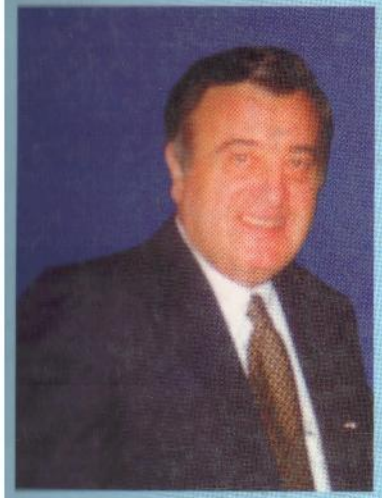


რამაზ ვახიდის ძე ურუშაძე დაიბადა 1947 წელს თბილისში. 1971 წელს დაამთავრა მოსკოვის ი. პიროგოვის სახელობის სახელმწიფო მეორე სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტი. 1971–1974 წლებში მუშაობდა თბილისის ექიმთა დახელოვნების (სამედიცინო აკადემია) კლინიკური საავადმყოფოს ექიმ-რეანიმატოლოგად, ხოლო 1974–83 წლებში, იმავე კლინიკის ჩარქოყანი ქირურგიული განყოფილების ექიმ-ორდინატორად. 1983–85 წლებში მუშაობდა თბილისის რესპუბლიკურ ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოში, პროქტოლოგიურ ცენტრში ექიმ-ორდინატორად. 1985 წელს მუშაობდა ურჯაანის რაიონულ ცენტრალურ საავადმყოფოში, სადაც ჩამოაყალიბა ეგიონული პროქტოლოგიური სამსახური. 1986–93 წლებში მოღვაწეობდა მანისის რაიონის საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანების მთავარ ექიმად. 1993 წლიდან დაინიშნა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ჯანდაცვის ორგანიზაციის და რეგიონული მართვის ამმართველოს უფროსის მოადგილედ, 1995 წლიდან უფროსად, 1996 წელს ნისტრის მოადგილედ, საპარლამენტო მდივნად. პარალელურად ზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის ჩამოყალიბების შემდეგ, 1996 ლიდან დეპარტამენტის თავმჯდომარედ, სადაც მუშაობს დღემდე.

გავლილი აქვს სპეციალიზაცია აშშ-ს ქ. ბოსტონში ჯანდაცვის სტემის მართვასა და დაფინანსებაში, მონაწილეობდა სხვადასხვა სწავლო პროგრამებში ამერიკის განვითარების სააგენტოს, ჯანდაცვის ოფლიო ორგანიზაციის გაეროს ბავშვთა ფონდის თანადგომით მართულ სასწავლო ტურებსა და კონფერენციებში ყაზახეთში, რუსეთის ედერაციაში, სომხეთსა და აზერბაიჯანში, ყირგიზეთში, თურქმენეთში, ბერეთში, სლოვენიაში, თურქეთში, აშშ-ში (ვაშინგტონი, ატლანტა), ორმანიაში, ისრაელში, დანიასა და შვედეთში, იაპონიაში, ინგლისში, ტალიაში.

1994–2000 წლებში ასრულებდა მსოფლიო ბანკის საქართველოს ანდაცვის სისტემის განვითარების პროექტის (მეორე პროექტი) ინსულტანტის მოვალეობას.

1997 წლიდან არის იგ. ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო ნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თედრის გამგე.

არის 34 სამეცნიერო ნაშრომის ავტორი.

მონაწილეობდა საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისათვის ომარ მოქმედებებში. დაჯილდოებულია მედლით სამხსნურებისათვის.

რამაზ შრუშაძე * საზოგადოებრივი ჯანდაცვა




1061

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტრო
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი

რამაზ შრეშაძე

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ქართული მედიცინის განვითარების

მიმართულებები

(მეთოდური სახელმძღვანელო)


1061

გამომცემლობა "ლეგა"
თბილისი 2002

УДК 614 (479. 22)(072)
უ 622

წიგნი წარმოადგენს ნაშრომების სერიალის პირველ ტომს. სერიალი განკუთვნილია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმებისათვის და ჯანდაცვის ორგანიზატორებისათვის. ნაშრომში განხილულია ქართული მედიცინის მოკლე ისტორია, სამედიცინო რეფორმის ძირითადი მიმართულებები და ეტაპები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების საფუძვლები, მიზნები და ამოცანები, მათი როლი, სტრუქტურა და ფუნქციები და მრავალი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ასპექტი, რომლებიც მნიშვნელოვან ინფორმაციას მიაწვდის მკითხველს. წიგნს დართული აქვს ტერმინთა გლოსარიუმი, რომელიც ამომწურავად განმარტავს ქართულ მედიცინაში თანამედროვე ეტაპზე გამოყენებულ მრავალ ახალ ცნებას, პროგრამების ანოტაცია და განხორციელების მეთოდოლოგია.

წიგნი მოამზადა "საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობის ინსტიტუტმა". გამოიცა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ.

ISBN 99928-934-6-X

© რ. ურუშაძე

დაისტამბა შპს გამომცემლობა „ლეგას" სტამბაში
თბილისი, ს. ეულის ქ.№5
ფაქსი: (+32 995) 30 08 98

სარედაქციო საბჭო

სარედაქციო საბჭოს თავმჯდომარე

ამირან გაჩეჩილაძე - შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

სარედაქციო საბჭოს წევრები:

- ***აკაკი გაჩეჩილაძე***
- ***დავით გეგეშიძე***
- ***თამარ დეკანოსიძე***
- ***გურამ კაციტაძე***
- ***თამარ ლობჟანიძე***

რეცენზენტები:
დავით იაკობიძე და თენგიზ ჯინჯოლავა

სარჩევი

წინათქმა 13
შესავალი 17

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

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

III თავი
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის
სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია,
რეფორმისწინა პერიოდი 49
ზოგიერთი მოსაზრებანი საქართველოს
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის
რეორიენტაციის კონცეფციაზე 59
– საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ურთიერთობათა ფორმა 60
– სისტემის იდეოლოგიური ორიენტირი 60

– სისტემის მართვა 61
– ეკონომიკური ურთიერთობები 61
ჯანდაცვის მიკროსისტემის დაფინანსება 63
ჯანდაცვის მიკროსისტემა 63
ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის პოლიტიკა
გარდამავალ პერიოდში (თავისებურებანი) 67
– ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა. განმარტებები,
პოლიტიკური ცნებები 67
– სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება 79
– თანხების განაწილება 80
– ჯანდაცვის ორგანიზაცია, მართვა 81
– არსებული სიტუაციის ანალიზი 82
– გარდამავალ პერიოდში შექმნილი სიტუაციის
მოკლე მიმოხილვა 85
– უარყოფითი მხარეები 87
– მყარად არსებული პრობლემები 87
– რეფორმის განმსაზღვრელი ფაქტორები 89
– ეკონომიკური ლიბერალიზაციის უარყოფითი
(თანმხლები) ეფექტები 90
– თავისუფალი არჩევანის ჩრდილოვანი მხარე 92
– ორგანიზაციული კრიზისი 93
– რეფორმის სტრატეგია 94
– მიზნები 95
– გადაწყვეტილების მიღების მიმართულებები 96
– მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება 97

IV თავი
ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა აღმოსავლეთი და
ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში 99
– ჯანდაცვის სისტემების პირობითი კლასიფიკაცია 99
– ჯანდაცვის შერეული სისტემები 104
– ცვლილებები 106
– სამედიცინო სამსახურის ფონდირება 106
– ფულის განაწილება 107
– ორგანიზაცია 108
– ჯანდაცვის მიზნები 108
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური აშშ-ში
ზოგი ისტორიული თარიღი 111

V თავი
მმართველობითი ფუნქციებისა და
პასუხისმგებლობების დეცენტრალიზაცია 119
დეცენტრალიზაციასთან დაკავშირებული
პრობლემები 124

VI თავი
მმართველობის ადმინისტრაციული და
ეკონომიკური მეთოდები თანამედროვე ეტაპზე ---- 129
საბაზრო ურთიერთობათა თავისებურებანი
ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ---- 133
– მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულება ---- 141
– თანასწორობა სამედიცინო დახმარებაში ---- 143
– რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის ზოგიერთი
მახასიათებელი ---- 144

VII თავი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთი
ცნების განმარტება. დეფინიციები ---- 147

VIII თავი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ფუნქციები. ---- 149
ეპიდემიოლოგიური კვლევის არსი, სახეები და
მეთოდები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ---- 152
_ დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები ---- 154
– ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები ---- 155
ტერმინების განმარტებები ---- 156

IX თავი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურეების ძირითადი
მიზნები და ამოცანები ---- 159
– მიზნები და ამოცანები ---- 160
– მმართველობის კოორდინაცია ---- 163
– ეპიდზედამხედველობის პროგრამების მართვის ფუნქცია ---- 164
_ სხვა პროგრამათა მართვის, დაგეგმვისა და შეფასების
ზოგადი ფუნქციები ---- 164

X თავი
საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სამსახურის როლი
და ფუნქციები ---- 169
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების
ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა,
სტრუქტურა და კადრები 2001-2005-წლებში ---- 173
– საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის აუცილებელი
სტრუქტურა და მინიმალური შრომითი რესურსები (კადრები) ---- 175
– საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ---- 176
– საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ლიცენზირება ---- 179
– ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამხარეო დეპარტამენტების, განყოფილებებისა და
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციები,
უფლება-მოვალეობანი და ურთიერთდამოკიდებულება ---- 180

– ინფორმაციის მოპოვების, მიღების, დამუშავების
და გადაცემის სქემა ---- 182

XI თავი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საინფორმაციო სამსახურის
სტრუქტურა და ფუნქციები ---- 185

XII თავი
საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები ---- 193
მოკლე ანოტაციები
– ავადობის აქტიური გამოვლინებისა და მოსახლეობის
მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 194
– სოფლის მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 195
– ონკოლოგიურ დაავადებათა ბირველადი გამოვლინების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 196
– ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა
სახელმწიფო პროგრამა ---- 197
– მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი
სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო
პროგრამა ---- 199
– მალარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის
სახელმწიფო პროგრამა ---- 200
– ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო (შავი ჭირი, ქოლერა,
ჰემორაგიული კონტაგიოზური ვირუსული ცხელებები),
განსაკუთრებით საშიში და მათთან გათანაბრებული
ინფექციების კონტროლის და სხვა გადამდებ
დაავადებათა პროფილაქტიკის კოორდინაციის
სახელმწიფო პროგრამა ---- 201
– გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის, ეპიდჩვენებითა
და პროფესიული აცრების კამპანიების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 202
– სისხლის მომოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის
სახელმწიფო პროგრამა ---- 204
– საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა
სამედიცინო შემოწმების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 206
– ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების
სახელმწიფო პროგრამა ---- 207
– იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ
დარღვევათა პროფილაქტიკის
სახელმწიფო პროგრამა ---- 209

– ტრავმატიზმის პრევენციის და პირველადი დახმარების სახელმწიფო პროგრამა ____ 211
– უსაფრთხო სისხლის, შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა ____ 212

XIII თავი

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

XIV თავი

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია რეორიენტაციის პირობებში ____ 241
–
წარსული ____ 241
– პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია ____ 248
– პირველადი სამედიცინო მოშსახურება, პირველადი ჯანდაცვა ____ 250
– პირველადი ჯანდაცვის საშსახურის ამოცანები ____ 252
– განვითარების ძირითადი ამოცანები ____ 254
– პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეწყობა ____ 255
– პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული მოწყობა ____ 257
– პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი — სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი ____ 258
– სპეციალისთა ინტეგრაცია ____ 260
– პოლიტიკური და სამართლებრივი ჩარჩოები: გარემო, რომელიც ძლევა საქმიანობის

განხორციელების შესაძლებლობას ____ 262
– ორგანიზაციური სტრუქტურები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა ____ 270
– ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა ____ 274

XV თავი

სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მექანიზმები (შედარებითი ანალიზი) ____ 276
– ჯანდაცვის ცენტრალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი ____ 276
– ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი ____ 277
– სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი (3+1) ____ 279
– ანაზღაურების სისტემის მნიშვნელობა დაფინანსებაში ____ 280
– გადასახდელი შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება) ____ 282
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 285
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 288
– გადასახდელი კონკრეტული შემთხვევისათვის ____ 289
– – ანაზღაურების სისტემის შექმნა და კალკულაცია ____ 291
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 292
– საწოლდღეებზე გადასახდელი ____ 293
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 294
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 295
– პრემიული ანაზღაურება ____ 296
– თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება ____ 298
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 299
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 300
– სულადობის მიხედვით ანაზღაურება (კაპიტატოს მეთოდი) ____ 301
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 302
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 304
– ხელფასი ____ 305
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 305
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 307
– ბიუჯეტი ____ 308
– – ფასწარმოქმნა და კალკულაცია ____ 309
– – ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე ____ 310

– სხვადასხვა საგადასახადო სისტემის შედარება 311

XVI თავი
საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის ძირითადი სახელმძღვანელო დებულებები 313
– სტანდარტიზაციის მიზნები და ამოცანები 314
– სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპები 315
– სტანდარტიზაციის სისტემის ორგანიზაცია 316
– სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები 318
– სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია 318
– სტანდარტიზაცია შედიკამენტებით უზრუნველყოფის სფეროში 321
– მოთხოვნები სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი 322
– პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია 322
– ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია 322
– სტანდარტიზაციის ძირითად დებულებათა რეალიზაციის მექანიზმები 323

XVII თავი
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა 326
– რას ნიშნავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა? 326
– ვინ არის პასუხისმგებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლზე? 328
– სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები 329
– საგანმანათლებლო სტანდარტები 330
– სერთიფიკაცია 330
– აკრედიტაცია 331
– ხარისხის ოფიციალური შეფასება 332
– პროფესიული სტანდარტები და მეთოდური სახელმძღვანელოები 333
– დაფინანსების მეთოდების შერჩევა 333
– დისციპლინური ღონისძიებები 334
– სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა 335

XVIII თავი
ზოგიერთი მოსაზრება ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სრულყოფის შესახებ 336

XIX თავი
სამედიცინო დაზღვევა 344

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

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

XXI თავი
საქართველოს მოსახლეობის ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები 21-ე საუკუნის დამდეგისათვის 379
– საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიის სამუშაოთა მიმართულებანი 379

XXII თავი
გლოსარიუმი — ტერმინები და განმარტებები 401

– ზოგადი ტერმინები 402
ჯანმრთელობა, მასთან დაკავშირებული ტერმინები 411
– ჯანმრთელობა 411
– ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები
და ფაქტორები 415
ჯანდაცვა 418
– ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები 418
– ქსელი 432
– კადრები 436
– სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში 437
– სამედიცინო დახმარების ორგანიზება 438
ჯანდაცვის ეკონომიკა 443
– ზოგადი ცნებები 443
– დანახარჯი 448
– ეფექტურობა 452
– დაზღვევა 455
სამედიცინო დახმარების ხარისხი 462
ხარისხის შეფასება 465
ხარისხის სტანდარტები 468

XXIII თავი
სამედიცინო დაწესებულებებში ჰოსპიტალური
ინფექციების კონტროლი 479

XXIV თავი
დანართი 507
სავარჯიშოები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
მენეჯერთათვის პრობლემების სტრატეგიული
გადაწყვეტის პროცესი 543

ლიტერატურა 583

წ ი ნ ა თ ქ მ ა

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

სანამ შეუდგებოდით ამ რთულ და წინააღმდეგობებით აღსავსე გზას, ხშირად დავფიქრებულვართ, რა ხდება ჯანდაცვის სისტემაში? შეიქმნა თუ არა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობა? შევისწავლეთ კი ყველა ის პრობლემა, რომელიც წაგეყენებდა ამ რთულ მოთხოვნებს? შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, ახალ ფორმაციაში გადასული ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით დაკმაყოფილების დონეა არასაკმარისი, თუ აბსტრაქტული აზროვნებით მოვედით იმ დასკვნამდე, რომ სისტემის რეორიენტაცია პროფილაქტიკური მიმართულებით უფრო საჭირო და ეკონომიურია? რა ხერხებითა და გზით გავაჩინოთ მასზე მოთხოვნა? არსებული მოთხოვნის გადანაწილებით და საგალდებულო სააკანონმდებლო მექანიზმებით, თუ მოსახლეობის განსწავლა-განათლების გზით გაეაჩინოთ დამატებითი მოთხოვნა? როგორ დაეუსაბუთოთ მომხმარებელს, რომ ახალი სისტემა სჯობია არსებულს? რა გზით შეეუცვალოთ მას ცნობიერება და შეეაგუოთ საბაზრო ეკონომიკის მკაცრ პირობებს? დავადგეთ ეტაპობრივი გარდაქმნების გზას და დროდადრო ვეძიოთ დაფინანსების წყაროები გარედან, ჩავატაროთ სოციალური მარკეტინგი, თუ მივყვეთ პასიურად მოვლენების განვითარებას?

ერთი კი ცხადი იყო, უნდა შექმნილიყო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ისმგვარი მოდელი, რომელიც გარდამავალი პერიოდში მყოფ ქვეყანას სამუალებას მისცემდა მწირი დაფინანსებას პირობებში მაქსიმალური ეფექტურობის მოგანა. ამ მიზნის მიღწევა მხოლოდ პროფილაქტიკური

ღონისძიებების დაგეგმვა-განხორციელებით იყო შესაძლებელი.

1998 წელს ბატონ ოთარ გერზმავას მიერ შექმნილი სახელმძღვანელო "საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი" გარკვეულწილად იძლევა კომპეტენტურ პასუხს ბევრ საინტერესო და საჭირბოროტო საკითხზე, რომელიც მთლიანობაში სისტემის რეფორმირებისა და ახალი მიმართულებების განსაზღვრას ეხება. მათ შორის საინტერესოა ავტორების პოზიცია და განმარტებები, რომელსაც ისინი იძლევიან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ზოგადად მეცნიერებისა და საერთოდ გამოკვეთილი ფუნქციის სამსახურების შესახებ. მიუხედავად აღნიშნულისა, ჩვენ საჭიროდ ჩავთვალეთ უფრო გაგვეფართოვებინა სპეციალისტთა ცოდნა ამ მიმართულებით და დაგვეკონკრეტებინა ცალკეული მომენტები, მით უფრო, რომ საკმაო დრო გავიდა სახელმძღვანელოს გამოსვლის შემდეგომ და ბევრი ცნებისა თუ მომხდარის ახლებურად გააზრება და სამედიცინო საზოგადოებისათვის მოწოდება გახდა საჭირო. ერთი და იგივე ცნების ინტერპრეტაცია საზოგადოებაში არაერთგვაროვანია და, ამიტომაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად ჩავთვალეთ მიგვეცა მათთვის ახსნა.

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

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

განვითარებისა და ერთ სულ მოსახლეზე ფულადი შემოსავლების ზრდის საწინდარი ხდება. ამიტომ შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქვეყანას, რომელსაც არ გააჩნია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოქნილი და ეფექტური სისტემა, ეკონომიკური ჩამორჩენილობის საფრთხეც ემუქრება.

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

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

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

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

ინსტიტუციური თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაცია-განვითარება ხორციელდება დემოკრატიულ პრინციპებზე:

- საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობს ქვეყნის ხელისუფლება, ცალკეულ სფეროებში აქტიურ როლს ასრულებენ არასამთავრობო (საზოგადოებრივი) ორგანიზაციები. ეს ზოგადად, კერძოდ კი, ინსტიტუციური როლის შესრულება ეკისრება სახელმწიფო დაწესებულებას, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს ფუნქციური წარმომადგენელია. სახელმწიფო დაწესებულება კოორდინაციას უწევს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, ღონორებთან და არასამთავრობო დაწესებულებებთან საქმიან ურთიერთობებს. იგი უნდა იყოს ეფექტური სახელმწიფო სტრუქტურა.

რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლებას და სიცოცხლის გახანგრძლივებას, ამასთან მკაფიოდ გამიჯნავს ცენტრალური ხელისუფლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მოვალეობებს და ქმნის ერთიან საზოგადოებრივ სისტემას.

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

ღრმა მადლიერების გრძნობით მინდა მოვიხსენიო საქართველოს სახელმწიფო მინისტრი ბატონი ა. ჯორბენაძე, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი ბატონი ა. გამყრელიძე, მისი შესანიშნავი გუნდი: ქალბატონები მ. ღუღუშაური, მ. ხაჩიძე, ბატონები თ. ჯინჯოლავა, ა. ზოიძე, ი. კალანდაძე, ე. ჭეიშვილი, ო. ბარათაშვილი, ა. კობალაძე, ო. ვასაძე, ო. გერზმავა, თ. კალანდაძე, მ. მურჯიკნელი, გ. კაციტაძე, პ. იმნაძე და სხვები..

განსაკუთრებით მინდა ხაზი გავუსვა ჩემს უშუალო თანამებრძოლების და თანამოაზრეების დაუფასებელ შრომას ქალბატონ თ. ლობჟანიძის, ბატონების ა.კ. გამყრელიძის, ვ. დობორჯგინიძის, გ. ჭირაქაძის და მთელი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის თანამშრომელთა წელილს.

ცალკე მინდა აღვნიშნო ცნობილი ენათმცოდნის ქალბატონ მანონ ღუღუშაურის ღვაწლი ნაშრომის ლიტერატურულ რედაქტირებაში. ქალბატონების ვ. იეორჩკინას, ი. ჩორგოლიანის, ნ. ნიკოლაიშვილის, ბატონი თ. საქენიუკის დაუფასებელი შრომა ვაწეული დამხმარე სახელმღვანელოს კომპიუტერული ვერსიის შექმნის პროცესში.

ჩვენ მადლობელი ვიქნებით მკითხველის ნებისმიერი მოწოდებული შენიშვნისა და წინადადებისათვის.

ავტორი

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

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

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

[illegible]
№

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაციას - ლიცენზირების აღექვატური ღონისძიებების შემუშავებით.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ღღეისათვის ჩვენი უმთავრესი პრობლემაა გადავარჩინოთ ქართული მედიცინა, რომელმაც რამდენიმე ათასწლეული გამოიარა მითური მედეადან და შუა საუკუნეებში მოღვაწე გენიალური ქართველი მედიკოსის გაზა ფანასკერტელიდან ღღემდე.

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

თავი I

ქართული მედიცინის განვითარების მოკლე ისტორია

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

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

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

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

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

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

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

კოლხურ-იბერიული მედიცინის ერთ-ერთი კერა პონტის სამეფო იყო. მითრიდატე პონტოელმა შექმნა მოძღვრებანი შხამებისა და ანტიშხამების შესახებ (მითრიდატიუმი). ამ მოძღვრებამ გავლენა იქონია ფარმაკოლოგიის შემდგომ განვითარებაზე.

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

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

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

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

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

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

საავადმყოფოებითურთ. ათონის ივერთა მონასტერში არსებობდა 3 საავადმყოფო - წმ. გიორგის, წმ. მოდესტისა და კეთროვანთათვის; იყო აფთიაქი, სამედიცინო სასწავლებელი და სამედიცინო წიგნებით მდიდარი ბიბლიოთეკა.

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

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

აღდგენის პერიოდში (XVI–XVIII საუკუნეები) გამოცოცხლდა საექიმო–პრაქტიკული და სამედიცინო-ლიტერატურული საქმიანობა. ამ პერიოდის ბრწყინვალე წარმომადგენელია გაზა ფანასკერტელი თავისი "სამკურნალო წიგნით" - "კარაბადინით" და დავით XI თავისი "იადიგარ დაუდით". XVI საუკუნეში შეგროვილი ფულით აღადგინეს ათონის ივერთა მონასტერი და მასთან არსებული საავადმყოფოები და კეთროვანთა თავშესაფარი. დაიწყო ძველი სამედიცინო ძეგლების გადაწერა და ახალთა შექმნა. სულხან-საბა ორბელიანის "სიტყვის კონა",

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნის საქმეში.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

თავი II

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩამოყალიბებისა და განვითარების წანამძღვრები

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

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

არამედ აღრიცხვას, კონტროლს, პროგნოზსა და პროფილაქტიკას.

მკურნალობის მოდელი ძვირადღირებულია, რადგანაც ავადმყოფობის შედეგების გამოსწორებას მეტი სახსრები სჭირდება, ვიდრე მის თავიდან აცილებას.

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

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

საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და მასთან დაკავშირებულ ისეთ დისციპლინებს, როგორიცაა პრევენცია, ეპიდემიოლოგია და ბიოსტატისტიკა, ნაკლები ყურადღება ეთმობოდა და მწირი დაფინანსების პირობებში შესაბამისი დარგების მდგომარეობა საგანგაშო გახდა.

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

ჯანდაცვის რეფორმის ლოგიკური საფუძვლები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებიდან უნდა გამომდინარეობდეს. მოსახლეობის მოთხოვნილებების შეფასება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აღიარება ცალკე დისციპლინად, რომელიც ეყრდნობა პროფილაქტიკას, პირველად ჯანდაცვას და მჭიდროდ უკავშირდება ეპიდემიოლოგიასა და ბიოსტატისტიკას, საშუალებას მოგვცემს

განვსაზღვროთ განვითარების ყველაზე პერსპექტიული მიმართულებები და რაციონალურად გავანაწილოთ შეზღუდული რესურსები.

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

ამდენად, საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, როგორც არსებული შეზღუდული რესურსების გამოყენების ყველაზე ჰუმანურ და ეფექტურ მიმართულებას, მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს. მოსახლეობისათვის მაქსიმალური სიკეთის მოტანა მხოლოდ პროფილაქტიკურ მედიცინაზე აქცენტის გადატანითაა შესაძლებელი. მთავარია კონსენსუსის მიღწევა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე მოდელთან დაკავშირებით და გარკვეული რესურსების მიზანმიმართულად წარმართვა.

რეორიენტაციის აუცილებლობა

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

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

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

უმნიშვნელოვანეს პრობლემებად რჩებოდა სამედიცინო დაწესებულებათა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზების მდგომარეობა

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

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

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

1. რა ძირითად პრინციპებს ეყრდნობა რეფორმა?

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

სამედიცინო ეკონომიკის პრინციპების დაცვა;

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

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

რეალურობა – ნაკისრი ვალდებულებების დაბალანსება ქვეყნის შესაძლებლობებთან;

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

განვითარების პროცესი ერთიანია ყველასთვის;

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

2. გადმოღებულ იქნა თუ არა რომელიმე ქვეყნის მოდელი?

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

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

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

3. აქვს თუ არა ალტერნატივა ქართულ მოდელს?

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

აკმაყოფილებდეს და მისი ადეკვატური იყოს.

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

რა ქნას ავადმყოფმა, თუ მას მკურნალობის ფული არა აქვს?

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

რატომაა გათვალისწინებული ასეთი დაბალი ხელფასები მკურნალებისათვის?

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

4. რას გულისხმობს დეცენტრალიზაცია?

ჯანდაცვის სისტემა იყო ზედმიწევნით ცენტრალიზებული და ვერტიკალურიანი - ცენტრალური და მუნიციპალური, ის დადიოდა [illegible] ობიექტების მმართველობის დაქვემდებარებამდე. [illegible] ფუნქციები გამიჯნული არ იყო.

სახელმწიფო პროგრამების ამუშავებით მკვეთრად გაიმიჯნა [illegible] ფუნქციებიც და საჭირო გახდა მმართველობის სისტემის [illegible] მოყვანა.

დეცენტრალიზაცია საშუალებას იძლევა არსებული მოთხოვნების [illegible] ოპტიმალურად განაწილდეს რესურსები, მოსახლეობამ [illegible] მიიღოს პრიორიტეტების განსაზღვრის პროცესებში [illegible]

[illegible] მუნიციპალური ორგანოები ამჟამად არა შესაბამის [illegible] ხელმძღვანელობენ, არამედ სათანადო პროგრამების [illegible] და კოორდინატორები არიან. ამასთან სახელმწიფო [illegible] უფლებების (ლიცენზირება, სტანდარტიზაცია და ა.შ.)

ადგილებზე უფრო ეფექტიანად ხორციელდება. დეცენტრალიზაცია დემოკრატიული მართვის სახედ მიგვაჩნია.

ამაზე უფრო დაწვრილებით ქვემოთ იქნება საუბარი.

5. ხომ არ გამოიწვევს დეცენტრალიზაცია სხვადასხვა ეკონომიკური შესაძლებლობის რეგიონებში მოსახურების არათანაბარ დონეს?

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

მოსახლეობისათვის პროგრამების განხორციელება ძალიან რთული იქნება.

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

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

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

შემდგომ ეტაპზე, შესაბამისი კრიტერიუმებისა და სათანადო სახსრების გაზრდის შემთხვევაში შესაძლებელი გახდება ინტეგრაციის სიისა (ოჯახური დაზღვევის პრინციპის შემოღება) და სხვა პროგრამების გაფართოებაც. ამ პროცესზე ქვეყნის ეკონომიკური წინსვლა და ეფექტიანობა, მისი თანდათანობითი ეკონომიკური წინსვლა და ეფექტიანობის სოციალური ორიენტაციაც მიგვითითებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების შექმნის საფუძვლები

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

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

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

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

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

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

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

მაგალითი ამოცანა, რის გამოც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები შეიქმნა XIX საუკუნეში, **ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა იყო** და დღესაც სწორედ ეს სფერო რჩება პრიორიტეტად. **სანიტარიულ–ეპიდემიოლოგიური სამსახურის**

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

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

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

მეოთხე - **ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;**

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

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

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

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის სტრატეგია და ამოცანები

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

ითითოეულ ამ სტრატეგიულ მიმართულებას თავისი გარკვეული და გამოკვეთილი ამოცანები აქვს.

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

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

მხოლოდ ერთი სადაზღვევო ორგანიზაციაა, რომელიც სოლიდარობას ემყარება. ეს ერთ-ერთი ყველაზე მტკივნეული მომენტია და, აღნიშნულ წინააღმდეგობებთან ერთად, აუცილებლად გასათვალისწინებელი, რადგან სახეშეა შეუსაბამობა ჯანმრთელობაზე მზარდ დანახარჯებსა და ხელისუფლებაზე ფინანსურ ზეწოლას შორის, რაც სოციალური დაზღვევისათვის გადასახადებისა თუ შენატანების გაზრდას ეწინააღმდეგება.

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

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ:

1. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესი ევოლუციური უნდა იყოს;

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

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

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

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

უზრუნველყოფილ იქნეს სოციალური დაცვა და სოციალური უსაფრთხოება;

გარანტირებული იყოს თანასწორობა, თანაბარი მიღწევადობა;

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

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

რეორიენტაციის პროცესში ძირითადი წინააღმდეგობებია:

1. გასატარებელი ღონისძიებების სიმრავლე, მრავალპლანიანობა, მრავალმხრივობა;

2. არასაკმარისი ფინანსური და მატერიალური რესურსები;

3. დაფინანსების არასრულყოფილი მექანიზმები;

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

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

6. არასაკმარისი კვალიფიციური ადამიანური რესურსები;

7. საერთაშორისო გამოცდილების ნაკლებობა ზოგიერთ სტრატეგიულ და ტაქტიკურ საკითხში;

8. მიღებული რადიკალური გადაწყვეტილებების განხორციელების სირთულე.

რეფორმა რთული პოლიტიკური პროცესია, რომლის დროსაც [illegible] ჯანდაცვის სისტემის მიზნების სწორი [illegible]. ცალკეული პროგრამები აუცილებლად უნდა [illegible] დემოკრატიული პრინციპების დაცვით, მით [illegible] ერთობლიობას მოკლე დროში არ მიეყავართ ამ [illegible] პრობლემა მრავალსექტორულია და ჯანდაცვის სისტემის [illegible] ელემენტები თანდათანობით ყალიბდება და გზადაგზა [illegible] საჭიროებს შესწორებას, ახალ სოციალურ [illegible] და ახალ პასუხისმგებლობებს.

რეფორმა წარმატებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუ ყველა [illegible] მხარე აქტიურად მიიღებს მონაწილეობას მის [illegible] და საკუთარ თავს მიიჩნევს რეფორმის [illegible] კონცეფციის თანაავტორად და შემსრულებლად.

ჯანდაცვის სფეროში რეფორმის მიმდინარეობისას გამოიყოფა [illegible] პერიოდი:

1. პერიოდი, როცა ჩნდება ილუზია, რომ ცვლილებები [illegible] სწრაფად განხორციელდეს;

2. პერიოდი, როცა ჩნდება რწმენა, რომ ცვლილებების

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

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

4. დროებითი წარუმატებლობის პერიოდი, როცა იწყება განტევების ვაცის – დამნაშავის ძებნა და მათი დასჯა.

რეფორმა ხანგრძლივი პროცესია და დაახლოებით 10-15 წელიწადს მოიცავს.

თავი III

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფცია. რეფორმისწინა პერიოდი

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

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

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

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

შესაბამისად ჯანდაცვის არსებული სისტემის რეორგანიზაცია ფუნდამენტურად დაიწყო, რამაც სხვა პირობებთან ერთად ქვეყანაში მასის რაოდენობა გამოწვია. თუ რეორგანიზაციის ტემპი არ შენელებულიყო, ამას შეიძლება გამოეწვია გამოუსწორებელი შედეგები, რომელთა გამო დარგი პრაქტიკულად უმართავი გახდებოდა.

ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლა, ქონების პრივატიზაცია, ეროვნული ვალუტის ინფლაციის მაღალი ტემპით შედარებით პროგნოზირებადი ტემპი ართულებდა სამედიცინო დაწესებულებათა ფუნქციონირებას.

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

ამასთან, ქვეყანაში შექმნილი ურთულესი პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური პირობებისა და არაერთი ობიექტური ფაქტორის უკონტროლობის გამო განადგურების პირას იყო მისული დარგის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. უაღრესად რთული მდგომარეობა შეიქმნა მოსახლეობის წამლით მომარაგების საქმეში, პრაქტიკულად შეწყვეტილი იყო ზოგი სახის სამედიცინო დახმარება, რამაც თავის მხრივ, განაპირობა მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლების გაუარესება, მკვეთრად გაიზარდა ავადობის მაჩვენებლები, შემცირდა შობადობა, მოიმატა ისეთმა სოციალურად საშიშმა დაავადებებმა, როგორიცაა ტუბერკულოზი, ფსიქიკური, ვენერული, ონკოლოგიური დაავადებანი და სხვ. ისევ იჩინა თავი ძირითადად ღიკვიდირებულმა დაავადებებმა (დიფთერია და სხვ.), გახშირდა ნაწლავური და რესპირატორული ინფექციები, ბოტულიზმის, ტეტანუსის და ცოფის შემთხვევები, ფართოდ გავრცელდა ნარკომანია და ტოქსიკომანია და, რაც მთავარია, ჯანდაცვის არსებული სისტემა ამ პროცესებს უკვე ვერ რეაგირებდა - ის ინერტული გახდა. მისი ამოქმედების და ეფექტიანობის გაზრდის პრაქტიკულად ყველა ღონისძიება უიმედო შეიქნა. ამ ფონზე აუცილებელი გახდა სისტემის არსებითი შეცვლა, მისი კარდინალური რეორგანიზაცია.

იმის გამო, რომ სამედიცინო დარგის მუშაკების შრომის ანაზღაურება უკიდურესად დაბალი იყო, საუკეთესო სპეციალისტები ტოვებდნენ ქვეყანას, მასობრივად მიდიოდნენ დარგიდან, ფაქტორები უახლოეს მომავალში გამოუსწორებელ შედეგამდე – ქართული მედიცინის ფაქტობრივ განადგურებამდე მიგვიყვანდა. არადა მედიცინა ჩვენი ერის არა მარტო ყოფის, არამედ მისი კულტურის, ცივილიზაციის მნიშვნელოვანი ნაწილია. კრიზისული სიტუაციის გაელის შემდეგ მართალია, ქვეყანაში გაჩნდებოდა სახსრები იმისათვის, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ფართომასშტაბიანი პროგრამები დაფინანდეს, მაგრამ ქართული მედიცინის აღორძინებას უკეთეს შემთხვევაში, ალბათ, რამდენიმე ათეული წელი მაინც დასჭირდებოდა.

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

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

[illegible] კონცეფციამ გაიარა ჯანდაცვის მართვის ცნობილ საერთაშორისო სპეციალისტთა ექსპერტიზა.

[illegible] ანალიზის საფუძველზე იქნა გამოტანილი დასკვნა, [illegible] ჯანმრთელობის დაცვაში შექმნილი კრიზისული [illegible] გამოსვლა შეუძლებელია არსებული სისტემის [illegible] შელამაზებით. მიზნის მისაღწევად საჭიროა [illegible] სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია, ისეთი [illegible] ახალი მოდელის შექმნა და ჩამოყალიბება, რომელიც [illegible] შემდეგ ძირითად მოთხოვნებს:

1. შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკის ეანვითარების სტრატეგიას;
2. სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდება მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;
3. შესაძლებელი იქნება სისტემის დარეგულირება, რომელიც უზრუნველყოფს რესურსების რაციონალურ ხარჯვას.

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

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

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაცია უნდა დაეფუძნოს შემდეგ პრინციპულ მოთხოვნებს:

– სისტემა მაქსიმალურად განთავისუფლდეს სახელმწიფოებრივი მართვის ადმინისტრაციული ფორმებისაგან;

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

– ქვეყანაში ნებისმიერი იურიდიული ან ფიზიკური პირის სამედიცინო საქმიანობა რეგლამენტირებული იყოს ერთიანი წესით. ამგვარი საქმიანობის უფლებას იძლეოდეს მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო ან მის მიერ უფლებამოსილი ორგანო.

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

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

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურებას მისი საზოგადოებრივად სასარგებლო ხასიათის და დანახარჯების შესაბამისად;

სამკურნალო დაწესებულებათა და მკურნალის თავისუფალ არჩევას;

სამედიცინო დახმარების სფეროში თავისუფალი, ჯანსაღი კონკურენციის საჭიროებას.

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

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პრიორიტეტების გამოკვეთას და მათ მკაფიო გამიჯვნას ქვეყნის რეგიონულ თუ რაიონულ დონეებზე. მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს სტრატეგიაა:

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

სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა და გარანტირებული მკურნალობა;

სანიტარიული კონტროლისა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა პროგრამის რეალიზაცია;

ტერიტორიისა და ეპიდაფეთქებისათვის სამედიცინო დახმარების ბრიგადის შექმნა, შენარჩუნება და განახლება;

სამედიცინო მეცნიერების განვითარება და ხელშეწყობა;

სამედიცინო განათლებისა და კადრების მომზადება-გადამზადების სისტემის კოორდინაცია და რეგულირება;

ქვეყნის ტერიტორიაზე სამედიცინო საქმიანობაზე ნებართვის გაცემა და მისი რეგულირება;

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების შემუშავება, დამტკიცება და მისი დაცვის კონტროლი;

სამკურნალწამლო საშუალებების რეგისტრაცია და მისი ვარგისიანობის კონტროლი;

სამკურნალო მეთოდების გამოყენებაზე ნებართვის გაცემა;

ქვეყანაში სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი.

აღნიშნულ მოვალეობების შესრულებას სახელმწიფო უზრუნველყოფს:

-სამედიცინო დახმარების სტრატეგიულ სამსახურთა ფუნქციონირებით;

-ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შედგენით, დამტკიცებითა და დაფინანსებით.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ამასთან, ჯანდაცვის რეორგანიზაციის მოდელი

ითვალისწინებს სამედიცინო დახმარების განვითარების სახელმწიფოებრივი მხარდაჭერის ფართო პროგრამას არაგარანტირებული საბაზო პროგრამის ფარგლებს გარეთ. მათში გამოიკვეთა ქვეყნის მოსახლეობის უმთავრესი მოთხოვნებიდან გამომდინარე პრიორიტეტული მიმართულებანი, რომელზედაც უნდა გავრცელდეს "სახელმწიფო პროტექტორატის" (პატერნალიზმის) სხვადასხვა ფორმები (შეღავათები დაბეგვრაში, დოტაციები პროგრამებზე, შეღავათიანი კრედიტები და სხვ.). ამასთან ამ სფეროში სახელმწიფო იღებს თავის თავზე კოორდინატორულ და მარეგულირებელ ფუნქციებს შესაბამისი დაწესებულებებისა პროგრამების ლიცენზირებით, მათში სამედიცინო ხარისხის კონტროლით და სხვა მეთოდებით. ამ სფეროშიც მოთხოვნები ერთნაირია განურჩევლად დაწესებულებათა საკუთრების ფორმისა და უწყებრივი დაქვემდებარებისა.

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

საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა დაეფუძნა შემდეგ მოთხოვნებს:

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

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

-დამქირავებელი ანაზღაურებს დაქირავებულთა ინდივიდუალური

სამედიცინო დაზღვევის ხარჯთა დადგენილ ნაწილს;

-სახელმწიფო აზღვევს კანონით განსაზღვრულ სოციალურ ჯგუფებს.

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

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

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

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

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

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

ჯანმრთელობის დაცვის ცივიზებული ბაზრის ჩამოყალიბებას.

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

- **პოლიტიკური;**
- **საშართლებრივი;**
- **ეკონომიკური.**

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

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

ზოგიერთი მოსაზრებანი საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის კონცეფციაზე

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

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

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

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

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

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

ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან შესაბამისობა;

სამუშაოს მოცულობის დაბალანსება მისი შესრულებისათვის აუცილებელ რესურსებთან;

სისტემის რეგულირებადობა და რესურსების რაციონალური ხარჯვა.

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

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

I. საზოგადოებრივ-ეკონომიკურ ურთიერთობათა ფორმა

აქ შეიძლება გამოიკვეთოს სამი ალტერნატიული გზა:

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

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

II. სისტემის იდეოლოგიური ორიენტირი

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

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

თავისთავად აღნიშნული ალტერნატივა შეიძლება გამართლებული იყოს ცალკეულ შემთხვევაში, მაგალითად

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

III. სისტემის მართვა

სისტემა უნდა იყოს:

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

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

IV. ეკონომიკური ურთიერთობები

ამ პარამეტრის მიხედვით უნდა განვიხილოთ რამდენიმე ასპექტი.

საკუთრების ფორმა. მისი ვარიანტებია:

1. საქართველოს მთელს ტერიტორიაზე თანაბარი უფლებამოსილებით ფუნქციონირებს საკუთრების ყველა ფორმის სამედიცინო სამართალსუბიექტი;
2. ცალკეულ სფეროებში დასაშვებია საკუთრების მხოლოდ ერთი ფორმა (მაგ., აფთიაქი და სტომატოლოგიური დაწესებულება მხოლოდ კერძო, პროფილაქტიკური – მხოლოდ სახელმწიფო და ა.შ.)
3. განსაცვის სფეროში საერთოდ მიუღებელია სახელმწიფო სტრუქტურების ფუნქციონირება.

ჩვენი აზრით, მისაღებია პირველი ვარიანტი.

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

1. ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს რაოდენობის, ხარისხისა და მნიშვნელობის აღეკვატურად, მყარად დადგენილი ტარიფის მიხედვით;

2. დაწესებულების შესრულებული სამუშაოს აუცილებელი ხარჯების სავალდებულო ანაზღაურება;

3. ანაზღაურების შერეული (კომბინირებული) სისტემა.

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

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

თვით პირველ ვარიანტს აქვს რამდენიმე ალტერნატივა. ესენია:

ა) ანაზღაურება ცალკეული სამედიცინო მანიპულაციის მიხედვით;

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

გ) ანაზღაურება ფაქტიობრივი მოცულობით პარამეტრების მიხედვით:

- პერ-დიემი;
- კაპიტაციური მეთოდი;
- კაპიტაციური (კომბინირებული) ანაზღაურება.

დ) შერეული (კომბინირებული) ანაზღაურება.

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

სამედიცინო საქიანობის სამართალსუბიექტების ეკონომიკური დამოუკიდებლობის ასპექტითაც იკვეთება რამდენიმე ვარიანტი კერძოდ:

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

2. სამედიცინო დაწესებულებათა ხარჯების ლიმიტირება და კონტროლი;

3. სამედიცინო დაწესებულებათა შემოსავლების ლიმიტირება და კონტროლი.

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

V. ჯანდაცვის მიკროსისტემის დაფინანსება

ჯანდაცვის მაკროსისტემა შეიძლება დაფინანსდეს (საუბარია ცენტრალურად ორგანულ დაფინანსებაზე):

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

დღეისათვის ყველაზე ოპტიმალურად მიგვაჩნია მე-2 ვარიანტი, რომელიც ხორციელდება კიდეც.

ფინანსური რესურსების აკუმულაციის თვალსაზრისით შეიძლება გამოიყოს შემდეგი ვარიანტები:

1. მთელი სახსრების აკუმულაცია ერთ ადგილზე მათი ადმინისტრატორი, შეუზღუდავი განკარგვის მიზნით, დამტკიცებული პროგრამების ფარგლებში ("ფონდის " ვარიანტი);
2. სახსრების აკუმულაცია იერარქიულ დონეებზე (უწყებების მიხედვით და მხარეთა შესაბამისად);
3. სახსრების ფორმულირება პროგრამის ან პროგრამების ტიპის მიხედვით;
4. სახსრების აკუმულირების გამორიცხვა და გარკვეული ტერიტორიით პირდაპირ დაწესებულებებში განაწილება.
5. კომბინირებული ვარიანტი.

დღეისათვის მისაღებია მეორე და მესამე ვარიანტის კომბინაცია. განხორციელდება კიდეც. თანდათანობით გადასვლა უნდა მოხდეს მეოთხე ვარიანტზე, რაც საკმაოდ ძნელი სამართლებრივი და ორგანიზაციული წინააღმდეგობების გადალახვითაა შესაძლებელი. მეხუთე ვარიანტი უნდა გამოირიცხოს.

შესაძლებელია დაფინანსების წყაროების მიხედვით შემდეგი ვარიანტები:

1. გარანტირებული ცენტრალური სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;
2. გარანტირებული ადგილობრივი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან;
3. დამატებითი შენატანი, ანარიცხი, გადასახდელი ან მოსაკრებელი.

ოპტიმალურად მიგვაჩნია სამივე წყაროს შენარჩუნება, ამასთან ერთ პირველი ორის აკუმულაცია. გარკვეული ნაბიჯები ამ მიმართულებით გადაიდგა, მაგრამ წინ ბევრი სამართლებრივი და ორგანიზაციული ბარიერია, რომლებიც თანამიმდევრული უნდა

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

არსებობს დაფინანსების ორგანიზაციის შემდეგი ვარიანტები:

1. ერთიანი ცენტრალიზებული დაფინანსება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ან სათანადო საფინანსო ორგანოს მეშვეობით;
2. დაფინანსების ორგანიზაციის დეცენტრალიზაცია პროგრამათა ჯგუფისა და ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით;
3. დაფინანსების ორგანიზაციის ფუნქციის გადაცემა სპეციალური სახელმწიფო ხაზინისათვის (საექსპერტო, საკოსულტაციო მომსახურებით);
4. დაფინანსება ძირითადად დამოუკიდებელი სადაზღვევო პრინციპით.

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

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

განვლილ პერიოდში შესაძლებელი გახდა უღიდესი ურთულესი სამუშაოს ჩატარება, რამაც დადებითი შედეგი გამოიღო. ამასთან, ობიექტური და სუბიექტური მიზეზების გამო ბევრი რ ხარვეზებით შესრულდა. მათ ჩამოთვლამდე გამოვყოფთ მოქმედ მოდელის უმთავრეს ხარვეზებს:

1. ვერ იქნა მიღწეული სამედიცინო დაწესებულებების სრული

ეკონომიკური დამოუკიდებლობა;

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

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

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

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

6. სამედიცინო დაწესებულებათათვის მომსახურების დაფინანსება ხდება შერეული პრინციპით, ე.წ. "გლობალური ბიუჯეტიდან", რომელიც ფაქტობრივად ყველას ხიბლავს "ფინანსური სტრუქტურის" ფორმით და "პერ-დიემის" სახით, ამასთან "ლიმიტირებული" მომსახურების შემოღება პრაქტიკულად ურთიერთსაწინააღმდეგოა.

ყოველივე ეს განპირობებულია გარკვეული მიზეზებით, რომელთაგან უმთავრესია:

1. სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელთა კვალიფიკაციის დაბალი დონე მენეჯმენტის ელემენტარულ საკითხებში;
2. დარგის ეკონომისტებისა და აღრიცხვის მუშაკების ცოდნის დაბალი დონე;
3. სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტის იურიდიული სტატუსის ჩამოუყალიბებლობა;
4. ჯანდაცვის ეკონომიკის ფუნდამენტურ საკითხებზე სერიოზული მეცნიერული კვლევის არარსებობა;
5. სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტების, სამედიცინო ტექნოლოგიების ლიცენზირებისა და მედიკოსთა სერტიფიცირებისადმი დაწესებული მიდგომის მეთოდური ბაზის არარსებობა;
6. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემუშავების, მისი განხორციელებისა და მიზნობრიობის განსაზღვრის ერთიანი მეთოდის და კრიტერიუმების არარსებობა;
7. სამედიცინო პოტენციალის ოპტიმიზაციის დაბალი ტემპი;
8. ფრაგმენტული დაფინანსება.

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

ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის პოლიტიკა გარდამავალ პერიოდში (თავისებურებანი)

ჯანმრთელობა და ჯანდაცვა განმარტებები, პოლიტიკური ცნებები

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

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

აი, ზოგიერთი მათგანი:

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

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

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

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

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

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

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

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

ცითარდება.

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

როგორც გემოთ აღვნიშნეთ, ჯანდაცვა – წარმოების პროცესში შეიძლება გემოქმედებას ახდენს ისეთი მნიშვნელოვანი საწარმოო ძალის ფორმირებაზე, როგორიცაა შრომა. შრომა, ისევე, როგორც ჯანმრთელობა, მხოლოდ ადამიანის თვისებაა. ჯანმრთელობის დაცვის ოპტიმალური ღონისძიებების დროული გატარებით შესაძლებელია შრომის (შრომითი რესურსების) როგორც რაოდენობრივი (ექსტენსიური), ასევე ხარისხობრივი (ინტენსიური) ზრდა.

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

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

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

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

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

ეს პროცესი შეიძლება გამოისახოს ფორმულით:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ჯანმრთელობის დაცვის მოქმედი სისტემები საკმაოდ

განსხვავებულია, ამავე დროს ბევრი საერთოც აქვს.

განვიხილოთ ისინი ცალ-ცალკე:

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

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

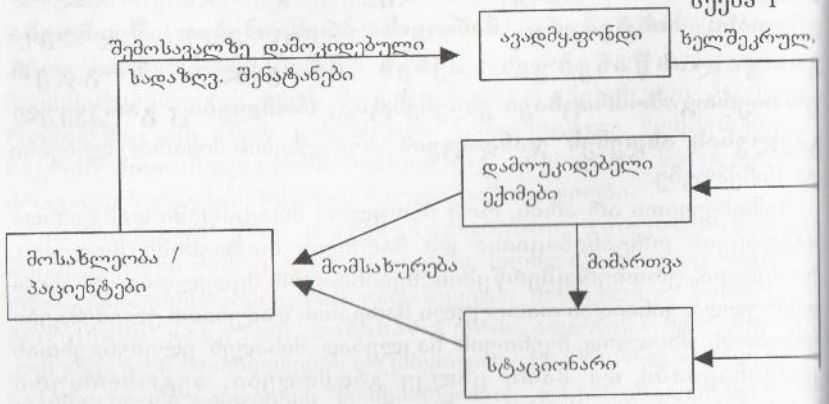
3) ეროვნული ჯანმრთელობის მომსახურეობის სისტემა, ე.წ. ბევერიჯის ანუ დიდი ბრიტანეთის მოდელი (სქემა 3);

4) ე.წ. ამერიკული მოდელი (სქემა 4).

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

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

სქემა 1



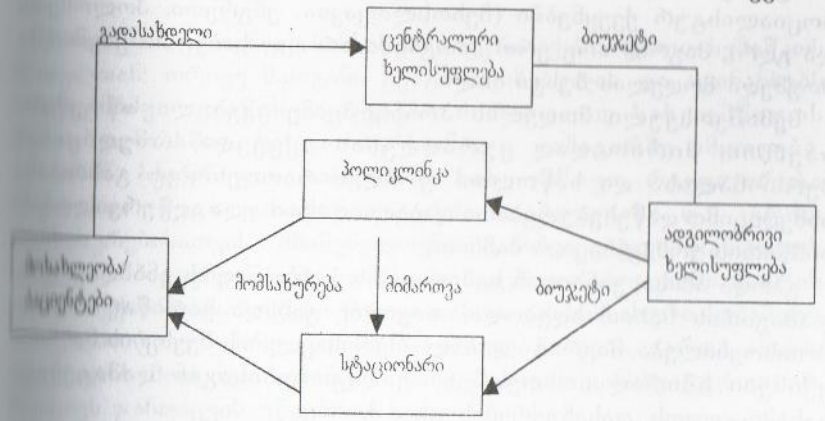
მე-19 საუკუნეში გერმანიაში ინდუსტრიის განვითარებასთან ერთად მოსახლეობაში დაიწყო სოციალისტური იდეების გავრცელება, ჩამოყალიბდა პროფესიული კავშირები და სოციალისტური პარტიები. გერმანიის კანცლერმა ფონ ბისმარკმა მუშათა კლასთან ურთიერთობის გაუმჯობესებისა და სოციალისტებისგან მათი ჩამოშორების მიზნით ჩამოაყალიბა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

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური სისტემა გერმანიაში 188

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

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

სქემა 2



სემაშკოს მოდელის პირობებში მომსახურება უაღრესად

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

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

საავადმყოფოები და პოლიკლინიკები სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება და პერსონალი იღებს ხელფასს.

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

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

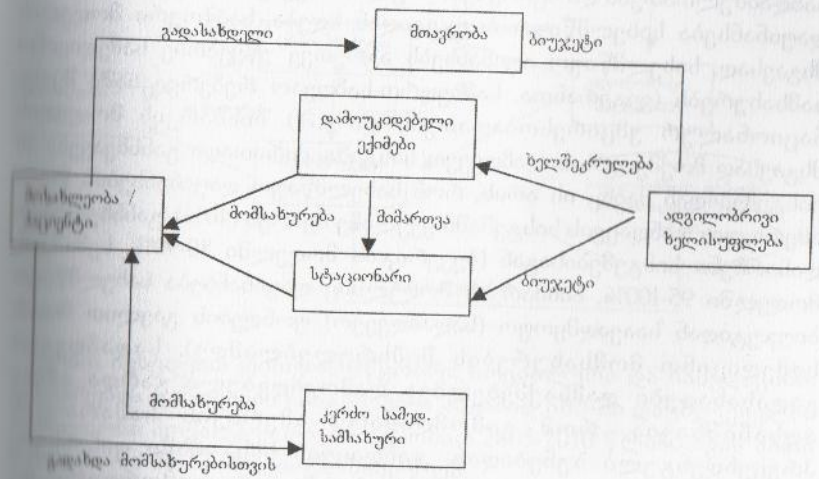
სემაშკოსეული მოდელის პრინციპებზე აგებული სისტემები საერთო ძირითადად ყურადღებას აქცევდა სამედიცინო პერსონალისა და საწოლთა ფონდის რაოდენობის გაზრდას, სამედიცინო დაწესებულებათა დაბალი დონითა და აღჭურვილობის სიმწირის კომპენსაციის მიზნით.

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

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

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

სქემა 3



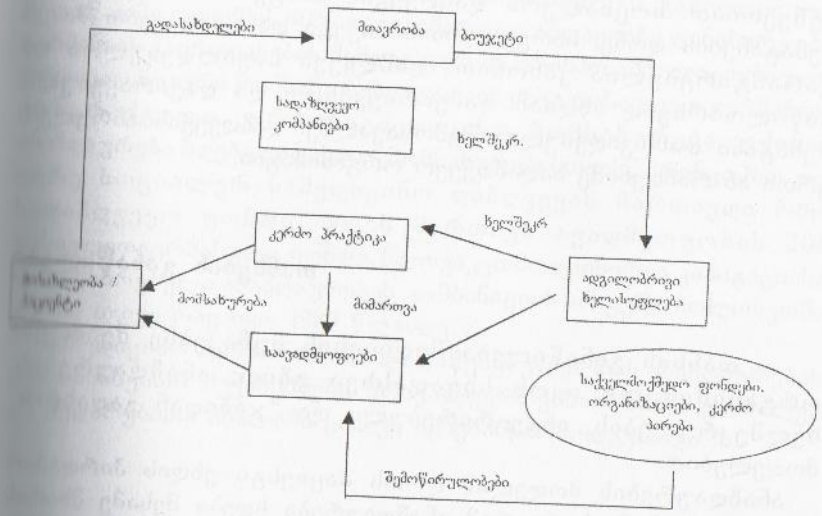
ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს ბევრი აქვს საერთო სემაშკოს მოდელთან: ორივე მათგანი ცენტრალიზებულია და აფინანსებს სახელმწიფო. დაწესებულებები ძირითადად სახელმწიფოს მფლობელობაშია, ხოლო პერსონალი ჯამაგირზე იმყოფება. ამასთან, ბევერიჯის სისტემაში სახელმწიფო რეგულირება ნაკლებია, მეტი გასაქანია კერძო დაზღვევისა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

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

მეოთხე მოდელი ჯანდაცვის ამერიკული სისტემაა. ღღევანდელი სახით ამ სისტემის ჩამოყალიბება 60-იან წლებში პრეზიდენტ ჯ.კენედის დროს დაიწყო, თუმცა მისი ტრანსფორმირება ფაქტობრივად არასოდეს შეწყვეტილა. თავისი დინამიკურობის გამო ამ სისტემაში შეიძლება ვიპოვოთ ზემოთ ჩამოთვლილი სამი სისტემის სხვადასხვა ელემენტი, მაგალითად, მსგავსად ბევრიჯისა და სემაშკოს მოდელებისა, არსებობს სახელმწიფოს პროგრამები ("მედიკეიდი", "მედიკეარი" - ხანდაზმულთათვის და მცირეშემოსავლიანი ფენებისათვის), რომელთა დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება. საბჭოური მოდელის მსგავსად, სახელმწიფო აფინანსებს აგრეთვე უწყებრივ სამედიცინო სამსახურებს (ვეტერანთა, სამხედრო-საზღვაო რეზერვაციაში მყოფ, ნაციონალურ უმცირესობათათვის და ა.შ.). ბისმარკის მოდელის მსგავსად მოქმედებს სადაზღვევო სისტემა. ძირითადი განსხვავება ამ სისტემებიდან მაინც ის არის, რომ სახელმწიფო დაფინანსების წილი ამერიკულ ჯანდაცვის სისტემაში ყველაზე მცირეა (40%), განსხვავებით დანარჩენი სისტემებისაგან (ბევერიჯის მოდელში 80-90%, სემაშკოს მოდელში 95-100%, ბისმარკის მოდელშიც დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საავადმყოფო (სადაზღვევო) ფონდების გავლით მიდის სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლამდე). სადაზღვევო გადასახადები დამსაქმებელზეა დამოკიდებული გარდა ამისა აღსანიშნავია, რომ გამომდინარე ამერიკის სამართლის პრეცენდენტული ბუნებიდან, ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსურ სამართლებრივი ურთიერთობები ძალზედ პოლიმორფული და დინამიური, მაქსიმალურად ხორციელდება პრინციპი "აკეთე ის, რაც აკრძალული არ არის".

ამერიკული სისტემისათვის დამახასიათებელია ჯანდაცვაზე ყველაზე დიდი დანახარჯები (მსოფლიო მასშტაბით); ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს, რომ დიდი ფინანსური მხარდაჭერა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გარანტიაა, მაგრამ როგორც რეალობა გვიჩვენებს, თანხის უდიდესი ნაწილი იხარჯება ძვირადღირებულ მანიპულაციებზე, რომლებიც ხშირად გეღმეტია და ტარდება მხოლოდ მომსახურეობის საფასურისა და შესაბამისად ანაზღაურების გაზრდის მიზნით დანახარჯებს ზრდის აგრეთვე ერთი და იმავე ავადმყოფსა თ ნოზოლოგიაზე გადასახდელის სხვადასხვა წყაროს არსებობა ყოველივე ამის გამო იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები, ხოლო აღამიანის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების ადეკვატურ გაუმჯობესება არ ხდება.

სქემა 4



ერთი შეხედვით თითქოს მწყობრი სოციალური და სამედიცინო დახმარების დაზღვევის სისტემებისა ამჟამად აშშ-ში დაუზღვეველია 17 მილიონი მოქალაქე და პროგნოზით 2005-2010 წლისათვის მათი რაოდენობა 50-57 მილიონს მიაღწევს.

როგორც აღვნიშნეთ, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში II მსოფლიო ომამდე ბისმარკის სისტემა ფუნქციონირებდა, შემდეგ კი სემაშკოსი (საკუთარი ვარიანტებით). კომუნისტური რეჟიმის დანგრევის შემდეგ კი ბისმარკის სოციალური დაზღვევის სისტემა აღდგა დაინერგა.

სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება

სამ ძირითად მოდელში (ბისმარკი, ბევერიჯი, სემაშკო) დაფინანსების 2 მეთოდია. სახელმწიფო გადასახდელი (ბევერიჯი და სემაშკო) და სადაზღვევო პრინციპი (ბისმარკი). დაწესებული გადასახდელებიდან ჯანდაცვის სექტორი ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, შესაბამისად დახურული დაფინანსებით. სახელმწიფო ძირითადად პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების

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

თანხების განაწილება

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

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

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

მომსახურების მიხედვით გადახდამ და სოციალური დაზღვევის ფონდირების კომბინაციამ უარყოფითი შედეგი გამოიღო: ორ წელიწადში თითქმის 40%-ით გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები. გერმანიის გაერთიანების შემდეგ გდრ-ში მოისპო ამბულატორიული-პოლიკლინიკური მომსახურება და დაინერგა დასავლეთ გერმანიის კონტრაქტული კერძო სამედიცინო მომსახურება. ექიმის ანაზღაურება ხდება გადახდა "მომსახურებისთვის" პრინციპით. თუ ადრე სოციალურ სამედიცინო დაზღვევას მართავდა ორი სადაზღვევო ფონდი, დღეს მართავს ავადმყოფობის 200 დასავლეთგერმანული ფონდი. სლოვაკეთში დაინერგა კაპიტაციისა და უიქსირებული ანაზღაურების კომბინაციის სისტემა. პოლონეთში დარჩა იგივე რაც იყო 1989 წლამდე.

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

ჯანდაცვის ორგანიზაცია. მართვა

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

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

ხოლო მედიკოსთა მორალი სამწუხაროდ ძალიან დაბალ დონეზე რჩებოდა.

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

არსებული სიტუაციის ანალიზი

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

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

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

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

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

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

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

ჯანდაცვის სოციალისტური სისტემა ორგანიზებული იყო რაიონულ ბაზისზე, თუმცა სამომავლოდ "ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაც" პირველადი ჯანდაცვის რაიონულ კონცეფციაზე ორგანიზების იდეას იტოვებს. მოსახლეობაზე დაფუძნებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვაც საჭიროებს ტერიტორიულ. კარგად ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მიმართულია გარემოს ჰიგიენის, ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა კონტროლის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრობლემატიკისკენ.

დასკვნა

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

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

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

6. სისტემის ფინანსური სტაბილურობის გარანტირება.

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

გარდამავალ პერიოდში შექმნილი სიტუაციის მოკლე მიმოხილვა

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

ჯანმრთელობის მართვის ნაკლებეფექტური სისტემების შესაცვლელად ბოლო წლებში საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმების სრული ამოქმედება დაიწყო. ცნობილია, რომ ეს მექანიზმები სრულად მოქმედებდა, მაგრამ როგორც ჩრდილოვანი ეკონომიკის ელემენტები. ამავე დროს, საგულისხმოა რომ თუ ზოგიერთ განვითარებულ ქვეყანაში დიდი ხანია უკვე ცდილობენ სახელმწიფოს როლის გაზრდას ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, გარდამავალ პერიოდში მყოფ ქვეყნებში, რეალური ეფექტიანობის მისაღწევად საბაზრო ეკონომიკის მექანიზმების ინტეგრაცია და ამუშავებით გატაცებამ სახელმწიფო როლის შემცირების ტენდენციები გამოკვეთა (ამ შემთხვევაში უპრიანი იქნება სახელმწიფო და კერძო სექტორების ურთიერთშეხამებული ფუნქციონირება განსაკუთრებით დაფინანსებასა და სამედიცინო მომსახურებაში.)

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

რომელიც მემკვიდრეობით გვერგო ძველი სისტემიდან.

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

ძველი სისტემის უპირატესობანი შეიძლება შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ:

ცხრილი 1

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

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

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

მიუხედავად ბოგიერთი დადებითი მომენტისა, ძველმა სისტემამ მთლიანობაში ვერ შესძლო პრაქტიკულად გეუმჯობესებინა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ცხოვრების პროფილაქტიკა, შრომისუუნარობის შემცირება.

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

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

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

განვიხილოთ სხვა ნეგატური თავისებურება.

მყარად არსებული პრობლემები

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

ვერ შეძლებს გადაჭრას სოციალური დაუცველობის საკითხი თანდაყოლილი დეფექტების, ასაკთან დაკავშირებული პრობლემების შემთხვევაში. ამგვარი პრობლემები არსებობს როგორც სოციალისტური, ასევე საბაზრო მექანიზმებით მომუშავე ქვეყნებში. საყოველთაო მოცვა, სამედიცინო მომსახურების მიღწევადობა მხოლოდ პრობლემების ნაწილობრივ მოხსნის შესაძლებლობას იძლევა და მოსახლეობის მთლიანად დაზღვევას ვერ უზრუნველყოფს.

ცხრილი 2.

პრობლემები	შედეგი
ჯანმრთელობის მდგომარეობა	მოშრდილ მოსახლეობაში (მამაკაცებში) ავადობის, სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები არაჯანსაღ გარემოსა და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული პრობლემების გამო
მარიუა	არასაკმარისი სექტორთაშორისი კოორდინაცია, ჯანდაცვისადმი არასათანადო ყურადღება. აღგილობრივი (კონკრეტული) საჭიროებების გათვალისწინებლობა ხელმძღვანელობის, კონტროლისა და შეფასების არასაკმარისი დონე
ორგანიზაცია	ხისტი ცენტრალიზაცია, აქცენტის სამკურნალო პროცესებზე გადატანა. პირველადი სამედიცინო მომსახურების პრიორიტეტის უგულებელყოფა. გადარჩენა სახელმწიფო და კერძო მომსახურების მოცულობების განსაზღვრისას
ქმედებები	დაბალი წარმადობა და ხარისხი ფუნქციური ინტეგრაციის არარსებობა
რესურსები	დაუბალანსებელი (სიჭარბე ან დეფიციტი) არასათანადო სტატისტიკური ხორმატივები და ნორმები.
პერსონალის მომზადება და სამეცნიერო ტექნიკური განვითარება	გადაჭარბებული ეიწრო სპეციალიზაცია სამეცნიერო-კვლევით და პედაგოგიურ საქმიანობას შორის კავშირის სისუსტე პროფესიული მომზადების და გადამზადების დაბალი დონე სპსრების (ფოსტების) არაკონკურენტული გამოყოფა
დაფინანსება	მცირე დაფინანსება კაპიტალიზაციის მოცულობასთან შედარებით.

რეფორმის განმსაზღვრელი ფაქტორები

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

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა ხშირ შემთხვევაში ეკავშირდება გარდამავალი პერიოდის ზოგ მოვლენას, რაც სოციალისტური პრინციპების სრული უგულებელყოფა და არა ხარისხობრივ რეფორმის პროცესი. თავისუფალი კონკურენციის ბაზრის შექმნისას ამით უხეში გადახრებისა და დარგის შიგა ინფრასტრუქტურის ნგრევის დიდი საშიშროება ჩნდება.

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

გარდამავალი პერიოდისათვის დამახასიათებელი ნეგატური ფაქტორები იწვევს მკვეთრ დესტაბილიზაციას და რეფორმირების პროცესის შეფერხებას.

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

ცხრილი 3

მაჩვენებელი ძალები	მახასიათებლები	
პოლიტიკური ფაქტორები		
იდეოლოგია	კოლექტივიზმი	ინდივიდუალიზმი
პოლიტიკური ფერხმაცა მმართველობის ფორმა	აუტოკრატია ტოტალიტარულობა	ბეურალიზმი დემოკრატიულობა
ეკონომიკური ფაქტორები		
ეკონომიკური მოდელი	მმართველობითი მბრძანებლური	კაპიტალისტური საბაზრო
საკუთრების ფორმა	საზოგადოებრივი	უმეტესად კერძო
დაგეგმარება (ფასები/ხელფასი)	ფიქსირებული	თავისუფალი
საწარმოო ბაზრის სამუშაო ძალაზე დაფუძნებული წარმოება	შეზღუდული წინადადება	შობილური მოხმარება
სტიმულები	ბიუროკრატიულობა	შერიტოკრატიულობა (მიწოდებაზე დამოკიდებული)
ეკონომიკური წონასწორობა	სტატიკური	ციკლური
ორგანიზაციული ფაქტორები		
პოლიტიკურ-სამართლებრივი ორგანიზაცია	ვ წლიანი გეგმები ცენტრალიზებულობა	მზარდი გეგმები დეცენტრალიზებულობა
ფუნქციონირება	მარტივი/ერთგვაროვანი	რთული/მრავალმხრივი
პერსონალის კვალიფიკაცია	გაწრთ	ფართო

ეკონომიკური ლიბერალიზაციის უარყოფითი (თანმხლები) ეფექტები

განვლილ პერიოდში საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლამ და სახელმწიფოს მიერ კონტროლის შესუსტებამ ნათლად წარმოაჩინა მნიშვნელოვანი ნეგატიური მოვლენები. მაგალითად, საკუთრების ფორმების შეცვლა და გოგი დაწესებულების მიერ მართვის უფლებების გადაცემა ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებისათვის, სხვა უწყებებისათვის, პრივატიზაცია, და ა.შ. ამ პირობებში ზოგადი პროფილის ექიმები, სპეციალისტები, ფარმაცევტები, სტომატოლოგები, თავს კერძო მესაკუთრეებად თვლიან და მიუხედავად სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირების

მცდელობისა (აკრედიტაცია–ლიცენზირების პროცესი), არ ემორჩილებიან მოქმედ კანონმდებლობას. თავის მხრივ პაციენტები, მოსახლეობა სამართლიანად თვლის თავის თავს სამედიცინო მომსახურების მიმღებად, ცდილობს მაქსიმალურად მიიღოს გაღებული გადასახადის ან სადაზღვევო პოლისის საფასური მომსახურების სახით.

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

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

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

ცხრილი 4

ფაქტორები	შედეგები
არაკონტროლირებადი ბაზარი, ამგვარი პროცესების ძარღვის გამოცდილების არარსებობა	შეფერხება საბაზრო შეკანიზმების გადასვლისას
არასწორი პრივატიზაცია	სპეკულირება, სახსრების ფონდების გაფლანგვა
ფასების და ხელფასის ლიბერალიზაცია	ინფლაცია, შემოსავლების არათანაბარი განაწილება
წარმოება, რომელიც რეგულირდება საბაზრო მექანიზმებით	წარმოების შემცირება
არარეგულირებადი მოთხოვნა	მიწოდების სისტემის მოშლა
წარმოების მასობრივი შეწერება	სამუშაო ძალების მიგრაცია
არაბალანსირებული სტიმულირება	არაკონტროლირებადი ხარჯი
ეკონომიკური წონასწორობის დარღვევა	წარმოების შემცირება გაკოტრება, უმუშევრობა

თავისუფალი არჩევანის ჩრდილოვანი მხარე

არჩევანის ყოველგვარი შეზღუდვის მოხსნამ პაციენტები და ი მუშაკები, რომლებიც მათ უნდა მოემსახურონ (სამედიცინო პერსონალი), დაუსჯელობამდე მიიყვანა, რამაც ისედაც მცირ რესურსების უყაირათო ხარჯვა გამოიწვია. ზედმეტ დემოკრატიულობას, კონსენსუსის მისაღწევად საყოველთაო სახალხო კონსულტაციებს მართვის ეფექტიანობის შემცირება მოჰყვა. ხელისუფლება, პარლამენტი ხშირ შემთხვევაში ვერ ახერხებს უმნიშვნელოვანესი კანონებისა და გადაწყვეტილებების დროულად მიღებას, რომლებიც რეფორმას, ხელშეწყობის თვალსაზრისით, გარკვეულ მიმართულებას მისცემდა. აღრინდელ იდეალების მთლიანად უარყოფამ, თვითუზრუნველყოფისა და ავტონომიურად მოქმედების გადამეტებამ სოციალური დაცვისა და თანასწორობის საკითხები უკანა პლანზე გადასწია.

არჩევანის უფლებამ ჯანმრთელობის დაცვაში უარყოფითი შედეგები გამოიწვია.

ცხრილი 5

ფაქტორები	შედეგები
ავტონომიური ფუნქციონირების დაშვება	მოსახლეობის მხრიდან სოციალური დაუცველობის შეგრძნება
ჯანმრთელობის ზრდის მიღწევის გადამეტებული ცდილობა	სუსტი ხელმძღვანელობა და მართვა
ცენტრალიზებული მართვის სრული არყოფა	პარლამენტისა და აღმასრულებელი ხელისუფლების საკანონმდებლო გადატვირთვა

ორგანიზაციული კრიზისი

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

ცხრილი 6

ფაქტორები	შედეგები
ცენტრალიზებული დაგეგმვის არყოფა	მოქმედების გამოკვეთილი მიმართულებების არარსებობა
ძველი კადრების წმენდა	გამოცდილი კადრების დეფიციტი
ჯანმრთელობის დეცენტრალიზაცია	მომსახურების დონის შეუთანხმებლობა
განაწილების სისტემის მოშლა	დეფიციტი
ფინანსური კრიზისი (არასაკმარისი ფინანსირება)	ინფრასტრუქტურის გაუარესება

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

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

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

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

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

ცხრილი 7

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

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

ინტერესებს.

სამედიცინო მომსახურებაზე არარეგულირებული მოთხოვნა, ფასების ლიბერალიზაცია და სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნის გაზრდა, დანახარჯების მკვეთრ მატებას იწვევს.

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

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

გადაწყვეტილების მიღების მიმართულებები

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

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

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

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

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

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

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

საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ იცვება საწარმოო უსაფრთხოების ნორმები ან რომელიც იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

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

თავი IV

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა აღმოსავლეთი და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში

ჯანდაცვის სისტემების პირობითი კლასიფიკაცია

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

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

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

სისტემას აქვს პრინციპული პრობლემები:
- სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტურობის ამაღლების დაბალი სტიმული;
- სახელმწიფოს მიერ დანახარჯების ბრდის დარეგულირება მაკროეკონომიკური მეთოდებით;

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

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

აღნიშნული სისტემის ძირითადი მახასიათებლებია:
- დეცენტრალიზებული დაფინანსება;
- სადაზღვევო ფონდების თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა პაციენტის და დამქირავებლის მიერ;
- კონკურენცია სხვადასხვა სამსახურსა და ფონდს შორის;
- სადაზღვევო ფონდების მიერ დანახარჯზე მკაცრი კონტროლის შესაძლებლობა;
- სადაზღვევო ფონდების მიერ მკურნალობის ხარისხის კონტროლი;
- ფუნქციების გამიჯვნა დამფინანსებელ ორგანოებსა და სამედიცინო დახმარების გამწევებს შორის;
- "სასტუმრო" მომსახურების კომფორტის ფართო შესაძლებლობები.

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

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

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

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

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

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

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

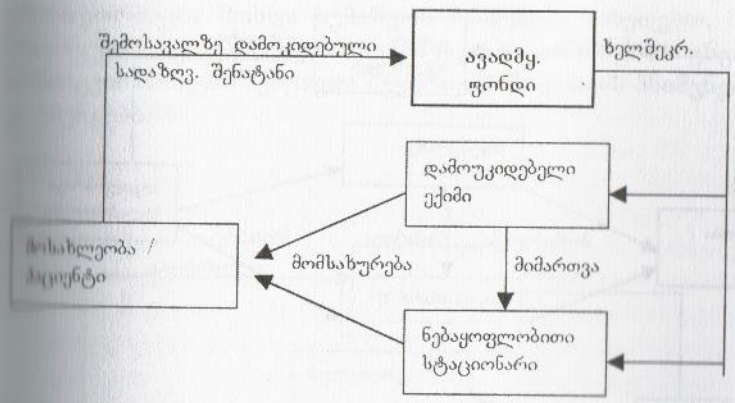
შესწავლილ იქნა 5 ქვეყნის - ჩეხეთის, გერმანიის, პოლონეთის, უნგრეთისა და სლოვაკეთის ჯანდაცვის სისტემები.

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

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

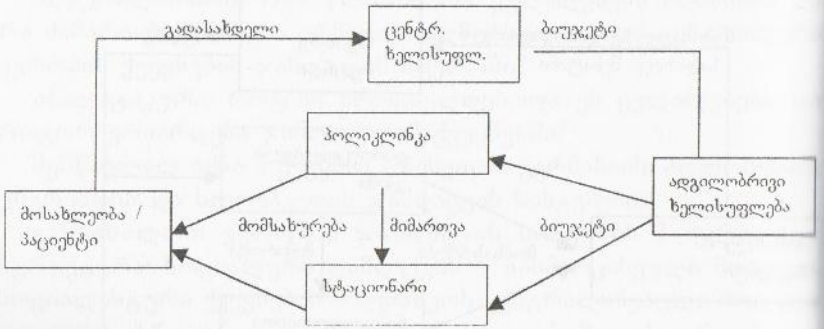
იყო სავალდებულო.

სქემა 1



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

სქემა 2



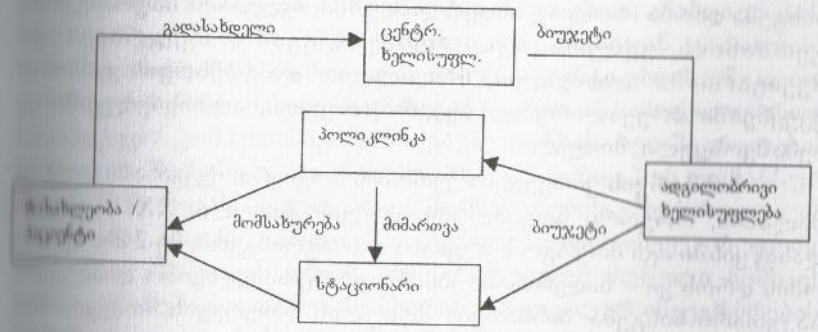
3. ჯანდაცვის მესამე, ევროპული სისტემა (სქემა № 3) შემუშავებულ იქნა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში. ამ სისტემის მიხედვით ჯანდაცვა უნდა დაფინანსდეს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის სისტემის მართვას ახორციელებდეს სახელმწიფო. 1948 წელს ხელისუფლებამ ეს რეკომენდაციები განახორციელა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

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

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

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

სქემა 3



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

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

სექტორის არაბალანსირებული ზრდის ხარჯზე. დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში საავადმყოფოს საწოლების რაოდენობა, როგორც ხარჯების ინდიკატორი, წმინდა ეროვნულ პროდუქტთან (GDP) მიმართებაში სტაბილური და შესამჩნევად დაბალი დარჩა. ამ სიტუაციამ სახელმწიფო ჯანდაცვის სამსახური მისაბაძი გახადა სხვა ქვეყნებისათვის. ბრიტანული მაგალითი ირლანდიამ და დანიამ გადაიღეს 70-იანი წლების ბოლოს, 80–იან წლებში კი იტალიამ, პორტუგალიამ, საბერძნეთმა და ესპანეთმაც დანერგეს. 80-იანი წლების ბოლოს სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემა დარჩა მხოლოდ ნიდერლანდებში, ბელგიაში, საფრანგეთში, გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, ავსტრიასა და შვეიცარიაში. დასავლეთ, ჩრდილოეთ და სამხრეთ ევროპის ქვეყნებში პრევალირებდა ბევერიჯისეული, აღმოსავლეთში კი სემაშკოსეული მოდელი.

ბისმარკის კონცეფცია ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში დღესაც ძალაშია, როგორც სოციალური დაცვის მოდელი. XX საუკუნის დასაწყისში იგი მოერგო ბელგიასა და საფრანგეთს, მე-2 მსოფლიო ომის დროს კი – ნიდერლანდებს, როგორც სამედიცინო დაზღვევის საკუთარი სისტემა. ბისმარკის მოდელის დანერგვას მოჰყვა ორი მიმართულებით განვითარება: 1. მოსახლეობის მოცვა გაიზარდა I მსოფლიო ომის შემდეგ; 2. სადაზღვევო პაკეტი გაფართოვდა II მსოფლიო ომის შემდეგ, 60–70-იან წლებში. გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში მოხდა ბისმარკისა და სემაშკოს მოდელების ზოგიერთი ელემენტების შერწყმა.

ცვლილება. II მსოფლიო ომამდე აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოქმედებდა ბისმარკის, მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ კი სემაშკოს მოდელი (ეროვნული ვარიანტები). კომუნისტური რეჟიმის დანგრევის შემდეგ ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელი ხელახლა დანერგა.

სამედიცინო სამსახურის ფონდირება: სამ ძირითად მოდელში (ბისმარკის, ბევერიჯის, სემაშკოს) შეიძლება განისაზღვროს ფონდირების 2 მეთოდი: სახელმწიფო ტაქსაცია (ბევერიჯისა და სემაშკოს მოდელები) და სადაზღვევო პრინციპი (ბისმარკის მოდელი). ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში გენერალური ტაქსაციიდან ფონდირებით სამედიცინო სამსახურის სექტორის ბიუჯეტი განისაზღვრება სახელმწიფო ბიუჯეტის მიხედვით და შესაბამისად დახურული დაფინანსებით. სახელმწიფო

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

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

მომსახურებისთვის" სისტემით. სოციალური სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ადმინისტრირებული იყო 2 სადაზღვევო ფონდით, შეიცვალა "ავადმყოფობის დასავლეთ გერმანული (200) ფონდის" მართვით. სლოვაკეთში დაინერგა კაპიტაციისა და ფიქსირებული ანაზღაურების კომბინაციის სისტემა, პოლონეთში დარჩა ისეთივე, როგორიც 1989 წლამდე იყო.

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

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

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

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

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

ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების (წმ. ეროვნული პროდუქტის წილის) მაღალი დონე განაპირობებს მოსახლეობისგან შენატანების გაზრდის აუცილებლობას ან პირდაპირი თანაგადახდით, ან სადაზღვევო პრინციპით. ეს კი თავისთავად ქმნის შემოსავლებისა და ხელფასების ზრდის საჭიროებას, რაც აუცილებლად იწვევს უმუშევრობის მატებას და აუარესებს ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ეკონომოკური მდგომარეობა განსაზღვრავს ჯანდაცვაზე წმინდა ეროვნული პროდუქტის წილს. ერთი გზა არის დაზღვეულ პირთა რაოდენობის შეზღუდვა, მაგრამ რთულია განისაზღვროს მოსახლეობის რომელი ნაწილი უნდა გამოირიცხოს სოციალური დაზღვევიდან. ხელისუფლება ვერ გამორიცხავს ღარიბ ფენას, შეძლებული ნაწილის გამორიცხვა კი არ წყვეტს პრობლემას, ვინაიდან შემოსავლის შესაბამისად ამ ნაწილს შეუძლია მაღალი სადაზღვევო შენატანების გაღება. ალბათ უფრო რეალური ღონისძიება იქნება სადაზღვევო პაკეტის შეზღუდვა - დაიფარება მხოლოდ პირველადი სამედიცინო მომსახურება. ეს შეზღუდავს არჩევანის თავისუფლებას, თუმცა მოსახლეობას უფლება ექნება დამატებით დაიზღვიოს თავი. შეიძლება დადებითი შედეგი მოჰყვეს სამედიცინო დაწესებულებების, საწოლებისა და ექიმების შემცირებას. თუმცა ეს გამოიწვევს რიგების გაზრდას სამედიცინო მომსახურებაზე.

საბჭოური ჯანდაცვის სისტემა ეფუძნებოდა რაიონულ რგოლს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციაც პირველადი ჯანდაცვის რაიონულ კონცეფციაზე ორგანიზების იდეას პრიორიტეტულად მიიჩნევს: მთელს მოსახლეობაზე გათვლილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვაც საჭიროებს ტერიტორიულ ორგანიზებას.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მწყობრი სისტემა მიმართულია ჰიგიენისა (გარემოს) და დაავადებათა (ინფექციური) კონტროლისაკენ, აგრეთვე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისაკენ, პრობლემატიკის შესწავლისა და მათი აღმოფხვრისაკენ.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური აშშ-ში ზოგი ისტორიული თარიღი

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

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

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

1798 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა ფუნქციონირება დაიწყო როგორც საზღვაო სტაციონარულმა სამსახურმა – სახაზინო დეპარტამენტის შემადგენელმა ნაწილმა, როცა შეიქმნა კანონი "ავადმყოფ და შრომისუუნარო მეზღვაურებზე ზრუნვისა და მათი მდგომარეობის გაუმჯობესების შესახებ".

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

კი - მთავარ ქირურგს.

1873 - დამტკიცდა ექიმთა საზოგადოებრივ სტაციონარულ სამსახურში დანიშვნისა და დაწინაურების წესები. ამ წესებმა გზა გაუკაფა მომდევნო ათწლეულში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ოფიცერთა კორპუსის ჩამოყალიბებას.

1876 – კონგრესმა მიიღო პირველი ფედერალური აქტი კარანტინის შესახებ და იმავე წელს გამოყო ასიგნებანი "ეპიდემიოლოგიური დაავადებების, განსაკუთრებით ყვითელი ცხელებისა და ქოლერის აღმოფხვრისა და გამოკვლევისათვის".

1887 – დოქტორმა იოსებ კინიონმა, რობერტ კოხის მოწაფემ, საზღვაო ჰოსპიტალში ჩამოაყალიბა ჰიგიენის ლაბორატორია, რომლის მიზნობრივი დანიშნულება იყო ქოლერისა და სხვა ინფექციური დაავადებების შესწავლის ახალი ლაბორატორიული მეთოდების შემუშავება.

1889 – კონგრესმა ოფიციალურად ჩამოაყალიბა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურა – ოფიცერთა კორპუსი, როგორც ექიმთა მობილური სამსახური დაავადებებთან საბრძოლველად და ჯანმრთელობის დასაცავად. კორპუსს აფინანსებდა არმიისა და საზღვაო სამსახური.

1890 – კონგრესმა საზღვაო სტაციონარულ სამსახურს კარანტინის გამოცხადების უფლება მიანიჭა.

1891 – დოქტორ კინიონის ჰიგიენის ლაბორატორია გადაკეთდა ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიად, რომელიც გადავიდა ვაშინგტონში, საზღვაო სტაციონარული სამსახურის შტაბ-ბინაში. აქ მას შეემატა პათოლოგიის, ქიმიური, ფარმაკოლოგიური და ბიოლოგიური განყოფილებები. ჰიგიენის ლაბორატორია იყო ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის წინამორბედი, რომელიც დღეს სახელმწიფო მხარდაჭერით ბიომედიცინის განხრით ჩატარებული გამოკვლევათა 67%-ს უზრუნველყოფს.

1893 – ევროპაში ქოლერის აფეთქების გამო ახალი საკარანტინო აქტმა გააძლიერა ადრე არსებული კანონმდებლობა და ფედერალურ მთავრობას

საკარანტინო ინსპექციის უფლება მისცა.

1902 – ახალმა კანონმა საზღვაო სტაციონარული სამსახურის სახელწოდება შეცვალა "საზოგადოებრივი სტაციონარული სამსახურით", რითაც გამოიხატა მისი გაფართოებული ფუნქციები.

იმავე საკანონმდებლო აქტით სამსახურს ვაქცინების, შრატებისა და სხვა ბიოლოგიური პროდუქტების ტრანსპორტირებისა და გაყიდვის კონტროლის უფლება მიეცა.

1912 - ახალმა კანონმა სამსახურს კვლავ შეუცვალა სახელი, რომელშიც სრულად აისახა მისი იმჟამინდელი დანიშნულება: "აშშ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური". ეს აქტი, ინფექციური დაავადებების გარდა, ასევე უზრუნველყოფდა სხვა პრობლემების ჩართვას სამსახურის სამეცნიერო პროგრამებში.

1918 - კონგრესმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის გასაძლიერებლად შექმნა სარეზერვო კორპუსი, რომელსაც ნება ეძლეოდა სამუშაოდ მოეწვია ის ექიმები, რომლებიც გადაუდებელ დახმარებას ახორციელებდნენ. საომარმა მოქმედებებმა და 1918 წლის გრიპის ეპიდემიამ ნათლად წარმოაჩინა ამისი აუცილებლობა.

1930 - ოფიცერთა კორპუსმა დაიწყო სანიტარიული ინჟინრების, დენტისტებისა და ფარმაცევტების მიღება. 1944 წელს კორპუსს შეემატნენ მკვლევარები, მეცნიერები, მედდები და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები, ჰიგიენური ლაბორატორია გადაკეთდა ეროვნულ ინსტიტუტად.

1935 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრესის ყველაზე მნიშვნელოვანი მოვლენა იყო სოციალური უსაფრთხოების განყოფილების შექმნა. ეს ჯანმრთელობის გარანტიებს ანიჭებდა მოსახლეობას.

1937 - "კიბოსთან ბრძოლის სახელმწიფო აქტით" დაფუძნდა კიბოს კვლევის სახელმწიფო ინსტიტუტი ბიოსამედიცინო კვლევების ხელშესაწყობად. ამ აქტმა აღნიშნულ ინსტიტუტს ნება დართო ეწარმოებინა კვლევა, მიეცა გრანტები მეცნიერთათვის და ინსტიტუტებისათვის, არასამთავრობო ორგანიზაციები

უზრუნველეყო სტიპენდიებით მეცნიერთა მომზადების მიზნით.

1938 - "ვენერულ დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის აქტით" საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა შეიმუშავა ამ სპეციფიკურ დაავადებათა კონტროლის პირველი სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფდა მის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა გაფართოებასა და გააქტიურებას.

1939-1941 წლების შემდეგ, როგორც სახაზინო დეპარტამენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შევიდა ფედერალური უსაფრთხოების სააგენტოს შედგენილობაში. სააგენტოს უნდა გაერთიანებინა ფედერალური მთავრობის ჯანდაცვის, სოციალური კეთილდღეობისა და განათლების სამსახურთა უმეტესობა.

1940 - მეორე მსოფლიო ომის დროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა განახორციელა გადაუდებელი სამედიცინო და სანიტარიული ღონისძიებები. მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ამერიკის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვასა და შენარჩუნებაში. ამასთან ომმა ერთგვარად შეაყოვნა პროგრამების შემუშავება. 1944 წელს შემუშავდა კანონები, რომლებმაც წლების მანძილზე მნიშვნელოვანი ეფექტი მოახდინა ქვეყანაში სამედიცინო სფეროში მიმდინარე სამეცნიერო-კვლევით და მოსამზადებელ სამუშაოებზე. გააუმჯობესა ჯანდაცვის სამსახურის საქმიანობა და შემდგომში გააფართოვა თვით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისა პასუხისმგებლობა.

1946 - სამსახურმა საომარ ადგილებში მალარიის კონტროლის უფლება მიიღო. ინფექციურ დაავადებათა კონტროლის ცენტრს დაეკისრა ახალი ფუნქციები და როგორც სახელმწიფო სამსახური, დაფუძნდა ფედერალური უსაფრთხოების სააგენტო.

1946 - სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებათა სიმცირის "სახელმწიფო სტაციონარების ანალიზისა და მშენებლობის პროგრამების" შექმნა განაპირობა. პროგრამების მიზანი იყო ფედერალური სამსახურის პასუხისმგებლობის გაზრდა და თითოეული

შტატისათვის დახმარების გაწევა სტაციონარებისა და ჯანდაცვის სამსახურის ცენტრების მშენებლობაში.

1946 - "მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ" აქტის საფუძველზე შემუშავებულ იქნა ეროვნული საკონსულტაციო პროგრამა საზოგადოების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებისათვის. ამ კანონის საფუძველზე 1949 წელს შეიქმნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინსტიტუტი.

1947 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს დაეკისრა ეროვნული ჯანმრთელობის შესახებ სტატისტიკური მონაცემების წარდგენის პასუხისმგებლობა.

1948 - ჯანმრთელობის კვლევის ეროვნულ ინსტიტუტს შეემატა დენტალური და მიკრობიოლოგიური პროფილის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები. 1955 წელს იგი გადაკეთდა ალერგიულ და ინფექციურ დაავადებათა ს/კ ინსტიტუტად. შემდგომ წლებში გამოიკვეთა ნევროლოგიისა და თვალის სნეულებათა კვლევითი ინსტიტუტის შექმნის აუცილებლობა.

1951 - ოფიციალურად შეიქმნა ეპიდემიოლოგიური სამეთვალყურეო სამსახური.

1953 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შევიდა ჯანმრთელობის, განათლების, კეთილდღეობის ახლად შექმნილი დეპარტამენტის შედგენილობაში, რომელიც ფაქტობრივად ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ფუნქციას ასრულებდა.

1955 - ამერიკელი ინდიელებისა და ალიასკის მკვიდრთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დეპარტამენტი გადაკეთდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურად.

1960 - ჯანმრთელობის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი შევიდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის შედგენილობაში.

1961 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებმა გზა გაუკაფეს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამსახურის განვითარებას, განსაკუთრებით, ქრონიკულ ავადმყოფთა და ხანში შესულთა მოვლის კუთხით.

1962 - "ვაქცინაციის შესახებ აქტმა" საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს საშუალება მისცა

განეხორციელებინა პოლიომიელიტის, ტეტანუსის, დიფთერიის, დიზენტერიისა და ყივანახველას იმუნიზაციის პროგრამები.

1963 - "ჯანდაცვის მუშაკთა პროფესიული განათლების უზრუნველყოფის შესახებ აქტით" გზა გაეხსნა ფედერალური განათლების ახალ პროგრამას პროფესიული სკოლების შექმნისათვის. ამ აქტის საფუძველზე შემუშავდა აგრეთვე ე. წ. "სესხის პროგრამა სტუდენტთათვის", რომელიც მათ სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაფართოების გარანტიებს აძლევდა.

1964 - "მედდათა მომზადების შესახებ აქტის საფუძველზე მათთვის შეიქმნა სკოლები, ამუშავდა სესხის პროგრამა მედდა სტუდენტებისათვის.

1964 - მრჩეველთა საბჭოს ანგარიშმა – "თამბაქო და ჯანმრთელობა", ჯანმრთელობაზე თამბაქოს მავნეობის შესახებ პუბლიკაციათა მატება განაპირობა.

1968 - ჯანდაცვის სამსახურის რეორგანიზაციის ეტაპზე სამსახურს სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრის უფლება მიეცა.

1970 - შესაბამისი აქტის საფუძველზე შეიქმნა "შრომის ჰიგიენისა" და "მოსახლეობის ავადობის აქტიური გამოვლენისა და მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების" პროგრამები, პათოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი.

1970 - "ალკოჰოლისადმი სწრაფვისა და ალკოჰოლიზმის პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის შესახებ აქტის" საფუძველზე შეიქმნა ალკოჰოლიზმის პრობლემების შემსწავლელი ეროვნული ინსტიტუტი.

1970 - "ჯანდაცვის გადაუდებელ ღონისძიებათა შესახებ აქტით" კრიტიკულ ადგილებში სამუშაოდ შეიქმნა ჯანდაცვის ოფიცერთა კორპუსი, რომელშიც შევიდნენ ექიმები და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები.

1971 - "კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ აქტის" საფუძველზე გაფართოვდა კიბოს სახელმწიფო ინსტიტუტის ფონდირება. 1972 წელს ანალოგიური საკანონმდებლო აქტით გაიზარდა გულისა და ფილტვების დაავადებათა ინსტიტუტის

პასუხისმგებლობა.

1973 - ჯანდაცვაში შემავალი სტრუქტურების დახვეწის მიზნით შეიქმნა ოთხი სამსახური: 1) დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ცენტრი; 2) სანიტარიული რესურსების მართვის ცენტრი; 3) ჯანდაცვის სამსახურების მართვის ცენტრი; 4) კვებისა და წამლის სახელმწიფო ადმინისტრაცია.

1974 - დასაწყისში შეიქმნა ალკოჰოლის, ნარკოლოგიური და გონებრივი ჯანმრთელობის სააგენტო.
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა დაიწყო ეროვნული ჯანმრთელობის დაგეგმვის, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების სამუშაოები.

1979 - შეიქმნა სანიტარიული განათლების ახალი დეპარტამენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს ეწოდა "ჯანმრთელობისა და ადამიანის მომსახურების დეპარტამენტი".
დაიბეჭდა პუბლიკაცია "ჯანმრთელი ხალხი" - მთავარი ქირურგის ანგარიში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის შესახებ. მასში განხილული იყო მთავარი პროგრამები ამერიკელთა ცხოვრების 5 საფეხურზე – ახალშობილებიდან მოხუცებულობის ასაკამდე. ერთი წლის განმავლობაში მთელი ქვეყნის ექსპერტები მუშაობდნენ 15 პრიორიტეტულ სფეროში (მაღალი წნევის კონტროლის, ოჯახის დაგეგმვის, ორსულობის, ახალშობითა ჯანმრთელობის, იმუნიზაციის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ტოქსიკური ნივთიერებების კონტროლის, შრომის ჰიგიენისა და პროფპათოლოგიის, ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და უბედური შემთხვევების თავიდან აცილების, ფთორიდებისა და დენტალური, ინფექციური დაავადებების გედამხედველობისა და კონტროლის, თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების, კვების, ფიზიკური განვითარებისა და ტანვარჯიშის, სტრესის კონტროლისა და მავნე ჩვევების) და შედეგები აისახა ანგარიშში. მათ საფუძველზე ჩატარებულ ღონიძიებათა შედეგად 80-იან წლებში შესაძლებელი გახადა მოსახლეობის

ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

1980 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა გამოაქვეყნა შრომა "ქალი და ჯანმრთელობა", 1984 წელს ჩამოყალიბდა ქალის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი მუშა ჯგუფი.

1983 - ტოქსიკური ნივთიერებებით გამოწვეულ დაავადებათა აღრიცხვისათვის შეიქმნა "ტოქსიკურ ნივთიერებათა გემოქმედებისაგან დაცვის" საზოგადოება.

1984 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურმა შექმნა შიდსის პრობლემებზე მომუშავე ჯგუფი და შიდსი გამოაცხადა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის საქმიანობის ერთ-ერთ პრიორიტეტად.

1985 - კვების პროდუქტებისა და წამლის ოფიციალურმა სამსახურმა ლიცენზია გასცა რეაქციაზე (ტესტზე), რომლის საშუალებითაც შეიძლება იმის დადგენა, დასნებოვნებულია თუ არა გამოკვლეული პირი. ეს ტესტი გამოიყენება დონორის სისხლისა და პლაზმის გამოსაკვლევად იმ პირთა დაცვის მიზნით, რომლებსაც უნდა გადაესხათ სისხლი ან მისი პროდუქტები. ამავე წელს შემუშავდა "უსაფრთხო სისხლის პროგრამა".

1985 - "ჯანმრთელობის კვლევის გაფართოების შესახებ აქტით" შესწორება იქნა შეტანილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის შესახებ აქტში, კანონის თანახმად, ართრიტის ეროვნული ინსტიტუტი რეორგანიზებული იქნა დიაბეტის, საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებათა ინსტიტუტად და ართრიტების, ძვალ-კუნთოვანი და კანის დაავადებების ინსტიტუტად. შეიქმნა აგრეთვე თირკმლის პათოლოგიის ინსტიტუტი.

კანონის შესაბამისად დაარსდა ბავშვთა დაავადებების კვლევის სახელმწიფო ცენტრი.

თავი V

მმართველობითი ფუნქციებისა და პასუხისმგებლობების დეცენტრალიზაცია

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

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

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

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

ა) მოთხოვნა განპირობებულია შესრულების შესაძლებლობით;

ბ) ცალკული სახის ბიზნესი არაეფექტურია სახელმწიფოს დახმარების გარეშე;

გ) საზოგადოებრივი თანასწორობიდან (სიცოცხლის უფლებიდან) გამომდინარე, ყველა მოქალაქეს თანაბრად აქვს უფლება მიიღოს ჯანდაცვის მომსახურების საბაზო დონე (უკანასკნელს განსაზღვრავს სახელმწიფო სიღარიბის ზღვარის შესაბამისად).

პარტნიორულ ურთიერთობაში ნაგულისხმევია ისიც, რომ სახელმწიფო ახორციელებს საზოგადოებრივ პოლიტიკას და ხელს უწყობს ბიზნესის განვითარებას მასში უშუალო ჩარევით (ბაზრის შეზღუდულობის დასაძლევად), სიღარიბით გაპირობებული მიზეზებიდან გამომდინარე, თვითონ ახორციელებს საბაზრო მომსახურებას და გეეელინება ბიზნესის მასტიმულირებლად. მართვის მექანიზმები შეიძლება იყოს პოლიტიკური (კანონი, ბრძანებულება, განკარგულება, ბრძანება, სხვა ნორმატიული აქტები) და ეკონომიკურ-ადმინისტრაციული (სუბორდინაცია, კოორდინაცია). ამ პირობებში მკვეთრად შეიცვალა ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი მართვის მიზანიც, ამოცანებიცა და ფუნქციაც.

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

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

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

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

დროებით სამხარეო ცენტრებს საქმიანობის პრიორიტეტები მიმართულებებად განესაზღვრათ მოსახლეობის სპეციალიზებული

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

ჯანმრთელობის დაცვის მართვის სამხარეო ორგანო ადგილობრივი არჩევითი ხელისუფლების ნაწილია. ადგილობრივ თვითმმართველობას უნდა ჰქონდეს საშუალება მხარის სამეურნეო განვითარების დონის შესაბამისად მოახდინოს სახსრების აკუმულირება სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამის განსახორციელებლად. სისტემის მართვის ამგვარი მოდელი, ფართოდ გულისხმობს საკუთარი მოსახლეობის წინაშე პასუხისმგებლობასაც, იგი მიღებულია მრავალ ქვეყანაში და ითვალისწინებს მართვის დეცენტრალიზაციის სახელით ცნობილი მმართველობითი ძალაუფლების გადაცემა ან დელეგირება – ხელისუფლების, დაგეგმვის, გადაწყვეტილების მიღების შესახებ უფლების ცენტრიდან ქვემოთ).

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

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

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

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

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

პრივატიზაცია გულისხმობს ფუნქციების საზოგადოებრივი სექტორიდან კერძო სექტორისათვის გადაცემას.

უფრო კონკრეტულად ეს ფორმები შემდეგნაირად შეიძლება იყოს წარმოდგენილი და დახასიათებული:

დეკონცენტრაცია ორი ტიპისაა: პირველი - ვერტიკალური, რომ თითოეული დარგობრივი სამინისტრო პასუხს აგებს მართვაზე და მეორე, რომელიც გულისხმობს ადგილობრივ მართვას ინტეგრირებული ან პრეფექტორული ფორმით.

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

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

უფლებამოსილების დელეგირება – ეს პასუხისმგებლობის გადაცემაა გარკვეული ფუნქციების აღსასრულებლად ორგანიზაციებისათვის, რომლებიც სახელმწიფო სტრუქტურებს შედიან და მათი საქმიანობის კონტროლს ახორციელებს ცენტრალური ხელისუფლება (სამინისტრო) არაპირდაპირი გზით;

პრივატიზაცია – არის განსახელმწიფოებრიობა, ზოგიერთი ფუნქციის (მაგალითად, ტრანსპორტირების, მომარაგების კვებისა და ა.შ.) მთლიანი გადაცემა. ეს ფორმა დაფინანსების ერთგვარი ალტერნატიული გზაა, რაც ჯანდაცვის პროცესს მთლიანობაში უფრო ეფექტიანს ხდის. ამავე დროს, კანონით დაცვით ჩატარებული პრივატიზაცია რეგულირებადი რჩება სახელმწიფო სტრუქტურების მიერ.

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

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

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

შესაძლებელია ცენტრიდან უფრო დაბალ დონეზე დელეგირებულ იქნეს შემდეგი ფუნქციები:

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

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

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

დამოკიდებულებას დეცენტრალიზაციისადმი;
თანამშრომლობის არსებულ პრაქტიკას სხვადასხვა დაწესებულებას შორის.

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

დეცენტრალიზაციასან დაკავშირებული პრობლემები

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

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

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

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

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

ჯანდაცვის რეფორმირების პირობებში დეცენტრალიზაცია სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაციის, რესურსების ყაირათიანად, საჭიროებების შესაბამისად გამოყენების ერთ-ერ

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

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

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება შემდეგი დასკვნის გაკეთება:

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

დეცენტრალიზაციის დადებითი მხარეებია:

გადაწყვეტილებების მიღების ოპერატიულობა;
ადგილობრივი პირობების გათვალისწინების შესაძლებლობა;
მოსახლეობის თანამონაწილეობა გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში;
ხარჯთრობა;
მიზნების მიღწევადობა;
მმართველობისა და თვითმმართველობის ადგილობრივი ორგანოების პასუხისმგებლობის გაზრდა;
სიახლეების დანერგვის სიადვილე.

დეცენტრალიზაციის ყველა სახეს შეიძლება ქონდეს თავისი უარყოფითი შედეგი:

დეკონცენტრაციას - სრული შეუთანხმებლობა სხვადასხვა რგოლს

შორის ("მარჯვენა ხელმა ხშირად არ იცის, რასა იქმს მარცხენა");

დეცენტრალიზაციას (ძალაუფლების გადაცემას) – პოლიტიკური შეცდომები, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ძირითადი სტრატეგიიდან გადაცდომა, რაც მოსახლეობას დააზარალებს;

დელეგირებას – დაბალმა პროფესიონალიზმმა შეიძლება გამოიწვიოს არსებულ პრობლემათა შეუფასებლობა ან შეფასების დაბალი ხარისხი, რაც უარყოფით გავლენას მოახდენს შედეგებზე;

პრივატიზაციას – შესაძლებელია მოჰყვეს მონოპოლიის ცენტრალური მართვისა და დარეგულირების მოუქნელობის პირობებში.

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

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა:

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

დეცენტრალიზაციის მექანიზმების ამოქმედება დაღებით შედეგებს გამოიღებს მხოლოდ ჯანდაცვის ყველა დონის მუშაკთა ურთიერთშეთანხმებული მუშაობის პირობებში.

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

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

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

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

მიგვეცა აღგილობრივი საინფორმაციო სისტემებისათვის.

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

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

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

ჯანდაცვის პროგრამების ფორმირების ძირითადი მომენტია პირველ რიგის ამოცანების რეალიზება სტატისტიკური მონაცემების ანალიზის დაფუძნებული და ამისათვის შესაბამისად საბიუჯეტო ასიგნებების გამოყოფა.

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

ამ პრინციპს დაეყრდნო თვით ჯანმრთელობის სამინისტროს ახალი სტრუქტურა, რომელშიც გაერთიანდა ასევე ახალი ბევრი სამსახური შექმნილი მიმდინარე პროცესების კოორდინაციისა და შეთანაწყობის მიზნით

თავი VI

მმართველობის ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მეთოდები თანამედროვე ეტაპზე

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

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

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

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

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

სახალხო მეურნეობაში მომხდარმა რეალურმა ცვლილებებმა, ფუნქციათა გადანაწილებამ დონეების მიხედვით მმართველობითი სტრუქტურებზე, დარგობრივი და ტერიტორიული მართვის სისტემების გამიჯვნამ განაპირობა პრობლემების გადაჭრის ძირითადი მომენტების ახლებურად განსაზღვრა. გაჩნდა ზეგავლენის სფეროების გადანაწილების, ჯგუფური ინტერესების დაკმაყოფილების, საკუთრების, რესურსების განკარგვის უფლების ამბიციური სურვილები.

ყოველივე აღნიშნულმა ეკონომიკურ-აღმინისტრაციული მმართველობის ფორმების შერწყმის აუცილებლობა გამოიწვია.

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

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

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

აქედან გამომდინარე, ნათელია, რომ დარგობრივი მმართველობის ორგანოები ღეს რეალურად კარგავენ ფინანსურ

და მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფის ტრადიციულ ფუნქციებს, მცირდება მათეული მმართველობის ეკონომიკური მეთოდების მოქმედება.

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

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

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

მართვის სტრუქტურების ვერტიკალური დაქვემდებარების მოშლა ძირატესად სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობაზე კონტროლის შესუსტებას იწვევს, აძნელებს ერთიანი პოლიტიკის გატარებას დაავადებებთან ბრძოლაში, ახანგრძლივებს მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვის პროცესს.

მმართველობის ორგანოების ახალი სტრუქტურა, როგორც

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

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

რეფორმის შედეგად უუფლებო სამკურნალო დაწესებულებებ
გახდნენ დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტებ
რომელებიც თავისი სტატუსიდან გამომდინარე, დამოუკიდებლად
წყვეტენ საკადრო, დაფინანსების, შრომის ანაზღაურების
მატერიალურ–ტექნიკური უზრუნველყოფისა და ბევრ სხვა
სამეურნეო საკითხს.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

სტიმულირების, ხელფასების გაცემის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზების შენარჩუნება-განახლების საქმეში.

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

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

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

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

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

სისტემა დონეების მიხედვით.

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

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

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

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

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

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

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

ინფორმაციისა და მისთვის გადაცემული უფლებამოსილების (ბერკეტების) გამოყენებით შეეძლო პროცესის შეჩერება ან კორეგირება.

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

კოორდინაციის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ფორმაა გადაწყვეტილების პროექტის ვიზირება.

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

საბოლოო ჯამში, კოორდინაციაც მართვაა, ოღონდ ვერ ეგუება სუბორდინიზაციას და გულისხმობს მისი თითეული სუბიექტის ნებაყოფლობითობას.

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

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, ძირითად ფუნქციებიდან (ეპიდზედამხედველობა, ეპიდსიტუაციის მართვა, კონტროლი, ბიოსტატისტიკის წარმოება, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა და სხვა პროგრამები) გამომდინარე, უფლებების გარდა, უნდა გააჩნდეს შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური და შრომითი რესურსები ასე აღნიშნული საქმიანობის განსახორციელებლად ადმინისტრაციულ უფლებების გარდა, ეკონომიკური მეთოდებით მართვის შესაძლებლობაც ჰქონდეს.

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

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

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

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

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

მართვირობის პრინციპების შესაბამისად შეიძლება გამოვყოთ მართვის სამი დონე:

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

ადმინისტროს მიერ მართვა ნიშნავს ეკონომიკური ფორმით

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

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

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

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

საბაზრო ურთიერთობათა თავისებურებანი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

განდაცვა, როგორც საზოგადოებრივი მეურნეობის ერთ-ერთი დარგი, ხასიათდება ზოგიერთი ისეთი პარამეტრით, რომელიც ვერ იქნება საბაზრო მექანიზმების ტრადიციულ ჩარჩოებში.

ეს პარამეტრებია:

საზოგადოებრივი პროდუქტის თვისებები, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთ სახეს ახასიათებს;

საზოგადოებრივი კეთილდღეობა, რომელსაც ეკონომიკური თეორია სამეურნეო საქმიანობის განსაკუთრებულ სახედ მიიჩნევს. მისთვის დამახასიათებელია ორი ასპექტი, რაც განასხვავებს ინდივიდუალური მოხმარების პროდუქტისაგან - ***ინდივიდუალური კეთილდღეობისაგან:***

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

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

"საზოგადოებრივი კეთილდღეობის" კიდევ ერთი თავისებურება ანაზომარებლო ეფექტი ვრცელდება იმ პირებზეც, რომლებიც

არ მონაწილეობენ საბაზრო შეთანხმებაში. მომსახურების სახე მიმართულია რომელიმე ერთი, კონკრეტული პირისკენ, ხოლო მისი ეფექტი ვრცელდება მოსახლეობის დიდ ჯგუფზე. ინდივიდუალურ საჭიროებას ემატება დამატებითი ე.წ. ***"გარე ეფექტი"***. ამის კლასიკური მაგალითია ზოგიერთი ინფექციური დაავადებების თავიდან აცილება იმუნიზაციის საშუალებით. **აცრა ხელსაყრელია არა მარტო რომელიმე კონკრეტული პირისათვის, არამედ საზოგადოებისათვის მთლიანად.** ეს გარემოება კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმ ჭეშმარიტებას, რომ რესურსების განაწილება, დამყარებული მხოლოდ გადახდისუნარიან მოთხოვნასა და მეწარმეთა მოტივაციაზე, სრულად ვერ აკმაყოფილებს საზოგადოების მოთხოვნებს.

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

"საზოგადოებრივი კეთილდღეობის" მახასიათებლების მქონე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში შექმნილია მედიკურ-სანიტარიული კეთილდღეობის ან სხვა სიტყვებით, ***საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური.***

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

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

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

გადახრას. ეკონომიკური თეორია მათ ***ბაზრის შეცდომებს*** უწოდებს.

მოსახლეობის არასაკმარისი ინფორმირებულობა

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

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

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

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

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

კაპიტაციური ნორმატივი.

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

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

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

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

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

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

ზემოაღნიშნულიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ აუცილებელია სამედიცინო

დახმარების მოცულობისა და სტრუქტურის მიმანმიმართული მართვა.

თანასწორობა სამედიცინო დახმარებაში

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

თანაბრობის მისაღწევად აუცილებელი ხდება საბიუჯეტო სახსრების იმგვარად გადანაწილება, რომ თანხის მეტი წილი მიმართოს ღარიბ, უმწეო მოსახლეობას, ბავშვებს, ქრონიკულად მოგვალე პირებს.

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

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

ჩამოთვლილი მექანიზმები გარკვეულწილად მღუდავს ბაზრის

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

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ძირითადი სტრატეგიული
მიზნების გათვალისწინებით ნათელია, რომ მოსახლეობის
ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშესაწყობად და
გასაუმჯობესებლად საჭიროა რაციონალური ჯანდაცვის სისტემის
გეგმური საწყისების ფორმირება და გაძლიერება. საბაზრო
ურთიერთობებისათვის დამახასიათებელი მექანიზმები კი
მაქსიმალურად უნდა მიესადაგოს გეგმაზომიერად მოქმედ
ჯანდაცვის სისტემას.

გეგმური საწყისებისა და ბაზრის მარეგულირებელი ელემენტების
ამგვარი შეხამება მართვადი სისტემის შექმნის შესაძლებლობას
იძლევა.

რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის
ზოგიერთი მახასიათებელი

რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის მოდელში შეიძლება
განხილულ იქნეს ოთხი ძირითადი მიმართულება:

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

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

ბალანსება ფინანსურ შესაძლებლობებთან. ეს ცენტრალური და
საშხარეო ორგანოების მხრიდან გულისხმობს გეგმაზომიერი
რეგულირების გაძლიერებას;

3. სახელმწიფო პოლიტიკის (მაკროთანაფარდობის) ჩარჩოებში
სამედიცინო დახმარების მიმღებს (მყიდველს) საშუალება უჩნდება
აირჩიოს სამედიცინო დახმარების მოცულობა და სტრუქტურა. ეს
ფაქტორები თანდათანობით ტრანსფორმირდება სამედიცინო
დაწესებულებებისათვის კონკრეტულ შეკვეთაში და ხორციელდება
ხელშეკრულებო პირობების მიხედვით, ხოლო მათი ანაზღაურება
ხდება შეთანხმებული მოცულობის ფარგლებში;

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

ამგვარი მოდელის დადებითი მხარე გეგმური და
მარეგულირებელი საწყისების შერწყმაა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს მეტად
შეზღუდული დაფინანსების პირობებში. სახელმწიფო
ვალდებულებათა მისადაგება ფინანსურ შესაძლებლობებთან
ძირითადი პრობლემაა, რომლის მნიშვნელობა განისაზღვრება
სამედიცინო ბაზრის ზემოაღნიშნული თავისებურებებით, რადგან
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემამ შეიძლება შთანთქას
ეკონომიკური რესურსი ნაკლებად თვალსაჩინო აღქმვადი
ეკონომიკური შედეგებით. ამ პირობებში აუცილებელი ხდება მრავალი
ალტერნატიული ღონისძიების გაგარება მაკროწონასწორობის
შესანარჩუნებლად სამედიცინო დახმარების მოთხოვნასა და
მიწოდებას (მიწოდებას) შორის. ერთი მხრივ, ეს შესაძლებელია
ეკონომიკურად მისაღებლო და ნორმატიული აქტების მეშვეობით, რომელებიც
ზღუდავენ ძვირადღირებული რესურსების გამოყენების ზრდას,
რასაც მეუწყობს ეფექტური ტექნოლოგიების დანერგვასა და სხვ.
მეორე მხრივ, განისაზღვრება ზოგიერთი გასაწევი მომსახურების
ნუსხა.

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

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

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



თავი VII

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზოგიერთი ცნების განმარტება. დეფინიციები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა – ფართო გაგებით გულისხმობს საზოგადოების ორგანიზებულ ძალისხმევას მოსახლეობის ჯანმრთელობის განმტკიცებისა და დაავადებათა თავიდან აცილების ღონისძიებათა განხორციელებაში, დარგთაშორის (სექტორთაშორის) ქმედებებზე დაყრდნობით ფართომასშტაბიანი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის ტრადიციული სამსახურების რეორგანიზაცია-რეორიენტაციის მეშვეობით, საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას, დიაგნოსტიკას, თავიდან აცილებას, პროფილაქტიკას, ფიზიკურ, სოციალურ და პროფესიულ რეაბილიტაციას; მოიცავს მოსახლეობის, სამედიცინო პერსონალის მობილიზაციის შესაძლებელ კომპონენტებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური მმართველობისა და თვითმმართველობის ორგანოების ხელშეწყობით სახელმწიფოს, რეგიონის, რაიონის (ქალაქის), თემის დონეზე თავის საქმიანობას ახორციელებს პროფილაქტიკური პროგრამების რეალიზაციის გზით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფერო მოიცავს საზოგადოებრივად სასარგებლო მოღვაწეობას და შესაბამის შრომით საქმიანობს, რომელიც ამ საზოგადოებაში ყოველი ადამიანის ჯანსაღი სულიერი და ფიზიკური მდგომარეობის დაცვის, შენარჩუნებისა და აღდგენას ემსახურება და მიმართულია ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს განვითარებისა და ჯანსაღი ყოფის პირობების შექმნისაკენ.

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

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

მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფებისათვის საჭირო დამატებით
სამკურნალო თუ პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას
საქმიანობის პროცესში მოიპოვებს საჭირო ინფორმაციას
მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა
დახასიათებისათვის და მობილიზაციას უწევს აუცილებელ
მატერიალურ თუ ფინანსურ რესურსებს შექმნილი რეალური
მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური**, შესაბამისი სამართლებრივი ნორმებისა და ადამიანთა უფლებების გათვალისწინებით ასრულებს საზოგადოებრივ სამართლებრივ პრაქტიკულ ამოცანებს მხარისა და რაიონის (ქალაქის) ღონეზე და სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამსახურებთან ერთად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენია.
- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური** სამ ძირითად ფუნქციას ასრულებს: მოსახლეობას უწევს კონკრეტულ სამედიცინო დახმარებას, ხელს უწყობს საზოგადოებაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას და ჯანსაღი გარემოს შენარჩუნებას. ეს ღონისძიებები მიეკუთვნება საზოგადოებისათვის აუცილებელი ღ სასიკეთო საქმიანობის იმ ოშვიათ კატეგორიას, რომელიც საშუალებას იძლევა შედარებით მცირე დანახარჯებით მაქსიმალური სარგებლობა მოუტანოს საზოგადოების ჯანმრთელობას და ამით ხელი შეუწყოს ახალ ფორმაციაში გადასული ქვეყნის ეკონომიკურ წინსვლას.
- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვა** არის საზოგადოების ორგანიზაციული ძალისხმევით დაავადებათა პროფილაქტიკის უზრუნველყოფის, მათი თავიდან აცილების, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და გახანგრძლივების ხელოვნება და მეცნიერება საბოლოო ჯამში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად –

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

თავი VIII

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ფუნქციები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ფუნქციებია:

1. ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, რომელიც გულისხმობს:

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

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

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

3. გარკვეული სოციალური ჯგუფების სამედიცინო დახმარება – გულისხმობს:

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

4. ჯანმრთელობის ხელშეწყობა – მასში შედის ისეთი ღონისძიებები, როგორიცაა:

- ჩასატარებელი მოქმედების მეთოდოლოგიის განსაზღვრა;
- მოსახლეობის განათლება, ფინანსური და სამართლებრივი უზრუნველყოფა, საზოგადოების განვითარება და მოსახლეობისათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის არჩევაში დახმარების გაწევა;
- ჩვევების განსაზღვრა;
- ქცევების შეცვლა;
- სექტორთაშორისი (დარგთაშორისი) ურთიერთობები და მოქმედებანი.

5. ეფექტური მკურნალობის ხელშეწყობა (არაეფექტური მკურნალობის შეზღუდვა) მოიცავს:

- მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის (მკურნალობის ხარისხის) შეფასებას, რაც დღეს ან საერთოდ არ ხდება ან ნაკლებეფექტურია;
- მკურნალობის ეფექტიანი მეთოდების დანერგვას;
- ქცევებისა და დამოკიდებულებების შეცვლაზე ზეგავლენას;

- ჯანდაცვის სამსახურების საქმიანობის შესწავლის სტრატეგიის განვითარების აუცილებლობას.

6. გამოკვლევების ჩატარება, მიზეზთა ძიება:

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

ყოველივე ამის გასაკეთებლად საჭიროა:

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

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

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

ჩვენს ქვეყანაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური სრულიად უღიმღამოდაა უზრუნველყოფილი სამუშაო პირობებით.

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

ეპიდემიოლოგიური კვლევის არსი, სახეები და მეთოდები საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში

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

ტერმინი ეპიდემიოლოგია შედგება სამი ბერძნული სიტყვისაგან: ეპი - epi დემოს - demos, ლოგოს - logos. ტერმინის შინაარსიდან გამომდინარე **ეპიდემიოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც იკვლევს ფაქტორებს, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ მოსახლეობაზე.**

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

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

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

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

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

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

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

- **დესკრიპტული, ანუ აღწერითი ეპიდემიოლოგიური კვლევა**
- **ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევა**

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია:

ავადობისა და სიკვდილის მაჩვენებლების სტანდარტიზაცია;

ავადობისა და სიკვდილის სტრუქტურის დადგენა;

ძირითადი ლოკალიზაციების (ძირითადი ორგანოების) და ნოზოლოგიების დაზუსტება;

ავადობისა და სიკვდილიანობის ტენდენციების მონიტორულ კონტროლზე აყვანა (ტრენდი);

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

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

სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ საშუალებებზე, აპარატურაზე, საწოლებზე, ამბულატორიებზე და ა.შ. ქვეყნის, თითეული რეგიონის, ქალაქისა და რაიონის მოთხოვნილების განსაზღვრა.

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

დაავადების (ავადობის) სიხშირის მაჩვენებლები;

პრევალენტობა (დაავადებიანობა, გავრცელება), ინსიდენტობა, (ავადობა);

ავადობის სიხშირის უხეში მაჩვენებელი;

წლოვანებისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი;

სიკვდილიანობის სიხშირის უხეში მაჩვენებელი (Crude Death Rate-CDR);

ახალშობილთა სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Infant Mortalite Rate-IMR);

აღრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Early Neonatal Mortalite Rate-ENMR);

ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Neonatal Mortalite Rate-NMR);

გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Late Neonatal Mortalite Rate-LNMR);

პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Post Neonatal Mortalite Rate-PNMR);

მკვდრადშობადობის სიხშირის უხეში მაჩვენებელი (Stillbirth Rate-SP);

პერინატალური სიკვდილიანობის სიხშირის მაჩვენებელი (Perinatal Mortalite Rate-PMR);

ფერტილობის სიხშირის მაჩვენებელი (Fertility Rates);

ფატალურ შემთხვევათა სიხშირის მაჩვენებელი (Case Fatality Rate–CFR);

ავადობის მაჩვენებელთა სტანდარტიზაცია;

წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული ავადობის მაჩვენებელი;

წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული ავადობის შეკვეცილი მაჩვენებელი სტანდარტიზებული ავადობის სიხშირის შეფარდების მაჩვენებელი;

ავადობის სტანდარტიზებული შეფარდების მაჩვენებელი;
ავადობის პროპორციული შეფარდების მაჩვენებელი;
ავადობის კუმულაციური რისკი.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით შესაძლებელია:

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

დაავადებებს ეთიოლოგიისა და პათოგენეზის დადგენა;

მაღალი რისკის ჯგუფების ფორმირება.

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდები

ეპიდემიოლოგიური კვლევის დაგეგმვა;

კოჰორტული კვლევა;

კვლევა შემთხვევა-კონტროლით;

მიზეზ-შედეგობრივი ასოციაციის ეპიდემიოლოგიური;

შეფარდებითი რისკის (Relativi Risk) მაჩვენებლები;

ატრიბუტიული რისკის (Atributable Risk) მაჩვენებლები;

შემთხვევა-კონტროლის კვლევა დაწვრილების მეთოდებით;

თითოეული კვლევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები;

რეტროსპექტული კოჰორტული კვლევა;

რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევა;

შერევის ფაქტორი და სტრატიფიკაციული ანალიზი;

სტრატიფიკაციული ანალიზი antel-Haenszel-ის მეთოდით;

გამოკვლევის დიაგნოსტიკური ფასეულობისა და ეფექტურობის შეფასება - დიაგნოსტიკური ტესტის მგრძნობელობა და სპეციფიკურობა;

დიაგნოსტიკური გამოკვლევის პოზიტიური და ნეგატიური შედეგების წინასწარმეტყველების კოეფიციენტები;

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით შეისწავლება: მკურნალობის შორეული შედეგები;

დიაგნოსტიკური მეთოდების ეფექტურობა (სპეციფიურობა, მგრძნობელობა, დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა) და კადრების კვალიფიკაცია;

სკრინინგ-პროგრამების ეფექტურობა (სპეციფიურობა, მგრძნობელობა, დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, ცრუ-უარყოფითი და ცრუ-დადებითი შედეგების ოდენობა);

წარმოებული სამუშაოებით ეფექტურობის შეფასება;

დაავადებათა წინააღმდეგ ბრძოლის სტრატეგიისა და პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა;

შემუშავებული პროგრამების ოპტიმიზაცია;

ადამიანის გარემოში (საცხოვრებელი, სამუშაო და ქუჩის ჰაერი, სასმელები, სახნავ-სავარგულები, მწვანილი, ბოსტნეული, ხილი, თამბაქოს ნაწარმი, ფართო მოხმარების საყოფაცხოვრებო საქონელი) კანცეროგენული აგენტების ექსპოზიციის მონიტორინგი;

პრევენციაზე საღაზღვევო სისტემის ორგანიზაცია;

პრევენციაზე ბიუჯეტის დაგეგმვისა და მართვის ეკონომიკური დასაბუთება;

პრევენციაზე კანონმდებლობის მომზადება და მისი აღსრულების ინტრასექციური მექანიზმის მოქმედების კონტროლი.

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

ამავე დროს აღნიშნული საკითხების პარალელურად აუცილებელია დაავადებათა რეგისტრაციის ორგანიზაციული მეთოდოლოგიური საკითხების შესწავლა. ვინაიდან თუ სრულყოფილად და სრულფასოვნად არ იქნება რეგისტრირებული ყველა შემთხვევა, ვერ მოხერხდება სარწმუნო სტატისტიკური მაჩვენებლის მიღება და სრულფასოვანი ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარება.

ეპიდემიოლოგიაში ხშირად ხმარებული ტერმინების განმარტებები

ეპიდაფეთქება – ავადობის დონის ხანმოკლე მატება მოსახლეობის შეზღუდულ ჯგუფში, რომელის დაავადება

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

ეპიდემია – მოსალოდნელი (ფონური) ავადობის დონის მნიშვნელოვანი მატება მოცემულ ტერიტორიაზე ან კონკრეტულ ადამიანთა ჯგუფში დროის განსაზღვრულ (სეზონურად ხანგრძლივ) მონაკვეთებში; მაგალითად, დიფთერიის ეპიდემია შეიძლება ეპიდაფეთქებაც).

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

ენდემიური დაავადება – მოცემული ადგილისათვის (ტერიტორიისათვის) დამახასიათებელი დაავადება, დაკავშირებული ამ ტერიტორიაზე არსებულ ბუნებრივ ან სოციალურ პირობებთან, რომელიც აუცილებელია ეპიდემიოლოგიური პროცესის შენარჩუნებისათვის.

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

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

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

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

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

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

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

ვეტერინარიული კარანტინი – იგივე ღონისძიებები ცხოველებთან მიმართებაში.

თავი IX

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ძირითადი მიზნები და ამოცანები

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

- განსაზღვრავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რომელთა პროფილაქტიკა შესაძლებელია ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე ახორციელებს დაავადებებზე მეთვალყურე ზედამხედველობას, ატარებს კონტროლის, პროფილაქტიკისა და ჯანდაცვის ეფექტურ ღონისძიებებს, ასრულებს მაკოორდინირებელი სამსახურის ფუნქციებს;
- ორგანიზაციას უწევს სახელმწიფო პროფილაქტიკურ პროგრამებს, გამოკვლევებს, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სტანდარტების დასადგენად, ხელს უწყობს სწავლებას, უსაფრთხო და სასურველი სამუშაო გარემო პირობების შექმნას, დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის განხორციელებისათვის ამზადებს ეროვნულ კადრებს;
- ხელმძღვანელობს პროგრამებს სრულყოფილი ლაბორატორიული სამსახურების ჩამოყალიბებისა და ფუნქციონირების გასაუმჯობესებლად, პასუხისმგებელია ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების კონტროლზე, ეკოლოგიურ უსაფრთხოებაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციებს კონსულტაციას უწევს მათ მიერ განხორციელებული პროფილაქტიკური და დაავადებათა კონტროლის ღონისძიებათა საკითხებზე.

განსაზღვრული სტრატეგიიდან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა სრულად ასახავს სახელმწიფოს ვალდებულებას

საკუთარი მოსახლეობის წინაშე დაავადებათა თავიდან აცილებისა და პროფილაქტიკის სფეროში.

მიზნები და ამოცანები

სახელმწიფოს მიერ დაკისრებული ფუნქციებიდან გამომდინარე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური:

- მეთოდურ ხელმძღვანელობას უწევს ქსელს ჯანდაცვითი პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებასა და განვითარებაში, ხელს უწყობს დაავადებათა და ტრავმატიზმის პროფილაქტიკას, ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემოს შექმნის ღონისძიებებს;
- სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად მართავს ეკოლოგიურად არასასურველი აგენტების გამოვლენის პროცესს;
- კონსულტაციებს უწევს და რეკომენდაციებს აძლევს მოსახლეობას, ცალკეულ პირებსა და ორგანიზაციებს ჯანდაცვის და უსაფრთხო გარემოს საკითხებზე;
- თანამშრომლობს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ბიოუსაფრთხოების პროგრამათა განხორციელებისა და სწავლებათა ხელშეწყობის მიზნით;
- გარემოს დაცვის სამსახურებთან ერთად მონაწილეობს გარემოს დაცვის ღონისძიებათა განხორციელებაში.

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

- ძირითადი მიზნებიდან გამომდინარე, მონაწილეობს ჯანდაცვის სწორი ორგანიზაციული პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში, დაავადებათა პროფილაქტიკის სფეროში კონსულტაციებს ატარებს სხვა ორგანიზაციებისა და უწყებების წარმომადგენლებთან, საერთაშორისო სააგენტოებთან, ატარებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სამედიცინო საგანმანათლებლო ღონისძიებებს;
- ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისი პროგრამებს

განსაუმჯობესებლად კოორდინაციას უწევს და წარმართავს გამოკვლევებს, ხელს უწყობს სახელმწიფო შესაძლებლობების ჩამოყალიბებას, რათა გამოკვლევების საფუძველზე მიღებულ იქნეს საჭირო შედეგები, მეცნიერულად დასაბუთებული გადაწყვეტილებები.

- ქვეყანაში დაავადებათა შემოტანისა და გავრცელების რისკის შემცირების მიზნით მონაწილეობს დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროცესში.
- ინტერსექტორული თანამშრომლობით ხელს უწყობს და ხელს უწყობს იმ ქმედებებს, რომელიც ტექნიკური და სამედიცინო ექსპერტიზის გამოყენებით მაქსიმალურ სარგებელს მოუტანს მოსახლეობის ჯანმრთელობას.
- კოორდინაციას უწევს რეგიონებსა და რაიონებში საჭირო ლაბორატორიების მოზიდვას, რათა ადგილობრივ სამსახურებს ჰქონდეს საკუთარი ინფრასტრუქტურის შექმნის, დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის შესაძლებლობა.
- კოორდინაციას უწევს ბუნებრივი და ადამიანის მიერ გამოწვეული კატასტროფის შედეგების ლიკვიდაციის, საერთაშორისო დახმარების, სოციალურად ნაკლებად დაცულ და დაუცველთა მდგომარეობის შემსუბუქებისა და ეპიდემიების თავიდან აცილების პროცესს.
- კავშირი აქვს ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, ფონდებთან (USAID,^WHO, PAHO, UNISEF, WORLD BANK) ურთიერთობით კერძო და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, რომლებიც ჩართულნი არიან ჯანდაცვის საჭირო ღონისძიებათა განხორციელებაში.
- კოორდინაციას უწევს ჯანდაცვის დაწესებულებების შიგა ხარისხის გაზრდას პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარების მიმართულებით.
- ზემოთ ჩამოთვლილი ფუნქციების შესრულებისას თანამშრომლობს სხვა სამსახურებთან.
- ხელმძღვანელობს და კოორდინაციას უწევს ეროვნული პროფილაქტიკური პროგრამების დაგეგმვას, რათა შეინარჩუნოს და გააუმჯობესოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, დაავადებისა და ტრავმატიზმის პროფილაქტიკის მეშვეობით აიცილოს ზედმეტი სიკვდილიანობა.

ფუნქციის განსახორციელებლად ეხმარება სახელმწიფო მმართველობის ორგანოებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

პრობლემების კონტროლის შესაძლებლობების გაზრდაში.

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი სამსახურების მეშვეობით მოსახლეობას უტარებს კონსულტაციებს და აძლევს რჩევებს, უწევს მიზანდასახულ დახმარებას და ინფორმაციას აწვდის პროფილაქტიკური მიმართულებების შესახებ.

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

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

- ეპიდზედამხედველობის, რეგისტრაციის, მიმოხილვის, ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული კვლევების ნორმატიული და სადიაგნოსტიკო-ლაბორატორიულ მონაცემთა საფუძველზე აღწერს და აფასებს გარემოს ზემოქმედებასა და ავადობის არასასურველ შედეგებს შორის კავშირს.

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

- მავნე ეკოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედების შედეგების შესწავლით ხელს უწყობს ახალი ეპიდტექნოლოგიების განვითარებას.

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

- ხელმძღვანელობს სპეციალურ სიტუაციურ პროგრამებს.

მმართველობის კოორდინაც

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, მმართველობის კოორდინაციო ფუნქცია-მოვალეობებიდან გამომდინარე:

ახორციელებს დაავადებათა კონტროლისა და ეპიდემიოლოგიური საქმიანობის საყოველთაო კოორდინაციასა და მართვას;

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

განსაზღვრავს სოციალურად საშიშ და მნიშვნელოვან დაავადებებთან ბრძოლის ამოცანებსა და მიზნებს;

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევისას ახდენს სარეაგირებადი ჯანდაცვის ფუნქციათა კოორდინაციას;

საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ურთიერთთანამშრომლობით წარმართავს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და კონტროლის სფეროსთან დაკავშირებულ საქმიანობს;

საჭიროების შემთხვევაში ტექნიკურ დახმარებას უწევს ცენტრალურ და ადგილობრივ ჯანდაცვის სამსახურებს, აგრეთვე ქალთა და სხვა ორგანიზაციებს;

ახორციელებს სამედიცინო პროფილაქტიკური პროგრამების შემუშავებას და კოორდინაციას;

ყოველწლიურად სწავლობს და აანალიზებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას;

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

ითანამშრომლებს ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან ჯანდაცვითი სამსახურების კოორდინირებულ მუშაობას პროგრამებით გათვალისწინებულ სფეროში;

კოორდინაციას უკეთებს პაციენტთა და სამედიცინო დახმარების მიმღებელთა ურთიერთობას;

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს აკავშირებს ჯანდაცვაში მომუშავე სხვა სუბიექტებთან, სამთავრობო ორგანიზაციებთან და კერძო პრაქტიკური საქმიანობით დაკავებულ ჯგუფებთან;

აწარმოებს სამედიცინო ინფორმაციის საფუძველზე სრულყოფს სამეცნიერო-საგანმანათლებლო საქმიანობასა და ეპიდემიოლოგიური, ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით;

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

ეპიდზედამხედველობის პროგრამების მართვის ფუნქცია

ეპიდზედამხედველობის პროგრამების მართვის მიზნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური:

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

ხელს უწყობს ეპიდემიოლოგთა საქმიანობას;

გეგმავს, აღგენს და რეგისტრირებას უკეთებს ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ სტატისტიკურ ანგარიშს, ამზადებს სპეციალურ ანგარიშებს ეპიდსიტუაციის შესახებ;

მოიძიებს ყველა საჭირო ინფორმაციას ეპიდზედამხედველობის შესახებ;

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

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

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

სხვა პროგრამათა მართვის, დაგეგმვისა და შეფასების ზოგადი ფუნქცია

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

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

შეიმუშავებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოკლე და გრძელვადიან პროგრამათა პროექტებს ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროსთვის გეგმაში გასათვალისწინებლად და ამ პროექტებს წინასწარ ათანხმებს ეკონომიკის, იუსტიციის, ფინანსთა სამინისტროებთან, სხვა უწყებებთან;

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

რეგულარულად სწავლობს და აანალიზებს პროფილაქტიკური პროგრამებიდან გამომდინარე ძირითად საქმიანობას;

ამუშავებს საინფორმაციო სისტემების პროგრამებს;

აანალიზებს პროგრამების შესრულებისა და მიმდინარეობის შესაბამისობას მოქმედ კანონმდებლობასთან;

კოორდინაციას უკეთებს სამსახურების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციასა და ანგარიშებსა და ინფორმაციას;

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

ეხმარებას უწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს ადგილობრივ მმართველობით-ორგანიზაციულ საქმიანობაში, კოორდინაციას უკეთებს მუნიციპალური პროგრამების განხორციელების განსაზღვრასა და შეფასებას;

ახორციელებს ფინანსური მომსახურებისა და ანალიზის, ინფორმაციული სისტემების ჩამოყალიბება–განვითარების, რესურსთა მენეჯმენტს;

უზრუნველყოფს პროცესში მონაწილე სამსახურების ადმინისტრაციულ, სამენეჯმენტო მომსახურებას;

უზრუნველყოფს სისტემის დაწესებულებების ინფორმაციულ ურთიერთკავშირებს;

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

მონაწილეობს ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიული მიზნებისა და

ამოცანების ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში;

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

ზედამხედველობის განხორციელების მიზნით, მუდმივად აგროვებს ინფორმაციას დაავადებათა შესახებ;

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

ხელმძღვანელობს რეაქტივების, ტესტ-სისტემების სტანდარტიზაციასა და განაწილებას;

უზრუნველყოფს ქვეყანაში ექსპერიმენტული ვაქცინების, ანტიტოქსინების, კანის ტესტირებისათვის საჭირო ანტიგენების, იმუნური სეროგლობულინებისა და სხვა საშუალებების მუდმივი მარაგის არსებობას;

გამოსცემს და ავრცელებს სხვადასხვა სახის ცნობარებს, ბიულეტენებს;

ხელმძღვანელობს გამოკვლევებს დაავადებათა გადამტანების იდენტიფიცირების შესახებ;

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

საჭიროების შესაბამისად აყალიბებს სახელმწიფოს მიზნობრივ სტრატეგიას "ჩარევის სტრატეგიის" დასაფუძნებლად;

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

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

ატარებს მიზნობრივ გამოკვლევებს მიმდინარე პროგრამების გასაუმჯობესებლად;

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

მონაწილეობს საკარანტინო პროგრამების განხორციელებაში, რათა სახელმწიფო დაიცვას სხვა ქვეყნებიდან ინფექციური დაავადებების გავრცელებაში;

ამყარებს კავშირს სამთავრობო ორგანიზაციებთან და საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან;

ხელს უწყობს სხვადასხვა ქვეყნებთან თანამშრომლობას.

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

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

- ადგენს პროფესიული უსაფრთხოების უზრუნველყოფის უახლეს ტენდენციებსა და მიდგომის გზებს;
- შეიმუშავებს სამედიცინო კრიტერიუმებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ხანგრძლივ სიცოცხლეს, შრომისუნარიანობას, ამავე დროს ხელს უწყობს ლატენტური დაავადებების იდენტიფიცირებას;
- უწევს მიზნობრივ დახმარებას, მონაწილეობს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში;
- სახელმწიფოებრივ და ადგილობრივ დონეზე ახორციელებს პროგრამების ხელმძღვანელობას, დაგეგმვას, მართვას, კოორდინირებასა და მონიტორინგს.

ამ ამოცანის შესრულების პროცესში:

ატარებს კონსულტაციას, სწავლებას, სტატისტიკურ, დამხმარე, საგანმანათლებლო, ეპიდემიოლოგიურ და სხვა ტექნიკურ მომსახურებას, რათა ცენტრალური და ადგილობრივი ჯანდაცვის სამსახურებს გაუწიოს დახმარება დაგეგმვის, განვითარების, პროგრამათა მართვის განხორციელებისა და გაუმჯობესების მიზნით;

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

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

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

ხელმძღვანელობს კვლევით სამუშაოებს ვაქცინაციასდაქვემდებარებულ დაავადებათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის მიზნით;

ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემას დახმარებას უწევს იმ განსაზღვრული დაავადების მედამხედველობაში, რომლისთვისაც განკუთვნილი იმუნიზაციის პროგრამები;

იმუნიზაციის პროცესში მედამხედველობას უწევს ადგილობრივ პასუხისმგებელ პირებს;

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

ტექნიკურ დახმარებას უწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, რათა განახორციელონ ინფექციური დაავადებათა ეპიდგამოკვლევა, დიაგნოსტიკა, პროფილაქტიკა, კონტროლი და მართვა;

დახმარებას უწევს სხვადასხვა სამსახურებს ინფექციური დაავადებათა კონტროლის პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში.

თავი X

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის როლი და ფუნქციები

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

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

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

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

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

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

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

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

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსების მიზნით

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

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

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

ტერიტორიულ ავტონომიურობა საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში.

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

"ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ" საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის №723 ბრძანებულების შესაბამისად საქართველოს მთელს ტერიტორიაზე ჩამოყალიბებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრები, რომელთაც დაევალათ შესაბამის ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე ჯანდაცვითი პროცესების მართვა-კოორდინაცია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებისა და პროფილაქტიკურ პროგრამათა დაფინანსება სახელმწიფო ვალდებულებათა მიხედვით (დღეს მოქმედი სქემა, დანართი 1).

"ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო ფონდებისა და რაიონული (საქალაქო) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების შექმნის შესახებ" საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის 1998 წლის 15 იანვრის ბრძანების შესაბამისად დამტკიცებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრების ტიპური დებულება.

ამჟამად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები ასრულებენ სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ (ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეზე) ცენტრალურ და მუნიციპალურ სახელმწიფო სამედიცინო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

"საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ" საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 26 დეკემბრის №687 ბრძანებულებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო (რაიონული) სამსახურის ერთ-ერთი ადგილობრივი სტრუქტურული

ერთეულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო (რაიონული) ცენტრი.

"ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონის (მუხლი 53, პუნქტი 1,2. ა); ბ); მუხლი 54; მუხლი 57) და მოქმედი სხვა შესაბამისი კანონებიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის შემდგომი ორგანიზაციული მოწყობისა და ფუნქციონირებისათვის საჭირო სამართლებრივი საფუძველი (ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა).

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

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

(სარეკომენდაციო ჩამონათვალი)

I **ადმინისტრაცია**

დირექტორი
დირექტორის მოადგილე – 1 (პროგრამის ხელმძღვანელი)
მთავარი სპეციალისტი – 1 (იურისტ-ეკონომისტი)
სპეციალისტი – 1 (საერთო განყოფილების თანამშრომელი)

II **ინფორმაციულ–ანალიტიკური განყოფილება**

მხარის ცენტრალური ქალაქის დონე

მთავარი სპეციალისტი – 2 (პროგრამისტ-ანალიტიკოსი, სტატისტიკოსი)
უმცროსი სპეციალისტი – 2 (ინფორმაციულ ტექნოლოგიათა სპეციალისტი, ოპერატორ-სტატისტიკოსი)

რაიონის დონე

მთავარი სპეციალისტი – 1 (სტატისტიკოსი)
უმცროსი სპეციალისტი – 1 (ინფორმაციის ტექნოლოგიათა სპეციალისტი)

III **ეპიდზედამხედველობისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის განყოფილება**

მხარის, ცენტრალური ქალაქის დონე

მთავარი სპეციალისტი – 3 ექიმი-ეპიდემიოლოგი, სოციალური მუშაკი, ექიმი-პრევენციონისტი
უმცროსი სპეციალისტი – 2 ეპიდთანაშემწე

რაიონის დონე

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

IV. საფინანსო–ეკონომიკური განყოფილება

მთავარი ბუღალტერი – 1

წამყვანი სპეციალისტი (ბუღალტერი) – 1

სულ –

მხარის ცენტრალური ქალაქის დონე 14 საშტატო ერთეული (შრომითი რესურსი)

რაიონის დონე – 10 საშტატო ერთეული (შრომითი რესურსი)

რეკომენდებულია:

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

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

საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვ

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

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

ღონისძიებულებათა შესაბამისად შეძლებისდაგვარად ითვალისწინებს სტრალური, სამხარეო და მუნიციპალური (ადგილობრივი) პროგრამები, ხოლო ამის მიუხედავად უზრუნველყოფს უწყება.

შესაძლებელია შეიქმნას საუწყებო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, რომელიც უწყების (რკინიგზის, სანაოსნოს, სამხედრო უწყების და სხვ.) ინტერესებს იცავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში. ასეთი უწყება უშუალოდ პასუხისმგებელი იქნება შესაძლებლებისა და სახელმწიფო ცენტრალურ ორგანოთა წინაშე. ტერიტორიულ-სტრუქტურულ მმართველობით რგოლში ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის განყოფილებებში გათვალისწინებულ უნდა იქნეს პროფილაქტიკისა და სამედიცინო ინფორმაცია-სტატისტიკაზე მომუშავე კადრების შეკვეცა.

პერსპექტივა

განვითარების მიმართულება	-	დიაგნოსტიკური ბაზა, საინფორმაციო, პროგრამული, საპროექტო, ანალიტიკური სამუშაოები (საზოგადოებრივ საწყისებზე), მომუშავე კადრები.
ხარისხი, ანალიზი	-	პროგრამული სამუშაოების შესრულება (მიმნობრივ ღონისძიებათა კომპლექსი)
კომპონენტი		წინადადებების, გადაწყვეტილებათა
განმრთელობისა და		პროექტების შემუშავება, მეთოდურ-
სოციალური დაცვის		ინსტრუქციული სამუშაოების
სისტემის სფეროში		ჩატარება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	სამხარეო საზოგადოებრივი
საქართველოს ტერიტორიული	ჯანდაცვის ცენტრი, რომლის
მოწყობის მოსალოდნელი	სტრუქტურულ ერთეულს

ცვლილების (ფედერალიზმზე აქცენტირება) პერსპექტივით		რაიონული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განყოფილებად (რაიონში ფილიალის სახით)
სამოქმედო არე	-	მხარის ტერიტორია, ადგილობრივი მოსახლეობა რომელსაც აქვს ერთნაირი ტრადიციები, წეს ჩვეულებები, სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების თანაბარი მაჩვენებლები ადმინისტრირების სამხარეო პრიმატი.
ფუნქციები	-	სახელმწიფო ცენტრალური და სამხარეო პროგრამებით გათვალისწინებული სამუშაოების განხორციელება; პროგრამების გევით, სიტუაციის შესაბამის და სხვა ღონისძიებათა შემუშავება-გატარება დებულების ფარგლებში.
დაფინანსება		- 1. პროგრამით (ცენტრალური და მხარის ბიუჯეტის სუფსიდიები) გათვალისწინებელი 2. ლიცენზირების ფარგლებში უშუალოდ გაწეული მომსახურებიდან შემოსული თანხები; 3. გრანტებით მიღებული შემოსავლები; 4. სხვადასხვა.
მმართველობითი კომპონენტი (ჯანმრთელობისა და დაცვის სისტემის სფეროში)	–	იმავე ჩარჩოებშია, რაც შუალედურ სოციალურ (გარდამავალ) ეტაპზე.
ანგარიშგება	-	უშუალოდ დამკვეთთან ცენტრალურ, სამხარეო, ადგილობრივ (სახელმწიფო პროგრამებით) დონეზე; საფინანსო სტრუქტურებთან (საგადასახადო და სხვა სამსახურებთან)

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

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ლიცენზირება

"სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ" საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის 1 ოქტომბრის №364 ბრძანებულების მე-3, 4 და მე-5 პუნქტების შესაბამისად ლიცენზირებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ლიცენზირება.

ამჟამად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის ლიცენზირებულია:

13. სავალდებულო სამედიცინო საქმიანობა;
13.1 ღონორობის ორგანიზება;
13.2 ეპიდმიოლოგია;
13.3 სადეზინფექციო საქმინობა;
15.3.1 დეზინფექცია;
15.3.2 დეზინსექცია;
15.3.3 დერატიზაცია;
13.4 მოსახლეობის მასობრივი იმუნიზაციის ორგანიზება და ჩატარება;
13.5 სამედიცინო სტატისტიკა;
13.6 სახელმწიფო ღონისძიებანი სამობილიზაციო მომზადებაში, საომარ ვითარებაში, საოკუპაციო თავდაცვასა და ექსტრემალურ სიტუაციაში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურში;
16. სამეცნიერო-კვლევითი სამედიცინო საქმიანობა;
16.2 ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიები (პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა, სამედიცინო რეაბილიტაცია);
16.2.1 აპრობაცია;
16.2.2 დანერგვა;
16.2.3 შემუშავება;
16.4 ახალი ორგანიზაციულ-ეკონომიკური ტექნოლოგიები და ორგანიზაციული ჯანდაცვის მართვის სისტემები;
16.4.1 დანერგვა;
16.4.2 შემუშავება;
17. სანიტარიული განათლება.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტების, განყოფილებების და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციები, უფლება–მოვალეობანი და ურთიერთდამოკიდებულება

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი მონაცემებს იღებს როგორც ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე მოქმედი დაწესებულებებიდან, ასევე უშუალოდ მხარეში არსებული რაიონების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებიდან, ამუშავებს დამტკიცებული ფორმის მიხედვით და წარუდგენს სამხარეო დეპარტამენტს. ქალაქის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის განყოფილებას მონაცემები და მაჩვენებლები მიეწოდება რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისათვის დამტკიცებული ფორმით. რაიონული

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი მიღებულ, გადამოწმებულ და დამუშავებულ ინფორმაციას, აგრეთვე სამედიცინო-სტატისტიკურ და სხვა სახის ინფორმაციას წარუდგენს მხარის ცენტრალური ქალაქის, სამხარეო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრს, შემდგომში როგორც ცენტრალური პროგრამებით გათვალისწინებული სამუშაოების შეფასების, ასევე მათი განხორციელების მიზნით.

ინფორმაციის მოპოვების, მიღების, დამუშავებისა და გადაცემის სქემა

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, როგორც სახელმწიფო სტრუქტურებს, აქვთ შესაბამისი ინფორმაციის მოპოვება-დამუშავებისა და გამოყენების უფლება.

ვინ-ვის, როდის და რა ინფორმაციას მიაწვდის?

სუბიექტები:

ვინ? - სამედიცინო დაწესებულებები, ფიზიკური პირი (შესაძლებელია მედიცინის მუშაკიც კი არ არისდა სხვ.);

ვის? – საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ქალაქი, რაიონი, ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმართველობის განყოფილებები, სამხარეო დეპარტამენტი, სამინისტრო და სხვ.

როდის? – დადგენილ, დამტკიცებულ ვადებში, შესაძლებელია სიტუაციის შესაბამისადაც;

რა? – სტანდარტული და არასტანდარტული მონაცემები, მაჩვენებლები, როგორც დამტკიცებული ფორმების მიხედვით, ასევე სიტუაციიდან გამომდინარე.

გ) ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო პროგრამის პროექტის შემუშავება.

ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები არსებული მონაცემების საფუძველზე შეიმუშავებენ სამედიცინო-პროფილაქტიკურ პროგრამებს, რომელიც გადაეცემა სამხარეო დეპარტამენტს განხილვისა და შემდგომი კორექტირებისათვის.

პროგრამის ძირითადი მიმართულება და ჩარჩო განისაზღვრება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტის

ერ ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის, ქალაქისა და რაიონის ჯანდაცვის განყოფილებების წინადადებათა გათვალისწინებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო და რაიონული ცენტრი წინადადებებს პროფილაქტიკური პროგრამების მოცულობის, აუცილებელი კომპონენტებისა და მიმართულებების შესახებ, წარუდგენს ადგილობრივი მმართველობისა და თვითმმართველობის შესაბამის განყოფილებას, ამზადებს პროექტებს და აუცილებლობის შემთხვევაში იცავს მათ ადგილობრივი მმართველობის ორგანოების წინაშე.

დ) მხარის მოსახლეობის სამედიცინო პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულად და სრულად ჩატარება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო (რაიონული) ცენტრი უზრუნველყოფს უშუალოდ ღონისძიებების ჩატარებას, საორგანიზაციო სამუშაოების შესრულებას (უშუალოდ ჩატარების დროს) ორგანიზაციულ-მეთოდური თვალსაზრისით.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამხარეო დეპარტამენტი (მათ შორის რაიონული, საქალაქო განყოფილება) უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულად და ხარისხიანად ჩატარებას და ხელს უწყობს უწყებათაშორის და ადგილობრივ მმართველობასთან მიმართებაში.

ე) მხარის მოსახლეობაში ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა ორგანიზაცია.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (საქალაქო, რაიონული) ცენტრები ამზადებენ მასალებს, გადიან მიზნობრივ ჯგუფებზე, ორგანიზაციას უკეთებენ მეთოდურ-ინსტრუქციულ მუშაობას და უზრუნველყოფენ შესაბამისი კადრებით. სამხარეო დეპარტამენტი (რაიონული, საქალაქო განყოფილებები) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ორგანიზაციაში ფაქტობრივად ინტერსექტორული ხელშეწყობის დონეზე მონაწილეობს.

ვ) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების კოორდინაცია ა) პუნქტში მითითებული მოცულობით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრები მოქმედებენ ა) პუნქტში მოცემული მოცულობით.

თავი XI

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საინფორმაციო სამსახურის სტრუქტურა და ფუნქციები

როგორც ცნობილია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის წარმატებული განვითარების უზრუნველსაყოფად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის სფეროს გამართულად ფუნქციონირებას. საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მიზანია მოსახლეობის უზრუნველყოფა თანამედროვე სამედიცინო მომსახურებითა და აუცილებელი პრევენციული ღონისძიებებით. ცნობილია, რომ აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს პასუხისმგებლობა ეკისროს ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის ანალიზსა და მართვაზე, დაავადებათა პრევენციის თვალსაზრისით საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზებასა და ჩატარებაზე, სიკვდილიანობის შემცირებასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე. ამავე დროს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის ფუნქციებში შედის ჯანმრთელობის საინფორმაციო სამსახურის ხელმძღვანელობა, ეპიდემიოლოგიური მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისა და დაავადებათა პრევენციის მიზნით, სახელმწიფო, რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების განხორციელების ხელშეწყობა და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან ამ კუთხით თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.

სწორედ ამ მიმართებით უნდა წარმართოს მუშაობა ჯანმრთელობის სტატისტიკისა და საინფორმაციო სამსახურის ცენტრმა, რომლის უშუალო ფუნქციაა ჯანმრთელობის სტატისტიკის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება, შეგროვება და ანალიზი, რაც შემდეგ გამოყენებულ უნდა იქნეს ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრებისა და შეფასებისათვის ქვეყნის მასშტაბით.

ჯანდაცვის ასპექტში ინფორმაციული უზრუნველყოფის გაუმჯობესების მიზნით დღის წესრიგში დგება საკითხი საინფორმაციო მონაცემებიდან იმ აუცილებელი მაჩვენებლების

მიზანდასახულად გამოკვეთის თაობაზე, რომელიც საჭირო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული თუ რაიონული სამსახურების სრულყოფილი საქმიანობისათვის.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, დემოგრაფიული ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია ესაჭიროება პრიორიტეტული მიმართულებების განსასაზღვრავად და მიღებული შედეგების შესაფასებლად. საერთოდ კი, რაიონულ დონეზე საინფორმაციო სისტემის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანად შეიძლება ჩაითვალოს ყველა დონისძიების – მათ შორის არასამედიცინოსიც – ინფორმაციული უზრუნველყოფა, რომელზედაც გარკვეულწილად დამოკიდებულია რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ყოველივე ეს დაკავშირებულია აღგილებზე საპროგრამო ღონისძიებების ადაპტაციასა და დანერგვასთან. ასევე გასათვალისწინებელია კვალიფიციური საფინანსო თუ სხვა კადრების უკმარისობა.

საზოგადოების განვითარება დაფუძნებულია არსებული ადამიანური და მატერიალური რესურსების გამოყენების მოქნილი სისტემის ჩამოყალიბებაზე, რათა გაიზარდოს საზოგადოების მონაწილეობა სოციალური და ჯანმრთელობის საკითხების მოგვარებაში. ამისათვის აუცილებელია ინფორმაციული, საგანმანათლებლო და ფინანსური რესურსების გამოყენება მოსახლეობის საკეთილდღეოდ.

ამოცანები შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ შემდეგი სახით:

– სოციალური უთანასწორობის ლიკვიდაციის კურსის შენარჩუნება, არსებული სიძნელეების გადალახვა, მოსახლეობის პასუხისმგებლობის გაზრდა საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ;

– ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის სრულყოფა უტყუარი ინფორმაციის საფუძველზე სტრატეგიული გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურების გაუმჯობესების მიზნით, მიმართულია უმნიშვნელოვანესი ამოცანების გადაჭრისაკენ;

– ინფრასტრუქტურის განმეტკიცება პირველადი ჯანდაცვის პრინციპების საფუძველზე;

– სისტემაში არსებული საშუალებების ეფექტური მართვა მიღწევა ახალი რესურსების მოზიდვით;

– ჯანდაცვის მართვის ეფექტურობის სრულყოფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობის კუთხით, არსებული

რესურსების გამოყენებისა და დამატებითი საშუალებების გამონახვის გათვალისწინებით.

ამდენად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ახალი მართულება გულისხმობს მოსახლეობის უფრო აქტიურ მოზიდვას, რემოს დაცვით ღონისძიებათა პრიორიტეტს, ჯანსაღი ცხოვრების ის დამკვიდრებას, ინვესტიციების გაზრდას დაავადებათა ოფილაქტიკის პროგრამებში. კარგად არის ცნობილი, რომ ამიანის ცხოვრების წესი მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მის ანმრთელობას. იმ ქვეყნებში, სადაც გაუმჯობესდა ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია, რეალური გახდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდა და თვით ცხოვრების ღონის ამაღლება (საზოგადოება ხომ კომპლექსური სტრუქტურაა). შეუძლებელია ჯანმრთელობის სხვა ცხოვრებისეული მიზნებიდან გამოყოფა. ჯერჯერობით კავშირი ადამიანსა და გარემოს შორის ჯანმრთელობისადმი სოციალურ-ეკოლოგიური მიდგომის საფუძველია. აუცილებელია საზოგადოების ყველა წევრის მიერ საკუთარ თავზე, ერთმანეთზე, საზოგადოებასა და ბუნებრივ გარემოზე ზრუნვის პრინციპის გამკვიდრება. ცხოვრების, მუშაობისა და დასვენების სახე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. მუშაობისა და დასვენების პირობები ადამიანთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისათვის აუცილებელია საყოფაცხოვრებო და სამუშაო ადგილებზე უსაფრთხო, ჯანმრთელო და დადებითად მოქმედი გარემოს უზრუნველყოფა. ერთ-ერთი სტრატეგიული მიმართულებაა საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილებში ფიზიკური აქტიურობისათვის საჭირო პირობების შექმნა. მაგალითად, აუცილებელია ჯანმრთელობაზე სწრაფად ცვალებადი გარემოს ზემოქმედების მუდმივი შეფასება, განსაკუთრებით ახალი ტექნოლოგიების, სამუშაო პირობების, ენერგეტიკისა და რობოტიზაციის სფეროებში. ყოველივე ეს მიმართული იქნება ადამიანის ჯანმრთელობისათვის სასარგებლო პირობების უზრუნველყოფისაკენ. ბუნებრივი გარემოს დაცვა და ჯანსაღი გარემო პირობების შექმნა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ცალკეული ფაქტორების ან მათი ერთობლიობის ნეგატიური გავლენა განსაკუთრებით მკაფიოდ ვლინდება სოციალურ ასაკობრივ ჯგუფებში, ხოლო ბევრი ამ ფაქტორთაგანი (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებანი და ა. შ.) საზიანოა ყველასათვის.

ზემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორთა იდენტიფიკაცია და სასწრაფ
ღონისძიებების გატარება პირველი რიგის ამოცანაა. ზემოთქმულ
გათვალისწინებით, ადგილობრივი (რეგიონული, რაიონულ
საინფორმაციო სისტემები უნდა ფლობდნენ ინფორმაციის მინიმუმ
მაინც:

1. საერთო სოციალურ-ეკონომიკური და ეკოლოგიურ
მდგომარეობის შესახებ:

– რაიონის ფიზიკურ-გეოგრაფიული და კლიმატური პირობებ
შესახებ;

– საზოგადოებრივი ორგანიზაციის ფორმების, ეკონომიკურ
განვითარების, მოსახლეობის საქმიანობის სახეებისა
ცხოვრების წესის შესახებ;

– ადგილობრივი მმართველობითი ორგანოების მოწყობ
შესახებ;

2. დემოგრაფიული სიტუაციის შესახებ;

– რაიონის მოსახლეობის აღრიცხვიანობის, რაოდენობ
ასაკობრივი და სქესობრივი შედგენილობის, ქალაქისა
სოფლის მოსახლეობის თანაფარდობის, გეოგრაფიულ
განაწილების შესახებ;

– დემოგრაფიული სტატისტიკის, მიგრაციის სქემებისა
მოსახლეობის მატების ტემპის შესახებ;

– ოჯახის სტრუქტურისა და შედგენილობის შესახებ.

3. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა
განვითარების ტენდენციების შესახებ, კერძოდ:

– ინფექციური და არაინფექციური დაავადებების მიმარ
(ტუბერკულოზი, შიდსი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, დიაბეტი
ა. შ.) საყოფაცხოვრებო პირობების, რისკ-ფაქტორების, კვებ
თავისებურებათა გავლენის, თამბაქოსთან, ალკოლჰოლთან
ნარკოტიკებთან დამოკიდებულების, სხვადასხვა პრეპარატებ
მიღების შესახებ (სრული სტატისტიკური ინფორმაცია);

– ინვალიდობის, სიკვდილიანობის, დაავადებების გამომწვე
და ა. შ. მიზეზების შესახებ (ეპიდემიოლოგიური გარემ
გათვალისწინებით);

– საერთო განათლებასთან, კვებასთან, საყოფაცხოვრებ
პირობებთან, წყალმომარაგებასთან და სხვ. დაკავშირებულ
დაავადებების ძირითადი დამახასიათებელი ნიშნების შესახებ

4. სამედიცინო დახმარების ხარისხისა
ხელმისაწვდომობის თაობაზე:

ორსულობის, შობადობის (კონტროლის, ანტენატალური და
ანტენატალური დახმარების) შესახებ;

კვების (ძუძუთი კვების, ბავშვთა ზრდისა და განვითარების
მონიტორინგის, კვების უკმარისობისა და ა.შ.) შესახებ;

ინფექციის შესახებ (სრული სტატისტიკური ინფორმაცია);

გარემოს დაცვის მდგომარეობის – ჯანსაღი ეკოლოგიის
წყალმომარაგების, საყოფაცხოვრებო ჰიგიენის და ა.შ.) შესახებ;

ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის
მდგომარეობის (რისკ- ფაქტორების, კონტროლის მეთოდების)
შესახებ;

სტაციონარული და პოლიკლინიკური დახმარების შესახებ
მწვავე და ქრონიკული დაავადებების დროს.

5. რესურსების გამოყოფისა და გამოყენების თაობაზე,
კერძოდ:

სახელმწიფო და კერძო სამედიცინო დაწესებულებების პერ-
სონალის (მოქმედი პროგრამების) რაოდენობის,
კვალიფიკაციის და განაწილების შესახებ;

დაფინანსების წყაროების, საბიუჯეტო სამუალებათა
მოცულობისა და ხარჯვის შესახებ;

სხვადასხვა კატეგორიის სამედიცინო პერსონალის
მომზადების, საქმიანობისა და განაწილების შესახებ;

ადმინისტრაციის ფუნქციონირების, ტრანსპორტის,
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებისა და მომარაგების
ხელმისაწვდომობის შესახებ.

6. ჯანდაცვის რაიონული სისტემის მართვის წესების შესახებ,
კერძოდ:

დაგეგმვის (სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების,
პოლიტიკის, სტრატეგიული ამოცანების, ტექნიკური და სხვა სახის
დახმარებისა და აღგილებზე ამ მიმართულებით მუშაობის გეგმის
მომზადების) შესახებ;

კოორდინაციის (ჯანდაცვის სექტორში მუშაობის
ურთიერთშეთანხმებულობის, დარგთაშორისი ღონისძიებების,
ცხოვრების პირობების გაუმჯობესების, საზოგადოებრივი და
კერძო სექტორების ჯგუფების როლისა და აღგილის) შესახებ;

მონიტორინგისა და შეფასების (ჯანდაცვის რაიონული
სისტემის მუშაობიდან გამომდინარე, მაჩვენებელთა
ცვლილებათა ხარისხის) შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ უმეტეს შემთხვევაში ჯანდაცვის ლობრივი ორგანოები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ინფორმაციის ანალიზში, მათი საქმიანობის სფერო მაინც შემოსაზღვრულია ცალკეული მაჩვენებლებით, რომელიც მოპოვებულია ყოველდღიური მუშაობით. ჯერჯერობით ანალიტიკურ საქმიანობას ძირითადად მაინც ცენტრალური ორგანოები (სახელმწიფო ეპიდემიოლოგიური და სტატისტიკური სამსახურები) ეწევიან. შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა ადგილობრივი ორგანოებისათვის, ძირითადად ორი სახისაა: პირველი მოიცავს სტაციონარული და ამბულატორიული დახმარების მაჩვენებლებს, რომელშიც შელ დაავადების ახალი შემთხვევები და დაწესებულია კონტროლი მეორეში აისახება მონაცემები იმ ღონისძიებათა კომპლექსის შესახებ, რომელიც მიმართულია ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის პროპაგანდისაკენ, ასევე მოსახლეობის ბუნებრივი ნამატისა და იმუნიზაციის მონაცემები გარკვეული მაჩვენებლები (თამბაქოს წევის, ალკოჰოლის ნარკოტიკების გამოყენების, გარემო და საცხოვრებელი პირობების მდგომარეობის შესახებ) საზოგადოებრივი ცხოვრების მახასიათებელია. ამავე დროს, ეს ასახავს სამედიცინო პერსონალის დატვირთვას, ხოლო შემაჯამებელი მაჩვენებლების შედარება რისკ- ფაქტორებთან, საშუალებას იძლევა გავთვალოთ ის მთავარი მონაცემები, რომელიც ასახავს საჭირო ინფორმაციის უზრუნველყოფის პროცენტს (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით უფრო მნიშვნელოვანია გვქონდეს რეალური და რეგულარულად განახლებული მონაცემები საჭირო საკვანძო პოზიციათა შესახებ, ვიდრე დეტალური და დაგვიანებული ანგარიშები).

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

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

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

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

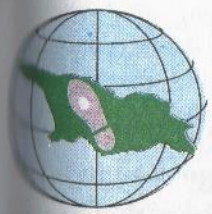
ჯანმრთელობის დაცვის რეგიონული მართვის ორგანო ადგილობრივი არჩევითი ხელისუფლების ნაწილია. ადგილობრივ

თვითმმართველობას უნდა ჰქონდეს საშუალება რეგიონის სამეურნეო განვითარების ღონის შესაბამისად მოახდინოს სახსრების აკუმულირება სხვადასხვა მიზნობრივი პროგრამების წარმართვისათვის.

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

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

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



თავი XII

საზოგადოებრივი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები

სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები წარმოებულია ქვეყნის მოსახლეობისა და მისი ცალკეული ჯგუფების, სოციუმის, ინდივიდის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განვითარებისაკენ, აგრეთვე ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების გარეშე და შიდა ფაქტორების მავნეობის შეცვლისა, ხოლო ხელშემწყობი ფაქტორების გაძლიერებისაკენ.

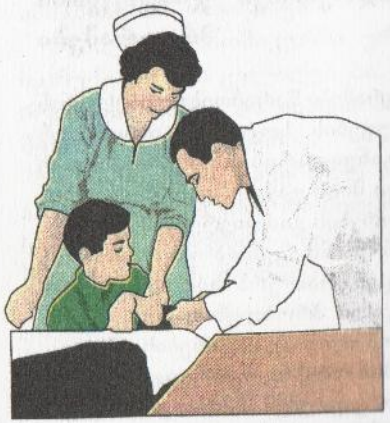
სახელმწიფო საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი პროგრამები ეროვნულ დონეზე მიზნად ისახავს ცენტრალური ხელისუფლების ვალდებულებათა აღსრულებას კონკრეტული პრობლემის, ამოცანების გადაწყვეტის შესაბამის ღონისძიებათა კომპლექსის გატარების გზით.

შემოსაზღვრული რესურსების პირობებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ცენტრალური პროგრამები ახორციელებენ მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი მედიცინალური მზრუნველობის უზრუნველყოფას როგორც საშიში ფაქტორების შეზღუდვით ასევე მოსახლეობის დაავადებისა და აშლილობის ქცევაში არაინფექციურ დაავადებათა გავრცელების შემცირებით.

პროგრამული მიზნების მიღწევა წარმოებს 6 სტრატეგიული მიმართულებით:

- მოსახლების ცნობიერებაზე ზემოქმედება ინფორმირების სხვადასხვა საშუალებებისა და ტექნოლოგიებით (რითაც აღწევს მის გათვითცნობიერებას და ხელს უწყობს პროცესში მის შეგნებულ მონაწილეობას).
- პირველად და მესამეულ პროფილაქტიკის დონეზე სამედიცინო მომსახურების გატარება პირველადი ჯანდაცვის რესურსების მობილიზებით.
- ეპიდემიოლოგიური კვლევა და ეპიდკონტროლი.
- საშემსრულებლო სტრუქტურული ერთეულების კომპეტენციის ამაღლება ლოკალური მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარებათა გაწევისა და მუდმივი სწავლების გზით.
- პროგრამულ სამუშაოთა ხელშეწყობისათვის სამართლებრივ-ორგანიზაციულ ღონისძიებათა გატარება საზოგადობრივი ჯანდაცვითი ინფრასტრუქტურის განვითარების და ეფექტურობის ამაღლების თვალსაზრისით.
- გამოყენებული ტექნოლოგიების პერიოდული შეფასება, ანალიზი, კორექცია.

ავადობის აქტიური გამოვლინებისა
მოსახლეობის მასობრივი სამედიცინ
პროფილაქტიკური გასინჯვებ
სახელმწიფო პროგრამ



პროგრამის მიზანი

საქართველოს მოსახლეობ
ჯანმრთელობის მდგომარეობ
შესწავლა-შეფასება და მის
გაუმჯობესების ხელშეწყობა, მ
გარკვეულ ფენებსა და სოციალ
ჯგუფებზე (ლტოლვილებ
ინვალიდები, პენსიონერებ
უმწეოები, მრავალშვილიანი დედ
და ა.შ.) ორიენტაციით.

პროგრამის სტრატეგია

1. მასობრივი სამედიცინო-პროფილაქტიკური გასინჯვებისა და ანკეტური გამოკითხვის გზით საქართველოს მოსახლეობის ავადობისა და მისი სტრუქტურის დადგენა.
2. გამოვლენილ დაავადებებზე მეთვალყურეობის, მათზე კონტროლისა და პროფილაქტიკის, შემდგომში სამკურნალო-რეაბილიტაციური ღონისძიებების შესახებ რეკომენდაციების შემუშავებისათვის.

პროგრამის ტაქტიკა

1. პროგრამის განხორციელების ორგანიზაციული უზრუნველყოფ
2. პროგრამის მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა;
3. პროგრამის საინფორმაციო, სპეციალურ დოკუმენტაციათა ფორმით უზრუნველყოფა;
4. მხარეებში გამსვლელი სამედიცინო ბრიგადების მუშაობის უზრუნველყოფა;

5. ანკეტური კითხვარების შემუშავება და მათი გამოყენება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის;
6. მიღებული მასალების დამუშავება და პირველადი ანალიზი;
7. მათზე დაყრდნობით სათანადო სამედიცინო, ორგანიზაციული და პროფილაქტიკური რეკომენდაციების შემუშავება შემდგომი მოქმედების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით.
8. სოციალურ-ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახურის (საბაზისო) ჩამოყალიბება-ამუშავება (პილოტური დონე)

მოსალოდნელი შედეგები:

1. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ავადობის სტრუქტურის შესახებ სანდო ინფორმაციის მიღებას;
2. მიღებული ინფორმაციის დამუშავების შედეგებიდან გამომდინარე გამოვლენილი გავრცელებული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მათზე მეთვალყურეობის კონტროლის რეკომენდაციების შემუშავება;
3. მიღებული ინფორმაციის დამუშავების შედეგებიდან გამომდინარე რეკომენდაციების შემუშავება სამხარეო, აღგილობრივი სამედიცინო პროგრამების სტრატეგიათა განსაზღვრისათვის და მოქმედ პროგრამებში სათანადო კორექციების შეტანისათვის.
4. მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე ახალი პროგრამებისა და ქვეპროგრამების შემუშავება სამედიცინო დარგში არსებული სამედიცინო პროგრამების კოორდინირება და მათი დახვეწისათვის აუცილებელი მოპოვებული ინფორმაციის გადაცემა სათანადო სამსახურებში;

სოფლის მოსახლეობის დამატებითი
სამედიცინო დახმარების
სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი ამბულატორიული დახმარების გაწევა პირველად დონეზე.

სტრატეგია:

გარკვეული მოცულობის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დახმარების განხორციელება მოსახლეობასთან მაქსიმალური მიახლოების და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.

ტაქტიკა:

1. პრიორიტეტულად ტერიტორიული პრინციპი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, მინიმალურად აუცილებელ დონეზე, სამედიცინო ბრიგადების ეშვეობით მოსახლეობისათვის პროფილაქტიკური, სამკურნალო რეაბილიტაციური ღონისძიებების გატარება;
2. მოსახლეობაში პროფილაქტიკური (მ.შ. სანიტარიულ-ჰიგიენური განათლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველად გამოვლინების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

კიბოსწინა დაავადებებისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების ნააღრევი ფორმების გამოვლენა.

სტრატეგია

მოსახლეობიდან ონკოდაავადებათა მაღალი რისკის პოპულაციების შერჩევა სამედიცინო დაწესებულებების მეშვეობით პრევენციულ ღონისძიებათა გატარება.

ტაქტიკა–ამოცანები

- ქვეყანაში ონკოდაავადებების აღრიცხვიანობის აღდგენა-მოწესრიგება;

ონკოცენტრსა და რაიონკოლოგიურ კაბინეტში პაციენტთა მიღება-გასინჯვა პროგრამის ფარგლებში;

კიბოსწინარე დაავადებების და კიბოს კურაბელური ფორმების გამოვლენა და მათი ოპტიმალურ სამკურნალო ტაქტიკაზე ორიენტირება

- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული ფორმების გამოსავლენად იმუნოლოგიური მეთოდის გამოყენებით (პილოტური მოდელი);
- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით სარძევე ჯირკვლის და სხვა ლოკალიზაციის (საშვილოსნოს საკვერცხეების, ფარისებრი ჯირკვლის, ლიმფური კვანძების

პროსტატის, თირკმლის, ღვიძლის, პანკრეასის) სიმსივნეების გამოსავლენად ულტრასონოგრაფიის გამოყენებით (შერყეულ მიზნობრივ ჯგუფებში);

- სპეციალური სკრინინგული გამოკვლევით საშვილოსნოს ყელის კიბოს და კიბოსწინა დაავადებათა გამოვლენა (ციტოლოგიური გასინჯვით, ნაცხის აღებითა და ციტოლოგიური გამოკვლევა);

ონკოლოგიური სამსახურის საკურაციო სისტემის აღდგენა რეგიონების მიხედვით;

გარემოსა და კვების პროდუქტებში კანცეროგენების განსაზღვრა;

პროგრამის ღონისძიებათა განხორციელების საინფორმაციო მეთოდოლოგიური უზრუნველყოფა (ტრენინგები, რადიოგადაცემათა ციკლი, ონკოპრევენციის თემაზე ვიდეორგოლი და სხვ.);

პროგრამული ეპიდზედამხედველობის სამუშაოების წარმოება და ეპიდანალიზი. ონკოპრევენციულ ღონისძიებათა ეროვნული კონცეფციის საფუძვლების შემუშავება.

ნარკომანიის პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის მიზანი

ნარკოსიტუაციის სტაბილიზაცია, ნარკომანიის გავრცელების პროფილაქტიკა.

პროგრამის სტრატეგია

ნარკომანიის გავრცელების პროფილაქტიკა ნარკოლოგიური სამსახურის განვითარების, მიზნობრივ ჯგუფებსა და ფართო მასებზე ზემოქმედების გზით.

პროგრამის ტაქტიკა

პირდაპირი და არაპირდაპირი გზით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლი, თამბაქო) მოხმარებისადმი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

I. პირდაპირი ზემოქმედების პროფილაქტიკური ღონისძიებები:

1. პრესის, ტელევიზიისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გამოყენებით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებისადმი საზოგადოებრივი უარყოფითი აზრის ფორმირება.
2. მოზარდ ახალგაზრდობასთან შეხებაში მყოფი საზოგადოებრივი (მშობლები, პედაგოგიური და აღმზრდელობითი) ჯგუფებისათვის სპეციალური რეკომენდაციული ლიტერატურის დამუშავება.

II. არაპირდაპირი ზემოქმედების პროფილაქტიკური ღონიძიებები:

1. საქართველოში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ეპიდემიოლოგიური შესწავლა.
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა აღრიცხვიანობის მოწესრიგება.
3. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიმართ დამოკიდებული პირთათვის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ოპტიმალური მეთოდების შემუშავება.
4. თანამედროვე საექსპერტო ლაბორატორიული ბაზის შექმნა.
5. გამოვლენილ პირთა პროფილაქტიკური მეთვალყურეობა.
6. ქართული ეთნოფსიქოლოგიის გათვალისწინებით საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, სამედიცინო სოციალური რეაბილიტაციის კონცეფციის შემუშავება.
7. არსებული ნარკოლოგიური ქსელის შენარჩუნება და გაფართოება.

პროგრამის შედეგები

1. საზოგადოებაში ნარკომანიის წინააღმდეგ უარყოფითი დამოკიდებულების ფორმირება.
2. საქართველოში ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარების ეპიდემიოლოგიური რუქის შექმნა.
3. გამოვლენილ პირთა აღრიცხვიანობისა და პროფილაქტიკური მეთვალყურეობის მოწესრიგება.
4. არსებული ნარკოლოგიური სამსახურის ქსელის შენარჩუნება და მისი განვითარება.
5. საექსპერტო სამსახურის ეფექტიანობის გაზრდა.
6. ქვეყანაში სამედიცინო-სოციალური რეაბილიტაციის ღონისძიებათა გატარების მეთოდურ რეკომენდაციათა შემუშავება.

მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

რთულ რელიეფურ, სოციალურ-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პირობებში მცხოვრები მაღალი მთის მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების დონეზე.

სტრატეგია

აღნიშნული მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი, უფასო [illegible] სამედიცინო მომსახურების გაწევა პროგრამით განსაზღვრულ ფარგლებში.

ტაქტიკა და ამოცანები

- სამედიცინო ბრიგადების მეშვეობით ამბულატორიულ დონეზე მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის პირველადი სამკურნალო-პროფილაქტიკური, რეაბილიტაციური სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობასთან მაქსიმალურად მიახლოებული და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების გაწევა;
- სპეციფიკიდან და საჭიროებიდან გამომდინარე, განსაზღვრული სტაციონარული და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- მოსახლეობაში პროფილაქტიკური (მ.შ. სანიტარიულ-ჰიგიენური) განათლებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის უნარ-ჩვევათა განვითარების ხელშეწყობა.

შედეგი:

პირველადი სამედიცინო მომსახურების დონეზე მაღალმთიანი რეგიონების მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა, [illegible] განმრთელობის მდგომარეობის განვითარების ხელშეწყობა.

მალარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის მიზანი

ბოლო დროს აღმოჩენილი მალარიის ადგილობრივი კერების ელიმინაცია და საქართველოს ტერიტორიაზე მალარიის აფეთქების თავიდან აცილება.

სტრატეგია

მალარიის გავრცელების კონტროლი და პროფილაქტიკა.

ძირითადი ამოცანები

– ეპიდემიის კონტროლის შესაძლებლობების გაძლიერება ჯანდაცვის სამსახურებში.

– მალარიის ეპიდზედამხედველობის და კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერება;

– ქვეყნის სამკურნალო (საპროფილაქტიკო) პრეპარატებით და ლაბორატორიული აღჭურვილობით უზრუნველყოფა;

– დაავადების მართვაში მონაწილე პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება;

სასწრაფო ღონისძიებები:

– მალარიის ეპიდემიის კონტროლის და პროფილაქტიკის გაძლიერება შემდეგი სტრატეგიით:

– საჭირო რაოდენობის ანტიმალარიული პრეპარატებით, ლაბორატორიული აღჭურვილობით, ინსექტიციდებით და მოსასხურებელი ხელსაწყოებით უზრუნველყოფა.

– მალარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების მართვის ჩართული სამოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალის სათანადო სწავლება

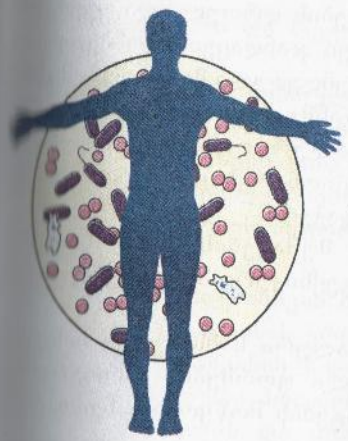
– სამედიცინო კადრების სწავლება საზოგადოებრივ დონეზე მალარიის მართვის, პროფილაქტიკის და კონტროლის საკითხებში

მოსალოდნელი შედეგები:

საქართველოს ტერიტორიაზე ბოლო დროს აღმოჩენილი მალარიის კერების ელიმინაცია და მომავალში მალარიის აფეთქებების თავიდან აცილება.

ეპიდზედამხედველობის, საკარანტინო (შავი ჭირი, ქოლერა, ჰემორაგიული კონტაგიოზური ვირუსული ცხელებები), განსაკუთრებით საშიში და მათთან გათანაბრებული ინფექციების კონტროლის და სხვა გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის კოორდინაციის სახელმწიფო პროგრამა

მიზანი - ინფექციური დაავადებების გავრცელების ეტაპობრივი შემცირება, მათი ლიკვიდაციის, ელიმინაციის და კონტროლის გზით;



1. დაავადებების ლიკვიდაცია:

1.1 2002 წლისათვის პოლიომიელიტის ლიკვიდაციის სერტიფიცირება;

1.2. 2001 წლისათვის ახალშობილთა ტეტანუსის ელიმინაციის შენარჩუნება;

1.3. 2007 წლისათვის წითელას ლიკვიდაცია;

2. დაავადებათა კონტროლი:

2.1. 2003 წლისათვის ან უფრო ადრე მიღწეულ იქნას დიფთერიის ავადობის მაჩვენებელი 0,1-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე;

2.2. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე ჰეპატიტ ახალი შემთხვევების გადაცემის რიცხვი უნდა შემცირდეს 80%-ით;

2.3. 2006 წლისათვის ან უფრო ადრე უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ავადობის მაჩვენებელი 0,1-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე: ნაწლავური პაროტიტის, ყივანახველას და აემოპჰილუს ინფლუენზაე გამოწვეული ინფექციების მიმართ;

2.4. 2006 წლისათვის ან უფრო ადრე თანდაყოლილი წითურას ავადობის მაჩვენებელი 0,01-ზე ნაკლები 1000 ცოცხლადშობილზე;

2.5. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე მალარიის გავრცელების მაჩვენებელი უნდა იყოს 5-ზე ნაკლები 100 000 მოსახლეზე;

2.6. 2010 წლისათვის ან უფრო ადრე უზრუნველყოფილი უნდა

იყოს სიკვდილობის მაჩვენებლების და ჯანმრთელობისათვის
ნეგატიური შედეგების თანმიმდევრული და მუდმივი შემცირება
დაკავშირებული გადამდებ დაავადებებთან, განსაკუთრებით მწვავე
რესპირატორულ და დიარეულ ინფექციებთან ბავშვთა ასაკში.

სტრატეგია

ეპიდზედამხედველობის მაღალხარისხოვანი სისტემის
ჩამოყალიბება; მ.შ. ინფექციური დაავადებების აფეთქებების
ადრეული გამოვლინების და სავალდებულო აღრიცხვა
ანგარიშგების და შეტყობინების სისტემის გაუმჯობესების გზით
ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების რეალიზაცია;

პროგრამის ძირითადი ამოცანები და ტაქტიკა

1. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების დროული და ეფექტური
რეალიზაციისათვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპეტენციის
ფარგლებში) საჭირო პრეპარატების შეზღუდული მარაგების შექმნა;

2. ლაბორატორიული ბაზის განმტკიცება და გამართული
მუშაობის უზრუნველყოფა ცენტრალურ ღონეზე (რეფერენს
ლაბორატორიების შექმნა და ფუნქციონირება), რეგიონული და
ადგილობრივი სამსახურების მხარდაჭერა;

3. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების (ნაციონალური
რეგიონული და რაიონული დონის) ტექნიკური შესაძლებლობების
და კომპეტენციის გაუმჯობესება.

4. ეპიდზედამხედველობის ცენტრალური სამსახურის სისტემის
ფუნქციონირება, სპეციალიზირებული ფორმების (პროგრამის
ფარგლებში) და საინფორმაციო სისტემის მოწყობა-განვითარება.

გეგმიური პროფილაქტიკური იმუნიზაციის ეპიდჩვენებითა და პროფესიული აცრების კამპანიების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

მოსახლეობის სხვადასხვა
კონტიგენტების იმუნიზაციით, დიფთერიის,
პოლიომიელიტის, წითელასი, ყივანახველას,
ტეტანუსის, ტუბერკულოზის, ვირუსული
ჰეპატიტისა და სხვა ინფექციების მიმართ

ფიტური ფონის შექმნით აცრების მინიმუმამდე დაყვანა.

სტრატეგია:

1. აცრების კალენდრით გათვალისწინებულ ბავშვთა
კონტიგენტის მაქსიმალური მოცვა;

2. ეპიდჩვენებით მასობრივი აცრების კამპანიების ჩატარება დაავადებათა
ადრეული დამცველობითი იმუნური ფონის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის.

ტაქტიკა:

1. ასაცრელი კონტიგენტის სწორი განსაზღვრა;

2. ასაცრელი მასალითა და ცივი ჯაჭვის აპარატურა-
ინვენტარით უწყვეტი მომარაგება და განახლება.

3. "ცივი ჯაჭვის" წესებისა და მოთხოვნების სრულყოფილი
დაცვა;

4. ეფექტური და რეგულარული მონიტორინგული სისტემის
ჩამოყალიბებით;

5. პროგრამის შესრულებით ჩაბმული სამედიცინო პერსონა-
ლის მუდმივად განახლებადი წრთვნა;

6. მონიტორინგის სისტემის ეფექტური მუშაობა—დასახული
ამოცანის განხორციელებისათვის;

7. მოსახლეობის ინფორმირება.

შედეგი:

1. ორ წლამდე ასაკის ბავშვთა:

1.1. BCG ვაქცინის ერთი დოზით 98%-ით მოცვა;

1.2. DPT ვაქცინის 4 დოზით არანაკლებ 95%-ით მოცვა;

1.3. ორალური პოლიოვაქცინის 4 დოზით 98%-ით მოცვა;

1.4. წითელას და ყბაყურის ვაქცინების თითო დოზით
არანაკლებ 95%-ით მოცვა;

1.5. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ყველა ამცრელი
კონტიგენტის ღონეზე დაწყება და შეუფერხებელი განხორციელება;

2. 5 წლის ასაკის კონტიგენტის:

2.1. BCG რევაქცინაციის აღდგენა და კონტიგენტის 95%-ით მოცვა;

2.2. TD ვაქცინით 95%-ით მოცვა;

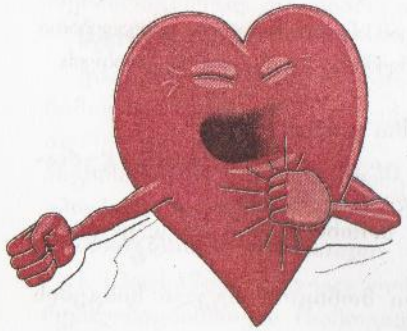
2.3. ორალური პოლიოვაქცინით 95%-ით მოცვა;

3. B ჰეპატიტის საწინააღმეგო აცრების წარმოება 1 წლამდე
ასაკისა და 14 წლის ასაკის (ქალაქებისა და რაიონული ცენტრების)
კონტიგენტში.

4. 14 წლის ასაკში TD ვაქცინით არანაკლებ 95%-ით მოცვა.

5. მასობრივი აცრების კამპანიებისას კონტიგენტების
არანაკლებ 90%-ით მოცვა.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი

მოსახლეობის და მისი ცალკეული ჯგუფების, სამედიცინო პროფესიონალების გათვითცნობიერებული ინფორმირებულობის ამაღლება, რაც სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა და მათ გართულებათა რისკის ფაქტორების შემცირების საფუძველია.

სტრატეგია:

სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა პრევენციის საბაზისო ღონისძიებათა გატარება, მოსახლეობის განათლება, მასობრივი ინფორმაციული საშუალებების მაქსიმალურად ჩართვა საგანმანათლებლო საქმიანობაში, მედიკოსთა პროფესიული ინფორმირება, ღონისძიებების მონიტორირება და შედეგების შეფასება.

ტაქტიკა და ამოცანები:

ა) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა სააღრიცხვო სარეგისტრაციო სისტემის ფორმირება. უცარი სიკვდილის სადიაგნოსტიკო ფორმების შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისათვის; ერთიანი სპეციალიზებული ფორმების შემუშავება; სამედიცინო ქსელში სარეგისტრაციო ფორმების ექსპერიმენტული დანერგვა.

ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბება, პროგრამული ეპიდჯგუფის ფორმირება და მისი ფუნქციონირების ხელშეწყობა. ეპიდჯგუფის მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა თბილისის დონეზე ერთიანი სააღრიცხვო სარეგისტრაციო სისტემის ეტაპობრივად ამუშავება საქართველოში გულ-სისხლძთრღვთა დაავადებების გავრცელების რუქის შედგენა

გ) სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების (გულის იშემიური დაავადება, არტერიული ჰიპერტენზია, ინსულტი) და მათი რისკის ფაქტორების გავრცელების შეფასება. სტანდარტირებული მეთოდებით მოსახლეობის სხვადასხვა მიზნობრივი ჯგუფების (მოზარდებსა და ახალგაზრდებში, დევნილ მოსახლეობაში, პროფესიულ ჯგუფებში და ა.შ.) ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა და სამედიცინო- პროფილაქტიკური დახმარების გაწევა.

დ) მოსახლეობის ინფორმირება (სამედიცინო პროფილაქტიკური განათლება).

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის შესახებ პერიოდული საპროპაგანდო მასალის მომზადება, გამოცემა და მოსახლეობაში გავრცელება; ტელე-რადიო გადაცემებისათვის თემატიკის მომზადება-რეალიზაცია; "გულის" საერთაშორისო დღისადმი მიძღვნილი ღონისძიებების ორგანიზება ჩატარება; გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა პრევენციის შესახებ კონფერენციის ჩატარება.

მსოფლიოს წამყვანი პრევენციული ორგნიზაციების პროგრამების -გულის კორონარული დაავადების, გულის უკმარისობის, უეცარი სიკვდილის პრევენციის ევროპული რეკომენდაციების საქართველოს პირობებისადმი ადაპტირება. "ფაქტობრივი მედიცინის" შეღეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული რეკომენდაციების გაერცელება; "საქართველოს კარდიოლოგიურ ჟურნალში" პრევენციისადმი მიძღვნილი ბლოკის ფორმირების ორგანიზაციის ხელშეწყობა; სპეციალური ინტერნეტ-დაიჯესტის გამოცემა და პროგრამის "ვებ-საიტის" შემუშავება; თამბაქოს, როგორც გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორის როლზე სემინარების ჩატარების ხელშეწყობა (ევროპის სამედიცინო ასოციაციების ფორუმის და ბრიტანეთის ექიმთა ასოციაციის თამბაქოს კონტროლის საინფორმაციო ცენტრის, თამბაქოს საწინააღმდეგო ეროვნული ცენტრების მონაწილეობით).

ე) პირველადი რგოლისათვის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის არსებული მრავალწლიანი სტრატეგიის მიხედვით, მეთოდური რეკომენდაციების შემუშავება მათი დანერგვის ნორმატიული უზრუნველყოფა. ექიმებისა და უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების უფროს კურსელთათვის წინა წლებში დაწყებული, პირველადი, მეორადი და მესამეული პრევენციისათვის მეთოდოლოგიური რეკომენდაციების

შემუშავების პროცესის გაგრძელება, აღნიშნულ საკითხებზე ტრეინინგის, სემინარებისა და კონფერენციების ჩატარება მეთოდური სახელმძღვანელო "პრევენციული კარდიოლოგიის საფუძვლების" მომზადება და გამოცემა.

შედეგები:

1. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა და მათი რისკ-ფაქტორების გავრცელების შესახებ ეპიდემიოლოგიური მონაცემების სრულყოფა.
2. მოსახლეობის შესაბამისი ინფორმირებულობა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა გამოსავლისა და მათი წარმოშობის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების შესახებ; ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მნიშვნელობის გაცნობიერება დაავადებათა პრევენციაში;
3. დაავადების ხელშემწყობი მავნე ჩვევებისადმი დამოკიდებულების შეცვლა;
4. მოსახლეობაში კეთილსაიმედო მდგომარეობის ფორმირება სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა რისკ-ფაქტორების გავრცელების, ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება.

საქართველოს სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმების სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

საქართველოს სამხედრო ძალების ჯანმრთელი კონტინგენტით შევსების უზრუნველყოფა.

სტრატეგია:

წვევამდელთა გაწვევის პერიოდში მათი სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისიანობის განსაზღვრა:

წვევამდელთა გაწვევის პერიოდში (სათანადო ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი დოკუმენტაციის გაცნობის შემდეგ) კომისიური წესით წვევამდელთა შემოწმება უმეტესწილად

გაწვევამდელს სამხედრო სამსახურისათვის ვარგისიანი კატეგორიის შერჩევას.

არასრულფასოვანი სამედიცინო დოკუმენტაციის ან საეჭვო შემთხვევებში დამატებითი დიაგნოსტირების ჩატარება ვარგისიანობის განსაზღვრისათვის.

ტაქტიკა–ამოცანები:

1. წვევამდელთა გაწვევის კომისიების მუშაობის ხელშეწყობა სამედიცინო-საკონსულტაციო დონეზე ანგარიშების მიღების მიზნით;
2. დამატებითი სადიაგნოსტიკო კვლევითი სამუშაოების ჩატარება;
3. საქართველოს სამხედრო კომისარიატების მუდმივმოქმედი ექსპერტო-საკონტროლო კომისიის მუშაობის შედეგების გაანალიზება;
4. წვევამდელთა გასაწვევად საინფორმაციო-ანგარიშგებითი მასალის ისტორიული
5. სისტემის(ეტაპობრივი) შემუშავება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის დონეზე;
6. ანგარიშგებითი სისტემის შემუშავება-ამოქმედება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის მიზანი და ამოცანები

პროგრამის მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ცხოვრების ხარისხის ამაღლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების გზით. აღნიშნული ღონისძიებები ითვალისწინებს მოსახლეობის განაოლებას შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებებით: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია, თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებები, ტრავმატიზმის პროფილაქტიკა, ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის, შიდსისა და სქესობრივი

გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია, მოსახლეობის ფიზიკური აქტიობის გაზრდა, რაციონალური კვების ჩვევების დამკვიდრება და იმუნური და ფსიქიური მდგრადობის შენარჩუნება.

პროგრამის სტრატეგია

– მოსახლეობის ფართო ფენების აღექვატური ინფორმირება ჯანმრთელობისათვის მავნე ჩვევების და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ როგორც მასობრივი ისე დახურულ სივრცეებში არსებული საინფორმაციო სისტემების საშუალებით.

– ცხოვრების ჯანსაღი წესის მაფორმირებელი საბაზისო ინფრასტრუქტურის ოპტიმალური განვითარების ხელშეწყობა (მეთოდური პრაქტიკული სწავლების გზით) რეგიონებში.

– გამოკვლევების წარმოება.

– თანამშრომლობა სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებთან და სხვა ორგანიზაციებთან სწორი პრევენციული სტრატეგიის შექმნისა და გატარებისათვის.

– ინტერსექტორული მუშაობა პროგრამულ ღონისძიებათა ეფექტურობის გაზრდისა და ოპტიმალური სამომავლო ქმედებების დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის.

– მოსწავლე-ახალგაზრდობაში სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების დანერგვისათვის ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი პოტენციალის კვლევა, ჯანსაღი სკოლის პილოტური პროექტის განხორციელება, სპეციალიზირებული სასწავლო-ინფორმაციული შექმნა და დანერგვა, ამ საკითხში სკოლის ირგვლივი გარემოს ორიენტაციისთვის საბაზისო სტრუქტურის მუშაობის ოპტიმიზაცია.

– მაღალი აკადემიური დონის საგანმანათლებლო ლიტერატურის შექმნა და გავრცელება სამიზნე ჯგუფებში.

პროგრამის განხორციელების ტაქტიკა

პროგრამის ტაქტიკა მოიცავს იმ ღონისძიებებს, რაც დაგეგმილი სტრატეგიული მიზნების შესასრულებლად. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2001 წლის პროგრამით დაგეგმილი ღონისძიებები შეესაბამება მრავალუწყებრივი სახელმწიფო პროგრამის ჯანდაცვის უწყებრივ ღონისძიებებს.

პროგრამის მოსალოდნელი შედეგები

– მოსახლეობაში თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარებისა და ნარკომანიის გავრცელების შესახებ რეალური მდგომარეობის განსაზღვრა;

– პრევენციული სტრატეგიისა და რეკომენდაციების შემუშავება ჩატარებული კვლევების მონაცემების საფუძველზე;

– პროგრამის მონიტორინგის მაჩვენებლების განსაზღვრა და ანალიზი;

– მოსახლეობის (ძირითადად მოზარდების მიზნობრივ ჯგუფებში) ცოდნის დონის ამაღლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობის შესახებ;

– ჯანმრთელობისათვის მავნე ფაქტორების შესახებ მოსახლეობის დამოკიდებულების ცვლილება;

– პირველადი ჯანდაცვის ქსელის პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლება დაავადებათა პრევენციისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებში;

– საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლება დაავადებათა პრევენციისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხებში;

– საზოგადოების (განსაკუთრებით მოზარდების) დამოკიდებულების ცვლილება ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და მისი მნიშვნელობისადმი;

– მომზადდება სათანადო ნიადაგი ჯანსაღი სკოლების ქსელის შექმნისათვის;

– მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების აქტიური მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებაში;

– საკანონმდებლო და ეკონომიკური შეზღუდვების გამომუშავება ცხოვრების არაჯანსაღი წესის ხელშემწყობი ბიზნესისათვის;

– საკანონმდებლო და ეკონომიკური პირობების შექმნა ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშემწყობი ბიზნესისათვის.

იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა



მიზანი:

რადიეკოლოგიური სიტუაციის ფონზე იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა შემცირება-მართვა.

სტრატეგია:

1. იოდის და სხვა მიკროელემენტების დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, გამომწვევი მიზეზების დადგენა, პროფილაქტიკა (მკურნალობა მიზნობრივ ჯგუფებში);

2. რადიაციული ფონის კონტროლი.

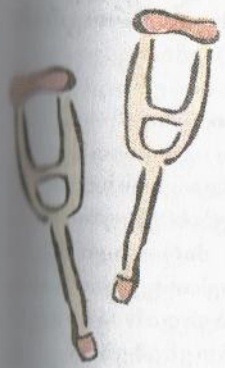
ტაქტიკა:

1. იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დაავადებათა მონიტორინგული სისტემის სრულყოფა და ეპიდზედამხედველობის განხორციელება;
2. საქართველოს მოსახლეობისათვის თანაბარხელმისაწვდომი კვალიფიციური სამედიცინო-დიაგნოსტიკური მომსახურების გაწევა;
3. მიზნობრივ ჯგუფებში (ბავშვები, ორსული და მეძუძური ქალები, იოდიანი ზეთის კაფსულებით ჯგუფური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება და მონიტორირება;
4. მიზნობრივ ჯგუფებში მკურნალობის გატარება (მ.შ. ქირურგიული მკურნალობა ბავშვთა კონტიგენტში);
5. გარემოში (ნიადაგში, წყალში და სხვა) იოდის შემცველობის მონიტორირება;
6. იოდის დეფიციტით გამოწვეულ დარღვევათა პროფილაქტიკური სამსახურის სრულყოფა ტრეინინგებისა და ორგანიზაციული მეთოდური სამუშაოების წარმოებით;
7. საქართველოს რეგიონების გარემოს რადიაციული ფონის მაღალი რადიაციული ფონის პირობებში მცხოვრები მოსახლეობაში მაიონიზირებელი გამოსხივების მაჩვენებლოგიური მოქმედებით გამოწვეული დაზიანებების გამოვლენა და შესაბამისი პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება და ინფორმირება;
8. მოსახლეობის მასობრივი ინფორმირება იოდდეფიციტის გავლენაზე ადამიანის ჯანმრთელობაზე (განსაკუთრებით ბავშვები, ორსული ქალები).

შედეგები:

1. ენდემური ჩიყვის ეპიდსიტუაციის მართვა და პროფილაქტიკის შესახებ
   რეკომენდაციების შემუშავება;
2. ბავშვთა კონტიგენტის სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა;
3. მოსახლეობის ინფორმირების დონის გაზრდა იოდდეფიციტის პრობლემების შესახებ;
4. რადიაციული ფონის განსაზღვრა უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება;
5. რადიოეკოლოგიური მონიტორინგული სისტემის ამუშავება ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე (შერჩევის პრინციპი).

ტრავმატიზმის პრევენციის და პირველადი დახმარების სახელმწიფო პროგრამა



პროგრამის აღნიშნული კომპონენტის მიზანია ავტოსაგზაო შემთხვევებისას სიკვდილიანობის და ტრავმის შედეგების სიმძიმის შემცირების ხელშეწყობა.

ამოსავალ წერტილად მიჩნეულია ფაქტი, რომ საავტომობილო გზებზე მომხდარი სატრანსპორტო შემთხვევებისას პირველ რეაგირებას ორგანიზებული სტრუქტურებიდან საგზაო პოლიციის პირადი შემადგენლობა ახორციელებს. ხოლო პოლიციის შემთხვევის ადგილზე მისვლამდე სატრანსპორტო მოძრაობაში მონაწილე რიგითი მოქალაქეები. მათ მიერ პირველი დახმარების კვალიფიციურად გაწევისათვის აუცილებელია საქართველოს მოსახლეობის ელემენტარული სამედიცინო ცოდნის დონის ამაღლება და იგი ერთ-ერთი პრიორიტეტულია ტრავმის პრევენციის გატარებისათვის. პირველი დახმარების ელემენტების საფუძლიანი ცოდნით, მისი პრაქტიკული რეალიზაციით შესაძლებელია მნიშვნელოვნად შემცირდეს დროის შუალედი დაზარალებულის ჯანმრთელობის კრიტიკული მდგომარეობის დადგომიდან პირველი საექიმო (სამედიცინო) დახმარების აღმოჩენამდე. ხშირ შემთხვევაში ეს შუალედი განსაზღვრავს პირობებს სიცოცხლის შენარჩუნების რეალურ შანსს.

ამოცანები:

- მოსახლეობისა და ორგანიზებული საგზაო სტრუქტურებისათვის სასწავლო-საწვრთნელი მეთოდიკის შემუშავება;
- სასწავლო-საინფორმაციო მასალის შექმნა, გამოცემა;
- ყოველკვარტალური საინფორმაციო ბიულეტენის შემუშავება, გამოცემა;
- მოსახლეობასა და მიზნობრივ ჯგუფებში სასწავლო-საინფორმაციო მასალების გავრცელება;
- ტრავმის შესახებ ინფორმაციის - მონაცემების დაფიქსირების, დაგროვების და დაგროვების მექანიზმის შექმნა ინტერსექტორულ დონეში შესაბამისი პროგრამული უზრუნველყოფით;
- საქართველოს ცალკეულ დაძაბულ ავტომაგისტრალებზე ტრავმატიზმის ეპიდემიოლოგიური სურათის შესწავლა.

უსაფრთხო სისხლის, შიდსის და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამა

პროგრამის მიზნები და ამოცანები



გადასასხმელი სისხლის და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების, შიდსის გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება ცალკეულ პიროვნებებსა და მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებზე აივ ინფექცია/შიდსის ზემოქმედების შედეგების შემცირება.

პროგრამის სტრატეგია

1. გადასასხმელი სისხლის და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა სისხლის გადასხმით გადამდები ინფექციების (აივ ინფექცია, და ჩ ჰეპატიტები, სიფილისი) გადაცემის თავიდან აცილების მიზნით.
2. აივ გადაცემის ძირითადი გზების ბლოკირება და აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება.
3. საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის, და ჩ ჰეპატიტების ეპიდემიოლოგიური კვლევა.
4. აივ ინფიცირებულთან ან შიდსის დაავადებულთან საყოფაცხოვრებო, სქესობრივი და სოციალური კონტაქტების მქონე პირებზე აივ ინფექციის/შიდსის ზემოქმედების შემცირება.
5. სგგდ ავადობის (ძირითადად სიფილისი, გონორეა) შესწავლა, გამოვლინება, პროცესის მართვა, ახალი ფორმებისა და მეთოდების შემუშავება და დანერგვის ორგანიზაცია.
6. სიფილისის პირველადი პრევენცია – მოსახლეობის რისკ ჯგუფებში ფარულად მიმდინარე ინფექციების გამოვლენა და მათი მკურნალობის კერების სანაცია.
7. ქვეყანაში სიფილისის კლინიკური ეპიდემიოლოგიის შესწავლა

პროგრამის ტაქტიკა

1. სისხლის და სისხლის პროდუქტების გადასხმით გადამდებ ინფექციებზე (აივ ინფექცია, და ჩ ჰეპატიტები, სიფილისი) ტესტირებისათვის აუცილებელი ინფრასტრუქტურის გაფართოება და მისი უზრუნველყოფა სათანადო სადიაგნოსტიკო ტესტ-სისტემებით.
2. სისხლის გადასხმით გადამდებ ინფექციებზე (აივ ინფექცია, B და C ჰეპატიტები, სიფილისი) დონორთა სავალდებულო გამოკვლევის უზრუნველყოფა .
3. აივ ინფექციის, და ჩ ჰეპატიტების, სიფილისის აღრიცხვიანობის მოწესრიგების და ეპიდზედამხედველობის ღონისძიებების გატარება.
4. რისკის ჯგუფების პირთა აივ ინფექციაზე გამოკვლევა.
5. შიდსის და სგგდ კერის და კონტაქტების ეპიდკვლევა და ეპიდზედამხედველობა.
6. მოსახლეობასთან ფართო საგანმანათლებლო მუშაობა შიდსის პროფილაქტიკის თემაზე. უსაფრთხო სექსის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა.
7. კვალიფიციური სპეციალისტების მომზადება სისხლის გადასხმით გადამდებ ინფექციებზე, შიდსზე და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კვლევის მიზნით.
8. ინფორმაციული უზრუნველყოფა.

მოსალოდნელი შედეგები

დონორთა სისხლის აივ ინფექციაზე B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე სკრინინგული კვლევის უზრუნველყოფა და სისხლის გადასხმის გზით აღნიშნული ინფექციების გადაცემის შემცირება.

სისხლის გადასხმით გადამდებ ინფექციათა სადიაგნოსტიკო იფა და ექსპრეს ლაბორატორიების ქსელის გაფართოება ან სამხარეო სტერილიზებულ ლაბორატორიებში სისხლის გადასხმით გადამდები ინფექციების სადიაგნოსტიკო იფა- და ექსპრეს მეთოდების დანერგვა.

საავადმყოფოებში, სამშობიარო სახლებსა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც შეიძლება ჩვენების მიხედვით განხორციელდეს სისხლის გადასხმა, უსაფრთხო სისხლის და სისხლის პროდუქტების აუცილებელი მინიმალური მარაგის შექმნა.

აივ ინფექცია/შიდსით, B და C ჰეპატიტებით, სიფილისით ავადმყოფთა გამოვლენა დაავადების ნაადრევ სტადიაზე აღნიშნული ინფექციების აღრიცხვიანობის მოწესრიგება და ეპიდზედამხედველობის სრულყოფა.

საქართველოში აივ ინფექციის და სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების მასშტაბების დაღგენა და ეპიდსიტუაციის შეფასება.

მაღალი რისკის ჯგუფის პირების (მათ შორის ნარკომანების) ნებაყოფლობითი გამოკვლევის საფუძველზე აივ ინფიცირებულთა ნაადრევ სტადიაზე გამოვლენა.

აივ ინფიცირებულებზე და მათთან კონტაქტში მყოფ პირებზე მუდმივი ეპიდზედამხედველობის და საექიმო კონსულტირების საფუძველზე, მათი, როგორც ინფექციის წყაროს, გაუვნებელყოფა.

სგგდ დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდების დანერგვა საერთო სამედიცინო ქსელში.

აივ ინფექცია/შიდსის და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებების საკითხებზე სამედიცინო პერსონალის მომზადების დონის ამაღლება.

მოსახლეობის აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ცოდნის დონის ამაღლება, მაღალი რისკის ქცევათა შეწვლა და "ცხოვრების ჯანსაღი წესის" დამკვიდრება.

პროგრამულ ღონისძიებათა მართვის ტექნოლოგია

პროგრამულ სამუშაოთა გატარების მართვის ტექნოლოგიები შესაძლებელია დაყვანილ იქნეს 3 დონეზე, რომელიც თავსებადია ქვეყანაში მოქმედ საკანონმდებლო სივრცესთან.

I. ცენტრალური დონე

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სახაზინო სამსახური პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები. ე.წ. "სათაო" დაწესებულებები.

ფუნქცია

მინისტრის ბრძანებები, მითითებები, ხელშეკრულებები (მოთხოვნის პირობის განსაზღვრა არსებული საჭიროების მიხედვით) ანგარიშგების მოწოდება, მიღებულ მასალათა (შესრულებული სამუშაო) სისწორის ლოკალურ დონეზე მიღება და დაუინანსება.

II. რეგიონალური დონე

სამოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო ცენტრები (პროგრამული ხასიათისაგრისით, სამხარეო დატვირთვით) რეგიონის დონეზე პრობლემებისა და სიტუაციის ანალიზი, გადაწყვეტილების შემუშავება, გატარება.

ფუნქცია

პროგრამულ სამუშაოთა მიმდინარეობის რეგიონალურ დონეზე ზედამხედველობა სურათის შესწავლა, რეკომენდაციების, გადაწყვეტილებების შემუშავება, შეთანხმება, ქმედებათა გატარება.

III. ლოკალური ადგილობრივი დონე

ადგილობრივი ხელისუფლება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული (საქალაქო) ცენტრები, უშუალო შემსრულებლები (იურიდიული და ფიზიკური პირები) საავადმყოფო, პოლიკლინიკა, ამბულატორია.

აქტივაცია

მუნიციპალური პროგრამების შემუშავება, დამტკიცება, განხორციელების ხელშეწყობა, ბრძანებები, მითითებები, შიდა დაწესებულებრივი მენეჯმენტი, ხელშეკრულებათა აღსრულება, შესაბამისი რესურსების ფარგლებში ანგარიშგების წარმოება, მოთხოვნათა შედეგები ადგილობრივ ადმინისტრაციულ ტერიტორიულ დონეზე პროგრამულ ღონისძიებათა მართვის ანგარიშების მიღების, მეთოდურ-პრაქტიკული დახმარების და სამუშაოთა გატარების გაუმჯობესების წინადადებათა შემუშავების თვალსაზრისით.

სახელმწიფო ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამები დინამიური და ცვალებადია როგორც შინაარსობრივად, ასევე სამედიცინო დახმარების მოცულობით; დამოკიდებულია ქვყანაში შექმნილ ეპიდსიტუაციაზე და განისაზღვრება კონკრეტული რეგიონისა და რაიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებით.

თავი XIII

სამედიცინო დახმარების სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრული საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სამხარეო და მუნიციპალური პროგრამები

ეპიდკეთილსაიმედო მდგომარეობის შენარჩუნების მიზნით ზემოხსენებულ ღონისძიებათა განხორციელებას ქვეყნის მოსახლეობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან ეს საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული ეპიდემიები და მისგან გამომდინარე მძიმე პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური შედეგები.

სავალდებულო მინიმუმით განსაზღვრულ სამხარეო (ადგილობრივ) პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარება შეუძლებელი იქნება სავალდებულო მინიმუმის (ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი თანხის) 20%-ზე ნაკლები ოდენობის შემთხვევაში. ადგილობრივი ხელისუფლების ძალისხმევითა და შესაძლებლობით შესაძლებელია პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოყენებულ იქნეს სხვა წყაროებიც.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ყველა სხვა სამუშაოს დამატებით, ანაზღაურებით ასრულებენ.

სავალდებულო მინიმუმის ფარგლებში ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულისათვის სავალდებულოა განახორციელოს შემდეგი ჯანდაცვითი ღონისძიებები:

1. სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდზედამხედველობისა და სამედიცინო-საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად მუშაობის (პროგრამა);
2. მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის (პროგრამა);
3. მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო (პროგრამა);

4. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა ღ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების (პროგრამა);
5. ადგილობრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის:
   ა) სამხარეო დონეზე;
   ბ) ადგილობრივ (საქალაქო, რაიონულ) დონეზე.

პროგრამის სტრუქტურა

პროგრამაში აუცილებლად უნდა გამოიკვეთოს:

1. **პრეამბულა** - საღაც მოცემულია პრობლემის სრული დახასიათება და მისი გადაწყვეტის აუცილებლობის დასაბუთება;
2. **მიზანი** - პროგრამის მოქმედების პერიოდში პრობლემის ეტაპობრივი ან სრულად გადაწყვეტა და კონკრეტული შედეგის მიღება კომპლექსურ ღონისძიებათა განხორციელების გზით;
3. **სტრატეგია** - მიზნის განხორციელების ძირითადი ღონისძიებანი, მიზნის მიღწევის მაგისტრალური მიმართულება;
4. **ტაქტიკა** - უშუალო შემსრულებლის მიერ სტრატეგიის ეტაპობრივი განხორციელების წესი;
5. **ხელშემწყობი პირობები** – პოლიტიკური, სოციალური, ეკონომიკური, ადმინისტრაციული და სამედიცინო ასპექტით ყველა პირობა, რომელიც ხელს უწყობს დასახული პროგრამის განხორციელებას ნებისმიერ დონესა და ეტაპზე;
6. **ხელშემშლელი პირობები** - ყველა პირობა, რომელსაც შეუძლია დაბრკოლების შექმნა პროგრამის განხორციელებისათვის;
7. **ორგანიზაციულ-სამართლებრივი მოწყობა** – პროგრამის განხორციელების ორგანიზაციული სქემა, ე.ი. ვინ ასრულებს ამა თუ იმ ქმედებას, რა პასუხისმგებლობა ეკისრება, რომელი დოკუმენტაცია მოძრაობს, როგორია სამართლებრივი არე და ა.შ.;

8. **ღონისძიებათა განხორციელების გეგმა-გრაფიკი** - შესაბამის ღონისძიებათა და მათ შესრულებაზე პასუხისმგებელთა სრული ჩამონათვალი, პერიოდისა და დაწყება-დამთავრების ვადების მითითებით;
9. **პროგრამის მატერიალურ-ტექნიკური და სამკურნალწამლო საშუალებანი (ნუსხა)** - ყველა საშუალება, რომელიც აუცილებელია დასახული პროგრამის განხორციელებისათვის და რომლის შესყიდვა-შეძენა ხდება აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში (რა, როდის, რა რაოდენობით, როგორ - ტენდერით თუ პირდაპირი შესყიდვით).
10. **პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა:**
    ა) ხარჯების წარდგენა ტაქტიკისა და თითოეული ღონისძიების მიხედვით, როგორც ეკონომიკური კლასიფიკაციის, ასევე ღონისძიებათა შესაბამისად;
    ბ) თითოეული პროგრამის გაანგარიშებას უნდა ერთვოდეს სხვადასხვა მომსახურების, საქონლის, მასალის ფასების კლასიფიკატორი;
    გ) თვიური, კვარტალური და წლიური ხარჯები.
11. **პროგრამის ეფექტურობის შეფასება** - აუცილებელია წარმოდგენილ იქნეს ყველა კრიტერიუმი ან მაჩვენებელი, როგორც სამედიცინო-სოციალურ, ასევე ეკონომიკურ ჭრილში ასე მოცემულ იქნეს მაჩვენებელთა (ან ეფექტების) მთელი სისტემა, რომელიც ქმნის შეფასების კრიტერიუმებს;
12. **შედეგი** - უნდა ჩამოყალიბდეს მარტივად და გასაგებად, აუცილებელია არ იყოს კატეგორიული სახით წარმოდგენილი.

ხარჯების გაანგარიშება პროგრამების ძირითად მიმართულებათა მიხედვით

I. სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდზედამხედველობისა და სამედიცინო-საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად ფუნქციონირების ღონისძიებები (პროგრამა)

1. ინფექციური კერების დამუშავება (დეზინფექცია);

ბ) ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა და მონიტორინგი;

გ) სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების (მათ შორის სამედიცინო სტატისტიკის) მოწყობა-ფუნქციონირება რაიონულ და სამხარეო დონეზე;

დ) დაავადებათა პროფილაქტიკურ პროგრამათა დაგეგმვის სამუშაოების შესრულება;

ე) ეპიდდაძაბული მდგომარეობის მართვა სიტუაციის შესაბამისად.

2. მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების უზრუნველყოფის ღონისძიებები

გასათვალისწინებელი სამუშაოები და ხარჯები:

ა) პროგნოზი მიმდინარე წლისათვისათვის (წინა, სულ მცირე 3 წლის მაჩვენებლების გათვალისწინებით) დადრობლილთა და დაკბენილთა რაოდენობის მიხედვით;

ბ) სხვა სექტორის სამსახურებთან მუშაობა (გეგმა-გრაფიკის);

გ) გათვალისწინებული უნდა იყოს ვაქცინის სახეობა, დაკბენის სიმძიმე (ვაქცინის რაოდენობის განსაზღვრისას გამოიყენება საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც გამოითვლება აღნიშნული პოზიციების მიხედვით).

ხარჯების გაანგარიშებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს შრომითი და მატერიალური რესურსების მოცულობა, სატრანსპორტო, სამიელინებო ხარჯები და სხვ.

3. მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებები

გასათვალისწინებელი სამუშაოები, ხარჯები:

ა) პასპორტიზაციის მიხედვით მალარიოგენულ ტერიტორიათა ზონების ფართობისა და ადგილის განსაზღვრა-დადგენა სტაბილური წლებიდან დღემდე მდგომარეობის შესახებ არსებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე, (I - ფართობი, N - რაოდენობა);

ბ) სამუშაოთა ჩამონათვალი;

გ) სანაპირო წყლების გასუფთავება წყალმცენარეებისგან;

დ) ეპიდზედამხედველობა (მონიტორინგი);

ე) სპეციალიზებული მატერიალურ-ტექნიკური, სამკურნალწამლო საშუალებანი და სხვ. (შეძენა-გათვალისწინება).

4. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ღონისძიებები

ა) მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით აქტუალური სამედიცინო საკითხების რეგულარულად გაშუქების ორგანიზება მოსახლეობისათვის ადვილად გასაგები ფორმით – შემეცნებით–საგანმანათლებლო, სამეცნიერო-პოპულარული გადაცემებისა და პუბლიკაციების სახით;

ბ) საგანმანათლებლო მუშაობა სკოლის მოსწავლეებში სანიტარიულ-ჰიგიენურ, პროფილაქტიკურ უნარ-ჩვევათა დამკვიდრების მიზნით;

გ) მოსახლეობის ინფორმირება ეპიდსიტუაციის შესახებ, სოციალური მობილიზაცია (თვალსაჩინოების, სხვადასხვა სამახსოვროებისა და ბუკლეტების გამოცემა-გავრცელება და სხვ.).

5. სამხარეო (ადგილობრივ) სამკურნალო–პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის ღონისძიებები

(ახორციელებს იმ შემთხვევაში, თუ ზემდგომის მიერ დაკისრებული აქვს ეს ფუნქცია)

ა) ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრისა და ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული მმართველობის სხვა ორგანოების გამოცემული ნორმატიული აქტებისა და სხვა მარეგულირებელ დოკუმენტთა, მეთოდოლოგიათა გაცნობა და შემსრულებლამდე დაყვანა;

ბ) დაწესებულებათა მუშაობის პერიოდული, რეგულარული ანალიზი სამხარეო (ადგილობრივი) პროგრამების ჭრილში;

გ) სამხარეო საინფორმაციო-მმართველობითი სისტემების შექმნა;

დ) ეპიდსიტუაციის მართვა (სამხარეო ცენტრის სტატუსის შემთხვევაში).

ხარჯების გაანგარიშება

სამხარეო პროფილაქტიკური პროგრამების ხარჯთაღრიცხვაში ძირველ რიგში შედის ხუთი პროგრამის წლიური, კვარტალური და თვიური ხარჯი.

ცხრილი 1

სამხარეო პროფილაქტიკური პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	წლიური ხარჯი	კვარტალური ხარჯი	თვიური ხარჯი
1	სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდმეთვალყურეობისა და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად მოქმედების ღონისძიებანი			
2	მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი			
3	მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებანი			
4	ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი			
5	ადგილობრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა უფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი საქმიანობის უზრუნველყოფის ღონისძიებანი			
	სულ			

მე-2 ცხრილში (ღონისძიებების ხარჯთაღრიცხვა ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული განაწილება) შედის იმ

ღონისძიებები რაიონებისა და ქალაქებისათვის - რამდენი რაიონი და ქალაქიც შედის მხარეში, დგება იმდენი გრაფა.

ცხრილი 2

სამხარეო პროგრამებით გათვალისწინებული ადგილობრივი ღონისძიებების ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	რაიონები				სულ
		1	2	3	4	
1	სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდმეთვალყურეობისა და სამედიცინო საინფორმაციო სისტემების ეფექტურად ფუნქციონირების ღონისძიებანი					
2	მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი					
3	მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებანი					
4	ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი					
5	ადგილობრივ საშკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის ღონისძიებანი					
	სულ					

სამხარეო პროფილაქტიკური პროგრამების ხარჯთაღრიცხვა წარმოდგენილ უნდა იქნეს ეკონომიკური (გამსხვილებული)

კლასიფიკაციის მიხედვით (ცხრილი 3), რომელიც შედგება თითოეული ღონისძიების ხარჯთაღრიცხვისაგან.

ცხრილი 3

მხარეში _____

(ღონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა

№	დანახარჯების სახეები	წლიური	კვარტალური	თვიური
1	ხელფასი			
2	დანარიცხი ხელფასზე (27%-3%=30%)			
3	სამეურნეო მომსახურების (კომუნალური, საოფისე, საგრანსპორტო) ხარჯები			
4	სამიელინებო ხარჯები			
5	მატერიალურ-ტექნიკურ საშუალებათა ხარჯები			
6	საინფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნიკაციები, საათერო დრო, პრესა) ხარჯები			
7	სამკურნალწამლო და სხვა სამედიცინო საშუალებების (ვაქცინები, სადეზინფექციო საშუალებები) ხარჯები			
8	სხვა ხარჯები სულ			

ეკონომიკური კლასიფიკაციის მიხედვით რაიონულ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ხარჯები წარმოდგენილ უნ

ფის მე-4 ცხრილის შესაბამისად.

ცხრილი 4

_____

(ღონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა რაიონების მიხედვით (წლიური)

№	დანახარჯების სახეები	რაიონები				სულ
		1	2	3	4	
1	ხელფასი					
2	დანარიცხი ხელფასზე (27%+3%-30%)					
3	სამეურნეო მომსახურების (კომუნალური, საოფისე, საგრანსპორტო) ხარჯები					
4	სამიელინებო ხარჯები					
5	მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებათა ხარჯები					
6	საინფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნიკაციები, საათერო დრო, პრესა) ხარჯები					
7	სამკურნალწამლო და სხვა სამედიცინო საშუალებების (ვაქცინები, სადეზინფექციო საშუალებები) ხარჯები					
	სხვა ხარჯები სულ					

ის 5 ცხრილში აისახება თითოეული პროგრამის (ღონისძიების, რომელიც ჩამოყალიბებულია სავალდებულო ადგილობრივ

მინიმუმად) ხარჯთაღრიცხვა რაიონისა და ქალაქის დონეზე.

ცხრილი 5*

———————-ში ———————————————

ქალაქი, რაიონი (ღონისძიების დასახელება)

ხარჯთაღრიცხვა

№	დასახარჯების სახეები	წლიური	კვარტალური	
1	ხელფასი			
2	დასარიცხი ხელფასზე (27% 3%=30%)			
3	სამეურნეო მომსახურების (კომუნალური, საოფისე, სატრანსპორტო) ხარჯები			
4	სამიელინებო ხარჯები			
5	მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებათა ხარჯები			
6	საინფორმაციო უზრუნველყოფის (კომუნიკაციები, საეთერო დრო, პრესა) ხარჯები			
7	სამკურნალწამლო და სხვა სამედიცინო საშუალებების (ვაქცინები, ხადგმინფექციო საშუალებები) ხარჯები			
8	სხვა ხარჯები			
	სულ			

*** მუშაკის ანაზღაურება უნდა შეესაბამებოდეს სახელმწიფო სახელფასო ბადეს ანუ თანამდებობრივ სარგოებს ოღონდ წილობრივი მაჩვენებლის მიხედვით. მაგალითად, თ ექიმ-ემოლოგი მონაწილეობს 4 ღონისძიებაში, რომელთაგან არც ერთი არ საჭიროებს 8 საათს დღეში, თანაც ოთხი ღონისძიება შეიძლება განხორციელდეს თვის განმავლობაში, მაშინ ყოველ ღონისძიებაში მონაწილეობის ანაზღაურება ხდე**

პროპორციულად (თუ შემსრულებელი მთავარი სპეციალისტია, მაშინ თითოეულ ღონისძიებაზე ეკუთვნის 38 ლარი : 4 =+= 9.5 ლარი).

ვინაიდან ადმინისტრაციული და დამხმარე ბლოკი უცილებლად მონაწილეობს ყველა ღონისძიებაში შესაბამისი მმართველობით-საშემსრულებლო ფუნქციით, შრომის ანაზღაურება უნდა განისაზღვროს ყველა ღონისძიების პროპორციულად, თანამდებობრივი სარგოდან გამომდინარე.

მე-6 ცხრილი საშუალებას იძლევა რაიონის (ქალაქის) დონეზე შეფასდეს ღონისძიებები მე-5 ცხრილის გამოყენებით.

ცხრილი 6

რაიონული (საქალაქო) პროფილაქტიკური პროგრამის ხარჯთაღრიცხვა

№	ღონისძიების დასახელება	წლიური ხარჯი	კვარტალური ხარჯი	თვიური ხარჯი
1	სამხარეო და ადგილობრივი ეპიდმეთვალყურეობისა და სამედიცინო სანიტარიული სისტემების ფუნქციონირების ღონისძიებანი			
2	მოსახლეობის ანტირაბიული დახმარების ხელშეწყობის ღონისძიებანი			
3	მალარიის გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებანი			
4	განმრთელობის ხელშეწყობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებანი			
5	იდეალთბრივ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ფუნქციონირების მაკოორდინირებელი და მმართველობითი უზრუნველყოფის ღონისძიებანი			
	სულ			

მე-7 ცხრილი გამოყენებულ უნდა იქნეს ღონისძიების შემსრულებელთა ხელფასის კალკულაციისათვის

ცხრილი

№	შრომითი რესურსი	ფიზიკურ პირთა რაოდენობა	შრომის ანაზღაურება	დარიცხვა (ჯმ°ი)	სულ
	პროფილის დასახელება				
1					
2					
3					
	ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
	სულ				

მივლინების ხარჯების გაანგარიშებისას გამოიყენება მოქმედი საკანონმდებლო-ნორმატიული აქტები. მაგალითად, დღეს:

ქვეყნის შიგნით მივლინებულ პირს ეძლევა დღიური 3 ლარი, ღამისთევის ხარჯები უნაზღაურდება წარმოდგენილი საბუთის (სასტუმროს ქვითრის) მიხედვით, ხოლო საბუთის გარეშე ეძლევა 1 ლარი. ბილეთის (საშუალოდ იანგარიშება 7 ლარი) ან დახარჯული საწვავის მიხედვით განისაზღვრება მგზავრობის ხარჯი.

მატერიალურ-ტექნიკური საშუალებანი

ღონისძიების განხორციელებისათვის აუცილებელია ძირითადი საშუალებები, ლაბორატორიის დაბალფასიანი მოწყობილობა.

საინფორმაციო უზრუნველყოფის მიზნით საჭიროა: ტელეფონ

ან მისი გადასახადი), პრესა, საეთერო დრო, მეთოდური მასალების, ვალსაჩინოებისა და სახელმძღვანელოების შეძენა და სხვ.

სამკურნალწამლო საშუალებანი:

ვაქცინა, ნიადაგი, ტესტ-სისტემები, სადეზინფექციო საშუალებები.

გათვლა ხდება წინა წლების დინამიკისა და გამოკვეთილი ტენდენციების მიხედვით, რაც პროგრამისა (თითოეული ღონისძიების) და შესასრულებელი ღონისძიების დასაბუთებაში უნდა იყოს ასახული.

სამეურნეო (წყალი, ელექტროენერგია, დასუფთავება და ა.შ.) ხარჯი გამოითვლება წლიური ჯამური თანხის გაყოფით დაგეგმილ ღონისძიებათა რაოდენობაზე (იგულისხმება სავალდებულო მინიმუმი).

სატრანსპორტო ხარჯები განისაზღვრება ღონისძიების საჭიროებიდან გამომდინარე ანუ კილომეტრაჟის, საწვავის რაოდენობისა და ფასის, ხარჯვის ნორმის, ტრანსპორტის სახის მიხედვით, ე.ი. თუ საწვავის რაოდენობას 100 კილომეტრზე აღვნიშნავთ -ით (ლიტრობით), 1 ლიტრი საწვავის ფასს – ჩ-თი (ლარობით), ხოლო საშუალო მანძილს – შ-ით (კილომეტრობით), მაშინ ვიღებთ, რომ სატრანსპორტო ხარჯი

L = S / 100 x N x C (ლარი), პლუს საწვავ-საპოხი მასალებისა და ზეთისხე ხარჯი.

საკანცელარიო საშუალებათა (ფანქარი, კალამი, ქაღალდი, სამაგრი, საშლელი და სხვ.) ხარჯები;

სხვა ხარჯები: ყველა დანარჩენი ხარჯი, რომელიც არაა მითითებული, ზემოაღნიშნულ ხარჯებში, შედის ამ პოზიციაში.

ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფუნქცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური ახორციელებს ეროვნული პროგრამების დაგეგმვას, განსაზღვრავს მათ მიმართულებას და კოორდინაციას უწევს შესრულებას, რათა უზრუნველყოს ნაადრევი სიკვდილიანობის, ავადობის, ინვალიდობის პროფილაქტიკა, ქრონიკულ დაავადებათა შესაბამისად ხელი შეუწყოს მოსახლეობაში საყოველთაო ჯანდაცვითი ღონისძიებების გაუმჯობესებას. ამ მიზნით:

– გეგმავს და მიმართულებას აძლევს ეპიდემიოლოგიურ მიზნობრივ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ასაბუთებს ქრონიკულ დაავადებათა დადგენის, პროფილაქტიკისა და კონტროლის პროგრამებს, ხელს უწყობს ჯანსაღი ყოფისა და ქმედებების დამკვიდრებას, აგრეთვე ჯანმრთელობის აღდგენის;

– ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების პროცესის ფორმირებას, შეფასებას, სასკოლო სამედიცინო განათლებისა და რისკის შემცირების პროგრამების შედგენას;

– გეგმავს და სრულყოფს ქრონიკულ დაავადებათა და მდგომარეობათა მედამხედველობის სისტემებს, ყოფითი ან სხვა რისკ-ფაქტორების გამოვლენის პროცესს;

– ხელს უწყობს ეპიდემიოლოგიური და ცხოვრებისეული მაჩვენებლების, ძირითადად პიროვნების არაჯანსაღი ქმედების, მაგ. შორის თამბაქოსა და ალკოჰოლიანი სასმელების მოხმარების, კვების, ოჯახის დაგეგმვის, ნარკომანიისა და სხვ. შესწავლას;

– გეგმავს ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევებს, რომელიც გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების, ქრონიკულ დაავადებათა და მდგომარეობათა კონტროლისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებათა ხარისხს;

– შეთანხმებებისა და სხვა მექანიზმების საფუძველზე დახმარებას უწევს რაიონებს გრანტების მეშვეობით, რომელიც გამიზნულია ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკის, კონტროლისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებისათვის;

– რაიონებისათვის გეგმავს სწავლებასა და ტექნიკურ კონსულტაციებს პროფილაქტიკური და საზედამხედველო

სტრატეგიის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვის, ჩამოყალიბების, შენარჩუნებისა და შეფასების საკითხებზე;

– სახელმწიფო და ადგილობრივ სამსახურებთან, სხვა ორგანიზაციებითან ერთად გეგმავს, კოორდინაციას უწევს და წარმართავს ქრონიკული დაავადებების გამოვლენის laბორატორიულ ღონისძიებებს, ახორციელებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ შემუშავებული სხვა პროგრამების მართვას;

– აწარებს მიზნობრივ კონსულტაციებს და ხელს უწყობს იმ პროგრამათა ჩამოყალიბებასა და განხორციელებას, რომელიც მოიცავს ქრონიკულ დაავადებათა პროფილაქტიკასა და კონტროლს, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სასკოლო მიზანსებითი პროგრამების შემუშავების გათვალისწინებით;

– ხელმძღვანელობს საგზაო ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებას, სახელმწიფო და ადგილობრივ სამსახურებთან, ნებაყოფლობით და კერძო ორგანიზაციებთან ერთად;

– ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამების შემუშავებისას განსაზღვრავს ამ პროგრამების მრავალპროფილური განვითარების ამოცანებსა და მიზნებს; რეკომენდაციას უწევს კონტროლისა და პროფილაქტიკის პრიორიტეტებს, აყალიბებს მათი განხორციელების სახელმძღვანელო პრინციპებს, მსგავს ღონისძიებათა შესრულებაში ეხმარება სახელმწიფოებრივ და ადგილობრივ ორგანიზაციებს, აკადემიურ, კერძო და საზოგადოებრივ დაწესებულებებს;

– გეგმავს, მართავს, მიმართულებას აძლევს და ხელს უწყობს გამოკვლევებს, ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლისათვის საჭირო სტარატეგიის ჩამოყალიბებისა და შეფასების საკითხებზე (ამ გამოკვლევებში შედის ბიომექანიკა, ეპიდემიოლოგია, პროფილაქტიკა, ტრავმატიზმის მკურნალობა და რეაბილიტაცია.);.

– გეგმავს, ქმნის, აფასებს მიმოხილვით სისტემებს, კომპეტენციის ფარგლებში ხელმძღვანელობს ავადობის, სიკვდილიანობის, ტრავმატიზმის საწინააღმდეგო საქმიანობას. ტრავმატიზმის სამედიცინო მომსახურების ფასების დადგენის, აგრეთვე

ეპიდემიოლოგიური მიმოხილვით სისტემის ჩამოყალიბებისათვის თანამშრომლობს ადგილობრივ და სახელმწიფო სტრუქტურებთან;

– შეიმუშავებს, ახორციელებს, მიმართულებას აძლევს, აფასებს სადემონსტრაციო პროგრამებს ტრავამატიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის მიზნით;

– მოქმედებს როგორც ტექნიკური დახმარების ექსპერტი ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკის, პროფილაქტიკისა და არაპროფესიული ტრავმატიზმის კონტროლის სფეროში;

– დახმარებას უწევს სახელმწიფო სტრუქტურებს ტრავმატიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის პროცესში ფინანსურად აგრეთვე ტექნიკური თუ სამენეჯმენტო კონსულტაციების მეშვეობით, ახდენს ტრავმატიზმის პრობლემების შეფასებას ეპიდზედამხედველობას, ტრავმატიზმის პროფილაქტიკისა და კონტროლის ღონისძიებების კოორდინაციას;

– აღგენს სასწავლო პროგრამებს, რათა გაიზარდოს ამ მომსახურე პერსონალის რაოდენობა და კომპეტენტურობა, რომელიც ჩართულია ტარვმატიზმის კონტროლისა და პროფილაქტიკის კვლევასა და საქმიანობაში;

– ხელს უწყობს გამოკვლევების შედეგების გავრცელებას აგრეთვე ტრავმატიზმის კვლევისა და პროფილაქტიკისათვის საჭირო ტექნოლოგიის დანერგვას აღგილობრივ სახელმწიფო ორგანიზაციებში;

– ყველა გემოჩამოთვლილი ფუნქციის განხორციელების პროცესში თანამშრომლობს სხვა ცენტრებთან, ინსტიტუტებთან სახელმწიფო მნიშვნელობის ტრასების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ადმინისტრაციასთან, საგზაო პოლიციასთან მომხმარებელთა უფლებების დაცვის, უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კომისიასთან, სხვა სახელმწიფო სტრუქტურებთან და კერძო ორგანიზაციებთან;

– კოორდინაციას უწევს შესაბამისი ანგარიშის მომზადებას რითაც ხელს უწყობს პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის პრობლემების უზუსტეს აღწერას;

– თანამშრომლობს სხვა სამსახურებთან, რომელთა მიზანია პროფესიული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვა გაუმჯობესება.

მონაცემთა ანალიზი და ინტერპრეტაცია

დაავადებათა დინამიკა. ქრონიკულ სნეულებათა ჯანმხელველობის კლასიკური სისტემები მოიცავს დაავადებათა რეგულარულ მონიტორინგს, რათა გამოვლინდეს გარკვეული დროის განმავლობაში მათი მატება ან კლება და განისაზღვროს ეფექტური ჩარევის სტრატეგია. დაავადებათა დროის დინამიკის ანალიზებისას მხედველობაშია მისაღები ასაკობრივ სტრუქტურაში დროდადრო მიმდინარე ცვლილებები.

რეგიონული ანალიზი. ანალიზის ეს სახე გულისხმობს დაავადებების შემთხვევათა ან რისკ-ფაქტორთა შედარებას ორ განსხვავებულ რეგიონს შორის. უნდა გამოითვალოს დაავადებების სიხშირეები ქალაქად და სოფლად, დადგინდეს მათ შორის არსებული განსხვავების განმაპირობებელი მიზეზები. მიღებული ინფორმაცია შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს ცალკეულ რეგიონში სოციოეკონომიური პრევენციული ღონისძიებების გასატარებლად.

სქესობრივი განსხვავება. გასათვალისწინებელია, რომ ქალებსა და მამაკაცებს შორის დაავადებათა (განსაკუთრებით ქრონიკულ სნეულებათა) გავრცელება განსხვავებულია როგორც რაოდენობრივი მნიშვნელობით, ასევე ასაკობრივი თვალსაზრისითაც, ამიტომ საშუალო მაჩვენებლების განსაზღვრა და გაანალიზება უნდა ხდებოდეს ცალ-ცალკე.

ასაკობრივი თავისებურებანი. ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდით ხასიათდება ქრონიკული სნეულებანი, რომელთა უმეტესობა ასაკთან ერთად მატულობს. ამასთან სხვადასხვა დაავადების შემთხვევები ასაკის მიხედვით განსხვავებულია. ქრონიკულ სნეულებათა გავრცელების ასაკობრივი თავისებურებების შეფასების საფუძველზე შესაძლებელია განისაზღვროს რისკ-ასაკობრივი ჯგუფი, რომელიც, თავის მხრივ, წარმოადგენს პროფილაქტიკური ღონისძიებებისათვის მიზნობრივ ჯგუფს.

ინფორმაციის გავრცელება

ქრონიკულ სნეულებათა პროგრამები მიმართულია ფართო მომხმარებლისაკენ - საქალაქო მედიცინის, კერძო სამედიცინო ორგანიზაციების, პროფესიული და მთელი საზოგადოებისაკენ.

ინფორმაციის გავრცელებისათვის სხვადასხვა წყარო გამოიყენება, რ
მან მიმწობრივ ჯგუფებს მიაღწიოს. მოპოვებული ინფორმაციის გავრცელ
ძირითად სტრატეგიას წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შ
ინფორმაციული მონაცემების, კომუნიკაბელურობის გაუმჯობესება.

სამხარეო სტრუქტურის ფუნქ

ჯანმრთელობის დაცვის სამხარეო სტრუქტურებს ეკისრება
– წარმართოს პროცესები პროგრამათა ეფექტური განხორციელ
ძირითადი პრინციპებისა და სტრატეგიის შესაბამისად;
– ჩაატაროს გაფართოებული სემინარები და დისკუს
მართვის, ჯანდაცვის კომუნიკაციის პოლიტიკისა
პროცედურების შესწავლის მიზნით;
– საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფართო ინტერეს
შესაბამისად, ხელი შეუწყოს, გამოკვლევებს სამედიც
კომუნიკაციების სფეროში. მონაცემების შეფასე
ექსპერტიზისა და მსგავსი სამსახურის (მაგალითად, მარკეტ
და მომხმარებლის გამოკვლევა, ტესტირება და ფორმულირე
შეტყობინების ჩამოყალიბება და საკომუნიკაციო არხ
ანალიზი) მეშვეობით გააუმჯობესოს და სტიმული მი
შეღეგების ზრდას, პროფესიონალიზმის შეფასებას, სამედიც
კომუნიკაციების წამოწყებათა ეფექტურობის განსაზღვრას
– დაახარისხოს საჭირო ინფორმაცია, ჩაატაროს ექსპერტ
სამსახურები უზრუნველყოს ეფექტური სამედიც
კომუნიკაციების განხორციელებისათვის საჭირო თანამედრ
აღჭურვილობითა და ტექნოლოგიებით.
– დაეხმაროს ადგილობრივ სამსახურებს სამედიც
საკომუნიკაციო წამოწყებათა, მუნიციპალურ პროგრამ
დაგეგმვაში, განხორციელებასა და შეფასებაში;
–უზრუნველყოს სამედიცინო საკომუნიკაციო საშუალებ
ხარისხიანობა;
– სისტემატურად მოიპოვოს, შეაფასოს და გაავრცელ
ინფორმაცია მართვის სფეროში მიმდინარე კვლევების
თანამედროვე ტენდენციების, აგრეთვე სამედიც
კომუნიკაციების სიახლეების შესახებ;
– უხელმძღვანელოს ურთიერთთანამშრომლობას
საზოგადოებრივ, არაკომერციულ, კერძო ორგანიზაციებ
რომლებიც ჩართულნია სამედიცინო კომუნიკაციებში.

დაავადებათა კონტროლის სისტემის ამოცანები

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის (დკეც) ძირითადი
ფუნქცია უნდა იყოს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვება,
შეფასება, ანალიზი, მის საფუძველზე მოსახლეობის ავადობის
დონის შეღგენა და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება
პრიორიტეტების მიხედვით.
რეკომენდაციები უნდა მოიცავდეს სახელმწიფო (ცენტრალური)
მუნიციპალური პროგრამების შეღგენის ძირითად
მართულებებს. პროფილაქტიკური (საზოგადოებრივ ჯანდაცვითი)
პროგრამების დაგეგმვას უნდა მოხდეს ჯანდაცვის მართვის
ეროვნულ ცენტრში, სადაც ექსპერტთა პანელი შეადგენს შესაბამის
ანდარტებს და სრულყოფს დაფინანსების მექანიზმებს.
ეროების შემთხვევაში ხდება შესაბამისი პროფილის
ტეგიებისათვის პროგრამასთან დაკავშირებული კვლევების
ცია (გრანტული პრინციპით).
პროგრამას ნერგავს ჯანდაცვის სამინისტრო: პროფილაქტიკურ
საზოგადოებრივ-ჯანდაცვით) პროგრამებს მართავს
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, სამკურნალო
პროგრამებს სადაზღვევო კომპანია, ხოლო სხვა პროგრამებს -
ბაამისი დაწესებულება სამინისტროს შეკვეთის საფუძველზე.
პროგრამის უშუალო განხორციელება-მართვისათვის გამოიყოფა
რდინატორი - პროგრამის დირექტორი, რომელიც ადგენს
ეულ დოკუმენტაციას და ახდენს პროგრამის მუდმივ
ნიტორინგს. იგი ანგარიშვალდებულია შემკვეთის წინაშე.
დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში აკუმულირებული
ფორმაციის ანალიზის საფუძველზე უნდა შემუშავდეს რეკომენდაციები
ეგორიული ნორმების შექმნისათვის, რასაც განახორციელებენ
ეგორიის ს/კ ინსტიტუტი და ჰიგიენისა და პროფპათოლოგიის ს/კ
ტიტუტი. ცენტრი მონაცემებს მიიღებს სახელმწიფო სანიტარიული
ხედველობის სამსახურიდან ან მოიპოვებს თვითონ.
დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
ექვარტალურად უნდა ღებულობდეს მონაცემებს სამედიცინო
ატისტიკის ცენტრიდან, სამედიცინო დაწესებულებებიდან. გარდა
ისა, მას საშუალება უნდა ჰქონდეს თვითონ ჩაატაროს კვლევები
ირალი ციფრების დასასაბუთებლად. ამ მიზნით მას
ეკრულებას უფორმებს სამინისტრო ან ჯანდაცვის მართვის
ეროვნული ცენტრი მეცნიერების განვითარების ან მართვის

პროგრამების შესაბამისად. აღნიშნულ გამოკვლევებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ახორციელებს სათანადო პროფილის ინსტიტუტების ან ცალკეული ჯგუფების მეშვეობით.

ქრონიკულ დაავადებათა პრევენცია უშუალო კავშირშია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდასა და დამკვიდრებასთან. მავნე ჩვევების აღმოცენება-განვითარების უარყოფითი შედეგების წარმოჩენას მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება მასმედიის აქტიურობას. ამ რგოლის შედის საინფორმაციო-ანალიტიკური ცენტრის, როგორც საჭირო ინფორმაციის გამავრცელებლის ფუნქციებიც.

პროგრამების დაგეგმ

მონაცემთა ანალიზისა და ინტერპრეტაციის საფუძველზე უნ განისაზღვროს ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულებანი და ინფორმაციის გაარკვეული ნაწილი გავრცელდეს საზოგადოებრივ ჯანდაცვის პროგრამების სახით. დაავადებათა კონტროლ შემდგომი ეტაპია პრევენციული (საზოგადოებრივ-ჯანდაცვი პროგრამების დაგეგმვა შერჩეული პრიორიტეტებ გათვალისწინებით, მათი დანერგვა და შეფასება. ინტერვენც (ჩარევის) პროგრამებს ერთობლივად გეგმავენ დაავადებ კონტროლის ეროვნული ცენტრი და სამეცნიერო-კვლევ ინსტიტუტები (ან სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებ პროგრამის დაგეგმვის პირველ ეტაპზე ინტერვენციის სტრატეგ იდენტიფიკაციისათვის აუცილებელია ინტერვენციის შესა არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა, რომ გათვალისწინებითაც შეიქმნება არსებულ პირობებ ადაპტირებული პროგრამები. პროექტებს განიხილავს ამტკიცებსა ინტერსექტორული საბჭო, ხოლო შემდეგ გადაც ჯანდაცვის მართვის ეროვნულ ცენტრს, სადაც სხვა ასპექტებ ერთად განიხილება მისი ფინანსური უზრუნველყოფაც (რამდენ შეესაბამება ბიუჯეტიდან გამოყოფილ თანხას) და დადებ შეფასების შემთხვევაში, იწყება მუშაობა.

პროგრამის სათაო შემსრულებელი ორგანიზაცია, ჩვეულებრ პროგრამის შემდგენელია (ცალკე იურიდიული პირი, იურიდ პირთა ერთობლიობა, დაწესებულება და სხვ.), რომელსაც განხორციელებისა და მართვის შეკვეთას აძლევს ჯანდაც სამინისტრო (მომავალში ეს ტენდერის მეშვეობ

განხორციელდება). შემკვეთი გენერალურ ხელშეკრულებას დებს მართვა პროგრამაში მონაწილე სხვა იურიდიულ თუ ფიზიკურ პირებთან.

დაავადებათა კონტროლი ითვალისწინებს პროგრამების შემუშავებას ორი_ძირითადი მიმართულებით. მონაცემები დაავადებათა და სიკვდილიანობის შესახებ ხშირად სრულყოფილი და სარწმუნო არ არის. ამდენად, ქვეყანაში სხვადასხვა დაავადებისა და რისკ-ფაქტორთა გავრცელების შესახებ რეალური სურათის მისაღებად, საჭიროა ეპიდემიოლოგიური კვლევითი პროგრამების დაგეგმვა. მათი შესრულება უნდა დავალოს სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებს, რომელთა დაფინანსებისათვის ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი გრანტებს გამოიყენებს. გრანტის მოსაპოვებლად ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრი და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი წინასწარ აცხადებენ კონკურსს (ტენდერს), რომლის საფუძველზეც გამოვლინდება გამარჯვებული. დაგეგმილი პროგრამების მეტი ნაწილი პროფილაქტიკური ხასიათისაა. მათი განხორციელება შეამცირებს ავადობას, ინვალიდობას და საბოლოო ეტაპი. შემსრულებელმა უნდა უზრუნველყოს პროგრამის მიმდინარეობის პროცესში ეტაპობრივი უკუკავშირი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ შერჩეული კრიტერიუმების (მონიტორინგის) მეშვეობით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი ახორციელებს პროგრამის შეფასებას, რათა აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელი იქნეს ღონისძიებათა შეცვლა და მოდიფიკაცია შედეგების გაუმჯობესების მიზნით.

დაავადებათა კონტროლში გადამწყვეტ როლს ასრულებენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი სამსახურები. ამიტომ დღის წესრიგში დგება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების საშემსრულებლო პასუხისმგებლობის ცალკეების საკითხი, რაც ხელს უწყობს ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე სოციალურად საშიში ან მნიშვნელოვანი ცვლილებების პროფილაქტიკას. ამავდროულად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ განხორციელებული ოპერატიული ღონისძიებანი, მიმართული ინფექციური კერების ლიკვიდაციის, საფრთხის შემცველი სიტუაციის შესუსტებისა და მოხსნისაკენ, პროფილაქტიკისათვის საჭიროებს განსაზღვრული ფინანსური,

შრომითი თუ მატერიალური რესურსების ერთ ადგილზე თავმოყრას

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო ცენტრები, ადგილებზე უშუალოდ განახორციელებენ და კოორდინაციას უწევენ როგორც ცენტრალურ, ასევე რაიონულ პროფილაქტიკურ პროგრამებს. ცხადია, სამსახური ჯერ კიდევ შექმნა-ჩამოყალიბების პროცესშია. გამოიკვეთა ის ფუნქციები და უფლება-მოვალეობანი, რომელიც მას უნდა გააჩნდეს, რათა წარმატებით და ეფექტურად განახორციელოს პროფილაქტიკური ღონისძიებანი, რაც ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პრიორიტეტია.

მეტად ოპტიმალური და ეფექტური იქნება, მომავალში პროფილაქტიკური ცენტრალური და სამხარეო პროგრამების შესრულება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების გაძლიერებულ-განმტკიცებულ საშემსრულებლო ბაზაზე. შესაბამისად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ჩამოყალიბდება შემდეგი სტრუქტურით:

1. მძლავრი სადიაგნოსტიკო-საკონსულტაციო ბლოკი (მაგალითად სამხარეო და რაიონული მრავალპროფილიანი დისპანსერი);
2. მუნიციპალური პროგრამების დაგეგმვისა და განხორციელების ეპიდემიოლოგიური კვლევა-ანალიზის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამის განხორციელებისა და პროფილაქტიკური პროგრამების დაგეგმვის ბლოკი;
3. პროგრამათა შეთანაწყობისა და მართვა-განხორციელების ადმინისტრაციული ბლოკი, რომლის ელემენტებსაც დღეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის სტრუქტურა მოიცავს მაგრამ დაუკონკრეტებელი და ბუნდოვანია მისი ფუნქციები.

ცენტრალური პროფილაქტიკური პროგრამების მენეჯმენტის ერთ-ერთი ამოცანა სამხარეო მართვაა, რაც გულისხმობს სამხარეო და ადგილობრივ დონეზე ცენტრალური პროგრამებით განსაზღვრულ ღონისძიებათა როგორც გატარებას, ასევე მედამხედველობას, რამეთუ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა ხარისხიანი შესრულებისათვის უწყვეტი მონიტორინგია საჭირო.

ამგვარი უკუკავშირის დამყარებით შესაძლებელი გახდება დაავადებათა კონტროლის ერთიანი სისტემის შექმნა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისადმი ფუნქციურად დაქვემდებარებული დაწესებულებები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს ფუნქციურად ექვემდებარება დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი.

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი:

– საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სამსახურს ინფორმაციას აწვდის სისტემის ლაბორატორიათა ქსელის ფუნქციონირებისა და სწავლების შესახებ პროგრამათა მიმდინარეობის შესახებ;

– მოქმედებს, როგორც ჩამოყალიბებული სტრატეგიის განხორციელების ცენტრალური რგოლი;

– ხელს უწყობს სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავებას, დანერგვას, განვითარებას, ლაბორატორიათა მუშაობას და ამოწმებს მის ხარისხიანობას;

– ხელს უწყობს იმ მეთოდების ჩამოყალიბებასა და დანერგვას, რომელიც აუმჯობესებს ცენტრალური და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირებას, რაც პრიორიტეტებისა და მოვალეობების კოორდინირებული და ეფექტური შესრულებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების გადაჭრის გარანტი იქნება;

– ფუნქციონირებს, როგორც ეპიდემიოლოგიური ტექნოლოგიის პრაქტიკული სასწავლო პროცესის ცენტრალური რგოლი, ხელს უწყობს სწავლების ორგანიზებულად წარმართვასა და აფასებს განვითარების ეფექტიანობას;

– ცენტრებსა და ინსტიტუტებს, კერძო ორგანიზაციებს შორის აძლიერებს ურთიერთკავშირებს, ურთიერთთანამშრომლობას (კონსენსუსის მისაღწევად), რაც მიზნად ისახავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა მაღალ დონეზე ჩატარებას;

– შეთანხმებულად მუშაობს აკადემიურ დაწესებულებებთან, განსაკუთრებით პროფილაქტიკური მედიცინის სფეროში, რათა ჩამოაყალიბოს და შეაფასოს პროფილაქტიკური ღონისძიებანი.

სამედიცინო სტასტისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი

– სახელმწიფო დონეზე ხელმძღვანელობს სამედიცინო სტატისტიკისა და ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვებას, დამუშავებას, მართვას;

– აანალიზებს და ავრცელებს ინფორმაციას სახელმწიფო ჯანდაცვის სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოვლენათა, აგრეთვე ჯანდაცვის ღონისძიებათა სტატისტიკის შესახებ (მოსახლეობის ფიზიკური, გონებრივი, ფსიქოლოგიური დახასიათების, ავადობის, ტრავმატიზმის, დაზიანებების მონაცემების, ჯანდაცვის დაწესებულებათა საკადრო რესურსების გამოყენების ჩათვლით);
– უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემის მართვას ჯანდაცვითი ღონისძიებების ფასისა და ხარჯის ანალიზის საფუძველზე, განსაზღვრავს ადამიანთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებს, ეკონომიკურ, სოციალურ და ჯანმრთელობის სხვა რისკ-ფაქტორებს;
– ხელმძღვანელობს ჯანდაცვის სტატისტიკის ერთიან სისტემას, ხელს უწყობს და წარმართავს ჯანდაცვის მონაცემების სისტემების შედგენისა და სტატისტიკის მეთოდოლოგიურ კვლევას;
– პროგრამის მიხედვით უზრუნველყოფს ტექნიკურ დახმარებას სტატისტიკური პროგრამების დაგეგმვას, მენეჯმენტს, შეუსაბამებს ჯანდაცვის მაქსიმალურად განხორციელებადი საყოველთაო სტატისტიკური და ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების კოორდინირების ჩათვლით;
– ამყარებს საქმიან კავშირებს ჯანდაცვის სხვა საზოგადოებრივ და კერძო სამსახურებთან, სტატისტიკურ ორგანიზაციებთან კონკრეტულ დახმარებას უწევს მათ;
– ხელმძღვანელობს გამოკვლევებს, კონსულტაციებს, სასწავლო პროგრამებს, რაც საფუძვლად უდევს საერთაშორისო სტატისტიკური საქმიანობის განხორციელებას;
– მონაწილეობს სახელმწიფო ჯანდაცვის სტატისტიკის პოლიტიკის შემუშავებაში;
– მართავს ეკოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური სტატისტიკის პროგრამას;
– ასრულებს ჯანდაცვის სტატისტიკის ორგანიზატორის ზოგად ფუნქციას. მოქმედებს, როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს კონსულტანტი და მრჩეველი, რათა სტატისტიკური მონაცემები გათვალისწინებით დარგის მართვაში მიღწეულ იქნეს სტრატეგიული მიზნები.

თავი XIV

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია რეორიენტაციის პირობებში

წარსული

საბჭოურ მოდელზე აგებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა [illegible]იანად ცენტრალიზებული იყო და ახასიათებდა [illegible]ტარული მიდგომა მართვის, დაფინანსების, მატერიალურ-[illegible]იკური აღჭურვისა და სხვა საკითხებისადმი. ჯანდაცვის [illegible]ტეგია და ტაქტიკა, მისი მოცულობა, განხორციელების [illegible]ებანი და ხარჯები განისაზღვრებოდა ცენტრალიზებულად [illegible] უპირატესობრივად უარყოფდა განვითარების ეკონომიკურ [illegible]ციას. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო აღიარებდა [illegible]ებათა პრიორიტეტის უპირატესობას, სინამდვილეში [illegible]ების უდიდესი ნაწილი მთლიანად სტაციონარული [illegible]ობისაკენ იყო მიმართული. სისტემის წარმატებით [illegible]ირების ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად გატარებული [illegible]ლეების რაოდენობა ითვლებოდა, რაც თავის მხრივ, [illegible]ისა და სამედიცინო პერსონალის უზომოდ გაზრდისაკენ [illegible]ას იწვევდა.

[illegible]ელმწიფოს მიერ დეკლარირებული ვალდებულება – [illegible]ელთათვის უფასო სამედიცინო დახმარება" – გულისხმობდა [illegible]ციის თითოეული წარმომადგენლის უზრუნველყოფას [illegible]ირებული უფასო სამედიცინო დახმარებით. მაგრამ, ამგვარი [illegible]ების მიუხედავად, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება [illegible]ილად ირღვეოდა, ვინაიდან პიროვნებას არ ჰქონდა [illegible] დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის [illegible]ებრ არჩევის საშუალება. რაც შეეხება უფასო [illegible] დახმარებას, იგი საშუალო ნორმის ფარგლებში იყო [illegible] შემთხვევაში ავადმყოფს მაინც უხდებოდა ექიმისთვის

ჰონორარისა თუ მედიკამენტების საფასურის გადახდა. ამგვარად ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი უფრო მეტად მოსახლეობის სოციალურ დაცვაზე იყო ორიენტირებული, ვიდრე თვით ჯანმრთელობის დაცვაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ადამიანს განიხილავდა, როგორც ობიექტს და არა სისტემის წარმმართველ სუბიექტს. ინდივიდი გრძნობდა პასუხისმგებლობას საკუთარ ჯანმრთელობაზე. ამის მაგალითია თუნდაც ის, რომ საქართველო პირველ ადგილზე იყო ექიმების რაოდენობით, ასევე პირველ ადგილზე იყო ავადმყოფობის მიგრაციის დონითაც. მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარებისათვის ავადმყოფები ხშირად მიმართავდნენ უკვე აღჭურვილ სამედიცინო დაწესებულებებს, როგორც საქართველოში, მასშტაბით, ასევე საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში. ასეთი მენტალიტეტი არ შეცვლილა ქართული სახელმწიფოებრიობის აღდგენისა და ჩამოყალიბების პერიოდშიც.

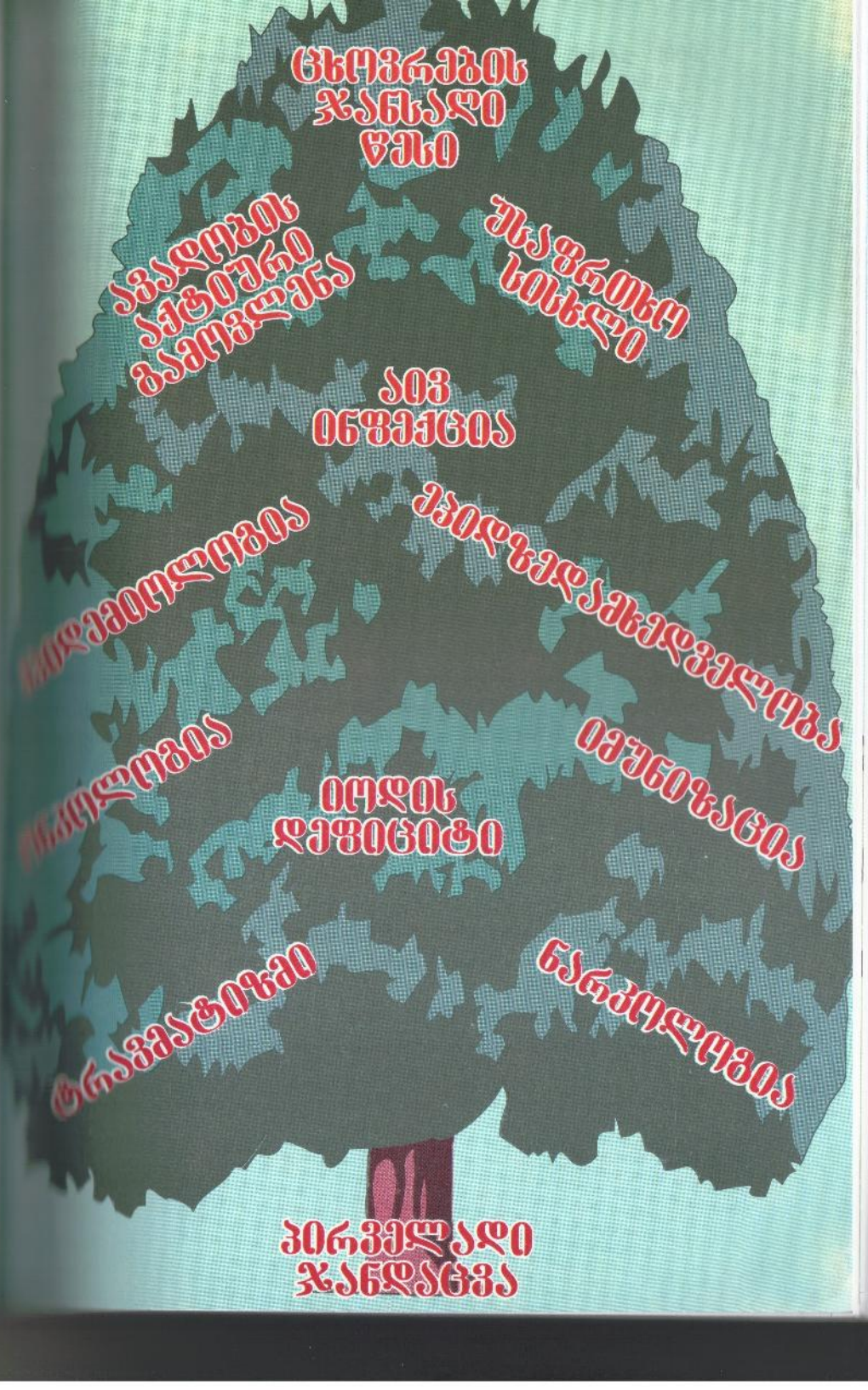
შემთხვევითი არ ყოფილა, რომ საბჭოთა კავშირის დამოკიდებულება მომენტისათვის სხვა რესპუბლიკებთან შედარებით, საქართველოში ცხოვრების მაღალი დონე იყო (მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლების ცნობილი მოვლენების შედეგად მკვეთრად შეიცვალა მდგომარეობა ქვეყნის შიგნით).

ბოლო წლებში შექმნილმა მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურმა სიტუაციამ, ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემის კრიზისმა მკვეთრად გააუარესა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაც აისახა სტატისტიკურ მაჩვენებლებში (შექმნილმა მდგომარეობამ განაპირობა ისიც, რომ ხშირად ვერ ხერხდებოდა სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება). ხელთ არსებული სტატისტიკური მონაცემები ხშირად ობიექტურად ვერ ასახავს რეალურ სურათს. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ზოგიერთ დემოგრაფიული და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლის ცვლილების დინამიკას უკანასკნელი წლების განმავლობაში.

საქართველოს მოსახლეობა 1990-97 წ.წ. შესაბამისად 5413,5; 5421,6; 5420,2; 5447,1; 5429,5; 5407,0; და 5408,6 ათასი იყო.

მოსახლეობის ბუნებრივმა ნამატმა 1990-97 წ.წ. 1000 მოსახლეზე შეადგინა შესაბამისად: 8,3; 8,1; 8,6; 7,9; 4,8; 2,4; 1,8 და 3,2.

შობადობა 1000 მოსახლეზე იმავე წლებში იყო: 17,3; 16,7; 16,4; 13,4; 11,4 და 9,5, ხოლო სიკვდილიანობა - 9,0; 8,6; 8,4; 8,5; 8,6 და 7,7. რაც შეეხება ბავშვთა სიკვდილიანობას, მკვდრად შობადობა



1990-97 წ.წ. შეადგინა (აბსოლუტური რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე) შესაბამისად: 868/8,8; 772/8,1; 750/8,2; 3988/5,2; დაავადებულთა სიკვდილიანობამ იმავე წლებში 996/10,2; 776/8,2; 1348/8,6; 553//7,1; პოსტნატალურმა სიკვდილიანობამ – 1323/13,5; 763/ 8,0; 640/7,0 და 585/7,7, ბავშვთა სიკვდილიანობამ 0-1 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში - 21,0; 19,6; 15,9; 13,7; 11,7; 18,3 და 11,7. როგორც ცნობილია, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები პირდაპირ კავშირშია ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობის, შობადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების დინამიკასთან. ჩვენს შემთხვევაში კი დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენცია განპირობებულია შობადობის კლებით და არ ასახავს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შექმნილ მდგომარეობას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 1990-97 წ.წ. მოქმედი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებისა და მათში გამლილი საწოლების რაოდენობა შესაბამისად შეადგენდა: 402/53738, 399/54037, 384/53079, 384/53079, 390/ 51022, 386/52900; 340/46256 და 321/44444; მოსახლეობის საწოლებით უზრუნველყოფა – 99,5; 99,8; 98,0; 97,5; 89,6; და 86,1. საწოლების ფარდობითი დატვირთვა - 232,0; 214,7; 208,1; 187,7; 132,1; 128,2 და 104,0. ექიმების მოსახლეობას 1988-94 წ.წ. დახმარებას უწევდა შესაბამისად 101, 96, 96, 96, 81 და 82 დისპანსერი, 1361, 1323, 1348, 1348, 1357, 1244 და 1217 ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულება. იმავე წლებში ექიმების (კბილის ექიმების ჩათვლით, ფიზიკური პირი აბსოლუტური რაოდენობა 1000 მოსახლეზე) რაოდენობა მარტო ჯანდაცვის სამინისტროს სისტემაში იყო: 26350/48,8; 270559/50,0; 26890/49,6; 26710/49,3; 25102/46,3; 24727/47,9 და 22578/43,8.

ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები და გარკვეული შედეგი ღონისძიებების გარეშე უახლოეს ხუთ წელიწადში ძნელად მისაღწევი იქნებოდა ავადობისა და სიკვდილიანობის მატება მოსახლეობის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. ჩატარებული წინასწარი გამოკვლევების მიხედვით პოსტკომუნისტური სივრცის მრდასრულ მოსახლეობაში ამ მაჩვენებლებს 2000 წლისათვის სავარაუდოდ 15%-ით უნდა მოემატა.

საქართველოში ბავშვთა სიკვდილიანობის 1990 წლის მაჩვენებელი (17,8-100 ახალშობილზე) ორჯერ აღემატებოდა ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს; 1993/94 წლებისათვის მან მოიმატა 13%-ით და მიაღწია 21,4-100

ახალშობილზე. იმატა მშობიარე ქალთა სიკვდილიანობამაც, რის ერთ-ერთი მიზეზი ბინაზე მშობიარობის რაოდენობის გაზრდა მშობიარეთა სიკვდილიანობის ეს მაჩვენებელი 20-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში (დაახლოებით 39,0 –100. 000 მშობიარეზე.)

განსაკუთრებით საგანგაშო გახდა სოციალურად საშიში დაავადებათა (ტუბერკულოზი, ფსიქიკური დაავადებანი, შიდსი, სტრ სნეულებანი და სხვ.) მნიშვნელოვანი მატება.

1990-94 წ.წ. ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა პირველად დაუდგინდა (100 000 მოსახლეზე) 28,7; 28,8; 28,3; 28,2; 30,4; 50,7; 55,3 ავადმყოფს, ხოლო მთლიანად დაფიქსირებული იყო ტუბერკულოზის 148,1; 144,4; 140,8; 140,8; 194,5; 246,4; 279,4 შემთხვევა. 1988-94 წწ 100 000 მოსახლიდან ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი პირველად დაუდგინდა 138,7; 129,9; 129.9; 119,4; 81,5; 65,9; 66,3 ადამიანს, ამავე წლებში ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთა რაოდენობა 581,5 586; 4; 582,7; 490,7; 479,9; 505,0 იყო, ხოლო ავთვისებიანი სიმსივნეებისაგან სიკვდილიანობამ 1989-94 წ.წ. 103,8; 101,5; 100,5 100,5; 82,9; 73,1 და 60,3 შეადგინა.

ზემოთ წარმოდგენილი მონაცემები არასრულყოფილია აღრიცხვიანობაში არსებული ხარვეზების გამო და გაცილებით ნაკლებია ფაქტობრივთან შედარებით.

1988-95 წ.წ. ქვეყანაში შესაბამისად რეგისტრირებულ იქნა სიფილისის და გონორეის 1122/3965; 824/3205; 725/2261; 730/1809; 653/1562; 760/1124 და 822/1259 შემთხვევა. კლების ტენდენცია აქვს მოჩვენებითია და არ ასახავს რეალურ სურათს, რაც განპირობებულია ვენერიული სნეულებებით დაავადებულთა არასრულად გამოვლენითა და რეგისტრაციის მოშლით.

არასახარბიელო სურათი იკვეთება ფსიქიატრიული პათოლოგიის დინამიკის ანალიზისას. მაგალითად, 1989-95 წ.წ. აღრიცხვაზე აყვანილი იქნა შესაბამისად: 3040; 3202; 2498; 1539 და 1734, საერთოდ კი აღირიცხებოდა 77044; 74570; 74524; 65910; 67435 სულით ავადმყოფი.

მძიმე ვითარება შეიქმნა ინფექციურ სნეულებებთან დაკავშირებით. პოლიტიკური და ეკონომიკური კრიზისის, ლტოლვილთა და იძულებით აღგილნაცვალ პირთა რაოდენობის მკვეთრი ზრდის გამო, დაირღვა ბავშვთა და მოზარდთა ვაქცინაციის ვადები, რამაც განაპირობა დიფთერიისა და სხვა საშიშ ინფექციურ დაავადებათა აფეთქება, გახშირდა ნაწლავური ინფექციების, ბოტულიზმის, ტიფისა და ტეტანუსის შემთხვევები. განსაკუთრებით

ღირდა აღინიშნოს დიფთერიით ავადობა, რომელიც 100 000 მოსახლეზე 1988-93 წ.წ. შესაბამისად 0,24; 0,055; 0,24; 0,129; 0,055; 0,316 შეადგინა, ხოლო შემთხვევათა აბსოლუტურმა რაოდენობამ: 13,1; 13,13; და 28, 1994 წელს ქვეყანაში აღინიშნა დიფთერიის 289 შემთხვევა, როგორც ბავშვთა, ასევე მოზრდილთა ასაკობრივ ჯგუფებში. სამწუხაროდ, იყო ლეტალური შემთხვევები. გამოვლენილ იქნენ ბაქტერიამატარებლებიც, რაც დიფთერიის გამოწვევის ეპიდსიურ ციკლზე მიუთითებს (1995 წლის შემოდგომიდან დღემდე რეგისტრირებულია დაავადების 425 შემთხვევა). მკვეთრად იმატა ყბასახველამ, წითელამ, ყბაყურამ.

სიტუაციის გამწვავება დიფთერიისა და სხვა მართვადი ინფექციების მხრივ, როგორც აღვნიშნეთ, გამოწვეული იყო მოსახლეობის გეგმური იმუნიზაციის სისტემის მოშლით, რაც თავის მხრივ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ზოგადი კრიზისის ერთ-ერთი ნიშანი იყო.

საგანგაშო გახდა ვისცერული ლეიშმანიოზის გამოვლენა. მარტო 1997 წელს რეგისტრირებულია 80 შემთხვევა, აქედან 39 ქ.თბილისში.

ეპიზოოტიური კონტროლის შესუსტების გამო გახშირდა ცოფის შემთხვევები, 1988 წელს ცოფისაგან გარდაიცვალა 5, 1992 წელს - 8, 1994 წელს 10, 1993-1996 წლებში - 37 ადამიანი.

სანიტარიული მედამხედველობის შესუსტების შედეგად 1994 წ. აღინიშნა არაქარხნულად დაკონსერვებული კვების პროდუქტების მეშვეობით გამოწვეული ტოქსიკოინფექციის, მათ შორის ბოტულიზმის 350 შემთხვევა, რომელთაგან არაერთი დამთავრდა სიკვდილით.

სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ერთჯერადი სამედიცინო ინსტრუმენტების მკვეთრი ნაკლებობის გამო თითქმის ყველგან კლებულობს ეპიდემიოლოგიურად საშიში ინფექციით - ჰეპატიტი "B" ჰეპატიტით ავადობის მაჩვენებელიც - 1988-96 წ.წ. 100 000 მოსახლეზე 43,69; 41,03; 45,85; 37,14; 31,64 და 26,71 შემთხვევაა რეგისტრირებული. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობა შეიქმნა "C" ჰეპატიტის გახშირების გამო, ხშირია ე.წ. ოჯახური შემთხვევები.

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში გაიზარდა 15%-ით, ხოლო ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მოიმატა 18%-ით.

ჯანმრთელობის დაცვაზე ყოველწლიური ხარჯების დინამიკა ასეთია: 1985 წ. და 1990-92წ.წ. ჯანდაცვით ღონისძიებებზე

შესაბამისად იხარჯებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტის 9,54; 9,94; 13,4[illegible] და 8,43% (მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული აგრეთვე [illegible] პერიოდში ინფლაციის კატასტროფული და ძნელად პროგნოზირებადი ზრდა). ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს დაფინანსების კლებისა და ჯანდაცვის სისტემის (უკანასკნელი წლების მანძილზე) თითქმის უცვლელი მოცულობის (რომელიც მკვეთრად აღემატებოდა რეალურ მოთხოვნებს) პირობებში სახსრები მოხმარდა ჭარბი კადრების შენახვას მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების საზიანოდ. აღნიშნულმა ფაქტორმა უკანასკნელი წლების განმავლობაში განვითარებულ სოციალურ-პოლიტიკურ მოვლენებთან ერთად, ხელი შეუწყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის საგრძნობ გაუარესებას.

ამრიგად, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის კრიზისის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი იყო დისბალანსი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების პროგრესულ კლებასა და არსებული სტრუქტურებს შორის. ამის დასტურად კმარა ისიც, რომ მარტო თბილისში ამ პერიოდში ფუნქციონირებდა 143 (მათ შორის 8 სხვა უწყებრივი დაქვემდებარების) სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება. ეს გაცილებით მეტი იყო, ვიდრე ქალაქს რეალურად ესაჭიროებდა.

მდგომარეობის ამგვარად გაგრძელება და მოსახლეობის ფაქტობრივად დაუცველ მდგომარეობაში დატოვება აღვილად პროგნოზირებადი სავალალო შედეგებით, საბოლოოდ დაანგრევდა სამედიცინო დახმარების ისედაც სულთმობრძავ სისტემას.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაციის აუცილებლობა პოლიტიკური სისტემისა და სოციალურ-ეკონომიკური საფუძვლების რადიკალურმა ცვლილებებმა განაპირობა. ქვეყანაში შექმნილი მძიმე მდგომარეობის გამო, ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ოდენობა ბოლო 5-7 წლის განმავლობაში რამდენიმე ათეულჯერ შემცირდა და პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებისათვის საჭირო მინიმალური მატერიალური და შრომითი რესურსების გამოძებნა. ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, ამიტომ აუცილებელი გახდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებანი დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან.

დარგის რეორიენტაცია მიზნად ისახავდა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის ისეთი სისტემის შექმნას, რომელიც გარანტირებულად უზრუნველყოფდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების რეალურ პირობებს. ამის მიღწევა კი შეუძლებელი იყო ჯანდაცვის სფეროში ცივილიზებული ურთიერთობების დამკვიდრების, საბაზრო ეკონომიკის პრინციპების, საზოგადოების რეალურ ინტერესთა გათვალისწინებისა და არსებული მატერიალური, შრომითი და ფინანსური რესურსების ოპტიმიზაციის გარეშე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამის - „ჯანმრთელობა ყველასათვის" ამოცანაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში უზრუნველყოფილ იქნეს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების ეკონომიური და ეფექტური მართვა, რაც უნდა განხორციელდეს მატერიალური და ადამიანური რესურსების ოპტიმალური გამოყენებისა და საზოგადოების მოთხოვნილებებთან მათი დაბალანსების გზით.

"საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის დამატებით ღონისძიებათა შესახებ" საქართველოს სახელმწიფო მეთაურის 1995 წლის 5 იელისის № 269 ბრძანებულებისა და მინისტრთა კაბინეტის 1995 წლის 30 ივნისის №№ 388, 389, 390, 391, 398 და 399 დადგენილებების საფუძველზე 1995 წლის 10 აგვისტოდან საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაიწყო დარგის რეორიენტაციის რთული, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესი.

ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელი გამომდინარეობს დემოკრატიული საზოგადოების მოთხოვნებიდან, სადაც შესაბამისი ინტერესების აღეკვატურად, გამოკვეთილი და გამიჯნულია სახელმწიფოს, დამქირავებლისა და ინდივიდის უფლება-მოვალეობანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი სტრატეგიული მიზანია ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, ახლანდელი და მომავალი თაობებისათვის ჯანსაღი ცხოვრებისა და თანაცხოვრების პირობების შექმნა. ამასთან, სრულად უნდა იყოს დაცული თითოეული ადამიანის უფლებები ჯანდაცვის სფეროში; მისთვის ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ სრული და ობიექტური ინფორმაციის მიღება.

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გარდაქმნა, მართვის ახალი ფორმებისა და მეთოდების დანერგვა კონკრეტული გარემოებით იყო განპირობებული. ჩვენი ქვეყანა, მისი ხანგრძლივი ისტორიის განმავლობაში მუდამ მიისწრაფოდა ევროპული ორიენტაციის გაღრმავებისაკენ. ვინაიდან საქართველო ევროპის ნაწილია, მისი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ევროჯანმრთელობის განუყოფელ ნაწილად უნდა ჩამოყალიბდეს. ამისათვის კი აუცილებელია საერთაშორისო სტანდარტების შესატყვის პარამეტრებზე გადასვლა. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება და ამოქმედება ევროპის ქვეყნებისათვის დამახასიათებელი საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევისაკენ გადადგმული ნაბიჯია. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაცია არის ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური ინფრასტრუქტურის სტრატეგიული განვითარების განუყოფელი ნაწილი და გამომდინარეობს საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობების პრინციპებზე დაფუძნებული დემოკრატიული საზოგადოების ჩამოყალიბების ამოცანიდან.

ქვეყანაში ორგანიზაციისა და მართვის ახალი ფორმების დამკვიდრება პრინციპულად ახალი ტიპის მოთხოვნებს უყენებს ყველა მოქმედი სოციალური სამსახურისა და ინსტიტუტის ფუნქციონირებას და მათი შრომის პროდუქტის ხარისხს.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შემდგომი გაუმჯობესების მისაღწევად იგი უნდა იყოს მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი მოსახლეობის ყველა ჯგუფისათვის, ამავე დროს უწყვეტი, ინტეგრირებული და ორიენტირებული ოჯახის, საზოგადოების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებზე.

პირველადი ჯანდაცვა, თავისი ფუნქციითა და ფორმით, უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საყრდენი და საუკეთესო საშუალება მიზნის "ჯანმრთელობა ყველასათვის" – მისაღწევად.

ახალ პოლიტიკურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ვითარებაში არსებითად იცვლება საზოგადოების მოთხოვნები ჯანდაცვის სისტემის მიმართ. შესაბამისად რადიკალურად უნდა შეიცვალოს

ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის პრინციპები, სამსახურების საქმიანობის ხასიათი და მათი ურთიერთდამოკიდებულება. საჭიროა ნათლად და ურთიერთშეთანხმებულად დარეგულირდეს ჯანდაცვის მთელი სისტემის ფუნქციონირების განმსაზღვრელი პარამეტრები, ნათლად გამოიკვეთოს სისტემის სამოგადოებრივი მიზანები და მისი ეფექტიანად ფუნქციონირების უზრუნველმყოფი ორგანიზაციული და ეკონომიკური მექანიზმები, შემუშავდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისი ორგანიზაციული სტრუქტურა და ჩამოყალიბდეს მისი სახელმწიფოებრივი მართვის ახალი მოდელი. ასევე უნდა მიესადაგოს სოციალური სფეროს მართვის ევროპულ ნორმებს, რათა საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების მეტ-ნაკლებად თავისუფალი განვითარების პირობებში შენარჩუნდეს სახელმწიფოებრივი დარეგულირება სოციალურ სფეროში, კერძოდ ჯანმრთელობის დაცვაში. ამავე დროს, მკვეთრად უნდა გამოიკვეთოს სახელმწიფოებრივი დარეგულირების ფორმები, მოცულობა და მიმართულებანი.

დღევანდელ პირობებში ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრა საჭიროებს ნატიფ ორგანიზაციულ ცვლილებებს, რომელიც მცირე დანახარჯების პირობებში, მნიშვნელოვანი ეფექტის მომცემი იქნება.

ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროა: დაბალანსებული სახელმწიფო გადაწყვეტილებების გამოკვეთა, ჯანდაცვის სფეროში წარმოქმნილ პრობლემათა პრიორიტეტების განსაზღვრა, მათი დაძლევისათვის მიმართული მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება და განხორციელება შეზღუდული დაფინანსების პირობებში.

ამ მხრივ უკვე გადადგმულია გარკვეული ნაბიჯები - შეიქმნა სახელმწიფო ვერტიკალური (ცენტრალური) და მუნიციპალური (ადგილობრივი) პროგრამები, რაც მთლიანობაში, საჭიროებიდან გამომდინარე, არეგულირებს მიზნების განხორციელების პროცესს. აღსანიშნავია უნდა აღინიშნოს, რომ ვერტიკალური (ცენტრალური) პროგრამები სრულად ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას ყოველ კონკრეტულ სიტუაციაში. ვერტიკალური პროგრამების დომინანტურობის გამო, პრობლემის გადასაჭრელად საჭირო იყო რაიონული ჯანდაცვის შესაძლებლობების გაძლიერება პირველად სამედიცინო დახმარებაზე ორიენტირებით. აქ პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქცია ფასდაუდებელია.

პირველად ჯანდაცვას უნდა ეკისრებოდეს პირველადი

სამედიცინო მომსახურებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანების გადაწყვეტის ფუნქციები.

მთლიანობაში, დარგის ორიენტაციის ძირეულ შეცვლასთან ერთად, საჭიროა იმგვარი ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება, რომელიც ადმინისტრაციული და ეკონომიკური მართვის მეთოდებით შეძლებს პროფილაქტიკაზე ორიენტირებული პირველად სამედიცინო დახმარებაზე დაფუძნებული მოქნილი სისტემის ამუშავებას.

პირველადი სამედიცინო მომსახურება. პირველადი ჯანდაცვა

ცნება "პირველადი სამედიცინო მომსახურება", "პირველადი ჯანდაცვა" ტრადიციულად გამოიყენებოდა პაციენტის პირველი კონტაქტის აღსანიშნავად ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. ამ გაგებით ის აერთიანებს მომსახურებას, რომელსაც მოსახლეობას უწევს ჯანდაცვის პერიფერიული სამსახური ზოგადი პროფილის ექიმების, მედდებისა და დამხმარე სამედიცინო მუშაკების მეშვეობით. 1978 წელს ქ. ალმა-ათაში პირველადი სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო კონფერენციაზე ამ ცნებას დაემატა ორი სხვა მნიშვნელოვანი ძირითადი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც სულ ცოტა რვა ელემენტისაგან შედგება და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა, რომელიც სამართლიანი მიდგომით დარგთაშორისი საქმიანობითა და ჯანდაცვის პროცესში მოსახლეობის აქტიური მონაწილეობით ხასიათდება.

პირველადი სამედიცინო მომსახურება (პსმ) – გულისხმობს გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა კონტროლს, სწორ კვებას, სამედიცინო (პროფილაქტიკურ) განათლებას, ბაზის მედიკამენტებით (ძირითადი წამლებით) უზრუნველყოფას, იმუნიზაციას, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონტროლს, გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების პრევენციასა და მკურნალობას, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფას და ძირითადი სანიტარიული ნორმების კონტროლს.

პრველადი ჯანდაცვა (პჯდ) არის ზოგადი, უწყვეტი, კოორდინირებული პერსონალური დახმარება. გულისხმობს ეფექტიანობას დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ვიწრო ტექნოლოგიურ ჩარჩოებს მიღმა და მოიცავს: პრევენციას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და გაუმჯობესებას, ფსიქოლოგიურ დამოკიდებულების, ინფორმაციის მოპოვებას დაავადების, მისი პრევენციისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოსტიკა და დასაბუთებული მკურნალობა კვლავაც უდიდეს ძალისხმევას საჭიროებს, სხვა ამოცანები, რომელიც პირველად ჯანდაცვას ეკისრება, ასევე უდიდეს მნიშვნელობას იძენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და შენარჩუნებაში.

პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური განსაზღვრა უმთავრესად ითვალება. არსებობს სხვა დეფინიციებიც ორგანიზაციული, ფუნქციური, პროცესიული და აკადემიური პერსპექტივების თვალსაზრისით. ჯანდაცვის ორგანიზატორები პირველად ჯანდაცვას საავადმყოფოს გარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების დონედ მიიჩნევენ. შესაბამისად პირველადი ჯანდაცვის (თემის, უბნის დონეზე) სამსახური უფრო დაბალტექნოლოგიური დახმარებაა, ვიდრე მეორეული (კონსულტანტი და სპეციალისტი) და მესამეული ჯანდაცვა (საავადმყოფოს მომსახურება).

ამგვარი დახმარება უზრუნველყოფს საზოგადოებრივი (სახელმწიფო) რესურსების ჯანდაცვის სამსახურებს შორის რაციონალურ განაწილებას განსაზღვრული პროფესიული, ეკონომიკური, ინსტიტუციური და პოლიტიკური სტრუქტურისა და მოსახლეობის სახით.

პროფესიული თვალსაზრისით პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება ჰუმანიზმის პრინციპებს, ფუნქციონირებს საავადყოფოს გარეთ და მოიცავს სპეციალურ პროცედურებსა და მეთოდებს. ასეთი განსაზღვრა გამოსადეგია პროფესიის მხოლოდ ერთი სპეციალისათვის (მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკა, საოჯახო მედიცინა). არსებობს კიდევ ერთ განმარტება, რომელიც პირველად ჯანდაცვას განიხილავს აკადემიურ დისციპლინად, რაც გულისხმობს პიროვნულ პირველად სამედიცინო დახმარებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ზემოთ მოცემული განსაზღვრებები ემყარება ძველებურ პერსპექტივასა და ცალკეულ მიზნებს ასახავს, ამჟამინდელად გამოხატავს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ურთიერთობასა და ურთიერთობას პაციენტთან.

პერსპექტივიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის მიზნები შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად:

1) პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
2) ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
3) პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;
4) ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;
5) ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
6) ავადობისა და ინვალიდობის პრევენცია დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;
7) ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება.

ზემოაღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტას ძირითადად ემსახურებიან პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმები, ამდენად მათი საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივ მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ.

ორგანიზაციული თვალსაზრისით, ეს საქმიანობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში უნდა განხორციელდეს.

ტერმინი პირველადი ჯანდაცვა – გულისხმობს საქმიანობის სამსახურს, რომელსაც უნარი უნდა შესწევდეს განახორციელოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ხელშემწყობი ღონისძიებები: მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია.

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანებია:

პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე დაფუძნებული ინფორმაციის გაცვლითა და გლობალურ სიტუაციაში კონსენსუსის და ტენდენციების ანალიზიდან გამომდინარე, განსაზღვრის საკუთარი ფუნქცია და როლი ადგილობრივი (რაიონული) ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში;

მოახდინოს პრობლემების, საჭიროებათა იდენტიფიცირება, გაანალიზოს გზები მათ გადასაჭრელად;

მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებში რეკომენდაცია გაუწიოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე აქცენტების გაძლიერებასა და გაუმჯობესებას.

მიუხედავად დახმარების მოცულობისა, პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა იყოს პირველადი სამედიცინო მომსახურების ფუნქციონალურად მნიშვნელოვანესი უბანი (რაიონულ დონეზე), რომელიც მჭიდროდ ითანამშრომლებს სხვა სტრუქტურებთან.

სამსახურს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმიტომაც, რომ იგი უნდა აგროვებდეს საჭირო ინფორმაციას ქვემოდან ზემოთ მიმართული მეთვალყურეობისა და გადაწყვეტილებათა გამოტანის მიზნით, ხელს უწყობდეს სხვა სექტორთა ჩართვას ამ პროცესში - პრიორიტეტების განსაზღვრაში, სამედიცინო ჩარევის საჭიროების დადგენაში. პირველადი ჯანდაცვის სამსახური მოსახლეობის მომსახურების სფეროს დინამიკური რგოლი უნდა იყოს. ამდენად, სწორედ ამ დონეზე შეიძლება განხორციელდეს ისეთი ღონისძიებები, რომელთაც ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და გაუმჯობესების პროცესში მაქსიმალური სარგებლობის მოტანა შეუძლიათ მოსახლეობისათვის.

პრივატიზაციის, დეცენტრალიზაციისა და დემოკრატიზაციის პროცესები უფრო მკაფიოდ წარმოაჩენს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის შესაძლებლობებსა და ამოცანებს რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში. ეკონომიკური მდგომარეობა აიძულებს მას, უფრო მობილური გახდეს, რადგან დეცენტრალიზაციისათვის აუცილებელია ჯანდაცვაში საზოგადოების მონაწილეობის გაზრდა. რაიონული ჯანდაცვის სისტემაში სირთულეთა გადაჭრა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის როლის, სამოქმედო არეალის, სამსახურსა და მოსახლეობას შორის დამოკიდებულების, მართვის, ფინანსებისა და დაფინანსების, ინფორმაციული სისტემებისა და ხარისხით უზრუნველყოფის საკითხების ზუსტად განსაზღვრით.

რადგან პირველად ჯანდაცვის სამსახურის როლი, ფუნქცია და ორგანიზაცია დაკავშირებული უნდა იყოს როგორც მთლიანად მოსახლეობისა, ასევე კონკრეტული ჯგუფების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან, მისი ფუნქციონირება და მართვა უნდა გაუმჯობესდეს და გაძლიერდეს მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების ხელშეწყობით და გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობა დაბალანსდეს აუცილებელ რესურსებთან.

განვითარების ძირითადი ამოცანები

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ადმინისტრაციული მოწყობის მიხედვით შესაძლებელია - ცენტრები) ფუნქციის განხილვა განსაკუთრებულ სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან უდიდესი პოტენციალის მიუხედავად, იმ ორგანიზაციული ფორმით, როგორითაც ისინი დღესაა წარმოდგენილი (სოფლის ამბულატორიის, საფერშლო-საბებიო პუნქტი, ჯანპუნქტი, საუბნო საავადმყოფოს) ხშირად ფუნქციონირებენ, როგორც მარტივი სამედიცინო დაწესებულებები.

სქემატურად პირველადი ჯანდაცვის სამსახური უნდა განთავსდეს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის შუაში, დაფინანსდეს იმ პირებისა და ორგანიზაციების მეშვეობით, რომელთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების პერსპექტივა დამოკიდებულია ჯანდაცვის სამსახურის ფუნქციონირების ხარისხზე; აუცილებელია აგრეთვე მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების თანადგომა. საზოგადოებაზე აქცენტირებული ფუნქცია უნდა განისაზღვროს არა ცალკეულ დაავადებულზე, არამედ ავადობის აღმოცენებისა და განვითარების ხელშემწყობ მიზეზების გაკონტროლებაზე.

ამდენად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემას უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ფუნქციები, რათა შეძლოს დახმარება გაუწიოს ლოკალურ საზოგადოებრივ ჯგუფებს, ჩაერთოს სოციალური დახმარების ქსელში, რომელიც შედგება ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაცვის მრავალი სტრუქტურისაგან. ეს სამსახურები შეიძლება ინტერსექტორული საქმიანობის წარმმართველი, ამასთან უმწეო და ლტოლვილთა ეფექტური დამცველი გახდეს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისათვის პროფილაქტიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ფუნქციების დაკისრება არ ნიშნავს მკურნალობის ფუნქციების შეზღუდვას ან შემცირებას. პირიქით, ხშირად საჭიროა მათი გაფართოება, რათა შესაბამისობა დაკმაყოფილდეს საზოგადოების მოთხოვნები. ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ქრონიკული სნეულებანი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, ფსიქიატრია, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებები – არსებობს დიდი პერსპექტივა, რომ ჯანდაცვის ცენტრებმა წამოიწყონ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და განვითარებისათვის საჭირო ღონისძიებები, რომელიც

შეუწყობს საზოგადოების ჯანმრთელობის სტატუსის ფორმირებასა და ხანგრძლივად შენარჩუნებას.

ჯგ სამსახურის მიზანია სამკურნალო, პროფილაქტიკური, ჯანდაცვის განვითარებისა და გაუმჯობესებისათვის საჭირო ღონისძიებების თანმიმდევრული განხორციელება ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალში საზოგადოების მოთხოვნილებების შესაბამისად.

დაკისრებული ამოცანების მოცულობა შეიძლება დროთა განმავლობაში შეიცვალოს, იგი დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სპეციფიკურ ვითარებებზე, შექმნილ კონკრეტულ ვითარებაზე, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ უნდა იყოს გამორიცხული.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირების ხელშეწყობა

ამ ფუნქციების შესასრულებლად მიზანშეწონილია:

1. რაიონის დონეზე ჩამოყალიბდეს დამხმარე კომიტეტი (საბჭო), რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების მიერ შეგროვილ მონაცემებზე დაყრდნობით, განსაზღვრავს ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებს დროის კონკრეტული მონაკვეთისათვის, ხელს შეუწყობს დაფინანსებას და მოახდენს ნებისმიერი პერსპექტიული პროექტის საგანმანათლებლო კომპონენტების კოორდინაციასა და ცხოვრებაში გატარებას;
2. ჩარევამდე გაანალიზდეს სიტუაცია სტრატეგიის ფორმირებისა და დაგეგმვის მიზნით;
3. ჩამოაყალიბდეს მონიტორინგისა და შეფასების სისტემა.

ტერმინი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი მიესადაგება ყველა [illegible] დაწესებულებას, რომელიც ატარებს პროფილაქტიკურ, [illegible]სტიკურ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, ჯანმრთელობის [illegible]ბების ღონისძიებებს და უფრო მეტ ფუნქციას ასრულებს, [illegible] საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური იზოლირებულად, [illegible] სხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით [illegible]ად ნაკლებსრულყოფილია.

[illegible]ელადი ჯანდაცვის ცენტრმა, როგორც ფუნქციებით [illegible]ობასთან ყველაზე ახლოს მყოფმა სამედიცინო [illegible]ებამ, უნდა:

- დააკმაყოფილოს ადგილობრივი მოსახლეობის მოთხოვნები და საჭიროებები;
- განახორციელოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისათვის საჭირო პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები;
- ითანამშრომლოს სხვა სექტორებთან ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- იმუშაოს, როგორც ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობის რგოლმა და არა მხოლოდ სამედიცინო დახმარების დაწესებულებამ;
- ცენტრის სამოქმედო ტერიტორიაზე მოსახლეობას გაუწიოს ხარისხიანი და თანაბარი სამედიცინო მომსახურება;
- დააკმაყოფილოს საზოგადოების ნაკლებად მოცული ნაწილის და მაღალი რისკ-ჯგუფის ინტერესები;
- ითანამშრომლოს ოჯახებთან, ცალკეულ პირებთან და მთელს საზოგადოებასთან;
- მოსახლეობას სრულყოფილი ინფორმაცია მიაწოდოს ავადობის შესახებ.

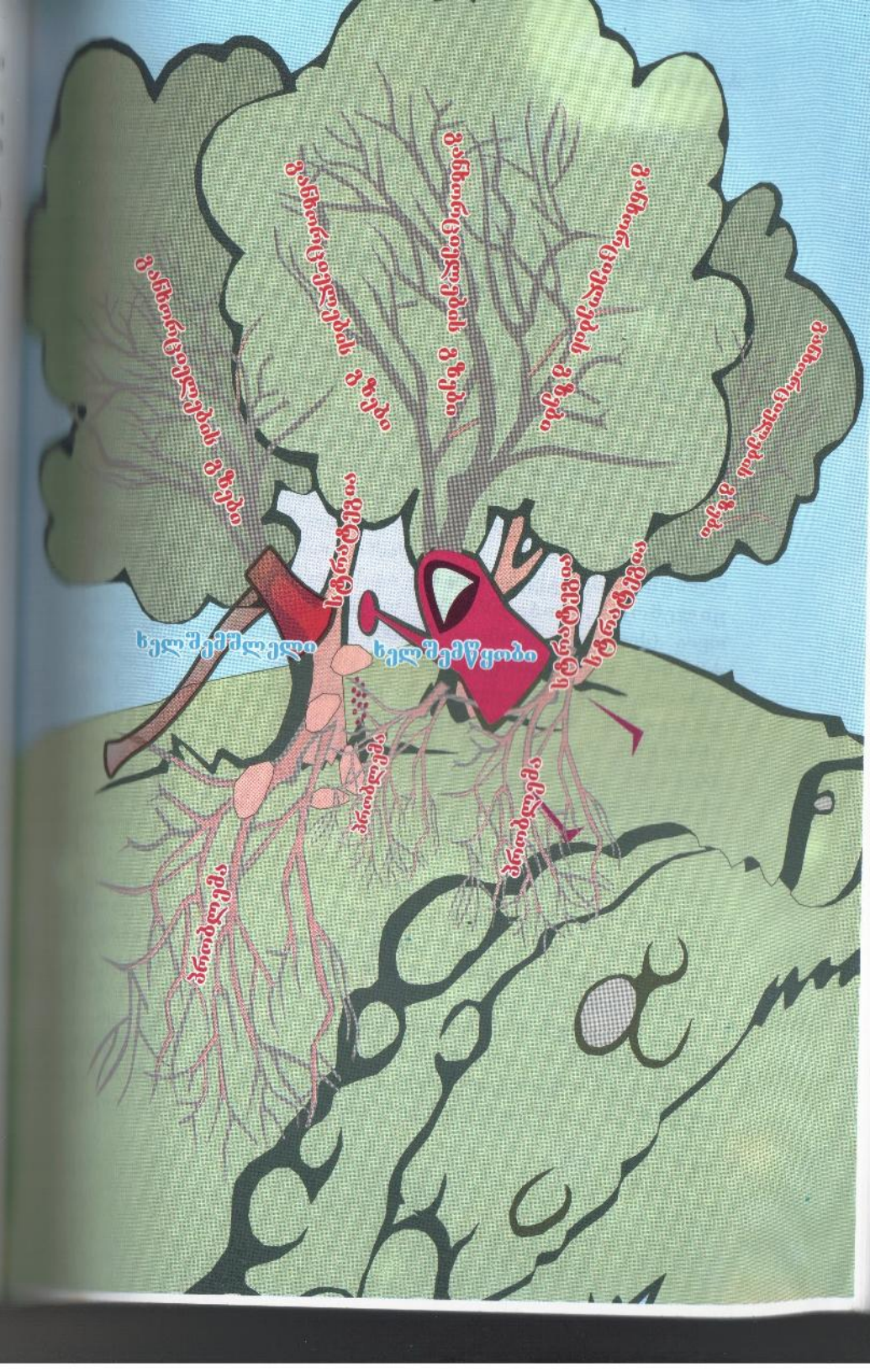
ამ უმთავრესი ამოცანების განსახორციელებლად საჭირო ჯანდაცვის ცენტრები მიზანშეწონილად და სრულად დაფინანსდეს და მათ მხარი დაუჭიროს საზოგადოებამ, რაიონის ხელმძღვანელობამ, ცენტრალურმა სამედიცინო ობიექტებმა, სასწავლო და სამეცნიერო-კვლევითმა ინსტიტუტებმა, მასობრივი ინფორმაციული საშუალებებმა.

ძირითადი ფუნქციებისა და ამოცანების შესასრულებლად ჯანდაცვის ცენტრს ხელსაყრელი მდგომარეობა აქვს იმის გასარკვევად, როგორ გარემოში უხდება ცხოვრება ადამიანებს. პერსონალს შეუძლია განსაზღვროს მაღალი რისკის წინაშე მყოფი, აგრეთვე სამედიცინო დახმარების შეზღუდული მატერიალური საშუალების მქონები პირები და ოჯახები.

მაღალი რისკ-ჯგუფები მოიცავს: ახალშობილებს, ბავშვებს, მოზარდებს, ქალებს, ორსულებს, ხანდაზმულებს, ინვალიდებს, უმწეოებსა და ქრონიკული დაავადების მქონე პირებს, მიგრანტებსა და ლტოლვილებს.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ამოცანაა დააღგინოს ასეთი ჯგუფები და ცალკეული ინდივიდები.

შეზღუდული რესურსების პირობებში, მაღალი რისკ-ჯგუფების მიზნობრივი მომსახურება ერთადერთი გზაა ჯანდაცვაში



თანასწორობის მისაღწევად, აგრეთვე დახარჯული რესურსების მაქსიმალური უკუგებისათვის.

თანასწორობა ჯანდაცვაში არის "უნივერსალური მოცვა, როცა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება საჭიროებების შესაბამისად".

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების (ცენტრების) ორგანიზაციული მოწყობა

როგორც უკვე აღინიშნა, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების საქმიანობა მიმართული უნდა იყოს დაავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ, ხოლო საავადმყოფოები და სადიაგნოსტიკო ცენტრები კონცენტრირდებოდეს ექიმ-სპეციალისტების მიერ მაღალი დონის სამკურნალო და რეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარებაზე. ეს შესაძლებელია წარმოდგენილ იქნეს სამედიცინო მომსახურების 3 დონით:

1. პირველადი სამედიცინო მომსახურება – საწყისი დონეა, სადაც ჯანდაცვის რგოლები უნდა დაკომპლექტდეს საშუალო სამედიცინო პერსონალით (ფერშლებით), რომელიც მოემსახურება არანაკლებ 300-500 ადამიანს (სოფელს). ასეთ რგოლებს შორის მანძილი არ უნდა აღემატებოდეს 5-10 კმ-ს და სტრუქტურულად ექვემდებარებოდეს ჯანდაცვის ცენტრს, რომელიც აერთიანებს რამდენიმე ასეთ პირველად სტრუქტურას. პჯდ ცენტრის მომსახურების არეალში მოსახლეობის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2500-3500, ჯანდაცვის ობიექტს (ამბულატორიას) უნდა მართავდეს მოგადი პროფილის ან ოჯახის ექიმი, ჰყავდეს საჭირო რაოდენობის საშუალო სამედიცინო და დამხმარე პერსონალი.
2. მეორეული სამედიცინო მომსახურება – მიზნობრივი დონეა (პოლიკლინიკა, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება). აქ ჯანდაცვის რგოლი უნდა დაკომპლექტდეს რგუფურად მომუშავე ექიმებით (სპეციალისტებით). ცენტრები საჭიროებისას ისარგებლებენ მათი და საავადმყოფოს მომსახურებით, სხვა სპეციალიზებული სამსახურებით.
3. მესამეული (უმაღლესი) დონის სამედიცინო მომსახურება განხორციელდება მაღალი ტექნოლოგიის მქონე მოგადი პროფილის (მოგიერთ შემთხვევაში) რაიონულ, სამხარეო

საავადმყოფოებში, აგრეთვე საუნივერსიტეტო კლინიკებში.

ჯანდაცვის სამინისტრომ, რომელიც დარგში სახელმწიფო პოლიტიკის გამტარებელია, მარეგულირებელი ფუნქციების მეშვეობით სამედიცინო მომსახურება უნდა გახადოს ხელმისაწვდომი, განსაკუთრებით სოფლებში. სამინისტროს მოვალეობაა უზრუნველყოფს ოპერატიული კავშირი სამედიცინო დაწესებულებებს შორის სხვადასხვა დონეზე. სამინისტრო და ადგილობრივი ხელმძღვანელობა ხელს უნდა უწყობდნენ სამედიცინო რესურსების გადანაწილებას თანასწორობის მიღწევისა და დანახარჯების შემცირების მიზნით.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი — სამედიცინო საქმიანობის კოორდინატორი

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს უნდა შეეძლოს სამედიცინო მომსახურების საბოლოო ინტეგრაცია. ვერტიკალური პროგრამების მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. არსებობს აგრეთვე პროექტებსა და პროგრამებს შორის ინტერსექტორული თანამშრომლობის აშკარა ნაკლებობა. ამის შედეგია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შემცირება და სხვ.

პრობლემათა გადასაჭრელად პირველად სამედიცინო სამსახურებს შეუძლიათ გააერთიანონ რესურსები და უფრო ეფექტურად იმუშაონ ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დასაძლევად, გაზარდონ ჯანდაცვის პოტენციალი. თუ ერთი და იგივე დაწესებულებები და კადრები შეასრულებენ მარტივ ურთიერთდაკავშირებულ ფუნქციებს, დახარჯვა გაეწევა მოსახლეობის უფრო მეტ ნაწილს, ამასთან, გაიზრდება არსებული თანხების ეფექტურად ხარჯვის შესაძლებლობა.

ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ეს უფრო ეფექტური და ნაკლებხარჯიანი იქნება.

სისტემის ასამუშავებლად საჭიროა:

– ყველა სექტორის შეთანხმებული მუშაობა და მობილურობის შენარჩუნება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის დონეზე პრიორიტეტების განსაზღვრისას და მოქმედების გეგმის შერჩევისას;

– პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში სწავლების სპეციფიკური სისტემის ჩამოყალიბება და ამ გზით პერსონალის პროფესიული

მომზადების დონის ამაღლება, სწავლების კურსში მომსახურების ინტეგრირებული პაკეტის გათვალისწინება. მასში შევა პირველადი სამედიცინო დახმარებითა და დაავადებათა პროფილაქტიკით დაკავებულ მუშაკთა ძირითადი ფუნქციები და პასუხისმგებლობა. პაკეტი პერიოდულად უნდა გადაისინჯოს, შემოწმდეს მისი შინაარსი, განხორციელების მეთოდები, შესაბამისობა ჯანდაცვის საჭიროებებთან. სწავლება განხორციელდება როგორც ადგილობრივ, ასევე ცენტრალურ დონეზე;

– სწავლებასთან ერთად, ჯგუფური მუშაობის უზრუნველსაყოფად პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში საჭირო უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება სხვათა დახმარებით (სწავლება უშუალოდ ძირითადი ფუნქციების შესრულებისას, სწავლება საკუთარ მონაცემებზე დაყრდნობით);

– ამოცანების წარმატებით გადასაჭრელად პროცესში მონაწილე პირთა შეხედულებების, საქმისადმი დამოკიდებულების პოზიტიური გარდაქმნა, საკუთარი ფუნქციის მნიშვნელობის დეტალურად გაცნობიერება;

– ადამიანური და მატერიალური რესურსების რაციონალური გამოყენება;

– ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთა მომზადების სისტემის დახვეწა.

პირველადი სამედიცინო დახმარება სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაუმჯობესებისა და საჭირო ღონისძიებათა დუბლირების აღმოფხვრის მნიშვნელოვანი ეტაპია. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრზე დაფუძნებულ სისტემას, როგორც სამოგადოებასთან პირველადი კონტაქტის რგოლს, ეფექტური ფუნქციონირება შეუძლია სამედიცინო სამსახურების ოპტიმალური გამოყენებით.

საჭიროა მკაფიოდ გამოიკვეთოს:

1. ურთიერთკავშირი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებსა და უფრო დაბალ რგოლებს შორის რაიონულ დონეზე;
2. თითოეული დონის რგოლის ფუნქციები სამედიცინო მომსახურებაში.

როცა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები განსაზღვრულია და მარტივ დაავადებათა მკურნალობა ხორციელდება საავადმყოფოებსა და სპეციალიზებულ ცენტრებში, სამედიცინო მომსახურების ხარჯი მნიშვნელოვნად იზრდება.

ნაწილობრივ ეს განპირობებულია საავადმყოფოში სამედიცინო მომსახურების მაღალი ფასით. ყოველივე ეს კი იწვევს რესურსების არაეფექტიან გამოყენებას. ამის აღმოსაფხვრელად ცენტრებმა უნდა განახორციელონ ადეკვატური პირველადი სამედიცინო მომსახურება და პროფილაქტიკური საქმიანობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ქსელი, რომელიც ფუნქციურად დაკავშირებულია რაიონული ჯანდაცვის სისტემასთან, ორგანიზებული უნდა იყოს ისე, რომ გაუმჯობესდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მოცვა, რაც ხელს შეუწყობს თანასწორობას. ცენტრი უნდა ახორციელებდეს მრავალმხრივ, ინტეგრირებულ სამედიცინო-დიაგნოსტიკურ, სამკურნალო, პროლფილაქტიკურ, სარეაბილიტაციო მომსახურებას და სამოქმედო ტერიტორიაზე პასუხისმგებელი იყოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე.

ტერიტორიის გეოგრაფიულ მდებარეობაზე, მოსახლეობის სიმჭიდროვესა და ადგილობრივ ინფრასტრუქტურაზე დაყრდნობით, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მოქმედების არეალი რაიონის ზონის შედგენილობაში უნდა შედიოდეს და თითოეული ცენტრი ემსახურებოდეს დაახლოებით 6-8 ათას მოსახლეს, საქმიანი ურთიერთობა ჰქონდეს რაიონის ხელმძღვანელობასთან, ადმინისტრაციულად და ფუნქციურად ექვემდებარებოდეს მხარის ჯანდაცვის მმართველ ორგანოს და მისი საქმიანობა შეესაბამებოდეს ქვეყნისა და მხარის საზოგადოებრივი და ეკონომიკური განვითარების ამოცანებს. ცენტრის პასუხისმგებლობა ვრცელდება მრავალ დაქვემდებარებულ რგოლზე - სოფლის დონეზე არსებულ პუნქტებზე, რომლებიც დაკომპლექტებულია საშუალო სამედიცინო პერსონალით (ფერშლებით). ცენტრს კავშირი უნდა ჰქონდეს სოფლის საკრებულოსთან, რათა ამ უკანასკნელმა თავისი კომპეტენციისა და შესაძლებლობის ფარგლებში დახმარება გაუწიოს დაკისრებული ფუნქციების შესრულებაში..

სპეციალისტთა ინტეგრაცი

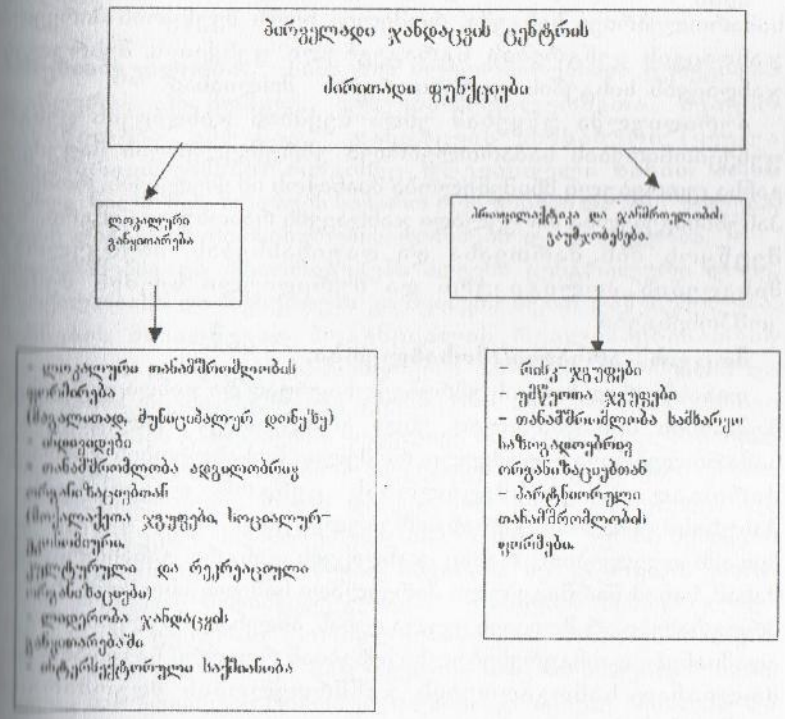
პირველადი ჯანდაცვის თითოეული ადგილობრივი პუნქტი უნდა ემსახურებოდეს განსაზღვრული ტერიტორიის მოსახლეობას და ფუნქციების შესაბამისად, მოიცავდეს სამედიცინო დახმარების და ჯანდაცვის ყველა ასპექტს.

ზოგადად, ჯანდაცვის პრობლემებს აქვს ფსიქოლოგიურ-სოციალური მახასიათებლები. ამდენად, საჭიროა გლობალური მიდგომა კონკრეტული პირის სამედიცინო მომსახურებისადმი საზოგადოებისა და ოჯახის თანადგომის გათვალისწინებით. ამ მიზნის მისაღწევად ექთნები, ექიმები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკები, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტები, ფსიქოლოგები, ინტეგრირებულნი უნდა იყვნენ მრავალ დისციპლინურ რგოლში, რათა შეძლონ საერთო პრობლემების გადაჭრა.

მმართველობა და ადმინისტრაცია უნდა ცდილობდეს გაერთიანოს: სამკურნალო, პროფილაქტიკური და საზოგადოების განვითარებისათვის საჭირო ქმედებები; ჯანდაცვის, სოციალური და ფსიქოლოგიური პრობლემები; *პირველადი სამედიცინო მომსახურება.*

მომსახურების სისტემა.

- 24 საათიანი საინფორმაციო ხაზი (დახმარების მიღების შესაძლებლობა 24 საათის განმავლობაში)



საჭიროებებიდან გამომდინარე, ცენტრი ახორციელებს ამბულატორიულ მომსახურებას, პაციენტთა მოვლას, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო ხელისუფლების (მმართველობის) ძირითადი პარტნიორი სახელმწიფო (ცენტრალური) და მუნიციპალური პროგრამების განხორციელებაში.

პოლიტიკური და სამართლებრივი ჩარჩოები: გარემო, რომელიც იძლევა საქმიანობის განხორციელების შესაძლებლობას

ქვეყანაში უნდა ჩამოყალიბდეს იმგვარი პოლიტიკური და სამართლებრივი სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების სტრატეგიული ფუნქციის შესრულებას ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას მთლიანად.

იურიდიულმა უწყებამ უნდა შექმნას ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციონირების სამართლებრივი უზრუნველყოფის საფუძველი განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიანიჭოს იმ ქმედებებს, რომელთა პასუხისმგებელია პირველადი ჯანდაცვის რაიონული ცენტრი, ხელი შეუწყოს მის მართვასა და დაფინანსებას. მხედველობაში მისაღებია პოლიტიკური და იურიდიული სქემის შემდეგი კომპონენტები:

მოცვის არეალი//მოსახლეობა;

თანასწორად მოცვის უზრუნველსაყოფად და ჯანდაცვის ცენტრის მუშაობის შესაფასებლად უნდა არსებობდეს პოლიტიკური და სამართლებრივი საფუძველი, რომელიც მოსახლეობის ჯანდაცვის ძირითად პასუხისმგებლობას ცენტრს დააკისრებს. პასუხისმგებლობა გარანტირებული უნდა იყოს სისტემაში გედამხედველობით, რასაც ჯანდაცვის ცენტრი განახორციელებს მანამ, სანამ წარმატებული პირველადი სამედიცინო მომსახურების პროგრამები არ მოიცავს ყველა ფენას. ამდენად, ნაკლებად მოცული ადამიანები დაინტერესებულნი იქნებიან როგორც საკუთარი, ასევე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებით.

ხელმისაწვდომი დანახარჯებით თანასწორობის უზრუნველყოფის გედამხედველობა შესაძლებელია კარგად ორგანიზებულ ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც უნდა დაეფუძნოს ჯანდაცვის ცენტრების საქმიანობას.

მომავალში თანასწორობის გარანტიაა: 1. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, რაც შესაძლებელია ცენტრზე დაფუძნებული სისტემით – პირველადი სამედიცინო მომსახურების რგოლში ზოგადი პრაქტიკის (ოჯახის) ექიმის, ექთნისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკის გაერთიანებით; 2. ინტეგრირებულ მომსახურებასა (ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, პროფილაქტიკა, რეაბილიტაცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა) და საზოგადოებაზე ორიენტირებული სხვა ქმედებები.

დაგეგმილ უნდა იქნეს ჯანდაცვის ცენტრამდე მიღწევის დრო (რეგიონში მაქსიმუმ 30 წუთი).

სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა პირობითად უნდა დაიყოს რეგიონულ (სამხარეო) დონეებად, საშუალოდ 200000-400000 მოსახლით.

პასუხისმგებლობა. სისტემის რეფორმირებისას ფუნქციათა განსაზღვრას არ მოჰყვა უფლება-მოვალეობათა მკაფიო განაწილება. ამდენად, ჯანდაცვის სამსახური (ყველა რეგიონალური დონის) როგორც ღღევანდელი სახით არის ფორმალურ ნილი. მას არა აქვს საჭირო რესურსები და არც უფლება, რეგიონს დაგეგმოს მომსახურების ფორმები და მოცულობა. პროგრამებსა და პრიორიტეტებს აღგენს ცენტრალური დონე, ფინანსირებასა და რესურსებს კი შეიძენს თვით დაწესებულება. მიზნების მისაღწევად პოტენციალის რეალიზაციისათვის საჭიროებელია ჯანდაცვის სამსახურების მართვის ფორმებისა და ტიპების განმტკიცება, აგრეთვე ტექნიკური და საზოგადოებრივი ურთიერთობების გაღრმავება. ყოველივე ამის უზრუნველსაყოფად რაიონულ დონეზე საჭიროა ადეკვატური მენეჯერული უნარი და შესაძლებლობები, რათა დაიგეგმოს, განხორციელდეს და მიწოდეს გაწეული მომსახურება, ამავე დროს უფრო ზემდგომ დონეებზე დახმარების გასაწევად საჭიროა მენეჯერული უნარი ასეთი დონეების ზედამხედველობის სისტემის შესაქმნელად. ჯანდაცვის ცენტრის ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა სამართლებრივი საფუძველი - საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც მას აღიარებს რაიონულ ადმინისტრაციულ რგოლად და

მიანიჭებს გადაწყვეტილების გამოტანის უფლებას. ამგვარად, ცენტრს უნდა ჰქონდეს გადაწყვეტილებათა გამოტანისა და პროგრამების განხორციელების სათანადო კანონიერი მექანიზმები. სასურველია, რომ ასეთი სქემა მიესადაგოს არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ სხვა სექტორებსაც. ეს ხელს შეუწყობს საზოგადოების მონაწილეობას ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის განხორციელებაში.

დეცენტრალიზაციამ უნდა აამაღლოს ადგილობრივი დონის პასუხისმგებლობა, უზრუნველყოს საზოგადოების მაქსიმალური ჩართვა გაზრდილ ინტერსექტორულ თანამშრომლობაში. დეცენტრალიზაცია არ ნიშნავს იზოლაციას. საჭიროა უწყვეტი კავშირები სხვადასხვა დონეებს შორის. ამ კონტექსტში ჯანდაცვის ცენტრების პასუხისმგებლობათა და მოვალეობათა აღიარება ხელისუფლების მხრიდან მეტად ეფექტური იქნება.

უახლოეს მომავალში ქვეყანაში დასრულდება პოლიტიკური და ადმინისტრაციული სტრუქტურების ჩამოყალიბება, მმართველობის სხვადასხვა დონის ადგილობრივი ორგანოს გადაწყვეტილებებზე ზემოქმედებას მოახდენს საზოგადოებრივ სამსახურებზე, მათ შორის ჯანდაცვაზეც, რადგან ის უნდა აკონტროლებდეს ადგილობრივ ბიუჯეტს. **ასე რომ, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებმა უნდა დახვეწონ არა მარტო პროფესიული, არამედ ორგანიზაციული საქმიანობაც და მათ ფუნქციებში შევიდეს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის სრულყოფის საკითხების სწავლებაც, რადგან მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებანი ზემოქმედებას ახდენს სამედიცინო მომსახურების კონკრეტულ არეალში.**

დეცენტრალიზაციის საფუძველზე ადგილობრივ ხელმძღვანელობის პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს ჯანდაცვის წლიური ბიუჯეტის განსაზღვრაზე. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების თანამშრომლები, რომლებიც ამზადებენ და ადგილობრივ საკრებულოს (საბჭოს) წარუდგენენ ჯანდაცვის წლიურ ბიუჯეტს, უნდა ჰქონდეს რაიონის სამხარეო მუნიციპალურ პროგრამათა დაგეგმის, განხორციელების და შეფასების უნარი. ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითოეული ნაწილი უნდა აღირიცხოს და ანგარიში წარედგინოს გემდგომ სტრუქტურებს, რისთვისაც აუცილებელია მართვის ინფორმაციული სისტემის ეფექტური გამოყენება და უკვე მიღებული შედეგების მართებული შეფასება. **დეცენტრალიზაციის პირობებში მნიშვნელოვანია**

აუცილებელია საქმიანი ურთიერთობის ფორმირება ადგილობრივ საკრებულოებს, სამედიცინო პერსონალსა და ჯანდაცვის მენეჯერთა შორის.

დეცენტრალიზაცია და მოვალეობათა გადანაწილება. ბოლო წლებში გატარებული ცვლილებების შემდეგ სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრა ადგილობრივი მმართველობის შესაბამის ორგანოებს - ჯანდაცვის პირველად რგოლებს, რომელთაც უშუალო ადმინისტრაციულ ზედამხედველობას უწევენ მუნიციპალური სამსახურები, ხოლო ფუნქციურ საქმიანობას წარმართავს პირველადი რგოლის ჯანდაცვის ექიმი, რომელიც ანგარიშვალდებულია საკრებულოს (საბჭოების) და ჯანდაცვის მართვის გემდგომი დონის წინაშე.

ჯანდაცვის კომისიაში, რომლის თავმჯდომარე მერი ან გამგებელი იქნება, შევლენ მუნიციპალური საბჭოს წევრები, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, ექიმები. კომისია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამათა დაგეგმვის, განხორციელების, მონიტორინგისა და შეფასების რეკომენდაციებს უნდა იძლეოდეს.

ახალ ვითარებაში, პირველადი ჯანდაცვის სამსახურები მეტ წილს დაუთმობენ ადმინისტრაციული საკითხების, აგრეთვე ინფორმაციული და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას.

ადგილობრივმა მმართველობამ მნიშვნელოვნად უნდა შეუწყოს ხელი დაგეგმვა და დაფინანსება ადგილობრივი პრობლემების, მათ შორის განრიგისა და ფორმების გათვალისწინებით. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება უნდა მოხდეს არა მარტო შესრულებული სამუშაოს ხარისხისა და მოცულობის მიხედვით, არამედ ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვითაც (ერთ სულ მოსახლეზე წინასწარ გარკვეული თანხის გამოყოფით (კაპიტაციის მეთოდი).

ჯანდაცვის რეფორმაში საზოგადოების მონაწილეობა გულისხმობს სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობაში - მოსახლეობაში ხშირად არიან პირები, რომელთაც აქვთ სასარგებლო იდეები სამედიცინო პროგრამების შემუშავებისა და განხორციელების შესახებ. თავის მხრივ, მედპერსონალს უნდა

ჰქონდეს საჭირო ცოდნა და გამოცდილება, რომ შეძლოს შემოთავაზებული წინადადებების რაციონალურად გამოყენება.

სამედიცინო პროგრამების დაგეგმვაში საზოგადოების აქტიური ჩართვა დეცენტრალიზაციის წარმატებით განხორციელების ერთი ძირითადი ფაქტორია. ამ გზით შესაძლებელი იქნება მოსახლეობის მაქსიმალური რაოდენობის სამედიცინო მომსახურება თანასწორობის პრინციპით.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი გახდება უმნიშვნელოვანესი რგოლი, სადაც საზოგადოება შეძლებს განსაზღვროს თავისი უფლებები, მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენაში, სტრატეგიის შერჩევაში, პროგრამათა განხორციელებასა და შეფასებაში. მომავალში აუცილებელია მუშაობის წარმართვა თანამშრომლობისა და ერთობლივი პასუხისმგებლობის პრინციპით. ჯანდაცვის ცენტრის მართვის კომიტეტის (საბჭოს) ამგვარი მუშაობა აბსოლუტურად თანხვდება დეცენტრალიზაციის თანამედროვე პრინციპებს.

ჯანდაცვის ცენტრის მართვის სტრატეგია. ცენტრის საქმიანობა უნდა დაეფუძნოს მოცემულ ტერიტორიაზე მცხოვრები ჯანდაცვის საჭიროებათა ანალიზს და საზოგადოებასთან ერთად პასუხისმგებელი იყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. თუ ამგვარ მიდგომას საყოველთაო მხარდაჭერა ექნება, ეს მოგვცემს რაიონული ჯანდაცვის სისტემის ხანგრძლივი წარმატების გარანტიას.

დაგეგმვა და დაპროგრამება. დაგეგმვა ეფუძნება ჯანდაცვისა და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრიორიტეტების და მიზნების განსაზღვრას, სამოქმედო გეგმის შედგენას, განხორციელებასა და შეფასებას, მომსახურე პირთა პასუხისმგებლობის დაკონკრეტებას. საქმიანობა აგრეთვე მოიცავს მოსახლეობის ავადობის შესახებ მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს. მონაცემები უნდა შეგროვდეს დაღგენილ ვადებში დამტკიცებული სამედიცინო ფორმების მიხედვით და გადატანილი იქნეს მხარის რუკაზე. ეს ნათლად წარმოაჩენს პრობლემათა ტიპებსა და მათ ტერიტორიულ განაწილებას.

პრიორიტეტების განსაზღვრისას აუცილებელია მოსახლეობის პრობლემებისა და აზრის გათვალისწინება. შედეგიანი ერთობლივი საქმიანობა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მოსახლეობა მოტივირებული იქნება და მისი ძალისხმევა წარიმართება ჯანდაცვის ამოცანების გადაჭრისაკენ. ამგვარი მიდგომა განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა წყლისმიერი ინფექციების, მალარიის, ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის, სხვა სოციალურად მნიშვნელოვანი ინფექციების თავიდან აცილების, სატრანსპორტო ტრავმათა კონტროლის საქმეში.

ჯანდაცვის ცენტრის ქმედითობის ხელშეწყობა. აუცილებელია ცენტრის საქმიანობის ხელშეწყობა მხარის ადმინისტრაციის მხრიდან. მხარის სათაო სამედიცინო დაწესებულებებმა ცენტრს ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ მკურნალობის უახლესი მეთოდების შესახებ, რაც საშუალებას მისცემს გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი.

ინტერსექტორული თანამშრომლობა. ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციები გაცილებით სცილდება სამკურნალო დაწესებულებისას. ეს კავშირს ამყარებს განათლების, აგროსამრეწველო, კომერციმომარაგების, საზკვებისა და სხვა სექტორებთან. ამგვარი ურთიერთობების დასამყარებლად აუცილებელია საქმიანი ურთიერთობები, ინფორმაციები, პროპაგანდისტული ნიჭი და შესაძლებლობები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის ფუნქციების გაზრდა გამოიწვევს საზოგადოების მონაწილეობის გააქტიურებას სასკოლო პროგრამების განხორციელებაში, ინვალიდთა, ტრავმირებულთა, ფსიქიატრიულ პაციენტთა მოვლა-პატრონობის გაუმჯობესების საქმეში. ყველა აღნიშნამოთვლილი ქმედება საზოგადოებაზე ორიენტირებული მომსახურებაა, ამდენად მოსახლეობა უნდა მონაწილეობდეს დაგეგმვაში, შეფასებასა და მონიტორინგში.

ხელმძღვანელობის უნარის ფორმირება. ცენტრის ხელმძღვანელმა ხელი უნდა შეუწყოს გადაწყვეტილებათა მიღებაში სპეციალისტთა ფართო სპექტრის ჩართვას, ცენტრის მუშაობის ხარისხის გაზრდას, ინტერსექტორულ ინიციატივათა წამოწყებასა და მოტივაციას.

განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს კონკრეტული საჭიროებათა შესწავლაზე, რათა ყველა ნაბიჯი განისაზღვროს სიტუაციის შესაბამისად.

გარდა მმართველობითი უნარისა, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ კლინიკური მუშაობის გამოცდილება, სათანადო ცოდნა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემათა გადაჭრის უნარი.

უწყვეტი განათლების ხელშეწყობა. უწყვეტი განათლება ხელს უწყობს ახალი უნარ-ჩვევების ფორმირებას.

ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჩამოუყალიბდეთ საზოგადოების საჭიროებებზე დაფუძნებული ორიენტაცია, კომუნიკაბელურობა, რათა შეძლონ გააანალიზონ ღონისძიებათა განვითარების აუცილებლობა და მასთან დაკავშირებული პროცესები, გამოიმუშაონ გაწეული მუშაობის მონიტორინგისა და შედეგების შეფასების უნარი. ყოველივე ამას ითვალისწინებს სწავლების პროგრამები, რომლებმაც ხელი უნდა შეუწყოს არა მარტო თანამშრომელთა ცოდნის გაღრმავებას, არამედ მუშაობის პროცესში პერიფერიაში წარმოჭრილი პრობლემური საკითხების გადაწყვეტასაც.

რეგიონული (სამხარეო) მმართველობის ორგანოები ხელს უნდა უწყობდეს სწორედ შესაბამისი უწყვეტი სწავლების კურსების მოწყობასა და დამხმარე პროგრამათა შექმნას.

კადრები. ცენტრში მომუშავე კადრების მაღალკვალიფიციურობა პროგრამათა წარმატებით განხორციელების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია.

შესაძლოა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებთან ახლებური მიდგომის საფუძველზე ცენტრმა გააფართოოს ფუნქციონირების ჩარჩოები.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის კადრები მუშაობენ შემდეგ სფეროებში:

1. საორგანიზაციო-ადმინისტრაციული პროგრამების შედგენა და განხორციელება;
2. სამედიცინო მომსახურება, პირველადი სამედიცინო დახმარება;
3. ღედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა (ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით);

4. ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებათა კონტროლი, პროფილაქტიკა;
5. სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება, ანალიზი, მოკლე და გრძელვადიანი პროგნოზის გაკეთება.

ამ შემთხვევაში კადრები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგნაირად:

ა) ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, ოჯახის ექიმი;

ბ) ექთანი (ფერშალი);

გ) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი.

გარკვეულ ეტაპზე მათ შეიძლება დაემატოს სხვა პროფილის კადრები, მაგალითად, ლაბორანტი, სტატისტიკოსი, პროფილაქტიკური განათლების სპეციალისტი, სოციოლოგი (სოციალური დაცვის მუშაკი) და სხვ.

არ შეიძლება ყველა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრისათვის კადრების სტანდარტული სქემის გამოყენება. აღგილობრივი გეოგრაფიული პირობებიდან და საჭიროებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ცენტრს უნდა მიეცეს თავისუფლება, რათა მოქნილად იმუშაოს მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად.

ცენტრის საქმიანობა მაქსიმალურად უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებას, იყოს ხელმისაწვდომია და თანხებს ეფექტურად იყენებდეს ადეკვატური მკურნალობის, ქრონიკულ პაციენტებზე მუდმივი ზრუნვის, მოსახლეობის მაღალ რისკ-ჯგუფებთან მუშაობის დროს.

ვერტიკალური სახელმწიფო ცენტრალური პროგრამების (ტუბერკულოზი, იმუნიზაცია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებთან ბრძოლა, შიდსი, იოდის დეფიციტით გამოწვეული დაავადებები, ნარკომანია და სხვ.) განხორციელება ინტეგრირებული უნდა იყოს დეცენტრალიზებული პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებში, ხოლო ვერტიკალური პროგრამების რესურსების ნაწილი მისადაგებოდეს მუნიციპალური პროგრამების რესურსებს. ამასთან, აუცილებელია აღგილობრივი კადრების კვალიფიკაციის ამაღლება და საჭირო უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება, მათი აღჭურვა საჭირო ხელსაწყო - აპარატურით, სამედიცინო დანიშნულების საგნებითა და მედიკამენტებით.

ორგანიზაციული სტრუქტურები და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა

თუ მკაფიოდ არ იქნება განსაზღვრული ჯანდაცვის ცენტრის როლი მხარის/რაიონის სამედიცინო მომსახურებაში, ცხალია, გაურკვეველი დარჩება მისი ადგილი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაშიც. ამ საკითხთან მიმართებაში საჭიროა 4 მნიშვნელოვანი ელემენტის განხილვა. ესენია:

1. ორგანიზაციული სტრუქტურა და დახმარების არეალი. ყველა დაწესებულება ურთიერთდაკავშირებული უნდა იყოს ერთმანეთთან, რაიონული სისტემა წარმოდგენილ იქნეს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის, მცირე ჯანდაცვის პუნქტებისა და სკოლის სამედიცინო პუნქტების სახით. ამ გზით შეიქმნება ქსელი, რომელიც ჯანდაცვის ცენტრს გაუადვილებს მოსახლეობის მომსახურებას.

ცენტრმა რომ მაკავშირებელი ფუნქცია შეასრულოს, აუცილებელია საკომუნიკაციო საშუალებები, რომელთა მეშვეობით სამედიცინო სამსახური დაუკავშირდება მოსახლეობას და ამდენად უფრო მეტად დააკმაყოფილებს მის მოთხოვნილებებს.

მაკოორდინირებელი ფუნქციის შესრულება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ჯანდაცვის ცენტრი უკეთეს მომსახურებას შესთავაზებს მომხმარებელს. ეს წინ გადადგმული ნაბიჯი იქნება რაიონის ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფის პროცესში (პაციენტი არ უნდა მიიღტვოდეს საავადმყოფოსაკენ, სადაც მას გაუწევენ ძვირადღირებულ სამედიცინო მომსახურებას). ამდენად, რაიონული სისტემის მაკოორდინირებელი როლის დაგეგმვისას აუცილებელია საფეხურებიანი სტრუქტურის არსებობა, თითოეული საფეხურზე საჭირო სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

რაიონულ საავადმყოფოებთან კავშირი აუცილებელია, რადგან მცირე სამედიცინო პუნქტების დამოუკიდებლად მართვა მიზანშეწონილი არ არის. ტექნიკური თანამშრომლობის გარდა, ურთიერთობა საჭიროა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ტექნოლოგიის სრულყოფის, ასევე მართვის საკითხების გადასაწყვეტად.

2. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა არა მარტო უწყვეტობას ასახავს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის, არამედ სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობასაც ასახავს. კონფიდენციალურობა, ლოკალურ პრობლემათა გააზრება, მითითებული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება შეიძლება მიჩნეულ იქნეს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობად. ამ მიზნის მიღწევის ელემენტარული პირობაა სამედიცინო მომსახურება განახორციელოს ერთი და იმავე პერსონალმა. შესაძლოა ჩამოყალიბდეს მუშა ჯგუფები ოჯახის ან კონკრეტული ტერიტორიის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მიზნით.

3. მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. სხვადასხვა დონის სამედიცინო დაწესებულებაში ხშირად აღინიშნება დეფიციტი მედიკამენტებით მომარაგებაში. პრობლემის მიზეზია დაფინანსების დეფიციტი და მოწოდების არადამაკმაყოფილებელი სისტემები, აგრეთვე ძვირადღირებული მედიკამენტების (რაც მოსახლეობის მცირე ნაწილს სჭირდება) შეძენაზე გაწეული ხარჯები. მედიკამენტები არა მხოლოდ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, არამედ შეესაბამებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებსა და მოთხოვნილებებს.

არსებობს მედიკამენტების შესყიდვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამა, რომლის მეშვეობითაც რაიონებში შედის ფართო პარტიად ნაყიდი მედიკამენტები და რეალიზატორს ეძლევა ხარჯების მოგების შესაძლებლობა. შემოსავლის მიღების ასეთი მექანიზმი განსაზღვრავს მომავალ წარმატებას ცენტრისათვის და მოსახლეობისათვისაც, თუმცა ფინანსური დაგეგმვისა და მართვის მექანიზმების სიმცირე ან არარსებობა, აგრეთვე გაუთვალისწინებელი ინფლაცია მნიშვნელოვან წინააღმდეგობად რჩება. ამდენად, საჭიროა გაძლიერდეს მართვა ყველა დონეზე, ჯანდაცვის ცენტრების ჩათვლით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს საჭირო შემოსავალი და გაუმჯობესდეს თანხების ბრუნვა (ზოგ შემთხვევაში ჯანდაცვა თვითონ არის მწარმოებელი და ადმინისტრაციული ერთეულის ბიუჯეტი ჯანდაცვისგან გაცილებით მეტ თანხას ღებულობს, ვიდრე აფინანსებს მას).

4. ხარისხის უზრუნველყოფა, პაციენტის დაკმაყოფილება მომსახურების ხარისხიანობის განსაზღვრისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ მომხმარებლის შეხედულებები და წინადადებები.

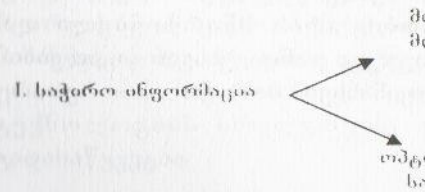
ხარისხის უზრუნველსაყოფად აუცილებელი არ არის რთული ტექნოლოგიები და პროცედურები. ამისათვის საჭიროა საიმედო და ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, რაც გაზრდის ხელმისაწვდომობასა და უწყვეტობას.

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოავლინოს პაციენტის პრობლემების გაგების, თანაგრძნობისა და დახმარების უნარი, რათა მან თავი უსაფრთხოდ იგრძნოს.

ჯანდაცვის ცენტრების დაფინანსება ხორციელდება სხვადასხვა წყაროდან. რადგანაც ჯანდაცვის ცენტრები ძირითადად განეკუთვნება საზოგადოებრივ სექტორს, მას უმეტესად აფინანსებს სახელმწიფო. სხვა წყაროა მომხმარებელთა დაბეგვრა. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მოსახლეობას რეალურად არ სურს გადაიხადოს იმ მომსახურების საფასური, რომელიც ხანგრძლივად გააუმჯობესებს მის ჯანმრთელობას, რაც საბოლოო ჯამში სარგებლობას მოუტანს საზოგადოებას. ამდენად, აშკარაა, რომ საზოგადოებამ უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა ისეთი მომსახურების დაფინანსებაზე, როგორიცაა იმუნიზაცია, ხარისხიანი სასმელი წყლით უზრუნველყოფა, სოციალურად საშიში და მნიშვნელოვანი დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა და ა.შ. ანუ ყველაფერი ის, რაც "საზოგადოებრივი კეთილდღეობის" კატეგორიას განეკუთვნება.

ხელმისაწვდომობა და თანასწორობა მიღწეულ უნდა იქნეს არსებული თანხების ეფექტური გამოყენებით.

ინფორმაციის აუცილებლობა. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია ინფორმაციის შეგროვება და მისი მიწოდება მოსახლეობისათვის გადაწყვეტილების მიღების მიზნით.



უნდა შეგროვდეს:

1. ინფორმაცია სამოქმედო არეალისა და მოსახლეობის საქმიანობის პროფილის შესახებ;
2. დაგეგმვისა და მართვისათვის საჭირო ინფორმაცია;
3. დახმარების განხორციელების პროცესის სისტემატურობის უზრუნველყოფისათვის საჭირო ინფორმაცია;
4. აქტიური კვლევისა და გეგმის შედგენისათვის საჭირო ინფორმაცია.

მოცვის არეალი. უნდა განისაზღვროს სამოქმედო ტერიტორია და გაანალიზდეს:

გეოგრაფიული მახასიათებლები – მდებარეობისა და კლიმატის თავისებურებები;

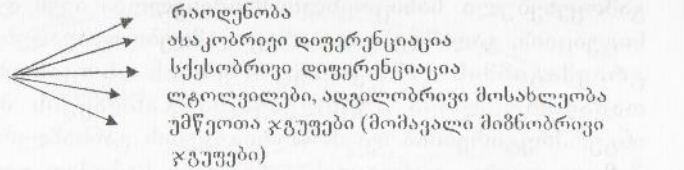
ეკონომიკური მახასიათებლები - მოსახლეობის დასაქმების დონე (უმუშევრობა), შემოსავალი, სამრეწველო ნარჩენებით დაბინძურება, ეკოლოგიური სიტუაცია;

სოციალურ-კულტურული პროფილი - რელიგიური შეხედულებები, მოსახლეობის აზრი სამედიცინო სისტემაზე, ქცევის ტიპები;

საყოფაცხოვრებო - წყალმომარაგების ქსელის, ელექტროქსელის, გზისა და კომუნიკაციების მდგომარეობა;

სკოლებისა და ჯანდაცვის დაწესებულებათა რაოდენობა, ხელმისაწვდომობა, განლაგება;

ჯანმრთელობისათვის მავნე ბუნებრივი ან ადამიანის მიერ გამოწვეული ფაქტორები.



გარდა ამისა, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებათა არსებობა, მათი ხელმისაწვდომობა და საზოგადოების ჯანდაცვის პროფილის განსაზღვრა.

ზემოთ ჩამოთვლილი ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ უნდა დადგინდეს ყველაზე გავრცელებული და ხშირი დაავადებები, მათ შორის ყველაზე მგრძნობიარე ჯგუფები, სიცოცხლისათვის

ყველაზე საშიში ფაქტორები, ეკოლოგიური და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის საფრთხე.

ამასთან ერთად აუცილებელია შობადობის, სიკვდილიანობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების მონაცემთა შეგროვების რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფილის დასადგენად საჭიროა ჩატარდეს სპეციალური ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები, ამასთანავე მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის სარისკო კონტაქტების, საცხოვრებელი პირობების უკეთ გასაცნობად კავშირები დამყარდეს მოსახლეობასა და ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს შორის.

აუცილებელია ისეთი რისკ-ფაქტორების განსაზღვრა, როგორიცაა თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის მოხმარება, ქცევები, დასაქმების ტიპები და სხვ.

ჯანდაცვის დაგეგმვა და განხორციელება პრიორიტეტების განსაზღვრა

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ საზოგადოების პრობლემების განსაზღვრისა და "დიაგნოსტიკის" ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემების დადგენისა და ყველაზე მგრძნობიარე ჯგუფების განსაზღვრის შესაძლებლობა და უნარი. ამ ამოცანების გადაჭრა მეტ შედეგებს გამოიღებს, თუკი ჯანდაცვის რესურსები ეფექტურად და მიზანშეწონილად იქნება გამოყენებული. სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს დემოგრაფიული სიტუაციის, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, აგრეთვე ტრავმატიზმის რისკ-ფაქტორებთან ასოცირებას. ამასთან, თანამშრომლობა აუცილებელია ჯანდაცვის პრობლემების ინტერპრეტირებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრისათვის. ამის შემდეგ დგება ჯანდაცვის ცენტრების სამუშაო გეგმა, რომელიც გუსტი უნდა იყოს და მასში გათვალისწინებული ღონისძიებები სისტემატურად ხორციელდებოდეს. შეზღუდული რესურსები გამოყენებულ უნდა იქნეს მიზნობრივი, აგრეთვე მაღალი რისკ ჯგუფებისა და ოჯახების ჯანდაცვისათვის.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის ცენტრისა და მოსახლეობის წარმომადგენელთა ერთობლივი მუშაობის

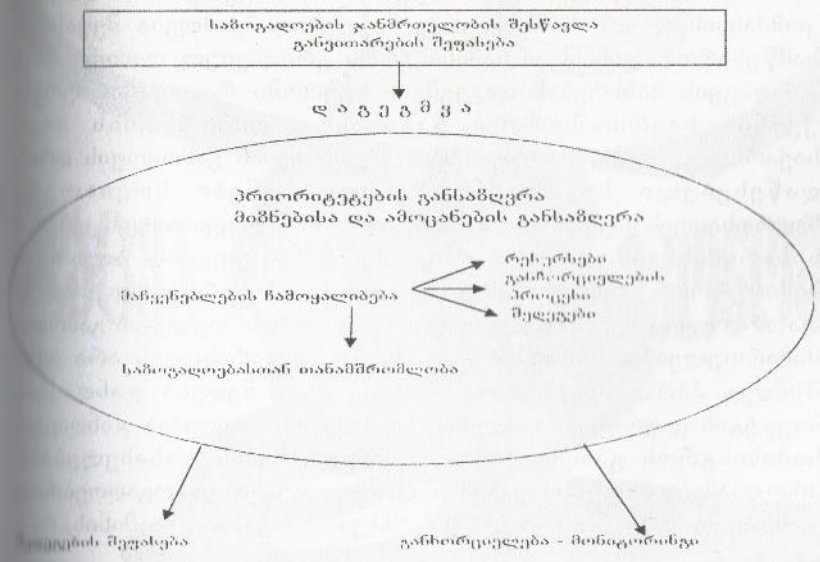
შედეგია. შემდეგი ეტაპია რეალური მიზნების დადგენა. უნდა გამოიკვეთოს ინდიკატორები:

1. არსებული რესურსები;
2. საქმიანობის ხელშემწყობი პირობები;
3. მოსალოდნელი შედეგები.

შედეგებზე დაყრდნობით ცენტრს შესაძლებლობა ეძლევა, გასახოს პროგრამის მიზნები და ამოცანები, შეაფასოს მიმდინარე პროცესი, უზრუნველყოს გეგმის განხორციელების დროულობა.

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მართვის პროცესში ობიექტივები არ უნდა მოდიოდეს ზემოდან. ცენტრის ხელმძღვანელობა თავად უზრუნველყოფს მისი სამოქმედო რეალის მოსახლეობის მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა გაკმაყოფილებას ანუ მოქმედებს დამოუკიდებლად.

აუცილებელია მონაცემების დეტალური შეგროვება, დამუშავება და ანალიზი. ამასთან, ცენტრის თანამშრომლებს უნდა შეეძლოთ ამის საფუძვლიანი გააზრება და ინტერპრეტაცია, რათა ჩატარებული მიმდინარე ანალიტიკური მუშაობის საფუძველზე, მოკლე და გრძელვადიანი პროგნოზის გათვალისწინებით შესაძლებელი იყოს გადაწყვეტილებათა გამოტანა. სქემატურად ეს პროცესი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს შემდეგნაირად:



თავი XV

სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მექანიზმები (შედარებითი ანალიზი)

ჯანდაცვის ცენტრალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი

ჯანდაცვის სახელმწიფო ბიუჯეტის ფორმირების პროცესში გადამწყვეტი როლი ფინანსთა სამინისტროს ეკუთვნის. ჯანდაცვის ბიუჯეტის ასოსავალ მონახაზს, მართალია ჯანდაცვის სამინისტრო აკეთებს, მაგრამ ამით ამოიწურება მისი როლი. როგორც წესი, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი პროექტის ოპტიმისტური, რეალისტური და პესიმისტური ვარიანტებიდან ფინანსთა სამინისტრო ყველას იგნორირებას უკეთებს და ქვეყნის ბიუჯეტის კანონში ჯანდაცვისათვის იგეგმება ერთობ მცირე სახსრების მოზიდვა და ხარჯვა. ამ პროცედურაში ღელავს კომპანიის როლი სიმბოლურზე ნაკლებად შეიძლება შეფასდეს. სამწუხაროდ, ფინანსთა სამინისტროს ტრადიციულ თვითნებობას ჯანდაცვის სახსრების დაგეგმვის სფეროში რაღაც ბარიერებს უქმნის საერთაშორისო საფინანსო ორგანოების მიერ საქართველოსათვის სესხებისა თუ გრანტების გამოყოფის დროს დაწესებული სავალდებულო მოთხოვნები სოციალური სფეროსათვის საერთოდ და ჯანმრთელობის დაცვისათვის კერძოდ სახსრების გამოყოფისა. როგორც წესი, ქვეყნის ბიუჯეტის სამთავრობო განხილვისას ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალურ და არაოფიციალურ მცველელობებს ჯანდაცვის ბიუჯეტის გაზრდის მიმართულებით წარმატება პრაქტიკულად არასოდეს არა აქვს. შემდეგ პარლამენტზე დასამტკიცებლად ხვდება ჯანდაცვის ბიუჯეტის ციფრები (რომლებიც გაცილებით ნაკლებია ჯანდაცვის სამინისტროს გათვლებზე) და პროგრამების დასახელებანი. პროგრამები ბიუჯეტის კანონში დაჯგუფებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, სადაზღვეო და ე.წ. "სხვა" (უშუალოდ სამინისტროს



დასაფინანსებელი) პროგრამებად. პარლამენტზე განხილვისას კანონით უნდა დამტკიცდეს არა მარტო პროგრამების ჩამონათვალი და შესაბამისი სახსრების მოცულობები, არმედ პროგრამების შინაარსიც – პროგრამის შემადგენელი ნაწილები, მომსახურების სახეები, შემთხვევათა პროგნოზული მაჩვენებლები, მომსახურების სტანდარტები, ტარიფები. დღემდე მსგავსი არაფერი მომხდარა. ამ დარღვევით თითქმის ჯანდაცვის სამინისტროსა და კომპანიას ხელფასი უნდა გაეხსნას პროგრამების სამედიცინო ნაწილის შესაცვლელად იმგვარად, რომ პროგრამით განცხადებული გარანტიები მოსალოდნელი სახსრების რეალურ მოცულობას ეტყობოდეს, მაგრამ ეს ასე არ ხდება; პირიქით, გამოდის ისე, რომ წლიდან წლამდე სადაზღვევო თუ სხვა სახის პროგრამები არალეარისტურად (რეალური ფასწარმოქმნის და რეალურად შესაძლებელი შემოსავლების გათვალისწინებლად) იგეგმება და მათი განხორციელებისათვის სერიოზულ სირთულეებს აწყდება როგორც კომპანია, ასევე ქსელი. ცხადია, ფინანსური დეფიციტი ისევ მოსახლეობის დასაყარი ხდება და, შესაბამისად, ილახება მოქალაქეთა უფლებები.

ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესი

ჯანდაცვის მუნიციპალურ ბიუჯეტს დასაბამი ჯანდაცვის ცენტრალურ ბიუჯეტში გაკეთებული ჩანაწერით ეძლევა. ეს ჩანაწერი აღნიშნავს იმ სახსრების მინიმუმს, რომელიც მმართველობის თითოეულმა მუნიციპალურმა ორგანომ უნდა გამოყოს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან თავისი მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით და ავრეთვე, სავალდებულო ჯანდაცვითი პროგრამების ჩანათვალს, რომლის განხორციელება შემოაღნიშნული სახსრებით ევალება თითოეულ მუნიციპალიტეტებს. ამ ჩანაწერის შესაბამისად ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანო შეიმუშავებს კონკრეტულ პროგრამებს, რომელთა ნაწილიც სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონის თანახმად ქვეყნის ერთიანი სადაზღვევო პროგრამის შემადგენლობაში უნდა იყოს და პარლამენტი ამტკიცებს. ამ პროგრამებს და ბიუჯეტს განიხილავს და ამტკიცებს ადგილობრივი საკრებულოები. სახსრების აკუმულირება ხდება ე.წ. რეგიონალურ

ჯანდაცვის ფონდებში, საიდანაც შემდგომ ფინანსდება რეგიონის შემადგენლობაში შემავალი რაიონების დაწესებულებები, რომლებიც ახორციელებენ მუნიციპალურ ჯანდაცვით პროგრამებს. ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის ფორმირების წყარო წარმოადგენს ადგილობრივი ბიუჯეტი. წესით, იგი ფორმირდება ადგილობრივი საბიუჯეტო გადასახადებიდან და ცენტრალური საბიუჯეტო გადასახადების იმ ნაწილით, რომელიც კანონით დადგენილი წესით ადგილზე რჩება. სამწუხაროდ, ამ წესს ბევრი მუნიციპალიტეტი ვერ იცავს, რადგან ქვეყნის ბევრ რაიონს ადგილობრივი ბიუჯეტის ფორმირება დამოუკიდებლად არ შეუძლია და ამისათვის ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერებს იღებს, ე.ი. გამოდის, რომ ხშირ შემთხვევაში ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტის სახსრები სულაც არ არის ადგილობრივი წარმოშობისა და ფაქტიურად, ცენტრალური ბიუჯეტის მიზანმიმართულ ტრანსფერტებს წარმოადგენს. საყოველთაოდ ცნობილია ის პრობლებემი, რაც ქვეყნის ბიუჯეტსა და მის შესრულებასთან არის დაკავშირებული. ამიტომ აღვიძებ წარმოსადგენია, რა მდგომარეობაში იქნება ჯანდაცვის რეგიონალური ფონდები, რომლებიც ცდილობენ გააკეთონ მობილიზაცია იმ ფულისა, რომელიც ამ რაიონებს არ გააჩნია. შემდეგ გამოდის, რომ ჯანდაცვის ადგილობრივი ბიუჯეტის უმრავლესობა წარმოადგენს მხოლოდ ქაღალდზე დაწერილ რამდენიმე ციფრს, რეალურად კი სახსრებს ისევ მოსახლეობა გაიღებს, ცხადია შესაძლებლობის ფარგლებში. ის მწირი სახსრებიც, რომელიც ამა თუ ისე თავს იყრის მუნიციპალური ჯანდაცვის დასაფინანსებლად ხშირად სხვა მიზნებისათვის მოიხმარება იმის გამო, რომ პრაქტიკულად არავითარი პასუხისმგებლობა არ ეკისრება ოფიციალურ პირებს ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტის შესრულება-არშესრულების გამო. განსხვავებული მდგომარეობა რამდენიმე ქალაქის მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებაში – ფოთის, ბათუმის და თბილისის მუნიციპალიტეტებს მინიმუმზე გაცილებით მეტს გეგმავენ მუნიციპალური პროგრამების ბიუჯეტში. მართალია, შეიძლება დაგეგმილი ყოველთვის ბოლომდე ვერ განახორციელენ (განსაკუთრებით ეს ითქმის თბილისზე), მაგრამ საეალდებულო მინუმუმის დონეს მაინც აჭარბებენ. თუმცა, ისიც აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მუნიციპალური ბიუჯეტების საფუძვლად ისეთივე არარეალისტური ფასები დევს, როგორც ცენტრალურისა.

სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი (3+1)

სამედიცინო დაზღვევის შესატანს საფუძვლად უდევს სპეციალური კანონი, რომლის საფუძველზე საქართველოში ყველა იურიდიული და დასაქმებული ფიზიკური პირი უნდა იხდიდეს შრომის ანაზღაურების ფონდის 3% დანარიცხს (იურიდიული პირი) და მიღებული ხელფასის 1%-ს. ეს შესატანი/კანონი არ არის აღნიშნული ამ განსაზღვრული არც კონსტიტუციაში, არც საგადასახადო კოდექსში. სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონი კი საერთოდ არ ცნობს შესატანის განსამზღვრელი ცალკე კანონის საჭიროებას. იგი სადაზღვევო პროგრამის ჩარჩოებს მიგნით განარეგულირებელ სიდიდედ მიაჩნია. ამის გამო შესატანის იურიდიული სტატუსი ბუნდოვანია და აშკარად გაძლიერებას საჭიროებს.

სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანის შესახებ კანონითა და პრეზიდენტის 1999 წლის განკარგულებით პასუხისმგებლობა შესატანის შეგროვებაზე ეკისრება საბანკო სისტემასა და საგადასახადო ინსპექციას (მაშინ; ახლა – საბიუჯეტო შემოსავლების სამინისტროს). საბანკო სისტემის დაწესებულებებს ასურჩევლად საკუთრების ფორმისა, ევალებათ იურიდიულ პირებს გადმოწონ ფულადი სახსრები, თუკი არ შესრულდება სათანადო შესატანის გადარიცხვა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სახელზე. ეროვნულ ბანკს გახსნილი (აქვს რეგიონების მიხედვით ანგარიშები საბიუჯეტო გადასახადებისათვის), სადაც შედის შესატანიც (ნაკრები რეგიონიდან) და აქედან გადააქვს თანხა ბანკს კომპანიის ანგარიშზე. ამდენად, აღსანიშნავია 2 მომენტი:

- აღნიშნულის გამო კომპანია ვერ იღებს ინფორმაციას რეგიონებში ვინ გადაიხადა და რამდენი, თუ არ მიმართა საგადასახადო შემოსავლების სამინისტროს შესაბამის სამსახურებს აღგილზე.
- კომპანია არ არის დაზღვეული, რომ საბიუჯეტო გადასახადების ანგარიშზე შესული შესატანები სრულიად და დროულად მოექცა კომპანიის ანგარიშზე.

სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსება ხდება:
შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებიდან;
კონკრეტული შემთხვევისთვის გადასახდელიდან;

- საწოლდღეების მიხედვით ანაზღაურებიდან;
- პრემიიდან;
- ერთნაირგანაკვეთიანი გადასახდელიდან;
- სულადობის მიხედვით გადასახდელიდან (ე.წ. კაპიტაციის მეთოდით);
- ხელფასიდან;
- ბიუჯეტიდან.

განვიხილოთ ჯანდაცვის ყოველი სისტემისათვის ფასწარმოქმნა, კალკულაცია, გავლენა ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირების ფორმებზე (მართვაზე).

არსებობს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდი. ყოველი მათგანი გემოქმედებას ახდენს:

- **მომსახურების ხარისხზე;**
- **ღირებულებაზე;**
- **ადმინისტრირებაზე (მართვაზე).**

ქვემოთ განხილულია შემდეგი საკითხები:

- **ანაზღაურების ფორმების მნიშვნელობა და გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;**
- **შემსრულებლები და მათი ინტერესები;**
- **ანაზღაურების სხვადასხვა ფორმის არსებობის მნიშვნელობა;**
- **ანაზღაურების ფორმის სახეები და მათი გამოყენება;**
- **ანაზღაურების ფორმათა გავლენა ჯანდაცვის ხარისხზე, ღირებულებასა და მართვაზე, მათი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.**

ანაზღაურების სისტემის მნიშვნელობა დაფინანსებაში

დაზღვევის სქემა შედგება, ერთის მხრივ, დამზღვევი ორგანიზაციისა (ჯანდაცვის ფონდი), და მეორეს მხრივ, დაზღვეული პირთაგან. საჭიროებისას დაზღვეულ პირს გაეწევა მომსახურების ნუსხით გათვალისწინებული დახმარება.

ჯანდაცვის დაზღვევაში არსებობს აგრეთვე მესამე მხარე, კერძოდ, შემსრულებელი. შემსრულებლები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ე.წ. "მხარჯველ მხარეს".

მარტივად რომ ვთქვათ, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯი განისაზღვრება მომსახურების ხარისხითა და რეცეპტით გამოწერილი პროდუქციით ან მათი ღირებულებით.

ანაზღაურების სისტემა ზეგავლენას ახდენს ორივე ზემოაღნიშნულ ფაქტორზე. საერთოდ, შემსრულებლებს (მომწოდებლებს) - საავადმყოფოებსა და ექიმებს შეუძლიათ მათთვის პაციენტის პირველად მიმართავისას განსაზღვრონ თავიანთი მოთხოვნები მომსახურებაზე. მკურნალობის და საჭირო მედიკამენტების სახეს განსაზღვრავს ექიმი და არა პაციენტი. მნიშვნელოვანია ამ საკითხებზე შემსრულებელთა, განსაკუთრებით კი – ექიმთა მოტივაცია.

ჯანდაცვაში შემსრულებელი, ისევე როგორც სხვა სფეროებში, დაინტერესებულია შემოსავლის მაქსიმალიზაციით. ანაზღაურების სისტემიდან გამომდინარე, აღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია:

- სამკურნალო საშუალებების რაოდენობის შეძლებისდაგვარად გაზრდის გზით;
- უფრო მეტი პაციენტის მოზიდვით (მაგალითად, მათთვის ზედმეტი, მათ შორის – დამამშვიდებელი წამლების გამოწერით, რამდენადაც ეს ხშირად უქმნის პაციენტებს შთაბეჭდილებას, რომ სათანადოდ მკურნალობენ);
- პაციენტის დაბალი ფინანსური შესაძლებლობის შემთხვევაში მისი გაგზავნით სხვა შემსრულებლებთან (მაგალითად, საავადმყოფოში);
- პაციენტის ვიზიტით შემსრულებლებთან, თუნდაც ეს არ იყოს აუცილებელი;
- საკუთარი ძვირადღირებული აღჭურვილობის (რენტგენის, სონოგრაფიული და სხვ. აპარატურის) არასაჭიროებისამებრ გამოყენებით, მათი ღირებულების ამორტიზაციის მიზნით.

ანაზღაურების სისტემა შემსრულებელს უნდა უზრუნველყოფდეს შემოსავლით, რათა შეექმნას მაღალხარისხოვნად მომსახურების სტიმული. გარდა ამისა, ეს ხელს შეუწყობს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვასა და ადგილზე დამაგრებას.

სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა ანაზღაურების ეფექტურად ორგანიზებული სისტემა უნდა გამორიცხავდეს ზედმეტ

ღონისძიებებს, ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანი ამოცანაა სისტემის სრულყოფა, რაც ღირებულების დადგენის ძირითადი გზაა. არსებობს ანაზღაურების მრავალი განსხვავებული სისტემა, აგრეთვე მათი კომბინაციის მრავალი სახესხვაობა.

ქვემოთ განხილულიალია ანაზღაურების მექანიზმების ძირითადი ტიპები და მათი ზემოქმედება მომსახურების ხარისხზე, ღირებულებასა და ადმინისტრირებაზე.

გადასახდელი შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება)

გადასახდელი სპეციფიკური მომსახურების, მედიკამენტებისა და სამკურნალწამლო საშუალებების შესაბამისად, ანაზღაურების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. შემსრულებლებს უნაზღაურდებათ ჩატარებული მკურნალობისა და მომსახურების თითოეული ფაქტი. მაგალითად, ექიმს პაციენტის გასინჯვა და კონსულტაცია, ფარმაკოლოგს – წამლების დამზადება. მეორე მაგალითი: ზოგადი პრაქტიკის ოჯახის ექიმები უნაზღაურებენ საავადმყოფოს პაციენტთა მკურნალობისა და მომსახურებისათვის საჭირო აღჭურვილობების გამოყენების ხარჯს. აღნიშნული გადასახდელები და ფასები შესაძლოა ზოგ შემთხვევაში კონტროლს არ ექვემდებარებოდეს. თითოეულ შემსრულებელს გაწეული მომსახურება შეიძლება აუნაზღაურდეს საბაზრო ღირებულების შესაბამისად.

ანაზღაურების მეორე სახეა გადახდა ფასთა სქემით, რომელიც შეიძლება იყოს ფიქსირებული ან განისაზღვროთ ფასთა ბეღა და ქვედა მიჯნა. მაგალითად, გერმანიაში ექიმები, რომლებსაც სურთ საქმიანობა პაციენტთა ჯანდაცვის ან სოციალური დაზღვევის სფეროში, ვალდებულნი არიან დაიცვან შემდეგი წესი: ანაზღაურება მიიღონ მხოლოდ სქემით დადგენილი ქვედა და ზედა ზღვრის ფარგლებში. საფრანგეთსა და ბელგიაში გადასახდელების სქემა რეკომენდებული ფასთა სისტემაა: ექიმს შეუძლია მიიღოს ანაზღაურება სქემაში მოცემულზე მეტი ოდენობით. ზოგ ქვეყანაში

ი აკრძალულია სქემაში მითითებულზე მეტის მიღება, მაგრამ ნებადართულია სქემით გათვალისწინებული მინიმალური ანაზღაურება.

გადახდის სქემას ორი ფუნქცია აქვს – პაციენტს ან სამედიცინო დახმარების შემსრულებელს ინფორმაცია მიაწოდოს:

— იმ მომსახურებათა შესახებ, რომელთა ღირებულების გადახდა მოხდება ჯანდაცვისა და სოციალური დაზღვევის შესაბამისად. აღნიშნულთან დაკავშირებით, შეძლებისდაგვარად ხშირად უნდა შედგეს ახლად დანერგილი მეთოდების, საშუალებებისა და სიახლეთა სია, რათა ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით შესაძლებელი გახდეს სწრაფი რეაგირება;

— მკურნალობის პროცესისა და მომსახურების ფასის შესახებ. ეს ფასები შეიძლება იცვლებოდეს და რეგულირდებოდეს ინფლაციის ან მკურნალობის ტექნიკური საშუალებების განვითარების გათვალისწინებით.

გადასახდელთა სქემა მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტთათვის, ისე ექიმთათვის. სავალდებულო სქემის არარსებობის შემთხვევაში გადამხდელი ტარიფს აწესებს მომსახურების თვითღირებულების გათვალისწინებით. ხოლო, თუ ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ფონდი ან საერთოდ, გადამხდელი აანაზღაურებს ნებისმიერ ფასს, მაშინ გაზრდილი ღირებულება სერიოზულ პრობლემებს შექმნის. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი და პაციენტი მიაღწევენ ყოველმხრივ ერთიერთმისაღებ შეთანხმებას გადასახდელის შესახებ, ჯანდაცვის ფონდი და გადამხდელი გაიღებენ შესაბამის ხარჯებს. ამასთან, მნიშვნელოვანია დაფიქსირდეს ის თანხა, რომლის გაღებაზეც მხარეები თანახმა არიან.

თუ ექიმი არ იქნება ვალდებული დაიცვას სქემის პირობები, პაციენტს ხშირად მოუწევს მკურნალობისათვის ზედმეტის გადახდა, ამიტომ, როგორც ჯანდაცვის ფონდის (გადამხდელის), ისე პაციენტთა ინტერესებიდან გამომდინარე, პაციენტების მკურნალობისას ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ფარგლებში, უმჯობესი იქნება, ექიმებმა დაიცვან სავალდებულო გადასახდელთა სქემის პირობები. ეს არ გამოიწვევს არანაირი ეჭვს გადასახდელის ხელოვნურად გაზრდის შესახებ.

ფიქსირებულგადასახდელიანი სქემა, სადაც მითითებული იქნება მომსახურების თითოეული სახის ღირებულება, ხელსაყრელი და მისაღებია ექიმისთვისაც, რადგან აღარ იარსებებს გაუგებრობების საფუძველი ექიმსა და პაციენტს შორის. ექიმისათვის ხელსაყრელია, თუ სქემაში მინიმალური გადასახადელი დაფიქსირდება. ამ გზით ის ექიმები, რომლებიც წარმატებას აღწევენ საქმიანობაში, შეძლებენ მეტი ანაზღაურების მიღებას, თუ პაციენტს მეტის გადახდის შესაძლებლობა და სურვილიც ექნება.

ანალოგიური არგუმენტები არსებობს საავადმყოფოსა და სხვა შემსრულებლების, მათ შორის აფთიაქების მიმართ. სამწუხაროდ, ბევრ ქვეყანას ჯერ კიდევ არა აქვს განსაზღვრული წამლის ფასი და ფარმაცევტული საწარმოები და ფარმაცევტები საკუთარი შეხედულებისამებრ აწესებენ ფასს თავიანთ პროდუქციაზე. ისეთ ქვეყნები კი, მაგალითად, საფრანგეთი, სადაც არსებობს წამლის განსაზღვრული (დაწესებული) ღირებულება, სამედიცინო დახმარების ფასდადგენის პროცესს გაუგებრობა არ მოსდევს.

ფასთა ჩამონათვალში აუცილებლად უნდა იყოს შეტანილი ინფორმაცია:

1. **თვით პროდუქტის (წამლის) შესახებ** - დაზღვევის სამკურნალწამლო საშუალებათა ღირებულებას აანაზღაურებს მხოლოდ ფასთა ჩამონათვალის შესაბამისად (საფრანგეთში, ჯანდაცვის სადაზღვევო ორგანიზაციები ტენდერს აცხადებენ იმ წამლებზე, რომლებიც შეტანილია ჩამონათვალში). შესაძლებელია აგრეთვე აქტიური ინგრედიენტების და არა სპეციალური ნაერთებისა და პროდუქტების ჩამონათვალი (ასეთი მოდელი მოქმედებს გერმანიაში). ეს ნიშნავს, რომ ჯანდაცვის დაზღვევა ანაზღაურებს მხოლოდ გარკვეული სახის აქტიური ინგრედიენტების ღირებულებას;
2. **ფასის შესახებ** - შეიძლება მითითოს სპეციფიკური პროდუქტების (როგორც ეს საფრანგეთშია მიღებული) ან აქტიური ინგრედიენტების (როგორც ეს გერმანიაშია მიღებული) ფასები.

ცხრილში მოცემულია ანაზღაურების საფუძველი და გადახდის დაქვემდებარებული მომსახურების ერთეული იმ შემსრულებელთათვის, რომლებიც მუშაობენ ფასიანი მომსახურების პირობით.

ცხრილი 1

გადასახადი შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

შემსრულებელი	*გადახდის წესი*	*მომსახურების ერთეული*
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	გადახდის სქემით	1 მიღება
სპეციალისტი	გადახდის სქემით	1 მიღება
საავადმყოფოები სტაციონარული და არასტაციონარული მკურნალობა)	გადახდის სქემით	1 მიღება სტაციონარში ყოფნის ერთი დღე (მხოლოდ საავადმყოფოში)
აფთიაქი	ფასთა ჩამონათვალის მიხედვით	
დამატებითი მომსახურება	გადახდის სქემით	1 მიღება

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ფასიანი მომსახურება უნდა ეფუძნებოდეს გადახდის სქემას. ეს სქემა შეიძლება დაფიქსირდეს სადაზღვევო ფონდის (გადამხდელის) მიერ, ჯანდაცვის სამინისტროსთან კონსულტაციის ან ჯანდაცვის ფონდსა და სამედიცინო დახმარების შემსრულებელს შორის შეთანხმების საფუძველზე. შესაძლებელია აგრეთვე მათი კომბინირება: შემსრულებელთა გაერთიანებები და სადაზღვევო ფონდები შეთანხმდებიან გადახდის სქემაზე და წესხას წასამტკიცებლად წარუდგენენ ჯანდაცვის სამინისტროს.

გადახდის სქემაში შეიძლება შევიდეს მოქმედი ფასები. ამ სისტემას აქვს შემდეგი უპირატესობა:

- ფასი ადვილად რეგულირდება. ყველა შემსრულებელს ესაჭიროება ზუსტი სქემა, რომელშიც ფასთა ყოველი ცვლილებისას (მაგალითად, ინფლაციის გამო) მითითებული და ზუსტად განსაზღვრული იქნება რეალური ფასი.
- შესაძლებელია წინასწარ დაფიქსირდეს ან შეთანხმდეს ყველა სახის მომსახურების სრული ღირებულება და განისაზღვროს ერთეულის ფასი ფინანსური პერიოდის ბოლოსათვის, რათა მიღებული დანახარჯები ჩაეტიოს ბიუჯეტის ფარგლებში. შედეგად,

შემსრულებლები ვეღარ გაზრდიან მომსახურების თანხას (ბიუჯეტს).

გადახდის სქემის შედგენისას, მისმა დამგეგმავებმა უნდა გაითვალისწინონ შემდეგი:

- ექიმთა სავარაუდო შემოსავალი;
- სპეციფიკური მომსახურების კალკულაცია;
- ხელფასის პროგრესულად ზრდადი სტრუქტურა.

გადახდის სქემა შესაძლოა, საკმაოდ რთული იყოს და მასში შევიდეს 2000-მდე სხვადასხვა გადასახდელი, წამალთა ჩამონათვალი შეიცავდეს რამდენიმე ათას სახეობას, იმის მიხედვით, რა შედის ამ ჩამონათვალში -- ცალკეული წამლები თუ ინგრედიენტები.

სპეციფიკური სამკურნალო პროცედურების გადასახდელი გამოითვლება:

- გამოყენებული ფაქტორების (მაგალითად, შრომითი და კაპიტალური დანახარჯები, მასალები);
- თითოეულ გამოყენებულ ფაქტორთა რაოდენობის;
- ცალკეული ერთეულის ფასის მიხედვით.

ერთეულის ფასი მრავლდება ცალკეული ერთეულის რაოდენობაზე და მიიღება თითოეული ფაქტორის ღირებულება, ისინი იკრიბება და მიიღება ერთი პროცედურის (მაგალითად, ექიმის მიერ შესრულებული ვაქცინაციის) ღირებულება. მე-2 ცხრილში მოცემულია ერთი პროცედურის კალკულაცია.

შესაძლოა ხელსაყრელი იქნეს ფაქტორთა ღირებულების განსაზღვრა ერთეულთა შედარების საფუძველზე. ეს უფრო მარტივი გზაა ისეთ ფაქტორთა დასადგენად, როგორიცაა შრომითი და მასალებზე დანახარჯები, რადგან ისინი უშუალოდ უკავშირდება გაწეული მომსახურების მოცულობას. ეს გზა შედარებით რთულია იმ ფაქტორთა დასადგენად, რომლებიც არაა პირდაპირ კავშირში პროცედურის შედეგთან (იჯარა, კაპიტალური და ადმინისტრაციული ხარჯები).

ხარჯი, რომლებიც არაა პირდაპირ კავშირში პროცედურის შედეგთან, გაიწევა იმის მიუხედავად, რა მოცულობის მომსახურება შესრულდა. აქ არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, რომ გადასახდელმა დაფაროს მომსახურების ხარჯი. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ შეიძლება მოვიყვანოთ იჯარით აღებული შენობის ხარჯთაღრიცხვა:

- ავიღოთ სრული საიჯარო გადასახდელი (მაგალითად, წელიწადში 12.000 ლ);

- დავიანგარიშოთ წლის განმავლობაში შენობის სასარგებლოდ გამოიყენების დრო (ვთქვათ, 8 საათი ყოველდღიურად, 220 დღის განმავლობაში ანუ 1760 საათი წელიწადში);
- გავყოთ პირველი რიცხვი მეორეზე, რათა მივიღოთ შენობის იჯარის ღირებულება დროის ერთეულში (ანუ 0.11ლ. წუთში).

ასევე შეიძლება სხვა ზედნადები ხარჯების გაანგარიშებაც.

ცხრილი 2

ერთი პროცედურის გადასახდელის კალკულაცია

ფაქტორი		ერთეული	ფასი	ფაქტორის ღირებულება
პირდაპირ-პროცედურული ღირებულება	შრომა – ექიმის	10 წუთი	0,5 ლარი/სთ	5.00
	შრომა – მედდის	10 წუთი	0,2 ლარი/სთ	2.00
	მასალები			2.00
ირიბად-პროცედურული ღირებულებათა ჯამი				9.00
ზედნადები ხარჯები	იჯარა	10 წუთი	0,18 ლარი/სთ	1.80
	საყოფაცხოვრებო ხარჯები	10 წუთი	0,05 ლარი/სთ	0.50
	ადმინისტრაციული ხარჯები	10 წუთი	0,05 ლარი/სთ	0.50
ზედნადები ხარჯების ჯამი		2.80		
სრული თანხა		11.80		

წყარო (3)
შენიშვნა: მომსახურების თითოეული სახეობისათვის გამოყენებული ერთეული შეიძლება განსხვავდეს ცხრილში მოცემულისაგან

უასიანი მომსახურების სისტემის შექმნის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური საკითხია ექიმთა მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურების გაანგარიშება. ეს ან შეთანხმებით უნდა მოხდეს, ან დადგინდეს კონკრეტულ ქვეყანაში არსებული საშემოსავლო პრაქტიკის შესაბამისად.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

მომსახურების შემსრულებლებს, რომლებიც საქმიანობას წარმართავენ გაღახდის სქემის სისტემით, აქვს შემოსავლის გაზრდის სამი გზა:

- პროცედურების (მომსახურების) რაოდენობის გაზრდა;
- ხარისხის გაუარესება (მაგალითად, საკონსულტაციო დროის შემცირებით);
- გარკვეული პროცედურების შესრულების დაკისრება დაბალანაზღაურებადი პერსონალისათვის (მედდებისა და ტექნიკური პერსონალისათვის).

აღნიშნული სისტემა გამოიყენება გაღასახღელის გაანგარიშებისათვის და აშკარად გვიჩვენებს, რომ შემსრულებელს საკმაო სტიმული აქვს, რომ შეძლებისდაგვარად გაზარდოს პროცედურების რაოდენობა, რის საფუძველზეც ექიმს შეუძლია:

- გაზარდოს თავისი შემოსავალი გაწეული მომსახურების შესაბამისად;
- ბედნიერი ფაქტურების გამოყენებით მიიღოს მეტი შემოსავალი ვიდრე სავარაუდო კალკულაციით.

ფასიანი მომსახურების მოქმედება თვალნათლივ აისახება ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებზე: იგი სტიმულს აძლევს მომსახურების (თუნდაც არასაჭიროს) შესრულებას, რაც ღირებულების ზრდას იწვევს. მაგრამ მისი ზემოქმედება მომსახურების ხარისხზე არ ასევე აშკარა. ექიმები ისწრაფვიან შეძლებისდაგვარად მცირე დრო დაუთმონ მკურნალობის სეანსს და ამით გაზარდონ დროის ერთეულში გაწეული მომსახურების რაოდენობა. უფრო მეტი მათთვის ხელსაყრელია მომსახურების გარკვეული სახეობა შეასრულოს დაბალკვალიფიციურმა პერსონალმა, რათა გაიზარდოს საერთო შემოსავალი. ორივე ზემოაღნიშნული ფაქტორი უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე. მეორე მხრივ, შემსრულებლებს, მუშაობისა და მომსახურების დიდი სტიმული აქვს, რადგან კონკურენციის პირობებში, ადვილი არ იქნება პაციენტის შენარჩუნება, თუკი გაუარესდება მათი მომსახურების ხარისხი.

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, ფასიანი მომსახურების სისტემა ასტიმულირებს ე.წ. "ჭარბწარმოებას", ამავე დროს შეიძლება შექმნას მომსახურების ხარისხის ამაღლების პირობებიც. უფრო ზოგადად - ფასიანი

მომსახურების სისტემის ეფექტურობა დამოკიდებულია გაღახდის სქემის განსაზღვრაზე. მომსახურების ცალკეული სახეების დაფინანსირების შემთხვევაში, დადგენილ უნდა იქნეს მომსახურების რეალური ღირებულება. ხოლო, თუ გვინდა გამოირიცხოს ექიმთა ზედაგვირთვა (მომსახურების იმ სახეების დელეგირების გზით, რომელთა შესრულებაც შეიძლება დაეკისროს დაბალ-კვალიფიციურ პერსონალს), მომსახურების ღირებულება რეალურ ღირებულებაზე ნაკლები უნდა იყოს.

ადმინისტრაციული თვალსაზრისით, ფასიანი მომსახურება ექიმებზე ძვირი ფორმაა. შემსრულებელთათვის ანგარიშიანი პროცედურები რთული და ხარჯიანია.

ჯანდაცვის ფონდისადმი მოთხოვნები გაიზრდება და გამოიწვევს ინსტორინგის ძვირადღირებული პროცედურების შექმნას, რათა ექიმებს აიცილოს პრეტენზიები.

გადასახდელი კონკრეტული შემთხვევისათვის

კონკრეტული შემთხვევისათვის გაღახდის სისტემა ეფუძნება ექიმის ცალკეულ შემთხვევას და არა მკურნალობის ცალკეულ შემთხვევას. ექიმის მიერ თითოეული შემთხვევის მკურნალობა ანაზღაურდეს. გამოიყოფა მისი ორი სქემა:

კონკრეტული შემთხვევისათვის გაღასახადების გაღახდა ეფუძნება ან თითოეული შემთხვევის დონეს დიაგნოზის მიუხედავად, ან დიაგნოსტიკურ სქემას.

პირველი მოდელი კონკრეტული შემთხვევებისათვის გადასახდელის გაღახდის უმარტივესი ვარიანტია. თითოეულ შემთხვევაში ექიმი იღებს ერთსა და იმავე თანხას შემთხვევის ხასიათისა და პაციენტის მკურნალობისათვის საჭირო რესურსების მიხედავად.

მეორე მოდელში გამოყენებულია შემთხვევათა კლასიფიკაციის სქემები. ყველაზე უფრო კარგად ცნობილი და გავრცელებულია "დიაგნოზ-ჯგუფების" DRG საკლასიფიკაციო სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს დაახლოებით 470 დიაგნოსტიკურ ჯგუფს. DRG სისტემა ძირითადად გამოიყენება პაციენტთა სტაციონარში მკურნალობისას, თუმცა მას სხვა შემთხვევებშიც იყენებენ. შემსრულებელს გაწეული მომსახურება უნაზღაურდება DRG-ს შესაბამისად. დიაგნოზი ისმება გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ. ზოგჯერ დიაგნოზის დასმისათვის შესაძლოა რამდენიმე ვიზიტია საჭირო, რის

შესაბამისადაც იცვლება გადასახდელის ოდენობა. ეს სისტემა იძლევა უფრო სრულ შესაძლებლობას, ვიდრე გემოაღწერილი პირველი ვარიანტი.

უფრო გასაგებად რომ ვთქვათ, კონკრეტული ძემთხვევის გადასახდელის გადახდის სისტემა ეფუძნება მკურნალობის ან ცალკეული შემთხვევის დიაგნოსტიკის ხარჯებს ანუ "ბიუჯეტს" თუ მკურნალობა უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე მასზე გათვალისწინებული გადასახდელია, შემსრულებელი კარგავს ხოლო თუ უფრო იაფია, პირიქით -- იღებს შემოსავალს.

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ შემსრულებელთა მიმართ, რომელთა მიერ გაწეული მომსახურება დაკავშირებულია ინდივიდუალურ შემთხვევებთან. აქ იგულისხმება ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმი, სპეციალისტები, სტომატოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, საავადმყოფო ან სხვა სამედიცინო დაწესებულება. კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემა არაა ხელსაყრელი იმ შემსრულებელთათვის, რომლებიც ქმნიან და ყიდიან ამა თუ იმ კონკრეტულ პროდუქტს მაგალითად, წამალს.

ცხრილი 1

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადასახდელის გადახდის სისტემის გამოყენება

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	გადახდის სქემით	დიაგნოზის დადგ
სპეციალისტი	საერთო თანხიდან	ზოგადი შემოსვ
	გადახდის სქემით	დიაგნოზის დადგ
საავადმყოფო (სტაციონარული და არასტაციონარული მკურნალობა)	საერთო თანხიდან	ზოგადი შემოსვ
	გადახდის სქემით	დიაგნოზის დადგ
აფთიაქი	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	გადახდის სქემით	
პროთეზირება	არ გამოიყენება	

ანაზღაურების სისტემის შექმნა და კალკულაცია

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადასახდელის გადახდის სისტემის შექმნა საკმაოდ იოლია, თუკი თითოეულ კონკრეტული შემთხვევის მომსახურება ანაზღაურდება მხოლოდ თანაბარი განაკვეთით. ამისათვის საჭირო იქნება იმ შემთხვევათა რაოდენობრივი შეფასება, რომლებსაც ექიმი (საავადმყოფო) მოემსახურება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში (როგორც წესი – ერთ წელიწადში) ამის შემდეგ ხდება ექიმის (საავადმყოფოს) მიერ გამოყენებული აპარატურისა და მოწყობილობების სრული ამორტიზებულების გაანგარიშება იმავე პერიოდისათვის. მიღებული ხარჯთაღრიცხვები იყოფა შეფასებულ შემთხვევათა რაოდენობაზე, რის შედეგადაც მიიღება ერთეული შემთხვევისათვის გადასახდელი თანხა, რაც შესაძლოა განსხვავებული იყოს სპეციალისტთა (ოჯახის ექიმი, ოფთალმოლოგი, ქირურგი, ორთოპედი, პედიატრი და ა.შ.) და სხვადასხვა კატეგორიის საავადმყოფოსათვის.

კონკრეტული შემთხვევის მომსახურების შემთხვევაში თანაბარი განაკვეთის უპირატესობა ისაა, რომ ოპერატიული თვალსაზრისით ძალზე მარტივია, ხოლო მისი ნაკლია სხვადასხვა სახის მოთხოვნათა დიფერენცირებაა, რის წინაშეც შეიძლება აღმოჩნდეს შემსრულებელი: მას ერთნაირად აუნაზღაურდება როგორც სიმსივნის, ისე გრიპის მკურნალობა (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებისათვის მოქმედებს განსხვავებული თანაბარი განაკვეთი). ანაზღაურების ეს მეთოდი უფრო ხელსაყრელია მათთვის, ვინც მკურნალობს დაახლოებით ერთნაირი სირთულის დაავადებებს.

DRG კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემები სოფისტიკურია. სისტემის შექმნის პირველი ნაბიჯი საავარაუდო დიაგნოზის ჩამონათვალის შედგენაა. ეს ჩამონათვალი საკმაოდ დეტალურად. მრავალი დიაგნოზის გათვალისწინებით უნდა შეკეთდეს, ამასთან უნდა გამოირიცხოს მეტი დეტალიზება, ვიდრე ეს საჭიროა ფასიანი მომსახურების სქემის შემთხვევაში, რათა შენარჩუნებულ იქნეს მისი სიმარტივე. ამ სქემით მომსახურების ღირებულების გაანგარიშება ხდება ფასიანი მომსახურების სქემის ანალოგიურად ანუ დიაგნოზის დადგენის საშუალო ღირებულების (ერთეულ ფაქტორთა რაოდენობა გამრავლებული ერთეულის ფასზე) განსაზღვრით. იგი ფასიანი მომსახურების სქემისაგან

განსხვავდება იმით, რომ თითოეული დაღგენილი დიაგნოზის შემთხვევაში მკურნალობა ტარდება სტანდარტული წესების შესაბამისად.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემების გამოყენებისას თეორიულად გამორიცხულია ფასიანი მომსახურების სისტემის ნაკლი – სტიმული, რომ შესრულდეს რაც შეიძლება მეტი მომსახურება. ამასთან, რამდენადაც მომსახურების ანაზღაურება ხდება დიაგნოზისა და არა ჩატარებული სეანსების მიხედვით, შემსრულებლები შეეცდებიან თავიანთი შემოსავალი გაზარდონ შემდეგი საშუალებებით:

- **რეალურ დიაგნოზზე უფრო მძიმე დიაგნოზის დასმით**, თუ გადახდის სქემა ითვალისწინებს სხვადასხვა გრადაციის ერთი დაავადებისათვის, შეუძლია აირჩიონ ყველაზე მაღალი გრადაციის დიაგნოზი (ანუ "მცოცავი RG");
- **მიუთითონ არარსებულ შემთხვევაზე;**
- **შეამცირონ ერთეული შემთხვევის ხარჯი** (მაგალითად, დრო და მასალები) და ფაქტობრივად, ამით მომსახურება შეასრულონ დაბალხარისხოვნად;
- **თვითონ მოემსახურონ უფრო ძვირადღირებული შემთხვევებს,** ხოლო ნაკლებღირებული (ხშირად – უფრო რთული) გადასცენ დახმარების სხვა შემსრულებლებს.

ჩვეულებრივ, ეს საკითხები წყდება შემდეგნაირად:

- თითოეული დიაგნოსტიკური ჯგუფის დეტალიზებით;
- გადახდის სქემაში შემთხვევათა ლიმიტირებით, რადგანაც შემსრულებელთა ბეგავლენა დიაგნოსტიკაზე იზრდება სქემაში არსებულ შემთხვევათა რაოდენობის ბრძის მიხედვით.

უფრო გასაგებად რომ ვთქვათ, არსებობს ზემოაღნიშნული ორი საკითხის გადაწყვეტის მსგავსი გზები, მაგრამ დიაგნოსტიკაზე დაფუძნებული სისტემა უფრო მკაცრ კონტროლს საჭიროებს, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს:

- შემთხვევების სწორად მიკუთვნება ამა თუ იმ დიაგნოსტიკური ჯგუფისათვის;

- პაციენტი საჭიროების გარეშე არ გაიგზავნოს სხვა შემსრულებელთან;
- სათანადო ხარისხის შენარჩუნება.

კონტროლის მთელი სიმძიმე აწვება ჯანდაცვის ფონდს (გადამხდელს). კონტროლის აუცილებლობა გამომდინარეობს იმ გარემოებიდან, რომ ფონდი (გადამხდელი) ქმედითი უნდა იყოს და გააჩნდეს პრეტენზიათა დარეგულირების სისტემა. კონკურენცია ხელს შეუწყობს ინდივიდუალურ შემსრულებელთა მხრიდან მომსახურების ხარისხიანად შესრულებას. მაგრამ ხარისხის კონტროლის საჭიროება ჯერ-ჯერობით მაინც იარსებებს.

დიაგნოსტიკური ჯგუფების მიმართ კონკრეტული შემთხვევის მომსახურებისათვის გადახდის სისტემა უფრო მოქნილია, ვიდრე ფასიანი მომსახურების სისტემა. შეცდომის შემთხვევები აქ უფრო საკლებადაა და ძირითადად დიაგნოზით მანიპულირების სახით გვხვდება. სამწუხაროდ, კონკრეტული შემთხვევისათვის გადახდის სისტემის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შემსრულებლებს სულ უფრო მეტი პრეტენზიები უჩნდება, ხოლო მონიტორინგისა და პრეტენზიათა სამართლიანობის დადასტურების დისპროპორცია საკმაოდ დიდია.

ადმინისტრაციული თვალსაზრისით, კონკრეტული შემთხვევებისათვის გადახდის სისტემა, რომელიც ეყრდნობა დიაგნოსტიკურ სქემებს, მომსახურების სისტემის ადმინისტრაციულ ხარჯებთან შედარებით იაფი არაა.

საწოლდღეებზე გადასახდელი

ასეთი გადასახდელი მხოლოდ საავადმყოფოებშია. თეორიულად, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვა სიტუაციაშიც, მაგალითად, როდესაც მეღდა ხანგრძლივად უვლის პაციენტს სახლში.

საწოლდღეებზე გადასახდელში შედის პაციენტთა ყოველდღიური მომსახურების (მკურნალობის, წამლის, მოწყობილობებისა და საშუალებების გამოყენების და ა.შ.) ხარჯი. მისი რაოდენობა არ იცვლება მიუხედავად იმისა, რა სახის მკურნალობა ესაჭიროება პაციენტს (თუმცა შესაძლოა სხვადასხვა საავადმყოფოს განსხვავებულად აუნაზღაურდეს ყოველდღიურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები - იგი შეიძლება შედარებით მაღალი იყოს

საუნივერსიტეტო კლინიკებში, ვიდრე უფრო დაბალი დონის დაწესებულებებში). ყოველდღიური გადასახდელის ოღენობა შეიძლება შეთანხმებულ იქნეს საავადმყოფოსა და გადამხდელს შორის.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ყოველდღიური გადასახდელის დადგენა შედარებით იოლია, თუკი არსებობს ასანაზღაურებული ხარჯების (მაგალითად, პერსონალის, მასალების, საინვესტიციო) დეტალური აღწერილობა (კანონის ან სხვა მარეგულირებელი აქტის მიხედვით). გაანგარიშების საფუძველია დროის გარკვეული მონაკვეთში (ჩვეულებრივ, ერთი წელიწადში) შესრულებული ერთეული მომსახურების სრული ღირებულება. ეს მაჩვენებელი გადანაწილდება პაციენტისათვის ამ პერიოდში გაწეული მომსახურების თითოეულ დღეზე.

ეს პარამეტრები შეიძლება დაფიქსირდეს წლის დასაწყისში, წინა წლის შესაბამისი პარამეტრების შეფასების გზით. თუ წლის სხვადასხვა მონაკვეთისათვის დადგინდება, რომ რეალური ხარჯები მნიშვნელოვნად მერყეობს ფიქსირებულ პარამეტრებთან შედარებით, ისინი უნდა დარეგულირდეს (თუ რეალური ხარჯები დაბალია, მაშინ ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთი მცირდება). რადგანაც ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთი შეიძლება შეიცვალოს, საავადმყოფო მხედველობაში არ იღებს არც დეფიციტს და არც ამორტიზაციას.

შესაძლებელია აგრეთვე ყოველდღიური გადასახდელის წინასწარ დაფიქსირება შემდეგში ყოველგვარი დარეგულირების გარეშე. ამ შემთხვევაში მხედველობაში მიიღება დეფიციტი და ამორტიზაცია. ყოველდღიური გადასახდელის განაკვეთის შეცვლა ნებადართული არაა, მოსახლეობაში დაავადებათა მატების შემთხვევაში გაზრდილ ხარჯს გადამხდელი დაფარავს.

საწოლდღეებზე გადასახდელის გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი		
სპეციალისტი		
საავადმყოფო	ფიქსირებული ან დარეგულირებული	ერთი დღე სტაციონარში
ამბულატორია		
დამატებითი მომსახურება	ფიქსირებული ან დარეგულირებული	ერთი დღე სტაციონარში

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ყოველდღიურ საგადასახადო მექანიზმთან დაკავშირებით, საავადმყოფოს ზემოქმედების მოხდენა შეუძლია მხოლოდ:

სრულ ხარჯზე დროის მონაკვეთში;

პაციენტ/დღეების რაოდენობაზე.

თუ ყოველდღიურ გადასახდელთა განაკვეთი ფიქსირებულია, შემოსავლების გასაზრდელად საავადმყოფოსათვის ხელსაყრელია ხარჯის შემცირება და პაციენტ/დღეების გაზრდა. სწორი მართვის შედეგად ხარჯის შემცირება, საავადმყოფოსათვის დადებითი მაჩვენებელია. ხარისხზე დანახარჯების შემცირება ან შეუმცირებლობა დამოკიდებულია კონკურენციის დონესა და ხარისხის კონტროლის სისტემაზე.

თუ ყოველდღიური გადასახდელის განაკვეთი ცვალებადია, საავადმყოფოსათვის არაა ხელსაყრელი ხარჯის შემცირება, რადგან მას ყველა ხარჯი მაინც უნაზღაურდება. ამის მიუხედავად, მთავარია ხელსაყრელია გაზარდოს პაციენტ/დღეების რაოდენობა. შედარებით იოლია სტაციონარში პაციენტების უფრო ხანგრძლივად გაჩერება, ვიდრე ეს მათ ესაჭიროებათ. საავადმყოფოში ხარჯის პროპორციულობა საკმაოდაა უზრუნველყოფილი (მაგალითად, მათი

შეცვლა არ შეიძლება მოკლე პერიოდში). ცვალებადი ხარჯი საავადმყოფოების სრული ხარჯის 20%-ს მაინც შეადგენს და მათთვის სასურველია, რომ ამ მაჩვენებელმა მიაღწიოს იმ დონეს, რომელიც გამოიყენება ყოველდღიური გადასახდელის კალკულაციაში. ეს კი შესაძლებელია მხოლოდ საავადმყოფოში პაციენტთა საჭიროზე მეტ ხანს დატოვებით.

ფიქსირებული განაკვეთის შემთხვევაში, კალკულაციის არსებობისასაც კი, საავადმყოფო დაინტერესებულია პაციენტის შეძლებისდაგვარად მეტ ხანს დააყოვნოს სტაციონარში. ამას შესაძლოა უარყოფითი შედეგებიც მოჰყვეს, თუკი ჯანდაცვის ფონდი საავადმყოფოს გამოუყოფს ერთიან ბიუჯეტს, რომლის ფარგლებს გარეთ მანიპულირება მას არ შეეძლება.

ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთების ადმინისტრირება შედარებით იაფია. ამისათვის აუცილებელი არაა, ჯანდაცვის ფონდის წევრებს წარედგინოს საგადასახადო სქემა ან მომსახურების დეტალური ნუსხა. ცხადია, უნდა არსებობდეს საავადმყოფოში დეტალური საანგარიშგებო სისტემა, როგორც ყოველდღიური საგადასახადო განაკვეთების დადგენის მექანიზმი. ეს სისტემა ერთი და იგივე უნდა იყოს ყველა საავადმყოფოსათვის, რათა შესაძლებელი გახდეს მათი ერთმანეთთან შედარება.

პრემიული ანაზღაურება

პრემია შეიძლება გაიცეს წახალისების ან სხვა გარკვეული მიზნით. მიზანი თავისი არსით ეკონომიკური ხასიათისაა ან ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკიდან გამომდინარეობს.

ქვეყნის ეკონომიკურ ინტერესებში შედის გამოყენებული წამლების ნუსხისა და რაოდენობის შემცირება. რამდენადაც, წამალს პაციენტს ეძლევათ ექიმის დანიშნულებით, მისი მოხმარება შეიძლება შემცირდეს ექიმთა წახალისების გზით - იმ ექიმისა მატერიალური სტიმულირებით, რომელთა მიერ გამოწერილი წამლის ღირებულება ნაკლებია იმავე სპეციალობის სხვა ექიმის გამოწერილი რეცეპტების საშუალო ღირებულებასთან შედარებით.

ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზანი შეიძლება იყოს მოსახლეობის იმუნიზაცია, რაზედაც, როგორც წესი, პასუხისმგებელია პირველად

ჯგოლი. ამდენად, იმუნიზაციის მაღალხარისხოვნად განხორციელების ერთ-ერთი გზაა ყველა იმ ექიმისა და ექთნის მატერიალური წახალისება, რომლებიც წარმატებით ჩაატარებენ აღნიშნულ პროცესს. მატერიალური წახალისება შეიძლება გაიცეს აგრეთვე პროფილაქტიკური მედიცინის სხვა მიზნების მისაღწევადაც.

პრემიული სისტემის ჩამოყალიბებისათვის საჭიროა დასახული მიზნების მიღწევის მონიტორინგის სოფისტიკური კონტროლის მექანიზმის არსებობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში გაჩნდება შედეგების ფალსიფიცირების რისკი. მაგალითად, უნდა დაფიქსირდეს ექიმის მიერ გამოწერილი ყველა რეცეპტი და იმუნიზაციის ფაქტი რეგისტრირებულ იქნეს იმუნიზებული პირის სახელზე.

მატერიალურ წახალისებასთან (პრემიასთან) დაკავშირებით აღსანიშნავია, რომ მისი გაანგარიშების საერთო წესი არ არსებობს. ერთი რამ კი ნათელია - იგი საკმაო ოდენობისა უნდა იყოს, რათა გამოიწვიოს ექიმის საქმიანობის სტიმულირება. თუ პრემია გაანგარიშებული იქნება, როგორც ექიმის წლიური შემოსავლის ნაწილი (ბონუსი), მისგან არ უნდა დაიქვითოს დამატებითი თანხა ადმინისტრაციული ხარჯებისათვის.

პრემიას, რომელიც გაიცემა მაგალითად, ნაკლები რეცეპტების გამოწერის გამო, არსებითი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია მომსახურების ღირებულებაზე. მნიშვნელოვანია იმის მიღწევა, რომ პრემიის მოტივაციიდან გამომდინარე, ექიმმა უარი არ თქვას ძვირი წამლის დანიშვნაზე, რომელიც პაციენტს ნამდვილად ესაჭიროება. აქვე აღსანიშნავია, რომ პრემიის ოდენობა განსაკიდებული უნდა იყოს მიზნის მიღწევაზე (მაგალითად, რეცეპტის ღირებულება ნაკლები იყოს ერთი პირისთვის დადგენილ ლიმიტზე), მასთან, არაა აუცილებელი, რომ იგი წამალთა მოხმარების შემცირების შედეგად მიღებული ეკონომიისა პროპორციული იყოს.

ადმინისტრაციული ხარჯი დამოკიდებული იქნება რეცეპტების, იმუნიზაციისა და ა.შ. სარეგისტრაციო სისტემის არსებობაზე. თუ სარეგისტრაციო სისტემა სათანადო ყურადღების გარეშე განხორციელდება, საბოლოო ჯამში, პრემიული სისტემა უფრო მეტ ზიანს მოიტანს, ვიდრე მოგებას.

თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება

თანაბარგანაკვეთიანი ანაზღაურება ხშირად გამოიყენება სპეციფიკური საინვესტიციო მიზნებისათვის. შემსრულებელმა შეიძლება მიიღოს ფიქსირებული თანხა, მაგალითად, აღჭურვილობის შესაძენად. დაფინანსების ამგვარი სისტემის პირობებში საჭირო ბიუჯეტის მთლიანად შეფასება. თუ ექიმს მომსახურების საფასური აუნაზღაურდება თანაბარი სისტემით, იგი უნდა განისაზღვროს ექიმის სპეციალიზაციის (მაგალითად, ოჯახის ექიმი, ოფთალმოლოგი, რადიოლოგი და ა.შ.) გათვალისწინებით. ამ სისტემის მიხედვით თითოეული ექიმი გარკვეული (როგორც წესი – ერთწლიანი) პერიოდისათვის ადგენს ბიუჯეტს, რომელიც მოიცავს ამორტიზაციას და აღჭურვილობის შესაძენად საჭირო კაპიტალის პროცენტულ ოდენობას.

აღნიშნულის მიუხედავად, საკმაოდ რთულია იმ ექიმის (მაგალითად, რადიოლოგთა) ხარჯების დაფინანსება, რომლებიც მუშაობენ ძვირადღირებულ აპარატურასთან, რადგან თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი ექიმის შემოსავლაზე მცირე იქნება. ასეთი გადასახდელი ნაკლებ სირთულეებს ქმნის იმ ექიმის დაფინანსებისას, რომლებიც ნაკლებფასიან აპარატურასთან მუშაობენ (მაგალითად, ოჯახის (ზოგადი პრაქტიკის) ექიმი, პედიატრი და სხვ.).

თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელები გამოიყენება აგრეთვე სხვა ხარჯების დასაფარავად. მაგალითად, ექიმს შეუძლია შეადგინოს ბიუჯეტი პერსონალზე გაწეული ხარჯების გათვალისწინებით. გარდა აღნიშნულისა, თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვა შემსრულებლის მაგალითად, საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. ამ შემთხვევაში საავადმყოფოს შეუძლია აღჭურვილობის შესაძენად მიიღოს სრული თანხა საწოლების რაოდენობის გათვალისწინებით. ასე ხდება საავადმყოფოების დაფინანსება გერმანიაში.

თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელების გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი ოფთალმოლოგი	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
სპეციალისტები	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
საავადმყოფო	სრულად გადახდა	განსაზღვრული ან დამტკიცებული მასალები და აღჭურვილობა
ექიმები	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	არ გამოიყენება	

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელები გამოიანგარიშება შემსრულებლის ტიპური აღჭურვილობის ხარჯების მიხედვით, ექიმთა სპეციალიზაციის გათვალისწინებით. ყველა აუცილებელი აღჭურვილობა, როგორიცაა ინსტრუმენტები, ავეჯი, მოწყობილობები და ა.შ., განსაზღვრული უნდა იყოს. ამორტიზაციასა და წლიურად დარიცხულ პროცენტებთან ერთად, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თითოეული საგნის გამოყენების სავარაუდო ხანგრძლივობა. დარიცხული პროცენტები შეიძლება პერიოდულად იცვლებოდეს. საამორტიზაციო ანარიცხები იცვლება ტექნოლოგიური პროგრესის გათვალისწინებით, რაც ნიშნავს, რომ დროთა განმავლობაში არსებული აღჭურვილობა შეიძლება მოძველდეს და დაკარგოს ღირებულება.

ამ სისტემით მანიპულირების ორი გზა არსებობს. პირველი მოიგანია ექიმთა მიერ გაწეული ინვესტიციების მონიტორინგი. ამ დროს ექიმებს მოეთხოვება ანგარიშის წარდგენა აღჭურვილობის

შეძენის თარიღის მითითებით. აღჭურვილობის შესაძენად დახარჯული სახსრები შეიძლება ჩამოიწეროს შემდგომი პერიოდის გადასახდელიდან. მეორე გზაა ექიმისათვის საინვესტიციო ბიუჯეტის წარდგენა. იგი შემოსავლებიდან მიღების საშუალებას მისცემს იმ ექიმებს, რომლებმაც ეკონომია გასწიეს აღჭურვილობის ხარჯებზე. ორივე შემთხვევაში შემსრულებელმა უნდა გადაეცეს აღჭურვილობათა ჩამონათვალი, რომლითაც იხელმძღვანელებენ ინვესტიციების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე დამოკიდებულია თანაბარგანაკვეთიანი საგადასახადო სისტემის გამოყენებაზე. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, არსებობს ამ სისტემით სარგებლობის ორი გზა: ცვალებადი ბიუჯეტისა და ფინანსური წყაროების მონიტორინგის კომბინირება და ფიქსირებული ბიუჯეტისა და ხარისხის კონტროლის კომბინირება.

ცვალებადი ბიუჯეტის შემთხვევაში, შემსრულებელი დაინტერესებულია მთელი თანხის დახარჯვით, თუნდაც იმ აღჭურვილობის შესაძენად, რომელიც არ ესაჭიროება. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი კარგავს იმ ფულს, რომელიც არაა ინვესტიციის სახით სადმე "ჩადებული". მეორეს მხრივ, დაფინანსების ეს მეთოდი გადამხდელს აძლევს აღჭურვილობის სტანდარტების დაღგენის შესაძლებლობას. ამავე დროს, ბიუჯეტის სიმცირის გამო მხედველობაში არ მიიღება არასაჭირო, მაგრამ შეძენილი აღჭურვილობები (რომლებიც შემდეგ ამორტიზაციით ჩამოიწერება).

ფიქსირებული ბიუჯეტით შემსრულებელთა დაინტერესება ერთგვარად განსხვავდება ზემოაღწერილისაგან. თუ იგი შეძლებს ხელსაყრელ ფასში შეიძინოს აღჭურვილობა, კიდევ დარჩება გარკვეული თანხა პირადი შემოსავალის გასაზრდელად ან სხვა მიმართულებით დამატებითი ინვესტიციებისათვის. ამ შემთხვევაში შემსრულებელი დაინტერესებულია იყიდოს იაფი აღჭურვილობა და ამიტომ აყოვნებს ან საერთოდ არ ყიდულობს მას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ხარისხის კონტროლის უზრუნველსაყოფად დაიგინდეს აღჭურვილობის სპეციფიკა და სხვა მაჩვენებლები.

თანაბარგანაკვეთიანი გადახდის სისტემის ადმინისტრაციული ხარჯი საერთოდ, ძალზე მცირეა. ადმინისტრაციული ფუნქციები, ძირითადად მოიცავს ამ სისტემის შეფასებასა და მონიტორინგს. თუ ეს გაკეთდება ერთი ჯგუფის ექიმების ან საავადმყოფოებისათვის, დიდად აღარ შეიცვლება სხვა შესაბამისი ჯგუფებისათვის. მონიტორინგი შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევაში.

სულადობის მიხედვით ანაზღაურება (კაპიტაციის მეთოდი)

სულადობის მიხედვით ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ხარჯთა ანაზღაურებას სადოტაციო სისტემით დროის გარკვეულ პერიოდში (ჩვეულებრივ – ერთი წლის განმავლობაში) მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით. ასეთ შემთხვევაში უხდიან ფიქსირებულ ოდენობას მომსახურების გაწევაზე პასუხისმგებელ კონკრეტულ შემსრულებელს ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე, ზემოაღნიშნულ პერიოდში. ამგვარი სისტემა ეფუძნება შემსრულებლის სრულ რისკს: დაზღვეულ პირთა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს მომსახურებით ზემოაღნიშნულ პერიოდში, რაც შემსრულებელს გარკვეული თანხის ეკონომიის საშუალებას მისცემს, ქრონიკულად დაავადებულებმა კი ამ პერიოდში შეიძლება რამდენჯერმე მიაკითხონ სამედიცინო დაწესებულებას და ხარჯებმა გადააჭარბოს სადოტაციო თანხას.

სადოტაციო შესატანს უხდიან დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ შემსრულებელს. კონკურენციის, წახალისებისა და მომსახურების მაღალ დონეზე უზრუნველყოფის მიზნით, დაზღვეულ პირს უფლება უნდა ჰქონდეს პერიოდულად (როგორც წესი, წელიწადში ერთხელ) შეცვალოს შემსრულებელი.

არსებობს სადოტაციო შესატანების როგორც შედარებით მარტივი, ისე რთული სისტემები. მარტივი სისტემის შემთხვევაში, გამწოდებელი იღებს ერთსა და იმავე თანხას ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის. რთულ სისტემებში კი, შესატანის ოდენობა იცვლება სხვადასხვა პარამეტრის - პაციენტის ასაკის, სქესის, საცხოვრებლის ადგილისა და ა.შ. მიხედვით.

მოვლენა გამოიყენება ხარისხის მონიტორინგისას, განეკუთვნება ცუდი ხარისხის მაჩვენებელია.

ხარისხის სტანდარტები

მტკიცებულებათა (დამადასტურებელი) მედიცინა – *evidence based medicine* – доказательная медицина - სამედიცინო პრაქტიკა ან სამედიცინო ჩარევა, რომელიც ეფუძნება გუსტ სამეცნიერო შედეგებს და მათი გათვალისწინებით უარყოფს ან ადასტურებს ზოგიერთი სახის სამედიცინო ჩარევას. ეს სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, სინთეზის გამოყენების ახალი ტექნოლოგიაა, რომელიც ოპტიმალური გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას იძლევა.

მეტა-ანალიზი – *meta-analisys* – мета-анализ - ანალიზის ჩატარების მეთოდოლოგია, რომელიც მრავალი ცალკეული გამოკვლევის შედეგების შეჯამების, განზოგადოებისა და დასკვნათა სარწმუნოობის ასამაღლებლად იყენებს სტატისტიკურ მეთოდებს.

პრაქტიკული ხელმძღვანელობა – *practice quidelines* – практическое руководство - პაციენტთა ცალკეული ჯგუფების პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესების ტექნოლოგიის ფორმალიზებული აღწერა, შემუშავებული ფორმალური პროცესის დროს. აერთიანებს საუკეთესო, მეცნიერულად დასაბუთებულ შედეგებს ექსპერტიზასთან ერთად. სინონიმებია: მკურნალობის ალგორითმი, კლინიკური კრიტერიუმები, კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო, მკურნალობის ოქმი და სხვ.

აკრედიტაცია – *acreditation* – аккредитация - საერთაშორისო პრაქტიკაში - სტანდარტების შესაბამისად გარე პროფესიული შეფასების (შემოწმების) სისტემა, ეფუძნება შესამოწმებელთა ნებაყოფლობითობას.

სერტიფიკაცია – *sertification* – сертификация - მესამე, დამოუკიდებელი მხარის მიერ სამედიცინო დახმარების უნარის დადასტურება.

ექსპერტი – *expert* – эксперт - სპეციალისტი, რომლის მაღალკვალიფიციურობა დოკუმენტურადაა დადასტურებული და აღიარებულია კოლეგების მიერ.

უწყებრივი ექსპერტიზა – *internal expertise* – ведомственная экспертиза - ერთ უწყებაში ჩატარებული ექსპერტიზა.

არაუწყებრივი ექსპერტიზა – *non department ezpertise* – вневедомственная экспертиза - ექსპერტიზა, რომელსაც ატარებენ დაწესებულებები, რომლებიც უწყებრივ ჯანდაცვაში არ შედიან.

გარე ექსპერტიზა – *external expertise* – внешняя экспертиза - იმ ორგანიზაციათა მიერ ჩატარებული ექსპერტიზა, რომლებიც არ შედიან სისტემაში.

დამოუკიდებელი ექსპერტიზა – *independed expertise* – независимая экспертиза - დაინტერესებული მხარეებისაგან დამოუკიდებლად ჩატარებული ექსპერტიზა.

საექსპერტო აზრი – *expert opinion* – экспертное мнение - მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტის ან სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ ჩატარებული მოქმედებისა და შედეგების შესაბამისობის შეფასება რეკომენდაციების, ნორმებისა და ნორმატივების მიხედვით.

ლიცენზია – *license* – лицензия - განსაზღვრული საქმიანობის განხორციელების წერილობითი ნებართვა, რომელსაც გასცემს აღმასრულებელი ხელისუფლების სათანადო ორგანო. ლიცენზია გაიცემა სერტიფიკაციის (რომელიც ადასტურებს განსაზღვრული საქმიანობის შესრულების უნარს) საფუძველზე.

ლიცენზირება – *licensing* – лицензирование - სახელმწიფოებრივი ნებართვა განსაზღვრული საქმიანობის შესახებ.

სამედიცინო აუდიტი – *medical audite* – медицинский аудит - პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის, ამბულატორიული რუქების დაწვრილებითი რეტროსპექტიული ანალიზი, შეფასება სამედიცინო დახმარების დადგენილი მაჩვენებლების მიხედვით. ტარდება საქმიანობის ხარისხობრივი, რაოდენობრივი, პროფესიული დონის შეფასების მიზნით.

სტანდარტი – *standart* – стандарт - ნორმატიული დოკუმენტი, წესებისა და ნორმების მარეგულირებელი ნუსხა. არსებობს ფედერალური და ტერიტორიული სტანდარტები.

სიღარიბის აბსოლუტური დონე – *absolute poverty level* – уровень абсолютной нищеты - შემოსავლების ის დონე, რომელიც არ აძლევს საშუალებას ოჯახსა და ინდივიდს ჰქონდეს კვების სრულფასოვანი რაციონი და დაიკმაყოფილოს სხვა ძირითადი საყოფაცხოვრებო მოთხოვნილებანი (დახმარება).

აკრედიტაცია – *accreditation* – аккркдитация - სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის შეფასების სისტემა პროფესიული ორგანიზაციების მიერ ხარვეზების გამოვლენისა და მათი ანალიზის მეშვეობით.

ალფა–შეცდომა – *Alpha error* – альфа-ошибка - პირველი რიგის შეცდომა – მონაცემები, რომლებსაც მივყავართ იმ დასკვნამდე, რომ თითქოს შესასწავლი ჰიპოთეზა სწორია, სინამდვილეში იგი მცდარია. კლინიკურ კვლევებში ეს იმის ალბათობაა, რაც ერთი სახის კვლევა, მიდგომა, მეთოდი ჩაითვლება უფრო ეფექტურად, როცა სინამდვილეში განსხვავება არ არსებობს.

ადმინისტრატორი – *administrator* – администратор - წარმოების ან ორგანიზაციის მმართველი, ხელმძღვანელი, მენეჯერი.

ავანსი – *dvance* – аванс - სამუშაოს, მომსახურების ან ქონების წინასწარ გადახდილი ღირებულება, როგორც წესი, კრედიტის პირობებით საქონლის მიწოდებისას წინასწარ გადასახდელი თანხა შეადგენს კონტრაქტის ღირებულების დაახლოებით 40%-მდე, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება კონტრაქტის პირობების მთლიანად შესრულების შემდეგ. კონტრაქტის პირობების შეუსრულებლობისას ავანსად გაცემული თანხა უკან უნდა დაბრუნდეს.

ავერსი – *Avers* – аверс - მონეტის, მედლის წინა მხარე.

ავიზო – *Aviso, advice* – авизо - კლიენტი საწარმოსათვის მომსახურე ბანკის მიერ წარდგენილი ოფიციალური შეტყობინება საწარმოს ანგარიშზე შესრულებული ურთიერთსაანგარიშსწორებო ოპერაციების შესახებ - საწარმოს სადებეტო და საკრედიტო ანგარიშებში ცვლილებების და ამ ცვლილებების შედეგად ფულადი სამუალებების ამსახველი ანგარიშის ბრძა ან შემცირება საბოლოო ნაშთის ჩვენებით. ჩვეულებრივ, ავიზოში უთითებენ ნომერს, ოპერაციის შინაარსს, თანხას, გადამხდელისა და მიმღების დასახელებას.

ავიზო საწარმოს ანგარიშსწორების ანგარიშის ამონაწერია.

ალიანსი – *Alliance* – альянс - ხელშეკრულების საფუძველზე საწარმოთა და ცალკეული პირების გაერთიანება, კავშირი.

ალპარი – *Alpari* – алпари - ფასიანი ქაღალდების საბირჟო (საბაზრო) კურსის შესაბამისობა მის ნომინალთან (პარიტეტთან).

ამონაგები – *Gain* – прибыль - საანგარიშგებო პერიოდში საწარმოში შემოსული ეკონომიკური სარგებლის მთლიანი

თანხა, რომელიც მიიღება საწარმოს ჩვეულებრივი ეკონომიკური საქმიანობით და გამოიხატება საკუთარი კაპიტალის ბრდით მესაკუთრეთა მხრიდან დამატებითი ინვესტიციების გარეშე; მოიცავს პროდუქციის რეალიზაციის ან მომსახურების გზით მიღებულ შემოსავლებს, დივიდენდებს და როიალტებს.

ამორტიზაცია – *Amortization* – амортизация - ძირითადი საშუალების (ნაგებობათა, მოწყობილებათა და სხვ.) თანდათანობითი ცვეთა, მათი ღირებულების ნაწილ-ნაწილი გადატანა ამ საშუალებებით წარმოებული პროდუქციის თვითღირებულებაზე.

ანაბარი – *Deposit* – депозит - გარკვეული პირობებით ბანკში ან სხვა საფინანსო დაწესებულებაში შესანახად შეტანილი ფულადი საშუალებები.

ანაზღაურება საკონსულტაციო მომსახურებაზე – *Professional fees* – оплата за консультационное обслуживание - ანაზღაურება, რომელსაც იღებს კონსულტანტი (უშტატო ექიმი, აუდიტორი, იურისტი და ა.შ.).

ანალიზი – *Analysis* – анализ - რისმე შესწავლა მისი ნაწილებად დაშლის გზით; გარჩევა, მსჯელობა.

ანალიზი ბალანსისა – *Balance analysis* – анализ баланса - ბალანსში ასახული ინფორმაციის ყოველმხრივი შესწავლა, რაც მოიცავს მოგება-ზარალის ანგარიშგებისა და წარმოების საერთო მდგომარეობის ანალიზს. ასეთი ანალიზი თან უნდა დაერთოს საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოსათვის შედგენილ წლიურ ანგარიშს.

ანალიზი დისპერსიული – *Dispersive analysis* – анализ дисперсный - სტრუქტურული კავშირის დადგენის სტატისტიკური მეთოდი ეკონომიკური საქმიანობის საშედეგო ნიშანსა და ფაქტორულ ნიშნებს შორის.

ანალიზი ეკონომიკური – *Economic analysis* – анализ экономический - ეკონომიკური მოვლენებისა და პროცესების მეცნიერული კვლევა-ძიების მეთოდი. ეკონომიკური ანალიზის მიზანია ეკონომიკური და სოციალური პორცესების, ტენდენციებისა და კანონზომიერების შესწავლა სამეურნეო საქმიანობის ყველა დონეზე. მისი საშუალებით ხორციელდება პროგნოზირება, დაგეგმვა, ეკონომიკური ობიექტების მართვა და იმ პროცესების შესწავლა, რომელიც ამაღლებს სამეურნეო საქმიანობის ეფექტიანობის დონეს. ანალიზი ხელს უწყობს

ეკონომიკური პროცესების ოპტიმიზაციას.

ანალიზი მაკროეკონომიკური – *Macroeconomic analysis* – анализ макроэкономический - (იხ. ანალიზი ეკონომიკური) – მოიცავს ქვეყნის ან მსოფლიო ეკონომიკის ცალკეულ დარიგებს ან სოციალურ სფეროს.

ანალიზი მიკროეკონომიკური – *Microeconomic analysis* – анализ микроэкономический - (იხ. ***ანალიზი ეკონომიკური***) – მოიცავს ცალკეულ ობიექტებს ან პროცესებს და უპირატესად აანალიზებს საწარმოს, ფირმის საფინანსო-სამეურნეო საქმიანობას, მათ შორის წარმოების მოცულობას, ხარჯებსა და მომგებიანობას.

ანალიზი პერსპექტიული – *Perspective analysis* – анализ перспективный - მომავალი ეკონომიკური საქმიანობის ანალიზი.

ანალიზი რეტროსპექტიული – *Retrospective analysis* – анализ ретроспективный - ეკონომიკაში ჩამოყალიბებული ტენდენციების ანალიზი.

ანალიზი სამეურნეო საქმიანობის - *Analysis of economic activity, operating analysis* – анализ хозяйственной деятельности - სამეურნეო საქმიანობის ეფექტურობის ასამაღლებლად გამოყენებული სამეურნეო რესურსების, საწარმოო საქმიანობის შედეგებისა და წარმოების ორგანიზაციული საკითხების შესწავლა და შეფასება. სამეურნეო საქმიანობის ანალიზის პროცესში ხდება წარმოების ეფექტურობაზე მოქმედი ყველა ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორის ახსნა და შესწავლა.

ანგარიშგება – *Accounting* – отчетность - მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს საანგარიშგებო პერიოდში განხორციელებულ სამეურნეო ოპერაციებს და მოვლენებს. დგება მიმდინარე ოპერატიული ინფორმაციის საფუძველზე და განაზოგადებს სამეურნეო აღრიცხვის სამივე სახეს – ბუღალტრულს, სტატისტიკურს და ოპერატიულს. მასში ასახული ინფორმაცია უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: უნდა იყოს ღროული, ობიექტური, ზუსტი და უტყუარი, რამდენადაც ანგარიშგებაში ასახული ინფორმაციის ყოველგვარ გაყალბებას თან სდევს მიღებული ეკონომიკური შედეგების არასწორი შეფასება; ანგარიშგებაში ასახული მონაცემები უნდა იყოს ნათელი და მისაწვდომი.

ანგარიში – *Accounding* – отчет - 1. წერილობითი შეტყობინება ცალკეული სახის სამეურნეო საქმიანობის შესახებ; 2. მომხმარებლის სახელზე სამედიცინო დახმარების გამწევის

მიერ გამოწერილი დოკუმენტი, რომელიც ასაბუთებს მიწოდებული საქონლის ან გაწეული მომსახურების ღირებულებას; 3. ბუღალტრულ აღრიცხვაში ანგარიში ყველა ბუღალტრული ჩანაწერია, რომელთა საშუალებითაც ხორციელდება კონტროლი ფულადი საშუალებების მოძრაობაზე.

ანგარიში ბალანსგარეშე – *Account withaout balance* – отчет без баланса - ანგარიში, განკუთვნილი იმ ფასეულობათა მოძრაობის აღსარიცხავად, რომელიც არ არის მოცემული საწარმოს საკუთრება, მაგრამ დროებით იმყოფება მის განკარგულებაში (იჯარით აღებული ძირითადი საშუალებები, დროებით შესანახად გადაცემული მატერიალური ფასეულობები და ა.შ.). ასეთი ფასეულობების ბუღალტრული აღრიცხვა ხდება მარტივი სისტემით და არ აისახება საწარმოს ბალანსში.

აუდიტი – *Audit* – аудит - აუდიტორების მიერ საწარმოს საფინანსო საქმიანობის შემოწმება, რომლის მიზანია საწარმოს საფინანსო მდგომარეობის და რეკომენდაციების შემუშავება მისი სრულყოფისათვის.

აქციზი - *Excise* – акциз - ირიბი გადასახადი, უპირატესად მასობრივი მოხმარების საქონელსა ან გაწეულ მომსახურებაზე. აქციზი აისახება საქონლის ფასში ან გაწეული მომსახურების ტარიფში.

ბალანსი – *Balance* – баланс - ურთიერთდაკავშირებულ მაჩვენებელთა სისტემა, რომელიც ახასიათებს გარკვეული სახის ეკონომიკურ მოვლენას მისი ცალკეული მხარეების შეწონასწორების გზით; შემოსავალ-გასაელის შეფარდებითი ჯამი.

ბალანსი ბუღალტრული – *Accounding balance sheet* – баланс бухгалтерский - ბუღალტრული აღრიცხვის დოკუმენტი, რომელიც განაზოგადებს და ახასიათებს სამეურნეო საშუალებებსა და მათი ფორმირების წყაროებს ფულად გამოსახულებაში კონკრეტული თარიღისათვის. ბალანსში აუცილებლად უნდა აისახოს შემდეგი მუხლების შესაბამისი თანხები: ძირითადი საშუალებები; არამატერიალური აქტივები; ფინანსური აქტივები; ინვესტიციები; სასაქონლო-მატერიალური ფასეულობები; სავაჭრო და სხვა მოთხოვნები; ფულადი სახსრები და მათი ეკვივალენტები; სავაჭრო და სხვა ვალდებულებები; საგადასახადო ვალდებულებები და აქტივები; ანარიცხები; გრძელვადიანი

პროცენტული ვალდებულებები; უმცირესობის წილის გამოშვებული სააქციო კაპიტალი და რეზერვები. სამეურნეო საშუალებების, აღებული ვალდებულებებისა და კაპიტალის (პასივების) თანაფარდობა გამოიხატება შემდეგი ტოლობით: საშუალებები = ვალდებულება + კაპიტალი.

ბალანსი ბრუტო – *Gross (brutto) balance* – баланс брутто - ბალანსის აქტივის მთლიანი ღირებულება.

ბალანსი ნეტო (სუფთა) – *Net balance, Netto* – баланс нетто - ბალანსის აქტივის ღირებულება ვალდებულების ღირებულების გამოკლებით.

ბანკი – *Bank* – Банк - საფინანსო დაწესებულება, რომელშიც თავმოყრილია დროებით თავისუფალი ფულადი სახსრები ეკონომიკური სარგებლის მიღების მიზნით. ბანკი კრედიტად გასცემს ამ სახსრებს, ახორციელებს ანგარიშსწორებას სხვადასხვა საწარმოსა და დაწესებულებას შორის და ფულად საშუალებათა მიმოქცევას ქვეყნის მასშტაბით.

ბარტერი – *Barter* – бартер - ხელშეკრულების საფუძველზე საქონლის ან მომსახურების გაცვლა არაფულადი აქტივების მეშვეობით. ასეთი ოპერაციის განხორციელებისათვის აუცილებელია შეფასდეს საქონლის ან მომსახურების ღირებულება, რათა მოხდეს სწორი ეკვივალენტური გაცვლა. საბარტერო გაცვლის ძირითადი მიზეზია ფულადი მასის დეფიციტი.

ბენეფიციარი – *Beneficiary* – бенефициарий - პირი, რომლისთვისაცაა განკუთვნილი ფულადი გადასახდელი; ფულის მიმღები.

ბიზნესი – *Business* – бизнес - სამეწარმეო საქმე; ეკონომიკური საქმიანობა, რომელიც ხორციელდება საკუთარი ან ნასესხები საშუალებებით გარკვეული რისკისა და პასუხისმგებლობის საფუძველზე. ასეთი საქმიანობის მთავარი მიზანია მოგების მიღება და საკუთარი საქმის გაფართოება.

ბიზნეს–გეგმა – *Business plan* – бизнес-план - გარკვეული სახის ეკონომიკური საქმიანობის განსახორციელებლად და მის დასაფინანსებლად შედგენილი შიგასაწარმოო დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს განსახორციელებული კომერციული საქმიანობის ძირითად ასპექტებს, წარმოშობილი პრობლემის ანალიზს, ამ პრობლემების გადაჭრისათვის საჭირო მეთოდებს,

მაჩვენებელ-ინდიკატორებს, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია საქმის რეალური მდგომარეობის მიმდინარე შესწავლა. ბიზნეს-გეგმის სტრუქტურა მოიცავს დასკვნას, სადაც დასაბუთებულია მოცემული პროექტის უპირატესობა და მისი რეალიზაციით მისაღები საფინანსო შედეგი, კონფიდენციალურ მემორანდუმს, წარმოების ან დარგის დახასიათებას. ბიზნეს-გეგმის ძირითადი ნაწილი შედგება შემდეგი განყოფილებისაგან: საქონლის (მომსახურების) აღწერა, რისთვისაც შეიქმნა ეს პროექტი, იმ ფაქტორების ჩვენებით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მისი კონკურენტუნარიანობა; განისაზღვრება ბაზარი, სადაც უნდა განხორციელდეს პროდუქციის რეალიზაცია, წარმოების მოცულობა და შესაძლო ფასები; ინფორმაცია შესაძლო კონკურენტებზე, მათ მიერ წარმოებული საქონლის ხარისხისა და ფასების შესწავლით, მარკეტინგის ძირითადი ელემენტები (საქონლის გავრცელების სქემა, ფასწარმოქმნა, გაყიდვის სტიმულისათვის საჭირო მეთოდები და ა.შ.); საქონლის (მომსახურების) წარმოების გეგმა საწარმოო კავშირების, პროდუქციის ხარისხზე კონტროლისა და წარმოების შესაძლო დანახარჯების გათვალისწინებით; მთელი და მომუშავე პერსონალის ორგანიზაცია; იურიდიული გეგმა, რომელიც განსაზღვრავს პროექტის ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმას; რისკის შეფასება და პროგნოზირება; საფინანსო გეგმა, რომელიც განაზოგადებს პროექტის ყველა მონაცემის სიღიდეს ღირებულებით გამოსახულებაში; დაფინანსების სტრატეგია, მოიცავს ინფორმაციას ფულადი საშუალების მიღების შესახებ, დაბანდებული საშუალებების უკან მიღების მოსალოდნელ დროს, ინვესტორების მიერ დივიდენდების მიღებას.

ბიუჯეტი – *Budget* – бюджет - განსაზღვრული საანგარიშგებო პერიოდისათვის (ძირითადად ერთი წლისათვის) ეკონომიკური სუბიექტისათვის ოფიციალურად დადგენილი შემოსავლებისა და ხარჯების ნუსხა. განასხვავებენ სახელმწიფო, რეგიონულ, ადგილობრივ, საოჯახო ბიუჯეტებს.

ბონუსი – *Bonus* – бонус - დასაჩუქრება, წახალისება, დამატება ანაზღაურებაზე, პრემია; გამყიდველის მიერ გარიგების პირობების შესაბამისად მყიდველისათვის მიცემული დამატებითი ფასდათმობა.

დამატებითი ღირებულების გადასახადი – *Value added tax (VAT)*

სადოტაციო შესატანი, როგორც ანაზღაურების მექანიზმი, ხელსაყრელია პირველადი დახმარების გამწევისა და საავადმყოფოსათვის. ამ შესატანმა შეიძლება დაფაროს პირველადი და მეორეული დონის ყველა ან რომელიმე მომსახურების საფასური. ზოგ შემთხვევაში, სადოტაციო თანხის გადახდა საავადმყოფოს პასუხისმგებელობას აკისრებს დაზღვეული პირის როგორც პირველად, ისე მეორეულ მომსახურებაზე. ამავე დროს, შესაძლებელია "გაორმაგებული" სადოტაციო შესატანის არსებობა, თუკი დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ ერთ შემსრულებელს გადაუხდიან ერთი სახის შესატანს, ხოლო დაზღვეული პირის მიერ შერჩეულ ან ამ პირის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის საავადმყოფოს – სადოტაციო შესატანს მეორეულ მომსახურებაზე. ამ შემთხვევაში, პირველადი მომსახურების გამწევის ე.წ. "მეკარის" (ზოგადი პრაქტიკის ექიმის) როლი მეორეულ მომსახურებასთან შედარებით ერთგვარად წინა პლანზეა წამოწეული და გაძლიერებულია, რამდენადაც იგი მეორეული მომსახურების უზრუნველმყოფი (საჭიროების განმსაზღვრელი) სუბიექტია.

კერძო სპეციალისტებისათვის, რომლებიც დამოუკიდებლად ან კოლეგების მცირერიცხოვან ჯგუფთან ერთად მოქმედებენ, სადოტაციო შესატანის მექანიზმი ხელსაყრელი არაა. მათთვის უფრო მისაღებია ანაზღაურების სხვა სისტემები ფასიანი მომსახურების სისტემის ჩათვლით. დამატებით აღსანიშნავია, რომ სადოტაციო შესატანების სისტემა არ გამოიყენება აფთიაქებისათვის.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

სადოტაციო შესატანის სისტემა შედგება ორი ნაწილისაგან:

- თვით შესატანი;
- შემსრულებელთა (ექიმი და საავადმყოფო) და პაციენტთა რეგისტრი.

მათი ადმინისტრირება ჯანდაცვის ფონდის ამოცანაა. პაციენტმა ჯანდაცვის ფონდს უნდა აცნობოს, რომელ ექიმს ან საავადმყოფოს ირჩევს, რათა სადოტაციო შესატანით ანაზღაურდეს მომსახურების ხარჯი.

შესატანი თანხის ოდენობა განისაზღვრება ღირებულების

გადანაწილებით ექიმთა და დამხმარე პერსონალის შრომაზე, მასალებზე, კაპიტალურ შეკეთებასა და სხვა დანახარჯებზე, თითოეული შემსრულებლისათვის პაციენტთა დადგენილი რაოდენობის მიხედვით. სადოტაციო შესატანის გაანგარიშების შემდეგ, შემსრულებელი იღებს თანხას ყველა პაციენტისაგან, რომელიც შეყვანილია რეგისტრში.

პაციენტთა რაოდენობა, რომელიც შეიძლება მიმაგრებული იყოს ერთ ექიმზე, იზღუდება ხარისხის სტანდარტების უზრუნველყოფის გათვალისწინებით. კონკურენციის შენარჩუნების მიზნით, პაციენტს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, შეცვალოს შემსრულებელი გარკვეული პერიოდის (ჩვეულებრივ – ერთი წლის) გასვლის შემდეგ.

ცხრილი 6

სადოტაციო შესატანების გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	ფიქსირებული დონე თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის	ყველა სახის მომსახურებით უზრუნველყოფა დროის მოცემულ პერიოდში
სპეციალისტები	გამოყენება გართულებულია (თუ სპეციალისტი არ მუშაობს სადოტაციო შესატანის მიმღებ საავადმყოფოში)	
საავადმყოფო	ფიქსირებული დონე თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის	ყველა სახის მომსახურებით უზრუნველყოფა დროის მოცემულ პერიოდში
აფთიაქი	საზოგადოდ, არ გამოიყენება (შეიძლება სასარგებლო იყოს საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც ახორციელებენ ფარმაცევტულ მომსახურებას)	
დამატებითი მომსახურება	არ გამოიყენება	
პრიორიზირება	არ გამოიყენება	

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

დოტაციის ზემოქმედება მომსახურების ღირებულებაზე პოზიტიურია. არ არსებობს რაიმე პარამეტრი, რომლითაც მომწოდებელი უარყოფით ზემოქმედებას მოახდენს სისტემაზე ან ზედმეტად, საჭიროების გარეშე დახარჯავს თანხას.

სადოტაციო შესატანის სისტემა მისაღები და ხელსაყრელია შემსრულებელთათვის, რომელთაც ხანგრძლივი კონტაქტი აქვთ პაციენტებთან. ხელსაყრელობა განსაკუთრებით ნათლად ვლინდება პირველადი დახმარების აღმომჩენთათვის, რადგან დაზღვეული პირი დაინტერესებულია ისარგებლოს ერთი ექიმის მომსახურებით და ურთიერთობა დაამყაროს იმ კლინიკასთან, სადაც ინახება მისი ავადმყოფობის ისტორია. ასეთ შემთხვევაში უფრო ეფექტურად იკურნება მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, რამდენადაც ექიმს შეუძლია სწრაფად გაერკვეს დაავადების გამომწვევ ან ქრონიკული ავადმყოფობის გამწვავების მიზეზებში და პაციენტი უზრუნველყოს სათანადო მომსახურებითა და დაუნიშნოს მკურნალობა.

ამასთანავე, სადოტაციო სისტემა შეამცირებს მაღალხარისხოვანი მომსახურების დაინტერესებას. თუ შემსრულებელი გარანტირებულია, რომ იგი ანაზღაურებას მიიღებს ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის, აღარ ექნება მაღალხარისხოვანი მომსახურებით უზრუნველყოფის მოტივაცია, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ამ პრობლემის გადაჭრა შესაძლებელია პაციენტისათვის შემსრულებლის შეცვლის უფლების მინიჭებით შემსრულებელს, რომელიც არასათანადო დონეზე მოემსახურება პაციენტს, გაუჭირდება ბევრი პაციენტის მოზიდვა. ეს პირობა შეიძლება შედეგიანი იყოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ექნება ექიმთა დიდი არჩევანი. პრობლემის გადაჭრის მეორე გზა შემსრულებელთა მიმართ სათანადო სტანდარტების დაწესება და ამოქმედება. თუ ისინი ვერ დააკმაყოფილებენ ასეთ სტანდარტებს, გადამხდელს უნდა ჰქონდეს უფლება, ამოიღოს ისინი საავარაუდო შემსრულებელთა სიიდან (გაწყვიტოს ან არ გააფორმოს მასთან ხელშეკრულება).

სადოტაციო შესატანების სისტემის ადმინისტრაციული ხარჯები ძალზე მცირეა ფასიანი მომსახურების შესაბამის ხარჯებთან შედარებით. აქ, რეალურმა გართულებამ შეიძლება თავი იჩინოს პაციენტთა მიერ მომწოდებელთა შეცვლისას.

ხელფასის სისტემა, ჩვეულებრივ, ეფუძნება შემსრულებელსა და გადამხდელს შორის დადებულ შრომით ხელშეკრულების პირობებს, რომლის თანახმად, გადამხდელი შემსრულებლის შრომას ანაზღაურებს ყოველთვიურად, პლუს დამატებითი ანაზღაურება (დამქირავებლის შესატანები სოციალური უზრუნველყოფის ან დაზღვევის ფონდში). დაქირავებული პირი მუშაობს დროული ანაკვეთით და შრომა უნაზღაურდება არა გაწეული მომსახურების მოცულობის, არამედ იმის მიხედვით, რა დროის განმავლობაშიც იმყოფება გადამხდელის განკარგულებაში. ანაზღაურებელი თანხა არ იცვლება განკურნებულ პაციენტთა რაოდენობისა და ხარისხის მიხედვით. აღჭურვილობის, მასალებისა და დამხმარე პერსონალის ხარჯებს ანაზღაურებს ჯანდაცვის ფონდი (გადამხდელი).

შრომითი ხელშეკრულება შეიძლება დაიდოს სრული ან არასრული დროითი განაკვეთით. ეს საშუალებას აძლევს დაქირავებულ პირს, რომ დამატებით იკისროს სხვა ვალდებულებების შესრულება (მაგალითად, კერძო კონსულტაციები) თავისუფალ დროს. თუ შემსრულებელი კერძო საქმიანობის განხორციელებისას სარგებლობს გადამხდელის კუთვნილი ქონებრივი ნივთებით, იგი ანაზღაურებს მათი გამოყენების ხარჯებს.

შრომითი ხელშეკრულება გამოიყენება ყველა კერძო შემსრულებლის მიმართ, რომლიც მონაწილეობს მომსახურებაში ან აწარმოებს პროდუქციას. მაგალითად, ოჯახის ექიმი, მედდა, ფსიქიატრი, ფიზიოთერაპევტი, პროთეზების მწარმოებლები და ა.შ.

გადამხდელს შეიძლება ჰქონდეს საავადმყოფო, სადაც პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხდება ხელფასის სახით, ხოლო გადამხდელები მათ დამატებით უზრუნველყოფენ მასალებითა და ინვენტარით - ეს ნიშნავს აგრეთვე, რომ ჯანდაცვის ფონდი (გადამხდელი) პასუხისმგებელია აღნიშნული ფაქტორების ორგანიზაციასა და ხარისხზე.

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

შემსრულებელთა ანაზღაურების შრომით ხელშეკრულებებზე დაფუძნებული სისტემის შექმნის მიზანია:

- პერსონალის მოზიდვა, რომელიც დააკმაყოფილებს გადამხდელის მოთხოვნებს და შეასრულებს შრომითი ხელშეკრულების პირობებს; შრომითი ხელშეკრულების შედგენა და შეთანხმება შემსრულებლებთან;
- დაქირავებულთა შრომის ორგანიზება და ადმინისტრირება (შენობის შესყიდვა ან იჯარით აღება, მასალებისა და აღჭურვილობების შეძენა, დამხმარე პერსონალის – მეჯდების, მდივნების, დამლაგებლების დაქირავება);
- პერსონალის შრომის ორგანიზება და მართვა (მათი საშტატო განრიგი, დაბეგვრა, სოციუზრუნველყოფა და სხვა სოციალური მომსახურება, სამუშაოთა აღწერილობა, თანამდებობრივი იერარქია და პასუხისმგებლობები, კვალიფიკაციის ამაღლების საკითხები და სხვ.).

ნებისმიერი გადამხდელი ვალდებულია განიხილოს დაქირავებული პერსონალის, ანაზღაურების (ხელფასის გემოვნ საკითხები.

ცხრილი

ხელფასის გამოყენების სქემა

მომწოდებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველთვიურად
სპეციალისტები	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველთვიურად
კერძო სააგადმყოფო	არ გამოიყენება	ყოველთვიურად
აფთიაქი	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველთვიურად
წამლები	არ გამოიყენება	
დამატებითი მომსახურება	შრომითი ხელშეკრულების შესაბამისად	ყოველთვიურად

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

შეუძლებელია ცალსახად შეფასდეს, რა უფრო ხელსაყრელი და ნაკლებად ხარჯიანია, ჯანდაცვის უზრუნველყოფა დაქირავებული პერსონალის მეშვეობით, თუ ხელშეკრულებების დადება დამოუკიდებელ შემსრულებლებთან. არსებობს იმის აშკარა არგუმენტები, რომ მომსახურება დაქირავებული პერსონალის მეშვეობით უფრო იაფია, ვიდრე დამოუკიდებელ შემსრულებლებთან ხელშეკრულებო სისტემით.

დაქირავებული პერსონალი შეიძლება უფრო ნაკლებად იყოს დაინტერესებული საქმიანობის კარგად წარმართვითა და მომსახურების მაღალი დონით, ვიდრე დამოუკიდებელი პერსონალი. მაგრამ, დასაქმებულთა მოტივაცია დიდადაა დამოკიდებული მართვის ხარისხზე (ხელფასებზე, სრულყოფილ პროგრამებზე, ცალკეული რგოლების პასუხისმგებლობაზე, გადაწყვეტილების მიღების მასშტაბებსა და ა.შ.). აქ უარყოფითი ისაა, რომ ჯანდაცვის სისტემა შეიძლება დაემსგავსოს სხვა ნახევრად სახელმწიფოებრივ დაწესებულებებს ბიუროკრატიზმის, ფორმალიზმის, მოუქნელობისა და მოტივაციათა ნაკლებობის მხრივ.

სისტემაში, რომელშიც მონაწილეობენ ჯანდაცვის ფონდს ანგარიშვალდებარებული შემსრულებლები, ადმინისტრაციული ხარჯი ბევრ მაღალია, ვიდრე დამოუკიდებელი შემსრულებლების სისტემის შემთხვევაში. ყველა დამატებით ხარჯს, რომელიც შესაძლებელია სხვა საგადასახადო სისტემებში, გაიღებს უშუალოდ გადამხდელი.

დაქირავებული შემსრულებლის მომსახურებაზე დაფუძნებულ სისტემაში, არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმას, შეიძლება თუ არა, რომ გადამხდელმა:

ეფრო იაფად მიიღოს მომსახურება;

ეზრუნველყოს, სულ მცირე, საქმიანობის ისეთივე დონე (მუშაობის ხარისხი და მოცულობა);

ეზრუნველყოს უფრო ეფექტური მართვა და უკეთესი ორგანიზაცია, ვიდრე დამოუკიდებელი შემსრულებლის სისტემის შემთხვევაში.

მოყვანილი მაგალითები არ იძლევა დიდი დაინტერესების საფუძველს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ წარმატების მიღწევა შეუძლებელია. ქვეყნები, სადაც შემსრულებელთა ხელფასი მცირე

შემოსავლებზეა დაფუძნებული, ხშირად აწყდებიან სირთულეებს იმ თვალსაზრისით, რომ დამატებით ექიმები პაციენტისაგან არაკანონიერ თანხას იღებენ, რაც ზოგჯერ ექიმის ხელფასსაც კი უთანაბრდება. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, დაბალი ხელფასი შეიძლება ნიშნავდეს, რომ არაფორმალურ ფასიანი მომსახურების სისტემა შეცვლის ხელფასიან შემსრულებელთა სისტემას.

ბიუჯეტი

ბიუჯეტი შეიძლება განისაზღვროს როგორც გარკვეული თანხის გადახდა, რაც ფარავს მომსახურებისა და პროდუქციის მიწოდების ყველა ხარჯს დროის მოცემულ მონაკვეთში. ჩვეულებრივ, შემსრულებელმა უნდა დაფაროს ნებისმიერი დეფიციტი, თუმცა შეიძლება მიიღოს მოგებაც. საბიუჯეტო სისტემით, როგორც შემსრულებელი, ისე გადამხდელი ეწევა გარკვეულ რისკს, კერძოდ, დაავადებათა გავრცელების ან ხარჯის მოულოდნელი ზრდის სახით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გადახარჯვა.

ბიუჯეტი შეიძლება იყოს უცვლელი (განსაზღვრული) ან ცვალებადი. გადამხდელი და შემსრულებელი შეიძლება შეთანხმდნენ, რომ ამა თუ იმ პარამეტრის შეცვლა (მაგალითად, მოსახლეობაში დაავადების უეცარი და სწრაფი გავრცელება) შექმნის ბიუჯეტის დარეგულირების საფუძველს.

თუ ექიმს მიეცემა ნება, რომ ბიუჯეტიდან არაპირდაპირ მიიღოს დამატებითი სახსრები (ან შეავსოს დეფიციტი), იგი დაინტერესდება ბიუჯეტის ეფექტური ხარჯვით (იხილეთ აგრეთვე თანაბარი გადახდისა და პრემიების სისტემა).

თეორიულად, შესაძლებელია დაფინანსდეს მეორეული მომსახურებაც (სპეციალისტები და საავადმყოფოები) პირველადი დახმარების აღმომჩენი ექიმების კონტროლით, რადგან ჩვეულებრივ ის წყვეტს, ესაჭიროება თუ არა პაციენტს დამატებითი მომსახურება. ამასთანავე, ეს პრაქტიკულად ძნელად განსახორციელებელია, რადგან ბიუჯეტი უფრო მეტია, ვიდრე ექიმის შემოსავალი, ეს კი ექიმს დამატებით მნიშვნელოვან პასუხისმგებლობას აკისრებს.

საბიუჯეტო გადასახადების გამოყენების სქემა

შემსრულებელი	გადახდის წესი	მომსახურების ერთეული
ოჯახის ექიმი, სტომატოლოგი	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	გაწეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
სპეციალისტები	სრული ან ნაწილობრივი გადახდა ყოველწლიურად	გაწეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
საავადმყოფო	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	გაწეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში
აფთიაქი	სრული ან ნაწილ-ნაწილ გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	გაწეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა
დამატებითი მომსახურება	სრული ან ნაწილობრივი გადახდა ყოველწლიურად; ფიქსირებული თანხა რეცეპტებსა და დამატებით მომსახურებაზე	გაწეული მომსახურება დროის მოცემულ პერიოდში; თითოეული რეცეპტი ან წამლის სახეობა

ფასწარმოქმნა და კალკულაცია

ბიუჯეტის გაანგარიშება ხდება ნათლად დაფიქსირებული საბიუჯეტო ნორმებისა და შეთანხმებათა სისტემის გათვალისწინებით, აგრეთვე შემოსავლის ან გასავლის საფუძველზე. შემოსავლებზე ორიენტირების საფუძველზე, ანუ:

კონკრეტული შემსრულებლის რეალურ ხარჯს;

შემსრულებელთა ყველა რგოლის საშუალო ხარჯს (საწოლთა რაოდენობა) და სახეობას (სპეციალიზაცია).

გასავალზე ორიენტირებული ბიუჯეტი ეფუძნება შემსრულებლის საქმიანობას. სავარაუდო საქმიანობის განსაზღვრა უფრო რთულია, ვიდრე სავარაუდო ხარჯისა. საქმიანობა არ ნიშნავს მკურნალობის (მომსახურების) სეანსების რაოდენობას ან მედიკამენტებით ჩრუნველყოფას. იგი უფრო მეტად მიანიშნებს შემსრულებლის

მონაწილეობაზე მომსახურებაში და მათ ხასიათზე. უფრო ნათლად მომსახურების მოცულობა დამოკიდებული იქნება პაციენტთა ასაკზე, სქესზე, მოსახლეობის სოციალურ-კულტურული შედგენილობისა და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. ეს მონაცემები მიიღება ექიმებისა და საავადმყოფოების სარეგისტრაციო სისტემების მეშვეობით. ამის შემდეგ ხდება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფისათვის დასმული დიაგნოზის საშუალო რაოდენობის გაანგარიშება, და იგი მრავლდება საჭირო ხარჯების ოდენობაზე.

ზემოქმედება ღირებულებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე

ქვეყნებში (მაგალითად, საფრანგეთში, კანადაში), სადაც არსებობს მყარი საბიუჯეტო სისტემები, განსაკუთრებით საავადმყოფოების სექტორში, ხარჯთაღრიცხვის გამოცდილება საგულისხმოა. საბიუჯეტო სისტემამ შექმნა ხარჯების შემცირების ან მცირე ზრდის პირობები.

საბიუჯეტო სისტემის მიხედვით, შემსრულებელი დაინტერესებულია ხარჯის ზრდის შეჩერებით. ჩვეულებრივ შემთხვევაში, ზემოაღნიშნულს შეუძლია გამოიწვიოს უფასო სახსრების დაგროვების მცდელობა ძვირადღირებულ წამლებსა და ოპერაციებზე უარის თქმის გზით, მათი აუცილებლობის შემთხვევაშიც კი ან ძვირადღირებული სამკურნალო პროცედურების უფრო იაფი და ნაკლებეფექტური პროცედურებით შეცვლით.

პრობლემა შეიძლება გადაიჭრას:

- მოქნილი ბიუჯეტით, რომელიც დიდადაა დამოკიდებული მოსახლეობის რეალური (ან სავარაუდო) დასნებოვნების ხარისხზე (ეპიდპროგნოზირება);
- ხარისხის კონტროლის ღონისძიებებით;
- საავადმყოფოებსა და სხვა შემსრულებლებს შორის კონკურენციით (პაციენტთა მიზიდვის მიზნით).

ადმინისტრაციული თვალსაზრისით, საბიუჯეტო სისტემა ნაკლებხარჯიანია ფასიანი მომსახურების სისტემასთან შედარებით.

სხვადასხვა საგადასახადო სისტემების შედარება

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში მოცემულია სხვადასხვა საგადასახადო სისტემის ზემოქმედება ხარჯთა ზრდის შეჩერებაზე, ხარისხსა და ადმინისტრირებაზე. ზოგ სისტემას ერთი ან რამდენიმე მაჩვენებლის მიხედვით აშკარა უპირატესობა აქვს სხვებთან შედარებით. მაგალითად, სადოტაციო სისტემებს დიდი უპირატესობა გააჩნია როგორც ხარჯთა ზრდის შეკავების, ისე ადმინისტრირების მხრივ. არჩევანის გაკეთება არაა ადვილი და ამა თუ იმ ქვეყნისათვის დამოკიდებულია ადგილობრივ პირობებზეც.

ცხრილი 9

სხვადასხვა საგადასახადო სისტემების შედარება

სისტემა	ხარჯების ზრდის შეკავების პოტენციალი	ხარისხი	ადმინისტრირება
ფასიანი მომსახურება	ძალიან კარგი	ძალიან კარგი	ძალიან რთული
კონკრეტული შემთხვევის მომსახურება	კარგი	დამაკმაყოფილებელი	რთული
საწოლდღეებზე გადასახდელი	დამაკმაყოფილებელი	არადამაკმაყოფილებელი	ძალიან იოლი
პრემიები	კარგი	კარგი	იოლი
თანაბარგანაკვეთიანი გადასახადი	კარგი	კარგი	იოლი
სულადობის გადასახდელები	ძალიან კარგი	დამაკმაყოფილებელი	ძალიან იოლი
ხელფასი	დამაკმაყოფილებელი	(ცუდი	იოლი
ბიუჯეტი	ძალიან კარგი	დამაკმაყოფილებელი	იოლი

შესაძლებელია კომბინირებული სისტემის შექმნაც, სადაც გაერთიანდება:

- სულადობის მიხედვით გადასახდელი;
- გადასახდელი გაწეული მომსახურების მიხედვით (იმუნიზაცია);
- თანაბარგანაკვეთიანი ინვესტიციები;
- წამლებისა და დამატებითი მომსახურების ბიუჯეტი.

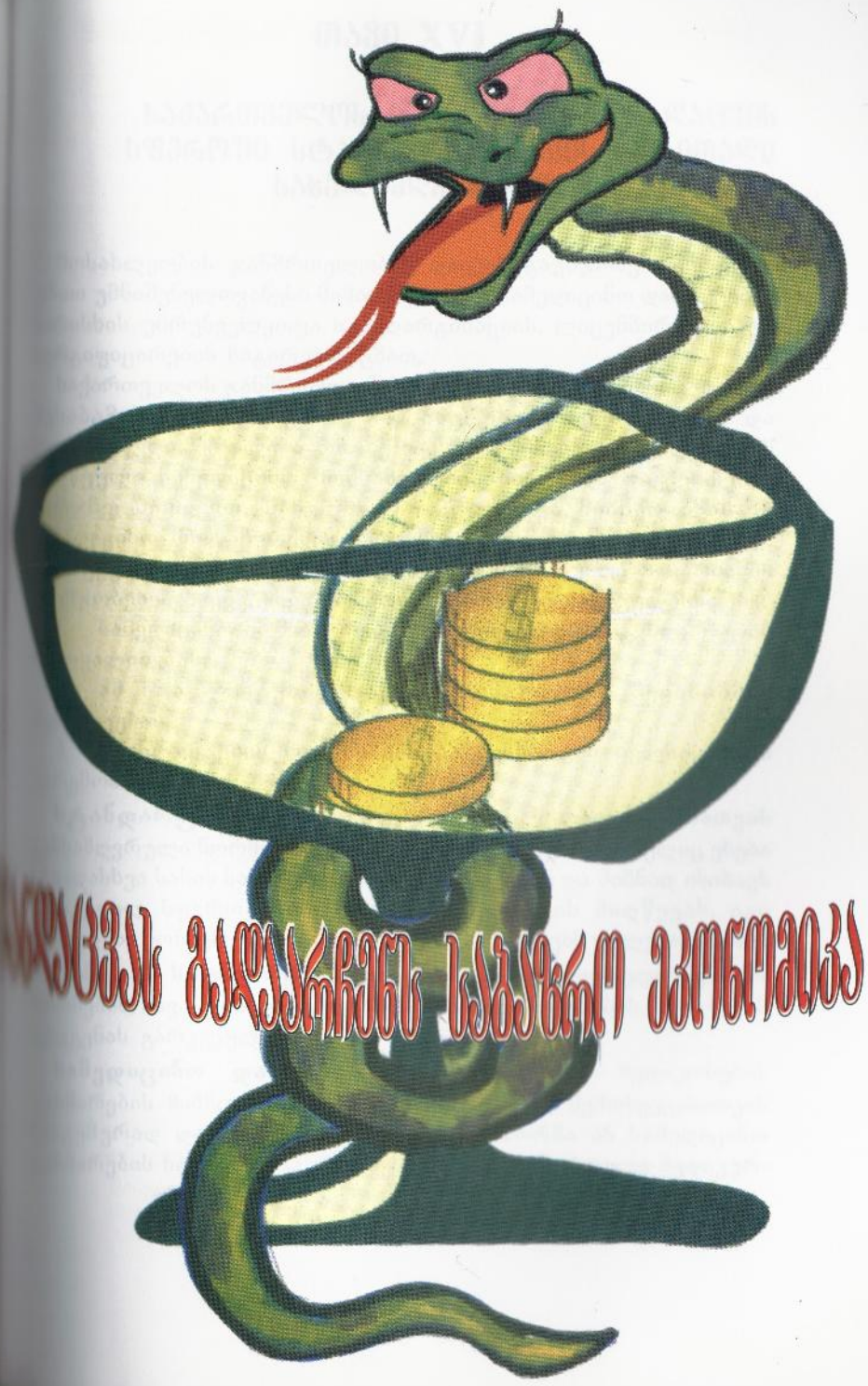
მსგავსი კომბინირებული საგადასახადო სისტემა გამოიყენება დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებულ სამეფოში. ბრიტანული სისტემის მიხედვით, ძირითად შემსრულებლებს მომსახურების ღირებულება უნაზღაურდებათ სადოტაციო შესატანებით თითოეული რეგისტრირებული შემთხვევისათვის.

სადოტაციო შესატანი შეიძლება იცვლებოდეს პრაქტიკული საქმიანობის ადგილის (მჭიდროდ დასახლებული ან ქალაქგარეთა რაიონების) მიხედვით. ანაზღაურდება აგრეთვე სპეციფიკურ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები ღამე გამოძახების, მშობიარობის, მოზარდთა ვაქცინაციის ჩათვლით. ცალკეული მიზნის მისაღწევად გამოიყენება პრემირების სისტემა (მაგალითად, ბავშვთა იმუნიზაცია). ამის გარდა, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს (GP-ს) უნაზღაურდებათ გედნადები ხარჯები და ეძლევათ შეღავათი სხვა დანახარჯებზე, მაგალითად, აღჭურვილობის შეძენაზე.

ცხრილი 10

შემსრულებელთა საგადასახადო სისტემების ძირითადი მახასიათებლები

	გადახდის წესი	ტექნიკური მოთხოვნები
ფიქსირებული მომსახურება	ერთეული აქტი ან პროდუქტი	ფაქტობრივი კალკულაცია
კონტრაქტული შეთანხმების მომსახურება	ერთეული შეთანხმების დაფარვა	გადახდის სქემა
წინადადებული გადასახადები	პაციენტ/დღე	
პრემიები	აქტების (ამუნიზაციის) ან ხარისხის სფეციალზე	შესატანის კალკულაცია, შეთანხმება (ხელშეკრულება)
თანაბარგანაკვეთიანი გადასახდელი	დამტკიცებული ინვესტიციების შესაბამისად	სია, კალკულაცია
სულადობის მიხედვით გადასახადი	ერთი პირის ყველა სახის მომსახურების მიხედვით დროის მოცემულ მონაკვეთში	დამტკიცებულ საკითხთა ჩატარება, კალკულაცია, შეთანხმება (ხელშეკრულება)
ხელფასი	შეშაობის პერიოდის შესაბამისად	მოლაპარაკება (ხელშეკრულება)
ბიუჯეტი	ჯანდაცვის ფონდის ყველა წევრის მომსახურების დროის მოცემულ მონაკვეთში	კალკულაცია, შეთანხმება (ხელშეკრულება)



თავი XVI

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის ძირითადი სახელმძღვანელო დებულებები

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მიმართულებაა სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფა სტანდარტიზაციის, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების ჩატარების გზით.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურება უნივერსალური და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ხელმისაწვდომობა არ უნდა იქნეს მიღწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითების ხარჯზე. პირიქით, სახელმწიფო პოლიტიკა მიზნად ისახავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფას. სახელმწიფო სტრატეგია – მიმართული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ, სხვა კომპონენტებთან ერთად გულისხმობს:

1. სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური სტანდარტების შემუშავებას;
2. ამ სტანდარტების დაცვის კონტროლის მექანიზმის შემუშავებას;
3. სტანდარტების დაცვის ინიციატივისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას.

სტანდარტი – არის სტანდარტიზაციის ობიექტებისათვის განსაზღვრული ნორმები, წესები, მახასიათებლები, რომელიც ეხება სხვადასხვა სახის საქმიანობას ან მის შედეგებს და მიზნად ისახავს გარკვეულ სფეროში ოპტიმალური წესრიგის მიღწევას. იგი შემუშავდება კონსენსუსის საფუძველზე და ამტკიცებს უფლებამოსილი ორგანო. **სტანდარტიზაცია** – ნიშნავს სავალდებულო წესების, ნორმების, სხვა მახასიათებლების ან მათი გამოყენების პირობების დადგენას გარკვეულ სფეროში საქმიანობისათვის.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტი – მედიკოსების დახმარების მიზნით, კონკრეტული კლინიკური შემთხვევისათვის სისტემურად დამუშავებული დებულება, ნორმა ან სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული მედიკურ-

ეკონომიკური ნიმუშია, რომლის მოთხოვნების შესრულება სავალდებულოა დახმარების აღმოჩენისათვის.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ერთიანი სისტემის შექმნა მიმართულია დარგის მართვის სრულყოფისა და მისი მ.ლიანობის უზრუნველყოფისაკენ დაგეგმვის, ნორმირების, ლიცენზირებისა და სერტიფიცირების, სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაზრდის, საკადრო და მატერიალური რესურსების რაციონალური გამოყენების, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესების ოპტიმიზებისადმი ერთიანი მიდგომის, აგრეთვე ქართული მედიცინის მსოფლიო სამედიცინო პრაქტიკაში ინტეგრაციისაკენ.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სტანდარტიზაციის დებულებების საფუძველია საქართველოს კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ".

სტანდარტიზაციის მიზნები და ამოცანები

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის მიზანია სამკურნალო პროფილაქტიკური ღონისძიებების ხარისხის ამაღლება, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების ამოცანების გადაწყვეტა.

ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დაცვას უზრუნველყოფს ჯანდაცვაში გამოყენებული პროდუქციის, პროცესებისა და მომსახურების უსაფრთხოება.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითადი ამოცანებია:

- "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონისა და საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციის ნორმატიული უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური მახასიათებლების ხარისხის მაჩვენებლების ერთიანი სისტემის შექმნა სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სუბიექტის შორის ურთიერთობის დარეგულირება;
- სამედიცინო მომსახურების პირობების ეფექტურობისა და უსაფრთხოების, შეთავსებისა და ურთიერთშეცვლის პროცესის აღჭურვილობის, ინსტრუმენტების, მასალების, მედიკამენტების და სხვ. მიმართ, მოთხოვნების დადგენა;
- მეტროლოგიური კონტროლის ნორმატიული უზრუნველყოფა;
- ერთიანი მოთხოვნების დადგენა სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირების, უწყვეტი სამედიცინო სწავლების პროცესის

მიმართ (რა უნდა იცოდეს და რისი გაკეთება უნდა შეეძლოს ექიმს);

სამედიცინო დახმარების ოპტიმალური დონის მიღწევა და შენარჩუნება;

პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების ხარისხის მუდმივი ამაღლება.

სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპები

ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტიზაციის ძირითადი პრინციპებია:

ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავების, შეთანხმების, მიღებისა და ამოქმედების, ზედამხედველობისა და კონტროლის ერთიანი წესის დაცვა (ერთიანობის პრინციპი);

ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავებისა და გამოყენების სოციალური, მეცნიერული და ეკონომიკური მიზანშეწონილობა (მნიშვნელობის პრინციპი);

საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნების, შემუშავებული დოკუმენტებისა და მიღწევების შესაბამისობა საერთაშორისო ნორმატივებთან (სტანდარტიზაციის საერთაშორისო და რეგიონულ პრინციპებთან) (აქტუალურობის პრინციპი);

სტანდარტიზაციის ობიექტებისადმი წაყენებული მოთხოვნების ურთიერშეთანხმებულობა (კომპლექსურობის პრინციპი);

ნორმატიულ დოკუმენტებში შეტანილი დაავადებების კონტროლის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა (შემოწმების პრინციპი);

სტანდარტიზაციის სისტემის შექმნასა და მიღებაში ყველა სუბიექტის თანხმობის მიღწევისაკენ სწრაფვა (თანხმობის პრინციპი).

სასარგებლო სტანდარტი უნდა იყოს:

აქტუალური – მისაღებია მხოლოდ ისეთი სტანდარტები, რომლებიც პრაქტიკული საქმიანობის მტკივნეული საკითხის გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა;

დროული – სტანდარტის გამოყენება შესაძლებელი იყოს ადრე მაშინ, როცა მისი რეალური საჭიროებაა;

საკმარისი – არ არის აუცილებელი სტანდარტი იყოს სრული და სრულყოფილი, რომ ეფექტურად იქნეს გამოყენებული პრაქტიკულ საქმიანობაში;

მისაღები – პრაქტიკაში სტანდარტების დანერგვა უნდა მოხდეს ფინანსური შესაძლებლობებისა და დროებითი დანახარჯების გათვალისწინებით;

პრაგმატული – სტანდარტის გამოყენება დადებით ეფექტს იძლევა მის შემუშავებასა და დანერგვაზე დახარჯული თანხების პირობებში დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;

გამჭვირვალე – ფართო საზოგადოებისათვის ხელმისაწვდომი და კონკრეტული.

სტანდარტიზაციის სისტემის ორგანიზაცი

სტანდარტიზაციის სისტემის შექმნა და ჩამოყალიბება გულისხმობს როგორც ორგანიზაციულ-ტექნიკური, ასევე ნორმატიული უზრუნველყოფის ამოცანების გადაწყვეტას სტანდარტიზაციის ობიექტების ამორჩევას, მათი სტრუქტურის შესახებ ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავებას. სისტემა უნდა განვითარდეს სტანდარტიზაციის ობიექტების ერთიანი კლასიფიკაციის საფუძველზე, კატეგორიებისა და კონკრეტული ჯგუფების სახის განსაზღვრის, სტანდარტიზაციის ობიექტების ერთიანი კლასიფიკაციის საფუძველზე, კატეგორიებისა და კონკრეტული ჯგუფების სახის განსაზღვრის, სტანდარტიზაციის ცალკეული ნორმატიული დოკუმენტების დაგეგმვის, დამუშავების შეთანხმებისა და დამტკიცების ეტაპებზე.

თითოეული სისტემის კლასიფიკაციური ჯგუფი მოიცავს საერთო საკლასიფიკაციო და ფუნქციური ნიშნებით გაერთიანებულ ნორმატიულ დოკუმენტებს:

- სხვადასხვა კატეგორიის სტანდარტებს (სახელმწიფოებრივი, დარგობრივი ასოციაციების, გაერთიანებების, საზოგადოებების სამედიცინო დაწესებულებების);
- კლასიფიკატორებს;
- სახელმძღვანელო დოკუმენტებს;
- წესებსა და ნორმებს;
- რეკომენდაციებს.

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციას ძირითადად ექვემდებარება:

- ორგანიზაციული ტექნოლოგიები;
- სამედიცინო მომსახურება;
- სამედიცინო მომსახურების ტექნოლოგია;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხი;
- სამედიცინო და ფარმაცევტული, დამხმარე პერსონალის კვალიფიკაცია;
- სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნიკის ხარისხი, წარმოება, რეალიზაციის პირობები;
- საანგარიშო-საარქივო დოკუმენტაცია, რომელიც გამოიყენება ჯანდაცვის სისტემასა და სამედიცინო დაზღვევაში;
- საინფორმაციო ტექნოლოგიები;
- ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტები.

სტანდარტიზაციისადმი დაქვემდებარების საფუძველზე, სტანდარტიზაციის ნორმატიული დოკუმენტებში შედის:

1. ზოგადი დებულებები;
2. ჯანდაცვის ორგანიზაციული ტექნოლოგიების მიმართ წაყენებული მოთხოვნები;
3. ჯანდაცვის დაწესებულებების ტექნიკური აღჭურვილობისადმი წაყენებული მოთხოვნა;
4. პერსონალისადმი წაყენებული მოთხოვნები;
5. წამლით უზრუნველყოფისადმი წაყენებული მოთხოვნები;
6. კონტროლის სანიტარიულ-ჰიგიენური მეთოდები;
7. სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებისადმი მოთხოვნები;
8. დიეტური პროდუქტისადმი მოთხოვნები;
9. სამედიცინო მომსახურების კლასიფიკაციისა და სისტემატიზაციის მოთხოვნები;
10. სამედიცინო დაწესებულებების სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და პროფილაქტიკური შესაძლებლობისადმი მოთხოვნები;
11. სამედიცინო მომსახურების გაწევისადმი მოთხოვნები;
12. დაავადების პროფილაქტიკის, დამაზიანებელი ფაქტორებისაგან მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო-სოციალური დახმარების გაწევისადმი მოთხოვნები;
13. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი მოთხოვნები;
14. ჯანდაცვის ეკონომიკურ მაჩვენებლებისადმი მოთხოვნები;

15. ჯანდაცვაში გამოყენებული დოკუმენტაციის მიმართ მოთხოვნები;
16. ჯანდაცვის საინფორმაციო საშუალებებისადმი მოთხოვნები.

მოცემული სისტემის სტრუქტურა შეიძლება შეივსოს განვითარების კონკრეტულ ეტაპებზე.

სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები

სტანდარტიზაციის ძირითად მიმართულებად, რომელიც უზრუნველყოფს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელებას, ითვლება:

- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
- სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო დახმარების გაწევის პირობების მიმართ მოთხოვნების რეგლამენტაცია;
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
- ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილულ უნდა იქნეს მათი გავრცელების დონის შესაბამისად, გამოყენების სფეროს – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციის აუცილებლობა განპირობებულია ჯანდაცვის, სამედიცინო დაზღვევის ორგანოებისადმი წაყენებული მოთხოვნებით. სტანდარტიზაცია არის როგორც სამედიცინო დაწესებულებებისა და სამედიცინო დაზღვევის ორგანოების მუშაობის დაგეგმვის, ასევე სამედიცინო დახმარების გაწევის შედეგების (ხარისხის, ეკონომიკური მაჩვენებლების, ერთ სულზე გაანგარიშებული ნორმატივების და ა.შ.) შეფასების საფუძველი.

სამედიცინო მომსახურება – ღონისძიება ან ონისძიებათა კომპლექსია, რომელიც მიმართულია დაავადების პროფილაქტიკის, მისი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისაკენ, და აქვს დასრულებული სახე და გარკვეული ფასი.

სამედიცინო მომსახურება შეიძლება იყოს:

- **მარტივი** – განუყოფელი მომსახურება, რომელიც სრულდება ფორმულით: პაციენტი + სპეციალისტი = პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის ერთ ელემენტს;
- **რთული** – ორი ან მეტი სახის მარტივი სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობა, რომლის რეალიზაციისათვის საჭიროა გარკვეული პერსონალი, კომპლექსურ-ტექნოლოგიური მოწყობილობები, სპეციალური შენობა-ნაგებობები და ა.შ.; სრულდება ფორმულით: პაციენტი + მარტივი მომსახურების კომპლექსი = პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის ან მკურნალობის ეტაპს;
- **კომპლექსური** – რთული და მარტივი სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობა, რომელიც მთავრდება პროფილაქტიკის ჩატარებით, დიაგნოზის დასმით ან მკურნალობის გარკვეული ეტაპის დამთავრებით (სტაციონარული, სარეაბილიტაციო და ა.შ.). სრულდება ფორმულით: პაციენტი + მარტივი + რთული მომსახურება = პროფილაქტიკის ჩატარებას, დიაგნოზის დასმას ან მკურნალობის გარკვეული ეტაპის დამთავრებას.

ფუნქციური დანიშნულების მიხედვით სამედიცინო მომსახურება იყოფა:

- **სამკურნალო-სადიაგნოსტიკოდ** – გამოყენებულია დიაგნოზის დასადგენად ან დაავადების სამკურნალოდ, ფიზიოლოგიური მშობიარობისას და ნეონატოლოგიაში, ახალშობილის პათოლოგიის არარსებობის დროს სამედიცინო დახმარების ჩათვლით;
- **პროფილაქტიკურად** – მოიცავს დინამიკურ დაკვირვებას, იმუნიზაციას, გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებს, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას;
- **სარეაბილიტაციო-აღდგენითად** – დაკავშირებულია ავადმყოფთა სოციალურ და სამედიცინო რეაბილიტაციასთან;
- **სატრანსპორტოდ** – მოიცავს ავადმყოფების გადაყვანას სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და კატასტროფის მედიცინის სამსახურების მეშვეობით, სამედიცინო დახმარების გაწევას ტრანსპორტირების პროცესში.

სამედიცინო მომსახურება შეიძლება გაწეულ იქნეს:

- ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ (ბინაზე) პირობებში;
- ტრანსპორტირების დროს (სასწრაფო დახმარებისა და კატასტროფის მედიცინის მეშვეობით);
- სტაციონარის პირობებში.

მოცემული კლასიფიკაცია შეიძლება შეივსოს ნორმატიული დოკუმენტების შემუშავების კონკრეტულ ეტაპზე.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ხორციელდება ფუნქციური მიდგომის საფუძველზე, რითაც იძლევა მოთხოვნების ნორმირების საშუალებას სხვადასხვა სტადიასა და ეტაპზე.

განსაკუთრებული მომსახურების საჭიროების დადგენა ხდება ფუნქციური სტანდარტებით, რომლებიც რამდენიმე საბაზო სტანდარტის ერთობლიობაა. ფუნქციური სტანდარტები აკონკრეტებს საბაზო სტანდარტებით დადგენილი მოთხოვნების არჩევანსაც.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტები და საკლასიფიკაციო ნიშნები ჩატარებული მომსახურების ხარისხის, სირთულისა და ფასის განსაზღვრის საფუძველია, ამასთან, სტანდარტები განსაზღვრავს საჭირო მოცულობის სამედიცინო დახმარების უფლებასა და ასევე სწორი სამედიცინო ტაქტიკის არჩევის შესაძლებლობას. ამიტომ მხოლოდ კლასიფიკაციის მრავალი კომპონენტის კომბინაციითაა შესაძლებელი მისი ამოქმედება არსებულ სისტემაში. ეს განსაკუთრებით ეხება სახელმწიფო სტანდარტებს, რომელიც ეტალონია ქვეყნისათვის.

სტანდარტიზაციის სისტემის კლასიფიკატორის შედგენისას აუცილებელია მხედველობაში იქნეს მიღებული შემდეგი მოთხოვნები:

1. ჯანდაცვის სისტემის ყველა კომპონენტის გამოყენება;
2. ურთიერთკავშირი მოცემულ ობიექტსა და სხვა ობიექტებს შორის (ინფორმაციული შეთანხმება);
3. ობიექტის ნომენკლატურის ბრძის შესაძლებლობები ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის პროცესების განვითარებასთან ერთად.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ითვალისწინებს მოთხოვნების განსაზღვრას სამედიცინო ტექნოლოგიებსა (პაციენტების გატარების ოქმზე) და შედეგებზე (გამოსავალზე)

რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ობიექტურობის საშუალებას იძლევა. ამასთან ერთად ნორმატიული დოკუმენტები შეიძლება მოიცავდეს მოთხოვნების როგორც მინიმალურად აუცილებელ, ასევე სარეკომენდაციო დონეს.

სტანდარტიზაცია მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სფეროში

მედიკამენტებით უზრუნველყოფა მოიცავს სამკურნალო საშუალებების დამუშავებას, გამოცდას, რეგისტრაციას, წარმოებასა და რეალიზაციას. ამ სფეროში ნორმატიული ბაზის შექმნა ხელს უწყობს მოსახლეობისათვის უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი სამკურნალო პრეპარატების მიწოდებას და დასაშვები სისტემის განმტკიცების ამოცანების რეალიზაციას.

მოთხოვნები ახალი სამკურნალო პრეპარატების დამუშავებისადმი მოიცავს სამედიცინო პრეპარატების წარმოების ტექნოლოგიას, მათ კლინიკამდელ და კლინიკურ გამოცდას, რეგისტრაციის წესების რეგლამენტაციას, გამოსაყენებლად დაშვებული სამკურნალო პრეპარატების ჩამონათვალის დამუსტებას.

სამკურნალო საშუალებების წარმოების მიმართ მოთხოვნაში შედის წარმოების პირობების (შენობა-ნაგებობების, ტექნოლოგიური აღჭურვილობის, სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის), წარმოების ტექნოლოგიისა და გამოშვებული პროდუქციის კონტროლი.

რეალიზაციისადმი მოთხოვნები რეგლამენტაციას უკეთებს სამკურნალო საშუალებების შენახვის პირობებს, ტრანსპორტირების, სერტიფიცირების, საბითუმო და საცალო ვაჭრობის სამედიცინო დაწესებულებებისა და პაციენტებისათვის მიწოდების წესებს.

მოქალაქეებისათვის მედიკამენტების მიწოდება ხდება სამედიცინო მომსახურების საჭიროების საფუძველზე. "სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამკურნალო საშუალებების" ჩამონათვალი დგება დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სტანდარტების მინიმალური მოთხოვნების საფუძველზე.

მოთხოვნები სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი

სამედიცინო დახმარების პირობების მიმართ ძირითადი მოთხოვნებია: სამედიცინო ობიექტების მშენებლობის, სანიტარიული და ჰიგიენური ნორმებისა და წესების, აგრეთვე მანიპულაციების და პროცედურების შესასრულებლად აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებისადმი ტექნოლოგიური მოთხოვნების დაცვა.

სამედიცინო ტექნიკისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების ექსპლუატაციის, რემონტის, ტექნიკური მომსახურებისა და მეტროლოგიური უზრუნველყოფის შესახებ ნორმატიული დოკუმენტებით გათვალისწინებული მოთხოვნები მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ხარისხიანი და უსაფრთხო უზრუნველყოფის ამოცანის რეალიზაციის საშუალებას იძლევა.

პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია

სამედიცინო, ფარმაცევტული და დამხმარე პერსონალის კვალიფიკაციისა და სერტიფიცირების მიმართ მოთხოვნების საფუძველზე უნდა შეიქმნას კადრების მომზადებისა და დიპლომისშემდგომი განათლების პროგრამები (განათლების სტანდარტები).

ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია

ინფორმაციის სფეროში ნორმატიული დოკუმენტების შექმნა და გამოყენება მიმართულია ისეთი ამოცანების შესასრულებლად, როგორიცაა დარგის მართვისა და სამედიცინო დახმარების ხარისხის ეფექტურობის გაზრდა.

ჯანდაცვისადმი მოთხოვნები განისაზღვრება ინფორმაციული უზრუნველყოფის ღია სისტემის საფუძველზე, ფუნქციური სტანდარტიზაციის მეთოდების გამოყენებით. ასეთი მიდგომა

უზრუნველყოფს საინფორმაციო სისტემის გაფართოებასა და დაცვას უნივერსალური პროგრამული და სხვადასხვა ტექნიკური საშუალების გამოყენებით.

სტანდარტიზაციის ძირითად დებულებათა რეალიზაციის მექანიზმები

ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითადი დებულებების რეალიზაციის მეშვეობით პრაქტიკული შედეგების მისაღებად საჭირო იქნება მოქმედი ნორმატიული დოკუმენტების ანალიზი, ურთიერთდაკავშირებული დოკუმენტების ეტაპობრივი შემუშავება მათ მოყვანილი სისტემის სტრუქტურის შესაბამისად.

ერთდროულად გადაწყდება ისეთი ძირითადი მიმართულებების სამართლებრივი უზრუნველყოფა, როგორიცაა:

- დაავადებათა პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- სამედიცინო დახმარების პირობები არასამედიცინო სამსახურისა და ტექნოლოგიის ჩათვლით;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება როგორც კონკრეტული პაციენტის მიმართ, ასევე სამედიცინო დაწესებულებაში;
- ჯანდაცვის ეკონომიკა;
- სამედიცინო სტატისტიკა;
- დოკუმენტების წარმოება.

ჯანდაცვის სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები:

– სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
– სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
– სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი მოთხოვნის რეგლამენტაცია;
– პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
– ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილული უნდა იყოს მათი გავრცელების დონის და გამოყენების სფეროს შესაბამისად – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულებისა და სხვ.

აქტუალური – მისაღებია მხოლოდ ისეთი სტანდარტები, რომლებიც პრაქტიკული საქმიანობის ზოგიერთი მტკივნეული საკითხის გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა;

დროული – სტანდარტის მზადყოფნა და ხელმისაწვდომობა ზუსტად მაშინ, როცა პრაქტიკაში მისი რეალური საჭიროებაა;

საკმარისი – არ არის აუცილებელი სტანდარტი სრული და სრულყოფილი იყოს, ეფექტურად იქნეს გამოყენებული პრაქტიკულ საქმიანობაში;

მისაღები – პრაქტიკაში სტანდარტების დანერგვა უნდა მოხდეს დასაშვები ფინანსური და დროებითი დანახარჯების პირობებში;

პრაგმატული – სტანდარტის გამოყენება იძლევა დადებით ეფექტს მის შემუშავებასა და დანერგვაზე დახარჯული თანხების პირობებში, დროის გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;

გამჭვირვალე – ფართო საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი, გასაგები და კონკრეტული.

თავი XVII

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა

რას ნიშნავს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფ

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა არც ისე მარტივია. გავრცელებუ განმარტების თანახმად: "სამედიცინო მომსახურების ხარის საქმიანობის ის დონეა, რომელიც უზრუნველყოფს ცალკეუ ინდივიდისა და მთელი მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცი მომსახურების შესაბამისობას თანამედროვე პროფესიულ ცოდნასთან და ახასიათებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის სასურველი მახასიათებლების მაღალი ალბათობა" (US Institute Medicine, 1990).

"სასურველი" ნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურება უნ შეესაბამებოდეს როგორც პაციენტის, ასევე სამედიცი მომსახურების გამწევი დაწესებულების მოლოდინს "ჯანმრთელობის მდგომარეობის მახასიათებელი" არის სიდი რომელიც რაოდენობრივად განსაზღვრავს პაციენტის მოსახლეობის რომელიმე ჯგუფის ჯანმრთელობის გაუმჯობესე გარკვეული ინდიკატორების მეშვეობით. აღსანიშნავია ისიც, რ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება შეიძლე ყოველთვის ვერ გავთვალოთ, რამდენადაც სამედიცინო ჩარე შედეგების შესახებ პაციენტსა და ექიმს შესაძლოა სხვადასხ აზრი ჰქონდეს – ზოგჯერ ხარისხიანი მომსახურება გ უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, რადგან ზ დაავადების მკურნალობის მეთოდი დღეისათვის ცნობილი არ არ

აქედან გამომდინარე, ხარისხიან მომსახურებას ხშირად უ მარტივადაც, ასე განსაზღვრავენ: "სწორი ღონისძიებების სწორ ჩატარება", რაც ნიშნავს ერთის მხრივ პერსონალის სათანა ცოდნასა და სწორ აზროვნებას, მეორეს მხრივ კი – სამედიც ჩარევის სწორად ჩატარებას, ე.ი. პრაქტიკოსის სწორ უნარ-ჩვე

ასეთი მიდგომა ფოკუსირებულია **სტრუქტურასა** (პერსონალის კვალიფიკაცია, ტექნიკური ინფრასტრუქტურა, დაფინანსება) და **პროცესზე** (სამედიცინო ჩარევაზე) და არ ითვალისწინებს სამედიცინო ჩარევის **გამოსავლის სასურველობას.** პროცესის შეფასების მეთოდის უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ სამედიცინო ჩარევას უფრო თვალნათლივს და განხილვისათვის ხელმისაწვდომს ხდის. დადებითი დამოკიდებულება სწორ სამედიცინო პროცესსა და დამაკმაყოფილებელ გამოსავალს შორის გარდაუვალად არ უნდა ჩაითვალოს, თუმცაღა ოპტიმალური გამოსავალი ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის უმნიშვნელოვანესი მიზანია. არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ჩვეულებრივ, სამედიცინო ჩარევის გამოსავალი სხვა ფაქტორებითაც არის განპირობებული (მაგალითად, პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმით, პიროვნული თვისებებით და სხვ.).

ცალკეა **სამედიცინო მომსახურების ხარისხი** ხელად აღსაქმელი, სუბიექტური მოვლენაცაა და პაციენტი, რომელიც სრულებელი თუ მსხვილი გადამხდელი ხარისხს სხვადასხვა ობიექტით აფასებს. მაგალითად, პაციენტისთვის ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, რამდენად თავაზიანია მის მიმართ პერსონალი, საავადმყოფოს მენეჯერს დაწესებულების ორგანიზებულობის ხარისხი მიაჩნია უფრო მნიშვნელოვნად; ექიმები ყურადღებას აქცევენ დაწესებულების აღჭურვილობას და მის გამოყენებაში დახელოვნებულობას; გადამხდელები ხარისხზე მუშაობისას, პირველ რიგში თანხის ეფექტურად გამოყენებასა და პაციენტების კმაყოფილების დონეს აქცევენ ყურადღებას.

ცნებები **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა და სამედიცინო მომსახურების კონტროლი** ერთმანეთისაგან განსხვავდება, მაგრამ ურთიერთშეცვლადია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი შეიძლება განისაზღვროს, როგორც **ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მიზნების მიღწევის მეთოდი.** მაგალითად, აუდიტის ან რესერტიფიკაციის მეთოდები გამოიყენება მომსახურების ხარისხის სათანადო დონის მისაღწევად.

შეიძლება ვცადოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება აგრეგირების სხვადასხვა – სახელმწიფო, რეგიონულ, დაწესებულების, პრაქტიკოსი ექიმის დონეზე. ნათელია ისიც, რომ

მოსახლეობის სხვადასხვა დონის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად განსხვავებული მახასიათებლები უნდა გამოვიყენოთ. სახელმწიფო თუ რეგიონული დონის ისეთი არასამედიცინო ფაქტორები, როგორიცაა ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (პაციენტთა რიგის ჩათვლით) წამყვან როლს ასრულებს. ხარისხის მაჩვენებელი თითოეული დონის შესაბამისი და გამოსაყენებელად მოქნილი უნდა იყოს.

ვინ არის პასუხისმგებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლზე

შესაძლოა იფიქროთ, რომ პაციენტი ხარისხის განვითარების კატალიზატორია. სინამდვილეში ეს მოძრაობა სამედიცინო მომსახურების მსხვილმა დამკვეთებმა და სახელმწიფო ორგანოებმა წამოიწყეს და თანდათან დაწესებულებები და პაციენტებიც მიიზიდეს. შეიძლება ითქვას, რომ ადრეულ ეტაპზე ხარისხის შესახებ წარმოდგენა გარკვეულად ხარჯების მართვას უკავშირდებოდა, მაგრამ **დღეისათვის ნათელია, რომ ხარისხის მართვა არ ამცირებს დანახარჯებს, რადგან თვითონ საკმაოდ ძვირი ჯდება.** ჯანდაცვაში ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მთავარი ფაქტორია გაცილებით უფრო ზოგადი მოვლენა, რაც გულისხმობს, რომ სამედიცინო დახმარების შემსრულებელი პასუხს აგებს საკუთარი საქმიანობის ("პროდუქციის") ხარისხზე, რომელიც იზომება გასაგები მაჩვენებლით. ხარისხისათვის ბრძოლის გააქტიურების კიდევ ერთი მიზეზია (იგი სწორედ ჯანდაცვისათვის არის დამახასიათებელი) ის, რომ სამედიცინო საქმიანობასა და შედეგებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება აღინიშნება სხვადასხვა, მეტ-ნაკლებად თანაბარი დონის დაწესებულებებსა და რეგიონებში. როცა ყველა სხვა ფაქტორი ერთნაირია, სამედიცინო ჩარევის ჭარბად, არასაკმარისად ან არასწორად გამოყენებით უნდა აიხსნას შემსრულებლის საქმიანობის შედეგების განსხვავება. მაგალითად, ყველასათვის ცნობილია საკეისრო კვეთის რაოდენობრივი განსხვავება შესადარის რეგიონებსა და კლინიკებში ანდა ანტიბიოტიკების დანიშვნის განსხვავებულობა.

დასაწყისში სამედიცინო დაწესებულებები დაკავებული არიან დაწესებულების ადმინისტრატორებისა და იმ პერსონალის ცოდნის დონის ამაღლებით, რომელთა მუშაობას ამოწმებდა არაერთი მაკონტროლებელი სამსახური და უარყოფით ფსიქოლოგიურ გავლენას ახდენდა თანამშრომლებზე. ბევრმა დაწესებულებამ ამაში უპირატესობაც ნახა, რაც ერთის მხრივ, სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე გაზრდილი მოთხოვნების შესაბამისი უმაღლესი ხარისხის მომსახურების, ხოლო მეორეს მხრივ – დამკვეთისა და პაციენტებისათვის გაუმჯობესებული მომსახურების მეთავაზებით აიხსნება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე პასუხისმგებელია თვითონ სამედიცინო დაწესებულება, იმ შემსრულებლების ჩათვლით, რომლებიც პრევენციულ და სხვა ჯანდაცვით პროგრამებს ახორციელებენ. ხარისხის კონტროლი შესაძლოა განახორციელოს თვით დაწესებულებამ, კოლეგებმა სხვა დაწესებულებებიდან და ორგანიზაციებიდან, აგრეთვე სახელმწიფო დაწესებულებებმა (სახელმწიფო ინსპექციამ, მომსახურების შემკვეთმა, პაციენტთა ასოციაციამ და სხვ.).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდები

ხარისხის გაუმჯობესება შესაძლებელია განხორციელდეს შემდეგი გზებით:

- ცუცქეტი განათლებით;
- რეგულარული სერტიფიკაცია/რეგისტრაციით,
- რესერტიფიკაცია/ რერეგისტრაციით;
- აკრედიტაციით;
- ხარისხის ოფიციალური შემოწმებით;
- პროფესიული სტანდარტებისა და მეთოდური სახელმძღვანელოების შექმნით;
- დაფინანსების მეთოდების შერჩევითა და სხვა სტიმულებით;
- დისციპლინური ღონისძიებებით.

საგანმანათლებლო სტანდარტები

მიღებულია, რომ პრაქტიკოს-ექიმს უნდა გააჩნდეს ისეთი დონის ცოდნა მაინც, რათა შეძლოს კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა დიპლომში აღნიშნული კვალიფიკაცია უნდა შეესაბამებოდეს ექიმის სამუშაო სფეროს.

ბოლო დროს ცხადი გახდა, რომ სწრაფად განვითარებად ჯანდაცვის სფეროში საწყის ცოდნას სულ რამდენიმე წლის განმავლობაში "ყავლი გასდის" და აშკარად არასაკმარისია პროფესიული საქმიანობის გასაგრძელებლად. სწავლა აუცილებელია მთელი საქმიანობის განმავლობაში, რათა არ ჩამოვრჩეთ შესაბამის მეცნიერულ მიღწევებს. ამიტომ ექიმების უწყვეტ სწავლებაში მონაწილეობა მრავალი ქვეყანაში აუცილებელი მოთხოვნაა. სასწავლო დაწესებულება და მისი სასწავლო გეგმა უნდა იყოს ოფიციალურად აღიარებული შესწავლას საჭიროებს უწყვეტი განათლების ხარისხის საკითხი და მისი დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან.

სერტიფიკაცია

აღიარებულია, რომ დიპლომის მიღება ჩვეულებრივ სერტიფიკაციის ერთ-ერთი ფორმაა: ექიმს აქვს უფლება გარკვეულ სფეროში იმუშაოს. ლიცენზირება და სერტიფიკაცია შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს სხვა ფაქტორებთანაც, როგორიცაა გარკვეული სპეციალობის ექიმების საჭიროება გარკვეულ გეოგრაფიულ რეგიონში. მაგრამ ასეთი ფაქტორები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გარეთ რჩება.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ მედიცინის სფეროში საქმიანობის უფლების მიმნიჭებელი დოკუმენტის (დიპლომის) მოქმედების ვადა რამდენიმე წლით შემცირდა. სამედიცინო საქმიანობის გასაგრძელებლად და ოფიციალურად აღიარებულ პრაქტიკოსად დარჩენისათვის აუცილებელი რესერტიფიკაცია სახელმწიფომ უნდა განსაზღვროს რესერტიფიკაციის წესები, უწყვეტი განათლების აკრედიტებული სასწავლო კურსის საათების რაოდენობა, რომელსაც აუცილებელია დაესწროს პრაქტიკოსი ექიმი

სასერტიფიკაციო სფეროში მუშაობა ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში, შედეგების შეფასება და გარეშე აუდიტი.

სერტიფიკაცია და რესერტიფიკაცია უნდა ეხებოდეს არა მარტო ექიმებს, არამედ სამედიცინო დაწესებულებებსაც.

აკრედიტაცია

აკრედიტაცია დაკავშირებულია სერტიფიცირებასთან და ხშირად პრაქტიკაში მის ეკვივალენტურ ცნებად აღიქმება. სერტიფიკაცია სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებას აძლევს ან უარძალავს პრაქტიკოსს ან დაწესებულებას. აკრედიტაცია არის ორგანიზაცია, რომელსაც ანიჭებს სახელმწიფო, პროფესიული ასოციაცია, მომხმარებელთა ორგანიზაციები. თუკი სერტიფიკატს განვიხილავთ, როგორც იმ ნებართვის ეკვივალენტს, რომელიც რესტორნის საქმიანობისთვისაა საჭირო, აკრედიტაცია შეიძლება შევადაროთ "მიშელინის ვარსკვლავების" სისტემას, რომელიც ხარისხის დონეს განსაზღვრავს. პრაქტიკოსი ექიმები და დაწესებულებები მაღალ შეფასებას აძლევენ აკრედიტაციას, რადგან ის განამტკიცებს მათ პოზიციებს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე, მსხვილი დამზღვევლებისა და მომხმარებლების წინაშე. აკრედიტაციით შესაძლებელია ისეთი მახასიათებლების დამოწმება, როგორიცაა უწყვეტი განათლება და ოფიციალური შეფასებები. სერტიფიკაციის მსგავსად, აკრედიტაციაც მოქმედებს განსაზღვრული დროის განმავლობაში.

უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსებსაც უნდა ჰქონდეს შესაბამისი დონის, სპეციალური ფორმის აკრედიტაცია. აქედან გამომდინარე, პრაქტიკოსებს თვითონ შეუძლიათ გამოთვალონ რესერტიფიკაციისათვის საჭირო მინიმალური მოთხოვნები.

აკრედიტაციისა და აუდიტის მონაცემები ქვეყნდება ოფიციალურად, რაც უფრო ზრდის მათ ეფექტურობას.

მსოფლიოში სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაცია ჯერ-ჯერობით ფართოდ არ გამოიყენება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი შესაძლოა ოფიციალურად შეაფასონ კოლეგებმა - როგორც იმავე დაწესებულებებში მომუშავე, ასევე სხვა დაწესებულებიდან მოწვეულმა ექიმებმა. ასეთ შეფასებას უწოდებენ **შიდა და გარე აუდიტს ან კოლეგების თვალსაზრისს (შეხედულებას)**. კოლეგებმა უნდა შეაფასონ სამედიცინო მომსახურების პროცესისა და გამოსავლის მრავალი ასპექტი, მაგალითად, პაციენტის ისტორიის სისრულე, ეთიკური და მკურნალობის სტანდარტებთან შესაბამისობა, პორფესიული შეცდომები, თითოეული სამკურნალო პროცედურის წარმატებულობის ან წარუმატებლობის სიხშირე და ა. შ. სამედიცინო დაწესებულებებში არსებობს სპეციალური კომიტეტები, რომლებიც თვალყურს ადევნებენ და ანალიზს უკეთებს გარკვეულ მონაცემებს, მაგალითად, ჰოსპიტალური ინფექციების შემთხვევების, სამედიცინო შეცდომების სიხშირის, პრეპარატების გამოყენების, ე. წ. "პაციენტთა რიგის სიგრძის", ლაბორატორიული მონაცემების გადამოწმებისა და ა.შ. შესახებ. კომიტეტები ადგენენ ანგარიშს დაწესებულების მართვის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, აგრეთვე აწარმოებენ პაციენტების გამოკითხვას, რომ შეამოწმონ, რამდენად კმაყოფილი არიან გაწეული სამედიცინო მომსახურებით. ამ დროს პაციენტები უმთავრესად მიუთითებენ პერსონალის ყურადღებიანობაზე მათ მიმართ, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე და სხვა სუბიექტურ ასპექტებზე. სამედიცინო დაწესებულებას უნდა გააჩნდეთ საკუთარი მექანიზმი – სპეციალური კომიტეტი, რომელსაც პაციენტი წარუდგენს პრეტენზიებს და დაწესებულება დასახავს მათი აღმოფხვრის გზებს.

იმ შემთხვევაში, თუ სამედიციო მომსახურების ხარისხის შემოწმება დაეკისრება სახელმწიფოს ან მსხვილ გადამხდელს, იგი უფრო მეტ ყურადღებას მიაქცევს პაციენტების მიწოდებულ ინფორმაციას და პრევენციული პროგრამების შესრულებას, ვიდრე ზემოაღნიშნულ სხვა ასპექტებს. არ არსებობს მომსახურების ხარისხის კონტროლის სტანდარტული მექანიზმი. ბევრი ორგანიზაცია, დაწესებულება თუ ქვეყანა იყენებს საკუთარ მეთოდს მოდელს. შედეგები ქვეყნდება სპეციალურ ჟურნალებში.

სამედიცინო სფერო ისე სწრაფად ვითარდება, რომ პრაქტიკოსები ვერ მიჰყვებიან ყველა ახალ მიმართულებას და ვერ იღებენ ყველა ინფორმაციას სიახლეების შესახებ. ამასთან, უფრო და უფრო იზრდება მოთხოვნა, რომ პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობა ეფუძნებოდეს უახლესი სამედიცინო კვლევებით მიღებულ შედეგებს. ეს ორი ფაქტორი განსაზღვრავს სტანდარტებისა და მეთოდური სახელმძღვანელოების შედგენის საჭიროებას პროფესიონალთა კონკრეტული ჯგუფისათვის, რათა ცალკეული პროფილის დიაგნოზი და მკურნალობა სათანადოდ გაფორმდეს. ტერმინები, სტანდარტი და მეთოდური სახელმძღვანელო მეტ-ნაკლებად თანაბარი მნიშვნელობით გამოიყენება. მეთოდურ სახელმძღვანელოებში მოცემულია ინფორმაცია პროფესიულ ორგანიზაციებში გამოკვლეულ ან დანერგილ სიახლეთა შესახებ. სახელმწიფო, პროფესიული ორგანიზაციები და სამედიცინო მომსახურების მსხვილი დამკვეთები ვალდებული არიან გაავრცელონ და დანერგონ ასეთი მეთოდური სახელმძღვანელოები. გარკვეულ ფეროში სახელმძღვანელოებს არ გააჩნიათ იურიდიული ძალა. მიუხედავად ამისა, ექიმი კარგად უნდა ფლობდეს იმ ინფორმაციას, რომელიც მეთოდურ სახელმძღვანელოშია წარმოდგენილი, წინააღმდეგ შემთხვევაში მას მოუწევს თავის მართლება, თუკი ძრ გაიცავს მათში აღნიშნულ რეკომენდაციებს. მეთოდური სახელმძღვანელოები მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

დაფინანსების მეთოდების შერჩევა

ამ საკითხთან დაკავშირებით ბევრს კამათობენ, მაგრამ არც ისე ბევრია საბუთი, რომელშიც მკაფიოდაა დაფიქსირებული დაფინანსების მეთოდისა და მომსახურების ხარისხის ურთიერთობა. ძალიან ხშირად ამტკიცებენ, რომ დაქსირებული ხელფასი უბიძგებს ექიმს, რომ პაციენტს აღმოუჩინოს ნაკლები და დაბალხარისხიანი დახმარება. ექიმების უმრავლესობა

უპირატესობას ანიჭებს ანაზღაურების მეთოდს "პროცედურა – გადახდა" (შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გადახდას), როგორც ყველაზე მართებულ მეთოდს – პაციენტს გაუწევენ იმ მომსახურებას, რაც რეალურად სჭირდება. კაპიტაციური მეთოდი ანაზღაურების მეთოდია, რომელიც შეიძლება წინა ორი მეთოდის შუალედურად ჩავთვალოთ – ექიმს ან დაწესებულებას უხდიან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით. ეს მეთოდიც სამართლიანია (კავშირშია საქმიანობის მოცულობასთან) და აგრეთვე უზრუნველყოფს მომსახურების კარგ ხარისხს, რადგან დაწესებულება (ექიმი) იძულებულია პაციენტების მოსაზიდად ხარისხიანად მოემსახუროს მათ. თუმცა თუ პაციენტი ერთხელ დარეგისტრირდა დაწესებულებაში, ექიმი ცდილობს მინიმუმამდე დაიყვანოს მისთვის განკუთვნილი მომსახურების მოცულობა. იგი ასევე ცდილობს თავი აარიდოს მაღალ რისკ-ჯგუფის პაციენტებს. რეალურად ამჟამად მომსახურების ხარისხი და ანაზღაურების მეთოდი არ არის ურთიერთშესაბამისი, ამასთან სამუშაოს მოცულობა და მომსახურების ღირებულება მჭიდრო კავშირშია.

იქ, სადაც არ არის დაწესებულებების (პრაქტიკოსების) ნაკლებობა, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება განსაკუთრებით აქტუალურია მსხვილ დამკვეთებთან ხელშეკრულებების გასაფორმებლად და კლიენტების მისაზიდად.

დისციპლინური ღონისძიებები

იმ შემთხვევაში, თუ არ არსებობს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სურვილი ან შესაძლებლობა, გამოყენებულ უნდა იქნეს სხვადასხვაგვარი სანქციები: რესერტიფიკაციასა და აკრედიტაციაზე დაშვების აკრძალვა, მსხვილ დამკვეთებთან ხელშეკრულების შეწყვეტა (გაფორმების აკრძალვა). სახელმწიფომ ან სახელმწიფო ორგანომ, მაგალითად, სახელმწიფო ინსპექციამ უნდა მიიღოს გარკვეული ზომები, დააღოს სასჯელი, ჩამოართვას ლიცენზია და ა. შ. პროფესიული დისციპლინური სასამართლოები შემდეგ უნდა იხილავდნენ ყველა საჩივარს, რომლებიც წარდგენილია დამკვეთის, სახელმწიფოს ან პაციენტის მიერ. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ის, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემა არ შეიძლება დაეფუძნოს შიშს

იგი უნდა ეყრდნობოდეს მხოლოდ ნებაყოფლობით თანამშრომლობას მხარეებს შორის. ეს არ უნდა გამორიცხავდეს სავალდებულო ელემენტებსაც, მაგალითად, უწყვეტ განათლებას რესერტიფიკაციისათვის. დისციპლინური სასჯელი უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა

ჯანდაცვის სამინისტროს, სახელმწიფო სააგენტოების (კონტროლის ინსპექციის), პროფესიული ორგანიზაციების, საგანმანათლებლო დაწესებულებების, დამკვეთისა და მომხმარებლის როლი განხილული იყო წინა თავებში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ორგანიზაციული სტრუქტურა და მოქმედების ჩარჩოები განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნისა და პროფესიისათვის. ასევე განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკანონმდებლო ბაზაც.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა საკმაოდ მნიშვნელოვანი სისტემაა, რომელიც საჭიროებს გარკვეული ხარჯის გაწევას. ის მოსაზრება, რომ აღნიშნული სისტემა ამა თუ იმ გზით დაზოგავს თანხას, მცდარია. გარეშე აუდიტორების მიერ ჩატარებული ოფიციალური შეფასება ძვირადღირებულია. ასევე ძვირადღირებულია უწყვეტი სამედიცინო სწავლებაც. თანხების დაზოგვა უნდა მოხდეს სახელმწიფოს, დაწესებულების ან შემკვეთის მიერ, მაგრამ საბოლოო ჯამში ეს ყველაფერი პაციენტის სასარგებლოა. ეს არ არის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის საწინააღმდეგო არგუმენტი. მომსახურების მაღალი კულტურა უნდა ჰქონდეს ყველა ექიმსა და დაწესებულებას. ისევე, როგორც სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებში, ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემაშიც. პრაქტიკოსი ექიმები ხშირად არ არიან კეთილგანწყობილნი ბიუროკრატების მიმართ, მათ აღიზიანებს ისეთი ტერმინები, როგორიცაა "ხარისხის მართვა" და "ხარისხის წრეები". ეს დამოკიდებულია მათზე, ვინც წარმართავს ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემას, რომელიც მოქნილი და გასაგები უნდა იყოს.

თავი XVIII

ზოგიერთი მოსაზრება ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სრულყოფის შესახებ

ადამიანის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი კლინიკური, ბიო-სამედიცინო თუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი სამეცნიერო-კვლევითი პროექტის გახორციელებას შედეგად უნდა მოჰყვეს პროფესიული ცოდნის გაღრმავება და გამოკვლევების მეშვეობით ახალი, საჭირო ინფორმაციის მოპოვება და ყოველივე ამის საფუძველზე გარკვეული ცვლილებების გატარება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მთავარი მიზნის – მთელი მოსახლეობის, მისი გარკვეული ჯგუფის ან ცალკეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების – მისაღწევად.

შესასწავლ ობიექტებისა და მეთოდების მრავალფეროვნების მიუხედავად, შესაძლებელია არაერთი საერთო მახასიათებლის გამოყოფა. პირველ რიგში, კვლევითი პროცესი უნდა იწყებოდეს პრობლემის იდენტიფიცირებით და მთავრდებოდეს კვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვით.

კვლევის პროცესის წარმართვისათვის აუცილებელია გარკვეული სტრატეგიის, ინფრასტრუქტურისა და ადამიანური რესურსების არსებობა.

ნებისმიერი საკითხზე ჩატარებული კვლევა უნდა ემყარებოდეს გარკვეულ ფასეულობებსა და პრინციპებს, პირველ რიგში, თანასწორობას, რაც გულისხმობს, რომ არ შეიძლება კვლევის პროცესის წარმართვა ან მასში მონაწილეობის მონოპოლიზება ცალკეული მეცნიერის ან მკვლევართა ჯგუფის მიერ. კვლევის შემსრულებელთა შერჩევა უნდა ხდებოდეს ღია და გამჭირვალე კონკურსის საფუძველზე. აუცილებელია გარკვეული (შეძლებისდაგვარად მაღალი) ხარისხის დაცვა. ყოველი კონკრეტული კვლევის ჩატარებას უნდა განაპირობებდეს აუცილებლობა და ორიენტირებული იყოს გარკვეულ შედეგებზე.

თანამედროვე პირობებში სამეცნიერო კვლევები ინტერსექტორულია და ემყარება პარტნიორულ ურთიერთობებს მომხმარებელსა და შემსრულებელს, მთავრობასა და საზოგადოებას, დაწესებულებებსა და ქვეყნებს შორის. კვლევის პროცესში დაცულ უნდა იქნეს ეთიკური ნორმები, ხოლო შედეგები იყოს სარწმუნო და მოქნილი ცვალებად გარემოსთან ადვილად ადაპტირების მიზნით.

კვლევის პროცესში ხდება მოთხოვნილებათა შეფასება, პრიორიტეტების გამოყოფა, რესურსების მობილიზება, შესაძლებლობათა გაზრდა და, რაც მთავარია, ახალი ცოდნის დაუფლება. აღნიშნული პროცესი მოიცავს შედეგების საფუძველზე გარკვეული გადაწყვეტილების მიღებასაც. კვლევის პროცესში ხდება არსებული ტექნოლოგიების განვითარება ან ახლის შექმნა.

ჯანდაცვის სფეროში კვლევის ჩატარებითა და მისი შედეგებით დაინტერესებული არიან მკვლევარები, დამფინანსებლები (როგორც ადგილობრივი, ისე სხვა ქვეყნებიდან), მომხმარებლები (საზოგადოება, ჯანდაცვის მაღალპროფესიული სპეციალისტები, გადაწყვეტილების მიმღები პირები), პოლიტიკოსები, მასმედია, საერთაშორისო ორგანიზაციები და სხვ.

როგორც უკვე აღვნიშეთ, კვლევის შედეგად მიღებული ახალი ინფორმაციის მეშვეობით შესაძლებელი უნდა გახდეს სამედიცინო მომსახურებაში თანასწორობის უზრუნველყოფა და მისი განვითარებისაკენ მიმართული ცვლილებების გატარება.

სქემატურად კვლევითი პროცესი და მასთან დაკავშირებული ბლოკები მოცემულია 1-ელ ნახაზზე.

სამეცნიერო კვლევით პროცესში ახალი ინფორმაციისა და შედეგების მიღების პარალელურად მიმდინარეობს ჯანდაცვის ტექნოლოგიების განვითარებაც, რაც საბოლოო ჯამში მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს განათლების პროცესზე. ამდენად, სამედიცინო მეცნიერება, განათლება და ტექნოლოგია პირობითად შეიძლება წარმოვიდგინოთ გარკვეული სამკუთხედის სახით, რომლის შიგნით უთუოდ ქვეყნის პრიორიტეტებში უნდა გამოიკვეთოს (ნახ. 2). სამივე მიმართულება ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული და თითოეული მათგანის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მათი ურთიერთის კოორდინაციას, რომლის ყველაზე ოპტიმალური ბერკეტია დაფინანსებისა და შესაბამისი ანგარიშგების მექანიზმი.

საქართველოში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების

პროცესს ამა თუ იმ მოცულობით უშუალოდ წარმართავენ სახელმწიფო თუ კერძო სამედიცინო-საგანმანათლებლო დაწესებულებები, სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები და ცენტრები, ზოგიერთ შემთხვევაში – არასამთავრობო ორგანიზაციები (როგორც უცხოური, ისე ადგილობრივი).

დღესდღეობით ჩვენს ქვეყანაში სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების დაფინანსების რამდენიმე წყარო არსებობს. კერძოდ:

- სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლების დაფინანსება ნაწილობრივ ქვეყნის ბიუჯეტიდან (სახელმწიფო დაკვეთის სახით განაგებს ფინანსთა სამინისრო), ნაწილობრივ უშუალოდ სტუდენტის ან სპონსორის მიერ;
- დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების ხარჯების ნაწილი იფარება სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამიდან (განაგებს შორის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისრო), ნაწილი – საერთაშორისო ორგანიზაციების ან სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო თუ არასამთავრობო სტრუქტურების გამოყოფილი გრანტების მეშვეობით (ძირითადად მოკლევადიანი ტრენინგები), ხოლო დანარჩენს ფარავს უშუალოდ რეზიდენტი (მსმენელი) ან მისი სპონსორი;
- სამეცნიერო კვლევებს აფინანსებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამიდან, სხვადასხვა ქვეყნის სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურები ან საერთაშორისო ორგანიზაციები გრანტების სახით. ბიო-სამედიცინო გამოკვლევები შეიძლება დააფინანსოს ეკონომიკის, მრეწველობისა და ვაჭრობის სამინისრომ, განათლების სამინისრომ და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიამ.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი საერთაშორისო ორგანიზაცია (მაგალითად, გაეროს ბავშვთა ფონდი) პერსონალის გადამზადებისა და გარკვეული კვლევის ჩასატარებლად გამოყოფილ გრანტს გადასცემს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც თავად არჩევს სამუშაოთა შემსრულებელ ორგანიზაციებს. ასეთ შემთხვევაში შემსრულებელი ანგარიშვალდებულია სამინისროს წინაშე, რაც ამ უკანასკნელს საშუალებას აძლევს დონორთა დახმარება გამოიყენოს ქვეყნისათვის პრიორიტეტული მიმართულებით.

ბუნებრივია, რომ ნებისმიერი სამუშაოს შემსრულებელი ანგარიშვალდებულია დამფინანსებლის წინაშე, ხოლო ერთი უწყების ფარგლებში მეცნირებისა და განათლების დაფინანსების სხვადასხვა წყაროს არსებობა (რაც თავისთავად მოსალოდნელია და ხელშეწყობას საჭიროებს) დარგის ხელსძღვანელ სამინისროს ურთულებს არა მართო საქმიანობის კოორდინაციას, ხშირ შემთხვევაში ელემენტარული ინფორმაციის გარეშე\ ტოვებს მას.

განვითარებადი ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მათმა ნაწილმა უკვე შექმნა, ხოლო ნაწილი ამჟამად ქმნის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული კვლევების მაკოორდინირებელ სტრუქტურებს სახელმწიფო მასშტაბით.

საქართველოს პირობებში ოპტიმალურია შემდეგი სახის მოდელის ჩამოყალიბება:

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ქმნის "სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების საკოორდინაციო საბჭოს", რომლის გადაწყვეტილებები ძალაში შედის მინისტრის ბრძანებით. საბჭოს დაქვემდებარებაში იმუშავებს 5 კომისია: მეცნიერების, განათლების, სერტიფიცირების, ბიოეთიკისა და ფინანსური.

საბჭო პასუხისმგებელი იქნე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევებისა და განათლების (როგორც დიპლომამდელი, ისე დიპლომისშემდგომი) პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრაზე, სამუშაოების შემსრულებელთა შერჩევაზე, მათ დაფინანსებაზე, მიღებული შედეგების შეფასებაზე, პერსონალის სერტიფიცირებასა და კვლევის პროცესში ეთიკური ნორმების დაცვაზე.

აღნიშნული ფუნქციების შესასრულებლად საბჭოს განკარგულებაში გადავა სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამისა და ქვეყნის ბიუჯეტიდან სახელმწიფო დაკვეთით სამედიცინო კადრების დიპლომამდელი განათლებისათვის გამოყოფილი სახსრები და სამინისროს მიერ მიღებული უცხოური გრანტები.

სხვა წყაროებიდან დაფინანსებული სამუშაოების (იქნება ეს გრანტით დაფინანსებული სამეცნიერო კვლევა თუ საკუთარი ან სპონსორის ხარჯით მიღებული დიპლომამდელი ან დიპლომისშემდგომი განათლება) კოორდინაციის გაუმჯობესებისა და საბჭოს წინაშე ამ სამუშათა ანგარიშვალდებულების გაზრდის მიზნით შესაძლებელია სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების

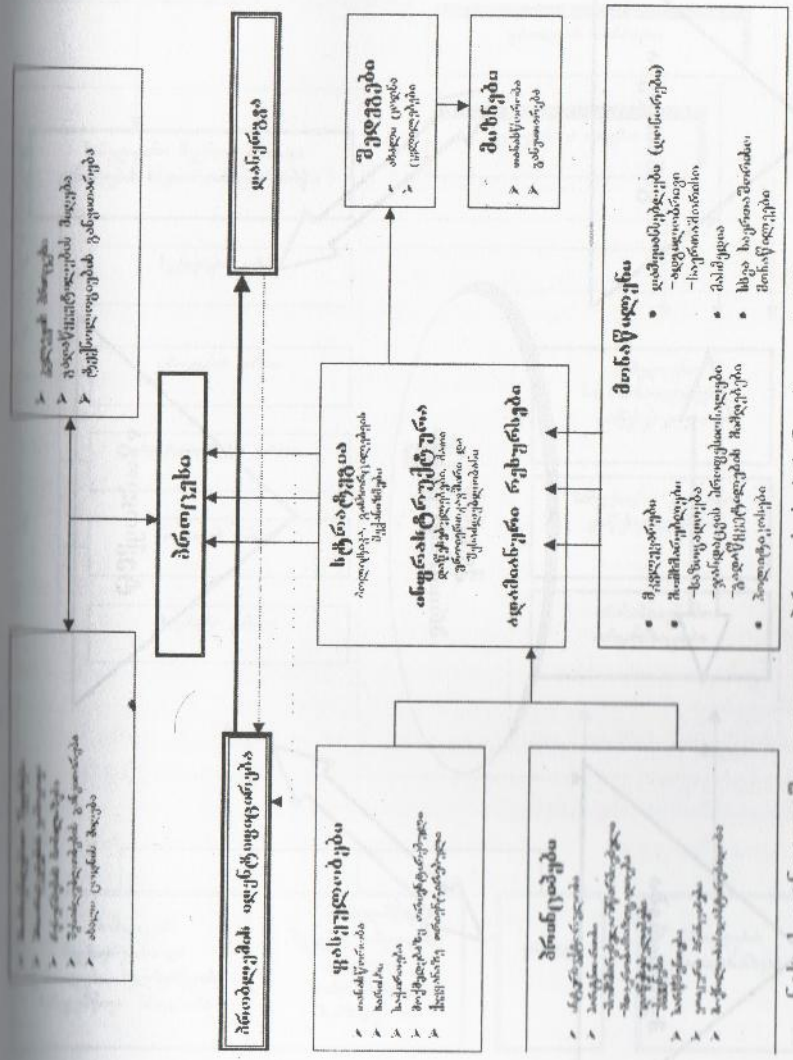
ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამაში გამოიყოს გარკვეული თანხა დონორთა ხარჯზე შესრულებულ სამუშაოთა თუნდაც სიმბოლური თანადაფინანსებისათვის.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების საკოორდინაციო საბჭოს კომისიები შეასრულებენ შემდეგ ფუნქციებს:

- *მეცნიერების კომისია* კოორდინაციას გაუწევს სამეცნიერო კვლევითი დაწესებულებების (ჯანდაცვის მართვის ეროვნული ცენტრის, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ჰიგიენის ინსტიტუტის და სხვ.) მუშაობას, შერჩეული პრიორიტეტების მიხედვით ჩაატარებს კონკურსებს და შეაფასებს შესრულებულ სამუშაოებს;
- *განათლების კომისია* განსაზღვრავს სახელმწიფო შეკვეთით მოსამზადებელ სტუდენტთა რაოდენობას, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში მისაღები კონტინგენტის კვოტებს, რეზიდენტურის სპეციალისტებსა და ადგილების რაოდენობას, ერთიანი მისაღები გამოცდების ჩატარებას, როგორც უმაღლეს საწსავლებლებში, ისე რეზიდენტურაში ჩასარიცხი კანდიდატებისათვის;
- *სერტიფიცირების კომისია* შეასრულებს არსებული სამედიცინო პერსონალის სასერტიფიკაციო საბჭოს ფუნქციებს;
- *ბიოეთიკის კომისია* განახორციელებს არსებული ბიოეთიკის საბჭოს ფუნქციებს;
- ფინანსური კომისია უზრუნველყოფს საბჭოს განკარგულებაში მყოფი სახსრების ფინანსურ მენეჯმენტს.

სამედიცინო მეცნიერებისა და განათლების სისტემის სტრუქტურა წარმოდგენილია მე-3 ნახაზზე.

საჭიროების შემთხვევაში საბჭოს სახელწოდებაში სიტყვა "სამედიცინო" შეიძლება შეიცვალოს "სოციალურით", რაც შესაბამისად გააფართოებს მის უფლებებსა და პასუხისმგებლობას.



ნახ. 1. ჯანდაცვაში კვლევითი პროცესის პრინციპული სქემა

ნახ. 3. ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული მეცნიერებისა და განათლების სისტემა

თავი XIX

სამედიცინო დაზღვევა

მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა

კანონი მოსახლეობის დაზღვევის შესახებ ახალ ეკონომიკურ პირობებში კონსტიტუციის შესაბამისად უზრუნველყოფს მოსახლეობისა და სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას ჯანმრთელობის დაცვაზე.

დაზღვევა – მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური ფორმაა, რომლის ***მიზანია*** დაზღვევის შემთხვევაში დახმარების მიღება დაგროვილი სახსრებით პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაფინანსებით. არსებობს დაზღვევის ორი სახეობა - საყოველთაო აუცილებელი და ნებაყოფლობითი.

საყოველთაო აუცილებელი – მთელი მოსახლეობისთვისაა, რეალიზდება საყოველთაო დაზღვევის პროგრამებით, რომლებიც დახმარების საჭირო მოცულობისა და უზრუნველყოფის გარანტიას

ნებაყოფლობითი – დაზღვევის პირობები უზრუნველყოფს დამატებით მომსახურებასაც (საყოველთაოს გარდა).

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტებია მოქალაქე (მზღვეველი) და სამედიცინო ორგანიზაცია, სამკურნალო სამედიცინო დაწესებულება (დამზღვევი).

დამზღვევი - არამომუშავეებისათვის არის მთავრობა, ადგილობრივი ხელისუფლება (აუცილებელი დაზღვევის შემთხვევაში), ***მომუშავებისათვის*** – დაწესებულება, ორგანიზაცია, დამქირავებელი, თავისუფალი პროფესიის წარმომადგენლები.

დამზღვევები – ნებაყოფლობითი დაზღვევის შემთხვევაში

მზღვეველი ცალკეული პიროვნება ან დაწესებულება, რომლებიც იცავენ მოქალაქის ინტერესებს. იგი არის იურიდიული პირი, დაზღვევის უფლების (ლიცენზიის) მქონე სამედიცინო ორგანიზაცია.

სამედიცინო დაწესებულებები - ამ სისტემაში მუშაობის ლიცენზიის მქონე როგორც ინდივიდუალური, ასევე კოლექტიური დაწესებულებები.

სამედიცინო დაზღვევის სისტემა

ობიექტი - სადაზღვევო რისკი, წარმოქმნილი დაზღვევის შემთხვევის დროს და დაკავშირებულია სამედიცინო დახმარების გაწევასთან.

ხელშეკრულება – სუბიექტებს შორის კანონმდებლობის საფუძველზე მხარეები ასრულებენ აღებულ ვალდებულებებს (დამზღვევსა და მზღვეველ მხარეებს შორის).

ხელშეკრულება სუბიექტებს შორის – შეთანხმება, რომლის მიხედვითაც მზღვეველი განსაზღვრავს დახმარებისა და მომსახურების გარკვეულ მოცულობასა და ხარისხს საყოველთაო აუცილებელი და ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამების გათვალისწინებით.

ხელშეკრულებაში უნდა აისახოს:

- მხარეთა სახელწოდება;
- ხელშეკრულების მოქმედების ვადა;
- დაზღვეულთა რაოდენობა;
- საზღაურის ზომა, ვადა და შეტანის წესი;
- პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების სახეების ჩამონათვალი;
- ხელშეკრულებების ტიპურ ფორმებს შემოიღებს და ამტკიცებს საკანონმდებლო ორგანო.

ხელშეკრულება ძალაში შედის პირველივე შენატანის შემდეგ, თუ მასში სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული. დამზღვევის (მზღვეველის) მიერ იურიდიული სტატუსის დაკარგვის შემთხვევაში (რეორგანიზაცია ან სხვ.) უფლება-მოვალეობანი გადადის მის მემკვიდრეზე.

შეზღუდული განაცხადის შემთხვევაში, ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში, სასამართლო მზღვეველის უფლება-მოვალეობას აკისრებს აპეკუნს, რომელიც დაზღვეულის ინტერესების შესაბამისად მოქმედებს.

სადაზღვევო პოლისის ფორმასა და ინსტრუქციას ამტკიცებს მინისტრთა კაბინეტი, პოლისი ინახება დაზღვეულთან.

პოლისი ძალაშია ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე და იმ სახელმწიფოთა ტერიტორიებზეც, რომელებთანაც დადებულია მთავრობის სათანადო ხელშეკრულება.

მოქალაქეს უფლება აქვს:

- ისარგებლოს აუცილებელი და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით;
- სურვილისამებრ აირჩიოს სამედიცინო დამზღვევი ორგანიზაცია;
- სურვილისამებრ აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი;
- ჩაწერის ადგილის მიუხედავად დახმარება მიღოს ქვეყნის მთელს ტერიტორიაზე;
- სამედიცინო მომსახურება გაეწიოს სრულად და ხარისხიანად (სათანადო სადაზღვევო დოკუმენტების საფუძველზე) მიუხედავად იმისა, ფაქტობრივად რამდენი აქვს გადახდილი;
- მიყენებული ზარალის თაობაზე სარჩელი შეიტანოს სასამართლოში როგორც დამზღვევის, ასევე მზღვეველის წინააღმდეგ, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ამაზე მითითებული სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულებაში;
- მთავრობის, ადგილობრივი ხელისუფლებისა და პროფკავშირისაგან მოითხოვოს მისი ინტერესების დაცვა.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყაროები

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების წყარო შეიძლება იყოს:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი, ავტონომიური სტრუქტურების ბიუჯეტი, ადგილობრივი ბიუჯეტი;
- სახელმწიფოს, საზოგადოებრივი ორგანიზაციების, გაერთიანებების, წარმოებებისა და სხვა სამეურნეო სუბიექტების გაღებული თანხები;
- მოქალაქეთა კუთვნილი სახსრები;
- შენატანები, შეწირულობანი;
- ფასიანი ქაღალდების შემოსავლები;
- ბანკის, აგრეთვე სხვა კრედიტები;
- სხვა გზები, რომელიც კანონმდებლობით აკრძალული არ არის.

ჯანდაცვის ფონდები იქმნება ჯანდაცვაში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციისათვის. მთავრობა, ავტონომიური და ადგილობრივი ხელისუფლება მისი განმკარგველები არიან.

ჯანდაცვის ფონდები გამოიყენება მიზნობრივი პროგრამების განსახორციელებლად:

- კადრების პროფესიული მომზადების უზრუნველსაყოფად;
- მეცნიერული კვლევების დასაფინანსებლად;
- მატერიალურ-ტექნიკური ბაზების გასაუმჯობესებლად;
- კონკრეტული ტერიტორიების სუბსიდირებისათვის სამედიცინო მომსახურების პირობებისა და აუცილებელი (საყოველთაო) სამედიცინო დაზღვევის გასაუმჯობესებლად;
- განსაკუთრებით ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების ასანაზღაურებლად;
- სამედიცინო დაწესებულებების დასაფინანსებლად სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადებების სამკურნალოდ;
- მასობრივი დაავადებების, სტიქიური უბედურების, კატასტროფის შედეგების ლიკვიდაციის დასაფინანსებლად.

ფონდების გამოუყენებელი სახსრები უკან არ ბრუნდება, არ ჩამოიწერება, მომავალი წლის ბიუჯეტის შედგენისას არ ხდება მისი გათვალისწინება და ხმარდება (კომერციულ საწყისებზე) სისტემის განვითარებას.

დაფინანსებისა და სამედიცინო დახმარების ამგვარი დაყოფის პრინციპი პირველ რიგში დამახასიათებელია ბიუჯეტური სისტემისათვის. ბევერიჯის მოდელი (ინგლისი, შვედეთი, იტალია) შედარებით განსხვავებულია ამ სისტემისაგან. ბისმარკის მოდელით სადაზღვევო პრინციპზე მომუშავე ქვეყნებში (გერმანია, ბელგია, ლუქსემბურგი, ნიდერლანდები), დამზღვევი შუამავლები ხელშეკრულებას აფორმებენ არა უშუალოდ კონკრეტულ დაწესებულებებთან, არამედ მათ ასოციაციებთან, გაერთიანებებთან. ამით ისინი ერთგვარად შეზღუდულნია, რადგან შერჩევის შესაძლებლობა ნაკლებად აქვთ. ნიდერლანდებში, მაგალითად, ბოლო ოცეული გარკვეული პერიოდის განმავლობაში იძულებული იყო ხელშეკრულება გაეფორმებინა ნებისმიერ ლიცენზირებულ ექიმთან, რომელსაც სურვილი ჰქონდა ემუშავა სადაზღვევო სისტემაში.

დამოუკიდებელი შუამავლის მეშვეობით დაფინანსების მოდელი რეგულირებადი კონკურენციის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის პაციენტსა და მედიკოსებს შორის.

შემკვეთისა და შემსრულებლის ეფექტური ურთიერთობა დამოკიდებულია არა დაფინანსების პრინციპზე (ბიუჯეტური თუ სადაზღვევო), არამედ იმაზე, როგორ აიგება ეკონომიკური ურთიერთობების სისტემა და როგორ მოხდება მისი რეალიზაცია.

რეგულირებადი კონკურენციის მოდელში მყარად სახელშეკრულებო ურთიერთობის უნივერსალიზაციის, ხელშეკრულების გაფორმების ეს პრინციპი, გარდა ტრადიციული სამკურნალო პროგრამებისა, ვრცელდება სოციალურად საშიშ და სოციალურად მნიშვნელოვან პროგრამებზეც.

ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოები ადგენენ პრიორიტეტულ მიმართულებებს, რომლებზეც იქმნება სახელმწიფო პროგრამები, უზრუნველყოფენ მათ ფინანსურად და შემდეგ ხელშეკრულებას აფორმებენ კონკრეტულ შემსრულებლებთან ვალდებულებებისა და მოცულობის საბოლოო შედეგების გათვალისწინებით.

აქ რამდენიმე მნიშვნელოვანი მომენტია გასათვალისწინებელი.

პირველი – ძნელია სახელმწიფო პროგრამების კონკრეტული მაჩვენებლებისა და შედეგების განსაზღვრა;

მეორე – ხელშეკრულების პირობები ვრცელდება დანახარჯების ყველა ელემენტსა და მუხლზე, მათ შორის შემსრულებლის დაწესებულების კაპიტალურ და სამეურნეო დანახარჯებზე;

მესამე – ხელშეკრულების პირობები მრავალმხრივია და საჭიროებს სხვადასხვა რგოლის ინტეგრირებას ერთიან სისტემაში.

ხელშეკრულების პირობები ჯანდაცვის გეგმური და საბაზრო ურთიერთობების გაერთიანების მექანიზმია, რომელიც სამედიცინო დახმარების შემსრულებლის მართვის, დეცენტრალიზაციის, ავტონომიზაციის საშუალებას იძლევა. აქ ორი მექანიზმია – მხარეების ვალდებულებების მკაფიო გამოკვეთა მოცულობისა და ხარისხის შესახებ და ანაზღაურების პირობების შესაბამისად მხარეები თვითონ წყვეტენ ანაზღაურებისა და პერსონალის შერჩევის საკითხებს, განსაზღვრავენ სიმძლავრეებს, შესყიდვის მოცულობას და სხვ.

შექმნილი ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო იძულებული გახდა 1995 წლის აგვისტოდან დაეწყო დარგის ძირეული რეფორმა, რომელმაც გასაზღვრა სახელმწიფო დაფინანსების ახალი წყაროები, ფორმები

და მიმართულებები. კერძოდ, შემოღებულ იქნა სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო გადასახადი (სახელმწიფო ჯანდაცვის ფონდში, 3+1), ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერები და ადგილობრივი ბიუჯეტის გადასახდელი მინიმუმ 2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე. ამგვარმა ნაბიჯმა 1999 წლისათვის საგრძნობი შედეგები გამოიღო: ცენტრალური ბიუჯეტიდან რეალურად გამოყოფილმა თანხამ შეადგინა 3.35 აშშ დოლარი ერთ სულ მოსახლეზე, მუნიციპალურმა დაფინანსებამ 0.87 აშშ დოლარი ანუ რეფორმის დაწყებიდან 4 წლის მანძილზე სახელმწიფო წყაროებიდან მობილიზებული რეალური სახსრები დაახლოებით 6.9–ჯერ გაიზარდა, მაგრამ სახელმწიფოში არსებულ საჭიროებასთან შედარებით ეს მაინც მიზერული თანხა აღმოჩნდა.

მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების 6.9-ჯერ გაზრდისა, სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვის დაფინანსებაში ჯერ კიდევ მწირია, რაც ობიექტური მიზეზებით აიხსნება. ეს მიზეზები უფრო მეტად მაკროეკონომიკური მდგომარეობითაა განპირობებული, ვიდრე დარგის ფუნქციონირებით. კერძოდ, დასაქმებული მოსახლეობის მხოლოდ 18.4% არის დასაქმებული ფორმალურ სექტორში და შესაბამისად სავალდებულო გადასახადი მხოლოდ მათ წილად მოდის. ეს საგრძნობლად ამცირებს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების მოცულობას. ამ 18.4%-ის უმეტესი ნაწილი დასაქმებულია სახელმწიფო სექტორში, სადაც ხელფასები დიდი დაგვიანებით გაიცემა და შესაბამისად ვერ ხერხდება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების დროული და სრული მობილიზაცია. 1999 წლის მონაცემებით საბიუჯეტო ორგანიზაციებმა სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების 38% გადაიხადეს, არასაბიუჯეტო ორგანიზაციებმა კი 108%-ით შეასრულეს გეგმა. ამასთან, დაახლოებით ერთი მილიონი ადამიანი, რომელიც არაფორმალურ სექტორშია დასაქმებული, საერთოდ არ მონაწილეობს ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის ფონდის შექმნაში, მაგრამ რეალურად იღებს სახელმწიფოს დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას. სიტუაციას ართულებს ისიც, რომ ცენტრალური ბიუჯეტის პასუხისმგებლობა ტრანსფერტებზე წლიდან წლამდე არ სრულდება. 1994 წელს ცენტრალური ბიუჯეტის

დაფინანსების მაჩვენებელი იყო 60.3%, 1995 წელს –57.5%, 1996 წელს – 84.9%, 1998 წელს – 60%, 1999 წელს – 45.5%. ამგვარი დაფინანსებით მეტად ძნელია მოსახლეობის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება უფასო (და/ან სუბსიდირებული) სამედიცინო მომსახურებით. ყოველივე ამას ემატება ისიც, რომ მოგიერიების გამონაკლისის გარდა, მუნიციპალური ბიუჯეტი ვერ გამოყოფს კანონით დადგენილ მინიმალურ თანხას – 2.5 ლარს ერთ სულ მოსახლეზე.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო წყაროებიდან მობილიზებული თანხის მხოლოდ 84.6% არის ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამედიცინო-სადაზღვევო კომპანიის განკარგულებაში, დანარჩენს სხვა სამინისტროები და უწყებები იყენებენ. აქედან გამომდინარე, იქმნება ასეთი მდგომარეობა: ჯანდაცვის სახელმწიფო უწყებამ ზემოაღნიშნული თანხის 84.6%-ით უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა, ხოლო 15,4% მოხმარდეს დაახლოებით 200 000 ადამიანის სამედიცინო მომსახურებას. ეს, ცხადია, იწვევს პასუხისმგებლობების მკვეთრი გამიჯვნას.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო სადაზღვევო საქმიანობის განვითარება

ამჟამად საქართველოს მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურებაზე იხდის მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების 87%-ს. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სახელმწიფო უახლოეს მომავალში შეძლებს ამ თანხის ჩანაცვლებას სახელმწიფო წყაროებიდან. ამავე დროს ამ თანხის დაახლოებით 40%-ს საქართველოს შინამეურნეობების მხოლოდ 2.5%-ს ხარჯავს, რომელთა საშუალო წლიური ხარჯი 2000 აშშ დოლარს აღემატება. ხოლო შინამეურნეობების 12.8% ფარავს ამ ხარჯის 67%-ს. შესაბამისად, საქართველოს მოსახლეობა ამჟამად არ არის დაზღვეული კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისაგან.

იმისათვის, რომ საქართველოს მოქალაქეები დავიცვათ ამგვარი რისკისაგან, აუცილებელია სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის პარალელურად განვითარდეს ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემაც. ეს უკანასკნელი დაფუძნებული უნდა იყოს დამქირავებლისა და დაქირავებულის

ჯამა-მოსამსახურეების ერთობლივ სურვილზე. საქართველოში ამჟამად მოქმედი საგადასახადო კოდექსი ქმნის არახელსაყრელ გარემოს. ორმხრივი ინტერესის არსებობის შემთხვევაში მოსახლეობისავის ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შეძენა (თუნდაც დაქირავებულის სახელფასო შემოსავლად) აძვირებს პროდუქტს დაახლოებით 49%-ით. შესაბამისად არ არსებობს არავითარი მოტივაცია დამქირავებლისათვის ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის შესაძენად.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარება ერთის მხრივ გამოიწვევს ჯანდაცვის ბაზარზე არსებული არაფორმალური მიმოქცევის ფორმალიზაციას, მეორეს მხრივ პერსონალის წინაშე. სასიამოვნოდ ნელია, რომ ეს შეამცირებს სამედიცინო პერსონალის მიერ დაუსაბუთებელი ჩარევის მოცულობას და ამავე დროს გაამარტივებს ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხს მათი პასუხისმგებლობის გაზრდის ხარჯზე.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარებით გამოწვეულია სამედიცინო ბაზარზე თანხების მიმოქცევის ტრანსპარენტულობა და სახელმწიფოს გაუადვილდება მისი კონტროლი.

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო სისტემის განვითარებისათვის აუცილებელია სახელმწიფოს მარეგულირებელი და მაკონტროლებელი ფუნქციის გაძლიერება, რათა დაცული იყოს მოსახლეობის ინტერესები და ამავე დროს სამედიცინო სადაზღვევო ბაზარი. ყოველივე ეს მოითხოვს საფუძვლიანი, ერთიერთდაკავშირებული და ერთმანეთიდან გამომდინარე კანონქვემდებარე აქტების მწყობრი სისტემის შექმნასა და თანმიმდევრულ განხორციელებას. ამისათვის აუცილებელია დაიწყოს მზადება და დასრულდეს გადაუდებელი სამუშაოები. მათი მიზანი უნდა იყოს ქვეყნის ერთიანი ეკონომიკიდან მაქსიმალურად გაიმიჯნოს სექტორი (თავდაპირველად ჯანდაცვა, შემდეგ კი შრომისა და სოციალური დაცვის მთელი სეგმენტი), რომლისთვისაც შემუშავდება ტრანსფორმირების განსხვავებული ტექნოლოგიური რეჟიმი.

ჯანდაცვის რეფორმიდან გამომდინარე, შეიქმნა სამედიცინო სადაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, რომელსაც ევალება განახორციელოს სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები.

1. სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების შემუშავება და დამტკიცება

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამებს (შემდგომში პროგრამებს), "სამედიცინო დაზღვევის შესახებ" საქართველოს კანონის მეთორმეტე მუხლის შესაბამისად შეიმუშავებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასა და სხვა დაინტერესებულ საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან შეთანხმებით.

"სახელმწიფო მიზნობრივი პროგრამების (საპროგრამო წინადადებების) შერჩევისა და დაფინანსების წესების შესახებ" საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 24 დეკემბრის № 711 ბრძანებულების შესაბამისად, პროგრამაში უნდა იყოს მისი დასახელება, ძირითადი არსი, მიზნები და ამოცანები, მოცემული ეტაპზე მისი რეალიზაციის აუცილებლობის დასაბუთება, მოქმედების ვადა, პროგრამის მოსალოდნელი სოციალური ეფექტი, პროგრამის საერთო ღირებულება წლების მიხედვით და სხვ.

საქართველოს ეკონომიკისა და სოციალური განვითარების ინდიკატორული გეგმის პროექტში შესატანად მიზნობრივი პროგრამა ეკონომიკის სამინისტროს წარედგინება არა უგვიანეს მიმდინარე წლის 1 მარტისა, ხოლო საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის ძირითადი მაჩვენებლებისა და პარლამენტის პროექტში შესატანად - საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს 15 აპრილამდე.

ეკონომიკისა და ფინანსთა სამინისტროებში, საქართველოს მთავრობაში განხილვის შემდეგ, საქართველოს პრეზიდენტის წარდგინებით პროგრამებს ამტკიცებს საქართველოს პარლამენტი.

დამტკიცებული პროგრამა მოიცავს:

სამედიცინო მომსახურების იმ სახეებსა (ნოზოლოგიებისა და სირთულის ჯგუფის მიხედვით) და მოცულობას (სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტის მიხედვით), რისი მიღებაც გარანტირებულია საქართველოს მოქალაქისა და საქართველოში მუდმივად მცხოვრები მოქალაქეობის არმქონე პირებისათვის;

ფასებს საბაზო პროგრამის ცალკეულ სახეობათა მიხედვით;

სადაზღვევო შესატანის ოდენობას და გადახდის წესს ცალკეული დამზღვევისათვის.

პროგრამის ღირებულება, სტრუქტურა და საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტის წილი დაზღვევის პროგრამის ღირებულებაში ყოველწლიურად განისაზღვრება საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონით.

2. პროგრამის რეალიზაცია

სახელმწიფო ბიუჯეტის დამტკიცების შემდეგ პროგრამების რეალიზაცია ევალება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც განკარგავს პროგრამისათვის გამოყოფილ სახსრებს.

იგი ხელშეკრულებას აფორმებს საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასთან და სხვა დაწესებულებებთან, რომლებსაც კანონის შესაბამისად დაევალებული აქვთ პროგრამების განხორციელება.

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია (შემდგომში კომპანია) საქართველოს "შესყიდვების შესახებ" კანონის შესაბამისად პროგრამების განხორციელებისათვის ხელშეკრულებებს აფორმებს ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებთან და უზრუნველყოფს გამოყოფილი სახსრების მიზანმიმართულ და ეფექტიან გამოყენებას, პროგრამებით გათვალისწინებული პარამეტრების გუსტად დაცვას.

ხელშეკრულებაში გათვალისწინებულია სამედიცინო დაწესებულებების, დაზღვეულის, დამზღვევისა და მზღვეველის ძირითადი ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა.

დამზღვევის ვალდებულებებში გათვალისწინებული უნდა იქნეს პროგრამების დაფინანსების უზრუნველყოფის საკითხები. იმ შემთხვევაში, თუ დამზღვევი (ფინანსთა სამინისტროს სახით) დროულად ან ნაწილობრივ ვერ აუნაზღაურებს მზღვეველს სახსრებს, მას დარჩენილი პასუხისმგებლობა ეკისრება. ამით მზღვეველისათვის უზრუნველყოფილი იქნება შესრულებული მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება და საურავი (ჯარიმა) ხელშეკრულების დარღვევისათვის.

ხელშეკრულებაში ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნეს ვისგან რა ინფორმაციას, როგორი ფორმით და რა ვადაში ებულობს მზღვეველი, საკონტროლო - სტატისტიკური თუ სხვა ორგანოები. ხელშეკრულებას თან უნდა დაერთოს ინფორმაციის ურთიერთგაცვლის ფორმები.

3. პროგრამის დაფინანსება

პროგრამის დაფინანსების წყაროები შეიძლება იყოს:

ა) სამედიცინო დაზღვევის შესატანი, რომელსაც გადამხდელი დაღგენილი განაკვეთის შესაბამისად იხდის შრომის ანაზღაურებისა და მასთან გათანაბრებული გაცემული თანხებიდან.

სამედიცინო დაზღვევის გადამხდელებად ითვლებიან დამქირავებელი, მეწარმე, ფიზიკური და იურიდიული პირები, რომლებიც შრომას უნაზღაურებენ დაქირავებულ ფიზიკურ პირებს; ფიზიკური პირები, რომლებიც ეკონომიკური საქმიანობის განხორციელებისას შრომას უნაზღაურებენ იმ ფიზიკურ პირებს, რომლებიც მათ მომსახურებას უწევენ ხელშეკრულების საფუძველზე ან მის გარეშე; ფიზიკური პირები, რომლებიც იღებენ ანაზღაურებას.

კანონით გათვალისწინებულია, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისათვის თავის არიდების შემთხვევაში დამზღვევი სასამართლოს წესით ჯარიმდება გადაუხდელი სადაზღვევო თანხის ოდენობით. აღნიშნული ჯარიმა არ ათავისუფლებს მას სადაზღვევო შესატანის გადასახადისაგან.

ბ) ბიუჯეტიდან მიღებული მიზნობრივი სახსრები;

გ) საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა შემოსავლები.

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა მომავალში ვერ განვითარდება, თუ მას არ ექნება მყარი ფინანსური ბაზა, რომელიც დაეფუძნება რეალური დაფინანსების წყაროებს, ის იქნება სადაზღვევო შესატანი და სუბსიდია ცენტრალური ბიუჯეტიდან.

სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც კისრულობს ვალდებულებას, მოემსახუროს პაციენტს, გარანტირებული უნდა იყოს, რომ დამკვეთისაგან (ამ შემთხვევაში კომპანიისაგან) დროულად მიიღებს დაფინანსებას.

"საჯარო სამართლის იურიდიული პირის შესახებ" საქართველოს კანონის მეცამეტე მუხლის შესაბამისად, კომპანიის შემოსავლები მთლიანად ხმარდება მისი მიზნებისა და ფუნქციების განხორციელებას. კომპანიის სახსრების გამოყენება სხვა მიზნით დაუშვებელია.

საგადასახადო ორგანოები კომპანიის წარმომადგენლებთან ერთად შერჩევითი წესით უნდა ამოწმებდნენ, რამდენად სწორადაა გაანგარიშებული გადამხდელის მიერ სამედიცინო დაზღვევის შესატანი. იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდება, რომ გადამხდელმა არასწორად გააკეთა გაანგარიშება, მას კომპანიის სასარგებლოდ უნდა დაერიცხოს ჯარიმა გადაუხდელი თანხის მოცულობით.

4. პროგრამის შესრულების ანგარიშგება

სამედიცინო დაწესებულებასა და კომპანიას შორის გაფორმებული ხელშეკრულების შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებულნი არიან ყოველთვიურად, საანგარიშო თვის გასვლიდან არა უგვიანეს 5 "საბანკო" დღეში კომპანიას (ან კომპანიის დავალებით ფილიალებს) შესრულებული სამუშაოების შესახებ წარუდგინონ:

1. ფინანსური ანგარიში;
2. სტატისტიკური ანგარიში.

სამედიცინო მომსახურების სახეებს ენიჭება კოდები - სახელმწიფო პროგრამებს 01-დან 99-მდე; სახელმწიფო პროგრამებს ნოზოლოგიებისა და სირთულეების მიხედვით - 0001-დან 9999-მდე.

ფინანსური ანგარიშები ინომრება 01-დან 99-მდე, სტატისტიკური ანგარიშებიც ასევე – 01-დან 99-მდე. ანგარიშების დანომერა ხდება 1 იანვრიდან 31 დეკემბრის ჩათვლით ნაზარდი ჯამით. ამრიგად, კოდის პირველი ორი ციფრი მიუთითებს რეგიონს, შემდეგი ოთხი ციფრი დაწესებულებას, მომდევნო ორი - სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას, ხოლო ბოლო ოთხი ციფრი – სახელმწიფო ნოზოლოგიასა და დაავადების სირთულეს.

მაგალითისათვის - ქალაქი თბილისი – 01, ფსიქიატრიული საავადმყოფო – 0001, ფსიქიატრიული პროგრამა – 01 ... ნოზოლოგია – 0001;

კომპანიაში ფინანსურ ანგარიშს ღებულობს საბუღალტრო აღრიცხვა- ანგარიშგების განყოფილება (შემდგომში ბუღალტერია), ხოლო სტატისტიკურ ანგარიშს - პროგრამების მედამხედველობის განყოფილება.

ფინანსური ანგარიშის პირველი სამი პუნქტი ივსება სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო მომდევნო 4-7 პუნქტი - კომპანიაში.

სტატისტიკური ანგარიშის პირველ 6 სვეტს ავსებს სამედიცინო დაწესებულება, ხოლო დანარჩენს - კომპანიაში პროგრამების მეთვალყურეობის განყოფილება. სტატისტიკური ანგარიშის მეთერთმეტე სვეტის მონაცემებს პროგრამების მეთვალყურეობის განყოფილება გადასცემს ბუღალტერიას ფინანსური ანგარიშის მეოთხე პუნქტის შესავსებად. სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებული შემოწმების შედეგებიდან გამომდინარე, სტატისტიკური ანგარიშის შემოწმების შედეგად შემცირებული ასიგნების პუნქტის შესავსებად პროგრამების მეთვალყურეობის განყოფილება კომპანიის ფილიალებიდან ღებულობს შემოწმების მასალებს (ანგარიშებს), სწავლობს მათ სისწორეს და გადასცემს კომპანიის ბუღალტერიას.

თუკი სამედიცინო დაწესებულებების მიერ დეკემბერში შესასრულებელი სამუშაოების ანგარიში კომპანიას წარედგინება 10-15 იანვრამდე, კომპანიას ჩაეთვლება დეკემბრის ფაქტობრივ შესრულებაში, ხოლო დაგვიანებით წარდგენილი ანგარიშები შესწავლის შემდეგ (გადაწყვეტილება ფორმდება კომპანიის დირექტორის ბრძანებით) აღირიცხება, როგორც წინა პერიოდში შესრულებული სამუშაოების ღირებულება, რომელიც გამოვლინდა მიმდინარე წელს.

იმ შემთხვევაში, თუ პროგრამების მეთვალყურეობის განყოფილებამ საანგარიშო წლის გასვლის შემდეგ დააფიქსირა, რომ სამედიცინო წარმოდგენილ ანგარიშში მითითებული ასანაზღაურებელი თანხა არასწორია, ექვემდებარება შემცირებას ანალოგიურად ფიქსირდება წინა წელს შესრულებული სამუშაოების ღირებულება, რომელიც ასევე უნდა შემცირდეს.

სამედიცინო მომსახურების ფინანსური და სტატისტიკური ანგარიში არის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საქმიანობის შედეგების და დამკვეთის ფინანსური ვალდებულებების შესახებ ინფორმაციის წყარო, რომელიც გამოიყენება დამკვეთსა და შემსრულებელს შორის ანგარიშსწორებისათვის. ასეთი ანგარიშები გვიჩვენებს აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელების მიერ მათთვის მინდობილი რესურსების მართვის შედეგებს.

ფინანსური და სტატისტიკური ანგარიშების მომზადებაზე წარდგენასა და მათ რეალურობაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება დაწესებულებათა ხელმძღვანელებს.

პროგრამის შესრულების მიმდინარეობის შესახებ ანგარიშგება

ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯვის ანალოგიურად. პროგრამის შესრულების ანგარიშგება - საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ყოველკვარტალური ძირითადი საქმიანობის ბალანსთან ერთად, დანართის სახით. ბალანსს უნდა ერთვოდეს განმარტებითი ბარათი პროგრამების შესრულების მიმდინარეობის შედეგების შესახებ. პროგრამის შესრულების წლიური ანგარიშის ასლი ასევე წარედგინება საქართველოს ეკონომიკის სამინისტროს.

პროგრამების შესრულება დოკუმენტურად მოწმდება კომპანიის საფინანსო-სამეურნეო საქმიანობის რევიზიის დროს ან მის წლიურ ბალანს ამოწმებს სამეთვალყურეო საბჭოს დანიშნული დამოუკიდებელი აუდიტი.

5. ანგარიშსწორება სამედიცინო დაწესებულებებთან

დამკვეთსა და შემსრულებელს შორის ანგარიშსწორება ხდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულების შესრულების მიხედვით.

კომპანია მოვალეა სამედიცინო დაწესებულებას სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აუნაზღაუროს სამუშაოს შესრულების შემდეგ სრულად ან ნაწილ-ნაწილ, თუ ასეთი რამ გათვალისწინებულია ხელშეკრულებით. იქ, სადაც პაციენტის მკურნალობა მიმდინარეობს მხოლოდ სამკურნალო საშუალებებით, სამედიცინო დაწესებულებამ კომპანიას უნდა წარუდგინოს ანგარიში მათი ხარჯვის შესახებ.

სამედიცინო დაწესებულებები კომპანიას პროგრამებისა და ნოზოლოგიების მიხედვით წარუდგენენ შესრულებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ანგარიშებს. მისი მონაცემების შემოწმების შემდეგ ფიქსირდება სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს ღირებულება, რომლის გადახდაც ეკისრება დამკვეთს.

კანონით მინიჭებული უფლებების საფუძველზე, კომპანია სამედიცინო დაწესებულებაში ამოწმებს დაზღვეულთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და მოცულობას. ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების

შეუსრულებლობის შემთხვევაში კომპანია შემსრულებელს ნაწილობრივ უნაზღაურებს მკურნალობისათვის გაწეულ ხარჯებს.

სამედიცინო დაწესებულებებთან ანგარიშსწორება მიმდინარეობს სისტემატურად კომპანიის ანგარიშზე შემოსული თანხებიდან.

პროგრამების ღირებულების გაიაფების მიზნით შესაძლებელია სამედიცინო დაწესებულების (დაწესებულებათა) დაკვეთით ტენდერის წესით ცენტრალიზებულად იქნეს შეძენილი სამკურნალო საშუალებები. ამ შემთხვევაში დამკვეთისა და მიმღების ფუნქციას შეასრულებს სამედიცინო დაწესებულება, თანხას გადაიხდის – კომპანია. ხელშეკრულებას, სადაც მოცემული იქნება თითოეული მათგანის ვალდებულება და ამ ვალდებულების შეუსრულობისათვის გათვალისწინებული სათანადო სანქციები, უნდა დაერთოს კომპანიასა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის გაფორმებული ხელშეკრულებაც, რომელშიც მითითებული იქნება, რომ დამკვეთს კომპანიის მიერ გადარიცხული თანხა ჩაეთვლება, როგორც სამედიცინო დაწესებულებისათვის ავანსად გაცემული სახსრები (ხელშეკრულების ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესასრულებელი წლიური სამუშაოს ღირებულების 40-50 პროცენტს). ამავე ხელშეკრულებაში მითითებული უნდა იყოს, რომ ავანსად გაცემული სახსრების არანაკლებ 15 პროცენტი გადაირიცხება კომპანიის სარეზერვო ფონდში, რომელსაც განკარგავს სამეთვალყურეო საბჭო. კომპანიის სარეზერვო ფონდში გადარიცხული სახსრებით იზრდება დამკვეთისათვის გადარიცხული სახსრები, რომელიც უნდა ჩაითვალოს ავანსად.

ავანსად გაცემული სახსრების დაფარვა ხდება წლის განმავლობაში შესრულებული სამუშაოების ღირებულების ანაზღაურებისას.

6. სამედიცინო დაწესებულებაში შესრულებული სამუშაოების აღრიცხვა

სამედიცინო დაწესებულებებში შესრულებული სამუშაოების ასე სამედიცინო მომსახურების ღირებულებაში უნდა შეეიღეს სახელმწიფო სავალდებულო და ნებაყოფლობითი სამედიცინო

დაზღვევის, მათ შორის მუნიციპალური პროგრამებითა და შიგა სტანდარტებით შესრულებული სამუშაოების ღირებულება.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის განხორციელებისას განსაზღვრული სადაზღვევო საფასურის გადასახდელად კანონის შესაბამისად ერთიანდება იურიდიული და ფიზიკური პირების უულადი სახსრები, რაც უზრუნველყოფს პაციენტის მომსახურების ხარჯების დაფარვას შესაბამისი პროგრამების ფარგლებში.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა უზრუნველყოფს დაზღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას სათანადო წესით რეგისტრირებული და ექსპერტიზებული პროგრამების ფარგლებში.

სამედიცინო დაწესებულებას ყველა სახის სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისათვის გაფორმებული უნდა ჰქონდეს ხელშეკრულება და ხდებოდეს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულების აღრიცხვა და სათანადო ორგანოებში წარდგენა.

თუ ფინანსური და სტატისტიკური ინფორმაცია საიმედო და სრულყოფილია, იგი მომხმარებელთა ფართო ფენებს სწორი გადაწყვეტილების მიღების საშუალებას აძლევს, რაც ეხმარება მათ შეაფასონ ამა თუ იმ დარგის აღრინდელი, მიმდინარე და მომავალი საქმიანობა. საიმედო ინფორმაცია არ შეიცავს შეცდომებს და არ არის ტენდენციური. ინფორმაცია საიმედოდ არ ჩაითვლება, თუ მასში წინასწარ ასახულია ისეთი მონაცემები, რომელიც გავლენას მოახდენს მომხმარებლის გადაწყვეტილებაზე და ამდენად განკუთვნილია წინასწარ განზრახული შედეგების მისაღწევად. ასეთი მაგალითები სამედიცინო დაწესებულებებში, სამწუხაროდ ჯერჯერობით მრავალია.

საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, შესრულებული სამუშაოების მიღოსავლებისა და ხარჯების აღრიცხვის ორი მეთოდი არსებობს საკასო და დარიცხვისა, მაგრამ ეს მეთოდები ბევრ დაწესებულებაში ჯერაც არ არის გამოყენებული.

შესრულებულ სამუშაოების (მომსახურების) აღრიცხვას ნაწილობრივ ისიც უშლის ხელს, რომ დაწესებულებათა ხელმძღვანელები, სააღრიცხვო დარგის მუშაკებს არ აძლევენ სათანადო დოკუმენტებს პაციენტების მიღების, მომსახურებისა და მათთან ანგარიშსწორების შესახებ. ასევე არ არის აღრიცხული პაციენტების მიერ თანადაფინანსების გზით შემოტანილი სამკურნალო საშუალებების ღირებულება და სხვ.

ფინანსური თუ სტატისტიკური ინფორმაცია ის მონაცემია, რომელსაც უნდა დაეყრდნოს შემდგომი საქმიანობა. იგი საშუალებას იძლევა გაკეთდეს ანალიზი, რათა გამოიკვეთოს დადებითი და უარყოფითი მხარეები, საჭიროებისამებრ შეფასდეს გაწეული მუშაობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში აღნიშნულ პროცესს არასწორი შეფასება მიეცემა.

პროგრამის ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ზემოთ მითითებული კოდექსის მე-60 მუხლის შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებებსა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით უნდა დაიდოს ხელშეკრულება, რომელშიც აისახება გასაწევი სამედიცინო მომსახურებისა და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები. იქვე აღინიშნება, რომ თუ ერთ-ერთი მხარე უარს განაცხადებს ხელშეკრულების შესრულებაზე, მეორე მხარეს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს. ასეთი ზომები ჯერჯერობით პრაქტიკულად არ არის გამოყენებული.

7. ანგარიშსწორება კომპანიასა და ფილიალებს შორის

კომპანიის ფილიალი (წარმომადგენლები) არის ცალკე ქვედანაყოფი, რომელიც მდებარეობს კომპანიის ადგილსამყოფელის გარეთ და ნაწილობრივ ახორციელებს მის ფუნქციებს. იგი არ არის იურიდიული პირი და საქმიანობას ეწევა კომპანიის მიერ დამტკიცებული აქტის საფუძველზე.

კომპანიის წარდგენით სამეთვალყურეო საბჭო ყოველწლიურად ამტკიცებს ფილიალის საშტატო განრიგსა და ხარჯთა ნუსხას.

კომპანია ვალდებულია ფილიალის ფუნქციონირებისათვის ყოველთვიურად გამოყოს სათანადო ასიგნებები, ხოლო ფილიალი ვალდებულია ყოველთვიურად წარუდგინოს კომპანიას ანგარიში გამოყოფილი თანხის, აგრეთვე პროგრამების დასაფინანსებლად მიღებული სახსრების ხარჯვის შესახებ (საანგარიშო თვის გასვლიდან არაუგვიანეს 10 დღეში).

ფილიალმა კომპანიის დავალებით სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთაც სამედიცინო მომსახურების შესრულებაზე ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული კომპანიასთან, უნდა შეამოწმოს დაზღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მოცულობა, გამოავლინოს

საკლოვანებებთა შესახებ წერილობით აცნობოს სამედიცინო დაწესებულებასა და კომპანიას. ამასთანავე, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ პროგრამების შესრულების კონტროლის პარალელურად, მათ სამოქმედო ტერიტორიაზე ასევე თვალყური ადევნოს გადამხდელთა მიერ სამედიცინო დაზღვევის შესატანების გადახდას.

ფილიალის ფუნქციონირებისათვის ხარჯთა ნუსხის შესადგენად კომპანია ეყრდნობა გასული საანგარიშო პერიოდის ანგარიშებს და წლის სავარაუდო მაჩვენებლებს. ამასთან მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ყველა ის ცვლილება, რაც მოსალოდნელია დასაგეგმავ წელს.

სამედიცინო დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევის ფონდები:

- იქმნება სადაზღვევო ორგანიზაციებში შემოსული შენატანების ხარჯზე;
- გამოიყენება დამზღვევი ორგანიზაციების მიერ დაზღვევის პირობებით გათვალისწინებული სამედიცინო და სხვა სახის მომსახურებების უზრუნველსაყოფად;
- ნებაყოფლობითი დაზღვევის ფონდები გამოიყენება სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ სამედიცინო და სხვა სახის მომსახურებაზე გაწეულ მოცემულ დაზღვევის სახეზე;

მოქალაქეებისა და იურიდიული პირების მიერ დაზღვაზე გამოყოფილი სახსრები არ იბეგრება.

სახელშეკრულებო პრინციპზე აგებულ სისტემაში განსაზღვრულია დამფინანსებელი მხარე.

დამფინანსებელი მხარე განთავისუფლებულია სამედიცინო დახმარების შემსრულებლის (სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების) და სამკურნალო დაწესებულების წარმომადგენლობითი ფუნქციისაგან და ევალებინება მოსახლეობის ინტერესების დამცველად,

როგორც სამედიცინო დახმარების მყიდველი. ეს საგრძნობლად ცვლის მათ ურთიერთობებს:

- სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულების უშუალო დაქვემდებარება ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოსადმი აღგილს უთმობს მათ შორის საბაზრო შეთანხმებისა და სამოქალაქო-სამართლებრივ საფუძვლებზე დამყარებულ სახელშეკრულებო ურთიერთობებს;
- მტკიცდება პრინციპი - "თანხა მიჰყვება ავადმყოფს", მოსახლეობას, ამ შემთხვევაში, შესაძლებლობა აქვს აირჩიოს დაწესებულება და არ იყოს "მიბმული" თავის ადმინისტრაციულ რაიონზე;
- სამედიცინო დახმარების მყიდველი (დამფინანსებელი) იხდის არა პაციენტზე დახარჯული რესურსების ღირებულებას, არამედ უშუალოდ მკურნალობის შედეგების მიხედვით. ამით იგი აქტიურად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების სტრუქტურაზე, მოცულობასა და ხარისხზე მოსახლეობის მოთხოვნილებების ანალიზის საფუძველზე შერჩეული ვარიანტებით გამოდის "ინფორმირებული მყიდველის" როლში.

თავი XX

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ახალი ხედვა

საზოგადოებრივ ჯანდაცვას ზოგი სპეციალისტი ასე განმარტავს:

- ადამიანთა თანაცხოვრებისა და განვითარების პირობებში სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში საუკუნეების განმავლობაში კაცობრიობის მიერ დაგროვილი გამოცდილების, მრავალი იდეის სინთეზის პროდუქტი;

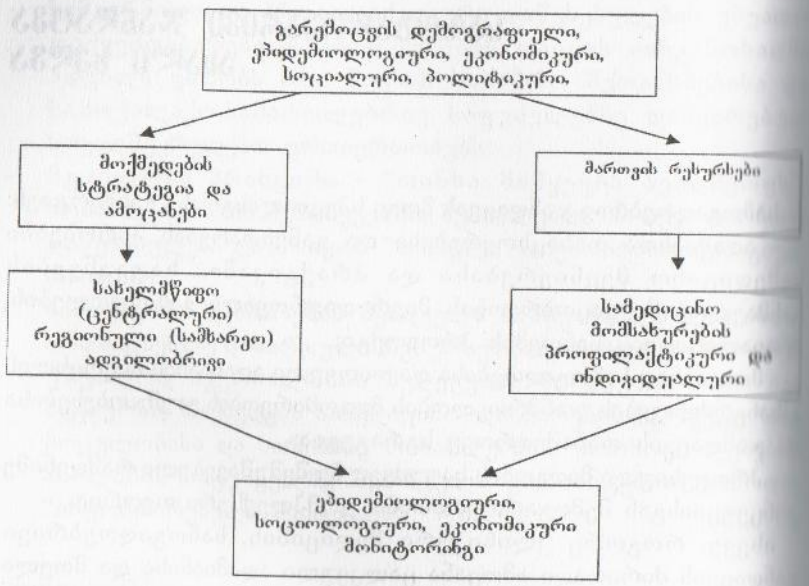
- მთლიანად საზოგადოებისა და თითეული ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივების, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ჯანდაცვის თანამედროვე სტრატეგია;

- პროფესიული მიდგომის საფუძველზე შემუშავებული რამდენიმე კონცეფციისგან შემდგარი ერთიანი, კომპლექსური თეორია.

ისევე, როგორც კლინიკური მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითადი ამოცანა ცალკეული ადამიანისა და მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესებაა. ამ მიზნის მისაღწევად საზოგადოებრივი ჯანდაცვა იყენებს, როგორც პირდაპირ (მაგალითად, ღედათა და ბავშვთა დაავადებების პროფილაქტიკა), ასევე არაპირდაპირ მეთოდებს (მაგალითად, ეკოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესების ღონისძიებანი და სხვ.).

კლინიკური მედიცინის ყურადღება და ძალისხმევა, ავადმყოფობის პერიოდში, როგორც წესი, კონცენტრირებულია უშუალოდ პაციენტზე. ამავე დროს ცალკეული პიროვნების ჯანმრთელობა დაკავშირებულია მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობასთან, აგრეთვე არსებულ სოციალურ პროგრამებთან და ისევე, როგორც საზოგადოების კეთილდღეობა, დამოკიდებულია მისი ცალკეული წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თანამედროვე კონცეფცია მოიცავს ძრავალ ფართო სპექტრის ღონისძიებასა და პროგრამას, რომელიც ერთიანობაში წარმოაჩენს ინდივიდუალურ და სოციალურ ჯანმრთელობას.



ცალკეული ადამიანისა და საზოგადოების კეთილდღეობის ურთიერთკავშირი მთლიანობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განმსაზღვრელი ფაქტორია. კლასიკური განმარტებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, საზოგადოების ჯანმრთელობის განმარტებად მიჩნევა – ერთგვარად გამოყოფდა მას კლინიკური მედიცინისგან. ეს განსხვავება თანდათანობით მცირდება და ინდივიდის კეთილდღეობისა და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა ისევე როგორც საზოგადოებისა მთლიანობაში, ხორციელდება მრავალრიცხოვანი პირდაპირი და არაპირდაპირი ღონისძიებებითა და პროგრამებით, შესაბამისი სამსახურების მეშვეობით, რომლებიც განეკუთვნებიან როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ასევე ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების სფეროს. ამგვარი პროგრამები და ორგანიზაციები მოწოდებულნი არიან დააკმაყოფილონ მოსახლეობის მოთხოვნილებები სამედიცინო მომსახურებაზე. მათ შორის სხვაობა გამოწვეულია ისეთი ფაქტორებით, როგორიცაა ავადობა, მოსახლეობის

ასაკობრივი და სოციალურ-ეკონომიკური სტრუქტურა, გარემოს ფაქტორები. განვითარებად ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად პრობლემებს ინფექციური დაავადებები, დაბინძურებული გარემო, სასმელი წყალი, არადამაკმაყოფილებელი კვება, ქალისა და ბავშვის ჯანმრთელობა, დაბალი სანიტარიული დონე წარმოდგენს. განვითარებული ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები დაკავშირებულია ქრონიკულ დაავადებებთან, სადაც პროფილაქტიკა ძირითადად მიმართულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა: ცხოვრების წესი, ინდივიდუალური უნარ-ჩვევები, რისკ-ფაქტორები და პირდაპირი სამედიცინო მომსახურება.

ჩამოთვლილ ფაქტორებზეა დამოკიდებული დაავადებათა გავრცელების მასშტაბები. ამავე დროს, ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები, დაკავშირებული მოწამვლასთან და ტრავმასთან, ექვემდებარება მკურნალობას, მაშინ, როცა მათი უმეტესობა შესაძლებელია მხოლოდ კარგად ორგანიზებული და მკაფიოდ რეგულირებული ჯანდაცვის სისტემით. ძნელია (შეუძლებელია) ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცალკეულად განხილვა, ორივე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალ კონცეფციაში უნდა შეერთდეს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სამედიცინო მომსახურების ელემენტები ერთმანეთთან დაკავშირებულია მართვის სისტემებით, უწყვეტი ეპიდემიოლოგიური, ეკონომიკური და სოციოლოგიური კვლევების აუცილებლობით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფციის ევოლუცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეფციამ ევოლუცია განიცადა ძველესი ტრადიციებიდან სანიტარიაში XIX საუკუნის რევოლუციამდე, რომლის საფუძველი კაცობრიობის მიერ დაგროვილი პრაქტიკული გამოცდილება იყო. ჯერ კიდევ ანტიკურ ხანაში შეიქმნა არა ერთი ტრადიცია, რომელიც საფუძვლად დაედო ბევრ თანამედროვე ნორმას - პირადი ჰიგიენის დაცვას, ინფექციურ დაავადყოფთა იზოლაციას, საკვები პროდუქტების ხარისხისადმი მოთხოვნებს, სანიტარიულ ნორმებს, ფიზიკურ ვარჯიშს, უმწეოთათვის უფასო სამედიცინო მომსახურებას, წყალგაყვანილობისა და კანალიზაციის ებიექტების მშენებლობას.

შუა საუკუნეებში ქრისტიანულმა ტრადიციებმა გამოკვეთა მოწყალების მნიშვნელობა გაჭირვებულთსადმი, მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებებს განიხილავდა როგორც ცალკეული პიროვნების, ასევე საზოგადოების მიერ ჩადენილი ცოდვის საფასურს, რაც გარკვეულწილად აფერხებდა მეცნიერების განვითარებას.

XIX საუკუნეში მეცნიერების განვითარებამ, ქალაქების ზრდამ, რევოლუციამ სოფლის მეურნეობასა და მრეწველობაში, საყოველთაო განათლების გავრცელებამ, პიროვნების პოლიტიკური და სოციალური უფლებების გაფართოვებამ გზა გაუხსნა თანამედროვე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარებას. ქალაქების ზრდასთან ერთად მუნიციპალური ხელისუფლება იძულებული გახდა ოპერატიულად გადაეწყვიტა სანიტარიის პრობლემები, გაეუმჯობესებინა საკვები პროდუქტების ხარისხის და გარემოს მდგომარეობის მაკონტროლებელი სამსახურების მუშაობა, რამაც საბოლოო ჯამში გააუმჯობესა პირველ რიგში ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის არსებული მდგომარეობა.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის განვითარების ეტაპები

I. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ისტორიული საფუძველი
- უძველესი პერიოდი – ანტიკური ხანის სანიტარიული ნორმები, საკვები პროდუქტებისა და კვების კონტროლი, კონცეფციის "ჯანმრთელ სხეულში – ჯანმრთელი სულია" შექმნა და საზოგადოებაში დამკვიდრება;
- შუა საუკუნეები – ეკლესიის გამეფება, ბატონყმობის დროინდელი სამართალი, ცუდი კვება და ჯანმრთელობა, ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიები და პანდემიები;
- რენესანსი – ქალაქების ზრდა, ვაჭრობისა და სოფლის მეურნეობის განვითარება და აღმავლობა;
- მეცნიერების, ადამიანის უფლებების განვითარება, ეპიდემიოლოგიის როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბება;
- რევოლუცია მრეწველობაში - ჯანმრთელობაზე ცხოვრების პირობების ზეგავლენის მნიშვნელობის განსაზღვრა-აღიარება.

2. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული ჩამოყალიბება:
- რევოლუცია სანიტარიაში, მიაზმების თეორია (1850-1880);
- აღმოჩენები ბაქტერიოლოგიაში (1880-1910) – მიკრობიოლოგიის განვითარება და მეცნიერული მონაცემების გამოყენება

ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლაში;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება მეცნიერულ დონეზე, რესურსების განაწილების ორგანიზაცია (1910-1960);
- დემოგრაფიული ცვლილებები – შობადობისა და სიკვდილობის შემცირება, მოსახლეობის დაბერება;
- ეპიდემიოლოგიური ცვლილებები – ქრონიკულ დაავადებათა სიჭარბე, ინფექციურ დაავადებათა მეორეული გავრცელება;
- ჯანდაცვის სოციალური მიზანმიმართულება (1960-1975) - საზოგადოების ძალისხმევა უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მიღწევადობა.

3. სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის გაზრდა:
- თერაპიის, ქირურგიის, ფსიქიატრიის განვითარება;
- მიღწევები ფარმაკოლოგიაში – ახალი ტექნოლოგიები – ვაქცინები, ანტიბიოტიკები. ჰიპერტონიის საწინააღმდეგო საშუალებები, კარდიოგენული, ფსიქოტროპული პრეპარატები, ინფუზიური მკურნალობის გავრცელება და ორალური რეჰიდრატაციული თერაპია, ლაბორატორიული ანალიზის მეთოდების განვითარება;
- მოსახლეობის სოციალური დაცულობა და კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემების განვითარება;
- სამედიცინო სამსახურების განვითარების კომპლექსური გეგმები და საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემების შემდგომი განვითარება;
- პროფილაქტიკური მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა, საზოგადოების განსაზღვრული ჯგუფებისათვის პირველადი სამედიცინო-სანიტარიული დახმარება, მაღალი რისკ-ჯგუფების ცნების შემოღება;
- პირველადი სამედიცინო-სანიტარიული დახმარება ორიენტირებული ცალკეული რაიონების ქალაქების ეპიდსიტუაციის გაუმჯობესებაზე;
- ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება.

4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი კონცეფცია:
- ალმა-ათის დეკლარაცია "ჯანმრთელობა ყველასათვის";
- კონცეფცია "ჯანმრთელობის ველი";
- მოტივაციის გაზრდა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცება;
- ჯანდაცვის ამოცანები;
- ჯანდაცვის საზოგადოებრივი აღიარება და კონსიუმერიზმის (მომხმარებლობა) გაზრდა;

- თემის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ქალაქები, სოფლები, რაიონები, რეგიონები);
- კიბერნეტიკა, ჯანდაცვის სისტემების ეპიდემიოლოგია, მონიტორინგი;
- სამედიცინო სამსახურების (ჯანდაცვის) როგორც ეკონომიკური სისტემების მართვა;

მეცხრამეტე საუკუნის მეორე ნახევრიდან მოყოლებული სახელმწიფოები სულ უფრო მეტ ყურადღებას ანიჭებდნენ სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო მიღწევადობას; რევოლუციას სანიტარიაში მოჰყვა მიკრობული თერაპიის განვითარება ინფექციურ დაავადებათა ეთიოლოგიაში, რომელიც შესაძლებელი გახდა ცოდნის გაღრმავებით ეპიდემიოლოგიაში, მიკრობიოლოგიაში, იმუნოლოგიაში, ანტიბაქტერიულ თერაპიაში, რამაც უდიდესი როლი ითამაშა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. 1910-1960 წლებში ყველა ეს მიღწევა ფართოდ დაინერგა პრაქტიკაში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

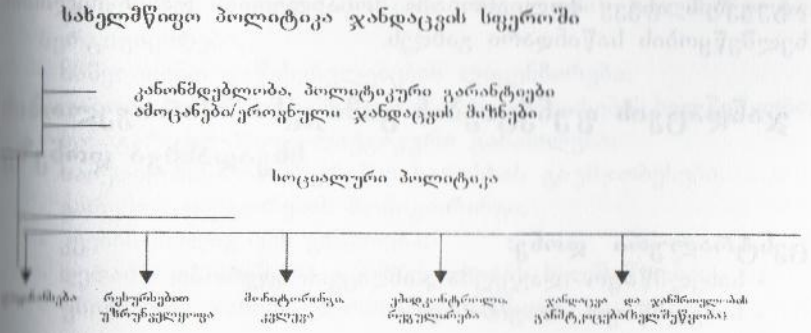
საზოგადოებამ საუკუნეების მანძილზე სპეციალური ღონისძიებების გამოყენებით, ისწავლა დაავადებათა თავიდან აცილება გათვითცნობიერა, რა, რომ ცალკეული ადამიანების ჯანმრთელობა დამოკიდებულია ამ ღონისძიებათა გატარების ეფექტიანობაზე.

სახელმწიფოს ჩართვა ამ პროცესში გარდუვალია იმის და მიუხედავად, თუ საზოგადოება აშენებულია დემოკრატიისა და თავისუფალი ეკონომიკის პრინციპებზე თუ ცენტრალური მართვის პრინციპებზე მბრძანებლური ეკონომიკით. სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილული იქნას, როგორც ადამიანთა ბოგიერთი უფლების დამრღვევი (შემზღუდავი), მაგრამ პრობლემათა ერთობლიობა წარმოჩენილი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე და პრაქტიკული ღონისძიებები მათი რეალიზაციისათვის გულისხმობენ გარკვეული კომპრომისის აუცილებლობას ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად საზოგადოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, დაბეგრვას საყოველთაო ჯანმრთელობის სასარგებლოთ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან

ფტორირებას, საყოველთაო აუცილებელ იმუნიზაციას ბავშვების სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციალურ ღონისძიებებს საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ იცვება საწარმოო უსაფრთხოების ნორმები ან რომელიც იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

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

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სახელმწიფო ორგანოთა ძირითადი ფუნქციები



დაფინანსება – სამედიცინო მომსახურების, დახმარების მიღწევადობის უზრუნველყოფა საზოგადოებრივ და კერძო სექტორებში, ეკონომიკური ანალიზი, ღირებულების (ფასების) ზრდის შენელება ეკონომიკური სტიმულირება (ეკონომიკური მოტივაციის გაზრდა).

რესურსები – სისტემის მაღალკვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა, და მათი რაციონალური განაწილება, სამკურნალო დაწესებულებები (საავადმყოფოები, კლინიკები, ლაბორატორიები, სოციალური სამსახურები) ვაქცინები, წამალსაშუალებები მონიტორინგი და სამეცნიერო კვლევები.

კვლევები – ეპიდემიოლოგია, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების განვითარება, ანალიზი, შეფასება, კვლევა (ფუნდამენტალური, კლინიკური, და ეპიდემიოლოგიური)

რეგულირება – პროფესიული სტანდარტების შემუშავება, კვების პროდუქტების, სამკურნალო საშუალებების ხარისხიანობის კონტროლი, გარემოს შეფასება, მონიტორინგი, პროფესიული დაავადებათა რისკის განსაზღვრა, დაკავშირებული მოგიერიება ქცევის სტერეოტიპებთან, პერსონალისა და დაწესებულებების აკრედიტაცია.

ჯანდაცვა და ჯანმრთელობის განმტკიცება (ხელშეწყობა) – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ქმედითობა მთლიანობაში, ასევე სხვა საზოგადოებრივი სექტორების ძალისხმევა, რომელიც შესაძლებელია როგორც ადამიანთა (მოსახლეობის) ცალკეული ჯგუფების ასევე მთლიანობაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საწინდარი გახდეს.

ჯანდაცვის ფუნქციების გამიჯვნა მმართველობის სხვადასხვა დონეზე

ცენტრალური დონე:

- სახელმწიფო დაგეგმვა ჯანდაცვის სფეროში;
- სახელმწიფო დაფინანსება;

- სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სამსახურის ორგანიზება;
- რეგიონების თანაბარი განვითარება, მიზნების, ამოცანების პრიორიტეტების განსაზღვრა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო-კვლევითი საქმიანობის ორგანიზება;
- პროფესიული სტანდარტები, ლიცენზირების პროცესის ორგანიზაცია;
- გარემოს დაცვის ღონისძიებათა ორგანიზაციის ხელშეწყობა გარემოს დაცვის სამინისროსთან ერთად;
- საკვები პროდუქტების, სამკურნალწამლო საშუალებების სტანდარტიზაციის უზრუნველყოფა;
- ეპიდემიოლოგიის განვითარების ხელშეწყობა;
- სამედიცინო სოციალური სტატისტიკის წარმოება;
- სამედიცინო მრეწველობის განვითარების ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პროფილაქტიკა, კვების პოლიტიკის განსაზღვრა;
- სახელმწიფო ლაბორატორიული სამსახურების ფუნქციონირების ხელშეწყობა (სტანდარტებისა და რეკომენდაციების შემუშავება);
- სოციალური უზრუნველყოფის ხელშეწყობა.

რეგიონული (სამხარეო) დონე:

- რესურსების განაწილება;
- ჯანდაცვითი ქმედებების დაგეგმვა;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის კონტროლი;
- სამედიცინო დემოგრაფიული სტატისტიკის წარმოება;
- ინფექციურ დაავადებათა კონტროლი;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პროფილაქტიკა;
- კადრების კვალიფიკაციის ამაღლების ხელშეწყობა, სერტიფიცირება;
- სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება;
- ლაბორატორიული სამსახურის ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
- სანიტარიულ-პროფილაქტიკური განათლება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;
- გარემოს ფაქტორების მონიტორინგი;
- კვების პოლიტიკის გატარება;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა.

ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოები:

- პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, რეგისტრაცია;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის კონტროლი;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- რესურსების განაწილება;
- მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განვითარების ხელშეწყობა, დაგეგმვა და მართვა ადგილობრივ დონეზე;
- პროფილაქტიკური /ამბულატორიული/ დახმარების ორგანიზაცია;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ლიცენზირება;
- საავადმყოფოების ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, ბინამე მომსახურეობა;
- ინვალიდთა მოვლა;
- რეაბილიტაცია, ხანგრძლივი სამედიცინო მოვლა;
- სამედიცინო და ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, კოორდინაცია;
- დარგთაშორისი თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- მოსახლეობის სოციალური მხარდაჭერა;
- ადგილობრივი მოსახლეობის სანიტარიულ-ჰიგიენური და პროფილაქტიკური განათლება;
- გარემოს დაცვა;
- კვების პოლიტიკის ხელშეწყობა;
- თემის როლის ამაღლება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებათა უზრუნველყოფაში.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება უნდა ეფუძნებოდეს სამართლებრივ ბაზას,. რაც უზრუნველყოფს ყველა საზოგადოებრივ სათემო სამსახურების კონტროლსა და მართვას სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა ასპექტში. დარგთაშორის თანამშრომლობის, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების საქმიანობის კოორდინაციას მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცებისათვის.

მას საკანონმდებლო ბაზის საფუძველზე გააჩნია მარეგლამენტირებელი როლი, რაც საშუალებას აძლევს დაიცვას

მოსახლეობა იმ არასახარბიელო მოვლენებისაგან, რომელიც საფრთხეს უქმნის მათ ჯანმრთელობას, უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურეობის სტანდარტების დაცვას.

საბაზისო ჯანდაცვითი ფუნქციების აღსასრულებლად, გამომდინარე ამოცანებიდან, სახელმწიფომ უნდა შეინარჩუნოს მმართველობითი ფუნქციები შესაბამისი სამსახურების ურმირებით (საშუალებით) მაგ., იმუნიზაცია, ორსულთა და ბავშვთა პატრონაჟი, ქრონიკული და მწვავე მოწამვლები, აივ/შიდსის ინფექციების ტესტირება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვა, ნარკომანიის პრობლემათა გადაჭრა, რაც შეუძლებელია მოგვარებული იქნას სხვა სამსახურების მიერ. რაც შეეხება მოსახლეობის სანიტარიულ-პროფილაქტიკურ განათლებას - ეს მთლიანად სახელმწიფო სამსახურების პრეროგატივაა. მაღალი რისკის მქონე და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფა

- **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა ეფუძნება ინფორმაციას, როგორც მოქმედი ჯარი დაზვერვის მონაცემებს;**
- **ქვეყანაში განვითარებული საბაზრო ეკონომიკით ჯანდაცვის განვითარებას მიიჩნევენ ნაციონალურ ამოცანად და საზოგადოებრივი სიკეთის საფუძვლად.**

ისტორიულად თანდათანობით ჩამოყალიბდა ტენდენცია და წესი სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებებიდან ჯანდაცვის საჭიროებებზე მნიშვნელოვნი წილის გამოყოფის და იგი შეადგენდა მიდა ნაციონალური პროდუქტის არანაკლებ 7-14%. ზოგიერთი ინდუსტრიული სახელმწიფოები, განსაკუთრებით სოციალისტური, განიხილავენ ჯანდაცვას როგორც "არამწარმოებლურ" სფეროს, სფეროს, რომელიც უპირატესად იყენებს საშუალებებსა და რესურსებს ვიდრე საზოგადოებრივი სიკეთის მწარმოებელ. ასეთი მიდგომის შემთხვევაში ნაკლები ყურადღება ენიჭება სამედიცინო ტექნოლოგიებს. ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსება შ.ნ.პ. წილის 3.5% შეადგენს.

ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონეს მრავალფეროვანია და ერთჯერობით ბოლობდე შესწავლილი არ არის. შესაძლებელია (ლიტერატურული მონაცემებით), რომ იგი 50 პროცენტით

განპირობებული იყოს სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზებით, 30 პროცენტი – ცხოვრების წესით, 10 პროცენტი- გარემოს დაბინძურებით და უსაფრთხოების ტექნიკის უგულველყოფით და 10 პროცენტი არასაკმარისი სამედიცინო დახმარებით. ეკონომიკური განვითარების და ცხოვრების დონის ამაღლების ფაქტორები სოციალური სექტორის გარეთაა და შესაბამისად არ არიან პირდაპირ დაკავშირებული ჯანდაცვის რეფორმასთან.

ცხოვრების ჯანსაღ წესზე გადასვლის სტიმულირება გულისხმობს დამატებითი გადასახადების შემოღებას თამბაქოს ნაწარმზე და უხარისხო კვების პროდუქტებზე; სოციალური კანონების მიღებას რომელიც ზღუდავს თამბაქოს მოხმარებას, რეკლამასა და ასევე ფართო პროპაგანდისტული პროგრამების დანერგვას სწორი კვების, ფიზიკური აქტივობის და პირადი ჰიგიენის დაცვის თვალსაზრისით გარემოს შენარჩუნების, ტრავმატიზმის თავიდან აცილების მიზნით ჩამოთვლილი ღონისძიებები არ შეიძლება იყოს იაფი და მარტივი.

ამ შემთხვევაში ხელისუფლებამ სტიმულირებისა და ინვესტიციების ეფექტური სისტემა უნდა შექმნას ეკოლოგიურად სუფთა ტექნოლოგიების დასანერგად და რაც მთავარია მისაღწევი შეთანხმება - კონსენსუსი საზოგადოებასთან, რომელიც ამ პროცესის მონაწილე და შედეგებით მოსარგებლეა.

სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება

საბაზრო მექანიზმების გამოყენებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს შრომის ნაყოფიერების, ეკონომიკური დონის ზრდის სტიმულირებისათვის, შესაბამისად ცხოვრების დონის ამაღლებისათვის. სწორედ ამიტომ სხვა სტრატეგიის არჩევა წარმოუდგენელია. (არასასურველი და შეუძლებელიცაა) ამიტომ საჭიროა შემუშავდეს მთელი რიგი კომპლექსური ღონისძიებები მიმართული საბაზრო მექანიზმების დანერგვისაკენ, რომლებიც თავის მხრივ ზრდიან (ხელს უწყობენ) წარმოების ეფექტიანობას და რესურსების სწორ განაწილებას.

მაგრამ ამავე დროს ამგვარი სტრატეგია პანაცეა არ არის: ერთის მხრივ იგი სამედიცინო მომსახურების დონის გაზრდის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა, ხოლო მეორე მხრივ, უარყოფითი ეფექტების პროვოცირების რეალურ საშიშროებასაც ქმნის, რომელიც

დაკავშირებულია საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლასთან. საბიუჯეტო კრიზისი მომარაგების სისტემის მოშლა, ფასების მკვეთრი ზრდა და ა. შ. ეს მხოლოდ აისბერგის მწვერვალია დაკავშირებული საბაზრო მექანიზმების გამოყენებასთან ჯანდაცვაში. მიუხედავად ზემოღთქმულისა ამგვარი სიძნელეები არ უნდა გახდეს საბაზრო მექანიზმების (საბაზრო ურთიერთობების) გამოყენებაზე უარის თქმის საფუძველი, რადგან საბოლოო ჯამში სწორედ საბაზრო ურთიერთობების ძალებითაა შესაძლებელი შემცირდეს დანაკარგები და გაზარდოს სისტემის ეფექტიანობა.

რასაკვირველია მზა რეცეპტების გამოძებნა მეტად რთული პროცესია, მაგრამ თუ განვითარებულ ქვეყნების გამოცდილებას გავითვალისწინებთ ცხადი გახდება, რომ საბაზრო ურთიერთობები, მართალია ყველა დარგში ერთნაირად ვერ მოქმედებენ, მაგრამ საგრძნობლად ეფექტიანია მათი მოქმედება ჯანდაცვის სისტემაში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ დადებითი შედეგების მიღწევა შესაძლებელი ხდება ხისტი იურიდიული ნორმების შემოღებით, მიზანმიმართული სუბსიდიებით და მკაცრი კონტროლით, რათა თავიდან იყოს აცილებული შესაძლებელი დანაშაულებრივი ქმედებები და გარდამავალი პერიოდის სხვა ნეგატიური შედეგები. საბაზრო ურთიერთობებმა როგორც წარმოების ეფექტიანობის გაზრდის სანდო ინსტრუმენტმა, ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია ვერ მოახდინოს სასურველი გავლენა რესურსების თანაბარ განაწილებაზე.

რესურსების თანაბარი განაწილების პროცესის დახვეწისათვის, ჩვენი აზრით, აუცილებელია:

ა) დაუცველი მოსახლეობის (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები, მარტოხელები) ინტერესების გათვალისწინება, მათთვის სპეციალური მომსახურების სახეების, სპეციალური პროგრამების შემუშავებით;

ბ) დაავადებებთან დაკავშირებულ დანახარჯებში წილობრივი მონაწილეობის მიღება და თანდათანობით – სახელმწიფო – დამქირავებელი - ინდივიდი - სისტემის სრულყოფა;

გ) მომსახურების სახეების მაქსიმალურად გაფართოება.

ორგანიზაციულ-სტრუქტურული ცვლილებები (რეორგანიზაცია)

დღეისათვის მოძველებულ "სემაშკოს" მოდელის ნაცვლად ჯანდაცვაში გამოჩნდა ახალი, უფრო რთული სისტემები. ამ პირობებში (დეცენტრალიზაციისა და კერძო საკუთრების პირობებში) წარმატებული საქმიანობისათვის ჯანდაცვის ხელმძღვანელები და ორგანიზატორები უნდა ფლობდნენ მმართველობითი ჩვევების, თვისებებისა და მომზადების აბსოლუტურად განსხვავებულ დონეს, რაც მათ უკეთეს შემთხვევაში ცენტრალიზებული მართვის პირობებში გააჩნდათ.

მმართველობით სტრუქტურებს სჭირდებათ ახალი დონის ცოდნა, რომელიც საშუალებას მისცემთ მათ გაერკვან და გადალახონ თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის მართვის თანმხლები გართულებული ამოცანები, თანმხლები ინფორმაციული ნაკადით თანამედროვე ეტაპზე ჩნდება სამედიცინო (ასევე არა სამედიცინო) პერსონალის უფრო ფართო მასშტაბიანი მომზადების აუცილებლობა ისეთ საკითხებში, როგორიცაა "ჯანდაცვის პოლიტიკა" "მართვა" "ეკონომიკა" "ჯანდაცვის ეკონომიკა" "ეპიდემიოლოგია" "ინფორმაციული ტექნოლოგიები" "კომუნიკაციები" "სამედიცინო სოციოლოგია" და სხვა დისციპლინები.

ამგვარად რეფორმის პროცესის წარმატების გასაღები მმართველობითი კადრების მომზადების სისტემის ფუნდამენტალურ გარდაქმნაში ძევს.

ამას გარდა უნდა შეიცვალოს სამეცნიერო-კვლევითი ხასიათის სამუშაოები ამ მიმართულებით.

მოქმედებათა თანამიმდევრობა

გარდამავალმა პერიოდმა ბევრი ნეგატიური მოვლენები წარმოაჩინა: ინფლაციის გამო საბიუჯეტო კრიზისი, შემოსავლების შემცირება, წარმოების სახელმწიფო სექტორის რღვევა, უმუშევრობა და საბოლოო ჯამში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუარესება გამოიწვია. გაიზარდა სიღარიბის ზღვარი; ბუნებრივია, რომ სიღარიბე თავის მხრივ უამრავ პრობლემას ქმნის, რაც

დაკავშირებულია საცხოვრებელი პირობების შეცვლასთან, არაბალანსირებულ კვებასთან, ცხოვრების სწორი წესის დაუცველობასთან. სიღარიბე ყველაფერთან ერთად არჩევანის საშუალებასაც ზღუდავს.

მეორე მხრივ, შემოსავლების შემცირება არ აძლევს სახელმწიფოს ემნიშვნელოვანესი სოციალური, ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების საშუალებას, მაშინ როცა ამაში მოსახლეობის მხრიდან გაზრდილი მოთხოვნილება არსებობს. ამიტომაც ჯანდაცვის სისიტემა არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში საბოლოო ნგრევის საშიშროების წინაშეც დგას.

გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში რეფორმა ჯანდაცვის სისტემაში ორ ეტაპად უნდა განხორციელდეს. პირველ ეტაპზე (ორი-ოთხი წელი) ძირითადი ყურადღება გარდამავალი პერიოდის მიმდინარე სიკეთხებსა და ღონისძიებებს უნდა დაეთმოს; ამ საკითხებს მიეკუთვნება: წამალთმომარაგება, წამლის, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ფასების რეგულირება, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სასუნთქი ორგანოების დაავადებები, ტრავმატიზმი და სხვა) და სოციალურად ყველაზე დაუცველი მოსახლეობის ხელშეწყობა.

მეორე ეტაპზე საჭიროა ყურადღების კონცენტრირება საშუალო და გრძელვადიანი პროგრამების განხორციელებაზე: საუბარი ეხება უფრო ეფექტიანი მიდგომების გამოძებნას მკურნალობასა და პროფილაქტიკის საკითხებში.

ჩნდება საჭიროება ხელახლა გადაიხედოს მთელს ჯაჭვი — "ჯანმრთელობა", "პირველადი სამედიცინო დახმარება" ("პირველადი ჯანდაცვა"), "სტაციონარული დახმარება" – "სოციალური დაცვის სამსახურები", რაც სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების ახალ შეხამებას ითხოვს.

და ბოლოს, დარგის ორგანიზაციული შესაძლებლობები გაფართოებული და გაძლიერებული უნდა იქნეს რეფორმებით (ცვლილებებით) კანონმდებლობაში, ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნით, პერსონალის მომზადებით ახალი მოთხოვნილებების შესაბამისად, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესებით.

თუმცა ეს პროცესი, რასაკვირველია შესაძლებლობის ფარგლებში, პარალელურად ეკონომიკურ აღორძინებას უნდა მიჰყვებოდეს.

სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში შესაძლებელია განხილული იქნეს როგორც ადამიანთა ზოგიერთი უფლების დარღვევა (შეზღუდვა), მაგრამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე წარმოჩენილ პრობლემათა ერთობლიობა და მათი რეალიზაციის პრაქტიკული ღონისძიებები გულისხმობს გარკვეულ კომპრომისს ადამიანთა ინდივიდუალურ უფლებებსა და ზოგადად საზოგადოების ინტერესებს შორის. აღნიშნული ეხება, მაგალითად, დაბეგვრას საყოველთაო ჯანმრთელობის სასარგებლოთ, სასმელი წყლის ქლორირებას ან ფთორირებას, ბავშვთა საყოველთაო აუცილებელ იმუნიზაციას სკოლაში შესვლის წინ, საჯარიმო და პენიტენციალურ ღონისძიებებს საწარმოთა ხელმძღვანელობის მიმართ, სადაც არ არის დაცული უსაფრთხოების ნორმები ან იწვევს გარემოს დაბინძურებას.

ჯანმრთელობის დაცვის დაბალანსებულმა სისტემამ უნდა უზრუნველყოს რესურსების რაციონალური განაწილება პროფილაქტიკურ, სამკურნალო და გარემოს დაცვით ღონისძიებებს შორის. იმ ფაქტის აღიარება, რომ მოსახლეობას გარკვეული ჯგუფები ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროებენ მეტი თანხის გამოყოფას სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფისათვის, ვიდრე სხვა, განსაზღვრავს თანხების დამატებით გამოყოფას მეტად დაზიანებად ჯგუფებისათვის; ამავე დროს ჯანდაცვის სისტემა უნდა ითვალისწინებდეს იმ ფაქტორებს (კვება, სანიტარია, საცხოვრებელი და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები), რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ამის გარდა ჯანდაცვის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეს სამედიცინო დარგის მუშაკებისა და დაწესებულებების მიერ, რაც შესაძლებელია მხოლოდ სტანდარტიზაციის აკრედიტაცია-ლიცენზირების ადეკვატური ღონისძიებების შემუშავებით.

თავი XXI

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

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, რეორიენტაციის მეორე ეტაპის ბოლოს ქვეყანაში სისტემურად ამოქმედდა ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელი. ამ პერიოდისათვის დღის წესრიგში დადგა ორი ერთმანეთისგან გამომდინარე ამოცანის გადაჭრის აუცილებლობა:

1. ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახლებური პრინციპების აღაპტაცია ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკურ ურთიერთობებთან, აგრეთვე ახალი მოდელის შესაბამისობა გარდამავალ პერიოდისათვის დამახასიათებელ ეკონომიკურ ბერკეტებთან;
2. ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ახალი მოდელის ევოლუციური განვითარების საფუძვლების მომზადება.

აღნიშნული ამოცანების გადაწყვეტის გზების ანალიზმა ცხადყო, რომ განსაკუთრებით რთულია პირველი ამოცანის გადაწყვეტა, ვინაიდან გარდამავალი პერიოდისათვის ქვეყნის განვითარება, მისი ეკონომიკურ-სამართლებრივი ურთიერთობები ცალკეულ სექტორებში სხვადასხვა ტემპით ვითარდება. ეს გარკვეულ დისონანსს ქმნის ისეთი ინტერსექტორული კატეგორიის ფუნქციონირებაში, როგორიცაა მოსახლეობის ჯანდაცვა, ვინაიდან მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების მეტი ნაწილი (80%-მდე) სისტემის გარეთ, სხვა სექტორებშია. ამიტომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება სექტორებს შორის ურთიერთობის გარმავებას. ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა არაა თანხვედრა თვით განვითარების მიმართულებებს შორის, მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო სტრატეგიის შემუშავებისას, განსაკუთრებით ოპერატიულ-ტაქტიკური

ამოცანების განსაზღვრისას, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება საზოგადოებრივი ურთიერთობების დონის განსაზღვრას მოცემული მომენტისათვის. უამისოდ შეუძლებელია ჯანდაცვის სფეროში ჩამოყალიბდეს ეფექტიანი სახელმწიფო პოლიტიკა.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი დამოუკიდებლობის აღიარება;

გ) ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;

დ). ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და სისტემის მართვადობის უზრუნველყოფა;

ე) წინასწარ პატიმრობაში და სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა, აგრეთვე, ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილთა დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას;

ვ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;

ზ) მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;

თ) ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;

ი) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;

კ) პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მასში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა;

ლ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო პერსონალის, ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებისა და სამედიცინო

სასწავლებლების, აგრეთვე, სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების ლიცენზირებაზე;

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

ნ) სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და მათი თანაბარუფლებიანობა;

ო) მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედების აღსაკვეთად კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;

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

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

რ) პროფესიული გაერთიანებების, არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციებში, სამეცნიერო და პროფესიულ განხილვებში, სათანადო პროექტების შემუშავებასა და პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით.

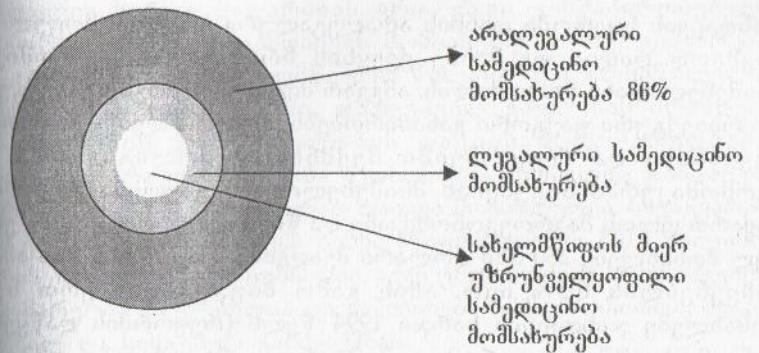
21-ე საუკუნის დამდეგისათვის საქართველოში მდგომარეობა წინააღმდეგობრივია, რაც განსაკუთრებით მკვეთრად ჯანდაცვის სფეროში იკვეთება. ერთის მხრივ, სახეზე გვაქვს მოსახლეობის მასობრივი გაღატაკების პროცესი - სიღარიბის მასშტაბები, მისი სიღრმე განუხრელად მატულობს, მეორეს მხრივ ჯანმრთელობის დაცვაზე მოთხოვნის დონე მხოლოდ უმნიშვნელოდ მცირდება. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე მოთხოვნის სიმყარე შენარჩუნებულია, მიუხედავად მისი სახელმწიფოებრივი დაფინანსების უაღრესად დაბალი დონისა.

ყოველივე ეს მიუთითებს დარგში ე.წ. "ჩრდილოვანი" (არაფორმალური) ურთიერთობების დიდ მასშტაბებზე, რაც ობიექტური წინამძღვრებითაა გამოწვეული.

განვიხილოთ ეს პრობლემები უფრო დეტალურად.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მასშტაბები საკმაოდ დიდია, ის მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ სისტემაში. ქვეყნის 2026 სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობს 127400 ადამიანი, რაც ფორმალურ სექტორში დასაქმებული მოსახლეობის 17%-ს შეადგენს. აღნიშნული დაწესებულებების ძირითადი ფონდების საშუალო წლიური ღირებულება შეადგენს 261 000 ათას ლარს, რაც საქართველოში აღრიცხული ძირითადი ფონდების ღირებულების 2,8%-ია. სამედიცინო მომსახურების საორიენტაციო წლიური მოცულობა არის 350 მლნ. ლარი, რაც ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 5.5%-ია.

როგორც გამოკვლევებმა გვიჩვენა, ყოველწლიურად სამ მილიონამდე ადამიანი იღებს გარკვეული სახის სამედიცინო დახმარებას, რაშიც სახელმწიფოს წილი საკმაოდ მაღალია, ვინაიდან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სხვადასხვა სახის სამედიცინო დახმარება წლის განმავლობაში გაეწევა დაახლოებით 2.5 ადამიანს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პროგრამების შერჩევისას მიღწეულია მოსახლეობის მოთხოვნების დაკმაყოფილება. მაგრამ ღირებულებით პარამეტრებში მდგომარეობა სხვაგვარადაა. კერძოდ, სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი და ლეგალიზებული სამედიცინო დახმარების მოცულობა არ აღემატება 50 მლნ. ლარს, აქედან 40 მლნ. ლარი უშუალოდ სახელმწიფო ბიუჯეტისა და სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებია, ხოლო 10 მლნ. ლარამდე ე.წ. "შიდა სტანდარტით" შესრულებული სამუშაოების რაელიზაციიდან მიღებული შემოსავალი, ე.ი. სამედიცინო მომსახურების მთლიანი წლიური მოცულობის (350 მლნ. ლარი) 86% მოდის არალეგალურ ჩრდილოვან ეკონომიკურ ურთიერთობებზე, ხოლო სახელმწიფოს წილი მხოლოდ 11.4%-ია. ყოველივე ეს სქემატურად შეიძლება გამოვსახოთ შემდეგნაირად:



აღსანიშნავია, რომ ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების განვითარებისა და გაღრმავების ტენდენციებზე ჯანდაცვის რეორიენტაციის საწყის ეტაპზევე იყო გამახვილებული ყურადღება.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადჰყო, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე (სამკურნალწამლო საშუალებების ჩათვლით) წელიწადში იხარჯება 300 მლნ. ლარამდე (დაალოებით 60 ლარი ერთ მოსახლეზე), რომლის 87%-ს მოსახლეობა საკუთარი ჯიბიდან იხდის. 1996 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვამ ბიუჯეტით გამოყოფილი თანხები ავად თუ კარგად მიიღო, შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის მიერ სამკურნალო დაწესებულებებისათვის გადახდილი 10 მლნ. ლარის ლეგალიზება. მომდევნო ორ წელიწადში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების კლებას მოჰყვა მოსახლეობის მიერ გადახდილი თანხების ლეგალიზაციის შემცირებაც. საწუხარო ტენდენციაა, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი 1998 წელს მხოლოდ 58%-ით შესრულდა, ე.წ. "შავი ბაზრის" არსებობა არ უნდა გაგვეკვირდეს.

ამდენად, გამოკვლევის შედეგები არ იყო მოულოდნელი. ცხადია, გამოკვლევის მეთოდიკა და შესაბამისად მისი ზოგი მონაცემი შეიძლება სადავოც იყოს, მაგრამ ძირითადად მისაღებია, რადგან რეალურად პროგნოზირებულს მიესადაგება.

საქართველოში ბოლო წლების (1997-2000) განმავლობაში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ნათლად წარმოჩნდა, რომ

ჯანდაცვის სფეროში თანხის არალეგალური ბრუნვის მოცულობა საკმაოდ დიდია და მასზე ქვეყნის ჩრდილოვან ეკონომიკის მნიშვნელოვანი წილი მოდის. ამგვარ მოვლენას ზოგი სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორი განაპირობებს; ბოლო წლებში საერთოდ ქვეყანასა და რეგიონებში შექმნილმა პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა სიტუაციამ მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საქართველოს მაკროეკონომიკაზე და წინა პერიოდის მშპ-მა ერთ სულ მოსახლეზე 230 აშშ დოლარი შეადგინა, რაც 1990 წლის ამავე მაჩვენებლის 6.5% იყო. ამის გამო ბიუჯეტიდან ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის ხარჯი 1994 წელს (რეფორმის დაწყების წინ) 0.81 აშშ დოლარამდე შემცირდა, რაც ძალზე დაბალი მაჩვენებელია ნებისმიერი ქვეყნისათვის (შესადარებლად - 1989-90 წლებში საქართველოში ჯანდაცვაზე იხარჯებოდა დაახლოებით 450 მლნ. მანეთი წელიწადში).

ზემოაღნიშნული მოვლენები განვითარდა იმ ფონზე, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოთხოვნა (საჭიროება) არ შემცირებულა, პირიქით შეიძლება ითქვას, რომ გაიზარდა, რადგან გაუარესდა ხალხის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და შესაბამისად – ჯანმრთელობის მდგომარეობაც. ამიტომ მოსახლეობის რეალური მოთხოვნა არ შემცირებულა. ამას ცხადჰყოფს 1997 და 2000 წლის ჯანდაცვის ხარჯების კვლევა, რომელიც გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად მშპ-ის კლებისა, ჯანდაცვის ხარჯები თითქმის არ შეცვლილა და შესაბამისად მისი წილი (5%-დან 10%-მდე) მშპ-ში გაიზარდა ანუ ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა პირდაპირპროპორციულ გავლენას არ ახდენს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებაზე.

1997 წელს სახელმწიფოს წილმა ჯანდაცვის დაფინანსებაში მხოლოდ 13% შეადგინა, ხოლო მოსახლეობისამ - 87%. მდგომარეობა არსებითად არ შეცვლილა 2001 წელსაც. 1997 წელს სპეციალური კვლევის საფუძველზე განისაზღვრა ჯანდაცვის სექტორში არაფორმალური მიმოქცევისა და სახელმწიფოს მიერ დაკარგული საგადასახადო შემოსავლების მოცულობა, რომელმაც დაახლოებით 130.3 მილიონი ლარი შეადგინა. ეს თანხა რომ ოფიციალურ მიმოქცევის სფეროში მოქცეულიყო, მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურების მოცულობა 113.4 მილიონი ლარით გაიზრდებოდა, რაც კიდევ უფრო გაუძვირებდა თითოეულ მოქალაქეს ჯანდაცვის მომსახურების მიღებას. ეს კი უარყოფითად იმოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მაშინ როდესაც

ჯანდაცვის ხარჯი სიღარიბის ერთ-ერთი უკანმაპირობებელი ფაქტორია. ამდენად, ჯანდაცვის მომსახურების ისე გაძვირება, რომ არ გაიზარდა სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში, დამღუპველ გავლენას მოახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობაზე. რეალურად არაფორმალურმა ეკონომიკამ, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში შეიქმნა, გარკვეულად დაიცვა მოსახლეობა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დარგისათვის სახელმწიფომ გაიღო 130.3 მილიონი ლარის არაპირდაპირი სუბსიდია. აქვე უნდა ითქვას, რომ ამგვარი მდგომარეობა მიუღებელია და საჭიროებს თანდათანობით, მეტად ფრთხილ და სისტემურ გარდაქმნას.

სახელმწიფო დაფინანსების დაბალი დონის პირობებში სახელმწიფო კარგავს ბაზრის დარეგულირების ეკონომიკურ ბერკეტებს და მისი მცდელობა, მოაწესრიგოს საბაზრო ურთიერთობები - არაეფექტური ხდება. ცნობისათვის, ევროპული ქვეყნების უმრავლესობაში სახელმწიფოს მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში მერყეობს 60-80%-ის ფარგლებში. ფინანსური რესურსების ნაკლებობის გამო ვერ ხერხდება სახელმწიფო, როგორც შემსყიდველი, აქტიურად გამოვიდეს სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე, რის გამოც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ბაზრის დარეგულირების მექანიზმი არაეფექტური ხდება. საგადასახადო, საბაჟო, პროკურატურისა და სხვა მომსახურების არაეფექტური მუშაობის გამო ვერ ხერხდება სამედიცინო და ფარმაცევტულ ბაზარზე არალეგალური საქმიანობის აღმოფხვრა.

დარგში მიმდინარე რეფორმამ შესაძლებელი გახადა აგრეთვე სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიებში ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პრემიების მობილიზაცია წინ წაწეულად გამული ნაბიჯია სამედიცინო დანახარჯების მობილიზაციისკენ. მაგრამ, მათი ხვედრითი წილი სამედიცინო ბაზარზე ჯერ უმნიშვნელოა, პროგრესულად იზრდება. 1998-1999 წლებში კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების წილი 5%-დან 7.9%-მდე გაიზარდა (ამასთან აღსანიშნავია, რომ რეალურად ეს მხოლოდ 0.045 აშშ დოლარი შეადგინა ერთ სულ მოსახლეზე). ამგვარი ზრდა გამოიწვია სამედიცინო დაზღვევის სექტორში მოსახლეობის შეძლებული ფენის ნებაყოფლობითმა გადასვლამ, მაგრამ უეჭველია ვერ გაგრძელდება, რადგან არ არსებობს

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ეკონომიკური ხელშეწყობის პირობები.

ნიშანდობლივია, რომ სახელმწიფოს წილი ფორმალურ ანუ ლეგალიზებულ ნაწილში საკმაოდ მაღალია და 80%-ს შეადგენს ამდენად, პრობლემის გადაწყვეტის ორი უმთავრესი მიმართულებიდან (სახელმწიფო წილის გაზრდა ფაქტობრივი სამედიცინო მომსახურების მოცულობაში და ჩრდილოვანი ეკონომიკის მაქსიმალური ლეგალიზაცია) დარგისათვის მნიშვნელოვანია მეორე – ჩრდილოვანი ეკონომიკის მაქსიმალური ლეგალიზაცია, რაც, ბუნებრივია, გაზრდის ფორმალური (ლეგალიზებული) ეკონომიკის წილს სამედიცინო მომსახურების ფაქტობრივ მოცულობაში, მაგარამ მოსალოდნელია შემცირდეს სახელმწიფოს წილი აღრიცხულ სამედიცინო მომსახურებაში.

პირველი ეტაპის მიზანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: ფაქტობრივი სამედიცინო მომსახურების მოცულობაში არალეგალური (ჩრდილოვანი), ეკონომიკური ურთიერთოებების მინიმუმამდე დაყვანა სახელმწიფოს წილის არსებული დონის შენარჩუნების პირობებში.

მოცემული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია დეტალურად გაანალიზდეს დარგში ჩამოყალიბებული ეკონომიკური ურთიერთოებები და ამგვარი სტრუქტურული პროპორციების წარმომშობი ობიექტური და სუბიექტური ფაქტორები გამოიკვეთოს პრიორიტეტული რანგირების წესით.

ორი უმთავრესი ობიექტური მიზეზის გამოკვეთა ამთავითვე შეიძლება:

1. საქართველოში სამედიცინო დახმარების ობიექტური თანმიმდევრული განვითარების ფონზე ჩამოყალიბდა სამედიცინო დახმარებაზე არაოპტიმალურად მაღალი, ზოგიერთ ასპექტებში სახელმწიფოს დონეზე განვითარებული, ხოლო ზოგ შემთხვევაში მასზე მაღალი მოთხოვნილება, რომლის უმეტესი ნაწილი ფორმირდება მოთხოვნად.
2. საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, რეალურად შესაძლებელი ჩამოყალიბებულ მოთხოვნათა მხოლოდ მცირე ნაწილის (10-15%) დაკმაყოფილება, რის გამოც მოთხოვნის დაკმაყოფილება შესაძლებელია მხოლოდ ხარჯების არასრული ანაზღაურების გზით, რაც იწვევს აღნიშნული ხარჯების აღურიცხაობის

მისწრაფებას და შესაბამისად ეკონომიკური ურთიერთობების უდიდესი ნაწილის ფარულობას.

სხვაგვარად რომ ვთქვათ, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების რეალური ღირებულება მნიშვნელოვნად აღემატება 150 მლნ. ლარს წელიწადში (ეს მონაცემი დადასტურებულია გამოკვლევით).

შეიძლება დღესვე გამოიკვეთოს ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციის უმთავრესი ობიექტური წინაღობა იმავე სამუშაოების განხორციელებას ანუ იმავე მასშტაბის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილებას ლეგალიზაციის პირობებში ობიექტურად დასჭირდება ორი არცთუ ისე პოპულარული გადაწყვეტილების მიღება:

- **დარგში არსებული შრომითი და მატერიალური რესურსების ოპტიმიზაციის შესახებ;**
- **როგორც სახელმწიფო, ისე არასახელმწიფო სექტორში დამატებითი ფინანსური რესურსების მოძიებისა და ჩართვის შესახებ.**

სამწუხაროდ, ამ პრინციპული ბარიერის გადალახვის გარეშე ჩრდილოვანი ეკონომიკის ლეგალიზაციის ეფექტიანობა იმდენად დაბალი იქნება, რომ არსებული ცვლილებებისა და მიმართულებების შეცვლა პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდება და რეალურად ფარულობა გადავა ერთი სექტორიდან მეორეში. ამის თავიდან ასაცილებლად უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგი ძირითადი პრინციპებით:

- **ჯანდაცვის სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაცევტული უზრუნველყოფის სფეროს მაქსიმალურმა ფორმალიზაციამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის მომსახურების გაძვირება და დამატებითი ფინანსური ბარიერების შექმნა, პირიქით, ლეგალიზაციის ღონისძიებათა განხორციელებამ ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომი უნდა გახადოს ჯანდაცვითი მომსახურება მოსახლეობის ყველა ფენისათვის;**
- **არ დაირღვეს ჯანდაცვის ბაზარზე ჩამოყალიბებული საბაზრო ურთიერთობები, გაიზარდოს სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი და მაკონტროლებელი**

ფუნქცია, რათა დაცულ იქნეს ყველა მოქალაქის კონსტიტუციური უფლება და ამასთანავე საბაზრო ეკონომიკის განვითარების არჩეული მიმართულება;

- **გაიზარდოს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობა მოსახლეობის ჯანდაცვის დაფინანსებაში, რათა შესაძლებელი იყოს ქვეყნის ყველაზე ღარიბი და დაუცველი ფენის სამედიცინო დახმარება და კონსტიტუციური გარანტიების შესრულება;**
- **ხელი შეეწყოს სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის თანაარსებობას თანაბარ იურიდიულ და მარეგულირებელ გარემოში. ძირითადი ამოცანა უნდა იყოს მოსახლეობის ყველა ფენისათვის ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.**

პროცესის სათანადო დონეზე წარმართვისათვის აუცილებელია მისი მრავალფეროვანი და მრავალსპექტრიანი ელემენტების კომპლექსური, სისტემური მართავა, ამიტომ რეალიზაციასა და კონკრეტული შედეგების მიღწევას დასჭირდება საკმაო დრო და აუცილებელი გახდება მისი დაყოფა ძირითად ეტაპებად.

პირველ ეტაპზე, რომელიც ალბათ გაგრძელდება ხუთი წლის განმავლობაში, შუალედური მიზანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: სამედიცინო მომსახურების საშუალო წლიური მასშტაბის შენარჩუნების პირობებში ჩრდილოვან (არაფორმალურ) ეკონომიკურ ურთიერთობათა 50%-ის ლეგალიზაცია და ფორმალურ სექტორში სახელმწიფო უზრუნველყოფის წილის 75-80%-ის შენარჩუნება.

მომდევნო ეტაპზე შეიძლება ჩრდილოვანი (არაფორმალური) ეკონომიკური ურთიერთობების მინიმიზაცია (10%-მდე). ამ პერიოდში შეიძლება სახელმწიფო უზრუნველყოფის წილის თანდათანობითი შემცირება. ჩრდილოვანი ეკონომიკური ურთიერთობების სრული ლიკვიდაცია, მისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, შეუძლებელია უახლესი 50 წლის განმავლობაში მაინც ვინაიდან ამისთვის საუკუნეთა განმავლობაში ჩამოყალიბებული საზოგადოებრივი ურთიერთობების პრინციპების არსებითი შეცვლაა საჭირო და როგორც განვითარებული სახელმწიფოების გამოცდილება გვიჩვენებს, შეზღუდული ფორმით ყველგან არსებობს მაგრამ, რა თქმა უნდა, არა იმ მასშტაბებით, როგორითაც ჩვენში

პირველ ეტაპზე ჩასატარებელ სამუშაოთა ძირითადი მიმართულებანი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

1. **არსებული სამართლებრივი ბაზის სრულყოფა;**
2. **სამართლებრივი ბაზის სრული ამოქმედება და მის დაცვაზე სახელმწიფო ზედამხედველობის გაძლიერება;**
3. **დარგში მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციის ეკონომიკური მოტივაციის გაძლიერება;**
4. **დარგში აღრიცხვა-ანგარიშგების სისტემის სრულყოფა და მისი შესრულების ადმინისტრირება;**
5. **კორუფციის შესაძლებლობების მინიმიზაცია საკვანძო საკითხებზე გადაწყვეტილებების მიღების სუბიექტურობის მაქსიმალური შეზღუდვითა და გადაწყვეტილების მომზადებისა და მიღების მთელი პროცესის საჯაროობის გაზრდის გზით;**
6. **დარგის დაფინანსების მექანიზმებისა და მოდელების არსებითი გადასინჯვა მათი სრულყოფის მიზნით;**
7. **დარგში აკუმილირებული მატერიალური და შრომითი რესურსების ოპტიმიზაცია, გამოთავისუფლებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენებისა და კომპენსირების ოპტიმალური სისტემების ამოქმედება;**
8. **მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სფეროში სახელმწიფოებრივი უზრუნველყოფის სეგმენტის შერჩევის კრიტერიუმებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრა და მათი განხილვა-დამტკიცება, საჯაროობის პირობებში;**
9. **სამედიცნო დაზღვევის ეფექტიანობის ამაღლება და ნებაყოფლობითი (კერძო) სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციების შექმნისა და განვითარებისათვის ხელშეწყობა;**
10. **ფარული ჯანდაცვითი ეკონომიკური ურთიერთობებისადმი (როგორც ნაკლებად სანდოსა და არაგარანტირებულისადმი) საზოგადოების შეურიგებლობის ფორმირება;**

11. დარგში მიმდინარე ეკონომიკური ურთიერთობების უწყვეტი სისტემის ჩამოყალიბება დროსა და სივრცეში.

გემოჩამოთვლილ მიმართულებათა განხორციელებამ უნდა უზრუნველყოს რეალიზაცია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკისა, რომელიც ერთიანი პოლიტიკის უმთავრესი პრინციპებიდან და მოთხოვნებიდან უნდა გამომდინარეობდეს.

ჯანდაცვის სფეროში შექმნილი მდგომარეობის გამოსწორება შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ:

- **გაიზრდება სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილი და/ან სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებადი ფინანსური ასიგნებანი მოსახლეობის ჯანდაცვითი ღონისძიებების დასაფინანსებლად. შესაბამისად გაიზრდება სახელმწიფო სახსრების ხვედრითი წილიც მთელს ჯანდაცვაში. დასახული მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება, თუ დღევანდელი 13%-ის ნაცვლად სახელმწიფო სახსრების ხვედრითი წილი იქნება 50% მაინც;**
- **დაბალანსდება სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (საავადმყოფო, ექიმი, ექთანი, აფთიაქი და ა. შ.) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობა ანუ არსებული სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო რესურსები შესაბამისობაში მოვა მოსახლეობის ჯანდაცვის მოთხოვნებთან;**
- **განხორციელდება სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის კონტროლი, რაც შესაძლებელს გახდის სამედიცინო ბაზარზე მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის დარეგულირებას ისე, რომ ზღვრული მოგება განისაზღვროს სახელმწიფო საკანონმდებლო დონეზე;**
- **სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებში აკუმულირდება სამედიცინო მომსახურებისათვის მოსახლეობის მიერ**

გაღებული თანხა. ეს ხელს შეუწყობს ნორმალური საბაზრო-/საკონტრაქტო ურთიერთობების ჩამოყალიბებას ჯანდაცვის დამფინანსებლებსა და ჯანდაცვის მომსახურების შემსრულებელთა შორის. ამ ურთიერთობაში სახელმწიფო შეინარჩუნებს მარეგულირებელ და მაკონტროლებელ ფუნქციას, რომელიც დაეფუძნება საქართველოს მოსახლეობის ინტერესებს და მიმართული იქნება მათ დასაცავად. ეს მიზანი მიღწეულად ჩაითვლება, თუ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ხვედრითი წილი ეროვნული ჯანდაცვის დაფინანსებაში 35-40%-ს მიაღწევს.

დასახული მიზნების მისაღწევად აუცილებელია შემდეგი კონკრეტული ღონისძიებების გატარება:

1. **გაიზარდოს სახელმწიფო წყაროებიდან გამოყოფილ ან სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებად ფინანსურ ასიგნებათა მოცულობა მოსახლეობის ჯანდაცვის დასაფინანსებლად.**

აღნიშნული ღონისძიებები ითვალისწინებს ორ ძირითად მიმართულებას:

ა) **სახელმწიფოს დღევანდელი მწირი ფინანსური რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას;**

ბ) **დამატებითი ფინანსური რეზერვების იდენტიფიცირებას. არსებული რესურსების ოპტიმალურად გამოყენების მიზნით აუცილებელია:**

- **ბიუჯეტში დეკლარირებული პასუხისმგებლობების შესრულება, რაც დაახლოებით ორჯერ გაზრდის ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გაღებულ თანხას. ჯანდაცვის სფეროს სრულად დაფინანსება უნდა გახდეს არა მხოლოდ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, არამედ ზოგადსახელმწიფოებრივი პრიორიტეტი;**
- **ადგილობრივ საკრებულოებთან და სამხარეო**

ადმინისტრაციებთან მუშაობის გააქტიურება, რათა ამაღლდეს მათი პასუხისმგებლობა მოსახლეობის ჯანდაცვაზე და გაიზარდოს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების მოცულობა კანონით დადგენილ მინიმალურ ოდენობამდე (2.5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე);

– ცენტრალური ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ჯანდაცვის ხარჯები, რომელიც დღეს 8 სახელმწიფო უწყებასა და სამინისტროს შორის არის განაწილებული, უნდა გაერთიანდეს და მის ხარჯვაზე პასუხისმგებლობა დაეკისროს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას, რომელიც სამედიცინო მომსახურებას დააფინანსებს სადაზღვევო პრინციპით.

დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზაციის მიზნით აუცილებელია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

– კანონმდებლობით განისაზღვროს არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა ჯანდაცვის სავალდებულო სადაზღვევო გადასახდელის მოცულობა და გადახდის წესი;

– ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქციაზე (საწვავი, სიგარეტი, ალკოჰოლური სასმელი და ა.შ.) დაწესებული აქციზის ღირებულების ნაწილი აკუმულირდეს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ანგარიშზე.

2. **დაბალანსდეს სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (საავადმყოფოები, ექიმები, ექთნები) და მოსახლეობას შორის არსებული თანაფარდობა.**

საქართველო ერთ სულ მოსახლეზე ექიმების, ექთნებისა და საწოლების რაოდენობით ერთ-ერთი პირველია მსოფლიოში. ქვეყანაში ამ რესურსების სიუხვესთან ერთად, აღინიშნება არათანაბარი განაწილება ანუ რესურსები ძირითადად თავმოყრილია თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში. ქვეყანაში არის რეგიონები და რაიონები, სადაც ამგვარი რესურსის მწვავე ნაკლებობაა, რაც მოსახლეობას უქმნის ჯანდაცვის

მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემებს. ერთის მხრივ, ჭარბი რესურსი და მეორეს მხრივ მისი არათანაბარი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით, ქმნის გარკვეულ უთანასწორობას ქვეყნის მოსახლეობას შორის.

პრობლემა კიდევ უფრო მძაფრი ხდება, როდესაც ძირითადი სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლები აკუმულირებულნია საავადმყოფოს ქსელში, პირველადი ჯანდაცვის ქსელი კი განიცდის ადამიანური რესურსებისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ნაკლებობას.

ამდენად, მნიშვნელოვანი ხდება შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

– შემცირდეს საწოლთა ფონდი საავადმყოფოთა ქსელის ოპტიმიზაციის მეშვეობით. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უცხოელი ექსპერტების დახმარებით შეიმუშავა ქვეყნის საავადმყოფოთა ქსელის ოპტიმიზაციის გეგმა, რომლის განხორციელებისათვის საჭიროა ადგილობრივი და ცენტრალური აღმასრულებელი სტრუქტურების ერთობლივი მუშაობა;

– შემცირდეს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა საპენსიო ასაკს მიღწეული და არაკვალიფიციური პერსონალის ხარჯზე. ამ ღონისძიების გატარებისას აუცილებლად განისაზღვროს და შეიქმნას განთავისუფლებულ მუშა–მოსამსახურეთა სოციალური დაცვის მექანიზმი;

– სახელმწიფოს მიერ დეფიციტური რაიონებისა და რეგიონების (ძირითადად მთიანის) პრიორიტეტული დაფინანსების გზით ექიმებისა და ექთნებისათვის შეიქმნას ქვეყნის მასშტაბით მომსახურების რესურსის თანაბარი გადანაწილების მოტივაცია. ეს აღმოფხვრის ამჟამინდელ უთანასწორობას და კადრების შემცირების პროცესს ნაკლებად მტკივნეულს გახდის;

– პირველადი ჯანდაცვის რგოლი აღიარებულ იქნეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტად და

სახელმწიფო რესურსები ჰოსპიტალური ქსელიდან გადანაწილდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, პირველადი ჯანდაცვის სასარგებლოდ;

– შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და განათლების სამინისტრომ ერთობლივად უნდა განსაზღვრონ სამედიცინო კადრების (ექიმები, ექთნები და დამხმარე პერსონალი) მომზადების წლიური მოცულობა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული სამედიცინო ბაზარზე ჭარბი კადრების დავროვება.

ამ ღონისძიებების გატარება შესაძლებელი იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო დაფინანსების წილი გახდება მნიშვნელოვანი და საკმარისი ბიუჯეტირებისათვის.

3. განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურებისა და ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ფასის კონტროლი

დღევანდელ სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების ფასწარმოქმნის პროცესი ორგვარია. ერთი – სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ჩამოყალიბებული ფასების სისტემა, რომელიც სახელმწიფო რესურსების ნაკლებობის გამო გაცილებით დაბალია თვითღირებულებაზე და მეორე - შიგა სტანდარტებით ფორმირებული ფასი, რომელიც საბაზროდ შეიძლება ჩაითვალოს. სამედიცინო მომსახურების ფასების კონტროლი ითვალისწინებს სახელმწიფო პროგრამებისა და საბაზრო ფასების დაახლოებას.

ამავე დროს, მსოფლიოში არსებული გამოცდილებიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ ტექნოლოგიური პროგრესის კვალობაზე განუხრელად გაიზრდება მომსახურების ფასი. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია სახელმწიფოს მკაცრი მარეგულირებელი როლის დაკანონება მაღალტექნოლოგიურ ინვესტიციებზე, რათა მოხერხდეს მომსახურების ფასის მატებისა და ქვეყნის ეკონომიკის ზრდის დაბალანსება.

ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ბაზარზე ფასის კონტროლი გულისხმობს ზღვრული მოგების დონის დადგენას და არაესენციალურ პრეპარატებზე შედარებით მაღალი საგადასახადო ტარიფის დაწესებას. ასეთი მიდგომით შესაძლებელი გახდება აღნიშნული სახის პრეპარატებზე შედარებით დაბალი ფასების დაწესება და ამ გზით მათზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. მაღალტექნოლოგიური

პრეპარატებისათვის კი ბაზარზე შეიქმნება პენეტრაციის ბარიერი, რომელიც დაარეგულირებს ფარმაკოლოგიური პროდუქციის ფასების ინფლაციის პროცესს. ამ ღონისძიებების გარდაუვალი წინაპირობაა სახელმწიფოს მიერ ესენციური წამლების სიის სისტემატური გადასინჯვა და მეცნიერულ-ტექნოლოგიური პროგრესის კვალობაზე სათანადო (და ქვეყნისათვის მისაღები) ცვლილებების შეტანა.

ამავე დროს, ხელსაყრელი პირობები უნდა შეექმნას ადგილობრივი ფარმაკოლოგიური მრეწველობის განვითარებას, რომ შესაძლებელი გახდეს უფრო ნაკლებ ფასში მომარაგდეს საქართველოს ბაზარი საჭირო მედიკამენტებით.

ამ ღონისძიებების გატარების ეფექტურობა დამოკიდებულია სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტის, საგადასახადო სამსახურის, საბაჟოსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივ მუშაობაზე. კერძოდ, მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი მედიკამენტების კონტრაბანდული იმპორტი, სახელმწიფო სტატისტიკის დეპარტამენტმა აკონტროლოს საცალო და საბითუმო სავაჭრო ობიექტების მოგების მოცულობა და შეღავათების შესახებ რეგულარულად მიაწოდოს ინფორმაცია კომპეტენტურ საგადასახადო და ჯანდაცვის სამსახურებს.

ერთის მხრივ, სამედიცინო მომსახურებაზე სახელმწიფო და საბაზრო ფასების მიახლოება და მეორეს მხრივ, ფარმაკოლოგიური პრეპარატების რეალიზაციის შედეგად მიღებული მოგების ზღვრული დონის დადგენა სახელმწიფოს საშუალებას მისცემს გადაანაწილოს მეტი ფინანსური და შრომითი რესურსები ისე, რომ ზარალი არ მიაყენოს მოსახლეობის მომსახურების ხარისხსა და მოცულობას.

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა კანონმდებლობით განისაზღვროს სამედიცინო მომსახურების სამართალსუბიექტები, რომლებიც სპეციფიკური საქმიანობის იურიდიულ პირად უნდა დარეგისტრირდნენ. ამის საფუძველს იძლევა "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონის მეექვსე თავი, რომელიც არსებითი გადამუშავების შემდეგ შეიძლება დაედოს საფუძვლად სამედიცინო დაწესებულების ჩამოყალიბებას არასარფიანი საქმიანობის სამართალსუბიექტად, რისთვისაც შესაბამისი ცვლილებები უნდა შევიდეს სამოქალაქო სამართლის კოდექსში.

მომდევნო, ამგვარი ტიპის სამართალსუბიექტებისათვის ცალკე უნდა შემუშავდეს ლიცენზირებისა და საგადასახადო რეჟიმი, რაც მოგვცემს საშუალებას, ერთის მხრივ, გაჩნდეს რეალური მოტივაცია

არაფორმალური (ჩრდილოვანი) ეკონომიკური ურთიერთობების ლეგალიზაციისათვის და მეორეს მხრივ, უზრუნველყოს სახელმწიფო დარეგულირების ქმედითი მექანიზმების ამუშაობა ეკონომიკის განცალკევებულ სეგმენტში. ქულებათა დაკონკრეტებას თან უნდა სდევდეს მოვალეობათა და პასუხისმგებლობათა დაკონკრეტებაც (არა მარტო ეკონომიკურის, არამედ ცალკეულ შემთხვევაში სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაც).

ამ პროგრამის განხორციელების სამართლებრივი და ეკონომიკური ბაზის შექმნა პირველი რიგის ამოცანაა, რომლის გადაჭრისათვის ოპერატიულად უნდა იმუშაონ წამყვანმა ექსპერტებმა იურიდიული და ეკონომიკური მიმართულებით.

აუცილებელია მოსახლეობის მთელი სამედიცინო და ფარმაცევტული მომსახურების ფასების მკაცრი რეგლამენტაცია სახელმწიფოს მიერ რეგულირების ზღვრული ნორმების დაწესებიდან ფასების ფიქსირების დონემდე. ამგვარი ღონისძიებების გასატარებლად აუცილებელია, ერთის მხრივ, დიდი და შრომატევადი სამუშაოების შესრულება რეგლამენტაციის სფეროში და მეორეს მხრივ, კარგად ორგანიზებული და კორუფციისაგან დაცული სახელმწიფო ზედამხედველობის სისტემის ჩამოყალიბება.

მიზანშეწონილია პირველსავე ეტაპზე რეგლამენტირებული იყოს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტების (განურჩევლად მათი უწყებრივი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ფორმებისა) შემოსავლები და ხარჯები ძირითადი პარამეტრების მიხედვით (მუშაკთა რიცხვიანობა, გამოყენებული "საწარმოო სიმძლავრეები", შრომის ანაზღაურების ფორმები და ზომები, აუცილებელი გადასახდელების გადახდის მიმდინარეობა, ამორტიზაციის ანარიცხების დაგროვება და მათი ფორმირება ინვესტიციურ კაპიტალად და სხვ.). ყოველივე ეს სავალდებულო სალიცენზიო პირობა უნდა გახდეს, რათა აღიკვეთოს ლიცენზიის გარეშე ფუნქციონირება.

პირველსავე ეტაპზე ეს მექანიზმები უნდა ამოქმედდეს მთელ ფარმაცევტულ სექტორში და სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე მსხვილ სამედიცინო დაწესებულებებში.

უახლოეს მომავალში, როცა შესაძლებელი გახდება არაფორმალური ეკონომიკის მასშტაბებისა და ხვედრითი წილის შემცირება, ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხი იქნება ფორმალური სექტორის განვითარებისას მყარი

პრიორიტეტების გამოკვეთა.

საქართველოს სოციალურ–ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ამჟამად უმთავრესი პრიორიტეტია მასობრივი პროფილაქტიკური ღონისძიებებისა და პირველადი ჯანდაცვის განვითარების წინმსწრები ტემპის უზრუნველყოფა, სოციალურად საშიში დაავადებების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის არეალის გაფართოება და სამედიცინო დახმარების საბაზისო კალათაში მისი ხვედრითი წილის გაზრდა, აგრეთვე მაღალტექნოლოგიური მეოთხეული ჯანდაცვის სწრაფი განვითარება დარგში აკუმულირებული შრომითი და მატერიალური რესურსების რაოდენობის მკვეთრი შემცირებისა და ხარისხის ზრდის პირობებში.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიის სამუშაოთა მიმართულებანი

სისტემის რეორიენტაციის მეორე სტადიაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მუშაობის წარმართვას შემდეგი მიმართულებებით:

1. **საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთიანი სახელმწიფოებრივი მართვის მოდელის შემუშავება, დანერგვა და ამოქმედება (ფუნქციების გამიჯვნა ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეებზე, კოორდინაციისა და უკუკავშირის ორგანიზაცია):**

ა) სამედიცინო–სოციალური დაზღვევის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება;

ბ) ფინანსური უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის ფორმირება;

გ) რესურსების ოპტიმიზაციის პროცესის გააქტიურება;

დ) მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვისა და უზრუნველყოფის სისტემის შექმნა;.

ე) სამედიცინო დაწესებულებებისა და მედიცინის მუშაკთა ლიცენზირება, სერტიფიცირება და რეგისტრაცია;

ვ) სამედიცინო-სოციალური ინფორმაციის ერთიანი სისტემის შექმნა;

ზ) მედიცინის მეცნიერებათა განვითარება

თ) სამედიცინო განათლების ერთიანი, უწყვეტი სისტემის ფორმირება;

ი) პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელების ერთიანი სისტემის შექმნა (ინფორმაცია, კოორდინაცია);

კ) ინტერსექტორული (დარგთაშორისი) საქმიანობის კოორდინაცია ჯანმრთელობის სფეროში (დუბლირებისა და "თეთრი ლაქების" გამორიცხვა).

2. სამედიცინო–სოციალური დაზღვევის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება:

ა) სამედიცინო–სოციალური დაზღვევის რეესტრის შემუშავება და კონტროლი:

– სადაზღვევო პროგრამების რეგისტრაცია;

– სადაზღვევო პროგრამების მომზადება და მისი საჯაროდ გაყიდვა;

– სადაზღვევო პროგრამების განხორციელების საზოგადოებრივი სახელმწიფოებრივი ზედამხედველობა.

ბ) სადაზღვევო შესატანის ამოღების შესახებ კანონმდებლობის სრულყოფა; სადაზღვევო შესატანების ამოღების

ორგანიზაცია, სამედიცინო სადაზღვევო ბანკის შექმნა:

– სადაზღვევო შესატანების ამოღების აგენტთა ქსელისა და ინფორმაციული ბაზის შექმნა;

– ხარჯების დაფარვაში წილობრივი მონაწილეობის უზრუნველყოფა .

გ) სამედიცინო-სადაზღვევო ბაზრის სისტემატური შესწავლა და შეღეგების საფუძველზე მნიშვნელოვანი რეკომენდაციების შემუშავება, მათი რეალიზაცია სადაზღვევო კომპანიებს შორის პერიოდული მარკეტინგული ბიულეტენ-ცნობარის, წილობრივად დაფინანსებული გამოკვლევების ან კერძო შეკვეთის სახით.

– ახალი სახის მომსახურებაზე მოთხოვნის შესწავლა და შემსრულებლისათვის ("მწარმოებლებისათვის") ფასიანი შეთავაზება (სამედიცინო მომსახურების მიმღების რეგისტრაცია).

3. ფინანსური უზრუნველყოფის ერთიანი სისტემის ფორმირება.

I ეტაპზე მიზანშეწონილად მიგვაჩნია:

ა) არსებული, შემოსული და გასული ფინანსური რესურსების შესახებ მონაცემთა უტყუარი საინფორმაციო ბანკის შექმნა:

- სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური რესურსების ლეგალიზაცია;
- სამედიცინო–სადაზღვევო დაწესებულებათა ფინანსური რესურსების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება (თავდაპირველად ფაქტობრივი მონაცემებისა, შემდეგ აღნიშნული მონაცემების პროგნოზი);

ბ) ჯანდაცვის სფეროში შემოსაღები გადასახადების, გაღასახდელებისა და შესატანების, აგრეთვე შემოწირულობებისა და ინვესტიციების მიღების სამართლებრივი უზრუნველყოფა;

გ) "ბ" პუნქტში ჩამოთვლილი წყაროებიდან სახსრების ამოღების ორგანიზაცია:

- გადასახადის რეგისტრაცია;
- გაღასახდელის რეგისტრაცია;
- გადახდის შედარებითი ანალიზი პროგნოზულ მონაცემებთან,

სხვა გადასახადებთან;
- ინსპექტირება;
- გადამხდელებზე ზემოქმედება ეკონომიკური და სამართლებრივი სანქციების აქტიური გამოყენებით.

დ). სხვადასხვა მიმართულების ფონდის დაფუძნება:
- ჯანდაცვის ხელშეწყობის;
- რეაბილიტაციის;
- მედიკოსთა სოციალური უზრუნველყოფის, კომპენსაციისა და სოციალური დაცვის;
- სამედიცინო დაწესებულებათა ნებაყოფლობითი საინვესტიციო ფონდისა, რომელიც ორი მიმართულებით უნდა დაიხარჯოს : საერთო რაოდენობის 30% ოპერატიულ ფინანსურ დახმარებაზე; სტრატეგიული საინვესტიციო პროექტების დაფინანსებაზე; 15% ფინანსური რეზერვი; 5% სხვა ხარჯებისათვის.

II ეტაპი

II ეტაპზე უნდა შეიქმნას ერთიანი კომერციული ბანკი, რომელიც შეკრავს სისტემას.

III ეტაპი

ამ ეტაპზე საჭიროა ჯანდაცვიდან ბიუჯეტში შეტანილი სახსრების მობილიზაცია და მის ნაწილზე პრეტენზიის გამოცხადება სახელმწიფო ვალდებულებათა ანგარიშში.

ყოველივე ამის ორგანიზება შესაძლებელია: სახელმწიფო (სამინისტროს) და არასახელმწიფო (სადაზღვევო კომპანიების) სამედიცინო დაწესებულებების, ასოციაციების, ძალებისა და საშუალებების კონცენტრაციით.

თავი XXII

გლოსარიუმი - ტერმინები და განმარტებები

ზოგადი ტერმინები.....402
ჯანმრთელობა, მასთან დაკავშირებული ტერმინები.....411
ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები და ფაქტორები.....415
ჯანდაცვა.....418
ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები.....418
ჩვილი.....432
კადრები.....436
სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში.....437
სამედიცინო დახმარების ორგანიზება.....438
ჯანდაცვის ეკონომიკა.....443
ზოგადი ცნებები.....446
დანახარჯი.....448
ობიექტურობა.....452
დაზღვევა.....456
სამედიცინო დახმარების ხარისხი.....463
ხარისხის შეფასება.....465
ხარისხის სტანდარტები.....468

გლოსარიუმი - *glossary* – глоссарий - რაიმე ტექსტზე დართული ტერმინებისა და ცნებების გარკვეული სახით დალაგებული, სისტემატიზებული ლექსიკონი.

მთლიანი შიგა პროდუქტი - *gross domestic product (GDP)* – валовой внутренний продукт - სახალხო მეურნეობის განვითარების ტემპისა და დონის განმაზოგადებელი მაჩვენებელი. ასახავს საზოგადოების მიერ დროის გარკვეულ მონაკვეთში (მაგალითად, ერთი წლის განმავლობაში) მატერიალური წარმოების ყველა დარგში შექმნილი დოვლათის ოდენობას.

მთლიანი ეროვნული პროდუქტი - *gross national product (GNP)* – валовой национальный продукт - შიგა პროდუქტი, შევსებული საგარეო ვაჭრობითა და საერთაშორისო საქმიანობით მიღებული დამატებითი შემოსავლებით.

უფლებამოსილება – *authority* - полномочия - ძალაუფლება და პასუხისმგებლობა, რომ მიიღოს გადაწყვეტილება, ან აკონტროლოს სხვათა ქმედებები; გადაწყვეტილების მიღების უფლება.

ავტოკრატული ხელმძღვანელობა – *autocratic Leadership* – автократическое управление - ხელმძღვანელობის სტილი, რომელიც დაფუძნებულია უფლებამოსილებაზე და ბრძანებათა გაცემაზე. ავტოკრატული ხელმძღვანელობა გულისხმობს კონსტიტუციების სიმცირეს ან მათ საერთოდ არქონას და ორიენტირებულია უფრო ამოცანებზე, ვიდრე ხალხზე. ის აგრეთვე *charismatic leadership* (ქარიზმატული ხელმძღვანელობა) და *democratic leadership* (დემოკრატიული ხელმძღვანელობა).

რეფორმა - *reform* – реформа – გარდაქმნა, შეცვლა რაიმესი; მყარი, დინამიკური, მიზანმიმართული პროცესი, რომელსაც მოსდევს სისტემური სტრუქტურული ცვლილები.

ავტორიტეტული ლიდერი - *opinion leader* – авторитетный лидер – ხელმძღვანელი, რომელიც თავისი პროფესიული ცოდნის, უნარ-ჩვევების, იდეებისა და ქცევის გამო ფართოდაა აღიარებული და სამაგალითოა ხელქვეითებისათვის, ამასთანავე აქვს უნარი, მართოს შესაბამისი ჯგუფის საქმიანობა.

სახელმწიფოთაშორისი ორგანიზაცია - *intergovermental organization* – межправительственная организация - სახელმწიფოთა შორის შეთანხმების საფუძველზე შექმნილი ორგანიზაცია, რომელიც ამ ქვეყნების ძალისხმევას წარმართავს საერთო მიზნების მისაღწევად შეთანხმებით გათვალისწინებულ სფეროში. მაგალითად, ასეთი ორგანიზაციებია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო), ევროპის საბჭო, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია (ეუთო), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სხვა სპეციალიზებული სააგენტოები.

არასამთავრობო ორგანიზაცია - *non-governmental organization* – неправительственная организация - დამოუკიდებელი არასახელმწიფოებრივი ან საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს იურიდიული პირის სტატუსი. ასეთი ორგანიზაციები შეიძლება იყოს როგორც კომერციული, ასევე არაკომერციული (არამომგებიანი, არასარფიანი).

ერგონომიკა - *ergonomics* – эргономика – მეცნიერება ის დარგი, რომლის მიზანია შექმნას ოპტიმალური სისტემა "ადამიანი - მანქანა" – ბიოლოგიის, ფიზიოლოგიისა და ტექნიკურ მეცნიერებათა თანამედროვე მიღწევების დახმარებით, გამონახოს შრომისა და ყოფაცხოვრების ყველაზე კომფორტული პირობები; შეიქმნა 40-იანი წლების დამდეგს ინგლისში.

კრიტერიუმი - *criterion* – критерий - (ბერძნ. – მსჯელობის, გადაწყვეტის საშუალება) – ნიშან-თვისება ან წესი, რის საფუძველზეც ხდება შეფასება, განსაზღვრა ან კლასიფიკაცია; ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია განხილულ იქნეს, როგორც მიზნის მიღწევის ან ხარისხის შეფასების სტანდარტი.

მაჩვენებელი - *rate* – показатель - რაოდენობრივად გამოსახული განსაზღვრული თვისება, ერთობლიობის ან მისი ნაწილის ხარისხი. განასხვავებენ ***აბსოლუტურ*** (შესასწავლი მოვლენის, ობიექტის, პროცესის მოცულობის, სიდიდის სახით) და ***ფარდობით*** (ფარდობითი რიცხვების სახით, რომელიც ასახავს განსაზღვრული რაოდენობის მნიშვნელობას სხვა რაოდენობასთან შედარებით) მაჩვენებლებს. მაჩვენებელი შეიძლება იყოს: ***ექსტენსიური*** (გამოსახული წილობრივი სახით), ***ინტენსიური*** (ერთობლიობაზე, მაგალითად, მოსახლეობის რაოდენობაზე გათვლით), ***ცვალებადი*** (დინამიკის შესაფასებლად, როცა რომელიმე

წლის მაჩვენებელი მიჩნეულია ერთეულად ან 100%-ად და შემდეგ გამოითვლება საბაზო წლიდან); მაჩვენებლების მიხედვით შეიძლება წარმოდგენა ვიქონიოთ რაიმე მოვლენის ან პროცესის ვითარება-მდგომარეობაზე.

ინდექსი - *index* – индекс - შეფარდებითი ციფრობრივი მაჩვენებელი, რომელიც პროცენტობით ასახავს რაიმე ეკონომიკური მოვლენის თანმიმდევრულ ცვალებადობას (მოცემული მოვლენის დონეს მისსავე დონესთან წარსულში ან საფუძვლად მიღებული ანალოგიური მოვლენის დონესთან). მაგალითად, მიმდინარე ეკონომიკური და ფინანსური მდგომარეობა ან საქმიანობის ხარისხობრივი დონე საანგარიშგებო წელთან, წინა წელთან ან დროის სხვა მონაკვეთთან მიმართებაში; ფასების ინდექსი, ხელფასის ინდექსი და ა.შ.).

თავდაპირველი დონე - *baseline* – изначальный уровень - მონაცემები გასაზომი ან შესაფასებელი მოვლენის ან ვითარების საწყისი დონის შესახებ. გამოიყენება ექსპერიმენტული ჩარევის ან გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად მიღებული მონაცემების შესადარებლად. ჩვეულებრივ, საწყისი დონე და შემდგომი შედეგები ეხება ერთი და იმავე ობიექტს (პროცესს, მოვლენას, სისტემას).

სისტემა - *system* – система - ურთიერთმომქმედი ელემენტების (ობიექტების, პროცესების, მოვლენების, ქვესისტემების) მოწესრიგებული ერთობლიობა, რომელიც მათ შორის დამყარებული ურთიერთობებით, და ერთობლივი ძალისხმევით ცდილობს მიაღწიოს სისტემის მიზნებს; ერთმანეთთან დაკავშირებული ზოგი ორგანიზაციისა (მაგალითად, ჯანდაცვის ან საქმიანობის სახეებისა და ბუნებიდან გამომდინარე კუთვნილებისამებრ გაწეული მომსახურების ანაზღაურების მეთოდის მიხედვით. ტერმინი "სისტემა" ხშირად ასახავს მაორგანიზებელ, კონცეპტუალურ სტრუქტურას, რომელიც შესაძლებელია არ გარდაიქმნას ფუნქციურ სტრუქტურად; ერთობლიობა პრინციპებისა, რომელიც რაიმე მოძღვრების საფუძველს წარმოადგენს; დაჯგუფება, კვალიფიკაცია; სტრუქტურა მთლიანობა, რომელიც შედგება ერთმანეთთან კანონზომიერად დაკავშირებული ნაწილებისაგან. მაგ., მზის სისტემა, ნერვული სისტემა; რისამე მოწყობის, ორგანიზაციის ფორმა, წესი, ორგანიზაციულად გაერთიანებულ წარმოებათა დაწესებულებათა სისტემა.

მიზანი - *goal* – цель - მომავალში განსახორციელებელი პირობა ან განზრახვა. მიზნის მიღწევას გაცილებით მეტი დრო (თუ ის საერთოდ განსაზღვრულია) ესაჭიროება, ვიდრე ამოცანის გადაწყვეტას. ამდენად, მიზნის განხორციელების პროცესი გაცილებით ხანგრძლივია (უმეტესად მოიცავს არანაკლებ ერთ წელს).

ამოცანა – *objective* – задача - ობიექტის (მოვლენის, პროცესის, სისტემის) განზომილებადი დონე ან მდგომარეობა, რომელსაც მიზნის მიღწევის ყველა ეტაპზე გააჩნია შესაბამისი დასაბუთება და დროებითი შეზღუდვები. ამ დონისა თუ მდგომარეობის მისაღწევად გამოყენებულია შესაბამისი ქმედებანი და რესურსები.

სისტემის პრიორიტეტები - *system priorities* – приоритеты системы - პირველხარისხოვანი ამოცანების (მიმართულებების, პრობლემების) მეცნიერულად დასაბუთებული ჩამონათვალი, რომელიც გამომდინარეობს სისტემის მოდელიდან და მიზნებიდან და შეესაბამება განსაზღვრულ რესურსებს. პრიორიტეტები შეიძლება იყოს სისტემური, ეტაპობრივი, ტერიტორიული და სხვ.

კონცეფცია - *concept* – концепция - დასაბუთებულ შეხედულებათა ერთობლიობა, რომელიც შეთანხმების საფუძველზე განსაზღვრავს მოსალოდნელ ცვლილებებს ჯანდაცვის სისტემაში.

სისტემის კონცეფცია - *concept of system* – концепция системы - დასაბუთებული შეხედულებების ერთობლიობა კონკრეტული სისტემის მოდელის შესახებ; შეესაბამება ზოგად პრიორიტეტულ მიმართულებებსა და ღონისძიებებს, რომელიც მიმართულია ამ მოდელის რეალიზაციისაკენ. როგორც წესი, კონცეფციის რეალიზაცია ხდება პროგრამის სახით.

დაბანდება - *input* – вложение - მიზანმიმართული რესურსების საერთო მოცულობა სისტემის ფუნქციონირებისათვის და სასურველი მიზნის მისაღწევად. ძირითადი შენატანებია შეიცავს კადრებს, ფინანსურ, მატერიალურ-ტექნიკურ, ინფორმაციულ, ინტელექტურ და დროებით რესურსებს.

მოდელი - *model* – модель - თეორიული სტრუქტურა, რომელიც ასახავს ურთიერთობებს-სხვადასხვა სტრუქტურულ ელემენტებს ან პროცესებს შორის. ზოგადად ეს საკვლევი ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) პირობით სახეს წარმოადგენს. არჩევენ სტატიკურ, დინამიკურ, მარტივ, რთულ, მათემატიკურ, კონცეპტუალურ, ლოგიკურ, გრაფიკულ, ფიზიკურ, პროგნოზულ და

სხვ. მოდელებს. მოდელის სიზუსტე განისაზღვრება მისი მიახლოების ხარისხით რეალურთან.

მოდელირება - *modeling* – моделирование - მოდელის შექმნის, რეალიზაციის, კვლევის პროცესი, ეფუძნება ემპირიულ დასაბუთებებს ან თეორიულ შრომებს, რომელსაც აქვს განსხვავებული დროითი ინტერვალი (მოკლე, საშუალო, გრძელვადიანი). რაიმე ობიექტის მახასიათებლების კვლავწარმოება მათი შესწავლის მიზნით სპეციალურად შექმნილ სხვა ობიექტში.

მონიტორინგი - *monitoring* – мониторинг - მიზანმიმართული ქმედება, რომელიც მოიცავს პერმანენტულ დაკვირვებას, ანალიზს, შეფასებას, პროგნოზს ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) მდგომარეობის შესახებ; დაკვირვების ანალიტიკური სისტემა; რაიმე პროცესზე მუდმივი მეთვალყურება სასურველი შედეგის მისაღწევად ან საწყისი წინადადებისადმი მისი შესაბამისობის გამოსავლენად.

პლურალური სისტემა - *pluralistic system* – плюралистическая система - სისტემა, რომელიც ეფუძნება ყველა დაინტერესებული მხარის შეხედულებების გათვალისწინებას. გულისხმობს ყველა შეხედულების თანასწორუფლებიანობასა და მეცნიერულად დასაბუთებულ არჩევანს აზრთა სხვადასხვაობის დროს.

მართვა - *management* – управление - მიზნების განსაზღვრისა და განხორციელების პროცესი. მოიცავს დაგეგმვასა და ღონისძიებათა განხორციელების შეფასებას. შეიძლება აგრეთვე გულისხმობდეს დასახული მიზნების განსახორციელებლად ორგანიზაციის მიზანმიმართული საქმიანობის ხელმძღვანელობას ერთი პირის ან პირთა ჯგუფის მიერ.

მართვის სისტემა - *management system* – система управления - ადმინისტრაციული რგოლების ერთობლიობა, რომელსაც მინიჭებული აქვს განსაზღვრული მმართველობითი უფლებები. მისი პრინციპული სქემა მოიცავს მართვის სუბიექტისა და ობიექტის მიზანმიმართულ ქმედებებსა და უკუკავშირს.

მმართველი - *management, decision-maker* – управляющий - ხელმძღვანელი პირი, რომელიც უფლებამოსილია განაგოს მართვის ობიექტი და მიიღოს გადაწყვეტილება ამ ობიექტზე მმართველობითი ზემოქმედების მიზნით.

მართვის მეთოდები - *management techniques* – методы управления - მიზნის მიღწევის საშუალება. გარკვეული სახით მოწესრიგებული მოქმედება; მართვის სისტემური პროცედურების დაგეგმვა და კონტროლი, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მართვისას წამოჭრილი ყველა პრობლემის გადასაწყვეტად. მართვის მეთოდიკა მოიცავს სხვადასხვა მეთოდის ფართო სპექტრს: კონტროლს, დანახარჯებისა და შედეგების ანალიზს, დანახარჯთა ეფექტურობის ანალიზს, მმართველობის აღრიცხვას, ქსელურ ანალიზს, მუშაობის ხარისხის შეფასებას და ა.შ.

მართვის პროცესი - *management process* – процесс управления - ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოიცავს შემდეგ ღონისძიებებს:

1. მართვის ობიექტისა და მასზე მოქმედი გარე ფაქტორების შესწავლას, არსებული და შესაძლო პრობლემების გამოკვლევას;
2. პრობლემათა დადგენას, რათა შეფასებულ იქნეს მათი შესაძლო ზემოქმედება მართვის პროცესსა და ამოცანათა განსაზღვრაზე;
3. მიზნის მიღწევის სხვა საშუალებათა შესწავლას, მათ რანგირებას სარგებლიანობის მიხედვით;
4. რესურსების (მატერიალურის, საკადრო, ფინანსურის) განსაზღვრას არჩეული საშუალებების გამოსაყენებლად;
5. ორგანიზაციების, ცალკეულ პირთა და ჯგუფების ამოცანათა განსაზღვრას, არსებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების ეფექტიანად გამოყენების მიზნით;
6. ცოდნის გაღრმავებას, ჩვევების განმტკიცებას;
7. ადეკვატური გადაწყვეტილებების მიღებას, მათ შორის პერსპექტივის განსაზღვრის შესახებ;
8. გადაწყვეტილებების დაყვანას შემსრულებლამდე;
9. პროცესში მონაწილეთა შესაძლებლობების კონცენტრაციას დასახული მიზნების მისაღწევად არჩეული საშუალებების გამოყენებით;
10. არჩეულ საშუალებათა ზედამხედველობას, კონტროლსა და შეფასებას არსებულ კვალიფიკაციასთან და გამოცდილებასთან მათი შესაბამისობის მიზნით.

პროგრამა - *program* – программа - ჯანდაცვაში: შესასრულებელი სამუშაოს განსაზღვრული მოცულობა, წინასწარ შემუშავებული გეგმა ან საქმიანობის განხორციელების პროცედურა.

პროექტი - *project* – проект – განსაზღვრულ ვადაში ჩასატარებელ მიზანმიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც ითვალისწინებს სამუშაოს დროულად შესრულებას ხარისხის სტანდარტებისა და განსაზღვრული ბიუჯეტის დაცვით. ეს ღონისძიებები ორიენტირებულია კონკრეტულ პრობლემასა და ამოცანაზე (ამოცანების ჯგუფზე), საპროექტო ანალიზისა და პროექტის ციკლის სასიცოცხლო ეტაპების ყველა ელემენტის – ინსტიტუციურის, ეკონომიკურის, ფინანსურის, სოციალურის, პოლიტიკურის, აგრეთვე მგრძნობელობისა და რისკის ანალიზის ჩათვლით.

მიზნობრივი პროგრამა - *objective program* – целевая программа - მიზნების ხის შესაბამისად შემუშავებული მიზანმიმართული ქმედებების ერთობლიობა (კრიტერიუმები, მოქმედებების შემსრულებლები, შესრულების ეტაპები). მიზნობრივი პროგრამის წარმატებით განხორციელებისათვის და შესასრულებელ ღონისძიებათა კოორდინაციის უზრუნველსაყოფად იქმნება მუშა ჯგუფი. პროგრამა შეიძლება მოიცავდეს ცალკეულ ქვეპროგრამებსა და პროექტებს.

პოლიტიკის შემუშავება - *policy divelopment* – разработка политики - პოლიტიკისა და სტრატეგიის ფორმირების, განვითარებისა და კორექტირების პროცესი.

შედეგების მართვა - *outcomes management* – управление результатами - ტექნოლოგიებსა და რესურსებზე (სტრუქტურებზე) მიზანმიმართული ზემოქმედება შედეგების შეფასების მიზნით.

გადაწყვეტილებათა ანალიზი ჯანდაცვაში - *decision analysis* – анализ решений в здравоохранении - გადაწყვეტილებათა ყველა შესაძლო ვარიანტის გამოვლენა და დიაგნოსტიკური პროცედურების მკურნალობის სქემის, მოსალოდნელი შედეგების, აგრეთვე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარების სხვა მნიშვნელოვანი ასპექტების თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილებების სერიიდან ყველა პოტენციური ალტერნატივის შედეგის განსაზღვრა; ხშირ შემთხვევაში ალტერნატივას ათავსებენ გადაწყვეტილებათა ხის სხვადასხვა დონეზე, სადაც ყველა შედეგი შესაძლებლობის ფარგლებში აისახება.

გადაწყვეტილებათა ხე - *decision tree* – дерево решений - ამა თუ იმ საკითხის ან პროცესის განხილვის საშუალება, რომელიც

გამოიყენება გადაწყვეტილებათა გაანალიზებისას. გადაწყვეტილებათა ზოგი ვარიანტი ხეზე განლაგდება ტოტებზე, ხოლო მომდევნო შესაძლო გადაწყვეტილებები - განშტოების სახით. მათი შეერთების ადგილი (კვანძი) – სწორი გადაწყვეტილების მიღების, ანუ არჩევანის გაკეთების დონეა. გადაწყვეტილებათა ხე ჩარევათა ალტერნატივის მანიშნებელია, ასევე ასახავს კონკრეტულ ალტერნატივასთან დაკავშირებულ ყველა შედეგს.

მიზანთა ხე - *objective tree* – дерево целей - პროგრამულ-მიზნობრივი დაგეგმვის საფუძველი, რომელშიც მოცემულია მიზანთა მოწესრიგებული იერარქია მთავარი მიზნის ჩათვლით. ყველა მიზნისათვის განისაზღვრება მისი მიღწევის კრიტერიუმი. ნებისმიერი მისაღწევი მიზნისათვის მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული – რა არის მის შესახებ ცნობილი (აქედან გამომდინარეობს პრაქტიკული რეალიზაციის ამოცანა) და რა არა (აქედან გამომდინარეობს საჭირო კვლევათა ჩატარების დავალება).

ეროვნული განვითარების დაგეგმვა - *national-level planning* – планирование национального развития - ქვეყნის მასშტაბით რესურსების (კადრების, ფინანსების, მასალების) ან შენატანების უწყვეტი, ყოვლისმომცველი კოორდინირებული დაგეგმვა, რომელიც საშუალებას იძლევა მიღწეულ იქნეს ეკონომიკური და სოციალური განვითარების სასურველი დონე. ეროვნული განვითარების დაგეგმვა გულისხმობს ერთიან მიდგომას ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების, სოფლის მეურნეობის, მრეწველობის, საზოგადოებრივი უსაფრთხოების, ეკოლოგიისა და სხვა სფეროების საჭიროებათა მიმართ, მოსახლეობის კეთილდღეობის კრიტერიუმების გათვალისწინებით.

ცენტრალიზაცია - *centralization* – централизация - მართვის უნქციების კონცენტრაცია და დისლოცირება ერთ ცენტრში.

ცენტრალიზებული დაგეგმვა - *centralized planning* – централизованное планирование - დაგეგმვა სისტემის (პროცესის) შიგნით – ზევიდან ქვევით, განსაზღვრული წესის მიხედვით, რათა გამოირიცხოს განსხვავება რესურსების მიმღებთა შორის.

დეცენტრალიზაცია - *decentralization* – децентрализация - ცენტრალური ხელისუფლების მიერ ძალაუფლების გადაცემა ან ერთგვაროვანი ადმინისტრაციული ფუნქციების განაწილება უფრო

დაბალ დონეებზე – ადგილობრივ ხელმძღვანელ ორგანოებზე დეცენტრალიზაციის ისაა, რომ გადაწყვეტილებათა მიღების ფუნქცია გადაეცეს იმ დონეს, რომელიც უშუალოდ პასუხისმგებელი ამ გადაწყვეტილებათა შედეგებზე და გააჩნია საჭირო ცოდნა და გამოცდილება აღნიშნული საკითხების კონკრეტულ დონეზე გადასაწყვეტად.

ადმინისტრაციული ხელმძღვანელობა - *administration* – административное руководство - დასახული მიზნების მისაღწევად ამა თუ იმ ღონისძიების ჩატარების ხელმძღვანელობა.

ადმინისტრაციული მონაცემები - *administrator data* – административные данные - ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა ცალკეული ამოცანის გადასაწყვეტად და დასახული მიზნების მისაღწევად.

პასუხისმგებლობა, ანგარიშგება - *accountability* – ответственность, подотченость - პერიოდულად, ზემდგომი დონეებისა ან დაინტერესებული მხარეებისათვის თანმიმდევრული, დაწვრილებითი ინფორმაციის მიწოდება მიზნების, პრინციპების, პროცედურების, ფინანსური შენატანებისა და ხარჯის, მიღებული შედეგებისა და ა.შ. შესახებ, რათა დაინტერესებულმა მხარემ შეძლოს შეაფასოს იგი.

მართვის საინფორმაციო სისტემა - *management information system* – информационная система управления - ჯანდაცვის სისტემის მუშაობისათვის საჭირო ინფორმაციის შეგროვების, დამუშავებისა და მიწოდების სისტემა, რომელიც საშუალებას აძლევს მმართველ დონეს დასახული მიზნების მისაღწევად მიიღოს გადაწყვეტილება და შეაფასოს პროცესის მიმდინარეობა.

დროის ზუსტი გათვლა - *just in time* – "точно вовремя" – პროდუქციის მართვისა და მიწოდების მინიმიზაციის მეთოდი, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს შეკვეთილი საჭირო მასალების მიღება რეალურად საჭირო დროში. ასეთი მეთოდი საშუალებას იძლევა შემცირდეს დანახარჯები.

ჯანმრთელობა და მასთან დაკავშირებული ტერმინები

ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობა - *health* – здоровье - სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა (სტატუსი) - *health status* – состояние здоровья - მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფებისა და ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დახასიათება და შეფასება სპეციალური მაჩვენებლების შესწავლის საფუძველზე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლებში შედის მონაცემები ავადობისა და სიკვდილიანობის, კონკრეტული დაავადებების გავრცელების, ტრავმატიზმის დონის, ანთროპომეტრიის (ფიზიკური განვითარების), აგრეთვე ჯანმრთელობის თვითშეფასებისა და მომავალი ცხოვრების სანგრძლივობის შესახებ.

ფუნქციური მდგომარეობა - *functional status* – функциональное состояние - ჯანმრთელობის ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ადამიანს შეუძლია შეასრულოს ყოველდღიური საქმიანობა. ფუნქციური მდგომარეობა შესაძლებელია შეფასდეს სხვადასხვა ფიზიკური, სოციალური, ემოციური და სხვა პარამეტრებით. შესაძლებელია აგრეთვე განისაზღვროს დამახასიათებელი ნორმები ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით.

დაავადების სიმძიმე - *severity of illness* – тяжесть заболевания - ავადმყოფობის სიმძიმე მკურნალობის დაწყებამდე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის ანკეტა - *health status questionnaire* – анкета о состоянии здоровья - გამოკითხვის ფურცელი, რომელსაც ავსებს პაციენტი დამოუკიდებლად. ანკეტის მონაცემები იძლევა შესაძლებლობას განისაზღვროს მისი ცხოვრების ხარისხი, დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობისადმი, შეფასებულ იქნეს ჯანმრთელობა სხვა მრავალი პარამეტრის (ფიზიკურ ჯანმრთელობის, ემოციური კეთილდღეობის შესახებ მონაცემების) მიხედვით.

უუნარობა - *disability* – неспособность - ისეთი დარღვევების შედეგი, რომელიც იწვევს სიცოცხლისუნარიანობის ან ადამიანისათვის ჩვეული საქმიანობის შეზღუდვას; ფიზიკური, გონებრივი ემოციური შესაძლებლობების არარსებობა ან დაკარგვა, რომლის დროსაც ძნელდება ან შეუძლებელი ხდება რაიმე პროფესიის შესწავლა ან მისი გამოყენება. ეს ტერმინი გარკვეულწილად ასახავს ინვალიდობის სამედიცინო ასპექტებს.

სოციალური შეზღუდულობა - *handicap* – ограниченность в социальном отношении - რაიმე დარღვევით ან უძლურებით გამოწვეული პათოლოგია (უკმარისობა), რომელიც აღენიშნება კონკრეტულ პიროვნებას და იწვევს მისი ასაკის, სქესის, სოციალური და კულტურული მდგომარეობის შესაბამისი ჩვეულებრივი საქმიანობის შეუძლებლობას ან შეზღუდვას.

დარღვევა - *impairment* - ***მედიცინაში*** – нарушение - ფუნქციის გაქრობა ან შეცვლა, ორგანიზმის სტრუქტურის მოშლა (ანატომური, ფიზიოლოგიური, ფსიქიკური) ავადმყოფობის, ტრავმის ან მოწამვლის შედეგად. არასწორია დარღვევის აღრევა აშლილობასთან. მაგალითად, კიდურის დაკარგვა – დარღვევა და არა აშლილობა.

სიცოცხლის ხარისხი - *quality of life* – качество жизни - მაჩვენებელი, რომელიც ასახავს სიცოცხლის ხანგრძლივობას იმ ზემოქმედებების გათვალისწინებით, რომელმაც გამოიწვია ფიზიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიური, მსოფლმხედველობითი გადახრა (დარღვევა) და ზემოქმედება მოახდინა ავადმყოფობამ, ტრავმამ, მკურნალობამ. ამ კონტექსტში ეს ცნება ასახავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული (health – related quality of life - HRQOL) "სიცოცხლის ხარისხს". "სიცოცხლის ხარისხი" შეიძლება შეფასდეს QUALY, DALY ინდექსების მეშვეობით, ე.ი. ეს ისეთი ცხოვრებაა, როდესაც ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ აბრკოლებს სასიცოცხლო ფუნქციების შესრულებას.

შედეგები სიცოცხლის ხარისხისათვის - *quality of life outcome endpoint* – результаты для качества жизни - პროფილაქტიკურ და გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა შედეგები, რომელიც მოქმედებს პაციენტის ფიზიკურ (სიმპტომების სიმძიმის ხარისხი და ფიზიკურ შესაძლებლობებზეც) და სოციალურ მდგომარეობაზე (შრომისუნარიანობის ჩათვლით), ფსიქოლოგიურ ან ემოციურ ფუნქციონირებასა და პაციენტის მიერ ზემოაღნიშნული ღონისძიებების აღქმის ხარისხზე.

ფიზიკური კეთილდღეობა - *well-being* – благополучие - მოსახლეობის, ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების, ინდივიდუუმების ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების კომფორტულობის ხარისხის სუბიექტური შეფასება.

მატერიალური კეთილდღეობა - *welfare* – благосостояние - საზოგადოების, ოჯახის, ინდივიდის მატერიალური უზრუნველყოფის დონე.

ქვოლეს მეთოდი - *quality–adjusted life years index* – индекс QALY - ადამიანის ცხოვრების ხარისხიანად (ავადმყოფობის გარეშე) განვლილი წლების ამსახველი ინდექსი.

ს.პ.ერმაკოვის ინდექსი (მოდელი) - *index (model) of Yermakov* – индекс (модель) Ермакова С.П. - ასახავს ნაადრევი სიკვდილით, ავადობით, ინვალიდობით გამოწვეული შრომითი პოტენციალის დანაკარგების დინამიკას და საშუალებას იძლევა განისაზღვროს თავიდან აცილებად შემთხვევათა წილი.

"დალის" ინდექსი - *DALY Disability–adjusted life years index* – индекс DALY - ინდექსი, რომელიც ასახავს სიცოცხლის წლების რაოდენობის კორექციას შრომისუუნარობის გათვალისწინებით.

ჯანმრთელობის პრიორიტეტები - *health priorities* – приоритеты здоровья – ჯანდაცვა - მეცნიერულად დასაბუთებულ პრობლემათა სფერო, რომელსაც საზოგადოება მიჰყავს საგრძნობ დანაკარგებამდე. მათი ნაწილის თავიდან აცილება შესაძლებელია.

ჯანმრთელობის დაცვა - *health advocacy* – защита здоровья - დასაბუთებული საჯარო გამოსვლა მაგალითად, საქმის, იდეის ან პოლიტიკის, რაიმე მოსაზრების, პოზიციის დასაცავად (ქომაგობა). იგი მოიცავს პროფესიონალთა საქმიანობასაც, რომელიც მიმართულია გარკვეული მნიშვნელობის სფეროებზე რესურსების გადანაწილებისაკენ პაციენტთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის მიზნით.

ჯანმრთელობის განვითარება - *health development* – развитие здоровья - ჯანმრთელობის მდგომარეობის პროგრესული გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესი ინდივიდუალურ, ჯგუფურ, პოპულაციურ დონეზე.

ჯანმრთელობის დაცვა (პროტექცია) - *health protection* – охрана здоровья - სახელმწიფო და საზოგადოებრივ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის

(პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციის მეშვეობით) განმტკიცებისაკენ. იგი გულისხმობს სუბიექტთა კომპლექსურ მიდგომას - ყველა სამინისტროსა და უწყების ძალისხმევის გაერთიანებას. საერთოდ ჯანმრთელობის პროტექციაში იგულისხმება ისეთი პირობების შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ფუნქციონირებას, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე საზოგადოების შემადგენლობაში. მოსახლეობის ჯანდაცვის განმტკიცების ფუნქცია დაკისრებული აქვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემას.

ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა შედეგები - *health outcomes* – результаты мероприятий по охране здоровья - მოსახლეობის ჯგუფის ან ცალკეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილება, რომელიც უკვე საზეზეა ან მომავალში მოხდება (შეიძლება მიეწეროს ჯანდაცვის სამსახურების მიერ გაწეულ საქმიანობას).

სანიტარიული განათლება - *health education* – санитарное просвещение - ფართო შემეცნებითი გაგებით სანიტარიული განათლება მოიცავს ინდივიდის, ადამიანთა ჯგუფის ან მთელი საზოგადოების იმ ცოდნას, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რწმენაზე, შეხედულებასა და ქცევაზე, ამავე დროს იმ პროცესებსა და ღონისძიებებზე, რომლებიც იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. უფრო ვიწრო გაგებით, მოსახლეობაზე ინდივიდუალური და მასობრივი ზემოქმედების საშუალებათა ერთობლიობა, მიმართული მისი ცოდნის დონის, ინფორმირებულობის ამაღლებისა და უნარ–ჩვევების განმტკიცებისკენ, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისაკენ.

რისკის ანალიზი - *health risk analisy* – анализ риска для здоровья - ცალკეული პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პროგნოზირებადი პარამეტრების შეგროვების, ანალიზისა და შედარების პროცესი.

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირობები და ფაქტორები

ჯანმრთელობის ეკოლოგიური მოდელი, ჯანმრთელობის ეკოლოგია - *ecological public health* – экологическая модель здоровья; экология здоровья - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცნების განხილვა იმის გათვალისწინებით, რომ ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა განისაზღვრება გარემომცველი სოციალურ-ეკონომიკური, კულტურული, პოლიტიკური, ინდივიდუალური ფაქტორების ურთიერთქმედებით, სამედიცინო დახმარების მიღების ჩათვლით.

გარემოს ჰიგიენა - *environmental health* – гигиена окружающей среды - ჯანდაცვის სფერო, რომელიც განსაზღვრავს, ადგენს, აკონტროლებს და მართავს მოსახლეობაზე მოქმედ ფიზიკურ და სოციალურ პირობებს. მაგალითად, საწარმოს ან რომელიმე ტერიტორიის გარემოს ჰიგიენა შეისწავლის პათოგენური ქიმიური, რადიაციული, ფიზიკური და ზოგიერთი ბიოლოგიური აგენტის როგორც პირდაპირ, ასევე არაპირდაპირ ზემოქმედებას მოსახლეობაზე.

ეპიდემიოლოგია - *epidemiology* – эпидемиология - სამედიცინო მეცნიერების დარგი, რომელიც სწავლობს იმ ფაქტორებსა და პირობებს, რომელიც ხელს უწყობს ავადობის გავრცელებას მოსახლეობაში. ამჟამად ეპიდემიოლოგია მოიცავს ყველა სახის (მწვავეს და ქრონიკულს) ფიზიკურ, ფსიქიკურ, ინფექციურ და არაინფექციურ დაავადებას. ეპიდემიოლოგიური კვლევა ისახავს სამ ძირითად მიზანს: ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების განვითარება მიმართოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოცულობის განსაზღვრისაკენ; გამოავლინოს ეკოლოგიური (მიზეზობრივი) და სხვა ფაქტორები, რომლითაც შესაძლებელია ბრძოლა დაავადებებთან ან ზემოქმედება მათზე; გამოიმუშაოს ღონისძიებათა ეფექტური მეთოდები, რომლებიც მიმართულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და დაავადებებთან ბრძოლისაკენ.

ეპიდემიოლოგიის ზოგიერთი სახე:

ანალიტიკური ეპიდემიოლოგია - *analitical epidemiology* – аналитическая эпидемиология - გამოკვლევები ჰიპოთეზების რეტროსპექტიული და პერსპექტიული მეთოდების გამოყენებით შეიქმნა ჩატარებულ გამოკვლევათა შედეგების გასაანალიზებლად;

აღწერითი ეპიდემიოლოგია - *descriptive epidemiology* – описательная эпидемиология - გამოკვლევები მოსახლეობაში ამა თუ იმ დაავადების ან დაავადებების გავრცელების შესასწავლად;

ექსპერიმენტული ეპიდემიოლოგია - *experimental epidemiology* – экспериментальная эпидемиология - ექსპერიმენტების ჩატარება საკონტროლო კვლევების შედეგების განსაზღვრის მიზნით. ექსპერიმენტების ჩატარება საკონტროლო გამოკვლევების შედეგების შესაფასებლად, აგრეთვე მოსახლეობაზე მავნე ფაქტორთა შესაძლო ზემოქმედებისა ან გატარებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტურობის დასადგენად.

დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კვლევა - *epidemiological study of a disease* – эпидемиологическое исследование заболевания - დაავადების კლინიკური სურათისა და მოსახლეობაში მისი გავრცელების შესწავლა.

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა - *epidemiological surveillance* – эпидемиологический надзор - დაკვირვება დაავადების ნიშნების ნაადრევად გამოვლენის მიზნით. გულისხმობს სისტემატურ დაკვირვებას და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას.

ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა - *epidemiological survey* – эпидемиологическое обследование - გამოკვლევა, რომელიც ტარდება დაავადების გავრცელების ხარისხის, შემთხვევათა სიხშირის, განვითარების კანონზომიერების დასადგენად, ავადმყოფთა გამოვლენა ამგვარი გამოკვლევის შედეგად.

გამოკვლევები ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის დარგში - *health survei* – исследования в области здоровья и здравоохранения - მთელი მოსახლეობის ან მისი ცალკეული ჯგუფის გამოკვლევა ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების ან

დაავადებების გამოვლენის მიზნით, რომელიც საჭიროებს პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გატარებას. ჯანდაცვის სფეროში ჩატარებული გამოკვლევები ინფორმაციას იძლევა ერთ ან ყველა საკითხზე, რომელიც ქვემოთ არის ჩამოთვლილი:

ჯანმრთელობაზე მოქმედი პირობები – *health-affecting factors* – условия влияющие на здоровье – სოციალურ-ეკონომიკური, გარემოსა და საყოფაცხოვრებო ფაქტორები, კვება, საყოფაცხოვრებო და სოციალური ჩვევები, მემკვიდრეობითი და ეთნო-გეოგრაფიული ფაქტორები.

ჯანდაცვის სამსახურები და სამედიცინო მომსახურებით მოცვა – *health services and medical coverage* – службы здравоохранения и охвата медицинской помощи - მოთხოვნილება ჯანდაცვის სამსახურებზე, სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვის სამსახურების გამოყენება, ჯანდაცვის პროგრამების შეფასება, დაავადებათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის, ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარების ხარჯების განსაზღვრა, დახმარების ხარისხი და ეფექტიანობა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა - *population health status* – состояние здоровья населения - საერთო დავადებულობა, ტრავმატიზმი, ფიზიკური განვითარება (ანთროპომეტრიული მონაცემები), სიკვდილიანობა (საერთო, სქესის, ასაკის მიხედვით, ერთ წლამდე ბავშვთა, დედათა ნაადრევი), აგრეთვე მისი თავიდან აცილებადობა, ჯანმრთელობის თვითშეფასება, მოსახლეობის განაწილება ჯანმრთელობის ჯგუფებში, სიცოცხლის საშუალო სავარაუდო ხანგრძლივობა.

პროფესიული ჯანმრთელობა (ინდივიდუალური) - *occupational health (individual)* – професиональное здоровье (индивидуальное) - ჯანმრთელობის ხარისხი, როცა დასაქმებულ ადამიანს შეუძლია შეასრულოს თავისი მოვალეობა, ოპტიმალურად კომფორტულად იგრძნოს თავი სამუშაოზე. ყოველივე ეს აისახება შრომის ნაყოფიერებაზე, ექიმთან ვიზიტების რიცხვზე, შრომისუუნარობის გამო მიღებულ თანხებსა და ერთ ადგილზე მუშაობის ხანგრძლივობაზე. ერთის მხრივ ეს ჯანმრთელობის ისეთი დონეა, რომელიც ხელს არ უშლის პროფესიულ საქმიანობას, ხოლო მეორეს მხრივ – არის ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, რომელიც განპირობებულია

პროფესიული ფაქტორებისა და პირობების გავლენით.

პროფესიული ჯანმრთელობა (საზოგადოებრივი) - *occupational health (public)* – професиональное здоровье (общественное) - პროფესიული ჯგუფების ჯანმრთელობა, რომელიც განპირობებულია პროფესიული ფაქტორებისა და პირობების გავლენით. ამასთანავე, ეს არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თეორიისა და პრაქტიკის სფერო, რომელიც გამოავლენს და აკონტროლებს ჯანმრთელობასა და დაავადებებზე მავნე ფაქტორების გავლენას, ატარებს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს. დაკავშირებულია პროფესიულ საქმიანობასა და სამუშაო გარემოზე. მოიცავს მომუშავე მოსახლეობის ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაკაჟების პროპაგანდას.

ჯანდაცვა

ჯანდაცვის ზოგადი საკითხები

ხელმისაწვდომობა (ფიზიკური) – *accessibility* – доступность (физическая) - პაციენტის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი; იგულისხმება ინფრასტრუქტურის არსებობა, გზა, ტრანსპორტი, თვით სამედიცინო მომსახურების ამა თუ იმ სახეობის არსებობა.

დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა – *Average Length of Stay (ALOS)* – средняя продольжительность пребывания - პაციენტის დღეების საშუალო რაოდენობა მოცემულ პერიოდში, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იღებს სამედიცინო მომსახურებას. დროის საზომად გამოიყენება დღე. ეს არის დღეების საშუალო რიცხვი, რომლის მანძილზეც სტაციონარული ავადმყოფი ყოვნდება ჯანდაცვით დაწესებულებაში, მიეწოდება სამედიცინო მომსახურება და დაცვა დროის მოცემულ პერიოდში. ALOS განისაზღვრება ავადმყოფ-დღეთა გაყოფით ან მიიღება რიცხვზე, ან გაწერების და სიკვდილის შემთხვევათა რიცხვზე. ALOS ყველაზე ხშირად განისაზღვრება მოცემულ პერიოდში გაწერილ ავადმყოფ-დღეთა სრული რიცხვის გაყოფით გაწერილ ავადმყოფთა რიცხვზე.

დახმარების პაკეტი – *benefit Package* – перечень (пакет) помощи

- 1. მომსახურების ის სახეები, რომლებსაც დამზღვევი სთავაზობს ადამიანთა ჯგუფს. მა: წამლებზე დახმარება, რომელიც ემატება ძირითადი სამედიცინო მომსახურებაზე ანაზღაურებას და განიხილება როგორც დახმარების სხვა პაკეტი. 2. ის დახმარებები, რომლებიც უნდა უზრუნველყოს კონტრაქტის პირობების მიხედვით პასუხისმგებლობის მატარებელმა პირმა.

დახმარებები (სარგებელი) - *benefits* – полезность (помощь) - ჯანდაცვის გეგმის მიხედვით გადასახდელი თანხის რაოდენობა სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებისთვის.

შემთხვევის მართვა - *casa management* – управление случаем - პროცესი, როდესაც ყველა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ შემთხვევას მართავს ექიმი ან მედდა ან განსაზღვრული ჯანდაცვის მუშაკი. ექიმმა, რომელიც მართავს შემთხვევას უნდა აკოორდინიროს ჯანდაცვის განსაზღვრული კომპონენტები, როგორიცაა მიმართვა კონსულტანტებთან, სპეციალისტებთან, საავადმყოფოებში, აგრეთვე დახმარების მომწოდებლებთან და სხვა მომსახურება. შემთხვევის მართვა მიმართულია მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფისკენ და მომსახურების სიხისტის, დანაწევრების და საშუალებათა არასრული ათვისების აცილებისაკენ, ის აგრეთვე ცდილობს, შეუფართოს მომსახურების შესაფერისი ინტენსივობა პაციენტის საჭიროებებს.

ნაღდი ფულის ნაკადი – *cash flow* – поток наличных денег - 1. ნაღდი ფულის დინება გარკვეული ვექტორის მიხედვით (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლიდან მწარმოებლამდე); 2. ინვესტიციებში ეს წარმოადგენს გამოშვებას გაუფასურებამდე, ამორტიზაციამდე და უნაღდო ხარჯებზე. ზოგჯერ ეწოდება ნაღდი ფულის გამოშვება.

დაფარვა – *coverage* – покрывать - შესაბამისი პიროვნებისათვის ხელმისაწვდომი სარგებელი დაქირავებულის სარგებლის პროგრამის მიხედვით.

დიაგნოზზე დაფუძნებული ჯგუფები (დიაგნოზზე მომუშავე ჯგუფი, დიაგნოზის მიხედვით შექმნილი ჯგუფი) – *diagnosis ralated groups (DRG)* – группы образованные согласно диагнозу - რაც ნიშნავს, რომ პაციენტის ჯანდაცვის დაჯგუფება ხორციელდება საავადმყოფო რესურსების მოსალოდნელი მოხმარების მიხედვით. მეთოდი გამოარჩევს ავადმყოფებს, ვისი

ჰოსპიტალიზაცია და რესურსების მოხმარება მსგავსია და აჯგუფებს მათ დიაგნოზების საფუძველზე. მკვლევარებმა იელის უნივერსიტეტიდან ნიუ-ჯერსის, კონექტიკუტის, სამხრეთ კალიფორნიის საავადმყოფოების მონაცემების საფუძველზე შექმნეს *DRG*-ები. კლინიცისტებმა დააჯგუფეს მერვე სრული გამოცემა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციისა (**ICDA**-8) ექსკლუზიურ ძირითად სადიაგნოზო კატეგორიებად, რომელიც დაფუძნებულია 3 პრინციპზე: 1) თითოეული კატეგორია უნდა იყოს თანამიმდევარი ანატომიური, პატოფიზიოლოგიური, კლასიფიკაციისა და კლინიკური მოპყრობის (მართვის), 2) თითოეულ კატეგორიას უნდა გააჩნდეს ავადმყოფების საკმარისი რაოდენობა, რომ წარმოქმნას სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი პოპულაცია თითოეულ კატეგორიაში, 3) თითოეულმა კატეგორიამ უნდა მოიცავდეს **ICDA** კოდების სრული დონე გადაფარვის გარეშე. დაყოვნების ხანგრძლივობა არის დამოუკიდებელი ცვალებადი გადაფარვის გარეშე. დაყოვნების ხანგრძლივობა არის დამოუკიდებელი ცვალებადი მაჩვენებელი, რომელიც რესურსის მოხმარების დონის განსასაზღვრავად კომპიუტერულმა პროგრამამ, შექმნილმა იელში, სათაურით **AUTOGRP** გამოყო კატეგორია, რომლებიც მოიცავდნენ სამედიცინოდ მნიშვნელოვან ჯგუფებს, დაფუძნებულს დაყოვნების ხანგრძლივობაზე. სისტემამ მიიღო **ICDA-9-CM** ავადმყოფების მახასიათებლების გამოვლენაში დასახმარებლად. ავადმყოფების მახასიათებლებს მიეკუთვნება ძირითადი დიაგნოზი, თანხმლები დიაგნოზები, ძირითადი პროცედურა, მეორადი პროცედურები, ასაკი, ფსიქიატრიული მომსახურების ქონა-არქონა. მრავალი გამოცდის შემდეგ 470 **DRG**-ები მიღებულ იქნენ სტანდარტებად და სისტემა გამოიყენება ნაციონალურ საფუძველზე, ჯერ **Medicare**-ს მიერ, რომ შეამციროს საავადმსოფოს ფასები და შეამციროს ანაზღაურებანი საავადმყოფოებისათვის პაციენტთა დაყოვნების შემცირების გზით. **DRG**-ების შექმნის მოტივაცია ნაწილობრივ დაფუძნებული სოციალური დაცვის 1983 წლის შესწორებაზე, რომელმაც უზრუნველყო მომავალი გადახდის სისტემა საავადმყოფოებში **Medicare**-ს სტაციონარული მომსახურებისათვის. მომავალი გადახდის სისტემის ქვაკუთხედი არის **DRG** სისტემა. განვითარების მოგვიანებით საფეხურზე იყენებს, რა კლინიკურ მოწყობას (დაწესებულებას), **DRG** შეიქმნა ყველა შესაძლო

დიაგნოზის აღებით **ICD-9CM** სისტემიდან და მათი დაჯგუფებით 23 ძირითად საღიაგნოზო კატეგორიად (**MDS**) ორგანოთა სისტემების მიხედვით და შემდგომში მათი დაყოფით 467 ცალკე ჯგუფად (**DRG**-468, როდესაც ძირითადი დიაგნოზი და ძირითადი საორეპაციო – საპროცედურო ოთახი არ შეესაბამება ერთმანეთს და **DRG**-469, როდესაც ძირითადი დიაგნოზი სწორია, მაგრამ არ უნდა დარჩეს გაწერის დიაგნოზად და **DRG**-470 დაუჯგუფებელი დიაგნოზისათვის), რომლებიც სამედიცინო მნიშვნელობისაა. ყველა პაციენტი ერთსა და იმავე **DRG**-ში მოსალოდნელად იყენებს სტატისტიკურად საშუალო, დაახლოებით ერთნაირ საავადმყოფო რესურსებს.

ინვალიდობის პენსია – *disability benefits* – пенсия по инвалидности - თანხა, რომელიც გაიცემა ხანმოკლე ან ხანგრძლივი ინვალიდობით გამოწვეული ხელფასის დაკარგვის შემთხვევაში.

ინვალიდობა – *disability* – инвалидность - მდგომარეობა, რომლის გამოც დაზღვეულს არ გააჩნია უნარი შეასრულოს მისი რეგულარული საქმიანობის ერთი ან მეტი სახე. არსებობს ინვალიდობის სხვადასხვა განმარტება: სოციალური უზრუნველყოფის აქტი განსაზღვრავს "ინვალიდობას" შემდეგნაირად: ინვალიდობა არის უუნარობა მონაწილეობდეს ნებისმიერ მნიშვნელოვან, მიზნობრივ ქმედებაში. სამედიცინო თვალსაზრისით დადგენილი ფიზიკური და ფსიქიკური დაზიანების გამო, რასაც შესაძლებელია შედეგად მოჰყვეს სიკვდილია ან შესაძლოა გაგრძელდეს 12 თვეზე მეტ ხანს (და რომელიც თავიდან გვაცილებს საჩივრის ფორმის წარდგენას მხოლოდ წინა სამუშაოსთან დაკავშირებით და ითვალისწინებს მის ასაკს, განათლებას და სამუშაო სტაჟს, ნებისმიერი სხვა სახის სამუშაოს, რომელიც არსებობს ნაციონალურ ეკონომიკაში მიუხედავად იმისა, ეს სამუშაო მის საცხოვრებელ ადგილთან მდებარეობს თუ არსებობს მისთვის რამე სპეციფიკური ვაკანსია, ან თუ შეიძლება დაქირავება იმ შემთხვევაში, თუ იგი მოითხოვს სამუშაოს).

ჭიშკრის დამცველი (მიმღები ექიმი) - *gate keeper* - привратник - 1. პირველადი დახმარების ექიმი სამედიცინო დახმარების ქსელში, რომელიც აკონტროლებს პაციენტის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო სპეციალისტებისადმი; 2. პირველადი დახმარების ექიმი, რომელიც პასუხს აგებს პაციენტის სამედიცინო დახმარების ყველა ასპექტის ზედამხედველობასა და კოორდინაციაზე.

იმისათვის, რომ პაციენტმა მიიღოს სპეციალური დახმარებას ან საავადმყოფოში მიღების მიმართვა, "ჭიშკრის დამცველმა" უნდა წარადგინოს ვიზიტი, თუ არ არის გადაუდებელი სიტუაცია.

მიღების მექანიზმი – *gatekeeper mechanizm* – механизм приема - ხარისხისა და ღირებულების კონტროლის სისტემა, რომელიც ფუნქციონირებს პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმის მეშვეობით და უზრუნველყოფს ან სთავაზობს წვევრებს სათანადო სამედიცინო დახმარებას.

ინტეგრირებული ჯანდაცვის ქსელი – *integrated care network* – интегрированная сеть здравоохранения - მომსახურებათა უწყვეტი კოორდინაცია, რომ უზრუნველყოს მაქსიმალური ეფექტურობა და გამოყენება (უტილიზაცია) ფასების მინიმუმამდე დაყვანასთან ერთად.

მედიქეიდი – *Medicaid (Title XIX)* – Медикейд - პროგრამა, რომლის ფუნქციონირება და ადმინისტრირება ხდება სახელმწიფოს მიერ და რომელიც ეფუძვნება ფედერალურ მხარდაჭერას. ეს პროგრამა უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარებით ღატაკ და დაბალი შემოსავლის მქონე ადამიანებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება. პროგრამა, რომელიც შეიქმნა სოციალური დაცვის აქტის XIX თავის საფუძველზე ძირითადად ეძღვნება ღატაკ მოსახლეობას, იგი მხოლოდ მათ ვიზედაც ვრცელდება სოციალური დაცვის პროგრამები მოხუცებზე, უსინათლოებზე, ინვალიდებზე, იმ ოჯახებზე, რომლებსაც არ ჰყავთ ერთ-ერთი მშობელი, დავრდომილებაზე ან უმუშევრებზე. გარკვეულ შემთხვევაში სახელმწიფოს შეუძლია უზრუნველყოს ამ პროგრამით მოცვა 21 წლის ასაკზე უმცროსები, რომლებიც ამ კატეგორიებს არ მიეკუთვნებიან. საკითხთან დაკავშირებული ფედერალური მიმართულებების მიხედვით ცალკეული შტატები განსაზღვრავენ დახმარებების მოცულობას, პროგრამისადმი შესაბამისობას, უზრუნველყოფელთა ანაზღაურების კოეფიციენტს და პროგრამის მართვის მეთოდებს. ეს პროგრამა არ შეიძლება არეულ იქნას პროგრამასთან **"Medicare"**.

მედიქეარი – *Medicare (Title XVIII)* – Медикеар - არანაწილობრივი ფედერალური სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც მოიცავს სტაციონარული და მასთან დაკავშირებული მომსახურების ღირებულებას 65 წლისა და უფროსი ასაკის სრული ფიზიკური უუნარობის მქონე პირებს შესაბამის

ბენეფიციანტებს. პროგრამა ხელმისაწვდომია ყველა დაზღვეული პირისათვის მიუხედავად მათი შემოსავლის ოდენობისა. ფული, რომელიც მიიღება საწევრო გადასახადებისაგან და ბენეფიციანტებისაგან გადაირიცხება სპეციალურ სამეურნეო ფონდებში, რათა დაიფაროს დაზღვეულთა მიერ გაწეული ხარჯები. ეს პროგრამა მიღებულ იქნა 1965 წლის 30 ივლისს როგორც "სოციალური დაცვის აქტის" XVIII თავი "სამედიცინო დაზღვევა ხანდაზმულობისათვის", ხოლო მისი განხორციელება დაიწყო 1966 წლის 1 ივლისს. იგი შედგება ორი ცალკეული, მაგრამ კოორდინირებული პროგრამისაგან: საავადმყოფო დაზღვევა (ნაწილი **A**) და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა (ნაწილი **B**). გამოკვლევა განსაზღვრავს ამ ტერმინის შემდეგნაირად: "ტერმინი მოიცავს იმ რეციპიენტებს, რომლებიც ჩართულნი არიან სამედიცინო დაწესებულებაში რისკის, ღირებულების და **HGPP** კონტრაქტის მიხედვით. ეს კატეგორია გამორიცხავს პროგრამის დამატებით წევრებს".

მედიქეარ A – **Medicare A** - Медикеар А - **Medicare**-ის ნაწილი, რომელიც მოიცავს საავადმყოფო დახმარებას.

მედიქეარ B - **Medicare B** – Медикеар Б - **Medicare** -ის ნაწილი, რომელიც მოიცავს საექიმო არასტაციონარულ მომსახურებას.

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია – *prefered provided organization* (**PPO**) – организация отобранных поставщиков - სპეციალიზირებული ჯანდაცვის მომწოდებელი ორგანიზაცია, ჩამოყალიბებული საავადმყოფოების, ექიმების, სამედიცინო ჯგუფების მიერ გადასახადების განრიგების ურთიერთშეთანხმებით სადაზღვევო კომპანიებთან, რომლებიც ამგვარად ხდებიან არჩეულნი. **PPO**-ები სთავაზობენ დაბალ ფასებს დამზღვევებს, რაც უბრუნდებათ მოსახლეობის დიდი ნაწილის მოცვით და უფრო სწრაფად ანაზღაურდება წაყენებული მოთხოვნები. სადაზღვევო კომპანია მიმართავს პოლისის მფლობელებს ჯანდაცვისათვის **PPO**-ში, სადაც ისინი იხდიან უფრო დაბალ ფასებს და ფული ეზოგება ყველა მონაწილეს, განსაკუთრებით დამსაქმებელს. **PPO** შეთანხმებულია, უზრუნველყოს უკეთესი მოცვა ან ძირითადი ნაწილი მომსახურების ფასებისა, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოცული იქნება ჯანდაცვის კერძო მომწოდებლის მიერ. ეს აძლევს დასაქმებულს ფინანსურ სტიმულს, გამოიყენოს არჩეული მომწოდებელი, მაგრამ **HMO**-სგან განსხვავებით, იგი არ არის

ჩაკეტილი **PPO**-ს შიგნით. მოთხოვნათა სკრინინგი და უტილიზაციის განხილვის ანალიზი უნდა ჩატარდეს **PPO**-ს მიერ, საავადმყოფომ **PPO**-ს ბაზაზე უნდა გაზარდოს საშუალო დღიური აღწერა და შეეჯიბროს **HHMO**-ს.

პროფილაქტიკური დახმარება – *preventive care* – профилактическая помощь - სამედიცინო დახმარების ყოვლისმომცველი სახე, რომელიც ანიჭებს პრიორიტეტს პროფილაქტიკას, დაავადებათა ადრეულ გამოვლენას და ადრეულ მკურნალობას. ჩვეულებრივ შეიცავს რუტინულ, ფიზიკალურ გასინჯვებს, იმუნიზაციას და კარგ მოვლას.

პროფილაქტიკური მედიცინა – *preventive medicine* – профилактическая медицина - მოსალოდნელი დაავადებების, პროფილაქტიკის გამოვლენა და მათი ადრეულ მკურნალობაზე მიმართული ღონისძიებების ჩატარება.

პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმი – *primary care physician* – врач первой медицинской помощи - პირველადი სამედიცინო დახმრების ექიმი ანგარიშვალდებულია გაპირობებული მოსახლეობის საერთო სამედიცინო მომსახურებაზე, ორგანიზებულ მიმართვებზე და ზედამხედველობას უწევს სხვა სახის დახმარებებს, როგორიცაა სპეციალისტის მიერ მომსახურება და ჰოსპიტალიზაცია. პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმმა შეიძლება იმუშაოს ჯგუფურად; პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმების მომსახურების ანაზღაურება ხდება ყოველთვიურად სულადობის პრინციპით. ზოგიერთი გეგმის მიხედვით პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმის ანაზღაურება ხდება "მომსახურებისათვის გადასახადის" პრინციპით, ხშირად შეღავათებით.

კომუნალური ჯანდაცვა - *community health* – коммунальное здравоохранение - მოსახლეობის ნებისმიერი ფენის ჯანმრთელობისა და გარემოს დაცვის ყველა სამსახური ადგილობრივ დონეზე, დამოუკიდებლად იმისა, ეს სამსახური არის სახელმწიფო თუ კერძო სტრუქტურა. ფართო გაგებით კომუნალური ჯანდაცვა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, რომელიც მოიცავს ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედ პრობლემებს, გარემოს ჰიგიენის საკითხებსა და ჯანდაცვის სამსახურს, აგრეთვე სამედიცინო-სანიტარიული დახმარების სამსახურების ხელმძღვანელობასაც.

სამედიცინო დახმარება - *health care* – медицинская помощь - პაციენტების გამოჯანმრთელებისა და მკურნალობისაკენ მიმართული საქმიანობა, რომელსაც, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად ახორციელებენ პროფესიონალი მუშაკები ჯანმრთელობის დაცვის განსაზღვრულ სისტემაში. სამედიცინო დახმარება მოიცავს სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ერთიანობას. "health care" აშშ-ში განსაზღვრავს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და გაკაჟების მთელს საქმიანობას, რომელიც შეიძლება განახორციელოს არასამედიცინო მუშაკმაც.

სამედიცინო დახმარება - *medical care* – медицинская помощь - აშშ-ში სამედიცინო დახმარება განისაზღვრება ინდივიდუალურ დონეზე და უმეტესად მიმართულია ავადმყოფობის ან ტრავმის მკურნალობისაკენ, დაავადების სიმპტომების ინტენსივობის შემცირების, ასევე ავადობისა და დაავადებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პროფილაქტიკისაკენ. სამედიცინო ჩარევა გულისხმობს ფარმაკოთერაპიას, პროცედურებს, რეაბილიტაციას და კონსულტაციებს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ასპექტში საჭიროა მსგავსი ღონისძიებისაგან სამედიცინო დახმარების იმ სახის გარჩევა, რომელიც მთლიანობაში ტარდება დავადებათა პროფილაქტიკისა და ჯანმრთელობის გაკაჟების მიზნით.

დახმარების აღმოჩენის პროცესი - *process of care* – процесс оказания помощи - სამედიცინო ღონისძიებები კონკრეტული პაციენტის მიმართ. ***მომსახურება*** - *servise* – სამედიცინო დახმარების გამწევი დაწესებულებებისა და პირების მიერ პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების საჭიროებათა უზრუნველყოფის მიზნით გაწეული საქმიანობა. მომსახურება - სამედიცინო დახმარების იდენტიფიცირებული ვარიანტია.

საქმიანობა - *activity* – деятельность - სამუშაო, რომელსაც ასრულებს პერსონალი დასახული მიზნის მისაღწევად, მაგალითად, ბინაზე მომსახურებისას, სპეციალისტებთან საკონსულტაციოდ გაგზავნისას. საქმიანობის ყოველი ასეთი სახე გულისხმობს გარკვეულ ამოცანათა შესრულებას. საქმიანობის სახეობათა ჯგუფი გარკვეული ფუნქციის განხორციელების საშუალებაა.

საქმიანობის შესწავლა - *activity studies* – исследования деятельности - გამოკვლევები, რომელთა მიზანია შეისწავლოს, გააანალიზოს და შეავსოს ჯგუფის ან ინდივიდის მიერ გარკვეულ პერიოდში (მაგალითად, ერთი კვირის ან ერთი თვის

განმაცალკევებელი) გაწეული მუშაობა.

დაინტერესებული მხარეები - *stakeholder* – заинтересованные стороны - ჯანდაცვის მომსახურების ორგანიზაციითა და შესრულებით დაინტერესებული პირი ან პირთა ჯგუფი. მათ შეიძლება განეკუთვნონ ჯანდაცვის სამსახურის ხელმძღვანელები, საფინანსო ორგანოები, ჯანდაცვის დარგში გამოკვლევათა დამკვეთები, აგრეთვე ის პირები ან ორგანიზაციები, რომელთაც თავისი ეკონომიკური მდგომარეობით ან ავტორიტეტით შეუძლიათ დაეხმარონ ჯანდაცვითი ღონისძიებების გატარებას.

მოთხოვნათა კონტროლი და რეგულირება - *demand management* – контроль и регулирование спроса - ღონისძიებები, რომელიც აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებისა და საჭიროების შემცირებისათვის, რაც შესაძლებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებით, რისკ-ფაქტორების შემცირებით, ასევე იმ პროგრამების განხორციელებით, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის განმტკიცებისაკენ.

მოწმობა (სერტიფიკატი) აუცილებლობის შესახებ - *certificate of need (CON)* – свидетельство (сертификат) о необходимости - დოკუმენტი, რომელსაც გასცემენ სახელმწიფო ორგანოებზე მაგალითად, ჯანდაცვის დაგეგმვისა და განვითარების სახელმწიფო სააგენტო ინდივიდზე ან ცალკეულ სამედიცინო ორგანიზაციაზე გასცემს მოწმობას (სერტიფიკატს), რომელშიც მოცემულია რეკომენდაციები დაწესებულების აშენებისა თუ რეკონსტრუქციის, კაპიტალდაბანდების შესახებ, ან ახალი სამედიცინო სამსახურის, ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბების შესახებ.

პაციენტზე ორიენტირებული დახმარება - *patient-centered care* – помощь, ориентированная на пациента - სამედიცინო დახმარებისადმი მიდგომა, რომელშიც მთლიანადაა გათვალისწინებული პაციენტის პოზიცია. ეს პოზიცია შეიძლება დახასიათდეს ისეთი პარამეტრებით, როგორიცაა ფასეულობათა პაციენტისცემა, პაციენტის მოთხოვნების უპირატესობა, დახმარების კოორდინაცია და ინტეგრაცია, ინფორმაცია, თანამშრომლობა და განათლება, ფიზიკური კომფორტი, ემოციური მხარდაჭერა და შიშისა და უსიამოვნო შეგრძნების აცილება, სამედიცინო დახმარების პროცესში ოჯახის წევრებისა და მეგობრების ჩართვა. ზოგადად სამედიცინო დახმარების ეს სისტემა მთლიანად ორიენტირებულია პაციენტზე, როდესაც იგი არის სისტემის ყველა

ელემენტის ობიექტი.

პაციენტთა უფლებები - *patients rights* – права пациентов - ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა (პაციენტების) უფლებებისა და კეთილდღეობის უპირატესობა მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით. პაციენტთა უფლებები სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა დროს განსხვავებულია.

პაციენტს უფლება აქვს:

- თავისუფლად ამოირჩიოს მკურნალი ექიმი და სამედიცინო დაწესებულება;
- დახმარება მიიღოს იმ ექიმისგან, რომელიც თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან კლინიკური ან ეთიკური გადაწყვეტილების მიღებისას;
- ადეკვატური ინფორმაციის მიღების შემდეგ დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობაზე;
- ექიმს მოსთხოვოს პატივი სცეს მისი სამედიცინო და პირადული მონაცემების კონფიდენციალურობას;
- ღირსეული სიკვდილისა;
- მიიღოს ან არ მიიღოს სულიერი და მორალური თანადგომა შესაბამისი აღმსარებლობის ღვთისმსახურის დახმარების ჩათვლით;
- ამასთან ერთად ყოველი პაციენტი პასუხისმგებელია (მორალურად, ფინანსურად და ზოგ შემთხვევაში იურიდიულადაც) თავის ქცევაზე, რაც მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის გაუარესებას იწვევს.

რისკ-ჯგუფის ადამიანზე დაკვირვება - *(human) risk management* – наблюдение за людьми из групп риска - რისკ-ჯგუფის ადამიანების მკურნალობაზე დაფუძნებული საქმიანობა, რომლის მიზანია მოთხოვნების შემცირება, მათი დროული გამოვლენა, პროფილაქტიკური დახმარებისა და რეგულარული სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური მეთვალყურეობის მეშვეობით ფსიქოლოგიური, კლინიკური ან ფინანსური კრიზისის თავიდან აცილება.

რისკის მართვა - *risk management* – управление риском - კლინიკური და ადმინისტრაციული ქმედებები, რომელიც სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას საშუალებას აძლევს მოახდინოს რისკის იდენტიფიცირება, შეავაკოს და შეამციროს მისი უარყოფითი ზემოქმედება პაციენტებზე, პერსონალზე,

მნახველებსა და თვით დაწესებულებაზე.

სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობანი - *access to care* – доступ медицинскому обслуживанию - გარკვეული პიროვნების ან ჯგუფის უფლება, გამოიყენოს (ან ფაქტობრივად იყენებს) ჯანდაცვის სისტემის აუცილებელი მომსახურების სხვადასხვა ფორმა.

სამართლიანობის უზრუნველყოფა (სამედიცინო დახმარებასთან მიმართებაში) - *equity in health services* – обеспечение справедливости (в отношении медицинской помощи) - ჯანდაცვის მომსახურების განაწილება მოსახლეობას შორის ისე, რომ ყველა ადამიანისათვის უზრუნველყოფილ იქნეს თანაბარი ფიზიკური, სოციალური და სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობა. ასევე იგულისხმება, რომ სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებული ხარჯები გაიყოფა პიროვნებებსა ან ჯგუფებს შორის მათი შემოსავლების პროპორციულად.

დაავადების მართვა (წაყვანა) - *disease management* – ведение заболевания - დაავადების ბუნებრივ მიმდინარეობაზე დაფუძნებული მკურნალობისა და რეაბილიტაციისადმი ყოველმხრივი და ერთიანი მიდგომა, რომლის დროსაც თერაპიის გამოყენებული კურსი იძლევა მაქსიმალურ შედეგს. ჩვეულებრივ აქცენტი ძირითადად გამახვილებულია დაავადების პროფილაქტიკაზე, ასევე აგრესიული ჩარევის გამოყენებაზე იმ მომენტში და იმ პაციენტებში, როცა ყოველივე ამან შეიძლება დადებითი შედეგი გამოიღოს.

კლინიკური ჩარევის მიმდინარეობა - *clinical path* – ход клинического вмешательства - ალგორითმი, რომელიც განსაზღვრავს ყოველ ნაბიჯს პაციენტის მკურნალობაში ამა თუ იმ კლინიკური მდგომარეობის დროს და პრაქტიკულად მოიცავს მკურნალობის ყველა ასპექტს. ალგორითმის შესაბამისად იღებენ გადაწყვეტილებას (მაგალითად, ალგორითმის ერთი განტოლება მიუთითებს, რა უნდა გაკეთდეს ანალიზის დადებითი, ხოლო მეორე – ანალიზის უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში). ხშირად ასეთი ალგორითმები გამოისახება გადაწყვეტილებებისა და სპეციალური აღნიშვნის ხის სახით.

მკურნალობის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ალგორითმი - *critical pathway* – критически – важный алгоритм лечения -

მკურნალობის ოქმი, რომელიც ეფუძნება კლინიცისტთა კონსენსუსს. მოიცავს მხოლოდ იმ რამდენიმე სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან კომპონენტს ან პუნქტს, რომელიც არსებითად მოქმედებს პაციენტთა მკურნალობის შედეგებზე (მკურნალობის ჩატარების ან პირიქით, მისი არჩატარებისას, ან სამედიცინო ჩარევის დროის გათვალისწინებით).

კლინიკური საინფორმაციო სისტემა - *clinical information system* – клиническая информационная система - საინფორმაციო სისტემა, სადაც ხდება ინფორმაციის შეგროვება, შენახვა, დამუშავება და გადაცემა. იყენებენ დამხმარე საშუალებად კლინიკური საქმიანობის პროცესში. ანგარიშის გამოწერის სისტემა (ან განცხადებები სადაზღვევო ანაზღაურების თაობაზე), რადგანაც არ შეიცავს კლინიკურ მონაცემებს, ამ განსაზღვრაში არ შედის. კლინიკური საინფორმაციო სისტემის შექმნის ერთ-ერთი მეთოდი არის ავადმყოფობის ყველა ისტორიის წარმართვა კომპიუტერის საშუალებით.

მიმდინარე შეფასება – *concurrent review* – текущая оценка - პაციენტის მკურნალობის დროს განხორციელებული შეფასება. მიმდინარე შეფასება სამედიცინო დახმარების გამწევ ექიმს ან სხვა პირს საშუალებას აძლევს განსაზღვროს, იძლევა თუ არა თერაპიის არჩეული კურსი შედეგებს, რომელიც შეესაბამება ამ კლინიკური მდგომარეობის მოლოდინს. შეფასებამ ასევე შეიძლება ხელი შეუწყოს მკურნალობის ნეგატიური შედეგების ადრეულ გამოვლენას, რომელმაც თავის მხრივ შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის კურსის გახანგრძლივება და იმოქმედოს შედეგებზე.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე ვარიანტი კლინიკური მოდიფიკაცია – *ICD-10-CM-International Classification of Diseases, 10th Edition Clinical Modification* – Международная классификация болезней десятого пересмотра, Клиническая модификация МКБ – 10 - КМ - ავადმყოფობათა, ტრავმებისა და სიკვდილიანობის გამომწვევ მიზეზთა იდენტიფიცირება სისტემათა ეტიოლოგიურ-პათოგენური მექანიზმებისა და გარემო ზემოქმედების გათვალისწინებით;

დიაგნოსტიკურად დაკავშირებული ჯგუფების სისტემა - *Diagnosis Related Group System (DRG)* – система диагностически связанных групп – პაციენტების კლასიფიკაცია დაახლოებით

ათასამდე კლინიკურად დაკავშირებული კატეგორიით, რომელსაც აქვს რესურსების ხარჯვის ერთნაირი დონე და მკურნალობის მსგავსი ტექნოლოგიები. ყოველი პაციენტი განეკუთვნება ერთ-ერთ კატეგორიას ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზის გათვალისწინებით; კატეგორიების დარეგულირება ხდება იმ ძირითადი და მეორეხარისხოვანი პროცედურების შესაბამისად, რომელიც უტარდება სტაციონარში ყოფნის დროს, ასევე ასაკის, სქესისა და გაწერისას ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით. თითეული დიაგნოსტიკური ჯგუფი შეიძლება განეკუთვნოს როგორც თერაპიულ, ისე ქირურგიულ კლასს აღმოჩენილი დახმარების მიხედვით. აშშ ჯანდაცვის "კანონირების ადმინისტრაცია" (HCFA) DRG იყენებს საავადმყოფოებისათვის განკუთვნილი თანხის ასანაზღაურებლად, რაც ყველა პაციენტისათვის წინასწარ გადახდის სისტემის ნაწილია (PPS), ვინც გამოიყენებს ედიცარე სისტემას. ეს პირობა შესულია სოციალური დაზღვევის შესახებ კანონის შესწორებაში, რომელიც მიღებულია 1983 წელს (ზოგადი კანონმდებლობა, 98-21);

ხარვეზი ("ფანდი") DRG სისტემაში - *"creep"* – лазейка в системе DRG - ასეთი სიტუაცია აღინიშნება მაშინ, როდესაც საავადმყოფოები და ექიმები თავის დოკუმენტაციასა და ანგარიშებში ძვირადღირებულ დიაგნოსტიკურ ჯგუფებში (დიაგნოსტიკურად დაკავშირებულ ჯგუფებში) ჩაწერენ ავადმყოფთა მეტ რაოდენობას, რაც საავადმყოფოს გათვალისწინებულზე მეტ შემოსავალს აძლევს.

ძირითადი დიაგნოსტიკური კატეგორიები - *major diagnostik categories MDC* – основные диагностические категории - აშშ-ში ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციამ (HCFA) თითოეული დიაგნოსტიკურად დამოკიდებული ჯგუფი დიაგნოზის ან პროცედურის შესაბამისად გააანაწილა ოცდახუთამდე დიაგნოსტიკურ კატეგორიაში. ნებისმიერი დიაგნოსტიკური ჯგუფი გათვალისწინებულია მხოლოდ ერთ MDS–ში, ხოლო თითოეული შედის ორგანოთა ერთ (მაგალითად, ნერვულ, გულ-სისხლძარღვთა, სუნთქვის, საჭმლის მომნელებელ და სხვ.) სისტემაში ან უკავშირდება ერთ სამედიცინო სპეციალობას (მაგალითად, ნევროლოგიას, ოტორინოლარინგოლოგიას, ონკოლოგიას, ჰემატოლოგიას,

გასტროენტეროლოგიას და ა.შ.).

ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის ჩვეულებრივი პროცედურების კოდირების სისტემა - *HCPCS-HCFA Common Procedure Coding System* – система кодировки обычных процедур Администрации по Финансированию здравоохранения - აშშ-ის ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციის მიერ დამუშავებული კოდირების სისტემა ამბულატორიული მომსახურებისათვის როგორც სტაციონარში, ასევე ექიმის კაბინეტში Medicare და Medicaid სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში. მოიცავს სამ დონეს: I დონე შედგება CPT-4-ის (თანამედროვე სამედიცინო ტერმინოლოგია პროცედურების შესახებ, მე-4 გამოცემა) კოდისაგან, II დონე - სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო კოდებისაგან (რომელიც არ ითვალისწინებს I დონეს), III დონე - დასაქმებისა და პროდუქტების ადგილობრივი კოდებისაგან, რომელიც არ არის ჩართული I და II დონეში.

თანამედროვე სამედიცინო ტერმინოლოგია პროცედურების შესახებ, მე–4 გამოცემა - *CPT-4 - Physicians Current Procedural Terminology, Fourt Edition* – современная Врачебная Терминология по процедурам, 4-е издание - წიგნი, რომელშიც შეტანილია იმ პროცედურებისა და დახმარების კოდები და ჩამონათვალი, რომელსაც ახორციელებს ექიმი და ფართოდ გამოიყენება კოდის შესაბამისი ანგარიშის გამოწერისა და სამედიცინო მომსახურების ხარჯის ანაზღაურების დროს. შედგება ხუთი თავისაგან: თერაპია (ანესთეზიოლოგიის გარეშე); ანესთეზიოლოგია; ქირურგია; რადიოლოგია; პათოლოგია/ლაბორატორიული მომსახურება. ყოველ მომსახურებას და მომსახურების სახეს აქვს ხუთნიშნა კოდი. აქვეყნებს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციაა.

სამკურნალწამლო საშუალებების სახელმწიფო კოდი – *National Drug Code (NDC)* – национальный код лекарственных средств – ციფრობრივი აღნიშვნა, ე.წ. კოდი, რომელიც მიეკუთვნება საკვებ პროდუქტებსა და სამკურნალწამლო საშუალებებს. ამტკიცებს საკვები პროდუქტებისა და სამკურნალო საშუალებების კონტროლის ადმინისტრაცია (FDA). გამოიყენება აუთიაქების დანახარჯების ანაზღაურების განსაზღვრის მიზნით Medicaid ჩარჩოებში. ერთი და იმავე პრეპარატის სხვადასხვა

დოზასა და შეკვეთის ფორმას აქვს ცალკე კოდი.

ქსელი

პოლიკლინიკა - *polyclinic* – поликлиника - სამკურნალო დაწესებულება, რომელიც სამედიცინო დახმარებას უწევს მომსველელ (აგრეთვე შინ მწოლიარე) ავადმყოფებს დაავადებათა ძირითადი სახეების მიხედვით.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმის კაბინეტი - *physician office* – кабинет врача общей практики - მუდმივი ადგილი, სადაც სამედიცინო საქმიანობას ეწევა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი როგორც დამოუკიდებლად, ასევე მედიცინის მუშაკების ჯგუფთან ერთად.

სამედიცინო–სანიტარიული ცენტრი - *health center* – медико-санитарный центр - დაწესებულება, რომელიც მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფისათვის უზრუნველყოფს სამედიცინო-სანიტარიულ დახმარებას. ის მოიცავს: ა) სამედიცინო-სანიტარიულ დახმარებას (როგორც პროფილაქტიკურს, ასევე ჯანმრთელობის გაკაჟებას) ინდივიდებისათვის, ოჯახებისა და სხვა სპეციალური ჯგუფებისათვის, საერთოდ მთელი საზოგადოებისათვის; ბ) ავადმყოფებისათვის სამედიცინო დახამრებას, როგორც სამედიცინო-სანიტარიულ ცენტრში, ასევე ბინაზე; გ) რეაბილიტაციის სამსახურებს სოციალური უზრუნველყოფის დაწესებულებებთან ერთად. რუსეთში ასეთი სამედიცინო სანიტარიული ცენტრები ამბულატორიული დისპანსერები და პოლიკლინიკებია. დასავლეთში სამედიცინო სანიტარიულ ცენტრებად ითვლება ზოგადი პროფილის ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები.

საავადმყოფო - *hospital* – больница - ლიცენზიის მქონე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც გათვალისწინებულია სტაციონარული დახმარების აღმოსაჩენად.

დისპანსერი - *dispensary* – диспансер - სტაციონარის ჩარჩოებში მოქმედი ან დამოუკიდებელი სპეციალიზებული ამბულატორიული სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომლის მიზანია (მკურნალობის გარდა) დაავადებათა წინააღმდეგ წინასწარ ზომების მიღება პაციენტთა ჯგუფების სისტემატური გამოკვლევისა და მონიტორინგის მასობრივი კამპანიის, ასევე დისპანსერიზაციაზე აყვანილ და პროფილურ ავადმყოფთა

მკურნალობის მეშვეობით. ყოველი დისპანსერი სპეციალიზებულია რაიმე დაავადების (მაგალითად, ტუბერკულოზის, კანისა და ვენერიულ სნეულებათა და სხვ.) ან მოსახლეობის განსაზღვრულ (მაგალითად, ასაკის, დასაქმების მიხედვით) ჯგუფთან მუშაობის შესაბამისად.

დღის სტაციონარი - *day hospital* – дневной стационар - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ერთ-ერთი სახე, სადაც დღის განმავლობაში ემსახურებიან პაციენტებს, რომლებიც საღამოს სახლში ბრუნდებიან.

დღის სტაციონარი არ ემსახურება ამბულატორიულ ავადმყოფებს, რომელთაც ხანგრძლივი და ინტენსიური მკურნალობა ესაჭიროება და არც იმათ, ვისაც არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები აქვს.

მომსახურების მართვის ორგანიზაცია - *management service organization* – организация по услугам управления - იურიდიული პირი, რომელიც წარმართავს პრაქტიკულ მმართველობით საქმიანობას, ადმინისტრირებას ან დახმარებას უწევს ცალკეული ექიმის ან ექიმთა ჯგუფების მუშაობას. ასეთი ორგანიზაცია შეიძლება შეღიოდეს საავადმყოფოს სტრუქტურაში ან ეკუთვნოდეს ინვესტორს.

ქსელი - *network* – сеть - ურთიერთდაკავშირებულ ერთგვაროვან დაწესებულებათა ერთობლიობა, რომელიც დახმარებას უწევს ან უზრუნველყოფს მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის ან ინდივიდთა ინტეგრირებულ დახმარებას ჯანდაცვის სფეროში, ან დაწესებულებები, რომლებმაც დადეს კონტრაქტი ინდივიდუალურ პირებთან. ქსელი ხასიათდება ცენტრალიზებული სტრუქტურების არსებობით.

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქსელური ორგანიზაციის მოდელი - *network model HMO* – сетевая модель организации по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაცია (HMO), რომელიც კონტრაქტს დებს დაუმოკიდებელი პრაქტიკის მქონე ორ ან მეტ ჯგუფთან, რათა მიეცეს მათ სამედიცინო დახმარების გაწევის საშუალება. ქსელური მოდელი შეიძლება მოიცავდეს ზოგადი პრაქტიკის ცალკე სპეციალისტებს, ასევე ორგანიზებული პრაქტიკოსების ჯგუფს, რომელიც ერთად იმართება.

დამხმარე სამსახურები - *ancillary services* – вспомогательные

службы - სტაციონარისა და ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციათა სამსხურები, გამორიცხავს კაბინეტებს, ადმინისტრაციულ და პროფესიულ სამსახურს. მაგალითად, დამხმარე სამსახურებს მიეკუთვნება, სადიაგნოსტიკო კაბინეტები, აფთიაქი, ლაბორატორია, ფიზიოთერაპიული სამსახური.

სანიმუშო ცენტრი - *centers of excellence* – образцовый центр - მაღალკვალიფიციური სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის უნარისა და შესაძლებლობის მქონე სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულება, რომელსაც ამა თუ იმ სფეროში მომსახურების ხარისხის გამო აქვს მაღალი რეპუტაცია. აშშ-ში ზოგიერთი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) აყენებს მოთხოვნას, რათა ამა თუ იმ იშვიათი შემთხვევის მკურნალობა ან გარკვეული პროცედურა ჩატარდეს ასეთ სანიმუშო ცენტრში. ეს განაპირობებს მომსახურების უფრო მაღალ ხარისხს.

საავადმყოფოს საწოლი - *hospital bed* – больничная койка - სამედიცინო პერსონალითა და საჭირო აღჭურვილობითა და ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფილი ადგილი, სადაც პაციენტებს სამედიცინო დახმარებას უწევენ ჰოსპიტალიზაციის მომენტიდან სტაციონარიდან გაწერის დღემდე.

საწოლის დაკავება - *occupancy* – занятость - თავისუფალი საწოლების უტილიზაციის მაჩვენებელი.

საწოლის საშუალო დაკავების მაჩვენებელი - *average bed occupancy rate* – показатель средней занятости койки - გარკვეული დროის განმავლობაში საწოლ-დღეთა საერთო რაოდენობის განაყოფი საწოლთა საშუალო რაოდენობაზე ამავე პერიოდში; ჩვეულებრივ, საწოლის დაკავების მაჩვენებელი განსაზღვრავს წლის განმავლობაში პაციენტთა მიერ საწოლის დაკავების დღეების საშუალო რაოდენობას.

საწოლ–დღეთა რაოდენობა - *bed day* – число койко-дней - საწოლის დაკავების დღეთა რაოდენობა (წლის განმავლობაში).

საწოლის ბრუნვა - *bed turnover* – оборот койки - ერთ საწოლზე ნამკურნალევ ავადმყოფთა საშუალო რაოდენობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში, ჩვეულებრივ, ერთი წლის განმავლობაში.

საწოლით უზრუნველყოფა - *bed/population ratio* – обеспеченность койками - საწოლთა რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე. ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს ითვალისწინებენ სხვადასხვა პროფილის საწოლების რაოდენობას.

მაგალითად, შეიძლება განისაზღვროს საწოლებით ფაქტობრივი უზრუნველყოფა, ასევე საწოლების საჭიროება და ა.შ. ყველა შემთხვევაში ამ მაჩვენებლის გაანგარიშების დროს, აუცილებელია გამოსაყენებელი საწოლის პროფილის ზუსტი განსაღვრა;

სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობა - *length of stay (LOS)* – продолжительность пребывания в стационаре - იმ დღეთა რაოდენობა, რომლის განმავლობაშიც პაციენტი იმყოფება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში (გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოში, სპეციალიზირებულ სამკურნალო დაწესებულებასა და ა.შ.). ჰოსპიტალიზებულთა რიცხვნობის საფუძველზე აშშ-ში მკურნალობის ხარჯების შემცირებისა და წინასწარი გადახდის ღონისძიებებით (Medicare პროგრამისათვის) შესაძლებელი გახდა სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა - *average length of stay (ALOS)* – средняя продолжительность пребывания в стационаре - იმ დღეთა საშუალო რაოდენობა, რომელსაც პაციენტი ატარებს სტაციონარულ პირობებში; გამოითვლება სტაციონარის, ცალკეული საავადმყოფოს, განყოფილების, პროფილური საწოლებისა და სადიაგნოსტიკო ჯგუფისათვის ცალ-ცალკე.

მოსახლეობის მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) - *population coverage* – охват населения (службами здравоохранения) - საქმიანობა, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის სამსახურების ხელმისაწვდომობას მოსახლეობისათვის. მოცვის სისრულე გამოითვლება იმ პირთათვის, ვინც მოექცევა სანიტარიულ-საგამანათლებლო, პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი მუშაობის მეგაველენის ქვეშ.

მოსახლეობის მოცვა (ჯანდაცვის სამსახურებით) - *coverage* – охват населения службами здравоохранения - რუსეთში: ფიზიკური ან გეოგრაფიული მოცვა - ჯანდაცვის დაწესებულებათა რაოდენობის შეფარდება ადმინისტრაციულ ერთეულთან მისი ფართობისა და მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით. ეს არის თეორიული მოცვა, რომელიც შეესაბამება დაწესებულების საქმიანობის ზონებს.

ფუნქციური მოცვა – *finctional coverage* - функциональный охват

– ეს პრაქტიკული მოცვა და დაწესებულების პრაქტიკული საქმიანობის შესაბამისად გამოიხატება მოსახლეობის მიერ სამედიცინო დაწესებულების გამოყენებაში (პასიური მოცვა) ან სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოსახლეობის გამსვლელი ფორმით მომსახურებაში (აქტიური მოცვა). გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულებათა საქმიანობის დასახასიათებლად.

კადრები

ჯანდაცვის კადრები - *health workforce* – кадры здравоохранения - პირები, რომლებიც მუშაობენ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებსა და დაწესებულებებში. რუსეთში ამ კატეგორიას განეკუთვნებიან არა მარტო პრაქტიკოსი მუშაკები (როგორც აშშ-ში), არამედ ისიც, ვინც გადის სწავლების კურსს და იღებს საბაზო საექიმო, საექთნო და სხვა შესაბამის განათლებას.

ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა - *health workforce assessment* – планирование кадров здравоохранения - რუსეთში - კადრების რაოდენობისა და სტრუქტურის განსაზღვრის პროცესი მოსახლეობისა და ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსპექტიული მოთხოვნებიდან გამომდინარე. კადრების დაგეგმვა მოიცავს მათი მომზადებისა და დახელოვნების დაგეგმვას.

მთლიანობაში ჯანდაცვის კადრების დაგეგმვა გულისხმობს ცოდნისა და ჩვევების შეძენასა და გამოყენებას და მოიცავს:

1. მოსახლეობის სამედიცინო-სანიტარიულ მოთხოვნებსა და მომსახურების საჭიროებას ანალიზისა და პროგნოზის გათვალისწინებით;
2. ჯანდაცვაში არსებული კადრების გამოყენებისა და ეფექტურობის ხარისხის ანალიზს;
3. მომავალში კადრებზე მოთხოვნას, ასევე მომზადებასა და სწავლებას ჯანდაცვის საერთო დაგეგმვის გათვალისწინებით;
4. მოთხოვნასა და კადრებით მოსალოდნელ დაკმაყოფილებას შორის შეუსაბამობის გამოვლენას;
5. ამ შეუსაბამობის აღმოფხვრის პოლიტიკის ფორმირებას არსებული კადრების ოპტიმალური გამოყენების

გათვალისწინებით.

სამედიცინო სპეციალობა - *clinical specialty* – медицинская специальность - საბაზო სამედიცინო ცოდნა-განათლება,, რომელიც აუცილებელია გარკვეული ჯგუფისათვის სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო, პროფილაქტიკური და სხვა სახის დახმარების გასაწევად პათოლოგიის კონკრეტული ფორმის დროს.

საექიმო სპეციალობა - *medical specialty* – врачебная специальность - მედიცინის სფერო, სადაც მუშაობს ექიმი. რუსეთში ექიმებს ყოფენ ორ ძირითად კატეგორიად – ფართო პროფილის (თერაპევტი, პედიატრი, მეან-გინეკოლოგი და ქირურგი) და ვიწრო სპეციალობის (ნევროპათოლოგი, ონკოლოგი, უროლოგი და სხვ.) ექიმებად. აშშ-შიც ექიმები პოსტსამედიცინო განათლების დონისა და პროფილის მიხედვით ასევე ორ კატეგორიად იყოფიან. ვინც ეწევა სამედიცინო პრაქტიკას, მას უწოდებენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს (ოჯახის ექიმი, თერაპევტი, პედიატრი, მეანი (გინეკოლოგი). სპეციალისტები გადიან მომზადებას, რომელიც საშუალებას აძლევს დასპეციალდნენ გარკვეული განხრით, მაგალითად, სისხლძარღვთა ქირურგიაში ან ორგანიზმის ცალკეული სისტემების (მაგალითად, ენდოკრინოლოგიაში, კარდიოლოგიაში) ან ასაკობრივი ჯგუფების (მაგალითად, გერონტოლოგიაში) მკურნალობაში.

საექიმო სპეციალიზაცია - *medical specialization* – врачебная специализация - საბაზო სპეციალობის საფუძველზე დახელოვნების კურსის გავლის შედეგად მიღებული სპეციალიზებული მაღალკვალიფიციური სამედიცინო ცოდნა, რასაც ადასტურებს შესაბამისი სერტიფიკატი.

სამედიცინო განათლება - *medical education* – медицинское образование - სწავლისა და მომზადების პროცესი, რომლის დამთავრების შემდეგ ინდივიდს მინიჭებული აქვს უფლება, დაიწყოს პრაქტიკული სამედიცინო საქმიანობა. გამოყოფენ განათლების მიღების რამდენიმე ეტაპს.

სამედიცინო განათლების ეტაპები რუსეთში

წინასადიპლომო განათლება - *undergraduate education* – преддипломное образование- სამედიცინო უმაღლეს

სასწავლებელში ჩარიცხვიდან ძირითად სამედიცინო სპეციალობებში გამოსაშვები გამოცდების ჩაბარებამდე პერიოდში მიღებული ცოდნა, რის თაობაზეც გაიცემა სამედიცინო-პრაქტიკული საქმიანობის უფლების მინიჭებელი ოფიციალური დოკუმენტი – ლიცენზია, რომელიც შეიძლება იყოს წინასწარი და განისაზღვროს გარკვეული პირობებით, როგორიცაა პრაქტიკული საქმიანობით დაკავებულ პირზე მეთვალყურეობა. წინასადიპლომო სწავლება მოიცავს კლინიკამდელ და კლინიკის პერიოდებს.

დიპლომის შემდგომი მომზადება - *postgraduate training* – постдипломная подготовка – ფაზა, რომლის დროსაც მიიღწევა კლინიკაში პრაქტიკული საქმიანობის შედეგად მიღებული ცოდნის, გამოცდილებისა და პროფესიული უნარ-ჩვევების ის დონე, რომელიც ექიმს შესაძლებლობას მისცემს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით მიიღოს მართებული, დასაბუთებული გადაწყვეტილება. ჩვეულებრივ, დიპლომისშემდგომი მომზადების ბოლოს გაიცემა დამოუკიდებელი პრაქტიკული საქმიანობის ლიცენზია.

წინასადიპლომო და დიპლომას შემდგომი მომზადება – *undergraduate education* – преддипломная и постдипломная подготовка - ერთად მოიცავს ექიმის ძირითად სამედიცინო განათლებას.

დიპლომის შემდგომი დახელოვნება - *postgraduate advanced training* – постдипломное усовершенствование - უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ მეტ-ნაკლებად ხანგრძლივი პერიოდი, რომელიც ჩვეულებრივ მოიცავს ინტერნატურასა და განკუთვნილია სამედიცინო პრაქტიკის ერთ-ერთ სფეროში კომპეტენციის მოსაპოვებლად. სხვანაირად რომ ვთქვათ, პროფესიული მომზადების ის დონე და ცოდნის მთელი კომპლექსი, რომელიც დაიკავოს მაღალი კვალიფიკაციის ექიმის თანამდებობაზე მუშაობის საშუალებას იძლევა.

სამედიცინო დახმარების ორგანიზება

მიღება - *encounter* – прием - სამედიცინო დახმარების გაწევის მიზნით პაციენტის ვიზიტი ექიმთან ანუ კონტაქტი პაციენტსა და

მედიცინის მუშაკს შორის. მიღება ხდება მხოლოდ სამედიცინო–პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ანდა სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ადგილებში.

კონსულტაცია - *consultation* – консультация - ორი ან მეტი სპეციალისტის თათბირი, ინფორმაციის გაცვლის გზით გადაწყვეტილებისა და საჭირო რჩევის მიღების ან ექსპერტის აზრის გაგების მიზნით.

პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით საჭიროა გამიჯნულ იქნეს: ა) კონსულტაცია ექიმთა (ან სამედიცინო-სანიტარიული დახმარების სხვა მუშაკთა) შორის და ბ) ექიმის მიერ ავადმყოფისათვის გაწეული კონსულტაცია. ამ ტერმინს უპირატესად იყენებენ ზოგადი პროფილის პრაქტიკის სფეროში, სადაც ექიმსა და ავადმყოფს შორის ნებისმიერ კონტაქტს აღნიშნავს. ზოგ შემთხვევაში შემოიფარგლება ავადმყოფის მისვლით ექიმის კაბინეტში (კონსულტაცია ექიმის მისაღებში ან მიღება) ავადმყოფის კონსულტაციისაგან განსხვავებით ბინაზე ან სხვა დაწესებულებებში (კონსულტაცია საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან ექიმის ვიზიტი პაციენტთან).

ჰოსპიტალიზაცია - *admission* – госпитализация - სტაციონარული დახმარების დასაწყისი. ეს ტერმინი გამოიყენება პაციენტის დღის სტაციონარში მიღების შემთხვევაშიც.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია - *readmission* – повторная госпитализация - გაწერიდან გარკვეული დროის შემდეგ პაციენტის განმეორებითი მოხვედრა სტაციონარში იმავე დაავადების გამო. ითვლება, რომ განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია სტაციონარში მკურნალობის დაბალ ხარისხთან ან ნააღრევ გაწერასთან.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი - *readmission rate* – показатель повторной госпитализации - სტაციონარში იმავე დიაგნოზით განმეორებით მოხვედრილ ავადმყოფთა რაოდენობა. წარმოადგენს დაწესებულების მუშაობის ხარისხის ერთ-ერთ მაჩვენებელს.

პაციენტი - *patient* – пациент - ადამიანი, რომელმაც სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართა ამბულატორიას ანდა ჰოსპიტალიზებულია სტაციონარში გამოკვლევის, დიაგნოზის დადგენის, მოვლის ან მკურნალობის მიზნით.

დღის სტაციონარის პაციენტი - *patient in a day hospital* – пациент

в дневном стационаре - სტაციონარული ავადმყოფი, რომლის მდგომარეობიდან გამომდინარე, საჭირო არ არის სტაციონარში მისი ღამე დარჩენა.

სტაციონარული პაციენტი - *inpatient* – стационарный пациент - მოზრდილი ან ბავშვი, რომელიც იკავებს საავადმყოფოს საწოლს და სტაციონარში შედის გამოკვლევის, დიაგნოზის დადგენის, მოვლისა ან მკურნალობის მიზნით. ამ შემთხვევაში ცნება "სტაციონარი" გულისხმობს სასწრაფო დახმარების საავადმყოფოს, საავადმყოფოს ხანმოკლე დაყოვნებისათვის და სტაციონარს – ხანგრძლივი დაყოვნებისათვის.

სტაციონარიდან გაწერა - *discharge from a hospital* – выбытие (из стационара) - საავადმყოფოსა ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის ყოფნის ოფიციალური შეწყვეტა მოიცავს გაწერილ და გაღაყვანილ ავადმყოფებს, აგრეთვე გარდაცვლილებს.

ამბულატორიული დახმარება - *ambulatory care* – амбулаторная помощь - სამედიცინო დახმარების ყველა სახე იმ ავადმყოფთა მიმართ, რომლებიც არ იმყოფებიან სტაციონარში მათთვის დახმარების გაწევის მომენტში. ამბულატორიული დახმარება ტარდება სხვადასხვა პირობებში: ცალკე განთავსებულ ამბულატორიებში, ზოგადი პრაქტიკის სამედიცინო პუნქტებში, მრავალპროფილიან პოლიკლინიკებში, სპეციალიზებულ დისპანსერებსა და დიაგნოსტიკურ ცენტრებში.

გადაუდებელი დახმარება - *emergency call service* – неотложная помощь - სამედიცინო (ოპერატიული) დახმარება, რომელიც ტარდება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - *emergency care* – скорая медицинская помощь - ოპერატიული გასვლითი პირველადი ან სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება სასიცოცხლო ჩვენების მიხედვით.

სპეციალიზებული დახმარება - *specialized care* – специализированная помощь - მეორეული კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, რომელიც ტარდება ვიწრო სპეციალიზაციის დონეზე.

ეტაპობრივი დახმარება - *step care* – поэтапная помощь - მედიკამენტებისა და პროცედურების დანიშვნა წინასწარ განსაზღვრული თანმიმდევრობით. ჩვეულებრივ იწყებენ უფრო

ნაკლებღირებული პრეპარატით.

ხანგრძლივი დახმარება - *long-term care (LTC)* – долгосрочная помощь - მომსახურება ჯანდაცვისა და ინდივიდუალური მოვლის სფეროში, უტარდება ქრონიკულ დაავადებათა და ფსიქიკური გადახრების მქონე პირებს, ხანდაზმულებს, ინვალიდებს შესაბამისი დაწესებულების ფარგლებში ან მუდმივ საცხოვრებელ ადგილებზე. ზემოთ ჩამოთვლილი კატეგორიის პაციენტებს არ აღენიშნება დაავადების გამწვავება, მაგრამ ესაჭიროება ხანგრძლივი აღდგენითი, შემანარჩუნებელი (ფიზიკური თვალსაზრისით) და რეაბილიტაციური დახმარება. ზოგჯერ ცნება "ხანგრძლივი დახმარება" გამოიყენება უფრო ვიწრო გაგებით, ისეთ დაწესებულებებთან მიმართებაში, როგორიცაა მოხუცთა სახლი, ინტერნატი ფსიქიკური გადახრის მქონე ან გონებრივად ჩამორჩენილ პირთათვის. ასეთი ამბულატორიული მომსახურება, ისევე როგორც ბინაზე დახმარება, ხანგრძლივი დახმარების დაწესებულებების ალტერნატივად ითვლება.

ზოგადი პრაქტიკა - *general practice* – общая практика - პირველადი სამედიცინო დახმარების ფორმა, რომლის დროსაც, სპეციალიზებული დახმარებისგან განსხვავებით, პრაქტიკოსი ექიმი იღებს მუდმივ პასუხისმგებლობას პაციენტისათვის ზოგადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე. დახმარება ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტზე, მის პრობლემებზე და არა უბრალოდ კონკრეტული დაავადების მკურნალობაზე.

ზოგადი პრაქტიკა შეიძლება იყოს ***ინდივიდუალური***, თუ ექიმი მუშაობს სხვა პრაქტიკოსი ექიმებისაგან დამოუკიდებლად (თუმცა შეიძლება გამოიყენოს მედდისა ან სხვა დამხმარე მუშაკის დახმარება) და ***ჯგუფური***, როცა ორი ან მეტი პრაქტიკოსი ექიმი მუშაობს ერთად ან მუშაობენ ჯანმრთელობის ცენტრის სახით (სკანდინავიური მოდელი). ჯგუფური პრაქტიკის შემთხვევაში შესაძლებელია პრაქტიკოს ექიმთა პარტნიორობა.

მეკარე" - *gatekeeper* – «привратник» – პირი, რომელიც ასრულებს სტაციონარულ ან ამბულატორიულ პირობებში პაციენტისათვის საჭირო დახმარების გაწევის პროცესის კოორდინაციისა და მოცულობის განსაზღვრის ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ფუნქციას.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის ჯგუფური მოდელი - *group model* – групповая модель организации по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის შენარჩუნების

მოდელი, რომლის დროსაც ჯანდაცვის ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად კონტრაქტი ფორმდება პრაქტიკოს ექიმთა ერთ დამოუკიდებელ ჯგუფთან.

ჯგუფური პრაქტიკა - *group practice* – групповая практика - ზოგადი პროფილის პრაქტიკის მქონე ორი და მეტი ექიმის ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკთა ფორმალური გაერთიანება, რომელიც მოწოდებულია მოსახლეობის ჯგუფისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად.

დამოუკიდებელი პრაქტიკის მქონე ექიმთა გაერთიანებაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის მოდელი - *independent practice association (IPA) model HMO* – модель организации по поддержанию здоровья, основанная на ассоциациях независимой практики - ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO), რომელიც უშუალოდ აფორმებს კონტრაქტს კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმებთან ან კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმთა ერთ ან მეტ გაერთიანებასთან. ასეთი სქემა უმეტეს შემთხვევაში ყალიბდება ერთ დარგში სპეციალიზებული პრაქტიკის ირგელივ.

ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემა - *integrated health care system* – интегрированная система здравоохранения - დაწესებულებათა ქსელი, რომელსაც აქვს ჯანდაცვის სხვადასხვაპლანიანი სამსახურით უზრუნველყოფის შესაძლებლობა მრავალი მიმართულებით. აშშ-ში ინტეგრირებული სისტემის მაგალითებია: საექიმო-საავადმყოფო ორგანიზაცია (PHO); მომსახურების მართვის ორგანიზაცია სამკურნალო დაწესებულებათა ინტეგრირებული ორგანიზაცია და კომუნალური ჯანდაცვის საინფორმაციო ქსელი (CHIN).

მართვადი სამედიცინო დახმარება - *managed care* – управляемая медицинская помощь - დაწესებულებათა, სამედიცინო დახმარების აღმომჩენ პირთა და სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციათა გაერთიანებები, რომლებიც შექმნილია შესასრულებელი სამუშაოს ხარისხისა და ეფექტურობის ამაღლების მიზნით. ეს მიიღწევა მომსახურების ღირებულების გადახდაში პაციენტის მონაწილეობის წილის გაზრდით, სტაციონარში ავადმყოფთა ყოფნის ვადისა და ჰოსპიტალიზაციის კონტროლით, ფინანსური სტიმულირების გზით (ანაზღაურების განაწილების მექანიზმის საშუალებით) განსაზღვრული სახის ქირურგიული ჩარევით ამბულატორიულ პირობებში, სამედიცინო

მომსახურების შემსრულებელთა რაციონალური ჩარევით, ავრეთვე იმ პაციენტთა მკურნალობის პირდაპირი კონტროლის, რომელთაც ძვირადღირებული მკურნალობა ესაჭიროება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ბიზნეს–გაერთიანება - *busines coalition on health care* – бизнес-коалиция по здравоохранению - დამქირავებელთა ნებაყოფლობითი ორგანიზაცია, რომელიც შექმნილია მომუშავე პირთათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის თაობაზე ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა ფართო სპექტრის შესახებ ინფორმაციის გადაცემისა და მონიტორინგისათვის. უმრავლეს შემთხვევაში გაერთიანება შედგება დამსაქმელებისაგან, რომლებიც იძენენ ჯგუფურ სამედიცინო დაზღვევას და გაერთიანების წევრები ხდებიან ჯანდაცვის დაგეგმვისა და შედეგებისა და ხარჯვის მართვის მიზნით.

ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციის საკადრო მოდელი - *staff model (HMO)* – кадровая модель по поддержанию здоровья - ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO), რომელიც ექიმთა ჯგუფის მეშვეობით უზრუნველყოფს ჯანდაცვით მომსახურებას, რასაც კონტროლს უწევს ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაცია (HMO).

ჯანდაცვის ეკონომიკა

ზოგადი ცნებები

აქტუარიალი – *actuarial* - актуариал - დაზღვევის მეთოდების შესწავლა, ალბათობის ჩათვლით. გამოიყენება იმ პროცესების უზრუნველსაყოფად, რომლებიც მოიცავენ რისკის შეფასებას, ამ რისკთან დაკავშირებული აღექვატური დახმარების გაცემას და დახმარების გაცემის უზრუნველყოფას მომავალში.

ხელმისაწვდომობა (ფინანსური) – *affordability* – доступность (финансовая) - პაციენტის მატერიალურ-ფინანსური ხელმისაწვდომობა მიიღოს (იყიდოს) სამედიცინო მომსახურება.

აუდიტი – *audit* - аудит - დამოუკიდებელი განხილვა და

დადასტურება იმისა, რომ ფინანსური მოხსენებები ზუსტია და რომ სტანდარტული საანგარიშო პროცედურები გამოყენებულ იქნა ამ მოხსენებათა მოსამზადებლად.

უიმედო სესხი – *bad loan* – безнадежная ссуда - გაუსხებული თანხა, რომლის უკან დაბრუნება აღარ არის მოსალობნელი (მაგალითად, მევალის გაკოტრების შემთხვევაში). ასეთი სესხები მიეკუთვნება ხარჯებს და ჩამოიწერება.

საბალანსო ანგარიშგება – *balance billing* – отчет по балансу - მომწოდლების მიერ პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენის პრაქტიკა ყველა იმ ხარჯისათვის, რომელიც არ არის გადახდილი სადაზღვევო გეგმის მიერ იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ეს ხარჯი აღემატება გეგმის **ს და სამედიცინო თვალსაზრისით საჭიროებას არ წარმოადგენენ. მართვადი ჯანდაცვის გეგმები და მომსახურების გეგმები კრძალავენ ამ პრაქტიკას, გარდა ნებადართული თანაგადამხდელების, თანადაზღვევისა და დაქვეითობისა. ასეთი აკრძალვა შეიძლება გავრცელდეს იმ შემთხვევაზეც, თუ გეგმა საერთოდ გადახდის უუნარო აღმოჩნდება (გაბანკროტების შემთხვევაში).

ბალანსის აღრიცხვის ფურცელი, ბალანსი – *balance sheet* – листок отчета баланса - დოკუმენტი, რომელიც ასახავს ფირმის აქტივებისა და ვალდებულებების მოცულობასა და სტრუქტურას.

ბიუჯეტური ბალანსი - *balance sheet budget* – бюджетный баланс - მოსალოდნელი ან არსებული ფინანსური სტატუსი ფისკალური წლის ბოლოს.

კაპიტაცია – *capitation* - капитация - ჯანდაცვის მომსახურებისათვის გადახდის მეთოდი, როდესაც ინდივიდუალურ ან ინსტიტუციონალურ მომწოდებელს ეხლება ფიქსირებული *ტარიფი* თანხა ყოველი პირის მომსახურებისათვის, მომსახურებათა რაოდენობის და ხასიათის მიუხედავად. გადასახადთა სისტემა, სადაც მართვადი ჯანდაცვის პროექტები უხდის ჯანდაცვითი მომსახურების მომწოდებელთ ფიქსირებულ თანხებს პაციენტის დასახმარებლად მოცემული პერიოდის მანძილზე. მომწოდებლებს არ უნაზღაურდებათ მომსახურება, რომელიც აჭარბებს ამ თანხას, ღონე შეიძლება ფიქსირებული იყოს ყველა წევრისათვის ან დადგინდეს წევრის ასაკის და სქესის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების პროექტების საფუძველზე.

მოსარგებლე - *beneficiary* – пользователь - ინდივიდი, რომელიც

იყენებს ან შეუძლია გამოიყენოს სადაზღვევო სარგებელი, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის სადაზღვევო სარგებელსაც, სადაზღვევო კონტრაქტის საფუძველზე.

ჩრდილოვანი ეკონომიკა – *black, grey, underground, shadow economy* – теневая экономика - ფარული ეკონომიკური გარიგებების ერთობლიობა, რომლის არსებობის საფუძველი – გადასახადებისაგან თავის არიდების არალეგალური ქმედების დამალვის სურვილია.

მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) – *gross domestic product* – полный внутренний продукт - დროის გარკვეულ მონაკვეთში (როგორც წესი, ერთი წლის განმავლობაში) ადგილობრივად წარმოებული საქონლისა და გაწეული მომსახურების ჯამური ფულადი ღირებულება.

კომპენსაცია – *indemnity* – компенсация - სამედიცინო დაზღვევის დახმარებები, რომელთა უზრუნველყოფა ხდება გაწეული ხარჯების ანაზღაურების ფორმით. კომპენსაციური დაზღვევის კონტრაქტი ჩვეულებრივ განსაზღვრავს იმ მაქსიმალურ თანხებს, რომელთა გადახდაც შესაძლებელია გაწეული მომსახურებისათვის. უმეტეს შემთხვევაში, მას შემდეგ, რაც მომსახურების უზრუნველმყოფელი ჩვეული წესით წარუდგენს ანგარიშს პაციენტს, დაზღვეული წარუდგენს ანგარიშის გადახდის დამადასტურებელ საბუთს სადაზღვევო კომპანიას, შემდგომ ამისა სადაზღვევო კომპანიას ანაზღაურებისათვის. ამავდროულად ანგარიში წარუდგინოს პაციენტებს იმ ღირებულებებზე, რომლის მოცვას არ ხდება.

დაზღვევა – *insurance* – страхование - სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სადაზღვევო გადასახდელების ანაზღაურებას დაკავშირებულს სამედიცინო დახმარებასთან. სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია შეიძლება იყოს კომერციული ან არაკომერციული, სახელმწიფო ან კერძო. დაზღვევა შესაძლებელია იყოს კერძო (ნებაყოფლობითი), ასევე სახელმწიფო (სავალდებულო მთლიანად მოსახლეობისათვის ან მისი განსაზღვრული კატეგორიისათვის); შესაძლებელია იარსებოს როგორც დამოუკიდებელმა სისტემამ.

ხელმძღვანელობა – *leadership* – руководство - ორგანიზაციისა და დასაქმებულების მიზნისკენ წარმართვის პროცესის მართვა.

პასუხისმგებლობა – *liability* – ответственность - პასუხისმგებლობა

კანონის წინაშე. რისკი, ასოცირებული პასუხისმგებლობასთან შეიძლება შემცირებული იყოს პასუხისმგებლობის დაზღვევის შეძენის გზით.

ვალდებულება (პასივი) – *liability* - обязаность (пассив) - ვალი პიროვნების ან საწარმოს განკარგვაში არსებული სახსრები ან ქონება, რომელზედაც სხვა მხარეს გარკვეული პრეტენზია შეიძლება გააჩნდეს.

ეკონომიკურ დანაკარგთან, რომელიც გამოწვეულია შესაძლებელი, მაგრამ არა გარდაუვალი მოვლენებით მომავალში. სამედიცინო დახმარების კომენტარებში მოხსენიებულია რამოდენიმე ნაირსახეობის დაზღვევა.

დაზღვეული – *insured* – застрахованный - პიროვნება (დაქირავებული ან წევრი), რომელიც ექვემდებარება დაზღვევას ჯგუფური პოლისის მიხედვით და დამზღვევი თანახმაა გადაუხადოს მას ან მის წარმომადგენელს ფულადი დახმარება.

დამზღვევი – *insurer* – страхователь - სადაზღვევო კონტრაქტის ერთ-ერთი მხარე, რომელიც ვალდებულებას კისრულობს გადაიხადოს ფულადი დახმარებები და დაფაროს ჭარბი ხარჯები. ასევე ნებისმიერი კორპორაცია, რომელიც ჩართულია საზოგადოების სადაზღვევო მომსახურების გაუმჯობესებაში.

საპროცენტო განაკვეთი – *interest rate* – процентная ставка - მსესხებლის მიერ კრედიტორისათვის ძირითადი ვალის გარდა გადასახდელი თანხა გამოხატული ძირითადი ვალის პროცესებში ფულადი რესურსების გადაცემის საბაზრო ფასი.

ინვესტიცია (კაპიტალდაბანდებანი) – *investment* – инвестиция (капиталовложения) - 1. ფიზიკური ქონების, მაგალითად, ქარხნის, მანქანა-დანადგარების შესაძენად, გაწეული ხარჯი (რეალური ინვესტიცია). 2. ფასიანი ქაღალდების, მაგალითად, აქციების შესაძენად, გაწეული ხარჯი (ფინანსური ინვენსტიცია).

ჯანდაცვის ეკონომიკა - *Health economics* – экономика здравоохранения - დარგი, რომელიც შეისწავლის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რესურსების საფინანსო ეკონომიკურ მხარეს.

ჯანმრთელობის ეკონომიკა - *economics of health* – экономика здоровья - ჯანმრთელობისა და სოციალური განვითარების (გაუმჯობესების) შეფასება ანუ საზოგადოების დანაკარგი ჯანმრთელობაში, ასევე ჯანმრთელობის წვლილის შეფასება

ეკონომიკაში.

საბაზრო მექანიზმი - *market mechanism* – рыночный механизм - მყიდველსა და მომსახურების ან საქონლის გამყიდველთა შორის მოთხოვნისა და მიწოდების უზრუნველყოფა კანონის საფუძველზე; განსაზღვრავს საქონლისა და მომსახურების წარმოებასა და განაწილებას. თავისუფალი, თვითრეგულირებადი საბაზრო ურთიერთობების როლი ჯანდაცვაში შეზღუდული და მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი.

მართვადი კონკურენცია - *managed completition* – управляемая конкуренция – ტერმინი პირველად გამოიყენა ჯექსონ-ჰოულის ჯგუფმა აშშ ჯანდაცვის მუშაკთა, სახელმწიფო ოფიციალურ პირთა, კომპანიების ხელმძღვანელთა და ექსპერტთა საბჭოში (მასში შედიან აგრეთვე ყველა შტატის წარმომადგენლები, რომლებიც რეგულარულად იკრიბებიან ვაიომინგის შტატის ქ. ჯექსონ-ჰოულში). ჯანდაცვის რეფორმის სფეროში ინიციატივის განაზღვრის მიზნით მართვადი კონკურენცია დამქირავებელთა კერძო სისტემებს, რომლებიც რაც შეიძლება ნაკლებ ფასად საუკეთესო სამედიცინო დაზღვევათა შეძენის მიზნით ქმნიან მსხვილ შემსყიდველ ქსელს. არსებობს ჰიპოთეზა, რომ ასეთი შემსყიდველობითი სტრატეგია კონკურენციას გაზრდის სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა შორის, რაც აამაღლებს მომსახურების ხარისხს.

დანახარჯების არსებული დონის შენარჩუნება - *cost containment* – сдерживание расходов - მომსახურების ფასის ნებისმიერი რეგულირება, რაც უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ღირებულების ზრდის თავიდან აცილებას.

მოხმარება - *consumption* – потребление - გამოყოფილი ან შეძენილი რესურსების გამოყენების პროცესი.

სამედიცინო დახმარების გამოყენება - *consumption of health care* – потребление медицинской помощи - ჯანდაცვის სამსახურების გამოყენება ცალკე პირის ან პირთა ჯგუფის მიერ.

მომხმარებლის სუვერენიტეტი - *consumer soverenty* – суверенитет потребителя - საჭირო საქონლის ან მომსახურების შერჩევისა და განსაზღვრულ ფასად შეძენის, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელთა (უზრუნველმყოფთა) არჩევის უფლება.

მოთხოვნა - *demand* – спрос - მოცემულ ფასად საქონლისა და მომსახურების მოცულობისა და ხარისხის მოთხოვნა ადამიანთა

ჯგუფის ან მთელი მოსახლეობის მიერ.

მოთხოვნილება (საჭიროება) - *needs* – потребности - ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, რასაც როგორც პაციენტები (მომხმარებლები), ასევე შემსრულებლები (მომწოდებლები) სუბიექტურად აფასებენ და აუცილებელად მიიჩნევენ ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

მზაობა გადახდისათვის - *willingness to pay* – готовность к оплате - ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის სუბიექტური შეფასება, რაც არ შეიძლება გამოიხატოს მხოლოდ ხელფასით. როდესაც თავს იყრის ის, რაც მოსახლეობას ფასეულად მიაჩნია, გადახდისადმი მზაობა იძლევა ჯანმრთელობის ღირებულების მაჩვენებელს საზოგადოების თვალში.

მოგება - *profit* – прибыль – 1. მიღებული შემოსავალი დანახარჯების გამოკლებით;

2. თანხა, რომლითაც შემოსავალი სჭარბობს გასავალს;

3. ეკონომიკური კატეგორია, რომელიც ახასიათებს სამედიცინო საქმიანობის საბოლოო ფინანსურ შედეგს გაფართოებული კვლავწარმოების პროცესში.

წინადადება ჯანდაცვაში - *supply* – предложение - მომხმარებლისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებისა და საქონლის შეთავაზება.

დანახარჯი

ღირებულება – *cost* – стоимость – ჯანდაცვითი მომსახურებისა ან პროდუქციის მიწოდების პროცესში გაწეული ფაქტობრივი დანახარჯები. ავადმყოფობისას მკურნალობის ან ნაადრევი სიკვდილის შემთხვევაში გაწეული ხარჯები, ასევე მკურნალობის ხარჯები. ღირებულებებში შედის მედიკამენტები და სხვა სახის მომსახურება. სიკვდილის მიზეზით გამოწვეულ ხარჯებად ითვლება საქონელი და მომსახურება, რაც შეიძლება ეწარმოებინა ან განეხორციელებინა ადამიანს, რომ არ დაავადებულიყო, რამაც ნაადრევი სიკვდილი გამოიწვია. არაპირდაპირ ღირებულებათა მესამე ასპექტი დაკავშირებულია მწარმოებლობითი უნარის დაკარგვასთან, რაც ეხება თანამშრომელს (დამსაქმებლის), რადგან თანამშრომელი ტოვებს სამუშაო ადგილს იმის გამო, რომ მოუაროს თავისი ოჯახის წევრს. ეს ცნება ასევე ცნობილია

როგორც მწარმოებლობითი ღირებულება.

ფიქსირებული დანახარჯი - *fixsed costs* – фиксированные издержки - ხარჯი, რომელიც არ იცვლება მოკლე დროის (ჩვეულებრივ, ერთი წლის) განმავლობაში, ჩვეულებრივ, იცვლება დროთა განმავლობაში, მაგრამ არა შეთავაზებული მომსახურების რაოდენობიდან ან მოცულობიდან გამომდინარე. მოიცავს საარენდო გადასახადს - არენდით აღებული აპარატურის გამოყენების ღირებულებას, ზოგიერთი სახის ხელფასსა და ჰონორარს და სხვ.

კაპიტალური დანახარჯები - *capital expenditures* – капитальные затраты - გასავალი, რომელიც საჭიროა წარმოების (მაგალითად, შენობის, ტექნიკის, აღჭურვილობის, სატრანსპორტო საშუალებების) მუდმივი ან დროებითი საშუალებების დასაფინანსებლად. წარმოების საშუალებებია ერთ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში გამოყენებული საშუალებებიც.

ღირებულების გაანგარიშება - *costing* – расчет стоимости - მეთოდები და პროცესები, რომლებიც რაოდენობრივად განსაზღვრავენ კონკრეტული მიზნის მისაღწევად, პროდუქტის მისაღებად და ჯანდაცვის სამსახურების შესანახად საჭიროა დანახარჯებს (ფაქტობრივსა და მოსალოდნელს).

პროდუქციის ერთეულის ღირებულების გაანგარიშება - *costing of a product unit* – расчет стоимости единицы продукции - შედეგების გაზომვის ერთეულთა რაოდენობაზე პროდუქციის საერთო ღირებულების გაყოფით მიღებული პროდუქციის ერთეულის ფასი. მაგალითად, ამ გზით შეიძლება განისაზღვროს 1კგ თეთრეულის რეცხვის, ასევე ერთი საწოლ-დღის, ერთი კონსულტაციის ღირებულება. მასში შედის ცალკეულ ერთეულზე დახარჯული მასალისა და მომსახურების საშუალო ფასი.

გადახდა - *charges* – оплата - გაწეული დახმარების ფინანსური ანგარიშსწორების პროცესი. ჯანდაცვაში მასში იგულისხმება ფულის ის რაოდენობა, რასაც სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელი აკისრებს პაციენტს ან გადამხდელს მისთვის გაწეული მომსახურების ან მიწოდებული პროდუქტისათვის. გადასახდელის რაოდენობა დგინდება საბაზრო პრინციპების ან კანონმდებლობის შესაბამისად და შეიძლება არ ასახავდეს პროდუქტის ან მომსახურების ფაქტობრივ ღირებულებას. მონაცემებს გადახდილი თანხის შესახებ ხშირად არასწორად

იყენებენ დანახარჯების საანალიზოდ, რამდენადაც ინფორმაცია გადახდილი თანხის თაობაზე ადვილად შეიძლება მიღებულ იქნეს საბუღალტრო უწყისებიდან, ფაქტობრივ დანახარჯებზე ინფორმაციის მიღება კი რთული ან საერთოდ შეუძლებელია (მაგალითად, მკურნალობის კურსთან დაკავშირებული დანახარჯების შესახებ).

სულადობრივი გადახდა - *capitation* – подушная оплата - ჯანდაცვის ორგანიზებულ სისტემაში სამედიცინო დახმარებაზე გადახდის ფორმა, რომლის დროსაც მხედველობაში მიიღება საერთო ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით. ეს პროგრესული მეთოდია, რომელიც იძლევა გლობალური ბიუჯეტის ფორმირების საშუალებას.

ბიუჯეტური კონტროლი - *budgetary control* – бюджетный контроль - ზოგიერთი ფისკალური ზომა, რასაც მიმართავენ იმის უზრუნველსაყოფად, რომ დანახარჯი შეესაბამებოდეს ბიუჯეტიდან მიღებულ თანხას და მისი გამოყენების წესებს. ხორციელდება როგორც დაწესებულების ან სისტემის შიგნით, ასევე გემდგომი ინსტანციების მიერ თითოეული ღონისძიების დეტალური აღრიცხვისა და შეფასების - ფულად ღირებულებებში ასახვის მეშვეობით. თითოეული ღონისძიების ფაქტობრივი ღირებულება ანუ სარგებლიანობა მოწმდება ხარჯთაღრიცხვის საშუალებით.

მომსახურების ჰონორარი - *fee-for-service (FFS)* – гонорар за обслуживание - მომსახურების გადახდის მეთოდი, რომლის დროსაც პაციენტი ან გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) ექიმს, საავადმყოფოს და სხვ. სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას უხდის თითოეული მიღების ან გაწეული მომსახურების შესაბამისად. გადახდა, ჩვეულებრივ, ხდება საჰონორარო განფასებით ან ნომენკლატურით, რომელიც შექმნილია სამედიცინო მომსახურების ღირებულებათა კლასიფიკატორის საფუძველზე. გადახდის ჰონორარული მეთოდის გამოყენება, როგორც წესი, იწვევს სამედიცინო დახმარების ღირებულების გაზრდას.

ამბულატორიული დახმარების ჯგუფები - *ambulatory care groups (ACG)* – группы амбулаторной помощи - ხარჯების ანაზღაურების წესი პოლიკლინიკაში ან ამბულატორიაში გაწეული მომსახურებისათვის. დიაგნოზების შესახებ მონაცემები,

რომლებიც მოცემულია ანგარიშებში, გამოიყენება პაციენტთა ჯგუფებისათვის განკურნებული სამედიცინო პრობლემების სახეობისა და რაოდენობის შესაბამისად.

ანგარიშის წარდგენა დარჩენილ თანხაზე - *balance billing* – выставление счета на остаток - აშშ–ში ზოგადი პროფილის ექიმთა, სტომატოლოგთა და კერძო პრაქტიკის მქონე სხვა სპეციალისტთა მიერ პაციენტისათვის ანგარიშის წარდგენა თანხის იმ ნაწილის შესახებ, რასაც არ იხდის სახელმწიფო ანდა სხვა გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია).

გადახდის საკონტრაქტო სისტემა - *contract* – контрактная система оплаты - შრომის ანაზღაურების მეთოდი, რაც რეგლამენტირებულია მუდმივი (მომსახურების სფეროში მყოფი მოსახლეობის რაოდენობის, სტრუქტურის, სამედიცინო მომსახურების ასორტიმენტისა და სავალდებულო მოცულობის გათვალისწინებით) და ინდივიდუალური შეთანხმებით.

თანაგადახდა - *co-payment* – совместный платеж - სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდის ფორმა, რომლის დროსაც პაციენტი იხდის განსაზღვრულ თანხას, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დადგენილ ნაწილს; მონაწილეობა გადასახადის დაფარვაში განსაზღვრული ოდენობით.

ფონდების თავმოყრა - *fundholding* – фондодержание - სამედიცინო დახმარების ღირებულების გადახდის მეთოდი, რომლის დროსაც ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი ყველა ფინანსური საშუალება თავს იყრის ფონდში, რომელსაც, როგორც წესი, ანაწილებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (ოჯახის ექიმი) და იხარჯება ასევე მისი განკარგულებით, პაციენტებისათვის საჭირო დახმარების მოცულობისა და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიმართულების შესაბამისად. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას იძლევა რაციონალურად იქნეს გამოყენებული რესურსები.

განაკვეთების პრეისკურანტი - *fee schedule* – прейскурант ставок - სამედიცინო მომსახურების მაქსიმალური ფასების ჩამონათვალი.

დანიშნულება - *assignment* – назначение - აშშ-ში " ედიცარე" სისტემასა და სხვა პროგრამებში ეს ცნება აღნიშნავს გაწეული მომსახურებისათვის ექიმის მიერ ედიცარე-ის საფუძველზე მიღებულ მთლიან გადასახდელს ანუ თანხის მოცულობას, რომელიც პაციენტმა არ უნდა დაფაროს გადასახდელის სახით;

სხვა ქვეყნებში – კონკრეტული პაციენტისათვის დანიშნული აუცილებელი პრეპარატებისა და პროცედურების განსაზღვრის მეთოდი.

დამატებითი ხარჯები - *marginal cost* – приростные издержки - ჯანდაცვაში - მართვისა და სამეურნეო მომსახურების ხარჯები, რომელიც ემატება სამედიცინო მომსახურების ძირითად ხარჯებს და შედის პროდუქციის თვითღირებულებაში. იცვლება წარმოების მოცულობის მიხედვით. თავდაპირველი პროდუქციის დამატებითი ხარჯი მაღალია და მცირდება წარმოების ზრდის კვალობაზე. თუ გარკვეულ მომენტში წარმოების მოცულობა იმდენად დიდია, რომ დამატებითი ხარჯები კვლავ იზრდება, აუცილებელი ხდება ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და ობიექტების მართვისა და პროდუქციის წარმოების პროცესის სრულყოფა.

დღიური გადასახდელი - *per diem* – оплата за день - საავადმყოფოსათვის ტიპური გადახდის სისტემა, რომელიც ეფუძნება დღიურ განაკვეთს - საავადმყოფოს ხარჯები უნაზღაურდება პაციენტის საავადმყოფოში ყოფნის თითოეულ დღეზე.

მიღების ცენტრი - *revenue center* – центр поступлений - განყოფილება, რომელიც მომსახურებას უწევს უშუალოდ იმ პაციენტს, რომელიც იხდის მომსახურების საფასურს და ამ გზით იღებს მოგებას. მაგალითად, ლაბორატორია პაციენტისაგან იღებს გადასახდელს სისხლში ქოლესტერინის შემცველობის გამოკვლევაზე.

კალკულაციური განყოფილება - *cost center* – калькуляционный отдел - აშშ-ში შექმნილია ბუღალტრული აღრიცხვის საწარმოებლად. ყველა ხარჯი, რომელიც მოდის ორგანიზაციაში შემავალი რომელიმე ცენტრიდან (მაგალითად, ღონისძიებაზე, განყოფილების ან პროგრამის მუშაობაზე გაწეული ხარჯები), ნაწილდება ბუღალტრული ანგარიშების საწარმოებლად ან ხარჯების ანაზღაურების მიზნით.

ეფექტურობა

ჯანდაცვის მწარმოებლური ფუნქცია - *health production function* -

производительная функция здравоохранения – ურთიერთკავშირი დანახარჯსა (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურების, კვების და სხვ.) და მიღებულ შედეგს, ე. წ. "ჯანმრთელობას" შორის.

ეფექტურობა - *efficiency* – эффективность - მიღებული შედეგები გაწეულ ხარჯებთან (დახარჯულ რესურსებთან) მიმართებაში.

წარმოების ეფექტურობა - *production efficiency* – эффективность производства - გარკვეული საქონლის წარმოება ან მომსახურების უზრუნველყოფა რაც შეიძლება ნაკლები დანახარჯით.

დანახარჯების განსაზღვრის ანალიზი - *cost-identification analysis* – анализ определения затрат - მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის სამედიცინო მომსახურებისას გაწეული ყველა ხარჯის შესწავლა.

გამოყენების შეფასება - *utilization review* – оценка использования - რესურსების გამოყენების საჭიროების, ეფექტიანობის, სისწორის მიმდინარე, პრესპექტიული და რეტროსპექტიული ოფიციალური ანალიზი. აშშ-ში გამოყენების შეფასებას ატარებს გამოყენების შეფასების კომიტეტი, კოლეგიალური საბჭო ან გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია და ა.შ.)

ტექნოლოგიური ეფექტურობა - *technical efficiency* – технологическая эффективность - არსებული რესურსების გამოყენების იმგვარი ტექნოლოგია, რომელიც უკეთესი შედეგების მიღების შესაძლებლობას იძლევა.

ხარჯების ანალიზი - *cost analysis* – àíàëèç çàòðàò - რესურსების გასავლისა და მიღებული მოგების შეფასება ფულად ერთეულებში.

ინვესტიციების ეფექტურობა - *allocative efficiency* – эффективность инвестиций - ინვესტიციებისა და რესურსების განაწილების ისეთი სტრუქტურა, როდესაც მიიღწევა მაქსიმალური შესაბამისობა მიღებულ შედეგებსა და საზოგადოების მოთხოვნას შორის.

დანახარჯთა ეფექტურობა - *cost-effectiveness efficiency* – эффективность затрат - დახარჯული რესურსებისა და მიღებული შედეგების ოპტიმალური თანაფარდობა.

უდანაკარგობის ანალიზი - *break-even analysis* – анализ безубыточности - შემოსავლის დონის შეფასება გაწეულ

ხარჯებთან მიმართებაში.

დანახარჯთა ეფექტურობის ანალიზი - *cost-effectiveness analysis* – анализ результативности - ალტერნატიულ გადაწყვეტილებათა ეფექტიანობის შეფასების მეთოდი – გარკვეული შედეგის მისაღწევად სხვადასხვა სახის ჩარევათა ხარჯის ეფექტურობის შეფასება. ასეთი შედარება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ანალოგიური (მაგალითად, ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ ორი სხვადასხვა პრეპარატების გამოყენება) ან სხვადასხვა სახის ჩარევის დროს (მაგალითად, გულის იშემიური დაავადებისას ფარმაკოთერაპიული და ქირურგიული ჩარევა).

გამოყენების სარგებლობა - *utility* – полезность - ეკონომიკურ ანალიზში – ჯანმრთელობასა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობაში უკეთესი შედეგის ანუ სარგებლიანობის მაჩვენებელი. შეიძლება გამოიხატოს რაოდენობრივი თანაფარდობით – ან გვიჩვენებს, რომ შედეგი უფრო მისაღებია, ვიდრე შედეგი. ჩვეულებრივ სარგებლიანობის მნიშვნელობა იზომება სკალზე 0-დან (კარგი ჯანმრთელობა) 1-მდე (სიკვდილი), მაქსიმალური და მინიმალური დონეები მიჩნეულია ათელის წერტილებად (საწყისი მდგომარეობა და შედეგები).

ფასეულობა - *value* – ценность - დაზღვევით ან სხვა სახის მომსახურებით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა ხარისხიანობა.

დანახარჯთა სარგებლიანობის ანალიზი - *cost-utility analysis* - анализ выгодности затрат - ალტერნატიულ გადაწყვეტილებათა შედარებითი შეფასების მეთოდი. დაფუძნებულია ფულად დანახარჯთა და მოსახლეობისათვის გაწეული დახმარების შედეგების ანალიზზე (მაგალითად, I ერთეულებში – სიცოცხლის წლები ჯანმრთელად ცხოვრების წლებთან მიმართებაში).

დანახარჯის მინიმიზაციის ანალიზი - *cost-minimization analysis* – анализ минимизации затрат – ერთი და იმავე დაავადების სხვადასხვა გზით მკურნალობისათვის საჭირო ხარჯების შედარებითი ანალიზის საფუძველზე ყველაზე ნაკლებღირებულის შერჩევა (იგულისხმება, რომ მკურნალობის ყველა არსებული გზა იდენტურ შედეგს იძლევა და მხოლოდ დანახარჯების მოცულობით განსხვავდება).

ეკონომიკური შედეგი - *economic outcome/economic endpoint* - экономический результат - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის

პროგრამების, მომსახურებისა და პროდუქტების გამოყენების შედეგები, რომლებიც გავლენას ახდენენ დანახარჯთა მოცულობაზე.

მასშტაბის ეფექტი - *economies of scale* – эффект масштаба - აღინიშნება დიდი მოცულობის სამუშაოს ან მომსახურების შემთხვევაში, ახასიათებს სამედიცინო მომსახურების ნაკლები ფასი, რასაც განაპირობებს ძვირადღირებულ აპარატურასა თუ აღჭურვილობაზე გაწეული ხარჯების განაწილება სამკურნალო ღონისძიებათა (პაციენტთა) რაოდენობაზე. მაგალითად, თუ ოპერაციების ჩასატარებლად ორ საავადმყოფოს სჭირდება ერთნაირი აღჭურვილობა, იქ, სადაც კეთდება უფრო მეტი ოპერაცია, თითოეულ ოპერირებულზე გაწეული ხარჯი ნაკლები იქნება, რადგან აღჭურვილობის ფასი გადანაწილდება ოპერაციების რაოდენობაზე.

დანაკარგი გამოუყენებლ ხარჯთა გამო - *opportunity cost* – издержки неиспользованных возможностей - კეთილდღეობის მოცულობა, რომელიც არ იყო მიღებული იმის გამო, რომ რესურსები არ იქნა გამოყენებული ყველაზე შედეგიანი ალტერნატივისთვის.

პარეტოს ოპტიმალური თანაფარდობა - *Pareto-optimal* – оптимальное соотношение Парето - რესურსების ისეთი განაწილება, რომლის დროსაც შეუძლებელია ვინმეს კეთილდღეობის ამაღლება ისე, რომ სხვა არ დაზარალდეს.

სამკურნალწამლო საშუალებათა გამოყენების ანალიზი - *drug utilization review (DUR)* – анализ использования лекарственных средств - დამტკიცებული, სტრუქტურული, მუდმივმოქმედი პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს მონაცემების შეგროვებას, ანალიზსა და ტენდენციების ინტერპრეტაციას სამკურნალწამლო საშუალებათა გამოყენების შესახებ, რაც საჭიროა მათი გამოყენების ხარისხისა და მკურნალობის შედეგების გასაუმჯობესებლად. ეს პროგრამა პირველ რიგში განკუთვნილია ექიმებისა და ფარმაცევტებისათვის; პროგრამის შედეგებს იყენებენ სწავლებისა და არა დასჯის მიზნით. სამკურნალწამლო საშუალებათა ანალიზის გამოყენება პერსპექტიული, მიმდინარე და რეტროსპექტიულია.

დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევა - *health insurance* – медицинское страхование – მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტია, რომლის მიზანია სადაზღვევო შენატანებისა და აკუმულირებული ფულადი სახსრების მეშვეობით სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას ხელშეკრულების საფუძველზე პირისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა –. ***bligatory medical insurance***– обязательное медицинское страхование - დაზღვევის ფორმა, რომლის დროსაც ფიზიკურ და/ან იურიდიულ პირს კანონი ავალდებულებს გააერთიანოს ფულადი სახსრები განსაზღვრული სადაზღვევო რისკის საფასურის გადახდისათვის.

სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქესა და საქართველოში მუდმივად მცხოვრებ მოქალაქეობის არმქონე ყველა პირზე და ხორციელდება სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებით, რაც უზრუნველყოფს პირისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვას შესაბამისი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ფარგლებში.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა – Voluntary medical insurance - добровольное медицинское страхование - დაზღვევის ფორმა, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, სათანადო წესით რეგლამენტირებული და ექსპერტიზებული პროგრამის ფარგლებში.

სამედიცინო დაზღვევის ობიექტი – bject of medical insurance- объект медицинского страхования - სამედიცინო დაზღვევის ობიექტია - სადაზღვევო რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან.

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტი – The subject of medical insurance - субъект медицинского страхования - სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტები არიან:

ა) *დაზღვეული* – Insure - застрахованный - პირი ან პირთა ჯგუფი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა;

ბ) *დამზღვევი* – Insured - страхователь - დამქირავებელი, სახელმწიფო, ვინც იხდის სადაზღვევო შესატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ;

გ) *მზღვეველი* – Insurer - страховщик-სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს სამედიცინო დაზღვევის ლიცენზია.

სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულება – The contract about medical insurance - договор о медицинском страховании - სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტებს შორის დადებული შეთანხმება, რომლის დებულებათა შესრულება სავალდებულოა ხელშეკრულების ყველა მონაწილესათვის.

სამედიცინო დაზღვევის პოლისი – The medical insurance policy - медицинский страховой полис - სამედიცინო დაზღვევის პროგრამებით პირის დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი. პოლისის მოქმედების სფერო განისაზღვრება შესაბამისი სამედიცინო დაზვევის ხელშეკრულებით.

ბევერიჯის მოდელი - *Beveridge modeli* – модель Бевериджа - ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა, როდესაც სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე და აძლევს მას სამედიცინო მომსახურების გარანტიას.

ბისმარკის მოდელი - *Bismarckian system* – модель Бисмарка - ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა, რომელიც ფინანსდება სადაზღვევო საწეროებით. შემოიღო კანცლერმა ბისმარკმა.

სამედიცინო სადაზღვევო გეგმა – *health plan* – медицинский страховой план - მომსახურების გარკვეული პირობები, შეთავაზებული ცალკეული მყიდველის საჭიროების შესაბამისად.

კერძო სამედიცინო დაზღვევა - *private health insurance* – частное медицинское страхование - კერძოდ ჩამოყალიბებული სამედიცინო სადაზღვევო სტრუქტურა, რომელიც დაფუძნებულია ინდივიდუალურ რისკზე. ასეთი სახის დაზღვევა მუშაობს მოგებაზე, ფარავს სამედიცინო ხარჯებს სრულად ან ავსებს სახელმწიფოს ვალდებულებას სამედიცინო მომსახურების სფეროში.

ერთობლივი დაზღვევა - *coinsurance* – совместное страхование - სამედიცინო დაზღვევის ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვეული იხდის მომსახურების ღირებულების გარკვეულ ნაწილს (ე.წ. თანაგადახდა). პაციენტის მიერ შეტანილი გადასახდელის მცირე ნაწილი ცვლის მის დამოკიდებლობას საკუთარი ჯანმრთელობისადმი უკეთესობისაკენ.

დაზღვეული პირი - *insured person, covered person* –

застрахованное лицо - ადამიანი, რომელიც შეყვანილია სიებში ან სარეგისტრაციო სისტემაში და ვრცელდება ამ სისტემის სადაზღვევო პირობები, რის თაობაზეც გაცემულია სადაზღვევო პოლისი. პირი, რომელიც იხდის საწევროს დაზღვევის სისტემაში ან ის, ვისი სახელითაც (ვისზეც) ხდება საწეროების გადახდა.

საბაზისო სამედიცინო დახმარება – *basic health services* – базовая медицинская помощь - მეცნიერულად დასაბუთებული მომსახურების ჩამონათვალი, რომელიც მოიცავს გარანტირებული მინიმალური სამედიცინო დახმარების მოცულობას.

სადაზღვევო პაკეტი - *benefit package* – страховой пакет - სამედიცინო დახმარების სახეების ჩამონათვალი, რომელიც უზრუნველყოფილია აუცილებელი ან ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პროგრამებით.

განსაზღვრული მომსახურება - *carve-out* – выделенные услуги - სამედიცინო დაზღვევის ჩარჩოებში გაწეული მომსახურება, რომლის დაფინანსება ხდება სადაზღვევო პაკეტის გარეშე. ასეთი მომსახურების ღირებულების გადახდა შეიძლება ერთ ადამიანზე გაანგარიშებით. აშშ-ში სტანდარტული სამედიცინო სადაზღვევო გეგმა ჩვეულებრივ ითვალისწინებს ამ მომსახურების ფასს იმ პირთათვის, რომლებიც სარგებლობენ განსაზღვრული მომსახურების სადაზღვევო პოლისით.

საქმის (შემთხვევის) მართვა - *case management* – ведение дела (случая) - იმ პირების გამოვლენა, რომელთაც აქვთ გარკვეული სამედიცინო დაზღვევა და მათთვის დგება და მუშავდება გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა გეგმა. თითოეული შემთხვევის მართვა შეიძლება ხარჯთა რეგულაციიდან მრავალრიცხოვან პირთა და სამედიცინო დახმარების გამწევი დაწესებულების კოორდინაციის უზრუნველყოფამდე. შემთხვევათა მართვა, როგორც წესი, მიმდინარეობს ინდივიდის და არა მთელი მოსახლეობის დონეზე.

სადაზღვევო ანარიცხი - *premium* – страховой взнос - თანხა, რომელიც გაიცემა მთლიანად ან ნაწილ-ნაწილ დამზღვევზე ან მესამე მხრის გადამხდელზე სადაზღვევო პოლისის მიხედვით. სადაზღვევო ანარიცხის მოცულობა დაკავშირებულია მომსახურების ფაქტობრივ ფასთან, რომელიც პოლისშია მოცემული, ამას ემატება ადმინისტრაციული ხარჯები და მოგება.

თავისუფალი შევსება - *open enrollment* – открытый набор - აშშ

– პერიოდი, როდესაც ახალ მომხმარებლებს შეუძლიათ ჩაერთონ ჯგუფური ან ინდივიდუალური დაზღვევის გეგმაში ან გახდენ მომსახურების წინასწარ გადახდის ჯგუფური პრაქტიკის მომხმარებლები.

საზოგადოების შეფასება - *community rating* – оценка сообщества - სამედიცინო დაზღვევის შესატანის განსაზღვრის მეთოდი, რომლის დროს საწევროს ოდენობა დამოკიდებულია შეთავაზებული სამედიცინო დახმარების ფაქტობრივ და საშუალო ღირებულებაზე, რითაც სარგებლობენ დაზღვეული პირები ცალკეულ გეოგრაფიულ რეგიონში ან საწარმოში. ამასთან დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის შესატანის ოდენობა არ იცვლება ავადმყოფის ასაკის, სქესის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით.

წინასწარი შემოწმება - *pre-admission certification* – предварительное освидетельствование - სტაციონარში ან სხვა სამედიცინო– პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში პაციენტის შემოსვლის აუცილებლობისა და სამედიცინო სისწორისა და აუცილებლობის შეფასება შემოსვლამდე ან შემოსვლისთანავე.

გამოყენების მიმოხილვა - *utilization review* – обзор использования - მკურნალობის მეთოდებისა და საჭირო რესურსების გამოყენების სტანდარტული კომბინაცია, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის სამედიცინო დახმარების მოთხოვნათა დაკმაყოფილებას. დახმარებისა და რესურსების მართვა იწყება მას შემდეგ, როგორც კი ჩნდება მოთხოვნა და მიღებულია საფასური, გრძელდება მანამ, სანამ ავადმყოფს სჭირდება მკურნალობა ან სხვა სამედიცინო დახმარება. მიმდინარე სადაზღვევო გეგმაში ინტენსიური ჩართვა წარმატების საწინდარია. დახმარების მართვის დამახასიათებელი თვისებაა განსაზღვრულ დროში მოთხოვნათა შესაბამისი აუცილებელი მოცულობის ხარისხიანი მომსახურება.

წინასწარი დასაბუთება - *prior authorization (PA)* – предварительное утверждение – სამედიცინო მომსახურების შემსრულებლის მიერ კოლეგიალური კომიტეტის, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლისა ან პაციენტისათვის ამა თუ იმ დახმარების გაწევის აუცილებლობის წინასწარი დასაბუთება. მანამ, სანამ ეს დახმარება განხორციელდება, ამ მოთხოვნის შესრულება პირობაა, რომლის შემდეგ ანაზღაურდება ხარჯი.

აშშ-ში – გადამხდელის (სადაზღვევო კომპანიისა და ა.შ.) მოთხოვნა სამკურნალწამლო საშუალებებისა ან მომსახურების შეფასების შესახებ მრავალი სისტემის ჩარჩოებში. ჩვეულებრივ, ეს პირობები წაეყენება ძვირადღირებულ მომსახურებას, რომელიც არ არის ექსტენსიური ან ხშირად გამოყენებული.

შეზღუდული მოცულობა - *closed panel* – «закрытый состав» – შემსრულებელთათვის მხოლოდ სამედიცინო ან სტომატოლოგიური მომსახურების სადაზღვევო გეგმით გათვალისწინებული მომსახურების ანაზღაურება.

ხარჯის გადანაწილება - *cost shifting* – перераспределение расходов - გარკვეული პაციენტისათვის, პაციენტთა ჯგუფის ან კატეგორიისათვის მომსახურების მაღალი ფასის დაკისრების პრაქტიკა ზარალის დასაფარად, რომელიც განიცადა საავადმყოფომ ან სხვა ორგანიზაციამ მომსახურების ანაზღაურების მიღებისას, ე.ი. ვერ დაფარა სხვა პაციენტების ან პაციენტთა ჯგუფების მკურნალობის ხარჯები. სამედიცინო დაზღვევის აუცილებელი პრინციპია – "მდიდარი იხდის ღარიბის ან ჯანმრთელი - ავადმყოფის მაგიერ". ზოგიერთ ქვეყანაში შემოღებულია გადასახდელის ზღვარი, რომლის ზემოთ პაციენტმა დახმარების ღირებულება თვითონ უნდა გადაიხადოს. ამით იგი საშუალებას აძლევს სხვა პირებს, მიიღონ უფასო დახმრება.

თავის დაზღვევა - *reinsurance* – перестрахование - დაზღვევის სპეციალური სახე, რომელსაც იძენს სამედიცინო მომსახურების შემსრულებელი ან სადაზღვეო სამედიცინო ორგანიზაცია თავის თავის დაცვის მიზნით, გაუთვალისწინებელი ან მოსალოდნელ დანაკარგებისგან, რამაც შეიძლება დააზარალოს პაციენტი. ასეთი დაზღვევა ამცირებს რისკს ინდივიდიალურ შემთხვევაში ან მთლიანად.

დანახარჯთა განაწილება - *cost-sharing* – распределение затрат - სადაზღვეო მომსახურების პაკეტის მოთხოვნა იმის თაობაზე, რომ დაზღვეულმა გადაიხადოს სადაზღვევო გეგმით გათვალისწინებული მომსახურების ფასის ნაწილი (სადაზღვევო საწევროს გამოკლებით). დანახარჯთა განაწილების სახეები მოიცავს ერთობლივ გადახდასა და ერთობლივ დაზღვევას.

ფრანშიზი - *deductible* – франшиза - ხარჯთა განაწილების ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვეულმა უნდა გადაიხადოს გარკვეული თანხა, სანამ დაიწყება სადაზღვევო დახმარების ღირებულების გადახდა.

გამოცდილების შეფასება - *experience rating* – оценка опыта - განაკვეთის დაწესების პროცესი, რომელიც მთლიანად ან ნაწილობრივ ეფუძნება სადაზღვევო ანაზღაურების შესახებ დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფის, ქვეჯგუფის წევრებისაგან (უკვე დაკმაყოფილებულებისგანაც) შემოსული განცხადების გამოცდილებას, ხოლო შემდეგ – პოლისის მოქმედების მომდევნო წლისათვის საჭირო შემოსავლის დაგეგმვა ცალკე ჯგუფის ან ჯგუფების ერთობლიობისათვის.

გეგმა, სადაც მითითებულია მომსახურების ადგილი - *point of service (POS) plan* – план с указанием места предоставления услуг - სამედიცინო დაზღვევის გეგმის სახე, რომელიც უფლებას აძლევს დაზღვეულს თვითონ გადაწყვიტოს, ისარგებლოს გეგმის მონაწილე თუ იმ სამედიცინო ორგანიზაციის მომსახურებით, რომელიც არ მონაწილეობს ამ გეგმაში; დაზღვევის პირობები შედგენილია ისე, რომ პაციენტმა უნდა გადაიხადოს ხარჯთა ნაკლები ნაწილი, ვიდრე ცალკეული დაწესებულების ან დამოუკიდებელი ექიმის მომსახურებისას.

წინასწარი გადახდის სისტემა - *prospective payment system* – система предоплаты - მესამე მხარის მიერ გადახდის მეთოდი, რომლის დროსაც შემსრულებლისათვის სამედიცინო დახმარების ღირებულების გადახდა ხდება წინასწარ და იგეგმება მომდევნო ფისკალურ წელს. შემსრულებლები ამ თანხას იღებენ მომსახურებისათვის, მიუხედავად იმ დანახარჯებისა, რაც სინამდვილეშია გაწეული ამ მომსახურების შესასრულებლად. წინასწარი გადახდის სისტემა შემოღებულ იქნა აშშ-ში 1981 წელს ფინანსური პასუხისმგებლობის შესახებ აქტით, სტანციონარული დახმარებისათვის გაწეული ხარჯების ასანაზღაურებლად ედიცარე-ს პროგრამის ჩარჩოებში.

რესურსებზე დაფუძნებული პირობით ფასეულობათა სკალა - *resource based relative value scale - RBRVS* – основанная на ресурсах шкала относительных ценностей - ექიმებისთვის ანაზღაურების სისტემა ედიცარე-ის პროგრამის ჩარჩოებში, რესურსების მოცულობის, კოგნიტური და ანალიტიკური ჩვევების გათვალისწინებით. ასეთი მიდგომით დგინდება რა რესურსები (მაგალითად, დანახარჯები პრაქტიკული მეცადინეობისათვის, სპეციალობის შესასწავლად) დაიხარჯა მომსახურებასა ან პროდუქტის წარმოებაზე.

რისკის განაწილება - *risk sharing* – разделение риска - ფინანსური რისკის განაწილება მომსახურებაში მონაწილე ყველა მხარეს შორის, მაგალითად, როდესაც საავადმყოფოს და ექიმთა ჯგუფს სამედიცინო დახმარების ღირებულება უნაზღაურდება ფიქსირებული განაკვეთებით, მაშინ რისკის განაწილება გულისხმობს, რომ საავადმოფო იღებს პასუხისმგებლობას, თუ დანახარჯი აღემატება შემოსავალს.

სოციალური დაზღვევა (სოციალური დაცვის მექანიზმი) - *social insurance - a social piotection mechanism* – социальное страхование - სოციალური დაცვის პაკეტი, რომელიც სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებული, საჯაროდ ორგანიზებული და რეგულირებადი დაზღვევის სისტემის გარანტიას იძლევა. ჩვეულებრივ, ფარავს სამედიცინო მომსახურების, უბედური შემთხვევის, მოხუცებულობისა და სხვა სახის პენსიის, აგრეთვე უმუშევრობის დროს დახმარების და ა.შ. ხარჯებს.

მესამე მხარის გადამხდელი - *third party payer* - плательщик третьей стороны - გადამხდელი (ჩვეულებრივ სადაზღვეო კომპანია, წინასწარ გადახდილი მომსახურების გეგმა ან სახელმწიფო სააგენტო), რომელიც აფინანსებს ან აზღვევს ჯანდაცვისა და სამედიცინო დახმარების ხარჯებს დაზღვეულთა ან მომსახურების მიმღებთა სახელით, მაგრამ არც იღებს და არც ასრულებს ჯანდაცვით მომსახურებას: ამ სისტემაში პაციენტი და შემსრულებელი წარმოადგენენ პირველ და მეორე მხარეს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი

ხარისხი - *quality* – качество - რაიმეს ნიშან-თვისება, რაც მას უპირატესობას ანიჭებს სხვასთან შედარებით. პროდუქციის ან მომსახურების ნიშან-თვისებათა ერთობლიობა, რომელიც დააკმაყოფილებს დადგენილ ან სავარაუდო მოთხოვნებს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი – *quality of medical care* –

качество медицинской помощи – პაციენტისათვის (მოსახლეობისათვის) სამედიცინო დახმარების გაწევა თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების დონის შესაბამისად, რაც უზრუნველყოფს სათანადო შედეგს.

სამედიცინო დახმარების ხარისხის მახასიათებლებია:

- ***ადეკვატურობა*** – *appropriateness* – адекватность
- ***მიღწევადობა*** – *availability* – доступность
- ***მემკვიდრეობითობა, უწყვეტობა*** – *continuity* – преемственность, непрерывность
- ***ქმედითობა*** – *efficacy* – действенность
- ***შედეგიანობა*** - *effetiveness* – результативность
- ***ეფექტურობა*** – *efficiency* – эффективность
- ***უსაფრთხოება*** – *safety* – безопасность
- ***დროულობა*** – *timeliness* – своевременность
- ***მოლოდინის გამართლების უნარი*** – *satisfactians* – способность удовлетворять ожидания
- ***პროცესისა და შედეგის სტაბილურობა*** – *stability* – стабильность процесса и результата
- ***მუდმივი გაუმჯობესებისა და დახვეწის უნარი*** – *improvement* – способность постоянного совершенствования и улучшения

ქმედითობა, ზემოქმედების ძალა – *efficacy* – действенность, сила воздействия - სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს მკაცრად კონტროლირებადი ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მაგალითად, რონდომიზებული, კონტროლირებადი კლინიკური გამოკვლევების ჩარჩრებში.

შედეგიანობა – *effetiveness* – результативность - სამედიცინო ჩარევის ხარისხი, რომელიც აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მდგომარეობას ჩვეულებრივ პირობებში. გარემოებანი, რომელიც განსაზღვრავს განსხვავებას ჩვეულებრივ დახმარებასა და კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებს შორის.

მემკვიდრეობითობა, უწყვეტობა – *continuity* – преемственность, непрерывность - განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის უნქციონირებას და ასახავს პაციენტისადმი გაწეული სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის ხარისხს.

მიღწევადობა – *availability* – доступность - ვლინდება საჭირო მომსახურებისა და სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობით.

ადეკვატურობა – *adecuasy* – адекватность - დასახული მიზნების მისაღწევად გამოყენებული ღონისძიებების, რესურსების, ტექნოლოგიების სრული შესაბამისობა როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი თვალსაზრისით.

ხარისხის შეფასება – *quality assesment* – оценка качества - გაწეული სამედიცინო დახმარების შესაბამისობა მოცემული პერიოდის სტანდარტებთან, ცალკეული პაციენტისა და მთელი მოსახლეობის მოლოდინსა და მოთხოვნებთან.

ხარისხის უზრუნველყოფა – *quality assurance* – обеспечение качества – საქმიანობისა და პროგრამის სახეები, რომელთა მიზანია არსებული და მოსალოდნელი მოთხოვნების დაკმაყოფილება შეზღუდული რესურსების ეფექტურად გამოყენებით.

ხარისხის მონიტორინგი (კონტროლი) – *quality control* – мониторинг (контролирование) качества - ქმედითი მეთოდიკების, სტატისტიკური მეთოდების გამოყენება პროგნოზირებული ხარისხის შესაფასებლად.

ხარისხის გაუმჯობესება – *quality improvement* – улучшение качества - სამედიცინო დახმარების ისეთი ღონის მიღწევა, რომელიც აღემატება არსებულ ხარისხს.

ხარისხის ინდიკატორი – *quality indicator* – индикатор качества - მაჩვენებელი, რომელიც გამოიყენება სამედიცინო დახმარების ხარისხის შესაფასებლად.

ხარისხის მართვა – *quality assurenc and management* – управление качеством - მართვის ფუნქციის ნაწილი, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხის პოლიტიკას. მართვა ეფუძნება მოთხოვნათა შეფასებასა და მათი დაკმაყოფილების ხარისხს.

ხარისხის დაგეგმვა – *quality planing* – планирование качества – ღონისძიებათა სისტემის შემუშავება, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევისაკენ. სამედიცინო დახმარების ხარისხის პერსპექტიული ღონის განსაზღვრა; საქონლისა და მომსახურების სახეობების შექმნისაკენ მიმართული საქმიანობა.

ხარისხის სისტემა – *quality system* – ситема качества - იმ რესურსების, ორგანიზაციული სტრუქტურისა და მეთოდიკების ერთობლიობა, რომელიც საჭიროა სათანადო ხარისხის მისაღწევად.

ხარისხის ზოგადი მართვა – *total quality management (TQM)* – общее управление - ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება მუდმივმოქმედი სისტემის მეშვეობით გვიდან; თანამშრომლებს უქმნის პრობლემათა გადაწყვეტის ოპტიმალურ პირობებს (საშუალებებს) სისტემის და არა ინდივიდუალურ დონეზე.

ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესება – *continuous quality impuorement (CQI)* – непрерывное улучшение качества - მმართველობითი საქმიანობა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო დახმარების დონის მუდმივი შესწავლისა და გაუმჯობესებისაკენ, პაციენტთა და სხვა მომხმარებელთა მოთხოვნათა დაკმაყოფილებისაკენ.

პაციენტის დაკმაყოფილებულობა – *patient satisfaction* – удовлетворенность пациента - პაციენტის დადებითი აზრი მისდამი გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ.

ხარისხის შეფასება

საბაზო დონესთან შედარება – *benchmarking* – сравнение с базовым уровнем - დაღგენილი სტანდარტების შესაბამისად სხვა ორგანიზაციის მიერ წარმოებული პროდუქციისა და გაწეული მომსახურების საკუთარ პროდუქციასთან და მომსახურებასთან შედარებითი შეფასების პროცესი, რომლის მიზანია ხარისხის გაუმჯობესება. საბაზო დონეები შესაძლებელია დადგინდეს თვით ორგანიზაციაში (ე.წ. შიგა შედარება) და ორგანიზაციის გარეთ (ე.წ. გარე შედარება) საკუთარი პროდუქციის ხარისხის შედარებით სხვა ორგანიზაციის პროდუქციასთან.

საუკეთესო პრაქტიკის გამოკვლევა – *best practices study* – исследование наилучшей практики - იმ მეთოდების შესწავლა, რომელთა მეშვეობით მიიღწევა საუკეთესო კლინიკური შედეგები.

სამედიცინო სადაზღვევო გეგმების შესახებ მომხმარებელთა

აზრის გამოკვლევა – *consumer of health plans study* – исследование мнений потребителей о медицинских страховых планах - სტანდარტული გამოკითხვის საშუალებით მოხმარებელთა აზრის დადგენა გაწეული მომსახურებისა და სადაზღვევო გეგმების სასარგებლოობის შესახებ. შეიცავს აგრეთვე მომხმარებელთა ინფორმირების ელემენტებს, რომელიც ეხმარება მათ გადაწყვეტილებების მიღებაში.

სადაზღვევო გეგმის შესახებ ინფორმაციისა და სხვა მონაცემთა ერთობლიობა დამსაქმებელთათვის – *health plans employer date and information set (HEDIS)* – набор данных и информации по медицинскому страховому плану для работодателей - ორგანიზებული სამედიცინო დახმარების ჩარჩოებში მოქმედი დაწესებულებების საქმიანობის სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა ნაკრები. საშუალებას იძლევა შედარებულ იქნეს სხვადასხვა სადაზღვევო გეგმა. შეიცავს ექვსი კატეგორიის მაჩვენებელს: მკურნალობის შედეგიანობის; სამედიცინო დახმარების მიღწევადობის; ეფექტიანობის; სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების; ინფორმირებული არჩევანის; სამედიცინო სადაზღვევო გეგმის აღწერილობითი სტრუქტურის შესახებ.

სამედიცინო ინდიკატორი – *clinical indicator* – медицинский индикатор - სამედიცინო დახმარების სასურველი თვისების (პროცესის ან შედეგის) მტკიცებულება მისი ხარისხის შესაფასებლად (მაგალითად, სარძევე ჯირკვლის კიბოს გამოსავლენად ორმოცდაათ წელზე მეტი ასაკის ქალები უნდა გადიოდნენ ყოველწლიურ მამოგრაფიულ გამოკვლევას).

სამედიცინო გამოსავალი/სამედიცინო შედეგი – *clinical outcome/clinical endpoint* – медицинский исход/медицинский результат - ჯანდაცვითი პროგრამების ან სამედიცინო დახმარების შედეგი, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტთა (მოსახლეობის) კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, სტაბილიზაციას, გაუარესებას და ა.შ.

შეფასება – *evaluations* – оценка - ობიექტის (პროცესის, მოვლენის, სისტემის) რეალური მდგომარეობის განსაზღვრის პროცესი.

პროცესის გაზომვა – *process measure* – измерение процесса - (რაოდენობრივი გაზომვა) სამედიცინო დახმარების ტექნოლოგიური შესრულების შეფასება.

შედეგის გაზომვა – *outcom measure* – измерение результата – გარკვეული ჯანდაცვითი ღონისძიებების შემდეგ ჯანმრთელობის შედეგების რაოდენობრივი გაზომვა სამედიცინო დაწესებულების პერსონალის მიერ.

სტრუქტურის შეფასება – *structural measure* – оценка структуры - განკარგულებაში მყოფი რესურსების განზოგადებული აღწერა. სტრუქტურული მაჩვენებლებით აფასებენ ადამიანური, მატერიალური, ფიზიკური რესურსების ადეკვატურობას სამედიცინო დახმარების საჭიროებასთან.

საქმიანობის ინდიკატორები – *perfomance indicators* – индикаторы деятельности - მაჩვენებლები, რომელიც საშუალებას იძლევა შეფასებულ იქნეს მედიკოსების, სამედიცინო დაწესებულებების, სადაზღვევო კომპანიების მიერ სადაზღვევო გეგმებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების ეფექტურობა. ეს ცნება ფართოდ გამოიყენება ზოგი მაჩვენებლის აღსაწერად, მაგალითად, ფინანსური სტაბილურობის, ტექნიკური აღჭურვილობის ხარისხის, პაციენტთა დაკმაყოფილების ხარისხის, მიღწევადობის, კვალიფიციური კადრების, სამედიცინო დაწესებულებათა არსებობის (გამოყენების) აღსაწერად. ინდიკატორი შესაძლებელია ასახავდეს როგორც მიმდინარე საქმიანობას, ასევე საქმიანობის უშუალო, უახლოეს, სავარაუდო შედეგებს.

დაავადების სიმძიმის ინდექსაცია – *severity (of illness) indexing* - индексация тяжести заболевания - პაციენტთა კლასიფიკაცია დაავადებათა სიმძიმის შესაბამისად, გამოიყენება დაწესებულებათა საქმიანობის ხარისხის შესადარებლად.

რისკის დაზუსტება – *risk adjustment* – уточнение риска - დაავადების სიმძიმის შესაფასებლად ისეთი პარამეტრების გათვალისწინება, როგორიცაა ასაკი, თანმხლები დაავადებები და სხვ., რათა განისაზღვრავს რისკის დონე.

ექსტრემალური მოვლენა – *sentinel event* – экстремальное событие - სერიოზული მოვლენა, რომელიც ყველა შემთხვევაში საჭიროების შემდგომ გამოძიებას (მიზეზთა იდენტიფიცირებას). ჩვეულებრივ, ეს არის არასასურველი და იშვიათი შემთხვევა, მაგალითად, მშობიარის (მელოგინეს) სიკვდილი. ექსტრემალური

– налог на добавочную стоимость - გადასახადი, დაწესებული წარმოების მომსახურების ან რეალიზაციის ყოველ სტადიაში. გამოიანგარიშება იმ ღირებულებიდან, რომელიც ემატება საქონლის ან მომსახურების ფასს ყოველი შემდგომი რეალიზაციისას. ღგ-ს დასაბეგრი თანხა არის სხვაობა რეალიზაციის საერთო ღირებულებასა და საქონლის, ნედლეულის და ა.შ. შეძენის ხარჯებს შორის. მაგალითად, თუ ერთმა მეწარმემ შეიძინა საქონელი, რომლის ღირებულება იყო 1000 ლარი და გაყიდა 1300 ლარად, მაშინ დამატებითი ღირებულების თანხა შეადგენს 300 ლარს და სწორედ მოგების ეს თანხა დაიბეგრება დამატებითი ღირებულების გადასახადით.

გრანტი – *Grant* – грант - სუბსიდია, დოტაცია – სამეცნიერო-კვლევითი, სამკურნალო და სხვა სახის საქმიანობის განსახორციელებლად საწარმოზე, ორგანიზაციასა და ფიზიკურ პირზე უანგაროდ გაცემული ფულადი საშუალებები ან ნატურით გაცემული სუბსიდიები.

კაპიტალური დაბანდება – *Capital investment* – капитальные вложения - ინვესტიციების დაბანდება ისეთ ძირითად საშუალებებში, როგორიცაა მიწა, შენობა, ნაგებობა, პატენტი, ასევე ინვესტიციები შვილეული და ახორციელებულ წარმოებათა ფასიან ქაღალდებსა ან არალიკვიდირებად ფასიან ქაღალდებში.

დებიტორული დავალიანება – *Bills receivable* – дебиторская задолженность - რეალური ბუღალტრული ანგარიში, რომელიც შეიძლება არ დაიხუროს საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოს. ანგარიშის არსებობა განპირობებულია დარიცხვის მეთოდის პრინციპით, რომლის ძალითაც განხორციელებული სამეურნეო ოპერაციების შედეგების აღიარება ხდება მისი განხორციელებისთანავე და არა ფულადი საშუალებების ან მისი ეკვივალენტების მიღების შემდეგ. მათი ჩაწერა საბუღალტრო წიგნებსა და საფინანსო ანგარიშებში ასახვა განეკუთვნება იმ პერიოდებს, რმლებსაც ისინი მიეკუთვნება.

დივერსიფიკაცია – *Diversification* – диверсификация - 1. საწარმოს მიერ პროდუქციის ასორტიმენტის გაფართოება; 2. არმყოფი საწარმოების ისეთი სახეების ერთდროული განვითარება, რომელიც ერთმანეთთან კავშირში არაა.

დილერი – *Dealer* - дилер - საფონდო ბირჟის წევრი (ბანკი, ორგანიზაცია თუ ცალკეული პირი), რომელიც ყიდულობს ან ყიდის ფასიან ქაღალდებს, ძვირადღირებულ ლითონს ან ვალუტას და მოქმედებს საკუთარი სახელით და საკუთარი ხარჯებით.

დისკონტი – *Discont* – дисконт - 1. სხვაობა ფასიანი ქაღალდების ან სხვა აქტივების დღევანდელ ღირებულებასა და მათი გამოყენებით წარმოშობილი ვალდებულებების დაფარვის მომავალ ღირებულებებს შორის. 2. სხვაობა სხვადასხვა დროს მოწოდებული ერთნაირი საქონლის ფასს შორის.

დისტრიბუტორი – *Distributor* – дистрибьютор - ორგანიზაცია ან ცალკეული მეწარმე, რომელიც ახორციელებს განსაზღვრული სახის საქონლის საბითუმო შესყიდვას შემდგომი გაყიდვის მიზნით.

პირველადი დოკუმენტი – *Sourse document* – первичный документ - საწარმოს შიგნით ან მის გარეთ შედგენილი დოკუმენტი, რომელიც ასახავს შესრულებული სამეურნეო ოპერაციების შინაარსს ამ ოპერაციების შესაბამისი ფულადი თანხის ჩვენებით.

ეკვივალენტი ფულადი – *Equivalent in money* – денежный эквивалент - მაღალლიკვიდური მოკლევადიანი აქტივების დაბანდება ბაზრის ფასიან ქაღალდებში.

ვაუჩერი – *Voucher* – ваучер - ხელწერა, გამამართლებელი დოკუმენტი; 1. საპრივატიზაციო ჩეკი, დოკუმენტი, რომელიც იძლევა პრივატიზაციაში მონაწილეობის მიღების უფლებას ამ ვაუჩერის გაცემით საპრივატიზაციო საწარმოს აქციაზე. 2. წერილობითი მოწმობა, გარანტია.

თვითღირებულება – *Prime cost* – себестоимость - საქონლის წარმოებასთან და მის რეალიზაციასთან დაკავშირებული მიმდინარე ხარჯების ერთობლიობა, გამოსახული ფულად ფორმაში. თვითღირებულება მოიცავს დანახარჯებს შრომის ანაზღაურებაზე, ნედლეულსა და მასალაზე, საამორტიზაციო დანახარჯებს და ა.შ. თვითღირებულებაში შემავალი ხარჯების განსაზღვრა ხორციელდება კანონმდებლობის საფუძველზე.

კონსიგნაცია – *Consignment* – консигнация - მყიდველის ვალდებულება, მიღებული საქონელი გაყიდოს საქონლის მომწოდებლის სახელით.

კონცეფცია – *Concept* – концепция - შეხედულებათა სისტემა, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება მოვლენისა თუ პროცესის გაგება, მის შინაარსში ჩაწდომა.

კრედიტი – *Credit* – кредит - სესხად გაცემული ფულადი საშუალებები ან საქონელი, რომელიც ექვემდებარება უკან დაბრუნებას გარკვეული საპროცენტო ანაზღაურებით. კრედიტის

შეღებად წარმოიშობა ეკონომიკური ურთიერთობები კრედიტორსა და მსესხებულს შორის.

პატენტი – *Patent* – патент - კანონით განსაზღვრული უფლება პატენტის მფლობელისა აწარმოოს, გაყიდოს, გამოიყენოს ან გააკონტროლოს მისი დაპატენტებული გამოგონება. პატენტი გაიცემა სახელმწიფო ორგანოების მიერ განსაზღვრული ვადით, დამპატენტებლის მონოპოლიური უფლებით პატენტის მოქმედების პერიოდში.

პრივატიზაცია – *Privatization* – приватизация - სახელმწიფო საკუთრების განსახელმწიფოებრიობა წარმოების საშუალებებად (ქონებად, მიწად, ბუნებრივ რესურსებად). პროვატიზაცია ხორციელდება სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ობიექტების გაყიდვით ან კოლექტივებისა ან კერძო პირისათვის უსასყიდლოდ გადაცემით კორპორაციების, აქციონერთა ან კერძო მესაკუთრეების წარმოშობის გზით.

ნარჩენი ღირებულება – *Residual value* – остаточная стоимость - ამორტიზებული აქტივის ღირებულება იმ თანხის გამოკლებით, რომელიც რჩება ამ საშუალებათა შესაძლო ჩამოწერის შემდეგ, უწოდებენ სალიკვიდაციო ღირებულებასაც.

საბალანსო ღირებულება – *Balance value* – балансовая стоимость - თანხა, რომელითაც აქტივი აისახება ბალანსში დაგროვილი ცვეთის თანხის გამოკლებით.

შესყიდვა – *Purchas* – закупка - საწარმოთა ისეთი გაერთიანება, როდესაც ერთ-ერთი საწარმო, მყიდველი, მოიპოვებს კონტროლის უფლებას მეორე, შესყიდული საწარმოს წმინდა აქტივებისა და საქმიანობაზე გადაცემული აქტივების, ვალდებულებების ან აქციების გამოშვების სანაცვლოდ.

თავი XXIII

სამედიცინო დაწესებულებებში ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლი

შესავალი

საავადმყოფოს შიგა ინფექციები (სში.) თანამედროვე მედიცინის მნიშვნელოვანი პრობლემაა და ისინი ცნობილია ნოზოკომიური ჰოსპიტალური ინფექციების სახელწოდებით, რადგან მათი წარმოშობა დაკავშირებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებთან. ჰოსპიტალური ინფექციების სახელწოდებით ცნობილია ყველა ინფექცია, რომელიც ვლინდება და აღირიცხება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში შეძენილი ან დამატებითი, აღრე დაუდგენელი დაავადების სახით. მაგალითად, ყველა ე.წ. ტრადიციული ინფექციური დაავადებები (კლასიკური ინფექციური დაავადებები) და არატრადიციული ინფექციური დაავადებები (მაგალითად, ჩირქოვან-ანთებითი ან სეპტიკური ინფექციები), რომლებიც ვლინდებიან სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, წარმოადგენენ ჰოსპიტალურ შემთხვევებს, მაგრამ მათი წარმოშობის მიზეზების დადგენა (წარმოადგენენ ისინი საავადმყოფოსშიგა შემთხვევებს, თუ შემოტანილია საავადმყოფოს გარედან) ეპიდემიოლოგიური შესწავლის გზით ხდება შესაძლებელი.

არატრადიციული ინფექციების უმეტესობა, რომელთა განვითარება სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში იწყება ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციიდან 48 საათის შემდეგ,

მიჩნეულია საავადმყოფოსშიგა ინფექციებად, ყოველი ასეთი შემთხვევა შესწავლილი უნდა იყოს ეპიდემიოლოგიურად.

CDC-ს მიერ შემუშავებულია სში-ის შემდეგი განსაზღვრება:

- **ინფექცია წარმოადგენს საავადმყოფოსშიგას, თუ მისი წყარო და გადაცემის ფაქტორები საავადმყოფოსთან არის დაკავშირებული; თუ ინფექცია შეძენილია საავადმყოფოში და გამოვლინებულია საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ; თუ ახალშობილის მიერ შეძენილი ინფექცია დაკავშირებულია ნაყოფის სამშობიარო გზებში გავლასთან.**

სამედიცინო პრაქტიკაში ინვაზიური დიაგნოსტიკური მეთოდების ფართო დანერგვამ, დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმების ბიოლოგიური თვისებების ცვლილებებმა, ანტიბიოტიკების არამიზანმიმართულმა გამოყენებამ მოგვიყვანა მძიმე გენერალიზებული ფორმის ინფექციების აღმოცენებასთან. აშშ-ში საავადმყოფოსშიგა ინფექციები 3-5 %-ს აღწევს, ხოლო რუსეთის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 1994 წ მონაცემებით - 6-8 %-ს. საქართველოში ბოლო დრომდე არ არსებობდა ზუსტი, სარწმუნო მონაცემები საავადმყოფოსშიგა ინფექციების შესახებ. უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული გამოკვლევის მიხედვით, რომელიც ემყარებოდა მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს CDC[1]-ს მიერ შემუშავებულ ინფექციათა სტანდარტული განსაზღვრებებით, ქირურგიული ჭრილობის ინფექციების მაჩვენებელმა 9,5% შეადგინა[2].

საავადმყოფოსშიგა ინფექციებს სომატურ, ქირურგიულ, სამეანო-გინეკოლოგიურ, პედიატრიულ და სხვა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში იწვევს სხვადასხვა სახეობის მიკროორგანიზმები - ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ღურჯმწვანე ჩირქის ჩხირი, პროტეუსი, ნაწლავის ჩხირი, კლებსიელა, სერაცია, კანდიდის ჯგუფის სოკოები და სხვ.

ჰოსპიტალური ინფექციების სიხშირე ინტენსიურ თერაპიისა და რეანიმაციულ განყოფილებებში 10-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე საერთო პროფილის ბავშვთა განყოფილებაში. ახალშობილთა s. S. i-ს ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში ანტიბიოტიკების ფართო სპექტრის გამოყენების შედეგად ღრესდღეობით მნიშვნელოვანი ცვლილებებია. ხდება ანტიბიოტიკორეზისტენტული ეპიდემიური შტამების (*Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas auroginosa* და სხვა) ცირკულაცია. ასევე გვხვდება ისეთი შტამების ცირკულაცია,

რომლებსაც ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში აღრე უმნიშვნელო ადგილი ეჭირათ (*Acinetobacter spp; Serratia spp* და სხვა). გარდა ამისა, გარკვეული ადგილი დაიკავა კანდიდას ჯგუფის სოკოებმა. ახალშობილთა ინფექციურ პათოლოგიაში უფრო და უფრო მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს ენტეროკოკები და კოაგულაზანეგატიური სტაფილოკოკები. საავდმყოფოსშიგა ინფექციების წარმოშობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პაციენტიდან პაციენტზე ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმების გადაცემა მედპერსონალის ხელების და სამედიცინო ინსტრუმენტების საშუალებით.

სხვადასხვა სტაციონარების რეანიმაცია-ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მიკროეკოლოგიური პირობების გავლენის შედეგად შეიძლება ჰოსპიტალური ინფექციების სხვადასხვა გამომწვევი გავრცელდეს, რომელსაც განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში აქვს მნიშვნელობა მხოლოდ ამ განყოფილებისათვის. ამიტომაც მოცემული პროფილის თითოეულ განყოფილებაში ორგანიზებულ უნდა იქნეს მუდმივი მონიტორინგი სში-ის ეტიოლოგიაზე და წამყვანი მიკროორგანიზმების ანტიბიოტიკო-მგრძნობელობაზე.

ახალშობილთა რეანიმაცია

ახალშობილთა რეანიმაციის განყოფილება განსხვავდება სხვა განყოფილებებისაგან შემოსული ბავშვთა კონტინგენტითაც. აქ შემოსულ პაციენტთა უმრავლესობა სხვადასხვა ხარისხის ღღენაკლულია, რაც განაპირობებს მაღალ მიმღებლობას პირობით პათოგენური ფლორისადმი. ამ ბავშვებში უფრო ხშირად ვითარდება ისეთი მძიმე ინფექციური გართულებები, როგორიცაა სეფსისი, სეპტიკოპიემია და სხვა.

ღღენაკლულ ბავშვებში ხშირად გამოიყენება ეპიდემიოლოგიურად მაღალი რისკის მქონე თერაპიის მეთოდები და მანიპულაციები (ტრაქეის ინტუბაცია, ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია, ტრაქეობრონქიალური ხის ხშირი სანაცია, ვენასექცია, ცენტრალური და პერიფერიული ვენების ხანგრძლივი კათეტერიზაცია, პარენტერალური კვება, ბონდით კვება, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, პლევრის ღრენირება და სხვა). ასეთ შემთხვევაში სხეულის ბედაპირის კოლონიზაციასთან ერთად

არსებობს უშუალოდ სასიცოცხლოდ აუცილებელ ორგანოთა სისტემაში გამომწვევების მოხვედრის შესაძლებლობა.

ახალშობილთა განყოფილებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალმა შესაძლებელია თავისდა უნებურად გადაიტანოს მიკრობები ბავშვებზე, რომლებიც თავიდან არ იყვნენ კოლონიზირებული ამ მიკროორგანიზმებით. ასეთ შემთხვევაში ამ განყოფილებაში შესაძლებელია მივიღოთ ამა თუ იმ მიკრობის შტამის გავრცელება. მაგ.: ადვილად შეიძლება რესპირატორული ტრაქტის და ნაწლავთა ინფექციების გამომწვევების გადატანა. რომ არ მოხდეს მიკროორგანიზმების თუნდაც მინიმალური მაინფიცირებელი დოზის გადაცემა ერთი პაციენტიდან მეორეზე, თითოეულ მედიცინის მუშაკს, რომელიც მუშაობს ახალშობილებთან, მართებს ძალზე დიდი ყურადღება. პერსონალმა უნდა დაიბანოს ხელები ახალშობილის მოვლამდე და მოვლის შემდეგ, ინსტრუმენტების ან მასალის გაუვნებლობა, გასუფთავება და სტერილიზაცია უნდა ხდებოდეს სტანდარტების მიხედვით.

ნოზოკომიურ ჰოსპიტალურ ინფექციებზე ეპიდზედამხედველობა

ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლისათვის აუცილებელია თითოეულ საავადმყოფოში შეიქმნას ინფექციური კონტროლის კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაში შედის საავადყოფოს მთავარი ექიმი, განყოფილებების ხელმძღვანელები, ეპიდემიოლოგი, ბაქტერიოლოგი და მთავარი მედდა, რომლებიც იმუშავებენ საავადმყოფოსშიგა ინფექციებზე.

ინფექციური კონტროლის კომიტეტი უნდა მუშაობდეს ახალშობილთა და სამეანო განყოფილებების სამედიცინო პერონალთან ერთად. მათ მოვალეობას წარმოადგენს საავადმყოფოში ჰოსპიტალური ინფექციების მოცულობის დადგენა რეკომენდებული მეთოდიკების მიხედვით და რეალური სურათის წარმოჩენა სტაციონარის ხელმძღვანელობის წინაშე. ასევე ნოზოკომიური ინფექციებზე ეპიდზედამხედველობის მიზნით მათი ეფექტური განსაზღვრების დამკვიდრება და ფართოდ წარმოჩენა.

ახალშობილთა ნოზოკომიური ინფექციების განსაზღვრა რთულია. ფართო დეფინიციები მოიცავენ ყველა ინფექციებს, რომელიც გამოვლინდება დაბადების შემდეგ გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა

გადაცემული იქნა ტრანსპლაცენტარულად. უფრო ვიწრო განსაზღვრება გამორიცხავს ინფექციებს, რომლებიც განვითარდნენ დაბადებიდან 24-72 სთ-ს განმავლობაში. სავარაუდოა, რომ ასეთი ინფექციების განვითარება უკავშირდება უფრო დედას, ვიდრე საავადმყოფოს გარემოს. განსაზღვრებები უნდა მოიცავდეს ინფექციებს, რომლებიც გამოვლინდება ახალშობილის გაწერიდან გარკვეული პერიოდის შემდეგ. შერჩეული დეფინიციები გამოყენებული უნდა იქნეს ანგარიშის ან ნოზოკომიური ინფექციების ანალიზისათვის. სამეანო ან ახალშობილთა განყოფილების პერსონალი უნდა თანამშრომლობდეს საავადმყოფოს ინფექციური კონტროლის პერსონალთან ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის პროგრამების წარმართვასა და შეფასებაში.

მონიტორინგის ასეთი ტიპი იძლევა ინფორმაციას ინფექციის რაიმე განსაკუთრებულ შემთხვევის ან პრობლემის, განსაზღვრული პროცედურების, განსაზღვრულ ტექნიკასთან დაკავშირებული რისკის და სპეციფიური პრევენციული ღონისძიებების წარმართვის შესახებ. ასევე შეუძლია მოგვცეს ინფორმაცია დროებითი ტენდენციების შესახებ და გვაძლევს საშუალებას შევადაროთ ერთი განყოფილების მონაცემები მეორე განყოფილების მონაცემებს სტანდარტული დეფინიციების გამოყენებით.

ახალშობილთა რესპირატორიული, კუჭნაწლავის ტრაქტის, კანის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევები ეპიდზედამხედველობის მიზნით არ არის რეკომენდებული, მაგრამ ნაცხების აღება დაზიანებული ადგილიდან ან ინფექციის კერიდან შეიძლება სასარგებლო იყოს იმისათვის, რომ დავადგინოთ ინფექციის გავრცელება, რომელიც გამოწვეულია ამა თუ იმ შტამით. თუმცა კლინიკურად გამოვლენილი ინფექციები შეიძლება გამოყენებული იქნას ეპიდზედამხედველობის მონაცემებისათვის, პერიოდულად და განსაკუთრებით ეპიდაფეთქებების დროს შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს ინფორმაცია იმ მიკროორგანიზმების შესახებ, რომლებიც წარმოადგენენ ეპიდაფეთქების კონკრეტულ მიზეზს.

ინფექცია, რომელიც არ ჯდება სტანდარტულ განსაზღვრებაში, საჭიროებს ინდივიდუალურ შესწავლას. სამეანო და ახალშობილთა განყოფილების პერსონალი წინასწარ უნდა იყოს გაფრთხილებული ისეთი ახალშობილის დაბადების შესახებ, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს კონგენიტალური ან პერინატალური ინფექცია ან მიეწოდოს ინფორმაცია იმ დედების შესახებ, რომლებიც უკვე

ცნობილნი არიან როგორც სალმონელას ჯგუფის, HBV, HCV, HDV ვირუსების, მარტივი ჰერპესის ვირუსის ან სხვა მიკროორგანიზმებით ინფიცირებულნი ან ქრონიკული მტარებლები.

ხელის დაბანა თითეული პაციენტთან კონტაქტის წინ და შემდეგ რჩება ყველაზე მნიშვნელოვან რუტინულ პრაქტიკად ნოზოკომიალური ინფექციების კონტროლში.

პერსონალის ჯანმრთელობა

სამეანო და ახალშობილთა განყოფილების სამედიცინო პერსონალი არ უნდა იყოს დაავადებული გადამდები ინფექციებით. პერსონალისაგან ნაცხების აღება არ არის საჭირო, მაგრამ როცა გვაქვს ერთნაირი ჯგუფური შემთხვევები, მაშინ ნაცხის აღება შეიძლება ინფექციის წყაროს დასადგენად. თვით სტაციონარმა უნდა შეიმუშავოს დებულება, რომელიც მოიცავს შესაბამის პოლიტიკას და პროცედურებს პერსონალის ჯანმრთელობის შესაფასებლად, რომლებიც მუშაობენ პერინატალური მედიცინის სფეროში. გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტებთან მათი კონტაქტის აკრძალვა, როდესაც ეს აუცილებელია, სისტემატიური თვალყურის დევნება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და მათ დაავადებებზე სრული ინფორმაციის ქონა. ასეთი პოლიტიკა და პროცედურები მიმართული უნდა იყოს წითურას, ჰერპეს ზოსტერის HBV და HCV სკრინინგზე. პერსონალმა უნდა ჩაიტაროს ტუბერკულოზის გამოვლენისათვის მანტუსს სინჯი და არაინფიცირებული სტატუსი დოკუმენტურად უნდა იყოს ფიქსირებული. სამედიცინო პერსონალის ორსულობა არ გამორიცხავს ყველა ამ პროცედურის ჩატარებას. საავადმყოფოს პერსონალმა (გარდა ორსულებისა) უნდა ჩაიტაროს აცრა წითურაზე, B ჰეპატიტის ვირუსზე, ხოლო ბავშვთა განყოფილების პერსონალს სასურველია ყოველწლიურად ჩაუტარდეს ვაქცინაცია გრიპის ვირუსის პრევალენტურ შტამებზე. იმ ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ კანის, ლორწოვანის, კუჭ-ნაწლავის ინფექციები არ უნდა ჰქონდეთ ახალშობილებთან პირდაპირი კონტაქტი. პერსონალს, რომელსაც აღენიშნება კანის ექსუდაციური დაზიანებები ან ეგზემა, არ უნდა ჰქონდეს ახალშობილებთან ან სამედიცინო ინსტრუმენტებთან პირდაპირი კონტაქტი. სამედიცინო პერსონალმა, რომელიც მუშაობას იწყებს ახალშობილთან უნდა გაიაროს ჯანმრთელობის

მდგომარეობის სამედიცინო კონტროლი. ინფექციის გავრცელების შანსი დაყვანილი იქნება მინიმუმამდე თუ მკაცრად იქნება დაცული უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები.

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები

ჰეპატიტი B, C, აივ-ინფექციის (სიფილისი, ვენერიული დაავადებანი) მქონე ავადმყოფებიდან ინფექციის გადაცემის პოტენციურ სითხეებს წარმოადგენს სისხლი, ყველა ქსოვილი, სეკრეტი საშოდან, ზურგის ტვინის სითხე, სინოვიალური, პლევრალური, პერიტონეალური სითხეები და სანაყოფე წყლები.,

CDC რეკომენდაციების შესაბამისად ორგანიზმის ფიზიოლოგიური სითხეების მიმართ **უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები გამოყენებული უნდა იქნეს ყველა პაციენტზე**. ეს არის უსაფრთხოების უნივერსალური ზომები.

- დამცავი ჩასაცმელი (ხელთათმანები, ხალათები, დამცავი სათვალეები და ნიღაბი) უნდა იყოს ადგილებში, სადაც ხდება პაციენტის მოვლა (მედდის ოთახი, სამეანო და ბავშვთა განყოფილებები და სხვა) და გამოყენებული უნდა იყოს საჭიროების შემთხვევაში.
- ხელთათმანის გამოყენება აუცილებელია, თუ მოსალოდნელია დასნებოვანებულ მასალასთან კონტაქტი.
- სახე უნდა იყოს დაცული (ნიღბები, სათვალეები, მთლიანად სახის დამცავი საშუალებები) ისეთი პროცედურების დროს, როდესაც შესაძლებელია დასნებოვნებული მასალიდან წარმოიშვას შხეფები (წვეთები). გამოყენებული უნდა იქნას გაუმტარი ხალათები, როცა არსებობს დასნებოვანებული მასალით ხალათის დაბინძურების საშიშროება.
- გამოყენებულ ნემსებზე არ უნდა იქნას ჩამოცმული ხუფები, არ გადაიღუნოს და არ გადაიტეხოს ხელით. გაუმართლებელია შპრიცისაგან ნემსის ხელით მოძრობა. გამოყენებული ნემსები და სხვა წვეტიანი საგნები უნდა იყრებოდეს სპეციალურ კონტეინერებში.
- დასნებოვნებული ნაგავი უნდა იყრებოდეს სპეციალურ კონტეინერებში ან პოლიეთილენის პარკებში.

- ლაბორატორიული სინჯები უზრუნველყოფილი უნდა იყოს გამაფრთხილებელი წარწერებით, განსაკუთრებით მაშინ, როცა საქმე გვაქვს სისხლთან.
- სუნთქვის ფუნქციების აღდგენის მცდელობისას გამოყენებული უნდა იქნას სავენტილაციო მოწყობილობები.
- ავადმყოფის გამონაყოფებით დაბინძურებული მრავალჯერადი სმარების საგნები დეკონტამინაციის მიზნით უნდა დამუშავდეს იმ სადეზინფექციო საშუალებებით, რომლებიც რეკომენდებულია და მოწონებულია. უმრავლეს შემთხვევაში ჩვეულებრივი გაწმენდა უნდა ხდებოდეს სტანდარტის მიხედვით სადეზინფექციო საშუალებებით. თუ დაღვრილია სისხლი, ის აღებით მუშავდება საავადმყოფოში გამოყენებული ეფექტური დეზინფექტანტით.
- დაბინძურებული თეთრეული უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოს თეთრეულებისათვის გამოყოფილი მუშამბის პარკებში, რომელსაც აქვს ეტიკეტი (დასახელება, თარიღი და წარწერა "დაბინძურებულია").
- **თანამშრომლების ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე.**
- სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი ინფექციური კონტროლის და პროფილაქტიკური ღონისძიებების საკითხებში.
- რეკომენდებულია ყველა ორსულ ქალს ერჩიოს ანტინფექციაზე ტესტირება. თუ არ არის მშობიარობის წინა პერიოდში რუტინულად ჩატარებული გამოკვლევა, მაშინ ასეთი ტესტის ჩატარება რეკომენდებულია ყველა ქალისათვის, რომლის სტატუსი მშობიარობის მომენტისათვის არ არის ცნობილი.
- ტესტირება საჭიროებს ნებაყოფლობით თანხმობას, და პაციენტმა უარი განაცხადა, იგი უნდა იყოს ფიქსირებული.
- პერსონალს, რომელსაც ჰქონდა ექსპოზიცია ამ ინფიცირებულთან, ამ ინფექციის გამოსავლენად უნდა ჩაუტარდეს კლინიკური და სეროლოგიური გამოკვლევა, ზემოქმედებიდან რაც შეიძლება სწრაფად. თუ შედეგები ნეგატიურია, მაშინ გამოკვლევები უნდა განმეორდეს 6 კვირის, 3 თვის და 6 თვის ინტერვალით, რომ განისაზღვროს, მოხდა თუ არა ინფექციის გადაცემა (ექსპოზირებულ ადამიანთა უმეტესობას სეროკონვერსია უვითარდებათ ექსპოზიციის შემდეგ დაახლოებით 12 კვირაში).

ტანსაცმლის ჩაცმის წესები

თითოეულმა საავადმყოფომ უნდა დაიცვას აღნიშნული წესები. მედპერსონალს, რომლებსაც აქვს პირდაპირი კონტაქტი მშობიარესთან ქირურგიული, სამეანო განყოფილების პაციენტებთან, ახალშობილთა, ბავშვთა განყოფილებაში სხვადასხვა პროცედურებთან, უნდა ჩაიცვან გრძელსახელოიანი ხალათი. ჯანდაცვის მუშაკს, რომელიც იღებს მშობიარობას ან მონაწილეობს მშობიარობის პროცესში, უნდა ეკეთოს ნიღაბი, ეხუროს ქუდი, ეცვას ხელთათმანი, დამცავი სათვალე. თუ ხალათი იქნება დამწადებული წყალგაუმტარი მასალისაგან საკეისრო კვეთის დროს იგი დამატებითი დაცვის გარანტიას იძლევა. როდესაც ეხებით პაციენტს ან ახალშობილს, გამოყენებული უნდა იქნას ხელთათმანები მანამ, სანამ სისხლი და სითხეები მთლიანად არ მოშორდება ახალშობილის კანს. ხელები უნდა იქნას დაბანილი ხელთათმანის გახდისთანავე.

ქუდები და ნიღბები ასევე გამოყენებული უნდა იქნას ისეთი ქირურგიული პროცედურების ჩატარების დროს, როგორიცაა ვენების კათეტერიზაცია, ღრუების დრენირება და სხვა. მშობიარობის პროცესში და ყველა იმ ინვაზიური პროცედურების დროს, რომლებიც ხორციელდება სამეანო და ბავშვთა განყოფილებებში გამოყენებული უნდა იქნას სტერილური ხელთათმანები. ერთჯერადი არასტერილური ხელთათმანები შეიძლება გამოყენებულ იქნას იმ პაციენტებში, რომლებიც იზოლირებული არიან ან იმ პროცედურების ჩატარების დროს, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ხელების დაბინძურება.

სამეანო განყოფილებაში მუშაობის პრინციპები

განყოფილებას, სადაც ხდება საკეისრო კვეთა და ტუბალური ლიგატურის დადება, უნდა მიექცეს ისეთივე ყურადღება, როგორც ნაოპერაციოს. ყველა პირი, რომელიც იმყოფება საოპერაციოში უნდა იყოს შესაბამისად ჩაცმული (სუფთა გარეცხილი ტანსაცმელი, სტერილური საოპერაციო ხალათი, ქუდი, ნიღაბი, ხელთათმანები, ბახილები).

თავი შეიკავეთ პაციენტის გაპარსვისაგან, თუ აუცილებელია, იგი უნდა ჩატარდეს ოპერაციის წინ 2 საათით ადრე. ინტრაუტერინალური კათეტერის ან ემბრიონალური ელექტროდების გამოყენება ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგისათვის ჩადგმული უნდა იყოს სტანდარტული სტერილური ტექნიკის დაცვით. იარაღები და სითხეები, რომლებიც გამოიყენება უნდა იყოს სტერილური. იარაღების და მოწყობილობების გახსნა უნდა მოხდეს უშუალოდ გამოყენების დროს და დაცული უნდა იქნას შესაბამისად მათი სტერილობა. სადაც შესაძლებელია, უმჯობესია გამოყენებული იქნას ერთჯერადი ხმარების იარაღები.

ახალშობილთა განყოფილებაში მუშაობის პრინციპები

ნეონატალურ განყოფილებაში ინვაზიური პროცედურების უსაფრთხო ჩატარებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს, განსაკუთრებით ეს ეხება არტერიული და ვენური კათეტერების სწორ მოხმარებას. ინტრავენური კათეტერის გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში. ვენაში სითხის გადასხმის დრო უნდა მკაცრად შეიზღუდოს იმ პერიოდით, რომელიც აუცილებელია გადასხმისათვის; სადაც ეს შესაძლებელია, უმჯობესია ვიხმაროთ ნემსი და არა კათეტერი, თუმცა, კათეტერის ხმარებას გააჩნია გარკვეული ჩვენებები (მაგალითად უსაფრთხოება მკურნალობის დროს ხანგრძლივ პერიოდში, მონიტორინგისათვის საჭირო ხელსაწყოების მიერთების საჭიროება). საზოგადოდ უმჯობესია კათეტერის ხმარება სხეულის ზედა ნაწილში. კათეტერის ჩადგმა უნდა მოხდეს ასეპტიკის წესების დაცვით (ნიღაბის ჩაცმა და სხვა). განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო წინამხრის მიდამოში კათეტერიზაციის დროს. კანის დამუშავება უნდა მოხდეს 70%-იანი სპირტით 30 წამის განმავლობაში, ამასთან ყოველი დამუშავების შემდეგ კანი უნდა გაშრეს. კათეტერის ჩადგმის შემდეგ იგი გულდასმით უნდა დაფიქსირდეს, რათა მოძრაობის დროს არ მოხდეს პუნქციის ადგილის კონტამინირება. პუნქციის უბანი დაიფაროს სტერილური საფენით, რომელიც ყოველდღიურად უნდა შეიცვალოს. კათეტერის ჩადგმის ადგილი უნდა გაისინჯოს

ასეპტიური პირობების დაცვით ყოველდღიურად, ფლებიტის ან ანთების ნიშნების აღმოჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს სითხის გადასხმა, ამოღებული უნდა იქნას კათეტერი და შეიცვალოს პუნქციის ადგილი ახევე კათეტერიც. კათეტერის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს სეპტიცემია, ამასთან შესაძლებელია, რომ არ არსებობდეს ადგილობრივი ანთებითი პროცესებისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. კათეტერის გამოყენებით სითხის გადასხმის დროს სეპტიცემიისათვის დამახასიათებელი ნიშნების (მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება, ზოგადი სისუსტე და ა.შ.) გაჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს სისხლის გადასხმა და გამოკვლეული იქნას სისხლი ჰემოკულტურაზე. თუ საჭიროება მოითხოვს ახალ ადგილზე ჩადგმული იქნას ახალი კათეტერი, ხოლო გამოყენებული გამოკვლეული იქნას მიკრობიოლოგიურად. კათეტერის ჩადგმისას აუცილებელია თარიღის და დროის დაფიქსირება. კათეტერის დაყოვნება სხულში 48 სთ-ზე მეტი ხნით მიზანშეწონილი არ არის. აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ კათეტერის მილი უნდა შეიცვალოს. გადასხმისას გამოყენებული ფლაკონები ან სითხის შემცველი პარკები უნდა შეიცვალოს არაუმეტეს 24 საათის გასვლის შემდეგ. გადასასხმელის სითხის შემცველი ჭურჭელი (ბოთლები, ფლაკონები, პოლიმერული პარკები და სხვა) ხმარების წინ გულდასმით უნდა გაისინჯოს ნალექის, რაიმე ნაწილაკების არარსებობის და ჭურჭლის მთლიანობის დაღგენის მიზნით. საპერფუზიო სითხეების შემცველი ჭურჭელი გამოსაყენებლად უნდა მომზადდეს ასეპტიკის წესების სრული დაცვით (უმჯობესია ლამინარული ბოქსის პირობებში).

კათეტერის ამოღება და გადასასხმელი სისტემის მოცილება უნდა ჩატარდეს ასეპტიკის წესების დაცვით.

ყველა პარენტერალური მკვებავი ხსნარი უნდა იქნას შერეული აფთიაქში ლამინარულ ბოქსში. საავადმყოფოს აფთიაქებმა უნდა დანერგოს სისტემა, რომელიც გარანტიას იძლევა, რომ ახალშობილთა განყოფილებაში მოხდება სტერილური და სუფთა სითხეების მიტანა. სითხე, რომელიც დანიშნულია და შეიცავს პეპარინს ოთახის ტემპერატურაზე შეიძლება შენახული იქნას 8 საათი. სითხეების ფლაკონებს უნდა ჰქონდეს მომზადების თარიღის წარწერა და გახსნის დრო.

ანტიბიოტიკები

ანტიბიოტიკების გამოყენება მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მიზნით მკაცრად არ არის რეგლამენტირებული, მაკრამ მისი გამოყენების სიხშირეზე უნდა დაწესდეს მონიტორინგი.

მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ინფექციური კონტროლის კომიტეტის მიერ. განსაკუთრებით ყურადღება უნდა იყოს გამახვილებული სპეციფიური ანტიბიოტიკების გამოყენების რეჟიმზე, რადგანაც მათმა არასწორმა გამოყენებამ შესაძლებელია შეცვალოს ახალშობილის არსებული ფლორა და ხელი შეუწყოს რეზისტენტული შტამების წარმოშობას, რასაც მოსდევს ინფექციების შესაბამისი თერაპიის ჩატარების გართულება.

იზოლაცია

საიზოლაციო შემზღუდავი ღონისძიებები შეიძლება იყოს ინდივიდუალური ხასიათის (ერთ პაციენტთან მიმართებაში), და კოჰორტული (პაციენტთა ჯგუფის მიმართ).

ინდივიდუალურ იზოლაციას ექვემდებარებიან პაციენტები, რომლებიც განყოფილებაში მოხვდნენ სამშობიარო სახლიდან დაბადების მე-4 და მეტ დღეზე, რომელსაც აქვს ჰოსპიტალური ინფექციის მანიფესტური ფორმა ან გადმოყვანილია არასაიმედო ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის სამშობიარო სახლიდან, პაციენტები, რომლებიც წონით არიან 1 500 გრ-ზე ნაკლები.

კოჰორტული იზოლაცია შეიძლება დაენიშნოს პაციენტთა ჯგუფს, რომლებსაც აქვთ გამოხატული ინფექციის ნიშნები, ან გამოეყოთ ერთი და იგივე სახის გამომწვევი ან იმ პაციენტთა ჯგუფს, რომლებიც კონტაქტში იმყოფებოდნენ ეპიდემიოლოგიურად საშიშ შტამთან და არსებობს მათი დასნებოვნების მაღალი ალბათობა.

საიზოლაციო-შემზღუდავი ღონისძიებების დროს დაცული უნდა იყოს შემდეგი პირობები:

- საშუალო სამედიცინო პერსონალის პაციენტთან მიმაგრება;
- იარაღები, ინსტრუმენტები (ფონენდოსკოპი, ელექტროამოსაქაჩი, სამანიპულაციო მაგიდები და სხვა), მომოწყობილობები მათთვის ცალკე უნდა იყოს გამოყოფილი;
- გატარდეს ინფექციის გადაცემის აღმკვეთი ღონისძიებები. პერსონალის უშუალოდ ხელებით ინფექციის გადაცემის

აღსაკვეთად აუცილებელია ხელის დამუშავების ადეკვატური პოლიტიკა და სტერილური ხელთათმანების გამოყენება:

- პაციენტთან ფიზიკური კონტაქტის წინ და შემდეგ აუცილებელია ხელის ჩვეულებრივი საპნით დაბანა;
- ხელის შემშრალება ერთჯერადი ხელსახოცით;
- ხელების ჰიგიენური ანტისეპტიკა აუცილებელია ინვაზიური პროცედურის შესრულების წინ და შემდეგ: ჭრილობის მოვლის დროს, კათეტერის გამოყენების და იმ საგნებთან კონტაქტისას, რომლებიც შეიცავენ სისხლს ან არის მიკრობული კონტამინაციის ალბათობა (ინფიცირებული პაციენტის გასინჯვა, რექტალური ტემპერატურის გასინჯვა).

რეკომენდირებულია ანტისეპტიკური პრეპარატების აქტიური კომპონენტები: სპირტი, იოდი ან იოდის პრეპარატები, ქლორჰექსიდინი, ტრიკლოზანი, ქლორქსილენი (ქლორქსილენოლი). ანტისეპტიკური პრეპარატები უნდა ინახებოდეს აღვილად მისაწვდომ აღგილზე.

იმ მანიპულაციების დროს, რომელიც დაკავშირებულია ორგანიზმის შინაგან გარემოსთან (ტრაქეობრონქების სანაცია, ვენაში გადასხმები, კათეტერიზაცია და სხვა), უნდა გამოიყენონ მხოლოდ სტერილური ხელთათმანები.

სტერილური ხელთათმანები უნდა იყოს მოთავსებული პატარა ბიქსებში, ისე რომ აღვილად შეიძლებოდეს მათი ამოღება.

მშობიარობის შემდგომი (პოსტნატალური) ინფექციები

პოსტანატალური ინფექციების უმრავლესობა გამოწვეულია აღმავალი ენდოგენური გზით გავრცელებული ინფექციით. ღედისაგან ახალშობილის ინფიცირების რისკი დაბადების შემდეგ იმავე მიკროორგანიზმებით ძალიან მცირეა. აქედან გამომდინარე, ახალშობილი არ საჭიროებს ღედისაგან იზოლირებას პოსტანალური ინფექციების შემთხვევაში. ღედებისაგან, რომლებსაც აქვთ A ჯგუფის სტრეპტოკოკით გამოწვეული ინფექციური დაავადება და შესაძლებელია მისი გადაცემა ახალშობილზე,

ახალშობილი იზოლირებული უნდა იყოს მანამ, სანამ ინფექცია არ ჩაქრება. დედამ, რომელსაც აღენიშნა პოსტანატალური ცხელება, მაგრამ იგი არ არის გამოწვეული სპეციფიკური გამომწვევით, შეიძლება კვებოს და მოუაროს ახალშობილს.

ბავშვი შეიძლება იყოს დედასთან თუ:

- დედას შეუძლია ბავშვის მოვლა, იცავს პირად ჰიგიენას, გულდასმით იბანს ხელებს და ბავშვს არიდებს დაბინძურებულ ტანსაცმელთან, თეთრეულთან კონტაქტს.
- დედა, რომელსაც აქვს რესპირატორული ინფექცია, გაფრთხილებული უნდა იყოს, რომ შესაძლებელია ინფექციის გადაცემა მოხდეს არა მხოლოდ წვეთოვანი გზით, არამედ ხელებისა და საგნების მეშვეობით. აქედან გამომდინარე, მან მკაცრად უნდა დაიცვას ხელების დაბანის ტექნიკა და შესაბამისად დაბინძურებული ქსოვილები და საგნები (ცხვირსახოცი, კოვზი, ჭიქა), რომლებიც კონტაქტში იყო ინფიცირებულ სეკრეტებთან ან ექსკრეტებთან, მოიშოროს. შესაძლებელია ჩაიცვას ქირურგიული ნიღაბი, რათა შეამციროს წვეთების გადაცემის შანსი.

პაციენტები, რომლებსაც აქვთ აბსცესი, დრენირებული ჭრილობები, უნდა იყვნენ ადექვატურად ჩაცმულნი. თუ არ არის საშუალება ინფიცირებული ან დრენირებული ჭრილობა მთლიანად დაიფაროს, მაშინ პაციენტი უნდა მოთავსდეს ცალკე ოთახში. მასთან კონტაქტის მთელ პერიოდში გამოყენებული უნდა იყოს ხელთათმანები.

ახალშობილთა ინფექციები

ახალშობილებში სხვა ბაქტერიალურ ინფექციებთან ერთად სწრაფად ვრცელდება ვირუსული ინფექციები, როგორიცაა კოკსაკივირუსები, ექოვირუსები, სინციტიალური ვირუსები. ამ ინფექციებმა შესაძლებელია სერიოზული გართულებები გამოიწვიოს და ზოგიერთ შემთხვევაში ლეტალური შედეგი მოგვცეს. ახალშობილები, რომლებმაც გადაიტანეს ვირუსული ინფექცია, კლინიკურად განკურნების შემდეგ შეიძლება დარჩნენ ვირუსმტარებელად და ინფექციის რეზერვუარად. დადასტურებულია, რომ ვირუსები (ენტეროვირუსები, სინციტიალური ვირუსები და სხვა) გადაეცემათ ძირითადად პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტით

პერსონალის ხელების საშუალებით, რომლებიც დაბინძურებულია ვირუსების შემცველი სეკრეტებით, დაბინძურებული საგნებით ან გარემო ზედაპირით. ის ახალშობილები, რომლებსაც აქვთ შესაძლო ან დადასტურებული ინფექცია, გამოყოფენ ვირუსულ აგენტს, რომელიც შეიძლება გავრცელდეს ჰაერ-წვეთოვანი გზით, იზოლირებულები უნდა იყვნენ სხვა ახალშობილებისაგან შემდეგი სახით:

- გადაყვანილ იქნენ ბავშვთა განყოფილებაში;
- გადაყვანილ იქნენ დედასთან ერთად;
- გამოყოფილ იქნენ სხვა დანარჩენი ბავშვებისაგან ინკუბატორის საშუალებით.

ინფექციის აღმოჩენის შემთხვევაში სწრაფად უნდა შეატყობინონ ინფექციის კონტროლის სპეციალისტს და შესაბამის ჯანდაცვის მუშაკებს, რათა მიღებული იქნეს შესაბამისი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები.

აუცილებელია ახალშობილთა ინკუბატორების გაწმენდა-დეზინფექცია თითოეული ბავშვის ყოფნის შემდეგ. ბავშვი, რომელიც ინკუბატორში დიდი ხნის განმავლობაში იმყოფება, განსაზღვრული პერიოდის შემდეგ საჭიროებს ახალ ინკუბატორში გადაყვანას, ხოლო თვით ინკუბატორი ექვემდებარება გაწმენდა-დეზინფექციას.

ოქსიგენური თერაპიისათვის ინტუბაციური მილი უნდა იყოს ერთჯერადი გამოყენების და სტერილური.

სტეტოსკოპები და სხვა დიაგნოსტიკური საშუალებები ჩაძირული უნდა იყოს იოდოფორმში ან სპირტში გამოყენების წინ.

ახალშობილთა თეთრეული

ის პროცედურები, რაც დაკავშირებულია ახალშობილთა განყოფილებაში თეთრეულის რეცხვასთან, შეფუთვასთან და ადგილზე მიტანასთან მკაცრად უნდა იყოს განსაზღვრული სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალის მიერ.

გარეცხილი თეთრეული ტრანსპორტირებული უნდა იყოს დახურული ურიკით ან კონტეინერით. ფიზიოლოგიურ ბავშვთა განყოფილებისათვის ან რეანიმაციისათვის სავალდებულო არაა

თეთრეულის ავტოკლავირება. ახალი თეთრეული არ შეიძლება გამოყენებული იყოს გარეცხვის გარეშე.

უმჯობესია ერთჯერადი (ქაღალდის) კონვერტების ხმარება. ბამბეულის კონვერტები და ბავშვის გასახვევი სხვა თეთრეული არ უნდა გაირეცხოს ახალშობილთა პალატებში, გამოყენებული თეთრეული უნდა ჩაიდოს მარკირებულ პარკში და გაიგზავნოს სამრეცხაოში.

უმჯობესია ერთჯერადი საფენების გამოყენება, ვიდრე მრავალჯერადი გამოყენების ნაჭრის საფენები. არასტერილური საფენების გამოყენება დაუშვებელია, რადგანაც იგი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ნეონატალური ინფექციების ეპიდემიოლოგიაში.

დაბინძურებული თეთრეულის მოვლა

დაბინძურებული თეთრეულის გაუვნებლობა უნდა იყოს მკაცრად განსაზღვრული პროცედურა.

ჭუჭყიანი თეთრეული ჩაიდება პოლიეთილენის პარკებში ან სპეციალური საფენების ყუთში მაშინვე, როგორც კი მოცილდება ახალშობილს. მისი გარეცხვა არ შეიძლება ახალშობილთა განყოფილებაში. მთელი სამედიცინო პერსონალი უნდა იყოს გაფრთხილებული, რომ ჭუჭყიანი თეთრეულის აღება არ შეიძლება შიშველი ხელებით (აუცილებელია გამოიყენონ ხელთათმანები). ამან შეიძლება გამოიწვიოს ხელების დაბინძურება მიკროორგანიზმებით, რომელიც დაბანვით ძნელად სცილდება და ასეთი ხელებით შესაძლებელია ინფექცია გადაეცეს ახალშობილს.

ჭუჭყიანი თეთრეულის გამოტანა ახალშობილთა განყოფილებიდან უნდა ხდებოდეს ყოველ 8 საათში. ის ადამიანები, რომლებიც აგროვებენ ჭუჭყიან თეთრეულს, არ უნდა შედიოდნენ ახალშობილთა განყოფილებაში. თეთრეული უნდა იყოს ახალშობილთა ოთახის გარეთ.

ჭუჭყიანი თეთრეულის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს სპეციალურად განკუთვნილი საგორავით. ინფექციური დაავადების მქონე ავადმყოფთა თეთრეულს უნდა ჩაუტარდეს დეზინფექცია. საფენები და ახალშობილთა თეთრეული უნდა გაირეცხოს სხვა თეთრეულისაგან დამოუკიდებლად.

სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები გამოყენებული უნდა იქნეს იმ თეთრეულის მიმართ, რომელიც არის სისხლით დაბინძურებული. ქლორიანი კირის გამოყენება მიღებულია ყველა მასალის გასაუვნებლად.

რეცხვის ეფექტიანობა არ არის დამოკიდებული წყლის ტემპერატურაზე. 71°ჩ-ზე საჭიროა რეცხვა არანაკლები 25 წთ. 70°ჩ-ზე დაბალ ტემპერატურაზე უნდა გამოვიყენოთ ამ ტემპერატურის შესაფერისი სარეცხი საშუალება. ამ შემთხვევაში მთავარია ქლორშემცველი მათეთრებლის გამოყენება.

გასუფთავება, დეზინფექცია და სტერილიზაცია

ძირითადი ტერმინები

გასუფთავება - მტვრის, ჭუჭყის, ორგანული მასალის და სხვა უცხო მასალის მოცილება საპნით და წყლით, დეტერგენებითა და ფერმენტული პროდუქტებით. გასუფთავება ყოველთვის წინ უსწრებს დეზინფექციას და სტერილიზაციას.

დეკონტამინაცია - დამუშავების ისეთ პროცესი, როდესაც გამოსაყენებელი საგანი თავისუფლდება ინფექციური დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმებისგან.

დეზინფექცია - უმრავლესი პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურება (სპოროვანი ბაქტერიების გარდა). ტერმინი გამოიყენება უსულო საგნების მიმართ, ხოლო ბიოლოგიურ ქსოვილთა შემთხვევაში იყენებენ ტერმინს - „ანტისეპტიკა“.

სტერილიზაცია - ყველა ცხოველმყოფელი მიკროორგანიზმის განადგურება.

გასუფთავება

გასუფთავება - საგნის მედაპირიდან აცილებს მიკროორგანიზმებს. იგი ყოველთვის წინ უსწრებს დეზინფექციას ან სტერილიზაციის პროცესს. გასუფთავება ხორციელდება წყლით, დეტერგენებით და მექანიკური მემოქმედებით. მრავალნაწლიანი ინსტრუმენტები აუცილებლად უნდა დაიშალოს გასუფთავების წინ. გასუფთავება ითვალისწინებს ერთის მხრივ ინსტრუმენტების, მოწყობილებების და, მეორეს მხრივ, გარემო საგნების გასუფთავებას (იატაკი, ავეჯი და სხვ. მედაპირები)

ინსტრუმენტების და დანადგარების გასუფთავების ძირითადი ტიპებია:

- დახარისხება
- დასველება
- რეცხვა
- გავლება
- გაშრობა

რეცხვა უმჯობესია ცივი წყლით, რადგან ცხელი წყალი იწვევს ცილოვანი ნაერთების კოაგულაციას, რაც აძნელებს მათ მოშორებას. რეკომენდირებულია ჯაგრისით რეცხვა გამდინარე წყლის ქვეშ. გარეცხილ საგნებს გადაავლებენ თბილი წყალს და შემდეგ აშრობენ. პერსონალი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ხელთათმენებით. ხელით რეცხვის გარდა, არსებობს მექანიკური სარეცხი აპარატები, რაც უფრო ეფექტურია.

დეტერგენტების შერჩევა

დეტერგენების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს დეტერგენტის აქტივობა სხვადასხვა ნივთების მიმართ, ნივთების მწარმოებლის რეკომენდაციები და წყლის სიხისტის მაჩვენებელი.

გარემო საგნების გასუფთავება

ძირითადი ყურადღება მიმართული უნდა იყოს იატაკის

სისუფთავის დაცვისადმი და შემდეგ კედლების მედაპირის ვიზუალური სისუფთავისაკენ: მისაღები თბილი წყლით და დეტერგენებით სუფთავდება. გამონაკლის შემთხვევაში გამოიყენება დეზინფექცია (სისხლით, ჩირქით და სხვა დაბინძურების შემთხვევაში). აკრძალულია იატაკის მშრალი დაგვა, დასუფთავება.

დეზინფექცია

ნახმარი საგნების და ქირურგიული ინსტრუმენტების დეზინფექცია.

განასხვავებენ სამი სახის დეზინფექციას:

- მაღალი დონის (ღრმა) დეზინფექცია, როცა ნადგურდება ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები, სოკოები, ლიპიდური და არალიპიდური ვირუსები. იგი არ არის ეფექტური ბაქტერიული სპორების უმეტესობის მიმართ;
- საშუალო დონის დეზინფექცია, როდესაც ნადგურდება ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, სოკოების, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიების და ვირუსების უმეტესობა. არ არის ეფექტური ბაქტერიული სპორების მიმართ.
- დაბალი დონის დეზინფექცია, როდესაც ნადგურდებიან ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, ზოგიერთი სოკოები და ვირუსები. დაბალი დონის დეზინფექცია არაეფექტურია გამძლე ბაქტერიების მიმართ, როგორიცაა ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები და სპოროვანი ბაქტერიები.

დეზინფექტანტების ეფექტურობაზე მოქმედი ფაქტორებია:

- დეზინფექტანტების კონცენტრაცია (რაც მეტია მით ძლიერია), მაგრამ აქ ჩნდება სადეზინფექციო საგნების დაზიანების რისკიც;
- მიკრობის კონცენტრაცია და ტიპი;
- წინასწარი გასუფთავების ხარისხი (ჭუჭყი „იცავს" მიკრობებს და ასუსტებს დეზინფექტანტების მოქმედებას);
- ზედაპირზე დარჩენილი დეტერგენტი ურთიერთქმედებაში შედის დეზინფექტანტთან, ამიტომ მნიშვნელოვანია და აუცილებელი საგნის გავლება წყალში დეტერგენტის გამოყენების შემდეგ;

- სადეზინფექციო ზედაპირთან დეზინფექტანტის მოქმედების ხანგრძლივობა;
- გარემოს ქიმიური და ფიზიკური ფაქტორები (წყალში ხსნადი კალციუმისა და მაგნიუმის კონცენტრაცია ანეიტრალებს ზოგიერთი დეზინფექტანტის მოქმედებას. ჩვეულებრივ, მაღალი ტემპერატურა აჩქარებს დეზინფექციას). მიკროორგანიზმების მდგრადობა დეზინფექტატის მიმართ დაღმავალი რიგით შეიძლება წარმოვადგინოთ შემდეგნაირად: ბაქტერიული სპორები, მიკობაქტერიები, არალიპიდური ანუ მცირე ვირუსები, სოკოები, ვეგეტაციაში მყოფი ბაქტერიები, ლიპიდური ანუ საშუალო ზომის ვირუსები (მაგ.: აივ-ინფექცია, HBV).

დეზინფექციის ძირითადი მეთოდები და დეზინფექტანტები

- ქიმიური დეზინფექცია
- სპირტები (ეთილის და იზოპროპილის);
- ჰალოგენშემცველები (ქლორაქტიური და იოდოფორები);
- ფენოლის პრეპარატები;
- ამონიუმის შენაერთები;
- ალდეჰიდები (გლუტარის ალდეჰიდი და ფორმალდეჰიდი);
- წყალბადის ზეჟანგი და სხვ.

მიკრობთა სპორების მიმართ ქიმიური დეზინფექტანტებიდან აქტიურია წყალბადის ზეჟანგი და ფორმალდეჰიდი.

ფიზიკური დეზინფექცია

- პასტერიზაცია (100°ჩ-მდე გაცხელებული წყალი)
- ულტრაიისფერი დასხივება

ანტისეპტიკები:

- სპირტი 60°–90° (ეთილის, იზოპრილის), არაა ნაჩვენები ლორწოვანზე გამოყენებისათვის.
- ქლორჰექსიდინის გლუკონატი და ტეტრიბიდი სხვადასხვა კონცენტრაციის.
- ქლორჰექსიდინის გლუკონატი (4% ხსნარი)

- პარაქლორმეტაქსიდინი ან ქლორქსილენოლი (სხვადასხვა სიძლიერის)
- ჰექსაქლოროფინი (3%)
- იოდის (1–3%) ნაყენი და ლუგოლის ხსნარი (არაა ნაჩვენები ლორწოვანზე გამოყენებისათვის)
- იოდოფორმი (სხვადასხვა სიძლიერის)

ნახმარი საგნების და ქირურგიული ინსტრუმენტების სტერილიზაცია

სტერილიზაციის ძირითადი მეთოდები:

- თერმული (ორთქლით, მშრალ – ცხელი ჰაერით);
- ქიმიური (გაზით – ოქსიდეთილენი, ხსნარებით – გლიუტარალდეჰიდი, ლიზოლიტი და სხვა);
- „ცივი" მეთოდი (რადიაციული, პლაზმური და სხვა)

მაღალი წნევის ორთქლით სტერილიზაციის რეჟიმი:

- 121°C – 30 წუთი; წნევა 1 ატმ.
- 133°C – 15-20 წუთი; 3-4 წუთი - გრავიტაციული ავტოკლავით; წნევა 2 ატმ.

ხელსაყრელია უმეტესი ინსტრუმენტების სტერილიზებისათვის.

მშრალი ცხელი ჰაერით სტერილიზაცია და მისი რეჟიმი:

171°C – 60 წუთი
160°C – 120 წუთი
149°C – 150 წუთი
141°C – 180 წუთი
121°C – 12 საათი

ეს მეთოდი ხელსაყრელია ფხვნილების, მინის, უწყლო ზეთების სტერილიზაციისათვის, ინსტრუმენტებისათვის, რომლებიც ნაწილებად არ იშლებიან. არ იწვევს კოროზიულ ეფექტს.

სტერილიზაციის ხარისხზე კონტროლი

ორთქლით სტერილიზაციის დროს აფიქსირებენ სტერილიზაციის ხანგრძლივობას, ტემპერატურას, წნევას. კონტროლისათვის გამოყენებულია ქიმიური ინდიკატორები: იმპრეგნირებული ქაღალდის ზოლები, რომლებიც იცვლიან ფერს, აგრეთვე გრანულები სინჯარებში(ყოველდღიური კონტროლისათვის) და ბიოინდიკატორები ბაქტერიული სპორებით (*Bacillus Stearothermophilus*). ამ უკანასკნელს იყენებენ ყოველკვირეული კონტროლისათვის.

მშრალი სტერილიზაციის კონტროლისათვის იყენებენ მექანიკურ ინდიკატორებს (თითოეული ციკლის პარამეტრის ჩანაწერები) და თივის ჩხირის სპორებს (*Bacillus subtilis)* – ყოველკვირეულად.

გინეკოლოგიური მაგიდის გაუვნებელყოფა და გასუფთავება

გაუვნებელყოფა უნდა მოხდეს ქლორის 0,5% -იანი ხსნარით გაწმენდით. გასუფთავება ხდება სარეცხი ფხვნილით და წყლით იმისათვის, რომ გასუფთავდეს ორგანული ნარჩენებისაგან, რომელიც რჩება გაუვნებელყოფის შემდეგ.

გენიტალური დათვალიერებისა და მინიაბორტებისათვის საჭირო იარაღების დამუშავება

გაუვნებელყოფა - გარეცხვამდე ჩაალბეთ ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში (მაშინვე გარეცხეთ და გაავლეთ), შემდეგ გარეცხეთ სარეცხი ფხვნილით და წყლით, სპეციალური ჯაგრისის დახმარებით, შემდეგ გაავლეთ სუფთა წყლით. თუ უნდა გაასტერილოთ, გააშრეთ ჰაერზე.

მაღალი დონის დეზინფექცია - აღუღეთ 20 წუთი სპეციალურ ხუფიან სტერილიზატორში (დრო დაინიშნეთ) აღუღების შემდეგ ყველა ინსტრუმენტი უნდა იყოს დაფარული წყლით. ჭურჭელში არ შეიძლება დაემატოს წყალი და ინსტრუმენტი აღუღების შემდეგ.

სტერილიზაცია:

- მშრალი ჰაერით სტერილიზაცია ხდება 1 საათის განმავლობაში მას შემდეგ, რაც ტემპერატურა მიაღწევს 170°ჩ. გამოიყენება მხოლოდ ლითონისა და მინის ინსტრუმენტებისათვის.
- ავტოკლავში სტერილიზაცია ხდება 121°ჩ, და 1.06 ატმ. წნევის ქვეშ 20 წუთის განმავლობაში თუ შეფუთული არაა. შეფუთული ნაკრების სტერილიზაცია იგივე რეჟიმით მიმდინარეობს 30 წუთი.

ნარჩენების უტილიზაცია და გაუვნებელყოფა

მანიპულაციის დამთავრების შემდეგ ხელთათმანების გახდამდე დაინფიცირებული საგნები (დოლბანდი, ბამბა და სხვა ნარჩენები) უნდა გადაიყაროს ემალირებულ ჯამში და დაესხას ქლორის 0,5% -იანი ხსნარი, ექსპოზიცია 10 წუთი, შემდეგ ტექნიკურმა პერსონალმა უნდა ჩაიცვას რეზინის ხელთათმანი მოათავსოს ნარჩენი პოლიეთილენის პარკში და ჩააგდოს ნაგვის ბუნკერში.

გამოყენებული ლითონის იარაღები მთლიანად მოთავსებული უნდა იქნეს პლასტმასის ჭურჭელში ქლორის 0,5% -იან ხსნარში 10 წუთის განმავლობაში (გარეცხვამდე ასეთი ჩალბობა კლავს უმეტეს მიკროორგანიზმებს, მათ შორის ჰეპატიტი B და HIV). ქირურგიული ტილოების გაუვნებელყოფაც ხდება ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში ჩალბობით.

მუშაობის დამთავრების შემდეგ ყველა გედაპირი (საოპერაციო მაგიდა, მაგიდა ინსტრუმენტებისათვის, ქირურგიული ლამპა და სხვა), რომელიც შეიძლება იყოს დაბინძურებული სისხლით და ლორწოთი, უნდა დამუშავდეს ქლორის 0,5% -იანი ხსნარით.

თუ გამოყენებული იყო ერთჯერადი ხელთათმანი, ის გახდილი უნდა იქნეს გადმობრუნებით და ჩაგდებულ იქნეს ნარჩენებისათვის განკუთვნილ ემალირებულ თასში; თუ გამოყენებული იყო მრავალჯერადი ხმარების ხელთათმანი, თავდაპირველად ორივე ხელი ჩაყავით ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში, შემდეგ კი ფრთხილად გაიხადეთ და ჩაალბეთ ქლორიან ხსნარში.

ინსტრუმენტები შემდეგ დამუშავებამდე უნდა გაირეცხოს და გაივლოს. ქირურგიული ტილოებიც უნდა გაირეცხოს წყალში სარეცხი საშუალებებით, შემდეგ კი გაშრეს მანქანაში ან ჰაერზე.

მრავალჯერადი გამოყენების ხელთათმანების დამუშავება

ერთჯერადი და პლასტიკური ხელთათმანების გაუვნებელყოფა ხდება ქლორის 0,5% -იანი ხსნარში 10 წთ ჩალბობით, შემდეგ ავლებენ ცივ წყალში და ამოწმებენ ხომ არ არის დაზიანებული. თუ არ არის აშრობენ შიგნიდან და გარედან (ჰაერით ან ხელსაწმენდით).

ხელთათმანების გაუვნებელყოფა და რეცხვა

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანი თუ დასვრილია სისხლით, სპერმით და სხეულის სხვა ბიოლოგიური სითხით უნდა ჩავალბოთ ხელიდან მოხსნამდე ქლორის 0;5% ხსნარში (ან რომელიმე დეზინფექტატში).

გაიხადეთ ხელთათმანი გადმობრუნებით და ჩაალბეთ 10 წუთი ქლორის 0,5% ხსნარში, შემდგომ დამუშავებამდე იმისათვის, რომ განადგურდეს ჰეპატიტი B ვირუსი და HIV). გარეცხეთ ხელთათმანი საპნიან წყალში (ასუფთავებთ როგორც შიდა, ასევე გარე ზედაპირს). შემდეგ ირეცხება სუფთა წყალში, სანამ საპონი მთლიანად არ მოშორდება. შემდეგ ამოწმებთ ხელთათმანს პერფორაციაზე ჩაბერვით და წყლის ჭავლით.

მაღალი დონის დეზინფექცია-სტერილიზაციამდე ვაშრობთ ხელთათმანს ორივე მხრიდან (სველი ხელთათმანი დიდი ხნის განმავლობაში ახდენს წყლის აბსორბირებას და წებოვანი ხდება).

მშრალი ორთქლით გასტერილებული ხელთათმანი უნდა შეიფუთოს სტერილიზაციამდე, მაღალი დონის დეზინფექციისას კი დეზინფექციის შემდეგ.

სამჯერადი დამუშავების შემდეგ ხელთათმანი უნდა გადააგდოთ, რადგან ამ დროს უკვე შეიძლება გაჩნდეს თვალით უხილავი დაზიანებული უბნები.

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანების მაღალი დონის დეზინფექცია

გაუვნებელყოფილი და გასუფთავებული ხელთათმანები მოთავსებული უნდა იყოს პლასტიკურ ან ნეილონის ბადისებურ

ტომარაში, ჩადებულ უნდა იქნეს სიმძიმე, რათა ხელთათმანები წყლით დაიფაროს. დავახუროთ კონტეინერს ხუფი და მივიყვანოთ სრულ დუღილამდე (თუ არ არის ასეთი ტემპერატურა, ორთქლი არ წარმოიქმნება წყლის ზედაპირზე და არ იქნება საკმარისი ყველა მიკროორგანიზმის გასანადგურებლად). შემდეგ ოდნავ დაწიეთ ტემპერატურა და შეინარჩუნეთ მუდმივი დუღილი. დაინიშნეთ დრო (დროის დანიშვნის შემდეგ სასტიკად აკრძალულია წყლის ან რაიმე საგნის ჩამატება). გამოხარშეთ 20 წუთის განმავლობაში დუღილის დაწყებიდან. დეზინფიცირებული პინცეტით ამოიღეთ ბადე – ტომარა შიგთავსით. დუღილის შემდეგ არ შეიძლება საგნების წყალში დატოვება. წყლიდან ამოღებული ტომარა დაწრიტეთ წყლისაგან და ჩამოკიდეთ გასაშრობად ისეთ ადგილზე, სადაც მტვერი არ მოხვდება.

მაღალ დონეზე დეზინფიცირებული ხელთათმანის ჩაცმის შემდეგ ჩადეთ ტომარა მშრალ ღრმად დეზინფიცირებულ კონტეინერში. ტომრის გახსნის შემდეგ ამოიღეთ ხელთათმანი. გაიმაბრუნეთ და ხელახლა ჩადეთ ტომარაში. ეს ეტაპი აჩქარებს ხელთათმანის გაშრობას შიგნიდან და გარედან.

მაღალ დონეზე დეზინფიცირებული პინცეტის გამოყენებით ან დეზინფიცირებული ხელთათმანის ჩაცმის შემდეგ გახსენით ტომარა და ამოიღეთ ხელთათმანები და ჩააწყვეთ დეზინფიცირებულ კონტეინერში წყვილ – წყვილად, მკლავები ისე გადაკეცეთ, რათა ჩასაცმელად ადვილი იყოს.

ღრმად დეზინფიცირებული ხელთათმანები არ საჭიროებენ ქაღალდში შეფუთვას, ისინი უნდა ინახებოდეს მაღალ დონეზე დეზინფიცირებულ კონტეინერში და ამოღება უნდა მოხდეს მაღალ დონეზე დეზინფიცირებული პინცეტით. ამოღებისთანავე უნდა დაიხუროს კონტეინერი. კარგად მოხმარების შემთხვევაში ასე შენახული ხელთათმანი შეიძლება გამოიყენებულ იქნას 1 კვირის განმავლობაში.

მრავალჯერადი მოხმარების ხელთათმანის სტერილიზაცია

გასუფთავებისა და გარეცხვის შემდეგ ხელთათმანი უნდა მომზადდეს ავტოკლავირებისათვის. ხელთათმანი ისე უნდა ჩაიდოს, რომ სტერილიზაციის ჩემდეგ მისი ჩაცმა დაინფიცირების რისკის გარეშე იყოს შესაძლებელი. ავტოკლავირების დროს თითოეული

ხელთათმანის შიგნით უნდა ჩაიდოს მარლის საფენი, შემდეგ მოთავსდეს ავტოკლავის ბადისებურ ტომარაში. ავტოკლავირება ხდება 121°C, 20 წუთის განმავლობაში 1 ატმ. წნევაზე.

ხელების ჩვეულებრივი დაბანა

ხელების დაბანის დროს მედპერსონალმა უნდა მოიხსნას ბეჭდები და სხვა სამკაულები. წყალი თბილი უნდა იყოს; წყლის ქვეშ ხელები უნდა გეჭიროთ ფრჩხილებით ზემოთ, დასველების შემდეგ ხელები გაისაპნეთ სპეციალური ჯაგრისით (ჯაგრისი ინდივიდუალურია, მრავალჯერადი მოხმარების). გასუფთავებული უნდა იყოს სათითაო ფრჩხილი, თითოეული თითი და თითს შორის სივრცეები ირგვლივი მოძრაობით კარგად დაიბანეთ.

- ხელების დაბანა გრძელდება 3 – 5 წუთი. წყლის ჭაველი გადაივლეთ ისე, რომ ხელი თითებით ზემოთ გეკავოთ;
- გაიმშრალეთ თითოეული ხელი ცალკე ხელსახოცით (შესაძლოა მრავალჯერადი მოხმარებისათვისაც) და გამოყენებისთანავე ჩააგდეთ მარკირებულ კონტეინერში;
- ხელთათმანის ჩაცმამდე ხელები გიჭირავთ წელს ზემოთ, თითებით ზემოთ და არ ეხებით არაფერს;
- თუ პროცედურის დროს ან პროცედურამდე რაიმე „ჭუჭყიანს" შეეხეთ, უნდა გაიმეოროთ ხელის დაბანის ყველა ეტაპი. ონკანი უნდა დაიკეტოს ხელსახოცით;
- ხელსახოცი შეიძლება შეიცვალოს სუფთა ქსოვილის ნაჭრებით 30X30სმ. ინდივიდუალური მოხმარებისათვის, რომლებიც გამოყენების შემდეგ უნდა ჩაიყაროს მარკირებულ კონტეინერებში შემდგომი დამუშავებისათვის;
- საერთო პირსახოცით სარგებლობა დაუშვებელია;
- პერსონალმა არ უნდა გამოიყენოს ბეჭდები და თავი შეიკავოს ფრჩხილებზე ლაქის წასმისაგან. მანიკურის პროცედურებმა შეიძლება მიკროტრავმები გამოიწვიოს, რომლებიც ადვილად ინფიცირდება.

საპნის შერჩევა

საპონი უმჯობესია იყოს თხევადი, ფხვნილის სახით ან ერთჯერადი მოხმარებისა, პატარა ნაჭრების სახით;

- საუკეთესოა თხევადი საპონი ერთჯერადი გამოყენების დოზატორებში.
- მრავალჯერადი ხმარების ნაწილობრივ სავსე დოზატორებში თხევადი საპნის ჩამატება არ შეიძლება. ის ჯერ უნდა დაიცალოს, გაირეცხოს, გაშრეს და მხოლოდ შემდეგ შეივსოს.
- თუ მაინც ვიყენებთ საპნის ნაჭრებს სასაპნე ისეთი უნდა იყოს, რომელზეც საპნის ნაჭერი გაშრება შემდგომ გამოყენებამდე.

ხელების ქირურგიული დეზინფექცია (ანტისეპტიკა)

ხელების დამუშავებისათვის გამოიყენება ტამპონები, ხელსახოცები, ღრუბლები და ა.შ.

ხელების დამუშავება გრძელდება 5 წუთამდე და მოიცავს ხელებს, ასევე მაჯებსა და წინამხრებს.

ქირურგიული ანტისეპტიკის ტექნიკა

- ხელების დაბანა უკეთესია წყლითა და თხევადი საპნით;
- უმჯობესია საპნის ისეთი დოზატორებისა და სან-ტექნიკური მოწყობილების გამოყენება, რომლებიც ხელის მტევნის გამოყენების გარეშე „იმართებიან".
- ჯაგრისის გამოყენება აუცილებელი არ არის. თუ მაინც ვიყენებთ, უნდა იყოს სტერილური, რბილი, ერთჯერადი გამოყენების ან გამძლე ავტოკლავირებისადმი.'
- დაბანის შემდეგ ხელები გულმოდგინედ უნდა გაიმშრალოთ ხელსახოცით.
- ანტისეპტიკის გამოყენება სველ კანზე ამცირებს მის კონცეტრაციას და ახანგრძლივებს გაშრობის დროს.
- თუ ქირურგი ხელთათმანებს სველ ხელებზე იცვამს, აჩქარებს „ხელთათმანების წვენის" წარმოქმნას, რომელიც ხელს უწყობს ბაქტერიების მრდას;

- საჭიროა მშრალი ხელის კანში ორჯერადად (ზოგჯერ სამჯერადად) 5 – 5 მლ. სპირტოვანი ანტისეპტიკის შეზელვა გაშრობამდე;
- გამშრალ ხელებზე დაუყოვნებლივ უნდა ჩაიცვათ სტერილური ხელთათმანები;
- ანტისეპტიკური პრეპარატების რეკომენდირებული აქტიური ინგრედიენტები: სპირტები, იოდი და იოდის პრეპარატები, ქლორჰექსიდინი, ტრიკლოზანი, ქლორქსილენი (ქლორქსილენოლი).

კანისა და ლორწოვანის დამუშავების წესი

- არ გაპარსოთ კანი საოპერაციო არეში. გაპარსვა ზრდის დაინფიცირების რისკს, რადგან მიკროტრამვები ქმნიან იდეალურ გარემოს მიკროორგანიზმების ზრდისათვის. თუ აუცილებელია, შეკრიჭეთ თმა კანთან ახლოს უშუალოდ ოპერაციის წინ (თუ მაინცდამაინც აუცილებელია, გაპარსვა უნდა მოხდეს 2 საათით ადრე ან უშუალოდ ნახევარი საათით ადრე ერთჯერადი საპარსი მოწყობილობის გამოყენებით).
- ჰკითხეთ პაციენტს ალერგიულ რეაქციებზე, ვიდრე შეარჩევდეთ ანტისეპტიკურ ხსნარს.
- გამოხატული დაბინძურებისას გულმოდგინედ დაბანეთ კანი ან გარეთა სასქესო ორგანოები წყლით და საპნით ანტისეპტიკით დამუშავებამდე.
- კანი დაამუშავეთ ანტისეპტიკში დასველებული ბამბით სტერილური პინცეტის საშუალებით. იმოძრავეთ ცენტრიდან პერიფერიისკენ ირგვლივი მოძრაობებით 2 წუთის განმავლობაში. ცერვიკალური და ვაგინალური დამუშავებისათვის მინილაპარატომიის ან სამშვილოსნოს შიგნით სარკის ჩადგმისა და ამოღების დროს ისარგებლეთ ანტისეპტიკის წყალზე დამზადებული ხსნარით (იოდოფორმი ან ქლორჰექსიდინის გლუკონატი).
- სარკის ჩადგმის შემდეგ დაამუშავეთ ანტისეპტიკით ჯერ საშვილოსნოს ყელი (2 – 3 ჯერ), შემდეგ საშო. თუ გარეთა სასქესო ორგანოები სუფთაა, არაა აუცილებელი მისი დამუშავება. თუ ძლიერ ჭუჭყიანია, პაციენტი უნდა ჩაიბანოს წყლითა და საპნით.

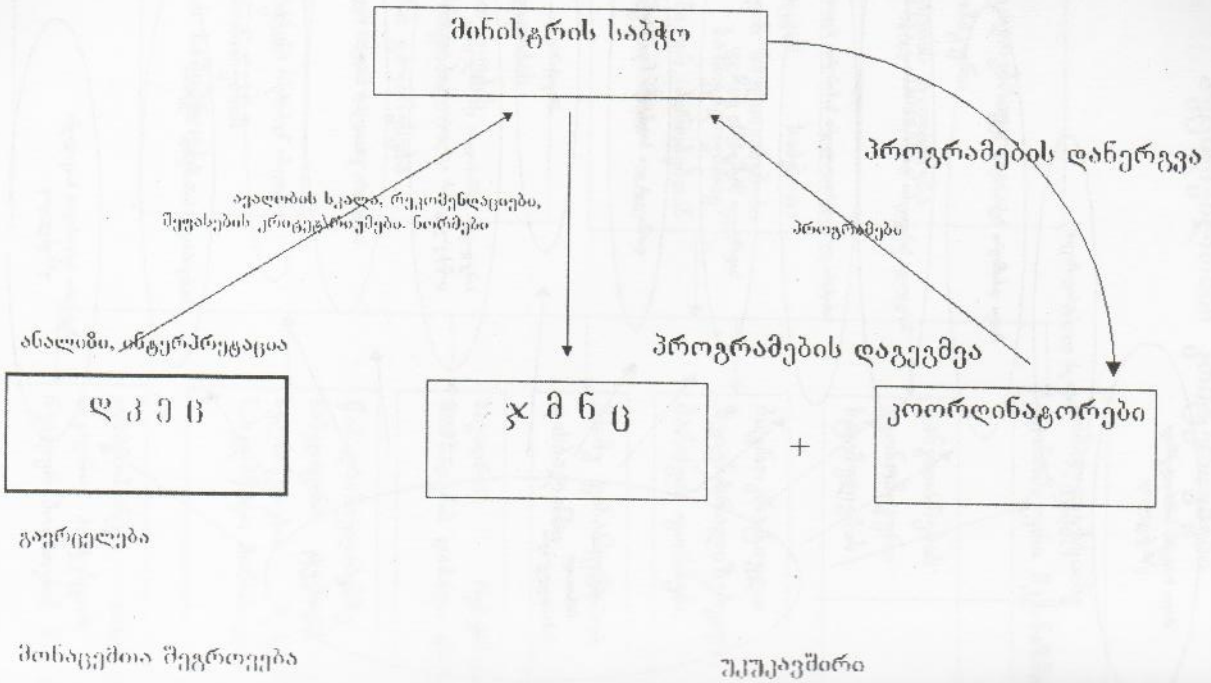
[1] CDC - დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (აშშ)

თავი XXIV

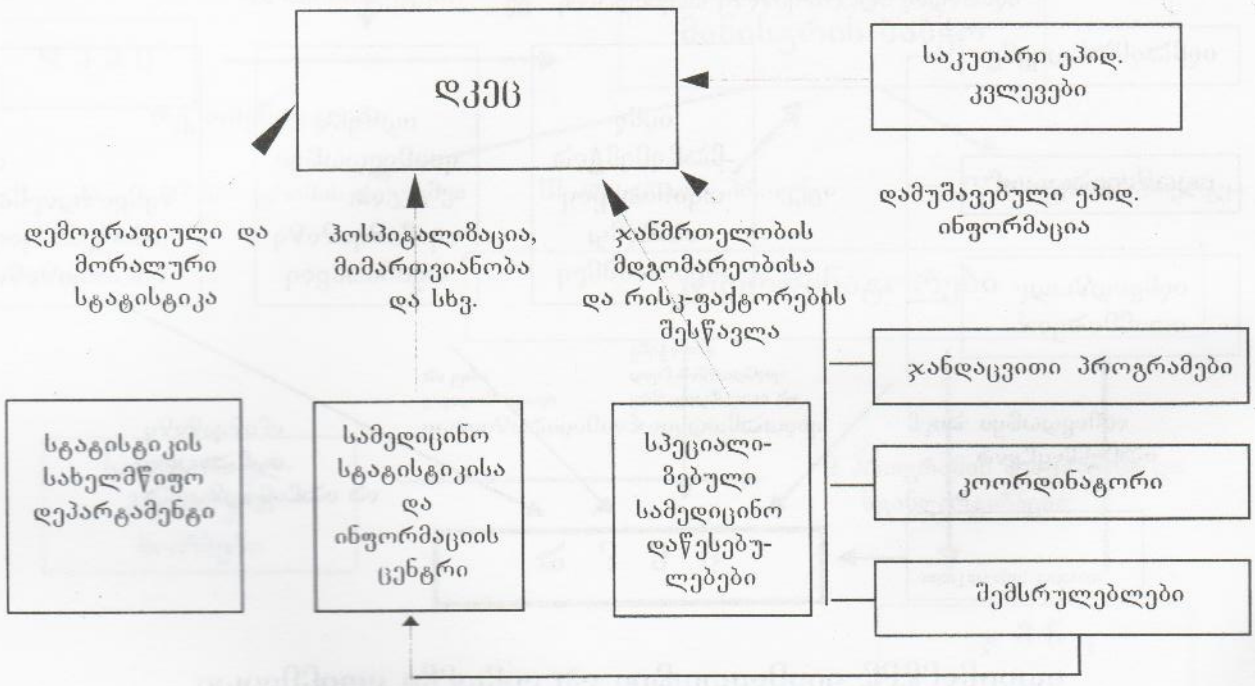
დანართი

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობის კრიტერიუმები

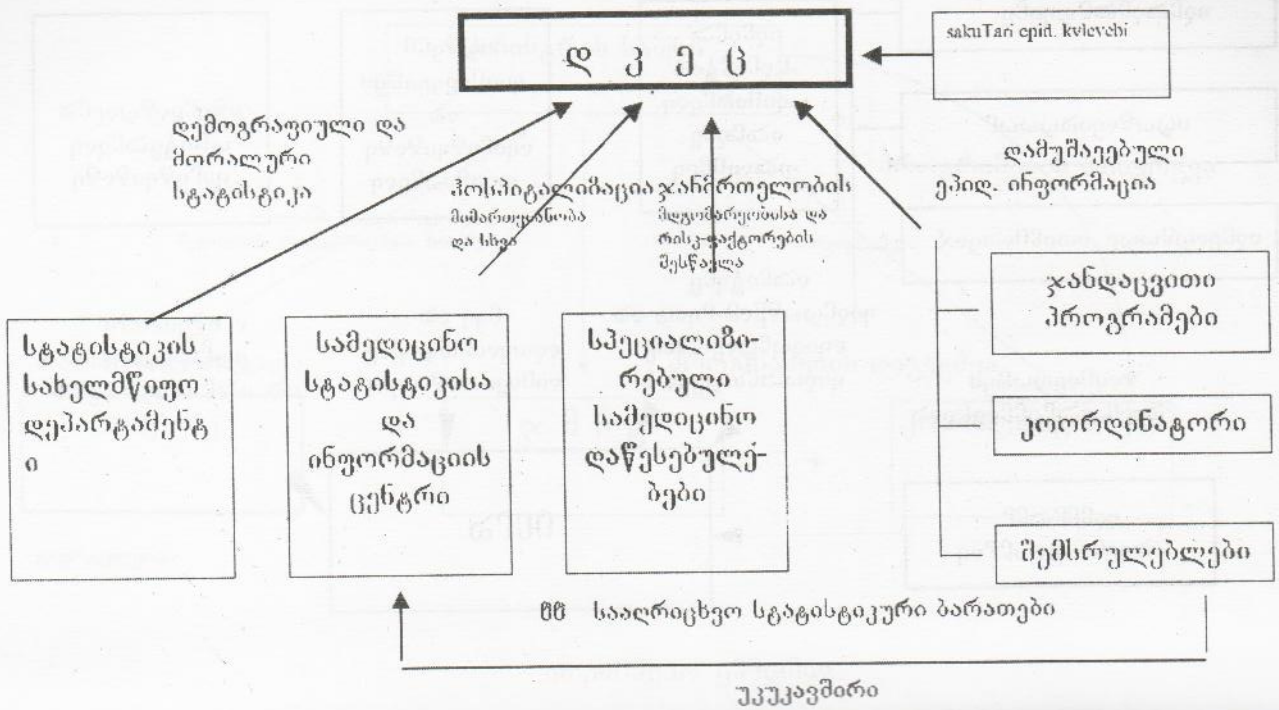
დაავადებათა კონტროლის სისტემის მოწყობა



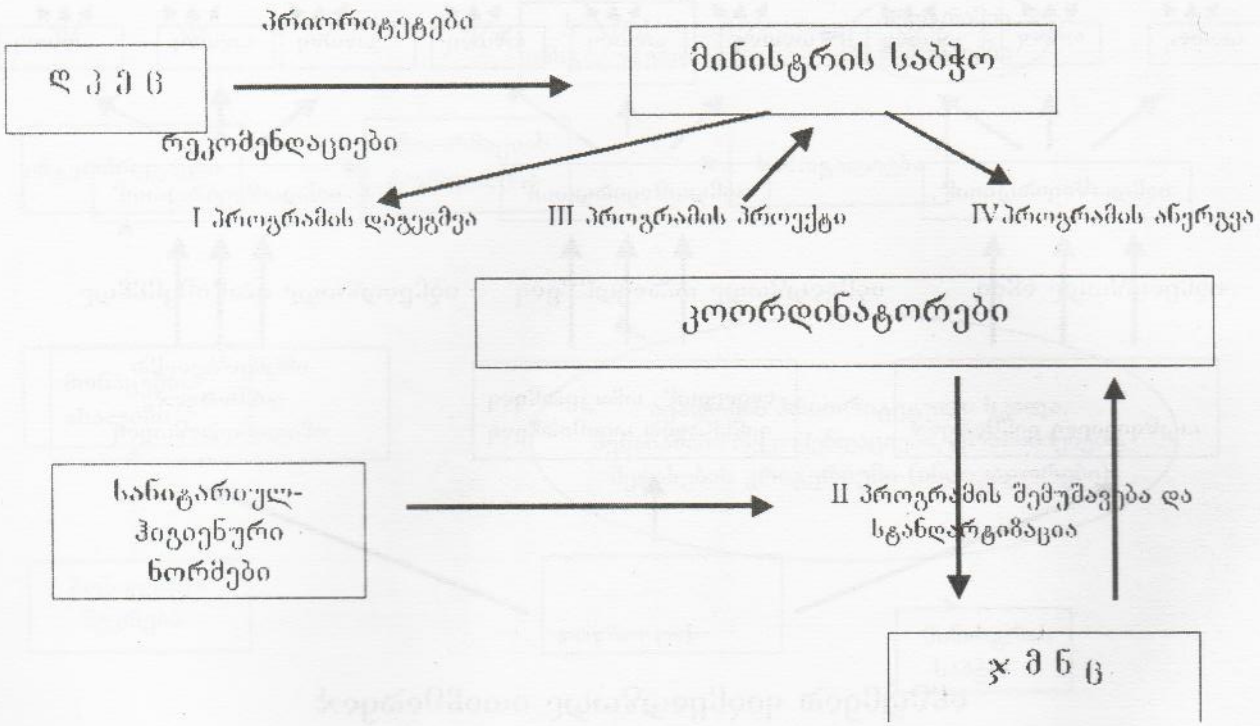
მონაცემთა შეკრება



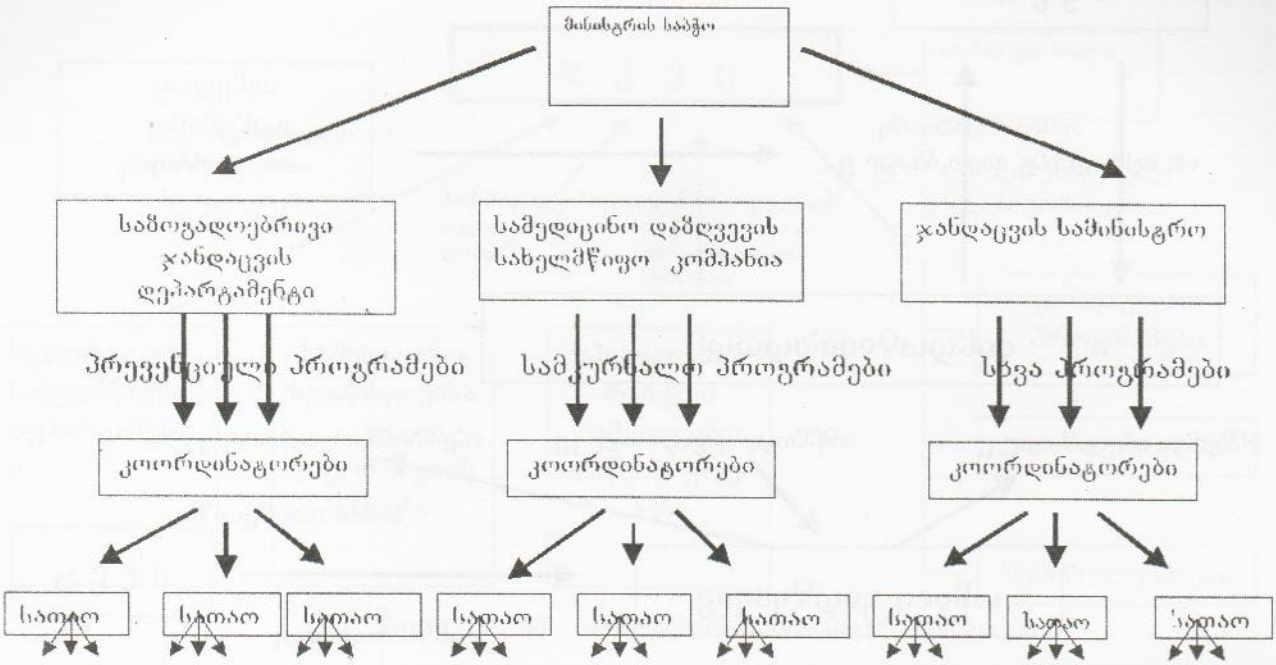
მონაცემთა შეკრება და ინფორმაციის უკუკავშირი



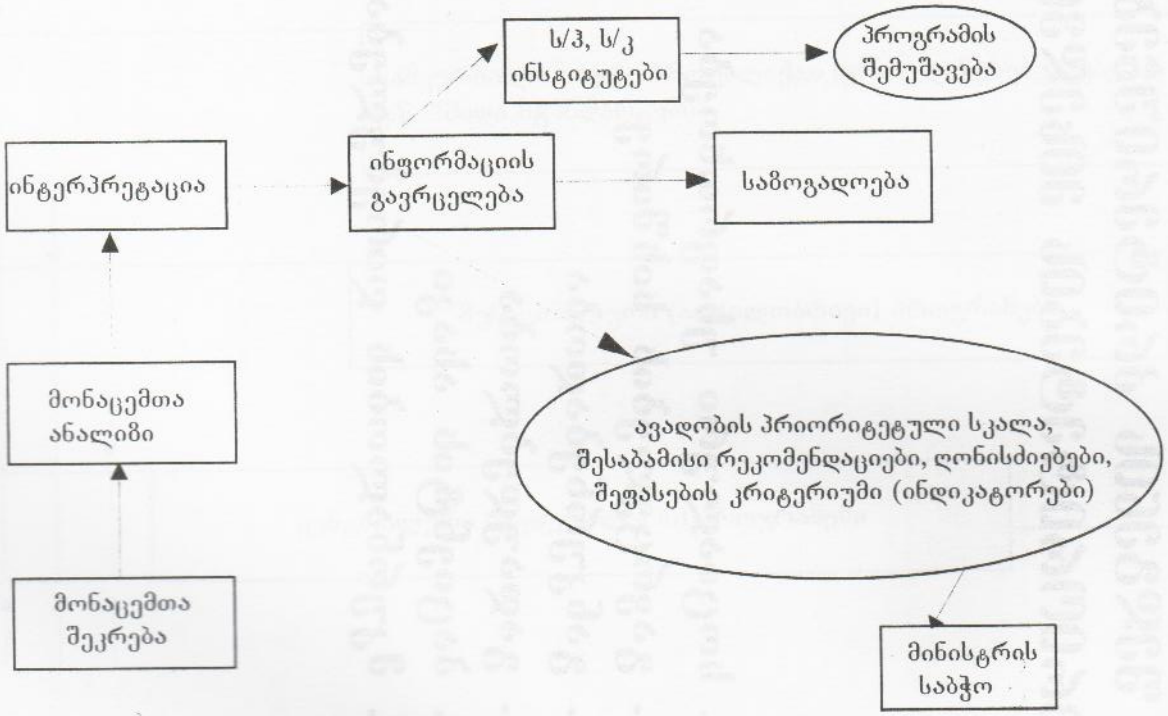
ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავება



ჯანდაცვითი პროგრამების დანერგვა

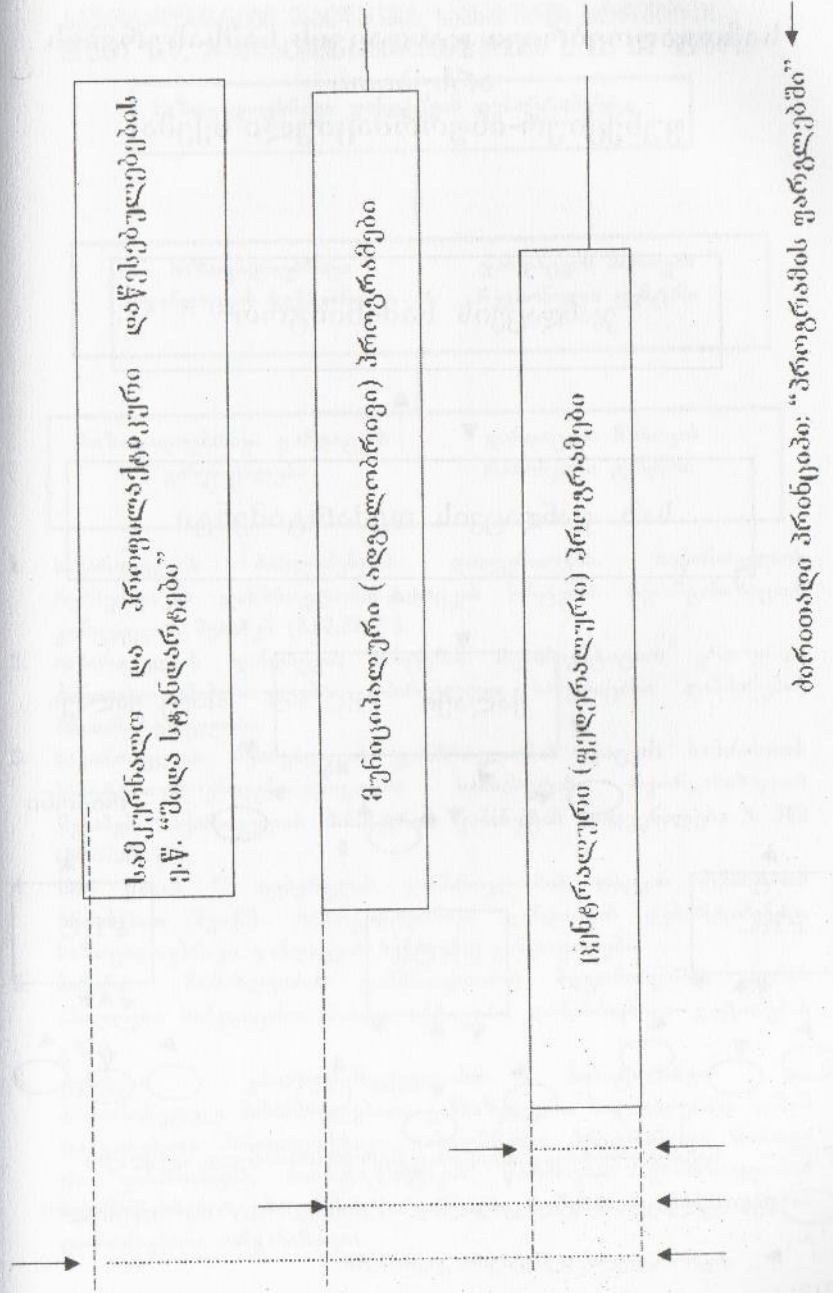


მონაცემთა ანალიზი და გავრცელება

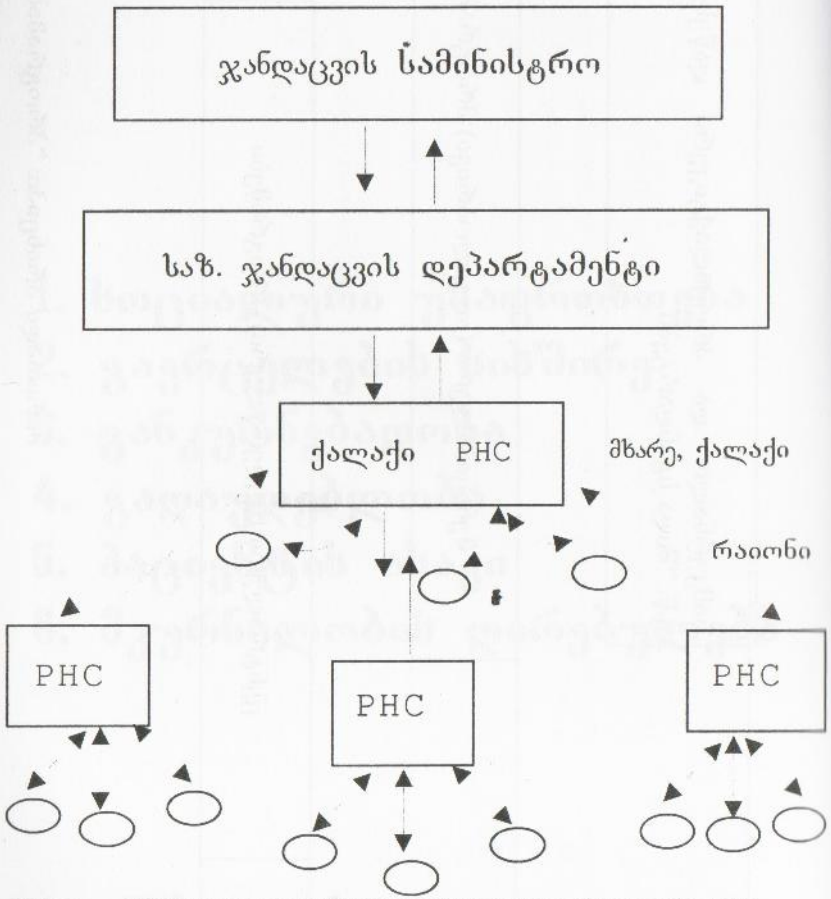


სახელმწიფო პროგრამების შედგენის კრიტერიუმები პრიორიტეტების მიხედვით

1. სოციალური უსაფრთხოება
2. გავრცელების სიხშირე
3. განკურნებადობა
4. გადაუდებლობა
5. პაციენტის ასაკი
6. მკურნალობის ღირებულება



საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების არსებითი ფუნქციურ-ინფორმაციული სქემა

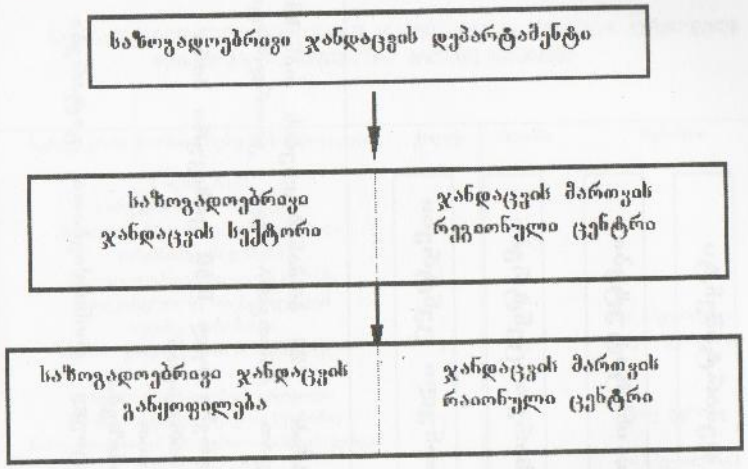


PHC – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები (რაიონული, საქალაქო)

შემსრულებელი (სახელშეკრულებო საწყისებზე პროგრამების მიხედვით)

► ინფორმაციული, ფუნქციური კავშირები

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის სტრუქტურა 1996-97 წ.წ. ჯანდაცვის რეფორმირების I, II, III ეტაპებზე



1. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის კონცეფციის შესახებ (8.02.95 წ.).
2. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულება: პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა.
3. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეორგანიზაციის შესახებ. საქართველოს მინისტრთა კაბინეტის დადგენილება N 389 (30.07.95 წ.).
4. 1996 წლის 12 თებერვლის ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრის ბრძანებით შეიქმნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორი, განყოფილება.
5. მიზანი: მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნების დონის ამაღლება სამედიცინო-პროფილაქტიკური ღონისძიებათა გატარების გზით.
6. ფუნქცია: ეპიდზედამხედველობის მონიტორინგი და პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა, სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა, სახელმწიფო პროგრამების მართვა და ფინანსირება, ბიოსტატისტიკის წარმოება, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ღონისძიებათა ორგანიზაცია.

ნახაზი 1. საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 9 დეკემბრის 723 ბრძანებულების თანახმად საზოგადოებრივი კანდიდატის ცენტრების დაფუძნება მიზნობრივი და კოორდინაციის უზრუნველყოფის.

2. შექმნილია 53 რაიონული, 13 საქმიანი ცენტრი, კადრები ხელ 1846 ფიზიკური პირი
3. ფაქტიურად ფუნქციონირება დაიწყეს 1998 წლის 1 მარტიდან
4. ჩამოყალიბდა ხელმძღვანელი შიდა ხელშეწყობილი წყობილი
5. მიზანი: პირველადი კანდიდატის ეფექტურად თანადგომა
6. ფუნქცია: საზოგადოებრივი კანდიდატის, პრეზიდენტობილი დონისძიებათა გატარება
7. განთავსების სახე: პრეზიდენტის ადგილზე, მაზნინებელი

საზოგადოებრივი პანდიდატის ცენტრის (რაიონი, ქალაქი) საშტატო ნუსხა
სტრუქტურა და პერსონალური შრომითი რესურსი

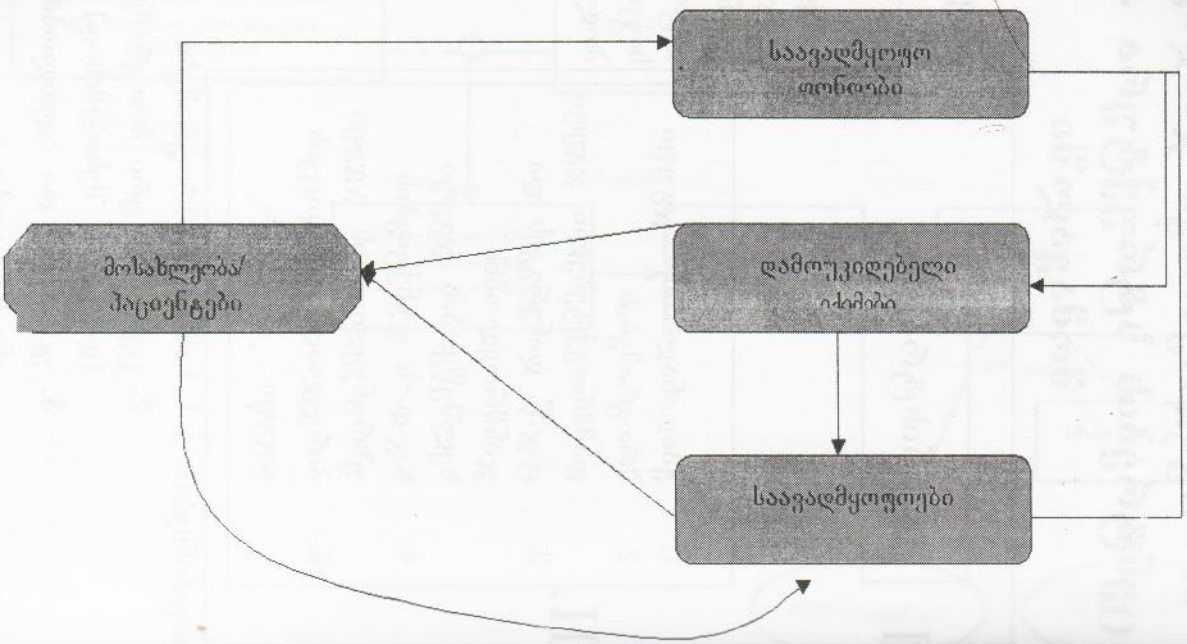
№	სტრუქტურა, შრომითი რესურსის დასახელება	ქალაქი	რაიონი	შენიშვნა
	I ადმინისტრაცია			
1	დირექტორი (ხელმძღვანელი)	1	1	
2	მოადგილე პროგრამული მართვისა და ორგანიზაციის დარგში	1	1	
3	მოადგილე ეკონომიკური დარგში (ეკონომისტი პასუხისმგებელი)	1	1	
4	თერაპევტ-ექსპერტი	1	1	მთ. სპეციალისტი
5	იურიდიული განყოფილების თანამშრომელი	1	1	წამყ. სპეციალისტი
	II ანალიტიკურ-ანალიტიკური განყოფილება			
6	პროგრამისტი-ანალიტიკოსი (უფროსი)	1	1	განყ. უფროსი
7	საზოგადოებასთან ურთიერთობის სპეციალისტი (კომუნიკატორი)	1	1	მთ. სპეციალისტი
8	ოპერატორი-სტენოგრაფისტი	1	1	წამყ. სპეციალისტი
	III ეკონომიკური და ადმინისტრაციული განყოფილება			
9	განყოფილების ხელ-ლი	1	1	
10	ამხანაგების ჯგუფის ხელ-ლი	1	1	
11	"ცივ ჯაჭვზე" პასუხისმგებელი ექსპედიტორი	1	1	მთ. სპეციალისტი
12	ეკონომისტი	1	1	მთ. სპეციალისტი
13	პრეზენტაციის (პროფილაქტიკოსი)	1	1	მთ. სპეციალისტი
14	ექიმ-თანამშრომელი	3	2	წამყ. სპეციალისტი
15	პარამედიკოსი	1	1	
16	სატელეფონო მეზობელი	1	1	
	IV. საინფორმაციო-ანალიტიკური განყოფილება			
17	მთავარი ბუღალტერი	1	1	მთ. სპეციალისტი
18	ბუღალტერი	1	1	
19	V. საიურიდიო-ანალიტიკური განყოფილება			
20	მძღოლი-ექსპედიტორი	1	1	
	საინკასო-დამლაგებელი	1	1	
	VI			
	მუსიკალური პროგრამის უკომპლექტო პარამედიკოლოგიური. ხალვანიანელი და სხვა ფუნქციის მქონე (მ.შ. ლიანგისტიკური) ჯგუფის მომსახურების სტრუქტურული ერთეულები	10	8	
	საჭიროებათა მისაღები (წყალმძღვანელია)	33	27	
	სულ			

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების სტრუქტურა ახლო მომავალში

დაფინანსება:
1. სამხარეო პროგრამები
2. ცენტრალური პროგრამები (დაკვეთის შესაბამისად)
3. უცხოური და ადგილობრივი ინვესტიციები

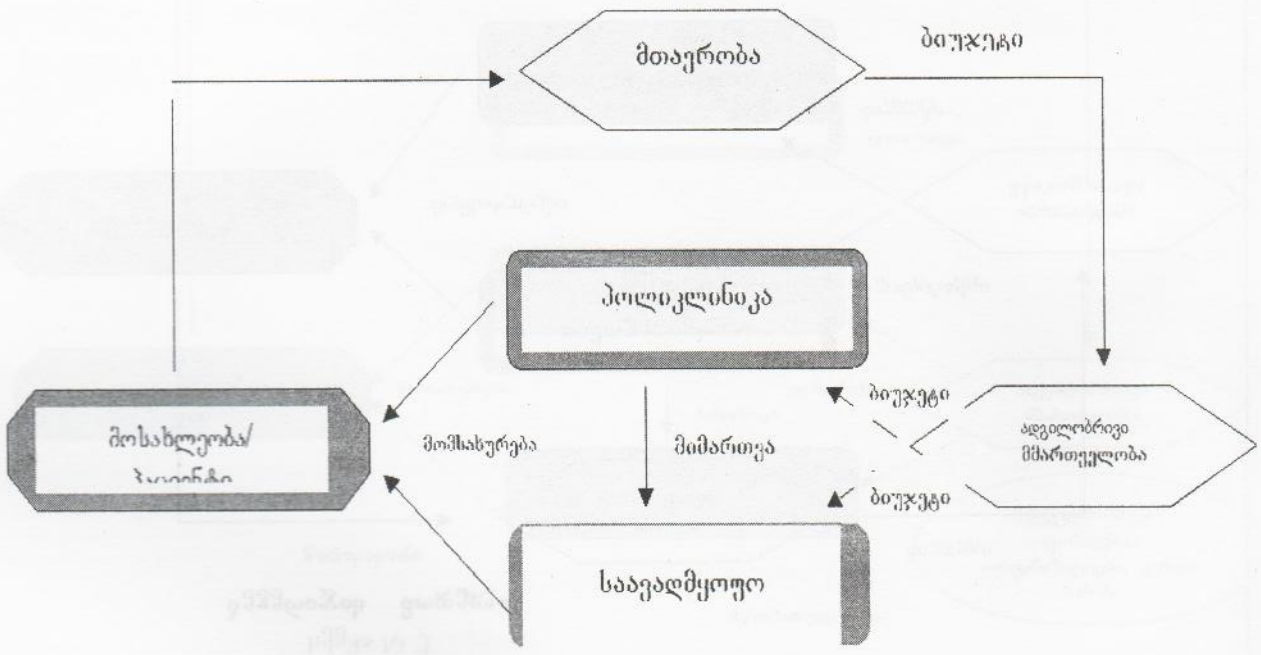
სქემა № 1

ბისმარკის მოდელი



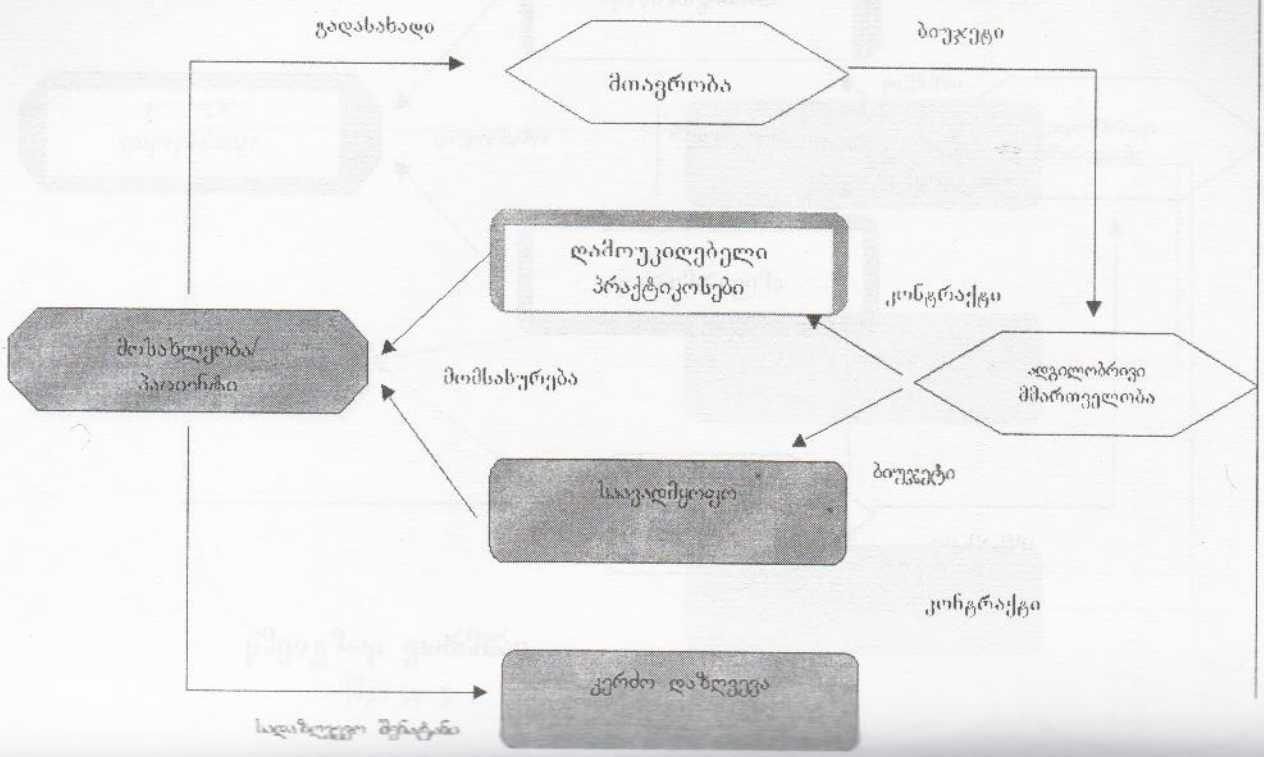
სქემა № 2

სემაშკოს მოდელი



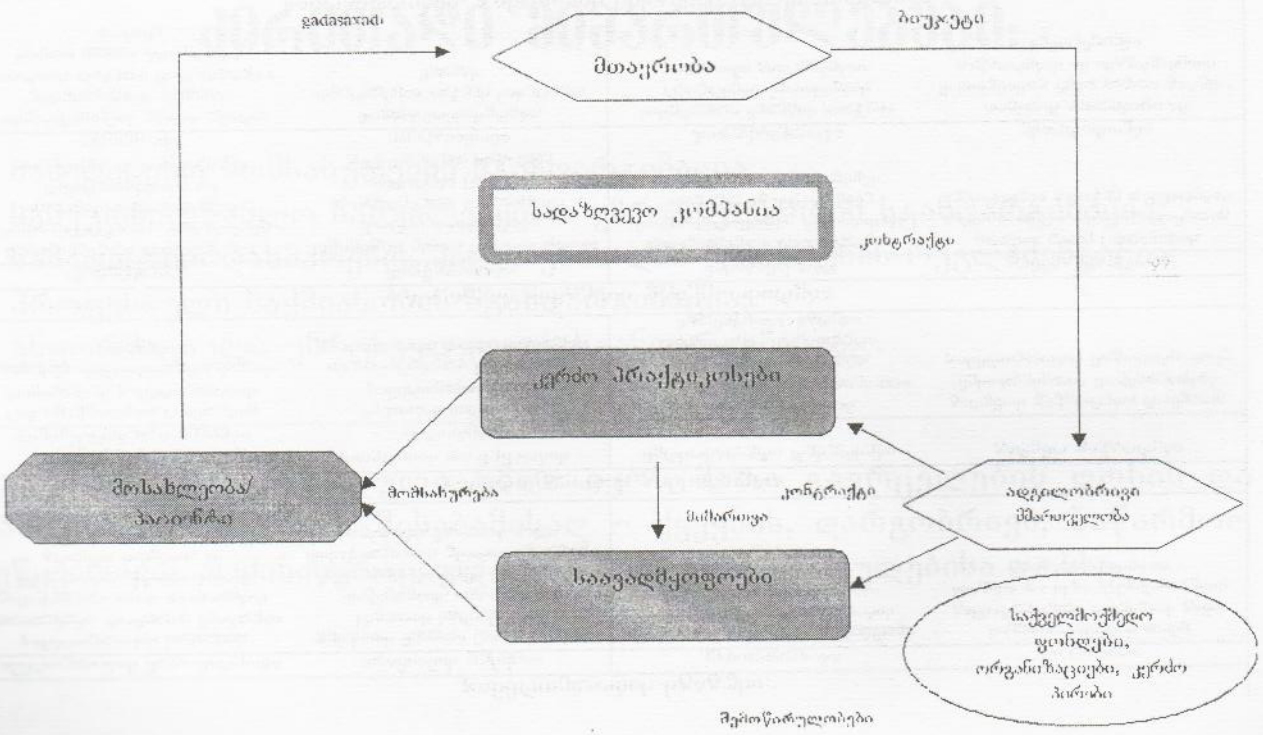
სქემა № 3

ბეგერიჯის მოდელი



სქემა № 4

ამერიკული მოდელი



ჯანმრთელობის ინდიკატორების სტრუქტურა

ჯანმრთელობის სტატუსი			
ჯანმრთელობის მდგომარეობა	ადამიანის ფუნქცია	კეთილდღეობა	საკვლევი
ჯანმრთელობის სტატუსის ველების, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს დაავადების ამლილობის, ქრილობის ან ტრავმის მიზეზით, ან ჯანმრთელობაზე სხვა მდგომარეობების შეგავლენით	ფუნქციის შეცვლა (გაუარესება), სხეულის სტრუქტურის მოქმედების, აქტიურობის შეზღუდვა, რომელში მოელენაში მონაწილეობის ჩარის შეზღუდვა ფუნქციის მეცნიერის გამო	ინდივიდის ფიზიკური, ემოციური სოციალური კეთილდღეობის სხვადასხვა პარამეტრები	საკვლევი ობიექტის დროს განსაზღვრული მიზეზების გამო ასაკისა და სხვა მახვენებლების განიალისწინებით
ჯანმრთელობის განსაზღვრა			
ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები	ცხოვრების და შრომობის პირობები	პერსონალური რესურსები	გარემო ფაქტორები
რისკფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ ჯანმრთელობის სტატუსზე, პერსონალური ქცევის ასპექტები	შრომობის პირობების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები	ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფაქტორების კომპლექსი, როგორიცაა სოციალური ხელშეწყობა, სტრესი	გარემოს ფაქტორები, რომლებიც შესაძლებელია მოქმედებდნენ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე
ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება			
მისაწვდომობა	მიღწევადობა	შესაბამისობა	კომპეტენტურობა
შეთავაზებული მომსახურება (მოვლა), რომელიც შეესაბამება პაციენტის, საზოგადოების, შემრულებლისა და უალამხლების მოთხოვნებს	პაციენტის უნარი საჭირო დროს მისაღის მოთხოვნაზე დაფუძნებული სამედიცინო დახმარება (მოვლა) განსაზღვრულ ადგილზე	შეთავაზებული მომსახურება (მოვლა), რომელიც შეესაბამება არსებულ სტანდარტებზე დაფუძნებულ მოთხოვნებს	ცოდნის დონე (ინდივიდის განსაცდილება, უნარი), რომელიც შეესაბამება გასაწევ დახმარებას
უწყვეტობა	ეფექტიანობა	პოლუქტიულობა	უსაფრთხოება
ორგანიზაციების ექიმის უნარი, უზრუნველყოს უწყვეტი, კოორდინირებული მომსახურება: მოვლა ყველა პროცესის დონეზე	მოვლა/მომსახურება, ისტურუნცია აღწევს სასურველ შედეგს	სასურველი შედეგის მიღწევა რესურსებსა/ფასსანსების ეფექტიანი გამოყენებით	თავიდან აცილებული არ მისაშუალებე შეზღუდული გარემო ფაქტორების არ ინტერვენციის შემოქმედება
საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები			
საზოგადოების, ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებლები, რომლებიც არ ითვლებიან ჯანმრთელობის ან ჯანდაცვის სისტემის შესრულებად			

ჯანდაცვის სტანდარტიზაციის პროცესის ძირითადი მიმართულებები:

- სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია;
- სამკურნალწამლო საშუალებებით უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია;
- სამედიცინო დახმარების პირობებისადმი მოთხოვნის რეგლამენტაცია;
- პროფესიული საქმიანობის სტანდარტიზაცია;
- ინფორმაციული უზრუნველყოფის სტანდარტიზაცია.

სტანდარტები განხილული უნდა იყოს მათი გავრცელების დონის და გამოყენების სფეროს შესაბამისად – ქვეყნის, დარგობრივი, საწარმოო (უწყებრივი), ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულებისა და სხვ.

ინტერვენციები

➢ ალკოჰოლიზმის საწინააღმდეგო ღონისძიებები:

- ალკოჰოლის მაღალი შემცველობის პროდუქციაზე (არაყი, კონიაკი, ვისკი) გადასახადების მომატების ხელშეწყობა;
- სამკურნალო და სარეაბილიტაციო დაწესებულებების ფუნქციონირების ხელშეწყობა;
- სტატისტიკური მონაცემების შეკრება, ანალიზი;
- საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა.

ინტერვენციები

➢ ჯანმრთელი კვება

- სტანდარტებისა და რეკომენდაციების შემუშავება;
- საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვის ორგანიზება;
- მოსახლეობის განათლება არაჯანსაღი, არაბალანსირებული კვების მავნეობის შესახებ;
- კალორიულობისა და შემცველი ინგრედიენტების შესახებ კვების პროდუქტების აუცილებელი მარკირების შემოღების ხელშეწყობა;
- სასიცოცხლოდ აუცილებელი მიკროელემენტების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი;
- კვების დანამატების (სასიცოცხლოდ აუცილებელი მიკროელემენტების) პოლიტიკის შემოღების ხელშეწყობა;
- ჯანმრთელი კვების საზოგადოებრივი ორგანიზების შექმნის ხელშეწყობა.

ინტერვენციები

➢ აივ ინფექცია შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია

- ახალგაზრდობისათვის, მშობლებისა და პედაგოგებისათვის საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნა პრევენციული ღონისძიებების შესახებ;
- ანანიმური საკონსულტაციო და დიაგნოსტიკური ცენტრების შექმნის ხელშეწყობა;
- რისკის ჯგუფებში სამუშაოდ თანათოლი-თანატოლს საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება;
- მონაცემების შეგროვება და ანალიზი.

ინტერვენციები

➢ ოჯახის დაგეგმვა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

- აბორტის საწინააღმდეგო ღონისძიებათა შემუშავება და დანერგვა;
- ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანიების გამართვა ოღახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების პოპულარიზაციის მიზნით;
- სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება და ანალიზი აბორტების შესახებ;
- რეპროდუქციული ცენტრების ქსელის შექმნის ხელშეწყობა.

ინტერვენციები

- მოსახლეობაში ფიზიკური ვარჯიშისა და აქტივობის ხელშეწყობა
  - რეკომენდაციების შემუშავება;
  - სპორტულ-განმაჯანსაღებელი დაწესებულებათა ქსელის შექმნის ხელშეწყობა;
  - სამუშაო ადგილებზე ფიზიკური აქტივობის პროგრამების შემუშავება და დანერგვა;
  - ჰიპოდინამიასთან ასოცირებული დაავადებების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი.

პასუხისმგებელი ორგანიზაციები

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვის პოლიტიკა, სტრატეგიული მიმართულებები

- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი სტრატეგიული დაგეგმვა, განხორციელების ხელშეწყობა, პროგრამათა მონიტორინგი

- დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი დაწესებულებები, სხვა სამთავრობო და არასამთავრობო, საერთაშორისო ორგანიზაციები

ინტერვენციები

- სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება და ანალიზი თამბაქოს მოხმარების შესახებ;
- არამწეველთა უფლებების დაცვის ხელშეწყობა სოციალური წახალისების ფორმების შემოღებით;
- თამბაქოს შეწყვეტის სარეაბილიტაციო ცენტრების შექმნის და მათი ფუნქციონირების ხელშეწყობა.

ინტერვენციები

➢ ნარკომანიის საწინააღმდეგო ღონისძიებები:

- ნარკომანიის მავნეობის შესახებ ჯანმრთელობის პროგრამების შემუშავება ახალგაზრდა მშობლებისა და პედაგოგებისათვის;
- ინტრავენურ ნარკომანთა განსწავლა ინფექციურ დაავადებათა ინტრავენური გზით გადაცემის აღკვეთის შესახებ;
- სამკურნალო და რეაბილიტაციური ცენტრების (მათ შორის სოციალური თანადგომის) შექმნის ხელსეწყობა;
- ნარკომანიის გავრცელების შესახებ სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება და ანალიზი;
- საზოგადოებრივი ფართომასშტაბიანი კამპანიების ორგანიზება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრიორიტეტები:

- ბავშვთა ჯანმრთელობა;
- მოზარდთა ჯანმრთელობა;
- ქალთა ჯანმრთელობა;
- სოციალურად დაუცველი (ნაკლებადდაცული) მოსახლეობის ჯანმრთელობა.

ინტერვენციები

- საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის მიმართ
  - ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია;
  - მავნე ჩვევების კრიტიკა, დაგმობა;
  - ასოციაციების, ალტერნატიული ორგანიზაციების, კლუბების ფორმირება მავნე ჩვევათა დაგმობის ღონისძიებათა ხელშეწყობის მიზნით.

ინტერვენციები

- სოციალური დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაკის პროფესიის დამკვიდრება;
- ჯანმრთელი ქალაქების ქსელის შექმნა;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობის დარგთაშორისი პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
- სკოლის პედაგოგიური შემადგენლობისა და პედაგოგიური სასწავლებლების სტუდენტთათვის სასწავლო პროგრამების შემუშავება.

ინტერვენციები

- ჯანმრთელი სკოლების ქსელის ფორმირების ხელშეწყობა;
- საშუალო სკოლების მოსწავლეთათვის ჯანმრთელობის ხელშემწყობი სპეციალური პროგრამების შემუშავება და გატარების ხელშეწყობა;
- ახალგაზრდული პროგრამების ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ინიციატივების დანერგვის ორგანიზება.

ინტერვენციები

➢ თამბაქოს მოხმარების საწინააღმდეგო ინიციატივები:

- საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში თამბაქოს მოხმარების აკრძალვითი (შემზღუდავი) ღონისძიებების გატარების ხელშეწყობა;
- ანტინიკოტინური ფართომასშტაბიანი კამპანიების ორგანიზება;
- თამბაქოს ნაწარმის გაყიდვის შეზღუდვის ღონისძიებათა ხელშეწყობა;
- თამბაქოს ნაწარმზე ჯანმრთელობისათვის მავნებლობის შესახებ აუცილებელი გამაფრთხილებელი ფორმების შემუშავება და დანერგვა;
- თამბაქოს პრევენციის სასკოლო პროგრამების შემუშავება;
- სკოლებში თამბაქოს საწინააღმდეგო საკოორდინაციო კომიტეტების შექმნის ხელშეწყობა.

სავარჯიშოები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯერთათვის

პრობლემების სტრატეგიული გადაწყვეტის პროცესი

შესავალი

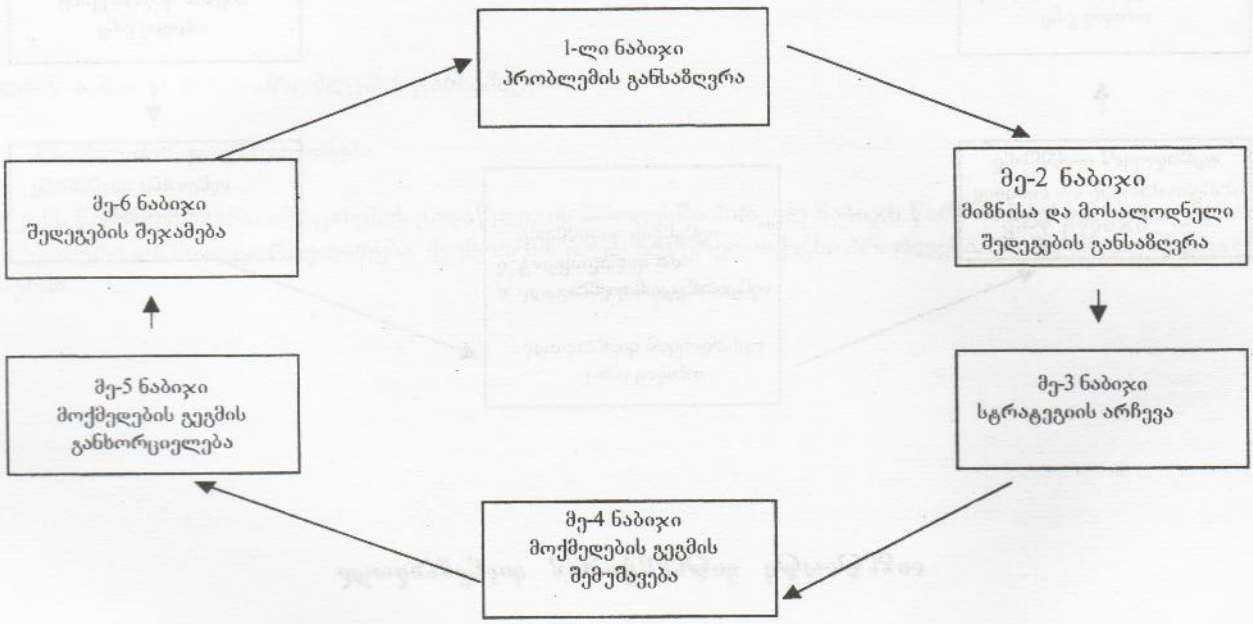
სავარჯიშოები დაეხმარება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯერებს მათ წინაშე მდგომი პრობლემების გადაწყვეტაში, თვით პროცესის ნაბიჯების განსაზღვრის, ანალიზისა და დაგეგმვის სისტემურ მიდგომაში. ვიმედოვნებთ, რომ სავარჯიშოები გამოადგება იმ სპეციალისტებსაც, ვისაც ჯანდაცვის სფეროს რეფორმის პროცესში მოუხდება არსებული პრობლემების გადაწყვეტა.

მოხარული ვიქნებით, თუ კი წინამდებარე სავარჯიშოები დაგეხმარებათ დასახული მიზნების მიღწევაში.

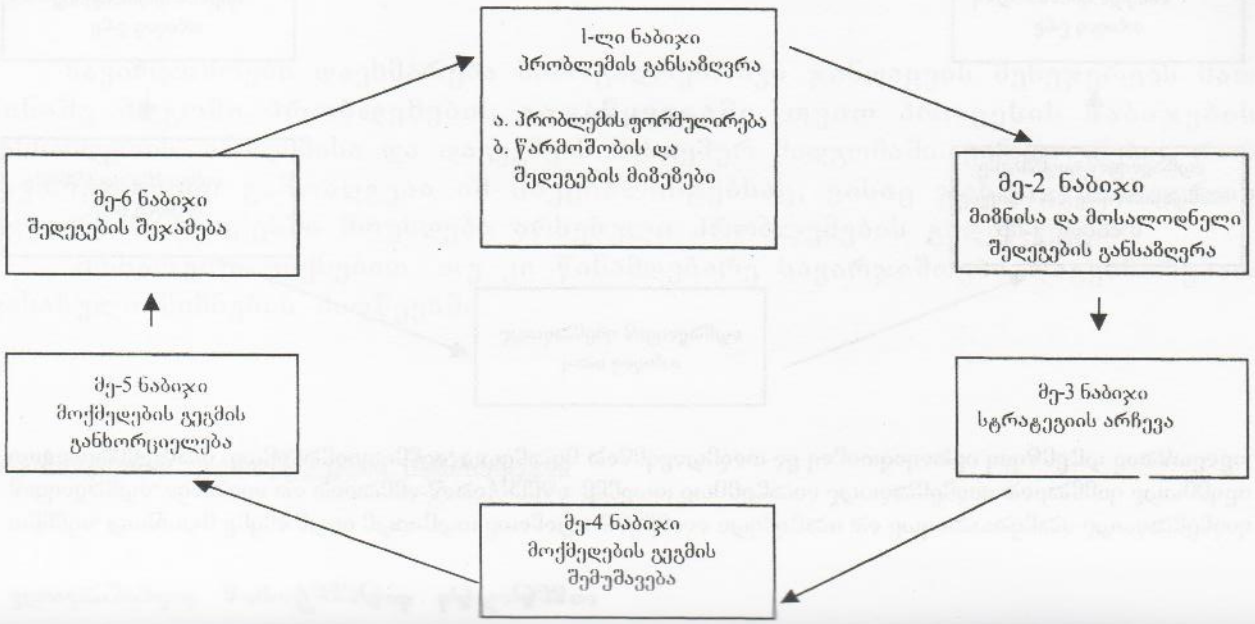
პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია

თქვენი, როგორც მენეჯერის ერთ-ერთ მთავარი ფუნქციაა არსებული და მოსალოდნელი პრობლემების განსაზღვრა, ანალიზი და დაძლევა-გადაწყვეტა. ქვემოთ მოცემულია პრობლემების დაძლევის პროცესში თანმიმდევრული მოქმედების სქემა, რომელიც დაგეხმარებათ ამ საკითხისადმი სისტემურ მიდგომაში.



პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



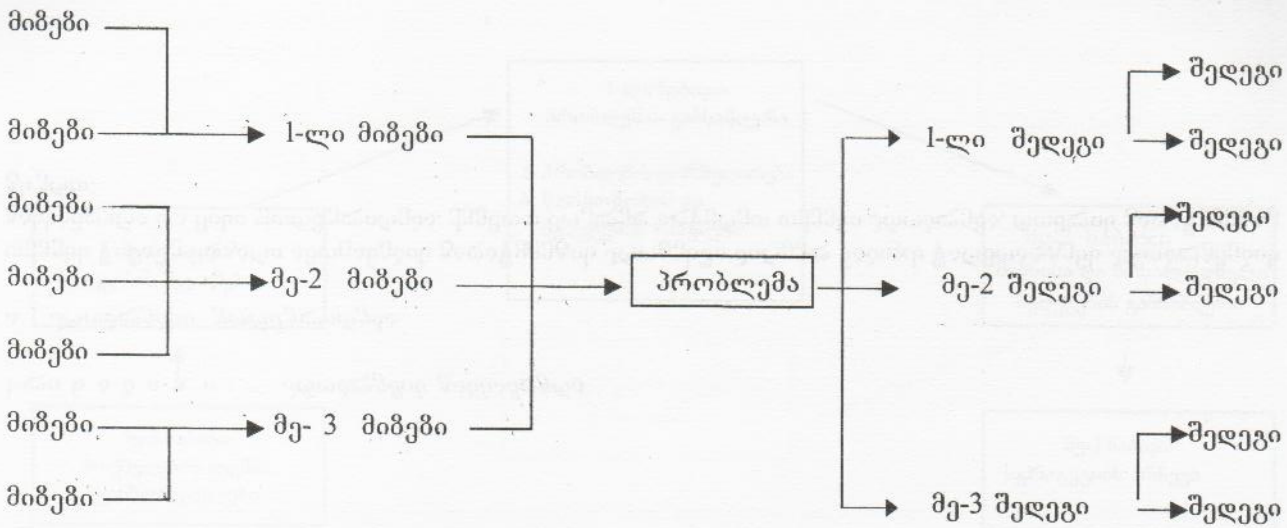
1-ლი ნაბიჯი: *პრობლემის განსაზღვრა*

ა. პრობლემის ფორმულირება

თქვენს წინაშე მდგარი ამოცანების გადაწყვეტის პროცესში პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს პრობლემების განსაზღვრა და მისი ფორმულირება. ქვემოთ მოკლედ აღწერეთ თქვენი პრობლემა, რომლის გადაწყვეტაც გსურთ.

უშუალო უშუალო

არაპირდაპირი



ნაბიჯი 1: *პრობლემების განსაზღვრა (გაგრძელება)*
წარმოშობის მიზეზები და შედეგები.

იმისთვის, რომ ნათლად განისაზღვროს პრობლემა, აუცილებელია ჯერ დადგინდეს მისი წარმოშობის მიზეზები და შედეგები. ქვემოთ აღნიშნული ნაბიჯების თანმიმდევრობით მე-9 და მე-10 გვერდებზე შეავსეთ უწყისი პრობლემის ანალიზით.

1. შუა სვეტში მოათავსეთ პრობლემის დედააზრი.
2. მოიფიქრეთ, უშუალოდ რომელი მიზეზები უწყობს ხელს პრობლემის წარმოქმნას, რაგორ გახდა პრობლემა აქტუალური? ამ პრობლემის ყველა შესაძლო მიზეზი, რომლიც მოიფიქრეთ, ჩამოთვალეთ * სვეტში - "უშუალო მიზეზები."
3. ყურადღება გაამახვილეთ თვით პრობლემაზე. ამ პრობლემის რა ეფექტი და უშუალო შედეგები შეიძლება მივიღოთ * სვეტში - "უშუალო შედეგები", შეეცადეთ ჩამოთვალოთ რაც შეიძლება მეტი ვარიანტი.
4. ეხლა განსაზღვრეთ არაპირდაპირი მიზეზები. ამისათვის ჯერ გადახედეთ თქვენს მიერ ადრე ჩამოთვლილ უშუალო მიზეზებს. რა უწყობდა ხელს მათ წარმოქმნას? შეგიძლიათ მიუდგეთ ამ საკითხს მეორე მხრიდანაც, თუ კი თითოეულ უშუალო მიზეზს განიხილავთ როგორც თვით პრობლემას. რა მიზეზმა გამოიწვია თითოეულის წარმოქმნა? თქვენი პასუხები უნდა ჩამოთვალოთ * სვეტში - "არაპირდაპირი მიზეზები."
5. დახედეთ თქვენს მიერ ადრე ჩამოთვლილ უშუალო შედეგებს. ჩამოთვლილიდან, რა შედეგია მოსალოდნელი? ან სხვა სიტყვებით - რა შედეგები შეიძლება მოჰყვეს ამ უშუალო შედეგებს? პასუხები ჩამოთვალეთ * სვეტში - "არაპირდაპირი შედეგები."

1-ლი ნაბიჯი: *პრობლემის განსაზღვრა (გაგრძელება)*

** წარმოშობის მიზეზები და შედეგები.*

პრობლემის მიზეზების ჩამოთვლის დროს მხედველობაში მიიღეთ ქვემოთ მოცემული ფაქტორების პირდაპირი და არაპირდაპირი ზემოქმედება.

გარეშე ფაქტორები:

კანონები და დადგენილებები: საკანონმდებლო სამართლებრივი ბაზის არსებობა ან არარსებობა. ეს დადებით ეფექტს იძლევა თუ უარყოფითს?

ეკონომიკური ვითარება: სახელმწიფოების, კერძო სექტორისა და სუბსიდიის გამღები სხვა ორგანიზაციების სახსრების არსებობა, მომსახურების საფასურის აღების შესაძლებლობა და სხვ.

ტექნოლოგია: აუცილებელი მოწყობილობის, ცოდნისა და გამოცდილების არსებობა ან არარსებობა.

ინფრასტრუქტურა: კავშირგაბმულობის, ტრანსპორტის, კომერციული და მმართველობითი, აგრეთვე განათლების, ჯანდაცვის და სხვა სისტემების არსებობა ან არარსებობა.

ქცევის ნორმები: როგორ აკონტროლებს საზოგადოების ქცევას საზოგადოებრივი წესრიგის დაცვის სისტემა.

კონკურენცია და თანამშრომლობა: იმ ორგანიზაციებისა და ცალკეული ჯგუფების საქმიანობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ ერთნაირ, მსგავს ან დამატებით მომსახურებას.

პოლიტიკა: გავლენიანი წრეების არსებობა სახელმწიფო აპარატში, პოლიტიკურ პარტიებში, პროფესიულ, ადგილობრივ და სხვა მსგავს საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში.

დემოგრაფია: მოსახლეობის რაოდენობა, სიმჭიდროვე, სტრუქტურა და მატება.

ეკოლოგია: გარემოს მდგომარეობის - კლიმატური პირობების შეცვლას, მიწის გამოყენების, აგრეთვე საწარმოო და საყოფაცხოვრებო გაჭუჭყიანების აცილების კონტროლი.

ორგანიზაციის შიგა ფაქტორები:

თქვენი ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეები. მართვისუნარიანობა, ჩვევები და ცოდნა, სტრუქტურა, გადაწყვეტილების მიღების მეთოდი, ტექნოლოგიის სტანდარტიზაციის, შიგა ინფორმაციისა და კონტროლის სისტემის გამოყენება, შინაგანაწესი, ურთიერთდახმარების სისტემა, პერსონალის მოვალეობანი, გარეშე შთაბეჭდილება, სხვა ძლიერ ორგანიზაციებთან კავშირი.

1-ლი ნაბიჯი : *პრობლემის განსაზღვრა (გაგრძელება)*

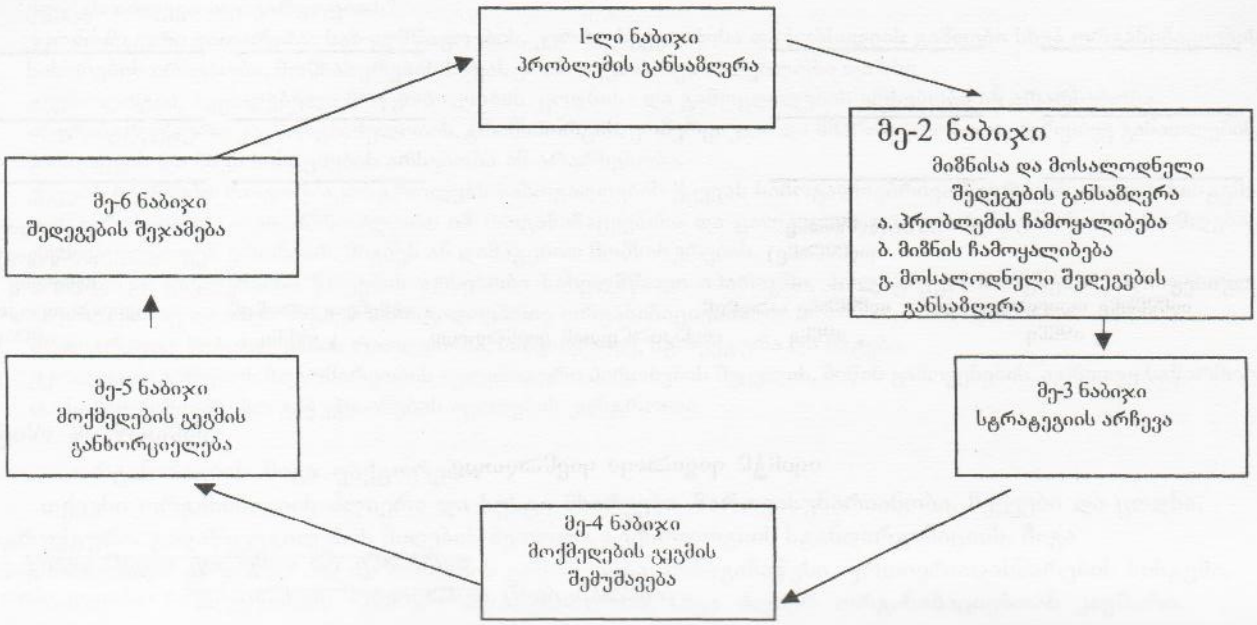
** წარმოქმნის მიზეზები და შედეგები.*

პრობლემის ანალიზის უწყისი

შიგა ფაქტორები

სვეტი * არაპირდაპირი მიზეზები (მიზეზების მიზეზები)	სვეტი * უშუალო მიზეზები	პრობლემის ფორმულირება	სვეტი * უშუალო შედეგები (შედეგების შედეგები)	სვეტი * არაპირდაპირი შედეგები

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-2 ნაბიჯი. *მიზნისა და მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა.*
პრობლემის დაზუსტების შემდეგ, შეგიძლიათ შეუდგეთ მიზნებისა და შედეგების განსაზღვრას.

* *პრობლემის ჩამოყალიბება.*

1-ლი ნაბიჯისას გაკეთებული ანალიზის შემდეგ, ალბათ უკეთ გაქვთ წარმოდგენილი თქვენი პრობლემის არსი, თავის მიზეზებთან და შედეგებთან ერთად. როგორც მენეჯერმა, უნდა განიხილოთ პრობლემა ამჟამინდელი და სასურველი მდგომარეობის თვალთახედვით. ასეთი მიდგომა გაგიადვილებთ პრობლემის გადაწყვეტის პერსპექტივას.

ეხლა ორ ვარიანტად ჩამოაყალიბეთ სიტუაცია (ვითარება):

1. ამჟამინდელი სიტუაცია (ვითარება), რომლის შეცვლაც გსურთ;

2. თქვენთვის სასურველი სიტუაცია (ვითარება) მომავალში, ცვლილებების შეტანის შემდეგ.

მე-2 ნაბიჯი. *მიზნისა და მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა (გაგრძელება)*

მიზნის ჩამოყალიბება

ამჟამინდელი ვითარების, აგრეთვე მოსალოდნელი შედეგების განხილვა დაგეხმარებით მიზნის განსაზღვრაში.

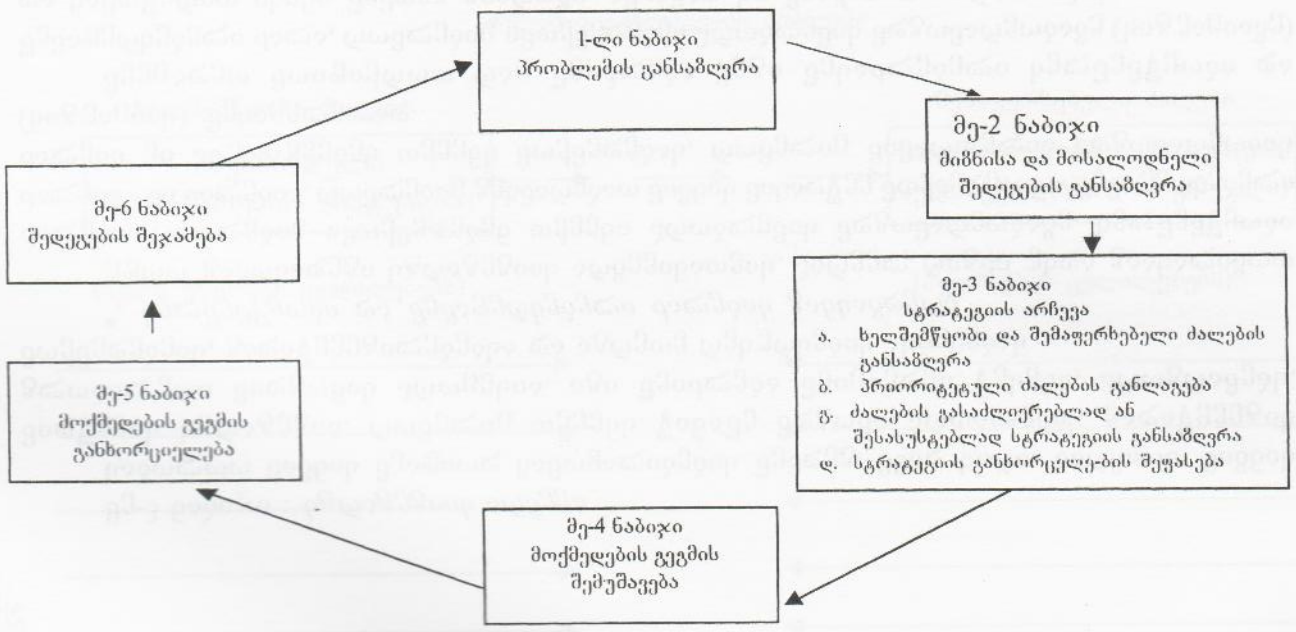
* *მოსალოდნელი შედეგების განსაზღვრა*

შედეგი, არის გაზომილი და დროში შეზღუდული შეჯამება, რომელიც პროგრამით ან პროექტით არის მოსალოდნელი. განსაზღვრის დროს შედეგი უნდა შეიზღუდოს გარკვეულ ჩარჩოებში, ისე, რომ მისი მიღწევა ყველასთვის შესაძლებელი იყოს დადგენილ დროში. პროგრამა შეიძლება შეიცავდეს რამდენიმე შედეგს.

ეხლა რაც შეიძლება ნათლად ჩამოაყალიბეთ მოსალოდნელი შედეგები, ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმების შესაბამისად:

(1) სპეციფიკური (თავისებური);
(2) გასაზომი;
(3) მიღწევადი;
(4) საქმესთან დაკავშირებული;
(5) დროში შეზღუდული.

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-3 ნაბიჯი : *სტრატეგიის არჩევა*

საბოლოო მიზნის მკაფიოდ ჩამოყალიბების შემდეგ, მზად ხართ აირჩიოთ მიზნის მიღწევის სტრატეგია, რომელიც თქვენს წინაშე მდგომი პრობლემის გადაწყვეტის გლობალური მიდგომის პროცესია. იგი შეიძლება შეიცავდეს წესებს, პროგრამებს, მოქმედებებს, გადაწყვეტილებებსა და აგრეთე რესურსების ასიგნებას.

*. *ხელშემწყობი და შემაფერხებელი ძალების განსაზღვრა*

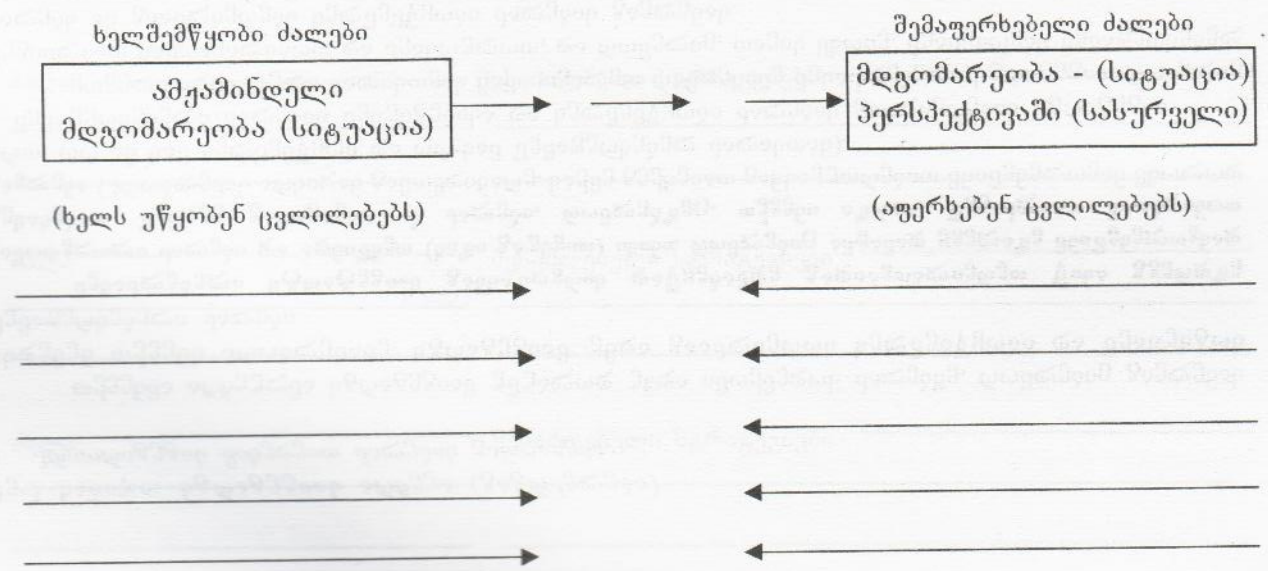
უფრო გამოსადეგი სტრატეგიის არჩევისათვის, პირველ რიგში უნდა გაანალიზოთ ძალები, რომლებიც იმოქმედებენ თქვენი პრობლემის მდგომარეობაზე. ხელშემწყობი ძალები –ის ძალებია, რომლებიც გეხმარებათ მიზნის მისაღწევ მოქმედებაში. შემაფერხებელი ძალები კი ამუხრუჭებენ თქვენს მოქმედებას, რომელიც მიმართულია მდგომარეობის (სიტუაციის) შესაცვლელად.

შეეცადეთ მოიფიქროთ რაც შეიძლება მეტი შესაძლებელი ხელშემწყობი და შემაფერხებელი ძალა, რომლებიც იმოქმედებენ პრობლემის მდგომარეობაზე (სიტუაციაზე) და ჩამოწერეთ ისინი შემდეგ გვერდზე. ამჟამად ნუ მიაქცევთ ყურადღებას თითოეული ძალის როლს და მნიშვნელობას. თუ საჭიროა, გამოიყენეთ დამატებითი გვერდი.

მე-3 ნაბიჯი: *სტრატეგიის არჩევა (გაგრძელება)*

* ხელშემწყობი და შემაფერხებელი ძალების განსაზღვრა (გაგრძელება)

ძალების განლაგების ანალიზი



მე-3 ნაბიჯი: *სტრატეგიის არჩევა (გაგრძელება)*

- *პრიორიტეტის მიხედვით ძალების განლაგება.*

თქვენმა არჩეულმა სტრატეგიამ უშუალოდ უნდა იმოქმედოს ძალებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ თქვენს პრობლემაზე. სტრატეგიამ უნდა გააძლიეროს ხელშემწყობი და შეასუსტოს შემაფერხებელი ძალები.

შესაძლებელი სტრატეგიის განსაზღვრის დაწყებამდე გადაავთალიერეთ წინა გვერდზე ჩამოთვლილი ძალები და აღნიშნეთ (ხაზი გაუსვით) ისინი, რომლებიც ამჟამად ყველაზე მნიშვნელოვნად გესახებათ. შემდეგ გამოყავით ის ძალები, რომლებზეც, თქვენი აზრით, შეგიძლიათ მოახდინოთ გავლენა (პრობლემის არსიდან გამომდინარე, საქმე გექნებათ განსაკუთრებით მნიშვნელოვან მხოლოდ ერთ, ორ ან სამ ხელშემწყობ და ორ-სამ შემაფერხებელ ძალასთან).

* შემაფერხებელი ძალების შესუსტებისა და ხელშემწყობი ძალების გაძლიერების სტრატეგია

ყოველი აღნიშნული ძალისთვის ჩამოთვალეთ რამდენიმე შესაძლებელი სტრატეგია, რომელიც შეგიძლიათ ჩამოაყალიბოთ და შეასრულოთ, და რომელიც, თავის მხრივ, შეამცირებს შემაფერხებელ ძალებს ან გააძლიერებს ხელშემწყობი ძალების გავლენას.

შეეცადეთ, შეარჩიოთ რაც შეიძლება მეტი სტრატეგია, ამჟამად მათ ეფექტიანობას ნაკლები ყურადღება მიაქციეთ. **ნუ შეიზღუდებით ერთი ან ორი სტრატეგიით**, რადგან მოგვიანებით საშუალება გექნებათ აირჩიოთ მათ შორის ყველაზე უფრო მისაღები.

მე-3 ნაბიჯი: *სტრატეგიის არჩევა (გაგრძელება)*

* *ძალების შესუსტებისა და გაძლიერების სტრატეგიები (გაგრძელება)*

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

_____ _____

_____ _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

_____ _____

_____ _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

_____ _____

_____ _____

ძალა _____ შესაძლებელი სტრატეგიები _____

_____ _____

_____ _____

მე-3 ნაბიჯი: <u>სტრატეგიის არჩევა</u> *(გაგრძელება)*

* <u>სტრატეგიის განხორციელების შეფასება</u>

წინა ფურცელზე ჩამოთვალეთ სხვადასხვა შესაძლებელი სტრატეგია, რომლებსაც შეუძლიათ შეცვალონ პრობლემის მდგომარეობაზე მოქმედი ძირითადი ძალები. უფრო შესაფერისი სტრატეგიის შესარჩევად მხედველობაში უნდა მიიღოთ მრავალი ფაქტორი, რომელთაგან ზოგიერთი ჩამოთვლილია ქვემოთ:

- პასუხის მიზანდასახულობა;
- თავსდება თუ არა დადგენილი წესების ჩარჩოებში;
- ეტევა თუ არა დროის დასაშვებ მონაკვეთში;
- ამართლებს თუ არა კაპიტალდაბანდებას;
- თავსდება თუ არა ხარჯის დასაშვებ ზღვრებში;
- აქვს თუ არა პოლიტიკური მხარდაჭერა ;
- განხორციელებულია თუ არა ადმინისტრაციულად;
- აკმაყოფილებს თუ არა მომსახურების მოთხოვნებს;
- უზრუნველყოფილია თუ არა სპეციალისტებით;
- პასუხობს თუ არა ეკოლოგიურ მოთხოვნებს;
- სარწმუნოა თუ არა;
- სოციალურად მისაღებია თუ არა;
- თქვენი უნარი უშუალოდ იმოქმედებს შედეგზე (თავსდება თუ არა სტრატეგია თქვენს უფლება – მოვალეობათა ჩარჩოებში?);
- ეხლა გადახედეთ, შერჩეულ სტრატეგიებს და ხაზი გაუსვით იმათ, რომლებიც პასუხობენ ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს. თქვენი შერჩეული გამოსაყენებლად ვარგისი სტრატეგიები ჩამოწერეთ შემდეგ ფურცელზე;
- შემდეგ შეამოწმეთ არჩეული სტრატეგიის რეალურობა.

მე-3 ნაბიჯი. *სტრატეგიის არჩევა* (გაგრძელება)

დ. *სტრატეგიის განხორციელების შეფასება*

ჩამოთვალეთ უფრო მისაღები სტრატეგიები (შესრულების რეალურობის შემოწმების შემდეგ)

1.

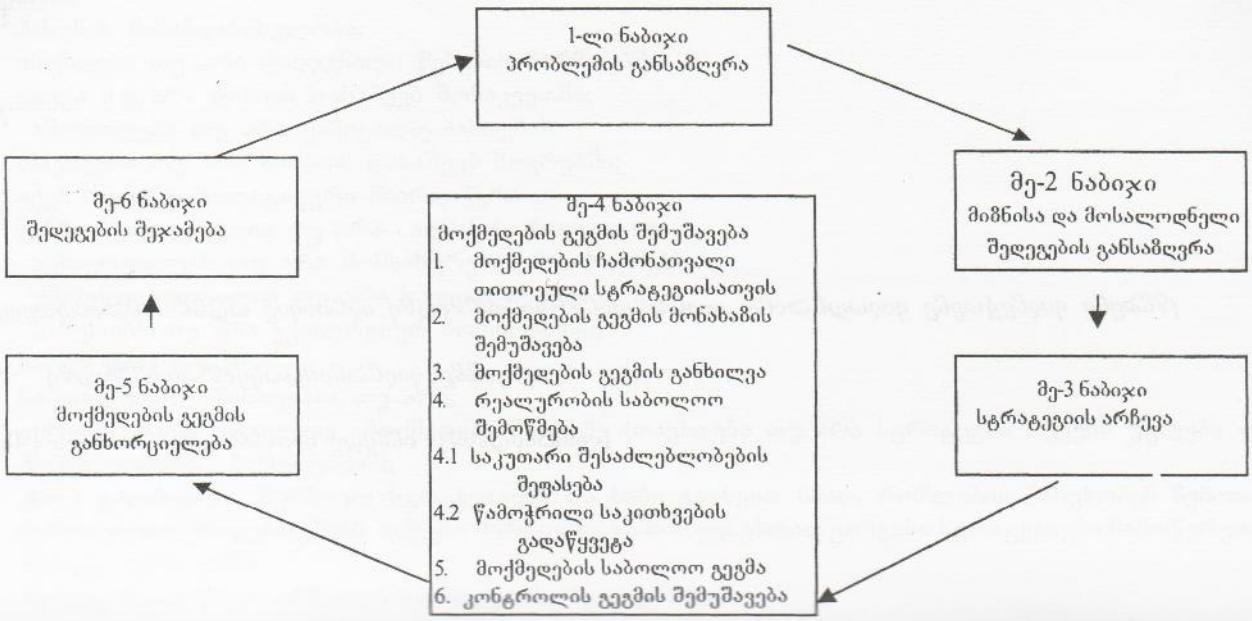
2.

3.

4.

5.

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-4 ნაბიჯი: *<u>მოქმედების გეგმის შემუშავება.</u>*

როგორც გემოთ აღვნიშნეთ, მენეჯერის წიგნში უნდა შედიოდეს პრობლემის და ანალიზისა სტრატეგიები, რომელთა სწორად არჩევა განაპირობებს ამ პრობლემის გადაწყვეტას. სტრატეგიის ეფექტურად გამოყენებისათვის მენეჯერს ესაჭიროება მოქმედების კონკრეტული გეგმა, რომელიც შედგება თანამიმდევრული ლოგიკური ნაბიჯებისაგან, აუცილებელი რესურსებისა და ამოცანის განხორციელების საბოლოო ვადისაგან.

<u>თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელი მოქმედება და რესურსები</u>

მეორე გვერდზე ჩამოთვალეთ ყველა მოქმედება, რომლებიც შეიძლება გამოიყენოთ თითოეული არჩეული სტრატეგიის განხორციელების დროს. აღნიშნეთ აგრეთვე ყველა შესაბამისი რესურსი (ადამიანური, მატერიალური ან ინფორმაციული), რომლებიც საჭიროა მათი განხორციელებისათვის. ამისათვის აუცილებელია თქვენი გონებრივი შესაძლებობების მობილიზაცია. ამ სტადიაში აუცილებელი არ არის მოქმედების ლოგიკური თანამიმდევრობის ჩამოთვლა, გამოიყენეთ თქვენი ფანტაზია.

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება*

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

1-ლი სტრატეგია

მოქმედება	*აუცილებელი რესურსები (ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)*

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება*

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელი მოქმედების ჩამონათვალი

მე-2 სტრატეგია

მოქმედება	*აუცილებელი რესურსები (ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)*

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება*

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

მე-3 სტრატეგია

მოქმედება	*აუცილებელი რესურსები (ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)*

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება*

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედეათა ჩამონათვალი

მე-4 სტრატეგია

მოქმედება	*აუცილებელი რესურსები (ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)*

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება*

თითოეული სტრატეგიისათვის აუცილებელ მოქმედებათა ჩამონათვალი

მე-5 სტრატეგია

მოქმედება *აუცილებელი რესურსები*
ადამიანური, მატერიალური, ინფორმაციული)

მე-4 ნაბიჯი. *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

მოქმედების განხილვა

ახლა გადაათვალიერეთ ადრე არჩეული მოქმედებისა და რესურსების ჩამონათვალი და მოიფიქროთ, როგორ ესადაგება თითოეული მათგანი საერთო მოქმედების გეგმას. **გადაშალეთ ის მოქმედებები, რომლებიც თქვენი გეგმისთვის გამოუსადეგრად მიგაჩნიათ. შეეცადეთ დაუმატოთ ნებისმიერი ახალი მოქმედება, რომელიც შეიძლება გამოგადგეთ. მიუთითეთ აგრეთვე იმ რესურსებზე, რომლებიც საჭიროა თითოეული მოქმედებისთვის.**

მოქმედების გეგმის მონახაზის შემუშავება

მოქმედების გეგმის შემუშავების მომდევნო ნაბიჯებია:

(1) ყველა მოქმედების დალაგება ლოგიკური თანმიმდევრობით;
(2) თითოეული მოქმედების საბოლოო ვადის განსაზღვრა;
(3) მოქმედების გატარებაზე პასუხისმგებელი თითოეული პირის ვალდებულებების განსაზღვრა, აგრეთვე;
(4) მოქმედების ადგილის დადგენა;
(5) ამჟამად მისაწვდომი და აუცილებელი რესურსების დადგენა.;

მომდევნო გვერდები გამოიყენეთ მოქმედების გეგმის მონახაზისათვის. შეიძლება თითოეული არჩეული სტრატეგიის ან გადაწყვეტილებისათვის მოგიხდეთ მოქმედების ცალკე გეგმის შემუშავება. შეგიძლიათ აგრეთვე ყველა მოქმედება შეიტანოთ მოქმედების ერთან გეგმაში ქრონოლოგიის მიხედვით.

მოქმედების გეგმა (მოხსახაზი)

გ.ს.შ.
დასახელება
ორგანიზაცია

კურსის

თარიღი

საქმიანობა	რესურსები		პასუხისმგებელი შესრულებაზე	შესრულების ვადა	მოქმედების პერიოდი	
	ადამიანი	ხელმისაწვდომი	აუცილებელი			დასაწყისი	დასასრული

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

გ. მოქმედების გეგმის მიმოხილვა

ცხოვრებაში მოქმედების გეგმის გატარებამდე, მიზანშეწონილია მენეჯერმა მის მიერ შემუშავებული გეგმა განსახილველად და შესაფასებლად წარუდგინოს თანამშრომლებს ან სპეციალისტებს. როგორც წესი, პირს, რომელიც არ განიცდის უშუალოდ პრობლემური სიტუაციის ზეგავლენას, შეუძლია უფრო ობიექტურად შეაფასოს შეცდომები და გეგმის სუსტი მხარეები, ვიდრე იმ პირს, რომელიც დგას პრობლემის წინაშე.
ამრიგად, მოქმედების გეგმა საბოლოო დამუშავებამდე მიზანშეწონილია განიხილოთ ერთ ან რამდენიმე თანამშრომელთან, იმსჯელოთ მისი განხორციელების შესაძლებლობასა და სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე.

მოქმედების გეგმის თანამშრომლებთან ერთად განხილვის შემდეგ წარმოშობილი შენიშვნები

მე-4 ნაბიჯი. *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

მოქმედების გეგმის განხილვა (გაგრძელება)

მოქმედების გეგმის თანამშრომლებთან ერთად განხილვის შემდეგ წარმოშობილი შენიშვნები

გეგმის რეალურობის საბოლოო შემოწმება

ამ ეტაპზე უნდა განსაზღვროთ მოქმედების გეგმის ცხოვრებაში გატარებისა და საკუთარი შესაძლებლობები. ეს გეგმის რეალურობის საბოლოო შემოწმებაა, რომლის დროსაც მხედველობაში უნდა მიიღოთ შემდეგი ფაქტორები:

(1) თქვენი, როგორც მენეჯერის შესაძლებლობები;
(2) ახალი პრობლემები, რომლებმაც შეიძლება თავი იჩინოს ცვალებადობის პროცესში, შესაძლებელია თუ არა თქვენი გეგმის მეშვეობით ამ პრობლემების გაკონტროლება.

ა) *საკუთარი შესაძლებლობების შეფასება*

მუშაობის სხვადასხვა სფეროში თქვენი შესაძლებლობის დონემ, შეიძლება პოტენციური ზეგავლენა მოახდინოს მოქმედების გეგმის განხორციელების წარმატებასა ან წარუმატებლობაზე. ამ ეტაპზე შეგიძლიათ შეაფასოთ საკუთარი უნარი. შემდეგ, მომდევნო გვერდებზე შეაფასეთ თქვენი ძლიერი და სუსტი მხარეები, აგრეთვე მათი პოტენციური ზეგავლენა მოქმედების გეგმის წარმატებით (წარუმატებლად) განხორციელებაზე.

ძლიერი მხარეები

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

ა) *საკუთარი შესაძლებლობების შეფასება* (გაგრძელება)

სუსტი მხარეები

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

ა) *საკუთარი შესაძლებლობის შეფასება* (გაგრძელება)

თქვენი უნარის პოტენციური ზეგავლენა მოქმედების გეგმის განხორციელებაზე.

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

ბ) *ცვალებადობის პროცესში წამოჭრილი საკითხების გადაწყვეტა*

აიღეთ რამდენიმე ნარკვევი (სტატია), რომლებშიაც აღწერილია ცვალებადობის პროცესი და განხილულია ამ პროცესში წამოჭრილი საკითხები. ამ გვერდზე განიხილეთ ცვალებადობის პროცესში წამოჭრილი ის საკითხები, რომლებმაც შეიძლება გავლენა მოახდინონ თქვენი მოქმედების გეგმაზე. განიხილეთ სხვადასხვა შესაძლო სიტუაცია და თქვენი საქმიანობა მათ სამართავად.

მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

მოქმედების საბოლოო გეგმა

უკვე საკმარისად დააგროვეთ მოქმედების გეგმის საბოლოო შემოწმებისათვის აუცილებელი მონაცემები, სახელდობრ: თანამშრომლების მოსაზრებები, მოქმედების გეგმაზე მოქმედი ძლიერი და სუსტი მხარეები, აგრეთვე ინფორმაცია ზოგიერთ საკითხზე, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას ცვალებადობის პროცესში. ამ მონაცემების შესაბამისად შესწორებები შეიტანეთ მოქმედების გეგმის მონახაზში და მომდევნო გვერდზე შეადგინეთ ამ გეგმის საბოლოო ვარიანტი.

მოქმედების გეგმა

უსჭ.
დასახელება
ორგანიზაცია

კურსის
თარიღი

რესურსები			შესრულების ვადა	მოქმედების პერიოდი		შენიშვნები
ამოცანა	ადგილი	პასუხისმგებელი შესრულებაზე				
	ხელმისაწვდომი	აუცილებელი		დაწყება	დასრულება	

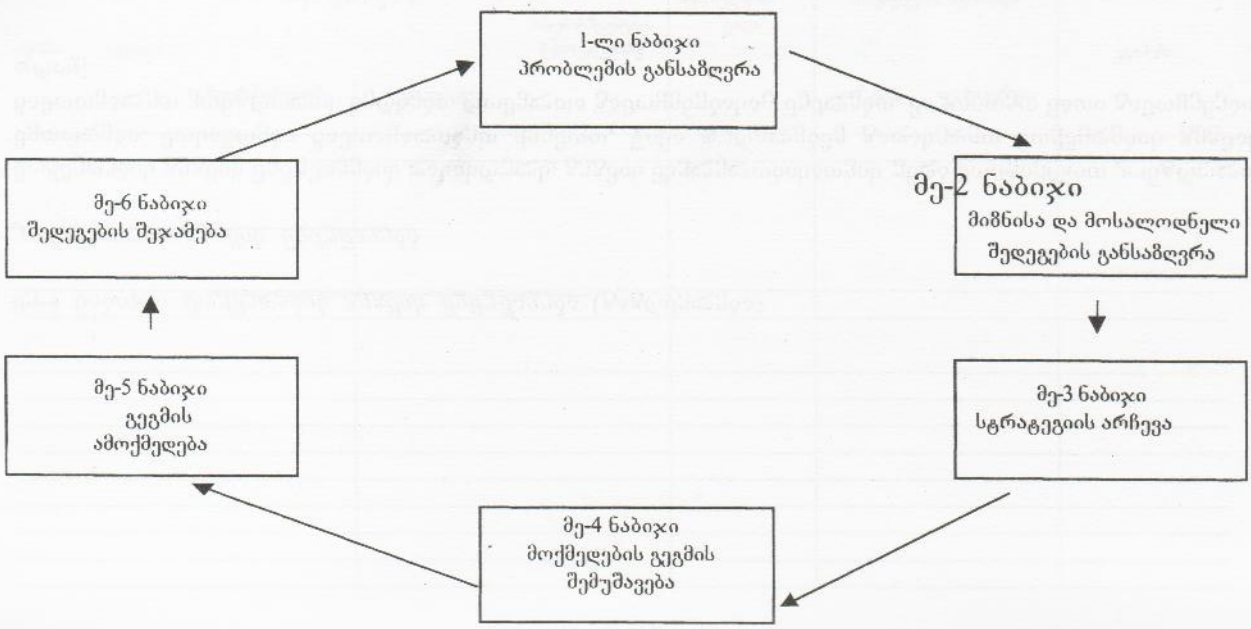
მე-4 ნაბიჯი: *მოქმედების გეგმის შემუშავება* (გაგრძელება)

კონტროლის გეგმის შემუშავება

მოქმედების გეგმის შემუშავების დასასრულს, გეგმის მსვლელობისათვის უნდა მოიფიქროთ კონტროლის მეთოდები. მოსაზრება ჩამოაყალიბეთ ქვემოთ, წინა ფურცლებზე გადახედეთ მოქმედების გეგმას, ჩამოთვალეთ კონტროლის ხერხები, რომელთა გამოყენებასაც შეძლებთ, მიუთითეთ მათი გამოყენების დროც.

კონტროლის ხერხები — გამოყენების დრო

პრობლემების გადაწყვეტის სტრატეგია



მე-5 ნაბიჯი: *გეგმის ამოქმედება*

დაგვრჩა პრობლემის მოგვარების პროცესის ორი ნაბიჯი, სახელდობრ: გეგმის ამოქმედება და შეფასება. გამოცდილი მენეჯერი პრობლემის გადაწყვეტის პროცესის ნორმალურად მსვლელობისთვის მუდმივად აკონტროლებს და მართავს პროცესს, რათა მნიშვნელოვნად არ დასცილდეს დასახულ გეგს. მენეჯერი უნდა შეეცადოს, რომ იგი წარმართოს დასახულ კალაპოტში ან კორექტივები შეიტანოს გეგმაში.

კონტროლი და მართვა უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ინფორმაციით, რათა წამოჭრილი პრობლემები განისაზღვროს და გადაიჭრას. ამ მიმართულებით პრობლემის გადაწყვეტის პროცესი უწყვეტი და ციკლურია. ასე რომ მენეჯერი შეფასების, ანალიზისა და პრობლემების გადაჭრის უწყვეტი ციკლის მონაწილე ხდება.

მე-6 ნაბიჯი: *შედეგების შეჯამება*

გეგმის ამოქმედების ბოლო სტადიაში გაკეთებულმა საბოლოო შეფასებამ უნდა უზრუნველგყოთ ინფორმაციით, რომელიც საჭიროა დასახული მიზნების მიღწევის განსაზღვრისა და წინასწარი შედეგების შეფასებისათვის. ასეთი განსაზღვრა შესაძლებელს გახდის გეგმის წარმატებული და პრობლემატური მხარეების გამომჟღავნებას. პრობლემებისადმი ამგვარი მიდგომა მიგიყვანთ პრობლემების გადაჭრის უწყვეტი და ციკლური პროცესის პირველ ნაბიჯამდე.

Рамаз Урушадзе
Общественное здравоохранение
(анотация)

Книга посвящена вопросам развития и становления общественного здравоохранения в Грузии. . В книге освящены основные моменты реформы, проведенные в медицинской службе Грузии, анализируются предпосылки реформы и ее основные направления. Проводятся параллели с подобными реформами в других странах. Приводятся практические советы не только организационного, но и чисто медицинского, клинического, эпидемиологического и статистического плана для работы в первичных звеньях общественного и общего здравоохранения. Работа состоит из 24 глав.

Первая глава знакомит читателя с историей грузинской медицины до 20-го века.

Во второй главе приводятся предпосылки медицинской реформы в Грузии.

Третья глава посвящена концепции реориентации системы здравоохранения.

В четвертой главе приведена краткая история становления систем общественного здравоохранения в странах восточной и центральной Европы, а также основные даты развития общественного здравоохранения в США.

Пятая глава освещает вопросы связанные совершенствованию системы науки и образования в медицине.

Шестая глава повествует о вопросах децентрализации руководящей функции и значении делегирования ответственности конкретных организации низших звеньев.

В седьмой главе читатель ознакомится с методами администрирования и экономики здравоохранения на

современном этапе развития.

В девятой главе приводятся основные функции общественного здравоохранения, а также суть, виды и методы эпидемиологического исследования в общественном здравоохранении.

В десятой и одиннадцатой главах раскрываются цель задачи, роль и функции общественного здравоохранения

В двенадцатой главе читатель ознакомится со структурой и функциями информационной службы общественного здравоохранения.

В тринадцатой и четырнадцатой главах дается краткая описание государственных центральных и краевых и муниципальных программ по здравоохранению.

Пятнадцатая глава посвящена стратегическим вопросам первичного здравоохранения.

В шестнадцатой главе анализируются механизмы финансирования медицинских учреждении.

Глава семнадцатая знакомит читателя с основными положениями стандартизации в медицине.

В восемнадцатой главе даются основные положения системы обеспечения качества обслуживания в здравоохранении.

Девятнадцатая глава всецело посвящена медицинскому страхованию.

В двадцатой главе дана перспектива развития общественного здравоохранения в Грузии.

Двадцать первая глава знакомит читателя с государственной политикой здравоохранения в 21-ом веке.

В двадцать третьей главе приведены практические рекомендации связанные с госпитальным инфекционным контролем.

В восьмой и двадцать второй главах даются разьяснения терминов употребляемых в работе.

Двадцать четвертая глава - приложение, где кроме упражении для решения стратегического процесса менеджмента в общественном здравоохранении, даются множество схем с целью разьяснения рабочего процесса в медицинской организации.

Ramaz Urushadze
Public Health

(The description)

The book is devoted to questions of organization and development of public health in Georgia. Basic aspects of the Gorgia Health Reform, together with it's preconditions and major directions are analyzed. The parallel review of similar reforms in other countries are carried out. Practical advice not only on organizational, but also on medical, clinical, epidemical and statistical aspects of primary health care and piblic health are submitted.

The work consists of 24 chapters.

The first chapter is an acquaintance with the history of the Georgian medicine till XX centuries.

Preconditions of medical reform in Georgia are presented in the second chapter.

The third chapter is devoted to the concepts of reorganization of public health system in Georgia.

Brief history of organization of public health systems in countries of East and Central Europe, also basic trends of USA public health development are presented in the fourth chapter.

The trends in development of medical science and education are highlighted in the fifth chapter.

The sixth chapter unites the issues of decentralization, underlining the major importance of transfer of responsibilities to lower levels.

The current system of public health financing and economy, togther with the methods of administration are presentet in the seventh's chapter.

The basic functions of public health, also the essence, types and meth-

ods of epidemiological research are presented in the ninths chapter.

The specific aims of public haealth, it's major tasks and functions are reviewd in the elevenths and the tvelves chapters.

In the twelfth chapter the reader get equointed with the structure and functions of Medical Information services.

Brief description of the state (central and regional) and municipal programs on public health is given in the thirteenth and fourteenth chapters.

The fifteenth chapter is devoted to strategic questions of Primary health care.

The mechanisms of financing of medical entities are analyzed in the sixteenth chapter.

The chapter seventeenth highlights the basic thrends in process of standartization.

The basics of Public Health Quality Assurance are given in the eighteenths chapter.

The nineteenths chapter is entirely devoted to Medical Insurance.

The twentieth chapter highlits the prospect of development of public health in Georgia.

The twenty first chapter ecquoints the reader with the state politics of public health in 21 century.

Practical recommendations connected with hospital infectious control are given the twenty third chapter.

The definitions and clarification of terms used in manual are given in the eighth and twenty second chapters.

The twenty fourth chapter inites appendixes, with the exercises on public health management and strategic planning, together with the set of the schemes for refining working process in medical organization.

ლიტერატურა

ა. ასათიანი. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია. სახელმძღვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის. თბილისი, "განათლება", 1973, 1-397.

კ. გეგელაშვილი. დისპანსერიზაცია. თბილისი. 'განათლება", 1984, 1-262.

კ. გეგელაშვილი. თანამედროვე მედიცინა: სოციალურ-ჰიგიენური, საზოგადოებრივ-ეთიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. თბილისი, საბჭოთა საქართველო", 1986, 1-268.

დ. გველესიანი, ლ. გიორგობიანი. ხელმძღვანელობის ხელოვნება. ლექციების კონსპექტი. თბილისის მენეჯერთა სკოლა. თბილისი, 1991, 1-212.

ლ. გველესიანი, ლ. გიორგობიანი, ნ. ნადირაშვილი. ბიჰევიორისტიკა. ლექციების კონსპექტი ESM-თბილისის სტუდენტებისათვის. ნაწილი I. ESM-თბილისი. თბილისი, 1992, 1-99.

ო. გერმმავა. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია (დამხმარე სახელმძღვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის). თბილისი. "განათლება", 1990, 1-500.

ნ. ელშტენი. დიალოგი მედიცინაზე. თბილისი, "მეცნიერება", 1976, 1-214.

ნ. ვეფხვაძე "ჰიგიენა". ლექციების კურსი. ნაწილი I და II. თბილისი. 1998.

ვ. კაციტაძე "ზოგადი ჰიგიენა". თბილისი, 1984.

თ. კერესელიძე, დ. ჩიკვილაძე. *საავადმყოფოსშიგა ინფექციის პროფილაქტიკა და კონტროლი (პრაქტიკული სახელმძღვანელო).* თბილისი 1998წ. 34 გვ.

გ. კიკნაძე, პ. იმნაძე. *საავადმყოფოსშიგა ზოგიერთი ინფექციის კონტროლი (მეთოდური სახელმძღვანელო)* თბილისი 1999წ. 92 გვ.

ნ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი პირველი. ორგანიზაცია. ლექციების კურსი ESM-თბილისის

სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-267.
ნ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მეორე. მართვა ორგანიზაციაში. ლექციების კურსი ESM-თბილისის სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290.
ნ. მარკოზაშვილი. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მესამე. მმართველობითი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი. ლექციების კურსი შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. ESM-თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290.
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დღევანდელი და ხვალინდელი დღე. კონფერენციის მასალები 5-6 აგვისტო 1996წ. თბილისი.
საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი. ბიულეტენი 1997წ. თბილისი.
საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება *"ქალთა გინეკოლოგიური დახმარების გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ"* № 136/ო 16/06/2000წ.
სოციალურ-ეკონომიკურ გარდაქმნათა სტრატეგია და ტაქტიკა გარდამავალ პერიოდში (საერთაშორისო სამედიცინო სიმპოზიუმის მასალები). თბილისი, 13-14 ნოემბერი 1997წ.
ვ. ცაბაძე. სოციალური ჰიგიენა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია. სახელმძვანელო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტებისათვის. თბილისი, "განათლება", 1982, 1-397.
ქრონიკულ დაავადებათა ეპიდემიოლოგია და პროფილაქტიკა. შამეცნიერო პრაქტიკული კლნფერენციის მასალები. თბილისი, 22 დეკემბერი 1998წ.
რ. ხარაბაძე. ადამიანი და რადიაცია. თბილისი "საბჭოთა საქართველო" 1988.
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა. დაგეგმვის სახელმძღვანელო. ჩარლზ ნორმანდი, აქსელ ვებერი, ჯანმო, 1994წ.
ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმები ევროპაში. თანამედროვე სტრატეგიების ანალიზი. ჯანმო ევროპის რეგიონული ბიურო, კოპენჰაგენი, 1996წ.
ჯანმრთელი უბნისაკენ. პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე დაფუძნებული უბნის ჯანმრთელობის დაცვიტს სისტემების ორგანიზება და მართვა. . ტარიმო, ჯანმო, ქენევა, 1991წ. სამედიცინო საზოგადოება "ქველმოქმედი"
Аканов А.А., Кульжанов М.К., Усатаев М.М. Реформы здравоохранения стран Центральной Азии. Алматы, 1996.

Аканов А.А. Реформы здравоохранения стран Азии с переходной экономикой. Алматы, 1996.
Акулов К.Н, Буштуева К.А. «Коммунальная гигиена». Москва, «Медицина», 1986.
Алексеев С.В., Усенко В.Р. «Гигиена труда». Москва, «Медицина», 1988.
Тайц Б. М. , Зуева Л. П, Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Санкт-Петербург. 1998 г. с 273.
Аханова В.М., Романова Е.В., «Гигиена питания». Ростов-на-Дону, изд. «Феникс», 2000.
Быкова Ж.Е., Федорова Э.Г., Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможность использования в практике здравоохранения. В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Изд-во «Медицина» 1996. №1, 40-46.
Гришина В.В., Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. Москва, 1995, 1-60.
Громашевский Л.В., Теоретические вопросы эпидемиологии. Киев, 1987.
Громашевский Л.В., Эпидемиология, как предмет преподавания в медицинских вузах. Киев, 1987.
Дегтярев А.А., Основы эпидемиологического анализа. Москва, 1982.
Джеимс О., Раис А., Смешанная экономика в здравоохранении: Проблемы и перспективы. Программа «ЗдравРеформ» финансируется агентством США по международному развитию. Москва, 1996, 1-269.
Здравоохранение в Республике Беларусь. Минск, БелЦНМИ, 1998.
Кардашенко В.Н. , «Гигиена детей и подростков». Москва, «Медицина», 1980.
Мак Ман Пью Т., Применение эпидемиологических методов при изучении неинфекционных заболеваний. Москва, 1987.
Маршак М.С., «Диетическое питание». Москва, «Медицина». 1967.
Основы инфекционного контроля. Практическое руководство. Под ред. Е. А. Бурганской 1997
Отчет о мировом развитии 1993 г. Инвестиции в здравоохранении (Всемирный Банк). Вашингтон. 1994. 1-240.
Покровский В.А., «Гигиена». Москва, «Медицина», 1979.
Покровский В.Н., Лобан К.М., Руководство по инфекционным болезням. Москва, 1990.
Реформа оплаты медицинской помощи: фактор повышения

эффективности здравоохранения. Москва, Изд-во Минздрава России, 1-259.
Румянцев Г.Н., Вишневская Е.П., Козлов Г.А., «Общая гигиена». Москва, «Медицина», 1985.
Румянцев Г.Н., «Гигиена», Москва, Геотар Медицина, 2000.
Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г., «Гигиена детей и подростков», Москва, «Медицина», 1986.
Случанко И.С., Церковный Т.Ф., Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. Москва, 1983.
Соринсон С.И., Вирусные гепатиты. Москва, 1987.
Тогунов И.А., Медицинские усилия и методология экспертизы. Журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины, №4, Москва, 1996.
Токаревич К.Н., Важнейшие инфекции, общие для животных и человека. Ленинград, 1979.
Тьюки Дж., Анализ результатов наблюдений. Москва, «Мир», 1981.
Широков В.П., Синдром приобретенного иммунодефицита. Киев, 1988.
Шейман И.М., Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва, 1998.
A Textbook of Family Medicine IANR. Mc WHINNEY New York, Oxford, 1989.
Bakker D, de (1989), The district concept for primary health care planing.
Benenson A.S., Control of communicable diseases in man. Washington, American public health association. 1990.
Blanpain, J., Delesie, L., Nys, H. (1978), National health insurance and health resources.
Brown SM, Alonso-Echanove J, Kurtsikashvili G, Ghadua M, Ahmeteli L, Bochoidze T, et al. Serial point-prevalence studies (PPSs) of surgical infections (SSIs) in Republic of Georgia. Abstract 0191, 11th Annual Society for Healthcare Epidemiology of America Conference, April 2001.
Centers for disease control. Case definitions for public health surveilanse. MMWR. 1990.
Delnoij, D.M.J. (1994), Physician payment systems and cost control.
Evans, R.G. (1981), Incomplete vertical integration
Feachem, R. (1994), Health decline in Eastern Europe.
Field, M.G. (1967), Soviet socialized medicine.
Forster, D. and Jozan, P. (1990), Health in Eastern Europe.
Groenewegen, P.P. and Calnan, M. (1995), Changes in control of health

care systems in europe.
Guidelines for Perinatal Care., Chapter 10. Infection Control
Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region, World Health Organization. Regional Office for Europe Copenhagen 1999.
Hurst, J.W. (1991), Reforming health care in seven nations.
Hurst, J.W. (1992), The reform of health care.
Kemenade, Y.W. van (1993), Health care in europe.
Kesley Y.L., Tompson W.O., Evans A.S. Methods in observational epidemiology. New York, Oxford U. Press. 1986.
Kimberly, J.R. (1993), The migration of administration in West Europe.
Klein, R. (1995) Priorities and rationing.
Light, D.W. (1985), Values and structure in German health care sistem.
McKee, M., (1991), Health services in Central and Eastern Europe.
McKee, M., Bobak, M. (1994) Health sector reform in the Czech Republic, Hungary and Romania.
Poullier, J. – P. (1988), The cathedrals of the twenty-first century.
Robert J. Taylor, MHA, FACHE, Susan B. Taylor, The AUPHA MANUAL OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, 1994.
Roemer, M.I. (1991), National health systems oh the world.
Rowland, D. and Telyukov, A.V. (1991), Soviet health care from two perspectives.
Ryan, M. (1978), The organization of Soviet medikal care.
Saltman R., and Otter, C. von (1992), Planned marcets and public competition.
Schoukens, P. (1994) The development of health care sistems in eight countries of Central and Eastern Europe.
Sheiman, I. (1994), Forming the sistem of helth insurance in Russian Federation.
Swaan, A. de (1988). In care of state.
Vienonen, M. A., (1993), Health care reforms on the European scene.
World Bank (1993), World development report 1993.
World Development Report 1993 Investing in Health, Published for the World Bank, Oxford University Press.
Zee, J. van der (1988), Primary health care in Europe.

რამაზ ურუშაძე
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

Ramaz Urushadze
Public Health

Рамаз Урушадзе
Общественное здравоохранение

რედაქტორი
დავით გეგეშიძე

კორექტორი
მანონ ღუდუშაური

კომპიუტერული უზრუნველყოფა
ვალენტინა ივნოჩკინა
ინგა ჩორგოლიანი

კომპიუტერული გრაფიკა და დიზაინი
აკაკი გამყრელიძე
ნანა ნიკოლაიშვილი