განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სტრატეგიული მართვის გამოცდილება

ირაკლი არდაშელია
სოხუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
დოქტორანტი

ანოტაცია

ნაშრომში გამოვლენილია ურთიერთკავშირი ჯანდაცვის სფეროს განვითარების ეტაპებსა და მართვის სისტემებს შორის, დასაბუთებულია ჯანდაცვის სტრატეგიულ მართვაზე გადასვლის აუცილებლობა. გაანალიზებულია საზღვარგარეთის ქვეყნების სტრატეგიულ მართვაზე გადასვლის გამოცდილება. დამტკიცდა, რომ დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება ითვლება ყველაზე უფრო მისაღებად პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნების უმრავლესობისთვის, მათ შორის, საქართველოს ჯანდაცვის სტრატეგიულ მენეჯმენტზე გადასვლის პროცესში.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის სისტემა, განვითარებული ქვეყნები, სტრატეგიული მართვა, დაგეგმვა, გამოცდილება.

EXPERIENCE IN STRATEGIC HEALTH MANAGEMENT IN DEVELOPED COUNTRIES

Irakli Ardashelia
PhD student at Sokhumi State University

ANNOTATION

The paper identifies the relationship between the stages of development of the health sector and management systems, justifies the need for a transition to strategic health management. The experience of transition to strategic management of foreign countries is analyzed. It has been proven that the UK experience is considered to be the most acceptable for most countries in the post-Soviet space, including Georgia in the process of transition to strategic healthcare management.

Keywords: healthcare system, developed countries, strategic management, planning, experience.

ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის განვითარების ისტორია მოიცავს ეტაპებს: პირველი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი, ჯანდაცვის ექსტენსიური (ფართო) განვითარების პერიოდი, მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის პერიოდი.

XIX-XX საუკუნეების მიჯნაზე ჯანდაცვის სტრატეგია ორიენტირებული იყო ყველაზე გავრცელებული ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლაში და იგი შევიდა ისტორიაში, როგორც პირველი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი. ამის შემდგომ, პრაქტიკულად ყველა ქვეყანაში დადგა ჯანდაცვის ექსტენსიური - ფართო განვითარების პერიოდი, რაც გულისხმობდა დარგის სიმძლავრეების თანდათანობით და შეუჩერებელ ზრდას, ვინაიდან მიჩნეული იყო, რომ რაც უფრო მეტია ექიმების, საავადმყოფო საწოლებისა და სამედიცინო დაწესებულებების რიცხვი, მით უფრო ეფექტურია ჯანდაცვის სისტემა მოსახლეობისათვის. მიუხედავად ჯანდაცვის სფეროს ასეთი განვითარებისა, 1960-ანი წლების ბოლოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დინამიკაში გაჩნდა გარდამტეხი მომენტი (მეტწილად ნეგატიური), როდესაც აშკარა გახდა, რომ ჯანდაცვაში ექსტენსიური - ფართო გავრცელების პერიოდი დასრულებულია და საჭიროა ახალი იდეები და სტრატეგია სფეროს შემდგომი განვითარებისათვის.

ეს პერიოდი შევიდა ისტორიაში მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის პერიოდის სახელწოდებით, რადგან ამ პერიოდს ახასიათებდა გავრცელებული ინფექციური დაავადებებიდან გადასვლა ქრონიკულ არაინფექციურ დაავადებებზე. აღსანიშნავია, რომ დაიწყო ორი ახალი სტრატეგიის განვითარება, რომლებმაც არსებითად შეცვალეს ჯანდაცვის მიზნობრივი პარამეტრები.

პირველი სტრატეგია დაეფუძნა რისკ-ფაქტორების კონცენტრაციას, რომელიც განსაზღვრავდა, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ ჯანდაცვის სამსახურების განვითარების ხარისხზე, არამედ, ბუნებრივ, სოციალურ-ეკონომიკურ გარემოსა და თითოეული ადამიანის ქცევის მახასიათებლებზე.

ამ პერიოდში რეალიზებულ იქნა იდეა იმის შესახებ, რომ გაცილებით ადვილია მოსახლეობაში დაავადებების პროფილაქტიკა, ვიდრე მათი მკურნალობა. ამ სტრატეგიის საკვანძო ელემენტებია ინდივიდუალური და მასობრივი (პირველადი, მეორადი, მესამედი) პროფილაქტიკა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდა, ასევე პირველადი სამედიცინო დახმარება.

მეორე სტრატეგიითვის დამახასიათებელი იყო სამედიცინო დახმარების მოცულობის მუდმივი ზრდის ეტაპიდან გადასვლა ეფექტურობისა და ხარისხის ამაღლებაზე. ეს ნაწილი სრული მასშტაბით მსოფლიოს არცერთ სახელმწიფოში არ იყო რეალიზებული. თუმცა, ბოლო 10-15 წლის მანძილზე აღნიშნულმა სტრატეგიამ დაჩქარებული ხასიათი მიიღო ჯანდაცვაზე გამოყოფილი რესურსების შემცირების, ასევე ახალი იდეებისა და შესაძლებლობების წარმოშობის გამო.

2000-ან წლებში ჩვენს ქვეყანაში ზემოხსენებულ ორ

სტრატეგიას არ მიეცა სათანადო განვითარების საშუალება და ჯანდაცვის სექტორმა განვითარება ექსტენსიური გზით განაგრძო.

განვიხილოთ კორპორატიული მმართველობის განვითარების ევოლუციის ეტაპები. მისი განხილვა უმჯობესია კორპორატიული დაგეგმარების განვითარების მაგალითზე. ბიზნესის ისტორიკოსები გამოყოფენ კორპორატიული დაგეგმარების განვითარების 4 ეტაპს: **ბიუჯეტირება, გრძელვადიანი დაგეგმარება, სტრატეგიული დაგეგმარება** და **სტრატეგიული მმართველობა.**

ბიუჯეტირება

ჯერ კიდევ მეორე მსოფლიო ომამდე, გიგანტური კორპორაციების ფორმირებამდე, კომპანიებში არ იქმნებოდა დაგეგმარების, განსაკუთრებით გრძელვადიანი დაგეგმარების სპეციალური სამსახურები. კორპორაციების ხელმძღვანელი პირები რეგულარულად იხილავდნენ და ისახავდნენ გეგმებს თავიანთი ბიზნესის გასავითარებლად. თუმცა, ფორმალური დაგეგმარება გათვლილი შესაბამის მონაცემებზე, ფინანსური ანგარიშგებების ფორმების წარმოება და სხვა, შემოფარგლებოდა ყოველწლიური საფინანსო ხარჯთაღრიცხვების შედგენით - სხვადასხვა მუხლებში ხარჯების გათვლის მიზნით. საბიუჯეტო-საფინანსო მეთოდების თავისებურებაა მათი მოკლევადიანი ხასიათი და შიდა ფოკუსირება, ანუ ამ შემთხვევაში ორგანიზაცია განიხილება როგორც დახურული სისტემა. მხოლოდ ფისკალური მეთოდების გამოყენებისას მენეჯერების მთავარი საზრუნავი არის მიმდინარე მოგება და ხარჯების სტრუქტურა. ასეთი პრიორიტეტების არჩევა ბუნებრივია საფრთხეს უქმნის ორგანიზაციის გრძელვადიან განვითარებას.

გრძელვადიანი დაგეგმვა

1950-ანი - 1960-ანი წლების დასაწყისში ამერიკის შეერთებული შტატების კომპანიების მენეჯმენტისათვის დამახასიათებელი იყო სასაქონლო ბაზრების ზრდის მაღალი ტემპები, ეროვნული ეკონომიკის განვითარების ტენდენციების პროგნოზირების მაღალი ალბათობა. ამ ფაქტორებმა საჭირო გახადა დაგეგვმის ჰორიზონტის გაფართოება და შეიქმნა პირობები გრძელვადიანი დაგეგმარების განვითარებისათვის. ამ მეთოდის ძირითადი იდეა მდგომარეობდა იმაში, რომ შეედგინათ ორგანიზაციის გაყიდვების რამდენიმე წლიანი გეგმა. გარემოს ცვალებადობის მახასიათებლების ნელი ზრდის გამო, გრძელვადიანი დაგეგმარება ემყარებოდა წარსულში ორგანიზაციის (ფირმის) განვითარების ტენდენციების ექსტრაპოლაციას[1]. ძირითადი მაჩვენებელი - გაყიდვების პროგნოზი, ემყარებოდა წინა წლების გაყიდვების ექსტრაპოლაციას. ამის შემდგომ გაყიდვების პროგნოზში მოცემული საკონტროლო ციფრების საფუძველზე, განისაზღვრებოდა წარმოების, მარკეტინგის, მიწოდების გეგმები. საბოლოოდ ყველა გეგმა თავს იყრიდა კორპორაციის ერთიან გეგმაში. მენეჯერების მთავარი ამოცანა მდგომარეობდა იმ ფინანსური პრობლემების გამოვლენაში, რომლებიც ორგანიზაციის ზრდას ერთგვარ ლიმიტს უწესებდა. მოცემული მიდგომა, რომელიც ჩვენს ქვეყანაში ცნობილია როგორც მეთოდი „დაგეგვმა მიღწეულიდან“, ფართოდ გამოიყენებოდა საბჭოთა ეკონომიკის ცენტრალიზებული მმართველობის პირობებში. ამ პერიოდში ჩვენი ქვეყნის საწარმოებისათვის მთავარ ორიენტირებს წარმოადგენდნენ ზემოდან მოცემული საწარმოთა მოცულობები და არა გაყიდვების მოცულობები, როგორც ეს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ხდება, რისი მიღწევაც როგორც წესი ლიმიტირდებოდა შეზღუდული რესურსებით.

[1] Wikipedia.org/wiki/ექსტრაპოლაცია (ლათ. extra - გარეშე და polatio - განახლება, შეცვლა) მათემატიკაში არის ახალი მონაცემების მიღება არსებულ მონაცემებზე დაკვირვების შედეგად. ექსტრაპოლაციის მეთოდი ფართოდ გამოიყენება სტატისტიკაში და დარგებში, სადაც საჭიროა დაგეგმვა. მეთოდი გულისხმობს არსებულ მონაცემებიდან გამომდინარე, ტენდეციის აღმოჩენას, და მის გაგრძელებას მომავალში.

სტრატეგიული დაგეგმვა

1960-ან წლებში არსებითად შეიცვალა მდგომარეობა განვითარებულ ქვეყნებში. კრიზისული მოვლენების მატებამ და მსოფლიოში კონკურენციის გამძაფრებამ გაართულა ექსტრაპოლაციაზე დაფუძნებული პროგნოზები და სულ უფრო დააშორა ისინი რეალურ ციფრებს. ამ პერიოდში ყველაზე ტიპიურ მოვლენას წარმოადგენდა ოპტიმისტური მიზნების დასახვა, რომლებსაც რეალური შედეგები არ შეესაბამებოდნენ. ფირმების (ორგანიზაციების) ტოპ-მენეჯმენტი ჩვეულებრივ მიიჩნევდა, რომ მომავალში საოპერაციო შედეგები გაუმჯობესდებოდა, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში ფუნქციონირების პროცესში საწარმო ვერ იღებდა დაგეგმილ საოპერაციო შედეგს. შედეგად აღმოჩნდა, რომ დინამიურად ცვალებადი გარემოსა და მძაფრი კონკურენციის პირობებში გრძელვადიანი დაგეგმარება არ მუშაობდა.

სტრატეგიული დაგეგმვის სისტემაში არ არსებობს ვარაუდი, რომ მომავალი აუცილებლად უნდა იყოს უკეთესი, ვიდრე წარსული. ამასთანავე, უარყოფილია ექსტრაპოლაციით მომავლის შესწავლის შესაძლებლობის წინაპირობა. სინამდვილეში, მენეჯერების განსხვავებული აღქმა გარე ფაქტორების როლის შესახებ წარმოადგენს მთავარ განსხვავებას ექსტრაპოლაციურ დაგეგმვასა და სტრატეგიულ დაგეგმვას შორის. სტრატეგიული დაგეგმვის ქვაკუთხედია ორგანიზაციის შიდა შესაძლებლობების ანალიზი. ასევე, გარე კონკურენტული ძალები და გარე შესაძლებლობების გამოყენების გზების ძიება, ორგანიზაციის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

სტრატეგიული მართვა

1990-ანი წლებისთვის მთელ მსოფლიოში კორპორაციების უმეტესობამ დაიწყო სტრატეგიული დაგეგმვიდან სტრატეგიულ მენეჯმენტზე გადასვლა. როდესაც სტრატეგიული დაგეგმვის იდეა პირველად შეიქმნა, ცხადი გახდა, რომ ახალი ტიპის საქმიანობაზე გადასვლის შესაძლებლობები დამოკიდებული იყო იმაზე, თუ რამდენად შეძლებდა კორპორაცია მასში წარმატებით

ფუნქციონირებას. ამიტომ, სტრატეგიის არჩევის ერთ-ერთი მთავარი წესი მდგომარეობდა იმაში, რომ ახალი სტრატეგიები, როგორც ტრადიციულ დარგებში, ასევე ბიზნესის ახალ სფეროებში, უნდა შეფარდებოდა კომპანიის დაგროვილ პოტენციალს. შესაბამისად, სტრატეგიული დაგეგმვის პრინციპების შემუშავების ერთ-ერთი პირველი ნაბიჯი იყო კორპორაციის პოტენციალის ანალიზი, მისი ძლიერი და სუსტი მხარეების გამოვლენის თვალსაზრისით. მიღებული გამოცდილებიდან მალევე აშკარა გახდა, რომ კორპორაციის დაგროვილი პოტენციალისადმი ასეთი მიჯაჭვულობა ზღუდავდა მის სტრატეგიულ სამოქმედო შესაძლებლობებს. ხშირად, კორპორაციებს არ შეეძლოთ საკუთარი თავისთვის ისეთი ტიპის პერსპექტიული ინდუსტრიის (დარგის) პოვნა, სადაც მათ შეძლებოდათ დაგროვილი გამოცდილების გამოყენება. უარეს შემთხვევაში, როდესაც ხდებოდა კონკურენტული სტრატეგიის განახლება ტრადიციული საქმიანობის ფარგლებში, კორპორაციის დაგროვილი გამოცდილება ხშირად სუსტ პოზიციად იქცეოდა და ხელს უშლიდა ახლის ათვისებას. ამიტომ, უნდა აღინიშნოს, რომ სტრატეგიულ მენეჯმენტში კორპორაციის განვითარების სტრატეგიის დაგეგმვა, ერთობლივად, კორპორაციის პოტენციალის დაგეგმვასთან ერთად მიმდინარეობს (ზოგადი და ფუნქციონალური).

სტრატეგიული მენეჯმენტი ასევე ნიშნავს, რომ მენეჯმენტის პროცესი წინასწარ უნდა იყოს გათვლილი, განჭვრეტილი და არა იმპულსური, რეაქტიული. აღნიშნული სტრატეგიის პირობებში მენეჯერები ცდილობენ გავლენა იქონიონ გარემოში განვითარებულ მოვლენებზე და არ შემოიფარგლონ მხოლოდ მათზე რეაგირებით.

მნიშვნელოვანია:

1. ბიზნეს გარემოში შექმნილ ცვლილებებზე სწრაფი რეაგირება და მონაწილეობა მათ შექმნაში;

2. მენეჯმენტის ევოლუციას თან ახლდეს მართვის სისტემების ფორმირება;

3. არასტაბილურობის დონის ზრდასთან ერთად მენეჯმენტის პრაქტიკაში შემუშავდეს მეთოდები, რომლებიც მოახდენენ ორგანიზაციის ერთგვარ რეგლამენტირებას არაპროგნოზირებადი, ინოვაციური და რთული გარემოს პირობებში.

რაც უფრო მრავალარხიანი და მოულოდნელი ხდებოდა მომავალი, მით უფრო რთულდებოდა სისტემები. ამასთანავე, თითოეული შემდგომი ავსებდა წინას. ამ სისტემების განვითარება ხორციელდებოდა სამ ეტაპად:

1. კლასიკური მენეჯმენტი. მენეჯმენტი, რომელიც ეფუძნება აღსრულებაზე კონტროლს, ინსტრუქციების მართვას.

2. მენეჯმენტი მიზნების მიხედვით. მენეჯმენტი ექსტრაპოლაციის საფუძველზე, სადაც ცვლილებების ტემპი დაჩქარებულია, მაგრამ მომავლის პროგნოზირება მაინც არის შესაძლებელი წარსული ტენდენციების ექსტრაპოლაციით.

3. სტრატეგიული დაგეგმარების მენეჯმენტი. იგი დაფუძნებულია მოსალოდნელი ცვლილებების განჭვრეტაზე, როდესაც დაიწყო მოულოდნელი პროცესები და ცვლილებების ტემპი დაჩქარდა, მაგრამ არა იმდენად, რომ შეუძლებელი ყოფილიყო ტენდენციების დროული განჭვრეტა და მათზე რეაქციების ჩამოყალიბება.

ურთიერთმონაცვლე მენეჯმენტის სისტემები ორიენტირებულები იყვნენ არასტაბილურობის მზარდ დონესა და მომავლის სულ უფრო ნაკლებ პროგნოზირებაზე. თუ მენეჯმენტის სისტემების ამ კლასიფიკაციას გამოვიყენებთ ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ეტაპებზე, მაშინ შეგვიძლია ვთქვათ შემდეგი: პირველი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი, როდესაც ჯანდაცვა ორიენტირებული იყო მასობრივად გავრცელებული ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლაში, შეესაბამება აღსრულების კონტროლზე დაფუძნებულ მართვის სისტემას. ჯანდაცვის ექსტენსიური განვითარების პერიოდს შეესაბამება ექსტრაპოლაციის საფუძველზე დაფუძნებული მართვის სისტემა, ანუ გრძელვადიანი დაგეგმვა.

მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის პერიოდს შეესაბამება მენეჯმენტის სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია მოსალოდნელ ცვლილებებზე, ანუ, სტრატეგიული მენეჯმენტი.

ზემოხსენებულიდან გამომდინარე, შესაძლებელია განისაზღვროს ჯანდაცვის განვითარების ეტაპების სისტემური კავშირი ჯანდაცვის მენეჯმენტის სისტემების განვითარების ეტაპებთან (იხ. ცხრილი N 1).

უკანასკნელ წლებში, ცხოვრების პირობების მკვეთრ ცვლილებებთან დაკავშირებით საქართველოში დად-

ცხრილი 1. ჯანდაცვის განვითარების ეტაპებისა და მისი მართვის სისტემების ურთიერთკავშირი

სისტემა	წლები და ეტაპები		
	1880-1920წწ. პირველი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი	1920-1970 წწ. ჯანდაცვის ექსტენსიური განვითარების პერიოდი	1970-დან დღემდე. მეორე ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის პერიოდი
დაგეგმარების სისტემა	ბიუჯეტირება	გრძელვადიანი დაგემარება	სტრატეგიული მენეჯმენტი
მენეჯმენტის სისტემა	აღსრულების კონტროლზე დაფუძნებული მენეჯმენტი	ექსტრაპოლაციაზე დაფუძნებული მენეჯმენტი	მოსალოდნელ ცვლილებებზე დაფუძნებული მენეჯმენტი

გა მესამე ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უფრო საიმედო სიტუაციებიდან ნაკლებად საიმედო მდგომარეობისკენ.

მოსახლეობაში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნეგატიური მოვლენების ზრდა, რომელიც გამოიხატება არა მხოლოდ რაოდენობრივი გამოვლინებებით, ასევე მოსახლეობის ხარისხის ცვლილებებით *(მაგალითად: ჩვენ უნდა გვაშფოთებდეს როგორც მოსახლეობის შობადობის რაოდენობრივი შემცირება, ასევე ჯანმრთელი ახალშობილების რაოდენობრივი ცვლილებაც)*, ჯანმრთელობის დაცვას აყენებს იმ სისტემების რიგში, რომლებიც განსაზღვრავენ ქვეყნის უსაფრთხოებას. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შეიძლება დახასიათდეს როგორც ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სისტემა საზოგადოების სიცოცხლის უზრუნველსაყოფად. ამიტომ, საქართველოში ამჟამად აუცილებელია მოხდეს დაგეგმვის სისტემიდან გადასავლა სტრატეგიულ მენეჯმენტზე.

აქედან წარმოიქმნება ორი განსხვავებული და ამავე დროს კომპლემენტარული (ერთმანეთის შემავსებელი) სტრატეგია. პირველი - ჯანდაცვის სისტემის განვითარება, რომელიც გულისხმობს ინტერსექტორულ მიდგომასა და ჯანმრთელობის კრიტერიუმების ამაღლებას ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალური კრიტერიუმების რანგში. მეორე - თავად ჯანმრთელობის სისტემის განვითარება მისი ტრადიციული გაგებით. ეს სტრატეგიები სულაც არ გამორიცხავს ერთმანეთს; პირიქით, ისინი საკმაოდ ავსებენ ერთმანეთს და სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე აყენებენ ჯანმრთელობის დაცვაში წარმოქმნილ პრობლემებს.

ორგანიზაციულ-ფინანსური მახასიათებლების თვალსაზრისით პრინციპულად შეიძლება გამოვყოთ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სამი ფორმა: ფასიანი, სადაზღვევო და სახელმწიფო. არცერთ ქვეყანაში, არცერთი ეს მოდელი არ არის რეალიზებული „სუფთა სახით“. ჩვეულებრივ შეინიშნება მათი კომბინაცია, მაგრამ ერთი მათგანის უპირატესობით. გასათვალისწინებელია, რომ არც სახელმწიფო (საყოველთაო) დაზღვევა და არც კერძო დაზღვევა არ ითვლება დაფინანსების ერთადერთ შესაძლო წყაროდ. ხშირად ყველაზე გავრცელებული მოდელია რამდენიმე წყაროდან ერთობლივი დაფინანსება (იხ. ცხრილი 2).

აშშ მსოფლიოში ერთადერთი ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყანაა, რომელიც წინა პლანზე აყენებს არა საზოგადოებრივ, არამედ ჯანმრთელობის ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას, აქვს კერძო სამედიცინო დახმარების სისტემა, აქვს ნებაყოფლობითი დაზღვევა და ასევე სავალდებულო დაზღვევა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისათვის. გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, სადაც მოქმედებს სადაზღვევო სისტემა, სახელმწიფო აქტიურად უწევს რეგულირებას სადაზღვევო გადასახადების ოდენობებს, სამედიცინო სერვისებზე დაწესებულ ფასებს, გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობებს და ა.შ. ამ ქვეყნებში ასევე განვითარებულია პაციენტების ნებაყოფლობითი დაზღვევა და პირდაპირი გადახდა. დიდ ბრიტანეთში, ესპანეთში, პორტუგალიაში, იტალიაში, ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ სისტემასთან ერთად, არსებობს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა, რომელიც დიდ ბრიტანეთში 1982 წლამდე იყო კერძო. გარდა ამისა, დიდი ბრიტანეთში განვითარებულია ჯანმრთელობის დაცვის კერძო (ფასიანი) სექტორიც.

ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სისტემა კომბინირებს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევასთან. ასევე ჩართულია ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა.

ბევრ ქვეყანაში რეფორმები მიმართულია ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემების კონკურენტუნარიანობის ასამაღლებლად. რეფორმების მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების გამოყენების ეფექტურობის გაზრდა, მოწინავე სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვა, რომლებიც პასუხობენ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა მოთხოვნებს.

როდესაც ადგილი აქვს მომხმარებელთა გაუთვითცნობიერებლობას და ექიმების როლს „თავს მოახვიონ“

ცხრილი 2. ჯანდაცვის განვითარების ეტაპებისა და მისი მართვის სისტემების ურთიერთკავშირი საქართველოში

სისტემა	წლები და ეტაპები			
	1880-1954 წწ. პირველი ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი	1954-1992 წწ.		1992-დან დღემდე
		ჯანდაცვის ექსტენსიური განვითარების პერიოდი	მეორე ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი	მესამე ეპიდემიოლოგიური გადასვლის პერიოდი
მართვის სისტემა	აღსრულების კონტროლზე დაფუძნებული მენეჯმენტი	ექსტრაპოლაციაზე დაფუძნებული მენეჯმენტი		მოსალოდნელ ცვლილებებზე დაფუძნებული მენეჯმენტი
დაგეგმარების სისტემა	ბიუჯეტირება	გრძელვადიანი დაგეგმარება		სტრატეგიული მენეჯმენტი

სამედიცინო სერვისები, სახელმწიფოს კერძო დაწესებულებებისგან განსხვავებით შეუძლია გარკვეული თანხების გამოყოფითა და მათი სწორი განაწილებით უფრო ეფექტურად ააშენოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა.

ამჟამად რიგი განვითარებული ქვეყნების მიერ რეფორმები ხორციელდება, როგორც საზოგადოებრივი (სახელმწიფო) ჯანდაცვის სისტემაში, ასევე განვითარებულ კერძო ჯანდაცვის სისტემაში. სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნებში რეფორმები მიმართულია სამედიცინო მომსახურების მყიდველსა და გამყიდველს (მწარმოებელს) შორის უფრო მკაფიო საკანონმდებლო და ინსტიტუციონალური ურთიერთობების დაწესებისკენ.

ისეთ ქვეყნებში, სადაც განვითარებულია კერძო ჯანდაცვის სისტემა, ყურადღება გამახვილებულია მესამე მხარის ბაზრის რეფორმაზე, რომელიც შუამავლის როლს ასრულებს და სამედიცინო მომსახურებას ყიდულობს მომხმარებლებისათვის. ამ ქვეყნებში რეფორმების მიზანია, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის კონტრაქტორების ინტეგრირება და კონკურენტულ გარემოში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების საქმიანობისათვის ბუნებრივი პირობების შექმნა.

ზოგადად, ჯანდაცვის რეფორმების მიზანია, რომ მოხდეს საჯარო და კერძო სექტორების ოპტიმალური თანხვედრის აღმოჩენა სამ ძირითად კომპონენტში: დაფინანსების, მართვის და სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის. ახალი პარადიგმა აძლიერებს საჯარო სექტორის ელემენტებს, მაგრამ არ გამორიცხავს კერძო სექტორს. უფრო მეტიც, ეს გულისხმობს კონკურენციის განვითარებას, რაც, გარკვეულწილად, დამახასიათებელია კერძო სისტემისთვის. კონცეპტუალურად, ახალი მოდელი ემყარება მართული კონკურენციის პრინციპებს, როდესაც მიღწეულია სოციალური სამართლიანობა.

მსოფლიო გამოცდილება აჩვენებს, რომ მოქალაქეებისათვის სამედიცინო დახმარების მისაღებად ყველაზე დიდი გარანტიები მოცემულია სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის პირობებში, რომელიც ყველაზე იაფია ადმინისტრაციული ხარჯებისა და რესურსების რაციონალური გამოყენების თვალსაზრისით.

ჩატარდა ორი ქვეყნის, დიდი ბრიტანეთისა და აშშ. ჯანდაცვის სტრატეგიულ მენეჯმენტზე გადასვლის გამოცდილების ანალიზი, დადგინდა, რომ დიდ ბრიტანეთში მოქმედებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საბიუჯეტო მოდელი, ხოლო აშშ-ში სადაზღვევო მოდელი.

დასაბუთებულია, რომ აშშ-ს გამოცდილება არ შეიძლება იყოს რეკომენდებული საქართველოს პირობებთან ადაპტაციისათვის, რადგან, პირველ რიგში აშშ-ს ჯანდაცვის სიტემა ხასიათდება ჯანდაცვის მენეჯმენტის დეცენტრალიზაციის მაღალი დონით. მეორეც, კერძო სადაზღვევო კომპანიები წამყვან როლს ასრულებენ აშშ-ს ჯანდაცვის სისტემაში. დადასტურებულია, რომ მრავალი მიზეზის გამო ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიულ მენეჯმენტზე გადასვლასთან დაკავშირებით, დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება ყველაზე შესაფერისია საქართველოსთვის:

- ინგლისის ჯანდაცვის სისტემა გვაჩვენებს მსგავსებას ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასთან, სადაც ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებამდე მოქმედებდა რთული ადმინისტრაციულ-სამეთაურო ვერტიკალი: ჯანდაცვის სამინისტრო, რეგიონები, რაიონები;

- ინსტიტუციონალური სისტემა პოულობს მსგავსებას ჩვენს შიდა სამამულო სისტემასთან.

- ჩატარებულმა რეფორმამ გამოიწვია ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის მნიშვნელოვანი ზრდა;

დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურის რეფორმა შეეხო მანეჯმენტისა და დაფინანსების საკითხების ფართო სპექტრს. ჯანდაცვის სისტემა მკაცრად ცენტრალიზებული დარჩა. ერთის მხრივ, დაფინანსება დარჩა ცენტრალიზებული. შედეგად, საგადასახადო შემოსავლები ცენტრალიზებულია და ნაწილდება ჯერ რეგიონებზე, შემდეგ კი რაიონებზე. თანხების განაწილება ხორციელდება დიფერენცირებული ნორმატივით ერთ სულ მოსახლეზე დაფინანსების პრინციპით, რომელიც ითვალისწინებს ტერიტორიების განსხვავებებს ასაკისა და სქესის, ასევე რიგი სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლების მიხედვით. მეორე მხრივ, სისტემაში მოქმედებს მკაცრი მმართველობითი ვერტიკალი. ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს სათავეში უდგას მმართველი პარტიის წარმომადგენელი პოლიტიკოსი, რომელიც რანგით არის მინისტრი. მას პირდაპირ ექვემდებარებიან რეგიონული და რაიონული ჯანდაცვის სტრუქტურული დანაყოფები. არ არსებობს სამედიცინო ორგანოებისა და სამედიცინო დაწესებულებების დაქვემდებარება ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებთან. ანუ, სისტემის მართვა და ადმინისტრირება რჩება ცენტრალური ხელისუფლების ხელში. სტრატეგიისა და პრიორიტეტების განსაზღვრის გარდა, სამინისტროს რეგიონებში შემოაქვს რესურსების ეფექტურად გამოყენების ნიშნულები და ჯანმრთელობის საკონტროლო მაჩვენებლები, რომელზეც შესაძლებელია გავლენა იქონიოს ჯანმრთელობის სამსახურებმა. ასევე, სამინისტრო იღებს გადაწყვეტილებას დანიშნოს და გაათავისუფლოს რეგიონისა და რაიონის ჯანდაცვის ხელმძღვანელი პირები.

პირველადი ჯანდაცვა ძირითადად ხორციელდება კერძო პრაქტიკის ექიმების მიერ, რომლებიც იწოდებიან საერთო პრაქტიკის ექიმებად. ისინი მოქმედებენ ჯანდაცვის სამინისტროსთან დადებული კონტრაქტების საფუძველზე და გამოდიან როგორც მათზე მიმაგრებული ადამიანური ფონდის მფლობელები. ეს კი, იმას ნიშნავს, რომ საერთო პრაქტიკის ექიმები ფინანსდებიან მათზე მიმაგრებული მოსახლეობის რიცხოვნობის მიხედვით, სადაც თითოეული პირის დაფინანსების ნორმატივში ჩართულია სხვა სამედიცინო დახმარებებიც, ხოლო შემდგომში სტაციონარის და ამბულატორიული რგოლის სპეციალისტების ჩართვის შემთხვევაში ხდება შეთანხმებების გაფორმება და ურთიერთანგარიშსწორება. საავადმყოფოები დარჩნენ სახელმწიფოს საკუთრებაში, მაგრამ შეიძინეს ეროვნული ჯანდაცვის სამსახურის სატრასტო კლინიკების სტატუსი - თვითმართველი ორგანიზაციები, რომლებსაც ბევრად მეტი უფლებები

გააჩნიათ, ვიდრე რაიონული ჯანდაცვის კლინიკებს. ასეთი ორგანიზაციები ვალდებული არიან თავიანთი შემოსავლის ფორმირება მოახდინონ მხოლოდ ხელშეკრულებების საფუძველზე. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები არ ღებულობენ მონაწილეობას სატრასტო ორგანიზაციის ოპერატიულ მართვაში. მომსახურების მთავარ შემსყიდველებად გამოდიან რაიონული ჯანდაცვის სამსახურები. ისინი აფორმებენ ხელშეკრულებებს როგორც საერთო პრაქტიკის ექიმებთან, ასევე კლინიკებთან სტაციონარული დახმარების ძირითად მოცულობასთან დაკავშირებით. საერთო პრაქტიკის ექიმები - ფონდის მფლობელები, გვევლიანებიან სტაციონარული დახმარების ნაწილის (დაახლოებით 15% სტაციონარული დახმარების) და სხვა სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველის როლში.

რეფორმის მთავარი პრინციპია შემკვეთისა და შემსრულებლის სახელშეკრულებო ურთიერთქმედება. ეს ნიშნავს, პირველ რიგში დაფინანსების გამოყოფას სამედიცინო მომსახურებისგან, და მეორე, შეკვეთილი დახმარების შეთანხმებული მოცულობის დაგეგმვა და მისი გადახდის პირობების განსაზღვრა.

რეფორმის პერიოდში დაინერგა ძირითადი საშუალებების მოხმარების აღრიცხვის სისტემა. ფასების გაანგარიშებაში გათვალისწინებულია ცვეთის ანარიცხების დადგენილი ნორმები. გარდა ამისა, შემოღებულია გადასახადი საავადმყოფოს ფონდში: დადგენილია კაპიტალური აქტივების დაბრუნების მინიმალური პროცენტი. საავადმყოფოები ვალდებულნი არიან დაფარონ თავიანთი ხარჯები და უზრუნველყონ ფონდების ეფექტური გამოყენება - მინიმუმ ინდუსტრიაში კაპიტალის საშუალო უკუგების დონეზე. ჩადებული ინვესტიციის უფრო მაღალი ამონაგებით მიღების მცდელობის გარდა, ამ წესის მიზანია შექმნას თანაბარი ეკონომიკური პირობები სახელმწიფო და კერძო საავადმყოფოებისთვის. პირველნი ტრადიციულად უფასოდ იღებდნენ კაპიტალურ აქტივებს, ხოლო მეორენი კი, ამაში დებდნენ თავიანთ სახსრებს და შესაბამისად ტარიფებში ითვალისწინებდნენ აღნიშნულ დანახარჯებს. ეს მოცემულობა მათ არათანაბარ მდგომარეობაში აყენებს მომსახურების ფასების მხრივ. სახელმწიფო კლინიკებისათვის საფონდო გადასახადის დაწესება მათ უფრო „ღიას“ ხდის კერძო სექტორთან კონკურენციისათვის. ადმინისტრაციულ-მმართველობითმა ყოფილმა სისტემამ ადგილი დაუთმო შემკვეთებსა და შემსრულებლებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობების უნივერსალურ სისტემას. შეიცვალა ჯანდაცვის მართვის ორგანოების საქმიანობის ხასიათი. წინა პლანზე წამოვიდა სამედიცინო დახმარების შესახებ შეკვეთის ფორმირება და განთავსება, რაც გულისხმობს: მოსახლეობის საჭიროებების შეფასებას, პაციენტთა ამჟამინდელი ნაკადების ანალიზს და სამედიცინო ხარჯების ყველაზე მაღალი ეფექტურობის მქონე ვარიანტების არჩევას; შეკვეთილი მოცულობისა და სამედიცინო სტრუქტურის დაგეგმვას არსებულ ფინანსურ რესურსებთან ერთად; მოცულობის მოთხოვნების ფორმირებას დაშეკვეთილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხს; ტენდერების ჩატარებას შეკვეთების მისაღებად და ხელშეკრულებების გაფორმებას; სახელშეკრულებო ვალდებულებების შესრულების მონიტორინგსა და შეფასებას.

აშშ-ს უპირატესად აქვს კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა, რომლის ძირითადი სუბიექტები არიან სამედიცინო მომსახურების კომერციული და არაკომერციული მიმწოდებლები და სადაზღვევო კომპანიები. დიდი ხნის მანძილზე აშშ-ს ჯანდაცვის სისტემას არ გააჩნდა სისტე-





მურობის დამახასიათებელი ნიშნები. პაციენტს შეეძლო სამედიცინო დახმარების მიღება ნებისმიერ დაწესებულებაში; თავის მხრივ ეს დაწესებულება წარმოადგენდა ფინანსურ ანგარიშს, რომელიც დასაბუთებული იყო საკუთარი შეხედულებისა და დანახარჯების საჭიროებიდან გამომდინარე, ხოლო მზღვეველი მორჩილად ახდენდა თანხის გადახდას. ამიტომ, აშშ-ში განსაკუთრებულად მწვავედ იდგა „გადამეტებული ხარჯების“ პრობლემა. სწორედ აქ გაათვიცნობიერეს პირველად ჯანდაცვის ორგანიზატორებმა და ეკონომისტებმა მარტივი ჭეშმარიტება: თუ ვერ ხერხდება სამედიცინო მომსახურების გაწევის მენეჯმენტი, მაშინ სისტემა მოქმედებს დანახარჯებზე დაფუძნებული ეკონომიკის კანონების შესაბამისად.

მკურნალობის ფასის სწრაფ ზრდაზე სახელმწიფოს მხრიდან რეაგირებამ, შეეზღუდა ეს ტენდენციები სხვადასხვა რეგულაციების ტრადიციული მეთოდებით, გააჩინა სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის ინტეგრირების იდეა კორპორატიული მართვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით. სწორედ ამის საფუძველზე დაიწყო სადაზღვევო კომპანიებისა და კომერციული მედიცინის მენეჯმენტის ფუნქციების დაახლოება. შედეგად, მზღვეველი სულ უფრო მეტად იღებს საკუთარ თავზე სამედიცინო დახმარების დაგეგმვისა და რესურსების მართვის ფუნქციებს.

ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სფეროში ინტეგრირებული სისტემების ფორმირების თეორიული საფუძველი გახდა „მართული სამედიცინო დახმარების“ მოდელი. ინტეგრირებული სისტემის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა - „ჯანმრთელობის მხარდაჭერის ორგანიზაცია“.[1] ასეთი სისტემის ფარგლებში იქმნება პირობები სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის მართვისთვის, რაც ხაზს უსვამს სამედიცინო მომსახურების ტიპების არჩევას და სამედიცინო ტექნოლოგიების ყველაზე მაღალ ეფექტურობას. „ჯანმრთელობის მხარდაჭერის ორგანიზაცია“ აერთიანებს დაზღვევის, დაგეგმვისა და ჯანმრთელობის დაცვის ფუნქციებს. ზოგადად, „ჯანმრთელობის მხარდაჭერის ორგანიზაცია“ წარმოადგენს საერთო მართვის სტრუქტურების მქონე სამედიცინო-სადაზღვევო ჯგუფებს, რომლებიც მოიცავს დაზღვევის წარმომადგენლებსა და სამედიცინო დაწესებულებების ინტეგრირებულ ქსელს.

ზემოაღნიშნული სისტემის მთავარი განსხვავება ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის ყოფილ სისტემასთან არის სახელშეკრულებო ურთიერთობის პრინციპი დამფინანსებელ მხარესა და ქსელურ გაერთიანებას შორის, სადაც როგორც წესი მონაწილობენ დამოუკიდებელი სამედიცინო დაწესებულებები ფიქსირებული სულადობრივი ნორმატივის საფუძველზე; სახელშეკრულებო ურთიერთობები სამედიცინო დაწესებულებების დახურულ კომპლექსში; სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების ფუნქციონირება სამედიცინო დახმარებების წინასწარ შეთანხმებული მოცულობების საფუძველზე.

1 https://en.wikipedia.org/Health_maintenance_organization In the United States, a health maintenance organization (HMO) is a medical insurance group that provides health services for a fixed annual fee.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ტომპსონი ა., სტრიკლენდი ა. - სტრატეგიული მენჯმენტი. სტრატეგიის დამუშავებისა და რეალიზაციის ხელოვნება: სახელმძღვანელო უმაღლესი სასწავლებლებისათვის; /Strategic management: concepts and cases. By Arthur A. Tompson; A J Strickland; John Gamble; English, 2006 15th Ed Maidenhead : McGraw-Hill Education;

2. შეიმანი ი. - ჯანდაცვის მენეჯმენტისა და დაფინანსების რეფორმები; Russian, 1998, გამომც. - იზდატცენტრი;

3. ტიხონოვი ი., პუდოვკინა ო., კოკორინა ო., უცხოეთის გამოცდილება ჯანდაცვის სტრატეგიულ მენეჯმენტზე გადასვლის პერიოდში, 2015, ჟურნალი: ВестникУниверситета № 13, 2015;