

ბ. ამყოლაძე, მ. ჯირცხალავა, მ. ლომსაძე-კუჭავა,
ბ. კიკნაველიძე, ი. ამყოლაძე, ნ. ბიორბიშვილი,
თ. სოზიასვილი, მ. ჩხენკელი, თ. ხვიჩია, მ. ხაჩიძე

**რეგიონებში გააღვივებული ჯანდაცვისა და
რეკრეაციული ობიექტების საქმიანობის
მდგომარეობა და განვითარების
შესაძლებლობები**

(სამეცნიერო-თეორიული და საცნობარო ნაშრომი)

წიგნი 8

თბილისი 2010

ბ. აგჟოლაძე, მ. შირცხალავა, მ. ლომსაძე-კუჭავა,
ბ. კიკნაველიძე, ი. აგჟოლაძე, ნ. ბიორბიშვილი,
თ. სოზიაშვილი, მ. ჩხენკელი, თ. ხვიჩია, მ. ხაჩიძე

**რეგიონებში გააღბილებული ჯანდაცვისა და
რეკრეაციული ობიექტების საქმიანობის
მდგომარეობა და განვითარების
შესაძლებლობები**

(სამეცნიერო-თეორიული და საცნობარო ნაშრომი)
წიგნი 8



ნაშრომი შედგენილია ავტორთა ჯგუფის მიერ შემდეგი
შემადგენლობით: გ. ამყოლაძე, მ. ფირცხალავა, მ. ლომსა-
ძე-კუჭავა, გ. კიკნაველიძე, ი. ამყოლაძე, ნ. გიორგიშვილი,
თ. სოზიაშვილი, მ. ჩხენკელი, თ. ხვიჩია, მ. ხაჩიძე.

„აღნიშნული ნაშრომი განხორციელდა სსიპ- ქართველო-
ლოგიის, მონიტორინგული და სოციალური მეცნიერებების
ფონდში (რუსთაველის ფონდი) მოპოვებული გრანტის
მეშვეობით (გრანტი №252-08-2-166) წინამდებარე პუბლიკა-
ციაში გამოთქმული ნებისმიერი აზრი ეკუთვნის ავტორთა
ჯგუფს და შესაძლოა არ ასახავდეს სსიპ-ქართველო-
ლოგიის, მონიტორინგული და სოციალური მეცნიერებების
ფონდის (რუსთაველის ფონდი) შეხედულებებს“.

951.5824



სარჩევი

შესავალი	4
თავი 1. საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელი და საკადრო უზრუნველყოფა	11
თავი 2. ჯანდაცვის ობიექტებზე სახელმწიფო დანახარჯების თავსიებურებები და მართვა	24
თავი 3. ჯანდაცვის ობიექტების ფუნქციონირების ანალიზი და საქმიანობის მდგომარეობა	31
თავი IV. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება თანამედროვე ეტაპზე	42
თავი 5. საოპერაციოს შემოსავლები და საღრიცხვო პრაქტიკა ჯანდაცვის ობიექტებში	83
თავი 6. ჯანდაცვის ობიექტების საქმიანობის მენეჯმენტის კავშირი საწოლების რაოდენობის ეფექტიანი რეგულირების საქმეში	101
ლიტერატურა	129

შესავალი

ნაშრომში ყურადღებაა გამახვილებული ჯანდაცვის ობიექტების ფუნქციონირების საკითხებზე და მათი შემდგომში განვითარების პრობლემებზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების დონე, როგორც წესი, ადეკვატურად ასახავს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას. ადამიანთა ცხოვრების დონის ამადლების გლობალური მიზნებისა და ფასეულობების განსაზღვრა მთელი ერის პრეროგატივაა. ამიტომ აუცილებელია, რომ სახელმწიფოებრივი მიზნები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში:

- გამომდინარეობდეს ქვეყნის კულტურული მემკვიდრეობიდან;
- იყოს უმნიშვნელოვანესი მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის;
- შეესაბამებოდეს ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას;
- ასახავდეს ეთნიკურ სპეციფიკურობასა და გამოცდილებას;
- იყოს თავისუფალი იდეოლოგიისაგან;
- ასახავდეს ქვეყნის საერთაშორისო სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მიმართულებას;
- იყოს მეცნიერულად დასაბუთებული.

დღეისათვის მსოფლიოში ძნელი მოსაძებნია ისეთი ქვეყნები, რომელთა მთავრობებიც არ ახორციელებდნენ ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმებს. ამასთან დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესების განუწყვეტელი გაძვირება, რომლის მიზეზია მაღალი ტექნოლოგიების გამოყენება, ზრდის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებებს და ართულებს მათ შესრულებას. ეს განპირობებულია იმით, რომ სახელმწიფო ცდილობს დაამყაროს ბალანსი, ერთი მხრივ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საყოველთაო, ცივილიზებული პრინციპების - ხელმისაწვდომობის, თანასწორობისა და

სოციალური მხარდაჭერის მორალურ ვალდებულებასა და, მეორე მხრივ, დანახარჯთა შემცირების აუცილებლობის ფინანსურ ვალდებულებას შორის.

განვითარებული ქვეყნების უმეტესობასა და განვითარებადი ქვეყნების ნაწილს უკვე შემუშავებული აქვთ და ისინი პერიოდულად ანახლებენ ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ პოლიტიკას, რომელიც თითოეული ქვეყნის ეკონომიკისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემათა განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის შემადგენელი ნაწილია. ისევე, როგორც სხვა ქვეყნებში, საქართველოში მიმდინარე ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირების პროცესში უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა არსებობდეს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული პოლიტიკა, რომელშიც განსაზღვრულ იქნება გრძელვადიანი პერსპექტივის მიზნები და აგრეთვე ერის ჯანმრთელობის პრობლემათა ძირითადი პრიორიტეტები.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა წარმოადგენს ქვეყნის ხელისუფლებისა და პოლიტიკური ძალების შეთანხმებას დეკლარირებულ მიდგომებსა და სტრატეგიებზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნების და განმტკიცების ძირითად მიმართულებათა შესახებ უახლოესი 10-15 წლის განმავლობაში.

დღეს, როდესაც საქართველოში შენდება ახალი დემოკრატიული საზოგადოება, ხოლო სახელმწიფო პრიორიტეტად აღიარებულია პოლიტიკის ზნეობრიობა და ყოველივე ახლის შენებაში სოციალური ორიენტაცია, საჭიროა უწინარესად წარმოჩინდეს ჯანმრთელობის დაცვის უმნიშვნელოვანესი როლი. ამიტომ დღის წესრიგში დადგა ამოცანა – ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა, რომლის მიზანი იქნება მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და არა მხოლოდ საუკეთესო ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების არსებობა.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რომლის კონცეფცია მომზადდა ქვეყნის კრიზისიდან გამოყვანისა და სტაბილიზაციის პროცესში და შევიდა

საქართველოს პრეზიდენტის პროგრამაში - «ახალი დემოკრატიული საქართველოსათვის», წარმოადგენდა რეფორმისტული გარდაქმნების ორგანულ შემადგენელ ნაწილს და ეფუძნებოდა ამ უკანასკნელის მიზნებსა და ამოცანებს - მინიმალური დანაკარგებითა და მაქსიმალურად მოკლე დროში დემოკრატიული საზოგადოების აშენება და შესაბამის ურთიერთობათა დამკვიდრება.

საზოგადოების განვითარების ისეთი ასპექტები, როგორცაა ეკონომიკური განვითარება, სოციალური განვითარება ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ხშირად განიხილება განცალკევებით, მაგრამ თითოეული მათგანი მოქმედია და წარმოადგენს ერთსა და იმავე მთელის ნაწილს. ამასთან არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ ეკონომიკური ზრდა ყოველთვის არ ნიშნავს პროგრესს, მაშინ, როდესაც ჯანმრთელობისათვის ზრუნვა, როგორც ადამიანის განვითარების აუცილებელი ასპექტი, გულისხმობს საზოგადოებრივ პროგრესს. ამ თვალსაზრისით ჯანმრთელობის დაცვა არ განიხილება როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება. მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების დარგში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისათვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, მოსახლეობის აღზრდას და წრთვას პირველადი სამედიცინო ცოდნის და ჩვევების მისაღებად, სოციალური სტრესების მოხსნას. მით უმეტეს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), ჯანმრთელობის დაცვის წილი კი მხოლოდ 12-14%-ს შეადგენს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკის - «ჯანმრთელობა ყველასათვის» თანახმად გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი სტრატეგიის

ძირითადი ელემენტებია. ამ სტრატეგიის მიხედვითაც ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზანია თითოეულ ადამიანს მიეცეს გარანტია, რომ დაცულ იქნება მისი ჯანმრთელობის, ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების, ავადმყოფობისა და ტრავმებისაგან ეფექტიანი დაცვის უფლებები.

საქართველო იმყოფება განვითარების გარდამავალ პერიოდში, რაც გულისხმობს ცენტრალური მართული ეკონომიკიდან საბაზრო პრინციპების გათვალისწინებით ორგანიზებულ ეკონომიკაზე გადასვლას. მეტ წილ ქვეყნებში ამ დროს აღინიშნება ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებელთა მნიშვნელოვანი გაუარესება. საქართველო, პოსტსოციალისტური ქვეყნების უმრავლესობის მსგავსად, დაავადებათა სტრუქტურის მხრივ განიცდის ორი სახის ზეწოლას, რაც დამახასიათებელია როგორც განვითარებადი, ისე განვითარებული ქვეყნებისათვის. კერძოდ, ქვეყნისათვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს კარდიო-ვასკულური, ონკოლოგიური დაავადებები, უბედური შემთხვევები და ამავე დროს ფართოდ არის გავრცელებული სხვადასხვა ინფექციური დაავადებები.

ჯანმრთელობის დაცვის XXI საუკუნის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპებს, ამასთან მოსახლეობის ჯანმრთელობას აფასებდეს არა მხოლოდ ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლებით, არამედ პიროვნების, ოჯახისა და მთლიანად საზოგადოების სოციალური, ფიზიკური და ფსიქიკური კეთილდღეობითაც. ამ მიზნის მისაღწევად გადადგმული პირველი ნაბიჯი იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევრობიუროს მიერ «ჯანმრთელობა ყველასათვის» სტრატეგიის ჩამოყალიბება და იმ მაჩვენებელთა შემუშავება, რომლებიც განსაზღვრავს ცალკეულ სახელმწიფოთა მიღწევებს. თავიდანვე გამოიყო ამოცანათა ოთხი ძირითადი ჯგუფი:

➤ ცხოვრების წესი და ჯანმრთელობა;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორები;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემათა რეფორმირება;
- ცვლილებათა განხორციელებისათვის აუცილებელი პოლიტიკური, მმართველობითი და ტექნოლოგიური ძალების მობილიზება.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტების შერჩევა და სტრატეგიების ჩამოყალიბება უნდა ეფუძნებოდეს ისეთ ფუნდამენტურ ფასეულობებსა და პრინციპებს, როგორც არის:

- ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოების სოციალური განვითარების მთავარი მიზანი;
- თანასწორუფლებიანობა და სოლიდარობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება;
- მეცნიერული დასაბუთება, გულისხმიერება და ანგარიშგება, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესამუშავებელ და განსახორციელებელ ღონისძიებათა ეთიკური საფუძველი;
- ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიათა მდგრადობა.

ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიის მთავარი მიზანია ზრუნვა ადამიანის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის, ავადობისა და ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისათვის, ამასთან ავადმყოფთა მომსახურების საუკეთესო შესაძლებლობებით. ეს თავის მხრივ გულისხმობს საქმიანობის სამ ძირითად სახეობას:

- ავადობისა და ტრავმების თავიდან აცილებას და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის გამიზნული ღონისძიებანი;
- ავადმყოფებისა და ტრავმირებულებისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;

- ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ინტერესებიდან გამომდინარე საზოგადოების რესურსების მობილიზების ახალი მექანიზმის ჩამოყალიბება.

80-იანი წლებიდან დაწყებული «ჯანმრთელობა ყველასათვის» პოლიტიკის განვითარების შედეგად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მოუწოდა წევრ-სახელმწიფოებს საკუთარი ამოცანების ჩამოყალიბებისას დაეყრდნონ «დღევანდელი დღის რეალობას და ოცნებას ხვალინდელ დღეზე».

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩამოყალიბებული ამჟამინდელი მიზანია «ჯანმრთელობა-21 – 21 ამოცანა ოცდამეერთე საუკუნისათვის». ამ მუდმივად არსებული მიზნის მიღწევა გულისხმობს ყველა ადამიანის მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის პოტენციალის სრულ რეალიზაციას. ეს შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ეთიკურ საფუძვლად სამი ძირითადი ფასეულობა იქნება მიღებული. ესენია:

- ჯანმრთელობა, როგორც ადამიანის ერთ-ერთი უმთავრესი უფლება;
- სამართლიანობა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში და ქვეყნების, ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფებისა და ორივე სქესის წარმომადგენლების ქმედითი სოლიდარობა;
- ცალკეული პიროვნებების, ადამიანთა ჯგუფების, თემების, დაწესებულებებისა და სხვადასხვა დარგების პასუხისმგებლობა და მონაწილეობა ჯანდაცვით საქმიანობაში.

ოცდამეერთე საუკუნის სტრატეგიის თანახმად გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი «ჯანმრთელობა ყველასათვის» სტრატეგიის ძირითადი შემადგენელი ელემენტებია. იმისათვის, რომ უახლოეს მომავალში ჩამოყალიბდეს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, რომელიც უფრო ხარისხიანი და ეფექტიანი იქნება, საჭიროა საფუძვლად ოთხი ძირითადი პოსტულატის მიღება:

- შედეგზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;
- სტაციონარების უფრო ეფექტიანი და მოქნილი სისტემა;
- სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხი და ეფექტიანობა.

როგორც წესი, ჯანდაცვის რეფორმირების მექანიზმები მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობაში და აქედან გამომდინარე ჯანდაცვის პოლიტიკაში ცვლილებათა განხორციელების ბერკეტებია. ამგვარად, მკაფიოდ და ნათლად ჩამოყალიბებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა დარგის რეფორმირების ძირითადი მამოძრავებელი ძალა გახდება.

თავი 1. საქართველოს სამკურნალო- პროფილაქტიკური ქსელი და საკადრო უზრუნველყოფა

ჯანდაცვის ობიექტების ფუნქციონირება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელის მდგომარეობაზე ქვეყანაში და როგორაა იგი უზრუნველყოფილი პერსონალიტა და როგორია მისი გამოყენების შესაზღვებლობები.

ჯანდაცვის დაფინანსების სტრატეგიის მიზანია საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანი და სტაბილური დაფინანსების უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის დაფინანსების რეალიზების სტრატეგიის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს სტაციონარული სექტორის რაციონალიზაცია და სამედიცინო პერსონალის ოპტიმიზაცია.

2006 წლის მონაცემებით საქართველოში ფუნქციონირებდა 271 სტაციონარი, რომელთაგან 269 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ხოლო 2 სხვა უწყებების დაქვემდებარებაში იყო.

საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელის სტრუქტურა

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები	სულ	მათ შორის	
		სამინისტრო	სხვა უწყებები
სტაციონარული დაწესებულებები	271	269	2
დისპანსერები			
დამოუკიდებელი	75	75	–
პოლიკლინიკური დაწესებულებები	179	175	4
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები	100	100	–
სასწრაფო დისპანსერების სადგურები	72	72	–
სიყდის საექსმო ამბულატორიები	209	209	–
სისხლის გადასხმის სადგურები	6	6	–
წვივ ბაქტერია სასდები	2	2	–
სამედიცინო-კვლევითი ინსტიტუტები	20	20	–
სამკურნალო ცენტრები	51	51	–
შემაჯავლი			
საავადმყოფოში შემაჯავლი პოლიკლინიკები	68	68	–
საექსმო უანონსიტები	9	9	–
სიყდის საექსმინო ამბულატორიები	481	481	–
სოფერშლო-საბებო პუნქტები	379	379	–

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

2006 წელს საქართველოს სტაციონარულ დაწესებულებათა ქსელში საწოლთა რაოდენობა 16455 შეადგენდა. ქვეყანაში საწოლების დატვირთვის საშუალო მაჩვენებელია 123,1 დღე. ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით იგი მაღალია აჭარაში (160,3), იმერეთში (150,2), თბილისსა (136,9) და სამცხე-ჯავახეთში (121,5)

სტაციონარების ქსელის სტრუქტურა 2006 წელს

	საწოდოთა რაოდენობა წლის ბოლოს	საწოდებით უზრუნველ- ყოფა 100 000 სულ მოსახლეზე	დატვირთვა საწოდებზე (დღე)	დაფიქსება	ბრუნვა
საქართველო – სულ	16 455	374,1	127,8	7,4	17,1
თბილისი	7 197	653	136,9	7,7	17,8
კურო	1 281	338,9	160,3	7,5	21,3
გურია	345	248,0	114,7	6,8	17,0
რატადუნსუმი და ქემსი სვანეთი	1246	522,5	75,7	7,2	10,4
მცხეთა-მთიანეთი	179	144,0	78,4	4,1	19,2
სამცხე-ჯავახეთი	673	322,9	121,5	9,8	12,3
ქემსი ქართლი	1044	205,5	78,5	5,5	14,2
იმერეთი	2590	370,6	150,2	8,4	17,9
ქასეთი	763	188,8	90,2	5,0	19,9
შავა ქართლი	830	264,5	112,9	7,6	14,9
აფხაზეთი	52	–	62,2	5,4	11,5
სამცხრელი	1246	263,8	94,4	7,0	13,4

წყარო: დანშროფების დაცვა, სტატისტიკური ცხობარი, საქართველო 2006

საერთოდ კი აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში საწოდების გამოყენების მაჩვენებელი უკანასკნელ წლებში მცირდებოდა, მხოლოდ 2005-2006 წლებში შეიმჩნევა მცირეოდენი მატება

საწოლის საშუალო წლიური დატვირთვა და ავადმყოფთა საწოლზე დაყოვნება 1990-2006 წწ.

წლები	საწოდების საშუალო წლიური დატვირთვა. (დღე)	ავადმყოფის საწოლზე დაყოვნება
1990	208	14,9
1995	100,1	13,4
2000	97,9	10,1
2005	118	7,7
2006	127,8	7,4

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2001-2006 წწ.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 2006 წელს საწოდების დატვირთვა 1990 წელთან შედარებით თითქმის განახევრდა, საწოლზე დაყოვნება კი 14,9-დან 7,4-მდე დავიდა. აღსანიშნავია, რომ 1980-85 წწ. (ე.წ. საბჭოურ პერიოდში) საწოლთა დატვირთვა ყოველწლიურად 280 დღეს შეადგენდა, საწოლზე დაყოვნება კი საშუალოდ 15 დღეს.

საწოლთა პროფილის მიხედვით დატვირთვის მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება ტუბერკულოზის (274,5), ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური (263,7), პედიატრიული (172,0), ონკოლოგიური და რადიოლოგიური (224,8) საწოდებები. საწოლზე დატვირთვის შედარებით დაბალი მაჩვენებელია ოთოლარინგოლოგიურ (34,6) და ოფთალმოლოგიურ (64,2) საწოდებზე

საწოლთა ფონდი პროფილის მიხედვით და მისი

გამოყენების მაჩვენებლები 2006 წელს

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღეებში)	დაყოვნება	ბრუნვა
თერაპიული	2879	72,3	6,3	11,8
პედატრიული	1866	151,3	9,4	16,5
ჭირბურჯიერი	3990	90,1	5,7	15,9
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	429	224,8	18,0	12,4
ინფექციური	1104	101,4	6,8	15,3
ტუბერკულოზის	562	274,5	53,4	5,1
სამუანო-გინეკოლოგიური	3294	108,1	4,5	23,8
ნევროლოგიური	455	134,9	9,8	14,2
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1540	263,7	72,1	3,6
ოთოლარინგოლოგიური	211	34,6	1,4	24,1
ოფთალმოლოგიური	204	64,2	3,6	18,0

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

2006 წელს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ჰოსპიტალიზებული იყო 277 191 ავადმყოფი. წინა წელთან შედარებით ჰოსპიტალიზებულთა საერთო რაოდენობა 5,4%-ით გაიზარდა

რეგისტრირებულ და ჰოსპიტალიზირებულ

ავადმყოფთა რაოდენობა 2005-2006 წწ.

დაავადებათა ძირითადი კლასები IX ზღუ-ს მიხედვით	2005		2006	
	ჰოსპიტალიზ- ირებული სულ	გარდა- ცვალი- ლი	ჰოსპიტალიზ- ირებული სულ	გარდა- ცვალი- ლი
სულ	362296	5095	277191	3464
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	17671	184	17354	206
სისხლეგები	9357	234	10556	238
ენდოკრინული სისტემის ეგების, ნეიროენდოკრინული და იმუნოლოგიური ფუნქციის დარღვევები	4039	62	4364	92
სისხლის და სისხლძარღვოვანი ორგანოების დაავადებები	421	18	994	14
ფსიქიკური ანთროპოპათია	4340	105	4752	86
ნერვული სისტემის დაავადებები	39810	175	6637	177
სისხლის მარჯვენა სისტემის დაავადებები	28284	819	33503	2098
სისხლის მარცხენა დაავადებები	44306	229	47340	316
საჭმლის მომწოდებელ ორგანოთა დაავადებები	28250	470	28865	406
შარბოს სქესო სისტემის დაავადებები	11144	79	11419	179
ორსულობა, მშობიარობა და მშობიარობის შედეგად ყენიანობის უბრალოდებები	66336	8	70234	5
კანის და კანქვეშა უჯრედების დაავადებები	2824	8	3333	6
ფარინგიტული სისტემის და შესაბამისად ქსოვილთა დაავადებები	2654	6	3017	11
ორთქთვითი ინფექციები	1712	85	1812	65
ფრინგიტული პერიოდში წარმოქმნილი პერიფერიული სისხლძარღვოვანი სისტემის დაავადებები	8957	696	5884	273
სისხლძარღვოვანი სისტემის დაავადებები	3111	290	2493	272
ერსხეული და მონარული	21247	618	21641	

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2006

დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის ხვედრით წილში, ისევე როგორც გასულ წელს, წამყვანი ადგილი ეჭირა ორსულობას, მშობიარობასა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებებს (70234 შემთხვევა), სასუნთქი ორგანოების (47340), სისხლის მიმოქცევის სისტემის (33503), საჭმლის მომწოდებელ ორგანოთა (28865) დაავადებებს.

2006 წელს საქართველოს სტაციონარებში გაკეთდა 100303 ოპერაცია (ლექტალობა 0,6%). 1991 წლიდან ოპერაციების რაოდენობა განუზრელად კლებულობდა და 2000 წლისათვის გაკეთებული ოპერაციების რიცხვმა 1991 წელთან შედარებით 61,5%-ით დაიკლო. მიუხედავად უკანასკნელი წლების განმავლობაში გაკეთებული ოპერაციების რაოდენობის მატებისა, 2006 წელს კლებამ 1991 წელთან შედარებით 44,1% შეადგინა

ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა 2006 წელს

წლები	სულ	მანქნობრივი 1000 სულ მოსახლეზე	დღეღამის ბა. %	ბავშვები	საერთო რაოდენობის %	სოფელი ნარკოსით	საერთო რაოდენობა ბა. %	დღეღამის % სოფელი ნარკოსის შემთხვევაში
1991	179377	33,	0,5	26082	14,5	69549	38,8	0,01
1995	97583	18,9	0,7	10774	11,0	32360	33,2	0,01
2000	69360	15,6	0,8	9262	13,4	32363	40,9	0,04
2001	75905	17,2	0,7	10725	13,7	34173	45,0	0,02
2002	77657	17,8	0,7	10463	13,5	35261	45,4	0,03
2003	82626	19,1	0,7	10970	13,3	39386	47,4	0,03
2004	90790	20,8	0,7	10945	12,05	43000	47,4	0,02
2005	98695	22,6	0,7	11655	12,7	54499	55,2	0,01
2006	100303	22,8	0,6	11194	14,1	54771	54,6	0,01

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

პირველადი სამედიცინო მომსახურება საქართველოში წარმოდგენილია დაწესებულების ფართო ქსელით (ამბულატორიები, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, დისპანსერები და საფერშლო-საბეზიო პუნქტები სოფლად)

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები
რეგიონების მიხედვით 2006 წელს

	პოლიკლინიკა	დისპანსერი	სამკურნალო ცენტრი	ქაღთა კონსულტაცია	საექიმო ამბულატორია
თბილისი	100	12	23	9	4
აჭარა	17	9	3	-	-
გურია	5	5	3	-	2
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	3	-	-	-	11
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	19	6	4	3	2
მცხეთა-მთიანეთი	3	-	-	-	27
სამცხე-ჯავახეთი	14	5	-	1	11
ქვემო ქართლი	10	6	2	-	20
იმერეთი	31	14	3	4	103
კახეთი	21	7	3	-	6
შიდა ქართლი	13	4	1	1	21
აფხაზეთი	9	2	-	1	2
სხვა უწყებები	4	-	-	-	-
საქართველო	249	70	42	19	209

წყარო: განმარტების დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

თუ გავითვალისწინებთ უკანასკნელ წლებში ავადობის მაჩვენებლის მომატებას დაავადებათა ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით, მიმართვათა რაოდენობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მკვეთრად იკლებს

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა
რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 1990-2006 წწ.

წლები	მიმართვები სულ	აგადყოფის მონახულება	ბინაზე
1990	8,0	—	
1995	2,7	—	
2000	1,4	0,08	
2001	1,5	0,08	
2002	1,6	0,09	
2003	1,8	0,1	
2004	2,0	0,12	
2005	2,1	0,11	
2006	2,2	0,16	

წყარო: ჯანსაღობის დაცვა, სტატისტიკური ცხიბარი, საქართველო 2001-2006 წწ.

2006 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობამ 2,2 შეადგინა (1990 წელს იგი 8,0, ხოლო 1985 წელს – 9,9-ს შეადგენდა).

1990-იან წლებში 2004 წლამდე მცირდებოდა ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო დახმარება. 2004 წლიდან 2006 წელს ეს მაჩვენებელი 3-ჯერ გაიზარდა, რასაც ხელი შეუწყო პრეზიდენტის ნაციონალურმა «სასწრაფო სამედიცინო დახმარების» პროგრამის განხორციელებამ

ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო სამედიცინო
დახმარება 1998-2006 წწ.

წელი	პირველადი სამედიცინო დახმარება სულ	მათ შორის							
		უბედური შემთხვევის დროს		უცახელი ავად გახდომის დროს		მშობიარობის და პათოლოგიური ორსულობის დროს		ავადმყოფების, მშობიარეების და ახალშობილე- ბის გადარჩენა	
		სულ	%	სულ	%	სულ	%	სულ	%
1988	1309352	62373	4,8	111850	84,9	26897	2,1	96563	7,4
1990	1268859	53629	4,2	1107048	85,9	23583	1,9	84598	6,7
1995	156920	7774	5,0	144533	92,1	1317	0,8	3296	2,1
2000	150645	7982	5,3	138383	91,9	1366	0,9	2914	1,9
2001	135539	7618	5,6	124233	91,7	1126	0,8	2562	1,9
2002	162376	8421	5,2	147701	91	1243	0,8	5011	3,1
2003	192641	10166	5,3	172589	89,6	2104	1,1	7782	4,0
2004	218188	19560	8,9	19379	87,7	3137	1,4	4112	1,9
2005	453422	38594	8,5	393183	86,7	5246	1,2	16399	3,6
2006	683003	49068	6,4	599335	87,8	6584	1,0	33016	7,8

წყარო: ექსპრტების დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

მთლიანობაში კი შეიძლება დავასკვნათ, რომ ყველაფერი ეს (ჯანდაცვის პირველადი ქსელის დაუტვირთაობა, არსებული საწოლფონდის გამოყენების მაჩვენებლების შემცირება) მეტყველებს იმაზე, რომ მოსახლეობა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა მეტად გართულებულია.

ამრიგად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების განხორციელებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში სასიკეთო ცვლილებები არ მოჰყოლია. პირიქით, სახეზეა, ერთი მხრივ სისტემური სამედიცინო-დემოგრაფიული კრიზისი, მეორე მხრივ კი, სამედიცინო დაწესებულებებში მოსახლეობის მიმართვათა რაოდენობის მკვეთრი შემცირება და შესაბამისად, მათი დაუტვირთაობა.

ამ ფონზე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში არასოდეს არ ჰქონდა ადგილი სამედიცინო კადრების ნაკლებობას. პირიქით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და

ეფექტიანობის განმსაზღვრელი ერთ-ერთი კრიტერიუმი უახლოეს წარსულში იყო მათი მზარდი რაოდენობა.

მიუხედავად უკანასკნელ წლებში სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის კლებისა, საქართველო ერთ-ერთი პირველია მსოფლიოში ექიმთა რაოდენობით

მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფა

(1990-2006 წწ.)

წლები	ექიმები		საშ. სამედიცინო პერსონალი	
	რაოდენობა	10 000 მოსახლეზე	რაოდენობა	10 000 მოსახლეზე
1990	26850	49,6	53143	98,1
1995	21252	41,2	38541	74,7
2000	21063	45,2	26179	58,1
2003	20962	48,6	21906	50,8
2004	21396	49,3	21622	49,7
2005	20311	46,1	21053	47,9
2006	20597	46,8	20207	45,9

წყარო: უკანონოების დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2006.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 2006 წელს ექიმთა რაოდენობამ 10 000 მოსახლეზე გაანგარიშებით 46,8 შეადგინა (შედარებისათვის: აშშ-ში 25,7, ბელგიაში – 17, იაპონიაში 13, ინგლისში – 12, გერმანიაშია – 22,6). ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საშუალოზე მაღალია ქ. თბილისში (92,4), რეგიონებში ყველაზე დაბალია სამცხე-ჯავახეთში (21,3) და ქვემო ქართლში (21,4). მაშასადამე, საქართველოში დასაქმებულ ექიმთა 50% თბილისშია თავმოყრილი, მაშინ, როდესაც რეგიონებში სამედიცინო კადრების უკმარისობას აქვს ადგილი.

ამასთან, საქართველოში დარღვეულია თანაფარდობა ექიმებსა და საშუალო სამედიცინო პერსონალს შორის: ერთ ექიმზე მოდის 1 საშუალო სამედიცინო პერსონალი (ნაცვლად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდირებული 1:4 თანაფარდობისა).

სამედიცინო კადრებში ძირითადად ჭარბობენ თერაპევტები (10,8%), პედიატრები (8,9%), მენ-გინეკოლოგები (7,0%)

სამედიცინო კადრები საქართველოში

2001-2006 წწ.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
საშუალო მდ. პერსონალის რაოდენობა	23360	23356	21906	21396	21053	20207
ექიმები (ფიზიკური პირი)	19513	20225	20962	21622	20311	20597
მ.შ. თერაპევტი	2421	2354	2256	2470	1951	1969
ქირურგი (ბაგშვთა ქირურგების სათვლით)	1861	1057	1108	1011	883	935
ანესთეზიოლოგ-რეაინატივოლოგი	922	905	922	881	832	878
კრანეოცერებოლოგი-ოტორინოპედი	313	305	298	261	261	273
კარდიოლოგი	545	576	591	621	613	594
უროლოგი	211	211	221	212	191	231
ონკოლოგი	228	227	253	249	225	233
პედიატრი	2096	2067	1867	1812	1706	1674
ინფექციონისტი	340	348	315	279	266	255
ოტოლარინგოლოგი	354	344	348	324	292	292
ნევროპათოლოგი	593	631	655	658	609	613
ოფთალმოლოგი	357	345	355	362	347	354
სტომატოლოგი	1436	1483	1412	1306	1300	1242
მენ-გინეკოლოგი	1534	1476	1466	1450	1418	1407
ფიზიოთერაპი	192	161	171	166	177	138
დერმატო-ვენეროლოგი	266	259	245	270	247	241
უხიქიკარი	193	234	205	228	233	235
ენდოკრინოლოგი	267	275	255	279	293	286
სხვა სპეციალისტები	6151	6962	8019	8783	8477	8578

წყარო: ჯანსრულელობის დაცვა, სტატისტიკურა ცნობარი, საქართველო 2006

როგორც აღვნიშნეთ, ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია თბილისში, რაც შეეხება საშუალო სამედიცინო პერსონალს, ეს მაჩვენებელი მაღალია თბილისში (68,5), აჭარაში (53,2) და რაჭა-ლეჩხუმში და ქვემო სვანეთში (69,5), ხოლო დაბალია ქვემო ქართლში (25,4), კახეთში (27,5). აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ თბილისსა და კახეთში ექიმების რაოდენობა ჭარბობს საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობას (შეფარდება 1,25:1 და 1,13:1 შესაბამისად)

სამედიცინო კადრების უზრუნველყოფა რეგიონების მიხედვით

2006 წელს

რეგიონები	ექიმები		საშ. სამეფ. პერსონალი	
	რაოდენობა	10000 სულ მოსახლეზე	რაოდენობა	10000 სულ მოსახლეზე
თბილისი	10193	92,5	7549	68,5
აჭარა	1168	30,9	2012	53,2
გურია	427	30,7	501	36,0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	156	32,0	339	69,5
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	1192	25,2	1442	30,5
იმერეთი	2790	39,9	3211	45,5
ქახეთი	1314	32,5	1110	27,5
მცხეთა-მთიანეთი	385	31,0	415	33,4
სამცხე-ჯავახეთი	444	21,3	805	28,6
ქვემო ქართლი	1086	21,4	1289	25,4
შიდა ქართლი	1016	32,4	1196	38,1
აფხაზეთი	202	-	228	-
საქართველო სულ	20579	46,8	20207	45,9

წყარო: დანშნთელბობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქარეკლო 2006

საქართველოში ექიმების 15%-ზე მეტი 60 წლისა და მეტისაა, ხოლო 40%-ის ასაკი 49 წელს აღემატება. ანალოგიური ვითარებაა ექთნების მხრივაც. როგორც აღვნიშნეთ, სპეციალისტების უდიდეს ნაწილს თერაპევტები შეადგენენ, რომელთაგან 12% 60 წელს გადაცილებულია, მენ-გინეკოლოგები სპეციალისტების მთლიანი ოდენობის 7%-ია, ამ კატეგორიაშიც აღინიშნება დაბერების ტენდენცია. ეს საკითხი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით საყურადღებოა და სათანადო ასახვას საჭიროებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სტრატეგიაში.

სტაციონარული სექტორის რაციონალიზაცია და სამედიცინო პერსონალის ოპტიმიზაცია მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს ჯანდაცვის რესურსების დაბალანსებაში და გაზრდის სახელმწიფო ხარჯების ეფექტურობას სტაციონარულ მკურნალობაში.

თავი 2. ჯანდაცვის ობიექტებზე სახელმწიფო დანახარჯების თავსიებურებები და მართვა

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, 2006 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1160 მლნ. ლარი შეადგინა, რაც მშპ-ის 8,6%-ია. აქედან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 250 მლნ. ლარი (21,6%), საერთაშორისო დახმარებებზე 60 მლნ. ლარი (5,2%), დანარჩენი კი – მოსახლეობის მიერ კერძო დანახარჯებია.

2007 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1386 მლნ. ლარი შეადგინა, რაც მშპ-ის 8,2%-ია. აქედან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 249 მლნ. ლარი რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 18% , ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტის 1,5 %-ია.

ჯანდაცვის დანახარჯების სტრუქტურა



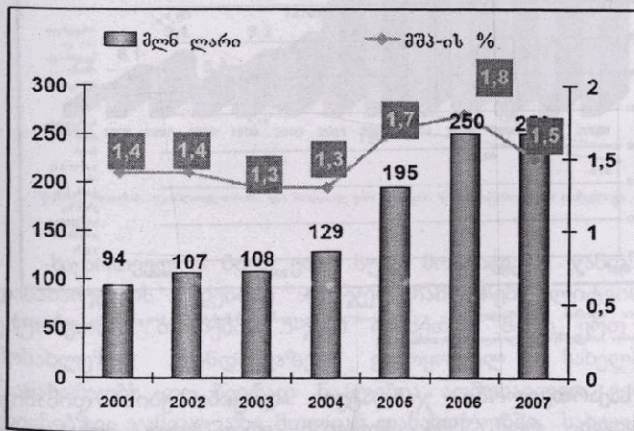
წყარო: შრომის, უანსრთიერებისა და სოციალური დაცვის სამსახური. www.moh.gov.ge

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები, ამიტომ

ჯანდაცვის განვითარების დონე, ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები (სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სხვ.) და სამედიცინო დახმარებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პირდაპირპროპორციულია.

2006 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე დაიხარჯა 234 მლნ. ლარი. ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტიდან მუნიციპალური პროგრამებისათვის დაიხარჯა 20,7 მლნ. ლარი. სულ სახელმწიფო დანახარჯმა ჯანდაცვაზე 250 მლნ. ლარი შეადგინა (2005 წ. – 195 მლნ. ლარი), რაც წაერთი ბიუჯეტის 5,6%, ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტის 1,8%-ია.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში

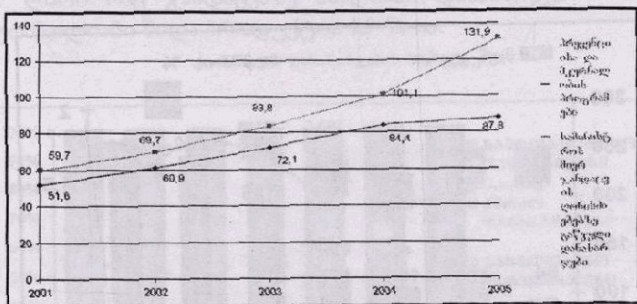


წყარო: შრომის, განვითარებისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. www.moh.gov.ge

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებზე (უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებითა და

გრანტებით განხორციელებული ინვესტიციური პროექტების გამოკლებით) 2005 წელს დაიხარჯა 132 მლნ. ლარი (2006 წელს 184,2 მლნ. ლარი) , აქედან პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამებზე (შშმპ ჯანდაცვითი ღონისძიებების ჩათვლით) მხოლოდ 88 მლნ. ლარი, თუ ერთმანეთს შევადარებთ სამინისტროს მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების ზრდის ტემპს და პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამების ზრდის ტემპს, საგრძნობ განსხვავებას მივიღებთ, ზრდის მაღალი ტემპი ძირითად საინვესტიციო პროგრამებსა და ადმინისტრირებაზე მოდის

პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამების დანახარჯების შედარება სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის ღონისძიებებზე გაწეულ დანახარჯებთან (მლნ.ლარი)

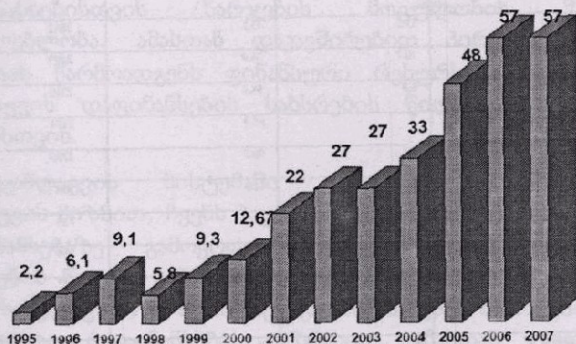


წყარო: შრომის, განმრთვებისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური დახმავების ერთიანი სახელმწიფო ექსპიზი. www.nsh.gov.ge

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების დინამიკა ცხადყოფს, რომ 1994 წლიდან ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯები დაახლოებით 25-ჯერ გაიზარდა და 2006, 2007 წელს ერთ სულ მოსახლეზე 57 ლარი შეადგინა (ნახ.20), თუმცა ეს 6-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე, მაგალითად, ეს 1990 წელს იყო – 149 დოლარი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით კი მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების

თანაბრად ხელმისაწვდომობისათვის საჭირო ხარჯები წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 34 დოლარი, ანუ სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე სულ მცირე 70 ლარი მაინც უნდა იყოს.

ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)



წყარო: შრომის, უსუსტობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, www.mol.gov.ge

საქართველოს მიერ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე დანახარჯების ოდენობა 9-10-ჯერ ჩამორჩება ლიტვისა და ესტონეთის, თითქმის 5-ჯერ რუსეთის მიერ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე გამოყოფილ სახელმწიფო დანახარჯებს და ბევრად ნაკლებია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებზე. ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 18% მაშინ როდესაც ევროპის რეგიონში ასეთი მაჩვენებელი 2005 წელს 68,5% შეადგინა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილის მიხედვით მთლიან დანახარჯებში 2005 წელს ევროპის რეგიონის 53 ქვეყნის შორის საქართველო ბოლოან მესამე ადგილზე იყო. მას

ჩამორჩებოდა მხოლოდ ტაჯიკეთი და აზერბაიჯანი, ხოლო 2007 წელს - ბოლო ადგილზეა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი

	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი შ.პ.ა.-დან, 2004	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი შ.პ.ა.-დან, დანახარჯებში, 2004	ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მშპ-საფულზე (დოლარი), 2004
აშშ (2005)	15.2	45.1	2862
ერსსაფ (2005)	10.7	26.9	2499
შვეიცარია	6.8	58.4	2310
კუვთაინი	7	85.9	2174
ჩეხეთი	6.5	90.7	1209
უნგრეთი	6	71.8	958
სლოვაკეთი	5.1	88	730
ბელარუსი	4.3	55.3	354
სლოვენია	4.5	70	567
გაერო	4.0	75.4	615
ესტონეთი	4.2	76	500
ბელარუსი	4.7	75.1	556
გაერო	3.3	51.6	387
რუსეთი	3.2	59.8	341
კოსოვო	2.4	62.4	245

უკრაინა	3.9	66.5	240
თურქმენეთი	2.5	64.8	145
მონღოლეთი	4.2	56.5	114
სამხეთლო	2.1	23.1	71
საქართველო (2007)*	3.2	18	81
უზბეკეთი	2.3	42.1	71
აზერბაიჯანი	0.9	24.6	39

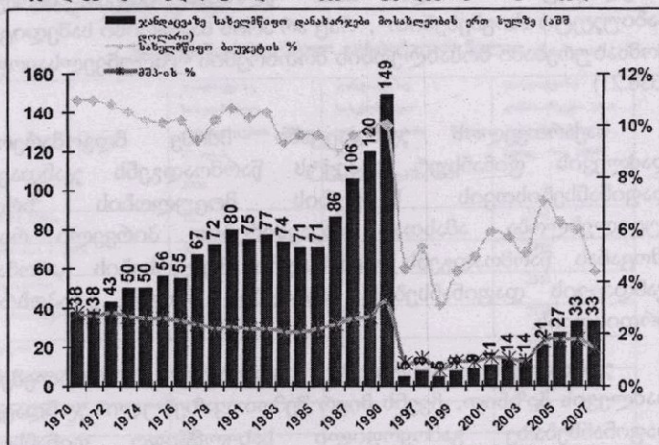
წყარო: WHO, Health for all Data Base.

როგორც აღინიშნა, ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან 2005 წლიდან ხდება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით, რაც არ არის საკმარისი სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობის მოთხოვნის უზრუნველსაყოფათ. (ნახ.21)

საქართველოს ჯანდაცვაში მძიმე მდგომარეობის დაძლევის ფინანსურ ასპექტს წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსებისთვის ხარჯების მოცულობის ზრდის აუცილებლობა. ამასთან დაკავშირებით პირველი რიგის ამოცანას წარმოადგენს ფინანსური რესურსების გამონახვა ჯანდაცვის დაფინანსების სახსრების წილის ეტაპობრივი ზრდისთვის.

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემების დაძლევის მიზნით, ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ფინანსური სახსრების წილის გაზრდა. რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას სამედიცინო მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით. ამასთან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში ფართოდ უნდა იყოს ჩაბმული მოსახლეობა ნებაყოფლობითი დაზღვევისა და თანაგადახდის ფორმით.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები საქართველოში



II.3. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზი აკადემიკოს ო. ღუდუშაურის სახელობის მრავალპროფილიანი ეროვნული სამედიცინო ცენტრისა და ქ. თბილისის რამდენიმე მოწინავე კლინიკის მაგალითზე

როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველოში ბოლო ათწლეულის მანძილზე მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რომლის ძირითად ამოცანასაც მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ამ გარდაქმნათა პროცესში უმნიშვნელოვანესი აღმოჩნდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა და გადამხდელთა გამიჯვნა, რამაც ჯანდაცვის სფეროში ურთიერთობის ახალი, ძველისაგან მეტად განსხვავებული წესები დაამკვიდრა.

ნებისმიერი სახის სამედიცინო დაწესებულების ჩამოყალიბების მიზანია იმ ხასიათის მომსახურების გაწევა, რომელზეც მოთხოვნა არსებობს და რომლის

რეალზაციაც სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიკურ ეფექტს იძლევა. მიზნიდან გამომდინარე, ყალბდება დაწესებულების ელემენტები; პროფილ, მასშტაბი, განლაგება, კადრები, ფინანსები, მომარაგება და სხვა. მიზნის განხორციელებისა და მისი ელემენტების ამოქმედებისათვის აუცილებელია მართვის აპარატის ჩამოყალიბება, რადგანაც მართვის გარეშე მიზნის მიღწევა შეუძლებელია, ნებისმიერი ორგანიზაციის მართვა დღევანდელ დინამიურ დროში საკმაოდ რთულ სამუშაოა, რომლის წარმატებით შესრულებისათვის საკმარისი არ არის მარტო მზა ფორმულებით სარგებლობა. ხელშეწყობა უნდა უზრუნველყოს ზოგად ჭეშმარიტებებსა და მრავალრიცხოვან ვარიანტებს.

კლინიკაში არსებობს მმართველობით მუშაობის ისეთი სახეები, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან იერარქიულ დონეებით (ვერტიკალური განზომილება) და პასუხისმგებლობის არეების მიხედვით (ჰორიზონტალური განზომილება). იერარქიულ დონეების მიხედვით ისინი დყოფილია სამად პირველ, საშუალო და მაღალ დონის მენეჯერებად მენეჯერების ეს დყოფა განპირობებულია მენეჯერულ ფუნქციებში და ელემენტებში მონაწილეობის მიღების დონით და მათ გამოყენების ხარისხის მიხედვით გარდა ამისა, ყველა დონის მენეჯერი თავისი იერარქიულ დონის შესაბამისად მონაწილეობას იღებს მეწარმეობის ისეთ აუცილებელ როლს განხორციელებაში, როგორცაა რაციონალურ ტორულ-ინოვაციების დნერგვა. ჰორიზონტალური მენეჯერების საქმიანობით განსხვავებულობა გამოწვეულია პასუხისმგებლობის არეების თავისებურებით და შეიცავს სამი ძირითად ტიპის (ფუნქციონალურს, გენერალურს და საპროექტო) მენეჯერს.

თავი 3. ჯანდაცვის ობიექტების ფუნქციონირების ანალიზი და საქმიანობის მდგომარეობა

სამედიცინო საქმიანობა თავისი მრავალფეროვნებით და სირთულთ, ახალ ტექნოლოგიების გამოყენების მაღალ დონით შეიძლება ნებისმიერ საწარმოო პროცესს გავუტოლოთ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლებელი გახდა ტექნოლოგიების მრავალ ვარიანტის დამუშავება და მათგან საუკეთესოს შერჩევა. ამ მიზეზების გამო უღრესად გართულდა სამედიცინო საქმიანობის მართვის პროცესი, რამაც გამოიწვია მისი დანაწილება სფეროებად სადღეისოდ სამედიცინო მენეჯმენტი მოიცავს:

1. ჰოსპიტალს(ურ) მენეჯმენტს;
2. სოციალური დაზღვევის მენეჯმენტს;
3. ადმინისტრაციულ მენეჯმენტს;
4. მარკეტინგის მენეჯმენტს;
5. საფინანსო მენეჯმენტს;
6. კადრების მენეჯმენტს;
7. სატრანსპორტო მენეჯმენტს და ა.შ.

ჯანდაცვის მომსახურების მწარმოებლები (ამბულატორიები, საავადმყოფოები და სხვა) გადავიდნენ სამეურნეო ანგარიშზე და ყველა დაწესებულების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა არის შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (შპს) ან სააქციო საზოგადოება (სს). სტაციონარული ქსელის ცალკეულ დაწესებულებაში არსებული ტენდენციები მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავენ ერთიანი სისტემის ხარჯთ-ეფექტიანობას. ამდენად ცალკე აღებული საავადმყოფოების ფინანსური მართვის ანალიზი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია სექტორში არსებული პრობლემების გამოაშკარავებისა და შესაბამისი გადაჭრის გზების ძიებისათვის. იმასთან დაკავშირებით, რომ სამედიცინო დაწესებულებები განსხვავდებიან ზომით, პროფილით, მფლობელობის ფორმით ერთმანეთისაგან და

უდიდესი ნაწილი აღრიცხვასა და ფინანსურ ანგარიშგებას აწარმოებს საკასო მეთოდით, რაც ეწინააღმდეგება ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტებს. სრულად შესწავლის მიზნით აუცილებელია მათი შესწავლა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე. ამ მიზნით ჩვენ შევარჩიეთ მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულება - კერძოდ სს "აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრი".

სამედიცინო დაწესებულებას (სს აკად. ო. ლუდუშაურის სახელობის «ეროვნული სამედიცინო ცენტრი», შემდგომში – ცენტრი) მართავს სამეთვალყურეო საბჭო და აღმასრულებელი მენეჯერი გენერალური დირექტორის სახით.

სამეთვალყურეო საბჭოს ამტკიცებს ქონების მართვის სააგენტო, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმებით. სამეთვალყურეო საბჭო დაკომპლექტებულია ფართო საზოგადოების წარმომადგენლებით, მათ შორის სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენელებით.

სამეთვალყურეო საბჭოს არჩეული ჰყავს სამეთვალყურეო საბჭოს თავჯდომარე და სამეთვალყურეო საბჭოს თავჯდომარის მოადგილე. ზოგადად, სამეთვალყურეო საბჭოს კომპეტენცია განისაზღვრება საქართველოს კანონით მეწარმეთა შესახებ.

სამეთვალყურეო საბჭოს შემდეგი დანიშნულება აკისრია:

1. ძირითად მიზანს წარმოადგენს: ცენტრის მიზნის, ამოცანისა და პოლიტიკის განსაზღვრა იმისათვის, რათა უხელმძღვანელოს ორგანიზაციას გაცხადებული მისიის შესასრულებლად:

– ჩამოყალიბება მისიისა და იმ მიზნების, რომელთა მიღწევა გარკვეულ ეტაპზე უზრუნველყოფს მისიის შესრულებას;

– დაადგინოს პოლიტიკა, რომლითაც იხელმძღვანელებს ცენტრის ადმინისტრაცია დაწესებულების მართვაში;

– განიხილოს და დაამტკიცოს ცენტრის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (მოკლე და გრძელვადიანი).

2. განსაზღვრავს, რამდენად ეფექტიანად იქნა განხორციელებული პოლიტიკა, ანუ შეაფასოს შედეგები:

– განსაზღვრავს შეფასების ინდიკატორებს, წარმატების ნიშნულებსა და ანგარიშგების ფორმატს;

– ამტკიცებს ინდიკატორულ გეგმას;

– განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შედეგების ინდიკატორებს.

3. უზრუნველყოფს ცენტრის მართვის ეფექტიანობას:

– ირჩევს გენერალურ დირექტორსა და დარგობრივ დირექტორებს;

– მათ ანიჭებს შესაბამის ძალაუფლებას, რაც მოითხოვს ცენტრის ეფექტიანი მართვას (საქართველოში ძალაუფლების დელეგირების საკითხი რეგლამენტირებულია ძირითადად კანონმდებლობით);

– ავასებს გენერალური დირექტორისა და დარგობრივი დირექტორების მუშაობას (ანგარიშების გაცნობა, ანალიზი, შეფასება და დასკვნის გამოტანა ცენტრის ფუნქციონირებისა და მდგომარეობის შეფასების ფონზე);

– ფინანსური ანგარიშები (ბალანსი, ანგარიში მოგებისა და ზარალის შესახებ, ანგარიში ნაღდი ფულის მოძრაობის შესახებ);

– ოპერაციული ანგარიშები;

– ხარჯთ-ეფექტიანობისა და კაპიტალის მდგომარეობის ანგარიში;

– პროგნოზების შეფასება;

– ანგარიში გაწეული სამედიცინო მომსახურებების შესახებ.

ცენტრის მართვა ხორციელდება იერარქიული («პირამიდული») პრინციპით. ადმინისტრაციული იერარქიის სათავეში იმყოფება გენერალური დირექტორი.

გენერალურ დირექტორს ნიშნავს სამეთვალყურეო საბჭო. გენერალური დირექტორი ერთპიროვნულად აგებს პასუხს

სამეთვალყურეო საბჭოს წინაშე ცენტრის საქმიანობაზე (წარმატება—წარუმატებლობაზე) და ფუნქციონირების ყველა ასპექტზე. გენერალური დირექტორის ფუნქციების დელეგირებას აწარმოებენ დირექტორები, რომლებიც ხელმძღვანელობენ შესაბამის ოფისებს:

ო. დუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მართვის სტრუქტურა

ტექნიკური დირექტორი	ტექნიკურ-სამეურნეო ოფისი	პირობების უზრუნველყოფა ცენტრის უწყვეტად ფუნქციონირებისათვის
ფინანსური დირექტორი	ფინანსური ოფისი	ცენტრის ფინანსური რესურსების მართვა (დაგეგმვა, ანგარიშსწორება, კონტროლი)
სამედიცინო დირექტორი	სამედიცინო სამსახურები	სამედიცინო მომსახურებათა წარმოების ხარისხისა და უწყვეტობის უზრუნველყოფა
დირექტორი სამედიცინო პროგრამებზე კონტროლისა და მართვის სფეროში	სამედიცინო სამსახურები	წარმოება, სამედიცინო პროგრამების მართვა და მათი შესრულების ხარისხის უზრუნველყოფა
მოთავარი ექვანი	საკეტონ სამსახურები	მომსახურებელთა სამედიცინო მომსახურებისა და ექვანის სამსახურის უზრუნველყოფა

რ ა ც შ ე ე ხ ე ბ ა ც ე ნ ტ რ შ ი მ ო მ უ შ ა ვ ე
ს ა მ ე დ ი ც ი ნ ო კ ე რ ს ო ნ ა ლ ს , ა რ ი ა ნ
და ქ ი რ ა ვ ე ბ უ ლ ი მ უ შ ა კ ე ბ ი .

– კლინიკაში დასაქმებულ ექიმებს მეტი შესაძლებლობები გააჩნიათ სამედიცინო პრაქტიკისათვის (შესაბამისი პასუხისმგებლობით).

– ცენტრში პაციენტების მოთავსება, სამედიცინო მომსახურების გაწევა შეუძლიათ შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე სხვა დაწესებულებებში მომუშავე ექიმ-სპეციალისტებს.

სამედიცინო (საექიმო) პრაქტიკასთან დაკავშირებული პროფესიული საკითხების დარეგულირება ეკისრება ცენტრის

ექიმთა სამედიცინო საბჭოს. სამედიცინო საბჭოს სხდომები ტარდება რეგულარულად, თვეში ერთხელ. სამედიცინო საბჭო აკომპლექტებს რამდენიმე კომისიას. ეს კომისიებია:

1. სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის კომისია;
2. სამედიცინო ჩანაწერების კომისია;
3. ბიოეთიკური კომისია;
4. შიდაჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლის კომისია;
5. სამკურნალო საშუალებათა კომისია;
6. სამედიცინო სტანდარტებისა და პროტოკოლების კომისია;
7. უწყვეტი განათლების დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი კომისია.
8. სამეცნიერო საბჭო.

აღნიშნული კომისიები უზრუნველყოფენ ცენტრის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და უწყვეტი განათლების სისტემის ორგანიზებას, რაც ძირითადად გამოიხატება მათ მიერ გაწეული საქმიანობიდან. უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრი წარმოდგენს ახალი ტიპის მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებას, რომლის სტრუქტურაშიც წარმოდგენილია ქვედანაყოფები როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული დახმარებისათვის. ყველაზე მეტად ყურადღება მისაქცევია სტაციონარული სამედიცინო დახმარებისთვის, რადგანაც ეს მომსახურება ეწევა სახელმწიფო პროგრამებით სამედიცინო დახმარებას, სულ 2004 და 2005 წლებში სტაციონარულად გატარებულ პაციენტთა რაოდენობა შეადგენს შესაბამისად 3106 და 4911, საიდანაც სახელმწიფო პროგრამებით გატარებულია 2067 (67%) და 4049 (82%) პაციენტი, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობამ შეადგინა 20957 და 35458, საიდანაც

სახელმწიფო პროგრამებით გატარებულია 17552 (84%) და 32658 (92%) საწოლ-დღე, საწოლთა ბრუნვამ კი შეადგინა

15,7 და 25,1, ლეტალობის მაჩვენებელმა შეადგინა 3,1 და 2,7 პროცენტი, საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელმა შეადგინა 6,7 და 7,2, საწოლის დატვირთვამ შეადგინა 106 და 184. აქვე წარმოგიდგენთ ცენტრში სამედიცინო მომსახურება ჩატარებული პაციენტების სტატისტიკურ მაჩვენებლებს თითოეული სამსახურის მიხედვით. (დანართი 4)

კავშირების განვითარების ყველა ისტორიულ ეტაპზე ჯანმრთელობის დაცვის სფერო თავისი ბუნებით თავისებურ სასწორზე იმყოფებოდა. მედიცინის დარგის სწრაფმა განვითარებამ, მისმა ინდუსტრიალიზაციამ, სულ უფრო მზარდმა კონკურენციამ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა შორის დაადასტურა, რომ სადღეისოდ ეს სფერო (მიუხედავად არსებული თავისებურებებისა) საბაზრო პრინციპებზე დაყრდნობით ვითარდება. ამ თვალსაზრისით, იგი საზოგადოებისათვის გარკვეულ მატერიალურ ფასეულობას წარმოადგენს. ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნების ან გახანგრძლივების საჭიროება გარკვეულ ეკონომიკურ დასაბუთებას მოითხოვს.

საქართველოში დღეს სამედიცინო ბაზარზე არის შემდეგი სურათი:

ა) დაავადების მკურნალობის სახელმწიფო ფასი (სახელმწიფო სტანდარტებით ტარიფია განსაზღვრული) უმეტეს შემთხვევაში ატარებს ფორმალურ ხასიათს, რადგანაც ვერ ასახავს დაავადებათა მკურნალობის რეალურ ღირებულებას.

ბ) სამედიცინო მომსახურების "საბაზრო ფასი", როგორც წესი, მომხმარებელს უწევს სამედიცინო მომსახურების საფასურის ანაზღაურება აღნიშნული "საბაზრო ფასებით" (აღსანიშნავია, რომ ფასთასხვაობა მძიმე ტვირთად აწევს პაციენტს მხრებზე). "საბაზრო ფასი" შედარებით უფრო სრულყოფილად ასახავს რეალურ ღირებულებას.

დაფინანსება შემდეგი სახსრებით ხდება:

- ცენტრალური ბიუჯეტის საშუალებებით;

– ცენტრალური ბიუჯეტის სახსრებით საუწყებო ქსელისთვის;

– ოფიციალური ტარიფებით პაკეტარეშე მომსახურებისათვის;

– ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის სახსრებით;

– სხვა სახსრებით.

ეს სახსრები საბოლოო ადრესატამდე გაივლიან სხვადასხვა სტრუქტურებს.

ესენია:

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

– კერძო სადაზღვევო კომპანიები/ფონდები;

– სამედიცინო დაწესებულებები;

– სხვა უწყებები;

– მომხმარებელი (პაციენტი).

დაფინანსების პოტენციური წყაროებია:

– მუნიციპალიტეტი;

– საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი*;

– მომხმარებელი (პაციენტი);

– კერძო სადაზღვევო კომპანიები/ფონდები;

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები და მისგან გამომავალი ტარიფები ვერ ასახავენ სამედიცინო მომსახურებას სრულყოფილად, ქვეყანაში არსებული ბიუჯეტის სიმწირიდან და არსებული რესურსების არაეფექტიანად ხარჯვიდან გამომდინარე. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის მნიშვნელოვანი რეზერვი, რომელიც არსებობს კერძო სადაზღვევო კომპანიების სახით, ამასთანავე თუ გავითვალისწინებთ, რომ ეს

უკანასკნელი საქართველოში ფაქტობრივად ჩანასახოვან სტადიაშია, დაზღვევის სისტემის განვითარებასთან ერთად მოხდება ცენტრის დაფინანსებაში შესაბამისი

თანხების წილის ზრდა. მხედველობაშია მისაღები ის თანხებიც, რომელთა მიღება შესაძლებელია ექიმთა (ექთანთა) დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი მომზადებიდან.

ცენტრში მიმდინარეობს რამდენიმე სახის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის საშუალებითაც საქართველოს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი სარგებლობს უფასო სამედიცინო დახმარებით, ანუ მკურნალობის თანხას ანაზღაურებს სახელმწიფო. სახელმწიფოს მხრიდან ასი პროცენტით დაფინანსება ხდება ექვის პროგრამის ფარგლებში:

- ბავშვებისათვის სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- რეფერალური დახმარების პროგრამა;
- მეანობის პროგრამა;
- უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- უმწეოთა სამედიცინო დახმარების დამატებითი პროგრამა;

– წვევამდელთა სამედიცინო პროგრამის სახელმწიფო პროგრამა.

ნაწილობრივი დაფინანსება ხორციელდება ურგენტული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში, სადაც პაციენტმა უნდა გადაიხადოს მთლიანი ღირებულების 25%, ხოლო დანარჩენ 75%-ს იხდის სახელმწიფო.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ პროგრამების მიხედვით სახელმწიფო საკუთარ თავზე იღებს დაფინანსების უდიდეს ნაწილს, როგორც უკვე ზემოთ აღინიშნა, იგი ფორმალურ ხასიათს ატარებს და მოსახლეობის სრული უზრუნველყოფისათვის სხვაობა მძიმე ტვირთად აწევბა პაციენტს.

ცენტრის საქმიანობის ფინანსური მხარე ასახვას ჰპოვებს ფინანსურ ანგარიშგებაში.

ფინანსური ანგარიშგება წარმოადგენს ბუღალტრული აღრიცხვის სტანდარტების შესაბამისად შეგროვილ, დამუშავებულ და მომხმარებლისათვის განსაზღვრული ფორმით მომზადებულ საერთო დანიშნულების ფინანსურ ინფორმაციათა ერთობლიობას, რომლის მიზანია, დაეხმაროს

ინფორმაციის მომხმარებლებს ეკონომიკური გადაწყვეტილების მიღებაში საწარმოს ფინანსური მდგომარეობის, საქმიანობის შედეგებისა და ფინანსური მდგომარეობის ცვლილების შესახებ საიმედო ინფორმაციის მიწოდებით.

ფინანსური ანგარიშგება მოიცავს საწარმოს აქტივებს, ვალდებულებებსა და საკუთარ კაპიტალს. ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით მომხმარებელს შეუძლია დაადგინოს საწარმოს ფინანსური სტრუქტურა, ლიკვიდობა და გადახდისუნარიანობა, აგრეთვე ეკონომიკური გარემოს ცვლილებებთან შეგუების უნარი. ფინანსური ანგარიშგების სრული კომპონენტი უნდა მოიცავდეს:

1. ბალანსს;
2. ანგარიშს მოგებისა და ზარალის შესახებ;
3. ანგარიშს, რომელიც უზრუნველყოფს ინფორმაციას:
 - ა) საწარმოს საკუთარ კაპიტალში ნებისმიერი ცვლილებების შესახებ; ან
 - ბ) საკუთარ კაპიტალში ცვლილებების შესახებ, რომელიც არ არის გამოწვეული კაპიტალთან დაკავშირებული და შესაკუთრების მიერ განხორციელებული სამეურნეო ოპერაციებითა და მათთვის კაპიტალის განაწილებით.
4. ანგარიშს ფულადი სახსების მოძრაობის შესახებ;
5. საბუღალტრო პოლიტიკისა და ახსნა-განმარტებით შენიშვნებს [38,პუნქტი7].

ზოგადად, საწარმოს მიერ შედგენილი და წარმოდგენილი ანგარიშების კლასიფიცირება შეიძლება მოხდეს:

1. შედგენის პერიოდის მიხედვით:
 - ა) წლიური ანგარიში;
 - ბ) ნახევარი წლის ანგარიში;
 - გ) მიმდინარე ანგარიში;
2. დანიშნულების მიხედვით:
 - ა) შიდა მოხმარების ანგარიში;
 - ბ) ზოგადი დანიშნულების ანგარიში.
3. ინფორმაციის მოცულობის მიხედვით:

- ა) ფინანსური ანგარიში;
 - ბ) შერეული ინფორმაციის შემცველი ანგარიში.
4. გამოყენებული შეფასების მიხედვით:

- ა) უცვლელი ფასების მიხედვით შედგენილი ანგარიში;
- ბ) მიმდინარე ფასებით შედგენილი ანგარიში.

ფინანსურ ანგარიშში წარმოდგენილი ინფორმაცია სასარგებლო იქნება მხოლოდ მაშინ, თუ მას გააჩნია შესაბამისი ხარისხი ან თვისებრივი მახასიათებლები. ეს მახასიათებლებია:

1. აღქმადობა;
2. შესაბამისობა;
3. საიმედოობა;
4. შესადარისობა.

ფინანსური ანგარიშების მომზადება უნდა ეყრდნობოდეს უტყუარ და ობიექტურ თვალსაზრისს საწარმოს ფინანსური მდგომარეობის, მისი საქმიანობის შედეგებისა და ფინანსური მდგომარეობის, ცვლილებების შესახებ. უტყუარი და ობიექტური ინფორმაციის წარმოდგენის შესაძლებლობას იძლევა ინფორმაციის თითოეული ხარისხობრივი მახასიათებლისა და ბულალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტების გამოყენება, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების სახეობების რაციონალურად დანერგვასა და მის უზრუნველყოფას, გააუმჯობესებს მენეჯმენტის გამართულ მუშაობას.

თავი IV. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება თანამედროვე ეტაპზე

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტში საქართველოს მთავრობამ განსაზღვრა, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სტრატეგიის ძირითადი მიზანი იქნებოდა დანახარჯების სახელმწიფო და კერძო ინვესტირება, დანახარჯების წილის გაზრდისა და მოსახლეობის მხრიდან ჯანდაცვაზე პირდაპირი (ფორმალური და არაფორმალური) დანახარჯების შემცირების გზით.

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკით განსაზღვრული ზოგადი მიზნების განხორციელებისათვის არჩეულ იქნა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შემდეგი საშუალოვადიანი ამოცანები:

1. ჯანდაცვისათვის გათვალისწინებული საზოგადოებრივ-ფინანსური სახსრების მობილიზაციის გაუმჯობესება;
2. მოსახლეობისთვის სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის სისტემის გაუმჯობესება;
3. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ფინანსების გამოყენების გაუმჯობესება და რეგიონალური უთანასწორობის შემცირება;
4. სამედიცინო დახმარების დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკების გადანაწილების მექანიზმის ეფექტიანობის ამაღლება და სამედიცინო დაზღვევის კერძო სექტორში ფინანსური რესურსების მობილიზაციის სტიმულირება და სხვ.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ქვეყნის უსაფრთხოებისა და მისი სიძლიერის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი შემადგენელი ნაწილია. ამიტომ ჯანდაცვის სისტემაში ინვესტირება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან დეტერმინანტს წარმოადგენს. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მიმართული სახელმწიფოს ძირითადი ქმედებები უნდა მოიცავდეს

მოსახლეობისათვის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობის შემცირებისა და ადამიანური პოტენციალის განვითარებას.

2005 წელს სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი სამედიცინო დახმარების ღონისძიებები მომსახურების ტიპის მიხედვით დაჯგუფებულ იქნა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში, ძირითადი მიმართულებების შესაბამისად:

– ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის და ეპიდკონტროლის სახელმწიფო პროგრამა;

– სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები: მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა, მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა და მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამა;

– სოციალური სფეროს ინსტიტუციონალური და ფუნქციონალური რეფორმის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა.

პროგრამების პრიორიტეტულობის კრიტერიუმებს წარმოადგენენ ქვეყანაში მოსახლეობის სიკვდილიანობისა და ავადობის სტრუქტურა, ზოგიერთი სახის დაავადებების მიმდინარეობის თავისებურებები და მათი სოციალურად საშიში ხასიათი და მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისა და ფენების არსებობა, რომლებიც განიცდიან სამედიცინო მომსახურებათა ძლიერ დეფიციტს შემოსავლების დონესთან მიმართებაში ამ მომსახურებათა მაღალი ღირებულების გამო.

უფრო დეტალურად განვიხილოთ ის მიზეზები, რომელთა გამო სახელმწიფო აფინანსებს სახელმწიფო პროგრამებში წარმოდგენილ სამედიცინო მომსახურებათა სახეებს.

სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუარესება მძიმედ აისახა ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაზეც

მოწმობენ ავადობისა (რესპირატორული, პარაზიტული, ინფექციური და სხვ.) და სიკვდილიანობის (განსაკუთრებით ნეონატალურის) მაღალი მაჩვენებლები. ბავშვების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან გეგმაზომიერი ღონისძიებების ჩატარებას, რამაც განაპირობა «ბავშვებისთვის სამედიცინო დახმარების ერთიანი სახელმწიფო პროგრამის» შექმნა.

ჯანმრთელობისთვის მაღალი რისკის მქონე ორსულთა, მშობიარეთა და ახალშობილთა კვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფას ითვალისწინებს ორსულთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა. ამ პროგრამის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების, დედისა და ბავშვის სიკვდილიანობის თავიდან აცილება. სოციალურ-ეკონომიკური პირობების მკვეთრმა გაუარესებამ და მოსახლეობის მიგრაციული პროცესების აქტივიზაციამ გამოიწვია ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებლის ზრდა. ავადობის მაღალი მაჩვენებლისა და დაავადების სოციალურად საშიში ხასიათის გათვალისწინებით, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ მიმართული ღონისძიებები განსაზღვრულ იქნა როგორც სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი პრიორიტეტი.

ფსიქიკური დაავადებების ქრონიკულმა ხასიათმა, მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის აუცილებლობამ, ავადმყოფების სოციალურად საშიშმა მოქმედებებმა და ფსიქიატრულ კლინიკებში შექმნილმა სიტუაციამ, განაპირობეს ფსიქიატრიის სახელმწიფო დაფინანსების აუცილებლობა.

ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მოცემულ ეტაპზე მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი განიცდის უკიდურეს ეკონომიკურ გაჭირვებას, ამიტომ მათთვის პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელი ხდება ელემენტარული სამედიცინო დახმარება.

მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდისათვის სახელმწი-

ფოს მიერ შემუშავებულ იქნა ისეთი ღონისძიებები, რომლებიც ქვეყნის მოსახლეობისათვის უზრუნველყოფენ დროული და კვალიფიცირებული გადაუდებელი (ურგენტული) დახმარების აღმოჩენას. პროგრამა «გულის იშემიური დაავადების მკურნალობის» სახელმწიფო უზრუნველყოფამ განაპირობა ის ფაქტი, რომ ამ დაავადებებს პირველი ადგილი უკავიათ სიკვდილიანობის სტრუქტურაში. შესაბამისად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების ეფექტიან მკურნალობას მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.

ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში ავთვისებიან სიმსივნეებს უკავიათ მეორე ადგილი, ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრობლემად რჩება ავთვისებიანი სიმსივნეების ადექვატური მკურნალობა. აქედან გამომდინარე, მომზადებულ იქნა ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა.

ინფექციური დაავადებები მიეკუთვნებიან სოციალურად საშიში ნოზოლოგიების რიცხვს. ამავე დროს, მათი გავრცელების დინამიკა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიან ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანეს მაჩვენებელს. «ინფექციური დაავადებების მკურნალობის» პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ინფექციური დაავადებების გავრცელების შემცირება, ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება, ადექვატური ღონისძიებების ჩატარება ეპიდემიების დროს. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა მიეკუთვნება უმძიმეს დაავადებებს და შესაბამისი მკურნალობის გარეშე მიყვას ლეტალურ შედეგებამდე. ამიტომ სახელმწიფომ საკუთარ თავზე აიღო თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებული პაციენტების პროგრამული უზრუნველყოფა.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მკურნალობის ყველაზე ეფექტიან მეთოდს წარმოადგენს ორგანოს ტრანსპლანტაცია. მითითებული ოპერაცია ხასიათდება ავადმყოფის სოციალური რეაბილიტაციის მაღალი მაჩვენებლით. მითითებულის გათვალისწინებით

შემუშავებულ იქნა «ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის» პროგრამა.

«მედიკამენტებით სპეციფიკური ავადმყოფების უზრუნველყოფის» სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფს მძიმე ქრონიკული დაავადებებით (დიაბეტი, ჰემოფილია და სხვ.) დაავადებულ ადამიანებს სპეციფიკური მედიკამენტებით. ამ პროგრამის მიზანს წარმოადგენს ავადმყოფთა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და მისი გახანგრძლივება. რაც შეეხება «სამეგრელოსა და ზემო სვანეთის რეგიონის იძულებით გადაადგილებული მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამას», მას განაპირობებენ იძულებით გადაადგილებულ პირთა მრავალრიცხოვნება და ეკონომიკური გაჭირვება, რამაც ნეგატიური გავლენა მოახდინა მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

განვიხილოთ სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დაფინანსების პრინციპები:

მეანობის პროგრამა

ორსულთა პატრონაჟის ანაზღაურება ხორციელდება წარმოებული ვიზიტების მიხედვით 30 ლარი ქალაქში:

ორსულთა პატრონაჟის სტანდარტი ფინანსურად დაუზღავანებელია: ტარიფი უნდა 2-3 ჯერ გაიზარდოს იმისათვის, რომ დაწესებულებამ შეძლოს სრულად ჩაატაროს სტანდარტით განხორციელებული ღონისძიებები.

ორსულთა სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება ერთი შემთხვევისთვის დადგენილი საშუალო ფასით:

- საქალაქო დონის დაწესებულებებისთვის – შემთხვევა 120 ლარი, ფიზიოლოგიური ახალშობილის მოვლა 15 ლარი (თანაგადახდა 30 ლარი ამოღებულია პროგრამიდან შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 226H ბრძანებით);

- რაიონული დონის დაწესებულებებისთვის – შემთხვევა 100 ლარი, ფიზიოლოგიური ახალშობილის მოვლა 11 ლარი

(თანაგადახდა 20 ლარი ამოღებულია პროგრამიდან შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 226H ბრძანებით);

მელოგინებში სეფსისის შემთხვევების ანაზღაურება ხორციელდება ანტისეფსისურ ცენტრში სტანდარტის ტარიფით.

მითითებული ტარიფი მეტ-ნაკლებად შეესაბამება ამ პროფილის «გასაშუალოებული» სტანდარტის ხარჯებს; თავისთავად სტანდარტი უნდა იყოფოდეს რამოდენიმე ერთეულზე სხვადასხვა ხარჯთტევადობის მქონე ნოზოლოგიური შემთხვევების შესაბამისად.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა

ბავშვთა პატრონაჟისათვის და ამბულატორიული მკურნალობისთვის – 2 ლარი თვეში ერთ სულზე, თუ განხორციელებული იქნება კონტაქტი დაზღვეულთან (ე.ი. სადამკვირვებლო ვიზიტი ან ვიზიტი ავადმყოფობის გამო).

ტარიფი 2 ლარი ერთ დაზღვევაზე სოფელში, ალბათ, მისაღებია, რადგან რეალურად ხორციელდება მხოლოდ მედპერსონალის (ექიმის ან მედდის) ვიზიტი დაზღვეულთან; ლაბორატორიული კვლევებით უზრუნველყოფა აქ მინიმალურია და თითქმის უტოლდება ნულს. ამით უნდა ვაღიაროთ ის, რომ 0-3 წლამდე ასაკის ბავშვთა პატრონაჟის მოცულობა სოფელში დარღვეულია. სამაგიეროდ, ქალაქში პატრონაჟის უფრო სრული, დაპირებულთან მიახლოებული გაწევის შესაძლებლობა უფრო მეტია, თუმცა აქ ტარიფი უნდა უტოლდებოდეს თუნდაც 10ლარს.

ბავშვთა კარდიოქირურგიის დაფინანსება ხორციელდება დამტკიცებული სტანდარტისა და ტარიფების საშუალებით, ლიმიტირების წესით. 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში – უფასოა, 3 წელზე უფროსი ასაკის ავადმყოფებში თანაგადახდა ღია ოპერაციაზე შეადგენს 20%, ხოლო დახურული ტიპის ოპერაციაზე – 25 %.

ამ პროფილის სტანდარტები წარმოადგენენ განსაკუთრებულ გამოწვევის რიგ სახელმწიფო სტანდარტში – ხარჯები გათვალისწინებული სრულად.

ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობის პროგრამა

პროგრამის ანაზღაურება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების პრინციპით (როგორც ამბულატორიაში, ისე სტაციონარში) ნოზოლოგიური ჯგუფებისთვის დადგენილი ტარიფების შესაბამისად, თანაგადახდა პროგრამით გათვალისწინებულ ნოზოლოგიურ ჯგუფებზე – ფიქსირებულია.

სამედიცინო ნაწილის ფინანსური დაბალანსებისათვის სტანდარტების ღირებულება უნდა გაიზარდოს 180-200%-ით.

ქიმიოთერაპიულ მომსახურებაზე გათვალისწინებულია თანაგადახდა.

1. თანაგადახდა არ ეხება ბევშეთა კონტინგენტს.

2. მოზრდილთა ქიმიოთერაპიაში მედიკამენტების ღირებულებისას 300 ლარამდე, თანაგადახდა შეადგენს მედიკამენტის ღირებულების 50%. ღირებულებისას – 300 ლარზე მეტი თანაგადახდა შეადგენს 300 ლარის 50%-ს პლუს მედიკამენტების 300 ლარზე მეტი ღირებულება.

3. მოზრდილთა ჰემატოლოგიაში მედიკამენტების ღირებულებისას X ლარი (თბილისის ონკოჰემატოლოგიის ინსტიტუტში X=200 ლარი, ხოლო ბათუმსა და ქუთაისში X=150 ლარი) თანაგადახდა შეადგენს მედიკამენტის ღირებულების 50%, ხოლო X ლარზე მეტი ღირებულებისას – მედიკამენტების ღირებულების 100%.

სტანდარტები დაბალანსებულია ფინანსურად (თანაგადახდის ხარჯზე; თანაგადახდა ხშირად აღწევს ისეთ სიდიდეს, რომ რამოდენიმეჯერ აღემატება სტანდარტულ ტარიფს), მაგრამ დახმარების მოცულობა თავისთავად საკმაოდ მიზერულია.

ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა

ამბულატორიული დახმარება ხორციელდება ჩატარებული ვიზიტების მიხედვით (ვიზიტის ღირებულება 3,30 ლარი) საშუალოდ არაუმეტეს 8 ვიზიტისა ერთ პაციენტზე.

სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით (საწოლ-დღის ღირებულება 5,76 ლარი).

დღის სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით (საწოლ-დღის ღირებულება 4,23 ლარი).

ბავშვებისთვის და მოზრდილებისთვის სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით (საწოლ-დღის ღირებულება 6,39 ლარი);

იძულებითი მკურნალობის დაწესებულებებს ცალკე უნაზღაურდება ხარჯები დაცვაზე შსს-თან დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე გამოყოფილი ქვოტის ფარგლებში.

სტაციონარული სტანდარტები (საწოლ-დღე) საკმაოდ ცუდადაა დაბალანსებული – რეალურად მათი ტარიფი უნდა იყოს 150- 200%-ით მეტი.

ფტიზიატრიული დახმარების პროგრამა

ამბულატორიული დახმარება ხორციელდება ყოველთვიურად გამოყოფილი ბიუჯეტით, მიუხედავად შესრულებული სამუშაოსი.

სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით (საწოლ-დღის ღირებულება 8,50 ლარი) გამოყოფილი ბიუჯეტის ფარგლებში.

ლტოლვილთა საკურორტო მომსახურებაზე რეგისტრირებული საწოლ-დღეების მიხედვით (საწოლ-დღის ღირებულება 12,00) გამოყოფილი ბიუჯეტის ფარგლებში.

სტაციონარულ სტანდარტებში გამოყოფილია «სავალდებულო ნაწილი», რომელიც ფინანსურად დაბალანსებულია (სტანდარტის დარჩენილი ნაწილი ითვლება სარეკომენდაციოდ და ამიტომ დაწესებულებას უფლება აქვს აიძულოს პაციენტი გადაიხადოს თანხა); აგრეთვე, არაადექვატურია ამბულატორიული ნაწილისთვის დადგენილი

ბიუჯეტი - ის არასაკმარისია იმისათვის, რომ ნორმალურად ჩატარდეს პროგრამის ამ ნაწილით გათვალისწინებული ღონისძიებები. საჭიროა გავზარდოთ ეს თანხები 150-200 %-ით.

პროგრამის დაფინანსება ხორციელდება ფაქტიური ხარჯების მიხედვით გამოყოფილი ლიმიტის ფარგლებში.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა

ამბულატორიული დახმარების დაფინანსება წარმოებს განხორციელებული ვიზიტების მიხედვით (ვიზიტი 3 ლარი) არაუმეტეს 10 ვიზიტისა ერთ დაზღვეულზე.

არაადექვატურია ვიზიტის ფასი - ის არ ასახავს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების რეალურ ღირებულებას (დეფიციტი დაახლოებით 100%).

ქ. თბილისის 1 სტაციონარული დაწესებულებისა და რეგიონალური დონის დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით, ხოლო ქ. თბილისის დანარჩენ დაწესებულებებში დამტკიცებული სტანდარტისა და ტარიფების საშუალებით, ლიმიტირების წესით, გადაუდებელი დახმარების (მუნიციპალური ნოზოლოგიების) 100%-იანი დაფინანსებით.

რაიონულ დაწესებულებებში დაფინანსება ხორციელდება დამტკიცებული სტანდარტისა და ტარიფების საშუალებით, ლიმიტირების წესით, არაუმეტეს 50% მუნიციპალური თანაგადახდის გათვალისწინებით.

ინფექციური დაავადებების მკურნალობის პროგრამა

თბილისის ინფექციური პათოლოგიის, შიდ-ისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის დაფინანსება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით, ხოლო დანარჩენ დაწესებულებებში კი - დამტკიცებული სტანდარტისა და ტარიფების საშუალებით, ლიმიტირების წესით.

ტარიფები არაადექვატურია, საჭიროა მათი გადახედვა.

დიალიზის პროგრამა

ჰემოდიალიზის დაფინანსება ხორციელდება ჩატარებული სეანსების რაოდენობის მიხედვით გამოყოფილი ლიმიტის ფარგლებში. სეანსის ღირებულება 90,28 ლარი (36,04 ლარი ასანაზღაურებელი თანხა და 54,24 ლარი – მასალების ღირებულება).

ამბულატორიული პერიტონიალური დიალიზის დაფინანსება ხორციელდება საშუალო-დღიური დანახარჯების მიხედვით გამოყოფილი ლიმიტის ფარგლებში (მხოლოდ მედიკამენტები) გასაშუალოებული დღიური თანხა – 59,5 ლარი.

სტაციონარული პერიტონიალური დიალიზის დაფინანსება ხორციელდება სტანდარტის ტარიფით (ცენტრალიზებულად შეძენილი მედიკამენტების ფასის გამოკლებით). შემთხვევის ღირებულება – 3056,89 ლარი. სტანდარტი ფინანსურად დაბალანსებულია.

გულის იშემიური დაავადებების მკურნალობის პროგრამა პროგრამის დაფინანსება განხორციელებული იქნება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით თითოეულ ოპერაციაზე დამტკიცებული ტარიფის შესაბამისად.

პროგრამით თანაგადახდა პაციენტების მხრიდან შეადგენს გეგმური ანგიოპლასტიკის 30%. ოპერაცია აორტო-კორონარულ შუნტირებაზე – 30%.

ტარიფი დაბალანსებულია, მაგრამ თანაგადახდის ხარჯზე.

პროგრამული დაგეგმვის უმნიშვნელოვანეს პირობას წარმოადგენს პრობლემის ცოდნა, მათი გაანალიზების და მათი რიცხვიდან ყველაზე მწვავე და მნიშვნელოვანი პრობლემების გამოყოფის უნარი. ასეთი ამოცანა ყოველთვის დაკავშირებულია იმ რესურსების შეზღუდულობასთან, რომლებიც გააჩნია ქვეყანას, დარგს, ორგანიზაციას გამოვლენილი პრობლემების გადასაჭრელად. ამიტომ პროგრამების ფორმირებისას საჭიროა, ერთის მხრივ, მხოლოდ პრიორიტეტული პრობლემების გადაჭრა და, მეორეს მხრივ, მათ გადასაჭრელად რესურსების ქონა.

საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ 1999-2007 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება

ხდებოდა სხვადასხვა წყაროებიდან. კერძოდ: 1999წელს ორი წყაროაღან – დამჭირავებლთა და დაქირავებულების მიერ ხელფასებიდან გადახდილი სავალდებულო დაზღვევის შესატანებით (3%+ 1%) და ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერიდან. 2002-2004 წლებში ზემოაღნიშნულ წყაროებს დაემატა ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან გადაცემული თანხები. 2005 წლიდან პროგრამების დაფინანსება ხდება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით.

2005 წელს, წინა წელთან შედარებით, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ 1%-ით გაიზარდა (ცხრილი 21). ხოლო 2006 წელს წინა წელთან შედარებით სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დაფინანსება 34%-ით გაიზარდა და 93 მლნ. ლარიდან (2005წ.) 125,7 მლნ. ლარი შეადგინა. მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების პროგრამის დაფინანსება 2005 წელს 15 მლნ. ლარი შეადგინა, ხოლო 2006 წელს გაიზარდა 2,7 მლნ. ლარით. 2005 წელს მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამას დაემატა პრეზიდენტის ნაციონალური პროგრამა «სასწრაფო სამედიცინო დახმარება» (9,4 მლნ. ლარი). სულ სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება 2005 წელს მხოლოდ 827 ათასი ლარით გაიზარდა. 2006 წელს მოსახლეობის სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების კომპონენტი, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა გაერთიანდა და ეწოდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის კომპონენტი. მისი დაფინანსების გეგმა განისაზღვრა 15,4 მლნ. ლარით. სულ სტაციონარული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის

დაფინანსება გაიზარდა 37,3 მლნ. ლარით რეფერალური დახმარების კომპონენტის, პრეზიდენტის ნაციონალური პროგრამის "სასწრაფო სამედიცინო დახმარება (თითქმის გაორმაგდა), ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციისა და თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის კომპონენტის, გულის ქირურგიის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების მკვეთრი ზრდისა და სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის კომპონენტის დამატების ხარჯზე.

მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით

უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება 22,5%-ით გაიზარდა და მან 9,5 მლნ. ლარი შეადგინა. ხოლო 2006

წელს მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით

უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებამ 10,3 მლნ. ლარი შეადგინა.

სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის

სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის ბიუროების

მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მოწესრიგების მიზნით

ფონდის პროგრამებს დაემატა სამედიცინო სოციალური

ექსპერტიზის პროგრამა 1,3 მლნ. ლარის ოდენობით.

2005 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების გეგმიური მაჩვენებელი 2004 წელთან

შედარებით 2,8%-ით შემცირდა – 107 მლნ. ლარიდან 104 მლნ.

ლარამდე, რადგან სოციალური სფეროს ინსტიტუციური და

ფუნქციური რეფორმის ხელშეწყობის სახელმწიფო

პროგრამიდან ცალკე იქნა გამოყოფილი სამედიცინო

დაწესებულებების ოპტიმიზაციის პროგრამა. პროგრამების

დაფინანსების მოცულობამ 100,9 მლნ. ლარი შეადგინა (2004 წ.

– 102,4 მლნ. ლარი), რაც დაგეგმილის 96%-ია.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (ათასი
ლარი)

პროგრამის დასახელება		გვემა	შესრუ- ლება	დაფინან- სება	გვემის დაფინანსების %
ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დაფინანსება: პრევენციისა და გახელოვნების სახელმწიფო პროგრამა	2004	3365,3	3023,9	3253	96,7%
	2005	2974,9	2848,8	2893,5	97,3%
სოციალური სფეროს ინსტიტუციონალური და ფუნქციური რევიზიის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა	2004	6963,5*	5572,6*	6563,2*	94,3%
	2005	4763,8	4630,1	4712,4	98,9%
სოციალური და სექტორის ერთიანი სახელმწიფო ფინანსის განმრთვების დაქვემდებარება	2004	96589,0	80875,3	92568,2	95,9%
	2005	97087,3	83724,3	93303,8	96,1%
შეხვედრებისა და სემინარების მქონე კარგი სამედიცინო დაწესებულება	2004	600	540,4	599,9	100,0%
	2005	1280,5	1191,7	1191,7	93,1%
სამინისტროს ცენტრალური ანტი-კორუპციული ორგანიზაცია, საქვეყნო დაწესებულებების საჯარო სამართლის ორგანიზაციების პარტნიორები	2004	8350	8178,7	8149,1	97,5%
	2005	10840,3	10670,0	10664,2	98,4%
სოციალური და სექტორის ერთიანი სახელმწიფო ფინანსის დაფინანსების ხარჯები	2004	2213,0	2206,3	2203	99,5%
	2005	2691,7	2532,7	2532,7	94,1%
სამედიცინო დაწესებულებების ოპერატიული პროგრამა	2004	4125,0	4124,6	4112,5	99,7%
	2005	26112,2	26244,1	26112,2	100,0%
უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წარმოებით და ურთიერთობის განსახარცი ღონისძიებები (სხვადასხვა სახის პროექტები)	2004	3429,2	4278,8	3960,4	115,5%
	2005	26132,0	17967,3	17967,3	68,8%
პარალელური სამსახურები	2004	1019,1	116,1	1019,1	100,0%
	2005	1754,1	1754,1	1754,1	100,0%
სამედიცინო სოციალური ინსტიტუტის პროგრამა	2005	1411,2	1341,0	1341,0	95,0%
	2004	122518,1	105842,1	118315,9	96,6%

სულ	2005	175048,0	152924,1	162472,9	92,8%
-----	------	----------	----------	----------	-------

* შვიკიუს სამედიცინო დაწესებულებათა ოპერატიული პროგრამის ხარჯები.

წყარო: შპიშის, განმრთვებისა და სოციალური დაქვემდებარების სამინისტრო, www.moh.gov.ge

2004 წელთან შედარებით შემცირდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის და ეპიდკონტროლის სახელმწიფო პროგრამების როგორც გვემიური, ისე დაფინანსების მაჩვენებლები. სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციისა და მათი თანამედროვე სამედიცინო

აპარატურით აღჭურვის პრიორიტეტულობის გამო, სოციალური სფეროს ინსტიტუციური და ფუნქციური რეფორმის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამიდან ცალკე გამოიყო სამედიცინო დაწესებულებების ოპტიმიზაციის პროგრამა და მისი დაფინანსება თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა.

2005 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საქართველოს თავდაცვის, იუსტიციის სამინისტროსა და შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დაიხარჯა 1,7 მლნ. ლარი, ხოლო 2006 წელს -1,9 მლნ. ლარი.

2005 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტში უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებითა და გრანტებით განხორციელებული საინვესტიციო პროექტები მიმართული იყო აივ/შიდსის, და მალარიის პრევენციისა და კონტროლის, DOTS DO სტრატეგიის სრულყოფის, ტუბერკულოზისა და ლეიკემიის კონტროლის, სოციალური დაცვის რეფორმის მომზადების პირველადი ჯანდაცვის განვითარების, საავადმყოფოთა რესტრუქტურისა და განვითარების პროექტებზე. გეგმით გათვალისწინებული 26 მლნ. ლარის ნაცვლად, 2005 წელს დაიხარჯა 18 მლნ. ლარი, ხოლო 2006 წელს 22,2 მლნ. ლარი.

2005 წელს ქვეყნის ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებისათვის გაწეული ხარჯი (41,3 მლნ. ლარი), წინა წლისგან განსხვავებით, მთლიანად მოხმარდა მუნიციპალურ პროგრამებს (2004 წელს 15,4 მლნ. ლარი გადაირიცხა სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში ამბულატორიული და ურგენტული პროგრამების დასაფინანსებლად, ხოლო 27 მლნ.

ლარი მოხმარდა მუნიციპალურ პროგრამებს). აჭარის (75%-იანი ზრდა), თბილისისა (10%-იანი ზრდა) და აფხაზეთის (6%-იანი ზრდა) გარდა, საგრძნობლად შემცირდა სხვა ტერიტორიული ერთეულების მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები, იმერეთსა და გურიის რეგიონში კი თითქმის განახევრდა. 2006 წელს ქვეყნის ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან

ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებისათვის გაწეული ხარჯი თითქმის განახევრდა და 20 მლნ. ლარი შეადგინა. (ცხრილი 22).

ცხრილი

ტერიტორიული ერთეულების მიერ ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა დაფინანსებაზე გაწეული ხარჯები (ათასი ლარი)

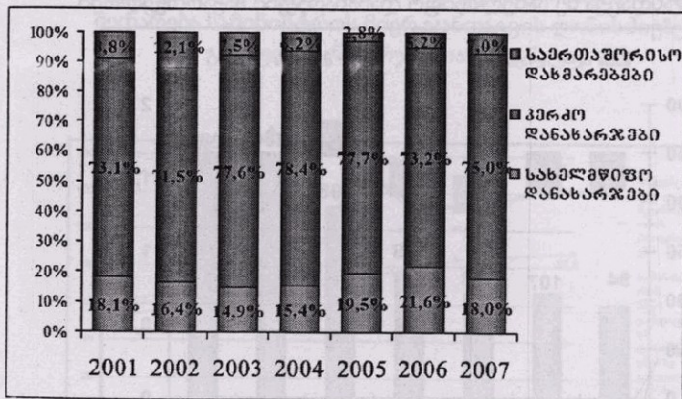
საქართველოს ტერიტორიული ერთეულები მხარეების მიხედვით	2004 წ.	2005 წ.	2006 წ.
აფხაზეთი	869,9	922,9	541,6
აჭარა	4763,0	8323,4	6830
თბილისი	17884,7	19759,8	5965,3
კახეთი	1568,5	1233,9	631,3
იმერეთი	4242,7	2232,6	1496,9
სამცხე-ჯავახეთი და ზემო ქვემო ქართლი	231,3	193,2	111,3
შიდა ქართლი	1703,3	1365,3	532,0
ქვემო ქართლი	4319,4	3237,8	2067,0
გურია	899,3	461,5	232,6
სამცხე-ჯავახეთი	2390,5	1458,7	592,8
მცხეთა-მთიანეთი	854,9	602,9	484,0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო ზედა ქართლი	521,3	283,3	202,8
სულ ჯამი	42351,9	41375,4	20741,3

წყარო: შიდა მხარის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, www.moh.gov.ge

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, 2006 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1160 მლნ. ლარი შეადგინა, რაც მშპ-ის 8,6%-ია. აქედან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 250 მლნ. ლარი (21,6%), საერთაშორისო დახმარებებზე 60 მლნ. ლარი (5,2%), დანარჩენი კი – მოსახლეობის მიერ კერძო დანახარჯებია.

2007 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1386 მლნ. ლარი შეადგინა, რაც მშპ-ის 8,2%-ია. აქედან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 249 მლნ. ლარი რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 18% ,ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტის 1,5 %-ია.

ჯანდაცვის დანახარჯების სტრუქტურა



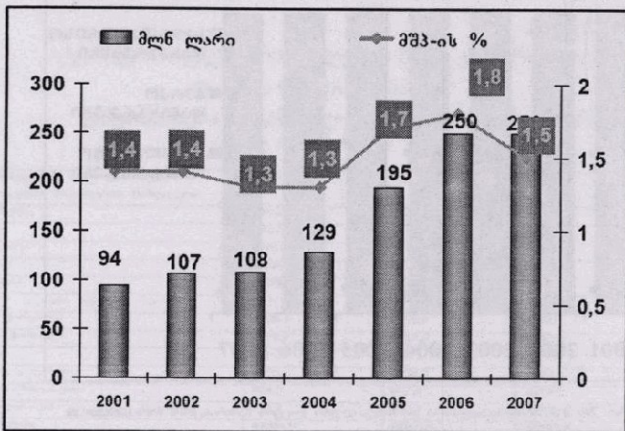
წყარო: შრომის, ჯანსრულობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, www.moh.gov.ge

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები, ამიტომ ჯანდაცვის განვითარების დონე, ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები

(სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სხვ.) და სამედიცინო დახმარებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების პირდაპირპროპორციულია.

2006 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე დაიხარჯა 234 მლნ. ლარი. ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტიდან მუნიციპალური პროგრამებისათვის დაიხარჯა 20,7 მლნ. ლარი. სულ სახელმწიფო დანახარჯმა ჯანდაცვაზე 250 მლნ. ლარი შეადგინა (2005 წ. – 195 მლნ. ლარი), რაც წაერთი ბიუჯეტის 5,6%, ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტის 1,8%-ია .

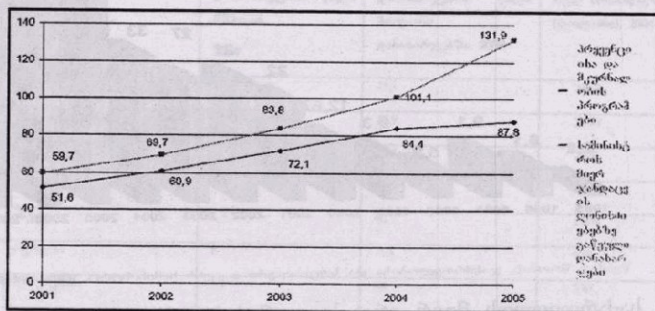
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში



წყარო: შრომის, ჯანსივლელისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. www.mol.gov.ge

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებზე (უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებითა და გრანტებით განხორციელებული ინვესტიციური პროექტების გამოკლებით) 2005 წელს დაიხარჯა 132 მლნ. ლარი (2006 წელს 184,2 მლნ. ლარი) , აქედან პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამებზე (შშმპ ჯანდაცვითი ღონისძიებების ჩათვლით) მხოლოდ 88 მლნ. ლარი, თუ ერთმანეთს შევადარებთ სამინისტროს მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების ზრდის ტემპს და პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამების ზრდის ტემპს, საგრძნობ განსხვავებას მივიღებთ, ზრდის მაღალი ტემპი ძირითად საინვესტიციო პროგრამებსა და ადმინისტრირებაზე მოდის

პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამების დანახარჯების შედარება სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის ღონისძიებებზე გაწეულ დანახარჯებთან (მლნ.ლარი)

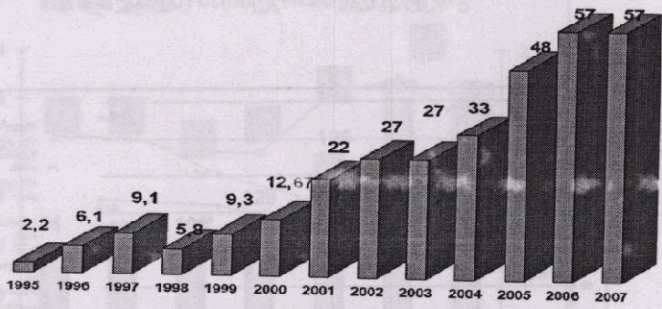


წყარო: შრომის, ჯანსაღი ცხოვრებისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური დახვეწის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, www.moh.gov.ge

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების დინამიკა ცხადყოფს, რომ 1994 წლიდან ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯები დაახლოებით 25-ჯერ გაიზარდა და

2006, 2007 წელს ერთ სულ მოსახლეზე 57 ლარი შეადგინა, თუმცა ეს ნაჯერ ნაკლებია, ვიდრე, მაგალითად ეს 1990 წელს იყო – 149 ლარი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით კი მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელ სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობისთვის საჭირო ხარჯები წელნაწი ერთ სულ მოსახლეზე 34 ლარი, ანუ სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე სულ მცირე 70 ლარი მაინც უნდა იყოს.

ჯანდცვის სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)



წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, www.moh.gov.ge

საქართველოს მიერ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე დანახარჯების ოდენობა 9-10-ჯერ ჩამორჩება ლიტვისა და ესტონეთის, თითქმის 5-ჯერ რუსეთის მიერ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე გამოყოფილ სახელმწიფო დანახარჯებს და ბევრად ნაკლებია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებზე. ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში, სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდის 18% მაშინ როდესაც ევროპის რეგიონში ასეთი მაჩვენებელი 2005 წელს 68,5% შეადგინა . ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილის მიხედვით მთლიან დანახარჯებში 2005 წელს ევროპის რეგიონის 53 ქვეყნის შორის საქართველო ბოლოან მესამე ადგილზე იყო. მას ჩამორჩებოდა მხოლოდ ტაჯიკეთი და აზერბაიჯანი, ხოლო 2007 წელს - ბოლო ადგილზეა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი

	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი შპმ-დან, 2004	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი დანახარჯებში, 2004	ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (დოლარი), 2004
აშშ (2005)	15,2	45,1	2862
კრმსნია (2005)	10,7	76,9	2499
სექვიცარია	6,8	58,4	2310
ბერლინი	7	85,9	2174
სუბეთი	6,5	90,7	1209
უნგრეთი	6	71,8	958
სლოვაკეთი	5,1	88	730
ბელგარეთი	4,3	55,8	354
პოლონეთი	4,2	70	567
ლიტვა	4,9	75,4	615
ესტონეთი	4,2	76	590
ბულგარეთი	4,7	75,1	556
ლატვია	3,3	51,6	387
რუსეთი	3,2	59,8	341
ქ-სახეთი	2,4	62,4	245

უკრაინა	3,9	66,5	240
თურქმენეთი	2,5	64,8	145
მოდელა	4,2	56,5	114
სასომხეთი	1,3	23,1	74
საქართველო (2007)*	8,2	18	81
უზბეკეთი	2,3	42,1	71
ახურბაიჯანი	0,9	24,6	39

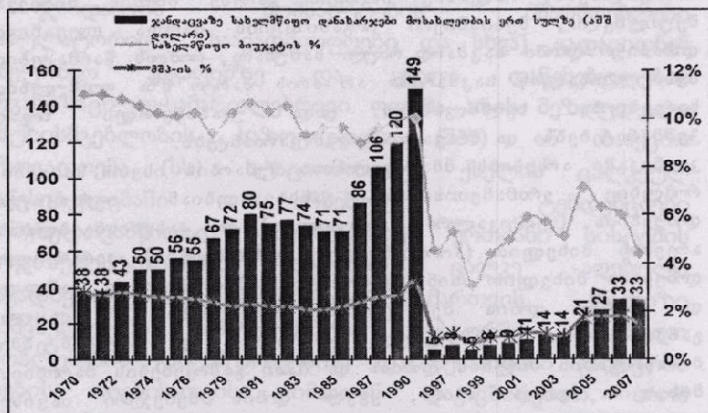
წყარო: WHO, Health for all Data Base.

როგორც აღინიშნა, ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან 2005 წლიდან ხდება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით, რაც არ არის საკმარისი სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობის მოთხოვნის უზრუნველსაყოფათ. (ნახ.21)

საქართველოს ჯანდაცვაში მძიმე მდგომარეობის დაძლევის ფინანსურ ასპექტს წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსებისთვის ხარჯების მოცულობის ზრდის აუცილებლობა. ამასთან დაკავშირებით პირველი რიგის ამოცანას წარმოადგენს ფინანსური რესურსების გამონახვა ჯანდაცვის დაფინანსების სახსრების წილის ეტაპობრივი ზრდისთვის.

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემების დაძლევის მიზნით, ჩვენს მიერ შემოთავაზებულია ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ფინანსური სახსრების წილის გაზრდა. რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას სამედიცინო მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით. ამასთან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში ფართოდ უნდა იყოს ჩაბმული მოსახლეობა ნებაყოფლობითი დაზღვევისა და თანაგადახდის ფორმით.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები საქართველოში



II.3. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზი აკადემიკოს ო. ლუდუაშვილის სახელობის მრავალპროფილიანი ეროვნული სამედიცინო ცენტრისა და ქ. თბილისის რამდენიმე მოწინავე კლინიკის მაგალითზე

როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველოში ბოლო ათწლეულს მანძილზე მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა, რომლის ძირითად ამოცანასაც მოსახლეობის ხელისაწვდომობა და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ამ გარდქმნათ პროცესში უზნიშვნელოვანესი აღმოჩნდა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა და გადამხდელთა გამიჯვნა, რამაც ჯანდაცვის სფეროში ურთიერთობის ახალი, ძველსაგან მეტად განსხვავებული წესები დამკვიდრა.

ნებისმიერი სახის სამედიცინო დაწესებულების ჩამოყალიბების მიზანია იმ ხასიათის მომსახურების გაწევა, რომელზეც მოთხოვნა არსებობს და რომლის

რეალიზაციაც სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიკურ ეფექტს იძლევა. მიზნადნ. გამომდინარე, ყალბდება დაწესებულების

ელმენტები; პროფილ, მასშტაბი, განლაგება, კადრები, ფინანსები, მომარაგება და სხვა. მიზნის განხორციელებისა და მისი ელმენტების ამოქმედებისათვის აუცილებელია მართვის აპარატის ჩამოყალიბება, რადგანაც მართვის გარეშე მიზნის მიღწევა შეუძლებელია, ნებისმიერი ორგანიზაციის მართვა დღევანდელ დანამიურ დროში საკმაოდ რთულ სამუშაოა, რომლის წარმატებით შესრულებისათვის საკმარისი არ არის მარტო მზა ფორმულებით სარგებლობა. ხელმძღვანელი უნდა უთანაწყობდეს ზოგად ჭეშმარიტებებსა და მრავალრიცხოვან ვარიანტებს.

კლნიკაში არსებობს მმართველობითი მუშაობის ისეთი სახეები, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან იერარქიულ დონეებით (ვერტიკალური განზომილება) და პასუხისმგებლობის არეების მიხედვით (ჰორიზონტალური განზომილება). იერარქიულ დონეების მიხედვით ისინი დყოფილია სამად პირველ, საშუალო და მაღალ დონის მენეჯერებად მენეჯერების ეს დყოფა განპირობებულია მენეჯერულ ფუნქციებში და ელმენტებში მონაწილეობის მიღების დონით და მათ გამოყენების ხარისხის მიხედვით გარდამისა, ყველა დონის მენეჯერი თავისი იერარქიულ დონის შესაბამისად მონაწილეობას იღებს მეწარმეობის ისეთ აუცილებელ როლს განხორციელებაში, როგორცაა რაციონალურ ტორული-ინოვაციების დანერგვა. ჰორიზონტალური მენეჯერების საქმიანობით განსხვავებულა გამოწვეულია პასუხისმგებლობის არეების თავისებურებით და შეიცავს სამი ძირითად ტიპის (ფუნქციონალურს, გენერალურს და საპროექტო) მენეჯერს.

სამედდინო საქმიანობა თავისი მრავალფეროვნებით და სირთულთ, ახალ ტექნოლოგიების გამოყენების მაღალ დონით შეიძლება ნებისმიერ საწარმოო პროცესს გავუტოლოთ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლებელ გახდა ტექნოლოგიების მრავალ ვარიანტის დამუშავება და მათგან საუკეთესოს შერჩევა. ამ მიზეზების გამო უაღრესად გართულდ სამედდინო საქმიანობის მართვის პროცესი, რამაც გამოიწვია მისი დანაწილება სფეროებად სადღეისოდ სამედდინო მენეჯმენტო მოიცავს:

1. ჰოსპიტალის(ურ) მენეჯმენტს;
2. სოციალური და ზღვევის მენეჯმენტს;
3. ადმინისტრაციულ მენეჯმენტს;
4. მარკეტინგის მენეჯმენტს;

5. საფინანსო მენეჯმენტს;
6. კადრების მენეჯმენტს;
7. სატრანსპორტო მენეჯმენტს და ა.შ.

ჯანდაცვის მომსახურების მწარმოებლები (ამბულატორიები, საავადმყოფოები და სხვა) გადავიდნენ სამეურნეო ანგარიშზე და ყველა დაწესებულების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა არის შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (შპს) ან სააქციო საზოგადოება (სს). სტაციონარული ქსელის ცალკეულ დაწესებულებაში არსებული ტენდენციები მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავენ ერთიანი სისტემის ხარჯთ-ეფექტიანობას. ამდენად ცალკე აღებული საავადმყოფოების ფინანსური მართვის ანალიზი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია სექტორში არსებული პრობლემების გამოაშკარავებისა და შესაბამისი გადაჭრის გზების ძიებისათვის. იმასთან დაკავშირებით, რომ სამედიცინო დაწესებულებები განსხვავდებიან ზომით, პროფილით, მფლობელობის ფორმით ერთმანეთისაგან და უდიდესი ნაწილი აღრიცხვასა და ფინანსურ ანგარიშგებას აწარმოებს საკასო მეთოდით, რაც ეწინააღმდეგება ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტებს. სრულად შესწავლის მიზნით აუცილებელია მათი შესწავლა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე ამ მიზნით ჩვენ შევარჩიეთ მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულება - კერძოდ სს "აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრი".

სამედიცინო დაწესებულებას (სს აკად. ო. ლუდუშაურის სახელობის «ეროვნული სამედიცინო ცენტრი», შემდგომში - ცენტრი) მართავს სამეთვალყურეო საბჭო და აღმასრულებელი მენეჯერი გენერალური დირექტორის სახით.

სამეთვალყურეო საბჭოს ამტკიცებს ქონების მართვის სააგენტო, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმებით. სამეთვალყურეო საბჭო დაკომპლექტებულია ფართო საზოგადოების

წარმომადგენლებით, მათ შორის სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენლებით.

სამეთვალყურეო საბჭოს არჩეული ჰყავს სამეთვალყურეო საბჭოს თავჯდომარე და სამეთვალყურეო საბჭოს თავჯდომარის მოადგილე. ზოგადად, სამეთვალყურეო საბჭოს კომპეტენცია განისაზღვრება საქართველოს კანონით მეწარმეთა შესახებ.

სამეთვალყურეო საბჭოს შემდეგი დანიშნულება აკისრია:

1. ძირითად მიზანს წარმოადგენს: ცენტრის მიზნის, ამოცანისა და პოლიტიკის განსაზღვრა იმისათვის, რათა უხელმძღვანელოს ორგანიზაციას გაცხადებული მისიის შესასრულებლად:

– ჩამოყალიბება მისიისა და იმ მიზნების, რომელთა მიღწევა გარკვეულ ეტაპზე უზრუნველყოფს მისიის შესრულებას;

– დაადგინოს პოლიტიკა, რომლითაც იხელმძღვანელებს ცენტრის ადმინისტრაცია დაწესებულების მართვაში;

– განიხილოს და დაამტკიცოს ცენტრის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (მოკლე და გრძელვადიანი).

2. განსაზღვრავს, რამდენად ეფექტიანად იქნა განხორციელებული პოლიტიკა, ანუ შეაფასოს შედეგები:

– განსაზღვრავს შეფასების ინდიკატორებს, წარმატების ნიშნულებსა და ანგარიშების ფორმატს;

– ამტკიცებს ინდიკატორულ გეგმას;

– განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შედეგების ინდიკატორებს.

3. უზრუნველყოფს ცენტრის მართვის ეფექტიანობას:

– ირჩევს გენერალურ დირექტორსა და დარგობრივ დირექტორებს;

– მათ ანიჭებს შესაბამის ძალაუფლებას, რაც მოითხოვს ცენტრის ეფექტიანი მართვას (საქართველოში ძალაუფლების დელეგირების საკითხი რეგლამენტირებულია ძირითადად კანონმდებლობით);

– აფასებს გენერალური დირექტორისა და დარგობრივი დირექტორების მუშაობას (ანგარიშების გაცნობა, ანალიზი, შეფასება და დასკვნის გამოტანა ცენტრის ფუნქციონირებისა და მდგომარეობის შეფასების ფონზე);

– ფინანსური ანგარიშები (ბალანსი, ანგარიში მოგებისა და ზარალის შესახებ, ანგარიში ნალდი ფულის მოძრაობის შესახებ);

– ოპერაციული ანგარიშები;

– ხარჯთ-ეფექტიანობისა და კაპიტალის მდგომარეობის ანგარიში;

– პროგნოზების შეფასება;

– ანგარიში გაწეული სამედიცინო მომსახურებების შესახებ.

ცენტრის მართვა ხორციელდება იერარქიული («პირამიდული») პრინციპით. ადმინისტრაციული იერარქიის სათავეში იმყოფება გენერალური დირექტორი.

გენერალურ დირექტორს ნიშნავს სამეთვალყურეო საბჭო. გენერალური დირექტორი ერთპიროვნულად აგებს პასუხს სამეთვალყურეო საბჭოს წინაშე ცენტრის საქმიანობაზე (წარმატება–წარუმატებლობაზე) და ფუნქციონირების ყველა ასპექტზე. გენერალური დირექტორის ფუნქციების დელეგირებას აწარმოებენ დირექტორები, რომლებიც ხელმძღვანელობენ შესაბამის ოფისებს:

ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის
მართვის სტრუქტურა

4. შიდაჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლის კომისია;
5. სამკურნალო საშუალებათა კომისია;
6. სამედიცინო სტანდარტებისა და პროტოკოლების კომისია;
7. უწყვეტი განათლების დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი კომისია.
8. სამეცნიერო საბჭო.

აღნიშნული კომისიები უზრუნველყოფენ ცენტრის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და უწყვეტი განათლების სისტემის ორგანიზებას, რაც ძირითადად გამოიხატება მათ მიერ გაწეული საქმიანობიდან. უნდა აღინიშნოს, რომ ცენტრი წარმოადგენს ახალი ტიპის მაღალი დონის სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებას, რომლის სტრუქტურაშიც წარმოდგენილია ქვედანაყოფები როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული დახმარებისათვის. ყველაზე მეტად ყურადღება მისაქცევია სტაციონარული სამედიცინო დახმარებისთვის, რადგანაც ეს მომსახურება ეწევა სახელმწიფო პროგრამებით სამედიცინო დახმარებას, სულ 2004 და 2005 წლებში სტაციონარულად გატარებულ პაციენტთა რაოდენობა შეადგენს შესაბამისად 3106 და 4911, საიდანაც სახელმწიფო პროგრამებით გატარებულია 2067 (67%) და 4049 (82%) პაციენტი, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობამ შეადგინა 20957 და 35458, საიდანაც სახელმწიფო პროგრამებით გატარებულია 17552 (84%) და 32658 (92%) საწოლ-დღე, საწოლთა ბრუნვამ კი შეადგინა 15,7 და 25,1, ლეტალობის მაჩვენებელმა შეადგინა 3,1 და 2,7 პროცენტი, საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელმა შეადგინა 6,7 და 7,2, საწოლის დატვირთვამ შეადგინა 106 და 184. აქვე წარმოგიდგენთ ცენტრში სამედიცინო მომსახურება ჩატარებული პაციენტების სტატისტიკურ მაჩვენებლებს თითოეული სამსახურის მიხედვით. (დანართი 4)

კაცობრიობის განვითარების ყველა ისტორიულ ეტაპზე ჯანმრთელობის დაცვის სფერო თავისი ბუნებით თავისებურ სასწორზე იმყოფებოდა. მედიცინის დარგის სწრაფმა

განვითარებამ, მისმა ინდუსტრიალიზაციამ, სულ უფრო მზარდმა კონკურენციამ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა შორის დაადასტურა, რომ სადღეისოდ ეს სფერო (მიუხედავად არსებული თავისებურებებისა) საბაზრო პრინციპებზე დაყრდნობით ვითარდება. ამ თვალსაზრისით, იგი საზოგადოებისათვის გარკვეულ მატერიალურ ფასეულობას წარმოადგენს. ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნების ან გახანგრძლივების საჭიროება გარკვეულ ეკონომიკურ დასაბუთებას მოითხოვს.

საქართველოში დღეს სამედიცინო ბაზარზე არის შემდეგი სურათი:

ა) დაავადების მკურნალობის სახელმწიფო ფასი (სახელმწიფო სტანდარტებით ტარიფია განსაზღვრული) უმეტეს შემთხვევაში ატარებს ფორმალურ ხასიათს, რადგანაც ვერ ასახავს დაავადებათა მკურნალობის რეალურ ღირებულებას.

ბ) სამედიცინო მომსახურების "საბაზრო ფასი", როგორც წესი, მომხმარებელს უწევს სამედიცინო მომსახურების საფასურის ანაზღაურება აღნიშნული "საბაზრო ფასებით" (აღსანიშნავია, რომ ფასთასხვაობა მძიმე ტვირთად აწევს პაციენტს მხრებზე). "საბაზრო ფასი" შედარებით უფრო სრულყოფილად ასახავს რეალურ ღირებულებას.

დაფინანსება შემდეგი სახსრებით ხდება:

- ცენტრალური ბიუჯეტის საშუალებებით;
- ცენტრალური ბიუჯეტის სახსრებით საუწყებო ქსელისთვის;
- ოფიციალური ტარიფებით პაკეტგარეშე მომსახურებისათვის;
- ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის სახსრებით;
- სხვა სახსრებით.

ეს სახსრები საბოლოო ადრესატამდე გაივლიან სხვადასხვა სტრუქტურებს.

ესენია:

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

- კერძო სადაზღვევო კომპანიები/ფონდები;
- სამედიცინო დაწესებულებები;
- სხვა უწყებები;
- მომხმარებელი (პაციენტი).

დაფინანსების პოტენციური წყაროებია:

– მუნიციპალიტეტი;

– საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი*;

- მომხმარებელი (პაციენტი);
- კერძო სადაზღვევო კომპანიები/ფონდები;

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები და მისგან გამომავალი ტარიფები ვერ ასახავენ სამედიცინო მომსახურებას სრულყოფილად, ქვეყანაში არსებული ბიუჯეტის სიმწირიდან და არსებული რესურსების არაეფექტიანად ხარჯვიდან გამომდინარე. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის მნიშვნელოვანი რეზერვი, რომელიც არსებობს კერძო სადაზღვევო კომპანიების სახით, ამასთანავე თუ გავითვალისწინებთ, რომ ეს

უკანასკნელი საქართველოში ფაქტობრივად ჩანასახოვან სტადიაშია, დაზღვევის სისტემის განვითარებასთან ერთად მოხდება ცენტრის დაფინანსებაში შესაბამისი თანხების წილის ზრდა. მხედველობაშია მისაღები ის თანხებიც, რომელთა მიღება შესაძლებელია ექიმთა (ექთანთა) დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი მომზადებიდან.

* საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი - 2008 წლიდან, ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო.

ცენტრში მიმდინარეობს რამდენიმე სახის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის საშუალებებითაც საქართველოს

მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი სარგებლობს უფასო სამედიცინო დახმარებით, ანუ მკურნალობის თანხას ანაზღაურებს სახელმწიფო. სახელმწიფოს მხრიდან ასი პროცენტით დაფინანსება ხდება ექვსი პროგრამის ფარგლებში:

- ბავშვებისათვის სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- რეფერალური დახმარების პროგრამა;
- მეანობის პროგრამა;
- უმწეოთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- უმწეოთა სამედიცინო დახმარების დამატებითი პროგრამა;

- წვევამდელთა სამედიცინო პროგრამის სახელმწიფო პროგრამა.

ნაწილობრივი დაფინანსება ხორციელდება ურგენტული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში, სადაც პაციენტმა უნდა გადაიხადოს მთლიანი ღირებულების 25%, ხოლო დანარჩენ 75%-ს იხდის სახელმწიფო.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ პროგრამების მიხედვით სახელმწიფო საკუთარ თავზე იღებს დაფინანსების უდიდეს ნაწილს, როგორც უკვე ზემოთ აღინიშნა, იგი ფორმალურ ხასიათს ატარებს და მოსახლეობის სრული უზრუნველყოფისათვის სხვაობა მძიმე ტვირთად აწევს პაციენტს.

ცენტრის საქმიანობის ფინანსური მხარე ასახავს ჰპოვებს ფინანსურ ანგარიშგებაში.

ფინანსური ანგარიშგება წარმოადგენს ბუღალტრული აღრიცხვის სტანდარტების შესაბამისად შეგროვილ, დამუშავებულ და მომხმარებლისათვის განსაზღვრული ფორმით მომზადებულ საერთო დანიშნულების ფინანსურ ინფორმაციათა ერთობლიობას, რომლის მიზანია, დაეხმაროს ინფორმაციის მომხმარებლებს ეკონომიკური გადაწყვეტილების მიღებაში საწარმოს ფინანსური მდგომარეობის, საქმიანობის შედეგებისა და ფინანსური მდგომარეობის ცვლილების შესახებ საიმედო ინფორმაციის მიწოდებით.

ფინანსური ანგარიშგება მოიცავს საწარმოს აქტივებს, ვალდებულებებსა და საკუთარ კაპიტალს. ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით მომხმარებელს შეუძლია დაადგინოს საწარმოს ფინანსური სტრუქტურა, ლიკვიდობა და გადახდისუნარიანობა, აგრეთვე ეკონომიკური გარემოს ცვლილებებთან შეგუების უნარი. ფინანსური ანგარიშგების სრული კომპონენტი უნდა მოიცავდეს:

1. ბალანსს;
2. ანგარიშს მოგებისა და ზარალის შესახებ;
3. ანგარიშს, რომელიც უზრუნველყოფს ინფორმაციას:
 - ა) საწარმოს საკუთარ კაპიტალში ნებისმიერი ცვლილებების შესახებ; ან
 - ბ) საკუთარ კაპიტალში ცვლილებების შესახებ, რომელიც არ არის გამოწვეული კაპიტალთან დაკავშირებული და მესაკუთრეების მიერ განხორციელებული სამეურნეო ოპერაციებითა და მათთვის კაპიტალის განაწილებით.
4. ანგარიშს ფულადი სახსრების მოძრაობის შესახებ;
5. საბუღალტრო პოლიტიკისა და ახსნა-განმარტებით შენიშვნებს [38,პუნქტი7].

ზოგადად, საწარმოს მიერ შედგენილი და წარმოდგენილი ანგარიშების კლასიფიცირება შეიძლება მოხდეს:

1. შედგენის პერიოდის მიხედვით:
 - ა) წლიური ანგარიში;
 - ბ) ნახევარი წლის ანგარიში;
 - გ) მიმდინარე ანგარიში;
2. დანიშნულების მიხედვით:
 - ა) შიდა მოხმარების ანგარიში;
 - ბ) ზოგადი დანიშნულების ანგარიში.
3. ინფორმაციის მოცულობის მიხედვით:
 - ა) ფინანსური ანგარიში;
 - ბ) შერეული ინფორმაციის შემცველი ანგარიში.
4. გამოყენებული შეფასების მიხედვით:

- ა) უცვლელი ფასების მიხედვით შედგენილი ანგარიში;
- ბ) მიმდინარე ფასებით შედგენილი ანგარიში.

ფინანსურ ანგარიშში წარმოდგენილი ინფორმაცია სასარგებლო იქნება მხოლოდ მაშინ, თუ მას გააჩნია შესაბამისი ხარისხი ან თვისებრივი მახასიათებლები. ეს მახასიათებლებია:

1. აღქმადობა;
2. შესაბამისობა;
3. საიმედოობა;
4. შესადარისობა.

ფინანსური ანგარიშების მომზადება უნდა ეყრდნობოდეს უტყუარ და ობიექტურ თვალსაზრისს საწარმოს ფინანსური მდგომარეობის, მისი საქმიანობის შედეგებისა და ფინანსური მდგომარეობის, ცვლილებების შესახებ. უტყუარი და ობიექტური ინფორმაციის წარმოდგენის შესაძლებლობას იძლევა ინფორმაციის თითოეული ხარისხობრივი მახასიათებლისა და ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტების გამოყენება, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების სახეობების რაციონალურად დანერგვასა და მის უზრუნველყოფას, გააუმჯობესებს მენეჯმენტის გამართულ მუშაობას.

სააღრიცხვო პოლიტიკა შემუშავდა შემდეგ კანონებსა და კანონქვემდებარე აქტებზე დაყრდნობით: საქართველოს კანონი "მეწარმეთა შესახებ"; საქართველოს კანონი "ბუღალტრული აღრიცხვისა და ანგარიშგების რეგულირების შესახებ"; საქართველოს საგადასახადო კოდექსი; საქართველოს პარლამენტთან არსებული ბუღალტრული აღრიცხვის სტანდარტების კომისიის მიერ სამოქმედოდ დამტკიცებული ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტები (ბასს), იგი შეიძლება შეიცვალოს ცენტრის სტრუქტურაში და/ან ბასს-ში (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტი) შესული ცვლილებების გათვალისწინებით. ცენტრის ფინანსური ანგარიშგება ემყარება ფუნქციონირებადობისა და დარიცხვის ძირითად დაშვებებს.

ბუღალტრული აღრიცხვისა და ფინანსური ანგარიშგების მომზადების კომპიუტერული პროგრამით განხორციელებისათვის, შეირჩა "ორის ბუღალტერია", მოხდა აღნიშნულ პროგრამაში გარკვეული ცვლილებების შეტანა ცენტრის სტრუქტურიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, გაკეთდა ანგარიშთა გეგმაში შესაბამისი სუბანგარიშები და ქვეანგარიშები. მთლიანად აღრიცხვაზე იქნა მიბმული მენეჯერული ანალიზის ბაზა, რომელიც მოგვცემს ეკონომიკურ ინფორმაციას საერთო მდგომარეობის კუთხით. ფინანსური ანგარიშგების მომზადებას საფუძვლად უდევს ბუღალტრული აღრიცხვის დარიცხვის მეთოდი. სამეურნეო ოპერაციების შედეგებისა და სხვა მოვლენების აღიარება ხდება მათი მოხდენისთანავე. დაცულია შემოსავლებისა და ხარჯებს შორის შესაბამისობის პრინციპი. ხარჯების აღრიცხვა ხდება ეკონომიკური შინაარსის მიხედვით, მარაგები კი აღირიცხება მუდმივი მეთოდით.

შემოსავლებისა და ხარჯების აღრიცხვისა და ანგარიშგებაში ასახვის მეთოდიკა არსებითად შეესაბამება ბასს (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტის) "სტრუქტურული საფუძვლების" მოთხოვნებს. შემოსავლები წარმოდგენილია შემდეგი სახით:

– საოპერაციო შემოსავლები – ასახულია შემოსავალი ცენტრის მიერ გაწეული მომსახურებებიდან. მითითებული შემოსავლის დოკუმენტური გაფორმება, ანგარიშების კორესპონდენცია არსებითად სწორია და შეესაბამება მოგებისა და ზარალის შესახებ ანგარიშში ასახულ მაჩვენებლებს.

– არასაოპერაციო შემოსავლები – ასახულია ჰუმანიტარული დახმარების სახითა და უსასყიდლოდ მიღებული აქტივები.

– სხვა შემოსავლები.

ცენტრში 2004-2005 წლების განმავლობაში ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს მოცულობამ შეადგინა 7677920 ლარი და 10642384 ლარი, სადაც სახელმწიფო პროგრამით შესრულებული სამუშაოს მოცულობამ შესაბამისად შეადგინა

4724804 ლარი (62%) და 8016638 ლარი (75%), შესრულებული სამუშაოს მოცულობიდან მიღებულ იქნა 4658631 ლარი და 6246104 ლარი, სხვაობა შესრულებასა და აღიარებას შორის გამოწვეულია სახელმწიფო პროგრამებით განხორციელებული სამუშაოთი, რაც შეადგენს 2130619 ლარსა (45%) და 3620358 ლარს (45%). როგორც ზემოთ მოყვანილი ტარიფებიდან ჩანს, 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით შესრულებული სამუშაოს მოცულობაში ნამატი საშუალოდ შეადგენს 39%-ს, რაც განპირობებულია ძირითადად სახელმწიფო პროგრამების ხარჯზე, ხოლო შემოსავალი შესრულებული სამუშაოს მოცულობიდან შეადგენს 4406634 ლარსა და 54599598 ლარს, სადაც სახელმწიფო პროგრამებით მიღებული შემოსავალი შეადგენს 2253597 ლარსა (57%) და 3067913 ლარს (56%), თუმცა 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით მიღებული შემოსავალი საშუალოდ იზრდება 24%-ით, სტანდარტების ხარჯზე. განსხვავება სახელმწიფო პროგრამებით შესრულებას, აღიარებასა და მიღებას შორის ხდება სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული ტარიფების გამო, რაც მძიმე ტვირთად აწევბა როგორც ცენტრს, ისე პაციენტსაც.

მიმდინარე აღრიცხვაში ხარჯები დაჯგუფებულია მათი როლისა და დანიშნულების მიხედვით ჩვეულებრივი საქმიანობის პროცესში. ფაქტიურად ხარჯების აღრიცხვა ხორციელდება ოპერაციული და არაოპერაციული ხარჯების ჭრილში, ხოლო რაც შეეხება ხარჯებს ფინანსურ ანგარიშში, ისინი წარმოდგენილია ეკონომიკური შინაარსის მიხედვით ანუ ელემენტური ხარჯების ჭრილში. მითითებული ხარჯების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ 2004-2005 წლების განმავლობაში მთლიანი ხარჯების 57% – 43% მოდის პერსონალის შენახვის ხარჯებზე, 18% – 11% მოდის გამოყენებული ნედლეულისა და მასალების ხარჯებზე, 6%-36% – ამორტიზაციულ ანარეცხებზე. ხარჯები მოგებისა და ზარალის შესახებ ანგარიშში წარმოდგენილია ბასს I (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტი) მუხლი 80-ის ფორმატის მიხედვით.

წარმოდგენილი ხარჯებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება. მსოფლიოში არსებული ჯანდაცვის მოდელების თანახმად, სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ატარებს ერთმანეთისაგან განსხვავებულ ხასიათს, რომელიც ხორციელდება სხვადასხვა საფეხურებით, აგრეთვე, გვხვდება სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების სხვა პრინციპებიც, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ერთჯერადი მოქმედების დაფინანსება, როდესაც ექიმის თითოეული მოქმედება პაციენტთან მიმართებაში შეფასებულია და ამის საფუძველზე ხდება მისი დაფინანსება.

ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემებში სამედიცინო პერსონალის ხელფასი განსხვავებულია, მათ შორის არსებობს შემდეგი ტიპები:

1. საბაზრო ხელფასი;
2. ხელფასი დატვირთვის მიხედვით;
3. ხელფასი რეგიონალობის პრინციპებიდან გამომდინარე;
4. ხელფასი რისკებიდან გამომდინარე.

აშშ-ში ექიმთა შრომის ანაზღაურების სისტემა რამდენადმე შეიცვალა და შემდეგი ფორმით ჩამოყალიბდა:

1. შრომის ანაზღაურება გაჯანსაღებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით;
2. შრომის ანაზღაურება პაციენტის დაავადების სიმძიმიდან გამომდინარე;
3. შრომის ანაზღაურება პაციენტის მკურნალობისას ექიმის მიერ დანაზოგი ღირებულებიდან გამომდინარე.

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების ამ მექანიზმებს გააჩნიათ თავიანთი უარყოფითი და დადებითი მახასიათებლები. დადებითია ის, რომ ერთჯერადი მოქმედების ანაზღაურების შემთხვევაში ექიმს უჩნდება დაინტერესება, რათა იმუშაოს მაქსიმალური შესაძლებლობებით, თუმცა დაბალი გადახდისუნარიანობის შემთხვევაში ექიმი, სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით,

იძულებულია «ექმბოს» პაციენტი და ხშირად იმოქმედოს მისთვის ნაკლებად ცნობილ სფეროებში. ანაზღაურების ფორმის მიხედვით თითოეულ ნამკურნალევე პაციენტზე ჰონორირება დადებითია იქ, სადაც ექიმთა რაოდენობა არ არის მაღალი მოსახლეობის რაოდენობასთან შედარებით. მდგრადი ხელფასის საშუალებით ექიმთა შრომის ანაზღაურების ფორმის დადებით მხარეს წარმოადგენს სამუშაოზე ექიმთა სრული კონცენტრირება იმ შემთხვევაში, თუ ეს ხელფასი მიეკუთვნება მაღალი შემოსავლების რანგს. ამ ხელფასის უარყოფით მახასიათებელს წარმოადგენს ის, რომ საშუალო შემოსავლების დონიდან ხელფასის ჩამორჩენა იწვევს ექიმში ინტერესის დაკარგვასა და მის კორუმპირებულობას. ცენტრში სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხორციელდება დატვირთვის მიხედვით შესრულებული სამუშაოს მოცულობიდან გამომდინარე (გატარებული პაციენტთა რაოდენობა და ს/დ რაოდენობა). [დანართი 5, 6,7,8]

ცენტრის ფინანსური ანგარიში მომზადებულია დარიცხვის მეთოდით, გარდა ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ინფორმაციისა. შესაბამისად, საწარმოს მართვის კუთხით, არსებითი ყურადღება უნდა დაეთმოს ფულადი სახსრების მოძრაობას. ასეთი ინფორმაცია გვამძლევს შესაძლებლობას:

1. შევაფასოთ საწარმოს მოკლე და გრძელვადიანი გადახდისუნარიანობა;
2. დავადგინოთ, შეუძლია თუ არა საწარმოს აანაზღაუროს დივიდენდები და კრედიტები;
3. განვსაზღვროთ დამატებით დაფინანსებაზე საწარმოს მოთხოვნები;
4. მოვახდინოთ მომავალი პერიოდისთვის ფულადი სახსრების მოძრაობის პროგნოზირება;
5. დავადგინოთ განსხვავებათა მიზეზი წმინდა მოგებასა (ზარალსა) და ფულადი სახსრების წმინდა ზრდას (კლებას) შორის და სხვ.

ფულადი სახსრების მოძრაობის შესახებ სრულ ინფორმაციას გვაძლევს ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ანგარიშში – ფინანსურ ანგარიშში შემავალი კომპონენტი, რომელიც იყოფა სამ ძირითად კომპონენტად (ჯგუფად), ბასს 7-ის (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტის) ახსნა-განმარტებით, ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ანგარიშში ასახულ უნდა იქნეს საანგარიშგებო პერიოდისთვის ფულადი საშუალებების ნაკრები, რომლებიც დაჯგუფებული იქნება ოპერაციულ, საინვესტიციო და ფინანსურ საქმიანობად. ფულადი ნაკადების ოპერაციული, საინვესტიციო და ფინანსური მოქმედების მიხედვით, დაჯგუფება ეხმარება ინფორმაციის მომხმარებელს ფინანსურ მდგომარეობაზე მოცემული მოქმედების ზეგავლენის შეფასებასა და მოქმედების ორ სახეს შორის თანაფარდობის დადგენაში. ცენტრის ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ანგარიშიდან გამომდინარე, 2004-2005 წლების განმავლობაში ფულადი საშუალებების წმინდა ზრდა-შემცირებამ შეადგინა 23376 ლარი და 85689 ლარი, რაც მიუთითებს დადებით ტენდენციაზე და სახელმწიფო პროგრამით უკეთესი დაფინანსების შემთხვევაში რჩება ცენტრის განვითარების პერსპექტივა (დანართი 9).

პოლიტიკის განმსაზღვრელები ვერ ახერხებენ სამედიცინო დაწესებულებების წარმადობის სექტორალურ მონიტორირებას (აქცენტით ფინანსურ მენეჯმენტზე), ასევე ვერ ხერხდება ამ ეტაპზე ანაზღაურების პერსპექტიული მეთოდების დანერგვა: წარმადობაზე დაფუძნებული გლობალური ბიუჯეტი, რეგიონალური კაპიტაცია და ა.შ. ამკარაა, რომ სისტემის ცვლილება უნდა ხდებოდეს სინქრონულად, ურთიერთშემხვედრად, ქვემოდან-ზემოთ და პირიქით, თუ სამედიცინო

დაწესებულებებს ექნებათ რესურსებისა და ღირებულებების აღრიცხვიანობის სრულყოფილი ტექნიკა და მეთოდოლოგია, შესაძლებელი გახდება ანაზღაურების სხვა უფრო ეფექტიანი მეთოდების დანერგვა, რაც მნიშვნელოვნად

გაზრდის თითოეული დახარჯული ლარის ეფექტიანობისა და საბოლოო ჯამში დადებითად იმოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ფინანსური შეფასების ინდიკატორების შერჩევისას, პრიორიტეტი მიენიჭათ იმათ, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელი გახდება პასუხის გაცემა შემდეგ ფუნდამენტურ კითხვებზე:

1. არის თუ არა ორგანიზაციის მიზნები თავსებადი მათ დასაფინანსებლად საჭირო რესურსებთან;
2. ზრუნავს თუ არა ორგანიზაცია კაპიტალის რეინვესტირებაზე;
3. არის თუ არა შესაბამისობა რესურსების დანიშნულებასა და მათ მოხმარებას შორის;
4. არის თუ არა არსებული რესურსები საკმარისი.

ფინანსური მდგომარეობის ანალიზის დროს გამოყენებულ იქნა ფინანსური მაჩვენებლების ოთხი ძირითადი ჯგუფი, რომლებიც დაწვრილებით აღწერენ სამედიცინო დაწესებულების ფინანსურ მდგომარეობას დროის განსაზღვრულ პერიოდში და იძლევიან შესაძლებლობას გაეცეს პასუხი ზემოთ მოყვანილ კითხვებს. ამავე დროს, თითქმის ყველა წარმოდგენილი კოეფიციენტი წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების ინდუსტრიული ნორმების ნაწილს. იქედან გამომდინარე, რომ საქართველოში არ არსებობს არა მარტო სამედიცინო დაწესებულებათა ინდუსტრიული ნორმები, არამედ, საერთოდ ინდუსტრიული ნორმები, შედარებისათვის გამოყენებულ იქნა აშშ-ს ჯანდაცვის ფინანსური მენეჯმენტის ასოციაციის მიერ დადგენილი ნორმები, რომლებიც შემდგომში ნახსენები იქნება, როგორც კლევერლის ნორმები. [113, გვ.193-227]

ლიკვიდურობის კოეფიციენტი, მიუთითებს მოკლევადიანი აქტივებისა და ვალდებულებების მენეჯმენტზე, კლევერლის ნორმა შეადგენს 1,35-2,38. აღნიშნული კოეფიციენტი შეიცავს ორ

მაჩვენებელს: ესენია გადაფარვის კოეფიციენტი და კრიტიკული შეფასების კოეფიციენტი.

გადაფარვის კოეფიციენტი ანუ კავშირის დადგენა მოკლევადიან აქტივებსა და მოკლევადიან ვალდებულებებს შორის, რომელიც აქტუალურია მოკლევადიანი ფინანსური პრობლემების გადასაჭრელად. გადაფარვის კოეფიციენტი, როგორც წესი, ასახავს ორგანიზაციის უნარს დაფაროს მიმდინარე ვალდებულებები ერთ წელზე ნაკლებ პერიოდში.

მიმდინარე აქტივები

გადაფარვის კოეფიციენტი (გკ) = $\frac{\text{მიმდინარე აქტივები}}{\text{მიმდინარე ვალდებულებები}}$

მიმდინარე ვალდებულებები

2004 წელი

2005 წელი

$$\text{გკ} = \frac{4249915,44}{3693785,80} = 1,15^*$$

$$\text{გკ} = \frac{690871409}{570724882} = 1,21^*$$

კრიტიკული შეფასების კოეფიციენტი (კშკ) – ეს იგივეა, რაც გადაფარვის კოეფიციენტი, მხოლოდ უფრო მგრძობიარეა, იგი გამოითვლება მიმდინარე ვალდებულებებისადმი მოკლევადიანი ინვესტიციებიდან, სამედიცინო მომსახურებიდან მიღებული ფულადი სახსრებისა და სამედიცინო მომსახურებიდან მისაღები თანხების ჯამის შეფარდებით:

კშკ = $\frac{\text{ფულადი სესხები + მოთხოვნები + მოკლევადიანი ინვესტიციები}}{\text{მიმდინარე ვალდებულებები}}$

2004 წელი

2005 წელი

$$\text{კშკ} = \frac{3709120,06}{3693785,80} = 1,01^*$$

$$\text{კშკ} = \frac{6908714,09}{5707248,82} = 1,09^*$$

ბრუნვადობის კოეფიციენტი ხაზს უსვამს ხარჯვას გამოსავალთან მიმართებაში აქტივების ეფექტიან გამოყენებას ფარდობაში ხარჯი/საწყისი. მითითებული კოეფიციენტი მოიცავს ოთხ მაჩვენებელს. ესენია: აქტივების ბრუნვადობის კოეფიციენტი, მოთხოვნების ბრუნვადობის კოეფიციენტი, დღიური მოთხოვნის კოეფიციენტი და ვალდებულებათა ბრუნვადობის კოეფიციენტი. ყველა მითითებულ კოეფიციენტს გააჩნია საკუთარი ნორმა, რომელიც მოცემული იქნება თითოეული მათგანის განხილვის დროს.

თავი 5. საოპერაციოს შემოსავლები და საღრიცხვო პრაქტიკა ჯანდაცვის ობიექტებში

სააღრიცხვო პოლიტიკა შემუშავდა შემდეგ კანონებსა და კანონქვემდებარე აქტებზე დაყრდნობით: საქართველოს კანონი "მეწარმეთა შესახებ"; საქართველოს კანონი "ბუღალტრული აღრიცხვისა და ანგარიშგების რეგულირების შესახებ"; საქართველოს საგადასახადო კოდექსი; საქართველოს პარლამენტთან არსებული ბუღალტრული აღრიცხვის სტანდარტების კომისიის მიერ სამოქმედოდ დამტკიცებული ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტები (ბასს), იგი შეიძლება შეიცვალოს ცენტრის სტრუქტურაში და/ან ბასს-ში (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტი) შესული ცვლილებების გათვალისწინებით. ცენტრის ფინანსური ანგარიშგება ემყარება ფუნქციონირებადობისა და დარიცხვის ძირითად დაშვებებს. ბუღალტრული აღრიცხვისა და ფინანსური ანგარიშგების მომზადების კომპიუტერული პროგრამით განხორციელებისათვის, შეირჩა "ორის ბუღალტერია", მოხდა აღნიშნულ პროგრამაში გარკვეული ცვლილებების შეტანა ცენტრის სტრუქტურიდან და საქმიანობიდან გამომდინარე, გაკეთდა ანგარიშთა გეგმაში შესაბამისი სუბანგარიშები და ქვეანგარიშები. მთლიანად აღრიცხვაზე იქნა

მიზმული მენეჯერული ანალიზის ბაზა, რომელიც მოგვეცემს ეკონომიკურ ინფორმაციას საერთო მდგომარეობის კუთხით. ფინანსური ანგარიშგების მომზადებას საფუძვლად უდევს ბუღალტრული აღრიცხვის დარიცხვის მეთოდი. სამეურნეო ოპერაციების შედეგებისა და სხვა მოვლენების აღიარება ხდება მათი მოხდენისთანავე. დაცულია შემოსავლებისა და ხარჯებს შორის შესაბამისობის პრინციპი. ხარჯების აღრიცხვა ხდება ეკონომიკური შინაარსის მიხედვით, მარაგები კი აღრიცხება მუდმივი მეთოდით.

შემოსავლებისა და ხარჯების აღრიცხვისა და ანგარიშგებაში ასახვის მეთოდიკა არსებითად შეესაბამება ბასს (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტის) “სტრუქტურული საფუძვლების” მოთხოვნებს. შემოსავლები წარმოდგენილია შემდეგი სახით:

– საოპერაციო შემოსავლები – ასახულია შემოსავალი ცენტრის მიერ გაწეული მომსახურებებიდან. მითითებული შემოსავლის დოკუმენტური გაფორმება, ანგარიშების კორესპონდენცია არსებითად სწორია და შეესაბამება მოგებისა და ზარალის შესახებ ანგარიშში ასახულ მაჩვენებლებს.

– არასაოპერაციო შემოსავლები – ასახულია ჰუმანიტარული დახმარების სახითა და უსასყიდლოდ მიღებული აქტივები.

– სხვა შემოსავლები.

ცენტრში 2004-2005 წლების განმავლობაში ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს მოცულობამ შეადგინა 7677920 ლარი და 10642384 ლარი, სადაც სახელმწიფო პროგრამით შესრულებული სამუშაოს მოცულობამ შესაბამისად შეადგინა 4724804 ლარი (62%) და 8016638 ლარი (75%), შესრულებული სამუშაოს მოცულობიდან მიღებულ იქნა 4658631 ლარი და 6246104 ლარი, სხვაობა შესრულებასა და აღიარებას შორის გამოწვეულია სახელმწიფო პროგრამებით განხორციელებული სამუშაოთი, რაც შეადგენს 2130619 ლარსა (45%) და 3620358 ლარს (45%). როგორც ზემოთ მოყვანილი ტარიფებიდან ჩანს, 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით შესრულებული სამუშაოს მოცულობაში ნამატი საშუალოდ შეადგენს 39%-ს, რაც განპირობებულია ძირითადად სახელმწიფო პროგრამების ხარჯზე, ხოლო შემოსავალი შესრულებული სამუშაოს მოცულობიდან შეადგენს 4406634 ლარსა და 54599598 ლარს, სადაც სახელმწიფო

პროგრამებით მიღებული შემოსავალი შეადგენს 2253597 ლარსა (57%) და 3067913 ლარს (56%), თუმცა 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით მიღებული შემოსავალი საშუალოდ იზრდება 24%-ით, სტანდარტების ხარჯზე. განსხვავება

სახელმწიფო პროგრამებით შესრულებას, აღიარებასა და მიღებას შორის ხდება სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული ტარიფების გამო, რაც მიმომე ტვირთად აწევბა როგორც ცენტრს, ისე პაციენტსაც.

მიმდინარე აღრიცხვაში ხარჯები დაჯგუფებულია მათი როლისა და დანიშნულების მიხედვით ჩვეულებრივი საქმიანობის პროცესში. ფაქტიურად ხარჯების აღრიცხვა ხორციელდება ოპერაციული და არაოპერაციული ხარჯების ჭრილში, ხოლო რაც შეეხება ხარჯებს ფინანსურ ანგარიშში, ისინი წარმოდგენილია ეკონომიკური შინაარსის მიხედვით ანუ ელემენტური ხარჯების ჭრილში. მითითებული ხარჯების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ 2004-2005 წლების განმავლობაში მთლიანი ხარჯების 57% – 43% მოდის პერსონალის შენახვის ხარჯებზე, 18% – 11% მოდის გამოყენებული ნედლეულისა და მასალების ხარჯებზე, 6%-36% – ამორტიზაციულ ანარიცხებზე. ხარჯები მოგებისა და ზარალის შესახებ ანგარიშში წარმოდგენილია ბასს 1 (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტი) მუხლი 80-ის ფორმატის მიხედვით.

წარმოდგენილი ხარჯებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება. მსოფლიოში არსებული ჯანდაცვის მოდელების თანახმად, სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ატარებს ერთმანეთისაგან განსხვავებულ ხასიათს, რომელიც ხორციელდება სხვადასხვა საფეხურებით, აგრეთვე, გვხვდება სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების სხვა პრინციპებიც, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ერთჯერადი მოქმედების დაფინანსება, როდესაც ექიმის თითოეული მოქმედება პაციენტთან მიმართებაში შეფასებულია და ამის საფუძველზე ხდება მისი დაფინანსება.

ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემებში სამედიცინო პერსონალის ხელფასი განსხვავებულია, მათ შორის არსებობს შემდეგი ტიპები:

1. საბაზრო ხელფასი;

2. ხელფასი დატვირთვის მიხედვით;
3. ხელფასი რეგიონალობის პრინციპებიდან გამომდინარე;
4. ხელფასი რისკებიდან გამომდინარე.

აშშ-ში ექიმთა შრომის ანაზღაურების სისტემა რამდენადმე შეიცვალა და შემდეგი ფორმით ჩამოყალიბდა:

1. შრომის ანაზღაურება გაჯანსაღებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით;
2. შრომის ანაზღაურება პაციენტის დაავადების სიმძიმიდან გამომდინარე;
3. შრომის ანაზღაურება პაციენტის მკურნალობისას ექიმის მიერ დანაზოგი ღირებულებიდან გამომდინარე.

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების ამ მექანიზმებს გააჩნიათ თავიანთი უარყოფითი და დადებითი მახასიათებლები. დადებითია ის, რომ ერთჯერადი მოქმედების ანაზღაურების შემთხვევაში ექიმს უჩნდება დაინტერესება, რათა იმუშაოს მაქსიმალური შესაძლებლობებით, თუმცა დაბალი გადახდისუნარიანობის შემთხვევაში ექიმი, სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით, იძულებულია «ემბოს» პაციენტი და ხშირად იმოქმედოს მისთვის ნაკლებად ცნობილ სფეროებში. ანაზღაურების ფორმის მიხედვით თითოეულ ნამკურნალევ პაციენტზე ჰონორირება დადებითია იქ, სადაც ექიმთა რაოდენობა არ არის მაღალი მოსახლეობის რაოდენობასთან შედარებით. მდგრადი ხელფასის საშუალებით ექიმთა შრომის ანაზღაურების ფორმის დადებით მხარეს წარმოადგენს სამუშაოზე ექიმთა სრული კონცენტრირება იმ შემთხვევაში, თუ ეს ხელფასი მიეკუთვნება მაღალი შემოსავლების რანგს. ამ ხელფასის უარყოფით მახასიათებელს წარმოადგენს ის, რომ საშუალო შემოსავლების დონიდან ხელფასის ჩამორჩენა იწვევს ექიმში ინტერესის დაკარგვასა და მის კორუმპირებულობას. ცენტრში სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხორციელდება დატვირთვის მიხედვით შესრულებული სამუშაოს

მოცულობიდან გამომდინარე (გატარებული პაციენტთა რაოდენობა და ს/დ რაოდენობა). [დანართი 5, 6,7,8]

ცენტრის ფინანსური ანგარიში მომზადებულია დარიცხვის მეთოდით, გარდა ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ინფორმაციისა. შესაბამისად, საწარმოს მართვის კუთხით, არსებითი ყურადღება უნდა დაეთმოს ფულადი სახსრების მოძრაობას. ასეთი ინფორმაცია გვამღევეს შესაძლებლობას:

1. შევაფასოთ საწარმოს მოკლე და გრძელვადიანი გადახდისუნარიანობა;
2. დავადგინოთ, შეუძლია თუ არა საწარმოს აანაზღაუროს დივიდენდები და კრედიტები;
3. განვსაზღვროთ დამატებით დაფინანსებაზე საწარმოს მოთხოვნები;
4. მოვახდინოთ მომავალი პერიოდისთვის ფულადი სახსრების მოძრაობის პროგნოზირება;
5. დ ადგინოთ განსხვავებათა მიზეზი წმინდა მოგებასა (ზარალსა) და ფულადი სახსრების წმინდა ზრდას (კლებას) შორის და სხვ.

ფულადი სახსრების მოძრაობის შესახებ სრულ ინფორმაციას გვამღევეს ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ანგარიშში – ფინანსურ ანგარიშში შემავალი კომპონენტი, რომელიც იყოფა სამ ძირითად კომპონენტად (ჯგუფად), ბასს 7-ის (ბუღალტრული აღრიცხვის საერთაშორისი სტანდარტის) ახსნა-განმარტებით, ფულადი საშუალებების მოძრაობის შესახებ ანგარიშში ასახულ უნდა იქნეს საანგარიშგებო პერიოდისთვის ფულადი საშუალებების ნაკრები, რომლებიც დაჯგუფებული იქნება ოპერაციულ, საინვესტიციო და ფინანსურ საქმიანობად. ფულადი ნაკადების ოპერაციული, საინვესტიციო და ფინანსური მოქმედების მიხედვით, დაჯგუფება ეხმარება ინფორმაციის მომხმარებელს ფინანსურ მდგომარეობაზე მოცემული მოქმედების ზეგავლენის შეფასებასა და მოქმედების ორ სახეს შორის თანაფარდობის დადგენაში. ცენტრის ფულადი საშუალებების

მოძრაობის შესახებ ანგარიშიდან გამომდინარე, 2004-2005 წლების განმავლობაში ფულადი საშუალებების წმინდა ზრდა-შემცირებამ შეადგინა 23376 ლარი და 85689 ლარი, რაც მიუთითებს დადებით ტენდენციაზე და სახელმწიფო პროგრამით უკეთესი დაფინანსების შემთხვევაში რჩება ცენტრის განვითარების პერსპექტივა (დანართი 9).

პოლიტიკის განმსაზღვრელები ვერ ახერხებენ სამედიცინო დაწესებულებების წარმადობის სექტორალურ მონიტორირებას (აქცენტით ფინანსურ მენეჯმენტზე), ასევე ვერ ხერხდება ამ ეტაპზე ანაზღაურების პერსპექტიული მეთოდების დანერგვა: წარმადობაზე დაფუძნებული გლობალური ბიუჯეტი, რეგიონალური კაპიტაცია და ა.შ. ამკარაა, რომ სისტემის ცვლილება უნდა ხდებოდეს სინქრონულად, ურთიერთშემხვედრად, ქვემოდან-ზემოთ და პირიქით, თუ სამედიცინო

დაწესებულებებს ექნებათ რესურსებისა და ღირებულებების აღრიცხვიანობის სრულყოფილი ტექნიკა და მეთოდოლოგია, შესაძლებელი გახდება ანაზღაურების სხვა უფრო ეფექტიანი მეთოდების დანერგვა, რაც მნიშვნელოვნად გაზრდის თითოეული დახარჯული ლარის ეფექტიანობისა და საბოლოო ჯამში დადებითად იმოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ფინანსური შეფასების ინდიკატორების შერჩევისას, პრიორიტეტი მიენიჭათ იმათ, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელი გახდება პასუხის გაცემა შემდეგ ფუნდამენტურ კითხვებზე:

1. არის თუ არა ორგანიზაციის მიზნები თავსებადი მათ დასაფინანსებლად საჭირო რესურსებთან;
2. ზრუნავს თუ არა ორგანიზაცია კაპიტალის რეინვესტირებაზე;
3. არის თუ არა შესაბამისობა რესურსების დანიშნულებასა და მათ მოხმარებას შორის;
4. არის თუ არა არსებული რესურსები საკმარისი.

ფინანსური მდგომარეობის ანალიზის დროს გამოყენებულ იქნა ფინანსური მაჩვენებლების ოთხი ძირითადი ჯგუფი,

რომლებიც დაწვრილებით აღწერენ სამედიცინო დაწესებულების ფინანსურ მდგომარეობას დროის განსაზღვრულ პერიოდში და იძლევიან შესაძლებლობას გაეცეს პასუხი ზემოთ მოყვანილ კითხვებს. ამავე დროს, თითქმის ყველა წარმოდგენილი კოეფიციენტი წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების ინდუსტრიული ნორმების ნაწილს. იქედან გამომდინარე, რომ საქართველოში არ არსებობს არა მარტო სამედიცინო დაწესებულებათა ინდუსტრიული ნორმები, არამედ, საერთოდ ინდუსტრიული ნორმები, შედარებისათვის გამოყენებულ იქნა აშშ-ს ჯანდაცვის ფინანსური მენეჯმენტის ასოციაციის მიერ დადგენილი ნორმები, რომლებიც შემდგომში ნახსენები იქნება, როგორც კლევერლის ნორმები. [113, გვ.193-227]

ლიკვიდურობის კოეფიციენტი, მიუთითებს მოკლევადიანი აქტივებისა და ვალდებულებების მენეჯმენტზე, კლევერლის ნორმა შეადგენს 1,35-2,38. აღნიშნული კოეფიციენტი შეიცავს ორ მაჩვენებელს: ესენია გადაფარვის კოეფიციენტი და კრიტიკული შეფასების კოეფიციენტი.

გადაფარვის კოეფიციენტი ანუ კავშირის დადგენა მოკლევადიან აქტივებსა და მოკლევადიან ვალდებულებებს შორის, რომელიც აქტუალურია მოკლევადიანი ფინანსური პრობლემების გადასაჭრელად. გადაფარვის კოეფიციენტი, როგორც წესი, ასახავს ორგანიზაციის უნარს დაფაროს მიმდინარე ვალდებულებები ერთ წელზე ნაკლებ პერიოდში.

მიმდინარე აქტივები

გადაფარვის კოეფიციენტი (გკ) = $\frac{\text{მიმდინარე აქტივები}}{\text{მიმდინარე ვალდებულებები}}$

მიმდინარე ვალდებულებები

2004 წელი

2005 წელი

$$\text{გკ} = \frac{4249915.44}{3693785.80} = 1.15^*$$

$$\text{გკ} = \frac{690871409}{570724882} = 1.21^*$$

კრიტიკული შეფასების კოეფიციენტი (კშკ) – ეს იგივეა, რაც გადაფარვის კოეფიციენტი, მხოლოდ უფრო მგრძობიარეა, იგი გამოითვლება მიმდინარე ვალდებულებებისადმი მოკლევადიანი ინვესტიციებიდან, სამედიცინო მომსახურებიდან მიღებული ფულადი სახსრებისა და სამედიცინო მომსახურებიდან მისაღები თანხების ჯამის შეფარდებით:

$$კშკ = \frac{\text{უზღავლი ხესები + მოთხოვნები + მოკლევადიანი ინვესტიციები}}{\text{მიმდინარე ვალდებულებები}}$$

2004 წელი

2005 წელი

$$კშკ = \frac{3709120,06}{3693785,80} = 1,01^*$$

$$კშკ = \frac{6908714,09}{5707248,82} = 1,09^*$$

* წყარო: კოეფიციენტები დათვლილია კლინიკის მიერ-ხარჯისა და ბალანსის უწყისების საფუძველზე. დანართი №8, № 10.

ბრუნვადობის კოეფიციენტი ხაზს უსვამს ხარჯვას გამოსავალთან მიმართებაში აქტივების ეფექტიან გამოყენებას ფარდობაში ხარჯი/საწყისი. მითითებული კოეფიციენტი მოიცავს ოთხ მაჩვენებელს. ესენია: აქტივების ბრუნვადობის კოეფიციენტი, მოთხოვნების ბრუნვადობის კოეფიციენტი, დღიური მოთხოვნის კოეფიციენტი და ვალდებულებათა ბრუნვადობის კოეფიციენტი. ყველა მითითებულ კოეფიციენტს გააჩნია საკუთარი ნორმა, რომელიც მოცემული იქნება თითოეული მათგანის განხილვის დროს.

აქტივების ბრუნვადობის კოეფიციენტი (აბკ) ასახავს, თუ რამდენად ეფექტიანად გამოიყენება აქტივები დაწესებულების ფინანსური მოთხოვნების შესასრულებლად, ანდა გვიჩვენებს დაწესებულების ფინანსურ ამონაგებს, რომელიც მოგვცა ერთი ლარის ღირებულების აქტივმა. მისი გამოთვლა ხდება საერთო აქტივებისადმი წმინდა ოპერაციული შემოსავლების

ფარდობით და გვიჩვენებს, თუ რამდენად ეფექტიანად გამოიყენება აქტივები დაწესებულების ფინანსურ საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად. მითითებული კოეფიციენტის ნორმა შეადგენს 0,07-1,1,

$$\text{აქტივების ბრუნვალობის კოეფიციენტი (აბკ)} = \frac{\text{წმინდა ოპერაციული შემოსავალი}}{\text{საერთო აქტივები}}$$

2004 წელი		2005 წელი	
	7 252 816,41		10 295 084,14
აბკ =	————— = 0,95 *	აბკ =	————— = 0,30*
	7 621 224,98		33 868 994,02

მოთხოვნების ბრუნვალობის კოეფიციენტი (მბკ) მიუთითებს, თუ რამდენად ეფექტიანად ხდება წარმოდგენილი ანგარიშებით მომსახურებაზე თანხის გადახდა (ან პირიქით, შეფერხება). მისი გამოთვლა ხდება დებიტორული ანგარიშებისადმი სამედიცინო მომსახურების წმინდა შემოსავლის ფარდობით. კოეფიციენტის სიდიდე განსაზღვრავს ორგანიზაციის უნარს სამედიცინო მომსახურებათა მყიდველობიდან ამოიღოს მისი კუთვნილი თანხები მოკლე დროის განმავლობაში. მითითებული კოეფიციენტის ნორმა შეადგენს 4,44-6,34.

$$\text{მბკ} = \frac{\text{სამედიცინო მომსახურებიდან მიღებული წმინდა შემოსავალი}}{\text{დებიტორული ანგარიშები}}$$

2004 წელი		2005 წელი	
მბკ =	$\frac{7252816,41}{3668177,75} = 1,98*$	მბკ =	$\frac{10295084,14}{6059495,19} = 1,70*$

დღიური მოთხოვნების კოეფიციენტი (დმკ) აჩვენებს დღეების საშუალო რაოდენობას, რომელიც საჭიროა მოთხოვნების ფულადი გადაქცევისათვის. იგი გამოითვლება

მისაღები მოთხოვნების კალენდარულ დღეებზე ნამრავლის შეფარდებით ოპერაციულ შემოსავლებთან. ამით ხაზი ესმება ერთ განსაკუთრებულ მომენტს, ძალზედ დიდი მნიშვნელობა აქვს მოთხოვნების დროულ ანაზღაურებას.

მისაღები მოთხოვნების კალენდარულ დღეებზე ნამრავლი

დმკ = _____

ოპერაციული შემოსავლები

2004 წელი

2005 წელი

$$\text{დმკ} = \frac{1338880863,75}{7252816,41} = 184,60\%$$

$$\text{დმკ} = \frac{2211715744,35}{10295084,14} = 214,83\%$$

ვალდებულებების ბრუნვადობის კოეფიციენტი (ვბკ) გვიჩვენებს კავშირს ვალდებულებებსა და სასაქონლო-მატერიალურ მარაგებზე გაწეულ ხარჯებს შორის. იგი გამოითვლება სასაქონლო-მატერიალურ მარაგებზე გაწეული დანახარჯების შეფარდებით ვალდებულებებთან. ამდენად კოეფიციენტი გვიჩვენებს სასაქონლო-მატერიალური მარაგების ხარჯის ბრუნვას მომწოდებლებთან წარმოქმნილ ვალდებულებებთან მიმართებაში. აღნიშნული კოეფიციენტის ნორმა შეადგენს 5,29-8,05. თუ კალენდარულ დღეებს გავეყოფთ ვალდებულებების ბრუნვადობის კოეფიციენტზე მივიღებთ საშუალო პერიოდს, როდესაც იფარება ვალდებულებები.

სასაქონლო-მატერიალურ მარაგებზე გაწეული დანახარჯები

ვბკ = _____

ვალდებულებები მომწოდებლებთან

2004 წელი

2005 წელი

$$\text{ვპკ} = \frac{1609205,00}{1256744,90} = 1,28^*$$

$$\text{ვპკ} = \frac{1629205,00}{1639357,73} = 0,99^*$$

წარმადობის კოეფიციენტი, ფოკუსირებულია აქტივების ეფექტურ გამოყენებაზე, ანუ ზომავს რამდენად კარგად მიიღწევა ფინანსური და ორგანიზაციული ამოცანები. აღნიშნული კოეფიციენტის გასაზომად გამოიყენება ოპერაციული ნაზარდის, აქტივებზე უკუგებისა და შედავათების კოეფიციენტები. თითოეულ კოეფიციენტს გააჩნია თავისი ნორმა, რომელიც მოცემული იქნება განხილვის დროს.

ოპერაციული ნაზარდის კოეფიციენტი (ონკ) ასახავს მომსახურების შედეგად მიღებულ შემოსავალსა და ამ მომსახურების წარმოებაზე გაწეულ ხარჯებს შორის განსხვავებას როგორც პროცენტულ წილს სუფთა ოპერაციული შემოსავლიდან. იგი გამოითვლება ოპერაციული მოგების, ანუ ოპერაციული შემოსავლებისა და ოპერაციული ხარჯების (იგულისხმება შემოსავალი და ხარჯი სამედიცინო მომსახურებიდან) სხვაობის შეფარდებით სუფთა ოპერაციულ შემოსავლებთან.

ოპერაციული მოგება

$$\text{ონკ} = \frac{\text{სუფთა ოპერაციული შემოსავალი}}{\text{---}}$$

2004 წელი

$$\text{ონკ} = \frac{773811,00}{7252816,00} = 0,11^*$$

2005 წელი

$$\text{ონკ} = \frac{-341713,98}{10351774,93} = -0,03^*$$

აქტივებზე უკუგების კოეფიციენტი (აუკ) ასახავს აქტივთა გამოყენების ეფექტურობას, აჩვენებს აქტივებში ინვესტირებულ ყოველ ლარზე მიღებულ მოგებას. იგი გამოითვლება სუფთა მოგების შეფარდებით საერთო აქტივებთან. აღნიშნული კოეფიციენტის ნორმა შეადგენს 0,02-0,07. თუ დაწესებულება ზარალიანია, პრაქტიკულად შეუძლებელია ამ კოეფიციენტის დადებითი მაჩვენებლის არსებობა, ანუ ფაქტიურად თითოეული ლარის აქტივის გამოყენებას ეკონომიკური სარგებლის ნაცვლად, პირიქით, მოაქვს დაწესებულებიდან სარგებლის გადინება, რაც საბოლოოდ არარენტაბელურს ხდის საქმიანობას.

მოგება

$$\text{აუკ} = \frac{\text{საერთო აქტივები}}{\text{---}}$$

2004 წელი

$$\text{აუკ} = \frac{290\ 609,18}{7\ 621\ 224,98} = 0,04^*$$

2005 წელი

$$\text{ონკ} = \frac{-195\ 104,80}{33\ 868\ 994,02} = -0,01^*$$

შეღავათების კოეფიციენტი (შკ) გვიჩვენებს არაანაზღაურებადი მომსახურების წილს მთლიანად აქტივებში. იგი გამოითვლება შეღავათების (საექვო ვალების) შეფარდებით საერთო აქტივებთან. შეღავათებში იგულისხმება აუნაზღაურებელი თანხები სამედიცინო მომსახურებიდან და საკონტრაქტო შეღავათები. აღნიშნული კოეფიციენტის ნორმა შეადგენს 0,12-0,24. კოეფიციენტი საკმაოდ არსებითია მაღალი დონის მენეჯმენტისათვის, ვინაიდან გვიჩვენებს გადახდის უუნარო პაციენტების რაოდენობას, ორგანიზაციის მიერ გაკეთებული შეღავათების სიდიდეს.

$$\text{შკ} = \frac{\text{შეღავათები}}{\text{საერთო აქტივები}}$$

2004 წელი

$$\text{შკ} = \frac{3668166,75}{7621224,98} = 0,48\%$$

2005 წელი

$$\text{შკ} = \frac{6059495,19}{33868994,02} = 0,18\%$$

კაპ
იტალიზაციის კოეფიციენტი, რომელიც განსაზღვრავს ფინანსურ სტრუქტურაში გრძელვადიანი კაპიტალის წილს, ხშირად ამ კოეფიციენტს მოიხსენიებენ როგორც ბერკეტის მაჩვენებელს. აღნიშნული კოეფიციენტი შეიცავს ორ მაჩვენებელს ესენია: ვალისა და კაპიტალის კოეფიციენტი და სესხის კოეფიციენტი, მაჩვენებლების ზრდა გვიჩვენებს ან გრძელვადიანი ვალდებულებების ზრდას, ან კაპიტალის შემცირებას. ორივე შემთხვევაში შეიძლება ითქვას, რომ დაწესებულება კარგავს მოქნილობას ფინანსური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად და იზრდება რისკი დამფუძნებლების მიერ დაწესებულებიდან ამონაგების (დივიდენდის სახით) ამოღებისა.

ვალისა და კაპიტალის კოეფიციენტი (ვკკ) გამოითვლება გრძელვადიანი ვალდებულებების შეფარდებით მთლიან

კაპიტალთან. მაშასადამე, იგი ზომავს კაპიტალის იმ ნაწილს, რომელიც გადასახდელია გრძელვადიანი ვალდებულებების დასაფარავად.

გრძელვადიანი ვალდებულებები

$$კკ = \frac{\quad}{\quad}$$

მოლიანი კაპიტალი

2004 წელი

2005 წელი

$$კკ = \frac{3693785,80}{3927439,18} = 0,94^*$$

$$კკ = \frac{5707248,82}{28161745,20} = 0,21^*$$

სესხის კოეფიციენტი (სკ) გვიჩვენებს გრძელვადიანი ვალდებულებების წილს აქტივების დაფინანსებაში. იგი გამოითვლება გრძელვადიანი ვალდებულებების შეფარდებით მთლიან აქტივებთან.

გრძელვადიანი ვალდებულებები

$$სკ = \frac{\quad}{\quad}$$

მოლიანი აქტივები

2004 წელი

2005 წელი

$$სკ = \frac{3693785,80}{7621224,98} = 0,49^*$$

$$სკ = \frac{5707248,82}{33868994,02} = 0,17^*$$

ზემოთ მოყვანილი მონაცემებიდან ნათლად ჩანს, რომ ყველაზე რთულია რეალობასა და ჩანაფიქრს (სურვილებს) შორის ოპტიმალური წერტილის პოვნა. თუ შეფასებები დაეყრდნობა მხოლოდ დღევანდელ დღეს, მაშინ ამით გაიზრდება ყოველდღიურ მართვაში მათი გამოყენების ხარისხი, მაგრამ წააგებს ჩანაფიქრის განხორციელებას, იმ იდეალისკენ სწრაფვა, რომელიც აისახება აკად. ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრის,

როგორც ახალი ტიპის კლინიკის ხედვასა და მისი შექმნის მისიაში და, პირიქით, თუ შევცდებით ძირითადი ყურადღება გადავიტანოთ მომავალზე, იმაზე, თუ როგორ უნდა გამოიყურებოდეს და ფუნქციონირებდეს ახალი ტიპის სამედიცინო დაწესებულება, მაშინ ამით ეს ხელს შეუწყობს სწრაფვას იდეალური დაწესებულების შექმნისკენ, მაგრამ წააგებს იმ შეფასებების ღირებულება, რომლებიც გამოყენებული იქნება ცენტრის დღევანდელ მართვაში. ამ რთული ამოცანის გადაჭრა მხოლოდ ცენტრის მმართველობის პასუხისმგებლობისა და შესაძლებლობის ფარგლებს შორდება. არსებობს უამრავი გარემოება, დაბრკოლება თუ რისკი, რომლებიც სხვადასხვა ხარისხით სცილდება ცენტრის მმართველობის კომპეტენციებს. ამასთან, თუ მოვახდენთ პროეცირებას კრიტიკული დაშვებების (ვარაუდების) და რისკების, რომლებსაც შეუძლიათ შეუქმნას საშიშროება ჩანაფიქრის განხორციელებას და მათ კონტრ-ზომების მაშინ შევძლებთ ოპტიმალური წერტილის მოძებნას. (ნახაზი 22).

პირველ სვეტში ფორმულირებული იქნება ვარაუდი ან რისკი, რომელმაც შეიძლება სერიოზული გავლენა იქონიოს ჩანაფიქრის განხორციელებაზე, მეორე სვეტში დავაკონკრეტებთ, რა ზარალი შეიძლება მიადგეს ცენტრის პროგრესს მომავლის საავადმყოფომდე, მესამე სვეტში მოცემულ იქნება არასასურველი გამოსავლის პრევენციის ან დანაკარგის შესამცირებელი კონტრ-დონისძიებები.

ვარაუდები და რისკები	მსახლდინელი გავლენა (არასასურველი გამოსავალი)	კონტრ-დონისიძიებები
<p>1) დისბალანსი ცენტრის წინაშე წაყენებული შიოსეზებისა და ხსელაშვილის შესაძლებლობებს შორის</p>	<p>1) დისკრედიტაციის განიცდის ახალი ტიპის სამედიცინო დავებს ექსპერტების არსებობის იდეა</p> <p>2) "ხრადღებები ცენტრის ინფორმაციული საზოგადოების თვალში</p> <p>3) ქვეითდება ცენტრის მომსახურების ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის არაშემდეგული ფუნქციონირების</p> <p>4) ცენტრი იძულებული ხდება გადავიდეს არაჯანსაღ უკონსისტენტ რეჟიმში (მაგ. ძირითადი სემინარების ცეცხლისა და სხვა არასრულად სრულების თვითონების შედეგად)</p>	<p>1) ცენტრის რეგისტრაციის სახელმწიფო-სამედიცინო სერტიფიკაციის სახელმწიფო დავებს ექსპერტების შიოსეზი მაქსიმალურად რეგისტრირი უბედურადი მიდგომის ჩამოყალიბება</p> <p>2) ცენტრის შიოსეზის, ფუნქციონირებისა და დავების შესახებ მაქსიმალური გამჭვირვალობა და ხაზგასმობა საზოგადოების მხარდაჭერის მოსაპოვებლად - ითხოვს დიდ დროსა და ძალისხმევას, მაგრამ უსრულდება მდგრად შედეგს</p>

ვარაუდები და რისკები	მოსალოდნელი გავლენა (არასასურველი გამოსავალი)	კონტრ-დონსიკები
2 დაფინანსება არასრულია	<ol style="list-style-type: none"> 1) დაკვიკვირები ბიუჯეტი 2) არაპირდაპირი, შორალური ხარადი (პერსონალს აღარ ჯერა გარანტირებული ხელფასების იღახება შეწყვეტის იმიჯირეპუტაცია და ა.შ.) 3) იქმნება არათოციადღური (ჯიმიდან) ანახდაურებების მოთხოვნის განხილვის ხაფროთხე 	<ol style="list-style-type: none"> 1) დამკვიკვირან ხელშეგრულებამი დამკვიკვილი მუხლების (პირობების) მაქსიმალურად ხილება – საკმომო რთულად განხორციელებადია დღეინდელი საკონტრაქტო ურთიერთობების პრაქტიკიდან გამოინდარე 2) ბიუჯეტის დაგვეჭვაში სარჯვითი ნაწილის შექცირება 3) დებოტორული დავალიანებებისა და უთხელი ვალებების მართვის მოქნილი ხისტების შემოღება
3 დაფინანსება წინაშეა	<ol style="list-style-type: none"> 1) შეფერხებები თპერაციულ ციკლში (მაგ. მარაგების ანოწერვა, სახელფასო დავალიანებები) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ნადლი ფულის რეზერვების შექცინა (ნაკლებად შესაძლებელია დღეინდელი დაფინანსების პირობებში) 2) მარაგების შესიდეების მაქსიმალურად განვადებით განხორციელება
4 არ მოქმედებს სამუშაოს შესრულების შეფახების ხისტება	<ol style="list-style-type: none"> 1) ქვეთილება სამუდციხო მომსახურების ხარისხი 2) ქვეთილება სამუქმრულებლი დისციპლინა 3) პერსონალში ქრება მოტივაცია და სწრაფე შედეგებსე თრიენტრებული საქმიანობისეენ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) პროფესიული და აღმინსტრაციული მომთხოვნულობის გამკაცრება
5 არ ხერხდება სამუდციხო კადრების თპტიმოზაცია	<ol style="list-style-type: none"> 1) სამუდციხო მომსახურების პირობითი ერთეულის თვითიდრებულება რნება მაღალი 2) ქვეთილება სამუდციხო პერსონალის დოიადღურობა, თვითკონტრალი და თრუანისება, ქვეთილება სამუდციხო მომსახურების ხარისხი 	<ol style="list-style-type: none"> 1) მკაცრი შიდა დოკონსირების ხისტების დანერგვა კმკვერი განათლების ფუნქციონირების ფონზე 2) სამუშაოს შესრულების პერიოდული შეფახების ხისტება 3) საკადრო პოლიტიკის გამჭირვადობა და პრინციპულობა

წარუდგები და რისკები	მისაღიწველი გავლენა (არასასურველი გამოსავალი)	კონტრ-დინამიკები
6 არ იგეგმება კადრების სწავლების და პერმანენტული განვითარების პროგრამა	1) კადრების (სამედიცინო, მენეჯერების) განვითარებისა და მოტივირების დაბალი დონე. 2) „კარიერის პლატოს“ სინდრომის არსებობა (მენეჯერებში)	1) დაწესებულებაში უწყვეტი განათლების სისტემის (სამედიცინო კადრები) დანერგვა. 2) მენეჯერებში სწავლების საჭიროების გამოვლენისა და განვითარების პროგრამის დანერგვა
7 იქმნება ასიმეტრია სამედიცინო სასარჩეო ხაზებში შექცევადების (შეკვეთების) თვალსაზრისით	1) შეიძლება ზარალი მოადგეს ცენტრის რეპუტაციას	1) სასელმწიფომ უნდა გადასინჯოს ტარიფები (სახელმწიფო სტანდარტების) და თანაბარი კონკურენციის პირობებში განახორციელოს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა

წარმოდგენილი ინფორმაცია ეხებოდა ახალი ტიპის, ევროპული სტანდარტების საავადმყოფოს.

თავი 6. ჯანდაცვის ობიექტების საქმიანობის მენეჯმენტის კავშირი საწოლების რაოდენობის ეფექტიანი რეგულირების საქმეში

უმრავლესობისათვის საავადმყოფოები იქცა თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის სახედ. მიუხედავად ამისა, ბევრ ქვეყანაში მიმდინარეობს სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოების როლის გადასინჯვა, სტაციონარებში ხანგრძლივი მკურნალობის სანაცვლოდ აქცენტი კეთდება ამბულატორიულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე, რასაც მივყავართ საავადმყოფოს საწოლების შემცირებისაკენ. მათი რიცხვი მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში. რადგან სტაციონარული დახმარება შედარებით ძვირი ჯდება, საავადმყოფოს საწოლების ფონდის შემცირება ეკონომიკურ სტიმულს ემსახურება. ამასთან დაკავშირებით საინტერესოა იმ ქვეყნების გამოცდილება, სადაც ადგილი ჰქონდა საწოლის ფონდის შემცირების შედეგების შესწავლას სხვადასხვა კუთხით. პრაქტიკაში განხილულია ევროპის ქვეყნების საწოლის

ფონდი ბოლო 10 წლის განმავლობაში და მოცემულია ამ ცვლილებების შესაძლო ახსნები. რომელთა გამოყენება მოქნილს გახდიდა ჯანდაცვის ობიექტების მენეჯმენტს.

რა იგულისხმება საავადმყოფოს საწოლის ფონდში?

ეს შეფარვითი მარტივი კითხვა ბევრ საკითხს მოიცავს. პირველ რიგში, რა არის საავადმყოფოს საწოლი? ამ კითხვაზე პრაქტიკულად შეუძლებელია პასუხის გაცემა, თუმცა, საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა ხშირად გამოიყენება როგორც ჯანდაცვის სისტემის შესაძლო მაჩვენებელი. იგი, ჩვეულებრივ, ავეჯის შემადგენელი ნაწილია, რომელზეც შეიძლება იწვეს ავადმყოფი. საავადმყოფოს საწოლმა რომ მიიღოს სამედიცინო დაწესებულებაში ვინმეს

მკურნალობისათვის შესაძლო დატვირთვა, ის აუცილებლად უნდა ჩაერთოს საჭირო ინფრასტრუქტურაში, ამაში იგულისხმება კვალიფიციური ხელმძღვანელი და მედპერსონალი, აპარატურა (აღჭურვილობა) და მედიკამენტები. გარდა ამისა, არსებობს საავადმყოფოს საწოლების სხვადასხვა ტიპი, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ავადმყოფზე იგი გათვალისწინებული. იმ ავადმყოფის საწოლი, რომელიც ინსულტის შემდგომ რეაბილიტაციას გადის, მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმ საწოლებისგან, რომლებიც განკუთვნილია პოლიორგანული უკმარისობის მქონე ავადმყოფებისათვის, ვისაც ესაჭიროება სუნთქვის ხელოვნური მართვა, ჰემოდიალიზი ან ინფუზიოთერაპია. საქმე ხშირად რთულდება იმის გამოც, რომ ყველა საწოლი, რომლებიც საავადმყოფოში დგას, არ არის აღრიცხული u4321 .აწოლების ფონდის საბოლოო ანგარიშში. ეს არის ავადმყოფის ნათესავებისთვის განკუთვნილი საწოლები (ხშირია ბავშვთა განყოფილებებში), საწოლები ჯანმრთელი ახალშობილებისათვის და საწოლები იმ ავადმყოფებისათვის, რომლებიც თავსდებიან ამბულატორიული ქირურგიის განყოფილებებში, დაბოლოს, არის ისეთი ავეჯიც, რომელიც არ ითვლება საწოლად, მაგრამ შეიძლება მიწერილი იყოს საავადმყოფოს საწოლებზე, მაგ., დივანი, განკუთვნილი ჰემოდიალიზის ჩასატარებლად. მეორე კითხვა: რა არის საავადმყოფო? იგი ეხება სამედიცინო და სამედიცინო-სოციალურ დახმარებას შორის ზღვარს. ტრადიციულად ბევრი ავადმყოფი, რომელიც საჭიროებდა ხანგრძლივ მეთვალყურეობას, ხვდებოდა საავადმყოფოში სასწრაფო დახმარების მეშვეობით. ამჟამად ასეთი ავადმყოფების მნიშვნელოვან ნაწილს დახმარებას უწევს სხვა დაწესებულებები, როგორებიცაა, მოხუცთა და ინვალიდთა სახლები. სხვადასხვა ქვეყანაში ასეთი ალტერნატიული დახმარების დონე მნიშვნელოვნად განსხვავდება მოსახლეობის მოსამსახურებელი ჯგუფის ასაკის მიუხედავად [2]. ზოგიერთ ქვეყანაში საავადმყოფოების ნაწილს შეუცვალეს პროფილი და

ჩამოყალიბდა მოხუცთა და ნვალიდთა სახლები, როგორც ეს მოხდა 1982 წელს ბელგიაში [3]. ასეთი ცვლილებები აქვეითებს საწოლის ფონდის შედარების სიზუსტეს სხვადასხვა წლებში (საწოლის რიცხვის შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს პროფილის შეცვლა) და ქვეყნებს შორის (თუ ვადარებთ სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებს). საავადმყოფო და სამედიცინო-სოციალური დახმარების აღმოჩენის შეზღუდვასთან დაკავშირებული პრობლემების განხილვა, რომელიც წარმოდგენილია რეფერატში, შემოიფარგლება მხოლოდ იმ კითხვებით, რომლებიც დაკავშირებულია მოკლევადიანი მკურნალობისათვის განკუთვნილ საავადმყოფოს საწოლებთან. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ხანგრძლივი მკურნალობისთვის გათვლილი საწოლების შემცირება ასევე მაგალითია ბევრი პუბლიკაციისათვის და შეიძლება ცალკე რეფერატის თემად იქცეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ საავადმყოფოს საწოლების ასეთი ვიწრო განსაზღვრების გამოყენებაც არ გვამღევს საშუალებას, საერთაშორისო შედარებისას გავექვეთ იმ სირთულეებს, რომლებიც დაკავშირებულია საავადმყოფოს დახმარების არაერთგვაროვან ორგანიზაციასთან სხვადასხვა ქვეყანაში.

ცხრილში ნაჩვენებია, თუ რამდენად განსხვავებულ მაჩვენებლებს წარუდგენს თავის ანგარიშში სხვადასხვა ქვეყანა საერთაშორისო ორგანიზაციებს. სახელდობრ, ზოგიერთი ქვეყანა თავის სტატისტიკურ მონაცემებში არ რთავს ჯანდაცვის მთელ რიგ სექტორებს, როგორცაა კერძო, სამხედრო და ციხის საავადმყოფოები.

რომელმა ევროპულმა ქვეყნებმა შეამცირეს ყველაზე მეტად საავადმყოფოს საწოლების ფონდი?

ნათელია, რომ პასუხის გაცემა ამ კითხვაზე შესაძლებელია მხოლოდ

ზემოთ ჩამოთვლილი შესწორებების გათვალისწინებით, მაგრამ ასეა თუ

ისე, 1990 წელს ჯანმოს მიერ მოწოდებული სტატისტიკის მიხედვით

საავადმყოფოს საწოლთა რიცხვი ზოგიერთ ქვეყანაში მკვეთრად შემცირდა

(სურ. 1)

აბსოლუტურ ერთეულებში შემცირება ყველაზე უფრო შეეხო იმ ქვეყნებს, რომლებსაც 1990 წელს ყველაზე მეტი საწოლი ჰქონდათ. ესენია:

ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკები, განსაკუთრებით კავკასიისა და

შუა აზიის ქვეყნები, რომლებიც 90-იან წლებში ყველაზე მეტად შეეჯახნენ

ეკონომიკურ სიძნელებს. პროცენტულად შემცირებები დიდი იყო

ფინეთში და შვედიაში (47% და 45%). დასავლეთ ევროპის დანარჩენ

ქვეყნებში საავადმყოფოს საწოლები შემცირდა 10-20%-ით. რა თქმა უნდა,

ეს ციფრები საავადმყოფოების საქმიანობას ცალმხრივად აშუქებდა.

ზოგიერთ ქვეყანაში, კერძოდ, ნიდერლანდებში საწოლთა რიცხვი

ნაკლებად შემცირდა, თუმცა მკვეთრად დაიწია საწოლთა დატვირთვამაც.

80-იანი წლების შუახანებიდან 90-იანი წლების შუახანებამდე საავადმყოფოთა განვითარების საერთაშორისო ტენდენციების უფრო

დაწვრილებითი ანალიზი ჩაატარეს ჰენშერმა, ედუარდზმა და სტოუქსმა [6].

გამოიწვია თუ არა ეს ცვლილებები ჯანდაცვის რეფორმებმა?

და ისევ კითხვას კითხვა მოჰყვება: თუ საწოლების ფონდის შემცირება ჯანდაცვის რეფორმებს მოჰყვა, იყო თუ არა ეს რეფორმების მიზანი? თუ მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის ნაწილის სოციალურ სექტორში გადატანითაა განპირობებული შემცირებათა მნიშვნელოვანი წილი? შვეციაში 1992 წელს ეს იყო რეფორმის მიზანი, რომლის შედეგადაც მრავალი ქრონიკული ავადმყოფის მოვლის ვალდებულება მუნიციპალიტეტებს დაეკისრა [7]. ამან გამოიწვია არსებული სტაციონარების პროფილის შეცვლა და უფრო ახალი, ხანგრძლივი დახმარების მოხერხებული დაწესებულებების შექმნა საავადმყოფო სექტორის გარეთ, თუმცა ცალკეულ სექტორში საწოლების რაოდენობათა უბრალო შედარება არც თუ ისე ინფორმატიულია, როგორც ეს დანიის მაგალითზე ჩანს. მოხუცთა და ინვალიდთა ახალი სახლების მშენებლობა შეჩერდა 1987 წელს, შემდგომი ინვესტიციები მიმართულ იქნა მათთვის სასტუმროს ტიპის საცხოვრებლების 4315 მშენებლობასა და ბინაზე სოციალური და საექთნო დახმარების განვითარებაზე [8]. შედეგად, დანიაში

საავადმყოფოს საწოლების რიცხვის შემცირებას არ ახლდა თან
საწოლთა

რაოდენობის ზრდა სამედიცინო-სოციალურ სექტორში,
რადგან დახმარება

სხვაგვარად იყო ორგანიზებული. ინგლისში სტაციონარული
დახმარების

გარდაქმნის დაწვრილებითმა ანალიზმა [9] გამოავლინა, რომ
ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირებას თან ახლდა
მოხუცთა და

ინვალიდთა კერძო სახლებში საწოლების რიცხვის
მნიშვნელოვანი ზრდა,

რის გამოც საწოლთა საერთო რიცხვი ოდნავ გაიზარდა.
ყაზახეთში,

პირიქით, საწოლთა რაოდენობის შემცირება არ იყო
დაგეგმილი და

ძირითადად მოხდა სოფლის მცირე საავადმყოფოების
ცენტრალური

დაფინანსების შეწყვეტის გამო. ასეთი არასაკმარისად
დატვირთული და

მხოლოდ პირველადი სამედიცინო დახმარების
საავადმყოფოების 3/4

დაიხურა 1991-1997 წწ-ში [10]. საწოლების შემცირება
ესტონეთშიც

გამოწვეული იყო მცირე, ცუდად აღჭურვილი
საავადმყოფოების

დახურვით. მაგრამ, მოცემულ შემთხვევაში ეს იყო 1994 წელს
ჩატარებული

აკრედიტაციის კარგად მოფიქრებული პოლიტიკა, რომლის
განხორციელებაც ამ საავადმყოფოებმა ვერ მოახერხეს [11].

მოლდოვის რესპუბლიკაში ხელისუფლების ადგილობრივმა
ორგანოებმა მცირე საავადმყოფოები გადააკეთეს პირველადი
სამედიცინო

დახმარების დაწესებულებებად [12].

ალბანეთში ცვლილებების ბიძგად იქცა ჯანდაცვის სისტემის

დაშლის საფრთხე. 90-იან წლებში ქვეყანაში მასობრივი უწყესრიგობების დროს მედიცინის მუშაკები იძულებულნი იყვნენ დაეტოვებინათ სოფლები, სადაც ისინი პატარა გაპარტახებულ საავადმყოფოებში მუშაობდნენ [13]. მსოფლიო ბანკის მიერ მსხვილი სესხის გამოყოფის შემდეგ ამ საავადმყოფოთა უმრავლესობა დაიხურა, დანარჩენები კი გადაკეთდა პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებად.

თუმცა 1994 წლიდან ქვეყანაში რეფორმები შენეღდა გაუთავებელი დავების გამოც იმაზე, თუ რომელი დაწესებულებები უნდა დაფინანსებულიყო ან დახურულიყო.

შემდეგი კითხვა ეხება რეფორმების შედეგებს. წარმატებით დასრულდა თუ არა რეფორმები, მიმართული საავადმყოფოს საწოლების რიცხვის შემცირებისაკენ? და თუ არა, - რატომ? პასუხი არაერთ - მნიშვნელოვანია.

დასავლეთ ევროპის ზოგიერთმა ქვეყანამ საავადმყოფოთა საწოლების რიცხვის შემცირების საქმეში გადააჭარბა და ახლა მათ ნაკლებობას განიცდის. მაგკ<02c2>., ირლანდია [14], დანია, ბრიტანეთი [15], ავსტრალია [16]

შეეჯახნენ ჰოსპიტალიზაციაზე მზარდი რიგების პრობლემას და ახლა ცდილობენ საწოლთა რიცხვის გაზრდას. დიდ ბრიტანეთში სიტუაცია რთულდება იმით, რომ ქვეყნის ოთხივე შემადგენელ ნაწილში (ინგლისი,

მოტლანდია, უელსი, ჩრდ. ირლანდია) პრობლემის გადაჭრის თავისებური

მიდგომა არსებობს. საავადმყოფოს საწოლების რიცხვის ზრდას ეწინააღმდეგება კაპიტალურ მშენებლობათა დაფინანსირების ახალი სისტემა.

მშენებლობაზე დანახარჯების ზრდას მივყავართ იქამდე, რომ ახალი

საავადმყოფოები ადრინდელელებზე მცირე ზომისანი არიან [17], მუშაობის

ეფექტის (რომელიც ფასდება პაციენტთა ნაკადით) გაზრდის მოლოდინმაც არ

გაამართლა [18]. ასეთ სიძნელეებს ინგლისი წააწყდა გეგმური ოპერაციებისათვის ახალი კორპუსების გახსნისას.

ზოგიერთ ქვეყანაში გარდაქმნების მიღწევა კიდევ უფრო ძნელია.

დასავლეთ ევროპის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ საწოლების შემცირება

ყველაზე მართებულია იმ საავადმყოფოებში, რომლებსაც ერთნი ფლობენ,

მეორენი მართავენ. მოსალოდნელია, რომ ბევრ ქვეყანაში არსებული

საავადმყოფოების დამოუკიდებლობის მატების ტენდენცია წინააღმდეგობებს

შეუქმნის გარდაქმნებს, რადგან ცალკეული დაწესებულებების ინტერესები

ჯანდაცვის მთელი სისტემის ინტერესებზე მაღლა დადგება.

გარდაქმნების წარმატების შანსი ყველაზე მეტია საფრანგეთში [20] და

ესპანეთში [21]; ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის საკითხები რეგიონულ დონეზე

წყდება, ანუ ითვალისწინებენ რეგიონის ყველა საავადმყოფოსა და სხვა

სამედიცინო დაწესებულებებს; გარდა ამისა, გარდაქმნების მხარდაჭერა

ხორციელდება ალტერნატიული სამედიცინო დახმარების დაწესებულებების

მუდმივი ინვესტირებით.

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში ჰოსპიტალური დახმარების საწოლების ფონდის დიდი რაოდენობით

შემცირება საწყის ეტაპზე რთულად მიმდინარეობს.

მაგალითად, უნგრეთში

შესამღებელი გახდა საწოლების რიცხვის მხოლოდ უმნიშვნელოდ შემცირება.

ზოგიერთ საავადმყოფოში საწოლთა რიცხვს ამცირებდნენ “ზემოდან”

ბრძანების შემდეგ, ზოგიერთში ცდილობდნენ ამ პროცესის სტიმულირებას

კლინიკურ-ხარჯვითი ჯგუფების შექმნის გზით. გარდა ამისა, ხდებოდა

ადგილობრივი ინიციატივების წახალისება: ალტერნატიული საავადმყოფო

დახმარების შექმნა და მისი ეფექტურობის ზრდა [22].

პოლონეთში საავადმყოფოს საწოლების რიცხვი 90-იანი წლების ბოლომდე თითქმის არ შეცვლილა. 1998–2000წწ-ში 13 033 საწოლის შემცირება

(მთელი რაოდენობის 5,6%) ნიველირებულ იქნა ქრონიკული ავადყოფებისათვის განკუთვნილი საწოლების რაოდენობის 5200-ით

გაზრდით [23].

ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში საავადმყოფო სექტორის

რესტრუქტურისაციის გამოცდილებამ [24] გამოავლინა არასწორად მიღებულ

გადაწყვეტილებათა მთელი რიგი. ზოგან მხედველობაში არ მიიღებოდა იმ

ქვეყნის სპეციფიკა, სადაც რეფორმები მიმდინარეობდა.

რეფორმებში არ იყო

ჩართული ყველა დაინტერესებული მხარე, გარდა ამისა, არ გაამართლა მოლოდინი საბაზრო მექანიზმებმაც, სტიმულირების მექანიზმები არასაკმარისად იყო შეხამებული გატარებულ პოლიტიკასთან, აღინიშნებოდა იმ კადრების უკმარისობაც, რომლებიც განახორციელებდნენ რეფორმას.

გამოკვლევათა შედეგები

მიუხედავად საავადმყოფოების მნიშვნელოვანი როლისა ჯანდაცვის სისტემაში, გამოკვლევები საავადმყოფოთა გარდაქმნის შესახებ ძალიან ცოტა იბეჭდება. პუბლიკაციათა უმრავლესობა აშშ-დან და კანადიდანაა [25] და ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს: პირველი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ [25], მხოლოდ ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს ფინანსური ორგანიზაციების დაინტერესება ჯანმრთელობის სფეროში გამოკვლევების ჩატარებით. მეორე, ასეთ გამოკვლევებს სჭირდებათ მონაცემთა შეგროვების მიმართული სისტემები, იდეალში - პოპულაციურ დონეზე. ევროპაში ასეთი სისტემები გააჩნია მხოლოდ რამდენიმე ქვეყანას (მაგ., სკანდინავიის ქვეყნებს). სტაციონარული დახმარების გამოკვლევათა უმრავლესობა აშშ-ია ჩატარებული, თუმცა ეს გამოცდილება ძირითადად ემყარება ამერიკულ ჯანდაცვის საბაზრო სისტემის სპეციფიკურ თავისებურებებს და ნაკლებად გამოსაყენებელია ევროპისათვის (გარდა ისეთი ვიწრო მიმართულებისა,

როგორცაა გავლენა სამედიცინო პერსონალზე). აქედან გამომდინარე, ევროპისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს კანადა, სადაც არა მარტო მოხდა საავადმყოფოთა მნიშვნელოვანი შემცირება, არამედ ჩატარდა ამ ცვლილებათა დაწვრილებითი გამოკვლევა. თუ როგორ ვუპასუხოთ ძირითად კითხვას - რა გაკვეთილები შეიძლება გამოვიტანოთ იმ ქვეყანათა გამოცდილებიდან, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეამცირეს საავადმყოფოს საწოლები, - სასარგებლო იქნება მოკლედ განვიხილოთ ორი საკითხი, რომლებიც ეხება მოთხოვნილებას საავადმყოფოს საწოლებზე.

რამდენი საწოლია საჭირო?

ეს ალბათ ყველაზე ხშირი კითხვაა, მასზე ცალსახა პასუხი არ არსებობს. გარკვევით მხოლოდ ერთი შეიძლება ითქვას: მოთხოვნილება საავადმყოფოს საწოლებზე დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე. ზოგიერთ მათგანზე ჯანდაცვის სისტემის ზეგავლენა ძნელია (მაგ., ავადობის სტრუქტურაზე და მოსახლეობის სოციალურ ჯგუფებზე) [26], ზოგიერთ ფაქტორზე კი უფრო ადვილი, მაგ., დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეფექტურობაზე [27] და საავადმყოფო დახმარების ალტერნატიული გზების მიწოდებაზე [28]. არსებობს მრავალი მოდელი, რომლებიც ცდილობენ გაითვალისწინონ ეს მრავალრიცხოვანი ფაქტორები [29,30,31]. ეს მოდელები

შეიძლება სასარგებლო იყოს, თუმცა ესაჭიროებათ ბევრი ისეთი მონაცემი, რომელიც ხშირად ხელმიუწვდომელია [32]. მრავალი რთული ურთიერთკავშირის გათვალისწინებით სამედიცინო საწოლებზე ზუსტი მოთხოვნილების განსაზღვრა საკმაოდ გაძნელებულია.

როგორ მოქმედებს მოსახლეობის დაბერება საავადმყოფოს საწოლებისადმი მოთხოვნილებაზე?

მიიჩნევენ, რომ მოსახლეობის დაბერება ზრდის მოთხოვნილებას საავადმყოფოს საწოლებზე, მაგრამ ეს ყოველთვის სამართლიანი როდია. თუმცა მოსახლეობის დაბერება ბევრ ქვეყანაში ზრდის სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილებას, რაც ძირითადად, განპირობებულია ქრონიკული ავადმყოფების რიცხვის მატებით (კერძოდ, იგულისხმება კოგნიტიური დარღვევები), რომელთა უმეტესი ნაწილი საჭიროებს მოვლას და არა სტაციონარულ დახმარებას [33]. ცნობილია, რომ კავშირი ასაკსა და სტაციონარულ დახმარებას შორის რეალურად გამოხატავს სტაციონარული მკურნალობისადმი დიდ მოთხოვნილებას სიკვდილის მოახლოებისას, განსაკუთრებით ცხოვრების ბოლო წელს. ამგვარად, მოსახლეობის დაბერება უმნიშვნელო გავლენას ახდენს საავადმყოფოს საწოლების მოთხოვნილებაზე [34].

როგორ შეიძლება შემცირდეს მოთხოვნილება საავადმყოფოს საწოლებზე?

საავადმყოფოს საწოლებზე მოთხოვნილების შემცირების
ყველაზე

ეფექტური, თუმცა ძნელი მეთოდი არის მოსახლეობის
ჯანმრთელობის

გაუმჯობესება. მოკლევადიან პერსპექტივაში ეფექტური
შეიძლება იყოს

ლონისძიებათა ორი ძირითადი მიმართულება:

ჰოსპიტალიზაციის

რიცხვის შემცირება და ადრეული გაწერა. სხვადასხვა

ლონისძიებათა

ეფექტურობის მაჩვენებლები გაანალიზეს ჰენშერმა და
თანაავტორებმა [35].

ზოგადად უსაფუძვლო ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება
უფრო

ადვილი შესაძლებელია საჭირო სამედიცინო დაკვირვების
დაწესებულებებისა და სხვა სამსახურების შექმნით. გეგმური
ჰოსპიტალიზაციის რიცხვი შეიძლება შემცირდეს, თუ

ავადმყოფები

გამოკვლევულნი იქნებიან და ზოგიერთი მათგანი იმკურნალეს
ამბულატორიულად. კიდევ უფრო შედეგიანია პოლიტიკა,

მიმართული

ავადმყოფთა ადრეულ გაწერაზე. ამისათვის საჭიროა

ალტერნატიული

სამედიცინო დაწესებულებები, როგორცაა მოხუცებულთა და
ინვალიდთა

სახლები და სამსახურები, რომლებიც აწარმოებენ ბინაზე
მკურნალობას.

თუმცა ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ლონისძიებათა
დიდი

ნაწილი მხოლოდ ავსებს სტაციონარულ დახმარებას და არ
ცვლის მას.

ამიტომ, სამუშაოთა საერთო მოცულობა იზრდება. ამასთან, ბინაზე დახმარება არაა უფრო იაფი, ზოგჯერ კი უფრო ძვირიც ჯდება. გაწერისას დახმარების დაგეგმარების ეფექტურობის კობრანისეულმა მიმოხილვამ [36] გვიჩვენა, რომ დაგეგმარებას შეუძლია შეამოკლოს ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა და შეამციროს განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციების სიხშირე, თუმცა ეკონომიკურმა ანალიზმა არ გამოავლინა სამედიცინო დახმარების გაიაფება. მეორე მიმოხილვაში შედარებულ იქნა ჩვეულებრივი სტაციონარული მკურნალობა სქემებთან, რომლებიც შეიცავდა მკურნალობას საავადმყოფოსა და ბინაზე [37].

გაკეთდა დასკვნა: მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სქემები ამცირებენ ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობას, ისინი ზრდიან მკურნალობის საერთო ხანგრძლივობას და ფინანსურ ეკონომიამდე მათ არ მივყავართ. ბევრი გამოკვლევა ეძღვნება სტანდარტიზებულ მკურნალობას, რომელიც გამოიყენება გავრცელებული დაავადებების დროს და მოითხოვს პროტოკოლის მკაცრ შესრულებას. ასეთი მკურნალობა საჭიროებს სისტემურ რეორგანიზაციას და ყველა აუცილებელი სამსახურის შეთანხმებულ მუშაობას [38,39]. ნაჩვენებია, რომ სტანდარტიზებული მკურნალობა ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის ვადებსა და ხარჯებს.

საავადმყოფოს საწოლების შემცირების გავლენა
სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობასა და ხარისხზე
სამედიცინო საწოლების შემცირების გავლენა მოსახლეობის
სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობაზე შესწავლილ იქნა
მხოლოდ
კანადაში. 1991-1993 წლებში ვინიპეგში (პროვინცია მანიტობა)
შემცირდა
საავადმყოფოს საწოლების თითქმის 10%. გამოკვლევამ
გვიჩვენა, რომ
სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობა არ შემცირებულა,
რადგან
გაიზარდა ამბულატორიულ ოპერაციათა და ადრეულ გაწერათა
რიცხვი
[40]. სამედიცინო დახმარების ხარისხი (შეფასებული
სიკვდილიანობით
ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ 3 თვეში), განმეორებით
ჰოსპიტალიზაციათა
რიცხვი (გაწერიდან _____30 დღეში) და მიმართვა
ექიმებისადმი (გაწერიდან 30
დღეში) არ შეცვლილა. არ შეცვლილა ვინიპეგის მოსახლეობის
ჯანმრთელობის მდგომარეობაც (ადრეული სიკვდილიანობის
შეფასებით).
საკონტროლო გამოკვლევა [41] ჩატარდა 1995-1996 წლებში,
რამაც
დაადასტურა სტაციონარული დახმარების შემცირება
ამბულატორიული
ოპერაციების, ადრეული გაწერებისა და მოხუცთა და
ინვალიდთა
სახლებში საწოლების ფონდის შესამჩნევ ზრდასთან ერთად.
მნიშვნელოვნად მოიმატა ზოგიერთმა ჩარევამ, გულზე
ოპერაციებისა
და კატარაქტის მოცილების ჩათვლით. პირველ გამოკვლევაში
დახმარების

ხარისხი საწოლთა შემცირების შემდეგ არ შეცვლილა.

გამოკვლევაში

განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა მოსახლეობის ორ ჯგუფს:

ხანდაზმულებსა და ღარიბებს. გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ
სამედიცინო

დახმარების მისაწვდომობა და ხარისხი ამ ჯგუფებში იგივე
დარჩა.

სხვა კანადურ გამოკვლევაში [42] გაანალიზებულ იქნა

მოკლევადიანი

ყოფნის განყოფილებებში საწოლების ოცდაათპროცენტიანი

შემცირების

გავლენა დახმარების მიღწევადობაზე ბრიტანული კოლუმბიის

ხანდაზმული

მოსახლეობისათვის. ანალიზი ჩაუტარდა ავადმყოფთა ორ

კოჰორტას.

პირველში შედიოდნენ ავადმყოფები, რომელთა ასაკი 1986

წელს

აღემატებოდა 65 წელს, ე.ი. საწოლთა ფონდის მნიშვნელოვან

შემცირებამდე; მეორეში - ამავე ასაკის ავადმყოფები 1993 წელს,

ე.ი.

შემცირების შემდეგ. სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის

საერთო

ცვლილებები იყო მცირე, რაც მოწმობს იმაზე, რომ

სტაციონარული

მომსახურების შემცირებას ხანდაზმულებზე პრაქტიკულად არ

მოუხდენია

გავლენა. რაც შეეხება ხანგრძლივ ყოვლისმომცველ

სტაციონარულ

დახმარებას, ავადმყოფთა მეორე კოჰორტაში ასაკის მიხედვით

სტანდარტიზებული სიკვდილიანობა მეტი იყო. ეს გვიჩვენებს,

რომ

სტაციონარებში ხანგრძლივად მკურნალობდნენ უფრო მძიმე

ავადმყოფები,

ვიდრე ადრე.

ინგლისში, პირიქით, საწოლთა რიცხვის შემცირების ხანგრძლივი პროგრამა სერიოზულად აისახა ჰოსპიტალიზაციის შესაძლებლობებზე [43]. პრობლემები მატულობდა ზამთარში - რესპირატორული დაავადებების აფეთქების დროს. ამასთან დაკავშირებითაც გაჩნდა ტერმინი "ზამთრის გადატვირთვა". ერთ დაწვრილებით გამოკვლევაში, რომელიც ეხებოდა ინგლისის საავადმყოფოებს 80-იანი წლების შუახანებში [44], ნაჩვენებია, რომ შედარებით ნაკლები რაოდენობის თერაპიული და ქირურგიული საწოლების შემცირებამ დაუყოვნებლივ გამოიწვია საავადმყოფოების მიერ მწვავე დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მიღების შეუძლებლობა. დიდ ბრიტანეთში ასეთი სიძნელეების ერთ-ერთი მიზეზია მისწრაფება საავადმყოფოთა "ეფექტურობის" მატებისაკენ, რაც გამოხატვას პოულობს საწოლთა 90% და მეტ დატვირთვაში (თუმცა მათემატიკური მოდელები გვიჩვენებენ, რომ საწოლთა 85%-ზე მეტი დატვირთვა მნიშვნელოვნად ზრდის საწოლთა უკმარისობის პერიოდულ რისკსა და მწვავე ავადმყოფობებით დაავადებულთა ჰოსპიტალიზაციის შეუძლებლობას) [45].

რა გავლენას მოახდენს საავადმყოფოს საწოლების შემცირება მომაკვდავთა დახმარებაზე?

იმის გათვალისწინებით, რომ საავადმყოფოს საწოლთა მნიშვნელოვანი დატვირთვა მოდის მომაკვდავ ავადმყოფებზე, ისმის კითხვა, საწოლთა შემცირება ხომ არ აისახება ავადმყოფთა ამ ჯგუფზე?

ალბერტში (კანადა) 90-იან წლებში ჩატარებულმა გამოკვლევამ [46] ცხადყო, რომ საწოლების 50%-იანმა შემცირებამ მიგვიყვანა საავადმყოფოში სიკვდილიანობის 18,5%-ით და ბოლო ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის 83,3%-ით შემცირებამდე. ეს მაჩვენებლები ნაწილობრივ შემცირდა, როცა საწოლთა რაოდენობამ ისევ იყო მატება. ავადმყოფთა ნახევარზე მეტი, რომლებიც გარდაიცვალნენ საავადმყოფოში თავიანთი ბოლო ყოფნის დროს, იღებდა მხოლოდ საექთნო დახმარებას დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ჩარევის გარეშე. ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ საწოლთა მისაწვდომობა გავლენას ახდენდა მხოლოდ ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობასა და სიხშირეზე. მძიმე ავადმყოფთათვის და მომაკვდავთათვის მკურნალობის არჩევა არ იყო ამაზე დამოკიდებული.

მიყვავართ თუ არა საწოლების შემცირებას სახსრების ეკონომიამდე?

დიდ ბრიტანეთში 80-იან წლებში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ალტერნატიული დახმარების დანახარჯებთან დაკავშირებით

სახსრების ეკონომიამ საწოლების შემცირებაზე შეადგინა მოსალოდნელი

ეფექტიდან მხოლოდ 20% [47]. რამდენიმე ჩრდილოამერიკულ გამოკვლევაში ნაჩვენებია, რომ მოლოდინის საწინააღმდეგოდ, საავადმყოფოთა საწოლი ფონდის შემცირებამ გამოიწვია ერთი ავადმყოფის

სტაციონარულ მკურნალობაზე ხარჯების გაზრდა. ერთ შემთხვევაში ეს

იყო შედეგი პატარა საავადმყოფოების დახურვისა, რის გამოც პაციენტებმა

დაიწყეს მკურნალობა სასწავლო დაწესებულებების ბაზაზე შექმნილ უფრო

ძვირად ღირებულ კლინიკებში [48]. სხვა შემთხვევაში საწოლთა შემცირებამ

გამოიწვია ჰოსპიტალიზაციათა რიცხვის შემცირება, თუმცა გაიზარდა

სავადმყოფოში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა [49], რის შედეგადაც

მოიმატა ერთ ავადმყოფზე მკურნალობის ხარჯებმა. 80-იან წლებში

კალიფორნიაში მსგავსი სქემით ჰოსპიტალიზაციების რიცხვის შემცირებამ

11%-ით გამოიწვია ერთ ავადმყოფზე ხარჯის გაზრდა 22%-ით [50]. ეს

გამოკვლევები ადასტურებენ მნიშვნელოვან ფაქტს:

სავადმყოფოში ყოფნის

პირველი დღეები დაკავშირებულია საკმაოდ დიდ

დანახარჯებთან,

სავადმყოფოში ყოფნის შემდგომ დღეებში დანახარჯები,

ჩვეულებრივ, არც

თუ ისე დიდია. ამიტომ ავადმყოფთა ადრეული გაწერა იმლევამხოლოდ

მცირე ეკონომიას. ადრეული გაწერისას სავადმყოფოში მატულობს

ახალშემოსული და მძიმე ავადმყოფების წილი, რის გამოც პერსონალის დატვირთვა, დაკავშირებული ერთი ავადმყოფის დახმარებასთან, მნიშვნელოვნად მატულობს.

რა გავლენას ახდენს საწოლების ფონდის შემცირება პერსონალზე?

მრავალრიცხოვანი მონაცემები მიგვითითებენ იმაზე, რომ საავადმყოფოს საწოლების ფონდის შემცირება უარყოფითად მოქმედებს დარჩენილ პერსონალზე [51,52], განსაკუთრებით იმათზე, რომლებიც სხვა სამუშაო ადგილებზე არიან გადაყვანილები [53]. ეს არასასურველი შედეგები ძლიერდება ცუდი საკადრო მუშაობით და მზარდი დატვირთვით [54], თუმცა პერსონალისადმი მზრუნველი დამოკიდებულებისას საკადრო გადაადგილებები შეიძლება წარმატებულად იყოს. ასეთ შემთხვევებში სხვა თანამდებობებზე გადაყვანილი თანამშრომლები უფრო კმაყოფილები არიან და ნაკლებად დატვირთულები [55].

როგორია შედეგები სოფლის პატარა
საავადმყოფოების დახურვისა?

სოფლის პატარა საავადმყოფოების არსებობა მთელ მსოფლიოში დგას საფრთხის წინაშე. 1993 წელს დაფინანსება შეუწყდა სასკაჩევანის პროვინციის(კანადა) 52 სოფლის საავადმყოფოს, სადაც თითოეულში 8 საწოლზე ნაკლები იყო [56]. ამ საავადმყოფოთა უმრავლესობა შემდგომში გარდაიქმნა პირველადი სამედიცინო დახმარების ცენტრებად. შიშობდნენ, რომ საავადმყოფოთა დახურვა უარყოფითად იმოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, მაგრამ ადგილობრივი მოსახლეობის გამოხმაურებით თუ ვიმსჯელებთ, ეს არ მომხდარა. თუმცა ზოგიერთი დასახლებული პუნქტი შეეჯახა გარკვეულ სიძნელეებს, ხოლო ზოგიერთები საკმაოდ კარგად შეეგუენ შეცვლილ პირობებს. წარმატების მიღწევა შესაძლებელი გახდა იქ, სადაც ძლიერი ადგილობრივი ხელისუფლება მხარს უჭერდა ინოვაციურ გადაწყვეტილებათა მიღებას და სადაც შეიქმნა ალტერნატიული სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომი სამსახურები. ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ პატარა საავადმყოფოები დიდ გავლენას ვერ ახდენენ სამედიცინო დახმარების დონეზე სოფლებში. სამედიცინო დახმარების საუკეთესო ორგანიზება მიიღწევა შემოქმედებითი მიდგომით

პირველადი დახმარების ორგანიზებისადმი, გადაუდებელი დახმარების ხარისხიანი სამსახურის შექმნით, მოსახლეობასთან დაგეგმილი და განსახორციელებელი რეფორმების ეფექტური განხილვით. აშშ-ში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა [57] გამოავლინა სოფლის საავადმყოფოთა შემცირების არსებითი უარყოფითი შედეგები. წარმოიშვა ექიმთა გადინება და უკმარისობა. გაჩნდა სიმძნელები გადაუდებელი დახმარების ადგილობრივ პუნქტებში, გაიზარდა მანძილი უახლოეს საავადმყოფომდე. მედიცინის მუშაკთა აზრით, ეს ყველაზე მეტად დაეტყო მოხუცებს, ინვალიდებსა და ღარიბთა ფენას, თუმცა ეს ჯგუფები არაკეთილსასურველ მდგომარეობაში იმყოფებოდნენ იქაც, სადაც საავადმყოფოები აგრძელებდნენ ფუნქციონირებას. მოსახლეობის ამ ჯგუფისათვის უტრანსპორტობა და მგზავრობის სიმძნელები ამცირებენ სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობას. ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ აუცილებელია გადაწყდეს სატრანსპორტო პრობლემები არა მხოლოდ იქ, სადაც საავადმყოფოები დაიხურა, არამედ იქაც, სადაც სოფლის საავადმყოფოები აგრძელებენ მუშაობას. თუმცა 1985-90 წლებში ტეხასში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა [58], რომლებმაც შეისწავლეს ავადმყოფთა ნაკადები სოფლის საავადმყოფოების

დახურვისა და პროფილის შეცვლის შემდეგ, ასეთი პრობლემები ვერ აღმოაჩინა. ზოგიერთ შემთხვევებში შემცირდა ექიმთა და საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობა, მაგრამ მთლიანობაში საავადმყოფო დახმარების მისაწვდომობამ უმნიშვნელოდ მოიკლო. ისევე როგორც სასკაჩევანის პროვინციაში, ალტერნატიული სამედიცინო დაწესებულებების განვითარებამ შესაძლებელი გახადა სამედიცინო დახმარებით სარგებლობის შენარჩუნება შორეულ სოფლებში. საავადმყოფოს სტატუსისა და ადგილობრივ ეკონომიკაში მათი შენატანის გათვალისწინებით ნათელია, რომ საავადმყოფოთა დახურვა აისახება არა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალზე და ავადმყოფებზე [59]. ამერიკაში ჩატარდა გამოკითხვა იმ დასახლებული პუნქტების მერებისა, სადაც 1980-1988 წლებში დაიხურა (და აღარ გახსნილა) ერთადერთი საავადმყოფოები. ტიპურ საავადმყოფოს ჰქონდა 31 საწოლი, დღე-ღამეში საშუალოდ დაკავებული იყო 12 საწოლი, ავადმყოფთა ნახევარი ცხოვრობდა არაუახლოეს 32 კმ-ის დაშორებით სხვა საავადმყოფოდან [60]. 132 დახურული საავადმყოფოდან სრულად არ გამოიყენებოდა მხოლოდ 38%, უმრავლესობას პროფილი შეეცვალა და გადაიქცა სხვა სამედიცინო დაწესებულებებად, როგორცაა ამბულატორიები, მოხუცთა და ინვალიდთა

სახლები და გადაუდებელი დახმარების პუნქტები. მერთა 75%-ზე მეტმა გამოთქვა აზრი, რომ საავადმყოფოთა დახურვის შემდეგ სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობა გაუარესდა. ამან განსაკუთრებით დააზარალა მოხუცები და ღარიბები. მერების 90%-ზე მეტი თვლიდა, რომ საავადმყოფოთა დახურვამ მნიშვნელოვანი დარტყმა მიაყენა ადგილობრივ ეკონომიკას. მოყვანილ მაგალითებში საერთოა საავადმყოფოების პროფილის შეცვლა და სხვა სამედიცინო სამსახურებად ჩამოყალიბება, რომლებიც გახდნენ სამედიცინო დახმარების ძირითადი მიმწოდებლები სასოფლო რაიონებში. 1985-1990 წლებში დახურული საავადმყოფოების ანალიზმა [61] აჩვენა, რომ საავადმყოფოების გარდაქმნა ალტერნატიულ სამედიცინო დაწესებულებებად უფრო ხშირად ხდებოდა იქ, სადაც ეკონომიკა უფრო წარმატებული იყო და სადაც მანამდე ნაკლები იყო ალტერნატიული სამედიცინო სამსახური. ასეთებად უფრო იშვიათად გარდაიქმნებოდა სახელმწიფო საავადმყოფოები, ვიდრე კერძო არაკომერციული.

ინფორმაციის უკმარისობა

თითქმის ყველა ქვეყანა სამედიცინო მომსახურებისადმი მოთხოვნების ცვლილებებთან დაკავშირებით აღიარებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რესტრუქტურისა და აუცილებლობას. ამავე დროს

მონაცემები ამ ცვლილებებზე და მათ შედეგებზე ხშირად ურთიერთსაწინააღმდეგოა და მოითხოვენ გადამოწმებასა და გააზრებას.

ამასთან, ევროპისა და შუა აზიის ქვეყნებში ამ თემაზე გამოქვეყნებულია მალთან მცირე რაოდენობის გამოკვლევები, თუმცა არ შეიძლება გამოირიცხოს, რომ რაღაც მონაცემები არსებობს, მაგრამ არ არის გამოქვეყნებული. მონაცემთა აშკარა უკმარისობა განპირობებულია რამდენიმე მიზეზით. ჯერ ერთი, ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში, ჩრდილოეთ ამერიკისაგან განსხვავებით, ასეთი გამოკვლევები არ ტარდება დაფინანსების არარსებობისა და სუსტი კვლევითი ბაზის გამო (იზვიათ გამონაკლისს წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთი). მეორეც, ქვეყნები, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეამცირეს საავადმყოფოს საწოლების ფონდი, არც ისე ბევრია. მათ რიცხვში შედის ე.წ. საბჭოთა კავშირის რამდენიმე ყოფილი რესპუბლიკა, სადაც გარდაქმნები კრიზისის შედეგი იყო. და მესამეც, ევროპის ქვეყანათა მხოლოდ მცირე რაოდენობას გააჩნია მონაცემთა შეგროვების ისეთი მკაფიო სისტემა, როგორიც კანადას. საწოლთა ფონდის შემცირებასთან დაკავშირებული ერთი საკითხი პრაქტიკულად არაა შესწავლილი: როგორ შეიცვალა დატვირთვა

ავადმყოფთა ნათესავებზე და იმ პირებზე, რომლებიც უფასოდ უვლიან

ავადმყოფებს? ინფორმაცია ამის შესახებ ძალიან მწირია.

დაბოლოს, ყურადსაღებია ის გარემოება, რომ გამოკვლევათა მოცემული ტიპი უაღრესად რთულია ყველაზე ხელსაყრელ გარემოებებშიც

კი. მეთოდოლოგიურად რთულია რაოდენობრივად გამოვხატოთ ის

დატვირთვა, რომელიც აწვება ავადმყოფის მომვლელებს.

ზოგჯერ ძნელია

მიზეზშედეგობრივი კავშირის დადგენა [62]. ამიტომ, როგორც გვიჩვენებენ

ედუარდზი და ჰარისონი [63], საავადმყოფოთა

რესტრუქტურისაციის

ბევრი პროგრამა ემყარება მცდარ დასკვნებს.

მონაცემთა პრაქტიკული მნიშვნელობა

რეფერატში მოყვანილი მონაცემები თითქმის სრულად გამოიყენება

გარემოებათა მიხედვით. აბსოლუტურად ნათელია, რომ საავადმყოფოს

საწოლების შემცირების შედეგები დამოკიდებული იქნება საავადმყოფოს

მომსახურებაზე მოთხოვნისა და წინადადებების საწყის თანაფარდობაზე. როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, საწოლთა მცირე

შემცირებამაც შეიძლება მნიშვნელოვნად შეამციროს სამედიცინო

დახმარების მისაწვდომობა, თუ სიტუაცია თავიდანვე დამაბული იყო.

ალბათ, ამით უნდა აიხსნას რეფორმათა შედეგების განსხვავება კანადასა

და დიდ ბრიტანეთში.

გარემოებები ზოგჯერ ძალიან სწრაფად იცვლება. ცვლილებები

ჯანდაცვის ერთ სექტორში ხშირად კომპენსირდება ცვლილებებით სხვებში. მაგ., საავადმყოფოს საწოლების შემცირებას ზოგიერთ ქვეყანაში თან ახლდა საწოლების რიცხვის მატება მოხუცთა და ინვალიდთა სახლებში. მნელია გარჩევა, რომელია მიზეზი და რომელი შედეგი, მით უმეტეს, რომ, ჩვეულებრივ, ეს კავშირი ორმხრივია. განსაკუთრებული სიმწელე მდგომარეობს ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის ყოფილი სოციალისტური ქვეყნებიდან და ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებიდან მონაცემთა თითქმის სრულ არარსებობაში. ჩრდილოამერიკულ გამოკვლევათა გამოცდილება ამ ქვეყნებში უკიდურესი სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული. დასკვნები შეიძლება გაკეთდეს შუა აზრის რესპუბლიკებიდან მიღებული ანგარიშებიდან საავადმყოფოთა რესტრუქტურისაზრის შესახებ. მაგალითად, ყირგიზეთში გამოითვალეს, რომ ბიშკეკში 10 წელიწადში შესამლებელი იქნება საწოლების რიცხვის 52%-ით შემცირება, მათი უფრო ინტენსიურად გამოყენების, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის მცირე შემცირების, ამბულატორიული დახმარების აქტივიზაციისა და 26 საავადმყოფოდან ზოგიერთის თანდათანობით დახურვის გზით, რომლებიც ემსახურებიან ქალაქს, სადაც მოსახლეობის რიცხვი 700000-ს შეადგენს [64]. მსგავსი მეთოდით u4329 .ატარებულმა ანალიზმა [65] ყაზახეთში სოფლის

საავადმყოფოთა დატვირთვის შესწავლის მიზნით აჩვენა, რომ ყველა რაიონში შესაძლებელია საწოლთა რიცხვის მნიშვნელოვანი შემცირება 1/3-ით, ყოველი მესამე სოფლის საავადმყოფოს დახურვის ხარჯზე. ავტორებმა აღნიშნეს საავადმყოფოს საწოლების კიდევ უფრო მეტი შემცირების რამდენიმე გზა, რაც მართვის სწორი მეთოდების გამოყენების შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა. ეს მეთოდები გულისხმობს დარჩენილი საწოლების ინტენსიურ გამოყენებას, რომელთა დიდი ნაწილი ხანგრძლივი დროის მანძილზე ცარიელია; მრავალი გავრცელებული დაავადების ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადასვლის საჭიროებას; მკურნალობის პროტოკოლების დანერგვას, რომლებიც ამცირებენ ჰოსპიტალიზაციის დაუსაბუთებელ ხანგრძლივობას; მკურნალობის მრავალრიცხოვან არაეფექტურ მეთოდებზე უარის თქმას, რომლებიც ჯერ კიდევ გამოიყენებოდა საბჭოთა დროიდან. თუმცა ავტორები მიუთითებენ იმაზეც, რომ გარდაქმნის გზაზე არსებობს ნორმატიული სასიათის მრავალი წინაღობა.

ლიტერატურა

- 1 McKee M. What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? Copenhagen, World Health Organization, 2003
(<http://www.euro.who.int/document/hen/hospitalbeds.pdf>, accessed 26 May 2004).
- 2 Ribbe MW et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Ageing*, 1997, 26(Suppl. 2):3-12.
- 3 Kerr E, Sibrand V. Health care systems in transition: Belgium. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000
(http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_51, accessed 5 July 2003).
- 4 OECD health data 2003: a comparative analysis of 30 countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- 5 European health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://hfadb.who.dk/hfa>, accessed 5 July 2003).
- 6 Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *BMJ*, 1999, 319:845-848.
- 7 Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001
(http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_11, accessed 5 July 2003).
- 8 Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K. Health care systems in transition: Denmark. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_44, accessed 5 July 2003).
- 9 Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. *BMJ*, 1999, 319:911-914.
- 10 Kulzhanov M, Healy J. Health care systems in transition: Kazakhstan. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 1999
(http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_34, accessed 5 July 2003).

- 11 Jesse M. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_42, accessed 5 July 2003).
- 12 Cercone J, Godhino J. The elements of health care system reform in Moldova. *Eurohealth*, 2001, 7(3):40–41.
- 13 Nuri B. Restructuring hospitals in Albania. *Eurohealth*, 2001, 7(3):47–50.
- 14 Department of Health and Children. Acute hospital bed capacity: a national review. Dublin, Stationery Office, 2002.
- 15 Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services [consultation document on the findings of The National Beds Inquiry]. London, Department of Health, 2000.
- 16 Cameron PA, Campbell DA. Access block: problems and progress. *The Medical Journal of Australia*, 2003, 178: 99–100.
- 17 Gaffney D et al. The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative— expansion or contraction? *BMJ*, 1999, 319:48–51.
- 18 Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ*, 2003, 326:905–908.
- 19 Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:14–35.
- 20 McKee M, Healy J. Réorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2002, 33:31–36.
- 21 Rico A, Sabes R, Wisbaum W. Health care systems in transition: Spain. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_13, accessed 5 July 2003).
- 22 Orosz E, Holló I. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *Eurohealth*, 2001, 7(3):22–25.
- 23 Kozierekiewicz A, Karski J. Hospital sector reform in Poland. *Eurohealth*, 2001, 7(3):32–35.

- 24 Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy*, 2002, 61:1-19.
- 25 McKee M, Healy J. *The significance of hospitals: an introduction*. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:3-13.
- 26 McKee M et al. Pressures for change. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:36-58.
- 27 Healy J, McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:205-225.
- 28 Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:83-99.
- 29 Millard PH, McClean S, eds. *Modelling hospital resource use: a different approach to the planning and control of health care systems*. London, Royal Society of Medicine Press, 1994.
- 30 Trye P et al. *Health service capacity modelling*. *Australian Health Review*, 2002, 25:159-168.
- 31 Jones SA, Joy MP, Pearson J. Forecasting demand of emergency care. *Health Care Management Science*, 2002, 5:297-305.
- 32 Green LV. How many hospital beds? *Inquiry*, 2002/2003, 39(4):400-412.
- 33 Hertzman C et al. Flat on your back or back to your flat? Sources of increased hospital services utilization among the elderly in British Columbia. *Social Science & Medicine*, 1990, 30:819-828.

K 285.156
3
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY