი პარკები უნდა შეიცვალოს არაუმეტეს 24 საათის გასვლის შემდეგ. გადასასხმელის სითხის შემცველი ჭურჭელი (ბოთლები, ფლაკონები, პოლიმერული პარკები და სხვა) ხმარების წინ გულდასმით უნდა გაისინჯოს ნალექის, რაიმე ნაწილაკების არარსებობის და ჭურჭლის მთლიანობის დადგენის მიზნით. საპერფუზიო სითხეების შემცველი ჭურჭელი გამოსაყენებლად უნდა მომზადდეს ასეპტიკის წესების სრული დაცვით (უმჯობესია ლამინარული ბოქსის პირობებში).

კათეტერის ამოღება და გადასასხმელი სისტემის მოცილება უნდა ჩაგარდეს ასეპტიკის წესების დაცვით.

ყველა პარენტერალური მკვებავი ხსნარი უნდა იქნას შერეული აფთიაქში ლამინარულ ბოქსში. საავადმყოფოს აფთიაქებმა უნდა დანერგოს სისტემა, რომელიც გარანტიას იძლევა, რომ ახალშობილთა განყოფილებაში მოხდება სტერილური და სუფთა სითხეების მიგანა. სიოხე, რომელიც დანიშნულია და შეიცავს პეპარინს ოთახის ტემპერატურაზე შეიძლება შენახული იქნას 8 საათი. სითხეების ფლაკონებს უნდა ჰქონდეს მომზადების თარიღის წარწერა და გახსნის დრო.

ანტიბიოტიკების გამოყენება მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მიზნით მკაცრად არ არის რეგლამენტირებული, მაგრამ მისი გამოყენების სისშირეზე უნდა დაწესდეს მონიტორინგი.

მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ინფექციური კონტროლის კომიტეტის მიერ. განსაკუთრებით ყურადღება უნდა იყოს გამახვილებული სპეციფიური ანტიბიოტიკების გამოყენების რეჟიმზე. რადგანაც მათმა არასწორმა გამოყენებამ შესაძლებელია შეცვალოს ახალშობილის არსებული ფლორა და ხელი შეუწყოს რემისტენტული შტამების წარმოშობას, რასაც მოსდევს ინფექციების შესაბამისი თერაპიის ჩაგარების გართულება.

იზოლაცია

საიზოლაციო შემზღუდავი ღონისძიებები შეიძლება იყოს ინდივიდუალური ხასიათის (ერთ პაციენტთან მიმართებაში), და კოპორტული (პაციენტთა ჯგუფის მიმართ).

ინდივიდუალურ იზოლაციას ექვემდებარებიან პაციენტები, რომლებიც განყოფილებაში მოხვდნენ სამშობიარო სახლიდან დაბადების მე-4 და მეტ დღეზე, რომელსაც აქვს პოსპიგალური ინფექციის მანიფესტური ფორმა ან გადმოყვანილია არასაიმედო ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის სამშობიარო სახლიდან, პაციენტები, რომლებიც წონით არიან 1 500 გრ-ზე ნაკლები.

კოპორტული იზოლაცია შეიძლება დაენიშნოს პაციენტთა ჯგუფს, რომლებსაც აქვთ გამოსატყეველი ინფექციის ნიშნები, ან გამოეყოთ ერთი და იგივე სახის გამომწვევი ან იმ პაციენტთა ჯგუფს, რომლებიც კონტაქტში იმყოფებოდნენ ეპიდემიოლოგიურად საშიშ შტამთან და არსებობს მათი დასნებოვნების მაღალი ალბათობა.

საიზოლაციო-შემზღუდავი ღონისძიებების დროს დაკული უნდა იყოს შემდეგი პირობები:

- საშუალო სამედიცინო პერსონალის პაციენტთან მიმავრება;
- იარაღები, ინსტრუმენტები (ფონენდოსკოპი, ელექტროაქოსაქაჩი, სამანიპულაციო მაგიდები და სხვა), მომწოდებლობები მათთვის ცალკე უნდა იყოს გამოყოფილი;
- გატარდეს ინფექციის გადაცემის აღმკვეთი ღონისძიებები. პერსონალის უშუალოდ ხელეხებით ინფექციის გადაცემის

აღსაკვეთიად აუცილებელია ხელის დამუშავების ადეკვატური პოლიტიკა და სტერილური ხელთათმანების გამოყენება:

- პაციენტთან ფიზიკური კონტაქტის წინ და შემდეგ აუცილებელია ხელის ჩვეულებრივი საპნით დაბანა;
- ხელის შემშრალება ერთჯერადი ხელსახოცით;
- ხელების ჰიგიენური ანგისეპტიკა აუცილებელია ინვაზიური პროცედურის შესრულების წინ და შემდეგ: ჭრილობის მოვლის დროს, კათეტერის გამოყენების და იმ საგნებთან კონტაქტისას, რომლებიც შეიცავენ სისხლს ან არის მიკრობული კონტამინაციის ალბათობა (ინფიცირებული პაციენტის გასინჯვა, რექტალური გემპერატურის გასინჯვა).

რეკომენდირებულია ანგისეპტიკური პრეპარატების აქტიური კომპონენტები: სპირტი, იოდი ან იოდის პრეპარატები, ქლორპექსილინი, გრიკლოზანი, ქლორქსილენი (ქლორქსილენოლი). ანგისეპტიკური პრეპარატები უნდა ინახებოდეს ადვილად მისაწვდომ ადგილზე.

იმ მანიპულაციების დროს, რომელიც დაკავშირებულია ორგანიზმის შინაგან გარემოსთან (გრაქეობრონქების სანაცია, ვენაში გადასხმები, კათეტერიზაცია და სხვა), უნდა გამოიყენონ მხოლოდ სტერილური ხელთათმანები.

სტერილური ხელთათმანები უნდა იყოს მოთავსებული პაგარა ბიქსებში, ისე რომ ადვილად შეიძლებოდეს მათი ამოღება.

მშობიარობის შემდგომი (პოსტნატალური) ინფექციები

პოსტანატალური ინფექციების უმრავლესობა გამოწვეულია აღმავალი ენდოგენური გზით გავრცელებული ინფექციით. დედისაგან ახალშობილის ინფიცირების რისკი დაბადების შემდეგ იმავე მიკროორგანიზმებით ძალიან მცირეა. აქედან გამომდინარე, ახალშობილი არ საჭიროებს დედისაგან იზოლირებას პოსტანატალური ინფექციების შემთხვევაში. დედებისაგან, რომლებსაც აქვთ A ჯგუფის სტრეპტოკოკით გამოწვეული ინფექციური დაავადება და შესაძლებელია მისი გადაცემა ახალშობილში,

ახალშობილი იმორიებული უნდა იყოს მანამ, სანამ ინფექცია არ ჩაქრება. დედამ, რომელსაც აღენიშნა პოსტანაგალური ცხელება, მაგრამ იგი არ არის გამოწვეული სპეციფიკური გამომწვევით, შეიძლება კვებოს და მოუაროს ახალშობილს.

ბავშვი შეიძლება იყოს დედასთან თუ:

- დედას შეუძლია ბავშვის მოვლა, იყავს პირად ჰიგიენას, გულდასმით იბანს ხელებს და ბავშვს არიდებს დაბინძურებულ ტანსაცმელთან, თეთრეულთან კონტაქტს.

- დედა, რომელსაც აქვს რესპირატორული ინფექცია, გაფრთხილებული უნდა იყოს, რომ შესაძლებელია ინფექციის გადაცემა მოხდეს არა მხოლოდ წვეთოვანი გზით, არამედ ხელებისა და საგნების მეშვეობით. აქედან გამომდინარე, მან მკაცრად უნდა დაიცვას ხელების დაბანის ტექნიკა და შესაბამისად დაბინძურებული ქსოვილები და საგნები (ცხვირსახოცი, კოვზი, ჭიქა), რომლებიც კონტაქტში იყო ინფიცირებულ სეკრეტებთან ან ექსკრეტებთან, მოიშოროს. შესაძლებელია ჩაიყვას ქირურგიული ნიღაბი, რათა შეამციროს წვეთების გადაცემის შანსი.

პაციენტები, რომლებსაც აქვთ აბსცესი, დრენირებული ჭრილობები, უნდა იყვნენ ადექვატურად ჩაცმულნი. თუ არ არის საშუალება ინფიცირებული ან დრენირებული ჭრილობა მთლიანად დაიფაროს, მაშინ პაციენტი უნდა მოთავსდეს ცალკე ოთახში. მასთან კონტაქტის მთელ პერიოდში გამოყენებული უნდა იყოს ხელთათმანები.

ახალშობილთა ინფექციები

ახალშობილებში სხვა ბაქტერიულ ინფექციებთან ერთად სწრაფად ვრცელდება ვირუსული ინფექციები, როგორცაა კოქსსაკივირუსები, ექოვირუსები, სინციტიალური ვირუსები. ამ ინფექციებმა შესაძლებელია სერიოზული გართულებები გამოიწვიოს და ზოგიერთ შემთხვევაში ლეტალური შედეგი მოგვეცეს. ახალშობილები, რომლებმაც გადაიტანეს ვირუსული ინფექცია, კლინიკურად განკურნების შემდეგ შეიძლება დარჩნენ ვირუსმტარებლად და ინფექციის რეზერვუარად. დადასტურებულია, რომ ვირუსები (ენტეროვირუსები, სინციტიალური ვირუსები და სხვა) გადაეცემათ ძირითადად პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტით

პერსონალის ხელების საშუალებით, რომლებიც დაბინძურებულია ვირუსების შემცველი სეკრეგებით, დაბინძურებული საგნებით ან გარემო ზედაპირით. ის ახალშობილები, რომლებსაც აქვთ შესაძლო ან დადასტურებული ინფექცია, გამოყოფენ ვირუსულ აგენტს, რომელიც შეიძლება გავრცელდეს ქაერ-წვეთოვანი გზით, იზოლირებულები უნდა იყვნენ სხვა ახალშობილებისაგან შემდეგი სახით:

- გადაყვანილ იქნენ ბავშვთა განყოფილებაში;
- გადაყვანილ იქნენ დედასთან ერთად;
- გამოყოფილ იქნენ სხვა დანარჩენი ბავშვებისაგან

ინკუბატორის საშუალებით.

ინფექციის აღმოჩენის შემთხვევაში სწრაფად უნდა შეაგყობინონ ინფექციის კონტროლის სპეციალისტს და შესაბამის ჯანდაცვის მუშაკებს, რათა მიღებული იქნეს შესაბამისი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები.

აუცილებელია ახალშობილთა ინკუბატორების გაწმენდა-დეზინფექცია თითოეული ბავშვის ყოფნის შემდეგ. ბავშვი, რომელიც ინკუბატორში დიდი ხნის განმავლობაში იმყოფება, განსაზღვრული პერიოდის შემდეგ საჭიროებს ახალ ინკუბატორში გადაყვანას, ხოლო თვით ინკუბატორი ექვემდებარება გაწმენდა-დეზინფექციას.

ოქსიგენური თერაპიისათვის ინტუბაციური მილი უნდა იყოს ერთჯერადი გამოყენების და სტერილური.

სტეგოსკოპები და სხვა დიაგნოსტიკური საშუალებები ჩაძირული უნდა იყოს იოდოფორმში ან სპირტში გამოყენების წინ.

ახალშობილთა თეთრეული

ის პროცედურები, რაც დაკავშირებულია ახალშობილთა განყოფილებაში თეთრეულის რეცხვასთან, შეფუთვისთან და ადგილზე მიგანასთან მკაცრად უნდა იყოს განსაზღვრული სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალის მიერ.

გარეცხილი თეთრეული გრანსპორგირებული უნდა იყოს დახურული ურიკით ან კონტეინერით. ფიზიოლოგიურ ბაქტერიათა განყოფილებისათვის ან რეანიმაციისათვის სავალდებულო არაა

თეთრეულის აეგოკლავირება. ახალი თეთრეული არ შეიძლება გამოყენებული იყოს გარეცხვის გარეშე.

უმჯობესია ერთჯერადი (ქალაღის) კონცერტების ხმარება. ბამბეულის კონცერტები და ბაემვის გასახვევი სხვა თეთრეული არ უნდა გაირეცხოს ახალშობილთა პალატებში, გამოყენებული თეთრეული უნდა ჩაიდოს მარკირებულ პარკში და გაიგზავნოს სამრეცხაოში.

უმჯობესია ერთჯერადი საფენების გამოყენება, ვიდრე მრავალჯერადი გამოყენების ნაჭრის საფენები. არასტერილური საფენების გამოყენება დაუშვებელია, რადგანაც იგი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ნეონატალური ინფექციების ეპიდემიოლოგიაში.

დაბინძურებული თეთრეულის მოვლა

დაბინძურებული თეთრეულის გაუვნებლობა უნდა იყოს მკაცრად განსაზღვრული პროცედურა.

ჭუჭყიანი თეთრეული ჩაიდება პოლიეთილენის პარკებში ან სპეციალური საფენების ყუთში მაშინვე, როგორც კი მოცილდება ახალშობილს. მისი გარეცხვა არ შეიძლება ახალშობილთა განყოფილებაში. მთელი სამედიცინო პერსონალი უნდა იყოს გაფრთხილებული, რომ ჭუჭყიანი თეთრეულის აღება არ შეიძლება შიშველი ხელებით (აუცილებელია გამოიყენონ ხელთათმანები). ამან შეიძლება გამოიწვიოს ხელების დაბინძურება მიკროორგანიზმებით, რომელიც დაბანვით ძნელად სცილდება და ასეთი ხელებით შესაძლებელია ინფექცია გადაეცეს ახალშობილს.

ჭუჭყიანი თეთრეულის გამოგანა ახალშობილთა განყოფილებიდან უნდა ხდებოდეს ყოველ 8 საათში. ის აღამიანები, რომლებიც აგროვებენ ჭუჭყიან თეთრეულს, არ უნდა შედიოდნენ ახალშობილთა განყოფილებაში. თეთრეული უნდა იყოს ახალშობილთა ოთახის გარეთ.

ჭუჭყიანი თეთრეულის გრანსპორტირება უნდა მოხდეს სპეციალურად განკუთვნილი საგორავით. ინფექციური დაავადების მქონე ავადმყოფთა თეთრეულს უნდა ჩაუტარდეს დეზინფექცია. საფენები და ახალშობილთა თეთრეული უნდა გაირეცხოს სხვა თეთრეულისაგან დამოუკიდებლად.

სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები გამოყენებული უნდა იქნეს იმ თეთრეულის მიმართ, რომელიც არის სისხლით დაბინძურებული. ქლორიანი კირის გამოყენება მიღებულია ყველა მასალის გასაუვნებლად.

რეცხვის ეფექტიანობა არ არის დამოკიდებული წყლის ტემპერატურაზე. 71°ჩ-ზე საჭიროა რეცხვა არანაკლები 25 წთ. 70°ჩ-ზე დაბალ ტემპერატურაზე უნდა გამოვიყენოთ ამ ტემპერატურის შესაფერისი სარეცხი საშუალება. ამ შემთხვევაში მთავარია ქლორშემცველი მათეთრებლის გამოყენება.

გასუფთავება, დეზინფექცია და სტერილიზაცია

ძირითადი ტერმინები

გასუფთავება - მგერის, ჭუჭყის, ორგანული მასალის და სხვა უცხო მასალის მოცილება საპნით და წყლით, დეტერგენტებითა და ფერმენტული პროდუქტებით. გასუფთავება ყოველთვის წინ უსწრებს დეზინფექციას და სტერილიზაციას.

დეკონტამინაცია - დამუშავების ისეთ პროცესი, როდესაც გამოსაყენებელი საგანი თავისუფლდება ინფექციური დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმებისგან.

დეზინფექცია - უმრავლესი პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურება (სპოროვანი ბაქტერიების გარდა). ტერმინი გამოიყენება უსულო საგნების მიმართ, ხოლო ბიოლოგიურ ქსოვილთა შემთხვევაში იყენებენ ტერმინს - „ანტისექტიკა“.

სტერილიზაცია - ყველა ცხოველმყოფელი მიკროორგანიზმის განადგურება.

გასუფთავება - საგნის ზედაპირიდან აცილებს მიკროორგანიზმებს. იგი ყოველთვის წინ უსწრებს დეზინფექციას ან სტერილიზაციის პროცესს. გასუფთავება ხორციელდება წყლით, დეტერგენტებით და მექანიკური ზემოქმედებით. მრავალნაწლიანი ინსტრუმენტები აუცილებლად უნდა დაიშალოს გასუფთავების წინ. გასუფთავება ითვალისწინებს ერთის მხრივ ინსტრუმენტების, მოწყობილობების და, მეორეს მხრივ, გარემო საგნების გასუფთავებას (იაგაკი, ავეჯი და სხვ. ზედაპირები)

ინსტრუმენტების და დანადგარების გასუფთავების ძირითადი ტიპებია:

- დახარისხება
- დასველება
- რეცხვა
- გაულება
- გაშრობა

რეცხვა უმჯობესია ცივი წყლით, რადგან ცხელი წყალი იწვევს ცილოვანი ნაერთების კოაგულაციას, რაც აძნელებს მათ მოშორებას: რეკომენდირებულია ჯაგრისით რეცხვა გამდინარე წყლის ქვეშ. გარეცხილ საგნებს გადააუღებენ თბილი წყალს და შემდეგ აშრობენ. პერსონალი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ხელთათმენებით. ხელით რეცხვის გარდა, არსებობს მექანიკური სარეცხი აპარატები, რაც უფრო ეფექტურია.

დეტერგენტების შერჩევა

დეტერგენტების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს დეტერგენტის აქტიუობა სხვადასხვა ნივთების მიმართ, ნივთების მწარმოებლის რეკომენდაციები და წყლის სიხისტის მაჩვენებელი.

გარემო საგნების გასუფთავება

ძირითადი ყურადღება მიმართული უნდა იყოს იაგაკის

სისუფთავის დაცვისადმი და შემდეგ კედლების ზედაპირის ვიზუალური სისუფთავისაკენ: მისაღები თბილი წყლით და ლეტერგენებით სუფთავდება. გამონაკლის შემთხვევაში გამოიყენება ლეზინფექცია (სისხლით, ჩირქით და სხვა დაბინძურების შემთხვევაში). აკრძალულია იაგაკის მშრალი ღაცვა, დასუფთავება.

დეზინფექცია

ნახშირი საგნების და ქირურგიული ინსტრუმენტების დეზინფექცია.

განასხვავებენ სამი სახის დეზინფექციას:

- მაღალი ღონის (ღრმა) დეზინფექცია, როცა ნადგურდება ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, გუბერკულოზის მიკობაქტერიები, სოკოები, ლიპიდური და არალიპიდური ვირუსები. იგი არ არის ეფექტური ბაქტერიული სპორების უმეტესობის მიმართ:

- საშუალო ღონის დეზინფექცია, როდესაც ნადგურდება ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, სოკოების, გუბერკულოზის მიკობაქტერიების და ვირუსების უმეტესობა. არ არის ეფექტური ბაქტერიული სპორების მიმართ.

- დაბალი ღონის დეზინფექცია, როდესაც ნადგურდებიან ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, ზოგიერთი სოკოები და ვირუსები. დაბალი ღონის დეზინფექცია არაეფექტურია გამძლე ბაქტერიების მიმართ, როგორცაა გუბერკულოზის მიკობაქტერიები და სპოროვანი ბაქტერიები.

დეზინფექტანტების ეფექტურობაზე მოქმედი ფაქტორებია:

- დეზინფექტანტების კონცენტრაცია (რაც მეტია მით ძლიერია), მაგრამ აქ ჩნდება საღიზინფექციო საგნების დაზიანების რისკიც:

- მიკრობის კონცენტრაცია და გიპი;
- წინასწარი გასუფთავების ხარისხი (ჭუჭყი „იყავს“ მიკრობებს და ასუსტებს დეზინფექტანტების მოქმედებას);

- ზედაპირზე დარჩენილი ლეტერგენტი ურთიერთქმედებაში შედის დეზინფექტანტთან, ამიტომ მნიშვნელოვანია და აუცილებელი საგნის გაელება წყალში ლეტერგენტის გამოყენების შემდეგ;

- სადებინფექციო ზედაპირთან დებინფექტანტის მოქმედების სანგრძლივობა;

- გარემოს ქიმიური და ფიზიკური ფაქტორები (წყალში ხსნადი კალციუმისა და მაგნიუმის კონცენტრაცია ანეიტრალებს ბოვიერთი დებინფექტანტის მოქმედებას. ჩვეულებრივ, მაღალი ტემპერატურა აჩქარებს დებინფექციას). მიკროორგანიზმების მდგრადობა დებინფექტანტის მიმართ დაღმავალი რიგით შეიძლება წარმოკადგინოთ შემდეგნაირად: ბაქტერიული სპორები, მიკობაქტერიები, არალიპიდური ანუ მცირე ვირუსები, სოკოები, ვეგეტატივაში მყოფი ბაქტერიები, ლიპიდური ანუ საშუალო ზომის ვირუსები (მაგ.: აივ-ინფექცია, HBV).

დეზინფექციის ძირითადი მეთოდები და დეზინფექტანტები

- ქიმიური დებინფექცია
- სპირტები (ეთილის და იზოპროპილის);
- ჰალოგენშემცველები (ქლორაქტიური და იოდოფორები);
- ფენოლის პრეპარატები;
- ამონიუმის შენაერთები;
- ალდეჰიდები (გლუტარის ალდეჰიდი და ფორმალდეჰიდი);
- წყალბადის გეჟანგი და სხე.

მიკრობთა სპორების მიმართ ქიმიური დებინფექტანტებიდან აქტიურია წყალბადის გეჟანგი და ფორმალდეჰიდი.

ფიზიკური დეზინფექცია

- პასტერიზაცია (100⁰ჩ-მდე გაცხელებული წყალი)
- ულტრაიისფერი დასხივება

ანტისეპტიკები:

- სპირტი 60⁰-90⁰ (ეთილის, იზოპრილის), არაა ნაჩვენები ლორწოვანზე გამოყენებისათვის.
- ქლორპექსიდინის გლუკონატი და ტეტრაციკლინი სხვადასხვა კონცენტრაციის.
- ქლორპექსიდინის გლუკონატი (4% ხსნარი)

- პარაქლორმეგაქსიდინი ან ქლორქსილენოლი (სხვადასხვა სიძლიერის)
- პექსაქლოროფინი (3%)
- იოდის (1–3%) ნაყენი და ლუგოლის ხსნარი (არაა ნაჩვენები ლორწოვანზე გამოყენებისათვის)
- იოდოფორმი (სხვადასხვა სიძლიერის)

ნახშიარი საგნების და ქირურგიული ინსტრუმენტების სტერილიზაცია

სტერილიზაციის ძირითადი მეთოდები:

- თერმული (ორთქლით, მშრალ – ცხელი ჰაერით);
- ქიმიური (გაზით – ოქსიდეთილენი, ხსნარებით – გლიუტარალდეჰიდი, ლიზოლიგი და სხვა);
- „ცივი“ მეთოდი (რადიაციული, პლაზმური და სხვა)

მაღალი წნევის ორთქლით სტერილიზაციის რეჟიმი:

- 121°C – 30 წუთი; წნევა 1 ატმ.
 - 133°C – 15-20 წუთი; 3-4 წუთი - გრავიტაციული ავტოკლავით; წნევა 2 ატმ.
- ხელსაყრელია უმეგესი ინსტრუმენტების სტერილიზებისათვის.

მშრალი ცხელი ჰაერით სტერილიზაცია და მისი რეჟიმი:

- 171°C – 60 წუთი
- 160°C – 120 წუთი
- 149°C – 150 წუთი
- 141°C – 180 წუთი
- 121°C – 12 საათი

ეს მეთოდი ხელსაყრელია ფხვნილების, მინის, უწყლო ზეთების სტერილიზაციისათვის, ინსტრუმენტებისათვის, რომლებიც ნაწილბად არ იშლებიან. არ იწვევს კოროზიულ ეფექტს.

სტერილიზაციის ხარისხზე კონტროლი

ორთქლით სტერილიზაციის დროს აფიქსირებენ სტერილიზაციის ხანგრძლივობას, ტემპერატურას, წნევას. კონტროლისათვის გამოყენებულია ქიმიური ინდიკატორები: იმპრეგნირებული ქაღალდის ბოლები, რომლებიც იცელიან ფერს, აგრეთვე გრანულები სინჯარებში (ყოველდღიური კონტროლისათვის) და ბიოინდიკატორები ბაქტერიული სპორებით (*Bacillus Stearothermophilus*). ამ უკანასკნელს იყენებენ ყოველკვირეული კონტროლისათვის.

მშრალი სტერილიზაციის კონტროლისათვის იყენებენ მექანიკურ ინდიკატორებს (თითოეული ციკლის პარამეტრის ჩანაწერები) და თივის ჩხირის სპორებს (*Bacillus subtilis*) – ყოველკვირეულად.

გინეკოლოგიური მაგიდის გაუვნებელყოფა და გასუფთავება

გაუვნებელყოფა უნდა მოხდეს ქლორის 0,5% -იანი ხსნარით გაწმენდით. გასუფთავება ხდება სარეცხი ფხვნილით და წყლით იმისათვის, რომ გასუფთავდეს ორგანული ნარჩენებისაგან, რომელიც რჩება გაუვნებელყოფის შემდეგ.

გენიტალური დათვალიერებისა და მინიაბორტებისათვის საჭირო იარაღების დამუშავება

გაუვნებელყოფა - გარეცხვამდე ჩაალებთ ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში (მაშინვე გარეცხეთ და გააველეთ), შემდეგ გარეცხეთ სარეცხი ფხვნილით და წყლით, სპეციალური ჯავრისის დახმარებით, შემდეგ გააველეთ სუფთა წყლით. თუ უნდა გაასტერილოთ, გააშრეთ პაერზე.

მაღალი დონის დეზინფექცია - აღუღეთ 20 წუთი სპეციალურ ხუვიან სტერილიზატორში (დრო დაინიშნეთ) აღუღების შემდეგ ყველა ინსტრუმენტი უნდა იყოს დაფარული წყლით. ჭურჭელში არ შეიძლება დაემატოს წყალი და ინსტრუმენტი აღუღების შემდეგ.

სტერილიზაცია:

- მშრალი ჰაერით სტერილიზაცია ხდება 1 საათის განმავლობაში მას შემდეგ, რაც ტემპერატურა მიაღწევს 170^oჩ. გამოიყენება მხოლოდ ლითონისა და მინის ინსტრუმენტებისათვის.
- ავტოკლავეში სტერილიზაცია ხდება 121^oჩ, და 1.06 ატმ. წნეის ქვეშ 20 წუთის განმავლობაში თუ შეფუთული არაა. შეფუთული ნაკრების სტერილიზაცია იგივე რეჟიმით მიმდინარეობს 30 წუთი.

ნარჩენების უტილიზაცია და გაუვნებლყოფა

მანიკულაციის დამთავრების შემდეგ ხელთათმანების გახდამდე დაინფიცირებული საგნები (დოლბანდი, ბამბა და სხვა ნარჩენები) უნდა გადაიყაროს ემალირებულ ჯამში და დაესხას ქლორის 0,5% -იანი ხსნარი, ექსპოზიცია 10 წუთი, შემდეგ გექნიკურმა პერსონალმა უნდა ჩაიცივას რეზინის ხელთათმანი მოათავსოს ნარჩენი პოლიეთილენის პარკში და ჩააგდოს ნაგვის ბუნკერში.

გამოყენებული ლითონის იარაღები მთლიანად მოთავსებული უნდა იქნეს პლასტმასის ჭურჭელში ქლორის 0,5% -იან ხსნარში 10 წუთის განმავლობაში (გარეცხვამდე ასეთი ჩალბობა კლავს უმეტეს მიკროორგანიზმებს, მათ შორის ჰეპატიტი B და HIV). ქირურგიული ტილოების გაუვნებლყოფაც ხდება ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში ჩალბობით.

მუშაობის დამთავრების შემდეგ ყველა ზედაპირი (საოპერაციო მაგიდა, მაგიდა ინსტრუმენტებისათვის, ქირურგიული ლამპა და სხვა), რომელიც შეიძლება იყოს დაბინძურებული სისხლით და ლორწოთი, უნდა დამუშავდეს ქლორის 0,5% -იანი ხსნარით.

თუ გამოყენებული იყო ერთჯერადი ხელთათმანი, ის გახდილი უნდა იქნეს გადმობრუნებით და ჩაგდებულ იქნეს ნარჩენებისათვის განკუთვნილ ემალირებულ თასში; თუ გამოყენებული იყო მრავალჯერადი ხმარების ხელთათმანი, თავდაპირველად ორივე ხელი ჩაყავით ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში, შემდეგ კი ფრთხილად გაიხადეთ და ჩაალბეთ ქლორიან ხსნარში.

ინსტრუმენტები შემდეგ დამუშავებამდე უნდა გაირეცხოს და გაივლოს. ქირურგიული ტილოებიც უნდა გაირეცხოს წყალში სარეცხი საშუალებებით, შემდეგ კი გაშრეს მანქანაში ან ჰაერზე.

მრავალჯერადი გამოყენების ხელთათმანების დამუშავება

ერთჯერადი და პლასტიკური ხელთათმანების გაუვნებელოება ხდება ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში 10 წთ ჩალბობით, შემდეგ ავლებენ ცივ წყალში და ამოწმებენ სომ არ არის დაზიანებული. თუ არ არის აშრობენ შიგნიდან და გარედან (ჰაერით ან ხელსაწმენდით).

ხელთათმანების გაუვნებელოება და რეცხვა

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანი თუ დასერილია სისხლით, სპერმით და სხეულის სხვა ბიოლოგიური სითხით უნდა ჩაეაღბოთ ხელიდან მოხსნამდე ქლორის 0,5% ხსნარში (ან რომელიმე დეზინფექტანტში).

გაიხადეთ ხელთათმანი გადმობრუნებით და ჩააღბეთ 10 წუთი ქლორის 0,5% ხსნარში, შემდგომ დამუშავებამდე იმისათვის, რომ განადგურდეს ჰეპატიტი B ვირუსი და HIV). გარეცხეთ ხელთათმანი საპნიან წყალში (ასუფთავეთ როგორც შიდა, ასევე გარე მუცხაპირს). შემდეგ ირეცხება სუთთა წყალში, სანამ საპონი მთლიანად არ მოშორდება. შემდეგ ამოწმებთ ხელთათმანს პერფორაციაზე ჩაბერვით და წყლის ჭავლით.

მაღალი ღონის დეზინფექცია-სტერილიზაციამდე ვაშრობთ ხელთათმანს ორივე მხრიდან (სველი ხელთათმანი დიდი ხნის განმავლობაში ახდენს წყლის აბსორბირებას და წებოვანი ხდება).

მშრალი ორთქლით გასტერილებული ხელთათმანი უნდა შეიფუთოს სტერილიზაციამდე, მაღალი ღონის დეზინფექციისას კი დეზინფექციის შემდეგ.

სამჯერადი დამუშავების შემდეგ ხელთათმანი უნდა გადააგლოთ, რადგან ამ დროს უკვე შეიძლება გაჩნდეს თვალით უხილავი დაზიანებული უბნები.

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანების მაღალი ღონის დეზინფექცია

გაუვნებელოფილი და გასუფთავებული ხელთათმანები მოთავსებული უნდა იყოს პლასტიკურ ან ნეილონის ბადისებურ

გომარაში, ჩადებულ უნდა იქნეს სიმძიმე, რათა ხელთათმანები წყლით დაიფაროს. დაეახუროთ კონტეინერს ხუფი და მივიყვანოთ სრულ დუღილამდე (თუ არ არის ასეთი გემპერაგურა, ორთქლი არ წარმოიქმნება წყლის ბედაპირზე და არ იქნება საკმარისი ყველა მიკროორგანიზმის გასანადგურებლად). შემდეგ ოდნავ დაწიეთ გემპერაგურა და შეინარჩუნეთ მუდმივი დუღილი. დაინიშნეთ დრო (დროის დანიშვნის შემდეგ სასტიკად აკრძალულია წყლის ან რაიმე საგნის ჩამატება). გამოხარშეთ 20 წუთის განმავლობაში დუღილის დაწყებიდან. დემინფიცირებული პინცეგით ამოიღეთ ბადე – გომარა შიგთავსით. დუღილის შემდეგ არ შეიძლება საგნების წყალში დატოვება. წყლიდან ამოღებული გომარა დაწრიგეთ წყლისაგან და ჩამოკიდეთ გასაშრობად ისეთ ადგილზე, სადაც მგვერი არ მოხედება.

მაღალ დონეზე დემინფიცირებული ხელთათმანის ჩაცმის შემდეგ ჩადეთ გომარა მშრალ ღრმად დემინფიცირებულ კონტეინერში. გომრის გახსნის შემდეგ ამოიღეთ ხელთათმანი. გადმოაბრუნეთ და ხელახლა ჩადეთ გომარაში. ეს ეტაპი აჩქარებს ხელთათმანის გაშრობას შიგნიდან და გარედან.

მაღალ დონეზე დემინფიცირებული პინცეგის გამოყენებით ან დემინფიცირებული ხელთათმანის ჩაცმის შემდეგ გახსენით გომარა და ამოიღეთ ხელთათმანები და ჩააწყვეთ დემინფიცირებულ კონტეინერში წყვილ – წყვილად, მკლავები ისე გადაკეცეთ, რათა ჩასაცმელად ადვილი იყოს.

ღრმად დემინფიცირებული ხელთათმანები არ საჭიროებენ ქალაღში შეფუთვას, ისინი უნდა ინახებოდეს მაღალ დონეზე დემინფიცირებულ კონტეინერში და ამოღება უნდა მოხდეს მაღალ დონეზე დემინფიცირებული პინცეგით. ამოღებისთანავე უნდა დაიხუროს კონტეინერი. კარგად მოხმარების შემთხვევაში ასე შენახული ხელთათმანი შეიძლება გამოიყენებულ იქნას 1 კვირის განმავლობაში.

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანის სტერილიზაცია

გასუფთავებისა და გარეცხვის შემდეგ ხელთათმანი უნდა მომზადდეს ავტოკლავირებისათვის. ხელთათმანი ისე უნდა ჩაიღოს, რომ სტერილიზაციის შემდეგ მისი ჩაცმა დაინფიცირების რისკის გარეშე იყოს შესაძლებელი. ავტოკლავირების დროს თითოეული

ხელთათმანის შიგნით უნდა ჩაიდოს მარლის საფენი, შემდეგ მოთავსდეს ავტოკლავის ბადისებურ გომარაში. ავტოკლავირება ხდება 121°C, 20 წუთის განმავლობაში 1 ატმ. წნევაზე.

ხელების ჩვეულებრივი დაბანა

ხელების დაბანის დროს მედპერსონალმა უნდა მოიხსნას ბეჭდები და სხვა სამკაულები. წყალი თბილი უნდა იყოს; წყლის ქვეშ ხელები უნდა გეჰიროთ ფრჩხილებით გემოთ, დასველების შემდეგ ხელები გაისაპნეთ სპეციალური ჯაგრისით (ჯაგრისი ინდივიდუალურია, მრავალჯერადი მოხმარების). გასუფთავებული უნდა იყოს სათითაო ფრჩხილი, თითოეული თითი და თითს შორის სიერცეები ირგვლივ მოძრაობით კარგად დაიბანეთ.

- ხელების დაბანა გრძელდება 3 – 5 წუთი. წყლის ჰავლი გადაივლეთ ისე, რომ ხელი თითებით გემოთ გეკაეთო;
- გაიმშრალეთ თითოეული ხელი ცალკე ხელსახოცით (შესაძლოა მრავალჯერადი მოხმარებისათვისაც) და გამოყენებისთანავე ჩააგდეთ მარკირებულ კონტეინერში;
- ხელთათმანის ჩაცმამდე ხელები გიჭირავთ წელს გემოთ, თითებით გემოთ და არ ეხებით არაფერს;
- თუ პროცედურის დროს ან პროცედურამდე რაიმე „ჭუჭყიანს“ შეეხეთ, უნდა გაიმეოროთ ხელის დაბანის ყველა ეტაპი. ონკანი უნდა დაიკეგოს ხელსახოცით;
- ხელსახოცი შეიძლება შეიცვალოს სუფთა ქსოვილის ნაჭრებით 30X30სმ. ინდივიდუალური მოხმარებისათვის, რომლებიც გამოყენების შემდეგ უნდა ჩაიყაროს მარკირებულ კონტეინერებში შემდგომი დამუშავებისათვის;
- საერთო პირსახოცით სარგებლობა დაუშვებელია;
- პერსონალმა არ უნდა გამოიყენოს ბეჭდები და თავი შეიკავოს ფრჩხილებზე ლაქის წასმისაგან. მანიკურის პროცედურებმა შეიძლება მიკროგრაფები გამოიწვიოს, რომლებიც ადვილად ინფიცირდება.

საპნის შერჩევა

საპონი უმჯობესია იყოს თხევადი, ფხენილის სახით ან ერთჯერადი მოხმარებისა, პაგარა ნაჭრების სახით;

- საუკეთესოა თხევადი საპონი ერთჯერადი გამოყენების ღობაგორებში.

- მრავალჯერადი სმარების ნაწილობრივ სავესე ღობაგორებში თხევადი საპნის ჩამატება არ შეიძლება. ის ჯერ უნდა დაიყალბოს, გაირეცხოს, გაშრეს და მხოლოდ შემდეგ შეიყვანოს.

- თუ მაინც ვიყენებთ საპნის ნაჭრებს სასაპნე ისეთი უნდა იყოს, რომელზეც საპნის ნაჭერი გაშრება შემდგომ გამოყენებამდე.

ხელების ქირურგიული დეზინფექცია (ანტისეპტიკა)

ხელების დამუშავებისათვის გამოიყენება გამჟონები, ხელსახოცი, ღრუბლები და ა.შ.

ხელების დამუშავება გრძელდება 5 წუთამდე და მოიცავს ხელებს, ასევე მჯავებსა და წინამხრებს.

ქირურგიული ანტისეპტიკის ტექნიკა

- ხელების დაბანა უკეთესია წყლითა და თხევადი საპნით;
- უმჯობესია საპნის ისეთი ღობაგორებისა და სან-გეჟნიკური მოწყობილების გამოყენება, რომლებიც ხელის მტევნის გამოყენების გარეშე „იმართებიან“.

- ჯავრისის გამოყენება აუცილებელი არ არის. თუ მაინც ვიყენებთ, უნდა იყოს სტერილური, რბილი, ერთჯერადი გამოყენების ან გამძლე ავტოკლავირებისადმი.

- დაბანის შემდეგ ხელები გულმოდგინედ უნდა გაიმშრალეთ ხელსახოცით.

- ანტისეპტიკის გამოყენება სველ კანზე ამცირებს მის კონსეკრაციას და ახანგრძლივებს გაშრობის დროს.

- თუ ქირურგი ხელთათმანებს სველ ხელებზე იცვამს, აჩქარებს „ხელთათმანების წვენის“ წარმოქმნას, რომელიც ხელს უწყობს ბაქტერიების ზრდას;

- საჭიროა მშრალი ხელის კანში ორჯერადად (ზოგჯერ სამჯერადად) 5 – 5 მლ. სპირგოვანი ანგისეპტიკის შეზღვევა გამრობამდე;

- გამშრალ ხელებზე დაუყოვნებლივ უნდა ჩაიცივთ სტერილური ხელთათმანები;

- ანგისეპტიკური პრეპარატების რეკომენდირებული აქტიური ინგრედიენტები: სპირტები, იოდი და იოდის პრეპარატები, ქლორპექსილინი, გრიკლოზანი, ქლორქსილენი (ქლორქსილენოლი).

კანისა და ლორწოვანის დამუშავების წესი

- არ გაპარსოთ კანი საოპერაციო არეში. გაპარსვა ზრდის დაინფიცირების რისკს, რადგან მიკროორგანიზმები ქმნიან იდეალურ გარემოს მიკროორგანიზმების ზრდისათვის. თუ აუცილებელია, შეკრიჭეთ თმა კანთან ახლოს უშუალოდ ოპერაციის წინ (თუ მაინცდამაინც აუცილებელია, გაპარსვა უნდა მოხდეს 2 საათით ადრე ან უშუალოდ ნახევარი საათით ადრე ერთჯერადი საპარსი მოწყობილობის გამოყენებით).

- ჰკითხეთ პაციენტს ალერგიულ რეაქციებზე, ვიდრე შეარჩევდეთ ანგისეპტიკურ ხსნარს.

- გამოსხატული დაბინძურებისას გულმოდგინედ დაბანეთ კანი ან გარეთა სასქესო ორგანოები წყლით და საპნით ანგისეპტიკით დამუშავებამდე.

- კანი დაამუშავეთ ანგისეპტიკში დასველებული ბამბით სტერილური პინცეტის საშუალებით. იმოდრავით ცენტრიდან პერიფერიისკენ ირგვლივ მოძრაობებით 2 წუთის განმავლობაში. ცერევიკალური და ვაგინალური დამუშავებისათვის მინილაპარაკომის ან საშვილოსნოს შიგნით სარკის ჩადგმისა და ამოღების დროს ისარგებლეთ ანგისეპტიკის წყალზე დამზადებული ხსნარით (იოდოფორმი ან ქლორპექსილინის გლეკონაგი).

- სარკის ჩადგმის შემდეგ დაამუშავეთ ანგისეპტიკით ჯერ საშვილოსნოს ყელი (2 – 3 ჯერ), შემდეგ საშო. თუ გარეთა სასქესო ორგანოები სუფთაა, არაა აუცილებელი მისი დამუშავება. თუ ძლიერ ჭუჭყიანია, პაციენტი უნდა ჩაიბანოს წყლითა და საპნით.

¹ CDC - დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (აშშ)

თავი XXV

სტიქიური უბედურებების, ეპოლოგიური კატასტროფების და სხვა საბანგებო მდგომარეობების დროს სამედიცინო სამსახურების ოპერატიული ქმედებების ძირითადი პრინციპები

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ოპერატიულ ღონისძიებათა რეალიზება

საგანგებო მდგომარეობის დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების დაგეგმვის ძირითადი რგოლი არის სამედიცინო დაწესებულებები. მათ ბაზაზე იქმნება ექსტრემალური სამედიცინო დახმარების დროებითი სამსახური, რომელიც კატასტროფების დროს ახორციელებს სამკურნალო-საევაკუაციო ღონისძიებებს.

ღონისძიებათა დაგეგმვის დროს მუსტად უნდა იყოს განსამდგერული ჯანდაცვის ობიექტების ექსტრემალური სიტუაციებისათვის მზადყოფნის მდგომარეობა, სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონალურ განყოფილებებზე გადაპროფილირების და საგანგებო რეჟიმში მუშაობის შესაძლებლობები, სათანადო ფინანსური უზრუნველყოფით შემუშავებული გეგმისა და სიტუაციური ცვლილებების გათვალისწინებით. დაზარალებულთა მიღება-დახარისხება განთავსება, და სამედიცინო მომსახურების მოცულობა განისაზღვრება წინასწარ შემუშავებული სქემისა და კატასტროფის მასშტაბების მიხედვით. თითოეული სამედიცინო დაწესებულება მოქმედებს საგანგებო მდგომარეობის დადგომის დროს ასამოქმედებელი და ოპერატიული გეგმის მიხედვით, არსებული რეზერვების (მ.შ. მედიკამენტოზური საშუალებები) და ხელშეუხებელი მარაგის გამოყენებით.

ეპიდემიოლოგიური სამსახურის სამუშაოთა მოცულობა

- ეპიდემიოლოგიური სამსახურის ღონისძიებათა დაგეგმვა-რეალიზაცია. (ე.წ. ლეგენდის შედგენა)
- ეპიდემიოლოგიური კეთილსაიმედოობის უზრუნველყოფა სტიქიური უბედურების მონაში მოსახლეობის დროებითი განთავსების ადგილებში და დაზარალებულთა სამედიცინო ევაკუაციის ეტაპებზე.

ძირითადი მონაცემები გვემის შემუშავებისათვის

- კატასტროფის მონაში შესაძლო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის პროგნოზირება;
- პროგნოზირებული ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის პირობებში, ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე მოქმედი სამედიცინო დაწესებულების დახასიათება და მისი შესაძლებლობების ანალიზი;
- ლაბორატორიული დაწესებულების (სამედიცინო, ვეტერინარული, საუწყებო) დახასიათება და მისი შესაძლებლობების ანალიზი;
- იმ ობიექტების დახასიათება, რომლებიც წარმოადგენენ სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გართულების პოტენციურ საშიშრობას მიწისძვრების და სხვა სტიქიური უბედურებების თუ კატასტროფების (საგანგებო სიგუაციების აღმოცენების) დროს. (კვების მრეწველობა, წყალმომარაგება, საკანალიზაციო ქსელი და სხვა).
- სპეციალიზებული დაწესებულებების შესახებ ინფორმაცია. სადაც განთავსებულია ბიოლოგიური აგენტები და სხვა.

**სტიქიური უბედურებების, ეკოლოგიური
კატასტროფების
და სხვა საგანგებო მდგომარეობის დროს
გასატარებელი ეპიდსაწინააღმდეგო
ღონისძიებათა ნუსხა**

I რიგის ღონისძიებები

- მოსახლეობის დროული ევაკუაცია სტიქიური უბედურების ზონიდან და სათანადო სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა;
- ღროებითი განთავსების აღვილზე სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა გატარება;
- სტიქიური უბედურების ზონაში ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები გატარება;
- ცენტრალიზებული და ლოკალური წყლის მოძარაგების სისტემების და საკანალიზაციო ქსელის მდგომარეობის შეფასება და მოსალოდნელი ეპიდემიოლოგიური საფრთხის პროგნოზირება. ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობის ობიექტების დამიანების სირისხის და ეპიდემიოლოგიური საფრთხის შეფასება;
- უბედურების ზონის ეპიდემიოლოგიური შეფასება და შესაძლო კონტამინაციის საზღვრების დადგენა;
- საჭიროების შემთხვევაში შემზღუდავი ღონისძიებების გამოცხადება და სათანადო ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება;
- მოსახლეობის იმუნიზების საჭიროების და შესაძლებლობების განხილვა და ღონისძიებათა ოპერატიული განხორციელება.

II რიგის ღონისძიებები

- რეგიონის მოსახლეობის დახასიათება, პროგნოზირებული სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის პირობებში აღმოცენებად ინფექციურ დაავადებებისადმი მიძღვებლობის ანალიზი;
- რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასება, დამატებითი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარების მაკროალურ-ტექნიკური და ფინანსური შესაძლებლობების დახასიათება.

სამედიცინო მომარაგების დაწესებულებები

ამ დაწესებულებების ქმედებების ძირითად მიზანს საგანგებო სიტუაციების დროს წარმოადგენს:

- მზადყოფნა მოცემული დაეალების შესასრულებლად.
- სამედიცინო დანიშნულების საშუალებების რაციონალური განაწილების და გამოყენების პირობების შექმნა.

ორგანიზაციულ-საშემსრულებლო უზრუნველყოფა

ინფექციური დაავადების მასობრივი გავრცელების, მოსახლეობის მოწამელის თავიდან აცილების და კატასტროფების შედეგების დროული ლიკვიდაციის მიზნით, ორგანიზაციების და მოსახლეობის ქმედებების ოპერატიული მართვისა და კოორდინაციის უზრუნველსაყოფად,

- ადგილობრივი აღმასრულებელი ორგანოების მიერ იქმნება საგანგებო ეპიდსაწინააღმდეგო კომისია;
- ყალიბდება მოძრავი ეპიდსაწინააღმდეგო ფორმირება, რომელიც იმუშავებს კატასტროფის ბონაში ოპერატიულ ღონისძიებათა გეგმის მიხედვით (სიტუაციური ცვლილებების გათვალისწინებით).

ზ მიწისძვრების სამედიცინო შედეგების პროგნოზირება

მიწისძვრა ეს არის პოტენციური ენერჯის უეცარი განთავისუფლება, დედამიწაში მათი ვერტიკალური და ჰორიზონტალური შერევის სახით. მიწისძვრის დროს გამონთავისუფლება უდიდესი ენერჯია, რომელმაც გარკვეულ წილად შეიძლება გადააჭარბოს ბირთვული საბრძოლო მასალის აფეთქებას.

მიწისძვრის ძალა იზომება 1935 წელს ამერიკელი ინჟინრის რიხტერის მიერ მოწოდებული შკალით 2-დან 9 ბალამდე. ადაშიანი შეივრძნობს მიწისძვრას, 2 ბალიდან.

დედამიწის ზედაპირის მონაკვეთს, განთავსებულს მიწისძვრის ცენტრზე უწილებენ მიწისძვრის ეპიცენტრს.

ძალის მიხედვით მიწისძვრები იყოფა: 1. სუსტი 2-5 ბალამდე, 2. საშუალო 5-7 ბალამდე, 3. ძლიერი 7-8 ბალი და 4. კატასტროფული

8-9 ბალი. სხვადასხვა სიძლიერის მიწისძვრები იწვევს სხვადასხვა ცვლილებებს მიწის ზედაპირზე: ნაპრალები, მიწის ქერქის გარღვევა, მთიანი მასივების რღვევა და ჩამოწოლა. ზღვის სიღრმეში მიწისძვრების დროს, წარმოიქმნება გაღლა რამოდენიმე ათეული მეტრის სიმაღლის – ცუნამი. ქალაქებში მიწისძვრა იწვევს შენობებისა და ნაგებობების, გრანსპორტისა და სხვა კომუნიკაციების სხვადასხვა ხარისხის დაზიანებას რაც დამოკიდებულია მიწისძვრის სიძლიერეზე, ნაგებობების სიმკაცრეზე. დაზიანების ხარისხი დამოკიდებულია მიწისძვრის კერის სიღრმეზე, მანძილზე ეპიცენტრიდან დასახლებულ პუნქტამდე, ადგილის რელიეფზე.

კავკასია სეისმურად საშიში რაიონია. სამსახურის შექმნის შემდეგ ხდება დაკვირვება და რეგისტრაცია გასულ საუკუნეში მომხდარი სხვადასხვა ძალის მიწისძვრების, რომელიც იწვევდა შენობების ნგრევას, ხალხის დაღუპვასა და გრავემბს.

დღემდე კაცობრიობამ ვერ შეძლო მიწისძვრების ზუსტი პროგნოზირება. არსებული მეთოდები გარკვეულ წილად დაახლოებით განსაზღვრავენ მიწისძვრის მოსალოდნელ ვადებს, მაგრამ ამ პროგნოზის სიზუსტე საეჭვოა. მოსალოდნელი მიწისძვრების სამედიცინო შედეგების თავიდან აცილების მიზნით ღიდი მნიშვნელობა ენიჭება პროგნოზირებას სეისმური რეგიონის გათვალისწინებით და ამ მიმართულებით სამედიცინო ღონისძიებების დაგეგმვას, რომლებიც განაპირობებს მოსახლეობაზე მიწისძვრის დამაზიანებელი მოქმედების შემცირებას.

მიწისძვრის დროს შესაძლო მდგომარეობის პროგნოზირების ძირითადი მიზნები მდგომარეობს შემდეგში:

- პირველ რიგში მიწისძვრის კერაში განისაზღვროს მოსალოდნელი დანაკარგები.
- მეორე. განისაზღვროს ჯანდაცვის აუცილებელი ძალები და საშუალებები მიწისძვრის შედეგების ლიკვიდაციისათვის და ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გართულების თავიდან აცილებისათვის კაგასგროფის კერაში.

ამ საკითხების გადაწყვეტისათვის ჯანდაცვის სისტემის ობიექტების ხელმძღვანელებმა უნდა შეისწავლონ: ქალაქების და დასახლებული პუნქტების შენების ხასიათი, იცოდნენ ძირითადად რა მასალათ. სიმყარის როგორი კოეფიციენტით არის აშენებული შენობები და როგორი ძალის მიწისძვრაზეა გათვლილი და როგორი

ხარისხით შეიძლება მოხდეს შენობა-ნაგებობების ნგრევა. როგორია მოსახლეობის სიმჭიდროვე ქალაქსა და სოფელში; მოსახლეობის უზრუნველყოფის მდგომარეობა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებით და სამედიცინო კადრებით; სამედიცინო დაწესებულების მდგრადობის საკითხი; სამედიცინო მასალებით, სისხლის და მისი პრეპარატებით, საგრანსპორტო საშუალებებით უზრუნველყოფის მდგომარეობა და დაზარალებულების ევაკუაციის შესაძლებლობები. გარდა ამისა უნდა იცოდნენ ავადობის მდგომარეობა მოსახლეობაში და ადგილობრივი თავისებურებანი, ავადობა ცხოველებში, მღრღნელებში. ეპიზოტიკის კერების არსებობა, ე. ი. ნომო-გეოგრაფია და ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია სამოქმედო არეალში. გასათვალისწინებელია მრეწველობის და სოფლის მეურნეობის საწარმოები, ფეთქებად-აალებადი, ქიმიური, რადიოაქტიურად საშიში ობიექტები, აუცილებლად გათვალისწინებული უნდა იქნეს მათი გავლენა მიწისძვრის შედეგად ნგრევის შემთხვევაში მოსახლეობის დანაკარგების სტრუქტურაზე და რაოდენობაზე. გარდა ამისა, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის პროგნოზირებისათვის განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა წყალმომარაგების და საკანალიზაციო სისტემების მდგომარეობას, ქლორის მარაგს და სხვ.

იმისათვის, რომ განისაზღვროს სანიტარიული დანაკარგების სიდიდე და სტრუქტურა, აუცილებელია გვექონდეს მონაცემები: შენობა ნაგებობების დაზიანების ხარისხზე, მათი სეისმომედეგობის და მოსახლეობის სიმჭიდროვის გათვალისწინებით. რაიონში, ქალაქში ფეთქებად-საშიში, ქიმიური და რადიოაქტიურად საშიში ობიექტების არსებობაზე; მიწისძვრის შესაძლო სიძლიერეზე, წინა მიწისძვრების მონაცემებზე დაყრდნობით. გათვლების წარმოებისას შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ამსაბაღში (1948) და სომხეთში (1988) წლებში მომხდარი მიწისძვრების ანალიზის შედეგად მიღებული მონაცემები. ორივე შემთხვევაში მიწისძვრის კერაში შეიძლება გამოიყოს რამოდენიმე ზონა შენობის დაზიანების ხასიათის მიხედვით: სუსტი დაზიანების ზონა კერის პერიფერიისაკენ, საშუალო და ძლიერი დაზიანებები ეპიცენტრთან ახლოს და სრული დაზიანებები ეპიცენტრის კერაში. საერთო დანაკარგების ანალიზზე დაყრდნობით, რომლებიც შედგება სანიტარიული და შეუქცევადი დანაკარგებისაგან. ამ მიწისძვრების დროს სუსტი დაზიანების ზონაში საერთო დანაკარგები შეადგენენ 15-დან-20%-მდე, აქედან სანიტარიული 96-98%, შეუქცევადი-2%. სანიტარიულ დანაკარგებში

უმეტესად გვხვდება დაზიანებები, შუშით დაჭრა, ლულოვანი ძვლების მოგეხილობები. ძირითადად დაზარალებულებს ესაჭიროება ამბულატორიული მკურნალობა. სტაციონარში მკურნალობას საჭიროებს სანიტარული დანაკარგების არა უმეტეს 5%. ადამიანები იღუპება ყველაზე ხშირად არასწორი მოქცევის და სომატური დაავადებების გამწვავების (ძირითადად გულ-სისხლძარღვთა, ჰიპერტონული კრიზი, ინფარქტები ხანშიშესულ ადამიანებში და ენდოკრინული დაავადებების გამწვავება, ფსიქიური აშლილობები) შედეგად.

საშუალო დაზიანების ზონაში საერთო დანაკარგები შეადგენს 20-25%-ს აქედან სანიტარული- 85-90%, შეუქცევადი- 10-15%. დაზარალებულებში ჭარბობს მოგეხილობები ლულოვანი ძვლების, თავის ქალის, ხერხემლის ძვლების მოგეხილობები, კიდურებზე გეწოლა ე.წ. "კრამ-სინდრომი" (გეწოლის სინდრომი). ჭრილობები სხვადასხვა საგნებით (ძირითადად სამენი მასალების ნატეხებით და შუშით). სანიტარულ დანაკარგებს შორის 30% საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას. მეორადი კერების აღმოცენების შემთხვევაში ყველა დაზიანებულს ესაჭიროება სტაციონარული მეთვალყურეობა არა უმცირეს 2 დღე-ღამის განმავლობაში.

ბლიერი დაზიანების ზონაში დანაკარგები შეადგენს 25-30%-ს, მათგან სანიტარული 80-85%, შეუქცევადი- 15-20%. დაზარალებულებს აქვთ გედა და ქვედა კიდურების, თავის ქალის ძვლების მოგეხილობები, გეწოლა კიდურებზე და გულმკერდის ძვლის ჭრილობები და დაზიანებები, სომატური დაავადებების გამწვავება, ნაადრევი მშობიარობა. ჰოსპიტალიზაცია ესაჭიროება დაზარალებულების 35%-ზე მეტს.

სრული დაზიანების ზონაში საერთო დანაკარგები შეადგენს დაახლოებით 40%-ს, აქედან სანიტარული 55-60% და შეუქცევადი 40-45%. სანიტარულ დანაკარგებში სტრუქტურა იგივეა როგორც წინა ზონაში, მხოლოდ უფრო მძიმე ხარისხით და ჰოსპიტალიზაცია ესაჭიროება არა უმცირეს 40%-ს დაზარალებულებისა. ყველა ზონაში აღინიშნება მნიშვნელოვანი მაგება ნერვულ-ფსიქიკური დაავადებების. მთლიანობაში ურთიერთმეფარდება შეუქცევადი დანაკარგების სანიტარულ დანაკარგებთან მიწისძვრების დროს შეიძლება იყოს 1:3, 1:4. ამ შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია, სამაშველო სამუშაოების ჩატარება ხორციელდება საკმარისად მაღალ დონეზე. (განხილული მიწისძვრების დროს ეს თანაფარდობა იყო საშუალოდ 1:1,2 ე.ი. დაღუპულების და

დაჭრილების რიცხვი იყო თითქმის თანაბარი, რაც მეტყველებს როგორც სამაშველო სამუშაოების წარმოების, ასევე სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის არა სწორ გათვლებზე.)

განხილული მიწისძვრების დროს სანიგარიული დანაკარგების სტრუქტურაში თავის ქალის და სახის ძელების დაზიანებებმა შეადგინა საშუალოდ 22%, გულმკერდის ძელების მოგეხილობები და გეწოლა 8%, მუცლის დრუს და მენჯის დრუს ორგანოების დაზიანებები, მენჯის ძელების და ხერხემლის დაზიანება 12%; ხანგრძლივი გეწოლის სინდრომი (კრამ-სინდრომი) - 8%, ლულოვანი ძელების, გედა და ქეედა კიდურების მოგეხილობები 30%, დაზიანებები, დრძობა და ჭრილობები 20%. საშუალოდ დამარალბულების 45% ჰქონდა იზოლირებული გრავემები, 30 %-მერწყმული, 20%-ს მრავლობითი და 5%-ს კომბინირებული დაზიანებები. თერაპიული პროფილის დაზიანების მქონე დამარალბულების სტრუქტურა პათოგენეტიკურად დაკავშირებულია გრავემებთან. პათოლოგიის ადრეული ფორმები: ფსიქიკური სიყრუე, შოკი, ფილგვების გრავემული დაზიანებები, გულის, თირკმელების უკმარისობა, ადრეული ინგოქსიკაცია ხანგრძლივი გეწოლის სინდრომთან ერთად, რომელიც შემდეგ იყვლება უფრო მოგვიანებითი ფორმებით: გოქსემია, თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ანემია, შინაგანი ორგანოების მეორადი პათოლოგია, ასთენურ-ნევროზული სინდრომი რომელთა ზრდა მე-15 დღისათვის აღინიშნება. თერაპიულ დაავადებებს შორის რომელიც არ არის დაკავშირებული გრავემებთან სჭარბობს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და იმუნური და ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, ფსიქოსომატური აშლილობები, რომელიც ძირითადად გეხვდება საშუალო და სუსტი დაზიანების ზონაში. (სომხეთის მიწისძვრის დროს 31 ათასი დაზარალბულიდან 12 ათასი (39%) იყო ჰოსპიტალიზირებული, ხოლო ამხაბადში ეს პროცენტი უდრიდა 32-ს სანიგარული დანაკარგების საერთო რიცხვიდან.)

ტამკენგის მიწისძვრის დროს (1966) მწვავე რეაქტიული მდგომარეობები აღენიშნა 14% დამარალბულებისა და გრძელდებოდა დღე-ღამეზე მეტ ხანს. ხოლო 10%-ზე მეტს უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ბავშვებში რომლებიც დაიბადნენ სეკრდლოესკის შემთხვევიდან სამი თვის განმავლობაში (1988) გამოუვლინდათ მაღალი არტერიული წნევა. მაღალი აღგზნებადობა. ქალების პლაცენტაში, რომელთაც იმშობიარეს ცოტა მოგვიანებით, 4-5 თვის შემდეგ გამოუვლინდათ სისხლის

მიმოქცევის დარღვევა, იმუნოლოგიური კომპლექსები, ხოლო მათი ბაქტერიები ჩამორჩებოდნენ წონაში, იყვნენ სუსტები, ავადმყოფობისაკენ მიდრეკილები. აქედან გამომდინარე, ფსიქო-ემოციური სტრესი და მექანიკური გრავემები აღმოჩნდა შესაძლო მიზეზი ორსული ქალების უბედურებისა. ნაადრევი მშობიარობა და აბორტები აღინიშნებოდა სომხეთში მიწისძვრის დროს. ამ მსხვილი მიწისძვრების ანალიზიდან გამომდინარე შესაძლებელია პროგნოზირება დაზარალებულების ჰოსპიტალიზაციისათვის აუცილებელი საწოლების რაოდენობის საშუალოდ 30-დან 40%-მდე მოსალოდნელი სანიტარული დანაკარგებიდან.

მოსალოდნელი გათვლები საჭიროა ოპერაციული პროგნოზირებისათვის კატასტროფების დროს, იმ მიზნით რომ განისაზღვროს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადების აუცილებელი რაოდენობა, ექიმამდელი ბრიგადების, ექიმ-ექთნის ექსტრემალური სამედიცინო დახმარების ბრიგადების, საწოლების გაშლის ჯანდაცვის გადარჩენილ დაწესებულებებში და დამატებითი შეყვანა საველე მოძრავი სამკურნალო დაწესებულებების. ამასთან უნდა გამოვიდეთ იქიდან, რომ საერთო დანაკარგებმა ყველა ზონის მიხედვით შეიძლება შეადგინოს დაახლოებით 36%, მათგან სანიტარიულმა 64.3%. სანიტარული დანაკარგების საშუალოდ 35% შესაძლოა საჭიროებდეს ჰოსპიტალიზაციას.

ჯანდაცვის ობიექტის ხელმძღვანელი შესაძლო მდგომარეობის პროგნოზირებისას მიწისძვრის შემთხვევაში ითვალისწინებს იგივე მონაცემებს: საავადმყოფოს შენების ხასიათი, რამდენი სართულია, მათი სეისმოძვედგობა, ქალაქში მისი განლაგების ადგილი, მიმდებარე ტერიტორიაზე საშიში ობიექტების არსებობა.

მოსახლეობაში სანიტარული დანაკარგების პროგნოზის შემდეგ ჯანდაცვის ორგანოს ხელმძღვანელმა უნდა გათვალოს შესაძლო დანაკარგები მედიცინის მუშაკებს შორის. ამხაბადის და სომხეთის მიწისძვრების ანალიზზე დაყრდნობით შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ საშუალოდ მიწისძვრის ზონაში შრომის უნარს კარგავს 60% სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები, ხოლო დანაკარგები მედიცინის მუშაკებს შორის იქნება ისეთივე როგორც სანიტარული დანაკარგები მოსახლეობას შორის და შეადგენენ 55-60%. ამ პროგნოზიდან გამომდინარე, აუცილებელია მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფის ორგანიზაციის

დაგეგმვისას სეისმურად საშიშ რეგიონებში განხორციელდეს პალატების ფონდის დაგროვება ან სწრაფად აშენებადი კონსტრუქციების, დაწესებულების ნერევის შემთხვევაში ავადმყოფების გადაყვანის მიზნით და დაზარალებულების მისაღებად კატასტროფის კერიდან. ეს გათვლები გარდება სამედიცინო სამსახურის და ყოველი ჯანდაცვის ობიექტის შესაძლებლობების განსაზღვრისათვის სამკურნალო-საევაკუაციო უზრუნველყოფისათვის დაზარალებულების განსაკუთრებული სიტუაციების დროს.

პირველი სამედიცინო, პირველი საექიმო დახმარების ორგანიზაციის დროს მიწისძვრის კერაში სორცილეება წინა საექიმო დახმარების და საექიმო-საექიანო ბრიგადების აუცილებელი რაოდენობის გათვლები, იმის გათვალისწინებით რომ ერთ ბრიგადას შეუძლია სამედიცინო დახმარება დღე-ღამეში გაუწიოს 50 დაზარალებულს.

შემდეგ აუცილებელია სამკურნალო დაწესებულებაში დამხარისხებელი ბრიგადების რაოდენობის პროგნოზირება. იქიდან გამომდინარე რომ ერთი დაზარალებულის დახარისხებაზე იხარჯება 7-8 წუთამდე. მისი რეგისტრაციიდან დაწყებული და დამხარისხებელი დასკვნის განსაზღვრით, ადგილზე მკურნალობით თუ შემდგომი ევაკუაციით სპეციალიზირებულ განყოფილებაში ან ცენტრში. ბრიგადების რაოდენობა უდრის დაზარალებულების რიცხვის ნამრავლს ერთი ბრიგადის მიერ დახარისხებაზე დახარჯულ დროზე და გაყოფილს დამხარისხებელი ბრიგადის სამუშაო დროზე დღე-ღამეში. ამ პრინციპით ხდება აგრეთვე ქირურგიული ბრიგადების გათვლა, მხოლოდ ყოველი პროფილის დაზარალებულის გათვალისწინებით გამრავლებული დროზე, რომელიც იხარჯება მოცემული დაზიანების პროფილის მქონე ავადმყოფის ოპერაციებზე და გაყოფილი ქირურგიული ბრიგადის მუშაობის დროზე დღე-ღამეში. საშუალო დრო ერთ ოპერაციულ ჩარევაზე სომხეთის მიწისძვრის გამოცდილების გათვალისწინებით სხვადასხვა სახის დაზიანებისას მერყეობდა 1,30-2,30სთ-მდე. გარდა ამისა სხვადასხვა პროფილით დაზიანებულების შესაძლო რაოდენობიდან გამომდინარე აუცილებელია საჭირო ექსტრემალური სამედიცინო დახმარების ბრიგადის რიცხვის პროგნოზირება. საშუალოდ სპეციალიზირებული ექსტრემალური სამედიცინო დახმარების ბრიგადა დღე-ღამეში აღმოუჩენს სპეციალიზირებულ სამედიცინო დახმარებას 10-მდე დაზარალებულს.

ეპიდემიური სიტუაციის პროგნოზი რეგიონში დაფუძნებულია ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის შესწავლაზე რაიონში, ოლქში, ქვეყანაში. ეპიდემიოლოგიური ანალიზი ტარდება გასულ წლებზე და მასზე დაყრდნობით კეთდება პროგნოზი მომავალზე.

ინფექციური დაავადებებით ავადობის შესწავლისას განისაზღვრება მისი სტრუქტურა და დონე ნობოლოგიური პროფილით იმისათვის, რომ განისაზღვროს მიწისძვრის დროს რას შეიძლება შეხვდნენ ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გართულების შემთხვევაში.

ასევე ტარდება ანალიზი ავადობის მრავალწლიანი დინამიკის, მისი გენდენციის განსაზღვრის მიზნით, ადარებენ საანალიზო წლის ავადობის მაჩვენებელს საშუალო მრავალწლიან მაჩვენებელს, ავადობის მიმემების გამოვლინებით. ეს ტარდება იმ მიზნით რომ მოხდეს პროგნოზირება ყველაზე მეტად შესაძლო რიგი დაავადებების გამწვავებისა (განსაკუთრებით ნერეულ-ფსიქიკური, ენდოკრინული და გულ-სისხლძარღვთა) ექსტრემალურ სიტუაციებში. განსაკუთრებული ყურადღება ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის პროგნოზირებისას ექცევა იმ დაწესებულებების მდგომარეობის შესწავლას, რომლებიც წარმოადგენენ საშიშროებას გარემოსათვის. ეს დაწესებულებები, ავარიის შემთხვევაში ქმნიან რთულ ეკოლოგიურ სიტუაციას რაიონში, ასევე შესაძლოა გახდნენ მიზეზი მოსახლეობაში დამატებით დაავადებების აღმოცენებისა (მოწამვლები, სხივური დაავადებები). წყალმომარაგებისა და კანალიზაციის სისტემების დაზიანებისას იზრდება შესაძლებლობა დამატებით ინფექციური დაავადებების აღმოცენებისა.

სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის პროგნოზირება დასახლებულ პუნქტებში, ქალაქებში და ჯანდაცვის ობიექტებში განისაზღვრება წყალმომარაგების, კანალიზაციის, მოსახლების განთავსების, დასახლებული პუნქტების კეთილმოწყობის, გზების და სხვა მდგომარეობის შეფასებით. იგი აუცილებელია იმ სიტუაციების პროგნოზისათვის, რომელიც შეიძლება აღმოცენდეს მიწისძვრის შედეგად.

ზ წყალდიდობების სამედიცინო შედეგების პროგნოზირება

მიწისძვრებისა და სხვა მიზეზების: თოვლის სწრაფი დნობის, ხანგრძლივი წვიმებისას - შესაძლოა წარმოიქმნას წყალდიდობა. სანაპიროს დანგრევისას წყალდიდობა იწყება უეცრად კაგასტროფული დაგბორვის ფართო ზონების წარმოქმნით, დინების გალღის სახით, რომელსაც დიდი კინეტიკური ენერგია აქვს. თოვლის სწრაფი დნობის და გადაუღებელი წვიმების დროს წყლის დონის აწვეა ხდება თანდათანობით.

წყალდიდობის შედეგად წარმოიქმნება დაგბორვის შესაძლო ზონები: პირველი ზონა კაგასტროფული დაგბორვისა არის სანაპირო. მას გამოყოფენ საზღვრით, რომლის ფარგლებშიც გალღის სიმაღლემ შეიძლება მიაღწიოს 1.5მ-ს, წყლის ნაკადის სისწრაფე კი არის 2.5მ/წმ. ამ ზონის ფარგლებში ხდება დაუცველი ადამიანების მასიური დაკარგვა, შენობების ნგრევა.

მეორეა სწრაფი დინების ზონა, სადაც გალღის სიმაღლე 1-მდეა, წყლის ნაკადის სიჩქარე კი 2მ/წმ-ზე ნაკლები. ამ ზონაში დაუცველი ადამიანების დაკარგვის (დაღუპვის) სიხშირე მცირეა. ინგრევა ისეთი შენობები, რომლებიც აგებულია არამგკიცე მასალით.

მესამე ზონა მდებარეობს შემთხვევის ადგილიდან საკმაოდ მოშორებით და ხასიათდება გალღის სიმაღლით 0.5მ და სიჩქარით 1მ/წმ ნაკლები. ჩვეულებრივ ამ ზონაში ადამიანები არ იღუპებიან და არც შენობები ინგრევა.

ჯანდაცვის ორგანოების ხელმძღვანელებმა და ობიექტების, რომლებიც განლაგებული არიან შესაძლო დატბორვის ზონაში, წინასწარ უნდა მიიღონ ქვეყნის, მხარის, ოლქის სამოქალაქო თავდაცვიდან თავის რაიონში წყალდიდობის პროგნოზული ინფორმაცია.

ეს უკანასკნელი იქმნება ადრე მომხდარი წყალდიდობის ანალიზისა და მოცემულ დროს, მოცემულ რაიონში ჰიდროკვანძების რაოდენობის კონკრეტული სიტუაციის საფუძველზე. მიიღებენ რა წყალდიდობის შემთხვევაზე პროგნოზს ჯანდაცვის ობიექტების ხელმძღვანელები დატბორვის ზონაზე დამოკიდებულებით საზღვრავენ წყლის ტალღისადმი ობიექტების მდგრადობის ამაღლებისა და

ავადმყოფების და პერსონალის დაცვის ორგანიზაციის ღონისძიებებს. დატბორვის პირველ ორ ზონაში აუცილებელია მოსახლეობის და ჯანდაცვის ობიექტების ევაკუაციის დაგეგმვა.

შესაძლო კატასტროფული დატბორვის ზონების გათვალისწინება ასრულებს მნიშვნელოვან როლს ახალი სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მშენებლობის პროგნოზირებაში.

ინფექციის ბუნებრივი კერების სიჭარბისა და მასიური ინფექციური დაავადებების შესაძლო ეპიდაფეთქების დროს

ეპიდემიის წინააღმდეგ წარმატებით ბრძოლის მიზნით, აუცილებელია მოქმედებათა გეგმის (ლეგენდის) ფლობა, რომელიც უნდა ეფუძნებოდეს მისი წარმოშობისა და განვითარების მიზეზების სამართლიან განსაზღვრას. ასეთი ჰიპოთეზების არ არსებობის შემთხვევაში ბრძოლის მეთოდები შეიძლება იყოს დემორგანიზებული ანდა არასწორად ორიენტირებული. შესაძლოა დაირღვეს მათი თანმიმდევრობა და არ არის გამორიცხული მათი ეფექტურობის შეფასებისას სიძნელეების წარმოქმნა.

მხოლოდ, უმნიშვნელოვანესი სიგუაციების დროს, შესაძლო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის პროგნოზირება ან ჰიპოთეზა არის მხოლოდ წინასწარი განსაზღვრა, რომელიც დაფუძნებულია არსებულ ინფორმაციაზე და ის შეიძლება უგულებელყოფილ იქნეს ანდა ნაწილობრივ შეიცვალოს დამატებითი მონაცემების მიღებისა და ანალიზის საფუძველზე. პირველად არსებულ პროგნოზზე შეიძლება საერთოდ არ იქნას მიღებული, თუ კი დადგინდება ინფექციის გადაცემის სხვა ვეზები. ამიგომ სპეციალისტი, რომელიც პასუხისმგებელია ეპიდსაწინააღმდეგო ზომების გატარებაზე, განუწყვეტლივ უნდა ამოწმებდეს სამუშაო პროგნოზს და მზად უნდა იყოს, შეცვალოს სამოქმედო ღონისძიებები ეპიდაფეთქების ხასიათის შეცვლის შესაბამისად.

ეპიდაფეთქების მიზეზების პროგნოზი ფორმულირდება ყველა ხელთიარსებული ინფორმაციის საფუძველზე, ავადმყოფობათა

კლინიკის, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ეპიდემიოლოგიური ნიშნების ხასიათის, გარემოს გამოკვლევის შედეგების და ეკოლოგიური სტატუსის ჩათვლით. გამოცდილ და შორსმჭვრეტელ სპეციალისტებს შეუძლია შეაგროვოს ინფორმაცია ადამიანების მიგრაციაზე, მათი საქმიანობის ცვლილებებზე, უბედურების ზონაში საქონლის შეგანაზე, ეკოლოგიურ და სხვა პირობების ცვლილებებზე. მაგრამ ყურადღების ცენტრში ყოველთვის რჩება კითხვები, რომლებიც ეხება დაავადების დიაგნოსტიკას. თუ კი დიაგნოზი დასმულია საკმარის სიზუსტით, მაშინ შეიძლება განისაზღვროს ინფექციის წყაროს გამოვლენის და მისი გადაცემის გზები. არსებული სიტუაციის პროგნოზირების ფორმირებაში გაკეთდეს შემდეგომ ნაბიჯთა ეპიდემიოლოგიური ანალიზი. ინფექციის წყაროს მოძიების პირველხარისხოვანმა მიზანმა, კაცასტროფის ზონაში წარმოქმნილ ეპიდაფეთქების, შესაძლოა არ მოგვეს დადებითი შედეგები, მაშინ როცა, პირველად ძნელია განისაზღვროს, გადაეცემა თუ არა გამომწვევი ადამიანიდან ადამიანს ანდა არსებობენ თუ არა ინფექციის გადაცემის სხვა გზები, გრძელდება თუ არა გამომწვევის გადაცემა მუდმივად ან დაინფიცირება გამოწვეულია საერთო ფაქტორის მოქმედებით.

ხოლო, ნებისმიერ შემთხვევაში მუშაობის თანმიმდევრობა ერთნაირია, რომელიც მოიცავს შემდეგ ღონისძიებებს:

- დაავადების დაწყების თარიღის ან დროის განსაზღვრას;
- ჯერ კიდევ გაურკვეველი ეტილოგიის დაავადებისათვის, ინკუბაციური პერიოდის დადგენას;
- ინფექციის წყაროს გამოვლენას, რომელთანაც დამყარდა კონტაქტი ინკუბაციური პერიოდის დროს ან არაინფიცირებულ ინფექციურ ავადმყოფთან;
- კონტაქტში მყოფ პირებზე მეთვალყურეობას;
- ინფექციის გავრცელების გზების განსაზღვრას:
 - ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა, რომელიც იწყება ერთი საინდექსო შემთხვევიდან, რომელიც შეიძლება არ გამოვლინდეს.
 - საერთო წყაროდან დაინფიცირება, რომელიც შეიძლება იყოს ინფიცირებული ფეხსახსრიანი, ცხოველი, დაინფიცირებული საკვები პროდუქტი და სამელი წყალი ან გარემოს ობიექტი, ადამიანიდან ადამიანზე ინფექციის შემდგომი გადაცემის გარეშე.
 - საერთო წყაროდან დაინფიცირება, რასაც მოჰყვება ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა (მაგ. მუცლის ტიფის გამომწვევის გადაცემა

ადრე დაინფიცირებული ადამიანებიდან მათ მიერ ერთი წყაროს-წყლის გამოყენებისას).

მეტად საშიშია ინფექციის საერთო წყაროდან დაინფიცირება. სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების შემდეგ მკვეთრად უარესდება საყოფაცხოვრებო პირობები. მოსახლეობას ეცელება საცხოვრებელი ფონდი, ელექტროენერგია, სასმელი წყალი, ირღვევა კანალიზაცია, აბანო-სამრეცხაო დაწესებულებათა მუშაობა, უარესდება კვების ორგანიზაცია, ყოველივე ეს კი ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. ინფექციური და პარაზიტული აგენტის გადაცემა შეიძლება მოხდეს არა მხოლოდ ადამიანიდან, არამედ სხვა საერთო წყაროდან და გამოიწვევს მოკლე დროში დაავადების გავრცელებას.

ეპიდაფეთქების მიზეზის ვარაუდი ასოცირებული იქნება ინფექციის საერთო წყაროსთან კონტაქტის დროსთან. სწორედ ამის განსაზღვრაა პირველ რიგში აუცილებელი. გარდა ამისა ადგენენ ეპიდაფეთქების გამომწვევის გადაცემის გზების თავისებურებებს. დაინფიცირების საერთო წყარო შეიძლება იყოს ფეხსახსრიანები (მწერები), შინაური და გარეული ცხოველები, მღრღნელები, საკვები პროდუქტები და სასმელები, აგრეთვე გარემოს ობიექტები.

ცხოველთა ზოგიერთი დაავადების (ზოონოზების) გამომწვევი შეიძლება ადამიანისთვისაც იყოს პათოგენური. ისინი გადაეცემიან დასნებოვნებული ცხოველიდან პირდაპირი კონტაქტისას ზოგიერთი გადამგანის მიერ, საკვებით, აგრეთვე გარემოს დაბინძურებული ობიექტებიდანაც.

კატასტროფების რაიონში ინფექციის გადაცემის მნიშვნელოვანი ფაქტორია გარემოს ობიექტები.

ეპიდაფეთქების გამომწვევი აგენტის ზუსტი იდენტიფიკაცია მოითხოვს განსაზღვრულ დროს, რაც იწვევს სპეციფიური ზომების გატარების დაყოვნებას (შეფერხებას), რომლებიც მიმართულია აფეთქების სალიკვიდაციოდ. ესენია: რისკის ჯგუფების იზონიზაცია ან მტარებელთა მკურნალობა. შესაბამისად ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაში უპირველესად საჭიროა ინფექციის გადაცემის შეწყვეტა, რამდენადაც ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევისას უკვე მიღებული იქნება გადაცემის შესაძლო გზებზე განსაზღვრული მითითებები.

სხვადასხვა ტიპის აფეთქებების დროს აუცილებლად გასაგარებელი საერთო ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები უმეტესწილად დამოკიდებული იქნება განსაკუთრებულ პირობებში წარმოქმნილ ვითარებაზე. თანამედროვე პროგნოზებისათვის აუცილებელი აღჭურვილობის არ არსებობისას, რომელიმე ინფექციური ნოზოლოგიური ფორმისას შესაძლოა საჭირო გახდეს ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების მოდიფიკაცია. ეს ადვილად გაკეთდება აფეთქების წინააღმდეგ ბრძოლის ძირითადი პრინციპების სწორი გაგების შემთხვევაში.

სტიქიური უბედურებებისა და კატასტროფების ზონაში ეპიდემიოლოგიური კერის ხასიათიდან გამომდინარე, ინფექციური დაავადების კერაში მოსახლეობის სანიტარიული მარალი წარმოიქმნება როგორც მიკრობების ორგანიზმში პაერ-წვეთოვანი გზით მოხვედრით ასევე გამომწვევებით დაბინძურებული წყლის, საკვები პროდუქტების, მწერებისა და ცხოველების საშუალებითაც.

სანიტარიული დანაკარგის ზომები დამოკიდებული იქნება ჯანდაცვის და სხვა უწყებებისა და სამსახურების მიერ მოსახლეობის დასაცავად გატარებულ ღონისძიებათა კომპლექსის დროულობასა და მთლიანობაზე, აგრეთვე გატარებული ეპიდსაწინააღმდეგოდ და პირველ რიგში სადეზინფექციო ღონისძიებების მოცულობასა და თანადროულობაზე.

მათემატიკური მოდელირების გზით გამოთვლილია სანიტარიული დანაკარგის სიდიდე მაღალკონტაგიოზური ინფექციებისას (შავი ჭირის და ნაგურალური ყვავილის მაგალითზე), აეროგენული დაინფიცირების დროს მოსახლეობის ექსტრემალური პროფილაქტიკისა და დაცვის საშუალებებით უზრუნველყოფის პროცენტზე დამოკიდებულებით.

გამოთვლილია სანიტარიული დანაკარგები კონკრეტულად მთელი რიგი სხვა ინფექციებისათვის, კერძოდ, ბუნებრივ კერებში, ექსტრემალურ და სპეციფიური პროფილაქტიკის გატარების დროულობასა და მოცულობაზე დამოკიდებულებით.

სტიქიური უბედურებისა და კატასტროფების რაიონებში მოსახლეობის მარალი შეიძლება გამოთვლილ იქნას შემდეგი ფორმულით:

$$C_n = K \times N \times H \times P \times E \quad \text{სადაც}$$

C_n — მოსახლეობის , ადამიანების სანიტარიული დანაკარგი,

K - დაინფიცირებული მოსახლეობის, კონტაქტირებული ადამიანების რაოდენობა,

N- კონტაგიოზურობის ინდექსი,

H- არასპეციფიური დაცვის კოეფიციენტი,

P- სპეციფიური დაცვის კოეფიციენტი (იმუნური ფენის)

E- ექსტრემალური პროფილაქტიკის კოეფიციენტი (ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკა)

K-ს სიდიდე განისაზღვრება ეპიდკერის დადგენილ ინფექციურ ფორმასთან მიმართებაში. შიღებულია რომ, მაღალკონტაგიოზური ინფექციებისას, კაგასტროფის ზონაში მყოფი მოსახლეობის 50% ექვემდებარება დაინფიცირებას. მცირედ კონტაგიოზური ინფექციებისას ადამიანების დაინფიცირება შეადგენს 10-20%-ს მოსახლეობის საერთო რაოდენობაზე გადაზარალებით. ინფექციის კერაში შესაძლო სანიტარიული დანაკარგის სიდიდებზე გავლენას ახდენს პირველ რიგში მაკრორგანიზმის მდგრადობა და ინფექციის კონტაგიოზურობის ინდექსი.

კონტაგიოზურობის ინდექსი "N"-ეს არის რომელიმე განსაზღვრული გამომწვევით პირველადი დაინფიცირებისას დაავადებისადმი მზადყოფნის რიცხობრივი გამოსახვა. ეს იგი გამოხატავს ადამიანის დაავადების დამაჯერებლობის ხარისხს დაინფიცირების შემდეგ, ინფექციების კონტაგიოზურობის ინდექსი შეადგენს: ყვითელი ცხელებისათვის, ბოტულიზმისათვის, მენინგოკოკური ინფექციისათვის და ბრუცელოზისათვის - 0.2-ს; ტულარემიის, ქუ ცხელების და მუცლის გიფისათვის- 0.5; მელიოიდოზის, ფსიგაკოზის და ქოლერისათვის -0.6; ჰემორაგიული ცხელებისათვის -0.7; ამერიკული ენცეფალომიელიტიისათვის, წითელასათვის -0.95; შავი ჭირის ფილტვისა ფორმისათვის-1; 1-ის გოლი კონტაგიოზურობის ინდექსი აღნიშნავს, დაავადებულთან კონტაქტირებულების 100%-იანი დაავადების ალბათობას. მუცლის გიფის შემთხვევაში, კონტაგიოზურობის ინდექსიდან გამომდინარე, დაავადება მხოლოდ 50%-ში არის მოსალოდნელი. შესაბამისად, დაბინძურების ზონაში ახალი ავადმყოფების რიცხვი გოლია-კონტაქტების რაოდენობა გამრავლებული კონტაგიოზურობის ინდექსზე.

არასპეციფიური დაცვის კოეფიციენტი "H" დამოკიდებულია სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარების დროულობაზე; სასმელი წყლისა და კვების პროდუქტების გამომწვევებით დაბინძურებისაგან დაცვაზე; ჰაერ-წვეთოვანი

ინფექციების დროს ინდივიდუალური საშუალებების გამოყენებაზე და სხვა.

იგი შეიძლება იყოს: მოსახლეობის საუკეთესო სანიტარიულ ეპიდსაწინააღმდეგო მზადყოფნისას - 0.1; კარგი მზადყოფნისას - 0.2; დამაკმაყოფილებელისას - 0.3; არაღამაკმაყოფილებლობისას - 0.6. თუ მოსახლეობა აღმოჩნდა ბიოლოგიურად საშიში ობიექტების ზონაში, მაშინ ნებისმიერ შემთხვევაში კოეფიციენტი " " გოლი იქნება 0.9- 1-ისა.

სპეციფიური დაცვის კოეფიციენტი "P" გულისხმობს სხვადასხვა ექცინების ეფექტურობას, რომლებიც რეკომენდებულია მოცემულ დროს ინფექციური დაავადებების სპეციფიური პროფილაქტიკისათვის.

თუ კი მოცემული ინფექციის მიმართ მოსახლეობა იმუნიზებულია, მაშინ იმუნურობის კოეფიციენტი დაახლოებით შეადგენს: ბოტულიზმის დროს-0.25-ს; ქუ-ცხელების, გულარემიის, ყვავილის, პარტახტიანი გიფის, მენინგოკოკური ინფექციისა და წითელას დროს -0.35; შავი ჭირის, ქოლერის, ციმბირის წყლულის და მუცლის გიფის დროს -0.5; ბრუცელოზის და ყვითელი ცხელებისას- 0.75; მელიოიდოზის, ფსიგაკოზისა და ამერიკული ენცეფალიტის დროს- 0.9-ს. თუ ეპიდაფეთქების გიპი არ არის დადგენილი და თუ არ ჩატარებულა ეპიდკერაში მოსახლეობის იმუნიზაცია, მაშინ იმუნურობის კოეფიციენტი მიახლოებით გოლი იქნება - 0.5-ის.

ექსტრემალური პროფილაქტიკის კოეფიციენტი (ანტიბიოტიკოდამცველობა) "E" შეესაბამება დაავადების გამომწვევისაგან ანტიბიოტიკებით დაცვის მდგომარეობას. ამ კოეფიციენტის მნიშვნელობა: შავი ჭირის, გულარემიის, ქუ-ცხელების, მენინგოკოკური ინფექციისა და ციმბირის წყლულის დროს-0.5; პარტახტიანი გიფისას-0.6; ბრუცელოზის, მელიოიდოზისა და ყვიანახველას დროს-0.75; ქოლერის დროს-0.85; ნატურალური ყვავილის, ბოტულიზმის-1, თუ ექსტრემალური პროფილაქტიკა არ იქნა გატარებული, მაშინ "E" კოეფიციენტი გოლია 1.

როგოც კი პირველადი ინფორმაცია ეპიდაფეთქებაზე სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური დაწესებულების ხელმძღვანელისათვის ცნობილი გახდება, პირველი რაც აუცილებლად უნდა გაკეთდეს ეს არის, ამ ცნობის სარწმუნოების ხარისხის დადგენა და მომსახურების საკუთარ რეგიონში სანიტარიული დანაკარგის გათვლისა და პროგნოზირების არსებული სიტუაციის გაანალიზება.

აფეთქების შესახებ ინფორმაცია პირველად შეიძლება მიღებული იქნას სამედიცინო დაწესებულებებიდან ექსგრემალური შეტყობინების არხებით, კატასტროფის რაიონში ეპიდზედამხედველობის მსვლელობაში ანდა ნაადრევი შეტყობინების სისტემის საშუალებით, აგრეთვე სხვა წყაროებიდანაც (ვეტერინარული სამსახური, ლაბორატორიები ან მასობრივი საინფორმაციო საშუალებების მეშვეობით.) ეპიდემია პირველად შეიძლება ცნობილი გახდეს ხელისუფლების ოფიციალური წარმომადგენლების მიერ ან სხვადასხვა უწყებების წარმომადგენლების მიერ.

პირველადი მონაცემების ანალიზს, როგოც ჩანს, შეუძლია მოგვცეს რომელიმე განსაზღვრულ დაავადებაზე დამაჯერებელი მტკიცებულებები, მიუხედავად ამისა, აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს დიფერენციულ დიაგნოსტიკას და გამოკვლეული იქნას ავადმყოფთა საკმარისი რაოდენობა, მანამ სანამ გაკეთდებოდეს საბოლოო დასკვნა.

ტერორიზმის საფრთხე და მისი პრევენცია

საერთაშორისო ანტიტერორისტული მიდგომები

ტერორიზმი გლობალურ საფრთხეს წარმოადგენს და აქედან გამომდინარე ტერორისტული თავდასხმის საშიშროება ემუქრება ნებისმიერ ქვეყანას.

ტერორიზმის შესაძლო გამოვლინებები

- ◆ ტერორისტული აქტები ჩვეულებრივი საშუალებების გამოყენებით (კონვენციური ტერორიზმი).
- ◆ ტერორისტული აქტები მასობრივი დაზიანების ქიმიური საშუალებების გამოყენებით (ქიმიური ტერორიზმი).
- ◆ ტერორისტული აქტები ადამიანის ჯანმრთელობაზე მომქმედი მაიონიზებელი და არამაიონიზებელი საშუალებების გამოყენებით (რადიოაქტიური ტერორიზმი).
- ◆ ტერორისტული აქტები მასობრივი დაზიანების ბიოლოგიური საშუალებების გამოყენებით (ბიოტერორიზმი).

ბიოტერორიზში არის ტერორისტული მიზნების განსახორციელებლად ბიოლოგიური აგენტების გამოყენება ქვეყანაში დაავადების ან ინტოქსიკაციის გამოსაწვევად. მიზნები და მოტივაცია ასეთ შემთხვევებში შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს, მაგრამ უმთავრესი მიზანია მძიმე ავადმყოფობის (მაღალი ლეტალობით) გავრცელება და ადამიანებს შორის პანიკის დათქისვა.

წინასწარ განჭვრეტა იმისა, თუ როდის და სად შეიძლება ბიოლოგიური და ქიმიური ტერორიზმის აქტს წავეაწყდეთ, შეუძლებელია. ბიოლოგიური ან ქიმიური ტერორიზმის აქტი შეიძლება იყოს აერომოლის სახით ჯილეხის სპორების მოფრქვევა, საკვების კონტამინაცია და სხვა. არ შეიძლება ბიოლოგიური ან ქიმიური ტერორიზმის აქტების განხორციელების შესაძლებლობების იგნორირება, განსაკუთრებით, თუ გავითვალისწინებთ უკანასკნელი ათი წლის მოვლენებს. (ზარინის გამოყენება გოკიოს მეტროში, ბიოაიარალის პროგრამების გამოაშკარაება მთელ რიგ ქვეყნებში და სხვ.).

ბიოლოგიური და ქიმიური ტერორიზმის დამარცხება მოითხოვს ბიოლოგიური და სამედიცინო კვლევების მოწინავე ტექნოლოგიების, უახლესი საინფორმაციო საშუალებების გამოყენებას. მზადყოფნისათვის აგრეთვე საჭიროა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი საქმიანობის გადასინჯვა (მაგ. დაავადებებზე ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის სისტემის მგრძობელობის შეფასება). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პირველადი ჯანდაცვის გაზრდილი მზადყოფნა ამოიცნონ და უპასუხონ ბიოლოგიურ და ქიმიურ ტერორიზმს ხელს შეუწყობს და გააძლიერებს ამ სამსახურების უნარს აწარმოონ ახლად აღმოცენებული ინჟექციური დაავადებების იდენტიფიკაცია და კონტროლი.

ტერორიზმის აქტები ბაქტერიული პათოგენების. მომწამვლელი აირების ან მომაკვდინებელი მცენარეული ტოქსინების (მაგ. რიცინის) გამოყენებით გარდება. რეცეპტები ამგვარი აგენტების "შისაური წესით" დასამზადებლად, სამწუხაროდ, ადვილად მოიპოვება. ისეთი ინჟექციური აგენტები, როგორცაა, მაგალითად, ყვავილის ვირუსი, მაღალი კონტაგიოზობით გამოირჩევა, და ხშირად ფატალურ შედეგს იძლევა. ამგვარი აგენტების მიერ გამოწვეულ დიდ ეპიდემიოლოგიურ რეაგირება მოითხოვს

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, გადაუღებელი სამედიცინო დახმარების და სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო სამსახურის მუშაკების სწრაფ მობილიზაციას. დიდი ეპიდემიოლოგიური აგრესიის მოითხოვს წამლებისა (მათ შორის ანტიბიოტიკების) და ვაქცინების დიდი რაოდენობის შესყიდვასა და გავრცელებას ჯანდაცვის ქსელში, რაც სწრაფად უნდა განხორციელდეს.

მრავალი ცნობილი ინფექციური აგენტი იწვევს დაავადებებს ადამიანებში, ცხოველებსა და მცენარეებში. მაგრამ მათგან მხოლოდ რამოდენიმე გამოდგება ადამიანების წინააღმდეგ გამოსაყენებელი ბიოლოგიური იარაღის წარმოებისათვის. არსებობს ბიოლოგიური იარაღი, რომელიც მხოლოდ ცხოველების ან მცენარეების მიმართ არის ეფექტური.

ბიო- და ქიმიური ტერორიზმის პოტენციურ იდეალურ აგენტს გააჩნია ექვსი ძირითადი მახასიათებელი:

- ◆ იაფია და ადვილად დასამზადებელი.
- ◆ შესაძლებელია მისი აეროზოლიზაცია.
- ◆ გამძლეა მზის შუქის, გამოშრობის და მაღალ ტემპერატურისადმი.
- ◆ მომაკვდინებელ ან დამაინვალიდებელ დაავადებას იწვევს.
- ◆ ადამიანიდან ადამიანს გადაეცემა.
- ◆ არ არსებობს, ან ხელმისაწვდომი არ არის მისი მკურნალობის ან პროფილაქტიკის საშუალებები.

ზემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებლების საფუძველზე შემუშავებულ იქნა ბიოლოგიური ტერორიზმის “საშიშროების აგენტების” სია 3 კატეგორიად.

A კატეგორია

მაღალი პრიორიტეტის აგენტებია. შეიცავენ მიკროორგანიზმებს, რომლებიც:

- ◆ ადვილად გავრცელებადია და ადამიანიდან ადამიანს გადაეცემა
- ◆ მაღალი სიკვდილობა ახასიათებს და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას მოახდენს
- ◆ მოსახლეობაში პანიკას და სოციალურ არეულობას გამოიწვევს
- ◆ საზოგადოების მზადყოფნისათვის სპეციალურ ქმედებებს საჭიროებს

A კატეგორიის აგენტებია: ყვავილი, ჯილეხი, შავი ჭირი, ბოტულიზმის ტოქსინი, ტულარემია, ფილიოვირუსები, ებოლა, მარბურგის დაავადება, არენავირუსები, ლასას ცხელება, ხუნინი

B კატეგორია

მეორე უმაღლესი პრიორიტეტის აგენტები:

- ◆ საკმაოდ ადვილად გავრცელებადია
- ◆ ახასიათებს მომიერი ავადობა და დაბალი სიკვდილობა
- ◆ საჭიროებს სპეციფიურ საშუალებებს დიაგნოსტიკისათვისა და ეპიდზღვლამხედველობისათვის.

B კატეგორიის აგენტებია: Q ცხელება, ბრუცელოზი, ქოთაო, აღფაეირუსები, ეცუალომიელიგები, რიცინის ტოქსინი, CL.perf.-ის ეპსილონ ტოქსინი, სტაფილოკოკის ენგეროტოქსინი და სხვ.

სპეციალურ ჯგუფს შეადგენენ B კატეგორიის აგენტები, რომლებიც საკვებით ან წყლით გადაეცემა: სალმონელოზი, შიგელოზი, ეშერიხიოზი, ქოლერა და სხვ.

C კატეგორია

მესამე უმაღლესი პრიორიტეტის აგენტები. შეიცავს ახლად აღმოცენებულ პათოგენებს, რომლებიც შეიძლება მომავალში მასობრივად გასავრცელებლად გამოდგეს შემდეგი მახასიათებლების გამო:

- ◆ ხელმისაწვდომობა
- ◆ წარმოებისა და გავრცელების სიადვილე
- ◆ მაღალი სიკვდილობის და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაზე დიდი გავლენის მოხდენის პოტენციალი

C კატეგორიის აგენტები მოიცავს შემდეგ პათოგენებს, მაგრამ შესაძლოა სხვებსაც:

- ◆ Nipah ვირუსი, ჰანტავირუსები, ტკიპისმიერი ჰემორაგიული ცხელების ვირუსი, ყვითელი ცხელება, ანტიბიოტიკორეზისტენტული გუბერკულოზი და სხვ.

ბიოლოგიური აგენტის გადასაცემად შესაძლებელია სრულიად მარტივი საგნების გამოყენება, მაგალითად თუკი ჯილეხის სპორებიანი ბოთლი ან პაგარა ფლაკონი სადმე გაგყდება და მშრალი ფხვნილით გარეუ გადმოიყრება, ამას შეიძლება სერიოზული შედეგები მოჰყვეს. უფრო მეტიც შეიძლება ითქვას, რომ ბიოლოგიისა და მედიცინის ფართოდ სწავლებამ გაზარდა იმ მეცნიერთა რიცხვი, რომელთაც უნარი შესწევთ მოახდინონ

პათოგენების კულტივაცია, მრავლად არიან სხვა სფეროებში გაწაფული სპეციალისტებიც – ისინი, ვინც იცის აერობოლების წარმოების ტექნოლოგია, და საკმაოდ იაფად შეუძლიათ დაამზადონ გასაფრქვევი იარაღი. ამ საქმეში ბიოტერორისტების მიერ გამოყენებულმა ტექნოლოგიებმა საკმაო სიმაღლეებს მიაღწია.

ბიოლოგიურმა აგენტმა ადამიანის ორგანიზმში რამოდენიმე გზით შეიძლება შეაღწიოს:

- ◆ აერობოლის სახით ის შეიძლება მოხვდეს ფილტვში (ინჰალაციური გზა)
- ◆ შეიძლება საკვებში ან წყალში იყოს შერეული (ორალური გზა)
- ◆ შეიძლება გაკეთდეს ინექციის სახით (კანქვეშა გზა)
- ◆ შეიძლება მოხდეს მისი აღსორბტვა კანის საშუალებით (კანის გზა)

მზადყოფნა და პრევენცია

ბიოლოგიური და ქიმიური ტერორიზმის მიერ გამოწვეული დაავადებისა და მიანის გამოვლენა, დიაგნოსტიკა და შედეგების შესუსტება მოიცავს მრავალ სხვადასხვაგვარ საქმიანობას და საჭიროებს მრავალი უწყების პარგნიორობას ყველა დონეზე. ამ საქმეში წარმატება მხოლოდ მაშინ მიიღწევა, თუკი საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე თანაბარი მზადყოფნა იქნება.

ბიოლოგიურ და ქიმიურ ტერორიზმზე თანადროული პასუხი მოიცავს ეპიდემიოლოგიურ კვლევას, ტერორისტული აქტის მსხვერპლის მკურნალობასა და დაავადების პროფილაქტიკის და გარემოს დეკონტამინაციის დაწყებას. ტერორისტული აქტის შემთხვევაში ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისი სამსახურები სხვა სამთავრობო სტრუქტურები კოორდინირებულად უნდა მოქმედებდნენ და პირველივე საჭიროებისას უნდა აამუშავეონ საპასუხო საველე ეპიდრაზმები, რომლებიც გამოიკვლევენ აუხსნელ ან საეჭვო დაავადებებს ან უჩვეულო ეტიოლოგიურ აგენტებს და ადგილებზე გაუწევენ კონსულტაციებს დაავადების მართვის, კონტროლის და პროფილაქტიკის საქმეში. შემუშავდება სამობილიზაციო მარაგებში გასათვალისწინებელი პრეპარატების გათვლის მეთოდოკა.

საკომუნიკაციო სისტემები

ბიოლოგიური და ქიმიური ტერორიზმის შედეგების შემცირებისათვის ქვეყნის მზადყოფნა დამოკიდებულია მის მთელ

ტერიტორიაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კარგად გაწრთვნილი პერსონალის არსებობაზე, რომელიც დროულად მიიღებს საჭირო ინფორმაციას.

საზოგადოებისათვის ეფექტური კავშირი მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების და საინფორმაციო სააგენტოების მეშვეობით აგრეთვე აუცილებელია იმისათვის, რომ ტერორისტებმა ვერ შესძლონ მოსახლეობაში პანიკის დათესვა და ცხოვრების ჩვეულებრივი რიგმის მოშლა.

ამისათვის დასაწერგია: საკომუნიკაციო სისტემები, რომელიც ხელს შეუწყობს დაავადებებზე ეპიდემიადამხედველობას; შეტყობინებისა და ინფორმაციის გაცემის ელექტრონული სისტემები იმ დაავადებებისათვის, რომლებსაც შესაძლოა ბიოლოგიურ ტერორიზმთან ჰქონდეთ კავშირი; დიაგნოსტიკის შედეგებისა და ჯანმრთელობის შესახებ სასწრაფო ინფორმაციის გავრცელება; და გადაუდებელი საპასუხო საქმიანობის კოორდინაცია. ამ ქსელითა და სხვა მსგავსი მექანიზმების საშუალებით უნდა ჩატარდეს ბიოტერორიზმის მზადყოფნისათვის მიძღვნილი ტრენინგების ციკლები ეპიდემიოლოგებისა და ლაბორატორიული მუშაკებისათვის, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების თანამშრომლებისათვის და სამამუელო სამსახურებისათვის.

ტერორიზმის პრევენციის საერთაშორისო მიდგომები

ბიოტერორიზმი (ბიოლოგიური თავდასხმა)

- რადგანაც ბიოტერორიზმის მრავალი ფაქტია ცნობილი, შესაძლებელია მის წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებების დაგეგმვა და მართვა.
- მიუხედავად იმისა, რომ ბიოტერორიზმის საფრთხე შედარებით დაბალია, მისი შემოქმედება შეიძლება იყოს სწრაფი და მეტად მნიშვნელოვანი.
- თითოეული წვერი-სახელმწიფოები უნდა იღებდეს მონაწილეობას გლობალური საერთო ქსელის შექმნაში.
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია გადამწყვეტ როლს ასრულებს წვერი-სახელმწიფოების პოლიტიკის ფორმულირების მხარდაჭერაში. (მაგ. ყუაილის საწინააღმდეგო მასობრივი ვაქცინაცია).
- ნატურალურ ყუაილთან დაკავშირებით მრავალი პრობლემა

წამოიჭრა, რომლებიც საჭიროებენ ახსნას და გადაწყვეტას (ვაქცინის მარაგის შეფასება და განაწილება; ვაქცინის შესაბამისი წარმოება; ლიცენზირება და პაციენტების თანხმობა; გვერდითი ეფექტები; ჯანმოს თანხმობა და მისი განცხადება ყვავილის მასობრივ აცრებთან დაკავშირებით).

➤ **ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 52-ე ასამბლეაზე განხილული იქნა ნატურალური ყვავილის კოლექციის განადგურების საკითხი. მსოფლიოში ინახება ორი ოფიციალური კოლექცია (რუსეთი და ამერიკა).**

ქიმიური ტერორიზმი

- გოქსიური ნარჩენები წარმოადგენენ ქიმიური დაბინძურების წყაროს.
- ყველა ქვეყანა ვალდებულია განსაზღვროს მისი ეროვნული, რეგიონალური და ადგილობრივი ინფრასტრუქტურა, რათა ქიმიური ინციდენტის არსებობის შემთხვევისათვის გარანტირებული იყოს მართვისა და მომსახურების შესაბამისი ღონისძიებების მზადყოფნა.
- ჯანდაცვის წამყვან პროფესიონალებს სჭირდებათ შემდგომი განსწავლა ქიმიური დაბინძურების საკითხებთან დაკავშირებით.
- ყველა სახელმწიფომ უნდა იცოდეს თუ როგორ მდგომარეობაში აქვს უსაფრთხოების ტექნიკა და დამცველი განსაცმელი.

ბირთვული ტერორიზმი

- ბირთვული იარაღი არსებობს მრავალ პოლიტიკურად არასტაბილურ ქვეყნებში.
- ბირთვული მასალა ხელმისაწვდომია ნებისმიერი ქვეყნისათვის.
- ძლიერმა რადიოაქტიურმა წყარომ, რომელიც დაკული არ არის, შეიძლება იმოქმედოს ადამიანზე რამოდენიმე ასეული მეტრის მანძილიდან.
- ძლიერ რადიოაქტიურ წყაროს, ფხვნილისებურ მდგომარეობაში, შეუძლია მეტად მწვავე ეფექტების გამოწვევა კონტაქტში მყოფ მოსახლეობაში.
- “ჭუჭყიანი ბომბის” ნარჩენები პოტენციურად აბინძურებენ რამდენიმე კვადრატული კილომეტრის ფართობს.
- უსაფრთხოების დაცვის მკაცრი შემოწმება უნდა იქნას გამოყენებული ბირთვული საწარმოების ყველა თანამშრომლისადმი.

- განსაკუთრებული ყურადღება უნდა იყოს გამახვილებული მაღალი დონის თხევადი ბირთვული ნარჩენების დაცვის ღონისძიებებისადმი.

ინფორმაციული უზრუნველყოფა

- უხვი ინფორმაცია, რომელიც ინტერნეტით არის ხელმისაწვდომი, ხშირად არ არის მუსტი და უსაფუძვლოა.
- სახელმწიფოებმა უნდა აკონტროლონ ჯანდაცვის ორგანოები, რათა საჭიროებისას გარანტირებული იყოს ყველა აუცილებელი მომსახურების ჩართვა და კავშირის სისუფთავე.
- გერორისტული თავდასხმის შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს მოსახლეობის წინასწარი ფსიქოლოგიური და სოციალური მხარდაჭერა.

ჯანმოს რეკომენდაციები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა

- სახელმწიფოებმა უნდა განიხილონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის უნარი და შესაძლებლობები გერორიზმის საწინააღმდეგო ქმედებებისა და შედეგების დროული ლიკვიდაციის უზრუნველყოფისათვის, აგრეთვე მისი განვითარებისათვის საჭირო ინვესტირების საკითხები.

საფრთხის შეფასება

- გერორისტული აქტების განხორციელების საფრთხე და პასუხისმგებლობები სხვადასხვაა ქვეყნების მიხედვით. ამიგომ თითოეულმა წევრმა-სახელმწიფომ საკუთრივ უნდა შეაფასოს გერორისტული თავდასხმის რეალური საფრთხე.

პრევენცია

- სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ უსაფრთხოების ზომები, რათა გარანტირებული იყოს ჯანდაცვის სისტემაში და მრეწველობის სხვა არაბირთვულ ინდუსტრიაში რადიაციული წყაროების გამოყენებისას ადეკვატური დაცვის უზრუნველყოფა.
- ყოველი სახელმწიფო უნდა დარწმუნდეს, რომ არსებობს ადეკვატური ეროვნული საინფორმაციო სისტემა რადიოაქტიური მასალის ყველა წყაროს მოძიებისა და ლოკალიზებისათვის.

- ბირთვული ან რადიაციული ინდუსტრიის ყველა თანამშრომელი უნდა იქნას სათანადოდ შემოწმებული და გრენირებული რადიაციული უსაფრთხოების საკითხებში.

საგანგებო ქმედებების დაგეგმვა

თითოეულმა სახელმწიფომ უნდა

1. განიხილოს საკუთარი ინფრასტრუქტურა გერორისტული აქტების საპასუხო ქმედებების სრულყოფისათვის, რომელიც მოიცავს მართვის და კონტროლის სისტემების მოწესრიგებას, სათანადო მომსახურების უზრუნველყოფას და სხვ.
2. შექმნას კავშირის ისეთი სისტემა, რომელიც მმართველობის ყოველ დონეზე განსაზღვრავს სხვადასხვა განსაკუთრებული ქმედებების აუცილებლობას და პასუხისმგებლობებს.
3. მიიღოს მხედველობაში არასამთავრობო ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, ანტიგერორისტულ ქმედებებში მათი როლისა და ფუნქციონირების სრულყოფისათვის.
4. მიიღოს უსაფრთხოების ზომები, რათა თავიდან აიცილონ ძირითადი მონაცემების და ინფორმაციის დაკარგვა, ინფორმაციული მართვის სისტემებში გერორისტული ხასიათის ჩარევის მცდელობის შემთხვევაში.
5. ჯანდაცვის სამინისტროში უნდა განსაზღვროს პიროვნება, რომელიც დაამყარებს კავშირს საერთაშორისო სააგენტოებთან და სხვა წევრ-სახელმწიფოებთან.

ჯანმოს მიდგომების და რეკომენდაციების გაანალიზებით იკვეთება, რომ განსაკუთრებული სიტუაციების, მათ შორის, ტერორისტული (ბიოტერორიზმი) აქტების სამედიცინო-ექსპედიციონალური და სანიტარული შედეგების სალიკვიდაციო და გამაფრთხილებელი ღონისძიებების უზრუნველყოფას უნდა ჰქონდეს მრავალდონიანი, უწყებათაშორისი და იერარქიული თანადაქვემდებარების ორგანიზაცია.

ანტიტერორისტული ქმედებები გამაგრებული უნდა იყოს

შესაბამისი საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით.

ანტიგერორისგული ორგანო (კომისია) პრაქტიკულად უნდა უზრუნველყოფდეს, გერორისგების მიერ ბიოლოგიური აგენტების შესაძლო გამოყენების შემთხვევაში, მოსახლეობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ფორმირებასა და რეალიზაციას. ანალოგიური კომისიები უნდა შეიქმნას რეგიონულ და ადგილობრივ დონეებზე.

ჯანმრთელობისა და დაცვის სამინისტროს, თავდაცვის, შინაგან საქმეთა, მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროების შემადგენლობაში რეკომენდებულია შეიქმნას მულტიდისციპლინური უწყებათაშორისი მუშა ჯგუფი, რომელიც განიხილავს ბიოგერორისგული აქტებისას მოსახლეობის, ცხოველებისა და მცენარეების დაცვის საერთო ორგანიზაციულ საკითხებს.

გერორისგული აქტების მედიკო-სანიტარიული შედეგების სალიკვიდაციო ღონისძიებები (ექსტრემალური სამედიცინო დახმარება) სასურველია განხორციელდეს სამედიცინო კატასტროფების სამსახურის ფუნქციონირების ფარგლებში. ბიოგერორისგული აქტების შედეგების ლიკვიდაციისას სპეციალური სანიტარიული და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები კი უნდა გატარდეს სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური და სანიტარიული სამსახურების მიერ, მათი კომპეტენციის ფარგლებში.

სახელმწიფოს ვალდებულებები

- სიგუაციის გაანალიზება.
- სწორი გადაწყვეტილებების იდენტიფიცირება.
- მოქმედების გეგმის შემუშავება და კოორდინირება.
- საჭირო რესურსების მოძიება.
- მოქმედების ერთმნიშვნელოვანი მექანიზმის შექმნა და აკუმულირება.

ჯანდაცვის სისტემის როლი

- გერორიზმის შემოქმედების მინიმუმაცია ან აღმკვეთი ღონისძიებების დაგეგმვა.
- შედეგების წინასწარი შეუასება.
- ზედამხედველობის აუცილებელი სისტემების შექმნა.
- გადაუდებელ ღონისძიებათა და საშუალებათა მზადყოფნის უზრუნველყოფა.

ქვეყანამ უნდა გამოთქვას მზადყოფნა წინასწარი გაურთხილებისა და რეაგირების სისტემების ფარგლებში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ევროპის ბიუროს ხელმძღვანელობით, გერორიზმის წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო სისტემაში ინტეგრაციისათვის.

ანტიგერორისგულ კომისიას, დღეს არსებული სახელმწიფო სტრუქტურების შესაბამისად, მიზანშეწონილია ხელმძღვანელობდეს საქართველოს სახელმწიფო მინისტრი, სოლო მის შემადგენლობაში შედიოდნენ: უშიშროების, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, თავდაცვის, შინაგან საქმეთა, სოფლის მეურნეობის მინისტრები და სხვა პირდაპირი შეხების უწყებების წარმომადგენლები.

პირველ რიგში უნდა მოხდეს ბიოტერორიზმის წინააღმდეგ ქმედების მზადყოფნის უზრუნველყოფა, კერძოდ: აფეთქებათა, მათ შორის დაუდგენელი წარმოშობის, ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების შესაძლებლობების სრულყოფა; ლაბორატორიული ბაზის გაძლიერება. სამედიცინო დაწესებულებების მზადყოფნის უზრუნველყოფა; სამედიცინო პერსონალის სათანადო მომზადება და ინფორმაციის გადაცემის სისტემის სრულყოფა.

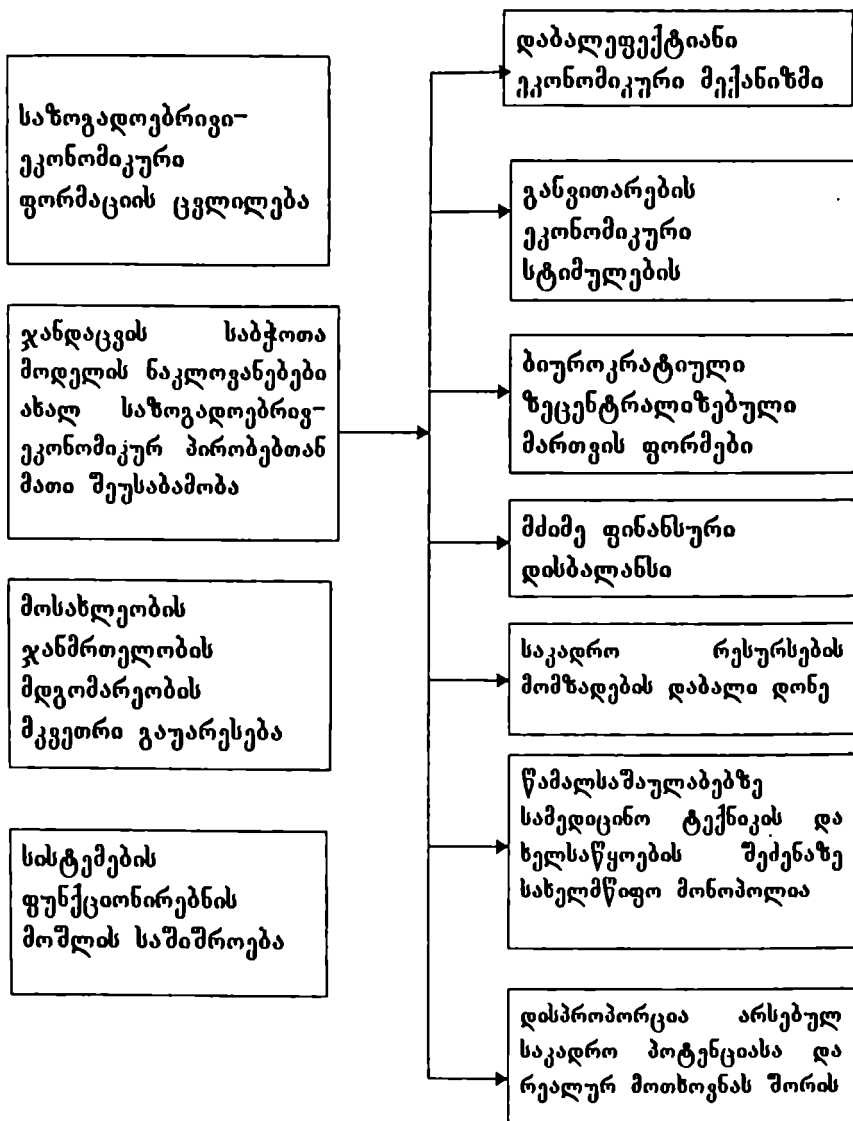
ეპიდემიოლოგიის სრულყოფის პერსპექტივები

- კომუნიკაციური გაცელის ქსელის განვითარება.
- “ადრეული (რიგვარეშე) შეგყობინების სისტემის” სრულყოფა.
- ეპიდემიოლოგიის სისტემის ლაბორატორიული მხარდაჭერის უფიქტურობის გამრდა.
- საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიის სისტემებთან ინტეგრაცია.

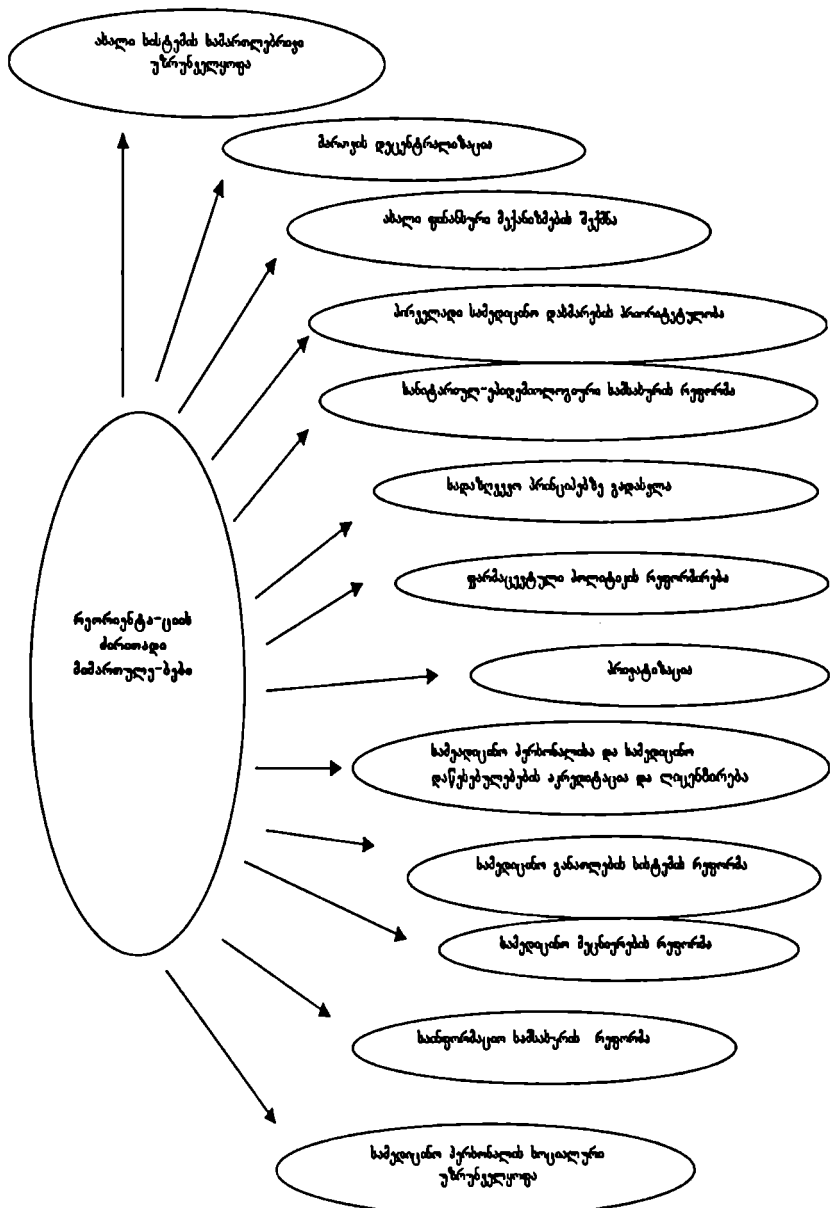
0530 XXVI

ገ ደ ፍ ደ ፍ ጠ 0

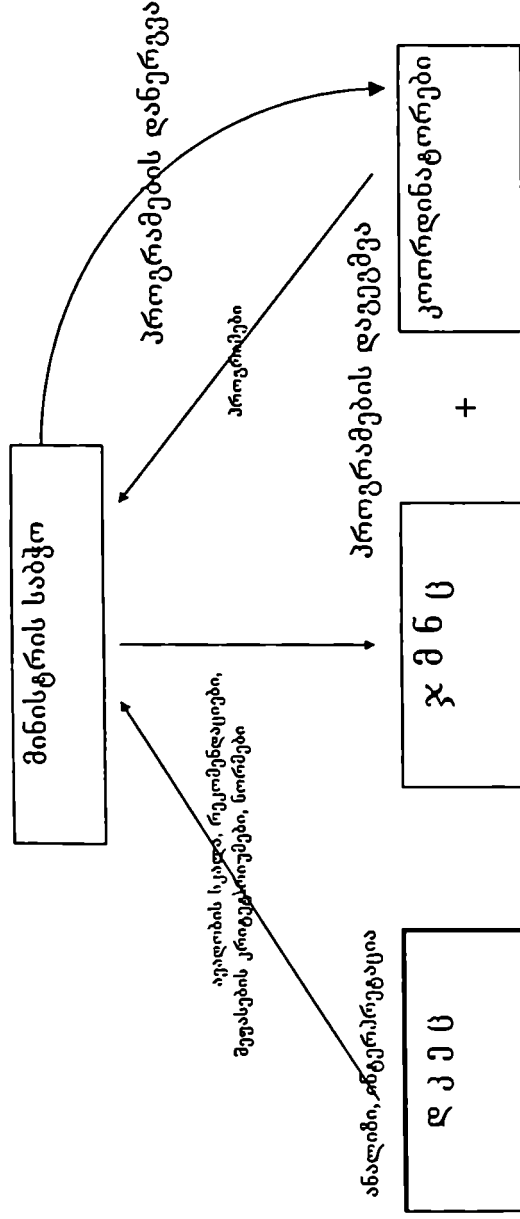
ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობის კრიტერიუმები



საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია



დავალებათა კონტროლის სისტემის მოწყობა

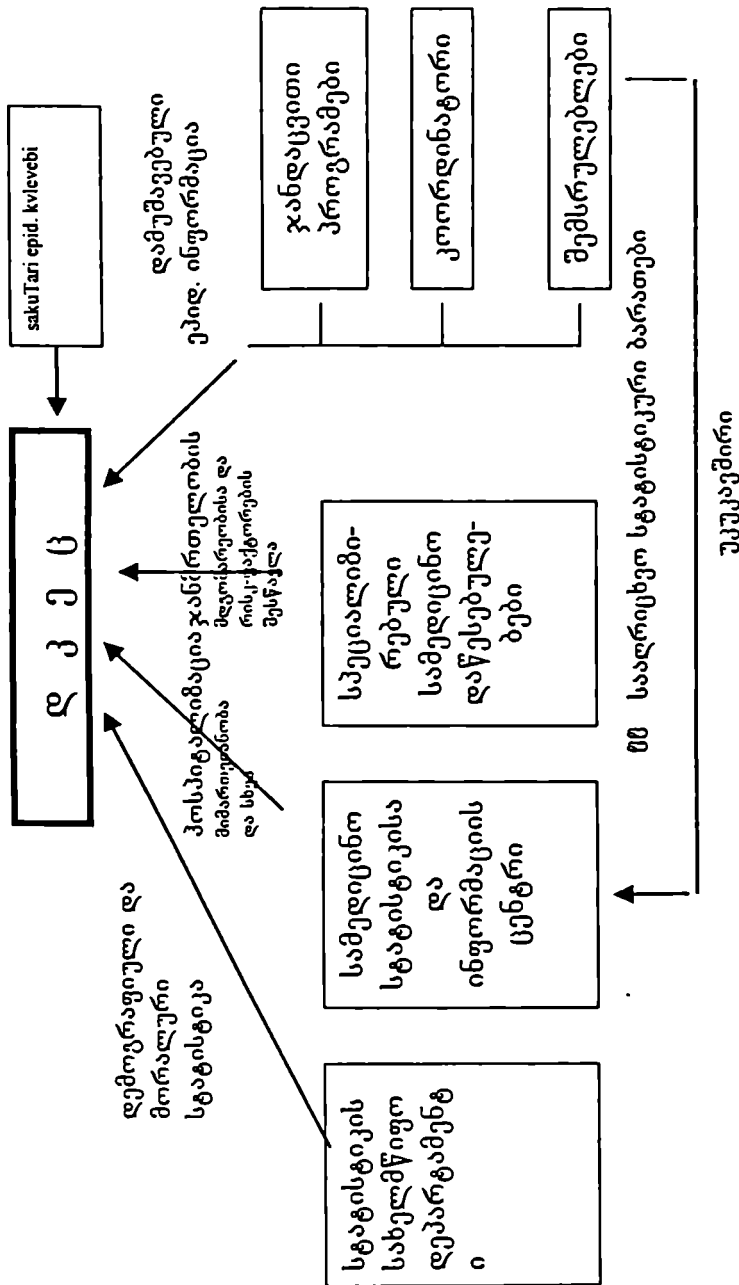


გაურსელება

მონაყემთა შევროება

უკუკემირო

მონაცემთა შეკრება და ინფორმაციის უკუკავშირი



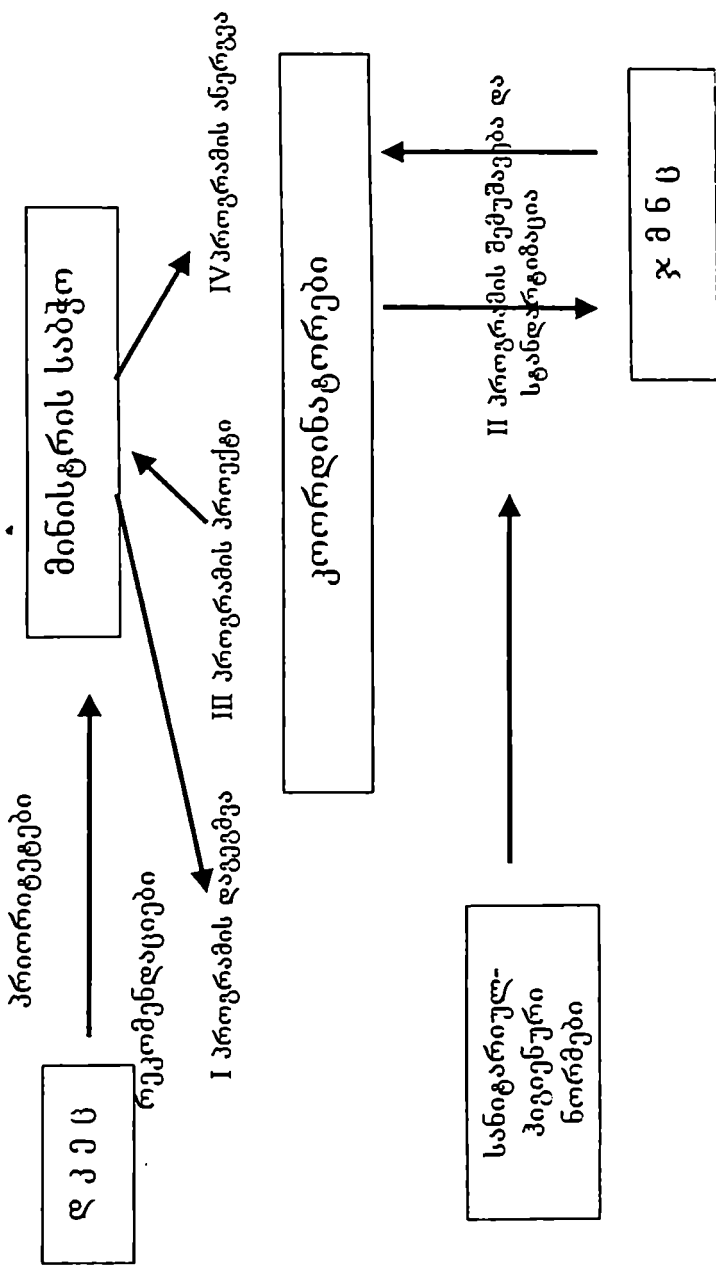
დამუშავებული ეპიდ. ინფორმაცია

პოსტიტალიგრაფიული და ინფორმაციის უკუკავშირების მართვა და სხვა

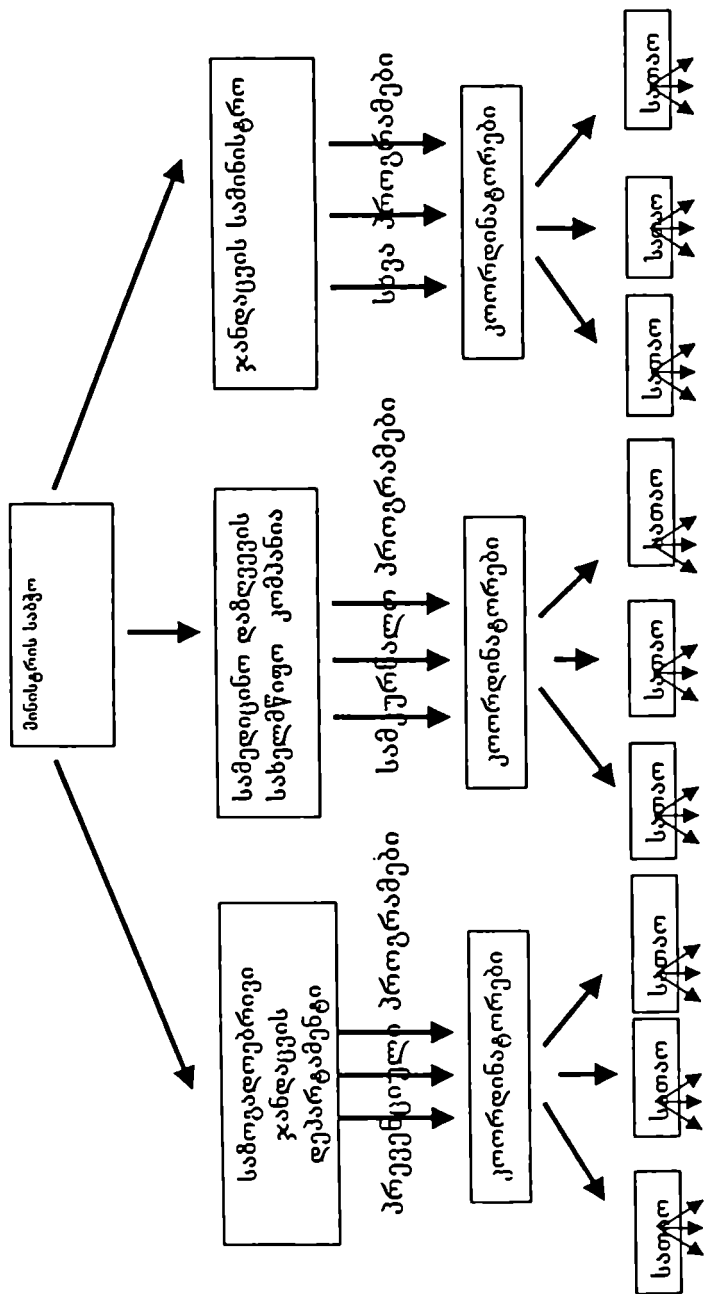
შს სააღრიცხვო სტატისტიკური ბარათები

უკუკავშირი

ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავება

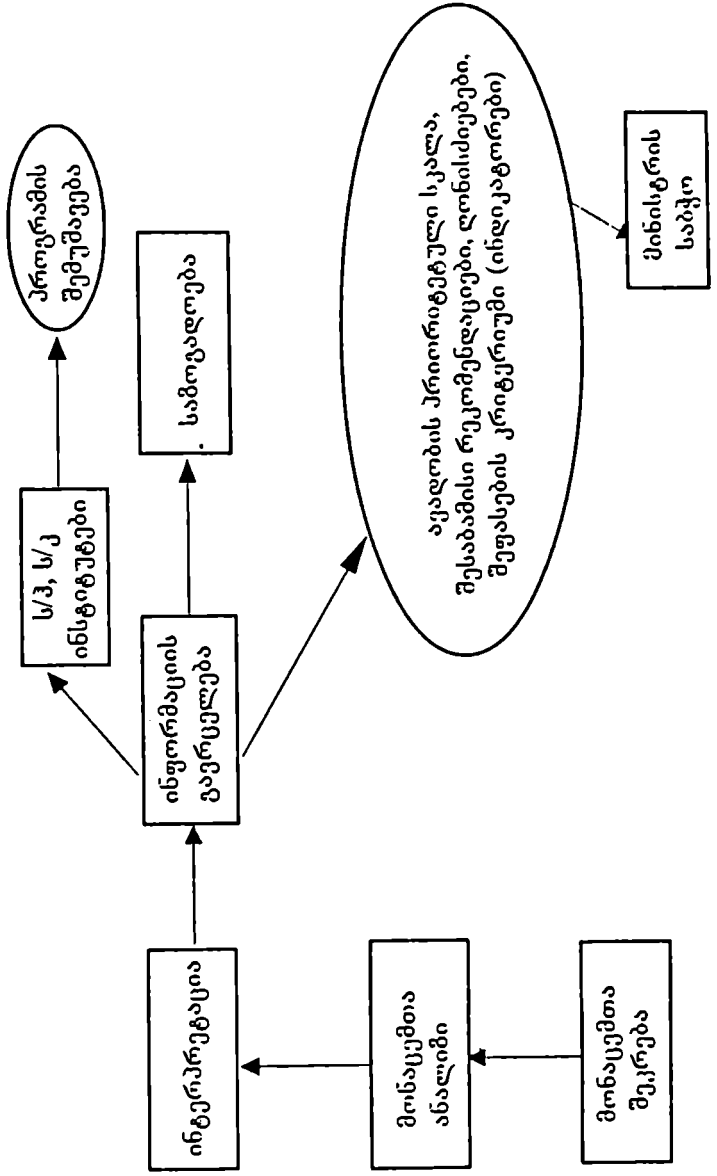


ჯანდაცვითი პროგრამების დანერგვა



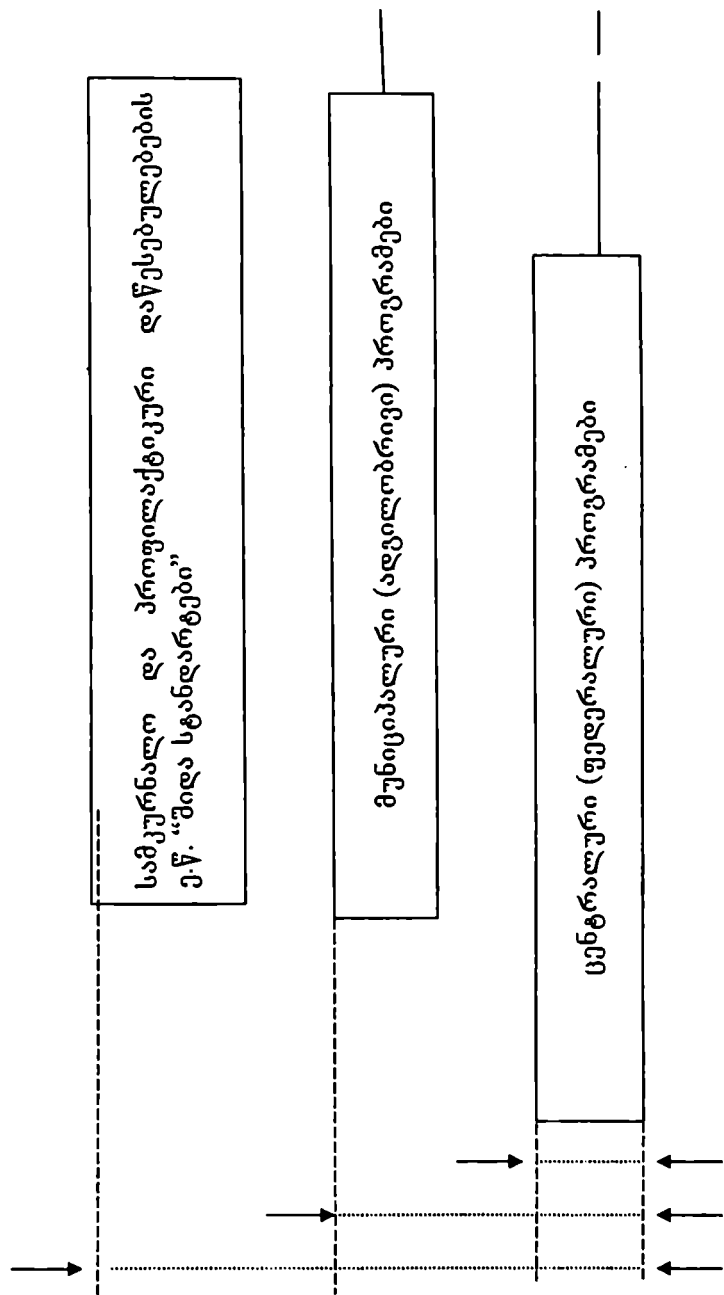
შ ე მ ს რ უ ლ ე ბ ლ ე ბ ი

მონაცემთა ანალიზი და გავრცელება



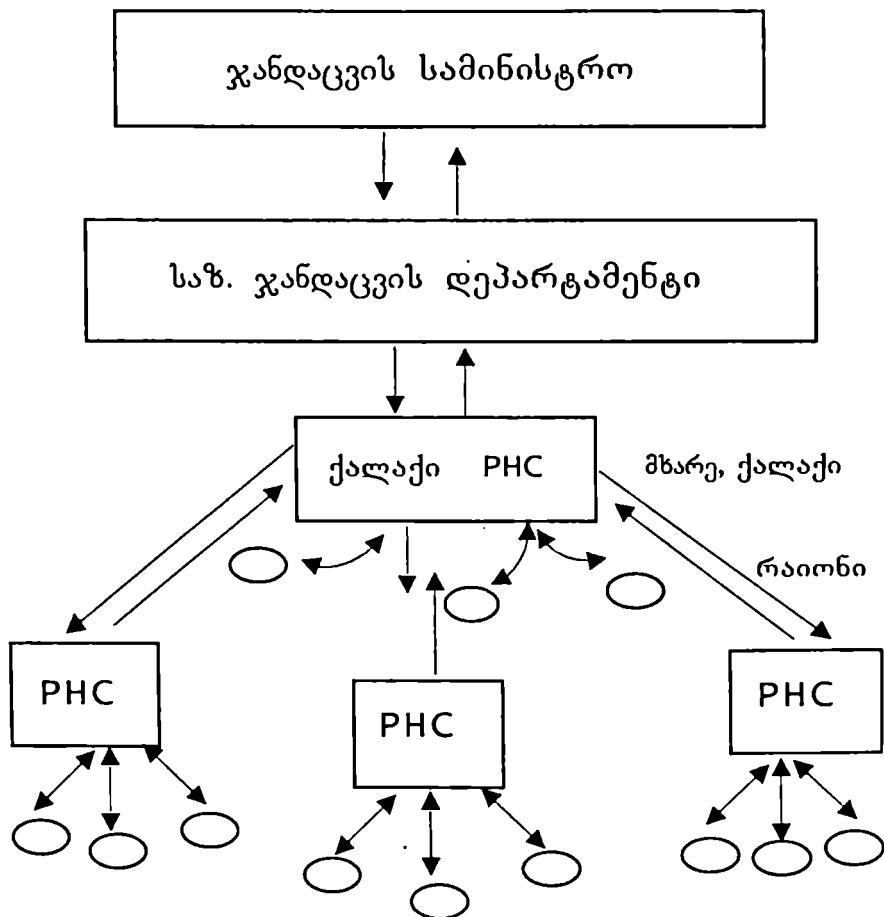
სახელმწიფო პროგრამების უაღბანის კრიტერიუმები პრიორიტეტების მიხედვით

1. სოციალური უსაფრთხოება
2. გავრცელების სიხშირე
3. განკურნებადობა
4. გადაუდებლობა
5. პაციენტის ასაკი
6. მკურნალობის ღირებულება



ძირითადი პრინციპი: "პროგრამის ფარგლებში" ←

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების
 არსებითი
 ფუნქციურ-ინფორმაციული სქემა

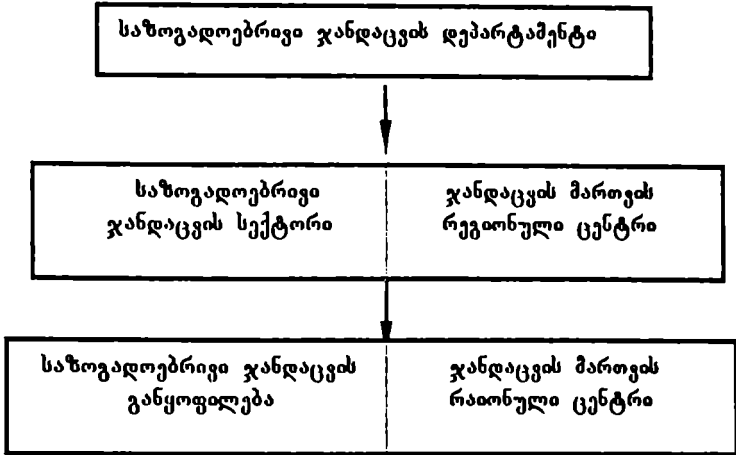


PHC - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები (რაიონული, საქალაქო)

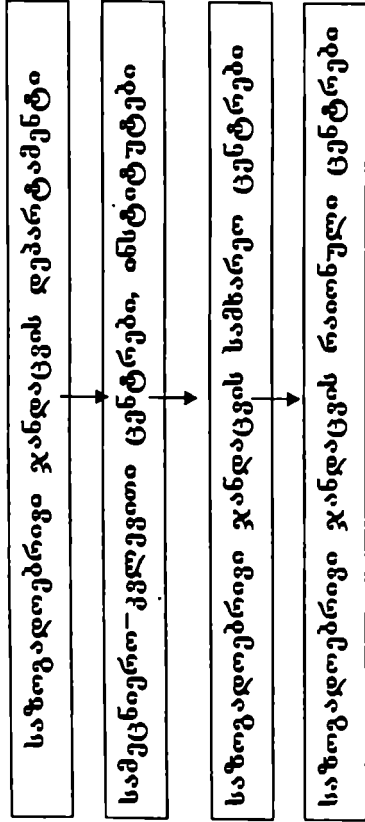
○ მეცხრეული (სახელმეკრულებო საწყისებზე პროგრამების მიხედვით)

→ ინფორმაციული, ფუნქციური კავშირები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის სტრუქტურა
1996-97 წ.წ. ჯანდაცვის რეორგანიზაციის I, II, III ეტაპზე



1. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის კონცეფციის შესახებ (8.02.95 წ.).
2. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულება: პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა.
3. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ. საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება N 389 (30.07.95 წ.).
4. 1996 წლის 12 თებერვლის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანებით შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორი, განყოფილება.
5. მიზანი: მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონის ამაღლება სამედიცინო-პროფილაქტიკური ღონისძიებათა გატარების გზით.
6. ფუნქცია: ეპიდზედამხედველობის მონიტორინგი და პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა, სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა, სახელმწიფო პროგრამების მართვა და ფინანსირება, ბიოსტატისტიკის წარმოება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა ორგანიზაცია.

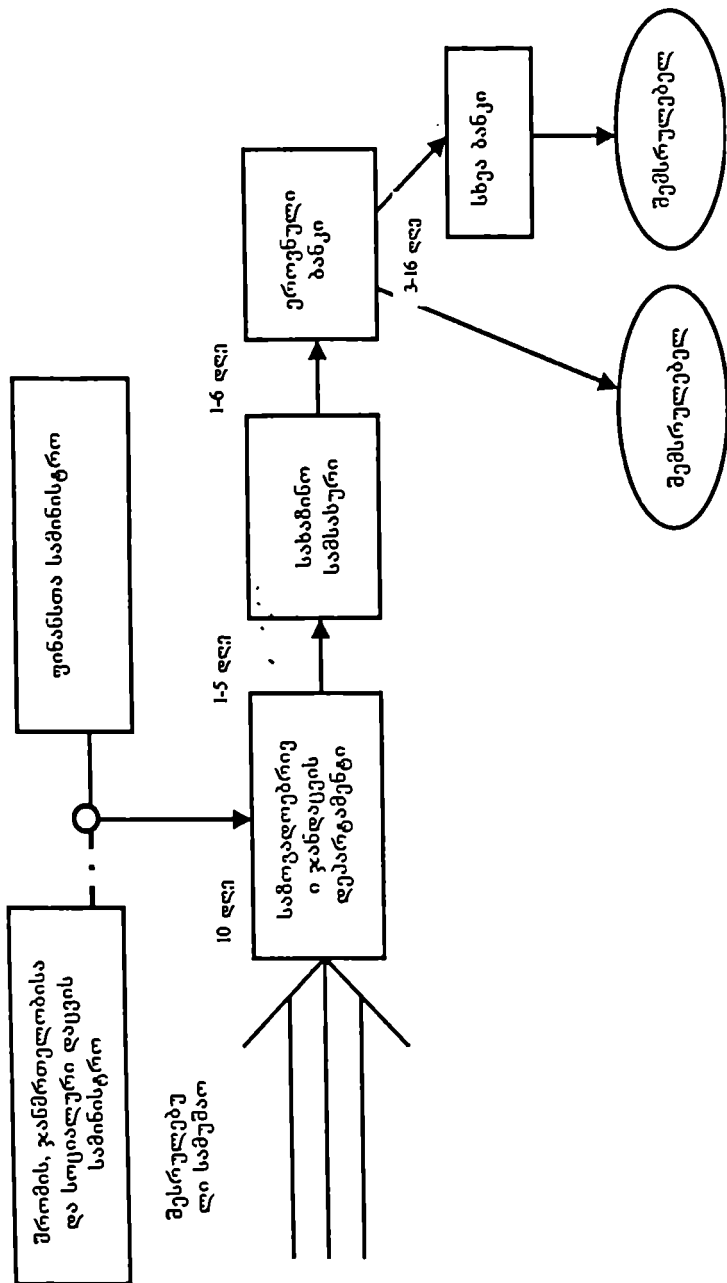


1. საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის 723 ბრძანებულების თანახმად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს დაეკალათ მართვია და კოორდინაციის უზრუნველყოფა.
2. შექმნილია 53 რაიონული, 13 სამხარეო ცენტრი, კადრები სულ 18/16 ფიზიკური პირი
3. ფაქტიურად ფუნქციონირება დაიწყო 1998 წლის 1 მარტიდან
4. ჩამოყალიბდა საკუთარი შიდა სტრუქტურული წყობით
5. მიზანი: პირველადი ჯანდაცვის ეფექტურად ორგანიზება
6. ფუნქცია: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პრევენციულ ღონისძიებათა გატარება განხორციელება ადგილზე.
7. დაფინანსების სახე: პროგრამული, მიზნობრივი

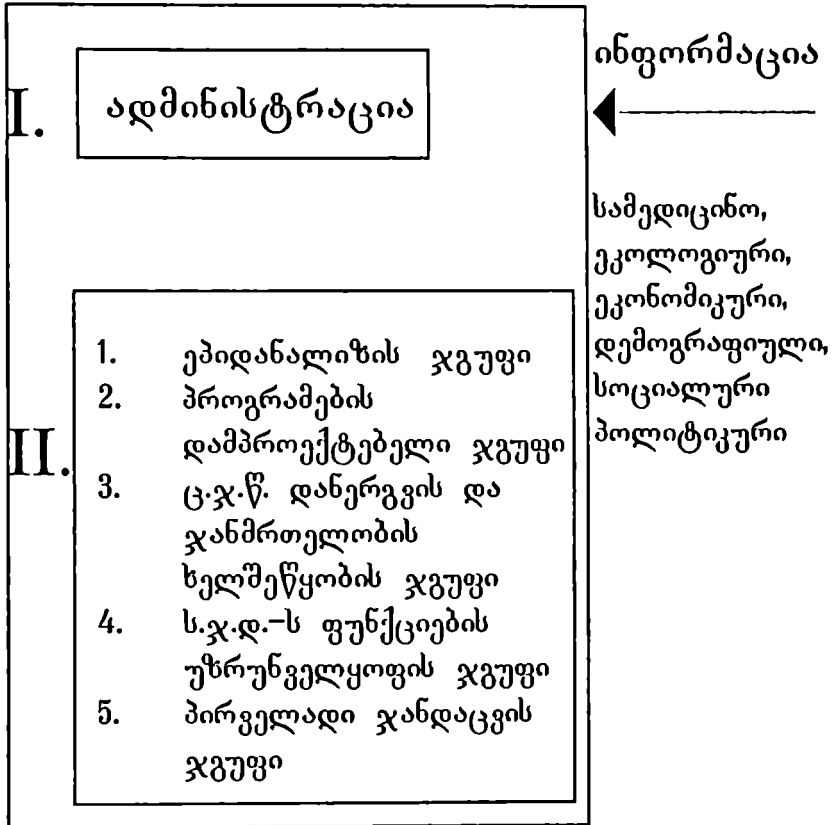
**საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის (რაიონი, ქალაქი) სამსახურის ავსებებელი
სტრუქტურა და პირობული შრომითი რესურსები**

№	სტრუქტურის, შრომითი რესურსის დასახელება	ქალაქი	რაიონი	შენიშვნა
	I აღმზრდელთა			
1	დირექტორი (ხელმძღვანელი)	1	1	
2	შოადგილე პროგრამული მართვისა და ორგანიზაციის დარგში	1	1	
3	შოადგილე ეპიდემიოლოგიის დარგში (ეპიდკონტროლზე პასუხისმგებელი)	1	1	
4	იურისტი-ეკონომისტი	1	1	შთ. სპეციალისტი
5	საერთო განყოფილების თანამშრომელი	1	1	წამუ. სპეციალისტი
	II ინფორმაციულ-ანალიტიკური განყოფილება			
6	პროგრამისტი-ანალიტიკოსი (უფროსი)	1	1	განუ. უფროსი
7	საზოგადოებასთან ურთიერთობის სპეციალისტი (კომუნიკატორი)	1	1	შთ. სპეციალისტი
8	ოპერატორი-სტატისტიკოსი	1	1	წამუ. სპეციალისტი
	III ეპიდემიოლოგიისა და პანდემიის ხელშეწყობის განყოფილება			
9	განყოფილების ხელ- ძღვანელი	1	1	
10	იმუნიზაციის ჯგუფის ხელ- ძღვანელი	1	1	შთ. სპეციალისტი
11	“სოე ჯაჭვზე” პასუხისმგებელი ექთანი	1	1	შთ. სპეციალისტი
12	ეპიდემიოლოგი	1	1	შთ. სპეციალისტი
13	პრევენციონისტი (პროფილაქტიკოსი)	1	1	წამუ. სპეციალისტი
14	ეპიდთანამშემწე	3	2	
15	პარამიგოლოგი	1	1	
16	სოციალური მუშაკი	1	1	
	IV. საინფორმაციო-ანალიტიკური განყოფილება			
17	მთავარი ბუღალტერი	1	1	შთ. სპეციალისტი
18	ბუღალტერი	1	1	
	V სამეურნეო-ტექნიკური განყოფილება			
19	მბოლო-ექსპედიტორი	1	1	
20	სანიტარი-დამლაგებელი	1	1	
	VI			
	შენიშნული პროგრამის ფარგლებში პარამიგოლოგიური, სადემონსტრაციო და სხვა უნიტების მქონე (მ.შ. დიაგნოსტიკური) ჯგუფის მოწოდებების სტრუქტურული ერთეულები საჭიროებათა მიხედვით (რეკომენდებულია)	10	8	
	სულ	33	27	

სამოგალობრივი ჯანდაცვის პროგრამების დღეს
მოქმედი დაფინანსების სქემა

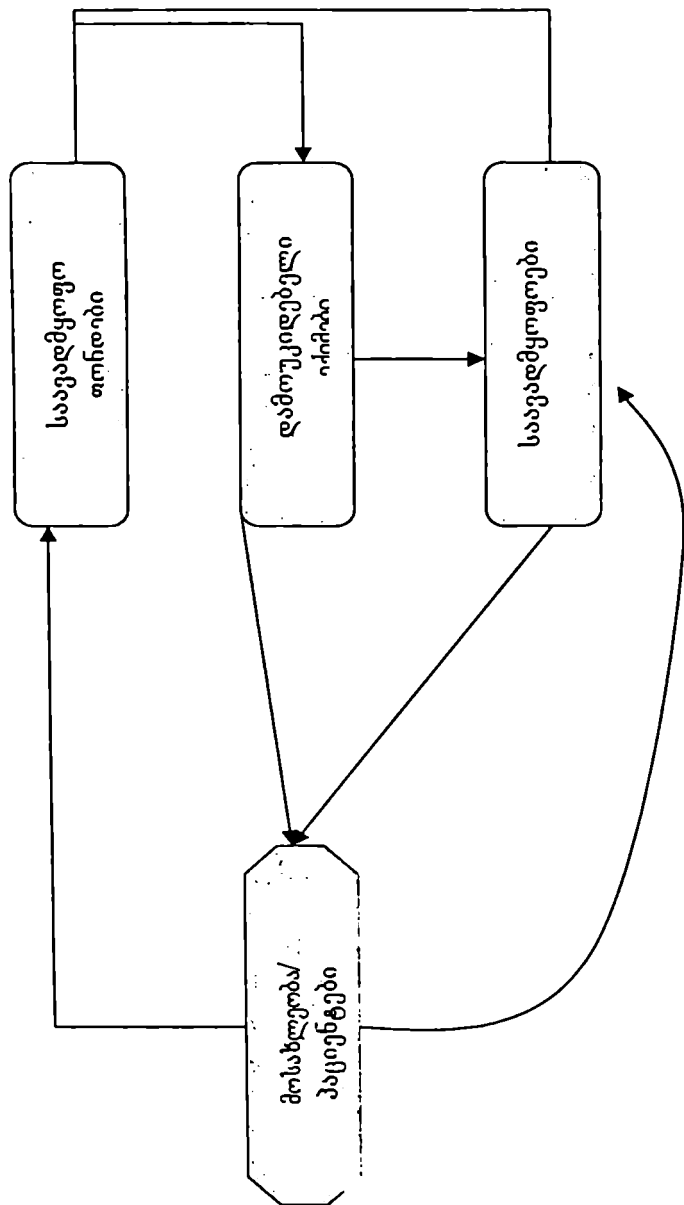


საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების სტრუქტურა ახლო მომავალში

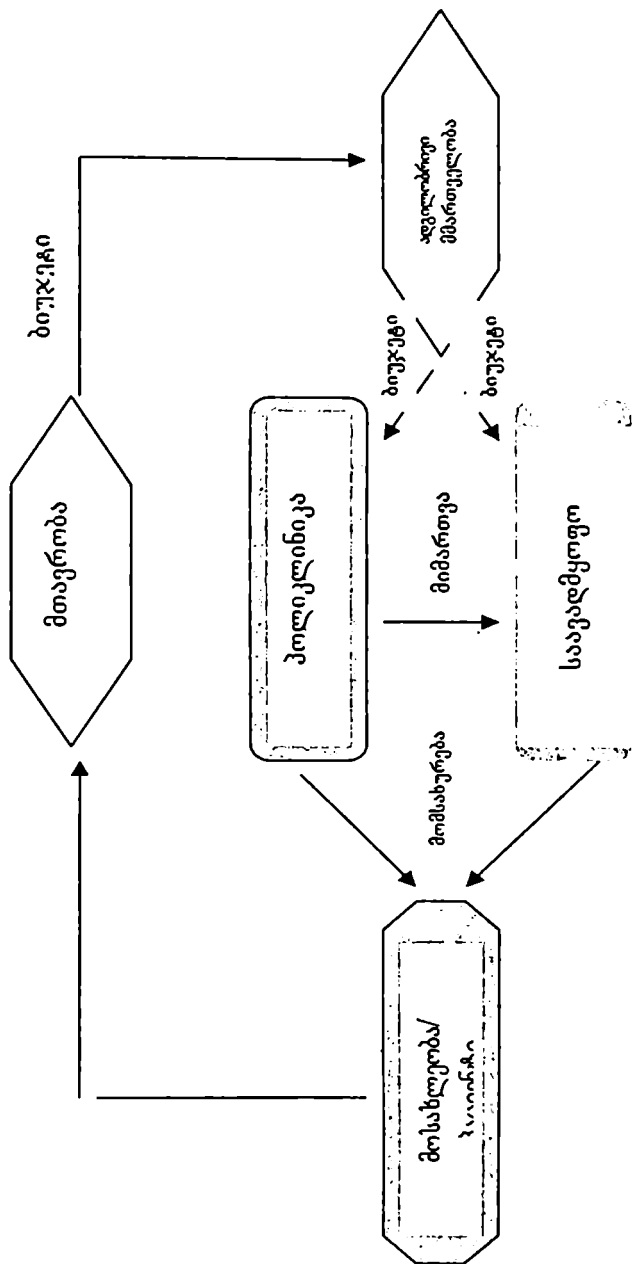


- დაფინანსება:
1. სამხარეო პროგრამები
 2. ცენტრალური პროგრამები (დაკვეთის შესაბამისად)
 3. უცხოური და ადგილობრივი ინვესტიციები

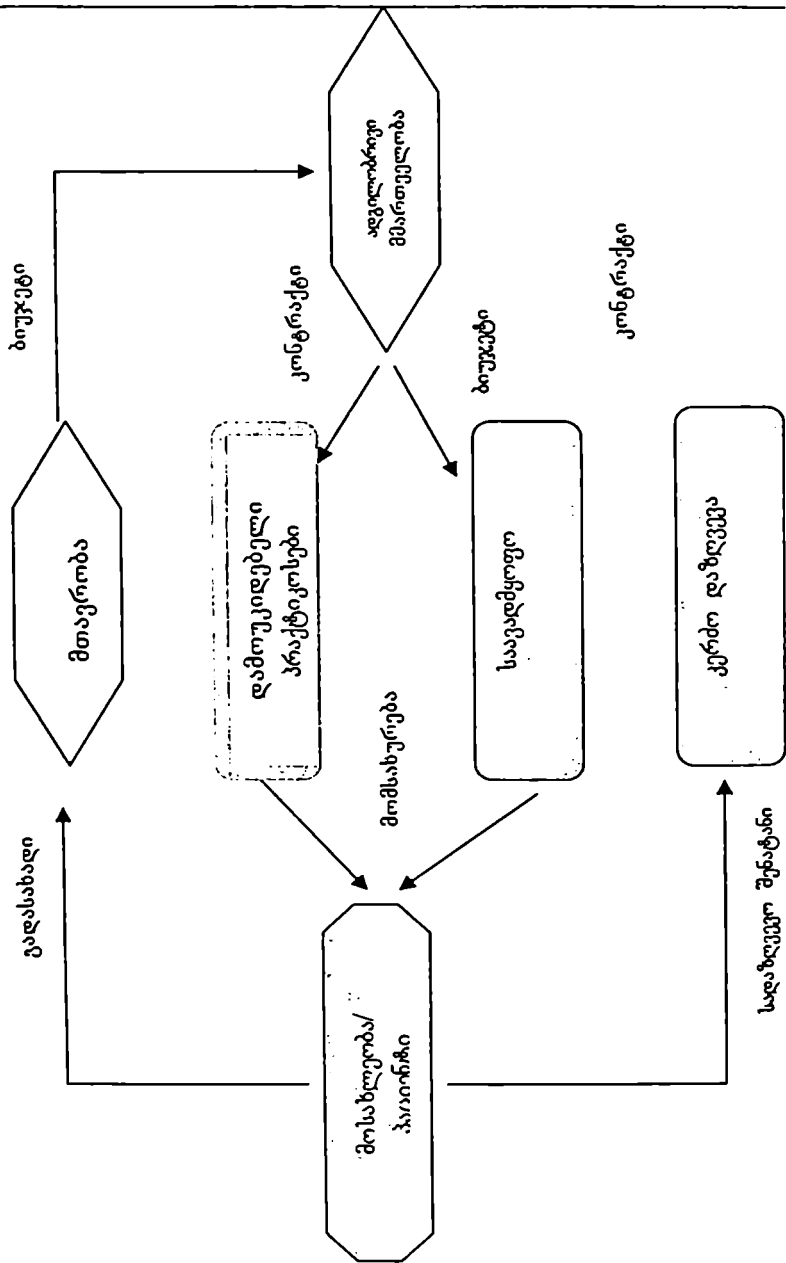
სქემა № 1
ბისმარკის მოდელი



სქემა № 2
სეპსის მოდელი

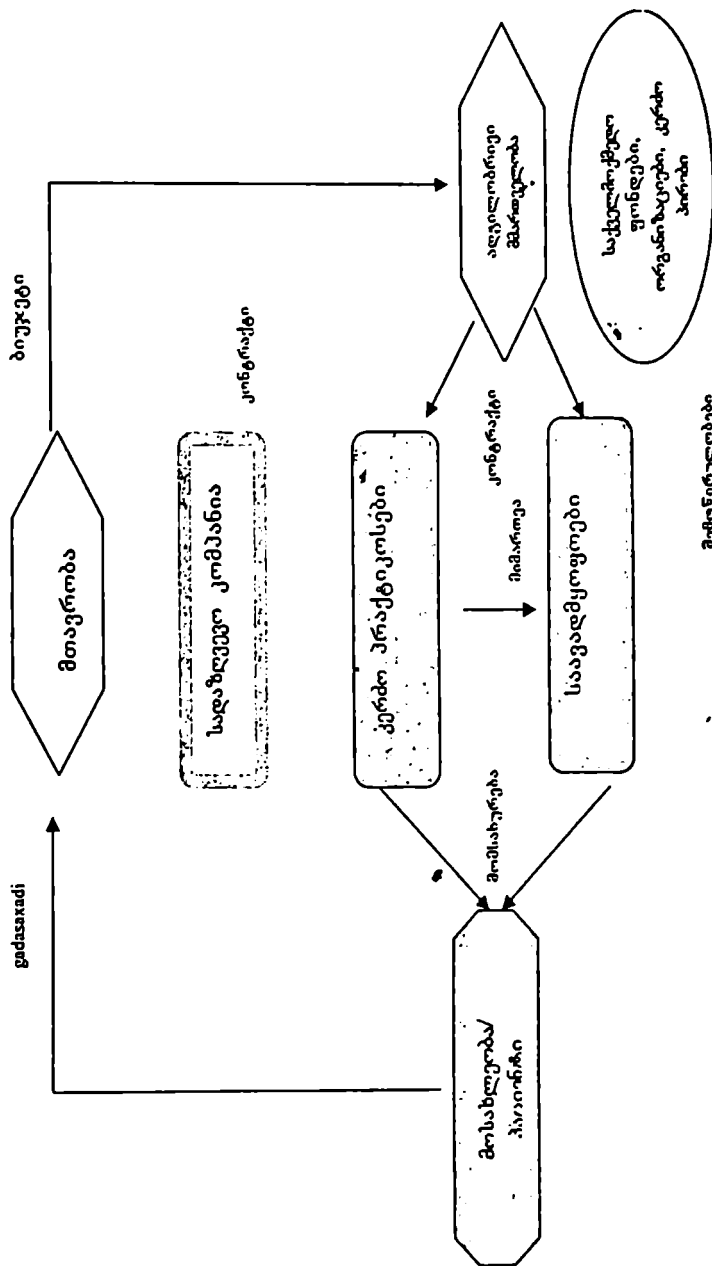


ბევერიჯის მოდელი



სქემა № 4

ამერიკული მოდელი



მემარტულა

ჯანმრთელობის ინდიკატორების სტრუქტურა

ჯანმრთელობის სტატუსი		
<p>ჯანმრთელობის მდგომარეობა</p> <p>ჯანმრთელობის უკმაყოფირობის ხარისხი, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს დაავადების ან ავადმყოფობის, კრიტიკობის ან ტრავმის მიზეზით, ან ჯანმრთელობაზე სხვა მდგომარეობების შედეგად</p>	<p>აღამიანის ფუნქცია</p> <p>ფუნქციის შექცევა (ვაკუირისება), სხვადასხვა სტრუქტურის მოქმედების, ავტონომიის შეზღუდვა, რაიმეში მოყვანაში მონაწილეობის უნარის შეზღუდვა ფუნქციის შექცევის გამო</p>	<p>ინდივიდის ფიზიკური, განვითარებული სოციალური კეთილდღეობის სხვადასხვა პარამეტრები</p>
<p>სიკვლილი</p> <p>სიკვლილიანობის დონე</p> <p>განსამარტული მიზეზების გამო ასაკისა და სხვა მაჩვენებლების გათვალისწინებით</p>	<p>კეთილდღეობა</p>	<p>სიკვლილი</p>
ჯანმრთელობის განსაზღვრა		
<p>ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქვეყნები</p> <p>როსიკავშირები, რომლებიც მოქმედებს ჯანმრთელობის სტატუსზე, პერსონალური ქვეყნის ასაკებზე</p>	<p>ცხოვრების და მუშაობის პირობები</p> <p>მუშაობის პირობების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები</p>	<p>გარემო ფაქტორები</p>
ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება		
<p>მიღებადობა</p> <p>მეთავაზებული მომსახურება (მოვლა), რომელიც შეესაბამება პაციენტის, საზოგადოების, შემსრულებელთა და გადამხდელთა მოთხოვნებს</p> <p>უწყებება</p> <p>ორგანიზაციების კომპონენტები, უზრუნველყოფის უწყებები, კოორდინირებული მომსახურება/ მოვლა კვლევა პროგრამის დონეზე</p>	<p>მიღწევადობა</p> <p>პაციენტის უნარი სპიროქროს მილის მოთხოვნებზე დაუკმაყოფილო საბაზისო და საზოგადოებრივ მოთხოვნებზე</p> <p>საქმიანობა</p> <p>მოვლა/მომსახურება, ინტერენსია აღწევს სასურველ შედეგს</p>	<p>ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება</p> <p>გარემო ფაქტორები, რომელიც შესაძლებელია მოქმედებდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე</p>
ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები		
<p>საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები</p> <p>საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები, რომლებიც არ ითვლებიან ჯანმრთელობის ან ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლებად</p>	<p>საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები</p> <p>საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები, რომლებიც არ ითვლებიან ჯანმრთელობის ან ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლებად</p>	<p>ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები</p> <p>ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები, რომლებიც არ ითვლებიან ჯანმრთელობის ან ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლებად</p>

ჯანდაცვის სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები:

- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
- სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი მოთხოვნის რეკლამენტაცია;
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
- ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილული უნდა იყოს მათი გავრცელების დონის და გამოყენების სფეროს შესაბამისად – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), აღმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულებისა და სხვ.

ინტერკომუნიკატი

➤ ჯანმრთელი კვება

- სტანდარტებისა და რეკომენდაციების შემუშავება;
- საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვის ორგანიზება;
- მოსახლეობის განათლება არაჯანსაღი, არაბალანსირებული კვების მავნეობის შესახებ;
- კალორიულობისა და შემცველი ინგრედიენტების შესახებ კვების პროდუქტების აუცილებელი მარკირების შემოღების ხელშეწყობა;
- სასიცოცხლოდ აუცილებელი მიკროელემენტების შესახებ ინფორმაციის შევროვება და ანალიზი;
- კვების დანამატების (სასიცოცხლოდ აუცილებელი მიკროელემენტების) პოლიტიკის შემოღების ხელშეწყობა;
- ჯანმრთელი კვების საზოგადოებრივი ორგანიზების შექმნის ხელშეწყობა.

➤ აიგინფექციაში უიღსის, სქესობრივი გზით გადაბმდები დაავადებების პრევენცია

- ახალგაზრდობისათვის, მშობლებსა და ბავშვებს საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნა პრევენციული ღონისძიებების შესახებ;
- ანანიზური საკონსულტაციო და დიაგნოსტიკური ცენტრების შექმნის ხელშეწყობა;
- რისკის ჯგუფებში სამუშაოდ თანათლი-თანატოლს საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება;
- მონაცემების შეგროვება და ანალიზი.

სიღმინეობის

- რეალური და ფიქციური მსოფლიოების განსაზღვრა
- რეალური მსოფლიოების განსაზღვრა
 - ფიქციური მსოფლიოების განსაზღვრა
 - რეალური მსოფლიოების განსაზღვრა და ფიქციური მსოფლიოების განსაზღვრა
 - რეალური მსოფლიოების განსაზღვრა და ფიქციური მსოფლიოების განსაზღვრა

➤ **გისახელდება** ფიციანი ვაჭარი და აქტივობის ხელშეწყობა

- **ეკონომიკური** შედეგები;
- **სტრუქტურული** - განვითარებული დაწესებულებათა ქსელი შექმნის ხელშეწყობა;
- **სამართალრიგის** დაცვა ფიციანი აქტივობის პრაქტიკის შედეგები და დაწესებულება;
- **პრობლემატიკური** ფაქტორები დაავადების უსახელო ფორმების შედეგები და ანალიზი.

კასუსისგებები ორბანიზაციები

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვის პოლიტიკა, სტრატეგიული მიმართულებები
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი სტრატეგიული დაგეგმვა, განხორციელების ხელშეწყობა, პროგრამათა მონიტორინგი
- დააფადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები, სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო, საერთაშორისო ორგანიზაციები

ინტერვენციები

➤ ნარკომანიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები:

- ნარკომანიის მავნეობის შესახებ ჯანმრთელობის პროგრამების შემუშავება ახალგაზრდა მშობლებისა და პედაგოგებისათვის;
- ინტერაქტიული ნარკომანთა განსწავლა ინფექციურ დაავადებათა ინტრავენური გზით გადაცემის აღკვეთის შესახებ;
- სამკურნალო და რეაბილიტაციური ცენტრების (მათ შორის სოციალური თანადგომის) შექმნის ხელსეწყობა;
- ნარკომანიის გავრცელების შესახებ სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება და ანალიზი;
- საზოგადოებრივი ფართომასშტაბიანი კამპანიების ორგანიზება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრობლემატიკები:

- ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- მოზარდთა ჯანმრთელობა;
- ქალთა ჯანმრთელობა;
- სიცოცხლედ დაუცველი (ილემბრადიკული) მისახლეობის ჯანმრთელობა.

ინტერკონსიტი

- საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის მიმართ
- ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია;
 - მაგნე ჩვევების კონტიკა, დაგეობა;
 - ასოციაციების, ალტერნატიული ორგანიზაციების, კლუბების ფორმირება მაგნე ჩვევითა დაგეობის დონისებრათა ხელშეწყობის მიზნით.

მედიკამენტოზი

- იმუნოდეფიციენციის ფონზე ინფექციური დაავადებების განვითარება
- ინფექციური დაავადებების მკურნალობის რთულ პროცესში მონაწილეობის უზრუნველყოფის მიზნით
- ანტიბიოტიკების, ვირუსული პრეპარატების, ანტიკოანგულანტიკების, კარდიოპროტექტორების, კორტიკოსტეროიდების, ცენტრალური მოქმედების მკურნალობის საშუალებების გამოყენების მიზნით

ინტერკონსილი

- თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგო ინიციატივები:
- საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვითი (შემზღუდავი) ღონისძიებების გატარების ხელშეწყობა;
- ანტინიკოტინური ფართომასშტაბიანი კამპანიების ორგანიზება;
- თამბაქოს ნაწარმის გაყიდვის შეზღუდვის დონისძიებათა ხელშეწყობა;
- თამბაქოს ნაწარმზე ჯანმრთელობისათვის მავნებლობის შესახებ აუცილებელი გამაფრთხილებელი ფორმების შემუშავება და დანერგვა;
- თამბაქოს პრევენციის სასკოლო პროგრამების შემუშავება;
- სკოლებში თამბაქოს საწინააღმდეგო საკოორდინაციო კომიტეტების შექმნის ხელშეწყობა.

**საკარჯიშობები სარგობლობრივი ჯანდაცვის
მენეჯმენტიშობის**

პრობლემების სტრატეგიული გადაწყვეტის პროცესი

შესავალი

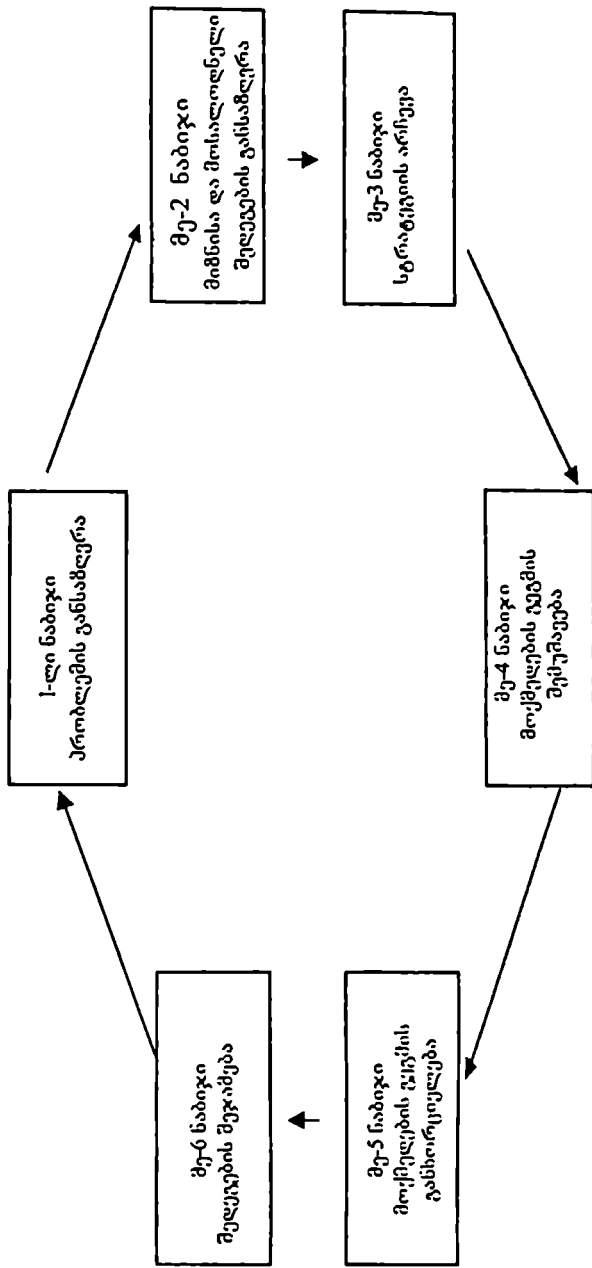
სავარჯიშოები დაეხმარება სამოგალოებრივი ჯანდაცვის მენეჯერებს მათ წინაშე მდგომი პრობლემების გადაწყვეტაში, თვით პროცესის ნაბიჯების განსაზღვრის, ანალიზისა და დაგეგმვის სისტემურ მიდგომაში. ვიმედოვნებთ, რომ სავარჯიშოები გამოადგება იმ სპეციალისტებსაც, ვისაც ჯანდაცვის სფეროს რეფორმის პროცესში მოუხდება არსებული პრობლემების გადაწყვეტა.

მოხარული ვიქნებით, თუ კი წინამდებარე სავარჯიშოები დაგეხმარებათ დასახული მიზნების მიღწევაში.

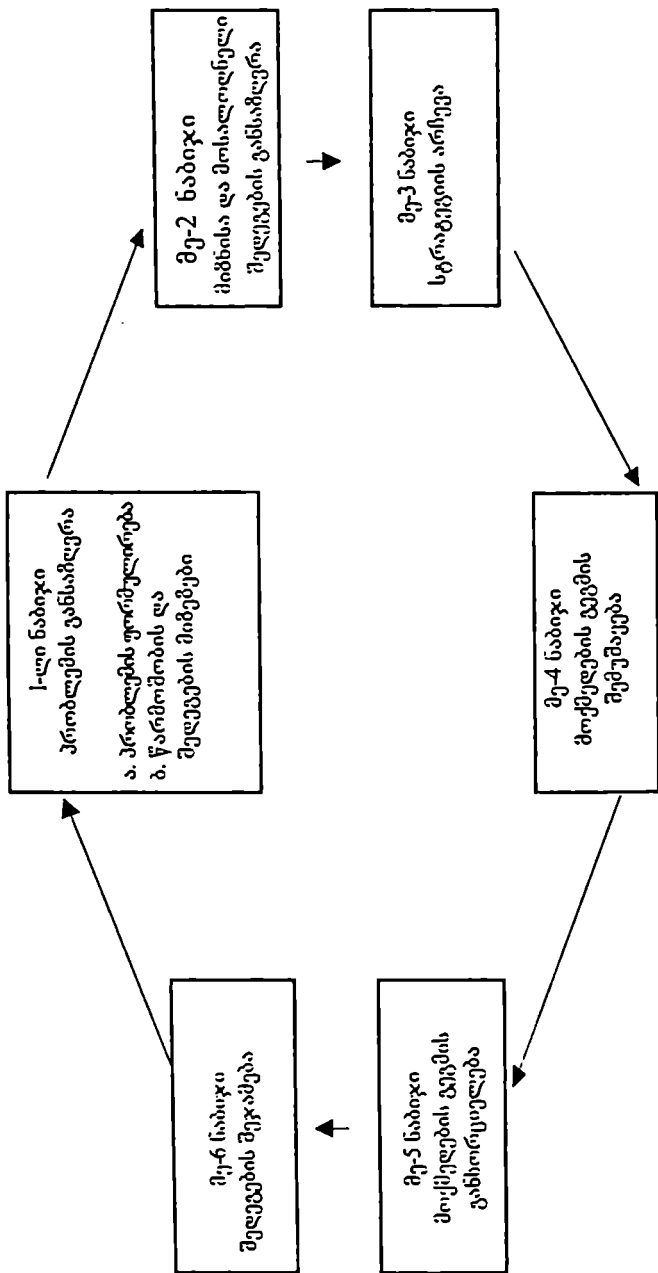
პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია

თქვენი, როგორც მენეჯერის ერთ-ერთ მთავარი ფუნქციაა არსებული და მოსალოდნელი პრობლემების განსაზღვრა, ანალიზი და დაძლევა-გადაწყვეტა. ქვემოთ მოცემულია პრობლემების დაძლევის პროცესში თანმიმდევრული მოქმედების სქემა, რომელიც ლაგერებთან ამ საკითხისადმი სისტემურ მიდგომას ი.



პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია

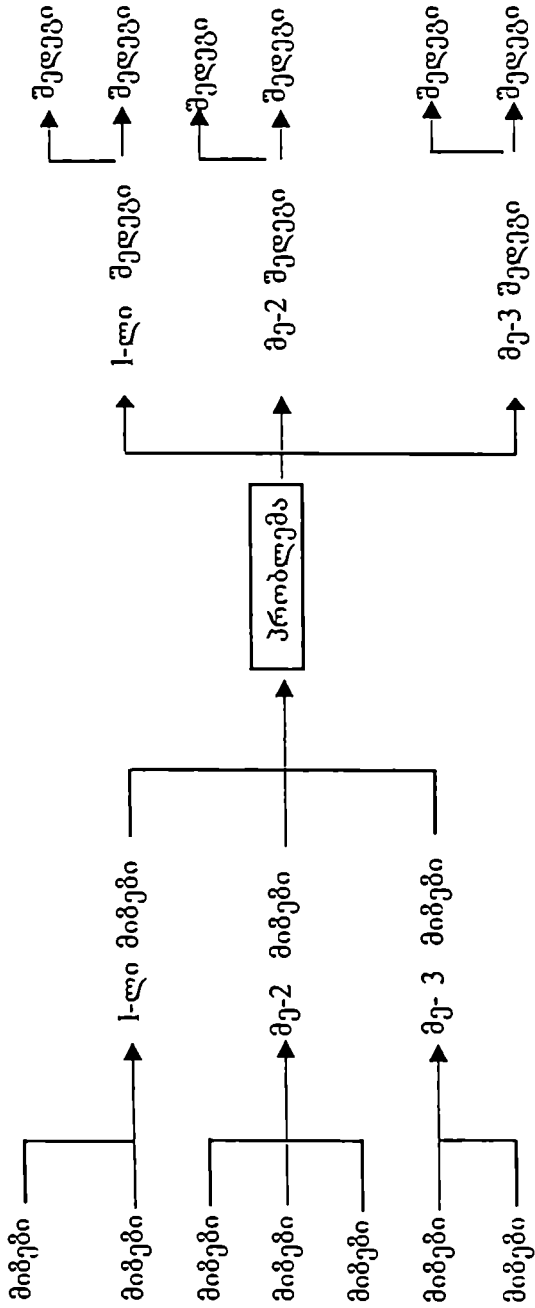


1-ლი ნ ა ბ ი ჯ ი : პრობლემის განსაზღვრა

ა. პრობლემის ფორმულირება

თქვენს წინაშე მდგარი ამოცანების გადაწყვეტის პროცესში პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს პრობლემების განსაზღვრა და მისი ფორმულირება. ქვემოთ მოკლედ აღწერეთ თქვენი პრობლემა, რომლის გადაწყვეტას გსურთ.

არაკირდაკირი



ნაბიჯი 1: პრობლემების განსაზღვრა (ცატრელებს)
წარმოშობის მიზეზები და შედეგები.

ამისათვის, რომ ნათლად განისაზღვროს პრობლემა, აუცილებელია ჯერ დადგინდეს მისი წარმოშობის მიზეზები და შედეგები. ქვემოთ აღნიშნული ნაბიჯების თანხმდევრობით მე-9 და მე-10 გვერდებზე შევხვთ უწყისი პრობლემის ანალიზით.

1. შუა სექტში მოათავსეთ პრობლემის დედაბერი.
2. მოიფიქრეთ, უშუალოდ რომელი მიზეზები უწყობს ხელს პრობლემის წარმოქმნას, რაგორ გახდა პრობლემა აქტუალური? ამ პრობლემის ყველა შესაძლო მიზეზი, რომელიც მოიფიქრეთ, ჩამოთვალეთ * სექტში - "უშუალო მიზეზები".
3. ყურადღება გაამახვილეთ თვით პრობლემაზე. ამ პრობლემის რა კუთქები და უშუალო შედეგები შეიძლება მივიღოთ * სექტში - "უშუალო შედეგები", შეესაღვით ჩამოთვალეთ რაც შეიძლება მეტი ვარიანტი.
4. ესლა განსაზღვრეთ არაპირდაპირი მიზეზები. ამისათვის ჯერ გადახედეთ თქვენს მიერ აღრე ჩამოთვლილ უშუალო მიზეზებს. რა უწყობდა ხელს მათ წარმოქმნას? შეკიდლიათ მიუღკეთ ამ საკითხს მეორე მხრიდანაც, თუ კი თითოეულ უშუალო მიზეზს განიხილავთ როგორც თვით პრობლემას. რა მიზეზმა გამოიწვია თითოეულის წარმოქმნა? თქვენი პასუხები უნდა ჩამოთვალეთ * სექტში - "არაპირდაპირი მიზეზები".
5. დახედეთ თქვენს მიერ აღრე ჩამოთვლილ უშუალო შედეგებს. ჩამოთვლილიდან, რა შედეგია მოსალოდნელი? ან სხვა სიტყვებით - რა შედეგები შეიძლება მოქცეს ამ უშუალო შედეგებს? პასუხები ჩამოთვალეთ * სექტში - "არაპირდაპირი შედეგები".

1-ლი ნაბიჯი: *პრობლემის განსაზღვრა (გაერძელება)*
 * *წარმოშობის მიზეზები და შედეგები.*

პრობლემის მიზეზების ჩამოთვლის დროს მსუფველობაში მიიღეთ ქვემოთ მოცემული ფაქტორების პირდაპირი და არაპირდაპირი გემოქმედება.

გარეშე ფაქტორები:

კანონები და დადგენილებები: საკანონმდებლო სამართლებრივი ბაზის არსებობა ან არარსებობა. ეს დადებით ეფექტს იძლევა იუ უარყოფით?

ეკონომიკური ვითარება: სახელმწიფოების, კერძო სექტორისა და სუბსიდიის გამლბეი სხეა ირგანიზაციების სახსრების არსებობა, მომსახურების საუასურის აღების შესაძლებლობა და სხე.

ტექნოლოგია: აუცილებელი მოწოდების, კოდნისა და გამოცდილების არსებობა ან არარსებობა.
ინფრასტრუქტურა: კომუნიკაციების, ტრანსპორტის, კომერციული და მმართელოებითი, აგრეთეე განათლების, ჯანდაყვის და სხეა სისტემების არსებობა ან არარსებობა.

ქსევის ნორმები: როგორ აკონტროლებს საზოგადოების ქსეკას საზოგადოებრივი წესრიგის დაცვის სისტემა.
კონსერუენცია და თანამშრომლობა: იმ ორგანიზაციებისა და ცალკეული ჯგუფების საქმიანობა, რომლებიე უბრუნეეყოფენ კრწნიანი, მსგავს ან დამატებით მომსახურებას.

პოლიტიკა: გველენიანი წრეების არსებობა სახელმწიფო აპარატში, პოლიტიკურ პარტიებში, პროფესიულ, ადვოკატურ და სხეა მსგავს საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში.

დემოგრაფია: მოსახლეობის რაოდენობა, სიმჭიდროვე, სტრუქტურა და მატება.

ეკოლოგია: გარემოს მდგომარეობის - კლიმატური პირობების შეცვლის, მიწის გამოყენების, აგრეთეე საწარმოო და საყოფაცხოვრებო გაჭუჭყიანების აყილების კდნტროლი.

ორგანიზაციის შიგა ფაქტორები:

თქვენი ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეები. მართვისუნარიანობა, ჩეეეები და ცოდნა,

სტრუქტურა. გადამწყვიტილების მიღების მეთოდი, ტექნოლოგიის სტანდარტიზაციის, შიგა

ინფორმაციისა და კონტროლის სისტემის გამოყენება, შინაგანაწესი, ურთიერთდახმარების სისტემა, პერსონალის მოვალეობანი, გარეშე შთაბეჭდილება, სხეა ძლიერ ორგანიზაციებთან კავშირი.

1-ლი ნაბიჯი : პრობლემის განსაზღვრა (ვაგრძელება)

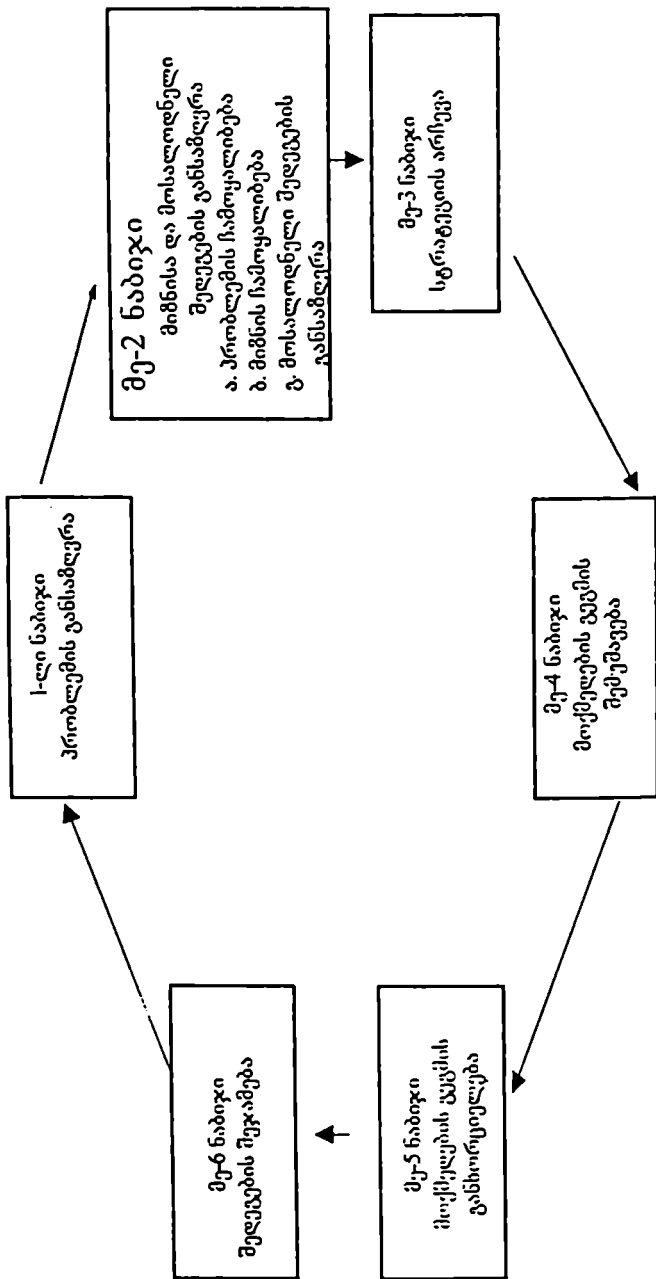
* წარმოქმნის მიზეზები და შედეგები.

პრობლემის ანალიზის უწყისი

შეგა ფაქტორები

სექტი * არაპირდაპირი მიზეზები (მიზეზების სიმკვრივეები)	სექტი * უშუალო მიზეზები	პრობლემის უორმულირება	სექტი * უშუალო შედეგები	სექტი * არაპირდაპირი შედეგები (შედეგების შედეგები)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-2 ნაბიჯი. მიზნისა და მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა.

პრობლემის დაზუსტების შემდეგ, შეგიძლიათ შეუდგეთ მიზნებისა და შედეგების განსაზღვრას.

* *პრობლემის ჩამოყალიბება.*

1-ლი ნაბიჯისას გაკეთებული ანალიზის შემდეგ, ალბათ უკეთ გაქვთ წარმოდგენილი თქვენი პრობლემის არსი, თავის მიზეზებთან და შედეგებთან ერთად. როგორც მენეჯერმა, უნდა განიხილოთ პრობლემა ამჟამინდელი და სასურველი მდგომარეობის თვალთახედვით. ასეთი მიდგომა გაგიაღვივებთ პრობლემის გადაწყვეტის პერსპექტივას. ეხლა ორ ვარიანტად ჩამოაყალიბეთ სიტუაცია (ვითარება):

1. ამჟამინდელი სიტუაცია (ვითარება), რომლის შეცვლაც გსურთ;

2. თქვენთვის სასურველი სიტუაცია (ვითარება) მომავალში, ცვლილებების შეტანის შემდეგ.

მე-2 ნაბიჯი. მიზნისა და მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა (გაგრძელება)
მიზნის ჩამოყალიბება

ამეკამინდელი კითხვარების, აგრეთვე მოსალოდნელი შედეგების განხილვა დაგეხმარებით მიზნის განსაზღვრაში.

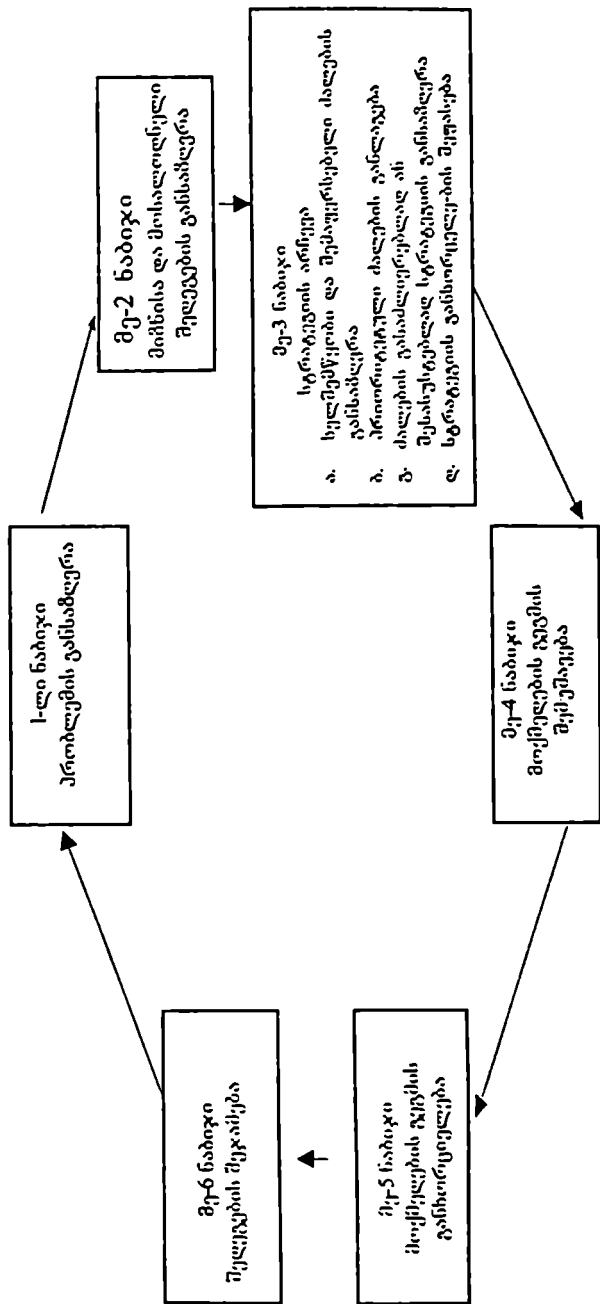
*** მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა**

შედეგი, არის გაზომილი და დროში შემლდული შეჯამება, რომელიც პროგრამით ან პროექტით არის მოსალოდნელი. განსაზღვრის დროს შედეგი უნდა შეიბდლოს გარკვეულ ჩარჩოებში, ისე, რომ მისი მიღწევა ყველასთვის შესაძლებელი იყოს დადგენილ დროში. პროგრამა შეიძლება შეიცავდეს რამდენიმე შედეგს.

ესლა რაც შეიძლება ნათლად ჩამოაყალიბეთ მოსალოდნელი შედეგები, ქვემოთ ჩამოთიეილი კრიტერიუმების შესაბამისად:

- (1) სპეციფიკური (თავისებური);
- (2) გასაზომი;
- (3) მიღწეადი;
- (4) საქმესთან დაკავშირებული;
- (5) დროში შემლდული.

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-3 ნაბიჯი : სტრატეგიის არჩევა

საბოლოო მიზნის მკაფიოდ ჩამოყალიბების შემდეგ, მზად ხართ აირჩიოთ მიზნის მიღწევის სტრატეგია, რომელიც თქვენს წინაშე მდგომი პრობლემის გადაწყვეტის გლობალური მიდგომის პროცესია. იგი შეიძლება შეიცავდეს წესებს, პროგრამებს, მოქმედებებს, გადაწყვეტილებებსა და აგრეთვე რესურსების ასიგნებას.

***. ხელშემწყობი და შემაფერსებელი ძალების განსაზღვრა**

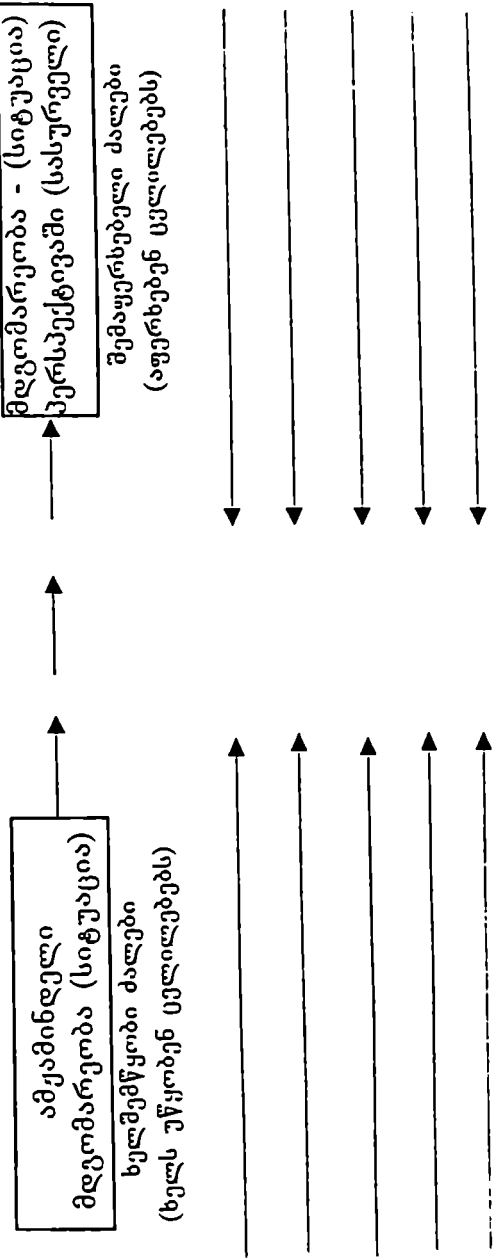
უფრო გამოსადეგი სტრატეგიის არჩევისათვის, პირველ რიგში უნდა გაანალიზოთ ძალები, რომლებიც იმოქმედებენ თქვენი პრობლემის მდგომარეობაზე. ხელშემწყობი ძალები –ის ძალებია, რომლებიც გეხმარებათ მიზნის მისაღწევ მოქმედებაში. შემაფერსებელი ძალები კი ამუხრუჭებენ თქვენს მოქმედებას, რომელიც მიმართულია მდგომარეობის (სიტუაციის) შესაცვლელად.

შეცადეთ მოიფიქროთ რაც შეიძლება მეტი შესაძლებელი ხელშემწყობი და შემაფერსებელი ძალა, რომლებიც იმოქმედებენ პრობლემის მდგომარეობაზე (სიტუაციაზე) და ჩამოწერთ ისინი შემდეგ გვერდზე. ამჟამად ნუ მიაქცევთ ყურადღებას თითოეული ძალის როლს და მნიშვნელობას. თუ საჭიროა, გამოიყენეთ დამატებითი გვერდი.

მე-3 ნაბიჯი: სტრატეგიის არჩევა (გაგრძელება)

* ხელშემწყობი და შემაფერხებელი ძალების განსაზღვრა (გაგრძელება)

ძალების განლაგების ანალიზი



მე-3 ნაბიჯი: სტრატეგიის არჩევა (გაცრძელება)

- პრიორიტეტის მიხედვით ძალების განლაგება.

ოქცინია არჩეულმა სტრატეგიამ უშუალოდ უნდა იმოქმედოს ძალებზე, რომლებიც გაულებს ასდენინ თქვენს პრობლემებზე. სტრატეგიამ უნდა გააძლიეროს ხელშემწყობი და შეასუსტოს შემაფერხებელი ძალები.

შესაძლებელია სტრატეგიის განსაზღვრის დაწესებამდე გადაავთალიერეთ წინა გვირდზე ჩამოთვლილი ძალები და აღნიშნეთ (ხაზი გაუსვით) ისინი, რომლებიც ამჟამად ყველაზე მნიშვნელოვნად ვეხებართ. შემდეგ გამოყოფით ის ძალები, რომლებზეც თქვენი აზრით, შეგიძლიათ მოახდინოთ გავლენა (პრობლემის არსიდან გამომდინარე, საქმე გექნებათ გასაკუთრებით მნიშვნელოვან მხოლოდ ერთ, ორ ან სამ ხელშემწყობ და ორ-სამ შემაფერხებელ ძალებთან).

* შემოფერხებელი ძალების შესუსტებისა და ხელშემწყობი ძალების გაძლიერების სტრატეგია ყოველი აღნიშნული ძალებისთვის ჩამოთვალეთ რამდენიმე შესაძლებელი სტრატეგია, რომელიც შეგიძლიათ ჩამოაყალიბოთ და შეასრულოთ, და რომელიც, თავის მხრივ, შეამცირებს შემაფერხებელ ძალებს ან გააძლიერებს ხელშემწყობი ძალების გავლენას.

შეუცადეთ, შეარჩიოთ რაც შეიძლება მეტი სტრატეგია, ამჟამად მათ ეფექტიანობას ნაკლები ყურადღება მიაქციეთ. ნუ შეიზღუდებით ერთი ან ორი სტრატეგიით, რადგან მოგივრებით საშუალება გექნებათ აირჩიოთ მათ შორის ყველაზე უფრო მისაღები.

მე-3 ნაბიჯი: სტრატეგიის არჩევა (ეაგორძელება)
* ძალების შესესტებისა და გაძლიერების სტრატეგიები (ვაგორძელება)

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

მე-3 ნაბიჯი: სტრატეგიის არჩევა (ვაგრძელება)

* სტრატეგიის განხორციელების შეფასება

წისა უკრესაზე ჩამოთვალეთ სხედასხვა შესაძლებელი სტრატეგია, რომლებსაც შეუძლიათ შეცვალონ პრობლემის მდგომარეობაზე მოქმედი ძირითადი ძალები. უფრო შესაფერისი სტრატეგიის შესარჩევად მხედველობაში უნდა მიიღოთ მრავალი ფაქტორი, რომელთაგან მოგიერთი ჩამოთვლილი ქვემოთ:

- პასუხის მიზანდასახულობა;
- თავსდება თუ არა დადგენილი წესების ჩარჩოებში;
- ეტევა თუ არა დროის დასაშვებ მონაკვეთში;
- ამართლებს თუ არა კაპიტალდაბანდლებს;
- თავსდება თუ არა ხარჯის დასაშვებ მღვრებში;
- აქვს თუ არა პოლიტიკური მხარდაჭერა ;
- განხორციელებულია თუ არა აღმინისტრაციულად;
- აკმაყოფილებს თუ არა მომსახურების მოთხოვნებს;
- უზრუნველყოფილია თუ არა სპეციალისტებით;
- პასუხობს თუ არა ეკოლოგიურ მოთხოვნებს;
- სარწმუნოა თუ არა;
- სოციალურად მისაღებია თუ არა;
- თქვენი უნარი უშუალოდ იმოქმედებს შედეგზე (თავსდება თუ არა სტრატეგია თქვენს უფლება - მოქალაქეობაშია ჩარჩოებში?);
- ეხლა გადახედეთ, შერჩეულ სტრატეგიებს და ხაზი გაუსვით იმათ, რომლებიც პასუხობენ გემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს. თქვენი შერჩეული გამოსაყენებლად ვარგისი სტრატეგიები ჩამოწერეთ შემდეგ ფურცელზე;
- შემდეგ შეამოწმეთ არჩეული სტრატეგიის რეალურობა.

მე-3 ნაბიჯი. სტრატეგიის არჩევა (გაგრძელება)

დ. სტრატეგიის განხორციელების შეფასება

ჩამოთვალეთ უფრო მისაღები სტრატეგიები (შესრულების რეალურობის შემოწმების შემდეგ)

1.

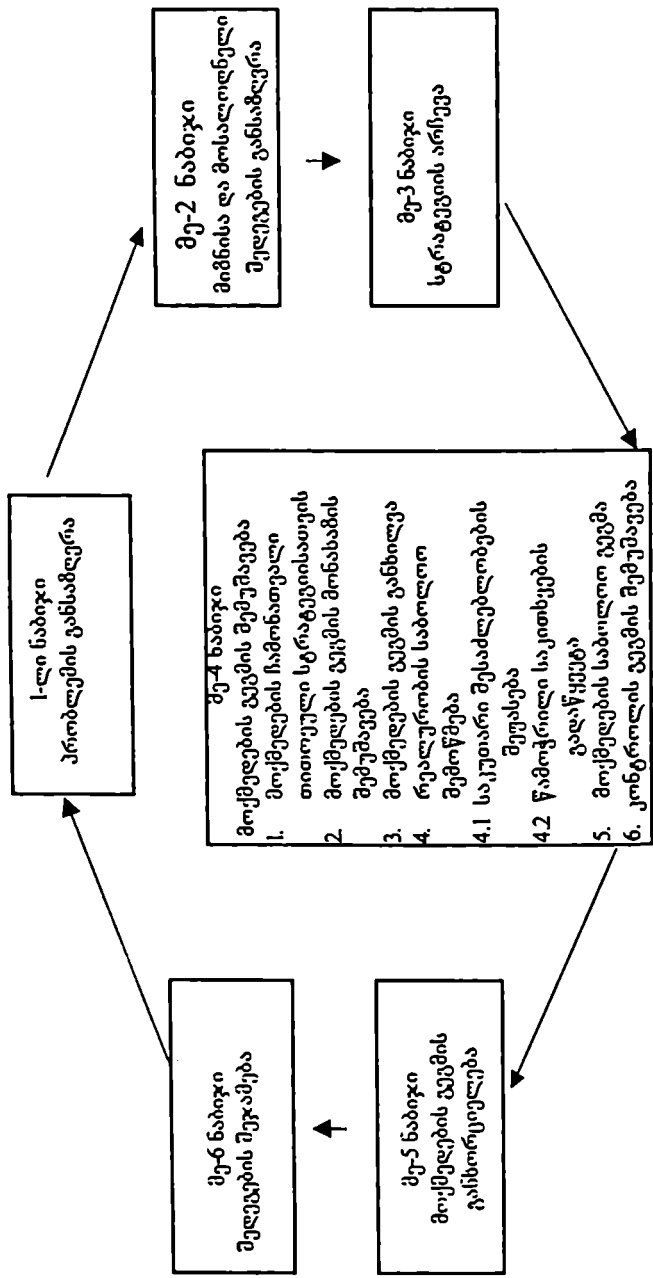
2.

3.

4.

5.

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება

როგორც გემოთ აღვნიშნეთ, მენეჯერის წიგნში უნდა შედიოდეს პრობლემის და ანალიზის სტრატეგიები, რომელთა სწორად არჩევა განაპირობებს ამ პრობლემის გადაწყვეტას. სტრატეგიის ეფექტურად გამოყენებისათვის მენეჯერს ესაჭიროება მოქმედების კონკრეტული გეგმა, რომელიც შედგება თანამიმდევრული ლოგიკური ნაბიჯებისაგან, აუცილებელი რესურსებისა და ამოცანის განხორციელების საბოლოო ვადისაგან.

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელი მოქმედება და რესურსები

მეორე გეგმზე ჩამოთვალეთ ყველა მოქმედება, რომლებიც შეიძლება გამოიყენოთ თითოეული არჩეული სტრატეგიის განხორციელების დროს. აღნიშნეთ აგრეთვე ყველა შესაბამისი რესურსი (ადამიანური, მატერიალური ან ინფორმაციული), რომლებიც საჭიროა მათი განხორციელებისათვის. ამისათვის აუცილებელია თქვენი გონებრივი შესაძლებლობების მობილიზაცია. ამ სტადიაში აუცილებელი არ არის მოქმედების ლოგიკური თანამიმდევრობის ჩამოთვალა, გამოიყენეთ თქვენი ფანტაზია.

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შექმნა
თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

1-ლი სტრატეგია

მოქმედება

აუცილებელი რესურსები
 (ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების კვების შემუშავება

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელი მოქმედების ჩამონათვალი

მე-2 სტრატეგია

მოქმედება

აუცილებელი რესურსები
(ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების კატეგორიის შემუშავება

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

მე-3 სტრატეგია

მოქმედება

აუცილებელი რესურსები
(ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების ციკლის შემუშავება

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

მე-4 სტრატეგია

მოქმედება

აუცილებელი რესურსები
(ადამიანიური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

მე-5 სტრატეგია

მოქმედება

აუსილებელი რესურსები
 აღამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი. მოქმედების გეგმის შემუშავება (გაცრეკლება)

მოქმედების განხილვა

ახლა გადაათვალიერეთ ადრე არჩეული მოქმედებისა და რესურსების ჩამონათვალ და მოიფიქროთ, როგორ ესადაგება თითოეული მათგანი საერთო მოქმედების გეგმას. გადაშალეთ ის მოქმედებები, რომლებიც თქვენი გეგმისთვის გამოსუსადეკრად მიგანიათ. შეეცადეთ დაუმატოთ ნებისმიერი ახალი მოქმედება, რომელიც შეიძლება გამოგადგეთ. მიუთითეთ აგრეთვე იმ რესურსებზე, რომლებიც საჭიროა თითოეული მოქმედებისთვის.

მოქმედების გეგმის მონახაზის შემუშავება

მოქმედების გეგმის შემუშავების მომდევნო ნაბიჯებია:

- (1) ყველა მოქმედების დალაგება ლოგიკური თანმიმდევრობით;
- (2) თითოეული მოქმედების საბოლოო ეტაპის განსაზღვრა;
- (3) მოქმედების გატარებაზე პასუხისმგებელი თითოეული პირის ვალდებულებების განსაზღვრა, აგრეთვე;
- (4) მოქმედების აღვილის დადგენა;
- (5) ამჟამად მისაწვდომი და აუცილებელი რესურსების დადგენა;

მომდევნო გვერდები გამოიყენეთ მოქმედების გეგმის მონახაზისათვის. შეიძლება თითოეული არჩეული სტრატეგიის ან გადაწყვეტილებისათვის მოგიხდეთ მოქმედების ცალკე გეგმის შემუშავება. შეგიძლიათ აგრეთვე ყველა მოქმედება შეიტანოთ მოქმედების ერთან გეგმაში ქრონოლოგიის მიხედვით.

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (კატორქლები)

ბ. მოქმედების გეგმის მიმოხილვა

ცხოვრებაში მოქმედების გეგმის გატარებამდე, მიზანშეწონილია შევჩერდეთ მის მიერ შემუშავებული გეგმა განსახილველად და შესაფასებლად წარუდგინოს თანამშრომლებს ან სპეციალისტებს. როგორც წესი, პირს, რომელიც არ განიცდის უშუალოდ პრობლემური სიტუაციის გეგვლენას, შეუძლია უფრო ობიექტურად შეაფასოს შეცდომები და გეგმის სუსტი მხარეები, ვიდრე იმ პირს, რომელიც ღვას პრობლემის წინაშე.

ამრიგად, მოქმედების გეგმა საბოლოო დამუშავებამდე მიზანშეწონილია განხილით ერთ ან რამდენიმე თანამშრომელთან, იმსჯელოთ მისი განხორციელების შესაძლებლობასა და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე.

მოქმედების გეგმის თანამშრომლებთან ერთად განხილვის შემდეგ წარმოშობილი შენიშვნები

მე-4 ნაბიჯი. მოქმედების გეგმის შემუშავება (გაცრძელება)

მოქმედების გეგმის განსილვა (გაცრძელება)

მოქმედების გეგმის თანამშრომლებთან ერთად განხილვის შემდეგ წარმომოხილი შენიშვნები

გვერდის რეალურობის საბოლოო შემოწმება

ამ ეტაპზე უნდა განსაზღვროთ მოქმედების გეგმის ცხოვრებაში გატარებისა და საკუთარი შესაძლებლობები. ეს გეგმის რეალურობის საბოლოო შემოწმებაა, რომლის დროსაც მხედველობაში უნდა მიიღოთ შემდეგი ფაქტორები:

- (1) თქვენი, როგორც მენეჯერის შესაძლებლობები;
- (2) ახალი პრობლემები, რომლებმაც შეიძლება თავი იჩინოს ცვალებადობის პროცესში. შესაძლებელია თუ არა თქვენი გეგმის მემეოზით ამ პრობლემების გაკონტროლება.

ა) საკუთარი შესაძლებლობების შეფასება

მუშაობის სხვადასხვა სფეროში თქვენი შესაძლებლობის დონემ, შეიძლება პოტენციური გეგავენა მოახდინოს მოქმედების გეგმის განხორციელების წარმატებასა ან წარუმატებლობაზე. ამ ეტაპზე შეგიძლიათ შეაფასოთ საკუთარი უნარი. შემდეგ, მომღვენო გვერდებზე შეაფასეთ თქვენი ძლიერი და სუსტი მხარეები. აგრეთვე გათი პოტენციური გეგავენა მოქმედების გეგმის წარმატებით (წარუმატებლად) განხორციელებაზე.

ძლიერი მხარეები

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (გაგრძელება)

ა) საკუთარი შესაძლებლობების შეუასება (გაგრძელება)

სუსტი მხარეები

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (ცარძელეა)

ა) საკუთარი შესაძლებლობის შეფასება (ცარძელეა)

თქვენი უნარის პოტენციური ზეგავლენა მოქმედების გეგმის განხორციელებაზე.

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (ვაგრძელება)

ბ) ცვალებადობის პროცესში წამოჭრილი საკითხების გადაწყვეტა

აილეთ რამდენიმე ნარკვევი (სტაგია), რომლებშიაც აღწერილია ცვალებადობის პროცესი და განხილულია ამ პროცესში წამოჭრილი საკითხები. ამ გვერდზე განიხილეთ ცვალებადობის პროცესში წამოჭრილი ის საკითხები, რომლებმაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ თქვენი მოქმედების გეგმაზე. განიხილეთ სხვადასხვა შესაძლო სიტუაცია და თქვენი საქმიანობა მათ სამართავეად.

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (გაგრძელება)

მოქმედების საბოლოო გეგმა

უკვე საკმარისად დააგროვეთ მოქმედების გეგმის საბოლოო შემოწმებისათვის აუცილებელი მონაცემები, სახელდობრ: თანამშრომლების მოსაზრებები, მოქმედების გეგმაზე მოქმედი ძლიერი და სუსტი მხარეები, აგრეთვე ინფორმაცია მოგიერთთ საკითხზე, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას ცვალებადობის პროცესში. ამ მონაცემების შესაბამისად შესწორებები შეიტანეთ მოქმედების გეგმის მონახაზში და მომდევნო გვერდზე შეაღწინეთ ამ გეგმის საბოლოო ვარიანტი.

მე-4 ნაბიჯი: მოქმედების გეგმის შემუშავება (გაგრძელება)

კონტროლის გეგმის შემუშავება

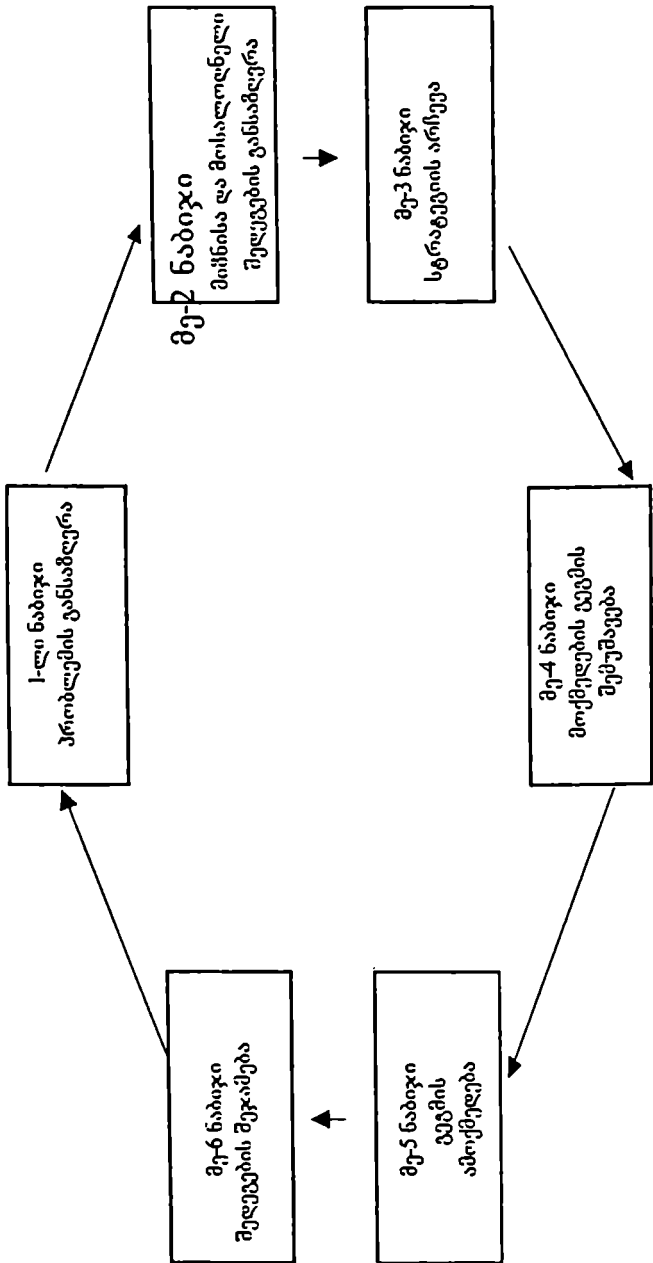
მოქმედების გეგმის შემუშავების დასასრულს, გეგმის მსვლელობისათვის უნდა მოიფიქროთ კონტროლის მექანიზმები. მოსაზრება ჩამოაყალიბეთ ქვემოთ, წინა ფურცლებზე გადასვლეთ მოქმედების გეგმას, ჩამოთვალეთ კონტროლის ხერხები, რომელთა გამოყენებასაც შეძლებთ, მიუთითეთ მათი გამოყენების დრო.

კონტროლის ხერხები

გამოყენების

დრო

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-5 ნაბიჯი: გეგმის ამოქმედება

დაგერჩა პრობლემის მოცუარების პროცესის ორი ნაბიჯი, სახელდობრ: გეგმის ამოქმედება და შეფასება. გამოყოფილი მენეჯერი პრობლემის გადაწყვეტის პროცესის ნორმალურად მსვლელობისთვის მუდმივად აკონტროლებს და მართავს პროცესს, რათა მნიშვნელოვნად არ დასცილდეს დასახულ გეგმს. მენეჯერი უნდა შეესალოს, რომ იგი წარმართოს დასახულ კალაპოტში ან კორექტივები შეიტანოს გეგმაში.

კონტროლი და მართვა უმრუნველყოფილი უნდა იყოს ინფორმაციით, რათა წამოჭრილი პრობლემები განისაზღვროს და გადაიჭრას. ამ მიმართულებით პრობლემის გადაწყვეტის პროცესი უწყვეტი და ციკლურია. ასე რომ მენეჯერი შეუხსება, ანალიზისა და პრობლემების გადაჭრის უწყვეტი ციკლის მონაწილე ხდება.

მე-6 ნაბიჯი: შედეგების შეჯამება

გეგმის ამოქმედების ბოლო სტადიაში გაკეთებულმა საბოლოო შეფასებამ უნდა უზრუნველყოთ ინფორმაციით, რომელიც საჭიროა დასახული მიზნების მიღწევის განსაზღვრისა და წინასწარი შედეგების შეფასებისათვის. ასეთი განსაზღვრა შესაძლებელს გახდის გეგმის წარმატებული და პრობლემატური მხარეების გამომკვლევას. პრობლემებისადმი ამგვარი მიდგომა მიტყვანთ პრობლემების გადაჭრის უწყვეტი და ციკლური პროცესის პირველ ნაბიჯამდე.

Рамаз Урушадзе

Общественное здравоохранение

(анотация)

Книга посвящена вопросам развития и становления общественного здравоохранения в Грузии. В книге описаны основные моменты реформы, проведенные в системе медицинского обеспечения здоровья населения Грузии, анализируются предпосылки реформы и ее основные направления. Проводятся параллели с подобными реформами в других странах. Приводятся практические советы не только организационного, но и чисто медицинского, клинического, эпидемиологического и статистического плана для работы в первичных звеньях общественного и общего здравоохранения. Работа состоит из 26 глав.

Первая глава знакомит читателя с историей грузинской медицины до 20-го века.

Во второй главе приводятся предпосылки медицинской реформы в Грузии.

Третья глава посвящена концепции реориентации системы здравоохранения.

В четвертой главе приведена краткая история становления систем общественного здравоохранения в странах восточной и центральной Европы, а также основные даты развития общественного здравоохранения в США.

Пятая глава освещает вопросы связанные с совершенствованием системы науки и образования в медицине.

Шестая глава повествует о вопросах децентрализации руководящей функции и значении делегирования ответственности конкретным организациям низших звеньев.

В седьмой главе читатель ознакомится с методами администрирования и экономики здравоохранения на современном этапе развития.

В девятой главе приводятся основные функции общественного здравоохранения, а также суть, виды и методы эпидемиологического исследования в общественном здравоохранении.

В десятой и одиннадцатой главах раскрываются цель задачи, роль и функции общественного здравоохранения

В двенадцатой главе читатель ознакомится со структурой и функциями информационной службы общественного здравоохранения.

В тринадцатой и четырнадцатой главах дается краткое описание государственных центральных и краевых и муниципальных программ по здравоохранению.

Пятнадцатая глава посвящена стратегическим вопросам первичного здравоохранения.

В шестнадцатой главе анализируются механизмы финансирования медицинских учреждений.

Глава семнадцатая знакомит читателя с основными положениями стандартизации в медицине.

В восемнадцатой главе даются основные положения системы обеспечения качества обслуживания в здравоохранении.

Девятнадцатая глава всецело посвящена медицинскому страхованию.

В двадцатой главе дана перспектива развития общественного здравоохранения в Грузии.

Двадцать первая глава знакомит читателя с государственной политикой здравоохранения в 21-ом веке.

В двадцать третьей главе приведены практические рекомендации связанные с госпитальным инфекционным контролем.

В восьмой и двадцать второй главах даются разъяснения терминов употребляемых в работе.

Двадцать четвертая глава - приложение, где кроме упражнения для решения стратегического процесса менеджмента в общественном здравоохранении, даются множество схем с целью разъяснения рабочего процесса в медицинской организации.

Двадцать пятая глава освящает роль и место госпиталей в системе здравоохранения.

Двадцать шестая глава разъясняет действия учреждения при катастрофах.

Ramaz Urushadze

Public Health

(The description)

The book is devoted to questions of organization and development of public health in Georgia. Basic aspects of the Georgia Health Reform, together with its preconditions and major directions are analyzed. The parallel review of similar reforms in other countries are carried out. Practical advice not only on organizational, but also on medical, clinical, epidemiological and statistical aspects of primary health care and public health are submitted.

The work consists of 26 chapters.

The first chapter is an acquaintance with the history of the Georgian medicine till XX centuries.

Preconditions of medical reform in Georgia are presented in the second chapter.

The third chapter is devoted to the concepts of reorganization of public health system in Georgia.

Brief history of organization of public health systems in countries of East and Central Europe, also basic trends of USA public health development are presented in the fourth chapter.

The trends in development of medical science and education are highlighted in the fifth chapter.

The sixth chapter unites the issues of decentralization, underlining the major importance of transfer of responsibilities to lower levels.

The current system of public health financing and economy, together with the methods of administration are presented in the seventh's chapter.

The basic functions of public health, also the essence, types and methods of epidemiological research are presented in the ninth chapter.

The specific aims of public health, its major tasks and functions are reviewed in the eleventh and the twelfth chapters.

In the twelfth chapter the reader gets acquainted with the structure and functions of Medical Information services.

Brief description of the state (central and regional) and municipal programs on public health is given in the thirteenth and fourteenth chapters.

The fifteenth chapter is devoted to strategic questions of Primary health care.

The mechanisms of financing of medical entities are analyzed in the sixteenth chapter.

The chapter seventeenth highlights the basic trends in process of standardization.

The basics of Public Health Quality Assurance are given in the eighteenth chapter.

The nineteenth chapter is entirely devoted to Medical Insurance.

The twentieth chapter highlights the prospect of development of public health in Georgia.

The twenty first chapter acquaints the reader with the state politics of public health in 21 century.

Practical recommendations connected with hospital infectious control are given in the twenty third chapter.

The definitions and clarification of terms used in manual are given in the eighth and twenty second chapters.

The twenty fourth chapter includes appendixes, with the exercises on public health management and strategic planning, together with the set of the schemes for refining working process in medical organization.

The twenty fifth chapter consecrates a role and place of hospitals in system of public health.

The twenty sixth chapter explains actions establishment at accidents.

ლიტერატურა

- ა. ასათიანი. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია. სახელმძღვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის. თბილისი, "განათლება", 1973, 1-397.
- კ. გეგელაშვილი. დისპანსერიზაცია. თბილისი. 'განათლება', 1984, 1-262.
- კ. გეგელაშვილი. თანამედროვე მედიცინა: სოციალურ-ჰიგიენური, სამოგადობრივ-ეთიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. თბილისი, საბჭოთა საქართველო, 1986, 1-268.
- დ. გველესიანი, ლ. გიორგობიანი. ხელმძღვანელობის ხელოვნება. ლექციების კონსპექტი. თბილისის მენეჯერთა სკოლა. თბილისი, 1991, 1-212.
- ლ. გველესიანი, ლ. გიორგობიანი, ნ. ნადირაშვილი. ბიჰევიორისტიკა. ლექციების კონსპექტი ESM-თბილისის სტუდენტებისათვის. ნაწილი I. ESM-თბილისი. თბილისი, 1992, 1-99.
- ო. გერშმავა. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია (დამხმარე სახელმძღვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის). თბილისი. "განათლება", 1990, 1-500.
- ნ. ელშენი. დიალოგი მედიცინაზე. თბილისი, 'მეცნიერება', 1976, 1-214.
- ნ. ვეფხვაძე "ჰიგიენა". ლექციების კურსი. ნაწილი I და II. თბილისი. 1998.
- ვ. კაციტაძე "მოგადი ჰიგიენა". თბილისი, 1984.
- თ. კერესელიძე, დ. ჩიკვილაძე. *საავადმყოფოსშივა ინფექციის პროფილაქტიკა და კონტროლი (პრაქტიკული სახელმძღვანელო)*. თბილისი 1998წ. 34 გვ.
- გ. კიკნაძე, პ. იმნაძე. *საავადმყოფოსშივა ზოგიერთი ინფექციის კონტროლი (მეთოდური სახელმძღვანელო)* თბილისი 1999წ. 92 გვ.
- ბ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი პირველი. ორგანიზაცია. ლექციების კურსი ESM-თბილისის სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-267.

- ბ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მეორე. მართვა ორგანიზაციაში. ლექციების კურსი ESM-თბილისის სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290.
- ბ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მესამე. მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების პროცესი. ლექციების კურსი შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290.
- სამოგადოებრივი ჯანდაცვის დღევანდელი და ხვალისდელი დღე-კონფერენციის მასალები 5-6 აგვისტო 1996წ. თბილისი.
- საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი. ბიულეტენი 1997წ. თბილისი.
- საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება *“ქალთა გინეკოლოგიური დახმარების გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ”* № 136/ო 16/06/2000წ.
- სოციალურ-ეკონომიკურ გარდაქმნათა სტრატეგია და გაქტიკა გარდამავალ პერიოდში (საერთაშორისო სამედიცინო სიმპოზიუმის მასალები). თბილისი, 13-14 ნოემბერი 1997წ.
- ვ. ცაბაძე. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია. სახელმძვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის. თბილისი, *“განათლება”*, 1982, 1-397.
- ქრონიკულ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია და პროფილაქტიკა. შამეცნიერო პრაქტიკული კონფერენციის მასალები. თბილისი, 22 დეკემბერი 1998წ.
- რ. ხარაბაძე. ადამიანი და რადიაცია. თბილისი *“საბჭოთა საქართველო”* 1988.
- ჯანმრთელობის სოციალური დამღვევა. დაცეგმვის სახელმძვანელო. ჩარლზ ნორმანდი, აქსელ ვებერი, ჯანმო, 1994წ.
- ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმები ევროპაში. თანამედროვე სტრატეგიების ანალიზი. ჯანმო ევროპის რეგიონული ბიურო, კოპენჰაგენი, 1996წ.
- ჯანმრთელი უზნისაკენ. პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე დაფუძნებული უზნის ჯანმრთელობის დაცვიგს სისტემების ორგანიზება და მართვა. . გარიმო, ჯანმო, ენევა, 1991წ. სამედიცინო სამოგადოება *“ქველმოქმედი”*
- Аханов А.А., Кульжанов М.К., Усатаев М.М. Реформы здравоохранения стран Центральной Азии. Алматы, 1996.

- Аканов А.А. Реформы здравоохранения стран Азии с переходной экономикой. Алматы, 1996.
- Акулов К.Н., Буштуева К.А. «Коммунальная гигиена». Москва, «Медицина», 1986.
- Алексеев С.В., Усенко В.Р. «Гигиена труда». Москва, «Медицина», 1988.
- Тайц Б. М., Зуева Л. П., Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Санкт-Петербург. 1998 г. с 273.
- Аханова В.М., Романова Е.В., «Гигиена питания». Ростов-на-Дону, изд. «Феникс», 2000.
- Быкова Ж.Е., Федорова Э.Г., Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможность использования в практике здравоохранения. В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Изд-во «Медицина» 1996. №1, 40-46.
- Гришина В.В., Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. Москва, 1995, 1-60.
- Громашевский Л.В., Теоретические вопросы эпидемиологии. Киев, 1987.
- Громашевский Л.В., Эпидемиология, как предмет преподавания в медицинских вузах. Киев, 1987.
- Дегтярев А.А., Основы эпидемиологического анализа. Москва, 1982.
- Джеймс О., Раис А., Смешанная экономика в здравоохранении: Проблемы и перспективы. Программа «ЗдравРеформ» финансируется агентством США по международному развитию. Москва, 1996, 1-269.
- Здравоохранение в Республике Беларусь. Минск, БелЦНМИ, 1998.
- Кардашенко В.Н., «Гигиена детей и подростков». Москва, «Медицина», 1980.
- Мак Ман Пью Т., Применение эпидемиологических методов при изучении неинфекционных заболеваний. Москва, 1987.
- Маршак М.С., «Диетическое питание». Москва, «Медицина», 1967.
- Основы инфекционного контроля. Практическое руководство. Под ред. Е. А. Бурганской 1997
- Отчет о мировом развитии 1993 г. Инвестиции в здравоохранении (Всемирный Банк). Вашингтон. 1994. 1-240.
- Покровский В.А., «Гигиена». Москва, «Медицина», 1979.
- Покровский В.Н., Лобан К.М., Руководство по инфекционным болезням. Москва, 1990.

- Реформа оплаты медицинской помощи: фактор повышения эффективности здравоохранения. Москва, Изд-во Минздрава России, 1-259.
- Румянцев Г.Н., Вишневская Е.П., Козлов Г.А., «Общая гигиена». Москва, «Медицина», 1985.
- Румянцев Г.Н., «Гигиена», Москва, Геотар Медицина, 2000.
- Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г., «Гигиена детей и подростков»,. Москва, «Медицина», 1986.
- Случанко И.С., Церковный Т.Ф., Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. Москва, 1983.
- Соринсон С.И., Вирусные гепатиты. Москва, 1987.
- Тогунов И.А., Медицинские усилия и методология экспертизы. Журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины, №4, Москва, 1996.
- Токаревич К.Н., Важнейшие инфекции, общие для животных и человека. Ленинград, 1979.
- Тьюки Дж.. Анализ результатов наблюдений. Москва, «Мир», 1981.
- Широков В.П., Синдром приобретенного иммунодефицита. Киев, 1988.
- Шейман И.М., Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва, 1998.
- Anthony R. N., Young David W., Management Control in Nonprofit Organizations, Richard D. Irwin, Inc., 1988.
- A Textbook of Family Medicine IANR. Mc WHINNEY New York, Oxford, 1989.
- Bakker D, de (1989), The district concept for primary health care planning.
- Benenson A.S., Control of communicable diseases in man. Washington, American public health association. 1990.
- Blanpain, J., Delesie, L., Nys, H. (1978), National health insurance and health resources.
- Brown SM, Alonso-Echanove J, Kurtsikashvili G, Ghadua M, Ahmeteli L, Bochoidze T, et al. Serial point-prevalence studies (PPSs) of surgical infections (SSIs) in Republic of Georgia. Abstract 0191, 11th Annual Society for Healthcare Epidemiology of America Conference, April 2001.
- Centers for disease control. Case definitions for public health surveillance. MMWR. 1990.
- Delnoij, D.M.J. (1994), Physician payment systems and cost control.
- Evans, R.G. (1981), Incomplete vertical integration
- Feachem, R. (1994), Health decline in Eastern Europe.
- Field, M.G. (1967), Soviet socialized medicine.

- Forster, D. and Jozan, P. (1990), Health in Eastern Europe.
- Groenewegen, P.P. and Calnan, M. (1995), Changes in control of health care systems in Europe.
- Guidelines for Perinatal Care., Chapter 10. Infection Control
- Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region, World Health Organization. Regional Office for Europe Copenhagen 1999.
- Hurst, J.W. (1991), Reforming health care in seven nations.
- Hurst, J.W. (1992), The reform of health care.
- Kemenade, Y.W. van (1993), Health care in Europe.
- Kesley Y.L., Tompson W.O., Evans A.S. Methods in observational epidemiology. New York, Oxford U. Press. 1986.
- Kimberly, J.R. (1993), The migration of administration in West Europe.
- Klein, R. (1995) Priorities and rationing.
- Light, D.W. (1985), Values and structure in German health care system.
- McKee, M., (1991), Health services in Central and Eastern Europe.
- McKee, M., Bobak, M. (1994) Health sector reform in the Czech Republic, Hungary and Romania.
- Poullier, J. – P. (1988), The cathedrals of the twenty-first century.
- Robert J. Taylor, MHA, FACHE, Susan B. Taylor, The AUPHA
MANUAL OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT Aspen
Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, 1994.
- Roemer, M.I. (1991), National health systems of the world.
- Rowland, D. and Telyukov, A.V. (1991), Soviet health care from two perspectives.
- Ryan, M. (1978), The organization of Soviet medical care.
- Saltman R., and Otter, C. von (1992), Planned markets and public competition.
- Schoukens, P. (1994) The development of health care systems in eight countries of Central and Eastern Europe.
- Sheiman, I. (1994), Forming the system of health insurance in Russian Federation.
- Swaan, A. de (1988). In care of state.
- Vienonen, M. A., (1993), Health care reforms on the European scene.
- World Bank (1993), World development report 1993.
- World Development Report 1993 Investing in Health, Published for the World Bank, Oxford University Press.
- Zee, J. van der (1988), Primary health care in Europe.

რამაზ ურუშაძე
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

Ramaz Urushadze
Public Health

Рамаз Урушадзе
Общественное здравоохранение

რედაქტორი
დავით გეგეშიძე

კორექტორი
მანონ ღუდუშაური

კომპიუტერული უზრუნველყოფა
ვალენტინა ივოჩკინა
ინგა ჩორგოლიანი

კომპიუტერული გრაფიკა და დიზაინი
აკაკი გამყრელიძე
ნანა ნიკოლაიშვილი