

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის  
სახელმწიფო უნივერსიტეტი

დინარა ლომინაძე

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების  
თავისებურებები და პერსპექტივები  
საქართველოში

## დისერტაცია

ბიზნესის ადმინისტრირების დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნუგზარ თოდუა  
ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი,  
თსუ სრული პროფესორი

თბილისი

2011

## შინაარსი

შესავალი .....	4
<b>თავი 1. მომსახურების მარკეტინგის თავისებურებანი და მისი განვითარების პერსპექტივები საქართველოში .....</b>	<b>12</b>
1.1. მომსახურების მარკეტინგის თანამედროვე კონცეფციები და მათი გამოყენების პრობლემები .....	12
1.2. სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის ძირითადი ელემენტები ....	25
<b>თავი 2. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზი .....</b>	<b>47</b>
2.1. ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის ანალიზი და განვითარების ტენდენციები .....	47
2.2. ჯანდაცვის ბაზარი და მისი განვითარების ტენდენციები საქართველოში .....	70
<b>თავი 3. საქართველოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის მარკეტინგული კვლევა .....</b>	<b>107</b>
3.1. კვლევის მეთოდოლოგია .....	107
3.2. სამედიცინო მომსახურების სფეროში მომხმარებელთა ჩართულობა .....	111
3.3. ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი მომხმარებლების დამოკიდებულება .....	115
3.4. ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ რესპოდენტთა ინფორმირებულობისა და ინფორმაციების წყაროების განსაზღვრა .....	122
3.5. მომხმარებელზე სამედიცინო სფეროს გარემოს გავლენა .....	127
3.6. სამედიცინო პროდუქტების შექმნის ძირითადი ტენდენციებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა .....	131
3.7. სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის რეიტინგი .....	144

3.8	საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისადმი მომხმარებელთა დამოკიდებულება .....	153
3.9	მომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განსაზღვრა .....	155
3.10	სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირება .....	160
3.11	სამედიცინო დაწესებულებების შეფასების მათემატიკური მოდელი .....	170
3.12	სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის პროგნოზირება ბაზრის სეგმენტაციის საფუძველზე .....	173
	<b>დასკვნები და წინადადებები .....</b>	<b>185</b>
	<b>ლიტერატურა .....</b>	<b>195</b>
	<b>დანართები .....</b>	<b>203</b>

## შესავალი

**პრობლემის აქტუალობა.** თანამედროვე ეკონომიკის ერთ-ერთი პერსპექტიული მიმართულებაა მომსახურების სფერო, რომელშიც განსაკუთრებული ადგილი უკავია ჯანდაცვას. იგი უდიდეს როლს ასრულებს მოსახლეობის სოციალური პრობლემების გადაწყვეტაში.

საქართველოში საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლამდე ჯანდაცვის სისტემის მართვა ხდებოდა მხოლოდ ადმინისტრაციული ღონისძიებებით, რადგანაც არ არსებობდა ეკონომიკური მეთოდების გამოყენების აუცილებლობა. იმ დროს დარგის დაფინანსება ხორციელდებოდა დაწესებულებების სამკურნალო-პროფილაქტიკური ხარჯების ანაზღაურებით და ეფუძნებოდა მოცულობით მაჩვენებლებს – საწოლების რაოდენობას, საშტატო ერთეულებს, ექიმთან ვიზიტის რაოდენობას და სხვ. ამასთან, ჯანდაცვის სფეროში რესურსების მიწოდება ხორციელდებოდა დაბალი ფასებით, რომელთა დაფინანსების უზრუნველყოფსაც სახელმწიფო ახდენდა. ყოველივე ამან გამოიწვია ჯანდაცვის ინტენსიური განვითარება, კერძოდ, საწოლების ფონდებისა და ექიმების რაოდენობის ზრდა. თუმცა, არ შეიმჩნეოდა მოცემული რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ზრდა, აგრეთვე დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ინტენსიფიკაციის სტიმული.

საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის შემდეგ გაჩნდა მეორე უკიდურესობა – მართვის ეკონომიკური მეთოდების აბსოლუტიზაცია. ყოველივე ეს საკმაოდ ამარტივებს პრობლემას, ვინაიდან არ შეიძლება არსებობდეს მართვის ადმინისტრაციულ და ეკონომიკურ მეთოდებს შორის დაპირისპირება. პრობლემის გადაჭრა მდგომარეობს იმაში, რომ მოინახოს მათი ოპტიმალური შეთანაწყობა. მკაცრი ადმინისტრაციული პოლიტიკის აუცილებლობა უნდა შენარჩუნდეს მხოლოდ ნარკოტიკების შენახვისა და გამოყენების წესის, ავადმყოფის კვებაზე გახარჯული რესურსების რაოდენობის, დოკუმენტაციის წარმოების წესის განსაზღვრისას. ჯანდაცვის სფეროში ერთიანი პოლიტიკის უზრუნველყოფის, სხვადასხვა სამსახურების მუშაობის კოორდინირებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისთვის მართვის ტერიტორიულმა ორგანოებმა ფართოდ უნდა გამოიყენონ მართვის ეკონომიკური მეთოდები.

ჯანდაცვა წარმოადგენს საქმიანობის იმ სფეროს, რომელიც ყველაზე მკაცრად რეგულირდება სახელმწიფოს მიერ. დღეს ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მოიცავს სახელმწიფოს ეკონომიკის ყველა უწყებრივ და დარგობრივ დონეს, წარმოადგენს არა მხოლოდ სამკურნალო-პროფილაქტიკური, სარეაბილიტაციო და გამაჯანსაღებელი დაწესებულებების ერთობლიობას, არამედ ის ასევე მჭიდრო კავშირშია ეკოლოგიასთან, შრომის დაცვასთან, სოციალურ პროგრამებთან და ა.შ. ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას წარმოადგენს ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წონასწორობისა და ჰარმონიის ხელშეწყობა და აღდგენა.

ჯანდაცვა საზოგადოების მიერ აღიქმება როგორც ცხოვრების დონისა და ხარისხის აუცილებელი შემადგენელი, რომელიც მთავარ როლს თამაშობს სახელმწიფოს ეკონომიკურ განვითარებაში, უზრუნველყოფს შრომითი რესურსების კვლავწარმოებასა და ხარისხს, რაც ქმნის ბაზას სოციალურ-ეკონომიკური ზრდისათვის.

სახელმწიფო დოტაციების შემცირებამ, სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან ხარჯებზე კონტროლის დაწესებამ, ეთიკური სტანდარტების დანერგვამ მედიცინაში მიგვიყვანა იქამდე, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებათა მხრიდან გაიზარდა მოთხოვნილება გარე დამატებით ინვესტიციებზე, რამაც, თავის მხრივ, გამოიწვია საინვესტიციო ბაზარზე კონკურენციის ჩამოყალიბება. ამას ხელი შეუწყო ასევე იმ გარემოებამ, რომ კომერციულმა დაწესებულებებმა, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროს მიეკუთვნებიან, საბოლოო მიზნად დაისახეს მოგების მიღება, რაც დამოკიდებულია მკურნალობის ხარისხზე. ამასთან, სახელმწიფო და მუნიციპალურმა დაწესებულებებმა უნდა გაუძღონ კონკურენციას. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ მათ უნდა სრულყოფნა სამედიცინო მომსახურება, რისთვისაც, ბუნებრივია, აუცილებელია დამატებითი სახსრები.

საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის შედეგად ჯანდაცვის დაწესებულებების სახელმწიფო დაფინანსების შეზღუდვამ მიგვიყვანა მარკეტინგის პრინციპების ფართოდ გამოყენების აუცილებლობამდე, რაც მიზნად ისახავს დამატებითი მომხმარებლისა და ინვესტორების მოზიდვას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ჯანდაცვის დაწესებულებები იძულებული არიან გამოიყენონ მარკეტინგის კონცეფცია მომხმარებელთა მოთხოვნილების პროგნოზირებისა და შესწავლის მიზნით, რაც მოცემული დაწესებულებების მაღალ კონკურენტუნარიანობას უზრუნველყოფს.

ადამიანთა მსოფლმხედველობის რადიკალურმა ცვლილებამ წინასწარ განსაზღვრა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მარკეტინგის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება.

როგორც პრაქტიკა გვიჩვენებს, ჯანდაცვაში მარკეტინგის პრინციპების გამოყენება სამართლიანი და მიზანშეწონილია, რადგან დარგში არსებობს ყველა საჭირო პირობა მარკეტინგული პრინციპების დანერგვისათვის.

ჩვენს ქვეყანაში ფულად-სასაქონლო ურთიერთობების განვითარება უშუალოდ ეხება ასევე ჯანდაცვას, სადაც იქმნება სამედიცინო პროდუქციისა და მომსახურებების ბაზარი. ეს ნიშნავს იმას, რომ იქმნება აუცილებელი პირობა მარკეტინგის დანერგვისათვის. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია დღეს საქართველოში ჩამოყალიბებული სამედიცინო ბიზნესისათვის. ამ ბაზარზე მოქმედი ერთ-ერთი ძირითადი ინსტრუმენტი და საქონელი არის ფასიანი სამედიცინო მომსახურება.

იმის გამო, რომ მომსახურების შეთავაზება და მოხმარება ერთდროული პროცესია, ჯანდაცვის ორგანიზაციებს მოთხოვნილების გაზრდისა და დაცემის დროს გარკვეული სირთულეები აქვთ. შეუძლებელია მომსახურების, როგორც საქონლის, წინასწარ წარმოება და მარაგის შექმნა. ამიტომ ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმონ მოთხოვნილების მართვას.

აღნიშნული პრობლემის აქტუალობამ, ქართულ სამეცნიერო ლიტერატურაში ამ პრობლემის არასაკმაო გაშუქებამ, აგრეთვე სისტემაში დასახული ამოცანების მეცნიერული შესწავლის და რეკომენდაციების პრაქტიკული გამოყენების აუცილებლობამ განაპირობა სადისერტაციო თემის შერჩევა და კვლევის მიმართულება.

**პრობლემის შესწავლის მდგომარეობა.** მარკეტინგი, როგორც მმართველობითი კონცეფცია, ჩვენს ქვეყანაში საბაზრო რეფორმების განვითარებასთან ერთად საკმაოდ ფართოდ გავრცელდა ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში. მის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს ბაზრის მოთხოვნილების შესაბამისი პროდუქტის შეთავაზება.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარი საქართველოში ფორმირების სტატიაშია და ამიტომ სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზის მსჯელობისას

გასაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ჯანდაცვის მარკეტინგის საკითხების საფუძვლიანი შესწავლა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვაში მარკეტინგი საკმარისად არ არის გამოკვლეული, რაც განპირობებულია იმით, რომ ეს დარგი ნაკლებად კომერციალიზებულია და საკმაოდ დაგვიანდა მისი საბაზრო ურთიერთობებში შესვლა. ამასთან, საქართველოში, პრაქტიკულად, დღემდე არ ჩატარებულა სამედიცინო ბაზრის კომპლექსური გამოკვლევა და, ამდენად, ნაკლებადაა შესწავლილი საქართველოში ჯანდაცვის ბაზრის მარკეტინგული კვლევის საკითხები. ჩვენი აზრით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, ამ კუთხით კვლავაც საჭიროებს სათანადო მეცნიერულ შესწავლას.

მარკეტინგული კვლევების მეთოდოლოგიური საკითხების შესწავლას ეძღვნება მრავალი უცხოელი და ქართველი მეცნიერის შრომა. ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში არსებობს პუბლიკაციები, რომლებიც მოცემულ პრობლემატიკას ეხება ( ფ.კოტლერის, გარმსტრონგის, ბ.ბერმანის, ე.გოლუბკოვის, ნ.მალჰოტრას, ე. ნოვატოროვის, გ.ჩერჩილის, დ.ევანსის, ბ.იადლოვის და სხვათა შრომები). ასევე, მარკეტინგული კვლევის საკითხებს საქართველოში ეძღვნება ნ.თოდუას, გ.ნადირაშვილის, გ.ბერულავას, ე.ბოლოკაძის, ჩ.ჯაშის, და სხვათა მნიშვნელოვანი შრომები. ჯანდაცვის სფეროს საკითხებზე პუბლიკაციები აქვს ო.გერზმავას, ნ.დვედაშვილს და სხვებს. ამასთან, საქართველოში საბაზრო ეკონომიკის ფორმირება ახალ მოთხოვნებს უყენებს ჯანდაცვის სფეროს. ჩვენი აზრით, შესასწავლი საკითხები სრულყოფილად არ არის განხილული და გადაწყვეტილი, რამაც განაპირობა სადისერტაციო კვლევის მიზნების, ამოცანებისა და მიმართულებების განსაზღვრა.

**კვლევის მიზანი და ამოცანები.** კვლევის მიზანია საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მიმდინარე ტენდენციების შესწავლა და მარკეტინგული სტრატეგიების ჩამოყალიბება ბაზრის მარკეტინგული კვლევის საფუძველზე, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულების გამოვლენა, საქართველოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის მარკეტინგული საკითხების შესწავლა და დარგის განვითარებისადმი შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, დისერტაციაში დასმულია და გადაწყვეტილია შემდეგი ამოცანები:

- მომსახურების მარკეტინგის თანამედროვე კონცეფციების გაცნობა და მათი კრიტიკული ანალიზი;
- მომსახურების მარკეტინგის შესახებ სხვადასხვა მეცნიერთა შეხედულებების გაცნობა;
- მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის ძირითადი მახასიათებლების შესწავლა;
- სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის ძირითადი ელემენტების დახასიათება;
- ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარისა და საქართველოს რეალობის გაანალიზება;
- საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებული პრობლემებისა და წინააღმდეგობების წარმოჩენა;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში მომხმარებელთა ჩართულობის დადგენა;
- ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულების გამოვლენა;
- ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ არსებული საინფორმაციო წყაროების გამოვლენა;
- მომხმარებლებზე სამედიცინო სფეროს გარემოს გავლენა;
- ქართველი მომხმარებლების მიერ სამედიცინო პროდუქტების შექენის ძირითადი ტენდენციებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა;
- სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის გამოვლენა;
- საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულების დადგენა;
- მომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განსაზღვრა.

**კვლევის საგანი და ობიექტი.** სადისერტაციო კვლევის საგანს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის თეორიული, მეთოდოლოგიური და პრაქტიკული საკითხების ერთობლიობა. კვლევის ობიექტია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ბაზარი, კონკრეტულად, საქართველოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის მარკეტინგული კვლევის საკითხები.



**კვლევის თეორიული და მეთოდოლოგიური საფუძვლები.** კვლევის თეორიული საფუძველია ეკონომიკური თეორიის, მარკეტინგისა და ჯანდაცვის მარკეტინგის თეორიის ძირითადი დებულებები და კონცეფციები. ნაშრომში გამოყენებულია საბაზრო ეკონომიკისა და მარკეტინგის შესახებ არსებული გამოკვლევები და გამოყენებითი შრომები, აგრეთვე ექსპერტების, საერთაშორისო კვლევითი ორგანიზაციების მიერ მიღებული რეკომენდაციები. ნაშრომის ინფორმაციული წყაროა მომხმარებელთა ანკეტური გამოკითხვის მასალები, საერთაშორისო ეკონომიკური ჟურნალები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშები, სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის სტატისტიკური კრებულები, საქართველოს კანონები, სადაზღვევო ასოციაციის და **CTC** ტრენინგების მასალები, საქართველოს სტრატეგიული კვლევისა და განვითარების ცენტრის ბიულეტენები, გაეროს ბავშვთა ფონდის ჯანდაცვის პროგრამის (UNICEF) მიერ განხორციელებული კვლევების შედეგები და ინტერნეტის მონაცემები. კვლევის მეთოდოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს ანალიზის, შედარების, სოციოლოგიის, მათემატიკური სტატისტიკის, სტატისტიკური დაჯგუფებების და ეკონომიკურ-სტატისტიკური ანალიზის სხვადასხვა მეთოდები. კვლევის პროცესში გამოვიყენეთ მარკეტინგული კვლევის თანამედროვე და აპრობირებული მეთოდები.

**სადისერტაციო ნაშრომის მეცნიერული სიახლე.** ნაშრომი წარმოადგენს საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შესწავლაში პირველ კომპლექსურ გამოკვლევას. ნაშრომის მეცნიერულ სიახლეთა შორის აღსანიშნავია შემდეგი:

- შესწავლილია მსოფლიოს და საქართველოს ჯანდაცვის ბაზარი და გამოვლენილია მათი განვითარების ძირითადი ტენდენციები თანამედროვე ეტაპზე;
- შემუშავებულია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის მარკეტინგული კვლევის მეთოდოლოგია;
- დადგენილია სამედიცინო მომსახურების სფეროში ქართველი მომხმარებლების ჩართულობის დონე;
- შესწავლილია ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულება;

- განსაზღვრულია ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ მომხმარებელთა ინფორმირებულობის წყაროები და მათზე გარემოს გავლენა;
- გამოვლენილია ქართველი მომხმარებლების მიერ სამედიცინო პროდუქტების შექმნის ძირითადი ტენდენციები და მახასიათებლები;
- დადგენილია სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის რეიტინგი საქართველოს ბაზარზე;
- გამოვლენილია კრიტერიუმები, რომლებსაც მომხმარებლები საოჯახო სამედიცინო მომსახურების შექმნისას ეყრდნობიან;
- შემოთავაზებულია სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირების მეთოდოლოგია, რომელიც პრაქტიკულად გამოყენებულია საქართველოს ბაზრისათვის;
- საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე სწორი მარკეტინგული ღონისძიებების გატარების მიზნით განსაზღვრულია პოტენციური მომხმარებლის მოთხოვნის პროგნოზი მოსახლეობის ტიპოლოგიის საფუძველზე.

**ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა.** ნაშრომში, ჩვენს მიერ მიღებულ შედეგებს აქვთ პრაქტიკული მნიშვნელობა ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის, რომლებიც ახდენენ თავიანთი ეკონომიკური საქმიანობის ადაპტირებას ბაზრის პირობებთან. მიღებული კვლევის შედეგები ასევე დაეხმარება საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე მომუშავე ქართულ კომპანიებს პოტენციური მომხმარებლების მოზიდვისა და კონკურენციულ ბრძოლაში წარმატების მისაღწევად. მასალები შეიძლება გამოყენებული იქნას როგორც სამედიცინო, ასევე ეკონომიკური პროფილის მქონე უმაღლეს და საშუალო სპეციალურ სასწავლო დაწესებულებებში შესაბამისი დისციპლინების სწავლებისას.

**კვლევის შედეგების აპრობაცია და პუბლიკაცია.** სადისერტაციო ნაშრომი განხილული და მოწონებული იქნა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის მარკეტინგის კათედრის სხდომაზე (2010 წლის 16 იანვრის სხდომის ოქმი №3 და 2011 წლის 14

იენისის სხდომის ოქმი №7). დისერტაციასთან დაკავშირებული საკითხები მოხსენდა 3 სამეცნიერო კონფერენციას, ხოლო დისერტაციის ძირითადი შედეგები ასახულია 10 სამეცნიერო ნაშრომში.

**სადისერტაციო ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა.** სადისერტაციო ნაშრომი მოიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდ 230 გვერდს, მათ შორის ძირითად ტექსტს 194 გვერდზე. იგი შედგება შესავლის, სამი თავის, 16 პარაგრაფის, დასკვნებისა და წინადადებისაგან. ტექსტში ჩართულია 23 ცხრილი, 7 სქემა, 61 დიაგრამა. ნაშრომს თან ერთვის 6 დანართი და 134 დასახელების ლიტერატურა.

# თავი I. მომსახურების მარკეტინგის თანამედროვე ტაქტიკის და მისი ბანკოთარების კერძოპრობლემები საქართველოში

## 1.1. მომსახურების მარკეტინგის თანამედროვე კონცეფციები და მათი გამოყენების პრობლემები

სამეურნეო კავშირების ინტერნაციონალიზაციამ საქონლის, კაპიტალისა და სამუშაო ძალის ბაზრების გვერდით განსაკუთრებული ადგილი მომსახურების ბაზარს მიუძღვნა. თანამედროვე ეკონომიკურ ურთიერთობებში მომსახურების მრავალი სახე გამოიყენება. უკანასკნელ პერიოდში მნიშვნელოვნად განვითარდა მისი ისეთი სახეები, როგორცაა: ნოუ-ჰაუ, სალიცენზიო მომსახურება, ლიზინგი, ინჟინირინგი, სატრანსპორტო, სადაზღვევო მომსახურება და სხვა. საერთაშორისო გაცვლაში სულ უფრო იკიდებს ფეხს განათლება, ჯანმრთელობის დაცვა, დაზღვევა, ტურიზმი, სპორტი. ამიტომ მომსახურებით საერთაშორისო ვაჭრობა, შესაბამისად, ცალკეულ უფრო ვიწრო ბაზრებად იყოფა [1].

მომსახურების სფეროს სწრაფად ზრდა XX საუკუნის მეორე ნახევარში, უპირველეს ყოვლისა, განაპირობა განვითარებული ქვეყნების ეკონომიკური ზრდის სწრაფმა ტემპებმა და მოსახლეობის ცხოვრების დონის მატებამ. განვითარებული ქვეყნების პრაქტიკა ადასტურებს, რომ წარმოების გაფართოება და ბაზრის გაჯერება საქონლით, პირველ რიგში, ზრდის მომსახურებაზე მოთხოვნას [2].

მომსახურების სფეროს დიდი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლია ერთობლივი მოთხოვნის დინამიკაზე და მლიანად ეკონომიკურ ზრდაზე. მომსახურების სფერო მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ეკონომიკური ზრდის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ მაჩვენებლებს შორის ოპტიმალური პროპორციების ფორმირებაში, ოჯახის ბიუჯეტის შემოსავლებსა და დანახარჯებს შორის რაციონალური პროპორციის ფორმირებაში, ასევე, ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ქალთა შრომის გამოყენებისათვის და ამით გარკვეულ როლს თამაშობს დასაქმების სქესობრივ სტრუქტურის პროპორციულობის დაცვაში [3].

მომსახურების სფერო თანამედროვე მსოფლიო ეკონომიკის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს. იგი პერსპექტიული და სწრაფად განვითარებადი დარგია. აღსანიშნავია, რომ ევროპის წამყვან ქვეყნებში, აგრეთვე აშშ-ში და იაპონიაში მომსახურების სფეროში დაკავებული ადამიანების რიცხვი აჭარბებს ყველა სხვა დანარჩენ დარგებში დასაქმებულთა რაოდენობას. ამ ქვეყანაში

საზოგადოებრივი და კერძო მომსახურების სექტორი შეადგენს ნაციონალური წარმოების საერთო მოცულობის 70%-ზე მეტს. საერთაშორისო ვაჭრობაში მომსახურებაზე მოდის მსოფლიო ექსპორტის საერთო თანხის დაახლოებით მეოთხედი [4].

მომსახურების სფეროს აქტიური განვითარება გასული საუკუნის მნიშვნელოვან მახასიათებლად იქცა. დღეს ეკონომიკის ამ სექტორს საკმაოდ წონადი წვლილი შეაქვს მრავალი ქვეყნის, პირველ რიგში, განვითარებული ქვეყნების კეთილდღეობის ამაღლებაში. ამ სექტორის ზრდის ტემპები (16% წელიწადში) ბევრად აღემატება ვაჭრობის სფეროს ზრდის ტემპებს (მხოლოდ 7% წელიწადში).

უკანასკნელ წლებში მსოფლიოში მიმდინარე მომსახურების ბაზრის სწრაფი განვითარების გამო, აუცილებელი გახდა ცალკეული ეკონომიკური კატეგორიისა და ცნების, აგრეთვე, მომსახურების მარკეტინგის ტერმინის გააზრება და დაზუსტება. ამ საკითხს შემთხვევით როდი ეთმობა მკვლევარ-მარკეტოლოგთა სულ უფრო დიდი ყურადღება, რასაც ადასტურებს მთელი რიგი პუბლიკაციები [5:6]. ამასთან, ისეთი საკვანძო ტერმინები, როგორცაა „საქონელი“ და „მომსახურება“ განიხილება უპირატესად მარკეტინგული თვალსაზრისიდან გამომდინარე. ასე, მაგალითად, ფ. კოტლერი, ეყრდნობა რა მარკეტინგის, როგორც გაცვლის მეშვეობით ადამიანთა მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებელი საქმიანობის განსაზღვრებას, აღნიშნავს: „საქონელია ყველაფერი ის, რასაც შეუძლია მოთხოვნილებისა და საჭიროების დაკმაყოფილება და რაც მიეწოდება ბაზარს ყურადღების მიპყრობის, შექენის, გამოყენების ან მოხმარების მიზნით: ეს შეიძლება იყოს ფიზიკური ობიექტები, მომსახურება, ადგილები, ორგანიზაციები და იდეები“ [7]. ცხადია, ამგვარი განმარტება „მომსახურებისა“ და „საქონლის“, „მომსახურების მარკეტინგისა“ და „საქონლის მარკეტინგის“ ცნებათა გაიგივებას გულისხმობს. სხვა ავტორი კი, აუდიტორიული მომსახურების მარკეტინგისადმი მიძღვნილ სტატიაში ხაზს უსვამს იმას, რომ „აუდიტორული ბაზრის განმასხვავებელი ნიშანია ამ ბაზრის ყველა მონაწილისათვის საერთო ძირითადი საქონლის გარეგნული შეხედულებისა და შინაარსის მკაფიო განსაზღვრება. ამგვარ საქონელს აუდიტორიული შემოწმება წარმოადგენს“ [8]. ვფიქრობთ, ამ შემთხვევაში მეთოდოლოგიური თვალსაზრისით დაშვებულია უზუსტობა საქონლის არსისა და მომსახურების არსის განსაზღვრებისას, რომლებიც საგრძნობლად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან.

ზოგიერთი მკვლევარი მიიჩნევს, რომ საერთოდ არაა საჭირო ამ ეკონომიკური ცნებების გამოჯენა და ისინი უნდა განიხილებოდნენ, როგორც ერთგვარი მთლიანობა, რომელიც შეიძლება იწებოდეს საქონლის სიჭარბით და მთავრდებოდეს მომსახურების სიჭარბით“ [9]. ცალკეული ავტორი გეთავაზობს ისეთ ტერმინებს, როგორცაა „წმინდა მომსახურება“ და „საქონელშემცველი მომსახურება“ და, შესაბამისად, „წმინდა მომსახურების მარკეტინგი“ და „ისეთი საქონლის მომსახურების მარკეტინგი, რომელიც შეიძლება არ განსხვავდებოდეს მატერიალური საქონლის მარკეტინგისაგან“ [10]. ჩვენი აზრით, ნაკლებად ზუსტია შემდეგი მტკიცებულებები: „არსებითად, ნებისმიერი საქონელი შეფუთული მომსახურებაა, რომელიც რაიმე პრობლემის გადასაჭრელად არის განკუთვნილი“ [9;11] და „არსებობს მომსახურების შერეული ფორმები, მაგალითად, სადილი რესტორანში (საკვების მომზადება და შეთავაზება), რომლებიც მომსახურების სფეროს განეკუთვნებიან“ [6].

ამგვარად, მეთოდოლოგიური თვალსაზრისით, გაიგივება ცნებებისა – „მომსახურება“ და „საქონელი“ არამართლზომიერია. თანაც, საქონლისაგან განსხვავებით „...ყველა მომსახურება იწარმოება და მოიხმარება ძირითადად ერთდროულად და შენახვას არ ექვემდებარება. ამის გამო მომსახურება, ჩვეულებრივ, დაფუძნებულია მწარმოებელსა და მომხმარებელს შორის პირდაპირ კონტაქტებზე. ამიტომ ადგილი აქვს მომსახურების გარკვეულ განკერძოებას განივთებული საქონლისაგან, რომლის რეალიზაცია ჩვეულებრივ დაკავშირებულია შუამავლობასა და შენახვის შესაძლებლობასთან“ [12].

შეიძლება გამოვყოთ მომსახურების შემდეგი ძირითადი ნიშნები:

- მომსახურების გაყიდვა ხორციელდება, როგორც მოთხოვნა-მიწოდების საფუძველზე მწარმოებელსა და მომხმარებელს შორის პირდაპირი გაცვლა;
- ამ შემთხვევაში შრომა წარმოადგენს საწარმოო აუცილებლობითა და მოთხოვნით გამოწვეულ სასარგებლო, მიზანშეწონილ პროცესს;
- საზოგადოებრივი შრომის ფორმა და მისი ეფექტიანობა ძირითადად განისაზღვრება არა ღირებულებით, არამედ სხვადასხვა სახის მომსახურების გაწევისას შესრულებული სამუშაოების ხარისხით;
- საზოგადოებრივი შრომის უშუალო ობიექტს წარმოადგენს განსაკუთრებული სასარგებლო საქმიანობა და არა მისგან

განკერძოებული და საბაზრო გაცვლაში ჩართული მატერიალურ-ნივთობრივი პროდუქტი, ანუ საქონელი.

მომსახურება, როგორც ეკონომიკური საქმიანობა, დიდი ხანია არსებობს, თუმცა, მისი არსის განსაზღვრება არცთუ ადვილი ამოცანა აღმოჩნდა. ამ საკითხის გარშემო განსაკუთრებით ცხარე დისკუსიები გაიშალა XX საუკუნის 60-იანი წლების დასასრულსა და 70-იანი წლების დასაწყისში. განვითარებული ქვეყნების მომსახურების სფერომ სწორედ მაშინ დაიწყო იმდენივეს შემოტანა მთლიან შიდა პროდუქტში, რამდენიც შეჰქონდათ სამრეწველო და აგრარულ სექტორებს ერთად. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ მომსახურების ცნების განსაზღვრების შემუშავების არც ერთი ცდა წარმატებული არ ყოფილა [13].

ეკონომიკურ ლიტერატურაში დღემდე შეიძლება მოინახოს მომსახურების სხვადასხვაგვარი განსაზღვრებები. ქვემოთ მოყვანილია ზოგიერთი, ყველაზე ტიპური განსაზღვრება. მათი შედარება საინტერესო მასალას იძლევა განსჯისათვის.

კ. გრენროსის აზრით, მომსახურება – ესაა პროცესი, რომელსაც აუცილებლობის გამო ადგილი აქვს მყიდველებსა და მომსახურების მომწოდებლებს (მომსახურე პერსონალს, ფიზიკურ რესურსებს, საწარმოს სისტემებს) შორის ურთიერთქმედებისას. ასეთი პროცესი მიმართულია მომსახურების მყიდველის პრობლემების მოგვარებაზე [14]. ეს განსაზღვრება საკმაოდ ზუსტად განმარტავს მომსახურებას, თუმცა, ზოგიერთი მომსახურება (კოსმეტიკური, საპარიკმახერო და ა.შ.) შესაძლოა, ხელშესახებიც კი იყოს.

საინტერესოა, რომ ზოგიერთი მკვლევარი (მაგალითად, კ. გრენროსი და ჯ. ბეიტსონი) ვარაუდობს, რომ მომსახურების ნიშან-თვისებების აღწერა უფრო პროდუქტიულია, ვიდრე მისი განსაზღვრების ჩამოყალიბების მცდელობა. ამ სფეროს მკვლევარები მომსახურების ნიშან-თვისებებს ხშირად ადარებენ მატერიალური საქონლის თვისებებს. ამ საკითხში მეცნიერები უფრო მეტად გამოთქვამენ ერთიან მოსაზრებებს, ვიდრე განსაზღვრების მოცემისას, თუმცა, აქაც აზრთა სხვადასხვაობას აქვს ხოლმე ადგილი. უფრო ხშირად, მომსახურების სპეციფიკურ თვისებებს შორის ასახელებენ იმას, რომ ის წარმოადგენს ქმედებას ან პროცესს, ასევე არამატერიალურია, მისი შენახვა შეუძლებელია, ხოლო ხარისხი უფრო ცვალებადია, ვიდრე მატერიალურ-ნივთიერი საქონლისა, აგრეთვე, მომსახურების წარმოება და მოხმარება ერთდროულად ხდება. აღნიშნულის

გათვალისწინებით, მომსახურების ნიშან-თვისებებს მიეკუთვნება შემდეგი [15]:

- მომსახურება წარმოადგენს მომსახურების გაწევის პროცესისა და მომსახურების შედეგის მოხმარების შეხამებას;
- ობიექტისა და შედეგის შესაბამისად, მომსახურება იყოფა მატერიალურ და არამატერიალურ სახეებად;
- ბევრ შემთხვევაში მომსახურების სუბიექტს წარმოადგენს ინდივიდუალური მეწარმე ან მცირე საწარმო;
- უმეტესწილად, მომხმარებელი წარმოადგენს მომსახურების გაწევის ობიექტს და (ან) უშუალოდ მონაწილეობს მისი გაწევის პროცესში;
- მომსახურების გაწევა და მოხმარება შეიძლება იყოს ერთდროულად;
- როგორც წესი, მომსახურებას მისი შესრულებისა და მოხმარების ინდივიდუალური ხასიათი აქვს;
- მომსახურების სფეროში მაღალია ხელით შრომის წილი, რომლის ხარისხიც პერსონალის ოსტატობაზეა დამოკიდებული;
- მომსახურების შემსრულებელი, როგორც წესი, არ არის მომსახურების შედეგის მესაკუთრე;
- მომსახურება ლოკალურია, არატრანსპორტაბელურია, მას შეიძლება ჰქონდეს რეგიონული ხასიათი;
- მომსახურება შეიძლება არაშენახვადი იყოს.

ეს ჩამონათვალი არ არის უპირობო და ამომწურავი, თუმცა, ვფიქრობთ, კარგად წარმოაჩენს მომსახურების ნიშან-თვისებათა აღწერას.

ლიტერატურული მასალების შეჯერების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ დღეისათვის მომსახურებისა და მისი ნიშან-თვისებების განსაზღვრებებში არ არის ერთიანობა. ამის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია ის, რომ ქმედებები, რომლებსაც შეიძლება მომსახურება ეწოდოს, მრავალრიცხოვანი და მრავალფეროვანია, ისევე, როგორც ის ობიექტები, რომლებზეც ეს ქმედებებია მიმართული. ხშირად საქონლის შექმნას ახლავს თანმდევი მომსახურება და მომსახურების ყოველ შექმნას თან სდევს თანმხლები საქონელი. მეორე მიზეზია ის, რომ ოფიციალური სტატისტიკა ამ ქმედებებს აერთიანებს მომსახურებათა ერთ კლასში. მკვლევარები კი ეძებენ საერთოს იმ მოვლენებში, რომლებსაც ოფიციალური სტატისტიკა არეგისტრირებს.



მესამე მიზეზია ის, რომ მომსახურების მკვლევარს საქმე აქვს მოქნილ ობიექტთან, რომლის საზღვრები იცვლება მომსახურების მომწოდებლისა და (ან) მომხმარებლის სურვილის შესაბამისად. მატერიალური საქონელი საკმაოდ ადვილად შეიძლება გადაიქცეს მომსახურებად. „მანქანა, ნებისმიერი ფიზიკური პროდუქტი შეიძლება სერვისად იქცეს, თუკი გამყიდველი შეეცდება მიიღოს განსაკუთრებული გადაწყვეტილება მოცემული კლიენტის მოთხოვნილებათა გათვალისწინებით“ – სამართლიანად შენიშნავს კ. გრენროსი [8]. ჯ. ბეიტსონი ასევე ხაზს უსვამდა იმას, რომ ზღვარი საქონელსა და მომსახურებას შორის განპირობებულია მომხმარებლების დამოკიდებულებაზე. ერთი და იგივე ობიექტი, რომელიც ფიზიკური საგნებისა და შემსრულებლის მომსახურე პერსონალის რიგი ქმედებების ნაკრებს შეიცავს, შეიძლება მომხმარებლის მიერ განიხილებოდეს, აგრეთვე, როგორც მატერიალური საქონელი და, ასევე, როგორც მომსახურება [16]. ამასთან, უნდა შევნიშნოთ, რომ მარკეტინგისთვის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები ვერ აისახება განსაზღვრებაში, რომელიც მომსახურების არსს გამოკვეთს. საკვანძო ფაქტორთა განსაზღვრის პროცესი, მარკეტინგის თვალსაზრისით, ეწინააღმდეგება საერთოს გამოკვეთის პროცესს, რომელიც მომსახურების განსაზღვრებას უდევს საფუძვლად. ესაა მომსახურების ამა თუ იმ კლასის სპეციფიკის ძიების პროცესი, რომელიც აუცილებელია მარკეტინგული სტრატეგიის შექმნისა და რეალიზაციისათვის.

მომსახურების სფერო, აქტუალობიდან გამომდინარე, მეცნიერების დიდ დაინტერესებას იწვევს. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ის შრომები, რომლებიც ეხება მომსახურების მარკეტინგს.

ყველაზე ადრეული სადოქტორო დისერტაცია მომსახურების მარკეტინგის სფეროში თარიღდება 1969 წლით. იგი დაწერა ვაშინგტონის უნივერსიტეტის მკვლევარმა ევენ ჯონსონმა [17]. აღსანიშნავია, რომ იმ დროისათვის დისერტაციის სახელწოდება რიტორიკული ხასიათისა იყო: „განსხვავდება თუ არა ერთმანეთისაგან საქონელი და მომსახურება? ვარჯიში მარკეტინგის თეორიაში“. დღეს ამ კითხვაზე პასუხი საყოველთაოდ ცნობილი ჭეშმარიტებაა.

1972 წელს ჯორჯიის უნივერსიტეტში ამერიკელმა მეცნიერმა უილიამ ჯორჯმა დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია სახელწოდებით „მარკეტინგი მომსახურების ინდუსტრიაში“ [18]. ვ. ჯორჯის სამეცნიერო ხელმძღვანელი იყო პროფესორი ჰაირამ ბაკსდელი, რომლებმაც 1974 წელს გამოაქვეყნეს თავიანთი კვლევის შედეგები ავტორიტეტულ ჟურნალში „Journal of Marketitng“ [19].

მომსახურების მარკეტინგისადმი მიძღვნილი უფრო ადრეული დისერტაციებიდან უნდა აღინიშნოს სკანდინავიელ მეცნიერთა გამოკვლევები. სტოკოჰოლმის უნივერსიტეტის მკვლევარმა ევერტ გამესონმა 1977 წელს დაიცვა დისერტაცია თემაზე: „მარკეტინგი და პროფესიული მომსახურების შექმნა“ [20]. ამის გარდა, ეგამესონი ცნობილია მომსახურების სფეროს საკითხებზე ჩატარებული კონფერენციების ორგანიზებით და მომსახურების შესწავლის ცენტრის შექმნით კარლშტადის უნივერსიტეტში (შვეცია).

გამესონის თანამებრძოლი და კოლეგაა კრისტიან გრენროსი, რომელმაც ეგამესონზე ორი წლით გვიან დაიცვა დისერტაცია თემაზე: „მომსახურების მარკეტინგი: მარკეტინგის ფუნქციის შესწავლა მომსახურების ფორმებში“.

მომსახურების მარკეტინგის ადრეულ გამოკვლევებზე საუბრისას შეუძლებელია არ გავიხსენოთ ფრანგი მეცნიერების, მარსელის უნივერსიტეტის ბიზნესის ადმინისტრირების სკოლის პროფესორების ერიკ ლანგეარდას და პიერ ეიგლიეს გამოკვლევები. მათ შემოგეთავაზეს მომსახურების მარკეტინგის კონცეფცია - „servuction“ („მომსახურების წარმოება“), რომელმაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა მომსახურების მარკეტინგის, როგორც დამოუკიდებელი სამეცნიერო დისციპლინის, ჩამოყალიბების საქმეში.

მომსახურების მარკეტინგის დისციპლინის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულეს აგრეთვე სხვადასხვა სამეცნიერო და პროფესიულმა ორგანიზაციებმა. მარკეტინგის ამერიკული ინსტიტუტი იქცა ერთგვარ შუამავლად მომსახურების სფეროში მომუშავე პრაქტიკოსებსა და მომსახურების მარკეტინგის შემსწავლელ მეცნიერებს შორის.

მომსახურების მარკეტინგის განვითარებაში არსებითი როლი ითამაშა მარკეტინგის ამერიკულმა ასოციაციამ, რომელმაც 1981 წელს ჩაატარა პირველი სამეცნიერო კონფერენცია ქ. ორლანდოში (ფლორიდა, აშშ). იგი მთლიანად მიეძღვნა მომსახურების მარკეტინგს. კონფერენციაში მონაწილეობდნენ როგორც პრაქტიკოსები, ისე თეორეტიკოსები, რომელთა შრომებში გაშუქებულია მომსახურების თეორიის, კომერციული მომსახურების, არაკომერციული ორგანიზაციების მომსახურებისა და პროფესიული მომსახურების გაფართოების საკითხები [21].

მომსახურების მარკეტინგის შემსწავლელი ცენტრი არიზონის უნივერსიტეტში შექმნა სტივენ ბრაუნმა, რომელმაც ათ წელიწადში მოიზიდა 25 მსხვილი სპონსორი, ისეთი კომპანიების ჩათვლით, როგორცაა AT&T, IBM, Xerox, Marriott. ამ

ცენტრის პროდუქტიულობა მეტად შთამბეჭდავია. ს. ბრაუნის ხელმძღვანელობით ცენტრის ახალგაზრდა მეცნიერებმა დაიცვეს ათეულობით დისერტაცია და წამყვან ჟურნალებში დაბეჭდეს მრავალი სამეცნიერო სტატია. ეს ცენტრი ყოველწლიურად აქვეყნებს თავის სამეცნიერო კრებულს, რომელიც სპეციალიზებულია მომსახურების მარკეტინგის სფეროში.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საზღვარგარეთ ჩამოყალიბდა სამეცნიერო დისციპლინა-მომსახურების მარკეტინგი, რომელიც ცალკე საგნად ისწავლება მსოფლიოს წამყვან უნივერსიტეტებში. მომსახურების მარკეტინგის მიმართ დიდ ყურადღებას იჩენენ პროფესიული ორგანიზაციები. შექმნილია მომსახურების მარკეტინგის საერთაშორისო სკოლები. გამოდის ავტორიტეტული საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი *Journal of Services marketing*, რომელიც მომსახურების მარკეტინგის პრობლემებს აშუქებს. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ პოსტსაბჭოური სივრცის მეცნიერებიც სულ უფრო მეტად ინტერესდებიან მომსახურების მარკეტინგით. ასეთი ყურადღება ობიექტურად განპირობებულია ამ ქვეყანებში მომსახურების სფეროს განვითარებით.

უცხოელმა მეცნიერებმა მომსახურების მარკეტინგის სფეროს ყურადღება გასული საუკუნის 50-60-იან წლებში მიაქციეს. გამოკვლევები მომსახურების მარკეტინგის სფეროში გაჩნდა 70-იანი წლების დასაწყისში. საზღვარგარეთის უნივერსიტეტებსა და უმაღლეს სასწავლებლებში ამჟამად არსებობს დაახლოებით 70 სამეცნიერო-კვლევითი ჯგუფი, რომლებიც მომსახურების მენეჯმენტსა და მარკეტინგს შეისწავლიან.

მომსახურების სფეროს მიმართ მეცნიერების გაზრდილი ყურადღების მიუხედავად, აქამდე არ არსებობს ერთიანი შეხედულება მომსახურების მარკეტინგის შესახებ. კ. ვორაჩეკი ამტკიცებს, რომ ამჟამად ჯერ კიდევ არ არსებობს მომსახურების მარკეტინგის დასრულებული თეორია, შესაძლებელია ვილაპარაკოთ მხოლოდ რამდენიმე თეორიული დებულების შესახებ, რომლებიც მომსახურების მარკეტინგს სხვადასხვა თვალსაზრისით განიხილავენ [13].

ეკონომისტების ნაწილი ვარაუდობს, რომ მომსახურების მარკეტინგი არ განსხვავდებოდება მატერიალური საქონლის მარკეტინგისაგან. ისინი ამტკიცებენ, რომ საქონელსა და მომსახურებას შორის არც ისე დიდი სხვაობაა, რომ საჭირო იყოს მისი გათვალისწინება მარკეტინგული ღონისძიებების შემუშავებისას და ჩატარებისას. მაგალითად, მ. კლაინალტენკამპი თვლის, რომ საქონლის მარკეტინგისა და მომსახურების მარკეტინგის გაყოფა არ არის მიზანშეწონილი

შემდეგი მიზეზების გამო: 1. განსხვავება დგინდება განსაკუთრებით საკამათო კრიტერიუმის (პროდუქციის მატერიალურობის) მიხედვით; 2. პრაქტიკაში რეალიზებული გასაღების პროცესების უდიდესი ნაწილი წინასწარ არის ორიენტირებული მომსახურებაზე ანდა ხასიათდება მომსახურების მარკეტინგის „ტიპური“ ნიშნებით, რაც გამოიხატება, მაგალითად, წარმოებისათვის განკუთვნილი და არა მზა პროდუქციის გასაღებით, და ასევე წარმოების გარეგნული, ანუ კლიენტის მიერ მოწოდებული ფაქტორების ინტეგრაციის პროცესებით [22].

ჟ. ბეიტსონი მიიჩნევს, რომ მარკეტინგის სამსახური უფრო მნიშვნელოვან როლს ასრულებს იმ კომპანიებში, რომლებიც აწარმოებენ და ყიდიან მატერიალურ პროდუქტებს, ვიდრე ისეთ კომპანიებში, რომლებიც თავიანთ კლიენტებს მომსახურებას სთავაზობენ. ამ უკანასკნელებში, მისი მტკიცებით, გადაწყვეტილებებს ახალი პროდუქტების შექმნის შესახებ შეიძლება იღებდეს სხვა სამსახურის პერსონალი. ბეიტსონი გამოყოფს ორ ამოცანას, რომელთა გადაჭრაშიც სერვისის ფორმას შეიძლება დაეხმაროს მარკეტინგის სამსახური. ესაა კორპორაციული კულტურის შექმნა და ბაზრის წილის გაზრდა [16].

მკვლევართა მეორე ნაწილი დარწმუნებულია, რომ მომსახურების სპეციფიკა, მაგალითად, მისი ხელშეუხებლობა, შენახვისა და ტრანსპორტირების შეუძლებლობა, აისახება მარკეტინგის იმ სისტემაში, რომელსაც მომსახურების სფეროს საწარმო იყენებს. ამ პოზიციას იზიარებენ ვ. ზეიტჰამლი და მ. ბიტნერი. ისინი თვლიან, რომ სერვისის ფორმებში მარკეტინგული კომუნიკაციების განსაკუთრებული კომპლექსის შექმნის ძირითადი მიზეზია შემკვეთისათვის იმ მომსახურების უმაღლესი ხარისხის დემონსტრირება, რომლის შეძენასაც ის აპირებს [23].

ამ შეხედულების მიმდევარია აგრეთვე მომსახურების მარკეტინგის ჩრდილოეთის სკოლის აღიარებული ლიდერი კ. გრენროსი. იგი ასახელებს სერვისის ფორმაში მარკეტინგის განსაკუთრებული სისტემის შექმნის სხვა მიზეზსაც. პირველყოვლისა, მყიდველი ესწრება (მონაწილეობს) მომსახურების გაწევის პროცესში, რაც მისთვის ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შედეგი. ეს განაპირობებს განსაკუთრებულ მოთხოვნებს პერსონალისა და ხარისხის კონტროლის სისტემის მიმართ. მომსახურების შენახვის შეუძლებლობა მოითხოვს საწარმთა შესაძლებლობების ზუსტ გაანგარიშებას მომსახურების სფეროში [14].

ამგვარად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მომსახურების მარკეტინგის შესახებ ურთიერთსაწინააღმდეგო მოსაზრებები არსებობს.

ვიდრე მომსახურების მარკეტინგის პრობლემებს შევეხებოდით, განვიხილოთ მომსახურებათა კლასიფიკაცია და მათი განსაზღვრებები.

კ. გრენროსი ასე აგვიწერს ოფიციალური სტატისტიკის გაჩენის პროცესს მომსახურების სფეროში. „ყველაფერს, რაც სამრეწველო ან აგრარულ სექტორში არ შედიოდა, მომსახურება უწოდეს“ [14]. ნაციონალურ მეურნეობებში მომსახურების სფეროს წვლილის გაანგარიშება დღემდე მიმდინარეობს ამ წესით, რომელსაც კ. გრენროსი მოქველდებულს უწოდებს.

მოქმედებები, რომლებიც დღეს მომსახურების სფეროს განეკუთვნება, საკმაოდ მრავალფეროვანია. ისინი მიმართულია სხვადასხვა ობიექტზე, განსხვავდებიან ხელშესახებლობის ხარისხის, ტრანსპორტირებისა და შენახვის შესაძლებლობის მიხედვით. მათ გააჩნიათ განსხვავებული მიზნობრივი აუდიტორია, მგრძობიარობა პრომოუშენისა და ფასის მიმართ. ერთი სახის მომსახურების შესრულება დიდწილად არის დამოკიდებული ტექნოლოგიურ მიდგომებსა და გამოგონებებზე, მეორისა – მომსახურების შემსრულებლის ნიჭსა და ოსტატობაზე და ა.შ.

მომსახურების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული გრადაციაა მისი დანაწილება ხელშესახებობის მიხედვით: აბსოლუტურად არახელშესახებებიდან (მაგალითად, სწავლება) – შედარებით ხელშესახებებამდე (მაგალითად, რესტორნის მომსახურება). არცთუ იშვიათად გვხვდება მომსახურების დაყოფა საქონლის ან მომსახურების სიჭარბის შესაბამისად. კ. გრენროსი მომსახურებას ყოფს ორად. ერთია მომსახურება, რომლის რეალიზაცია პერსონალზეა დამოკიდებული, ხოლო მეორე - მომსახურება, რომლის შესრულებას ტექნოლოგიები განაპირობებენ. ამასთან, კ. გრენროსი შენიშნავს, რომ მომსახურების გაწევისას ამოქმედებულია ორივე რესურსი, თუმცა, მათი შეფარდება განსხვავებულია და, როგორც წესი, ერთ-ერთი რესურსი დომინირებს. მას მოჰყავს აგრეთვე მომსახურების კიდევ ერთი, მისი აზრით, მნიშვნელოვანი ტიპოლოგიზაცია შექმნის სიხშირის მიხედვით. ესენია: მუდმივად შექმნადი მომსახურება (მაგალითად, საბანკო მომსახურება, საქონლისა და მომსახურების ადგილზე მიტანა და ა.შ.) და ისეთი მომსახურება, რომელსაც შემთხვევიდან შემთხვევამდე იძენენ (მაგალითად, სამედიცინო მომსახურება და ა.შ.) [14]. ISO 9004-ის თანახმად, მომსახურება იყოფა პროდუქტის შემცველ, შერეულ (სანახევროდ პროდუქციასთან ერთად) და წმინდა (პროდუქციის

წარმოების გარეშე) [15]. სტანდარტიზაციის ფრანგული ასოციაცია მომსახურების საკუთარ ტიპოლოგიზაციას გვათავაზობს. მასში გამოყოფილია:

- მომსახურება, რომელიც „სტიმულირებულია“ პროდუქციით, მაგრამ ავტონომიურია (მაგალითად, მარკეტინგი, ტექნიკური მომსახურება და რემონტი, შექენისშემდგომი მომსახურება);

- მომსახურება, რომელიც „ასოცირებულია“ სხვა მომსახურებასთან (მაგალითად, შეკვეთების მიღება, სტაჟირება, საინფორმაციო მომსახურება);

- „დამოუკიდებელი“ მომსახურება (მაგალითად, საკონსულტაციო, ფინანსური, ტურისტული).

მომსახურების ტიპების მიხედვით კლასიფიკაციის საკმაო რაოდენობის მიუხედავად, მკვლევარები, როგორც წესი, არ ითვალისწინებენ მათ არსებობას მომსახურების მარკეტინგის თეორიების შემუშავებისას. მათი ნაშრომები აგებულია მომსახურებაში საერთოს გამოვლენასა და სერვისის საწარმოს ეკონომიკაზე ამ სპეციფიკის გავლენის შესწავლაზე. თუმცა, არსებობს სხვაგვარი მიდგომაც. იგი გულისხმობს მარკეტინგული კონცეფციის შექმნას მომსახურების სფეროს ცალკე აღებული სეგმენტისათვის. მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ ფ. კოტლერის ნაშრომი „მარკეტინგი: სტუმართმიღება და ტურიზმი“, რომელიც სწორედ ამ პრინციპით არის აგებული [24]. უცხოელი ავტორების წიგნებს შორის შეიძლება აღინიშნოს ვ. ბოდრუნოვის „მარკეტინგი საინფორმაციო მომსახურების სფეროში“ [25] და ე. დემჩენკოს „მარკეტინგი მომსახურების სფეროში“ [26]. უკანასკნელი ავტორი თავდაპირველად ჩამოთვლის მომსახურების სპეციფიკურ თვისებებს, შემდეგ კი აღწერს მიდგომებს მომსახურების თითოეული კლასის (სატრანსპორტო, ფინანსური, საყოფაცხოვრებო და სხვა) მარკეტინგის მიმართ.

როგორც ცნობილია, მარკეტინგული კვლევა წარმოადგენს კლიენტებთან მუდმივი კონტაქტის ხელშეწყობის საშუალებას, რომელიც გვეხმარება იმ მექანიზმის გაგებაში, რომელსაც ისინი იყენებენ მომსახურების პროცესის შესაფასებლად მისი შექენამდე, მომსახურების გაწევისა და მოხმარების შემდეგ.

შეიძლება გამოვეყნოთ მომსახურების ბაზრის მარკეტინგული კვლევის შემდეგი ძირითადი მიმართულებები [27] :

- მომხმარებელის მოთხოვნილებათა კვლევა (იმ ძირითადი მოთხოვნილებების გამოვლენა, რომელთა დაკმაყოფილებასაც ესწრაფვის მომხმარებელი) და ასევე იმ მოთხოვნილებების გამოვლენა, რომლებიც ამჟამად არ არის დაკმაყოფილებული;

- მომხმარებლის მოლოდინების კვლევა (მომხმარებლის იმ სტანდარტების შესწავლა, რომლებსაც კლიენტები მოელიან მომსახურების შეძენისაგან);
- კლიენტის აღქმის შესწავლა (კლიენტის თვალსაზრისით მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმების დადგენა);
- მომსახურების კონტროლი (მომსახურების ტექნიკური ასპექტების გამოთვლა);
- მომსახურების მიწოდების საოპერაციო მეთოდებისა და მათზე კლიენტის რეაქციის შესწავლა;
- მომსახურების შუამავალეების კვლევა;
- უმნიშვნელოვანესი კლიენტების შესწავლა;
- ფასეული ინფორმაციის მიღება მომსახურების ხარისხისა და კლიენტის მოლოდინის შესახებ.

კვლევის მეთოდების შერჩევა (თვისობრივი ან რაოდენობრივი კვლევა) დამოკიდებულია ჩასატარებელი კვლევის მიზანზე, ასევე ხელმისაწვდომი ინფორმაციის წყაროებზე. თვისობრივი კვლევა გულისხმობს შერჩეული მიზნობრივი მომსახურების მცირე ჯგუფის მოლოდინების, მოტივაციისა და ქცევის შესწავლას. იგი საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ პარამეტრები მომავალი კვლევებისათვის და გამოვავლინოთ საკვანძო კრიტერიუმები, რომლებითაც ხელმძღვანელობენ მომხმარებლები მომსახურების შეძენისას და შემდგომში შეიძლება გამოითვალოს რაოდენობრივი კვლევით. თავის მხრივ, რაოდენობრივი კვლევები ტარდება მომსახურებისადმი მომხმარებლის დამოკიდებულების გასაზომად და მისი არჩევანის განსასაზღვრად.

მომსახურების მარკეტინგული კვლევების პრაქტიკის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სულ უფრო მეტი ყურადღება ექცევა მომსახურების გაწევის ხარისხის სტანდარტების კვლევას, სახელდობრ კი იმას, თუ რისი მიღება სურთ კლიენტებს და როგორია მათი მყიდველობითი ქცევის მოტივები [28].

მარკეტინგული კვლევების ჩატარების ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს იმ ფაქტორების განსაზღვრა, რომლებიც გავლენას ახდენენ მომხმარებლის გადაწყვეტილებაზე მომსახურების შეძენის შესახებ, რაც გულისხმობს მომსახურების შეძენის წყაროების გამოვლენას.

მომხმარებელთა ქცევის მოდელები წარმოადგენს ათვის წერტილებს და კონცეპტუალურ სტრუქტურას ყიდვის პროცესების ანალიზისათვის. მათ პრაქტიკული ღირებულება აქვთ მარკეტინგის მენეჯერებისათვის, ვინაიდან მარკეტინგული სტრატეგიის შემუშავების საშუალებას იძლევა და გამოიყენება, როგორც პროგნოზირების ინსტრუმენტი. მომსახურების ბაზარზე მომხმარებლის ქცევა შეიძლება სამ ეტაპად დაიყოს [29].

პირველია მოხმარების წინა სტადია. იგი მოიცავს მომხმარებლის მიერ მომსახურების შეძენამდე არსებულ ქმედებებს. ამ სტადიაზე მოხმარებლები აყალიბებენ თავიანთ სურვილებსა და მოლოდინებს მომსახურების შეძენის მიმართ და ირჩევენ მათთვის მისაღებ ვარიანტებს (ერთგვარ სტანდარტს). ამასთან, აშკარად ან არააშკარად ეს სტანდარტი შეიძლება განისაზღვროს მომსახურების მომწოდებლის, თვითონ მომხმარებლის მიერ ან დადგინდეს სხვა მსგავსი მომსახურების ანალიზისა და შედარების საფუძველზე. უნდა აღინიშნოს, რომ მომსახურებას არამატერიალური ხასიათის გამო ნებისმიერ სიტუაციაში მომსახურების წინასწარ შესყიდვებს აბსტრაქტული ხასიათი აქვს.

მომდევნო – მომხმარების სტადიაზე მომხმარებლები საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე ფაქტობრივად წყვეტენ, თუ რომელი განსახილველი ვარიანტი იქნება საუკეთესო. ამ სტადიის განმავლობაში ხდება მომხმარებლის მიერ მოხმარების წინა სტადიაზე მონიშნული მოთხოვნილებებისა და მოლოდინების შედარება მომსახურების ფაქტობრივ გაწევასთან. მოსალოდნელსა და რეალურს შორის განხეთქილების არსებობის შემთხვევაში მომხმარებელი ცდილობს შეამციროს წარმოქმნილი დისპროპორცია, ან სულაც უარი თქვას მომსახურების მოხმარებაზე.

პოსტმომხმარების სტადიაზე ფასდება მომსახურების გაწევის მთელი პროცესი, რის შედეგადაც გაირკვევა, შეუნარჩუნდება თუ არა მომხმარებელს მომსახურების შეძენის მოტივები და სურვილი. სათანადო დონის მომსახურების მიწოდებით, მომსახურების ხარისხის მიმართ კლიენტის მოთხოვნისა და მოლოდინის დაკმაყოფილებით ორგანიზაცია შეძლებს არსებული კლიენტების შენარჩუნებას და ახლების მოზიდვას, რითაც გაზრდის თავის საბაზრო წილს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ თანამედროვე ეკონომიკაში მეწარმეობის წარმატების ძირითად მდგენელს მომსახურების სფეროში წარმოადგენს მომხმარებლის ქცევა. მარკეტინგული კვლევები კი წარმოადგენს ინსტრუმენტს, რომელიც ეხმარება მეწარმეს, აქციოს



პოტენციური მიდევლი თავის კლიენტად, გამოავლინოს და დააკმაყოფილოს მომხმარებელთა მოთხოვნა და მოლოდინი.

## 1.2 სამედიცინო მომსახურებების მარკეტინგის ძირითადი ელემენტები

ჯანმრთელობა სრული ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობაა. ჯანმრთელობის დაცვა ფართო ცნებაა, ვიდრე სამედიცინო დახმარება. მედიცინა მრავალმხრივ საქმიანობას ითვალისწინებს, რომელიც საზოგადოების ყველა რგოლს უკავშირდება. საზოგადოებრივი ცხოვრების თანდათანობითი ცვლილება ჯანდაცვის სისტემის განახლებასაც მოითხოვს. ჯანმრთელობის დაცვა მოწოდებულია უზრუნველყოს პიროვნებისა და საზოგადოების უფლებათა გარანტიები ჯანმრთელობის შენარჩუნების, დაცვისა და აღდგენის სფეროში, რაც არა მარტო ცალკეული პიროვნების არსებობის, არამედ საზოგადოებრივი განვითარების პირობაა. ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც სახელმწიფოს ყველა უწყებრივ და დარგობრივ დონეს მოიცავს, წარმოადგენს არამარტო სამკურნალო დაწესებულებების ერთობლიობას. იგი მჭიდროდ უკავშირდება ეკოლოგიას, შრომის დაცვას, სოციალურ პროგრამებს და ა.შ. ამასთან დაკავშირებით, ბევრი მეცნიერი და პრაქტიკოსი ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ფუნქციად მიიჩნევს ბუნებრივი და სოციალური გარემოს მიმართ ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის წონასწორობისა და ჰარმონიის მიღწევას [30]. ამგვარად, საზოგადოების მხრიდან ჯანდაცვა აღიქმება, როგორც ცხოვრების დონისა და ხარისხის განუყოფელი მდგენელი, რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს სახელმწიფოს ეკონომიკურ განვითარებაში, განაპირობებს შრომითი რეზერვების კვლავწარმოებასა და ხარისხს, ქმნის სოციალურ-ეკონომიკური ზრდის ბაზას. სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემა ეროვნული უსაფრთხოების გარანტია. ამიტომ მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე გაწეულმა სახელმწიფო ხარჯებმა მეოცე საუკუნის ბოლოს შთამბეჭდავ ციფრებს მიაღწიეს, კერძოდ, მოსახლეობის ერთ სულზე გაანგარიშებით, აღნიშნულმა ხარჯებმა ესპანეთში შეადგინა 845 აშშ დოლარი, აშშ-ში - 3465 აშშ დოლარი, საფრანგეთში - 1650 აშშ დოლარი, კანადაში - 2064 აშშ დოლარი [31]. ამასთან, ეკონომიკურად

განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვას არ შეუძლია არსებობა მხოლოდ სახელმწიფოს კეთილდღეობის პრინციპებზე დაყრდნობით. მსოფლიოში მიმდინარე მაკროეკონომიკური ტენდენციები, აგრეთვე ცვლილებები ეკოლოგიაში, ადამიანთა ფსიქოლოგიასა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მდგომარეობაში, არ აძლევენ სახელმწიფოს ჯანდაცვის ხარჯების მთლიანად საკუთარ თავზე აღების საშუალებას. როგორც დანახარჯების, ისე პასუხისმგებლობის მნიშვნელოვანი ნაწილი თვითონ მომხმარებლებსა და სადაზღვევო ორგანიზაციებს აწევბათ ტვირთად. ამასთან, წარმოიქმნება არჩევანის თავისუფლება, და, მაშასადამე, კონკურენციაც, რაც მარკეტინგის გამოყენების აუცილებლობას განაპირობებს.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, უმრავლესი ქვეყნების მთავრობებმა დაიწყეს ისეთი პროგრამების რეალიზება, რომლებიც ითვალისწინებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დოტაციების შემცირებას და ხარჯების ნაწილის გადატანას დაზღვევის სისტემებზე. ამან გამოიწვია მნიშვნელოვანი ცვლილებები სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსებაში, რამაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვის დაწესებულებათა მართვის თანამედროვე ეკონომიკური მეთოდების გამოყენების აუცილებლობა განაპირობა.

სახელმწიფო დოტაციების შემცირებამ, სადაზღვევო კომპანიების მიერ დანახარჯების კონტროლმა, მედიცინაში ეთიკური სტანდარტების დანერგვამ ჯანდაცვის დაწესებულებათა მხრიდან გაზარდა მოთხოვნა დამატებით ინვესტიციებზე, რასაც საინვესტიციო ბაზარზე კონკურენციის ზრდა მოჰყვა. ასეთ პირობებში საწარმოები დაინტერესებული არიან როგორც დამატებითი პაციენტების მოზიდვით (რაც ითვალისწინებს მაღალხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას და მაღალკვალიფიციური პერსონალის მუშაობას), ისე მდგრადი საწარმოს დადებითი იმიჯის ჩამოყალიბებას, რომელიც ინვესტირებისათვის საიმედო ობიექტია. ყოველივე ზემოაღნიშნულის შედეგად სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების წინაშე წარმოიჭრება ორი ამოცანა – ეფექტური (მკურნალობის მხრივ) დაწესებულების რეპუტაციის ჩამოყალიბება და ღირსეული საქმიანი პარტნიორის იმიჯის შექმნა, რომელთა გადასაწყვეტად სამედიცინო ცოდნა საკმარისი არაა. ყოველივე ეს კი განაპირობებს ჯანდაცვის მართვის სისტემაში მარკეტინგის პრინციპების დანერგვას დამატებითი მომხმარებლებისა და ინვესტორების მოზიდვის მიზნით [32].

მარკეტინგის გამოყენების მეორე წანამდგარს წარმოადგენს სამედიცინო-ტექნიკური პროგრესი, რომელმაც გამოიწვია სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახის კერძო სექტორის გაფართოება და გააძლიერა კონკურენცია საწარმოებს შორის. ცნობილია, რომ მედიცინის საჭიროებისათვის ინერგება სულ უფრო და უფრო სრულყოფილი ტექნიკური, ელექტრონული, ულტრაბგერითი, ოპტიკური, რადიაციული აპარატურა. მეცნიერებისა და ტექნიკის ამგვარი განვითარების შედეგად შეიქმნა უზუსტესი კვლევითი ექსპერიმენტული აპარატურა, რომელიც განაპირობებს მეცნიერული კვლევის განვითარებას [33]. ახალი ტექნოლოგიების დანერგვაზე გაწეული დანახარჯების ზრდამ კი, თავის მხრივ, განაპირობა მარკეტინგის პრინციპების გამოყენების აუცილებლობა ფასწარმოქმნის სფეროში და, შესაბამისად, დაწესებულების კონკურენტუნარიანობის უზრუნველყოფა.

უნდა აღინიშნოს, რომ გასული საუკუნის 70-იან წლებიდან, სამედიცინო მეცნიერებისა და ფარმაცოლოგიის განვითარების, აგრეთვე ახალი წამლების გაჩენასთან ერთად, ადამიანები სულ უფრო მეტ ყურადღებას უთმობენ თავიანთ ჯანმრთელობას და ცდილობენ თავიდან აიცილონ მისი გაუარესება. ამას ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ჯანმრთელი ცხოვრების წესი ერთგვარ „მოდად“ იქცა განვითარებული ქვეყნების მთავრობების მიერ მოსახლეობის გაჯანმრთელებისაკენ მიმართული პროგრამების შედეგად. 80-იანი წლებიდან ადამიანებმა დაიწყეს საკუთარ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის აღება, ამიტომ აქტუალური გახდა ჯანსაღი კვების, სამკურნალო ფიზიკულტურის დანერგვა და გაგრძელება. ადამიანებმა დაიწყეს უარის თქმა ყველაფერზე, რასაც შეეძლო მათი ჯანმრთელობისათვის ზიანი მიეყენებინა. საყოველთაოდ იგმობოდა თამბაქოს წევა, ალკოჰოლის, შაქრისა და ცხიმების უკონტროლო ხმარება და ა.შ. ამასთან, ფართოდ ვრცელდებოდა ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ჩატარებული კვლევების შედეგების შესახებ, რასაც ხელს უწყობდა საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარება. ადამიანებს გაუჩნდათ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე ზემოქმედების სურვილი. გაიზარდა მოთხოვნა ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქტებზე, კვების აქტიურ დანამატებზე, კერძოდ, ვიტამინებსა და მინერალებზე. ეკოლოგიური სისუფთავე და ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტების შემცველობა კონკურენციის ერთ-ერთ მთავარ ფაქტორად იქცა სასაქონლო ბაზარზე, მათ შორის საკვები პროდუქტების ბაზარზეც. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე განათლების მიღებამ და,

საერთოდ, ჯანმრთელობაზე ზრუნვამ ადამიანისა და საზოგადოებისათვის ერთ-ერთი საბაზისო ფასეულობის სტატუსი შეიძინა. ამიტომაც თანამედროვე მედიცინისათვის დამახასიათებელია არა მარტო მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში, არამედ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროს გაფართოება, რაც მოსახლეობის უმეტესობისათვის მისაწვდომს ხდის მედიცინის თანამედროვე მიღწევებს. ამგვარად, ადამიანთა ცნობიერებაში მომხდარმა ცვლილებებმა გამოიწვია ჯანდაცვის ბაზარზე მოთხოვნის სტრუქტურის ცვლილება. სამედიცინო მომსახურების მყიდველების ბაზრის შექმნის შედეგად ჯანდაცვის დაწესებულებები იძულებულნი გახდნენ მიემართათ მარკეტინგული კვლევებისა და შესაფერისი მარკეტინგული ღონისძიებებისთვის. ადამიანების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ ყურადღების გააქტიურება განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების მიმართ მომხმარებელთა მოთხოვნილების ზრდას. შესაბამისად, მატულობს ასეთი მომსახურების ხარისხისა და ასორტიმენტისადმი წაყენებული მოთხოვნებიც, რაც სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის გამძაფრებას იწვევს. შესაბამისად, ფართოვდება მარკეტინგის გამოყენებაც პაციენტთა მოზიდვის მიზნით [34].

მარკეტინგის გამოყენება აქტუალურია არა მარტო ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის, არამედ ჯანდაცვის მართვის სახელმწიფო ორგანოებისათვის. მარკეტინგის დახმარებით შესაძლებელია ჯანდაცვის რეფორმების, მათ შორის, ფინანსური და საინფორმაციო ასპექტების ხელშეწყობა, აგრეთვე პროპაგანდისტული საგანმანათლებლო მუშაობა მოსახლეობასთან, რაც აუცილებელია არა მარტო ჯანმრთელობისადმი ყურადღების მიპყრობის, არამედ ახალი პრეპარატების გაცნობისათვის. მარკეტინგის გამოყენება უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის ოპტიმიზაციას როგორც ცალკეული ინდივიდის, ისე მთელი საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინებით. ამისათვის საჭიროა საზოგადოებისა და ადამიანთა ცალკეული ჯგუფების მოთხოვნილებების შესწავლა მათი შესაძლო ცვლილებების პროგნოზირება. დასახული მიზნების მიღწევა შესაძლებელია მარკეტინგის დახმარებით, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის დაწესებულებებს ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის მეთოდებით.

ამგვარად, ჩატარებულმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ შესაძლებელია განისაზღვროს ჯანდაცვაში მარკეტინგის გამოყენების შემდეგი დონეები:

- სახელმწიფო დონე, რომელზედაც დგინდება სახელმწიფოს და საზოგადოების განვითარების სტრატეგიული მიზნები, ყალიბდება ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პოლიტიკა, განისაზღვრება პრიორიტეტული პრობლემები და მათი გადაწყვეტის გზები. აქ მარკეტინგი გამოიყენება როგორც ჯანდაცვის მომსახურების მომხმარებელთა კვლევის, ისე ჯანდაცვის რეფორმირებისათვის საზოგადოებრივი ხელშეწყობის უზრუნველყოფის მეთოდოლოგია;
- სახელმწიფო მართვის რეგიონული ორგანოების დონე, სადაც ხდება რეგიონული პოლიტიკის შევსება, დაკონკრეტება და მისი ადაპტაცია ადგილობრივი პირობებისადმი; მუშავდება დამატებითი ტერიტორიული პროგრამები და ღონისძიებები სპეციფიკური სამედიცინო პრობლემების გადასაწყვეტად; ზუსტდება ჯანდაცვის ნორმატიული ბაზა; იხვეწება მოსახლეობის ფარმაცევტული პრეპარატებით, სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სისტემა;
- ცალკეული ორგანიზაციების დონე, სადაც ხორციელდება უშუალო მუშაობა მომხმარებლებთან, მათ მიერ უფრო მნიშვნელოვნად მიჩნეული საკითხების შესწავლა, მოთხოვნების შეცვლის ტენდენციების გამოვლენა.

ამ დროს გაცვლის ობიექტს, რომელიც მარკეტინგის გამოყენების შესაძლებლობას ქმნის, წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც დაწესებულება ეწევა საორგანიზაციო-უფლებრივი ფორმისაგან დამოუკიდებლად. შესაბამისად, მიწოდების სუბიექტები ხდებიან მართვის სახელმწიფო ორგანოები, ჯანდაცვის ორგანიზაციები და მათი გაერთიანებები, ხოლო მომხმარებლებს წარმოადგენენ მოქალაქეები და საზოგადოება მთლიანად.

აღსანიშნავია ის ფაქტია, რომ საქართველოში ხორციელდება სოციალური მარკეტინგის კამპანიები, რომლებიც დადებითად მოქმედებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებაზე. მიუხედავად ამისა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პარამეტრები საქართველოში ჯერ კიდევ არადაამაკმაყოფილებელია [35]. განსაკუთრებით სავალალოა ამ მხრივ სოფლის მოსახლეობის მდგომარეობა. ფინანსური, გეოგრაფიული და ინფორმაციული ბარიერები ზღუდავენ ამ სერვისების მოძიებასა და გამოყენებას, რომელიც ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემებს ეხება. ამ მიმართულებით საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით, კერძოდ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ განხორციელებული

მრავალი პროექტი ეხმარება მოსახლეობის გათვითცნობიერებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პროგრამები ემსახურება ქალთა რეპროდუქციული ჯანდაცვის გაუმჯობესებას. შობადობის დაბალი მაჩვენებელი, აბორტის სიხშირე და კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების დაბალი დონე აჩვენებს, რომ მოთხოვნა ოჯახის დაგეგმვის ინფორმაციასა და მომსახურებაზე ჯერ კიდევ არადაკმაყოფილებელია. საერთაშორისო ორგანიზაციები ხელს უწყობენ სოციალური მარკეტინგის ფართოდ გავრცელებასა და განვითარებას, რათა საზოგადოებაში შეიქმნას ჯანმრთელობის დაცვის შესაბამისი გარემო. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ საქართველოში სოციალური მარკეტინგის პროგრამის დახმარებით, დღეს დედის ძუძუთი კვება გახდა პრიორიტეტი და ითვლება შეუცვლელად ბავშვის მთავარი ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად. საქართველოში იოდდეფიციტის პრობლემების აქტუალობიდან გამომდინარე, მისი პრევენციისათვის აუცილებელი იოდირებული მარილი, რომელიც გამოიყენება როგორც სამკურნალოდ, ასევე ყოველდღიური მოხმარებისათვის, შეიძლება განვიხილოთ როგორც სოციალური პაკეტი, რომლის წარმოებითაც კომპანია იღებს მოგებას საზოგადოების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის ხარჯზე. ცნობილია, იოდირებული მარილის წარმოება და რეალიზაცია განაპირობებს მომხმარებელთან გრძელვადიანი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას, ხოლო მომხმარებელთა შენარჩუნება კი დამოკიდებულია პროდუქციის ხარისხსა და მარკეტინგულ ღონისძიებებზე, რომლებიც განაპირობებენ მომხმარებლის დაინტერესებასა და კომპანიისადმი ნდობის ფაქტორის ჩამოყალიბებას. გაეროს ბავშვთა ფონდის ჯანდაცვის პროგრამის (UNICEF) მიერ განხორციელებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოში ბავშვთა/მოზრდილთა 38%-ს აღინიშნება ჩივი, მოსახლეობის 24%-თვის უცნობია იოდის დეფიციტის პრობლემა, ოჯახების 33% კი მოიხმარს არაიოდირებულ მარილს. იმისათვის, რომ გაიზარდოს იოდირებული მარილის მომხმარებელთა რიცხვი უნდა მოხდეს მისი სწორი შეთავაზება საზოგადოებისათვის [36].

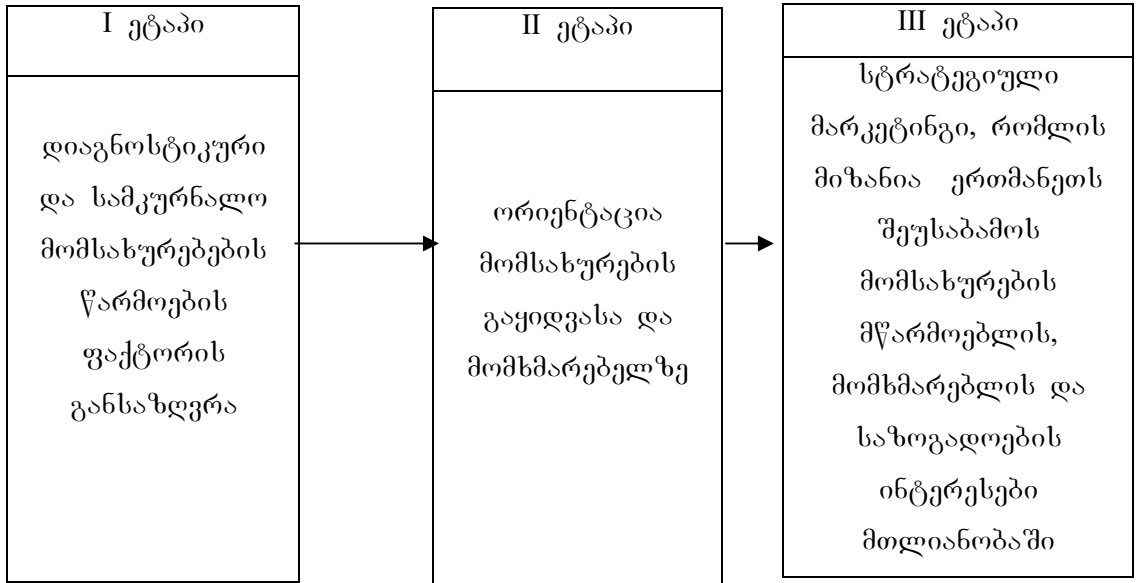
ჩვენი აზრით, მარკეტინგის გამოყენება აქტუალურია ყველა სახის სამედიცინო დაწესებულებისათვის, მათ შორის სანატორიულ-საკურორტო საწარმოებისთვისაც. აქ მიზანს წარმოადგენს პროპაგანდისტულ-საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარება როგორც დაქირავებულ მუშაკებთან, ასევე დამქირავებლებთან, ვინაიდან

აუცილებელია მათი ყურადღება მიპყრობილი იქნას საკუთარი ჯანმრთელობისადმი, ასევე უნდა მოხდეს მიზნობრივი კომპლექსური პროგრამების დახმარებით ახალი სამედიცინო და სანატორიულ-საკურორტო მომსახურებების სახეობების გაცნობა. აქ მარკეტინგი ხელს უწყობს დასახული მიზნის მიღწევას, რაც უზრუნველყოფს რეკრეაციული მედიცინისა და კურორტოლოგიის ცენტრებს ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის მეთოდების მეშვეობით, სანატორიულ-საკურორტო მომსახურების შექმნასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების შემუშავებით მხარს უჭერს სარეაბილიტაციო მედიცინისა და კურორტოლოგიის მყარ კონკურენტუნარიანობას [34]. როგორც ანალიზი გვიჩვენებს, ჯანდაცვაში მარკეტინგის პრინციპების გამოყენება სამართლიანი და მიზანშეწონილია, რადგან დარგში არსებობს ყველა საჭირო პირობა მარკეტინგული პრინციპების დანერგვისათვის [37].

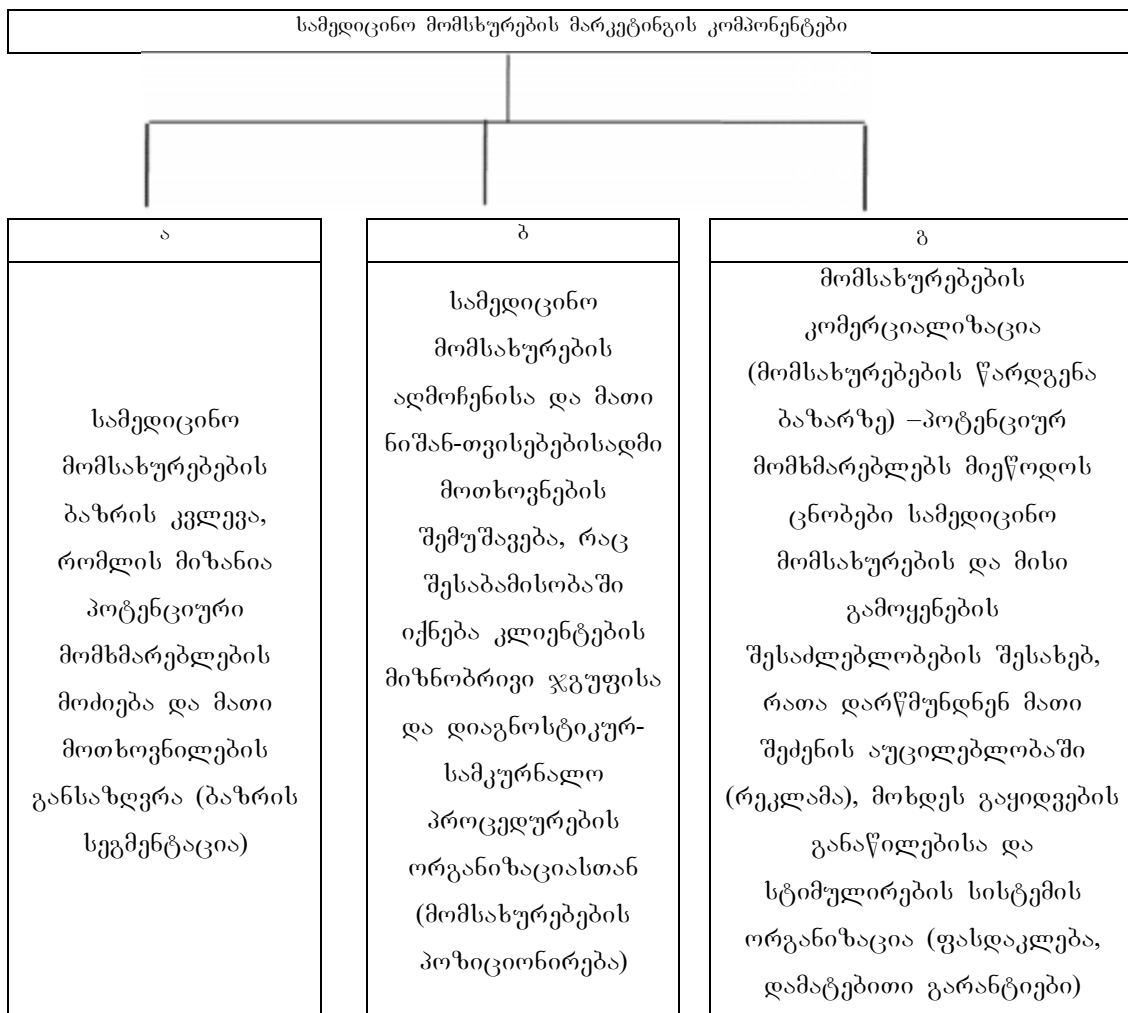
სამედიცინო მომსახურების სფეროში მარკეტინგის პრიორიტეტებად ბაზარზე ითვლება მომსახურებაში არსებული სულ უფრო მზარდი ცვლილებები, მათი შინაგანი სირთულე და მომსახურების მარკეტინგის ადაპტაცია მომხმარებელთა არასტანდარტულ პრობლემათა გადაჭრასთან, ასევე მომსახურების სპექტრის მრავალფეროვნება (მომსახურებაზე სამომხმარებლო მოთხოვნის პერსონიფიკაცია). ამასთანავე იზრდება კონკურენცია ფასიანი მომსახურების სფეროში, რაც მოითხოვს მომსახურების გაყიდვის ეფექტური სისტემის შემუშავებას (მომსახურებათა მოქნილი და სპეციალიზებული გაყიდვები სხვადასხვა საბაზრო ცვლილებების დროს). საზოგადოებრივი მნიშვნელობის თვალსაზრისიდან გამომდინარე შეიძლება ჩამოვყალიბოთ მომსახურების მარკეტინგის შემდეგი მიზნები: მოთხოვნის დაკმაყოფილების ხარისხის ზრდა, მომსახურებების რაოდენობის, ხარისხის, მრავალფეროვნების უზრუნველყოფა მისაღები ფასებით, ასევე მომხმარებლების ცხოვრების დონის ხარისხის მაქსიმალურად გაზრდა.

პირობითად შეიძლება გამოვყოთ სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის მეცნიერული განვითარების სამი ძირითადი ეტაპი, რომელიც შემოთავაზებულია 1.1 სქემაზე [38;39].

ლიტერატურული მასალების [38;39;40;41] შეჯერების საფუძველზე სამედიცინო დაწესებულებების (დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პროფილაქტიკური) მომსახურებების მარკეტინგის ძირითადი კომპონენტები შესაძლოა განისაზღვროს, ისე როგორც ეს მოცემულია 1.2 სქემაზე.



სქემა 1.1 სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის განვითარების ეტაპები



სქემა 1.2. სამედიცინო მომსახურების მარკეტინგის კომპონენტები



ამგვარად, სამედიცინო დაწესებულებების ეფექტური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია მარკეტინგის შემდეგი პრინციპების გამოყენება:

- სამედიცინო მომსახურების ბაზრის კომპლექსური შესწავლა და პროგნოზირება;
- სამედიცინო დაწესებულებების საწარმო-გასაღებითი შესაძლებლობების ანალიზის ჩატარება;
- მარკეტინგული სტრატეგიისა და პროგრამის შედგენა;
- საფასო პოლიტიკის განხორციელება, კლიენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების, გასაღების არხებისა და ფორმების არჩევა;
- მარკეტინგული საქმიანობის მართვა სამედიცინო ორგანიზაციებში;
- მარკეტინგული საქმიანობის ეფექტიანობის კონტროლი და შეფასება.

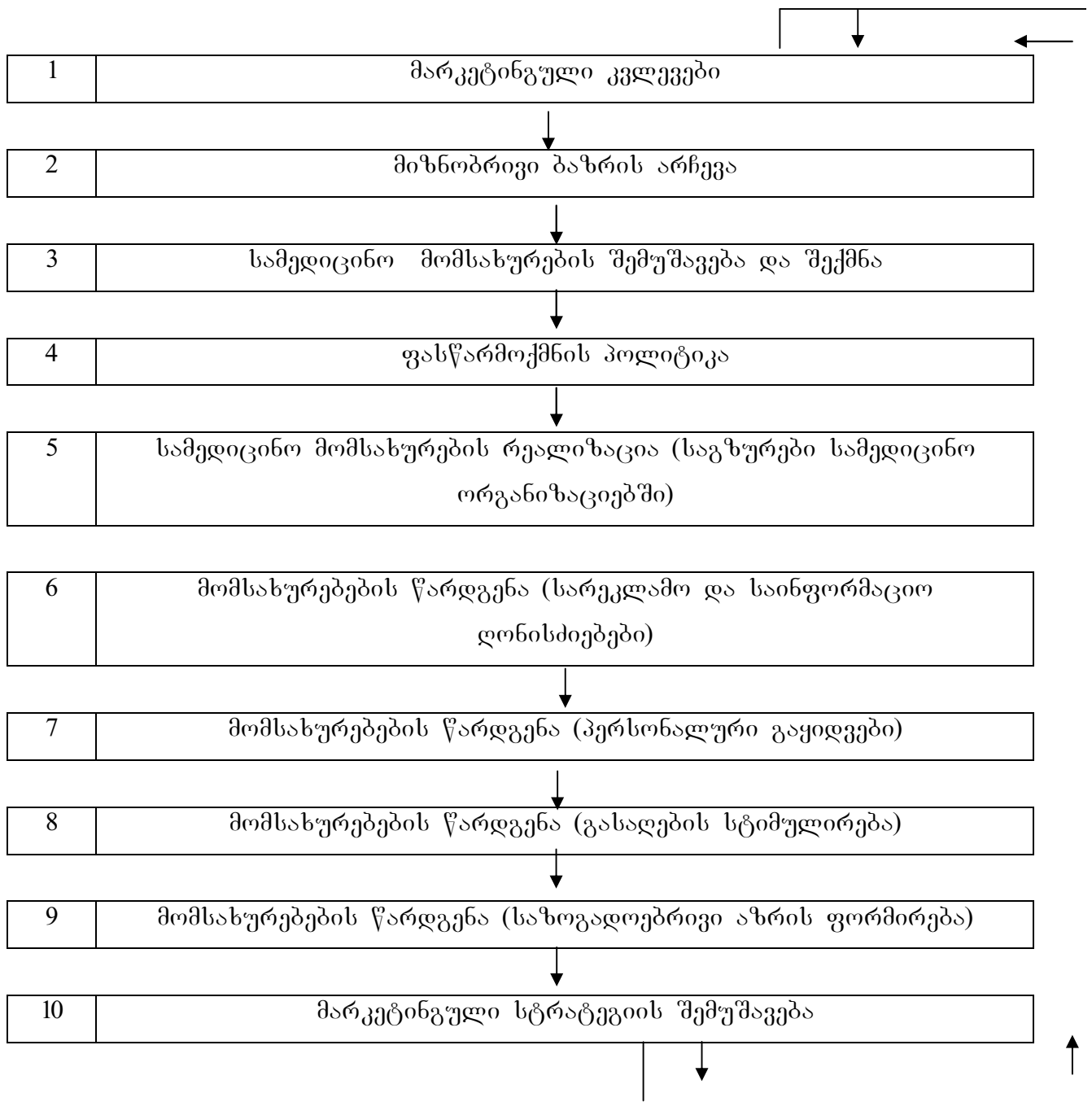
მარკეტინგულ პრინციპებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია აიგოს პრაქტიკული ქმედებების მოდელი, რომლის მეშვეობითაც მიიღწევა სამედიცინო დაწესებულებების მარკეტინგული საქმიანობის ოპტიმიზაცია. ცხადია, ეს საქმიანობა უნდა დაიწყოს სტრატეგიის არჩევით, რაც შესაბამისობაში მოვა ბაზრის სიღმისეულ კომპლექსურ კვლევასთან. ამასთან, ავტორები გამოყოფენ ზრდის 4 ძირითად, რეალურად არსებულ სტრატეგიას, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მომსახურებისა და ბაზრის სახეების მიხედვით [42;43]. ესენია:

1. არსებული სამედიცინო მომსახურების გაყიდვა არსებულ ბაზარზე;
2. არსებული სამედიცინო მომსახურების გაყიდვა ახალ ბაზარზე;
3. ახალი სამედიცინო მომსახურების გაყიდვა არსებულ ბაზარზე;
4. ახალი სამედიცინო მომსახურების გაყიდვა ახალ ბაზარზე.

ყოველ ვარიანტს შეესაბამება წარმატებისა და დანახარჯების ალბათობის თავისი პროცენტული მაჩვენებელი. ბაზრის კომპლექსური კვლევა გულისხმობს ასევე ბაზრის სეგმენტაციას, ე.ი. იმ სეგმენტის გამოვლენას, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამება სამედიცინო დაწესებულების პროფილსა და შესაძლებლობებს.

სამედიცინო დაწესებულებებში მარკეტინგული საქმიანობის ორგანიზაციის განზოგადოებული ალგორითმი წარმოადგენს 10 ცალკეულ, მაგრამ ამავე დროს ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებულ ეტაპს, რომელიც მოცემულია 1.3 სქემის სახით [44].

მარკეტინგული კვლევები მოიცავს სამედიცინო ბიზნესის ბაზრის მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს, რომლის მიზანია შემცირდეს ის გაურკვევლობები, რაც



სქემა 1.3 სამედიცინო ბიზნესში მარკეტინგული საქმიანობის ორგანიზაციის ციკლური ალგორითმი

თან ახლავს მარკეტინგული გადაწყვეტილებების მიღებას. აღნიშნული კვლევის კონცეფციის შემუშავება ემპირიული მონაცემების მიღებასა და ანალიზს ეფუძნება.

მარკეტინგული კვლევების მათემატიკურ მოდელებად შეიძლება გამოყენებული იქნას მომხმარებლის (კლიენტის) ქცევის მოდელები, რაც კონკრეტული

სამედიცინო საწარმოს არჩევის მოდელებს, აგრეთვე, ახალი სამედიცინო მომსახურებების გავრცელების მოდელებს ეფუძნება [44;45;46].

სამედიცინო მომსახურების მიზნობრივი ბაზარი პოტენციური ბაზარია, რომელსაც განსაზღვრავს შემდეგი კომპონენტების ერთობლიობა, კონკრეტულ მომსახურებასთან მომხმარებელთა მოთხოვნების დამთხვევა, საკმარისი ფინანსური რესურსები, ასევე სამედიცინო მომსახურებების შექმნის მზადყოფნა და შესაძლებლობა. დღესდღეობით მიზნობრივი ბაზრის შერჩევა, როგორც წესი, შემდეგი სამი ეტაპის განხორციელებას ეფუძნება: ბაზრის სეგმენტაციის კრიტერიუმების შერჩევა; სეგმენტაციის კონკრეტული მეთოდის გამოყენება; მომსახურების პოზიციონირება მიზნობრივ ბაზარზე [47;48]. სეგმენტაციის კრიტერიუმების მრავალფეროვნებისა და სტატისტიკის მრავალგვარი მეთოდების გამოყენების შესაძლებლობების მიუხედავად, მიზნობრივი ბაზრის არჩევის არსებული სქემა გარკვეულ სირთულეებს ქმნის. სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობისათვის, რომლებიც სამედიცინო ბიზნესში ფუნქციონირებენ, სეგმენტაციის მიზანს აუთვისებელი ან სხვა დაწესებულებების მიერ არასაკმარისად ათვისებული სამომხმარებლო ბაზარი წარმოადგენს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ მათ სხვა სახის მომსახურება არ გააჩნიათ [49]. ამ სეგმენტის მოთხოვნებისა და უპირატესობების გამოკვლევის მეშვეობით სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია შექმნას შესაბამისი მომსახურებების კომპლექსი, ადეკვატური საფასო პოლიტიკით.

ახალი სამედიცინო მომსახურების (დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკური, სასერვისო) შექმნა სამედიცინო დაწესებულების პრეროგატივას წარმოადგენს. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მარკეტინგის სამსახური, რომელიც სამედიცინო დაწესებულების ბაზართან კონტაქტის ინსტრუმენტია, ასევე პასუხს აგებს გარკვეულწილად სამედიცინო მომსახურების ხარისხიანი მახასიათებლების უზრუნველყოფაზე. პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ბაზარზე ახალი საქონლისა და მომსახურების მხოლოდ 3-5%-ს აქვს წარმატება [50]. იგივე შეიძლება ითქვას სამედიცინო მომსახურებაზეც. პრინციპულად ახალი მომსახურების შემუშავების დროს, სამედიცინო დაწესებულების სამეწარმეო რისკის შემცირება დაგეგმილი ან ასათვისებელი მომსახურების ბაზართან შესაბამისობის წინასწარ შეფასებას მოითხოვს [51;52]. აქ შეიძლება გამოვიყენოთ ახალი სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის აპრობირებული სქემა, რომელიც მოიცავს [53;54]:

- ახალი სამედიცინო მომსახურებების იდეების ძიებას;
- იდეების სელექციას;
- სამედიცინო მომსახურების გამაჯანსაღებელი ეფექტიანობის შეფასებას;
- კლიენტების მოსაზიდი სამედიცინო მომსახურების შეფასებას;
- ეკონომიკურ ანალიზს;
- სამედიცინო მომსახურების კონცეფციის განვითარებას;
- ჯანდაცვის ორგანიზაციების მიერ სამედიცინო მომსახურების ტესტირებასა და სერთიფიცირებას;
- სამომხმარებლო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების წარდგენას.

პრაქტიკაში საკმაოდ კარგად მუშაობს ფასწარმოქმნის შემდეგი სქემა: ფასწარმოქმნის მეთოდის შერჩევა, ფასის სტრატეგიის შემუშავება, საფასო დიფერენციაციის მეთოდების გამოყენება და არასასურველი ზემოქმედებისაგან დაზღვევა [52;55]. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით აქტუალურია სამედიცინო დაწესებულებების „სასერვისო“ მომსახურებისათვის. რა თქმა უნდა, მოცემული სქემა შესაბამისობაში უნდა მოდიოდეს სამედიცინო მომსახურების ბაზართან, ვინაიდან ფასწარმოქმნის პოლიტიკის ინსტრუმენტთა ნაკრები გაფართოებულია, ხოლო ადეკვატური არჩევანის კრიტერიუმები არ არის აღნიშნული [56;57]. სამედიცინო დაწესებულებები ამა თუ იმ სქემის არჩევის პრობლემის წინაშე დგებიან. სამედიცინო დაწესებულებების მიერ საფასო პოლიტიკის მართვა მომსახურების ადეკვატურ ფასებს უნდა ეფუძნებოდეს, რაც გარკვეულ პირობებში უნდა განხორციელდეს. კერძოდ, მომხმარებლის სტაბილური ნაკადის დროს, სამედიცინო დანადგარებისა და პერსონალის ოპტიმალური დატვირთვისთვისას („გამოცდილების ეფექტი“) მიზანშეწონილია სამედიცინო მომსახურების თვითღირებულების შემცირება. ზემოთ აღნიშნული კი უნდა განხორციელდეს მუდმივი ხარჯების შემცირების გზით [38;55;58].

ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შექმნის პირობებში ფასწარმოქმნა ორგანიზაციულ-ეკონომიკური და მმართველობითი საქმიანობის ყველაზე რთული ელემენტია სამედიცინო დაწესებულებებში. ფასების პოლიტიკის შემუშავება სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურებაზე ფასის დადგენისა და სხვადასხვა საბაზრო სიტუაციაში ფასების მართვის პროცესს მოიცავს. მომსახურების გასაყიდი ფასი თვითღირებულების ფაქტიურ კალკულაციას ეყრდნობა, თუმცა, მასზე სხვადასხვა ფაქტორი მოქმედებს.

ფასწარმოქმნის სისტემაში მნიშვნელოვანი ეკონომიკური მაჩვენებელია გაყიდვების მოცულობის მერყეობის დინამიკა, რაც დაკავშირებულია სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკური მაჩვენებლების ცვლილებებთან, როგორცაა სამომხმარებლო ფასების ინდექსი, მოსახლეობის მსყიდველობითი უნარი, ვალუტის გადაცვლის კურსი და სხვა.

ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში შემუშავებულია სამედიცინო მომსახურების გაყიდვების შემდეგი ფასები [38]:

- გაყიდვების მინიმალური კრიტიკული ფასი (უზარალობის ფასი). იგი მუდმივი ხარჯებისა და ცვლადი ხარჯების ნაწილის დაფარვას უზრუნველყოფს, რომელიც ერთეულ მომსახურებაზე მოდის(ე.ი. ერთი მომსახურების სრულ თვითღირებულებას ფარავს);
- გაყიდვების ოპტიმალური (საკმარისი) ფასი (მოთხოვნისა და შეთავაზების წონასწორობის ფასი). იგი მიიღება დაგეგმილი ან ნორმირებული მოცულების დამატებით უზარალობის ფასზე. ამ ფასის გამოყენებით შენარჩუნებულია გაყიდვების მაქსიმალური მოცულობა და მიიღწევა მაქსიმალური მოგება.
- გაყიდვის მაქსიმალური ფასი, რომელიც უზარალობის ფასს შეესაბამება, სრული თვითღირებულების ტოლია, როდესაც მოთხოვნა ხდება არაელასტიკური და ფასის შემდგომ მომატებას გაყიდვების მოცულობის დაცემამდე მიყვავართ.

ამგვარად, სამედიცინო დაწესებულებების მარკეტინგული ქვედანაყოფების მიერ დასაბუთებული ფასწარმოქმნის საკითხების გადაჭრისათვის აუცილებელია:

- სამედიცინო ბიზნესის ბაზარზე სხვადასხვა სექტორში არსებული სამედიცინო მომსახურების კომპლექსის ფასის ფორმირების სპეციფიკის შესწავლა;
- სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების ცვლილების რაოდენობრივი მახასიათებლების შეფასება და მასზე მოთხოვნის ელასტიკურობის განსაზღვრა;
- სამედიცინო მომსახურების წარმოებაზე გაწეული დანახარჯების შეფასება და სხვადასხვა მომსახურების შეთავაზების ფასების გაანალიზება;

- სამედიცინო შემოსავალზე (ამონაგებზე) ფასებისა და დანახარჯების ცვლილების ზეგავლენისა და სამედიცინო დაწესებულებების მოგების შესწავლა;
- სამედიცინო დაწესებულებების ფასების სტრატეგიის ფორმირებაში ინფლაციური ფაქტორების გავლენის გათვალისწინება;
- სამედიცინო მომსახურების გაყიდვის მინიმალური, ოპტიმალური და მაქსიმალური ფასების წინასწარი გაანგარიშება;
- სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე გამოსვლისთანავე მისი ოპტიმალური ფასის განსაზღვრის ექსპერიმენტული კორექცია.

სამედიცინო მომსახურების რეალიზაციის მოცულობის დაგეგმვის ერთ-ერთ არსებით მომენტს წარმოადგენს მონაცემთა შეგროვების მეთოდოლოგიური ბაზის არსებობა. ამასთან, როგორც წესი, გამოიყენება მომსახურებაზე არსებული სამომხმარებლო მოთხოვნის „საველე გამოკვლევა“, რაც გამოკითხვის, დაკვირვების, ექსპერიმენტის მეთოდით ხორციელდება [59;60;61;62]. სამედიცინო მომსახურების გასაღების კანონზომიერება მოთხოვნისა და მიწოდების კანონს ემორჩილება, რომელიც გვამცნობს, რომ მოთხოვნისა და მიწოდების დამთხვევის დონეზე სამედიცინო მომსახურების ღირებულება სამედიცინო მომსახურების ფასით განისაზღვრება, აქ ასევე მუშაობს კანონი ზღვრული/უკიდურესი სარგებლიანობის შესახებ, რაც სამედიცინო მომსახურების სარგებლიანობის შემცირებას ახასიათებს [63].

სამედიცინო ორგანიზაციების პოტენციური კლიენტების ინფორმირება შესაძლო სამედიცინო მომსახურებების თაობაზე, ეკისრება რეკლამას. ამჟამად შემუშავებულია რეკლამის დაგეგმვის ალგორითმი [53;64;65;66], რომელიც მოიცავს პრიორიტეტული მიზნების დადგენას; თემის, დევიზის და სარეკლამო სახის არჩევას, ბიუჯეტის განსაზღვრას, ინფორმაციის გადაცემის საშუალებებსა და არხებს. სარეკლამო საქმიანობა მოითხოვს დიდ ფინანსურ ხარჯებს, ამიტომ საჭიროა მისი ეფექტიანობის კონტროლის ცოდნა [65]. სირთულე იმაშია, რომ სარეკლამო კამპანიის ჩატარება და მისი შედეგები დროში არ ემთხვევა ერთმანეთს და დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, რომლებიც დაკავშირებულნი არ არიან რეკლამასთან. ასეთია, მაგალითად, მომსახურების დანიშნულება, ფასი, ხარისხი, შეთავაზების ფორმა, გაყიდვების სერვისის დონე, საფასურის გადახდის პირობები, პერსონალის მომზადება და სხვა. ასევე, საკმაოდ მნიშვნელოვანია კონკურენტების სტრატეგიის გარჩევა. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე

სარეკლამო კამპანიის ჩატარების ყველა ეტაპზე აუცილებელია შეფასდეს რეკლამის ეფექტიანობა, რომლის მიზანია კამპანიის ჩატარების მიზანშეწონილობის შესახებ ინფორმაციის მიღება; ცალკეული სარეკლამო საშუალებების შედეგიანობის შეფასება; პოტენციურ მყიდველებზე, რეკლამის ოპტიმალური ზეგავლენის დადგენა. ამასთან, აუცილებელია ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ რეკლამის ფსიქოლოგიური ზეგავლენა და სარეკლამო კამპანიის ეკონომიკური ეფექტიანობა [64;65]. ასეთ პირობებში რეკლამიდან მიღებული ეკონომიკური უკუგება განისაზღვრება, როგორც სამედიცინო მომსახურების გაყიდვებიდან მიღებული ამონაგების ნამატი რეკლამის ღირებულებაზე.

როდესაც ბაზარზე ხარისხიანი და კონკურენტუნარიანი მომსახურება გამოდის, რომელზეც მასობრივი მოთხოვნაა, სპეციალისტები გვირჩევენ გამოვიყენოთ ფორმულა  $(6+4)$  [63;65;67]. ეს ნიშნავს იმას, რომ სარეკლამო კამპანიის პირველი 6 კვირის განმავლობაში ხდება სამედიცინო მომსახურების მარკის გაცნობა, ხოლო შემდგომ 4 კვირაში ძლიერდება მისი ცნობადობა.

სამედიცინო დაწესებულების ადგილმდებარეობიდან რეკლამისათვის და მისი უკვე შექმნილი იმიჯიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების სარეკლამო კამპანიის პირველი პერიოდი ერთიდან სამ თვემდე უნდა გრძელდებოდეს (თუ დავეგეგმავთ უფრო ხანგრძლივ ან მცირე რეკლამას, მაშინ ეს სახსრების უშედეგო ხარჯვამდე მიგვიყვანს). მომდევნო 2-3 თვის განმავლობაში მიზანშეწონილია შემცირდეს სარეკლამო ზემოქმედების ინტენსიურობა. შემდეგ უნდა მოხდეს ინტენსიური კამპანიის განმეორება 1-2 თვის განმავლობაში. სანამ რეკლამირებული მომსახურება ჯერ კიდევ რჩება ბაზარზე, აუცილებელია მუდმივად არსებობდეს მისი გასაღების მხარდაჭერი რეკლამა.

სამედიცინო მომსახურების შესახებ მომხმარებლის ნებისმიერი პირადი ინფორმირების საქმეში დიდი როლი ენიჭება პერსონალურ გაყიდვებს, რომელიც მოიცავს მომხმარებლის ძიებასა და ნდობით აღჭურვილი ურთიერთობების აგებას. [59;64;68]. მნიშვნელოვანია, აგრეთვე, სამედიცინო მომსახურების შეძენის კრიტერიუმების ობიექტური შეფასება, მოქმედების გეგმის შემუშავება და სამედიცინო მომსახურების გაყიდვის პროცესის კვალიფიციური მართვა.

პერსონალური გაყიდვებისათვის მონაცემთა შეგროვების მეთოდოლოგიურ ბაზად გამოდგება ინფორმაციის პირველად და მეორად წყაროებზე დაფუძნებული მოთხოვნისა და მიწოდების ანალიზის მეთოდები. ეს მეთოდები აპრობირებულია მარკეტინგული კვლევების პრაქტიკაში [53;62].

პრაქტიკაში ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ კანონი პერსონალური გაყიდვების შესახებ, რომლის თანახმად, პერსონალური გაყიდვების დროს მყიდველი შეიძენს არა მხოლოდ მომსახურებას, არამედ მარკეტინგულ აგენტსაც. სამედიცინო მომსახურების გაყიდვისას ეს შეიძლება იყოს, ასევე, იმ სამედიცინო დაწესებულების ექიმი, სადაც ხდება ავადმყოფის მომსახურება. მოცემულ კანონს ახასიათებს ორი ეფექტი: პირველია მარკეტინგული აგენტის ეფექტი, ანუ მომხმარებელი ყიდულობს იმ სავაჭრო აგენტთან, რომელსაც ყველაზე მეტად ენდობა. მეორეა შეძენის სარგებლიანობის ეფექტი, ანუ მომხმარებელი ყიდულობს მომსახურებას მხოლოდ მას შემდეგ, როცა გააცნობიერებს, თუ რამდენად მომგებიანია იგი მისთვის.

სამომხმარებლო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების წარდგენაში რეკლამის, პერსონალური გაყიდვებისა და საზოგადოებრივი აზრის ფორმირების გარდა მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს გასაღების სტიმულირებას [55;58]. გასაღების სტიმულირება მომხმარებლების ინფორმირების არაპიროვნული ფორმაა, რომელიც ყიდვის პროცესში იძენს პიროვნულ ხასიათს. სამედიცინო ბიზნესში გასაღების სტიმულირების ძირითადი სახეებია [44;45;64]:

- ახალი მომსახურებების საცდელი შეთავაზებები;
- სუვენირების გაყიდვა, რითიც ხდება ორგანიზაციის შეხსენება;
- უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული შიდა საინფორმაციო ვიტრინები;
- პასიური და აქტიური დემონსტრატორები სააგენტოებში, მარკეტინგულ ცენტრებში, და ა.შ;
- კონკურსები და სხვა ღონისძიებები, რომლებიც პოტენციურ კლიენტებს სამედიცინო ბიზნესის აქტიურ შესწავლაში ჩართავენ და მათ ყურადღებას სამედიცინო მომსახურებებზე მიაპყრობენ;
- პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებებში ვიტრინებისა და სარეკლამო პროსპექტების განთავსება, როგორც სამედიცინო დაწესებულებების, ასევე მისი ცალკეული მომსახურების შესახებ.

სამედიცინო მომსახურების შესახებ მომხმარებლის არაპიროვნულ ინფორმირებას მიეკუთვნება აგრეთვე საზოგადოებრივი აზრის ფორმირება, რომლის სახეობებს წარმოადგენს: მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებთან კავშირის შენარჩუნება და კონკრეტული მომსახურების პროპაგანდა. რიგ



შემთხვევაში შეიძლება ეფექტური იყოს ლობირების სხვადასხვა სახეობა, ასევე კომუნიკაცია და კონსულტაციები [44;64].

ცნობილია, რომ მარკეტინგული სტრატეგია პრინციპულად გრძელვადიანი გადაწყვეტილებაა დასახული მიზნების მისაღწევად მარკეტინგის გამოყენების შესახებ [49;69;70]. კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებასთან მიმართებაში, მარკეტინგული სტრატეგია მოცემული დაწესებულების განვითარების საერთო სტრატეგიული გეგმის ნაწილია და ამიტომ საჭიროებს შემუშავების დასაბუთებულ მეთოდებს მოითხოვს.

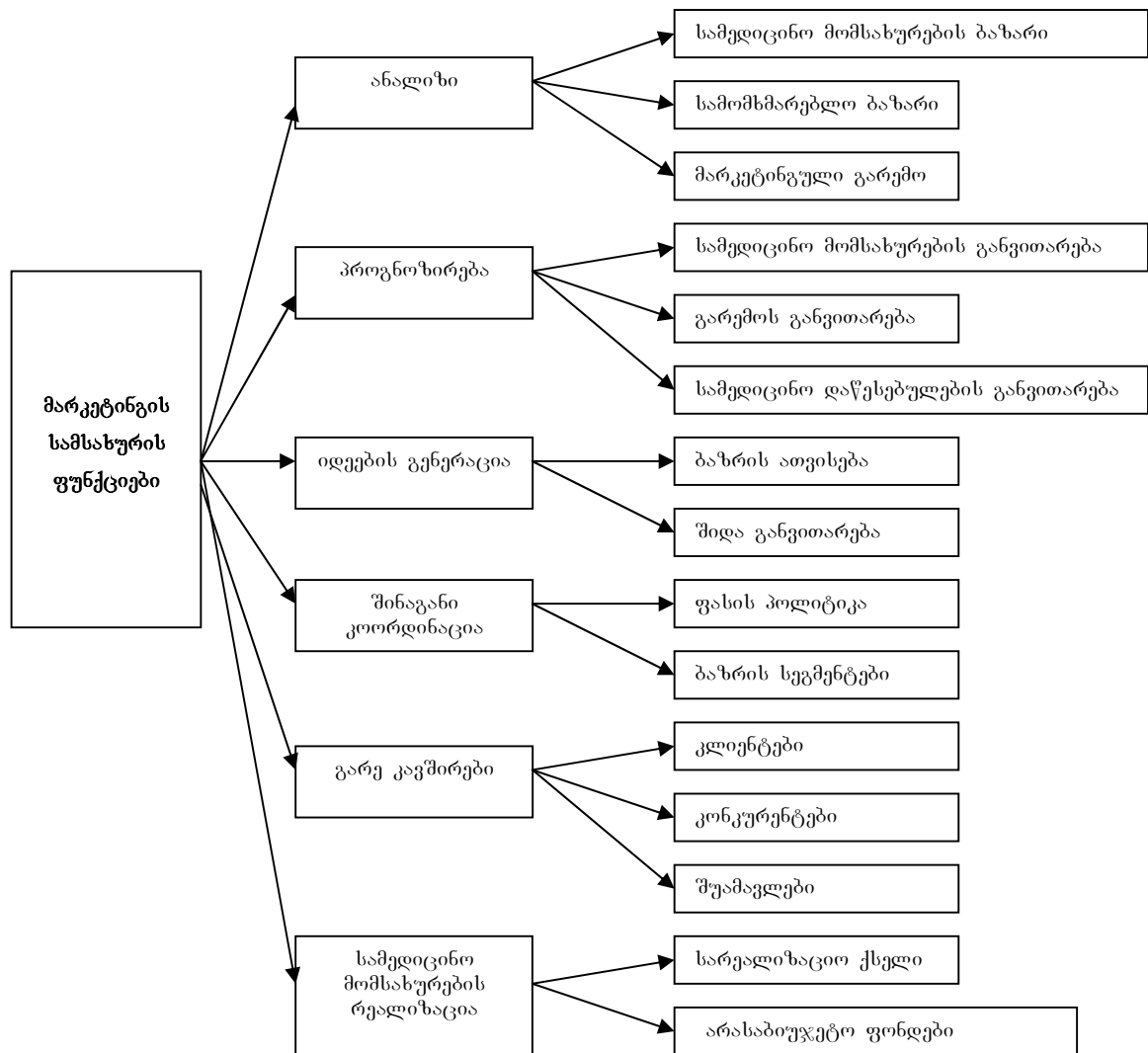
სამედიცინო ბიზნესის თანამედროვე მარკეტინგი – ეს არ არის მხოლოდ კარგი მომსახურებების შემუშავება და მომხმარებლისათვის მისი გაწევა. ამ ამოცანების შესრულების გარდა, სამედიცინო დაწესებულებებმა ასევე მჭიდრო კავშირი უნდა დაამყარონ არსებულ და მომავალ კლიენტებთან. სამედიცინო მომსახურების რეალიზაციის შესახებ დაუყოვნებლივ ინფორმაციის მიღების მიზნით გამოიყენება არაპირადი კომუნიკაციის არხი, კერძოდ, პირდაპირი მარკეტინგის ინსტრუმენტები [59;66].

მიუხედავად იმისა, რომ მარკეტინგული კომუნიკაციები ახლა მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებისა და სამედიცინო მომსახურების წარდგენის უფრო მდიდარ ნაკრებს იყენებენ იმისათვის, რომ ხმა მიაწვდინონ სპეციალიზებულ მიკრობაზრებს, სამედიცინო ბიზნესის მარკეტინგი ყველა საკომუნიკაციო არხის არსებით ინტეგრაციას მოითხოვს მიზნობრივი ბაზრებისათვის ნათელი და შინაარსიანი შეტყობინებების მიწოდების მიზნით.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებების მარკეტინგული საქმიანობის ძირითადი მიზნებია:

- თანამედროვე საბაზრო სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე სამომხმარებლო ნიშების გამოვლენა;
- სამედიცინო მომსახურების პერსპექტიულ სახეობებზე მოთხოვნილების წინასწარი განსაზღვრა;
- სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის სტრატეგიის ჩამოყალიბება, რომლის მიზანი იქნება მათი დადებითი იმიჯის შექმნა მომხმარებელთა თვალში.

მარკეტინგის განმსაზღვრელი ფუნქციები ნაჩვენებია 1.4 სქემაზე.



სქემა 1.4 მარკეტინგის სამსახურის განმსაზღვრელი ფუნქციები

ამასთან, სამედიცინო დაწესებულებებისათვის მარკეტინგის ძირითადი ამოცანები უნდა გახდეს:

- ახალი ბიზნეს-იდეების გენერაცია;
- სინთეზირებისა და მარკეტინგული ინფორმაციის გამოყენების საფუძველზე ინოვაციური ბიზნეს-პროექტების შემუშავება;
- არსებულ და პოტენციურ კლიენტებთან მუშაობა;
- ურთიერთობა სხვადასხვა სახის მარკეტინგულ პარტნიორებთან, რომლებიც სამედიცინო ბიზნესში ფუნქციონირებენ.

ამ ამოცანების გადაჭრას შეიძლება ხელი შეუწყოს საქმიანი წინადადებების წინასაკონტროლო დამუშავებამ და მარკეტინგული სამსახურის სტრატეგიის

განსაზღვრამ. ეს წინადადებები სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისაგან უნდა მოდიოდეს.

ზემოთ განხილული მარკეტინგული საქმიანობის მიზნებისა და ამოცანების წარმატებით განხორციელებისათვის აუცილებელია არსებობდეს შემდეგი ძირითადი პირობები:

- საიმედო ინფორმაციული უზრუნველყოფა (საკმარისი, სარწმუნო და დროული მარკეტინგული ინფორმაცია, კლიენტებთან და პარტნიორებთან მჭიდრო კავშირი, გამოფენებზე, ბაზრობებზე, კონგრესებზე და ა.შ. დასწრება, სამეცნიერო და კოორდინაციულ ღონისძიებებში მონაწილეობა, სამედიცინო ბიზნესის სუბიექტებთან თანამშრომლობა);
- სამსახურის რაციონალური ორგანიზაციული სტრუქტურა, კვალიფიციური და კომპეტენტურად მართული საკადრო შემადგენლობა, პარტნიორებთან ნორმალური ურთიერთდამოკიდებულება და მჭიდრო თანამშრომლობა;
- სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ მომხმარებლისათვის სამედიცინო მომსახურების წარდგენის ეფექტური არსების, აქტიური და მიზანმიმართული რეკლამის გამოყენება;
- ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, სისტემატიზაციის, ინფორმაციის სინთეზირების თანამედროვე მეთოდებისა და მეთოდის გამოყენება, რომლის საფუძველზეც მოხდება ბაზრის კონიუნქტურის განსაზღვრა საშუალო და შორეულ პესპექტივაზე გათვლით;
- ბაზრის კონიუნქტურის ცოდნის საფუძველზე მმართველობითი გადაწყვეტილებების მიღება.

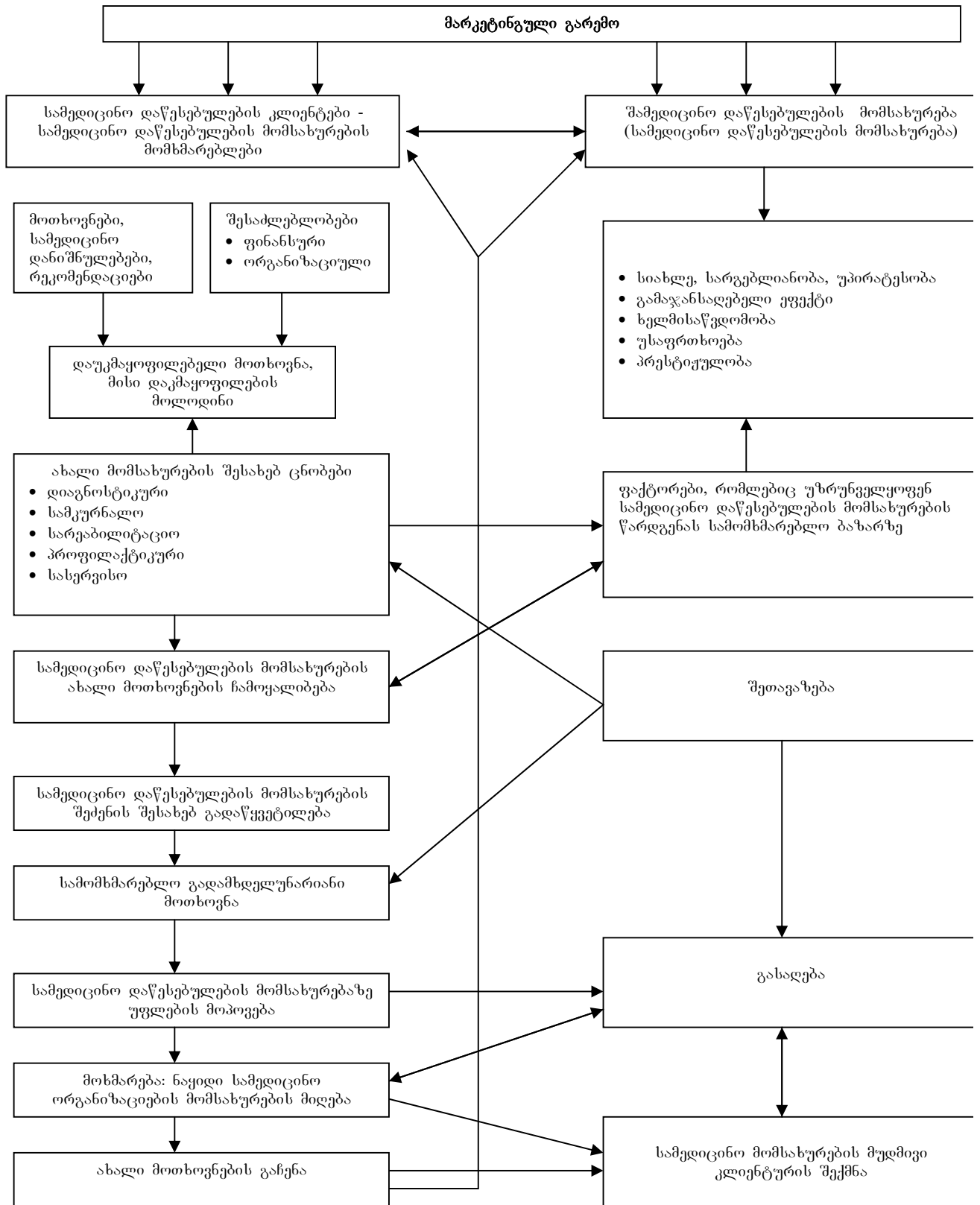
მარკეტინგილმა ღონისძიებებმა უნდა უზრუნველყოს ახალი სამედიცინო მომსახურების შექმნა და უკვე არსებული სამედიცინო მომსახურების განვითარება და მათი გასაღება. იგი გულისხმობს, ერთის მხრივ, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკური და სასერვისო მომსახურების შეგუებას არსებულ მოთხოვნებთან, ხოლო, მეორე მხრივ, მომსახურებაზე მოთხოვნის აქტიურ ფორმირებას, ე.ი. ბაზრის შეგუებას იმ მომსახურებასთან, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებები ეწევიან. ქმედებათა ეს თანმიმდევრობა შეიძლება წარმოვიდგინოთ სამედიცინო მომსახურების სამომხმარებლო მოლოდინის

მოდელის სახით (იხ. სქემა 1.5), ხოლო მარკეტინგული კვლევების განხორციელებისათვის შეიძლება გამოვიყენოთ მარკეტინგული კვლევების ფუნქციონალური სისტემა, რომელიც მოცემულია 1.6 სქემაზე. იგი გვიჩვენებს ამოცანების აუცილებელ კომპლექსს, რომლებიც, ჩვენი აზრით, სამედიცინო დაწესებულებების ბაზარზე უნდა გადაიჭრას.

დაბოლოს, ჯანდაცვის მარკეტინგის ამოცანა, რომელიც კლიენტების ნდობის განმტკიცებაზეა მიმართული, უნდა ითვალისწინებს შემდეგს:

- შეძლებისდაგვარად შემცირდეს მომსახურების არახელშესახებობა;
- დაფიქსირდეს მომსახურების მნიშვნელობა;
- ყურადღება გამახვილდეს მომსახურებისაგან მისაღებ სარგებელზე;
- მომსახურების პროპაგანდის მიზნით მოწვეული იქნენ ცნობილი ადამიანები;
- მომსახურების მატერიალიზაციის მიზნით მომზადდეს და კლიენტებისათვის ხელმისაწვდომი გახდეს ისეთი მასალები (სარეკლამო პლაკატები, ღია ბარათები, ბუკლეტები), რომელიც მათ საშუალებას მისცემს მხედველობით წარმოადგინონ შეთავაზებული მომსახურება;
- გარდა ამისა, უნდა მოხდეს კლიენტების ინფორმირება კომპანიის თანამშრომლების, მათი გამოცდილების და კვალიფიკაციის შესახებ.

ეფექტობით, ჩამოთვლილი ამოცანების შესრულება სამედიცინო დაწესებულებების მარკეტინგულ ორიენტაციას შეუწყობს ხელს და ამით უზრუნველყოფს მათ წარმატებებს ბაზარზე.



სქემა 1.5 სამედიცინო მომსახურების სამომხმარებლო მოლოდინის მოდელი

#	საკვლევი პრობლემები	ამოცანათა კონპლექსი, რომელიც ექვემდებარება გადაჭრას
1	სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის კვლევა	<p>1.1 ბაზრის სეგმენტაცია (გეოგრაფიული, დემოგრაფიული და სხვა პარამეტრების მიხედვით).</p> <p>1.2 სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის მოტივაცია (რეაბილიტაცია, მკურნალობა, დიაგნოსტიკა, დასვენება).</p> <p>1.3 სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლების ძირითადი კატეგორიის განსაზღვრა.</p> <p>1.4 მარკეტინგული გარემოს ანალიზზე დაფუძნებული მოთხოვნის პროგნოზირება.</p> <p>1.5 მოთხოვნის სასიცოცხლო ციკლის ანალიზი</p>
2	სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კონკურენციის კვლევა	<p>2.1. კონტრაგენტების გამოვლენა</p> <p>2.2. კონტრაგენტის საქმიანობის ანალიზი</p> <p>2.3. მომსახურება-ანალოგის, მომსახურება-ლიდერის ძლიერი და სუსტი მხარეების განსაზღვრა</p>
3	დარგობრივი კვლევები	<p>3.1 საკუთარი და მომიჯნავე სფეროების საერთო კონიუნქტურის შესწავლა</p> <p>3.2 უპირატესობის მქონე პარტნიორების განსაზღვრა</p>
4	გასაღების ზოგადი პირობების კვლევა	<p>4.1 სამედიცინო მომსახურების განვითარების კვლევა, სამედიცინო მომსახურების ახალი სახეობების გამოჩენა</p> <p>4.2 მარკეტინგული მაკროგარემოს განვითარების კვლევა.</p> <p>4.3 სამედიცინო ბიზნესზე სახელმწიფო პოლიტიკის, რეგიონალური პოლიტიკის, საზოგადოებრივი აზრისა და სხვა ფაქტორების გავლენის შესწავლა.</p>
5	გასაღების ოპერაციების მომგებიანობის ამაღლების ფაქტორების კვლევა	<p>5.1 სამედიცინო მომსახურების თითოეული სახეობის ზღვრული (ოპტიმალური) რაოდენობის განსაზღვრა</p> <p>5.2 მომსახურებაზე ოპტიმალური ფასების დადგენა</p> <p>5.3 სამედიცინო მომსახურების წარმოებაზე დასაშვები ხარჯების განსაზღვრა</p> <p>5.4 გასაღების ახალი არხების გამოვლენა</p> <p>5.5 სამედიცინო მომსახურების ნომენკლატურის შესწავლა, სამედიცინო მომსახურების წარმოების რაციონალური მოცულობის განსაზღვრა</p>

სქემა 1.6. მარკეტინგული კვლევების სისტემა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე.

## თავი 2. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ანალიზი

### 2.1 ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის ანალიზი და განვითარების ტენდენციები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით, ჯანმრთელობა არის ადამიანთა სრული ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების პროფილაქტიკა. ამასთან, ჯანმრთელობა ჩვენი ცხოვრების განმსაზღვრელი სხვადასხვა ურთიერთდაკავშირებული კომპონენტის გავლენის შედეგია. ჯანმრთელობის სტატუსის მიღწევა და შენარჩუნება დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთაგან აღსანიშნავია გარემომცველი გარემო, სხვადასხვა ბუნებრივი და ეკოლოგიური პირობები, გენეტიკური ფაქტორები, ცხოვრების სტილი, ანუ ცხოვრების პიროვნული წესი, სამედიცინო მომსახურება და სხვა [71].

სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების სისტემების მეშვეობით. სამედიცინო სისტემა ისახავს სხვადასხვა მიზანს, რომელთაგან აღსანიშნავია შემდეგი [72]:

- სიცოცხლის გახანგრძლივება და ნაადრევი სიკვდილის პრევენცია;
- ფიზიოლოგიური ან ფუნქციური ნორმებიდან გადახრასთან ბრძოლა, რომელიც კონცენტრირებულია დაავადების ხელშემწყობ ფაქტორებზე;
- დისკომფორტისა და ავადმყოფობის შემცირება;
- ინვალიდობის შემცირება;
- დაავადებისადმი მდგრადობის გაძლიერება;
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში მოსახლეობის განათლებისა და აქტივობის ზრდა.

იდეალური სამედიცინო სისტემა უნდა ემსახუროდეს ამ მიზანთაგან თითოეულს. სამწუხაროდ, რეალურ ცხოვრებაში იდეალური სამედიცინო სისტემა არ არსებობს, ვინაიდან მისი სტრუქტურა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე, ეკონომიკის განვითარების სტადიაზე და რესურსებზე. ამის გამო მსოფლიოში არსებობს განსხვავებული სამედიცინო სისტემები. ამასთან, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის სისტემა უნდა იყოს მოქნილი, რათა მან შეძლოს პოლიტიკური სისტემის, ეკონომიკის, დაავადებათა მოდელის და რესურსების ცვლილებებზე რეაგირება.

თანამედროვე მსოფლიოში გაგრძელებულია სამედიცინო სისტემის ოთხი ძირითადი ტიპი, ესენია [72]:

1. ადმოსავლეთ ევროპის მოდელი. მას ასევე სემაშკოს მოდელსაც უწოდებენ. ეს სისტემა შედგება ორი ძირითადი ელემენტისაგან. პირველია, ამბულატორიული მკურნალობა, რასაც პირველადი ჯანდაცვა ეწოდება, ხოლო მეორეა კლინიკური მკურნალობა, რომელიც მოიცავს მეორად და მესამეულ ჯანდაცვას. პირველადი ჯანდაცვის სისტემას მიეკუთვნება მოზრდილთა და ბავშვთა (პედიატრიული) პოლიკლინიკები, ქალთა კლინიკები, სოფლის კლინიკები (ამბულატორიები), საქარხნო კლინიკები, სპეციალიზებული (ენდოკრინოლოგიური, ფთიზიატრიული, ვენეროლოგიური, დერმატოლოგიური, ფსიქიატრიული, რევმატოლოგიური, კარდიოლოგიური) კლინიკები. ამრიგად, პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს ზოგად და სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის დიაგნოსტიკასაც. მეორად ჯანდაცვას მიეკუთვნება უბნის, რეგიონული და რესპუბლიკური კლინიკები. მესამეულ ჯანდაცვას ეკუთვნის სპეციალიზებული (საუნივერსიტეტო) კლინიკები და კვლევითი ინსტიტუტები. აღნიშნული სისტემის გამოსახვა შეიძლება პირამიდის სახით, რომელიც ფილტრის ფუნქციით პირველადი ჯანდაცვიდან უფრო მაღალ საფეხურზე მიემართება. ამ მოდელში სახელმწიფო წარმოადგენს ერთადერთ გადამხდელს და მომსახურების გამწვეს. სამედიცინო ხარისხთან შედარებით უფრო მეტი ყურადღება მახვილდება ხელმისაწვდომობის თანაბრობაზე როგორც გეოგრაფიული, ასევე, მომსახურების მასშტაბის თვალსაზრისით. ამ მოდელით სამედიცინო მომსახურება უმეტესწილად უფასოა, მაგრამ პაციენტს არა აქვს ექიმის ან სამკურნალო დაწესებულების არჩევანი. პირველადი ჯანდაცვის დონეს აქვს ფილტრის ფუნქცია, კერძოდ, პაციენტი ვერ მოხვდება უფრო მაღალ საფეხურზე ქვემო რგოლიდან გაგზავნის გარეშე.

2. დასავლური მოდელი. დასავლეთის ქვეყნებში არსებული მრავალფეროვნების მიუხედავად, უმეტესწილად განსხვავებულია სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება და მომარაგება, ხოლო ნაკლებად - მისი სტრუქტურა. ადმოსავლეთ ევროპის მოდელის მსგავსად, დასავლური მოდელიც პირამიდას ჰგავს, ოღონდ მას გააჩნია მომსახურების და მომარაგების დამატებითი კომპონენტები, როგორცაა მოხუცებულთა სახლი, პალიატური მკურნალობა, რეაბილიტაცია. სემაშკოს მოდელისაგან განსხვავებით, პირველად ჯანდაცვას მიეკუთვნება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული ზოგადი მკურნალობა და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ განხორციელებული პრევენციული



საქმიანობა. ნებისმიერი სპეციალიზებული მკურნალობა ხორციელდება მეორად დონეზე, ძირითადად, საავადმყოფოებში (ე.წ. ინტრამულარული მკურნალობა). გარდა სპეციალური კლინიკებისა, როგორცაა რეპროდუქციული ან ფსიქო-სოციალური ზრუნვის განყოფილებები, აღმოსავლეთ მოდელის მსგავსად, პირველადი რგოლის ექიმები აქაც მოქმედებენ როგორც „მეჭიშკრები“. მათი გაგზავნის გარეშე პაციენტი ვერ მოხვდება ჯანდაცვის უფრო მაღალ საფეხურზე, გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა. ეს ასევე მიესადაგება სპეციალურ ამბულატორიულ მომსახურებას და კლინიკებს, როგორცაა ფსიქო-სოციალური ზრუნვა, ნარკოლოგიური კლინიკები, კრიზისის ცენტრები და ა.შ.

ასეთ მოდელში მომსახურების მომარაგება და დაფინანსება, საერთოდ, ავტონომიურია თვით დიდი ბრიტანეთის ეროვნული სამედიცინო მომსახურების ფარგლებშიც კი, სადაც სახელმწიფო პრაქტიკულად ერთადერთი გადამხდელია. საბაზისო მომსახურება (პირველადი ჯანდაცვის დონე), ჩვეულებრივ, უფასოა. უფრო მაღალ საფეხურებზე კი ზოგჯერ მოითხოვება მინიმალური თანაგადახდა. კერძო პაციენტები საკუთარ დანახარჯებს თავად იხდიან. არსებობს მომსახურების როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო მომწოდებლები და პაციენტს შეუძლია თავად აირჩიოს ოჯახის ექიმი, საავადმყოფო თუ სპეციალისტი.

დასავლეთის ქვეყნების უმეტესობაში (განსაკუთრებით აშშ-ში) ჯანდაცვის სისტემა ცდილობს მიაღწიოს არა ხელმისაწვდომობის თანაბრობას, არამედ ოპტიმალურ ბალანსს მომსახურების ხარისხსა და თანაბრობას შორის.

*3. ჯანმრთელობის დაცვის შერეული მოდელი.* აზიის ზოგიერთ ქვეყანაში აღმოსავლეთ ევროპის ან დასავლური ჯანდაცვის სისტემა შერწყმულია ტრადიციულ სისტემასთან, როგორცაა ტიბეტური მცენარეული მედიცინა, ჩინური მცენარეული მედიცინა ან აიუვერდას მედიცინა (ინდოეთი). ასეთ შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ორი დამოუკიდებელი სისტემის თანაარსებობას, რომელთაგან თითოეულს აქვს საკუთარი სამედიცინო უნივერსიტეტი, შტატები, საავადმყოფოები და კლინიკები. ამ სისტემებს შორის თანაარსებობის ხარისხი და თანამშრომლობა ძალიან დიდია, მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ დიაგნოსტიკურ საშუალებას (მაგალითად, სტეტოსკოპს ან მიკროსკოპს) ორივე იყენებს. ამ განსაკუთრებულ სისტემაში არჩევანი დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, როგორცაა ადამიანთა კულტურა, დაავადების ტიპი, ხანგრძლივობა და სიმძიმე, მომსახურების ხელმისაწვდომობა. ზოგადი სახით ის არსებობს ძლიერ განვითარებული ტრადიციული სისტემის ქვეყნებში (ჩინეთი, ინდოეთი). თუ

პოსტკომუნისტურ ქვეყნებში მკურნალობის ტრადიციული სისტემა უფასო იყო, დღეს მომსახურება, ძირითადად, თანხის გადახდაზეა დამოკიდებული ისეთ ქვეყნებშიც კი, როგორცაა ჩინეთი და ვიეტნამი.

ზოგჯერ ტრადიციული მედიცინის ელემენტები რთულია ჯანდაცვის პროექტებში ან დასავლურ სისტემაში და დაზღვევის თანხითაც კი იფარება.

4. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი. იმ დროს, როცა დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანმრთელობის სისტემა კარგად განვითარებული იყო, განვითარებადი ქვეყნების უმეტესობაში ჯერ კიდევ მხოლოდ ტრადიციული სისტემა არსებობდა. კოლონიზატორებმა და მისიონერებმა შემოიტანეს უცხოური ჯანმრთელობის სისტემები. სისტემის ტიპის არჩევა დამოკიდებული იყო იმაზე, თუ ვინ მართავდა კოლონიას ან რა პოლიტიკური მიმართულების იყო ქვეყანა. მაგალითად, ტანზანია და ზამბია ამოსავალ წერტილად სემაშკოს მოდელს იყენებდნენ, თუმცა, უცხოეთიდან შემოსული სისტემების შეუსაბამისობის, სამუშაო ძალის სიმცირის, შეზღუდული ფინანსური რესურსების და არასაკმარისი ცოდნის გამო, უმრავლესი მათგანი შეიცვალა და ორიგინალური სისტემიდან მხოლოდ ჩონჩხი დარჩა. ამასობაში ტრადიციულმა სისტემამ საფუძველი დაკარგა, მაგრამ მთლიანად არ აღმოიფხვრა და ზოგ შემთხვევაში ფორმალური სისტემის ნაწილიც კი გახდა. ზოგადად, ამ სისტემის როგორც ხარისხი, ასევე რაოდენობა არაა დამაკმაყოფილებელი იყო, მოსახლეობის სწრაფი მატება კი მოთხოვნების მუდმივ ზრდას იწვევდა. 1978 წელს ქ. ალმა-ათაში ხელმოწერილი იქნა ცნობილი დეკლარაცია ამ დისბალანსის გამოსასწორებლად, რომელშიც განსაკუთრებული როლი პირველად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას ენიჭებოდა.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი იდეა მდგომარეობს დამატებითი ადამიანური და ფინანსური რესურსების გამონახვაში, რომელიც ხორციელდება საზოგადოების მობილიზაციით და სწავლებით, მოხალისეობის პრინციპით და სხვადასხვა სექტორის (განსაკუთრებით, განათლების და სოფლის მეურნეობის) ჩართვით. ესაა ე.წ. მულტისექტორული მიდგომა. გარდა ამისა, ამ მოდელით არსებული ფინანსები გადანაწილდება მესამეული და მეორეული ჯანდაცვიდან პირველადზე, სადაც შესაძლებელია დავადებათა 80%-ის ადექვატური მკურნალობა. ამ პროცესის ხელშესაწყობად დონორების მიერ შეიქმნა დამატებითი ფონდები არსებული სისტემის შესაცვლელად. მრავალი განვითარებადი ქვეყნისათვის ეს იყო ჯანდაცვის ნამდვილი რეფორმა, შეიძლება ითქვას „ჯანდაცვის რევოლუციაც“ კი. ასეთი მიდგომით აქცენტი გაკეთდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის

თანაბრობასა და სიმყარეზე, რომელიც ეფუძნება იდეას, რომ საზოგადოებაში სისტემის მტკიცედ დანერგვის შემდეგ იგი შეძლებდა არსებობას.

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია აზიის, აფრიკის და ლათინური ამერიკის მრავალ ქვეყანაში დაინერგა წარმატების სხვადასხვა დონით. ამ კონცეფციის ერთ-ერთი უდიდესი სარგებელი იყო ჯანდაცვის გაზრდილი ხელმისაწვდომობა და სოფლებში ჯანმრთელობის პოსტებისა და ავთიაქების გახსნა. გარდა ამისა, სოფლის ჯანდაცვის მუშაკების მიერ ადგილობრივი მოსახლეობისათვის სამედიცინო განათლების პროპაგანდამ სასოფლო არეებში ჯანმრთელობის ცნობიერების ზრდა განაპირობა.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ მთლიანობაში სარგებელი მაინც საკმაოდ ცოტა იყო, ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვის სისტემა მეტად რთული და ძვირი აღმოჩნდა. მეტიც, მეორადი და მესამეული ჯანდაცვა პრაქტიკულად უცვლელი დარჩა, რადგან არ არსებობდა პოლიტიკური სურვილი ძლიერი სამედიცინო ლობისა და დაფინანსების ნაწილის ჯანდაცვის პირველად რგოლზე გადანაწილების საქმეში. რეალურად, ქვეყნებში განხორციელდა არა ჯანმრთელობის სისტემის წარმატებული რეფორმა, არამედ არსებული სისტემის მხოლოდ მცირე ადაპტაცია. აღმოჩნდა, რომ უკეთესი და უფრო ხელმისაწვდომი მკურნალობის დიდი იმედები ჩანაცვლდა შედარებით რეალური მიზნით, რომელმაც ფაქტიურად გამოიწვია სისტემის დახმარება და არა მისი შეცვლა.

დღეისათვის ღარიბი ქვეყნების მიერ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კვლავაც გამოიყენება დაავადებათა შესამსუბუქებლად და სუსტი სამედიცინო სისტემის დასახმარებლად. შედარებით მდიდარმა ქვეყნებმა აირჩიეს ტოტალური სამედიცინო რეფორმები, რომელიც მოიცავს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების დეცენტრალიზაციას და პრივატიზაციას, არამედ ოჯახის ექიმთა მომზადების გეგმის გადახედვას და დაზღვევის სისტემის დანერგვას.

ჯანდაცვის სისტემა ადამიანთა კეთილდღეობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სფეროა. იგი დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე, განვითარების სტადიაზე და ბევრ სხვა ფაქტორზე, რაც განაპირობებს მსოფლიოში განსხვავებული სისტემის არსებობას. დღეისათვის მსოფლიოში გავრცელებული სამედიცინო სისტემის ზემოაღნიშნული ოთხი ძირითადი მოდელი არსებითად განსხვავდება ერთმანეთისგან, მაგრამ მათ ერთი საერთო ნიშანი ახასიათებთ, კერძოდ, ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის სფეროს განვითარება სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი პრეროგატივა და ზრუნვის საგანია.

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის შეფასება უნდა მოხდეს მისი ძირითადი შემადგენლების მიხედვით, ანუ საერთო სტრუქტურის, დინამიკის, ცალკეული სექტორისა და რეგიონის მიხედვით.

მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზარი იყოფა რამდენიმე სეგმენტად. პირველია მომსახურების სეგმენტი, რომელიც მოიცავს სამედიცინო და საგანმანათლებლო სეგმენტებს. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ბაზარი პირობითად იყოფა სამ ქვედანაყოფად: ა) სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა; ბ) დაავადებათა მკურნალობა და ქრონიკული მდგომარეობის გარკვეული სტადიების შენარჩუნება, გ) პროფილაქტიკა.

მეორეა ინოვაციების სეგმენტი, რომელიც მოიცავს სამეცნიერო კვლევებს, პატენტებს, საპატენტო ლიცენზიებს, ნოუ-ჰაუს, პროგრამულ პროდუქტებს და სასწავლო პროგრამებს.

ცალკეა სამედიცინო დაზღვევისა და სამედიცინო საფონდო ბაზრების სეგმენტები, რომლებიც, მათი დიდი მნიშვნელობის მიუხედავად, საკვლევი თემის სპეციფიკიდან გამომდინარე, აქ არ განხილება.

მეცნიერთა შეფასებით, სამედიცინო მომსახურებაზე მოდის ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის დაახლოებით 82%, სამკურნალო საშუალებები იჭერენ საერთო ბრუნვის 10%-ს, ინოვაციები – 5%-ს, სამედიცინო ტექნიკა – 2,3%-ს. საგანმანათლებლო მომსახურება – 0,7%-ს. [73] სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოცულობის ზრდა ასრულებს მასტიმულირებელ როლს, კერძოდ, იწვევს სასაქონლო სეგმენტის გაფართოებას, ახდენს ახალი ტექნოლოგიების შემუშავების აქტივიზაციას და აღიძვრს მოთხოვნას სამედიცინო განათლებაზე. მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზრის ინტეგრირებადი ფაქტორები, მისი ინოვაციური და სასაქონლო სეგმენტები განაპირობებენ, ერთი მხრივ, სამედიცინო დაზღვევის გლობალიზაციას და, მეორეს მხრივ, ჯანდაცვის ეროვნული ბაზრების ვიწრო სპეციალიზაციას.

სამედიცინო მომსახურების ბაზრების ძირითადი სპეციფიკა იმაშია, რომ ამ ბაზრების ფორმირებაზე დიდ გავლენას ახდენენ არა მომხმარებლები, არამედ მომსახურების მიმწოდებლები. ამიტომ სამედიცინო მომსახურების ბაზრების მოცულობათა ზრდა შეინიშნება იმ ქვეყნებში (მაგალითად, აშშ-ში, საფრანგეთში), სადაც ადგილი აქვს სამედიცინო მომსახურების გადახდის „ჰონორარულ“ პრინციპს. აღნიშნული მაჩვენებელი ნაკლებად იზრდება იმ ქვეყნებში (მაგალითად, დიდი ბრიტანეთში), სადაც ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურება ხდება „სულადობრივი“ პრინციპით.

უნდა შევნიშნოთ ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის ბაზრების გლობალიზაციის პროცესები ყველაზე მეტად ვლინდება სწრაფად განვითარებად ფარმაცევტულ ბაზრებზე. ეს განპირობებულია იმით, რომ ფარმაცევტული მრეწველობა მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების ეკონომიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სექტორია. ფარმაცევტული პროდუქციის გაყიდვების საერთო მოცულობა წლიურად შეადგენს დაახლოებით 400 მლრდ დოლარს. ფარმაცევტული კომპანიები იყენებენ ბიოლოგიის, ქიმიის, დისციპლინათა შორისი კვლევების უახლეს მეცნიერულ მიღწევებს. ისინი მუდმივად ქმნიან და ავითარებენ ახალ მიმართულებებს სამეცნიერო სფეროებში, რისთვისაც ხარჯავენ სახსრების 25%-ს [73]. ფარმაცევტული მრეწველობა გადამწყვეტ როლს ასრულებს ზოგიერთი განვითარებადი ქვეყნის ეკონომიკაში. ასე, მაგალითად, ჩინეთის სახელმწიფო პოლიტიკა, 1990 წლიდან მოყოლებული, ითვალისწინებს ფარმაცევტული დარგის გაძლიერებას. ასეთი პოლიტიკის შედეგად, ქვეყანაში შეიქმნა ისეთი ფარმაცევტული მრეწველობა, რომელიც სიდიდით მესამეა მსოფლიოში (აშშ-სა და ევროკავშირის შემდეგ). იგი აწარმოებს 18 მლრდ დოლარის პროდუქციას შიდა მოხმარებისათვის და 11 მლრდ დოლარის საექსპორტო პროდუქციას [74]. ამასთან, აშშ-ში წამლების დასამზადებლად გამოყენებული აქტიური ინგრედიენტების 80%-ზე მეტი იმპორტულია, რომლის ძირითადი ნაწილი მოდის ჩინეთზე. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფარმაცევტული ბაზრები მონოპოლიური კონკურენციის ტიპისაა, ამიტომ ტრანსნაციონალურ კომპანიებს შორის ბრძოლა მიმდინარეობს არა პრეპარატების ფასების მიხედვით, არამედ უახლესი სამეცნიერო მიღწევების ფართოდ გამოყენების გზით.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, სამედიცინო მოწყობილობის ღირებულება ყოველწლიურად იზრდება. ასე, მაგალითად, 2005 წელს, 2000 წელთან შედარებით, ზრდამ შეადგინა 96 მლრდ დოლარი. ამ სახის ბაზარზე უპირობო ლიდერი არის აშშ, რომელზეც მოდის მსოფლიო გაყიდვების 40%-ზე მეტი. მეორე ადგილზეა ევროპა (25%), მესამეზე – აზია (21%, აქედან იაპონიაზე მოდის 15%). შედარებით იაფი სამედიცინო ტექნიკის წარმოებაში წამყვან პოზიციებს იკავებენ ინდონეზია, მალაიზია, პაკისტანი და სხვა განვითარებადი ქვეყნები აზია-წყნარი ოკეანის რეგიონიდან [75].

მართალია, სამედიცინო ინოვაციების მსოფლიო ბაზარი შედარებით მცირე მოცულობისაა (ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის 5%), მაგრამ იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მსოფლიო ბაზრის სხვა სეგმენტის განვითარებაზე. უფრო მეტიც,

ბაზრის ინოვაციური სეგმენტის ზრდამ შეიძლება ხელი შეუწეოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ისეთი ქვედანაყოფის შექმნას, როგორცაა ქრონიკული დაავადებების მკურნალობაში ურთიერთდახმარების უზრუნველყოფა. აღსანიშნავია, რომ აშშ-ში ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე სამეცნიერო კვლევებზე საერთო დანახარჯები შეადგენს 35 მლრდ დოლარს, ანუ მთელი სამეცნიერო-კვლევითი და საცდელ-საკონსტრუქტორო სამუშაოების 20%-ს [76, გვ. 28-41].

ჯანდაცვის ეროვნული ბაზრები პირობითად შეიძლება დაფიქსირდეს ორ ტიპად: გასაღებისა და მიწოდების ბაზრებად. პირველს მიეკუთვნება ჯანდაცვის ეროვნული ბაზრები ინდუსტრიულად განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში (გასაღებისა და მიწოდების სხვადასხვა წილით), ხოლო მეორეს – ეკონომიკურად ჩამორჩენილი ქვეყნების ბაზრები, სადაც ჯანდაცვის პროდუქტებზე მოთხოვნა მაღალია, ხოლო მათი შექმნის ფინანსური შესაძლებლობები დაბალია ან საერთოდ არ არსებობს. ამიტომ ასეთ ქვეყნებში ჯანდაცვის პროდუქტები შედის ჰუმანიტარული დახმარების გზით.

2.1 ცხრილში მოტანილია ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის მოცულობის პროგნოზული შეფასება ხუთი სეგმენტის მიხედვით, როგორცაა ინოვაციური, საგანმანათლებლო, სამედიცინო მომსახურება (დახმარება), სამკურნალო-წამლო (ფარმაცევტული) საშუალებები, სამედიცინო ტექნიკა და სამედიცინო მოწყობილობები [77]. როგორც ცხრილის ანალიზი გვიჩვენებს, ჯანდაცვის ბაზარზე მაღალი ხვედრითი წილითაა წარმოდგენილი სამედიცინო მომსახურების სეგმენტი. ამასთან, უნდა აღვნიშნოთ, რომ დანარჩენ სეგმენტებს, დაბალი ხვედრითი წილის მიუხედავად, დიდი მნიშვნელობა აქვთ დარგის წარმატებული ფუნქციონირებისათვის.

სავსებით ცხადია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარი არათანაბრადაა განვითარებული მსოფლიო რეგიონების მიხედვით, რომელიც დამოკიდებულია მოსახლეობის და სახელმწიფოს შემოსავლებზე (იხ. ცხრილი 2.2) [77].

რეკონსტრუქციისა და განვითარების მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 2004 წელს ჯანდაცვაზე დანახარჯების ყველაზე მეტი ზრდა ფიქსირდება ღსთ-ს ამიერკავკასიის ქვეყნებში (8,6%), სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიაში (6,1%) და ჩრდილო ამერიკაში (5,2%). ნულოვანი ზრდა ფიქსირდება აფრიკაში, ცენტრალურ და სამხრეთ ამერიკაში [76, გვ. 122-123].

ჯანდაცვის მსოფლიო რეგიონალური ბაზრების შესახებ ზემოთ მოყვანილი გათვლები ეყრდნობა რეკონსტრუქციისა და განვითარების მსოფლიო ბანკის და

ცხრილი 2.1

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის პროგნოზული შეფასება სეგმენტების მიხედვით  
(მლრდ დოლარი) \*

ჯანდაცვის ბაზრის სექტორები	2010 წ	2020 წ
ინოვაციური	207,2	281,8
საგანმანათლებლო	26,9	96,6
სამედიცინო დახმარება	3522,3	4790,3
სამკურნალო საშუალებები	420,0	571,2
სამედიცინო ტექნიკა და სამედიცინო მოწყობილობა	99,5	135,3
ჯამი	4275,9	5815,2

\*წყარო: <http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1235>

ცხრილი 2.2

ჯანდაცვის ბაზრის პროგნოზული შეფასება მსოფლიო რეგიონების მიხედვით  
(მლრდ დოლარი)\*

რეგიონები	2010 წ	2020 წ
აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები და დსთ	41,5	62,3
დსთ-ს ამიერკავკასიის ქვეყნები	0,6	0,96
დსთ-ს ცენტრალური აზიის ქვეყნები	2,4	3,7
ევროკავშირი	968,0	1162,3
სხვა ევროპული ქვეყნები	56,4	73,3
ჩრდილოეთ ამერიკა	2049,7	3074,6
ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკა	327,8	426,2
აფრიკა	259,9	336,6
შუა (ახლო) აღმოსავლეთ და ჩრდილო აფრიკა	38,7	44,5
სამხრეთ აზია (ინდოეთი)	43,2	60,5
სამხრეთ აღმოსავლეთ აზია (ვიეტნამი, ინდონეზია)	46,9	65,7
აღმოსავლეთ აზია (ჩინეთი)	529,1	793,7
სხვა რეგიონები	55,6	77,8
სულ	4113,7	182,4

\*წყარო: <http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1235>

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგნოზულ შეფასებებს [78].

ამ გათვლების მიხედვით, ჯანდაცვის ბაზრის მოცულობის ზრდა შეინიშნება ევროპის და დსთ-ს ამიერკავკასიის ქვეყნებში, აღმოსავლეთ აზიასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში. ამასთან, ჩრდილოეთ ამერიკის ჯანდაცვის ბაზარი (ყველაზე დიდი მსოფლიოში) 2020 წლისათვის მიაღწევს 3074,6 მლრდ დოლარს. ჯანდაცვის ბაზრის ზრდა ევროპის და დსთ-ს ქვეყნებში ნავარაუდევია მომსახურების სექტორში (განათლება, სამედიცინო დახმარება) და ინოვაციურ სექტორში.

უნდა აღნიშნოს, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის პროგნოზული შეფასებები, რეკონსტრუქციისა და განვითარების მსოფლიო ბანკის მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება შეფასდეს, როგორც ძალზე ფრთხილი მიდგომები. ზოგიერთი ამერიკელი ექსპერტის აზრით, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების სიდიდე 2015 წლისათვის მიაღწევს 4 ტრილიონ დოლარს (საშუალო წლიური ზრდის ტემპი იქნება 7.2 %). ასე, რომ ჯანდაცვაზე ერთი ქვეყნის დანახარჯები 2015 წელს უტოლდება დანარჩენი მსოფლიოს მიერ 2010 წელს ამ მიზნით გაწეული ხარჯების საერთო მოცულობას (4,2 ტრილიონ დოლარს) [78].

გარდა ამისა, აზიური (ჩინეთის და ინდოეთის) და სამხრეთ ამერიკული (ბრაზილიის) ეკონომიკის ზრდა შექმნის წინაპირობებს, რათა უფრო მეტად გაიზარდოს ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის მოცულობა. კერძოდ, 2020 წლისათვის ეს მაჩვენებელი მიაღწევს 8-10 მლრდ დოლარს. ამასთან, ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარში უწინდებურად უპირატესი იქნება სამედიცინო მომსახურების ბაზარი. ინტეგრირებად ფაქტორად კვლავ დარჩება ინოვაციური სექტორი, რომელიც ასტიმულირებს ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის სასაქონლო სექტორს, განსაკუთრებით, მედიკამენტების ბაზარს, რომელიც სულ უფრო მეტად იყენებს თანამედროვე უჯრედული და გენური ინჟინერიის ტექნოლოგიებს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის განვითარებაზე გავლენას ახდენს პოლიტიკური ფაქტორები, რაც ნათლად ჩანს მსოფლიოს უმსხვილესი პოლიტიკური პარტიების მაგალითზე. კერძოდ, დიდ ბრიტანეთში ლეიბორისტული პარტიების ძალისხმევით, 1948 წლიდან შეიქმნა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური, რომელიც ორიენტირებულია საერთო ხელმისაწვდომობის პრინციპებზე და ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან [79]. 1990-იანი წლების დასაწყისში მმართველმა კონსერვატორულმა პარტიამ დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, შემოიტანა ამ სფეროში საბაზრო ელემენტები დარგის შენახვაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯების შემცირების მიზნით. დაბრუნდა რა ქვეყნის მართვაში, ლეიბორისტულმა



პარტიამ 2000 წლისათვის შეიმუშავა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის სახელმწიფო დაფინანსების და რეფორმის პროგრამა XXI ს-ის მოთხოვნების გათვალისწინებით [80].

აშშ-ში ბ. კლინტონის (დემოკრატიული პარტია) პრეზიდენტობის დროს დაიგეგმა ჯანდაცვის ძირეული რეფორმის განხორციელება, რომელიც ითვალისწინებდა საერთო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევას, მაგრამ, ერთი წლის შემდეგ ამ პროგრამამ სრული კრაზი განიცადა დაინტერესებული ჯგუფების გავლენით, რომლებიც მსხვილი სამედიცინო ბიზნესის წარმომადგენლები იყვნენ. 1993-1994 წლებში ამ ფინანსურმა ჯგუფებმა 100 მლნ დოლარზე მეტი დახარჯეს აღნიშნული რეფორმის ჩასაშლელად [81]. რეფორმის მოწინააღმდეგეთა აზრით, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემამ შეიძლება გამოიწვიოს გათანაბრებითი მომსახურება, რომელიც ამერიკული ცხოვრების წესს ეწინააღმდეგება. მიუხედავად ამისა, კლინტონის პრეზიდენტობის პერიოდში აშშ-ს პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში ორიენტირებული იყო სამედიცინო დაზღვევის საყოველთაო ხელმისაწვდომობაზე, რომელიც ეფუძნებოდა სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის გაძლიერებას. 2001 წლიდან ბუშის (რესპუბლიკური პარტია) ადმინისტრაციის პერიოდში ეს ტენდენციები ძირეულად შეიცვალა. რესპუბლიკური პარტიის პლატფორმა ჯანდაცვის სისტემებთან მიმართებაში აქცენტს აკეთებდა დასაქმების სრულყოფაზე და ახალი სამუშაო ადგილების შექმნაზე, რაც, მათი შეხედულებით, გაცილებით უფრო განავითარებდა ჯანდაცვის სისტემებს, ვიდრე რომელიმე სამთავრობო პროგრამა [82].

გერმანიის სოციალ-დემოკრატიული პარტიის პროგრამის ძირითადი პრიორიტეტია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების მიზნით მკურნალობისა და ავადმყოფთა მოვლის ხარისხის სტანდარტების შემოღება. ასევე გაითვალისწინება ის გარემოება, რომ ევროინტეგრაციის განვითარება მოითხოვს შესაბამისი სტანდარტების დანერგვას. სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფას განაპირობებს ექიმებს შორის სადაზღვევო ფონდებთან კონტრაქტების დადებით კონკურენციის წახალისება. ხარჯების ეკონომიის მიზნით შემოღებულ იქნება ფინანსური სტიმულები, რომლებიც წახალისებენ მოსახლეობას, კონსულტაციები გაიარონ საერთო პრაქტიკის ექიმებთან და არა სპეციალისტებთან. მთლიანად გატარდება ღონისძიებები ჯანდაცვის მოქმედი სისტემის ფუნქციონირების მხარდასაჭერად, რომელშიც განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა სამედიცინო დაზღვევის კერძო სექტორს [83].

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების აუცილებლობაზე მეტყველებს ლიბერალური პარტიის პროგრამა კანადაში, სადაც მოქმედებს საყოველთაო სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა. კანადის ფედერალური კანონი ჯანდაცვის შესახებ (1984წ) განსაზღვრავს, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სიტემამ უნდა მოიცავს მკურნალობა და სამედიცინო მეთვალყურეობა საავადმყოფოებში, სამედიცინო დაწესებულებებში და მათ ფარგლებს გარეთ. ამასთან, სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, კანონი უკრძალავს კერძო სამედიცინო დაწესებულებებს, აღმოუჩინონ მოსახლეობას იმ სახის სამედიცინო დახმარება, რომლებიც ჩართულია გარანტირებული სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის რიცხვში [84]. კანადის ლიბერალური პარტია ცდილობს მთელი მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი იყოს კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება, გახდეს ჯანდაცვის სისტემა უფრო მდგრადი და თანამედროვე. ლიბერალურმა ხელისუფლებამ შეიმუშავა პირველი ეროვნული სტრატეგია ჯანდაცვის განმტკიცებისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის ხაზით, აგრეთვე ფედერალური სტრატეგია თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით [85]. 2000 წლის სექტემბერში დადგინდა ჯანდაცვის სფეროში მოქმედებების გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს ასიგნებებს ჯანდაცვაში, სამედიცინო მომსახურების მატერიალურ-ტექნიკური და საკადრო უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის პროფილაქტიკური მიმართულებების გაძლიერებას და საზოგადოების როლის გაძლიერებას ამ პრობლემების გადაჭრის საქმეში.

დაახლოებით მსგავს მიზნებს ისახავს ავსტრალიის ლიბერალური პარტია. იგი გულისხმობს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის მოდერნიზაციას, რომელიც დაფინანსდება საზოგადოებრივი ფონდებიდან და უზრუნველყოფს მოსახლეობას მაღალხარისხიანი სამედიცინო დახმარებით. იმისათვის, რომ ჯანდაცვის კერძო სექტორი ხელმისაწვდომი გახდეს, კერძო დაზღვევის პოლისის ღირებულების 30% ნაზღაურდება საბიუჯეტო ფონდების სახსრებიდან. ამასთან, საავადმყოფო მომსახურებაზე კერძო სადაზღვევო პოლისის ღირებულება მცირდება იმის მიხედვით, თუ რამდენად რეგულარულად ახდენს პაციენტი ამ მომსახურების შექენას [86].

რუსეთის ყველაზე ძლიერი და მმართველი პარტია „ედინაია რასია“ გამოდის სოციალური დაზღვევისა და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბების ინიციატივით, რომელიც აღჭურვილი და ორგანიზებული იქნება ევროპულ დონეზე. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა უნდა იყოს არამარტო

საბიუჯეტო, არამედ კერძოც, რათა სამედიცინო მუშაკებს გარანტირებული ჰქონდეთ ცხოვრების მაღალი დონე, სამედიცინო დაწესებულებებს – საჭირო და აუცილებელი ტექნიკა, ხოლო ამავე მოქალაქეებს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.

მსოფლიოს უმსხვილესი პოლიტიკური პარტიების პოზიციები ჯანდაცვის შესახებ ზოგადი სახით მოცემულია 2.3 ცხრილში. ცხრილის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ხუთი მაღალგანვითარებული ქვეყნის პოლიტიკური პარტიები მიზნად ისახავენ სამედიცინო დახმარების საყოველთაო ხელმისაწვდომობას და მაღალ ხარისხს, ოღონდ, ამ მიზნის მიღწევის გზები სხვადასხვაა. ეს ქვეყნები, აშშ-ს გარდა, მხარს უჭერენ დარგის სახელმწიფო რეგულირებას ისეთი ფორმების ჩათვლით, როგორცაა საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევა და უფასო სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო გარანტიები. მათი პოზიციებიდან კერძო მედიცინა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო სამსახურის დამატებითი ფორმა, რომელიც გარკვეულწილად შეამსუბუქებს სახელმწიფო სექტორის დატვირთვას და მოქალაქეებს არჩევანის შესაძლებლობას მისცემს.

ქვეყნები, სადაც ჯანდაცვა სწრაფად ვითარდება, მოთხოვნის ზრდა, რომელსაც თან ახლავს მსყიდველობითუნარიანობის გადიდება, მომსახურების სფეროს სწრაფი ტემპებით გაფართოებას იწვევს. თუ ვივარაუდებთ, რომ მიმდინარე ზრდის ტემპები შენარჩუნდება 2015 წლამდე, ჯანდაცვაზე დანახარჯები მოსახლეობის ერთ სულზე გაანგარიშებით, 2005 წელთან შედარებით, აშშ-ში გაიზრდება 60%-ით, ევროპისა და ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნებში - გაორმაგდება, ხოლო აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში - გასამდება. ეს აიხსნება იმით, რომ პაციენტები მაღალგანვითარებული და მაღალი სამედიცინო ხარჯების მქონე ეკონომიკის ქვეყნებიდან მიდიან იმ ქვეყნებში, სადაც შედარებით დაბალდანახარჯებიანი ჯანდაცვის ეკონომიკაა. ეს, თავის მხრივ, სამედიცინო ტურიზმის განვითარებას იწვევს [87]. ამ ტენდენციების საპირისპიროდ, ჯანდაცვის სამინისტროების საქმიანობა ბევრ ქვეყანაში კვლავაც ორგანიზდება კონკრეტულ დაავადებებთან ბრძოლის პროგრამების გარშემო. ამის შედეგად ხშირად ყალიბდება ორდონიანი სისტემა ჯანდაცვის მაღალგანვითარებული სპეციალიზებული ინფრასტრუქტურით, რომელიც პასუხობს მდიდარი უმცირესობის მოლოდინს. თანაც, ამ დროს მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის სახეხეა უზარმაზარი განსხვავება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში.

მსოფლიოს უმსხვილესი პოლიტიკური პარტიების პოზიციები  
ჯანდაცვასთან მიმართებაში \*

	ქვეყნები და პარტიები					
	ავსტრალია: ლიბერალური პარტია	დიდი ბრიტანეთი; ლეიბორისტული პარტია:	გერმანია სოციალ- დემოკრატიული პარტია	კანადა: ლიბერალური პარტია	აშშ: რესპუბლიკური პარტია	რუსეთი: „ედინაია რასია“
ჯანდაცვის რეგულირების უპირატესად სახელმწიფო ხასიათი	+	+	+	+	-	+
სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო ხასიათი	+	-	+	+	-	-
კერძო მედიცინა, როგორც ჯანდაცვის სისტემის საფუძველი	-	-	-	-	+	-
სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა	+	+	+	+	+	+
სტანდარტიზაცია ჯანდაცვაში	-	-	+	-	+	+
დაფინანსების გაფართოება ჯანდაცვაში	+	+	-	+	+	+
ჯანდაცვის პროფილაქტიკური მიმართულება	+	+	+	+	-	+
პაციენტების უფლებების უზრუნველყოფა	-	-	+	+	+	+

\*წყარო: <http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1235>

რეფორმები, რომლებიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე და ორიენტირებულია ადამიანთა პირველადი სამედიცინო სანიტარულ დახმარებაზე, განაპირობებენ მსგავსი დისპროპორციების აღმოფხვრას. ეს რეფორმები იყენებენ ახალი ტექნოლოგიების

უპირატესობას, რომლებიც უზრუნველყოფენ სწრაფ, მარტივ, საიმედო და შედარებით იაფ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას. ასეთია მიღწევები ქირურგიის სფეროში, რომლებიც საერთოდ გამორიცხავენ ან მკვეთრად ამცირებენ ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობას. მსგავსი სიახლეები მნიშვნელოვნად აფართოვებს პირველადი სამედიცინო დახმარების შესაძლებლობებს და ზრდის პრაქტიკოს ექიმ-თერაპევტების როლს [88].

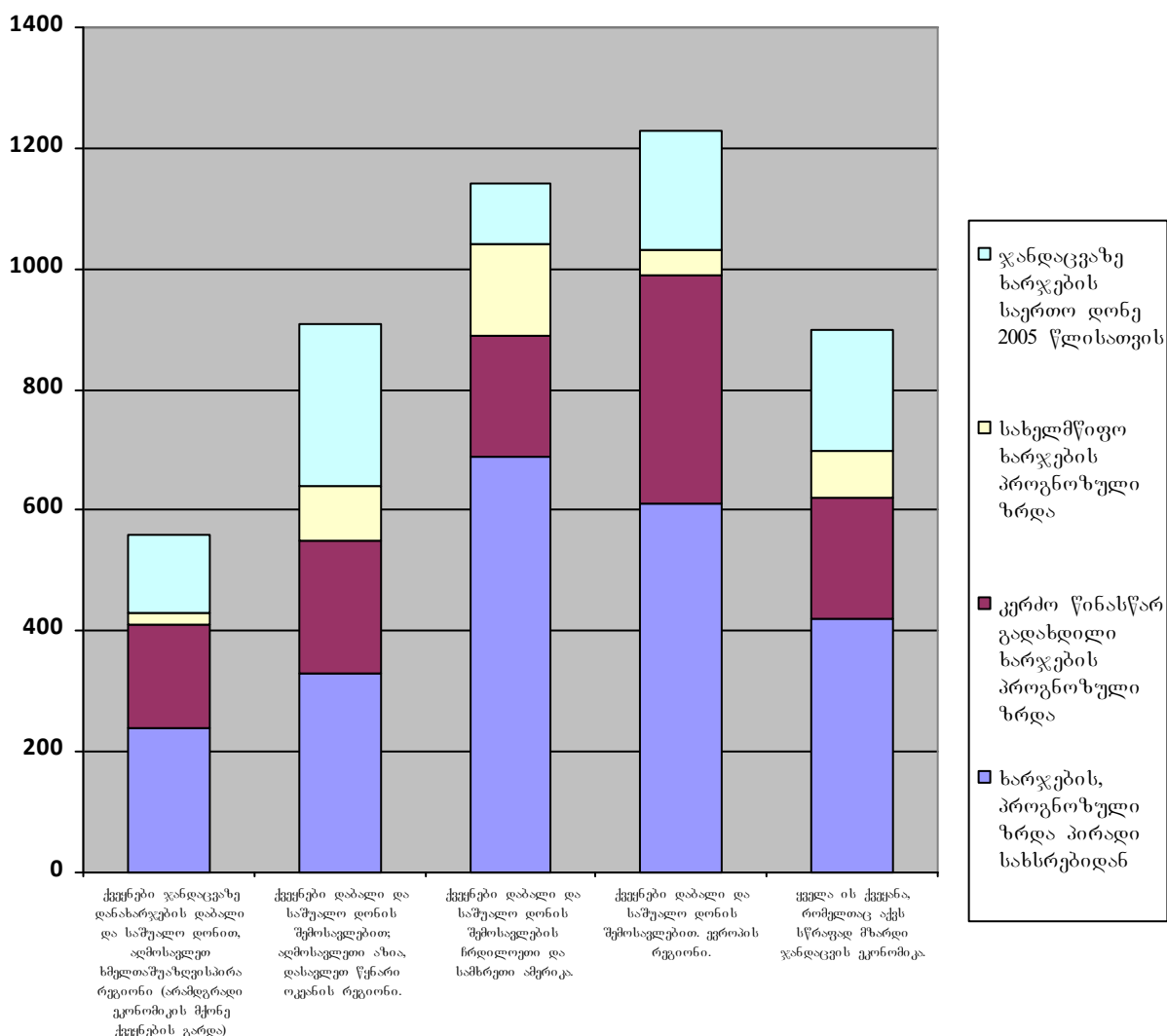
საინტერესოა გავეცნოთ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის პროგნოზულ ხარჯებს 2015 წლისათვის იმ ქვეყნებში, სადაც სწრაფად იზრდება ჯანდაცვის ეკონომიკა (იხ. დიაგრამა 2.1). ასეთი ქვეყნები შეიძლება დაგვით შემდეგ სეგმენტებად [89]:

- ქვეყნები ჯანდაცვაზე დანახარჯების დაბალი და საშუალო დონით. (აღმოსავლეთ ხმელთაშუაზღვისპირა რეგიონი, არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნების გარდა);
- ქვეყნები დაბალი და საშუალო დონის შემოსავლებით (აღმოსავლეთი აზია, დასავლეთ წყნარი ოკეანის რეგიონი);
- ქვეყნები დაბალი და საშუალო დონის შემოსავლებით (ჩრდილოეთი და სამხრეთი ამერიკა);
- ქვეყნები დაბალი და საშუალო დონის შემოსავლებით (ევროპის რეგიონი);
- ყველა ის ქვეყანა, რომელსაც აქვს სწრაფად მზარდი ჯანდაცვის ეკონომიკა.

სწრაფად მზარდი ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში (ჩრდილო და სამხრეთ ამერიკის და ევროპის რეგიონი) მოსალოდნელია მესამედზე ნაკლები ზრდა, რაც მიიღწევა ჯანდაცვაზე ნაღდად გადახდილი ხარჯების მატებით. ამასთან, ზრდის ორი მესამედი მოდის სახელმწიფო ხარჯების გადიდებაზე. ჩრდილო და სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში ეს ხდება ხარჯების კერძო წინასწარი გადახდების ზრდის პარალელურად. ხარჯების გადახდის ბოლო სახეობა დიდ როლს ასრულებს შორეული აღმოსავლეთის ქვეყნებში, სადაც, ისევე როგორც ახლო აღმოსავლეთში, შეიმჩნევა ზრდის 40%. პირველადი სამედიცინო დახმარების რეფორმის ეფექტიანი განხორციელება ნაწილობრივ დამოკიდებული იქნება სამედიცინო მომსახურების ხარჯების სიდიდესა და რეგულირების შესაძლებლობებზე. ეს განსაკუთრებით ეხება აზიას, სადაც შეზღუდულია ნაღდად გადახდილ ხარჯებზე დამოკიდებულება.

იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე გაიწევა დაბალი დანახარჯები და, შესაბამისად, ჯანდაცვის ეკონომიკა ნელი ტემპებით ვითარდება, ცხოვრობს 2,6

სწრაფადმზარდი ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში მოსახლეობის ერთ სულზე ჯანდაცვის პროგნოზული ხარჯები (საშუალო შეწონილი მაჩვენებლები) 2015 წლისათვის (აშშ დოლარებში)\*



\*წყარო: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)

მილიარდი კაცი. მათზე მოდის ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი მსოფლიო დანახარჯების 5%. ამ ქვეყნებში ფიქსირდება დედათა სიკვდილიანობის მაღალი დონე (ყველა შემთხვევის თითქმის 90%). შემფოთებას იწვევს ის ფაქტი, რომ ამ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე დანახარჯები ნელა იზრდება და იგი დამოკიდებულია პოლიტიკურ და ეკონომიკურ სიტუაციაზე. არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში (განსაკუთრებით, აფრიკის ქვეყნებში) ჯანდაცვის ხარჯების დონე არა მარტო დაბალია, არამედ ძალზე ნელი ტემპით იზრდება. ამ უმნიშვნელო ზრდის

28% მიღწეულია ბოლო წლებში, ისიც გარედან შემოსული დახმარების ხარჯზე. ამ ჯგუფის სხვა ქვეყნებში ჯანდაცვაზე დანახარჯები უფრო სწრაფი ტემპით იზრდება, საშუალოწლიურად 6-7%-ით. არსებული ტენდენციების შენარჩუნების პირობებში, ჯანდაცვის დანახარჯები მოსახლეობის ერთ სულზე 2015 წლისათვის, 2005 წელთან შედარებით, თითქმის ორჯერ გაიზრდება ინდოეთში. სხვა ქვეყნებში, არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნების გამოკლებით, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები ერთნახევარჯერ გაიზრდება (იხ. დიაგრამა 2.2). ბევრ ქვეყანაში ეს შესაძლებელს ხდის გატარდეს რეფორმები პირველადი სამედიცინო დახმარების სფეროში, განსაკუთრებით იქ, სადაც ზრდა მიიღწევა სახელმწიფო ხარჯების გადიდებით, ან ისე, როგორც სამხრეთ აფრიკაშია, კერძოდ, წინასწარი გადახდის სხვა ფორმების მეშვეობით. ინდოეთში ამ ზრდის 80%, არსებული ტენდენციების შენარჩუნების პირობებში, მიღწეული იქნება ნაღდად გადახდილი სახსრების ხარჯზე, რაც მნიშვნელოვნად შეზღუდავს რეფორმის განხორციელების შესაძლებლობებს. ამ რეგიონის ქვეყნებში დაგროვდა რიგი პრობლემები, რომელთაც, მიუხედავად მათი სხვადასხვაგვარობისა, საერთო მახასიათებლები აქვთ. მოსახლეობის ბევრი ჯგუფისათვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ხელმიუწვდომელია, უფრო მეტიც, ისინი ვერ ახერხებენ ელემენტარული მომსახურების შეძენას მეტისმეტი სიძვირის, დაუფინანსებლობის, სამედიცინო პერსონალის ან მოწყობილობების უკმარისობის ან ზოგიერთი პრიორიტეტული პროგრამის შეზღუდულობის გამო.

2.2 დიაგრამაზე მოცემულია პროგნოზული ხარჯები (საშუალო შეწონილი მაჩვენებლები) ჯანდაცვაზე მოსახლეობის 1 სულზე 2015 წლისათვის იმ ქვეყნებში, სადაც არის დაბალდანახარჯებიანი ჯანდაცვის ეკონომიკა. ასეთი ქვეყნები შეიძლება დაეყოს შემდეგ სეგმენტებად: არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნები, სამხრეთი და სამხრეთ-აღმოსავლეთი აზია (არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნების გარეშე), ინდოეთი, აფრიკის ქვეყნები საჰარის სამხრეთით (არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნების გარეშე), ყველა ქვეყანა, რომელსაც აქვს დაბალდანახარჯებიანი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ეკონომიკის ნელი განვითარების ტემპები [89]. ამ ქვეყნების უმეტესობაში სახელმწიფო წარსულში ახორციელებდა ჯანდაცვის სექტორის მართვის ავტორიტარულ სტილს. თანამედროვე პლურალური ეკონომიკის პირობებში, როცა არსებობს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელთა დიდი სიმრავლე (ფორმალური და არაფორმალური, სახელმწიფო და კერძო), მხოლოდ ქვეყანათა მცირე რიცხვმა თუ მოახერხა გამოყენებინა უფრო

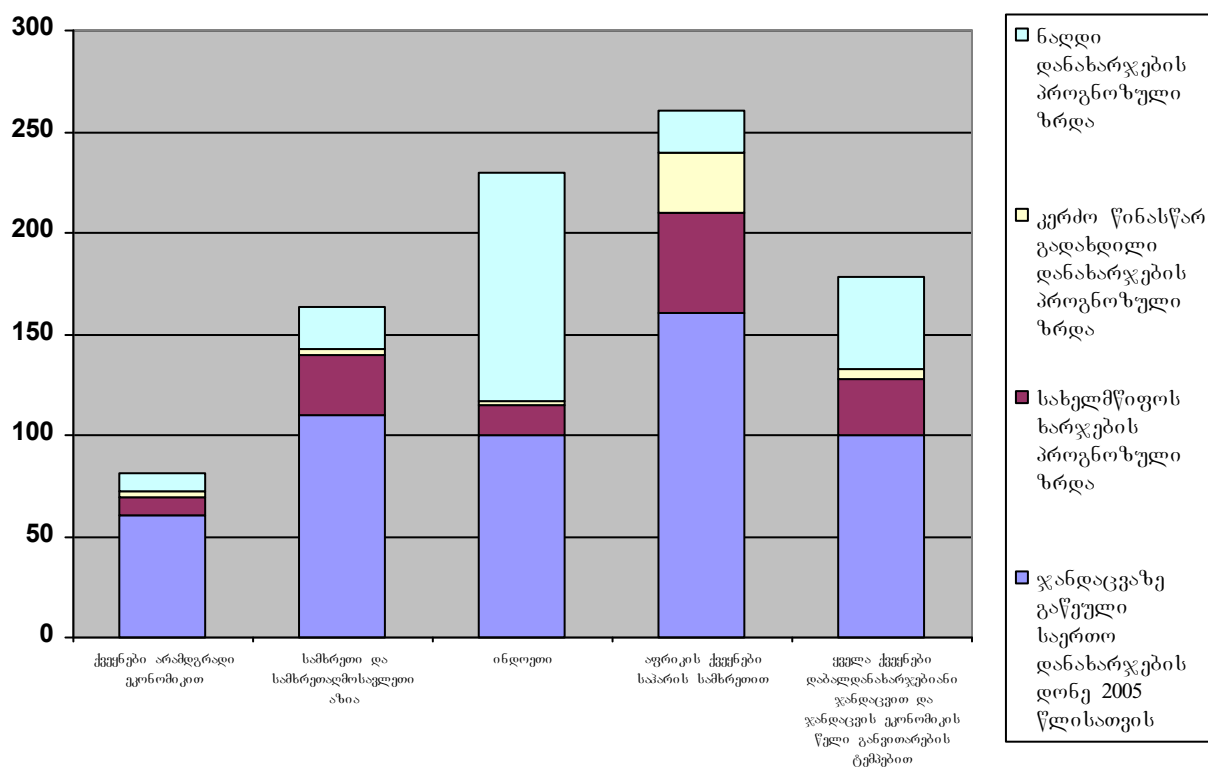
ადექვატური მიდგომები კონსულტაციებისა და მოლაპარაკებების ჩატარების საფუძველზე. ამასთან, სახელმწიფო დაფინანსების პირობებში, ბიუროკრატიულ მექანიზმებთან ბრძოლის ფონზე, სახელმწიფომ აირჩია, როგორც წესი, ჯანდაცვის სექტორის მართვაში ჩაურევლობის პოლიტიკა. ამის შედეგად განხორციელდა იშვიათი და სუსტი მცდელობები კომერციულ საწყისებზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების რეგულირების თვალსაზრისით. შესაბამისად, არა მარტო კერძო, არამედ სახელმწიფო სექტორშიც კი ადგილი ჰქონდა კერძო სახით სამედიცინო დახმარების არარეგულარულ მიწოდებას. ასეთ პირობებში ხელისუფლების პოტენციალი ხშირად ზღუდავს ახალი რესურსების მოზიდვას საქმიანობის ეფექტიანობის ასამაღლებლად.

დაბალდანახარჯებიანი ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნების უმეტესობაში (განსაკუთრებით, საჰარის ქვემოთ მდებარე აფრიკის ქვეყნებში და არამდგრადი ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში) ადგილი აქვს ჯანდაცვის განვითარებისათვის გარედან მოზიდული გასაწევი ხარჯების მკვეთრ ზრდას. წარსულში დონორული დახმარების ძირითადი ნაწილი მიდიოდა მოკლევადიანი პრობლემებისა და პროგრამების განხორციელებაზე, რაც იწვევდა ფუჭ ხარჯებს და ზოგჯერ ხელს უშლიდა ფინანსური ინსტიტუტების ჩამოყალიბებას, რომელიც აუცილებელი იყო მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურებით საყოველთაო მოცვის პროგრამების მართვისათვის. აღსანიშნავია, რომ ასეთ ქვეყნებში დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის სიდიდე ძალზე მაშტაბურია, ამიტომაც სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ძველებურად რჩება ძირითად ამოცანად. ეს მოითხოვს საექიმო უბნების თანდათანობით დაწერგვას სახელმწიფო სამსახურების ორგანიზების, ხელშეკრულებების დადების ან ორივეს ერთდროული გამოყენებით. ბევრი აფრიკული ქვეყნის დედაქალაქში მთლიანად ან თითქმის მთლიანად გაქრა პირველადი თუ მეორადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. ეს სამსახურები შეცვალა სამედიცინო მომსახურების არარეგულირებულმა კომერციულმა მიწოდებლებმა. შემოქმედებითი გადაწყვეტილებები ხელისუფლების ადგილობრივ ორგანოებთან, სამოქალაქო საზოგადოებების ორგანიზაციებთან და მომხმარებლებთან შესაძლებელს ხდიან გამოყენებული იქნას მზარდი ფინანსური სახსრები, რომლებიც კერძო წინასწარ გადახდებს აერთიანებენ.

ამრიგად, ჩატარებული სიტუაციური ანალიზი ცხადყოფს, რომ მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემა აწყდება დანახარჯების ზრდას და



დაბალდანახარჯებიანი ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში მოსახლეობის ერთ სულზე ჯანდაცვის პროგნოზული ხარჯები (საშუალო შეწონილი მაჩვენებლები) 2015 წლისათვის (აშშ დოლარებში)\*



\*წ

\*წყარო: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)

მოსახლეობის რაღაც ნაწილისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმიუწვდომლობის პრობლემებს. ჯანდაცვის ორგანიზაციის რომელიმე უნივერსალური მოდელი, რომელიც გამოსადეგი იქნებოდა ყველასათვის, ცხადია, არ არსებობს. სხვადასხვა ქვეყანაში ძალზე განსხვავებულია სამედიცინო მომსახურების სფეროში ცენტრალიზაციისა და რეგულირების დონეები, დანახარჯების განაწილება ადამიანებს შორის, ასევე კერძო დაზღვევის როლი. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის განვითარების საერთო ტენდენციები მსოფლიოში საშუალებას გვაძლევს გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

- სამედიცინო დაზღვევის არსებობა ერთმნიშვნელოვნად ხელს უწყობს ჯანდაცვის მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობას. მრავალი ქვეყნის პრაქტიკაში დაზღვევა აქვს ყველას, მაგრამ სამედიცინო

მომსახურება დაზღვევის ჩარჩოებში „ლოზირებულია“, ანუ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანებს რიგში დგომა დიდხანს უწევთ.

- ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე დანახარჯების ზრდა დამახასიათებელია არა მარტო აშშ-სათვის. მართალია, სხვა ქვეყნებში ეს ხარჯები შედარებით ნაკლებია, მაგრამ ისინი პრაქტიკულად ყველგან ხასიათდებიან ზრდის ტენდენციით და განაპირობებენ ბიუჯეტის დეფიციტს, გადასახადების გადიდებას და სოციალური შეღავათების შემცირებას.
- იმ ქვეყნებში, სადაც აქცენტი გადატანილია ჯანდაცვის სახელმწიფოს კონტროლზე, ადამიანები დიდი ალბათობით აწყდებიან „ლოდინის ფურცლებს“, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებობს სხვადასხვა სახის ბარიერი მომსახურების ნორმირებაზე, ექიმის არჩევაზე და ა.შ.
- იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სისტემა შედარებით ეფექტიანია, მიღწეულია მნიშვნელოვანი შედეგები ცენტრალიზებულ სახელმწიფო კონტროლზე უარის თქმით და სამედიცინო მომსახურების მოხმარებასთან დაკავშირებით შექმნილია საბაზრო მექანიზმის, კონკურენციის, ხარჯების დაყოფის, საბაზრო ფასებისა და თავისუფალი არჩევანის საფუძველი.
- არც ერთ ქვეყანაში არ დგას საკითხი საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის გაუქმების შესახებ, მაგრამ ცენტრალიზებული სახელმწიფო კონტროლის უარყოფა და ჯანდაცვის გადასვლა საბაზრო საწყისებზე აღიარებულია ყოვლისმომცველ საერთო მსოფლიო ტენდენციად.

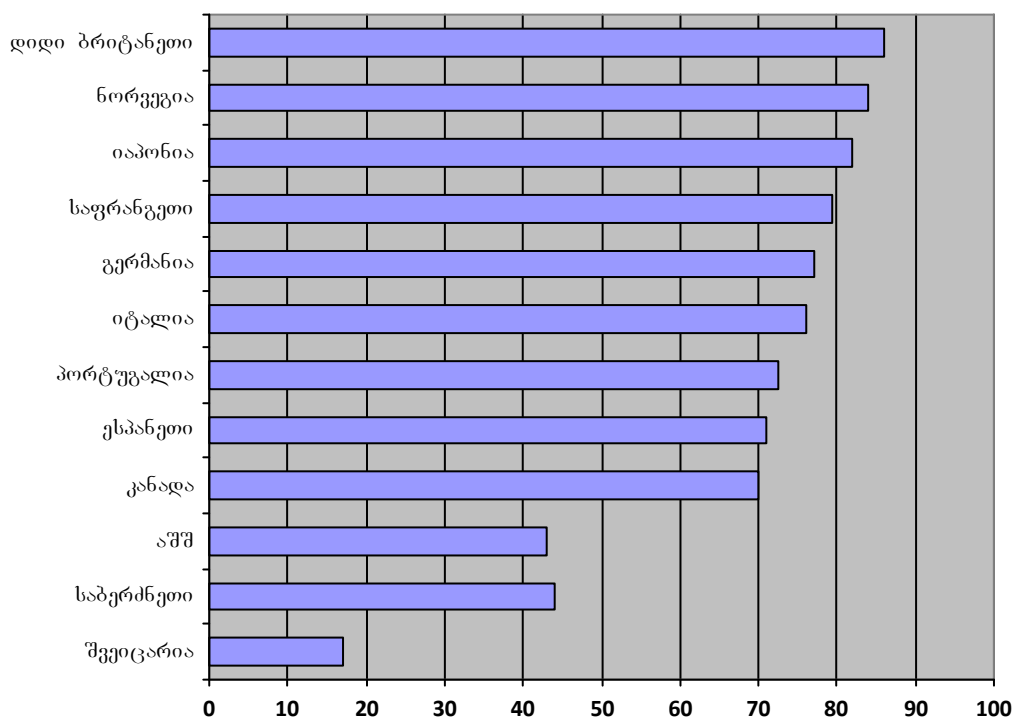
საკმაოდ საინტერესოა სხვადასხვა სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანად დანახარჯებში. ამ კუთხით, ლიდერობს დიდი ბრიტანეთი, რომელშიც აღნიშნული მაჩვენებელი 80 %-ზე მეტია (იხ. დიაგრამა 2.3). ანალიზი ცხადყოფს, რომ ჯანდაცვის სისტემა საბაზრო ხასიათზე მსოფლიოში ყველაზე მეტად ორიენტირებულია შვეიცარიაში [90]. შვეიცარიის ჯანდაცვის სისტემა ეფუძნება „მართული კონკურენციის“ პრინციპს. ასეთი კონკურენციის ჩარჩოებშია მოქცეული ჯანდაცვის სისტემის გარდაქმნის გეგმა, რომელიც 1993 წელს შეიმუშავა კლინტონის ადმინისტრაციამ და განახორციელა მიტ რომნიმ (Mitt Romney) მასაჩუსეტსის შტატში. მართული კონკურენციის პირობებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება და სამედიცინო დაზღვევა გადადის კერძო სექტორში, ოღონდ ჯანდაცვის დარგი მოქმედებს მკაცრად რეგულირებული ხელოვნური

ბაზრის ჩარჩოებში. ვინაიდან შვეიცარიაში დამქირაველები არ ანაზღაურებენ მუშაკის სამედიცინო დაზღვევას, სამედიცინო მომსახურების ყველა ხარჯი გაიწევა თვითონ მოქალაქეების მიერ. ამის გამო ბევრი მათგანი ირჩევს სადაზღვევო პოლისებს და წილობრივ მონაწილეობას. ამიტომ ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 31.5% გაიღება „ჯიბიდან“. ეს მაჩვენებელი ორჯერ მაღალია აშშ-ს ანალოგიურ მაჩვენებელთან შედარებით [91] (იხ. დიაგრამა 2.4).

ცხადია, ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები სხვადასხვა ქვეყანაში ერთნაირი არ არის. ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემა მისი უნიკალური პირობების, ისტორიის, პოლიტიკური ცხოვრებისა და ეროვნული ხასიათის პროდუქტია. ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს „ერთიანი გადამხდელის“ სისტემა წმინდა ფორმით, სადაც აკრძალულია კერძო დაზღვევა და ხანდახან იზღუდება კიდევ პაციენტის შესაძლებლობები, გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების საფასური საკუთარი ჯიბიდან. სხვა სისტემების ჩარჩოებში მოთამაშეთა რიცხვი დიდია. აქ კერძო მზღვეველები კონკურენციას უწევენ ერთმანეთს, ხოლო სახელმწიფო რეგულირებისა და სუბსიდირების დონე ვარირებას განიცდის. ზოგიერთ ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება სამუშაო ადგილის მიხედვით,=3√2ქა\*, ხოლო სხვა ქვეყნებში სამუშაო და დაზღვევა მთლიანად განცალკევებულია. რიგ ქვეყნებში მომხმარებელმა უნდა გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დიდი ნაწილი სადაზღვევო გამოქვითვების ან წილობრივი მონაწილეობის ხარჯზე, ზოგიერთ ქვეყანაში კი სახელმწიფო სადაზღვევო დაფარვა მთლიანად კომპენსაციას უკეთებს მოქალაქეთა სამედიცინო ხარჯებს. რიგ ქვეყნებში პაციენტებისათვის შენარჩუნებულია ექიმის სრული არჩევის თავისუფლება. სხვაგან კი ექიმის თავისუფლად არჩევა ვრცელდება მხოლოდ თერაპევტებზე, ხოლო სპეციალისტთან მიღებაზე საჭიროა მიმართვა. ზოგიერთი სამედიცინო სისტემების პირობებში იზღუდება პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმების არჩევაც კი.

საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევა ჯანდაცვის მომსახურებაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ტოლფასი არ არის. ბევრ ქვეყანაში, სადაც ასეთი ხელმისაწვდომობა დეკლარირდება, არსებობს სამედიცინო მომსახურების ნორმირება ან მკურნალობაზე ძალზე დიდი რიგებია. ამის გარდა, ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის არსებობა სულაც არ ნიშნავს იმას, რომ სამედიცინო დაზღვევამ მოიცვას ქვეყნის მთელი მოსახლეობა. მთელ რიგ ქვეყნებში, სადაც ფორმალურად მოქმედებს ასეთი სისტემა, ამ მიზნის რეალურად მიღწევამდე ჯერ

სხვადასხვა სახელმწიფოს წილი ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანად დანახარჯებში (%)\*



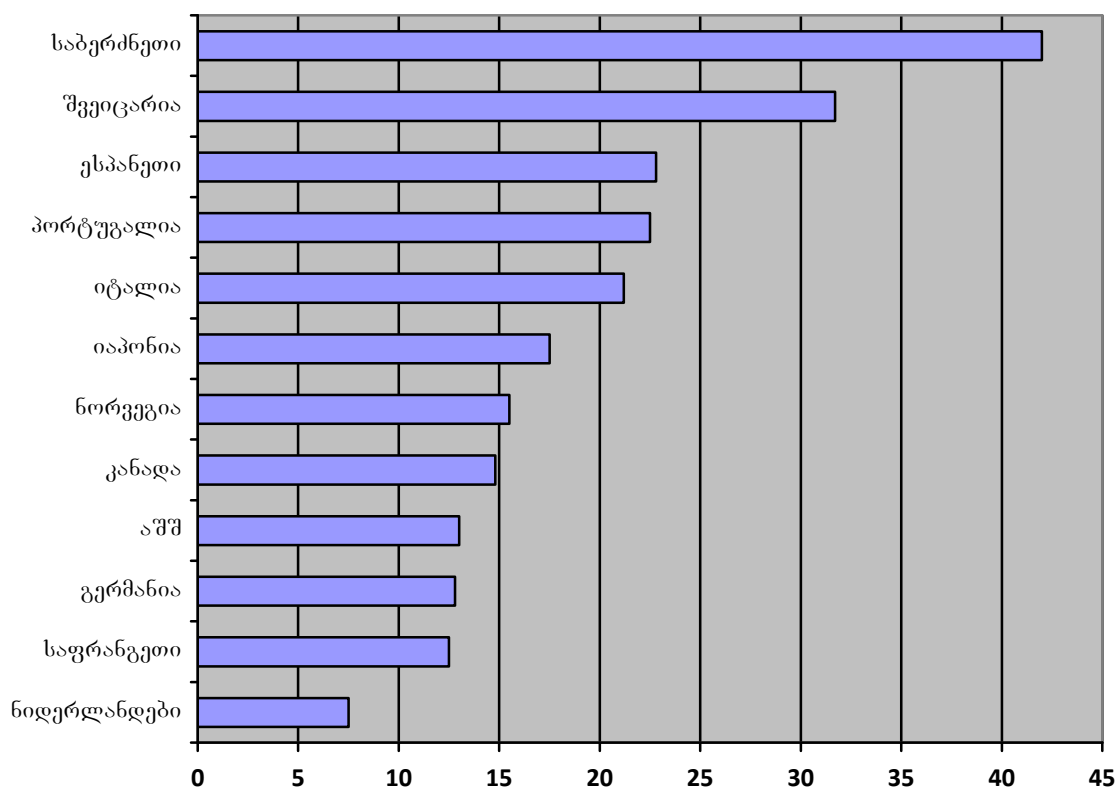
\*წყარო: OECD Health Data. 2007. Statistics and Indicators for 30 Countries. Organization for Economic Cooperation and Development; July 2007 (2004 წლის მონაცემები).

შენიშვნა: შვეიცარიის მაჩვენებელი არ მოიცავს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებს.

კიდევ შორია. ხოლო სხვა ქვეყნებში დაზღვევის გარეშე რჩება მოსახლეობის ძალზე ცოტა ნაწილი (1-2%).

ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დაუკმაყოფილებლობისა და უკმაყოფილების ფორმები საკუთარ ქვეყანასთან მიამრთებაში თითქმის ყველგან შეინიშნება. ცხადია, ამერიკელებს არ მოსწონთ მედიცინის არსებული მდგომარეობა ქვეყანაში. ბოლო გამოკითხვის მასალების მიხედვით, რომელიც ჩაატარა Common Wealth Fund-მა, ამერიკელ მოქალაქეთა 82%-ს მიაჩნია, რომ ჯანდაცვის სისტემა ქვეყანაში საჭიროებს ფუნდამენტურ რეფორმას ან სრულ გარდაქმნას. ამავე დროს, იგივე ფონდის მიერ ჩატარებულმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ყველა ქვეყანაში მოსახლეობის უმეტესობა (ნიდერლანდებში 58%, გერმანიაში 78%-მდე) მხარს

ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯების წილი, რომელიც გადახდილია მოქალაქეთა მიერ „ჯიბიდან“ (%)\*



\*წყარო: DECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries: საფრანგეთის მონაცემები აღებულია წყაროდან: Sandier S., Paris V., Polton D. Health Care System in Transition: France Copenhagen: European observatory on Health Systems and Policies, 2004. მონაცემები საბერძნეთის შესახებ აღებულია BOB-ის სტატისტიკიდან.

უჭერს თავიანთ ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის ფუნდამენტურ რეფორმას ან სრულ გადახედვას [92]. საზოგადოების განწყობა სხვა ქვეყნებში შეიძლება ისეთი რადიკალური არ არის, როგორც აშშ-ში, მაგრამ მოტანილი შედეგები საკმარისია აღნიშნულის დასადასტურებლად.

მიუხედავად იმისა, რომ არც ერთი ქვეყანა, სადაც დანერგილია და მოქმედებს საყოველთაო დაზღვევის სისტემა, არ აპირებს მის უარყოფას, მათთვის დამახასიათებელია ცენტრალიზებულ სახელმწიფო კონტროლზე უარის თქმისა და საბაზრო ელემენტების ფართოდ გამოყენების ნათლად გამოხატული ტენდენციები. როგორც ამას მკვლევარები რიჩარდ სოლტმანი და იოსეფ ფიგერასი აღნიშნავენ, „თეხისი სახელმწიფო პოლიტიკის შესახებ განხილვის საგანია“ [93].

ცდილობს რა გადაჭრას დილემა, ბევრი ქვეყანა ასუსტებს სახელმწიფო კონტროლს და ნერგავს საბაზრო მექანიზმებს, კერძოდ, პაციენტების წილობრივ მონაწილეობას, მომსახურებაზე საბაზრო ფასწარმოქმნას და კონკურენციის გაძლიერებას მზღვეველებსა და პროვაიდერებს შორის. ევროპარლამენტის ყოფილი თავმჯდომარე პეტ კოქსი (Pat Cox) ევროკომისიისათვის გაკეთებულ ანგარიშში სიტუაციას აფასებდა ასე: „იმისათვის, რომ დაბანდებული რესურსებიდან მივიღოთ გაცილებით მეტი უკუგება, ჩვენ უნდა ავამოქმედოთ საბაზრო ძალები“ [94]. უფრო მეტიც, ჯანდაცვაზე გაწეულ მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილის გადიდება, რომელსაც ადგილი ჰქონდა მეორე მსოფლიო ომიდან 1980-იან წლებამდე, შეწყდა და ბევრ ქვეყანაში კერძო სექტორის წილი გაიზარდა, ზოგ შემთხვევაში, არსებითადაც. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სფეროში ადგილი აქვს სახელმწიფო პროვაიდერებიდან კერძოზე გადასვლას [95]. თუ კი აშშ-ში რამდენიმე ბოლო ათწლეულის მანძილზე შეინიშნებოდა ჯანდაცვის სისტემის „ევროპიზაციის“ ტენდენცია, ე.წ. ძველი სამყარო, პირიქით, მიდის „ამერიკული“ მიმართულებით [96].

## 2.2 ჯანდაცვის ბაზარი და მისი განვითარების ტენდენციები საქართველოში

ჯანმრთელობის დაცვა სოციალური სფეროს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დარგია. მისი განვითარება ნებისმიერი ხელისუფლების ზრუნვის ძირითადი საგანია. ცივილიზებულ საზოგადოებაში, ადამიანთა სოციალური მდგომარეობისა და მატერიალური უზრუნველყოფის დონის მიუხედავად, ჯანდაცვის მომსახურება ყველასათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. საქართველოში ჯანდაცვა ათწლეულების მანძილზე (მხედველობაში გვაქვს საბჭოთა პერიოდი) სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე ხორციელდებოდა და იგი პრაქტიკულად ხელმისაწვდომი იყო ყველასათვის. საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალ პერიოდში სოციალური სფეროს ყველა დარგი მძიმე პირობებში აღმოჩნდა. ეს სიტუაცია განსაკუთრებით აისახა ჯანდაცვის სფეროზე. მოსახლეობის ცხოვრების დონის მკვეთრი დაცემის, სახელმწიფო საბიუჯეტო შემოსავლების შემცირებისა და სტრუქტურის არსებითი ცვლილების, დარგის სახელმწიფო დაფინანსების მკვეთრი დაქვეითების პირობებში

ადამიანთა უმეტესობისათვის ჯანდაცვის მომსახურება თითქმის ხელმიუწვდომელი გახდა. შექმნილი მდგომარეობიდან თავის დასაღწევად დარგში უნდა გატარდეს ქმედითი ღონისძიებები.

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსება სხვადასხვა წყაროდან ხდება, რომელთაგან აღსანიშნავია სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები დარგის განვითარებაზე, აგრეთვე არასახელმწიფო სახსრები და შინამეურნეობების მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები. სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები ასეთი სტრუქტურითაა წარმოდგენილი: ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ნაერთი ბიუჯეტის სახსრები, ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, ჯანდაცვის სექტორში უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროები (რომლებიც ცალკეული პროექტების დაფინანსებაზე იხარჯება), თბილისის მერიის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები, აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები.

ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ფინანსურ სახსრებს ღებულობს სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები; შრომის, ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური განვითარების სამინისტრო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი; საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური პროექტების განმახროციელბელი ცენტრი; თავდაცვის სამინისტრო; შინაგან საქმეთა სამინისტრო; იუსტიციის სამინისტრო; ომის ვეტერანთა დეპარტამენტი; სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი; მეცნიერებისა და განათლების სამინისტრო; სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები რეგიონალურ დონეზე; ქ. თბილისის შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამოქალაქო სამსახური; აჭარის და აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანდაცვის სამინისტროები; სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი; კერძო სექტორი; შიდამეურნეობები; ჯიბიდან გადახდები; არამომგებიანი ინსტიტუტები, რომლებიც ემსახურებიან შინამეურნეობებს.

ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები 2007 და 2008 წლებში, ფინანსური წყაროებისა და ფინანსური აგენტების მიხედვით, მოცემულია პირველ და მეორე დანართებში, საიდანაც ჩანს, რომ მთლიანად 2008 წლისათვის ჯანდაცვის განვითარებაზე საქართველოში დაიხარჯა 1660701,7 ათასი ლარი. აქედან

სახელმწიფო სექტორზე მოდიოდა 271713,8 ათასი ლარი, ანუ მთელი დანახარჯების 16,4%, ხოლო კერძო სექტორზე 1211990,6 ათასი ლარი, ანუ მთელი დანახარჯების 72,4% [97]. ყოველივე ეს იმის დასტურია, რომ სახელმწიფოს როლი დარგის დაფინანსებაში მინიმალურია. თუ მსოფლიოში არსებულ გამოცდილებას გავიზიარებთ, ამ მხრივ, ქვეყანათა უმეტესობაში სახელმწიფოს როლი და მნიშვნელობა ჯანდაცვის განვითარებაში გაცილებით მეტია. საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალ პირობებში საქართველოს ეკონომიკის მრავალი დარგი მწვავე პრობლემების წინაშე აღმოჩნდა, რომელთაგან უმეტესობა სოციალური სფეროდან იყო. ცხადია, საბაზრო ურთიერთობების მყარად დამკვიდრებამდე, სახელმწიფომ ასეთი დარგების მიმართ მეტი ძალისხმევა უნდა გამოიჩინოს. დარგის დაფინანსებაში კერძო სექტორის მაღალი ხვედრითი წილი, მაშინ როცა ქვეყანაში მთელი სიმწვავეთ დგას დასაქმებისა და უმუშევრობის პრობლემა, იმის დასტურია, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის ჯანდაცვის მომსახურება, განსაკუთრებით კი გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, ხელმიუწვდომელია.

დარგის დაფინანსებისათვის სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრები ძირითადად ნაერთი ბიუჯეტიდან მოდის. 2008 წელს ამ მიზნით დაიხარჯა 267412,2 ათასი ლარი. იგივე მაჩვენებელი 2007 წელს 245931,9 ათასი ლარის ტოლი იყო, ანუ 2008 წელს ზრდამ შეადგინა 8,7%. ჯანდაცვის განვითარებაზე იხარჯება უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროები, რომლებიც ძირითადად დარგში განხორციელებული პროექტების დაფინანსებაზე მიდის. ამ მიზნით, 2008 წელს ქვეყანაში შემოვიდა 17277,1 ათასი ლარის ინვესტიცია, 2007 წელს იგივე მაჩვენებელი 16353,6 ათას ლარს შეადგენდა. ეს სახსრები მთლიანად ათვისებული იქნა საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის მიერ. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების გარდა, ჯანდაცვის განვითარებაზე იხარჯება ქ. თბილისის მერიის მიერ გამოყოფილი სახსრები. ამისათვის 2008 წელს დაიხარჯა 9121,9 ათასი ლარი, რაც 1671,0 ათასი ლარით, ანუ 22,4%-ით აღემატება წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს.

ჯანდაცვის განვითარებაზე იხარჯება აჭარისა და აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკების ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრები. აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში 2008 წელს ჯანდაცვის განვითარებაზე გამოიყო 2764,1 ათასი ლარი, რაც 1128,8 ათასი ლარით, ანუ 29%-ით ნაკლებია 2007 ანალოგიურ მაჩვენებელთან შედარებით. ეს გარემოება შეიძლება იმით აიხსნას, რომ აჭარაში ბიუჯეტის



შეფასების წყარო, ძირითადად, ტურიზმიდან მიღებული შემოსავლებია. 2008 წელს, აგვისტოს ცნობილი მოვლენების შემდეგ, ეს სფერო მნიშვნელოვნად დაზარალდა, რამაც ადექვატურად იმოქმედა საბიუჯეტო შემოსავლების ფორმირებაზე.

ჯანდაცვის განვითარებაზე იხარჯება შინამეურნეობებში შექმნილი ფინანსური რესურსებიც. 2007 წელს ამ მაჩვენებელმა 982605,0 ათასი ლარი შეადგინა, ხოლო 2008 წელს კი 1101921,8 ათასი ლარი, ანუ გაიზარდა 12,1%-ით.

ჯანდაცვის განვითარებაზე გამოყოფილი მთლიანი სახსრებიდან შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2008 წელს გამოეყო 8665,7 ათასი ლარი (2007 წელს - 6531,1 ათასი ლარი), ხოლო საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნულ ცენტრს - 6863,9 ათასი ლარი, თავდაცვის სამინისტროს - 10402,5 ათასი ლარი. ეს უკანასკნელი თითქმის ორჯერ აღემატება წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს. შინაგან საქმეთა სამინისტროს გამოეყო 3485,5 ათასი ლარი, რაც წინა წლის მაჩვენებელს (721,6 ათასი ლარი) თითქმის 5 ჯერ აღემატება. ომის ვეტერანთა დეპარტამენტს 2008 წელს გამოეყო 1187,1 ათასი ლარი, რაც მნიშვნელოვნად აღემატება წინა წლის მაჩვენებელს (771,8 ათასი ლარი).

დარგის განვითარებაზე გამოყოფილი ფინანსური რესურსების გარკვეული ნაწილი იხარჯება სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების შენახვაზე. სამედიცინო კადრების მომზადების ტრადიციული და მძლავრი კერა ქვეყანაში იყო და არის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. 2007 წელს ამ სასწავლებლს გამოეყო 1349,3 ათასი ლარი, ხოლო 2008 წელს კი 32,8 ათასი ლარი, რასაც დადებით ტენდენციას ნამდვილად ვერ დავარქმევთ. ჯერ ერთი, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ განათლების ამ სფეროს, ძირითადად, კერძო სექტორი აფინანსებს და მეორეც, კადრების მომზადებაზე, რაც ასე ძალზე დიდი მნიშვნელობისაა ჯანდაცვაში, გაცილებით მეტი ხარჯების გაწევაა საჭირო.

ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯები 2007-2008 წლებში ფინანსური აგენტებისა და რეგიონების მიხედვით (რეგიონალურ ჭრილში %-ული გადანაწილებით) ცხრილების სახით მოცემულია მე-3 და მე-4 დანართებში. როგორც ცხრილებში წარმოდგენილი მასალებიდან ირკვევა, ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების დაფინანსება ძირითადად ხდება სახელმწიფო და კერძო სექტორიდან გაღებული ფინანსური სახსრებიდან. სახელმწიფო სექტორიდან გაწეული დანახარჯების ხვედრითი წილი დარგის დაფინანსებაზე გაწეულ დანახარჯებში საკმაოდ დაბალია, თუმცა, ეს მაჩვენებელი რეგიონების მიხედვით

საკმაოდ განსხვავებულია, რაზედაც მეტყველებს შემდეგი სტატისტიკური მონაცემები: 2008 წლისათვის აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის მიხედვით ჯანდაცვაზე გაწეულ მთელ დანახარჯებში სახელმწიფოს სექტორის ხვედრითი წილი 34,3%-ს შეადგენდა. აჭარაში ეს მაჩვენებელი 13,2%-ის ტოლი იყო, ხოლო თბილისში – 24,6%. აღნიშნული მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია გურიაში (2007-2008 წლებში, შესაბამისად, 6,8% და 7,3%). თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ დასავლეთ საქართველოს სუბტროპიკული რაიონები ძალზე დაზარალდა ჩაის კულტურის მკვეთრად შემცირების ხარჯზე, რამაც მოსახლეობისა და საოჯახო მეურნეობების შემოსავლების კატასტროფული შემცირება გამოიწვია, მაშინ ნათელი წარმოსადგენია, რა მძიმე ტვირთად აწევს ამ რეგიონის მოსახლეობას ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების შექენა. თუ იმასაც აღვნიშნავთ, რომ, ზოგადად, რეგიონებში და, განსაკუთრებით, ამ რეგიონში, ცენტრთან შედარებით, უმუშევრობის დონე მაღალია, მაშინ ძნელი არ არის იმის გააზრება, თუ რა მძიმე ტვირთად აწევა აქაურ მოსახლეობას ჯანდაცვის მომსახურების შექენაზე გაწეული ხარჯების ანაზღაურება. ამ პირობებში დარგის განვითარებაზე სახელმწიფო ხარჯების შემცირება ყოველად დაუშვებელია. ეს მაჩვენებელი ასევე დაბალია კახეთისა და იმერეთის რეგიონებში (2008 წელს თითოეულში, შესაბამისად, 7,9%). სამეგრელო-ზემო სვანეთისა და მცხეთა-მთიანეთში დასახელებული მაჩვენებლები თითქმის ერთნაირია და, შესაბამისად, 2008 წელს 8,4% და 8,3%-ს შეადგენს, შიდა ქართლში 13,9%-ს და სამცხე-ჯავახეთში - 12,4% -ს.

მოტანილი მონაცემები ადასტურებენ, რომ 2008 წელს, როგორც მთლიანად ქვეყანაში, ასევე რეგიონებშიც, ჯანდაცვა, ძირითადად, კერძო სექტორიდან ფინანსდებოდა. აჭარაში ეს მაჩვენებელი 85,8%-ის ტოლია. მაღალი ხვედრითი წილით გამოირჩევა იმერეთი (92,1%), კახეთი (91,6%), გურია (92,4%), ქვემო ქართლი (91,4%), მცხეთა-მთიანეთი (91,7%). შედარებით დაბალია ეს მაჩვენებელი რაჭა-ლეჩხუმში (87,9%). თბილისში იგი 70,2%-ის ტოლია. ყველაზე დაბალი კი აფხაზეთის მოსახლეობაში ფიქსირდება (0,6%). ეს გასაგებიცაა, თითქმის 20 წლის განმავლობაში დევნილობაში მყოფ მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურება შეღავათიან პირობებში და, რიგ შემთხვევაში, უფასოდაც გაეწევა.

აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სააგენტოს დანახარჯების გადანაწილება რეგიონების მიხედვით მოხდა ჯანდაცვის პროგრამებში მონაწილე კონტრაქტორი დაწესებულებების ფიზიკური ადგილმდებარეობის მიხედვით. იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო

მომსახურება პირობითად მიეწერება აფხაზეთის რეგიონს [97]. ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებისა და ავტონომიური რესპუბლიკების ჯანდაცვის დანახარჯები მიეკუთვნება შესაბამის რეგიონებს. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების გადანაწილება მოცემულია 2.1 ცხრილში.

საინტერესოა გავეცნოთ ჯანდაცვის სფეროს საკადრო უზრუნველყოფის საკითხებს. 2005 წელს საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 20311 ექიმი (მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი იყო 464.6) და 21053 საშუალო - სამედიცინო პერსონალი (უზრუნველყოფის მაჩვენებელი - 481.6). 1988-1999 წლებში საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა თითქმის ორჯერ შემცირდა, ხოლო შემდგომ წლებში ექიმთა შეფარდება საშუალო სამედიცინო პერსონალთან იყო უცვლელი - 1:1.2; 2005 წელს კი გახდა 1:1.04 [97].

საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო კადრებით უზრუნველყოფის შედარება ევროპის სხვადასხვა ქვეყნის ანალოგიურ მაჩვენებლებთან ცხადყოფს, რომ საქართველოში აშკარად გამოხატულია ექიმების სიჭარბე. ამასთან, საქართველოში ექიმების და საშუალო მედპერსონალის შეფარდება გაცილებით ნაკლებია ევროპის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ 2005 წელს, წინა წელთან შედარებით, დაფიქსირდა ექიმთა და საშუალო მედპერსონალის უმნიშვნელო კლება პრაქტიკულად ყველა სპეციალისტთა რაოდენობის მცირე კლების ხარჯზე. 2008 წელს კი 20253 ექიმი და 19593 საშუალო სამედიცინო პერსონალი მსახურობდა ჯანდაცვის სისტემაში, ანუ 2001 წელთან შედარებით შეიმჩნევა ექიმების რიცხვის უმნიშვნელო მატება და საშუალო სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი კლება (იხ. ცხრილი 2.2).

საკადრო პოლიტიკასთან დაკავშირებით, ჯანდაცვის სფეროში გასატარებელია მთელი რიგი ღონისძიებები, რომელთაგან, ჩვენი აზრით, უმნიშვნელოვანესია შემდეგი:

- საჭიროა ექიმებისა და ექთნების ოპტიმალური თანაფარდობის მიღწევა. უკანასკნელ წლებში ექიმების და საშუალო სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური თანაფარდობა საქართველოში უცვლელია, დაახლოებით 1:1 (2008 წელს შეადგენდა 1:0,97), რაც ბევრად ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელზე (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულია შეფარდება 1:4) [98].

რეგიონების მიხედვით ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების გადანაწილება ერთ სულ მოსახლეზე\*

რეგიონი	წლები						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
აჭარა	22	21	23	17	37	38	34
თბილისი	50	59	55	74	116	126	106
კახეთი	5	6	7	7	9	12	16
იმერეთი	8	8	10	10	12	16	26
სამეგრელო-ზემო-სვანეთი	7	9	9	10	11	13	16
შიდა ქართლი	6	8	9	10	10	67	17
ქვემო ქართლი	4	5	6	7	8	11	13
გურია	8	10	8	9	11	15	18
სამცხე-ჯავახეთი	9	11	11	11	15	14	19
მცხეთა მთიანეთი	5	8	8	9	10	15	17
რაჭა-ლეჩხუმი	10	13	14	18	21	30	36
სულ საშუალო	21	24	25	30	45	57	58

\*წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია 2007. თბილისი, 2008.

- აუცილებელია რაციონალიზაციის პროცესში გამოთავისუფლებული პერსონალის გადამზადებისთვის გეგმების მომზადება;
- გეოგრაფიული დისბალანსის აღმოფხვრის მიზნით, სოფლად და დაშორებულ ადგილებში უნდა შემუშავდეს პერსონალის მოზიდვის სტრატეგია;
- საჭიროა კადრების ხარისხის გაუმჯობესება.

ამასთან, აუცილებელია განხორციელდეს ქვეყანაში სამედიცინო განათლების ხარისხის ამაღლება და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოთხოვნებთან სასწავლო პროგრამების ადაპტირება. უნდა მოხდეს მოსახლეობისათვის უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის სისტემის სათანადო კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსის დაკომპლექტებისთვის აუცილებელი

## სამედიცინო კადრების რაოდენობის დინამიკა საქართველოში\*

სამედიცინო კადრები	წლები							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
საშუალო მედ. პერსონალი	23360	23356	21906	21396	21053	20207	19315	19593
ექიმები (ფიზიკური პირი)	19513	20225	20962	21622	20311	20597	19951	20253
მ. შ. თერაპევტი	2421	2354	2256	2470	1951	1969	1875	1885
ქირურგი(ბავშვთა ქირურგების ჩათვლით)	1861	1057	1108	1011	883	935	906	972
ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი	922	905	922	881	832	878	895	850
ტრავმატოლოგ-ორთოპედი	313	305	298	261	261	273	263	276
კარდიოლოგი	545	576	591	621	613	594	603	623
უროლოგი	211	211	221	212	191	231	223	231
ონკოლოგი	228	227	253	249	240	233	249	255
პედიატრი	2096	2067	1867	1812	1706	1674	1978	1907
ინფექციონისტი	340	348	315	279	266	255	255	258
ოტოლარინგოლოგი	354	344	348	324	292	292	307	326
ნევროპათოლოგი	593	631	655	658	609	613	593	634
ოფთალმოლოგი	357	345	355	362	347	354	354	350
სტომატოლოგი	1436	1483	1412	1306	1300	1242	1198	1197
მეან - გინეკოლოგი	1534	1476	1466	1450	1418	1407	1370	1417
ფთიზიატრი	192	161	171	166	177	138	143	145
დერმატო-ვენეროლოგი	266	259	245	270	247	241	214	240
ფსიქიატრი	193	234	205	228	260	235	221	215
ენდოკრინოლოგი	267	275	255	279	283	286	299	307
ოჯახის ექიმი					79	169	233	459
სხვა სპეციალობები	6151	6962	8019	8783	8356	8578	7820	7705

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2008.

წინაპირობაა ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და ტრენინგის პროცესების სწორად წარმართვა, რაც შესაბამისობაში უნდა იყოს სისტემის განვითარების ძირითად მიმართულებებთან და სამედიცინო მომსახურების

მოდელთან. ასეთი განათლებითა და ტრენინგით უნდა მოხდეს სხვადასხვა კატეგორიის პერსონალის აღჭურვა პროფესიული კომპეტენციებით, რაც შესაბამისობაში იქნება ჯანმრთელობის დაცვის ძირითად მიზნებთან. ამ საქმეში დიდი პასუხისმგებლობა ეკისრება იმ ორგანიზაციებს, რომლებიც განახორციელებენ ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრენინგს. განათლებისა და ტრენინგების პროგრამები შესაბამისობაში უნდა იყოს ჯანდაცვის ბაზრის მოთხოვნებთან. საკადრო პოლიტიკის შემუშავების დროს უზრუნველყოფილი უნდა იყოს დაინტერესებული მხარეების მონაწილეობა და კონსულტაციები, ხოლო ჯანდაცვის პროფესიონალების რაოდენობა უნდა განისაზღვროს ქვეყნის ჯანდაცვის პრიორიტეტებთან მიმართებაში. წინასწარ უნდა დადგინდეს, თუ რამდენი კადრია საჭირო, რაც, უწინარეს ყოვლისა, დამოკიდებულია მოთხოვნა-მიწოდების ფაქტორებზე.

ჩვენს ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელია სამედიცინო სფეროში საექთნო საქმის გაძლიერება. ამჟამად საქართველოში, ევროპის ბევრ ქვეყანასთან შედარებით, საექთნო საქმე ძალზე შეზღუდულია, კერძოდ, არ არსებობს საექთნო სპეციალობების განმსაზღვრელი და მარეგულირებელი გარემო, ექთანის თანაფარდობა ექიმთან შეადგენს ერთს, მაშინ, როდესაც ნორმალურ პირობებში ერთ ექიმზე, სულ მცირე, უნდა მოდიოდეს ორი ექთანი.

საქართველოში, ჯანდაცვის სექტორში საკადრო პოლიტიკის განსაზღვრისას, სამედიცინო პერსონალის გარდა, მნიშვნელოვანია არასამედიცინო პერსონალის მენეჯერების, ფარმაცევტების, სოციალური მუშაკების სამართლებრივი აღიარება და მათი პროფესიული კომპეტენციების საზღვრების დადგენა. ასევე დიდ პრობლემას წარმოადგენს ჯანდაცვის კადრების ხარისხი. ჯანდაცვის პროფესიონალების ხარისხზე გავლენას ახდენენ ის მექანიზმები, რომლებიც დაწესებულია განათლებისა და სამედიცინო პრაქტიკის პროცესების გასაუმჯობესებლად. ეს უნდა მოიცავდეს სამედიცინო განათლების სტრუქტურასა და შინაარსს, პროგრამების განხორციელების პირობებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად დაგეგმილ ღონისძიებებს. საქართველოში ძალზე მნიშვნელოვანია სამედიცინო კადრების პროფილის შეცვლა, რაც განპირობებულია სამედიცინო პრაქტიკის განვითარებით და ახალი უნარ-ჩვევების ათვისებით, აგრეთვე პერსონალის მიერ მენეჯმენტის უნარ-ჩვევების შეძენით. ამისათვის აუცილებელია გადამზადების ახალი პროგრამები, რომელიც

წარმატებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუ მოხდება მათი დაგეგმვა და შესაფერისი მიზნობრივი ჯგუფების შერჩევა.

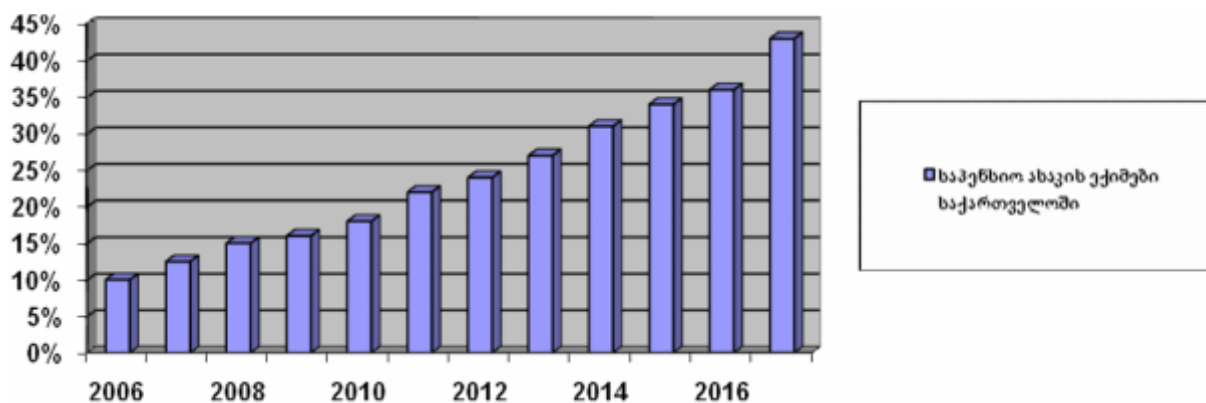
საქართველოში ექიმების 15% 60 წლისა და მეტისაა, ხოლო 40%-ის ასაკი 49 წელს აღემატება. მგავსი სურათია ექთნების მხრივაც. სპეციალისტების უდიდეს ნაწილს თერაპევტები შეადგენენ, რომელთაგან 12% 60 წელს გადაცილებულია. მეან-გინეკოლოგები წარმოადგენენ სპეციალისტების მთლიანი ოდენობის 20%-ს. სპეციალისტების ამ კატეგორიაშიც აღინიშნება დაბერების ტენდენცია [97]. ეს საკითხი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით საყურადღებოა და სათანადო ასახვას საჭიროებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სტრატეგიაში. 2.1 დიგრამაზე ნაჩვენებია ექიმების საპენსიო ასაკის ზრდის ტენდენციები საქართველოში.

2.2 დიაგრამაზე წარმოდგენილია სამედიცინო პერსონალის განაწილება რეგიონების მიხედვით. მაღალმთიან და შორეულ რეგიონებში მეტია 59 წელს გადაცილებული სამედიცინო პერსონალი, რაც ადასტურებს იმას, რომ ახალგაზრდა პროფესიონალებისათვის რთულ გეოგრაფიულ რეგიონებში მუშაობა მიმზიდველი არაა. ამ შემთხვევაში გათვალისწინებული უნდა იქნას ადგილობრივი მოსახლეობის რაოდენობა, დემოგრაფიული მახვენებლები, არსებული ეკონომიკური მდგომარეობისა და სიღარიბის დონის განმსაზღვრელი ფაქტორები, ნაკლებად დასახლებული მაღალმთიანი რეგიონებისა და განსაკუთრებული ჯგუფების, მაგალითად, ლტოლვილების მოთხოვნები. სამწუხაროდ, რესურსების განაწილების არსებული სისტემა ვერ ასახავს ტერიტორიული ერთეულების რეალურ საჭიროებებს, არ არის დაკავშირებული

ტერიტორიული ერთეულების მოსახლეობის რაოდენობასთან და სიღარიბის დონესთან. ამიტომ აუცილებელია რესურსების უფრო სამართლიანი დანაწილება ადგილობრივი მოსახლეობის მოთხოვნების გათვალისწინებით. გეოგრაფიული განაწილების საკითხის გადასაწყვეტად საჭიროა სოფლად ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოზიდვისა და შენარჩუნების სტრატეგიის შექმნა და განხორციელება. კადრების მოტივაციის შენარჩუნებისთვის მნიშვნელოვანია მატერიალური და არამატერიალური სტიმულირების კომბინირება, რაც შექმნის პირობებს მაღალკვალიფიციური პერსონალის მოზიდვისა და შენარჩუნებისათვის.

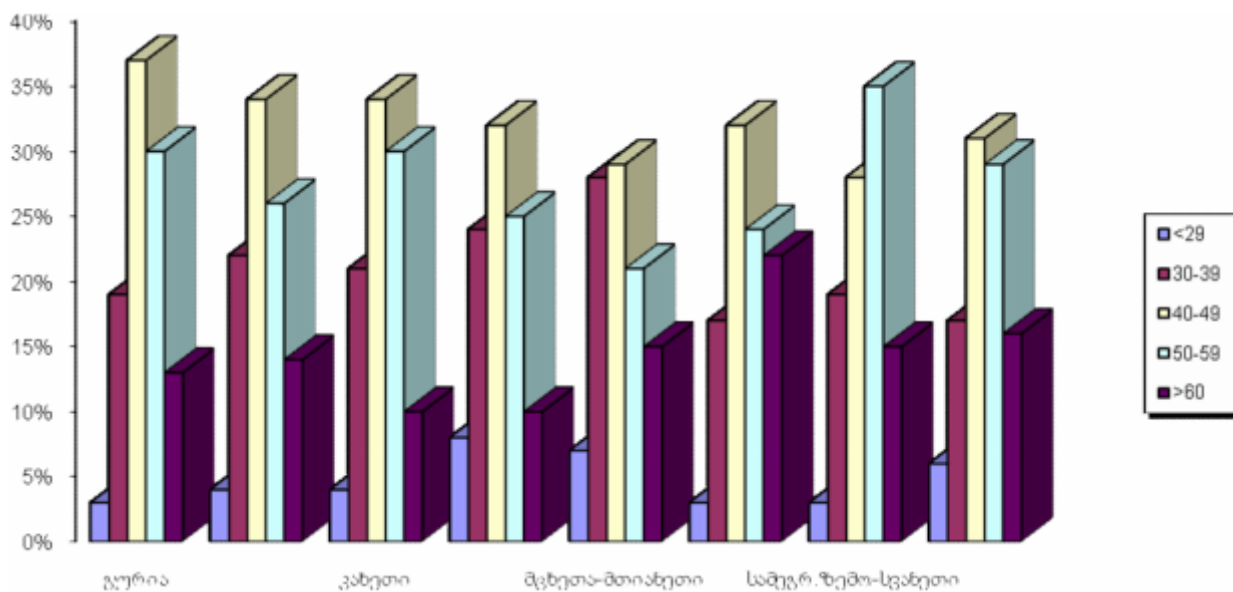
საქართველოში, ისევე როგორც აღმოსავლეთ ევროპისა და კავკასიის ბევრ ქვეყანაში, სამედიცინო პროფესიაში სჭარბობენ ქალები, თუმცა, ვიწრო

ექიმების საპენსიო ასაკის ზრდა საქართველოში\*



\*წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა (მოიცავს სხვადასხვა სპეციალობების მონაცემებს 2006 წლისათვის რეგიონების მიხედვით, თბილისის გარდა).

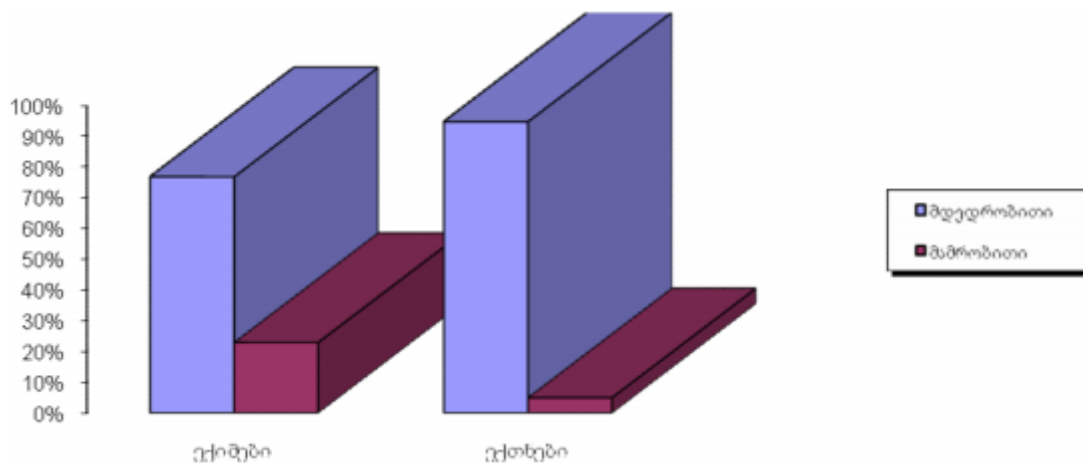
ექიმების ასაკობრივი გადანაწილება საქართველოს რეგიონების მიხედვით





დიაგრამა 2.3

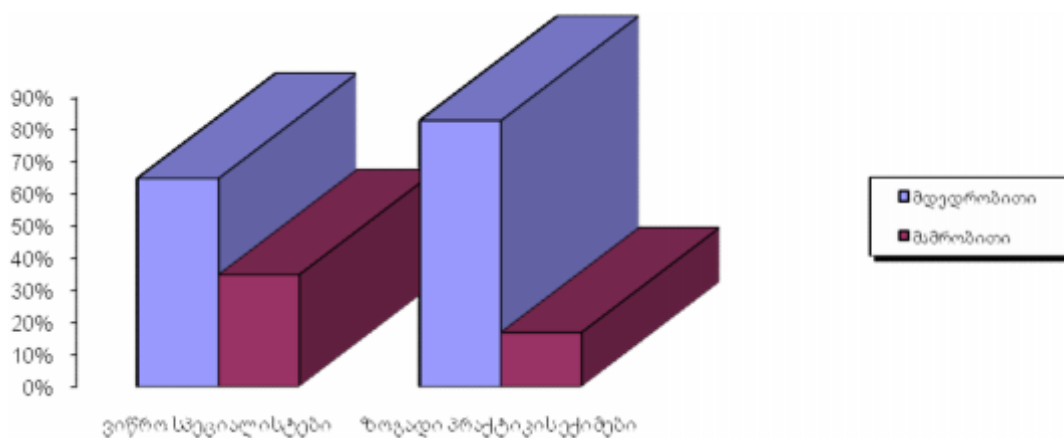
სამედიცინო პროფესიაში მდედრობითი და მამრობითი სქესის სპეციალისტებს შორის თანაფარდობა\*



\*წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა

დიაგრამა 2.4

გენდერული თანაფარდობა ვიწრო სპეციალისტებსა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებში\*



\*წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზა

სპეციალისტებს შორის მამაკაცი მეტია ( იხ. დიაგრამა 2.3 და 2.4).

ჯანდაცვის ბაზრის განვითარება დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელზე. 2008 წლის მონაცემებით, საქართველოში

ფუნქციონირებდა 269 სტაციონარი, მათ შორის წარდგენილი ანგარიშების მიხედვით 265 (იხ. ცხრილი 2.3)

საინტერესოა გავეცნოთ საქართველოში სამედიცინო სტაციონარის მუშაობის მაჩვენებლებს (იხ. ცხრილი 2.4). როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა, საქართველოში ყველაზე მეტად იტვირთება საავადმყოფო საწოლები ისეთი დაავადებების მიხედვით, როგორცაა ონკოლოგიური და რადიოლოგიური დაავადებები (278,4 დღე წელიწადში), აგრეთვე ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური დაავადებები (261,7 დღე წელიწადში), ტუბერკულოზი (253,0 დღე წელიწადში). შედარებით ნაკლებადაა დატვირთული ოტოლარინგოლოგიური, ოფთალმოლოგიური და ინფექციური დაავადებების საავადმყოფო საწოლები, შესაბამისად – 52,1, 79,2 და 108,4 დღე წელიწადში.

საქართველოს სტაციონარებში 2008 წელს ჩატარდა 121189 ოპერაცია, მათ შორის 13943 ბავშვებში [98].

საქართველოში პირველადი სამედიცინო მომსახურება წარმოდგენილია დაწესებულებათა ფართო ქსელით (ამბულატორიები, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები, დისპანსერები და საფერშლო-საბებიო პუნქტები სოფლად (იხ. ცხრილი 2.5). ანალიზიდან ირკვევა, რომ როგორც მთლიანად საქართველოში, ისევე მის რეგიონებში მეტ-ნაკლებად სრული სპექტრითაა წარმოდგენილი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქსელი. ასეთი სახის სამედიცინო დაწესებულებებით შედარებით კარგადაა უზრუნველყოფილი ქ. თბილისი და იმერეთის რეგიონი.

ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთი მაჩვენებელია სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის გამართული ფუნქციონირება. საქართველოში სასწრაფო დახმარების სამსახურის მუშაობის შესახებ წარმოდგენას გვიქმნის 2.6 და 2.7 ცხრილების მონაცემები. 2008 წელს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურებს ემსახურებოდა 1514 ექიმი, 960 საშუალო და 127 უმცროსი სამედიცინო მუშაკი. ზოგადი პროფილის გამსვლელი ბრიგადების რაოდენობაა 283, სპეციალიზებულია 3. გასვლებისას სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინეს 768167 პირს .2008 წელს რეგიონების მიხედვით ფიზიკური პირებისათვის გაწეული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიხედვით, პირველ ადგილზეა თბილისი (320354), ბოლოზე კი რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი (9638). ამ წელს სასწრაფო გამოძახებათა რაოდენობა იყო 768167, რაც 5,67-ჯერ აღემატება

საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკური  
ქსელის სტრუქტურა\*

სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებები	სულ	მათ შორის წარდგენილი ანგარიშების მიხედვით	
სტაციონარული დაწესებულებები	269	265	
დისპანსერები	72	69	
<b>დ ა მ თ უ კ ი დ ე ბ ე ლ ი</b>			
პოლიკლინიკური დაწესებულებები	250	241	
მათ შორის:			
სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები	79	70	
ქალთა კონსულტაციები	21	20	
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურები	73	69	
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	220	220	
სისხლის გადასხმის სადგურები	6	6	
ჩვილ ბავშვთა სახლები	2	2	
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები	19	17	
სამკურნალო ცენტრები	47	41	
<b>შ ე მ ა გ ა ლ ი</b>			
საავადმყოფოში შემავალი პოლიკლინიკები	72	72	
საექიმო ჯანპუნქტები	9	9	
სოფლის საექიმო ამბულატორიები	474	474	
საფერშლო-საბებიო პუნქტები	301	301	

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008

## საქართველოში სამედიცინო სტაციონარის მუშაობის მაჩვენებლები\*

საწოლთა პროფილი	საწოლთა რაოდენობა	დატვირთვა საწოლზე (დღეებში)	დაყოვნება	ბრუნვა
თერაპიული	2007	130.4	5.1	26.5
პედიატრიული	1438	181.7	6.9	26.8
ქირურგიული	3453	125.1	5.5	23.1
ონკოლოგიური და რადიოლოგიური	403	278.4	15.4	18.1
ინფექციური	878	108.4	6.2	17.7
ტუბერკულოზის	580	253.0	42.3	5.2
სამეანო-გინეკოლოგიური	2775	128.7	4.3	30.0
ნევროლოგიური	319	180.1	8.3	22.2
ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური	1341	261.7	74.0	3.6
ოტოლარინგოლოგიური	184	52.1	1.5	36.0
ოფთალმოლოგიური	184	79.2	3.0	26.2

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2008.

2001 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელს [98]. სასწრაფო დახმარება, ძირითადად, უფასოა, რის გამოც, ჯანდაცვის მომსახურების ეს ფორმა მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომია. სასწრაფო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა ხორციელდება საქართველოს მასშტაბით. პროგრამის ამოცანაა მოსახლეობის უფასო, სრულყოფილი და ოპერატიული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა [99].

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა დღეს „პროგრამული გაძღოლის მეთოდით“ იმართება, რაც ამ სფეროში გატარებული რეფორმების ძირითად მონაპოვრად შეიძლება ჩაითვალოს [100]. ბოლო პერიოდში ეს მეთოდი პრობლემებს აწყდება, ვინაიდან იგი შემცირებული დაფინანსებით ვერ გამოხატავს თავის ინსტიტუციონალურ უპირატესობას. თანხების უკმარისობა, ჩვეულებრივ,

ჯანდაცვის სისტემის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური  
დაწესებულებების ქსელი\*

ტერიტორია	პოლიკლინიკა	დისპანსერი	სამკურნალო ცენტრი	ქალთა კონსულტაცია	დამოუკიდებელი საექიმო ამბულატორია
თბილისი	84	11	24	9	4
აჭარა	16	8	3	0	0
გურია	7	6	2	0	2
რაჭა- ლეჩხუმი და ქვემო ქართლი	3	0	0	0	12
სამეგრელო	18	6	3	3	2
მცხეთა- თიანეთი	3	0	0	0	30
სამცხე- ჯავახეთი	16	5	0	1	11
ქვემო ქართლი	13	6	2	0	21
იმერეთი	36	14	4	4	105
კახეთი	21	7	3	1	10
შიდა ქართლი	12	5	0	1	21
აფხაზეთი	10	1	0	1	2
სსკა უწყებები	2	0	0	0	0
საქართველო	241	69	41	20	220

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008

ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო  
სამედიცინო დახმარება საქართველოში

	პირველადი სამედიცინო დახმარება გაეწია სულ	მათ შორის							
		უბედური შემთხვევის დროს		უცაბელი აუად გახდომის დროს		მშობიარობის და პათოლო- გიური ორსულობის დროს		ავადმყოფების, მშობიარეების და ახალშობი- ლების გადა- ყვანა	
		სულ	%	სულ	%	სულ	%	სულ	%
1990	1268859	53629	4.2	1107048	87,2	23583	1.9	84598	6.7
1991	1164685	54777	4.7	1016856	87.3	19555	1.7	73497	6.3
1992	647018	31991	4.9	559136	86.4	12704	2.0	43187	6.7
1993	420521	19673	4.7	361960	86.1	6938	1.6	31950	7.6
1994	217006	8707	4.0	196235	90.4	2986	1.4	9078	4.2
1995	156920	7774	5.0	144533	92.1	1317	0.8	3296	2.1
1996	152344	7701	5.1	139734	91.7	959	0.6	3950	2.6
1997	117734	7295	6.2	105932	90.0	780	0.7	3727	3.2
1998	123582	7794	6.3	111410	90.2	1337	1.1	3041	2.5
1999	142695	10219	7.2	126644	88.8	1856	1.3	3976	2.8
2000	150645	7982	5.3	138383	91.9	1366	0.9	2914	1.9
2001	135539	7618	5.6	124233	91.7	1126	0.8	2562	1.9
2002	162376	8421	5.2	147701	91,0	1243	0.8	5011	3.1
2003	192641	10166	5.3	172589	89.6	2104	1.1	7782	4.0
2004	218188	19560	8.9	191379	87.7	3137	1.4	4112	1.9
2005	453422	38594	8.5	393183	86.7	5246	1.2	16399	3.6
2006	683003	49068	6,4	599335	87.8	6584	1.0	33016	4.8
2007	726779	15930	2,2	644912	88.7	3319	0.5	62618	8.6
2008	768167	10912	1.4	751945	97.9	5310	0.7	28412	3.7

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008.

ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება საქართველოს რეგიონების მიხედვით\*

რეგიონი	წლები			
	2005	2006	2007	2008
თბილისი	191418	259426	277818	320354
აჭარა	48684	70542	69033	67924
გურია	11693	23157	22636	24182
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	7780	13121	13193	9638
სამეგრელო	35929	38761	50470	49342
მცხეთა-თიანეთი	8077	20172	17395	17282
სამცხე-ჯავახეთი	14441	23411	29191	25657
ქვემო ქართლი	32422	52041	56755	59314
იმერეთი	60835	94157	93190	94154
კახეთი	23371	53010	58960	59469
შიდა ქართლი	18772	35205	38138	40851
საქართველო	453422	683003	726779	768167

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008.

წარმოშობს შავ ბაზარს. პირდაპირი გარიგება ექიმსა და პაციენტს შორის აზიანებს ჯანდაცვის სისტემას. ამ ურთულესი მდგომარეობიდან გამოსვლის ძიებაში გამოყენებული უნდა იქნეს ჯანდაცვის ეკონომიკის აპრობირებული ფორმები და მეთოდები. რაც მთავარია, უნდა შეირჩეს რეგიონალურ დონეზე ჯანდაცვის მართვის მაქსიმალურად ოპტიმალური მეთოდი ეკონომიკური ინსტრუმენტებით. განვიხილოთ ჯანდაცვის მართვის სხვა აპრობირებული მეთოდები.

„საბაზრო გაძღოლის (ანუ მართვის) მეთოდი“ საბაზრო კონიუნქტურის განვითარების ხარისხზეა დამოკიდებული. იგი დამახასიათებელია განვითარებული ქვეყნებისათვის, რომელთა კლასიკური მაგალითია აშშ. ამ მიმართულების

უპირატესობის საკითხი დღეს ევროპელი ეკონომისტების განხილვის საგანია [100]. აშშ-ში გავრცელებული Hmo (ჯანდაცვის მართვის ორგანიზაცია) და Managed Care (მართვადი მედიცინის) ორგანიზაციები გიგანტური კორპორაციებია, რომელთა მაგალითი, ნამდვილად ვერ გამოდგება ქართული მედიცინის პრობლემის გადაწყვეტაში. რაც შეეხება „გლობალური გაძღოლის მეთოდს“, იგი არ ნიშნავს უკანდახევას რეფორმებიდან „სემაშკოს სისტემისაკენ“. „გლობალური გაძღოლის მეთოდს“ რეგიონალურ დონეზე გამოიყენებდნენ და ესლაც მიმართავენ ისეთი ქვეყნები, როგორცაა 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. გლობალური გაძღოლის ინსტრუმენტებია: ა) სახელმწიფოსთან შეთანხმებული ფასები; ბ) საავადმყოფოთა დაგეგმვა (საწოდები, ექიმები, ექთნები); გ) გლობალური ბიუჯეტი. ეს ის საკითხებია, რომელთა სწორი, რეალური ტექნიკურ-ეკონომიკური დასაბუთება და დაგეგმვა მთიან რაიონებში საშუალებას მოგვცემს თავიდან ავიცილოთ უფრო მეტი ხარჯი მომავალში და ამავე დროს შევინარჩუნოთ და ეფექტიანად განვაუთაროთ სამედიცინო საქმიანობა ასეთ რეგიონებში.

საქართველოს სინამდვილეში შესაძლებელია ჯანდაცვის მართვის ალტერნატიული მოდელის გამოყენება [100]. ჯანდაცვის სისტემას ჩვენში ორი მხარე გააჩნია. პირველი მხარე ამ სისტემის ოფიციალური სახეა და იგი მთლიანად სახელმწიფოზეა ორიენტირებული. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები, ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებები, ლიცენზიები და ატესტაციები, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული რეგულირებადი ფასები (რომელიც ნაკლებად ასახავს რეალობას) წარმოადგენს ჯანდაცვაში სახელმწიფოს პოლიტიკის ინსტრუმენტებს. მეორეა ჯანდაცვის სისტემის არაოფიციალური მხარე, რომელიც ჩრდილოვან ფინანსურ ნაკადებს ასახავს და რამდენიმე ასეული მილიონი ლარით განისაზღვრება.

ზემოთ ჩამოთვლილი ჯანდაცვის სისტემის მხარეები ერთმანეთზე ახდენენ გავლენას. მაკროეკონომიკური პრობლემებისა და ბიუროკრატიულ მარწუხებში მძველად მყოფი ჯანდაცვა ეძებს დამფინანსებელს და როცა მას სახელმწიფო აღარ ესმარება, ჩრდილოვან ბაზარს ქმნის, რაც, ეკონომიკის თვალსაზრისით,



სავსებით გასაგებია. ქვეყანაში შექმნილმა ეკონომიკურმა გარემომ არ უნდა უბიძგოს ექიმს, სამედიცინო პერსონალს და სამედიცინო დაწესებულებას მოექცნენ ე.წ. „ჩრდილოვან სექტორში“, რაც აბრკოლებს სამედიცინო მომსახურების ბაზარის განვითარებას [100].

თანამედროვეობის დიდი ეკონომისტი მილტონ ფრიდმანი ჯანდაცვის სფეროსაც შეეხო. მისი აზრით, რომელიმე სახელმწიფო უწყებას ექიმის დაშვების ან არ დაშვების უფლება არ უნდა ჰქონდეს. ლიცენზიები ქმნის დამატებით მონოპოლიებს ბაზარზე [101]. ჯანდაცვის სფეროს მიმართ დიდი ეკონომისტის სიტყვები, განსაკუთრებით საყურადღებოა დღეს საქართველოში, სადაც მოსახლეობა გაურკვეველ მდგომარეობაშია. სიცოცხლის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებლისა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ზრდა სწორედ ამაზე მეტყველებს. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები წყვეტენ საბაზრო-სასიცოცხლო მოთხოვნებს. სადაზღვევო მედიცინა ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების სტადიაშია. რაც მთავარია, არ არის სახელმწიფოს კეთილი ნება ამ პრობლემების მოწესრიგებისათვის, რაც, პირველ რიგში, ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მექანიზმების გაძლიერებაში მდგომარეობს.

ჯანდაცვის დაფინანსების ყველა ეს ფორმა კარგადაა ცნობილი განვითარებულ ქვეყნებში. ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანდაცვის სფეროში. 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.

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

რეფორმირებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა ბიუჯეტის, კერძო სექტორის და დონორების ფინანსური რესურსების გამოყენებით უზრუნველყოფს:

- სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის პირობებში განისაზღვროს დამატებითი საზოგადოებრივი ფინანსური რესურსების კონკრეტული სამიზნეები;

- კერძო დანახარჯების ის ნაწილი, რომელსაც დღეს მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის, მობილიზებული იქნას სადაზღვევო-ორგანიზებულ ფონდებში, რათა, ერთის მხრივ, შემცირდეს ფინანსური ხელმისაწვდომობის ბარიერი, და მეორეს მხრივ კი ინდივიდუალური რისკები გადანაწილდეს დაზღვეულთა ერთობლიობაზე;

- გაიზარდოს სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველის როლი სამედიცინო ბაზარზე და ხელი შეუწყოს როგორც ეკონომიკური ეფექტიანობის ზრდას, ასევე ჯანდაცვის სფეროში არაფორმალური ეკონომიკის ხვედრითი წილის შემცირებას,

- ერთიან ფონდებში მობილიზებული სახელმწიფო და კერძო ფინანსური რესურსები წარიმართოს იმ სამედიცინო დაწესებულებებზე, რომლებიც აწარმოებენ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რათა შეიქმნას ჯანსაღი გარემო სამედიცინო მომსახურების და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხის განუხრელი ზრდისათვის. დამფინანსებლად შეიძლება გამოვიდნენ სახელმწიფო (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო), საქვეუწყებო დაწესებულება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, წამლის სააგენტო და სხვა), ვეტერანთა ჰოსპიტალი, მოხუცებულთა სახლი და სხვა სახელმწიფო შემსყიდველი (სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი), აგრეთვე კერძო დაზღვევის კომპანია, პაციენტი, დონორი.

ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების მიმდინარეობის პერიოდში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ერთად მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა ეკისრება სახელმწიფო შემსყიდველს. მათ ერთობლივად ხელი უნდა შეუწყონ ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, კონკურენციის და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

დაფინანსების მოდელის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია, რომ არსებული ფინანსური რესურსების განაწილება რეგიონებსა თუ სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის, მოსახლეობის საჭიროებიდან გამომდინარე, ეფუძნებოდეს რესურსების თანაბარი განაწილების პრინციპს. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ძირითადი მიზანია უზრუნველყოს ისეთი ქსელის შექმნა, რომელშიც მიმწოდებლებს გააჩნიათ კონკრეტული დაავადებებისა და მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით ეფექტური ხარჯვის და მაღალხარისხიანი

მომსახურების გაწვევისათვის აუცილებელი რესურსები და ეკონომიკური დაინტერესება.

ჯანდაცვის განვითარებაში დიდი როლი უნდა შეასრულოს დაზღვევის მექანიზმმა. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მთლიანმა დანახარჯებმა 2008 წელს 180980,2 ათასი ლარი შეადგინა (შედარებისათვის -2007 წელს იყო 147068,2 ათასი ლარი). დაზღვევის როლი და მნიშვნელობა დარგის განვითარებაში ძალზე დიდია, რასაც მსოფლიო განვითარების ტენდენციებიც ადასტურებენ, მაგრამ სავალდებულო თუ ნებაყოფლობითი დაზღვევის მექანიზმები ეფექტიანად ფუნქციონირებს დასაქმების მაღალი მაჩვენებლების პირობებში. ვინაიდან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა სწორედ დასაქმებულთა წრეზე ვრცელდება, ჯანდაცვის ამ მეტად ეფექტიანი ბიუჯეტის ამოქმედება მხოლოდ დასაქმების მაჩვენებლების გადიდების და უმუშევრობის მაჩვენებლების შემცირების პირობებშია შესაძლებელი.

მოსახლეობის ფართო ფენებისათვის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის მიზნით საქართველოში 1996 წელს შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, რომელიც პასუხისმგებელია სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების დაფინანსებაზე. 2000 წელს დაფინანსდა სამედიცინო დაზღვევის 14 სახელმწიფო პროგრამა [102]. 2010 – 2013 წლებისათვის ქვეყანაში სახელმწიფოს მიერ დაზღვეული იქნება 1200000 - ზე მეტი ადამიანი [97].

ფაქტიურად, სადაზღვევო მედიცინა მოიცავს მთელ დასაქმებულ მოსახლეობას და მათთვის სამედიცინო მომსახურება პრობლემაა არაა. მართალია, ამ მხრივ ჩვენში მნიშვნელოვანი ძვრები მოხდა, მაგრამ სადაზღვევო მედიცინამ ვერ მოიცავს მოსახლეობის ფართო ფენები. ბოლო პერიოდში ქვეყნის ხელისუფლება ცდილობს დასაქმების პრობლემების მოგვარებას, რაც, ცხადია, სადაზღვევო მედიცინის მომსახურების გაფართოვებას გამოიწვევს და დადებით წვლილს შეიტანს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების საქმეში. აღსანიშნავია ისიც, რომ, ქვეყანაში ტარდება ჯანდაცვის პროგრამებით გათვალისწინებული რიგი ღონისძიებები, რაც აღნიშნული პრობლემების მოგვარებას შეუწყობს ხელს. კერძოდ, 2010 წლის 30 აპრილს საქართველოს პრემიერ-მინისტრის მიერ ჯანდაცვის სფეროს სისტემური რეფორმების შესახებ წარმოდგენილი კონკრეტული გეგმის მიხედვით, სადაზღვევო პაკეტში შევიდა ყველაზე ფართოდ მოხმარებული წამლების დაფინანსების კომპონენტი. ბოლო წლებში გადამზადდა 1200 ექიმი და 1300 ექთანი, აშენდა თანამედროვე

ტექნოლოგიებით აღჭურვილი საავადმყოფოები ქუთაისში, ზუგდიდში, გორში, ბათუმში (სრულდება მშენებლობა), თბილისში (თოდუას ცენტრი, „მედიკალ ჯორჯიას“ კლინიკა, შვედურ- ქართული ინვესიცია ბახტრიონის ქუჩაზე, გონა ინგოროყვას კლინიკა, იაშვილის კლინიკაში კერძო კლინიკების ჯგუფი, მულტიპროფილური საავადმყოფო ორთაჭალაში (სრულდება მშენებლობა), „ავერსის“ კლინიკა საბურთალოზე), ჩამოყალიბდა მედიატორის სამსახური, ძალაში შევიდა წამლის კანონი, რომელმაც გაზარდა კონკურენცია წამლის ბაზარზე და გამოიწვია წამლებზე ფასების შემცირება. რეგიონებში და დედაქალაქში თანამედროვე სტანდარტების საავადმყოფოების აშენების მიზნით, მოხდა ცვლილებები 100 საავადმყოფოს პროგრამაში, რომელიც ობიექტური მიზეზების გამო ვერ განხორციელდა და ჩატარდა ახალი ტენდერი სადაზღვევო კომპანიებს შორის. ცნობილია, რომ სადაზღვევო კომპანიები თითო-თითო წლით აზღვევენ 900 000 ყველაზე უმწეოს (ამჟამად საქართველოში 1,5 მლნ-მდეა დაზღვეული) და ამაში სახელმწიფოდან იღებდნენ თითო დაზღვეულზე შესაბამის პრემიუმს. ახალი ტენდერის მიხედვით, ყოველ რაიონს ეყოლება შესაბამისი გამარჯვებული კომპანია, რომელიც დააზღვევს იმ რაიონებში მცხოვრებ ყველა უმწეოს 3 წლით. გამარჯვებულ კომპანიებს აქვთ ვალდებულება რაიონულ ცენტრში ააშენონ ახალი, თანამედროვე საავადმყოფოები, რომლებიც ახალ სამუშაო ადგილებს შექმნიან რაიონებში [103]. მაგალითად, ტენდერის შედეგად გამარჯვებულმა „იმედი L მა“, თელავის, ასპეტის და ყვარლის რაიონებში უნდა დააზღვიოს ყველა იქ მცხოვრები უმწეო და, ამავდროულად, ააშენოს თელავში 70 საწოლიანი საავადმყოფო, ასპეტაში - 15, ყვარელში - 15. „GPI ჰოლდინგმა“ მოიგო მცხეთა-თიანეთის ლოტი და, შესაბამისად, დააზღვევს ყველა უმწეოს, ააშენებს 15 საწოლიან საავადმყოფოებს ყაზბეგში, მცხეთაში, დუშეთში და თიანეთში. 70 საწოლიანი საავადმყოფოების გარდა, ყველა საავადმყოფოს მშენებლობა უნდა დასრულდეს 2011 წლის 31 დეკემბრამდე, ხოლო 70 საწოლიანი საავადმყოფოებისა - 2012 წლის 31 მარტამდე. სულ სადაზღვევო კომპანიების მიერ აშენდება 46 საავადმყოფო 1100-ზე მეტი საწოლით. ასევე აღსანიშნავია, რომ 2011 წლის 31 დეკემბრიდან საავადმყოფო, რომელიც სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ მინიმალურ სტანდარტებს არ დააკმაყოფილებს, ვერ მიიღებს სახელმწიფოს მიერ დაზღვეულ პაციენტებს [103].

რაც შეეხება დედაქალაქს, იგი გეოგრაფიულად დაიყო ჰოსპიტალურ კლასტერებად და სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის ძალისხმევით მთლიანად

იქნება მოცული მაღალი დონის საავადმყოფოებით. კერძოდ, პირველ კლასტერს მიეკუთვნება საბურთალო (რესპუბლიკური საავადმყოფო), სადაც კანადური კომპანია მოლაპარაკებების დასრულების შემდეგ აიღებს ვალდებულებას დამატებით 30 მილიონ დოლარზე მეტი ჩადოს აღნიშნული საავადმყოფოს სრულ რეკონსტრუქციაში. მეორეა დიდმის კლასტერი – სახელმწიფოს დაფინანსებით რემონტდება რკინიგზა და ჟვანიას საავადმყოფოები, სადაც 14-მდე კლინიკა განთავსდება. გარემონტების შემდეგ კი თავად კოლექტივებზე მოხდება შენობების პრივატიზაცია. ამავე კლასტერში „გლობალ ფონდის“ დაფინანსებით იწყება ახალი ინფექციურის და შიდსის ცენტრის მშენებლობა. კერძო დაფინანსებით არამიანცში ხორციელდება ახალი, თანამედროვე კლინიკის მშენებლობა, ასევე სრულდება ახალი მულტიპროფილური საავადმყოფოს მშენებლობა ორთაჭალაში – ყოფილი ოფთალმოლოგიის და ნევროლოგიის კლინიკა. მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით მიმდინარეობს საავადმყოფოს მშენებლობა ამბროლაურში, ხოლო USAID აფინანსებს მშენებლობას ახალციხეში, ნინოწმინდაში და ახალქალაქში [103].

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია ფარმაცევტული სექტორი, რომელიც სხვა, ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორებთან ერთად განსაზღვრავს ადამიანთა სამკურნალო დახმარების ხარისხს. ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების თითქმის 14% ფარმაცევტულ სექტორზე მოდის. მსოფლიოში ყოველწლიურად იზრდება მედიკამენტების გაყიდვების მოცულობა. მკურნალობის პროცესში გამოყენებული მედიკამენტების ხარისხი, ეფექტიანობა, უსაფრთხოება და ფასი ის მაჩვენებლებია, რომლებიც, საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ხარისხს, ხანგრძლივობას და ღირებულებას განსაზღვრავენ. ამიტომაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პოლიტიკა ფარმაცევტული პრეპარატების დარგში ხარისხიანი და ეფექტური პრეპარატების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასა და სამკურნალო საშუალებების რაციონალური გამოყენების სტიმულირებაზე არის მიმართული.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველო შედის იმ სახელმწიფოთა ჯგუფში (რუმინეთი, სომხეთი, ბელორუსია, უკრაინა, ყაზახეთი), რომლებშიც ერთ სულ მოსახლეზე წელიწადში 10-20 აშშ დოლარის ღირებულების წამლები იხარჯება. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მონაცემებით, 2007 წლის ბოლოსათვის საქართველოში დარეგისტრირდა 62 ფარმაცევტული წარმოება, 90 ფარმაცევტული ბაზა, 2

ლაბორატორია, 72 აფთიაქის ფილიალი, 98 პირველი ჯგუფის აფთიაქი, 894 მეორე ჯგუფის აფთიაქი, 847 მესამე ჯგუფის აფთიაქი, 299 სააფთიაქო პუნქტი [97].

ფინანსთა სამინისტროს მონაცემებით, 2007 წელს საქართველოში იმპორტირებულ იქნა 146,3 მლნ აშშ დოლარის ღირებულების სამკურნალო საშუალებები, ექსპორტმა 12,5 მლნ აშშ დოლარი, ხოლო რეექსპორტმა 4,6 მლნ დოლარი შეადგინა. ამავე წელს საქართველოში იმპორტირებულ იქნა 55 ქვეყნის მიერ წარმოებული სამკურნალო საშუალება. იმპორტის მოცულობაში პირველ ადგილზეა გერმანია (12%), მეორეზე - საფრანგეთი (8,8%), მესამეზე - აშშ (8,7%). სამკურნალო საშუალებების ადგილობრივმა წარმოებამ შეადგინა 2,8 მლნ დოლარი. ადგილობრივ ფარმაცევტულ ბაზარზე მოქმედებს 12 ადგილობრივი მწარმოებელი ( ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილით გამოირჩევა შ.პ.ს „ჯი ემ პი“, რომელზეც ადგილობრივი წარმოების 66% მოდის) [97].

XIX-XX საუკუნეებში მომხდარმა უპრეცედენტო დემოგრაფიულმა ცვლილებებმა მთელ მსოფლიოზე მოახდინეს გავლენა. ექსპერტთა შეფასებით [104], მსოფლიოს დემოგრაფიულ განვითარებაში გამოიყოფა 4 ძირითადი ეტაპი:

- ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული მოკვდაობის შემცირება XIX საუკუნის მე-2 ნახევარში;
- სიცოცხლის ხანგრძლივობის სწრაფი ზრდა XX საუკუნის დასაწყისიდან;
- სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის ტემპის შენელება XX საუკუნის 60-იან წლებში;
- მამაკაცებსა და ქალებს შორის არსებული სხვაობების შემცირება XX საუკუნის უკანასკნელ ათწლეულში.

ეს პროცესები საქართველოშიც საკმაოდ მკაფიოდ არის გამოხატული. ქვეყანაში მიმდინარე დემოგრაფიული პროცესის შეფასებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს მისი სისტემური ბუნება, რომლის ელემენტებს (მოსახლეობის რაოდენობა, შობადობა, მოკვდავობა და ა.შ.) შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირი არსებობს და ერთი რომელიმე მათგანის ცვლილება დანარჩენებზეც აისახება. ძალზე ძნელია საქართველოს ამჟამინდელი მდგომარეობის დახასიათება, რადგან არასრულფასოვნად ხორციელდება დაბადებათა, გარდაცვალებათა და გარე მიგრაციის აღრიცხვა.

უკანასკნელი ორი ათწლეულის განმავლობაში განვითარებულმა მნიშვნელოვანმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, სამოქალაქო ომმა, დევნილთა ნაკადმა, გაზრდილმა უმუშევრობამ, მოსახლეობის დიდი ნაწილის ცხოვრების პირობების გაუარესებამ და მიგრაციის ინტენსივობამ უარყოფითი გავლენა მოახდინა არა მარტო მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, არამედ დემოგრაფიული განვითარების ძირითად ტენდენციებზეც. საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემებით, ქვეყნის მასშტაბით ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი 1985 წელს იყო 51,6, რომელიც 1993 წელს შემცირდა 0,8-მდე, 2000 წელს - 0-მდე, ხოლო 2005 წელს კი 0,8 გახდა. მთლიანობაში, 1992 წელთან შედარებით, დღეისათვის მუდმივი მოსახლეობის რიცხოვნება 20,9%-ით არის შემცირებული [105].

მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის დინამიკაში ყველაზე შემაშფოთებელია შობადობის უკიდურესი შემცირება. 2006 წელს, 1985 წელთან შედარებით, შობადობის მაჩვენებელი 1,6-ჯერ შემცირდა, თუმცა, უკანასკნელ წლებში შობადობის მატების ტენდენცია შეინიშნება. 2006-2008 წლებში გამოიკვეთა შობადობისა და ბუნებრივი მატების ზრდის ტენდენცია. 2008 წელს დაფიქსირდა შობადობის მაჩვენებელი-12,9%, ხოლო ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი-3,1% [98].

საქართველოს დემოგრაფიული განვითარების ყველა ეტაპზე სოფლის მოსახლეობა მაღალი შობადობის მაჩვენებლით ხასიათდებოდა. ბოლო ათწლეულში ეს მაჩვენებელი შემცირდა და 2008 წელს ცოცხალშობილთა მხოლოდ 30,7%-ია სოფელში მცხოვრები. შესაბამისად, საქართველოს 5 რეგიონის (გურია, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი, იმერეთი, კახეთი, შიდა ქართლი) სოფლის მოსახლეობაში ბუნებრივი მატება უარყოფითია [98]. 2050 წლამდე საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა მნიშვნელოვნად ნაკლები იქნება 2000-2005 წლებთან შედარებით. მოსახლეობის ფორმირებაში დიდი როლი 2020 წლამდე გარე მიგრაციას ექნება [106].

ამგვარად, თანამედროვე დემოგრაფიულ სიტუაციას ქვეყანაში სისტემური კრიზისის ხასიათი აქვს. ამ სისტემის შემადგენელი ნაწილებია შობადობის კრიზისულ ზღვრამდე შემცირება, გარკვეულწილად მოკვდავობის ზრდა, მოსახლეობის ბუნებრივი მატების შემცირება, ჯანმრთელობის გაუარესება, გარე და შიგა მიგრაციის ფართო მასშტაბები, დიდი რაოდენობით განდევნილი მოსახლეობა და დემოგრაფიული პროცესის მართვის დაბალი დონე.

მოსახლეობის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე დიდ გავლენას ახდენს ის, თუ როგორია სიცოცხლის ხანგრძლივობა და მოკვდავობა. სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის გათვლებით, 2005 წელს საქართველოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა მამაკაცებში 69,3, ხოლო ქალებში – 76,7 წელს. 2008 წელს სიცოცხლის ხანგრძლივობამ შესაბამისად 69,3 და 79,0 შეადგინა [98]. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა სჭარბობს ახალი დამოუკიდებელი ქვეყნების ანალოგიურ მონაცემებს, თუმცა, საგრძნობლად ჩამორჩება ევროპის ქვეყნების მონაცემებს.

მსოფლიო ბანკისა და გაეროს მონაცემებით, 2015 წლისათვის საქართველოში ნავარაუდევია, რომ 15 წლამდე ასაკის მოსახლეობის წილი იქნება 15,2%, ხოლო 65 წელზე მეტი ასაკისა - 14,9% [107].

გაეროს მიერ მომზადებულ მოხსენებაში „მსოფლიოს მოსახლეობის დაბერება: 1950-2050 წლებში“ აღნიშნულია, რომ 2050 წლისათვის პირველად მსოფლიო ისტორიაში ხანდაზმულთა რაოდენობა გადაჭარბებს ახალგაზრდა მოსახლეობის რაოდენობას. ეს ისტორიული ცვლილება განვითარებულ ქვეყნებში 1988 წელს უკვე მოხდა. 2007 წელს, საქართველოში 65 და მეტი წლის ასაკის მამაკაცთა რიცხვმა 247,3 ათასს, ხოლო იმავე ასაკის ქალების რიცხვმა – 395,8 ათასს მიაღწია [97].

2000-2050 წლებში მსოფლიოში 60 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის რაოდენობა 600 მილიონიდან 2 მილიარდამდე გაიზრდება, რაც ძირითადად განვითარებადი ქვეყნების ხარჯზე მოხდება (400 მილიონიდან 1.7 მილიარდამდე ზრდა) [108]. მოსახლეობის დაბერება გავლენას ახდენს ეკონომიკურ ზრდაზე, ინვესტიციებზე, შრომის ბაზარზე, პენსიებზე და ა.შ. გაეროს მონაცემებით, მხოლოდ დაბერების პროცესთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების საშუალო ჯამური ღირებულება 2000-2050 წლებში მიაღწევს 41%-ს, რაც განვითარებადი ქვეყნებისათვის 36%, ხოლო განვითარებული ქვეყნებისათვის 48% იქნება [109].

საქართველო ეკონომიკური თვალსაზრისით განვითარებადი ქვეყანაა, ხოლო დემოგრაფიული თვალსაზრისით განვითარებულ ქვეყნებს მიეკუთვნება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მოსახლეობის ორი მესამედი 70 წელზე მეტს ცოცხლობს, ხოლო გარდაცვალების მიზეზი ისეთი ქრონიკული დაავადებებია, როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსივნეები, დიაბეტი. ინფექციურ დაავადებებს



შორის ყველაზე გავრცელებულია ფილტვის ინფექციები. საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში მოკვდავობის მიზეზი ანალოგიურია, თუმცა, წამყვან მიზეზებს შორის აივ/შიდს-ი, ორსულობისა და მშობიარობის გართულებები და საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები წარმოადგენს.

დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში 70 წლამდე აღწევს მხოლოდ მოსახლეობის ერთი მეოთხედი, ხოლო მოკვდავობის ყველა შემთხვევის ნახევარზე მეტი 14 წლამდე ასაკის ბავშვებში აღინიშნება. დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სიკვდილის მიზეზებია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ინფექციური დაავადებები, როგორცაა აივ/შიდს-ი, სასუნთქი ორგანოების ინფექციები, ტუბერკულოზი, ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ გართულებები [110].

საქართველოში მოკვდავობის სტრუქტურაში, დაავადებათა საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის მე-10 გადახედვის ნოზოლოგიების მიხედვით, 2008 წელს წამყვანი ადგილი ეკავა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებს (64,1%) და სიმსივნეებს (10,8%). მესამე ადგილზე (8,5%) სიმპტომების, ნიშნების და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობის კლასია [98]. აღნიშნული დაავადებების რიცხვი შეიძლება შემცირდეს მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებით და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის და, შესაბამისად, მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებით. ჯანდაცვის სექტორის განვითარებისთვის საჭიროა აღნიშნულ სფეროში ინვესტიციების განხორციელება და ორგანიზაციული მოწყობის გაუმჯობესება.

საქართველოში ძალზე დაბალია აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოხმარება ღარიბი ოჯახების მიერ (ერთ სულ მოსახლეზე საშუალოდ ამბულატორიული ვიზიტი იყო 1.6 (საშუალო ევროპულია 7). ავადმყოფობის შემთხვევაში მოსახლეობის 49% არ მიმართავს ექიმს. ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ხარჯები მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მოსახლეობას, განსაკუთრებით, მის ღარიბ ფენას. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში, საშუალოდ, 80% წარმოადგენს კერძო დანახარჯებს, უპირატესად, არაფორმალური „ჯიბიდან გადახდების“ სახით. დანიშნული მედიკამენტების სიძვირე მნიშვნელოვნად ამცირებს ამბულატორიული მომსახურების მოხმარებას. აღნიშნული მიზეზით მოსახლეობის 43%-ზე მეტი არ მიმართავს ამბულატორიას [111].

ამ ბოლო დროს საქართველოში აღინიშნება სიღარიბის დონის მნიშვნელოვანი ზრდა. სიღარიბე ქალაქად არასრულფასოვან კვებასთან არის

დაკავშირებული, ხოლო სოფლად ფულადი რესურსების დეფიციტთან და ინფრასტრუქტურის არასრულფასოვან განვითარებასთან. სიღარიბესთან ასოცირებული დაავადებების უმეტესობას წარმოადგენს ინფექციური დაავადებები (შიდსი, მალარია, და ა.შ). აღნიშნული დაავადებები გამოწვეულია მოსახლეობის დაბალი შემოსავლებით, სუფთა წყლის ნაკლებობით, საკვების არასრულფასოვანი მოხმარებით, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის არარსებობით [112]. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ საქართველოს მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურაში ენდოკრინოლოგიურ და დიაბეტით დაავადებულებს საკმაოდ დიდი ადგილი უკავია (იხ. ცხრილი 2.8 და ცხრილი 2.9).

აქვე შევნიშნავთ, რომ დიაბეტი საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, დიდ პრობლემას წარმოადგენს ჯანდაცვის სამსახურებისათვის. ენდოკრინოლოგიური და დიაბეტით დაავადებულთა მკურნალობისათვის საბიუჯეტო სახსრებიდან მნიშვნელოვანი ნაწილი გამოიყოფა, რადგან პაციენტებს ესაჭიროებათ სპეციფიური მედიკამენტები, საკვები პროდუქტები და ჰორმონალური პრეპარატები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2030 წელს დაავადებულთა რიცხვი მთლიანი მოსახლეობის 6,8%-ს მიაღწევს [112].

ეკონომიკური და სოციალური რეფორმების შედეგად საქართველოს მთავრობამ შეძლო მიეღწია პროგრესისათვის. გაიზარდა საბიუჯეტო შემოსავლები (მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდისა და საგადასახადო შემოსავლების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების ხარჯზე). ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) მონაცემებით, რეგიონების ეკონომიკისა და შემოსავლების დონის მიხედვით, 2007 წლისათვის საქართველო დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ჯგუფიდან საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების ჯგუფებში (LMC) გადავიდა [113]. ბოლო წლებში შემოღებულმა მიზნობრივი სოციალური დახმარების სისტემამ, სოციალური სარგებელი უფრო ეფექტიანი და შედეგიანი გახადა, შემცირდა სიღარიბის დონე (იხ. ცხრილი 2.10).

ჯანდაცვის ქსელში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში ორგანიზდება სამი მზარდი შესაძლებლობების დონედ. პირველ, მეორე და მესამე დონეებს შორის სათანადო კავშირებით ხდება სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. 2.1 სქემაზე წარმოდგენილია საქართველოში სამედიცინო ქსელის დონეებად მოწყობა.

პირველი დონე, ანუ პირველადი ჯანდაცვა გახდება ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხვედრის ძირითადი კარიბჭე. მეორე და მესამე დონეებზე

ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით  
გამოწვეული დაავადებები საქართველოში, რეგიონების მიხედვით, 2008 წ.\*

	წლის ბოლოს (კონტიგენტი)				ახალი შემთხვევები			
	სულ		მ.შ. ბავშვები		სულ		მ.შ. ბავშვები	
	რაოდენობა	პრევალენტობა	რაოდენობა	პრევალენტობა	რაოდენობა	პრევალენტობა	რაოდენობა	პრევალენტობა
თბილისი	35445	3202.8	1409	741.9	4993	451.2	486	255.9
აჭარა	11766	3085.8	404	617.5	3069	804.9	1175	1795.8
გურია	2054	1479.8	174	730.5	311	224.1	67	281.3
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	1484	3098.1	123	1496.4	546	1139.9	63	766.4
სამეგრელო	6436	1375.5	386	480.8	1611	344.3	266	331.3
იმერეთი	25689	3702.1	398	334.3	8134	1172.2	907	761.7
კახეთი	14509	3611.9	2885	4185.4	2773	690.3	438	635.4
მცხეთა-მთიანეთი	2542	2152.4	162	799.2	633	536.0	116	572.3
სამცხე-ჯავახეთი	2808	1350.6	212	594.2	1317	633.5	106	297.1
ქვემო ქართლი	5037	997.8	280	323.3	2780	550.7	564	651.1
შიდა ქართლი	8985	2871.5	2261	4211.2	3833	1225.0	1016	1892.3
აფხაზეთი	2746	--	60	--	1118	--	115	--
სხვა უწყებები	363	--	2	--	62	--	4	--
საქართველო	119864	2734.2	9356	1243.8	30580	697.6	5323	707.7

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008.

სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას პაციენტი მიიღებს მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმისაგან რეფერალის შემთხვევაში. რეფერალის საჭიროებას განსაზღვრავს უფლებამოსილი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სავალდებულო კლინიკური პროტოკოლებით, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებსა და პაციენტის დაზღვევის პოლისში აღწერილი რეგულაციებით, ასევე კონკრეტული რეგულაციის არარსებობის შემთხვევაში - საკუთარი პროფესიული კომპეტენციით. საზოგადოების ჯანდაცვის ღონისძიებებს ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, რომელიც ორიენტირებულია მოსახლეობის ჯგუფებზე და, შესაბამისად, გეგმავს და ატარებს ჯანდაცვის პრევენციულ ღონისძიებებს.

## შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება საქართველოში 2006-2008\*

ახალი შემთხვევები	2006		2007		2008	
	რაოდენობა	ინციდენცია	რაოდენობა	ინციდენცია	რაოდენობა	ინციდენცია
	8151	185.3	7461	170.0	9425	215.0
<i>მათ შორის:</i>						
შაქრიანი დიაბეტი ინსულინდამოკიდებული (ტიპი I)	2391	54.4	2415	55.0	2630	60.0
შაქრიანი დიაბეტი ინსულინდამოკიდებელი (ტიპი II)	5760	131.0	5046	115.0	6795	155.0
წლის ბოლოს მეთვალყურეობაზე მყოფი ავადმყოფები (კონტინგენტი)	რაოდენობა	პრივალენცია	რაოდენობა	პრივალენცია	რაოდენობა	პრივალენცია
	58582	1332.0	59875	1364.4	64442	1470.0
<i>მათ შორის:</i>						
შაქრიანი დიაბეტი ინსულინდამოკიდებული (ტიპი I)	15961	362.9	16686	380.2	17817	406.4
შაქრიანი დიაბეტი ინსულინდამოკიდებელი (ტიპი II)	42621	969.1	43189	984.2	46625	1063.6

\*წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2008.

## სიღარიბის დონე საქართველოში წლების მიხედვით\*

სიღარიბის დონე	წლები					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
სიღარიბის დონე მედიანური მოხმარების 60 პროცენტის მიმართ (%)	24,6	24,1	23,3	21,3	22,1	21,0
სიღარიბის დონე მედიანური მოხმარების 40 პროცენტის მიმართ (%)	10,9	10,1	9,4	9,2	9,5	8,8

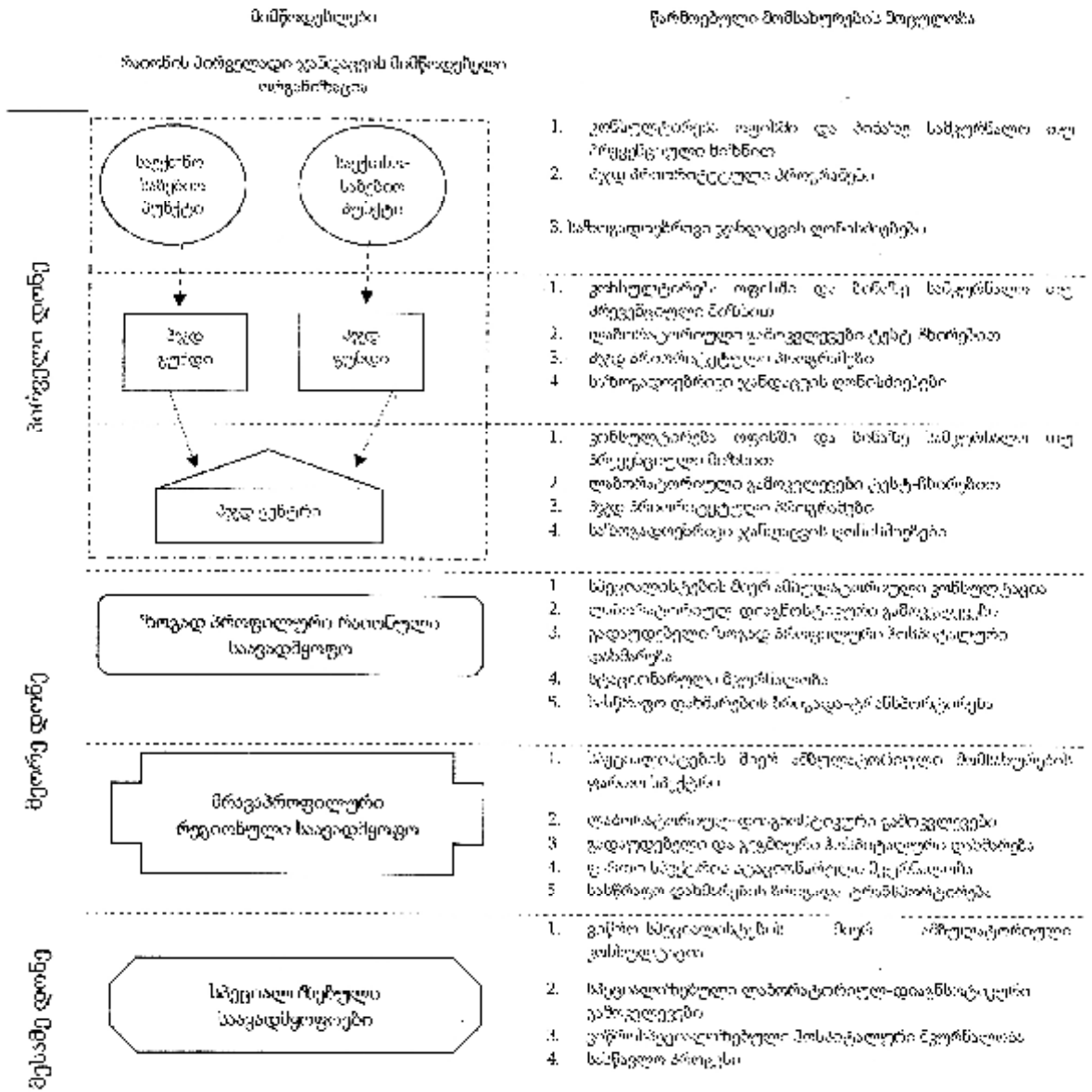
\*წყარო: [www.statsitics.ge](http://www.statsitics.ge)

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

ჯანდაცვის სამსახურები ორგანიზდება იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურებაზე 15 წუთიან ინტერვალში (მგზავრობის დრო დასახლებული პუნქტიდან პირველადი ჯანდაცვის ობიექტამდე); მომსახურების მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურებამდე (გადაუდებელი დახმარება) 45 წუთის ინტერვალში; ხოლო პრე-ჰოსპიტალური გადაუადებელ დახმარებაზე - 30 წუთში. სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახეები სისტემის თითოეულ დონეზე განისაზღვრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისად და ითვალისწინებს: პირველ დონეზე როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრევენციულ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ხანგრძლივი მოვლის დონისძიებებს (მაგალითად, საექიმო კონსულტაცია როგორც ამბულატორიულად, ასევე ბინაზე, ფუნქციონალურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევები, იმუნიზაცია, მოსახლეობის განათლება და ა.შ.).

პირველადი ჯანდაცვა ითვალისწინებს ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს შესაფერისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის მიერ. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი არის ოჯახის ექიმი, რომლის მოვალეობაა ამოიცნოს და მართოს მოსახლეობის ბაზისური სამედიცინო საჭიროებების უდიდესი ნაწილი. ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს ექთნებთან და ბებიაქალებთან. საქართველოში საჭიროა 2000 – 2200 ოჯახის ექიმი, 2300 – 2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი, რომელსაც გააჩნია ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების უფლება. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე დაგეგმილია ექიმი – ექთნის თანაფარდობა გახდეს 1 : 2 [111].

პირველადი სამედიცინო დახმარების განვითარება არის ჯანდაცვის რეფორმის მთავარი ამოცანა. ამ მიზნის მიღწევისათვის არსებობს განსხვავებული მოსაზრებები, მაგრამ მთავარია ის, რომ „ვიწრო“ სპეციალისტები შეცვალოს ფართო პროფილის სპეციალისტებმა - საერთო (საოჯახო)



სქემა 2.1. სამედიცინო ქსელის დონეებზე მოწყობის სქემა

პრაქტიკის ექიმებმა, რომლებიც მოსახლეობას აღმოუჩინეს პირველად სამედიცინო დახმარებას.

პირველადი სამედიცინო დახმარების რეფორმირების და დაფინანსების გარდაქმნასთან დაკავშირებული იყო ბევრი მოლოდინი. სინამდვილეში, იგი გაცილებით მეტ დროს მოითხოვს, ვიდრე მოსალოდნელი იყო. ამის მიზეზია შემდეგი: 1) სახელმწიფო ბიუჯეტი არ არის სათანადოდ მოქნილი, 2) დაფინანსების ახალი სისტემებისათვის დამახასიათებელია ძალზე სუსტი საგადასახადო სტიმულები, რომლებიც ასახავენ ღრმა ეკონომიკურ დაცემას, 3) სათანადოდ არ ფასდება სიტუაციის შეცვლის შესაძლებლობა. დღეისათვის რეფორმატორების

ქმედებები უკვე არც ისე ეფექტურია. ძირითადი აქცენტი პირველადი სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესების საქმეში გადატანილია კადრების გადამზადებაზე.

მეორე დონეზე წარმოებს სტანდარტული სტაციონალური (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური) მომსახურება. მეორე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელია როგორც ზოგადი, ასევე მრავალპროფილური საავადმყოფო. ზოგადი პროფილის საავადმყოფო უზრუნველყოფს პირველი დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებას. რაც შეეხება ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის ძირითად საჭიროებებს, იგი ორგანიზდება იმ შემთხვევაში, თუ მეორე დონის (მრავალპროფილურ) ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დასაშვებზე დაბალია. მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება მოიცავს როგორც დღის სტაციონარს, ასევე 24 საათიან მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისათვის, როგორცაა შინაგანი მედიცინა, ნევროლოგია, ინფექციური დაავადებები, ონკოლოგია, შაქრიანი დიაბეტი, გინეკოლოგია, ინტენსიური თერაპია და რეანიმაცია, ასევე ითვალისწინებს 24 საათიან მომსახურებას ქირურგიული პროფილის პაციენტებისათვის.

ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ზოგად-თერაპიული და ქირურგიული შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისათვის, აგრეთვე სამეანო მომსახურებას დაბალი რისკის ორსულობისათვის. ჰოსპიტალური მომსახურების მეორე დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ფართო სპექტრის თერაპიული, ქირურგიული და ფსიქიატრიული (მხოლოდ ამბულატორიული) პროფილის პაციენტებისათვის, სამეანო მომსახურებას საშუალო რისკის ორსულთათვის. მეორე დონეზე ჰოსპიტალურ მომსახურებას დასაქმებული სპეციალისტები აწარმოებენ ამბულატორიულ მომსახურებას შესაფერისად აღჭურვილი ამბულატორიულ განყოფილებებში, რაც საავადმყოფოს ნაწილია. მესამე დონე ითვალისწინებს მაღალტექნოლოგიურ, ვიწრო სპეციალიზებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას (მაგალითად, კარდიოქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამეანო საწოლები მაღალი რისკის ორსულთათვის). მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ერთეული ორგანიზებულია სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონული საავადმყოფოების სპეციალიზებულ განყოფილებებში, რომლებიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არიან დაკომპლექტებულნი და გააჩნიათ შესაბამისი აღჭურვილობა. ამ დონის

მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობები შექმნილია ქუთაისსა (დასავლეთ საქართველოსათვის) და თბილისის (აღმოსავლეთ საქართველოსათვის) ორ საავადმყოფოში. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე იქმნება შესაფერისი შესაძლებლობები გადაუდებელი დახმარების უზრუნველსაყოფად.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების სამივე დონე მეტნაკლებად არის განვითარებული, მაგრამ საჭიროებს დახვეწას, რათა შესაბამისობაში იყოს მსოფლიოს სტანდარტებთან, მაქსიმალურად დააკმაყოფილოს მოსახლეობის მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე და მოსახლეობას მიაწოდოს სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურება.

ჯანდაცვის სფეროში რეფორმის მიმდინარეობის წარმატებაში, ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად, მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდს, როგორც სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველს. სახელმწიფოსთან ერთად აღნიშნულმა ფონდმა ხელი უნდა შეუწყოს ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, მიმწოდებელთა შორის ჯანსაღ კონკურენციას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განუხრელ გაუმჯობესებას.

მრავალი ქვეყნის მაგალითი გვარწმუნებს, რომ სახელმწიფო რეგულირება ჯანდაცვის სფეროში მხოლოდ იმ შემთხვევაშია სასარგებლო, თუ რეალურად შეფასდება არსებული მატერიალური და ფინანსური საშუალებები. ამასთან, ეკონომისტთა უმეტესობის აზრით, მომსახურების ისეთი სპეციფიკური სახის მიწოდებისას, როგორცაა სამედიცინო დახმარება, გამორიცხულია არაკონტროლირებადი საბაზრო საქმიანობის დაშვება, რასაც ხშირად სავალალო შედეგები მოჰყვება. ამის გამო საბაზრო მექანიზმების გამოყენება მხოლოდ მაშინ არის ეფექტიანი, როდესაც ისინი ეფუძნება მკაცრ მონიტორინგს, აგრეთვე საბაზრო ურთიერთობების მონაწილეთათვის მკაფიოდ განსაზღვრულ სტანდარტებს.

რეფორმის გატარების ყველა ეტაპზე გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ კერძო სექტორის განვითარების სტიმულირება სულაც არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ორგანოებმა ნაკლები ძალისხმევით უნდა წარმართონ თავიანთი საქმიანობა. პირიქით, ასეთი ძალისხმევა მოითხოვს სამთავრობო ორგანოების უფრო მეტ კომპეტენტურობას საბაზრო მექანიზმების ზედამხედველობის პროცესში.



საქართველოში რეფორმის აუცილებლობა ცხადია, რამდენადაც არსებული წესი სიცოცხლისუნარიანია. ყველა, ვინც ახორციელებს რეფორმებს ჯანდაცვაში, ხელისუფლება, ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანოები, საერთაშორისო ორგანიზაციები – აწყდებინ რთულ პრობლემებს. მათ მუშაობა უხდებათ არახელსაყრელ ეკონომიკურ და პოლიტიკურ გარემოში, ხოლო ჯანდაცვის კრიზისი იმდენად ღრმანა, რომ ამუხრუჭებს საერთო ეკონომიკურ განვითარებას.

ჯანდაცვის რეფორმა არ შეიძლება განხილული იქნას პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობისაგან იზოლირებულად. საბოლოოდ მაღალხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა შეუძლებელია ეკონომიკის გაჯანსაღების გარეშე. იგი, თავის მხრივ, განხორციელებადია ეკონომიკური ზრდის პირობებში. აუცილებელია ინვესტიციები განათლებასა და მშენებლობაში, გამჭირვალობა, ბრძოლა კორუფციასთან. ყველაფერი ეს კეთილგანწყობით აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და მიუხედავად ყველაფრისა, მთავარია ოთხი ძირითადი პრობლემის გადაჭრა:

1) ისე, რომ არ შეილახოს მოსახლეობის ინტერესები, უნდა შეივსოს ჯანდაცვის ფონდები, რათა შესაძლებელი იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების კომპენსირება. ეს შეუძლებელია სახსრების არსებითი გადანაწილების გარეშე. ეკონომიკური თვალსაზრისით, ეს ამოცანა ერთობ რთულია, ვინაიდან თვალშისაცემია საზოგადოების შრეებად დაყოფა, განსაკუთრებით, ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის შედარებისას.

2) ხელის შეწყობა ადგილობრივი თვითმართველობისათვის, რათა უარი თქვან არსებული ცენტრალიზებული მართვის სისტემაზე.

3) პრივატიზაციის სწორად წარმართვა. ჯანდაცვის ბევრ სფეროში, კერძო სექტორს შეუძლია მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს. მაგრამ პრივატიზაცია ზოგჯერ წარმოდგენილია სახელმწიფო ქონების ხელსაყრელი გაყიდვის ფაქტით. ქვეყნის სუსტად განვითარებული ეკონომიკის თავისებურებების გათვალისწინებით, არასწორი პრივატიზაცია მეტად ცუდი მოვლენაა.

4) რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების რეორგანიზაცია. განთავისუფლდეს ისინი ზედმეტი სიმძლავრეებისაგან. აქ გასათვალისწინებელია სრული დასაქმების პოლიტიკა, განსაკუთრებით, მაშინ, როცა ჯანდაცვა განხილულია როგორც სამუშაო ადგილების წყარო.

ვფიქრობთ, ჩამოთვლილი ღონისძიებების პრაქტიკული რეალიზაცია გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ბაზარს საქართველოში და ხელს შეუწყობს ჯანსაღი კონკურენციის არსებობას.

### თავი 3. საქართველოს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ძველის მარკეტინგული კვლევა

კვლევა წარმოადგენს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა სეგმენტირებული ჯგუფების დახასიათებას მათი ქცევის თვალსაზრისით. შესაბამისად, ამოცანები, რომლებიც დასმულია კვლევის წინაშე, გადაწყვეტილია ჯგუფურად: ჯერ გადაიჭრა პირველი ამოცანა, ხოლო მომდევნო ამოცანები გადაწყდა თითოეული გამოყოფილი ჯგუფებისათვის, რომლებიც ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ. გარდა ამისა, კვლევაში მოცემულია სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე თითოეული ჯგუფის მომხმარებელთა ქცევის დახასიათება.

#### 3.1. კვლევის მეთოდოლოგია

მარკეტინგული კვლევა შედგება 2 ეტაპისაგან.

**პირველი ეტაპის** ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა შემდგომი გაღრმავებული შესწავლისათვის კვლევის ჯგუფის განსაზღვრა. ასეთი მიდგომის მიზანშეწონილობა აიხსნება კვლევის თავისებურებით, კერძოდ, საერთო სტრატეგიცირებული შერჩევიდან აუცილებელია იმ ფენების გამოყოფა, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შექენით. ამისათვის კი საჭიროა ამ ფენებს შორის პროცენტული და რაოდენობრივი თანაფარდობის დადგენა. აქედან გამომდინარე, წარმოიშვა რეპრეზენტაციულობის მეთოდის გამოყენების აუცილებლობა. ამისათვის ვისარგებლეთ სტრატეგიცირებული შერჩევით. როგორც ცნობილია, სტრატეგიცირებული შერჩევა წარმოადგენს გენერალური მთლიანობის ელემენტების გარდაქმნას სხვადასხვა სახის ერთგვაროვან ფენებად [114]. ჩვენს შემთხვევაში ესაა საქართველოს მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების გამოყოფა, რომლის მიზანია შერჩევის

რეპრეზენტაციულობის დაცვა. ამ მახასიათებლის მიხედვით ჩატარდა მოსახლეობის დაჯგუფება. შემდგომ, თითოეული ჯგუფის მოცულობის პროპორციულად, მოვახდინეთ ამონაკრების ფორმირება ისეთნაირად, რომ იგი რეპრეზენტაციული ყოფილიყო. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მომხმარებელთა სხვადასხვა ჯგუფის მიერ ფასიანი სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მონაცემები არ იქნებოდა სარწმუნო.

კვლევის მიზნის მიღწევისათვის დაისვა შემდეგი ამოცანები;

- ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი დაინტერესების კომპლექსური შეფასებისათვის ანკეტის შემუშავება;
- ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი რესპონდენტთა დამოკიდებულების გამოვლენა;
- იმ ფაქტორების ზოგადი შეფასება, რომლებიც განსაზღვრავენ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი მომხმარებელთა დამოკიდებულებას;
- ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი რესპონდენტთა დამოკიდებულების ანალიზი მათი სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით.

ამონაკრების მოცულობის განსაზღვრისათვის გამოვიყენეთ მექანიკური შერჩევის მეთოდი, რომლითაც ამონაკრების რაოდენობა ( $n$ ) გაიანგარიშება შემდეგი ფორმულის გამოყენებით [115]:

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2 \times N}{t^2 \times \delta^2 + \Delta^2 \times N} \quad , \quad 3.1$$

სადაც  $t$  არის ნორმირებული გადახრა, რომლის მნიშვნელობა განისაზღვრება სტატისტიკურ ცხრილში მოცემული სანდო ალბათობის მიხედვით,  $\delta^2$  არის დისპერსია,  $\Delta$  - შერჩევის ცდომილება (შეცდომა),  $N$  - გენერალური (შესასწავლი) მთლიანობის რაოდენობა.

რაც შეეხება სანდოობის დონეს, მარკეტინგული კვლევის ჩატარებისას, ჩვეულებრივ, განიხილება მისი ორი მნიშვნელობა: 95 % ან 99 %. ჩვენ ავიღეთ 95 %-იანი სანდო ალბათობა, შესაბამისად,  $t = 1,96$  [116] .

დისპერსია განისაზღვრება ექსპერიმენტის, მეორადი მონაცემების, საცდელი კვლევის ან ანალოგიური კვლევის საფუძველზე. ჩვენს შემთხვევაში ამონაკრები ახლად ფორმირდება, ამიტომ დისპერსია უცნობია და ვიყენებთ მის სავარაუდო მნიშვნელობას. ცნობილია, რომ უდიდესი ვარიაცია მიიღება იმ შემთხვევაში, როცა გენერალური მთლიანობის ერთი ნახევარი (50 %) მოიხმარს მოცემულ პროდუქტს, ხოლო მეორე ნახევარი (50 %) – არა. ამ დროს დისპერსია აღწევს მაქსიმალურ მნიშვნელობას, რომელიც 2500-ის ტოლია [117].

რაც შეეხება შედეგების საიმედოობას, ჩვენ გამოვიყენეთ მარკეტინგულ კვლევებში მიღებული შეფასების სისტემა. კერძოდ, მაღალი საიმედოობა უშვებს ამონაკრების შეცდომას 3 %-მდე, ჩვეულებრივი – 3-დან 10 %-მდე, მიახლოებული – 10-დან 20 %-მდე, საორიენტაციო - 20-დან 40 %-მდე [118]. ჩვენს შემთხვევაში ცდომილება არის 4 %.

ზემოთ აღნიშნული მონაცემების გათვალისწინებით, აგრეთვე, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ ფაქტს, რომ სამედიცინო მომსახურების ძირითადი მომხმარებლები საქართველოში 20 წელს გადაცილებული მოსახლეობაა, რომელთა რაოდენობა საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის მონაცემებით არის 2 784 ათასი ადამიანი [119], ამონაკრების მოცულობა ჩვენს შემთხვევაში იქნება:

$$n = \frac{1,96^2 \times 2784000 \times 2500}{1,96^2 \times 2500 + 4^2 \times 2784000} = 600,1$$

მარკეტინგული კვლევის პრაქტიკა აჩვენებს, რომ დარიგებული ანკეტის გარკვეული ნაწილი (დაახლოებით მესამედი) არ ბრუნდება [120]. ამიტომ **მარკეტინგული კვლევის მეორე ეტაპზე** დარიგდა 800 ანკეტა. დაბრუნებული ანკეტებიდან 132-ში უარი იყო ნათქვამი სოციალური კატეგორიისადმი მიკუთვნებაზე. ასეთი ანკეტები არ იქნა გათვალისწინებული კვლევისას და, შესაბამისად, ამონაკრები შეადგენდა 668 ადამიანს. მათ შორის მამაკაცი იყო 194, ხოლო ქალი – 474 (იხ.ცხრილი 3.1).

## ამონაკრების სტრუქტურა მარკეტინგული კვლევის ჩატარებისას

ასაკი (წელი)	მამაკაცები				ქალები					სულ
	უმუშე- ვარი	პენსი- ონერი	მოს- წავლე	მოსამ- სახურე	უმუშე- ვარი	დიასახ- ლისი	პენსი- ონერი	მოს- წავლე	მოსამ- სახურე	
20-24	–	–	11	18	2	–	–	27	42	100
25-34	–	–	5	40	5	13	–	8	83	154
35-54	5	–	–	76	10	22	–	–	168	281
55-ზე მეტი	7	9	–	23	13	11	23	–	47	133
სულ	12	9	15	158	30	46	23	35	340	668

ანკეტა შედგებოდა 8 ბლოკისაგან.

I ბლოკი (1-4 კითხვა) – ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესყიდვით რესპონდენტის დაინტერესებისა და მასში მონაწილეობის გამოვლენა;

II ბლოკი (5-9 კითხვა) – ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი რესპონდენტთა დამოკიდებულების გამოვლენა;

III ბლოკი (10-12 კითხვა) – ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის წყაროების გამოვლენა;

IV ბლოკი (13-16 კითხვა) – გარემოს გავლენა მომხმარებლებზე;

V ბლოკი (17-31 კითხვა) – რესპონდენტების მიერ ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შექმნის პირადი ტენდენციებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა;

VI ბლოკი (32-39 კითხვა) – ქართველ მომხმარებლებში სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის რეიტინგის გამოვლენა;

VII ბლოკი (40-43 კითხვა) – საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულების დადგენა;

VIII ბლოკი (44-49 კითხვა) – მომხმარებლის სოციალურ-დემოგრაფიული ბლოკი.

გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ატარებდა შუალედურ ხასიათს, ვინაიდან შერჩევის რაოდენობრივი და თვისობრივი მახასიათებლები

დაწერილებითი ანალიზის ჩატარების საშუალებას არ იძლეოდა. ამიტომ გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემების საფუძველზე გამოიყო ძირითადი ჯგუფები, რომლებიც უკანასკნელი სამი წლის მანძილზე ფასიანი სამედიცინო დაწესებულებების პოტენციური მომხმარებლები არიან (იხ.ცხრილი 3.2).

ცხრილი 3.2

ამონაკრების სტრუქტურა იმ მომხმარებლებისათვის, რომლებიც ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ\*

ასაკი (წელი)	მამაკაცები				ქალები					სულ
	უმუშე- ვარი	პენსი- ონერი	მოს- წავლე	მოსამ- სახურე	უმუშე- ვარი	დიასახ- ლისი	პენსი- ონერი	მოს- წავლე	მოსამ- სახურე	
20-24	–	–	8	16	–	–	–	22	37	83
25-34	–	–	5	32	5	11	–	8	68	129
35-54	4	–	–	64	10	19	–	–	138	235
55-ზე მეტი	6	8	–	18	10	8	19	–	43	112
სულ	10	8	13	130	25	38	19	30	286	559

\* შენიშვნა: მთლიანად გამოკითხული რესპონდენტებიდან ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს 570 ადამიანი. ეს რაოდენობა არ ემთხვევა 3.2 ცხრილის მონაცემებს, ვინაიდან 11-მა რესპონდენტმა უარი განაცხადა სოციალური სტატუსისადმი მიკუთვნებაზე.

### 3.2. სამედიცინო მომსახურების სფეროში მომხმარებელთა ჩართულობა

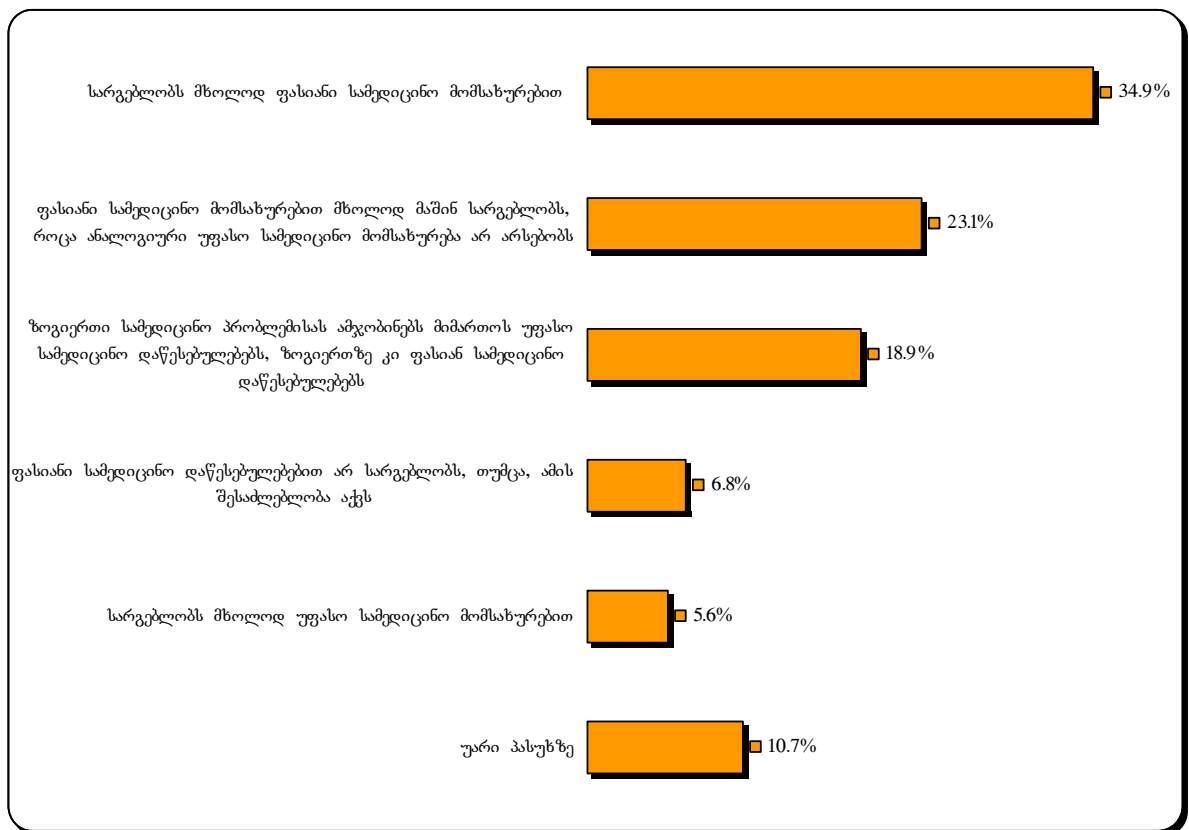
ჩვენს მიერ ჩატარებულმა მარკეტინგულმა კვლევამ [121] აჩვენა, რომ რესპონდენტთა უმრავლესობა (გამოკითხული რესპონდენტების 76,9%) ფასიან სამედიცინო მომსახურებას ანიჭებს უპირატესობას, კერძოდ, რესპონდენტთა მესამედი მხოლოდ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს. ამასთან, ყოველი მეოთხე გამოკითხული, გამოუვალი სიტუაციების დროს, მიმართავს ფასიან

მომსახურებას, ძირითადად, იმ შემთხვევებში, როდესაც კონკრეტული საჭიროებისთვის უფასო სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის საშუალება შეზღუდული აქვს (იხ.დიაგრამა 3.1).

რესპონდენტთა დაახლოებით მეხუთედის წილი ფასიანი და უფასო სამედიცინო მომსახურების არჩევისას თანაბარია. სხვადასხვა სახის მომსახურებისას ისინი მონაცვლეობით ირჩევენ როგორც ფასიან, ისე უფასო მომსახურებას. გამოკითხულთა მხოლოდ მეთექვსმეტს უარს ფასიან მომსახურებაზე. მათ შორის, 6,8 % პრინციპულ დამოკიდებულებას ავლენს და, ეკონომიკური შესაძლებლობის მიუხედავად, უპირატესობას უფასო მომსახურებას ანიჭებს.

დიაგრამა 3.1

სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა



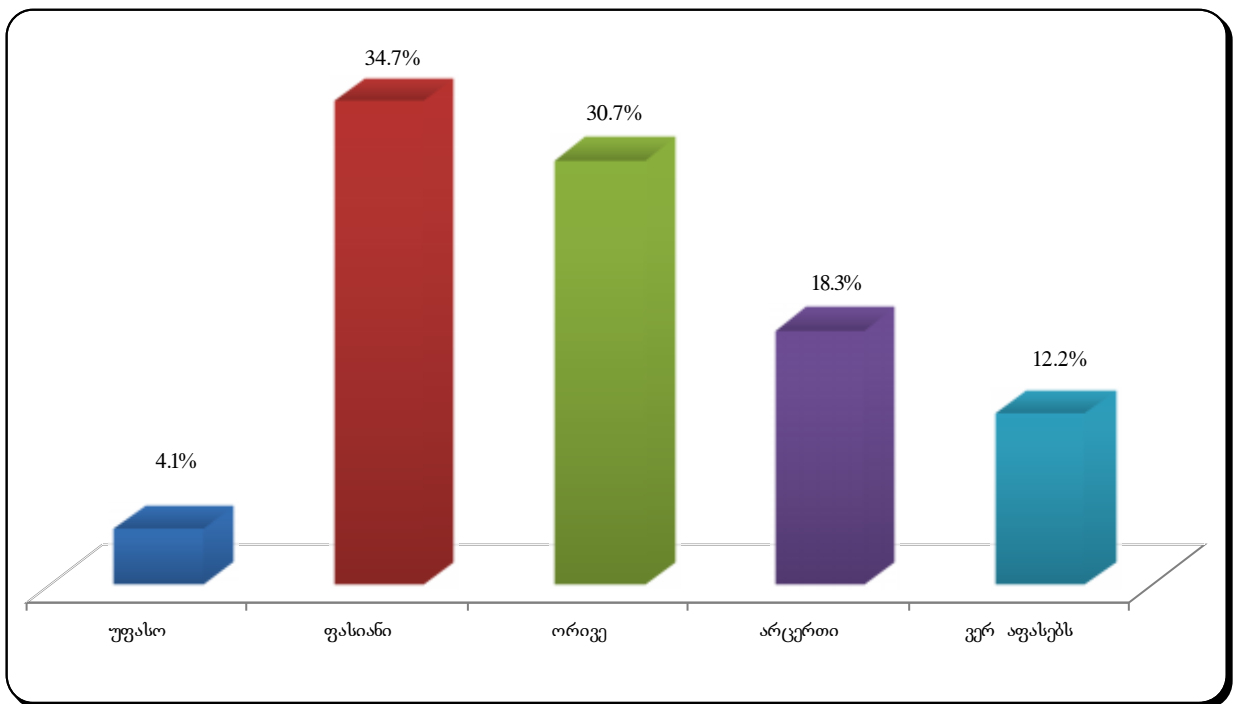
ფასიანი და უფასო მომსახურების მიმართ დამოკიდებულების ამგვარ გადანაწილებას, ძირითადად, ნდობის ხარისხი განსაზღვრავს. მნიშვნელოვანია, რომ უფასო მომსახურების მიმართ ნდობის მაჩვენებელი, გამოკითხულ რესპონდენტებში, ძალზე დაბალია და მხოლოდ 4,1%-ს აღწევს. გამოკითხულთა



12,2%-ს უჭირს ამ კრიტერიუმით მომსახურების დახარისხება, შესაბამისად, მათი უმეტესობა (10,7%) ფასიანი და უფასო სამედიცინო მომსახურების მიმართვის სისწორესაც არ ასახელებს. რესპონდენტთა დაახლოებით მესუთედი, ზოგადად, სამედიცინო მომსახურების მიმართ არაკეთილგანწყობილია და ორივე ტიპის მომსახურების მიმართ უნდობლობას იჩენს. გამოკითხულთა დანარჩენი რაოდენობიდან უმრავლესობა თვლის, რომ ფასიანი სამედიცინო მომსახურება მეტად სანდოა. დაახლოებით, მესამედი ნაწილი კი, თანაბრად ენდობა ორივე ტიპის მომსახურებას (იხ.დიაგრამა 3.2).

დიაგრამა 3.2

სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობა

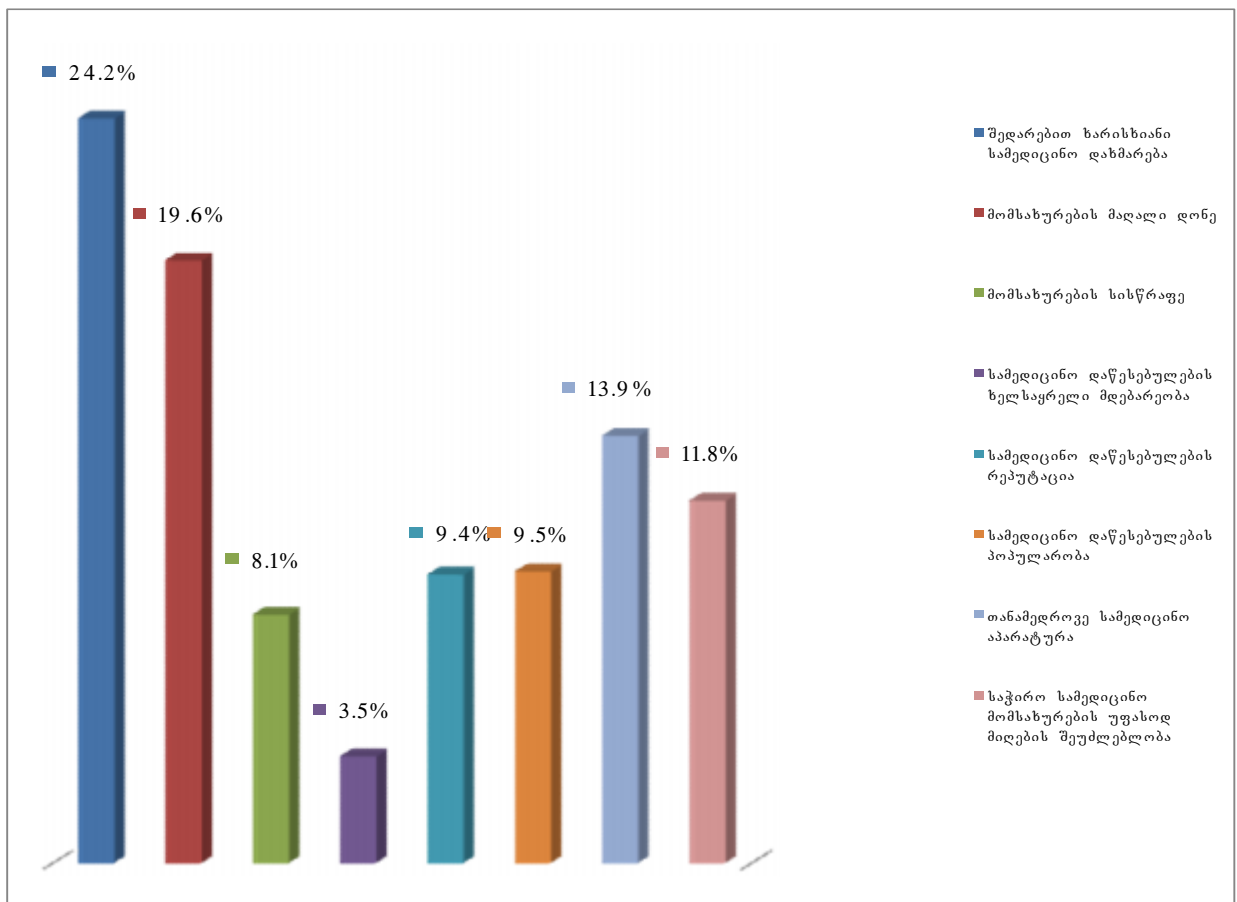


ფასიანი სამედიცინო მომსახურების არჩევანის ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორი, როგორც მოსალოდნელი იყო, ხარისხიანი მომსახურებაა. ხარისხიანი მომსახურების შეფასებისას რესპონდენტები, პირველ რიგში, მიღებული დახმარების შედეგებს და გაწეული მომსახურების მაღალ დონეს გულისხმობენ. მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების მაღალ დონეში რესპონდენტები სამედიცინო პერსონალის მიდგომას მოიაზრებენ. რესპონდენტთა 13,9% სამედიცინო აპარატურით აღჭურვას, ხოლო 8,1% მომსახურების სისწრაფეს თვლის ფასიანი მომსახურების იმდენად დიდ უპირატესობად, რომ მათ მომსახურების მაღალი დონისგან ცალკეც კი გამოყოფს.

არსებობს სხვა ფაქტორიც, რაც ქართველი მომხმარებლების მიერ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის ძირითად მიზეზს განსაზღვრავს და ემოციურ დამოკიდებულებას უკავშირდება. თითქმის ყოველი მეათე გამოკითხულისთვის არჩევანს განაპირობებს სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაცია და პოპულარობა. დაახლოებით იგივე რაოდენობა ფასიან კლინიკებს მიმართავს საჭირო სამედიცინო მომსახურების უფასოდ მიღების შეუძლებლობის გამო. ამასთან, ასეთი კლინიკები მათთვის ხარისხიანი მკურნალობის გარანტიას აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა შორის მცირე რაოდენობით (3,5%), მაგრამ მაინც არიან ისეთებიც, რომლებიც ფასიან სამედიცინო მომსახურებას ხელსაყრელი მდებარეობის გამო ირჩევენ (იხ.დიაგრამა 3.3).

დიაგრამა 3.3

ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის მიზეზები

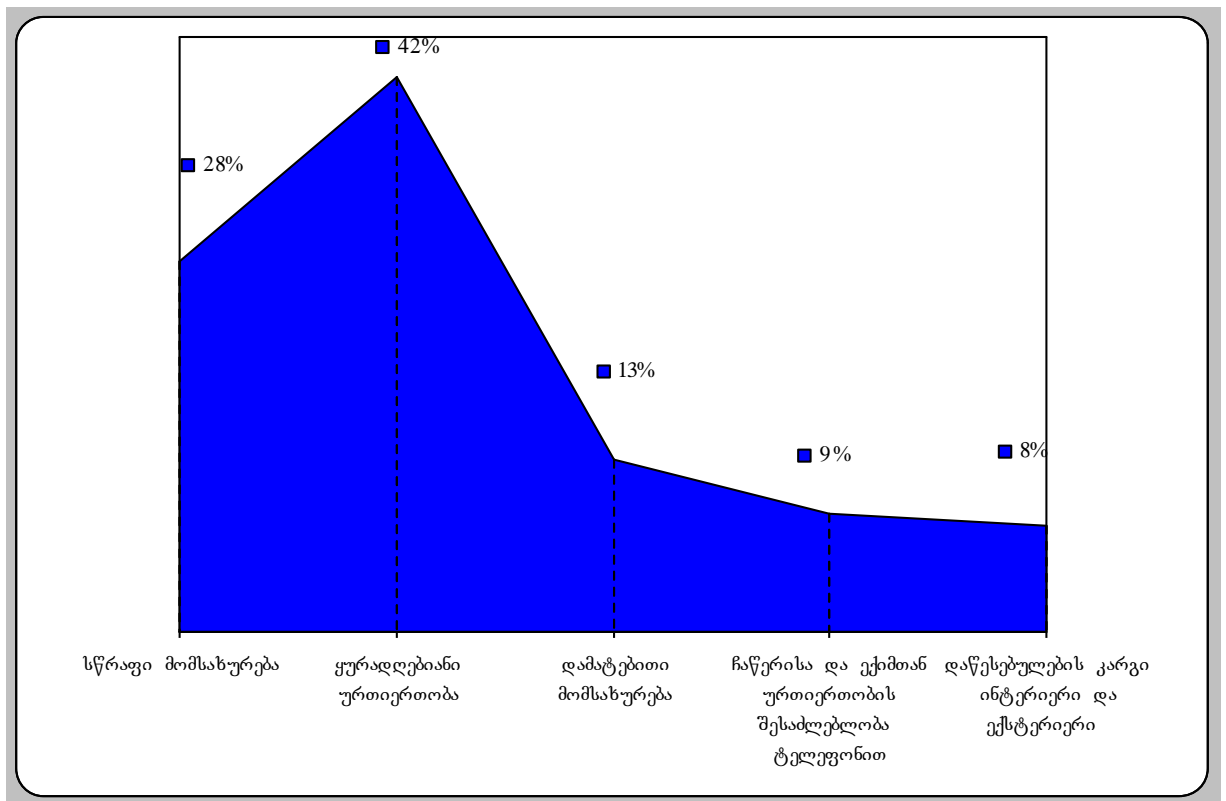


რესპონდენტები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების პრიორიტეტად მომსახურების მაღალ ღირებულებას თვლიან, ასეთ მომსახურებაში ყველაზე მეტად ყურადღებიან მოპყრობასა და ოპერატიულობას მოიაზრებენ. 13%-ის აზრით, დამატებითი მომსახურების შესაძლებლობა ფასიანი სამედიცინო მომსახურების

ერთერთი დადებითი მხარეა. გამოკითხულთა 17% კი კომფორტულ მომსახურებას დეფიციტად თვლის და აქცენტს ისეთ დეტალებზე აკეთებს, როგორცაა ტელეფონის საშუალებით ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვის შესაძლებლობა და კლინიკის ვიზუალური მხარე (იხ.დიაგრამა 3.4).

დიაგრამა 3.4

რესპონდენტთათვის მომსახურების მაღალი ხარისხის მახასიათებლები



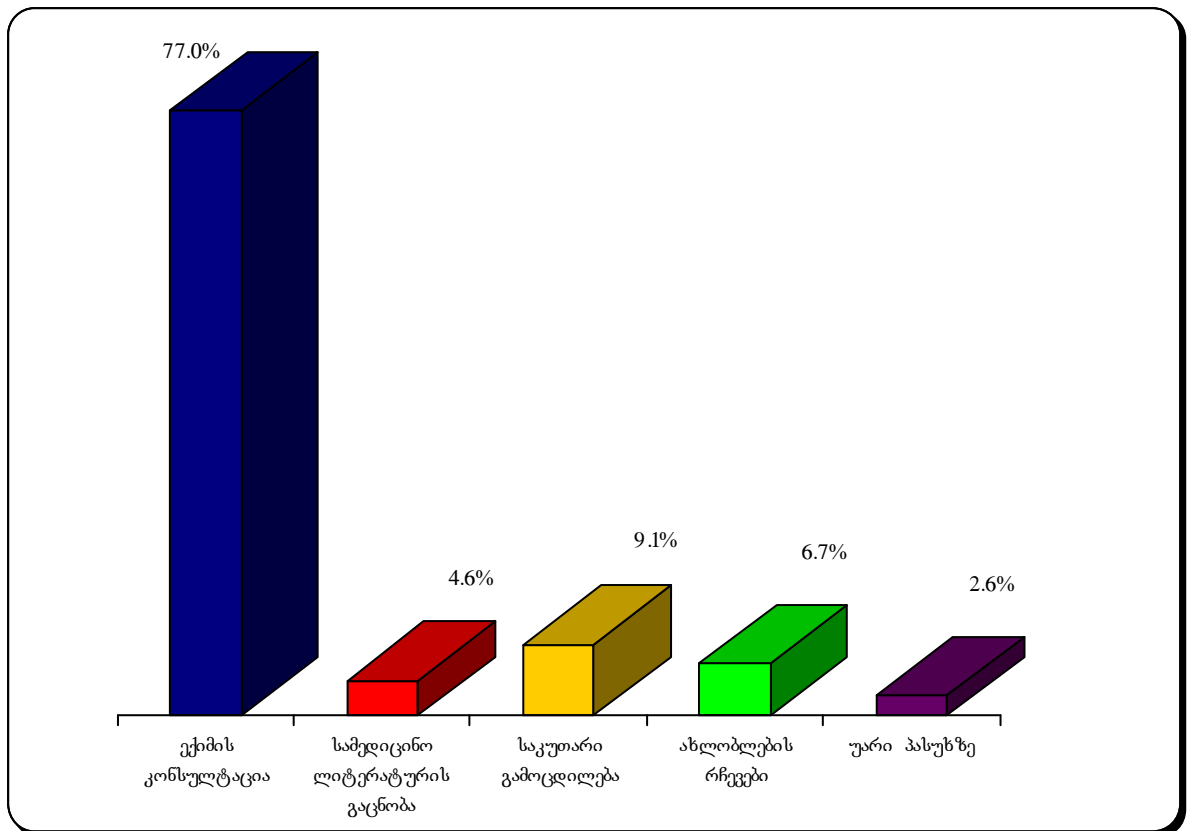
### 3.3. ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი მომხმარებლების დამოკიდებულება

ბუნებრივია, გამოკითხულთა უმრავლესობა (77%) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტისას ყველაზე მნიშვნელოვნად ექიმის კონსულტაციას თვლის. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ მსგავსი პრობლემების წარმოქმნისას, რესპონდენტთა ნაწილი (15,8%) ექიმის კონსულტაციაზე მეტად საკუთარ გამოცდილებასა და ახლობლების რჩევებს ეყრდნობა. გამოკითხულთა მცირე რაოდენობა (4,6%) კი სამედიცინო ლიტერატურის გაცნობით ცდილობს

პრობლემების მოგვარებას, რაც, სავარაუდოდ, მსუბუქი დაავადებების შემთხვევებს ეხება. მხოლოდ უმნიშვნელო რაოდენობა (2,6%) ვერ ახერხებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაწყვეტად უპირატესობის მინიჭებას (იხ.დიაგრამა 3.5).

დიაგრამა 3.5

ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაწყვეტად მინიჭებული უპირატესობები რესპონდენტების მიერ

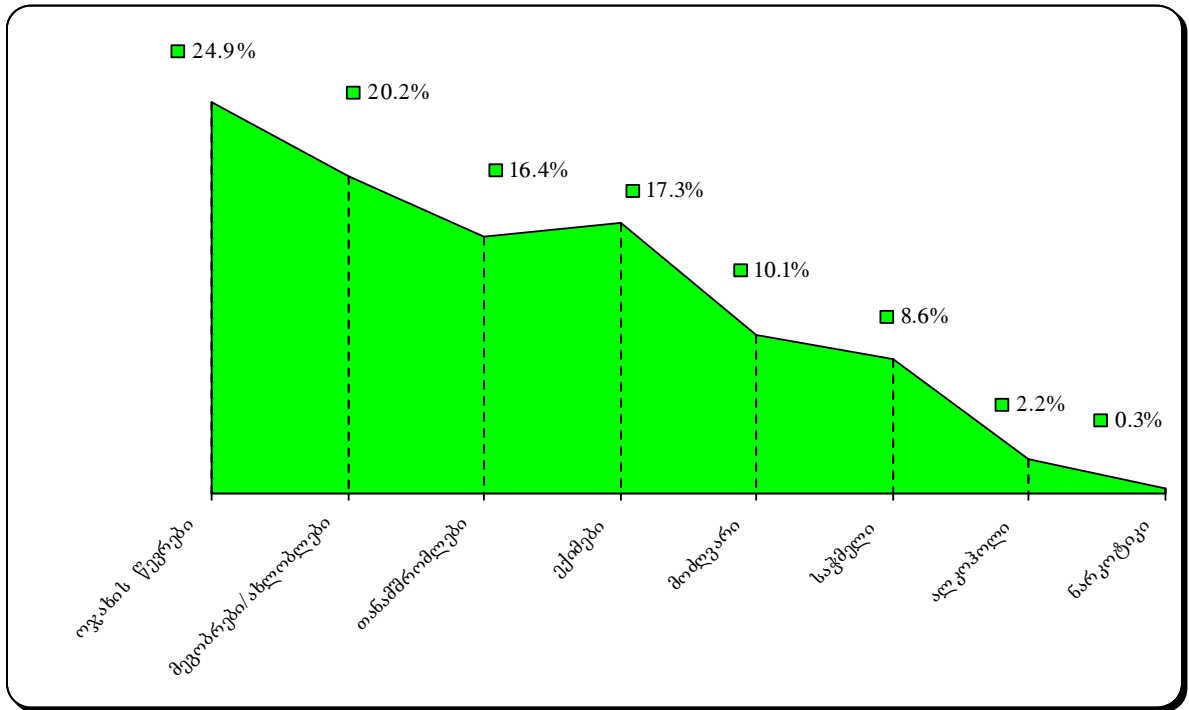


საკმაოდ საინტერესოა რესპონდენტთა პასუხები ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული ბრძოლის ხერხებთან მიმართებით. აღსანიშნავია, რომ ქართველი მომხმარებლები ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას სხვადასხვა საშუალებებითა და ხერხებით ცდილობენ და იშვიათად, სავარაუდოდ, მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ ქვიშს. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, ავადმყოფობისას ახლობლების ჩარევა და მათი კონსულტაცია, დასახელებული პასუხების სისშირის გათვალისწინებით, რესპონდენტების ჩვევად შეიძლება ჩაითვალოს (იხ.დიაგრამა 3.6).

სხვადასხვა დაავადებებისას, გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი (61,5%), ძირითადად, ახლობლებს მიმართავს, კერძოდ, გამოკითხულთა 24,9% ყველაზე მეტად ეკონტაქტება ოჯახის წევრებს, 20,2% - მეგობრებს და 16,4% -

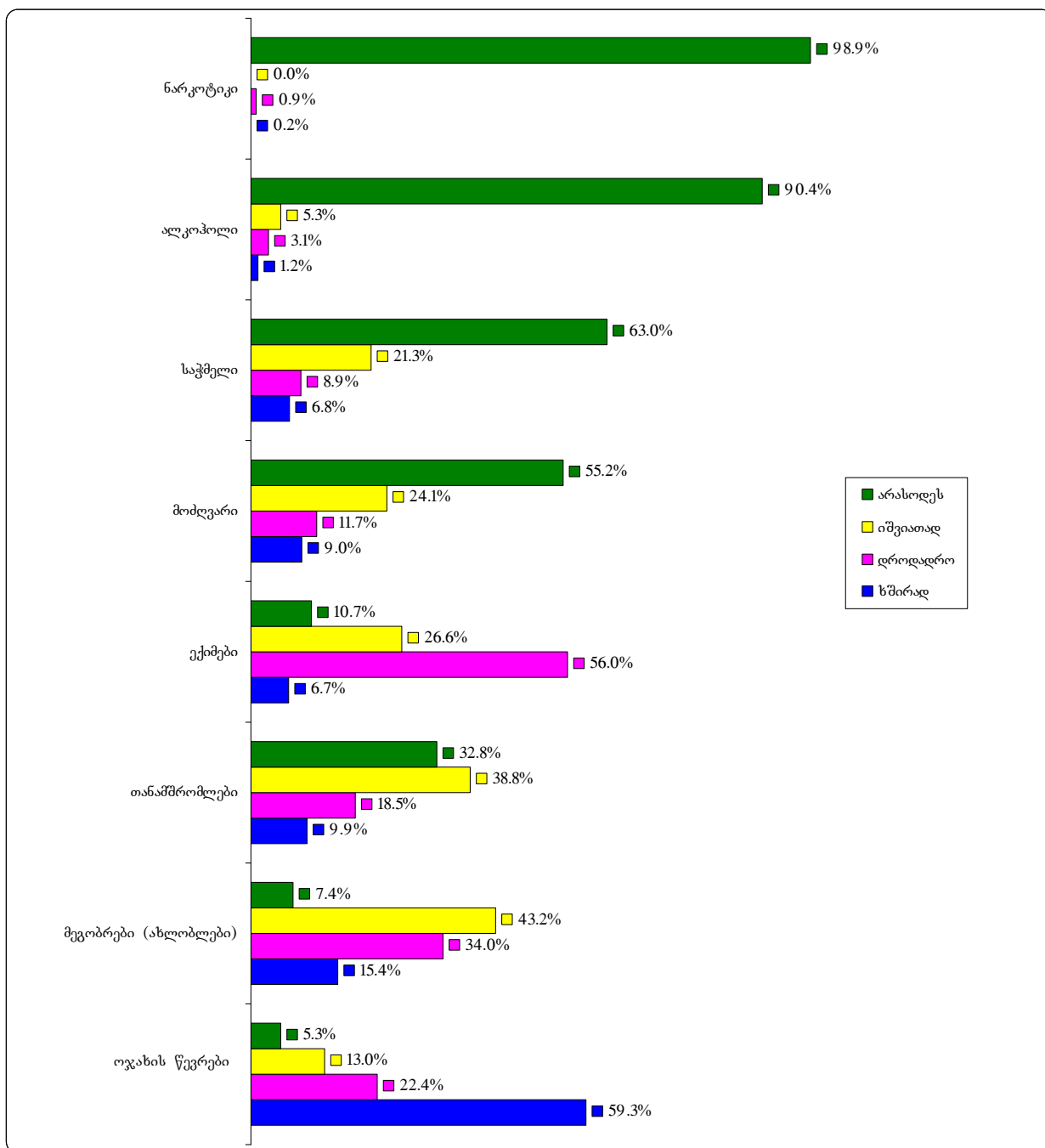
დიაგრამა 3.6

ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით უმეტესად დახმარებისათვის მიმართვა



თანამშრომლებს. ექიმთან მიმართვიანობას პრივილეგიას ანიჭებს 17,3%. თუმცა, მათი ძირითადი რაოდენობა (56%) ექიმს მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, დროდადრო, მიმართავს. რესპონდენტთა შორის არიან ისეთებიც, რომლებიც დახმარებისთვის უმეტესად მოძღვარს მიმართავენ. რელიგიური მსახურების დახმარებით განკურნებას გამოკითხულთა მეთაფი - ხშირად, ხოლო 11,7% გარკვეული პერიოდულობით ცდილობს. რესპონდენტთა მცირე რაოდენობა (8,6%) თვლის, რომ ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარება უპირატესად ტრადიციული მეთოდების გამოყენებით, კერძოდ, კვების რაციონის შეცვლით ან დიეტით არის შესაძლებელი. კვლევის შედეგად დაფიქსირდა საკმაოდ საინტერესო ფაქტი, რომ სხვადასხვა დაავადების არსებობისას ალკოჰოლს და ნარკოტიკს მიმართავს ქართველი მომხმარებლების მხოლოდ უმნიშვნელო რაოდენობა (2,5%).

ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით, დახმარებისთვის მიმართვიანობის მაჩვენებელი



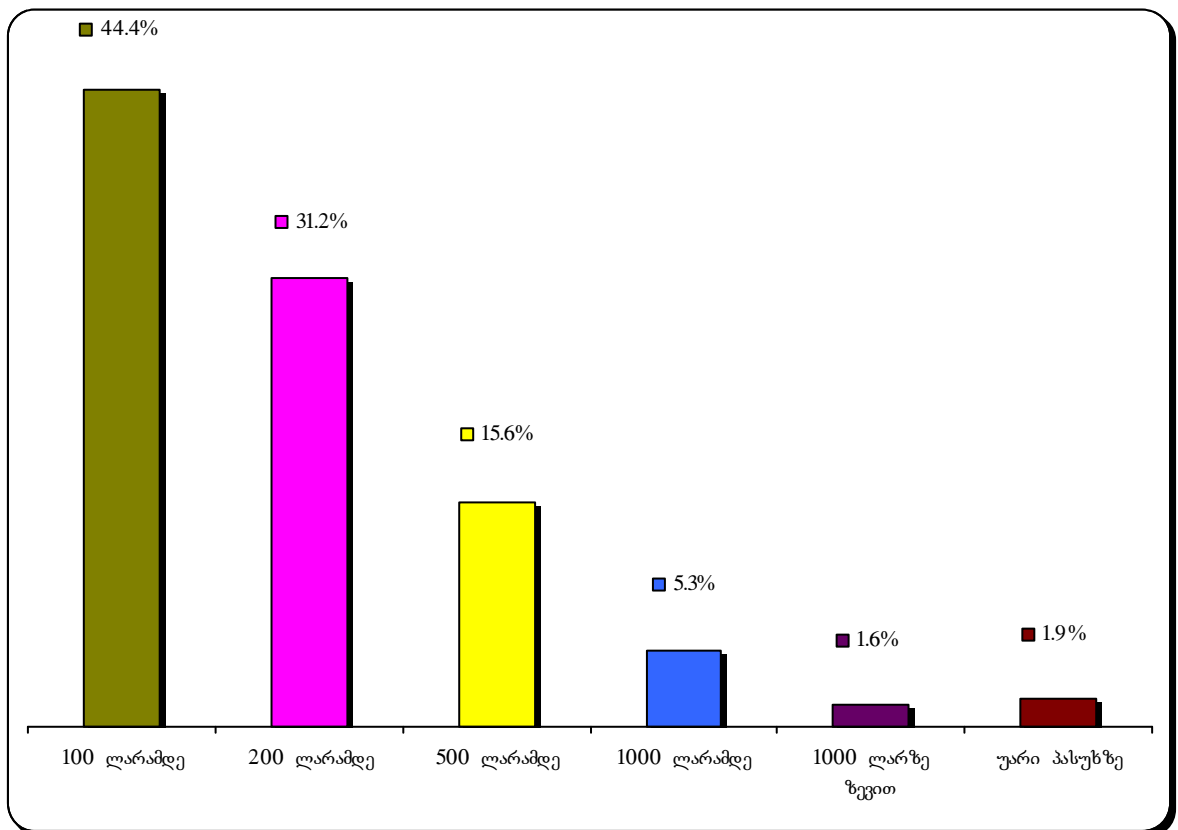
რაც შეეხება ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით მიმართვის სიხშირეს, ქართველი მომხმარებლები ყველაზე ხშირად მიმართავენ ოჯახის წევრებს (59,3%). დროდადრო მიმართვის პოზიციაში წამყვანია ექიმები (56,0%), მეგობრები (34,0%) და ოჯახის წევრები (22,4%). იშვიათად მიმართვის შემთხვევაში წამყვანი პოზიცია აქვთ მეგობრებს და თანამშრომლებს (შესაბამისად, 43,2% და 38,8%), შემდეგ ადგილზეა მოძღვარი (24,1%), ხოლო ექიმები და საჭმელი თითქმის

თანაბარ პოზიციაშია (26,6% და 21,3%). საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ ალკოჰოლისა და ნარკოტიკისადმი ქართველი მომხმარებლების მიმართვის სიხშირე ყველა პოზიციაში უმნიშვნელოა (იხ. დიაგრამა 3.7).

საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ რესპონდენტთა დამოკიდებულება წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის პრობლემების მოსაგვარებლად დახარჯულ თანხებშიც აისახება. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 75% კონკრეტული საჭიროებისთვის წლის განმავლობაში მინიმალურ ოდენობას, მხოლოდ 100-200 ლარს ხარჯავს. უფრო მეტიც, მათ შორის, უმრავლესობის დანახარჯი 100 ლარს არ აღემატება. 500 ლარამდე ოდენობის თანხას ასახელებს რესპონდენტთა 15,6%. სამედიცინო სფეროში 1000 ლარამდე და ზევით დანახარჯებზე მიუთითებს მცირე რაოდენობა, დაახლოებით 7%. საკმაოდ უმნიშვნელოა იმ ადამიანთა რაოდენობა (1,9%), რომელიც ვერ ასახელებს ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებით გაღებულ თანხებს (იხ. დიაგრამა 3.8).

დიაგრამა 3.8

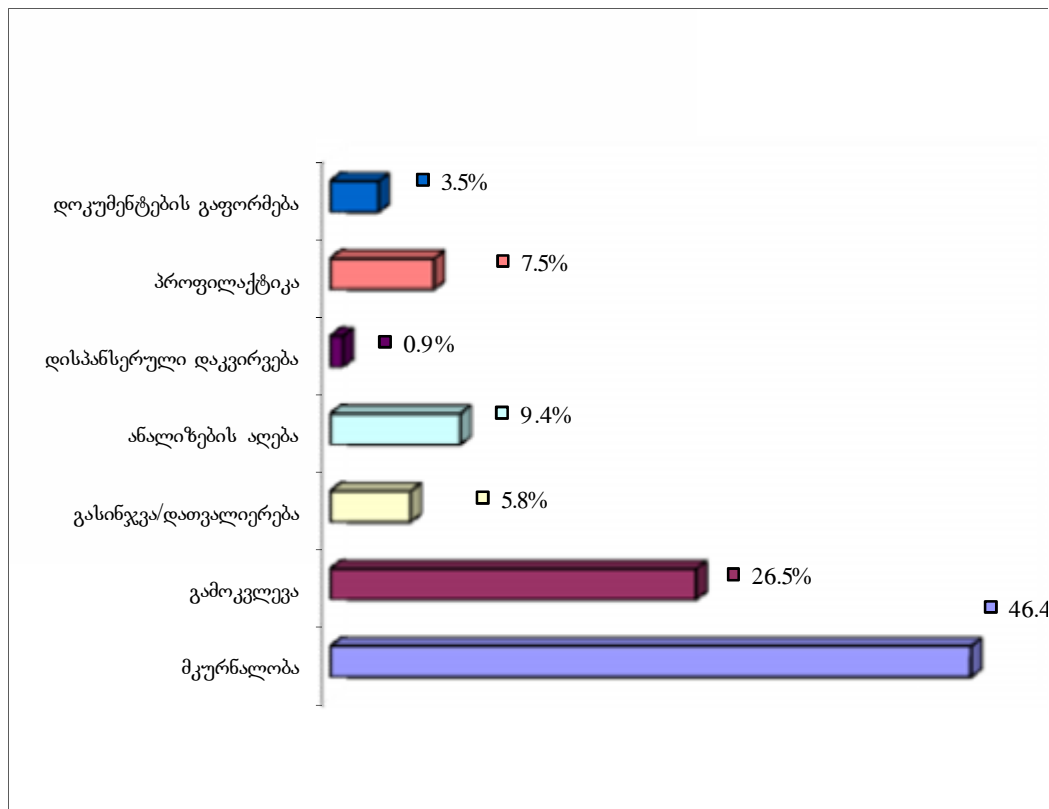
რესპონდენტების მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე (მედიკამენტების გარდა) წლის განმავლობაში დახარჯული თანხა



რესპონდენტთა პასუხებს სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობასთან დაკავშირებით, ექიმთან ვიზიტის დასახელებული მიზეზებიც ადასტურებს (იხ.დიაგრამა 3.9). როგორც მოსალოდნელი იყო, რესპონდენტები სამედიცინო დაწესებულებებს, ძირითადად, სამკურნალოდ და სხვადასხვა სახის გამოკვლევისთვის მიმართავენ. ამიტომ მოცემული კვლევის მიზანი იყო, დასახელებულ საჭიროებასთან ერთად, გამოგვევლინა პროფილაქტიკური და სხვა სახის გასინჯვა/დათვალიერებისათვის მიმართვიანობის სიხშირე. კვლევამ აჩვენა,

დიაგრამა 3.9

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებთან ურთიერთობის მიზეზები



რომ პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება რესპონდენტებში არააქტუალურია და ამგვარ მომსახურებას მხოლოდ 7,5% იყენებს. სხვადასხვა სახის გასინჯვა/დათვალიერებას რესპონდენტების 5,8% იტარებს, რაც, სავარაუდოდ, ჯანმრთელობის პრობლემის წარმოქმნას ერთვის თან.

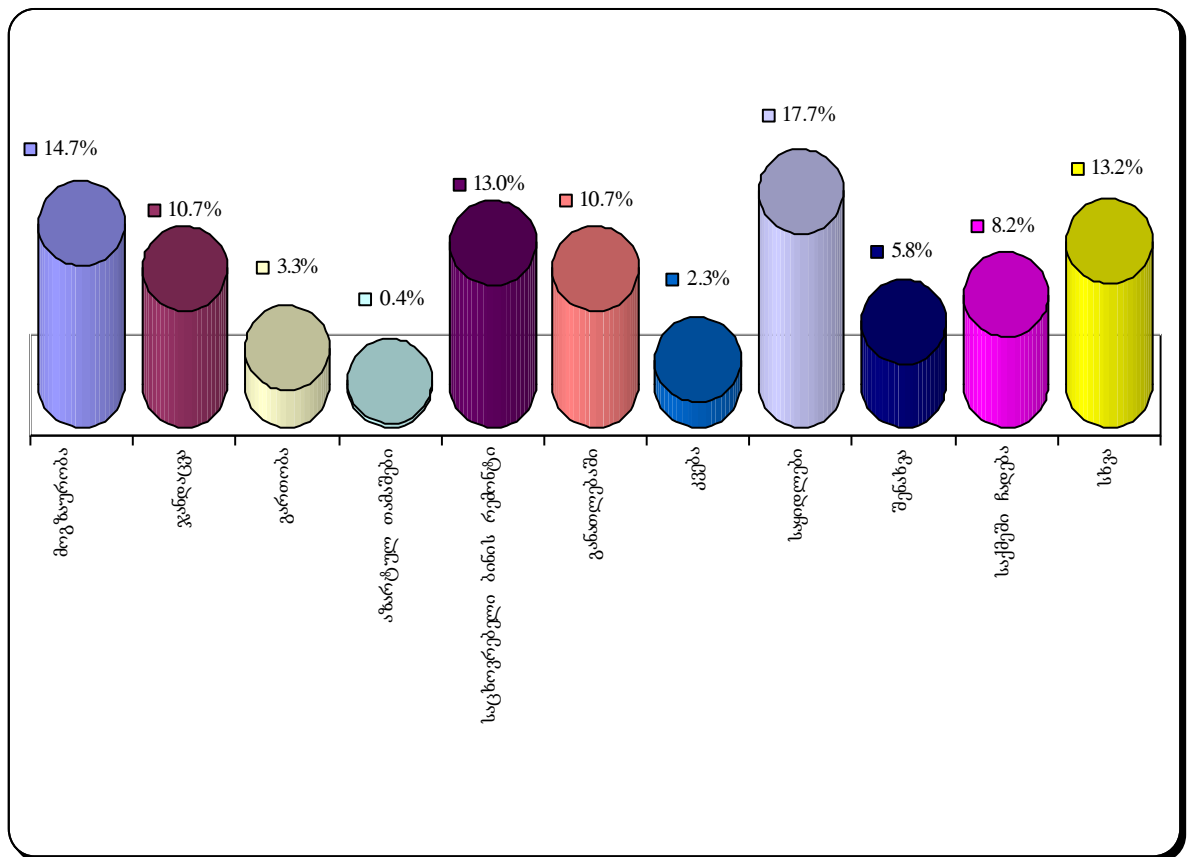
ქართველი მომხმარებლების მიერ ჯანდაცვაში თანხების გამეტების გამოვლენის მიზნით, რესპონდენტებს ვთხოვეთ გადაენაწილებინათ 1000 დოლარის ოდენობის ნაჩუქარი ან ნაპოვნი თანხა სხვადასხვა საჭიროებისათვის. კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ მეთექვსმეტი ნაწილმა დაასახელა ჯანდაცვა



და განათლება. რესპონდენტებმა ყველაზე ხშირად თანხა გადაანაწილეს საყიდლებისთვის (17,7%), საცხოვრებელი ბინის რემონტისა (13%) და სამოგზაუროდ (14,7%). რესპონდენტთა მცირე რაოდენობამ დაასახელა აზარტული თამაშები, გართობა და კვება. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ გართობისთვის თანხის გამოყენების წილი კვებისთვის საჭიროებაზე მაღალია. აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტების 5,8% დასახელებული თანხის შენახვაზეც ფიქრობს (იხ.დიაგრამა 3.10).

დიაგრამა 3.10

რესპონდენტების მიერ გადაანაწილებული ნაპოენი/ნაჩუქარი თანხის (1000 ლოლარის ოდენობის) გადაანაწილება სხვადასხვა მიზნობრიობით



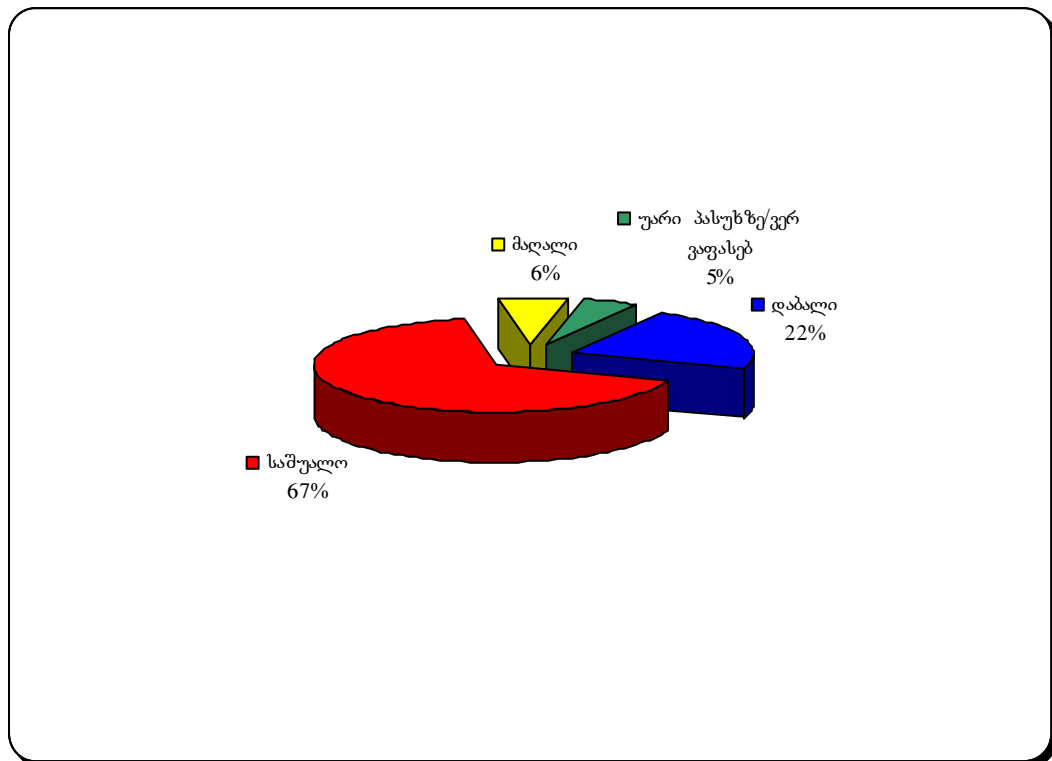
კვლევის შედეგებიდან ჩანს, რომ ქართველი მომხმარებლების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ ზერელე დამოკიდებულება, სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დაბალი ნდობისა და ეკონომიკური პრობლემების გარდა, რასაც წლების განმავლობაში სამედიცინო სფეროს მიმართ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპი იწვევს, ზოგადად, ცხოვრების წესიდან და ტრადიციული მიდგომიდან გამომდინარეობს.

### 3.4. ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ რესპონდენტთა ინფორმირებულობისა და ინფორმაციის წყაროების განსაზღვრა

რესპონდენტთა უმრავლესობა (67%) თვლის, რომ სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციას მეტ-ნაკლებად ფლობს. გამოკითხულთა მესუთედზე მეტს კი ძალზე მწირი ინფორმაცია აქვს. სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მოცულობაზე მხოლოდ 6% აფიქსირებს კმაყოფილებას, ხოლო 5% საერთოდ ვერ აფასებს მოცემულ სიტუაციას (იხ.დიაგრამა 3.11).

დიაგრამა 3.11

სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შესახებ რესპონდენტთა ინფორმირებულობის ხარისხის შეფასება



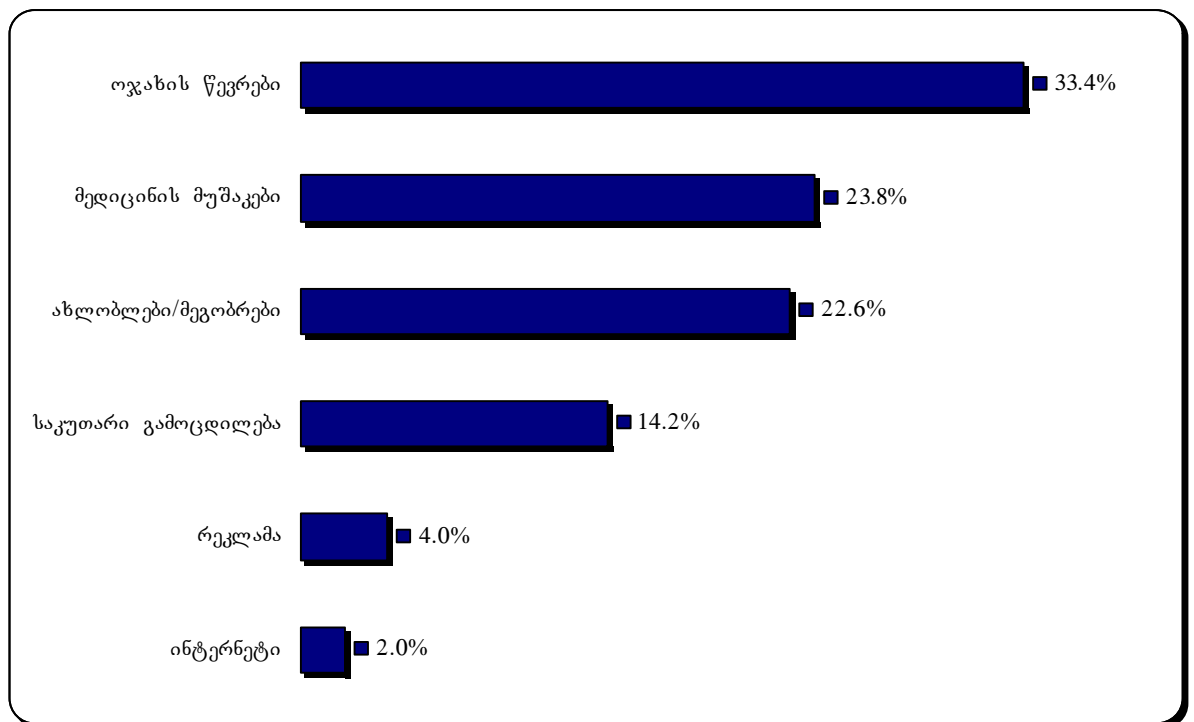
ფასიანი სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას რესპონდენტები ისევ ახლობლებისა და ოჯახის წევრების ერთგულნი რჩებიან და მათ ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროდ ასახელებენ, თუმცა, სამედიცინო კლინიკის შერჩევისას მედიცინის მუშაკების მიერ გაწეულ რჩევებსაც სანდოდ მიიხნევენ (იხ.დიაგრამა 3.12).

გამოკითხვის შედეგებით, რესპონდენტებში ინფორმაციის სხვადასხვა საშუალებების წილი შემდეგნაირად გადანაწილდა: 33,4%-თვის ჯანმრთელობის

პრობლემის მოსაგვარებლად, სამედიცინო დაწესებულების შესარჩევად, ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციები ოჯახის წევრები არიან. მათ თითქმის 10%-ით ჩამორჩებიან მედიცინის მუშაკები და რაოდენობის მიხედვით 23,8%-ს იკავებენ. რესპონდენტებისთვის ასევე მნიშვნელოვანია ახლობლებისა და მეგობრების აზრი, რომელთა წილი, შესაბამისად, მაღალია და 22,6%-ს უტოლდება. ხოლო 14,2% საკუთარ გამოცდილებას ანიჭებს უპირატესობას. საინტერესოა, რომ

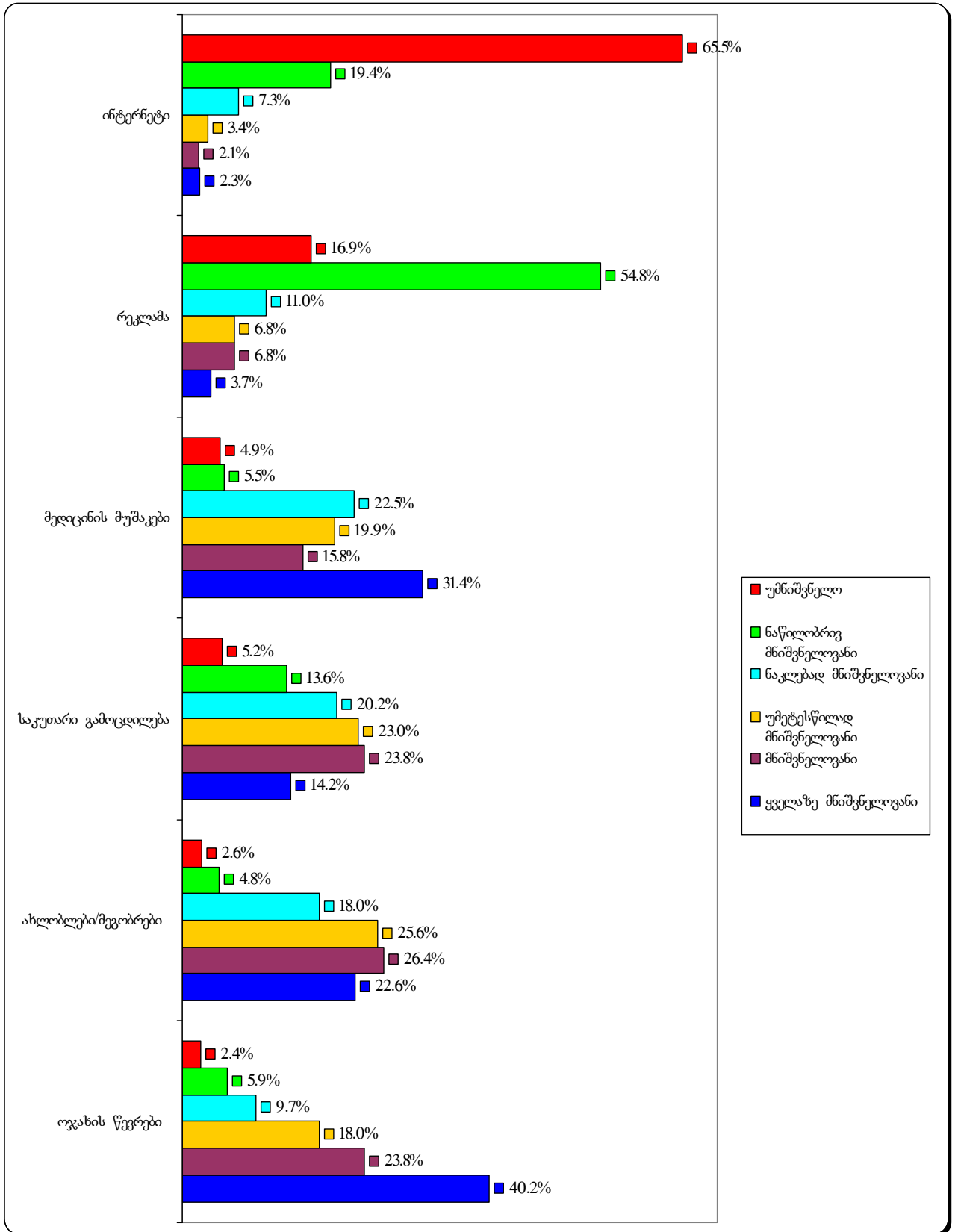
დიაგრამა 3.12

ფასიანი სამედიცინო დაწესებულებებისა და მომსახურების არჩევისას ძირითადი ინფორმაციის წყაროები



ჯანმრთელობის პრობლემისას, რესპონდენტების მიდგომა სხვადასხვა სარეკლამო საშუალებების მიმართ, ისევე, როგორც ინტერნეტით მიღებული ინფორმაცია, დაბალი ნდობით ხასიათდება. სარეკლამო საშუალებებსა და ინტერნეტს, საერთო ჯამში, ყველაზე მნიშვნელოვან საინფორმაციო წყაროდ 6% თვლის. რაც შეეხება მნიშვნელობების მიხედვით თითოეული საინფორმაციო წყაროს შერჩევას, კვლევამ აჩვენა, რომ ყველაზე მნიშვნელოვან პოზიციაში წამყვანია ოჯახის წევრები (40,2%) და ექიმები (31,4%), მნიშვნელოვან პოზიციაში – ახლობლები/მეგობრები (26,4%), ოჯახის წევრები (23,8%) და საკუთარი გამოცდილება (23,8%), უმეტესწილად მნიშვნელოვან პოზიციაში – ახლობლები/მეგობრები (25,6%) და საკუთარი

ფასიანი სამედიცინო დაწესებულებისა და მომსახურების არჩევისას ძირითადი ინფორმაციის წყაროები მნიშვნელობების მიხედვით

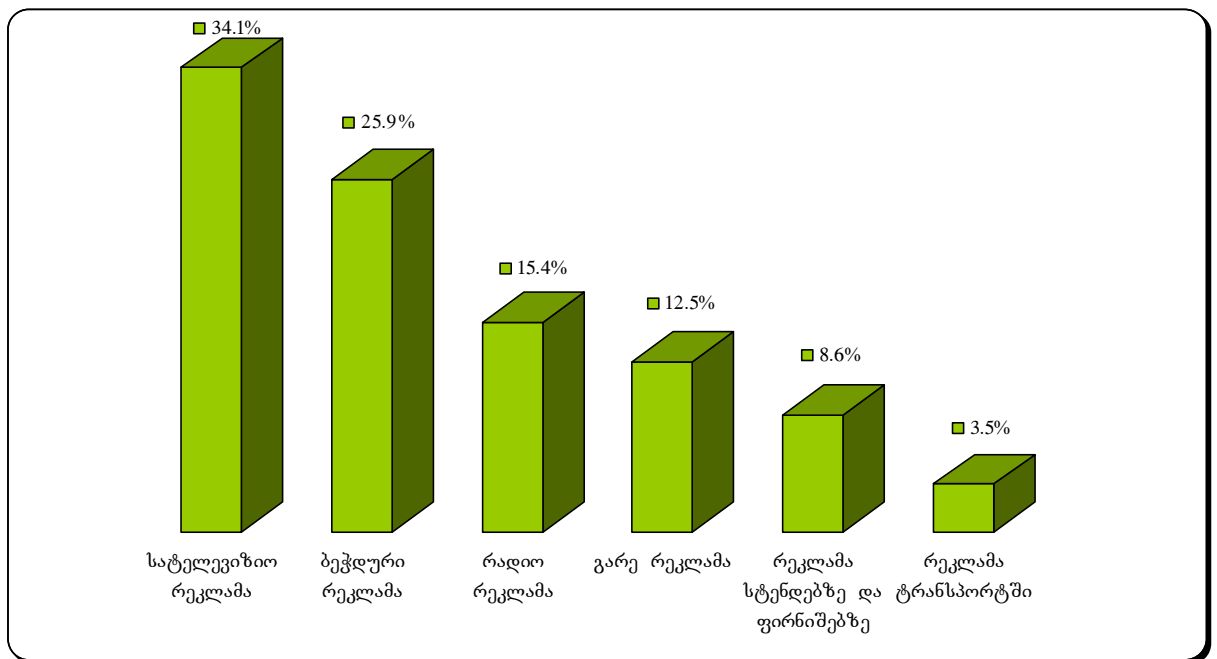


გამოცდილება (23,0%), ნაკლებად მნიშვნელოვან პოზიციაში – ექიმები (22,5%), საკუთარი გამოცდილება (20,2%) და ახლობლები/მეგობრები (18%), ნაწილობრივ მნიშვნელოვან პოზიციაში – რეკლამა (54,8%), ხოლო უმნიშვნელო პოზიციაში – ინტერნეტი (65,5%) (იხ.დიაგრამა 3.13).

სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევისას, სარეკლამო საშუალებებიდან უპირატესობა (34,1%) სატელევიზიო რეკლამას ენიჭება. მნიშვნელოვანი ხვედრითი წილი აქვს ბეჭდურ რეკლამასაც (25,9%), რომელსაც მეორე რიგის საშუალებად მიიჩნევენ. რადიოში განთავსებულ რეკლამას უპირატესობას ანიჭებს 15,4%, გარე რეკლამას – 12,5%, ხოლო სტენდებსა და ფირნიშებზე განლაგებულ რეკლამას – 8,6%. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (3,5%) ტრანსპორტზე განთავსებულ რეკლამას ხვდა წილად (იხ.დიაგრამა 3.14).

დიაგრამა 3.14

მომხმარებლების მიერ სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევისას სარეკლამო საშუალებებისათვის მინიჭებული უპირატესობები

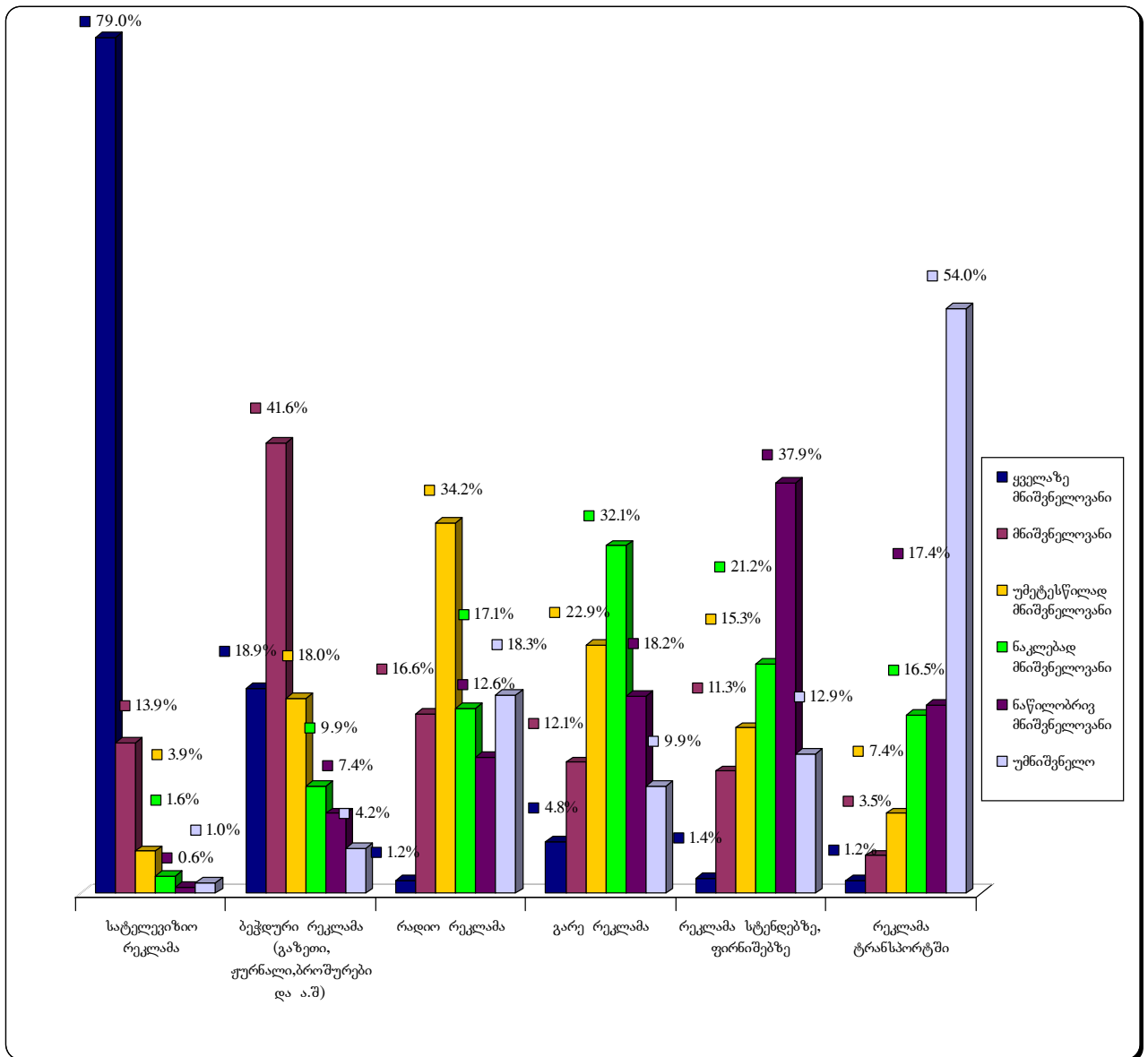


რაც შეეხება მნიშვნელობების მიხედვით თითოეული სარეკლამო საშუალებისათვის უპირატესობის მინიჭებას, კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ყველაზე მნიშვნელოვნად მომხმარებელთა თითქმის 80% მიიჩნევს რეკლამას, მნიშვნელოვან პოზიციაში წამყვანია ბეჭდური რეკლამა (41,6%), უმეტესად მნიშვნელოვან პოზიციაში – რადიო რეკლამა (34,2%), ნაკლებად მნიშვნელოვან

პოზიციაში – გარე რეკლამა (32,1%), ნაწილობრივ მნიშვნელოვან პოზიციაში – რეკლამა სტენდებზე და ფირნიშებზე (37,9%), უმნიშვნელო პოზიციაში – რეკლამა ტრანსპორტში (54,0%) (იხ. დიაგრამა 3.15).

დიაგრამა 3.15

სამედიცინო დაწესებულების შერჩევისას რესპონდენტების მიერ დასახელებული სარეკლამო საშუალებები მნიშვნელობების მიხედვით



### 3.5. მომხმარებლებზე სამედიცინო სფეროს გარემოს გავლენა

კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებს ჰქონდათ შესაძლებლობა 5 ბალიან სკალაზე შეეფასებინათ არსებული სამედიცინო მომსახურების სფერო და გარემოსთან დაკავშირებული მახასიათებლები. გამოკითხულთა შეფასებები კონკრეტულ საკითხში სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ გამოვლენილ ნდობის ხარისხს ეყრდნობა და ამ უკანასკნელის შედეგების პირდაპირპროპორციულია.

რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ სამედიცინო დაწესებულებების უმეტესობა მოგებაზეა უფრო ორიენტირებული და არა პაციენტების კეთილგანწყობის მოპოვებაზე. სამედიცინო დაწესებულებებს მთლიანობაში დადებითად აფასებს გამოკითხულთა 51,6%, ხოლო 21% - საშუალოდ. რაც შეეხება სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მომსახურების ხარისხს, მისი შეფასება რესპონდენტებს უჭირთ და 41,4% საშუალო შეფასებას აძლევს. რესპონდენტთა დანარჩენი ნაწილის მოსაზრებები თანაბრად ნაწილდება მომსახურების დადებით და უარყოფით შეფასებაზე. ის რესპონდენტები, რომლებიც მომსახურების მიმართ კმაყოფილებას გამოხატავენ, თვლიან, რომ უმეტესწილად, დაწესებულებები პაციენტებზე პასუხისმგებლობას იღებენ და, შესაბამისად, მათში მომსახურების ხარისხიც მაღალია. პაციენტების ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაზე ჯანდაცვის დაწესებულებების პასუხისმგებლობას რესპონდენტთა მესამედზე მეტი საშუალოდ აფასებს, თუმცა, კონკრეტულ შემთხვევაში, ეს უკმაყოფილებას არ ნიშნავს (იხ.დიაგრამა 3.16).

რესპონდენტთა მესამედზე მეტი (35,6%) სამედიცინო სფეროს მიმართ არაკეთილგანწყობილია, იჩენს უიმედო განწყობას და თვლის, რომ მომსახურების ხარისხი სულ უფრო უარესდება. სიტუაციის გაუარესებას არ ეწინააღმდეგება გამოკითხულთა თითქმის მესამედიც (30,9%), თუმცა, საშუალო შეფასებიდან გამომდინარე, ინფორმაცია მათ მხოლოდ ვარაუდის დონეზე აქვთ.

ამ მოსაზრებას ადასტურებს რესპონდენტთა დამოკიდებულება მომსახურების კომფორტულობის საკითხებზე. მხოლოდ 5%-ს მიაჩნია, რომ დღეს სამედიცინო დაწესებულებაში მოსახურების დონე კომფორტულია, 18% მომსახურების დონეს უარყოფითად აფასებს, ხოლო 67% თვლის, რომ მომსახურება საშუალო დონისაა, თუმცა, საშუალო შეფასება ამ შემთხვევაშიც პირობით ხასიათს ინარჩუნებს (იხ.დიაგრამა 3.17).

გარემოს მახასიათებლებს შორის საკმაოდ საინტერესოა სამედიცინო სფეროზე რეკლამის გავლენასთან დაკავშირებული საკითხები. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტები სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების დეტალების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტს განიცდიან და მზად არიან ნებისმიერი სახით მიიღონ ინფორმაცია. სწორედ, ამ მიზეზს ეყრდნობა გამოკითხულთა უმეტესობის (51,6%) მიერ მომხმარებელთა ინფორმირებულობაში რეკლამის სარგებლიანობისათვის მიცემულია მაღალი შეფასება.

კითხვაზე, თუ რამდენად დამაჯერებელია საქართველოში რეკლამით მიწოდებული ინფორმაცია, რესპონდენტებს პასუხის გაცემა უჭირთ. ნახევარზე მეტი (53,2%) მერყეობს და საშუალოდ აფასებს ინფორმაციის სისრულესა და დამაჯერებლობას. მხოლოდ მესუთედი თვლის, რომ ჩვენში სამედიცინო დაწესებულების შესახებ ინფორმაციის მიღებისას რეკლამაზე დაყრდნობა სწორი გადაწყვეტილებაა.

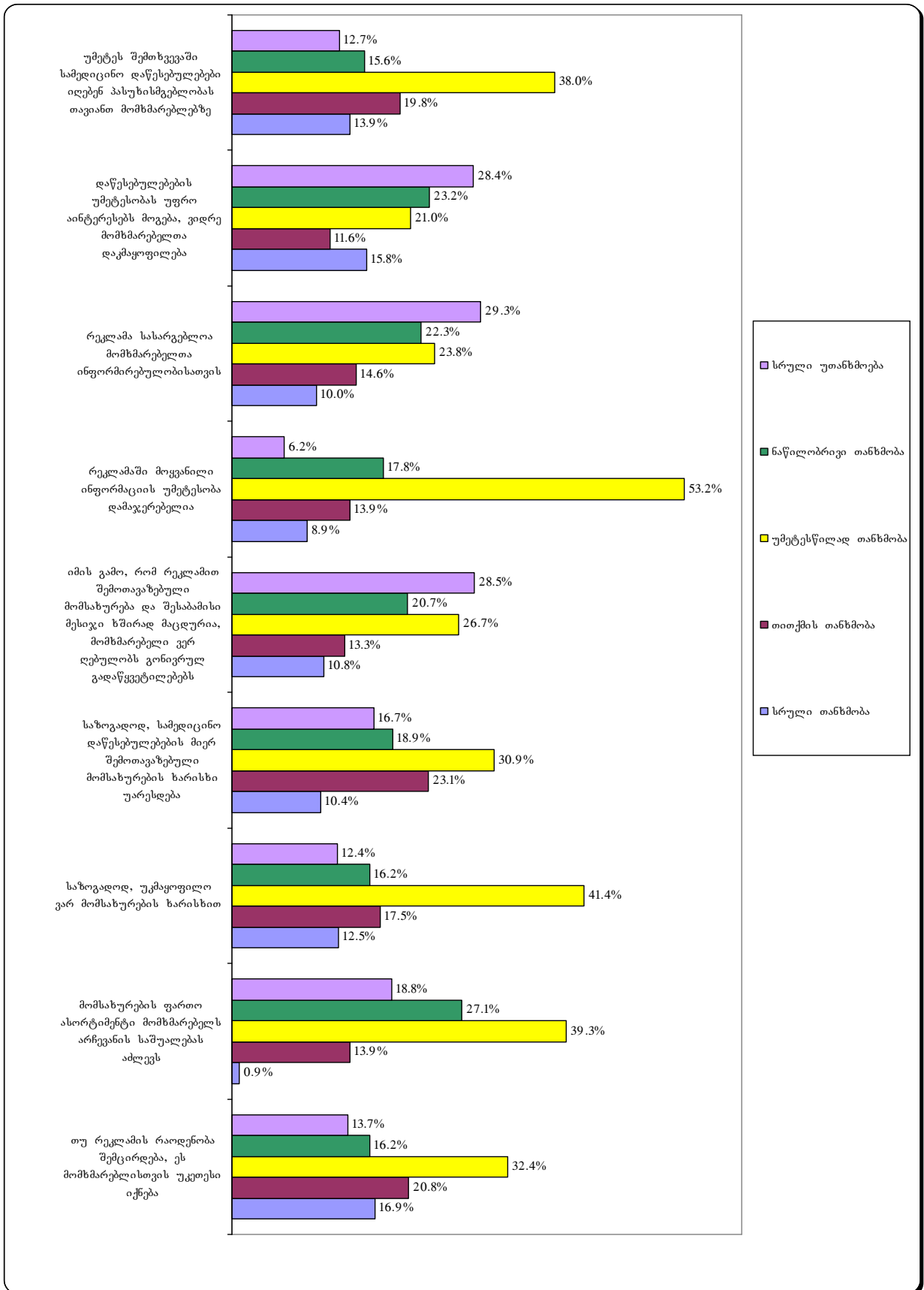
რესპონდენტების სოლიდური რაოდენობა (49,2%) თვლის, რომ რეკლამის საშუალებით მხოლოდ ზედაპირული ინფორმაციის მიღებაა გონივრული. ამასთან, ისინი მომსახურების დეტალების შესახებ ინფორმაციის მიღებისას რეკლამაზე დაყრდნობას არამიზანშეწონილად თვლიან, რადგან, მათი აზრით, შესაძლებელია რეკლამის მაცდური ხასიათის გამო, მომხმარებლის გადაწყვეტილება არ აღმოჩნდეს გონივრული.

რეკლამის გავლენის გარდა, გამოკითხულებს საქართველოში არსებული საინვესტიციო გარემოს მიმართაც თავიანთი წარმოდგენები აქვთ. მათი აზრით, ინვესტირებისთვის ყველაზე მიმზიდველი სფეროა ტურიზმი (23,4%), ვაჭრობა (18,1%) და წარმოება (16,7%). ინვესტიციის დასაბანდებლად რესპონდენტთა 13,5% განათლების სფეროს თვლის პრიორიტეტულად, ხოლო მშენებლობასა და საზოგადოებრივი კვების სფეროს თანაბარი რაოდენობა, დაახლოებით მეთუდი, თვლის მიმზიდველად. საინვესტიციო სივრცეში ყველაზე არამიმზიდველ სფეროდ გამოკითხულები ჯანდაცვის სფეროს (7,6%) მიიჩნევენ (იხ.დიაგრამა 3.18).

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საცხოვრებელი სახლის მახლობლად სამედიცინო კლინიკებს ირჩევს გამოკითხულთა მესამედი, რომელთა შორის 20,4% ფასიან მომსახურებას ანიჭებს უპირატესობას, ხოლო 12,6% - უფასო სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს. რესპონდენტთა ორ მესამედზე მეტი სამედიცინო დაწესებულებებს არ ირჩევს საცხოვრებელ სახლთან სიახლოვის მიხედვით და, შესაბამისად, არც მაგით სარგებლობს (იხ.დიაგრამა 3.19).

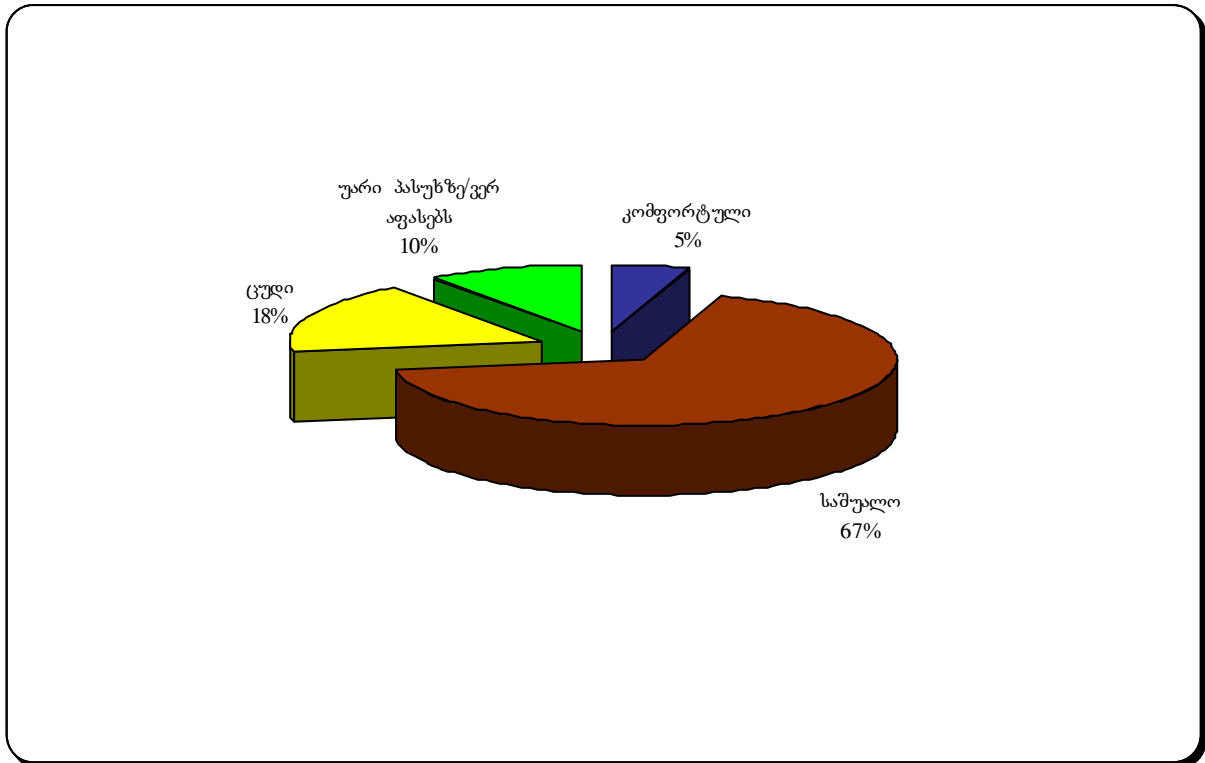


სამედიცინო მომსახურების გარემო საქართველოში



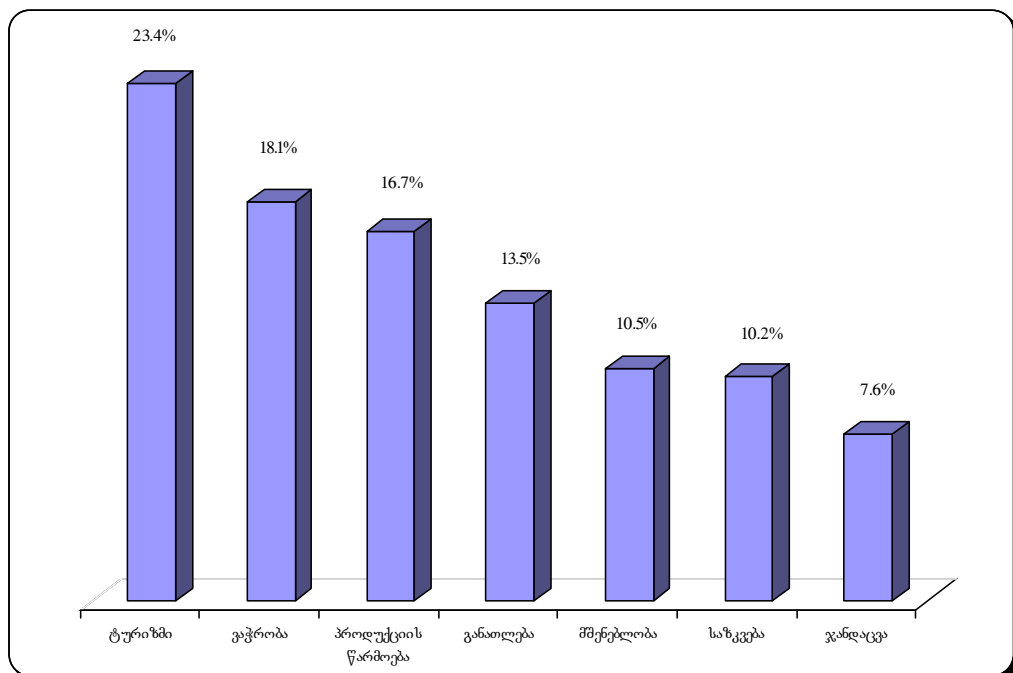
დიაგრამა 3.17

საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში ყოფნის პირობების (სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, კვება, სტაციონარში მიღების პირობები და ა.შ.) კომფორტულობა

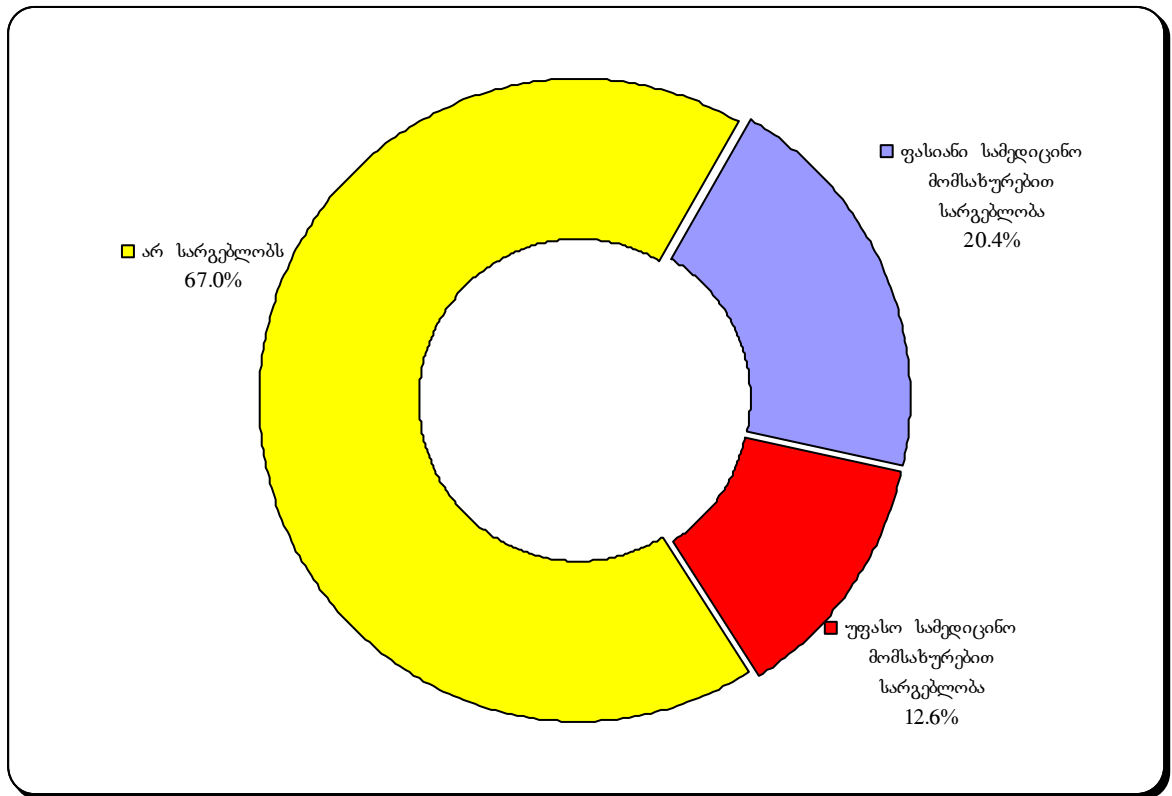


დიაგრამა 3.18

საქართველოში ინვესტირებისათვის ყველაზე უფრო მიმზიდველი სფერო



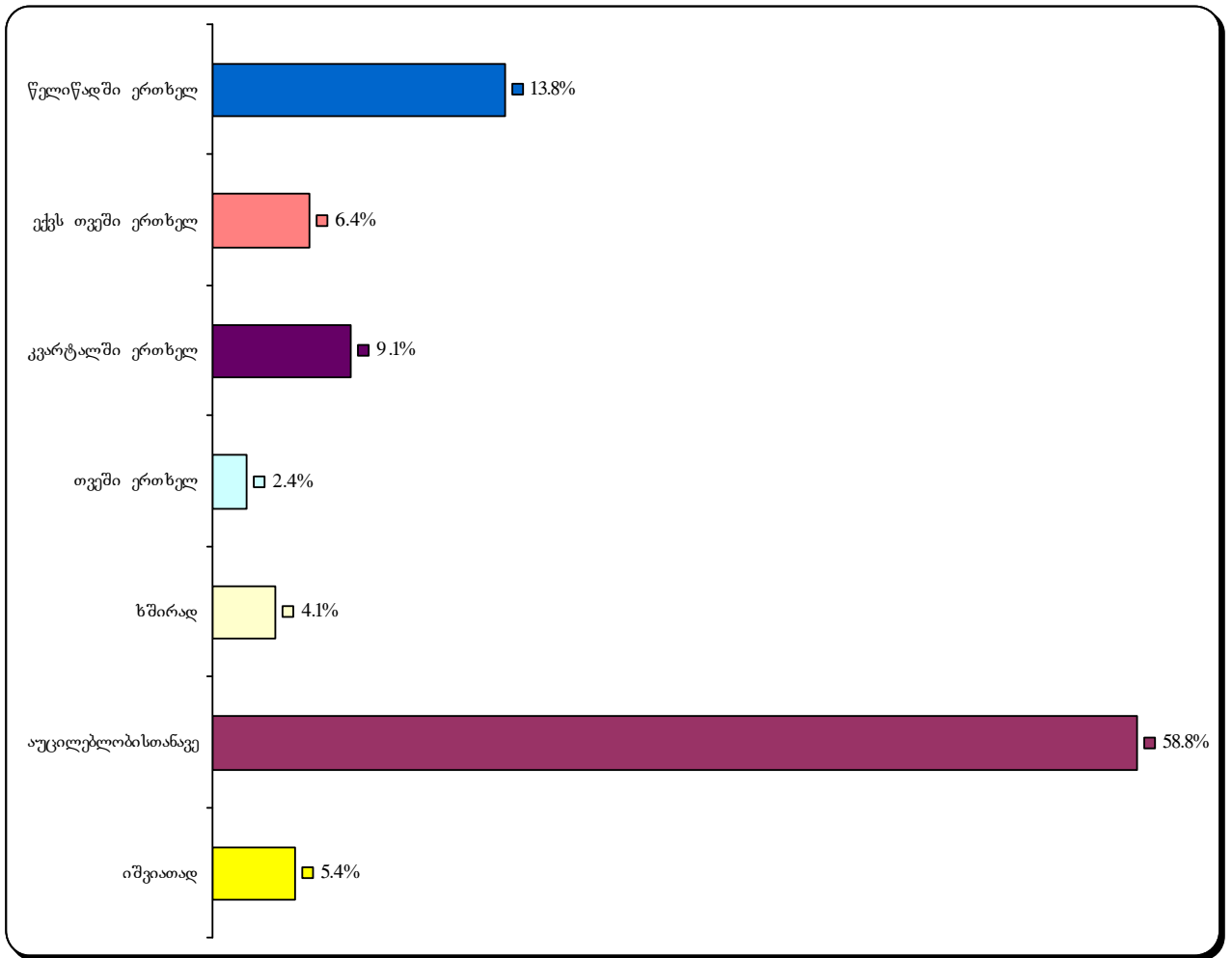
რესპონდენტების მიერ საცხოვრებელი მდებარეობით  
სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა



3.6. სამედიცინო პროდუქტების შექმნის ძირითადი ტენდენციებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა

რესპონდენტთა უმრავლესობა (58,8%) ფასიან სამედიცინო მომსახურებას მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებში მიმართავს, კერძოდ, მაშინ როდესაც სამედიცინო ჩარევა აუცილებლობას წარმოადგენს. გამოკითხულთა 5,4%-ს კონკრეტულ კითხვაზე პასუხი არ აქვს, მსგავსი შემთხვევის იშვიათობიდან გამომდინარე. რაც შეეხება პროფილაქტიკის მიზნით ფასიან სამედიცინო მომსახურებას, მას მომხმარებელთა 13,8% წელიწადში ერთხელ იყენებს. რესპონდენტთა დანარჩენი ნაწილი, სხვადასხვა პერიოდულობით, საჭიროების მიხედვით აკითხავს ფასიან კლინიკებს (იხ.დიაგრამა 3.20).

ფასიანი სამედიცინო მომსახურებისათვის მიმართვის სიხშირე



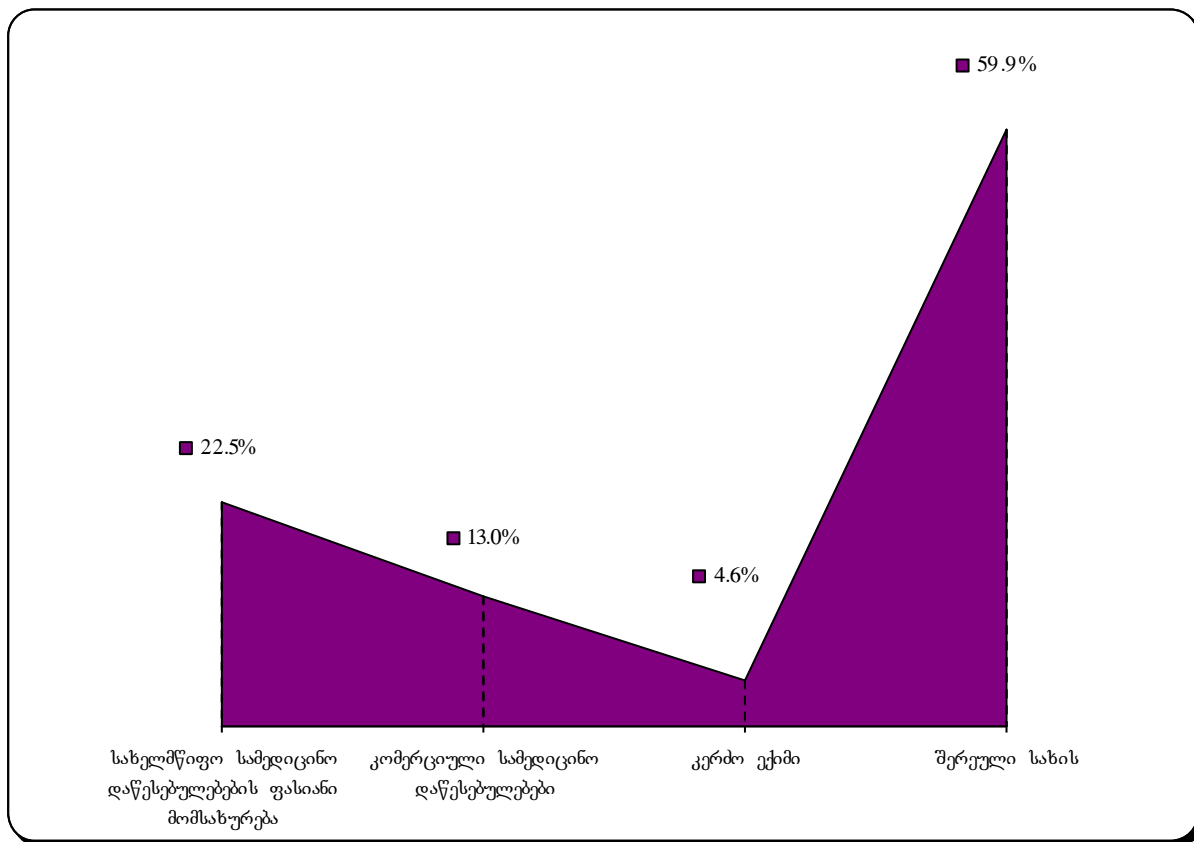
ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შექმნისას რესპონდენტები, ძირითადად, სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ფასიან მომსახურებას იყენებენ. გამოკითხულთა 13% კომერციული სამედიცინო დაწესებულებების, ხოლო 4,6% კერძო ექიმის მომსახურებით სარგებლობს. აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტთა უდიდესი ნაწილი (59,9%) შერეული სახის ფასიან სამედიცინო მომსახურებას მიმართავს (იხ.დიაგრამა 3.21).

რესპონდენტები თვლიან, რომ მომსახურების ღირებულება კონკრეტულ კლინიკებში არ არის იაფი. მომსახურების ფასებთან დაკავშირებით, გამოკითხულთა იმ ნაწილის შეფასებები, ვისაც ერთხელ მაინც უსარგებლია ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით, თითქმის თანაბრად იყოფა. უფრო მეტიც, რესპონდენტთა 47%-ის აზრით, მომსახურების ფასი საკმაოდ მაღალია, ხოლო 50% თვლის, რომ ღირებულება საშუალოა. მხოლოდ 3%-ის აზრით,

მომსახურება იაფია (იხ.დიაგრამა 3.22). შესაბამისად, მხოლოდ 34,4%-ისთვის არის ფასიანი კლინიკებში დაწესებული ფასები მისაღები. გამოკითხულთა 65,6%-ის აზრით, დაწესებული ფასები სრულიად მიუღებელია (იხ.დიაგრამა 3.23).

დიაგრამა 3.21

ფასიანი სამედიცინო მომსახურების სახეები, რომლითაც სარგებლობენ რესპონდენტები

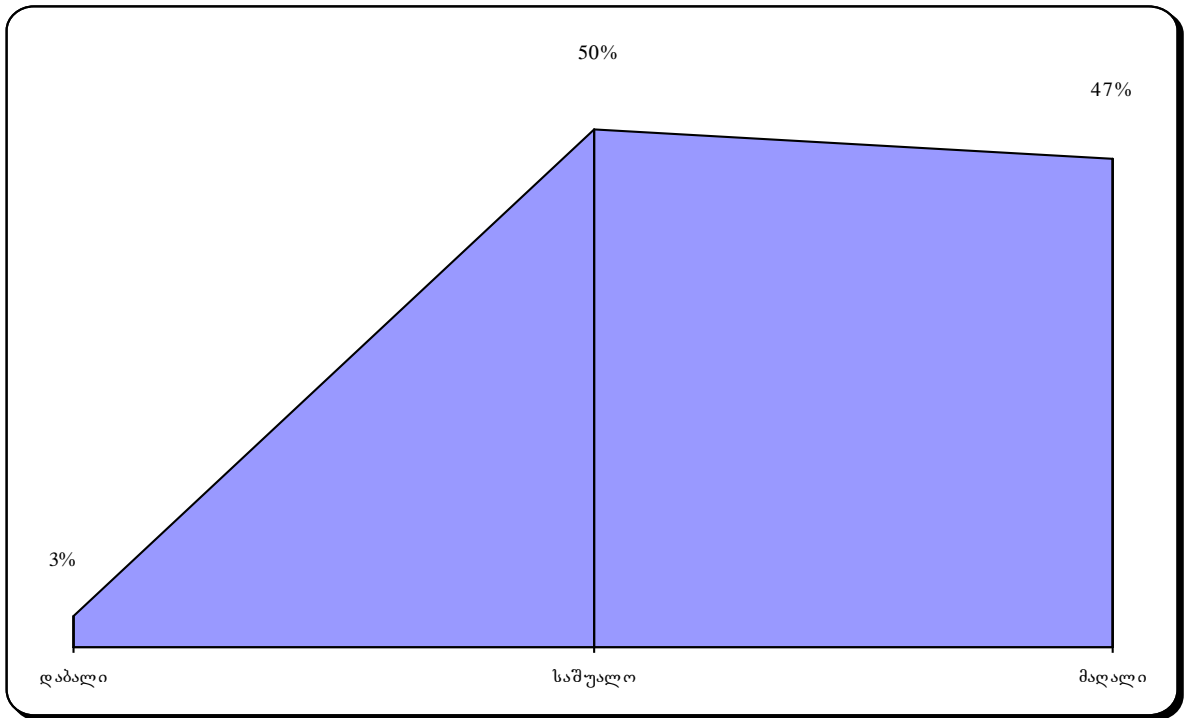


კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტები წლის განმავლობაში ყველაზე მეტად (32,9%) სტომატოლოგიური მომსახურებით სარგებლობენ. ხშირია თერაპევტის მომსახურებით სარგებლობის შემთხვევებიც (16,1%), თუმცა, სტომატოლოგიური მომსახურების ნახევარს შეადგენს. რესპონდენტთა 12,5% გინეკოლოგიურ მომსახურებას ასახელებს. არც თუ ისე ხშირი, მაგრამ თითქმის თანაბარია მიმართვიანობა კარდიოლოგთან (7,6%), ნევროპათოლოგთან (6,5%), ოფთალმოლოგთან (6,5%) და ალერგოლოგთან (5,9%) (იხ.დიაგრამა 3.24).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საქართველოს მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი სასურველ სამედიცინო მომსახურებას ვერ იძენს სხვადასხვა მიზეზის

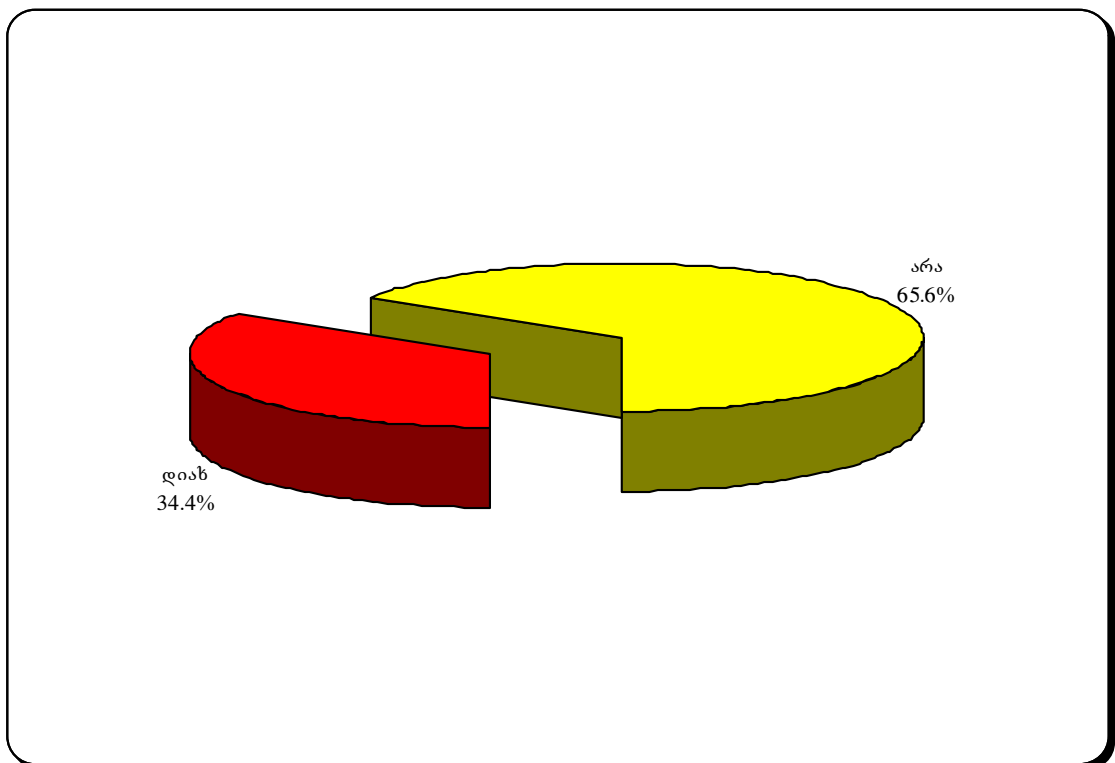
დიაგრამა 3.22

ფასების დონე სამედიცინო დაწესებულებებში



დიაგრამა 3.23

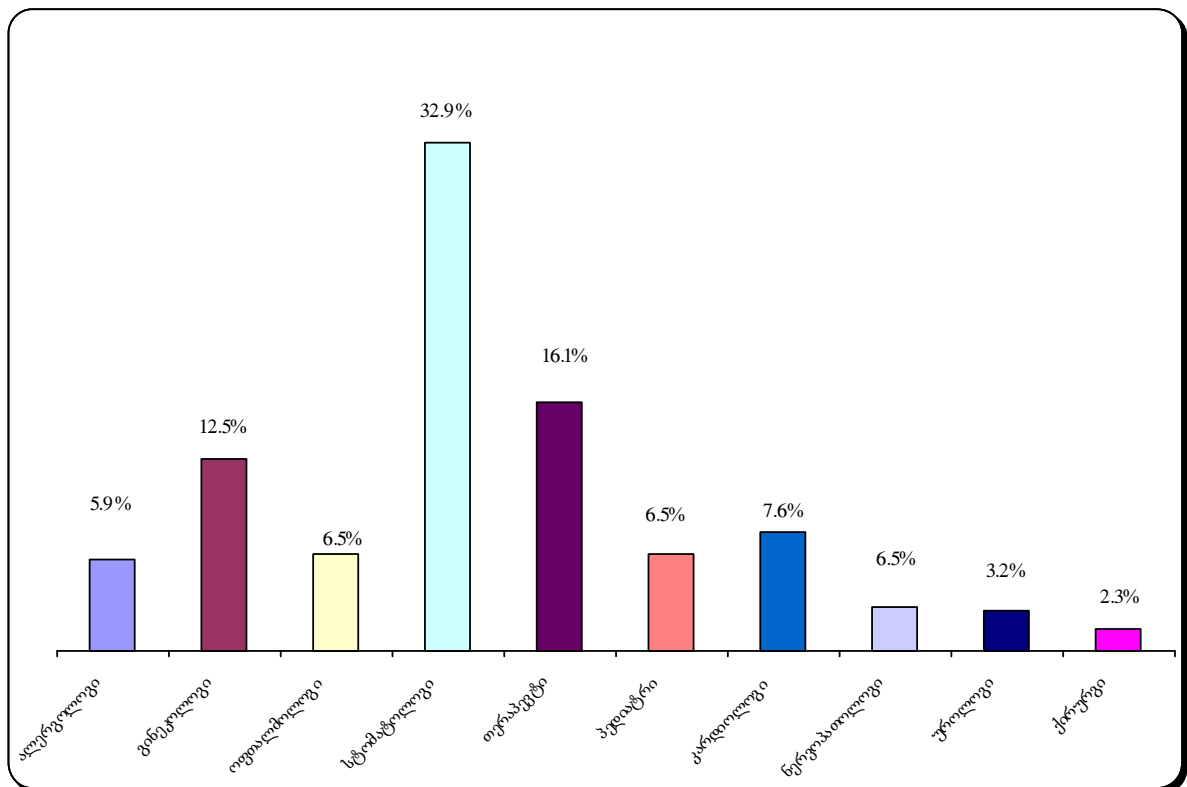
რამდენად მისაღებია რესპონდენტებისთვის არსებული ფასები



გამო. ხშირია შემთხვევა, როდესაც ადამიანები საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას, მაგრამ ვერ მიმართავენ ექიმს. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სტომატოლოგიური მომსახურების შექმნა ყველაზე მეტად სურს გამოკითხულთა 22% -ს, ალერგიულის - 17 %-ს, ქირურგიულის - 15%-ს, ნერვოპათოლოგიურის და თერაპიულის - შესაბამისად, 13 %-ს, კარდიოლოგიურის - 7 %-ს, ოფთალმოლოგიურის 9%-ს, უროლოგიურის - 4%-ს, პედიატრიულის – 2%-ს, გინეკოლოგიურის - 1%-ს. მონაცემები მოცემულია 3.25 დიაგრამაში, საიდანაც ჩანს რომ რესპონდენტებს ყველაზე მეტად სურთ შეიძინონ სტომატოლოგიური, ალერგიული და ქირურგიული მომსახურება. ასევე მათ სურთ ნერვოპათოლოგიური და თერაპიული მომსახურების მიღებაც. ამასთან, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ მამაკაცი რესპონდენტების დიდი ნაწილი, ქალებთან შედარებით, უფრო ვერ მიმართავს ექიმს და, შესაბამისად, ვერ იღებს საჭირო სამედიცინო დახმარებას.

დიაგრამა 3.24

რესპონდენტების მიერ ბოლო ერთი წლის მანძილზე ყველაზე ხშირად სხვადასხვა პროფილის ექიმთან მიმართვიანობა



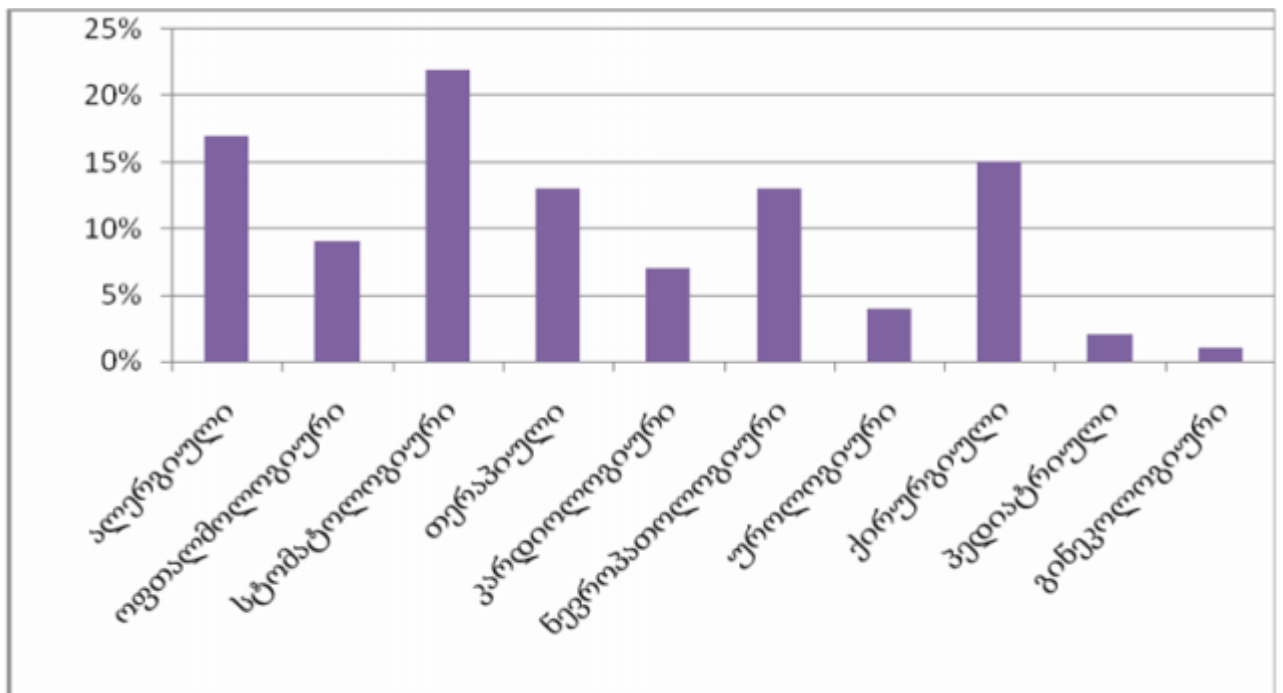
რაც შეეხება სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდის სახეობას, აღმოჩნდა, რომ ექიმთან ვიზიტის საფასურს რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი

(55,2%) სალაროში, ხოლო 29,7% - უშუალოდ ექიმთან იხდის. გამოკითხულთა 24,1% სარგებლობს სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით, თუმცა, როგორც კვლევებიდან ჩანს, მხოლოდ 13,9% ახდენს სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით მომსახურების გადასახადის ანაზღაურებას (იხ.დიაგრამა 3.26).

როგორც აღინიშნა, სამედიცინო დაზღვევით რესპონდენტთა მხოლოდ მცირედი ნაწილი, 24,1% სარგებლობს, ხოლო 75,9% არ არის სამედიცინო დაზღვევის მფლობელი (იხ.დიაგრამა 3.27).

დიაგრამა 3.25

იმ სამედიცინო მომსახურების რანჟირება, რომელთა შექენა ყველაზე მეტად სურთ რესპონდენტებს



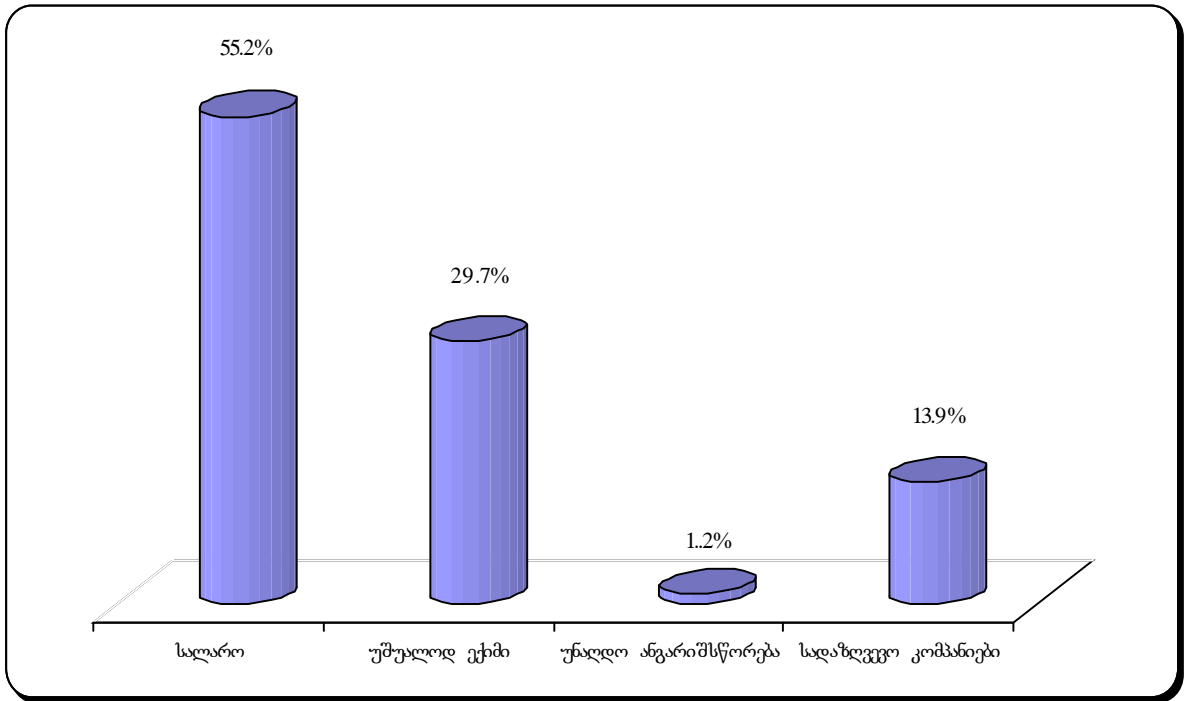
სამედიცინო დაზღვევის მფლობელ რესპონდენტთა შორის ყველაზე მეტი „აღდაგი ბი-სი-აი“-ისა (31,2%) და „ჯი პი აი ჰოლდინგის“ (25%) სადაზღვევო პაკეტის მფლობელია. მომხმარებელთა 18,8% კი უპირატესობას ანიჭებს „აი სი ჯგუფს“. რაც შეეხება „იმედი-ს“-ს და „სახალხო დაზღვევას“, მათი სადაზღვევო პაკეტის მფლობელთა რაოდენობა თანაბარია (იხ.დიაგრამა 3.28).

რესპონდენტთა გადმოცემით, სამედიცინო დაწესებულების შერჩევისას ყველაზე მნიშვნელოვანი მომსახურების ხარისხი და ექიმების პროფესიონალიზმია, რაც მათთვის, ზოგადად, შეთავაზებული მომსახურების უნიკალურობას



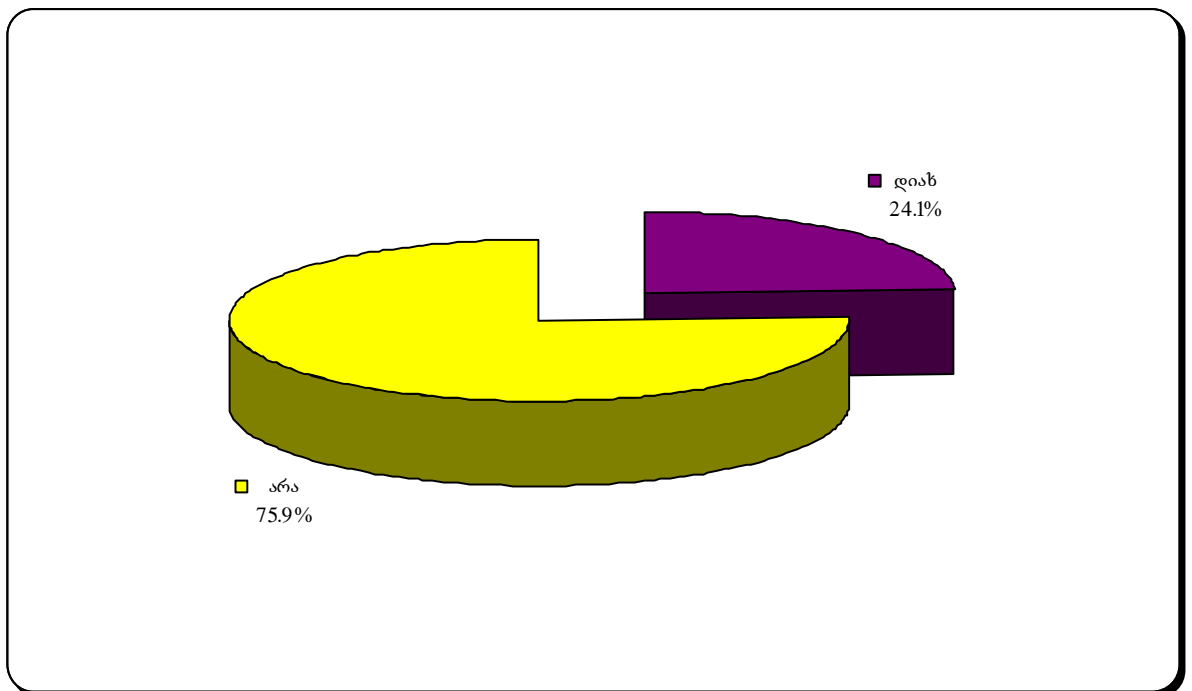
დიაგრამა 3.26

სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდის სახე



დიაგრამა 3.27

რესპონდენტებში სამედიცინო დაზღვევის გავრცელება



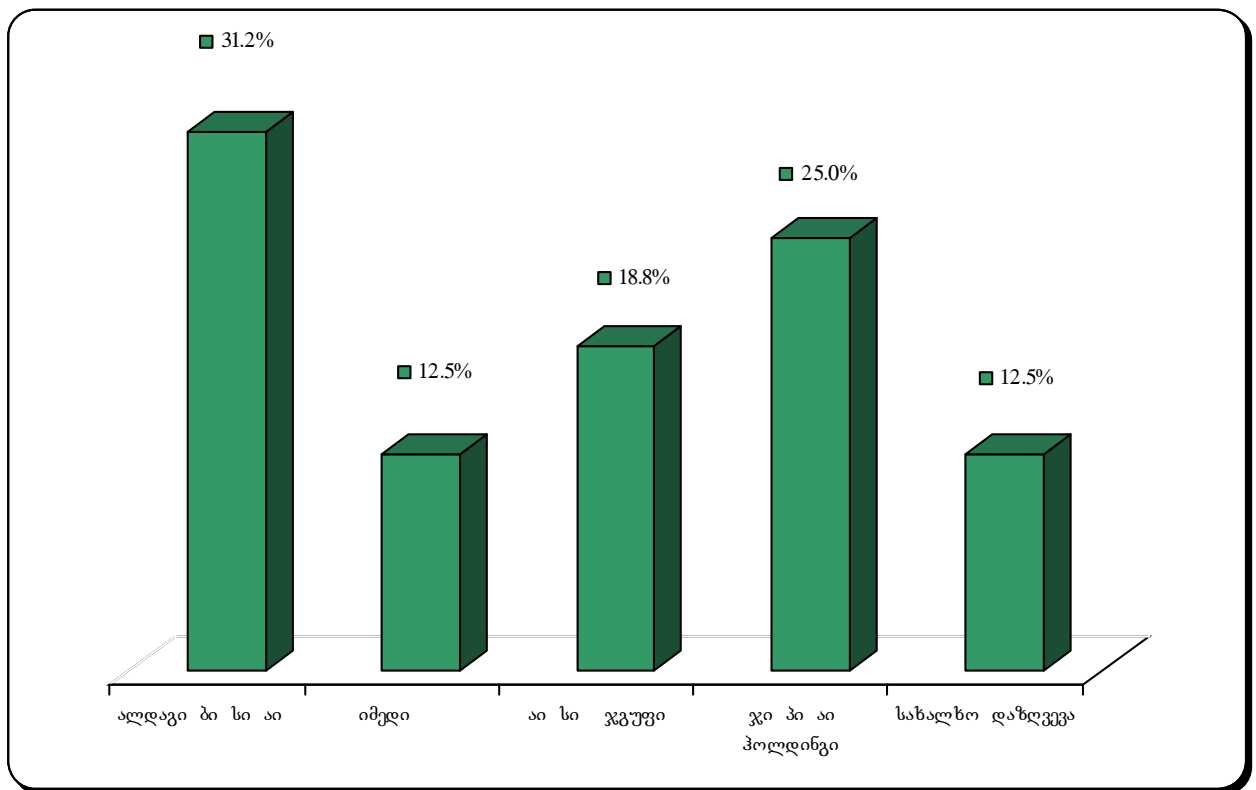
გულისხმობს. რესპონდენტებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაციასა და პოპულარობას. იმ შემთხვევაში, თუ

დასახელებული ფაქტორები მისაღებია, გამოკითხულები მომსახურების ფასებით ან შესაძლებელი ფასდაკლებების სისტემით ინტერესდებიან.

კლინიკის ადგილმდებარეობა, გადახდის ფორმები და მომსახურების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევიდან გამომდინარე, ქართველი მომხმარებლებისათვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია.

დიაგრამა 3.28

სხვადასხვა კომპანიაში დაზღვეული რესპონდენტების სამედიცინო დაზღვევა



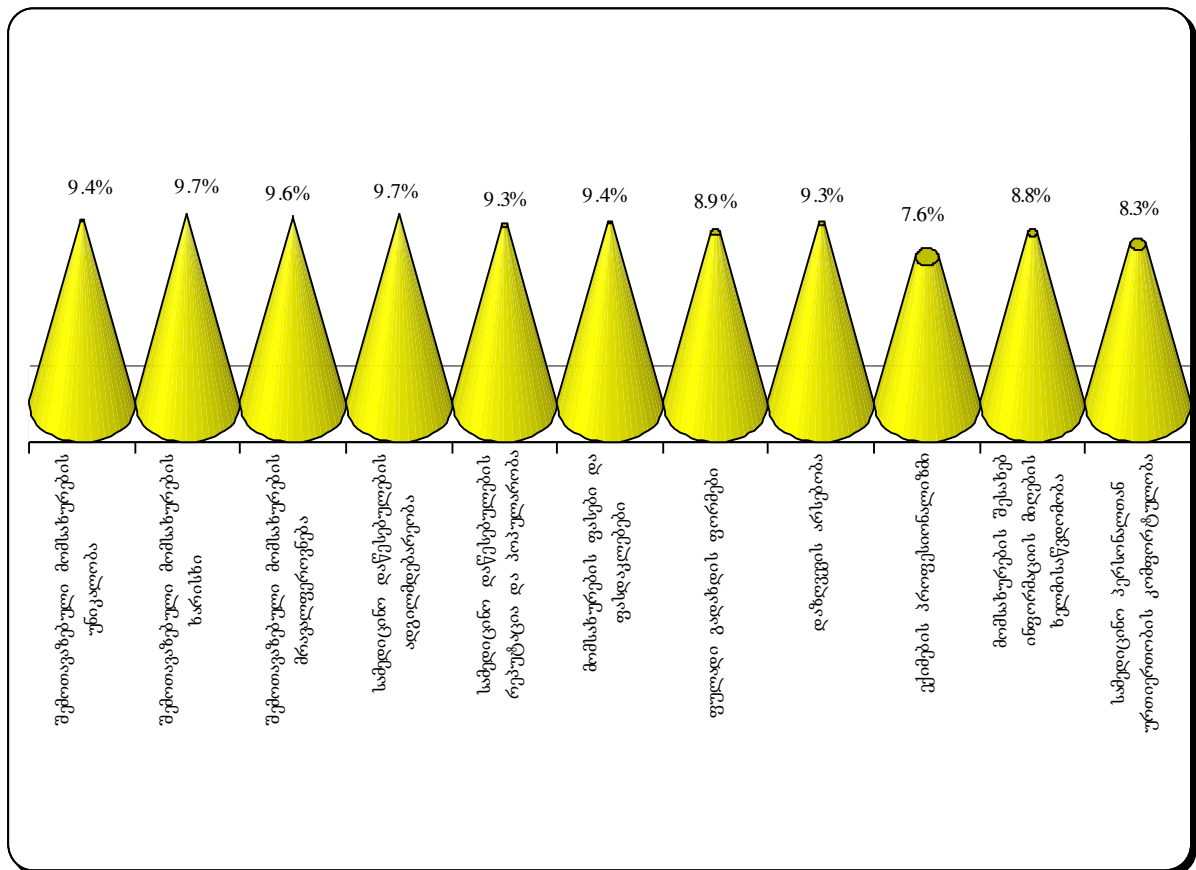
გამოკითხულთა დაახლოებით მეათედი ფასიანი მომსახურებისას სადაზღვევო პაკეტის არსებობას ყველაზე მნიშვნელოვან ფაქტორად თვლის (იხ.დიაგრამა 3.29).

სამედიცინო მომსახურების შეძენის თაობაზე გადაწყვეტილების მიმღებნი, როგორც მოსალოდნელი იყო, უმეტესწილად (58,4%) თვითონ რესპონდენტები არიან. იშვიათ შემთხვევაში, ასაკობრივი კატეგორიის გათვალისწინებით, გადაწყვეტილების მიმღებად მეუღლეები (11,8%) ან მშობლები (12,6%) სახელდებიან. ასევე, გამოკითხულთა მცირე ნაწილის (13%-ის) აზრით, ჯანმრთელობის პრობლემის მოსაგვარებლად კლინიკის შერჩევასა, ოჯახის ყველა წევრის მოსაზრება შესაძლებელია აღმოჩნდეს გადამწყვეტი (იხ.დიაგრამა 3.30).

მნიშვნელოვანია, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ მეექვსედი საუბრობს ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ. რესპონდენტთა უმრავლესობა (39,3%) გაწეული ფასიანი სამედიცინო მომსახურების მიმართ სრულიად უკმაყოფილოა, ხოლო ასეთი მომსახურების მიმართ გარკვეულ პრეტენზიებს

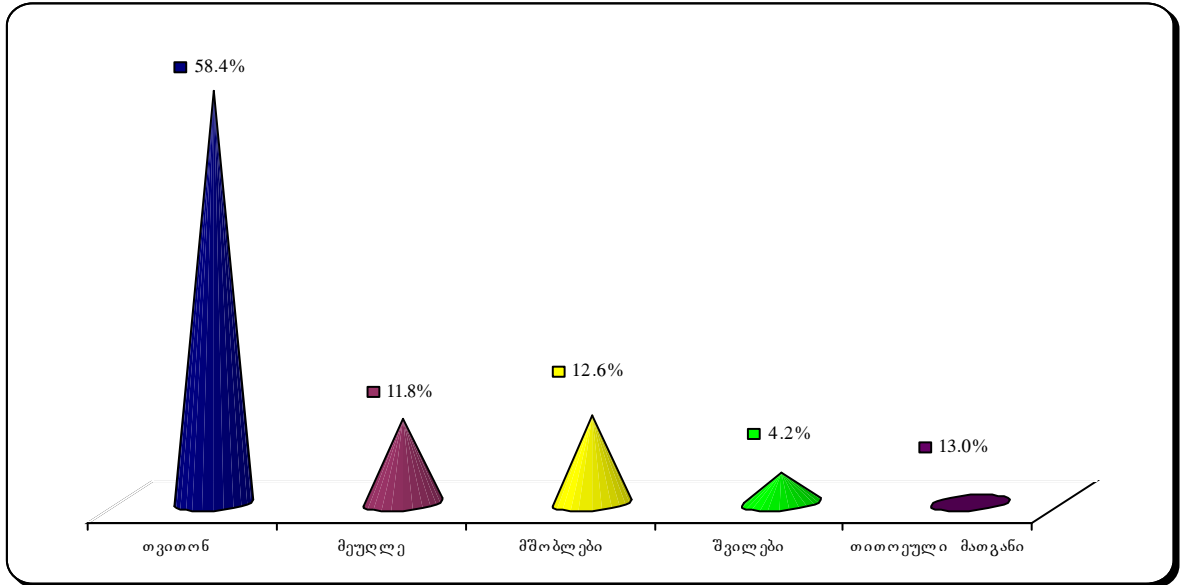
დიაგრამა 3.29

მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების შერჩევას განაპირობებენ

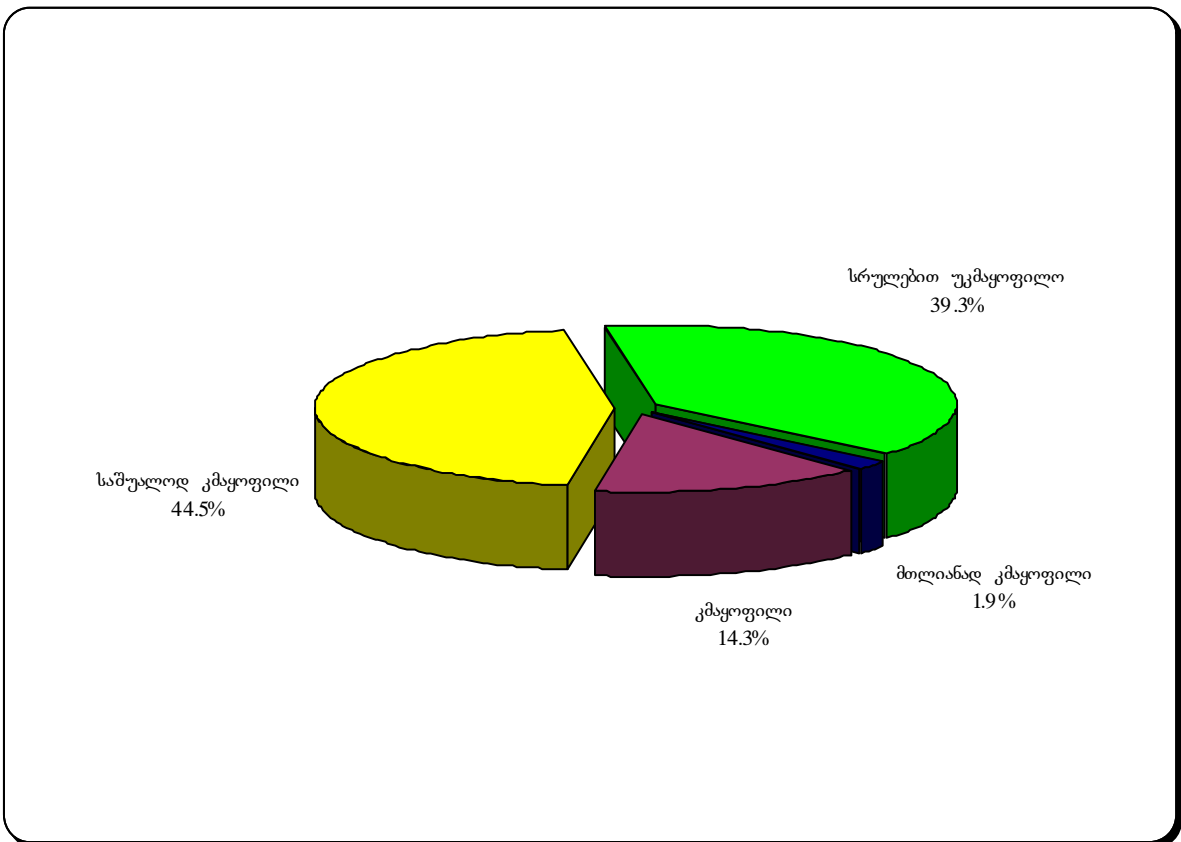


გამოხატავს მომხმარებელთა 44,5% (იხ.დიაგრამა 3.31). კერძოდ, 36,4%-ის შეხედულებით, პაციენტთა უკმაყოფილების მიზეზი მომსახურების ფასია, რაც, მათი აზრით, შეთავაზებული მომსახურების არაადეკვატურია. პაციენტთა მესამედი, ასევე უკმაყოფილებას გამოთქვამს სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონის მიმართ. შედარებით მცირეა რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებსაც მომსახურე პერსონალის უგულისყურობისა და ზოგადად, ურთიერთობის ფორმების გამოც აქვთ პრეტენზიები (იხ.დიაგრამა 3.32).

სამედიცინო მომსახურების შეძენის თაობაზე  
ოჯახში გადაწყვეტილების მიმღები



სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება

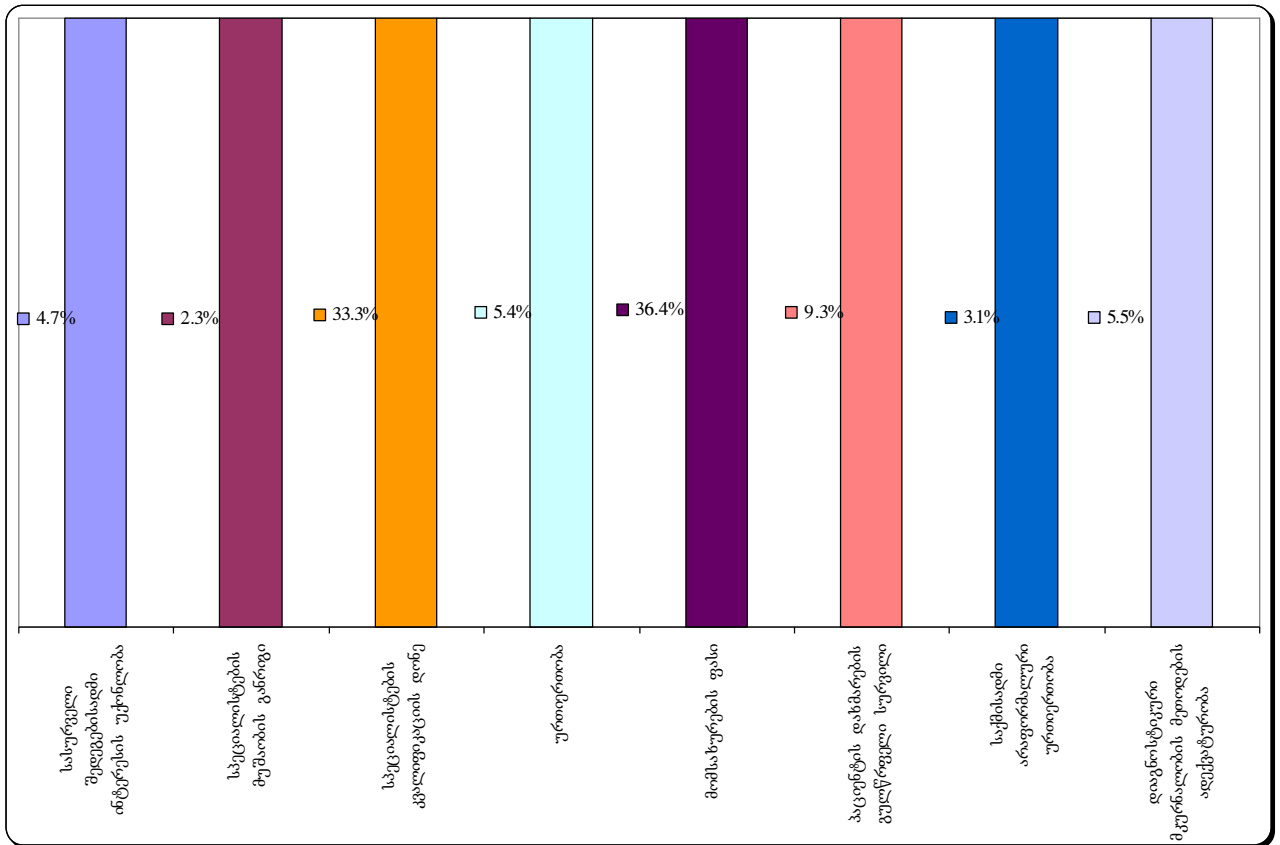


მარკეტინგული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ რესპონდენტები ყველაზე დადებითად საკონსულტაციო-დიაგნოსტიკურ ცენტრებს ახასიათებენ. ასეთი ცენტრების მიმართ სრულ კმაყოფილებას გამოთქვამს მომხმარებელთა 62,5%. საკმაოდ სოლიდური რაოდენობა (45,3%) მაღლიერებას გამოხატავს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიმართ. ასევე, მნიშვნელოვანი ნაწილი (20,9%) საუბრობს სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრების მომსახურებით კმაყოფილებაზე. პოლიკლინიკებისა და საცხოვრებელ ბინაზე ექიმის გამოძახებით რესპონდენტები უკმაყოფილებას არ იჩენენ, თუმცა, მათ მომსახურების შესაძლებლობის მაქსიმუმზე პრეტენზიები მაინც აქვთ. რესპონდენტების 25% პოზიტიურად აფასებს პოლიკლინიკებს, ხოლო 55,3% - სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს. გამოკითხულთა 31,2% არაკეთილგანწყობილია დისპანსერული და ჰოსპიტალური მომსახურების მიმართ. მართალია, სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებების მომსახურებას გამოკითხულთა ნახევარი მისაღებად თვლის, თუმცა, აღსანიშნავია, რომ მესამედი ნაწილი კატეგორიულ უკმაყოფილებას აფიქსირებს. რესპონდენტთა უკმაყოფილება ბავშვთა საავადმყოფოებზეც ვრცელდება და ასეთ შეფასებას ყოველი მეხუთე რესპონდენტი იძლევა, რაც, ჩვენი აზრით, კლინიკის მომსახურებისთვის საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია (იხ.დიაგრამა 3.33).

ზემოთ დასახელებულ განწყობებზე დაყრდნობით, რესპონდენტებს ჯანდაცვის სფეროში პირველი რიგის გადასატრეულ პრობლემებზეც აქვთ მოსაზრებები (იხ.დიაგრამა 3.34). თითქმის ყოველი მეხუთეს შეხედულებით, დღეს ყველაზე აქტუალურია სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზრუნვა, რასაც გარკვეულწილად (7,3%-ის აზრით) პროფესიონალი ექიმების დეფიციტიც იწვევს. გამოკითხულთა 6,7% თვლის, რომ სამკურნალო დაწესებულებების თანამედროვე მოწყობილობებით აღჭურვა პრობლემის ოპერატიულად მოგვარების ერთ-ერთი გზაა. თუმცა, რესპონდენტთა 16,2% ხაზგასმით აღნიშნავს სამედიცინო მომსახურების შეუსაბამოდ მაღალი ფასების არსებობას, რაც, ზოგადად, სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობასთანაა კავშირში. ამასთან, გამოკითხულთა 6,7% თვლის, რომ კლინიკების თანამედროვე მოწყობილობებით აღჭურვა არ უნდა ნიშნავდეს მაღალტექნოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას.

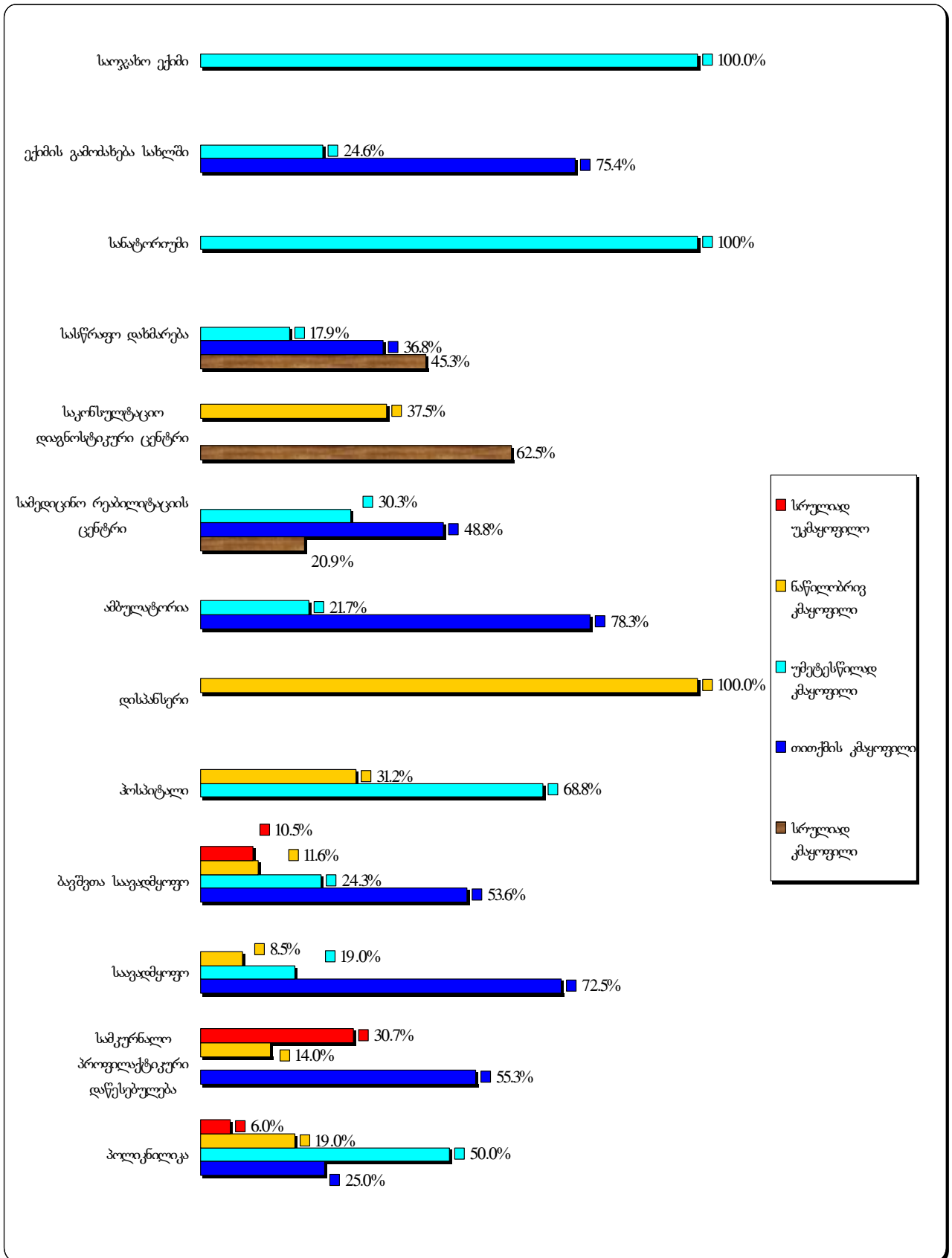
რესპონდენტთა დიდი ნაწილი (24,3%) ფარმაციის სფეროში არსებულ პრობლემებზეც საუბრობს. 15,8%-ის აზრით, პირველ რიგში მოსაგვარებელ

მიზეზები, რისთვისაც რესპონდენტები  
მომსახურების მიმართ უკმაყოფილებას გამოთქვამენ

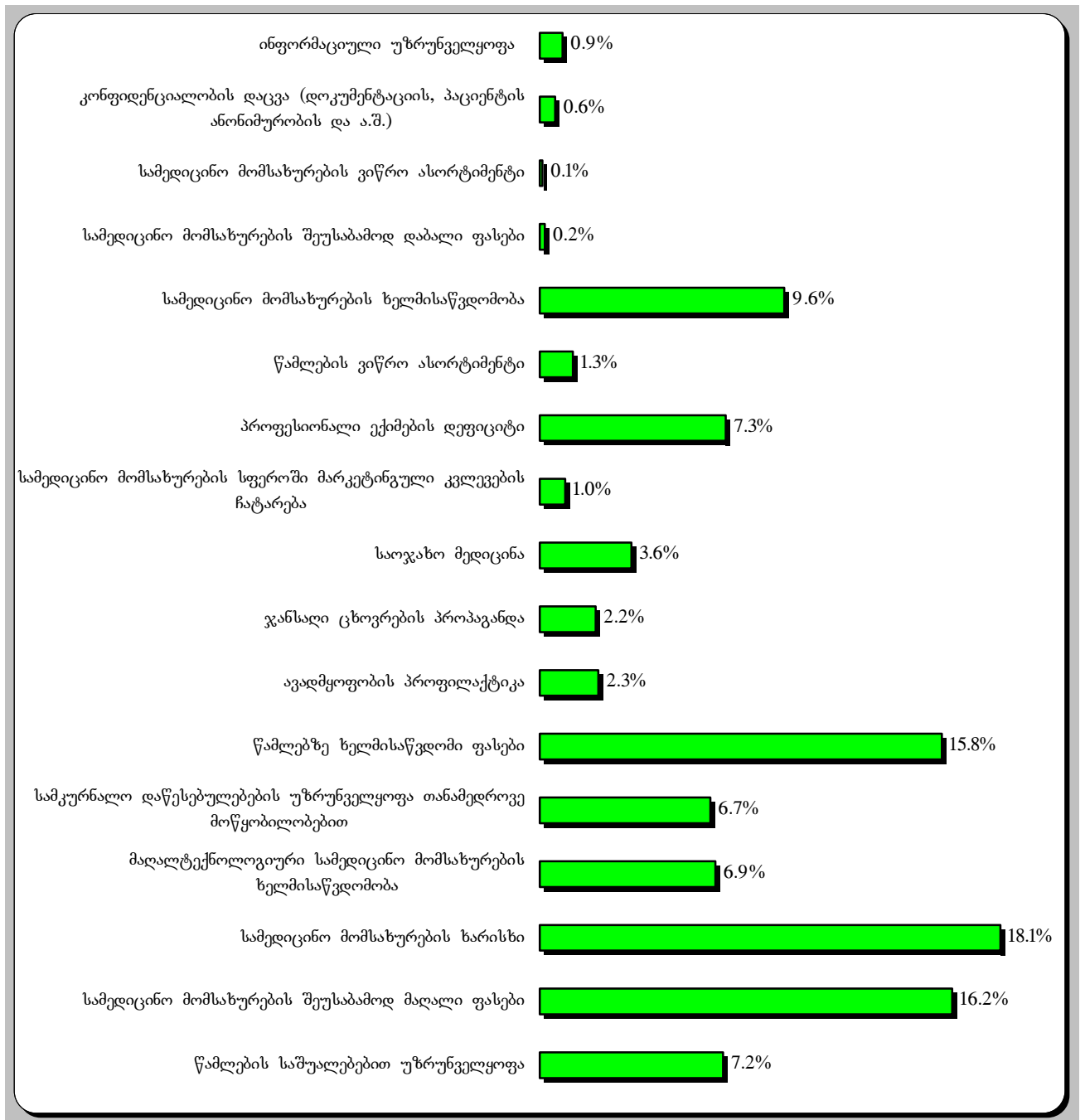


პრობლემათა შორის მედიკამენტებზე ფასდაკლებები ყველაზე მნიშვნელოვანია, ხოლო დანარჩენი ნაწილისთვის სამედიცინო დაწესებულებების წამლებით უზრუნველყოფა და მცირე ასორტიმენტი სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. რესპონდენტთა მცირე ნაწილისათვის ჯანდაცვის სფეროში ყველაზე მნიშვნელოვანია საოჯახო მედიცინის განვითარება (3,6%), ავადმყოფობის პროფილაქტიკა (2,3%) და ჯანსაღი ცხოვრების პროპაგანდას (2,2%). მხოლოდ მცირე ნაწილს მიაჩნია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში პირველ რიგში გადასატრელ პრობლემებს შორისაა ინფორმაციული უზრუნველყოფა (0,9%), კონფიდენციალობის დაცვა (0,6%), სამედიცინო მომსახურების ვიწრო ასორტიმენტი (0,1%) და დაბალი ფასები (0,2%). აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ სამედიცინო მომსახურების სფეროში მარკეტინგული კვლევებს ჩატარება უპირველეს პრობლემად მხოლოდ 1%-ს მიაჩნია, რაც ჩვენს საზოგადოებაში მარკეტინგული აზროვნების დეფიციტსა და მარკეტინგული საქმიანობის აუცილებლობისადმი მოუმზადებლობაზე მიუთითებს.

სხვადასხვა სახის სამედიცინო დაწესებულების მომსახურების ხარისხის დონე



ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პირველ რიგში  
გადასაჭრელი პრობლემები



3.7. სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის რეიტინგი

რესპონდენტებმა სამედიცინო დაწესებულებების ნუსხაში ცნობადობის მიხედვით განსაზღვრეს თითოეულის ადგილი, რომლებიც 5 ქულიანი სკალით

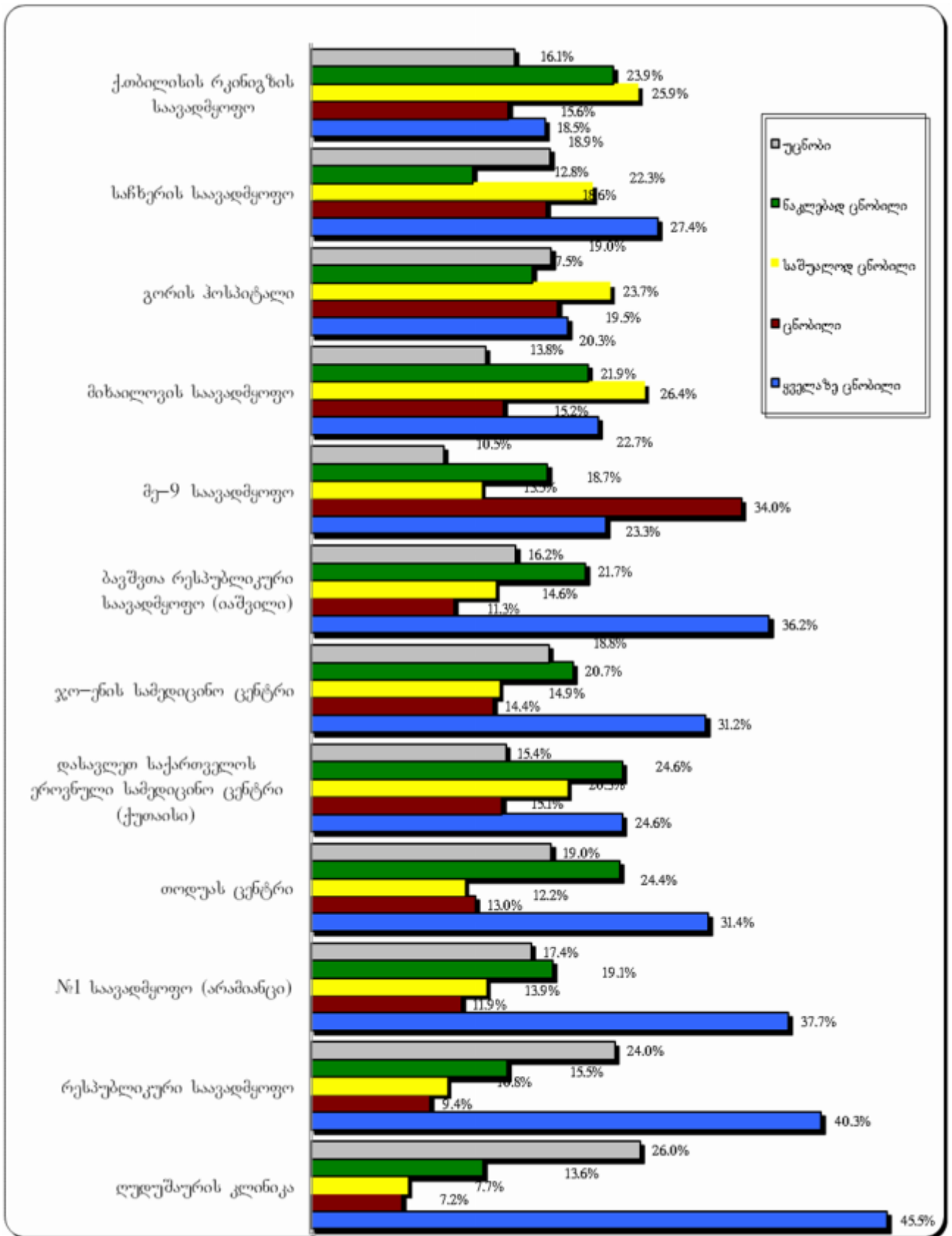


შეფასეს (იხ.დიაგრამა 3.35). თორმეტ შეთავაზებულ კლინიკას შორის ყველაზე ცნობილის გრადაციაში წამყვანი ადგილები დაიკავა ლუდუშაურის კლინიკამ (45,5%), რესპუბლიკურმა საავადმყოფომ (40,3%), №1-მა საავადმყოფომ (37,7%), ბავშვთა რესპუბლიკურმა საავადმყოფომ (36,2%), თოდუას ცენტრმა (31,4%) და მე-9 საავადმყოფომ (23,3%). შედარებით ცნობილ სამედიცინო დაწესებულებებში ლიდრობენ ქ.თბილისის რკინიგზის საავადმყოფო (23,9%), ქ.თბილისის მიხაილოვის საავადმყოფო (21,9%), ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო (21,7%) და ჯო-ენის სამედიცინო ცენტრი (20,7%), დასავლეთ საქართველოს (ქუთაისის) ეროვნული სამედიცინო ცენტრი (24,6%). კვლევის შედეგად, საშუალოდ ცნობილ სამედიცინო დაწესებულებებში წამყვანი პოზიციები დაიკავა ქ.თბილისის რკინიგზის საავადმყოფომ (25,9%), გორის ჰოსპიტალმა (23,7%), საჩხერის საავადმყოფომ (22,3%) და მიხაილოვის საავადმყოფომ (26,4%). მართალია, რომ ვიზუალური თვალსაზრისით ცნობადობის სკალაზე დასახელებული კლინიკები დაწინაურებულ პოზიციებს იკავებენ, მაგრამ მათი მომსახურებით კმაყოფილება სხვა კლინიკებთან შედარებით არც თუ ისე მაღალია. თუმცა, უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ ამ შემთხვევაში პროცენტული უპირატესობა კმაყოფილების მიხედვით ადგილებს არ განსაზღვრავს, რადგან რესპონდენტები აფასებდნენ იმ კლინიკებს, რომელთა შესახებ მცირედ ინფორმაციას მაინც ფლობდნენ. აქედან გამომდინარე, თითოეულ კლინიკა, კმაყოფილების მიხედვით, ინდივიდუალურად განიხილება.

აღსანიშნავია, რომ იმ რესპონდენტთა შორის, ვინც შეძლო რეგიონების სამედიცინო დაწესებულებების შეფასება, მცირე რაოდენობით, მაგრამ მაინც არიან ისეთებიც, რომლებსაც არ გამოუყენებიათ ასეთი მომსახურება და მათი შთაბეჭდილებები წარმოსახვითია. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ რეგიონებში არსებული კლინიკები დედაქალაქის ზოგიერთ ცნობილ კლინიკაზე კარგად შეფასდა. რესპონდენტთა უმრავლესობის (51,2%-ის) აზრით, მათ მიერ შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებების პოზიციები, პირველ რიგში, განისაზღვრება ექიმების პროფესიონალიზმით. მომხმარებელთა 20,4%-ს მიაჩნია, რომ მათთვის საუკეთესო კლინიკა გამოირჩევა კარგი მომსახურებით, 19,3% მიიჩნევს, რომ ასეთი არჩევანი ფასებზეა დამოკიდებული, 5,9% კი უპირატესობას ანიჭებს დაზღვევის პირობებს, ხოლო 3,2% - ადგილმდებარეობას (იხ.დიაგრამა 3.36).

ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 20,6% ლუდუშაურის კლინიკას აქვს. რეიტინგი მიმართვიანობისა და რესპონდენტთა განწყობის მიხედვით იდენტურია და აქაც მეორე ადგილს

რესპონდენტთა აზრით, საქართველოში ყველაზე ცნობილი სამედიცინო დაწესებულება



რესპუბლიკური საავადმყოფო (13,2%), ხოლო შემდგომს №1 საავადმყოფო (10,8%) იკავებს (იხ. დიაგრამა 3.37).

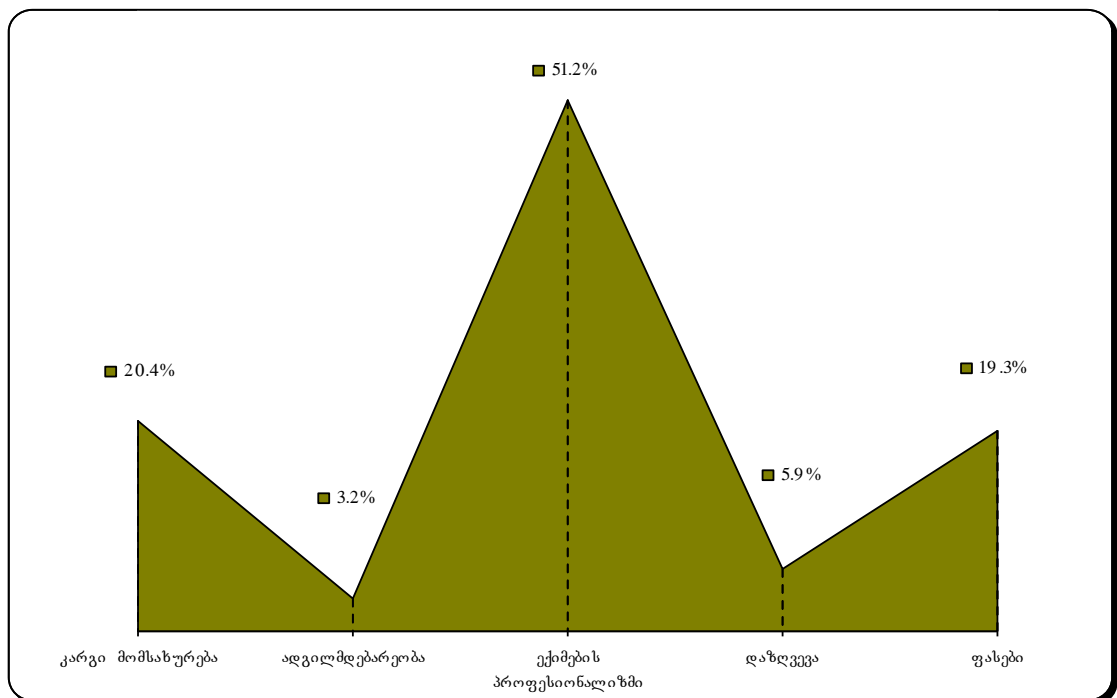
ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 20,6% ღუდუშაურის კლინიკას აქვს. რეიტინგი მიმართვიანობისა და რესპონდენტთა განწყობის მიხედვით იდენტურია და აქაც მეორე ადგილს რესპუბლიკური საავადმყოფო (13,2%), ხოლო შემდგომს №1 საავადმყოფო (10,8%) იკავებს (იხ. დიაგრამა 3.37).

ექიმების პროფესიონალიზმის მაღალი მოთხოვნის შესაბამისად, კონკრეტულ კლინიკაში გამოკითხულთა მიმართვიანობას, ძირითადად, მკურნალი ექიმი განსაზღვრავს (იხ. დიაგრამა 3.38). კლინიკის არჩევის მთავარ მიზეზად მას ასახელებს რესპონდენტთა 47%. რესპონდენტთა მეხუთედზე მეტი (22,8%) კლინიკასთან ურთიერთობის მიზეზად პირად გამოცდილებას ასახელებს. კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები, რომლებიც სადაზღვევო პაკეტს ფლობენ (10,8%), კონკრეტული სადაზღვევო კლინიკის პარტნიორ კლინიკებს აკითხავენ.

გამოკითხულთა მცირე ნაწილი სამედიცინო დაწესებულებებს ირჩევს ადგილმდებარეობისა და ფასისა მიხედვით, კერძოდ, ადგილმდებარეობას უპირატესობას ანიჭებს მომხმარებელთა 6,3%, ხოლო ფასს – 4,9%.

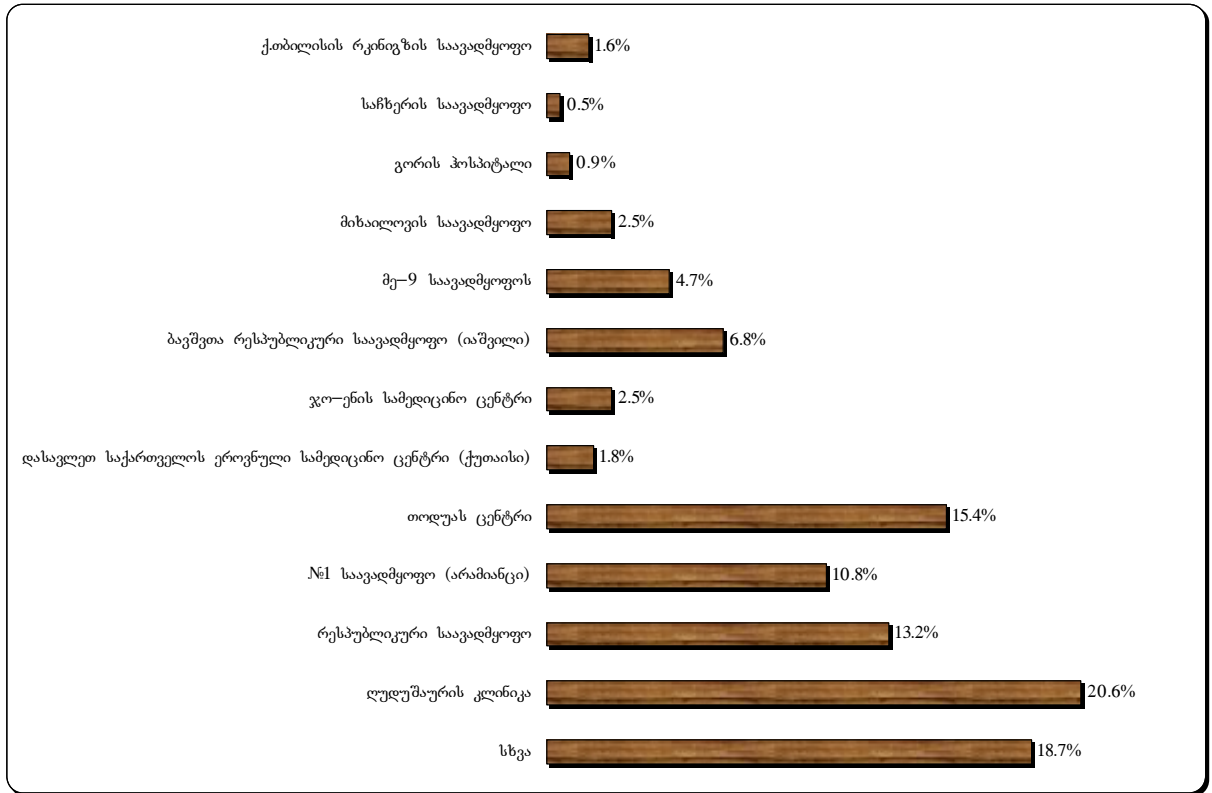
დიაგრამა 3.36

სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევის მიზეზები



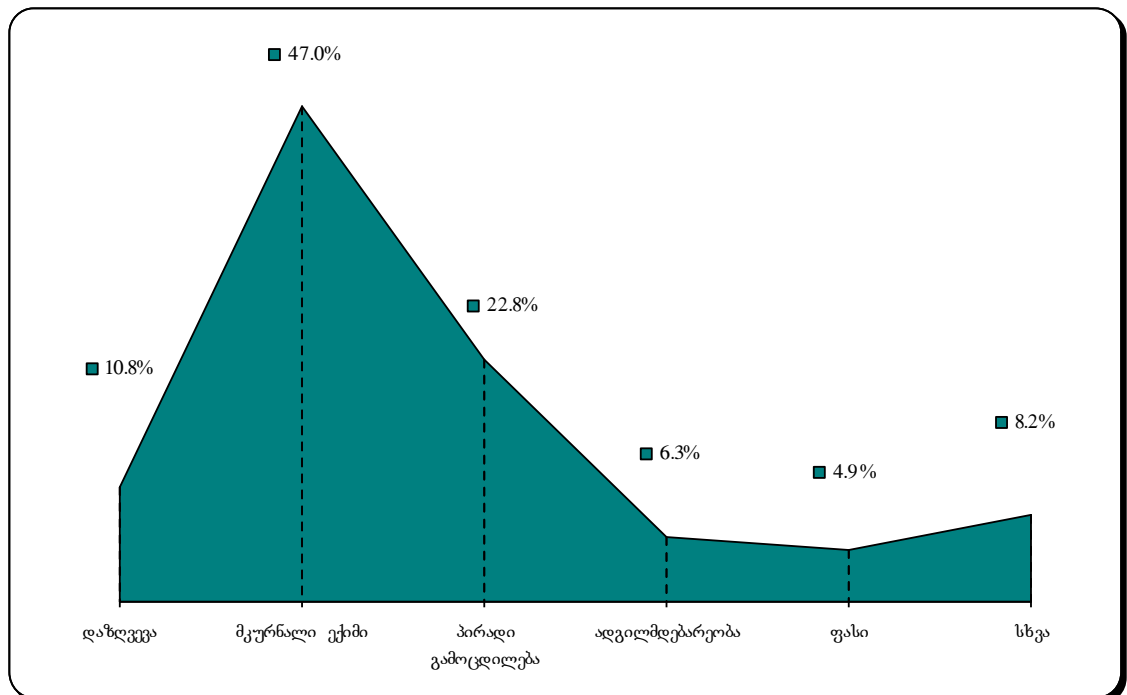
დიაგრამა 3.37

ბოლო 1 წლის განმავლობაში რესპონდენტთა სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ მიმართვიანობა



დიაგრამა 3.38

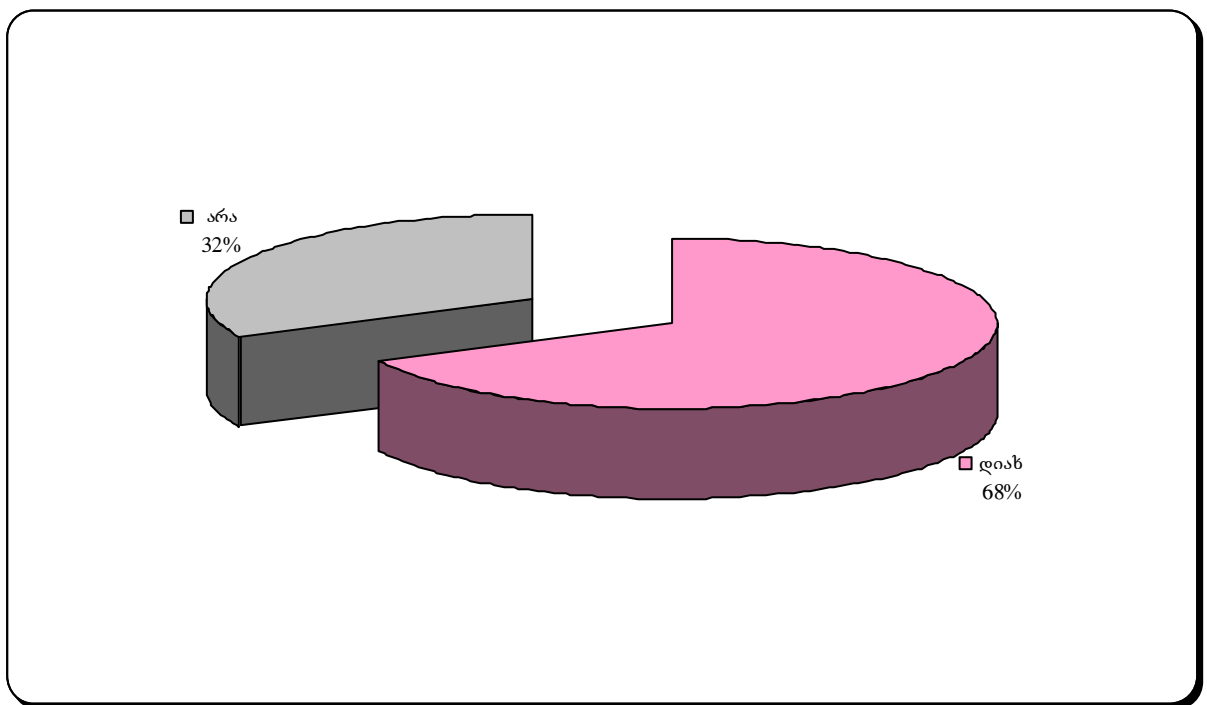
კლინიკის არჩევის მიზეზები



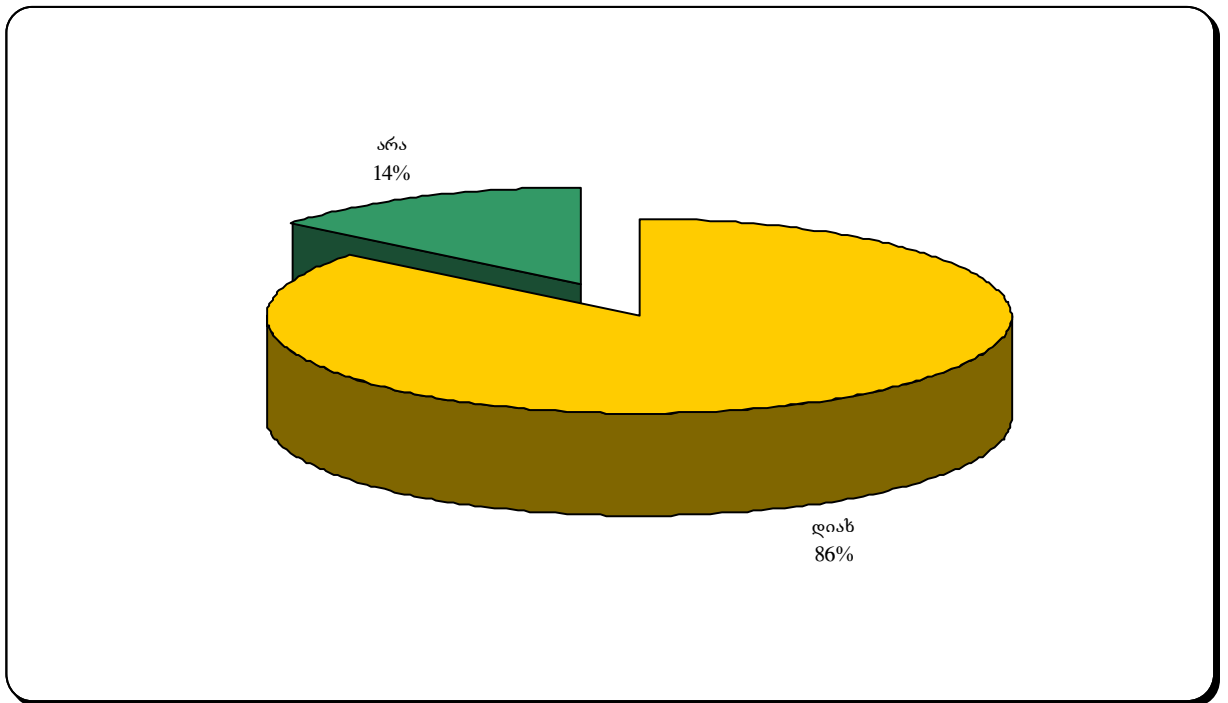
კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულთა 68% შერჩეული კლინიკის მომსახურებით კმაყოფილია. მომხმარებელთა მესამედს კი მიაჩნია, რომ სამედიცინო დაწესებულებები ვერ სთავაზობენ იმ მომსახურებას, რომლის საჭიროებაც რეალურად აქვს პაციენტს (იხ.დიაგრამა 3.39). ამასთან, რესპონდენტთა უმეტესობა (86%), რომელიც ინტენსიურად სარგებლობს სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურებით, შერჩეული კლინიკის მიმართ მიჯაჭვულობას არ ავლენს და თვლის, რომ ნებისმიერ დროს შეუძლია სხვა კლინიკის მომსახურებით სარგებლობა, თუ ამის საჭიროება წარმოიშობა (იხ.დიაგრამა 3.40). აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტთა უდიდესი ნაწილის (81%-ის) აზრით, დღეისათვის ქართულ სამედიცინო ბაზარზე არ არსებობს ისეთი სამედიცინო მომსახურება, რომლის გადახდაც მათ შეუძლიათ, მაგრამ ვერ სთავაზობენ. მომხმარებელთა 19%-ს ჰქონია კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა, თუმცა, ეკონომიკური შესაძლებლობის მიუხედავად, იგი ვერ დაკმაყოფილებულა (იხ.დიაგრამა 3.41).

დიაგრამა 3.39

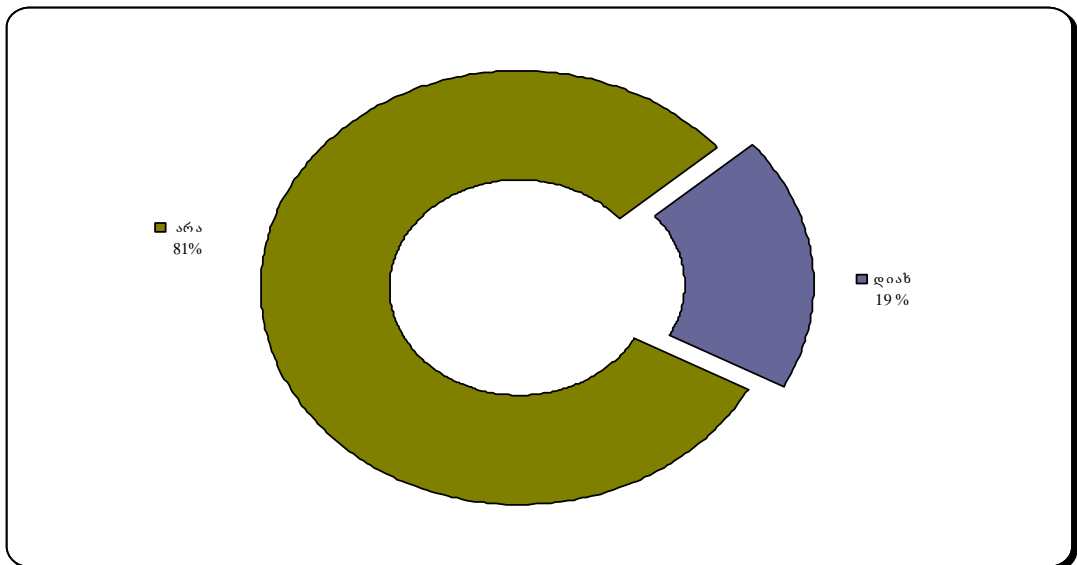
შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებით რესპონდენტთა კმაყოფილება



შერჩეული სამედიცინო დაწესებულების შეცვლის შესაძლებლობა



იმ სამედიცინო მომსახურებების არსებობა, რომელსაც, საფასურის გადახდის მიუხედავად, ვერ სთავაზობენ რესპონდენტებს



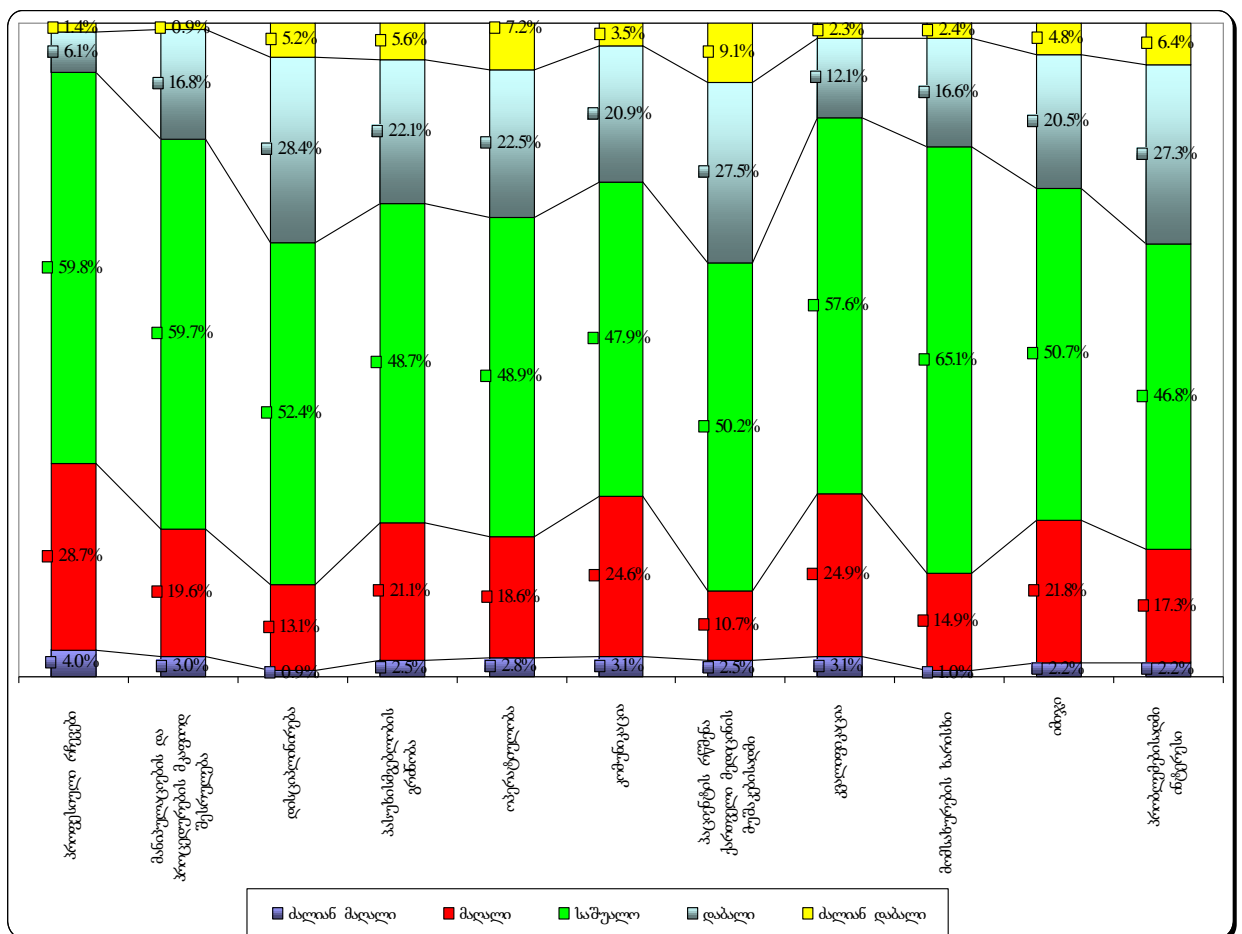
სამედიცინო მომსახურებისადმი ქართველი მომხმარებლების დამოკიდებულება საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასებებშიც აისახა (იხ.დიაგრამა 3.42). კვლევის შედეგად სამედიცინო პერსონალი შეფასდა ხუთბალიანი სკალით სხვადასხვა პროფესიული უნარ-

ჩვევების მიხედვით. აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა პრეტენზიები, ძირითადად, პაციენტის პრობლემით დაინტერესებასა და ოპერატიულობას ეხება. მთლიანობაში, ყველა მაჩვენებლის მიხედვით, რესპონდენტები საშუალოდ აფასებენ მედიცინის მუშაკებს. ამასთან, ქართველი მომხმარებლების აზრით, ექიმების პროფესიონალიზმს ყველაზე მეტად წარმოაჩენს მათი პროფესიული რჩევები და პაციენტისადმი დამოკიდებულება.

საკმაოდ საინტერესოა იმის გარკვევა, სამედიცინო პერსონალის შეფასებაში ქართველი მომხმარებლები თუ რა კრიტერიუმებს ანიჭებენ უპირატესობას. ამ კუთხით მიზანშეწონილია აღნიშნული კრიტერიუმების წონადობის კოეფიციენტების დადგენა. ვინაიდან ქართველი მომხმარებლების აზრით, საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასება, ძირითადად, საშუალოა, გაანგარიშებები ჩატარდა აღნიშნული მაჩვენებლების საფუძველზე.

დიაგრამა 3.42

საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასება



სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასებაში გამოყენებული კრიტერიუმების წონადობის კოეფიციენტის განსაზღვრა მოვახდინეთ შემდეგი ფორმულის გამოყენებით [122]:

$$K_i = \frac{2}{n} \times \left(1 - \frac{r_i}{n+1}\right) \quad , \quad 3.2$$

სადაც  $K_i$  არის  $i$ -ური კრიტერიუმის წონადობის კოეფიციენტი,  $n$  – მაჩვენებელთა რაოდენობა,  $r_i$  -  $i$ -ური კრიტერიუმის რანგი.

გაანგარიშებით მიღებული შედეგები მოცემულია 3.3 ცხრილში. როგორც ანალიზი გვიჩვენებს, სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასებისას ქართველი მომხმარებლები უპირატესობას ანიჭებენ მომსახურების ხარისხს, პროფესიულ რჩევებს, კვალიფიკაციას და მანიპულაციებისა და პროცედურების მკაფიოდ შესრულებას.

ცხრილი 3.3

სამედიცინო პერსონალის შეფასების კრიტერიუმების რანგები და წონადობის კოეფიციენტები

№	კრიტერიუმები	რანგები	წონადობის კოეფიციენტები
1.	პროფესიული რჩევები	2,0	0,152
2.	მანიპულაციებისა და პროცედურების მკაფიოდ შესრულება	3,5	0,129
3.	დისციპლინირება	5,0	0,105
4.	პასუხისმგებლობის გრძნობა	7,0	0,076
5.	ოპერატიულობა	9,5	0,038
6.	კომუნიკაცია	11,0	0,015
7.	პაციენტის რწმენა ქართველი მედიცინის მუშაკებისადმი	6,0	0,091
8.	კვალიფიკაცია	3,5	0,129
9.	მომსახურების ხარისხი	1,0	0,167
10.	იმიჯი	9,5	0,038
11.	პრობლემებისადმი ინტერესი	8,0	0,060

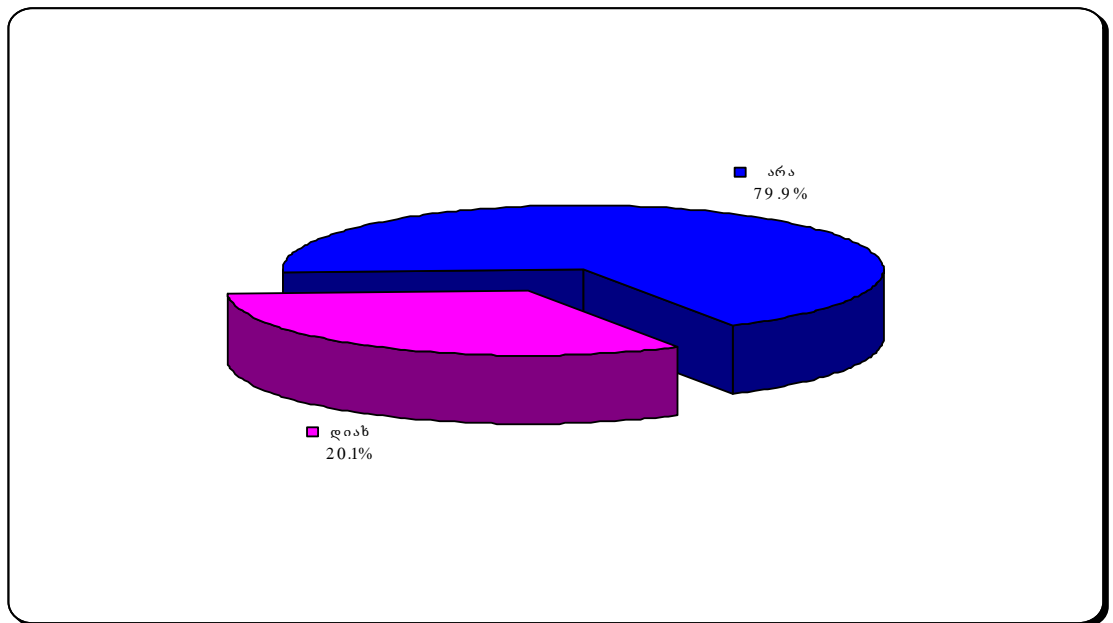


### 3.8. საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისადმი მომხმარებელთა დამოკიდებულება

გამოკითხულ რესპონდენტთა შორის მცირე რაოდენობა, მხოლოდ მეხუთედი სარგებლობს საოჯახო სამედიცინო მომსახურებით, ხოლო რესპონდენტთა თითქმის 80%-ს ამ ტიპის მომსახურება არასოდეს მიუღია (იხ.დიაგრამა 3.43), თუმცა, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ რესპონდენტების დამოკიდებულება საოჯახო მომსახურების მიმართ საკმაოდ პოზიტიურია. კვლევამ აჩვენა, რომ წლის განმავლობაში ამ ტიპის მომსახურებისთვის მომხმარებელთა უმრავლესობა (55,5%) 100-200 ლარს იმეტებს, დაახლოებით მეოთხედი კი 500 ლარამდე თანხის დახარჯვასაც ვარაუდობს. რესპონდენტთა წარმოსახვით, დახარჯული თანხები თითქმის რეალურად წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის პრობლემებისთვის

დიაგრამა 3.43

საოჯახო სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა

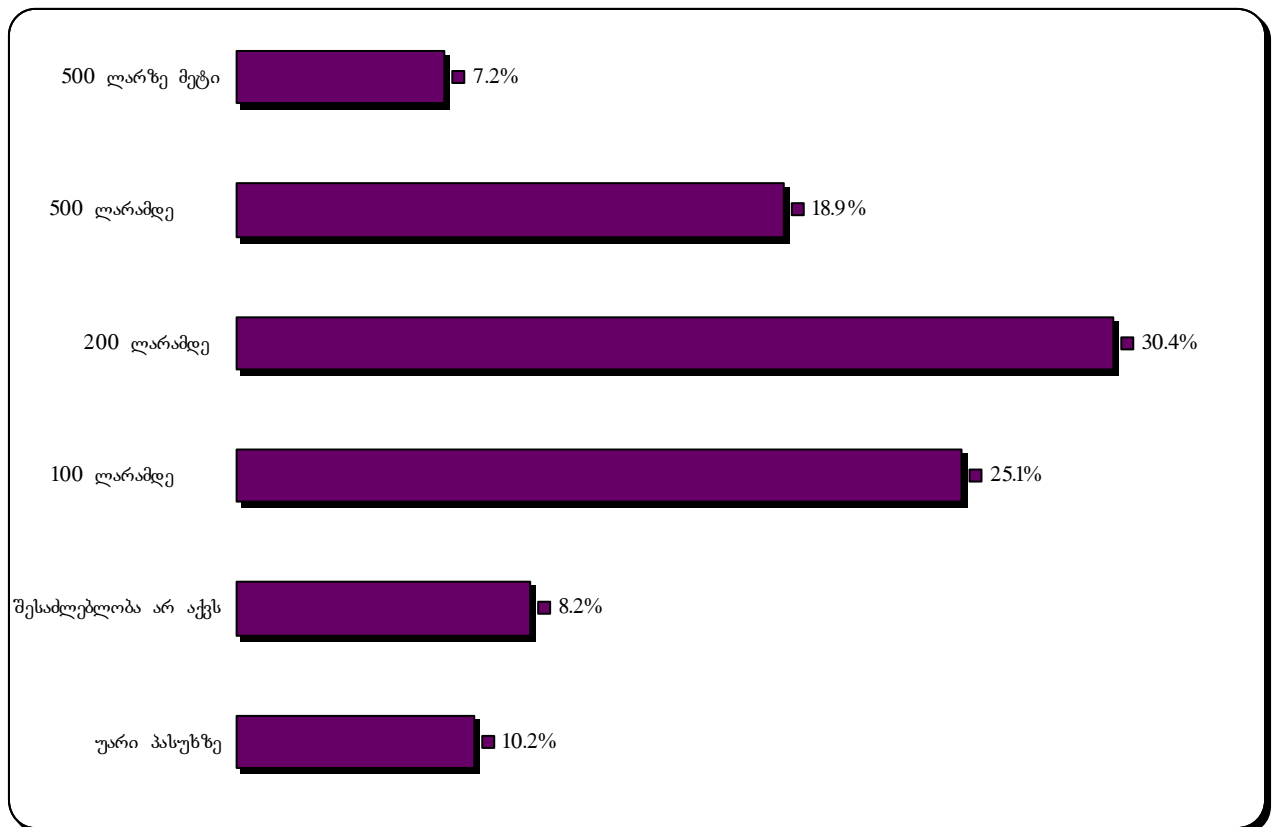


გაღებულ თანხებს უტოლდება, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ რესპონდენტები მისაღებ ფასებში ნებისმიერი სახის საოჯახო სამედიცინო მომსახურებას თანხმდებიან (იხ.დიაგრამა 3.44). შედარებით მაღალი მაჩვენებელი აქვს უბნის პოლიკლინიკით მომსახურების მიღების შემთხვევებს. ასეთი ტიპის მომსახურებით სარგებლობს გამოკითხულთა 36,1%, ხოლო 63,9%-ს მსგავსი მომსახურება არ მიუღია (იხ.დიაგრამა 3.45).

კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ უბნის პოლიკლინიკის მომსახურება ქართველი მომხმარებლებისათვის მეტ-ნაკლებად მისაღებია, თუმცა ისინი მაჩვენებლებს, უმეტესწილად, საშუალო შეფასებებს აძლევენ (იხ.დიაგრამა 3.46). გამოკითხულთა თითქმის ნახევარი (45,3%) უბნის პოლიკლინიკის მაჩვენებელთა შეფასებისას უპირატესობას ანიჭებს სამედიცინო აღჭურვილობის ხარისხს (33,9%) და საუკეთესო სამედიცინო მასალების გამოყენებას (26,6%). რესპონდენტთა უმეცხოველესობა, ძირითადად, ექიმების კვალიფიკაციას ეხება, რაც მკურნალობის ხარისხზეც აისახება. კერძოდ, ქართველი მომხმარებლების თითქმის ნახევარი (43%) უარყოფით შეფასებას აძლევს უბნის პოლიკლინიკების ექიმების კვალიფიკაციას, ხოლო 38,9% - მკურნალობის ხარისხს. ქართველი მომხმარებლები

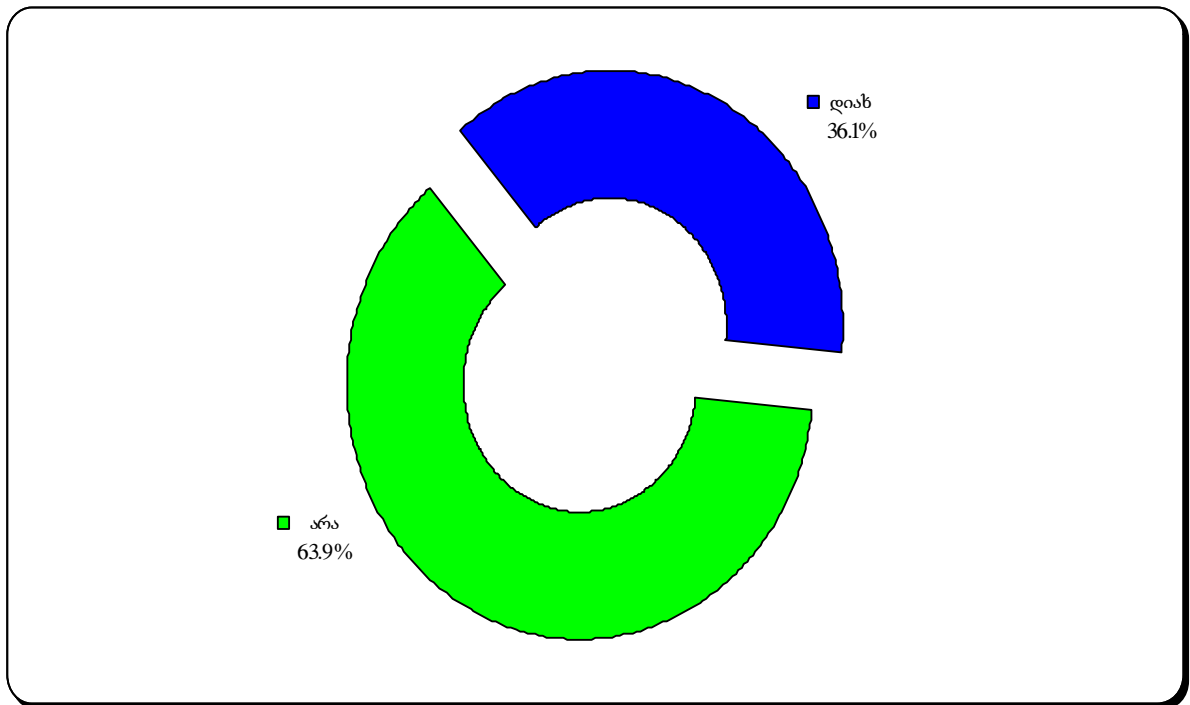
დიაგრამა 3.44

წელიწადში საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისთვის თანხის გაღების შესაძლებლობა რესპონდენტებში



ასევე დაბალ შეფასებებს აძლევენ დამხმარე პერსონალის საქმიანობას, თუმცა, კვლევიდან გამომდინარე, ექიმებთან შედარებით მათ ნაკლებ პრეტენზიებს უყენებენ. საკმარისია ითქვას, რომ ასეთი პერსონალის მიმართ დადებითადაა

უბნის პოლიკლინიკის მომსახურებით სარგებლობა



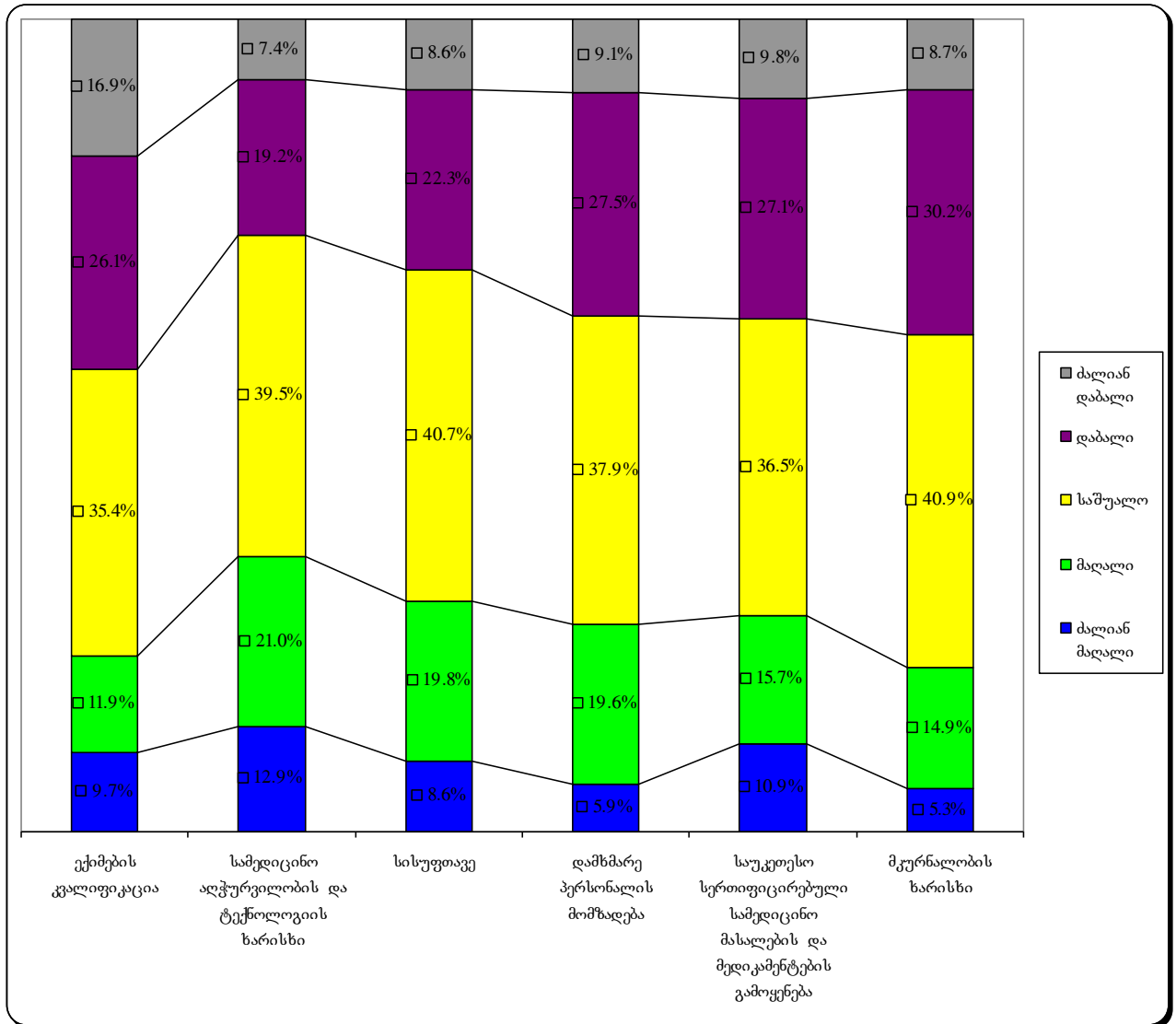
განწყობილი რესპონდენტთა მეოთხედი (25,5%). ქართველი მომხმარებლები საკმაოდ მომთხოვნი არიან უბნის პოლიკლინიკებში არსებული სისუფთავის მიმართ. გამოკითხულთა 71,6% ამ მაჩვენებელს საშუალო და დაბალ შეფასებებს აძლევს.

### 3.9. მომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების განსაზღვრა

მარკეტინგული კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ რესპონდენტთა პროცენტული რაოდენობა სქესის მიხედვით შემდგენიანია: 71% არის ქალი და 29% მამაკაცი, რომლებიც სხვადასხვა ასაკობრივ კატეგორიას წარმოადგენენ (იხ.დიაგრამა 3.47).

გამოკითხულთა შორის ძირითად რაოდენობას (77,2%-ს) უმაღლესი განათლება აქვს მიღებული. მცირე ნაწილი (7,5%) ამჟამად სტუდენტია, 8,7% - საშუალო პროფესიული სასწავლებლის კურსდამთავრებულია. მხოლოდ 6,6%-ს აქვს საშუალო განათლება (იხ.დიაგრამა 3.48).

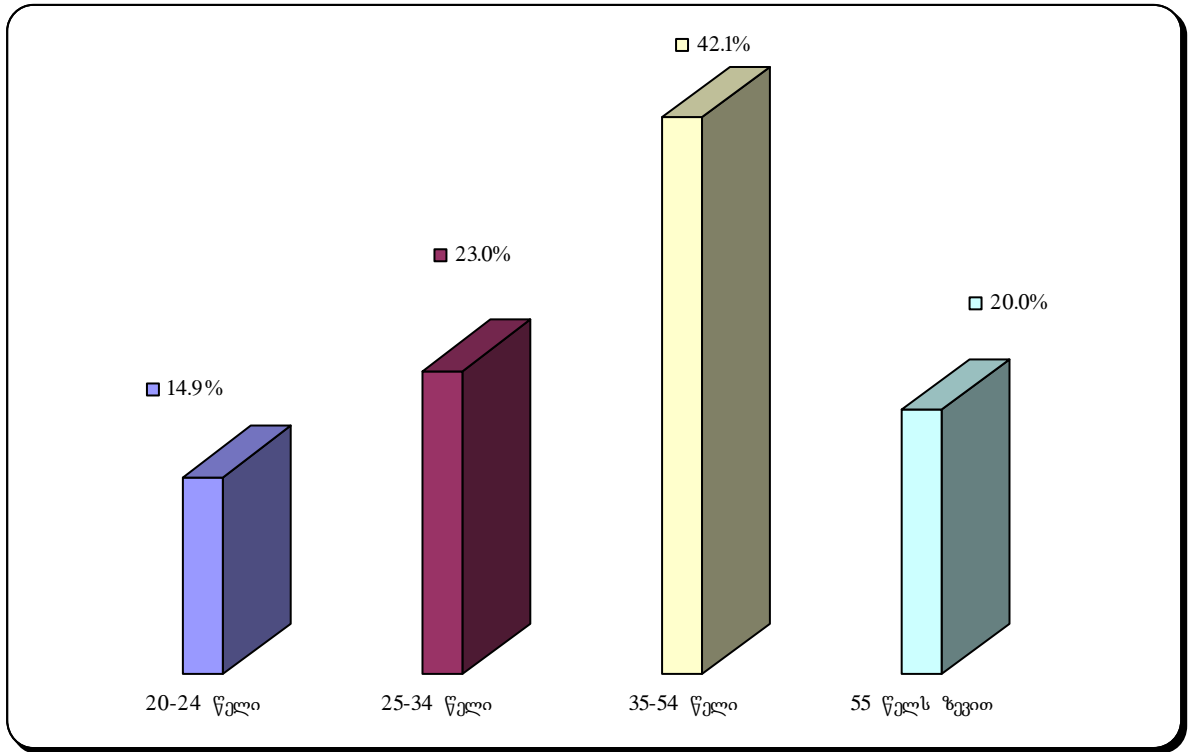
5 ბალანი სკალის მიხედვით უბნის პოლიკლინიკის შეფასების მაჩვენებლები



სოციალური კატეგორიის მიხედვით თითქმის ორ მესამედზე მეტი (73%) დასაქმებულია, 7,5% არის სტუდენტი, 61% უმუშევარია, 6,8% - დიასახლისი, 4,7% - პენსიონერი, ხოლო 1,9% უარს ამბობს სოციალური კატეგორიებისადმი მიკუთვნებაზე (იხ.დიაგრამა 3.49). აღსანიშნავია, რომ დასაქმების მიხედვით, რესპონდენტთა ძირითადი ნაწილი (55,1%), სახელმწიფო დაწესებულების თანამშრომელია, ხოლო მეორე ადგილს (26,6%) კერძო სექტორში დაქირავებული ადამიანების რაოდენობა იკავებს. შედარებით მცირეა ბიზნესმენებისა (6,1%) და საერთაშორისო ორგანიზაციებში მომუშავეთა (4,3%) რაოდენობა (იხ.დიაგრამა 3.50). რესპონდენტთა ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი ძირითადად (21,9%) 100-500

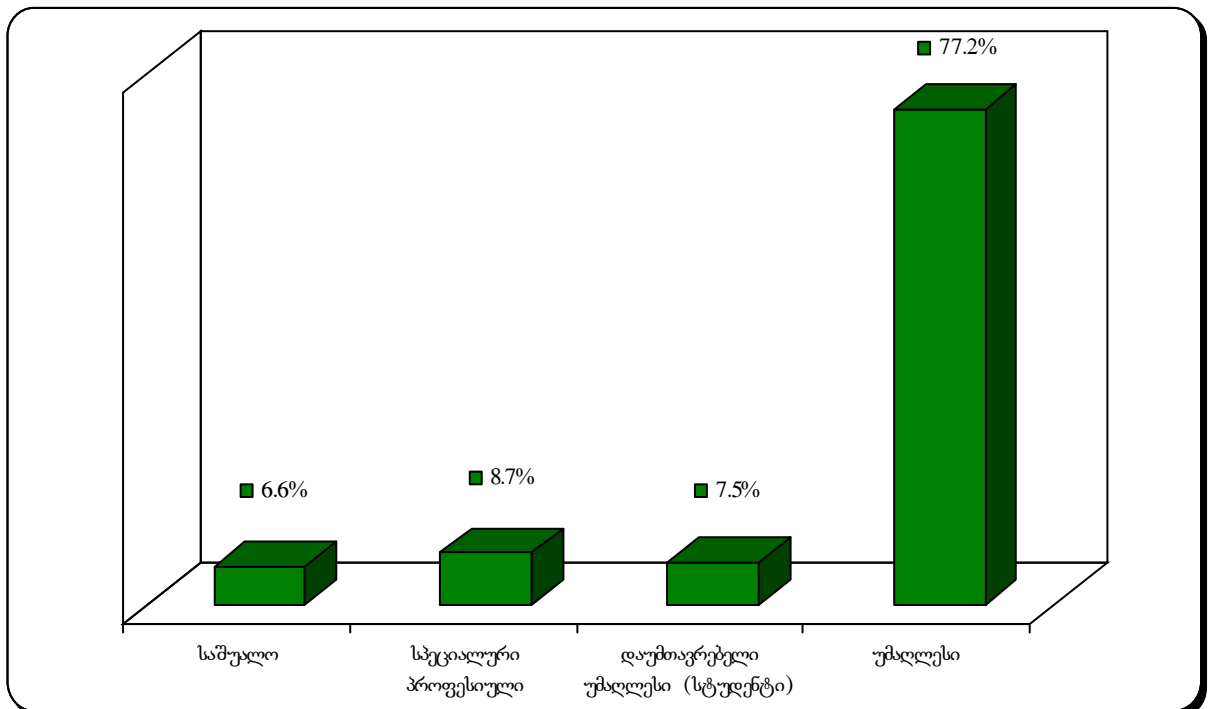
დიაგრამა 3.47

რესპონდენტთა განაწილება ასაკის მიხედვით



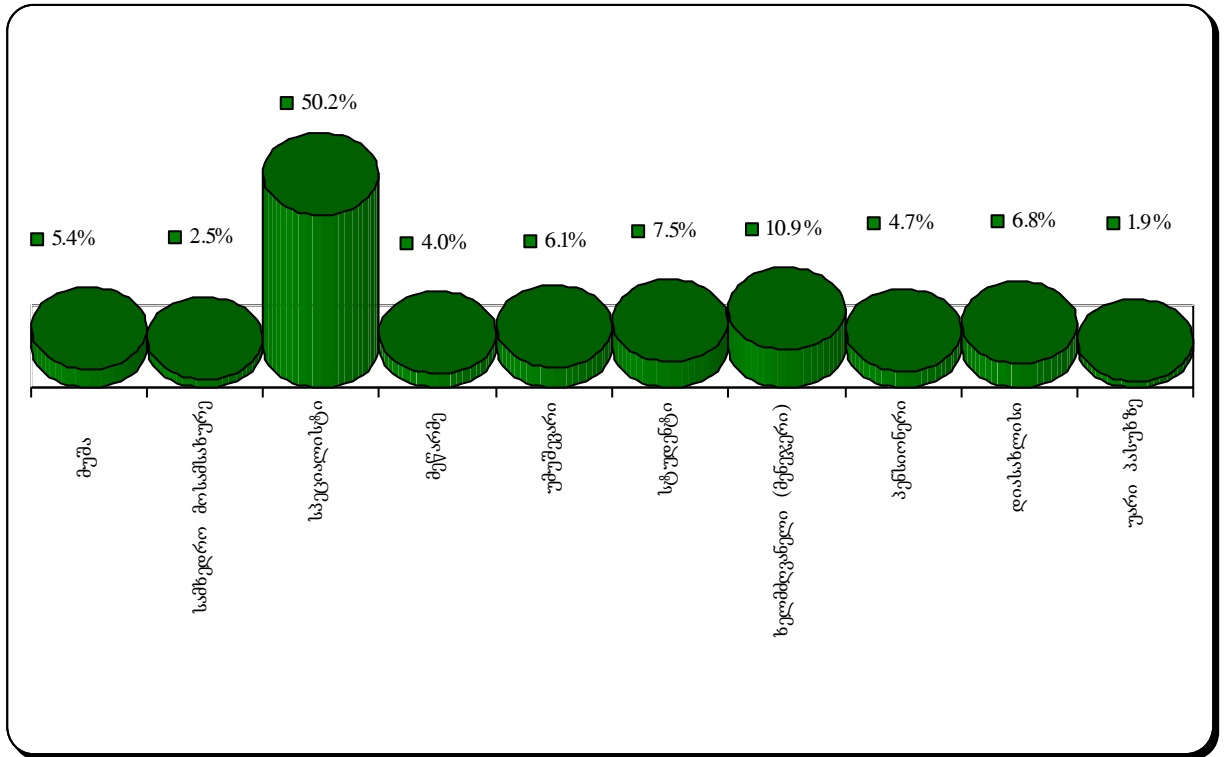
დიაგრამა 3.48

რესპონდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით



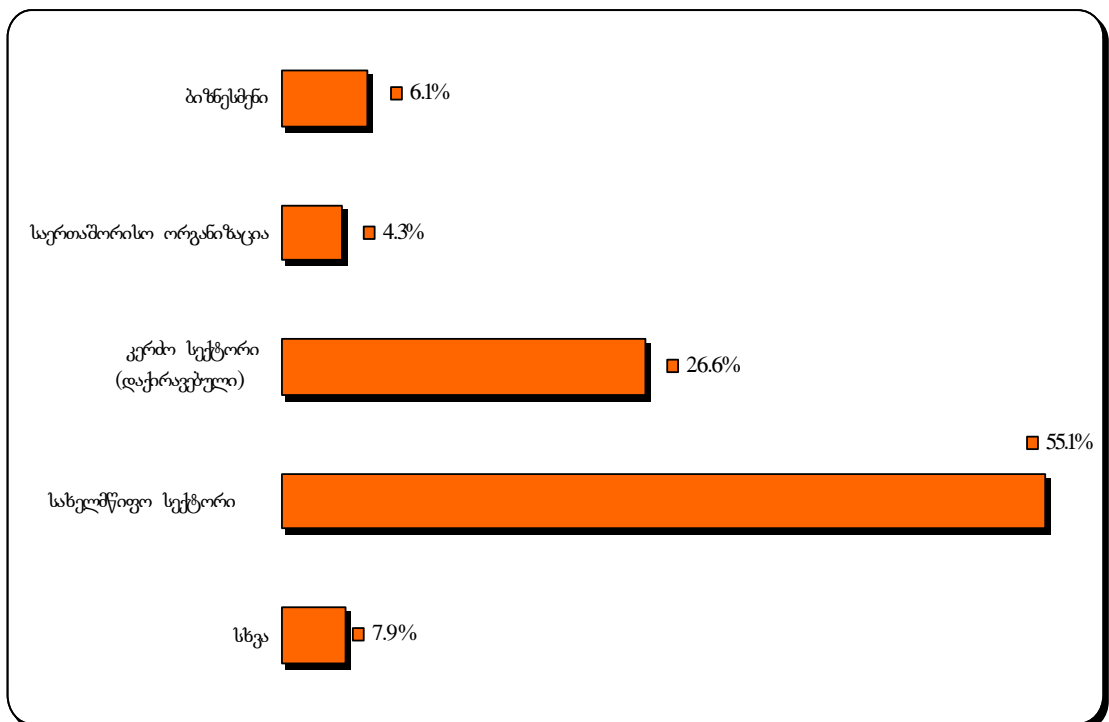
დიაგრამა 3.49

რესპონდენტთა განაწილება სოციალური კატეგორიის მიხედვით

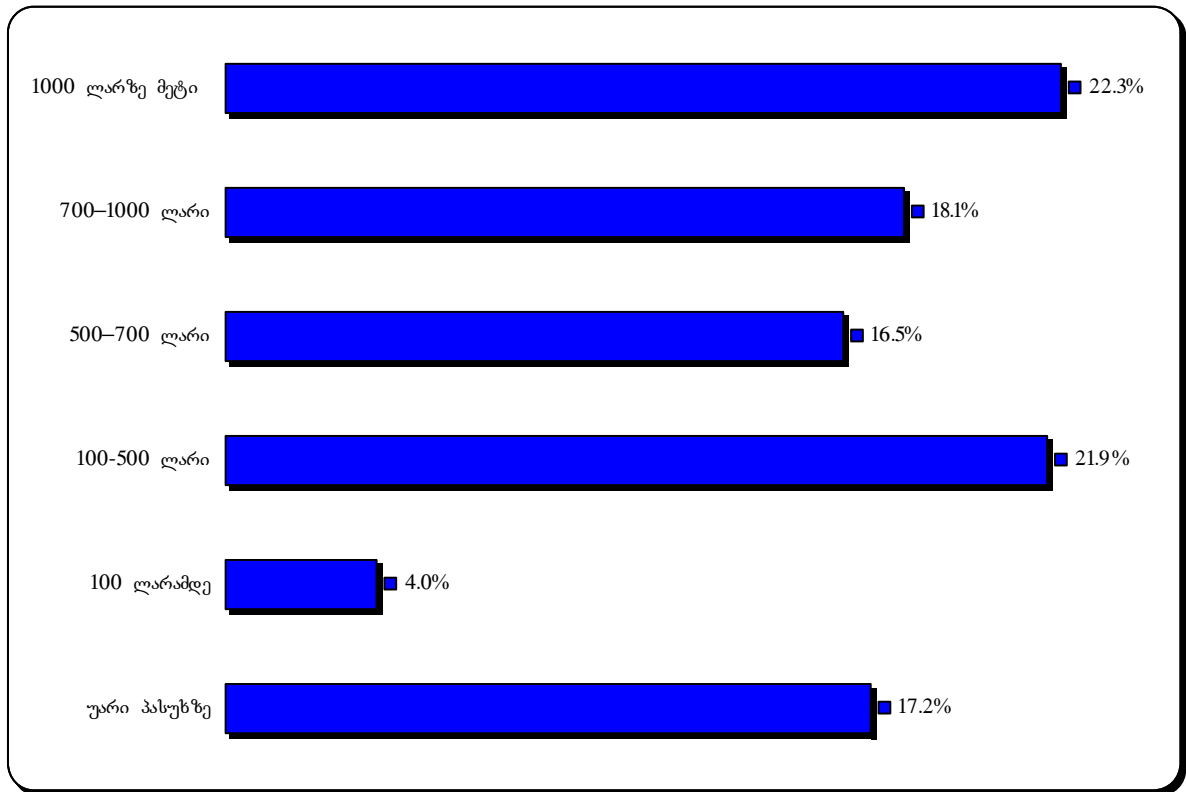


დიაგრამა 3.50

რესპონდენტთა განაწილება დასაქმების მიხედვით



რესპონდენტთა განაწილება შემოსავლების მიხედვით



ლარია. რესპონდენტთა 22,3% -ის ოჯახები მაღალშემოსავლიანია, რომელთა შემოსავალი თვეში 1000 ლარს აღემატება (იხ.დიაგრამა 3.51).

ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ ფასიანი სამედიცინო მომსახურება საქართველოში ჯერ კიდევ ახალი ხილია. მისი დადებითი მხარეების გაცნობიერება რესპონდენტებს უჭირთ და, შესაბამისად, არც სასიცოცხლო საჭიროებად თვლიან. რესპონდენტების აზრით, ფასიანი სამედიცინო კლინიკების არსებობა აუცილებელია, თუმცა, მომსახურებაზე ფასების დაწესება მაღალი და ხარისხიანი მომსახურების გარანტია უნდა იყოს.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ქართველი მომხმარებლების მიმართვიანობის მაჩვენებელი მაღალი არაა, რაც, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდებისადმი მიჯაჭვულობისა და ქვეყანაში არსებული მჭიდრო სოციალური ურთიერთობებით შეიძლება აიხსნას. ასეთი ურთიერთობები ხშირად არა მხოლოდ მკურნალობის დილეტანტურ კურსს, არამედ კლინიკის მიმართ გაწეულ რეკომენდაციასაც გულისხმობს.

ქართველი მომხმარებლების მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვიანობის ძირითად მიზეზად უმეტესწილად გადაუდებელი საჭიროება სახელდება. პროფილაქტიკური გამოკვლევებისთვის კლინიკაში ვიზიტი ქართველ პაციენტებში კვლავ არაპოპულარულად რჩება.

სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი, ცხადია, სხვადასხვა მიზეზით არის გამოწვეული და მომსახურების ფასსაც გულისხმობს, თუმცა, არა გადამწყვეტი დოზით. რესპონდენტები ხშირად მიუთითებენ სამედიცინო მომსახურების დაბალ დონეზე, ექიმების დაბალ პროფესიონალიზმზე და რაც ყველაზე დიდ ყურადღებას იქცევს, უგულისყურო მოპყრობაზე როგორც ფასიან, ასევე უფასო კლინიკებსა და პოლიკლინიკებში.

გამოკითხულთა მცირე ნაწილი სარგებლობს სადაზღვევო პაკეტით, თუმცა, მოთხოვნა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიმართ არც თუ ისე დაბალია. რესპონდენტები, რომლებიც სადაზღვევო პაკეტის მფლობელები არიან, მაქსიმალურად სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით. გამოკითხულთა ნაწილისთვის პაკეტის ფლობა, ერთგვარი კომფორტია. სადაზღვევო კომპანიებისადმი ნაწილის უნდობლობას, სავარაუდოდ, სადაზღვევო შემთხვევისას დაზღვევის თანხის აუნაზღაურებლობის შიში ან უბრალოდ, ინფორმაციის დეფიციტი განაპირობებს.

### **3.10. სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირება**

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა მოთხოვნების უკეთ დაკმაყოფილებისა და კონკურენტული უპირატესობის მოსაპოვებლად ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე დაწესებულებებმა უნდა იცოდნენ, სამედიცინო მომსახურების თუ რომელ მაჩვენებლებს ანიჭებენ უპირატესობას მომხმარებლები და როგორია მათი ხვედრითი წილი კონკურენტუნარიანობის შეფასების მთლიან სისტემაში. ცხადია, რომ საზოგადოებრივი ცხოვრების ცვლილებებიდან გამომდინარე, იცვლება ჯანდაცვის სისტემის მოქმედებაც, რაც აუცილებლად მოითხოვს



სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობას საბაზრო მოთხოვნების გათვალისწინებით. სამწუხაროდ, ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში ნაკლებადაა ორიენტირებული ბაზარზე მიმდინარე მოვლენებზე. ამის უმთავრესი მიზეზია ის, რომ არ ხდება ბაზრის სისტემური ანალიზი და მომხმარებელთა მოთხოვნილების შესწავლა. ამიტომ აუცილებელია კლიენტთა მოლოდინისა და სურვილების გაგება მარკეტინგული კვლევების საფუძველზე. ასეთი კვლევის ჩატარება საშუალებას მოგვცემს გამოვაგლინოთ კრიტერიუმები, რომლებსაც მომხმარებლები სამედიცინო მომსახურების შექმნისას ეყრდნობიან.

სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის შეფასებისას ორი ან მეტი კომპანიის შედარება საკმაოდ რთულია. იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ერთი კომპანია კონკურენტუნარიანობის ყველა მაჩვენებლით სჯობია მეორეს. მსგავს სიტუაციაში ადვილია დასკვნის გაკეთება ამ კომპანიების კონკურენტუნარიანობის შედარებისათვის. რეალურ სიტუაციაში, უმეტეს შემთხვევაში, საწინააღმდეგო მდგომარეობაა. სხვადასხვა კომპანიის კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებლები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. ამ დროს კონკურენტუნარიანობის შეფასება საკმაოდ გართულებულია. გამოსავალი ერთია: კონკურენტუნარიანობის შეფასება უნდა დაეფუძნოს ცალკეული მაჩვენებლების წონადას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, კონკურენტუნარიანობის შეფასებისას გადამწყვეტი როლი უნდა მიენიჭოს მაჩვენებელთა წონალობის კოეფიციენტის განსაზღვრას, რომელიც მასობრივი მომხმარებლის შეხედულებებს უნდა დაეყრდნოს. ზემოთ თქმულის გათვალისწინებით, წინამდებარე ნაშრომში, სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირებისათვის, გამოყენებულია სამომხმარებლო ბაზრის მარკეტინგული კვლევის მოდელი, რომელიც დაფუძნებულია პრიორიტეტთა განლაგების მეთოდის გამოყენებაზე, სადაც მომხმარებელთა მოსაზრება გამოიხატება წყვილთა შედარების მეთოდით [124]. მთელი რიგი უპირატესობების გამო, იგი შეიძლება წარმატებით გამოვიყენოთ პროდუქციის (მომსახურების) კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა წონალობის კოეფიციენტის განსაზღვრისათვის, აგრეთვე პროდუქციის (მომსახურების) ფუნქციონალურ-ღირებულებითი ანალიზის დროს [125].

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სამედიცინო მომსახურების უმნიშვნელოვანეს მაჩვენებლებს მიეკუთვნება: კომპანიის იმიჯი ( $X_1$ ), მომსახურების ხარისხი ( $X_2$ ), მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია (ბაზარზე

მუშაობის გამოცდილება) ( $X_3$ ), მომსახურების ფასი ( $X_4$ ), შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება ( $X_5$ ), კომპანიის ცნობადობა ( $X_6$ ), მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტიანობა ( $X_7$ ). შეფასების პროცესში აღნიშნული მაჩვენებლები კონკურირებენ ერთმანეთში. შეფასების შედეგი მომხმარებელმა შეიძლება წარმოიდგინოს ამ მაჩვენებლების წყვილთა შედარების სისტემის სახით.

ზემოთ ჩამოთვლილი მაჩვენებლები აღვნიშნეთ  $X_i$ -ით, სადაც  $i=1..n$  ( $n$  მაჩვენებელთა რაოდენობაა). თუ  $X_i$ -ური მაჩვენებელი მოცემული ნიშნის მიხედვით აღემატება  $X_j$ -ურ მაჩვენებელს, მაშინ ვწერთ, რომ  $X_i > X_j$ , როცა  $X_i$  ხასიათდება ნაკლები მნიშვნელობით, ვწერთ  $X_i < X_j$ , ასევე, შესაძლებელია ფაქტორებს შორის ტოლმნიშვნელოვანი დამოკიდებულება, ე.ი.  $X_i = X_j$ . შედარებათა საერთო რიცხვი ( $M$ ) გამოითვლება ფორმულით:

$$M = \frac{n \times (n - 1)}{2}, \quad 3.3$$

სადაც  $n$  – მაჩვენებელთა რაოდენობაა;

ჩვენს შემთხვევაში  $M=21$ .

ამოცანის ასეთი ფორმულირების უპირატესობა ისაა, რომ მომხმარებლის ფუნქციაში არ შედის თითოეული მაჩვენებლისათვის გარკვეული შეფასებების მინიჭება.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პრიორიტეტთა განლაგების მეთოდში მომხმარებელთა აზრის გამოხატვის საშუალებაა წყვილ-წყვილობითი შედარება, რომელიც ავლენს მაჩვენებელთა აბსოლუტურ უპირატესობას. ცნობილია, რომ შეფასებათა ბალური სისტემა ითხოვს ლოგიკურობას – ტრანზიტულობას (თუ  $a > b$  და  $b > c$ , მაშინ  $a > c$ ). წყვილწყვილობითი შედარება ასეთ ტრანზიტულობას არ მოითხოვს, რაც მის უპირატესობაზე მეტყველებს.

სისტემის არატრანზიტულობა, უწინარეს ყოვლისა, შეიძლება გამოწვეული იყოს იმით, რომ მომხმარებელს უჭირდეს მაჩვენებლებს შორის განსხვავების დანახვა. ვთქვათ, სამი მაჩვენებელი  $a$ ,  $b$  და  $c$  უმნიშვნელოდ განსხვავდება ერთმანეთისაგან მოცემული ნიშნის მიხედვით. თუ მომხმარებელი ვერ ანსხვავებს  $a$  და  $b$  მაჩვენებლებს, იგი თავის აზრს გამოხატავს ტოლობის სახით  $a=b$ , თუმცა სხვაობა  $a$ -სა და  $c$ -ს შორის, აგრეთვე  $b$ -სა და  $c$ -ს შორის მისთვის აშკარაა:  $a > c$  და  $b < c$ , რასაც მიყვავართ სისტემის არატრანზიტულობამდე, ე.ი.  $a > c$ ,  $b < c$  და  $a=b$ .

„სატურნო ცხრილში“ მაჩვენებლების ადგილი განისაზღვრება იმ კონკურენტული მაჩვენებლების ძალით, რომელიც „დაამარცხა“ მოცემულმა მაჩვენებელმა.

სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირება ტარდება ოთხ ეტაპად.

**I ეტაპი – კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებლების წყვილწყვილობით შედარება.** ამ ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებლებზე წყვილ-წყვილობითი შედარებისათვის მომხმარებლებს (გამოიკითხა 500 მომხმარებელი) შესავსებად შევთავაზეთ ანკეტა (იხ. დანართი 6). მომხმარებელთა მიერ მოცემული უპირატესობები დაჯამდა 3.4 ცხრილის შესაბამისად. 3.4 ცხრილის პირველი სტრიქონის მონაცემები გაიშიფრება შემდეგნაირად:

პირველ წყვილში ( $X_1-X_2$ ) კომპანიის იმიჯი და მომსახურების ხარისხი - გამოკითხული 500 მომხმარებელიდან 161 მომხმარებელმა უპირატესობა მიანიჭა კომპანიის იმიჯს, 245 -მა - მომსახურების ხარისხს, ხოლო 94-მა - დასახელებული მაჩვენებლების გავლენა სამედიცინო მომსახურების პროცესში თანაბარმნიშვნელოვნად მიიჩნია. აქედან გამომდინარე, პირველ წყვილში, უმრავლესობის აზრით, იქნება ნიშანი „<“, ე.ი.  $X_1 < X_2$ .

3.4 ცხრილის მონაცემებზე დაყრდნობით, მივიღებთ 21 შედარებათა სისტემას:

$$X_1 < X_2, X_1 < X_3, X_1 < X_4, X_1 < X_5, X_1 > X_6, X_1 = X_7;$$

$$X_2 = X_3, X_2 > X_4, X_2 = X_5, X_2 > X_6, X_2 > X_7;$$

$$X_3 > X_4, X_3 > X_5, X_3 < X_6, X_3 = X_7;$$

$$X_4 > X_5, X_4 = X_6, X_4 > X_7;$$

$$X_5 < X_6, X_5 = X_7, X_6 = X_7.$$

რადგან  $X_5 = X_7$ ,  $X_5 < X_6$  და  $X_6 = X_7$ , სისტემა არატრანზიტულია.

მომხმარებელთა მიერ მოცემული უპირატესობების განლაგება

№	წყვილები	ნ ი შ ა ნ ი		
		>	<	=
1	$X_1-X_2$	161	245	94
2	$X_1-X_3$	97	301	102
3	$X_1-X_4$	105	267	128
4	$X_1-X_5$	92	335	73
5	$X_1-X_6$	279	161	60
6	$X_1-X_7$	92	75	333
7	$X_2-X_3$	102	127	271
8	$X_2-X_4$	321	101	78
9	$X_2-X_5$	97	124	279
10	$X_2-X_6$	257	129	114
11	$X_2-X_7$	401	35	64
12	$X_3-X_4$	325	59	116
13	$X_3-X_5$	292	101	107
14	$X_3-X_6$	57	409	34
15	$X_3-X_7$	102	101	297
16	$X_4-X_5$	321	94	85
17	$X_4-X_6$	91	18	391
18	$X_4-X_7$	278	102	120
19	$X_5-X_6$	107	341	52
20	$X_5-X_7$	78	133	289
21	$X_6-X_7$	38	105	357

II ეტაპი – წყვილთა შედარებების საფუძველზე კვადრატული მატრიცის აგება. ამ ეტაპზე წყვილთა შედარებების სისტემების საფუძველზე იგება კვადრატული მატრიცა (იხ. ცხრილი 3.5), რომლის წევრებია:

$$a_{ij} = \begin{cases} 2, & \text{თუ } x_i \succ x_j \\ 1, & \text{თუ } x_i = x_j \\ 0, & \text{თუ } x_i \prec x_j \end{cases} \quad 3.4$$

ცხრილი 3.5

წყვილთა შედარებების კვადრატული მატრიცა

$X_i$	$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$	$X_7$	$P_i(1)$	$P_i(2)$	$P_i^{\text{ფარდ}}(2)$
$X_1$	1	0	0	0	0	2	1	4	23	0,075
$X_2$	2	1	1	2	1	2	2	11	73	0,239
$X_3$	2	1	1	2	2	0	1	9	59	0,193
$X_4$	2	0	0	1	2	1	2	8	43	0,141
$X_5$	2	1	0	0	1	0	1	5	29	0,095
$X_6$	0	0	2	1	2	1	1	7	48	0,157
$X_7$	1	0	1	0	1	1	1	5	30	0,098

III ეტაპი – მაჩვენებელთა იტერირებული მნიშვნელობების განსაზღვრა.

ამ ეტაპზე განისაზღვრება  $X_i$  მაჩვენებლის  $K$  რიგის იტერირებული ძალის მნიშვნელობა. პირველი რიგის იტერირებული ძალა  $X_i$ -სათვის აღვნიშნოთ  $P_i(1)$ -ით. იგი წარმოადგენს  $i$ -ური მაჩვენებლის ქულათა ჯამს, ე.ი.

$$P_i(1) = \sum_{j=1}^n a_{ij} \quad 3.5$$

მეორე რიგის იტერირებული ძალა გამოითვლება „მოწინააღმდეგე ძალების“ გათვალისწინებით:

$$P_i(2) = \sum_{j=1}^n a_{ij} P_j(1), \quad 3.6$$

$$P_1(2)=1\cdot4+0\cdot11+0\cdot9+0\cdot8+0\cdot5+2\cdot7+1\cdot5=23$$

$$P_2(2)=2\cdot4+1\cdot11+1\cdot9+2\cdot8+1\cdot5+2\cdot7+2\cdot5=73 \text{ და ა.შ.}$$

$P_i(1)$ -სა და  $P_i(2)$  მნიშვნელობები მოცემულია 3.5 ცხრილში.

$i$ -ური მაჩვენებლის რანჟირებისათვის შემოგვაქვს  $K$  რიგის იტერირებული ძალის ფარდობითი სიდიდე  $P_i^{\text{ფარდ}}(K)$ , რომელიც გამოითვლება ფორმულით:

$$P_i^{\text{ფარდ}}(K) = \frac{P_i(K)}{\sum_{i=1}^n P_i(k)}, \quad 3.7$$

ამასთან, დაცული უნდა იყოს პირობა

$$\sum_{i=1}^n P_i^{\text{ფარდ}}(K) = 1 \quad 3.8$$

$P_i^{\text{ფარდ}}(2)$ -ის მნიშვნელობები მოცემულია 3. 5 ცხრილში.

ამრიგად, მაჩვენებლებმა პრიორიტეტის შემდეგი მნიშვნელობები მიიღეს:

$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$	$X_7$
0,075	0,239	0,193	0,141	0,095	0,157	0,098

ვახდენთ მნიშვნელობების რანჟირებას:

$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_7$	$X_5$	$X_1$
0,239	0,193	0,157	0,141	0,098	0,095	0,075

და ვადგენთ რანჟირებული რიგის განაპირა წევრებს შორის დამოკიდებულებას:

$$K_p = \frac{X_{i \max}}{X_{i \min}}, \quad 3.9$$

სადაც,  $X_{i \max}$  –  $i$ -ური მაჩვენებლია კრიტერიუმების მაქსიმალური მნიშვნელობით,  $X_{i \min}$  –  $i$ -ური მაჩვენებელია კრიტერიუმის მინიმალური მნიშვნელობით.

ჩვენს შემთხვევაში:

$$K_p = \frac{0,239}{0,075} = 3,2$$

**IV ეტაპი – კონკურენტუნარიანობის საბოლოო მაჩვენებლების გარკვევა.**

ვინაიდან, პრაქტიკული თვალსაზრისით, უფრო მისაღებია პრიორიტეტთა განლაგების მეთოდში  $a_{ij}$  ცვალებადი კოეფიციენტების გამოყენება, IV ეტაპზე  $K_p$ -ს მიხედვით იძებნება  $a_{ij}$  კოეფიციენტები და იგება ახალი კვადრატული მატრიცა, რომლის წევრებია:

$$a_{ij} = \begin{cases} 1 + y, & \text{თუ } x_i \succ x_j \\ 1, & \text{თუ } x_i = x_j \\ 1 - y, & \text{თუ } x_i \prec x_j \end{cases}, \quad 3.10$$

$y$ -ის მნიშვნელობების განსასაზღვრავად ჯერ ვანგარიშობთ  $y$ -ის წინასწარ მნიშვნელობას  $y^n$ , რომელიც გამოითვლება ფორმულით:

$$y^n = \frac{k_p - 1}{k_p + 1} + \sqrt{\frac{0.05}{n}}, \quad 3.11$$

ჩვენს შემთხვევაში:  $y^n = \frac{3,2 - 1}{3,2 + 1} + \sqrt{\frac{0,05}{7}} = 0,6$

$y^n$ -ის მნიშვნელობების საფუძველზე იგება მატრიცა (ცხრილი 3.6), რომლის წევრებია:

$$a_{ij} = \begin{cases} 1 + y^n, & \text{თუ } x_i \succ x_j \\ 1, & \text{თუ } x_i = x_j \\ 1 - y^n, & \text{თუ } x_i \prec x_j \end{cases}, \quad 3.12$$

ცხრილი 3.6

$X_i$	$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$	$X_7$	$P_i(1)$	$P_i(2)$	$P_i^{\text{ფარდ}}(2)$
$X_1$	1	0,4	0,4	0,4	0,4	1,6	1	5,2	34,6	0,105
$X_2$	1,6	1	1	1,6	1	1,6	1,6	9,4	64,4	0,195
$X_3$	1,6	1	1	1,6	1,6	0,4	1	8,2	56	0,170
$X_4$	1,6	0,4	0,4	1	1,6	1	1,6	7,6	48,4	0,147
$X_5$	1,6	1	0,4	0,4	1	0,4	1	5,8	38,4	0,117
$X_6$	0,4	0,4	1,6	1	1,6	1	1	7	48,7	0,148
$X_7$	1	0,4	1	0,4	1	1	1	5,8	38,8	0,118

მიღებული პრიორიტეტის საფუძველზე ვახდენთ მნიშვნელობების რანჟირებას და ვადგენთ რანჟირებული რიგის განაპირა წევრების ფარდობას, ე.ი. ვპოულობთ  $K_{ფარდ}$  კოეფიციენტს, რომელიც გამოითვლება ფორმულით:

$$K_{ფარდ} = \frac{X_{i\max}}{X_{i\min}}, \quad 3.13$$

ჩვენს შემთხვევაში

$$K_{ფარდ} = \frac{0,195}{0,105} = 1,8$$

თუ  $K_p = K_{ფარდ}$ ,  $y^n$ -ის მნიშვნელობა ჩაითვლება  $y$ -ის მნიშვნელობად და წყდება პრიორიტეტთა განლაგების ამოცანა, წინააღმდეგ შემთხვევაში  $y^n$ -ის წინასწარი მნიშვნელობა კორექტირდება  $\alpha$  კოეფიციენტის საშუალებით:

$$y = y^n \cdot \alpha \quad 3.14$$

$$\text{სადაც } \alpha = \frac{K_p}{K_{ფარდ}}$$

განხილულ შემთხვევაში  $\alpha = \frac{3,2}{1,8} = 1,8$ , ხოლო  $y = 0,6 \cdot 1,8 = 1,08$ .

$y$ -ის მიღებული მნიშვნელობის საფუძველზე იგება მატრიცა (იხ. ცხრილი 3.7) და ხდება პრიორიტეტული მნიშვნელობების საბოლოო რანჟირება, რომლითაც დგინდება თითოეული მაჩვენებლის წონადობა მთლიან სტრუქტურაში.

ცხრილი 3.7

პრიორიტეტული მნიშვნელობების საბოლოო რანჟირება

$X_i$	$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$	$X_7$	$P_i(1)$	$P_i(2)$	$P_{i\text{ფარდ}}(2)$
$X_1$	1	-0,08	-0,08	-0,08	-0,08	2,08	1	3,76	20,49	0,068
$X_2$	2,08	1	1	2,08	1	2,08	2,08	11,32	74,58	0,250
$X_3$	2,08	1	1	2,08	2,08	-0,08	1	9,16	59,46	0,199
$X_4$	2,08	-0,08	-0,08	1	2,08	1	2,08	8,08	41,41	0,139
$X_5$	2,08	1	-0,08	-0,08	1	-0,08	1	4,84	26,88	0,090
$X_6$	-0,08	-0,08	2,08	1	2,08	1	1	7	47,84	0,160
$X_7$	1	-0,08	1	-0,08	1	1	1	4,84	28,05	0,094



ამრიგად, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მარკეტინგული კვლევა საშუალებას გვაძლევს დავადგინოთ მახვენებელთა განლაგება სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან მოწოდებული მომსახურების შეძენაზე გავლენის მიხედვით: 1) მომსახურების ხარისხი – წონადობის კოეფიციენტი 0,250; 2) მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია – წონადობის კოეფიციენტი 0,199; 3) კომპანიის ცნობადობა – წონადობის კოეფიციენტი 0,160; 4) მომსახურების ფასი – წონადობის კოეფიციენტი 0,139; 5) მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტიანობა – წონადობის კოეფიციენტი 0,094; 6) შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება – წონადობის კოეფიციენტი 0,090; 7) კომპანიის იმიჯი – წონადობის კოეფიციენტი 0,068.

ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ მომხმარებლები უპირატესობას ანიჭებენ კომპანიის ცნობადობას, მომსახურების ხარისხს და მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაციას, შედარებით ნაკლებ მნიშვნელობას - მომსახურების ფასს, შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნებას და კომპანიის იმიჯს. ასევე გამოიკვეთა, რომ მომხმარებლებისათვის არსებით მნიშვნელობას არ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგულ ღონისძიებათა გატარება. ეს ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ მომხმარებლები სათანადოდ არ არიან ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის საქმეში მომსახურების მაღალი ხარისხის მისაღებად გამოყენებულ მარკეტინგულ ღონისძიებათა კომპლექსს.

ჩვენი აზრით, აღნიშნული მდგომარეობის გამოსასწორებლად და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების გასაუმჯობესებლად უნდა გატარდეს ქმედითი ღონისძიებები, კერძოდ, მომსახურების სფეროში მომხმარებლები სათანადოდ უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი.

მიმდინარე პროცესების გაანალიზებით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სამედიცინო კომპანიების წარმატება და მომხმარებლებისათვის მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა წარმოუდგენელია მარკეტინგული ღონისძიებების გატარების გარეშე, რადგან სამედიცინო კომპანიები აღნიშნული ღონისძიებების გატარების შედეგად მოიპოვებენ უპირატესობას და სამომხმარებლო ბაზარზე იკავებენ საკუთარ ადგილს.

### 3.11. სამედიცინო დაწესებულებების შეფასების მათემატიკური მოდელი

საქართველოში არსებული ყველაზე საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების გამოვლენის მიზნით ჩატარებული მარკეტინგული კვლევა შედგება 5 ეტაპისაგან.

**I ეტაპზე** რესპონდენტებს შევთავაზეთ საქართველოში არსებულ 12 სამედიცინო დაწესებულებისათვის მიენიჭებინათ რეიტინგი 1-დან 12-მდე მნიშვნელობების ზრდადობის მიხედვით.

**II ეტაპზე** მოვახდინეთ რესპონდენტების მიერ სამედიცინო დაწესებულებებისათვის მინიჭებული ჯამური რეიტინგების ( $X_1, X_2, \dots, X_{12}$ ) რანჟირება (იხ. ცხრილი 3.8). ამასთან, რანჟირების სისწორე შევამოწმეთ შემდეგი ფორმულის მეშვეობით [122]:

$$\sum_{i=1}^n r_i = \frac{n(n+1)}{2}, \quad 3.15$$

სადაც  $n$  არის რანჟირებული მაჩვენებლების რიცხვი,  $r_i$  -  $i$ -ურ მაჩვენებელზე დანიშნული რანგი. ჩვენს მიერ ჩატარებულ რანჟირებაში თორმეტივე შემთხვევისათვის  $\sum r_i = 78$ .

**III ეტაპზე** განვსაზღვრეთ რესპონდენტთა აზრის შეთანხმებულობის დონე. რესპონდენტთა აზრის შეთანხმება გამოვთვალეთ კონკორდაციის კოეფიციენტის ( $W$ ) მეშვეობით. მის გასაანგარიშებლად თავდაპირველად განვსაზღვრეთ სხვაობა ( $\Delta_i$ ) თითოეული ფაქტორის რანგთან ჯამსა და რანგთა საშუალო ჯამს შორის [123]:

$$\Delta_i = \sum_{j=1}^m d_{ij} - \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m d_{ij}}{n}, \quad 3.16$$

სადაც  $d_{ij}$  - სამედიცინო დაწესებულების ყოველი  $i$ -ური ვარიანტის რანგთა  $j$ -ური რეიტინგის შეფასებაა,  $m$  - რეიტინგის რაოდენობა,  $n$  - შესადარებელი სამედიცინო

დაწესებულების ვარიანტების რიცხვი;  $\Delta_i$  – ცალკეული მნიშვნელობების გადახრა საშუალოდან.

ამის შემდგომ გამოვთვალეთ გადახრათა კვადრატები  $(\Delta_i)^2$ , რომლებიც აუცილებელია კონკორდაციის კოეფიციენტის გასაანგარიშებლად. დაკავშირებული რანგების არსებობისას კონკორდაციის კოეფიციენტი გამოითვლება შემდეგი ფორმულით [123]:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}m^2(n^3 - n) - m \sum_{j=1}^m T_j}, \quad 3.17$$

სადაც  $S = \sum_{i=1}^m (\Delta_i)^2$  – გადახრათა კვადრატების ჯამია;

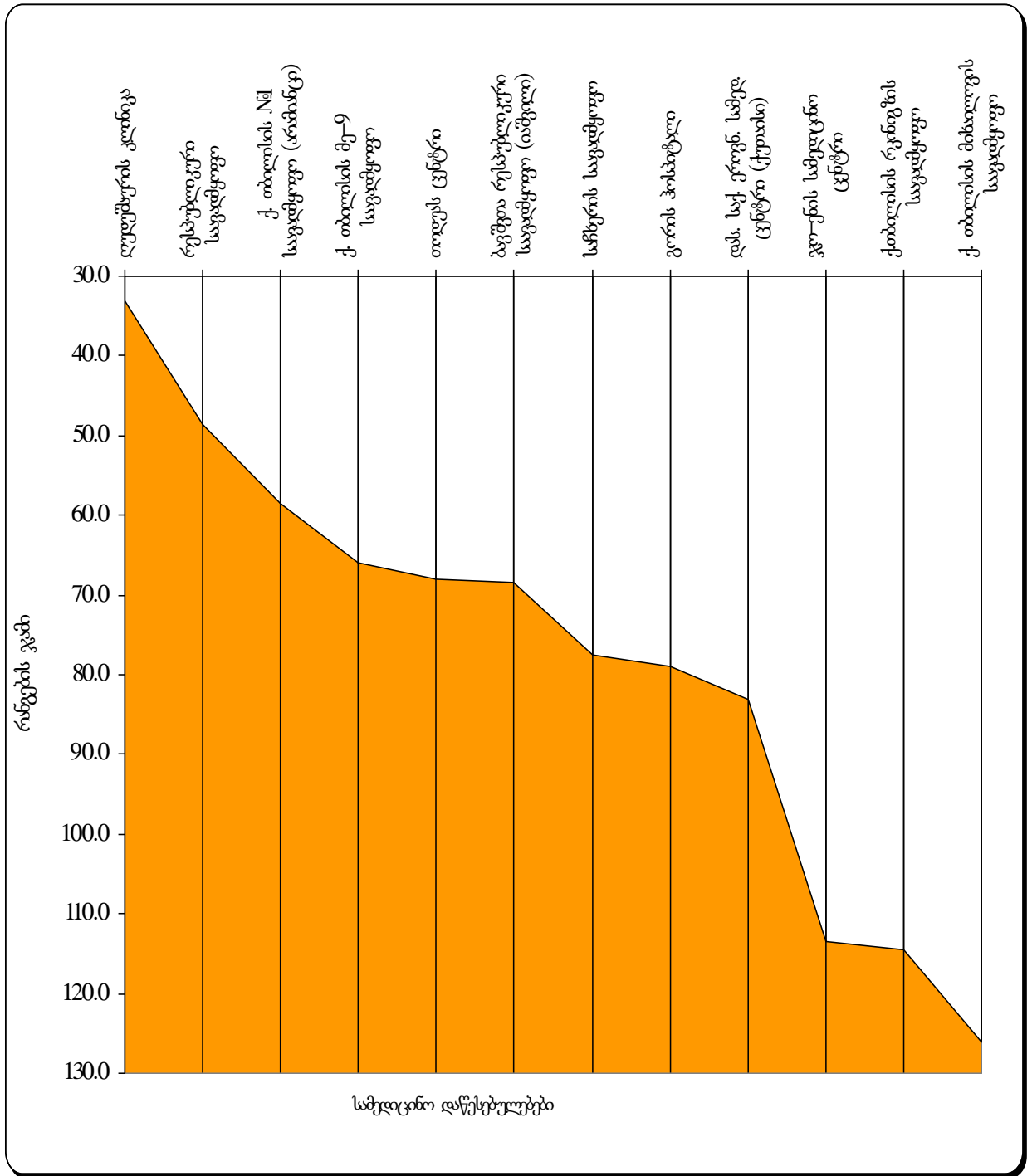
$$T_j = \frac{1}{12} \sum_{j=1}^m (t_j^3 - t_j), \quad 3.18$$

სადაც  $t_j - j$  – ურ რანჟირებაში დაკავშირებული რანგების რაოდენობაა.

მათემატიკური სტატისტიკის თანახმად, კონკორდაციის კოეფიციენტი იცვლება 0-დან 1-მდე. თუ იგი 1-ს უდრის, მაშინ ადგილი აქვს რესპონდენტთა სრულ შეთანხმებას, ხოლო 0-ის შემთხვევაში ასეთ შეთანხმებას ადგილი არა აქვს. მარკეტინგული კვლევის პრაქტიკაში ითვლება, რომ კონკორდაციის კოეფიციენტი უნდა იყოს მიახლოებული 0,5-ს მაინც. ჩვენს შემთხვევაში  $W=0,48$ , რაც შეიძლება ჩავთვალოთ მისაღებად.

**IV ეტაპი.** კონკორდაციის კოეფიციენტის მნიშვნელობისა და მისი საშუალებით დახასიათებული რესპონდენტთა მოსაზრების შეთანხმებულობის შემოწმებისათვის გამოვიყენეთ  $\chi^2$  განაწილება (პირსონის კრიტერიუმი), რომელიც განისაზღვრება ფორმულით [123]:

სამედიცინო დაწესებულებების რეიტინგთა რანგების ჯამების განაწილება



$$\chi^2 = \frac{S}{\frac{1}{12}mn(n+1) - \frac{1}{n-1} \sum_{j=1}^m T_j} \quad 3.19$$

გამოკითხული რესპონდენტების მოსაზრებათა შეთანხმებულობის არსებობის შესახებ ჰოპოთეზა შეიძლება მიღებულ იქნეს, თუ თავისუფალ ხარისხთა განსაზღვრული რიცხვის შემთხვევაში მნიშვნელობათა 5%-იანი დონისათვის  $\chi^2$  განაწილების ცხრილობრივი მნიშვნელობა ნაკლებია გაანგარიშებულზე, ე.ი.  $\chi_{ცხრ.}^2 < \chi_{განგ.}^2$ . ჩვენს შემთხვევაში  $\chi_{განგ.}^2 = 62,9$ .  $\chi^2$  განაწილების ცხრილობრივი მნიშვნელობა თავისუფალ ხარისხთა რიცხვის  $f=n-1=11$  შემთხვევაში  $\chi_{ცხრ.}^2(0,05) = 19,675$  [10]. ე.ი.  $\chi_{ცხრ.}^2 < \chi_{განგ.}^2$ .

**V ეტაპი.** რესპონდენტების მოსაზრებების შეთანხმებულობის შეფასების შემდეგ ავაგეთ რანგების აპრიორული დიაგრამა (იხ.დიაგრამა 3.52). ამისათვის აბსცისთა ღერძზე განვათავსეთ სამედიცინო დაწესებულებები, ხოლო ორდინატთა ღერძზე – შესაბამისი რანგების ჯამი კლების მიხედვით. დიაგრამიდან ჩანს, რომ რანგთა ჯამების განაწილება არათანაბარია და მათი შემცირება არამონოტონურია. აპრიორულ დიაგრამაზე რანჟირების შედეგების განაწილება მიუთითებს იმაზე, რომ ყველაზე საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებას, ჩატარებული მარკეტინგული კვლევიდან გამომდინარე, წარმოადგენს ღუდუშაურის კლინიკა, რესპუბლიკური საავადმყოფო, ქ.თბილისის №1 საავადმყოფო, ქ.თბილისის მე-9 საავადმყოფო, თოდუას ცენტრი და ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო.

### 3.12. სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის პროგნოზირება ბაზრის სეგმენტაციის საფუძველზე

საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე სწორი მარკეტინგული ღონისძიებების გატარებისათვის აუცილებელია პოტენციური მომხმარებლის მოთხოვნის განსაზღვრა მოსახლეობის ტიპოლოგიის საფუძველზე. მოთხოვნის პროგნოზირების შესახებ ლიტერატურაში აღწერილი მეთოდები, ძირითადად, ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავლების დონის გამოყენებას ეფუძნება [126]. სამწუხაროდ,

საქართველოს ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში არსებული ასეთი მაჩვენებელი არარეალურია, ვინაიდან იგი ჩვენი ცხოვრების სინამდვილეს ვერ ასახავს. ამიტომ ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ მოთხოვნის პროგნოზირების მეთოდებს, რომლებიც სამომხმარებლო ბაზრის მარკეტინგულ კვლევებს დაეფუძნება. ამასთან, ცხადია, თანამედროვე პირობებში, გრძელვადიანი და საშუალოვადიანი პროგნოზების შემუშავებასთან შედარებით, უპირატესობა მოკლევადიან პროგნოზებს უნდა მიენიჭოს.

მოთხოვნის დიფერენციაციის გათვალისწინების გარეშე შეუძლებელია ბაზარზე მომსახურების იმ სახეობის რეალიზაცია, რომელიც მყიდველთა გარკვეული ჯგუფების ინტერესებს გამოხატავს. ამასთან დაკავშირებით, საჭიროა ბაზრის დაყოფა ლოკალურ ელემენტებად, ანუ ბაზრის სეგმენტაცია. სეგმენტაციის მეშვეობით პოტენციური მომხმარებლების საერთო რაოდენობიდან აირჩევა განსაზღვრული ჯგუფები, რომლებიც პროდუქტს (მომსახურებას) მეტნაკლებად ერთგვაროვან მოთხოვნებს უყენებენ. სწორედ ამ სეგმენტზე უნდა იქნეს მიწოდებული პროდუქცია (მომსახურება). სამომხმარებლო ბაზრისათვის უმეტესად გამოიყენება სეგმენტაცია გეოგრაფიული, დემოგრაფიული, ფსიქოგრაფიული და ქცევითი პრინციპების საფუძველზე [127].

ტრადიციულად, მარკეტოლოგები ერთგვაროვან საბაზრო სეგმენტებად მომხმარებელთა დაყოფისათვის ძირითად ბაზად გეოგრაფიულ და დემოგრაფიულ მახასიათებლებს იყენებენ. მაგრამ, პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევა, როცა ასეთი მახასიათებლები არასაკმარისია მიზნობრივი ჯგუფების იდენტიფიკაციისათვის. ამიტომ მარკეტინგის პროგრამების შემუშავებისათვის წარმოიშობა შედარებით სრული, მომხმარებელთა ცხოვრებისეული თავისებურებების გამომხატველი მახასიათებლების გამოყენების აუცილებლობა. სწორედ, ასეთ ინსტრუმენტს წარმოადგენს ფსიქოგრაფიული სეგმენტაცია, რომელიც სამომხმარებლო ქცევის უკეთ გაგების საშუალებას იძლევა [128]. ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა მომხმარებელთა ცხოვრების სტილი ან ფასეულობები, ბევრად უფრო ზუსტად განსაზღვრავენ მყიდველთა რეაქციას ამა თუ იმ პროდუქტზე, ვიდრე ბაზრის სეგმენტის რაოდენობრივი შეფასება გეოგრაფიული ან დემოგრაფიული ნიშნის მიხედვით. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების ბაზრის

სამედიცინო დაწესებულებების რეიტინგების რანჟირება მომხმარებელთა გამოკითხვის საფუძველზე

რეიტინგი	სამედიცინო დაწესებულება													$T_j =$ $= \frac{1}{12} \sum (t_j^3 - t_j)$
	ღუღუშაურის კლინიკა	რესპუბლიკ. საავადმყოფო	ქოთლეთის № 1 საავადმყოფო	თოდუას ცენტრი	საქართველოს (ქუთაისის) ეროვნ. სამედიცინო უნივერსიტეტი	სამედიცინო ცენტრი	რესპუბლიკური	საავადმყოფო	მე-9	საავადმყოფო	ქობულთაისის მიხაილოვის საავადმყოფო	გორის ჰოსპიტალი	სახსერის საავადმყოფო	
X <sub>1</sub>	4,0	8,5	7,0	6,0	11,5	3,0	10,0	5,0	11,5	1,5	1,5	8,5	17,5	
X <sub>2</sub>	5,5	7,0	8,0	10,0	4,0	5,5	10,0	2,0	10,0	1,0	3,0	12,0	0,5	
X <sub>3</sub>	5,5	5,5	3,0	5,5	9,5	8,0	5,5	11,0	12,0	1,0	2,0	9,5	17,5	
X <sub>4</sub>	5,5	5,5	4,0	3,0	8,0	9,5	2,0	1,0	11,0	12,0	7,0	9,5	5,0	
X <sub>5</sub>	1,5	3,5	7,5	5,5	3,5	12,0	1,5	11,0	10,0	5,5	9,0	7,5	42,0	
X <sub>6</sub>	2,0	1,0	4,0	5,0	9,0	10,0	3,0	8,0	11,0	6,0	7,0	12,0	0,0	
X <sub>7</sub>	1,0	3,0	4,0	6,5	5,0	11,0	8,0	2,0	12,0	10,0	6,5	9,0	5,0	
X <sub>8</sub>	3,0	4,5	4,5	6,5	1,5	11,5	6,5	1,5	8,0	9,0	10,0	11,5	42,0	
X <sub>9</sub>	1,5	1,5	3,5	8,0	5,5	10,0	3,5	5,5	9,0	7,0	11,5	11,5	42,0	
X <sub>10</sub>	1,0	2,5	4,0	2,5	10,0	12,0	5,0	11,0	7,5	7,5	7,5	7,5	17,5	
X <sub>11</sub>	1,5	3,5	3,5	5,5	7,0	11,0	8,0	5,5	12,0	10,0	1,5	9,0	17,5	
X <sub>12</sub>	1,0	2,5	5,5	4,0	8,5	10,0	5,5	2,5	12,0	8,5	11,0	7,0	17,5	

$\sum_{j=1}^m d_{ij}$	33,0	48,5	58,5	68,0	83,0	113,5	68,5	66,0	126,0	79,0	77,5	114,5	$\sum T_j = 224,0$
$\Delta_i$	+45,0	-29,5	-19,5	-10,0	+5,0	+35,5	-9,5	-12,0	+48,0	+1,0	-0,5	+36,5	-
$(\Delta_i)^2$	2025,0	870,3	380,3	100,0	25,0	1260,3	90,3	144,0	2304,0	1,0	0,3	1332,3	$\sum(\Delta_i)^2 = 8532,8$



სეგმენტაციისათვის გამოვიყენეთ ფსიქოგრაფიული მახასიათებლები, რომლებიც ცხოვრების სტილისა და პიროვნებების თავისებურებების შესწავლას ეფუძნება.

ფსიქოგრაფია წარმოადგენს ჯგუფებისა და ინდივიდების კვლევას ქცევითი მახასიათებლების, ფასეულობების, წარმოდგენების, უპირატესობების თვალსაზრისით [129]. მიდველის დაინტერესებას ამა თუ იმ პროდუქტით (მომსახურებით) ხშირად განაპირობებს ცხოვრების სტილი, რომელიც განისაზღვრება არა სტატისტიკური პარამეტრებით, არამედ ინდივიდთა მენტალიტეტით, ინტერესებით, საზოგადოებრივი მდგომარეობით.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მომხმარებლის ცხოვრების სტილის გაზომვისათვის გამოიყენება სპეციალური მეთოდები [130]. მაგალითად, 1981 წელს აშშ-ში შემუშავდა მეთოდიკა **VALS (Value and lifestyle – ფასეულობები და ცხოვრების სტილი)**. აღნიშნული მეთოდიკით ჩატარდა აშშ მოსახლეობის კვლევა და გამოიყო მომხმარებელთა ოთხი ჯგუფი [131]:

1. მომხმარებლები, რომლებსაც მართავენ საჭიროებები. ეს ადამიანები განათლების არმქონე, მოსახლეობის უღარიბესი ფენებია, რომლებიც ფულს არა საკუთარი მოთხოვნების, არამედ საჭიროებების მიხედვით ხარჯავენ.
2. მომხმარებლები, რომლებსაც მართავენ გარე ფაქტორები. ასეთი ადამიანები პროდუქტის შექმნისას ყურადღებას აქცევენ სხვების (საზოგადოების) მოსაზრებებს.
3. მომხმარებლები, რომლებსაც მართავენ შიდა ფაქტორები. ასეთი ადამიანებისათვის, უწინარეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია საკუთარი მოთხოვნილებები და სურვილები.
4. ინტეგრირებული მომხმარებლები. ისინი ყველაზე მცირერიცხოვანი ჯგუფია და წარმოადგენენ ინდივიდებს, რომლებიც წინა ორი ჯგუფის საუკეთესო თვისებებს მოიცავენ.

1989 წელს **VALS** მეთოდიკაში შევიდა გარკვეული ცვლილებები სამომხმარებლო ქცევის დაზუსტებასთან დაკავშირებით, რის შედეგადაც მიღებული იქნა ახალი მეთოდიკა **VALS – 2** [132]. ამ მეთოდიკის შესაბამისად, ამერიკის მოსახლეობა პრინციპებზე ორიენტაციის, სტატუსისა და მოქმედების მიხედვით დაიყო სამ ჯგუფად:

1. მომხმარებლები, რომლებიც პრინციპებზე არიან ორიენტირებულნი, გარკვეული პროდუქტის შექმნისას ითვალისწინებენ საკუთარ და არა სხვების მოსაზრებებს;

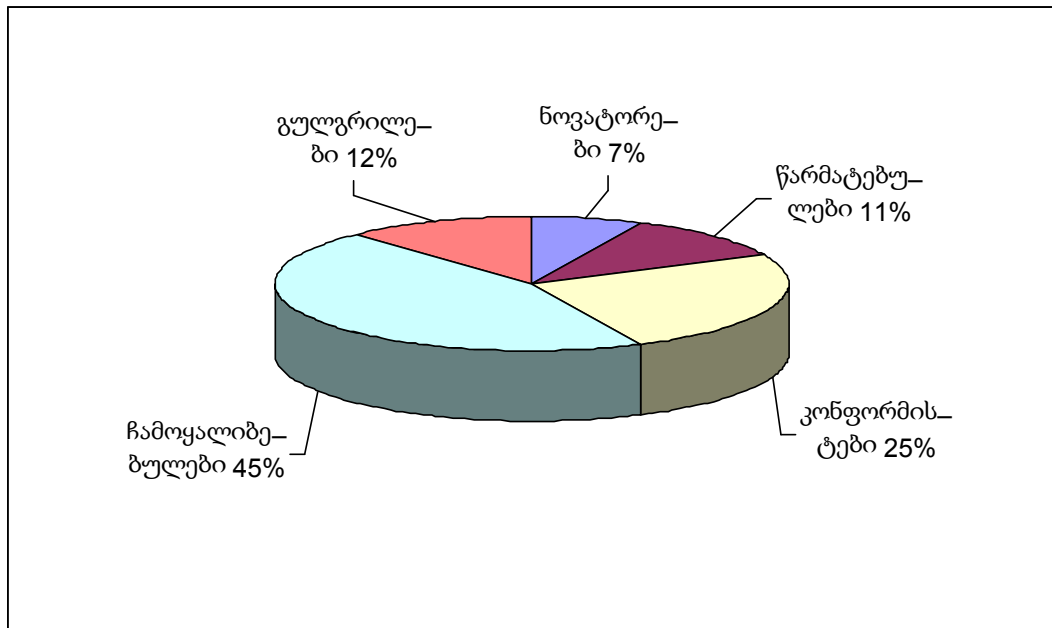
2. მომხმარებლები, რომლებიც სტატუსზე არიან ორიენტირებულნი. მათთვის მნიშვნელოვანია სხვა ადამიანების შექება;
3. მომხმარებლები, რომლებიც მოქმედებაზე არიან ორიენტირებულნი. ისინი ხელმძღვანელობენ სოციალური და ფიზიკური აქტივობის სურვილით, მრავალფეროვნებითა და რისკის შეგრძნებით.

საკმაოდ საინტერესოა მომხმარებელთა ცხოვრების სტილის განსაზღვრის რუსული მეთოდოლოგია **R – TGI (Russian Target Group Index)**. იგი ეფუძნება მიზნობრივი ჯგუფების რუსულ ინდექსს და რუსეთში გამოიყენება 1995 წლიდან. **R – TGI** ბრიტანული კვლევის **TGI** -ის ადაპტირებულ ანალოგია, რომელიც 25-წლიან ისტორიას ითვლის და მსოფლიოს უმსხვილესი კომპანიების ინფორმაციის ერთ-ერთი ძირითადი წყაროა [133].

სამომხმარებლო ბაზრის პროგნოზირებისათვის შედარებით მისაღებია სამომხმარებლო ქცევებზე დაკვირვების მეთოდი [134]. იგი საშუალებას იძლევა ერთდროულად დავიანგარიშოთ მოთხოვნის პროგნოზი მომსახურების სახეებისა და მომხმარებელთა ტიპების გათვალისწინებით. ამასთან, ამ მეთოდით გაკეთებული პროგნოზი მოკლევადიანი პროგნოზების ჯგუფს მიეკუთვნება და გაცილებით უფრო მეტი ეფექტის მოცემა შეუძლია. მისი საშუალებით შესაძლებელია მოთხოვნის პროგნოზირება მომხმარებელთა ტიპების მიხედვით. საქართველოს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის პროგნოზირებისათვის ჩვენ გამოვიყენეთ აღნიშნული მეთოდი, რომელშიც შევიტანეთ გარკვეული მოდიფიკაცია, ბაზრის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე. მოდელი შედგება სამი ეტაპისაგან და მის მიხედვით გამოვიკვლიეთ ქართველი მომხმარებლების ცხოვრების სტილი, რომლის საფუძველზეც განვსაზღვრეთ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის პროგნოზი.

**პირველ ეტაპზე** ხდება სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა ტიპების გამოვლენა და შედარებით ინფორმაციული ტიპწარმომქნელი ნიშნების ფორმირება. ჩვენს მიერ ჩატარებული მარკეტინგული კვლევით დადგინდა, რომ მომხმარებელთა ანალოგიური ტიპები ახდენენ მსგავსი სამომხმარებლო ქცევის დემონსტრირებას და სამედიცინო მომსახურების შეძენის მიმართ ერთნაირ მოთხოვნებს ამჟღავნებენ. კვლევის შედეგად გამოვლინდა სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა ხუთი ტიპი: ნოვატორები, წარმატებულები, კონფორმისტები, ჩამოყალიბებულები და გულგრილები (იხ. დიაგრამა 3.53).

სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა სეგმენტაცია



**ნოვატორები** ყველაზე ახალგაზრდული ჯგუფია, რომლებსაც აქვთ შედარებით მაღალი შემოსავლები, გააჩნიათ პროგრესული შეხედულებები, თანამედროვე აზროვნება, კარგი გემოვნება, ახასიათებთ მაღალი მყიდველობითი აქტივობა და, როგორც წესი, სამედიცინო მომსახურებას სხვებზე ადრე იძენენ. მათთვის მთავარია საკუთარი სტატუსისა და იმიჯის ფორმირება. ნოვატორებს აქვთ მაღალი მოთხოვნები მომსახურების ხარისხის მიმართ, იზიდავთ ორიგინალობა და ასეთი განსაკუთრებულობისთვის იხდიან მაღალ ფასს. ისინი უმეტესად სარგებლობენ ინტერნეტ-რეკლამებით და პრესტიჟული ჟურნალებით. ამიტომ ამ ტიპის მომხმარებლებთან ურთიერთობისას, რეკლამისა და პირადი კონტაქტის დროს, ხაზი უნდა გაესვას შეთავაზებული მომსახურების მაღალხარისხიანობას.

**წარმატებულები** ნოვატორებთან დაახლოებული ჯგუფია, მაგრამ შედარებით ფრთხილად უდგებიან ფინანსურ საკითხებს. ისინი კმაყოფილები არიან თავიანთი მდგომარეობით, მიღწეული კეთილდღეობით, მუდმივად აინტერესებთ სიახლეები, სწრაფად ითვისებენ ახალ სამედიცინო მომსახურებას. ასეთი მომხმარებლები სამედიცინო დაწესებულებებს ირჩევენ იმიჯის მიხედვით.

**ჩამოყალიბებულები** გამოკითხული მომხმარებლების ყველაზე მრავალრიცხოვანი ჯგუფია საშუალოზე დაბალი შემოსავლით. ამ ჯგუფის მომხმარებლები ჩამოყალიბებულნი არიან თავიანთ სურვილებში, აქვთ საკუთარი

გემოვნება და აზროვნება. ამიტომ სამედიცინო მომსახურებას იძენენ თავიანთი შეხედულებისამებრ. მათთვის გადაწყვეტილების მიღებამდე აუცილებელია ყველაფერში გარკვევა და აწონვა. ისინი ფრთხილობენ, ფინანსურ საკითხებში ეკონომიას ეწევიან, ცდილობენ დარწმუნდნენ იმაში, რომ შეთავაზებული მომსახურება ღირს მასზე დასახარჯ ფულად, ლოიალურნი არიან შერჩეული დაწესებულებებისადმი, ხოლო ინფორმაციას ძირითადად ახლობლებისგან იღებენ.

**კონფორმისტები** სამედიცინო მომსახურებას იძენენ იმ შემთხვევაში, თუ იგი საყოველთაოდ მიღებული გახდება. მათ არ გააჩნიათ ჩამოყალიბებული შეხედულებები და ფასეულობები. მათთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვების აზრს და გარემო ფაქტორებს, ვიდრე საკუთარ გემოვნებას. ეს ჯგუფი საშუალო შემოსავლებისაა. ისინი ახალი სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციას იღებენ ახლობლებისა და მეგობრებისგან.

გამოკითხული მომხმარებლებიდან ყველაზე მდგრადი ტიპია **გულგრილები**. ამ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ადამიანები, რომლებიც ვერ პოულობენ თავიანთი ადგილს შეცვლილ ეკონომიკურ პირობებში და ვერ ხედავენ საკუთარი მდგომარეობის გაუმჯობესების შესაძლებლობებს. მათ გააჩნიათ ცხოვრების დაბალი დონე. მათთვის სიახლეს მნიშვნელობა არა აქვს, მთავარია მიიღონ აუცილებელი მომსახურება. ისინი იშვიათად იძენენ სამედიცინო მომსახურებას, ორიენტირებულნი არიან იაფფასიან მომსახურებაზე და ყიდვის შესახებ გადაწყვეტილებას ღებულობენ მხოლოდ აუცილებელი მომსახურების შესაძენად.

**მეორე ეტაპზე** თითოეული ტიპისათვის გაიანგარიშება ყიდვის კოეფიციენტი და დამატებითი ყიდვის ალბათობის კოეფიციენტი. თითოეული ტიპი განიხილება, როგორც მომხმარებელთა დამოუკიდებელი მთლიანობა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების შეძენის განზრახვის მიხედვით შეიძლება დაეყოთ ოთხ ჯგუფად:

I ჯგუფი: სურდა ეყიდა მომსახურება და იყიდა იგი (  $Q_1$  არის თითოეულ ტიპში რესპონდენტების ხვედრითი წონა),

II ჯგუფი: სურდა ეყიდა მომსახურება, მაგრამ ვერ შეიძინა იგი ამა თუ იმ მიზეზით ( $Q_2$  არის თითოეულ ტიპში II ჯგუფის რესპონდენტების ხვედრითი წონა),

III ჯგუფი: არ ჰქონდა განზრახული მომსახურების შეძენა, მაგრამ იყიდა იგი შემთხვევით ( $Q_3$  არის არის თითოეულ ტიპში III ჯგუფის რესპონდენტების ხვედრითი წონა),

IV ჯგუფი: არ სურდა ეყიდა მომსახურება და არც შეუძენია იგი ( $Q_4$  არის არის თითოეულ ტიპში IV ჯგუფის რესპონდენტების ხვედრითი წონა).

ამასთან, დაცული უნდა იყოს შემდეგი პირობა:

$$\sum_{i=1}^4 q_i = 1, \quad 3.20$$

თითოეულ ტიპში სხვადასხვა ჯგუფის რესპონდენტების ხვედრითი წილის დახასიათება მოცემულია 3.9 ცხრილში.

ცხრილი 3.9

*i*-ურ ტიპში სხვადასხვა ჯგუფის რესპონდენტთა ხვედრითი წილი

ტიპი	$q_1$	$q_2$	$q_3$	$q_4$
ნოვატორები	0,86	0,10	0,04	—
წარმატებულები	0,40	0,24	0,36	—
კონფორმისტები	0,28	0,32	0,24	0,16
ჩამოყალიბებულები	0,32	0,20	0,30	0,18
გულგრილები	0,39	0,15	0,29	0,17

რეალიზაციის (ყიდვის) კოეფიციენტი ( $\lambda_\sigma$ ) განისაზღვრება I და II ჯგუფის განზრახვის მიხედვით:

$$\lambda_\sigma = \frac{q_1}{q_1 + q_2}, \quad 0 \leq \lambda_\sigma \leq 1, \quad 3.21$$

დამატებითი ყიდვის ალბათობის კოეფიციენტი ( $\lambda_\Delta$ ), რომელსაც შემდგომში შეუძლია გაავლენა მოახდინოს მოთხოვნაზე, გამოითვლება II და III ჯგუფის რესპონდენტების მიხედვით.

ამ დროს პროგნოზის გაანგარიშებისათვის მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული სხვადასხვა მიზეზები: „გაყიდვაში მომსახურების არარსებობა“ (აღვნიშნოთ იგი  $\Delta_1$ -ით). აქ იგულისხმება, რომ ფული ამ მომსახურების შესაძენად მომხმარებელს დარჩა. თუ ეს ტიპი შეინარჩუნებს ყიდვის დასახულ გეგმას, მაშინ იგი თავის მოთხოვნას მთლიანად გადაიტანს მომავალი წლისათვის. II ჯგუფის მიხედვით შეირჩევა რესპონდენტები, რომლებსაც არ ჰქონდათ დაგეგმილი სმომსახურების შექენა, მაგრამ შეიძინეს იგი გაჩენილი შესაძლებლობების წყალობით (აღვნიშნოთ იგი  $\Delta_2$ -ით). ამრიგად, კოეფიციენტი  $\lambda_{\Delta}$  არის დამატებითი ყიდვის ალბათობის კოეფიციენტი, რომელიც გვიჩვენებს  $i$ -ური ტიპის ხვედრით წონას, რომელმაც მიუთითა  $\Delta_i$  მიზეზი.  $\lambda_{\Delta}$  კოეფიციენტის მნიშვნელობა თითოეული ტიპისათვის მოცემულია 3.10 ცხრილში. ამასთან, დაცული უნდა იყოს შემდეგი პირობა:

$$\sum_{i=1}^5 \lambda_{\Delta_i} = 1. \quad 3.22$$

ცხრილი 3.10

რეალიზაციის კოეფიციენტისა და დამატებითი ყიდვის ალბათობის კოეფიციენტის მნიშვნელობები თითოეული ტიპისათვის

ტიპი	$i$ -ური ტიპის ხვედრითი წილი	$\lambda_{\sigma}$	$\lambda_{\Delta 1}$	$\lambda_{\Delta 2}$
ნოვატორები	0,07	0,89	0,10	0,03
წარმატებულები	0,11	0,63	0,24	0,29
კონფორმისტები	0,25	0,47	0,32	0,20
ჩამოყალიბებულები	0,45	0,62	0,20	0,24
გულგრილები	0,12	0,72	0,14	0,24

მესამე ეტაპზე ვატარებთ საპროგნოზო წლისათვის კონკრეტულ მომსახურებაზე  $i$ -ური ტიპის მომხმარებლის მოთხოვნის პროგნოზირებას ( $S_i$ ) რეალიზაციის და ალბათობის კოეფიციენტის გათვალისწინებით:

$$S_i = P_i[q_i(\lambda_\sigma + \lambda_{\Delta_1}) + \lambda_{\Delta_2}]N, \quad 3.23$$

სადაც  $P_i$  არის  $i$ -ური ტიპის ხვედრითი წონა;  $q_i$  – მომხმარებელთა ხვედრითი წონა, რომელმაც გამოთქვა სურვილი, შეიძინოს მოცემული მომსახურება;  $\lambda_\sigma$  – ყიდვის კოეფიციენტი;  $\lambda_{\Delta_1}$  და  $\lambda_{\Delta_2}$  – დამატებითი ყიდვის ალბათობის კოეფიციენტებია, რომლებიც გვიჩვენებენ  $i$ -ური ტიპის ხვედრით წონას, რომლებსაც შესაბამისად მიუთითებს  $\Delta_1$  და  $\Delta_2$  მიზეზი;  $N$  – საპროგნოზო წელს გამოყოფილ სეგმენტში მოსახლეობის რაოდენობა.

მოსახლეობის რიცხოვნობის განსაზღვრისას უნდა გავითვალისწინოთ ის ფაქტი, რომ ფასიანი სამედიცინო მომსახურების ყველაზე აქტიური მყიდველი საქართველოში, ჩატარებული მარკეტინგული კვლევიდან გამომდინარე, არის 30-60 წლის ასაკის ადამიანები, რომელთა რაოდენობა, ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით, არის 1 786 500 კაცი [119]. ამასთან, როგორც ჩვენს მიერ ჩატარებულმა მარკეტინგულმა კვლევამ აჩვენა, მომხმარებელთა 76,9% ფასიან სამედიცინო მომსახურებას ანიჭებს უპირატესობას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ფასიანი სამედიცინო მომსახურების პოტენციური მყიდველების რაოდენობა იქნება 1373821 ადამიანი.

2010 წლისთვის სამედიცინო მომსახურების თითოეულ სახეზე მოთხოვნის პროგნოზი მომხმარებელთა ცალკეული ტიპების გათვალისწინებით მოცემილია 3.11 ცხრილში. როგორც ცხრილის ანალიზი გვიჩვენებს, მთლიანობაში სხვადასხვა სახის სამედიცინო მომსახურებას შეიძენს პოტენციურ მომხმარებელთა 40,3 %, კერძოდ, ნოვატორების 12,9%, წარმატებულების - 49,9%, კონფორმისტების - 45 %, ჩამოყალიბებულების - 40,4%, გულგრილების - 36,9%. აღნიშნული მონაცემების გათვალისწინება, ვფიქრობთ, სასარგებლო იქნება როგორც სამედიცინო დაწესებულებებისათვის, რომლებმაც უნდა იმოქმედონ ბაზარზე არსებული სიტუაციის შესაბამისად, აგრეთვე სახელმწიფო ორგანოებისა და ორგანიზაციებისათვის ჯანდაცვის პროგრამების შესამუშავებლად.

ცხრილი 3.11

2010 წლისთვის სამედიცინო მომსახურების თითოეულ სახეზე მოთხოვნის პროგნოზი მომხმარებელთა ცალკეული ტიპების გათვალისწინებით (კაცი)

სამედიცინო მომსახურების სახე	ნოვატორები	წარმატებული	კონფორმისტები	ჩამოყალიბებული	გულგრილები	სულ
სტომატოლოგიური	2730	16584	34214	54948	13384	121860
ალერგიული	2110	12815	26438	42460	10342	94165
ქირურგიული	1861	11307	23328	37465	9125	83086
ნევროპათოლოგიური	1613	9800	20218	32469	7909	72009
თერაპიული	1613	9800	20218	32469	7909	72009
კარდიოლოგიური	869	5277	10887	17484	4259	38776
ოფთალმოლოგიური	745	4523	9332	14986	3650	33236
უროლოგიური	497	3016	6221	9991	2434	22159
პედიატრიული	249	1508	3111	4996	1217	11081
გინეკოლოგიური	124	754	1556	2498	609	5541
სულ	12411	75384	155523	249766	60838	553922



## დასკვნები და წინადადებები.

ჩვენს მიერ ჩატარებული მარკეტინგული კვლევიდან გამომდინარე, შესაძლებელია გაკეთდეს შემდეგი მნიშვნელოვანი დასკვნები და რეკომენდაციები:

1. დისერტაციაში შესწავლილია სხვადასხვა მეცნიერთა მოსაზრებები მომსახურების მარკეტინგის შესახებ, საიდანაც, ჩანს, რომ დღემდე არ არსებობს ერთიანი შეხედულება მომსახურების მარკეტინგის შესახებ. ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ამ სფერომ მეცნიერების დიდი დაინტერესება გამოიწვია და მათ ათეულობით დისერტაცია მიუძღვნეს. ანალიზის შედეგად ირკვევა, რომ პოსტსაბჭოური სივრცის მეცნიერებაც სულ უფრო მეტად ინტერესდებიან მომსახურების მარკეტინგით. ასეთი ყურადღება ობიექტურად განპირობებულია ამ ქვეყანებში მომსახურების სფეროს განვითარებით.
2. ნაშრომში უამრავი თეორიებისა და პრაქტიკის გაანალიზების საფუძველზე მოცემულია სამედიცინო მარკეტინგის თანამედროვე განმარტებები. სადაც ჩანს, რომ ეს არ არის მხოლოდ კარგი მომსახურებების შემუშავება და მომხმარებლისათვის მისი გაწევა. ამ ამოცანების შესრულების გარდა, სამედიცინო დაწესებულებებმა ასევე მჭიდრო კავშირი უნდა დაამყარონ არსებულ და მომავალ კლიენტებთან. სამედიცინო მომსახურების რეალიზაციის შესახებ დაუყოვნებლივ ინფორმაციის მიღების მიზნით გამოიყენება არაპირადი კომუნიკაციის არხი, კერძოდ, პირდაპირი მარკეტინგის ინსტრუმენტები.
3. ნაშრომში არსებული მასალების მიმოხილვისა და შესწავლის შედეგად ირკვევა, რომ მარკეტინგის გამოყენება აქტუალურია არა მარტო ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის, არამედ ჯანდაცვის მართვის სახელმწიფო ორგანოებისათვის. აქ მიზანს წარმოადგენს პროპაგანდისტულ-საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარება როგორც დაქირავებულ მუშაკებთან, ასევე დამქირავებლებთან, ვინაიდან აუცილებელია მათი ყურადღება მიპყრობილი იქნას საკუთარი ჯანმრთელობისადმი, ასევე უნდა მოხდეს მოსახლეობისათვის მიზნობრივი კომპლექსური პროგრამების დახმარებით ახალი სამედიცინო სახეობების გაცნობა. მარკეტინგის დახმარებით შესაძლებელია ჯანდაცვის რეფორმების, მათ შორის,

ფინანსური და საინფორმაციო ასპექტების ხელშეწყობა. მარკეტინგის გამოყენება უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის ოპტიმიზაციას როგორც ცალკეული ინდივიდის, ისე მთელი საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინებით. ასევე მარკეტინგულ პრინციპებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია აიგოს პრაქტიკული ქმედებების მოდელი, რომლის მეშვეობითაც მიიღწევა სამედიცინო დაწესებულებების მარკეტინგული საქმიანობის ოპტიმიზაცია. ცხადია, ეს საქმიანობა უნდა დაიწყოს სტრატეგიის არჩევით, რაც შესაბამისობაში მოვა ბაზრის სიღმისეულ კომპლექსურ კვლევასთან.

4. ნაჩვენებია, რომ სამედიცინო მომსახურების სფეროში მარკეტინგის პრიორიტეტებად ბაზარზე ითვლება მომსახურებაში არსებული სულ უფრო მზარდი ცვლილებები, მათი შინაგანი სირთულე და მომსახურების მარკეტინგის ადაპტაცია მომხმარებელთა არასტანდარტულ პრობლემათა გადაჭრასთან, ასევე მომსახურების სპექტრის მრავალფეროვნება (მომსახურებაზე სამომხმარებლო მოთხოვნის პერსონიფიკაცია). ამასთანავე იზრდება კონკურენცია ფასიანი მომსახურების სფეროში, რაც მოითხოვს მომსახურების გაყიდვის ეფექტური სისტემის შემუშავებას (მომსახურებათა მოქნილი და სპეციალიზებული გაყიდვები სხვადასხვა საბაზრო ცვლილებების დროს).
5. ნაჩვენებია, რომ მარკეტინგულმა ღონისძიებებმა უნდა უზრუნველყოს ახალი სამედიცინო მომსახურების შექმნა და უკვე არსებული სამედიცინო მომსახურების განვითარება და მათი გასაღება. იგი გულისხმობს, ერთის მხრივ, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკური და სასერვისო მომსახურების შეგუებას არსებულ მოთხოვნებთან, ხოლო, მეორე მხრივ, მომსახურებაზე მოთხოვნის აქტიურ ფორმირებას, ე.ი. ბაზრის შეგუებას იმ მომსახურებასთან, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულებები ეწევიან.
6. მიმდინარე პროცესების გაანალიზებით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სამედიცინო კომპანიების წარმატება და მომხმარებლებისათვის მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა წარმოუდგენელია მარკეტინგული ღონისძიებების გატარების გარეშე. აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად სამედიცინო კომპანიები მოიპოვებენ უპირატესობას და სამომხმარებლო ბაზარზე დაიკავენ საკუთარ ადგილს.

7. ნაშრომში შესწავლილია ჯანდაცვის მსოფლიო და საქართველოს ბაზარი. საიდანაც ჩანს, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის შეფასება უნდა მოხდეს მისი ძირითადი შემადგენლების მიხედვით, ანუ საერთო სტრუქტურის, დინამიკის, ცალკეული სექტორისა და რეგიონის მიხედვით. ნაჩვენებია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარი არათანაბრადაა განვითარებული მსოფლიო რეგიონების მიხედვით და დამოკიდებულია მოსახლეობის და სახელმწიფოს შემოსავლებზე.
8. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზრის ინტეგრირებადი ფაქტორები, მისი ინოვაციური და სასაქონლო სექტორები განაპირობებენ, ერთი მხრივ, სამედიცინო დაზღვევის გლობალიზაციას და, მეორეს მხრივ, ჯანდაცვის ეროვნული ბაზრების ვიწრო სპეციალიზაციას.
9. დისერტაციაში ნაჩვენებია, რომ სწრაფად მზარდი ჯანდაცვის ეკონომიკის მქონე ქვეყნებში (ჩრდილო და სამხრეთ ამერიკის და ევროპის რეგიონი) მოსალოდნელია 2015 წლისათვის ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის პროგნოზული ხარჯების მესამედზე ნაკლები ზრდა, ხოლო იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე გაიწევა დაბალი დანახარჯები, შესაბამისად, ჯანდაცვის ეკონომიკა ნელი ტემპებით ვითარდება.
10. ჩატარებული კვლევის შედეგებიდან ჩანს, რომ საქართველოში ჯანდაცვის მომსახურება ყველასათვის ხელმისაწვდომი რომ გახდეს, აუცილებელია სადაზღვევო მედიცინამ მოიცვას არა მარტო დასაქმებული მოსახლეობა, არამედ მოსახლეობის ფართო ფენებიც (უმუშევრები, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა). ამის უზრუნველსაყოფად, ქვეყანაში ხელისუფლებამ აუცილებლად უნდა მოაგვაროს დასაქმების პრობლემა, რაც სადაზღვევო მედიცინის მომსახურების საზღვრების გაფართოებას გამოიწვევს და ხელს შეუწყობს ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას.
11. დისერტაციაში ნაჩვენებია, რომ საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსებაზე კერძო სექტორის წილი სახელმწიფო სექტორის მიერ გამოყოფილ სახსრებზე გაცილებით მაღალია, რაც ქვეყანაში არსებული უმუშევრობის მაღალი დონის ფონზე უარყოფითი ტენდენციაა. აქედან გამომდინარე, სასურველია ქვეყნის ნაერთი და ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის დაფინანსებაზე გამოიყოს მეტი სახსრები, რათა სამედიცინო მომსახურება ყველასათვის ხელმისაწვდომი იყოს.

12. ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში ორიენტაცია უნდა მოხდეს ისეთი სტრატეგიული დონის ძიებების შემუშავებაზე, როგორცაა: ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის უზრუნველყოფის სრულყოფა; ჯანდაცვის ახალი მომსახურების შემოღება, რომელიც ჯანდაცვის თანამედროვე მომსახურებაზე საზოგადოების პერსპექტიულ მოთხოვნებს ასახავს; ხარისხობრივი მაჩვენებლების დონის ამაღლება, რომელთა მეშვეობითაც ხდება ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის შედეგების შეფასება; ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის პროცესში სახელშეკრულებო, საინვესტიციო და სპონსორული ასიგნებების გამოყენება, კადრების მომზადება და გადამზადება; მატერიალური და სასწავლო მეთოდური უზრუნველყოფა. თუმცა, აღნიშნული დონის ძიებების განხორციელება აუცილებელია, მაგრამ არ არის საკმარისი ჯანდაცვის სფეროს ეფექტიანი მართვისათვის.
13. მართვის ადმინისტრაციული და ნორმატიულ-სამართლებრივი მეთოდები ჯანდაცვის სფეროს განვითარებაში უნდა ითვალისწინებდეს მოქალაქეთა უფლებების გარანტიებს საჭირო და ფინანსურად უზრუნველყოფილი სამედიცინო მომსახურების მომხმარებაზე; სამედიცინო მუშაკის უფლებების დაცვას და მისი პასუხისმგებლობის ამაღლებას პაციენტის წინაშე; სამედიცინო დაწესებულების პროფესიონალური სტატუსის დადგენას. ჯანდაცვის სფეროს განვითარების მართვის სპეციალური მეთოდების გამოყენება ეკონომიკურ და სამართლებრივ მეთოდებთან ერთად ორიენტირებული უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების გადიდებაზე და უსაფრთხოების პირობების უზრუნველყოფაზე, სამედიცინო ნოვაციების დანერგვაზე, სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების საქმიანობის ეკოლოგიზაციაზე. ჯანდაცვის სფეროს განვითარების მართვის სოციალური მეთოდები ასევე მიმართული უნდა იყოს ექიმთა პროფესიონალური დონის ამაღლებაზე.
14. მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლის ზრდა სამედიცინო ბაზრის რეგულირებაში, რათა ხელი შეეწყოს მიმწოდებელთა შორის ჯანსაღ კონკურენციას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განუსრულვლად გაუმჯობესებას.
15. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა წარმოადგენს საქართველოში ფასიანი სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა სეგმენტირებული ჯგუფების დახასიათებას მათი ქცევის თვალსაზრისით. კვლევაში მოცემულია

სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე თითოეული ჯგუფის მომხმარებელთა ქცევის დახასიათება. ნაჩვენებია, რომ გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ატარებდა შუალედურ ხასიათს, ამიტომ მიღებული მონაცემების საფუძველზე გამოიყო ძირითადი ჯგუფები, რომლებიც უკანასკნელი სამი წლის მანძილზე ფასიანი სამედიცინო დაწესებულებების პოტენციური მომხმარებლები არიან.

16. სადისერტაციო ნაშრომში განსაზღვრეთ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასებაში გამოყენებული კრიტერიუმების წონადობის კოეფიციენტი. ანალიზიდან ჩანს, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის შეფასებისას ქართველი მომხმარებლები უპირატესობას ანიჭებენ მომსახურების ხარისხს, პროფესიულ რჩევებს, კვალიფიკაციას და მანიპულაციებისა და პროცედურების მკაფიოდ შესრულებას.

17. ნაშრომში პრიორიტეტთა განლაგების მეთოდი გამოვიყენეთ სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირებისათვის. სამედიცინო მომსახურების კონკურენტუნარიანობის მაჩვენებელთა რანჟირება ჩავატარეთ ოთხ ეტაპად, რომლითაც დადგინდა მაჩვენებელთა განლაგება სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან მოწოდებული მომსახურების შეძენაზე გავლენის მიხედვით: ესენია: 1) მომსახურების ხარისხი – წონადობის კოეფიციენტი 0,250; 2) მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია – წონადობის კოეფიციენტი 0,199; 3) კომპანიის ცნობადობა – წონადობის კოეფიციენტი 0,160; 4) მომსახურების ფასი – წონადობის კოეფიციენტი 0,139; 5) მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტიანობა – წონადობის კოეფიციენტი 0,094; 6) შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება – წონადობის კოეფიციენტი 0,090; 7) კომპანიის იმიჯი – წონადობის კოეფიციენტი 0,068.

18. ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ მომხმარებლები უპირატესობას ანიჭებენ კომპანიის ცნობადობას, მომსახურების ხარისხს და მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაციას, შედარებით ნაკლებ მნიშვნელობას - მომსახურების ფასს, შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნებას და კომპანიის იმიჯს. ნათლად გამოიკვეთა, რომ მომხმარებლებისათვის არსებით მნიშვნელობას არ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგულ ღონისძიებათა გატარება. ეს ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ მომხმარებლები

სათანადოდ არ არიან ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის საქმეში მომსახურების მაღალი ხარისხის მისაღებად გამოყენებულ მარკეტინგულ ღონისძიებათა კომპლექსს.

19. ჩვენს მიერ შემუშავდა სამედიცინო დაწესებულებების შეფასების მათემატიკური მოდელი. აღნიშნული მოდელის უპირატესობა არის ის, რომ რანჟირება განხორციელდა მომხმარებელთა მარკეტინგული კვლევის საფუძველზე. მისი დახმარებით ჩავატარეთ კვლევა საქართველოში არსებული ყველაზე საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების გამოვლენის მიზნით. კვლევა შედგებოდა 5 ეტაპისაგან. ჩატარებული კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, ყველაზე საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებას წარმოადგენს ღუდუშაურის კლინიკა, რესპუბლიკური საავადმყოფო, ქ.თბილისის №1 საავადმყოფო, ქ.თბილისის მე-9 საავადმყოფო, თოდუას ცენტრი და ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო.

20. ნაშრომში განსაზღვრულია პოტენციური მომხმარებლების მოთხოვნის პროგნოზი მოსახლეობის ტიპოლოგიის საფუძველზე. უპირატესობა მივანიჭეთ მოთხოვნის პროგნოზირების მეთოდებს, რომლებიც სამომხმარებლო ბაზრის მარკეტინგულ კვლევებს ეფუძნება. სამომხმარებლო ბაზრის პროგნოზირებისათვის გამოვიყენეთ დაკვირვების მეთოდი, რომელშიც შევიტანეთ გარკვეული მოდიფიკაცია, ბაზრის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე. მოდელი შედგებოდა სამი ეტაპისაგან და მის მიხედვით გამოვიკვლიეთ ქართველი მომხმარებლების ცხოვრების სტილი, რომლის საფუძველზეც განვსაზღვრეთ სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის პროგნოზი. კვლევამ გვიჩვენა, რომ მთლიანობაში სხვადასხვა სახის სამედიცინო მომსახურებას შეიძენს პოტენციურ მომხმარებელთა 40,3 %, კერძოდ, ნოვატორების 12,9%, წარმატებულების - 49,9%, კონფორმისტების - 45 %, ჩამოყალიბებულების - 40,4%, გულგრილების - 36,9%.

21. ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ ფასიანი სამედიცინო მომსახურება საქართველოში ჯერ კიდევ ფორმირების სტადიაშია. მისი დადებითი მხარეებს რესპონდენტები ბოლომდე ვერ აცნობიერებენ. მათი აზრით, ფასიანი სამედიცინო კლინიკების არსებობა აუცილებელია, თუმცა, მომსახურებაზე ფასების დაწესება მაღალი და ხარისხიანი მომსახურების გარანტია უნდა იყოს.

22. ქართველი მომხმარებლები ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას სხვადასხვა საშუალებებით ცდილობენ და მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავენ ექიმს, რაც, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდებისადმი მიჯაჭვულობისა და ქვეყანაში არსებული მჭიდრო სოციალური ურთიერთობებით შეიძლება აიხსნას.
23. ფასიანი სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას ქართველი მომხმარებლები ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროდ ასახელებენ ახლობლებსა და ოჯახის წევრებს, თუმცა, სამედიცინო კლინიკის შერჩევისას მედიცინის მუშაკების მიერ გაწეულ რჩევებსაც სანდოდ მიიჩნევენ.
24. ქართველი მომხმარებლები სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტს განიცდიან. ამასთან, რესპონდენტების მიდგომა სხვადასხვა სარეკლამო საშუალებების მიმართ, ისევე, როგორც ინტერნეტით მიღებული ინფორმაცია, დაბალი ნდობით ხასიათდება. თუმცა, გამოკითხულთა უმეტესობის მიერ მომხმარებელთა ინფორმირებულობაში რეკლამის სარგებლიანობისათვის მიცემულია მაღალი შეფასება. გამოკითხულთა შეფასებები კონკრეტულ საკითხში სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ გამოვლენილ ნდობის ხარისხს ეყრდნობა და ამ უკანასკნელის შედეგების პირდაპირპროპორციულია.
25. რესპონდენტები, რომლებიც მომსახურების მიმართ კმაყოფილებას გამოხატავენ, თვლიან, რომ უმეტესწილად, დაწესებულებები პაციენტებზე პასუხისმგებლობას იღებენ და, შესაბამისად, მათში მომსახურების ხარისხიც მაღალია. თუმცა, ისინი თვლიან, რომ მომსახურების ღირებულება კონკრეტულ კლინიკებში არ არის იაფი. ასევე მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი სასურველ სამედიცინო მომსახურებას ვერ იძენს სხვადასხვა მიზეზის გამო. ხშირია შემთხვევა, როდესაც ადამიანები საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას, მაგრამ ვერ მიმართავენ ექიმს.
26. ქართველი მომხმარებლები საქართველოს საინვესტიციო სივრცეში ყველაზე არამიმზიდველ სფეროდ ჯანდაცვის სფეროს მიიჩნევენ.
27. სამედიცინო დაწესებულების შერჩევისას ქართველი მომხმარებლებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანია მომსახურების ხარისხი, ექიმების პროფესიონალიზმი, სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაცია და პოპულარობა. იმ შემთხვევაში, თუ დასახელებული ფაქტორები მისაღებია, გამოკითხულები მომსახურების ფასებით ან შესაძლებელი ფასდაკლებების

სისტემით ინტერესდებიან. კლინიკის ადგილმდებარეობა, გადახდის ფორმები და მომსახურების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, ჩატარებული კვლევებიდან გამომდინარე, ქართველი მომხმარებლებისათვის ნაკლებად მნიშვნელოვანია.

28. ქართველი მომხმარებლები მედიცინის მუშაკებს აფასებენ საშუალოდ. მათი აზრით, ექიმების პროფესიონალიზმს ყველაზე მეტად წარმოაჩენს პროფესიული რჩევები და პაციენტისადმი დამოკიდებულება.
29. უბნის პოლიკლინიკის მომსახურება ქართველი მომხმარებლებისათვის მეტ-ნაკლებად მისაღებია, თუმცა ისინი მაჩვენებლებს, უმეტესწილად, საშუალო შეფასებებს აძლევენ. რესპონდენტთა უკმაყოფილება, ძირითადად, ექიმების კვალიფიკაციას ეხება, რაც მკურნალობის ხარისხზეც აისახება.
30. ქართველი მომხმარებლები ასევე დაბალ შეფასებებს აძლევენ დამხმარე პერსონალის საქმიანობას, თუმცა, კვლევებიდან გამომდინარე, ექიმებთან შედარებით მათ ნაკლებ პრეტენზიებს უყენებენ.
31. კვლევამ აჩვენა, რომ, ქართველი მომხმარებლებისათვის არსებით მნიშვნელობას არ წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში მარკეტინგულ ღონისძიებათა გატარება. ეს ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ მომხმარებლები სათანადოდ არ არიან ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს ჯანდაცვის საქმეში მომსახურების მაღალი ხარისხის მისაღებად გამოყენებულ მარკეტინგულ ღონისძიებათა კომპლექსს.
32. კვლევის შედეგების ანალიზმა ერთმნიშვნელოვნად დაგვანახა სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მომხმარებელთა ქცევის, მათი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების განმსაზღვრელი მოტივების შესწავლის და გაანალიზების აუცილებლობა. ჯანდაცვის სფეროს თითოეულ სპეციალისტს უნდა შეეძლოს საკუთარ მომსახურებაზე მომხმარებელთა მოთხოვნის ფორმირება და მათი ქცევის სავარაუდო პროგნოზირება.
33. მომხმარებელთა ქცევის შესწავლა ძალზე მნიშვნელოვანია იმ ფორმებისათვის, რომლებიც თავიანთ საქმიანობას კონკურენტულ გარემოში წარმართავენ. მომხმარებლის კვლევაზე დაფუძნებული მარკეტინგი დაეხმარება სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე არსებულ ფორმებს სპეციალური მარკეტინგული პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში. ჩვენი აზრით, ჯანდაცვის განვითარების შემდეგი ხელშემწყობისათვის საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება:



- მარკეტინგული კვლევების მუდმივად ჩატარება და მათ საფუძველზე მარკეტინგული პროგრამების შემუშავება;
- მარკეტინგული ინფორმაციის საფუძველზე ინოვაციური ბიზნეს-პროექტების შემუშავება;
- ბაზრის არსებულ და პოტენციურ კლიენტებთან მუდმივი მუშაობა;
- სხვადასხვა სახის მარკეტინგულ პარტნიორებთან მუშაობა, რომლებიც სამედიცინო ბიზნესში ფუნქციონირებენ;
- უცხოური ქვეყნების გამოცდილების პრაქტიკაში გამოყენება;
- სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ფასების სტრატეგიის ფორმირებაში ინფლაციური ფაქტორების ზეგავლენის გათვალისწინება;
- ჯანდაცვის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების ვარიანტების გაძლიერება;
- ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმებში მეცნიერული სიახლეების შეტანა;
- ახალი სამედიცინო მომსახურების იდეების ძიება;
- სამედიცინო მომსახურების კონცეფციის განვითარება;
- ახალი მომსახურების საცდელი შეთავაზებები;
- საბაზრო ნიშის პერსპექტივებიდან გამომდინარე პერსონალის შერჩევა;
- მედიცინის მუშაკთა აკრედიტაცია;
- გეოგრაფიული დისბალანსის აღმოფხვრის მიზნით, სოფლად და დაშორებულ ადგილებში პერსონალის მოზიდვის სტრატეგიის დახვეწა;
- სახელმწიფო ვალდებულებებისა და შესაძლებლობების დაბალანსება ჯანდაცვის სფეროში;
- მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თანაფარდობის უზრუნველყოფა;
- ახალი სამედიცინო მომსახურების (დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, პროფილაქტიკური და სხვ) შექმნა.

ეფექტობთ, დისერტაციაში ჩამოყალიბებული ღონისძიებების პრაქტიკული რეალიზაცია გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ფუნქციონირებას საქართველოში და ხელს შეუწყობს ამ სფეროში ჯანსაღი კონკურენციის არსებობას.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევა ცხადყოფს, რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზარი საქართველოში ჯერ კიდევ არ არის ფორმირებული და ქართველი მომხმარებლების ქცევაც ამ ბაზარზე საკმაო თავისებურებებით ხასიათდება. ეს ტენდენციები სამედიცინო დაწესებულებებმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინონ პაციენტთა მოზიდვისა და კონკურენციულ ბრძოლაში სტაბილური წარმატების მისაღწევად.

## ლიტერატურა

1. ასათიანი რ. მომსახურება და საბაზრო სისტემა. დისერტაცია. თბილისი. 1993 გვ.173
2. კობალავა მ. მომსახურების ბაზრის წარმოშობა და განვითარება საქართველოში. თბილისი. 1998. - გვ.3.
3. გურეშიძე თ. მომსახურების სფეროს მაკროეკონომიკური ეფექტიანობა (საქართველოს მომსახურების სფეროს მაგალითზე). დისერტაცია. თბილისი. 1997. გვ.65-68.
4. აღანია მ., უროტაძე ც. მომსახურების მარკეტინგის სპეციფიკა და თავისებურებანი. სამეცნიერო შრომების კრებული „მარკეტინგის აქტუალური საკითხები“. გამოშვება VI. თსუ გამომცემლობა, თბილისი. 2005. - გვ.121.
5. Новаторов Э. Становление маркетинга услуг как самостоятельной научной дисциплины за рубежом// Маркетинг в России и за рубежом .- 2002.-№4
6. Голубков Э. П. О некоторых понятиях и терминологии маркетинга //Маркетинг в России и за рубежом. -2003.- №5
7. Котлер Ф.Основы маркетинга. – М.: Прогресс,1990
8. Веденеев Д .С Отличительные особенности рынка аудиторских услуг Маркетинг в России и за рубежом. -1999-№1
9. Прищепенко В. В Семантика, дефиниции и соотношение понятий „продукт“, „товар,“ „услуга“// Маркетинг В России и за рубежом. -2001 - №2
10. Миронова Н. В. Маркетинг различных типов услуг //Маркетинг в России и за рубежом. – 2003 -№4
11. Маркова В. Д Маркетинг услуг - М.: Финансы и статистика ,1996
12. Маркетинг.: / Учебник А. Н Романов, Ю. Ю Кормогов, С. А Красильников и др.; Под ред. А. Н. Романова.- М .: Банки и биржи ,ЮНИТИ, !995
13. Ворачек Х. О состоянии „теории маркетинга услуг,, // Проблемы теории и практики управления.-2002.-№1
14. Gronroos C. Service Manajement and Marketing-West Sussex, 2000
15. Стандартизация и сертификация в сфере услуг Под ред .А Ракова-М2002
16. Bateson J. Managing services marketing united States of America ,1995

17. Johnson, E. Are goods and Services Different? An Exercise in marketing Theory: Unpublished Ph.D.dissertation.-Washington University, 1969
18. George, W. Marketing in the Service Industries: Unpublished Ph.D.dissertation.- Georgia university, 1972
19. George, W. & Barksdale H. Marketing Activities in the Service Industries// Journal of Marketing.-1974.-38(October ).-Pp.65-70
20. Gummesson, E. The Marketing and Purchasing of Professional Services, Stockholm.- Marketing Technology Center, 1977
21. Donnelly, J. & W. George (Eds.) Marketing of Services, Proceedings of the AMA Services Marketing Conference.- Chicago, IL: American Marketing Association, 1981
22. Кляйнальтенкамп М .Синергетический потенциал исследований в области маркетинга промышленных товаров и услуг// Проблемы теории и практики управления.-2002-№1
23. Bitner M., Zeithaml V. Services Marketing.-Massachusetts, 1996 p.p.7
24. Котлер Ф., Боуэн Дж., Мейкенз Дж. Маркетинг. Гостеприимство и туризм: Учебник для вузов/ Пер. с англ. - М.: ЮНИТИ, 1998. - 787 с.
25. Бодрунов Б. И. и др . Маркетинг информационных услуг. - М.: 1994
26. Демченко Е. В. Маркетинг услуг. Учебное пособие. -Мн.: БГЭУ, 2002. -161 с.
27. Лаврок К. Маркетинг услуг, Учебник для вузов/ Пер. с англ., Изд. дом „Вильямс“, -М., 2006.
28. Boulding, W., A. Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations To Behavioral intentions// Journal of Marketing Research.-30(February), 1993. – P.p7-27
29. Fisk, R., Brown, S. and Bitner, M., Tracking the Evolution of Services Marketing Literature// Journal of Retailing.-69,1, 1993.-pp.61-103
30. გერძივა თ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და მენეჯმენტი. სახელმძღვანელო სტუდენტებისა და ექიმებისათვის. თბილისი, 1998.- გვ.3.
31. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления.-М.: Медицина, 1999 с. 10-96
32. Боханов С. Ю Вапнярская О. Н Предпосылки использования маркетинга здравоохранении М. Маркетинг в России и зарубежом, 2002 №2, с 45-51
33. ლვედაშვილი ნ. მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის ძირითადი მიმართულებები ჯანდაცვაში. სამეცნიერო შრომების კრებული „მარკეტინგის აქტუალური საკითხები“, გამოშვება V. თსუ გამომცემლობა, თბილისი. 2003. - გვ.

34. ლომინაძე დ., თოდუა ნ. მარკეტინგის გამოყენების თავისებურებანი საკურორტო მედიცინაში. ჟურნალი „ეკონომიკა“, 2007. №1-2. - გვ.125-129.
35. ქალთა ჯანმრთელობა საქართველოში. თბილისი, 2006, - გვ.4
36. ჯაში ჩ. სოციალური მარკეტინგის თეორიული და პრაქტიკული ასპექტები. გამომცემლობა „ უნივერსალი“, თბილისი. 2009. - გვ.75-77.
37. ლომინაძე დ. საქართველოში ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმების გატარების აუცილებლობა. სამეცნიერო შრომების კრებული „მარკეტინგის აქტუალური საკითხები“, გამოშვებაVI. თსუ გამომცემლობა, თბილისი, 2005. - გვ.195
38. Мартыничик С. А., Худяков М.Б Организация медицинской помощи в сфере платных медицинских услуг М. //МЦФЭР, 1999
39. Lovelock Ch.H.:“Services Marketing“(Englwood Cliffs,NY),1991, pp.48-51
40. Боханов С.Ю Вапнярская О.Н Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении. М.: Маркетинг в России и за рубежом, 2002, №2 ,с.45-51
41. Колорный С.В Маймулов В.Г Популяционная диагностика экологически обусловленных болезней и медико-социальной реабилитации населения неблагополучных территорий.// МСЭиР 1998 ,№3 с.14-17
42. Голубков Е. П Проектирование элементов комплекса маркетинга М. // Маркетинг в России за рубежом. 2002, №4 с.110-127
43. Линдербратен А. Л Голоденко В.Н О механизме регулирования рынка санаторно-оздоровительных услуг.// Бюллетень НИИ социальной гигиены , экономики и управления здравоохранения им. Семашко, 2000, с.42-57
44. Попов Е. Актуальные вопросы маркетинга. М.// Маркетинг, 2001,№1 ,с.21-26
45. Долбунов А.А Модель маркетинговой коммуникации М.//, Маркетинг 1999 , №3 , с.23-31
46. Ольше Л.Р Туристический маркетинг.// Академия рынка: маркетинг. М.: Экономика 1993
47. Мысляева И ,Нелюбин В ,Ракитский Б. Санаторно-курортный комплекс России на пути реформирования Вопросы экономики 1995 №9 с34-39
48. Tonks D.:„Market segmentations”,MarketingHandbook (Aldershot:Gower, 1989) pp.573-587.
49. Ламбен Ж.Ж Стратегический маркетинг. Европейская перспектива СПб: Наука, 1996 81с.
50. Кордон К., Фоллман Т., Вандербом М. Пять важных подходов к осуществлению реструктуризации. М.// Маркетинг. 1999. №3 -с. 75-92.
51. Богатиков А.В Козлов А.П Снижение предпринимательских рисков в инновационной деятельностью М.//Маркетинг-1998, №4 с.21-27
52. Малахова М. Г Маркетинг медицинских услуг. Метод. Пособие .М. МЦФЭР, 1998, 147с.

53. Ветитнев А.М Технологии маркетинга и менеджмента в системе управления курортными организациями.// СПб, Изд-во СПб ГУЭФ ,1999, 47 с.
54. Основы управления в индустрии гостеприимства. Под ред. Браймера Р.А пер. Сангл.:М.1995, 136 с.
55. Пивоварова М. Стратегии привлечения клиентов в индустрии гостеприимства. М.// Маркетинг, 2000, №2, с. 63-68
56. Основы медицинскова маркетинга Учеб.Пособие по ред. Кучеренко В.З.М.// МИА им. И.М Сеченова, Фонд ОМС, 1998 ,215 с.
57. Parasumaran A.V.A ZeithamI, L.L.Barry: „A conceptual Model Of service quality and its implications for future research”J.of Marketing,49 (FaII 1985),p p.41-50.
58. Гладких И.В. Старов С.А. Ценовое стимулирование продаж и потребитель М.// Маркетинг и маркетинговые исследования, 1997, №4(10), с. 47-56.
59. Иванов А. Что такое директ-маркетинг? // Рекламный мир, 1997, №10, с.14
60. Словарь экономической терминологии. Сост. Потехин В.И., Кондыбко Е.Ю., Харитонов А.В. // Новгород, 1997, 125 с.
61. Христофорова И.В., Колгушкина А.В., Коровин Е.М. Опыт изучения потребностей населения в бытовых услугах. // Маркетинг, 1998, №4, с. 28-36.
62. Ядов В.А. Социологические исследования: методология, программа, методы // Самара; Изд-во «Самарский университет. 1995,с65.
63. Kotler P., G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong: Principles of Marketing, Second European Edition, 1997, pp. 34-36.
64. Крылов И.В. Маркетинг (Социология маркетинговых комуникаций) М.: Центр, 1998, 76 с.
65. Самарина С.М., калугина С.А. Реклама в коммерческой деятельности. М. // Маркетинг, 1999, №4, с. 66-71.
66. Успенский И. Интернет как инструмент маркетинга. Дюссельдорф, Киев, Москва, СПб, БХВ, 1999, 48с
67. Drucker P.F.: “Management: Tasks, Responsibilinies, Practices” NY, 1973, p. 64-65
68. Тоффлер Б.Э., Имберг Дж. Словарь маркетинговых терминов (пер.с 2-го англ. Изд. Пивоваров А.Г. М // ИНФРА-М, 2000, 117 с.
69. Тоффлер Б.Э., Имберг Дж. Словарь маркетинговых терминов (пер.с 2-го англ. Изд. Пивоваров А.Г. М // ИНФРА-М, 2000, 117 с.
70. Wong V., W. Turner, P. Stoneman: “Marketing strategies and market prospects for environmentally-frendly consumer products”, В.J. of management (1996), pp. 263-281.

71. <http://www.who.int>
72. CTC 2002. Health Care Systems\_Geo.Doc
73. <http://demoscope.ru/weekly/2007/0273/biblio06.php>
74. <http://pda.mednovosti.ru/corp/2003/10/20/arpm/>
75. <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm>
76. Human Development report 2004: Cultural liberty in today's diverse world. NY, 2004. pp . 28–41.
77. <http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1235>
78. <http://www.worldbank.org> (13.07.2005); The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, WHO.2005, P. 204–211, P. 192–199.
79. <http://www.labour.org.uk/health/>
80. *Pliffe S.* The national plan for Britain's national health service // International journal of health service. 2002. V. 31. № 1. P. 105–110.
81. *Зяблюк Н. Г.* Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5. С. 3–18.
82. <http://www.rnc.org/GOPInfo/Platform/2000platform5.htm>
83. <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1010261/index.html>
84. *Шведова Н. А.* Страхование медицина и охрана здоровья матери и ребенка: опыт США // США: экономика, политика, идеология. 1998. № 12. С. 94–108.
85. [http://www.liberal.ca/LPC/gpolicy.aspx?type=gp&gp\\_ID=3](http://www.liberal.ca/LPC/gpolicy.aspx?type=gp&gp_ID=3)
86. <http://www.liberal.org.au/>
87. <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1010261/index.html>
88. *Шведова Н. А.* Страхование медицина и охрана здоровья матери и ребенка: опыт США // США: экономика, политика, идеология. 1998. № 12. С. 94–108.
89. [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)
90. <http://www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland/pdf>
91. Uwe E.Reinhardt, "The Swiss Health System: Regulated Competition without Managed Care," Journal of the American Medical Association 292, no. 10 (2004): 1227-31.
92. Cathy Schoen et al., "Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007," Health Affairs, October 31, 2007.
93. Richard Saltman and Josep Figueras, "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms," Health Affairs, March-April 1998.

94. "Cox Report on Financing Sustainable Healthcare in Europe Presented to European Commission Today," Medical News Today, February 13, 2007.
95. Hans Maarse, "The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis," Journal of Health Politics, Policy, and Law 31 (2006): 981-1014.
96. <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2006.pdf>
97. <http://www.moh.gov.ge>
98. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2008
99. [http://hespa.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=105](http://hespa.ge/index.php?lang_id=&sec_id=105)
100. ბიულეტენი №65 თებერვალი 2002 წ. საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი. გვ. 31-33
101. ბიულეტენი №65 2002 თებერვალი. საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრი. გვ. 3.
102. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები გარდამალ პერიოდში. საქართველო 2002.
103. [http://www.government.gov.ge/index.php?lang\\_id=geo&sec\\_id=184&info\\_id=30677](http://www.government.gov.ge/index.php?lang_id=geo&sec_id=184&info_id=30677)
104. <http://www.demoscope.ru>
105. **statistics.ge**
106. [http://www.moh.gov.ge/ge\\_pdf/mohseneba/NR2005](http://www.moh.gov.ge/ge_pdf/mohseneba/NR2005)
107. World Development indicators 2005, Washington,DC,World Bank,2005
108. <http://www.who.int/features/qa/42/>
109. <http://www.un.org>
110. <http://www.int>
111. <http://www.gfa.ge> (WHO ანგარიში)
112. [http://www.moh.gov.ge/ge\\_pdf/mohseneba/2007.pdf](http://www.moh.gov.ge/ge_pdf/mohseneba/2007.pdf)
113. მსოფლიო ბანკი, მსოფლიოს განვითარების ანგარიში, 2007.
114. Черчилль Г., Браун Т. Маркетинговые исследования. 5-ое изд. / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2007. – с.421.
115. Беляевский И., Кулагина Г., Коротков А. Статистика рынка товаров и услуг. – М.: Финансы и статистика, 1995. –с. 120.
116. Малхотра, Нэреш К. Маркетинговые исследования.. Практическое руководство, 3-е издание.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом „Вильямс“, 2003. – с. 449.



117. Голубков Е. П. Маркетинговые исследования: теория, методология и практика. - М.: Издательство „Финпресс“ , 1998. - с. 223.
118. Ядов В. Социологическое исследование: методология, программа, методы. - М.: Наука, 1995.- с. 72.
119. [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge)
120. Беляевский И. К. Маркетинговое исследование: информация, анализ, прогноз: Учеб. пособие. - М.: Финансы и статистика, 2001. -с. 53.
121. ნ.თოდუა, დ.ლომინაძე. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის „ეკონომიკის აქტუალური პრობლემები განვითარების თანამედროვე ეტაპზე“ სამეცნიერო შრომების კრებული. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტის გამომცემლობა, თბილისი, 2010, გვ. 560-565.
122. ნ.თოდუა, გ.ნადირაშვილი. საქონლის ექსპერტიზა საერთაშორისო ვაჭრობაში. თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, თბილისი, 1997. გვ.152.
123. Митропольский А.К. Техника статистических вычислений, - М.: Наука, 1971.
124. ე.უროტაძე, ნ.თოდუა. პროდუქციის კონკურენტუნარიანობის მარკეტინგული კვლევის სრულყოფისათვის. ჟურნალი „ეკონომიკა“, 2003, №11, გვ. 164-169.
125. Маркетинг: Учебник для вузов. Под ред. Н. Д. Эриашвили.- 2-ое изд., перераб. и доп. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. -с.485.
126. Федосеев В.В., Эриашвили Н.Д. Экономико-математические методы и модели в маркетинге: Учеб. пособие для вузов.- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. - с. 133-141.
127. Котлер Филип, Армстронг Гари. Основы маркетинга. Профессиональное издание, 12-е изд.: Пер. с англ. - М.: ООО „И. Д. Вильямс“, 2009. - с. 355.
128. Луис Бун, Дэвид Куртц. Современный маркетинг. Учебник для вузов. Пер. с англ. - 11-е изд., перераб. и доп. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005. - с. 385.
129. Мухина М.К. Изучение стиля жизни потребителей и сегментирование рынка на основе психографических типов. Журнал: „Маркетинг в России и за рубежом“ 2000, №3. с.62.
130. თოდუა ნ., ახვლედიანი მ. შაღის ქსოვილების ბაზრის სეგმენტაცია. ჟურნალი „ეკონომიკა“, 2009, № 10-12, გვ. 96-102.

131. Ettension Richard C. Wagner Janet. Evaluation the Effect of Country of origin and. Made in USA, Campaign: A conjoint Approach. In: Journal of Retailing Vol. 64 №1; Spring 1988. pp. 68-72.
132. Minhi Hahn Senoon park, Lakshman Krishnamurthi and Andris A. Zoltners. Analysis of new product diffusion using a four- segment trial – repeat model/Marketing Science. -1994 Vol. 13 №3 pp. 224-247.
133. Russian Targent group index, Russian 1998 (R-ICI-98) pp. 51-57.
134. ნ.თოდუა, ე.ურტაძე. მოთხოვნის პროგნოზირების მათემატიკური მოდელი. ჟურნალი „ეკონომიკა“, 1996. №1/3. გვ. 36-38.

2007 წელს მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე ფინანსური წყაროსა და ფინანსური აგენტის მიხედვით  
(ათასი ლარი)\*

ფინანსური აგენტი	მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე	ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ჯამი	ჯანდაცვაზე გამოყოფილი აერო ბიუჯეტის სახსრები	ცენტრალურ ბიუჯეტში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებით და გრანტებით განსახორციელებელი ინვესტიციური	ქ. თბილისიდან უფროსი თქვენი ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	არასახელმწიფო სახსრები, რომლებიც გამოიყენება ჯანდაცვაზე	ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თქვენი სახსრები	ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სახსრები	სხვა დანარჩენი
<b>სახელმწიფო სექტორი</b>	249179,5	245931,9	245931,9	213953,6	16353,6	7450,9	3892,9	357,1	3923,8	-	-	-	3247,6
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები	102,111,3	99,051,9	99,051,9	67073,6	16353,6	7450,9	3892,9	357,1	3923,8	-	-	-	3059,4
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები ცენტრალურ დონეზე	86486,6	83427,2	83427,2	67073,6	16353,6	-	-	-	-	-	-	-	3059,4
შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო	6531,1	6531,1	6531,1	6531,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი	1127,3	1127,3	1127,3	1127,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-

დ.საეკარედიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი	5273,0	2674,2	2674,2	2674,2	-	-	-	-	-	-	-	2598,8
საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი	57948,4	57948,4	57948,4	41594,8	16353,6	-	-	-	-	-	-	-
თავდაცვის სამინისტრო	5423,6	4963,0	4963,0	4963,0	-	-	-	-	-	-	-	460,6
შინაგან საქმეთა სამინისტრო	721,6	721,6	721,6	721,6	-	-	-	-	-	-	-	-
იუსტიციის სამინისტრო	1946,0	1946,0	1946,0	1946,0	-	-	-	-	-	-	-	-
ომის ვეტერანთა დეპარტამენტი	771,8	771,8	771,8	771,8	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებები</b>	1349,3	1349,3	1349,3	1349,3	-	-	-	-	-	-	-	-
სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი	1349,3	1349,3	1349,3	1349,3	-	-	-	-	-	-	-	-
მეცნიერების და განათლების სამინისტრო	2172,0	2172,0	2172,0	2172,0	-	-	-	-	-	-	-	-
სხვა	3222,5	3222,5	3222,5	3222,5	-	-	-	-	-	-	-	-
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები რეგიონალურ დონეზე	15624,7	15624,7	-	-	-	7450,9	3892,9	357,1	3923,8	-	-	-
ქ. თბილისის შრომის, ჯანმრთელობის და	7450,9	7450,9	-	-	-	7450,9	-	-	-	-	-	-

სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახური													
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო	3892,9	3892,9	-	-	-	-	3892,9	-	-	-	-	-	-
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო	357,1	357,1	-	-	-	-	-	357,1-	-	-	-	-	-
ჯანდაცვის სხვა მუნიციპალური ორგანოები	3923,8	3923,8	-	-	-	-	-	-	3923,8	-	-	-	-
<b>სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი/ჯსპს</b>	<b>147068,2</b>	<b>146880,0</b>	<b>146880,0</b>	<b>146880,0</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	188,2
<b>კერძო სექტორი</b>	<b>1010243,2</b>	<b>6716,2</b>	<b>6716,2</b>	5525,3	-	-	1190,9	-	-	1003443,6	100344 3,6	83,4	
სხვა კერძო სადაზღვევო კომპანიები (არასოციალური დაზღვევისათვის)	<b>27554,8</b>	<b>6716,2</b>	<b>6716,2</b>	5525,3	-	-	1190,9	-	-	20838,6	20838, 6	-	
შინამეურნეობები, ჯიბიდან გადახდები	962605,0	-	-	-	-	-	-	-	-	982605,0	982605 ,0	-	
არამომგებიანი ინსტიტუტები, რომლებიც ემსახურებიან შინამეურნეობებს	83,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83,4	
სხვა დანარჩენი	<b>127172,1</b>	<b>2833,6</b>	<b>2833,6</b>	-	2532,2	301,4	-	-	-	-	-	-	124338,5
<b>ჯამი</b>	<b>1386594,7</b>	<b>255481,6</b>	<b>255481,6</b>	<b>219478,9</b>	<b>18885,8</b>	<b>7752,3</b>	<b>5083,8</b>	<b>357,1</b>	<b>3923,8</b>	<b>1003443,6</b>	<b>100344 3,6</b>	<b>127669,5</b>	

\* საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. 2007 წელი

2008 წელს მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე ფინანსური წყაროსა და ფინანსური აგენტის მიხედვით  
(ათასი ლარი)\*

ფინანსური აგენტი	მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე	ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების ჯამი	ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ნაერთი ბიუჯეტის სახსრები	ცენტრალურ ბიუჯეტში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	ჯანდაცვის სექტორში უცხოეთიდან მიღებული დაფინანსების წყაროებით და გრანტებით განსახორციელებელი ინვესტიციური პროექტები	ქ. თბილისის მერიის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	სსკა დანარჩენი ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები	არასახელმწიფო სახსრები, რომლებიც გამოიყენება ჯანდაცვაზე	შინამეურნეობების მიერ ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სახსრები	სსკა დანარჩენი
<b>სახელმწიფო სექტორი</b>	271713,8	267412,2	267412,2	235616,1	17277,1	9122,0	2764,1	345,3	2287,6	-	-	4301,6
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები	90733,6	86432,0	86432,0	54635,9	17277,1	9122,0	2764,1	345,3	2287,6	-	-	4301,6
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები ცენტრალურ დონეზე	76212,3	71913,0	71913,0	54635,9	17277,1	-	-	-	-	-	-	4299,3
შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო	8665,7	8665,7	8665,7	8665,7	-	-	-	-	-	-	-	-
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

დ.საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი	6863,9	4141,7	4141,7	4141,7	-	-	-	-	-	-	-	2722,2
საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი	40925,6	40925,6	40925,6	23648,5	17277,1	-	-	-	-	-	-	-
თავდაცვის სამინისტრო	10402,5	10402,5	10402,5	10402,5	-	-	-	-	-	-	-	-
შინაგან საქმეთა სამინისტრო	3485,5	2069,6	2069,6	2069,6	-	-	-	-	-	-	-	1415,9
იუსტიციის სამინისტრო	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ომის ვეტერანთა დეპარტამენტი	1187,1	1187,1	1187,1	1187,1	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებები</b>	32,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,8
სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტი	32,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,8
მეცნიერების და განათლების სამინისტრო	1395,9	1395,9	1395,9	1395,9	-	-	-	-	-	-	-	-
სხვა	3253,3	3124,9	3124,9	3124,9	-	-	-	-	-	-	-	128,4
სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები რეგიონალურ დონეზე	14521,3	14519,0	14519,0	-	-	9122	2764,1	345,3	2287,6	-	-	2,3
ქ. თბილისის შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური	9122,0	9122,0	9122,0	-	-	9122,0	-	-	-	-	-	-

დაცვის საქალაქო სამსახური												
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო	2766,4	2764,1	2764,1	-	-	-	2764,1	-	-	-	-	2,3-
აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო	345,3	345,3	345,3	-	-	-	-	345,3	-	-	-	
ჯანდაცვის სხვა მუნიციპალური ორგანოები	2641,6	2287,6	2287,6	-	-	-	-	-	2287,6	-	-	354,0-
<b>სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი/ჯსპს</b>	<b>180980,2</b>	<b>180980,2</b>	<b>180980,2</b>	<b>180980,2</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>კერძო სექტორი</b>	<b>1219906,9</b>	<b>74931,7</b>	<b>74931,7</b>	65586,4	-	8102,1	1243,2	-	-	1144405,9	1126386,1	569,3-
სხვა კერძო სადაზღვევო კომპანიები (არასოციალური დაზღვევისათვის)	<b>99396,0</b>	<b>74931,7</b>	<b>74931,7</b>	65586,4	-	8102,1	1243,2	-	-	24464,3	24464,3	-
შინამეურნეობები, ჯიბიდან გადახდები	1101921,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1101921,8	1101921,8	-
არამომგებიანი ინსტიტუტები, რომლებიც ემსახურებიან შინამეურნეობებს	569,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	569,3-
კერძო ფონდები და კორპორაციები	18019,8									18019,8	18019,8	
სხვა დანარჩენი	<b>169081,8</b>	<b>366,4</b>	<b>366,4</b>	-	366,4	-	-	-	-	-	-	168714,6
<b>ჯამი</b>	<b>1660701,7</b>	<b>342710,3</b>	<b>342710,3</b>	<b>301202,5</b>	<b>17643,5</b>	<b>17224,1</b>	<b>4007,3</b>	<b>345,3</b>	<b>2287,6</b>	<b>1144405,9</b>	<b>1126386,1</b>	<b>173585,5</b>

\*საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. 2008 წელი



2007 წლის მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე ფინანსური აგენტის და რეგიონის მიხედვით (%-ული გადანაწილება რეგიონალურ ტრილში)

რეგიონი	მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე	სახელმწიფო სექტორი	სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები (კენჭრალურ დონეზე)	სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები (არა კენჭრალურ დონეზე)	სოციალური დახმავების ერთიანი სახელმწიფო ფონდი/ჯსს	კერძო სექტორი	სხვა კერძო სადახვეწი კომპანიები (არასოციალური დახმავების)	შინამკურნეობები ჯიბიდან გადახდები	სხვა დანარჩენი
აფხაზეთი	100%	27.7%		6.2%	21.4%				72.3%
აჭარა	100%	15.7%		4.8%	10.9%	83.5%	1.5%	81.9%	0.9%
თბილისი	100%	22.9%	4.6%	1.5%	16.8%	63.8%	1.6%	62.2%	13.3%
კახეთი	100%	6.7%	0.0%	0.5%	6.2%	77.3%	0.1%	77.2%	16.0%
იმერეთი	100%	8.5%	0.0%	0.4%	8.1%	91.5%	1.5%	90.0%	0.0%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	100%	8.2%		0.6%	7.6%	87.4%	0.0%	87.3%	4.5%
შიდა ქართლი	100%	9.2%		0.5%	8.7%	90.7%		90.7%	0.1%
ქვემო ქართლი	100%	6.5%	0.0%	0.9%	5.6%	93.4%	0.0%	93.4%	0.1%
გურია	100%	6.8%	0.0%	0.4%	6.4%	92.9%	0.0%	92.9%	0.3%
სამცხე-ჯავახეთი	100%	12.6%		1.2%	11.4%	87.3%		87.3%	0.1%
მცხეთა-მთიანეთი	100%	7.9%		0.7%	7.2%	92.1%	0.0%	92.1%	
რაჭა-ლეჩხუმი	100%	12.2%		1.1%	11.2%	87.8%		87.8%	
უცნობი დანახარჯები	100%	56.0%	55.8%		0.2%	13.3%	13.3%		30.8%
	<b>100%</b>	<b>18.0%</b>	<b>6.2%</b>	<b>1.1%</b>	<b>10.6%</b>	<b>72.9%</b>	<b>2.0%</b>	<b>70.9%</b>	<b>9.2%</b>
ჯამი	<b>1,386,594,738%</b>	<b>249,179,486</b>	<b>86,486,606</b>	<b>15,624,697</b>	<b>147,068,183</b>	<b>1,010,243,163</b>	<b>27,554,792</b>	<b>982,605,015</b>	<b>127,172,089</b>

\*საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. 2007 წელი

დანართი 4

2008 წლის მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე ფინანსური აგენტის და რეგიონის მიხედვით (%-ული გადანაწილება რეგიონალურ ტერიტორიაში)

რეგიონი	მთლიანი მიმდინარე დანახარჯი ჯანდაცვაზე	სახელმწიფო სექტორი	სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები ცენტრალურ დონეზე	სახელმწიფო დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულებები და ორგანიზაციები რეგიონალურ დონეზე	სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი/ჯ.ს.ს	კერძო სექტორი	სხვა კერძო სადაზღვევო კომპანიები (არასოციალური დაზღვევისათვის)	შინამკურნალები, ჯობიდან გადახდები	სხვა დანარჩენი
აფხაზეთი	100%	34.3%		9.0%	25.2%	0.6%	0.6%		65.2%
აჭარა	100%	13.2%		2.2%	11.0%	85.8%	1.5%	84.1%	0.9%
თბილისი	100%	24.6%	5.8%	1.8%	17.1%	70.2%	5.5%	63.3%	5.2%
კახეთი	100%	7.9%	0.1%	0.1%	7.7%	91.6%	0.6%	91.0%	0.5%
იმერეთი	100%	7.9%	0.0%	0.3%	7.5%	92.1%	3.1%	88.2%	0.0%
სამეგრელო-ზემოსვანეთი	100%	8.4%	0.0%	0.2%	8.1%	89.2%	1.2%	80.4%	2.4%
შიდა-ქართლი	100%	13.9%	0.0%	0.0%	13.8%	86.1%	0.2%	85.8%	0.0%
ქვემო-ქართლი	100%	8.3%	0.0%	0.7%	7.5%	91.4%	0.1%	91.3%	0.3%
გურია	100%	7.3%	0.1%	0.6%	6.7%	92.4%	0.3%	92.1%	0.2%
სამცხე-ჯავახეთი	100%	12.4%	0.1%	0.3%	12.1%	87.5%		87.5%	0.1%
მცხეთა-მთიანეთი	100%	8.3%	0.0%	0.3%	8.0%	91.7%	0.4%	91.2%	
რაჭა-ლეჩხუმი	100%	12.1%	0.1%	1.2%	10.8%	87.9%	2.5%	85.4%	0.0%
უცნობი დანახარჯები	100%	21.9%	17.9%		3.9%	23.4%	23.4%		54.7%
	<b>100%</b>	<b>16.4%</b>	<b>4.6%</b>	<b>0.9%</b>	<b>10.9%</b>	<b>73.4%</b>	<b>6.0%</b>	<b>66.3%</b>	<b>10.2%</b>
<b>ჯამი</b>	<b>1,386,594,738%</b>	<b>272,067,809%</b>	<b>76,212,344</b>	<b>14,875,299</b>	<b>180,980,166</b>	<b>1,219,906,937</b>	<b>99,396,024</b>	<b>1,101,921,762</b>	<b>169,080,977</b>

\*საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში. 2008 წელი

ა ნ კ ე ტ ა №1

**პატივცემულო რესპონდენტო!**

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მარკეტინგის კათედრა პროფესორ ნუგზარ თოდუას ხელმძღვანელობით დაინტერესებულია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ბაზრის შესწავლით. ამ საქმეში დახმარების მიზნით, გთხოვთ, უპასუხოთ ქვემოთ ჩამოთვლილ კითხვებს. კითხვართ შერევილი ინფორმაცია გამოყენებული იქნება მხოლოდ აკადემიური მიზნებისათვის. თქვენი გულწრფელი პასუხები დაგვეხმარება ამ სფეროში მიმდინარე პროცესების სწორი ანალიზისათვის.

წინასწარ გიხდით მადლობას დახმარებისათვის.

**I ბლოკი – სამედიცინო მომსახურებისადმი რესპონდენტის ჩართულობა**

**1. რომელი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობთ?**

№	
1	ვსარგებლობ მხოლოდ უფასო სამედიცინო მომსახურებით
2	ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით არ ვსარგებლობ, თუმცა მაქვს ამის შესაძლებლობა
3	ზოგიერთი სამედიცინო პრობლემებისას ვამჯობინებ მიემართო უფასო სამედიცინო დაწესებულებებს, ზოგიერთზე კი ფასიან სამედიცინო დაწესებულებებს.
4	ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით მხოლოდ მაშინ ვსარგებლობ, როცა ანალოგიური უფასო სამედიცინო მომსახურება არ არის
5	ვსარგებლობ მხოლოდ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით
6	უარი პასუხზე

**2. რომელ სამედიცინო მომსახურებას ენდობით ყველაზე მეტად?**

1	უფასოს
2	ფასიანს
3	ორივეს
4	არცერთს
5	არ ვიცი

**3. რა მიზეზი განაპირობებს ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას? (შეგიძლიათ აღნიშნოთ რამდენიმე)**

1	შედარებით ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება
2	მომსახურების მაღალი დონე
3	მომსახურების სისწრაფე
4	სამედიცინო დაწესებულების ხელსაყრელი მდებარეობა
5	სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაცია
6	სამედიცინო დაწესებულების პოპულარობა
7	თანამედროვე სამედიცინო აპარატურა
8	საჭირო სამედიცინო მომსახურების უფასოდ მიღების შეუძლებლობა

**4. რას ნიშნავს თქვენთვის მომსახურების მაღალი ხარისხი? (შეგიძლიათ აღნიშნოთ რამდენიმე)**

1	სწრაფ მომსახურებას
2	ყურადღებიან ურთიერთობას
3	დამატებით მომსახურებას
4	ჩაწერისა და ექიმთან ურთიერთობის შესაძლებლობას ტელეფონით
5	დაწესებულების კარგ ინტერიერს და ექსტერიერს

**II ბლოკი – სამედიცინო მომსახურებისადმი რესპონდენტთა დამოკიდებულების გამოვლენა**

**5. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაწყვეტად რას ანიჭებთ უპირატესობას?**

1	ექიმის კონსულტაციას
2	სამედიცინო ლიტერატურის გაცნობას
3	საკუთარ გამოცდილებას
4	ახლობლების რჩევებს
5	უარი პასუხზე

6. ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებით, ჩვეულებრივ, ვის ან რას მიმართავთ? (გთხოვთ, შეავსოთ თითოეული პოზიცია)

		1	2	3	4
1	ოჯახის წევრებს				
2	მეგობრებს (ახლობლებს)				
3	თანამშრომლებს				
4	ექიმებს				
5	მოდღვარს				
6	საჭმელს				
7	ალკოჰოლს				
8	ნარკოტიკს				

1-ხშირად; 2-დროდადრო; 3-იშვიათად; 4-არასოდეს.

7. წელიწადში, დაახლოებით, რამდენს ხარჯავთ სამედიცინო მომსახურებაზე (მედიკამენტების გარდა) ?

1	100 ლარამდე
2	200 ლარამდე
3	500 ლარამდე
4	1000 ლარამდე
5	1000 ლარზე ზევით
6	უარი პასუხზე

8. თუ შემთხვევით იპოვით (ან გაჩუქებენ) 1000 დოლარს, რაში დახარჯავთ მას?

1	-მოგზაურობაში
2	ჯანდაცვაში

3	გართობაში
4	აზარტულ თამაშებში
5	საცხოვრებელი ბინის რემონტში
6	განათლებაში
7	კვებაში
8	საყიდლებზე
9	შეინახავდით
10	საქმეში ჩადებდით
11.	სხვა

9. ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში თქვენი ურთიერთობის მიზეზია:

1	მკურნალობა
2	გამოკვლევა
3	გასინჯვა/დათვალიერება
4	ანალიზების აღება
5	დისპანსერული დაკვირვება
6	პროფილაქტიკა
7	დოკუმენტების გაფორმება

### III ბლოკი – სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის წყაროების განსაზღვრა

10. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე თქვენი ინფორმირებულობის ხარისხს ?

1	დაბალია
2	საშუალოა
3	მაღალია
4	უარი პასუხზე/ვერ ვაფასებ

**11. რომელია თქვენი ინფორმაციის წყარო, როდესაც ირჩევთ სამედიცინო დაწესებულებასა და მომსახურებას ?**

(ყველაზე მნიშვნელოვანს დაუწერეთ 1, მომდევნოს 2 და ა.შ. მნიშვნელობით ბოლოს 6)

		1	2	3	4	5	6
1	ოჯახის წევრები						
2	ახლობლები/მეგობრები						
3	საკუთარი გამოცდილება						
4	მედიცინის მუშაკები						
5	რეკლამა						
6	ინტერნეტი						

**12. ქვემოთ ჩამოთვლილი სარეკლამო საშუალებებიდან რომელს მიანიჭებდით ყველაზე დიდ უპირატესობას სადაზღვევო კომპანიის შერჩევისას?**

(ყველაზე მნიშვნელოვანს დაუწერეთ 1, მომდევნოს 2 და ა.შ. მნიშვნელობით ბოლოს 6)

№		1	2	3	4	5	6
1	სატელევიზიო რეკლამას						
2	ბეჭდურ რეკლამას (გაზეთი, ჟურნალი, ბროშურები და ა.შ)						
3	რადიო რეკლამას						
4	გარე რეკლამას						
5	რეკლამას სტენდებზე, ფირნიშებზე						
6	რეკლამას ტრანსპორტში						

**IV ბლოკი – გარემოს გაგვლენა მომხმარებლებზე**

**13. როგორ დაახასიათებდით სამედიცინო მომსახურების გარემოს საქართველოში? (გთხოვთ, მნიშვნელობის ზრდადობის მიხედვით მიანიჭოთ რანგი 1-დან 5-მდე)**

№	ფაქტორები	რანგი				
		1	2	3	4	5
1	უმეტეს შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებები იღებენ პასუხისმგებლობას თავიანთ მომხმარებლებზე					
2	დაწესებულებების უმეტესობას უფრო აინტერესებს მოგება, ვიდრე მომხმარებელთა დაკმაყოფილება					
3	რეკლამა სასარგებლოა მომხმარებელთა ინფორმირებულობისათვის					
4	რეკლამაში მოყვანილი ინფორმაციის უმეტესობა დამაჯერებელია					
5	იმის გამო, რომ რეკლამით შემოთავაზებული მომსახურება და შესაბამისი მესიჯი ხშირად მაცდურია, მომხმარებელი ვერ ღებულობს გონივრულ გადაწყვეტილებებს					
6	საზოგადოდ, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შემოთავაზებული მომსახურების ხარისხი უარესდება					
7	საზოგადოდ, უკმაყოფილო ვარ მომსახურების ხარისხით					
8	მომსახურების ფართო ასორტიმენტი მომხმარებელს არჩევანის საშუალებას აძლევს					
9	თუ რეკლამის რაოდენობა შემცირდება, ეს მომხმარებლისთვის უკეთესი იქნება					

**14. თქვენი აზრით, რომელია საქართველოში ინვესტირებისათვის ყველაზე უფრო მიმზიდველი სფერო ? (გთხოვთ, აღნიშნოთ, არუმეტეს 2 პოზიცია)**

1	პროდუქციის წარმოება
2	ტურიზმი
3	ვაჭრობა
4	მშენებლობა
5	ჯანდაცვა
6	განათლება
7	საზოგადოებრივი მომსახურება



15. საქართველოში რამდენად კომფორტულია სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის პირობები (სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, კვება, სტაციონარში მიღების პირობები და ა.შ.)

1	კომფორტულია
2	საშუალოა
3	ცუდია
4	უარი პასუხზე/ვერ ვაფასებ

16. სარგებლობთ თუ არა სამედიცინო მომსახურებით საცხოვრებელი მდებარეობით?

1	დიახ, ვსარგებლობ ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით
2	დიახ, ვსარგებლობ უფასო სამედიცინო მომსახურებით
3	არა არ ვსარგებლობ

**V ბლოკი – ფასიანი სამედიცინო მომსახურების შექმნის ძირითადი ტენდენციებისა და მახასიათებლების განსაზღვრა**

17. რამდენად ხშირად მიმართავთ ფასიან სამედიცინო მომსახურებას?

1	აუცილებლობისთანავე
2	ხშირად
3	თვეში ერთხელ
4	კვარტალში ერთხელ
5	ექვსთვეში ერთხელ
6	წელიწადში ერთხელ
7	იშვიათად

18. უფრო ხშირად რომელი სახის ფასიანი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობთ?

1	სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ფასიანი მომსახურებით
2	კომერციული სამედიცინო დაწესებულებებით
3	კერძო ექიმით
4	შერეული სახის

19. როგორია ფასების დონე ამ დაწესებულებებში?

1	დაბალი
2	საშუალო
3	მაღალი

20. მისაღებია თუ არა ეს ფასები თქვენთვის?

1	დიახ
2	არა

21. ბოლო ერთი წლის მანძილზე ყველაზე ხშირად რომელ ექიმს მიმართეთ?  
(შეგიძლიათ აღნიშნოთ რამდენიმე)

1	ალერგოლოგს
2	გინეკოლოგს
3	ოფთალმოლოგს
4	სტომატოლოგს
5	თერაპევტს
6	პედიატრს
7	კარდიოლოგს
8	ნერვოპათოლოგს
9	უროლოგს
10	ქირურგს

22. რომელი სამედიცინო მომსახურების შექენა სურთ რესპოდენტებს ყველაზე მეტად?

1	ალერგოლოგის
2	გინეკოლოგის
3	ოფთალმოლოგის
4	სტომატოლოგის
5	თერაპევტის
6	პედიატრის
7	კარდიოლოგის
8	ნერვოპათოლოგის
9	უროლოგის
10	ქირურგის

23. როგორ იხდით სამედიცინო მომსახურების საფასურს? (შეგიძლიათ აღნიშნოთ რამდენიმე)

1	საღაროს მეშვეობით
2	უშუალოდ ექიმთან
3	უნაღდო ანგარიშსწორებით
4	სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით

24. გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა?

1	დიახ
2	არა

25. რომელ კომპანიაში ხართ დაზღვეული? (მიუთითეთ)

---

26. სამედიცინო დაწესებულების შერჩევისას, თქვენთვის რა უფრო მნიშვნელოვანია? (ყველაზე მნიშვნელოვანს დაუწერეთ 1, მომდევნოს 2 და ა.შ. მნიშვნელობით ბოლოს 11)

	ფაქტორი	რანგი												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	შემოთავაზებული მომსახურების													

	უნიკალობა																		
2	შემოთავაზებული მომსახურების ხარისხი																		
3	შემოთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება																		
4	სამედიცინო დაწესებულების ადგილმდებარეობა																		
5	სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაცია და პოპულარობა																		
6	მომსახურების ფასები და ფასდაკლებები																		
7	ფულადი გადახდის ფორმები																		
8	დაზღვევის არსებობა																		
9	ექიმების პროფესიონალიზმი																		
10	მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მიღების ხელმისაწვდომობა																		
11	სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობის კომფორტულობა																		

27. თქვენს ოჯახში ვინ ღებულობს გადაწყვეტილებას სამედიცინო მომსახურების შეძენის თაობაზე ? (შეგიძლიათ აღნიშნოთ რამდენიმე)

1	თვითონ (მე)
2	მეუღლე
3	მშობლები
4	შვილები
5	თითოეული მათგანი

28. გაკმაყოფილებთ თუ არა ფასიანი სამედიცინო მომსახურება?

1	მთლიანად მაკმაყოფილებს
2	მაკმაყოფილებს
3	საშუალოდ მაკმაყოფილებს
4	სრულებით არ მაკმაყოფილებს

29. თუ სრულებით არ გაკმაყოფილებთ ფასიანი სამედიცინო მომსახურება?  
(გთხოვთ აღნიშნოთ, რა არ გაკმაყოფილებთ)

1	სასურველი შედეგებისადმი ინტერესის უქონლობა
2	სპეციალისტების მუშაობის განრიგი
3	სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონე
4	ურთიერთობა
5	მომსახურების ფასი
6	პაციენტის დახმარების გულწრფელი სურვილი
7	საქმისადმი არაფორმალური ურთიერთობა
8	დიაგნოსტიკური მკურნალობის მეთოდების ადეკვატურობა

30. რამდენად გაკმაყოფილებთ სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ხარისხი?  
(გთხოვთ, აღნიშნოთ X-ით)

	დაწესებულებები	1	2	3	4	5
1	პოლიკლინიკა					
2	სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულება					
3	საავადმყოფო					
4	ბავშვთა საავადმყოფო					
5	ჰოსპიტალი					
6	დისპანსერი					
7	ამბულატორია					
8	სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი					
9	საკონსულტაციო დიაგნოსტიკური ცენტრი					
10	სასწრაფო დახმარება					
11	სანატორიუმი					
12	ექიმის გამოძახება სახლში					
13	საოჯახო ექიმი					

1- სრულად მაკმაყოფილებს; 2-მაკმაყოფილებს; 3-საშუალოა; 4—დაბალია;  
5-სრულიად არ მაკმაყოფილებს

31. რომელი პრობლემებია პირველ რიგში გადასატრელები ჯამრთელობის დაცვის სფეროში? (გთხოვთ, აღნიშნოთ 3 ვარიანტი)

1	წამლის საშუალებებით უზრუნველყოფა
2	სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა
3	სამედიცინო მომსახურების ხარისხი
4	მალაქტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა
5	სამკურნალო დაწესებულებების უზრუნველყოფა თანამედროვე მოწყობილობებით
6	წამლებზე ხელმისაწვდომი ფასები
7	ავადმყოფობის პროფილაქტიკა
8	ჯანსაღი ცხოვრების პროპაგანდა
9	საოჯახო მედიცინა
10	სამედიცინო მომსახურების სფეროში მარკეტინგული კვლევების ჩატარება
11	პროფესიონალი ექიმების დეფიციტი
12	წამლების ვიწრო ასორტიმენტი
13	სამედიცინო მომსახურების შეუსაბამოდ მაღალი ფასები
14	სამედიცინო მომსახურების შეუსაბამოდ დაბალი ფასები
15	სამედიცინო მომსახურების ვიწრო ასორტიმენტი
16	კონფიდენციალობის დაცვა (დოკუმენტაციის, პაციენტის ანონიმურობის და ა.შ.)
17	ინფორმაციული უზრუნველყოფა

**VI ბლოკი – სამედიცინო დაწესებულებების ცნობადობისა და პოპულარობის რეიტინგი**

32. თქვენი აზრით, საქართველოში რომელი სამედიცინო დაწესებულებაა ყველაზე ცნობილი და რომელია მათ შორის საუკეთესო?

(ცნობადობა, შეგიძლიათ აღნიშნოთ 1–დან 5–მდე, ხოლო რეიტინგს მიანიჭოთ რანგი 1–დან 12 –მდე მნიშვნელობის ზრდადობის მიხედვით)

	სამედიცინო დაწესებულება	ცნობადობა				
		1	2	3	4	5

1	ღუღუშაურის კლინიკა												
2	რესპუბლიკური საავადმყოფო												
3	№1 საავადმყოფო (არამიანცის)												
4	თოდუას ცენტრი												
5	დასავლეთ საქართველოს ეროვნული სამედიცინო ცენტრი (ქუთაისი)												
6	ჯო-ენის სამედიცინო ცენტრი												
7	ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო (იაშვილის)												
8	მე-9 საავადმყოფო												
9	მიხაილოვის საავადმყოფო												
10	გორის ჰოსპიტალი												
11	საჩხერის საავადმყოფო												
12	ქ.თბილისის რკინიგზის საავადმყოფო												

	სამედიცინო დაწესებულება	რეიტინგი											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ღუღუშაურის კლინიკა												
2	რესპუბლიკური საავადმყოფო												
3	№1 საავადმყოფო (არამიანცის)												
4	თოდუას ცენტრი												
5	დასავლეთ საქართველოს ეროვნული სამედიცინო ცენტრი (ქუთაისი)												
6	ჯო-ენის სამედიცინო ცენტრი												
7	ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფო (იაშვილის)												
8	მე-9 საავადმყოფო												
9	მიხაილოვის საავადმყოფო												
10	გორის ჰოსპიტალი												
11	საჩხერის საავადმყოფო												
12	ქ.თბილისის რკინიგზის საავადმყოფო												

33. რითაა თქვენს მიერ შერჩეული დაწესებულებები საუკეთესო? (მიუთითეთ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი)

1	კარგი მომსახურების გამო
2	ადგილმდებარეობის გამო
3	ექიმების პროფესიონალიზმის გამო
4	დაზღვევის გამო
5	ფასების გამო

34. რომელ სამედიცინო დაწესებულებას მიმართეთ ბოლო 1 წლის განმავლობაში?

1	ღუღუშაურის კლინიკას
2	რესპუბლიკურ საავადმყოფოს
3	№1 საავადმყოფოს (არამიანცხს)
4	თოღუას ცენტრს
5	დასავლეთ საქართველოს ეროვნული სამედიცინო ცენტრს (ქუთაისი)
6	ჯო-ენის სამედიცინო ცენტრს
7	ბავშვთა რესპუბლიკური საავადმყოფოს (იაშვილის)
8	მე-9 საავადმყოფოს
9	მისაილოვის საავადმყოფოს
10	გორის პოსპიტალს
11	სანხერის საავადმყოფოს
12	ქ.თბილისის რკინიგზის საავადმყოფოს
13	სხვა

35. რატომ აირჩიეთ ეს კლინიკა? (მიუთითეთ ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი)

1	დაზღვევის გამო
2	მკურნალი ექიმის გამო
3	პირადი გამოცდილებიდან გამომდინარე
4	ადგილმდებარეობის გამო
5	ფასის გამო
6	სხვა

36. შეგიძლიათ შეცვალოთ სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც ყოველთვის მიმართავდით?



1	დიახ
2	არა

37. კმაყოფილი ხართ თუ არა იმ სამედიცინო დაწესებულებით, სადაც დადიხართ?

1	დიახ
2	არა

38. არსებობს თუ არა ისეთი სამედიცინო მომსახურება, რომლის გადახდაც შეგიძლიათ, მაგრამ ვერ გთავაზობენ?

1	დიახ
2	არა

39. როგორ შეაფასებდით საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალს? (გთხოვთ, აღნიშნოთ X-ით)

	კრიტერიუმები	1	2	3	4	5
1	პროფესიული რჩევები					
2	მანიპულაციების და პროცედურების მკაფიოდ შესრულება					
3	დისციპლინირება					
4	პასუხისმგებლობის გრძნობა					
5	ოპერატიულობა					
6	კომუნიკაცია					
7	პაციენტის რწმენა ქართველი მედიცინის მუშაკებისადმი					
8	ევალიფიკაცია					
9	მომსახურების ხარისხი					
10	იმიჯი					
11	პრობლემებისადმი ინტერესი					

1- ძალიან მაღალია; 2- მაღალია; 3-საშუალოა; 4-დაბალია; 5-ძალიან დაბალია

**VII ბლოკი – საოჯახო სამედიცინო მომსახურებისადმი  
მომხმარებელთა დამოკიდებულება**

40. სარგებლობთ თუ არა საოჯახო სამედიცინო მომსახურებით?

1	დიახ
2	არა

41. რამდენის გადახდა შეგიძლიათ წელიწადში საოჯახო სამედიცინო მომსახურებაზე?

1	100 ლარამდე
2	200 ლარამდე
3	500 ლარამდე
4	500 ლარზე მეტის
5	შესაძლებლობა არ მაქვს
6	უარი პასუხზე

42. სარგებლობთ თუ არა თქვენი უბნის პოლიკლინიკის მომსახურებით?

1	დიახ
2	არა

43. 5 ბალიანი სკალის მიხედვით როგორ შეაფასებდით თქვენი უბნის პოლიკლინიკის შემდეგ მაჩვენებლებს? (გთხოვთ, მნიშვნელობის ზრდადობის მიხედვით მიანიჭოთ რანგი 1-დან 5-მდე)

	მაჩვენებლები	რანგი				
		1	2	3	4	5
1	ექიმების კვალიფიკაცია					
2	სამედიცინო აღჭურვილობის და ტექნოლოგიის ხარისხი					

3	სისუფთავე					
4	დამხმარე პერსონალის მომზადება					
5	საუკეთესო სერთიფიცირებული სამედიცინო მასალების და მედიკამენტების გამოყენება					
6	მკურნალობის ხარისხი					

**VIII ბლოკი – მომხმარებელთა სოციალურ– დემოგრაფიული მახასიათებლები**

**44. სქესი**

1	მდედრობითი
2	მამრობითი

**45. ასაკი**

1	20-24
2	25-34
3	35-54
4	55-ზე ზევით

**46. განათლება**

1	საშუალო
2	სპეციალური პროფესიული
3	დაუმთავრებელი უმაღლესი (სტუდენტი)
4	უმაღლესი

**47. სად მუშაობთ?**

1	სახელმწიფო სექტორში
2	კერძო სექტორში დაქირავებული
3	საერთაშორისო ორგანიზაციაში
4	მაქვს საკუთარი ბიზნესი
5	სხვა

**48. რომელ სოციალურ კატეგორიას მიეკუთვნებით?**

1	მუშა
2	სამხედრო მოსამსახურე
3	სპეციალისტი
4	მეწარმე
5	უმუშევარი
6	სტუდენტი
7	ხელმძღვანელი (მენეჯერი)
8	პენსიონერი
9	დიასახლისი
10	უარი პასუხზე

**49. თქვენი ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი**

1	100 ლარამდე
2	100-500 ლარი
3	500-700 ლარი
4	700-1000 ლარი
5	1000-ზე მეტი ლარი
6	უარს ამბობს პასუხის გაცემაზე

რესპონდენტის სახელი, გვარი \_\_\_\_\_

ტელ. ნომერი \_\_\_\_\_

გმადლობთ თანამშრომლობისათვის.

ანკეტა №2

**პატივცემულო მომხმარებელო!**

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მარკეტინგის კათედრა პროფესორ ნუგზარ თოდუას ხელმძღვანელობით დაინტერესებულია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების განვითარების საკითხების შესწავლით. ამ საქმეში წვლილის შეტანის მიზნით, გთხოვთ დაგვეხმაროთ და ყურადღებით შეავსოთ ანკეტაში მოცემული კითხვები.

წინასწარ გიხდით მადლობას.

სამედიცინო მომსახურების შექმნისას რომელს ანიჭებთ უპირატესობას?

/დასვით ნიშანი „ > “, „ = “ ან „ < “ ნიშანი /

1. კომპანიის იმიჯი  მომსახურების ხარისხი
2. კომპანიის იმიჯი  მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია (ბაზარზე მუშაობის გამოცდილება)
3. კომპანიის იმიჯი  მომსახურების ფასი
4. კომპანიის იმიჯი  შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება
5. კომპანიის იმიჯი  კომპანიის ცნობადობა
6. კომპანიის იმიჯი  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა
7. მომსახურების ხარისხი  მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია
8. მომსახურების ხარისხი  მომსახურების ფასი
9. მომსახურების ხარისხი  შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება
10. მომსახურების ხარისხი  კომპანიის ცნობადობა
11. მომსახურების ხარისხი  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა
12. მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია  მომსახურების ფასი

13. მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია  შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება
14. მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია  კომპანიის ცნობადობა
15. მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა
16. მომსახურების ფასი  შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება
17. მომსახურების ფასი  კომპანიის ცნობადობა
18. მომსახურების ფასი  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა
19. შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება  კომპანიის ცნობადობა
20. შეთავაზებული მომსახურების მრავალფეროვნება  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა
21. კომპანიის ცნობადობა  მარკეტინგულ ღონისძიებათა ეფექტურობა

რესპონდენტის სახელი, გვარი \_\_\_\_\_

ტელ. ნომერი \_\_\_\_\_

გმადლობთ თანამშრომლობისათვის.