ბიულეტენი

№ 65
2002
თებერვალი

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი

ISSN 1512-0813

- ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით
- საქართველოს კავშირგაბმულობის მომსახურებათა ბაზრის ანალიზი და მისი სახელმწიფო რეგულირების თავისებურებები

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG

C 03 - 00407

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი

© FRIEDRICH EBERT STIFTUNG

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი

კახაბერ ჯაყელი
გივი ხაჭაპურიძე
ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით ---- 3

შორენა შარიქაძე
საქართველოს კავშირგაბმულობის მომსახურებათა ბაზრის ანალიზი და მისი სახელმწიფო რეგულირების თავისებურებები ---- 44

C 03 - 00407

[illegible]

კახაბერ ჯაყელი
გივი ხაჭაპურიძე

ჯანმრთელობის დაცვა ქვეყნის ეკონომიკის მნიშვნელოვან დარგს წარმოადგენს. ჯანდაცვის ეკონომიკის შესწავლა და გაანალიზება შუა საუკუნეების ევროპაში დაიწყო. ეს პროცესი კაპიტალიზმმა კიდევ უფრო დააჩქარა. დღეს არსებულ მეგაკაპიტალიზმს ახასიათებს ადამიანის ცხოვრებისა და მეურნეობის საცვლელი ღირებულებების სრული გათვლა. ეკონომიკა, რომელიც ყოველდღიურად ვითარდება სულ ახალ-ახალ ფორმებს იღებს და მაქსიმალურად იკვლევს მიმდინარე ცხოვრებას, ახდენს მის ოპტიმიზაციას. დასავლეთის ეკონომიკური სკოლის მიმდევრები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას განუწყვეტლივ ხვეწენ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ხორციელდება დიდი ექსპერიმენტი, რომელსაც მართვადი მედიცინა managed-care ეწოდება. „ბებერი ევროპის" ქვეყნები ჯერ კიდევ ერთგულად მისდევენ ჯანდაცვის იმ მოდელებს, რომელთა თვისობრიობა შესისხორცებულია მათ ისტორიასა და ცხოვრებასთან. გერმანია დიდი ხანია ჯანდაცვის სადაზღვევო მოდელს ანვითარებს, რომელიც მას დიდმა კანცლერმა ბისმარკმა უსახსოვრა. დიდი ბრიტანეთი ვერ ღალატობს ბევერიჯის მოდელს, რომელიც ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურს ეფუძნება. საფრანგეთი, რევოლუციების სამშობლო ანვითარებს სადაზღვევო და სოლიდარული დახმარების სისტემებს. ჰოლანდია თითქმის ყველა მოდელის ურთიერთშეხამებით ცდილობს მოსახლეობის ჯანდაცვის გაუმჯობესებას. შვეცია დეცენტრალიზებულად წყვეტს სამედიცინო საკითხებს. რაც მთავარია, თითქმის ყველა ევროპული და აზიური ქვეყანა ჯანმრთელობის დაცვას წინასწარ განზრახული გეგმის საფუძველზე ახდენს. ამგვარი გეგმა ჯანდაცვის დაფინანსების აპრობირებულ პრინციპებს უნდა მისდევდეს, რომელთა შორის სადაზღვევო მექანიზმი უმნიშვნელოვანესია ეკონომიკური მნიშვნელობით. ჯანმრთელობის დაზღვევა გარკვეული ბუნებრივი ფორმით ჯერ კიდევ შუასაუკუნეებში არსებობდა. ხელოსანთა და ამქართა გაერთიანებები ყოველთვის კრებდნენ გარკვეულ წვრილ ფულს, რომელიც შემდგომ მათ წევრთა შესაძლო ავადმყოფობის მკურნალობისათვის უნდა ყოფილიყო დახარჯული. გერმანიის კანცლერმა ოტო ფონ ბისმარკმა 1871 წელს საკანონმდებლო აქტით დააკანონა ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთ-ერთი ფორმა - ავადმყოფობისაგან მუშათა სავალდებულო დაზღვევა. ამ საკანონმდებლო აქტმა ფაქტიურად შეცვალა ადრეული კაპიტალისტური საზოგადოება გერმანიაში, მთელს ევროპაში და შემდეგ მსოფლიოში. ექსპერტების აზრით ჯანმრთელობის დაზღვევის ჩამოყალიბებამ ხელი შეუშალა ევროპულ-რევოლუციური მოძრაობის განვითარებას და მის საწინააღმდეგოდ ხელი შეუწყო სოციალურად გაწონასწორებული საზოგადოების შექმნას. დღეს მსოფლიოში კანონთან მიმართებაში ჯანმრთელობის დაზღვევის ორი ფორმა არსებობს:

1. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა;
2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა.

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა ითვალისწინებს დამქირავებლის მიერ სახელმწიფო ან კერძო სადაზღვევო კომპანიებში წინასწარ დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე სადაზღვევო პრემიის სავალდებულო შეტანას და სადაზღვევო შემთხვევის მოხდენის შემთხვევაში ხელშეკრულების თანახმად სადაზღვევო თანხის მიღებას. ხშირად ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევას სოლიდარულ დაზღვევას უწოდებენ. სოლიდარულობის პრინციპიდან გამომდინარე ამ ფორმას სოციალური დაზღვევაც შეიძლება ვუწოდოთ. ზოგიერთ სახელმწიფოში სოციალური დაზღვევა მაშინ იჩენს თავს, როდესაც ადამიანი ყოველგვარ სამუშაოს ან შრომის უნარს კარგავს. აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა შეიძლება განხილული იქნეს სოლიდარული დაზღვევის მნიშვნელოვან ფორმად, რომელიც სოციალური დაზღვევის საფუძველს წარმოადგენს.

ჯანმრთელობი კერძო დაზღვევა წარმოიშვა გერმანიაში. XIX საუკუნის 50-იანი წლებიდან გერმანიაში შექმნილი ურთიერთდახმარების სალაროების საფუძველზე და ბისმარკის საკანონმდებლო ინიციატივებმა ჯანდაცვის დაზღვევის ბაზარი ჩამოაყალიბეს. მუშები და მოსამსახურენი 1871 წელს გამოცემული კანონით დაზღვეულები იყვნენ ავადმყოფობის წინააღმდეგ, რაც მათი ოჯახებისათვის დადებითი მომენტი იყო, რომლის მაგალითმაც ფერმერები, თვითმყოფადი მეწარმეები დააინტერესა ჯანმრთელობის დაზღვევით. ამ ტიპის ადამიანებმა თავად დააფუძნეს სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც სულ მალე მზარდ ბიზნესად გადაიქცა. პირველი მსოფლიო ომის წინ ჯანმრთელობის დაზღვევით დაკავებული კომპანიები სააქციო-საზოგადოებებად გადაიქცა. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაში გერმანელი მეცნიერები ოთხ ძირითად ტიპს გამოყოფენ:

Bonn

ა) ავადმყოფობის ღირებულების და ხარჯების დაზღვევას;

ბ) ავადმყოფობის დღეების დაზღვევას, რაც ითვალისწინებს იმ დღეების ხელფასის ანაზღაურებას, რომელსაც გააცდენს ავადმყოფი;

გ) თვითმყოფადი მეწარმისა და ბიზნესმენის ავადმყოფობის დღეების დაზღვევას;

დ) ჯანმრთელობის ზოგად დაზღვევას.

სხვადასხვა სახელმწიფოებში სხვადასხვა ჯანდაცვის მოდელებს გამოიყენებენ.

ექიმთა ჰონორირების სისტემა ევროპაში.

ზემოხსენებული ჯანდაცვის მოდელების თანახმად თვით ექიმთა ჰონორირება (შრომის ანაზღაურება) ერთმანეთისაგან განსხვავებულ ხასიათს ატარებს. ევროპაში ექიმთა დაფინანსება

გერმანია

ჯანდაცვის სისტემა	სავალდებულო საავადმყოფო და კერძო და დაზღვევა
დაფინანსების პრინციპი	შემოსავლიდან გამომდინარე სადაზღვევო შენატანი 13,5%-ის ოდენობით, რომლის ერთნახევარს იხდის სამუშაოს მიმცემი და მეორეს სამუშაოს მიმღები.
ავადმყოფობისაგან კერძო დაზღვევა	მოსახლეობის 88,5% სავალდებულოდ დაზღვეულია, აქედან 85% დაზღვეულია კანონის მოთხოვნით, ხოლო 15% ნებაყოფლობით. 10%-ს გააჩნია პერსონალური დაზღვევა, ხოლო 8% სავალდებულო დაზღვევაში არიან გაწევრიანებულნი; ისინი ჯანდაცვის კერძო დაზღვევაშიც არიან პერსონალურად დაზღვეული.
ექიმებთა და საავადმყოფოთა არჩევა	თავისუფალი

ჰოლანდია

ჯანდაცვის სისტემა	საკანონმდებლო და პერსონალური ჯანდაცვის ერთობლიობა
დაფინანსების პრინციპი	სამუშაოს მიმღები იხდის 1,3%-ს, ხოლო სამუშაოს მიმცემი 5,5%-ს, ხანგრძლივი მკურნალობა 7,5% სამუშაოს მიმღების შემოსავლიდან. მთლიანად შემოსავლიდან 13,5%.
ავადმყოფობისაგან კერძო დაზღვევა	მოსახლეობის 37% დაზღვეულია ჯანმრთელობის პერსონალურ დაზღვევაში
ექიმთა და საავადმყოფოთა არჩევა	თავისუფალი

საფრანგეთი

ჯანდაცვის სისტემა	საკანონმდებლო სავალდებულო დაზღვევა
დაფინანსების პრინციპი	19,6% შემოსავლიდან, სამუშაოს მიმღები იხდის 6,8%-ს, ხოლო სამუშაოს მიმცემი 12,8%-ს.
ავადმყოფობისაგან კერძო დაზღვევა	მოსახლეობის 85% დაზღვეულია დამატებით კერძო დაზღვევაში
ექიმთა და საავადმყოფოთა არჩევა	თავისუფალი

დიდი ბრიტანეთი

ჯანდაცვის სისტემა	ჯანმრთელობის სახელმწიფო სამსახური
დაფინანსების პრინციპი	ფინანსირდება გადასახადებიდან და შემოსავლებიდან
ავადმყოფობისაგან კერძო დაზღვევა	მოსახლეობის 11% დაზღვეულია კერძო დაზღვევაში

ამ ფონზე საქართველოს ჯანდაცვის მოდელი შემდეგნაირად გამოიყურება:

ჯანდაცვის სისტემა	ძირითადად ველური ბაზარი, უმნიშვნელო წილი სახელმწიფო სისტემისა
დაფინანსების პრინციპი	ძირითადად გადახდა ჯიბიდან და მცირეოდენი ტრანსფერი
ავადმყოფობისაგან კერძო დაზღვევა	3% ორგანიზაციის მიერ და უმნიშვნელო კერძო დაზღვევა

მსოფლიოში არსებული ჯანდაცვის სისტემები ხშირად ცდილობენ ქვეყნის მაკროეკონომიკურ მდგომარეობასა და მის ჯანდაცვის ტრადიციებთან განსაკუთრებით შესაბამისი ჯანდაცვის მოდელი აამოქმედონ. შესაბამისად, სხვადასხვა საფეხურებად ხორციელდება, რომელთა მთავარი ფორმებია:

ა) ექიმთა ანაზღაურება პირდაპირი სახით ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიის მიერ - ერთსაფეხურიანი დაფინანსება;

ბ) ექიმთა ჰონორირება სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან სოციალური სისტემისა ან ფონდის თანაგადახდით - ორსაფეხურიანი დაფინანსება.

ზემოხსენებულ პრინციპთან ერთად ადგილი აქვს ხარჯების ანაზღაურების პრინციპსაც, რომლის დროსაც დაიფარება ჯანდაცვის სფეროში მოხმარებული ყველა ნივთის ამორტიზაციის ღირებულება. ამ დროს საქმე გვაქვს დაფინანსების შემდეგ პრინციპთან:

ა) ნივთის ღირებულების, მისი ცვეთის ანაზღაურება ჯანდაცვის სალაროების ან ჯანდაცვის დაზღვევის კომპანიების მეშვეობით;

ბ) ღირებულების დაფარვის პრინციპი, სადაც პაციენტი უხდის ექიმს, ხოლო შემდეგ სადაზღვევო კომპანია მიღებული ქვითრის საფუძველზე უნაზღაურებს მას ამ ღირებულებას.

ექიმთა ჰონორირების სხვა პრინციპებიც გვხვდება, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ერთჯერადი ქმედების დაფინანსება, როდესაც ექიმის ყოველი ქმედება პაციენტის მიმართ შეფასებულია და ამის საფუძველზე ხდება მისი დაფინანსება.

ექიმთა ხელფასი ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა სისტემაში სხვადასხვანაირია. მ.შ. არსებობს შემდეგი ტიპები: ა) საბაზისო ხელფასი; ბ) ხელფასი დატვირთვის მიხედვით; გ) ხელფასი რეგიონალურობის პრინციპიდან გამომდინარე; დ) ხელფასი რისკებიდან გამომდინარე.

ევროპელი ექიმების ჰონორირების სისტემა ქვეყნების მიხედვით შემდეგ სახეს ღებულობს:

გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკაში ექიმები ღებულობენ ჰონორარს ერთჯერადი ქმედების დაფინანსების პრინციპის თანახმად და ასევე მოქმედებს ღირებულების ანაზღაურების პრინციპი. კერძოდ, ნივთის ღირებულების, მისი ცვეთის ანაზღაურება ჯანდაცვის სალაროების ან ჯანდაცვის დაზღვევის კომპანიების მეშვეობით და ღირებულების დაფარვის პრინციპი, სადაც პაციენტი უხდის ექიმს, ხოლო შემდეგ სადაზღვევო კომპანია მიღებული ქვითრის საფუძველზე უნაზღაურებს მას ამ ღირებულებას. ადგილი აქვს წინასწარ ბიუჯეტირებას. საფრანგეთი. ექიმთა ჰონორირება ხდება გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკის მსგავსად ერთჯერადი ქმედებების თანახმად, როცა ექიმის ყოველი ქმედება წინასწარ შეფასებულია და შემდეგ ჰონორირებული. ამასთან, ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები ანაზღაურებენ ღირებულებას, ხოლო ხარჯების ანაზღაურება წინასწარი ბიუჯეტირების გარეშე წარმოებს. ჰოლანდიაში ჰონორირება ოჯახის ექიმის მაგალითზე ხდება თითოეული ნამკურნალევი ადამიანის რაოდენობრივი მაჩვენებლის თანახმად. ცალკეული მიმართულებისა და დარგების ექიმები ჰონორარს ღებულობენ ჯანდაცვის სავალდებულო ან ნებაყოფლობითი დაზღვევიდან. დიდ ბრიტანეთში ექიმთა ჰონორირება ხდება ყოველი ნამკურნალევი პაციენტის გათვალისწინებით ოჯახის ექიმთან მიმართებით. საავადმყოფოს ექიმები ანაზღაურებას ღებულობენ ნამუშევარი დროის მიხედვით.

ექიმთა ჰონორირების ამ მექანიზმებს თავიანთი დადებითი და უარყოფითი მახასიათებლები გააჩნია. დადებითია, რომ ერთჯერადი ქმედებების ჰონორირების შემთხვევაში ექიმს ეზრდება დაინტერესება, რომ თავისი შესაძლებლობების ზღვარზე ამოქმედდეს. მაგრამ დაბალი გადამხდელუნარიანობის შემთხვევაში ექიმი პირდაპირ იძულებულია „იშოვოს" პაციენტები და ხშირად იმოქმედოს მისთვის ნაკლებად ცნობილ სფეროებში. თითო ნამკურნალებ პაციენტზე ანაზღაურების ფორმით ჰონორირება დადებითია იქ სადაც ექიმთა რაოდენობა მოსახლეობის რიცხოვნებასთან შედარებით არ არის მაღალი. მყარი ხელფასით ექიმთა ჰონორირების ფორმის დადებითი მხარეა ექიმთა სრული კონცენტრირებულობა სამუშაოზე, იმ შემთხვევაში თუ ეს ხელფასი მაღალი შემოსავლების რანგს განეკუთვნება. ამ ხელფასის უარყოფით მახასიათებელია ის, რომ საშუალო შემოსავლების დონესთან ხელფასის ჩამორჩენა იწვევს ექიმის უინტერესობას და კორუმპირებულობას. აშშ-ში ექიმთა ჰონორირების სისტემამ გარკვეულ წილად სახეცვლილება განიცადა და შემდეგი ფორმით ჩამოყალიბდა:

ა) ჰონორირება გამოჯანმრთელებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით;

ბ) ჰონორირება პაციენტის დაავადების სიმძიმიდან გამომდინარე;

გ) ჰონორირება პაციენტის მკურნალობისას ექიმის მიერ დანაზოგი ღირებულებიდან გამომდინარე.

ჯანდაცვის ობიექტების დაფინანსებაში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს საავადმყოფოების დაფინანსება, რაც ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მთავარ მახასიათებელს წარმოადგენს. საჭიროა შევისწავლოთ საავადმყოფოების დაფინანსების ევროპული გამოცდილება, რადგანაც სწორედ ამ მიმართებით შეინიშნება მრავალი სიახლე ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკაში. ამ გამოცდილებაზე უნდა აიგოს საქართველოს საავადმყოფოთა დაფინანსების შერეული მოდელი. გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 1995 წელს საავადმყოფო მკურნალობისათვის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევამ გამოყო 77,5 მლრდ. მარკა, რამაც ჯანდაცვის ერთობლივი საზოგადოებრივი პროდუქტის 30% შეადგინა. 2 200 საავადმყოფო და აქ დასაქმებული 1 მლნ. ადამიანი ჯანდაცვის სისტემისა და სოციალური ინფრასტრუქტურის ძირითად შემადგენელ ნაწილია. გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში მოქმედი საავადმყოფოების კანონის თანახმად საავადმყოფოს დაფინანსება ხორციელდება შემოსავლის სხვადასხვა წყაროებიდან, მ.შ. მნიშვნელოვანია შემოსავლები ჯანმრთელობის სავალდებულო

დაზღვევიდან, ჯანდაცვის კერძო დაზღვევიდან, სიციალური დაზღვევიდან, საპენსიო და სხვა ფონდებიდან.

საავადმყოფოების დაფინანსება ჰოლანდიაში მრავალ პლასტიან ხასიათს ატარებს. ხშირად ჰოლანდიის ჯანდაცვის დაფინანსება სამაგალითოდაა მიჩნეული მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისა და მათ შორის საქართველოსათვის. ჰოლანდიის საავადმყოფოების ბიუჯეტს ხშირად ფუნქციურ ბიუჯეტსაც უწოდებენ.

1. მენეჯმენტის დეცენტრალიზებული სტრუქტურა სხვადასხვა საავადმყოფოში;

2. კერძო საავადმყოფოების დიდი ოდენობა;

3. სახელმწიფო სუბსიდიები, რომელიც საავადმყოფო ხარჯების 50%-ს აჭარბებს;

4. კერძო დაზღვევა, რომელიც უფრო ხშირად სავალდებულო დაზღვევის ხასიათს ატარებს.

განსხვავებები:

1. დაფინანსებაში განსხვავებები გამოწვეულია ისტორიული განვითარების შესაბამისად;

ჰოლანდიის საავადმყოფოები

ხარჯების სახეობა	ფუნქცია	პარამეტრები	გადაწყვეტილების მიღება	ბიუჯეტის ნაწილი
გეოგრაფიული მდებარეობა	ინფრასტრუქტურა	კაპიტალური ღირებულება	სამმართველოები, დეპარტამენტები	100%
მყარი ხარჯები	ბიუჯეტირება	ლოკალური ბიუჯეტი	რეგიონალური	15%
სემაშკოს მოდელის მსგავსი ხარჯები	საავადმყოფოს სიმძლავრეები	საწოლები და სხვა	დაგეგმარება	33%
ცვლადი ხარჯები	შედეგიდან გამომდინარე დაფინანსების შერეული ხასიათი	კაპიტაცია	შერეული დაფინანსება	52%

შვეციის საავადმყოფოების დაფინანსება, ისევე როგორც ქვეყნის ეკონომიკა, სოციალურად ორიენტირებულ ხასიათს ატარებს.

შვეიცარია

პირდაპირი გადახდა	ხარჯების წილი
თვითგადამხდელი და კერძოდ დაზღვეული 36,6%, ჯანდაცვის სალაროები 29,7%, უბედური შემთხვევების დაზღვევა და ინვალიდობის დაზღვევა	69,1%
სუბსიდიები და შენატანები	
თემები, რაიონები, კანტონები, ფედერაციები, ფონდები და პერსონი	9,1%
დეფიციტის დაფარვა	
კანტონები, თემები და რაიონები	21,8%
სულ	**100%**

დიდ ბრიტანეთში საავადმყოფოების დაფინანსება შემდეგი სახისაა:

დამფინანსებელი	1998 წ.
სოციალური სისტემა	7,1%
სახელმწიფო	72,9%
კერძო დაზღვევა	4,8%
თვითგადახდა	15,2%

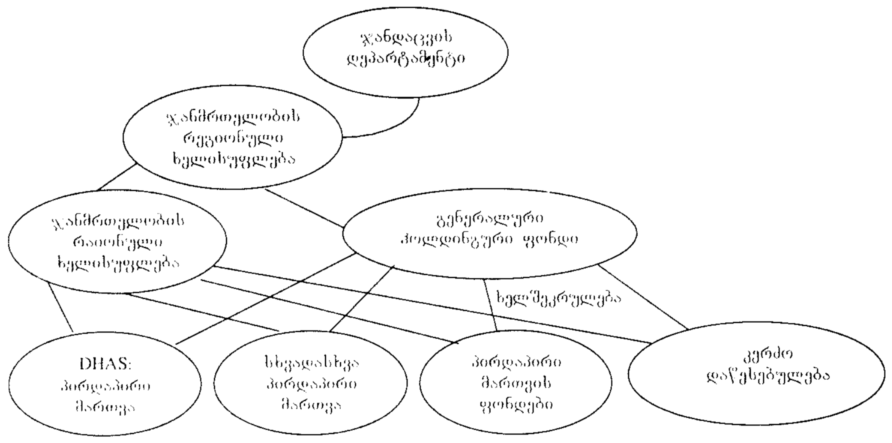
ზემოხსენებულ სახელმწიფოებში საავადმყოფოების დაფინანსების შედარებისას თვალში გვეცემა ჯანდაცვის ორგანიზაციის სხვადასვხა მეთოდები ევროპის ამ თითქოსდა მსგავს ჯანდაცვის სისტემებში. ჩვენი აზრით, მსგავსებები და განსხვავებები შემდეგნაირად შეიძლება დავაჯგუფოთ:

2. სხვადასხვა სქემები არსებობს ჯანდაცვის დაზღვევაში, რომელიც ამცირებს ჯანმრთელობის დაცვის ღირებულებას. მაგალითად, მოსაცდელი სიები დიდ ბრიტანეთში, რაციონირება და ა.შ.

ჯანმრთელობის დაცვის ნაციონალური სამსახური დიდ ბრიტანეთში

1948 წელს დიდ ბრიტანეთში შეიქმნა ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური (National Healht Service), რომლის დანიშნულება გახლდათ ბრიტანული ნაციის სამედიცინო ჯანდაცვითი მოთხოვნილებების სრული დაკმაყოფილება და ერის გაჯანსაღება.

ამ კეთილშობილი იდეით და ბრიტანელთათვის დამახასიათებელი პატრიოტიზმით საფუძველჩაყრილი ორგანიზაცია მართლაც გახდა ერთ-ერთი სამაგალითო მსოფლიო ჯანდაცვით სისტემებს შორის. ბრიტანული NHS მისი ბიუჯეტის 85%-ით ფინანსდება საერთო გადასახადებიდან, რაც მას აძლევს საშუალებას ეფექტურად გაუძლევს ჯანდაცვის სისტემას და ასევე დანერგოს ინოვაციური ტექნოლოგიები მასში. 1991 წლის აპრილიდან დიდი ბრიტანეთის კონსერვატორთა მთავრობამ ახალი რეფორმა წამოიწყო, რომელიც სისტემის საბაზრო ორიენტირებას ისახავდა მიზნად. საბოლოო ჯამში რეფორმის მიზანია სახელწიფო ხარჯების შემცირება და ხარისხის გაზრდა ჯანმრთელობის დაცვაში. ბრიტანული NHS ორგანიზაციულად რთული სისტემაა, რომელსაც სათავეში ჯანდაცვის



დეპარტამენტი უდგას. მას ექვემდებარება ჯანდაცვის რეგიონალური ხელისუფლება, რომელიც ორ სხვადასხვა ნაწილს უწევს კურირებას. ეს არის ერთი მხრივ მთავარი განმახორციელებლების ჰოლდინგური ფონდი და მეორე მხრივ ჯანდაცვის დარგობრივი ხელისუფლება. საინტერესოა თუ რა სუსტი და ძლიერი მხარეები გააჩნია ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურს. *დადებით და პოზიტიურ მხარეებად ვთვლით:* ა) საკმარისი ბიუჯეტირება; ბ) ხარჯების კონტროლი; გ) ექიმთა ავტონომია; დ) პაციენტების თავისუფალი შეღწევადობა სისტემაში; ე) სამკურნალო ნიზოლოგიების მრავალფეროვანი მკურნალობა. *სისტემის სუსტი მხარეებია:* ა) გრძელი მოსაცდელი რიგები; ბ) ხარისხის არათანაბრობა მომსახურებაში; გ) ინვესტიციების სიმცირე.

დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური რეფორმების პროცესში უფრო მეტად გახდა ორიენტირებული ბაზარზე. ექიმთა დამოუკიდებელი პრაქტიკები და კლინიკები უფლებამოსილები არიან შექმნან თავიანთი დამოუკიდებელი ბიუჯეტი. დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ძირითადად საბაზრო ეკონომიკაზეა ორიენტირებული. პაციენტი - როგორც მომხმარებელი, ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემა - როგორც დამფინანსებელი და ასევე მიმწოდებელი ქმნიან ერთ მთლიან ბაზარს, რომლის შიგნითაც ქცევის წესები კონკრეტულადაა განსაზღვრული. ნაციონალურ ჯანდაცვის სისტემას კარგად ახასიათებენ ინგლისელი პაციენტები და მის საჭირბოროტო საკითხებს ხშირად განიხილავენ დიდი ბრიტანეთის პარლამენტში. ჯანდაცვის სისტემა ქვეყნის პარლამენტის მუდმივი დაკვირვებისა და შესწავლის ქვეშ იმყოფება, რაც მის მნიშვნელობას პოლიტიკის დონემდე ამაღლებს.

დსთ-ს ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემა.

სომხეთი. XX საუკუნის 90-იანი წლების პირველ ნახევარში სომხეთის მოსახლეობის ცხოვრების დონე მნიშნელოვნად დაეცა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ვარდნა შეიმჩნევა 1992-93 წლებში, რაც გამოიწვია ფასების ლიბერალიზებამ, მიწისძვრამ და საგარეო-ეკონომიკური კავშირების წყვეტამ. 1996 წელს საშუალო ხელფასი ოფიციალური მონაცემებით იყო 20 დოლარი თვეში. 1997 წელს სომხეთის სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით საშუალო ხელფასი იყო 30 დოლარი თვეში.

გაეროს 1996 წლის გამოკვლევების თანახმად სომხეთის მოსახლეობის 87% სიღარიბის ზღვარს ქვევით არსებობდა, ხოლო 13% ამ რაოდენობიდან თვეში მხოლოდ 17 დოლარს ხარჯავდა. სომხეთის მინიმალური სამომხმარებლო კალათა 1997 წელს შეფასდა 55 დოლარად. სომხეთის სოციალური უზრუნველყოფის მინისტრის აკოფიანის განცხადებით ქვეყნის მოსახლეობის 1/3 რჩება განსაკუთრებით დრამატულ მდგომარეობაში. განსხვავება ყველაზე ღარიბ და ყველაზე მდიდარ ოჯახებს შორის შეადგენს 1/27. მოხმარების დაბალი დონე დასტურდება ასევე საცალო საქონელბრუნვის მოცულობით - 1995 წელს 550 მლნ. დოლარი, რაც შეადგენს ყოველთვიურ მოხმარებას ერთ კაცზე 12 დოლარის ოდენობით.

უმუშევრობა სომხეთში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა. 1990 წელს დასაქმებულთა რაოდენობამ შეადგინა 1,69 მლნ. კაცი, რომელთა შორის 80% სახელმწიფო საწარმოებში იყო დასაქმებული. სახელმწიფო საწარმოების გაჩერებამ მასობრივი უმუშევრობა გამოიწვია. 1996 წელს უმუშევრობამ 500 ათასი კაცს მიაღწია, მათ შორის ოფიციალური უმუშევრობის სტატუსი 120 ათას

კაცზეა დაფიქსირებული. 1997 წელს ეკონომიკაში დასაქმებულთა რაოდენობა 1,5%-ით შემცირდა.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე ჯანდაცვის სისტემა დღემდე რჩება სომხეთის მაკროეკონომიკური პრობლემების და საბჭოთა მემკვიდრეობის მარწუხებში. უმუშევრობა, მოსახლეობის დაბალი შემოსავლები მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯანდაცვის საერთო ხარჯებს მოსახლეობის სამომხმარებლო ხარჯების სტრუქტურაში, რაც თავის მხრივ სამედიცინო მომსახურეობას არ აძლევს საშუალებას მიიღოს მთლიანი შემოსავლები თავისი შესაძლებლობებიდან. სომხეთის სამედიცინო სისტემა ჯერ კიდევ ფლობს მნიშვნელოვან ძირითად ფონდებს:

სომხეთი	1994	1995	1997	1998
სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა	185	183	178	179
ინტერნატის რაოდენობა ხანშიშესულთათვის და უფროსი ასაკის ინვალიდებისათვის	4	4	4	4
ინტერნატის რაოდენობა ინვალიდი ბავშვებისათვის	3	3	2	5

ამასთან, ამერიკელი ექსპერტების შეფასებით ძირითადი ფონდების დატვირთვა მხოლოდ 30%-ით ხდება. არასაკმარისი დაფინანსება, რეფორმის არათანმიმდევრულობა იწვევს ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის გაუარესებას. სომხეთის ჯანმრთელობის სისტემა განიცდის თანდათანობით გაუარესებას. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა სომხეთში 79 წლიდან 72 წლამდე შემცირდა. გაიზარდა სიკვდილიანობა გულსისხლძარღვთა დაავადებათა შედეგად:

სომხეთი	1994	1995	1997	1998
ენდოკრინოლოგიური სისტემის დაავადებები	14	14	11	10
სისხლის და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები	4	4	6	7
ფსიქიური მოშლილობა	5	6	5	5
ნერვული სისტემისა და გრძნობის ორგანოების დაავადებები	47	51	38	30
სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები	19	20	18	19
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	291	335	317	272
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	65	49	51	46
გართულებები ორსულობისას, მშობიარობისას და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში	10	10	11	11
კანისა და კანქვეშა ინფექციური დაავადებები	40	46	41	24
თანდაყოლილი ანომალიები	1	1	1	1
სიმპტომები, ნიშნები და არაზუსტი იდენტობის მდგომარეობა	2	3	2	2
ტრავმები და მოწამლეები	126	116	91	76

სომხეთის ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური პრობლემების დასაძლევად მნიშვნელოვანი როლი საერთაშორისო ორგანიზაციებს აკისრიათ. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერებისათვის მსოფლიო ბანკმა დააფინანსა პროექტი, რომლის მიხედვითაც 10 მლნ. დოლარის შეღავათიანი კრედიტი გამოიყო. სომხეთის მთავრობის მიერ დაწყებული ჯანდაცვის რეფორმა მნიშვნელოვან წილად დაკავშირებულია პირველადი ჯადაცვის ხარისხის გაუმჯობესებასთან, რაზედაც მოდის მოსახლეობის ხარჯების დიდი ნაწილი.

პროექტი დაფინანსებულია საერთაშორისო განვითარების ასოციაციის (IDA) მიერ. ჯანდაცვის რეფორმა სომხეთში, დაწყებული 1995 წელს, მხარდაჭერილი და დამტკიცებულია UNICEF, EU/TACIS and WHO/EURO მეშვეობით და მოიცავს შემდეგ ობიექტებს:

1. ლოკალური ჯანდაცვის შექმნა თემის მობილიზებისა და სათემო დაფინანსების ხარჯზე;

2. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გაძლიერება და აღჭურვილობის შექმნა;

3. მიზნობრივი საჯარო ჯანდაცვის განვითარება და მორნისტული ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდების დანერგვა;

4. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების გაძლიერება, რომელიც შეიცავს:

ა) საბაზისო შემოსავლების პაკეტის დაფინანსება და რეგიონალური რესურსების კონსოლიდაცია;

ბ) ხარჯების მიახლოება ფასებთან.

სომხეთის ჯანდაცვის სისტემის ცვლილების მთავარ მომენტად მიიჩნევა სამედიცინო ბაზრის დეცენტრალიზაცია და ჯანდაცვის დაფინანსების დიფერენცირება. რისკ-ფაქტორების შკალის მიხედვით სომხეთი ჯანდაცვის მიმართ ერთ-ერთ მაღალ რისკიან ქვეყანად შეიძლება წარმოვიდგინოთ. 14 წლამდე ასაკის ბავშვებში ვაჟების 56%, ხოლო გოგონების 20% გამოცხადდა მწეველად, რამაც საზოგადოება და ჯანდაცვის რეფორმა ჯანდაცვის განათლების დონეზე სერიოზულად ჩააფიქრა. DALY-ის ინდექსის მიხედვით სომხეთი განაგრძობს ჯანსაღი სიცოცხლის 9%-ით შემცირებას. ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

1. სახელმწიფო ჯანდაცვის სააგენტო და საინფორმაციო სისტემების ისე განვითარება, რომ შეიცავდეს სამედიცინო ინფორმაციის ავტომატიზაციას შემოსავლების და ანაზღაურებების ბაზაზე;

2. ჯანდაცვაში საბაზისო დახმარებების (გადახდების) პაკეტის გაძლიერება;

3. სტანდარტული კონტრაქტების დანერგვა, მონიტორინგი სამედიცინო გადახდების ლეგალიზაციისათვის.

მნიშვნელოვანია, თუ როგორ გამოიყურება ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა სომხეთის რესპუბლიკაში (ცხრილი №1).

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული გამოკვლევიდან ნათლია, რომ იგი საკმაოდ კარგ მდგომარეობაში იმყოფება მთელი ამიერკავკასიის მასშტაბით. აქვე გვსურს აღვნიშნოთ ერთი გარემოება, საქართველოში ქალთა ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა აღემატება სომხეთის ანალოგიურ მაჩვენებელს.

აზერბაიჯანი. აზერბაიჯანის ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება რესურსების გამოყენების არაეფექტურობით. ყოფილი სსრკ-ის ქვეყნების მსგავსად გვყავს გაცილებით მეტი ექიმი და ექთანი ვიდრე საჭიროა. აზერბაიჯანში 1990 წელს ყოველ 1000 კაცზე მოდიოდა 3,9 ექიმი, შესაბამის პერიოდში კანადაში 2,1 ექიმი და ინგლისში 1,6 ექიმი. არ არის განვითარებული საოჯახო მედიცინის სისტემა. სამედიცინო პერსონალის კომპეტენცია საერთაშორისო ექსპერტების აზრით დაბალია. 1998 წელს ყოველ 1000 კაცზე მოდიოდა 8,4 საავადმყოფო საწოლი. საავადმყოფოები აზერბაიჯანში გამოირჩევიან დატვირთვის დაბალი პროცენტით (28%). დიდია არაოფიციალური ხარჯების წილი ჯანდაცვის სექტორში. ასევე დიდია საავადმყოფოში პაციენტის დარჩენის ნორმა, კერძოდ, 17 დღე. ხშირად პაციენტები მკურნალობის ყველაზე იაფ გზას ირჩევენ, რაც ყოველთვის არ არის დაკავშირებული მათი მკურნალობის ხარისხიანობასთან. ჯანდაცვის ხარისხის კლება შესამჩნევია. ჯანდაცვა გამოირჩევა ქვეყნის ტერიტორიაზე არაეფექტური განაწილებით. მრავალი შენობა დანგრევის პირასაა მისული. საავადმყოფოებში ძირითადი ფონდების გამოყენების მაჩვენებელი დაბალია. ჯანდაცვის რეფორმები გამოცოცხლდა ახალი საკანონმდებლო ინიციატივის თანახმად, რომელსაც ჰქვია კანონი „მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ." 1998 წელს პრეზიდენტის ბრძანებით დაიწყო რეფორმის სტრატეგიის შემუშავება. დოკუმენტს ჰქვია „ჯანდაცვის რეორიენტაციის გენერალური კონცეფცია." ჯანდაცვის ახალი სისტემა შემდეგი პრინციპებით ხასიათდება:

1. ჯანდაცვის გეგმაზომიერი ქსელის შექმნა და მისი რაციონალური გამოყენება;

2. სისტემის საფინანსო ბაზის განვითარება;

3. პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა;

4. სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სისტემის რეფორმა;

5. სადაზღვევო სისტემის დანერგვა;

6. საჯარო ჯანდაცვის პრივატიზაცია და სხვა.

დოკუმენტი „ჯანდაცვის რეფორმის სახელმწიფო პროგრამა" არ არის დეტალური სამოქმედო გეგმა და მისი მრავალი საკითხი, ისეთები როგორიცაა საჯარო ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდა მშპ-ის 1,6%-დან 6,6%-მდე, არარეალურად გამოიყურება.

აქვე შევეხებით აზერბაიჯანში DALY-ის ინდექსის მაჩვენებელს, რომელსაც არა ერთ ქვეყანაში ძალზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნული ინდექსი ჯანმრთელი სიცოცხლის მდგომარეობის ხანგრძლივობაზეა ორიენტირებული. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ გამოკვლეულ ქვეყანათა შორის აზერბაიჯანი 65-ე ადგილზეა და საერთო ჯამში საშუალო ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 63,7 წელს შეადგენს. ქალთა და მამაკაცთა ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა ასე გამოიყურება: ქალები - 66,7 წ.; მამაკაცები - 60,6 წ (ცხრილი №1).

წინამდებარე ცხრილიდან ჩანს, რომ DALY-ის ინდექსის მიხედვით აზერბაიჯანში ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა შესამჩნევად ჩამოუვარდება საქართველოში ანალოგიურ მაჩვენებელს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულ გამოკვლევაში აზერბაიჯანი 65-ე ადგილზეა და ჩამოუვარდება ისეთ ქვეყნებს როგორიცაა იუგოსლავია, ბულგარეთი, ლიტვა და სხვა.

1999 წლის მონაცემებით აზერბაიჯანში მოქმედებს 755 ჯანდაცვის ცენტრი, 1024 საავადმყოფო და პოლიკლინიკა, 757 სამედიცინო ამბულატორია და 288 სამშობიარო სახლი. ყოველ 10 000 მოსახლეზე 39,2 ექიმი და 9,52 დამხმარე მედპერსონალი მოდის. სამედიცინო ინსტიტუტი ყოველწლიურად 1 300 კვალიფიციური ექიმით, ხოლო სამედიცინო ტექნიკუმი 8 000 მედმუშაკით ამარაგებს სახელმწიფოს. ქვეყანაში მოქმედი 11 სამედიცინო კვლევითი ინსტიტუტი იკვლევს და შეისწავლის მთელ რიგ სამედიცინო პრობლემებს.

ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის რეალურ სურათს ვერ ასახავს ეს უკანასკნელი მონაცემები. საავადმყოფო საწოლების 90% განთავსებულია ისეთი დონის შენობებში, რომლებიც საშუალო დონის სტანდარტებსაც კი ვერ აკმაყოფილებენ. გარდა ამისა, ისინი განიცდიან მედიკამენტებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის დეფიციტს. დაფინანსების განხრით მდგომარეობა სავალალოა; ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ 55%-ს ხმარდება, რაც განაპირობებს სრულიად მინიმალური მოთხოვნილებების დაუკმაყოფილებლობას.

1998 წელს გაიზარდა ისეთი დაავადებების რიცხვი, როგორიცაა: ტუბერკულიოზი, ინფექ-

ციურ-პარაზიტული დაავადებები და ა.შ.

მთელი თანხა სახელმწიფო ბიუჯეტში შევიდა.

აზერბაიჯანი	1994	1995	1997	1998
ენდოკრინოლოგიური სისტემის დაავადებები	28	27	28	26
სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებები	18	19	20	21
სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები	71	73	76	78
სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	642	683	605	633
საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	93	93	102	76
ალკოჰოლიზმი და ალკოჰოლური ფსიქოზი	11	10	10	10
ტუბერკულიოზი	37	39	55	55
ფსიქიკური მოშლილობა	41	51	45	54
ავთვისებიანი წარმონაქმნები	69	81	67	61

1980 წლიდან გახშირდა დაავადებები დაკავშირებული ნარკომანიასთან, ალკოჰოლიზმთან, ტოქსიკურ ნივთიერებებთან. წყლის ცუდმა ხარისხმა და სანიტარული მდგომარეობის დაბალმა დონემ ინტენსიური დაავადებების და ეპიდემიების გამწვავება გამოიწვია.

ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტების პრივატიზების პროცესი საქართველოში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში, ქონების მართვის სამინისტროსთან შეთანხმებით, შემუშავდა ორწლიანი პროგრამის პროექტი, რომელიც ითვალისწინებდა დაწესებულებათა პრივატიზებას. ეს პროცესი ოთხ ეტაპს მოიცავდა.

პირველ ეტაპზე ფარმაცევტული დაწესებულებების, სტომატოლოგიური პოლიკლინიკების, სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სერვისის დაწესებულებათა პრივატიზება უნდა განხორციელებულიყო. ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მონაცემებით, 759 საპრივატიზებო ობიექტიდან ფაქტიურად 477 იქნა პრივატიზებული, მათგან 33 სახელმწიფო ქონების მართვის სამინისტროს, ხოლო დანარჩენი ადგილობრივი ორგანოების მიერ. საპრივატიზებო დაწესებულებათა ნუსხაში არ შედიოდა აჭარის სამედიცინო დაწესებულებები, მაგრამ პრივატიზებულ ობიექტთა საერთო რაოდენობა 33-ს შეადგენდა და მათგან 25 აფთიაქია. ამ უკანასკნელთა გარდა ნუსხის გარეშე პრივატიზებულია 20 დაწესებულება, ე.ი. საერთო ჯამში პრივატიზებულ ობიექტთა რაოდენობა 530-ს შეადგენს.

ქონების მართვის სამინისტროს მონაცემებით 1995 წელს პრივატიზირდა 306 ობიექტი, 1996 წ. - 201, 1997 წ. - 36, 1998 წ. - 9. მათაგან პირდაპირი მიყიდვის წესით გაიყიდა 415 დაწესებულება, აუქციონის წესით 50, კონკურსის წესით 53, ხოლო იჯარა-გამოსყიდვის წესით 9 ობიექტი. შრომითმა კოლექტივებმა თანხის უქონლობის გამო აღნიშნული ობიექტების გამოსყიდვა ან შესაბამისი საპრივატიზებო დოკუმენტაციის წარმოდგენა ვერ შეძლეს, რის გამოც 195 ობიექტის პრივატიზება ვერ მოხერხდა (ცხრილი №2).

საპრივატიზებო ობიექტების პრივატიზების შედეგად შემოსული თანხის დიდი ნაწილი ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში უნდა შესულიყო. ეს გადაწყვეტილება გაუქმდა 1996 წელს და თითქმის საპრივატიზებო ობიექტები 18 688 632 ლარად შეფასდა და ამ თანხის 5%, ანუ 949 600 ლარი, ჩაირიცხა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდში.

პირველადი ჯანდაცვა და სტაციონარული დახმარება საქართველოში.

ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა ყურადღებას ამახვილებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა საქმიანობა (859 ამბულატორიული დაწესებულება, 114 ამბულატორიული განყოფილება საავადმყოფოში, 53 სამედიცინო პუნქტი და 512 საფერშლო პუნქტი) ეფუძნება შემდეგ პრინციპებს:

· სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა თითოეული რეგისტრირებული პაციენტისათვის;

· ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება;

· მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თანაფარდობა;

· შედეგიანი ამბულატორიული და სტაციონარული დახმარებით უზრუნველყოფა;

· მომუშავე მოსახლეობის დახმარება სპეციალური ამბულატორიული მიღების განრიგის დაწესების გზით.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები უზრუნველყოფენ:

· მოსახლეობის სამედიცინო განათლებას;

· დედათა და ბავშვთა ჯამრთელობის დაცვას;

· იმუნიზაციას;

· ენდემური დაავადებების პროფილაქტიკას;

· გავრცელებული დაავადებებისა და ტრავმების მკურნალობას;

· ესენციალური მედიკამენტების განაწილებას.

ჩვეულებრივ, ამ დაწესებულებების მატერიალური ბაზა არ შეესაბამება თანამედროვე სანიტარიულ მოთხოვნებს შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, ტელეფონით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. არასათანადოა მათი მომარაგება აღჭურვილობით და სხვა სამედიცინო დანიშნულების საგნებით. პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალია, არ არსებობს მატერიალური წახალისების ფორმები და აქედან გამომდინარე, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტებთან ურთიერთობის გაღრმავების

მისწრაფებაც ნაკლებია. 1998 წელს ჩატარებული გამოკითხვის თანახმად 830 რესპონდენტიდან დაახლოებით 60% უკმაყოფილოა ამბულატორიული მომსახურებით.

სტაციონარული დაწესებულებების რიცხვი 1998 წელს (272) უმნიშვნელოდ შემცირდა 1997 წელთან (287) შედარებით. თუმცა, თუ ახლანდელ მონაცემებს შევადარებთ 1988 წლის მონაცემებს (402 საავადმყოფო), შესამჩნევია მნიშვნელოვანი შემცირება. საქართველოს აქვს საავადმყოფო საწოლების ძალიან დიდი ფონდი (100.8/10000 მოსახლეზე), მაგრამ საავადმყოფოების უმრავლესობაში არ არსებობს აუცილებელი პირობები, არ არის საიმედო ელექტროენერგიით, წყლით და გათბობით მომარაგება. აღჭურვილობა ხშირად შესაკეთებელი და გამოუსადეგარია დენის, სათადარიგო ნაწილების, რენტგენის ფირების თუ რეაგენტების უქონლობის გამო. ძირითადი სარეაბილიტაციო პროგრამები ვერ ხორციელდება ფინანსური მხარდაჭერის არარსებობის გამო.

საავადმყოფო საწოლების უმრავლესობა წლების მანძილზე აშკარად დაუტვირთავია. არის შემთხვევები, როდესაც მძიმე დიაგნოზის დადგენის მიუხედავად, პაციენტი არ ბრუნდება სამკურნალოდ. გადახდისუნარიანი პაციენტების ნაკლებობის გამო ბევრ საავადმყოფოს არ შეუძლია ყველა ხარჯის დაფარვა.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო 1998 წელს საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი ძალიან დაბალი იყო (119,43 დღე). ამავე დროს, საავადმყოფოში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა შეუსაბამოდ დიდია (11,77 დღე), განსაკუთრებით ფსიქიატრიულ საწოლებზე (124 დღე). მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო პროგრამები მოიცავს ფსიქიატრიული პაციენტების ჰოსპიტალიზაციას ყველა შემთხვევაში, მწირი და არარეგულარული დაფინანსების გამო ეს დაწესებულებები ვერ უზრუნველყოფენ სათანადო კვებას, კომუნალურ მომსახურებას, ხშირად კი მედიკამენტებით უზრუნველყოფასაც.

საავადმყოფოების საქმიანობის დაგეგმვა საქართველოში.

ჯანმრთელობის დაცვა და კერძოდ საავადმყოფოების ეკონომიკა სტრუქტურულად არასაკმარისადაა შესწავლილი. საავადმყოფოს ეკონომიკა საწარმოს ეკონომიკის სახეა, რომლის იმფრასტრუქტურის შესწავლა და პროცესების ოპტიმიზაცია ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეკონომიკური ამოცანაა. ჩვენში ამბობენ, რომ საავადმყოფოთა და საწოლთა რაოდენობა გაცილებით აღემატება დასაშვებ ნორმას, ანუ უფრო მეტი საწოლი ვიდრე ეს საჭიროა. სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნული პროგრამის მიხედვით 1998 წელს სახელმწიფო სექტორში ჯანდაცვაზე გაწეულმა დანახარჯებმა 7 დოლარს მიაღწია, რაც მშპ-ის 0,6%-ს შეადგენდა. თუ ჩავთვლით რომ ეს მაჩვენებელი 1999-2001 წლებში კიდევ უფრო შემცირდა, საინტერესოა თუ რა რაოდენობის თანხა დაიხარჯა საავადმყოფოების დაფინანსებაზე. რადიკალურმა სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ მრავალი მიძინებული დაავადება გამოავლინა, რამაც გარკვეულ წილად დაამძიმა საავადმყოფოთა ისედაც მძიმე მდგომარეობა. გამომდინარე იქიდან, რომ საშუალო ხარჯი ერთ ქირურგიულ ოპერაციაზე სიღარიბის ზღვარზე თითქმის 8-ჯერ მეტი თანხის გამოყოფას მოითხოვს, მივხვდებით თუ როგორი ძნელია სიღარიბის ზღვარს იქით მყოფი მოსახლეობისათვის ამგვარი ხარჯების გაწევა.

საავადმყოფო დაწესებულებების რაოდენობა საქართველოსა და მთელ ამიერკავკასიაში ბოლო წლების განმავლობაში დრამატიულად შეიცვალა. საავადმყოფოების ოდენობამ საქართველოში მნიშვნელოვანი კლება განიცადა 1990 წელთან შედარებით, მაგრამ, შემდგომ 1997 წელს გარკვეული მატება დაიწყო, საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა 20-25%-ით შემცირდა, ხოლო ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებს მათი რაოდენობა თუ 1 172 იყო 1994 წელს, 1998 წელს 1 009 გახდა[1]. ამ ცვლილებების საფუძველი საავადმყოფოების ეკონომიკის განუვითარებლობაში და ჯანდაცვის დაფინანსების გაუმართაობაში მდგომარეობს (ცხრილი №3). პრობლემა იმაშია: თუ რა პრინციპით დავგეგმოთ საავადმყოფოები. პროფესორი ანზორ თოთაძე თავის მეტად საიტერესო ნაშრომში - „საქართველოს მოსახლეობა მეორე და მესამე ათასწლეულის მიჯნაზე“ ამბობს: „XXI საუკუნის დასაწყისში საქართველოს მოსახლეობას ყველაზე ნაკლები რაოდენობით დაჭირდება საავადმყოფო საწოლები, რადგან ამ პერიოდში ქვეყანას ყველაზე მცირე რაოდენობით ეყოლება ხანშიშესულები - ისინი ხომ ომის დროს დაიბადნენ, როდესაც შობადობის დონე დაბალი იყო. შემდეგ ათასწლეულებში მოთხოვნილება საავადმყოფო საწოლებზე მკვეთრად გაიზრდება, რადგან დიდად მოიმატებს ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობა.“ ქვემოთ მოტანილი მონაცემები აღნიშნული მსჯელობის კონკრეტული გამოხატულებაა.

საქართველოს მოსახლეობის შობადობის დინამიკა 1940-97 წლებში

წლები	დაბადებულთა რიცხვი
1940-49	659 021
1950-59	903 268
1960-69	959 815
1970-79	893 257
1980-89	935 776
1990-97	535 472

[1] статистически ежегодник южно-кавказских стран; армениа, азерванджан, грузия; 2000 г.

ამრიგად, თუ ჩვენ საავადმყოფოებს დიდი რაოდენობით დავხურავთ, მაშინ XXI საუკუნის მეორე ათასწლეულში ჩვენი ქვეყნის ასიათასობით მეტ მოქალაქეს დაჭირდება საავადმყოფოებით სარგებლობა, ვიდრე პირველ ათასწლეულში, ე.ი. ათი წლის შემდეგ აღმოვაჩენთ, რომ საჭიროა მათი ხელახლა გახსნა. ამ საკითხთან დაკავშირებით აღსანიშნავია, რომ ხანშიშესულებსა და ხანდაზმულებს შედარებით დიდი ხნით ესაჭიროებათ საავადმყოფოებში მკურნალობა, რადგან მათი გამოჯანმრთელება ნელა მიმდინარეობს. ანგარიშგასაწევია ის გარემოება, რომ სქესის მიხედვით სხვადასხვა ხასიათის სამედიცინო მომსახურებაა საჭირო და ხანშიშესულ, კერძოდ, 65 და უფროს ასაკში კი ქალები ასიათასობით მეტია მამაკაცებთან შედარებით. მაგალითად, 1996 წელს აღნიშნულ ასაკში 367 ათასი ქალით მეტი იყო, ვიდრე მამაკაცი.

ქვეყანაში ამჟამად არსებული სამედიცინო მომსახურების ქსელი ისეთია, რომ იგი აძვირებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას. უპირველეს ყოვლისა, მხედველობაში გვაქვს საავადმყოფო საწოლებისა და ექიმების დიდი რაოდენობა. მსოფლიო ბანკის გაანგარიშებით ექიმების ოპტიმალური შეფაფარდება მოსახლეობასთან არის 1/650. საქართველოში კი ეს შეფარდებაა 1/248. ასეთი გაანგარიშება სრულებით არ ნიშნავს, რომ იგი ყველა ქვეყნისათვის მისაღებია. ქვეყანაში ექიმების შეფარდებას მოსახლეობასთან მრავალი ფაქტორი განაპირობებს და მასზე დამოკიდებულებით იცვლება აღნიშნული შეფარდება. ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია მოსახლეობის თავისებურებები, მისი ჯანმრთელობის დაცვის განათლების დონე, მოსახლეობის ასაკობრივი შემადგენლობა, ამა თუ იმ ქვეყანაში გავრცელებული დაავადებების სახეობები, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ცხოვრების დონე და სხვა. მაგრამ თუ მსოფლიო ბანკის გაანგარიშებას მხედველობაში მივიღებთ საქართველოს სჭირდება 8 290 ექიმი, მაშინ როდესაც ამჟამად ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 21706 ექიმი მუშაობს. საგულისხმოა, რომ ექიმების რაოდენობა უკანასკნელ წლებში იზრდება. მაგალითად, 1997 წელს წინა წლებთან შედარებით ექიმების რაოდენობა 2 644-ით, ანუ 13,8%-ით გაიზარდა, საჭიროების არარსებობის მიუხედავად. როგორც კანადელი დემოგრაფები აღნიშნავენ, „ექიმების ჭარბი რაოდენობა ზრდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, რაც გამოწვეულია არასაჭირო კონსულტაციებით, პროცედურებითა და დანიშნულებით. უფრო მეტიც, ზოგიერთი ექიმი ძალიან მოწადინებულია პაციენტის საავადმყოფოში მოთავსებით. რაც უფრო მეტია საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, მით უფრო მეტი პაციენტის მიღება ხდება მათ შესავსებად. გამოკვლევამ არ აჩვენა არავითარი კორელაცია ჰოსპიტალიზაციასა და კარგ ჯანმრთელობას შორის. ფაქტიურად პაციენტი ინფექციის შეძენის რისკის წინაშე საავადმყოფოში უფრო დგას, ვიდრე სახლში."

ჯანდაცვის დაფინანსების სტრატეგია მოცემული სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში მოითხოვს დაფინანსების მიმართულებების გადასინჯვას. სტრატეგიის თანახმად 2005 წლისათვის დაგეგმილია „ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების 90%-ის ლეგალიზაცია ჯანდაცვის მომსახურებათა სახეებზე რეალური ფასების დაწესებით, ჯანდაცვის დაწესებულწებათა ქსელში თანამედროვე მეთოდების დანერგვით, მომსახურე პერსონალის ოპტიმიზაციით, ფარმაცევტული ბაზის ორგანიზაციულ-ფინანსური მართვისა და სახელმწიფო რეგურირებით." აქედან გამომდინარე, ჩანს ჩრდილოვანი კაპიტალის ოდენობა ჯანმრთელობის სფეროში. განსაკუთრებით კი ჯანმდაცვის დაწესებულებებში, კერძოდ, საავადმყოფოებში. დღეს არსებული პრობლემებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საავადმყოფოების სახემწიფო, სადაზღვევო და პირდაპირი დაფინანსების ოდენობიდან პირდაპირი დაფინანსების ოდენობის წილის გარკვევა და ამ წილის ლეგალიზაცია. საავადმყოფოების რაოდენობაში პირდაპირი დაფინანსების ოდენობის შეფასება საშუალებას მოგვცემს, მათი ოდენობა ცალკე იქნეს გაანალიზებული და შეფასებული.

სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნულ პროგრამაში ნათქვამია, საავადმყოფოებს მიეცემათ მეტი ავტონომია რესურსების მოხმარებაში. მათ ექნებათ საშუალება თვითონ გადაწყვიტონ საკუთარი კადრების განაწილება მოქმედი წესებისა და დებულების საფუძველზე. ამ მიზნებისათვის საქართველოს მთავრობის მიერ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით შემუშავებულია საქართველოს საავადმყოფო სექტორის რესტრუქტურიზაციის გრძელვადიანი, ფართომასშტაბიანი ინოვაციური პროგრამა და შექმნილია საადავმყოფოთა რესტრუქტურიზაციის სახელმწიფო ფონდი, რომელშიც ხდება ჯანდაცვის ობიექტების პრივატიზაციიდან შესული თანხების აკუმულირება და რეინვესტირება რესტრუქტურიზაციის პროცესში სახელმწიფო საკუთრებაში დარჩენილი სტრატეგიული სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციაში, სამედიცინო დაწესებულებების კონსოლიდაციის და ლიკვიდაციის შედეგად გამოთავისუფლებული პერსონალის მომზადება-გადამზადებასა და საკომპენსაციო პაკეტებით უზრუნველყოფაში. ამ პროგრამის განხორციელების შედეგად გათვალისწინებულია 5 წლის განმავლობაში საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის შემცირება 50%-ით და სტაციონარში დასაქმებული ჭარბი სამედიცინო პერსონალის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია 40%-ის ოდენობით.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე საავადმყოფოების დაგეგმვას და მოდიფიკაციას გულდასმით შესწავლა სჭირდება. საავადმყოფოს ეკონომიკა უნდა მოიცავდეს დაფინანსების მოძიების, კადრების მოძიების, ჯანდაცვის მარკეტინგის, მოსახლეობასთან ურთიერთობის საერთაშორისო მეთოდებს. დღეს საქართველოში ამ მიმართულებას განვითარება სჭირდება. სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში მოცემული საავადმყოფოების დაგეგმვისა და ოპტიმიზაციის სტრატეგია ძალიან ზოგად სახეს ატარებს და იგი კონკრეტული რისკ-ფაქტორების გათვლის გარეშე არ იქნება ეფექტური. არაეფექტური რეფორმების ფასი კი ისევ და ისევ ქვეყნის მოსახლეობის წინასწარ გამიზნული სოციალური უბედურებაა, რომელსაც წერტილი მხოლოდ გააზრებული პროფესიონალების და პირველ რიგში ეკონომისტების მიერ ინდიკატორების ბაზაზე განხორციელებული სწორი დაგეგმვის საშუალებით დაესმევა.

საქართველოს მაკროეკონომიკური მაჩვენებლები ყველა დარგის და მათ შორის ჯანდაცვის სისტემაში დღესდღეობით არსებულ მდგომარეობას განსაზღვრავს. საინტერესოა რა ვითარებაში იმყოფება დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა? არსებული ვითარება ცხადყოფს, რომ სისტემა ძალზე მძიმე მდგომარეობაშია და ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი მისი გაუმჯობესებისათვის.

ამ საკითხთან დაკავშირებით დიდი წვლილი შეიტანა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ (WHO) და შეიმუშავა სრულიად ახალი შეხედულება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასებისათვის. შეიმუშავდა სრულიად ახალი, უნიფიცირებული ინდექსები. იგი დაფუძნებულია შეფასებაზე, სადაც გათვალისწინებულია დასახული მიზნები და შესრულება: სიცოცხლის ხანგრძლივობა შრომის უნარის დაკარგვის გათვალისწინებით (DALY), ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება, რეაგირების უნარი და დონე, გამოცოცხლების გავრცელების ოპერატიულობა, შესაბამისი დაფინანსება და სხვა.

ალნიშნულ ინდექსში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ სხვა ფაქტორებთან ერთად შეტანილია სიახლე DALY-ს კონცეფციის სახით. იგი მიმართულია სიცოცხლის ხანრძლივობის შეფასებისაკენ. აქამდე სიცოცხლის ხანრძლივობის თეორია ეყრდნობოდა სიცოცხლის მთლიან ხანგრძლივობას, მოკვდავობის მონაცემებზე დაყრდნობით. 2000 წელს შეიქმნა პირველი პრეცედენტი იმისა, რომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ სიცოცხლის ხანგრძლივობის გამოთვლისას შეიტანოს შესწორებები, რაც ითვალისწინებს ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის პერიოდს. ამ უკანასკნელზე ყურადღება გამახვილებულია იმის გამო, რომ შეიძლება ორ ქვეყანაში სიცოცხლის ხანგრძლივობა ერთნაირი იყოს, მაგრამ მთავარია თუ რამდენია სწორედ ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა. DALY-ს ინდექსი ამ უკანასკნელის ხანგრძლივობაზეა ორიენტირებული. შეიძლება ორივე ქვეყანაში სიცოცხლის ხანგრძლივობა 75 წელი იყოს, მაგრამ აქედან რამდენი წელი იმყოფება ადამიანი ავადმყოფ მდგომარეობაში, სწორედ ამ უკანასკნელის გამოკლებით სიცოცხლის საერთო ხანგრძლივობაზე გვაძლევს ქვეყანაში მცხოვრებთა ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე წარმოდგენას.

მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ წარმოდგენილ მონაცემებში საქართველო არც თუ ისე ცუდ მდგომარეობაში იმყოფება უნიფიცირებული ინდექსის მიხედვით, მაგრამ ეს სულაც არ ნიშნავს, რომ ვითარება შეიძლება ჩაითვალოს დამაკმაყოფილებლად. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულ გამოკვლევაში მონაწილე 191 ქვეყანათა შორის საქართველო ჩამორჩება ისეთ ქვეყნებს, რომლებიც ყოფილ საბჭოთა კავშირში შედიოდნენ[2].

რანგი	ქვეყანა	ინდექსი	რანგი	ქვეყანა	ინდექსი
1	იაპონია	93.4	74	ბულგარეთი	77,6
29	სლოვენია	87.9	76	საქართველო	77,5
30	ჩეხეთი	87.8	81	სომხეთი	77,0
34	პოლონეთი	85.8	89	მაკედონია	76,4
36	ხორვატია	85.1	91	მოლდოვა	76,1
39	სლოვაკეთი	84.7	95	იუგოსლავია	75,5
43	უნგრეთი	83.4	100	რუსეთის ფედერაცია	74,3
48	ესტონეთი	81.7	103	აზერბაიჯანი	74,0
52	ლიტვა	81.0	109	უზბეკეთი	73,5
53	ბელარუსი	81.0	127	ტაჯიკეთი	68,3
60	უკრაინა	80,1	130	თურქმენეთი	67,7
62	ყაზახეთი	79,0	135	ყირგიზეთი	67,0
67	ლატვია	78,0	191	სიერა ლეონი	35,7
72	რუმინეთი	77,8			

ეს რაც შეეხებოდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის საერთო მდგომარეობას, ხოლო ქვეყნის მდგომარეობას, DALY-ის ინდექსის მიხედვით, ერთ-ერთი მაღალი ადგილი უჭირავს, მაგრამ გასათვალისწინებელია იგივე მაჩვენელი სხვა ქვეყნებთან მიმართებაში. გამოკვლეული 191 ქვეყნიდან საქართველო 44-ე ადგილზე იმყოფება. როგორც ცნობილია საქართველოში საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობა 72,9 წელია, მაგრამ

[2] ჰუმანური განვითარების ანგარიში; 2000 წ.

DALY-ის ინდექსის გათვალისწინებით საქართველოში ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 66,3 წელს შეადგენს. აღსანიშნავია, რომ DALY-ის ინდექსის მიხედვით საქართველოში მამაკაცების ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა ქალებთან შედარებით დაბალია. მაღალია ჯანმრთელობის არადამაკმაყოფილებელ პირობებში გატარებული დროის ხანგრძლივობა, რაც უპირველეს ყოვლისა გამოწვეულია თამბაქოსა და ალკოჰოლური სასმელების დიდი ოდენობით მოხმარებასთან.

ცხრილი №1

რანგი	ქვეყანა	DALY-ის მაჩვენებლები წლების მიხედვით		
		სულ	მამაკაცი	ქალი
1	იაპონია	74,5	71,9	77,2
34	სლოვენია	68,4	64,9	71,9
35	ჩეხეთი	68,0	65,2	70,8
38	ხორვატია	67,0	63,3	70,6
41	**სომხეთი**	**66,7**	**65,0**	**68,3**
42	სლოვაკეთი	66,6	63,5	69,7
44	**საქართველო**	**66,3**	**63,1**	**69,4**
45	პოლონეთი	66,2	62,3	70,1
46	იუგოსლავია	66,1	64,2	68,1
56	ბოსნია	64,9	63,4	66,4
60	ბულგარეთი	64,4	61,2	67,7
62	უნგრეთი	64,1	60,4	67,9
63	ლიტვა	64,1	60,4	67,9
64	მაკედონია	63,7	61,8	65,6
65	**აზერბაიჯანი**	**63,7**	**60,6**	**66,7**
69	ესტონეთი	63,1	58,1	68,1
70	უკრაინა	63,0	58,5	67,5
80	რუმინეთი	62,3	61,2	63,3
82	ლატვია	62,2	57,1	67,2
83	ბელარუსი	61,7	56,2	67,2
88	მოლდოვა	61,5	58,5	64,5
91	რუსეთი	61,3	56,1	66,4
100	უზბეკეთი	60,2	58,0	62,3
120	ტაჯიკეთი	57,3	55,1	59,4
122	ყაზახეთი	56,4	51,5	61,2
123	ყირგიზეთი	56,3	53,4	59,1
128	თურქმენეთი	54,3	51,9	56,7
191	სიერა ლეონი	25,9	25,8	26,0

აქ მოყვანილი განსხვავებები DALY-ის და სხვა ინდექსებს შორის მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედარებით უკეთესი მდგომარეობა სხვა ფაქტორებით არის გამოწვეული და არა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხარისხით. ჯანდაცვის სისტემის დაბალ დონეზე მეტყველებს ამ სექტორზე სახელმწიფო დანახარჯების სიმცირე მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში. სწორედ ამ დანახარჯების ზრდის გათვალისწინებით იქნა მიღებული 1999 წლის კანონი სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ და იგი დანახარჯების 1,3%-ით გაზრდას გამოიწვევდა მშპ-თან მიმართებაში. მიუხედავად ამისა, სახელმწიფოს მიერ გაწეული დანახარჯები პირიქით მცირდება. მაგალითად, 1998 წელს 0,70%-დან 1999 წელს 0,59%-მდე შემცირდა. გარდა ამისა ჯანდაცვის სისტემის ბიუჯეტის შესრულება ჩამორჩება სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულებას სხვა სფეროებთან შედარებით. მაშინ როდესაც 1997 წელს მთლიანი ბიუჯეტი შესრულდა 85,6%-ით, ჯანდაცვის სექტორს ერგო კუთვნილი თანხის 62,4%, 1998 წელს ბიუჯეტის შესრულება მცირდება 84,8%-მდე, ხოლო ჯანდაცვის სექტორის ბიუჯეტი შესრულდა 59,2%-ით, 1999 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტი - 73,5%-ით, ჯანდაცვის სექტორის ბიუჯეტი - 45,3%-ით. სახსრების არარსებობაზე მეტყველებს ასევე საავადმყოფოების მდგომარეობა და მათი მომარაგება მედიკამენტებითა თუ სხვა აღჭურვილობით.

აუცილებელია შევეხოთ სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნულ პროგრამას (PRSP). აღნიშნულ პროგრამაში ჯანმრთელობის დაცვის სფერო მოცემულია ჯანდაცვის არსებული სურათის მიმოხილვით და სამომავლო ნაბიჯების ზოგადი განხილვით. უნდა ითქვას პროგრამის ავტორებს გაცილებით მეტი აქვთ მიძღვნილი სრულიად გაუგებარი სამედიცინო ხასიათის პროცესებისათვის და ძალიან ცოტა აქვთ ნათქვამი ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ. სწორედ ჯანდაცვის დაფინანსებაში გვაქვს ყველაზე დიდი ხარვეზები, რომელიც სხვა სამედიცინო მოვლენებზეც ახდენს გავლენას. თავიდანვე ჩანს, რომ სამედიცინო საკითხებს სპეციალურად ზოგადი ფრაზებით გვაწვდიან, რათა მოსადავებელი უზომოდ ბევრი იყოს და ამან არ მოახდინოს დადებითი ეფექტი. საერთოდ არ არის ლაპარაკი პროგრამაში ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებზე როგორიცაა:

ა) ჯანდაცვის ფასები;

ბ) ჯანდაცვის მიმართება მონოპოლიებთან;

გ) სამედიცინო ბაზარი და ბაზრის ტრანსპარენტულობა;

დ) სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი;

ე) სამედიცინო სავალდებულო სტანდარტები და მათი როლი ჯანდაცვაში;

ვ) ანტიდემპინგური კანონმდებლობა;

ზ) გადასახადები ჯანდაცვაში;

თ) ჰუმანიტარული დახმარებით მიღებული სამედიცინო დანადგარების ფისკალური ეფექტი ჯანდაცვაში;

ი) ჯანდაცვაში მბრუნავი, ჩრდილოვანი თანხების დაახლოებითი ოდენობა და მათი გათეთრების შესაძლებლობები;

კ) კორუფციის დონე ჯანდაცვაში;

ზემოხსენებული ფაქტორები განსაზღვრავს ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის სახესა და მიმართულებებს.

საქართველოს სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნულ პროგრამაში მათი არარსებობა პროგრამის ამ ნაწილს უსარგებლო

და ფორმალურ ნაწილად აქცევს.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება საქართველოში.

საქართველოს მთავრობამ 1995 წელს დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. ახალი კონცეფციის თანახმად ჯანმრთელობის დაცვის ახალ მოდელს უნდა შეესრულებინა შემდეგი მთავარი ამოცანები:

· ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან სრული შესაბამისობა;

· ჩასატარებელი სამუშაოებისა და არსებული რესურსების სრული დაბალანსება;

· სახელმწიფოს მხრიდან რეგულირებადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება;

· ხარჯვითი ნაწილის მაქსიმალური რაციონალურობა.

რეფორმა ძირითადად მიზნად ისახავდა შემდეგ მიმართულებებს:

· მართვის სისტემის დეცენტრალიზაცია;

· ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა;

· დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა;

· პირველადი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა;

· სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა;

· წამალთპოლიტიკის რეფორმა;

· სამედიცინო ობიექტების პრივატიზაცია;

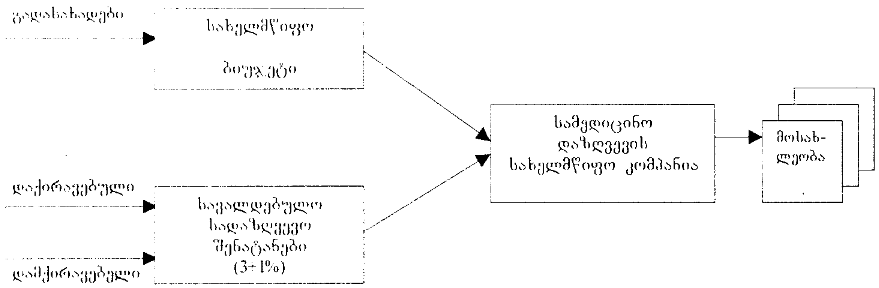
· სამედიცინო დაწესებულებათა და ექიმთა აკრედიტაცია-ლიცენზირება;

· სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერების რეფორმა.

ზემოაღნიშნულიდან მთავრობა მიზნად ისახავდა კერძო სექტორის.მონაწილეობას, ასევე სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმების შენარჩუნებას ჯანდაცვის სისტემაში. რეფორმის შედეგად ჯანდაცვის სისტემას დაფინანსების ახალი წყაროები გამოუჩნდა: 1. სახელმწიფო; 2. დამქირავებელი; 3. ადამიანი.

სახელმწიფოს დაეკისრა შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა: პრევენცია, უსაფრთხო გარემოს შექმნა, უმწეო მოქალაქეებზე ზრუნვა და სხვა. ეს ვალდებულებები აისახა პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაში, რომელიც ცენტრალური ბიუჯეტიდან ხორციელდება და ამ უკანასკნელიდან გადმორიცხული თანხებით, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის განკარგულებაშია. ამ გზით უნდა დაფინანსდეს ინფექციური დაავადებების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, შიდსის, ენდემური ჩიყვის, ნარკომანიის პროფილაქტიკური ღონისძიებები და სხვა მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვები. ამათ გარდა სახელმწიფომ უნდა დააფინანსოს ისეთი პროგრამები როგორიცაა, სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები.

დამქირავებელი უხდის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებს 1% ხელფასიდან და 3% გამოწერილი ხელფასიდან.

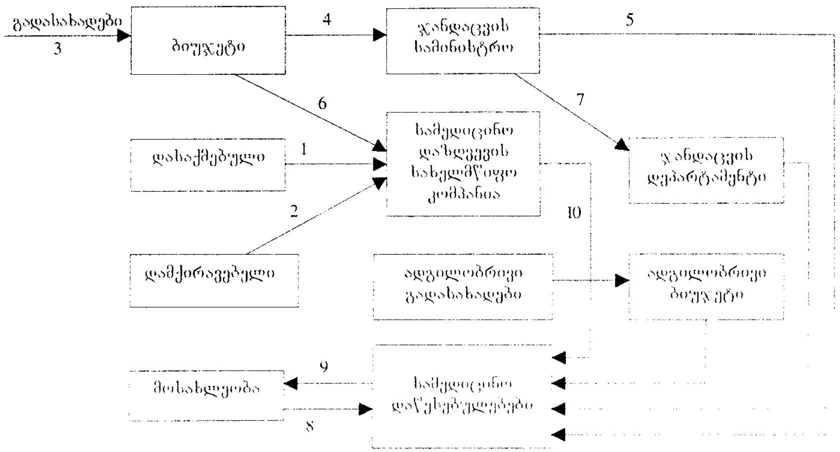


ადამიანი, რომელიც მიუხედავად არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი ვალდებულებებისა, საკუთარი სახსრებიდან იხდის მომსახურების ღირებულებას.

საქართველოში არსებულმა საგრძნობლად ჭარბმა სამედიცინო პერსონალმა, სამედიცინო დაწესებულებების არასაკმარისმა დატვირთვამ და სახელმწიფოს მიერ პროგრამების დაბალი პროცენტული მოცულობით დაფინანსებამ (20%) უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში კრიზისულ მდგომარეობაში ჩააყენა სამედიცინო დაწესებულებები. უმეტესი ნაწილი სამედიცინო ორგანიზაციებისა პრივატიზირდა და გარდაიქმნა სააქციო და შეზღუდული პასუხიმგებლობის საზოგადოებებად. მიუხედავად პრივატიზებისა, სახელმწიფოს გარკვეული წილი აქვს აღნიშნულ დაწესებულებში. ჩვენს ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინა-

ნასების მოდელი ასე გამოიყურება:

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების არსებული მოდელი



განმარტებები: 1. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 1% ხელფასიდან; 2. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 3% გამოწერილი ხელფასიდან; 3. გადასახადები სახელმწიფო ბიუჯეტში; 4. თანხა ცენტრალური ბიუჯეტიდან; 5. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსება, კონტრაქტებით; 6. საბიუჯეტო ტრანსფერი, რადგანაც არ ყოფნის ჯანდაცვაზე გადასახადით მოზიდული სახსრები; 7. დაფინანსება სამედიცინო დაწესებულებებისათვის; 8. ჯიბიდან გადასახდი ან თანაგადახდა პროგრამების მიხედვით; 9. მომსახურება; 10. დაფინანსება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მხრიდან.

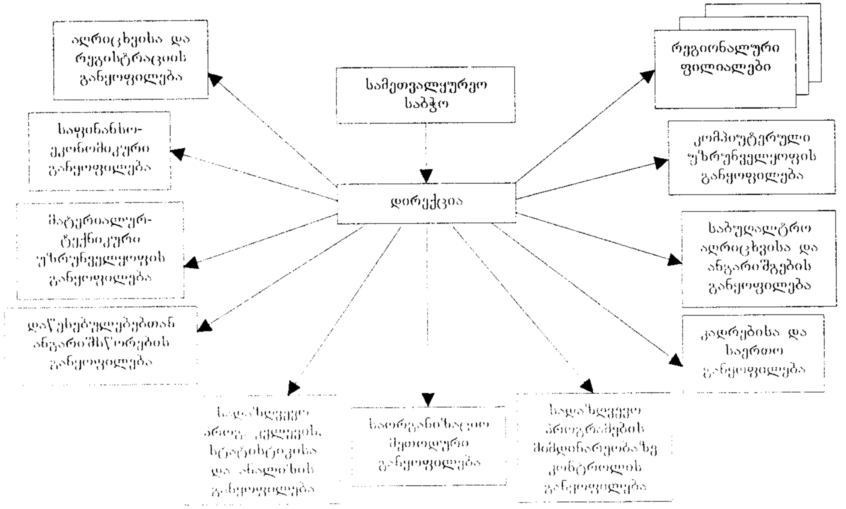
საქართველოში 1995 წელს დაწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა დადებითი მომენტს წარმოადგენდა. შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია. იგი უნდა ფარავდეს პაციენტთა 50%-დან 100%-მდე ხარჯებს. დაიწყო სამედიცინო პროგრამების სახელმწიფო და მუნიციპალური დაფინანსება. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე პროგრამა უნდა შეესაბამებოდეს არსებულ მდგომარეობას და განავითაროს იგი.

რეფორმის შედეგად 1995-99 წლების მიღწევების გათვალისწინებით შეიძლება გამოითქვას სრულიად საფუძვლიანი შეშფოთება ქვეყანაში არსებული მაკროეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ რეფორმა გათვალისწინებული იყო ქვეყნის ძლიერ ბიუჯეტზე, დონორ და საერთაშორისო ორგანიზაციების უწყვეტ დაფინანსებაზე. აქედან გამომდინარე, რეფორმის წარმატებით განხორციელება კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგა, რადგანაც თანხების უქონლობის გამო სახელმწიფო ბიუჯეტიდან პროგრამის დაფინანსება ვერ ხერხდებოდა.

1995 წელს დაწყებულმა რეფორმამ სამედიცინო მომსახურების სისტემის ძირეული რეორგანიზაციის აუცილებლობა გამოიწვია. უკვე მოძველებული ე.წ. საბჭოური ტიპის ცენტრალიზებული მოდელი უნდა შეცვლილიყო ახალი ტიპის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციებით, სადაც არჩევანი შეჩერდა სადაზღვევო მოდელზე, რომლითაც სარგებლობენ მსოფლიოს სხვადასხვა მაღალგანვითარებული ქვეყნები. ამ უკანასკნელის საფუძველზე 1996 წელს შეიქმნა „სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია", რომელიც დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოაგენს: 1) საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტი და 2) სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები, რომელიც შინაარსით შედგება დამქირავებელისა და დაქირავებულის მიერ გადახდილი სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანისაგან (ხელფასის ფონდზე დარიცხული 3% და ხელფასის 1%). კომპანიას, ისევე როგორც ყველა იურიდიულ პირს, გააჩნია სათათბირო ორგანო, რომელსაც აქ სამეთვალყურეო საბჭო წარმოადგენს. მის დაქვემდებარებაშია დირექცია და ამ უკანასნელის ზედამხედველობის ქვემოთ იმყოფება თვით კომპანიის სხვადასხვა განყოფილებები და რეგიონებში

განლაგებული ფილიალები.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სტრუქტურა



კომპანია ახორციელებს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს, რომელთა მოცულობა თანდათან იზრდება და მოსახლეობის ფართო მასებზე ვრცელდება. მთელი რიგი პროგრამებისა, როგორიცაა ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული დახმარებები, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარებები და სხვა, ქვეყნის ყველა მოსახლეობაზე ვრცელდება, ხოლო ნაწილი, როგორიცაა უმწეოთა, სამეანო და ბავშვთა დახმარებები, მოსახლეობის განსაზღვრულ ნაწილზე (მაგრამ ამ პროგრამების ფარგლებში სახსრების სიმცირის გამო მოხვედრა იშვიათად თუ არის შესაძლებელი). იმისათვის რომ გავიგოთ თუ რა სავალალო მდგომარეობაა ამ პროგრამების შესრულების მხრივ, განვიხილავთ თუნდაც რომელიმე მათგანს. მაგალითად, 2000 წელს ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობისათვის გამოყოფილ იქნა 2 მლნ. ლარი, მაშინ როდესაც წელიწადში 4 სავალდებულო რენდგენის სურათის, ქიმიოთერაპიის 3 სავალდებულო კურსის და ქირურგიული ოპერაციის ღირებულება სამედიცინო დაწესებულებას თითოეული პაციენტისათვის საშუალოდ 2 500-დან 3 000-მდე ლარი უჯდება. აქედან გამომდინარე, გათვალისწინებული თანხების ფარგლებში კომპანიას შეუძლია სულ რაღაც 670 პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისათვის გაწეული ხარჯების ანაზღაურება. ამასვე ემატება მოსახლეობის გაუთვითცნობიერებლობა იმაში, ვრცელდება თუ არა მასზე ის პროგრამები, რომლის ხარჯებსაც უნდა ფარავს სახელმწიფო. გარდა ამისა, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის სიმცირე, დაგვიანება და სხვა სირთულეები მომსახურე პერსონალს უბიძგებს ფულის კეთების სხვა, არაპირდაპირ გზებს მიმართოს. ყოველივე ამის და სხვა ფაქტორების გამო პაციენტის სამედიცინო მომსახურება ძვირდება, რაც იწვევს მათ უნდობლობას და რესპონდენტი ამჯობინებს მკურნალობა აწარმოოს თვითონ, რაც დამატებით იწვევს სხვა, უფრო რთულ დაავადებებს.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის 1996-97 წლების პროგრამები.

1996 წლის 15 თებერვლიდან 1997 წლის 1 მარტამდე ახორციელებდა უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამას, რომლის განხორციელებისათვის თანხის მოცულობამ შეადგინა 1 400 000 ლარი. 1997 წლის იანვარ-თებერვალში აღნიშნული პროგრამის განხორციელებისათვის ამ ორი თვის განმავლობაში გათვალისწინებული იყო 233 300 ლარი, მაგრამ მოთხოვნილმა თანხამ შეადგინა 235 872 ლარი, რაც გადარიცხული იქნა.

„სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას" 1997 წლის 1 მარტიდან დაეკისრა 5 სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება:

- უმწეოთა სამედიცინო დახმარების სპეციალური პროგრამა;
- უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა;

- ფსიქიატრიული დახმარების ფედერალური პროგრამა;
- ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამა;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

რომელთა საერთო ღირებულებამ 29 300 000 ლარი შეადგინა (ცხრილი №4). თვით პროგრამის დასაფინანსებლად განისაზღვრა 28 940 000 ლარი, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილმა თანხამ 21 071 926 ლარი შეადგინა. ამრიგად, აღნიშნული თანხა შეადრებით ნაკლებია გათვალისწინებულ თანხასთან მიმართებაში.

უმწეოთა სპეციალური სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულთა რაოდენობამ 1997 წელს 200 664 მოქალაქეს მიაღწია. დაზღვეულთა შორის იმყოფებოდნენ, როგორც ადგილობრივი მცხოვრებლები, ასევე იძულებით გადაადგილებული და დევნილი მოსახლეობა, სამამულო ომის (ს.ო.ი) I და II ჯგუფის ინვალიდები, სამედიცინო მუშაკები და სხვადასხვა ორგანიზაციების თანამშრომლები (ცხრილი №5). აღნიშნული პროგრამის გათვალისწინებული 5 900 000 ლარიდან უშუალოდ პროგრამისათვის განისაზღვრა 5 811 000 ლარი, საიდანაც მოსალოდნელი ხარჯი 4 843 000 ლარს შეადგენდა. ამ წელს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილ იქნა მხოლოდ 2 045 237 ლარი.

დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა დაექვემდებარა დაკმაყოფილებას და 1 916 482 ლარი მომზადდა გადასარიცხად, მაგრამ გადაირიცხა მხოლოდ 1 208 669 ლარი. აღნიშნული პროგრამით დაზღვეულია საქართველოს შემდეგი რეგიონები:

რეგიონები	დაზღვეულთა რაოდენობა
თბილისი	49 799
იმერეთი	31 197
სამეგრელო, ზემო სვანეთი, ფოთი	38 048
აჭარა	9 530
გურია	6 028
რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი	3 407
ქვემო ქართლი	13 539
შიდა ქართლი	8 399
ზემო ქართლი (სამაჩაბლო, ახალგორი)	1 320
კახეთი	11 735
მცხეთა-მთიანეთი	4 622
სამცხე-ჯავახეთი	6 548
სულ	184 172

ზემოთ მოყვანილ ციფრებში იგულისხმება მთლიანად რეგიონში დაზღვეულთა რაოდენობა, სადაც შედის: ადგილობრივი მოსახლეობა, იძულებით გადაადგილებული და დევნილი მოსახლეობა და სამამულო ომის ინვალიდები (ცხრილი №5).

აღნიშნულ წელს უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით განისაზღვრა 13 900 000 ლარის ოდენობის თანხა. რესპუბლიკის მასშტაბით დაზღვეულ იქნა 0-1 წლამდე 75 290 ბავშვი და 46 910 ორსული ქალი. აქედან ყველაზე დიდი პროცენტული წილი მოდის ქალაქებსა და რაიონებში დაზღვეულთა რაოდენობაზე, რამაც მოსახლეობის 70-90% შეადგინა. რაც შეეხება სოფლისა და მაღალმთიან რეგიონებში მცხოვრებთა წილს, იგი შედარებით მცირეა. დაზღვეულ იქნა შემდეგი ქალაქებისა და რეგიონების მცხოვრებნი:

რეგიონები	ბავშვი	ორსული ქალი
თბილისი	20 092	12 070
იმერეთი	12 163	7 593
სამეგრელო, ზემო სვანეთი, ფოთი	7 636	4 864
აჭარა	7 200	4 680
გურია	2 476	1 562
რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი	735	448
ქვემო ქართლი	7 342	4 710
შიდა ქართლი	5 235	2 795
კახეთი	7 649	4 163
მცხეთა-მთიანეთი	1 933	1 267
სამცხე-ჯავახეთი	2 653	2 758
სულ	75 114	46 910

როგორც ზემოთ მოგახსენეთ 0-1 წლამდე დაზღვეულ იქნა 75 290 ბავშვი და საერთო ღირებულება 7 000 000 ლარს შეადგენდა. პროგრამის დასაფინანსებლად გამოიყო 6 895 000 ლარი. სავარაუდოდ მოსალოდნელი ხარჯი 5 746 000 ლარის ოდენობით იქნა წარმოდგენილი.

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი სათანადო დოკუმენტების თანახმად პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურების ღირებულება ჯამში 4 957 383 ლარი იყო. აღნიშნული თანხის მოცულობა დადასტურდა კომპანიის მხრიდან და გადასარიცხად მომზადდა 4 487 782 ლარი, მაგრამ გადაირიცხა 3 272 970 ლარი. აქედან გამომდინარე, კომპანიას აუნაზღაურებელი ანუ დავალიანების სახით თანხის მოცულობამ 1 214 812 ლარს მიაღწია, რომლის დასაფარად გამოყენებულ იქნა 1998 წლისათვის გათვალისწინებული თანხები.

ამავე წლის მეანობის სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულია 46 910 ორსული ქალი. პროგრამით გათვალისწინებულ იქნა 6 900 000 ლარი. აქედან პროგრამის დაფინანსებისათვის 6 796 500 ლარი, ხოლო სავარაუდო ხარჯი 5 663 750 ლარი. აღნიშნულ პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო

პროგრამის საერთო ღირებულება	7 000 000
საორგანიზაციო ხარჯები	105 000
პროგრამის დასაფინანსებლად გამოიყო	6 895 000
სავარაუდო ხარჯი	5 746 000
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა	4 957 383
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	4 487 782
გადარიცხული თანხა	3 272 970
დავალიანება	1 214 812

დაწესებულებების მიერ პაციენტების მომსახურებისათვის დანახარჯებმა 4 855 078 ლარი შეადგინა. მოთხოვნის დაკმაყოფილებისათვის გადასარიცხად გამზადდა 4 732 811 ლარი, მაგრამ გადაირიცხა მხოლოდ 3 488 768 ლარი. უნდა აღინიშნოს, რომ კომპანიის აუნაზღაურელი თანხის ოდენობამ 1 244 043 ლარს მიაღწია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	6 900 000
საორგანიზაციო ხარჯები	103 500
პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოიყო	6 796 500
სავარაუდო ხარჯი	5 663 750
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა	4 855 078
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	4 732 811
გადარიცხული თანხა	3 488 768
დავალიანება	1 244 043

როგორც ზემოთ მოგახსენეთ აღნიშნული პროგრამის საერთო ღირებულებამ 13 900 000 ლარი შეადგინა, რაც მოხმარდა 0-1 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების და ორსულ ქალთა მეანობის პროგრამათა განხორციელებას. მიუხედავად სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხის მცირე რაოდენობისა, გათვალისწინებულთან შედარებით, მათი მოთხოვნა ბოლომდე მაინც არ დაკმაყოფილდა და კომპანიას დავალიანების სახით დასაფარი რჩება 2 458 855 ლარი.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამა.

1997 წელს ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება მრავალ სირთულეებთან იყო დაკავშირებული. პროგრამის განხორციელებისათვის განსაზღვრული თანხის სიმცირის გამო ფსიქონევროლოგიური კლინიკები ძირითადად ჰუმანიტარულ დახმარებაზე იყო ორიენტირებული, ხოლო მედიკამენტების მოწოდების არასისტემატურობამ გამოიწვია მისი შეფერხება.

პროგრამის საერთო ღირებულებამ შეადგინა 3 000 000 ლარი, საიდანაც დაფინანსებისათვის

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
საორგანიზაციო ხარჯები	24 000
პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოიყო	2 976 000
სავარაუდო ხარჯი	2 480 000
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა	2 555 511
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 381 294
გადარიცხული თანხა	1 894 899
დავალიანება	484 404

განისაზღვრა 2 976 000 ლარი. აქედან სავარაუდო ხარჯი შეადგენდა 2 480 000 ლარს. მაგრამ შესაბამისი დოკუმენტების თანახმად პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილ იქნა 2 555 511 ლარი, ე.ი. გათვალისწინებულის 103%. აღნიშნული თანხიდან გადასარიცხად მხოლოდ 2 381 294 ლარი გამზადდა, საიდანაც მხოლოდ 1 894 899 ლარის გადარიცხვა მოხერხდა.

ზემოთ განხილულ უმწეოთა სამედიცინო დახმარების და უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამებისაგან განსხვავებით სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილმა თანხამ გადააჭარბა სავარაუდო ხარჯს, რამაც კიდევ უფრო შეაფერხა პროგრამის განხორციელება.

ფთიზიატრიის სახელმწიფო პროგრამა.

პროგრამა ხორციელდება 1997 წლის 1 მარტიდან, ხოლო საერთო ღირებულება 3 500 000 ლარს შეადგენდა. აქედან დასაფინანსებლად გათვალისწინებულ იქნა 3 479 000 ლარი. სავარაუდოდ ხარჯი გაითვალეს 2 899 000 ლარის ფარგლებში, მაგრამ დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილმა თანხამ 4 155 904 ლარი შეადგინა, რაც საგრძნობლად აღემატება გათვალისწინებულს.

კომპანიას წარედგინა გაწეული ხარჯების შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტები, რომლის საფუძველზე გადასარიცხად გამზადდა 2 978 562 ლარი, საიდანაც დაირიცხა 2 407 173 ლარი, რაც სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხის 57,93%-ია და გადასარიცხის - 80%.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 500 000
საორგანიზაციო ხარჯები	21 000
პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოიყო	3 479 000
სავარაუდო ხარჯი	2 899 000
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა	4 155 904
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 978 562
გადარიცხული თანხა	2 407 173
დავალიანება	571 389

აღნიშნულიდან გამომდინარე სამეიდიცნო დაწესებულებებისაგან მოთხოვნილი თანხა აჭარბებს გათვალისწინებულ ლიმიტს, რამაც განაპირობა თანხის უკმარისობა. აღსანიშნავია, რომ დავალიანების ნაწილი, 272 416 ლარი გადახდილ იქნა 1998 წლის პროგრამიდან, რაც იმავდროულად გამოიწვევს მომდევნო წელს პროგრამით გათვალისწინებული თანხის სიმცირეს და ბუნებრივია გამოიწვევს პროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა.

პროგრამის განხორციელებისათვის გათვალისწინებულ იქნა 3 000 000 ლარი, აქედან უშუა-

ლოდ დასაფინანსებლად 2 982 000 ლარი, რაც სავარაუდო ხარჯის ტოლია. სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილმა შესაბამისმა დოკუმენტებმა ცხადყო, რომ პროგრამის მიმდინარეობისას დაიხარჯა 3 680 154 ლარი. წარმოდგენილი სათანადო დოკუმენტების თანახმად პროგრამის განხორციელებისათვის დახარჯული თანხის მოცულობა უნდა გადარიცხულიყო, საიდანაც გადასარიცხად მომზადდა 3 155 208 ლარი, მაგრამ გადაირიცხა 2 775 547 ლარი. აქედან ეროვნული ვალუტის სახით 1 948 156 ლარი, ხოლო დარჩენილი 827 391 ლარის ოდენობის მედიკამენტები.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
საორგანიზაციო ხარჯები	18 000
პროგრამის დაფინანსებისათვის გამოიყო	2 982 000
სავარაუდო ხარჯი	2 982 000
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა	3 680 154
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	3 155 208
გადარიცხული თანხა	2 775 547
დავალიანება	379 660

მიუხედავად პროგრამით გათვალისწინებული თანხის სიმცირისა, ვითარება არ შეცვლილა 1998 წელს. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ 1997 წლის დავალიანების ნაწილი, კერძოდ 259 868 ლარი მომდევნო წლის პროგრამიდან ანაზღაურდა, რაც მძიმედ დააწვება 1998 წლის პროგრამის განხორციელებას, თანხის მოცულობის უცვლელობის გამო. ამ ფაქტს ქვემოთ უფრო დაწვრილებით განვიხილავთ.

ზემოთ განხილული პროგრამებიდან ნათელია, რომ კომპანიის მიერ ვერ ხდება სავარაუდო ხარჯების ზუსტი გათვლა, რათა არ მოხდეს ლიმიტით განსაზღვრულ თანხაზე გადაჭარბება და ამის საფუძველზე არ გართულდეს პროგრამის განხორციელება. გარდა ამისა, დაკმაყოფილებულ იქნეს მოსახლეობის პროგრამით გათვალისწინებული მოთხოვნილებები. ამის მიზეზი შესაძლებელია იყოს არასწორი სტატისტიკური მონაცემები, მოქალაქეთა ავადმყოფობის დინამიკის უზუსტობა და სხვა.

1997 წლის პროგრამები ცხადყოფს, რომ მათი მიმდინარეობა არათანაბარია. მაგალითად, განხილულ უმწეოთა სამედიცინო დახმარების და უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა გათვალისწინებულთან შედარებით ნაკლები იყო, ხოლო დანარჩენი 3 პროგრამისათვის, კერძოდ, ფსიქიატრიული დახმარების, ფთიზიატრიის ანუ ტუბერკულოზთან ბრძოლის, ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამებისათვის კი მეტი. აღნიშნულიდან თვალნათლივ ჩანს, რომ კომპანიას დაუგროვდა საკმაოდ დიდი ოდენობის დავალიანება, რამაც 4 602 122 ლარი შეადგინა, საიდანაც 1998 წლის პროგრამებიდან გადახდილ იქნა 1 742 520 ლარი. ფაქტია, რომ ამ თანხის ნაკლებობა მძიმედ დააწვა აღნიშნული წლების პროგრამების წარმატებით განხორციელებას.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის 1998 წლის პროგრამები.

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას 1998 წელს წინა წელთან შედარებით პროგრამების რაოდენობა გაეზარდა და მიეცა დავალება განეხორციელებინა 9 სამედიცინო პროგრამა, რისთვისაც გათვალისწინებული იყო 38 400 000 ლარი (ცხრილი №4). 1997 წლის პროგრამების გარდა დაემატა შემდეგი:

· ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა;

· ჰემოდიალიზის პროგრამა;

· ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა.

აღსანიშნავია, რომ უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა ერთად იყო წარმოდგენილი, რომლის ბიუჯეტმა 13 500 000 ლარი შეადგინა, ხოლო 1998 წელს მოხდა მათი დათიშვა და შემდეგი სახე მიიღო:

· სამეანო დახმარების პროგრამა;

· 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

პროექტების რაოდენობრივ ზრდასთან ერთად იზრდება დაზღვეულთა რიცხვიც. ეს ერთი შეხედვით დადებითად შეიძლება ჩაითვალოს, რადგან აღნიშნულის ზრდა ბუნებრივია უნდა იწვევდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, რადგანაც სწორედ ამ უკანასკნელისკენაა იგი მიმართული.

როგორც ვიცით, კომპანიას დაფინანსების ორი წყარო გააჩნია: სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები და სახელმწიფო ტრანსფერი. აღნიშნულ წელს გათვალისწინებული 38 400 000 ლარის ნაწილი 15 400 000 ლარი კომპანიას სახელმწიფო ბიუჯეტიდან უნდა მიეღო, ხოლო დარჩენილი 23 000 000 ლარი - სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებით. მაგრამ, მიღებული თანხა 23 043 500 ლარს არ აღემატება, საიდანაც სახელმწიფო ტრანსფერი შეადგენს 10 408 700 ლარს, ხოლო სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები - 12 634 800 ლარს (ცხრილი №6).

წარმოდგენილი მონაცემებიდან, რომელიც ეყრდნობა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას, ჩანს, რომ კომპანიას სავალდებულო სადაზღვევო შემოსავლებიდან შედარებით მეტი თანხა შედის, ვიდრე ეს გეგმითაა გათვალისწინებული. მაგრამ ტრანსფერის სახით შემოსულმა თანხამ გეგმით გათვალისწინებულის 68% შეადგინა, ხოლო სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების სახით გეგმის 55%. საანგარიშო პერიოდში შემოსული თანხა 23 043 500 ლარი

გეგმის 61%-ია.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა ზრდის ტემპით ხასიათდება, სადაც დაზღვეულები სამ კატეგორიად იყოფა: ადგილობრივი მცხოვრები, იძულებით გადაადგილებულები და დევნილები და სამამულო ომის I და II ჯგუფის ინვალიდები, გარდა ამისა სამედიცინო მუშაკები და სხვადასხვა ორგანიზაციის თანამშრომლები. 1997 წელს აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულ იქნა 186 734 მოქალაქე, ხოლო 1998 წელს 335 468, საიდანაც ყველაზე დიდი წილი - 185 942, ძირითად მცხოვრებზე მოდის (ცხრილი №5).

კომპანიისათვის პროგრამის დასაფინანსებლად გათვალისწინებულ იქნა 9 000 000 ლარის ოდენობის თანხა. მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილია სათანადო დოკუმენტები, სადაც 5 776 621 ლარი დაფიქსირდა, რაც გადამოწმდა და ამის საფუძველზე უნდა გადაერიცხათ 5 398 520 ლარი, მაგრამ გადაირიცხა მხოლოდ 4 080 682 ლარი, რაც გადასარიცხის 74,21%-ია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	9 000 000
მოთხოვნილი თანხა	5 776 621
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	5 398 520
გადარიცხული თანხა	4 080 682
დავალიანება	1 445 053

სავადასახადო დავალიანებას ემატება 1997 წლის უმწეოთა დახმარების პროგრამის დავალიანება - 329 273 ლარი. ნათლად ჩანს დაუფინანსებლობის მატება სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ, რაც თანდათან მწვავედ დააწვება როგორც სამედიცინო დაწესებულებებს, ასევე სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიასაც.

სამეანო დახმარების პროგრამა.

პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულია 44 939 ორსული ქალი. თუ მხედველობაში მივიღებთ 1997 წელს, ეს ციფრი შედარებით დაბალია 1998 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელზე. დაზღვევით მოცული რეგიონები ანალოგიური რჩება, მხოლოდ დაზღვეულთა რაოდენობრივი მაჩვენებელი მცირდება.

რეგიონები	ორსული ქალი
თბილისი	11 801
იმერეთი	6 980
სამეგრელო	3 516
აჭარა	4 532
გურია	1 557
რაჭა-ლეჩხუმი	565
ქვემო ქართლი	4 722
შიდა ქართლი	3 038
კახეთი	4 079
მცხეთა-მთიანეთი	1 110
სამცხე-ჯავახეთი	3 039
სულ	44 939

პროგრამის დასაფინანსებლად, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, გათვალისწინებული თანხა 7 000 000 ლარს შეადგენს. განსახორციელებლად მონაწილეობდა 161 სამედიცინო დაწესებულება და წლის ბოლოსათვის კომპანიას წარედგინა ხარჯების დამადასტურებელი სათანადო საბუთები, სადაც მითითებული იყო 5 983 831 ლარი. განხილვის შემდეგ უნდა გადარიცხულიყო 5 866 938 ლარი, საიდანაც მხოლოდ 3 746 747 ლარი გადაირიცხა. ანუ კომპნიას გააჩნია დავალიანება, რაც 2 118 671 ლარს შეადგენს.

პროგრამის საერთო ღირებულება	7 000 000
მოთხოვნილი თანხა	5 983 831
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	5 866 938
გადარიცხული თანხა	3 746 747
დავალიანება	2 118 671

აქვე გასათვალისწინებელია წინა წლის დავალიანება - 536 485 ლარი. გადავხედოთ განხილული 1997-98 წლების სამეანო დახმარების პროგრამებზე დავალიანების დინამიკის ცვალებადობას. დავინახავთ, რომ თუკი აუნაზღაურებელი თანხა 1997 წელს 1 244 043 ლარი იყო, იგი 1998 წელს 2 118 671 ლარს გაუტოლდა. აქვე აღვნიშნავთ, რომ კომპანიის მიერ შემუშავდა ახალი ტიპის პოლისი, რომელიც გარდა ორსულთა დაზღვევისა შეიცავს ჯერ არ შობილი ბავშვის დაზღვევასაც, რაც ჩანასახის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზედამხედველობის ინტენსიურობას უწყობს ხელს.

ორ წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

1998 წლის განმავლობაში რეგიონების მიხედვით დაზღვეულია 113 751 ბავშვი, საიდანაც ყველაზე მეტი წილი - 30 395 ბავშვი, თბილისზე მოდის.

რეგიონები	ბავშვი
თბილისი	30 395
იმერეთი	18 244
სამეგრელო	8 912
აჭარა	,9 163
გურია	4 494
რაჭა-ლეჩხუმი	1 064
ქვემო ქართლი	12 739
შიდა ქართლი	7 499
კახეთი	11 660
მცხეთა-მთიანეთი	3 791
სამცხე-ჯავახეთი	5 790
სულ	113 751

1997 წელს არსებული მდგომარეობიდან ნათელია, რომ დაზღვეულთა მოცულობა იზრდება, რაც დადებით მომენტად შეიძლება ჩაითვალოს. დაზღვეულ ბავშვათა რიცხვი 75 114-დან 113 751-მდე გაიზარდა. ხოლო პროგრამის განსახორციელებლად გათვალისწინებული იყო 11 000 000 ლარი,

რომლის ასათვისებლადაც მონაწილეობდა 264 სამედიცინო დაწესებულება. საანგარიშო პერიოდის (12 თვე) ბოლოს წარმოდგენილ იქნა სათანადო დოკუმენტები და მოთხოვნილი თანხა 7 319 968 ლარი იყო. მათი დამუშავების შედეგად კომპანიას დაეკისრა 6 843 810 ლარის დავალება, რაც უნდა გადაერიცხათ სათანადო დაწესებულებებისათვის. მოთხოვნა დაკმაყოფილდა მხოლოდ 61,07%-ით, ანუ 4 179 789 ლარით. აქედან გამომდინარე, კომპანიის დავალიანებამ 2 921 203 ლარი შეადგინა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	11 000 000
მოთხოვნილი თანხა	7 319 968
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	6 843 810
გადარიცხული თანხა	4 179 789
დავალიანება	2 921 203

აღნიშნული თანხის გარდა კომპანიას დასაფარი აქვს 1997 წელს აუნაზღაურებელი 419 095 ლარი, რაც ემატება 1998 წლის აუნაზღაურებელ თანხას.

ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამა.

1998 წლის განმავლობაში კომპანიას პროგრამის განსახორციელებლად 3 000 000 ლარი უნდა აეთვისებინა. მონაწილე 21 სამედიცინო დაწესებულების მიერ მოთხოვნილი თანხა მხოლოდ 2 987 775 ლარით შემოიფარგლა. მათ მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტების დამუშავების შედეგად კომპანიამ მიიღო 2 949 663 ლარის დავალება, რაც უნდა შეესრულებინა, მაგრამ გადარიცხულმა თანხამ 2 573 458 ლარი შეადგინა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
მოთხოვნილი თანხა	2 987 775
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 949 663
გადარიცხული თანხა	2 573 458
დავალიანება	376 204

აღსანიშნავია, რომ კომპანიის გასული წლის დავალიანება 242 999 ლარს შეადგენდა. ისედაც მწირი ბიუჯეტი სავალალოს ხდის არსებულ სიტუაციას, რასაც ემატება დაუფინანსებლობა და ყოველივე ეს პროგრამას ჩაშლით ემუქრება.

ფთიზიატრიის სახელწიფო პროგრამა.

ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამა კომპანიის მიერ 1997 წლიდან ხორციელდება. ამ წელს პროგრამის ბიუჯეტი 3 500 000 ლარს შეადგენდა და მოთხოვნილი თანხა აღემატებოდა გათვალისწინებულს. მაგრამ, საზედამხედველო ღონისძიებების შედეგად 1 325 500 ლარი არ გადაირიცხა. ხოლო 1998 წლის ბიუჯეტი უკვე შემცირებული სახით გვევლინება და თანხამ 3 000 000 ლარი შეადგინა და წლის ბოლოს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილ იქნა 3 480 285 ლარი. შესაბამისი დოკუმენტები სათანადოდ შეისწავლეს და კომპანიამ მიიღო 3 305 875 ლარის დავალება. უსახსრობის გამო მხოლოდ 2 822 965 ლარის გადარიცხვა მოხერხდა, რაც გადასარიცხი თანხის 85,4%-ია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
მოთხოვნილი თანხა	3 480 285
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	3 305 875
გადარიცხული თანხა	2 822 965
დავალიანება	512 905

კომპანიას გარდა 512 905 ლარისა, ასევე აქვს წინა, 1997 წლის ვალი და ჯამში აღნიშნული პროგრამის ორწლიანი დავალიანება 787 214 ლარს შეადგენს. როგორც ზემოთ მოგახსენეთ კომპანიამ 1998 წლის ბიუჯეტიდან ჯერ კიდევ 1997 წლის ბოლოს დაფარა არსებული დავალიანების ნაწილი, მაგრამ ამ დროსათვის მას შედარებით მეტი ქონდა ვალი, რაც თანდათან აუარესებს არსებულ ვითარებას და ეჭვის ქვეშ აყენებს პროგრამის სამომავლო განხორციელებას.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებათათვის პროგრამის განხორციელების მიზნით გათვალისწინებულ იქნა 3 000 000 ლარი. აღნიშნული თანხა არ აღემატებოდა წინა წლის ბიუჯეტს და ანალოგიურად მოთხოვნამ გადააჭარბა გეგმას, მაგრამ მათ მიერ წარმოდგენილი სათანადო დოკუმენტური მასალა, როგორც ყოველთვის, დაექვემდებარა შემოწმებას, რის შედეგადაც კომპანიას უნდა გადაერიცხა 2 934 621 ლარი. მიუხედავად თანხის სიმცირისა გეგმასთან შედარებით, უშუალოდ დაირიცხა 2 215 802 ლარი და ეს უკანასკნელი გადასარიცხის 75,5%-ია. დავალიანების არსებობა თვალნათელია და მან 718 819 ლარი შეადგინა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
მოთხოვნილი თანხა	3 243 361
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 934 621
გადარიცხული თანხა	2 215 802
დავალიანება	718 819

აღსანიშნავია, რომ 1997 წელს გათვალისწინებული თანხა იგივე იყო, მაგრამ რაც შეეხება გადასარიცხი და გადარიცხული თანხის ოდენობას, შედარებით მცირეა, ხოლო დავალიანება მეტი. მაშინ როდესაც წინა წელს 379 660 ლარი იყო, 1998 წელს ამ თანხამ 718 819 ლარს მიაღწია. აქვე დავსძენთ, რომ ამას ემატება წინა წლის დავალიანება, კერძოდ 93 319 ლარი.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ამ პროგრამას წინა წელს არ ახორციელებდა და ეს პირველი პრეცენდენტია. თანხის მოცულობამ 1 500 000 ლარი შეადგინა და პროგრამის განხორციელებაში ჩაბმული იყო 7 სამედიცინო დაწესებულება. აღნიშნული პროგრამა შედარებით მცირე ხარჯებთან იყო დაკავშირებული, რაც როგრამაში ჩართული ორგანიზაციებიდან წარდგენილი თანხის ოდენობიდანაც ჩანს. ეს უკანასკნელი 768 096 ლარს შეადგენდა, მაგრამ საზედამხედველო ღონისძიებების შემდეგ მათთვის განკუთვნილი თანხა 678 943 ლარამდე შემცირდა. როგორც ვხედავთ, გადასარიცხი თანხა გაცილებით მცირეა დაგეგმილთან შედარებით, მაგრამ ამისა მიუხედავად გადარიცხული თანხის ოდენობა 599 529 ლარით შემოიფარგლა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	1 500 000
მოთხოვნილი თანხა	768 096
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	678 943
გადარიცხული თანხა	599 529
დავალიანება	147 478

პროგრამა დაფინანსდა გადასარიცხი თანხის 88,41%-ით, მაგრამ პროგრამის საერთო ღირებულების გავითვალისწინებით, დაფინანსება მხოლოდ 39,96%-ია. პროგრამის მცირე თანხის მოთხოვნის მიუხედავად, კომპანიას გარკვეული რაოდენობის დავალიანება მაინც რჩება.

ჰემოდიალიზის პროგრამა.

აღნიშნული პროგრამა, ისევე, როგორც ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიისათვის დაზღვევის ახალ სახეობას წარმოადგენს. მისი ბიუჯეტიც, სხვა პროგრამების ბიუჯეტებისაგან განსხვავებით, მცირეა და იგი 400 000 ლარს შეადგენს. პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტები ადასტურებს, რომ გაწეული მომსახურების თანხა 488 824 ლარია და კომპანიას დაევალა გადაერიცხა ეს უკანასკნელი. სულ გადარიცხულმა თანხამ გადააჭარბა დავალებას და 499 120 ლარი შეადგინა, მაგრამ აღნიშნული თანხიდან 20 505 ლარი გადაერიცხა უშუალოდ უროლოგიის ინსტიტუტს, რომლის მიმართაც კომპანიას წინა პერიოდში დავალიანება არ გააჩნდა და ამავე თანხაში შედის 191 441 ლარი, რაც დიალიზატორების შესაძენად იქნა გადარიცხული.

პროგრამის საერთო ღირებულება	400 000
მოთხოვნილი თანხა	488 824
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	488 824
გადარიცხული თანხა	499 120
დავალიანება	10 209

აუცილებელია ყურადღება გამახვილდეს იმ გარემოებაზე, რომ მონაწილე ორგანიზაციებისათვის გადასარიცხი თანხა აღემატებოდა ლიმიტს და ეს დაკმაყოფილდა კომპანიის მხრიდან, რაც პირველი პრეცენდენტია გასული ორი წლის განმავლობაში.

ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა.

დაზღვევის ამ ახალი სახეობის განსახორციელებლად 500 000 ლარი იქნა გათვალისწინებული. პროგრამაში მონაწილეობდა მხოლოდ ერთი დაწესებულება და მის მიერ მოთხოვნილმა თანხამ 302 813 ლარს არ გადააჭარბა და კომპანიის მოთხოვნა 100%-ით დაკმაყოფილდა, რაც მარტივად მიუთითებს დავალიანების არარსებობაზე.

ამრიგად, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის 1998 წლის პროგრამები, როგორც ზემოთ მოგახსენეთ, აღემატებოდა 1997 წლის პრორამებს. კომპანიას ჩვენს მიერ განხილული ბოლო სამი პროგრამის განხორციელებაში გამოცდილება არ გააჩნდა, მაგრამ შესრულებამ შედარებით კარგად ჩაიარა. ამის მიზეზად შეიძლება მივიჩნიოთ თუნდაც ის, რომ ამ უკანასკნელთა ბიუჯეტი სხვასთან შედარებით მცირე იყო. საანგარიშო პერიოდში კომპანიის მიერ განხორციელებული პროგრამები საერთო ჯამში 61%-ით შესრულდა.

აღსანიშნავია, რომ პროგრამების დაუფინანსებლობა გამოწვეულია არამარტო თანხების უქონლობით. კომპანია ვერ ახორციელებს მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მონიტორინგს და განსაკუთრებით რეგიონალურ ფილიალებს, რაც ერთ-ერთი მიზეზია თანხების არასწორი განაწილებისა. ასევე მოსახლეობის ნაკლებ ინფორმირებულობა იწვევს გაუგებრობას და დაბნეულობას. აქვე აღვნიშნავთ, რომ კომპანია თანამშრომლობს მასმედიასთან, რაც თითქოსდა ქმნის ილუზიას მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე, რადგან გამომდინარე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან მათთვის ხელმიუწვდომელია გამოქვეყნებული მასალები.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის 1999 წლის პროგრამები.

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია 1999 წლის აპრილიდან შეუდგა პროგრამების განხორციელებას, რაც გამოიწვია პროგრამების დაუფინანსებლობამ სახელმწიფო ბიუჯეტის დამტკიცების დაგვიანების გამო და მან საანგარიშო პერიოდის პირველი ორი თვე დაიკავა. ყოველივე ამის შემდეგ, კომპანიას დაეკისრა 14 სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება და საერთო ღირებულება 42 450 000 ლარს შეადგენდა. თანხის მოსალოდნელი ოდენობა შემოსავლების სახით უნდა ყოფილიყო 55 000 000 ლარი, საიდანაც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან შემოსული თანხა 31 000 000 ლარი, ხოლო სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების სახით 24 000 000 ლარი. გამომდინარე იქედან, რომ სავარაუდო ხარჯი მოსალოდნელ შემოსავალზე ნაკლები იყო, საბიუჯეტო ხარჯები შემცირდა და შეადგინა 18 450 000 ლარი. გეგმის შესრულება ყოველთვის პრობლემატურ საკითხს წარმოადგენდა, ანალოგიური მდგომარეობაა ამ დროისათვისაც, გეგმის შესრულება სრულად არ მოხერხდა და სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების სახით შემოსული

თანხა 16 279 000 ლარს, ხოლო სახელმწიფო ბიუჯეტის ტრანსფერის სახით 9 599 100 ლარს არ აღემატებოდა. საერთო შემოსავალმა 25 878 100 ლარი შეადგინა, რაც გეგმით გათვალისწინებული თანხის 60,96%-ია (ცხრილი №6).

შემოსავლების ნაკლებობა ბუნებრივია გამოიწვევს პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დაფინანსების შეფერხებას და ამავდროულად პროგრამების შესრულების შეფერხებასაც. კომპანია, როგორც ზემოთ მოგახსენეთ, 1998 წელს ახორციელებდა 9 სადაზღვევო პროგრამას, რომელთაგან „ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა" ქვეპროგრამის სახით გაერთიანდა „ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამაში" და ამ უკანასკნელის ბიუჯეტმა 10 400 000 ლარი შეადგინა (მას უფრო დაწვრილებით ქვემოთ შევეხებით). წარმოდგენილ 8 პროგრამას დაემატა კიდევ 6 სრულიად ახალი სადაზღვევო პროგრამა:

- ➢ გულის იშემიური დაავადებით ავადმყოფთა მკურნალობის პროგრამა;
- ➢ ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა;
- ➢ სპეციალურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა;
- ➢ სოფლად მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების პროგრამა;
- ➢ სამეგრელო ზემო-სვანეთის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- ➢ ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

აღსანიშნავია, რომ კომპანიას გააჩნია ქ. ცხინვალში რეგიონალური ფილიალი, რომელიც ემსახურება მოსახლეობას სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებულ ფარგლებში და ამ პროგრამის საერთო ღირებულება 300 000 ლარს შეადგენს (ცხრილი №4).

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

საქართველოში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, წარმოდგენილი პროგრამა მეტად მნიშვნელოვან ხასიათს ატარებს. თანდათანობით დაზღვეულთა რაოდენობა იზრდება. 1999 წლის ბოლოს კომპანიამ რესპუბლიკის მასშტაბით 424 137 მაცხოვრებელი დააზღვია და იგი წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს 88 669 მცხოვრებით აღემატება (ცხრილი №5). დაზღვეულთა რაოდენობრივი ზრდა იმავდროულად დაკავშირებულია დამატებით ხარჯებთან, რაც ბიუჯეტით განსაზღვრული თანხის მოცულობის ზრდას მოითხოვს. მდგომარეობა საპირისპიროა, ზრდის სანაცვლოდ ბიუჯეტი მცირდება და იგი უკვე 6 600 000 ლარის სახით გვევლინება, მაშინ როდესაც 1998 წლის ანალოგიური მაჩვენებელი 9 000 000 ლარი იყო. მართალია გასულ წელს საერთო ხარჯი 5 776 621 ლარს არ აღემატებოდა, მაგრამ აქვე გასავითვალისწინებელია, რომ დაზღვეულთა რაოდენობა შედარებით მცირე იყო. მიმდინარე წელს დამატებით დაზღვეული 88 669 მოქალაქე ხარჯვითი ნაწილის გადიდებას გამოიწვევს.

ხარჯების მოცულობის ზრდა აისახა მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილ თანხაში. წარმოდგენილ სათანადო დოკუმენტებში 8 002 000 ლარი აისახა. კომპანიამ 7 338 700 ლარის დავალება მიიღო, რაც უშუალოდ უნდა გადაერიცხა, მაგრამ გადარიცხული თანხის ოდენობა 5 519 600 ლარს არ აღემატებოდა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	6 600 000
მოთხოვნილი თანხა	8 002 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	7 338 700
გადარიცხული თანხა	5 519 600
დავალიანება	1 819 100

მოცემული ცხრილიდან ჩანს, რომ პროგრამის ბიუჯეტი ნაკლებია გადასარიცხ თანხასთან შედარებით. მართალია საერთო შემოსავლების მხოლოდ 60,96%-ით შესრულება დაუფინანსებლობის უმთავრესი მიზეზია, მაგრამ აღნიშნული პროგრამის ბიუჯეტის შემცირებაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რადგან ამ უკანასკნელის შემცირება საბიუჯეტო ტრანსფერის შემცირების მიზეზი ხდება. გაიზარდა გადაურიცხავი თანხის მოცულობაც, მაშინ როდესაც 1997 წელს ვალი 707 813 ლარი იყო, რომლის ნაწილი, კერძოდ 132 920 ლარი, 1998 წლის ბიუჯეტიდან დაიხარჯა, 1998 წელს 1 445 053 ლარი გახდა. აქვე აღვნიშნავთ, რომ 1997 წლის დავალიანების ნაწილიც დაიფარა, ხოლო 1999 წელს უკვე 1 819 100 ლარს მიაღწია. საერთო ჯამში უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამის დავალიანება მიმდინარე 3 წლის განმავლობაში 3 300 100 ლარს აღწევს. თანხის ოდენობამ გადააჭარბა „ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის" ბიუჯეტს. ვითარება სავალალოა, რადგან აღნიშნულ თანხას შეუძლია ერთი პროგრამის განხორციელება მთელი წლის განმავლობაში.

სამეანო დახმარების პროგრამა.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია წარმოდგენილი პროგრამა ქვეყნის მოქალაქეთათვის. მისი ეფექტურობა კიდევ უფრო იზრდება 1998 წელს ახალი სადაზღვევო პოლისის შემუშავების შემდეგ, რაზეც უკვე მოგახსენეთ. საანგარიშო პერიოდში დაზღვეულ ორსულთა რაოდენობა მცირედით შემცირდა და მან 44 424 შეადგინა, რაც რეგიონების მიხედვით ასე გადანაწილდა:

რეგიონები	ორსული ქალი
თბილისი	12 077
იმერეთი	6 455
სამეგრელო	3 777
აჭარა	4 608
გურია	1 267
რაჭა-ლეჩხუმი	468
ქვემო ქართლი	4 981
შიდა ქართლი	2 934
კახეთი	4207
მცხეთა-მთიანეთი	1 043
სამცხე-ჯავახეთი	2 607
სულ	**44 424**

1999 წლისათვის პროგრამის საერთო ღირებულებამ 6 700 000 ლარი შეადგინა და ეს უკანასკნელი გასული წლის ბიუჯეტზე 300 000 ლარით ნაკლებია. დაზღვეულებს მომსახურებას უწევდა 163 სამედიცინო დაწესებულება, რომელთაგანაც წლის ბოლოსათვის მოთხოვნილი თანხა 6 330 000 ლარს არ აღემატებოდა. წარმოდგენილი დოკუმენტების დამუშავების შემდეგ კომპანიას მიეცა 6 245 500 ლარის დავალება, ხოლო გადარიცხვას მხოლოდ 3 844 100 ლარი დაექვემდებარა ანუ გადასარიცხი თანხის 61,54%. კომპანიის დავალიანებამ უკვე 2 361 600 ლარს მიაღწია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	6 700 000
მოთხოვნილი თანხა	6 330 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	6 245 500
გადარიცხული თანხა	3 844 100
დავალიანება	2 361 600

შემცირებული ბიუჯეტის მიუხედავად მოთხოვნილი თანხა არ აღემატებოდა გათვალისწინებულს, რომლის ერთ-ერთ მიზეზად შეიძლება მივიჩნიოთ დაზღვეულთა რაოდენობრივი კლება. დაუფინანსებლობა უკვე საგრძნობლად იზრდება და საერთო დავალიანება კომპანიის მიერ პროგრამის განხორციელების პერიოდში 4 918 700 ლარია. თუკი 1999 წლის პროგრამებზე გადახედვისას ნათელი ხდება, რომ ეს უკანასკნელი თანხა აჭარბებს ისეთი პროგრამების ბიუჯეტს, როგორიცაა „ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა", „ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა", „ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა" და სხვა.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია 1997 წელს ახორციელებდა 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამას, 1998 წელს უკვე 0-2 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამას, ხოლო 1999 წელს გვევლინება როგორც „ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა", რომელშიც შემდეგი სადაზღვევო ქვეპროგრამები გაერთიანდა:

- სამ წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- ქ. თბილისში სამ წლამდე ასაკის ბავშვთა ავადმყოფობის მწვავე შემთხვევების მართვის პროგრამა;
- ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ადრეული ასაკის ბავშვების სამედიცინო დახმარების პროგრამა;
- მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების და იმ ბავშვების სამედიცინო დახმარების პროგრამა, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ, ჩანაცვლებით მკურნალობას.

წარმოდგენილი ქვეპროგრამები ძალზე მნიშვნელოვნად ითვლება ქვეყანაში არსებული მდგომარეობიდან გამომდინარე, რომლის საერთო ბიუჯეტი 10 400 000 ლარს შეადგენდა.

საანგარიშო პერიოდის ბოლოს დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა, 9 875 000 ლარი, არ აღემატებოდა გათვალისწინებულს, მაგრამ კომპანიას 9 519 800 ლარის დავალება მიეცა, რადგან დარჩენილი 355 200 ლარი არ იქნა გათვალისწინებული გადასარიცხად. მიუხედავად მიღებული დავალებისა გადარიცხვას მხოლოდ 6 003 500 ლარი დაექვემდებარა, რაც გადასარიცხი თანხის 63,07%-ია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	10 400 000
მოთხოვნილი თანხა	9 875 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	9 519 800
გადარიცხული თანხა	6 003 500
დავალიანება	3 516 300

წარმოდგენილ მონაცემებში დავალიანება იმდენად გაიზარდა, რომ ეს უკანასკნელი 1997-98 წლების ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამის დავალიანების თანხას აღემატება, კერძოდ, საერთო დავალიანების, 6 660 300 ლარის 52,8%-ია.

ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა.

კომპანია განვლილი ორი წლის განმავლობაში მეტ-ნაკლებად ზუსტი გათვლებით ახორციელებდა აღნიშნულ პროგრამას და ბიუჯეტი 3 000 000 ლარს არ აღემატებოდა, მაგრამ დაფინანსების პრობლემა, როგორც განხილული მაგალითებიდან ჩანს, ძალზე აქტუალური რჩება.

1999 წლისათვის პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრა 3 300 000 ლარით, ანუ ხასიათდება ზრდის ტემპით, რაც ერთი შეხედვით დადებითად შეიძლება შეფასდეს. აქვე აღვნიშნავთ, რომ თანხის ზრდასთან ერთად გაიზარდა დანახარჯები პაციენტთა მომსახურებაზე, რამაც ასახვა ჰპოვა წამოდგენილ სახარჯთაღრიცხვო დოკუმენტებში. მოთხოვნილი 3 419 000 ლარიდან კომპანიას დავალება 3 376 800 ლარზე მიეცა, რაც 2 405 100 ლარით, ანუ 71,22%-ით დაკმაყოფილდა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 300 000
მოთხოვნილი თანხა	3 419 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	3 376 800
გადარიცხული თანხა	2 405 100
დავალიანება	971 700

აღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, თუ როგორი ვითარებაა დაფინანსების მხრივ. მართალია გაიზარდა ბიუჯეტი, შესაბამისად გაიზარდა მოთხოვნა, მაგრამ რაც მთავარია და ყველაზე მტკივნეული შემცირდა დაფინანსება. დავალიანება საანგარიშო პერიოდში იმდენად გაიზარდა, რომ განვლილი ორი წლის განმავლობაში დაგროვილ დავალიანებას საგრძნობლად გადააჭარბა. თუკი 1999 წლის დასაწყისისათვის კომპანიის ვალი სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ 541 300 ლარი იყო, 1999 წლის ბოლოსათვის მან, როგორც უკვე მოგახსენეთ, 971 700 ლარს

მიაღწია.

ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა.

საქართველოში ტუბერკულოზით დაავადებულთა დახმარება და ამ დაავადებასთან ბრძოლა ერთ-ერთ მთავარ პრობლემად რჩება. კომპანია აღნიშნულ პროგრამას 1997 წლიდან შეუდგა და იმ პერიოდისათვის ბიუჯეტი 3 500 000 ლარს შეადგენდა. როგორც 1997 წლის პროგრამის განხილვისას მოგახსენეთ, გადასარიცხი თანხა მცერედით აღემატებოდა სავარაუდო ხარჯს. 1998 წელს ბიუჯეტი უკვე შემცირებული სახით გვევლინება და იგი 3 000 000 ლარს არ აღემატებოდა. გადასარიცხმა თანხამ 3 305 875 ლარს მიაღწია. მიუხედავად 1998 წლის მდგომარეობისა, ბიუჯეტი უცვლელი რჩება, ხოლო მოთხოვნა 3 954 000 ლარს აღწევს, რაც წარმოდგენილ იქნა 28 სამედიცინო დაწესებულების მიერ. კომპანიას მიეცა 3 165 200 ლარის დავალება, საიდანაც მხოლოდ 2 436 800 ლარი გადაირიცხა.

კომპანიას 1997 წლიდან დღემდე ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ ვალმა 1504 400 ლარს მიაღწია, საიდანაც 728 400 ლარი 1999 წლის ვალს წარმოადგენს და ეს უკანასკნელი საერთო დავალიანების 48,42%-ია.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
მოთხოვნილი თანხა	3 954 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	3 165 200
გადარიცხული თანხა	2 436 800
დავალიანება	728 400

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია აღნიშნული პროგრამის განხორციელებას 1997 წლიდან შეუდგა და დღემდე განისაზღვრება 3 000 000 ლარით. ბიუჯეტით განსაზღვრული ლიმიტი 1999 წლისათვის არასაკმარისი აღმოჩნდა და მოთხოვნამ 3 463 000 ლარი შეადგინა და ეს უკანასკნელი შესაბამისი ზედამხედველობის შედეგად 3 136 500 ლარამდე შემცირდა, ხოლო გადაირიცხა 2 039 700 ლარი.

პროგრამის საერთო ღირებულება	3 000 000
მოთხოვნილი თანხა	3 463 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	3 136 500
გადარიცხული თანხა	2 039 700
დავალიანება	1 096 800

აქედან გამომდინარე, დავალიანება საკმაოდ გაიზარდა და იგი საერთო დავალიანების, 1629 800 ლარის, 67,3%-ია. თუ გავიხსენებთ განვლილ 1997-98 წლებს, ასეთი მდგომარეობა არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა. განვლილი პერიოდი გვიჩვენებს, რომ ბიუჯეტი მეტ-ნაკლებად ზუსტად არის გათვლილი, მაგრამ დაფინანსება თანდათან სიმცირეს განიცდის. ასეთი სავალალო მდგომარეობა ძალზე რთულ ვითარებას უქმნის სამედიცინო დაწესებულებებს.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა.

კომპანიამ აღნიშნული პროგრამის განხორციელებას 1998 წლიდან შეუდგა და მისი ბიუჯეტი ამ დროისათვისაც 1 500 000 ლარს შეადგენს. ინფექციური დაავადებების სიმრავლე მეტყველებს სახელმწიფოს, როგორც სოციალურ, ასევე ეკონომიკურ მდგომარეობაზე და მის სამომავლო განვითარებაზე.

1998 წელს პროგრამაში მონაწილე 7 სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხა გაცილებით მცირე რაოდენობის იყო გეგმასთან შედარებით, რაზედაც ზემოთ უკვე მოგახსენეთ. 1999 წლის მდგომარეობით ვითარება რადიკალურად სახეცვლილი გვევლინება, რაც ბიუჯეტით გათვალისწინებული თანხის სიმცირეში ნათლად აისახა. მაშინ, როდესაც 1998 წელს შვიდმა სამედიცინო დაწესებულებამ მომსახურება გაუწია 3 063 პაციენტს, 1999 წელს - 13-მა დაწესებულებამ უკვე 6 200 პაციენტს. ადვილი მისახვედრია, რომ თანხის მოცულობა გაიზრდებოდა და ამ უკანასკნელმა 2 021 000 ლარს მიაღწია.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას მიეცა 1 739 400 ლარის დავალება, რაც უშუალოდ გადარიცხვას უნდა დაქვემდებარებოდა, მაგრამ გადაირიცხა 1 108 400 ლარი.

პროგრამის საერთო ღირებულება	1 500 000
მოთხოვნილი თანხა	2 021 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	1 739 400
გადარიცხული თანხა	1 108 400
დავალიანება	631 000

არსებული მდგომარეობა თამამად შეიძლება ვთქვათ, რომ გამოწვეულია პაციენტთა რაოდენობრივი ზრდით. აქედან გამომდინარე, კომპანიამ აუცილებელია გაითვალისწინოს ის გარემოება, რომ წლების განმავლობაში გაიზრდება დაზღვეულთა რაოდენობა და შესაბამისად გაზრდას უნდა დაექვემდებაროს ბიუჯეტიც, წინააღმდეგ შემთხვევაში არსებული მდგომარეობიდან გამოსვლა ფაქტიურად გამოუვალი იქნება.

ჰემოდიალიზის პროგრამა.

წარმოდგენილი პროგარმის დასაფინანსებლად გათვალილი იყო 1 900 000 ლარი, რაც 1998 წლის ბიუჯეტით გათვალისწინებულ თანხას საგრძნობლად აღემატება. აღნიშნული თანხა სრულად არ იქნა ათვისებული და 1 127 000 ლარით შემოიფარგლა. კომპანიას დაევალა სრულად დაეფარა მოთხოვნა, მაგრამ მხოლოდ 1 119 500 ლარის გადარიცხვა მოხერხდა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	1 900 000
მოთხოვნილი თანხა	1 127 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	1 127 000
გადარიცხული თანხა	1 119 500
დავალიანება	7 500

გულის იშემიური დაავადებით ავადმყოფთა მკურნალობის პროგრამა.

დაზღვევის ეს ახალი სახეობა საკმაოდ მნიშვნელოვანია საზოგადოებისათვის და არამარტო მათთვის. საანგარიშო პერიოდში პროგრამის განხორციელებისათვის ბიუჯეტი განისაზღვრა 125 000 ლარის ოდენობით, რომლის ათვისებაში მონაწილეობას იღებდა 2 სამედიცინო დაწესებულება. წარმოდგენილი დოკუმენტების თანახმად მომსახურება გაეწია 36 პაციენტს და საერთო ხარჯი 91 500 ლარი იყო. მიუხედავად ბიუჯეტით გათვალისწინებული თანხის 73,2%-იანი მოთხოვნისა გადაირიცხა მხოლოდ 64 100 ლარი. დავალიანებამ 27 400 ლარი შეადგინა.

ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა.

წინამდებარე პროგრამა ერთ-ერთ ძალზედ მნიშვნელოვან პროგრამას წარმოაგენს მიმდინარე პროგრამათა შორის. ამას ადასტურებს უმაღლესი საკანონმდებლო ორგანოს მიერ მიღებული კანონი „ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ." დაზღვევის ეს ახალი სახეობა ითვალისწინებს მხოლოდ თირკმლის გადანერგვას და მისი ბიუჯეტი 125 000 ლარად შეფასდა. საანგარიშო პერიოდის ბოლოს შესრულებული სამუშაოს საერთო ღირებულება 41 700 ლარს არ აღემატებოდა, რაც მოხმარდა 4 პაციენტს. პროგრამაში მონაწილე 2 სამედიცინო დაწესებულების მიერ მოთხოვნილი თანხა სრულად გადაირიცხა, გამომდინარე აქედან, კომპანიას დავალიანება არ გააჩნია.

სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა.

საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში ძალზედ გახშირდა ისეთი დაავადებები, როგორიცაა შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, თირკმლის გადანერგვის შემდგომი მდგომარეობა. ამის გამო წინამდებარე პროგრამა სწორედ ამ მიმართულებით შემუშავდა.

პროგრამის საერთო ბიუჯეტი განისაზღვრა 1 600 000 ლარის ოდენობით, რაც 12 თვის განმავლობაში უნდა აეთვისებინა პროგრამაში მონაწილე 4 სამედიცინო დაწესებულებას.

საანგარიშო პერიოდის ბოლოსათვის წარმოდგენილი დოკუმენტების თანახმად პაციენტთა მომსახურებისათვის დახარჯულმა თანხამ 1 330 200 ლარი შეადგინა. გადაირიცხა თანხის 114,2%, ანუ 1 519 300 ლარი. აუთვისებელი თანხის ოდენობა 189 100 ლარს შეადგენს.

სოფლად მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების პროგრამა.

წარმოდგენილი პროგრამა უზრუნველყოფს სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის პირველად სამედიცინო დახმარებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით და ასევე დიდი ყურადღება ეთმობა მაღალმთიან და საზღვრისპირა რაიონებს.

მონაწილე 360 სამედიცინო დაწესებულებას 2 438 000 ლარი უნდა აეთვისებინა 12 თვის განმავლობაში. მათ მიერ გაწეული მომსახურების საერთო ღირებულებამ 1 831 000 ლარი შეადგინა, ანუ ბიუჯეტის 75,1%.

კომპანიას მიეცა 1 809 100 ლარის დავალება, რაც უშუალოდ გადარიცხვას უნდა დაქვემდებარებოდა, მაგრამ გადაირიცხა მხოლოდ 32,76%, რაც 592 700 ლარს შეადგენდა.

პროგრამის საერთო ღირებულება	2 438 000
მოთხოვნილი თანხა	1 831 000
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	1 809 100
გადარიცხული თანხა	592 700
დავალიანება	1 216 400

მდგომარეობა ძალზედ სავალალოა. გადასარიცხი თანხის მცირე ოდენობის მიუხედავად, მხოლოდ 32,76%-ის გადარიცხვა მძიმედ აწვება მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებს.

ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

ცხინვალის რეგიონში გახსნილი ფილიალი, რომელიც ემსახურება სწორედ ამ პროგრამის განხორციელებას, სრულად უზრუნველყოფს დაკისრებულ ვალდებულებას. განსაზღვრული 300 000 ლარი ვერ იქნა ათვისებული და წარმოდგენილი თანხა 282 000 ლარს არ აღემატებოდა. მიუხედავად ამისა კომპანიას დავალება მხოლოდ 239 800 ლარით განესაზღვრა.

გადარიცხვას მხოლოდ 179 800 ლარი დაექვემდებარა, რაც გადარიცხული თანხის 74,97%-ია. კომპანიას მონაწილე 3 სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დავალიანება 60 000 ლარი გააჩნია. 1999 წელს სადაზღვევო პროგრამების საერთო ღირებულება, როგორც უკვე მოგახსენეთ, 41 388 000 ლარის შეადგენდა. კომპანიის დავალიანება თითქმის 30%-ს აღწევს, რაც ძალზედ მძიმე ტვირთია სამედიცინო დაწესებულებებისათვის და მათ ე.წ. „შავი ფულის" კეთებისაკენ უბიძგებს. დაუცველი მოსახლება კი იჩაგრება და უწევთ საკუთარი ჯიბიდან მომსახურებისათვის გაწეული ხარჯების ანაზღაურება.

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის 2000 წლის პროგრამები.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია განაგრძობს ტრადიციულ მოღვაწეობას. 1999 წლისაგან განსხვავებით პროგრამების რაოდენობა ერთით გაიზარდა, ანუ 15 სადაზღვევო პროგრამა, ხოლო საერთო ღირებულებამ 40 400 000 ლარი შეადგინა. 2000 წლის ივლის-აგვისტოს თვეებში მოხდა სახელმწიფო ბიუჯეტის ხელახალი განხილვა უმაღლესი საკანონმდებლო ორგანოს მიერ, შეტანილ იქნა ცვლილებები, რამაც სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამათა ბიუჯეტზეც იმოქმედა. საერთო ჯამში ცვლილებების შეტანის შემდგომ თანხა შემცირდა და შეადგინა 39 200 000 ლარი. რასაც მოჰყვა პრო-

გრამების შემცირება ერთი ერთეულით, რადგან გაერთიანდა „სოფლად და მაღალმთიან რეგიონებში მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა." დაზღვევის ამ სახეობას კომპანია ადრე არ ახორციელებდა და თანხის სიმცირის გამო პროგრამა დაფინანსებულთა რიცხვს გამოაკლდა. ერთი სიტყვით ძალაში დარჩა ყველა ის პროგრამები, რომლებიც ხორციელდებოდა 1999 წელს (ცხრილი №4).

დამტკიცებული ბიუჯეტის ერთი ნაწილი კომპანიას უნდა მიელო ტრადიციულად ცენტრალური ბიუჯეტიდან, რაც 19 200 000 ლარს შეადგენდა, და მეორე ნაწილი სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებიდან - 20 000 000 ლარი. ეს რაც შეეხებოდა გეგმიურ შესრულებას. სინამდვილეში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ტრანსფერი შესრულდა 67%-ით, ხოლო სავალდებულო შენატანები კი 103%-ით. თავისუფლად შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ დამქირავებელთა და დაქირავებულთა მიერ გადახდა პირნათლად ხდება, რასაც ვერ ვიტყვით ტრანსფერზე (ცხრილი №6).

მდგომარეობა შედარებით უკეთესია, რადგანაც გასულ წელს დაფინანსება არ აღემატებოდა 61%-ს. ეს გარემოება შედარებით შეამსუბუქებს არსებულ ვითარებას.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

უმწეოთა დახმარება ისევ და ისევ ერთ-ერთ აქტუალურ თემად რჩება. პროგრამა თანდათან იხვეწება და ამ ეტაპისათვის ითვალისწინებს ისეთი პაციენტების დახმარებას, რომლებსაც არ გააჩნიათ სადაზღვევო პოლისი. დაზღვეულთა რაოდენობა 1999 წელთან შედარებით შემცირდა, კერძოდ 424 137 კაცი. 2000 წელს ეს რიცხვი 385 573-ს გაუტოლდა. აქვე საყურადღებოა ის გარემოებაც, რომ თანდათან მატულობს დაზღვეულებში დევნილი მოსახლეობის რაოდენობა (ცხრილი №5).

გასულ წელთან შედარებით პროგრამის საერთო ბიუჯეტი შემცირდა 500 000 ლარით და 6 100 000 ლარით განისაზღვრა. სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილ იქნა 6 545 300 ლარის მოთხოვნა, საიდანაც გადარიცხვას მხოლოდ 6 087 200 ლარი დაექვემდებარა, მაგრამ თანხის 95%, ანუ 5 769 100 ლარი გადაირიცხა.

მიმდინარე წელს დავალიანების რაოდენობა

პროგრამის საერთო ღირებულება	6 100 000
მოთხოვნილი თანხა	6 545 300
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	6 087 200
გადარიცხული თანხა	5 769 100
დავალიანება	318 100

ალნიშნულ პროგრამაში საგრძნობლად შემცირდა, მაგრამ თუ მხედველობაში მივიღებთ გასული წლების დავალიანებებს, თანხა ძალზე დიდია და 4 141 300 ლარს აღწევს.

სამეანო დახმარების პროგრამა.

წინამდებარე პროგრამა ძალზედ მნიშვნელოვანია ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობისათვის. დაზღვეულთა საერთო რაოდენობა მცირედით შემცირდა და შეადგინა 41 270, რაც რეგიონების მიხედვით შემდეგნაირად დაგანაწილდა:

შემცირდა ასევე ბიუჯეტიც 1999 წელთან

რეგიონები	ორსული ქალი
თბილისი	11 384
იმერეთი	6 309
სამეგრელო	3 661
აჭარა	4 387
გურია	1 198
რაჭა-ლეჩხუმი	458
ქვემო ქართლი	4 407
შიდა ქართლი	2 705
კახეთი	3 780
მცხეთა-მთიანეთი	850
სამცხე-ჯავახეთი	2 131
სულ	**41 270**

შედარებით და 6 200 000 ლარით განისაზღვრა. რაც შეეხება მოთხოვნას, მან არ გადააჭარბა ლიმიტით განსაზღვრულ თანხას და 5 417 700 ლარით შემოიფარგლა. თანხის გარკვეული ნაწილი, კერძოდ, 62 100 ლარი არ გადაირიცხა. 5 355 600 ლარი უშუალოდ უნდა გადარიცხულიყო, მაგრამ გადაირიცხა თანხის 79%.

1999 წელთან შედარებით, მსგავსად „უმწეოთა

პროგრამის საერთო ღირებულება	6 200 000
მოთხოვნილი თანხა	5 417 700
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	5 355 600
გადარიცხული თანხა	4 255 600
დავალიანება	1 100 000

დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამისა" შემცირდა 2 361 600 ლარიდან 1 100 000 ლარამდე. მაგრამ წინა წლების დავალიანება მძიმე ტვირთად აწევს კომპანიას, რაც 4 820 900 ლარს შეადგენს. ამ შემთხვევაშიც დაუფინანსებლობა მთავარ პრობლემად რჩება.

ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

უკანასკნელ პერიოდში ძალზედ გახშირდა ბავშვთა ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის რაოდენობა, რაზეც დიდი ზეგავლენა იქონია ქვეყანაში არსებულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ. განსაკუთრებით გახშირდა ისეთი დაავადებების რიცხვი, როგორიცაა: მწვავე ბრონქიტი, სასუნთქი გზების ინფექციები, გრიპი, მსუბუქი ასფიქსია და სხვა. პროგრამის მიზანია აღნიშნული დაავადებების შემცირება და მათი მინიმუმამდე დაყვანა.

წარმოდგენილი დოკუმენტებით მოთხოვნამ 9 449 300 ლარი შეადგინა. გადასარიცხად გამზადდა 8 831 100 ლარი, სადანაც 7 698 100 ლარი

ბიულეტენი №65 თებერვალი 2002 წ.

გადაირიცხა.

1997-99 წლებთან შედარებით მდგომარეობა

პროგრამის საერთო ღირებულება	10 200 000
მოთხოვნილი თანხა	9 449 300
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	8 831 100
გადარიცხული თანხა	7 698 100
დავალიანება	1 330 000

შედარებით შემსუბუქდა. თუ მარტო 1999 წელს დავალიანება 3 516 300 ლარი იყო, 2000 წელს 1 330 000 ლარამდე შემცირდა. საერთო ვალი 2000 წლის ჩათვლით 7 767 500 ლარია, საიდანაც თანხის დიდი ნაწილი, 6 634 500 ლარი, გასული წლებიდან მოსდევს.

ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა.

პროგრამის ბიუჯეტი შეადგენდა 2 900 000 ლარს, რაც 21 სამედიცინო დაწესებულებას უნდა აეთვისებინა. წინა წლებთან შედარებით ბიუჯეტის თანხა შემცირდა. მოთხოვნამ მცირედით გადააჭარბა ლიმიტს, მაგრამ კომპანიას 2 879 900 ლარის დავალება მიეცა. აქედან გადაირიცხა 2 844 500 ლარი.

2000 წლის დეკემბრის ბოლოსათვის საერთო

პროგრამის საერთო ღირებულება	2 900 000
მოთხოვნილი თანხა	2 962 300
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 879 800
გადარიცხული თანხა	2 844 500
დავალიანება	35 500

დავალიანებამ მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ 1 371 900 ლარს მიაღწია. აღსანიშნავია, რომ დაფინანსება წინა წლებისაგან განსხვავებით 99%-ით მოხერხდა.

ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა.

პროგრამა მიმართულია ტუბერკულოზით დაავადებულთა რაოდენობის შემცირებისაკენ, რაც მცირედით შემცირდა კიდეც. ბიუჯეტით განსაზღვრული თანხა უკვე 2 600 000 ლარამდე შემცირდა, თუკი წინა წლებში: 1997 წელს - 3 500 000 ლარი, 1998 წელს - 3 000 000 ლარი, 1999 წელს - 3 000 000 ლარი იყო; მიუხედავად ამისა, 2000 წელს კომპანიის მიერ გადასარიცხი თანხა 2 555 600 ლარს გაუტოლდა. გადაირიცხა 2 455 800 ლარი, ანუ გადასარიცხი თანხის 96%.

პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწე-

პროგრამის საერთო ღირებულება	2 600 000
მოთხოვნილი თანხა	3 116 500
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 555 600
გადარიცხული თანხა	2 455 800
დავალიანება	99 800

სებულებების მიმართ დავალიანების საერთო მოცულობა 1 198 400 ლარს შეადგენს.

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა.

კომპანია 1997 წლიდან შეუდგა პროგრამის განხორციელებას, რომლის ბიუჯეტი 3 000 000 ლარი იყო. 2000 წლისათვის ეს თანხა 2 500 000 ლარამდე შემცირდა. მაგრამ შემცირებული ბიუჯეტის მიუხედავად მოთხოვნა 2 386 800 ლარს არ აღემატებოდა. აქედან 158 700 ლარი არ დაექვემდებარა გადარიცხვას. გადასარიცხი 2 228 100 ლარიდან 2 015 400 ლარი გადაირიცხა.

კომპანიას გასული 3 წლის განმავლობაში 940

პროგრამის საერთო ღირებულება	2 500 000
მოთხოვნილი თანხა	2 386 800
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	2 228 100
გადარიცხული თანხა	2 015 400
დავალიანება	212 700

200 ლარი დაუგროვდა, რასაც 212 700 ლარი ემატება.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა.

საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში შეიმჩნევა ინფექციური დაავადებების სიმრავლე, რომლის მიზეზად ისევ და ისევ არსებული სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობა რჩება. 2000 წელს პროგრამის დასაფინანსებლად 1 300 000 ლარი გამოიყო. როგორც ზემოთ წარმოგიდგინეთ, 1999 წელს ბიუჯეტი 1 500 000 ლარს შეადგენდა. შემცირებული ბიუჯეტის მიუხედავად მოთხოვნა 1 262 200 ლარს არ აღემატებოდა. რაც შეეხება გადარიცხვას, კომპანიას მიეცა 1 097 900 ლარის დავალება, რომლის 90% უშუალოდ გადაირიცხა. საერთო ჯამში კომპანიის დავალიანებამ 1 040 500 ლარს მიაღწია, საიდანაც 110 300 ლარი 2000 წელს ეკუთვნის.

ჰემოდიალიზის პროგრამა.

წინამდებარე პროგრამა ხორციელდება 1998 წლიდან და დღეისათვის ბიუჯეტი, როგორც ცხრილი №4 ჩანს, სახელმწიფო ბიუჯეტში ცვლილებების შეტანამდე იყო 1 350 000, ხოლო ცვლილებების შეტანის შემდეგ 1 950 000 ლარი. საანგარიშო პერიოდის ბოლოსათვის მონაწილე 6 სამედიცინო დაწესებულებისათვის 1 626 300 ლარის თანხა უნდა გადარიცხულიყო. გადარიცხვამ 2 007 800 ლარი შეადგინა და თუკი 2000 წლის დასაწყისისათვის კომპანიის დავალიანება 124 700 ლარი იყო, საანგარიშო პერიოდის ბოლოსათვის მათ გააჩნდათ გარკვეული რაოდენობის გამოუყენებელი თანხა.

მდგომარეობა შედარებით შემსუბუქდა პროგრამის გადაჭარბებით დაფინანსების შემდგომ, რაც დადებით ზეგავლენას იქონიებს შემდგომ პერიოდში პროგრამის განხორციელებაზე.

გულის იშემიური დაავადებით მკურნალობის პროგრამა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია 1999 წლიდან შეუდგა ამ პროგრამის განხორციელებას. გულის იშემიური დაავადებით დაღუ-

პულთა ზრდა შეინიშნება არა მარტო ჩვენს ქვეყანაში, არამედ მთელ მსოფლიოში. საქართველოში დაავადებულთა რიცხვი 150-200 ათასს აღწევს. 2000 წელს პროგრამის ბიუჯეტი 225 000 ლარამდე გაიზარდა. მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მომსახურება გაეწია 73 პაციენტს, ხოლო საერთო ხარჯი 100 600 ლარს შეადგენდა. მოთხოვნა 100%-ით დაკმაყოფილდა, მაგრამ 1999 წლის დავალიანება 27 400 ლარი ხელუხლებელი დარჩა.

ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა.

პროგრამის დასაფინანსებლად, ისევე როგორც 1999 წელს, გამოიყო 125 000 ლარი, რომელიც 2 პაციენტის მომხურებას მოხმარდა, ხოლო საერთო ხარჯმა 41 500 ლარს არ გადააჭარბა. ეს თანხა 100%-იან გადარიცხვას უნდა დაქვემდებარებოდა, მაგრამ მხოლოდ თანხის 49,6%, ანუ 20 600 ლარი გადაირიცხა. ვინაიდან კომპანიას 1999 წელს დავალიანება არ გააჩნდა, მას მხოლოდ 20 900 ლარი აქვს გადასაფარი.

სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა მიმართულია ავადმყოფთა იმ ნაწილზე, რომლებიც აუცილებელ დახმარებას საჭიროებენ და სათანადო დახმარების გარეშე გამოიწვევს დაინვალიდებას, ასევე საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს.

პროგრამისათვის გამოიყო 2 150 000 ლარი. იგი 550 000 ლარით აღემატება 1999 წლის ბიუჯეტს. დოკუმენტების თანახმად შესრულდა 1 817 100 ლარის სამუშაო, ხოლო გადაირიცხა 2 034 900 ლარი.

მონაწილე 121 დაწესებულებას საანგარიშო პერიოდის ბოლოსთვის აუთვისებელი თანხა 583 100 ლარი გააჩნდა, საიდანაც 190 900 ლარი 1999 წლის დაფინანსებიდან დარჩა აუთვისებელი.

სოფლად და მაღალმთიან რეგიონებში მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

სახელმწიფო ბიუჯეტში ცვლილებების შეტანის შემდეგ მოხდა ამ ორი პროგრამის გაერთიანება. მიუხედავად ამისა, ბიუჯეტი უცვლელი დარჩა. მოთხოვნამ გადააჭარბა ლიმიტით განსაზღვრულ 1 600 000 ლარს და 1 845 200 ლარი შეადგინა. გადაირიცხა 1 217 700 ლარი.

სამეგრელო-ზემო სვანეთში განსა-

პროგრამის საერთო ღირებულება	1 600 000
მოთხოვნილი თანხა	1 826 100
გადასარიცხად გამზადებული თანხა	1 845 200
გადარიცხული თანხა	1 217 700
დავალიანება	608 400

ხლებული დევნილი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამის სახელწოდებიდან თვალნათლივ ჩანს, რომ მის მიზანს წარმოადგენს დევნილი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება, რათა ისინი მიეკუთვნებიან ყველაზე დაუცველ ფენას. დევნილთა დიდი ნაწილი სწორედ სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში არიან დასახლებულნი. ყოველივე ამან შექმნა ასეთი პროგრამის შემუშავების აუცილებლობა.

კომპანია ამ პროგრამას ახორციელებდა 1999 წელსაც და მისი ბიუჯეტი 400 000 ლარს შეადგენდა, რაც 2000 წელს 300 000 ლარამდე შემცირდა. მოთხოვნილ იქნა 229 100 ლარი, საიდანაც შესაბამისი დოკუმენტაციის დამუშავების შემდეგ გადარიცხვას დაექვემდებარა 174 400 ლარი, რომლიდანაც გადაირიცხა 144 800 ლარი, ანუ 83,02%. აღნიშნული თანხა მოხმარდა 4 007 პაციენტს 29 სამედიცინო დაწესებულების მიერ.

ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა.

პროგრამის განხორციელებისათვის მონაწილე სამ სამედიცინო დაწესებულებას გამოეყო 200 000 ლარი. 1999 წლის ბიუჯეტთან შედარებით იგი 100 000 ლარით შემცირდა, მაგრამ მას მოთხოვნილი თანხის ოდენობის გაზრდა არ მოჰყოლია. გადასარიცხად გამზადებული 198 900 ლარიდან 156 100 ლარი გადაირიცხა. საანგარიშო პერიოდის ბოლოს კომპანიის დავალიანებამ 102 800 ლარს მიაღწია, საიდანაც 42 800 ლარი 2000 წლის დავალიანებას მიეკუთვნება.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილ იქნა 2000 წლის სადაზღვევო პროგრამების სრული ნუსხა და მათი დაფინანსების მდგომარეობა. 2000 წელი შეიძლება ითქვას შედარებით კარგი აღმოჩნდა დაფინანსების მხრივ. სახელმწიფო ბიუჯეტში ცვლილებების შეტანის შემდეგ დამტკიცებული 39 200 000 ლარიდან პროგრამების დაფინანსებას მოხმარდა 31 708 600 ლარი, რაც საერთო თანხის 80,88%-ია. როგორც ზემოთ მოგახსენეთ სავალდებულო შენატანებით და ტრანსფერით შემოსულმა თანხამ 33 350 500 ლარი შეადგინა. გადარიცხული თანხა ამ უკანასკნელის 95%-ია. 2000 წლის მდგომარეობის უპირატესობას განვლილ წლებთან შედარებით ადასტურებს დაფინანსების ზრდა, რომელიც წლების მიხედვით ასე გამოიყურება: 1997 წელს პროგრამა დაფინანსდა 51,4%-ით, 1998 წელს - 54,8%-ით, 1999 წელს - 65%-ით, ხოლო 2000 წელს პროგრამა დაფინანსებულია 80,88%-ით.

დროთა განმავლობაში კომპანია ღებულობს გამოცდილებას, ახერხებს შედარებით სწორად მოახდინოს გათვლები, განახორციელოს პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებათა ზედამხედველობა და პროგრამათა ბიუჯეტის მეტნაკლებად სწორი გათვლა. ყოველივე ამას კომპანია თანდათან მიღებული გამოცდილების და ასევე უცხოელებთან აქტიური თანამშრომლობის საშუალებით ახდენს. მაგრამ აქვე დავსძენთ, რომ სასურველია შეიქმნას კომპანიასთან არსებული მონიტორინგის ჯგუფი, რომელიც ზედამხედველობას გაუწევს სამედიცინო დაწესებულებებს და სადაზღვევო შემთხვევების სწორი სტატის-

ტიკური აღრიცხვის უზრუნველყოფას. მართალია კომპანიის დირექციის დაქვემდებარებაში არსებობს „სადაზღვევო პროგრამებზე კონტროლის განყოფილება", მაგრამ იგი უნდა იყოს „მობილური" ჯგუფი, ხოლო კონტროლს ადგილზე განახორციელებენ, რათა ყველა დოკომენტაცია იქნას სწორად აღრიცხული და რაც შეიძლება შემცირდეს დარღვევების რიცხვი, რადგან გადარიცხული თანხა არ აკუმულირდეს ზოგიერთი ჩინოვნიკის ჯიბეში.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკა და სამომავლოდ აუცილებელი სისტემები

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ეფექტიანობა მაღალმთიან რეგიონში - მესტიის რაიონში.

საბაზრო ეკონომიკამ და საბაზრო აზროვნებამ მრავალი ცვლილება შეიტანეს ისეთ ტრადიციულ დარგებში, როგორსაც ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენს. ჯანდაცვის ეკონომისტები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვის 3 სხვადასხვა მეთოდს აღიარებენ:

1. გლობალური გაძღოლის მეთოდი - თავისი ინსტრუმენტებით:

ა) სახელმწიფოს მიერ რეგულირებადი ფასწარმოქმნა;

ბ) საავადმყოფოებში პაციენტთა კონტინგენტისა და საწოლთა რაოდენობის დადგენა;

გ) ბიუჯეტის დამტკიცება (ლიმიტირება) - გლობალური ბიუჯეტი;

2. პროგრამული გაძღოლის მეთოდი: მოიცავს პროგრამულ დაფინანსებას, დაფინანსებისთვის აუცილებელი მახასიათებლების დადგენას, სტატისტიკური მონაცემების დამუშავების აუცილებლობას, ფინანსური ნაკადების დროულ ბრუნვას;

3. საბაზრო გაძღოლის მეთოდს ახასიათებს ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზებული ხასიათი, საბაზრო კონიუნქტურის გააქტიურება სამედიცინო სფეროში, სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სამინისტროს გავლენის შესუსტება ჯანდაცვაზე, მსხვილი ჯანდაცვითი კორპორაციების წარმოშობა და განვითარება.

მნიშვნელოვანია იმის წარმოდგენა, რომ ჯანდაცვის ბაზარი არ შეიძლება დაემსგავსოს ჩვეულებრივი მომსახურების სფეროს ბაზარს (ან ბაზრებს), რომელსაც კარგად იცნობს ეკონომიკური მეცნიერება და მისი მიმართულებები. ჯანდაცვის ეკონომიკა აანალიზებს რა ჯანდაცვის და სხვა სფეროების ბაზრებს, გამოყოფს მთავარ განსხვავებას.

ჯანდაცვის ბაზარი სხვა ბაზრებისაგან განსხვავებით შედგება იმ იურიდიულ და კერძო პირებისაგან, რომელთაც არა მარტო სურვილი აქვთ სამედიცინო ხარისხის მომსახურების შეთავაზებისა, არამედ მკაცრად განსაზღვრული განათლების საფუძველზე ისინი ლიცენზირებულ, სერტიფიცირებულ, ე.ი. ბაზრის აღიარებულ წევრებს წარმოადგენენ, რომელთა სამედიცინო პრაქტიკის ოდენობა მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს მომსახურების ხარისხს.

ნებისმიერი წყობის სახელმწიფოსათვის მთავარ ამოცანას უკეთეს პერიოდში ჯანდაცვსი ეფექტიანობის ზრდა, ხოლო უარეს პერიოდში ჯანდაცვის ბაზრის შენარჩუნება და ამ სფეროში შავი ბაზრის დათრგუნვა წარმოადგენს.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა დღეს „პროგრამული გაძღოლის მეთოდით" იმართება, რაც სფეროში გატარებული რეფორმების ძირთად მონაპოვრად შეიძლება ჩაითვალოს. ბოლო პერიოდში საბიუჯეტო კრიზისიდან გამომდინარე, „პროგრამული გაძღოლის მეთოდი" პრობლემებს აწყდება.

„პროგრამული გაძღოლის მეთოდი" შემცირებული დაფინანსებით ვერ გამოხატავს თავის ინსტიტუციონალურ უპირატესობას გაძღოლის სხვა ზემოხსენებულ მეთოდებზე (ამ უპირატესობას უდაოდ ექნებოდა ადგილი დაფინანსების სრული მოცულობით შესრულების შემთხვევაში). თანხების უკმარისობა ჩვეულებრივ წარმოშობს შავ ბაზარს. პირდაპირი გარიგება ექიმსა და პაციენტს შორის აზიანებს ჯანდაცვის სისტემას.

„პროგრამული გაძღოლის" — პროგარმული დაუფინანსებლობის პროდუქტს არაოფიციალური „შავი ბაზრის" ფორმირება მხოლოდ იმ შემთხვევაში წარმოადგენს, როცა პაციენტის გადამხდელუნარიანი მოთხოვნა ხვდება მკურნალი ექიმის ან საავადმყოფოს მოთხოვნას შრომის ანაზღაურების შესახებ. ექიმთა კოლექტივის ამგვარი მოთხოვნა, მხოლოდ იმ რეგიონებში შეიძლება დაკმაყოფილდეს, სადაც მოსახლის შემოსავალი სიღარიბის ზღვარს აღემატება. ამ მხრივ მდგომარეობა ურთულესია სოციალურად ურთულეს რეგიონში - სვანეთში, კერძოდ, მესტიის რაიონში, სადაც ისეთი დრამატული მოვლენები, როგორიცაა უმუშევრობა, მცირე მიწიანობა, საოჯახო მეურნეობის განუვითარებლობა, საბაზრო ეკონომიკის ფაქტიური განუხორციებლობა (რაც პირველ რიგში მოსახლეობის უმდაბლეს მსყიდველობითუნარიანობაში და რაიონული ბაზრის არარსებობაში გამოიხატება), დემოდრაფიული კრიზისი და სხვა ერთმანეთზეა გადაჭდობილი.

ამ ურთულესი მდგომარეობიდან გამოსავალის ძიებაში გამოყენებული უნდა იქნეს ჯანდაცვის ეკონომიკის აპრობილებული ფორმები და მეთოდები. რაც მთავარია უნდა შეირჩეს რეგიონალურ დონეზე ჯანდაცვის გაძღოლის (მართვის) მაქსიმალურად ოპტიმალური მეთოდი ეკონომიკური ინსტრუმენტებით. რადგანაც „პროგრამული გაძღოლის მეთოდი" გამომდინარე ქვეყნის მძიმე მაკროეკონომიკური მდგომა-

რეობიდან დღეს სირთულეებს განიცდის. განვიხილოთ დანარჩენი მეთოდები.

„საბაზრო გაძღოლის (ანუ მართვის) მეთოდი“ საბაზრო კონიუნქტურის განვითარების ხარისხზეა დამოკიდებული. იგი დამახასიათებელია განვითარებული კაპიტალისტური ქვეყნებისათვის, რომელთა კლასიკურ მაგალითს აშშ წარმოადგენს. ამ მიმართულების უპირატესობის საკითხი დღეს ევროპელი ეკონომისტების განხილვის საგანს წარმოადგენს. აშშ-ში გავრცელებული **HMO** (ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაცია) და **Managed Care** (მართვადი მედიცინის) ორგანიზაციები გიგანტური კორპორაციებია, რომელთა მაგალითი ნამდვილად ვერ დაგვეხმარება ჩვენი პრობლემების გადაწყვეტაში.

„გლობალური გაძღოლის მეთოდი“. უნებურად გვებადება კითხვა, ხომ არ არის ეს უკანდახევა რეფორმებისაგან „სემაშკოს სისტემისაკენ“. არა და არა. „გლობალური გაძღოლის მეთოდს“ რეგიონალურ დონეზე გამოიყენებდნენ და ეხლაც მიმართავენ ისეთი ქვეყნები, როგორიცაა შვეცია, დიდი ბრიტანეთი (კუნძულებზე), თურქეთი (მთიან ზონებში), საფრანგეთი და ესპანეთი (ბასკეთსა და გასკონში). საერთოდ შეიძლება ითქვას, რომ ყველაზე ეფექტური ჯანდაცვითი პოლიტიკა „რეალობაზე აგებული პოლიტიკაა.“ „გლობალური გაძღოლის მეთოდი“ განსაკუთრებით ეფექტურია ექსტრემალურ, სიცოცხლისათვის მძიმე ზონებში, ანუ იქ სადაც ბუნებრივი პირობებიდან გამომდინარე საბაზრო ეკონომიკა სრულად ვერ იჩენს თავს, ან იგი ხალხის გამდიდრების წინაპირობას ვერ ასრულებს, ამ მეთოდს მიმართავენ დახმარებისათვის.

გლობალური გაძღოლის ინსტრუმენტრები:

ა) სახელმწიფოსთან შეთანხმებული ფასები;

ბ) საავადმყოფოთა დაგეგმვა (საწოლები, ექიმები, ექთნები);

გ) გლობალური ბიუჯეტი.

ეს ის საკითხებია, რომელთა სწორი, რეალური ტექნიკურ-ეკონომიკური დასაბუთება და დაგეგმვა მესტიის რაიონში საშუალებას მოგვცემს თავიდან ავიცილოთ გაცილებით უფრო მეტი ხარჯი მომავალში და ამავე დროს შევინარჩუნოთ და ეფექტურად განვავითაროთ სამედიცინო საქმიანობა ამ რეგიონში.

ჯანმრთელობის დაცვის ალტერნატიული მოდელი.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას ორი მხარე გააჩნია. პირველი მხარე ამ სისტემის ოფიციალურ სახეს წარმოადგენს და იგი მთლიანად სახელმწიფოზეა ორიენტირებული. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები, ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებები, ლიცენზიები და ატესტაციები ჯანდაცვის სისტემაში არსებული რეგულირებადი ფასები (რომელიც ნაკლებად ასახავს რეალობას) სახელმწიფო პოლიტიკის ინსტრუმენტებს წარმოადგენს ჯანდაცვაში. მეორე მხარე - ჯანდაცვის სისტემის არაოფიციალურ მხარეს, ჩრდილოვან ფინანსურ ნაკადებს ასახავს, რომლის ოდენობა რამდენიმე ასეული მილიონი ლარის ოდენობით თუ განისაზღვრება. ჯანდაცვის სისტემის ჩრდილოვანი ნაკადის თუნდაც 50% რომ გავაოფიციალუროთ, ქვეყნის ბიუჯეტი პროფიციტური გახდება (არის ასეთი აზრი და იგი შესწავლას საჭიროებს).

ზემოთ ჩამოთვლილი ჯანდაცვის სისტემის მხარეები ერთმანეთზე გავლენას რომ ახდენენ, ეს აშკარაა. მაკროეკონომიკური პრობლემებისა და ბიუროკრატიულ მარწუხებში მძევლად მყოფი ჯანდაცვა - ეძებს დამფინანსებელს და როცა მას სახელმწიფო აღარ ეხმარება, ჩრდილოვან ბაზრებს ქმნის, რაც ეკონომიკის თვალსაზრისით სრულად გასაგებია. ჯანდაცვის სამინისტროს დირექტივების მიხედვით ქირურგს, რომელიც ოპერაციას აკეთებს, ოფიციალური შემოტანილი თანხის (ან დაზღვევის მიერ გადმორიცხული თანხის) 1/6-დან 1/10-მდე ნაწილი შეხვდება. სწორედ ამიტომ იგი „შავ ფულს“ აძლევს უპირატესობას და სადაზღვევო პოლისს აგდებით უყურებს.

გაუგებარია სხვა რამ, რატომ აიძულებს თავისი არასწორი ნაბიჯებით სახელმწიფო და ჯანდაცვის სამინისტრო ექიმს, სამედიცინო პერსონალსა და სამედიცინო დაწესებულებას მოიპაროს. იმიტომ ხომ არა, რომ შემდეგ თავად გაუადვილდეს ამ „კორუმპირებულებთან“ შებრძოლება. როგორც ჩანს, „კორუმპირებული ჩინოვნიკები უფრო მომგებიანი არიან სისტემისთვის ამ მოდელით, ვიდრე პატიოსანი კადრები. იგივე მოდელით მოქმედებს სამინისტრო, რომელიც გაუაზრებელი რეგულირებადი ფასებით ექიმთა ატესტაციითა და სხვა ლიცენზიებით აკაბალებს მთელი სამედიცინო მომსახურების ბაზარს.

თანამედროვეობის დიდი ეკონომისტი მილტონ ფრიდმანი, რომელსაც მსოფლიოს პრეზიდენტები რჩევას ეკითხებიან, ჯანდაცვის საკითხსაც შეეხო[3]. „რატომ უნდა ჰქონდეს, რომელიმე სახელმწიფო უწყებას ექიმის დაშვების ან არდაშვების უფლება“ - ამბობს მილტონ ფრიდმანი და დასძენს: „ლიცენზიები ქმნის დამატებით მონოპოლიებს ბაზარზე.“ დიდი ეკონომისტის სიტყვები, ნათქვამი ჯანდაცვის სფეროს მიმართ, განსაკუთრებით საყურადღებოა დღეს საქართველოში, სადაც მოსახლეობა გაურკვეველ ვითარებაში იმყოფება. სიცოცხლის ხანგძლივობის საშუალო მაჩვენებლისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდა სწორედ ამაზე მეტყველებს. სახელმწიფო

[3] „შპიგელი“ №41, 2000 წელი

სამედიცინო პროგრამები წყვეტენ ან ალამაზებენ საბაზისო - სასიცოცხლო მოთხოვნებს. სადაზღვევო მედიცინა ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების სტადიაშია. რაც მთავარია არ არის სახელმწიფო კეთილი ნება ამ პრობლემების მოწესრიგებისა, რაც პირველ რიგში ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მექანიზმების გაძლიერებაში მდგომარეობს.

სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების პარალელურად ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული ბაზარი უნდა გახდეს სამედიცინო ბაზრის გაძლიერების დამატებითი ძრავი. პროგრამა ჯანდაცვის ალტერნატიული დაფინანსების მექანიზმების დასანერგად ეყრდნობა მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის გამოცდილებას, კერძოდ, დაფინანსების ისეთ აპრობორებულ და გამოცდილ სისტემებს როგორიცაა:

- ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები (Mutual Health Fund);
- ლოკალური ჯანდაცვითი ფონდები (Local Health Care Plan);
- ექიმთა და პაციენტთა ასოციაციები;
- მართვადი მედიცინის კომპანიები;
- უმწეოთა ჰოსპიტალები.

ჯანდაცვის დაფინანსების ყველა ეს ფორმა, კარგადაა ცნობილი განვითარებულ ქვეყნებში. ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანდაცვის სფეროში. მათი იურიდიული სტატუსი მკაცრად განსაზღვრულია კანონმდებლობით. საბაზრო ეკონომიკის ობიექტური კანონებიდან გამომდინარე ჯანდაცვის დაფინანსების ფორმების მრავალფეროვნება და არსებული კონკურენცია დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებაზე ერთი მხრივ და ჯანდაცვის ტარიფების შემცირებაზე მეორე მხრივ.

იმისათვის, რომ გავიგოთ თუ „რა ღირს“ ქვეყანაში არსებული სამედიცინო მომსახურება და მთელი ჯანდაცვითი სისტემა, აუცილებელია სახელმწიფოსა და სამინისტროების დონეზე ხელი შევუწყოთ ალტერნატიული ჯანდაცვითი ფორმების განვითარებას და სრულყოფას. ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული სისტემების დანერგვის პროგრამა შემდეგ სტრატეგიას ითვალისწინებს:

- ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული არასახელმწიფო სისტემების ეკონომიკური დასაბუთება;
- ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული სისტემების იურიდიული ბაზისის შექმნა;
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული სისტემის დაფუძნებისა და ხელშეწყობისათვის მენეჯერთა ჯგუფის შექნა;
- პროგრამის მენეჯმენტის ჩამოყალიბება;
- პროგრამის განხორციელების განსაკუთრებით ხელსაყრელი გარემოსა და სუბიექტების გამოვლენა;
- პროგრამის განხორციელება.

პროგრამაში არ შეიძლება გათვალისწინებული არ იყოს ის უაღრესად დიდი როლი, რაც ამგვარ პროცესებში სახელმწიფოს გააჩნია. სახელმწიფოს ნება, გამოხატული საყოველთაო ვალდებულებითი ნორმის სახით, ყოველთვის გვევლინება „ძრავად“ ახალი სისტემების დანერგვისას. გავიხსენოთ თუნდაც ბისმარკის 1871 წლის „საყოველთაო დაზღვევის აქტი“, ბევერიჯის ჯანდაცვითი მოდელის დასაწყისი 1945 წელს, სემაშკოს სქემის წარმატება და ა.შ.

რას წარმოადგენენ ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული სისტემები

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები.

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები მრავალ ქვეყანაში არსებობს. 1850 წელს საფრანგეთში პირველად იქნა მიღებული კანონი ურთიერთდახმარების ფონდის შესახებ. აღნიშნული ფონდები მთელ რიგ ქვეყნებში, არამომგებიანი კერძო ორგანიზაციებია. ისინი ხშირად იქმნება პროფესიული ან რეგიონალური ნიშნის მიხედვით. გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, მიუხედავად სამედიცინო დაზღვევის სიძლიერისა, ურთიერთდახმარების სალაროებში ან ფონდებში მოქალაქეების დიდი ნაწილია გაერთიანებული (12 მლნ. კაცი). მთელ რიგ განვითარებად და გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში ევროპელი ექსპერტები სწორედ ამგვარი ფონდების დაარსებას უწყობენ ხელს. გერმანელმა მეცნიერებმა ჰანოვერის უნივერსიტეტიდან - გრაფ ფონ დერ შულენბურგმა და ვოლფგანგ გრაინერმა - აფრიკის ერთ-ერთ ულარიბეს სახელმწიფოში უგანდას ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიულ სისტემებზე დაფუძნებული სწორედ ეს მოდელი დანერგეს, რომელიც მალე ამ ტიპის სისტემებისათვის სამაგალითო გახდა.

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები, ფუძნდებიან არასამთავრობო და არამომგებიანი ორგანიზაციების სახით, უპირატესად ქალაქებში. კანონმდებლობით უნდა დადგინდეს არა მარტო ფონდების სტრუქტურა და საქმიანობის ძირითადი მიმართულებები, არამედ თანხების განაწილების პრინციპი და ფორმები, რაც ფონდის წევრისათვის (ე.ი. იმისათვის ვინც საწევროს იხდის) საჭირო სამედიცინო დახმარებისათვის აუცილებელი თანხის გაცემას გულისხმობს. ამგვარი ტიპის ფონდებს სადაზღვევო ორგანიზაციებისაგან განსხვავებით, არ ეძლევათ კომერციული საქმიანობის, ფულის საქმეში დაბანდების უფლება. ფონდის შიდა ბუღალტერია ასახავს ორ ოპერაციას: საწევროების მიღებას და საჭიროების მიხედვით თანხის გაცემას ფონდის წევრის სამკურნალოდ.

ის ნოზოლოგია რისთვისაც ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდი ვალდებულია თავის წევრს დაეხმაროს, წინასწარ არის კონტრაქტში წარმოდგენილი. წინააღმდეგ შემთხვევაში ფონდი უფლებამოსილია ამგვარი თხოვნა არ დააკმაყოფილოს. შესაბამისად, იქმნება ამგვარი ურთიერთდახმარების ფონდები, ამასთან სრულიად მოიცავს შესაძლებელი დაავადებების მკურნალობის დაფინანსების სპექტრს.

ურთიერთდახმარების ფონდებს, სადაზღვევო ფირმასთან შედარებით, გარკვეული უპირატესობები გააჩნიათ: ა) ადვილი კონტროლირებადობა, მარტივი ბუღალტერია, და შესაბამისად ფულის ფონდის გარეთ გასვლა კანონით დაუყოვნებლივ უნდა ისჯებოდეს; ბ) ფონდის არამომგებიანი ხასიათი; გ) მმართველობითი ხარჯების ლიმიტის არსებობა.

ურთიერდახმარების ფონდებში შესატანი საწევროს ოდენობას თვით ფონდი ადგენს, ეს მისი კოკნკურენტულობის ბერკეტია.

ურთიერთდახმარების ფონდი შექმნისთანავე პრესაში აქვეყნებს მისი წევრების მკურნალობის დაფინანსების ოდენობას, ნოზოლოგიების ზუსტ ჩამონათვალს და შესატანი საწევრო თანხის მოცულობას. დაფინანსების სტანდარტული სქემა კი ხშირად ასეთია: ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდი ახალ წევრს იმავე წლის სამედიცინო შემთხვევაზე უნაზღაურებს მკურნალობის ღირებულებას წინასწარ სხვადასხვა ნოზოლოგიებზე - ვთქვათ რკინიგზის მუშაკთა ურთიერთდახმარების ფონდი №1 აკმაყოფილებს 10 დასახელების ნოზოლოგიაზე წევრთა მოთხოვნას, ხოლო ქალაქის ურთიერთდახმარების ფონდი აკმაყოფილებს ასევე წევრთა მოთხოვნას ნოზოლოგიების უფრო ფართო სპექტრზე, შესაბამისად რკინიგზის მუშაკს შეუძლია ორივე ფონდში გაწევრიანდეს და დადგენილი სტანდარტით (ან სტანდარტის გარეშე) წლიური საწევროს თანხის 500%-ის ოდენობით მიიღოს. ამასთან, ფონდმა უნდა წაახალისოს ხარჯვითი ნაწილის შემცირება პაციენტებში, ამისათვის იგი იმ წევრებს, რომელთაც ოთხი წლის განმავლობაში ნაკლებად „შეაწუხეს" ფონდი, მეხუთე წელს ურიგებენ ახალ, „ნამდვილი წევრის მოწმობებს."

პაციენტი უნდა მიისწრაფოდეს ფონდის „ნამდვილი წევრობისაკენ", რადგანაც აქ მას სამკურნალო ნოზოლოგიების რაოდენობაც ემატება და პროფილაქტიკური თუ გამაჯანსაღებელი მკურნალობაც ენიშნება. რამოდენიმე წლის შემდეგ „ნამდვილი წევრი" გარკვეული პირობების (ეს პირობები ფონდის მესვეურებმა უნდა მოიფიქრონ) შესრულების შემდეგ, მიიღებს დამატებით შეღავათებს და ა.შ.

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდების მენეჯმენტი დიდ ყურადღებას უნდა უთმობდეს წევრთა წახალისებებს საფეხურებრივი პრინციპით, რომელიც ხშირად ამგვარი ფონდების „ძრავის" ფუნქციას ასრულებს.

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდების მიზანი წევრთა შენატანების საფუძველზე ფინანსური რისკების შემცირებაა. ამავე დროს ამგვარი ორგანიზაციები ურთიერთკონკურენციაში უნდა იყვნენ ჩართული, რაც შესაძლოა კანონის მეშვეობით იქნეს წახალისებული, ერთ ფონდში წევრთა რაოდენიბის ზედა ლიმიტის შემოღებით.

ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდების ორგანიზაცია.

ამ ტიპის ფონდების დაარსება შესაძლებელია პროფესიული, რეგიონალური და ნოზოლოგიური ნიშნის მიხედვით. პროფესიული და რეგიონალური ურთიერთდახმარების ფონდები შესაძლებელია შეიქმნეს ქალაქის მუნიციპალიტეტთან, შესაბამისი დარგის სამინისტროსთან. ნოზოლოგიური ხასიათის ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები შესაძლებელია ჩამოყალიბდენ ვიწრო სპეციალიზაციის მქონე კლინიკასთან, ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრთან და რომელიმე კომპეტენტურ ორგანოზაციასთან. ამ ორგანიზაციის იურიდიული სტატუსი უნდა იყოს არამომგებიანი, არასახელმწიფო, ფონდი. ურთიერთდახმარების ჯანდაცვით ფონდებს კანონი განუსაზღვრავს მმართველობითი აპარატის ოდენობას და მათი ხელფასების ლიმიტს. ფონდის საქმიანობის მთავარი პრინციპი გამჭვირვალობაა. ფონდს კატეგორიულად კანონით უნდა ეკრძალებოდეს ნებისმიერი კომერციული საქმიანობა, გამოწვეული თუნდაც ინფლაციის საშიშროებით.

ლოკალური ჯანდაცვის გეგმა.

პაციენტების მხრიდან რეგიონალური სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო გეგმის წინასწარ განხილვას და შემდგომ ამ გეგმაში მონაწილეობის პრინციპს განეკუთვნება. რას წარმოადგენს საავადმყოფოს ან პოლიკლინიკის გეგმა? დასავლეთის ქვეყნებში ეს არის იმ სამედიცინო მომსახურების სახეობა, რომლის გაწევა ადგილზე შეუძლია ამ ორგანიზაციას. იმ მოქალაქეებისათვის, რომლებიც გეგმაში გაწევრიანდებიან. საავადმყოფო რა თქმა უნდა წარმოადგენს:

1. სპეციალურ შეთავაზებებს, განსაკუთრებულ, მაგრამ რეალურად მიღწევად მომსახურებას. კონტრაქტით დამტკიცებულ პირობებსა და ნორმებს;
2. წევრთათვის დაბალ ფასს, ხოლო არაწევრთათვის შესაბამისად გაძვირებულ მომსახურებას;
3. სამედიცინო პრევენციულ მომსახურებას.
4. საინფორმაციო მომსახურებას და სხვა.

საწევრო თანხის სისტემატიური შემოტანის შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება სამკურნალო ხარჯებს უმცირებს პაციენტს, ან ათავისუფლებს მისგან.

საკითხი, იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იქნეს

გათვლილი საწევრო გადასახადის მოცულობა, სადაზღვევო მათემატიკის პრინციპებს განეკუთვნება და მას აქ არ განვიხილავთ.[4]

ექიმთა და პაციენტთა ასოციაციები.

ექიმთა და პაციენტთა ასოცირებულ ურთიერთობას ხანგრძლივი ისტორია გააჩნია. პაციენტები ან ჩვეულებრივი მოქალაქენი მიუხედავად სადაზღვევო სისტემის განვითარების მაჩვენებლებისა უნდა გაერთიანდნენ ამ ტიპის ასოციაციებში, გამომდინარე მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან. ექიმთა და პაციენტთა ასოციაციები მათ წევრებს უზრუნველყოფს: 1. უფასო სამედიცინო უზრუნველყოფით; 2. საინფორმაციო მომსახურებით; 3. მუდმივი კავშირით.

ამ ასოციაციის წევრი შეიძლება გაწევრიანებული იყოს სხვა ზემოთ ჩამოთვლილი ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიულ სისტემებში.

ჰოსპიტალი.

ეს არის არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელსაც გააჩნია სპეციფიკური მენეჯმენტი და სტრუქტურა. ჰოსპიტალი არის ორგანიზაცია, რომელიც არ იღებს ანაზღაურებას პაციენტისაგან არამედ, მთლიანად თავის ბიუჯეტს აყალიბებს შემოწირულობებით, როგორც სამთავრობო, ისე არასამთავრობო წრეებიდან. ჰოსპიტალის სტატუსის მქონე ორგანიზაციას აფინანსებენ მსოფლიო ორგანიზაციები და აკონტროლებენ მის ქმედითუნარიანობას.

მართვადი მედიცინის კომპანიები (**managed care).**

სამედიცინო და სადაზღვევო სისტემების ისეთ შერწყმას წარმოადგენს, სადაც სპეციფიკურ მენეჯმენტს გადამწყვეტი მნიშვნელობა გააჩნია. სხვა სადაზღვევო სქემებისაგან განსხვავებით, მართვადი მედიცინის კომპანიაში სადაზღვევო და სამედიცინო სფეროები ერთ ორგანიზაციაში, ერთად არიან წარმოდგენილი. ისინი ერთი სხეულის ორ ხელს: მარჯვენას და მარცხენას წარმოადგენენ.

მართვადი მედიცინის კომპანიის ისტორია.

იდეა მართვადი მედიცინის შესახებ არაა ახალი. 30-ან წლებში აშშ-ში მომქმედი სოციალური დაცვის პროგრამები ჩიხში მოექცა. ამ პერიოდისათვის კალიფორნიაში პირველი ე.წ. „წინასწარი გადახდის" ჯგუფი შეიქმნა. ამ საქმეს კაიზერ პერმანენტი ედგა სათავეში. 70-იან წლებში არსებულმა მოდელმა დიდ აღიარებას მიაღწია.

განვითარდა ჯანდაცვის პროდუქტში წინასწარი გადახდის სისტემა - prepaid health system. ამავე დროს, შეიქმნა ექიმთა გაერთიანებეი, რომლებიც გაზეთებში აქვეყნებდნენ მათი სამედიცინო მომსახურების ფასებს წინასწარი თანხობრივი მხარდაჭერის შემთხვევაში. თუ საქმის დასაწყისში 30 მართვადი მედიცინის კომპანია არსებობდა,

	ჩვეულებრივი დაზღვევა	მართვადი მედიცინა managed care
დაფინანსება	ერთჯერადი სამედიცინო ქმედების დაფინანსება	მრავალჯერადი, გამსხვილებული „საბითუმო" ფასების მიხედვით დაფინანსება
უპირატესობა	ექიმის, საავადმყოფოს თავისუფალი არჩევის შესაძლებლობა	ფასების კონტროლი, კლინიკური სტანდარტების გაუმჯობესება; პრევენციულ მედიცინაში ფულის ჩადება თვით მართვადი კომპანიის მხრიდან მორალური რისკის შემცირება; მართვადი მედიცინის ვიწრო სპეციალიზირება მედიცინაზე;
ნაკლი	მორალური რისკის არსებობა, დაზღვევის ვიწრო სამედიცინო სპეციალიზაციის არარსებობა; მზარდი ფასები;	ექიმთა და საავადმყოფოთა თავისუფალი არსებობის შესაძლებლობა

[4] „დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები" კ. ჯაყელი, გამომცემლობა „მეცნიერება", თბილისი, 1999 წელი

დღეს მათი რიცხვი 1500-ს აღემატება.

80-იანი წლების დასაწყისში აშშ-ს დასაქმებულთა 90% ჩვეულებრივ სოციალურ დაზღვევაში იყო გაერთიანებული, რომელიც თავის წევრებს ავადმყოფობის შემთხვევაში ექიმისა და საავადმყოფოს თავისუფალი არჩევის საშუალებას აძლევდა. ამიტომაც, ექიმები ხშირად უსაფუძვლოდ ზრდიდნენ სამკურნალო ღირებულებებს და დაზღვევას სულ უფრო და უფრო მზარდ ანგარიშ-ფაქტურებს უგზავნიდნენ. ღარიბი მოსახლეობა გაერთიანებული მედიქაიდის, ხოლო 65 წელს გადაცილებულნი მედიქეარ პროგრამებში, ასვე დიდ სამედიცინო ხარჯებს აკისრებდნენ სახელმწიფოს.

დღეს მართვადი მედიცინის კომპანიას ევროპელი ეკონომისტებიც აკვირდებიან. არის აზრი, რომ ეს სისტემა ევროპაშიც მალე დაიმკვიდრებს ადგილს და ჩვეულებრივი ჯანმრთელობის დაზღვევა მართვადი მედიცინის კომპანიის ფორმას და მენეჯმენტის სტილს განავითარებს. მართვადი მედიცინის კომპანია დაფინანსების მარტივ მეთოდს შეიცავს. იგი თავიდანვე არა საცალო, არამედ საბითუმო ფასზეა გათვლილი. 90-იან წლებში ფირმები და ორგანიზაციები, რომლებიც სადაზღვევო პრემიის ნახევარს იხდიდნენ, მართვადი მედიცინის კომპანიას აკუთვნებდნენ უპირატესობას, მისი სიიაფის გამო.

განმარტებები: 1. დასაქმებულნი ახდენენ შენატანებს განსაზღვრული ტარიფით; 2. დასაქმებულნი ახდენენ მართვადი მედიცინის კომპანიაში შენატანებს; 3. დამქირავებელი ახდენს მათი პერსონალისათვის სამედიცინო პრემიების შეტანას მართვად მედიცინის კომპანიაში; 4-5. სოფლის მოსახლეობა ახდენს საწევროს შეტანას ერთ-ერთ რომელიმე სტრუქტურაში; 6. უმწეოთათვის იურიდიული სტატუსით არსებობს ჰოსპიტალი, რაც მათთვის თანხის გადახდას არ მოითხოვს; 7. დაფინანსება მსოფლიო საქველმოქმედო ორგანიზაციების მხრიდან.

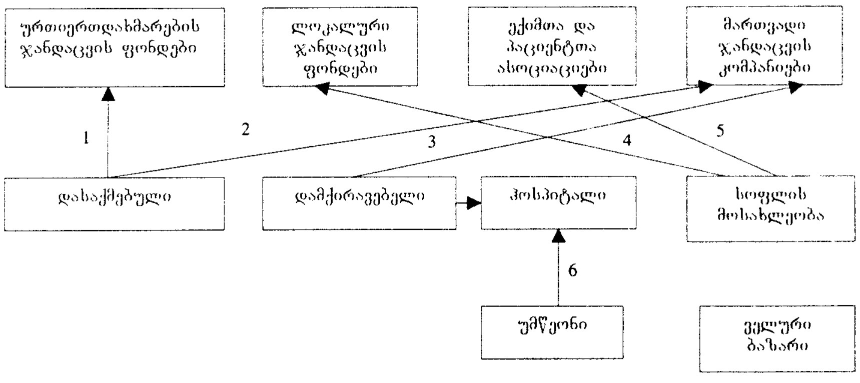
პროცესის მენეჯმენტი.

საქართველოში არსებული მაკროეკონომიკური სიტუაცია და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ნაწილობრივი დაფინანსება დიდ სირთულეებს უქმნის ერთი მხრივ სახელმწიფოს, რადგანაც მას არ შეუძლია შეასრულოს თავისი დაპირებები, ხოლო მეორე მხრივ უარეს მდგომარეობაში აგდებს პაციენტებს, რომლებიც დახმარებას ელიან. ამ ვითარებაში ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი ალტერნატიული მოდელის დანერგვა არა მარტო საჭიროა, არამედ თითქმის აუცილებელიცაა.

ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მოდელის განხილვისას არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ სამთავრობო ინიციატივები, სახელმწიფო სამედიცინო და სოციალური პროგრამები არ უნდა იქნეს დაკვირვების არედან გამორჩენილი. პირიქით, ეს პროგრამები უნდა განიხილებოდეს, არსებული რეალობიდან გამომდინარე და მათ სწორად დაგეგმვასა და რეალიზაციას ჯეროვანი ადგილი უნდა დაეთმოს.

ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მოდელი სახელმწიფო ინიციატივების პარალელურად მომქმედ სისტემას წარმოადგენს. ამ სისტემის შემადგენელი ნაწილები აპრობირებულია საქართველოს თანამედროვე პირობების მქონე სხვა ქვეყნებში. რაც მთავარია სისტემას წარმატებით უმუშავია იქ სადაც ეკონომიკური

ჯანდაცვის დაფინასების ალტერნატიული სისტემა



მაჩვენებლები ჩვენი ქვეყნის მაჩვენებლებზე დაბალი გახლდათ.

საქართველოში შეიმჩნევა ჯერ კიდევ ძველი დამოკიდებულება სამედიცინო კოლექტივების მიმართ. უნდა გვახსოვდეს, რომ სამედიცინო ჯგუფები დაფინანსების გარეშე ვერ დასძლევენ მათ წინაშე მდგარ პრობლემებს, რაც მთავარია, ვერ მოახერხებენ პაციენტების წარმატებით მკურნალობას.

საკაცობრიო გამოცდილებამ ჯერ ვერ აღმოაჩინა სადაზღვევო სისტემაზე უფრო ეფექტური მექანიზმი ჯანდაცვის პროცესების დასაფინანსებლად. აქედან გამომდინარე, ერის, მოქალაქეების სადაზღვევო კულტურას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. სადაზღვევო კულტურის სიმცირე ის პრობლემაა, რომელიც ხელს გვიშლის სამედიცინო პროცესების განვითარებისას.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიულ მოდელში, მთავარი აქცენტი მარტივ სადაზრვევო სქემებზეა გაკეთებული. ერთადერთ რთულ სადაზღვევო სქემას ჩვენს მოდელში მართვადი მედიცინის კომპანია **managed care** წარმოადგენს, მაგრამ ამ სქემას აუცილებლად მიიჩნევენ ჯანდაცვის ეკონომისტები საქალაქო აგლომერაციებისათვის და შემოსავლის მქონე დასაქმებული პირებისათვის. მიუხედავად ამისა, მოდელის სხვა შემადგენელი ნაწილები - ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდები, ლოკალური ჯანდაცვითი გეგმები, ექიმთა და პაციენტთა ასოციაციები და ჰოსპიტლები, მიზანშეწონილების პრინციპებიდან გამომდინარე, უნდა დაინერგოს. მართალია ფუნდამენტური შეზღუდვები ამ საკითხში არ გვაქვს, მაგრამ ურთიერთდახმარების ჯანდაცვითი ფონდების დაარსება უფრო ქალაქში სჯობს. სათემო საზოგადოებისათვის და რეგულარული მუშაობის არამქონეთათვის ლოკალური ჯანდაცვითი გეგმების დაფუძნება სჯობს.

ექიმთა და პაციენტთა ასოციაციები ნებისმიერ ადგილას შეიძლება შეიქმნას. რაც შეეხება ჰოსპიტალს, ამ საკითხს ფრთხილი და გააზრებული მიდგომა სჭირდება. სწორი მენეჯმენტის გარეშე ჰოსპიტალი ჩვეულებრივ საავადმყოფოს შეიძლება დაემსგავსოს. ამიტომაც, ჰოსპიტალის დასაარსებლად შესაბამისი მენეჯმენტის სრული დაცვაა საჭირო.

გამომდინარე ქვეყნის მწვავე ეკონომიკური პრობლემებიდან ნათელია, რომ საქართველოს სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას იმ ფორმით, როგორც ეს ჩინოვნიკებს სურთ ვერ გასწვდება. სუსტი ადმინისტრაციული რესურსებითა, სახელმწიფოს გახვრეტილი ჯიბით და გაგებით „რასაც წაართმევ შენია“ ბოლო წლების განმავლობაში მართული ქვეყანა ნელ-ნელა, მაგრამ ჯიუტად უახლოვდება ზღვარს, რომლის იქით „ყოფნა არყოფნაა“. კორუბციის ზღვარი სულ უფრო მეტ მილიონებს სტაცებს სახელმწიფოს. მშპ ჩრდილოვან სექტორში უფრო სწორად იზრდება ვიდრე ოფიციალურ ბრუნვაში. იქმნება შთაბეჭდილება, რომ სახელმწიფო თავისივე ჩრდილს ებრძვის.

ჯანდაცვა ამ ჭიდილში ერთ-ერთი მტკივნეული სფეროა, რომელიც მრავალ სხვა სფეროს განსაზღვრავს და არეგულირებს. რაც მთავარია ჯანდაცვის ეკონომიკის, მენეჯმენტის საკითხები და ღრმა საერთაშორისო გამოცდილება ქმნის იმის საშუალებას, რომ 1995 წელს დაწყებული რეფორმა გაგრძელდეს, დაიხვეწოს და ხალხზე ორიენტირებული გახდეს, ვიდრე რომელიმე ეგზალტირებულ კასტაზე ან ჯგუფზე. მნიშვნელოვანია სამედიცინო ბაზრის ისეთი შესწავლა-გაანალიზება, რომელიც ჯანდაცვის მოთხოვნილებებსა და მიწოდებას უფრო ეფექტურად მიუახლოვებს ერთმანეთს და ფასებს დაარეგულირებს.

საქართველოს ჯანდაცვა მსგავსად ევროპის ქვეყნებისა, მრავალ პლასტიან სისტემას უნდა დაემსგავსოს, სადაც დაფინანსებული იქნება სადაზღვევო კომპანია, დახმარების სალარო, ფონდი, სახელმწიფო და ადამიანი. საავადმყოფოში უნდა დაინერგოს საკონტრაქტო პრინციპებზე აგებული მედიცინა, რომელსაც ჯანდაცვის იურისტები და ეკონომისტები გაუწევენ კურირებას. სამედიცინო დაზღვევა, როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მექანიზმი პოპულარიზაციასა და მხარდაჭერას მოითხოვს. ავადმყოფობის წინააღმდეგ დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდა უდაოდ განავითარებს სამედიცინო ბაზარს და აღჭურვავს მას ახალი ტექნოლოგიებით. ამ მხრივ სახელმწიფოსა და ჯანდაცვის სამინისტროს მართებთ თავიანთი დაპირებების გადასინჯვა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ოპტიმიზაცია, რათა მოქალაქე გაერკვეს საბოლოოდ თუ რა უნაზღაურდება მას სახელმწიფოს მხრიდან და რა არა. სწორად შეფასებული რისკი აუცილებლად მოძებნის მზღვეველს, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს სოციალური დაძაბულობის განმუხტვას და მის მიკროეკონომიკურ პროცესებად.

ცხრილი №2

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მიმდინარე პრივატიზაციის პროცესი 1995-97 წლებში

№	რაიონი	ობიექტთა ფასთა ჯამი (ლარებში)	ობიექტთა ოდენობა, რაზეც ფასია მითითებული	რივატიზებუ ობიექტთა რაოდენობა	№	რაიონი	ობიექტთა ფასების ჯამი (ლარებში)	ობიექტთა ოდენობა, რაზეც ფასია მითითებული	პრივატიზებულ ობიექტთა რაოდენობა
1995 წელი					44	ზესტაფონი	4 767 258	14	14
1	აბაშა	18 925	5	5	45	ზუგდიდი	14 109	8	8
2	ადიგენი	3 205 834	4	4		**სულ**	**17 354 194**	**241**	**323**
3	ასპინძა	–	–	1	1996 წელი				
4	ახალციხე	4 482 347	4	4	1	აჭარა	882 245	33	33
5	ახმეტა	4 061 757	8	8	2	ახალციხე	–	–	1
6	ბაღდადი	12 365	8	8	3	ახალქალაქი	8 358	3	3
7	ბორჯომი	94 703	2	7	4	ახმეტა	196	2	2
8	ჩოხატაური	11 677	12	12	5	ბორჯომი	–	4	4
9	ჩხოროწყუ	–	–	5	6	ცაგერი	1 453	–	5
10	დედოფლისწყარო	3 998	8	8	7	დედოფლის-წყარო	–	–	2
11	დმანისი	8 573	1	1	8	დუშეთი	295	1	1
12	დუშეთი	12 143	3	3	9	გარდაბანი	3 400	2	2
13	ფოთი	113 664	6	6	10	ამბროლაური	–	–	2
14	გარდაბანი	40 219	4	4	11	გორი	533	5	5
15	გორი	30 208	9	9	12	კასპი	494	2	2
16	გურჯაანი	61 226	14	14	13	ლაგოდეხი	2 168	3	3
17	კასპი	15 419	3	3	14	ლენტეხი	693	1	3
18	ლაგოდეხი	7 999	4	4	15	მარნეული	–	–	1
19	ლანჩხუთი	7 709	1	9	16	მცხეთა	8 463	1	1
20	მცხეთა	12 365	5	5	17	ოზურგეთი	112 836	2	2
21	ნინოწმინდა	976	1	1	18	ქარელი	893	1	1
22	ონი	1 234	1	1	19	რუსთავი	38 795	4	4
23	ოზურგეთი	–	–	21	20	საგარეჯო	2 444	2	8
24	ქარელი	1 097	3	4	21	თბილისი	86 554	14	46
25	რუსთავი	37 058	7	7	22	თელავი	7 904	1	1
26	სამტრედია	16 300	14	14	23	თეთრიწყარო	28 957	3	3
27	საჩხერე	5 689	1	1	24	ტყიბული	672	2	2
28	თბილისი	–	–	29	25	ვანი	3 977	2	3
29	სენაკი	22 778	8	8	26	წყალტუბო	45 347	2	2
30	სიღნაღი	54 304	16	16	27	ხარაგაული	3 801	1	1
31	თელავი	38 155	8	8	28	ხაშური	34 494	3	3
32	თერჯოლა	–	–	5	29	ზუგდიდი	14 314	6	20
33	თეთრიწყარო	19 478	5	5	30	ქუთაისი	–	–	22
34	თიანეთი	4 144	1	1		**სულ**	**1 289 286**	**100**	**188**
35	ვანი	68 574	9	9	1997 წელი				
36	წალენჯიხა	27 919	12	12	1	ბაღდადი	1 084	1	1
37	ჭიათურა	14 255	6	6	2	გურჯაანი	11 050	1	1
38	წყალტუბო	17 662	2	4	3	მარტვილი	9 628	10	10
39	ხარაგაული	5 585	6	6	4	ქარელი	13 995	5	5
40	ხაშური	16 437	5	5	5	თერჯოლა	8 875	1	1
41	ხობი	4 923	5	5	6	ჭიათურა	520	1	1
42	ხონი	–	–	3		**სულ**	**45 152**	**19**	**19**
43	ყვარელი	15 128	8	10		**ჯამი**	**18 688 632**	**360**	**530**

ცხრილი №3

ჯანმრთელობის დაცვის მთავარი ინდიკატორები

წელი	1994		1995		1997		1998	
ექიმთა რაოდენობა სპეციალობებში	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე
სომხეთი	13	35	13	34	13	34	13	34
აზერბაიჯანი	29	38	29	38	29	37	29	36
საქართველო	22	41	20	37	22	40	21	38
სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე
სომხეთი	32	85	31	83	27	70	25	68
აზერბაიჯანი	69	90	67	87	63	80	61	76
საქართველო	40	74	31	58	30	55	29	52
სამედიცინო დაწესებულებათა რაოდენიბა – სულ ქვეყნის მასშტაბით								
სომხეთი	185		183		178		179	
აზერბაიჯანი	773		768		759		746	
საქართველო	303		273		298		288	
საწოლების რაოდენობა	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე	ათასი	10 000 მაცხოვრებელზე
სომხეთი	29	78	29	76	26	67	25	66
აზერბაიჯანი	74	97	75	97	72	92	72	90
საქართველო	36	66	26	48	24	45	24	43
მოსახლეობის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დახმარებით უზრუნველმყოფი სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა – სულ ქვეყნის მასშტაბით								
სომხეთი	515		509		497		497	
აზერბაიჯანი	1767		1779		1694		1630	
საქართველო	1172		1088		1109		1009	
ქალთა საკონსულტაციო, ბავშვთა პოლიკლინიკების, დამოუკიდებელი ამბულატორიული კლინიკების რაოდენობა – სულ ქვეყნის მასშტაბით								
სომხეთი	269		263		350		366	
აზერბაიჯანი	966		943		891		890	
საქართველო	400		475		495		518	
ორსულთა და ახალშობილთა საწოლების რაოდენობა								
სომხეთი	3 000		3 000		2 000		2 000	
აზერბაიჯანი	8 000		8 000		8 000		8 000	
საქართველო	4 000		3 000		3 000		4 000	
ავადმყოფ ბავშვთა საწოლების რაოდენობა								
სომხეთი	4 000		4 000		3 000		3 000	
აზერბაიჯანი	13 000		13 000		13 000		12 000	
საქართველო	6 000		4 000		4 000		4 000	

ცხრილი №4

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის

1997 წელი	
პროგრამა	**თანხა/ლარი**
უმწეოთა სამედიცინო დახმარების სპეციალური პროგრამა	5 900 000
უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა	13 900 000
ფსიქიატრიული დახმარების ფედერალური პროგრამა	3 000 000
ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამა	3 500 000
ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა	3 000 000
სულ	**29 300 000**

1998 წელი	
პროგრამა	**თანხა/ლარი**
უმწეოთა სპეციალური დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	9 000 000
სამეანო დახმარების პროგრამა	7 000 000
2 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა	11 000 000
ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა	3 000 000
ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა	3 000 000
ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პროგრამა	3 000 000
ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა	1 500 000
ჰემოდიალიზის პროგრამა	400 000
ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების პროგრამა	500 000
სულ	**38 400 000**

1999 წელი	
პროგრამა	**თანხა/ლარი**
უმწეოთა სპეციალური დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	6 600 000
სამეანო დახმარების პროგრამა	6 700 000
ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა	10 400 000
ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა	3 300 000
ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა	3 000 000
ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა	3 000 000
ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა	1 500 000
ჰემოდიალიზის პროგრამა	1 900 000
გულის იშემიურ დაავადებით ავადმყოფთა მკურნალობის პროგრამა	125 000
ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა	125 000
სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა	1 600 000
სოფლად მოსახლეობის ამბულატორული დახმარების პროგრამა	2 438 000
სამეგრელო ზემო-სვანეთის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	400 000
ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	300 000
სულ	**41 388 000**

2000 წელი		
პროგრამა	**თანხა სახელმწიფო ბიუჯეტში**	
	ცვლილებების შეტანამდე	**ცვლილებების შეტანის შემდეგ**
უმწეოთა სპეციალური დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	5 600 000	6 100 000
სამეანო დახმარების პროგრამა	6 200 000	5 900 000
ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა	10 200 000	9 800 000
ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა	2 900 000	2 900 000
ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა	2 600 000	2 600 000
ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა	2 500 000	2 500 000
ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა	1 300 000	1 300 000
ჰემოდიალიზის პროგრამა	1 350 000	1 950 000
გულის იშემიურ დაავადებით ავადმყოფთა მკურნალობის პროგრამა	225 000	225 000
ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის პროგრამა	125 000	125 000
სპეციფიკურ ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა	2 150 000	2 150 000
სოფლად მოსახლეობის ამბულატორული დახმარების პროგრამა	1 600 000	1 600 000
სამეგრელო ზემო-სვანეთის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	300 000	300 000
ცხინვალის რეგიონის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	200 000	200 000
მაღალმთიან რეგიონებში მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა	**2 100 000**	
სულ	**40 400 000**	**39 200 000**

ცხრილი №5

1997-2000 წლებში რეგიონების მიხედვით უმწეოთა სამედიცინო დახმარების სპეციალური პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა

რეგიონი	ადგილობრივი მოსახლეობა	იძულებით გადაადგილებულები და დევნილები	სამამულო ომის I და II ჯგუფის ინვალიდები
1997 წელი			
თბილისი	27 648	18 258	3 893
იმერეთი	20 380	8 175	2 642
სამეგრელო ზემო სვანეთი ფოთი	12 693	24 162	1 193
აჭარა	7 599	1 548	383
გურია	5 348	157	523
რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი	2 478	433	496
ქვემო ქართლი	10 571	2 011	957
შიდა ქართლი	5 562	1 674	1 163
ზემო ქართლი (სამაჩაბლო, ახალგორი)	1 279	7	34
კახეთი	10 183	268	1 284
მცხეთა-მთიანეთი	3 873	338	411
სამცხე-ჯავახეთი	5 150	687	711
სულ	184 172	57 718	13 690
	186 734		
1998 წელი			
თბილისი	40 595	35 682	3 893
იმერეთი	37 119	16 199	2 642
სამეგრელო	18 705	54 198	1 193
აჭარა	14 584	3 278	383
გურია	8 213	290	523
რაჭა-ლეჩხუმი	5 067	972	496
ქვემო ქართლი	16 399	4 766	957
შიდა ქართლი	8 612	3 890	1 163
კახეთი	17 169	646	1 284
მცხეთა-მთიანეთი	8 848	595	411
სამცხე-ჯავახეთი	6 350	1 390	711
ზემო ქართლი	2 183	0	34
კოდორის ხეობა	2 098	0	0
სულ	**185 942**	**121 906**	**13 690**
	335 468		
1999 წელი			
თბილისი	43 745	35 951	3 893
იმერეთი	41 639	16 590	2 642
სამეგრელო	18 150	115 854	1 193
აჭარა	18 155	3 313	383
გურია	11 875	290	523
რაჭა-ლეჩხუმი	5 772	474	496
ქვემო ქართლი	17 477	4 625	957
შიდა ქართლი	10 869	1 872	1 197
კახეთი	20 219	870	1 284
მცხეთა-მთიანეთი	8 687	3 231	411
სამცხე-ჯავახეთი	5 638	1 495	711
კოდორის ხეობა	2 098	0	0
სხვადასხვა ორგანიზაციები	21 558	0	0
სულ	**22 882**	**184 565**	**13 690**
	424 137		
2000 წელი			
თბილისი	22 837	37 042	3 768
იმერეთი	39 263	19 457	2 642
სამეგრელო	20 072	106 813	1 193
აჭარა	11 243	3 204	383
გურია	11 733	263	523

ცხრილი №6

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის
შემოსავლების დინამიკა 1998-2000 წლებში

თვე	გეგმა		ფაქტი		3%+1%-ის	ტრანსფერის
	3%+1%	ტრანსფერი	3%+1%	ტრანსფერი	ფაქტიური შესრულების %-ული დამოკიდებულება გეგმასთან	
1998 წელი						
იანვარი	1 916 700	1 283 300	556 500	100 000	29%	8%
თებერვალი	1 916 700	1 283 300	1 085 500	250 000	57%	19%
მარტი	1 916 700	1 283 300	848 300	837 500	44%	65%
აპრილი	1 916 700	1 283 300	1 053 700	850 000	55%	66%
მაისი	1 916 700	1 283 300	916 200	250 000	48%	19%
ივნისი	1 916 700	1 283 300	1 148 700	450 000	60%	35%
ივლისი	1 916 700	1 283 300	1 261 100	725 000	66%	56%
აგვისტო	1 916 700	1 283 300	932 900	210 000	49%	16%
სექტემბერი	1 916 700	1 283 300	929 400	150 000	48%	12%
ოქტომბერი	1 916 700	1 283 300	1 027 200	835 000	54%	65%
ნოემბერი	1 916 700	1 283 300	799 700	152 300	42%	12%
დეკემბერი	1 916 700	1 283 300	2 075 600	5 598 900	108%	436%
სულ	23 000 400	15 400 000	12 634 800	10 408 700	55%	68%
	38 000 400		23 043 500		61%	
1999 წელი						
იანვარი	2 000 000	1 283 000	1 187 400	1 216 000	59%	95%
თებერვალი	2 000 000	1 283 000	1 130 200	150 000	57%	12%
მარტი	2 000 000	1 283 000	1 219 500	240 000	61%	19%
აპრილი	2 000 000	2 540 000	1 677 900	1 414 000	84%	56%
მაისი	2 000 000	1 508 000	1 381 400	1 876 000	69%	124%
ივნისი	2 000 000	1 508 000	1 354 700	255 000	68%	17%
ივლისი	2 000 000	1 508 000	1 344 200	450 000	67%	30%
აგვისტო	2 000 000	1 508 000	1 202 800	614 000	60%	41%
სექტემბერი	2 000 000	1 508 000	1 298 600	1 000 000	63%	66%
ოქტომბერი	2 000 000	1 508 000	1 313 400	1 072 000	66%	71%
ნოემბერი	2 000 000	1 475 000	1 110 600	198 000	56%	13%
დეკემბერი	2 000 000	1 538 000	2 057 400	1 114 000	103%	72%
სულ	24 000 000	18 450 000	16 279 000	9 599 100	68%	52%
	42 450 000		25 878 100		60,96%	
2000 წელი						
იანვარი	1 729 000	1 629 000	1 221 000	464 000	71%	28%
თებერვალი	1 729 000	1 629 000	1 527 000	473 000	88%	29%
მარტი	1 729 000	1 629 000	1 896 000	183 000	110%	11%
აპრილი	1 729 000	1 629 000	1 819 000	676 000	105%	42%
მაისი	1 729 000	1 629 000	1 526 000	1 027 000	88%	63%
ივნისი	1 729 000	1 630 000	1 794 000	1 052 000	104%	65%
ივლისი	1 565 000	1 571 000	1 819 000	850 000	116%	54%
აგვისტო	1 579 000	1 571 000	1 701 000	1 044 000	108%	66%
სექტემბერი	1 619 000	1 571 000	1 616 000	1 100 000	100%	70%
ოქტომბერი	1 619 000	1 571 000	1 491 000	1 200 000	92%	76%
ნოემბერი	1 620 000	1 571 000	1 719 000	1 570 000	106%	100%
დეკემბერი	1 625 000	1 571 000	2 383 000	3 140 000	147%	200%
სულ	20 000 000	19 200 000	20 513 000	12 778 000	103%	67%
	39 200 000		33 350 500		85,5%	

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ჰუმანური განვითარების ინდექსი, თბილისი, გამომცემლობა პოლიგრაფსერვისი, 2000 წ.
2. საქართველოს მოსახლეობა მეორე და მესამე ათასწლეულის მიჯნაზე, ანზორ თოთაძე, თბილისი, 1999 წ.
3. დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები, კახაბერ ჯაყელი, გამომცემლობა მეცნიერება, 1998 წ.
4. დაზღვევის ეკონომიკა მომავალი ათასწლეულის გზაზე, მათეას გრაფი ფონ დერ შულენბურგი, სუზანა ველინგი, გამომცემლობა მეცნიერება, 1998 წ.
5. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ".
6. საქართველოს კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ".
7. Армения: Праблемы Независимого Развития, Москва, 1998 г.
8. Statistical Yearbook of South Caucasus, Armenia, Azerbaijan, Georgia, 2000.
9. Difeerent Ways of Organizing and Financing Health Care, 2000.
10. Waehling-Managed Care Evaluationen, IVBL Hannover (1998).

[illegible]

შორენა შარიქაძე

საქართველოს კავშირგაბმულობის დარგის სტრუქტურული რეორგანიზაცია

მეწარმეთა შესახებ საქართველოს კანონის საფუძველზე, „კავშირგაბმულობის შესახებ" კანონისა და კავშირგაბმულობის საშუალებათა განვითარების კონცეფციის შესაბამისად, აგრეთვე უცხოელ ექსპერტთა რეკომენდაციის გათვალისწინებით შემუშავებულ იქნა კავშირგაბმულობის სისტემის სტრუქტურული რეორგანიზაციის პროექტი, რომელიც ითვალისწინებდა ქვეყანაში ელექტროკავშირისა და საფოსტო კავშირის დამოუკიდებელი, ერთიანი ქსელის შექმნას. პარლამენტის შესაბამისი კომისიისა და საქართველოს კავშირგაბმულობის კოლეგიის მიერ 1995 წლის 23 ივნისს მიღებულ იქნა დადგენილება რომლის მიხედვითაც დაფუძნდა:

1. შპს „საქართველოს ელექტროკავშირი". სახელმწიფო მართვის ორგანო სამეურნეო ფუნქციებით, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი ელექტროკავშირის ქსელებისა და საშუალებების ტექნიკური მდგომარეობის და მათი ფუნქციონირების უზრუნველყოფასა და განვითარებაზე. 2001 წლისათვის აქციების 100% სახელმწიფო საკუთრებაში იმყოფებოდა;

2. შპს „საქართველოს ფოსტა". ახალი ტიპის სახელმწიფო მართვის ორგანო სამეურნეო ფუნქციებით, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფი საფოსტო კავშირის უზრუნველყოფასა და განვითარებაზე. აქციების 100% იმყოფება სახელმწიფო საკუთრებაში;

3. საწარმოები, ფირმები, კომპანიები და ა.შ:

შპს „საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირების რესპუბლიკური ცენტრი" ეწევა საქართველოს მოსახლეობისა და მეწარმეთა, ქვეყნის ხელისუფლებისა და მმართველობითი ორგანოების უზრუნველყოფას საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირებით, მეცნიერებისა და ტექნიკის უახლესი მიღწევების დანერგვის საფუძველზე საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირის შემდგომ განვითარებასა და სრულყოფას. საწესდებო კაპიტალი 2000 ლარი;

შპს „საქართველოს ტელეცენტრი" ეწევა საქართველოს მოსახლეობისა და მეწარმეთა, ქვეყნის ხელისუფლებისა და მმართველობითი ორგანოების უზრუნველყოფას ქვეყნის სატელევიზიო პროგრამების ხარისხიანი მიღებით. საწესდებო კაპიტალი $1000 ლარი;

შპს „საქართველოს ტელეკომი" ეწევა საქართველოს მოსახლეობისა და ორგანიზაციების, ქვეყნის ხელისუფლებისა და მმართველობითი ორგანოების უზრუნველყოფას ავტომატური საქალაქთაშორისო და საერთაშორისო სატელეფონო კავშირით და მის შემდგომ განვითარებასა და სრულყოფას. აქციების 51% სახელმწიფო საკუთრებაშია;

შპს „საქპრესა" დაფუძნებულია 1995 წლის 13 აგვისტოს. საწესდებო კაპიტალი $1325. აქციების 100% ეკუთვნის სახელმწიფოს;

შპს „ერთიანი რეგიონალური სასწავლო ცენტრი" - დაფუძნებულია 1996 წლის 30 სექტემბერს. საწესდებო კაპიტალი $1000.

ქართულ-ამერიკული ერთობლივი საწარმო შპს „კეთილი ნების კომუნიკაციები." 1997 წლის 3 ივლისი. საწესდებო ფონდი 2000 ლარი. დამფუძნებელი ედუარდ შევარდნაძის ფონდი „დემოკრატია და აღორძინება" - 30%, ს/ს „ბონდი" - 10%, MVP INTERNATIONAL Inc - 30%. დაფუძნდა 1995 წლის 16 ივნისს;

შპს „საქტელკომი" დაფუძნდა 1995 წლის 25 სექტემბერს, საწესდებო კაპიტალი 15025000 ლარი;

შპს „საქართველოს მარკა" 1995წ. 2 ოქტომბერს, საწესდებო კაპიტალი $3000;

შპს „კავშირგაბმულობის და ფოსტის ზედამხედველობის სამსახური" 1997 წლის 27 ოქტომბერი, საწესდებო კაპიტალი 2000 ლარი. აქციების 100% სახელმწიფო კუთვნილებაშია;

საიჯარო საწარმო „საქკავშირპროექტი" 1995 წლის 28 ნოემბერს, საწესდებო კაპიტალი 7000 ლარი;

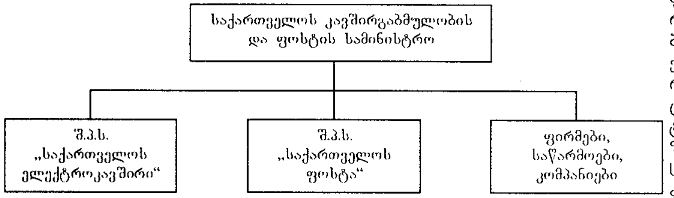
ინფორმატიკისა და მონაცემთა გადაცემის რესპუბლიკური ცენტრი შპს „ინფოკომი". რეგისტრირებულია 1995 წლის 29 ნოემბერს, საწესდებო კაპიტალი 2000 ლარი.

1995 წლის 1 სექტემბრიდან შესაბამისად

რეორგანიზებულ იქნა საქართველოს კავშირგაბმულობის სამინისტროს ყველა საოლქო და რაიონული საწარმო. ყველგან შეიქმნა ელექტროკავშირისა და საფოსტო კავშირის ცალ-ცალკე სმსახურები.

ნახაზი №1

საქართველოს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის ორგანიზაციული სქემა



საქართველოს კავშირგაბმულობის სისტემა შედგება ტერიტორიული და მათზე დაქვემდებარებული რაიონული ფილიალებისაგან. ისინი წარმოადგენენ დამოუკიდებელ საწარმოებს, ყველა დამახასიათებელი სიმბოლიკითა და საკუთარი ბალანსით. მათი ორგანიზაციული სტრუქტურა არის ადმინისტრაციულ ფუნქციონალური მმართველობითი ტიპის. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ცვლილებები არც თუ ისე დიდი ხნისაა, სტრუქტურა საკმარისად მოუქნელი და მოძველებულია.

საწარმოებში არსებობს უამრვი პრობლემა, რომლებიც დაკავშირებულია ტექნიკის მოძველებასთან, სახაზო და მაგისტრალური მეურნეობის არა გამართულად მოქმედებასთან, დებიტორული დავალიანების გადაუხდელობასთან. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი და სხვა მრავალი პრობლემის გამო საწარმოთა უმრავლესობა წამგებიანი და არარენტაბელურია.

1998 წლის ნოემბერში შეიქმნა კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სფეროში ეროვნული მარეგულირებელი კომისია რომლის ფუნქციებში შევიდა:

➢ სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული კავშირგაბმულობისა და ფოსტისქსელების მართვა;

➢ კავშირგაბმულობის სისტემების ფუნქციონირების ტექნიკურ ნორმებსა და ნორმატივების შემუშავება და დამტკიცება;

➢ ამ სფეროში საქმიანობის მსურველი ფიზიკური და იურიდიული პირების ლიცენზირება, ლიცენზიის პირობებზე კონტროლი;

➢ სატარიფო პოლიტიკის შემუშავება;

➢ დარგის განვითარების სტრატეგიული მიმართულების განსაზღვრა სახელმწიფო ინტერესების გათვალისწინებით.

2000 წლის 29 ივნისს საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულების თანახმად მოხდა კავშირგაბმულობის და ფოსტის და ტრანსპორტის სამინისტროების შერწყმა. შეიქმნა საქართველოს ტრანსპორტისა და კომუნიკაციების სამინისტრო, რომელიც არის აღმასრულებელი ხელისუფლების სამთავრობო დაწესებულება. მისი ამოცანაა ტრანსპორტის, კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სფეროში შესაბამის სამინისტროებთან და უწყებებთან შეთანხმებით პოლიტიკის კოორდინაცია. მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში ეკონომიკური რეფორმის განხორციელება. შესაბამის უწყებებთან ერთად ინსტიტუციონალური მშენებლობის, კომერციალიზაციის, რესტრუქტურიზაციისა და პრივატიზაციის განხორციელებისათვის ხელშეწყობა, მსოფლიო სატრანსპორტო და სატელეკომუნიკაციო ინსტიტუტებში ინტეგრირება, ქვეყნის სატელეკომუნიკაციო სისტემის პერსონალიზაციის დაჩქარება, ინვესტიციების, საერთაშორისო დახმარებისა და კრედიტების მოზიდვა.

სამინისტრო ვალდებულია დადგენილი წესით საქართველოს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სფეროში საქმიანობის მარეგულირებელ ეროვნულ კომისიასთან თანამშრომლობა. სამინისტროს ფუნქციებში შედის სატრანსპორტო და სატელეკომუნიკაციო სისტემის მართვა.

ტრანსპორტისა და კომუნიკაციების სამინისტროს სისტემაში ერთ-ერთ სტრუქტურულ ერთეულად შედის კავშირგაბმულობის, ფოსტის და საინფორმაციო ტექნოლოგიების დეპარტამენტი, რომლის ამოცანაა კავშირგაბმულობისა და ფოსტის ქსელებითა და საშუალებებით სახელმწიფო ორგანოების, ფიზიკური და იურიდიული პირების საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად მომსახურება, ამ ქსელების განვითარება, სრულყოფა და ფუნქციონირების კოორდინაცია, მათი ფუნქციონირების ინფორმაციული უზრუნველყოფა.

ამ დეპარტამენტის ფუნქციებში შედის დარგის პრივატიზაციის განხორციელების გეგმის პროექტის შემუშავება (იხ. ნახაზი №2).

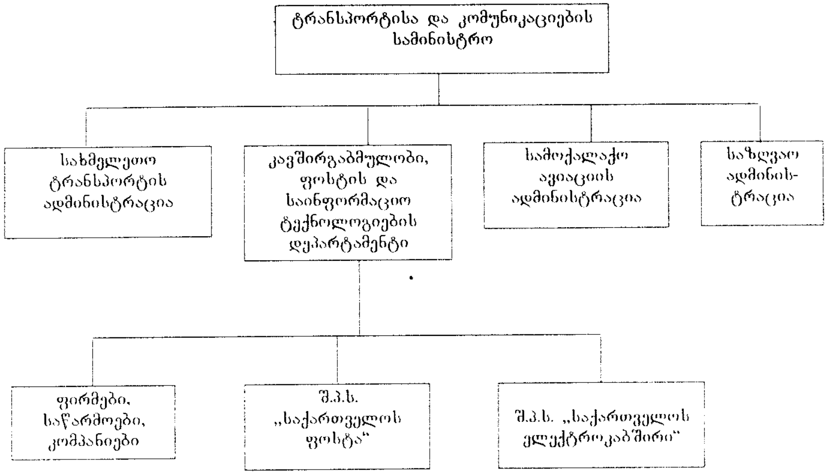
საქართვეწლოს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სისტემაში დასრულდა მუშაობა, რომელსაც საქართველოს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტრო და საქართველოს სახელმწიფო ანტიმონოპოლიური სამსახური ეწეოდა.

საქართველოს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტრომ და საქართველოს ეკონომიკის სამინისტრომ 1997 წლის 28 ნოემბერს გამოსცა საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსთან შეთანხმებული ბრძანებები, რომლებითაც დამტკიცდა კავშირგაბმულობისა და ფოსტის დარგის ხუთი ძირითადი წესი:

➢ ადგილობრივი სატელეფონო ქსელებით

ნახაზი №2

საქართველოს ტრანსპორტისა და კომუნიკა-ციების სამინისტროს ორგანიზაციის სქემა



მომსახურების გაწევის წესები;

➢ სატელეგრაფო კავშირით მომსახურების გაწევის წესები;

➢ სადენური მაუწყებლობით (რადიოფიკაციით) მომსახურების გაწევის წესები;

➢ პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების ხელმოწერებით გავრცელების წესი.

კავშირგაბმულობა ეს ის დარგია, სადაც მკაცრად არის განსაზღვრული ყოველი ტექნოლოგიური თუ ტექნიკური პროცესი, რაც საბოლოო პროდუქციის - სატელეფონო საუბრის, სატელევიზიო გამოსახულების, რადიოგადაცემისა და სხვათა მიღებას ემსახურება. ამ ტექნოლოგიური და ტექნიკური პროცესების შესაბამისი შიდა საუწყებო ნორმატიული აქტები ყოველთვის გააჩნდა კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროს, მაგრამ მას არასოდეს გააჩნდა ნორმატიული აქტები, რომლებიც გამოკვეთილად და ცალსახად ასახავდა კავშირგაბმულობის საშუალებით მომსახურეობისა და სარგებლობის საკითხებს, სამართლებრივ ჩარჩოებში აქცევდა მომხმარებლის და მეურნე სუბიექტის ურთიერთობებს. სამართლებრივი სახელმწიფოს ეს უმთავრესი ნორმა სრულად არის გათვალისწინებული ახალ წესებში.

ეკონომიკური რეფორმა და პრივატიზაცია ტელეკომუნიკაციის სექტორში.

ეკონომიკური რეფორმა შეეხო ჩვენი ქვეყნის ყველა დარგსა და ქვედარგს. ქვეყნის ეკონომიკის სტრუქტურის სრულყოფის პროცესში დარგობრივი ეკონომიკის ეფექტიანობის ამაღლებისა და განვითარების თავისებურებათა ანალიზის საფუძველზე ახალ საბაზრო გარემოში მისი ადაპტირების მექანიზმების ფორმირება, ფუნქციონირება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას, მარეგულირებადი ფაქტორის ფუნქციას იძენს. ყველა დარგისა და ქვედარგის განვითარების მრავალმხრივი პროცესის მიმართულება, ხასიათი და სიღრმე განსაზღვრავს დარგთა შორისი ინტეგრაციული კავშირების ინტენსივობის დონეს და პერსპექტივას დარგთაშორისი ინტეგრაციული კავშირების "მიჯნაზე" ძევს ეროვნული ეკონომიკის ეფექტიანად ფუნქციონირების ერთ-ერთი მთავარი რეზერვი. აქ არის წარმოების განზოგადების და შრომის დანაწილების გაღრმავების მთავარი წყარო. სწორედ დარგთაშორისი ინტეგრაციის პროცესებმა განაპირობეს ტრანსპორტის, კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროების გაერთიანება.

ქვეყანაში მიმდინარე ეკონომიკური რეფორმის ერთ-ერთი მთავარი მიზანი დასაწყისში იყო მმართველობითი და სამეურნეო ფუნქციების გამიჯვნა. ბოლო წლებში შექმნილმა საკანონმდებლო ბაზამ, მაშინ კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროს, ისე როგორც სხვა სახელმწიფო სახელისუფლო სტრუქრურებს, საშუალება მისცა ცენტრალური აპარატი გამოეთავისუფლებინა სისტემის სამეურნეო საკითხების გადაწყვეტაში ზედმეტი მეურვეობისაგან და

მიენიჭებინა მისთვის მკაცრად ჩამოყალიბებული მარეგულირებელი ფუნქცია. ხელისუფლების შესახებ საქართველოს კანონის შესაბამისად მოხდა სამინისტროების აპარატის სრულყოფა, მისი სტრუქტურების ჩამოყალიბება, რომლის ფუნქციებიც მისადაგებულია დარგში რეგულატორის მოვალეობის განხორციელებასთან.

რეფორმის I ეტაპზე განხორციელდა სისტემის არა ძირითად საწარმოთა პრივატიზირება სხვადასხვა ფორმით (პირდაპირი გაყიდვა, აქციონირება). 1994 ქლის 1 იანვრისთვის პრივატიზირებული იყო ასეთი საწარმო. სამშენებლო ტრესტი; პრესის გავრცელების თბილისის განყოფილება „მაცნე“; მომარაგების სამმართველო, ტელეფონმშენი; საპროექტო ინსტიტუტი; სარემონტო-სამშენებლო სამმართველო „ჯიჯი“ და სპორტკომპლექსი.

მონოპოლურ მდგომარეობაში მყოფ კავშირგაბმულობის სისტემის საწარმოთა საქმიანობის სფეროს თანდათანობითი დემონოპოლოზაციისთვის, შესაძლო გახდა ალტერნატიული სამსახურების მოღვაწეობის უზრუნველყოფა. 1993-98 წლებში კავშირგაბმულობის სისტემაში გამოცემულია 500-მდე ლიცენზია. ამავე დროს შენარჩუნებულია ბუნებრივ მონოპოლიათა რეესტრში შეტანილ მიმართულებათა მიხედვით საწარმოთა ნაწილის ბაზარზე დომინირებული მდგომარეობა.

კავშირგაბმულობა და ფოსტის სისტემაში სრულ სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საწარმოებიდან და ორგანიზაციებიდან შესაძლებელია პრივატიზირებულ იქნას ეტაპობრივად გარკვეული მიმართულებები და რეგიონები. თუმცა რიგი ქვეყნების გამოცდილების მაგალითზე შესაძლებელია მთლიანად მთელი სისტწმის პრივატიზება. დღეისათვის შესაბამის ორგანოებში მუშავდება მოსამზადებელი ღონისძიებანი.

რეფორმა, რომელიც კავშირგაბმულობასა და ფოსტის სისტემაში ამჟამად მიმდინარეობს, ერთ-ერთი სტრატეგიული მნიშვნელობისაა სახელმწიფოსთვის. შემუშავებულია დარგის განვითარების კონცეფცია, რომელიც სისტემაში ასახავს რეფორმის ცალკეულ ეტაპებს. დარგის შემადგენელი სამეურნეო სუბიექტების განვითარების პერსპექტივებს.

კავშირგაბმულობის სისტემა დღეს დემონოპოლიზირებულია. 2001 წლის 16 სექტემბერს დაგეგმილია ელექტრო კავშირისა და ტელეკომის ტენდერზე გატანა.

სახელმწიფო თუ კერძო კომპანიებს სრულიად თანაბარი პირობა გააჩნიათ კონკურენციისათვის, რაც დარგის რეფორმების შემდგომი საფუძველი გახდება კავშირგაბმულობის დარგში ძირითადი საქმიანობის მიმართულებებზე პრივატიზირებისათვის.

მართალია, შესაძლებელია დარგის ძირითადი საქმიანობის ცალკეული მიმართულებების ან რეგიონების, აგრეთვე სათანადოდ მომზადებისა და დამუშავების შემდეგ მთელი სისტემის პრივატიზირება, მაგრამ ეს არ არის პროცესი, რომელიც დღეს დაიწყება და ხვალ დამთავრდება. კავშირგაბმულობის დარგი ამ შემთხვევისთვის განსაკუთრებულია და სპეციალურ მიდგომას მოითხოვს. მაღალგანვითარებულმა ქვეყნებმა ყველაზე ბოლოს სწორედ სატელეკომუნიკაციო სისტემის პრივატიზირება დაიწყეს.

მიუხედავად იმისა, რომ კავშირგაბმულობის სისტემა მთლიანად რენტაბელურია, არსებობს ნაკლებრენტაბელური საწარმოებიც. ამიტომ პრივატიზირების დროს სასურველი იქნებოდა რენტაბელური და არარენტაბელური საწარმოების ერთი მეორესთან დაჯგუფება და შემდგომ პრივატიზირება. წინააღმდეგ შემთხვევაში სახელმწიფი საკუთრებაში დარჩება არარენტაბელური საწარმოები და რეგიონები, რომლებიც ქვეყნის მწირი ბიუჯეტიდან შესანახი აღმოჩნდება.

მსოფლიოს გლობალურ სატელეკომუნიკაციო სისტემაში ჩართვა, სატელეკომუნიკაციო ქსელის ინტეგრირება მეზობელი რეგიონის ქვეყნების სატელეკომუნიკაციო ქსელებთან, პერსონალიზაცია, მომსახურების ხარისხობრივი მაჩვენებლების გაუმჯობესება შეუძლებელია მსოფლიოს ნახევარ ფირმებსა და კომპანიებთან თანამშრომლობის გარეშე.

დღეისათვის სატელეკომუნიკაციო სისტემის აღდგენა რეკონსტუქციას, არსებული ქსელის მოდერნიზაციისა და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვაში ადგილობრივ ფირმებთან ერთად ინტენსიურად მონაწილეობს მრავალი საზღვარგარეთული კომპანია და ფირმა. ბოლო პერიოდში საგრძნობლად გაიზარდა იმ ინვესტიციათა და კრედიტორთა ხვედრითი წილი, რომლის გარანტად სახელმწიფო არ გამოდის, რაც უცხოელ პარტნიორთათვის კავშირგაბმულობის დარგში შექმნილ საიმედო საინვესტიციო გარემოზე მიუთითებს.

როგორც ცნობილია, კავშირგაბმულობასა და ფოსტის სისტემაში ეკონომიკური რეფორმების პირველი ეტაპი საგრძნობი წარმატებით დამთავრდა. შეიქმნა შპს-ები, სააქციო საზოგადოებები, სახაზინო საწარმოები, რომელთა საქმიანობის ძირითადი ფორმა განისაზღვრება კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროზე დაკისრებული ამოცანებით, რომლებიც ეყრდნობა „კავშირგაბმულობასა“ და „მეწარმეთა შესახებ“ კანონებს.

ეკონომიკური რეფორმებისა და პრივატიზების მეორე ეტაპებისათვის შემუშავებულია კონცეფცია სამინისტრო, ქვეყნის კანინმდებლობიდან გამომდინარე, ყოველმხრივ ხელს უწყობს კერძო ინიციატივას. დემონოპოლიზირებულია თითქმის ყველა მიმართულება. დარგში ამჟამად საქმიანობას ეწვა მთელი რიგი

კომპანიები: საქალაქო სატელეფონო მომსახურების, პეიჯინგური, ფიჭური, მონაცემთა გადაცემის, საკაბელო ტელევიზიის, რადიოს და სხვა.

ქვეყნის ტრანსპორტისა და კომუნიკაციების სამინისტროს ძირითად მიზანს წარმოადგენს პრივატიზების პროცესში სტრატეგიული ინვესტიციების მოზიდვა, რის შედეგადაც შესაძლებელი გახდება დარგში მსხვილი ინვესტიციების ჩადება, რაც თავისთავად განაპირობებს საქართველოში ტელეკომუნიკაციის დარგის განვითარებას. მიზანშეწონილად არის მიჩნეული ტელეკომუნიკაციის ყველა მიმართულების სოფლისა და ქალაქის სატელეფონო ქსელის საერთაშორისო და საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირის, ტელერადიო-მაუწყებლობის ტექნიკური საშუალებების, საფოსტო კავშირის თანაბარი განვითარება.

პრივატიზების პროცესში გათვალისწინებილი უნდა იყოს ქვეყანაში განხორციელებული პრივატიზაციის ყველა დადებითი და უარყოფითი მომენტები. დარგის პრივატიზების პროცესი უნდა წარიმართოს სისტემური მიდგომით, რის შედეგადაც საბოლოო ჯამში კავშირგაბმულობისა და ფოსტის დარგი მთლიანად ლიბერალიზირებული უნდა გახდეს. აღნიშნულის გათვალისწინებით მომზადებულია მსოფლიო ბანკის, „ტასისის" საკოორდინაციო ბიუროს, „ბარენც ჯგუფის" და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების, საკონსულტაციო კომპანიების რეკომენდაციები. შემოთავაზებულია პრივატიზების განხორციელების რამოდენიმე მოდელი. აქედან გამომდინარე, საქართველოში ტელეკომუნიკაციის სექტორის პრივატიზების პროცესი სრულიად განსხვავებული იქნება სხვა ქვეყნებში ჩატარებული პრივატიზების პროცესებისაგან, როგორც იდეოლოგიური, ასევე მეთოდოლოგიური თვალსაზრისით.

პრივატიზების განსხვავებული ფორმით ჩატარებისათვის აუცილებელია საქართველოს ტელეკომუნიკაციის სექტორის მიმზიდველობის გაზრდა. იგი გულისხმობს პრივატიზების პროცესის სრულ გამჭვირვალობას. სახელმწიფო და კერძო სტრუქტურების ურთიერთობების დარეგულირების სამართლებრივი და ტექნიკური კუთხით, ტარიფების რებალანსირებას, ქონების აუდიტორულ შეფასებას, ფინანსურ მოდელირებას.

საქართველოს ტელეკომუნიკაციის სისტემა უცხოელი ინვესტორებისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყნის გეოპოლიტიკური მდებარეობის თვალსაზრისით. მისი, როგორც ამიერკავკასიის რეგიონის ერთ-ერთი სტრატეგიულად საინტერესო ქვეყნის პოზიციიდან გამომდინარე. ცხადია სტრატეგიული პარტნიორი უნდა დაინტერესდეს ტრანს-აზია-ევროპის (ტაე) ოპტიკურ-ბოჭკოვანი საკაბელო მაგისტრალის პროექტით მიუნხენსა და შანხაის შორის, რომლის მშენებლობაც ეხლა მიმდინარეობს. ეს მაგისტრალი ნოვოროსიისკ-სოჭი-ფოთი-თბილისის გავლით აზერბაიჯანსა და სასომხეთის ტერიტორიაზე გაივლის. ამ კუთხით შესაძლებელია ინვესტიციების ჩადება რეგიონალურ სახელმწიფოთა შორის პროექტებში. მეტად საინტერესო და მნიშვნელოვანია აგრეთვე აზია-ევროპის სატრანსპორტო მაგისტრალის „ტრასეკას" ე.წ. „აბრეშუმის გზის" და ტრანს-აზია-ევროპის ოპტიკურ-ბოჭკოვანი საკაბელო მაგისტრალის ერთიან გეგმაში წარმოდგენა, რაც უზრუნველყოფს საქართველოს ტელეკომუნიკაციის სისტემის და საერთაშორისო სატრანსპორტო მაგისტრალის ჩართვას ტელეკომუნიკაციის გლობალურ სატელეფონო ქსელში. ეს ფაქტორები განაპირობებენ მრეწველობის, ტურიზმის და მთლიანად ქვეყნის ეროვნული მეურნეობის განვითარებას.

ქვეყნის ეკონომიკის მდგრადი ფუნქციონირების საქმეში დიდი როლი ენიჭება ტელეკომუნიკაციის სექტორის პრივატიზების გატარებას, სექტორში ინვესტიციების მოზიდვას, თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვას, მომსახურებაზე ტარიფების მოწესრიგებას, მმართველობის ცენტრალური ორგანოების მართვის არათვისობრივი სამეურნეო ფუნქციებისაგან განთავისუფლებას. ყოველივე ამან ტელეკომუნიკაციის სექტორი უნდა აიყვანოს მომხმარებელთა მომსახურების უზრუნველყოფის მსოფლიო სტანდარტების დონეზე. 1. კავშირგაბმულობის საწარმოთა პრივატიზების საერთო მიზნად შეიძლება მივიჩნიოთ რეგულირების ფუნქციისა და კომერციული საქმიანობის გამიჯვნა, აღნიშნულის შედეგად კი სექტორში რაციონალური სახელმწიფო პოლიტიკის წარმართვა. 2. სახელმწიფო მონოპოლიის ლიკვიდაცია, საკუთრების მრავალი ფორმის დამკვიდრება, კონკრეტული გარემოს შექმნა, უცხოური ინვესტიციის მოზიდვა. 3. ტელეკომუნიკაციის სექტორში თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა, მისი უწყვეტი და მდგრადი ფუნქციონირება, მართვის ორგანიზაციის დონის ამაღლება, კავშირგაბმულობის ბაზრის ფორმირების ხელშეწყობა, საფინანსო დისციპლინის ამაღლება, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. 4. ფისკალურ პოლიტიკაში დამაკმაყოფილებელი შედეგების მიღება.

დასახულია რიგი პრობლემები, რომლებიც უნდა გაეთვალისწინებინათ საქართველოს ტელეკომუნიკაციის პრივატიზების ფართომასშტაბიანი პროცესის დროს, კერძოდ:

➢ ტელეკომუნიკაციის სექტორში საქართველოს სტრატეგიული პარტნიორის საკითხი;

➢ ტელეკომუნიკაციის სექტორის პრივატიზებაზე გამოცხადებული ტენდერის პირობები;

➢ პარტნიორებისათვის ექსკლუზიური უფლებების მინიჭების შესაძლებლობის გარკვეული მიმართულება;

➢ პრივატიზების შემდეგ ტარიფების ქვედა და ზედა ზღვარის სახელმწიფოს მიერ რეგულირება;

➢ პრივატიზების პროცესის გამჭვირვალობა, მის შესახებ საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბება, წარმატების ერთ-ერთი უმთავრესი პირიბა;

➢ ტელეკომუნიკაციის სექტორის პრივატიზების ეტაპობრიობა;

➢ საქართველოს კავშირგაბმულობის სისტემის, როგორც ტექნიკური საშუალებების ერთიანი მექანიზმის როლი ქვეყნის თავდაცვის უნარიანობისა და უშიშრიების უზრუნველყოფის საქმეში;

➢ სტრატეგიული ინვესტორის მიერ საინვესტიციო პროგრამის ძირითადი ასპექტები და ვადები, შესრულების რიგითობა, პრიორიტეტი;

➢ სტრატეგიული ინვესტორის მიერ პრივატიზების შემთხვევაში ტელეკომუნიკაციის ქსელის ინოვაციებით, ტექნიკითა და ტექნოლოგიებით აღჭურვის გარანტიები. ტელეკომუნიკაციის მთელი სექტორის თანაბარი განვითარების უზრუნველყოფა;

➢ საქართველოს მხარის როლი სატენდერო პირობების ჩამოყალიბებაში;

➢ მოხდეს თუ არა ტელეკომუნიკაციის მთელი სექტორის პრივატიზება ერთი სტრატეგიული ინვესტორის მიერ;

➢ მოხდეს თუ არა პრივატიზება ცალკეული რეგიონების მიმართულებების მიხედვით;

➢ ქვეყნის კავშირგაბმულობის ერთიანი ქსელის მოწყობის პრინციპები, პოლიტიკა და სტრატეგია, მისი კოორდინირება კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროს მიერ, რომელიც შეიმუშავებს ტელეკომუნიკაციის განვითარების გლობალურ პირობებს.

ამა წლის სექტემბერში ქონების მართვის სამინისტრომ ოფიციალურად გამოაცხადა ტენდერი „საქართველოს ელექტროკავშირის" აქციებზე. გამოქვეყნდა პირობები დაითქვა განაცხადების შეტანის ბოლო ვადა 15 ოქტომბერი.

კავშირგაბმულობა საზოგადოებრივი ინფრასტრუქტურის შემადგენელი ნაწილია. აქვე უნდა აღინიშნოს მისი მნიშვნელობა სახელმწიფოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საკითხში. აქედან გამომდინარე, გაყიდვისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე, რადგან საქმე ეხება იმ საწარმოს, რომელიც საქართველოს ადგილობრივი ქსელის თითქმის ერთპიროვნული მფლობელს. დარგი, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე არის ბუნებრივი მონოპოლია. დღემდე იგი სახელმწიფოს განკარგულებაში იყო. ისეთი სახელმწიფოსთვის, როგორიც ჩვენია (განვითარების ძალიან დაბალ დონეზე მყოფი), დიდი რისკია და ძალიან სახიფათოა. უცხოელი მონოპოლისტი, რომელსაც საშუალება ექნება ხელში ჰქონდეს ბერკეტები, რომლითაც შესძლებს ზემოქმედება მოახდინოს სახელმწიფოს პოლიტიკასა და უსაფრთხოებაზე.

ამავე დროს არ შეიძლება არ შევეხოთ ასეთივე მოდელის მეორე მხარეს ანუ იმ პირობებს, რომლებსაც მივყავართ დარგის პრივატიზაციის აუცილებლობამდე.

დღესდღეობით საქართველოს ტელეკომუნიკაციის სექტორი ფუნქციონირებს, მაგრამ მას როგორც დამოუკიდებელ ელემენტს არსებობა, სხვა სატელეფონო ქსელებისაგან მოწყვეტით ფუნქციონირება არ შეუძლია. აქედან გამომდინარე, არსებობს მისი განვითარების აუცილებლობა. მთელი საკომუნიკაციო სისტემა ეფუძნება სატელეფონო ქსელს, რომელიც სავალალო მდგომარეობაშია. მოთხოვნილებები ამ ქსელის მიმართ იზრდება და მომავალში უფრო გაიზრდება. აქედან გამომდინარე, საჭიროა მთელი სატელეკომუნიკაციო სექტორის განახლება მოდერნიზაცია, ეს თავის მხრივ მოითხოვს დიდ ინვესტიციებს, სახელმწიფოს კი ამისათვის სახსრები არ გააჩნია. გადაწყვეტილება მიღებულ იქნა, გამოცხადდა ტენდერი. ამ ეტაპზე საჭიროა სიფრთხილე მყიდველის შერჩევისას და შემდგომ კონტრაქტის გაფორმებისას, რომ:

1. არ შეილახოს სახელმწიფო ინტერესები ან ცალკეული მომხმარებლის უფლებები;

2. მიღწეულ იქნას დარგის განვითარება.

ამჯერად ყურადღებას გავამახვილებთ „საქართველოს ელექტრო კავშირის" ტენდერის პირობების არასრულფასოვანებაზე, კერძოდ:

1. ტენდერის პირობებში არ არის მითითებული „საქართველოს ელექტრო კავშირის" საწყისი ფასი;

2. ტენდერის პირობებში არ არის მითითებული კონკრეტული ვადები:

ა) თუ როდის შეიცვლება ადგილობრივ სატელეფონო ქსელში მოქმედი დეკადურ-ბიჯური, კოორდინატული და კვაზიელექტრონული ავტომატური სატელეფონო სადგურები (ასს);

ბ) თუ როდის მოხდება არსებული მაგისტრლური კაბელისა და რადიო საკაბელო ხაზების შეცვლა ოპტიკურ-ბოჭკოვანით;

გ) სოფლის სატელეფონო ქსელის აღდგენა.

3. ტენდერის პირობებში არ არის ყურადღება გამახვილებული მომხმარებელთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფაზე;

4. ჩვენი აზრით, პირობებში უნდა განისაზღვროს ინვესტორის მიერ წარმოებული სატარიფო პოლიტიკის ძირითადი ორიენტირები და მასზე ზემოქმედების ბერკეტები;

5. არ არის განსაზღვრული საწარმოს ყიდვის შემდეგ განხორციელებული ინვესტიციების თუნდაც მინიმალური ოდენობა;

6. არ არის ხაზგასმული მომავალი კონტრაქტის ძირითადი ორიენტირები;

7. ჩვენი აზრით, ინვესტორის შერჩევის პრინციპი არასრულყოფილია (ტენდერის პირობებში უპირატესობა ენიჭება მას, ვისი შეთავაზებული თანხაც მეტია).

ყოველივე ამ პუნქტის გათვალისწინება შესაძლებელია კონტრაქტის გაფორმების პროცესში. აქედან გამომდინარე, საერთო ძალისხევით შესაძლებელია სასურველი შედეგის მიღწევა.

კავშირგაბმულობის ქსელისა და მომსახურების განვითარების ეტაპები.

კავშირგაბმულობის ქსელისა და მომსახურების განვითარება თანამედროვე პერიოდში შეიძლება დავყოთ ოთხ ეტაპად: ქვეყნის ტელეფონიზაცია, სატელეფონო ქსელის ციფროვიზაცია, მომსახურების ინტეგრაცია, ინტელექტუალური ქსელის შექმნა.

ყოველ ეტაპს აქვს თავისი განვითარების ლოგიკა, ურთიერთკავშირი წინამდებარე და შემდგომ ეტაპებთან. ყოველი მათგანი დამოკიდებულია ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების დონესა და ეროვნულ თავისებურებებზე.

პირველი ეტაპი - ქვეყნის ტელეფონიზაცია. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ყოველ სახელმწიფოში იქმნებოდა საკუთარი ეროვნულ სატელეფონო ქსელი, რომელშიც ჩართულია მოსახლეობა, დაწესებულებები, წარმოებები. ტელეფონი წარმოადგენს სიტყვითი შეტყობინების გადაცემის ერთერთი საშუალებას. შემდგომში სატელეფონო ქსელის საშუალებით დაიწყო მონაცემების გადაცემის განხორციელება. ამის მიუხედავად, დღემდე ტელეფონი რჩება კავშირგაბმულობის მომსახურების ძირითად სახედ, მასზე მოდის რა შემოსავალის 80%-ზე მეტი (იაპონიის ეროვნულ ქსელზე პასუხისმგებელი - იაპონური ფირმა NTT-ს მაგალითზე).

საერთო სარგებლობის სჰტელეფონო ქსელის განვითარება ხანგრძლივი პროცესია, რომელიც მნიშვნელოვან ინვესტიციებს მოითხოვს. მაგალითად, ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში ტელეფონის ნომრის აღება დაახლოებით 2,5 ათას. დოლარი ღირს. აქვე აღსანიშნავია, რომ ქვეყნის გეოგრაფიული თავისებურებები გავლენას ახდენს კავშირგაბმულობის ქსელის განვითარებაზე. დიდ ტერიტორიაზე გადაჭიმულ ქვეყნებში მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი ქალაქიდან მოშორებით ცხოვრობს, სადაც ტელეფონის დამონტაჟების ღირებულება 5-ჯერ აღემატება ქალაქის ფასებს. განვითარებულ ქვეყნებში ტელეფონის დადგმის ფასის 72% მოწყობლობის ღირებულებაა. აქედან გამომდინარე, საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლამ საჭირო კაპიტალური დაბანდებებისა და ინვესტიციების მოცულობა კიდე უფრო გაზარდა. ჩვენს სახელმწიფოს ასეთი დიდი რაოდენობის თანხების გამოყოფა არც შეუძლია და ვერც შესძლებს. ამის გამო ტელეფონების დადგმაზე შემოღებულია კომერციული ფასები. ამ გზას ადგანან საშუალო და მაღალი სატელეფონო სიმკვრივის ქვეყნები.

მეორე ეტაპი - ქსელის ციფროვიზაცია. იმისათვის, რომ ამაღლდეს კავშირგაბმულობის მომსახურების ხარისხი, გაიზარდოს მომსახურებაზე მოთხოვნა, ამაღლდეს მოწყობილობის მართვის ავტომატიზაცია და ტექნოლოგიურობა, საჭიროა სატელეფონო ქსელის ციფროვიზაცია. 70-იანი წლების დასაწყისში განვითარებულმა ქვეყნებმა დაიწყეს მუშაობა კავშირგაბმულობის პირველადი და მეორადი ქსელების ციფროვიზაციაზე.

დღესდღეობით აშშ-ში დამთავრებულია მაგისრტალური კავშირის ხაზების ციფროვიზაცია, ადგილობრივ ქსელებში ციფრული ასს-ბი 80%-ს შეადგენენ. ამასთან, კავშირგაბმულობაში მიმდინარეობს ოპტიკურ-ბოჭკოვანი ქსელის დანერგვა. მაგალითად, ფირმა „MS Sprint"-ის (აშშ) მიერ ასეთი ქსელით დაიფარა მთელი აშშ-ს ტერიტორია, ხოლო მისი სიგრძე 31709 კმ-ია. ინფორმაციის გადაცემის სიჩქარე ყოველი ოპტიკური ბოჭკოთი ტოლია 1,7 მ.ბაიტი/სთ. ამასთან, ყოველი რეგიონი თავისი ოპტიკურ-ბოჭკოვანი ქსელით დაკავშირებულია ყველა დანარჩენ რეგიონთან. მრავალრგოლური სტრუქტურა რეგიონებს შორის ჰორიზონტალური კავშირებისა და დაკავშირების მაღალი საიმედოობის საშუალებას იძლევა.

მესამე ეტაპი - მომსახურეობის ინტეგრაცია. კავშირგაბმულობის ქსელების ციფროვიზაცია არა მარტო მომსახურების ხარისხის, არამედ ინტეგრაციის საფუძველზე მომსახურებათა რიცხვის გაზარდის საშუალებას იძლევა. ასე გაჩნდა ISDN-ის (Inegrated Services Digital Network) ქსელის კონცეფცია. ამ ქსელის საშუალებით მომხმარებელს ექმნება საბაზო კომპლექტი, რომლითაც ინფორმაცია გადაიცემა სამი ციფრული არხით: ორი არხი 64 კ.ბაიტი/წმ და ერთი არხი სიჩქარით 16 კ.ბაიტი/წმ. არხები გამოიყენება სიტყვიერ შეტყობინებათა და მონაცემთა გადაცემისა და მართვისათვის. ასეთი არხების მეშვეობით შეიძლება ტერმინალს გაუკეთდეს ინტეგრაცია: ციფრული, მრავალფუნქციონალური ტელეფონი, პერსონალური კომპიუტერი, ვიდეოტექსტი, ტელეფაქსი, ტელექსი და სხვა.

მომხმარებელთა ISDN ტიპის მომსახურებით უზრუნველყოფამ მოითხოვა ახალი სააბონენტო კომპლექტების დამუშავება ციფრული საკომუტაციო სადგურისათვის და სიგნალიზაციის სისტემის გამოყენება. ამას გარდა, ISDN-ის ყოველ აბონენტს აუცილებელია წარედგინოს სამი ციფრული არხი.

ISDN-ის კონცეფცია უკვე დაახლოებით 20 წელია რაც არსებობს, მაგრამ ფართო გავრცელება არ უპოვია. ISDN-ის მომხმარებელთა რიცხვი განვითარებულ ქვეყნებში დღეისათვის არ აღემატება 8-10%-ს. ISDN-ის ასეთი ნელი დანერგვის რამოდენიმე მიზეზი არსებობს. ჯერ ერთი მისი მოწყობილობა საკმაოდ ძვირია იმისათვის, რომ მასიური გახდეს; მეორე, მომხმარებელი მუდმივად უნდა იხდიდეს სამი ციფრული არხის საფასურს;

მესამეც, ISDN-ის მიერ უზრუნველყოფილ მომსახურებათა ჩამონათვალი მნიშვნელოვნად აღემატება მასობრივი მომხმარებლის მოთხოვნებს. ამი მიზეზების გამო კავშირგაბმულობის ადმინისტრაცია არ ჩქარობს ISDN-ის დანერგვას და ქსელის ციფროვიზაციის დონის ამაღლებას. აქედან გამომდინარე, ნაკლებად შესაძლებელია ISDN-მა მსოფლიოში ისეთივე გავრცელება ჰპოვოს, როგორც ტელეფონმა.

მეოთხე ეტაპი - ინტელექტუალური ქსელი. კავშირგაბმულობისა და გამოთვლითი ტექნიკის საშუალებათა განვითარების პროცესმა მიგვიყვანა იქამდე, რომ ინდუსტრიულად განვითარებული ქვეყნები მიზნსწრაფულად (კაცობრიობის ისტორიული განვითარების მასშტაბში) გადადიან ინდუსტრიული საზოგადოებიდან ინფორმაციულში. კავშირგაბმულობის და გამოთვლითი ტექნიკის წიაღში ჩაისახა და თანამედროვე პერიოდში ინტენსიურად მუშავდება ახალი კონცეფცია - ინტელექტუალური ქსელი, რომელიც ბუნებრივად გააერთიანებს კავშირგაბმულობისა და კომპიუტერულ (გამოთვლითი ტექნიკა) საშუალებებს.

ინტელექტუალური ქსელის შექმნა დაიწყო 2000 წლის მიჯნაზე. მისი დამუშავებისა და დანერგვისათვის საჭიროა გამოთვლითი ტექნიკის მომწოდებელი ფირმების დიდი რაოდენობის, ინდუსტრიულად განვითარებული ქვეყნების, მეცნიერებისა და სპეციალისტების ძალისხმევა. აღნიშნული ქსელი გახდება ინფორმატიზაციის პროცესის საფუძველი, ხოლო შედეად ინფორმირებულობის დონე ამაღლდება, რადგან გათვლილია მასიური გამოყენებისა და არა მარტო საქმიანი წრეებისათვის, თუმცა უეჭველია ის ფაქტიც, რომ მოგებას პირველ რიგში სწორედ ეს უკანასკნელნი მიიღებენ.

ინტელექტუალური ქსელის ძირითადი მიზანია ნებისმიერ მომხმარებელს საჭიროებისამებრ განსაზღვრულ დროსა და ადგილზე გაუწიოს საინფორმაციო მომსახურება. მასობრივი მომხმარებლისათვის მიწოდებული სხვადასხვაგვარი საინფორმაციო მომსახურების მოქმედება - ინტელექტუალური ქსელის ძირითადი მახასიათებელია.

ისმის კითხვა - შეიძლება კი ჩვენი ქვეყნის ესოდენ ღრმა ეკონომიკური კრიზისის პირობებში დაისვას ინტელექტუალური ქსელის შექმნის საკითხი? პასუხი შეიძლება იყოს მხოლოდ დადებითი, ვინაიდან ასეთი ქსელის გარეშე ჩვენი ქვეყანა აღმოჩნდება მსოფლიოსაგან მოწყვეტილი. ქვეყანაში შექმნილი ვითარების გამო აღნიშნული პროცესი შესაძლებელია გაიწელოს ათწლეულით, რაც ნეგატიურად იმოქმედებს ქვეყნის შემდგომ განვითარებაზე. ბუნებრივია დადებითი პასუხი განსაზღვრავს კავშირგაბმულობისა და გამოთვლითი ტექნიკის განვითარებაში ინვესტიციების მოცულობის გაზრდას.

კავშირგაბმულობისა და გადამცემი ტექნიკის საშუალებების სწრაფმა განვითარებამ ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში გამოიწვია ახალი სახის ინტელექტუალური ქსელის დაბადება.

აღნიშნული ქსელების პროტოტიპები უკვე გაჩნდა რიგ ქვეყნებში, თუმცა თანამედროვე პერიოდში ჯერ კიდევ გადაუჭრელი რჩება მათი მშენებლობის პრინციპების განსაზღვრის საკითხი. მიუხედავად ამისა, მსოფლიოში მიმდინარეობს ინტენსიური მუშაობა ინტელექტუალური ქსელის კონცეფციის, მისი აპარატული და პროგრამული საშუალებების, შესაბამისი სტანდარტების შესაქმნელად. ვარაუდობენ, რომ ინტელექტუალური ქსელი რეალურად მუშაობას დაიწყებს XX საუკუნის ბოლოს. სპეციალისტების აზრით ინტელექტუალური ქსელის საშუალებით მოხდება ეკონომიკური ინტერესების გაერთიანება სამ მხრივად: მომხმარებლის, მომსახურების და მოწყობილობის მომწოდებლისა. სწორედ ეს არის მისი ინტენსიური განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი. იგი საფუძველში შეცვლის კავშირგაბმულობის სახეს. აღნიშნული გარემოება გადამწყვეტ როლს თამაშობს ჩვენი ქვეყნის კავშირგაბმულობის განვითარების სტრატეგიის შემუშავებაში.

ინტელექტუალური ქსელის ძირითადი ამოცანაა მასობრივი მომხმარებლისათვის ინფორმაციის სწრაფად, ეფექტურად და ეკონომიურად მიწოდება. აღნიშნული სახის ქსელი საშუალებას იძლევა მომხმარებელი განუსაზღვრელი დროით არ დაელოდოს მომსახურების მიმწოდებელს (კავშირგაბმულობის საექსპლუატაციო ორგანიზაცია ან ნებისმიერი სხვა), არამედ მას გაუწევენ მომსახურებას მოთხოვნისა და სჭიროების მომენტში და შესაბამისად გადახდა მოხდება გაწეული მომსახურების დროის ინტერვალის მიხედვით. ამგვარად გაწეული მომსახურების სისწრაფე და ხარისხი უზრუნველყოფს მის ეკონომიურობასაც, რადგან მომხმარებელი, საქმის ვითარებიდან გამომდინარე, არხს არენდით აიღებს განსაზღვრული ვადით, რაც საშუალებას მისცემს შეამციროს ხარჯები. სწორედ მომსახურეობის მოქნილობაში გამოიხატება ინტელექტუალური ქსელის პრინციპული განსხვავება არსებულ ქსელებთან შედარებით.

თავის მხრივ, ინდივიდუალური მომხმარებლის მიერ ახალ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯის შემცირებამ უნდა გაზარდოს მასზე მოთხოვნა, რაც გამოიწვევს მომსახურების მომწოდებელთა მოგების ზრდას. შესაბამისად, მომსახურებაზე მოთხოვნის ზრდა მიგვიყვანს აუცილებელი მოწყობილობის მიწოდების გაფართოებამდე, ანუ მოწყობილობის მომწოდებლების მოგების ზრდამდე. ამგვარად, შეთავაზებული მომსახურების მოქნილობამ ინტელექტუალურ ქსელში უნდა მიგვიყვანოს ეკონომიკური ინტერესების სამმხრივ გაერთიანებამდე:

მომხმარებლის, მომსახურების მიმწოდებლისა და მოწყობილობის მიმწოდებლის.

მომხმარებლისათვის მომსახურების სწრაფი, ეფექტური და ეკონომიური მიწოდება შესაძლებელია კავშირგაბმულობის ქსელის მშენებლობის ახალი კონცეფციით, რაც გამოიხატება მართვის სისტემის სრულყოფაში, კომუნიკაციისა და მომსახურების ფუნქციის გაყოფაში.

თანამედროვე პირობებში მომსახურების მიწოდების ფუნქციები საკომუტაციო სისტემების ფუნქციის განუყოფელი ნაწილია. ამის გამო მომსახურების რიცხვისა და მათი ფუნქციონალური თავისებურებების გაზრდით მკვეთრად იზრდება საკომუტაციო სისტემების სააპარატო საშუალებანი და საპროგრამო მოწყობილობები. ამასთან, ახალი მომსახურების შემოღებამ შეიძლება მოითხოვოს როგორც საპროგრამო მოწყობილობების, ისე სააპარატო საშუალებების შეცვლა. შედეგად იზრდება საკომუტაციო სისტემების სირთულე, შესაბამისად, მათი ღირებულება. უფრო მეტიც, ხდება მომსახურების ზრდით განპირობებული საკომუტაციო სისტემების უწყვეტი მოდერნიზაცია. ბუნერივია, იზრდება შეთავაზებული მომსახურების ფასიც, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს მასზე მოთხოვნას. სწორედ ეს პროცესი მიმდინარეობს ახლა ციფრულ ქსელებში. საკომუტაციო ქსელების შექმნა ძვირად ღირებული პროცესია, რომელსაც პრინციპულად არა აქვს დასასრული ახალი მომსახურების წარმოქმნისა და მისი წინასწარმეტყველების გამო. სწორედ ამიტომ, ინტელექტუალური ქსელის კონცეფცია დაფუძნებულია კომუტაციისა და მომსახურების წარდგენის ფუნქციების განაწილებაზე: 1. რეალიზაციას უზრუნველყოფს კავშირგაბმულობის კომუტაციის ქსელი; 2. მოცემული მომსახურეობის ბაზა (ნახაზზე მოცემულია ინტელექტუალური ქსელის გამარტივებული სტრუქტურული სქემა).

თუ კავშირგაბმულობის მაკომუტირებელ ქსელში შემავალ საკომუტაციო სისტემას ძირითადად კომუტაციის ფუნქცია (შეერთების) გააჩნია, მაშინ, ბუნებრივია, ასეთი საკომუტაციო სისტემები უნდა იყოს საკმარისად მარტივი და შესაბამისად არსებულთან შედარებით იაფი.

მონაცემთა ბაზა, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების მიწოდებას, უნდა იგებოდეს მოდულური პრინციპის შესაბამისად. მომსახურება მიეწოდება შესაბამისი მოდულით, სადაც არის ურთიერთკავშირი სხვა მომსახურებებთან. ეს ნიშნავს, რომ ახალი მომსახურების შემოყვანა არ მოითხოვს მონაცემთა მთელი ბაზის შეცვლას. ასეთი მოდულები არიან „სამშენებლო ბლოკების“ მსგავსნი, გამოყენებულნი პროგრამული უზრუნველყოფის შექმნისას.

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ კომუტაციისა და მოწოდებული მომსახურების ფუნქციების გაყოფა და მზარდი სირთულის საკომუტაციო სადგურებზე უარის თქმა ბუნებრივი პროცესია, რადგან შრომის სპეციალიზაცია და დაყოფა ყოველთვის იყო პროგრესული მოვლენა კაცობრიობის ისტორიაში და ყოველთვის მივყავდით მეტად ეფექტურ და ეკონომიურ გადაწყვეტილებამდე საქონლის წარმოებისა და მომსახურების გაწევის პროცესში.

პირველად 70-იან წლებში შეიქმნა C&C (Computer and Communnication) კონცეფცია, რომელშიც გაერთიანდა კავშირგაბმულობისა და გამოთვლითი ტექნიკის საშუალებები. გამოთვლითი ტექნიკის ფართო დანერგვის მიუხედავად ასეთი ლოგიკური გაერთიანება არ მოხდა. კავშირგაბმულობის ქსელის ძირითადი ინტელექტუალური კვანძი: ციფრული საკომუტაციო სადგურები დაამუშავეს კომუტაციის სპეციალისტებმა გამოთვლითი ტექნიკის სპეციალისტებთან ერთად. საბოლოოდ ტექნიკურ გადაწყვეტილებას ქსელის შესახებ, საქმის შინაარსიდან გამომდინარე, კომუტაციის სპეციალისტები კარნახობდნენ. ამიტომ სრულად არ იყო გამოყენებული მძლავრი მათემატიკური მეთოდები, მაღალი დონის პროგრამირების ენა და შესაბამისი საპროგრამო უზრუნველყოფა დაგროვილი გამოთვლითი ტექნიკის ეგმ-ის (ელექტრონული გამომთვლელი მანქანები) დამამზადებელ ფირმებში. აღნიშნული პროცესების შედეგად გამოთვლითი ტექნიკისა და ელექტრონული გამომთვლელი მანქანების დამამზადებელი ფირმები არ შედიოდნენ კავშირგაბმულობის საშუალებების დამამუშავებელთა, მომწოდებელთა რიგში. კომუტაციისა და მომსახურების მიმწოდებლის ფუნქციების გაყოფამ აღნიშნული კონცეფციის, შესაბამისად მიგვიყვანა პარადოქსულ შედეგამდე - კავშირგაბმულობის საშუალებათა და ელექტრონული გამომთვლელი მანქანებისა და გამოთვლითი ტექნიკის მიმწოდებელთა ინტერესების გაერთიანებამდე, პირველებს შეუძლიათ ძალისხმევის მიმართვა ციფრული საკომუტაციო ქსელის შექმნაზე, ხოლო მეორეებს - მონაცემების (მომსახურების) ბაზის შექმნაზე; პირველთა და მეორეთა ერთიანი ძალისხმევით შემუშავდება ერთიანი მუშაობის გეგმები.

„საქართველოს ელექტროკავშირის“ საქმიანობის ანალიზი.

„საქართველოს ელექტროკავშირი“ აბონენტთა რაოდენობით და ქსელის მოცულობით, გაცილებით აღემატება თავის კონკურენტებს „ახალ ქსელებსა“ და „ახტელს.“ მას გააჩნია მრავალი ტერიტორიული და მათზე დაქვემდებარებული რაიონული ფილიალი.

„საქართველოს ელექტროკავშირის“ მომსახურებას უზრუნველყოფს ადგილობრივი სატელეფონო კავშირი. უახლოეს მომავალში გაიშვება საქალაქთაშორისო სადგური, რომელიც „საქართველოს ელექტროკავშირს“ საშუალებას მისცემს

თავის აბონენტებს საქალაქთაშორისო და საერთაშორისო სატელეფონო კავშირითაც ისარგებლონ.

წლების მანძილზე მომსახურებაში მყოფი ავტომატური სატელეფონო სადგურები, მაგისტრალური და სარელეო ხაზები შეცვლას ან განახლებას მოითხოვს. ყოველივე ამის გარეშე შეუძლებელია საწარმომ შეძლოს მომხმარებელთა მოთხოვნათა სრული დაკმაყოფილება. ეს კი ნებისმიერი საწარმოს ნორმალური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი პირობაა, ვინაიდან ამ პირობის შეუსრულებლობა გამოიწვევს აბონენტთა გადადინებას კონკურენტებთან. გასათვალისწინებელია, რომ ბოლო წლებში „საქართველოს ელექტროკავშირში“ შეინიშნება აბონენტთა რაოდენობის კლება, როგორც მთლიანად საქართველოში, ისე თბილისშიც (იხ. ცხრილი №2). 1998 წელს 1997წელთან შედარებით მთლიანად ამ საწარმოს აბონენტთა რაოდენობამ საქართველოში იკლო 11,7%-ით, ხოლო თბილისში 6,1%-ით (იხ. ცხრილი №2).

წარმოგიდგენთ „საქართველოს ელექტროკავშირის“ ეკონომიკურ მაჩვენებელთა ანალიზს. კომპანიის შემოსავლები ძირითადი საქმიანობიდან მართალია მცირედ, მაგრამ 1995 წლიდან 2000 წელს გაიზარდა და 26437,5 ათასი ლარი შეადგინა (იხ. ცხრილი №1, ნახაზი № 5)აგრეთვე იზრდება ხარჯები, მაგრამ მისი ზრდის ტემპი მეტია და 1999 წელს მათი ოდენობები ერთმანეთს თითქმის უტოლდებოდა, ხოლო 200 წელს ხარჯებმა შემოსავლებს 85 ათასი ლარით გადააჭარბა. ეს მოძველებული ავტომატური სატელეფონო სადგურებისა და სატელეფონო ქსელის ექსპლუატაციის სიძვირით აიხსნება. აქედან გამომდინარე, კლებულობს მოგების ოდენობა. თუ 1995 წელს სუფთა მოგება 1375,4 ათას ლარს შეადგენდა, 2000 წელს მოგება საერთოდ არ ყოფილა (იხ. ცხრილი №1, ნახაზი №5). ამის მიუხედავად შენატანები ბიუჯეტში იზრდება: 1997 წელს 1996 წელთან შედარებით 54,8%-ით გაიზარდა; თუ 1995 წელს მისი ოდენობა 5184,8 ათას ლარს შეადგენდა, 1999 წელს 10950,5 ათას ლარს მიაღწია (იხ. ნახაზი №5, ცხრილი №1). საწარმოს რენტაბელობა რა თქმა უნდა კლებულობს: 1995 წელს იგი 16% და 1999 წელს 3% იყო, 2000 წელს კი საწარმო არარენტაბელური აღმოჩნდა. ეს არცაა გასაკვირი, ვინაიდან 2000 წელს საწარმოს მოგება არ ჰქონია. „საქართველოს ელექტროკავშირის“ დებიტორულმა დავალიანებამ 2000 წელს წინა წელთან შედარებით 0,8%-ით მოიმატა და 9618,9 ათასი ლარი შეადგინა.

აღსანიშნავია, რომ ეკონომიკური მაჩვენებლების ასეთი სავალალო მდგომარეობის მიუხედავად პერსონალის რაოდენობა მატულობს. 2000 წელს წინა წელთან შედარებით ამ მაჩველებელმა 1,6%-ით მოიმატა, რაც 125 ერთეულს შეადგენს (იხ. ცხრილი №3), ხოლო 1997 წლის შემდგომ პერიოდში პერსონალის რაოდენობამ 398 ერთეულით მოიმატა და 7812 ადამიანი შეადგინა. პერსონალის რაოდენობის მატებასთან ერთად იზრდება საშუალო ხელფასიც და 2000 წელს 100 ლარი შეადგინა.

ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლის სტრუქტურის განხილვა ნათელჰყობს, რომ 1995 წელს შემოსავალი ადგილობრივი სატელეფონო კავშირიდან 6079 ათასი ლარი ანუ მთლიანი შემოსავლის 59% იყო, ხოლო საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირიდან მიღებულმა შემოსავალმა 39% შეადგინა. წლების განმავლობაში ამ უკანასკნელთაგან პირველი მაჩვენებელი კლებულობს, ხოლო მეორე მატულობს და 2000 წელს ადგილობრივი სატელეფონო კავშირიდან მიღებული შემოსავალი მთლიანი შემოსავლის 37% იყო, ხოლო საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირიდან მიღებული შემოსავალი კი - 58% (იხ. ცხრილი №4, ნახაზი №3; 4).

როგორც თბილისში, ისე მთლიანად საქართველოში ჭარბობს კოორდინატული ავტომატური სადგურები. თბილისში ფუნქციონირებს 10 ელექტრონული და 1 კვაზიელექტრონული სადგური. აქვე უნდა ითქვას, რომ ჯერ კიდევ მოქმედებაშია 10 დეკადო-ბიჯური სადგურიც (იხ. ცხრილი №5, ნახაზი №7). სატელეფონო სადგურებში ათვისებულ და სამონტაჟო ტევადობათა შორის თანაფარდობა მოცემულია ნახაზზე №6.

2001 წლის 1 აგვისტოდან „საქართველოს ელექტროკავშირის“ გადაწყვეტილებით გადასახადი ადგილობრივ სატელეფონო მომსახურებაზე გაიზარდა, გაორმაგდა. კოორდინატული სატელეფონო სადგურების აბონენტთათვის ტარიფმა 3 ლარი, ხოლო კვაზიელექტრონულზე 4 ლარი შეადგინა. აქედან გამომდინარე, 2001 წლის ბოლოს მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვლება. შემოსავალი მოიმატებს, ასევე გაიზრდება მთლიან შემოსავალში ადგილობრივი სატელეფონო კავშირიდან მიღებული შემოსავლის ხვედრითი წილი, გაჩნდება მოგება, გაიზრდება შენატანები ბიუჯეტში. ყოველივე ზემოაღნიშნული კი უზრუნველყოფს საწარმოს ფუნქციონირების ეფექტურობის ამაღლებას.

ცხრილი №1.

საქართველოს ელექტრო კავშირის ეკონომიკური მაჩვენებლები

	წლები						ცვლილების ტემპები, %				
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1996/95	1997/96	1998/97	1999/98	2000/99
შემოსავლები ძირითადი საქმიანობიდან	10287,7	17134,2	20031,7	23741,2	25504,2	26437,5	66,6	16,9	18,5	7,4	3,7
ხარჯები	8568,5	14485,5	17175,7	20526,1	25509,3	26522,5	69,1	18,6	19,5	24,3	4,0
დასაბეგრი მოგება	1719,2	2648,7	2855,0	3215,1	1094,9	-85,0	54,1	7,8	12,6	-65,9	-107,8
სუფთა მოგება	1375,4	2119,0	2284,0	2572,1	875,9	0,0	54,1	7,8	12,6	-65,9	-100,0
შენატანები ბიუჯეტში	5184,8	6713,9	10394,0	10201,3	10950,5	0,0	29,5	54,8	-1,9	7,3	-100,0
რენტაბელობა	16%	15%	13%	13%	3%		-6,3	-13,3	0,0	-76,9	-100,0
დებიტორული დავალიანება				4269,2	9537,6	9618,9				123,4	0,9

ცხრილი №2.

„საქართველოს ელექტროკავშირის" აბონენტთა რაოდენობა

		წლები					ცვლილების ტემპები, %			
		1995	1996	1997	1998	1999	1996/95	1997/96	1998/97	1999/98
აბონენტთა რაოდენობა				420773	376623	362775			-10,5	-3,7
თბილისი	სულ	223423	230734	209185	197180		3,3	-9,3	-5,7	-100,0
	ბინის	193997	202663	184176	173402		4,5	-9,1	-5,8	-100,0
	წარმოება	29426	28071	25009	23778		-4,6	-10,9	-4,9	-100,0
ქალაქად მთლიანად				377112	344891	339014			-8,5	-1,7
სოფლად				43661	31732	23761			-27,3	-25,1

ცხრილი №3

„საქართველოს ელექტროკავშირის" პერსონალის რაოდენობა

	წლები			
	1997	1998	1999	2000
პერსონალის რაოდენობა	7414	7937	7687	7812
საშუალო ხელფასი	75	80	77	100

ცხრილი №4

„საქართველოს ელექტროკავშირის" ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების სტრუქტურა

	წლები						ცვლილების ტემპები, %				
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1996/95	1997/96	1998/97	1999/98	2000/99
შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან ათას.ლარი მათ შორის:	10287,7	17134,2	20031,7	23791,2	25504,2	26437,5	66,6	16,9	18,8	7,2	3,7
1. ადგილობრივი სატელეფონო კავშირი, ათას.ლ	6079	6272	7350,9	7167,4	9085,2	9822,2	3,2	17,2	-2,5	26,8	8,1
2. საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირი, ათას.ლ	3979	10324,2	11964,1	14919,5	14916,1	15054,5	159,5	15,9	24,7	0,0	0,9
3. ტელეგრაფი, ათას.ლ	83	200,3	150,8	118,6	216,1	189	141,3	-24,7	-21,4	82,2	-12,5
4. რადიოკავშირი დატელეხედვა, ათას.ლ	146,7	337,9	565,9	702,1	613,5	595,2	130,3	67,5	24,1	-12,6	-3,0
5. სხვა დანარჩენი, ათას.ლ	0	0	0	853.6	843,8	595,2				-1,1	-29,5
შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან ათას.ლარი მათ შორის:	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
1. ადგილობრივი სატელეფონო კავშირი, %	59	37	36	31	36	37					
2. საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირი, %	39	60	60	63	57	58					
3. ტელეგრაფი, %	1	1	1	0	1	1					
4. რადიოკავშირი დატელეხედვა, %	1	2	3	3	2	2					
5. სხვა დანარჩენი, %	0	0	0	4	3	2					

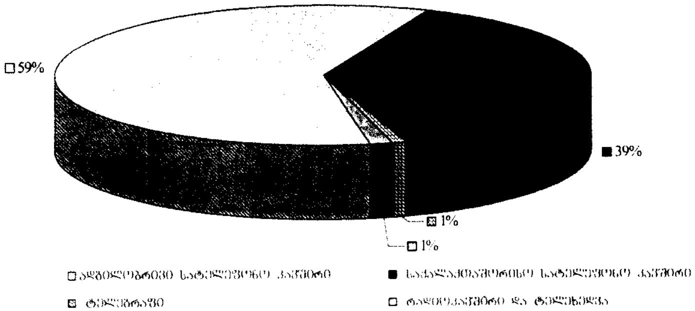
ცხრილი №5

ავტომატური სატელეფონო სადგურების რაოდენობა

	ასს რაოდენობა, ერთ	სამონტაჟო ტევადობა, ნომერი	ათვისებული ტევადობა, ნომერი
ქალაქში და სოფლად სულ	397	513230	364295
დეკადობიჯური	44		
კოორდინატული	339		
ელექტრონული	13		
კვაზიელექტრონული	1		
ქალაქში	127	471190	342174
დეკადობიჯური	41		
კოორდინატული	67		
ელექტრონული	12		
კვაზიელექტრონული	1		
თბილისში	33	237000	195831
დეკადობიჯური	10		
კოორდინატული	12		
ელექტრონული	10		
კვაზიელექტრონული	1		
სოფელში	276	42040	22121
დეკადობიჯური	4		
კოორდინატული	272		

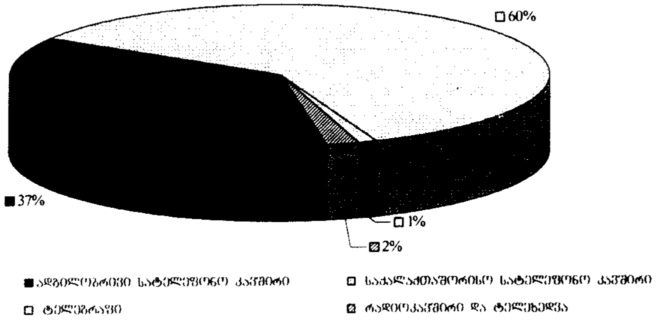
ნახაზი №3

ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლის სტრუქტურული შემადგენლობა 1995 წელს



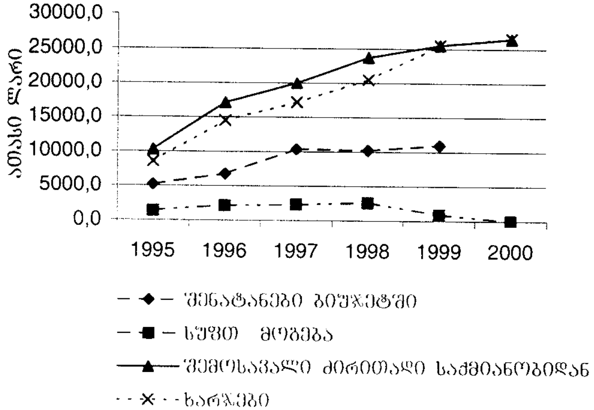
ნახაზი №4

ძირითადი საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლის სტრუქტურული შემადგენლობა 2000 წელს



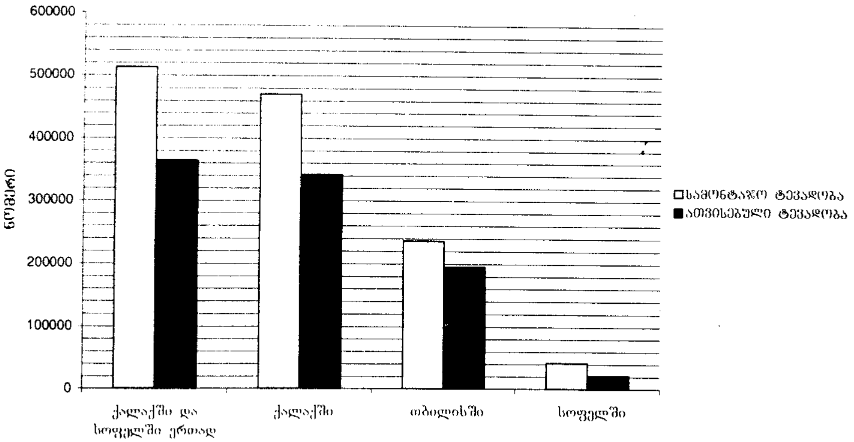
ნახაზი №5

ეკონომიკური მაჩვენებლები



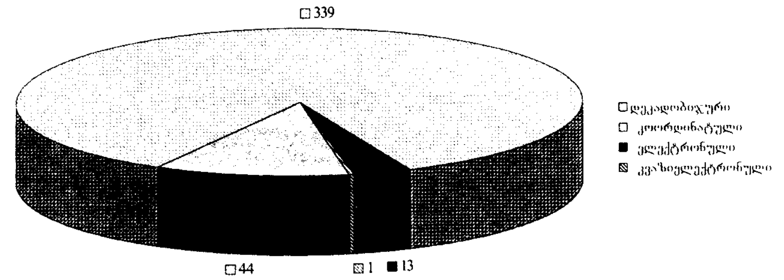
ნახაზი №6

სამონტაჟო და ათვისებულ ტევადობებს შორის თანაფარდობა



ნახაზი №7

ავტომატური სატელეფონო სადგურების რაოდენობა



შპს „საქართველოს ტელეკომის" საქმიანობის ანალიზი

შპს „საქართველოს ტელეკომი" ეწევა საქართველოს მოსახლეობისა და ორგანიზაციების, ქვეყნის ხელისუფლებისა და მმართველობითი ორგანოების უზრუნველყოფას ავტომატური საქალაქთაშორისო და საერთაშორისო სატელეფონო კავშირით, მის შემდგომ განვითარებასა და სრულყოფას. ამ საწარმოს აქციების 51% სახელმწიფო საკუთრებაშია.

საქართველოს ტელეკომის შემოსავლები 1998 წლის შემდგომ კლებულობს და ეს კლება საკმაოდ მნიშვნელოვანია. 2001 წლის ექვსი წლის მონაცემებით შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან შეადგენდა 8351,9 ათას ლარს, რაც 12,3%-ით ნაკლებია 2000 წლის იგივე მონაცემთან შედარებით. 2000 წელს კი წინა წელთან შედარებით აღინიშნა კლება 16,6%-ით (იხ. ცხრილი №5, ნახაზი №9). ამის ახსნა შეიძლება 1998 წლის შემდგომ სატელეკომუნიკაციო ბიზნესში მომხდარი ცვლილებებით, კერძოდ, ბაზარზე გაჩნდა კერძო კომპანიები: „საქტელეკომი", „ეგრისი", „ლაგი", „გუდვილკომი", „გლობალ ერთი", „მიშკომი", „CGS", „პელიკომი", რომლებიც საკმაოდ დიდ კონკურენციას უწევენ ერთ დროს საქალაქთაშორისო და საერთაშორისო კავშირის ერთადერთ ოპერატორს. ამ ეტაპზე არაოფიციალური, მაგრამ საკმაოდ საიმედო წყაროებით საქალაქთაშორისო და საერთაშორისო მომსახურებათა ბაზრის მხოლოდ 40% უკავია სქართველოს ტელეკომს. რაც შეეხება შემოსავლების სტრუქტურას, შემოსავალი საერთაშორისო მომსახურებიდან ჭარბობს სხვა დანარჩენს, მაგრამ მისი როგორც წილი ისე ოდენობა წლების მანძილზე კლებულობს. 1998 წელს საქალაქთაშორისო მომსახურებიდან მიღებული შემოსავლის ხვედრითი წილი შემოსავლების სტრუქტურაში შეადგენდა 3%-ს, ხოლო 2001 წლის მონაცემებით ეს მაჩვენებელი 28%-მდე გაიზარდა. 1998 წელს საერთაშორისო მომსახურებიდან მიღებული შემოსავლის ხვედრითი წილი შეადგენდა 64%-ს, 2000 წელს კი იგი 29%-მდე შემცირდა, შესაბამისად, მცირდებოდა მისი ოდენობაც. 2001 წლის ივლისში წინა წლის ანალოგიურ პერიოდთან შედარებით 24%-იანი კლება აღინიშნა, ხოლო 2000 წელს წინა წელთან შედარებით ამ პარამეტრმა 9,4%-ით იკლო. ამის ახსნა მარტივადაა შესაძლებელი: შპს „საქართველოს ტელეკომის" ტარიფი საერთაშორისო მომსახურებაზე სხვა კომპანიებთან შედარებით მაღალია. შემოსავალი მობილურ კომპანიათა მომსახურებიდან ყველაზე მცირეა, მაგრამ ოდენობა მატულობს, რაც ალბათ მობილურ კომპანიათა აბონენტთა რაოდენობის ზრდით არის განპირობებული. ეს მისასალმებელია, მაგრამ ოდენობა იმდენად მცირეა, რომ მასზე რეალური იმედების დამყარება არ იქნებოდა გამართლებული (იხ. ცხრილი №5, ნახაზი №8 და №9). აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ შემოსავლებში 60% მოსახლეობის, ხოლო 40% კი - დაწესებულებათა მომსახურების შედეგადაა მიღებული. რამოდენიმე წლის წინ ეს წილი სხვაგვარად, წარმოება-დაწესებულებათა სასარგებლოდ გამოიყურებოდა.

საბალანსო მოგება, შემოსავლების მსგავსად, 1997 წლიდან კლებულობს. ამ მხრივ აღსანიშნავია 2000 წელი, როდესაც საწარმო გაკოტრების პირას მივიდა. მისი საბალანსო მოგება ამ წელს წინა წელთან შედარებით 93%-ით შემცირდა და 418000 ლარი შეადგინა (იხ. ცხრილი №5, ნახაზი №11), ეს კი განაპირობა კომპანია მაგთი GSM-ისაგან დაკისრებულმა დაახლოებით 8,0 მლნ. ლარის

ოდენობის ჯარიმამ. ამ ფაქტის კანონიერებისა და საფუძვლიანობის განსჯას თავს ავარიდებთ, ვინაიდან საჭირო ინფორმაცია შესაბამისმა ორგანოებმა და ინსტანციებმა გასაგები მიზეზების გამო არ ან ვერ მოგვაწოდეს.

შემოსავლებისა და საბალანსო მოგებისაგან განსხვავებით საექსპლუატაციო ხარჯები იზრდება. ეს ზრდა საკმაოდ მნიშვნელოვანია, ყოველწლიურად საშუალოდ 20%-ით (იხ. ცხრილი №5, ნახაზი №10). სქართველოს ტელეკომში საშუალო ხელფასი 300-350 ლარია და პერსონალის რაოდენობამ 1995 წლიდან 2001 წლამდე 133 ერთეულით მოიმატა და 523 კაცი შეადგინა. ამ ფაქტის გათვალისწინებით ნათელია, რომ საექსპლუატაციო ხარჯების სტრუქტურაში ხელფასის ფონდს საკმაოდ მნიშვნელოვანი და მოცულობითი ადგილი უკავია.

სახელმწიფოსა და რიგითი მოქალაქისათვის ყველაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს „საქართველოს ტელეკომის" მიერ ბიუჯეტში შენატან თანხებს. 2001 წლის 6 თვის მონაცემებით ბიუჯეტში შევიდა 2240 ათასი ლარი, ხოლო 2000 წელს 4303 ათასი ლარი, რაც 35,7%-ით ნაკლებია 1999 წლის მონაცემთან შედარებით. 1997 წელს ბიუჯეტში შენატანებმა 135,8%-ით მოიმატა წინა წელთან შედარებით და 7260 ათასი ლარი შეადგინა, ხოლო 1998 წელს 19,9%-იანი კლება აღინიშნა (იხ. ცხრილი №6, ნახაზი №11).

არასაბიუჯეტო გადასახადები 1995 წლიდან მატულობს და 2001 წლის 6 თვის მონაცემებით 630 ათას. ლარი, ხოლო 2000 წელს 1269,6 ათასი ლარი შეადგინა (იხ. ცხრილი №6).

საწარმოს ისედაც სავალალო მდგომარეობას ამძიმებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ მისი დებიტორული დავალიანება საკმაოდ დიდია და წლების მანძილზე ვერ ხერხდება მისი ამოღება. აბონენტთა დავალიანების წილი (ბინები და ორგანიზაციები) ყველაზე მეტი ოდენობითაა წარმოდგენილი 1998 წელს და მაჩვენებელი 43,0%-ია, 2000 წელს იგი 61,6%-მდე იზრდება. ამასთან, მნიშვნელოვანი წილი კავშირგაბმულობის კომპანიებს უკავიათ.

1998 წელს მთლიანი დავალიანების სტრუქტურაში 57%-ს შეადგენდა კავშირგაბმულობის კომპანიათა დებიტორული დავალიანება. 2001 წლის ივლისის მონაცემებით იგივე მონაცემი 39%-ს შეადგენდა, მისი ოდენობა კი 4268,0 ათასი ლარი იყო. მათ შორის:

- შპს „ახალი ქსელები" 1499,8 ათასი ლარი;
- „ახტელი" 397,4 ათასი ლარი;
- მაგთი **GSM** 1631 ათასი ლარი;
- „**CGS**" 275,2 ათასი ლარი;
- „პელიკომი" 215,9 ათასი ლარი;
- „მიშკომი" 7,9 ათასი ლარი;
- „გლობალ ერთი" 35,0 ათასი ლარი.

ამ თანხის გარკვეული ნაწილი, რა თქმა უნდა, ამოღებას ვერ დაექვემდებარება, ვინაიდან პროცედურის სირთულისა და სიძვირის გამო აზრს კარგავს (იხ. ცხრილი №7, №8, ნახაზი №10, №12, №13). ყოველივე ამ სირთულის მიუხედავად წარმატებით აგებული მენეჯმენტის წყალობით, რომელიც გულისხმობს სატარიფო, მარკეტინგული, ფინანსური და საკადრო პოლიტიკის სწორად წარმართვას, საწარმო დასძლევს სიძნელეებს, მიიღებს მისთვის, ქვეყნისთვის და მოსახლეობისათვის სასურველ შედეგს.

ცხრილი №6

„საქართველოს ტელეკომის" შემოსავლების სტრუქტურა

	წლები				ცვლილების ტემპები, %	
	1998	1999	2000	2001 (6 თვე)	1999/1998	2000/1999
შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან, ათ.ლარი მათ შორის:	24564,6	22843,3	19049,1	8351,9	-7,0	-16,6
1. შემოსავალი საქალაქთაშორისო მომსახურებიდან, ათას ლარი	2376	2765,3	3236,6	1512,5	16,4	17,0
2. საერთაშორისო მომსახურებიდან, ათას ლარი	4710,2	4645,5	4207,3	1588,4	-1,4	-9,4
3. მობილური კავშირგაბმულობის კომპანიათა მომსახურებიდან, ათას ლარი	67,5	561,6	721,9	499,7	732,0	28,5
4. სხვა საქმიანობიდან, ათას ლარი	2318,2	3087,4	1798,9	1047,8	33,2	-41,7
შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან, მათ შორის:	100%	100%	100%	100%		
1. შემოსავალი საქალაქთაშორისო მომსახურებიდან, %	25	25	32	33		
2. საერთაშორისო მომსახურებიდან, %	50	42	42	34		
3. მობილური კავშირგაბმულობის კომპანიათა მომსახურებიდან, %	1	5	7	11		
4. სხვა საქმიანობიდან, %	24	28	18	23		

ცხრილი №6

საქართველოს ტელეკომის ეკონომიკური მაჩვენებლები

	წლები							ცვლილების ტემპები, %				
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 (6 თვე)	1996/95	1997/96	1998/97	1999/98	2000/99
კაპიტალური დაბანდებანი	4270	3250	8990	2320	890	430	230	-23,9	176,6	-74,2	-61,6	-51,7
პერსონალის რაოდენობა	390	411	450	511	512	513	513	5,4	9,5	13,6	0.2	0.2
საექსპლუატაციო ხარჯები	8200	10200	11200	14200	16900	20100	4200	24,4	9,8	26,8	19,0	18.9
საბალანსო მოგება, ათ.ლარი	1805	12647	17964	12303	11250	418	2300	600,7	42,1	-31,5	-8,6	-96,3
ბიუჯეტში შენატანები	876,3	3120,7	7360	5894,3	6697,4	4303,2	2240	256,1	135,8	-19,9	13,6	-35,7
[illegible]	225,8	699,6	825,9	938,3	1399,9	1262,6	630	209,8	18,1	13,6	49,2	-9,8

ცხრილი №7

„საქართველოს ტელეკომის" დებიტორული დავალიანება

	წლები				ცვლილების ტემპები, %	
	1998	1999	2000	2001 (6 თვე)	1999/1998	2000/1999
ჯამი:	13351	12670	13069	12856	-5,1	3,1
კავშირგაბმულობის კომპანიები	7606	5375	5161	4936	-29,3	-4,0
აბონენტები:	5745	7295	7908	7920	27,0	8,4
ბინები	1619	2341	2917	2969	44,6	24,6
ორგანიზაციები	4125	4955	4991	4951	20,1	0,7
მათ შორის: საბიუჯეტო	1439	2331	2868	2966	62,0	23,0
დანარჩენი	2686	2624	2123	1985	-2,3	-19,1

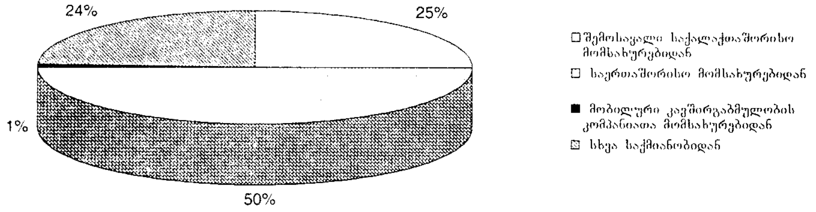
ცხრილი №8

ტარიფები

ქვეყანა	წლები		
	1999	2000	2000
საქართველო	0,15 0,20	0,15 0,20	0,15 0,20
დსთ	1,60	0,70	0,70
ევროპა	1,70	1,70	1,20
ამერიკა	1,90	1,90	1,30

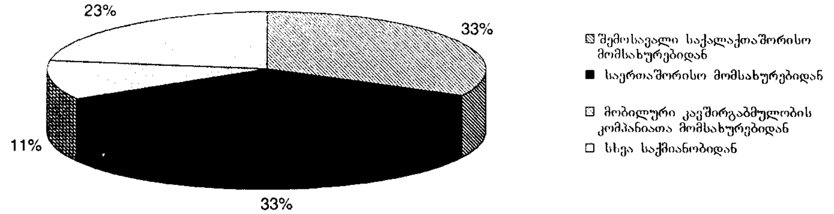
ნახაზი №8

„საქართველოს ტელეკომის" შემოსავალის სტრუქტურა 1998 წელს



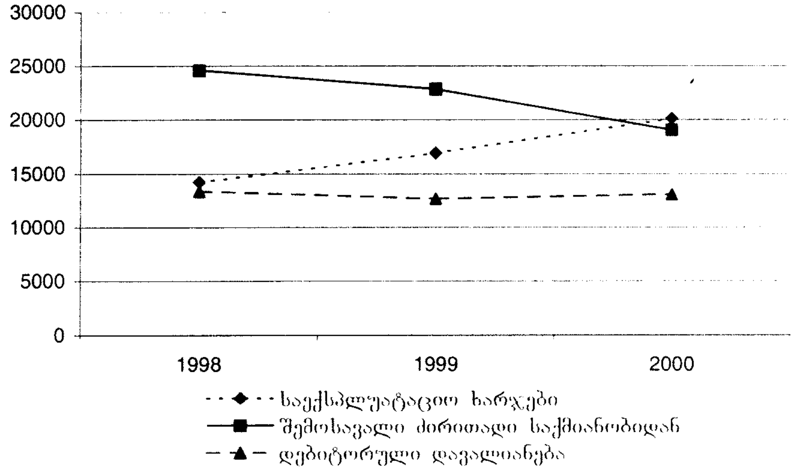
ნახაზი №9

„საქართველოს ტელეკომის" შემოსავალის სტრუქტურა 2001 წელს



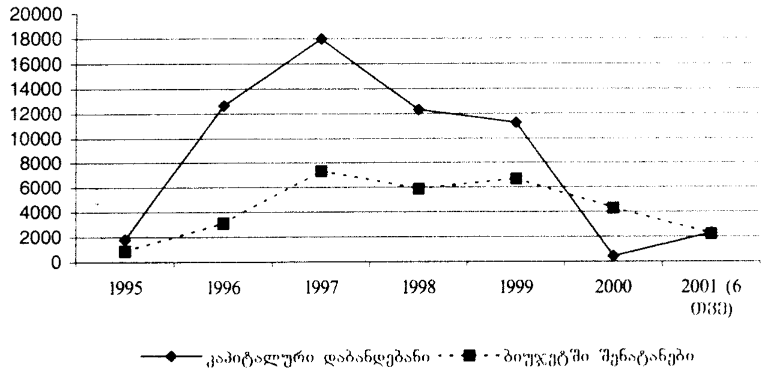
ნახაზი №10

საექსპლუატაციო ხარჯები, შემოსავალი ძირითადი საქმიანობიდან და დებიტორული დავალიანება



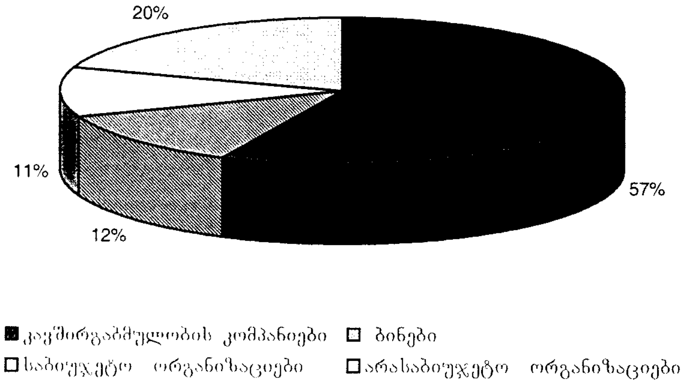
ნახაზი N 11

საბალანსო მოგება და ბიუჯეტში შენატანები



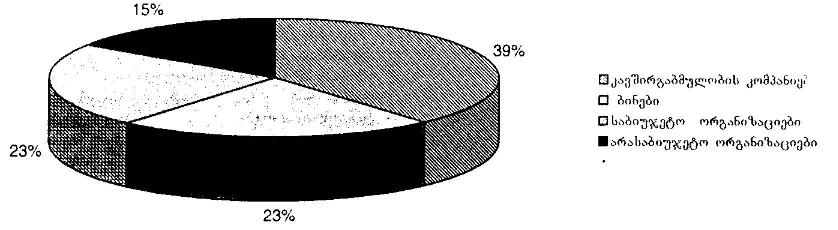
ნახაზი №12

დებიტორული დავალიანების სტრუქტურა 1998 წელს



ნახაზი №13

დებიტორული დავალიანების სტრუქტურა 2001 წელს



შპს „ახალი ქსელების“ საქმიანობის ანალიზი

შპს „ახალი ქსელები“ წარმოადგენს ადგილობრივი სატელეფონო ქსელის პირველ კერძო ოპერატორს საქართველოში. ეს არის ახალი სიტყვა ქსელის განვითარებისა და მოდერნიზაციის საქმეში. 1996 წლის 2 აგვისტოს ჩამოყალიბებული შპს-სათვის მინიმალური საწესდებო კაპიტალით დაფუძნებისას საწყისი კაპიტალი წარმოადგენდა 1000 აშშ დოლარის ექვივალენტს ლარებში. მან შეძლო მილიონობით აშშ დოლარის ინვესტიციების მოზიდვა და ქსელების მოდერნიზაციის I ეტაპის წარმატებით განხორციელება.

მიუხედავად იმისა, რომ კომპანია ძალზედ ახალგაზრდაა, უკვე შეძლო შეექმნა კონკურენციის ძლიერი ფონი საქართველოს შიდა ბაზარზე და აქვს პრეტენზია იყოს კონკურენტუნარიანი, შეინარჩუნოს ლიდერის პოზიცია ამ ბაზარზე და საქმიანობის უმთავრეს პრინციპად გაიხადოს მომხმარებლის ინტერესების დაცვა და მისთვის საუკეთესო ხარისხის მომსახურების ფართო სპექტრის შეთავაზება. გვსურს აღვნიშნოთ, რომ „რეიტინგი კავკასიის“ მიერ გაკეთებული რეიტინგის მიხედვით „ახალი ქსელები“ მოხვდა 2000 წლის საუკეთესო ქართული კომპანიების ოცეულში (გამოქვეყნდა 2001 წლის გაზეთში „ბანკები და ფინანსები“). რეიტინგის შეფასების კრიტერიუმები მრავალკომპონენტიანია და მოიცავს შემდეგს: შენატანები ბიუჯეტში, გადამხდელის იმიჯი, დასაქმებულთა რაოდენობა, კომპანიის საქმიანობის ინსტიტუციონალური მნიშვნელობა ქვეყნის ეკონომიკისთვის, ნახტომი განვითარებაში და ა.შ.

გარდა იმისა, რომ „ახალმა ქსელებმა“ ხელი შეუწყო საქართველოში კავშირგაბმულობის წინსვლას და მისი განვითარების ახალ სტადიაზე გადასვლას, გარკვეული სოლიდური წვლილი შეაქვს ეკონომიკის განვითარებაში. აგრეთვე, სოციალური სფეროს მოწესრიგებაშიც, ანუ სამუშაო ადგილების შექმნაში (დასაქმებულია 320-მდე ადამიანი). სატელეფონო სადგურებში მომუშავე კადრები დაკომპლექტებულია მაღალკვალიფიციური პერსონალით, რომლებმაც გაიარეს სტაჟირება უცხოეთში (ისრაელი, კორეა, თურქეთი). მათ წარჩინებით აქვთ დამთავრებული სტუ-ს კავშირგაბმულობის ფაკულტეტი, სადაც გაიარეს სპეცკურსი. კომპანია მზარდია და დიდი სამომავლო გეგმებიც აქვს, რაც შეეხება ქვეყნის ბიუჯეტში შეტანილ თანხებს, ის საზოგადოების განვითარებასთან ერთად ყოველწლიურად იზრდება და მისი დინამიკა შემდეგნაირად შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ:

(ლარებში)

1997	1998	1999	2000	სულ
723860	2955108	3301532	287358	9851600

2000 წლის ბიუჯეტში შენატანების ანალიზი შემდეგი სახისაა:

გადასახადის სახეობა	თანხა (ლარებში)
დასაქმების	9200
სამედიცინო	33200
საშემოსავლო	168200
სოციალურ უზრუნველყოფა	241100
საგზაო	100000
დღგ	1590741
მოგების გადასახადი	329677
ქონების გადასახადი	269340
საჯარიმო	86200
ქონების გადაცემა	37000
რეკლამის გადასახადი	6700
სულ	2871358

აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ შპს „ახალი ქსელებს“ უკავია თბილისის საააბონენტო ქსელის 30%, დაახლოებით 42300 აბონენტი, ხოლო ქუთაისში 87%, დაახლოებით 20700 აბონენტი, ფოთში 3000 აბონენტი.

აღსანიშნავია, რომ შპს „ახალი ქსელების“ შვილობილ კომპანიას თბილისში აქვს 5 სატელეფონო სადგური, ხოლო მათი აბონენტების საერთო რაოდენობაა 2900. ამ ორგანიზაციაში მსახურობს 330 ადამიანი, ხოლო ორგანიზაციული სტრუქტურა ასე გამოიყურება:

უცხოელი პარტნიორები:

· „ახალი ქსელები“ - სამხრეთ კორეის ფირმა "DAEWOO TELECOM" თურქული ფირმა „ALKATEL TELETASHI“

· ისრაელის სატელეფონო სადგურები წარმოადგენენ შემდეგი ტიპის ციფრულ სატელეფონო სადგურებს:

· „ახტელის“:

DMS-100 და DMS-10 ტიპის (ამერიკა-კანადის ფირმა „NORTHERN TELECOM“-ის ტექნოლოგია)

· „ახალი ქსელების“:

DTS-3100 ტიპის (სამხრეთ კორეის ტექნოლოგია).

S-12 ტიპის (ფრანგულ-ჰოლანდიური ტექნოლოგია).

· სადგურებს შორის კავშირები ხორციელდება ოპტიკური კაბელის აპარატურის გამოყენებით, რაც დამონტაჟებულია ისრაელის ფირმის „ICI TELECOM“ მიერ.

მოქმედებს დამატებითი მომსახურეობის ფართო სპექტრი: გადამისამართება, კონფერენცკავშირი, პაროლის გამოყენება, პრიორიტეტი ხაზზე, მაღვიძარა და ა.შ. (სულ 17 სახის მომსახურეობა).

კომპანია „მეგაკომის“ ისტორია და განვითარება

საქართველოში შპს „მეგაკომი“ პირველი ფიჭური კავშირგაბმულობის კომპანიაა და დაარსდა 1993 წელს. თავდაპირველად დამფუძნებლებს შორის იყო ერთი ამერიკული და რამოდენიმე ქართული ორგანიზაცია და კერძო პირი. 1995 წლიდან „მეგაკომი“ წარმოადგენს ასპროცენტიან ამერიკულ კომპანიას, რომლის ძირითადი და ერთადერთი პროფილია ფიჭური კავშირგაბმულობა. კომპანიის დაარსებისას, 1993 წელს ფიჭური კავშირგაბმულობის ბაზარი მთლიანად თავისუფალი იყო, „მეგაკომს“ ნებისმიერი სიხშირისა და სტანდარტის, მ.შ. **GSM**-ის არჩევის საშუალება ჰქონდა, მაგრამ არჩევანი **AMPS**-ის სასარგებლოდ გაკეთდა.

1993 წელს მიღებული ლიცენზია „მეგაკომს“ უფლებას აძლევს ერთპიროვნულად გამოიყენოს 800 მეგაჰერცი სიხშირის მთელი სპექტრი. კომპანია მუშაობს **AMPS** სტანდარტზე (**A**dvanced **M**obile **P**hone **S**ystem - განვითარებული მობილური სატელეფონო სისტემა), რომელიც მსოფლიოში ამერიკული სტანდარტის სახელით აა ცნობილი. 1994 წელს კომპანიამ ჩართო საცდელი ფიჭური ტელეფონი და სისტემის კომერციული ექსპლუატაცია 1995 წლის იანვარში დაიწყო.

მომსახურების არეალის გაფართოება დღემდე გრძელდება. 2001 წლის დასაწყისისთვის „მეგაკომის“ დაფარვის არეალში იყო შემდეგი ქალაქები: თბილისი, მცხეთა, გარდაბანი, რუსთავი, კოჯორი, დუშეთი, გორი, ცხინვალი, ხაშური, ზესტაფონი, ქუთაისი, სენაკი, სამტრედია, ბათუმი, ქობულეთი, ურეკი და მათი მიმდებარე ტერიტორიები. სამუშაოები ამჟამადაც გრძელდება, ტექნიკური სამსახური აყენებს საბაზო სადგურებს სიგნალით ჯერ კიდევ დაუფარავ ტერიტორიებზე, ხოლო სადაც სიგნალი შედარებით სუსტია ამატებს საბაზო სადგურებს, რათა ყველგან შენარჩუნდეს მომსახურების მაღალი ხარისხი. 2001 წლის ბოლომდე დაგეგმილი იყო საქართველოს დასახლებული ტერიტორიის 70-80%-ის ათვისება.

„მეგაკომმა“ პირველმა შესთავაზა საქართველოს აბონენტებს როუმინგული მომსახურება დსთ-სა და საზღვარგარეთის ქვეყნებთან. ამჟამად როუმინგის მომსახურების გამოყენება „მეგაკომის“ აბონენტებს შეუძლიათ თანამეგობრობის 370 ქალაქში და მსოფლიოს 75-მდე ქვეყანაში.

ზემოაღნუიშნული კომპანია აბონენტებს თავიდანვე დეპოზიტური სისტემით ემსახურებოდა, ხოლო 1999 წლის ივნისიდან დაწესდა გადახდის უმარტივესი ფორმა - პლასტიკური ბარათი „მეგაკარდი“, რომლითაც აბონენტებს კუთვნილ ნომერზე ნებისმიერ დროსა და ადგილზე შეუძლიათ ანგარიშსწორება. ფჭური კავშირგაბმულობის კომპანიებიდან მსგავსი ფორმით აბონენტების მომსახურება პირველად „მეგაკომმა“ დაიწყო. ბარათების შემოღებამ აბონენტებს გაუმარტივა ანგარიშსწორების პროცესი.

აღსანიშნავია, რომ 1999 წელს აბონენტების რაოდენობა 1,7-ჯერ, 2000 წელს კი 3,8-ჯერ გაიზარდა, ხოლო 2001 წლის ივლისის მონაცემებით 1,2-ჯერ კლებაა დაფიქსირებული წინა წელთან შედარებით, ხოლო აბონენტთა რაოდენობამ 4247 შეადგინა (იხ. ცხრილი №9, ნახაზი №14).

შემოსავალი 1997 წელს იყო 1320,2 ათასი ლარი, 1998 წელს შემცირდა ტარიფი 0,47-დან 0,29 ლარამდე., რამაც შემოსავლის 70,8%-ით შემცირება გამოიწვია. შემდგომ, 1999 წელს დაბალი ტარიფის გამო გაზარდა აბონენტთა რიცხვი და შემოსავალიც გაიზარდა 218,4%-ით. 2000 წელსაც დაფიქსირდა 167,6%-იანი მატება (იხ. ნახაზი №15).

კომპანია ჯერჯერობით ზარალშია. 1999 წელს ზარალმა იმატა 331,9%-ით, რადგან კომპანიამ გააფართოვა თავისი მომსახურების სფერო და არეალი, ეს კი დაკავშირებულია დიდ კაპიტალურ დაბანდებებთან და ინვესტიციებთან. 2000 წელს უკვე აღინიშნა ზარალის კლება 84,4%-ით. ბიუჯეტში შენატანები 1999 წელს 20,1%-ით კლებულობს, ხოლო 2000 წელს მოიმატა 213%-ით. 2001 წლის ივლისის მონაცემებით წინა წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით დაფიქსირებულია მატება 3,7%-ით და ოდენობა შეადგენს 201,2 ათას ლარს (იხ. ნახაზი №15).

საყურადღებოა, რომ კომპანიამ საქმიანობა საკმაოდ რთულ პერიოდში დაიწყო, რამოდენიმე წლის განმავლობაში განიცდიდა ხელშემშლელ ზეწოლას. უამრავი პრობლემის მიუხედავად, კომპანიამ შეძლო დაეძლია სირთულეები და ფიჭური კავშირგაბმულობის ბაზარზე თავისი ადგილი დაიმკვიდრა.

1998 წლამდე „მეგაკომის“ მომსახურების ზონა მხოლოდ თბილისის ტერიტორიით შემოიფარგლებოდა. მომსახურების ზონის გაფართოების სამუშაოების დაწყება 1998 წლამდე სწორედ ხელოვნურად შექმნილი პრობლემების გამო ვერ მოხერხდა.

ჯეოსელი

ჯეოსელი პირველი GSM ოპერატორია საქართველოში. იგი დაარსდა 1997 წლის 15 მარტს. GSM-ი (Global Standard for Mobile Communication) ნიშნავს მობილური კომუნიკაციის გლობალურ სტანდარტს. ჯეოსელის ქსელის სისტემა შექმნილია ერიქსონის თანამედროვე ტექნოლოგიით, ფარავს საქართველოს დასახლებული ტერიტორიის უმეტეს, 65%-იან ნაწილს, ამასთან ეს მონაცემი სისტემატურად იზრდება. კომპანია მუდმივად გვთავაზობს მომსახურეობის ახალ სახეებს. მისი მიზანია მომხმარებელს შესთავაზოს უმაღლესი

ტექნოლოგიები და საუკეთესო მომსახურება.

ამ კომპანიის აბონენტთა რაოდენობა 1998 წელს 1,3-ჯერ, 2000 წელს 2,2-ჯერ გაიზარდა, ხოლო 2001 წელს (1 ივლისისათვის) მათი რიცხვი 92170 შეადგენდა, ბოლო 6 თვის ხარჯზე 25123 აბონენტია. აბონენტთა რაოდენობით ჯეოსელი საქართველოში მეორე კომპანიაა (იხ. ცხრილი №10, ნახაზი №16).

შემოსავლები ყოველწლიურად მატულობს: 1998 წელს 143,9%-ით, 1999 წ. - 5,3%-ით, 2000 წ. - 6,7%-ით და შეადგინა 19527,0 ათასი ლარი, ხოლო 2001 წლის 1 ივლისის მონაცემებით წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელთან შედარებით დაფიქსირებულია შემოსავლის 291,9%-ით მატება (იხ. ნახაზი №17).

აქვე გვსურს ავღნიშნოთ ირიბი ხარჯების ზრდის ტემპები. 1998 წელს ამ მაჩვენებელმა 270,5%-ით იმატა, 1999 წელს - 115%-ით, 2001 წლის ივლისის მონაცემებით იგივე მაჩვენებლის წინა წელთან შედარებით 187% მატება დაფიქსირდა.

პირდაპირი ხარჯები მატულობს აბონენტების მატებასთან ერთად, ხოლო ირიბი ხარჯების მატება იწვევს ზარალს, რომელიც 1999 წელს დაფიქსირდა და დღემდე მატულობს. 1998 წელს იყო მოგება 5488,0 ათას. ლარი და ეს მაჩვენებელი 113,9%-ით მეტი იყო წინა წელთან შედარებით (ნახაზი №17).

შენატანები ბიუჯეტში 1998 წელს 178,5%-ით, ხოლო 2000 წ. 38,6%-ით მატულობს და შესაბამისად, 2000 წელს 4895,0 ათას. ლარი, ხოლო 2001 წლის 1 ივლისის მონაცემებით შეტანილი იყო 3544,0 ათას. ლარი.

კომპანია ზრდისა და განვითარების პროცესშია. საჭირო ინვესტიციების შედეგად ეს პროცესი დაჩქარდება და ხელს შეუწყობს კომპანიის უფრო სწრაფ განვითარებას და მომსახურების გაუმჯობესებას, რაც კონკურენტულ ბრძოლაში წარმატებას უზრუნველყოფს. ამასთანავე, როგორც ჯეოსელის, ასევე სხვა კომპანიის წარმატებას განაპირობებს ზოგადი სოციალური პირობების გაუმჯობესება საქართველოში და მოსახლეობის გადახდის უნარის ამაღლება.

მაგთი **GSM**-ის შესახებ

ქართულ-ამერიკული ერთობლივი საწარმო შპს „მაგთიკომი" კომერციულ საქმიანობას 1997 წლის სექტემბრიდან ეწევა. მისი დამფუძნებლები არიან ქართული მხრიდან შპს „მაგთი", რომლის მფლობელი და დამფუძნებელია ბატონი გია ჯოხთაბერიძე, და შპს „G-Com", ამერიკული მხრიდან Telcell Wireless LLC.

Telcell Wireless-ს მსოფლიოში მრავალი ერთობლივი საწარმო აქვს შექმნილი, თავის მხრივ, იგი „Metromedia International"-ის დამფუძნებულია, რომელიც გლობალური საკომუნიკაციო და ინფორმაციის მასობრივ საშუალებათა უდიდესი კომპანიაა. თავისი ფილიალების მეშვეობით იგი ფლობს და ექსპლუატაციას უწევს საკომუნიკაციო და ინფორმაციის მასობრივ საშუალებათა ბიზნესს აღმოსავლეთ ევროპაში, ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებსა და სხვა ახლად წარმოქმნილ ბაზრებზე. ეს საქმიანობა მოიცავს ფიჭურ კავშირგაბმულობას, ფიქსირებულ, საერთაშორისო და საქალაქთაშორისო ტელეფონიას, კაბელურ ტელევიზიას, პეიჯინგსა და რადიომაუწყებლობას.

აღნიშნული კომპანია აბონენტთა ყველაზე დიდ რაოდენობას ემსახურება საქართველოში (2001 წლის იანვრის მონაცემებით 100,0 ათასზე მეტი, 350 თანამშრომელი, 41 ოფისი თბილისსა და მთელ საქართველოში) და აქვს დაფარვის ყველაზე ვრცელი ზონა. კომპანია მიისწრაფის მაღალი, თანამედროვე სტანდარტების დონის მომსახურება გაუწიოს აბონენტებს. აღნიშნულმა ფაქტებმა განაპირობა, რომ დღეისათვის „მაგთი GSM"-ი უდიდესი ოპერატორია საქართველოში. მაგთი GSM-მა ფუნქციონირება დაიწყო 900 მეგაჰერც სიხშირეზე, მაგრამ დღეისათვის იგი პირველი სთავაზობს აბონენტებს ორ სიხშირეზე GSM-900. 1800 მეგაჰერცზე მომუშავე სისტემას. ამის აუცილებლობა კომპანიის ზრდის დაჩქარებულმა ტემპმა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სურვილმა განაპირობა.

მაგთი GSM-ის საკომუნიკაციო ბაზარზე გამოჩენამდე საქართველოში ფუნქციონირებდა მობილური კავშირგაბმულობის ორი კომპანია. მიუხედავად ამისა, სწორად დაგეგმილმა მენეჯმენტმა, ახალი ტექნოლოგიების ათვისებამ და მძლავრმა სარეკლამო პოლიტიკამ ახალ კომპანიას საშუალება მისცა სწრაფად შემოსულიყო ბაზარზე და დაეპყრო მისი მნიშვნელოვანი ნაწილი. თუ პირველ ეტაპზე მაგთი GSM-ის მომსახურების ზონა მოიცავდა მხოლოდ დედაქალაქს და მის შემოგარენს, 1998 წლის ბოლოს დაიფარა ქვეყნის დასახლებული ტერიტორიის 70%-მდე, 1999 წლის ბოლოსათვის 80%, ხოლო 2000 წლის ბოლოსათვის კი - 90%-ზე მეტი.

მაგთი GSM-ი ლიდერია აბონენტთა რაოდენობითა და დაფარვის ზონით. გასულ წელს მაგთი GSM-მა სახელმწიფოს 14 მლნ. ლარზე მეტი შესძინა. საქართველოს ბიუჯეტში 2000 წელს ქვეყანაში წარმოებული პროდუქციიდან და გაწეული მომსახურებიდან დაგეგმილი შემოსავალი 230,1 მლნ. ლარს შეადგენდა. ორგანიზაციის რეალურმა შენატანებმა გასულ წელს საქართველოს ბიუჯეტის ამ ნაწილში 12,040 მლნ. ლარი ანუ 5,23% შეადგინა. აქვე დავსძენთ, რომ კერძო კომპანიებს შორის აღნიშნული თანხა ყველაზე დიდი შენატანია საქართველოს ბიუჯეტში.

ცხრილი №10

კომპანია „მეგაკომის" ეკონომიკური მაჩვენებლები

	წლები					ცვლილების ტემპები, %		
	1997	1998	1999	2000	2001 (6 თვე)	1998/1997	1999/1998	2000/1999
აბონენტთა რაოდენობა, კაცი	508	810	1352	5137	4247	59	67	280
შემოსავლები, ათას ლარი	1320	385,1	1226,3	3282	1226,6	-71	218	168
კაპიტალური დაბანდება, ათას ლარი	99,4	2930	2374,9	873,3	2,9			
საექსპლუატაციო ხარჯები, ათას ლარი	1413	1241	4922,1	3857	1468,7	-12	297	-22
საბალანსო მოგება	-92,6	-855,9	-3696	-575,7	-242,1	824	332	-84
შენატანები ბიუჯეტში, ათას ლარი		155	123,8	388,3	201,2		-20	214
ტარიფი, ლარი	0,47	0,29	0,29	0,24	0,24			

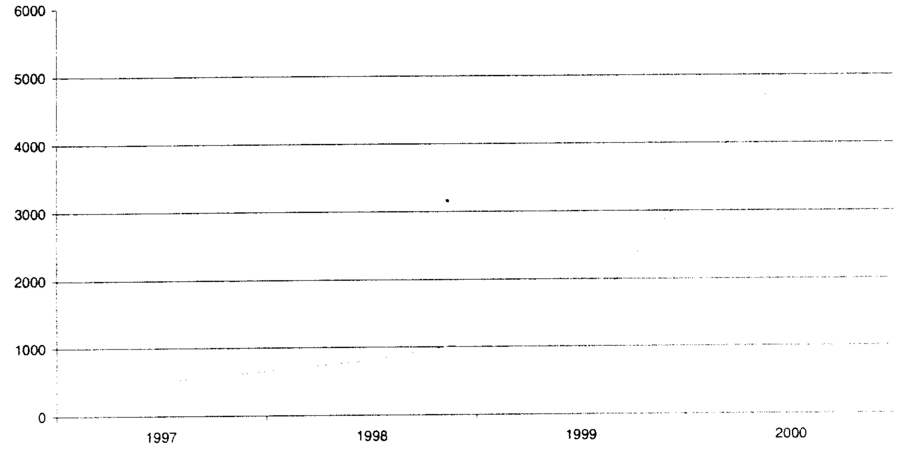
ცხრილი №11

კომპანია ჯეოსელის ეკონომიკური მაჩვენებლები

	წლები					ცვლილების ტემპები, %		
	1997	1998	1999	2000	2001 (6 თვე)	1998/1997	1999/1998	2000/1999
აბონენტთა რაოდენობა, კაცი	32700	42400	32050	67047	92170	30	-24	109
შემოსავლები, ათას. ლარი	7124	17374	18302	19527	18741	144	5	7
პირდაპირი ხარჯები, ათ ლარი	2395	3869	6573	9679	5880	62	70	47
ირიბი ხარჯები, ათ ლარი	2164	8017	17237	15548	22317			
საბალანსო მოგება	2565	5488	-5508	-5700	-9456	114	-200	3
შენატანები ბიუჯეტში, ათ ლარი	1159	3228	3533	4895	3544	179	9	39
ტარიფი, ლარი	0,288	0,288	0,288	0,288	0,288			

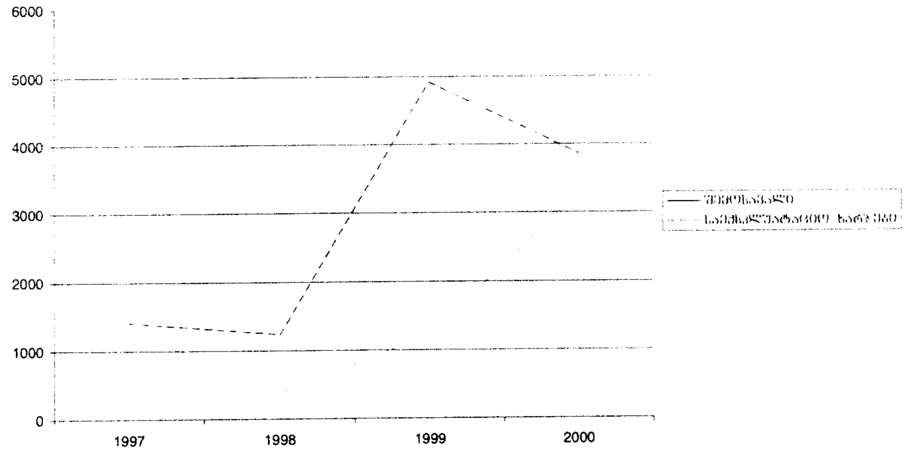
ნახაზი №14

კომპანია „მეგაკომის“ აბონენტთა რაოდენობა



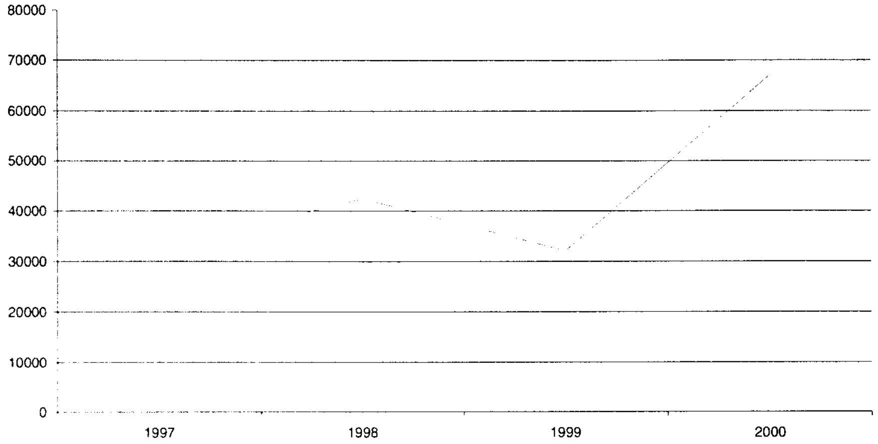
ნახაზი №15

კომპანია „მეგაკომის“ ეკონომიკური მაჩვენებლები



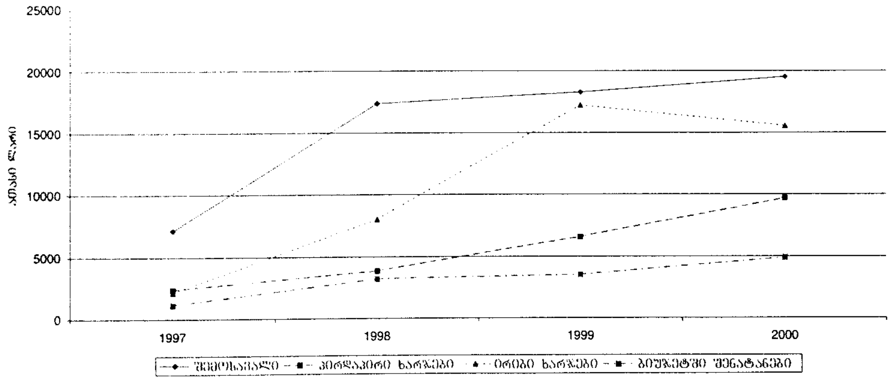
ნახაზი №16

კომპანია „ჯეოსელის“ აბონენტთა რაოდენობა



ნახაზი №17

კომპანია „ჯეოსელის“ ეკონომიკური მაჩვენებლები



Friedrich-Ebert-Stiftung Bonn Bibliothek

კავშირგაბმულობის დარგის მართვის სისტემა მომსახურებათა ბაზრის ლიბერალიზაციის პირობებში

თანამედროვე მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევების შედეგად იქმნება მთლიანად ავტომატიზირებული გამოთვლითი ცენტრები. ოპერატიული რეაგირებისა და ტექნოლოგიური პარამეტრების ცენტრალიზებული მართვა და ავტომატიზებული კონტროლის წარმატებით განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ თანამედროვე ელექტრო-კავშირგაბმულობის საშუალებათა გამოყენების საფუძველზე, რომელიც წარმოადგენს ავტომატურად მოქმედი რელეური და ელექტრონული ხელსაწყოებისა და მოწყობილობების რთულ კომპლექსს, გაერთიანებულს ქვეყნის სამავთულო და რადიორელეურ ელექტროკავშირგაბმულობის ქსელში.

კავშირგაბმულობის ყველა საშუალება მომსახურების ხასიათისა და თავისებურების მიხედვით იყოფა შემდეგ სახეებად: საფოსტო, სატელეგრაფო, სატელეფონო, რადიომაუწყებლობა და ტელევიზია. კავშირგაბმულობის აღნიშნული სახეები მათი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის, ორგანიზაციის და ექსპლუატაციის თავისებურებების გათვალისწინებით გაერთიანებულია კავშირგაბმულობის შემდეგ ქვედარგებში: საფოსტო, სატელეგრაფო, ადგილობრივი სატელეფონო, საერთაშორისო და საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირის, რადიო კავშირის, რადიოფიკაციის, რადიომაუწყებლობის და ტელევიზიის, კოსმოსური და თანამგზავრული კავშირის ქვედარგებში.

საფოსტო კავშირი უზრუნველყოფს წერილობითი კორესპონდენციის, ამანათების, ბანდეროლების და მატერიალური ფასეულობების მიღებას, დამუშავებას, გაგზავნასა და დანიშნულების ადგილზე ჩაბარებას. ადგილობრივი (ქალაქისა და სოფლის). სატელეფონო კავშირი ახორციელებს მომხმარებელთა ერთმანეთთან ტელეფონის საშუალებით დაკავშირებას ერთი დასახლებული პუნქტის, ქალაქის ან რაიონის ფარგლებში. საქალაქთაშორისო სატელეფონო კავშირი შესაძლებლობას აძლევს მომხმარებლებს დაამყარონ სატელეფონო კავშირი მათი ქვეყნის ნებისმიერ ქალაქთან თუ დასახლებულ პუნქტთან. საერთაშორისო სატელეფონო კავშირი უზრუნველყოფს მომხმარებელთა სატელეფონო კავშირს მათი ადგილმდებარეობის მიუხედავად ნებისმიერი ქვეყნების ქალაქებსა და დასახლებულ პუნქტებს შორის. რადიოკავშირი - ეს არის კავშირგაბმულობის დარგი, რომლის მეშვეობითაც წარმოებს საერთაშორისო სატელეფონო ლაპარაკის განხორციელება, სატელეგრაფო შეტყობინებებისა და ციფრობრივი ინფორმაციის გადაცემა. მომხმარებლებს იჯარით ეძლევათ ეს არხები. რადიომაყწყებლობა და ტელევიზია კავშირგაბმულობის ის ქვედარგებია, რომლებიც ტელეცენტრისა და რადიოცენტრის ტექნიკური საშუალებების მეშვეობით უზრუნველყოფენ ტელევიზიისა და რადიომაუწყებლობის პროგრამების მომხმარებლამდე მიტანას. თანამგზავრული კავშირი უზრუნველყოფს დედამიწის ხელოვნური თანამგზავრების მეშვეობით კავშირგაბმულობის ქსელების გამტარუნარიანობის გაზრდას.

კავშირგაბმულობის დარგს ახასიათებს სპეციფიკური თავისებურებანი, რომლებიც მკვეთრად განასხვავებენ მას სახალხო მეურნეობის სხვა დარგებისაგან. განვიხილოთ ეს თავისებურებანი:

1. ძირითადია, რომ კავშირგაბმულობის საწარმოებში შექმნილი პროდუქცია ნივთიერ პროდუქტს არ წარმოადგენს, ე.ი. მის შესაქმნელად თითქმის არ იყენებენ ნედლეულს, რაც აუცილებელი პირობაა სამრეწველო პროდუქციის შესაქმნელად. კავშირგაბმულობის დარგში საწარმოო პროცესის შედეგს, მის პროდუქციას წარმოადგენს შეტყობინებათა (ინფორმაციათა) სივრცობრივი გადაადგილება, კრძოდ, დეპეშების, სატელეფონო საუბრების, წერილების, გაზეთების, ამანათების, ფულადი გზავნილებების, ფაქსით შეტყობინების, რადიომაუწყებლობისა და ტელევიზიის პროგრამების და სხვა ინფორმაციის გადაცემა კავშირგაბმულობის არხებითა და საშუალებებით. კავშირგაბმულობის მეურნეობაში არ გამოიყენება ნედლეული, რადგან შრომის საგანს თვით შეტყობინება (ინფორმაცია) წარმოადგენს. წარმოების პროცესში გამოიყენება კავშირგაბმულობის საშუალებათა ფუნქციონირებისათვის საჭირო დამხმარე მასალები, რაც გამოსახულებას პოულობს კავშირგაბმულობის პროდუქციის თვითღირებულების სტრუქტურაში, სადაც ხელფასის ხვედრითი წონა მეტია, ვიდრე მრეწველობის დარგებში;

2. წარმოებიდან გამოსული ნებისმიერი პროდუქტი მიდის მიმოქცევის სფეროში (ვაჭრობაში), იქცევა საქონლად და მერე კი მოიხმარება. კავშირგაბმულობის წარმოების სასრგებლო ეფექტი კი გამოიყენება თვით წარმოების პროცესში. ამრიგად, კავშირგაბმულობის დარგში პროდუქციის წარმოების პროცესი განუყოფელია მისი მოხმარების პროცესისაგან და მას არ აქვს სასაქონლო ფორმა (მაგალითად, ორ მომხმარებელს შორის სატელეფონო საუბარი). კავშირგაბმულობის პროდუქციის წარმოებისა და მოხმარების პროცესის განხორციელების ერთდროულობა აყენებს ამ დარგის პროდუქციის ხარისხის მკვეთრად გაუმჯობესების ამოცანებს. კავშირგაბმულობის პროდუქციის ხარისხი არ განისაზღვრება მრეწველობის პროდუქციისათვის დამახასიათებელი თვისებებით, არამედ პროდუქციის ხარისხს განსაზღვრავს ინფორმაციის გადაცემის სიჩქარე და მისი აღდგენის სიზუსტე, კავშირგაბმულობის საშუალებათა მუშაობის მდგრადობა. ინფორმაციის გადაცემისას დაშვებული შეცდომა მომხმარებელს ხშირად აუნაზღაურებელ ზარალს აყენებს;

3. შეტყობინება (ინფორმაცია) არ უნდა განიცდიდეს რაიმე ცვლილებებს, გარდა ადგილის შეცვლისა და სივრცობრივი გადაადგილებისა.

ინფორმაცა გადაცემის პროცესში განიცდის გარდაქმნას: კოდირებას და დეკოდირებას. მაგალითად, ინფორმაცია დეპეშის ტექსტის სახით გადაცემისას გარდაიქმნება ელექტრულ სიგნალებად და მიმღებ პუნქტში ის ღებულობს თავდაპირველ ფორმას. თუ საწარმოო პროცესში შეტყობინება (ინფორმაცია) შეიცვლება, მაშინ შეტყობინება უვარგისია. მატერიალური წარმოების სხვა დარგებში პროდუქციის წარმოების პროცესი ხორციელდება მომხმარებლისაგან დამოუკიდებლად კავშირგაბმულობაში შეტყობინების გამგზავნი და მიმღები გარკვეულ დამოკიდებულებაში იმყოფებიან შეტყობინების გადაცემის საწარმოო პროცესის დაწყებასა და დამთავრებასთან;

4. კავშირგაბმულობის საწარმოებში დატვირთვა უთანაბროა, რადგან შეკვეთები მოსახლეობიდან და სახალხო მეურნეობიდან დღე-ღამის, კვირის დღეების და წლის თვეების მიხედვით შემოდის უთანაბროდ, რომელთა სამუშაო ადგილზე დაგროვება არ შეიძლება და უნდა გადაიცეს დაუყონებლივ ან დადგენილ საკონტროლო ვადებში;

5. ინფორმაციის გადაცემის პროცესი ორმხრივია: ყოველთვის ორ მომხმარებელს: ინფორმაციის გამგზავნსა და მიმღებს შორის წარმოებს, ამიტომ წარმოების პროცესში მონაწილეობას ღებულობს ერთდროულად კავშირგაბმულობის რამდენიმე საწარმო. ამასთან, თითოეული საწარმო ინფორმაციის გადაცემის პროცესს ასრულებს მხოლოდ გარკვეულ ეტაპზე: მიმღების ეტაპზე (გამავალი ცვლა), ტრანზიტულ დამუშავების ეტაპზე (ტრანზიტული ცვლა) და ჩაბარების ეტაპზე (შემომავალი ცვლა). ეს თავისებურება მოითხოვს ერთიანი სისტემის შექმნას კავშირგაბმულობის ქსელის სახით, რომელიც ერთმანეთთან დააკავშირებს ქვეყნის დასახლებულ პუნქტებს. კაშირგაბმულობის ქსელი შედგება ურთიერთკავშირში მყოფი სახაზო ნაგებობისა და საწარმოებისაგან, რომლებიც უზრუნველყოფენ ინფორმაციის გადაცემის პროცესს. ამასთან, ქსელი უნდა იყოს საიმედო და მდგრადი, რაც განსაკუთრებულ მოთხოვნებს უყენებს კავშირგაბმულობის ქსელის ორგანიზაციასა და მართვას. ის უნდა წარმოადგენდეს ერთიან საწარმოო კომპლექსს.

კარგად მოწყობილი, ორგანიზებული და მართვადი კავშირგაბმულობის ქსელი და საშუალებანი, მათი გამართული და რეგულარული მოქმედება მნიშვნელოვნად ამცირებს წარმოების მართვის არამწარმოებლურ ხარჯებს, აჩქარებს საბრუნავ საშუალებათა ბრუნვადობას, ამის შედეგად მცირდება პროდუქციის თვითღირებულება და მაღლდება საზოგადოებრივი წარმოების ეფექტიანობა.

კავშირგაბმულობის საწარმოების სციალურ-ეკონომიკური, ორგანიზაციული, სამეცნიერო-ტექნიკური და საწარმოო ეკონომიკური მოღვაწეობის ზემოთ განხილული სტრატეგიების წარმატებით რეალიზება კავშირგაბმულობის კომპლექსის თანამედროვე მაღალეფექტური საპასუხისმგებლო ამოცანაა: ისწავლონ კავშირგაბმულობის ქსელის ეფექტური მართვა ახალ ეკონომიკის ორგანიზაციის პირობებში, აამოქმედონ მისი განვითარების ისეთი მექანიზმი, რომელიც საშუალებას მისცემდა კავშირგაბმულობის ყველა სამეურნეო სუბიექტის ინიციატივის განვითარებას საკუთრების ფორმისა და დაქვემდებარების მიუხედავად.

კავშირგაბმულობის მართვის (მენეჯმენტის) ახალი სისტემის ჩამოყალიბება ორგანიზაციის მაკრო და მიკრო დონეების საწარმოებსა და გაერთიანებებში, კუთვნილების ფორმის მიუხედავად, პერსპექტივაში უნდა ხორციელდებოდეს კავშირგაბმულობისა და ფოსტის სამინისტროს ეგიდით. კავშირგაბმულობის მართვის სისტემა საბაზრო ეკონომიკის პირობებში - ეს არის კავშირგაბმულობის მაკრო და მიკრო ობიექტების ორგანიზაციული ეკონომიკური მართვის თანამედროვე სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს მოცემულ პირობებში, შეზღუდვებში და იძულებით კავშირებში განსაზღვრული მიზნების წარმეტებით მიღწევას. ასეთი მართვის ამოსავალი იქნება კავშირგაბმულობის მომსახურების, წარმოების სოციალური და ტექნოლოგიური რგოლების ურთიერთობის ეფექტური ორგანიზაცია, პრაქტიკულ გამოცდილებაზე, მეცნიერული დასაბუთებისა და ინტუიციის სინთეზის საფუძველზე მიღებული გადაწყვეტილებები.

მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევის დანერგვა სულ უფრო რთულ და მაღალ მოთხოვნებს უყენებს კავშირგაბმულობის მეურნეობის მართვის ფორმებსა და მეთოდებს. აქედან გამომდინარე, იცვლება მართვის ამოცანათა სისტემა, რომლის ჩამოყალიბებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული კავშირგაბმულობის საწარმოებისა და ქვედარგების ურთიერთდამოკიდებულება.

კავშირგაბმულობის მართვის ამოცანათა სისტემა შედგება ძირითადი, პირველხარისხოვანი და მეორეხარისხოვანი ამოცანებისაგან.

ძირითადი ამოცანა: კავშირგაბმულობის ეფექტური ფუნქციონირებისა და განვითარების უზრუნველყოფა, კავშირგაბმულობის მთავარი მისიის წარმატებით განხორციელება, კავშირგაბმულობის მომსახურებით საზოგადოებრივ მოთხოვნათა დაკმაყოფილების აუცილებელი დონის უზრუნველყოფა.

პირველხარისხოვანი ამოცანა: კავშირგაბმულობის მეურნეობის გადასვლა მართვის ახალ სისტემაზე (ან მოხდეს არსებულის შეცვლასრულყოფა), რომელიც უპასუხებს მსოფლიო დონის მაღალეფექტური მენეჯმენტის სტანდარტებს.

მეორე ხარისხოვანი ამოცანა: კავშირგაბმულობის ყველა სახისა და ქვედარგის რეფორმირება, რათა ახალ პირობებში მიღწეულ იქნეს მისი ეფექტური მუშაობა.

მსოფლიო მენეჯმენტის განვითარების თანამედროვე მეოთხე ეტაპი უნდა განსაზღვრავდეს საზოგადოების წინაშე სოციალური პასუხისმგებლობის საკუთარ დონეს. ინტეგრალურ-სო-

ციალური მენეჯმენტი (ინტეგრალური მნეჯმენტის ეტაპი გულისხმობს, ორგანიზაციის მოგების მიღების ამოცანების გადაწყვეტის გაზრდას) აერთიანებს ეფექტურ საქმიან ადმინისტრირებას, ადამიანთა რესურსების მენეჯმენტს და ბიზნესის მენეჯმენტს თავისი ორგანიზაციისა და მთლიანად საზოგადოების ჰარმონიული განვითარებისათვის.

ამჟამად მსოფლიოს მოწინავე განვითარებული ქვეყნები ინტენსიურად გადადიან ინტეგრაციული მენეჯმენტის იდეოლოგიაზე, მეთოდებსა და საშუალებებზე. სპეციალისტების აზრით მასშია კავშირგაბმულობის მართვის ახალი სისტემის მომავალი, უახლოესი ოთხი ათწლეულის განმავლობაში.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ თანამედროვე მაღალეფექტური მმართველობის გარეშე არ იქმნება, არ ხდება არც კრიზისული მოვლენების ლიკვიდაცია, არც სტაბილიზაცია, კავშირგაბმულობის ძირითადი ამოცანაა გადასვლა მართვის ახალ იდეოლოგიაზე, მეთოდებსა და საშუალებებზე.

მსოფლიო საბაზრო მეურნეობის განვითარების ტენდენციების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ კავშირგაბმულობის მართვის ახალი სისტემა წარიმართება ისეთ პირობებში, როგორიცაა გარემო პირობების მაღალი გაურკვევლობა, გაუთვალისწინებლობა, ცვალებადობა, კონკურენტული სიმტკიცე და მზარდი დინამიკა.

კავშირგაბმულობის მართვის განვითარების ვარიანტები.

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ორგანიზაციულ-ეკონომიკური მართვის ანალიზი საშუალებას იძლევა ჩამოვაყალიბოთ კავშირგაბმულობის მართვის განვითარების ალტერნატიული ვარიანტები (იხ. ნახაზი 18).

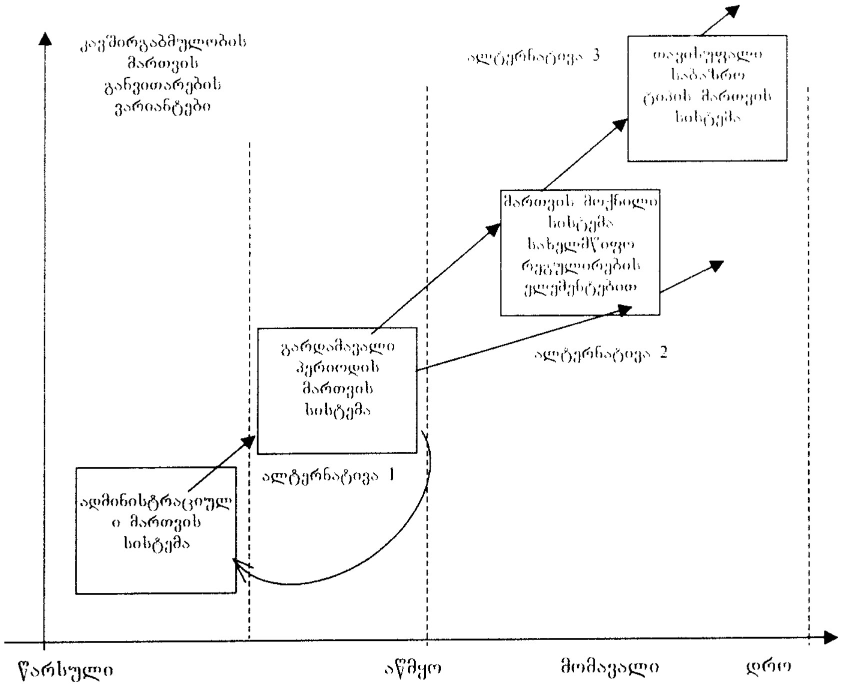
ალტერნატივა I: *პესიმისტური ვარიანტი* - მიბრუნება ადმონისტრაციულ-ხელმძღვანელობით მკაცრ მმართველობით სისტემაზე.

ალტერნატივა II: *რეალისტური ვარიანტი* - მოძრაობა ჰიბრიდული მართვის (მენეჯმენტის) მოქნილი სისტემისაკენ, რომელიც იყენებს საბაზრო ბერკეტებსა და საბაზრო რეგულირების ელემენტებს.

ალტერნატივა III: *ოპტიმალური ვარიანტი* - წინსვლა თავისუფალი საბაზრო ტიპის მართველობის (მენეჯმენტის) სისტემისაკენ.

ნახაზი N 18

მენეჯმენტის განვითარების ვარიანტები



კავშირგაბმულობის მართვის სისტემის განვითარების განხილული ალტერნატიული ვარიანტების ფუნქციონირების პრინციპები, ძირითადი მახასიათებლები და გამოყენების სფეროები მოცემულია ნახაზზე 19.

ნახაზი №19

მართვის ალტერნატიული ვარიანტების ფუნქციონირების პრინციპები

მოდელი I	მოდელი II	მოდელი III
ადმინისტრაციულ-მმართველობითი სისტემა	მოქნილი მართვის სისტემა	რბილი მართვის სისტემა
ფუნქციონირების პრინციპები:	ფუნქციონირების პრინციპები:	ფუნქციონირების პრინციპები:
მთავარი მიზანი: ადმინისტრაციული მართვა	მთავარი მიზანი: კორპორაციული მართვა	მთავარი მიზანი: პერსონალის მართვა
მოქმედების საფუძველი: ბრძანება, იძულება, ნორმატიული აქტები	მოქმედების საფუძველი: ადამიანის ფაქტორის ამოქმედება, ოპერაციების სტრატეგიული მართვასა და ხელმძღვანელობაში	მოქმედების საფუძველი: თანამშრომლობა, ურთიერთქმედების სურვილი
მახასიათებლები: ორგანიზაციის მკაცრი იერარქიული მოდელი	მახასიათებლები: ორგანიზაციულ-სტრუქტურული, მოქნილი ელემენტების შეტანა	მახასიათებლები: ორგანიზაციულ-სტრუქტურული ადაპტირებული ელემენტების შეტანა
ძალაუფლების სისტემა: ცენტრალიზებული	ძალაუფლების სისტემა: ცენტრალიზაციისა და დელეგირების რაციონალური შეთანხმება	ძალაუფლების სისტემა: უფლებათა ზღვრული დელეგირება
კონტროლის სისტემა: მკაცრი, ვერტიკალზე	კონტროლის სისტემა: ირიბი, ძალდაუტანებელი	კონტროლის სისტემა: თვითკონტროლის გაძლიერება
დაგეგმვა: ცენტრალიზირებული	კავშირის გაღრმავება დაგეგმვასა და შედეგებს შორის	დაგეგმვა – აქცენტი კეთდება გრძელვადიან სტრატეგიებსა და მიზნებზე
სისტემაზე დაყრდნობა: უგულებელყოფილია გარე ფაქტორები	იქმნება სივრცე ჰორიზონტალური კავშირებით	დიდი ყურადღება ექცევა გარე ფაქტორებს არამდგრად სიტუაციებში
მართვაში აქცენტი კეთდება მოკლევადიან მიზნებსა და შედეგებზე. მოვალეობის უაღრესად ზუსტად განაწილება ინსტრუქციის მკაცრად დაცვა	მთავარია გადაჭრილ იქნეს პრობლემა, მიღებულ იქნეს შედეგი	სტიმულირება, არავითარ შემთხვევაში შეზღუდვა. მთავარი იდეაა – არ არის საჭირო მკაცრი წესები, ბრძანება
ინოვაცია მთავარი არ არის	ინოვაციური პროცესების ინტენსიფიკაცია	მთავარია ინოვაცია
პერსონალი: ლიდერები – პროფესიონალიზმი არ არის საჭირო. შემსრულებლები – მაქსიმალურად მიმართავენ ბრძანებას	პერსონალი: მკვეთრად მაღლდება მოთხოვნა პროფესიონალიზმზე	პერსონალი: ლიდერები – პროფესიონალები, რომელთაც არ ეშინიათ რისკის
გამოყენების სფერო: სისტემა ეფექტურია მაშინ როცა შესაძლებელია, ექსტრემალურ სიტუაციაში ძალიბის სწრაფი კოორდინაცია განსაზღვრულ სამუშაოზე და შედეგის მიღწევა	გამოყენების სფერო: სისტემა მიზანშეწონილია გამოყენებულ იქნეს გარე ფაქტორების ცვალებადობისას. ეფექტური მუშაობის დინამიზმის, კონკურენციის ზრდის და რესურსების დეფიციტის პირობებში	გამოყენების სფერო: სისტემა აუცილებელია მაშინ როდესაც საჭიროა ექსპერიმენტის დაწყება, ძიება, გაზრდილი სამუშაო რისკის პირობებში ცვალებად მდგომარეობაში მრავალმხრივი კავშირების დამყარება

კავშირგაბმულობის მართვის ორგანიზაცია.

კავშირგაბმულობის კომპლექსს (ისევე როგორც ნებისმიერი რთული საწარმოო, ტექნოლოგიური სისტემას) არ შეუძლია ფუნქციონირება ორგანიზაციული აგებულების ამოცანის გადაწყვეტის გარეშე.

კავშირგაბმულობის მართვის (მენეჯმენტის) ორგანიზება ეს არის ორგანიზაციაში მართვის სტრუქტურის, სქემისა და ურთიერთდამოკიდებულებათა დადგენა საერთო მიზნების მისაღწევად.

იმისათვის, რომ სწორედ შეირჩეს კავშირგაბმულობის ორგანიზაციული სტრუქტურა საჭიროა, სწორად დაისვას ამოცანა საწარმოს წინაშე (რაზეც ზემოთ უკვე გვქონდა საუბარი), ამასთან იგი არ უნდა ედრებოდეს და ეყრდნობოდეს კავშირგაბმულობის მართვის ორგანიზაციის პრინციპებს.

კავშირგაბმულობის (მართვის) ორგანიზაციის 9 საკვანძო პრინციპი მოცემულია ნახაზზე 20.

მმართველობითი ნორმების დაცვა თანამედროვე პირობებში - დიდი მოთხოვნებია წაყენებული მმართველის მოქმედების ეთიკურობაზე, მის მიერ მმართველობითი ნორმების დაცვაზე. ეს ყოველივე საწარმოს უქმნს იმიჯს, რომლის გარეშე წარმოუდგენელია მისი წარმატებული მოქმედება.

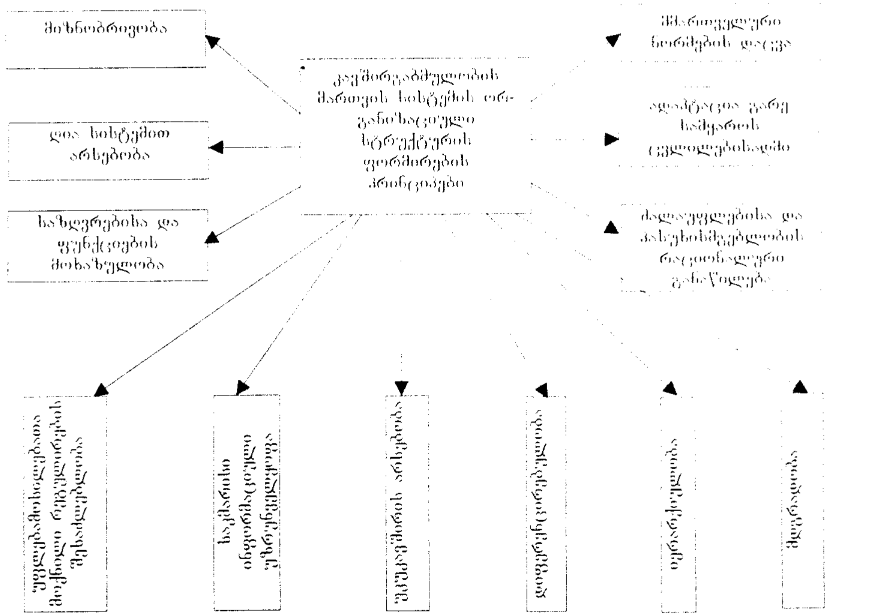
ღია სისტემების სახით არსებობა - ღია სისტემების სახით არსებობა გაზრდის დარგისათვის პროგრესული წინადადებებისა და შეთავაზებების რაოდენობას.

მიზნობრივობა - საწარმოს მიერ დასმული მიზანი აუცილებლად უნდა იყოს მთელი დარგისათვის მიზანშეწონილი და მისაღწევი.

იერარქიულობა - კავშირგაბმულობის საწარმოებში მმართველობითი სამუშაო დიდი მოცულობისაა. აუცილებელია მისი დანაწილება. იერარქია იქმნება მმართველობითი საქმიანობის დანერგვისას ჰორიზონტალზე, ანუ კონკრეტული ხელმძღვანელის ცალკეული განყოფილების სათავეში დაყენებით.

ნახაზი №20

კავშირგაბმულობის მართვის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურის ფორმირების პრინციპები



საწარმოს არსებობისათვის აუცილებელია მართვის სისტემა მარტივად ადაპტირებადი იყოს გარე სამყაროს ცვალებადობის მიმართ.

უკუკავშირის არსებობა - ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ საწარმოში, კავშირგაბმულობის საწარმოებშიც მართვის ეფექტურობის ერთ-ერთ

კრტერიუმს წარმოადგენს უკუკავშირის განხორციელება. საჭიროა მოინახოს უკუკავშირის დამყარების ისეთი ფორმები, რომლებიც მმართველს მისცემს ორგანიზაციაში არსებული სიტუაციის ზუსტ სურათს.

საკმარისი ინფორმაციული უზრუნველყოფა - თანამედროვე პირობებში წარუმატებელ საწარმოთა კრახის უმთავრეს მიზეზს ინფორმაციული უზრუნველყოფის დაბალი დონე წარმოადგენს. გადაწყვეტილების მიღებისას კი ინფორმაციულ უზრუნველყოფას მთავარი როლი აკისრია, აქედან გამომდინარე, მის უქონლობას საწარმოსათვის სავალალო შედეგები მოაქვს.

კავშირგაბმულობის მართვის სისტემა (ისევე როგორც ნებისმიერი მართვის სისტემა) უნდა შედგებოდეს სამი ძირითადი კომპონენტისაგან: მმართველი და სამართავი ქვესისტემა, რომელთა ურთიერთკავშირი ინფორმაციული ქვესისტემის ვერტიკალური და ჰორიზონტალური სამართავი კავშირებით მიმდინარეობს (იხ. ნახაზი №21).

პერსონალის მართვა.

კავშირგაბმულობის სამართავი მაკროსუბიექტების მოღვაწეობის პრინციპები შემდეგია:

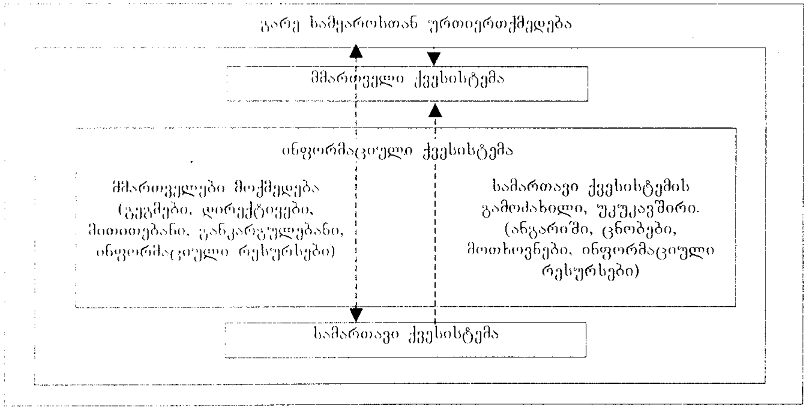
- ფუნქციონალური დავალების ეფექტური შესრულება;
- შეთანხმებული ურთიერთქმედება კავშირგაბმულობის კომპლექსის სხვადასხვა ქვესისტემასთან (ვერტიკალურად და ჰორიზონტალურად);
- სუბორდინაციის, დისციპლინისა და პასუხისმგებლობის არსებობა.

კავშირგაბმულობის მართვის ტექნოლოგია.

კავშირგაბმულობის მართვის (მენეჯმენტის) ტექნოლოგია ფუნქციებისა და მეთოდების თანამიმდევრობაა სამუშაო პროცედურებისა და ოპერაციებისა, რომლებიც უზრუნველყოფენ მართვის უმნიშვნელოვანესი ამოცანის ეფექტურ შესრულებას - ორგანიზაციის მიერ დასახული მიზნების მიღწევას.

ნახაზი №21

მართვის სისტემა



კავშირგაბმულობის მართვის სისტემის სამართავი ქვესისტემის ფუნქციონალური ამოცანებია:

- ➢ კავშირგაბმულობის მომსახურებათა ბაზრის მარკეტინგი;
- ➢ კავშირგაბმულობის კომპლექსის ორგანიზაცია;
- ➢ კავშირგაბმულობის განვითარების სტრატეგიული დაგეგმვა;
- ➢ რესურსების ცენტრალიზებულად უზრუნველყოფა;
- ➢ კავშირგაბმულობის ტექნოლოგიური ოპერაციების კონტროლი;
- ➢ ინოვაციები კავშირგაბმულობის სისტემაში.

უკანასკნელი ასწლეულის განმავლობაში მენეჯმენტის მსოფლიო პრაქტიკაში მნიშვნელოვნად იცვლებოდა მართვის ტექნოლოგიის აღქმასთან დაკავშირებული მიდგომები.

კავშირგაბმულობის მართვის თანამედროვე ტექნოლოგიას საფუძვლად უდევს შვიდი პრინციპი:

1. გადაწყვეტილების მიღების, ამორჩევა და რეალიზაციის ხელოვნება;
2. მმართველობითი ციკლის სისრულე;
3. მართვის ფუნქციის ოპტიმალურობა;
4. მართვის ფუნქციის ინფორმაციული შევსებადობა;
5. მართვის ფუნქციის მეცნიერული საფუ-

ძვლიანობა;

6. მართვის ფუნქციის პრაქტიკული რეალიზაციის უნარი;

7. მართვის ფუნქციისა და პროცედურის შესრულების ეფექტურობა.

კავშირგაბმულობის მერთვის მსოფლიო პრაქტიკაში ამჟამად გამოიყენება მართვის შემდეგი მეთოდები: ემპირიული, მეცნიერულად დასაბუთებული და კომპლექსური.

ემპირიული - ეს არის ადამიანის ქცევაზე დამყარებული მეცნიერების სკოლა. მისი მიზანია ორგანიზაციის ეფექტურობის ამაღლება ადამიანური რესურსების ეფექტურობის ამაღლების გზით. ისევე, როგორც სხვა ადრინდელი სკოლები, აღნიშნული სკოლაც იცავდა „მხოლოდ ყველაზე საუკეთესო გზას" მმართველობითი პრობლემების გადაწყვეტისათვის. მისი ძირითადი მიზანი იყო ცალკეული მუშაკისა, ისე ორგანიზაციის ეფექტურობის ამაღლება.

მეცნიერულად დასაბუთებული მეთოდებით მართვის სკოლის მიმდევრები თვლიდნენ, რომ დაკვირვების, ლოგიკისა და ანალიზის მეთოდების გამოყენებით შეიძლება ხელით შესასრულებელი ბევრი ოპერაცია გაუმჯობესდეს და ეფექტურად შესრულდეს. ისინი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ სტიმულირების სისტემატურ გამოყენებას, რათა მუშაკების დაინტერესება გაიზარდოს. აღნიშნულის შედეგად უნდა მიაღწიონ წარმოების მოცულობისა და მწარმოებლობის ზრდას.

კომპლექსური მეთოდებით მართვის სკოლა. თანდათან სულ უფრო მეტ აქტიურობას იძენს პროფესიონალ მმართველთა თეორია. იგი უფრო კომპლექსური ხასიათის თეორიაა, მოიცავს მმართველობით ურთიერთობათა არა მარტო წარმოების ორგანიზაციულ-ტექნიკურ, არამედ ეკონომიკურ, ფილოსოფიურ, ფსიქოლოგიურ ასპექტებსაც. დიდი ყურადღება ეთმობა სისტემურ ანალიზს, მათემატიკურ მოდელირებას, პროგნოზირებას, შრომის მოტივაციისა და ინტენსიფიკაციის გაძლიერების ფსიქოლოგიურ ხერხებს.

სრულყოფილი მართვისათვის აუცილებელია მენეჯმენტის ყველა ფუნქციის წარმატებით რეალიზება, რომელიც შესაძლებელია მხოლოდ მართვის სისტემაში ეფექტური კომუნიკაციების არსებობისას. მმართველი თავისი დროის 50-90%-ს ხარჯავს კომუნიკაციაზე, რაც წარმოუდგენლად გვეჩვენება. ხელმძღვანელი მიმართავს ამ ხერხს რათა მოახდინოს თავისი როლის რეალიზაცია პიროვნებათა შორის ურთიერთობაში, ინფორმაციულ გაცვლაში, და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რომ არ ვილაპარაკოთ გეგმების მართვის ფუნქციაზე, ორგანიზაციასა, მოტივაციასა და კონტროლზე. სწორედ იმიტომ, რომ ინფორმაციის გაცვლა ჩართულია მართვითი საქმიანობის ყველა ძირითად სახეობაში, კომუნიკაციას ვუწოდებთ დამაკავშირებელ პროცესს.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში მსოფლიოში ეფექტური მენეჯმენტის თეორია და პრაქტიკა სულ უფრო ულრმავდება მენეჯმენტის ტექნოლოგიურ ინტერპრეტაციას, როგორც გადაწყვეტილების მიღებისა და რეალიზაციის პროცესს. ასეთი მიდგომისას ეფექტური მენეჯმენტის ეტაპები შეიძლება წარმოვიდგინოთ სამი ძირითადი შემადგენელი ნაწილისაგან:

ა.მიზნები და პრობლემები;

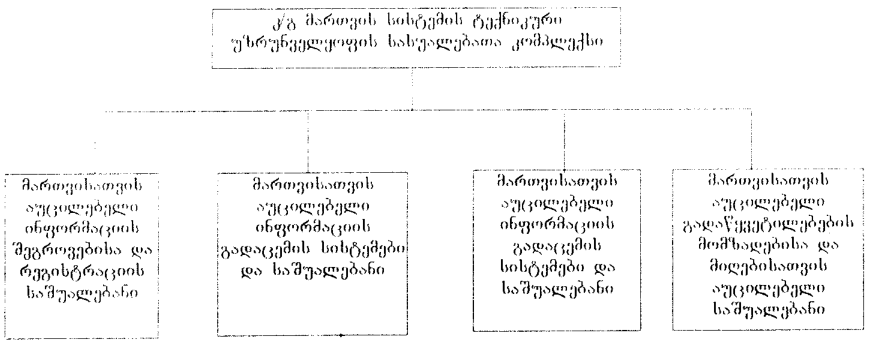
ბ.ალტერნატივები და გადწყვეტა;

გ. აქტუალიზაცია და კონტროლი.

კავშირგაბმულობის კომპლექსში ამჟამად არ არის კავშირგაბმულობის მართვის სამსახურებისა და ქვეგანყოფილებების ასეთი პერსპექტიული სქემით მუშაობის საკმარისი გამოცდილება. ჩვენი ამოცანაა დავეუფლოთ ე.წ. „Know-how"-ს აღნიშნულ სფეროში, ამ მეთოდის ყველა მეთოდურ და პრაქტიკულ საიდუმლოსა და თავისებურებას. ამ ეტაპზე დარგში „Know-how"-დ ეფექტური მენეჯმენტის თეორია გვევლინება.

ნახაზი №22

კავშირგაბმულობის მართვის უზრუნველყოფის საშუალებათა კომპლექსი



კავშირგაბმულობის მართვის ტექნიკა.

ამ ეტაპზე მართვის ტექნიკური უზრუნველყოფის საშუალებანი განსაზღვრავენ მთელი სისტემის მუშაობის ეფექტურობას. კავშირგაბმულობის მართვაში ტექნიკა ეს არის საშუალებებისა და სისტემების კომპლექსი, რომლებიც განსაზღვრავენ კავშირგაბმულობის მენეჯმენტის ტექნიკურ უზრუნველყოფას, როგორიცაა:

- მართვის ინფორმაცია;
- მონაცემების დამუშავების ავტომატიზაცია;
- გამომთვლელი ოპერაციების ავტომატიზაცია.
- მმართველობით გადაწყვეტილებათა გამომუშავებისა და რეალიზაციის პროცესების კომპიუტერიზირებული უზრუნველყოფა.

ამ განმარტების შესაბამისად იქმნება კავშირგაბმულობის მართვის სისტემის ტექნიკური უზრუნველყოფის საშუალებათა კომპლექსის სტრუქტურა, რომელიც ნაჩვენებია მე-22 ნახაზზე.

კავშირგაბმულობის მართვის ტექნიკური უზრუნველყოფის სისტემებისა და საშუალებებისადმი წაყენებული ძირითადი მოთხოვნილებები ასეთია: საიმედობა, ოპერატიულობა, სწრაფმოქმედება (მოცემულ საზღვრებში), გადაცემისა და დამუშავების მაღალი ხარისხი.

მართვის ტექნიკურ საშუალებათა კომპლექსის ფუნქციონირების ძირითადი მიზანია კავშირგაბმულობის მართვის ეფექტურობის ამაღლება.

მართვის ტექნიკური უზრუნველყოფის სისტემის პერსპექტიული განვითარების ტრაექტორია ნაჩვენებია ნახაზზე 6.

კავშირგაბმულობის მართვის სისტემაში არსებულმა პრაქტიკამ უკანასკნელი 10 წლის მანძილზე ვერ შეძლო გადაეწყვიტა მართვის ავტომატიზაციის ამოცანა, მართვის კომპიუტერიზაცია კი თანამედროვე პერიოდში ისაზღვრება ტექსტების რედაქტირებითა და მონაცემთა უმარტივესი ბაზის შექმნით. ამასთანავე, მთელ მსოფლიოსა და უწინარესად განვითარებულ ქვეყნებში მიმდინარეობს მართვის მრავალი ოპერაციის ინტენსიური კომპიუტერიზაციის პროცესი. სულ უფრო მეტად ვრცელდება მმართველობითი გადაწყვეტილებათა გამომუშავების დამცავი ურთულესი კომპლექსები, აგებული ექსპერტულ სისტემებზე დიალოგურ პროცედურებში: ადამიანი - მანქანა.

კავშირგაბმულობის მართვის სისტემის პერსონალი.

მართვის პერსონალი ეს არის ნებისმიერი ორგანიზაციის ძირითადი რესურსი. ცნების „კავშირგაბმულობის მართვის პერსონალი"-ს განმარტება არის შემდეგი: მართვის პერსონალი მმართველები არიან მოცემული ორგანიზაციის სპეციალისტთა ჯგუფი ლიდერობის უზრუნველმყოფელი; მიმართულების მიმცემი; დასმული მიზნების ან პრობლემის აღმოფხვრის გადაწყვეტილებების მიმღებნი და განმახორციელებლები.

იმისათვის, რომ სისტემამ იმუშაოს უფრო ეფექტურად, საჭიროა გაიზარდოს ხელმძღვანელთა და მათზე დაქვემდებარებულ პირთა პასუხისმგებლობა.

კავშირგაბმულობის ორგანიზაციები (ისევე, როგორც ყველა ორგანიზაციული სისტემები) წარმოადგენენ „შეგნებულად" კოორდინირებული მოღვაწეობის სისტემებს. მენეჯმენტის დანიშნულებაა ორგანიზაციის სწორედ ასეთი კოორდინირებული მოღვაწეობის უზრუნველყოფა. ეფექტური მენეჯმენტის მსოფლიო პრაქტიკა განსაზღვრავს მართვის შვიდ საკვანძო კატეგორიას:

1. ინოვაცია;
2. მომგებიანობა;
3. მუშაკთა ცხოვრების დონე;
4. წარმადობა;
5. პროდუქციისა და მომსახურების ხარისხი;
6. ეკონომიურობა;
7. მოღვაწეობა.

ამ კატეგორიების მიხედვით წარმართული საქმიანობა, ანუ აგებული მართვის სისტემა უზრუნველყოფს საწარმოს წარმატებას კონკურენციულ ბრძოლაში. ეს კი დღესდღეობით უმნიშვნელოვანესია.

საქართველოს კავშირგაბმულობის დარგის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმის სრულყოფის ზოგიერთი მიმართულება გარდამავალ პერიოდში

ტელეკომუნიკაციის სექტორის სახელმწიფო რეგულირების პრინციპებისა და მექანიზმის შემუშავება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს დღევანდელ ეტაპზე, როდესაც დარგში შემოსავლების თითქმის 71% შემოდის კერძო საწარმოებიდან. მიმდინარე წლის პირველ ნახევარში კავშირგაბმულობისა და ფოსტის საწარმოების მიერ გაწეული საქმიანობიდან მიღებულია 95,4 მლნ. ლარის შემოსავალი, მათ შორის ტრანსპორტისა და კომუნიკაციების სამინისტროს დაქვემდებარებაში მყოფი საწარმოების მიერ გაწეული საქმიანობიდან - 27,7 მლნ. ლარი.

სახელმწიფოს უმთავრესი მისიაა ქვეყნის მოქალაქეთა უფლებების დაცვა, აქედან გამომდინარე, ეკონომიკის მართვის მექანიზმი უნდა ემყარებოდეს მოქალაქეთა ინტერესების მაქსიმალურ დაცვას. დღესდღეობით საქართველოს მოქალაქეთა უმთავრესი ნაწილი სიღარიბის ზღვარს მიღმა ცხოვრობს. აქედან გამომდინარე, მათთვის უმნიშვნელოვანესია პირველად მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება. აღსანიშნავია, რომ ნებისმიერ საზოგადოებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა კომუნიკაციებს. დროთა განმავლობაში კი, ეს მნიშვნელობა სულ უფრო და უფრო

იზრდებოდა. ამჟამად უკვე კომუნიკაციების ერაში ვცხოვრობთ. აქედან გამომდინარე, ჩვენი ქვეყნის ნებისმიერი მოქალაქისათვის არსებითია კომუნი- კაციების ხელმისაწვდომობა, რასაც ტელეკომუ- ნიკაციის სფეროში სწორად შემუშავებული სატარიფო პოლიტიკა განსაზღვრავს. ტარიფის სწორად განსაზღვრაზე სხვა უამრავი მნიშვნე- ლოვანი ფაქტორის გარდა აგრათვე დამოკიდე- ბულია საწარმოს მომავალი, ფინანსური მდგო- მარეობა და ქვეყანაში არსებული სიტუაცია. ჩვენი აზრით, სატარიფო პოლიტიკის ძირითადი ორიენ- ტირების შემუშავება სახელმწიფოს პრერო- გატივად უნდა დარჩეს, ამასთან, უნდა იყოს კერძო კომპანიებთან შეთანხმებული და საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინებით უნდა მიმდინა- რეობდეს.

კავშირგაბმულობა, წარმოადგენს რა საზოგა- დოებრივი ინფრასტრუქტურის შემადგენელ ნაწილს, მასზეც ვრცელდება საბაზრო ეკონომიკის ყველა კანონი, ამასთან ერთად, დარგის ეკონო- მიკური თავისებურებანი გარკვეულ გავლენას ახდენენ ამ კანონების გამოყენებაზე კავშირ- გაბმულობაში.

კავშირგაბმულობის საშუალებათა განვითა- რება და მათი სრულყოფა განკუთვნილია მოსა- ხლეობისა და სახალხო მეურნეობის ყველა მზარდ მოთხოვნილებათა დასაკმაყოფილებლად. ამ მიზნით წარმოებს დრგში სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის თანამედროვე მიღწევათა დანერგვა. ეს კი ძირითადი არგუმენტია დარგის ეკონომიკური ეფექტურობის გაზრდის, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და მომხმარებელთა მოთხოვ- ნილებების უფრო სრულად დაკმაყოფილე- ბისათვის.

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა, მეცნიე- რულ-ტექნიკური პროგრესის მიღწევათა, ციფრუ- ლი ქსელებისა და ინტელექტუალური ქსელის დანერგვა სულ უფრო რთულ და მაღალ მოთხოვ- ნებს უყენებს დარგის მართვის ფორმებსა და მეთოდებს, მოითხოვს ორგანიზაციული სტრუქ- ტურის ცვლილებას. მართვის ორგანიზაციის სრულყოფა ხელს უწყობს კავშირგაბმულობის საწარმოების და ორგანიზაციების საწარმო, სამეურნეო და საფინანსო საქმიანობის პირობების გაუმჯობესებას, მათი რეზერვების უფრო სრულად გამოყენებას.

მართვის აპარატის ორგანიზაციული სრულ- ყოფის საკითხი უმნიშვნელოვანესია სახალხო მეურნეობის ყველა დარგისათვის, განსაკუთრე- ბით კი საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის პირობებში. კავშირგაბმულობის დარგის სახელ- მწიფო მართვის სტრუქტურა უნდა იყოს აგებული საბაზრო ეკონომიკის მიერ ნაკარნახევი საზო- გადო პრინციპების შესაბამისად და რაც მთავარია მართვის აპარატი უნდა იყოს მარტივი, კვალი- ფიციური, მოქნილი (მობილური), იაფი და ოპერა- ტიული.

საზოგადოებრივი წყობის, მართვისადმი მიდგომების და მისი მეთოდების ცვლილებამ განაპირობა ყველა დარგის მართვის სისტემის მუშაობის პრინციპების ცვლილების აუცილე- ბლობა, რომლის განხორციელება უზრუნველყოფს მთლიანად კავშირგაბმულობის დარგის შემდგომ წარმატებებს.

საინფორმაციო გვერდი

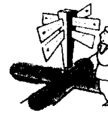
➢ როგორც უკვე გაცნობეთ, ცენტის მიერ 2001 წლის მაისიდან დაიწყო ცხრათვიანი მიკროპროექტის - *„საქართველოში სათემო მოძრაობის გაძლიერება“* - განხორციელება. პროექტის ფარგლებში გრანტი მიენიჭა ორ ორგანიზაციას: სათემო ასოციაცია გლდანს პროექტისათვის - *„ბავშვთა ქალაქი აშენებს თემს“*, და ასოციაციას „თემქა-ზღვის უბანი“ პროექტისათვის - *„საყოფაცხოვრებო მომსახურების ცენტრის შექმნა.“* იანვარში ორივე სათემო ორგანიზაციამ წარმატებით დაასრულა პროექტები, შედეგად გლდანში ხევძმარის ტერიტორიაზე მოეწყო ბავშვთა ქალაქი საქანელებით, ფანჩატურით, ღია სცენით, ფეხბურთის სტადიონითა და გოლფის სტადიონით. ხოლო თემქაში შეიქმნა საყოფაცხოვრებო მომსახურების ცენტრი. საგულისხმოა, რომ აღნიშნულ ცენტრში დასაქმდება ადგილობრივი მოსახლეობა, ხოლო უბნის უმწეო და სახსრებს მოკლებული მაცხოვრებლები ისარგებლებენ მომსახურების შეღავათიანი ფასებით.

➢ ჩვენი ორგანიზაციის *„ადგილობრივი დემოკრატიის განვითარების პროექტის“* ფარგლებში 2001 წლის ნოემბერ-დეკემბერში ქ. ლაგოდეხში „საქართველოს სამოქალაქო განვითარების ასოციაციისათვის“, ხოლო ქ. ოზურგეთში „ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირისა“ და „საქართველოს დემოკრატიული განვითარების კავშირისათვის“ ცენტრის ექსპერტებისა და თსუ ფსიქოლოგიის კათედრიდან მოწვეული ექსპერტის მიერ ჩატარდა სამუშაო შეხვედრა საჭიროებათა გამოსავლენად. ამ შეხვედრების მიზანი იყო ოზურგეთისა და ლაგოდეხის რაიონებში ცენტრის სამიზნე ორგანიზაციების სუსტი და ძლიერი მხარეების გამოვლენა და მომავალი წლისათვის ორგანიზაციული განვითარების გეგმის შემუშავება. ზემოხსენებული გეგმა უფრო ეფექტურს გახდის ორგანიზაციების შემდგომ საქმიანობას.

➢ *„ადგილობრივი დემოკრატიის განვითარების პროექტის“* ფარგლებში გათვალისწინებულია ძლიერი და აქტიური სათემო ჯგუფების (CBO-ს) ჩამოყალიბება, რომლებიც აქტიურ მონაწილეობას მიიღებენ ადგილობრივი პრობლემების გადაჭრაში, ასევე ხელს შეუწყობენ ადგილობრივ მმართველობასა და სათემო ჯგუფებს შორის კავშირების გაუმჯობესებას და მათ შორის თანამშრომლობის ფორმების ჩამოყალიბებას.

წინა წლებში წარმატებით განხორციელებულმა მიკროპროექტებმა და მოგვარებულმა პრობლემებმა გაზარდა ნდობა სოფლის მოსახლეობაში განმახორციელებელი ორგანიზაციების მიმართ.

აქედან გამომდინარე, ცენტრმა მიზნად დაისახა ყოველ წელს თითოეულ სამიზნე რეგიონში (ოზურგეთსა და ლაგოდეხში) 4 სამიზნე სოფლის შერჩევა, სადაც თემის მობილიზაციის ჯგუფის მიერ ჩატარდება მოკვლევა. მოკვლევის ჩატარების დაგეგმვის მიზნით შედგა ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფი, რომელშიც შედიან არა მარტო ცენტრის წარმომადგენლები, არამედ ექსპერტები არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან: „ელკანა“ და "საქართველოს დემოკრეტიული განვითარების კავშირი".



2002 წლის 4-9 თებერვალს აღნიშნული სამუშაო ჯგუფი მუშაობდა ოზურგეთის რაიონის სოფელ ბაილეთში. საკრებულოს თავჯდომარის თანხმობით ჯგუფმა თემში ჩაატარა მოკვლევა, მოხდა მასალის კამერალური დამუშავება, დაიგეგმა სოფლის კრება, სადაც გამოვლინდა თემის მთავარი პრობლემა. სოფლის მოსახლეობის მიერ შეირჩა ლიდერთა ჯგუფი, რომელმაც შეიმუშავა პროექტი. მისი განხორციელება 20 მარტიდან დაიგეგმა. არჩეული პროექტის განსახორციელებლად გამოიყოფა სპეციალური მიკრო-გრანტი.

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი დაფუძნდა 1995 წლის ივლისში. ცენტრი წარმოადგენს არასამთავრობო ორგანიზაციას, რომელიც მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების, პრაქტიკაზე ორიენტირებული კვლევების ჩატარებისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მოქალაქეთა აქტიური ჩართვით, მათი ინტერესების ლობირებისა და სამოქალაქო ინიციატივების მხარდაჭერის გზით ხელს უწყობს საქართველოში სამოქალაქო საზოგადოების აღმშენებლობას. ცენტრი ცდილობს მხარი დაუჭიროს საზოგადოების იმ ჯგუფებს და ცალკეულ პირებს, რომლებიც ხელს უწყობენ სოციალურ, პოლიტიკურ, ეკონომიკურ რეფორმებს და ადამიანის უფლებების დაცვის ეფექტური ინსტიტუტის ჩამოყალიბებას.

საზ. ყველა სექტორთან მჭიდრო თანამშრომლობით და გამჭვირვალობის, თანასწორობისა და შემოქმედებითი მიდგომის პრინციპებზე დაყრდნობით ორგანიზაცია ცდილობს ინფორმირებული, მაღალი მოქალაქეობრივი პასუხისმგებლობის მქონე საზოგადოების დამკვიდრებას, რაც დემოკრატიული სახელმწიფოს ჩამოყალიბების გარანტია.

ცენტრის პრიორიტეტული მიმართულებია:

- სამოქალაქო განვითარება
- გარემოს დაცვა და მდგრადი განვითარება
- საგარეო პოლიტიკა და ეროვნული უსაფრთხოება
- ეკონომიკა, ფინანსები და სოციალური პოლიტიკა

თითოეული ამ პრიორიტეტული მიმართულებით ჩამოყალიბებულია და მოქმედებს სამუშაო ჯგუფები.

ცენტრის მუშაობის მეთოდებია:

- პრობლემის განსაზღვრა, გამოკვლევა და შესაბამისი ინფორმაციის და რეკომენდაციების მიწოდება მომხმარებლებისათვის;
- ეფექტური სოციალ-ეკონომიკური განვითარებისათვის პროგრამებისა და მიდგომების შემუშავება-განხორციელება;
- მოქალაქეთა და სამოქალაქო ჯგუფების სამოქალაქო ინიციატივების მხარდაჭერა, მათი გადაწყვეტილების მღების პროცესში აქტიური ჩართვა, რათა მოხდეს მათი უფლებების უფრო ეფექტური დაცვა და საზოგადოებასა და მთავრობას შორის ურთიერთანგარიშვალდებულების ზრდა;
- ლობირების მექნიზმის შემუშავება და მათი ეფექტური ამოქმედება;
- მაღალკვალიფიციურ ექსპერტთა ქსელთან მუშაობა;
- სამუშაო შეხვედრების, სემინარების, საჯარო განხილვების მოწყობა;

- ცენტრის რეგულარულ გამოცემებში/ბიულეტენებში* გამოკვლევების რეგულარული გამოქვეყნება;
- საზოგადოებაში დემოკრატიული და სამოქალაქო მიდგომების ხელშეწყობა მასმედიის საშუალებით.

**- საქართველოს ძირითადი პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური და გარემოსდაცვითი პრობლემების ირგვლივ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების მიზნით ცენტრი თავისი საქმიანობის პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით რეგულარულად გამოსცემს ბიულეტენს და ლიფლეტებს, რომლებიც მიეწოდება სხვადასხვა სამთავრობო და სამეცნიერო უწყებების, პოლიტიკური და არასამთავრობო ორგანიზაციების, კერძო სტრუქტურების, მსხვილი კორპორაციების წარმომადგენლებს – გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს.*

განხორციელებული და მიმდინარე პროექტები:

- კანონპროექტი საქართველოს გარემოსდაცვითი ნებართვების შესახებ; კანონი მიღებულია პარლამენტის მიერ.
- კანონპროექტი საქართველოს პოლიტიკური ორგანიზაციების შესახებ; კანონი მიღებულია პარლამენტის მიერ.
- საქართველოს ტერიტორიული მოწყობის კონცეფცია;
- ეკონომიკური რეფორმები საქართველოში;
- ადგილობრივი დემოკრატიის განვითარების პროექტი;
- თვითმმართველობა საზოგადოებრივ სამსახურში;
- სამუშაო ჯგუფი „საგარეო პოლიტიკა და ეროვნული უსაფრთხოება";
- შავი ზღვის არასამთავრობო გარემოსდაცვითი ორგანიზაციების ქსელის კოორდინირება.

- ადგილობრივი დემოკრატიის განვითარების შემდგომი სამწლიანი პროექტის დაგეგმვისათვის შუალედური პერიოდი;
- შავი ზღვის არასამთავრობო ორგანიზაციების ქსელის ფუნქციონირება და პოპულარიზაცია;
- ცენტრის ინსტიტუციური განვითარება.
- სამუშაო ჯგუფი „საგარეო პოლიტიკა და ეროვნული უსაფრთხოება";
- სამუშაო ჯგუფი „ეკონომიკა, ფინანსები და სოციალური პოლიტიკა";
- მოქალაქეთა გარემოსდაცვითი უფლებების დაცვა;
- საქართველოში სათემო მოძრაობის გაძლიერება.

ცენტრის დონორი ორგანიზაციები

- **NOVIB** - ნიდერლანდების ორგანიზაცია საერთაშორისო თანამშრომლობისა და განვითარებისათვის;
- **FES** - ფრიდრიხ ებერტის ფონდი;
- მსოფლიო ბანკის მცირე გრანტების პროგრამა;
- ბრიტანეთის საელჩოს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტი;

ცენტრის მხარდამჭერები

❖ ცენტრის ინდივიდუალური „მხარდამჭერი“ მიიღებს ცენტრის ყველა გამოცემას, ცენტრის პროექტების შესახებ დაწერილებით ინფორმაციას და ყოველწლიურ (მათ შორის ფინანსურ) ანგარიშს. უფლება ექნება უფასოდ დაესწროს ცენტრის ყველა სემინარსა და საჯარო ღონისძიებას, ისარგებლოს ცენტრის ბიბლიოთეკით და ექსპერტთა ქსელით.

❖ ცენტრის პარტნიორები, სპონსორები და მხარდამჭერები მიიღებენ ცენტრის ყველა გამოცემას, ცენტრის პროექტების შესახებ დაწერილებით ინფორმაციას და ყოველწლიურ (მათ შორის ფინანსურ) ანგარიშს. კომპანიის/ორგანიზაციის ხელმძღვანელს ან მის წარმომადგენელს უფლება ექნება უფასოდ დაესწროს ცენტრის ყველა სემინარსა და საჯარო ღონისძიებას, კომპანიის/ორგანიზაციის ნებისმიერ წევრს ექნება შესაძლებლობა ისარგებლოს ცენტრის ბიბლიოთეკით და ექსპერტთა ქსელით, გარდა ამისა:

❖ ცენტრის გამოცემებში მითითებული იქნება კომპანიის სახელწოდება, როგორც ცენტრის „პარტნიორისა“, კომპანიის შესახებ ინფორმაციას დაეთმობა ერთი გვერდი ბიულეტენში და მცირე მონაკვეთი ლიფლეტში. ღონისძიების მოსაწვევებში მოხსენიებული იქნება, როგორც ცენტრის „პარტნიორი“.

❖ ცენტრის გამოცემებში მითითებული იქნება კომპანიის სახელწოდება, როგორც ცენტრის სპონსორისა, ღონისძიების მოსაწვევებში მოხსენიებული იქნება, როგორც ცენტრის სპონსორი.

❖ ცალეული ღონისძიებეის სპონსორი კომპანია ღონისძიების მოსაწვევებში მოხსენიებული იქნება, როგორც ღონისძიების „სპონსორი“ და მისი ლოგო წარმოდგენილი იქნება ღონისძიებეზე ცენტრის ლოგოსთან ერთად.

საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრის მხარდამჭერები

❖ კომპანია ზენიტ გამა ქონსალთინგი **(Zenith Gamma Consulting)**
❖ პროფესორი ალექსნადრე თვალჭრელიძე
❖ პროფესორი თეიმურაზ გოჩიტაშვილი

მხარდამჭეროვით დაინტერესებულ პირებს გთხოვთ შეავსოთ თანდართული გამოკითხვის ბარათი და მოგვაწოდოთ ორგანიზაციის მისამართზე

ცენტრის საქმიანოვით დაინტერესებულ პირებს დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად შეუძლიათ, დაგვიკავშირდნენ.

ქ.თბილისი 380094, გამსახურდიას ქ. №33ა, ბინა 22.
ტელ/ფაქსი: (995 32) 964124, 250711
ელექტრონული ფოსტა: csrdg@caucasus.net
http://www.csrdg.caucasus.net

ინდივიდუალური მხარდამჭერის გამოკითხვის ბარათი

☐ მე მსურს გავხდე ცენტრის მხარდამჭერი და მზად ვარ გავიღო 100 ლარი, გთხოვთ, დამიკავშირდეთ.

☐ გთხოვთ, გამომიგზავნოთ უფრო დეტალური ინფორმაცია და ცენტრის უახლესი გამოცემები საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად.

☐ მე არ ვარ დაინტერესებული ცენტრის მხარდაჭერით, გთხოვთ, ნუღარ დამიკავშირდებით.

ჩემი კოორდინატებია:

სახელი, გვარი, ____

სამუშაო ადგილი ____

თანამდებობა ____

მისამართი ____

ტელეფონი ________________________ფაქსი ______________

კოლექტიური მხარდამჭერის გამოკითხვის ბარათი

- ☐ ჩვენს კომპანიას სურს გახდეს ცენტრის პარტნიორი და მზად არის გაიღოს 5000 ლარი, გთხოვთ, დაგვიკავშირდეთ.

- ☐ ჩვენს კომპანიას სურს გახდეს ცენტრის სპონსორი და მზად არის გაიღოს 2000 ლარი, გთხოვთ, დაგვიკავშირდეთ.

- ☐ ჩვენს კომპანიას სურს გახდეს ცენტრის მხარდამჭერი და მზად არის გაიღოს 280 ლარი, გთხოვთ, დაგვიკავშირდეთ.

- ☐ ჩვენს კომპანიას სურს სპონსორობა გაუწიოს ცენტრის სხვადასხვა საჯარო ღონისძიებას, სემინარს ან კონფერენციას, გთხოვთ, დაგვიკავშირდეთ.

- ☐ გთხოვთ გამოგვიგზავნოთ უფრო დეტალური ინფორმაცია და ცენტრის უახლესი გამოცემები საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად.

- ☐ ჩვენი კომპანია არ არის დაინტერესებული ცენტრის მხარდაჭერით, გთხოვთ, ნუღარ დაგვიკავშირდებით.

ჩვენი კომპანიის კოორდინატებია:

კომპანიის დასახელება ____

მისამართი ____

ტელეფონი ______________________________ ფაქსი ______________

საკონტაქტო პირი ____

(სახელი, გვარი, თანამდებობა)

დაიბეჭდა შ.პ.ს. „კომპიუტერში"
ქ. თბილისი, კრწანისის ქუჩა №3