ავტორის სტილი დაცულია

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

კვიტაიშვილი ირინა რევაზის ასული

დისერტაცია

საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსების მართვის სრულყოფის გზები

მოსაპოვებელი ხარისხი – ფილოსოფიის დოქტორის (Ph.D) ბიზნესის მართვაში

მეცნიერ – ხელმძღვანელი :
ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი მიხეილ ჯიბუტი

თბილისი
2008 წ.

სარჩევი

შესავალი ---------- 3 გვ.

I. ჯანდაცვის ფინანსების მართვა: ეკონომიკური არსი და უცხოური გამოცდილება ---------- 8 გვ.

I.1. ფინანსური მენეჯმენტისა და საფინანსო პოლიტიკის როლი ჯანდაცვის ფინანსების მართვაში საბაზრო ურთიერთობების პირობებში ---------- 8 გვ.

I.2.ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და დაფინანსების მექანიზმი საზღვარგარეთ -- 32 გვ.

II. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება საბაზრო ურთიერთობების პირობებში ---------- 46 გვ.

II.1. ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობის შეფასება საქართველოში --------- 46 გვ.

II.1.1. მოსახლეობის ჯანმრთელობა და მისი განმაპირობებელი ფაქტორები -- 46 გვ.

II.1.2. საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელი და საკადრო უზრუნველყოფა ---------- 65 გვ.

II.2. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება თანამედროვე ეტაპზე ----------77 გვ.

II.3. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზი ო.ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრისა და ქ. თბილისის რამოდენიმე კლინიკის მაგალითზე ---------- 98 გვ.

III. ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის სრულყოფა, ბაზრისა და სამედიცინო მომსახურებაზე ფასის რეგულირება ---------- 123 გვ.

III.1. საბაზრო ურთიერთობების პირობებში საქართველოს ჯანდაცვის ფინანსების მართვის სუბიექტებს შორის ურთიერთქმედების სრულყოფა ---------- 123გვ.

III.2. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმები როგორც ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი ეკონომიკური ინსტრუმენტი ---------- 140 გვ.

III.3. ბაზრისა და სამედიცინო მომსახურებაზე ფასის სახელმწიფო რეგულირება და ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ამაღლების სხვა მიმართულებები ---------- 158 გვ.

დასკვნა ---------- 167 გვ.

გამოყენებული ლიტერატურის სია ---------- 177 გვ.

დანართი ---------- 184 გვ.

შესავალი

საკვლევი თემის აქტუალობა. ეკონომიკური რეფორმის პირობებში საქართველოს ჯანდაცვის არსებული სისტემა უუნარო აღმოჩნდა ეფექტიანად გამოეყენებინა არსებული რესურსები. საქართველოში სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ჩამოყალიბებული ტენდენციები და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის სისტემის ფორმირების პირობათა შეფასებები მოწმობენ უახლეს წლებში მოსახლეობის ნაწილის სიკვდილიანობისა და ავადობის არახელსაყრელ მახასიათებელთა შენარჩუნებას. შრომის ბაზარზე მზარდი დაძაბულობის გამო ფერხდება მიმართვები არა მარტო პროფილაქტიკურ გასინჯვებთან დაკავშირებული სამედიცინო დახმარებისთვის, არამედ ავადმყოფობასთან დაკავშირებულიც, რის შედეგადაც დაავადებები რთულდება. ცხოვრების ხარისხის გაუარესება, სამედიცინო დახმარების საყოველთაო მისაწვდომობის შემცირება, პირველ რიგში, შეეხო მოსახლეობის სოციალურად ნაკლებად დაცულ ფენებს: ბავშვებს, მოხუცებს, უმუშევრებს.

ამჟამად საქართველოში ხორციელდება მიზანმიმართული ღონისძიებები ჯანდაცვის ეტაპობრივი სტრუქტურული რეორგანიზაციისავის. გასატარებელი რეფორმის ძირითადი ამოცანებია: ჯანდაცვის დარგში მოქალაქეთა კონსტიტუციური გარანტიების უზრუნველყოფა, ჯანდაცვის მრავალწყობიანობის ჩამოყალიბება სახელმწიფო სისტემაზე მოწინავე პოზიციების შენარჩუნებით, ჯანდაცვის დაწესებულებათა მდგრადი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, დარგის მატერიალურ-ტექნიკური, ფინანსური და საკადრო რესურსების გამოყენების ეკონომიკური და კლინიკური ეფექტიანობის ამაღლება.

ამასთან დაკავშირებით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენების გზების შემუშავების პრობლემა, აგრეთვე, დაფინანსების დამატებითი წყაროების მოზიდვის შესაძლებლობათა მოძიება. ჯანდაცვაში საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებზე გადასვლასთან ერთად მნიშვნელოვნად იზრდება ფინანსური მენეჯმენტის როლი, რომელიც გულისხმობს სარესურსო პოტენციალის ოპტიმიზაციას. ამრიგად, დღესდღეობით მეტისმეტად აქტუალური რჩება საკითხი საქართველოში მოსახლეობის ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფორმირების შესახებ. მოცემული

პრობლემის ფინანსური ასპექტი არის ყველაზე რთული და მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას მეცნიერებისა და პრაქტიკოსების მხრიდან.

საკვლევი თემის შესწავლის საკითხი. ჯანდაცვის ფინანსების პრობლემის გადაჭრა შეუძლებელია ფინანსების თეორიის საფუძვლებისადმი მიმართვის გარეშე, რომლებსაც მიეძღვნა გამოჩენილი სამამულო და უცხოელი მეცნიერების: თ. ვერულავას, რ. კაკულიას, მ. მურჯიკნელის, გ. ცაავას, ა. ალექსანდროვას, ე. ვოზნესენსკის, ლ. დრობოზინას, ვ. როდიონოვის, მ. რომანოვსკის, ვ. სენეგოვისა და სხვ. ნაშრომები. სამედიცინო მომსახურებათა სფეროში ეკონომიკური ურთიერთობების რეფორმირების გზებმა და აუცილებლობამ ასახვა ჰპოვეს ო. გერზმავას, მ. მურჯიკნელის, ლ. თაკალანძის, ლ, კოჭლამაზაშვილის, ნ. ღვედაშვილის, ფ. კოტლერის, ლ. კაპენსკის, ნ. გერასიმენკოს, ვ. გრიშინის, ი. კომაროვის, ვ. კორჩაგინას, ვ. კრიჩაგინას, ვ. კუჩერენკოსა და სხვა ავტორების ნაშრომებში.

თუმცა, ფაქტობრივად სახელმწიფო ფინანსური მართვის საკითხები ჯანმრთელობის სფეროში დღემდე არ გამხდარა სისტემური კვლევის ობიექტი.

თანამედროვე ეტაპზე ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების პრობლემის არასათანადო დამუშავებამ, თეორიულმა და პრაქტიკულმა მნიშვნელობამ განაპირობეს სადისერტაციო კვლევის თემის არჩევა, მისი მიზნები და ამოცანები.

კვლევის მიზანი და ამოცანები. სადისერტაციო კვლევის მიზანი მდგომარეობს სახელმწიფო ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და ჯანდაცვის დაფინანსების მოქმედი სისტემის სრულყოფაზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურებების რეალიზაციის ფინანსური უზრუნველყოფის გზების შესწავლა, შესაბამისი თეორიული დასკვნებისა და პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო გახდა რიგი, უფრო კონკრეტული ამოცანების გადაჭრა:

– ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროების ფორმირებასთან დაკავშირებული სახელმწიფოს ფინანსური პოლიტიკის მიმართულებების გამოვლენა;

– ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების გამოყენებასა და ფორმირებასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის ელემენტების სპეციფიკის ჩვენება;

– სამედიცინო მომსახურებათა დაფინანსების წყაროების კლასიფიკაცია;

– მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ჯანმრთელობის დეტერმინანტების შეფასება, ჯანდაცვის რესურსული უზრუნველყოფის ანალიზი;

– ჯანდაცვის ფინანსური რესურსებისა და დარგის დაფინანსების წყაროების ფორმირების შეფასება;

– ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების მართვის მექანიზმის, დარგის ფინანსური უზრუნველყოფის შესწავლა;

– სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზი;

– სამედიცინო მომსახურებათა ანაზღაურების ფორმის შესწავლა სახელმწიფო ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ამაღლების გზების მოძიების მიზნით;

– სამედიცინო მომსახურებათა ბაზრის კვლევა და სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო სფეროზე საბაზრო ზეგავლენის შეზღუდვის აუცილებლობის გამოვლენა.

კვლევის ობიექტი – საქართველოს ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფის სახელმწიფო სისტემა.

დისერტაციის **კვლევის საგანია** ჯანდაცვის სფეროში წარმოქმნილი მმართველობითი და ფინანსური ურთიერთობები და ფინანსური მენეჯმენტის აქტუალური საკითხები სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემასა და სამედიცინო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

დისერტაციის **მეთოდოლოგიური საფუძველია** სამამულო და უცხოელი მეცნიერებისა და სპეციალისტების ნაშრომები ჯანდაცვაში ფინანსური მენეჯმენტის, ჯანდაცვის მართვისა და ფინანსების სფეროში, საკანონმდებლო და ნორმატიული აქტები.

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის დარგში საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაციის დეპარტამენტის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ავადობის კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

კვლევის მეცნიერული სიახლე მდგომარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროების ფორმირებისადმი კონცეპტუალური მიდგომების, ჯანდაცვის

სახელმწიფო ფინანსური რესურსების რაციონალური გამოყენების გზების შემუშავებაში:

– განსაზღვრულია ცნება „ჯანდაცვის დარგში სახელმწიფოს ფინანსური პოლიტიკა“, როგორც დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სამედიცინო-რეაბილიტაციური ღონისძიებების გატარების გზით ქვეყანაში მოსახლეობის ავადობის შემცირების, დემოგრაფიული მაჩვენებლების გაუმჯობესების საშუალებით მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლების მიზნით ფულადი ფორმით ფინანსური რესურსების საბიუჯეტო და არასაბიუჯეტო ფონდების ფორმირებაზე, განაწილებასა და გამოყენებაზე სახელმწიფოს მეცნიერულად დასაბუთებული საქმიანობის შინაარსი;

– ჩამოყალიბებულია „ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის“, როგორც ფინანსების მართვის ურთიერთდაკავშირებულ ელემენტთა სისტემის, განსაზღვრება შესაბამისი სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფის, ფინანსური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების საფუძველზე, რომელთა საშუალებით ხორციელდება ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების ეფექტური ფორმირება და გამოყენება, აგრეთვე მისი ელემენტების სპეციფიკის გამოვლენა სამედიცინო მომსახურებათა დაფინანსების წყაროთა ფორმირებასა და გამოყენებასთან მიმართებაში;

– შემუშავებულია სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების წყაროთა საკლასიფიკაციო სქემა შემდეგი ნიშნების გამოყოფით: ცენტრალიზაციის დონე, მიკუთვნებულობა, საქმიანობის ხასიათის, სახეების მიხედვით, რაც საშუალებას იძლევა უფრო მკაფიოდ გამოვავლინოთ დაფინანსების წყაროების სტრუქტურის თავისებურებები;

– შეფასებულ იქნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსური რესურსები და გამოვლენილ იქნა დარგის ფინანსური პოტენციალის ფორმირებისა და გამოყენების ძირითადი ტენდენციები;

– გაკეთებულია დასკვნები სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზის საფუძველზე (ო. ღუდუშაურის სახელობის მრავალპროფილიანი ეროვნული სამედიცინო ცენტრისა და ქ. თბილისის რამდენიმე წამყვანი კლინიკის მაგალითზე);

– ჩატარდა სამედიცინო მომსახურებათა ანაზღაურების ფორმების შედარებითი ანალიზი და შემოთავაზებულ იქნა ღონისძიებები მათი ეფექტიანად გამოყენების თაობაზე;

– შემოთავაზებულ იქნა წინადადებები ჯანდაცვაში სახელმწიფო ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ამაღლებისა და ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების მართვის სახელმწიფო მექანიზმის სრულყოფის თაობაზე.

სადისერტაციო ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა. მიღებული შედეგების პრაქტიკული მნიშვნელობა მდგომარეობს იმაში, რომ კვლევის შედეგად მიღებული თეორიული და პრაქტიკული რეკომენდაციები შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც მოცემული პრობლემის შემდგომ თეორიულ კვლევებში, ჯანმრთელობის მართვისა და ეკონომიკის სასწავლო პროგრამებში, აგრეთვე საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმირების პოლიტიკის შემუშავებისა და ჯანდაცვის წინაშე არსებული აქტუალური ამოცანების გადაჭრის ღონისძიებების დროს.

დისერტაციის ძირითადი დებულებები გადმოცემულია სამეცნიერო პუბლიკაციებში (ჟურნალი ეკონომიკა №5, №7, №9 2005წ. №8 2006წ.).

ნაშრომის სტრუქტურა: დისერტაცია შედგება შესავლისაგან, რვა პარაგრაფის მომცველი სამი თავისაგან, დასკვნისაგან, დანართისა და გამოყენებული ლიტერატურის სიისაგან.

თავი I. ჯანდაცვის ფინანსების მართვა: ეკონომიკური შინაარსი და უცხოური გამოცდილება

I.1. ფინანსური მენეჯმენტისა და ფინანსური პოლიტიკის როლი ჯანდაცვის ფინანსების მართვაში საბაზრო ურთიერთობების პირობებში

მართვის პრაქტიკას გააჩნია დიდი ხნის ისტორია, თუმცა მართვა XX საუკუნის დასაწყისიდანაა აღიარებულია, როგორც სამეცნიერო დისციპლინა. ანრი ფაიოლი, რომელსაც ხშირად უწოდებენ მენეჯმენტის მამას, მართვას განიხილავდა როგორც უნივერსალურ პროცესს, რომელიც შედგება რამოდენიმე ურთიერთდაკავშირებული ფუნქციისგან. განსაზღვრავდნენ რა ბიზნესის ძირითად ფუნქციებს, „კლასიკოს“ – თეორეტიკოსები გამოყოფდნენ წარმოებას, მარკეტინგსა და ფინანსებს. უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით ფინანსების მართვის ცნების ეკონომიკური შინაარსის განხილვაზე. ფინანსების მართვის სისტემა ითავსებს ფინანსურ პოლიტიკას, მეთოდებს, ინსტრუმენტებს, აგრეთვე, ადამიანებს, რომლებიც იღებენ მმართველობით გადაწყვეტილებებს და რომლებიც ამ გადაწყვეტილებებს ახორციელებენ პრაქტიკაში დასახული მიზნების მიღწევის, ფინანსური სტაბილურობისა და ზრდის უზრუნველყოფის მიზნით. ფინანსების მართვის სისტემა მოიცავს ფინანსური სისტემის ყველა რგოლს და გამოდის ბაზრის პირობებში მართვის სტრუქტურის უმნიშვნელოვანეს შემადგენელ ნაწილად. ფინანსების მართვის ეფექტიანი სისტემის მიზანს წარმოადგენს: ეკონომიკური პოტენციალის ზრდა, მოგების მაქსიმიზაციისა და ხარჯების მინიმიზაციისას, დაფინანსების არსებული წყაროების საუკეთესო გამოყენებას და ახალის მოზიდვა ფინანსური სტაბილურობის უზრუნველსაყოფად და დასახული ამოცანების მისაღწევად. ფინანსების მართვის სისტემის საფუძველს წარმოადგენს ფინანსური პოლიტიკა, რომელიც დაფუძნებულია მოკლევადიან და გრძელვადიან პერსპექტივაში ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენების ფაქტორების ანალიზზე და რომელიც განსაზღვრავს ფინანსური სამსახურების მიმართულებებს [99, გვ. 57].

ფინანსური მენეჯმენტის როლი მნიშვნელოვნად იზრდება ჯანდაცვაში საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლასთან დაკავშირებით.

ფინანსური ურთიერთობების მართვა, რომელიც მოიცავს მათი რეგულირების პრინციპებს, სამართლებრივი ნორმების, მეთოდების, ფორმებისა და ხერხების სისტემას ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და ინტეგრაციის მიზნით – ფინანსურ მენეჯმენტს, – მიმართულია ფინანსური რესურსების მოძრაობის პროცესში სამართალსუბიექტებს შორის წარმოქმნილი ფინანსური ურთიერთობებისა და ფინანსური რესურსების მოძრაობის მართვისკენ. ფინანსური მენეჯმენტი გამოდის, როგორც ფინანსების მართვის მიზნით გამომუშავების, ფინანსური მექანიზმის მეთოდების და ინსტრუმენტების საშუალებით მათზე ზემოქმედების განხორციელების პროცესი.

ფინანსური მენეჯმენტის სტრატეგია დასახული მიზნის მისაღწევად ფინანსური საშუალებების გამოყენების საერთო მიმართულება და ხერხია.

ფინანსური მენეჯმენტის ტაქტიკა მდგომარეობს, რეალურ პირობებში დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო კონკრეტული მეთოდების, ხერხების, ინსტრუმენტების არჩევაში.

ჯანდაცვაში ფინანსური მენეჯმენტის ამოცანებში შედის:

1. ფინანსური რესურსების მობილიზაცია:

– ფინანსური რესურსების მართვა;

– მიზნობრივი ანარიცხების აკრეფის ოპტიმიზაცია;

– ფინანსური რესურსების შევსების სხვადასხვა ფორმების გამოყენება.

2. ფინანსური რესურსების შემოსავალ-გასავალების სტრატეგიული და ტექნიკური დაგეგმვა.

– ეკონომიკური ფაქტორების ანალიზი (მიკრო და მაკრო დონეზე), რომლებიც გავლენას ახდენენ ფინანსური რესურსების მობილიზაციაზე;

– ფინანსური საშუალებების შემოსავალ-გასავლების ანალიზი (დარგში, მართვის ორგანოებში, სამედიცინო დაზღვევის ფონდებში, სამედიცინო ორგანიზაციებში);

– პრიორიტეტების განსაზღვრა მიმდინარე დაფინანსების გამოყოფისას;

– რესურსების ეფექტიანი გამოყენების პროგრამირება.

3. ფინანსური რესურსების განაწილება:

– დაფინანსების ოპტიმალური ხერხის განსაზღვრა სუბიექტის ფუნქციონირების რეალურ პირობებში;

– ადეკვატური პოლიტიკის (ფასწარმოქმნის მეთოდიკით) განსაზღვრა და შეთავაზებულ სამედიცინო მომსახურებათა მოცულობის დინამიკის პროგნოზირება.

4. ფინანსური რესურსების გამოყენების აუდიტი:

– ფინანსური კონტროლი;

– ფინანსური გეგმების ეფექტურობის შეფასება;

– მმართველობითი აღრიცხვის უზრუნველყოფა.

ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი ამოცანაა, როგორც მთლიანად სისტემის, ისე მისი ცალკეული ელემენტების, ქვესისტემების ფინანსური სიმტკიცის შექმნა. ფინანსური სისტემის სირთულე განისაზღვრება მისი შემადგენელი ელემენტების არაერთგვაროვნებით, მათი სტრუქტურული მრავალფეროვნებით (განსაკუთრებით, ფინანსური რესურსები და წყაროები), მათ შორის, გარე გარემოსთან ურთიერთქმედების სიძნელეებით, რაც ართულებს მის მართვის პროცესს და მოითხოვს ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი პრინციპების დაცვას. როგორც ცნობილია, ამ უკანასკნელთა რიცხვს მიეკუთვნება: დაგეგმვა, პროგნოზირება, ორგანიზაცია, რეგულირება და კონტროლი.

ამჟამად ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროების მრავალმხრივი ხასიათი მოითხოვს ფინანსური მენეჯმენტის მრავალვარიანტულობასაც, რომელსაც საფუძვლად დაედო მართვის სტანდარტული ხერხების გამოყენება, კონკრეტული ფინანსური სიტუაციის შეფასების, ადექვატური მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების უნარი, რომელსაც შეუძლია ოპტიმალურად აღმოფხვრას წარმოქმნილი პრობლემები.

მნიშვნელოვანია გამოვყოთ ჯანდაცვაში ფინანსური მენეჯმენტის ტექნოლოგიური ეტაპებიც:

1. ინფორმაციის: მაკრო და მიკროეკონომიკური მაჩვენებლების (მმართველობითი და ფინანსური) ანალიზი.
2. ფინანსური გეგმის (ბიუჯეტის) შედგენა: ფინანსური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების არჩევა; დაფინანსების წყაროების თანაფარდობის განსაზღვრა; სამედიცინო მომსახურებაზე ფასწარმოქმნის (ტარიფების) მეთოდიკის არჩევა; ეკონომიკური ნორმატივების, სამედიცინო მომსახურებათა მოცულობასა და სტრუქტურაზე დადგენილი ნორმატივების დამტკიცება ტერიტორიული კლასიფიკატორების შესაბამისად;

3. ფინანსური შედეგების პროგნოზირება სამედიცინო მომსახურებათა მოცულობის; შემოსავლების, ხარჯების, დანახარჯებისა და რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის მიხედვით;
4. ფინანსური გეგმის (ბიუჯეტის) შესრულება – რესურსების მობილიზაცია; ფინანსური სახსრების ხარჯვა;
5. ფინანსური გეგმის შესრულების კონტროლი – წინასწარი, მიმდინარე, შემდგომი.

ჯანდაცვაში ფინანსური რესურსების მობილიზაციაზე ზემოქმედ მაკროეკონომიკურ ფაქტორებს მიეკუთვნება: მთლიანი შიდა პროდუქტი, ინფლაცია, დასაქმება და უმუშევრობა, ერთობლივი მოთხოვნა და ერთობლივი მიწოდება, ფისკალური პოლიტიკა, ფინანსური ბაზარი და ფულადი პოლიტიკა.

ბიუჯეტის ფორმირებასა და შესრულებაზე მოქმედი მაკროეკონომიკური ფაქტორების ანალიზის დროს უნდა გავითვალისწინოთ:

– სამედიცინო მომსახურებათა მოთხოვნა და მიწოდება;

– ფასწარმოქმნა;

– რესურსების ბაზარი: სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო კადრები, წამლები და ვაქცინები. სამედიცინო ტექნიკა, ენერგეტიკული და ფინანსური დანახარჯი;

– წარმოება და დანახარჯები: ასოცირებული მომსახურებები (სტაციონარული, ამბულატორიულ-პოლიტიკური, სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარება), სპეციალიზებული მომსახურებები, შრომის ანაზღაურების სისტემები, რესურსების დანახარჯების ეფექტიანობა (სამედიცინო მომსახურებათა გამოშვება რესურსების ერთეულზე).

საქმიანობის ფინანსური შედეგების დაგეგმვისა და პროგნოზირების დროს საჭიროა გავითვალისწინოთ ფინანსური სახსრების მოძრაობის; სამედიცინო მომსახურებათა მოცულობის, რესურსების გამოყენების დინამიკური მაჩვენებლები.

ფინანსური კონტროლი, როგორც მენეჯმენტის ერთ-ერთი ფუნქცია, განპირობებულია იმით, რომ ფინანსებისთვის, როგორც ეკონომიკური კატეგორიისთვის, ნიშანდობლივია არა მარტო გამანაწილებელი, არამედ საკონტროლო ფუნქციაც. ფინანსური კონტროლი ხორციელდება სამართლებრივი ნორმებით დადგენილი წესით, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებისა და სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოების მთელი სისტემის მიერ. ფინანსური კონტროლის დროს მოწმდება:

– ფინანსური საქმიანობის პროცესში დადგენილი წესის დაცვა;

– ფინანსური რესურსების შექმნაზე, განაწილებასა და გამოყენებაზე განსახორციელებელი მოქმედების ეკონომიკური დასაბუთება და ეფექტიანობა.

სავალდებულო სამედიცინო სისტემის ერთ-ერთი ამოცანაა სამედიცინო მომსახურებებზე ფასწარმოქმნის სრულყოფა, მათი სტრუქტურის განსაზღვრა, ტარიფის გამოანგარიშების ერთიანი პრინციპების შემუშავება, სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების წესის არჩევა.

პროგრამა წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების (სამედიცინო მომსახურებათა) სახეების ჩამონათვალს, დახმარების გაწევა გარანტირებულია ქვეყნის ყველა მაცხოვრებლისთვის, ჯანმრთელობის გაუარესების შემთხვევაში. სპდ-ს პროგრამათა ჩარჩოებში სამედიცინო მომსახურებებს გვთავაზობენ სახელმწიფო ლიცენზიის მქონე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები (სპდ).

სპდ-თა ერთ-ერთ ამოცანას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებებზე ფასწარმოქმნის სრულყოფა, ტარიფების გამოანგარიშების ერთიანი პრინციპების დადგენა, მათი სტრუქტურის განსაზღვრა, ტარიფის გამოანგარიშებისადმი მეთოდური მიდგომების შემუშავება, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამებით სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მიერ მოსახლეობისათვის გასაწევი სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ხერხის არჩევის კრიტერიუმთა განსაზღვრა.

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ახალი ხერხების დანერგვამ მოგვცა მათი გამოყენების შესაძლებლობები ჯანდაცვაში ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი ეკონომიკური ინსტრუმენტის სახით:

– სამედიცინო დახმარების გაწევის სტრუქტურის სრულყოფა მის ჩარჩოებში რეალური მოთხოვნების გათვალისწინებით;

– სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში შემავალი ფინანსური საშუალებების მართვა, სპდ-ს ბიუჯეტის შესახებ დებულებების შემუშავება;

– სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ეფექტიან საქმიანობაში სამედიცინო მუშაკების დაინტერესების დონის ამაღლება.

ჯანდაცვაში ხელფასის ფორმირების არსებულმა სისტემამ არ შეიძლება დააინტერესოს კონკრეტული მუშაკი ეფექტიანი და ხარისხიანი საქმიანობით. ამიტომ საჭიროა ჯანდაცვის მუშაკების შრომის ანაზღაურების ფორმირების სისტემის შეცვლა.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური უზრუნველყოფის საკითხთა გადაჭრა პირველხარისხოვანია, რაც საშუალებას მოგვცემს მოვახდინოთ ჩამოყალიბებული ფინანსური ნაკადების რეფორმირება მათი მართვისა და განაწილების სფეროში.

სისტემის სუბიექტების ფინანსური თანაქმედების ოპტიმიზაცია საშუალებას მოგვცემს ჩამოვაყალიბოთ ფინანსური მექანიზმები, რომლებიც დაგვეხმარებიან უფრო ეფექტიანად გადავჭრათ ჯანდაცვის მთელი სისტემის პრობლემური ამოცანები.

ამრიგად, ფინანსური პოლიტიკა – ფუძემდებლური ელემენტია ფინანსების მართვის სისტემაში. სახელმწიფო ფინანსები – სახელმწიფოს ფინანსური რესურსების ფორმირებასთან და მათ გამოყენებასთან დაკავშირებული ეროვნული სიმდიდრის ნაწილისა და ერთობლივი საზოგადოებრივი პროდუქტის განაწილება გადანაწილების ურთიერთობებია. ფინანსების, როგორც ფულადი სახსრების ფორმირების, განაწილების, გადანაწილებისა და გამოყენების მიზნით დამყარებული ეკონომიკური ურთიერთობების განსაზღვრებიდან გამომდინარე, სახელმწიფო ამ ურთიერთობათა ორგანიზაციის დროს განსაზღვრავს საზოგადოებისა და შესაბამისი ფინანსური სისტემის წინაშე არსებულ ძირითად მიზნებსა და ამოცანებს.

ფინანსური სისტემა – ფინანსური ურთიერთობების სხვადასხვა სფეროების ერთობლიობაა, რომელთა პროცესში ხდება ფულადი სახსრების ფონდების წარმოქმნა და გამოყენება. ეს ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული ფულადი ფონდების ერთობლიობაა.

ფინანსური ურთიერთობების ძირითად მიზანს წარმოადგენს მათი ისეთი ორგანიზაცია, რომელიც მიმართული იქნება საზოგადოებრივი სიმდიდრის ზრდის უზრუნველყოფაზე. ამ მიზნის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ სახელმწიფოს არსებული ფინანსური რესურსებისა და ფინანსური პოტენციალის განაწილების, გადანაწილებისა და გამოყენების კონკრეტული ფორმების ეფექტიანობის დროს. ფინანსური მექანიზმის ეფექტიანობის განმაზოგადებელი მაჩვენებელია მთლიანი შიდა პროდუქტისა და ეროვნული შემოსავლის, საზოგადოების კეთილდღეობის ძირითადი წყაროს, ზრდის ტემპები.

ფინანსური პოლიტიკა – სახელმწიფოს საქმიანობის დამოუკიდებელი სფეროა ფინანსურ ურთიერთობათა დარგში. ეს ეკონომიკური და სოციალური განვითარების ამა თუ იმ სახელმწიფო პროგრამის რეალიზაციისათვის სახელმწიფოს ღონისძიებათა კომპლექსია ფინანსური ურთიერთობების

გამოყენების, ფინანსური რესურსების მობილიზაციის, მათი განაწილებისა და გამოყენების თაობაზე.

ფინანსური პოლიტიკის რეალიზაცია შეიძლება დავყოთ 3 ეტაპად:

1) ძირითადი მიზნების დასახვა და განსაზღვრა, ამასთანავე პერსპექტიული და უახლესი ამოცანების კონკრეტიზაცია, რომელთა გადაჭრა აუცილებელია საზოგადოების ცხოვრების გარკვეულ პერიოდში დასახული მიზნების მისაღწევად;

2) ფინანსური რესურსების გამოყენების ძირითადი მიმართულებების განსაზღვრა, აგრეთვე ურთიერთობათა ორგანიზაციის მეთოდების, საშუალებებისა და კონკრეტული ფორმების შემუშავება, რომელთა საშუალებით მოცემული მიზნები მიიღწევა უმოკლეს ვადებში, ხოლო უახლესი და პერსპექტიული ამოცანები წყდება ოპტიმალურად;

3) კადრების შერჩევა და განაწილება, რომელთაც შეუძლიათ დასახული ამოცანების გადაჭრა, მათი შესრულებისა და საკუთრივ დასახული მიზნების მიღწევაზე მიმართული პრაქტიკული ქმედებების განხორციელების ორგანიზება.

ფინანსური პოლიტიკა მიმართული უნდა იქნეს, უპირველეს ყოვლისა, ფინანსური რესურსების მაქსიმალურად შესაძლო მოცულობის ფორმირებაზე, რადგან ისინი წარმოადგენენ ნებისმიერი გარდაქმნის მატერიალურ ბაზას.

ფინანსების დარგში სახელმწიფოს პოლიტიკა დამოკიდებულია ფინანსური სისტემის განვითარებასა და მისი ცალკეული რგოლების დამოუკიდებლობის ზომაზე.

ფინანსური პოლიტიკის ცალკეულ რგოლს წარმოადგენს საბიუჯეტო პოლიტიკა.

საბიუჯეტო პოლიტიკის ქვეშ იგულისხმება სახელმწიფოს მიერ, სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლების ფორმირების წყაროების, ბიუჯეტის ხარჯების პრიორიტეტული მიმართულებების, ბიუჯეტის დაბალანსების დასაშვები ფარგლების, საბიუჯეტო დეფიციტის დაფინანსების წყაროების, საბიუჯეტო სისტემის ცალკეულ რგოლებს შორის ურთიერთობათა პრინციპების განსაზღვრა.

თავის მხრივ, საბიუჯეტო პოლიტიკის შემადგენლობაში შედარებით დამოუკიდებლობას იძენს საგადასახადო პოლიტიკა, საინვესტიციო პოლიტიკა, სახელმწიფო ვალის მართვის პოლიტიკა. საგადასახადო პოლიტიკა განსაზღვრავს გადასახადების შემადგენლობის, მათი განაკვეთების ოდენობის, გადასახადების თითოეულ სახეზე სანქციებისა და შეღავათების არჩევას. ის აგებულ უნდა იქნას გადასახადების გადამხდელებისა და სახელმწიფოს ინტერესების კომპრომისზე.

სახელმწიფოს ინტერესები დაფუძნებულია გადასახადით დაბეგვრის საკმარისობის პრინციპზე. ამავდროულად გადასახადით დაბეგვრამ არ უნდა მოშალოს მოტივაცია ეფექტიანი საქმიანობისადმი.

ფასების პოლიტიკა დაფუძნებულია მონოპოლიურ საქონელსა და მომსახურებებზე ფასებისა და ტარიფების რეგულირებაზე.

სოციალური პოლიტიკა ატარებს ღონისძიებებს შემდეგი მიმართულებებით: მოსახლეობის ნაკლებად უზრუნველყოფილი ფენების შემოსავლების კომპენსაციის მექანიზმების შემუშავება, სოციალური შეღავათების სისტემის მოწესრიგება, იძულებითი მიგრაციის დარეგულირება და სხვ.

ფინანსური პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში მიმართული უნდა იქნას ადამიანისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფასეულობის – მისი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე.

მრავალ სამეცნიერო ნაშრომში მოყვანილია განმარტება, რომელიც მოცემულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდების პრეამბულაში და რომელიც ჩვენ ყოვლისმომცველად მიგვაჩნია: ჯანმრთელობა – ეს სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობაა და არა მარტო ფიზიკურ დეფექტთა და ავადმყოფობათა არსებობა [70 გვ. 73; 91 გვ. 42; 92 გვ. 77].

ამ განმარტების შესაბამისად საჭიროა განვსაზღვროთ ორი ცნება: ჯანმრთელობის დაცვა ფართო გაგებით და ჯანდაცვა, როგორც მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე საქმიანობის სპეციფიკური სფერო. ლიტერატურაში ჯანდაცვა განხილულია, როგორც სოციალურ-ეკონომიკურ და სამედიცინო ღონისძიებათა სისტემა, რომლის მიზანია თითოეული მოქალაქისა და მთლიანობაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ამაღლება და დაცვა და რომლის ფუნქციონირება უზრუნველყოფილია კადრების, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, შესაბამისი ტექნოლოგიების არსებობითა და სამედიცინო მეცნიერების განვითარებით [92, გვ. 83], ან როგორც სოციალური სფეროს დარგი, რომლის საქმიანობა მიმართულია ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვასა და განმტკიცებაზე, მათი აქტიური ცხოვრების გახანგრძლივობაზე [92, გვ. 89]. ამავე დროს აუცილებელია ჯანდაცვის საქმეს მივაკუთვნოთ გამაჯანსაღებელი ღონისძიებებისთვის, ფიზკულტურით, სპორტით დაკავებისთვის, სრულფასოვანი კვებისთვის და ა.შ. სპეციალურ-ეკონომიკური პირობების, გარემოს დაცვის, შრომის უსაფრთხო და უვნებელი პირობების, ნორმალური საცხოვრებელ-საყოფაცხოვრებო

პირობების უზრუნველყოფის ღონისძიებათა რეალიზაცია. ეს ღონისძიებები წარმოადგენენ ზოგადეროვნულ, საერთო-სახელმწიფოებრივ ამოცანას, რომელიც გადაჭრილ უნდა იქნას სახელმწიფო საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ხელისუფლების შესაბამისი ორგანოების, სხვადასხვა საზოგადოებრივი სტრუქტურების, საწარმოების, უშუალოდ მოსახლეობის მიერ.

ჯანდაცვის ორგანოებისა და დაწესებულების ამოცანას, რომლებიც უშუალოდ მიეკუთვნებიან ჯანდაცვას, როგორც დარგს, წარმოადგენს მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე საქმიანობის ორგანიზაცია, რომელიც მოიცავს დაავადებების გამოვლენას ადრეულ სტადიებსა და პათოლოგიის წინა მდგომარეობებში, დროულ სამედიცინო-სოციალურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას, შრომისუნარიანობის აღდგენას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობა წარმოადგენს ერის ნორმალური ფუნქციონირებისა და სოციალური კეთილდღეობის წინაპირობას, ნათქვამია ჯანდაცვის ევროპელი მინისტრების მე-5 კონფერენციის შემაჯამებელ დოკუმენტში (ევროსაბჭო, 1996 წლის ნოემბერი) [57, გვ.5]. ამიტომ ჯანდაცვის, როგორც სოციალური სფეროს უმნიშვნელოვანესი დარგის განვითარება არაპირდაპირაა დაკავშირებული სახელმწიფოს საქმიანობასთან.

სახელმწიფო საფინანსო პოლიტიკისა და ეკონომიკის ფინანსური რეგულირების პრობლემებს საბაზრო პირობებში მიეძღვნა მნიშვნელოვანი რაოდენობა როგორც ქართველი, ისე უცხოელი მეცნიერ-ფინანსისტების პუბლიკაცია. თუმცა, აზრთა ერთობა ამ საკითხის თეორიულ ასპექტებზე არ არის მიღწეული.

რ. კაკულიას აზრით: „ფინანსური პოლიტიკა არის სახელმწიფოს მიერ თავისი ფუნქციებისა და ამოცანების განხორციელების უზრუნველსაყოფად შემუშავებული ღონისძიებების ერთობლიობა, რომლებიც ვლინდება ფინანსური რესურსების მობილიზაციაში, და მისი ქვეყნის პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური სიტუაციიდან გამომდინარე საზოგადოების წევრებს შორის, ეროვნული ეკონომიკის, პრიორიტეტული სტრუქტურული დარგების და ქვეყნის ტერიტორიული ერთეულების (რეგიონების)“ შორის განაწილება–გამოყენებაში. [14, გვ. 70].

ვ. როდიონოვა აღნიშნავს სახელმწიფოს საფინანსო პოლიტიკის მრავალწახნაგოვნებას და თვლის, რომ იგი წარმოადგენს სამი ძირითადი რგოლის ერთობას:

1) ფინანსების განვითარების მეცნიერულად დასაბუთებული კონცეფციების გამომუშავებას;

2) ფინანსების გამოყენების ძირითად მიმართულებათა განსაზღვრას პერსპექტივაში და მიმდინარე პერიოდზე;

3) დასახული მიზნების მიღწევისკენ მიმართული პრაქტიკული მოქმედებების განხორციელებას.

ლ. დრობოზინას აზრით, საფინანსო პოლიტიკა – ფინანსური რესურსების მობილიზაციისკენ მიმართული სახელმწიფო ღონისძიებების ერთობლიობაა, მათი განაწილება და გამოყენება სახელმწიფოს მიერ მისი ფუნქციების შესასრულებლად [77, გვ. 57]. მისი აზრით საფინანსო პოლიტიკა წარმოადგენს ფინანსური ურთიერთობების სფეროში სახელმწიფოს მოქმედების დამოუკიდებელ სფეროს, რომელიც მიმართულია შესაბამისი ფინანსური რესურსებით ეკონომიკური და სოციალური განვითარების ამა თუ იმ სახელმწიფო პროგრამის რეალიზაციის უზრუნველყოფისკენ [77, გვ. 59].

რიგი ავტორები, მათ შორის, ნ. გარეტოვსკი [75, გვ. 79], ლ. დრობოზინა, საფინანსო პოლიტიკას განსაზღვრავენ, როგორც სახელმწიფოს მიერ თავისი ფუნქციების შესასრულებლად ფინანსური ურთიერთობების გამოყენების სახელმწიფო ღონისძიებების ერთობლიობას. ამ განმარტებაში გამოიყენება ძალზე გაურკვეველი, ბუნდოვანი ტერმინი „სახელმწიფო ღონისძიებები“.

ვ. სენჩაგოვი ცდილობს დაძლიოს ასეთი გაურკვევლობა და განსაზღვრავს საფინანსო პოლიტიკას, როგორც სახელმწიფოს ეკონომიკური პოლიტიკის ნაწილს (ქვესისტემას), რომელიც წარმოადგენს „საბიუჯეტო-საგადასახადო, სხვა ფინანსური ინსტრუმენტებისა და სახელმწიფო ფინანსური ხელისუფლების ინსტიტუტების ერთობლიობას, რომლებსაც კანონმდებლობის თანახმად, გააჩნიათ სახელმწიფო ეკონომიკური პოლიტიკის სტრატეგიული და ტაქტიკური მიზნების შესაბამისად სახელმწიფოს ფინანსური რესურსების ფორმირებისა და გამოყენების უფლებამოსილებები“ [98, გვ. 82]. ამ განმარტებაში გამოყოფენ ფინანსურ ინსტრუმენტებსა და სახელმწიფო ფინანსური ხელისუფლების ინსტიტუტებს და ხაზგასმულია მათი ერთიანობა. მოცემული განმარტების მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს დებულება იმის შესახებ, რომ საფინანსო პოლიტიკა – ეს ეკონომიკური პოლიტიკის ორგანული ნაწილია და ამიტომ გააჩნია მიზნობრივი მიმართულება. ნებისმიერ ფინანსურ ინსტრუმენტში არსებობს კავშირი

ეკონომიკური პოლიტიკის მიზნებთან და მის სოციალურ მიმართულებასთან. ჩვენი აზრით, ეს პრინციპულად მნიშვნელოვანი დებულებაა.

ცხადია, რომ როგორიც არ უნდა იყოს საფინანსო პოლიტიკის განმარტება, ის უნდა გამომდინარეობდეს მისი ძირითადი მიზნებიდან. საფინანსო პოლიტიკის მიზანს წარმოადგენს ფინანსური რესურსების მოცულობისა და მათი გამოყენების ეფექტიანობის გაზრდა. ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობა ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგან ის, საკუთრივ, წარმოადგენს ეკონომიკაზე საფინანსო პოლიტიკის ზემოქმედების შემოწმებას. სახელმწიფოს საფინანსო პოლიტიკის შემუშავებისას და გატარებისას ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის მაჩვენებელთა განსაზღვრაზე უარის თქმამ შეიძლება მიგვიყვანოს, როგორც ფინანსური რესურსების დაქსაქსვამდე, ისე საზოგადოების მზარდ ეკონომიკურ და სოციალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების წყაროების შემცირებამდე. ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის მაჩვენებლებია. ეკონომიკის გაჯანსაღებისა და სტრუქტურული გარდაქმნის პროცესები, აგრეთვე მოსახლეობის ცხოვრების უფრო მაღალი დონის მიღწევა, რომელიც გამოდის წარმოების განვითარების, ფინანსური რესურსების გამოყენების მიმართულებისა და სტრუქტურის განმსაზღვრელ სიდიდედ.

არსებობს საფინანსო პოლიტიკის გატარების სხვა მიზნებიც, მაგალითად ისეთები, როგორებიცაა ინფლაციის ტემპების შემცირება, ეკონომიკური ციკლების შერბილება და სხვ. თუმცა, ისინი არსებითად გამომდინარეობენ საფინანსო პოლიტიკის ძირითადი ამოცანებიდან – მთელი მოსახლეობის კეთილდღეობის ზრდის უზრუნველყოფიდან.

დროის სხვადასხვა პერიოდში ეკონომისტების მიერ მოცემულ განმარტებებში საფინანსო პოლიტიკის არსის ანალიზი ავტორს საშუალებას აძლევს განსაზღვროს **ფინანსური პოლიტიკა, როგორც სახელმწიფოს საქმიანობა ფინანსების განვითარების მეცნიერულად დასაბუთებული კონცეფციის შემუშავებაზე, მისი ძირითადი მიმართულებების გამოყოფით, დასახული მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად, უპირველეს ყოვლისა, ქვეყნის მოქალაქეთა ცხოვრების დონის ასამაღლებლად, შესაბამისი ფინანსური მექანიზმის შექმნის გზით.** საფინანსო პოლიტიკა მოწოდებულია უზრუნველყოს ყველა სახელმწიფო ამოცანის გადაჭრა, მათ შორის სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის რეალიზაცია.

სახელმწიფოს საფინანსო პოლიტიკის არსის თეორიული პრობლემების გაანალიზებით შეიძლება განვსაზღვროთ ჯანდაცვის დარგში სახელმწიფოს

საფინანსო პოლიტიკის არსი. მოცემული საკითხის კვლევამ საშუალება მოგვცა შეგვემუშავებინა შემდეგი განმარტება:

ფინანსური პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში განსაზღვრულია როგორც სახელმწიფოს მეცნიერულად დასაბუთებული საქმიანობა საბიუჯეტო ფინანსური რესურსების ფორმირებაზე, განაწილებასა და გამოყენებაზე, მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლების მიზნით, ქვეყანაში დემოგრაფიული მაჩვენებლების გაუმჯობესების საშუალებით, მოსახლეობის ავადობის შემცირების, დიაგნოსტიკური სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სამედიცინო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარების გზით.

სოციალური რეფორმების გატარება შესაძლებელია მხოლოდ სახელმწიფო ფინანსების განმტკიცების პირობებში, რაც მიგვიყვანს ეკონომიკურ ზრდამდე და სოციალური სფეროს იმ დარგთა ფინანსირებისკენ მიმართული საბიუჯეტო საშუალებების ზრდის შესაძლებლობამდე, რომელთა შორის უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვა.

დამოკიდებულება ეკონომიკის მდგომარეობაზე არის ფუნდამენტური პრინციპი, რომელიც საფუძვლად უდევს ეფექტიანი საფინანსო და სოციალური პოლიტიკის გატარებას, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროში.

ქვემოთ მოყვანილ სქემაზე (ნახ. 1) საილუსტრაციოდ მოგვყავს მოცემული დებულება სამედიცინო მომსახურებათა მიმართებაში.

მოცემული სქემა თვალსაჩინოდ გვიჩვენებს პირდაპირ დამოკიდებულებას მთლიანად ეკონომიკისა და მისი ნაწილის, ე.ი. ჯანდაცვის ეკონომიკის მდგომარეობას შორის. ასე, წარმოების მოცულობათა ზრდისას ერთი მხრივ, მატულობს ბიუჯეტში იურიდიული და ფიზიკური პირების საგადასახადო და არასაგადასახადო განაცხადები, მაშასადამე, ცენტრალიზებული ფონდებიდან სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების შესაძლებლობებიც უფრო ფართო იქნება. ამავე დროს საწარმოებსა და დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალებს შეუძლიათ ნებაყოფლობით მიიღონ მონაწილეობა სამედიცინო დაზღვევაში. მეორე მხრივ, საწარმოებისა და დაწესებულებების მუშაკთა შემოსავლების ზრდა აფართოებს ნებაყოფლობით სამედიცინო დაზღვევაში მათი პირადად მონაწილეობის შესაძლებლობებს, ხოლო სურვილის შემთხვევაში ფასიანი სამედიცინო მომსახურებებით სარგებლობის საშუალება იძლევა, თავის მხრივ, ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევისა და ფასიანი სამედიცინო მომსახურების გაფართოებას, რომელიც საშუალებას მისცემს სახელმწიფოს გაზარდოს

ჯანდაცვის მომსახურებათა რეალიზაციის დაფინანსების მოცულობები უმუშევარი მოსახლეობისთვის (ბავშვებისთვის, პენსიონრებისთვის და ა.შ.), ე.ი. იმათთვის, რომლებსაც დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ აანაზღაურონ აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებები.

მთლიანობაში ეკონომიკის განვითარება, რა თქმა უნდა, საქართველოს ჯანდაცვის განვითარების აუცილებელი წანამძღვარია, თუმცა ეს არ გამორიცხავს კონკრეტულ გარდაქმნებს ჯანდაცვის, როგორც ქვეყნის ეროვნული მეურნეობის დამოუკიდებელი დარგის, საკუთარი ფინანსური რესურსების ფორმირების სისტემაში. ამ პრობლემათა გადაჭრის გზების არჩევა მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმთა ცვლილებების აუცილებლობით საბაზრო მეურნეობის პირობებში. გამწვავებული კონფლიქტი, ეროვნული ეკონომიკის სტაბილიზაციის ინტერესებიდან გამომდინარე, მკაცრი ეკონომიკის ზომების მიღების აუცილებლობასა და სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის გრძელვადიან მიზნებს შორის, აგრეთვე, თავის კვალს ტოვებს შესაძლო გადაწყვეტილებების ხასიათზე.

სადისერტაციო კვლევის ავტორის მიერ გაანალიზებულ იქნა ფინანსური პოლიტიკის მიმართულებები ჯანდაცვის დარგში, რომლებიც მოცემულია შემდეგ ოფიციალურ დოკუმენტებში:

1. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები;
2. ჯანდაცვის ფორმების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები;
3. 2002-2007 წ.წ.-ში საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების სტრატეგია;
4. საქართველოში საავადმყოფო დაწესებულების რესტრუქტურიზაციისა და ოპტიმიზაციის პროგრამა.

მითითებულ დოკუმენტებში არსებული ფინანსური პოლიტიკის ძირითად მიმართულებებს შორის საჭიროა გამოვყოთ შემდეგი:

– სამედიცინო დახმარების მიწოდების მარეგულირებელი ნორმატიულ-სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა, მათ შორის, ჯანდაცვაში ფინანსური ნაკადების გამჭვირვალობის უზრუნველყოფის, უფასო სამედიცინო დახმარების გარანტირებული მოცულობის შესრულების, აგრეთვე, ფასიანი სამედიცინო მომსახურებების ლეგალიზაციის მიზნით;

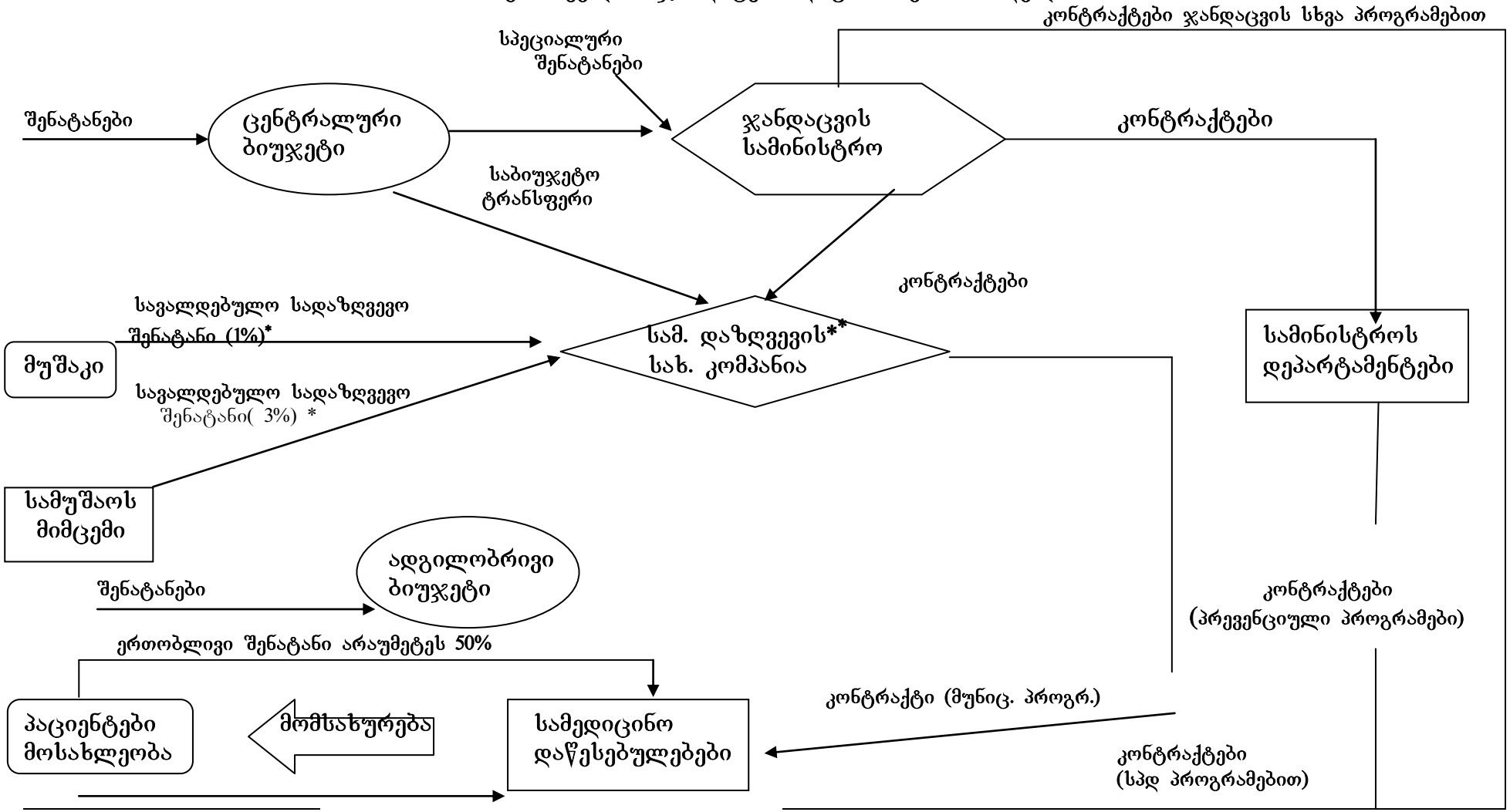
– დარგის ფინანსურ საშუალებათა მოძრაობის ყველა ეტაპზე ჯანდაცვის ფინანსების “სულადობრივ პრინციპზე გადასვლა” ჩამოყალიბება, განაწილება და ხარჯვა;

– რეგიონებზე სახელმწიფო გარანტიების ფარგლებში სამედიცინო დახმარების გაწევის პირობათა ფინანსური გათანაბრების მექანიზმების სრულყოფა, მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ტექნოლოგიათა სტანდარტების დანერგვა, ჯანდაცვის რესურსების უზრუნველყოფის ნორმატივების (ფინანსური, მატერიალური) შემუშავება და გამოყენება;

– ჯანდაცვის დაწესებულებების მიერ მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევის ხელშეკრულებებისა და შეკვეთების სისტემის შემუშავება, რაც ჯანდაცვაში ეფექტიანი კონკურენტული გარემოს შექმნის საშუალებას მოგვცემს;

ნახაზი. №1

საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი



* ახალი საგადასახადო კოდექსით (2005 წ. 10 იანვრის) – გაუქმებულია ;

** 2003 წლიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ შეწყვიტა ფუნქციონირება და შეიქმნა– სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი

თანამედროვე პერიოდში საქართველოში სამედიცინო მომსახურებათა რეალიზაციის ფინანსური უზრუნველყოფის პრობლემათა გადმოცემამდე, ჩვენი აზრით, მიზანშეწონილია შევჩერდეთ ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის სპეციფიკისა და ორგანიზაციის პრობლემებზე.

მოსახლეობის ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსური პოლიტიკის რეალიზება ხდება შესაბამისი ფინანსური მექანიზმის საშუალებით.

მივმართავთ რა მოცემული ცნების არსს, ხაზი გავუსვათ „ფინანსური მექანიზმის“ ცნების თეორიული შესწავლის სირთულეს, რაც განპირობებულია მოცემულ საკითხზე სპეციალური მონოგრაფიების არ არსებობით. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი მეცნიერ-ეკონომისტი ფინანსური მექანიზმის განსხვავებულ განმარტებას იძლევა. რ. კაკულიას განმარტებით: “ფინანსური მექანიზმი არის იმ ფორმებისა და მეთოდების ერთობლიობაა, რომლის მეშვეობითაც უზრუნველყოფილია განაწილებითი და გადანაწილებითი ურთიერთობანი, შემოსავლებისა და დაგროვების შექმნის, ფულადი საშუალებების ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული ფონდების შექმნა-გამოყენების განხირციელება” [14, გვ.77].

ნ. სენჩაგოვი ფინანსური მექანიზმის ქვეშ გულისხმობს ფინანსური ბერკეტებისა და სტიმულების, დაგროვებების, ფულადი შემოსავლების დაგეგმვისა და მართვის ორგანიზაციის ფორმებისა და მეთოდების ერთობლიობას [98, გვ. 72].

პროფ. ვ.მ. როდიონოვას აზრით, ფინანსური მექანიზმი – ეს საზოგადოების ეკონომიკური და სოციალური განვითარებისათვის ხელსაყრელი პირობების შექმნის მიზნით საზოგადოების მიერ გამოყენებული ფინანსური რესურსების ფორმირებისა და გამოყენების მეთოდების (ხერხების), ფინანსური ურთიერთობების ორგანიზაციის ფორმათა ერთობლიობაა [96, გვ.79].

მიუხედავად იმისა, რომ მოცემული განმარტებები მოიცავენ ფინანსური მექანიზმის ძირითად ელემენტს, მნიშვნელოვან ნაკლოვანებად უნდა აღინიშნოს ის, რომ დასახული მიზნის მისაღწევად ფინანსური ელემენტების გამოყენების შესაძლებლობა მითითებულია მხოლოდ ნ. სენჩაგოვის განმარტებებში, ხოლო ფინანსური მექანიზმის რეალიზაციის საბოლოო მიზანზე მითითებები მოცემულია მხოლოდ ვ. როდიონოვასთან. ჩვენი აზრით, უკანასკნელი ავტორის მიერ მოცემული ფინანსური მექანიზმის განმარტება უფრო სრულია.

ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის სპეციფიკისა და არსის თაობაზე გაგვაჩნია საკუთარი მოსაზრება. ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმი, ჩვენი აზრით განიხილება

ჯანდაცვის, როგორც მომსახურებათა სფეროს ერთ-ერთი დარგის, გაგებიდან გამომდინარე.

არასაწარმოო სფეროს პრობლემათა შესწავლას საბჭოთა მეცნიერ-ეკონომისტებმა ყურადღება მიაქციეს XX საუკუნის 50-იან წლებში. ამ საკითხს მიეძღვნა ნაშრომები ისეთი სამამულო ეკონომისტების, როგორიცაა: ლ. ჩიქავა, რ. ასათიანი; ბარათაშვილი ე. თაკალანძე ლ. უცხოური მეცნიერების: ე. ჟილცოვის, გ. ივანოვის, ვ. კორჩაგინის, ლ. სბიტოვოის, ვ. კრაჟევას, ვ. მედვედევის, კოზაკოვის ვ. პანიცკინის ვ. იაკობსონის და სხვ. [2; 23; 6; 78; 81; 82; 83; 89;91].

ტერმინი „ადამიანისეული კაპიტალი“ გვხვდება მრავალი ეკონომისტის ნაშრომში. ასე, „ადამიანისეული კაპიტალის“ კონცეფციის ავტორების, სახელდობრ, პ. სიგლისა და მისი თანამოაზრეების ინტერპრეტაციაში, ა. სმიტზე მითითებით „ადამიანისეული კაპიტალი“ მოიცავს საზოგადოების სიმდიდრესა და რესურსების ოდენობას ადამიანების შრომითი საქმიანობის შედეგად. ეს საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკური პოტენციალი, ეკონომიკური კატეგორიაა, მატერიალური და სულიერი რესურსების დაგროვებაა, რომელიც ხასიათდება სრულფასოვანი და ეფექტური შრომით.

ე. ჟილცოვი საუბრობს ადამიანისეული კაპიტალის, როგორც უცხოელი ეკონომისტების მიერ გამოყენებული მაჩვენებლის, განვითარების დონის შესახებ სხვა ქვეყნებთან შედარებისთვისა და კონკრეტული ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების დონის დახასიათებისთვის (78, გვ. 71). გაეროს მეთოდოლოგიის თანახმად, მაჩვენებელი „ადამიანის პოტენციალის განვითარების ინდექსი“ ასახავს, როგორც კეთილდღეობის სიდიდეს, ისე ამა თუ იმ ქვეყნის მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხსაც და წარმოადგენს საშუალო არითმეტიკულს ცხოვრების დონის სამი ყველაზე თვალსაჩინო ინდიკატორიდან: დაბადებისას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ინდექსი; მოსახლეობის განათლების დონის ინდექსი (კომბინირებული მაჩვენებელი, რომელიც გამოითვლება, როგორც ზრდასრული მოსახლეობის განათლების დონის ინდექსი და იმ მოსწავლეთა ერთობლივი წილის ინდექსი, რომლებიც ღებულობენ დაწყებით, საშუალო და უმაღლეს განათლებას); ერთ სულ მოსახლეზე რეალური მშპ-ს ინდექსი, რომლის დარიცხვა ხდება აშშ-ს დოლარებში სხვადასხვა ქვეყნების ვალუტათა მყიდველუნარიანობის პარიტეტის მიხედვით.

რაც უფრო ახლოსაა 1-თან ადამიანისეული პოტენციალის განვითარების ინდექსის მნიშვნელობა, მით უფრო მაღალია მოცემულ ქვეყანაში ადამიანისეული

პოტენციალის განვითარების ხარისხი და მით უფრო ახლოსაა ეს საზოგადოება სასურველ მიზნებთან. ჯანდაცვის განვითარების დონის მიხედვით პირველი ადგილები უკავიათ იაპონიას, კანადას, ისლანდიას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გავლენას ახდენს ადამიანისეულ რესურსებზე, მაშასადამე, ეკონომიკურ და საწარმოო ფაქტორებზეც, რაზეც დამოკიდებულია საქონლისა და მომსახურების წარმოება და, როგორც შედეგი, აისახება საზოგადოების სიმდიდრის წარმოებასა და დაგროვებაზე. გასაგებია, რომ ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკების შრომის ნაყოფიერება უფრო მაღალი იქნება, რაც დადებითად აისახება უფრო მაღალი ხარისხის საქონელთა და მომსახურებათა დიდი მოცულობების წარმოებაზე.

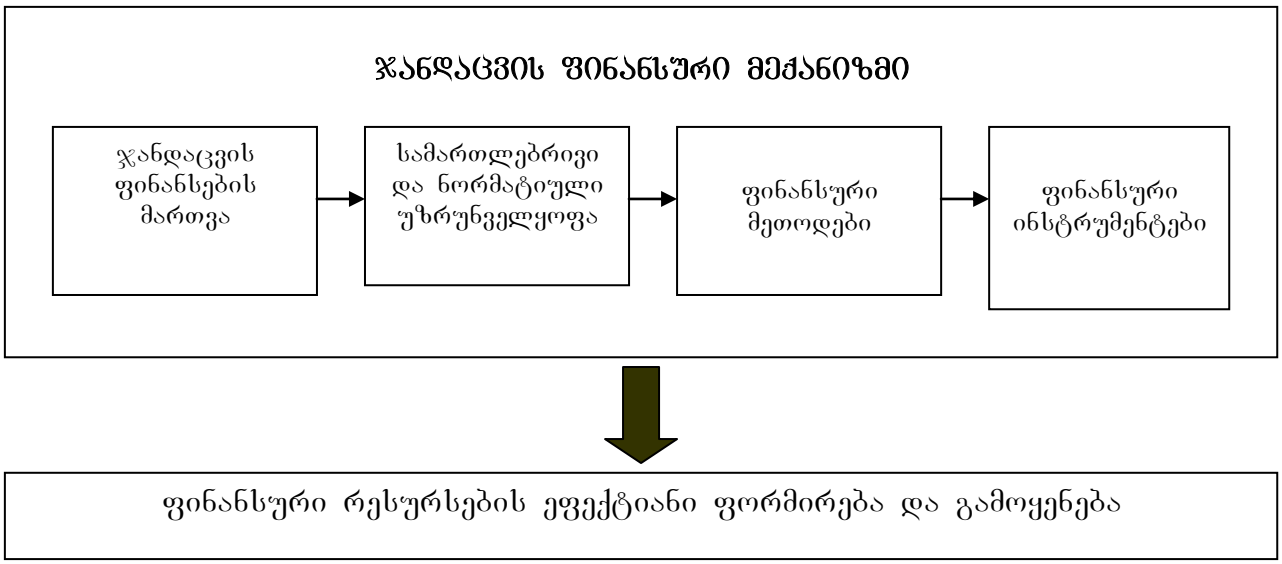
ჩვენი აზრით, სწორია იმ ავტორების პოზიცია, რომლებიც ნებისმიერი ქვეყნის ეკონომიკაში სოციალური სფეროს დიდ და მზარდ როლს აღიარებენ. ეჭვს არ იწვევს ის, რომ მომსახურების სფეროს ყველა დარგის განვითარებაზე დახარჯული საშუალებები გავლენას ახდენენ საზოგადოების მთავარ მწარმოებლურ ძალაზე – ადამიანზე.

ამ თვალსაზრისით, ჯანდაცვას, როგორც დარგს, რომელიც სამედიცინო მომსახურებებს უწევს მოსახლეობას, განსაკუთრებული ადგილი უკავია, რადგან ადამიანის ჯანმრთელობა შეადგენს ერის სიცოცხლისუნარიანობისა და გენოფონდის საფუძველს. ამიტომ, ხაზს ვუსვამთ რა არასაწარმოო სფეროს პროგრესული მნიშვნელობის მქონე მატერიალურ კეთილდღეობათა წარმოებაზე, მისი აქტიური გავლენისა და მოსახლეობის კეთილდღეობის ამაღლების თვალსაზრისით, ჩვენ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ჯანდაცვას.

როგორც აღინიშნა, მოსახლეობის ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსური პოლიტიკის რეალიზება ხდება შესაბამისი ფინანსური მექანიზმის საშუალებით.

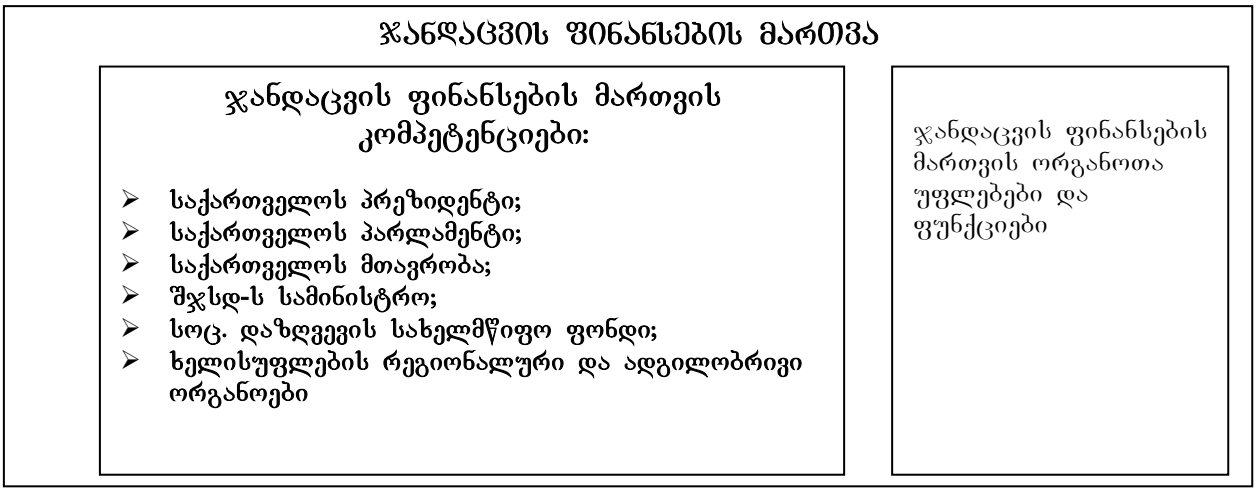
ჩვენ მიერ **ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმი** განიმარტება, როგორც **ფინანსების მართვის ურთიერთდაკავშირებული ელემენტების სისტემა შესაბამისი სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფის და აგრეთვე ფინანსური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების საფუძველზე, რომელთა საშუალებით ხდება ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების ეფექტიანი ფორმირება და გამოყენება.**

ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმი ჩვენ მიერ სქემატურად წარმოდგენილია ნახ. 2-ზე.



ნახ. 2. სისტემის ფუნქციონირების ფინანსური მექანიზმი

ქვესისტემა „ჯანდაცვის ფინანსების მართვა“ შედგება შემდეგი ორი ბლოკისაგან: ფინანსების მართვის კომპეტენციისაგან, მართვის ორგანოების უფლებებისა და ფუნქციებისაგან (**იხ. ნახ. 3.**).



ნახ. 3. ქვესისტემა „ჯანდაცვის ფინანსების მართვა“.

სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფა

სამართლებრივი უზრუნველყოფა	**ნორმატიული უზრუნველყოფა**
• საქართველოს კონსტიტუცია; • საქართველოს საგადასახადო კოდექსი; • კანონი საქართველოს მოქალაქეთა სამედიცინო დაზღვევის შესახებ; • საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებები; • საქართველოს მთავრობის დადგენილებები; • და სხვა.	• დარგობრივი ბრძანებულებები და განკარგულებები • ინსტრუქციები; • ნორმატივები; • მეთოდური მითითებები; • საქართველოს საფინანსო ორგანოების განკარგულებები; • საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების ორგანოებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოთა ნორმატიული აქტები; • და სხვა.

ნახ. 4. ქვესისტემა „სამართლებრივი და ნორმატიული აქტები.

ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის შემუშავებასა და რეალიზაციაში სახელმწიფოს როლი, უპირველეს ყოვლისა, განისაზღვრება სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფით (ნახ. 4).

სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფა წარმოადგენს საკანონმდებლო და სხვა სამართლებრივი აქტების, კერძოდ, კანონების, პრეზიდენტის ბრძანებულებების, მთავრობის დადგენილების, აგრეთვე, როგორც ცენტრალური საკანონმდებლო და აღმასრულებელი ხელისუფლების, ისე ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი მართვის დონეების მეთოდური მითითებების, ინსტრუქციების, ნორმატივების, ნორმების ერთობლიობას. სამართლებრივი და ნორმატიული აქტები წარმოადგენენ ჯანდაცვის ფინანსების მართვის აპარატის მმართველობითი საქმიანობის ორგანიზაციის საფუძველს, რომელიც განსაზღვრავს მართვის ორგანოების უფლებებსა და ფუნქციებს, აგრეთვე, სხვადასხვა ფინანსური მეთოდების მოქმედებებს.

ჯანდაცვის სფეროში გამოიყენება შემდეგი ფინანსური მეთოდები: დაგეგმვა, პროგნოზირება, ფასწარმოქმნა (შემოთავაზებულ სამედიცინო მომსახურებებზე გამოთვლების მეთოდიკები), სამედიცინო დაზღვევა, გადასახადით დაბეგვრა, დაკრედიტება, მატერიალური სტიმულირება, ლიზინგი, ინვესტირება და ა.შ.(ნახ. 5).

ფინანსური მეთოდები:

- დაგეგმვა;
- პროგნოზირება;
- სამედიცინო დაზღვევა;
- ინვესტირება;
- დაკრედიტება;
- გადასახადით დაბეგვრა;
- ფასწარმოქმნა;
- მატერიალური სტიმულირება;
- ლიზინგი;
- კონტროლი და სხვ.

ნახ. 5. ქვესისტემა „ფინანსური მეთოდები

ფინანსური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების საშუალებით ხორციელდება ზეგავლენა ჯანდაცვაში ჩამოყალიბებულ ფინანსურ ურთიერთობებზე ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და ინტეგრაციის მიზნით. ფინანსური ინსტრუმენტების ჩამონათვალი, რომელიც გამოყოფილია ჩვენ მიერ ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის ცალკე ქვესისტემად, მოყვანილია ნახ. 6-ზე.

ფინანსური ინსტრუმენტები

- მოგება;
- შემოსავალი;
- ამორტიზაციული ანარიცხები;
- საიჯარო გადასახდელი;
- დივიდენდები;
- ანაბრები;
- საპაიო ანარიცხები;
- საპროცენტო განაკვეთები;
- საგადასახადო განაკვეთები;
- ინვესტიციები;
- სუბსიდიები;
- ფასები და ტარიფები სამედიცინო მომსახურებაზე;
- სხვ.

ნახ. 6. ქვესისტემა „ფინანსური ინსტრუმენტები

ამა თუ იმ ფინანსური ინსტრუმენტის გამოყენება უნდა პასუხობდეს მოსახლეობის მხრიდან სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად საჭირო ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროების რაციონალური გამოყენებისა და ყველაზე სრული მობილიზაციის ამოცანებს.

სამედიცინო დაწესებულებათა ფინანსური რესურსების ფორმირების წყაროები სისტემატიზირებული და ილუსტრირებულია ჩვენ მიერ ნახ. 7-ზე.

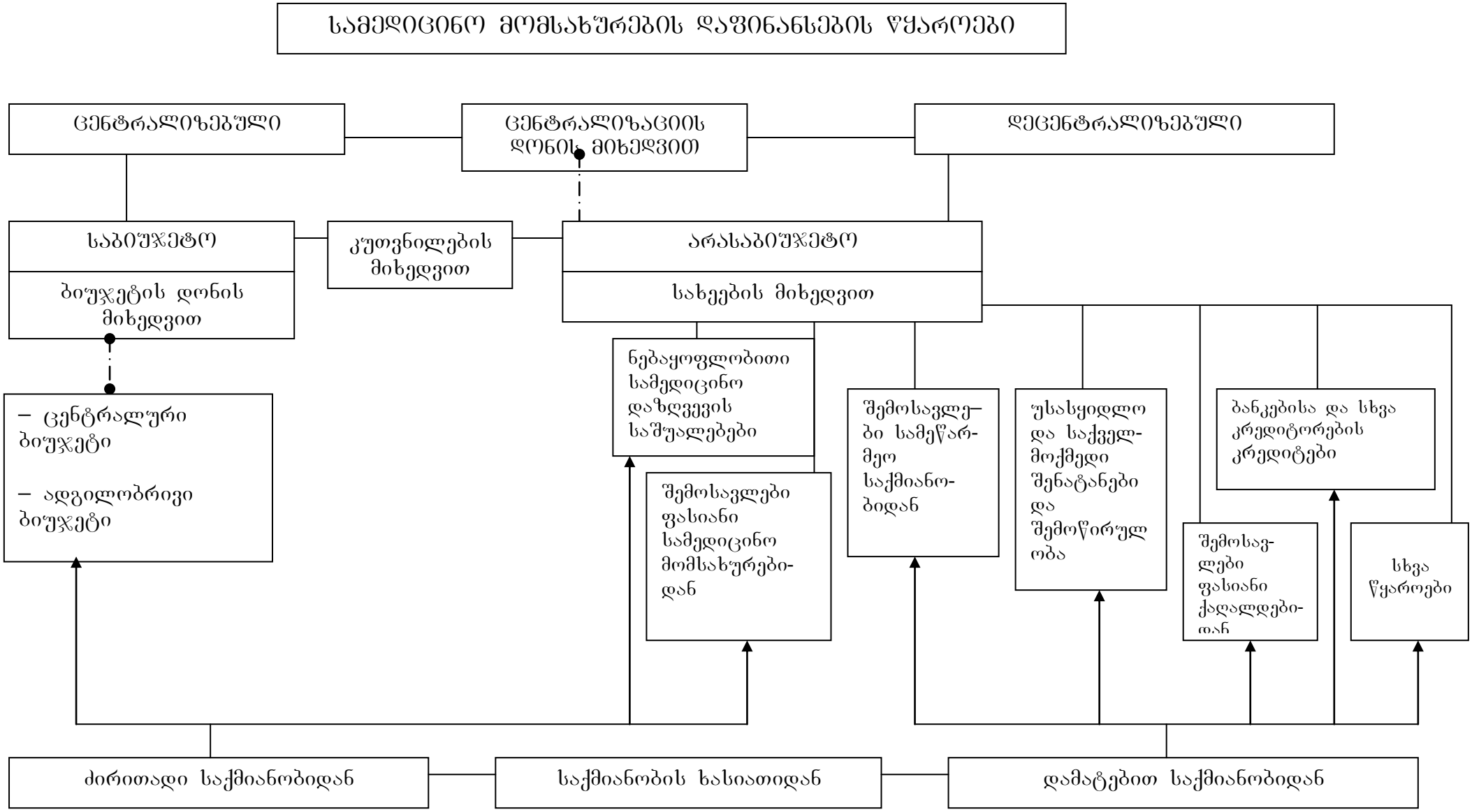
ცენტრალიზაციის ხარისხის მიხედვით შეიძლება გამოვყოთ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული წყაროები. ცენტრალიზებულს, ე.ი. საზოგადოებრივი ფონდებიდან ჩამოყალიბებულს, მიეკუთვნებიან ბიუჯეტის სახსრები, აგრეთვე, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფონდის საშუალებები.

სახელმწიფო ბიუჯეტი არის ფინანსური სისტემის მთავარი რგოლი. იგი წარმოადგენს ფულადი სახსრების ცენტრალიზებული ფონდის წარმოქმნისა და გამოყენების ფორმას სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოების ფუნქციების უზრუნველსაყოფად. მასში კონცენტრირდება სახელმწიფოს ფინანსური რესურსების მნიშვნელოვანი ნაწილი. ჯანდაცვის დაფინანსებაზე მიმართული ბიუჯეტის სახსრები იყოფა ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტების სახსრებად საბიუჯეტო სისტემის დონეების მიხედვით.

არასაბიუჯეტო ფონდები იქმნება ფულადი სახსრების აკუმულაციისთვის, რომლებიც მიმართულია, ბიუჯეტში ჩაურთველ ხარჯთა დაფინანსებაზე. არასაბიუჯეტო ფონდებს გააჩნია მკაცრი მიზნობრივი დანიშნულება და წარმოადგენენ დამოუკიდებელ ფინანსურ-საკრედიტო დაწესებულებებს.

დეცენტრალიზებულებად (თვით სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მობილიზებულად) შეიძლება ჩავთვალოთ დარგის დაფინანსების ისეთი არასაბიუჯეტო წყაროები, როგორიცაა ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის საშუალებები, ფასიანი სამედიცინო მომსახურებებიდან, სამეწარმეო საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლები, საქველმოქმედო შენატანები, შემოსავლები ფასიანი ქაღალდებიდან და ა.შ.

კუთვნილების მიხედვით ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები შეიძლება დავაჯგუფოთ საბიუჯეტო და არასაბიუჯეტო წყაროებად.



ნახ. 7. სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების წყაროების კლასიფიკაციური სქემა.

აგრეთვე, შეიძლება მოვახდინოთ დაფინანსების ყველა მითითებული წყაროს სისტემატიზირება საქმიანობის ხასიათის მიხედვით: ძირითადი საქმიანობის შედეგად, ე.ი. სამედიცინო დახმარების გაწევის შედეგად; დამატებითი საქმიანობის შედეგად, რომელიც უშუალოდ არ არის დაკავშირებული მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასთან.

წარმოდგენილი კლასიფიკაცია საშუალებას იძლევა უფრო ზუსტად განვსაზღვროთ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ფინანსური რესურსების ფორმირების წყაროები, რამაც პრაქტიკაში ხელი უნდა შეუწყოს მათ, უფრო სრულ, მობილიზაციას.

I.2. ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის მექანიზმი საზღვარგარეთ

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლასთან დაკავშირებით , ჯანდაცვის სექტირის ორგანიზაციული მოწყობის, მართვისა და დაფინანსების მეთოდები რამდენიმეჯერ შეიცვალა ხელისუფლების პოლიტიკის შესაბამისად.

საქართველოს ჯანდაცვის ობიექტების (ან სისტემის) დაფინანსების სრულყოფისათვის საჭიროა გავეცნოთ ევროპულ და ამერიკულ გამოცდილებას, რადგან სწორედ ამ მიმართულებით აღინიშნება მრავალი სიახლე დარგის ეკონომიკაში. ამ გამოცდილებაზე უნდა ავაგოთ საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი.

ამჟამად ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში არსებობენ სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის საკმაოდ ეფექტიანი სისტემები, რომლებიც იქმნებოდა სხვადასხვა საზოგადოებრივ-პოლიტიკურ, სოციალურ-ეკონომიკურ და რელიგიურ პირობებში. ყველა ეს სისტემა, რომლებსაც გააჩნია რა რიგი სპეციფიკური თვისებები, ორიენტირებულია სამედიცინო მომსახურების ამაღლებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესებაზე (საერთო სიკვდილიანობის შემცირება, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდა, ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება და ა.შ.).

იმ მონაცემების ანალიზი, რომლებიც მოყვანილია რუსი მეცნიერის ჩ. აინეკენოვის მიერ 1900-2000 წლებში ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ზრდასთან ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების დონის ზრდის შეფარდების მდგომარეობის მიხედვით, გვიჩვენებს, რომ მსოფლიოში ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების ეფექტიანობა მცირდება. ასე, ჯანდაცვაზე წელიწადში 10%-ის ტოლი დანახარჯების ზრდისას, 1900წ. ჯანმრთელობის დონის ზრდამ შეადგინა 12%; 1930წ. – 8%; 1970 – 4%; 1980 – 1,3%; 2000წ. – 1% (62, გვ. 81).

თუ ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების ეფექტიანობის ქვეშ ვიგულისხმებთ შედეგებისა და დანახარჯების ფარდობას, მაშინ ეფექტიანობის

მაჩვენებელი შეიძლება ჩავწეროთ შემდეგი ფორმულის სახით:

$$Э \frac{\Delta P}{\Delta K},$$

სადაც, ΔP – მოსახლეობის ჯანმრთელობის დონის ზრდა %-ში;

ΔK – ჯანდაცვაზე დანახარჯების დონის ზრდა %-ში.

თანამედროვე ეტაპზე ჯანდაცვის განვითარების ექსტენსიური პერიოდი დასრულებულია და არსებული სახით ჯანდაცვის სამსახურებმა ამოწურეს თავიანთი რეზერვი.

ექსტენსიური ფაქტორების ხარჯზე ჯანდაცვის შემდგომი განვითარების შეუძლებლობა დაკავშირებულია იმასთან, რომ ჯანმრთელობაზე სულ უფრო მეტ ზეგავლენას ახდენენ ეკოლოგიური გარემოს, სოციალურ-ეკონომიკური პირობების ცვლილებასთან დაკავშირებული ფაქტორები და ა.შ.

სოციალურად ორიენტირებული საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სახელმწიფო პრიორიტეტულად ყურადღებას უთმობს საზოგადოებაში სოციალური პრობლემების გადაჭრას. მაგალითად, ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში სოციალური პრობლემების გადაჭრაზე გამოიყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტის სახსრების არანაკლებ 60%.

ეკონომიკურად განვითარებულ თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯები წინ უსწრებენ დანარჩენი სოციალური დარგის ხარჯებს, განათლებისა და კულტურის ჩათვლით, და მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (მეპ) 7-14% შეადგენენ.

საზღვარგარეთის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა უპირატესად განპირობებულია მოსახლეობისთვის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის გაფართოებით, სამედიცინო მომსახურებაზე ტარიფების ზრდით, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებით, ადმინისტრაციული ხარჯების წილის ზრდით და ა.შ. საზღვარგარეთ, ამასთან დაკავშირებით არსებითი ყურადღება ეთმობა სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდის შემცირებას, მიმდინარე და ერთდროულ დანახარჯებზე მიღებული ეკონომიის ხარჯზე სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ეფექტიანობის ამაღლებას.

განვიხილოთ ზოგიერთ ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის გამოცდილება.

აშშ-ში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების საერთო ბიუჯეტი იქმნება შემდეგი ფონდებიდან:

– სახელმწიფო პროგრამა მედიკეიდი – 10% (უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებით შემოსავლის დაბალი დონის მქონე ზოგიერთ ოჯახს, სადაც კმაყოფაზე მყოფი ბავშვებია და ყველაზე ღარიბ, უსინათლო და არაშრომისუნარიან პირებს);

– სახელმწიფო პროგრამა მედიკერი – 17% (უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებას მათთვის, რომლებსაც შეუსრულდათ 65 წელი, და ზოგიერთ არაშრომისუნარიანს);

– სხვა სამთავრობო პროგრამები – 15%;

– კერძო სამედიცინო დაზღვევის სახსრები – 33%;

– სახსრები სხვა კერძო წყაროებიდან – 4%;

– მოქალაქეთა პირადი სახსრები – 21%.

1980 წლიდან 1992 წლის ჩათვლით აშშ-ში ჯანდაცვის ხარჯები გაიზარდა მეპ-ის 9%-დან 14%-მდე, ხოლო 2000 წლისთვის ისინი გაიზარდა 19%-მდე(62, გვ. 89).

აშშ-ში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ხარჯების სტრუქტურა ასეთია: საავადმყოფო დახმარებაზე იხარჯება 39%, სახლში მედდის მიერ მოვლაზე – 8%, ექიმთა შრომის ანაზღაურებაზე – 19%, სხვა პერსონალის ანაზღაურებაზე – 22%, სხვა სამედიცინო ხარჯები შეადგენენ – 12% (62, გვ. 91).

ამერიკელთა უმრავლესობა ჯანდაცვაზე გამოყოფილ ფინანსურ საშუალებებს ღებულობენ შუამავლების საშუალებით, რომელთა სახით გამოდის 1000-ზე მეტი სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო კომპანია. თუმცა, აშშ-ში ჩამოყალიბებულმა სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების სისტემამ და კერძო სადაზღვევო სამედიცინო კომპანიების საშუამავლო ქსელმა ჯანდაცვის ხარჯები საკმაოდ მაღალ დონემდე მიიყვანეს. ასე, მაგალითად, ამერიკელი ექსპერტების მონაცემების მიხედვით, ყველა შემოთავაზებული სამედიცინო მომსახურების დაახლოებით 25-30%, ექიმ-სპეციალისტების მოწვევის, ანალიზების ჩაბარების, ოპერაციული ჩარევის, სამკურნალო ნივთიერებების შეძენის და ა.შ. ჩათვლით, ჯანმრთელობის თვალსაზრისით მიზანშეუწონელი, ხოლო რიგ შემთხვევებში კი – საზიანოც იყო. უფრო მეტიც, თუ განვიხილავთ ამერიკული ჯანდაცვის ეფექტიანობის ამაღლების საკითხებს, მაშინ, ამერიკელი პროფკავშირების ხელმძღვანელობის აზრით, ოპტიმიზაცია სამჯერ „სამედიცინო დახმარების ხარისხი – ტარიფის – ხელმისაწვდომობა“ ხდება ეროვნული ამოცანა.

სოციოლოგიურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ აშშ-ს მოსახლეობის უმრავლესობა მიზანშეწონილად თვლის კერძო მედიცინის შენარჩუნებას, რადგან

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი კერძო საავადმყოფოებში უფრო მაღალია, ვიდრე ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორში.

აშშ-ში ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემის ძირითადი ღირებულებებია:

– მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხარისხის ფედერალური სტანდარტები;

– ამერიკელი მოსახლეობის ჯანდაცვის დარგში სამეცნიერო-სამედიცინო კვლევებისა და შემუშავებების კოორდინირებული სისტემის არსებობა, რომელთა დაფინანსება ხორციელდება როგორც ფედერალური ბიუჯეტის სახსრების, ისე კერძო და სახელმწიფო ბიზნესის ორგანიზაციებისა და ფირმების სახსრების ხარჯზეც;

– მთლიანობაში მოსახლეობისა და, მათ შორის, დაქირავებული სამუშაო ძალის ჯანმრთელობის დაცვაზე ბიზნესის და სახელმწიფო პასუხისმგებლობის მაღალი ხარისხი;

– პაციენტების სამართლებრივი დაცვის მაღალი ხარისხი, მათ შორის, მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენების ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სისტემის ჩათვლით;

– განაწილება "მედიკეიდის" პროგრამით ჯანდაცვის ფედერალური ბიუჯეტის შტატებს შორის შტატში ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავლის უკუპროპორციულად. ეს პრინციპი შეესაბამება სოციალურ სამართლიანობას, რადგან ნაკლები შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე შტატში გულისხმობს ჯანდაცვის მიზნებზე ფედერალური სახსრების დიდი რაოდენობით გამოყოფას;

– მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადების დახვეწილი სისტემა;

– აშშ-ს კანონმდებლობა სამედიცინო პერსონალთან მიმართებაში პაციენტთა სასამართლო სარჩელების წახალისებას ახდენს. ეს სისტემა, ჯერ ერთი, ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის ხარისხის ამაღლებას, მეორეც, მას მივყავართ სამედიცინო მუშაკების პროფესიული რისკის დაზღვევის აუცილებლობამდე.

თუმცა, ჯანდაცვის ორგანიზაციის ამერიკულ სისტემას რიგი არსებითი ნაკლოვანებები გააჩნია, მათ შორის ძირითადია:

– ჯანდაცვაზე დანახარჯების დონის ზრდის მაღალი ტემპები, რომლებიც ხშირად არ შეესაბამებიან სამედიცინო მომსახურებათა ხარისხის დონესა და ზრდის ტემპებს. ამას მივყავართ იქამდე, რომ კვალიფიციური სამედიცინო

დახმარება არ არის მისაწვდომი ამერიკელთა მნიშვნელოვანი რაოდენობისთვის, მსოფლიოში ჯანდაცვაზე ყველაზე მაღალი ხარჯებისას აშშ-ს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ჯამური მაჩვენებლები ჩამორჩებიან სხვა ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებლებს, რაც მოწმობს აშშ-ში ჯანდაცვის დაბალ ეფექტიანობაზე. გარდა ამისა, სამედიცინო მომსახურებათა თვითღირებულებაში საკმაოდ მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯების წილი (რიგ შემთხვევაში ისინი შეადგენენ სამედიცინო მომსახურებათა საერთო თვითღირებულების 20%-მდე);

– სამედიცინო მუშაკების შრომის ანაზღაურება ხორციელდება პრინციპით „ჰონორარი მომსახურეობისთვის“, რომლის შედეგს წარმოადგენს რიგ შემთხვევებში პაციენტისთვის ჭარბი სამედიცინო პროცედურებისა და სამკურნალო საშუალებების დანიშვნა;

– სამედიცინო დაზღვევის რთული სისტემა. გარდა ამისა, სადაზღვევო საშუალებების მართვაში დეცენტრალიზაციას (მაგალითად, “მედიკეიდის” სახელმწიფო პროგრამის ჩარჩოებში ფედერალური ფინანსური რესურსების მართვა რეგულირდება კერძო სადაზღვევო სამედიცინო ორგანოების დონეზე) მივყავართ აშშ-ს ჯანდაცვაში ფინანსური რესურსების მოძრაობის არაკოორდინირებულობამდე და მრავალარხიანობამდე;

– სხვადასხვა შტატებში ერთი და იგივე სამედიცინო მომსახურების ტარიფების მნიშვნელოვანი განსხვავებაა. აშშ-ს სხვადასხვა შტატებში ღირებულება განსხვავდება 19-15-ჯერ.

დიდ ბრიტანეთში გამოიყენება ლორდ ბევერიჯის ინიციატივით 1948 წელს მიღებული ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი. ამ მოდელის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ბრიტანეთის ჯანდაცვის ბიუჯეტი ძირითადად ფორმირდება საგადასახადო შენატანებიდან. საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ეს მოდელი წარმოადგენდა დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ბიუჯეტის რეგულირებისა და სოციალური სამართლიანობის პრინციპების საფუძველზე მოსახლეობის ცალკეულ კატეგორიებს შორის გამოყოფილი ფინანსური რესურსების რეგულირების ეფექტიან ინსტრუმენტს.

ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის ბრიტანული სისტემის საფუძველში ჩადებულია პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების პრიორიტეტი. დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა წილი ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ექიმთა საერთო რაოდენობის დაახლოებით 50%-ს შეადგენს. ექიმთა ეს კატეგორია სამედიცინო დახმარებას უწევს ავადმყოფთა

თითქმის 90%-ს. ამავე დროს, ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა საქმიანობასთან დაკავშირებული დანახარჯების წილი ახლო დრომდე შეადგენდა დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ბიუჯეტის საერთო მოცულობის დაახლოებით 6%-ს. გარდა ამისა, ქვეყანაში ჩამოყალიბდა ექიმ-სპეციალისტებისადმი ავადმყოფების მიმართვათა მკაფიო სისტემა.

დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის ძირითადი ღირსებებია:

– ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო ხასიათი სამეწარმეო საქმიანობის სუბიექტთა გადასახადის პროგრესული დაბეგვრის გზით მიღებული სახსრების ხარჯზე;

– რეგიონული ბიუჯეტების სახელმწიფო რეგულირება ცხოვრების უფრო მაღალი დონის მქონე რეგიონებიდან ცხოვრების უფრო დაბალი დონის მქონე რეგიონებში ფინანსური რესურსების გადანაწილების გზით;

– ჯანდაცვაზე შედარებით დაბალი (სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით) დანახარჯები უზრუნველყოფენ მოსახლეობის ჯანდაცვის მდგომარეობის მაღალ მაჩვენებლებს;

– სამედიცინო კადრების მომზადებისა და გადამზადების მაღალი დონე და განვითარებული სისტემა;

– ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა შრომის ანაზღაურების დიფერენცირებული სისტემა მომსახურებადი ტერიტორიის მოსახლეობის სტრუქტურისა და რაოდენობის, აგრეთვე, გასაწევი სახის სამედიცინო დახმარების მიხედვით;

– მდგრადი საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტების, სამედიცინო მუშაკების, ჯანდაცვის ობიექტების, აგრეთვე, ყველა დონის ჯანდაცვის მართვის სახელმწიფო ორგანოების უფლებებსა და ვალდებულებებს.

ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის სისტემის არსებული ნაკლოვანებების გამოსწორება ხდება რეფორმების გზით. დადგენილი ნაკლოვანებების დაძლევის გეგმა წინასწარ განსაზღვრა 1992-1993წწ. ბრიტანეთის ჯანდაცვის რეფორმა.

ეს ნაკლოვანებები იყო: ჯერ ერთი, ჯანდაცვის მართვის მჭიდრო ცენტრალიზაციამ მიიყვანა ვერტიკალური კავშირების დაუსაბუთებელ გართულებამდე ჯანდაცვის მართვის სისტემაში. ასე, მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკის თითოეული ექიმი ფაქტიურად პირდაპირ დებდა ჯანდაცვის სამინისტროსთან საექიმო საქმიანობაზე კონტრაქტს. ამან, საბოლოო ჯამში,

გამოიწვია ჯანდაცვის ბიუჯეტში ადმინისტრაციული ხარჯების წილის ზრდა, აგრეთვე, მისი ეფექტიანობის შემცირება. მეორეც, ჯანდაცვითი საქმიანობის რიგი მიმართულებების არასაკმარისმა განვითარებამ მთლიანობაში ჰოსპიტალიზაციაზე, გეგმიურ ოპერაციებსა და ამბულატორულ მკურნალობაზე მნიშვნელოვანი რიგები გააჩინა. გარდა ამისა, დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსების არსებული სისტემა იწვევდა ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებში მკურნალობისა და სამკურნალო პრეპარატების ფასების არსებით განსხვავებას.

ამიტომ შემთხვევითი არ არის ის, რომ მომდევნო წლებში დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა სრულად აღარ შეესაბამებოდა საზოგადოების მოთხოვნილებებს. სარესურსო უზრუნველყოფა არ აკმაყოფილებდა მოთხოვნას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც განპირობებული იყო დემოგრაფიული ცვლილებებით, მაღალხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობის მზარდი მოთხოვნილებით.

ამჟამად დიდ ბრიტანეთში მიმდინარე ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის რეფორმა მიმართულია თითოეული პაციენტის, ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოების, ჯანდაცვის ობიექტების, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და ა.შ. პასუხისმგებლობის ამაღლებაზე.

მიმდინარე რეფორმამ განაპირობა სამედიცინო დახმარების დონეთა დაახლოება ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებსა და სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფებს შორის. ამჟამად დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსების სტრუქტურა ასეთია: ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მთელი სახსრების 84% ყალიბდება სახელმწიფო წყაროებიდან, დაახლოებით 4 % – მოქალაქეთა პირადი სახსრების ხარჯზე, ხოლო დანარჩენ ნაწილს შეადგენდა კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩარჩოებში მიღებული სახსრები. თანაც დიდ ბრიტანეთში კერძო სამედიცინო დაზღვევის მომსახურეობით მოცულია მოსახლეობის დაახლოებით 15% (103,გვ.92). ეს მომსახურეობა გამოიყენება, როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო სისტემის ალტერნატიული მომსახურებები დამატებითი ან უფრო ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურეობის მიღების მიზნით.

კანადაში მოქმედებს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მაღალ დონესა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს. ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის კანადური სისტემის ჩარჩოებში უპირველესად

სახელმწიფოს ხარჯზე ფაქტიურად უფასოდ ხდება დახმარების გაწევა, რომელიც მოიცავს სამედიცინო მომსახურებათა ფართო სპექტრს.

კანადაში სახელმწიფოს უკავია მოწინავე ადგილი ჯანდაცვის დაფინანსებასა და ორგანიზაციაში, აფინანსებს რა ჯანდაცვის ბიუჯეტის ხარჯების 75%-ზე მეტს. კანადაში საავადმყოფო და ამბულატორული დაწესებულებების უმრავლესობა (დაახლოებით 95%) ფუნქციონირებს არაკომერციულ საწყისებზე.

ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზაციის კანადური სისტემის საფუძველში დევს სხვადასხვა დონის ჯანდაცვის მართვის ორგანოთა კომპეტენციის გამიჯვნა.

ასე მაგალითად, ეროვნული ჯანდაცვისა და სოციალური კეთილდღეობის ფედერალური სამინისტრო წყვეტს სტრატეგიულ ამოცანებს: განსაზღვრავს ფედერალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე ხარჯების ოდენობას, ახდენს სამეცნიერო კვლევების კოორდინაციას, ახორციელებს კადრების მომზადებასა და სამედიცინო დახმარების ხარისხის სტანდარტების შემუშავებას.

კანადის ექვს პროვინციაში ჯანდაცვა ფინანსდება საერთო-საგადასახადო შენატანებიდან და ფედერალური დოტაციებიდან, ხოლო კანადის შემადგენლობაში შემავალ ორ ჩრდილოეთ ტერიტორიასა და დანარჩენ ოთხ პროვინციაში ჩამოთვლილი წყაროების გარდა გამოიყენება შენატანი საშემოსავლო გადასახადის სახით, რაც შესაბამისად აფართოებს შემოთავაზებული მომსახურების სპექტრს.

ჯანდაცვის ორგანიზაციის კანადური სისტემა საკმაოდ მოქნილად ითავსებს როგორც ცენტრალიზებული, ისე დეცენტრალიზებული მართვის ელემენტებსაც: ფედერალურ ხელისუფლებას გააჩნია პრიორიტეტი ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის სტრატეგიული საერთო-ეროვნული საკითხების გადაჭრაში, ხოლო ჯანდაცვის ობიექტების მიმდინარე ოპერატიული საქმიანობის საკითხების გადაჭრა ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოების კომპეტენციაა.

ამჟამად კანადის ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება შემდეგი წყაროებიდან:

– 30,4% გამოყოფს ფედერალური მთავრობა;

– 42,2% – პროვინციათა მთავრობები;

– 1,1% – ხელისუფლების ადგილობრივი ორგანოები;

– 25,4% – კერძო პირების შენატანები;

– 0,9% – მუშებისთვის გადასახდელი კომპენსაციები.

ჯანდაცვის ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილი იქმნება შემდეგნაირად:

– საავადმყოფოების შენახვა – 39,3%;

– ჯანდაცვის სხვა ობიექტების შენახვა – 10,3%;

– ექიმების შრომის ანაზღაურება – 16,1%;

– სამკურნალო პრეპარატებით უზრუნველყოფა – 11,6%;

– ჯანდაცვის ბიუჯეტის სხვა ხარჯები – 12,7% [103, გვ. 71].

კანადაში ჯანდაცვის დაფინანსებისა და ორგანიზაციის სისტემის ძირითადი ღირსებებია:

– უპირველესად ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება, არაკომერციულ საფუძველზე სამედიცინო დახმარების გაწევა. ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება სამეწარმეო საქმიანობის სუბიექტების პროგრესული გადასახადით დაბეგვრის ხარჯზე;

– სამედიცინო დახმარების ხარისხზე სახელმწიფო კონტროლი;

– სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის არსებობა, რომელიც მოიცავს ქვეყნის ყველა მოქალაქეს. ამ სისტემის ჩარჩოებში პაციენტებს უფასოდ სთავაზობენ სამედიცინო მომსახურებათა ფართო სპექტრს. გარდა ამისა, პაციენტებს გააჩნიათ ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობა სამედიცინო მომსახურებათა მიღებისას, რომელთა ანაზღაურება გარანტირებულია სადაზღვევო პოლისით;

– სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯთა სტრუქტურაში ადმინისტრაციული ხარჯების შედარებით დაბალი წილი.

თუმცა კანადაში გასაწევი სამედიცინო დახმარების ღირებულება საკმაოდ მაღალია სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით. გარდა ამისა, ნეგატიურ ტენდენციას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურეობაზე დანახარჯების მუდმივი ზრდა. არასრულყოფილია სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურებაც, რომელიც დაფუძნებულია პრინციპზე „ჰონორარი მომსახურებისთვის“.

ჯანდაცვის იაპონურ ორგანიზაციასა და დაფინანსებას საფუძვლად უდევს ბისმარკის მოდელი, რომელიც ადაპტირებულია იაპონური საზოგადოების საზოგადოებრივ-პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პირობებისადმი.

ამჟამად იაპონური მოდელი წარმოადგენს სოციალური დაზღვევის ზოგადეროვნულ სისტემას განვითარებული ინფრასტრუქტურით და დაზღვევის ყველა სუბიექტს შორის სამართლებრივი და ფინანსური ურთიერთობების გამართული მექანიზმით. სამედიცინო დაზღვევა მოიცავს იაპონიის მთელ მოსახლეობას. ფინანსური რესურსები კონცენტრირებულია იაპონიის მთავრობის

მიერ განსაზღვრულ პრიორიტეტულ მიმართულებებზე – პროფილაქტიკურ ღონისძიებებსა და მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენების, პირველ რიგში, მოხუცთა სამედიცინო დახმარების დაფინანსებაზე.

ჯანდაცვის ყველა ფინანსური რესურსი, რომელიც ყალიბდება ან მხოლოდ სადაზღვევო ანარიცხების ხარჯზე, ან სადაზღვევო ანარიცხებისა და სახელმწიფოს მცირე დოტაციების ხარჯზე, თავმოყრილია იაპონიაში სადაზღვევო კავშირებში. ფინანსურ წარმომადგენლებად და სადაზღვევო კავშირების შუამავლებად გამოდიან სამედიცინო დაზღვევის ფონდები. ამ ფონდების ფუნქციას წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეულ მომსახურებათა ფაქტზე წარმოდგენილი ანგარიშების ანაზღაურების ნებართვების შემოწმება და მათი გაცემა.

იაპონიაში არსებული ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და დაფინანსების სისტემა დაზღვეულ პაციენტებს აძლევს ხარჯების 90%-ის დაფარვის საშუალებას მომსახურების შეთავაზების გზით, აგრეთვე, ავადმყოფების მოვლაზე გაწეული დანახარჯების 60%-მდე ანაზღაურების, ბავშვის დაბადებაზე დახმარების გადახდისა და ა.შ. საშუალებას. ფინანსური საშუალებების ნაწილი იხარჯება პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე, მათ შორის ფიზკულტურისა და სპორტის განვითარებაზე, მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფორმირებაზე.

ჯანდაცვის მართვის სახელმწიფო ორგანოები გამოდიან სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ურთიერთობების რეგულატორად: ფასები ერთნაირ სამედიცინო მომსახურეობაზე არ არის დამოკიდებული სამედიცინო დაწესებულების ტიპსა და სამედიცინო დახმარების გაწევის დონეზე. ამავე დროს ფასები მტკიცდება ცენტრალიზებულად იაპონიის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ და ორ წელიწადში ერთხელ ხდება მათი გადახედვა.

სამედიცინო დახმარების გაწევა ემყარება ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის პრინციპს. სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხი დაფუძნებულია სამედიცინო მომსახურეობისა და სამედიცინო დაწესებულებების კონკურენტული ბაზრის არსებობაზე.

ამჟამად იაპონიის ჯანდაცვის პრობლემები დაკავშირებულია სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების ზრდასთან. ამ ხარჯების ზრდა განპირობებულია, პირველ რიგში, ხანდაზმული ადამიანების წილის ზრდით ქვეყნის მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში. ამჟამად იაპონიაში მოსახლეობის 12,6% შეადგენენ 65 წელზე უფროსი ასაკის პირები (62, გვ. 116).

გარდა ამისა, იაპონიაში სხვა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით, მნიშვნელოვნად დიდია ხარჯები სტაციონარულ დახმარებაზე, რაც განპირობებულია ადამიანების სტაციონარში დაყოვნების უფრო ხანგრძლივი ვადებით.

საფრანგეთში სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება სოციალური დაზღვევის ჩარჩოებში. სოციალური დაზღვევის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პროგრამას წარმოადგენს მუშაკების ეროვნული დაზღვევის სალაროს შექმნა, რომელიც ემსახურება ქვეყნის მთელი მოსახლეობის დაახლოებით 70%-ს.

საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის ყველა რეალიზებად პროგრამას გააჩნია ავტონომიურობის მაღალი ხარისხი ჯანდაცვის მართვის სახელმწიფო ორგანოებთან მიმართებაში.

საფრანგეთში ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება საგადასახადო შემონატანების საშუალებით, რომელთა აკრეფა ხდება მუშაკებიდან და დამსაქმებლებისგან. ჯანდაცვის სახსრების დაახლოებით 74% შემოდის სახელმწიფო წყაროებიდან, ხოლო დანარჩენს შეადგენენ მოქალაქეთა პირადი სახსრები. საექიმო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხორციელდება შემდეგნაირად. საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში მომუშავე ექიმები ღებულობენ ხელფასს, ხოლო კერძო საავადმყოფოებში ექიმებისა და კერძო-პრაქტიკოს ექიმთა შრომის ანაზღაურება ხორციელდება პრინციპით „ჰონორარი მომსახურებისთვის“. ამავე დროს საფრანგეთში საწოლის ფონდის 65% მოდის საზოგადოებრივ საავადმყოფოებზე და 35% – კერძოზე [99, გვ. 18].

საფრანგეთში სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდის საშუალებით სოციალური სამედიცინო დაზღვევის სისტემით მოცულია ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 80%. სადაზღვევო ფონდის ოდენობა კი არ არის დამოკიდებული დასაზღვევი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, არამედ განისაზღვრება მხოლოდ მისი ერთობლივი წლიური შემოსავლის ოდენობით.

საფრანგეთში არ არსებობს სამედიცინო მომსახურებათა თავისუფალი ბაზარი. მთავრობა მკაცრად არეგულირებს ფასებს უმეტეს სამედიცინო მომსახურებაზე, მათ შორის, როგორც საზოგადოებრივ, ისე კერძო ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ექიმთა ჰონორარებსაც. ასეთი მიდგომა გამორიცხავს სამედიცინო მომსახურებებზე დანახარჯების მნიშვნელოვან ზრდას. მაგალითად, საბიუჯეტო სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა შენახვაზე ყოველწლიურად გამოიყოფა ფინანსური სახსრების გარკვეული ოდენობა. თუკი

დაშვებულია ამ სახსრების გადახარჯვა, მაშინ მისი ანაზღაურება ხდება მომდევნო წლის ბიუჯეტის ხარჯზე. საფრანგეთში ნებისმიერი საკითხი ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნიკის საზღვარგარეთ შეძენის და ექსპლუატაციაში შეყვანის, ჯანდაცვის ობიექტების მშენებლობის შესახებ წყდება მხოლოდ სამთავრობო დონეზე. ერთის მხრივ, საფრანგეთში ჯანდაცვის მართვის მკაცრად ცენტრალიზებული სისტემა ამცირებს ამ სისტემის მოქნილობასა და ეფექტიანობას, ხოლო მეორეს მხრივ, – საშუალებას იძლევა ვაკონტროლოთ და ვარეგულიროთ დანახარჯების დონე სამედიცინო მომსახურეობისა და მთლიანობაში ჯანდაცვაზე.

ამრიგად, უცხოეთის ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროების განსხვავების მიუხედავად, ზოგიერთი მათგანი ემყარება დაზღვევის პრინციპს, ხოლო ზოგიერთი – საგადასახადო შენატანების სისტემას.

ქვემოთ მოყვანილია ჯანდაცვის ობიექტების დაფინანსების ძირითადი მეთოდები უცხოეთის ქვეყნებში. (ნახაზი 8; 9) **ნახ.8.**

ანაზღაურების სქემის მოკლე აღწერა გლობალური დაფინანსების მეთოდით

დეფინიცია	გლობალური ბიუჯეტი
ტიპოლოგია	ფიქსირებული წლიური სუფსიდია
ანაზღაურების პირობითი ერთეული	პროფილი და სიმძლავრე (საწოლების ან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა, და ა.შ.) დიაგნოზი (სტანდარტი), საწოლდღეების პროფილის მიხედვით
ანაზღაურების კატეგორია	სუბსიდია (ფედერალური ან ფედერალური + ადგილობრივი)
ანაზღაურების წესი	პერიოდული მიწოდება ან ყოველ შემთხვევაში პირდაპირ მწარმოებლისთვის ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია დიაგნოზი, საწოლ-დღეების რაოდენობა და შესრულებული სამუშაო
ფასდების პრინციპი	ისტორიული, ფუნქციური სტანდარტები ან გადასახადის გადამხდელის სტანდარტები (პროფილების მიხედვით, ფიქსირებულები)
უცხოური ანალოგები	დიდი ბრიტანეთი (კუნძულებზე), კანადა, შვედეთი, თურქეთი (მთიან ზონებში), საფრანგეთი, ესპანეთი (ბასკეთსა და გასკონიაში), აშშ (ვეტერანების სისტემა და კაიზერ პერმანენტე)

ნახ. 9.

პროგრამული დაფინანსების მეთოდით ანაზღაურების სქემის მოკლე აღწერა

დეფინიცია	პროგრამული დაფინანსება
ტიპოლოგია	ანაზღაურება გაწეული სამედიცინო მომსახურეობის მოცულობის მიხედვით
ანაზღაურების პირობითი ერთეული	დიაგნოზი (სტანდარტი). შესრულებული დე-ფაქტო სამუშაო, რომელიც გათვალისწინებულია დიაგნოზით (სტანდარტით). საწოლ-დღის პროფილით, პროფილი და სიმძლავრე (საწოლების ან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ა.შ.).
ანაზღაურების კატეგორია	სუბსიდია (ფედერალური ან ფედერალუი + ადგილობრივი), პროსპექტიული
ანაზღაურების წესი	პირდაპირ მწარმოებლისთვის ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია დიაგნოზი, საწოლდღეების რაოდენობა და შესრულებული სამუშაო
ფასდების პრინციპი	გადასახადის გადამხდელის სტანდარტები (პროფილის მიხედვით, ფიქსირებულები)
უცხოური ანალოგები	„დი-ერ-ჯი (მედიკეა Medicare, აშშ) მედიკეიდი და ბლუ კროზი (Medicade Blue Crocc) ჰოლანდია, ნაწილობრივ საფრანგეთი.

ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემის საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებიდან საქართველოსთან მიმართებაში საყურადღებოდ მიგვაჩნია:

- იაპონიაში არსებული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემა, ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილების ეფექტიანი მექანიზმით;

- დიდი ბრიტანეთის, კანადის, შვედეთის, თურქეთის, საფრანგეთის, ესპანეთის ჯანდაცვის გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების სისტემა;

- კანადურ სისტემაში ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული მართვის შერწყმის გამოცდილება, სადაც ჯანდაცვის ობიექტების მიმდინარე ოპერატიული საქმიანობის საკითხების გადაჭრა ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოების კომპეტენციაშია;

- ბრიტანული სისტემის ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რომლსაც საფუძვლად უდევს პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების პრიორიტეტი;

- აშშ-ს ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემა, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხარისხის ფედერალური სტანდარტები, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადების დახვეწილი პროგრამით, პაციენტების მაღალი სამართლებრივი დაცულობით.

აღსანიშნავია, რომ ეკონომიკურად განვითარებულ თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯები წინ უსწრებენ დანარჩენი სოციალური დარგის ხარჯებს და მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (მეპ) 7-14% შეადგენენ.

მსოფლიოში არსად არ არსებობს მხოლოდ ბიუჯეტიდან დაფინანსების სისტემა, სადაზღვევო ან მხოლოდ კერძო. ყველაზე გავრცელებულია სხვადასხვა წყაროებიდან დაფინანსების შერეული სისტემა. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, სადაც არსებობს საბიუჯეტო დაფინანსების კლასიკური მოდელი, დაახლოებით 10% შეადგენენ სოციალური დაზღვევიდან მიღებული სახსრები, რომელთა გადარიცხვა ხდება სოციალური დაზღვევის ფონდიდან. ხოლო კლასიკური სადაზღვევო სისტემის მქონე ქვეყნებში სახსრების ნაწილი შემოდის ბიუჯეტიდან, მაგრამ ძირითად წყაროს წარმოადგენენ გადახდები დაზღვევაზე.

საქართველოს ჯანდაცვა, ევროპის ქვეყნების მსგავსად, უნდა იყოს შერეული, მრავალკომპონენტიანი სისტემა.

თავი II.
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება საბაზრო ურთიერთობების პირობებში

II.1. ჯანდაცვის მდგომარეობის შეფასება საქართველოში

II.1.1. მოსახლეობის ჯანმრთელობა და მისი განმაპირობებელი ფაქტორები

მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის შეფასებამდე მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ქვეყანაში დემოგრაფიული განვითარების ძირითადი ტენდენციების განხილვა.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში განვითარებულმა მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქო ომმა, დევნილთა ნაკადმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ, მოსახლეობის დიდი ნაწილის ცხოვრების პირობების გაუარესებამ და მიგრაციის ინტენსივობამ უარყოფითი გავლენა მოახდინა არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, არამედ დემოგრაფიული განვითარების ძირითად ტენდენციებზეც.

საქართველოს მოსახლეობის მთლიანი რაოდენობის და განსაკუთრებით ბუნებრივი მატების მნიშვნელოვანი შემცირება უკანასკნელ წლებში მეტნაკლებად გამოხატული იყო ყველა რეგიონში. სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი 1985 წელს დაფიქსირებული 51,6-დან 1993 წელს 0,8-მდე, ხოლო 2000 წელს 0-მდე შემცირდა, 2003-2004 წწ. ბუნებრივი მატება 0,1 და0,2 იყო, 2005 წელს იგი 0,8 გახდა, 2006 წელს კი უკვე–1,3.

საქართველოს მოსახლეობის მთლიანი რაოდენობის გამოკვეთილი კლება განპირობებულია მრავალი მიზეზით, რომლებმაც, თავის მხრივ, გავლენა იქონია მოსახლეობის როგორც ბუნებრივი, ასევე მექანიკური (მიგრაციული) მოძრაობის მაჩვენებლების ცვალებადობაზე.

მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის დინამიკაში ყველაზე შემაშფოთებელია შობადობის უკიდურესი შემცირება. 1985 წელთან შედარებით შობადობის მაჩვენებელი (18,5) 1,6-ჯერ შემცირდა. თუმცა, აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ

უკანასკნელი 5 წლის მონაცემების მიხედვით გამოიკვეთა შობადობის კლების ტემპის შენელების ტენდენცია.

ცხრილი 1.

ბუნებრივი მოძრაობის მაჩვენებლების დინამიკა 1990-2006 წლებში (100 სულ მოსახლეზე)

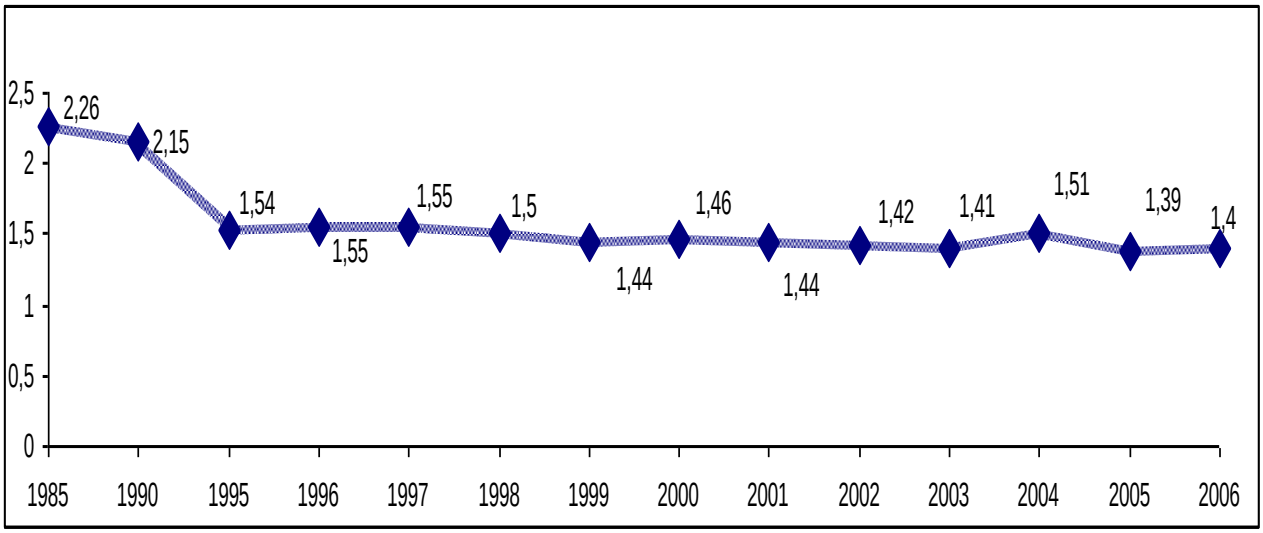
წლები	ქორწინება	განქორწინება	შობადობა	მოკვდაობა	ბუნებრივი მატება
1990	6,7	1,4	17,1	9,3	7,6
1995	4,4	0,6	11,9	10,4	1,5
2000	2,8	0,4	11,0	10,7	0,3
2001	3,0	0,4	10,8	10,5	0,3
2002	2,9	0,4	10,7	10,7	0
2003	2,9	0,4	10,7	10,6	0,1
2004	3,4	0,4	11,5	11,3	0,2
2005	4,1	0,4	10,7	9,9	0,8
2006	5,0	0,5	10,9	9,6	1,3

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

1985-2003 წლებში ფერტილობის კოეფიციენტი (ცოცხლადდაბადებულთა რაოდენობა 15-49 წლის ასაკის ერთ ქალზე) 2,26-დან 1,37-მდე შემცირდა, 2004 წელს ოდნავ მოიმატა (1,51) და შემდეგ ისევ (2006 წელს – 1,4) შემცირდა [ნახაზი 10].

ნახაზი 10.

ფერტილობის ჯამობრივი კოეფიციენტი



მაშინ, როდესაც მშობელთა თაობის ბავშვების იმავე რაოდენობით ჩანაცვლებისათვის ეს მაჩვენებელი 2,15-ზე ნაკლები არ უნდა იყოს, ე.ი. ქვეყანა ნორმალური რეპროდუქტიულობის დონეზე ბევრად დაბალი მაჩვენებლით ხასიათდება (ცხრილი 2).

ცხრილი 2.

შობადობის ასაკობრივი და ჯამობრივი კოეფიციენტები
(ცოცხლადდაბადებულთა რაოდენობა ყოველ 100 ქალზე)

წელი	დედის ასაკი							შობადობის ქონებრივი კოეფიციენტი
	-20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	
1980	45,0	184,5	121,0	61,6	21,1	7,0	0,8	2,21
1985	49,1	183,7	134,9	63,0	26,0	4,8	1,1	2,26
1990	58,1	167,3	110,5	64,1	24,7	6,2	0,3	2,16
1995	64,2	113,3	66,4	41,9	16,6	4,2	0,7	4,54
2000	39,9	110,2	74,4	43,3	19,2	4,9	0,9	4,46
2001	32,5	112,3	71,1	45,2	21,0	5,4	1,4	1,46
2002	32,8	108,6	63,5	50,2	21,2	6,4	1,5	1,42
2003	33,2	99,4	78,8	46,8	19,0	5,2	0,5	1,41
2004	35,1	109,3	83,3	47,2	21,1	5,4	1,0	1,51
2005	38,5	97,2	75,2	44,0	18,6	4,2	0,5	1,39
2006	36,7	100,7	76,0	43,3	18,9	4,6	0,7	1,4

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2005, 2006.

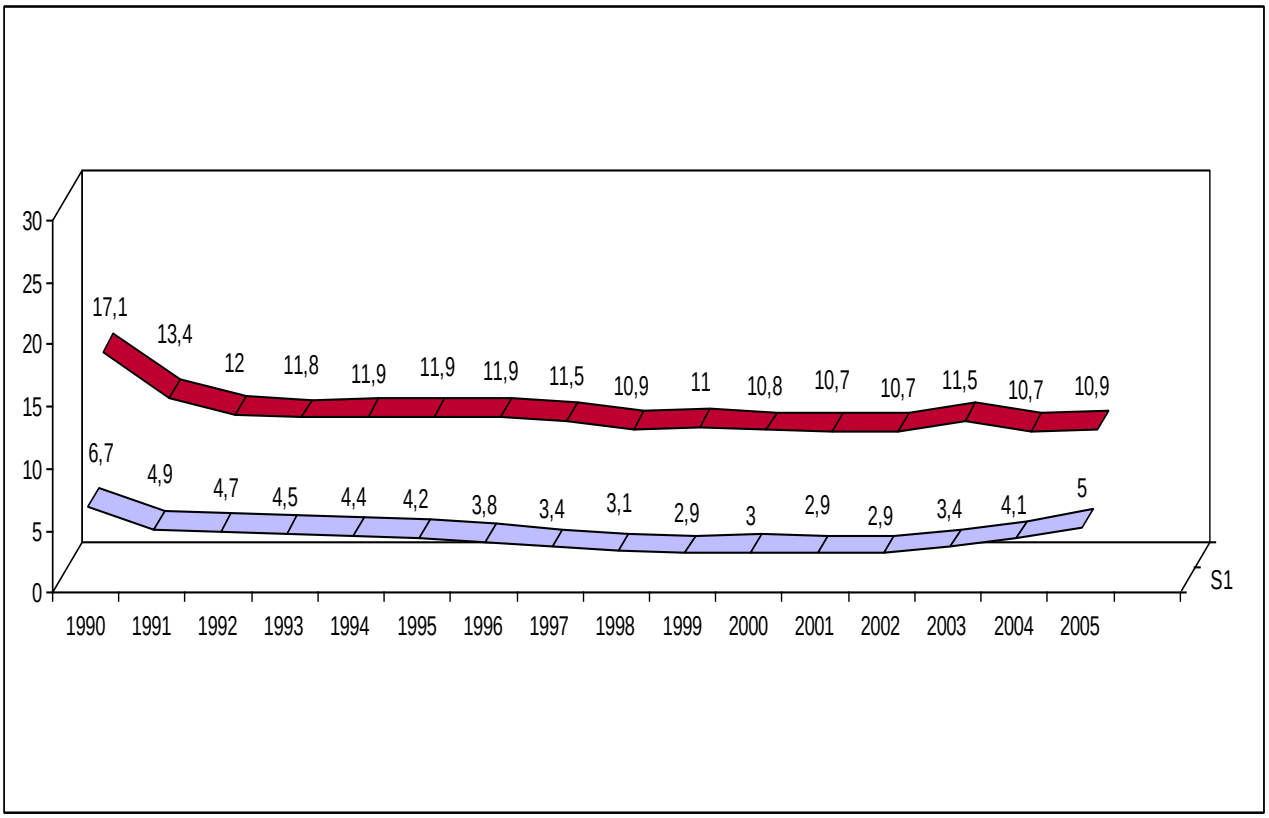
დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე მნიშვნელოვან გავლენას მცირეშვილიანობა ახდენს. საქართველოში სულ უფრო იკლებს 3 და მეტი შვილიანი დედების წილი. თუ 1960 წელს მესამე ბავშვის დაბადების წილი დაბადებულთა 36,5%-ს შეადგენდა, ამჟამად ეს მაჩვენებელი 8,5%-მდე არის შემცირებული.

უკანასკნელ წლებში საქართველოში სულ უფრო მცირდება ქორწინებათა რაოდენობა, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს ქვეყნის მოსახლეობის გამრავლებას, ამასთან მრავალ მწვავე სოციალურ, ფსიქიკურ და სხვა ხასიათის პრობლემას წარმოშობს. განქორწინებათა რაოდენობა შედარებით დაბალია, თუმცა საკმარისად დიდია იმისათვის რომ უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ისედაც დაბალი შობადობის მაჩვენებელზე. ქორწინებისა და შობადობის მაჩვენებლების შედარებისას გამოხატულია ამ მონაცემთა თითქმის პარალელური კლება 1990-98

წლებში, თუმცა უკანასკნელი წლების განმავლობაში ეს მაჩვენებლები უმნიშვნელოდ მატულობს [ნახაზი 11].

ნახაზი 11.

ქორწინებისა და შობადობის ზოგადი მაჩვენებლები
(დაქორწინებულთა და ცოცხლადდაბადებულთა რიცხვი 1000 სულ მოსახლეზე)



1989 და 2002 წლების აღწერის შედეგების მიხედვით, საქართველოში შეცვლილია მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება. 24,9%-დან 20,9%-მდე შემცირდა 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული შემადგენლობა, ხოლო 65 წლის ასაკზე მეტი მოსახლების რაოდენობა მომატებულია 8,9%-დან 12,8%-მდე, ეს ტენდენცია 2006 წელსაც გაგრძელდა, ამ მაჩვენებლების მიხედვით საქართველო მოსახლეობის დაბერების მაღალი დონით ხასიათდება.

2005 წლის მონაცემებით საქართველოში საპენსიო ასაკის მამაკაცთა (65 და მეტი წლის) რიცხვმა 220,8 ათასს, ხოლო ქალთა (60 და მეტი წლის) – 463 ათასს მიაღწია, რაც ჯამში 683,8 ათასის ტოლია. აღნიშნული მდგომარეობა სერიოზულ პრობლემებს უქმნის საზოგადოებას, ვინაიდან ამ კონტინგენტის ჯანმრთელობასა და სოციალურ დაცვაზე გაწეული ხარჯები მძიმე ტვირთად აწვება ქვეყნის

ეკონომიკას. საქართველოს დემოგრაფიული პერსპექტივებიც საკმაოდ პესიმისტურია. სპეციალისტთა აზრით, 2050 წლისათვის კვლავ შემცირდება 15 წლამდე ასაკის მოსახლეობის წილი, ხოლო დემოგრაფიული დაბერება დღევანდელთან შედარებით უფრო მაღალი იქნება. ქვეყნის მოსახლეობის საშუალო ასაკი 36-37 წლიდან 42-47 წლამდე გაიზრდება.

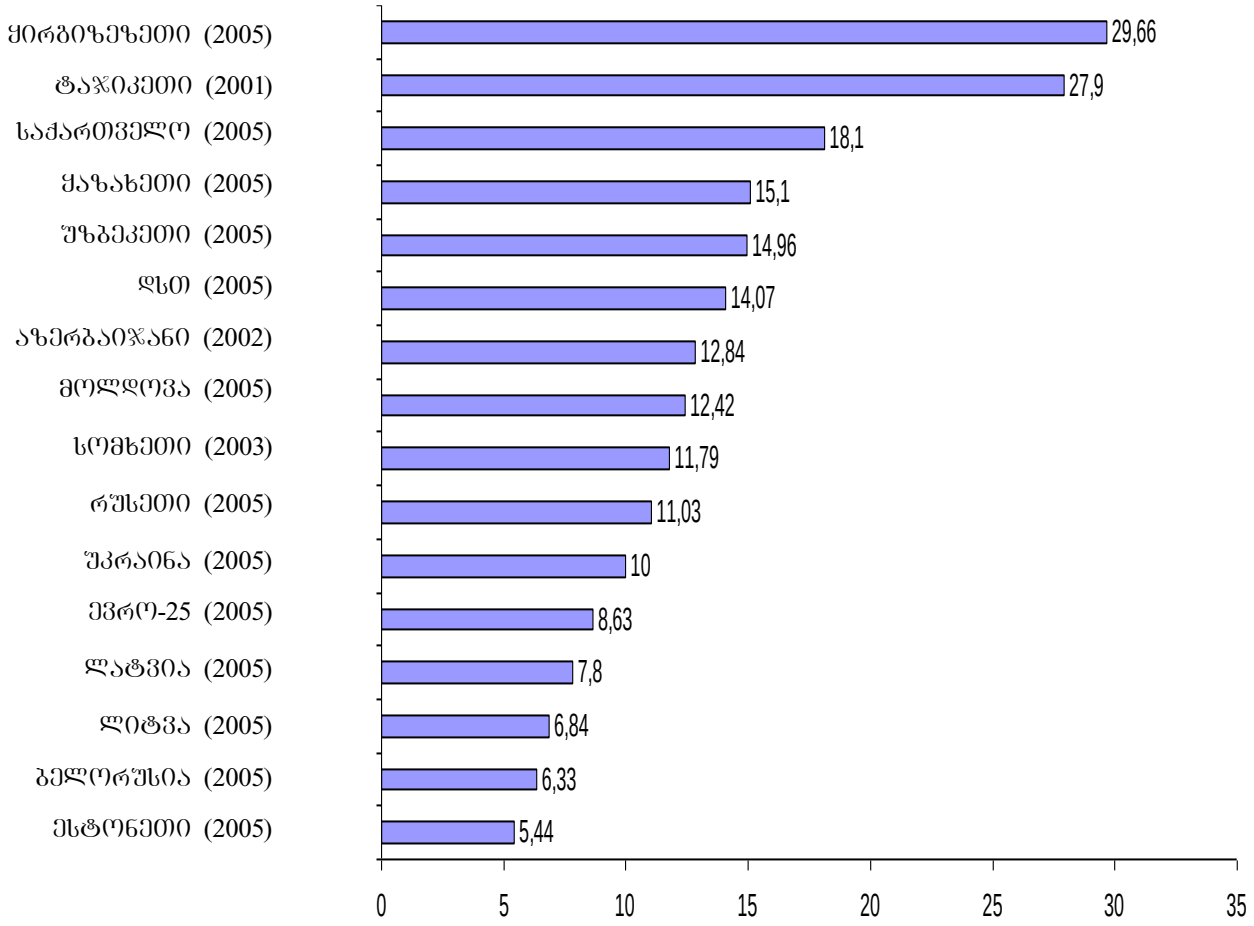
ანალოგიური პროგნოზებია მსოფლიო ბანკისა და გაეროს მონაცემებშიც: 2015 წლისათვის ნავარაუდევია, რომ საქართველოში 15 წლამდე ასაკის მოსახლეობის წილი 15,2%, ხოლო 65 წელზე მეტი ასაკისა – 14,9% იქნება (World Development Indicators 2005, Washington, DC, World Bank, 2005).

მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერება ქვეყანას მნიშვნელოვანი სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების წინაშე აყენებს (საპენსიო ასაკის მოსახლეობის რაოდენობის ზრდა, რასაც მოსდევს შრომისუნარიანთა ხვედრითი წილის შემცირება და დასაქმებულთა ეკონომიკური დატვირთვის მატება. ეს თავის მხრივ, უარყოფითად აისახება ეროვნული შემოსავლის მატებისა და შესაბამისად ცხოვრების დონეზე. წმინდა სამედიცინო თვალსაზრისით კი იგი მოსახლეობაში ქრონიკულად მიმდინარე არაეპიდემიური მოკვდაობის მატების მიზეზი ხდება).

მოკვდაობის კოეფიციენტმა 2006 წელს 9,6 შეადგინა (1990 წელს იგი 9,3 იყო). ყველაზე მაღალი ეს მაჩვენებელი 2004 წელს – 11,3 იყო (შედარებისათვის: 2004 წელს აშშ-ში მან შეადგინა – 8,3, ბელგიაში – 9,8, თურქეთში – 6,2, იაპონიაში – 8,8, კანადაში – 7,3, ფინეთში – 9,1, ჩინეთში – 6,9). განსაკუთრებით მაღალია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა – 2006 წელს მან 15,8 შეადგინა და, თუმცა იგი წინა წელთან შედარებით შემცირდა (2005 წელს იგი 19,7 იყო), ეს მაჩვენებელი გარკვეულწილად მაღალია ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებთან შედარებით და მნიშვნელოვნად აღემატება ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელს [ნახაზი 12].

ნახაზი 12

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა (უახლესი მონაცემები)



წყარო: მონაცემთა ბაზა"ჯანმრთელობა ყველასათვის"

კვლავ მაღალია მკვდარშობადობის მაჩვენებელი – 2006 წელს იგი 14,7 იყო (2005 წელს – 15,6). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბავშვთა მოკვდაობის შემცირების ტენდენცია განპირობებულია შობადობის ზოგადი შემცირებით და არ ასახავს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სფეროში შექმნილ მძიმე ვითარებას.

2006 წლის დაავადებიანობისა და ავადობის წინა წლის მონაცემებთან შედარება ცხადყოფს, რომ ზოგადად ქვეყანაში დაავადებიანობაც და ავადობაც მომატებულია დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითად კლასში (ცხრილი 3).

დაავადებიანობის და ავადობის მაჩვენებლები სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში (2004-2006 წწ.)

დაავადებათა ძირითადი კლასები X დსკ-ს მიხედვით	**დაავადებიანობა**			**ავადობა**		
	2004	**2005**	**2006**	**2004**	**2005**	**2006**
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	1786,1	1812,8	1523,8	1271,3	1235,2	1020,5
სიმსივნეები	935,6	991,4	1054,2	190,9	191,3	208,9
ენდოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევა	3628,1	3738,4	3648,1	684,4	720,2	628,9
სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები	370,0	373,0	387,6	196,8	194,5	213,7
ფსიქიკური აშლილობები	2445,8	2165,8	2178,3	174,7	160,5	154,2
ნერვული სისტემის და გრძნობათა ორგანოების დაავადებები	3289,1	3689,5	3992,5	1178,5	1255,3	1410,5
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	6494,8	7228,3	7720,8	1616,1	1883,0	1891,0
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	7022,3	7510,2	8675,3	5387,9	5698,6	7134
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	2591,1	3700,6	3207,1	958,1	1941,6	1286,9
შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	774,5	773,8	1812,7	543,7	533,6	917,6
ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდეგ პერიოდის გართ.	631,6	820,1	958,5	521,6	707,4	799,7
კანისა და კანქვეშა უჯრედისის დაავადება	774,5	773,8	879,6	543,7	533,6	612,9
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	731,5	838,2	961,9	245,5	301,1	405,1
თანდაყოლილი ანომალიები	147,3	134,9	131,3	27,3	24,4	28,7
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი ცალკეული მდგომარეობები	86,7	85,8	57,7	53,4	56,3	40,7
სიმპტომები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	133,0	126,3	140,2	72,3	57,7	90,7
ტრამვები და მოწამვლები	845,2	814,7	747,9	14206,2	15902,6	675,2
სულ	33053,4	35823,3	37980,2	14206,2	15902,6	17303,2

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2005, 2006.

2006 წელს სიცოცხლეში პირველად დადგენილ დაახლოებით აღრიცხული დაავადებების შემთხვევების რაოდენობა 11%-ით გაიზარდა. ავადობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უკავია სუნთქვის ორგანოთა, სისხლის მიმოქცევის (გულის იშემიური დაავადება და არტერიული ჰიპერტენზია), ენდოკრინული სისტემის, ნერვული სისტემის დაავადებებს.

ქვეყანაში არსებულმა საკმაოდ დაძაბულმა სანიტარულ-ეპიდემიურმა მდგომარეობამ, რომელიც განპირობებული იქნა დასახლებული პუნქტების სანიტარული კეთილსაიმედობის გაუარესებით, ხარისხიანი სასმელი წყლით მომარაგებაში შექმნილი პრობლემებით, სიღარიბესთან დაკავშირებული სოციალური პირობების გაუარესებით და პროფილაქტიკური ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების უაღრესად დაბალი დონით, მნიშვნელოვანი სირთულეები შეუქმნა ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკას და კონტროლს. მიუხედავად იმისა, რომ 2006 წელს ინფექციურ და პარაზიტული დაავადებების სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხული შემთხვევების რაოდენობამ 2005 წელთან შედარებით 16,6%-ით დაიკლო, მთლიანობაში მათი რაოდენობა კვლავინდებურად მაღალი რჩება.

მაგალითად, 2006 წელს მკვეთრად მატულობს ვირუსული ჰეპატიტის შემთხვევები – 2005 წელთან შედარებით იგი 44,5%-ით გაიზარდა. აგრეთვე გამოვლინდა დიფტერიის, ლეიშმანიოზის შემთხვევათა მატება. ამ უკანასკნელის შემთხვევათა რაოდენობამ წლების მიხედვით შესაბამისად შეადგინა: 2003 წ. – 103, 2004 წ. – 125, 2005წ. – 161, 2006წ. – 174. უკანასკნელ წლებში საქართველოში აღინიშნება მალარიის შემთხვევები, რომელიც ლიკვიდირებული იყო, მაგრამ არსებობდა ყველა ბუნებრივი პირობა შემოტანის შემთხვევაში მისი გავრცელებისათვის. წლების განმავლობაში სხვადასხვა უწყებების მიერ კომპლექსურად ხორციელდებოდა მალარიის ლიკვიდაციის ღონისძიებები – დაჭაობებული ადგილების ამოშრობა, მცირე ბონიფიკაცია, გადამტანების მასობრივი მოსპობა შხამქიმიკატებით, მალარიასაშიშ ქვეყნებში წამსვლელ და ჩამოსულ პირთა რეგისტრაცია და სამედიცინო-პროფილაქტიკური მეთვალყურეობა, ქიმიოპროფილაქტიკა ანტიმალარიული საშუალებებით. 90-იან წლებში მალარიის პროფილაქტიკაზე მიმართული ღონისძიებების დაუფინანსებლობამ გამოიწვია საერთოდ გაციებისა და, მათ შორის, მალარიის გადამტანი ანოფელიების რიცხვის ზრდა, რასაც თან დაერთო აზერბაიჯანსა და სომხეთში მალარიის ეპიდემია. საქართველოში მალარიის პირველი შემთხვევები 1996 წელს გამოვლინდა

(4 შემთხვევა). შემდგომ წლებში იგი მკვეთრად მატულობს (2002 წელს – 474 შემთხვევა). 2003-2006 წლებში შეიმჩნევა კლების ტენდენცია, თუმცა მალარიის აღმოფხვრაზე საუბარი ჯერ ნაადრევია.

საქართველოს თითქმის მთელ ტერიტორიაზე გამოვლენილია ცოფი ცხოველებში. უპატრონო, მოხეტიალე ცხოველების მნიშვნელოვანი მომრავლების გამო მოსალოდნელია ეპიზოოტიის კიდევ უფრო სწრაფი გავრცელება. 2006 წელს სამედიცინო დაწესებულებებს ანტირაბიული დახმარებისათვის მიმართა 41 961 პაციენტმა.[1] ამასთან, კვლავ არაკეთილსაიმედო სიტუაციაა ცოფის საწინააღმდეგო კომპლექსურ ღონისძიებათა გატარების თვალსაზრისით, განსაკუთრებით რაიონებში.

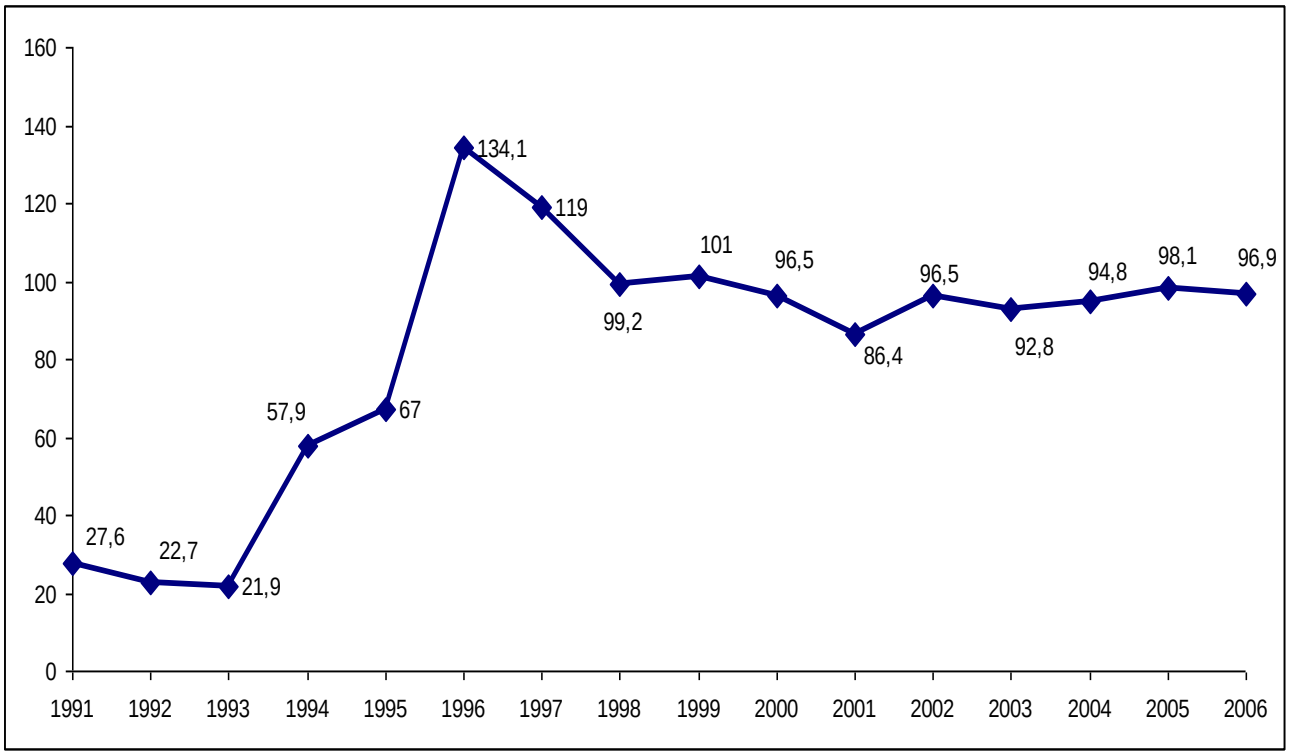
1992-1996 წლებში საქართველოში მოხდა ტუბერკულოზური ინფექციის აფეთქება, მოგვიანებით, მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესების ფონზე ტუბერკულოზმა ქვეყნის მოსახლეობის იმ სოციალურ ფენებში შეაღწია, სადაც მისი გავრცელება წინა წლებში ტრადიციულად დაბალი იყო. 2006 წელს ქვეყანაში რეგისტრირებული იყო ტუბერკულოზის 4 261 ახალი შემთხვევა (ავადობის მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე – 96,9) [ნახაზი 13].

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი საკმაოდ ცვალებადია 39,8-დან (ესტონეთი) 175,6-მდე (ყაზახეთი), თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ 2005 წლის საქართველოს მაჩვენებელი (98,1) დსთ-ს ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელზე (87,1) მეტია.

ქვეყანაში შიდსით დაავადებულთა და აივ-ინფექციების შემთხვევათა რაოდენობა – 2006 წელს დაფიქსირდა 912 შემთხვევა. 2005 წლიდან შედარებით შიდსის და აივ-ინფექციების ახალი შემთხვევების რაოდენობა 14%-ით გაიზარდა. ყოველწლიურად მატულობს ტრიქომონიაზის და ქლამიდიური ინფექციების შემთხვევათა რაოდენობა (ავადობა შესაბამისად 25,8 და 83,2); აღინიშნება სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებების მატება.

ნახაზი 13.

ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელი



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2006

2006 წლის დაავადებიანობის მაჩვენებელი 1,3-ჯერ აღემატება 2000 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს (ცხრილი 4). ცხრილი 4.

სისხლის და სისხლბადი ორგანოების დაავადებათა გავრცელება საქართველოში 2000-2006წწ.

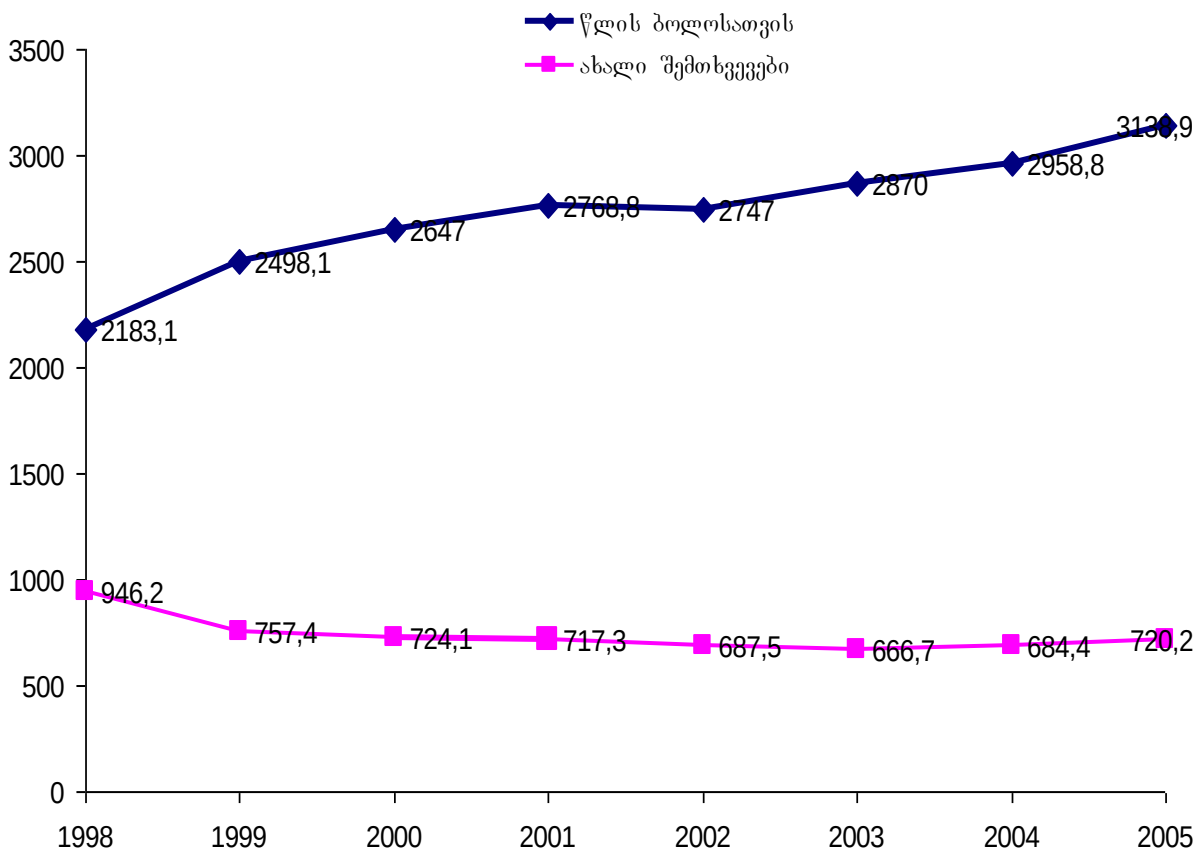
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1.	რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობა	13189	16330	16442	14695	16175	16305	17048
2.	დაავადებიანობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე	297,4	371,0	376,1	339,5	370,0	373,0	387,6
3.	ახალ შემთხვევათა რაოდენობა	6784	8511	7730	7400	8605	8505	9397
4.	ავადობის მაჩვენებელი 100 000 მოსმოსახლეზე	153,0	193,4	176,8	170,9	196,8	194,6	213,7

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2006

მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურაში სულ უფრო დიდ ადგილს იკავებს ენდოკრინული დაავადებები, რომლებიც საბიუჯეტო სახსრების სულ უფრო მზარდ დანახარჯს მოითხოვს [ნახაზი 14]. ეს განპირობებულია იმით, რომ პაციენტთა საკმაოდ დიდ რაოდენობას ესაჭიროება სპეციფიკური მედიკამენტებით, საკვები პროდუქტებით, ჰორმონალური პრეპარატებით მომარაგება.

ნახაზი 14

ენდოკრინული სისტემით დაავადებებით ავადობის მაჩვენებელი



წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2005

განსაკუთრებით საგანგაშოა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკვეთრი მატება. 2006 წელს 2000 წელთან შედარებით იგი 2,2-ჯერ გაიზარდა (ბავშვებში – 4,1-ჯერ). იზრდება აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები. 2006 წელს 1998 წელთან შედარებით იგი 2,2-ჯერ გაიზარდა.

ცხრილი 5.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები საქართველოში 1998-2006 წწ.

დაავადების დასახელება	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	3527,1	4524,7	4257,4	4838,1	5322,4	5776,8	6494,8	7228,3	7720,8
მ.შ. პირველად დადგ. დიაგნოზით	1000,6	1029,2	999,2	1297,3	1299,6	1481,7	1616,1	1888,0	1891,0
გულის რევმატიული დაავადებები	321,5	335,6	332,7	341,2	356,3	358,8	350,6	378,8	471,2
მ.შ. პირველად დადგ. დიაგნოზით	62,6	65,8	70,6	73,4	73,6	68,9	76,0	82,7	100,0
ჰიპერტენზია – სულ	1422,1	1872,1	1853,4	2158,9	2410,4	2730,6	3108,2	3620,5	3861,5
მ.შ. პირველად დადგ. დიაგნოზით	380,7	429,8	412,0	535,6	569,9	686,4	801,9	950,7	917,4
გულის იშემიური დაავადება	1219,7	1536,6	1392,2	1602,6	1760,8	1875,7	1955,1	2213,2	2373,2
მ.შ. პირველად დადგ. დიაგნოზით	385,9	300,8	289,3	432,9	400,1	441,0	449,8	545,7	569,9

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2005, 2006.

აქვე აღვნიშნავთ, რომ 2006 წელს სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხულ ავადმყოფთა რაოდენობამ წინა წელთან შედარებით მოიმატა და მთლიანად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა თითქმის 30% შეადგინა, თუმცა 1936-1996 წლებში ეს მაჩვენებელი 9-11%-ის ფარგლებში მერყეობდა.

უკანასკნელ წლებში არტერიული ჰიპერტენზიის მკვეთრი მომატება გამოწვეულია ქვეყნის მოსახლეობისათვის შემდეგი რისკ-ფაქტორებით: სიღარიბე, კვების რეჟიმის დარღვევა, ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარების ზრდით, სტრესული მდგომარეობით და ა.შ.

ამრიგად, ქვეყანაში თანამედროვე სამედიცინო დემოგრაფიულ სიტუაციას სისტემური კრიზისის ხასიათი აქვს. ამ სისტემის შემადგენელი ნაწილებია: შობადობის კრიზისულ ზღვრამდე შემცირება, გარკვეულწილად მოკვდაობის ზრდა, მოსახლეობის პროგრესირებადი შეკვეცილი კვლავწარმოება ზოგიერთ რაიონში, მოსახლეობის ბუნებრივი მატების შემცირება, ჯანმრთელობის გაუარესება, გარე და შიდა მიგრაციის ფართო მასშტაბები, დემოგრაფიული პროცესების მართვის დაბალი დონე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობა სოციალური და ეკონომიკური განვითარების უმნიშვნელოვანესი რესურსია, ჯანმრთელობასა და მდგრად განვითარებას შორის მჭიდრო კავშირი არსებობს.

ჯანმრთელობის ცნება ფართო და მრავალფაქტორულია და გარდა ბიოლოგიურისა, იგი სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ელემენტებსაც მოიცავს, რაც თავის მხრივ, ადამიანის ჯანმრთელობაზე დადებით ან უარყოფით ზემოქმედებას ახდენს.

კერძოდ, ადამიანის ჯანმრთელობა კეთილდღეობის მრავალ (ინდივიდუალურ, ოჯახისა და მთელი საზოგადოების დონეზე მოქმედ) ფაქტორთანაა დაკავშირებული, როგორიცაა: კვების რაციონი, ცხოვრების წესი, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და სხვ. აქ უდიდესი როლი სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებს (დეტერმინანტებს) – პირადი უსაფრთხოება, შემოსავალი, საყოფაცხოვრებო პირობები, სოციალური მხარდაჭერა და სხვ. – ენიჭება. მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანი და მთავარი ფაქტორებია შემოსავალი, განათლების დონე და დასაქმება, თითოეული მათგანი ერთმანეთთან გარკვეულ კავშირშია, თუმცა თითოეული მათგანი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის სხვადასხვა ასპექტს ასახავს. სხვადასხვა ფაქტორთა წილი ავადობის ტვირთში მოცემულია ცხრილში 6.

ცხრილი 6.

ავადობის ტვირთის დეტერმინანტები

№	ფაქტორი	წილი (%)
1	სიღარიბე	3,1
2	უმუშევრობა	2,9
3	პროფესიული საქმიანობით გამოწვეული	3,6
4	ნარკოტიკების მოხმარება	2,4
5	ალკოჰოლის მოხმარება	8,4
6	თამბაქოს მოხმარება	9,0
7	ჭარბი წონა	3,7
8	ხილისა და ბოსტნეულის არასაკმარისი მოხმარება	3,5
9	ცხიმიანი საკვების ჭარბი მოხმარება	1,1
10	ჰიპოდინამია	1,4

წყარო: Determinants of the burden of desease in the European Union, Stockholm, National Institute of Public Health, 1997.

სიღარიბესთან არის ასოცირებული ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორიცაა შიდსი, მალარია, ტუბერკულოზი, დიარეა და ა.შ. ეს დაავადებები დაბალ შემოსავლებთან, სუფთა წყლისა და სანიტარიის ნაკლებობასთან, საკვების არასრულფასოვან მოხმარებასთან, სამედიცინო დახმარებაზე ხელმისაწვდომობის არარსებობასთანაა დაკავშირებული. არსებობს სიღარიბის კორელაცია არა მარტო ინფექციურ, არამედ ფსიქიკურ დაავადებებთანაც. მიუხედავად იმისა, რომ სიმდიდრე არ არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის აუცილებელი წინაპირობა და არც სიღარიბეა ამ დაავადებათა აუცილებელი გამომწვევი მიზეზი, არსებობს მოსაზრება, რომ სიღარიბე არის ფსიქიკური დაავადების დეტერმინატი და შედეგიც აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ზოგადად განვიხილოთ საქართველოში მოსახლეობის ცხოვრების დონის ძირითადი მაჩვენებლები.

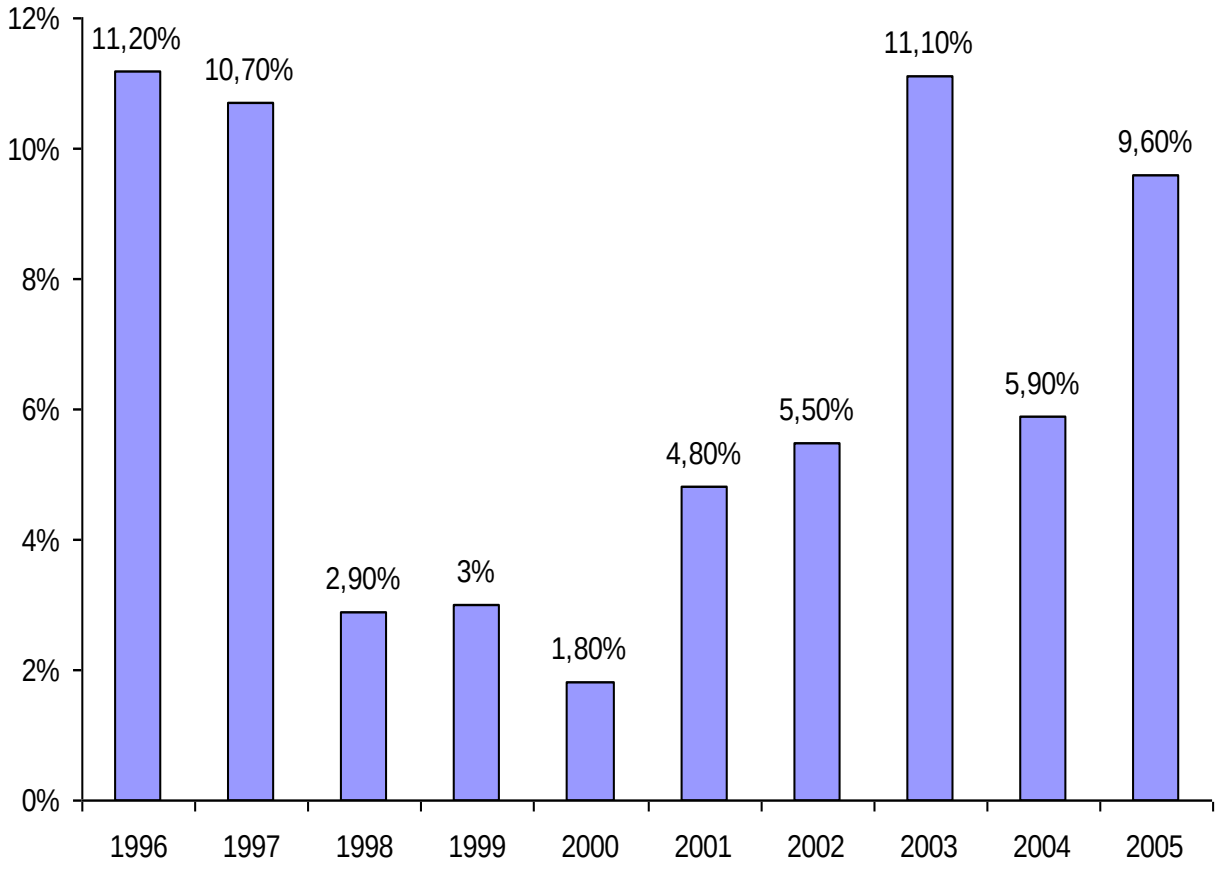
უკანასკნელ ათწლეულში მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური პროცესების ფონზე საქართველოში, ისევე როგორც ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, აღინიშნა სიღარიბის დონის მნიშვნელოვანი ზრდა. მთლიანი შიდა პროდუქტის მოცულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება გარდამავალ პერიოდამდე არსებულს, რაც ძირითადად პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მომხდარმა ცვლილებებმა განაპირობა.

1994-1997 წლებში ეკონომიკური რეფორმისა და სტაბილიზაციის განხორციელების შედეგად მიღწეულ იქნა ეკონომიკის ზრდა და ინფლაციის მკვეთრი კლება, რამაც შეამცირა სიღარიბის დონე ქვეყნის გარკვეულ ნაწილებში, ძირითადად ქალაქებსა და მათ შემოგარენში. 1996-1997 წლებში მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალო წლიური ზრდის ტემპმა 10%-ს გადააჭარბა, ხოლო ინფლაცია 13,8%-დან (1996 წ.) 7,3%-მდე (1997წ.) შემცირდა. 1998 წლიდან საქართველოს ეკონომიკაში განვითარებულმა კრიზისულმა მოვლენებმა მნიშვნელოვნად შეაფერხა ეკონომიკური ზრდა, რის გამოც მომდევნო წლებში შესამჩნევი გახდა სიღარიბის გაღრმავება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. მშპ-ს საშუალო წლიური ზრდა 1998-1999 წლებში 3%-მდე შემცირდა. ამავე წლებში ინფლაციის მაჩვენებელი 10,7%-10,9% იყო. 2000 წელს აღინიშნა მშპ-ს საშუალო წლიური ზრდის კიდევ უფრო დაბალი მაჩვენებელი – 1,8%, თუმცა, ინფლაციის დონე თითქმის 2,5-ჯერ შემცირდა და 4,6% შეადგინა.

ეკონომიკური ზრდის თვალსაზრისით 2001 წელს გამოიკვეთა დადებითი ტენდენცია, რაც მშპ-ის 4,8%-იან ზრდაში გამოიხატა. შემდეგ წლებში ეს

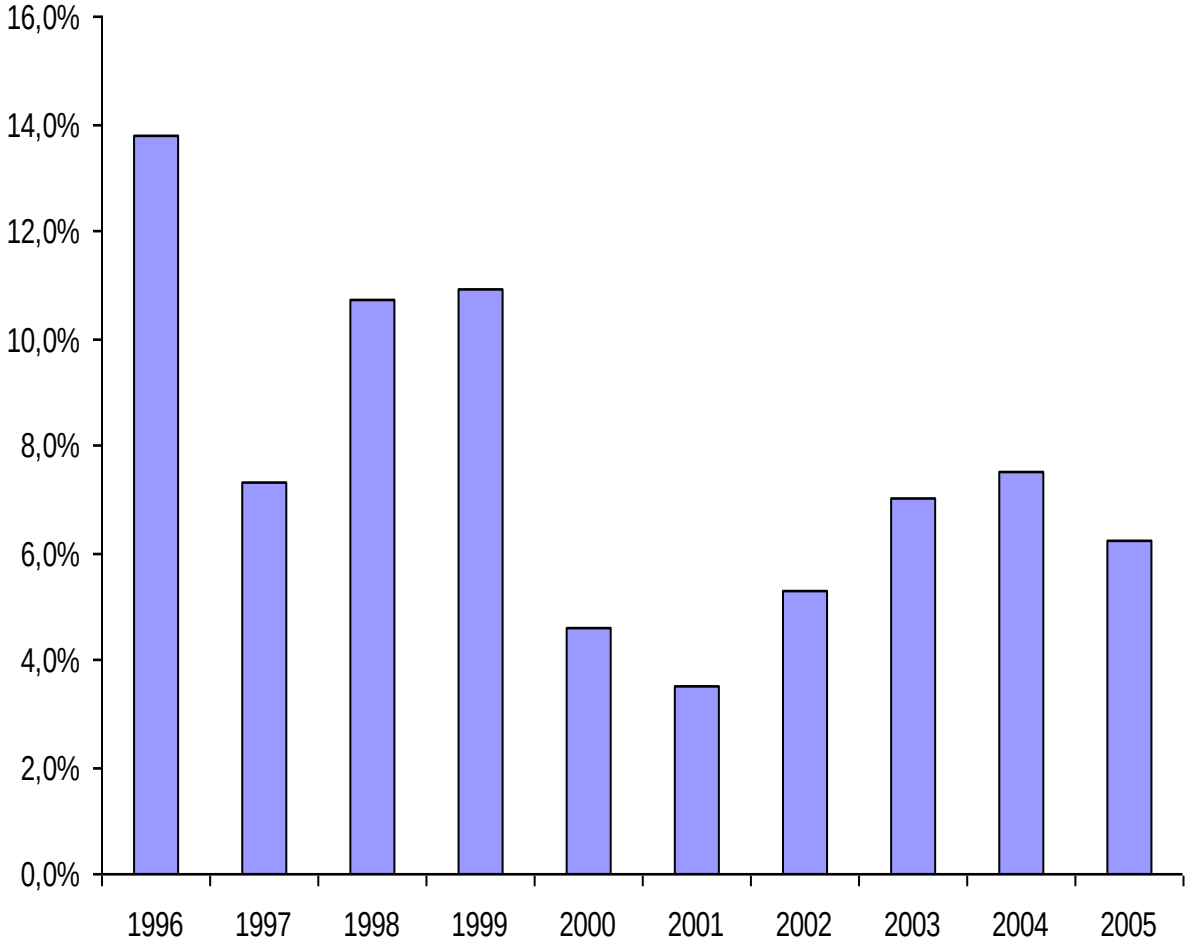
ტენდენცია შენარჩუნდა და 2003 წელს 1996 წლის დონეს გაუტოლდა კიდეც, თუმცა 2004 წელს მშპ-ის ზრდის ტემპმა კვლავ დაიკლო და ინფლაცია გაიზარდა. 2005 წელს ქვეყანაში საგადასახადო სფეროში გატარებული რეფორმების შედეგად კვლავ დაიწყო ეკონომიკური ზრდა [ნახაზი 15] და ინფლაციის შემცირება [ნახაზი 16], საქართველოში შინამეურნეობების ნომინალური შემოსავლების მოცულობა უკანასკნელ წლებში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება და 2001 წელს, 1996 წელთან შედარებით, 25%-ით გაიზარდა. თუმცა, ეს ზრდა ჯერ კიდევ არ არის საკმარისი სიღარიბის არსებითი შემცირებისათვის.

ნახაზი 15



წყარო: საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული - 2006

ნახაზი 16



წყარო: საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული – 2006

ოფიციალური მონაცემებით, 2005 წელს წინა წელთან შედარებით შინამეურნეობის საშუალო თვიური შემოსავლები გაიზარდა როგორც ქალაქად, ისე სოფლად და თითქმის ორჯერ გადააჭარბა 2001 წლის შემოსავლებს (ცხრილი 7).

ცხრილი 7.

ერთი შინამეურნეობის საშუალოთვიური შემოსავალი (ლარი)

	2001	2002	2003	2004	2005
სულ ქვეყანაში	173,7	226,9	242,3	277,3	303,5
ქალაქად	170,5	202,5	233,8	253,2	297,6
სოფლად	177,2	253,4	250,6	302,1	309,4

წყარო: საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული – 2006.

2005 წელს შინამეურნეობების მთლიანი ხარჯები თვეში ერთ შინამეურნეობაზე 389,7 ლარი იყო (2004 წ. – 361,6 ლარი) სამომხმარებლო ხარჯები კი 351 ლარი (2004 წელს – 315,7 ლარი). შინამეურნეობების რესურსების ძირითადი ნაწილი სურსათზე იხარჯება (136,4 ლარი), ჯანდაცვაზე – 20 ლარი. ფულადი და არაფულადი სასურსათო ხარჯების წილი მთლიანი ხარჯების დაახლოებით 56%-ია. შინამეურნეობების ხარჯებში დიდია ე.ს. არაფულადი ხარჯების (საკუთარი წარმოების ან უფასოდ მიღებული სურსათი) წილი – მთლიანი ხარჯების დაახლოებით 20%. ამის გამო შინამეურნეობების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვნად საკუთარი მიწიდან მიღებულ მოსავალზეა დამოკიდებული.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში მკვეთრად იმატა მოსახლეობაში სოციალურ-ეკონომიკურმა უთანხმოებამ. შემოსავლების ფაქტიური განაწილების მიხედვით უთანაბრობის მაჩვენებელი („ჯინის“ ინდექსი) 1997-2000 წწ. 0,52-0,53 ფარგლებში იყო.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ უთანაბრობას უფრო კარგად ასახავს „ჯინის ინდექსი“ მთლიანი მოხმარების მიხედვით, რომლის მნიშვნელობა ამავე პერიოდში 0,39-ს არ აღემატებოდა. „ჯინის“ ინდექსი მთლიანი შემოსავლების მიხედვით თანდათან მცირდება და 2005 წელსაც, ისევე, როგორც 2004 წელს, 0,44 იყო. უთანაბრობა შედარებით დაბალია მოხმარების შემთხვევაში, რომლის მიხედვით „ჯინის“ ინდექსი 0,39-ის ტოლია, რაც უფრო თანაბარი განაწილების მაჩვენებელია (ცხრილი 8).

ცხრილი 8.

სოციალურ-ეკონომიკური უთანაბრობა

„ჯინის“ ინდექსი	2001	2002	2003	2004	2005
მთლიანი შემოსავლების მიხედვით	0,5	0,47	0,49	0,44	0,44
მთლიანი მოხმარების მიხედვით	0,38	0,37	0,38	0,38	0,39

წყარო: საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული – 2006

1994 წელს სიღარიბის დონე საარსებო მინიმუმის მიმართ ანუ ღარიბების რაოდენობის წილი მთელ მოსახლეობაში 80% იყო, 1995 წელს – 60%.

2004 წელს საარსებო მინიმუმის მიმართ სიღარიბის დონემ ქვეყანაში 52% შეადგინა. ეს მაჩვენებელი 1994 წელს 80%, 1995 წელს – 60%, 2003 წელს – 54,%-ს შეადგენდა. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში 2004 წლიდან საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების მეთოდიკა შეიცვალა. თუ ადრე საარსებო მინიმუმი იანგარიშებოდა ნორმატიული სტატისტიკური მეთოდით და ემყარებოდა 2500 კილოკალორიის სასურსათო კალათის ღირებულებასა და მინიმალურ არასასურსათო ხარჯებს, 2005 წლიდან მინიმალური საარსებო მინიმუმი იანგარიშება სტატისტიკური მეთოდით, რომელიც ემყარება მოსახლეობის ყველაზე უქონელი 10%-ის ფაქტობრივ მინიმალურ მოხმარებას. ამ მიდგომამ ადრინდელი მაჩვენებლების კორექტირება გამოიწვია. 2002 წ. საარსებო მინიმუმმა 127,9 ლ. შეადგენდა, 2004 წელს იგი 84,3 ლარი იყო. გაანგარიშების მეთოდის შეცვლის შემდეგ სიღარიბის დონის 2004 წლის მაჩვენებელი 52%-ის ნაცვლად ოფიციალურად დაფიქსირდა 35,7%, ხოლო 2005 წელს 39,4%. სიღარიბის გამოთვლის 2004 წლამდე არსებული მეთოდით, 2005 წელს იგი 57,7% შეადგენს. 2006 წელს გაანგარიშების ახალი მეთოდით სიღარიბის მაჩვენებელმა 40,3% შეადგინა. 2006 წელს სტატისტიკის დეპარტამენტის მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად, დაფიქსირებულ მუშაკთა 32%-ს, ანუ 1/3 საარსებო მინიმუმზე ნაკლები ხელფასი ჰქონდა, ხოლო 20 ათასამდე დაქირავებული ადამიანი 20 ლარზე ნაკლებ ხელფასს იღებდა, მაშინ, როცა საარსებო მინიმუმი შესაბამის პერიოდში 197 ლარი იყო. ამავე პერიოდში ოფიციალური მონაცემებით, 350 ათასი უმუშევარი იქნა აღრიცხული.

სიღარიბე ქალაქად და სოფლად მნიშვნელოვნად განსხვავებულ მოვლენას წარმოადგენს, სიღარიბე ქალაქად ძირითადად არასრულფასოვან კვებასთანაა დაკავშირებული, რაც საერთო ჯამში უფრო მწვავე და ღრმა სიღარიბის მაჩვენებელია. სოფლად მცხოვრებთა უმთავრეს პრობლემას ფულადი რესურსების დეფიციტი და სოციალური ინფრასტრუქტურის დაბალი დონე განაპირობებს.

რაც შეეხება უმუშევრობას, 2006 წელს მან საქართველოში 13,6% შეადგინა (უმუშევრობის ბუნებრივ დონედ 6-7% ითვლება). ექსპერტები უმუშევრობას პირდაპირ უკავშირებენ გენოფონდს. 1989 წელს ქვეყანაში ყოველ 1000 სულზე 7 ქორწინება მოდიოდა, 2006 წელს – მხოლო 5. უმუშევრობა უშუალოდ ზემოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ამრიგად, საქართველოში ამჟამად არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა ჯერ-ჯერობით ოპტიმიზმის საფუძველს არ იძლევა. „ღარიბი ერი ჯანმრთელი ვერ იქნება“ – საყოველთაოდ ცნობილი ეს გამონათქვამი ზედმიწევნით სწორად ასახავს ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მხრივ შექმნილ ვითარებას, რაზეცმეტყველებენ კიდევაც ზემოაღნიშნული მონაცემები. აქედან გამომდინარე, მეტად აუცილებელი და აქტუალურია ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევის ამოცანის გადაჭრა.

II.1.2. საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელი და საკადრო უზრუნველყოფა

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. (ცხრილი 9).

ცხრილი 9

საქართველოს სამკურნალო-პროფილქტიკური ქსელის სტრუქტურა

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები	**სულ**	**მათ შორის**	
		სამინისტრო	**სხვა უწყებები**
სტაციონალური დაწესებულებები	271	269	2
დისპანსერები დამოუკიდებელი	75	75	–
პოლიკლინიკური დაწესებულებები	179	175	4
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები	100	100	–
სასწრაფო დახმარებების სადგურები	72	72	–
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	209	209	–
სისხლის გადასხმის სადგურები	6	6	–
ჩვილ ბავშვთა სახლები	2	2	–
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები	20	20	–
სამკურნალო ცენტრები	51	51	–
შემავალი საავადმყოფოში შემავალი პოლიკლინიკები	68	68	–
საექიმო ჯანპუნქტები	9	9	–
სოფლის საექმიმო ამბულატორიები	481	481	–
საფერშლო-საბებიო 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) (ცხრილი 10).

ცხრილი 10.

სტაციონარების ქსელის სტრუქტურა
2006 წელს

	საწოლთა რაოდენობა წლის ბოლოს	საწოლებით უზრუნველ-ყოფა 100 000 სულ მოსახლეზე	დატვირთვა საწოლზე (დღე)	დაყოვნება	ბრუნვა
საქართველო – სულ	16 455	374,1	127,8	7,4	17,1
თბილისი	7 197	653	136,9	7,7	17,8
აჭარა	1 281	338,9	160,3	7,5	21,5
გურია	345	248,0	114,7	6,8	17,0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო 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
ქვემო ქართლი	1044	205,5	78,5	5,5	14,2
იმერეთი	2590	370,6	150,2	8,4	17,9
კახეთი	763	188,8	99,2	5,0	19,9
შიდა ქართლი	830	264,5	112,9	7,6	14,9
აფხაზეთი	52	–	62,2	5,4	11,5
სამეგრელო	1246	263,8	94,4	7,0	13,4

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006

საერთოდ კი აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში საწოლების გამოყენების მაჩვენებელი უკანასკნელ წლებში მცირდებოდა, მხოლოდ 2005-2006 წლებში შეიმჩნევა მცირეოდენი მატება (ცხრილი 11).

ცხრილი 11

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

წლები	**საწოლების 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 საწოლების 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) საწოლები. საწოლზე დატვირთვის შედარებით დაბალი მაჩვენებელია ოთოლარინგოლოგიურ (34,6) და ოფთალმოლოგიურ (64,2) საწოლებზე (ცხრილი 12).

ცხრილი 12.

საწოლთა ფონდი პროფილის მიხედვით და მისი გამოყენების მაჩვენებლები 2006 წელს

საწოლთა პროფილი	**საწოლთა რაოდენობა**	**დატვირთ-ვა საწოლზე (დღეებში)**	**დაყოვნება**	**ბრუნვა**
თერაპიული	2879	72,3	6,3	11,8
პედიატრიული	1866	151,3	9,4	16,5
ქირურგიული	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
სამეანო-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 (ცხრილი 13).

ცხრილი 13

რეგისტრირებულ და ჰოსპიტალიზირებულ ავადმყოფთა რაოდენობა 2005-2006 წწ.

დაავადებათა ძირითადი კლასები IX დსკ-ს მიხედვით	2005		2006	
	ჰოსპიტალიზებული სულ	გარდაცვალა	ჰოსპიტალიზებული სულ	გარდაცვალა
სულ	262296	5095	277191	5464
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	17071	184	17254	206
სიმსივნეები	9357	234	10358	238
ენდოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	4039	62	4364	92
სისხლის და სისხლბადი ორგანოების დაავადებები	821	18	994	14
ფსიქიკური აშლილობები	4310	105	4752	86
ნერვული სისტემის დაავადებები	10810	175	6657	177
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	28284	1919	33503	2098
სასუნთქ ორგანოთა დაავადებები	44406	229	47340	316
საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა დაავადებები	28280	470	28865	496
შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	11144	79	11419	179
ორსულობა, მშობირობა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებები	66336	8	70234	5
კანისა და კანქვეშა უჯრედების დაავადებები	2824	8	3133	6
ძვალკუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელ ქსოვილთა დაავადებები	2684	6	3047	11
თანდაყოლილი ანომალიები	1712	85	1812	63
პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილი მდგომარეობები	5957	606	5884	273
სიმპტომები და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობა	3015	290	2493	273
ტრამვები და მოწამვლები	21247	618	21041	

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, 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 მომნელებელ ორგანოთა (28865) დაავადებებს.

2006 წელს საქართველოს სტაციონარებში გაკეთდა 100303 ოპერაცია (ლეტალობა 0,6%). 1991 წლიდან ოპერაციების რაოდენობა განუხრელად 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 (ცხრილი 14).

ცხრილი 14

ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა 2006 წელს

წლები	სულ	მაჩვენებელი 1000 სულ მოსახლეზე	ლეტალობა %	ბავშვები	საერთო რაოდენობის %	ზოგადი ნარკოზით	საერთო რაოდენობის %	ლეტალობა % ზოგადი ნარკოზის 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	43030	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-საბებიო პუნქტები სოფლად) (ცხრილი 15).

ცხრილი 15

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები
რეგიონების მიხედვით 2006 წელს

	პოლიკლი-ნიკა	დისპან სერი	სამკურნა ლო ცენტრი	ქალთა კონსულტა ცია	საექიმო ამბულატო რია
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: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2006.

თუ გავითვალისწინებთ უკანასკნელ წლებში ავადობის მაჩვენებლის მომატებას დაავადებათა ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით, მიმართვათა რაოდენობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მკვეთრად იკლებს (ცხრილი 16).

ცხრილი 16

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

წლები	**მიმართვები სულ**	**ავადმყოფის ბინაზე მონახულება**
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: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 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 (ცხრილი 17).

ცხრილი 17

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

წლები	პირველადი სამედიცინო დახმარება სულ	მათ შორის							
		უბედური შემთხვევის დროს		უცაბედი ავად გახდომის დროს		მშობიარობის და პათოლოგიური ორსულობის დროს		ავადმყოფების, მშობიარეებს და ახალშობილე-ბის გადაყვანა	
		სულ	%	სულ	%	სულ	%	სულ	%
1988	1309352	62373	4,8	1111850	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	191379	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: ჯანმრთელობის 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 (ცხრილი 18).

ცხრილი 18.

მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფა (1990-2006 წწ.)

წლები	ექიმები		საშ. სამედ. 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: ჯანმრთელობის 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%), მეან-გინეკოლოგები (7,0%) (ცხრილი 19).

ცხრილი 19

სამედიცინო კადრები საქართველოში
2001-2006 წწ.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
საშუალო მედ. 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 (ბავშვთა ქირურგების ჩათვლით)	1861	1057	1108	1011	883	935
ანესთეზეოლოგ-რეამინატოლოგი	922	905	922	881	832	878
ტრავმატოლოგ-ორთოპედი	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
მეან-გინეკოლოგი	1534	1476	1466	1450	1418	1407
ფთიზიატრი	192	161	171	166	177	138
დერმატო-ვენეროლოგი	266	259	245	270	247	241
ფსიქიატრი	193	234	205	228	233	235
ენდოკრინოლოგი	267	275	255	279	293	286
სხვა სპეციალისტები	6151	6962	8019	8783	8477	8578

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური 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) (ცხრილი 20).

ცხრილი 20

სამედიცინო კადრების უზრუნველყოფა რეგიონების მიხედვით 2006 წელს

რეგიონები	**ექიმები**		**საშ. სამედ. 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 დაქვემო სვანეთი	156	32,0	339	69,5
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	1192	25,2	1442	30,5
იმერეთი	2790	39,9	3211	45,5
კახეთი	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	292	–	228	–
საქართველო სულ	20579	46,8	20207	45,9

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქარველო 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, მეან-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.

II.2. 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 სახელმწიფოს 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 მიყავს 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 დაუბალანსებელია: 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);

მელოგინეებში 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 ხარჯოტევადობის 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 გამონაკლისს 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 ბავშვთა კონტინგენტს.

2. მოზრდილთა ქიმიოთერაპიაში მედიკამენტების ღირებულებისას 300 ლარამდე, თანაგადახდა შეადგენს მედიკამენტის ღირებულების 50%. ღირებულებისას – 300ლარზე 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 ლარია (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 წყაროდან – დამქირავებლთა 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 დაფინანსებმ 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.

ცხრილი 21

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (ათასი ლარი)

პროგრამის დასახელება		**გეგმა**	**შესრულება**	**დაფინანსება**	**გეგმის დაფნან-სების %**
ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციისა და ეპიდკონტროლის სახელმწიფო პროგრამა	2004	3365,3	3023,9	3253	96,7%
	2005	2974,9	2848,8	2893,5	97,3%
სოციალური სფეროს ინსტიტუციონალური და ფუნქციური რეფორმის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა	2004	6963,5*	5572,6*	6563,2*	94,3%
	2005	4763,8	4650,1	4712,4	98,9%
სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები	2004	96569,0	80875,3	92568,2	95,9%
	2005	97087,3	83724,3	93303,8	96,1%
	2004	600	540,4	599,9	100,0%
შეზღუდულიშესაძლებლობების მქონე პირთა სამედიცინო დახმარება	2005	1280,5	1191,7	1191,7	93,1%
სამინისტროს ცენტრალური აპარატი, ტერიტორიული ორგანოები, საქვეუწყებო დაწესებულებები, საჯარო სამართალის იურიდიული პირები	2004	8359	8178,7	8149,1	97,5%
	2005	10840,3	10670,0	10664,2	98,4%
სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ადმინისტრაციული ხარჯები ჯანდაცვაზე	2004	2213,0	2206,3	2203	99,5%
	2005	2691,7	2532,7	2532,7	94,1%
სამედიცნო დაწესებულებების ოპტიმიზაციის პროგრამა	2004	4125,0	4124,6	4112,5	99,7%
	2005	26112,2	26244,1	26112,2	100,0%
უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებითა და გრანტებით განსახორციელებელი ინვესტიციური პროექტები (მოიცავს სათემო დაზღვევის პროექტსაც)	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 ექსპერტიზის 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%

* შეიცავს სამედიცინო დაწესებულებათა ოპტიმიზაციის პროგრამის ხარჯებს.

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

2004 წელთან შედარებით შემცირდა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის და ეპიდკონტროლის სახელმწიფო პროგრამების როგორც გეგმიური, 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 რესტრუქტურიზაციის, სათემო დაზღვევის 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 22

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

საქართველოს ტერიტორიული ერთეულები მხარეების მიხედვით	**2004 წ.**	**2005 წ.**	**2006 წ.**
აფხაზეთი	869,0	922,9	541,6
აჭარა	4763,0	8323,4	6890
თბილისი	17884,7	19759,8	5965,3
კახეთი	1568,5	1233,9	631,3
იმერეთი	4242,7	2232,6	1496,9
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	2335,3	1493,2	1113,3
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 სვანეთი	521,3	283,3	202,8
სულ ჯამი	**42351,9**	**41375,4**	**20741,3**

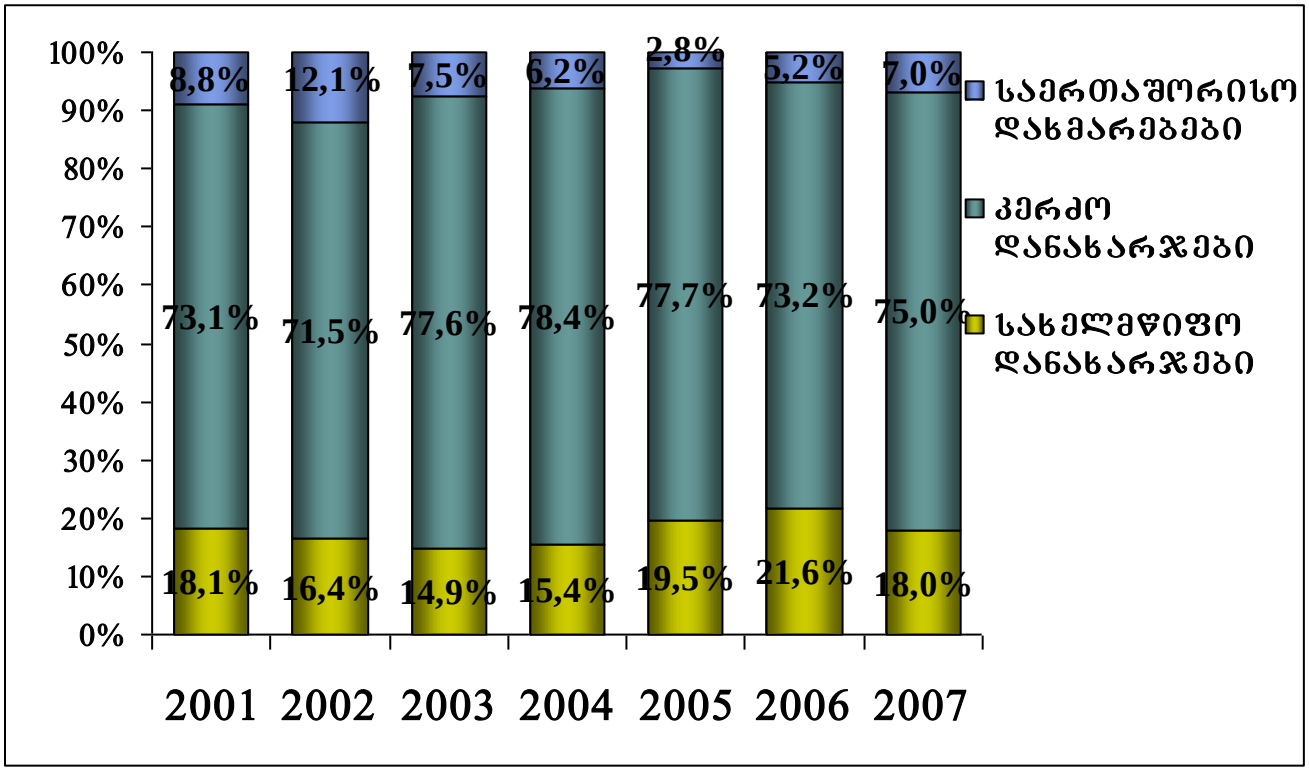
წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, www.moh.gov.ge

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. [ნახ.17; ნახ.18].

ნახაზი 17

ჯანდაცვის დანახარჯების სტრუქტურა



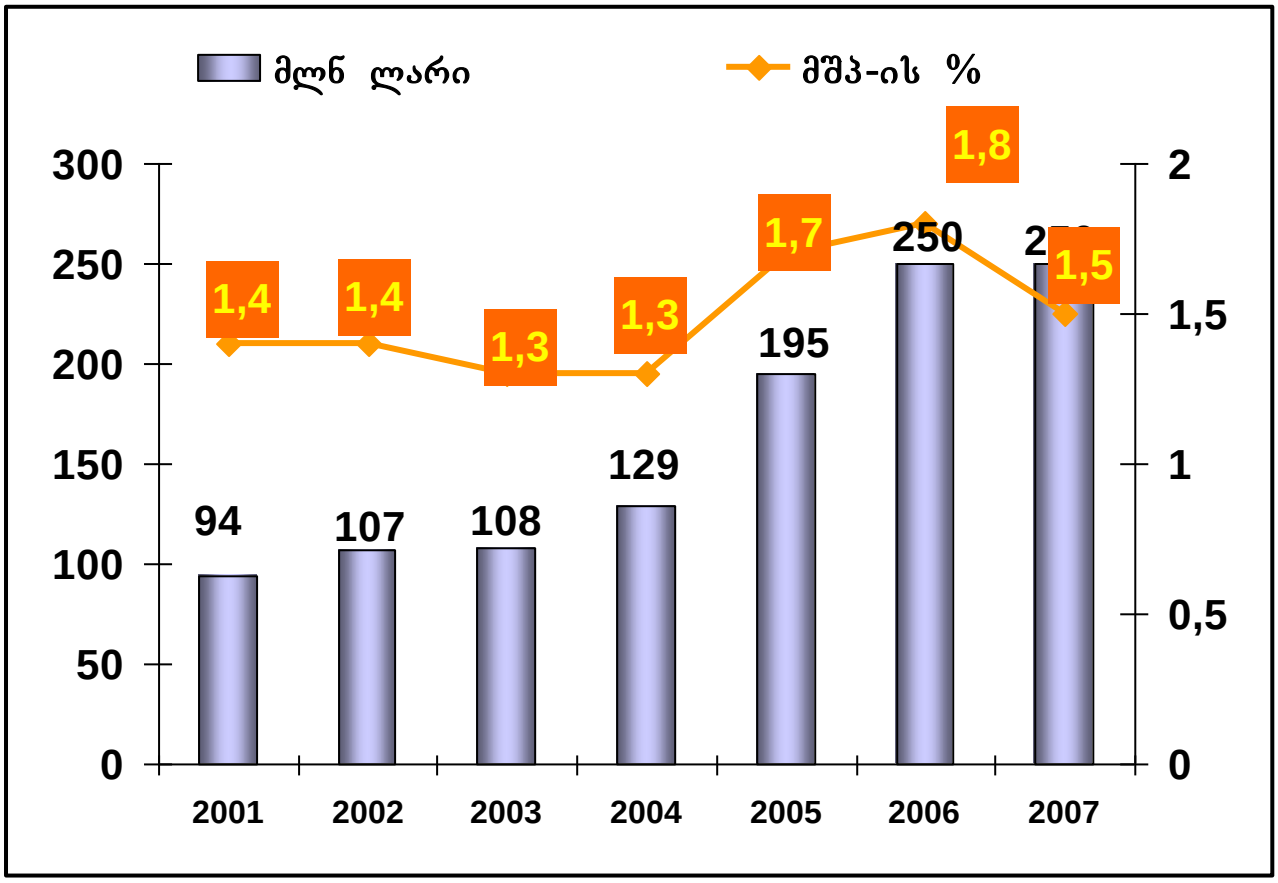
წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. www.moh.gov.ge

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 ნაერთი ბიუჯეტის 5,6%, ხოლო მთლიანი შიდა პროდუქტის 1,8%-ია . [ნახ.18]

ნახაზი 18

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში

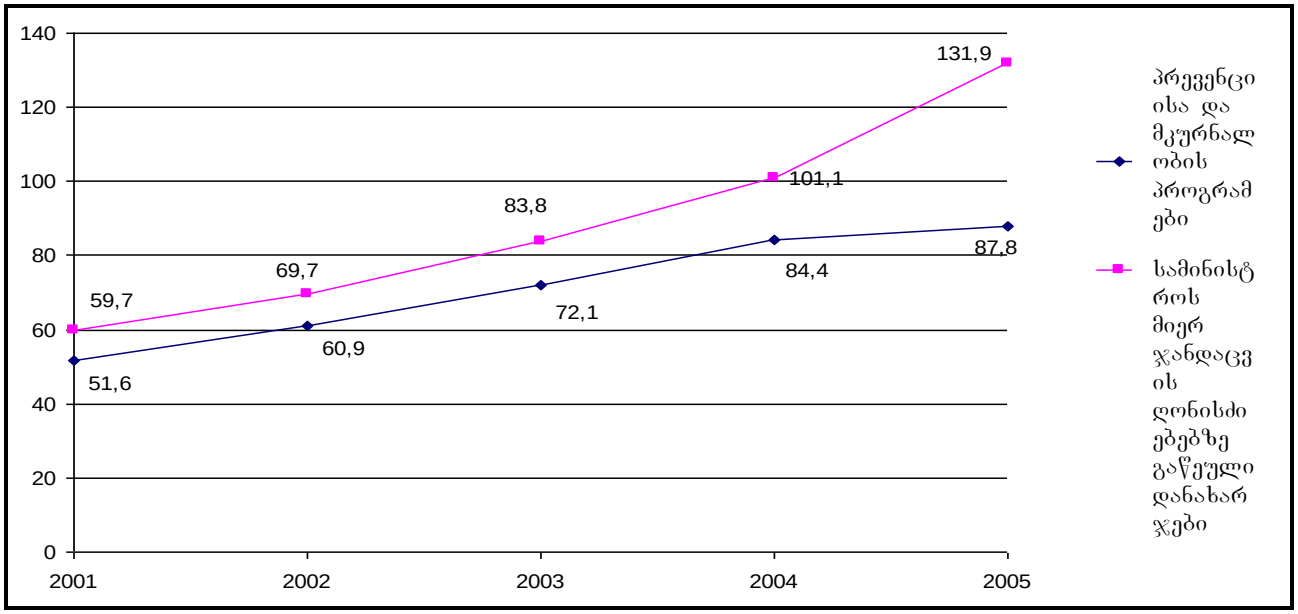


წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. www.moh.gov.ge

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 [ნახ.19]

ნახაზი 19

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

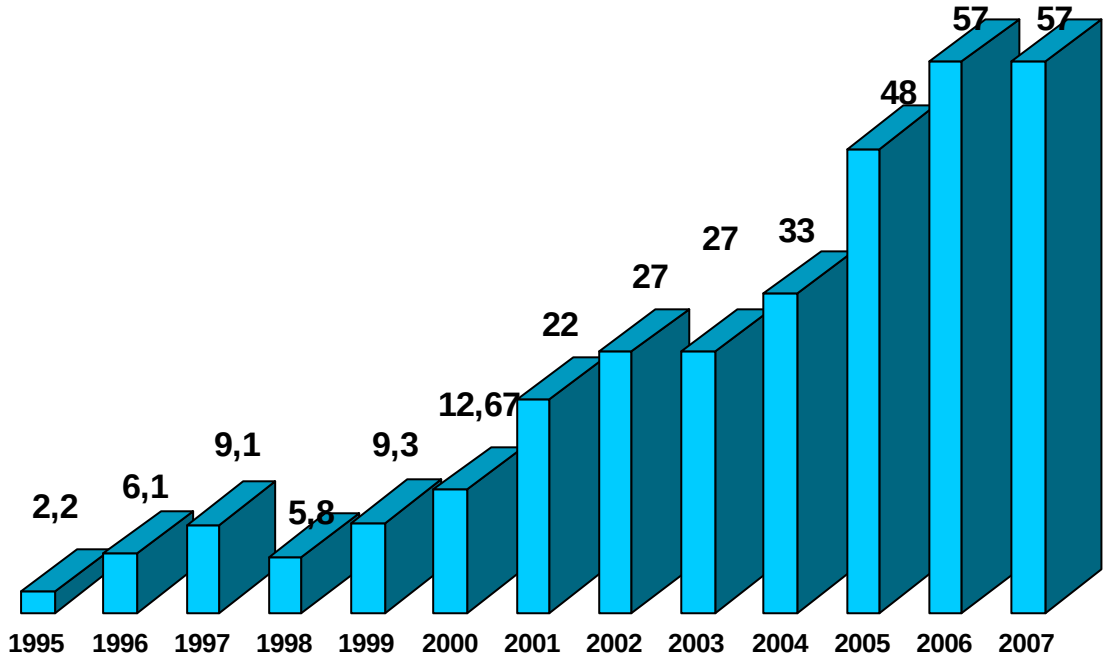


წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი. www.moh.gov.ge

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 (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.

ნახაზი 20

ჯანდაცვის 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. (ცხრილი 23).

ცხრილი 23

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი

	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან, 2004	ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი დანახარჯებში, 2004	ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (დოლარი), 2004
აშშ (2005)	15,2	45,1	2862
ერმანია (2005)	10,7	76,9	2499
შვეიცარია	6,8	58,4	2310
გაერთიანებული სამეფო	7	85,9	2174
ჩეხეთი	6,5	90,7	1209
უნგრეთი	6	71,8	958
სლოვაკეთი	5,1	88	730
ბულგარეთი	4,3	55,8	354
პოლონეთი	4,5	70	567
ლიტვა	4,9	75,4	615
ესტონეთი	4,2	76	590
ბელარუსი	4,7	75,1	556
ლატვია	3,3	51,6	387
რუსეთი	3,2	59,8	341
ყაზახეთი	2,4	62,4	245
უკრაინა	3,9	66,5	240
თურქმენეთი	2,5	64,8	145
მოლდოვა	4,2	56,5	114
სასომხეთი	1,3	23,1	74
საქართველო(2007)*	8,2	18	81
უზბეკეთი	2,3	42,1	71
აზერბაიჯანი	0,9	24,6	39

წყარო: WHO, Health for all Data Base.

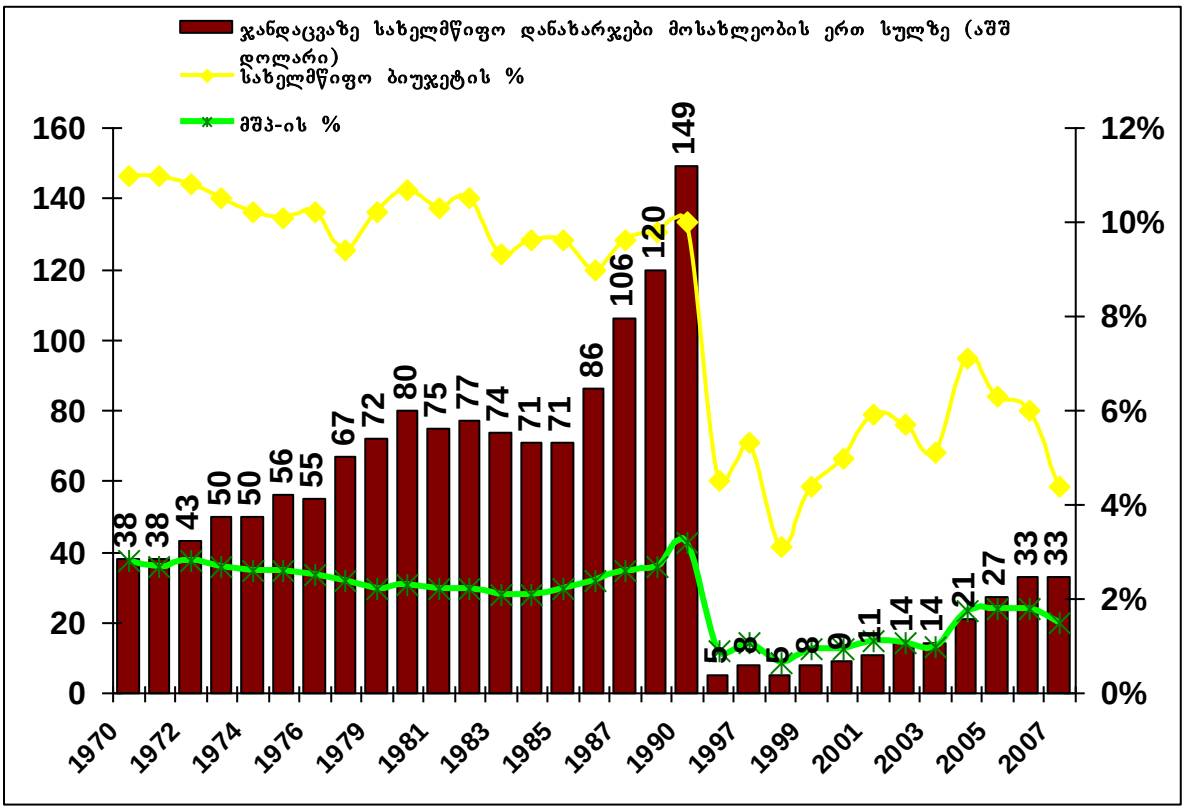
როგორც აღინიშნა, ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფოს მხრიდან 2005 წლიდან ხდება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით , რაც არ არის საკმარისი სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობის მოთხოვნის უზრუნველსაყოფათ. (ნახ.21)

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.

ნახაზი 21

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდეცნიები 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 რეალიზაციაც სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიკურ ეფექტს იძლევა. მიზნიდან გამომდინარე, ყალიბდება დაწესებულების ელემენტები; პროფილი, 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 რთული სამუშაოა, რომლის წარმატებით შესრულებისათვის საკმარისი არ არის მარტო მზა ფორმულებით სარგებლობა. ხელმძღვანელი უნდა უთანაწყობდეს ზოგად ჭეშმარიტებებსა და მრავალრიცხოვან ვარიანტებს.

კლინიკაში არსებობს მმართველობითი მუშაობის ისეთი სახეები, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან იერარქიული დონეებითა (ვერტიკალური განზომილება) და პასუხისმგებლობის არეების მიხედვით (ჰორიზონტალური განზომილება). იერარქიული დონეების მიხედვით ისინი დაყოფილია სამად; პირველი, საშუალო და მაღალი დონის მენეჯერებად. მენეჯერების ეს დაყოფა განპირობებულია მენეჯერულ ფუნქციებში და ელემენტებში მონაწილეობის მიღების დონითა და მათი გამოყენების ხარისხის მიხედვით. გარდა ამისა, ყველა დონის მენეჯერი თავისი იერარქიული დონის შესაბამისად მონაწილეობას იღებს მეწარმეობის ისეთი აუცილებელი როლის განხორციელებაში, როგორიცაა რაციონალიზატორული-ინოვაციების დანერგვა. ჰორიზონტალური მენეჯერების საქმიანობითი განსხვავებულობა გამოწვეულია პასუხისმგებლობის არეების

თავისებურებით და შეიცავს სამი ძირითადი ტიპის (ფუნქციონალურს, გენერალურს და საპროექტო) მენეჯერს.

სამედიცინო საქმიანობა თავისი მრავალფეროვნებითა და სირთულით, ახალი ტექნოლოგიების გამოყენების მაღალი დონით შეიძლება ნებისმიერ საწარმოო პროცესს გავუტოლოთ. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლებელი გახდა ტექნოლოგიების მრავალი ვარიანტის დამუშავება და მათგან საუკეთესოს შერჩევა. ამ მიზეზების გამო უაღრესად გართულდა სამედიცინო საქმიანობის მართვის პროცესი, რამაც გამოიწვია მისი დანაწილება სფეროებად. სადღეისოდ სამედიცინო მენეჯმენტი მოიცავს:

1. ჰოსპიტალის(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. ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრი".

სამედიცინო დაწესებულებას (სს აკად. ო. ღუდუშაურის 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);

– 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 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:

ცხრილი 24

ო. ღუდუშაურის 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
მთავარი ექთანი	საექთნო სამსახურები	მომხმარებელთა სამედიცინო მომსახურებისა და ექთნის სამსახურის უზრუნველყოფა

რაც შეეხება ცენტრში მომუშავე სამედიცინო პერსონალს, არიან დაქირავებული მუშაკები.

– 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 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 ინდუსრიალიზაციამ, 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 გავითვალიწინებთ, 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 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.

---

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

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 აწვება 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 მესაკუთრეების 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 ანგარიშგების 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 აწვება 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 „ეძებოს“ 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 გვაძლევს 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 საერთაშიროსი 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. აშკარაა, 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.

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

2004 წელი

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

2005 წელი

$$\text{გკ}=\frac{6908714,09}{5707248,82}=1,21^*$$

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

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

2004 წელი

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

2005 წელი

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

---

* წყარო: კოეფიციენტები დათვლილია კლინიკის მოგება-ზარალისა 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.,

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

2004 წელი	2005 წელი
$\text{აბკ} = \frac{7\ 252\ 816{,}41}{7\ 621\ 224{,}98} = 0{,}95\ *$	$\text{აბკ} = \frac{10\ 295\ 084{,}14}{33\ 868\ 994{,}02} = 0{,}30*$

მოთხოვნების ბრუნვადობის 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

$$\text{მბკ}=\frac{7252816,41}{3668177,75}=1,98^{*} \qquad \text{მბკ}=\frac{10295084,14}{6059495,19}=1,70^{*}$$

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.

$$\text{დმკ} = \frac{\text{მისაღები მოთხოვნების კალენდარულ დღეებზე ნამრავლი}}{\text{ოპერაციული შემოსავლები}}$$

2004 წელი 2005 წელი

$$\text{დმკ}=\frac{1338880863,75}{7252816,41}=184,60^{*} \qquad \text{დმკ}=\frac{2211715744,35}{10295084,14}=214,83^{*}$$

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 გავყოფთ ვალდებულებების ბრუნვადობის კოეფიციენტზე მივიღებთ საშუალო პერიოდს, როდესაც იფარება ვალდებულებები.

$$\text{ვბკ} = \frac{\text{სასაქონლო-მატერიალურ მარაგებზე გაწეული დანახარჯები}}{\text{ვალდებულებები მომწოდებლებთან}}$$

2004 წელი

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

2005 წელი

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

წარმადობის კოეფიციენტი, ფოკუსირებულია აქტივების ეფექტურ გამოყენებაზე, ანუ ზომავს რამდენად კარგად მიიღწევა ფინანსური და ორგანიზაციული ამოცანები. აღნიშნული კოეფიციენტის გასაზომად გამოიყენება ოპერაციული ნაზარდის, აქტივებზე უკუგებისა და შეღავათების 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.

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

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.

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

2004 წელი	2005 წელი
$\text{აუკ} = \frac{290\ 609{,}18}{7\ 621\ 224{,}98} = 0{,}04^*$	$\text{ონკ} = \frac{-\ 195\ 104{,}80}{33\ 868\ 994{,}02} = -\ 0{,}01^*$

შეღავათების კოეფიციენტი (შკ) გვიჩვენებს არაანაზღაურებადი მომსახურების წილს მთლიანად აქტივებში. იგი გამოითვლება შეღავათების (საეჭვო 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

$$სკ=\frac{3668166,75}{7621224,98}=0,48*$$

2005 წელი

$$სკ=\frac{6059495,19}{33868994,02}=0,18*$$

კაპიტალიზაციის 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.

$$ვკკ = \frac{\text{გრძელვადიანი ვალდებულებები}}{\text{მთლიანი კაპიტალი}}$$

2004 წელი

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

2005 წელი

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

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

$$\text{სკ} = \frac{\text{გრძელვადიანი ვალდებულებები}}{\text{მთლიანი აქტივები}}$$

2004 წელი

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

2005 წელი

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

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 განხორციელება, იმ იდეალისკენ სწრაფვა, რომელიც აისახება აკად. ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრის, როგორც ახალი ტიპის კლინიკის ხედვასა და მისი შექმნის მისიაში და, პირიქით, თუ შევეცდებით 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 შესაძლებლიბის 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-ღონისძიებები.

ნახაზი 22

ვარაუდები და რისკები	მოსალოდნელი გავლენა (არასასურველი გამოსავალი)	კონტრ-ღონისძიებები
1 დისბალანსი ცენტრის წინაშე წაყენებული მოთხოვნებისა და სახელმწიფოს შესაძლებლობებს შორის	1) დისკრედიტაციას განიცდის ახალი ტიპის სამედიცინო დაწესებულების არსებობის იდეა 2) ზარალდება ცენტრის იმიჯი/რეპუტაცია საზოგადოების თვალში 3) ქვეითდება ცენტრის მომსახურების ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის არაშეძლებული ფენებისათვის 4) ცენტრი იძულებული ხდება გადავიდეს არაჯანსაღ ეკონომიკური რეჟიმში (მაგ. ძირითადი საშუალებების ცვეთისა და სხვა არაპირდაპირი ხარჯების იგნორირების შედეგად)	1) ცენტრის, როგორც სახელმწიფოსთვის სტრატეგიული სამედიცინო დაწესებულების მიმართ მაქსიმალურად რეალისტური გრძელვადიანი მიდგომის ჩამოყალიბება 2) ცენტრის მართვის, ფუნქციონირებისა და დაფინანსების მაქსიმალური გამჭირვალობა და საჯაროობა საზოგადოების მხარდაჭერის მოსაპოვებლად – ითხოვს დიდ დროსა და ძალისხმევას, მაგრამ უზრუნველყოფს მდგრად შედეგს
2 დაფინანსება არასრულია	1) დეფიციტური ბიუჯეტი 2) არაპირდაპირი, მორალური ზარალი (პერსონალს აღარ ჯერა გარანტირებული ხელფასების, ილახება მენეჯმენტის იმიჯი/რეპუტაცია და ა.შ.) 3) იქმნება არაოფიციალური (ჯიბიდან) ანაზღაურებების მოთხოვნის გაჩენის საფრთხე	1) დამკვეთთან ხელშეკრულებაში დამცველი მუხლების (პირობების) მაქსიმალურად ჩადება – საკმაოდ რთულად განხორციელებადია დღევანდელი საკონტრაქტო ურთიერთობების პრაქტიკიდან გამომდინარე 2) ბიუჯეტის დაგეგმვაში ხარჯვითი ნაწილის შემცირება 3) დებიტორული დავალიანებებისა და უიმედო ვალების მართვის მოქნილი სისტემის შემოღება
3 დაფინანსება წყვეტილია	1) შეფერხებები ოპერაციულ ციკლში (მაგ. მარაგების ამოწურვა, სახელფასო დავალიანებები)	1) ნაღდი ფულის რეზერვების შექმნა (ნაკლებად შესაძლებელია დღევანდელი დაფინანსების პირობებში) 2) მარაგების შესყიდვების მაქსიმალურად განვადებით განხორციელება

ვარაუდები და რისკები	მოსალოდნელი გავლენა (არასასურველი გამოსავალი)	კონტრ-ღონისძიებები
4 არ მოქმედებს სამუშაოს შესრულების შეფასების სისტემა	1) ქვეითდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი 2) ქვეითდება საშემსრულებლო დისციპლინა 3) პერსონალში ქრება მოტივაცია და სწრაფვა შედეგებზე ორიენტირებული საქმიანობისკენ	1) პროფესიული და ადმინისტრაციული მომთხოვნელობის გამკაცრება
5 არ ხერხდება სამედიცინო კადრების ოპტიმიზაცია	1) სამედიცინო მომსახურების პირობითი ერთეულის თვითღირებულება რჩება მაღალი 2) ქვეითდება სამედიცინო პერსონალის ლოიალურობა, თვითკონტროლი და ორგანიზება, ქვეითდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	1) მკაცრი შიდა ლიცენზირების სისტემის დანერგვა უწყვეტი განათლების ფუნქციონირების ფონზე 2) სამუშაოს შესრულების პერიოდული შეფასების სისტემა 3) საკადრო პოლიტიკის გამჭირვალობა და პრინციპულობა
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 ბაზარზე სახელმწიფო შესყიდვების (შეკვეთების) თვალსაზრისით	1) შეიძლება ზარალი მიადგეს ცენტრის რეპუტაციას	1) სახელმწიფომ უნდა გადასინჯოს ტარიფები (სახელმწიფო სტანდარტების) და თანაბარი კონკურენციის პირობებში განახორციელოს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა

წარმოდგენილი ინფორმაცია ეხებოდა ახალი ტიპის, ევროპული სტანდარტების საავადმყოფოს.

ჩავატაროდ რამოდენიმე სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულების მონაცემების ანალიზი , რომლებიც მთლიანობაში წარმოადგენენ ჰოსპიტალურ სექტორში დაწესებულებათა არსებულ სურათს. ანალიზისთვის შერჩეულ იქნა ქ. თბილისის სამედიცინო დაწესებულებები პრიორიტეტული სახელმწიფო პროგრამებით, რომლებიც განლაგდნენ შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით, ესენია:

1. მრავალპროფილიანი;
2. სპეციალიზირებული;
3. სამშობიარო;
4. პედიატრიული.

შერჩეული ჯგუფებიდან შესაძლებელი გახდა გარკვეული პარალელების გავლება სხვადასხვა ტიპის, დონისა და მომსახურების მომწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების საფინანსო მდგომარეობასა და სიმძლავრეებს შორის:

ცხრილი 25

სამედიცინო დაწესებულებების კოეფიციენტები

კოეფიციენტების დასახელება და ნორმა	**მრავალპროფილიანი**		**სპეციალიზირებული**		**სამშობიარო**		**პედიატრიული**	
	2004წ.	2005წ.	2004წ.	2005წ.	2004წ.	2005წ.	2004წ.	2005წ.
გკ (1,35-2,38)	0,61	0,64	0,50	0,50	1,26	0,98	3,42	5,20
აბკ (0,07-1,1)	0,32	0,45	1,15	0,65	1,45	1,51	0,49	4,29
მბკ (4,44-6,34)	1,69	1,77	0,57	0,59	8,16	7,48	2,46	2,23
ვბკ (5,29-8,05)	0,89	0,91	0,78	0,81	3,57	4,70	1,14	1,47
ონკ	-0,72	-0,41	-0,13	-0,07	-0,04	-0,03	-1,83	-0,07
აუკ (0,02-0,07)	-0,23	-0,18	-0,29	-0,03	-0,06	-0,02	-0,31	-0,04

- წყარო: კოეფიციენტები დათვლილია მოცემული კლინიკების მოგება-ზარალისა და ბალანსის უწყისების საფუძველზე.

სადაც :

გკ – გადაფარვის კოეფიციენტია;

აბკ - აქტივების ბრუნვის კოეფიციენტია;

მბკ- მოთხოვნების ბრუნვის კოეფიციენტია;

ვბკ- ვალდებულებების ბრუნვის კოეფიციენტია;

ონკ- ოპერაციული ნაზარდის კოეფიციენტი;

აუკ- აქტივებზე უკუგების კოეფიციენტი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა სამედიცინო დაწესებულება ელემენტარულად საჭიროებს მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას, ამისათვის იდეალურ შესაძლებლობას წარმოადგენს სესხი, მაგრამ ამჟამინდელი ფულად-საკრედიტო პოლიტიკა და ასეთი კრედიტის მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებათა მენეჯერების მზადყოფნის დონე შეიძლება არ შეესაბამებოდნენ სათანადო სტანდარტებს.

როგორც უკვე ზემოთ აღინიშნა, ეს მონაცემები მოიცავენ სტანდარტულ დაწესებულებებს, რომლებიც პროფილით, ზომით და ა.შ. განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან, მაგრამ მთლიანობაში წარმოადგენენ ჰოსპიტალურ სექტორში დაწესებულებათა ფინანსური მართვის არსებულ სურათს. მონაცემების გაანალიზების შემდეგ ნათელი ხდება ის, რომ:

1. სამშობიარო სახლებში და პედიატრიულ კლინიკებში სხვა პროფილის კლინიკებთან შედარებით უკეთესი მაჩვენებლებია ,რაც ძირითადად უკეთესი დაფინანსების რეჟიმისა და შიდა სტანდარტებით მეტი გაყიდვების მოცულობის შედეგია;

2. უმრავლესობა განხილული სამედიცინო დაწესებულება წამგებიანია, და შესაბამისად არც ერთში არ ხორციელდება აქტივების ეფექტური გამოყენება;

3. სამედიცინო დაწესებულებებში არ მიმდინარეობს გადაუხდელი მომსახურების წილის გაანგარიშება, რაც საკმაოდ მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა ანალიზისთვის პროგნოზირებისთვის და სწორი გადაწყვეტილების მიღებისთვის მმართველობის ყველა დონეზე ;

4. უმეტეს შემთხვევაში დაწესებულებათა მიზნები არაა თავსებადი მათ ხელთ არსებულ ფინანსურ რესურსებთან. ხშირად სამედიცინო დაწესებულებები იღებენ მონაწილეობას ისეთ პროგრამებში, რომელთა შესრულებაც გაცილებით აღემატება მათ შესაძლებლობებს;

5. სამედიცინო დაწესებულებები არ ზრუნავენ კაპიტალის რეინვესტირებაზე, რაც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურებებიდან მიღებულ თითოეულ ლარში შემდგომი განვითარებისთვის განკუთვნილი დანაზოგის შექმნას;

6. სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობა ფაქტიურად არანაირ ფინანსურ საშუალებებს არ მიმართავს უახლესი ტექნოლოგიების დასანერგად და პერსონალის მოტივირებისთვის;

7. საბუღალტრო აღრიცხვისა და ფინანსური ანგარიშგების მოუწესრიგებლობის გამო, ხშირ შემთხვევებში შეუძლებელი ხდება დაწესებულებების შეფასება რაიმე ზოგადი მაჩვენებლებით;

8. არცერთ სამედიცინო დაწესებულებაში არ ხორციელდება ფინანსური მენეჯმენტის შეფასება რაიმე ინდიკატორული სისტემით. სამედიცინო დაწესებულებების მართვის არცერთ დონეზე არ არის მიღებული ფინანსური ეფექტიანობის შეფასების სტანდარტული და ობიექტური ინდიკატორების ნაკრები, რომელიც მისცემდა როგორც ცალკეული დაწესებულების მენეჯერსა, ისე სამინისტროსა და გადამხდელებს ფინანსური აქტივების ობიექტურ სურათს და დაეხმარებოდა მათ ცალკეული გადაწყვეტილებების არჩევასა და მიღებაში;

9. სხვადასხვა დაწესებულებების ფინანსური მართვის ეფექტიანობის შედარებისას მნიშვნელოვანია გამოვიყენოთ ინდიკატორების ნაკრები, რაც საშუალებას გვაძლევს გამოვრიცხოთ ცალკეული გარეგანი ფაქტორები და უშუალოდ შევაფასოთ ხელმძღვანელთა მენეჯერული აღრიცხვის შესაძლებლობები.

თავი III. ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის სრულყოფა, ბაზრისა და სამედიცინო მომსახურებაზე ფასის რეგულირება

III.1. საქართველოს ჯანდაცვის ფინანსების მართვის სუბიექტებს შორის ურთიერთქმედების სრულყოფა საბაზრო ურთიერთობების პირობებში

საბაზრო ურთიერთობების პირობებში ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ეკონომიკური და სოციალური შედეგები მნიშვნელოვანწილად განპირობებულია ამ სფეროს მართვის ეფექტიანობით.

ჯანდაცვის სფერო მუდმივად განიცდის უამრავი საკმაოდ ცვალებადი მმართველობითი ფაქტორის ზემოქმედებას, როგორიცაა: საზოგადოების სოციალური შეკვეთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესაბამისი დონის უზრუნველყოფაზე; წარმოებულ სამედიცინო პროდუქციასა და მომსახურებაზე მოთხოვნის შეცვლა; ცვლილებები საგადასახადო კანონმდებლობაში; ინფლაცია და ა.შ.

ამრიგად, უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების ეფექტიანი გამოყენება, ხოლო ფინანსური რესურსების მართვა, როგორც ჯანდაცვის მართვის პროცესის შემადგენელი ნაწილი, იძენს პრიორიტეტულ მნიშვნელობას.

ფინანსური რესურსების მართვა გულისხმობს ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების მოძრაობის მართვას, აგრეთვე, ამ მოძრაობის პროცესში წარმოქმნილ ფინანსურ ურთიერთობების მართვას ჯანდაცვის ეფექტიანობის ამაღლების მიზნით.

განვიხილოთ ჯანდაცვის ფინანსების სუბიექტები და ჩავატაროთ მათი ფუნქციონირების შეფასება უკანასკნელ პერიოდში.

ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების პროცესში ძირითადი როლი მიეკუთვნება ფინანსთა სამინისტროს, რომლის საქმიანობაში არსებული ხარვეზები სერიოზულად აისახება სამედიცინო პროგრამების დაფინანსების პროცესზე, კერძოდ:

1. საქართველოს ფინანსთა სამინისტროში შედგენილი გეგმიური მაჩვენებლები პრაქტიკულად ყოველთვის გაცილებით დაბალია შჯსდ-ის სამინისტროს

პროგნოზებსა და საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ მომზადებულ ინდიკატორულ გეგმაზე;

2. ფინანსთა სამინისტრო არცთუ იშვიათად არასავალდებულოდ თვლის ბიუჯეტით გათვალისწინებული თანხების გამოყოფას ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორისთვის შჯსდ-ის სამინისტროს მიერ განსაზღვრული პრიორიტეტებით;

3. როდესაც საქმე ეხება დავალიანებას, მაშინ ვალის სახით ფიქსირდება ის, რაც აქვს შჯსდ-ის სამინისტროს დაწესებულებების წინაშე და არა ის, რაც აქვს თვით ფინანსთა სამინისტროს ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე.

სახელმწიფო მართვის სისტემის რეორგანიზაციის შედეგად რეფორმის დასაწყისში ჯანდაცვის სისტემაში მოხდა სტრატეგიული და ტაქტიკური ამოცანების გამიჯვნა და მათი განაწილება ქვეყნის ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი მართვის ორგანოებს შორის. საქართველოს ბუნებრივ-სამეურნეო ზონების მიხედვით ჩამოყალიბებულ იქნა ჯანდაცვის რეგიონალური მართვის 13 ცენტრი.

ჯანდაცვის მართვის რეგიონალური ორგანო შედის ადგილობრივი ხელისუფლების ადგილობრივი თვითმმართველობის შემადგენლობაში. იგი ახდენს სახსრების აკუმულირებას სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამების განხორციელებისთვის რეგიონის სამეურნეო განვითარების დონის შესაბამისად. რეგიონალური ცენტრის საქმიანობის პრიორიტეტული მიმართულებების სახით განსაზღვრულია მოსახლეობის უზრუნველყოფა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით და რეგიონში შემავალი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის კოორდინაციით. რეგიონის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს დაეკისრა პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა, ბაზური პროგრამებით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება.

შჯსდ-ის სამინისტროს პრეროგატივად რჩება მართვის გლობალური, სტრატეგიული პროგრამების გადაჭრის საკითხები:

– სახელმწიფო პროგრამების ფორმირება და განხორციელება;

– ჯანდაცვის ზოგადი მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმების ფორმირება;

– სახელმწიფო სამკურნალო სტანდარტებისა და ნორმატივების შემუშავება და კონტროლი;

– სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების პროცესის უზრუნველყოფა;

– დარგში სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრამებისთვის ხელშეწყობა;

– სისტემის ინფორმაციული და ინტელექტუალური უზრუნველყოფა;

– ჯანდაცვის მდგომარეობაში რეგიონებს შორის წარმოქმნილი დისბალანსის აღმოფხვრა.

შჯსდ-ის სამინისტროს როლი ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების მობილიზაციის საკითხში მინიმალურია, დეფიციტური დაფინანსების პირობებში. სამინისტრო ახორციელებს მხოლოდ შემოსავლების აღრიცხვას. ამჟამად შჯსდ-ის სამინისტროს არ გააჩნია სამედიცინო მომსახურებათა უშუალო მიმწოდებლის ფუნქცია. სამინისტროს შენარჩუნებული აქვს მხოლოდ განსაკუთრებული მნიშვნელობის სპეციფიკური პროგრამების უშუალოდ შესასყიდი ფუნქცია (ასე, მაგალითად „სხვა ჯანდაცვითი პროგრამები"-ს უზრუნველყოფა).

როგორც ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის რეფორმის პირველ წლებში შჯსდ-ის სამინისტრომ განახორციელა მმართველობითი ფუნქციების მნიშვნელოვანი ნაწილის დელეგირება და დეცენტრალიზაცია, რაც უსათუოდ იყო პროგრესული ნაბიჯი. უკანასკნელი წლების გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ მართვის საშუალო და ადგილობრივი დონე, ავტონომიური და ნახევრად ავტონომიური სახელმწიფო შესასყიდი ორგანიზაციები და სამედიცინო დაწესებულებების დიდი ნაწილი აღმოჩნდნენ მოუმზადებელნი ამ უფლება-ვალდებულებების ადექვატური განხორციელებისთვის. ამის შედეგად უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში შჯსდ-ის სამინისტროში აშკარად გამოვლინდა მართვის რეცენტრალიზაციის ნიშნები, რაც გამოიხატა სდფ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისა და სამედიცინო დაწესებულებების მმართველობით, ფინანსურ და საკონტაქტო ფუნქციათა განხორციელების შეზღუდვაში.

სამედიცინო პროგრამების დაფინანსების შემდეგ სუბიექტს წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც შექმნილ იქნა ყოფილი სანიტარულ-ეპიდემიური სისტემის გაყოფის შედეგად. მიუხედავად იმისა, რომ დეპარტამენტი ორგანიზაციულად იმყოფება შჯსდ-ის სამინისტროს დაქვემდებარებაში, მისთვის დამახასიათებელია განსაზღვრული ავტონომია, გახსნილია ცალკე ანგარიში და უფლება აქვს ფუნქციურად გამოიყენოს სახსრები.

სამედიცინო პროგრამების დაფინანსების სუბიექტს – ორგანოს, რომელიც უკანასკნელ პერიოდამდე ახორციელებდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევას – სამედიცინო დაზღვევის ფონდს (სდფ) – კანონით „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ" მიენიჭა სრული ფინანსური, მმართველობითი და საკონტაქტო

დამოუკიდებლობა. ქვეყნის ყოველ რეგიონალურ ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე ფუნქციონირებდა ფონდის ფილიალი, რომელიც განლაგებული იყო მხარის ადმინისტრაციულ ცენტრში (იმერეთის ფილიალი განლაგებულია ქ. ქუთაისში, კახეთის – ქ. თელავში და ა.შ.). კომპანიას ჰქონდა, აგრეთვე, ფილიალები აჭარის ა/რ და აფხაზეთის ა/რ. გარდა ამისა, ფონდის ცენტრალურ ოფისს უშუალოდ ემორჩილებოდა ცხინვალის წარმომადგენლობა.

სდფ-ის არსებობის რამდენიმე წლის განმავლობაში სრულყოფილ იქნა საკონტაქტო მმართველობითი აღრიცხვის სისტემები. თუმცა მის საქმიანობაში გამოიხატა მმართველობითი ღონისძიებების დაბალი ეფექტურობა და არასტაბილური დაფინანსება, ხოლო შედეგად – ფინანსური დავალიანება საკონტაქტო დაწესებულებების წინაშე და კომპანიის მხრიდან კონტრაქტორების მიერ შესრულებული სამუშაოების სრულფასოვანი კონტროლის უუნარობა. რა თქმა უნდა, ეს განაპირობებდა პაციენტებისთვის გაწეულ მომსახურებათა დაბალ ხარისხს, სადაზღვევო საშუალებების არაეფექტურ გამოყენებას, დაზღვეულთა უფლებების დარღვევას.

მოსახლეობისთვის შეთავაზებულ სადაზღვევო პროგრამებსა და ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის წარმატებულ განხორციელებაზე პასუხს აგებს სდფ, როგორც შემსრულებელი. კომპანიას ნაწილობრივ ეკისრება პასუხისმგებლობა ფინანსურად არაბალანსირებული, არარეალური ფასებით გამოანგარიშებულ სადაზღვევო პაკეტზეც და სამედიცინო მომსახურეობის ხელმისწვდომობისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის გაუარესებაზეც.

დაფინანსების შემდეგ სუბიექტს წარმოადგენენ ჯანდაცვის რეგიონალური ფონდები. ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანო შეიმუშავებდა კონკრეტულ პროგრამებს, რომელთა ნაწილი, სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონის თანახმად, იყო ქვეყნის ერთიანი სადაზღვევო პროგრამის შემადგენლობაში. ამ პროგრამებსა და ბიუჯეტს ამტკიცებდნენ ადგილობრივი საკრებულოები. ხდებოდა ფინანსური საშუალებების მობილიზაცია ჯანდაცვის ე.წ. რეგიონალურ ფონდებში, შემდეგ კი ხდება რეგიონის შემადგენლობაში შემავალი რაიონული დაწესებულებების დაფინანსება, რომლებიც ახდენენ ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების რეალიზაციას. ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების წყაროს წარმოადგენდა ადგილობრივი ბიუჯეტი. როგორც წესი, იგი ყალიბდებოდა გადარიცხვებისაგან ადგილობრივ ბიუჯეტში და ცენტრალურ ბიუჯეტში გადარიცხვების იმ ნაწილისაგან, რომელიც საკანონმდებლო წესით რჩებოდა

ადგილებზე. თუმცა ამ წესს არ იცავდა მრავალი მუნიციპალიტეტი, რადგან ქვეყნის მრავალ რაიონს არ შესწევდა უნარი დამოუკიდებლად ჩამოეყალიბებინა ადგილობრივი ბიუჯეტი და ამისათვის იღებდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტებს, ე.ი. ფაქტიურად ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტის საშუალებები არცთუ იშვიათად სულაც არ წარმოადგენენ ადგილობრივი წარმოშობის საშუალებებს, ისინი ფაქტიურად წარმოადგენდნენ ცენტრალური ბიუჯეტის მიზანმიმართულ ტრანსფერებს. საყოველთაოდ ცნობილია ის პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია ქვეყნის ბიუჯეტთან და მის შესრულებასთან.

აქედან გამომდინარე, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის რეგიონალური ფონდების მდგომარეობა, რომლებიც ცდილობდნენ ფინანსური საშუალებების მობილიზაციას იმ რაიონებიდან, რომლებსაც არ გააჩნიათ ეს საშუალებები ან თუ გააჩნიათ, მაშინ არ სურთ მეზობელი რაიონის მოსახლეობის დაფინანსება. შედეგად, გამოდის, რომ ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტების უმრავლესობა რეალურად არსებობდა მხოლოდ ქაღალდზე, ხოლო საშუალებების გამოყოფა ფაქტიურად უხდებოდა მაინც მოსახლეობას. ის მიზერული ფინანსური საშუალებები, რომელთა მობილიზაცია მუნიციპალური ჯანდაცვის დაფინანსებისთვის ასე თუ ისე ხერხდებოდა, ხშირად გამოიყენებოდა სხვა მიზნებისთვის, რამდენადაც პრაქტიკულად არავითარი პასუხისმგებლობა არ ეკისრებოდა ოფიციალურ პირებს ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის შეუსრულებლობისათვის.

განვიხილოთ დაფინანსების შემდეგი სუბიექტი – სამედიცინო დაწესებულებები რეფორმის დაწყებისთანავე ყველა სახელმწიფო დაწესებულება დამოუკიდებელ იურიდიულ პირად იქცა. შეიცვალა სამედიცინო დაწესებულებების იურიდიული სტატუსი და საბიუჯეტო ორგანიზაციების ნაცვლად მათ უწოდებენ სახელმწიფო (სახაზინო) საწარმოებს, ხოლო 1999-2000 წლებში მოხდა ამ დაწესებულებების ჩამოყალიბება სააქციო საზოგადოებებად და შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებებად სახელმწიფოს 100%-იანი წილობრივი მონაწილეობით.

მიზერული ფინანსური რესურსების განაწილებამ ზედმეტ სამედიცინო დაწესებულებებსა და კადრებზე, მინიმუმამდე დაიყვანა ხარჯები, რომლებიც გათვალისწინებულია კაპიტალური ინვესტიციებისთვის, ობიექტების მოვლისთვის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესებისთვის, სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურებისთვის.

სამედიცინო დაწესებულებათა შენობა-ნაგებობების უმრავლესობა შეიძლება დავახასიათოთ როგორც ძირითადად ამორტიზებული, ჭარბი სიმძლავრეებით, ცუდი წყალ-გაყვანილობითა და ელექტრომომარაგებით; სამედიცინო კადრების ჭარბი რაოდენობით, რომლებსაც უმრავლეს შემთხვევაში დაბალი კვალიფიკაცია აქვთ. მეორეს მხრივ, სახელმწიფო დაფინანსების არასტაბილურობამ და ცუდად ინფორმირებული პაციენტის ფაქტორმა განაპირობეს ის, რომ პაციენტისაგან თანხის უკანონოდ მიღების მთავარ ინიციატორს წარმოადგენს დაბალანაზღაურებადი, არახელსაყრელი კონტრაქტით მომუშავე, შესაბამისი მმართველობითი ცოდნისა და ჩვევების არმქონე, ჭარბი და დაბალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი.

აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთ სტრატეგიულ მიმართულებად დასახულ იქნა სამედიცინო დაწესებულებების ქსელის ოპტიმიზაცია და რესტრუქტურიზაცია. 1998 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ მსოფლიო ბანკთან ერთად შეიმუშავა სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელის სტაციონარული სექტორის რესტრუქტურიზაციის გენერალური გეგმა. 1999 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ გენერალური გეგმის I ეტაპის მიღების შემდეგ დაწყებულ იქნა სტაციონარული სექტორის გარდაქმნის ფართომასშტაბიანი პროგრამა, რაც ითვალისწინებდა საავადმყოფოების შენობა-ნაგებობების ლიკვიდაციასა და პრივატიზაციას, სამედიცინო პერსონალის ოპტიმიზაციას, საავადმყოფოების ქსელის შემცირებას. სამედიცინო დაწესებულებათა შენობა-ნაგებობების პრივატიზაციის შედეგად მიღებული შემოსავლების რეინვესტიცია ხდება საავადმყოფოების რესტრუქტურიზაციის სპეციალური ფონდის საშუალებით რესტრუქტურიზაციის პროცესში და ისინი გამოიყენება სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი ჯანდაცვის სტრატეგიული ობიექტების რეაბილიტაციისთვის; გამოთავისუფლებული სამედიცინო პერსონალის საკომპენსაციო პაკეტის ანაზღაურებისთვის; გამოთავისუფლებული პერსონალისთვის გადამზადების შესაძლებლობის უზრუნველსაყოფად და სამკურნალო-პროფილაქტიკური ქსელის მართვის სისტემის გასაუმჯობესებლად. სტაციონარული სექტორის ოპტიმიზაციის მიზნით, მსოფლიო ბანკის მიერ გამოყოფილი იქნა შეღავათიანი კრედიტი დაახლოებით 9,4 მლნ. აშშ-ს დოლარის ოდენობით.

2002-2003 წლებში რესტრუქტურიზაცია შეეხო 49 სამედიცინო დაწესებულებას (მათ შორის ჯანდაცვის 26 სტაციონარსა და 23 პირველად ამბულატორიას), რის შედეგაც მათი რაოდენობა შემცირდა 15-მდე.

რეორგანიზაციის შედეგად სამედიცინო პერსონალის რიცხვიდან გამოთავისუფლებელ იქნა 734 ადამიანი, რომლებისთვისაც კომპენსაციის სახით გამოყოფილ იქნა 710863 ლარი.

რაც შეეხება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს, საქართველოს სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდის მიერ 2001-2007წწ. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება ხდებოდა სხვადასხვა წყაროებიდან, კერძოდ: 2001 წელს ორი წყაროდან – დამქირავებელთა და დაქირავებულების მიერ ხელისუფლებიდან გადახდილი სავალდებულო დაზღვევის შესატანებით (3%+1%) და ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერიდან. 2002-2004 წლებში ზემოაღნიშნულ წყაროებს დაემატა ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან გადაცემული თანხები, რომელიც მიმართული იყო გადაუდებელი და ამბულატორიული დახმარების პროგრამების დასაფინანსებლად, 2005-2007 წლებში პროგრამების დაფინანსება ხდებოდა მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით.

ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობის მართვისა და დაფინანსების სახელისუფლებო პოლიტიკის ცვლილების შესაბამისად შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი ეტაპები: 2001-2002 წლები, 2003-2004 წლები და 2005-2007 წლები.

2001-2002 წლებში არსებობდა „სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი“ (დამქირავებლის სახელფასო ფონდზე დარიცხული 3%+ დაქირავებულის ხელფასის 1%), ანუ დამქირავებლის და დაქირავებულის გადახდილ თანხებს უკვე განსაზღვრული ჰქონდა დანიშნულება. კანონის თანახმად, აღნიშნული შესატანი არ წარმოადგენდა ქვეყნის ბიუჯეტის შემოსავლების წყაროს, იგი უფრო კერძო სახსრებს წარმოადგენდა, რომლებიც ჯანდაცვისთვის იყო განკუთვნილი. უნდა აღინიშნოს, რომ 2001-2002 წლების მოდელი საკმაოდ რთული აღმოჩნდა, რადგან სისტემის ფუნქციონირების De Iure სქემა არსებითად განსხვავდება De Facto ვითარებისგან. „სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი“ სინამდვილეში იყო ერთგვარი შუალედური კატეგორია „სავალდებულო შესატანსა“ და „მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს“ შორის. შეგროვების ტექნიკით („მისამართი“ – ექსკლუზიურად სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) „3+1“ შესატანს წააგავდა, ხოლო გადამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს.

2003 წლიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ შეწყვიტა ფუნქციონირება და შეიქმნა ახალი სტრუქტურა – სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, გაუქმდა სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი და ჯანდაცვის სახსრები გაერთიანდა სოციალური დაზღვევის გადასახადში, რომლის საფუძველზეც ხდებოდა სოციალური ხარჯების დამფინანსებელი საგანგებო ფონდის, ე.წ. სპეცფონდის ფორმირება.

2003 და 2004 წლების ბიუჯეტის კანონის მიხედვით სახელმწიფო ბიუჯეტი შედგებოდა ცენტრალური ბიუჯეტისა და სპეცფონდებისაგან (მათ შორის საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი). მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დაზღვევის გადასახადი, ყველა სხვა გადასახადისაგან განსხვავებით, განსაზღვრავს გადასახადის მიზანს, მიმართულებას, ქვეყნის კანონმდებლობით არის ბიუჯეტის ფორმირების წყარო და ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში 2003 წელს ამ გადასახადს მიენიჭა ცალკე კოდი (სავალდებულო სახელმწიფო სადაზღვევო გადასახადი). ეს გადასახადი ისეთივე წესით შედიოდა ხაზინაში, როგორც სხვა წმინდა საბიუჯეტო გადასახადები – ცალკე მიმღები ანგარიში ხაზინაში სოციალური დაზღვევის გადასახადისათვის არ არსებობდა. ამგვარად, იგი ისევ წარმოადგენს შუალედურ კატეგორიას მსგავსად „სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანისა“, მაგრამ ამჯერად მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადსა და წმინდა საბიუჯეტო გადასახადს შორის.

2005 წელს სოციალური დაზღვევის გადასახადი უქმდება და შემოდის სოციალური გადასახადი, რომელიც უშუალოდ ბიუჯეტში აკუმულირდება და სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდება.

იმდენად, რამდენადაც ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადებისას გამოყენებული იქნა დარიცხვის მეთოდი, 2001-2006 წლებში ფაქტიური შესრულება საკმაოდ აღემატებოდა რეალურ დაფინანსებას, მათ შორის სხვაობა კი სახელმწიფო ბიუჯეტის ვალად აღირიცხებოდა და მისი გასტუმრება ხდებოდა მომდევნო წლებში, ამიტომ რეალურ დაფინანსებასა და ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს შორის სხვაობა მიეკუთვნა სახელმწიფო ბიუჯეტს.

ცხრილი 26

სოციალური დაზღვევის დაფინანსების წყაროები

(ათასი ლარი)

წყაროები	2001	2002	2003	2004	2005	2006
სახელმწიფო ბიუჯეტის ტრანსფერი	19313,7	26900,5	27990,2	65546,8	88608,0	128645,5
სამედიცინო დაზღვევის გადასახადი	20981,7	18400,0	36300,0			
ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან გაცემული თანხები		3900,0	5376,4	15409,1		
სულ	40295,4	49200,5	69666,6	80955,9	88608,0	126381,2

წყარო: ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2005.

ფინანსურ აგენტებზე[I] ფინანსური წყაროებიდან სახსრების გადანაწილება მოცემულია ცხრილში 27.

სამედიცინო დაწესებულებებში ფასწარმოქმნაზე და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე სახელმწიფო რეგულირების სისტემა სუსტია, რაც საშუალებას აძლევს მედპერსონალს და სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს ეკონომიკური მიზანშეწონილობისა და რაციონალურობის გარეშე დააწესონ ფასები სამედიცინო მომსახურებაზე.

[I] ფინანსური აგენტები – ყველა ეკონომიკური სუბიექტი, რომელიც ფინანსური წყაროდან იღებს თანხებს და ახდენს მათ განკარგვას სამედიცინო მომსახურების, ფარმაცევტული საქონლის, სამედიცინო განათლების, მეცნიერებისა და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ნებისმიერი საქონლის დასაფინანსებლად.

ცხრილი 27

ფინანსური წყაროებიდან ფინანსურ აგენტებზე თანხების განაწილება 2001-2006 წწ (ათასი ლარი)

(ჯანდაცვის ღონისძიებების დაფინანსებისთვის)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ცენტრალური ბიუჯეტი						
ა) შჯსდ სამინისტრო	6082,1	6322,4	6825,1	8524,3	8584,7	5247,3
ბ) საზ. ჯანდაცვის დეპარტამენტი	11139,6	12749,5	3897,4	3222,1		
გ) დაავადებათა კონტროლისა და სამედ სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი			608,7	186,0	567,1	680,1
დ) დაავადებათა კონტროლისა და სამედ სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი			729,1	354,4	626,4	626,4
ე) საქ. ჯანმრთელობის და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი	914,4	284,7	932,3	567,8	1120,4	2412,4
ვ) თავდაცვის სამინისტრო	152,3	1530,7	1191,7	132,8	771,5	17783,4
ზ) შინაგან საქმეთა სამინისტრო	398,1	414,9	527,1	786,9	870,0	1329,9
თ) იუსტიციის სამინისტრო				108,7	112,6	
ი) უშიშროების სამინისტრო	110,7	123,9	104,3			
კ) სამთავრობო დაცვა	244,8	342,8	176,2			
ლ) ომის ვეტერანთა დეპარტ.	461,1	486,9	321,1	441,9	1678,6	1548,6
მ) სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებები	14,5		85,5	301,1	553,8	811,2
ნ) საავადმყოფოთა რესტრუქტირი-ზაციის ფონდი					20978,8	47792,1
სხვა	815,8	688,5	762,2	388,1	308,8	4214,8
სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი	19313,7	26900,5	27990,5	65546,7	88608,0	128645,5
უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებით და გრანტებით განხორციელებული ინვესტიციური პროექტები						
ა) საავადმყოფოთა რესტრუქტურიზაციის ფონდი						
ბ) არამომგებიანი ინსტიტუტები, რომლებიც ემსახურებიან				117,7		

შინამეურნეობებს გ) სხვა დანარჩენი			210,4	974,5	841,0	1333,2
სადაზღვევო გადასახადები და შენატანები სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი			36300,0			
ქ. თბილისის მერიის სახსრები ა) ქ. თბილისის შჯსდ საქალაქო სამსახური ბ) სადაზღვევო ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გ) სხვა კერძო სამედ. დაზღვევა	10536,9 2459,0	9484,0 2101,1	8944,8 880,7	15495,3 2389,4	19759,8	2956,3 3000,0
აჭარის ა/რ სახსრები ა) აჭარის ა/რ ჯანდაცვის სამინისტრო ბ) სოც. დაზღვევის ერთ.სახ. ფონდი	503,9	4500,0	5661,0	2389,4 21737,7	6890,9	541,6
აფხაზეთის ა/რ/ სახსრები აფხაზეთის ა/რ/ ჯანდაცვის სამინ.	769,4	813,3	618,7	869,0	922,9	541,6
სხვა დანარჩენი ტერიტორიული ერთეულების სახსრები ა) ჯანდაცვის სხვა მუნიციპალური ორგანოები ბ) სოცდაზღვევის ერთიანი სახ. ფონდი						
დამქირავებლის მიერ გადახდილი ჯანდაცვაზე სავალდ. გადასახადი სოც. დაზღვევის ერთიანი სახ. ფონდი	15735,3	13800,0				
დაქირავებულის ჯანდაცვაზე სავალდებულო გადასახადი სოც. დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი	5245,4	4600,0				

წყარო: ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2007.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, 1999 წლიდან, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისა და დანერგვის დაწყებასთან ერთად მეტი ყურადღება დაეთმო პირველად ჯანდაცვის დაფინანსებას. „სოფლის მოსახლეობისა და მთიანი რეგიონების მოსახლეობისთვის დამატებითი სამედიცინო დახმარების“ პროგრამამ გაზარდა პირველადი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო დაფინანსება. 2001 წლიდან ეს პროგრამა გახდა პრიორიტეტული, რაც იქცა სერიოზულ ნაბიჯად, საქართველოს მთავრობის მხრიდან, პირველადი სამედიცინო დახმარებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის სრულყოფის გზაზე. ხორციელდება რეფორმირებული პირველადი სამედიცინო დახმარების სექტორისთვის კადრების მომზადების პროგრამა. ეს მრავალეტაპიანი პროგრამა ითვალისწინებს ამჟამად არსებული სპეციალიზირებული პირველადი დახმარების უზრუნველყოფის სისტემის გარდაქმნას, სადაც ოჯახის ექიმი (ზოგადი პროფილის ექიმი) იქნება მოსახლეობისთვის პირველადი სამედიცინო დახმარების მთავარი მიმწოდებელი. ამ პროექტისა და ამჟამად განხორციელებადი საერთაშორისო ორგანიზაციების (USAID, IMC, UMCOR) სხვა პროექტების გამოცდილება საფუძვლად ედება „პირველადი ჯანდაცვის“ მოდელის საბოლოო დანერგვას, 2002-2007 წლების განმავლობაში მხარდაჭერილი იყო პროექტი პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის თაობაზე, მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ჩარჩოებში.

ამრიგად, ჯანდაცვის დაფინანსების მომავალი სტრატეგიის ძირითად განმსაზღვრელ ფაქტორებს წარმოადგენენ სამედიცინო ქსელის ოპტიმიზაცია და პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემის განვითარება.

ჩვენ მიერ ჩატარებული ანალიზის შედეგად შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი ამოცანები ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფის საკითხის გადასაჭრელად:

1. ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ფინანსური რესურსების მართვის მექანიზმის გაუმჯობესება და რეგიონებს შორის განაწილების მექანიზმის სრულყოფა.

სახელმწიფო ფინანსური რესურსების მართვის მექანიზმის არაეფექტიანობა და რეგიონალური უთანასწორობა, რომელიც დაკავშირებულია ჯანდაცვაზე თანხების გამოყოფასთან, მნიშვნელოვან წილად გამოწვეულია სახელმწიფო დაფინანსების წყაროებისა და სტრუქტურების დანაწევრებით – პასუხისმგებლობა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პაკეტის დაფინანსებაზე დაეკისრა რამოდენიმე სახელმწიფო სტრუქტურას. არცთუ იშვიათ შემთხვევაში, ადგილობრივი მართვის ორგანოების დაუდევრობის შედეგად არ ხორციელდება

რეგიონებში გათანაბრების მექანიზმი (მუნიციპალური ფონდების გაერთიანება ჯანდაცვის რეგიონალურ ფონდად – რეგიონალური ფონდი).

დგება სახელმწიფო დაფინანსების ცენტრალურ ორგანოებში (სდფ, შჯსდ სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი) სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებული საშუალებების თავმოყრით ამ პრობლემის გადაჭრის ამოცანა.

2. სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობისთვის გარანტირებული სამედიცინო მომსახურების მინიმუმის (სახელმწიფო შესყიდვების სისტემის) გაუმჯობესება.

ხშირ შემთხვევაში სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურებათა სახელმწიფო შესყიდვების დაბალი ხარისხი გამოწვეულია ფინანსური არაბალანსირებულობით, ცენტრალურ და მუნიციპალურ დონეზე მათ განხორციელებასთან დაკავშირებული ხარვეზებით; სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პაკეტის დაფინანსებაზე პასუხისმგებელ სუბიექტთა სიუხვით. ამ პრობლემის გადასაჭრელად საჭიროა:

– შესაბამისი ცვლილებების შეტანა სახელმწიფო პაკეტსა და სამედიცინო დაზღვევის ტარიფებში;

– სახელმწიფო ბიუჯეტში ხარჯების რეალური დაგეგმვა და სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პრიორიტეტულობა;

– სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მექანიზმისა და ფასწარმოქმნის პროცესის სრულყოფა რეალურ მაჩვენებლებზე დაყრდნობით.

3. ქვეყანაში წინასწარი გადახდით სამედიცინო მომსახურების (დაზღვევის) შემოღებამ შესაძლებელი გახადა ფინანსური რისკის გადანაწილება ავადმყოფიდან ჯანმრთელზე და ღარიბიდან მდიდარზე. დაზღვევის შემდგომი სრულყოფითა და განვითარებით შემსუბუქებულ უნდა იქნეს მოსახლეობის მეტი ნაწილის ფინანსური მდგომარეობა, ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილების მექანიზმის ეფექტურობის ამაღლება და სამედიცინო დაზღვევის კერძო სექტორში ფინანსური რესურსების მობილიზაციის სტიმულირება.

უნდა აღვნიშნოთ რომ, სამედიცინო დაზღვევის განვითარების სამთავრობო გეგმის მთავარი მიზანია – კერძო სამედიცინო დაზღვევაზე დამყარებული დაფინანსების მოდელის განვითარება.

გეგმის მიხედვით, ეტაპობრივად განხორციელდება არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების (ამბულატორიული პროგრამის ჩათვლით) ჩანაცვლება

სადაზღვევო პროდუქტებით –სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ჩანაცვლება სადაზღვევო მომსახურებით.

არსებობს სამედიცინო მომსახურების მოდელის სამუშაო ვერსია. რომლის მიხედვით შჯსდ სამინისტრო განახორციელებს შემდეგს:

1 შეიმუშავებს კანონს ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ, სადაც განსაზღვრავს:

ა) "უნივერსალურ პაკეტს" და მის შემადგენლობას, რომელსაც დააფინანსებს საზოგადოებრივი სახსრებით და უფასოდ ან მცირე თანაგადახდის საფასურად შესთავაზებს მოსახლეობას. სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის დაფინანსების სფეროში გაიყოფა ორ ჯგუფად:

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო სახსრებით უზრუნველყოს "უნივერსალური პაკეტით" გათვალისწინებული მომსახურება:

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები;
- ოჯახის ექიმის მოდელზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ), რომელიც საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვეში აწვდის მოსახლეობას პრევენციულ, სამკურნალო და რეაბილიტაციურ მომსახურებას;
- გადაუდებელი სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – გადაუდებელი ტრანსპორტირება სამედიცინო დაწესებულებამდე და დაწესებულებებს შორის;
- ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება);
- სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

ბ) განსაზღვრავს ფინანსურად ხელმისაწვდომ „დამატებით პაკეტს" და სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე მისი რეალიზაციისა და სახელმწიფოს მხრიდან მისი რეგულირების პრინციპებს, რომელსაც სახელმწიფო შეუძენს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას;

გ) ორივე პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, მიმწოდებელთა შერჩევა-კონტრაქტირების და შესყიდული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპებს;

დ) სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმებს;

2. რეგულაციებისა და საკანონმდებლო ინიციატივის საშუალებით სახელმწიფო ხელს შეუწყობს კერძო ინვესტიციების მოზიდვას ჯანდაცვის სფეროში.

3. ექიმების რაოდენობისა და კვალიფიკაციის რეგულირებისთვის სახელმწიფო გამოიყენებს ლიცენზირებას, სერთიფიცირებას და პერიოდულ რესერტიფიცირებას.

4. მიმწოდებლების ოპტიმიზაციის და ხარისხის კონტროლის მიზნით სახელმწიფო გამოიყენებს სამედიცინო დაწესებულებათა რეგისტრაციას, ლიცენზირებას და აკრედიტაციას.

სამი ვარიანტი, თუ როგორ შეუძლია საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდს (დესფ-ს) განახორციელოს დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის შესყიდვასთან დაკავშირებული ფუნქციები:

<u>ვარიანტი 1 :</u> სდესფ-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის ანაზღაურებას ღარიბებისთვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილი ნაწილისთვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ყიდიან დამატებით და აგრეთვე "დამხმარე" სადაზღვევო პაკეტს.

ეს ვარიანტი შესაძლებელია იმ შემთხვევისთვის, თუ კი მომავალში ქვეყანა გადაწყვეტს სოციალური დაზღვევის ფარგლებში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებას. ინდივიდები, რომლებსაც სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტით, შეძლებენ ეს პაკეტი შეისყიდონ სდესფ-ისგან ან კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან. ეს დაზღვევას ხელმისაწვდომს გახდის მთელი მოსახლეობისთვის. მაგრამ, სდესფ-ი იგივე პირობებში იქნება, რაც სხვა დანარჩენი კერძო სადაზღვევო კომპანიები. არსებობს საფრთხე, რომ ის ვერ შეძლებს კონკურენციის გაწევას და შედარებით ჯანმრთელი პაციენტები (დასაქმებულები და ახალგაზრდები) არჩევენ კერძო დაზღვევას, რაც გამოიწვევს გაკოტრების საფრთხეს, და საბოლოო ჯამში სერიოზული რისკის ქვეშ აყენებს ღარიბი მოსახლეობისათვის მომსახურების

ხელმისაწვდომობას თუკი სდესფ-ს მოუწევს მომსახურებაზე ანაზღაურების შემცირება, რათა დაფაროს უფრო მაღალი რისკების ხარჯები. აგრეთვე, სდესფ-ი იქნება ისეთივე რეგულირების პირობებში რაც ნებისმიერი კერძო სადაზვევო კომპანია და შესაბამისად ვერ მოახდენს ამ უკანასკნელთა არაპირდაპირ რეგულირებას.

<u>ვარიანტი 2:</u> სდესფ-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის ანაზღაურებას ღარიბებისთვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილი ნაწილისთვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ყიდიან "დამხმარე" სამედიცინო დაზღვევის პაკეტს.

ეს ვარიანტი პერსპექტიულია იმ შემთხვევისთვის, თუ კი მომავალში ქვეყანა გადაწყვეტს სოციალური დაზღვევის ფარგლებში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებას. წინა ვარიანტისაგან განსხვავებით, დამატებითი პაკეტის ფარგლებში მიმწოდებლებისათვის გადახდა არ მოხდება სხვადასხვა ფასების მიხედვით და არც გადახდის განსხვავებული სისტემები იქნება გამოყენებული კერძო და არა-კერძო პაციენტებისთვის. ასე რომ, გაძლიერდება შემსყიდველის როლი და ძალაუფლება.

ინდივიდები, რომლებსაც სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტით, შეძლებენ ეს პაკეტი შეისყიდონ სდესფ-ისგან. მაგრამ, იქმნება სამედიცინო დაზღვევის დამატებითი პაკეტის მონოპოლისტი მზღვეველი / შემსყიდველი, - არის საშიშროება რომ მზღვეველმა არ გაითვალისწინოს მოსახლეობის საჭიროებები და მოთხოვნები.

<u>ვარიანტი3:</u> სდესფ-ი კონტრაქტს აფორმებს კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან დამატებითი პაკეტის მომსახურების მიწოდებისთვის.

ეს ვარიანტი აუცილებელია თუკი ქვეყანა გეგმავს ძირითადად კერძო სექტორს დაეყრდნოს დამატებითი პაკეტის დაფინანსებისთვის. რადგან შეამზადებს სადაზღვევო ბაზარსა და მარეგულირებელ გარემოს, რათა მოიცვან მომსახურების ფართო სპექტრი მთელი მოსახლეობისთვის.

კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის სახელმწიფო კონტრაქტების შეთავაზება, იძლევა კერძო სადაზღვევო მოცვის რეგულირების მნიშვნელოვან მექანიზმს, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს აუცილებელი სერვისების მოცვა. ეს ასპექტი ნაკლებადაა დაცული დღეს საქართველოში და შედეგად, კერძო დაზღვევა ძვირი და არახელმისაწვდომია მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის.

არსებობს საფრთხე, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიები არ დაინტერესდებიან ამ შეთავაზებით, რადგან ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ისინი რაიმე მოგებას მიიღებენ ქვეყნის უმეტეს ნაწილში, განსაკუთრებით მკაცრი რეგულირების პირობებში.

4. ჯანდაცვისათვის გათვალისწინებული ფინანსური საშუალებების მობილიზაციის გაუმჯობესება.

ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს წილი, რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით. ამასთან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში ფართოდ უნდა იყოს ჩაბმული მოსახლეობა ნებაყოფლობითი დაზღვევისა და თანაგადახდის ფორმით.

ამ წინადადების რეალიზაცია, გაზრდის საქართველოს სახელმწიფო ჯანდაცვის შესაძლებლობას, გააუმჯობესებს მოსახლეობის მდგომარეობას, შეამცირებს ავადობას, გაახანგრძლივებს მოსახლეობის შრომით აქტივობას, რაც გაზრდის შრომითი რესურსების ხარისხს და მთლიანობაში შრომის ნაყოფიერებას.

III.2. სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურების ფორმები, როგორც ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი ეკონომიკური ინსტრუმენტი ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების რაციონალური გამოყენებისთვის

როგორც ცნობილია, ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ჯანდაცვაზე გამოყოფილ სახსრებს არ შეუძლია სრულად დააკმაყოფილოს სამედიცინო მომსახურებაში მოსახლეობის მოთხოვნა. ამიტომ სახელმწიფო შემოიფარგლება სამედიცინო მომსახურების ბაზური პროგრამით გათვალისწინებული ანაზღაურებით, რომელიც გარანტირებულად მისაწვდომია ქვეყნის თითოეული მოქალაქისთვის. ამავე დროს საჭიროა დავნერგოთ ისეთი ფინანსურ-ეკონომიკური მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს გამოყოფილი ფინანსური სახსრების ოპტიმალური გამოყენების შესაძლებლობას.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს ანაზღაურების ისეთი სისტემა, რომელიც გაითვალისწინებდა ყველა ფაქტორსა და თავისებურებას სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის საქმეში. აუცილებელია ოპტიმალური სისტემა, რომელშიც ურთიერთშეწყობილი იქნება მსოფლიოში გავრცელებული ანაზღაურების აპრობირებული ფორმები.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მექანიზმი განსაზღვრავს გადასახადის გადამხდელის ფულადი სახსრების ოდენობასა და შემოსავალს სამედიცინო დაწესებულებებში, აგრეთვე, მომსახურებათა სახეებს, რომლებზეც დგინდება ფასები და ხდება გადასახადის შეტანა.

მწარმოებლისა და მომხმარებლის პირდაპირი ურთიერთობისას, მწარმოებლის მიერ შეთავაზებულ მომსახურებებზე მომხმარებლის (პაციენტის) მხრიდან გადახდისუნარიანი მოთხოვნის არსებობის შემთხვევაში ანაზღაურების საკითხი წყდება მარტივი გარიგების შედეგად. მაგრამ, როდესაც ჩვენ საქმე გვაქვს ისეთ მოქმედებასთან, როცა მომხმარებელი მწარმოებლისთვის ღირებულების ანაზღაურების ფუნქციას გადასცემს მესამე პირს (იგულისხმება ბიუჯეტი ან სადაზღვევო კომპანია), მაშინ ასეთ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება, რომ ამ მესამე პირმა ან გადასახადის გადამხდელმა წინასწარ შეათანხმონ, ერთის მხრივ, მომხმარებელთან – სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახე და, მეორეს მხრივ, მწარმოებელთან – ფასი, რომელსაც ის მიიღებს გადასახადის გადამხდელისაგან გარკვეული სახისა და მოცულობის სამედიცინო მომსახურების გაწევისთვის.

განვიხილოთ მსოფლიო პრაქტიკაში არსებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმები:

1. თითოეული სახის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება – დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მიზნით ჩატარებული პროცედურების, სამედიცინო მანიპულაციების იდენტიფიკაცია, წამლების დანიშვნა და გაცემა, შედეგად გამოიწერება საერთო ანგარიში და წარედგინება გადასახადის გადამხდელს (ჩვენს შემთხვევაში – სახელმწიფოს).
2. ანაზღაურება, დაავადების თითოეული შემთხვევიდან გამომდინარე – გადასახადების შეტანა ხდება მომსახურებათა კომპლექსზე ან ერთდროულ დახმარებაზე. ხდება მომსახურებათა სახეების დიფერენცირება, მაგრამ არ ხდება მათი შეჯამება, როგორც პირველ შემთხვევაში. ზოგჯერ ტარიფს ადგენენ ამა თუ იმ პაციენტზე, კონკრეტულ საავადმყოფოში გაწეული სამედიცინო მომსახურების რეალური ღირებულების გაუთვალისწინებლად, როგორც ამას აქვს ადგილი დიაგნოსტიკური ჯგუფების მიხედვით ანაზღაურებისას.
3. სადღეღამისო ანაზღაურება – საფასურის გადახდა ხდება სტაციონარში გატარებული დღეების მიხედვით.
4. ანაზღაურება ერთიანი განაკვეთით – შეთანხმებით ამა თუ იმ სახის მომსახურების უშუალო ანაზღაურება.
5. ანაზღაურება ყოველ ავადმყოფზე – ფიქსირებული გადასახდელი თითოეულ პაციენტზე, რომლებიც ირიცხებიან ამა თუ იმ ექიმის მომსახურებათა ჩამონათვალში. ამავე დროს არის განსხვავებები პაციენტთა კატეგორიების მიხედვით. ცალკე კატეგორიას მიეკუთვნებიან 75-ზე მეტი წლის ასაკის ადამიანები.
6. ანაზღაურება საწოლ-დღეების მიხედვით – საწოლების პროფილის მიხედვით პაციენტის მიერ გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობის ანაზღაურება.
7. გლობალური ბიუჯეტი – ფიქსირებული წლიური სუბსიდია, რომელიც მოიცავს დანახარჯების ყველა მხარეს ზღვრული თანხის დადგენით. ამ ბიუჯეტის ფარგლებში დაწესებულებას აქვს საკუთარი ნება-სურვილით ფონდის გამოყენების უფლება. დანართ №1-ში მოცემულია „წმინდა სახით“ ანაზღაურების ფორმები. აქვე მოცემულია საფასურის მიმღები,

სამედიცინო მომსახურებასა და ცალკეულ მომსახურებებზე ან მათ კომპლექსზე, რომლებზეც დგინდება ფასი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ანაზღაურების ეს ფორმები იშვიათად გამოიყენება ცალ-ცალკე, ჩვეულებრივ, იყენებენ მათ კომბინირებულ ვარიანტს ან ხდება მომსახურებათა გაწევისა და მათი დაფინანსების კონკრეტული ვითარებისადმი შეგუება.

ანაზღაურების მექანიზმი განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულებათა, სამედიცინო პერსონალის ქცევას, მათ მიერ წარმოდგენილი მომსახურებების მოცულობასა და ხარისხს, რაც ზეგავლენას ახდენს გადამხდელებთან (პაციენტთან ან მესამე პირთან) მათ ურთიერთობაზე. ხოლო ეს საშუალებას აძლევს მიმწოდებელს რეაგირება მოახდინოს უფრო მეტად იმ სტიმულებზე, რომლებიც ძირითადად ემსახურებიან მათ ინტერესებს, ვიდრე პაციენტთა ინტერესებს. თუ სამედიცინო დაწესებულებას უხდიან რომელიმე მაჩვენებლის ანაზღაურების დადგენილი სისტემით, მაშინ ის ყურადღებას ამახვილებს მხოლოდ ამ მაჩვენებლებზე. ასე, თუ ექიმი ღებულობს ფიქსირებულ ხელფასს, მაშინ ის გამოიმუშავებს საათების დადგენილ რაოდენობას და არ შეეცდება უფრო პროდუქტიული გახადოს საკუთარი სამუშაო დღე. და პირიქით, თუ ექიმს უხდიან გაწეული მომსახურებისათვის, მაშინ ვლინდება ისეთი სახის მომსახურების შეთავაზების ტენდენცია, რომელიც საშუალებას მისცემს მას მიიღოს უფრო მაღალი შემოსავალი, პაციენტისათვის რაიმე დამატებითი სარგებლის გარეშე.

სადღეღამისო ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას, სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია საავადმყოფოში პაციენტის ყოფნის გახანგრძლივებისა და ამრიგად, საკუთარი შემოსავლის ზრდაში. ანაზღაურების ძირითადი მექანიზმით გათვალისწინებული სტიმულები ნაჩვენებია დანართ 2-დან, სადაც ნათლად ჩანს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმათა ნაკლოვანებები და ღირსებები.

მსოფლიო პრაქტიკაში უკანასკნელ ათწლეულში გამოყენებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმათა ნაკრები რჩება შედარებით მუდმივი. დაავადების შემთხვევაში ერთადერთ მნიშვნელოვან სიახლეს წარმოადგენს ანაზღაურების მექანიზმი „დიაგნოსტიკური ჯგუფების“ მიხედვით, რომელიც გაჩნდა აშშ-ში 70-იანი წლების ბოლოს მსოფლიოში კარგად ცნობილი სახელმწიფო პროგრამა „მედიკაერ“-ის (დაზღვევის ფედერალური სისტემა, რომელიც მოიცავს 30,4 მლნ. ხანშიშესულისა და 3,2 მლნ. ინვალიდის მომსახურებას) ჩარჩოებში

სტაციონარულ მომსახურებასთან დაკავშირებით. ამის შემდეგ, ანაზღაურების ამ ფორმას გამოუჩნდა მრავალი მიმდევარი ევროპის ქვეყნებში (ირლანდია და შვეიცარია). ბოლო დროს აშშ-ში შემოღებულ იქნა ანაზღაურების სხვა ანალოგიური მექანიზმი – „შედარებითი შკალა რესურსების მიხედვით“, რომლის თანახმად საფასური სამედიცინო მომსახურებისათვის უნდა ასახავდეს რესურსების ღირებულებას, რომელიც აუცილებელია მის გასაწევად. რესურსების ღირებულებაში ასახულია გეოგრაფიული განსხვავებები სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, რადგან სისტემა შედარებით ახლახანს დაინერგა, ამდენად ჯერჯერობით ნაადრევია მისი შედეგების შეფასება. ბოლო დროს საავადმყოფოების დაფინანსების დროს განსაკუთრებით ფართო გავრცელება ჰპოვა გლობალურმა ბიუჯეტმა. გლობალური ბიუჯეტი წარმოადგენს წინასწარ შეთანხმებული სამუშაოების მოცულობის დაფინანსების წესს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, დადგენილი წესით დამტკიცებული სახელმწიფო სტანდარტების, ტარიფების, ნორმატივებისა და საკონტროლო მაჩვენებლების გამოყენებით.

გლობალური ბიუჯეტის კალკულაცია სახელმწიფო პროგრამითა და პროგრამაში მონაწილე კონკრეტული დაწესებულების მიხედვით ხორციელდება:

– მითითებული პროგრამებით გათვალისწინებული ნოზოლგიების მიხედვით გაწეული სამედიცინო მომსახურებების წლიური პროგნოზირებადი რაოდენობით;

– სამედიცინო მომსახურების ტარიფისა და სახელმწიფო სტანდარტის გარკვეული ნოზოლოგიური კოდებით (სირთულის ინდექსი) გამოთვლილი გაწეული სამედიცინო მომსახურების საშუალო ღირებულების შესაბამისად. ამავე დროს, გლობალური ბიუჯეტის საკონტროლო პარამეტრის სახით გამოიყენება, აგრეთვე, საწოლ-დღეების ზოგადი პროგნოზირებადი რაოდენობა და საწოლ-დღეების საშუალო ღირებულება, რომლებიც განსაზღვრულია სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო სტანდარტებით.

ამჟამად გლობალური ბიუჯეტის დაფინანსების პრინციპი გამოიყენება კანადაში, საფრანგეთსა და გერმანიაში.

გლობალური ბიუჯეტი გამოიყენება, აგრეთვე, ამბულატორული დახმარების ასანაზღაურებლად, კერძოდ, გერმანიაში. თუმცა ამბულატორული რგოლის ექიმებს უხდიან მომსახურებების მიხედვით, მაგრამ მის გაწევაზე მომსახურების ღირებულება უცნობია, რადგან იგი განისაზღვრება საანგარიშო პერიოდის

ბოლოსთვის ყველა ექიმის მიერ გაწეულ მომსახურებათა რაოდენობაზე გლობალური ბიუჯეტის თანხის დაყოფის გზით.

გლობალური ბიუჯეტის სახესხვაობას წარმოადგენს სულადობრივი დაფინანსება ამბულატორული დახმარების პირობებში, რომელიც ამჟამად გამოიყენება ინგლისში, ირლანდიაში, იტალიაში, ესპანეთში, აშშ-ში, ავსტრალიაში, ახალ ზელანდიაში. ხოლო შვეიცარიაში უფრო პოპულარულია ე.წ. დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფების სქემა.

მოცემულ ეტაპზე საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება პროგრამული დაფინანსების მეთოდით (ცხრილი 28), სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებათა ღირებულების ანაზღაურება ხდება გაწეული მომსახურების მოცულობის ადექვატურად სამედიცინო სტანდარტების საფუძველზე გამოანგარიშებული ფასების მიხედვით.

დაწესებულების შიდა სტანდარტის შესაბამისად სამუშაოს სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ სტანდარტზე ზევით მომსახურებისთვის იხდის თვით ავადმყოფი დაწესებულების მიერ დამტკიცებული ღირებულების ადექვატურად.

დაავადებათა მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის სტანდარტების შემუშავება (სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახე) შეიძლება ვაღიაროთ მნიშვნელოვან წარმატებად. ამჟამად მოქმედებს 1200 მეტი სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტი. სტანდარტის მსგავს ფორმებზე გადასვლა პირველად დაიწყო აშშ-ში 1912 წელს. ფაქტიურად ისინი ამოქმედდა 1952 წელს, როდესაც აშშ-ს კონგრესმა გასცა სანქცია 197 ოფიციალურ პროფესიულ სტანდარტზე კონტროლის ორგანიზაციის შექმნაზე. ამის შემდეგ, სამედიცინო დახმარების ტექნოლოგიათა განვითარების მიხედვით, ჩნდება ახალი სრულყოფილი სამედიცინო სტანდარტები. გასული (მეოცე) საუკუნის 20-იანი წლებიდან უნიფიცირებული მკურნალობის ასეთ მოდელებს ეყრდნობიან გერმანიის სავალდებულო სადაზღვევო სისტემებიც (საავადმყოფო-სალაროები). ყოფილ სსრკ-ში იყო მკურნალობის უნიფიცირების განხორციელების მცდელობები კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფების მიხედვით, მაგრამ სამუშაოები არ იქნა დასრულებული.

ცხრილი 28.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმების ზოგადი დახასიათება

	მეთოდი №1	მეთოდი №2	მეთოდი №3	მეთოდი№4
დეფინიცია	პროგრამული დაფინანსება (პირველადი ვერსია)	პირობითი სტანდარტები	ანაზღაურება საწოლ-დღეების მიხედვით	გლობალური ბიუჯეტი
ტიპოლოგია	ანაზღაურება გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის მიხედვით	ანაზღაურება გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის მიხედვით	ანაზღაურება გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის მიხედვით	ფიქსირებული წლიური ფინანსური ლიმიტი
ანაზღაურების პირობითი ერთეული	დიაგნოზი (სტანდარტი)	დიაგნოზით (სტანდარტით) გათვალისწინე-ბული დე-ფაქტოდ შესრულებული სამუშაო	საწოლ-დღე პროფილის მიხედვით	პროფილი და სიმძლავრე (საწოლების ან რეგისტრირებ-ული პაციენტების რაოდენობა, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ა.შ.)
ანაზღაურების წესები	პირდაპირ დაწესებულებ-ას ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია დიაგნოზი	პირდაპირ დაწესებულებას ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია დიაგნოზი და შესრულებული	პირდაპირ დაწესებულებ-ას ქვითრის წარდგენის შემდეგ, სადაც მითითებულია პროფილი და	ადრე განსაზღვრუ-ლი ოდენობით თანხების პერიოდული მიწოდება

		სამუშაო	საწოლ-დღეების რაოდენობა	
განფასების პრინციპი	გადამხდელის სტანდარტები (ფიქსირებუ-ლი)	გადამხდელის სტანდარტები (ნახევრადფიქ-სირებული)	გადამხდელის სტანდარტები (პროფილების მიხედვით)	–
უცხოური ანალოგები	„დი-ერ-ჯი“ (მედიქეა Medicare, აშშ)	მედიქეიდი და ბლუ ქროსი (Medicade&Blue Cross)	ჰოლანდია, ნაწილობრივ საფრანგეთი	ყოფილი სსრკ, დიდი ბრიტანეთი (კუნძულებზე), კანადა, შვეცია, თურქეთი (მთიან ზონებში), საფრანგეთი, ესპანეთი (ბასკეთსა და გასკონში), აშშ (ვეტერანთა სისტემა და კაიზერ პერმანენტე)

სამედიცინო სტანდარტების შექმნის გზით შესაძლებელი გახდა ქვეყანაში ერთიანი ტარიფების შემოღება. საბაზრო ფასებიდან გამომდინარე დამუშავების საშუალებით ოპერატიულად ხდება მათში შესაბამისი ცვლილებების შეტანა.

ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრის ექსპერტთა ჯგუფის მიერ 1996 წელს ჩატარებულ იქნა ექსპერტიზა სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ჩარჩოებში სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმებიდან ოპტიმალური ვარიანტის არჩევაზე. ექსპერტიზით შეთანხმებულ იქნა რამდენიმე ვარიანტი: პროგრამული დაფინანსება (ქვითრებით გადახდა ფიქსირებული სტანდარტების მიხედვით), პირობითი სტანდარტები (პირველის მოდიფიცირებული ვარიანტი); საწოლ-დღეებით გადახდის პრინციპი; გლობალური ბიუჯეტი. ამ ფორმების უფრო ვრცელი დახასიათება ტექნოლოგიური პროცესის ჩვენებით მოცემულია ცხრილ 28-ში.

ექსპერტიზით დადგენილ იქნა შეფასების ძირითადი კრიტერიუმები და ამ კრიტერიუმებით შეფასებულ იქნა ვარიანტები 3-ქულიანი სისტემით (ყველა მნიშვნელოვან კრიტერიუმს მიეცა 3 ქულა, ხოლო ყველაზე უმნიშვნელოს კი – 0 (დანართი 3).

ჩატარებულმა ექსპერტიზამ გამოავლინა ის, რომ სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდის ფორმებიდან პრიორიტეტი, მაკრო-დონეზე განხორციელების თვალსაზრისით, ძირითადად ენიჭება გლობალურ ბიუჯეტს. თუმცა, რაც უფრო ცენტრალიზებულია ფასდების პროცესი, მით უფრო ნაკლებია გადახდის ადექვატურობა რესურსების დანახარჯებისადმი.

ხოლო მიკრო-დონეზე ყველაზე სასურველია გადახდა პირობითი სტანდარტებით, რადგან იგი ყველაზე ადექვატურად ასახავს ფაქტიურ დანახარჯებს სამედიცინო მომსახურების ერთეულზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში ადგილი აქვს ე.წ. „დერეფანს“, რომელიც რჩება გადახდილ თანხასა და ფაქტიურად გაწეულ მომსახურებებს შორის, მაგრამ ამავე დროს პირობითი სტანდარტები ტექნოლოგიურად ყველაზე რთულია, რადგან ისინი დაკავშირებულნი არიან დიდ ადმინისტრაციულ ხარჯებთან, თანაც, მათთვის დამახასიათებელია გადახდის შეყოვნება. ამავე დროს პირობითი სტანდარტებისა და პროგრამული დაფინანსების დროს დიდია იმის ალბათობა, რომ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა არ იქნება პაციენტისთვის რეალურად საჭირო მომსახურების ადექვატური.

თბილისის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს რეანიმაციულ განყოფილებაში ექსპერიმენტის წესით 1997 წლის 1 მარტიდან ამოქმედებულ იქნა ანაზღაურება სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით. ამ მეთოდით დადგენილ იქნა პროგრამაში შემავალ დაავადებაზე სტაციონალური მკურნალობის ზღვრული (სტანდარტული) ვადა და გამოთვლილ იქნა ერთი საწოლ-დღის ღირებულება.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში 1996 წელს შემავალი ქვითრების კომპიუტერულ-სტატისტიკური დამუშავების გზით დადგენილ იქნა სხვადასხვა პროფილებისა და ნოზოლოგიებისთვის საწოლ-დღეების ფიქსირებული რაოდენობა, შესაბამისად, განსაზღვრულ იქნა ერთი საწოლ-დღის ღირებულება. მითითებული მონაცემები განზოგადებულ იქნა და მათ საფუძველზე განსაზღვრულ იქნა 1997 წლის ნოზოლოგიათა ჩამონათვალი, საწოლზე ყოფნის ხანგრძლივობის ნორმატივები და ერთი საწოლ-დღის ღირებულება.

სამედიცინო მომსახურების ასანაზღაურებლად ბიუჯეტის ფორმირების დროს ხელმძღვანელობენ ფორმულით:

ბიუჯეტი = რეგისტრირებული ავადმყოფების რაოდენობა X

X საწოლზე ყოფნის ხანგრძლივობის ნორმატივი X

X ერთი საწოლ-დღის საშუალო ღირებულება.

ავადმყოფს უხდიან მკურნალობის ღირებულებას ფაქტიურად გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ზღვრული ვადისა. ამჟამად ანაზღაურების ეს მეთოდი გამოიყენება ფტიზიატრიულ და ფსიქიატრიულ სტაციონერებში და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების დროს მოსახლეობისთვის სტაციონარული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ჩარჩოებში.

ხოლო მოსახლეობისათვის ამბულატორული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ჩარჩოებში გამოიყენება დაფინანსების კაპიტაციის მოდელი: გამოიყოფა ფიქსირებული თანხა ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით, დანარჩენი პროგრამების დაფინანსება ხორციელდება ცალკეული ღონისძიებების მიხედვით ხელშეკრულების საფუძველზე, ხოლო სამკურნალო პროგრამების დაფინანსება – მანამდე არსებული წესით, ნოზოლოგიებისა და მათზე დადგენილი ტარიფების მიხედვით.

ეჭვგარეშეა, საწოლ-დღეების მიხედვით ანაზღაურების პრინციპს გააჩნია დადებითი მხარეები და ის სავსებით მისაღებია და შეიძლება ითქვას, დღევანდელ

პირობებში წარმოადგენს ყველაზე ოპტიმალურ ვარიანტს, რადგან ამ პირობებში სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია იმაში, რომ რენტაბელური გახადოს თავისი ორგანიზაცია სამედიცინო პერსონალისა და საწოლის ფონდის ოპტიმიზაციის, დაწესებულების დატვირთვის, თანამედროვე მაღალეფექტური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო საშუალებების გამოყენების გზით. ამ ფორმის უპირატესობას წარმოადგენს, აგრეთვე, გადამხდელთან ურთიერთანგარიშსწორების ფორმის სიმარტივე: არსებული წესის ნაცვლად, როდესაც თითოეულ რეგისტრირებულ ავადმყოფზე ივსება ცალკე ქვითარი, სამედიცინო დაწესებულებამ ყოველთვიურად უნდა შეავსოს ერთი მოთხოვნა შემუშავებული წესის მიხედვით. თუმცა, ყურადღებას იქცევს ამ ფორმის ერთი პრინციპული ნაკლი. სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესაძლებლობა მიიღონ დამატებითი მოგება საწოლზე ავადმყოფთა ყოფნის ხანგრძლივობის შემცირების ხარჯზე. ჩვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულებას არ უნდა ჰქონდეს ნორმატიულ მაჩვენებელზე ადრე ავადმყოფის გამოწერის უფლება, რადგან ამან შეიძლება ტიპიურად აქციოს ეს ტენდენცია და მასობრივად ხელს შეუწყობს ვადაზე ადრე არა სრულად გამოჯანმრთელებული ადამიანის გამოწერას. პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, მისი განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობა გაცილებით ძვირი დაჯდება.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ოპტიმიზაციის მიზნით მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში გამოიყენება თანადაფინანსება მოსახლეობის მხრიდან მომსახურების დაფინანსების დროს. 1996 წლის 20 თებერვლის საქართველოს ეკონომიკისა და ჯანდაცვის სამინისტროების №76/0-18 ერთიანი ბრძანებით შემოღებულ იქნა პაციენტების ტარიფები. 18 წლის ასაკამდე მოსახლეობისათვის თანადაფინანსება ურგენტულ სამედიცინო დახმარებაზე დამტკიცებულ იქნა ტარიფიდან 30%-ის ოდენობით; 18 წლის ზედა ასაკის მოსახლეობისათვის – 50%. 2003 წლიდან – 18 წლამდე – 0%, 18 წლის ზევით 25%.

ამჟამად მსოფლიოში მწვავე დისკუსია მიმდინარეობს თანადაფინანსების პრინციპის გამოყენების თაობაზე. ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში თვლიან, რომ ეს პრაქტიკა იწვევს სამედიცინო მომსახურებათა გამოყენების მოცულობის შემცირებას. აშშ-ში სამედიცინო დაზღვევის ცენტრ „რენდ“-ის მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ის პირები, რომლებზეც ვრცელდება თანადაფინანსების პრინციპი, სულ უფრო ნაკლებად მიმართავენ ამბულატორულ და სტაციონარულ მომსახურებას. აგრეთვე, დადგენილ იქნა, რომ აშშ-ში და სხვა

ქვეყნებშიც, ეს პრაქტიკა მნიშვნელოვანწილად ამცირებს გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურების მიღებას, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ძალზე არ არის გაერთიანებული. ზოგიერთ ქვეყანაში ამ პრაქტიკას სოციალური დაცვის ძირითად პრინციპებთან შეუთავსებლად თვლიან.

საქართველოში, ამ ეტაპზე, თანადაფინანსების პრინციპის გამოყენება, ჩვენი აზრით, არ არის გამართლებული, რადგან ეს მნიშვნელოვანწილად აუარესებს სამედიცინო დახმარების მისაწვდომობას, თუმცა, გასათვალისწინებელია რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების შეზღუდულობის პირობებში, წარმოადგენს დაფინანსების ერთ-ერთ ძირითად დამატებით წყაროს.

თანაგადახდის დადგენის დროს გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ამბულატორიული მკურნალობისა და პრევენციული ღონისძიებების ამოცანა. ამისათვის მიზანშეწონილია დავადგინოთ თანაგადახდა მხოლოდ ან ძირითადად სტაციონარულ მკურნალობაზე.

ამბულატორიულ დახმარებასთან მიმართებაში უნდა აღინიშნოს, რომ:

– ექიმთან პირველი ვიზიტი უნდა იყოს უფასო;

– ტარიფები უნდა იყოს დაბალი და შეესაბამებოდეს მოსახლეობის შემოსავლის დონეს;

– შემუშავებული უნდა იქნეს სისტემა, რომელიც ყველაზე უმწეოებს გაათავისუფლებს სამედიცინო მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდებისაგან.

ამრიგად, შეიძლება გავაკეთოთ დასკვნა იმის შესახებ, რომ არ არსებობს ანაზღაურების იდეალური ვარიანტი, არჩევანი ანაზღაურების ფორმებს შორის დამოკიდებულია გადაწყვეტილების მიმღები პირისთვის შეფასებითი კრიტერიუმების პრიორიტეტულობაზე. როგორც უკვე ითქვა, მსოფლიოში არსებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ფორმებიდან, საქართველოში, სახელმწიფო პროგრამების ჩარჩოებში მომუშავე სამედიცინო დაწესებულებებში გამოიყენება ანაზღაურება სამედიცინო სტანდარტების (დიაგნოზის) საფუძველზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ადექვატურად. ეს მეთოდით მოითხოვს გარკვეულ კორექტირებებს, რაც ძირითადად გამოიხატება პროგრამებისა და სტანდარტების დახვეწაში.

მაგრამ, „ჯანდაცვის სისტემის პროგრამული დაფინანსების მეთოდის“ უპირატესობის მიუხედავად, ქვეყნის ბიუჯეტიდან და საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ეს მეთოდი აწყდება პრობლემებს და არაადექვატური დაფინანსების დონეზე არ შეუძლია გამოხატოს

თავისი ინსტიტუციონალური უპირატესობა დაფინანსების სხვა მეთოდებთან შედარებით (მას უეჭველად, ექნებოდა ადგილი სრული მოცულობით დაფინანსების შემთხვევაში). სახსრების ნაკლებობა, ჩვეულებრივ წარმოშობს შავ ბაზარს, პირდაპირ გარიგებას ექიმსა და პაციენტს შორის, რასაც ზიანი მოაქვს ჯანდაცვის სისტემისათვის.

ყოველივე აქედან გამომდინარე სასურველია ამ ეტაპზე განვახორციელოთ ქვეყნის ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფა „გლობალური დაფინანსების მეთოდით“, ეს მეთოდი ძირითადად გამოიყენება რეგიონალურ დონეებზე. საერთოდ, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის ყველაზე ეფექტურ პოლიტიკას წარმოადგენს „რეალობაზე აგებული პოლიტიკა“. „გლობალური დაფინანსების მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტიანი ექსტრემალურ, ცხოვრებისათვის რთულ ზონებში, ე.ი. იქ, სადაც საბაზრო ეკონომიკას, ბუნებრივი პირობებიდან გამომდინარე, არ შეუძლია სრულად წარმოაჩინოს საკუთარი თავი, ე.ი. ის არ ასრულებს ხალხის გამდიდრების პირობას, ამ მეთოდს მიმართავენ დახმარებისთვის. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების მოდელის სამუშაო ვერსიის მიხედვით შესყიდვის მექანიზმით პირველადი ჯანდაცვისათვის რეკომენდებულია ”კაპიტაციური” მეთოდი, ხოლო საავადმყოფოებისათვის - “გლობალური ბიუჯეტი.”

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების შემოსავლების გაზრდის ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის ამაღლება. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების დაბალი დონე არა მარტო ხელს უშლის ჯანდაცვის განვითარებას, ნიჭიერი ადამიანების მოზიდვასა და კადრების პროფესიული კვალიფიციური დონის ზრდას, არამედ ქმნის საქმიანობის ამ სოციალურად მნიშვნელოვანი სფეროს დეგრადაციის, ერთ წერტილზე გაყინვის წანამძღვრებსაც.

სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების ორგანიზაციის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ არსებობს შრომის ანაზღაურების მრავალი მეთოდი. თითოეულ მათგანს მივყავართ განსხვავებულ შედეგებამდე. შესაძლებელია მათი შერწყმა. მსოფლიო პრაქტიკაში ძირითადი მეთოდებია: ანაზღაურება მომსახურებისთვის, ანაზღაურება შემთხვევისთვის, ანაზღაურება თითოეული დღისთვის, ანაზღაურება ინდივიდუალური ხარჯთაღრიცხვის, სულადობრივი ანაზღაურება, პრემიალური ანაზღაურება, ანაზღაურება ჯამაგირის განაკვეთით, საბიუჯეტო მეთოდი. პრაქტიკულად ყველა ჩამოთვლილ მეთოდს გააჩნია ნაკლოვანებები და სხვადასხვა სახის მასტიმულირებელი საშუალებები.

მთელ მსოფლიოში გამოიყენება შრომის ანაზღაურების შერეული ფორმა, სადაც 1/3 არის გარანტირებული მინიმუმი, ხოლო 2/3 დამოკიდებულია ხარისხობრივ და რაოდენობრივ მაჩვენებლებზე, აქ გამოიყენება შრომის დროითი და გარიგებითი ანაზღაურების ელემენტები. შერეული ფორმა მოიცავს მუშაკების დამსახურებათა მრავალდონიან შეფასებაზე დაფუძნებული ხელფასის მრავალფაქტორულ სისტემებს.

საქართველოს ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაწესებულებებში ხელფასს საფუძველად უდევს ერთიანი სატარიფო სქემა, რომელიც საბოლოო შედეგზე არ არის ორიენტირებული.

საბაზრო ეკონომიკის და მედიცინის კომერციალიზაციის პირობებში საჭიროა უფრო გარკვეული კრიტერიუმები სამედიცინო მუშაკების შრომის ანაზღაურების დიფერენცირებისთვის, რადგან ანაზღაურება განაკვეთების მიხედვით არაადექვატურად ასახავეს სხვაობას სამედიცინო პერსონალის შრომითი დანახარჯების დონესა და კვალიფიკაციაში. ცხადია, რომ ანაზღაურება დამოკიდებული უნდა იყოს შრომის ხარისხსა და მის რაოდენობაზე. ხარისხი დამოკიდებულია კვალიფიკაციაზე, რაოდენობა განისაზღვრება პაციენტის რიცხვით, აგრეთვე მათი მდგომარეობის სიმძიმით. ამჟამად შრომის ხარისხი და ნამკურნალები პაციენტების რაოდენობა გარკვეულწილად გათვალისწინებულია ხელფასის დონეში (შემოღებულია კვალიფიციური კატეგორიები სამედიცინო პერსონალისთვის, შემუშავებულია ნორმატივები ჩატარებული პროცედურების, კონსულტაციების, გასინჯვებისა და ა.შ. რაოდენობის მიხედვით ერთ განაკვეთზე გაანგარიშებით), მაგრამ პრაქტიკულად არანაირად არ ხდება ავადმყოფთა მდგომარეობის სიმძიმის გათვალისწინება.

ჯანდაცვის მუშაკების შრომის ანაზღაურების სისტემები უნდა მოიცავდნენ არა მარტო მოტივაციურ ელემენტებს, არამედ შემოთავაზებული სამედიცინო მომსახურებების ხარისხის კონტროლის ზომებსაც. მეტისმეტად მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის მიერ მისაღები კლინიკური გადაწყვეტილებების ფინანსურ შედეგთა გაგების მიღწევა, რადგან გადაწყვეტილება პროფილაქტიკური ღონისძიებების, გამოკვლევისა და მკურნალობის გარკვეული გეგმის შესახებ განაპირობებს სამედიცინო დაწესებულების აუცილებელ დანახარჯთა განსაზღვრულ მოცულობას.

სტაციონარში ავადმყოფის მკურნალობის ხარჯები ყალიბდება სამკურნალო დაწესებულების ფაქტიურად დარიცხული ხარჯების ყველა სახის მიხედვით:

დარიცხული ხელფასის ფონდის, კვების, მედიკამენტებზე ხარჯების, სამეურნეო - სატრანსპორტო, კომუნალური და სხვა მიმდინარე ხარჯების, აგრეთვე, მსუბუქი ინვენტარის, მოწყობილობის შეძენის, კაპიტალური რემონტის ხარჯების ჩათვლით.

პოლიკლინიკაში ერთხელ ვიზიტის ხარჯები ყალიბდება დარიცხვებით მკურნალი ექიმის, სამედიცინო პერსონალის, დამხმარე ქვედანაყოფებისა და სხვა სამსახურების პერსონალისა და ექიმების ხელფასიდან იმავე წილით, რომელსაც აკუთვნებენ პოლიკლინიკის განყოფილების მომსახურებას, აგრეთვე, პოლიკლინიკის სხვა მიმდინარე ხარჯებს, მოწყობილობის შესყიდვისა და ნაგებობათა კაპიტალური რემონტის ხარჯებს, რომლებიც მიკუთვნებულია განსხვავებულ პერიოდში ექიმთან ვიზიტთა რაოდენობისთვის.

ჯანდაცვის რეფორმების მოცემულ ეტაპზე ფინანსური და მატერიალური რესურსების გამოყენების სრულყოფის ძირითადი მიმართულებებია:

– პოლიკლინიკაში ვიზიტისა და ნამკურნალები ავადმყოფის ხარჯების შემცირება საწოლების რაოდენობის შემცირებისა და რესტრუქტურიზაციის, ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირების, უფრო იაფფასიანი წამლებისა და მკურნალობის ტექნოლოგიათა გამოყენების ხარჯზე და სხვ;

– სამკურნალო დაწესებულებათა მომსახურებებით მოსარგებლე მოსახლეობის კონტინგენტის გაფართოება;

– ეფექტი შეიძლება მიღებულ იქნეს როგორც ზომების რომელიმე ჯგუფის განხორციელების ხარჯზე, ისე მოცემული მომენტისათვის ყველა შესაძლო ღონისძიებების კომპლექსური დანერგვის ხარჯზე, რომლებსაც არ უნდა ახლდეს თან სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუარესება.

საწოლთა ფონდის რესტრუქტურიზაციისადმი და შემცირებისადმი ტენდენციის მიუხედავად, ძვირადღირებული სტაციონარული დახმარება წინანდელივით იკავებს მნიშვნელოვან ადგილს მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევის სტრუქტურაში, ჰოსპიტალიზაციისა და საწოლზე დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებლები უწინდებურად გადიდებულია. საწოლებისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შენელებული ტემპის ძირითად მიზანს წარმოადგენს აღდგენითი მკურნალობის სტაციონარშენაცვლებითი ტექნოლოგიებისა და ქვედანაყოფების განვითარებაში სამედიცინო დაწესებულებების ეკონომიკური დაინტერესების არსებობა.

მკურნალობის ხანგრძლივობის შემცირება იძლევა ყველა სახის მიმდინარე ხარჯების დანაზოგს ერთ ავადმყოფზე გაანგარიშებით. ამ შემთხვევაში ეფექტი

შეიძლება მიღებულ იქნეს მკურნალობის ინტენსიური მეთოდების გამოყენების, წინასადღესასწაულო და დასვენების დღეებში ავადმყოფის შემოსვლის შემთხვევაში სტაციონარში დაყოვნების არასაწარმოო დღეების შემცირების, პოლიკლინიკასა და სტაციონარში დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული კვლევების დუბლირების გამორიცხვის ხარჯზე. ეკონომიკური ეფექტი შეიძლება მიღებულ იქნეს მათი მუშაობის ნორმატიულ შრომატევადობასთან შესაბამისობაში ექიმებისა და სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის მოყვანის ხარჯზე.

გარდა ამისა, ავადმყოფის მკურნალობაზე დანახარჯების შემცირებას შეიძლება მივაღწიოთ იმ ხარჯების შემცირებით, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან საკუთრივ მკურნალობას, სახელდობრ იმ ხარჯებისა, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან შენობების, კომუნიკაციების, ინვენტარის მომსახურებასთან, აგრეთვე სამივლინებო ხარჯებისა, სათავსების შეკეთების ხარჯების შემცირებით.

ასეთი ხარჯების ხვედრითი წილის შემცირება საშუალებას მოგვცემს შეფარდებითი გაანგარიშებით და აბსოლუტურად გავზარდოთ ხარჯების ოდენობა სხვა მუხლებზე და, უპირველეს ყოვლისა, გავზარდოთ სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის შრომის ანაზღაურების ფონდი.

დამატებითი მოგების მიღების სხვა მიმართულებას წარმოადგენს იმ პირთა წრის გაფართოება, რომლებიც სარგებლობენ მოცემული სამკურნალო დაწესებულების მომსახურებით. მოთხოვნა მომსახურებებზე, თუ არ ჩავთვლით პაციენტის მიერ ექიმთან პირველად ვიზიტს, შეიძლება რეგულირებულ იქნეს ექიმების მიერ. მოთხოვნის გაზრდა რეალურია, რადგან სამედიცინო მომსახურებების ბაზარი მოქალაქეებს საშუალებას აძლევს აირჩიონ მკურნალი ექიმი და სამკურნალო დაწესებულება. უკანასკნელის მაღალი რეიტინგი მოიზიდავს მოსახლეობის დამატებით კონტინგენტს, მაშასადამე, გაზრდის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების მოგებას.

ამასთან ერთად, სამედიცინო მომსახურებების ბაზრის ჩამოყალიბებისას აქცენტი უნდა გაკეთდეს ექიმებს შორის დაწესებულების შიდა კონკურენციაზე.

ექიმებს შორის კონკურენციის განვითარების მამოძრავებელ ძალას, უპირველეს ყოვლისა, წარმოადგენს ხელფასი. სხვაობამ მუშაობის ოდენობასა და ხარისხში თავისი ასახვა უნდა ჰპოვოს შესაბამის წახალისებაში, მხოლოდ მაშინ გაუჩნდება სამედიცინო პერსონალს მაღალეფექტიანი შრომის მოტივაცია.

საბაზრო ეკონომიკის დროს ჯანდაცვის სისტემის სუბიექტებს შორის ურთიერთობების ჩამოყალიბების პროცესის წარმატება დამოკიდებულია იმაზე, თუ

რამდენად ეფექტიანად იქნება გამოყენებული ჯანდაცვის მუშაკების შრომის ანაზღაურების მექანიზმი, რომელიც იძლევა არა მარტო სტიმულს შრომისათვის, არამედ აუმჯობესებს კლინიკური საქმიანობის ფინანსური შედეგების. სამედიცინო პერსონალის ფართო ჩაბმა მუშაობაში ფინანსური და მატერიალური რესურსების გამოყენება, სამედიცინო დახმარების გაწევაზე დანახარჯების შემცირება, საშუალებას მოგვცემს რეალურად მივიღოთ დამატებითი სახსრები შრომის სათანადო ანაზღაურებისთვის. დღეს უნდა გაძლიერდეს ჯანდაცვის დაწესებულებების პოლიკლინიკა-ამბულატორიების რგოლის ეკონომიკურად ეფექტიანი საქმიანობა, რადგან პოლიკლინიკის ექიმი თავისი საქმიანობით (მაგალითად, ჰოსპიტალიზაციაზე გაგზავნით, სტაციონარის არჩევით და ა.შ.) განსაზღვრავს მკურნალობის როგორც სამედიცინო, ასევე ეკონომიკურ ეფექტს.

ჯანდაცვის რეფორმების მოცემულ ეტაპზე არსებული, ზემოთ ჩამოყალიბებული პრობლემების შუქზე საკმაოდ მნიშვნელოვნად გვესახება ხელფასის ახალი მოდელის აგების პრინციპების სწორი ფორმირება, მით უმეტეს, რომ დღეს ჯანდაცვის დაწესებულებებს უფლება აქვთ შეიმუშაონ ხელფასის საკუთარი სისტემები.

ერთიანი სატარიფო სისტემის და ხელფასის ფონდის გაზრდის საფუძველზე შრომის ანაზღაურების მოქმედი სისტემის სრულყოფის საკითხთა გადაჭრა შემოთავაზებულია შემდეგი მიმართულებებით:

– მინიმალური ხელფასის, დამატებით გადახდებისა და წანამატების გაზრდა იმავე თანაფარდობით;

– სამედიცინო დაწესებულების საერთო დანახარჯებში ხელფასის ხვედრითი წილის გაზრდა;

– შრომის ანაზღაურების ფონდის გაზრდა მოსახლეობის უზრუნველყოფილი ფენებისათვის ფასიანი მომსახურებების სისტემის განვითარების ხარჯზე, ჩრდილოვანი ეკონომიკის ლეგალიზაცია;

– სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების დაფინანსების მოცულობათა შენარჩუნების დროს მკურნალობასთან დაუკავშირებელი სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა დანახარჯების შემცირება.

– სამედიცინო დაწესებულებათა სრული დაფინანსების სახელმწიფო გარანტიების საკანონმდებლო გაძლიერება.

ამრიგად, შრომით შემოსავლებში გაუმართლებელი დიფერენციაციისა და სამუშაო ძალის გაუფასურების დაძლევა უნდა იქცეს ჯანდაცვაში ხელფასის

ეტაპობრივი რეფორმირების უმნიშვნელოვანეს ამოცანებად, სადაც ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს შრომის ანაზღაურების ფონდის ფორმირებისა და განაწილების მექანიზმის სრულყოფა.

ჯანდაცვაში შრომის ანაზღაურების რეფორმების პრობლემის გადაჭრის გზების ძიებაში საკმაოდ მკაფიოდ გამოიყოფა ორი მიმართულება. ერთი მოიცავს მაკროეკონომიკური ხასიათის საკითხების გადაჭრას და ეხება ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა ხელფასის თაობაზე დამოკიდებულებათა საბაზრო რეგულირების ჩამოყალიბება., ხელფასისა და ინფლაციის ურთიერთკავშირი, ტენდენციები მუშაკთა ჯგუფების მიხედვით ხელფასის დიფერენციაციაში, გარკვეული პოლიტიკის შემუშავება შრომის ანაზღაურების სფეროში და სხვ.

მეორე მიმართულება ეხება მიკროეკონომიკურ დონეს და მოიცავს არსებულ და საჭირო მიკროეკონომიკურ გადაწყვეტილებათა ჩარჩოებში ხელფასის ორგანიზაციის საკითხთა გადაჭრის ძიებებს. ეს, უპირველეს ყოვლისა, ხელფასის სისტემების და ფორმების, მათი სტრუქტურული შემადგენლობის: სატარიფო გადახდების, წახალისებების, დამატებით გადახდების, ფასდანამატების, გარანტიებისა და კომპენსაციების და ა.შ. აგების პრობლემებს.

სამედიცინო მუშაკების შრომის ანაზღაურების სრულყოფის ღონისძიებათა კონკრეტული სისტემა უნდა მოიცავდეს:

– მინიმალური ხელფასის მუდმივი ინდექსაციის ჩატარებას სამომხმარებლო კალათის ღირებულების გაძვირების გათვალისწინებით;

– ხელფასის ფონდის გაზრდას სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების დანახარჯების შემცირების ხარჯზე, რომლებიც არ არის დაკავშირებული მკურნალობასთან;

– მაღალკვალიფიციური თანამშრომლების დამატებით სტიმულირებას;

– პრემირების ფონდისა და სამედიცინო მუშაკებისთვის მასტიმულირებელი ხასიათის სხვა გადახდების განაწილების სრულყოფას.

მინიმალური ხელფასი (ძირითადი სარგო) გაიცემა მუშაკზე მოცულობითი ნორმატიული მაჩვენებლების შესრულების პირობისას. ჩვენი აზრით, დამატებითი ხელფასის მოცულობამ უნდა განსაზღვროს ფაქტორთა ნაკრები, რომლებსაც მიეკუთვნება მიღწეული შედეგები და შრომის ხარისხი, მუშაკის პროფესიულ-პიროვნული პოტენციალი და მიმართულება, ძალისხმევა კონკრეტული პროფესიული საქმიანობისთვის, რომლებიც „მუშაობენ“ შედეგზე, ასევე უნდა განვახორციელოთ მასტიმულირებელი დამატებითი ანაზღაურება.

უნდა აღინიშნოს, რომ სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების პერსონალის მატერიალურ ანაზღაურებაზე მიმართული ფულადი სახსრების ნაკლებობამ და სამედიცინო შრომის სატარიფო გადასახდელის დაბალ დონეს არ შეუძლია სრულად აამაღლოს სამედიცინო მუშაკების მოტივირებული საკუთარი ვალდებულებების მაღალეფექტიანი შესრულება. მაშასადამე, საჭიროა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ძირითადი პერსონალის მოტივაციის მართვის სხვა მეთოდების გამოყენება, რომლებსაც ძალუძთ თანამშრომლებში ჩამოაყალიბონ შიდაპიროვნული დაინტერესება სრული პროფესიულ-პიროვნული თვითრეალიზაცია მოცემულ დაწესებულებაში.

III.3. სამედიცინო მომსახურების ბაზრისა და ფასების სახელმწიფო რეგულირება და ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ამაღლების სხვა მიმართულებები

პრაქტიკამ გვიჩვენა, რომ ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ყოველთვის არ იწვევს მის ეფექტიანობის ზრდას, ხოლო სახელმწიფო ჯანდაცვის სრული უსასყიდლობის პრინციპი, თავისი სოციალური მიმზიდველობის მიუხედავად, ყველაზე მდიდარი ქვეყნებისთვისაც კი ფუფუნებას წარმოადგენს (ყველაზე ნათელი მაგალითი – დიდი ბრიტანეთი) [91, გვ.60]. ამიტომ მრავალ ქვეყანაში უკანასკნელი წლების ერთ-ერთ გამოხატულ ტენდენციას წარმოადგენს ჯანდაცვის ფუნქციის რეალიზაციაში სახელმწიფოს ან სხვა სტრუქტურების მონოპოლიზმის დაძლევა. ხდება საზღვრების წაშლა ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფის სხვადასხვა სისტემებს შორის, რომლის შედეგად ყალიბდება სისტემები, თითოეულ ქვეყანაში სპეციფიკური, რომლებიც უთანხმებენ ერთმანეთს საბიუჯეტო, სადაზღვევო და ფასიან საწყისებს დარგის რესურსების ფორმირებაში.

როგორც მრავალი ექსპერტი აღნიშნავს, ნებისმიერ სახელმწიფოში, პოლიტიკური და ეკონომიკური წყობის მიუხედავად, სადაც მოქმედებს სახელმწიფო ჯანდაცვის ერთიანი ცენტრალიზებული სისტემა, ადრე თუ გვიან ეს სფერო აღმოჩნდება არახელსაყრელ მდგომარეობაში. ეს განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით:

– ერთადერთი ფინანსური წყაროს არსებობა მნიშვნელოვნად ზღუდავს საქმიანობის სახეთა არჩევანის შესაძლებლობებს, აძლიერებს მონოპოლიურ დამოკიდებულებას და ხშირად მივყავართ გამოყოფილი სახსრების არარაციონალურ გამოყენებამდე;

– საბიუჯეტო დაფინანსებისას რომელიმე ახალი ობიექტის, მეთოდის ან სხვა სიახლის შემოღება ხშირად გვაიძულებს უარი ვთქვათ ამა თუ იმ არა მარტო მოძველებულ, არამედ ჯერ კიდევ სასარგებლო შენაძენზეც;

– უფასო მედიცინის დროს არაადექვატურად მატულობს მიმართვა სამედიცინო დახმარებისთვის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ნორმალურ დონესთან შედარებით.;

– სამედიცინო მომსახურებაზე მოცულობის მატების პარალელურად იზრდება ექიმების რაოდენობაც, შესაბამისად, იზრდება გამოყოფილი სახსრებიც. ამავე

დროს მომსახურების ღირებულება და მოცულობა ხშირად იზრდება დაჩქარებული ტემპებით.

თანაც უკანასკნელი გარემოება ღრმავდება იმით, რომ უფასო მედიცინა მნიშვნელოვან წილად ასუსტებს საკუთარი ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაში მოსახლეობის ეკონომიკურ დაინტერესებასა და მის გაუარესებაზე ეკონომიკურ პასუხისმგებლობას. განსაკუთრებით ნათლად ეს ვლინდებოდა ჩვენი ქვეყნის არსებობის საბჭოურ პერიოდში, როდესაც სახელმწიფო პატერნალიზმის ბატონობა მოქალაქეთა შორის წარმოშობდა კმაყოფაზე ყოფნის ტენდენციებს, უმრავლეს შემთხვევაში, უპასუხისმგებლო დამოკიდებულებას საკუთარი ჯანმრთელობისადმი, იმედს სახელმწიფოს უსაზღვრო შესაძლებლობებისადმი. ასეთი დამოკიდებულება, საბოლოო ჯამში სხვა უარყოფითი მომენტების გარდა, აქვეითებს ჯანმრთელობის დონეს, ამცირებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას.

მსოფლიოს უმრავლესი ქვეყნების პრაქტიკა ცხადად გვიჩვენებს, რომ სამედიცინო მომსახურებისთვის გადახდის (სრულად ან ნაწილობრივ) აუცილებლობა მრავალ ადამიანს აიძულებს პასუხისმგებლობით მოეკიდონ ამ მომსახურების გამოყენებას. ამავე დროს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების განვითარება გამოდის ფაქტორად, რომელიც ამცირებს სამედიცინო მომსახურების მისაწვდომობას და მაშასადამე, შეუძლია ნეგატიური ზეგავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობასა და საზოგადოებაზე [91, გვ.62]. ამ ტენდენციის დასაძლევად თითოეულ ცალკეულ ქვეყანაში საჭიროა სამედიცინო უფასო და ფასიანი მომსახურების ოპტიმალური შეხამების პოვნა. ისმება კითხვები: რას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ღირებულება და ფასი, როგორც ეკონომიკური კატეგორიები; როგორია საქონლის – „სამედიცინო მომსახურების“ ფასწარმოქმნის მექანიზმი; რა ხარისხითა და რა ვითარებაში შეუძლიათ სასაქონლო წარმოების მოცემულ კატეგორიებს გადაჭრან ცალკეული პიროვნებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის საკითხები და როდის – არა?

ჯანდაცვის ეკონომიკის მოცემული პრობლემის გადაჭრის ძიებისას გვერდს ვერ ავუვლით ეკონომიკური თეორიის ფუნდამენტურ დებულებებს, რადგან ჯანდაცვაში ეკონომიკური ურთიერთობები წარმოადგენენ ეკონომიკური ურთიერთობების ერთიანი სისტემის ორგანულ ნაწილს, რომლებიც ეკონომიკური თეორიის კვლევის საგანია. ამიტომ მნიშვნელოვანია გავაანალიზოთ, თუ როგორ

წყდება ზოგადთეორიული კუთხით ზემოთ მოცემული პრობლემები და რა ხარისხითაა მათი გადაჭრა მისაღები მედიცინისთვის.

ეკონომიკურ თეორიაში რესურსწარმოქმნის პრობლემებისადმი მიდგომისას მკაფიოდ აღინიშნებოდა შემდეგი ძირითადი მიმართულებები: მოთხოვნისა და მიწოდების თეორია, სარგებლიანობის თეორია, წარმოების დანახარჯების თეორია, ზღვრული სარგებლიანობის თეორია და სხვ. მითითებული თეორიებიდან თითოეული თავისებურად ხსნის რესურსწარმოქმნის მექანიზმს. სარგებლიანობის თეორია და მისი ზღვრული სარგებლიანობის თანამედროვე ვარიანტები არ შეიძლება გამოყენებული იქნეს მედიცინისთვის. რასთანაა ეს დაკავშირებული? ვსწავლობთ რა ფასწარმოქმნის პროცესებს, ჩვენ ვხედავთ, რომ ფასები საქონელზე პირდაპირ დამოკიდებულებაშია მოთხოვნასა და მიწოდებაზე. ჯერ კიდევ XVII ს-ში ეკონომისტების მიერ ჩამოყალიბებულ იქნა მოთხოვნისა და მიწოდების კანონი, რომლის არსი გამოიხატება შემდეგში: საქონელზე ფასი მოცემულ საქონელზე მოთხოვნის პროპორციული და მისი წარმოების უკუპროპორციულია. სხვა რედაქციით კანონი ჟღერდა ასე: საქონლის ფასი მყიდველთა რაოდენობის პროპორციული და გამყიდველთა რაოდენობების უკუპროპორციულია. ამ თეორიის მომხრეები ამტკიცებენ, რომ საქონელი ღირს ზუსტად იმდენი, რამდენ თანხასაც იძლევიან მასზე ან სხვა საქონელზე მოთხოვნისა და მიწოდების მოცემული თანაფარდობის დროს და რომ ფასთა ცვლილება მთლიანადაა დამოკიდებული მოთხოვნისა და მიწოდების თანაფარდობაზე. მოთხოვნისა და მიწოდების თეორიის ლოგიკის შესაბამისად, რაც უფრო მაღალია სარგებლიანობა, მით უფრო მეტი უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ფასი. ეს ნიშნავს, რომ ფასების ავარდნა უნდა შეინიშნებოდეს ეპიდემიების დროს, როდესაც მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე მნიშვნელოვნად აღემატება მიწოდებას. თუმცა ექიმთა შემოსავლის დონე არ უნდა იყოს დაკავშირებული ავადობის სახეობებთან და არ უნდა იყოს დამოკიდებული მკურნალობის ცვალებადობაზე. თუ ექიმთა შემოსავლები შემცირდება სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის შემცირებასთან ერთად, რაც ზიანის მიყენებს მათ სოციალურ-ეკონომიკურ კეთილდღეობას, მაშინ ისინი იძულებულნი იქნებიან შეინარჩუნონ ავადობის მაღალი დონე. მარკეტინგის კანონების მიხედვით, საკუთარი სოციალურ-ეკონომიკური ინტერესების დასაცავად მედიკოსებს მოუწევთ იმუშაონ მათთვის არახელსაყრელ საბაზრო სიტუაციაში. ადრიდანვე უნდა მოახდინონ მათთვის სასურველი საბაზრო კონიუნქტურის მოდელირება. ეს ნიშნავს, რომ ავადმყოფობის გამოვლინება და ზრდა არ უნდა

იყოს დაკავშირებული ექიმის შემოსავლებთან. ეს მიმღებებს პაციენტებით სტაბილურად შეავსებს სამედიცინო მომსახურებაში. ეკონომიკური ინტერესის ასეთი გაღვივება შლის ჰუმანურ არსს, ექიმთა ფუნქციების პროფესიონალურ დანიშნულებას და ამიტომ შეუთავსებელია მედიცინასთან. თავისი მედიკო-სოციალური შედეგებით ადამიანისათვის საშიში, მოთხოვნისა და მიწოდების კანონის საბაზრო დიქტატისაგან საკუთარი თავისა და ექიმის დაცვის მიზნით, საზოგადოება ორმაგი ობიექტური აუცილებლობის წინაშეა: ჯერ ერთი, საბაზრო დამოკიდებულებისაგან სამედიცინო საქმიანობის განთავისუფლება; მეორეც, მედიკოსებისთვის სამედიცინო საქმიანობის აღდგენისა და წარმოების პროფესიული, საზოგადოებრივად ნორმალური პირობების შექმნის ვალდებულებების საკუთარ თავზე აღება, აგრეთვე სამედიცინო მუშაკების საზოგადოებრივად ნორმალური ცხოვრების მოწყობა. ექიმი ყველა საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ სისტემაში – სოციალური, არასაბაზრო ფიგურაა.

ამრიგად, მოთხოვნისა და მიწოდების თეორიამ ვერ შეძლო აეხსნა ისეთ სპეციფიკურ საქონელზე ფასწარმოქმნის კანონზომიერებები, როგორებიცაა სამედიცინო მომსახურება და არ ძალუძს განსაზღვროს სამედიცინო საქმიანობის ურთიერთგაცვლის ღირებულებითი პროპორციები თვით მედიცინის სხვადასხვა სტრუქტურულ რგოლებს შორის.

მოთხოვნისა და მიწოდების თეორიის საფუძველზე ფასთა ფორმირების ახსნის შეუძლებლობამ შეაგულიანა ეკონომისტები დაეწყოთ ფასების ობიექტური საფუძვლის ძიება უშუალოდ თვით საქონლის თვისებებში. ზოგმა ეკონომისტმა დაიწყო საგანთა სარგებლიანობაში ფასების ობიექტური საფუძვლის ძიება, სხვებმა – მათ წარმოებაზე დახარჯული შრომის რაოდენობაში. პირველი შეხედულების განვითარებამ მიგვიყვანა სარგებლიანობის თეორიამდე, ხოლო მეორეს განვითარებამ – შრომითი ღირებულების თეორიამდე.

სარგებლიანობის თეორიის მომხრეები თვლიან, რომ რაც უფრო სასარგებლოა პროდუქტი ადამიანისთვის, მით უფრო მაღალი უნდა იყოს მისი ღირებულება და ფასი. მათ მიერ შედგენილი მოთხოვნილებათა სკალის თანახმად, ყველაზე მაღალი ღირებულება უნდა ჰქონდეთ საკვებ პროდუქტებს, ხოლო ყველაზე დაბალი – ფუფუნების საგნებს. ამავე დროს რეალური სინამდვილე საპირისპიროს მოწმობდა. საზოგადოებრივი ფაქტებისადმი სარგებლიანობის თეორიის აშკარა შეუსაბამობის გამო მრავალი ეკონომისტი მივიდა დასკვნამდე, რომ საგნებისა და მომსახურეობების სარგებლიანობა არ შეიძლება იყოს ის

ზოგადი, რაც საქონელს აქცევს თანაზომვადად და განსაზღვრავს ფასთა მოძრაობის კანონს. მოცემული თეორიის უსაფუძვლობა ყველაზე მკაფიოდ ვლინდება მედიცინაში. არ შეიძლება ავხსნათ უფრო მაღალი ფასი კუჭის ოპერაციაზე იმით, რომ ის უფრო სასარგებლოა, ვიდრე კბილების მკურნალობა. ნათელია, რომ სამედიცინო მომსახურებები თვისობრივად განსხვავებულნი, არათანაზომვადნი და არაურთიერთჩანაცვლებადნი არიან. ამ რიგად, სარგებლიანობის თეორიის საფუძველზე ვერ მოხერხდა ფასთა მოძრაობის კანონის აღმოჩენა სამედიცინო მომსახურებისთვის, რომელიც წარმოადგენს ზოგადსოციალურ მომსახურებას.

სამედიცინო მომსახურების ფასისა და ღირებულების შინაარსის არსის გამოკვლევისას, ვლინდება ჯანდაცვის ეკონომიკაში სასაქონლო წარმოების კატეგორიათა ფორმირების არაორდინალურობა. სამედიცინო მომსახურებას განსაკუთრებული ადგილი უკავია ჩვეულებრივი საქონლის სამყაროში. შევათავსებთ რა ღირებულების შინაარსის ცნებას, მის ფაქტორწარმომქმნელ ელემენტებს სამედიცინო მომსახურებათა ღირებულების ფორმირების პროცესთან, აღვნიშნავთ შემდეგს: ჯერ ერთი, შრომის დანახარჯები ჯანდაცვის სფეროშიც უნდა იყოს საზოგადოებრივად აუცილებელი, საზოგადოების მიერ აღიარებული. მეორეც, საზოგადოებრივი აღიარება უნდა გამოიხატებოდეს საზოგადოების თანხმობაში – საზოგადოებისა და პიროვნებისთვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების სანაცვლოდ უზრუნველყოს ნორმალური წარმოებისა და კვლავწარმოების შესაძლებლობა საზოგადოებრივად ნორმალურ დონეზე. თუმცა, მესამეც, ვავლენთ, რომ ბაზარი არ შეიძლება იყოს სამედიცინო დახმარებაში საზოგადოების მოთხოვნილების საზომი და, მაშასადამე, მას არ შეუძლია დაარეგულიროს სამედიცინო წარმოების ფუნქციონირება. ერთ-ერთი ახსნა მდგომარეობს იმაში, რომ ბაზარს საქმე აქვს მხოლოდ გადახდისუნარიან მყიდველთან. გადახდისუუნაროებს ის გამორიცხავს საბაზრო მოხმარებიდან. ამიტომ საბაზრო მოთხოვნა არ ასახავს ამა თუ იმ საქონელსა და მომსახურებაზე საზოგადოების სრულ, ჭეშმარიტ მოთხოვნას.

სამედიცინო წარმოებიდან სამედიცინო მომსახურებათა გადახდისუუნარო მყიდველების გამორიცხვას შეიძლება მოჰყვეს საშიში მედიკო-სოციალური შედეგები არა მარტო გადახდისუუნაროებისთვის, არამედ გადახდისუნარიანებისთვისაც. ე.ი. გადახდისუნარიანებმა ანგარიში უნდა გაუწიონ არაგადახდისუნარიანებს და საკუთარი ჯანმრთელობისა და ჯანსაღი

შრომისუნარიანი ძალის წარმოების უზრუნველსაყოფად დაუშვან ისინი მედიცინასთან. თანაც არა მარტო ჰუმანიტარული დახმარების ფორმით, არამედ ჯანმრთელობის დაცვის საზოგადოებრივ სტრუქტურების ორგანიზაციებშიც, რომლებიც არ ჯდებიან საბაზრო კანონზომიერებებში. სამედიცინო წარმოება – ეს ნებისმიერი ადამიანის სიცოცხლის უზრუნველყოფის ზოგადსოციალური ელემენტია. კავშირი საზოგადოებრივ წარმოებასა და სამედიცინო კეთილდღეობათა გამოყენებას შორის შეიძლება იყოს მხოლოდ პირდაპირი და არა ირიბი და დამყარებული უნდა იქნეს საბაზრო გაშუალედების, საბაზრო რეგულირების გარეშე. ამიტომ წარმოების ზოგადი საბაზრო ორიენტაციის დროს ერის დაცვის მიზნით მედიცინა ობიექტურ საფუძველზე გამოყოფილ უნდა იქნეს კომერციული ინტერესების სისტემიდან. ამ ობიექტური წინასწარ განსაზღვრის შესაბამისად, ჯანდაცვის ეკონომიკის სფეროში სასაქონლო წარმოების ეკონომიკური კატეგორიებიდან, აგრეთვე, ობიექტურად გამოირიცხება ღირებულების საბაზრო მახასიათებლები, მომსახურების ფასები, წარმოების ფასები და ა.შ. ამიტომ ჯანდაცვის ეკონომიკის თეორიასა და პრაქტიკაში აღნიშნული კატეგორიების „ბაზრიანობის“ გამოყენება არაკორექტულია. ამას მივყავართ იქამდე, რომ ღირებულების ფაქტორწარმომქმნელი კომპონენტებიდან გამოირიცხება საბაზრო ზეგავლენა. სამედიცინო მომსახურების ღირებულებაც განისაზღვრება საზოგადოებისთვის საზოგადოებრივად ნორმალურ დონეზე სამედიცინო დახმარების წარმოებისა და კვლავწარმოებისთვის საზოგადოებრივად საჭირო დანახარჯებით. ბაზრის მიერ მათი საზოგადოებრივი სარგებლიანობის აღიარებაში გასაშუალებითების გარეშე. საბაზრო ფაქტორის ადგილი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ჩვეულებრივი საქონლის ღირებულების ფორმირებაზე, უკავია სოციალურ ფაქტორს, რომელიც ასახავს საზოგადოების ზოგადსოციალურ მოთხოვნას საზოგადოების ყველა წევრის ჯანმრთელობის შენარჩუნების აუცილებლობაში მათი არსებობის მატერიალური წყაროებისაგან დამოუკიდებლად. ეს არ ჯდება საბაზრო კანონზომიერებათა მოთხოვნებში, მაგრამ შეესაბამება საზოგადოების სიცოცხლის უზრუნველყოფის შინაგან მოთხოვნილებებს. ამიტომ საზოგადოება ვალდებულია, განსაკუთრებით საბაზრო ეკონომიკის პირობებში, მოაქციოს სახელმწიფო მზრუნველობის ქვეშ სამედიცინო წარმოებისა და კვლავწარმოების მოძრაობის ყველა ფაზა, მთელი პროცესი და დაიცვას ჯანდაცვა, მისი ორგანიზაცია და ფუნქციონირება საბაზრო ურთიერთობათა აგრესიისგან.

ეს, უპირველეს ყოვლისა, შესაძლებელია ჯანდაცვის დაფინანსებაში სახელმწიფო მონაწილეობის, აგრეთვე ფასიანი ჯანდაცვისთვის მკაფიო სამართლებრივი და ეკონომიკური ბაზის დადგენის საშუალებით.

ჯანდაცვაში საბაზრო ურთიერთობათა გამოყენების შეზღუდული შესაძლებლობა, სამედიცინო საქონლისა და მომსახურების ბაზრის გაძლიერებული სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობა, აგრეთვე, გამომდინარეობს ჯანდაცვის, როგორც სოციალური სფეროს განსაკუთრებული სეგმენტის, დარგობრივი თავისებურებებიდან.

ჯერ ერთი, სამედიცინო მომსახურებათა გაწევა მოითხოვს მომსახურების მწარმოებლისა და მომხმარებლის პირად კონტაქტებს, ხასიათდება პაციენტებისადმი საექიმო მიდგომის მაღალი ინდივიდუალობითა და არასტანდარტულობით. ამ სიტუაციაში ბაზრისთვის ტიპიურ შუამავლობას შეუძლია ნეგატიური ზეგავლენის მოხდენა სამკურნალო პროცესზე.

მეორეც, სოციალური სფეროს სხვა სექტორებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მწარმოებელსა და მომხმარებელში (პაციენტში) უფრო მეტად ვლინდება სამედიცინო მომსახურებათა სამომხმარებლო თვისებების შესახებ ინფორმაციის ასიმეტრიულობა. პაციენტებისთვის არა მარტო მომსახურებათა არახელშესახებობა, არამედ მათი დიდი საინფორმაციო და სამეცნიერო ტევადობა ქმნიან ობიექტურ სირთულეებს მედიკო-სოციალური კომპლექსის სხვადასხვა სამსახურების მიერ წარმოებული პროდუქციის არჩევანის დროს. ამასთან დაკავშირებით, მომსახურებათა მწარმოებელი და მომხმარებელი (პაციენტი და ექიმი) აღმოჩნდებიან არათანაბარ მდგომარეობაში, რადგან სამედიცინო მომსახურებათა ბაზარზე პაციენტის ნამდვილი სუვერენიტეტი შეუძლებელია მისი არასაკმარისი სამედიცინო ინფორმირებულობის გამო. პაციენტი უნდა ენდოს ექიმის რჩევებს, პროფესიონალურ კვალიფიკაციასა და ეთიკურ-მორალურ თვისებებს.

მესამეც, მედიკო-სანიტარული დახმარების მოთხოვნილება – ეს მოთხოვნილებაა, რომელიც დაკავშირებულია უშუალოდ ფასდაუდებელ კეთილდღეობასთან – ადამიანის ჯანმრთელობასთან და თვით სიცოცხლესთან. როგორც უკვე განვიხილეთ, სამედიცინო დახმარების მაღალი სოციალური პრიორიტეტულობა წინასწარ განსაზღვრავს, მასზე მოთხოვნისა და მიწოდების ფორმირების თავისებურებებს.

მეოთხეც, ჯანდაცვაში ძალზე გაურკვეველი და ბუნდოვანია კავშირი სამედიცინო პერსონალის შრომის დანახარჯებსა და მის საბოლოო შედეგს, ე.ი. ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის.

სამედიცინო დახმარება – განსაკუთრებული სახის საზოგადოებრივი სიკეთეა. ჯანდაცვის მუშაკების შრომის საბოლოო ეფექტი აღინიშნება აშკარად გამოხატული სოციალური ხასიათით. ამავე დროს, როგორც უკვე აღინიშნა, მისი სოციალური შედეგიანობა ყოველთვის არ ექვემდებარება ზუსტ რაოდენობრივ შეფასებას, მაშასადამე, ღირებულებით გამოსახულებას.

მეხუთეც, ჯანდაცვაში მეურნეობის მართვის განსაკუთრებული მექანიზმის გამოყენება ნაკარნახებია სოციალური სამართლიანობისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის შერწყმის აუცილებლობით. სოციალური სამართლიანობა არის უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო მომსახურებათა საყოველთაო მისაწვდომობა, რაც უზრუნველიყოფა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებით, რომელიც დაფუძნებულია სახელმწიფოს, საზოგადოების ხარჯზე სამედიცინო დახმარების მოსახლეობისთვის უფასოდ მიწოდების პრინციპზე და სოციალური სოლიდარობის პრინციპებზეც, რომელიც გულისხმობს, რომ ჯანმრთელები იხდიან ავადმყოფებისთვის, ახალგაზრდები – მოხუცებისთვის, მოსახლეობის სრულად უზრუნველყოფილი ფენები – ნაკლებად უზრუნველყოფილებისთვის, სახელმწიფო, სამედიცინო დაზღვევის ინსტრუმენტების გამოყენებით.

უპირატესობა, რომელიც ენიჭება ან ეკონომიკურ ეფექტიანობას, ან სოციალურ სამართლიანობას, ბევრად განსაზღვრავს ჯანდაცვაში მეურნეობის მართვისა და დაფინანსების მოდელს.

მოყვანილი მოსაზრებები მოწმობენ იმ მოვლენის ნიშნების აშკარა არსებობაზე, რომელსაც ეკონომიკურ თეორიაში ეწოდება ბაზრის უუნარობა.

სამედიცინო მომსახურებათა ბაზრის სოციალური უუნარობა მდგომარეობს იმაში, რომ მოთხოვნის, მიწოდების, ფასწარმოქმნის საბაზრო მექანიზმი, ახდენს რა სოციალური ფაქტორების იგნორირებას და ხელსაყრელ მდგომარეობაში აყენებს მოსახლეობის მატერიალურად უზრუნველყოფილ ფენებს, ართმევს რა სასიცოცხლოდ აუცილებელი დოვლათის ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობებს დაბალშემოსავლიან, სოციალურად დაუცველ მოქალაქეებს.

სამედიცინო მომსახურებათა ბაზრის ეკონომიკური უუნარობა განპირობებულია იმ ტიპის კონკურენციული ბაზრების შექმნის სირთულით, რომლებზეც წარმოდგენილია ეროგვაროვანი საქონლის მრავალი მყიდველი და

გამყიდველი, რომლებიც თავისუფლად შედიან და გამოდიან ბაზრიდან, გააჩნიათ სრული ინფორმაცია ბაზარზე წარმოდგენილი საქონლის შესახებ, რომლებიც აყალიბებენ გასაყიდი დოვლათის ფასს ვაჭრობის, მოთხოვნისა და მიწოდების ოდენობათა გათანაბრების საშუალებით. რეალურად მაღალკონკურენტუნარიანი ბაზრის ეს მოთხოვნები არ შეიძლება შესრულებულ იქნას სამედიცინო მომსახურებასთან მიმართებაში.

სამედიცინო მომსახურებათა ბაზრისთვის ორგანულად, ბუნებრივად დამახასიათებელი უუნარობა წარმოშობს როგორც მინიმუმ, ასეთი ბაზრის სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობას, შემდეგი ღონისძიებების საშუალებით:

– ცალკეული სახის პროდუქციის წარმოებასა და რეალიზაციაზე სახელმწიფო მონოპოლიის დამყარება, რაც შეძლებს საბაზრო ფასებზე შემაკავებელი ზეგავლენის მოხდენას, სახელმწიფოებრივად დადგენილი ფასების ცირკულაციით;

– ფიქსირებული ან მაქსიმალურად დასაშვები ფასების დადგენა, რაც შეზღუდავს გამყიდველის შესაძლებლობას გაზარდოს ფასი განსაზღვრულ დონეზე მაღლა;

– საგადასახადო რეგულირება, რომელიც გავლენას ახდენს ფასებზე, დადგენილ გადასახადებთან დაკავშირებული დანახარჯებისა და მოგების საშუალებით;

– ანტიმონოპოლიური რეგულირება, რომელიც ზღუდავს მეწარმე-მონოპოლისტების მიერ საქონლის წარმოებისა და გაყიდვის შესაძლებლობებს;

– სახელმწიფოს მიერ ბიუჯეტის სახსრებიდან იმ სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლების ზარალის კომპენსაცია, რომლებიც ახდენენ პროდუქტის რეალიზაციას დაბალი ფასებით.

დასკვნა

სადისერტაციო კვლევის შედეგად შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

(1) საფინანსო პოლიტიკა განისაზღვრება, როგორც სახელმწიფოს საქმიანობა ფინანსების განვითარების მეცნიერულად დასაბუთებული კონცეფციის შემუშავებაზე, მისი ძირითადი მიმართულებების გამოყოფით, დასახული მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად, უპირველეს ყოვლისა, ქვეყნის მოქალაქეთა ცხოვრების დონის ასამაღლებლად, შესაბამისი ფინანსური მექანიზმის შექმნის გზით;

(2) საფინანსო პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში განსაზღვრულია, როგორც სახელმწიფოს მეცნიერულად დასაბუთებული საქმიანობა საბიუჯეტო ფინანსური რესურსების ფორმირებაზე, განაწილებასა და გამოყენებაზე, მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლების მიზნით, ქვეყანაში დემოგრაფიული მაჩვენებლების გაუმჯობესების საშუალებით, მოსახლეობის ავადობის შემცირების, დიაგნოსტიკური სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სამედიცინო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარების გზით.

(3) დადგენილია და სქემატურადაა ილუსტრირებული პირდაპირი დამოკიდებულება ეკონომიკის განვითარების დონესა და ჯანდაცვის ფინანსურ რესურსებს შორის;

(4) დაზუსტებულია „ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმის“ შინაარსი. ავტორის განმარტებით, „ჯანდაცვის ფინანსური მექანიზმი – სათანადო სამართლებრივი და ნორმატიული უზრუნველყოფის, ფინანსური მეთოდებისა და ინსტრუმენტების საფუძველზე განხორციელებული ფინანსური მართვის ურთიერთდაკავშირებულ ელემენტთა სისტემაა, რომელთა საშუალებითაც წარმოებს ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების ეფექტიანი ფორმირება და გამოყენება“;

(5) გაანალიზებულია ძირითად საპროგრამო დოკუმენტებში არსებული სახელმწიფო საფინანსო პოლიტიკის მიმართულებები ჯანდაცვის დარგში, დარგის დაფინანსების წყაროებთან მიმართებაში;

(6) საქართველოში მედიკო-დემოგრაფიული სიტუაციისა და თვით ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობის ანალიზის საფუძველზე ჩვენ მიერ გაკეთებულ იქნა შემდეგი დასკვნები:

– საქართველოში შექმნილი ნეგატიური დემოგრაფიული სიტუაცია, გარდა სხვა ფაქტორებისა, განისაზღვრება აგრეთვე მოსახლეობის ჯანმრთელობის

მდგომარეობის ფაქტორითაც. საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონის მაჩვენებლების მიხედვით ის წინ უსწრებს ევროპის ყველა ქვეყანას. საზღვარგარეთის ქვეყნებში უბნის ექიმების მიერ პაციენტების სპეციალისტებთან გაგზავნის სიხშირე შეადგენს პირველადი ვიზიტების რაოდენობის 4-10%-ს საქართველოში 30%-თან შედარებით, რაც მოწმობს მიშვებულობასა და ექიმისადმი მიმართვიანობის დაგვიანებას; პრევენციული და პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების განუვითარებლობას, „ოჯახის ექიმის“ სამსახურის ორგანიზაციისადმი დიდი ყურადღების დათმობის აუცილებლობას. შექმნილი სიტუაციის შეცვლა შესაძლებელია ჯანდაცვის სტრუქტურული გარდაქმნით, რომელიც გულისხმობს პრევენციული და პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების პრიორიტეტულ განვითარებას სტაციონარულ დახმარებასთან შედარებით, სამედიცინო მომსახურებათა ხარისხის გაზრდით.

ამჟამად საქართველოში ერთ საწოლზე ექიმების საშუალო რაოდენობა ერთს აღემატება, რაც საშუალო ევროპულ მაჩვენებელთან შედარებით თითქმის ორჯერ მეტია (საწოლზე 0,6 ექიმი). საქართველოს რეგიონებში ექიმების გადანაწილება არათანაბარია. დარღვეულია ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა (1 : 1-თან), მაშინ, როდესაც სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და ეფექტიანობის უზრუნველსაყოფად რეკომენდირებული თანაფარდობაა 4 ექთანი და 1 ექიმი.

აუცილებელია ქვეყანაში ჯანდაცვის დარგში საკადრო პოლიტიკის შემუშავება, რომლის ძირითადი პრინციპები იქნება:

– ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და პროფესიონალების რაოდენობის დაგეგმვის მეთოდოლოგიის შემუშავება;

– აუცილებლად მიგვაჩნია დადგენილი სამედიცინო სპეციალობების ნუსხის შესაბამისად თითოეული სპეციალობის მიხედვით სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობის განსაზღვრა დემოგრაფიული, ეპიდემიოლოგიური, ტექნოლოგიური და ორგანიზაციული ფაქტორების საფუძველზე;

– სამედიცინო მომსახურების თანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სამედიცინო კადრების რაციონალური, ოპტიმალური განაწილების მეშვეობით;

– ექიმებსა და ექთნებს შორის ოპტიმალური თანაფარდობის უზრუნველყოფა (2 : 1), გრძელვადიან პერსპექტივაში კი ექთნების რაოდენობის შემდგომი ზრდა 3 : 1 თანაფარდობის მისაღწევად.

– საექთნო სპეციალობების განმსაზღვრელი და მარეგულირებელი გარემოს შექმნა (საექთნო სპეციალობების სამართლებრივი აღიარება, პროფესიული კომპეტენციების, სასწავლო პროგრამების, საქმიანობის უფლების მინიჭების მექანიზმების შექმნა).

– სამედიცინო კადრების განათლების ხარისხის გაზრდა მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისად.

ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრისას სამედიცინო პერსონალის გარდა, მნიშვნელოვანია არასამედიცინო პერსონალის, მ.შ. მენეჯერების, ფარმაცევტების, სოციალური მუშაკების და ა.შ. საჭირო რაოდენობის განსაზღვრა და პროფესიული კომპეტენციების შესაბამისად სასწავლო პროგრამების შემუშავება. სამართლებრივი აღიარება და მათი პროფესიული კომპეტენციების საზღვრების დადგენა. არასამედიცინო პერსონალისთვის უნდა შემუშავდეს სასწავლო პროგრამები და გეგმები.

(7) შეფასებულია საბიუჯეტო სახსრების წილი ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების დაფინანსებაში.

სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში იყოფა ორ ჯგუფად:

– პირველ შემთხვევაში სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო (საბიუჯეტო) სახსრებით უზრუნველყოს საჭირო ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზება და განხორციელება; დაიცვას და გააუმჯობესოს მოსახლეობის კოლექტიური ჯანმრთელობის მდგომარეობა; ამავე დროს საქართველოს ტერიტორიაზე საჭიროების შემთხვევაში ნებისმიერ პიროვნებას ანაზღაურების გარეშე მიაწოდოს კანონით განსაზღვრული პრევენციული, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურება;

– მეორე შემთხვევაში სახელმწიფო პასუხისმგებლობას იღებს მოსახლეობის არაღარიბი ნაწილისათვის უზრუნველყოს მისი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, ხოლო სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისთვის სახელმწიფო (საზოგადოებრივი) სახსრებით დაუფარავს შესაბამის ხარჯებს.

ამასთან დაკავშირებით რიგი ღონისძიებების გატარება ჯანდაცვის სფეროში მოითხოვს დაფინანსების პრინციპების გადახედვას. საჭიროა დამატებითი სახსრების გამოყოფა დარგისთვის.

მთლიან შიდა პროდუქტთან ჯანდაცვის სექტორზე დანახარჯები სხვადასხვა ქვეყნებში 7-14 პროცენტამდე მერყეობს, ხოლო ამ მოცულობაში სახელმწიფო

დანახარჯების წილი 30-80 პროცენტამდე. მიუხედავად იმისა, რომ წლიდან წლამდე იზრდება საბიუჯეტო სახსრების მოცულობა ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებისთვის, იგი ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სფეროში არსებული მძიმე სიტუაციიდან გამომდინარე მოთხოვნებს.

ბოლო წლებში მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში ჯანდაცვის სექტორში დანახარჯები 8,0-8,5 პროცენტს შეადგენდა, აქედან სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 20-25% არ აღემატებოდა. ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა მნიშვნელოვნად, უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს წილი. რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას სამედიცინო მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით.

(8) სახელმწიფომ უნდა განსაზღვროს და დაარეგულიროს არა მარტო საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვის პრიორიტეტები, არამედ შექმნას ისეთი დაფინანსების სისტემა, რომელიც ახდენს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზებას ორგანიზებულ ფინანსურ ნაკადებში სადაზღვევო სისტემის განვითარების გზით. ამავე დროს სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს და განავითაროს ისეთი რეგულირების მექანიზმები, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში.

აღსანიშნავია საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილება, სადაც შემოაქვთ თანაგადახდის სხვადასხვა სქემები და ახდენენ მისი განაკვეთების ვარირებას გარკვეული კრიტერიუმების შესაბამისად:

– მოსახლეობის კატეგორიების მიხედვით;

– წამლების ტიპის მიხედვით.

მოსახლეობის კატეგორიაზე დამოკიდებული თანაგადახდის დონე დადგენილია უმწეოთა, ან მათ დასაცავად, ვინც დაავადებულია მძიმე ქრონიკული დაავადებებით. ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო წამლების საფასურს სრულად იხდის სახელმწიფო.

თანაგადახდის დადგენის დროს გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ამბულატორიული მკურნალობისა და პრევენციული ღონისძიებების ამოცანა. ამისათვის მიზანშეწონილია დავადგინოთ თანაგადახდა მხოლოდ ან ძირითადად სტაციონარულ მკურნალობაზე.

ამბულატორიულ დახმარებასთან მიმართებაში უნდა აღინიშნოს, რომ:

– ექიმთან პირველი ვიზიტი უნდა იყოს უფასო;

– ტარიფები უნდა იყოს დაბალი და შეესაბამებოდეს მოსახლეობის შემოსავლის დონეს;

– შემუშავებული უნდა იქნეს სისტემა, რომელიც ყველაზე უმწეოებს გაათავისუფლებს სამედიცინო მომსახურებაზე პირდაპირი გადახდებისაგან.

(9) სამედიცინო პროგრამების ფინანსური უზრუნველყოფის ანალიზის შედეგად გაკეთებულ იქნა დასკვნები იმის შესახებ, რომ არსებული დაფინანსების ფორმის პირობებში, საჭიროა:

– ტარიფების გადახედვა;

– „ერთიან საშუალო ტარიფზე“ თანდათანობითი გადასვლა სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გაანგარიშებისას, რაც გაამარტივებს ანგარიშსწორებას შემკვეთსა და შემსრულებელს შორის ნოზოლოგიების მიხედვით, აგრეთვე შემოიტანს ერთიან ეკონომიკურ წესს და გაწეულ სამედიცინო მომსახურებისთვის ორგანიზაციებთან ანგარიშსწორების პირობებს (განსაკუთრებით ძვირადღირებული ტექნოლოგიებისა და აღჭურვილობის მქონე კლინიკების გამოკლებით).

– ფინანსურად დაბალანსებული პროგრამების რიტმული და დროული დაფინანსება. დროულად მიუღებელი სახსრები დავამატოთ ყოველი მომდევნო წლის სამედიცინო პროგრამების ბიუჯეტს;

(10) ჩატარდა მონაცემების ანალიზი რამოდენიმე სახელმწიფო დაწესებულების, რომლებიც პროფილით, ზომით და ა.შ. განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან, მაგრამ მთლიანობაში წარმოადგენენ ჰოსპიტალურ სექტორში დაწესებულებათა ფინანსური მართვის არსებულ სურათს:

1. უმრავლესობა განხილული სამედიცინო დაწესებულება წამგებიანია, და შესაბამისად არც ერთში არ ხორციელდება აქტივების ეფექტური გამოყენება;

2. სამშობიარო სახლებში და პედიატრიულ კლინიკებში სხვა პროფილის კლინიკებთან შედარებით უკეთესი მაჩვენებლებია, რაც ძირითადათ უკეთესი დაფინანსების რეჟიმისა და შიდა სტანდარტებით მეტი გაყიდვების მოცულობის შედეგია;

3. სამედიცინო დაწესებულებებში არ მიმდინარეობს გადაუხდელი მომსახურების წილის გაანგარიშება, რაც საკმაოდ მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა ანალიზისთვის პროგნოზირებისთვის და სწორი გადაწყვეტილების მიღებისთვის მმართველობის ყველა დონეზე ;

4. უმეტეს შემთხვევაში დაწესებულებათა მიზნები არაა თავსებადი მათ ხელთ არსებულ ფინანსურ რესურსებთან. ხშირად სამედიცინო დაწესებულებები იღებენ მონაწილეობას ისეთ პროგრამებში, რომელთა შესრულებაც გაცილებით აღემატება მათ შესაძლებლობებს;

5. სამედიცინო დაწესებულებები არ ზრუნავენ კაპიტალის რეინვესტირებაზე, რაც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურებებიდან მიღებულ თითოეულ ლარში შემდგომი განვითარებისთვის განკუთვნილი დანაზოგის შექმნას;

6. სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობა ფაქტიურად არანაირ ფინანსურ საშუალებებს არ მიმართავს უახლესი ტექნოლოგიების დასანერგად და პერსონალის მოტივირებისთვის;

7. საბუღალტრო აღრიცხვისა და ფინანსური ანგარიშგების მოუწესრიგებლობის გამო, ხშირ შემთხვევებში შეუძლებელი ხდება დაწესებულებების შეფასება რაიმე ზოგადი მაჩვენებლებით;

8. არცერთ სამედიცინო დაწესებულებაში არ ხორციელდება ფინანსური მენეჯმენტის შეფასება რაიმე ინდიკატორული სისტემით.

სამედიცინო დაწესებულებების მართვის არცერთ დონეზე არ არის მიღებული ფინანსური ეფექტურობის შეფასების სტანდარტული და ობიექტური ინდიკატორების ნაკრები, რომელიც მისცემდა როგორც ცალკეული დაწესებულების მენეჯერსა, ისე სამინისტროსა და გადამხდელებს ფინანსური აქტივების ობიექტურ სურათს და დაეხმარებოდა მათ ცალკეული გადაწყვეტილებების არჩევასა და მიღებაში;

9. სხვადასხვა დაწესებულებების ფინანსური მართვის ეფექტურობის შედარებისას მნიშვნელოვანია გამოვიყენოთ ინდიკატორების ნაკრები, რაც საშუალებას გვაძლევს გამოვრიცხოთ ცალკეული გარეგანი ფაქტორები და უშუალოდ შევაფასოთ ხელმძღვანელთა მენეჯერული აღრიცხვის შესაძლებლობები.

ყოველივე ზემოდ აღნიშნული კიდევ ერთხელ ადასტურებს სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის და რეაბილიტაციის აუცილებლობას.

ამ მიმართულებით, რეფორმის ფარგლებში, განხორციელებული ღონისძიებების შედეგად საქართველოს სხვა და სხვა რეგიონში გაიხსნა ახალი ტიპის, ევროპული სტანდარტების საავადმყოფო, კერძოდ:

თბილისის ო. ღუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი, ქუთაისის რეგიონული საავადმყოფო, ზუგდიდის მრავალპროფილური საავადმყოფო და სხვა.

სადისერტაციო ნაშრომში გაკეთდა ახალი ტიპის კლინიკის მენეჯმენტის, და კერძოდ ფინანსური მენეჯმენტის ანალიზი ო. ღუდუშაურის სახელობის მრავალპროფილიანი ეროვნული სამედიცინო ცენტრის მაგალითზე. გამოვლენილი იქნა ვარაუდები და რისკები, მათი მოსალოდნელი გავლენა და კონტრ-ღონისძიებები არასასურველი გამოსავალის ასაცილებლად.

(11) სადისერტაციო ნაშრომში შესწავლილია მსოფლიო პრაქტიკაში არსებული და საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში გამოყენებული სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურებათა ფორმები .

უნდა აღინიშნოს რომ „პროგრამული დაფინანსების მეთოდის“ უპირატესობის მიუხედავად, საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან და ქვეყნის ბიუჯეტიდან გამომდინარე, ეს მეთოდი აწყდება პრობლემებს და არაადექვატური დაფინანსების ფონზე არ შეუძლია გამოხატოს თავისი ინსტიტუციონალური უპირატესობა დაფინანსების სხვა მეთოდებზე (ამ უპირატესობას უეჭველად ექნებოდა ადგილი სრული მოცულობით დაფინანსების შემთხვევაში). ჩვეულებრივ, სახსრების ნაკლებობა წარმოშობს შავ ბაზარს, პირდაპირი გარიგება ექიმსა და პაციენტს შორის ზიანს აყენებს ჯანდაცვის სისტემას. ყოველივე აქედან გამომდინარე, სასურველია ამ ეტაპზე განვიხილოთ ჯანდაცვის ფინანსური უზრუნველყოფა „გლობალური ბიუჯეტის“ მეთოდით, რათა სამედიცინო დაწესებულებებმა შეძლონ თავიანთი ნება-სურვილით გამოიყენონ ფონდები ფიქსირებული წლიური სუბსიდიის ფარგლებში.

(12) საერთო ბაზრისაგან განსხვავებით, სადაც მომხმარებლები კარგად არიან ინფორმირებულები, ჯანდაცვაში მოქმედებს ინფორმაციის ასიმეტრიის პრინციპი. ექიმი სამედიცინო მომსახურებათა ბაზარზე აყალიბებს მოთხოვნას სამედიცინო დახმარებაზე, როდესაც ავადმყოფმა არც იცის მისი აუცილებლობის შესახებ. ეს და მრავალი სხვა თავისებურება მკვეთრად განასხვავებს მას ნებისმიერი სხვა მომსახურებისაგან. უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო-პროფილაქტიკური დაწესებულების პერსონალის მატერიალურ გასამრჯელოზე მიმართული ფულადი

სახსრების ნაკლებობასა და სამედიცინო შრომის სატარიფო გადასახდელის დაბალ დონეს არ შეუძლია სრულად გაზარდოს სამედიცინო მუშაკების მოტივაცია საკუთარი ვალდებულებების მაღალეფექტური შესრულებისადმი. შრომით შემოსავლებში გაუმართლებელი დიფერენციაციისა და სამუშაო ძალის გაუფასურების დაძლევა უნდა იქცეს ჯანდაცვაში ხელფასის ეტაპობრივი რეფორმირების უმნიშვნელოვანეს ამოცანად. არსებული დაფინანსების ფორმის პირობებში, ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს შრომის ანაზღაურების ფონდის განაწილებისა და ფორმირების მექანიზმის სრულყოფა.

ხელფასის ფონდის ოდენობის გაზრდისა და ერთიანი სატარიფო სისტემის საფუძველზე შრომის ანაზღაურების მოქმედი სისტემის სრულყოფის საკითხთა გადაჭრა შემოთავაზებულია შემდეგი მიმართულებებით:

– მინიმალური ხელფასის გაზრდა და იმავე თანაფარდობით დანამატებისა ზრდა;

– სამედიცინო დაწესებულების საერთო დანახარჯებში ხელფასის ხვედრითი წილის გაზრდა;

– მოსახლეობის უზრუნველყოფილი ფენებისთვის ფასიანი მომსახურებების სისტემის განვითარების ხარჯზე შრომის ანაზღაურების ფონდის გაზრდა, ჩრდილოვანი ეკონომიკის ლეგალიზაცია;

– სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების არასამკურნალო ნაწილის დანახარჯების შემცირება, დაფინანსების მოცულობის შენარჩუნებით;

– სამედიცინო დაწესებულებათა სრული დაფინანსების სახელმწიფო გარანტიის საკანონმდებლო გაძლიერება.

(13) სამედიცინო მომსახურებათა შეთავაზების არსებული პრაქტიკა ტოვებს პაციენტების უფლებათა შელახვის შესაძლებლობას, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს რამდენიმე ფაქტორით:

– სამედიცინო პროგრამების მოცულობა და შინაარსი საკმაოდ ხშირად იცვლება; მოსახლეობა, პაციენტები სრულად არ არიან ინფორმირებულები მათთვის სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული შეღავათების, საკუთარი უფლებების თაობაზე;

– მძიმე ფინანსურ მდგომარეობაში არსებული სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს თავიდან აიცილოს სრული მოცულობით სახელმწიფო სტანდარტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურეობების შეთავაზება; ხშირად პაციენტი

იხდის მომსახურებისთვის, რომელიც მას ეკუთვნის სამედიცინო პროგრამით, ე.ი. ერთი და იგივე მომსახურებაზე ის ორჯერ იხდის.

მოსახლეობის ინფორმირებულობის მიზნით საჭიროდ ვთვლით:

– ჩატარდეს იმ სახელმწიფო პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის ინტენსიური კამპანია, რომლებიც სრულად ან ნაწილობრივ ფარავენ სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას;

– სამედიცინო დაწესებულებებში გავრცელდეს საინფორმაციო ხასიათის ბროშურები.

(14) სამედიცინო მომსახურებების ფასისა და ღირებულების, როგორც ეკონომიკური კატეგორიების კვლევის საფუძველზე გაკეთებულ იქნა დასკვნა სახელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო მომსახურებათა გაწევის სფეროზე საბაზრო ზეგავლენის შეზღუდვის აუცილებლობის შესახებ შემდეგი ღონისძიებების საშუალებით:

– ცალკეული სახის პროდუქციის წარმოებასა და რეალიზაციაზე სახელმწიფო მონოპოლიის დამყარება, რაც შეძლებს საბაზრო ფასებზე შემაკავებელი ზეგავლენის მოხდენას, სახელმწიფოებრივად დადგენილი ფასების ცირკულაციით;

– ფიქსირებული ან მაქსიმალურად დასაშვები ფასების დადგენა, რაც შეზღუდავს გამყიდველის შესაძლებლობას გაზარდოს ფასი განსაზღვრულ დონეზე მაღლა;

– საგადასახადო რეგულირება, რომელიც გავლენას ახდენს ფასებზე, დადგენილ გადასახადებთან დაკავშირებული დანახარჯებისა და მოგების საშუალებით;

– ანტიმონოპოლიური რეგულირება, რომელიც ზღუდავს მეწარმე-მონოპოლისტების მიერ საქონლის წარმოებისა და გაყიდვის შესაძლებლობებს;

– სახელმწიფოს მიერ ბიუჯეტის სახსრებიდან იმ სამედიცინო მომსახურების მწარმოებლების ზარალის კომპენსაცია, რომლებიც ახდენენ პროდუქტის რეალიზაციას დაბალი ფასებით.

(15) ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემის საზღვარგარეთის გამოცდილებიდან საქართველოსთან მიმართებაში საყურადღებოდ მიგვაჩნია:

- იაპონიაში არსებული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემა, ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილების ეფექტიანი მექანიზმით;

- დიდი ბრიტანეთის , კანადის, შვედეთის, თურქეთის , საფრანგეთის, ესპანეთის ჯანდაცვის გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების სისტემა;

- კანადურ სისტემაში ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული მართვის შერწყმის გამოცდილება, სადაც ჯანდაცვის ობიექტების მიმდინარე ოპერატიული საქმიანობის საკითხების გადაჭრა ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოების კომპეტენციაშია;

- ბრიტანული სისტემის ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს პირველადი მედიკო-სანიტარული დახმარების პრიორიტეტი;

- აშშ-ს ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემა, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებაით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხარისხის ფედერალური სტანდარტები, მაღალკვალიფიციური სამედიცინო კადრების მომზადების დახვეწილი პროგრამით, პაციენტების მაღალი სამართლებრივი დაცულობით.

უნდა აღინიშნოს, რომ მსოფლიოში არსად არ არსებობს მხოლოდ ბიუჯეტიდან დაფინანსების სისტემა, სადაზღვევო ან მხოლოდ კერძო. ყველაზე გავრცელებულია სხვადასხვა წყაროებიდან დაფინანსების შერეული სისტემა. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, სადაც არსებობს საბიუჯეტო დაფინანსების კლასიკური მოდელი, დაახლოებით 10% შეადგენენ სოციალური დაზღვევიდან მიღებული სახსრები, რომელთა გადარიცხვა ხდება სოციალური დაზღვევის ფონდიდან. ხოლო კლასიკური სადაზღვევო სისტემის მქონე ქვეყნებში სახსრების ნაწილი შემოდის ბიუჯეტიდან, მაგრამ ძირითად წყაროს წარმოადგენენ გადახდები დაზღვევაზე.

ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების პრიორიტეტულობასა და ამავე დროს შეზღუდულობის გათვალისწინებით, ვთვლით, რომ არ არის საჭირო ხელოვნურად ვთქვათ უარი დამატებით წყაროებზე.

საქართველოს ჯანდაცვა, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა , უნდა იყოს შერეული, მრავალკომპონენტიანი სისტემა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ასათიანი რ. მომსახურება და საბაზრო სისტემა. თბ., 1993.

2. ასათიანი რ. არასაწარმოო სფერო ერთიან სახალხო-სამეურნეო კომპლექსში. თბ., 1987.

3. ასათიანი რ. ფული და ფულადი სისტემები. თბ., 1995.

4. ადეიშვილი გ. ეკონომიკური თეორიის საფუძვლები, თბ., 1993.

5. ბასარია ი., მესხია ი. ეკონომიკური თეორიის საფუძვლები. თბ., 1996.

6. ბარათაშვილიე., თაკალანძე ლ., აბრალავაა., მენეჯმენტი და ადმინისტრირება, თბ., 2007.

7. გამსახურდია გ., საქართველოს საფინანსო პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე., თბ., 1996.

8. გეგელაშვილიკ. თანამედროვე მედიცინა: სოციალურ-ჰიგიენური, საზოგადოებრივ-ეთიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. თბ., 1987.

9. გერზმავა თ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბ., 1998.

10. გველესიანი მ. , ეკონომიკური ლექციების მოკლე კურსი. „კომენტარები“, თბ., 2000.

11. გზირიშვილი დ., კობალაძე ლ. , სამედიცინო მომსახურებათა ანაზღაურების ფორმათა შედარებითი ანალიზი. თბ., 1996.

12. ვერულავა ტ. , ჯანდაცვის ეკონომიკა. თბ., 2003.

13. კაკულია რ. ,ფინანსების საფუძვლები. I-II ნაწილები. თბ., 1994.

14. კაკულია რ. , ფინანსების ზოგადი თეორია. თბ., 1998

15. კანონმდებლობა ჯანდაცვის სფეროში (2002წ. 1 მარტის მდგომარეობით), I ნაწ. თბ., 2002.

16. კოჭლამაზიშვილი ლ. , ჯანდაცვა და საწარმოს საბოლოო ეკონომიკური შედეგები. ჟურნალი „ეკონომიკა“, 1989, №7.

17. კოჭლამაზაშვილი ლ., დონაძე გ. ჯანდაცვის ეკონომიკა. თბ., 1994, გვ. 74.

18. მურჯიკნელი მ. ,საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის ფინანსური პრობლემები გარდამავალი პერიოდის პირობებში. თბ., 2004წ.

19. პაპავა ვ., საბაზრო ეკონომიკაზე საქართველოს გადასვლის საფუძვლები. თბ., 1991.

20. პაპავა ვ., სახელმწიფოს როლი თანამედროვე ეკონომიკურ სისტემაში. 1995.

21. რიხაია რ., კოჭლამაზაშვილი ლ. – ჯანდაცვა საბაზრო ურთიერთობათა პირობებში. თბ., 1996.

22. თაკალანძე ლ. – ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ზოგიერთი ასპექტი. გარდამავალი ეკონომიკის სოციალურ-ეკონომიკური პრიორიტეტები (საქართველოს ეკონომისტთა V სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მოხსენებათა კრებული). თბ., 2002.

23. ჩიქავა ლ.– საქართველოს ეკონომიკა. თბ., 1995.

24. ცაავა გ., ფინანსები, ფულის მიმოქცევა, ფინანსური ინჟინერია, კრედიტი. თბ., 1999.

25. ქარუმიძე ვ. – ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. ჟურნალი „საქართველოს სამედიცინო მოამბე“, 1993, №1.

26. ღვედაშვილი ნ. – ჯანდაცვა დროის მოთხოვნით. თბ., 1998.

27. ჭითანავა ნ. – შერეული, მრავალწყობიანი, სოციალურად ორიენტირებული ეკონომიკა. თბ., 1996.

28. ჭითანავა – საბაზრო ეკონომიკის რეგულირება (ორგანიზაციული პრობლემები), I-II-III ნაწ. თბ., 1995.

29. პაიჭაძე ნ., ხომერიკი თ, შიხაშვილი გ., ხვინთელიანი – მენეჯმენტის საფუძვლები, თბ., 2005.

30. ხომერიკი თ.– მენეჯმენტი: კონცეპტუალური საკითხები. თბ., 2000.

31.საქართველოს კონსტიტუცია. თბ., 1995, გვ. 71.

32. საქართველოს საავადმყოფოების რესტრუქტურიზაციისა და ოპტიმიზაციის პროგრამა. საქართველოს შჯსდ სამინისტრო, თბ. 2001.

33. საქართველო: ჯანდაცვის პროექტი, მსოფლიო ბანკის შეფასებითი მოხსენება. თბ., 1996 წ. 2 აპრილი.

34. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები (პროექტი). საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. თბ., 1995.

35. საქართველოს სსრ მოსახლეობის ჯანმრთელობა და ჯანდაცვის დაწესებულებათა საქმიანობა 1986-87 წლებში, სტატისტიკური მასალები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. თბ., 1988.

36. საქართველოს რესპუბლიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები 1990-1992 წლების განმავლობაში. სტატისტიკური კრებული. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო. თბ., 1992.

37.საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. ნორმატიული აქტები. I, Iი, III ნაწ. თბ., 1996.

38. საბუღალტრო აღრიცხვის საერთაშორისო სტანდარტი , თბ., 2005.

39. საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების სტრატეგია 2002-2007 წწ. (პროექტი). თბ., 2001.

40.საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის კომპანია (სსდკ), ანგარიში 2002 წლის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების შესახებ. თბ., 2003.

41.სსდკ, ანგარიში 2001 წლის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების შესახებ. თბ., 2001.

42.სსდკ. ანგარიში 2000 წ. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამათა შესრულების შესახებ. თბ., 2002.

43.სსდკ, ანგარიში 1996-1999წწ. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამათა შესრულების შესახებ.

44.საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ, საქართველოს სოცდაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობა და ნორმატიული აქტების კრებული, III ნაწ. თბ., 2003.

45.საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, საქართველოს სოცდაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობა. III ნაწ. თბ., 2003.

46. სამედიცინო მომსახურების მოდელის სამუშაო ვერსია. საქართველოს შჯსდ სამინისტრო, თბ. 2008.

47.საქართველოს სტატისტიკური წელიწდეული 2001-2006, საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტი.

48. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში 2005 წლისათვის (1998-2002წ) სტატისტიკური დანართი.

49. ჯანდაცვა: საქართველო, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი. თბ., 1996. გვ. 44.

50.ჯანდაცვა: საქართველო–2002 (სტატისტიკური ცნობარი). ,საქართველოს შჯსდ სამინისტრო., დაავადებების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2003.

51. ჯანდაცვა: საქართველო–2003 (სტატისტიკური ცნობარი). ,საქართველოს შჯსდ სამინისტრო., დაავადებების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2004.
52. ჯანდაცვა: საქართველო–2005 (სტატისტიკური ცნობარი). ,საქართველოს შჯსდ სამინისტრო., დაავადებების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2006.
53. ჯანდაცვა: საქართველო–2006 (სტატისტიკური ცნობარი). ,საქართველოს შჯსდ სამინისტრო., დაავადებების კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი. თბ., 2007.
54. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია. 2001-2006. თბ., 2008.
55. ჯანდაცვის სისტემა და საერთაშორისო პროგრამები. საერთაშორისო კონფერენცია (თეზისები). 27-28 სექტემბერი. თბ. 1995.
56. ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. თბ., 1994.
57. ევროპაში ჯანდაცვის რეფორმები. თანამედროვე სტრატეგიის ანალიზი, რეზიუმე, ჯმო, ევროპის რეგიონალური ბიურო. კოპენჰაგენი, 1996.
58. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2004, თბ., 2006.
59. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. სშჯსდს. 2005, თბ., 2007.
60. ჯიბუტი ა. , ჯოხაძე ხ., საკუთრების განსახელმწიფოებრიობის სოციალური შედეგები, ჟურნ. სოციალური ეკონომიკა , №2, 2007.
61. ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა 2007-2009. განხორციელების ანგარიში.
62. А.Айдаралиев, Ч. Айнекенов “Экономика здравоохранения “, КГУ 2001г.
63. Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. – Экономические проблемы здравоохранения. М.: ИНФРА, М, 2000
64. Алымова А.Н Социальная инфраструктура: вопросы теории и практики и др. Киев: Наукова Думка, 1982
65. Басовский Л Е, Прогнозирование и планирование в условиях рынка, Уч.пособие. М., 2001
66. Булатов А.С., Экономика теоретическая и прикладная экономика. изд. 3–е, учебник ЮРИСТЬ, М.: 2001

67. Бабич А.М., Павлова Л.Н. , Государственные и муниципальные финансы. Учебник. М.:ЮНИТИ, 2000.
68. Батурин Л.А., Бутов В.Н. — Социальная сфера в рыночной экономике. Ростов Н/Д, 19977
69. Большой экономический словарь. Гос. изд. под ред. А.Н.Азрилияна. М., Институт новой экономики, 1997.
70. Брем—Рюефф Катрин. Здравоохранение за границей /Деловые люди. 1991, № 10 /.
71. Валентей С., Нестеров Л. — Человеческий потенциал: новые измерители и новые ориентиры/. Вопросы экономики, 1999, И 2.
72. Вознесенский Э.А. — Финансы социалистических государств. М.: Финансы, 1982.
73. Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. — Управление и экономика здравоохранения. Под ред. Вялкова А.И. Учебное пособие для ВУЗ—ов М.: Изд. ДАМ ГЭОТАР — МЕД, 2002
74.Герасименко Н. — Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы /Экономика здравоохранения — 1997,
75. Гаретовский Н.В Финансово—кредитный словарь. 2—е изд. В 3—х т. т.III М.: Финансы и статистика, 1994.
76.Гордин В.Э . Управление социальной сферой. Учебник СПБ.: Гуд—во СПБГУЭФ, 1998.
77. Дробозиной Л.А. Общая теория финансов. Учебник /. М.: Банки и биржы, ЮНИТИ, 1999
78. Жильцов Е.Н. , Основы формирования хозяйственного механизма в сфере услуг. М.: МГУ, 1991.
79. Жильцов Е.Н.,Экономика обшественного сектора и некоммерческих организаций. Учебное пособие. М.: МГУ, 1995.
80.Жильцов Е.Н. , Экономика, организация и планирование непроизводственной сферы. М., МГУ, 1991
81. Иванов Г.П. — Непроизводственная сфера и социалистическое воспроизводство. М.: МГУ, 1978.82. Козак В.Е.— Непроизводственная сфера: вопросы теории. Киев:Наукова думка, 1979.
83. Корчагин В.П. — Проблемы финансирования здравоохранения / Сборник: Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, М., 1996 г./.
84. Кузнецова Е.В. — Индекс человечесого развития и тенденции его изменения в России и зарубежных странах / Вопросы статистики. 19992/.
85. Кузьменко М.М., Баранов В.В. — Финансовый менеджмент в здравоохранении. М.: "Медицина", 1995.
86.Кучеренко В.З., Экономика здравоохранения. Учебное пособие.. М., 1996.

87.Котлер Ф. Маркетинг Менеджмент, (Пер.с. англ.) М., 2001

88. Кузьменко М.М., БарановВ.В., Финансовый менеджмент в Здравоохранении России.,М.,1995

89. Медведев В.А. — Общественное вопроизводство и сфера услуг. М.: Экономика, 1968.

90. Нестеров Л.И. — Человеческий потенциал и Российская Федерация /Вопросы статистики. 1999, Т 2/.

91. Паничкин В.М. — Социально—экономические границы рыночных отношений в здравоохранении /Канд. дисс. — СПБ, 1998/.

92. Покровского В.И., Популярная медицинская энциклопедия. 5—еизд. М.: Оникс, 1998.

93. Проскуряков В.М., Самрукин А.И. — Экономический потенциал социальной сферы. М.: Экономика, 1991

94. Райс С., Джеймс А. — Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. , (Пер.с. англ.) — М.: Остожье, 1996.

95. Рябков М.К. Софинансирование и теневое софинансирование в здравоохранении: Логика дискусии. Журн. " Экономика здравоохранения", М., 2001 г. N 7—8 (56).

96. Родионовой В.М. , М.: Финансы . Учебник Финансы и статистика 1995.

97 .Стоянова Е.С., Финансовый менеджмент: теория и практика. М., 1996.

98. Сенчагов В.К. Финансы, денежное обращение, кредит. Учебник.М., 2001

99. Семенов В.Ю. Опыт реформ здравоохранения зарубежных стран, М., 1996

100. Фишер С.и др., Економика, М., 1993.

101.Хедоури.Ф, Маскони М., Алберт М. Основы менеджмента.,(Пер.с. англ.)СПБ,1998

102. ХелфертЭ.,Техника финансового анализа, М., 1995

103. Щепин О.П., Комаров Ю.М., Здравоохранение зарубежных стран. М., Медицина,2001

104. Эрхард Л., Благосостояние для всех.,1991

105.**Юрьева Г.В. Неприбыльный сектор в рыночном хозяйстве /Российский экономический журнал. 1994. N 4**

106.. Kapencky L.S “ Understanding Health Care Financial Management.” Michigan1993

107 . McConnell,StenleyL.Brue, Macroeconomics (sixteenth edition),2006

108. Todaro M.P., SmithS.C., Economic Development (ninth edition),2006.

109. William O.Cleverley, Essentials of Health Care Finance (fourth edition),1997.

110. Richard L.Sandhusen Marketing (fourth edition),2000.

111. GroppelliA.A and Ehsan Nikbakht, Finance, capital budgeting and management. (fourth edition),2000

112. P. Jacobs, J. Rapoport , The Economics of Health and Medical care (fifth edition),2002.

113. Hospital Accreditation Standards, Joint commission resources, 2001

114. Bruce A.& . Langdon K, Project management, 2002

115. . Bruce A.& . Langdon K, Strategic thinking, 2003

116 Blanchard. K. , Johnson S. , The one minute manager, 2006

117. Heller R., Motivating people , 2006.

ვებ-გვერდები:

1. www.economy.gov.ge
2. www.moh.gov.ge
3. www.medportal.ge
4. www.reforms.ge
5. www.statistics.ge
6. www.parlament. gov.ge
7. www.worldbank.org
9. www.iet.ru