



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

საქართველოს რეგიონებში საინფორმაციო,
 სამეცნიერო ბარემოს კვლევა და ჯანდაცვის
 და რეკრეაციის ობიექტების მენეჯმენტი

(სამეცნიერო-თეორიული და საცნობარო ნაშრომი)
 წიგნი 7

თბილისი 2010

799456
3
საქართველოს
სამართლებრივი
სისტემა

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

სამართლებრივ რეგონებში საინვესტიციო,
სამეწარმეო ბარემოს კვლევა და ჯანდაცვის
და რეკრეაციის ობიექტების მენეჯმენტი

(სამეცნიერო-თეორიული და საცნობარო ნაშრომი)

წიგნი 7

თბილისი 2010



საქართველოს
სამართლებრივი
სისტემა

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

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

551:582/11



ს ა რ ჩ ე ვ ი

წინათქმა	-----	4
თავი I. სამედიცინო მომსახურების მოდელი	-----	7
თავი II. სამედიცინო მომსახურება სხვადასხვა დონეზე		26
თავი III. ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობა და მართვა	-----	53
თავი IV. რეგიონული მართვა, ინსტიტუციური მოწყობა და ადამიანური რესურსების მართვა	-----	98
4.1. მუნიციპალური განვითარება და ინფრასტრუქტურა		103
4.2. ინფრასტრუქტურის სექტორის ზოგადი მიმოხილვა		108
4.3. საქართველოში ინოვაციების სფეროში არსებული სიტუაციის და გამოწვევების მიმოხილვა - პრობლემის დასაბუთება	-----	124
4.4. კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურა, სამეცნიერო- ტექნიკური პოტენციალი და ტენდენციები	-----	144
ლიტერატურა	-----	153

წინათქმა

წინამდებარე ნაშრომში განხილულია სახელმწიფო სამეცნიერო საგრანტე პროექტის „ჯანდაცვის, გამაჯანსაღებელ-პროფილაქტიკური და რეკრეაციული ობიექტების, მენეჯმენტის, მარკეტინგული მიმზიდველობისა და ეკონომიკური მექანიზმის დამუშავება“, მესუთე ეტაპის (V კვარტალი) სამეცნიერო-კვლევითი და საინფორმაციო-ანალიტიკური მასალები, რომელშიც ასახულია შემდეგი ამოცანები: „ქვეყნის რეგიონების მიხედვით საინვესტიციო და სამეწარმეო გარემოს კვლევა და ანალიზი“ და რეგიონულ ჭრილში გამოსაკვლევი ობიექტების მენეჯმენტის მდგომარეობის ანალიზი“.

საგრანტო პროექტის ფარგლებში ფონდთან შეთანხმებული გეგმის დასახული ღონისძიებების გატარების შესაბამისად მეცნიერთა ჯგუფის მიერ მომზადდა სამეცნიერო მეთოდური და საინფორმაციო მასალებით ჯანდაცვის სისტემისა და ობიექტების ორგანიზაციული მოწყობა სამედიცინო მომსახურების ბაზარი (მომსახურების მოდელი და სხვადასხვა დონეზე სამედიცინო მომსახურება) ჯანდაცვის სისტემის ობიექტების საქმიანობის დამოკიდებულების ფაქტორი დაფინანსებაზე, რეგიონული განვითარება, მუნიციპალური განვითარება და ინფრასტრუქტურა, საინოვაციო, საინვესტიციო და სამეწარმეო გარემოს კვლევა, ობიექტების საქმიანობის მენეჯმენტი და ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასება.

ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის გაუმჯობესების ძირითად საფუძველს, ამიტომაც საქართველოს მთავრობა ყველაფერს ცდილობს მის გაუმჯობესებასა და საქმიანობის უკეთესად ორგანიზებას, მართალია გაიზარდა საბიუჯეტო დაფინანსება სახელმწიფო ჯანდაცვისა და სოციალურ პროგრამებზე, იზრდება და შემოდის მნიშვნელოვანი ინვესტიციები, მაინც

მიუხედავად ამისა ადამიანებს, რომლებსაც სჭირდება
დახმარება მის გარეშე რჩებიან.

ჯანდაცვის სისტემები და ასევე ჯანდაცვის
ობიექტები ძალზე განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან,
სტრუქტურით, შემადგენლობით, მენეჯმენტის სტილითა
და სამედიცინო მომსახურების მაჩვენებლებით.
მიუხედავად სისტემურ-შინაარსობრივი განსხვავებებისა
ისინი ყველა ერთნაირ მიზნებს ისახავენ, გააჩნით
მსგავსი ინტერესები იმისათვის რომ უზრუნველყონ
მოსახლეობის კარგი, საიმედო და ყველასათვის
მისაწვდომი ჯანმრთელობის დაცვა, დაუყონებლივი
რეაგირება პაციენტთა მოლოდინებზე, სამართლიანი და
ღირსეული დაფინანსება, პაციენტთა უფლებების დაცვა.

ჩვენი გამოკვლევით საქართველოს ჯანდაცვის
სისტემისათვის გამოკვეთილია რამდენიმე მნიშვნელოვანი
ამოცანა: მმართველობა უმაღლესი და ობიექტების
მენეჯმენტი, სამედიცინო მომსახურება ბაზრის
დაბალანსება - მიწოდების თავისდროული და
შესრულების ხარისხიანი უზრუნველყოფა, რესურსების
(ტექნიკა-ტექნოლოგიები, მასალები, კვალიფიციური
პერსონალი, სრული ინფორმაცია, კაპიტალი) ეფექტიანი
გამოყენება, გამარტივებული დაფინანსება. ეს ფუნქციები
და ამოცანები მისი რეალიზაცია წარმოადგენს
ჯანდაცვის სისტემის ასევე მისი ცალკეული ობიექტის
ეფექტიანი საქმიანობისათვის საფუძველსა და
სოციალური პოლიტიკის გაუმჯობესების წინაპირობას.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სამედიცინო
მომსახურებას როგორც სამედიცინო ბაზრის ძირითად
კომპონენტს ანუ იმ მომსახურებას, რომელიც
წარმოადგენს მოსახლეობის მოთხოვნილებების
დაკმაყოფილების საფუძველს მისთვის მისაღებ დროში,
ფასით, საიმედოობით, მიღწვადობის გათვალისწინებით.
ნაშორმში მოცემულია კვლევის მასალების, რომლის
მეშვეობით იკვეთება მიდგომები სამედიცინო და
ჯანდაცვითი მომსახურების ხელმსაწვდომობის მიმართ
და წარდგენილია რამდენიმე მოდელი და ამ

მომსახურებათა უკეთესად გამოყენების მიზნით რაც
თავის მხრივ ხელს შეუწყობს როგორც სახელმწიფო,
ასევე საზღვარგარეთული ქვეყნებიდან ინვესტიციების
მოზიდვას ჯანდაცვის სფეროში.

ამ დროს აუცილებლობას წარმოადგენს
ჯანდაცვითი სამედიცინო მომსახურების სისტემის
ობიექტებში საქმიანობის ორგანიზაციასა და მენეჯმენტს.
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ ობიექტებს
შორის ურთიერთთანამშრომლობის ხელშეწყობა, რითაც
უზრუნველყოფილი იქნება მომსახურების უწყვეტობა,
როგორც რეგიონულად, რაიონული ასევე პირველადი
ჯანდაცვის ობიექტის დონეზე. შემოთავაზებულია
მმართველობის ვარიანტები მოცემულია თითოეული
ვარიანტის ძლიერი და სუსტი მხარეები. მოცემულია
ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების საკითხები. ნაშრომში
განხილულია ქვეყნის რეგიონული განვითარება.

თავი I. სამედიცინო მომსახურების მოდელი

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა, მარეგულირებელი და საზედამბედველო მექანიზმების სრულყოფა, აგრეთვე კერძო დანახარჯების ლეგალიზაცია მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს მოსახლეობისათვის მაღალი ხარისხის ძირითადი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას და, შესაბამისად, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. სახელმწიფო განსაზღვრავს და დაარეგულირებს არა მარტო საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვის პრიორიტეტებს, არამედ შექმნის ისეთ პირობებს, რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზაციას სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარებით (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შემოღება). ფინანსური რესურსების სწორი გადანაწილების გზით გაიზრდება მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

2005 წელს ჯანდაცვის სექტორში დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 5-5.5 პროცენტს, ხოლო სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 30 პროცენტს არ აღემატებოდა,¹ რაც ვერ უზრუნველყოფდა სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების სრულად რეალიზაციას. ჯანდაცვის სფეროში არსებული მძიმე მდგომარეობიდან გამომდინარე, ქვეყანამ მიიღო გადაწყვეტილება 2006-2010 წლებში სექტორში განახორციელოს ინვესტირება 400,0 მლნ ლარის ოდენობით. გათვალისწინებულია ამავე პერიოდში მოხდეს სექტორში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების მაქსიმალური ლეგალიზაცია, პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით და ამბულატორიულ მომსახურებაში

სუბსიდირებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და სხვა.

წინამდებარე დოკუმენტში ჩამოყალიბებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხედვა შემდეგ ძირითად საკითხებზე:

ა) ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების სისტემური მოწყობა რაციონალური ფორმით და ჯანსაღი ეკონომიკური პრინციპების საფუძველზე;

ბ) სექტორის მასშტაბით გასატარებელი რეფორმები სამედიცინო მომსახურების ახალი მოდელის ამოქმედებისათვის;

გ) სამედიცინო დაწესებულებების მართვის გაუმჯობესების, ხარჯთეფექტურობის ამაღლების, საბაზრო პირობების ჩამოყალიბებისა და ხელშეწყობის მიზნით, პრივატიზაციის დაჩქარება რეგიონებში სადაც ჩამოყალიბებულია კონკურენტუნარიანი გარემო (თბილისი, ქუთაისი, რუსთავი და სხვა).

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის საფუძვლები

1. სამედიცინო მომსახურების წარმოდგენილი მოდელი ეფუძნება კერძო და სახელმწიფო სექტორის თანასწორუფლებიანობის პრინციპს და ორივე სექტორის ფუნქციონირებას ერთ მარეგულირებელ სივრცეში, რომლის ფორმირება და განვითარება სახელმწიფოს მოვალეობაა;

2. ჯანდაცვის ქსელში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების განმარტება და დაჯგუფება (კატეგორიზაცია) მოხდება საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით [1];

3. ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში ორგანიზდება სამ მზარდი შესაძლებლობის დონედ. პირველ, მეორე და მესამე დონეებს

შორის სათანადო კავშირებით ხდება სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა - რეფერალი.

4. პირველი დონე, ანუ პირველადი ჯანდაცვა, გახდება ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხვედრის ძირითად კარიბჭეს. მეორე და მესამე დონეებზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას პაციენტი მიიღებს მხოლოდ პჯდ ექიმისაგან რეფერალის შემთხვევაში. რეფერალის საჭიროებას განსაზღვრავს უფლებამოსილი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს: (1) სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სავალდებულო კლინიკური პროტოკოლებით; (2) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებსა ან პაციენტის დაზღვევის პოლისში აღწერილი რეგულაციებით; (3) კონკრეტული რეგულაციის არარსებობის შემთხვევაში საკუთარი პროფესიული კომპეტენციით.

5. საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებს ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, რომელიც ორიენტირებულია მოსახლეობის ჯგუფებზე და შესაბამისად გეგმავს და ატარებს ჯანდაცვით და პრევენციულ ღონისძიებებს.

6. ამა თუ იმ ტიპის სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოებული მომსახურების სახეები და მოცულობა განისაზღვრება მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასების საფუძველზე, რაც სისტემაში მოიყვანს და გააადვილებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების, ასევე სექტორის დაფინანსებისა და საინფორმაციო სისტემების მართვის პროცესებს.

7. ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები ორგანიზდება იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კერძოდ (ა) პჯდ

სამედიცინო მომსახურებაზე 15 წუთიან ინტერვალში (მგზავრობის დრო დასახლებული პუნქტიდან პუჯდობიექტამდე) (ბ) მომსახურების მეორე დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე (გადაუდებელი დახმარება) 45 წუთის ინტერვალში; ხოლო (გ) პრე-ჰოსპიტალური გადაუდებელ დახმარებაზე 30 წუთში.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახეები

8. სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახეები სისტემის თითოეულ დონეზე განისაზღვრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისად და ითვალისწინებს:

8.1. პირველ დონეზე, როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრევენციულ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ხანგრძლივი მოვლის ღონისძიებებს (მაგ. საექიმო კონსულტაცია, როგორც ამბულატორიულად, ასევე ბინაზე; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევები; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის, ტუმბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებები, ასევე იმუნოზაცია, მოსახლეობის განათლება და ა.შ). [3]

8.2. მეორე დონეზე, სპეციალისტების მიერ წარმოებულ ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მომსახურებას. მეორე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელია, როგორც ზოგადი, ასევე მრავალპროფილური საავადმყოფო. ზოგადი პროფილის საავადმყოფო უზრუნველყოფს პირველი დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებას, რაც შეესაბამება ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის ძირითად საჭიროებებს და ორგანიზდება იმ შემთხვევაში, თუ მეორე დონის (მრავალპროფილური) ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დასაშვებზე დაბალია [4]

8.2.1. ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ზოგად თერაპიული და ქირურგიული შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისთვის, სამეანო მომსახურებას დაბალი რისკის ორსულებისთვის. პირველი დონის ჰოსპიტალური მომსახურების ორგანიზება ხდება იქ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 30,000-ს და მოსალოდნელია წლიურად 5,000-ე და მეტი კონსულტაცია;

8.2.2. ჰოსპიტალური მომსახურების მეორე დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ფართო სპექტრის თერაპიული, ქირურგიული და ფსიქიატრიული (მხოლოდ ამბულატორიული) პროფილის პაციენტებისთვის, სამეანო მომსახურებას საშუალო რისკის ორსულთათვის. ამგვარი მრავალპროფილური საავადმყოფო ორგანიზდება 250,000-350,000 მოსახლეზე;

8.2.3. მეორე დონეზე ჰოსპიტალში დასაქმებული სპეციალისტები აწარმოებენ ამბულატორიულ მომსახურებას, შესაფერისად აღჭურვილ ამბულატორიულ განყოფილებებში, რაც საავადმყოფოს ნაწილია;

8.3. მესამე დონეზე, ვიწროსპეციალიზებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას (მაგ. კარდიო ქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამეანო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის). მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ერთეული ორგანიზებულია სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონული რეფერალური საავადმყოფოს სპეციალიზებულ განყოფილებაში, რომელიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არის დაკომპლექტებული და გააჩნია შესაბამისი აღჭურვილობა. ამ დონის მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობები შექმნილია ქუთაისისა (დასავლეთ საქართველოსთვის) და

თბილისის (აღმოსავლეთ საქართველოსთვის) ორ საავადმყოფოში.

9. პირველი, მეორე და მესამე დონის მომსახურების მიწოდებლების ლაბორატორიული კვლევის შესაძლებლობებით უზრუნველყოფის მიზნით ქვეყანაში ყალიბდება ეროვნული ლაბორატორიული ქსელი, რომელიც თითოეულ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდების თავისებურებების გათვალისწინებით ეწყობა ოთხ დონედ: (1) პირველ დონეზე ლაბორატორიული მომსახურება ოჯახის ექიმის მიერ ტესტ-ჩხირებით შესრულებული ანალიზებით ან საკვლევი მასალის აღებითა და რაიონულ ლაბორატორიაში ტრანსპორტირებით შემოიფარგლება; (2) მეორე დონეს წარმოადგენს პერიფერიული ანუ რაიონული ლაბორატორიები, რომლებიც ემსახურებიან, როგორც საავადმყოფოების, ასევე საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებისა და პირველადი ჯანდაცვის ქსელის საჭიროებებს. აქვე დასაშვებია, ორი დამატებითი ლაბორატორია: i) უსაფრთხო სისხლისა და აივ/შიდსის და ii) ტუბერკულოზის ლაბორატორიები. (3) რეგიონალური ანუ შუალედური ლაბორატორიები, რომლებიც ორგანიზებულია თითოეული რეგიონისთვის და ასრულებს უფრო მაღალი დონის ლაბორატორიულ კვლევებს, ვიდრე მასზე ქვემოთ მდგომი ლაბორატორიები და ამავე დროს ახორციელებს ხარისხის კონტროლს რაიონული და პირველადი ჯანდაცვის ლაბორატორიების დონეზე; (4) ცენტრალური/ეროვნული ლაბორატორიები - ანუ რეფერენს ლაბორატორიები, რომლებიც განთავსებულია დამოუკიდებლად ან სპეციალიზებულ საავადმყოფოებში (მესამეულ დონეზე), სადაც ხორციელდება კომპლექსური მაღალსპეციალიზებული ლაბორატორიული კვლევები და ყველა ქვედა დონის ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლი [5]

10. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე იქმნება შესაფერისი შესაძლებლობები გადაუდებელი დახმარების უზრუნველსაყოფად [6].

10.1. პირველი დონის მიმწოდებლებს თავიანთი პროფესიული კომპეტენციისა და არსებული რესურსის (მ.შ. მედიკამენტები) ფარგლებში მართავენ გავრცელებულ გადაუდებელ პრობლემებს, რაც, ჩვეულებრივ, მათი რუტინული პრაქტიკის ნაწილია.

10.2. მეორე დონეზე, ზოგად ან მრავალპროფილურ საავადმყოფოებთან, ორგანიზდება გადაუდებელი დახმარების ერთეულები, რომლებიც ფუნქციონირებენ სადღეღამისო რეჟიმში და აქვთ ტრავმების, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისა და ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის შეფასების შესაძლებლობები.

10.3. იქ, სადაც ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დასაშვებზე დაბალია გადაუდებელი დახმარების ერთეულები ორგანიზდება პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. ამ ტიპის გადაუდებელი დახმარების პუნქტის მიერ მიწოდებული სამედიცინო დახმარება მოიცავს მცირე ტრავმების მართვას, მდგომარეობის სტაბილიზაციასა და მეთვალყურეობას შესაფერისი შესაძლებლობების დაწესებულებაში ტრანსპორტირებამდე.

10.4. გადაუდებელი დახმარების ერთეულებს შორის კავშირს უზრუნველყოფს ცენტრალური საკომუნიკაციო ცენტრი, რომელიც განთავსდება რეგიონული საავადმყოფოს ბაზაზე.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია, მართვა და დაფინანსება

11. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელსაც უნარი

აქვს საოჯახო მედიცინის პრინციპების თანახმად ამოიცნოს და მართოს მოსახლეობის ბაზისური სამედიცინო საჭიროებების უდიდესი ნაწილი. ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან და ბებიაქალბებთან.

12. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური, გეოგრაფიული და პროფესიული ფაქტორების გათვალისწინებით და შეადგენს მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე და ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს, საშუალოდ, 2000 მოსახლეზე გაანგარიშებით. მეორე და მესამე დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები არიან სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტები და ექთნები.

13. გარდამავალ პერიოდში, მართვის გაუმჯობესების, მომსახურების უწყვეტობის ოპტიმალური რეჟიმის და მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, შჯსდ სამინისტრო განახორციელებს სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულებების რეორგანიზაციას. კერძოდ, კონკრეტული რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება ცალკეული იურიდიული პირების შერწყმა ერთ ან რამდენიმე კერძო სამართლის იურიდიულ პირად - რეკომენდებულია არამომგებიანი ორგანიზაცია. ასეთი ორგანიზაციის წესდებაში გაკეთდება სპეციალური ჩანაწერი, რომ წმინდა მოგება არ განაწილდება დივიდენდების სახით, არამედ დარჩება დაწესებულებაში და მოხმარდება მის განვითარებას, რაც უზრუნველყოფს არამომგებიანი ორგანიზაციის ფაქტიურ სტატუსს.

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გაერთიანდეს:

ა) ჰოსპიტალური და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლები;

ბ) მხოლოდ ჰოსპიტალური და მხოლოდ არაჰოსპიტალური (პჯდ, დამხმარე ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური სამსახურები და გადაუდებელი დახმარების პუნქტი) მიმწოდებლები;

მიუხედავად გაერთიანების ტიპისა, მის შიგნით ცალკეულ მიმწოდებელთა დაფინანსება განხორციელდება მეთოდით, რომელიც მაქსიმალურად წაახალისებს პჯდ მომსახურების მოხმარების გაზრდას და დონეებს შორის რეფერალის ხარჯთეფექტურობის გაუმჯობესებას.

მას შემდეგ რაც დაიხვეწება მარეგულირებელი გარემო, ჩამოყალიბდება სამედიცინო მომსახურების ძლიერი სახელმწიფო შემსყიდველი და გაჩნდება აქტიური მომხმარებელი, შესაძლებელი გახდება მიმწოდებელთა (მინიმუმ პჯდ დაწესებულებების) ორგანიზაციული, ფინანსური და ფუნქციური ავტონომიის გაზრდა და საკუთრების ფორმის შეცვლა - პრივატიზაცია [7].

14. სამედიცინო დაწესებულებათა მართვა რეკომენდებულია განხორციელდეს შჯსდ სამინისტროს წარდგინებით ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ დანიშნული აღმასრულებელი დირექტორის/მენეჯერის მეშვეობით. მენეჯერის დებულება, ფუნქცია, მოვალეობები და პასუხისმგებლობები განსაზღვრული იქნება სახელმწიფოს მიერ და შესაბამისად აისახება მასთან გაფორმებულ ხელშეკრულებაში. ასევე შესაძლებელია სამედიცინო დაწესებულებების მართვა განხორციელდეს ორეტაპიანი მართვის წესით.

დანიშნული დირექტორი, რომელიც პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებულია ორგანიზაციის (კორპორაციის) ეფექტურ მართვაზე, თავის უფლებამოსილებას განახორციელებს განახლებად კონტრაქტში მითითებული განსაზღვრული ვადით. დირექტორს ექნება გადაწყვეტილების მიღების და მართვის სრული

თავისუფლება (დაქირავება; პერსონალის გადანაწილება; დათხოვა; შესრულებაზე დამოკიდებული ანაზღაურების წესები; მომსახურების მიწოდების სახე და ფორმა; ფინანსური რესურსების გადანაწილება; მოგების შიდა გადანაწილება შრომის ანაზღაურებასა და წახალისებაზე). მოადგილეებთან ერთად ის ანგარიშვალდებული იქნება დამქირავებლისა და შემსყიდველის წინაშე ხელშეკრულების ფარგლებში.

ყველა ძირითადი კლინიკური და ადმინისტრაციული პერსონალის კონტრაქტი და ანაზღაურება ორიენტირებული იქნება შესრულებაზე, ანუ მიღწეულ შედეგებზე და შესაბამისად გაითვალისწინებს წახალისებებს საუკეთესო შესრულების მიღწევისათვის. ახალი როლების და ფუნქციების შესასრულებლად კლინიკური და ადმინისტრაციული პერსონალი გაივლის სპეციალურ მზადებას [8].

15. სამივე დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, ხარისხსა და უწყვეტობას სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორში სრულყოფილი მარეგულირებელი გარემოს შექმნით. კერძოდ, შჯსდ სამინისტრო შეიმუშავებს სამართლებრივ აქტს ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ, სადაც განსაზღვრავს:

- ა) „უნივერსალურ პაკეტს“, რომელსაც დააფინანსებს სახელმწიფო და ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით შესთავაზებს მთელ მოსახლეობას;
- ბ) საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთობლივად განსაზღვრავს „დამატებით პაკეტს“, როგორც სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს და მისი ტარიფის დადგენის წესს;
- გ) სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე „დამატებით პაკეტის“ რეალიზაციის და სახელმწიფოს მხრიდან მისი მარეგულირების პრინციპებს;

დ) ორივე პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, მიმწოდებელთა შერჩევა-კონტრაქტირების და შესყიდული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპებს და სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმებს [9];

16. „უნივერსალური პაკეტი“ მოიცავს ჯანდაცვით ღონისძიებებსა და სამედიცინო მომსახურებას, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა. ასეთია:

ა) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები;

ბ) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება (პჯდ),

გ) სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, გადაუდებელ შემთხვევებში ტრანსპორტირება სამედიცინო დაწესებულებამდე და /ან დაწესებულებებს შორის;

დ) ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება).

ე) სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

17. „დამატებითი პაკეტი“ დაიცავს მოსახლეობას იმ ფინანსური რისკებისგან, რომელიც წარმოიშობა ძირითადი სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, დიაგნოსტიკური და ჰოსპიტალური მომსახურება) და მედიკამენტების შეძენისას.

18. უნივერსალური და დამატებითი პაკეტები ერთად ქმნიან „ძირითად პაკეტს“. სახელმწიფო დააფინანსებს „უნივერსალურ პაკეტს“ მთელი მოსახლეობისათვის, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში „დამატებით პაკეტს“ შეისყიდის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის. ძირითადი პაკეტის ზემოთ

K285.155
3

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება განხორციელდება ა) ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის თანხებიდან; ბ) პაციენტების მიერ ჯიბიდან გადახდის; გ) და სხვა მოზიდული კერძო სახსრებიდან [10].

19. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და მათი კვალიფიკაციის განუხრელი ამაღლების რეგულირებას შჯსდ სამინისტრო განახორციელებს სერთიფიცირების და პერიოდული რესერტიფიცირების საშუალებით. აგრეთვე, განსაზღვრავს და შრომით ბაზარზე არსებული მოთხოვნის შესაბამისად დაარეგულირებს დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში სტუდენტთა რაოდენობას და უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოთხოვნებს. ამასთან ერთად, შჯსდ სამინისტრო ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმის და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების მოსამზადებელ პროგრამებში (ფაკულტეტებზე) სტუდენტთა რაოდენობის გაზრდას [11]

20. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რეგულირება განხორციელდება ლიცენზირების მეშვეობით. რეგისტრაციის შემდეგ დაწესებულება მიიღებს სამედიცინო საქმიანობის წარმოების სახელმწიფო ნებართვას - ლიცენზიას, რომელსაც შჯსდ სამინისტრო გასცემს უვადოდ. ლიცენზია გაცივმა არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე ამ დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით. ახალი სალიცენზიო პირობების შესაბამისად სამინისტრო მოახდენს სამედიცინო დაწესებულებათა პერიოდულ გადამოწმებას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით შჯსდ სამინისტრო განავითარებს და დაარეგულირებს სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემას და ხელს შეუწყობს კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება-

დანერგვას. აკრედიტაციის ქონა და დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინებით სარგებლობა სავალდებულო იქნება ყველა იმ სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომელთანაც უნივერსალური და/ან დამატებითი პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების მისაწოდებლად გაფორმებული იქნება ხელშეკრულება სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მიერ [12].

21. რეგიონულ დონეზე შჯსდ სამინისტრო წარმოდგენილი იქნება სათანადო პერსონალით დაკომპლექტებული რეგიონული დეპარტამენტების სახით.

სამინისტროს რეგიონული სამსახურის ძირითადი ფუნქცია იქნება:

21.1. ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარება და განხორციელების ზედამხედველობა რეგიონულ დონეზე;

21.2. სამინისტროს უზრუნველყოფა ინფორმაციით:

ა) რეგიონის დონეზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის საჭიროებების შესახებ;

ბ) რეგიონის დონეზე ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის და სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შესახებ;

გ) რეგიონის დონეზე არსებული მომსახურების მიწოდებელთა სიმბლავრების, მომსახურების ხარისხის, ეფექტურობისა და ეფექტიანობის შესახებ;

დ) მიწოდებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შესახებ;

21.3. მომსახურების მიწოდებლებს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ხელშეწყობა, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობა პირველ, მეორე და მესამე დონეებს შორის ურთიერთობის კოორდინაციით.

21.4. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სრულყოფის მიზნით შჯსდ სამინისტრო მოამზადებს და პარლამენტს

წარუდგენს კანონს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ. ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფლებამოსილება განხორციელდება სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ, ხოლო რეგიონის დონეზე - შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტი სტრუქტურული ერთეულის საშუალებით.

22. ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების მიმდინარეობის წარმატებაში შჯსდ სამინისტროსთან ერთად მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდს, როგორც სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველს (შემდგომში შემსყიდველი). სამინისტროსთან ერთად ძლიერმა შემსყიდველმა ხელი უნდა შეუწყოს ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, მიმწოდებელთა შორის ჯანსაღ კონკურენციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განუხრელ გაუმჯობესებას.

შემსყიდველი განახორციელებს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვას უნივერსალური პაკეტის ფარგლებში (გარდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისა) მთელი მოსახლეობისათვის. ის მიიღებს სახელმწიფო დაფინანსებას სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის „დამატებითი პაკეტის“ შესაძენად და იგივე პაკეტს საყიდლად შესთავაზებს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილს. ძირითადი პაკეტის ზემოთ „დამხმარე პაკეტს“ - როგორც ნებაყოფლობით სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს მოსახლეობას შესთავაზებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები.

„სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის“ შესაბამისად შემსყიდველი:

ა) მოამზადებს და ჩაატარებს ტენდერს მომსახურების და საქონლის შესასყიდად;

ბ) გააფორმებს კონტრაქს მიმწოდებლებთან;

გ) შესრულებული სამუშაოსა და კონტრაქტის მოთხოვნათა შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად განახორციელებს აქტიურ მონიტორინგს და ინსპექტირებას;

დ) მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში შჯსდ სამინისტროს წინაშე განახორციელებს ფინანსურ და საბუღალტრო ანგარიშგებას [13].

23. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მოთხოვნის ფარგლებში, შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავს რომ სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის დაფინანსების სფეროში გაიყოს ორ ჯგუფად

ა) სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო სახსრებით უზრუნველყოს უნივერსალური პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურება; ამავე დროს, საქართველოს ტერიტორიაზე საჭიროების შემთხვევაში ნებისმიერ პიროვნებას ანაზღაურების გარეშე მიაწოდოს კანონით განსაზღვრული პრევენციული, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურება;

ბ) სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას, რომ ჯანდაცვის სფეროში იარსებებს ფინანსურად ხელმისაწვდომი და მიზიდველი ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი - „დამატებითი პაკეტი“ (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახით), რომელსაც სახელმწიფო შეუძენს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას.

ამასთან ერთად, სახელმწიფო განსაზღვრავს და დაარეგულირებს პირითადი პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების რეალურ განფასებას და უზრუნველყოფს ყველა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების აღრიცხვას.

ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა, მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს წილი, რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნეს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის, მიზნობრივი

გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით [14].

24. დაფინანსების შემოთავაზებული მოდელით ჯანდაცვის სექტორისათვის მოზიდული და აკუმულირებული სახსრების და სხვა რესურსების განაწილება რაიონების თუ სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის უნდა ეფუძნებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებს, რისთვისაც აუცილებელია ინფორმაცია:

ა) ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;

ბ) წინა წლებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე;

გ) ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურების მოხმარების თავისებურებებზე;

მოძიებული ინფორმაციის საფუძველზე შჯსდ სამინისტრო განსაზღვრავს ადგილობრივი მოსახლეობის, როგორც სამედიცინო, ასევე ზოგად ჯანდაცვით და სამედიცინო საგანმანათლებლო ღონისძიებებს.

რეფორმის პერიოდში მიმწოდებელთა ანაზღაურება მოხდება გეოგრაფიული მოცვის არეალში მოსახლეობის რეგისტრაციისა და პაციენტთა რეფერალის გათვალისწინებით. იქ, სადაც ფუნქციონირებას დაიწყებს რეაბილიტირებული დაწესებულებები, ამოქმედდება სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმი. რეფორმის ბოლოს, როდესაც დასრულდება დაგეგმილი ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია, გაძლიერდება შემსყიდველის შესაძლებლობები და გამოცდილება, საინფორმაციო სისტემების გამოყენება და ანგარიშგება გახდება უნივერსალური - პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოსახლეობას მიეცემა საშუალება სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში ამოირჩიოს მიმწოდებელი მ.შ კერძო. აღნიშნული, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად შეუწყობს

ხელს კონკურენციის განვითარებას და მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

ამასთან ერთად, ძლიერი, ეფექტური და ქმედითი მარეგულირებელი გარემოს ჩამოყალიბება და ხარისხიან მომსახურებაზე მომხმარებლის მოთხოვნის გაჩენა ქვეყნის უმეტეს ტერიტორიაზე შექმნის წანამძღვრებს რეაბილიტირებული ინფრასტრუქტურის მიმწოდებელთა პრივატიზაციისათვის [15].

რეფორმის მართვა და არარეაბილიტირებული ინფრასტრუქტურა

25. სახელმწიფო ინვესტიციებს განახორციელებს უპირატესად იმ რეგიონებში და სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც გარდამავალ პერიოდში შეუძლებელია კონკურენტული გარემოს შექმნა და ნაკლებად არის მოსალოდნელი კერძო ინვესტიციების მოზიდვა.

26. რეფორმის მართვას და მასზე ზედამხედველობას განახორციელებს “რეფორმის მართვის კომიტეტი” (შემდგომში - კომიტეტი) შჯსდ მინისტრის თავმჯდომარეობით. მინისტრის წარდგინებით კომიტეტი ამტკიცებს: “რეფორმის მართვის ცენტრი”-ს (შემდგომში - ცენტრი) ხელმძღვანელს და შემადგენლობას, აგრეთვე განსაზღვრავს ცენტრის ფუნქციებს, უფლებებს და ანგარიშგებას; რეფორმის განხორციელების სტრატეგიულ და დეტალურ გეგმებს.

27. არსებული ინფრასტრუქტურა მნიშვნელოვნად აღემატება სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების განსახორციელებლად საჭირო რაოდენობას. წინასწარი გათვლებით ჭარბი ინფრასტრუქტურა მოიცავს 500-მდე შენობა ნაგებობასა და 23 000 ექიმსა და ექთანს (დამხმარე პერსონალი არ არის ჩათვლილი). ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის მიზნით შემოთავაზებულია შენობა

ნაგებობების პრივატიზებისა და გამონთავისუფლებული პერსონალისათვის კომპენსაციების გაცემის შემდეგი ვარიანტები:

ა) განხორციელდება უძრავი ქონების პრივატიზაცია (განსაკუთრებით ქალაქებში თბილისი, ქუთაისი, რუსთავი და სხვ.), სამედიცინო დაწესებულების პერსონალისათვის უპირატესობის მინიჭებით. მიღებული თანხიდან სახელმწიფო შეძლებს გაისტუმროს სამედიცინო დაწესებულებებისათვის წლების მანძილზე დაგროვილი დავალიანება (დაახლოებით 26 მლნ ლარი). აგრეთვე, პენსიით და "მიზნობრივი დანამატით" უზრუნველყოს საპენსიო და მასთან მიახლოებული ასაკის გამონთავისუფლებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო დანარჩენ სამედიცინო პერსონალს 2 წლის მანძილზე შესთავაზოს საკომპენსაციო ყოველთვიური ანაზღაურება (თვეში: ექიმს 180-220 ლარი, ექთანს 150 ლარი);

ბ) სამედიცინო დაწესებულებები საკუთრებაში უსასყიდლოდ გადაეცემა კოლექტივს, სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების აუცილებლობის მოთხოვნის გარეშე. სახელმწიფო მოიხსნის პასუხისმგებლობას დაწესებულების სასარგებლოდ დაგროვილი დავალიანებისა და სამუშაო პერსონალისათვის კომპენსაციის გადახდაზე [16].

28. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის შემოთავაზებული მოდელის განხორციელების შედეგად სახელმწიფო:

ა) უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას და განუზრუნველყოს გაუმჯობესებას;

ბ) მიიღებს მიმწოდებელთა ოპტიმიზებულ ქსელს რაიონის დონეზე (ლაბორატორიები, პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები, საავადმყოფოები და ა.შ.), რომელიც განთავსებული იქნება განახლებულ შენობებში და მაღალხარისხიან მომსახურებას მიაწვდის მოსახლეობას;

გ) მკაფიოდ გამიჯნავს სახელმწიფოს და პიროვნების ვალდებულებებს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სფეროში;

დ) სახელმწიფოს მიერ გაცხადებულ ვალდებულებებს დააბალანსებს ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან და მათ გახდის რეალურს და აღსრულებადს;

ე) უზრუნველყოფს ჯანდაცვაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის ლეგალიზაციას;

ვ) სახელმწიფო სახსრებს მიზნობრივად მიმართავს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის საჭიროებებისათვის;

ზ) სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში მნიშვნელოვნად გაიზრდება მოსახლეობის დაცულობის ხარისხი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისგან- გაღარიბებისგან;

თ) ფინანსური ბარიერების შემცირების გზით გაზრდის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე.

თავი II. სამედიცინო მომსახურება სხვადასხვა დონეზე

1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების არსებულ „მოდელში“ ძირეული ცვლილებების შეტანის გარეშე მხოლოდ ერთი კონკრეტული სფეროს რეფორმირება ვერ უზრუნველყოფს სასურველ შედეგებს. სწორედ ამის გამო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სთავაზობს მთავრობას მნიშვნელოვნად გადაისინჯოს ქვეყანაში სამკურნალო და ჯანდაცვითი მომსახურების წარმოების და ქსელის მოწყობის პრინციპები და დროულად განხორციელდეს არსებულ დეზორგანიზებულ სისტემაში სახელმწიფოს სისტემური ხედვის დანერგვა, რაც წინაპირობა იქნება და ხელს შეუწყობს ამ სფეროში ინვესტირებული კაპიტალური და მიმდინარე ხარჯების ეფექტურ გამოყენებას.

2. აღნიშნული თავის მიზანია ჩამოაყალიბოს მთავრობის ხედვა ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო და ჯანდაცვითი მომსახურების სისტემური მოწყობის თაობაზე რაციონალური და ფინანსურად მისაღები ფორმით.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები

29. სამედიცინო მომსახურების წარმოდგენილი მოდელი ეფუძნება კერძო და სახელმწიფო სექტორის თანასწორუფლებიანობის პრინციპს და ორივე სექტორის ფუნქციონირებას ერთ მარეგულირებელ სივრცეში, რომლის ფორმირება და განვითარება სახელმწიფოს მოვალეობაა;

30. ჯანდაცვის ქსელში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების განმარტება და დაჯგუფება (კატეგორიზაცია) მოხდება საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით (დანართი 1.1) ;

31. ამა თუ იმ ტიპის სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოებული მომსახურების სახეები და მოცულობა, მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასების საფუძველზე, რაც სისტემაში მოიყვანს და გააადვილებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების, ასევე სექტორის დაფინანსებისა და საინფორმაციო სისტემების მართვის პროცესებს.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის მოდელი

6. შემოთავაზებული მოწყობის მოდელი ემყარება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობის პრინციპს და სამედიცინო (სამკურნალო, პრევენციული და რეალიზილიტაციური) მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში ორგანიზებული იქნება სამ დონედ (დეტალებისთვის იხილეთ სურათი1):

ა. პირველი დონის მომსახურება (პირველი დი ჯანდაცვა) - ეს არის ის ა უცილებლად საჭირო ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეში ოჯახის ექიმის ან ზოგადი თერაპევტისა და პედიატრის მიერ პირველი დი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად, რომელსაც შეადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექთნები და (ან) ბებიაქალები.

ბ. მეორე დონის მომსახურება - ეს არის სპეციალისტების მიერ წარმოებული სამკურნალო და/ან საკონსულტაციო მომსახურება, რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება როგორც ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური ტიპის დაწესებულებების მიერ. ჯანდაცვის ამ დონეზე მომსახურების მისაღებად როგორც წესი საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის ექიმისგან მიმართვის მიღება.

გ. მესამე დონის მომსახურება-ეს არის ვიწრო სპეციალისტების მიერ მიწოდებული სამკურნალო და/ან საკონსულტაციო მომსახურება (როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური), რომელსაც აწარმოებენ სპეციალიზებული საავადმყოფოები და/ან საუნივერსიტეტო კლინიკები, რომლებიც სპეციალური აპარატურით და კადრით არიან აღჭურვილნი და, სადაც პაციენტის გაგზავნა ხდება პირველი ან მეორე დონის დაწესებულებიდან.

დ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები⁶ - რომლებიც განსხვავებით ზემოთჩამოთვლილი დონეებიდან კონცენტრირდება არა პიროვნებაზე, არამედ მოსახლეობის ჯგუფებზე და შესაბამისად გეგმავს და ახორციელებს ჯანდაცვით და პრევენციულ ღონისძიებებს. მისი ძირითადი ფუნქციებია: ა) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზედამხედველობა; ბ) გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, ჯანმრთელობისთვის არასახარბიელო მდგომარეობების პრევენცია და კონტროლი; გარემოს საზიანო ზეგავლენისა და ჯანმრთელობის სხვა რისკების იდენტიფიცირება და საპასუხო ღონისძიებების დაგეგმვა; დ) ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა.

7. პირველი დონე, ანუ პირველადი ჯანდაცვა, წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხვედრის ძირითად კარიბჭეს. მეორე და მესამე დონეებზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას პაციენტი მიიღებს მხოლოდ პჯდ ექიმისაგან რეფერალის შემთხვევაში.

8. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება მიეწოდება ჯანდაცვის სისტემის პირველ, მეორე და მესამე დონეზე, მედპერსონალის კომპეტენციისა და დაწესებულებების აღჭურვის დონის შესაბამისად. გამლიერებული შესაძლებლობების დაწესებულებებში სასწრაფო დახმარების

ბრიგადების და ტრანსპორტით რეფერალის უზრუნველყოფით.

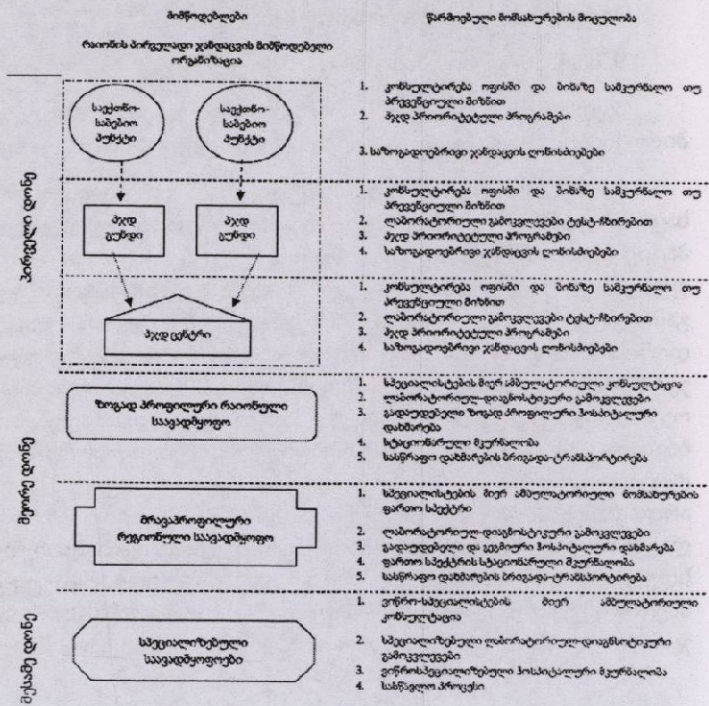
პირველადი ჯანდაცვის მოწყობა

9. მომსახურების სახეები და მოცულობა

პჯდ მომსახურება ორიენტირებულია, როგორც პიროვნების, ასევე საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვაზე.

(ა) პერსონალური პჯდ მომსახურება ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის (მ.შ. ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა); ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხდება პაციენტთა გარკვეული ჯგუფების უზრუნველყოფა სპეციფიკური წამლებით, რომელთა ნუსხას ადგენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სურათი 1 სამედიცინო ქსელის დონეებად მოწყობის სქემა



(ბ) საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული ღონისძიებები, რასაც პედ მიწოდებლები უშუალოდ ასრულებენ მოიცავს შემდეგს: მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება; იმუნიზაცია; თემში ჯანმრთელობისთვის საშიში სიტუაციების გამოვლენა; ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება; თემის მობილიზება ჯანმრთელობის

პრობლემების გამოვლენისა და გადაწყვეტისთვის; გადამდები და არაგადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობა; მავნე გარემო ფაქტორებისაგან დაცვა; ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება; სტიქიურ უბედურებებზე რეაგირება და აღდგენით სამუშაოებში თემის დახმარება.

პჟდ მომსახურების სახეების დეტალური ჩამონათვალი იხ. დანართში 1.2.

10. პჟდ მომსახურების მიმწოდებლები (ადამიანური რესურსი)

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის საფუძველს წარმოადგენს საოჯახო მედიცინა, რაც, თავის მხრივ, პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს ემყარება. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმი, რომელიც თანამშრომლობს პჟდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან და ბებიაქალებთან.

ა. დღეისათვის საოჯახო მედიცინაში მომზადებული ექიმებისა და ექთნების სერიოზული დეფიციტის გამო, გარდამავალ ეტაპზე პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები იქნებიან ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელში დასაქმებული უბნის თერაპევტები და პედიატრები. რეფორმის ფარგლებში ადამიანური რესურსის პროფესიული განვითარების პროგრამებით მოხდება შესაფერისი კომპეტენციის კადრის რაოდენობის სწრაფი ზრდა, რაც შესაძლებელს გახდის სისტემის დაკომპლექტებას სათანადო კვალიფიკაციის პერსონალით.

ბ. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური,

გეოგრაფიული და პროფესიული ფაქტორების
გათვალისწინებით და შეადგენს:

- მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე;
- ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს 1000-2000 მოსახლეზე; იმ დასახლებულ პუნქტებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 2000-ს დამატებითი პჯდ ჯგუფი ემატება ყოველ 1000-დან 2000 მოსახლეზე.
- თბილისში ერთი ოჯახის ექიმი და ექთანი ემსახურება 2400 მოსახლეს, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის ერთ ცენტრზე მიმაგრებულია, სულ მცირე, 20.000 მოსახლე.
- დიდ რეგიონულ ქალაქებში ცალკეული პჯდ ცენტრის სამიზნე მოსახლეობა, ჩვეულებრივ, არ აღემატება 30 000-ს, თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, დასაშვებია გამონაკლისები (მაგ. რუსთავში, ერთ ცენტრზე მიმაგრებულია 60 000 მოსახლე).

დიდ ქალაქებში (ბათუმი, ქუთაისი, ზუგდიდი, გორი და ფოთი) 30000 მოსახლეზე ერთი ჯგუფური პრაქტიკის ჩამოყალიბების შემთხვევაში საჭიროა 17 პჯდ ცენტრი (ნაცვლად არსებული 29-ისა). რუსთავში, გამონაკლისის სახით, ჩამოყალიბდება 2, ქუთაისში 5. ხოლო თბილისში 25 პჯდ ცენტრი.

ზემოაღნიშნული პრინციპების საფუძველზე, სულ ჩამოყალიბდება 86 ექთნით/ზეზიასქალით დაკომპლექტებული სამედიცინო პუნქტი, 303 ერთი ექიმითა და ექთნით, ხოლო 328 (მ.შ 25 თბილისში) ექიმისა და ექთნის რამოდენიმე გუნდით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის (საოჯახო მედიცინის) ცენტრი (სულ 717).

სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობა შეადგენს 2106 ოჯახის ექიმს, 1970 ზოგადი პრაქტიკის ექთანს (მ.შ. 450 ექიმი და ექთანი თბილისში) და 305 ექთან-ბებიაქალს.

11. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა

11.1. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისთვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა გაითვალისწინებს (ა) მომსახურების მიმწოდებლების ფუნქციონირების თავისებურებებს (ბ) პაციენტების საჭიროებებსა და უფლებებს (კონფიდენციალობა და კომფორტი) (გ) დადგენილ სამშენებლო-საინჟინრო სტანდარტებს (დ) ეკონომიკურ პარამეტრებს.

11.2. აუცილებელი მოთხოვნები ფიზიკურ ინფრასტრუქტურაზე, რასაც პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი ობიექტი უნდა აკმაყოფილებდეს, დადგენილია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, არსებული კანონმდებლობის ფარგლებში, და წარმოდგენილია დანართში 1.3.

11.3. სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა, რასაც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები გამოიყენებენ სრულ შესაბამისობაშია მათ პროფესიულ კომპეტენციასთან და არ ითვალისწინებს მაღალ-ტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს. დანართი 1.4).

12. პჯდ სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

12.1. ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები ორგანიზდება იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კერძოდ

საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილისთვის (86%) პჯდ ობიექტამდე მიღწევა 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში იქნება შესაძლებელი.

12.2. იმ მოსახლეობისთვის, ვინც ამგვარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის მიღმა რჩება შემოთავაზებულია ორი მიდგომა: ა) კონკრეტული დასახლებული პუნქტებისთვის მთაში და მიუდგომელ ადგილებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მერყეობს 250-1000 ადამიანამდე შეიქმნას ექთან/ზებიაქალი პოსტი (სამედიცინო პუნქტი), რომელიც უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრის ნაწილია. ამ დასახლებული პუნქტების სიას ადგენს და შესაბამისი ნორმატიული აქტით ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ან ბ) შეიქმნას მობილური პჯდ ბრიგადები, რომლებიც პჯდ მომსახურებას გასწევენ უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე გარკვეული პერიოდულობით ტრანსპორტირების რეჟიმში.

პჯდ მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები

13.1. პჯდ-ს მომსახურებას ქვეყანაში აწარმოებენ მხოლოდ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებები, რომლებიც მიეკუთვნებიან პირველ დონეს, კერძოდ:

- საექთნო/საზებო პოსტი და/ან მობილური პჯდ ბრიგადა, რაც ორგანიზაციულად უახლოესი პჯდ ობიექტის ნაწილია (ფილიალი);

- ერთი ან რამოდენიმე პჯდ გუნდით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება სოფლად ან ქალაქის ტიპის დასახლებებში;

13.2. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ქსელის ოპტიმიზაციის, მათი საქმიანობის ეფექტიანობისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფის მიზნით რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება პჯდ მიმწოდებლების ორგანიზაციული

გაერთიანება ერთ იურიდიულ პირად, რომელსაც მართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეკომენდაციის საფუძველზე ეკომონიკის განვითარების სამინისტროს მიერ დანიშნული დირექტორი. (იხ. ორგანიზაციული მოწყობის ნაწილი)

13.3. რაიონში ჰოსპიტალური მომსახურების არ არსებობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ორგანიზაციულად გაერთიანდეს არაჰოსპიტალური მომსახურების ყველა მიმწოდებელი: პირველადი ჯანდაცვის გუნდები, გადაუდებელი დახმარებისა და ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური მომსახურების მიმწოდებლები.

13.4. გარდამავალ ეტაპზე მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ახალგაზრდადებული პერსონალის პროფესიული საჭიროებების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია რაიონის დონეზე სპეციალისტების (მაგ. გინეკოლოგი, ფტიზიატრი, ფსიქიატრი) ამბულატორიული მომსახურების ორგანიზება. სპეციალისტების მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობა და საქმიანობის რეჟიმი განისაზღვრება რაიონის ჯანმრთელობის ცენტრის ადმინისტრაციის მიერ, ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის, გეოგრაფიული თავისებურებების და პჯდ მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და ჩვევების საფუძველზე

14. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია, ხარისხი, მომხმარებლის კმაყოფილება და ეფექტურობა

14.1. პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის კრიტიკული ამოცანა და მისი წარმატების შეფასებისთვის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმია.

14.2. პაციენტის ჭეშმარიტ საჭიროებებზე ორიენტირებული და მოსახლეობისთვის მისაღები პჯდ სამედიცინო მომსახურების მოდელის ჩამოყალიბებისთვის ჯანდაცვის სისტემაში ამოქმედდება სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შესწავლის მექანიზმები. ეს ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში საზოგადოების აქტიურ მონაწილეობას.

14.3. ამგვარად, რეფორმირებული პირველადი ჯანდაცვის შეფასების მთავარი კრიტერიუმებია: ხელმისაწვდომობა/მოცვა, უტილიზაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და უწყვეტობა, მოსახლეობის მიერ მომსახურების მიმღებლობა და სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობა. 15. მეორე დონის სამედიცინო მომსახურება

15. მეორე დონის მომსახურებაში მოიაზრება სპეციალისტების მიერ წარმოებული ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება, რომელიც უმეტესწილად ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვიდან რეფერალის საფუძველზე⁸. შესაბამისად ამ დონეზე გამოვყოფთ შემდეგს:

- სპეციალისტების მიერ სტაციონარული მკურნალობა;
- ჰოსპიტალურ დონეზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
- სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული კონსულტაცია და დიაგნოსტიკა (როგორც ამბულატორიულ დაწესებულებაში ასევე ჰოსპიტალური დაწესებულების ამბულატორიულ/პოლიკლინიკურ განყოფილებაში);
- დიაგნოსტიკა და ლაბორატორიული კვლევები გარდა იმისა, რაც კეთდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

16. ჰოსპიტალური მომსახურების მოწყობის პრინციპები

16.1. ჰოსპიტალური მომსახურება ეწყობა ჯანდაცვის სისტემის ბაზისური ფუნქციების შესაბამისად და

უზრუნველყოფს (1) მწვავე შემთხვევების მართვას (ხანმოკლე მომსახურება); (2) რეაბილიტაციას და (3) ხანგრძლივ მოვლას. ჰოსპიტალური სამსახურები დაიგეგმება თითოეული ფუნქციის მიხედვით დადგენილი კრიტერიუმების შესაბამისად (დანართი 1.5). ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროებებთან მიმართებაში საწოლების ოპტიმალური რაოდენობის მიღწევა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების ამოცანაა, რაც მომდევნო წლების განმავლობაში თანმიმდევრულად განხორციელდება.

16.2. ჰოსპიტალური მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით:

- მომსახურების პროგრამა ორგანიზდება სამ მზარდი შესაძლებლობების დონედ ქუთაისსა და თბილისში მესამე დონის ორ რეფერალურ საავადმყოფოსთან მიმართებაში;

- ჰოსპიტალური სამსახურების მონიტორინგის, ინსპექტირების, შეფასებისა და პაციენტის კმაყოფილების შესწავლის მექანიზმები განისაზღვრება მომსახურების დონეების შესაბამისად;

- მეორე და მესამე დონის მომსახურებას პაციენტი იღებს პჯდ დონიდან რეფერალის საფუძველზე.

(ა) ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონე მოიცავს თერაპიულ და სამეანო დახმარებას და ითვალისწინებს სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას მწვავე შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისთვის, დღის სტაციონარულ მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის (ვარდიოლოგია, გერიატრია, შაქრიანი დიაბეტი, ონკოლოგია, პალიატიური მოვლა)

ამ დონეზე სამეანო მომსახურების საწოლები იქმნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რეპროდუქციული ასაკის ქალების რაოდენობის მიხედვით საჭიროა 15 საწოლი ან ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონის ობიექტიდან

მეორე დონემდე ტრანსპორტირება ვერ ხერხდება 30 წუთში. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია სამეანო საწოლების შენარჩუნება დაბალი რისკის ორსულებისთვის.

პირველი დონის ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ჩამოყალიბდება იქ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 30,000-ს და მოსალოდნელია წლიურად 5,000 და მეტი კონსულტაცია.

(ბ) მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება მოიცავს:

- როგორც დღის სტაციონარს, ასევე 24 საათიან მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის, როგორცაა შინაგანი მედიცინა, გასტროენტეროლოგია, ნეფროლოგია, ნევროლოგია, ინფექციური დაავადებები, პულმონოლოგია, დერმატოლოგია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, აკუპუნქტურა, ონკოლოგია, შაქრიანი დიაბეტი, გინეკოლოგია, ინტენსიური თერაპია და რენიმაცია;

- როგორც დღის, ასევე სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას ქირურგიული პროფილის პაციენტებისთვის: ზოგადი ქირურგია, ორთოპედია, უროლოგია, პლასტიკური ქირურგია, ყბა-სახის ქირურგია, ოფთალმოლოგია, ოტოლარინგოლოგია, ბავშვთა ქირურგია, ონკოლოგია, ანესთეზიოლოგია, ქირურგიული გინეკოლოგია.

- მეორე დონის სამეანო პალატას საშუალო სამეანო რისკის ორსულთათვის

- მხოლოდ ამბულატორიულ მომსახურებას ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტებისათვის.

ამგვარი მულტიპროფილური საავადმყოფო ორგანიზდება 250,000-350,000 მოსახლეზე

პირველი და მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება მიეკუთვნება ჯანდაცვის სისტემის მეორე დონეს.

(დ) სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე ანუ ვიწროსპეციალიზებული მომსახურება (მაგ. კარდიო ქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამედიცინო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის, რეფერალი სხვადასხვა პროფილის რთული ან იშვიათი შემთხვევების საკონსულტაციოდ) ორგანიზებულია სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონალური რეფერალური საავადმყოფოს სპეციალიზებულ განყოფილებაში, რომელიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არის დაკომპლექტებული და გააჩნია შესაბამისი

აღჭურვილობა. ამ დონის მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობები შექმნილია ქუთაისისა (დასავლეთ საქართველოსთვის) და თბილისის (აღმოსავლეთ საქართველოსთვის) ორ საავადმყოფოში.

17. სპეციალისტების მიერ გაწეული ამბულატორიული მომსახურება

17.1. სპეციალისტების მომსახურების მიწოდება ხდება შესაბამისად აღჭურვილ და ადამიანური რესურსებით დაკომპლექტებულ დაწესებულებებში. თანახმად საერთაშორისო გამოცდილებისა იმისათვის, რომ სპეციალისტების მიერ გაწეული მომსახურება იყოს ეფექტური, ოპტიმალურია ასეთი სახის მომსახურების (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური) მიწოდება საავადმყოფოებში ან სპეციალისტებით დაკომპლექტებულ ცალკე მდგომ ამბულატორიულ დაწესებულებებში. სპეციალიზებული მომსახურების მიწოდება საავადმყოფოებში ხდება საავადმყოფოების მიერ კონტრაქტირებული სპეციალისტებით, რომლებიც აწარმოებენ ამბულატორიულ მომსახურებას. ის სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც დაფინანსებული იქნება სახელმწიფოს მიერ

ხელმისაწვდომი იქნება მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის რეფერალის საფუძველზე.

17.2. ფიზიკური ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმები განსაზღვრულია ამ ჰოსპიტალური დაწესებულებების გეოგრაფიული მდებარეობით.

18. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება

18.1. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება - მოსახლეობას მიეწოდება დღე-ღამის განმავლობაში, და მოიცავს სწრაფ პრე-ჰოსპიტალურ დახმარებას და ეფექტურ ტრანსპორტირებას შესაფერისი შესაძლებლობის სამედიცინო დაწესებულებაში.

18.2. ეს მომსახურება მიეწოდება, როგორც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, არსებული მედპერსონალის შესაძლებლობების და კომპეტენციის ფარგლებში, ასევე მეორე და მესამე დონეზე.

18.3. გადაუდებელ სამედიცინო დახმარების ორგანიზება ხდება ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, იმგვარად რომ პრე-ჰოსპიტალური გადაუდებელი დახმარება პაციენტმა 30 წუთის ფარგლებში მიიღოს და დროულად მოხდეს მისი ტრანსპორტირება სათანადო შესაძლებლობის დაწესებულებაში.

18.4. ნებისმიერი გადაუდებელი სამედიცინო პრობლემა, რომელსაც პჯდ ექიმი ადგილზე მართავს განიხილება, როგორც ჩვეულებრივი პჯდ კონსულტაცია. პჯდ გუნდი უზრუნველყოფილია ყველა საჭირო მედიკამენტით, რაც აუცილებელია გადაუდებელი დახმარების აღმოსაჩენად.

18.5. სოფლის პჯდ მიმწოდებლის შემდეგ, უახლოესი პუნქტი, რომელიც გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას სადღეღამისო რეჟიმში (24 საათი) უზრუნველყოფს რაიონის დონეზე (რაიონის ჯანდაცვის ცენტრში) განთავსდება. პაციენტის მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ,

საჭიროების შემთხვევაში ხდება მისი ტრანსპორტირება სათანადო შესაძლებლობების საავადმყოფოში.

18.6. რაიონის დონეზე საავადმყოფოს ფუნქციონირების შემთხვევაში, გადაუდებელი დახმარების ერთეული აქვე ორგანიზდება (ე.წ. პირველი დონის გადაუდებელი დახმარების ერთეული). ერთეული ფუნქციონირებს 24 საათიან რეჟიმში და აქვს მცირე ტრავმების, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის შესაძლებლობები (ფსიქიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობების ჩათვლით), რაც ითვალისწინებს მდგომარეობის სტაბილიზაციას, ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებების შეფასებას და მეთვალყურეობას პაციენტის ტრანსპორტირებამდე შესაფერისი შესაძლებლობების დაწესებულებაში.

18.7. მრავალპროფილურ საავადმყოფოში (შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, ანესთეზიოლოგია, ორთოპედია და აბდომინალური ქირურგია), სადაც საწოლების საერთო რაოდენობა აღემატება 300-ს, ხოლო წლის განმავლობაში გადაუდებელი კონსულტაციების რაოდენობა 5000-ზე მეტია ორგანიზდება მეორე (მაღალი) დონის გადაუდებელი დახმარების ერთეული. აქ შექმნილია იმ შემთხვევების მართვის შესაძლებლობა, რომელთა გადაწყვეტა პირველ დონეზე ვერ ხერხდება.¹⁵

18.8. გადაუდებელი დახმარების ერთეულებს შორის კავშირს უზრუნველყოფს ცენტრალური საკომუნიკაციო ცენტრი, რომელიც განთავსებულია რეგიონული საავადმყოფოს ბაზაზე.

18.9. ცალკეული დაწესებულების მიერ მოსახლეობისათვის მიწოდებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მოცულობას სახელმწიფო არეგულირებს რამოდენიმე მექანიზმით: ა. დაწესებულებების აპარატურული აღჭურვის და კადრებით

უზრუნველყოფის ნორმების და სტანდარტების შემუშავებით, რომელსაც სახელმწიფო იყენებს დაწესებულების ლიცენზირების და ლიცენზიის განახლების პროცესში;

ბ. სამკურნალო და რეფერალის გაიდლაინებით, რომელსაც სახელმწიფო იყენებს დაწესებულების კონტრაქტირებისას და მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისას;

გ. ამ ნორმების დარღვევისთვის ადმინისტრაციული სამართალდარღვევების შესაბამისი საჯარიმო სანქციების შემუშავება ამოქმედებით;

19. ლაბორატორიული მომსახურება

ლაბორატორიული მომსახურება _მიმართულია უზრუნველყოს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებები ლაბორატორიული დიაგნოსტიკით და ქვეყანაში ეწყობა ეროვნული ლაბორატორიული ქსელის პრინციპით. ეროვნულ ლაბორატორიულ ქსელში გამოყოფილია ოთხი დონე:

ა. ლაბორატორიული კვლევები პირველადი ჯანდაცვის დონეზე -ლაბორატორია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დამოუკიდებელი ერთეულის სახით არ არსებობს. ოჯახის ექიმი ძირითადად იყენებს ტესტ-ჩხირებს და ახდენს შესაბამისი ლაბორატორიული მასალის აღებასა და გადაგზავნას პერიფერიულ ანუ რაიონული დონის ლაბორატორიაში.

ბ. პერიფერიული ანუ რაიონული დონის ლაბორატორიები ძირითადად განთავსებულია რაიონული დონის საავადმყოფოების ბაზაზე და ემსახურება როგორც საავადმყოფოების საჭიროებებს, ასევე საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებს და პირველადი ჯანდაცვის ქსელს. ამ ლაბორატორიების ბაზაზე კეთდება: ა) კლინიკური ანალიზები (ბიოქიმია, ჰემატოლოგია, ჰემოსტაზი); ბ)

ბაქტერიოლოგიური ანალიზები; გ) სქესობრივად გადამდები დაავადებების ანალიზები (გარდა აივ/შიდსი და ჰეპატიტისა); დ) პარაზიტოლოგიური კვლევები; გარდა ამ დიდი ლაბორატორიების რაიონის დონეზე დასაშვებია ორი დამატებითი ლაბორატორია: ი) უსაფრთხო სისხლის და აივ/შიდსის ლაბორატორიები და იი) ტუბერკულოზის ლაბორატორიები.

გ. რეგიონალური ანუ შუალედური ლაბორატორიები, რომლებიც ორგანიზებულია თითოეული რეგიონისთვის და ასრულებს უფრო მაღალი დონის ლაბორატორიულ კვლევებს, ვიდრე მასზე ქვემოთ მდგომი ლაბორატორიები და ამავე დროს ახორციელებს ხარისხის კონტროლს რაიონული და პირველადი ჯანდაცვის ლაბორატორიების დონეზე;

დ. ცენტრალური/ეროვნული ლაბორატორიები-ანუ რეფერენს ლაბორატორიები რომლებიც განთავსებულია დამოუკიდებლად ან სპეციალიზებულ საავადმყოფოებში (მესამეულ დონეზე) და სადაც ხორციელდება კომპლექსური მაღალსპეციალიზებული ლაბორატორიული კვლევები და ყველა ქვედა დონის ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლი

25. ლაბორატორიული ქსელი იმართება ეროვნული საკოორდინაციო ოფისიდან (რეგულირების დეპარტამენტი), რომელიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს და შეიმუშავებს: ა) ლაბორატორიის გახსნის/დაარსების კრიტერიუმებს; ბ) სხვადასხვა ტიპის და დონის ლაბორატორიებისადმი წაყენებულ სალიცენზიო/საკრედიტაციო და სასერტიფიკაციო მოთხოვნებს; გ) ლაბორატორიულ ქსელში ხარისხის კონტროლის სისტემას და შესაბამის ხარისხის კონტროლის პროცედურებს-რეგულაციებს; დ) რეფერენს ლაბორატორიებთან ერთად შეიმუშავებს ლაბორატორიული

რეაქტივების რეგისტრაციის სისტემას და ლაბორატორიულ ქსელში დასაქმებული პერსონალის სწავლება-გადამზადების სასწავლო პროგრამებს.

21. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა და დონეებს შორის კავშირები (რეფერალის ორგანიზება)

21. 1. ჯანდაცვის მომსახურების მომწოდებელ ერთეულთა და სხვადასხვა დონეებს შორის კავშირები განიხილება როგორც ფუნქციურ-ორგანიზაციული, ასევე სახელმწიფო მართვა-რეგულირების კუთხით.

21. 2. რეფერალი შესაძლებელია იყოს შიდა ორგანიზაციული (ანუ როდესაც მაგ. სოფლის ოჯახის ექიმი მიმართავს პაციენტს რაიონულ ცენტრში მდებარე სათაო დაწესებულებაში, თუკი ასეთი

ჩამოყალიბდება) და სხვადასხვა დონეებს შორის.

21. 3. რეფერალის საჭიროებას განსაზღვრავს უფლებამოსილი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს: (1) სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სავალდებულო კლინიკური პროტოკოლებით; (2) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებსა ან პაციენტის დაზღვევის პოლისში აღწერილი რეგულაციებით; (3) კონკრეტული რეგულაციის არარსებობის შემთხვევაში საკუთარი პროფესიული კომპეტენციით.

21. 4. რეფერალის დროულობას და შესაბამისობას სახელმწიფო რეგულაციებთან აკვირდება და ამოწმებს, როგორც დაწესებულების ხელმძღვანელი, ასევე შესაბამისი რაიონული, რეგიონული თუ ცენტრალური ჯანდაცვის ორგანოები, მათი კომპეტენციის ფარგლებში.

22. მომსახურების მიწოდების საინფორმაციო სისტემები

22.1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების აღწერილი მოდელის ეფექტიანი ფუნქციონირება მხოლოდ სათანადო ინფორმაციული უზრუნველყოფის პირობებშია შესაძლებელი. სწორედ ამ მიზეზის გამო, მნიშვნელოვანია ინვესტირება საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურაში,

ადქურვილობაში, პროგრამულ უზრუნველყოფასა და ადამიანური რესურსის განვითარებაში.

22.2. საინფორმაციო სისტემები უზრუნველყოფენ ინფორმაციის მოპოვებას შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

ა. კლინიკური ინფორმაცია - კლინიცისტებს უნდა ჰქონდეთ მეთოდები და ინსტრუმენტები აწარმოონ ან/და მოიპოვონ პაციენტის დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობისათვის საჭირო ინფორმაცია. ჰოსპიტალებში, ინვესტიციები საინფორმაციო კუთხით მოხმარდება პაციენტთა მართვის სისტემის გაუმჯობესებას, პაციენტთა უსაფრთხოების დონისა და კლინიკური ხარისხის ამაღლებას. ამისათვის დაინერგება პაციენტის ისტორიის ახალი ჟურნალი, მოხდება პერსონალის მომზადება აღრიცხვისა და ანგარიშგების კუთხით, დაიხვეწება პაციენტის გაწერის (უკუკავშირის) ფორმა, რომელმაც საჭირო ინფორმაცია უნდა დაუბრუნოს მომმართვე ექიმს.

პირველად დონზე, კლინიცისტებს მიეწოდებათ პაციენტის ისტორიის ახალი ჟურნალი და მონაცემთა რეგისტრაციის სხვა ფორმები. ასევე დაინერგება მიმართვის ახალი საინფორმაციო ფორმა, რომელიც შესაბამისობაში იქნება რეფერალისა და უკუკავშირის შემოთავაზებულ მექანიზმთან.

ბ. ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ - გარემოს არაჯანსაღი ზეგავლენით გამოწვეულ და ინფექციურ დაავადებებზე ინფორმაცია დროულად მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურსა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრს. აქ არსებული სისტემა ადეკვატურია, თუმცა ის კიდევ უფრო განმტკიცდება ინფორმაციის სხვა, განახლებულ ნაკადებთან სწორი ინტეგრაციით.

გ. ინფორმაცია ყოველდღიური მართვისათვის - სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო და კერძო მიწოდებლის მენეჯერებს უნდა ჰქონდეთ მეთოდები და

ინსტრუმენტები აწარმოონ ან/და მოიპოვონ ინფორმაცია დაწესებულების ყოველდღიური (ოპერაციული) მართვისათვის. ამ ტიპის ინფორმაციის წარმოების ძირითადი ინსტრუმენტი იქნება ახალი სტანდარტული სარეგისტრაციო და საანგარიშგებო ფორმები. ეს მენეჯერები ასევე მიიღებენ ინფორმაციას (უკუკავშირის ციკლი) რეგიონული საინფორმაციო ჰაბებიდან.

დ. ჯანდაცვის მართვის ინფორმაცია -დაგეგმარების, კონტრაქტების, კონტროლისა და სტრატეგიის შემუშავებისათვის აუცილებელი ინფორმაცია პერიოდულად მიეწოდება შესაბამისი რგოლის მენეჯერებს. აქაც, მონაცემთა მოპოვების საფუძველი იქნება ახალი სარეგისტრაციო და საანგარიშგებო ფორმები. დაწესებულებები აწარმოებენ რეგულარულ ანგარიშგებას ამ ფორმების გამოყენებით, ხოლო ამ ანგარიშებზე დაფუძნებით, რეგიონულსა და ცენტრალურ დონეებზე მოხდება საკვანძო ინდიკატორების გამოთვლა.

23. წარმოდგენილ მოდელზე გადასვლისთვის აუცილებელია:

23.1. ინვესტიციები შესაბამის ინფრასტრუქტურაში;

სამედიცინო დაწესებულებების არსებული ფიზიკური ინფრასტრუქტურა საჭიროებს სერიოზულ რეაბილიტაციას, ხოლო გარკვეულ შემთხვევაში სრულ რეკონსტრუქციას.

(ა) საქართველოში ამჟამად შექმნილი ფაქტობრივი მდგომარეობიდან გამომდინარე, პჯდ ობიექტები განთავსდება არსებულ შენობებში, საჭირო ფართის რეაბილიტაციის ან რეკონსტრუქციის შემდეგ ან, საჭიროების შემთხვევაში (თუ შენობის რეკონსტრუქცია შეუძლებელია ან საერთო ფართი 30%-ით აღემატება პჯდ ობიექტის განსათავსებლად საჭირო ფართს), ახალ შენობაში (ასაწყობ-დასაშლელ და მობილურად გადასატან ტრანსფორმირებად შენობაში). დასაშვებია პჯდ მობილური ბრიგადების განთავსება ავტოსატრასპორტო საშუალებებზე.

23.2. ინვესტიციები საჭირო ადამიანურ რესურსებში. პირველადი ჯანდაცვისთვის საჭირო ადამიანური რესურსები დღესდღეობით არასაკმარისია, რის გამოც განხორციელდება ინვესტიციები: ა) არსებული ექიმთა კადრის გადასამზადებლად ოჯახის ექიმებად; ბ) საუნივერსიტეტო რეზიდენტურის პროგრამის ასამოქმედებლად, სადაც მომზადდებიან ოჯახის ექიმის სპეციალობაზე; გ) საექთნო სასწავლებლებში საჭირო საექთნო კადრის მოსამზადებლად. დღესდღეობით პჯდ გუნდში ერთი ექიმი ერთი ექთანს თანაფარდობა განპირობებულია საექთნო კადრის სიმცირით რაც დამატებითი ექთნების წარმოების პირობებში დროდადრო გადაისინჯება; დ) ჩამოყალიბებული ორგანიზაციული სტრუქტურების მართვისთვის შესაფერისი კვალიფიკაციის მენეჯერების მოსამზადებლად.

23.3. ინვესტიციები სისტემის რეორგანიზაციაში და ეფექტური მართვის მექანიზმების შემუშავებაში

24. რეფორმის შედეგები

24.1. მოწოდებული რეფორმების გატარებისთვის საჭირო მიდგომები და მექანიზმები აღწერილია თავში „ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობა და მართვა“. ხოლო მოწოდებული რეფორმების გატარების შედეგად მოსალოდნელი შედეგები შემდეგია:

24.2. განახლებული და გადაიარაღებული პირველადი ჯანდაცვის ქსელი, რომელიც მოსახლეობას აწვდის უნივერსალურ პაკეტში შემავალ სამკურნალო და პრევენციულ მომსახურებას საცხოვრებელი ადგილის მახლობლად;

24.3. მიმწოდებელთა ოპტიმიზებული ქსელი რაიონის დონეზე (ლაბორატორიები, პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები, საავადმყოფოები და ა.შ.), რომელიც განთავსებულია განახლებულ შენობებში და საშუალება აქვს მიაწოდოს მაღალხარისხიანი სპეციალიზებული

ამბულატორიული, სადიაგნოსტიკო და ჰოსპიტალური მომსახურება

24.4. ეფექტურად ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც წარმოდგენილია, როგორც რაიონის, ასევე რეგიონისა და ეროვნულ დონეზე და დამყარებულია ქმედითი ორგანიზაციული, კონტრაქტული და ფუნქციური კავშირები.

24.5. რაციონალიზებული სამედიცინო კადრი, როგორც ოდენობის, ისე კვალიფიკაციის მხრივ და ადეკვატური გეოგრაფიული განაწილება.

24.6. გამარტივებული და ეფექტური მართვის რგოლები, რომლებიც აღჭურვილი არიან მართვის შესაბამისი ინსტრუმენტებით (იურიდიული ბაზა, ნორმატიული ბაზა, კომპეტენციები და ფუნქციები)

24.7. განახლებული ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები.

დანართი № 1.1

დაწესებულებების/მიმწოდებლების ტიპური

კლასიფიკაცია

წარმოდგენილი კლასიფიკაცია ეფუძნება ჯანდაცვის ანგარიშების საერთაშორისო კლასიფიკაციას და წარმოადგენს გაეროს მიერ 1990 წელს შემუშავებული საერთაშორისო სტანდარტული ინდუსტრიული კლასიფიკაციის²¹ (ISIC, Rev.3) ადაპტირებულ და მოდიფიცირებულ ნაწილს:

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი
HP.1	საავადმყოფო
HP.1.1	ზოგადი პროფილის საავადმყოფო
HP.1.2	ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური საავადმყოფო
HP.1.3	სხვა სპეციალიზებული საავადმყოფო (გარდა ფსიქიატრიულისა და ნარკოლოგიურისა)
HP.1	საქონლო და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.2.1	საქონლო მოვლის დაწესებულებები (მაგ. ჩვილ ბავშვთა სახლები)
HP.2.2	ფსიქოტრად დაავადებულთა და ნარკოპამოკიდებულთა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.2.3	მთხოვებულთა სახლები (სოფლად. თემში)
HP.2.9	სხვა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.3	ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებლები
HP.3.1	ექიმთა ოფისები (მაგ. ოჯახის ექიმის ოფისი)
HP.3.2	სტომოლოგიის ოფისები-კლინიკები
HP.3.3	სხვა დამხმარე სამედიცინო პროფესიონალთა ოფისები
HP.3.4	ამბულატორიული მოვლის ცენტრები
HP.3.4.1	ოჯახის დაავადების ცენტრები
HP.3.4.2	ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.4.3	დაღვ. მდგომარეობის ამბულატორიული ქირურგიის ცენტრები
HP.3.4.4	დიპლომის ცენტრები
HP.3.4.5	ყველა სხვა სპეციალიზებული ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.4.9	ყველა სხვა სათემო ან და ინტეგრირებული ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.5	სამედიცინო და დიაგნოსტიკური ლაბორატორიები
HP.3.6	ბინათუ მომსახურების მიწოდებლები
HP.3.9	სხვა ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებლები

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი
HP.3.9.1	სასწრაფო სამედიცინო დახმარება (სასწრაფო მ)
HP.3.9.2	სისხლისა და ორგანოთა მარცხი
HP.3.9.9	სხვა ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებლები
HP.4	მედიკამენტებითა და სამედიცინო საქონლით საცალო ვაჭრობის ობიექტები
HP.4.1	აფთიაქები
HP.4.2	სათავალებლისა და სხვა მედიკამენტების დამხმარე საშუალებებით საცალო მოვაჭრეები
HP.4.3	სტრინის აპარატებით საცალო მოვაჭრეები
HP.4.4	სხვა სამედიცინო საგნებით მოვაჭრეები (გარდა სათავალებლისა და სტრინის აპარატებით მოვაჭრეებისა)
HP.4.9	ყველა სხვა სამედიცინო საგნებითა და მედიკამენტებით მოვაჭრე ობიექტი და მიწოდებელი
HP.5	საზოგადოებრივი უანდაციის პროგრამების შემუშავება და მართვა

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი
HP.6	ზოგადად უანდაციის მართვა და დაზღვევა
HP.6.1	სახელმწიფოს მხრიდან უანდაციის მართვა
HP.6.2	სოციალური დაზღვევის ფონდების მართვა
HP.6.3	სხვა სოციალური დაზღვევის ფონდების მართვა
HP.6.4	სხვა (ვიზიტი) დაზღვევა
HP.6.9	ყველა სხვა, რომელიც მომსახურების უანდაციის მართვაში
HP.7	სხვა სექტორები (გაეროსთვის რომელიც აწვდიან უანდაციის მომსახურებას)
HP.7.1	დაწესებულებები რომლებიც ოკუპაციური მედიცინის მომსახურებას აწვდიან
HP.7.2	მომსახურებები, როგორც ბინათუ მომსახურების მიწოდებლები
HP.7.9	ყველა სხვა ორგანიზაცია რომელიც შეიძლება აწარმოებს სამედიცინო მომსახურებას
HP.9	სხვა მთავალი

სამედიცინო მომსახურების სახეები პჯდ დონეზე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტი მიიღებს შემდეგი სახის მომსახურებას:

1. საექიმო კონსულტაცია ამბულატორიულად და საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე ყველა ასაკისა და სქესის პაციენტებისათვის
2. ორსულთა და მელოგინეთა მეთვალყურეობა
3. ოჯახის დაგეგმვა
4. ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობა
5. იმუნიზაცია და ვაქცინაცია
6. ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის უზრუნველყოფა
7. სკრინინგული პროგრამები (მაგ. გულის იშემიური დაავადებისა და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება მოზრდილი ასაკის მოსახლეობაში, 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა სამედიცინო შემოწმება ხანდაზმულებში სპეციფიკური პრობლემების გამოვლენის მიზნით)
8. გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მართვა
9. დიაგნოსტიკა: ელექტროკარდიოგრაფია, ოტოსკოპია, ოფთალმოსკოპია, პიკფლოუმეტრია, არტერიული წნევის გაზომვა, ანტროპომეტრია
10. ლაბორატორიული გამოკვლევები
 - a. (ა) ექსპრეს-დიაგნოსტიკური მეთოდით (ტესტ-ჩხირებით): შარდის ანალიზი; გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ჰემოგლობინი, ორსულობის დასადგენი ტესტი

ბ. (ბ) ლაბორატორიულ პირობებში (შესრულდება რაიონის ლაბორატორიაში): სისხლის საერთო ანალიზი; განავალი ფარულ სისხლდენაზე; გლუკოზა ვენურ სისხლში; საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპია; კრეატინინი; ქოლესტერინი; სისხლის რეზუსი და ჯგუფი; სეროლოგიური ტესტი სქესობრივად გადამდებ ინფექციებზე; აივ/შიდსი.

დანართი №1.3

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების დაგეგმარების, სათავსების განლაგების და ფართობით უზრუნველყოფის სარეკონსტრუქციო ნორმები²²
გათვლილი 1-დან 4 ექიმზე

სათავსი	სათავსების ფართი მ² ოჯახის ექიმთა რიცხოვნობის მიხედვით			
	1	2	3	4
ექიმის კაბინეტი (გასასივჩი ფართი)	12	2x12=24	3x12=36	4x12=48
რეგისტრატურა და დოკუმენტების საცავი	14	14	14	14
საექიმო	-	12	14	2x14=28
საერთო ტულაქი (მ.შ. ინვალიდებისთვის)	4	4	4	4
საპროცედურო (სასტერილიზაციოსთან ერთად)	18	18	18	18
ტექნიკური სათავსი	4	4	4	4
სათავსი	3	4	4	4
ქუჩუბი	55	80	94	120
კორიდორები და სხვა	15	28	44	48
შემოთავაზება ჯამში	70	108	138	168

ალტერნატიული განვითარების პროექტი
პირველი ფაზის განვითარების პროექტი

სამედიცინო აღჭურვილობა

- 1 ავტოკლავი
- 2 წყლის გამოსახდელი კუბი
- 3 ელექტროკარდიოგრაფი
- 4 ოტოსკოპი/ოფთალმოსკოპი
- 5 ინჰალატორი
- 6 ელექტროკარდიოგრაფის ქაღალდი
- 7 სასტერილიზაციო ინდიკატორები
- 8 პორტატული დეფიბრილატორი

სამედიცინო ინსტრუმენტები

- 1 გლუკომეტრი
- 2 გლუკომეტრის ტესტები
- 3 მიზრდილთა სასწორი
- 4 ახალშობილთა სასწორი
- 5 სიმაღლის საზომი (მიზრდილთა)
- 6 სიმაღლის საზომი ახალშობილთა
- 7 სფერომასომეტრი
- 8 ფონეიდოსკოპი
- 9 სტეტოსკოპი
- 10 სიგრძის საზომი ლენტე
- 11 გამადიდებელი შუშა
- 12 სვეროლოგიური ჩაქურჩი
- 13 ფანარი
- 14 მზადველობის შესამოწმებელი ცხრილი
- 15 თერმომეტრი
- 16 პიკფლოუმეტრი
- 17 კამერტომების ნაკრები
- 18 თირკმლისებური ჭურჭელი ტიპი 1
- 19 თირკმლისებური ჭურჭელი ტიპი 2
- 20 ბიქსი
- 21 ინსტრუმენტების ყუთი ტიპი 1
- 22 ინსტრუმენტების ყუთი ტიპი 2
- 23 ანბუ
- 24 ტრანქოსტომიის ნაკრები
- 25 ხსნარების მოსამზადებელი ჭურჭელი
- 26 მწკასაზომი
- 27 გინეკოლოგიური სარკე
- 28 ინსტრუმენტების ნაკრები
- 29 ნაქტერიოციდული ვაზნათებელი
- 30 საკავე

სამედიცინო ავეჯი

- 1 სამანძილური მაგიდა
- 2 გასახიზგი ტახტი

- 3 ახალშობილის შესახვევი მაგიდა
- 4 მცირე ზომის მაგიდა
- 5 მაგიდა ფორგოლაქებზე
- 6 მბრუნავი სკამი
- 7 კარადა ცალმხრივი წივართი
- 8 კარადა ორმხრივი წივართი
- 9 სასტერილიზაციო მაგიდა
- 10 სამედიცინო დამიწმულებების კარადა

საოფისე ავეჯი

- 1 საოფისე მაგიდა
- 2 საოფისე კარადა
- 3 სკამი ტიპი 1
- 4 სკამი ტიპი 2
- 5 სკამი ტიპი 3
- 6 სამზარეულოს მაგიდა
- 7 სამზარეულოს კარადა
- 8 საკონფერენციო მაგიდა
- 9 სტელაჟი
- 10 ტანსაცმლის საკიდი
- 11 წაგვის ურწა
- 12 განცხადებების დაფა
- 13 ფლომასტრით სარეო დაფა

დანართი № 1.5.

ჰოსპიტალური სამსახურების დაგეგმვის კრიტერიუმები

ა) მწვავე შემთხვევების მოკლევადიანი მართვის უზრუნველყოფისთვის 1000 მოსახლეზე 1 საწოლის გათვალისწინებით, პროფილის მიხედვით:

- თერაპიული: 1:1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,7 სადღეღამისო, ხოლო 0,3, საწოლი დღის მომსახურებისთვის

- ქირურგიული: 0,7: 1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,6 სადღეღამისო, ხოლო 0,3, საწოლი დღის მომსახურებისთვის

- სამეანო: 1,3 საწოლი 15-45 წლის ყოველ 1000 ქალზე, მ.შ. 1,1 სადღეღამისო, ხოლო 0,2 საწოლი დღის სტაციონარისთვის

- ნეონატოლოგიის: 2,6 საწოლი 1000 ახალშობილზე

- ფსიქიატრიული: 0,5 საწოლი : 1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,35 სადღეღამისო, ხოლო 0,15, საწოლი დღის მომსახურებისთვის

ბ) რეაბილიტაცია: 25 წლის ზემოთ ყოველ 1000 მოსახლეზე 0,8 საწოლის გათვალისწინებით (საწოლების 10% დღის სტაციონარისთვის)

გ) ხანგრძლივი მოვლის სტაციონარი: 25-დან 70 წლის ზემოთ ასაკის ყოველ 1000 მოსახლეზე 0,8 საწოლის გათვალისწინებით დამატებითი პირობები:

თუ მოკლევადიანი მოვლის რომელიმე ფუნქციის შესასრულებლად, მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით საჭიროა 15 საწოლზე ნაკლები ამ ფუნქციის შენარჩუნება გამართლებული არ არის. გამონაკლისს წარმოადგენს სამეანო დახმარება. სამეანო დახმარების ფუნქციის შენარჩუნება დაბალი რისკის ორსულებისთვის, მოსახლეობის რაოდენობის მიუხედავად, მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ ამ საავადმყოფოდან სამეანო მომსახურების მიმწოდებელ უახლოეს დაწესებულებამდე მისაღწევად პაციენტს 30 წუთზე მეტი სჭირდება.

თავი III. ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობა და მართვა

1. შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შჯსდს), როგორც აღმასრულებელი ორგანო ვალდებულია უზრუნველყოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში სახელმწიფოს მიერ აღებული იმ ვალდებულებების განხორციელება, რომელიც განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციით და შესაბამისი კანონმდებლობით.

2. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის თანახმად:

პუნქტი 2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.

3. ამ კონსტიტუციური ნორმის აღსრულებისთვის და თანახმად საქართველოს კანონისა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ:

მუხლი 16: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

ა) სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება;

ბ) სამედიცინო დახმარების/მომსახურების ხარისხის კონტროლი;

გ) სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება;

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

ე) ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისთვის ხელშეწყობა;

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

ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის ხელშეწყობა;

თ) სპეციალური სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;

ი) სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელშეწყობა;

კ) ქვეყნის ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური კონტროლის განხორციელება.

ლ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელშეწყობა სათანადო ინსტიტუციონალური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით.

4. შჯსდ სამინისტრო იყენებს რა კანონით განსაზღვრულ მექანიზმებს და უფლებებს, განახორციელებს შემდეგს:

4.1 შეიმუშავებს კანონს /კანონქვემდებარე აქტს ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ, სადაც განსაზღვრავს:

ა) „უნივერსალურ პაკეტს“ და მის შემადგენლობას, რომელსაც დააფინანსებს საზოგადოებრივი სახსრებით და უფასოდ და/ან მცირე თანაგადახდის საფასურად შესთავაზებს მოსახლეობას;

ბ) განსაზღვრავს „დამატებით პაკეტს“ და სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე მისი რეალიზაციის და სახელმწიფოს მხრიდან მისი რეგულირების პრინციპებს;

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

დ) სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმებს;

4.2 შემუშავებული კანონის საფუძველზე შჯსდ სამინისტრო საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთობლივად შეიმუშავებს სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს²³.

4.3 საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად შეიმუშავებს

დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის ფარგლებში მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების ტარიფების დადგენის და ანაზღაურების წესს და წარუდგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დადგენილი წესით დასამტკიცებლად.

4.4 შჯსდ სამინისტრო უზრუნველყოფს დაზღვეულთა ომბუდსმენის ინსტიტუტის შექმნა-განვითარებას და ფუნქციონირებას, რათა ადექვატურად იყოს დაცული მომხმარებელთა-პაციენტთა კონსტიტუციური უფლებები;

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

4.6 ექიმების რაოდენობისა და კვალიფიკაციის რეგულირებისთვის სახელმწიფო გამოიყენებს ლიცენზირებას, სერთიფიცირებას და პერიოდულ რესერტიფიცირებას. აგრეთვე, შჯსდ სამინისტრო განსაზღვრავს და შრომით ბაზარზე არსებული მოთხოვნის შესაბამისად დაარეგულირებს დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში სტუდენტთა რაოდენობას. ამასთან ერთად ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმის და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების მოსამზადებელ პროგრამებში (ფაკულტეტებზე) სტუდენტთა რაოდენობის გაზრდას. სახელმწიფო განახორციელებს, როგორც ექიმების, ასევე სხვა სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას. დამხმარე სამედიცინო პერსონალის რაციონალიზაციისათვის და მათი საქმიანობის ხარისხის კონტროლისათვის სახელმწიფოს ექნება ორი ინსტრუმენტი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზია და სპეციალიზაციის დამადასტურებელი სერტიფიკატი. განსაკუთრებულ შემთხვევებში (უხეში დარღვევა, დანაშაული) შჯსდ სამინისტრო გააუქმებს ლიცენზიას, ხოლო სერტიფიკატის გადამოწმება მოხდება პერიოდულად რესერტიფიცირების დროს.

4.7 მიმწოდებლების ოპტიმიზაციის და ხარისხის კონტროლის მიზნით სახელმწიფო გამოიყენებს სამედიცინო

დაწესებულებათა რეგისტრაციას, ლიცენზირებას და აკრედიტაციას.

4.7.1 რეგისტრაციის შემდეგ დაწესებულება მიიღებს სამედიცინო საქმიანობის წარმოების სახელმწიფო ნებართვას - ლიცენზიას, რომელსაც შჯსდ სამინისტრო გასცემს უვადოთ. ლიცენზია გაიცემა არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე ამ დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით.

4.7.2 პერიოდულად სამინისტრო მოახდენს სალიცენზიო პირობების გადასინჯვას და განახლებას; ასევე მოახდენს სამედიცინო დაწესებულებების პერიოდულ გადამოწმებას ახალი სალიცენზიო პირობების შესაბამისად.

4.7.3 სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მექანიზმად შჯსდ სამინისტრო განავითარებს სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემას და ხელს შეუწყობს კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება-დანერგვას.

4.7.4 აკრედიტაციას სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო კომპანიები გამოიყენებენ სამედიცინო დაწესებულებათა კონტრაქტირების პროცესში.

4.7.5 შჯსდ სამინისტრო უზრუნველყოფს აკრედიტაციის პროცესში მონაწილეობის მოტივატორების შექმნას და მოახდენს აკრედიტაციის პროცესის რეგულირებას. აკრედიტაციას განახორციელებს დამოუკიდებელი ორგანო (ფონდი, ასოციაცია...), რომლის სამეთვალყურეო საბჭოს შემადგენლობაშიც იქნება ყველა დაინტერესებული მხარე.

4.7.6 აკრედიტაციის ქონა იქნება აუცილებელი წინაპირობა სახელმწიფო შესყიდვებში მონაწილეობის მისაღებად.

4.7.7 არსებობს რისკი, რომ ჯანდაცვის რაიონული კორპორაციის დომინირებამ ბაზარზე შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი შედეგები, რაც გამოიხატება არაეფექტიანობით და

კორუფციული პრაქტიკის დამკვიდრებით. ამდენად აუცილებელია: ა) შემსყიდველის მიერ კონტრაქტების ეფექტური მართვა (მონიტორინგი, ინსპექტირება, ანგარიშების ანალიზი და რეაგირება); ბ) შჯსდ სამინისტროს მხრიდან პროცესის აქტიური მეთვალყურეობა და დამოუკიდებელი კლინიკური და ფინანსური აუდიტის წარმოება.

4.8 კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება დაწერგვა

4.8.1 შჯსდ სამინისტრო მის ხელთ არსებული სამეცნიერო-საგრანტო პროგრამის ფარგლებში ხელს შეუწყობს შესაბამისი სამედიცინო ასოციაციების მიერ ძირითადი კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებას და ეტაპობრივად უზრუნველყოფს მათ დამტკიცებას და კლინიკაში დაწერგვას.

4.8.2 დამტკიცებული გაიდლაინებით სარგებლობა სავალდებულო იქნება ყველა იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელთანაც უნივერსალური ან დამატებითი პაკეტის ფარგლებში გაფორმებული იქნება ხელშეკრულება სახელმწიფო ან კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მიერ. სადაზღვევო კომპანიები ხელს შეუწყობენ კლინიკური გაიდლაინების ფართო გამოყენებას მიმწოდებლისათვის შესაფერისი ანაზღაურების სისტემისა და შედეგების მონიტორინგის მეთოდების გამოყენების გზით, რომლებიც ასახული იქნება შემსყიდველსა და მიმწოდებლებს შორის გაფორმებულ კონტრაქტებში.

4.9 შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტები

რეგიონულ დონეზე შჯსდ სამინისტრო წარმოდგენილი იქნება სათანადო პერსონალით დაკომპლექტებული რეგიონული დეპარტამენტების სახით.

სამინისტროს რეგიონული სამსახურის ძირითადი ფუნქცია იქნება:

4.9.1. ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარება და განხორციელების ხედამხედველობა რეგიონულ დონეზე;

4.9.2. სამინისტროს უზრუნველყოფა ინფორმაციით:

(ა) რეგიონის დონეზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის საჭიროებების შესახებ;

(ბ) რეგიონის დონეზე ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის და სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შესახებ;

(გ) რეგიონის დონეზე არსებული მომსახურების მიწოდებელთა სიმძლავრეების, მომსახურების ხარისხის, ეფექტურობისა და ეფექტიანობის შესახებ;

(დ) მიწოდებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შესახებ;

4.9.3. მომსახურების მიწოდებლებს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ხელშეწყობა, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობა პირველ, მეორე და მესამე დონეებს შორის ურთიერთობის კოორდინაციით.

4.10 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მიზნით შჯსდ სამინისტრო მოამზადებს და პარლამენტს წარუდგენს კანონს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ.

4.10.1 ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფლებამოსილებას ახორციელებს სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ხოლო რეგიონულ დონეზე : ორი ვარიანტი !!)

I. რეგიონული განყოფილებები (ანუ რეგიონული სამსახურები წარმოადგენენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის სტრუქტურულ ერთეულებს)

II. შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტის სტრუქტურული ერთეული

4.10.2 რაიონულ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფლებამოსილებას ახორციელებს ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, რომელიც ადგილობრივი თვითმმართველობის ადმინისტრაციის სტრუქტურული ერთეულია და საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს წარმოადგენს.

4.10.3. შჯსდ სამინისტრო შეიმუშავებს რაიონული დონის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ტიპიურ დებულებას და სტრუქტურას და დაეხმარება თვითმმართველობის ორგანოებს ამგვარი ცენტრების დაარსება / რეორგანიზაციაში.

5. ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურების ქსელის ოპტიმიზაციის მიზნით სამინისტრო განახორციელებს ამ დაწესებულებების რეორგანიზაციას. კერძოდ კონკრეტული რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება დღეს არსებული ცალკეული იურიდიული პირების შერწყმა ერთ ან რამდენიმე - კერძო სამართლის იურიდიულ პირად (რეკომენდებულია არამომგებიანი ორგანიზაცია) წესდებაში სპეციალური ჩანაწერით, რომ ყველა წმინდა მოგება არ განაწილდება დივიდენდების სახით, არამედ დარჩება დაწესებულებაში და მოხმარდება მის განვითარებას (რაც უზრუნველყოფს არამომგებიანი ორგანიზაციის ფაქტიურ სტატუსს).

5.1 რაიონის დონეზე შემოთავაზებულია იურიდიული პირის -რაიონული ცენტრის (რც) ორი მოდელი:

5.1.1 ერთიანი რაიონული ცენტრი : I ვარიანტი

სოფლებისა და რაიონის პედა დაწესებულებები	რაიონული საავადმყოფო	სასწრაფო სამ დახმარება	სპეციალისტები ამბულატორია	ღანბორატორია / დიაგნოსტიკა
--	----------------------	------------------------	---------------------------	----------------------------

ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
<ol style="list-style-type: none"> კონტრაქტების მცირე რაოდენობა, რაც მათი აქტიური / ეფექტური მენეჯმენტის საშუალებას იძლევა OPM ნაკლები სოფერაციო ხარჯები OPM / CoReform იქმნება რესურსების მაქსიმალურად შ.სანიმარ'თული განაწილება შესაძლებლობა OPM ცენტრში მეტ დაწესებულებებს შეუძლიათ გარდაიარსონ როგორც ხარჯები, ასევე კლინიკური გამოცდილება და ცოდნა. 	<ol style="list-style-type: none"> ეს ემშის HMO-ს მოწოდობას რაიონულ დონეზე. ესეი ბაზარზე შედგება და კონკურენცია კრძო დაწესებულებებისათვის უკიდურესად ძელი იქნება. CoReform სახელმწიფო შესყიდველს აქვს შეზღუდული შესაძლებლობა გაგულა ქონის ინდივიდუალურ მიწოდებულთა შესრულებაზე (performance) რაიონში, ასევე, არ აქვს შესაძლებლობა გადააწარლოს რესურსები მომსახურების დონებს შორის, რაც გკეთდება

<p>სოფლის ჰუდ დაწესებულებებს შეეძლება ისარგებლონ რაიონულ ჰუდ დაწესებულებების გამოცდილებით. რომლებიც შეტ შეზახვევას ატარებენ და აკვირდებიან. <i>CoReform</i></p> <p>5. მიდა რეფერალის არსებობა დაფინანსების კაპიტალიური ან გლობალური მიუტეტის პრობლემში მიიშველივსდა წახალისებს დაავადებათა პროფილაქტიკას და ჰუდ მომსახურების როლის გაზრდას ხარკეთე-ექტურობის გაზრდის მიზნით.</p> <p>7. ადვილია უსევეტი სამედიცინო მომსახურების (<i>continuum of care</i>) მართვა. <i>CoReform</i></p> <p>6. ადგილობრივ დონეზე სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების მართვაზე ფოკუსირება; OPM</p> <p>7. რეფერალის და კლინიკური მართვის სხვა საკითხების მართვა ერთ ორგანიზაციაში (აგრეთვე სავარაუდოა რომ გააუმჯობესებს ხარისხს) OPM</p> <p>8. მომსახურების მისაღებად უფრო ადვილია და სამლო პაციენტის თვალთახედვითა; OPM</p> <p>9. ჩაკლება დაწახარება მრეგულტზე და აგრეთვე ეფექტურად გამოიყენებს მწირ მრეგულტულ ოქსუსებს; OPM</p> <p>10. შეუწყობს ხელს პირველადი ეანდაცვის პრაქტიკის ექიმების როლის განვითარებას OPM</p> <p>11. შეტად არის სავარაუდო, რომ განვითარდეს აუგში გასვლის მომსახურება OPM.</p>	<p>რაიონული ცენტრის მიერ მიდა მრეგულტით. <i>CoReform</i></p> <p>3. არის პოლიტიკური ოქსი ოქსის მსგავსება სახეობათა სისტემაშია; OPM</p>
--	---

5.1.2 რაიონული ჰუდ ცენტრი და რაიონული საავადმყოფო, როგორც დამოუკიდებელი ოქრიდიული პირები:

II ვარიანტი

რაიონის ჰუდ ცენტრი	სოფლებშია და რაიონის ჰუდ დაწესებულებები
--------------------	---

რაიონის საავადმყოფო ცენტრი	სასწრაფო სამ. დახმარება	სპეციალისტები ანუ-უდატორია	ლაბორატორია / დიაგნოსტიკა
----------------------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------

მლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
1. სოფლის ჰუდ დაწესებულებებს შეეძლება ისარგებლონ რაიონულ ჰუდ დაწესებულებების	1. გაზრდილი ადმინისტრაციული ხარჯები. 2. პაციენტთა ეანმართელობის პრობლემების

<p>გამოცდილებით, რომლებიც მეტ შუნიხვევას ატარებენ და ავერდებიან. <i>CoReform</i></p> <ol style="list-style-type: none"> კერძო დაწესებულებებისთვის გადავიღებდნენ ბაზარზე შეღწევა და რაიონულ ცენტრებთან კონკურენცია. <i>CoReform</i> პირველად ჯაჭვდაცვაზე ფოკუსირება – არაწიური ხელის შუნიხ რაიონის საავადმყოფოს მენეჯმენტიდან OPM მომავალში პჯდ, როგორც ფონდის განმკარგავის შექმნის პოტენცია OPM 	<p>გადაჭრის დაბალი შესაძლებლობა OPM</p> <ol style="list-style-type: none"> სახელმწიფო შემსყიდველმა უნდა მართოს დიდი რაოდენობის კონტრაქტები OPM დაბალი სოციალური მიმდებლობა OPM პუდ პერსონალის დანიშტრუება მოხდეს პაციენტთა მეტი რეფერალი, რაც გაზრდის მომსახურების საერთო დანახარჯებს OPM მენეჯმენტის საოპერატიო ხარჯები უფრო მეტი იქნება OPM რეფერალი იმართება ორ დამოუკიდებელ ორგანიზაციის შორის და არა ერთი ორგანიზაციის შიგნით OPM მწელია მიადწიო ოჯახის ექიმის პრაქტიკის როლის გაზივითარებას OPM თახლების დაზოვის მიზნით ან ოთული მაცივსტების თავიდან ასაცილებლად შეიძლება გახშირდეს რეფერალუმი სპეციალისტებთან რაიონში OPM
--	---

5.2 რეგიონალურ დონეზე სამედიცინო მომსახურებას განახორციელებს რეგიონული ცენტრი, რომელიც შედგება პჯდ ცენტრისა და მულტი-პროფილური რეგიონალური საავადმყოფოსგან. ეს უკანასკნელი ორგანიზდება 250,000 – 350,000 მოსახლეზე და შესწევს უნარი მოსახლეობას მიაწოდოს მომსახურების ფართო სპექტრი, როგორც ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური, სპეციალიზებული ამბულატორიული, ასევე გადაუდებელი და გეგმიური ჰოსპიტალური და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

6 რეგისტრირებული კერძო სამართლის იურიდიული პირების (სამედიცინო დაწესებულებების) მართვა განხორციელდება ორი ან ერთეტაპიანი კორპორაციული მართვის წესით - სამეთვალყურეო საბჭოსა და /ან დანიშნული ადმასრულებელი დირექტორის / მენეჯერის მეშვეობით (რეკომენდირებულია მეორე).

6.1 შჯსდ სამინისტროს წარდგინებით ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო დანიშნავს სამეთვალყურეო საბჭოს ან პირდაპირ დირექტორს, რომლის დებულება, ფუნქცია, მოვალეობები და პასუხისმგებლობები განსაზღვრული იქნება სახელმწიფოს მიერ და შესაბამისად

აისახება პირის წესდებაში და ხელშეკრულებაში. საბჭო (5-7 წევრი) უნდა შედგებოდეს ძირითადი დაინტერესებული მხარეების წარმომადგენლებისაგან (პაციენტთა და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, რაიონის / რეგიონის მმართველობის ადგილობრივი ორგანოები, შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტი, პროფესიული ასოციაციები, სხვ.) რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ინტერესების დაბალანსება. საბჭოს წევრობა არის ნებაყოფლობითი მოქალაქეებრივი მოვალეობა და არა პროფესია. შესაბამისად წევრების ანაზღაურება უნდა მოხდეს მათი პროფესიული საქმიანობიდან მოცდენილი დროის ასანაზღაურებლად. საბჭოს თავმჯდომარე თანამდებობაზე დარჩება ხუთწლიანი ვადით (შესაძლებელია მეორედ არჩევა), რიგითი წევრები თანამდებობაზე რჩებიან ოთხი წლის განმავლობაში. ყოველწლიურად მოხდება ერთი რიგითი წევრის გადარჩევა, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ანგარიშგების უწყვეტობა.

საავადმყოფოს პერსონალის წარმომადგენლები არ შეიძლება იყვნენ სამეთვალყურეო საბჭოს წევრები.

6.2 დირექტორი, რომელიც პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებულია კორპორაციის ეფექტურ მართვაზე, თანამდებობაზე რჩება განსაზღვრული ვადით, რაც მოცემულია განახლებად კონტრაქტში. დირექტორს შესაძლოა ვადაზე ადრე შეუწყდეს კონტრაქტი, სათანადო შეტყობინებაში მართებული მიზეზის მითითებით. დირექტორს ნიშნავს და ათავისუფლებს სამეთვალყურეო საბჭო ან (თუ ასეთი არ არსებობს) ეკონომიკის განვითარების სამინისტროს ქონების მართვის სააგენტო.

6.3 დირექტორს აქვს გადაწყვეტილების მიღების და მართვის სრული თავისუფლება / ავტონომია (დაქირავება; პერსონალის გადანაწილება; დათხოვა; ხელფასი და შესრულებაზე დამოკიდებული ანაზღაურების წესები;

მომსახურების მიწოდების სახე და ფორმა; ფინანსური რესურსების გადანაწილება; მოგების შიდა გადანაწილება შრომის ანაზღაურებასა და წახალისებაზე; რეკომენდაცია წმინდა მოგების რეინვესტირებაზე დაწესებულების განვითარებისათვის). მოადგილეებთან ერთად (კლინიკური, ადმინისტრაციული და ფინანსური) დირექტორი წარმოადგენს “ადმასრულებელ საბჭოს”. მოადგილეებს აქვთ უფლება სპეციფიური კომპეტენციის ფარგლებში დამოუკიდებლად გაუწიონ რეკომენდაცია სამეთვალყურეო საბჭოს ან ქონების მესაკუთრეს. დირექტორის შემოსავლის დიდი ნაწილი (40%-მდე) დაკავშირებული იქნება წინასწარ განსაზღვრული ამოცანების შესრულებასთან.

6.4 მენეჯერების, ისევე, როგორც ყველა სხვა ძირითადი პერსონალის კონტრაქტი და ანაზღაურება ორიენტირებული იქნება შესრულებაზე, ანუ მიღწეულ შედეგებზე და შესაბამისად გაითვალისწინებს წახალისებებს საუკეთესო შესრულების მიღწევისას. ახალი როლების და ფუნქციების შესასრულებლად კლინიკური პერსონალი და მენეჯერები გაივლიან სპეციალურ მზადებას.

6.5 რაიონული ცენტრი აქტიურად ითანამშრომლებს რაიონის საზ. ჯანდაცვის ცენტრთან ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვების, ეპიდაფეთქებების საწინააღმდეგო ღონისძიებების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით, და უზრუნველყოფს საზ.ჯანდაცვის საქმიანობების მაქსიმალურად ეფექტურ განხორციელებას.

6.6 რაიონული ცენტრი ასევე ითანამშრომლებს კერძო მიმწოდებლებთან. ეს თანამშრომლობა შესაძლოა მოიცავდეს როგორც დიაგნოსტიკური ისე კლინიკური დამატებითი სერვისების შესყიდვას. რც-მ შესაძლებელია უპირატესობა მიანიჭოს კერძო მიმწოდებლის ქვე-კონტრაქტირებას მომსახურების მისაწოდებლად, თუ მსგავსი გადაწყვეტილება ადგილობრივი თემის ინტერესებით ან

ხარჯთეფექტურობის გაზრდით იქნება განპირობებული.
ქვეკონტრაქტი იქნება ასახული სატენდერო წინადადებაში

9. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო
ფონდი (სდესფ)

9.1. იურიდიული სტატუსი - საჯარო სამართლის
იურიდიული პირი.

9.2 ფუნქცია :

9.2.1 განახორციელოს სახელმწიფოს მიერ
დაფინანსებული ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების
შესყიდვა (გარდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
პროგრამებისა);

9.2.2 უშუალოდ ჯანდაცვის მიმწოდებლებთან
გააფორმოს კონტრაქტები, რათა შეისყიდოს ჯანდაცვის
საქონელი და სერვისები უნივერსალური პაკეტისათვის (და
სახელმწიფო პროგრამებისთვის, გარდამავალ პერიოდში);

9.2.3 კონტრაქტში განსაზღვროს შესრულების
(performance) ხარისხის მოთხოვნები: კლინიკური, ფინანსური
და ადმინისტრაციული. ეს მოთხოვნები უნდა
გაითვალისწინონ ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა, რომლებსაც
სდესფ-თან აქვთ ხელშეკრულება გაფორმებული.

9.2.4 შესრულებული სამუშაოსა და კონტრაქტის
მოთხოვნათა შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად
განახორციელებს აქტიური მონიტორინგს და ინსპექტირებას
(სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის შესაბამისად).

9.2.5 განიხილოს და გადაჭრას მიმწოდებლებისა და
პაციენტების მიერ წარმოდგენილი საჩივრები, რომლებსაც
წარმართავს ომბუცმენის დამოუკიდებელი ოფისი.

9.3. «სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო
ფონდი, როგორც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო
ფონდი:

არსებობს სამი ვარიანტი, თუ როგორ შეუძლია სდესფ-ს განახორციელოს დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის შესყიდვასთან დაკავშირებული ფუნქციები:

ვარიანტი 1: კერძო სადაზღვევო კომპანიების კონტრაქტირება მოსახლეობისათვის დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის სარეალიზაციოდ;

ვარიანტი 2: უზრუნველყოფს დამატებით სადაზღვევო პაკეტს ღარიბებისთვის და მიყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილის**, კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენციის პირობებში;

ვარიანტი 3: უზრუნველყოფს დამატებით სადაზღვევო პაკეტს ღარიბებისთვის და მიყიდის დამატებით სადაზღვევო პაკეტს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილის**, კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენციის გარეშე;

*მირითადი სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტი = „უნივერსალურ პაკეტს“ + „დამატებითი პაკეტი“;

**«დამატებითი პაკეტის» ფარგლებში მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას და ანაზღაურებას მიმწოდებლებისათვის.

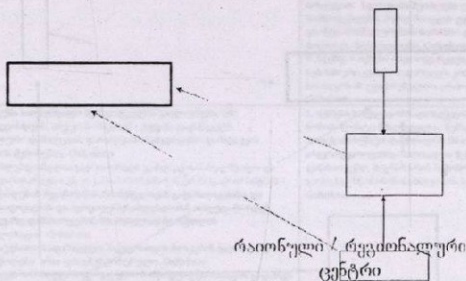
ვარიანტი #1:

ჯანდაცვის შესყიდვული სახელწიფო სააგენტო	
იურიდიული სტატუსი	საჯარო სამართლის იურიდიული პირი;
ფუნქციები	<ul style="list-style-type: none"> • უნივერსალური პაკეტისათვის ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვები; • კერძო სადაზღვევო კომპანიების კონტრაქტირება მოსახლეობისათვის დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის სარეაგირაციოდ და შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ასანაზღაურებლად; • კონტრაქტირების მექანიზმების მუშაობით მრეწველთა და მიწოდებელთა რეგულირება.
კონტროლი და ზედამხედველობა	<p>კონტროლი: ა) შუად სამინისტრო ბ) ფინანსთა სამინისტრო (საგადასაღი ობსექცია)</p> <p>ზედამხედველობა: დაზღვევის ზედამხედველობის სახელწიფო სამსახური;</p>

ვარიანტი # 2 და # 3:

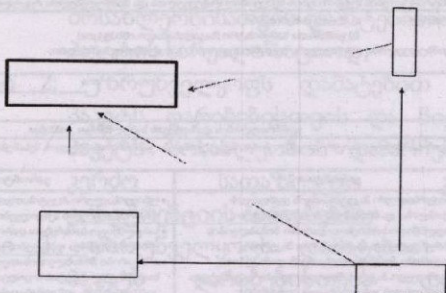
ჯანბრთვითობის დაზღვევის სახელწიფო კომპანია		
იურიდიული სტატუსი	• საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, რეგულირდება კანონით დაზღვევის შესახებ;	
ფუნქციები	<p>ვარიანტი # 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • უნივერსალური პაკეტისათვის ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვები; • სახელწიფო სახსრებით დარიბი მოსახლეობის უზრუნველყოფა დამატებითი პაკეტით; • არადარიბი მოსახლეობისათვის დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის მიყოფა კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენტუიის პირობებში; 	<p>ვარიანტი # 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • უნივერსალური პაკეტისათვის ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვები; • სახელწიფო სახსრებით დარიბი მოსახლეობის უზრუნველყოფა დამატებითი პაკეტით; • არადარიბი მოსახლეობისათვის დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის მიყოფა კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენტუიის გარეშე;
კონტროლი და ზედამხედველობა	<p>კონტროლი: ა) შუად სამინისტრო ბ) ფინანსთა სამინისტრო (საგადასაღი ობსექცია)</p> <p>ზედამხედველობა: კომპანია ლიცენზირებულია დაზღვევის ზედამხედველობის სახელწიფო სამსახურის შიგნით და ექვემდებარება დაბეგვრას;</p>	

ვარიანტი #1; სდეფი კონტრაქტს აფორმებს კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან დამატებითი პაკეტის მომსახურების მიწოდებისთვის



*საჯარო სამსახურის სადაზღვევო პაკეტი - უნივერსალური და დამატებითი პაკეტი

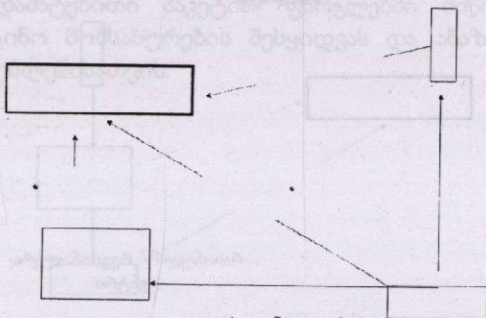
ვარიანტი # 2. სდს-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის ანაზღაურებას ღარიბებისთვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილ ნაწილსთვის. კერძო სადაზღვეო კომპანიები ყიდენ დამატებით და აგრეთვე "დამზარე" სადაზღვეო პაკეტს



რაიონული / რეგიონალური
ცენტრი

* (საბოლოო სამედიცინო სადაზღვეო პაკეტი = უზრუნველყოფს - დამატებითი პაკეტი)

ვარიანტი # 3. სდს-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის ანაზღაურებას ღარიბებისთვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილ ნაწილსთვის. კერძო სადაზღვეო კომპანიები ყიდენ "დამზარე" სამედიცინო დაზღვევის პაკეტს



რაიონული / რეგიონალური
ცენტრი

* (საბოლოო სამედიცინო სადაზღვეო პაკეტი = უზრუნველყოფს - დამატებითი პაკეტი)

10. სამედიცინო პერსონალის სწავლება

10.1 საკადრო რესურსი შედგება უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო, ფარმაცევტული და სხვა პერსონალისაგან. დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ, სათანადო სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ექიმს (ფარმაცევტს). სადღეისოდ ექთნების და სხვა პერსონალის სერტიფიცირება არ დაწყებულა.

ექიმთა დიპლომამდელ და დიპლომის შემდგომ განათლებას ახორციელებს განათლების სამინისტრო, ხოლო სერტიფიცირებისა და რესერტიფიცირების (უწყვეტი პროფესიული მზადების) პროცესს – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

10.2 საგანმანათლებლო დაწესებულებების იურიდიული სტატუსი არის სხვადასხვა. დაქვემდებარების სახე - სახელმწიფო ან კერძო. ყველა აკრედიტებულია განათლების სამინისტროს მიერ.

10.3 უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების აკრედიტაციას, სადაც ხორციელდება დიპლომამდელი განათლება, ახორციელებს განათლების სამინისტრო, ხოლო იმ კლინიკებისა, სადაც განხორციელდება პოსტდიპლომური მზადება, აკრედიტაციის პროცესი ფორმირების პროცესშია.

11. პროფესიული ორგანიზაციები

ქვეყანაში დარეგისტრირებულია 50-მდე პროფესიული ასოციაცია. მათი როლი და ფუნქციები დღესდღეობით არ არის ბოლომდე გამოკვეთილი. ზოგ დარგში არის რამდენიმე ასოციაცია. მიზანშეწონილია სახელმწიფოს მიერ მათი აღიარების (აკრედიტაციის) პროცედურის შემუშავება.

12. პაციენტთა ორგანიზაციები

პაციენტთა ორგანიზაციების მიზანია პაციენტების და მათი ოჯახების უფლებამოსილების პროგრესიული ზრდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის გაუმჯობესების მისაღწევად.

პაციენტთა ასოციაციები მონაწილეობას იღებენ პაციენტთა, მათი ოჯახების და ჯანმრთელობის რისკის ქვეშ მყოფ ინდივიდთა უფლებების დაცვაში, რაც მოიცავს ადამიანის უფლებას მიიღოს პრევენციული მოსახურება, უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობით, ფლობდეს ინფორმაციას საკუთარი ჯანმრთელობის, სამედიცინო მომსახურების შესახებ, გააკეთოს გაცნობიერებული არჩევანი და განაცხადოს თანხმობა კონკრეტულ მომსახურებაზე, დაცული იქნას კონფიდენციალობა, მიიღოს ხარისხიანი და უსაფრთხო მომსახურება, დაზღვეული იქნას არასაჭირო პროცედურებისაგან, გასაჩივროს მომსახურება და მიიღოს კომპენსაცია.

პაციენტთა ორგანიზაციები დამოუკიდებელი ორგანიზაციებია, არაკომერციული და ხშირად საქველმოქმედო, ისინი ფორმირდება, როგორც ასოციაციები ან ფონდები. პაციენტთა ორგანიზაციების წახალსებით მთავრობამ ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ჩართულობას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ეფექტურობის გაუმჯობესებაში.

13. რეგორმის წარმატებისათვის განსახორციელებელი საკითხები

13.1 სახელწიფომ ინვესტიციები განახორციელება უპირატესად იმ რეგიონებში და სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც გარდამავალ პერიოდში შეუძლებელია კონკურენტული ბარემოს შექმნა და ნაკლებად არის

მოსალოდნელი კერძო ინვესტიციების
მოზიდვა.

13.2 სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების პროგრამის
დეტალური კონცეფციის დამტკიცების შემდეგ დაიწყება
მოსახლეობასთან ურთიერთობის ფართო კამპანია
მისიინფორმირების და მხარდაჭერის მოსაპოვებლად.
რეკომენდირებულია სათემო მობილიზაციის
კომპონენტების გამოყენება რეფორმის განხორციელებაში
მოსახლეობის თანამონაწილეობისათვის.

13.3 სახელმწიფო ინვესტიციები
განხორციელდება მხოლოდ იმ სამედიცინო
დაწესებულებებში, სადაც სახელმწიფოს
წილი შეადგენს 50%-ზე მეტს.
დაწესებულებები შეირჩევა სამედიცინო
ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის გეგმის
რეკომენდაციების გათვალისწინებით
სამინისტროსთან შეთანხმებულ წინასწარ
განსაზღვრულ ინდიკატორებზე დაყრდნობით.

13.4 რეაბილიტირებულ
დაწესებულებებში სამუშაოდ
მაღალკვალიფიციური სამედიცინო და სხვა
კადრები შეირჩევა ღია კონკურსის
საფუძველზე.

13.5 არსებული ინფრასტრუქტურა
მნიშვნელოვნად აღემატება სახელმწიფოს
მიერ ნაკისრი ვალდებულებების
განსახორციელებლად საჭირო რაოდენობას.
წინასწარი გათვლებით, განხორციელებული
ოპტიმიზაცია გამოავლენს კარბ
ინფრასტრუქტურას - უძრავი ქონება და
აღჭურვილობა (საშუალოდ 500-დე შენობა-
ნაგებობა) და ადამიანურ რესურსებს
(საშუალოდ 23 ათასი ექიმი და ექთანი²⁵.
(დამხმარე პერსონალი არ არის ჩათვლილი).
ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის მიზნით
შემოთავაზებულა შენობა ნაგებობების

პრივატიზებისა და გამონათვის უფლებული პერსონალისათვის კომპენსაციების გაცემის შემდეგ ვარაუდობები:

13.4.1 განხორციელდება უძრავი ქონების პრივატიზაცია, სამედიცინო და წესებულების პერსონალისათვის უპირატესობის მინიჭებით. მიღებული თანხიდან (XX მლნ ლარი) სახელმწიფო შეძლებს გაისტუმროს სამედიცინო დაწესებულებებისათვის წლების მანძილზე დაგროვილი დავალიანება (დაახლოებით 25 მლნ ლარი). აგრეთვე, პენსიით და "მიზნობრივი დანამატით" (XX ? ლარი) უზრუნველყოს საპენსიო და მასთან მიახლოებული ასაკის გამონათვის უფლებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო დანარჩენ სამედიცინო პერსონალს 2 წლის მანძილზე შესთავაზოს საკომპენსაციო ყოველთვიური ანაზღაურება (თვეში: ექიმს 180-220 ლარი, ექთანს 150 ლარი);

13.5.2 ამედიცინო დაწესებულებები საკუთრებაში უსასყიდლოდ გადაეცემა კოლექტივს, სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების აუცილებლობის მოთხოვნის გარეშე. სახელმწიფო მოიხსნის პასუხისმგებლობას დაწესებულებისთვის დაგროვილ დავალიანებასა და სამუშაო პერსონალისათვის კომპენსაციის გადახდაზე.

13.5.3 ექიმებისა და ექთნებისათვის გაიხსნება ფასიანი მოსამზადებელი პროგრამა გადაუდებელი სტაციონარული დახმარების ცენტრებში სამუშაოდ. (მომზადების საფასურის გადახდა შესაძლებელი იქნება გამოყოფილი საკომპენსაციო თანხიდან, იხ. 13.5.1).

13.5.4 სახელმწიფო სახსრებით სარეაბილიტაციოდ შერჩეული იურიდიული პირის მიერ აქტივების ნაწილის რეალიზაციით მიღებული შემოსავლები მოხმარდება ამავე იურიდიული პირის კაპიტალში რეინვესტირებას.

13.6 გამონათვის უფლებული სამედიცინო პერსონალის სხვა სექტორში ან თვით-დასაქმებისათვის

ხელშესაწყობად სახელმწიფო გახსნის და სუბსიდირებას (საფასურის 20-30%?) გაუწევს გადამზადების ფასიან კურსებს. ამ მიზნით მობილიზდება სექტორში საერთაშორისო დახმარება, რაც სიღარიბის დაძლევის პროგრამის ფარგლებში შეიძლება განხორციელდეს.

13.7 გარდამავალ პერიოდში არარეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულებებისათვის შესაძლებელია შენარჩუნებულ იქნეს დღეისათვის მოქმედი შესყიდვებისა და დაფინანსების მეთოდები. იქ სადაც ფუნქციონირებას დაიწყებს რეაბილიტირებული დაწესებულებები, ამოქმედდება სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმი. კონტრაქტირების, ლიცენზირების და აკრედიტაციის მექანიზმების სრულყოფილი ამოქმედებით სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს და მიმწოდებელთა (მათ შორის კერძო) შორის ჯანსაღ კონკურენციას.

13.7 რეფორმის მართვას და მასზე ზედამხედველობას ახორციელებს "რეფორმის მართვის კომიტეტი" (შემდგომში-კომიტეტი) შჯსდ მინისტრის თავმჯდომარეობით. მინისტრის წარდგინებით კომიტეტი ამტკიცებს: "რეფორმის მართვის ცენტრი"-ს (შემდგომში-ცენტრი) ხელმძღვანელს და შემადგენლობას, განსაზღვრავს ცენტრის ფუნქციებს, უფლებებს და ანგარიშგებას; რეფორმის განხორციელების სტრატეგიულ და დეტალურ გეგმებს. ცენტრის ხელმძღვანელი ყოველთვიურ ანგარიშს წარუდგენს კომიტეტს, ხოლო კვარტალში ერთხელ რეფორმის მიმდინარეობის შესახებ მოხსენებას გააკეთებს კომიტეტის სხდომაზე. კომიტეტი კვარტალში ერთხელ მიმდინარე ანგარიშს წერილობით წარუდგენს სამთავრობო კომისიას, ხოლო მინისტრი ყოველი სამუშაო წლის ბოლოს შემაჯამებელ მოხსენებას გააკეთებს სამთავრობო სხდომაზე.

დანართი # 3

ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების მოწყობა

შესავალი

1. წარმოდგენილი თავი აღწერს ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების ორ ძირეულ ასპექტს: ა) მოსახლეობისათვის მომსახურების მიწოდების დაფინანსების მოდელს და ბ) სექტორისთვის საჭირო ინვესტიციებს, რომელთა გარეშეც მნიშვნელოვანი ცვლილების შეტანა არსებულ სიტუაციაში შეუძლებელი იქნება.

2. მთლიან შიდა პროდუქტიდან ჯანდაცვის სექტორზე დანახარჯები სხვადასხვა ქვეყანაში 4-14 პროცენტამდე მერყეობს, ხოლო ამ მოცულობაში სახელმწიფო დანახარჯების წილი 30-80 პროცენტამდე²⁶. მსოფლიოში ჯანდაცვის დაფინანსების რამოდენიმე მოდელი (ბისმარკი, სემაშკო და სხვა) არსებობს, განსხვავებულია დაფინანსების წყაროები, დამფინანსებლები და რეგულირების ფორმები და მეთოდები²⁷. მაგრამ ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსება ძირითადად სამი წყაროდან ხორციელდება: საგადასახადო შემოსავლებიდან, სადაზღვევო გადასახადებიდან/შენატანებიდან, სადაც მონაწილეობს როგორც დამქირავებელი და დაქირავებული ისე მოსახლეობა. არსებობს კიდევ სხვა ალტერნატიული წყაროებიც.

3. ჩვენს ქვეყანაში ჯანდაცვის სექტორში დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 5-5,5 პროცენტს შეადგენს, აქედან სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 30% არ აღემატება;²⁸ გადახედვას მოითხოვს საქართველოში ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსების არსებული წყაროები, როგორცაა საბიუჯეტო შემოსავალი, კერძო დანახარჯები და სხვა

მიზნობრივი სახსრები, ვინაიდან იგი ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორის მოთხოვნებს. ჯანდაცვის სფეროში არსებული მძიმე სიტუაციიდან გამომდინარე, ქვეყანამ მიიღო გადაწყვეტილება სექტორში 2011 წლამდე ინვესტიციების სახით ჩადოს 400.0 მლნ ლარი. გათვალისწინებულია ამავე პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზარდოს სექტორში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების ლეგალიზაცია, პაციენტების მედიკამენტებით და ამბულატორიულ მომსახურებაში სუბსიდირებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და სხვა²⁹.

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

პრეამბულა

5. საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების მოწყობის შემოთავაზებული მოდელი ნაკარნახევია საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლი 1-ლი პუნქტით:

საქართველოს კონსტიტუცია - მუხლი 37.

პუნქტი 1. ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილი უფასო სამედიცინო დახმარება.

6. შემოთავაზებული მოდელი მიზნად ისახავს ა) ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განუხრელ გაუმჯობესებას და დაიცვას გარემო ფაქტორების შესაძლო მავნე ზეგავლენისგან; ბ) მკაფიოდ გაიმიჯნოს სახელმწიფოს და პიროვნების ვალდებულებები სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სფეროში; გ) სახელმწიფოს მიერ განცხადებული ვალდებულებები დააბალანსოს ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან და გახადოს რეალური და აღსრულებადი; დ) გამოიყენოს საზოგადოებრივი თანხები სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის დასაცავად; ე) გაზარდოს მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის ხარისხი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისგან-სიღარიბისაგან³⁰; ვ) ფინანსური ბარიერების შემცირების გზით გაზარდოს მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებასთან.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმის ხედვა

7. საქართველოს კონსტიტუციის 37 მუხლის ფარგლებში, შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავს რომ სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში გაიყოს ორ ჯგუფად³¹.

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

7.2. მეორე შემთხვევაში სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს, რომ ჯანდაცვის სფეროში იარსებებს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახით). სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოსახლეობის არადარიბი ნაწილისათვის უზრუნველყოს ამ პროდუქტის ფინანსური და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობა, ხოლო სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას სახელმწიფო (საზოგადოებრივი) სახსრებით შეუძინოს ასეთი პაკეტი.

7.3. ეს ორივე ჯგუფი ერთად წარმოადგენს მოსახლეობისთვის აუცილებლად საჭირო სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობას - „ძირითად პაკეტს“.

8. ამ მიზნებიდან გამომდინარე ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების პოლიტიკური პრიორიტეტები შემდეგია:

8.1. სახელმწიფომ საზოგადოებრივი სახსრები მიმართოს მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისთვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის) პრიორიტეტული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დასაფინანსებლად და არა დაწესებულებების და ინფრასტრუქტურის დასაფინანსებლად;

8.2. სახელმწიფომ, ეკონომიკური ზრდის პარალელურად, გაზარდოს ჯანდაცვაზე საზოგადოებრივი დანახარჯების აბსოლუტური მოცულობები და მისი ხვედრითი წილი ქვეყნის მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის დანახარჯებში. დამატებითი ფინანსური რესურსები მიმართოს ან მოსახლეობის პრიორიტეტული ჯგუფების მოცვის გაზრდაზე ან კიდევ პრიორიტეტული მომსახურების მოცულობის გაზრდაზე.

8.3. სახელმწიფომ განსაზღვროს და დაარეგულიროს არა მარტო საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვის პრიორიტეტები არამედ შექმნას ისეთი დაფინანსების

სისტემა, რომელიც ახდენს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზებას ორგანიზებულ ფინანსურ ნაკადებში სადაზღვევო სისტემის განვითარების გზით. ამავე დროს სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს და განავითაროს ისეთი რეგულირების მექანიზმები, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში.

რეფორმის განხორციელების მექანიზმები

9. საქართველომ კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” უნდა განსაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად მოსახლეობის საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა. ამ მიზნით შემოთავაზებულია შემოტანილი იქნეს “უნივერსალური პაკეტის” ცნება, რომელიც ძირითადი პაკეტის ნაწილია. ა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები;

ბ. ოჯახის ექიმის მოდელზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ), რომელიც საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვეში აწვდის მოსახლეობას პრევენციულ, სამკურნალო და რეაბილიტაციურ მომსახურებას ;

გ. გადაუდებელი სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – გადაუდებელი ტრანსპორტირება სამედიცინო დაწესებულებამდე და/ან დაწესებულებებს შორის;

დ. ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება).

ე. სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა³²

10. “უნივერსალური პაკეტის” ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი სოციალური ვალდებულებების

შესრულების მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო:

10.1. განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახლებურ ორგანიზაციულ და ტერიტორიულ მოწყობას. ცენტრალური/რეგიონული სტრუქტურები დაფინანსდება სახელმწიფოს მიერ ბიუჯეტიდან, ხოლო რაიონული ცენტრები ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან. გარდა ამისა, ეპიდსიტუაციის კონტროლისა და ეპიდემიების პრევენციის მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან ერთად, კონკრეტული ეპიდემიოლოგიური რისკების შეფასების საფუძველზე ყოველწლიურად შეიმუშავებს პროგრამას, რომელიც დაფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან³³.

10.2. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე განსაზღვრავს

ა) მიწოდებული მომსახურების მოცულობას³⁴ ბ) ამ მომსახურების მიმწოდებლებთან შეთანხმებით ადგენს მომსახურების დაფინანსების ფორმებს, ტარიფებს და კონტრაქტირების წესს და გ) ამტკიცებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესის მიხედვით შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტებით.

11. ასევე კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” სახელმწიფო განსაზღვრავს “დამატებით პაკეტს” (ძირითადი პაკეტის ნაწილს) ანუ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტს, რომელიც დაიცავს მოსახლეობას იმ ფინანსური რისკებისგან, რომელიც წარმოიშობა აუცილებელად საჭირო სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, დიაგნოსტიკური თუ ჰოსპიტალური მომსახურება) მიღებისას³⁵, საჭირო მედიკამენტების შეძენისას და რომელიც მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს ესაჭიროება. რადგან ამ

პროდუქტით სარგებლობის უფლება კონსტიტუციური უფლების რეალიზაციაა, აუცილებელია რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი სახელმწიფოს მხრიდან მკაცრად რეგულირდებოდეს (მით უმეტეს თუ სახელმწიფო მას სავალდებულოს გახდის), რათა სახელმწიფომ უზრუნველყოს რომ საქართველოს მოსახლეობისთვის ეს პროდუქტი იყოს მიმზიდველი და ხელმისაწვდომი (ფინანსურად და გეოგრაფიულად). ამ პროდუქტის შესაქმნელად და დასამკვიდრებლად საჭიროა:

11.1. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად ერთობლივად (როგორც ეს მოცემულია ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოწყობისა და მართვის მოდელში) შეიმუშაოს ამ სადაზღვევო პროდუქტის:

11.1.1. დიზაინი, ანუ განსაზღვროს იმ ფინანსური რისკების მოცულობა რომლისგანაც უნდა დაიცვას ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტმა მომხმარებელი;

11.1.2. სადაზღვევო პრემიუმის მოცულობის გამომანგარიშების სავალდებულო წესი (და ან სავალდებულო შენატანის მოცულობა/პროცენტი) და ყოველწლიურად, მოსახლეობის მსყიდველუნარიანობიდან გამომდინარე, ერთობლივი ბრძანებით დაადგინოს მოცემული წლისთვის პრემიუმის მოცულობები (ან კანონით დაადგინოს სავალდებულო შენატანის მოცულობა), რათა უზრუნველყოს პროდუქტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა;

11.1.3. სადაზღვევო კომპანიისთვის (ან კომპანიებისთვის) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის რეალიზაციის უფლების მინიჭების წესი და პირობები;

11.1.4. დაამტკიცოს ინსტრუქცია სადაზღვევო კომპანიისთვის (ან კომპანიებისთვის) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის რეალიზაციით მიღებული

შემოსავლებისა და ანაზღაურებული მომსახურების (გაწეული ხარჯის) აღრიცხვა ანგარიშგების წესის შესახებ;

11.1.5. დაამტკიცოს ინსტრუქცია სადაზღვევო კომპანიის (ან კომპანიების) მიერ წარსადგენი ფინანსური და სამედიცინო სტატისტიკური ანგარიშგების წესის შესახებ.

11.2. საქართველოს მთავრობამ შეიმუშაოს და დაამტკიცოს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტით უზრუნველყოფის წესი.

11.3. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის ფარგლებში მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების წესი და ტარიფები, რომელიც გაფორმებული იქნება შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტებით.

11.4. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ხელი შეუწყოს დაზღვეულთა ომბუდსმენის ინსტიტუტის შექმნა-განვითარებას, რათა ადექვატურად იყოს დაცული მომხმარებელთა უფლებები.

12. "მირითადი პაკეტი" წარმოადგენს უნივერსალური პაკეტისა და დამატებითი პაკეტის ერთიანობას. სახელმწიფო და აფინანსებს "უნივერსალურ პაკეტს" მთელი მოსახლეობისათვის, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში "დამატებით პაკეტს" შეისყიდის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის.

13. სამედიცინო მომსახურების "ზაფისური პაკეტი" მოიცავს უნივერსალური

პაკეტს და აგრეთვე დამატებითი პაკეტით
მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ (და
მათთან გათანაბრებულ)
მოსახლეობისათვის მისაწოდებელი
სამედიცინო მომსახურების იმ
ჩამონათვალს, რომლის საფასურის
ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს³⁶

14. ძირითადი პაკეტის ზემოთ
სამედიცინო მომსახურება განხორციელდება
ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის
თანხებიდან, პაცენტების მიერ ჯიბიდან
გადახდის და სხვა მოზიდული სახსრებიდან.

I. დაფინანსების წყაროები

15. დღევანდელი მდგომარეობით
საზოგადოებრივი წყაროებიდან ფინანსდება
ჯანდაცვაზე დანახარჯების არაუმეტეს 30%-
სა. დღეისათვის ჯანდაცვის დაფინანსებისა
და სამედიცინო დაწესებულებებში
ფასწარმოქმნაზე და სამედიცინო
მომსახურების ანაზღაურებაზე
სახელმწიფო რეგულირების სისტემა სუსტია,
რაც საშუალებას აძლევს მედპერსონალს და
სამედიცინო დაწესებულებების
ხელმძვანელებს ეკონომიკური
რაციონალურობის გარეშე დააწესონ ფასები
სამედიცინო მომსახურებაზე^{37,38}.

16. დაფინანსების წყაროები:

არსებული	პროექტი ^ა
1. სახელმწიფო	1. სახელმწიფო
1.1 საბიუჯეტო დაფინანსება	1.1 საბიუჯეტო დაფინანსება 1.2 მიზნობრივი გადასახადი 1.3 საგაღმწელო სამედიცინო დაზღვევის გადასახადი
2. კერძო	2. კერძო დანახარჯები
2.1 მებაყოფილოთი დაზღვევა	2.1 მებაყოფილოთი დაზღვევის გადასახადი
2.2 ჯიბიდან გადახდა	2.2 ჯიბიდან გადახდა
2.1.1 თანადაფინანსება	2.2.1 თანადაფინანსება
2.1.2 სხვა სახით	2.2.2 სხვა სახით
3. სხვა დანარჩენი	3. დამჭირავებლის შინაგანი / გადასახადი დაკორექტირების სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დასაფინანსებლად
	4. სხვა დანარჩენი

17. რეფორმირებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა ბიუჯეტის, კერძო სექტორის (კომპანიების და მოსახლეობის) და დონორების ფინანსურ რესურსების გამოყენებით უზრუნველყოფს: ა) სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის პირობებში განსაზღვროს დამატებითი საზოგადოებრივი ფინანსური რესურსების კონკრეტული სამიზნე(ები); ბ) ნაწილი კერძო დანახარჯებისა, რომელსაც დღეს მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის მობილიზებული იქნეს სადაზღვევო/ორგანიზებულ ფონდებში, რათა ერთის მხრივ, შემცირდეს ფინანსური ხელმისაწვდომობის ბარიერი, მეორეს მხრივ კი ინდივიდუალური რისკები გადაანაწილოს დაზღვეულთა ერთობლიობაზე; გ) გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველის (ან შემსყიდველების) როლი სამედიცინო ბაზარზე და ხელი შეუწყოს როგორც ეკონომიკური ეფექტურობის ზრდას, ასევე ჯანდაცვის სფეროში არაფორმალური ეკონომიკის ხვედრითი წილის შემცირებას; და ბოლოს დ) ერთიან ფონდებში მობილიზებული სახელმწიფო და კერძო ფინანსური რესურსები, მიმართოს იმ სამედიცინო დაწესებულებებზე, რომლებიც აწარმოებენ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რათა შექმნას

ჯანსაღი გარემო სამედიცინო მომსახურების და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხის განუზრელი ზრდისთვის.

II. დამფინანსებელი ორგანიზაციები

18. დამფინანსებლად შეიძლება გამოვიდნენ:

⊕ სახელმწიფო

- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

- საქვეუწყებო დაწესებულება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, წამლის სააგენტო და სხვ.)

- სსიპ (ვეტერანთა ჰოსპიტალი, მოხუცებულთა სახლი და სხვ.)

- სსიპ - სახელმწიფო შემსყიდველი (სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი)

⊕ კერძო სადაზღვევო კომპანია

⊕ პაციენტი

⊕ დონორი

19. ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების მიმდინარეობის პერიოდში (2006-2010 წ.წ.) შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ერთად მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა ეკისრება სახელმწიფო შემსყიდველს. მათ ერთობლივად ხელი უნდა შეუწყონ ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, კონკურენციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

III. ფინანსური რესურსების განაწილება და დაფინანსების მექანიზმები

20. დოკუმენტის ამ ნაწილში განხილულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების მიწოდებისათვის აუცილებელი რესურსების განაწილება. დაფინანსების მოდელის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია, რომ არსებული ფინანსური რესურსების

განაწილება (რეგიონებს თუ სამედიცინო მომსახურების დონებს შორის) ეფუძნებოდა მოსახლეობის საჭიროებიდან გამომდინარე რესურსების თანაბარი გადანაწილების პრინციპს. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ძირითადი მიზანია უზრუნველყოს ისეთი ქსელის შექმნა და ფუნქციონირება, რომელშიც მიმწოდებლებს გააჩნიათ კონკრეტული დაავადებებისა და მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით ეფექტური ხარჯვის და მაღალხარისხიანი მომსახურების გაწევისათვის აუცილებელი რესურსები და ეკონომიკური დაინტერესება⁴⁰. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ზემოაღნიშნული მომსახურების გაწევა მისი სრული ღირებულებით. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ადეკვატური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა:

♦ იმ ჯგუფების გამოვლენა და ერთმანეთისაგან განცალკევება, რომლებიც მიდიხენ ან არ მიდიხენ სისტემის ფარგლებში გათვალისწინებულ დაფინანსებას;

შემუშავებული იქნეს, მომსახურების გაწევის მოცულობისა და ხარისხის შესაბამისად, რესურსების განაწილების მიზნობრიობის შემოწმების მექანიზმი.

ა. სტრატეგიული შესყიდვები და რესურსების განაწილება.

21. შემოთავაზებული რეფორმის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს რესურსების ეფექტური და სამართლიანი შესყიდვისა და განაწილებისათვის საჭირო მექანიზმების შემუშავება. უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების შესყიდვასა და ფინანსური რესურსების განაწილებაში მთავარი როლი ენიჭება სახელმწიფო შემსყიდველს.

22. სახელმწიფო შემსყიდველი სახელმწიფო დაფინანსებას მიიღებს: უნივერსალური პაკეტით - საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის უზრუნველსაყოფად,

ხოლო დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტით - მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობისათვის.

23. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების დაფინანსების მოცულობა განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობისა და სხვა კრიტერიუმების მიხედვით სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ საქართველოს კანონით და კანონქვემდებარე აქტით გაფორმებული ხელშეკრულების შესაბამისად.

24. სახელმწიფო შემსყიდველს სადაზღვევო პრემიის საფუძველზე ასევე შეუძლია შესთავაზოს დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტი მოსახლეობის არაღარიბ ფენებს. ამასთან დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტი შეიძლება იყოს შეთავაზებული კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილისათვის. დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტის შეთავაზების პირობებს, მათ შორის სადაზღვევო პრემიის ოდენობის საკითხს არეგულირებს საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური.

ბ. რესურსების განაწილება სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით

25. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დონეების პარამეტრები დამოკიდებულია უნივერსალურ და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების ყოველწლიურად დამტკიცებულ მოცულობაზე. დღესდღეობით სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამების არსებული სტრუქტურა არ შეესაბამება უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების სტრუქტურას.

26. რესურსების ფაქტიური განაწილება უნდა დაეფუძნოს შემდეგ ძირითად პარამეტრებს: დაავადებიანობას და ხარჯთ-ეფექტურობას, ჯანდაცვის

სიტემის რეფორმის მიზნებს, რომლებიც შეესაბამება ჯანდაცვის სტრატეგიას და ასახული იქნება ხარჯების საშუალოვადიან დაგეგმვაში⁴¹.

27. გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში პაციენტების მდგომარეობის სტაბილიზაციამდე, სპეციალისტების მიერ რეფერალურ ცენტრში გაწეული დახმარება მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე. მომსახურების საფასური დაიფარება სახელმწიფო შემსყიდველისა და მიმწოდებლებს შორის დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე.

28. სხვა კატეგორიების (არა გადაუდებელი დახმარების) პაციენტები გადაიხდიან გაწეული მომსახურების საფასურს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ეს დახმარება დაფინანსებულია სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტის ფარგლებში.

გ. რესურსების განაწილება ტერიტორიული ნიშნით

29. რესურსების განაწილების არსებული სისტემა არ ასახავს ტერიტორიული ერთეულების რეალურ საჭიროებებს, არ არის დაკავშირებული ტერიტორიული ერთეულების მოსახლეობის რაოდენობასთან და სიღარიბის დონესთან. რესურსების უფრო სამართლიანი განაწილება შეიძლება იქნას მიღწეული ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროების გათვალისწინებით. ამისათვის რესურსების განაწილების დროს უნდა იყოს გათვალისწინებული შემდეგი პარამეტრები⁴²:

- ◆ ადგილობრივი მოსახლეობის რაოდენობა
- ◆ დემოგრაფიული მაჩვენებლები, მ.შ. ასაკისა და სქესის მიხედვით
- ◆ არსებული ეკონომიკური მდგომარეობისა და სიღარიბის დონის განმსაზღვრელი ფაქტორები

◆ ნაკლებად დასახლებული რეგიონების (მაღალმთიანი რეგიონები) და განსაკუთრებული ჯგუფების (მაგ. ლტოლვილების) მოთხოვნები

30. დროის გარკვეულ მონაკვეთებში რესურსების ფაქტიური განაწილების გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს ზემოთაღნიშნულ პარამეტრებს.

31. ნაკლებად განვითარებული ინფრასტრუქტურის მქონე ტერიტორიულ ერთეულებში (რეგიონი, რაიონი) მიზანშეწონილია სხვა ტერიტორიული ერთეულების მიმწოდებლებთან ხელშეკრულების დადება, თუმცა ეს არ გამორიცხავს მომავალში ადგილობრივ მიმწოდებლებთან კონტრაქტის გაფორმებას, განსაკუთრებით უკანასკნელის ინფრასტრუქტურის განვითარების შემთხვევაში. მიმწოდებელთან ხელშეკრულების დადების ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ადგილობრივი მოსახლეობისათვის ხარჯთ ეფექტური მომსახურების მიწოდება.

32. სახელმწიფო შემსყიდველი ცალკეული რაიონისათვის/რეგიონისათვის შეადგენს ბიუჯეტს და რეგიონების მოსახლეობისათვის გამოყოფს რესურსებს, რომელსაც განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ბიუჯეტების გამოყოფა უნდა განხორციელდეს ხელშეკრულებების საფუძველზე, რომლებიც იდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურებაზე არსებული საჭიროების უზრუნველსაყოფად.

დ. მიმწოდებლებთან ხელშეკრულების დადება

33. მომსახურების მიმწოდებლებზე რესურსების განაწილება მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველსა და მიმწოდებელის ან მიმწოდებელთა ჯგუფებს შორის დადებულ ხელშეკრულების საფუძველზე⁴³.

34. ხელშეკრულებები დაიდება იმ მიმწოდებლებთან, რომლებსაც ექნებათ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათანადო აკრედიტაცია/ლიცენზია, და ამასთან წარდგენილი წინადადებებით დაასაბუთებენ, რომ თავისი საქმიანობით დააკმაყოფილებენ ხარისხის, საინფორმაციო სისტემების მართვის და სხვა მოთხოვნების მიხედვით გათვალისწინებულ სტანდარტებს. ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებლებთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობა დამოკიდებული იქნება არსებული რესურსების პირობებში ამა თუ იმ ტერიტორიულ ერთეულში მომსახურების მიწოდების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ფაქტორზე. თუმცა ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში კონკურენტუნარიანი ბაზრის განვითარების მიზნით სახელმწიფო შემსყიდველი თანდათანობით საკონტრაქტო ურთიერთობას დაამყარებს სხვა ორგანიზაციებთანაც.

35. კონტრაქტის შესრულების მონიტორინგის და კონტროლის სრულყოფის მიზნით უნდა შემუშავდეს მიმწოდებელთან ანგარიშსწორების გამარტივებული მექანიზმი. კონტრაქტში უნდა იყოს მითითებული ხარისხის სტანდარტი და სავარაუდო მომსახურებათა რაოდენობა, რომლის შესრულების შესახებ ანგარიშგება უნდა ხდებოდეს რეგულარად და ადვილი გასაგები იყოს გარე აუდიტისათვის.

36. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციები მომსახურებას მიაწვდიან მოსახლეობას გარკვეული გეოგრაფიული მოცვის არეალში. მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება საკმარისი იქნება აღნიშნული მოსახლეობისათვის ძირითადი მომსახურების გასაწევად უნივერსალური პაკეტის ფარგლებში. ამასთან, სერვისების

მიმწოდებელთა წინადადებებში გათვალისწინებული უნდა იყოს სხვა წყაროებიდან (მაგ. ჯიბიდან გადახდით ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ) დაფინანსებული მომსახურების ზღვრული ოდენობა.

37. იქ, სადაც მომსახურების გაწევა განხორციელდება სხვა მიმწოდებლების მიერ, ანგარიშსწორება დაფუძნებული იქნება მომსახურების კატეგორიების შეთანხმებული მოცულობის და ხარჯების მიხედვით.

38. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სახელმწიფო შემსყიდველთან ერთად ყოველწლიურად განსაზღვრავს ძირითადი პაკეტით მოსახლეობისათვის მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და ამ მოცულობის დაფინანსების წყაროებსა და წესებს (საბიუჯეტო თანხები, ჰუმანიტარული დახმარება, გრანტი, თანაგადახდა და ა.შ.).

39. სახელმწიფო შემსყიდველი მიმწოდებელთან დადებულ ხელშეკრულებაში გაითვალისწინებს ძირითადი პაკეტის ფარგლებში მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და ამ მოცულობის ფარგლებში რა თანხები და რა წყაროებიდან უნდა აღნაზღაუროს მიმწოდებელს სახელმწიფო შემსყიდველმა.

40. მიმწოდებლის მიერ ძირითადი პაკეტის ზემოთ მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე პასუხისმგებლობა შემსყიდველთან/პაციენტთან ერთად ენიჭება მიმწოდებელს.

41. მიმწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ხელშეკრულებას აფორმებს სერვისების უშუალო მიმწოდებელთან/ფილიალთან. მათთან ანგარიშსწორება ხორციელდება ხელშეკრულების შესაბამისად.

42. სახელმწიფო შემსყიდველი და საწარმოთა მართვის სააგენტო მიმწოდებელს (იგულისხმება მხოლოდ

სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულება) ხელშეკრულებით ასევე განუსაზღვრავენ თუ რა მოცულობის სამედიცინო მომსახურება შეუძლია განახორციელოს ძირითადი პაკეტის ზემოთ, რომელსაც დააფინანსებს კერძო სადაზღვევო კომპანია თუ პაციენტი.

43. სტაციონარულ და სპეციალისტებით დაკომპლექტებულ ამბულატორიულ დაწესებულებებში ხელოვნურად რეფერალის გაზრდის თავიდან აცილების მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს და დანერგავს ოჯახის ექიმების სტიმულირების მექანიზმებს.

44. ჯანდაცვის სექტორში პრივატიზაციის და სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციისათვის კერძო ინვესტიციების მოზიდვის ხელშეწყობის მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სახელმწიფო შემსყიდველი) სამედიცინო ასოციაციებთან ერთად შეიმუშავებს და არსებული წესით დაამტკიცებს სამედიცინო მომსახურების ისეთ ტარიფებს, რომელიც სრულად აანაზღაურებს მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას (კაპიტალური ხარჯების ჩათვლით) და ხელს შეუწყობს კონკურენციის შექმნას ჯანდაცვის სექტორში. ქვეყანაში სტაციონარულ დაწესებულებებში თავისუფალი ფასების შემოღება შესაძლებელი გახდება მას შემდეგ, რაც კონკურენცია დარეგულირდება საბაზრო პრინციპებით.

45. გარდამავალ ეტაპზე, გაერთიანებებში შემავალ სამედიცინო დაწესებულებებში სარეაბილიტაციო სამუშაოების დასრულებამდე და სამედიცინო პერსონალის გადამზადებამზე, გაერთიანებებთან ანგარიშსწორება მოხდება შერეული (კაპიტაციური, საბიუჯეტო, შესრულებული სამუშაოს) წესით არსებული, კორექტირებული და ახალი ტარიფებით.

46. სახელმწიფო ქონებაზე დაფუძნებული სამედიცინო დაწესებულებები დარიცხული ამორტიზაციის სახსრებიდან თანხების ხარჯვას ახორციელებენ ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსთან შეთანხმებით;

47. მოგებისა და ამორტიზაციის სახსრებიდან თანხების გამოყენების ძირითადი მიმართულებები აისახება დაწესებულებების მიმდინარე წლის ბიზნეს გეგმის პროექტში, რომელიც შეთანხმებული

უნდა იქნეს საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს საწარმოთა მართვის სააგენტოსთან.

i) რაიონულ დონეზე გაწეული სამედიცინო დახმარება

48. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მიიღებენ ფულად სახსრებს სახელმწიფო შემსყიდველისაგან რაიონში პირველი და მეორე დონის სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მომსახურებაში მყოფ თითოეულ ადამიანზე, გამოეყოფა წლიური თანხა (კაპიტაციის ან საბიუჯეტო მეთოდით). თავდაპირველად ეს თანხები განისაზღვრება მოსახლეობის გეოგრაფიული მოცვის არეალის საფუძველზე. ყოველი გუნდის დაფინანსება მოხდება პირველ ეტაპზე მოსახლეობის, ხოლო მეორე ეტაპზე რეგისტრირებულთა რაოდენობის მიხედვით. პაციენტების რეგისტრაციის სისტემის განვითარების შემდეგ, პაციენტებს საშუალება მიეცეს შეარჩიონ თავისი ოჯახის პრაქტიკოსთა ექიმების გუნდი, შესაბამისად, კაპიტაციური დაფინანსება მიიღებენ იქნება პაციენტზე. აღნიშნული მექანიზმი ხელს შეუწყობს ექიმთა გუნდებს შორის კონკურენციას, რაც თავის მხრივ აისახება მომსახურების დონის ამაღლებაში.

49. ფიქსირებული საბიუჯეტო (შრომის ანაზღაურების, კაპიტალური და სხვა სახსრების დასაფინანსებლად) მეთოდით დაფინანსებასთან ერთად ექიმთა ერთ გუნდზე გამოყოფილი იქნება დაფინანსება გაწეული მომსახურების მიხედვით, რომელიც გამოიყენება მომსახურებაზე გაწეული დამატებითი ხარჯების (ლაბორატორიული მომსახურება, მედიკამენტების ხარჯები და სხვ.) ასანაზღაურებლად.

50. ინდივიდუალური პრაქტიკის ექიმების წახალისების მიზნით მათი შემოსავალი იქნება ფიქსირებული ხელფასი და შესრულებაზე დაფუძნებული დამატებითი თანხა პრემიის სახით.

ii) რეგიონის დონეზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება.

51. სახელმწიფო შემსყიდველი ხელშეკრულებას დებს რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტებით გათვალისწინებული მომსახურების შესყიდვაზე.

52. შერჩეულმა დაფინანსების მეთოდმა ხელი უნდა შეუწყოს მიმწოდებლების მიერ რესურსების ეკონომიას, მომსახურების მაღალი სტანდარტების შენარჩუნებას. საბოლოოდ დაინერგება დიაგნოზით გაერთიანებულ ჯგუფებზე (DRG) მორგებული დაფინანსების მეთოდი, ხოლო მომსახურების იმ სახეობებზე სადაც მუდმივი მზადყოფნა არის საჭირო (მაგ. სასწრაფო დახმარება), შეიძლება მისაღები იყოს ფიქსირებული ბიუჯეტური დაფინანსების მეთოდი.

53. სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მომსახურების გაწევა ხორციელდება სპეციალისტების მიერ, დაფინანსების მიღება შესაძლებელი იქნება სხვა წყაროებიდანაც (მ.შ. პაციენტებიდან და კერძო სადაზღვევო კომპანიებიდან). დაწესებულებების მიერ მიღებული ყველა სახის შემოსავალი უნდა იყოს გამჭირვალე.

ე. ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვა

54. ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მიმართულებების შესაბამისად, შემდგომში ხარჯების საშუალო ვადიანი დაგეგმვისას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გაითვალისწინებს რეფორმირებული სექტორისათვის საჭირო დაფინანსებას.

55. ჯანდაცვის სექტორისათვის გამოყოფილი თანხების ეფექტურად გამოყენებისა და ხარჯთეფექტურობის ამაღლების მიზნით საჭიროა სწორად იქნეს დაგეგმილი ჭარბი ინფრასტრუქტურის პრივატიზაციის პროცესი და ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ჭარბი რესურსების გამოთავისუფლების საკითხები.

IV. ანგარიშსწორება და ანგარიშგება ა) ანგარიშსწორება

44

56. ანგარიშსწორების ფორმები

ანგარიშსწორების ფორმა: ნაღდი და უნაღდო ანგარიშსწორება. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში სახელმწიფო აწარმოებს უნაღდო ანგარიშსწორებას – თანხის გადარიცხვას შესაბამის საბანკო ანგარიშზე.

57. ანგარიშსწორება შესაძლებელია იყოს:

წინასწარი – ამ შემთხვევაში სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის შესაბამისად, გამოიყენება საბანკო გარანტია ან აკრედიტივი. მომწოდებელი ორგანიზაცია წარმოადგენს ზემოაღნიშნულ დოკუმენტებს შესაბამის თანხაზე, რის საფუძველზეც განხორციელდება თანხის გადარიცხვა შემსყიდველი დაწესებულების მიერ.

58. წინასწარ, ანუ ავანსის სახით სამედიცინო დაწესებულებებზე თანხის გაცემა პირველ ეტაპზე შესაძლებელია თუ ასეთ დაწესებულებას არ გააჩნია საბრუნავი ვაპიტალი და ამასთან ბუნებრივი პირობებიდან გამომდინარე მას არ შეუძლია წარმოადგინოს ანგარიშები

გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. წინასწარი ანუ ავანსის სახით თანხმების გაცემა თანდათან უნდა შემცირდეს, ვინაიდან იგი მიმწოდებელს სტიმულს უკარგავს იზრუნოს საკუთარი საბრუნავი კაპიტალის შესაქმნელად ან ისარგებლოს ბანკიდან მოზიდული სახსრებით.

59. სამუშაოს შესრულების შემდგომი – დადგენილი წესით წარმოდგენილი მიღება-ჩაბარების აქტისა და ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით.

60. შემსყიდველი ხელშეკრულების საფუძველზე იღებს ვადლებულებას ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე აანაზღაუროს შესრულებული სამუშაოს/გაწეული მომსახურების ღირებულება. წინასწარ გაცემული თანხის ფარგლებში ფაქტიურად შერულებულ სამუშაოზე წარადგენს დამოწმების დოკუმენტს საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს საბაზინო სამსახურში.

61. ძირითადი პაკეტის ფარგლებში ან მის ზევით მოსახლეობისათვის გასაწევი სამედიცინო მომსახურების ღირებულება პაციენტის/სადაზღვევო კომპანიის/ სპონსორის მიერ შეტანილი უნდა იქნეს მიმწოდებლის ანგარიშსწორების ანგარიშზე ბანკში ან ნაღდი ფულით ანგარიშსწორებისას სამედიცინო დაწესებულების სალაროში.

62. ყველა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, პაციენტის სტაბილიზაციამდე აანაზღაურებს სახელმწიფო.

63. ანგარიშსწორების ვადები - ანგარიშსწორების ვადები განისაზღვრება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

ბ) ანგარიშგება⁴⁵

64. მიმწოდებლის ანგარიშგება შემსყიდველთან:

შემსყიდველი, მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი დოკუმენტების ინსპექტირების შემდეგ, უზრუნველყოფს მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებას ფაქტიურად მიწოდებულ საქონელზე ან მომსახურებაზე.

65. შემსყიდველის ანგარიშგება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შემსყიდველი შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან განახორციელებს ფინანსურ და საბუღალტრო ანგარიშგებას მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში.

66. სახელმწიფო შესყიდვები და ანგარიშგება შემსყიდველსა და მიმწოდებელთა შორის უნდა განხორციელდეს «სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ» საქართველოს კანონისა და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების მოთხოვნების შესაბამისად

67. ინსპექტირება, მონიტორინგი და შეფასება ხელს შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ხარჯთეფექტიანობის ამაღლების, დაგეგმვისა და მენეჯმენტის გაუმჯობესებას.

68. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშგება მთავრობასთან და პარლამენტთან მოხდება არსებული წესის შესაბამისად

თავი IV. რეგიონული მართვა, ინსტიტუციური მოწყობა და ადამიანური რესურსების მართვა

საქართველოში რეგიონული მართვის ინსტიტუციური მოწყობა ჯერ კიდევ ფორმირების პროცესშია. რეგიონული დონე ჯერ არც საკანონმდებლო თვალსაზრისით არ არის განმტკიცებული. 2007 წელს სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ინსტიტუტის შემოღებით და ამ ინსტიტუტისარსებობის საკანონმდებლო უზრუნველყოფით დაიწყო რეგიონული დონის ინსტიტუციური ფორმირება.

აღსანიშნავია, რომ მმართველობითი სისტემის ფუნქციონირების ხარისხი დამოკიდებულია არა მხოლოდ ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა სწორი ორგანიზაცია, ქვესისტემებს შორის ურთიერთკავშირი, უშუალო ხელმძღვანელობისა და სხვადასხვა დონის ერთეულთა მართვის ხარისხი, არამედ ორგანიზაციის საკადრო შემადგენლობაზეც. დაბალი კვალიფიკაციის კადრების შემთხვევაში, ყველა დანარჩენი ფაქტორის არსებობის დროსაც კი, შეუძლებელი ხდება მართვის სისტემის ეფექტიანი საქმიანობა.

ჩვენი მოცანაა განვახორციელოთ რეგიონული მართვის, ინსტიტუციური მოწყობის და ადამიანური რესურსების მართვის სფეროში არსებული პრობლემების ანალიზი. ამ ამოცანიდან გამომდინარე, ჩვენს მიერ მომზადებულ იქნება დიაგნოსტიკური დასკვნა.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგად დადგინდა:

1. რეგიონულ დონეზე მოქმედი მმართველობითი ინსტიტუციების არაერთგვაროვანი ტერიტორიული საზღვრები. სამინისტროების/უწყებების ტერიტორიული ორგანოების უფლებამოსილების ტერიტორიული საზღვრები არაერთგვაროვანია და ხშირ შემთხვევაში არ ემთხვევა სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის

უფლებამოსილების ტერიტორიულ ფარგლებს. აქედან გამომდინარე, ხშირ შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება რეგიონულ დონეზე მართვის ორგანოების კოორდინაცია.

2. უფლებამოსილებათა დეკონცენტრაციის დაბალი ხარისხი. რეგიონულ დონეზე მოქმედ ინსტიტუციებს (სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ადმინისტრაცია, სამთავრობო დაწესებულებების ტერიტორიული ორგანოები) დებულებით უმთავრესად (მცირედენი გამონაკლისის გარდა) დაკისრებული აქვთ მხოლოდ ინფორმაციის შეგროვების, ზედამხედველობისა და კონტროლის ფუნქციები. არ ხდება ფუნქციების რეალური გადატანა ცენტრალური უწყებიდან რეგიონულ დონეზე.

3. რეგიონულ დონეზე მართვის პროცესის კოორდინირების სირთულე. საქართველოში რეგიონული მართვის ინსტიტუციური მოწყობა ჯერ კიდევ ფორმირების პროცესშია. რეგიონულ დონეზე არ არის შექმნილი სახელმწიფო მართვის ორგანოების მაკოორდინირებელი რგოლი, რის გამოც ინსტიტუციურად შეუძლებელი ხდება რეგიონული მართვის განხორციელება.

4. საჯარო სამსახურის ძირეული რეფორმირების აუცილებლობა. რეგიონული მართვის ეფექტიანობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ სწორ ინსტიტუციურ მოწყობაზე, არამედ ამ ინსტიტუტებში დასაქმებულ პირთა კვალიფიკაციასა და უნარ-ჩვევებზე. საჯარო სამსახურის რეფორმირების აუცილებლობის შესახებ მითითებულია საქართველოს მთავრობის დოკუმენტში „ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2009-2012 წლებისათვის“. ამ დოკუმენტის მიხედვით საჭიროა რეფორმის გატარება, რომლის შედეგად „საჯარო სექტორი ღირსებაზე დამყარებულ სისტემას დაეფუძნება და შედეგად მივიღებთ მცირე, მოქნილ, გამჭვირვალე, ეფექტიან საჯარო სამსახურს“.

საჯარო სამსახურის არსებული, საკმაოდ წინააღმდეგობრივი სისტემა პრაქტიკულად უძლიერი აღმოჩნდა დაემლია საბჭოური მემკვიდრეობით მიღებული რეციდივები. საჯარო სამსახურში კადრების შერჩევისა და მიღების, კარიერის გავლის, წახალისების, დისციპლინური პასუხისმგებლობის ზომების გამოყენების პრაქტიკა და მთლიანობაში არსებული საკადრო პოლიტიკა არ პასუხობს დღევანდელ მოთხოვნებს და არ იძლევა სტაბილური და მაღალკვალიფიციური საჯარო სამსახურის ჩამოყალიბების შესაძლებლობას.

1. სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ინსტიტუტის შემოღება. რეგიონული მართვის ინსტიტუციური მოწყობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ინსტიტუტის შემოღება. ეს ინსტიტუტი უკვე წარმოადგენს კონსტიტუციურ ორგანოს. საქართველოს კონსტიტუციის თანახმად, სახელმწიფო რწმუნებული - გუბერნატორი უზრუნველყოფს საქართველოს პრეზიდენტისა და საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლობას საქართველოს ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში. ასევე, კონსტიტუციითაა დადგენილი ამ ინსტიტუტის რეგულარული ფუნქცია, განახორციელოს სახელმწიფო ზედამხედველობა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებზე. სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის სტატუსის განსაზღვრა, როგორც საქართველოს პრეზიდენტისა და საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლისა, მიუთითებს ამ ინსტიტუტის მაღალ რანგზე, რომლის საფუძველზეც და რომელზე დაყრდნობით შეიძლება აიგოს რეგიონული მართვის ინსტიტუციური სტრუქტურები.

2. კანონმდებლობაში გუბერნატორის ინსტიტუტის ასახვის მიუხედავად, კვლავ ბუნდოვანი რჩება რეგიონის ცნება - მისი სტატუსი. გუბერნატორის ინსტიტუტი

მოქმედებს შესაბამის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში და არა რეგიონებში. შესაბამისად, დასარეგულირებელია რეგიონის განსაზღვრის და მისი სამართლებრივი სტატუსის საკითხი.

3. მმართველობის ორგანოებში გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი უაღრესადცენტრალიზებულია. რეგიონულ დონეზე მოქმედ ინსტიტუციებს (სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ადმინისტრაცია, სამთავრობო დაწესებულებების ტერიტორიული ორგანოები) დებულებით უმთავრესად დაკისრებული აქვთ მხოლოდ ინფორმაციის შეგროვების, ზედამხედველობისა და კონტროლის ფუნქციები. არ ხდება ფუნქციების რეალური გადატანა ცენტრალური უწყებიდან რეგიონულ დონეზე. ფუნქციებისა და გადაწყვეტილების მიღების ასეთი ცენტრალიზებული ხასიათი წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს დეკონცენტრაციის და დეცენტრალიზაციის პროცესისათვის. ადგილობრივ ხელისუფლებასთან მიმართებით, მიუხედავად იმისა, რომ „ადგილობრივი თვითმმართველობის შესახებ“ ორგანული კანონი განსაზღვრავს თვითმმართველი ერთეულების ექსკლუზიურ უფლებამოსილებებს, ხშირ შემთხვევაში ბუნდოვნად არის ჩამოყალიბებული დელეგირებული უფლებამოსილების განხორციელების საკითხი.

4. არ არსებობს დეცენტრალიზაციის, დეკონცენტრაციის და რეგიონული განვითარების სახელმწიფო სტრატეგია. მიუხედავად დეცენტრალიზაციისკენ გადადგმული გარკვეული ნაბიჯებისა, დღემდე არ არსებობს მთავრობის მიერ დამტკიცებული დეცენტრალიზაციის, დეკონცენტრაციის ან რეგიონული განვითარების სახელმწიფო ხედვა ან სტრატეგია, რაც ხელს უშლის პროცესების გრძელვადიან დაგეგმვას და მათ თანმიმდევრულ განხორციელებას.

5. არაერთგვაროვანია სამინისტროების და უწყებების ტერიტორიული ორგანოების ტერიტორიული საზღვრები. სამინისტროების/უწყებების ტერიტორიული ორგანოების უფლებამოსილების ტერიტორიული საზღვრები არაერთგვაროვანია და ხშირ შემთხვევაში არ ემთხვევა სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის უფლებამოსილების ტერიტორიულ საზღვრებს. აქედან გამომდინარე, ხშირ შემთხვევაში შეუძლებელი ხდება რეგიონულ დონეზე მართვის ორგანოების ერთიანი კოორდინაცია.

6. რეგიონის დონეზე სუსტადაა განვითარებული მონაცემების და ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის და შენახვის სისტემა. პრაქტიკულად არ ხორციელდება მონაცემების შეგროვება და ანალიზი რეგიონულ ან მუნიციპალურ დონეზე. მონაცემების შეგროვების გამართულ სისტემასთან

ერთად, არ არსებობს რეგიონის დონეზე ინფორმაციის და მონაცემების გაცვლის სისტემატიზებული პრაქტიკა. დაბალია რეგიონულ დონეზე კომუნიკაციის და კოორდინაციის სისტემა.

7. არ არსებობს ფორმალიზებული ინსტრუქციები და სახელმძღვანელო გზამკვლევები. სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ადმინისტრაცია, სამინისტროების/უწყებების ტერიტორიული ორგანოები რეგიონებში, ისევე როგორც მუნიციპალიტეტები მოკლებული არიან ინსტრუქციებს და სახელმძღვანელო გზამკვლევებს სივრცით-ტერიტორიული დაგეგმარების, სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმების შემუშავების, რეგიონული და მუნიციპალური დაგეგმვის, პროგრამირების თუ მონიტორინგის საკითხებთან დაკავშირებით.

4.1. მუნიციპალური განვითარება და ინფრასტრუქტურა

წინამდებარე ანალიზის მიზანია, ანალიტიკური კვლევის მეშვეობით, მუნიციპალური განვითარების და ინფრასტრუქტურის დღევანდელი მდგომარეობის შესწავლა საქართველოს რეგიონების განვითარების ჭრილში, არსებული სირთულეების გამოვლენა და აქედან გამომდინარე, შესაბამის სტრატეგიის დოკუმენტში მათი დაძლევის ყველაზე ოპტიმალური, ეფექტიანი საშუალებების დასახვა. განხილულია ინფრასტრუქტურის ცალკეული დარგები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ჩვენი ქვეყნის რეგიონებში მოსახლეობისათვის საზოგადოებრივი მომსახურების მიწოდებას.

მასალა მომზადდა კვლევის სტატისტიკური და შედარებითი ანალიზის მეთოდების საშუალებით. ამისათვის გამოყენებულ იქნა მოპოვებული მასალები.

და მივიღეთ შემდეგი დასკვნა:

1. ადამიანური რესურსების პროფესიული განვითარების დაბალი დონე და კადრების მართვაში არსებული ნაკლოვანებები. რეგიონებში მუნიციპალური განვითარების და ინფრასტრუქტურის სფეროში არსებული პრობლემების დიდი ნაწილის მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი არის სწორედ ადამიანური რესურსების სფეროში არსებული ნაკლოვანებები, ვინაიდან მაღალკვალიფიციური ადამიანური რესურსები და მართვის ოპტიმალური ორგანიზაცია ეფექტიანი მმართველობის ერთ-ერთ საფუძველს წარმოადგენს.

2. მართვის პროცესის არაადეკვატური ინსტიტუციური მოწყობა. თვითმმართველ ერთეულებში სამსახურების ფუნქციები, მოხელეების სამუშაო დავალებები არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული და გაწერილი. არ არსებობს სამსახურში აყვანის, დაწინაურებისა და სამუშაოს

შესრულების შეფასების ფორმალიზებული სისტემა. გადაწყვეტილებების მიღება და მართვა არ ხდება წინასწარ შემუშავებული კრიტერიუმების მიხედვით.

3. სისტემური სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვების, შენახვის, გადამუშავებისა და გამოყენების ჩამოყალიბებული სტანდარტული მექანიზმის არარსებობა. თვითმმართველ ერთეულებში არ არსებობს ერთიანი, მწყობრი სისტემა სტატისტიკური მონაცემების მოპოვების, დამუშავების, შენახვისა და გამოყენების (მცირეოდენი გამონაკლისების გარდა; ამის ერთ-ერთი მაგალითია ქვემო ქართლის რეგიონში გეოგრაფიული საინფორმაციო სისტემების გამოყენებით შემუშავებული მონაცემთა ბაზა ადგილზე არსებული რესურსების შესახებ). აქედან გამომდინარე, რეალურად არ არსებობს ზუსტი ინფორმაცია ამა თუ იმ კონკრეტულ სფეროში არსებული მდგომარეობის შესახებ.

4. სათანადო სტატისტიკის და ინვენტარიზაციის სიმწირე განვითარების შემაფერხებელი ერთ-ერთი მიზეზია. ამ მონაცემთა არასრულყოფილი ბაზა აფერხებს თვითმმართველ ერთეულებში არსებული შესაძლებლობებისა და პოტენციალის შესახებ მკაფიო სურათის შექმნის შესაძლებლობას. აღნიშნული ინფორმაციის სიმწირე ართულებს დარგების საერთო განვითარების ეფექტიანი გეგმების შემუშავებას.

5. გრძელვადიანი განვითარების სტრატეგიის და მუნიციპალური განვითარების გეგმების უქონლობა ან მათი შემუშავებისა და განხორციელების დაბალეფექტიანობა. თვითმმართველ ერთეულებში არ არსებობს ერთიანი ხედვა თვითმმართველი ერთეულის მდგრად განვითარებასთან დაკავშირებით. შესაბამისად, მთელ რიგ თვითმმართველ ერთეულებში არ არის შემუშავებული მუნიციპალური განვითარების გეგმები. უმეტეს შემთხვევაში, მათი

უქონლობა უკავშირდება ადგილობრივი მოხელეების არასათანადო კვალიფიკაციას, აგრეთვე, მუნიციპალური განვითარების გეგმებით გათვალისწინებული პროგრამების მნიშვნელობის სათანადოდ ვერ გაცნობიერებას, თუ რა დადებითი შედეგები შეიძლება ჰქონდეს ასეთ პროგრამებს. თუმცა, ცალკეულ თვითმმართველ ერთეულებში შემუშავებულია ამგვარი გეგმები, მაგრამ ამ პროცესს ხშირად სპონტანური ხასიათი აქვს.

6. სუსტი სამოქალაქო ცნობიერება. სამოქალაქო ცნობიერების დაბალი დონე პირდაპირ უკავშირდება მართვის და განვითარების პროცესში დღეისათვის ადგილობრივი საზოგადოების დაინტერესების და ჩართულობის ძალიან დაბალ მაჩვენებელს. მოსახლეობა, თითოეული მოქალაქე სათანადოდ ვერ აცნობიერებს საკუთარ ვალდებულებას და მნიშვნელობას, მონაწილეობდეს გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში და მათ დასახლებებში არსებული პრობლემების მოგვარებაში.

7. საინფორმაციო-საკომუნიკაციო სისტემები და ელექტრონული მმართველობა. ერთიანი გრძელვადიანი ხედვის და შესაბამისი პროგრამების უქონლობა აფერხებს მმართველობის სფეროში საინფორმაციო სისტემებისა და საინფორმაციო ტექნოლოგიების დანერგვასა და განვითარებას. რეგიონებში საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიები, ინფრასტრუქტურის განვითარების ხარისხი არაა დამაკმაყოფილებელია. თვითმმართველი ერთეულების ელექტრონული მზადყოფნის, ანუ მმართველობაში საინფორმაციო ტექნოლოგიების აქტიურად გამოყენების დონე დაბალია;

8. ურბანული დაგეგმარება. ამ პრობლემის მოუგვარებლობა ხელს უწყობს ურბანული დასახლებების სპონტანურ განვითარებას. მასიურმა დაუგეგმავმა მშენებლობებმა შეიძლება გამოიწვიოს უნიკალური და

დიდი ფასეულობის მქონე ურბანული გარემოს დეგრადირება.

9. წყალმომარაგების სისტემა. საქართველოში წყალმომარაგებისა და წყალარინების მომსახურებაზე უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ამ სფეროში არათანმიმდევრული დარგობრივი პოლიტიკის განხორციელება.

10. ნარჩენების მართვა. ნარჩენების მართვის სტრატეგიის უქონლობა და ამ სფეროს მართვის საკანონმდებლო საფუძვლების მოუწესრიგებლობა აფერხებს მომხარებლისათვის ამ მომსახურების ჯეროვან მიწოდებას. ნარჩენების განთავსება, გაუვნებელყოფა უსაფრთხოდ განთავსების მეთოდების სრული უგულვებელყოფით მიმდინარეობს. როგორც წესი, არ ხდება სახიფათო ფრაქციის გამოცალკევება საყოფაცხოვრებო და სამრეწველო ნარჩენებიდან, არ წარმოებს მათი გადამუშავება და არ არის უზრუნველყოფილი ნარჩენების იზოლირება მიწისა და მიწისქვეშა წყლებისაგან. ნარჩენები გარემოს დაბინძურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს და ამ თვალსაზრისით, ლეგალური და არალეგალური ნაგავსაყრელები თანაბარ საფრთხეს უქმნიან გარემოს და ადამიანის ჯანმრთელობას.

11. საგზაო და სატრანსპორტო ინფრასტრუქტურა. თვითმმართველი ერთეულების უმეტესობაში შიდა საგზაო ინფრასტრუქტურა მოუწესრიგებელია. ასევე, არ მუშავდება (მცირე გამონაკლისების გარდა) ადგილობრივი მნიშვნელობის გზების რეაბილიტაციის მოკლევადიანი და გრძელვადიანი გეგმები. გარდა ამისა, მწირია თვითმმართველი ერთეულების ფინანსური რესურსები, რომელიც უზრუნველყოფდა მათ გამგებლობაში მყოფი გზების მოვლა-პატრონობას. ამასთან, განსხვავებულია საზოგადოებრივ ტრანსპორტზე სოფლების

ხელმისაწვდომობა. ტრანსპორტის მოძრაობა თვითმმართველი ერთეულების დასახლებულ პუნქტებში ხშირად არარეგულარულია. ბევრ შემთხვევაში სატრანსპორტო საშუალებები მოძველებულია, მათი დიდი ნაწილი ტექნიკურად გაუმართავია. კარგი ხარისხის გზის და საზოგადოებრივი ტრანსპორტის მისაწვდომობის სიმცირე სოფლის მეურნეობაში დასაქმებული მოსახლეობისთვის შემოსავლების მიღების პერსპექტივების გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი შემადგენელი ფაქტორია.

12. კავშირგაბმულობის ინფრასტრუქტურა. რეგიონებში, განსაკუთრებით სოფლად, დაბალია საკაბელო ტელეფონების ხელმისაწვდომობა, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს მოსახლეობის მაღალ სიჩქარიანი, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ინტერნეტით სარგებლობის შესაძლებლობას.

მუნიციპალური განვითარების გეგმები

თვითმმართველ ერთეულებში არ არსებობს ერთიანი ხედვა თვითმმართველი ერთეულის მდგრად განვითარებასთან დაკავშირებით. შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მხოლოდ მცირე რიცხვს აქვს შემუშავებული სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმები, თუმცა, უმეტესწილად ისინი წარმოადგენენ არსებული მდგომარეობის რიცხოვრივ და, ნაწილობრივ, ხარისხობრივ აღწერილობას და ნაკლებად წარმოადგენენ საშუალო თუ გრძელვადიანი თანმიმდევრული ღონისძიებების საფუძველზე მისაღებ შედეგს. მუნიციპალიტეტებში სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმები მუშავდება ცალკეული საჭიროების მიხედვით და მას ხშირად სპონტანური ხასიათი აქვს.

გეგმების შემუშავება არ ეფუძნება კონკრეტულ პრიორიტეტებს და სანდო სტატისტიკურ მონაცემებს.

ხშირ შემთხვევაში, არასრულყოფილი განვითარების გეგმები უკავშირდება ადგილობრივი მოხელეების არა მხოლოდ საკმარისი კვალიფიკაციის და უნარ-ჩვევების სიმწირეს, არამედ საჭირო გამოცდილების არქონას. აგრეთვე, სათანადოდ იმის ვერ გაცნობიერებას, თუ რა დადებითი შედეგები შეიძლება ჰქონდეს ასეთ პროგრამებს. იმ შემთხვევაში, თუ ამგვარი, შემუშავებული განვითარების გეგმები მეტ-ნაკლებად ასახავს არსებულ საჭიროებებს, მაშინ არ ხდება მისი ეფექტიანი რეალიზაცია, რასაც, ისევ და ისევ, მივყავართ ადამიანური რესურსების სფეროს პრობლემატიკასთან.

თვითმმართველობების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმების შემუშავება უმნიშვნელოვანესია ადგილობრივი და უცხოელი პოტენციური ინვესტორების მოზიდვისათვის.

დადებით ტენდენციად შეიძლება ჩაითვალოს ის გარემოება რომ მუნიციპალიტეტები უფრო და უფრო აცნობიერებენ სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმების მნიშვნელობას. მუნიციპალიტეტები პრობლემათა შორის ერთ-ერთი მთავარ ადგილს მიაკუთვნებენ სოციალურ- ეკონომიკური განვითარების გეგმების არქონას. დღეისათვის მუნიციპალიტეტების 30%-ზე მეტს აქვს შემუშავებული სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმები. შეიმჩნევა დონორების გააქტიურებაც ამ კუთხით.

4.2. ინფრასტრუქტურის სექტორის ზოგადი მიმოხილვა

ინფრასტრუქტურის სექტორის რეაბილიტაცია-განვითარება ხელისუფლების ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა. 2008 წელს ქვეყნის მაშტაბით ამ მიზნით გაწეული ხარჯების მოცულობა 587,380,685 ლარს

შეადგენდა, ხოლო მიმდინარე წელს აღნიშნული მაჩვენებელი გაზრდილია ორჯერ და ის 1,072,031,715 ლარს შეადგენს, რაც, უდაოდ, კარგი ტენდენციაა.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ადგილობრივი ინფრასტრუქტურა არასახარბიელო მდგომარეობაშია და რიგ თვითმმართველ ერთეულებში გამოუსადეგარია სათანადო მომსახურების ორგანიზებისათვის.

ელექტროენერჯის, გზების, ბუნებრივი გაზის ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაციისათვის მნიშვნელოვანი რესურსებია საჭირო, რომელთა მობილიზაცია ადგილობრივ დონეზე შეუძლებელია.

რეგიონებში არსებული ინფრასტრუქტურის არაადეკვატურობა საქართველოს სოფლის მოსახლეობის სიღარიბის დამამძიმებელი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ნაკლებად ეფექტიანი ინსტიტუციური მოწყობის და დონორებს შორის კოორდინაციის ნაკლებობის შედეგად, საქართველოს მუნიციპალიტეტების უმრავლესობის სხვადასხვა ინფრასტრუქტურის ტექნიკური მდგომარეობა მეტად მძიმეა და მას ფუნქციონირება აღარ შეუძლია. რეგიონებში სიღარიბის დამღვეისა და

მოსახლეობის ცხოვრების პირობების გასაუმჯობესებლად, გადაამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ამ ამორტიზირებული ქსელების აღდგენას. მიუხედავად დონორებისაგან მიღებული მნიშვნელოვანი დაფინანსებისა, ადრე განხორციელებული პროექტების დადებითი შედეგები მთლიანობაში დიდი არ არის.

სოფლად არსებული ინფრასტრუქტურის ცუდი მდგომარეობა სოფლის მოსახლეობის ეკონომიკურ და სოციალურ პრობლემებს იწვევს. მაგ.: სოფლის გზების 55%-ს საფარი არ აქვს, ხოლო საფარიანი გზების დაახლოებით 50% ცუდ ან ძალიან ცუდ მდგომარეობაშია, რის გამოც ამ გზებით

მოსარგებლედ მოსახლეობის ხარჯები იზრდება მაშინაც კი, თუ ამ გზებით სარგებლობა შეიძლება.

სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგად, სხვადასხვა რეგიონების თემების უმრავლესობა ყველაზე უფრო პრიორიტეტულ სფეროებად ელექტრომომარაგებას, წყალმომარაგებას და გზებს/ტრანსპორტს მიიჩნევს. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მოსახლეობა მისთვის პრიორიტეტული ინფრასტრუქტურის გასაუმჯობესებლად გარკვეული თანხების გადახდის დიდ სურვილს გამოხატავს.

ამ სფეროში არსებული პრობლემებიდან ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემას წარმოადგენს ინფრასტრუქტურის მოვლა-შენახვის მდგრადი სისტემების განუვითარებლობა, რაც განაპირობებს იმას, რომ არსებული ინფრასტრუქტურის მუშაობა ხშირად არაეფექტიანია და მალე ხდება მისი ამორტიზება, მწყობრიდან გამოსვლა. სარეაბილიტაციო ობიექტების შერჩევა არ ხდება ინსტიტუციურად ჩამოყალიბებული კრიტერიუმების და სქემის მიხედვით და ხშირად სუბიექტურ მოსაზრებებს ეფუძნება.

რეგიონების ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება ერთ-ერთ მთავარ ფაქტორს წარმოადგენს სოფლად სიღარიბის დაძლევაში, რადგან იგი თანაბარი განვითარების ერთ-ერთი საფუძველია. გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ ინფრასტრუქტურას დადებითი ზეგავლენა აქვს სოფლის ეკონომიკის ზრდაზე შემდეგი მექანიზმების მეშვეობით: ის იზიდავს სექტორში კერძო ინვესტიციებს;

აფართოებს გასაღების ბაზრებს; ხელს უწყობს ტრადიციული სექტორის (ფერმერული საქმიანობა) პროდუქტიულობის ზრდას, გადაჰყავს ის არსებობისთვის აუცილებელი სოფლის მეურნეობიდან მალალ პროდუქტიულ ფერმერულ საქმიანობაზე.

ინოვაციები, ახალი ტექნოლოგიები და მეწარმეობა

ყოვლისმომცველი გლობალიზაციის, მზარდი ტექნოლოგიური პროგრესისა და კონკურენციის პირობებში სულ უფრო ცხადი ხდება რომ ე.წ. "ღია სივრცეები", რომლებიც არ შეიცავს თავის თავში ნოვაციებსა და ტექნოლოგიურ პროგრესს, გარდაუვლად ტრანსფორმირდებიან უფუნქციო და დამოკიდებულ სივრცედ როგორც ეკონომიკური, ისე პოლიტიკური გაგებით. საქართველოს ეკონომიკური განვითარებისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფად, აუცილებელი ხდება ცოდნის

ეკონომიკაზე, ინოვაციებსა და ახალ ტექნოლოგიებზე ორიენტირებული რეგიონული ეკონომიკური სტრატეგიის შემუშავება, რაც ქვეყანას შესაძლებლობას მისცემს გამოიყენოს მისი შედარებითი უპირატესობები, განავითაროს პრიორიტეტული დარგები და აამაღლოს მისი კონკურენტუნარიანობა.

ქვეყნის რეგიონების კონკურენტუნარიანობის ამაღლება უმნიშვნელოვანესი ამოცანაა, რამდენადაც იგი ეკონომიკური ზრდის, სამეწარმეო გარემოს გაუმჯობესების, მოსახლეობის ცხოვრების დონის ამაღლებისა და ეროვნულ-ეკონომიკური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს. აღნიშნული გულისხმობს რეგიონების შესაძლებლობას მოიზიდონ კაპიტალი და პირდაპირი უცხოური ინვესტიციები, კვალიფიციური საშუალო ძალა, - მიაღწიონ ზრდისა და დასაქმების მაჩვენებლების გაუმჯობესებას მათი კონკურენტული უპირატესობების ეფექტური გამოყენების და სუსტი მხარეების მინიმალიზაციის ხარჯზე. ვინაიდან ინოვაციები და ახალ ტექნოლოგიები ამცირებენ ტრანზაქციის ხარჯებს და მატებენ დამატებით დირებულებას საქონელსა და მომსახურებას, ისინი

განიხილებიან როგორც უმნიშვნელოვანესი ინსტრუმენტები საერთო ეროვნული წარმატების მისაღწევად.

ამდენად, საქართველოს მსგავსი განვითარებადი ეკონომიკების დინამიური ზრდისთვის, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია წარმოების ტრადიციული ფაქტორების კვალდაკვალ, ინოვაციებზე და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვაზე ორიენტირებული ეკონომიკური ინიციატივების წახალისება და ამისათვის ქვეყნის შედარებითი უპირატესობების ოპტიმალური გამოყენება. ეს თავის მხრივ, გულისხმობს როგორც ცენტრალური ხელისუფლების, ისე სუბსიდიარობის პრინციპებზე დაფუძნებული ადგილობრივი და რეგიონული ხელისუფლებების სათანადო პოლიტიკას, შესაბამისად გაწერილი სტრატეგიის თანმიმდევრულ და კოორდინირებულ განხორციელებას.

აღნიშნული ამოცანების განხორციელების საშუალებად განიხილება ქვეყანაში რეგიონული საინოვაციო სისტემის და მისი შემადგენელი კომპონენტების შემდგომი განვითარება.

კვლევის შედეგებმა საშუალება მოგვცა წარმოგვედგინა ის ძირითადი პოზიტიური და ნეგატიური ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ რეგიონული კონკურენტულობის მაჩვენებლებზე, აგრეთვე სამეწარმეო ბიზნესის განვითარებაზე, ახალი ტექნოლოგიების ათვისებასა და ინოვაციების განვითარებაზე.

ამჟამინდელი რეგიონული განვითარების პოლიტიკის და არსებული რეალიების ანალიზიდან გამოიკვეთა თუ რა პრობლემებთან, გამოწვევებთან და ნაკლოვანებებთან გვაქვს საქმე. მათ შორის, ზოგადად აღსანიშნავია შემდეგი:

- რეგიონული მმართველობის ინსტიტუციური სისუსტე;
- რეგიონული პოლიტიკების (სტრატეგიების), მიზნების, ინსტრუმენტების და ამოცანების ბუნდოვანი ხედვა;

- რეგიონული და ეროვნული განვითარების სტრატეგიების უქონლობა და შესაბამისი

ინიციატივების არათანმიმდევრულობა;

- ინოვაციებზე ორიენტირებული საჯარო ინიციატივებისა და პოლიტიკის, მათ შორის, ინოვაციური სისტემის სტრატეგიული დაგეგმვის არქონა;

- სტიმულებზე დაფუძნებული ინოვაციური პროგრამებისა და ადგილობრივი სამეწარმეო გარემოს ხელშემწყობი პროექტების/ინიციატივების ნაკლებობა;

- რეგიონული და ეროვნული კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურის მოშლილობა;

შესაბამისი ხარჯების დაუფინანსებლობა;

- ცოდნის კომერციალიზაციის მინიმალური დონე;

- უცხოური ინვესტიციების მოზიდვაში, ასევე ადგილობრივ სამეწარმეო სუბიექტთა და შემოსულ ინვესტორთა შორის კავშირების წახალისებაში რეგიონული (ადგილობრივი) ადმინისტრაციების უმნიშვნელო აქტიურობა.

კვლევის მომზადების საწყის სტადიაზე გამოიკვეთა:

- უმეტეს შემთხვევაში, მიზნობრივი ჯგუფების გათვითცნობიერებულობის არცთუ მაღალი დონე, ცოდნის და ინტერესის დეფიციტი რეგიონული მართვის, სტრატეგიული დაგეგმვის, კონკურენტუნარიანობის, ინოვაციებისა და ცოდნის მართვის საკითხებში;

- კომუნიკაციის შეზღუდულობა მთავრობას, ბიზნესსექტორსა და უნივერსიტეტებს შორის;

- ხშირ შემთხვევაში, მონაცემთა არარსებობა და ინფორმაციის ცუდი ან ნაწილობრივი ხელმისაწვდომობა.

კვლევის მიმდინარეობისას და მისი საბოლოო შედეგების ანალიზის შედეგად, საშუალება მოგვეცა შეგვეჯამებინა ძირითადი მიგნებები და შესაბამისი დასკვნები:

1. რეგიონული საინოვაციო სისტემის, როგორც რეგიონული განვითარების ახალი მოდელის გაუთვალისწინებლობა. რეგიონული საინოვაციო სისტემების თემა საქართველოში მხოლოდ უკანასკნელ წლებში გახდა აქტუალური; ჯერჯერობით ის მხოლოდ ცალკეული არასამთავრობო ორგანიზაციების დონეზე განიხილება და აქამდე, რეგიონული პოლიტიკის შემუშავებისას და განხორციელებისას, ინოვაციურობის კომპონენტი და მისი როლი არ ყოფილა შესაბამის პროცესში გათვალისწინებული.

2. საინოვაციო პოლიტიკის განმახორციელებელი მაკოორდინირებელი უწყების და შესაბამისი სისტემური ხედვის არარსებობა. დღეისთვის, არ არსებობს სპეციალური უწყება, რომელიც უზრუნველყოფდა ერთიანი საინოვაციო პოლიტიკის შემუშავებისა და გატარებისთვის აუცილებელ კოორდინირებას. შედეგად, საქართველოს არა აქვს ნათლად გაწერილი, თანმიმდევრული, მწყობრი და ერთიანი საინოვაციო პოლიტიკა, რომელიც საჯარო პოლიტიკის ხარისხში იქნებოდა აყვანილი და განხორციელებული იქნებოდა შესაბამისი საჯარო ინსტიტუტის მიერ, სხვადასხვა ინსტიტუციებთან თანამოქმედების და სტრატეგიის საფუძველზე.

3. რეგიონული საინოვაციო პოლიტიკის ბენჩმარკინგის და სტატისტიკის არარსებობა. საქართველოში არ წარმოებს რეგიონული საინოვაციო პოლიტიკის სპეციალური ბენჩმარკინგი. ამავე დროს, ცენტრალური ხელისუფლება არ ფლობს და შესაბამისად, ვერც იყენებს სათანადოდ დამუშავებულ ინფორმაციას რეგიონებში საინოვაციო

საქმიანობისა და ინიციატივების შესახებ. ამ დროისათვის არ არსებობს ზუსტი სტატისტიკა საქართველოს რეგიონებში შესული უცხოური ინვესტიციების შესახებ, მათ შორის, საინოვაციო განვითარების შეფასების ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტის, როგორცაა კვლევა-განვითარებისთვის გათვალისწინებული ხარჯები შესაბამის სამეწარმეო სუბიექტებში, როგორც ზოგადად ქვეყნის მასშტაბით, ისე ცალკეული რეგიონების მიხედვით.

4. ჭარბი ვერტიკალური მმართველობის შემზღუდავი ეფექტები. რეგიონული განვითარების დღეს არსებული მოდელი სათანადოდ არ ითვალისწინებს ქვემოდან ზემოთ განვითარების (სოციალური კაპიტალი, ადამიანური კაპიტალი, ინოვაცია, ქსელები, ინფრასტრუქტურა, ფინანსები) შესაძლებლობას. დეცენტრალიზაციის დეფიციტი და არსებული ვერტიკალური მართვის სტილი ხელს არ უწყობს რეგიონებში ეკონომიკური პროცესების გაძლიერებას და რესურსების, მათ შორის, ინვესტიციების სტიმულირებას;

5. კლასტერული განვითარების ინიციატივების არარსებობა. ამ ეტაპზე, ძირითადად მხოლოდ ცალკეული კერძო ორგანიზაციების დონეზე განიხილება საქართველოში კლასტერული განვითარების შესაძლებლობები, როგორც საინოვაციო სისტემის წარმატებით დანერგვისა და რეგიონების კონკურენტული უპირატესობების გამოყენების ეფექტური ინსტრუმენტი. ამ მხრივ, გამონაკლისს წარმოადგენს ქ. თბილისის მერიის ცალკეული ინიციატივები, რომლებიც ჯერ კიდევ ხედვის სახით არის ჩამოყალიბებული და არ მიუღია კონკრეტულად გაწერილი სტრატეგიის ფორმა.

6. რეგიონებში საინოვაციო სისტემების დანერგვის სუსტი წინაპირობები. რეგიონებში სამეწარმეო სუბიექტების, კვლევითი ინსტიტუტების, ბაზრების, თვითმმართველობის

ორგანოების, ტრენინგის განმახორციელებელი დაწესებულებების, სოციალური პარტნიორობის განვითარების, ისევე როგორც მათი ურთიერთდაკავშირებულობის დაბალი დონე ეჭვქვეშ აყენებს რეგიონული საინოვაციო სისტემის შექმნის შესაძლებლობას;

7. კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურის სახელმწიფოს მიერ მინიმალური მხარდაჭერა. სახელმწიფოს მიერ კვლევა-განვითარების 41 დაფინანსება ვერ აღწევს მთლიანი შიდა პროდუქტის 1%-საც კი 42. "მსოფლიო ინოვაციის მონაცემთა ცხრილის" ანგარიშში საქართველოს 149-ე ადგილი უკავია; ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული ხარჯების ოდენობით დაახლოებით 500-ჯერ ჩამორჩება საქართველოს ზომის ფინეთს, 140-ჯერ საქართველოზე 5-ჯერ პატარა სლოვენიას, 40-ჯერ ჩვენზე 10-ჯერ პატარა კვიპროსს და ბოლოდან მეორე ათეულშია მოქცეული ნეპალთან და სეიშელის კუნძულებთან ერთად.

8. სამეცნიერო პოტენციალის კლების დინამიკა. 2003 წლიდან სამეცნიერო დაწესებულებების რაოდენობა შემცირდა 17%-ით, ხოლო სამეცნიერო კადრების რაოდენობა - 43%-ით, მთლიანობაში, შესრულებული სამეცნიერო კვლევითი პროექტების რაოდენობა შემცირდა 14,5%-ით, რაც ხელს არ უწყობს ქვეყანაში ცოდნის გენერირების შესაძლებლობის ზრდას. თუმცა, კვლევების რაოდენობა არ არის პირდაპირ კავშირში მათ ხარისხთან, მაგრამ ნაკლებად სავარაუდოა რომ აღნიშნული ტენდენცია ხელს უწყობდეს ქვეყანაში და რეგიონებში ინოვაციების, პროდუქტიულობისა და კონკურენტუნარიანობის ხარისხის ზრდას.

9. ინოვაციური საქმიანობის მხარდამჭერი საჯარო პოლიტიკის (სამართლებრივი ნორმების) არათანმიმდევრულობა და სუსტი სტიმულები. ინოვაციური საქმიანობის მხარდამჭერი კანონმდებლობა ხშირ

შემთხვევაში არათანმიმდევრული და წინააღმდეგობრივია. მაგალითად, “მეცნიერების, ტექნოლოგიების და მათი განვითარების შესახებ” საქართველოს კანონის ცვლილებებში (2005)45 ასახვას პოვებს სახელმწიფო მხარდაჭერა სამეცნიერო და საინოვაციო საქმიანობისთვის და სახელმწიფოს მიერ აკრედიტებულ უნივერსიტეტებში, მათი სამართლებრივი მდგომარეობის მიუხედავად. ამისგან განსხვავებით, “საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის წესები” (2004), არ იძლევა საშუალებას, აკრედიტებულმა კერძო უმაღლესმა სასწავლებლებმა მონაწილეობა მიიღონ მათ მიერ გამოცხადებულ რაიმე სახის პროექტებში, კონკურსებში და საგრანტო დაფინანსებაში. განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ის ფაქტი, რომ 2004 წელს გაუქმდა საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით 2002 წელს შექმნილი საჯარო სამართლის იურიდიული პირი საინოვაციო ეროვნული სამსახური (საქინოვაცია), რისი მოტივაციაც, ასევე, ბუნდოვანია. გარდა ამისა, მნიშვნელოვან პრობლემებს ქმნის საკანონმდებლო და ადმინისტრაციული დაბრკოლებები კვლევა-განვითარების და ინვესტიციების ადგილობრივი წახალისების პოლიტიკის განხორციელებაში. კერძოდ, ბოლო დრომდე ეს აქტუალური იყო საბაჟო მოსაკრებლების გაუქმებასთან ან შემცირებასთან მიმართებაში კერძო უმაღლესი სასწავლებლებისთვის, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც

აღნიშნული უკავშირდებოდა ტექნო პარკების, სამეცნიერო პარკებისა და ტექნოპოლისებისთვის თანამედროვე ტექნოლოგიების იმპორტს. იგივე ეხება საგადასახადო შეღავათების დაწესებას იმ ორგანიზაციებზე და კერძო პირებზე, რომლებიც ინვესტიციებს დებენ საინოვაციო საქმიანობაში.

10. უცხოური პირდაპირი ინვესტიციებით სტიმულირებული ტექნოლოგიების ტრანსფერის სუსტი

პრაქტიკა. საქართველოში ისევე, როგორც უმეტეს გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, ლიცენზიების გზით ტექნოლოგიების ტრანსფერი ამ ეტაპზე საკმაოდ დაბალი პოტენციალისაა. შესაბამისად, განუზომლად იზრდება ამ ტიპის ქვეყნებში უცხოური პირდაპირი ინვესტიციების და მათი მოზიდვა-წახალისებისათვის მოქნილი სამთავრობო (მათ შორის, ადგილობრივი და რეგიონული ხელისუფლებების) პოლიტიკის როლი.

11. ადგილობრივი და რეგიონული ადმინისტრაციების უმნიშვნელო აქტიურობა უცხოური ინვესტიციების მოზიდვაში. ადგილობრივი და რეგიონული ხელისუფლებების ნულოვანი როლი/აქტიურობა საინვესტიციო პროექტების შემუშავებაში და ადგილებზე უცხოური ინვესტიციების მოზიდვაში შეუძლებელს ხდის ეკონომიკური პროცესების სათანადო სტიმულირებას რეგიონებში; ისინი არ ფლობენ აღნიშნული საქმიანობის განსახორციელებლად როგორც სათანადო რესურსებს, ისე კარგად ფორმულირებულ და არაორაზროვან სამართლებრივ უფლებამოსილებებს. ამ მხრივ, გამონაკლისს წარმოადგენს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ხელისუფლება, რომელიც ცალკე განხილვის საგანია.

12. სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის სუსტი როლი და ორაზროვანი სამართლებრივი მანდატი რეგიონების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების გეგმების შედგენაში. მოქმედი საკანონმდებლო ბაზა ბუნდოვანს ხდის რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ზოგადი პრიორიტეტებისა და მიმართულებების განმსაზღვრელი გეგმების შემუშავებასა და განხორციელებას. "საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ" საქართველოს კანონის 271-ე მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, გუბერნატორების ერთ-ერთ უფლებამოსილებას

“მთავრობის დავალებით სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროგრამების განხორციელება” წარმოადგენს. თუმცა, აღნიშნული ნორმის განმარტების საფუძველზე, ირკვევა, რომ კანონმდებელი, ამ შემთხვევაში, არ გულისხმობს გუბერნატორის პრეროგატივას, მკაფიოდ გაწერილი სამართლებრივი მექანიზმის მიხედვით, გეგმაზომიერად და დამოუკიდებლად შეიმუშაოს და განახორციელოს განსაზღვრულ დროზე გაწერილი, სისტემური სახის მქონე, რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტებისა და მიმართულებების განმსაზღვრელი კონკრეტული გრძელვადიანი ან საშუალოვადიანი გეგმა.

13. საკანონმდებლო ბაზის არასრულყოფილება და სუსტი იმპლემენტაცია. მიუხედავად ცალკეული კანონების და კანონქვემდებარე აქტების არსებობისა, ქართული საკანონმდებლო სივრცე მოკლებულია ისეთი ერთიანი საინოვაციო პოლიტიკის წარმოების საკანონმდებლო ინსტრუმენტების არსებობას, რომელიც დააკმაყოფილებდა მსოფლიოში დღეს შექმნილ გლობალური კონკურენტუნარიანობის მოთხოვნებსა და სტანდარტებს. გარდა ამისა, ექსპერტების შეფასებით, მოქმედი კანონმდებლობა ხასიათდება სუსტი იმპლემენტაციით.

14. იმპორტზე დამოკიდებულების მაღალი ხარისხი (მზარდი სავაჭრო დეფიციტი). საქართველოს ეკონომიკა უმეტესწილად დამოკიდებულია იმპორტზე, რაც ასახავს ეროვნული ეკონომიკის არაკონკურენტუნარიანობას და შეზღუდულ ადგილობრივ წარმოებას. ინოვაციური და ექსპორტზე ორიენტირებული ადგილობრივი წარმოება არ არის სამართლებრივად მხარდაჭერილი და წახალისებული.

15. საფინანსო ინსტიტუტების სუსტი როლი მცირე ბიზნესის და საინოვაციო საქმიანობის მხარდაჭერაში. ინოვაციური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად

წინააღმდეგობად რჩება მრეწველობის მხრივ ინოვაციებზე და ახალ ტექნოლოგიებზე მოთხოვნის არსებობა და ამ მოთხოვნის დაფინანსების არარსებობა. ამ ეტაპზე არც ქართული საბანკო სექტორია მზად იმისათვის, რომ ქვეყანაში ინოვაციებზე ორიენტირებული მეწარმეობის და მცირე ბიზნესის განვითარებაში თავისი წვლილი შეიტანოს; დღეს შექმნილ კრიზისულ პერიოდში, ჩვენი საბანკო სისტემის ძირითადი მიზანი მოკლევადიანი ეფექტების მიღებაა. მაშინაც კი, როცა აგვისტოს საქართველო-რუსეთის ომამდე, საქართველოს საბანკო სექტორში ბევრად უკეთესი მდგომარეობა იყო, ამ სექტორის და სხვა ბიზნესორგანიზაციების (სპეციალური ეკონომიკური ზონები, ბიზნესინკუბატორები და ა.შ.) საქმიანობა, ძირითადად, მიმართული იყო ზოგადად საწარმოების დახმარებაზე და არ იყო ორიენტირებული ინოვაციების მხარდაჭერაზე.

16. ცოდნის გენერირების სუსტი შესაძლებლობები. ინტასის პროექტის ფარგლებში ჩატარებული კომპლექსური კვლევა⁴⁹ საფუძველს იძლევა საბოლოო დასკვნისთვის, რომ ამ ეტაპზე, საქართველოს თუმცა გააჩნია ცოდნის ათვისების კარგი პოტენციალი, მაგრამ აქვს ცოდნის გენერირების სუსტი შესაძლებლობანი.

17. საქართველო მსოფლიო ბანკის ცოდნის პარამეტრების გაზომვის (KAM) ინდექსის მიხედვით, - ეკონომიკური სტიმულირებით და ინსტიტუციური რეჟიმით, ინოვაციურობით და საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარებით, ჩამორჩება არა თუ ევროკავშირის წევრ სახელმწიფოებს, არამედ თავის უახლოეს მეზობელ ქვეყნებსაც კი. გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, გამოვლინდა მთელი რიგი ინსტიტუციური პრობლემები, რომლებიც მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას:

- ინოვაციური პოლიტიკის გატარებაზე პასუხისმგებელი საჯარო ინსტიტუციების ერთი ნაწილი (ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო, განათლების და მეცნიერების სამინისტრო, სოფლის მეურნეობის სამინისტრო) ბოლო დრომდე მხოლოდ ნაწილობრივ იყენებდა კანონმდებლობით მათთვის მინიჭებულ უფლებამოსილებებს შესაბამისი პოლიტიკის განხორციელებისთვის; ხოლო, მეორე ნაწილი (ეროვნული ინვესტიციების სააგენტო) არ ფლობს საკმარის ბერკეტებს და რესურსებს იგივე ამოცანების გადასაჭრელად;
- საინოვაციო სისტემის არასაჯარო სუბიექტები ასეთივე მეტ-ნაკლები ფექტურობით ართმევენ თავს სისტემის უკეთეს მუშაობაში საკუთარი წვლილის შეტანას. ხშირ შემთხვევაში, საინოვაციო სისტემის ცალკეული ელემენტები (კვლევითი ინსტიტუტების მნიშვნელოვანი ნაწილი) არ გამოირჩევიან საუკეთესო მენეჯმენტის სისტემით და ამ მხრივ, სამართლებრივი მდგომარეობის და სიახლეების მიუხედავად, პრაქტიკულად ჯერაც არ არიან სათანადოდ რეფორმირებული;
- საქართველოს უნივერსიტეტების პოტენციალი ტექნოპოლისების ჩამოყალიბებაში მხოლოდ მცირედი მოცულობითაა გამოყენებული. პირველი ინიციატივები (კავკასიის ბიზნესსკოლა, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი) ამ მხრივ შეინიშნება, მაგრამ მთლიანობაში, არასაკმარისი რესურსების და მცირე სახსრების გამო, ამ მიმართულებით მუშაობა ჯერჯერობით ვერ იძლევა სასურველ შედეგებს;
- საქართველოში მცირე და საშუალო ბიზნესინკუბატორების განვითარების დონე შორს არის სასურველისგან და შეიძლება ითქვას უკეთეს შემთხვევაში ჩანასახოვან ან უარეს შემთხვევაში, იდეის დონეზეა.

5.2. ძირითადი დასკვნა ყოველი ზემოაღნიშნული პრობლემა და გამოწვევა ცალ-ცალკე და ერთობლიობაში, უქმნის დაბრკოლებებს საინოვაციო სისტემებისა და რეგიონების კონკურენტული უპირატესობების გამოყენებით სტიმულირებულ ეკონომიკურ ზრდას, - სამეწარმეო გარემოს გაუმჯობესებას, - უფრო მაღალი უკუგების, მდგრადი და გრძელვადიანი ეფექტების გენერირებას ადგილობრივ ეკონომიკაში.

არსებული გამოწვევების ფონზე, განსაკუთრებით აქტუალურია იმის გაცნობიერება, რომ რეგიონული საინოვაციო სისტემა შესაძლოა იქცეს ქვეყნის დაბალანსებული და დაჩქარებული ეკონომიკური განვითარების ახალ ინსტრუმენტად. საქართველოს ეკონომიკის დინამიური ზრდისათვის, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია წარმოების ტრადიციული ფაქტორების კვალდაკვალ, ინოვაციებზე ორიენტირებული ეკონომიკური ინიციატივების წახალისება და ამისათვის ქვეყნის შედარებითი უპირატესობების ოპტიმალური გამოყენება.

აღნიშნული გულისხმობს როგორც ცენტრალური ხელისუფლების, ისე სუბსიდიარობის პრინციპებზე დაფუძნებული ადგილობრივი და რეგიონული ხელისუფლებების სათანადო პოლიტიკის შემუშავებას, შესაბამისად გაწერილი სტრატეგიის თანმიმდევრულ და კოორდინირებულ განხორციელებას.

საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის და სხვადასხვა წარმატებული ქვეყნების გამოცდილების (ფინეთი, გერმანია, სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზია, დიდი ბრიტანეთი) შესწავლამ.9051 0, ასევე, მოგვცა

საშუალება გავვეკეთებინა შემდეგი დასკვნები:

- მთავრობის აქტიური როლი დამხმარე ორგანიზაციული ღონისძიებების განხორციელებაში,

ასევე კვლევისა და განვითარების დაფინანსებაში, გადამწყვეტ ფაქტორად იქცა საწარმოთა ინოვაციური ძალისხმევების სტიმულირებასა და გამლიერებაში;

- მთავრობამ თავის თავზე აიღო ინოვაციურ საქმიანობაში ჩართული საწარმოებისა და საჯარო დაწესებულებების ანგარიშვალდებულების მექანიზმების შემუშავების და განხორციელების ვალდებულება;

- პირდაპირმა უცხოურმა ინვესტიციებმა, ხშირ შემთხვევაში, მანამდე ვერ უზრუნველყვეს ტექნოლოგიური ცოდნის გადრმავება, სანამ ადგილობრივმა საწარმოებმა მთავრობის ხელშემწყობი ღონისძიებების პირობებში მის მინიმალურ დონეს არ მიაღწიეს ;

- იმისთვის, რომ რეგიონები სამეწარმეო სუბიექტებისთვის, მსხვილი კომპანიებისა და ფირმებისათვის მიმზიდველნი გამხდარიყვნენ, ამ ქვეყნებში შეიქმნა სპეციფიკური ინსტიტუციები, რომლებიც მხარს უჭერენ შესაბამისი ინოვაციური სტრატეგიების შემუშავებასა და შემდგომ განხორციელებას;

- ბოლო პერიოდში დამკვიდრებული ტენდენციების შესაბამისად, რეგიონი, როგორც წესი, განიხილება როგორც ბუნებრივი ეკონომიკური ზონა; განსაკუთრებით მაშინ, თუ მათ უკვე განავითარეს კლასტერები და შესაბამისი ადმინისტრაციული მოწყობა ინოვაციური პროექტების მხარდასაჭერად;

- ბიზნესსექტორში ჩადებულმა კვლევამ და განვითარებამ სახელმწიფოს მხრიდან სოლიდური მხარდაჭერა მიიღო მასტიმულირებელი ზომებისა და გადასახადების შემცირების სახით.

4.3. საქართველოში ინოვაციების სფეროში არსებული სიტუაციის და გამოწვევების მიმოხილვა - პრობლემის დასაბუთება

2004-2008 წლების საქართველოს ეკონომიკური განვითარების დინამიკამ თვალსაჩინო გაზარდა როგორც მისი ძლიერი, ისე სუსტი მხარეები.

ერთი მხრივ, - სტაბილური მაკროეკონომიკური და ლიბერალური საინვესტიციო გარემოს ჩამოყალიბება, დაჩქარებული და ფართომასშტაბიანი პრივატიზაციის პროცესი, უცხოელი ინვესტორებისათვის დაცული ბაზრის სეგმენტების გახსნა, ფოთის თავისუფალი ინდუსტრიული ზონის შექმნის ინიციატივა, ლიბერალური საგადასახადო კოდექსის მიღება, სხვადასხვა ბიზნესებისთვის გართულებული სალიცენზიო პროცედურების გაუქმება, - ყველა ამ ფაქტორმა შექმნა დადებითი წინაპირობა ეკონომიკური განვითარებისა და ზრდისთვის.

მეორე მხრივ, - აღნიშნულ პროცესს მნიშვნელოვანწილად აკლდა კომპლექსურობა და თანმიმდევრულობა, ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტებისა და ფაქტორების ნაკლებობა, როგორცაა: სრულფასოვანი დეცენტრალიზაცია, სუბსიდიარობა, ჩართულობა, რეგიონული და ადგილობრივი ადმინისტრაციების მკაფიოდ განსაზღვრული როლები სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებაში, -კოორდინირებული ძალისხმევის უქონლობა, ტექნოლოგიური ჩამორჩენილობა, ინოვაციების წახალისებაზე ორიენტირებული მიდგომების დეფიციტი, - ყველა ეს ფაქტორი ცალ-ცალკე და ერთობლიობაში აფერხებდა უფრო ფართო, მაღალი უკუგების, მდგრადი და გრძელვადიანი ეფექტების გენერირებას ადგილობრივ ეკონომიკაში.

არსებითად, აღნიშნული რეფორმების მთელ პროცესს წითელ ხაზად გასდევდა ჭარბად ცენტრალიზებული,

ვერტიკალური მართვის ფორმები და ის მოკლებული იყო ეროვნულ სტრატეგიებთან კოორდინირებულ ავტონომიურობისა და ჰორიზონტალური მართვის ელემენტებს, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ რეგიონული საინოვაციო სისტემების შექმნასა და კონკურენტუნარიანობის ამაღლებაში. შედეგად, სახეზეა ის ფაქტი, რომ რეგიონების ეკონომიკური განვითარება საქართველოში ხასიათდება პროდუქტიულობისა და შემოსავლების დაბალი დონით, სუსტი სამეწარმეო საქმიანობით, ადგილობრივი და პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების მოკრძალებული მაჩვენებლებით.

თუკი დავუბრუნდებით პრობლემის დასაბუთებას უფრო ფართო ჭრილში, გლობალური ეკონომიკის უახლესი ტენდენციები და მაღალი მოთხოვნები აბსოლუტურ აუცილებლობად ხდის, რომ რეგიონები გადაიქცნენ წამყვან მოთამაშეებად საერთო ეროვნული წარმატების განსაზღვრაში; ამას განაპირობებს ის ფაქტი რომ ექსტერნალიები და მზარდი უკუგება - როგორც ძირითადი მამოძრავებლები ეკონომიკური ზრდისა და განვითარების - წარმოიშობა რეგიონულ და ადგილობრივ დონეებზე. ამ მხრივ, რეგიონული ინოვაციური სისტემების, - საწარმოო და სხვა რეგიონული კლასტერების, ტექნოლოგიური ნოუ-ჰაუების, არატრადიციული ახალი დარგების, ნოვატორულ ცოდნაზე დაფუძნებული ინიციატივების თუ რესურსების და ძლიერი სამეწარმეო გარემოს წახალისება და დანერგვა წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს ფაქტორს, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია საქართველოს რეგიონების შედარებითი ეკონომიკური სტაგნაციის დაძლევა და განვითარებულ ქვეყნებში არსებულ სტანდარტებთან დაახლოება.

ეკონომიკური განვითარების თანამედროვე პარადიგმები ცხადყოფს, რომ არა მარტო ბუნებრივი რესურსები და/ან

კაპიტალი, თავისთავად როგორც ასეთი, წარმოადგენენ გადამწყვეტ ფაქტორებს ქვეყნის და მისი რეგიონების ეკონომიკური განვითარებისთვის, არამედ იმ ტიპის ინოვაციური მიდგომების შექმნა და ათვისება, რაც შესაძლებელს ხდის კონკურენტული უპირატესობების ეფექტურ გამოყენებას და მდგრადი განვითარების სტიმულირებას. ეს არის უდიდესი გამოწვევა ქართული საზოგადოების და ეკონომიკის ახალი საუკუნის წინაშე, განსაკუთრებით, პოსტკონფლიქტური რეალების ფონზე. ამ გამოწვევაზე სუსტი პასუხი და მიზნის ვერ მიღწევა არის მაღალი რისკის მატარებელი, ვინაიდან საქართველო დარჩებოდა პერიფერიულ ქვეყანად მაღალი ტექნოლოგიების და ინოვაციებზე დაფუძნებული ეკონომიკების ეპოქაში.

რეგიონული საინოვაციო სისტემის კონცეფცია ამგვარად იძენს უზარმაზარ მნიშვნელობას, რასაც ზურგს უმაგრებს ეკონომიკურ ზრდაზე ინოვაციების უაღრესად დადებითი ეფექტების ფართოდ აპრობირებული და წარმატებული პრაქტიკა. რეგიონული საინოვაციო სისტემის უმნიშვნელოვანეს კომპონენტებს შორის, პირველ რიგში, მოიაზრება შემდეგი ელემენტები: სამეწარმეო სუბიექტების და კვლევითი ინსტიტუტების სივრცითი კონცენტრაცია რეგიონში (ე.წ. "კლასტერული" განვითარება რეგიონის შედარებით უპირატესობებზე დაყრდნობით), ცოდნის ინსტიტუციების (უნივერსიტეტები, ტრენინგცენტრები და ორგანიზაციები და ა.შ.) მხარდაჭერა და ქსელური პრინციპის დანერგვა, რეგიონული კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურის (მაგალითად, კვლევითი ინსტიტუტები), ასევე, იმ ორგანიზაციების არსებობა და მხარდაჭერა, რომლებიც ამცირებენ სხვაობას მიწოდებასა და მოთხოვნას შორის (მაგალითად, ტექნოლოგიების ბროკერები, სარისკო კაპიტალის ფირმები). გარდა ამისა,

გადამწყვეტ როლს ასრულებენ ამ მიმართულებით შესაბამისი სამთავრობო უწყებები, სპეციალური სააგენტოები და მარეგულირებელი ინსტიტუციები, საინოვაციო სისტემის სხვა (პოტენციური) სუბიექტები.

რეგიონული საინოვაციო სისტემის ზემოთ ჩამოთვლილი ელემენტები ურთიერთქმედებენ განსაკუთრებული ქსელური პროცესების საშუალებით, ეყრდნობიან რა საამისოდ თანამშრომლობისა და კოორდინაციის ძალისხმევას და გეოგრაფიული სიახლოვის უპირატესობას, რამაც შედეგად უნდა მოიტანოს ნოვატორული ცოდნის გენერირება და წარმოების პროცესში მისი ნაყოფიერი გამოყენება, ახალი და კონკურენტუნარიანი პროდუქციის შექმნა, უკეთესი მომსახურების მიწოდება და, საბოლოო ჯამში, ეკონომიკური ზრდისთვის ხელშეწყობა.

საქართველოს საინოვაციო და სამეწარმეო გარემოს სტრუქტურული ანალიზი

საინოვაციო სისტემის ინსტიტუციური შემადგენლების და
საჭიროებების მიმოხილვა

ვინაიდან ეროვნული და რეგიონული საინოვაციო სისტემების დანერგვა მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან და მოიაზრებს ურთიერთდამოკიდებულების მაღალ ხარისხს, ამ ქვეთავში მოცემულია მათი ინსტიტუციური შემადგენლების და საჭიროებების ანალიზი და შესაბამისად, იდენტიფიცირებულია ის გამოწვევები და პრობლემები, რომლებიც ამ ეტაპზე ხელს უშლიან საინოვაციო სისტემის ფუნქციონირებას ორივე დონეზე.

საინოვაციო სისტემის წამყვანი სუბიექტები და
ფუნქციები

ეროვნული და რეგიონული საინოვაციო სისტემის ძირითად ელემენტებად მოიაზრებიან საჯარო ინსტიტუციები (ცენტრალური, რეგიონული და ადგილობრივი), საწარმოები, უნივერსიტეტები, კვლევითი ინსტიტუტები, სპეციალური ფონდები და ბიზნესინკუბატორები, საინოვაციო პოლიტიკის წამახალისებელი სხვადასხვა მხარდამჭერი სტრუქტურები და უცხოელი ინვესტორები.

საინოვაციო და კვლევა-განვითარების პოლიტიკას სახელმწიფო ბიუჯეტის განხილვისას განსაზღვრავს საქართველოს პარლამენტი. იგი ამტკიცებს მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარებისთვის დაფინანსების ოდენობას, განსაზღვრავს სახელმწიფო პოლიტიკას აღნიშნულ სფეროებში და უწევს კონტროლს მის განხორციელებას. შესაბამის წინადადებებსა და პროექტებს პარლამენტს წარუდგენს საქართველოს პრეზიდენტი, რომელიც თავის მხრივ, ეყრდნობა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მიერ მომზადებულ რეკომენდაციებს.

მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელებაში უმნიშვნელოვანესი როლი აკისრია, ასევე, საქართველოს მთავრობას. წამყვან როლს ამ მიმართულებით ასრულებენ შემდეგი სამინისტროები და უწყებები:

1. საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო - საინოვაციო პროცესში (როგორც ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი ფაქტორის) მისი ჩართულობით, პასუხისმგებელია ინოვაციებისა და ცოდნის ტრანაფერის ხელშემწყობ ღონისძიებებზე.

სამინისტროში არსებული ეკონომიკური პოლიტიკის დეპარტამენტი განიხილება როგორც ყველაზე

რელევანტური სტრუქტურა საინოვაციო პოლიტიკის წარმოებაში.

2. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო - პასუხისმგებელია კვლევა-განვითარების სისტემის და სხვადასხვა საინოვაციო და კომპლექსური საგანმანათლებლო ღონისძიებების რეგულირებაზე; ინოვაციებზე ორიენტირებულ პოლიტიკას სამინისტრო ახორციელებს სხვადასხვა პროგრამების, გრანტების და სესხების გზით, რისი ადმინისტრირებაც ხდება სპეციალურად შექმნილი ფონდების გზით.

3. ეროვნული საინვესტიციო სააგენტო - პასუხისმგებელია სამეწარმეო-საინვესტიციო პროგრამების დაფინანსებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების განხორციელებაზე, კოორდინირებაზე და მონიტორინგზე, ასევე, ამავე სფეროში არსებული სიტუაციის სისტემატურ შესწავლასა და ანალიზზე, საქართველოს პრეზიდენტისთვის შესაბამისი გადაწყვეტილებების მისაღებად აუცილებელი წინადადებების მომზადებაზე.

4. საქართველოს საპატენტო ოფისი - პასუხისმგებელია ინტელექტუალური საკუთრების დაცვის სისტემაზე, რაც მოიცავს ამ სისტემის ფუნქციონირებისათვის აუცილებელ სხვადასხვა ელემენტებს.

5. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემია - პასუხისმგებელია საინოვაციო ღონისძიებებისა და ინიციატივების განვითარებისთვის შესაბამისი რეკომენდაციების მომზადებაზე, საინოვაციო პროექტების განხილვასა და შეფასებაზე.

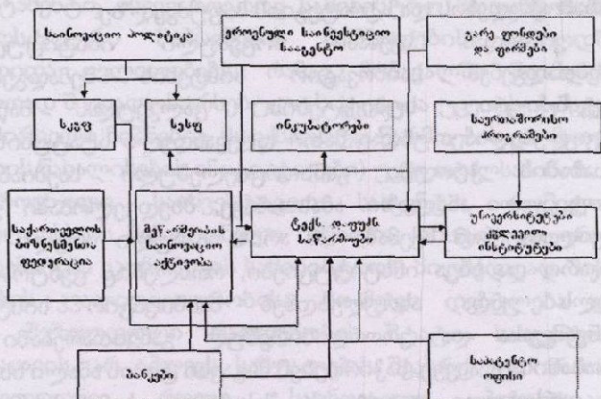
შემდგომი ანალიზის მიზნებისთვის, ამთავითვე, უნდა აღინიშნოს, რომ ერთი საკითხია ზემოაღნიშნული ინსტიტუციების ფორმალური ფუნქციონალური დატვირთვა და პრაქტიკაში ამ ფუნქციების რეალური და ეფექტური განხორციელება. ასევე, საინოვაციო სისტემის

შესაძლებლობების შეფასებისთვის უაღრესად
მნიშვნელოვანია, აღნიშნული ინსტიტუციების
ურთიერთკავშირის და სხვა ინსტიტუციურ
შემადგენლებთან კოორდინირებული საქმიანობის
ეფექტურობის დადგენა.

საქართველოს საინოვაციო სისტემის ინსტიტუციური შემადგენლების

კრიტიკული ანალიზი

საინოვაციო სისტემისა და მისი შემადგენლების ანალიზის აღნიშნულ კონტექსტში, საინტერესოა ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული ინტასის პროგრამის ფარგლებში მომზადებული მოხსენება; საქართველოში, სომხეთსა და აზერბაიჯანში, 2008 წელს დასრულებული შეფასებითი კვლევა - "პოლიტიკის ტენდენციები და შეფასებითი მოხსენება". მასში აღწერილია საქართველოს ეროვნული საინოვაციო სისტემის მოქმედი სუბიექტების მართვისა და ურთიერთკავშირის სქემა.



მოცემულ სქემაზე და რეალობაში გვაქვს გარკვეული ვითარება, როდესაც არაკოორდინირებული და, ამდენად, არაპროდუქტიული ქსელი, შედეგზე ორიენტირებული სისტემის არარსებობის პირობებში, კონტექსტიდან ამოგლეჯილ, ქოსურ, არაეფექტურ, უმართავ წარმონაქმნს ემსგავსება.

პირველადი შეფასებისთანავე თვალსაჩინო ხდება, რომ არ არსებობს მაკოორდინირებელი უწყება, რომელიც უზრუნველყოფდა ერთიანი საინოვაციო პოლიტიკის შემუშავებისა და გატარებისთვის აუცილებელ კოორდინირებას (როგორც, მაგალითად, საინოვაციო საბჭო ან ეროვნული საინოვაციო სააგენტო სხვადასხვა ქვეყნების პრაქტიკაში). შედეგად, გვაქვს სიტუაცია, როდესაც საქართველოს არ აქვს ნათლად გაწერილი, თანმიმდევრული, მწყობრი და ერთიანი საინოვაციო პოლიტიკა, რომელიც ფორმალიზებული და განხორციელებული იქნებოდა შესაბამისი საჯარო

ინსტიტუციის, სხვადასხვა ინსტიტუციების
თანამოქმედების და სტრატეგიის საფუძველზე.

ვინაიდან სქემაში მოცემული ინსტიტუციები წარმოადგენენ საინოვაციო სისტემის შემადგენელი პოტენციური სუბიექტების ცალკეულ ნაწილს, აუცილებელია თუნდაც მათი დღევანდელი სტატუსისა და შესაბამის ჭრილში განხორციელებული საქმიანობის კრიტიკული ანალიზი. ამასთანავე, მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ სქემაში არ არის ასახული მთელი რიგი საჯარო და სხვა ინსტიტუციები, რომლებიც ცენტრალურ როლს უნდა ასრულებდნენ საინოვაციო სისტემის დანერგვასა და კოორდინირებულ განვითარებაში და შესაბამისად, ასევე, საჭიროებენ მსგავსი ტიპის ანალიზს.

არსებული სიტუაციის, შესაბამისი სამინისტროების მიერ განხორციელებული საქმიანობის და მათი დებულებების ანალიზი იძლევა საფუძველს მოგახსენოთ:

1. საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტროში ბოლო დრომდე არ არსებობდა პროგრამულად გაწერილი ხედვა ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორც არის ქვეყნის საინოვაციო პოლიტიკა, ინოვაციებით განპირობებული ზრდა და კონკურენტუნარიანობა, მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარების სახელმწიფო პოლიტიკა. ანალოგიურად, დღემდე არ არსებობს მცირე და საშუალო ბიზნესის განვითარების ერთიანი კომპლექსური ხედვა, რომელშიც განსაზღვრული იქნებოდა ინოვაციების როლი ამ პროცესში, დღემდე არ არის გააზრებული ბიზნესის, სახელმწიფოს და აკადემიური სისტემის ურთიერთობის სტრატეგიული მნიშვნელობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისთვის, არ ყოფილა ჩატარებული ფუნდამენტური სამუშაო ქვეყნის და რეგიონების კონკურენტული უპირატესობების საფუძველზე, სტრატეგიული განვითარების გეგმის

შედგენის კუთხით. ეკონომიკური პოლიტიკის დეპარტამენტი, ისევე როგორც სამინისტრო მთლიანობაში, დიაგნოსტიკური მოხსენების მომზადების პერიოდში განიცდიდა ცვლილებებს, რამაც მომავალში შეიძლება არსებითად შეცვალოს არსებული სიტუაცია უკეთესობისკენ, რისი პირველი ნიშნებიც (საექსპორტო წარმოების და მცირე ბიზნესის წახალისების ინიციატივები) უკვე თვალსაჩინოა.

ეროვნული საინვესტიციო სააგენტო, რომელიც ქართულ ეს-ის შემადგენელი ნაწილია, ინსტიტუციურად ექვემდებარება ეკონომიკის სამინისტროს. მიუხედავად მისი კადრების კვალიფიციურობისა, მოქმედი დებულება და მეტად შეზღუდული რაოდენობის შტატი, სააგენტოს, დღეისათვის, არ აძლევს საშუალებას შეასრულოს არათუ მნიშვნელოვანი როლი საინოვაციო პოლიტიკის განხორციელებაში, არამედ არსებობს გარკვეული სირთულეები უშუალოდ მასთან დაკავშირებული ინვესტიციების მოზიდვის უფრო სპეციფიკური ამოცანების გადაწყვეტაში. სააგენტოს არ გააჩნია საკმარისი ფუნქციები, მოქმედების არეალი, საჭირო რესურსები და შტატი, რომელიც თავს გაართმევდა ზემოთ ჩამოთვლილ ამოცანებს როგორც ეროვნულ, ისე რეგიონების დონეზე. სააგენტო, ფაქტობრივად, არ შეიმუშავებს ინოვაციებზე ორიენტირებულ, კონკურენტუნარიან საინვესტიციო პროექტებს. ხშირ შემთხვევაში, იგი შემოიფარგლება ძირითადად საშუამავლო ფუნქციით მთავრობასა და უცხოელ ინვესტორს შორის. მისი ნაწილობრივი არაეფექტურობის მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ თუნდაც ის ფაქტი, რომ სააგენტოში არ არსებობს ამ დროისათვის დამუშავებული სტატისტიკა საქართველოს რეგიონებში შესული უცხოური ინვესტიციების შესახებ, მათ შორის ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტისა როგორცაა კვლევა-განვითარებისთვის გათვალისწინებული

ხარჯები/ვალდებულებები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) შესაბამის სამეწარმეო სუბიექტებში როგორც ქვეყნის მასშტაბით, ისე რეგიონების მიხედვით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დღემდე არ ხერხდება რეგიონულ და ადგილობრივ ხელისუფლებებთან თანამშრომლობა-კოორდინირება და აქტიური პროექტირება. შესაბამისად, შეუსწავლელია და გამოუყენებელი რეგიონების შედარებით უპირატესობები, რაც ხელს არ უწყობს რეგიონებში მწირი საწარმოო სიმძლავრეების, მომპველებული ტექნოლოგიების, გამოუყენებელი ადამიანური კაპიტალის პრობლემების გადაწყვეტას.

2. საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინსტიტუციაა ეროვნული და რეგიონული საინოვაციო პოლიტიკის წარმატებული განხორციელებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ წლებში სერიოზული დადებითი ცვლილებები განხორციელდა განათლების სისტემაში, დრო ასეთი რადიკალური ცვლილებებისთვის საკმაოდ მოკლე იყო. ამდენად, რეორგანიზაციის გარკვეული უარყოფითი მხარეები მნიშვნელოვანწილად აისახა ისეთ პრობლემებში, როგორიცაა: უმაღლესი განათლების და კვლევისა და განვითარების სისტემიდან კვალიფიციური კადრების გადინება, ასევე, ნეგატიური საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება კვლევების მნიშვნელობასთან დაკავშირებით. ბოლო დრომდე, სამინისტრო, მიუხედავად იმისა, რომ საკანონმდებლო საფუძვლები საშუალებას აძლევდა მას აქტიური ღონისძიებები განხორციელებინა საინოვაციო პოლიტიკის წარმოებისთვის და გარკვეული სტრატეგიული ხედვა შეემუშავებინა ამ მიმართულებით, იფარგლებოდა კანონით მინიჭებული უფლებამოსილებების ნაწილობრივი შესრულებით და ბოლო დროს შექმნილი საქართველოს

კვლევის და განვითარების ფონდის (სკგფ), საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის (სესფ) შეზღუდული სახსრებით დაფინანსებული პროექტების ამოქმედებით. აღნიშნული ფონდების მიერ დაფინანსებული პროექტების ეფექტურობის და მიზნობრიობის საკითხი ცალკე შესწავლის და მსჯელობის საკითხია. თუმცა, მნიშვნელოვანია რომ საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდი მეორე წელია ატარებს სამეცნიერო სამუშაოთა თემატურ კონკურსს „კვლევა-დამუშავება-წარმოების“ პროცესის დაფინანსების უზრუნველყოფისათვის. ასევე, უსათუოდ, აღნიშვნის ღირსია სკგფ-ის მიერ 2008 წელს განხორციელებული სემინარების ციკლი ცოდნის კომერციალიზაციის მექანიზმებზე და სისტემებზე და ინოვაციებთან დაკავშირებულ თემებზე. ქართული უნივერსიტეტების და კვლევითი ორგანიზაციების მიერ ბოლო დროს გადადგმული პირველი ნაბიჯები ცოდნის კომერციალიზაციის სისტემის დასამკვიდრებლად იმედს იძლევა. მაგრამ ჯერ კიდევ შორს არის თანამედროვე სტანდარტებისგან.

3. საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო კიდევ ერთი, ძირითადი (პოტენციური) მონაწილეა ინოვაციების დანერგვის პროცესში. სამწუხაროდ, სამინისტროს მიერ 2008 წელს შექმნილი სტრატეგიული განვითარების გეგმა საინოვაციო პოლიტიკის გატარებისთვის აუცილებელ მნიშვნელოვან კომპონენტებს არ შეიცავს. სოფლის მეურნეობა, როგორც ყველაზე უფრო პერსპექტიული კონკურენტუნარიანი სფერო ქართულ ეკონომიკაში, სწორედ ახლა საჭიროებს თანამედროვე კლასტერული განვითარების ინსტრუმენტის და ინოვაციური ეკონომიკის ბერკეტის გამოყენებას სტრატეგიულ დაგეგმვაში.

4. რეგიონული განვითარების და ინფრასტრუქტურის სამინისტრომ მხოლოდ 2009 წლის თებერვალში დაიწყო ფუნქციონირება და შესაბამისად, აღნიშნული გარემოების გამო, ამ ეტაპზე, ეს ახალი ინსტიტუცია რამდენადმე არსებითი ანალიზის საფუძველს არ იძლევა. თავის მხრივ, უმნიშვნელოვანესია ის ინიციატივა, რომელიც ეკუთვნის სამინისტროს რეგიონული განვითარების სტრატეგიის მოსამზადებლად, რომლის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს წინამდებარე დიაგნოსტიკური მოხსენების მომზადების პროცესიც.

5. ბიზნესმენტა ფედერაციის საქმიანობა უკანასკნელი წლების განმავლობაში მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებდა და შორსაა ისეთი პრობლემების განხილვისგან, როგორც არის ინოვაციები ბიზნესში, ბიზნესისა და აკადემიური სისტემის ურთიერთობა და სხვ.

6. საპატენტო ოფისს საკანონმდებლო ბაზა საშუალებას აძლევს გამართულად იფუნქციონიროს, მაგრამ ის ფაქტი, რომ საქართველოში მიღებული პატენტი არ არის აღიარებული საერთაშორისო მასშტაბით, აფერხებს საქართველოში ინოვაციური პოლიტიკის და რეალური ინოვაციური წინადადების წახალისებას და ამით აკნინებს საპატენტო საქმიანობის მნიშვნელობას.

7. სახელმწიფო კვლევითი ინსტიტუტები, როგორც კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურის ერთეულები (რომელსაც სხვა სამინისტროებთან ერთად, ძირითადად, ზედამხედველობას უწევს საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო) სარგებლობენ მინიმალური სახელმწიფო მხარდაჭერით და, ძირითადად, მუშაობენ უცხოელ მომხმარებლებთან და უკრაინულ ინდუსტრიულ საწარმოებთან შეზღუდული კონტრაქტების საფუძველზე (ინტასი, 2007). ხშირ შემთხვევაში, საინოვაციო სისტემის ეს ელემენტები არ გამოირჩევიან საუკეთესო მენეჯმენტის

სისტემით და ამ მხრივ, სამართლებრივი მდგომარეობის და სიახლეების მიუხედავად, პრაქტიკულად არ არიან სათანადოდ რეფორმირებული.

8. საქართველოს უნივერსიტეტების პოტენციური ტექნოპოლისების ჩამოყალიბებაში მხოლოდ მცირედი მოცულობითაა გამოყენებული. ამ მხრივ გამოირჩევა კავკასიის ბიზნესსკოლა, რომელიც მცირე და საშუალო ბიზნესების წახალისების მიზნით, ჩართულია ბიზნესინკუბატორების ამოქმედების პროექტში. ტექნოპოლისების ჩამოყალიბებისათვის აუცილებელი მოსამზადებელი სამუშაოების პროცესში ჩაბმულია, ასევე, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი და საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი. თუმცა, მცირე სახსრების გამო ამ მიმართულებით მუშაობა ჯერჯერობით ვერ იძლევა სასურველ შედეგებს.

9. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მცირე და საშუალო ბიზნესინკუბატორების განვითარების დონე საქართველოში შორს არის სასურველისგან და, შეიძლება ითქვას, უკეთეს შემთხვევაში ჩანასახოვან ან უარეს შემთხვევაში, მხოლოდ იდეის დონეზეა.

საინოვაციო სისტემის რეგიონული კომპონენტის კრიტიკული ანალიზი

განსხვავებით ეროვნული საინოვაციო სისტემისაგან, რეგიონული საინოვაციო სისტემის შესაძლებლობების დადგენა მოითხოვს დამატებითი ინსტიტუციური შემადგენლების განხილვას, რაც უკავშირდება რეგიონული და ადგილობრივი ადმინისტრაციების როლის და დღევანდელი შესაძლებლობების შეფასებას ადგილობრივი სამეწარმეო გარემოს გაუმჯობესების და ინოვაციების სტიმულირების პროცესში.

მართალია, საინოვაციო სისტემები საქართველოს რეგიონებში არ შექმნილა 2009 წლის თებერვლის მდგომარეობით, მაგრამ მოქმედი კანონმდებლობის საფუძველზე, რეგიონულ ადმინისტრაციებს გააჩნიათ შეზღუდული, მაგრამ ინოვაციებთან დაკავშირებული გარკვეული კომპეტენციები, რაც მათ საშუალებას აძლევს:

- შეიმუშაონ რეგიონული ინოვაციური პროგრამები და მათ განკარგულებაში არსებული ბიუჯეტის ფარგლებში დააფინანსონ ამგვარი პროგრამები;
- შექმნან რეგიონული საფინანსო ორგანიზაციები, რომლებიც გასცემდნენ სესხებს საინოვაციო პროექტებისთვის და დააფინანსონ ამ ტიპის ორგანიზაციები;
- გაუწიონ კონტროლი და შეაფასონ ინოვაციური პროექტები, რომლებიც ფინანსდება რეგიონული ბიუჯეტებისგან.

ამავე დროს, მოქმედი კანონმდებლობის და რეგიონებში არსებული რეალიების უფრო დეტალური ანალიზისას, გამოიკვეთა შემდეგი გარემოებები:

ამჟამად, საქართველოში ისტორიულ-გეოგრაფიული მხარეების დონეზე მოქმედებს სახელმწიფო რწმუნებულის - გუბერნატორის ინსტიტუტი. გუბერნატორები ახორციელებენ დეკონცენტრირებულ მმართველობას რეგიონებში და არსებითად, მათ გააჩნიათ საკმაოდ შეზღუდული კომპეტენციები და არეალი უფრო ეფექტური და პროაქტიული საქმიანობის განხორციელებისათვის. აღნიშნული ფაქტორი ხელს არ უწყობს რეგიონული მართვისა და განვითარების მიზნებს და გვევლინება როგორც კოორდინირებული და პროაქტიული სახელისუფლებო მუშაობის დამაბრკოლებელი ფაქტორი ამ მიმართულებით.

არსებული საკანონმდებლო ბაზა ბუნდოვანს ხდის რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ზოგადი

პრიორიტეტებისა და მიმართულებების განმსაზღვრელი გეგმების შემუშავებისა და განხორციელების პროცესს. "საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ" საქართველოს კანონის 271-ე მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, გუბერნატორების ერთ-ერთ უფლებამოსილებას "მთავრობის დავალებით სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროგრამების განხორციელება" წარმოადგენს. თუმცა, აღნიშნული ნორმის განმარტების საფუძველზე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ კანონმდებელი ამ შემთხვევაში არ გულისხმობს გუბერნატორის პრეროგატივას, შეიმუშაოს და განახორციელოს განსაზღვრულ დროზე გაწერილი, სისტემური სახის მქონე, რეგიონის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტებისა და მიმართულებების განმსაზღვრელი კონკრეტული გრძელვადიანი ან საშუალოვადიანი გეგმა.

გარდა ამისა, დღეს, როცა საკამათო აღარ არის, რომ ქვეყნის ეკონომიკური ზრდისა და განვითარების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფაქტორად მოიაზრება ადგილობრივთან ერთად, მზარდი პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების ინექცია ქვეყნის ეკონომიკაში, რეგიონების და ადგილობრივი თვითმმართველობების ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტები აუცილებელია პასუხობდეს აღნიშნული მიზნის მიღწევის ამოცანებს და შეიცავდეს შესაბამისი მასტიმულირებელი მექანიზმების იდენტიფიკაციისა და გამოყენების მეთოდოლოგიას. ადგილობრივი და რეგიონული ხელისუფლებების უმნიშვნელო როლი/აქტივობა საინვესტიციო პროექტების შემუშავებაში და ადგილებზე უცხოური ინვესტიციების მოზიდვაში მნიშვნელოვნად აფერხებს ეკონომიკური პროცესების სათანადო სტიმულირებას რეგიონებში. ამჟამად, აღნიშნული სუბნაციონალური ხელისუფლებები არ

ფლობენ აღნიშნული საქმიანობის განსახორციელებლად როგორც სათანადო რესურსებს, ისე კარგად ფორმულირებულ და არაორაზროვან სამართლებრივ მანდატს.

დასასრულ, საქართველოში არ ხორციელდება რეგიონული საინოვაციო პოლიტიკის სპეციალური ბენჩმარკინგი. ამავე დროს, ცენტრალური ხელისუფლება საკმარისად არ ფლობს და შესაბამისად, ვერც იყენებს სათანადოდ დამუშავებულ სტატისტიკურ ინფორმაციას რეგიონებში საინოვაციო საქმიანობის და ინიციატივების შესახებ, რაც ძალზედ მნიშვნელოვანია რეგიონული საინოვაციო პოლიტიკის შემუშავებისთვის.

**საქართველოს საინოვაციო პოტენციალის შეფასება
საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ**

გლობალური კონკურენტუნარიანობის პრობლემა პროდუქტია მსოფლიო გლობალიზაციის პრობლემის, რომელიც დავოსის ყოველწლიური ფორუმის განხილვის საგანია, სადაც განიხილება და ფასდება ქვეყნის კონკურენტუნარიანობა და ინოვაციურობა. სამი წელია საქართველოს ინოვაციურობის და კონკურენტუნარიანობის პარამეტრები, მსოფლიოს სხვა 131 ქვეყანასთან ერთად, ამ ფორუმზე განიხილება. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ინდექსის მიხედვით 2006-2007 წლებში საქართველო 83-ე ადგილზე იყო, ხოლო 2007-2008 წლების მონაცემებით მან 90-ე ადგილზე გადაინაცვლა, ცალკე აღებული ინოვაციურობის ინდექსით 110-ე ადგილზეა.

საინტერესო მონაცემებს მოიცავს მსოფლიო ბანკის ცოდნის პარამეტრების გაზომვის (KAM) ინდექსი, რის მიხედვითაც საქართველოს პოზიციები არც თუ ისე სახარბიელოდ გამოიყურება:

ცხრილი 1. KAM ინდექსების შედარებითი ანალიზი

ქვეყანა	ცოდნის ეკონომიკის ინდექსი		ეკონომიკური სტიმულები და ინსტიტუციური წყობა		ინოვაცია		განათლება		საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიები	
	ახალი	1995	ახალი	1995	ახალი	1995	ახალი	1995	ახალი	1995
გერმანია	8.54	8.75	8.38	8.41	8.93	9.08	8.08	8.74	8.79	8.75
ესტონეთი	8.07	7.76	8.07	8.2	7.42	6.59	8.29	8.07	8.49	8.18
სომხეთი	5.36	4.61	5.71	2.25	6.06	5.63	6.03	5.98	3.64	4.58
საქართველო	4.4	4.5	2.46	1.25	5.27	5.38	6.4	7.17	3.45	4.19
აზერბაიჯანი	3.56	3.46	3.03	0.89	2.65	4.84	5.04	5.75	3.53	2.36

წყარო: KAM Index by the World Bank, 2006

საქართველო ცოდნის ეკონომიკის ინდექსით, ეკონომიკური სტიმულირებით და ინსტიტუციური რეჟიმით, ინოვაციურობით და საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების განვითარებით, ჩამორჩება არა თუ ევროკავშირის წევრ, არამედ თავის უახლოეს მეზობელ ქვეყნებსაც. საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ცოდნის ეკონომიკაზე დაფუძნებული ქვეყნის კონკურენტუნარიანი უპირატესობის გრძელვადიანი განვითარების კლასტერული, ინოვაციური სტრატეგია შექმნილია და მუშაობს ჩვენს უშუალო მეზობლებთან სომხეთში, რუსეთში და ყაზახეთში, 2009 წლიდან უკრაინაში.

მცირე და საშუალო ბიზნესი საქართველოში

საქართველოს კანონმდებლობით, მცირე საწარმოდ განიხილება საწარმოები რომელთაც აქვთ 500000 ლარზე ნაკლები ბრუნვა და ჰყავთ 20-მდე დასაქმებული ადამიანი; 2008 წელს სტატისტიკის დეპარტამენტმა დაარეგისტრირა 21358 ასეთი საწარმო. ამ სიაში არ იყო გათვალისწინებული ერთი პირის საწარმოები. მათგან 58.8% ითვლებოდა

ინდივიდუალურ მფლობელობაში, 36.8% შეზღუდული პასუხისმგებლობის საწარმო იყო, ხოლო 2.3% სახელმწიფო საკუთრებას წარმოადგენდა; მცირე და საშუალო საწარმოთა (მსს) უმრავლესობა - 50.5% ვაჭრობაშია, გადამამუშავებელ მრეწველობაში - 12.5%, სასტუმროებისა და რესტორნების ქსელებში - 5.5%, უძრავი ქონების ბიზნესში - 12.8%, ტრანსპორტსა და ტელეკომუნიკაციებში - 6.1%⁵⁷. აღნიშვნას მოითხოვს ის გარემოება, რომ თუკი 2004 წელს ჩრდილოვანი ეკონომიკის დიაპაზონი უახლოვდებოდა 26-35%-ს, ეს მაჩვენებელი მინიმუმამდე შემცირდა შემდგომ წლებში, რაც თავის მხრივ, მნიშვნელოვანწილად იყო განპირობებული ლიბერალური საგადასახადო კოდექსის მიღებით.

ამჟამად, ქართული ეკონომიკის ამ სეგმენტში არსებობს გადასაჭრელი პრობლემების მთელი ნუსხა. კერძოდ, მარგინალიზებულია მიკროსაწარმოები, ქვეყანაში არ არის რეალური საშუალო საწარმოო სეგმენტი; მცირე საწარმოები იზრდებიან საშუალო საწარმოების დონეზე, ხოლო მიკროსაწარმოებს განვითარების ძალზე მცირე შანსი აქვთ. მიუხედავად ბიზნესგარემოს ცვლილებაში მიღწეული მნიშვნელოვანი წარმატებებისა, ბიზნესი ზარალდება არაჯანსაღი კონკურენტული გარემოს გამო, რადგან მრავალი ექსპერტის აზრით, ხშირ შემთხვევაში, არაადეკვატური მიდგომებია რეგულირების, სახელმწიფო შესყიდვების და პრივატიზაციის პროცესებთან მიმართებაში. გარდა ამისა, ბევრი ექსპერტის შეფასებით, ბიზნესი ზარალდება ცალკეული სახელმწიფო ინსტიტუტების ქმედებებისაგან. ინტერვენციონიზმი ხორციელდება, ზოგ შემთხვევაში, საგადასახადო ინსპექციის თვითნებური ქმედების და სასამართლოს სადაო გადაწყვეტილებების ფორმით. ეკონომიკას უჭირს შიდა მოთხოვნებზე რეაგირება, იგი უმეტესწილად დამოკიდებულია იმპორტზე. მზარდი სავაჭრო დეფიციტი ასახავს ეროვნული ეკონომიკის

არაკონკურენტუნარიანობას და ადგილობრივი წარმოების შეზღუდულობას, რაც თავის მხრივ განპირობებულია რიგი ფაქტორებით, მათ შორის, იმითი, რომ ინოვაციური და ექსპორტზე ორიენტირებული ადგილობრივი წარმოება კანონმდებლობით არ არის მხარდაჭერილი და წახალისებული.

ამ ეტაპზე, როგორც ანალიზი გვიჩვენებს, ქართული საბანკო სექტორიც ჯერჯერობით მზად არ არის იმისათვის, რომ ქვეყანაში მცირე ბიზნესის განვითარებაზე იმუშაოს. დღეს შექმნილ კრიზისულ პერიოდში, ჩვენი საბანკო სისტემის მთავარი მიზანი მოკლევადიანი ეფექტებია და არა სოციალური შედეგები. ცალკე განხილვის საგანია თუ სახელმწიფომ საბანკო სექტორსა და მეწარმეებს შორის შუამავლის ფუნქცია რამდენად და როგორ შეიძლება იკისროს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მაშინაც კი როცა აგვისტოს საქართველო-რუსეთის ომამდე, საქართველოს საბანკო სექტორში ბევრად უკეთესი მდგომარეობა იყო, ამ სექტორის და სხვა ბიზნესორგანიზაციების (სპეციალური ეკონომიკური ზონები, ბიზნესინვესტიციური და ა.შ.) საქმიანობა მთლიანობაში მიმართული იყო ზოგადად საწარმოების დახმარებაზე და არ იყო ორიენტირებული ინოვაციების მხარდაჭერაზე. ფინანსური ინსტიტუტები ძირითადად ჩართული იყვნენ სხვა სახის სამეწარმეო საქმიანობაში, რომელიც უფრო მომგებიანი იყო მოცემულ ეკონომიკურ პირობებში (სავაჭრო ოპერაციები, მშენებლობა და დეველოპერული ბიზნესი) და ამას ხელს უწყობდა ისიც, რომ მათ არ ჰქონდათ წამახალისებელი სტიმულები საინოვაციო ინიციატივების მხარდასაჭერად.

4.4. კვლევა-განვითარების ინფრასტრუქტურა, სამეცნიერო-ტექნიკური პოტენციალი და ტენდენციები

საქართველოს დღეს არ აქვს ოფიციალური ეროვნული კვლევის და განვითარების და ინოვაციური სტრატეგია, გეგმა ან ფორმალიზებული ეროვნული საინოვაციო პოლიტიკა.

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად შეიცვალა სამეცნიერო პოტენციალი, შემცირდა სამეცნიერო დაწესებულებების და მეცნიერების რაოდენობა. 2003 წლიდან სამეცნიერო დაწესებულებების რაოდენობა შემცირდა 17%-ით, ხოლო სამეცნიერო კადრების რაოდენობა - 43%-ით, მაშინ როცა სამეცნიერო ხარისხის მქონე პერსონალის რაოდენობა გაიზარდა 46,4%-დან 64,1%-მდე (ინტასი, 2007). სამეცნიერო სამუშაოების მოცულობასთან მიმართებაში, 2005 წელს 2004 წელთან შედარებით შეიმჩნევა შემდეგი ცვლილებები:

- სამეცნიერო-ტექნიკური სამუშაოების მოცულობა მკვეთრად შემცირდა 14,2%-ით, სამეცნიერო კვლევითი საქმიანობა შემცირდა 16,2%-ით;
- ტექნოლოგიური სამუშაოების რაოდენობა შემცირდა 58,7%-ით. ამავე დროს, ზოგიერთი საქმიანობის მოცულობა გაიზარდა, კერძოდ, ფუნდამენტური კვლევების მოცულობა გაიზარდა 52,8%-ით;
- წარმოებული პროდუქციის ტესტირება გაიზარდა 91,5%-ით;
- სამეცნიერო-ტექნიკური და საინოვაციო მომსახურება გაიზარდა 76, 2%-ით.

მთლიანობაში, შესრულებული სამეცნიერო კვლევითი პროექტების რაოდენობა შემცირდა 14,5%-ით. ამის ერთ-ერთ მიზეზად შეიძლება დასახელდეს მთავრობის მიერ კვლევა-განვითარების დაფინანსებაზე თავის შეკავება იმ მოტივით,

რომ უფრო მეტი დაფინანსება შემოსულიყო ამ მიმართულებით კერძო სექტორიდან. ამ უკანასკნელის მიერ კვლევა-განვითარების ფინანსურ მხარდაჭერასთან დაკავშირებით, არ არსებობს არავითარი სტატისტიკური კვლევები, რაც შეუძლებელს ხდის კონკრეტული ციფრების დასახელებას.

2005 წელს სამეცნიერო კვლევების და დამუშავების დაფინანსება საქართველოში მხოლოდ 23,2 მილიონი ლარი იყო, რაც შეადგენს 0,2% ქვეყნის მთლიანი ეროვნული შემოსავლიდან. 2007 წელს ევროპული ინოვაციების გაზომვის მეთოდოლოგიის 26 პარამეტრიდან სტატისტიკურად მხოლოდ 10 პარამეტრი იზომებოდა, რის გამოც ინოვაციურობის ინდექსის გათვლა საქართველოსთვის ამ ეტაპზე შეუძლებელია.

ინტასის პროექტის ფარგლებში 60 (2007) ჩატარებული კომპლექსური ანალიზი საფუძველს იძლევა საბოლოო დასკვნისათვის, რომ ამჟამად, საქართველოს თუმცა გააჩნია ცოდნის ათვისების კარგი პოტენციალი, მაგრამ აქვს ცოდნის გენერირების ცუდი შესაძლებლობები.

რეგიონული საინოვაციო სისტემა - თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები

კონცეპტუალური საფუძვლები და ძირითადი ელემენტები

რეგიონული საინოვაციო სისტემა (რსს) რეგიონული განვითარების ახალი მოდელია, რომელიც შესაძლოა იქცეს ქვეყნის დაბალანსებული და დაჩქარებული ეკონომიკური განვითარების ახალ ინსტრუმენტად. განასხვავებენ ეროვნულ, რეგიონულ და გლობალურ საინოვაციო სისტემებს.

არსებითად, რეგიონული საინოვაციო სისტემა წარმოადგენს - რეგიონის შედარებითი უპირატესობების ნიშნით, სამეწარმეო სუბიექტებისა და სხვადასხვა ინსტიტუციების შეჯგუფების და თანამშრომლობის მოდელს, რომლის უმთავრესი მიზანია მოცემულ რეგიონში არსებული ფიზიკური და სოციალური ინფრასტრუქტურის, ბუნებრივი და სხვა მატერიალური რესურსების ეფექტური გამოყენება-განვითარება და ამის საფუძველზე, ინოვაციებისა და მეწარმეობის სტიმულირება რეგიონის ეკონომიკური პოტენციალის და კონკურენტუნარიანობის ზრდისთვის.

ვინაიდან ინოვაციები იმენენ სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას რეგიონებში და ზოგადად, ქვეყანაში კონკურენტუნარიანი წარმოების განვითარების პროცესში, უმნიშვნელოვანეს ფაქტორებად ყალიბდებიან ისეთი უპირატესობები, როგორცაა სამეცნიერო-კვლევითი ინფრასტრუქტურა, მაღალი კვალიფიკაციის სამუშაო ძალა და ინოვაციური კულტურის განვითარება, საპირწონედ ისეთი (აქამდე წამყვანად მიჩნეული) ფაქტორებისა როგორცაა მდიდარი ბუნებრივი რესურსები.

გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლოს, სტრატეგიული მართვის თეორეტიკოსმა, ჰარვარდის უნივერსიტეტის პროფესორმა, მაიკლ პორტერმა² აჩვენა, რომ აშშ-ის კონკურენტული ლიდერობა ინოვაციებში დამოკიდებულია კლასტერებზე დაფუძნებულ რეგიონულ და ადგილობრივ ინოვაციურ სისტემებზე. ეს ნაჩვენები იქნა ეკონომიკის ახალი სექტორების მაგალითზე, როგორც არის ბიოტექნოლოგიები და საინფორმაციო საკომუნიკაციო ტექნოლოგიები (სსტ). მანვე შექმნა რეგიონულ კლასტერებზე დაფუძნებული ეროვნული კონკურენტუნარიანობის სტრატეგიის თეორია, რომლის მიხედვითაც, ეროვნული მთავრობა, კერძო ბიზნესი,

შესაძლებლობები, მოთხოვნა და კონკურენცია ქმნიან ერთიან ინტეგრირებულ სტრუქტურას, რომელიც მოქმედებს სახელმწიფოებრივი ინტერესების შესაბამისად. პორტერმა აღმოაჩინა, რომ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში არსებობს კონკურენტუნარიან ინდუსტრიათა ისეთი ჯგუფები, რომლებიც მცირე ტერიტორიული განვრცობის მიუხედავად ლიდერობენ მსოფლიო ბაზარზე. კლასტერები შესაძლოა ჩამოყალიბდეს სხვადასხვა ქვეყნებში, მიუხედავად იმისა, არიან ისინი განვითარებადი თუ განვითარებული ქვეყნები.

თავისი პრაქტიკული მნიშვნელობით, არსებობს ქვეყნის, რეგიონული, ქალაქის და დარგობრივი მიმართულების განვითარების კლასტერული სტრატეგიები. კონკრეტული სერვისების მიწოდება (საბანკო მომსახურება, ტურიზმი და სხვ.) და პროდუქციის წარმოება (მიკროპროცესორები, სხვა სპეციფიკური პროდუქტი) ხდება ცალკეული ქვეყნებისა და რეგიონების პრიორიტეტები (კომპიუტერული ტექნოლოგიები - სკაიპი ესტონეთში, კბილის პროთეზების წარმოება ლიხტენშტეინში, საბანკო სექტორი და ელიტარული საათების წარმოება შვეიცარიაში და ა.შ.). ეს საშუალებას აძლევს ქვეყნებს, შექმნან ისეთი პროდუქტი, რომელიც კონკურენტუნარიანი იქნება სხვა ქვეყნების მიერ წარმოებულ პროდუქციასთან და სერვისებთან მიმართებაში.

ახალი ტექნოლოგიების ტრანსფერი და დანერგვა

საინოვაციო სისტემის, ცოდნის ეკონომიკისა და მდგრადი ინდუსტრიული განვითარების აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს ახალი ტექნოლოგიები. ტექნოლოგიების ტრანსფერი, ანუ ბაზრისთვის ტექნოლოგიების მიწოდება, წარმოადგენს კომუნიკაციის სპეციფიკურ ფორმას, რომელიც ხშირად არის ინტერაქტიული ხასიათის და მოიცავს უკუკავშირის

სხვადასხვა ფორმებს, რომლებიც აკავშირებს მიმწოდებლებსა და მიმღებებს. იგი არსებითად მოიცავს ინოვაციური დიფუზიის და ტექნიკური განათლების ყველა ფორმას. უმეტეს შემთხვევებში, ეს არის საბაზრო პროცესი, როდესაც ტექნოლოგიებს ყიდულობენ და ყიდიან, რაც თავის მხრივ ნიშნავს იმას, რომ როცა ახალი ტექნოლოგია შემოდის ბაზარზე, ის გულისხმობს შესაბამისი ნოუ-ჰაუს ათვისებას და დანერგვას ეკონომიკურ პრაქტიკაში. ამგვარი ტრანსფერები, როგორც წესი, ხორციელდება ერთი მხრივ, მეცნიერებასა და კვლევის სექტორს შორის და მეორე მხრივ, სამეწარმეო (ბიზნესის) სექტორს შორის. გარდა ამისა, ტექნოლოგიების ტრანსფერი შეიძლება განვიხილოთ სხვადასხვა კრილში, მათ შორის: საერთაშორისო (იმპორტი/ექსპორტი), რეგიონთაშორისი, ფირმებს შორის (პერსონალისა და ინფორმაციის გაცვლა და სპეციფიკური ხასიათის ცოდნის გადაცემა მიმწოდებლებისა და მომხმარებლებისთვის), სათავო ოფისსა და ფილიალს შორის, საკუთრივ ფირმის შიგნით.

ტრადიციულად, ტექნოლოგიებისა და ცოდნის ტრანსფერი ხორციელდება სხვადასხვა არხების გამოყენებით, თუმცა მათ შორის უმნიშვნელოვანესი პრაქტიკული მნიშვნელობისაა: ა) ტექნოლოგიების ტრანსფერი ლიცენზიების გზით და ბ) ტექნოლოგიების ტრანსფერი უცხოური პირდაპირი ინვესტიციების გზით.

გამომდინარე იქიდან, რომ უმეტეს განვითარებად ქვეყნებში ლიცენზიების გზით ტექნოლოგიების ტრანსფერი საკმაოდ დაბალი პოტენციალისაა, შესაბამისად, განუზომლად იზრდება ამ ტიპის ქვეყნებში უცხოური პირდაპირი ინვესტიციების და მათი მოზიდვა-წახალისებისათვის მოქნილი სამთავრობო (როგორც ცენტრალური, ისე რეგიონული და ადგილობრივი) პოლიტიკის როლი.

უცხოური პირდაპირი ინვესტიციების როლი

უცხოური პირდაპირი ინვესტიციების (უპი) დადებითი ზეგავლენა ქვეყნისა და მისი რეგიონების პროდუქტიულობასა და საინოვაციო სისტემებზე განუზომელია, თუმცა ხშირ შემთხვევაში, მისი ეფექტი უფრო ძლიერია მოწინავე ქვეყნებისათვის, ვიდრე ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებისათვის. ამგვარი ინვესტიციებისთვის დამახასიათებელი ექსტრაფინანსური სარგებელი და განვრცობითი ეფექტები, როგორცაა ტექნოლოგიური დიფუზია და უკუკავშირების სტიმულირება, შემოსულ და ადგილობრივ ფირმებს შორის ქმნის პოზიტიურ წანამძღვრებს ინოვაციური ძალისხმევის გაზრდაში ქვეყნის მასშტაბით.

ამავე დროს, მხოლოდ პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების არსებობა, რა თქმა უნდა, საგრძნობლად ვერ შეცვლის ტექნოლოგიური ცოდნის მდგომარეობას და მისგან გამომდინარე მოგებას, სანამ განვითარებადი ქვეყნები არ მიაღწევენ ტექნოლოგიის ათვისების, ადაპტირების, დაუფლების და გაუმჯობესების შესაბამის დონეს.

სახელმწიფოს როლი კვლევა-განვითარებაში

ბოლო წლების განმავლობაში ბიზნესში ჩადებული კვლევისა და განვითარების დანახარჯები ინოვაციის ყველაზე მნიშვნელოვან ინდიკატორად გვევლინება. ქვეყნები განსხვავდებიან კერძო სექტორში კვლევისა და განვითარების დანახარჯების მიხედვით, მაგრამ უმეტეს ქვეყნებში, ბიზნესსექტორში ჩადებულმა კვლევამ და განვითარებამ სახელმწიფოს მხრიდან სოლიდური მხარდაჭერა მიიღო მასტიმულირებელი ზომებისა და გადასახადების შემცირების სახით. დროთა განმავლობაში იცვლებოდა სახელმწიფოს ჩარევის ფორმები, რაც გამოიხატა

პირდაპირი მონაწილეობიდან არაპირდაპირ მონაწილეობაზე გადასვლაში⁴; თავის მხრივ, ეს გულისხმობს კომერციაზე ორიენტირებული კვლევების ხელშეწყობას საჯარო-კერძო სექტორების შეხიდება-მონაწილეობის გზით და ასევე, სუბსიდიებითა და საგადასახადო სტიმულებით უზრუნველყოფით.

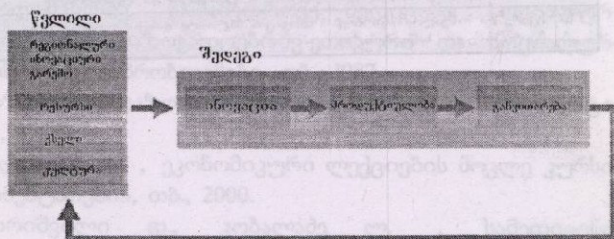
საინოვაციო განვითარების სპეციფიკა გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში

განვითარების პროცესის ყველაზე არსებითი ასპექტი არის კურსი, რომლითაც მიმდევარს შეუძლია მიზამოს უცხოურ ტექნოლოგიას. მიზამვის საშუალებით ქვეყანა ავითარებს ინდუსტრიალიზაციის პროცესს. ტექნოლოგიური მიზამვა გულისხმობს უფრო მეტს, ვიდრე მხოლოდ განვითარების იმავ ხაზის გაყოლას, რომელსაც უფრო გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნები მიჰყვებიან. უფრო ზუსტად, ის მოიცავს გადამწყვეტ სტადიას ინდუსტრიალიზაციის განვითარების პროცესში და, ამრიგად, უნდა განვიხილოთ ამ ჭრილში. დარგის წამყვანი ექსპერტები ფიქრობენ, რომ უცხოური ტექნოლოგიის იავად და ეფექტურად შეძენა და მათი ადგილობრივ პირობებთან მისადაგება გარდამავალი და განვითარებადი ქვეყნების ტექნოლოგიური სტრატეგიის საკვანძო ელემენტია. უცხოური ტექნოლოგიების იმპორტირება არა ეკონომიკური განვითარების შემცვლელ (ჩამნაცვლებელ), არამედ შემავსებელ ფაქტორად განიხილება. მიზამვის დონეზე გავლენას ახდენს ტექნოლოგიური უნარი, პოლიტიკური მიდგომები, ორგანიზაციული დონისძიებები, ტექნოლოგიური სისტემების ბუნება, ბაზრის სტრუქტურა და საერთაშორისო სავაჭრო წესები.

ტერმინი "ტექნოლოგიური შესამლებლობები" მოიცავს ტექნოლოგიის შეძენის, ასიმილაციის, გამოყენების,

მორგებისა და შექმნისათვის საჭირო ცოდნას და უნარს. რაც უფრო მეტ ზემოთ ჩამოთვლილ უნარს ფლობს კონკრეტული ქვეყანა და რაც უფრო უკეთ ახერხებს იგი მათ დაგროვებას, მით უფრო წარმატებული იქნება დაგეგმილი წინსვლის პროცესი. კერძო საწარმოები ტექნოლოგიური შესაძლებლობების კონცენტრირების ძირითადი ადგილია. შესაბამისად, ისინი ერის კონკურენტული უპირატესობის საკვანძო კომპონენტად განიხილება.

ინოვაციის განვითარება რეგიონში



ინოვაციური შენატანის ფაქტორები

- სამეწარმეო სტრატეგია
- ცოდნა
- კაპიტალი
- პიროვნული რესურსები
- პატენტები
- სამეცნიერო პუბლიკაციები
- პროფესიული გამოცდილება

ევროპის ინოვაციის მონაცემთა ინდიკატორები

წარმოების წელიწადის ფაქტორები - ინოვაციის მაჩვენებელი ძეგლები	
1.1	20-29 ასაკის მკვნიერთა და არაინვერთა რაოდენობა 1000 სულ მოსახლეზე
1.2	25-64 ასაკის უსწავლელი განათლების მქონე მოსახლეობა 100 სულ მოსახლეზე
1.3	შეღწევადაბის ფართო დიაპაზონი 1000 სულ მოსახლეზე
1.4	25-64 ასაკის პირთა მონაწილეობა სწავლაში სიკაცების მანძილზე 100 სულზე
1.5	ცოდნის დონე (20-24 ასაკის %-ს მიღებული აქვს მინიმუმ საშუალო განათლება)
წარმოების წელიწადის ფაქტორები - ცოდნის მოპოვება	
2.1	კვლევისა და განვითარებაში ჩადებული საჯარო დანახარჯები (% GDP)
2.2	ბიზნისის კვლევისა და განვითარებაში ჩადებული დანახარჯები (% GDP)
2.3	საშუალო და მაღალი ტექნოლოგიების კვლევის და განვითარების წილი
2.4	იმ საწარმოების წილი, რომლებიც იღებენ საჯარო დაფინანსებას ინოვაციასთვის
2.5	საუნივერსიტეტო კვლევა-განვითარებისთვის ბიზნისის მიერ გაღებული ხარჯების წილი
წარმოების წელიწადის ფაქტორები - ინოვაცია და შეწარმობა	
3.1	მცირე და საშუალო საწარმოების ინოვაცია საქონლი დანახარჯებით (ვლედა მცირე/საშუალო საწარმოის %)

ლიტერატურა

1. ასათიანი რ. მომსახურება და საბაზრო სისტემა. თბ., 1993.
2. ასათიანი რ. არასაწარმოო სფერო ერთიან სახალხო-სამეურნეო კომპლექსში. თბ., 1987.
3. ასათიანი რ. ფული და ფულადი სისტემები. თბ., 1995.
4. ადეიშვილი გ. ეკონომიკური თეორიის საფუძვლები, თბ., 1993.
5. ბასარია ი., მესხია ი. ეკონომიკური თეორიის საფუძვლები. თბ., 1996.
6. ბარათაშვილიე., თაკალანძე ლ., აბრალავაა., მენეჯმენტი და ადმინისტრირება, თბ., 2007.
7. გამსახურდია გ., საქართველოს საფინანსო პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე, თბ., 1996.
8. გეგელაშვილიკ. თანამედროვე მედიცინა: სოციალურ-ჰიგიენური, საზოგადოებრივ-ეთიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. თბ., 1987.
9. გერზმავა თ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბ., 1998.
10. გველესიანი მ. , ეკონომიკური ლექციების მოკლე კურსი. «კომენტარები», თბ., 2000.
11. გზირიშვილი დ., კობალაძე ლ. , სამედიცინო მომსახურებათა ანაზღაურების ფორმათა შედარებითი ანალიზი. თბ., 1996.
12. ვერულავა ტ. , ჯანდაცვის ეკონომიკა. თბ., 2003.
13. კაკულია რ. ფინანსების საფუძვლები. I-II ნაწილები. თბ., 1994.
14. კაკულია რ. , ფინანსების ზოგადი თეორია. თბ., 1998
15. კანონმდებლობა ჯანდაცვის სფეროში (2002წ. 1 მარტის მდგომარეობით), I ნაწ. თბ., 2002.
16. კოჭლამაზიშვილი ლ. , ჯანდაცვა და საწარმოს საბოლოო ეკონომიკური შედეგები. ჟურნალი «ეკონომიკა», 1989, 7.
17. კოჭლამაზაშვილი ლ., დონაძე გ. ჯანდაცვის ეკონომიკა. თბ., 1994, გვ. 74.

K 285.155
3

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY