

საქართველოში  
ჯანმრთელობის დაცვისა  
და ზრუნვის სფეროებში  
მუნიციპალიტეტების  
პოლიტიკის, სერვისების  
მიწოდებისა და დაფინანსების  
მექანიზმების არსებული  
პრაქტიკის შეფასება





კვლევა მომზადდა საქართველოს ზრუნვის პლატფორმისა და კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის მხარდაჭერით პროექტის „პოლისტური ზრუნვისა და რეაბილიტაციის მოდელების განვითარება საქართველოში“, რომელსაც აფინანსებს გერმანული ფონდი „პური მსოფლიოსათვის“ (BfWD)

## კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია შეისწავლოს საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის სფეროებში ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების პოლიტიკის, სერვისების მიწოდებისა და დაფინანსების მექანიზმების არსებული პრაქტიკა, წარმოაჩინოს შესაძლო ხარვეზები და მოცემული სერვისების განვითარების შემაფერხებელი გარემოებები, ადვოკატირება გაუწიოს სუბსიდიარობის პრინციპის განვითარებას და წარმოადგინოს პრობლემების გადაწყვეტის შესაძლებლობები და გზები.

სუბსიდიარობის მიხედვით, ძალაუფლება განხორციელებული უნდა იყოს მმართველობის იმ დონეზე, რომელიც ყველაზე უფრო ახლოს არის მოქალაქეებთან. წამგებიანია იმ კომპეტენციათა კონცენტრაცია ცენტრალურ ხელისუფლებაში, რომლებიც ადგილობრივ დონეზე უკეთ აღსრულებდნენ. მეორე მხრივ, თუ გარკვეული უფლებამოსილებანი ცენტრალურ დონეზე უფრო ეფექტიანად ხორციელდება, მაშინ ისინი ცენტრალურ ორგანოებს უნდა ეკუთვნოდეს.

სუბსიდიარობის პრინციპი არის გარანტია, რომ საჯარო პოლიტიკა ხელისუფლების ყველა დონეზე იქნება წარმატებული და მის განხორციელებაში მოსახლეობის დიდი მასები მიიღებენ მონაწილეობას. თუმცა, სუბსიდიარობის იდეას მეორე მხარეც აქვს. ეს არის ადგილობრივი ხელისუფლების შესაძლებლობა - რამდენად ეფექტიანად და წარმატებით შეუძლია მას განხორციელოს საკუთარი კომპეტენციები. კომპეტენციათა სუბსიდიარობა ადგილობრივი თვითმმართველობისგან მოითხოვს კვალიფიციურ მოხელეებსა და ადეკვატურ ფინანსურ უზრუნველყოფას.

სუბსიდიარობის პრინციპის დამკვიდრება სახელმწიფო ძალაუფლების დეცენტრალიზაციით უნდა მოხდეს. ქართული კანონმდებლობა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს აძლევს უფლებას, შეიმუშაონ, დააფინანსონ და განხორციელონ ადგილობრივი განვითარების პროგრამები, მართონ ადგილობრივი მნიშვნელობის საჯარო საქმეები. ასევე, საქართველოს მთავრობამ ადგილობრივ ორგანოებს გადასცა გარკვეული კომპეტენციები, რომელთა განხორციელებაც ადგილობრივ დონეზეა უპრიანი.

ხელისუფლების ადგილობრივ ორგანოებს კანონის ფარგლებში აქვთ სრული თავისუფლება, განხორციელონ თავიანთი ინიციატივა ნებისმიერი საკითხის მიმართ, რომელიც არ გამოირიცხება მათი კომპეტენციიდან ან რომელიც მინიჭებული არა აქვს ხელისუფლების რომელიმე სხვა ორგანოს.

ადგილობრივი თვითმმართველობა ნიშნავს ხელისუფლების ადგილობრივი ორგანოების უფლებასა და შესაძლებლობას, კანონის ფარგლებში მოაწესრიგონ და მართონ საზოგადოებრივი საქმეების მნიშვნელოვანი წილი მათი პასუხისმგებლობით და ადგილობრივი მოსახლეობის ინტერესების შესაბამისად.

თვითმმართველობის არსებობა ადგილობრივი დემოკრატიის ფუძემდებლური პრინციპია. იგი გულისხმობს მოქალაქის უფლებასა და პასუხისმგებლობას, მონაწილეობა მიიღოს იმ საკითხების გადაწყვეტაში, რაც უშუალოდ მას და მის საცხოვრებელ არეალს ეხება. შესაბამისად, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები მაქსიმალურად ახლოს უნდა იდგნენ მოსახლეობასთან და იცავდნენ მათ ინტერესებს.

### **თვითმმართველობა ეფექტიანია, როდესაც ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლება აქტიურად თანამშრომლობენ მოსახლეობის საკეთილდღეოდ.**

ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფს ეროვნული ინტერესების დაცვას საჯარო მომსახურების იმ სფეროებში, რომლებიც ადგილობრივი ხელისუფლების კომპეტენციაში შედის. ამ სფეროებში ცენტრალური ხელისუფლების პასუხისმგებლობა ერთიანი სტანდარტების შემოღებით შემოიფარგლება. ასეთი სტანდარტების შემოღება და მათი შესრულების კონტროლი არანაირად არ უნდა ზღუდავდეს ადგილობრივი თვითმმართველობის კანონიერ უფლებებს. ცენტრალურმა ხელისუფლებამ მაქსიმალურად უნდა უზრუნველყოს თვითმმართველობის ორგანოები ამ სტანდარტების მიღწევისათვის საჭირო ფინანსური თუ სხვა სახის რესურსებით.

წარმოდგენილი კვლევა ეფუძნება, მიმდინარე პერიოდში, თვითმმართველი ერთეულების მიერ ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სფეროებში განხორციელებული პროგრამების დაფინანსების ანალიზს, ასევე მათთან ურთიერთკავშირში მყოფი სახელმწიფო ბიუჯეტის შესაბამის ასიგნებების შესწავლასა და მოცემულ სფეროში არსებული საკანონმდებლო ბაზისა და აქედან გამომდინარე, მუნიციპალიტეტების მოქმედების სამართლებრივი შესაძლებლობების შეფასებას.

## თავი I

# სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტიდან ზრუნვისა და ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დაფინანსების საკანონმდებლო საფუძვლები და შესაძლებლობები

სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების მმართველობის ორგანოების მიერ განსახორციელებელი პროგრამების/ღონისძიებების ფინანსური უზრუნველყოფა ხორციელდება შესაბამისი დონის ბიუჯეტებიდან.

სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტების პროექტების მომზადების, განხილვის, დამტკიცების, ბიუჯეტების შესრულების, ანგარიშგებისა და კონტროლის წესებს, აგრეთვე, საქართველოს ცენტრალური, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი ხელისუფლებების და ამ ხელისუფლებების ორგანოების მიერ შექმნილი/დაფუძნებული იურიდიული პირების საბიუჯეტო ურთიერთობებსა და პასუხისმგებლობას არეგულირებს საქართველოს საბიუჯეტო კოდექსი.

საბიუჯეტო კოდექსის მეორე მუხლის მიხედვით საქართველოს საბიუჯეტო სისტემა არის საქართველოს ცენტრალური, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი ხელისუფლებების ფუნქციების შესასრულებლად ფულადი სახსრების მობილიზებისა და გამოყენების მიზნით სამართლებრივი აქტებით რეგულირებული საბიუჯეტო ურთიერთობათა ერთობლიობა.

საბიუჯეტო კოდექსის საფუძველზე, დასაგეგმი წლის ბიუჯეტების პროექტებს მომზადებას ახორციელებენ სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების აღმასრულებელი ორგანოები, ხოლო შესაბამისი სამართლებრივი აქტების სახით ამტკიცებენ შესაბამისი წარმომადგენლობითი ორგანოები:

- საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტს ამტკიცებს საქართველოს პარლამენტი (ნორმატიული აქტის სახე - საქართველოს კანონი);
- ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკურ ბიუჯეტებს ამტკიცებენ, შესაბამისად, აჭარისა და აფხაზეთის უმაღლესი საბჭოები (ნორმატიული აქტის სახე - ავტონომიური რესპუბლიკის კანონი);
- ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტებს ამტკიცებენ, შესაბამისი ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების საკრებულოები (ნორმატიული აქტის სახე - საკრებულოს დადგენილება).

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობების წარმომადგენლობითი და აღმასრულებელი ორგანოების მიერ განსახორციელებელი პროექტების/ღონისძიებების დასაფინანსებლად სახსრების გათვალისწინება ხორციელდება შესაბამისი ბიუჯეტებში და აღნიშნული ნორმატიული აქტები წარმოადგენენ მათ მიერ მობილიზებული სახსრების განკარგვის ძირითად საფუძველებს.

ამასთან, საბიუჯეტო კოდექსი ადგენს საბიუჯეტო სისტემის ძირითად პრინციპებს და საბიუჯეტო პროცესს.

საბიუჯეტო სისტემის ძირითადი პრინციპებია (საბიუჯეტო კოდექსის მე-4 მუხლის პირველი პუნქტი):

- „1. საქართველოს საბიუჯეტო სისტემის თითოეულმა მონაწილემ საბიუჯეტო პროცესის ყველა ეტაპზე უნდა დაიცვას შემდეგი პრინციპები:
  - ა) ყოვლისმომცველობა - ბიუჯეტის ყველა შემოსულობის, გადასახდელისა და ნაშთის ცვლილების სრულყოფილად ასახვა შესაბამისი ბიუჯეტებში;
  - ბ) გამჭვირვალობა - ბიუჯეტების პროექტების წარმომადგენლობით ორგანოებში განხილვის პროცედურების საჯაროობა საზოგადოებისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებისათვის; დამტკიცებული ბიუჯეტებისა და მათი შესრულების შესახებ ანგარიშების გამოქვეყნება; ბიუჯეტის შესახებ ინფორმაციის (გარდა საიდუმლო ინფორმაციისა) ხელმისაწვდომობა ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირისათვის;

- გ) ანგარიშგაღებულება - საბიუჯეტო პროცესის ყველა მონაწილის პასუხისმგებლობა მის მიერ განხორციელებულ საქმიანობაზე და ბიუჯეტის შესახებ წარდგენილ ინფორმაციაზე;
- დ) დამოუკიდებლობა - საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ბიუჯეტებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტების დამოუკიდებლობა, რომელსაც უზრუნველყოფს საკუთარი შემოსულობები და ნაშთი, აგრეთვე, საკუთარი გადასახდელების დამოუკიდებლად განსაზღვრის უფლება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად;
- ე) ერთიანობა - საქართველოს ცენტრალური, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი ხელისუფლებების მიერ საერთო საფუძვლით, ერთიანი საბიუჯეტო კლასიფიკაციით, აღრიცხვის ერთიანი სისტემით, სახელმწიფო ფინანსური კონტროლის ერთიანი პრინციპებით ხელმძღვანელობა;
- ვ) უნივერსალობა - ბიუჯეტის ყველა შემოსულობის მიმართვა საერთო გადასახდელების დასაფინანსებლად, გარდა ამ კოდექსით განსაზღვრული შემთხვევებისა. ამასთანავე, არც ერთი შემოსულობა, გარდა დონორების მიერ დაფინანსებული შემოსულობებისა, არ უნდა იქნეს მიმართული მიზნობრივად, კონკრეტული გადასახდელის დასაფინანსებლად. საბიუჯეტო ორგანიზაციის მიერ მიღებული შემოსულობების შენარჩუნება თავისი მიზნებისათვის დაუშვებელია, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა საბიუჯეტო ორგანიზაცია არის საჯარო სამართლის იურიდიული პირი ან/და არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი;
- ზ) კონსოლიდირება - ყველა დონის ბიუჯეტების შემოსულობებისა და გადასახდელების სახელმწიფო ხაზინის ერთიანი ანგარიშის სისტემაში მოქცევა, გადასახდელების გადახდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, სახელმწიფო ხაზინის ერთიანი ანგარიშის სისტემის ანგარიშების მართვა სახელმწიფო ხაზინის მიერ და მათი განთავსება საქართველოს ეროვნულ ბანკში ან/და სხვა საბანკო დაწესებულებებში.“

საბიუჯეტო სისტემის წარმოდგენილი პრინციპებიდან, კვლევის მიზნებისთვის განსაკუთრებით საყურადღებოა „დამოუკიდებლობა“ და „ერთიანობა“ პრინციპები, რომელთაგან დამოუკიდებლობის პრინციპი გულისხმობს შესაბამისი დონის აღმასრულებელი და წარმომადგენლობითი ორგანოების დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების უფლებას, მათ მიერ განსახორციელებელი პროგრამებისა და პროექტების საბიუჯეტო დაფინანსების საკითხში, ხოლო ერთიანობის პრინციპი გულისხმობს მათ მიერ საერთო საფუძვლებით ხელმძღვანელობას, ერთიანი საბიუჯეტო კლასიფიკაციით, აღრიცხვის ერთიანი სისტემით, სახელმწიფო ფინანსური კონტროლის ერთიანი პრინციპებით ხელმძღვანელობას. გამომდინარე აქედან, საბიუჯეტო კლასიფიკაცია ყველა დონის ბიუჯეტისათვის ერთიანია და საბიუჯეტო კოდექსის მერვე მუხლის მე-2 პუნქტის საფუძველზე მტკიცდება საქართველოს ფინანსთა მინისტრის ბრძანებით (საქართველოს ფინანსთა მინისტრის 2010 წლის 25 აგვისტოს N672 ბრძანება). საბიუჯეტო კლასიფიკაცია მოიცავს შემოსავლების, ხარჯების ეკონომიკურ, ხარჯებისა და არაფინანსური აქტივებით ოპერაციების ფუნქციონალურ, არაფინანსური აქტივებისა და მათზე ოპერაციების, ფინანსური აქტივებისა და ვალდებულებების და მათზე ოპერაციების კლასიფიკაციებს, აგრეთვე პროგრამულ კლასიფიკაციას. პროგრამული კლასიფიკაცია არის პრიორიტეტების, პროგრამების/ქვეპროგრამების ერთობლიობა და განისაზღვრება ბიუჯეტით. საქართველოს სახელმწიფო და ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ბიუჯეტებისათვის პროგრამული კლასიფიკაცია, ასევე, მოიცავს მხარჯავ დაწესებულებებს და შესაბამისად, საერთო-სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის და საერთო-რესპუბლიკური მნიშვნელობის გადასახდელებს.

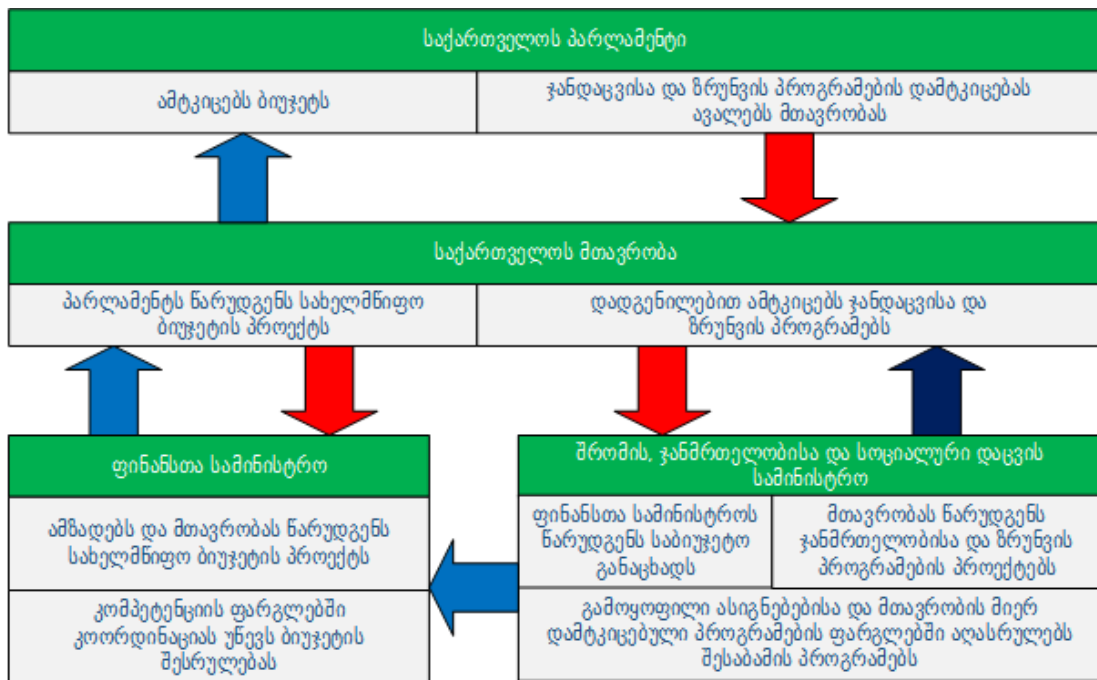
კვლევის მიზნებისათვის საინტერესო პროგრამების/დონისძიებების ასიგნებები ყველა დონის ბიუჯეტებში, ძირითად წარმოდგენილია ხარჯების ეკონომიკური კლასიფიკაციის „სოციალური უზრუნველყოფის“ მუხლში (სოციალური უზრუნველყოფა არის ტრანსფერი ფულადი ან სასაქონლო ფორმით, რომელიც ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მისი გარკვეული ნაწილის სოციალური რისკებისგან დაცვის მიზნით. აღნიშნული თანრიგები შესაძლებელია მოიცავდეს მსგავსი შინაარსის დახმარებებს (სოციალურ ტრანსფერებს). იმ შემთხვევაში, თუ სოციალური ტრანსფერის მიძღვრება წარმოადგენს დასაქმებულს, რომელიც თავისი შემოსავლიდან ახორციელებს შენატანებს სოციალური გადასახადის სახით და შესაბამისად, ავტომატურად ხდება სადაზღვევო სქემის მონაწილე, მაშინ აღნიშნული ტრანსფერი წარმოადგენს სოციალურ დაზღვევას, ხოლო ყველა ის სოციალური ტრანსფერი, რომელიც სადაზღვევო სქემაში მონაწილეობის გარეშე გაიცემა ბენეფიციარებზე, განიხილება როგორც სოციალური დახმარება), ხოლო ბიუჯეტის ფუნქციონალური კლასიფიკაციის მიხედვით წარმოდგენილია „707 ჯანმრთელობის დაცვა“ კოდში (რომელიც მოიცავს: სამედიცინო პროდუქციის, მოწყობილობებისა და აპარატურის, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების მომსახურების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების, ჯანმრთელობის სფეროში გამოყენებითი კვლევების მომსახურების და ჯანმრთელობის სფეროში სხვა არაკლასიფიცირებული საქმიანობის ხარჯებს) და „710 სოციალური დაცვა“ კოდში (რომელიც მოიცავს: ავადმყოფთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის, ხანდაზმულთა სოციალური დაცვის, მარჩენალდაკარგულ პირთა სოციალური დაცვის და ოჯახებისა და ბავშვების სოციალური დაცვის, საცხოვრისით უზრუნველყოფის ხარჯებს, ასევე, მოიცავს სოციალური გაუცხოვების საკითხებს, რომელიც არ ექვემდებარება კლასიფიცირებას და სხვა არაკლასიფიცირებული საქმიანობის ხარჯებს სოციალური დაცვის სფეროში).

ხარჯებისა და გადასახდელების ერთიანი კლასიფიკაცია იძლევა სხვადასხვა დონის ბიუჯეტების კონსოლიდირების საშუალებას, ასევე, დაინტერესებული პირისთვის აადვილებს მისთვის საინტერესო საკითხების მიგნებად-

ბას და შესაბამისად, ხელს უწყობს ბიუჯეტების გამჭვირვალობას. ამასთან, საქართველოს სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ბიუჯეტებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტების შესაბამისი ხარჯების შესწავლის საფუძველზე შეიძლება ვთქვათ, რომ არსებული საბიუჯეტო კლასიფიკაციის შემოსუნიერებული მუხლები თითქმის დონისძიებების დონეზე ითვალისწინებს ქვეყანაში არსებულ პრაქტიკას. საბიუჯეტო კლასიფიკაციის გაცნობისას შესაძლებლობა გვეძლევა მივიღოთ ინფორმაცია თუ რა ძირითადი მიმართულებები ფინანსდება სახელმწიფო, ავტონომიური და ადგილობრივი სახსრებიდან ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სფეროებში (თუმცა, ვინაიდან აღრიცხვა ერთიანია, მათი გამიჯვნა ბიუჯეტის დონეების მიხედვით, მხოლოდ კლასიფიკაციაზე დაყრდნობით შეუძლებელია).

**სახელმწიფო ცენტრალური ხელისუფლების ისევე, როგორც ყველა სხვა დონის ხელისუფლების შემთხვევაში ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების მთავარ საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს კონსტიტუცია: მუხლი 15, პუნქტი პირველი:** „1. სიცოცხლე ადამიანის ხელშეუვალი უფლებაა და მას იცავს კანონი“; მუხლი 36, პუნქტი 2: „სახელმწიფო ხელს უწყობს ოჯახის კეთილდღეობას“; მუხლი 37, პუნქტი 1: „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილი უფასო სამედიცინო დახმარება.“

სახელმწიფო ცენტრალური ხელისუფლების ორგანოებისათვის ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების საფუძველს, გარდა შემოსუნიერებული ნოქმატიული აქტებისა წარმოადგენს საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კერძოდ, წარმოდგენილი კანონის მე-4 მუხლი ადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად პრინციპებს, რომლის უზრუნველსაყოფად განსახორციელებელი ღონისძიებების (სახელმწიფო პროგრამების დონეზე) დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი. მოცემული კანონის მე-15 მუხლის მიხედვით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი. გარდა ამისა, ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების დაფინანსების საკანონმდებლო დონეზე კიდევ ერთ საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, რომელიც ამაჯდროულად მკვეთრად მიხანავს სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების მიერ განსახორციელებელ ღონისძიებათა ნუსხას, წარმოდგენილია უფლებამოსილებათა დელეგირების საკითხი (რომელიც დეტალურად არის განხილული წარმოდგენილი კვლევის შესაბამის თავში).

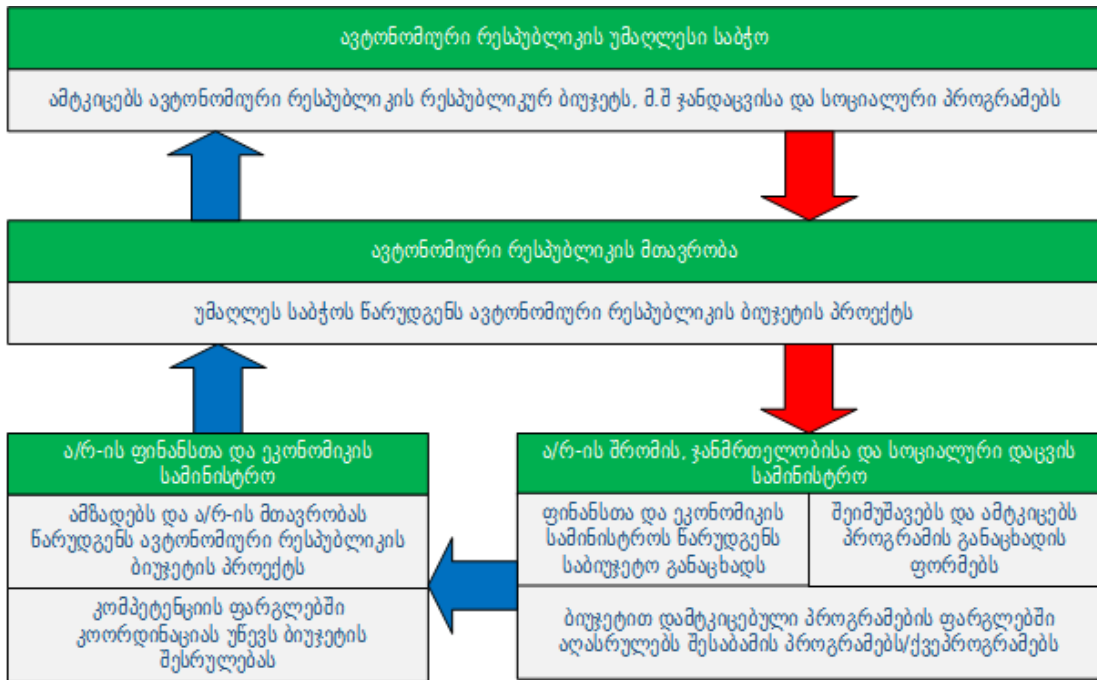


**საქართველოს ცენტრალური ხელისუფლების წარმომადგენლობითი და აღმასრულებელი ორგანოების ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებთან დაკავშირებული უფლებამოსილებების სტრუქტურა**

სახელმწიფოს ცენტრალური ხელისუფლების მიერ განსახორციელებელი ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების წყაროს, როგორც შემოთ აღვნიშნეთ, წარმოადგენს შესაბამისი წლის ბიუჯეტის კანონი, რომელ-

შიც პრიორიტეტებისა და პროგრამების მიხედვით წარმოდგენილია წლიური ასიგნებები, გაწერილია დაფინანსების ძირითადი პრინციპები და მიმართულებები დაკონკრეტებულია, თუ რომელი ორგანო ამტკიცებს მოცემული პროგრამების დეტალური ადმინისტრირების წესებს და პირობებს. მაგალითისთვის: „საქართველოს 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-14 მუხლის პირველი პუნქტი ითვალისწინებს ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვასა და სოციალური უზრუნველყოფას, რომელშიც ჩამოთვლილია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამები ძირითადი პრინციპების დონეზე. ამავე კანონის მე-15 მუხლით წარმოდგენილი სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებების „35 02“ და „35 03“ პროგრამულ კოდებში წარმოდგენილია ზემოხსენებული პროგრამების/ქვეპროგრამების წლიური ბიუჯეტები. ამასთან, მოცემული კანონის 28-ე მუხლის პირველი და მეორე პუნქტებით ადგენს, რომ ზემოხსენებული პროგრამულ კოდებში გათვალისწინებული პროგრამების ფარგლებში განსახორციელებელ ღონისძიებათა დაფინანსების, თანადაფინანსების, ანგარიშსწორების წესებსა და ძირითად პრინციპებს განსაზღვრავს საქართველოს მთავრობა.

**ავტონომიური რესპუბლიკების შემთხვევაში, კვლევის მიზნებისათვის საინტერესო ნორმატიულ აქტებს წარმოადგენენ აჭარისა და აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკების კონსტიტუციები.**



**ავტონომიური რესპუბლიკების ხელისუფლებების წარმომადგენლობითი და აღმასრულებელი ორგანოების ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებთან დაკავშირებული უფლებამოსილებების სტრუქტურა**

**აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუცია**

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა არის ტერიტორიული ერთეული, რომელიც საქართველოს განუყოფელი ნაწილია. აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში სახელმწიფო ხელისუფლება ხორციელდება საქართველოს კონსტიტუციით დადგენილი პრინციპების საფუძველზე.

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუციის განსაკუთრებულ გამგებლობას მიკუთვნებულ საკითხთა შორის არის სანიტარია, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობა და საქართველოს საკანონმდებლო აქტებით დადგენილი წესით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის შემოსავლების ფარგლებში საბიუჯეტო პოლიტიკის განსაზღვრა და განხორციელება, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტის პროექტის შემუშავება, ბიუჯეტის დამტკიცება და შესრულების კონტროლი („აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს ორგანული კანონის მესამე მუხლის „ი“ და „ნ“ ქვეპუნქტები).

აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების საფუძველს წარმოადგენს საანგარიშო პერიოდისათვის აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტის დამტკიცების შესახებ (2016 წელს შესაბამისი კანონის მეხუთე თავი, მეთორმეტე მუხლის მე-11 და მე-12 პუნქტები განსაზღვრავენ ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროებში არსებულ პრიორიტეტებსა და დასაფინანსებელ პროგრამებს).

**აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუცია**

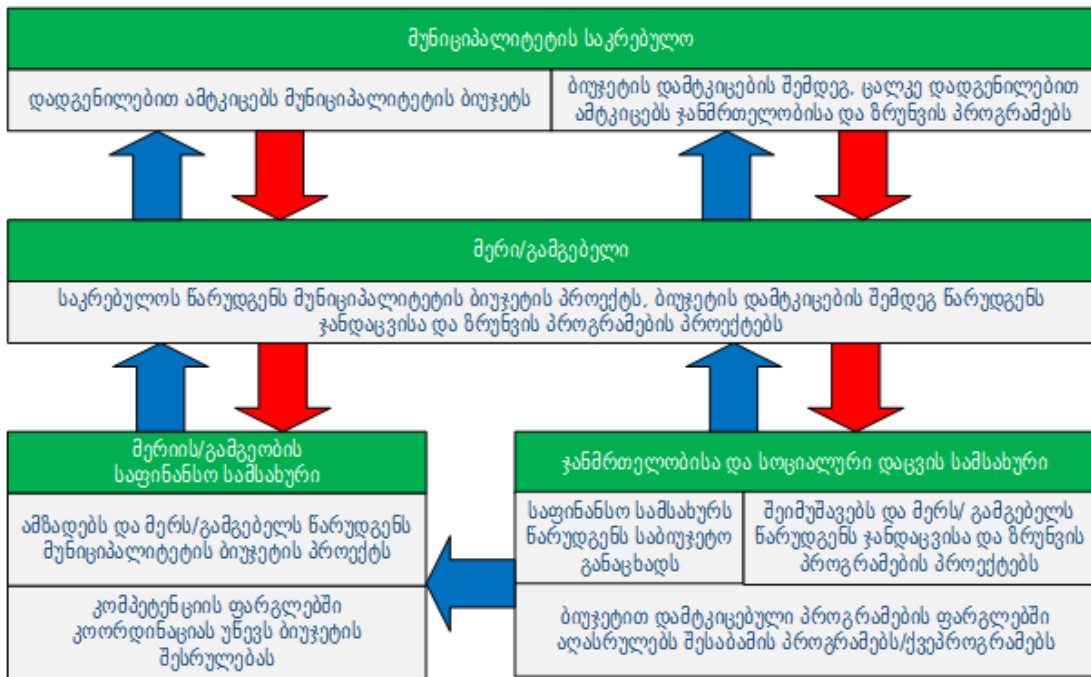
აფხაზეთის კონსტიტუციის 51 მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით: „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.“

აფხაზეთის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების საფუძველს წარმოადგენს საანგარიშო პერიოდისათვის აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონი აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტის დამტკიცების შესახებ (2016 წლის შესაბამისი კანონის მეხუთე თავი, მეთორმეტე მუხლის პირველი და მეორე პუნქტები განსაზღვრავენ ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროებში არსებულ პრიორიტეტებსა და დასაფინანსებელ პროგრამებს).

**კვლევის მიზნებისათვის საჭიროა განხილულ იქნეს დამატებით სხვა საკანონმდებლო საფუძვლები, რის მიხედვითაც ხორციელდება ქვეყანაში სხვადასხვა დონის ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსება. ადგილობრივი თვითმმართველობის შემთხვევაში, ადგილობრივი თვითმმართველობის განხორციელების სამართლებრივ საფუძვლებს, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების უფლებამოსილებებს, მათი შექმნისა და საქმიანობის წესებს, მათ ფინანსებსა და ქონებას, ურთიერთობებს მოქალაქეებთან, სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებთან და საჯარო და კერძო სამართლის იურიდიულ პირებთან, აგრეთვე, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების საქმიანობაზე სახელმწიფო ზედამხედველობისა და პირდაპირი სახელმწიფო მმართველობის განხორციელების წესებს განსაზღვრავს საქართველოს ორგანული კანონი „ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი“.**

მოცემული ორგანული კანონის მიხედვით ადგილობრივი თვითმმართველობის ცნება განისაზღვრება შემდეგნაირად:

**ადგილობრივი თვითმმართველობა არის თვითმმართველ ერთეულში რეგისტრირებულ საქართველოს მოქალაქეთა უფლება და შესაძლებლობა, მათ მიერ არჩეული ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების მეშვეობით, საქართველოს კანონმდებლობის საფუძველზე გადაწყვიტონ ადგილობრივი მნიშვნელობის საკითხები.**



**ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ხელისუფლებების წარმომადგენლობითი და აღმასრულებელი ორგანოების ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებთან დაკავშირებული უფლებამოსილებების სტრუქტურა**

საქართველოს საბიუჯეტო კოდექსის მე-6 მუხლის “თ” პუნქტის მიხედვით, ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტი არის ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლობითი ორგანოს (საკრებულოს) მიერ დამტკიცებული, ადგილობრივი ხელისუფლების ფუნქციებისა და ვალდებულებების შესრულების მიზნით მისაღები შემოსულობების, გასაწევი გადასახდელებისა და ნაშთის ცვლილების ერთობლიობა. შესაბამისად, ჯანდაცვისა და ზრუნვის დონისძიებების დაფინანსების საფუძველს წარმოადგენს საკრებულოს მიერ დამტკიცებული გადაწყვეტილება (შესაბამისი პროგრამებიც მტკიცდება საკრებულოს მიერ, ან შეიძლება აისახოს ბიუჯეტში ასიგნების სახით და მიეცეს ადგილობრივ აღმასრულებელ ორგანოს დელეგირება პროგრამის განხორციელებას).



ბის მექანიზმების გამგებლის/მერის მიერ სამართლებრივი აქტის გამოცემის თაობაზე, რომელთა ერთობლიობაც გახდება ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებზე ხარჯის გაწევის საფუძველი).

აღსანიშნავია, რომ განსხვავებით სახელმწიფო ცენტრალური ხელისუფლებისაგან (სადაც „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი განსაზღვრავს, რომ თუ კანონმდებლობით სხვა რამე არ არის დადგენილი, მაშინ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებს ამტკიცებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. გარდა ამისა „საქართველოს 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონი ადგენს, რომ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამებს ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა), ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ხელისუფლებების შემთხვევაში, კანონმდებლობა ზუსტად არ განსაზღვრავს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამები, თუ რომელი ორგანოს მიერ და რა სახით უნდა იქნეს მიღებული. თუმცა მიუხედავად ამისა, მათი პროგრამების შესწავლისას გამოიკვეთა, რომ როგორც ზემოთ მოცემულ ცხრილში ჩანდა ავტონომიური რესპუბლიკების შემთხვევაში აღნიშნული პროგრამები მტკიცდება ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტით და სხვა დამატებითი კანონი ამ საკითხებზე უმაღლესი საბჭოების მიერ არ მიიღება. რაც შეეხება მუნიციპალიტეტებს 76-ვე შემთხვევაში, ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების დამტკიცება, ხორციელდება შესაბამისი საკრებულოების დადგენილებებით, შესაბამისი წლის ბიუჯეტის მიღების შემდეგ, ამ უკანასკნელის საფუძველზე.

## თავი II

# სახელმწიფო და ადგილობრივ ორბანობებს შორის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში კომპეტენციების განვითარების არსებული მოდელის აღწერა, საკუთარი და დელეგირებული უფლებამოსილებების განხორციელების პრაქტიკის შეფასება

ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი განსაზღვრავს მუნიციპალიტეტის უფლებამოსილებების შემდეგ სახეებს:

- ა) მუნიციპალიტეტის საკუთარი უფლებამოსილებები;
- ბ) მუნიციპალიტეტის დელეგირებული უფლებამოსილებები.

მუნიციპალიტეტის საკუთარი უფლებამოსილება არის ამ კანონით დადგენილი უფლებამოსილება, რომელსაც ის დამოუკიდებლად და საკუთარი პასუხისმგებლობით ახორციელებს, ხოლო დელეგირებული უფლებამოსილება არის სახელმწიფო/ავტონომიური რესპუბლიკის ხელისუფლების ორგანოს უფლებამოსილება, რომელიც მუნიციპალიტეტს გადაეცა კანონის საფუძველზე, სათანადო მატერიალური და ფინანსური უზრუნველყოფით.

კვლევის ინტერესებში შემავალ სფეროებში პროგრამების/ღონისძიებების განხორციელება მუნიციპალიტეტების მიერ ხორციელდება ორივე უფლებამოსილების ფარგლებში, კერძოდ:

თვითმმართველობის კოდექსის მე-16 მუხლის მე-3 პუნქტის მიხედვით: “მუნიციპალიტეტი უფლებამოსილია საკუთარი ინიციატივით გადაწყვიტოს ნებისმიერი საკითხი, რომლის გადაწყვეტაც საქართველოს კანონმდებლობით არ არის ხელისუფლების სხვა ორგანოს უფლებამოსილება და აკრძალული არ არის კანონით”.

ანუ, გარდა იმ საკუთარი უფლებამოსილებების ჩამონათვალისა, რომელიც მოცემულია კოდექსის მე-16 მუხლის მე-2 პუნქტით (სადაც არ გვხვდება ჯანდაცვის საკითხები), მუნიციპალიტეტს აქვს შესაძლებლობა, საკუთარი ინიციატივით დააფინანსოს ნებისმიერი პროგრამა, რომლის განხორციელებაც არ ეწინააღმდეგება კანონმდებლობას და არ წარმოადგენს ხელისუფლების სხვა ორგანოს უფლებამოსილებას.

ეს საკმარისი საფუძველია, მოცემული კვლევის ინტერესის სფეროში შემავალი საკითხები განხილულ იქნეს მუნიციპალიტეტის საკუთარი უფლებამოსილების (ოღონდ იმ დათქმით, რომ ეს კონკრეტული ინიციატივები არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს კანონმდებლობას და არ უნდა შედიოდეს ხელისუფლების სხვა ორგანოების კომპეტენციაში) ფარგლებში, მაგრამ კანონმდებელმა კიდევ უფრო განმარტა მე-3 პუნქტი და ამავე მუხლის მე-4 პუნქტში დამატებით ჩამოაყალიბა ის ძირითადი სფეროები, რომელთა განხორციელების შესაძლებლობას იძლევა კოდექსი მუნიციპალიტეტისთვის საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში, კერძოდ: “4. ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანო უფლებამოსილია ამ მუხლის მე-3 პუნქტით განსაზღვრული წესით განახორციელოს ღონისძიებები დასაქმების ხელშეწყობის, სოფლის მეურნეობის, მათ შორის, სასოფლო-სამეურნეო კოოპერაციის, მხარდაჭერისა და ტურიზმის განვითარების, **სოციალური დახმარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის**, ადგილობრივ დონეზე ახალგაზრდული პოლიტიკის განვითარების ხელშეწყობის, მასობრივი სპორტის ხელშეწყობის, გარემოს დაცვის, საზოგადოებრივი განათლების, გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობის, ოჯახში ძალადობის პრევენციის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების, ადგილობრივი მნიშვნელობის არქივის წარმოების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის, მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე ინვესტიციების მოზიდვის, ინოვაციური განვითარების მხარდაჭერის და სხვა მიზნებით.”

კოდექსის წარმოდგენილი ნორმები, ერთმნიშვნელოვნად იძლევა სამართლებრივ საფუძველს, მუნიციპალიტეტმა საჭიროების შემთხვევაში, ზემოხსენებული დათქმების გათვალისწინებით, საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში, საკუთარი შეხედულებისამებრ დაგვემოს და განახორციელოს პროგრამები/ღონისძიებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, გარდა საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში განხორციელებული პროგრამებისა, არსებული პრაქტიკით, მუნიციპალიტეტები ახორციელებენ, ასევე, დელეგირებულ უფლებამოსილებებს. კერძოდ, წლების მანძილზე ადგილობრივ თვითმმართველ ერთეულებზე ყოველწლიურად, სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გარკვეული სერვისების განხორციელების დელეგირება. უფლებამოსილების გადაცემასთან ერთად, მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით ხორციელდება შესაბამისი ფინანსური რესურსის გამოყოფაც, რომელიც მიზნობრივი ტრანსფერის სახით გადაეცემა თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებს.

თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი მიზნობრივი ტრანსფერი დელეგირებული უფლებამოსილების განსახორციელებლად მიმდინარე წელს საერთო ჯამში შეადგენს 11,8 მილიონ ლარს. მოცემული სახსრები ნაწილდება „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, „სამხედრო ვალდებულებისა და სამხედრო სამსახურის შესახებ“, „სამხედრო სარეზერვო სამსახურის შესახებ“, „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა შესახებ“, „სამშობლოს დაცვისას დაღუპულთა და ომის შემდეგ გარდაცვლილ მეომართა ხსოვნის უკვდავყოფის შესახებ“, „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“ და საქართველოს სხვა კანონებით განსაზღვრული უფლებამოსილებებით გათვალისწინებულ ღონისძიებათა დაფინანსება (თუმცა ეს მიზნობრივი ტრანსფერები მუნიციპალიტეტებს ეძლევა ჯამურად და არ არის ნათელი, თუ რომელი ღონისძიებისთვის რამდენია გამოყოფილი. აღნიშნულის განაწილების დისკრეცია მუნიციპალიტეტებს აქვთ, რაც თავისთავად პრობლემას წარმოადგენს, ერთის მხრივ კონტროლის კუთხით და მეორეს მხრივ გაცემული ტრანსფერის მიზნობრიობის ეფექტიანობის განჭვრეტის კუთხით. აუცილებელია მიზნობრივი ტრანსფერი გაიმიჯნოს და დაიყოს კონკრეტული კანონის ფარგლებში განსახორციელებელი ღონისძიებების მიხედვით. რაც საშუალებას მისცემს მუნიციპალიტეტებს, სწორად და რაციონალურად განარჯონ, როგორც მიზნობრივი ტრანსფერი, ასევე საკუთარი სახსრები. ამასთან სახელმწიფო ცენტრალურ ორგანოებს საშუალება ექნებათ დარგობრივ ჭრილში განიხილონ გაცემული სახსრების განკარგვის ეფექტურობა.

ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში დელეგირებული აქვთ შემდეგი უფლებამოსილებები:

- ა) გადამდები დაავადებების გავრცელების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა გატარება იმ ცხოველების მიმართ, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან საზოგადოების ჯანმრთელობას, მათ შორის, ცხოველთა ცოფის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია;
- ბ) საგანმანათლებლო, სააღმზრდელო და საგანმანათლებლო-სააღმზრდელო დაწესებულებებში სანიტარიული და ჰიგიენური ნორმების დაცვის ზედამხედველობა;
- გ) მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე დაავადებების გავრცელების პრევენციის მიზნით დერატიზაციის, დეზინსექციისა და დეზინფექციის ღონისძიებათა ორგანიზება;
- დ) საგანმანათლებლო, სააღმზრდელო და საგანმანათლებლო-სააღმზრდელო დაწესებულებებში პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობა;
- ე) მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე განთავსებულ საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში სანიტარიული ნორმების დაცვის ზედამხედველობა, მათ შორის, საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურების განმახორციელებელ პირთა მიერ ამ კანონის მე-5 მუხლის 31 და 32 პუნქტებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულების კონტროლი;
- ვ) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით განსაზღვრული იმუნოპროფილაქტიკისათვის სამინისტროს მიერ მიწოდებული მასალების მიღების, შენახვისა და განაწილების უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისათვის;
- ზ) პრევენციული და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის ღონისძიებების გატარება ეპიდსამიშროებისას;
- თ) მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე პირველადი ეპიდკვლევის ხელშეწყობა.

დელეგირებული უფლებამოსილების შემთხვევაში, კანონმდებლობა კონკრეტულად ითვალისწინებს ღონისძიებათა ნუსხას, რომელიც უნდა განახორციელოს ადგილობრივმა თვითმმართველმა ორგანომ, ხოლო საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებისას, უნდა გაითვალისწინოს ზემოთ განხილული დათქმები და მხოლოდ იმ შემთხვევაში განახორციელოს პროგრამები/ღონისძიებები, თუ ეს არ შედის ხელისუფლების სხვა ორგანოს კომპეტენციაში და არ ეწინააღმდეგება კანონს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის სფეროში დელეგირებული უფლებამოსილებები კანონმდებლობით კონკრეტულად არის წარმოდგენილი, ხოლო საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში, მხოლოდ ზოგადი ნორმით შემოიფარგლება, რომ თუ სახელმწიფოს სხვა ორგანოს კომპეტენცია არა არის, მაშინ შესაძლებელია მოცემული ღონისძიებები თვითმმართველობამ საკუთარი უფლებამოსილების ფარგლებში განახორციელოს. ჩნდება კითხვა:

სად გადის ზღვარი ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების უფლებამოსილებათა შორის?

მოცემულ კითხვაზე სამართლებრივი პასუხის საძიებლად, საჭიროა გავეცნოთ საქართველოს კანონს “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”, რომელიც აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. აღნიშნული კანონის მე-15 მუხლის შესაბამისად “ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.” ანუ, სამინისტრო, თავისი ფუნქციების განსახორ-

ციელებლად, საკუთარი სამართლებრივი აქტებით აკონკრეტებს მის უშუალო კომპეტენციას განკუთვნილ საკითხთა ნუსხას, ან/და აღნიშნული დგინდება სხვა სამართლებრივი აქტებით, კერძოდ: ამავე კანონის მიხედვით ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ პრინციპს წარმოადგენს (მე-4 მუხლის “ა” პუნქტი) “ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში”, ანუ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენციები, კვლევისთვის საინტერესო სეგმენტში, კონკრეტდება სამედიცინო პროგრამებში, რომელთა დამტკიცებაც “საქართველოს 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ” საქართველოს კანონის 28-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად (“2. ამ კანონით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო პროგრამებისათვის – „მოსახლეობის სოციალური დაცვა“, „მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა“, „სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზა და კონტროლი“, „სამკურნალო საშუალებების ხარისხის სახელმწიფო კონტროლი“, „სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაცია და აღჭურვა“, „შრომისა და დასაქმების სისტემის რეფორმების პროგრამა“ – გათვალისწინებული ასიგნებების ფარგლებში განსახორციელებელ ღონისძიებათა დაფინანსების, თანადაფინანსების, ანგარიშსწორების წესებსა და ძირითად პრინციპებს განსაზღვრავს საქართველოს მთავრობა, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.”) ხორციელდება საქართველოს მთავრობის მიერ. კვლევის თემატიკისთვის საინტერესოა “საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36-ე დადგენილება და “2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 დეკემბრის N660 დადგენილება. აღნიშნული ნორმატიული აქტები არეგულირებენ კონკრეტულ პროგრამებს, რომელსაც აფინანსებს სახელმწიფო “საქართველოს 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ” საქართველოს კანონით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის გამოყოფილი ასიგნებების ფარგლებში.

**აქედან დასკვნა:** რადგან ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი, ჯანდაცვის სფეროში მუნიციპალიტეტის საკუთარ უფლებამოსილებად განმარტავს ისეთ ღონისძიებებს, რომელიც სახელმწიფოს სხვა უწყების კომპეტენცია არ არის და არ ეწინააღმდეგება კანონს, საკუთარ უფლებამოსილებად ვერ მივიჩნევთ იმ პროგრამებს, რომელიც უკვე ფინანსდება ზემოხსენებული დადგენილებების ფარგლებში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ვინაიდან ჯანმრთელობის დაცვის კანონის განხილვისას გამოიკვეთა, თუ რა არის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კომპეტენცია. იგივე მსჯელობაზე დაყრდნობით, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სამართლებრივ საფუძველს მოკლებულია თვითმმართველობის ორგანოების მიერ, ე.წ. დაფინანსების შევსების მექანიზმის გამოყენებაც (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც სამინისტროს, შესაბამისი კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე ხდება პაციენტისთვის ერთჯერადი დახმარების გამოყოფა).

ე.წ. დაფინანსების შევსების მექანიზმში იგულისხმება, ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტიდან იმ პაციენტებისათვის გამოყოფილი ფინანსური დახმარება, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში იღებენ სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანადაფინანსებას და სახელმწიფოს მიერ გადახდილ თანხასა და სერვისის ღირებულების შორის სხვაობის დაფარვას თხოვენ ადგილობრივ თვითმმართველობას.

**თავი III**

**ჯანმრთელობის დაცვისა და გრუნვის სფეროში**

**სახელმწიფო და ადგილობრივი ორბანოების მიერ**

**დაფინანსებული ძირითადი პროგრამების და ბათარებული**

**კოლიტიკის მიმოხილვა და შეფასება**

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა 2014-2016 წლებში საქართველოს ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტებიდან და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სფეროში გამოყოფილი ასიგნებები. გარდა ამისა, ტენდენციების შედარებისა და შეფასების მიზნით, შესწავლილ იქნა სახელმწიფო ბიუჯეტის უკანასკნელი სამი წლის ასიგნებები და მათ შორის ჯანდაცვისა და სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის პროგრამების ხარჯები (ცხრილი N1).

ათასი ლარი

დასახელება	2014 წლის ფაქტი	2015 წლი გეგმა	2016 წლის გეგმა
საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები	9 009 812,2	9 620 000,0	10 145 000,0
აქედან:			
მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა	588 279,2	752 161,0	801 475,0
სოციალური რეაბილიტაცია და ბავშვზე ზრუნვა	19 157,9	20 000,0	23 000,0
სულ ჯანდაცვისა და ზრუნვის ხარჯები	607 437,1	772 161,0	824 475,0
ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების ხარჯების წილი ბიუჯეტის მთლიან ასიგნებებში	6,7%	8,0%	8,1%

**ცხრილი N1 - საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტის 2014-2016 წწ ასიგნებები**

აღსანიშნავია ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ასიგნებების ზრდის პოზიტიური ტენდენცია წლების მიხედვით. როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან იკვეთება, ამ მიზნით გამოყოფილმა ხარჯებმა 2016 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის მთლიანი ასიგნებების უკანასკნელი წლების რეკორდულ მაჩვენებელს მიაღწია და 8,1 % შეადგინა. ამასთან, აღნიშნული პროგრამების 2016 წლის გეგმა 6,78 %-ით აღემატება 2015 წლის შესაბამის მაჩვენებელს, მაშინ როცა ბიუჯეტის მთლიანი ასიგნებები ანალოგიურ პერიოდში გაზრდილია 5,46 %-ით.

კვლევის ფარგლებში განხორციელდა შესწავლა, მოცემული ტენდენციები ვრცელდება თუ არა საბიუჯეტო სისტემის სხვა დონის ბიუჯეტების ასიგნებებში. ამასთან, კვლევის მიზნებისათვის მნიშვნელოვანია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის, როგორც, ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გამტარებელისათვის გამოყოფილი ასიგნებების მიზნობრიობა პროგრამებისა და ღონისძიებების მიხედვით და არის თუ არა მათი თანხვედრა ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებიდან დაფინანსებულ პროგრამებთან/ღონისძიებებთან, არის თუ არა დაფინანსების მექანიზმებში ანალოგიები.

სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებების განკარგვა და ადმინისტრირება ხორციელდება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით გაწერილი წესისა და პირობების შესაბამისად. კერძოდ: „სოციალური რეაბილიტაცია და ბავშვზე ზრუნვა“ პროგრამისათვის 2016 წლის ბიუჯეტიდან გამოყოფილი ასიგნება შეადგენს 23,0 მილიონ ლარს. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში განსახორციელებელი ქვეპროგრამები (კომპონენტები), მოსარგებლეების შერჩევის კრიტერიუმები, განსახორციელებელი ღონისძიებები და მათი განხორციელების მექანიზმები რეგულირდება „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 26 თებერვლის N102 დადგენილებით. პროგრამის დაფინანსებაზე გადაწყვეტილების მიღების სტრუქტურა შემდეგია: პარლამენტმა 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონით დაამტკიცა პროგრამის საერთო ბიუჯეტი და ძირითადი მიზანი („**1.1.3**

**სოციალური რეაბილიტაცია და ბავშვზე ზრუნვა (პროგრამული კოდი 35 02 03)** შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაცია პრევენციული, სარეაბილიტაციო, ალტერნატიული, ოჯახის გასაძლიერებელი მომსახურებებით და დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფით; პროგრამის მიზანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (მათ შორის, ბავშვთა), ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ, სოციალურად დაუცველ, მიუსაფარ და მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფ ბავშვთა ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაცია.“), ხოლო პროგრამის ფარგლებში განსახორციელებელ ღონისძიებათა დაფინანსების, ანგარიშსწორების წესებისა და ძირითადი პრინციპების განსაზღვრა ამავე კანონით დაევალა საქართველოს მთავრობას, რომელმაც თავის მხრივ, 2016 წლის 26 თებერვლის N102 დადგენილებით განსაზღვრა შემდეგი ბენეფიციართა წრე და დახმარების სახეები:

- ა) კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების გადაუდებელი დახმარების ქვეპროგრამა;
- ბ) ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა;
- გ) ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა;
- დ) ომის მონაწილეთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა;
- ე) დღის ცენტრების ქვეპროგრამა;
- ვ) დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა:
  - ვ.ა) სავარძელ-ეჭლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი;
  - ვ.ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
  - ვ.გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
  - ვ.დ) კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
  - ვ.ე) ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებითა და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფის კომპონენტი;
- ზ) ყრუთა კომუნიკაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა;
- თ) დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა;
- ი) მინდობით აღზრდის ქვეპროგრამა;
- კ) მცირე საოჯახო ტიპის სახლების ქვეპროგრამა;
- ლ) მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა;
- მ) სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა;
- ნ) მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა;
- ო) მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვთა სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის მომსახურების ქვეპროგრამა.

მოცემული ზრუნვის პროგრამისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვის პროგრამები ბიუჯეტის კანონში ქვეპროგრამების დონეზეა წარმოდგენილი, რომელთა ადმინისტრირების წესებსაც, ასევე, საქართველოს მთავრობა ადგენს. მიმდინარე წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში გათვალისწინებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები წარმოდგენილია ცხრილი - N2-ის სახით.

ათასი ლარი

პროგრამული კოდი	დასახელება	2014 წ	2015 წ	2016 წ
35 03	მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა	588 279,2	752 161,0	801 475,0
35 03 01	მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა	338 473,1	566 000,0	570 000,0
35 03 02	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა	52 802,9	52 362,0	84 024,0
35 03 02 01	დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი	1 475,1	2 000,0	2 000,0
35 03 02 02	იმუნიზაცია	4 430,8	8 340,0	14 280,0
35 03 02 03	ეპიდზედამხედველობა	918,7	1 000,0	1 000,0

საქართველოს გრუნვის პლატფორმა

35 03 02 04	უსაფრთხო სისხლი	1 073,4	1 502,0	1 650,0
35 03 02 05	პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია	270,0	270,0	270,0
35 03 02 06	ინფექციური დაავადებების მართვა	7 381,7	10 000,0	8 000,0
35 03 02 07	ტუბერკულოზის მართვა	15 699,4	11 850,0	14 000,0
35 03 02 08	აივ ინფექცია/შიდსის მართვა	11 310,3	6 400,0	8 424,0
35 03 02 09	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	6 052,9	6 000,0	7 000,0
35 03 02 10	ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა	4 190,6	4 800,0	5 000,0
35 03 02 11	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	0,0	200,0	400,0
35 03 02 12	C ჰეპატიტის მართვა	0,0	0,0	22 000,0
35 03 03	მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება პრიორიტეტულ სფეროებში	123 839,4	132 799,0	146 451,0
35 03 03 01	ფსიქიკური ჯანმრთელობა	15 093,5	15 000,0	15 000,0
35 03 03 02	დიაბეტის მართვა	5 748,3	6 500,0	8 100,0
35 03 03 03	ბავშვთა ონკოჰემატოლოგიური მომსახურება	1 625,1	2 000,0	2 000,0
35 03 03 04	დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია	25 131,9	29 465,0	32 000,0
35 03 03 05	ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა	1 409,3	2 500,0	3 100,0
35 03 03 06	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა	4 206,2	6 000,0	6 000,0
35 03 03 07	სასწრაფო, გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება	29 658,6	30 000,0	33 251,0
35 03 03 08	სოფლის ექიმი	20 377,6	25 334,0	26 000,0
35 03 03 09	რეფერალური მომსახურება	19 692,7	15 000,0	20 000,0
35 03 03 10	სამხედრო ძალებში გასაწვევ მობილიზაცია სამედიცინო შემოწმება	896,2	1 000,0	1 000,0
35 03 04	დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლება	25,7	1 000,0	1 000,0
35 03 05	სამედიცინო მომსახურების შეუფერხებელი მიწოდების მიზნით სამედიცინო დაწესებულებების ფინანსური ხელშეწყობის ღონისძიებები	4 954,7	0,0	0,0
35 03 06	ჯანმრთელობის დაზღვევა	68 183,4	0,0	0,0

**ცხრილი N2 - საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 2014-2016 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები**

წარმოდგენილი ინფორმაცია საშუალებას მოგვცემს გავაანალიზოთ რამდენად დიფერენცირებულია საბიუჯეტო სისტემის სხვადასხვა დონის ბიუჯეტებიდან დაფინანსებული ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების სპექტრი.

პირველ ეტაპზე განხილულია ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებზე 2014-2016 წლებში გამოყოფილი ასიგნებები.

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტით 2014-2016 წლებში გათვალისწინებული ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამები წარმოდგენილია ცხრილი N3-ით.

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა

ათასი ლარი

პროგრამული კოდი	დასახელება	2014 წ.	2015 წ.	2016 წ.
სულ	აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტის საბიუჯეტო ასიგნებები და პროგრამების დაფინანსება	156 129,5	183 639,0	231 884,2
<b>აქედან:</b>				
06 02	სხვადასხვა სოციალური კატეგორიის მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება	3 365,0	3 311,0	4 850,0
06 02 01	მოსახლეობის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარება	1 351,2	1 388,0	1 600,0
06 02 02	გულის ქირურგია	1 205,4	1 200,0	1 300,0
06 02 03	სახსრების ენდოპროთეზირება	209,6	252,0	300,0
06 02 04	ამბულატორიული მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევა	598,9	471,0	600,0
06 02 08	ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურება	0,0	0,0	700,0
06 02 09	ზოგიერთი სოციალური კატეგორიის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსება	0,0	0,0	350,0
06 03	პირველადი ჯანდაცვის ხელშეწყობა	1 186,8	1 253,4	1 253,4
06 03 01	სოფლის მოსახლეობის ექიმამდელი სამედიცინო დახმარება	734,9	783,4	783,4
06 03 02	თემის სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება	19,6	0,0	0,0
06 03 03	სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება	241,9	270,0	270,0
06 03 04	სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა	190,4	200,0	200,0
06 04	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა	729,3	896,0	1 203,4
06 04 01	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მართვა და მომსახურების მიწოდება	400,0	515,0	685,5
06 04 02	დაავადებათა პრევენცია და პროფილაქტიკა	329,3	381,0	517,9
06 05	სამედიცინო და სოციალური რეაბილიტაცია	893,9	737,3	848,8
06 05 01	ცერებრალური დამბლით დაავადებულ ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაცია/რეაბილიტაცია	418,5	557,7	490,0
06 05 02	სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაცია	456,9	155,3	150,0
06 05 03	შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაცია	18,5	24,3	36,0
06 05 04	ბავშვთა ადრეული განვითარება	0,0	0,0	172,8
06 07	შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე პირებთა და ხანდაზმულთა უზრუნველყოფა დამხმარე საშუალებებით	154,4	181,0	180,0
06 07 01	სმენადაქვეითებულ მოქალაქეთა სმენის აპარატებით უზრუნველყოფა	88,5	120,0	120,0
06 07 02	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ხანდაზმულ პირთა გადაადგილების საშუალებებით უზრუნველყოფა	65,9	60,0	60,0
06 07 03	უსინათლო მოქალაქეების უზრუნველყოფა უსინათლოთა "თეთრი" ხელჯოხებით	0,0	1,0	0,0

**ცხრილი N3 - აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტის საბიუჯეტო ასიგნებები და ჯანდაცვის და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსება 2014-2016 წლებში**



პირველ რიგში, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ სტრუქტურულად ბიუჯეტი გამართულად არის შედგენილი. ამასთან, წარმოდგენილი დოკუმენტი, შეზღუდული ფორმატის მიუხედავად, მაქსიმალურად აწვდის ინფორმაციას მომხმარებელს, თუ ვინ არიან პროგრამის/ქვეპროგრამის მოსარგებლებები და რა სახის დახმარებას აფინანსებს რესპუბლიკური ბიუჯეტი. ასევე, ბიუჯეტის ტექსტურ ნაწილში განმარტებულია, ვინ არიან მოცემული პროგრამის სამიზნე ჯგუფები და განმარტებულია რა არის ამ პროგრამების მიზანი და სულისკვეთება. კერძოდ:

„11 მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა

ქვეყნის მასშტაბით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით ხორციელდება მთელი რიგი სახელმწიფო და ადგილობრივი პროგრამები, რომლითაც დაცულია ადამიანების უფლება ამ სფეროში. მიუხედავად ამისა, მოსახლეობის გარკვეული ფენებისათვის, განსაკუთრებით იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც იმყოფებიან სიღარიბის ზღვარზე ან/და სიღარიბის ზღვართან ახლოს, ხელმიუწვდომელი რჩება სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ იფარება სახელმწიფოს მიერ და მას ამის აუცილებლობა დაუდგა. ამის გამო, ისინი მოკლებულნი არიან საშუალებას მიიღონ დროული, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება. უსახსრობის გამო სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ დაგვიანებით, დაავადებების გართულებული ფორმებით, რომელთა მკურნალობა უფრო დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. შედეგად, იზრდება მკურნალობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკები, დაავადების გართულებების ალბათობა, მცირდება მკურნალობის ეფექტურობის მაჩვენებელი, იზრდება შეზღუდული შესაძლებლობები, ლეტალობა;

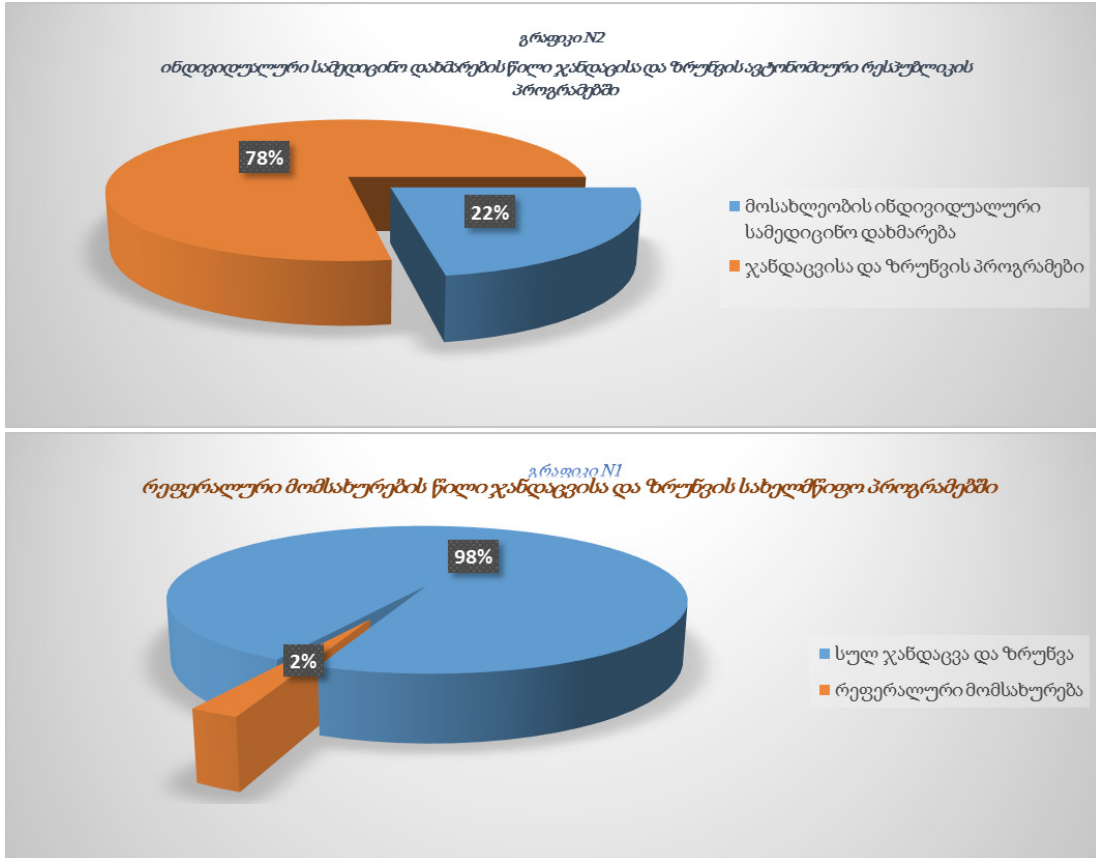
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2016-2019 წლების პრიორიტეტი თავისი შინაარსითა და მოცულობით ძირითადად ორიენტირებული იქნება სოციალურად დაუცველ ფენებზე და დაავადების მაღალი რისკის ჯგუფებზე. სამინისტრო უზრუნველყოფს სხვადასხვა სოციალურად დაუცველი კატეგორიის ადამიანებისათვის გვემეიურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, ამბულატორიულ, მაღალტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ კვლევას, სახსრების ენდოპროთეზირებისა და კარდიოქირურგიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, სოფლის მოსახლეობისათვის უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებისა და ექიმამდელი სამედიცინო დახმარების მიწოდებას“.

გარდა ამისა, პოზიტიური მაჩვენებელია ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების მიმდინარე წლის ასიგნებების საერთო ჯამი, რომელიც 1 649,5 ათასი ლარით აღემატება წინა წლის მაჩვენებელს, თუმცა მოცემული პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებების წილი რესპუბლიკური ბიუჯეტის მთლიან ასიგნებებში პირდაპირ პროპორციული არ არის ზემოაღნიშნული ზრდისა:

ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების წილი, ავტონომიური ბიუჯეტის მთლიან ასიგნებებში		
2014 წელი	2015 წელი	2016 წელი
3,6%	3,0%	3,1%

პროგრამების დაფინანსება ხორციელდება დამტკიცებული პროგრამების შესაბამისად, სადაც კონკრეტულად არის გაწერილი პროგრამის ბენეფიციარები, შერჩევის კრიტერიუმები, დახმარების მოცულობები, დახმარების მაძიებლის მიერ წარსადგენი დოკუმენტები და ა.შ.

მოცემული პროგრამების მიზნები, ძირითად შემთხვევაში, წარმოადგენენ მიზნობრივი ჯგუფებისათვის სახელმწიფო პროგრამების თანადაფინანსების შემავსებელი დაფინანსების წყაროს. ამასთან, აღსანიშნავია, ბიუჯეტის პროგრამული კოდი „06 02 01 - მოსახლეობის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარება“, რომელიც თავის შინაარსით და ადმინისტრირების წესით ძალიან ჰგავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (პროგრამული კოდი 35 03 03 09) „რეფერალური მომსახურების“ პროგრამას. ორივე შემთხვევაში პროგრამულად არის გაწერილი დახმარების გაცემის გარკვეული პირობები, თუმცა, ორივე შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს შესაბამისი კომისია. მაგრამ აქ ორი საკითხია ყურადღების მისაქცევი. პირველი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების მიზნებისთვის ფართო წვდომა აქვს სახელმწიფოს სხვადასხვა უწყების მონაცემთა ბაზებზე, რაც საშუალებას აძლევს შესაბამის კომისიას მაქსიმალურად რეალური ინფორმაცია ჰქონდეს დახმარების მაძიებელზე, რის საპირწონედაც ავტონომიური რესპუბლიკა იყენებს თვითმმართველობისაგან წარმოდგენილ შუამდგომლობას (თუმცა, ეს შუამდგომლობა სუბიექტური შეფასების მაღალი რისკის მატარებლად შეიძლება მივიჩნიოთ, ვინაიდან შემფასებელს არ აქვს შეფასების მკაცრად დადგენილი კრიტერიუმები) და მეორე, ინდივიდუალური დახმარების ხარჯების შეფარდება, შესაბამისი ბიუჯეტის ჯანდაცვისა და ზრუნვის საერთო ასიგნებებთან. კერძოდ:



მოცემული პროგრამის დახმარების მაძიებელთა სიმრავლე, აიძულებს ხელისუფლების ორგანოებს პროგრამის ეფექტიანობისა და მიზნობრიობის უზრუნველსაყოფად დააწესონ გარკვეული შეზღუდვები და ამ მიზნით პროგრამაში ჩართვის გარკვეული კრიტერიუმები. თუმცა, პროგრამა თავის შინაარსით, მაინც აიძულებს, გაუთვალისწინებელი შემთხვევებისთვის, ჰქონდეთ საშუალება მიიღონ გამონაკლისის დაშვების გადაწყვეტილება. ამდენად, საბიუჯეტო პრინციპების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ასეთი ტიპის პროგრამები მაქსიმალურად ჩაკეტილი იყოს შესაბამისი სამართლებრივი დებულებებითა და კრიტერიუმებით და არ დაემსგავსოს საბიუჯეტო კოდექსით გათვალისწინებულ სარეზერვო ფონდებს, რომელთა დეტალური ხარჯვა პროგრამულად წინასწარ არ არის გაწერილი და წლის განმავლობაში დამდგარი აუცილებლობების მიხედვით იხარჯება.

აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტიდან 2014-2016 წლებში ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები წარმოდგენილია ცხრილი N4-ით:

ათასი ლარი

პროგრამული კოდი	დასახელება	2014 წელი	2015 წელი	2016 წელი
სულ	აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტის საბიუჯეტო ასიგნებები და პროგრამების დაფინანსება	13 554,8	14 004,7	13 873,6
<b>აქედან:</b>				
05 03	აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა და მათი ოჯახის წევრთა (მეუღლე), აგრეთვე აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე მცხოვრებთა (ნეიტრალური პასპორტის მქონე პირების) ამბულატორიული დახმარების პროგრამა	81,0	115,0	130,0
05 04	აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა და მათი ოჯახის წევრთა (მეუღლე), აგრეთვე აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე მცხოვრებთა (პირადობის ნეიტრალური მოწმობის მქონე პირთა) კოსპიტალური დახმარების პროგრამა	0,0	15,0	25,0

საქართველოს გრუნვის პლატფორმა

05 05	გასვლითი ღონისძიებების პროგრამა	92,4	40,0	75,0
05 09	სარეაბილიტაციო მკურნალობის პროგრამა	14,8	30,0	30,0
05 10	რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნობრივი პროგრამა	0,0	0,0	30,0

**ცხრილი N4 - აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტის საბიუჯეტო ასიგნებები და ჯანდაცვის და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსება 2014-2016 წლებში**

წარმოდგენილი პროგრამების მიზნობრივ ჯგუფებს წარმოადგენენ აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებული პირები და მათი ოჯახის წევრები (მეუღლე), აგრეთვე, აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე მცხოვრები (ნეიტრალური პასპორტის მქონე პირები). მოცემული პროგრამებით ხორციელდება ხსენებული მიზნობრივი ჯგუფებისთვის ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის ზრდის უზრუნველყოფა.

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები, საიდანაც თავისი მნიშვნელობით გამორჩეულია საქართველოს დედაქალაქი, როგორც, ქვეყნის ყველაზე დიდი მუნიციპალიტეტი, რომელსაც შესაბამისად გააჩნია ყველაზე მოცულობითი ბიუჯეტი. სხვა მხრივაც, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედაქალაქში განხორციელებულ პროექტებსა და პროგრამებს, ვინაიდან ისტორიულად საქართველოს დედაქალაქი წარმოადგენს ქვეყნის განვითარების ლოკომოტივს და ხშირ შემთხვევაში თბილისის მუნიციპალიტეტის მიერ სხვადასხვა სფეროში განხორციელებული რეფორმები მაგალითის მიმცემია სხვა დიდი თუ მცირე მუნიციპალიტეტისათვის.

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტიდან 2014-2016 წლებში ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები წარმოდგენილია ცხრილი N5-ით:

ათასი ლარი

პროგრამული კოდი	დასახელება	2014 წელი	2015 წელი	2016 წელი
	ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტის ასიგნებები	687 107,2	966 100,6	847 926,0
	<b>აქედან:</b>			
	ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური უზრუნველყოფა	184 120,6	211 447,0	212 692,0
	<b>აქედან:</b>			
<b>06 01 01</b>	<b>სასწრაფო სამედიცინო დახმარება</b>	<b>21 724,8</b>	<b>27 100,0</b>	<b>30 000,0</b>
<b>06 01 02</b>	<b>დაავადებათა სკრინინგი</b>	<b>1 200,0</b>	<b>990,0</b>	<b>1 200,0</b>
<b>06 01 03</b>	<b>გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური კონტროლი</b>	<b>400,0</b>	<b>450,0</b>	<b>450,0</b>
<b>06 01 04</b>	<b>ორთოპედიული დაავადებათა სკრინინგი და აღდგენითი თერაპია</b>			<b>500,0</b>
<b>06 01 06</b>	<b>აუტიზმის სპექტრის დარღვევის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია</b>		<b>610,0</b>	<b>1 820,0</b>
<b>06 01 07</b>	<b>ადრეული ძუძუს კიბოს მკურნალობის დაფინანსება</b>			<b>3 020,0</b>
<b>06 01 08</b>	<b>ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურება</b>			<b>250,0</b>
<b>06 01 09</b>	<b>ნარკომანიის ჩანაცვლებითი თერაპია</b>	<b>243,6</b>	<b>343,6</b>	<b>350,0</b>
<b>06 01 12</b>	<b>„C“ ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა</b>		<b>800,0</b>	<b>800,0</b>
<b>06 01 13</b>	<b>ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია</b>		<b>1 750,4</b>	<b>2 900,0</b>
<b>06 02 04</b>	<b>შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდთა საკურორტო-სამკურნალო რეაბილიტაცია და თბილისში რეგისტრირებული ბავშვებისათვის საზაფხულო კულტურულ-გამაჯანსაღებელი ბანაკების მოწყობა</b>	<b>1 276,9</b>	<b>1 430,0</b>	<b>1 640,0</b>

06 02 08	ერთ ინვალიდთათვის თარჯიმან-დაქტილოლოგების მომსახურებით უზრუნველყოფა	18,0	18,0	18,0
06 02 09	სამედიცინო და სხვა სოციალური საჭიროებების დახმარების ღონისძიებები	16 553,2	17 051,0	14 800,0
06 02 18	სხვა სოციალური (დახმარების) ღონისძიებები რაიონებში	8 411,7	17 074,0	17 517,6
06 02 22	სოციალურად დაუცველი 18 წლამდე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების დახმარება		782,0	700,0
06 02 24	სოციალურად დაუცველი მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე უსინათლო პირების დახმარება		726,7	900,0
06 02 26	შინმოვლის თანადაფინანსება		135,0	406,0
06 02 28	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა		315,0	290,0

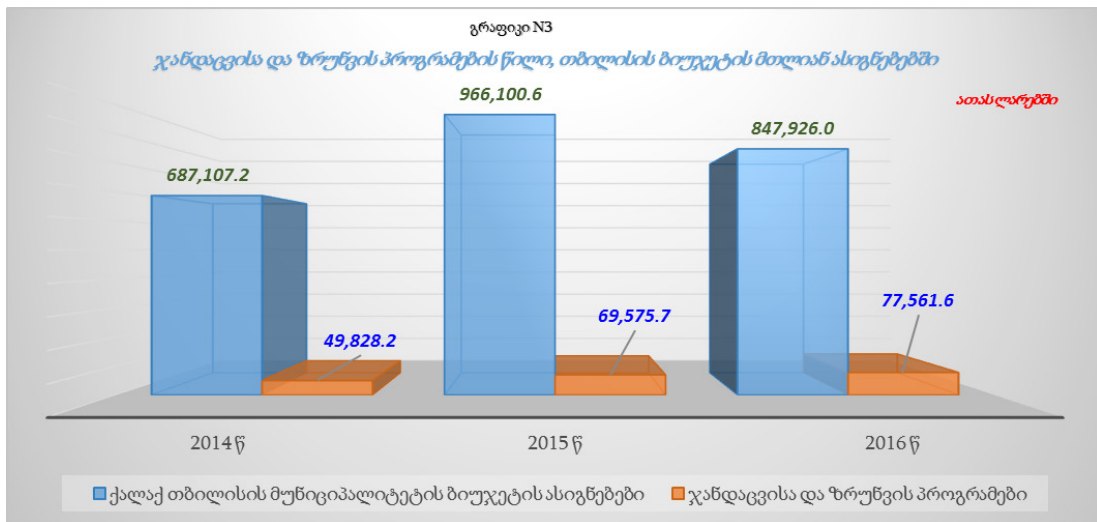
**ცხრილი N5- ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტის საბიუჯეტო ასიგნებები და ჯანდაცვის და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსება 2014-2016 წლებში**

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტის უკანასკნელი სამი წლის ასიგნებების შესწავლის საფუძველზე, ერთმნიშვნელოვანია ჯანდაცვისა და ზრუნვის მკვეთრი წინსვლა, მიმდინარე წლის ბიუჯეტში არსებული, მოცემული მიზნობრიობის მქონე 18 პროგრამიდან ათი დაემატა უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში, ხოლო დაფინანსების ჯამური მოცულობა 2014 წელთან შედარებით გაზრდილია დაახლოებით 55,7 %-ით.

აღნიშნული ტენდენცია, ერთმნიშვნელოვნად შეგვიძლია მივიჩნიოთ სფეროში არსებულ პრობლემებთან ბრძოლის ძალიან მაღალ აქტივობად. წარმოდგენილი მონაცემები ცხადყოფს, თვითმმართველობის ძალიან მაღალ ინტერესს და ძალისხმევას წარმოდგენილ პრობლემათა ძირეული გადაწყვეტის საკითხებში.

ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების წილი 2014-2016 წლების თბილისის ბიუჯეტის მთლიან ასიგნებებთან:

2014 წელი	2015 წელი	2016 წელი
7,3%	7,2%	9,1%



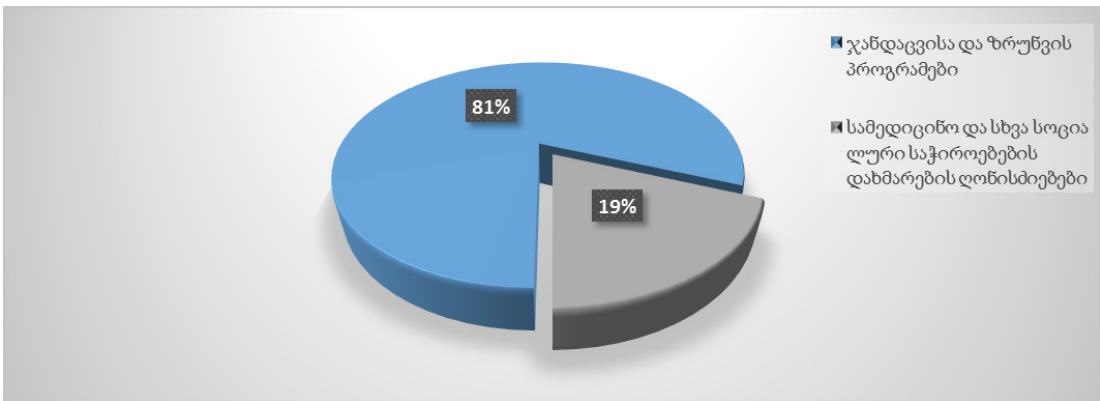
**აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში თბილისის ბიუჯეტის ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების ასიგნებები მუდმივად მზარდია (გრაფიკი N3)**

ბიუჯეტით დამტკიცებული ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების განკარგვა ხორციელდება, ასევე, მუნიციპალიტეტის მიერ დამტკიცებული შესაბამისი დადგენილებების საფუძველზე, რომელშიც წარმოდგენილია პროგრამების განხორციელების წესები. დოკუმენტი ითვალისწინებს პროგრამაში ჩართვის კონკრეტულ კრიტერიუმებს, დეტალურად არის გაწერილი პროგრამის ფარგლებში დასაფინანსებელი მომსახურების სახეები და ქვეპროგრამების ადმინისტრირების მექანიზმები. პროგრამების არსებული დიზაინით, მკაცრად და ნათლად განსაზღვრული კრიტერიუმების არსებობა, ერთის მხრივ, უზრუნველყოფს სერვისების საჯაროობას (დადგენილი ბენეფიციტების

შესახებ არაორაზროვან და კონკრეტულ ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობას), ხოლო, მეორეს მხრივ, გამორიცხავს სუბიექტური გადაწყვეტილების მიღების რისკს.

ქალაქ თბილისის ბიუჯეტის ისევე, როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტის შემთხვევაში „რეფერალური მომსახურების“ პროგრამა, ხოლო აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტის „მოსახლეობის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების“ პროგრამა, ითვალისწინებს ამავე მიზნებისა და შინაარსის მქონე „სამედიცინო და სხვა სოციალური საჭიროებების დახმარების ღონისძიებები“ პროგრამას, რომლის ადმინისტრირებაც რეგულირდება საკრებულოს დადგენილებით დამტკიცებული პროგრამით. მიუხედავად იმისა, რომ ისევე, როგორც წინა ორ შემთხვევაში ეს დოკუმენტაცია ითვალისწინებს გარკვეულ პირობებსა და წესებს, მაინც რთულია ვიმსჯელოთ სუბიექტური გადაწყვეტილების რისკის სრულად არ არსებობის საკითხზე, განსხვავებით ამავე ბიუჯეტში გათვალისწინებული ჯანდაცვისა და ზრუნვის სხვა პროგრამებისგან. აღნიშნული პროგრამები გვხვდება საბიუჯეტო სისტემის ყველა დონეზე, ბიუჯეტების სრულ უმრავლესობაში, ვინაიდან მოცემული შინაარსის პროგრამების არსებობა გამართლებულია დახმარების მაძიებელთა ძალიან ფართო სპექტრის საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის, მათი მოქნილი მექანიზმის გამოყენების შესაძლებლობით. თუმცა, მეორეს მხრივ, სწორედ გადაწყვეტილების მიღების წარმოდგენილი მოდელი შეიცავს მეტ-ნაკლებ რისკებს გასაცემი ბენეფიტების ნების თუ უნებლიედ, არაობიექტურად გადახაწილებისა. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემული პროგრამის ადმინისტრირების მექანიზმები უკანასკნელ პერიოდში თბილისის მუნიციპალიტეტის მიერ მკვეთრად გამკაცრებულია, ჩამოყალიბებულია ბენეფიციართა ჯგუფები კატეგორიების მიხედვით და გარკვეული კრიტერიუმებით (აღსანიშნავია, რომ ეს კრიტერიუმები არის, ასევე, ნათელი და გასაგები დახმარების მაძიებელთათვის და ადვილად გადასამოწმებელი ადმინისტრაციული ორგანოსთვის, რაც, თავის მხრივ, მისასაღმებელია) ენიჭებათ პრიორიტეტები. მაგრამ ლიმიტების დაწესების პროპორციულად იზრდება რისკი, რომ დახმარების მიმღები ვერ გამოიყენებს მიღებულ სიკეთეს. კერძოდ, მაგალითისთვის, თუ დახმარების მაძიებელმა ადმინისტრაციულ ორგანოს მიმართა სამედიცინო მომსახურების პირობითად 2 ათასი ლარის დაფინანსების თხოვნით და სამართლებრივი აქტით დადგენილია ასეთი კატეგორიის ბენეფიციარისთვის არაუმეტეს 50%-იანი დაფინანსების გამოყოფა, უფლებამოსილი ორგანოს მიერ დახმარების გაცემაზე დადებითი გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაშიც კი რჩება რისკი იმისა, რომ ბენეფიციარმა ვერ განახორციელოს ამ დახმარებით სარგებლობა, რადგან მას რჩება მოსაძიებელი საჭირო თანხის მეორე ნახევარი, რომლის მოძიებაც მათ მიერ ხშირ შემთხვევაში ვეღარ ხერხდება (აღნიშნულთან დაკავშირებით კვლევა შესაბამისი სტატისტიკის არ არსებობის გამო, ეყრდნობა მხოლოდ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელებული პროგრამის ფარგლებში, ისტორიულ გამოცდილებას, რის მიხედვითაც ხშირი იყო შემთხვევები, როცა გაცემული დახმარებების საერთო მოცულობა საბიუჯეტო წლის ბოლოს მკვეთრად აღემატებოდა ამ დახმარებების ათვისების ფაქტიურ მაჩვენებლებს). რაც შეეხება თბილისის ბიუჯეტს, აღნიშნულის მაგალითად შეგვიძლია მოვიყვანოთ 2014 წლის ბიუჯეტის შესრულება, რომლის მიხედვითაც მოცემული პროგრამისათვის გამოყოფილი 20 850 ათასი ლარიდან საკასო ხარჯის მიხედვით ათვისებულია მხოლოდ 16 553,0 ათასი ლარი. თითქმის 4,3 მილიონით ნაკლები. პროგრამის შინაარსიდან და შესაბამისად დახმარების მაძიებელთა დიდი რაოდენობიდან გამომდინარე, შეუძლებელია ადმინისტრაციულ ორგანოს არ გაეცა საბიუჯეტო გეგმის შესაბამისი მოცულობის საგარანტიო წერილები და არ აეთვისებინა ბიუჯეტი, თუმცა, ნაწილობრივი დაფინანსების ხშირი პრაქტიკა, შეიძლება იყოს იმის მიზეზი, რომ მოცემული პროგრამის საკასო (გადარიცხული თანხა) შესრულება ამდენით ჩამორჩება ფაქტიურ (ამ შემთხვევაში საგარანტიოებით აღებულ ვალდებულებებს) შესრულებას. პროგრამის წესები, აღნიშნული მოვლენების შედეგად ბიუჯეტის აუთვისებლობის რისკს აბალანსებს საგარანტიო წერილის მოქმედების ვადების დაწესებით, რაც, თავის მხრივ, მკვეთრად აწესრიგებს ბიუჯეტის შესრულების საკითხს, თუმცა ზემოხსენებული კატეგორიის ბენეფიციარებისათვის შედეგი არ იცვლება.

„სამედიცინო და სხვა სოციალური საჭიროებების დახმარების ღონისძიებები“-ს პროგრამის შეფარდება თბილისის 2016 წლის ბიუჯეტით ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილ ასიგნებებთან:



მოცემული პროპორციით, თბილისის თვითმმართველობა, ინდივიდუალური დაფინანსების პროგრამის წილის შეფარდებით ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების საერთო მოცულობასთან, მკვეთრად აღემა-

ტება სახელმწიფო ბიუჯეტის ანალოგიურ მაჩვენებელს (2%-ს).

თბილისის ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამები, მათი მიზნობრიობის მიხედვით შეიძლება დავყოთ სამ ჯგუფად:

- ა) სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსებული პროგრამების თბილისის ტერიტორიაზე დაფინანსებული ღონისძიებები;
- ბ) სახელმწიფო პროგრამის შემავსებელი ღონისძიებები (თანადაფინანსება და დამატებითი სერვისების დაფინანსება);
- გ) დამოუკიდებელი პროგრამები.

„ა“ კატეგორიას განეკუთვნება ისეთი პროგრამა, მაგალითისთვის როგორცაა „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების“ პროგრამა, როცა პროგრამის ძირითადი განმარტოციელებელი ქვეყანაში არის ცენტრალური ხელისუფლება, ხოლო თბილისის მასშტაბით თბილისის მუნიციპალიტეტი; „ბ“ კატეგორიას განეკუთვნება „ნარკომანიის ჩანაცვლებითი თერაპიის“ პროგრამა, სადაც ადგილობრივი თვითმმართველობა ბენეფიციარის სასარგებლოდ ახორციელებს სახელმწიფო პროგრამის სერვისის თანადაფინანსებას, ამავე კატეგორიას შეიძლება მივაკუთვნოთ „ც“ ჰეპატიტის დიაგნოსტიკის“ პროგრამა, რომლის შემთხვევაშიც ხდება არა თანადაფინანსება, არამედ სახელმწიფო პროგრამის მიზნების ხელშეწყობის უზრუნველსაყოფად, მუნიციპალიტეტი აფინანსებს დამატებით სერვისებს; რაც შეეხება „გ“ კატეგორიის პროგრამებს, აღნიშნული ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამებისგან დამოუკიდებლად, მუნიციპალიტეტის ინიციატივით, რაც, თავის მხრივ, წინ გადადგმული ნაბიჯია და სფეროს რეფორმირების მოცემული ტენდენციის შენარჩუნების შემთხვევაში უახლოეს მომავალში უნდა ველოდოთ ძალიან რეალურ და ხელშესახებ შედეგებს სფეროში მდგომარეობის მკვეთრად გაუმჯობესების გზაზე.

კვლევის მიზნებისათვის განხორციელდა ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტების დაჯგუფება შემდეგნაირად: თვითმმართველი ქალაქები, გარდა თბილისისა, თვითმმართველი ქალაქი თბილისი (მისი სიდიდით და მომდინარე, სხვა თვითმმართველ ქალაქებთან დაჯგუფებისას, მთლიანად გადაიფარებოდა დანარჩენი ქალაქების პროგრამები) და მუნიციპალიტეტები.

თვითმმართველი ქალაქების (გარდა თბილისისა) ბიუჯეტების ასიგნებების საერთო ჯამები 2014 - 2016 წლების მიხედვით:

ათას ლარებში

დასახელება	2014 წ.	2015 წ.	2016 წ.
<b>თვითმმართველი ქალაქების (გარდა თბილისისა) ბიუჯეტების ასიგნებები</b>	<b>293 534,5</b>	<b>370 647,4</b>	<b>319 515,6</b>

აქედან, ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები:

დასახელება	2014 წ.	2015 წ.	2016 წ.
<b>ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების ჯამი</b>	<b>6 367,0</b>	<b>8 983,0</b>	<b>9 453,6</b>

როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს, დანარჩენ თვითმმართველ ქალაქებში, ისევე, როგორც თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტში ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები, ბოლო სამი წლის განმავლობაში, ყოველწლიურად იზრდება, რასაც ვერ ვიტყვით ამავე მუნიციპალიტეტების ბიუჯეტებში გათვალისწინებულ ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების პროგრამების დაფინანსების საერთო ჯამზე.

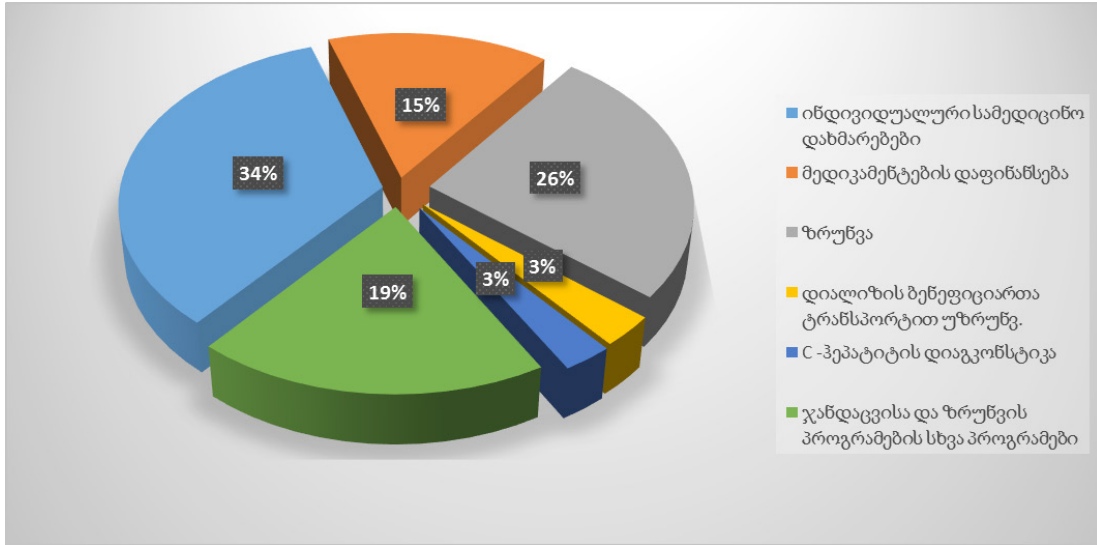
ინდივიდუალური შინაარსის მქონე პროგრამების ჯამი წლების მიხედვით შეადგენს:

ათას ლარებში

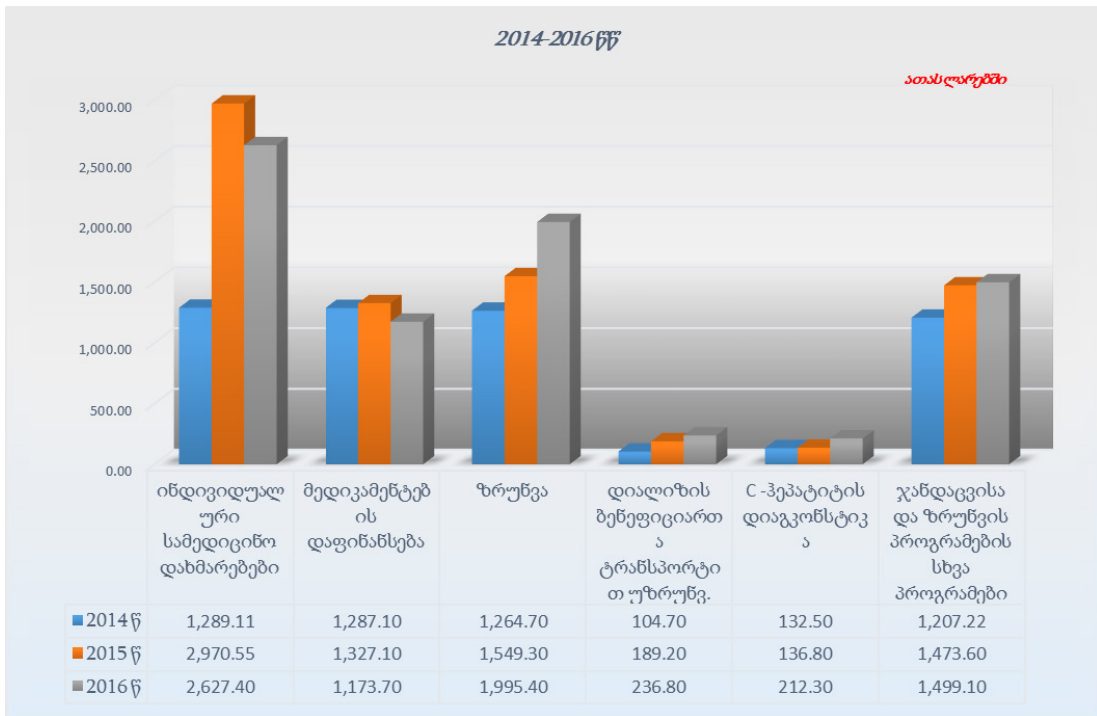
დასახელება	2014 წ.	2015 წ.	2016 წ.
<b>ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარება</b>	<b>1 289,1</b>	<b>2 963,3</b>	<b>2 609,4</b>

ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარებები, მიუხედავად იმისა, რომ მიმდინარე წლის ბიუჯეტებში შემცირებულია, ჯანდაცვის დაფინანსების მაინც ძალიან დიდ ნაწილს შეადგენს. გარდა ამისა, თვითმმართველი ქალაქების ბიუჯეტებში, ხშირ შემთხვევაში, გვხვდება ურთიერთმსგავსი მიზნობრიობის პროგრამები, რომელთა წილიც 2016 წლის ბიუჯეტში არის:

## საქართველოს გრუნვის პლატფორმა



თვითმმართველი ქალაქების (გარდა თბილისისა) ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დინამიკა წლების მიხედვით:



აღსანიშნავია, რომ მოცემული თვითმმართველი ქალაქების ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამები, განსხვავებით ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტისაგან, ძირითადად წარმოადგენენ ბენეფიციართათვის პირდაპირი ხარისხის გზით, ფულადი დახმარების ღონისძიებებს. პროგრამების დიზაინი რეალურად შემოიფარგლება მხოლოდ სხვადასხვა კატეგორიის მოწყვლადი ჯგუფების მიხედვით დაწყობილი ასიგნებების გაცემის წესებით, დახმარების მიმღებთა მიერ წარმოსადგენი დოკუმენტაციის ნუსხის დამტკიცებითა და სხვადასხვა კრიტერიუმით ფულადი დახმარების მოცულობების დიფერენცირებით.

გამომდინარე აქედან, წარმოდგენილ გრაფიკებში პროგრამების შინაარსობრივი დაჯგუფება განხორციელდა პირობითად, კერძოდ:

- ა) ინდივიდუალურ დახმარებებში დაჯგუფდა პროგრამები, რომელთა განკარგვა კომისიის მიერ ხდება და რომელთა მიზანიც ემსახურება ზოგადად სამედიცინო მკურნალობით გამოწვეული ფინანსური ტვირთის შემსუბუქებას;
- ბ) მედიკამენტების დაფინანსება - მოცემულ ჯგუფში გაერთიანებულია ფულადი დახმარებები, რომლებიც გაიცემა, როგორც ზოგადად დადგენილი თანხობრივი ლიმიტით ნოზოლოგიის შეუზღუდავად, მაგრამ

მიზნობრივად მედიკამენტების დასაფინანსებლად, ასევე, წინასწარ დადგენილად კონკრეტული დაავადების სამკურნალო საშუალებების შესაძენად. (პროგრამის ადმინისტრირების აღნიშნულ მექანიზმებს საერთო არაფერი არ აქვთ, ისეთ პროგრამებთან, როგორცაა მაგალითად ქალაქ თბილისის მიერ დაფინანსებული „ადრეული ძუძუს კიბოს მკურნალობის დაფინანსება“ პროგრამა, რომლის შემთხვევაშიც თვითმმართველობამ სამინისტროსთან ერთად შეიმუშავა და დაწესდა პროგრამა, რომლითაც განისაზღვრა ვაუჩერის ბაზარზე არსებულზე მკვეთრად დაბალი ფასი. ასეთ შემთხვევაში, ადმინისტრაციულმა ორგანოებმა იმუშავეს ძალიან ეფექტურად და ნაცვლად მხოლოდ ფულის გადარიცხვისა, შეძლეს აეწყოთ მექანიზმი, რომლის მიხედვითაც მიაღწიეს დაბალ ფასს და ამასთან გამოირიცხეს პროგრამის ფარგლებში გაცემული სახსრების პაციენტის მიერ არამიზნობრივი ხარჯვა).

- გ) ზრუნვის პროგრამების ჯგუფში გაერთიანდა ისეთი ასიგნებები, რომელთა ბენეფიციების დეკლარირებული სამიზნე გახლავთ ჯანმრთელობის პრობლემების საფუძველზე დაჯგუფებული ბენეფიციარები და არა კლასიკური გაგებით ზრუნვის პროგრამები, სადაც ხელისუფლების შესაბამისი სამსახური პროცესების უშუალო მონაწილე და წამყვანია.
- დ) დიალიზის საჭიროების მქონე პაციენტთა ტრანსპორტირების ხელშეწყობა და C - ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა ცალკე გამოყოფილ იქნა იმ ნიშნით, რომ ძირითადად ყველა თვითმმართველი ქალაქის ბიუჯეტში გვხვდება ამ ღონისძიებებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები. აღნიშნული ფაქტი მეტყველებს იმაზე, რომ თვითმმართველი ერთეულები რაღაც დონეზე ახდენენ ინფორმაციის გაცვლას და ერთგვაროვან პრობლემებთან უყალიბდებთ ბრძოლის ერთიანი ხედვა, რაც, თავის მხრივ, მისასაღმებელია და ჰორიზონტალური მართვის პრინციპის განსავითარებლად საჭიროებს წახალისებას და ხელშეწყობას.

პროგრამების შესწავლისას გამოიკვეთა, რომ უკანასკნელი წლების განმავლობაში, ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულები ცდილობენ დახვეწონ და სისტემური გახადონ მათი მიზნობრიობა, მკაცრად გამოკვეთონ პროგრამაში ხართვის კრიტერიუმები, სამართლებრივად სწორად დააწიონ დაფინანსების მექანიზმები, პროგრამების დიზაინს მიაჩიონ მაღალი ლეგიტიმაცია (თითქმის ყველა შემთხვევაში პროგრამებს ამტკიცებს წარმომადგენლობითი ორგანო, რაც მაღალ ლეგიტიმაციას ანიჭებს მიღებულ გადაწყვეტილებებს), რაც, თავის მხრივ, ძალიან დადებითი მიღწევაა. თუმცა, საჭიროა ამ მიღწევებს არ დასჯერდნენ და გადავიდნენ განვითარების ახალ ეტაპზე, როდესაც შექმნიან და ადმინისტრირებას გაუწევენ პროგრამებს კლასიკური გაგებით.

აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული ტენდენციები გვხვდება თვითმმართველი თემების ბიუჯეტებშიც. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში წარმოდგენილია თვითმმართველი თემების 2016 წლის დამტკიცებულ ბიუჯეტებში ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები:

დასახელება	2016 წ	დასახელება	2016 წ
აჭარის მუნიციპალიტეტი	59,70	ყვარელის მუნიციპალიტეტი	100,00
ავადმყოფთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვა	59,70	ოჯახებისა და ბავშვთა სოციალური დაცვა	100,00
ქობულეთის მუნიციპალიტეტი	152,60	ჭიათურის მუნიციპალიტეტი	455,97
ქრონიკულად პროგრესირებადი დაავადებების მედიკამენტოზური დახმარების პროგრამა	60,00	ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	455,97
ფენილკეტონურიით დაავადებულ პირთა სამკურნალო საშუალების კომპენსაციით უზრუნველყოფა	4,00	ტყიბულის მუნიციპალიტეტი	112,00
ბრონქული ასთმით დაავადებულთა მედიკამენტოზური დახმარების პროგრამა	25,00	ინდივიდუალური დახმარების პროგრამა	112,00
დიალიზის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული პაციენტების ტრანსპორტირების პროგრამა	35,90	წყალტუბოს მუნიციპალიტეტი	850,00
ცერებრალური დამბლით დაავადებულ ბავშვთა ფსიქოლოგიური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციართა ტრანსპორტირების პროგრამა	27,70	მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული მოქალაქეების ერთჯერადი ფულადი დახმარება	390,00
ხელვაჩაურის მუნიციპალიტეტი	211,59	ა(ა)იპ „ბავშვთა ინკლუზიური ცენტრი“	120,00
ეპილეფსიით დაავადებულ პირთა სპეციალური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის ღონისძიებები	65,90	მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული მოქალაქეების სამედიცინო დახმარების თანადაფინანსება	340,00



საქართველოს გრუნვის პლატფორმა

მაჭახლის თემის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხელშეწყობის პროგრამა	15,96
დიალიზით მოსარგებლე პირთა ტრანსპორტირების ხარჯით უზრუნველყოფის პროგრამა	25,00
სოფელ კაპრეშუმში არსებული სამედიცინო პუნქტის რესტავრაცია	63,85
სოფელ აგარის ამბულატორიის შენობის რეაბილიტაცია	9,12
სოფელ წინსვლის ამბულატორიის შენობის რეაბილიტაცია	9,03
სოციალური დახმარებები (სარეზერვო ფონდიდან გაწეული ერთჯერადი დახმარებები)	22,73
<b>ქედის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>265,86</b>
ეპილექსიით დაავადებულთა სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა	25,90
ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფის პროგრამა	94,40
თემების სამედიცინო ცენტრებისა და ამბულატორიების კეთილმოწყობა და ინვენტარის შეძენა	60,00
ამბულატორიებისათვის ავტომანქანის შეძენა	60,00
ქედის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობისათვის ერთჯერადი მატერიალური დახმარების პროგრამა	2,66
ჰემოდიალიზის პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციართა მგზავრობის უზრუნველყოფის პროგრამა	14,50
ცერებრალური დამბლით დაავადებულ ბავშვთა აბილიტაცია-რეაბილიტაციის კურსებზე მგზავრობის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამა	8,40
<b>შუახევის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>68,90</b>
ეპილექსიით დაავადებულ მოქალაქეთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მიზნობრივი პროგრამა	39,60
დიალიზის პროგრამაში ჩართული შუახევის მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები მოქალაქეების ტრანსპორტირების მიზნობრივი პროგრამა	15,20
პარკინსონით დაავადებული მოქალაქეების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მიზნობრივი პროგრამა	14,10
<b>ხულოს მუნიციპალიტეტი</b>	<b>171,60</b>
ქრონიკულად პროგრესირებადი დაავადებების (ეპილექსია) მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა	32,70
პარკინსონით დაავადებულ მოქალაქეთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა	10,20

ბაღდათის მუნიციპალიტეტი	50,00
სოციალურად დაუცველ მოქალაქეთა ოჯახის წევრებზე სამედიცინო დახმარება	50,00
<b>ვანის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>227,00</b>
სამედიცინო დახმარება	150,00
დიალიზის პროგრამაზე მყოფთა დახმარება	35,00
ბავშვობიდან ინვალიდთა და პირველი ჯგუფის ინვალიდთა ოჯახების დახმარება	42,00
<b>ზესტაფონის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>743,00</b>
მუნიციპალიტეტში მცხოვრები ოჯახების ფინანსური დახმარება	403,00
თირკმლის უკმარისობით დაავადებულ პირთა დახმარება	40,00
მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის უსინათლოების დახმარება	90,00
ფენილკეტონურიით დაავადებულ ბავშვთა ფინანსური დახმარება	10,00
სამედიცინო მომსახურების ფინანსური დახმარება	200,00
<b>თერჯოლის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>592,05</b>
სოფლის ამბულატორიები	25,20
ერთჯერადი ფინანსური დახმარება	300,85
ინვალიდთა ასოციაცია	6,00
გაჭირვებულების დახმარება	110,00
სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსება	150,00
<b>სამტრედიის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>555,50</b>
სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ერთჯერადი ფინანსური დახმარებები	555,50
<b>საჩხერის მუნიციპალიტეტი</b>	<b>407,60</b>

საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა

დიალიზის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პირთა სატრანსპორტო ხარჯებით უზრუნველყოფის პროგრამა	37,70	ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	300,20
ონკოლოგიურ და ხანგრძლივ მკურნალობას დაქვემდებარებული დაავადებების და მძიმე ტრავმული დაზიანებების მქონე სოციალურად შეჭირვებულ პირთა ოჯახებზე ერთჯერადი მატერიალური დახმარების პროგრამა	35,00	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვა	30,00
ცერებრალური დამბლით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის კურსებზე მგზავრობის ხარჯების საკომპენსაციო თანხებით უზრუნველყოფის პროგრამა	56,00	საქართველოს ყრუთა კავშირის საჩხერის ფილიალი	30,00
ახმეტის მუნიციპალიტეტი	199,10	საჩხერის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეგისტრირებული კავშირი	10,00
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	199,10	ჯანდაცვის ობიექტების დაფინანსება	37,40
გურჯაანის მუნიციპალიტეტი	470,00	საჩხერის მუნიციპალიტეტი	487,00
სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსება	470,00	სოციალურად დაუცველი ოჯახების მკურნალობის და დახმარების ხარჯები	487,00
დედოფლისწყაროს მუნიციპალიტეტი	370,00	ხონის მუნიციპალიტეტი	430,00
სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის დახმარება	370,00	ერთჯერადი დახმარება	430,00
თელავის მუნიციპალიტეტი	274,29	ზუგდიდის მუნიციპალიტეტი	630,00
სოციალურად დაუცველ პირთა დახმარება	248,29	ჯანდაცვის სხვა ღონისძიებები	20,00
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	21,00	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვა და რეაბილიტაცია	100,00
სოფლად შშმ პირთა და ქალთა ცენტრის დახმარების პროგრამა	5,00	სოფელი ხურჩის მოსახლეობის და დიალიზით დაავადებულთა ტრანსპორტის ღირებულების თანადაფინანსება	80,00
ლაგოდეხის მუნიციპალიტეტი	199,00	სამედიცინო დახმარების პროგრამა	430,00
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	20,00	აბაშის მუნიციპალიტეტი	227,60
სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის დახმარება	179,00	მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტაციონარული მომსახურება	167,00
საგარეჯოს მუნიციპალიტეტი	352,20	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების დახმარების პროგრამა	10,00
სოფლის ამბულატორიების მომსახურება	6,60	ყრუ-მუნჯების და ჩერნობილელთა დახმარების პროგრამა	4,00
სხვა არაკლასიფიცირებული საქმიანობა სოციალური დაცვის სფეროში	28,00	დიალიზის პროგრამაში მონაწილე ავადმყოფთა მგზავრობის მხარდაჭერის ხარჯები	12,60
უმწეო მდგომარეობაში მყოფ მოქალაქეთა დახმარების პროგრამა	305,60	მკვეთრად გამოხატული I ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შშმ) პირთა დახმარების პროგრამა	34,00
შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვების დახმარების პროგრამა	12,00	მარტვილის მუნიციპალიტეტი	278,10
სიღნაღის მუნიციპალიტეტი	128,20	უკიდურესად შეჭირვებულთა სამედიცინო დახმარება	278,10
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	125,20	მესტიის მუნიციპალიტეტი	131,56
შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვა	3,00	გაჭირვებულ ოჯახთა ერთჯერადი დახმარებები	131,56

საქართველოს გრუნვის პლატფორმა

სენაკის მუნიციპალიტეტი	498,00	წალკის მუნიციპალიტეტი	200,00
მოსახლეობის ამბულატორიული მომსახურებისა და მზრუნველობამოკლებულთა კვებით უზრუნველყოფის პროგრამა	240,00	ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	200,00
ჯანმრთელობაგაუარესებულ მოქალაქეთა სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის დაფინანსების და თანადაფინანსების პროგრამა	196,00	ლანჩხუთის მუნიციპალიტეტი	175,00
თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი მოქალაქეების დახმარების პროგრამა	24,00	ბიკარბონატული ჰემოდიალიზით-თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულთა სამედიცინო დაწესებულებაში ტრანსპორტირების ხარჯი	30,00
იშვიათი დაავადების მქონე ბავშვების დახმარების პროგრამა	8,00	მძიმე საცხოვრებელ პირობებში მყოფი ოჯახების დროებითი თავშესაფრით უზრუნველყოფის და I და II ჯგუფის ინვალიდების, ასევე უკიდურესად დამძიმებული ჯანმრთელობის მქონე პირების ერთჯერადად დახმარების პროგრამა	145,00
შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ინდივიდუალური დახმარების პროგრამა	30,00	ოზურგეთის მუნიციპალიტეტი	299,72
ჩხოროწყუს მუნიციპალიტეტი	135,70	მოქალაქეთა სამედიცინო დახმარება	92,26
თირკმლის დიალიზზე მყოფთა პროგრამა	21,60	მოქალაქეთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	90,46
უსინათლოთა პროგრამა	15,00	„C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პირებში მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისათვის საჭირო კვლევების დაფინანსება	40,00
სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსება	60,10	თირკმლის უკმარისობით დაავადებულ პირთა დახმარება	15,00
შშმ ბავშვთა და მოზარდთა დახმარების პროგრამა	39,00	ლეიკემიის და ონკოლოგიური დაავადების მქონე პირების დახმარება	20,00
წალენჯიხის მუნიციპალიტეტი	300,00	უსინათლოთა ერთჯერადი დახმარება	12,00
ამბულატორიები და პოლიკლინიკები	150,00	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დახმარება	30,00
გაჭირვებულ ოჯახთა ერთჯერადი დახმარებები	150,00	ჩოხატაურის მუნიციპალიტეტი	246,20
ხობის მუნიციპალიტეტი	121,60	სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსების ხარჯი	246,20
ხობის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის დამატებითი ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პროგრამა	29,90	ბორჯომის მუნიციპალიტეტი	569,70
ავადმყოფთა სოციალური დახმარება	91,70	ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების ხელშეწყობის ხარჯი	8,50
გორის მუნიციპალიტეტი	615,00	სოციალურად დაუცველი ფენის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება	431,97
სოფლებში ამბულატორიებისათვის ინფრასტრუქტურის მოწყობა	30,00	სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	129,23
ცერებრალური დამბლით, აუტიზმით, დაუნის და ფენილკეტონურიის სინდრომით დაავადებული ადამიანების სამედიცინო და სოციალური დახმარება	100,00	ადიგენის მუნიციპალიტეტი	180,00

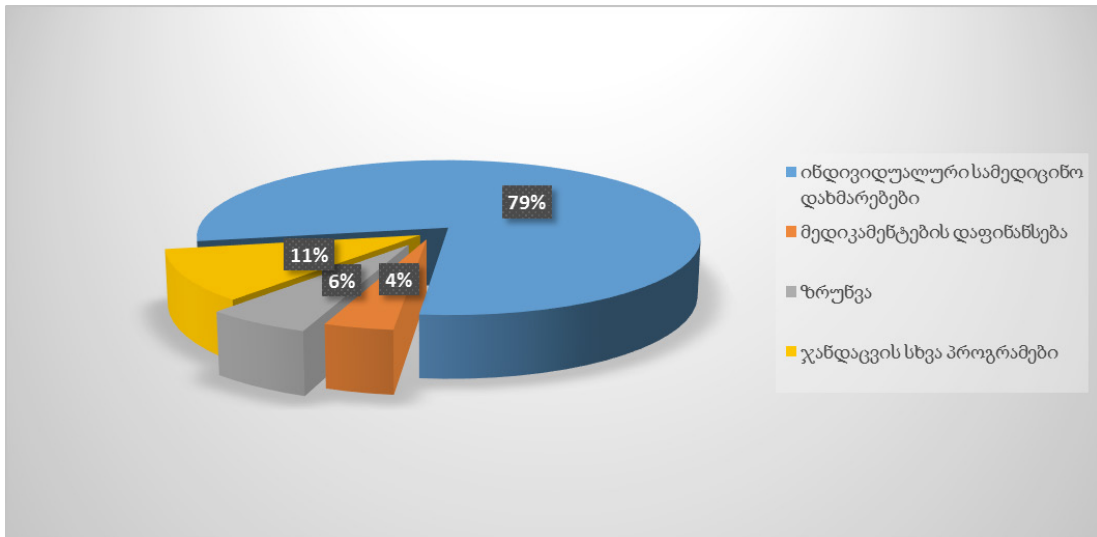
საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა

სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება	100,00	ავადმყოფთა და მშობიარეთა გამოკვლევის, მკურნალობის, ოპერაციებისა და მედიკამენტების ხარჯი	110,00
ონკოლოგიური ავადმყოფების სამედიცინო დახმარება	190,00	სოფელ არალის უნარშეზღუდულ და მენტალურადაქვეითებულ ბავშვთა საინტეგრაციო ცენტრი	20,00
სქოლიოზით დაავადებული ახალგაზრდების სამკურნალო-სარეაბილიტაციო დახმარება	10,00	მოსახლეობის ერთჯერადი დახმარება	50,00
მოსახლეობის უფასო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	95,00	ასპინძის მუნიციპალიტეტი	67,40
დიალიზზე მყოფი და C ჰეპატიტით დაავადებული ადამიანების ერთჯერადი სოციალური და სამედიცინო დახმარება	60,00	სოციალურად დაუცველი, გადახდის უუნარო მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფის ხარჯები, ოპერაციების თანადაფინანსების პროგრამა	47,40
ლევემით დაავადებული ადამიანების სოციალური დახმარება	30,00	ა(ა)იპ - შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების დაცვის ცენტრი	20,00
ერედვის მუნიციპალიტეტი	50,00	ახალქალაქის მუნიციპალიტეტი	157,00
გვემითური და ურგენტული ოპერაციების დაფინანსება	50,00	სასწრაფო შემთხვევების, ოპერაციებისა და მკურნალობის ხარჯი	100,00
ქურთის მუნიციპალიტეტი	35,00	ომის ინვალიდების დახმარება	7,00
ოჯახებისა და ბავშვების სოციალური დაცვა	35,00	ფინანსური დახმარება მედიკამენტების შესაძენად	50,00
ქარელის მუნიციპალიტეტი	704,00	ახალციხის მუნიციპალიტეტი	190,00
ოჯახებისა და ბავშვების სოციალური დაცვის უზრუნველყოფა	704,00	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დახმარება	30,00
კასპის მუნიციპალიტეტი	265,00	მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება	160,00
ერთჯერადი დახმარებები	265,00	ნინოწმინდის მუნიციპალიტეტი	55,00
თილვის მუნიციპალიტეტი		სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის მკურნალობის ხარჯები	45,00
ხაშურის მუნიციპალიტეტი	762,80	ინვალიდების ფინანსური დახმარება	10,00
ჯანდაცვის ობიექტების რეაბილიტაცია	100,00	ახალგორის მუნიციპალიტეტი	120,00
დერატინაციის შესყიდვა	4,80	ავადმყოფის სოციალური დაცვა	120,00
მოქალაქეთა სოციალური დახმარება	658,00	დუშეთის მუნიციპალიტეტი	195,00
ბოლნისის მუნიციპალიტეტი	952,00	სამკურნალო დაწესებულებებში სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის მკურნალობის და ოპერაციის ხარჯები	180,00
ავადმყოფთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	115,00	სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	15,00
მატერიალური დახმარებები	153,00	თიანეთის მუნიციპალიტეტი	110,00
სამედიცინო უზრუნველყოფის პროგრამა	282,00	სოციალურად დაუცველი მოქალაქეების დახმარება	110,00
დახმარებები და ერთჯერადი განაცემები, ზეპროგრამული	402,00	მცხეთის მუნიციპალიტეტი	357,70
გარდაბნის მუნიციპალიტეტი	591,00	სოციალურად დაუცველი მოქალაქეებისათვის მკურნალობის და ოპერაციის ხარჯების დაფინანსება	342,70

## საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა

სოციალურად დაუცველი ფენის საოპერაციო ხარჯები	400,00	დიალიზზე მყოფი ავადმყოფების ფინანსური დახმარება	15,00
იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო გამოკვლევების ხარჯები	31,00	ყაზბეგის მუნიციპალიტეტი	60,00
ააიპ - „გარდაბნის მუნიციპალიტეტის თერაპიული ცენტრი განსაკუთრებული საჭიროების მქონე ბავშვებისათვის“	160,00	ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	60,00
დმანისის მუნიციპალიტეტი	155,00	ამბროლაურის მუნიციპალიტეტი	105,00
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	80,00	მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამა	105,00
სოციალურად დაუცველთა ოპერაციების დაფინანსება	75,00	ლენტეხის მუნიციპალიტეტი	42,00
თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტი	200,00	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დახმარება	42,00
შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების დახმარება, მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის სამედიცინო უზრუნველყოფის ერთჯერადი დახმარება	200,00	ონის მუნიციპალიტეტი	37,00
მარნეულის მუნიციპალიტეტი	500,00	ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	30,00
ავადმყოფთა სოციალური დაცვა	500,00	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვა	7,00

თვითმმართველი თემების 2016 წლის დამკვიცხებული ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებების ჯამი შეადგენს 18 252,2 ათას ლარს. მათ შორის, ინდივიდუალური დახმარების პროგრამები 14 518,8 ათასი ლარი; მედიკამენტების დაფინანსება 711,6 ათასი ლარი; ზრუნვის პროგრამები 1 078,1 ათასი ლარი; ჯანდაცვის სხვა პროგრამები 1 943,7 ათასი ლარი.



როგორც წარმოდგენილი ინფორმაციიდან ჩანს, დაფინანსების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ზრუნვის პროგრამებზე მოდის, ესეც იმ პირობებში, როდესაც კვლევის მიზნებისათვის განხორციელებული დაჯგუფებისას, ამ კატეგორიაში გაერთიანდა დაახლოებით მსგავსი შინაარსის ღონისძიებები. რაც შეეხება ზრუნვის კომპონენტს კლასიკური პროგრამების სახით თვითმმართველი თემების ბიუჯეტებში არ გვხვდება.

## შემაჯავებელი ანბარიში

### მიმოხილვა

საქართველოს კანონმდებლობით, ქვეყნის საბიუჯეტო სისტემა შედგება სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტებისაგან.

მათ შორის, ფუნქციები და უფლებამოსილებები გადანაწილებულია საქართველოს კონსტიტუციის, „ეკონომიკური თავისუფლების შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის, „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის სტატუსის შესახებ“ საქართველოს კონსტიტუციური კანონის, საქართველოს ორგანული კანონის „ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი“, „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კონსტიტუციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს ორგანული კანონის, ამ კოდექსის, „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის საბიუჯეტო პროცესისა და უფლებამოსილებათა შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონის, გადასახადებისა და მოსაკრებლების თაობაზე საქართველოს კანონმდებლობის, საქართველოს სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების, აგრეთვე, საქართველოს ცენტრალური, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი ხელისუფლებების მიერ მიღებული (გამოცემული) სამართლებრივი აქტების საფუძველზე.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი.

ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსება, კომპეტენციის ფარგლებში შეუძლიათ, ასევე, ავტონომიური რესპუბლიკებისა და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ხელისუფლების ორგანოებს.

მუნიციპალიტეტი უფლებამოსილია საკუთარი ინიციატივით გადაწყვიტოს ნებისმიერი საკითხი, რომლის გადაწყვეტაც საქართველოს კანონმდებლობით არ არის ხელისუფლების სხვა ორგანოს უფლებამოსილება და აკრძალული არ არის კანონით.

ჯანდაცვისა და ზრუნვის სფეროში მიმდინარე წელს სხვადასხვა დონის ბიუჯეტებში გათვალისწინებული პროგრამების ასიგნებების საერთო ჯამი 932,2 მილიონ ლარს აღემატება, მათ შორის, სახელმწიფო ბიუჯეტი - 824,5 მილიონი ლარი, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტი - 7,1 მილიონი ლარი, აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის რესპუბლიკური ბიუჯეტი - 0,3 მილიონი ლარი, ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტი - 77,6 მილიონი ლარი, ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების ბიუჯეტები (გარდა ქ. თბილისისა) - 22,7 მილიონი ლარი.

თვითმმართველი ერთეულებიდან, სფეროში ახალი პროგრამების დანერგვის, მათი ადმინისტრირების ახალი მეთოდებისა და წესების ძიების, ასევე, გარკვეული მიმართულებებით მიღწეული შედეგებითა და საბიუჯეტო პარამეტრებით, ერთმნიშვნელოვნად გამორჩეულია ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტი.

წლიდან წლამდე შესამჩნევია თვითმმართველი ერთეულების პროგრამების განვითარება, ხორციელდება ახალი კრიტერიუმების დაწესება და ძველის გადახედვა, შეიმჩნევა ბენეფიციართა კატეგორიებად დაჯგუფება და მკაფიო კრიტერიუმებზე დაყრდნობით ობიექტური პრიორიტეტულობის მინიჭება. აბსოლუტური უმრავლესობა თვითმმართველი ერთეულებისა, პროგრამების დამტკიცებას ახორციელებს მაქსიმალურად მაღალი ლეგიტიმაციის უზრუნველყოფით - წარმომადგენლობითი ორგანოების სამართლებრივი აქტით (**რაც, თავის მხრივ, წარმოადგენს დემოკრატიის შესაძლებლობას - განსხვავებული აზრების შეჯერების საფუძველზე მივიღოთ ოპტიმალური პროდუქტი**).

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჯანმრთელობისა და ზრუნვის პროგრამების დანერგვისათვის კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს, რაიმე კონკრეტულ წესებს, საგზაო რუკას, თუ რა კრიტერიუმების მიხედვით უნდა მოხდეს გადაწყვეტილებების მიღება თვითმმართველი ერთეულების წარმომადგენლობითი და აღმასრულებელი ორგანოების მიერ.

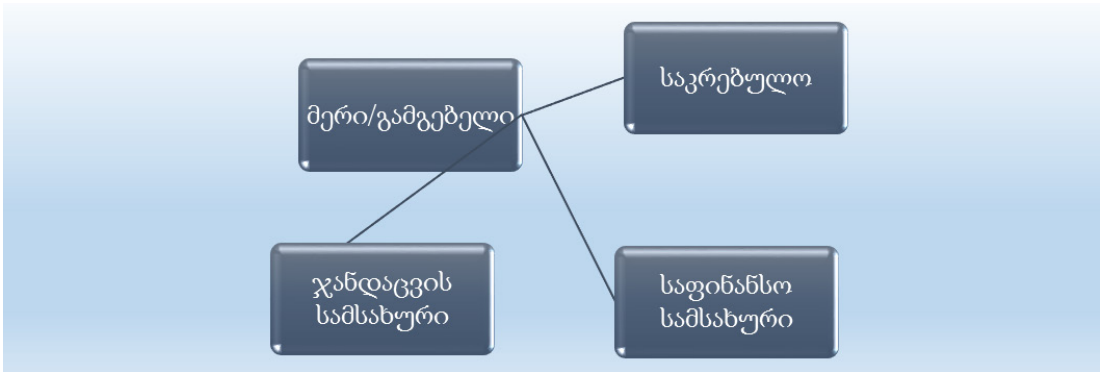
არსებული პრაქტიკის მიხედვით, მოცემული გადაწყვეტილების მიღების საკითხში ძირითადი როლი შეგვიძლია მივიჩნიოთ, რომ უკავია მუნიციპალიტეტის მერის/გამგებელის პოზიციას. იგი წარმოადგენს აღნიშნული გადაწყვეტილების მიღების ცენტრალურ ფიგურას (მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამა მტკიცდება საკრებულოს დადგენილებით). იგი წარმოადგენს მუნიციპალიტეტის საკრებულოში ბიუჯეტისა და პროგრამების პროექტების ინიციატორს, ასევე კანონმდებლობის მიხედვით პრიორიტეტის ფარგლებში აქვს ამ პრიორიტეტის 5%-იანი შიდა გადანაწილების შესაძლებლობა. მაგალითისთვის ჯანდაცვის პრიორიტეტი თუ შეადგენს 1 მილიონ ლარს, გამგებელს/მერს აქვს შესაძლებლობა საკრებულოსაგან დამოუკიდებლად ამ პრიორიტეტის ფარგლებში, სახსრების შიდა გადანაწილების საფუძველზე დაამატოს დაახლოებით ორმოცდაათი ათასიანი ქვეპროგრამა. აღნიშნული უფლებამოსილებები არ წარმოადგენს პრობლემას, პირიქით, შესაძლებლობა უფროა არსებული გამოწვევების ოპერატიულად და ეფექტურად გადაჭრისთვის. თუმცა პრობლემას წარმოადგენს კრიტერიუმების არარსებობა,

თუ რას უნდა ეყრდნობოდეს გადაწყვეტილების მიმღები პირი. დღევანდელი მდგომარეობით, აღნიშნული დამოკიდებულია პიროვნულ შესაძლებლობებზე, თუ როგორი ხედვები აქვს მუნიციპალიტეტის პირველ პირს, ან რამდენად შესაძლებელია მისი დარწმუნება შესაბამისი დარგობრივი სამსახურების მიერ.

თვითმმართველი ერთეულების აღმასრულებელ ორგანოებს (76-ვეს) ჰყავს საფინანსო და ჯანდაცვისა და სოცი-ალურ საკითხთა სამსახურები.

როგორც წესი, ახალი პროგრამის/ქვეპროგრამის ინიცირებას მერის/გამგებლის წინაშე ახდენს ჯანდაცვის დარგობრივი სამსახური ან/და მერის/გამგებლის ჯანდაცვის კურატორი მოადგილე, რომელსაც ეთანხმება, ან არ ეთანხმება შესაბამისი საფინანსო სამსახური ან/და მისი კურატორი მოადგილე. პრაქტიკაში შეიძლება პროგრამის ინიცირების სამი ძირითადი წყარო გამოვყოთ: 1) ისტორიული პროგრამა - რომელიც წლების განმავლობაში ხორციელდებოდა და ყოველი ახალი ბიუჯეტის ინიცირებისას ავტომატურად გადადის ახალი წლის ბიუჯეტის პროექტში; 2) სხვა თვითმმართველი ერთეულების, სახელმწიფო ან/და ავტონომიური რესპუბლიკების ბიუჯეტების მიერ დაფინანსებული პროგრამების ანალოგიების ინიცირება; 3) პროგრამის პოტენციური მიმწოდებლების მიერ ინიცირებული ახალი პროექტების გაანალიზება და დანერგვა. არის თეორიული შესაძლებლობა, რომ რომელიმე მუნიციპალიტეტის ჯანდაცვის სამსახურმა თვითონ მოამზადოს და ახალი პროგრამის ინიცირება მოახდინოს, თუმცა ასეთი შემთხვევის შესახებ ინფორმაციას არ იძლევა კვლევის ფარგლებში შესწავლილი პროგრამები.

ძირითადი საგზაო რუკა ახალი პროგრამის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას არის შემდეგი: პროგრამის ინიციატორს წარმოადგენს პროგრამის სერვისის პოტენციური მიმწოდებელი, აღნიშნული ინიციატივის შესახებ პროგრამის ავტორი ცდილობს გადაწყვეტილების მიმღებ პირთან რაც შეიძლება დაახლოებულ სამსახურს ან თანამდებობის პირს (არის შემთხვევები, როდესაც პროექტის ინიციატორი ოფიციალურად წერილობით მიმართავს შესაბამის სამსახურს ახალი პროექტის დანერგვის ინიციატივით, პროგრამის განხორციელების შედეგად მისაღები სიკეთების შესახებ ინფორმაციის განმარტებით. თუმცა, გამომდინარე იქიდან, რომ პროგრამის ინიციატორი მეტნაკლებად მატერიალურად დაინტერესებული პირია, აღნიშნული შეთავაზება დიდი ნდობით არ სარგებლობს საჯარო მოხელეებში. როგორც წესი, ასეთი ინიციატივის პასუხი არის შაბლონური: ბიუჯეტის ასიგნებები გაწერილია პროგრამებისა და ღონისძიებების მიხედვით, ამდენად, სამწუხაროდ მოკლებული ვართ შესაძლებლობას გავითვალისწინოთ თქვენი წინადადება.” შესაბამისად, დიდად აღა-რაგინ იწუხებს თავს ჩაუღრმავდეს წარმოდგენილი წინადადების ნამდვილ არსს და მისგან სახელმწიფოებრივი სიკეთის მიღების შესაძლებლობას) წარუდგინოს პროგრამის პროექტი (ხშირ შემთხვევაში ხდება, რომ თავის ინიციატივას საკრებულოს შესაბამის კომისიას წარუდგენს, რომელიც მოწონების შემთხვევაში აღმასრულებელ ხელისუფლებას გადასცემს პროექტს და მოითხოვს მისგან პროექტის განხორციელებლად შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელებას). ასეთი პირების წრე შესაძლებელია საკმაოდ დიდი იყოს, თუმცა ნებისმიერ შემთხვევაში აღნიშნული პროექტი ხვდება დარგობრივ (ჯანდაცვის) სამსახურში და საფინანსო სამსახურში. იმ შემთხვევაში, თუ დარგობრივმა სამსახურმა მოიწონა პროექტი, მიმართავს საფინანსო სამსახურს შესაბამისი ფინანსური რესურსის მოძიების შესაძლებლობის არსებობის დადგენის მიზნით. როგორც წესი, შეზღუდული რესურსების პირობებში საფინანსო სამსახურები უარს ამბობენ ახალი პროექტების დაფინანსებაზე, თუმცა დარგობრივი სამსახური ასეთ შემთხვევაში ინიციატივით პირდაპირ მიმართავს მუნიციპალიტეტის მერს/გამგებელს, რომლის დარწმუნების შემთხვევაშიც დაევალება ფინანსურ სამსახურს გამონახოს საჭირო სახსრები. თუმცა საფინანსო სამსახურის არგუმენტები შეზღუდულ რესურსებთან დაკავშირებით როგორც წესი უფრო მყარია ხოლმე, ვიდრე ხარჯების გაზრდის ახალი პერსპექტივის აუცილებლობის დასაბუთების არგუმენტები. ვიზუალური წარმოდგენისთვის:



პროგრამას წარმატების შანსი აქვს ორ შემთხვევაში: პირველი, გადაწყვეტილების მიმღები პირის დარწმუნება უნდა განხორციელდეს ახალი პროგრამის წარმატების პერსპექტივაში და საჭიროებაში და მეორე, როცა არსებობს ხედვა და სურვილი, არსებული ფინანსური რესურსების უფრო მიზნობრივად და ეფექტურად გამოყენების მიზნით ბიუჯეტის სტრუქტურის სისტემური რეფორმირების განხორციელების თაობაზე. ასეთ შემთხვევაში გზა ეხსნება ახალ ინიციატივებს.

კვლევის ფარგლებში გაანალიზდა 76-ივე მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ასიგნებები, ამ პროგრამების დაფინანსების წესები და მეთოდოლოგია და დასკვნის სახით შესაძლებელია ვთქვათ, რომ საჭიროა ამ მიმართულებით ძირეული ცვლილებები განხორციელდეს. კერძოდ:

- მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი ინდივიდუალური დახმარებების პრაქტიკა;
- უნდა შეწყდეს ისეთი პროგრამების დაფინანსება/თანადაფინანსება, რომელიც ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და გამოთავისუფლდეს ახალი პროგრამების დაფინანსებისათვის საჭირო რესურსები;
- თვითმმართველობის შესაბამისი ორგანოები უნდა ორიენტირდნენ ისეთი პროგრამების დაფინანსებაზე, რომელიც მათ უფრო ხელეწიფებათ, ვიდრე ცენტრალურ ხელისუფლებას. ამ მიმართულებით უნდა გაეხსნათ გზა ახალი პროგრამების ინიციატორებს, უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა დაამტკიცონ ამა თუ იმ პროგრამის დანერგვის სიკეთე და უპირატესობა;
- უნდა გაიმიჯნოს მიზნობრივი ტრანსფერი შესაბამისი დელეგირებული უფლებამოსილებების მიხედვით და კონკრეტულად უნდა მიეცეს მუნიციპალიტეტს თითოეული დელეგირებული უფლებამოსილების განხორციელების უზრუნველსაყოფად საჭირო ტრანსფერი.

აღნიშნული ღონისძიებების წარმატებულად განხორციელების ყველაზე რეალისტურ და ეფექტურ გზას ცენტრალური ხელისუფლების შესაბამისი დარგების სამინისტროს ჩართულობა წარმოადგენს. ისტორიული გამოცდილებით, საქართველოში თვითმმართველობის დონეზე განხორციელებული ყოველი მასშტაბური რეფორმების უკან შესაბამისი დარგის სამინისტროების მიერ ორგანიზებული პოზიტიური პროცესები დგას (როდესაც სამინისტროები თვითმმართველობის ინტერესებიდან გამომდინარე და ორგანიზებას უწევენ კონკრეტული რეფორმის განხორციელებას, დაწყებული შესაბამისი შეხვედრების მოწყობიდან, გამოცდილების გაზიარებით, შესაბამისი მეთოდოლოგიების შექმნითა და დანერგვის ხელშეწყობით, შესაბამისი საკანონმდებლო წინადადებების მომზადებითა და ინიცირებით დამთავრებული).

**ამასთან, აუცილებელია სუბსიდიარობის პრინციპის დანერგვა და განუხრელად დაცვა, რაც გულისხმობს, რომ ძალაუფლება განხორციელებული უნდა იყოს მმართველობის იმ დონეზე, რომელიც ყველაზე უფრო ახლოა მოქალაქეებთან. წამგებიანია იმ კომპეტენციათა კონცენტრაცია ცენტრალურ ხელისუფლებაში, რომლებიც ადგილობრივ დონეზე უკეთ აღსრულდება. მეორეს მხრივ, თუ გარკვეული უფლებამოსილებანი ცენტრალურ დონეზე უკეთ ხორციელდება, მაშინ ისინი ცენტრალურ ორგანოებს უნდა ეკუთვნოდეს.**

**მაგალითისთვის:** სახელმწიფოს არსებობის ერთ-ერთ ფუნდამენტალურ ფუნქციას წარმოადგენს თავდაცვის საკითხი, რომლის განხორციელებაც, ერთმნიშვნელოვნად სახელმწიფოს უმაღლესი ხელისუფლების უფლებამოსილებაა, რადგან ნებისმიერი შესაძლო საფრთხე, რომელიც ემუქრება ქვეყნის ტერიტორიის რომელიმე ნაწილს, ემუქრება მთელ ქვეყანას და ვერ იქნება განხილული, მხოლოდ ერთი ადმინისტრაციული ერთეულის პრობლემად. შესაბამისად, აუცილებელია თავდაცვის შეიარაღებული ძალების ერთიანობა და მკაცრად ვერტიკალური მართვის არსებობა. სუბსიდიარობის პრინციპიდან გამომდინარე, ეს ფუნქცია, სწორედ, სახელმწიფო ხელისუფლების უმაღლესი ორგანოების კომპეტენციას განეკუთვნება. თუმცა, ამავე პრინციპის გათვალისწინებით, წვევამდებლების გაწვევის ორგანიზების საკითხი, სადაც თვითმმართველობას მეტი შესაძლებლობა აქვს, დელეგირებული აქვს, სწორედ, თვითმმართველობის ორგანოებს. ასეთივე მაგალითები შეიძლება მოვიყვანოთ ეკონომიკის განვითარების, გარემოს დაცვის, ჯანდაცვის და სახელმწიფოს არსებობის სხვა ფუნდამენტალური ფუნქციების სუბსიდიარობის პრინციპით გადანაწილებაზე, კერძოდ: გარემოს დაცვის საკითხში, ცენტრალური ხელისუფლების ვალდებულებაა იზრუნოს სახელმწიფო ტყის ფონდზე, იზრუნოს გადაშენების პირას მყოფი ენდემური ჯიშების გადარჩენისა და გამრავლების საკითხებზე. თუმცა, ადგილობრივ თვითმმართველობას მეტი შესაძლებლობა აქვს საჭიროების მიხედვით იზრუნოს, მის ადმინისტრაციულ საზღვრებში რომელიმე კონკრეტული ქუჩის გამწვანების საკითხებზე. ასევე, ცენტრალური ხელისუფლება გასაზარებელი სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად, ეკონომიკური მოლოდინებისა და საჭიროებების მიხედვით გეგმავს და ამენებს ახალ საგზაო ინფრასტრუქტურას, ზრდის არსებული მაგისტრალის გამტარობას და ა.შ. როგორც ერთიან, ასევე რეგიონალურ ჭრილში განიხილავს ქვეყნის გეოგრაფიულ-ეკონომიკურ შესაძლებლობებს და ქვეყნის საჭიროებების მიხედვით არჩევს პრიორიტეტებს, რასაც ცალ-ცალკე ვერ შეძლებდნენ ადგილობრივი თვითმმართველობები. ხოლო კონკრეტული დასახლების რომელიმე ქუჩის გზის საფარის მოწყობა/რეაბილიტაციის საჭიროება/აუცილებლობის საკითხის შესახებ უფრო მეტ ინფორმაციას ფლობს მუნიციპალიტეტი, შესაბამისად, აღნიშნულის საკითხების დარეგულირება მათ კომპეტენციას განეკუთვნება. ჯანმრთელობის დაცვის საკითხში მაგალითისთვის შესაძლებელია განვიხილოთ იმუნიზაციის საკითხი, რომლის დაგეგმვა-განხორციელებაც ხდება ქვეყნის მასშტაბით, ერთიან ჭრილში, თუ რომელი დაავადებების წინააღმდეგ, რომელ ასაკობრივ ჯგუფებში და როგორი „კალენდარით“ უნდა განხორციელდეს შესაბამისი ვაქცინაცია, რაც სახელმწიფოს შესაბამისი დარგის ერთიანი პოლიტიკის ნაწილია. რადგან სახელმწიფოს ვალდებულებაა თანაბრად იზრუნოს ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე, ყველა მოქალაქის ჯანმრთელობაზე, რაც აღნიშნულ შემთხვევაში თვითმმართველობებს ცალ-ცალკე არ შეუძლიათ და ვერ იქნება ეფექტური ამ ფუნქციის მათ მიერ განხორციელება. თუმცა კონკრეტული მცირე ჯგუფების აცრაზე ზრუნვა,



შესაძლებელია თვითმმართველობას უკეთ გამოუვიდეს. მაგალითისთვის, საქართველოს რიგ რეგიონებში სადაც ეწევიან მესაქონლეობას (მეცხვარეობას), ხშირ შემთხვევაში (რიგ ვაქცინაზე) ასაცრელი მოზარდები, მშობლებთან ერთად ეწევიან საქონლის მოვლა-პატრონობას, ძირითადი საცხოვრებელიდან დიდად დაშორებულ საძოვრებზე, რაც აცრების კამპანიის დროს ცენტრალური ხელისუფლების შესაბამისი სამსახურებისთვის ძალიან ართულებს მათ მიგნებადობას, რაც ბევრად უკეთ შეუძლია ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს. ასევე, აღნიშნული ძალიან დიდი პრობლემაა ისეთ ქალაქებში სადაც დიდა შიდა მიგრაცია და ბავშვების მშობლები არ ცხოვრობენ იურიდიული რეგისტრაციის მისამართზე. მათი ფაქტიური მისამართის დადგენა უკეთ შეუძლია ადგილობრივ გამგეობებს. არსებული პრაქტიკიდან ბევრი ისეთი მაგალითის მოყვანა შეიძლება, როდესაც სწორად მუშაობს სუბსიდიარობის პრინციპის მიხედვით გადანაწილებული უფლებამოსილებათა აღსრულების პროცესი. თუმცა, როგორც კვლევით იკვეთება ჯანდაცვისა და ზრუნვის მიმართულებით გვაქვს სუბსიდიარობის პრინციპის დარღვევის ფაქტებიც.

ხელისუფლების განაწილების არსებული სისტემის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია თვითმმართველმა ერთეულებმა ყურადღება გაამახვილონ ისეთი პროგრამების დანერგვაზე, როგორიცაა ზრუნვის პროგრამები, რადგან აღნიშნული ტიპის პროგრამები საჭიროებენ ყოველდღიური ინფორმაციის ფლობას პროცესების მიმდინარეობის შესახებ, ასევე, დაზუსტებულ და ოპერატიულ ინფორმაციას დახმარების საჭიროებების მქონე მოქალაქეებზე, ხელეწიფებათ მოკლე დროში მოიძიონ ამა თუ იმ საჭიროების მქონე მოქალაქეთა დაზუსტებული სტატისტიკური ინფორმაცია, რის სიზუსტესაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ახალი პროგრამის დაგეგმვის ეტაპზე. გარდა ამისა, მაღალი შესაძლებლობა აქვთ ბენეფიციარისგან უკუკავშირის (პროცესების ხარვეზებით წარმართვის შემთხვევაში, ბენეფიციარისთვის მაღალი ხელმისაწვდომობა არსებობს ყოველგვარი გეოგრაფიული, ინფორმაციული თუ ფინანსური დაბრკოლების გარეშე მიმართოს ადგილობრივ ხელისუფლებას (დაწყებული მისი სოფლის რწმუნებულებიდან დამთავრებული ადგილობრივი ხელისუფლების პირველ პირებამდე). მაგალითისთვის განვიხილოთ ზრუნვის რამდენიმე პროგრამა, მაგალითად **მინმოვლის უზრუნველყოფა**:

სახელმწიფოსთვის აღნიშნული პროგრამის დაგეგმვა, დანერგვა და აღსრულება გაცილებით ბევრ სირთულესთან არის დაკავშირებული, ვიდრე თვითმმართველობებისათვის. პირველ რიგში ინფორმაცია, რომლის წვდომაზე შესაძლებლობაც ადგილობრივ თვითმმართველობებს ბუნებრივად გაცილებით მაღალი აქვს ვიდრე ცენტრალურ ხელისუფლებას. ინფორმაციაში იგულისხმება:

- ა) თავდაპირველი სტატისტიკა (კონკრეტული დაავადების პრევალენტობა და ინციდენტობა);
- ბ) ინფორმაცია პროგრამის პოტენციური მიმწოდებლების შესახებ;
- გ) პოტენციური მიმწოდებლების გეოგრაფიული განაწილება. ასეთი პროგრამის დანერგვის შემთხვევაში, დიდი ალბათობით, სახელმწიფოს გაუჩნდება ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის პრობლემა, ვინაიდან მთელი ქვეყნის მასშტაბით, აღნიშნული მომსახურების მიმწოდებლები შეიძლება ვერ მოიძებნოს;
- დ) მომსახურების ღირებულების კალკულაცია - ასეთი ტიპის პროგრამისთვის ხარჯების გაანგარიშებისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მანძილს პაციენტების საცხოვრებელ ადგილებამდე. სხვადასხვა გეოგრაფიულ არეალში რადიკალურად განსხვავებული ხარჯი შეიძლება იყოს. მაგალითისთვის, მაღალმთიან რეგიონებში სამუშაო ჯგუფმა შეიძლება ყოველდღიურად ათობით კილომეტრი გაიაროს გრუნტოვან და რთულად სავალ გზაზე, მაშინ როცა ქალაქში ჯგუფის ტრანსპორტირება რამდენიმე კილომეტრზე ხდება და სრულიად შესაძლებელია შეუზღუდავად ისარგებლონ საზოგადოებრივი ტრანსპორტითაც (სახელმწიფოსთვის ძალიან რთულია, მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ამის გაანგარიშება, მაშინ როცა მუნიციპალიტეტი თავის სამოქმედო ტერიტორიაზე სრულ ინფორმაციას ფლობს თითოეულ დასახლებულ პუნქტზე, მათ შორის მანძილებზე და გზის საფარის მდგომარეობაზე, ამინდზე და მის ზეგავლენის შესახებ მომსახურების გაწევის შეუფერხებლად განხორციელებაზე და ა.შ.);
- ე) პროგრამის ბენეფიციარის შესახებ ინფორმაცია - სახელმწიფოსთვის აღნიშნული წარმოადგენს ერთ-ერთ რთულ ამოცანას, მაშინ როდესაც ახდენს პროგრამის მიზნობრიობის განსაზღვრას ფინანსურად მოწყვლადი ჯგუფებისათვის, ანუ, სამედიცინო ჩვენების გარდა, როცა მნიშვნელობა ენიჭება ბენეფიციარის სოციალურ მდგომარეობასაც. ასეთ შემთხვევაში, სახელმწიფო სარგებლობს არსებული ქულათა დათვლის სისტემით ან/და უნდა შეიმუშავოს ახალი სისტემა, რომელიც მორგებული იქნება მოცემული პროგრამის საჭიროებებზე, რაც თავის მასშტაბებიდან გამომდინარე, ძალიან რთულია, მეორეს მხრივ არსებული სოციალური შეფასების სისტემა მიმართულია ფინანსურ დახმარებაზე და მისი სტრუქტურა აგებულია სწორედ ამ მიზნებისათვის და შესაძლებელია პირდაპირ ვერ უპასუხოს ზრუნვის მოცემული პროგრამის გამოწვევებს (მაგალითისთვის სოფლად მცხოვრები მოხუცი წყვილი, რომელთაც ჰყავთ საქონელი, აქვთ დამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები და შესაბამისად, სოციალურად დაუცველთა დახმარების ქულათა დათვლის სისტემისთვის არ წარმოადგენდენ ბენეფიციარებს, თუმცა თუ რომელიმე მათგანს შეექმნა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები და დაუდგა მინმოვლის საჭიროება, სისტემა ამას ვერ გაარჩევს, შესაბამისად, არ იქნება ეფექტური მასზე დაყრდნობა. მაშინ როცა თვითმმართველობისთვის ძალიან მარტივია ამ კონკრეტული პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმების დადგენა, შემდეგ გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით პროგრამაში შესაბამისი ცვლილებების

ოპერატიულად განხორციელება, რაც აღნიშნული პროგრამის ეფექტურად განხორციელების საფუძველი შეიძლება იყოს).

- ვ) პროგრამის მიმდინარეობის შესახებ ყოველდღიური და სისტემატიური ინფორმაცია და შესაბამისად, პროგრამის განხორციელებაზე კონტროლი - თვითმმართველობისათვის აღნიშნული ინფორმაცია გაცილებით ხელმისაწვდომია, ვიდრე ცენტრალური ხელისუფლებისათვის. ამასთან, პროგრამის მიმდინარეობის პერმანენტული დაკვირვება საშუალებას იძლევა, ხარვეზის გამოვლენისთანავეგაატარდეს შესაბამისი ღონისძიებები, რაც ერთმნიშვნელოვნად შეამცირებს ხარვეზით გამოწვეული ზიანის მასშტაბებს;
- ზ) პროგრამის ეფექტურობის გაზომვა/შეფასება - თვითმმართველობის შემთხვევაში ძალიან მარტივად ხორციელდება პროგრამის ბენეფიციარების მხრიდან უკუკავშირი, პროგრამის შეფასება, რაც ცენტრალური ხელისუფლების შემთხვევაში დიდ სირთულეს წარმოადგენს, როგორც მოქალაქისათვის, ასევე ხელისუფლების ორგანოებისთვის, მოიძიოს დაწვრილებითი ინფორმაციათითოულ ბენეფიციარზე.

მეორე რიგის პრობლემას ცენტრალური ხელისუფლების მხრიდან ასეთი ტიპის პროგრამის დანერგვისათვის წარმოადგენს ფინანსები. სახელმწიფო შეზღუდული რესურსების პირობებში, ყოველწლიურად ზრდის ჯანდაცვის დაფინანსებას, ებრძვის გადამდებ დაავადებებს, აფინანსებს როგორც გადაუდებელ ასევე გეგმიურ სამედიცინო სერვისებს და ა.შ. ახალი პროგრამის დანერგვა სახელმწიფოს მიერ ნიშნავს, ახალი ვალდებულებების აღებას და ხარჯების ზრდას, მაშინ როცა თვითმმართველობის არსებული რესურსის ზრუნვის პროგრამებზე კონცენტრირების შემთხვევაში, სახელმწიფოსთვის დამატებითი ხარჯების გამოყოფის საჭიროება აღარ დგება, ანუ სუბსიდიარობის პრინციპის მიხედვით, აღნიშნულ სფეროში ფუნქციების სწორად გადანაწილების შემთხვევაში განხორციელდება საჯარო ფინანსებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამებისათვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსის უფრო ეფექტური ხარჯვა.

ზემო აღნიშნული პრინციპები ვრცელდება ყველა იმ პროგრამაზე/ქვეპროგრამაზე, რომელიც, ერთის მხრივ, არ წარმოადგენს გადამდებ დაავადებებს, არ წარმოადგენს სახელმწიფო ცენტრალური ხელისუფლების პირველი რიგის პრიორიტეტულ მიმართულებას, თუმცა ცალკეული მოქალაქისათვის, მოქალაქეთა ჯგუფისათვის წარმოადგენს გადაუდებელ სირთულეს. მაგალითად, ასეთი კატეგორიის ქვეპროგრამას შეიძლება წარმოადგენდეს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურების“ ქვეპროგრამა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს პრიორიტეტს განეკუთვნება. ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფს ისეთი პროგრამების განხორციელებას, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების არსებობას/შენარჩუნებას (სახელმწიფო დაფინანსებისაგან დამოუკიდებლად, დარგს, მისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, ვინაიდან კომერციული თვალსაზრისით წარმოადგენს არამომგებიან საქმიანობას, გაუჭირდება არსებობა). სტაციონარული დაწესებულებების დაფინანსების დეცენტრალიზაციის შემთხვევაში, თვითმმართველობების ნაწილს დაუდგებოდა არამიზნობრივი ხარჯების საკითხი, რადგან ამ დაწესებულებებში არ არის შეზღუდული პაციენტების მიღება ადმინისტრაციული საზღვრების მიხედვით, ხოლო თვითმმართველობისთვის სხვა მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე მცხოვრები პაციენტების დაფინანსება არამიზნობრივი ხარჯი იქნებოდა, ხოლო ყველა მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე აღნიშნული მიზნით სტაციონარული დაწესებულების გახსნა და დაფინანსება საჯარო ფინანსების განკარგვის თვალსაზრისით არაგონივრულია (რადგან მკვეთრად მეტ არაპირდაპირ ხარჯს მოითხოვს). გამომდინარე აქედან, სუბსიდიარობის პრინციპის გათვალისწინებით, უმჯობესია აღნიშნული პროგრამა ცენტრალურმა ხელისუფლებამ განახორციელოს. თუმცა ამ დარგში ისეთი სერვისების დაფინანსება, როგორიცაა მაგალითად, სათემო მომსახურება, მისი მომსახურების შინაარსიდან და სპეციფიკიდან გამომდინარე და ყოველივე ზემოთ მოყვანილი არგუმენტის შესაბამისად, უმჯობესია განხორციელდეს თვითმმართველობების მიერ.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ადგილობრივი თვითმმართველობა საბიუჯეტო ხარჯების პრიორიტეტების შერჩევისას უნდა ხელმძღვანელობდეს რესურსების მუნიციპალიტეტისათვის მაქსიმალურად ეფექტურად და ოპტიმალურად გამოყენების პრინციპით, რის მიხედვითაც სადავოა ისეთი პრიორიტეტების დაფინანსება, რომელსაც დარგში სახელმწიფო პოლიტიკის განმახორციელებელი აფინანსებს. ნაცვლად ამისა, თავის რესურსები უნდა გადაანაწილოს ისეთ ღონისძიებებზე, რომელზეც პასუხისმგებლობის აღება სახელმწიფოსთვის, გარდა პროგრამული ხარჯისა, დამატებით ზედმეტი ადმინისტრაციული ხარჯია, ხოლო თვითმმართველობისთვის, გამომდინარე მისი მოწყობიდან, საჭირო ღონისძიებების განხორციელება არ მოითხოვს დამატებით ხარჯს.

გარდა ამისა, პოლიტიკის განმახორციელებელს თავისი პასუხისმგებლობის შესაბამისი გამოწვევები აქვს და პრიორიტეტულობის რიგში, შეზღუდული რესურსების განაწილებისას ძნელია აარჩიოს ლოკალური პრობლემები, როდესაც მრავალგვარი გადამდებ დაავადებების ელიმინაციაზე აქვს საზრუნავი.

არსებული მდგომარეობით, ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულების პროგრამების დიდი ნაწილი (გარდა ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტისა) წარმოადგენენ ფულად დახმარებებს, რომლებიც გაცივმა, როგორც ზოგადად დადგენილი თანხობრივი ლიმიტით ნოზოლოგიის შეუზღუდავად, ასევე, გარკვეული დაავადებების სამკურნალოდ წინასწარ დადგენილი კრიტერიუმებით.

ასეთი ტიპის პროგრამებს აქვს, მხოლოდ მოკლევადიანი შედეგი, კონკრეტულ შემთხვევაში განხორციელდება რამდენიმე ასეული მოწყვლადი ჯგუფის ადამიანის მხარდაჭერა და აქ მთავრდება განხორციელებული ღონისძიების მიზანი.

## რეკომენდაციები

**წარმოდგენილი რეკომენდაციები მიმართულია პოლიტიკის შემქნელებისა და კანონმდებლების მიმართ, ასევე თავად მუნიციპალიტეტებისა და ჯანდაცვისა და ზრუნვის სფეროებში სერვისების მიმწოდებლების მიმართ.**

სასურველია, კანონმდებლობა იყოს უფრო კონკრეტული, მოცემულ სფეროში სხვადასხვა დონის ხელისუფლებებს შორის კომპეტენციების გამიჯვნისას, ვინაიდან არსებული კანონმდებლობა, როგორც ჩანს, იძლევა ინტერპრეტაციის საშუალებას და თვითმმართველი ერთეულების მიერ ხორციელდება ისეთი პროგრამების დაფინანსება, რომელსაც ახორციელებს სახელმწიფო.

აღნიშნული დაფინანსებები რამდენიმე ჯგუფად შეიძლება დაიყოს:

- ა) თვითმმართველი ერთეული აფინანსებს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარის მიერ თანაგადახდის პრინციპით გასაწევ ხარჯს, ან მის ნაწილს;
- ბ) თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტიდან ფინანსდება არსებული სახელმწიფო პროგრამის მიზნების სარეალიზაციოდ დამატებით საჭირო სერვისები;
- გ) თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტიდან დაფინანსებული პროგრამა არის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებში არსებულ სერვისებს, გარდა მოცემულ მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული მოსახლეობისა აფინანსებს სახელმწიფო, ხოლო ამ თვითმმართველობაში - მუნიციპალიტეტი, რაც, თავის მხრივ, ხარჯების ტვირთის თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტზე გადაცემას უფრო ჰგავს, ვიდრე იმას, რომ ამ კონკრეტულ დონისძიებებს მოცემული თვითმმართველობა უკეთ განახორციელებდა ვიდრე სახელმწიფო;
- დ) დამოუკიდებლად ინიცირებული პროგრამები.

### რეკომენდაცია 1:

**უზრუნველყოფილ იქნას ჯანდაცვისა და ზრუნვის სერვისების სფეროში ხელისუფლების სხვადასხვა დონეებს შორის უფლებამოსილებების დაზუსტების მიზნით სამართლებრივი ბაზის დახვეწა. დარეგულირდეს მუნიციპალიტეტების მიერ ზრუნვის სფეროში სახელმწიფო სერვისების შევსებისა თუ განვითარების საკითხი. იმავედროულად უფრო მკაფიოდ დარეგულირდეს რა სახის თანამონაწილეობა არის შესაძლებელი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში და რა სახის ჩართულობა უნდა იყოს შეზღუდული.**

### რეკომენდაცია 2:

**დაინერგოს ჯანდაცვისა და ზრუნვის სახელმწიფო პოლიტიკაზე და პროგრამებზე პასუხისმგებელ სუბიექტებსა და მუნიციპალიტეტებს შორის ყოველწლიური (რეგულარული) პოლიტიკის სტრუქტურული დიალოგის პრაქტიკა მუნიციპალიტეტების ასოციაციის მონაწილეობით, რათა მოხდეს პოლიტიკის საკითხების გაზიარება. ასეთი დიალოგი ხელს შეუწყობს მუნიციპალიტეტებს შორის ჰორიზონტალურ დიალოგს და გამომდინარეობს გაზიარებას. მოცემული ფორმატის არსებობა იმავედროულად უზრუნველყოფს სხვა დაინტერესებული პირებისა და სამოქალაქო სექტორის ჩართულობას პოლიტიკის ფორმირების/განვითარების საკითხებში.**

### რეკომენდაცია 3:

**მუნიციპალიტეტის ხელისუფლების ორგანოებმა ძირეულად უნდა გადახედონ თავიანთი ბიუჯეტებიდან ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების დაფინანსების პოლიტიკას. აქცენტი უნდა გაკეთდეს, სუბსიდიარობის პრინციპის გათვალისწინებით, ისეთი სათემო პროგრამების დაფინანსებაზე, რომლის საჭიროება აქტუალურია და რომელთა განხორციელებაც სახელმწიფო ცენტრალური ხელისუფლების დიდ სირთულეებთან არის დაკავშირებული, ხოლო თვითმმართველობებისათვის მარტივ ამოცანას წარმოადგენენ.**

**ხარჯების ოპტიმიზაცია**

უმნიშვნელოვანესია ყურადღება მიექცეს გასაწევი ხარჯებისაგან სფეროსთვის მაქსიმალური შედეგის მიღწევის საკითხს და არ შემოვიფარგლოთ მხოლოდ ერთჯერადი ფინანსური ინექციით. საჭიროა თითოეულმა პროგრამამ უპასუხოს, ასევე, გრძელვადიან გამოწვევებს. ამისათვის, პროგრამის დაგეგმვისას აუცილებელია გავითვალისწინოთ რა პროცესებს მისცემს დასაბამს ჩვენს მიერ განსახორციელებელი ღონისძიებები. მაგალითისთვის, ჯანდაცვისა და ზრუნვის სფეროებში არის ისეთი მიმართულებები, სადაც რამდენიც არ უნდა გვექონდეს ბიუჯეტი, არ გვყავს საკმარისი მიმწოდებლები, ერთჯერადი გადახდების საშუალებით კი ისეთი პროცესების ინსპირირება, რომელიც მოახდენს ახალი მიმწოდებლების გაჩენას ბაზარზე შეუძლებელია. ამის განხორციელება შეიძლება მხოლოდ კარგად დაგეგმილი სტრატეგიით, სტაბილური პროგრამით და შესაბამისი სისტემური დაფინანსებით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს პროცესების სტაბილური განვითარება.

**რეკომენდაცია 4:**

**მუნიციპალიტეტების ბიუჯეტებიდან მინიმუმდე უნდა იქნას შემცირებული ე.წ. ინდივიდუალური პროგრამების დაფინანსება;**

**ჰორიზონტალური კოორდინაცია**

თვითმმართველობის ორგანოებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით უნდა ჰქონდეთ ჰორიზონტალური კოორდინაცია, რაც უზრუნველყოფს საერთო სტანდარტების, ურთიერთმხარდაჭერის და საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარების შესაძლებლობას. ჰორიზონტალური კოორდინაცია, ასევე, გამოყენებული უნდა იქნეს ცენტრალურ ხელისუფლებასთან თანამშრომლობაში, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს წარმატება.

როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული ადგილობრივი თვითმმართველობების განვითარებისთვის უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მუნიციპალიტეტების მიერ გამოცდილების ურთიერთგაზიარებას. ყველაზე მეტად აზიანებს თვითმმართველობებს იდენტური პრობლემებისადმი საკუთარ საზღვრებში ჩაკეტილი მიდგომა, როდესაც მუნიციპალიტეტი მხოლოდ თავის რესურსით ცდილობს გაუმკლავდეს მის წინაშე არსებულ გამოწვევებს და არ ცდილობს იყოს ინფორმირებული ანალოგიური ბარიერების დაძლევის როგორ გზებს იყენებენ სხვა თვითმმართველობები.

უმჯობესი იქნება, თუ თვითმმართველობის შესაბამისი სამსახურები მოიძიებენ ინფორმაციებს ამა თუ იმ პრობლემის გადასაჭრელად რა გზებს მიმართეს მათმა კოლეგებმა ხელისუფლების სხვადასხვა ორგანოებიდან და რა შეიძლება მათ გამოადგეთ სფეროს განვითარების გზაზე (მაგალითისთვის შეიძლება მოვიყვანოთ თვითმმართველი ქალაქი თბილისისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი სამსახურების თანამშრომლობა, რაც იკვეთება ქალაქ თბილისის ბიუჯეტით დაფინანსებული ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების მიმართულებით უკანასკნელ წლებში განხორციელებულ რეფორმებში. აღნიშნული თანამშრომლობა სასურველია განვითარდეს ჰორიზონტალურ დონეზეც და მუნიციპალიტეტებმა გაიზიარონ ქ.თბილისის გამოცდილება).

**რეკომენდაცია 5:**

**ადგილობრივი თვითმმართველობების შესაბამისმა სამსახურებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ ისეთ შესაძლებლობაზე, რასაც ჰორიზონტალური თანამშრომლობა და გამოცდილების ურთიერთგაზიარება წარმოადგენს (სასურველია აღნიშნული პროცესის ხელშეწყობაში მონაწილეობა მიიღონ, როგორც ცენტრალური ხელისუფლების შესაბამისმა ორგანოებმა, ასევე არასამთავრობო სექტორმა)**

**ახალი პროგრამების დანერგვა**

საქართველოში ჯანდაცვისა და ზრუნვის სერვისები არის შერეული ტიპის. არსებობს როგორც სახელმწიფოს დაფუძნებული, ასევე, კერძო დაწესებულებები. ბაზარზე მოცემული სერვისების ძირითადი მიმწოდებელი, სწორედ, კერძო სექტორია, ხოლო ძირითადი დამკვეთი სახელმწიფო. ეფექტური და სამართლიანი თანამშრომლობისათვის საჭიროა ჩამოყალიბდეს შესაბამისი წესები. დღეის მდგომარეობით, ახალი პროგრამის დანერგვის გადაწყვეტილების მიღების მთელი ტვირთი გადატანილია ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებზე, კერძოდ, ახალი ღონისძიებების დანერგვისას, სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება კონკრეტულ მოხელეებს და კერძო სექტორის მხრიდან (ყოველი ახალი პროგრამის დანერგვისას ხორციელდება შესაბამისი ინფორმაციის შეგროვება, დარგის სპეციალისტების მიერ გაკეთებული დასკვნებისა და მოსაზრებების მოსმენა, მოლოდინების შეფასება და სტატისტიკის შესწავლა-გაანალიზება) მათი შეცდომაში შეყვანის შემთხვევაში ბიუჯეტი შეიძლება ძალიან ძნელად გამოსასწორებელი საფრთხის წინაშე დადგეს, აიღოს ისეთი ვალდებულებები, რომლის რეალიზებასაც საშუალო ან გრძელვადიან პერიოდში ვეღარ განახორციელებს (ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის სფეროებში, ძალიან რთულია შეამცირო ან შეწყვიტო არსებული პროგრამა).

**რეკომენდაცია 6:**

**ადგილობრივი თვითმმართველობების დონეზე ახალი პროგრამის დანერგვისას გასათვალისწინებელი საკითხები და განსახორციელებელი ღონისძიებები:**

- ა) **უნდა განხორციელდეს დაავადების პრევალენტობისა და ინციდენტობის შესახებ მაქსიმალურად ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის მოძიება (აღნიშნული მიზნით შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ადგილობრივი რწმუნებულების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია, ასევე, ინფორმაციის წყაროდ უნდა იქნეს გამოყენებული სოფლის ექიმის ინსტიტუტი, სასწრაფო დახმარების სამსახურის სტატისტიკა, ჯანდაცვის შესაბამისი სამსახურის მიერ უნდა მოხდეს, მოწოდებული ინფორმაციის სხვადასხვა საშუალებებით შერჩევითი პრინციპით გადამოწმება (როგორცაა სატელეფონო კომუნიკაცია, ჯგუფების გასვლა ადგილზე და ა.შ.);**
- ბ) **ხარჯების გაანგარიშებისას უნდა გაანალიზდეს არამართო ერთწლიანი პერიოდი, არამედ მინიმუმ 5 წლიანი საშუალო ვადიანი პერიოდი** (გასათვალისწინებელია, პროგრამის ბენეფიციარებს გარკვეული პერიოდის შემდეგ დასჭირდებათ თუ არა დამატებითი სერვისების მიწოდება, დასათვალისწინებელია რამდენად ზუსტია პოტენციურ ბენეფიციართა სტატისტიკური მონაცემები. ძალიან გულდასმით არის მოსაკვლევი პროგრამა თავის მიზნების სრულად მისაღწევად ხომ არ საჭიროებს, ან/და მომავალში ხომ არ დაჭირდება, სხვა პროგრამების/ღონისძიებების განხორციელებას. თითოეული გადაწყვეტილება ან მოლოდინი მიზანშეწონილია დასაბუთებულ იქნეს აღნიშნულ სფეროში წარმატებული ქვეყნების მაგალითების ძირეულად შესწავლის საფუძველზე).
- გ) **ხარჯების კალკულაცია უნდა ეყრდნობოდეს დეტალურად არგუმენტირებულ ციფრებს. სამართლიანობისთვის მაქსიმალურად უნდა გამოირიცხოს ხარჯების გასაშუალების პრინციპი** (თუ პროგრამის ღირებულებაზე მრავალი ცვლადი ფაქტორი ახდენს გავლენას, შეგვიძლია პროგრამის ღირებულება დავყოთ კომპონენტებად, მაგალითად, შინამოვლის პროგრამისთვის: მედიკამენტებისა და სახარჯი მასალების ღირებულება, კომუნალური და სხვა არაპირდაპირი ხარჯები, ასევე პერსონალის ხელფასი შეგვიძლია გავაერთიანოთ ერთ კომპონენტში, რომელიც ყველა პაციენტისთვის იქნება უცვლელი პირობითად - X ღირებულება, მეორე კომპონენტში შეგვიძლია გავითვალისწინოთ ტრანსპორტირების ხარჯები პირობითად - Y ღირებულებით, რომელიც განსხვავებული იქნება სხვადასხვა კრიტერიუმის მიხედვით. მაგალითად, ქალაქში Y1, ქალაქგარეთ 10 კილომეტრიან რადიუსში Y2, ქალაქგარეთ 20 კილომეტრიან რადიუსში Y3 და ა.შ. შეგვიძლია შემოვიტანოთ ასევე, მაღალმთიანობის კოეფიციენტი პირობითად Z, რომელიც გამრავლდება შესაბამის Y თანხაზე. ასეთ შემთხვევაში ყოველი კონკრეტული ზონისთვის მივიღებთ სხვადასხვა ღირებულებას, რომელიც ადეკვატური იქნება განხორციელებულ სერვისზე გაწეული ხარჯებისა. ასევე შესალებელია კონკრეტული გაანგარიშების საფუძველზე, მეორე კომპონენტი ყოველი კონკრეტული სოფლისათვის განისაზღვროს კონკრეტულად, პროგრამაში გაჩნდება ქალაქებისა და სოფლების ჩამონათვალი, რომლითაც განისაზღვრება თითოეული მიმართულების ტარიფი).
- დ) **პროგრამის განხორციელების მონიტორინგი და კონტროლი** (პროგრამის მექანიზმები არ უნდა ეყრდნობოდეს რომელიმე მხარის კეთილსინდისიერებას ან/და კეთილ ნებას. ასევე, საჭიროა დაბალანსებული მაკონტროლებელი მექანიზმები გამართული და მორგებული იყოს შეცდომების/გადაცდომების/სიცრუის პრევენციის ეტაპზე და დაუშვებელია ამის სანაცვლოდ პროგრამა ითვალისწინებდეს მხოლოდ ფაქტიურად დამდგარი შემთხვევის შემდეგ დასჯის მექანიზმებს, როგორც მკაცრი არ უნდა იყოს აღნიშნული და როგორც მოქნილიც არ უნდა იყოს გამოძიებისათვის საჭირო მექანიზმები. მაგალითისთვის: თუ კორპორაციის ავტომობილს აღვჭურვავთ ჯი-პი-ეს მოწყობილობით, უნდა უცილებლად გავმართოთ მისი უწყვეტ (გონივრული სიხშირით) რეჟიმში მეთვალყურეობის სისტემაც, წინააღმდეგ შემთხვევაში, თუ კი ავტომობილმა იმოძრავა წესების დარღვევით და მოახდინა შეჯახება, მაშინ მიუხედავად იმისა, რომ გამოძიებისთვის ძალიან ადვილი დასადგენი იქნება ვინ იყო დამნაშავე, კორპორაცია მაინც წაგებული რჩება, მითუმეტეს, თუ ასეთი ავტომობილი მრავალი ჰყავს. ამ შემთხვევაში დგება რისკი იმისა, რომ მძღოლებმა თავიანთ ნებაზე იარონ იმით დაიმედებულებმა, რომ თუ მათ ავარია არ მოუვიდათ არავინ შეამოწმებს, შესაბამისად, ეს დიდი ფინანსური რისკის ქვეშ აყენებს ხსენებულ ორგანიზაციას).
- ე) **პროგრამის დანერგვისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია, მისი სამართლიანობის და სტაბილურობის უზრუნველყოფა. პროგრამა, რომელიც არ აკმაყოფილებს ზემოხსენებულ პუნქტებში ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს, მუდამ შეწყვეტის საფრთხის ქვეშ იქნება.** ვინაიდან თუ ღირებულება არასამართლიანია და აღემატება რეალურ ფასს, მაშინ ამის აღმოჩენის შემთხვევაში მთელი რიგი პრობლემები შეექმნებათ, როგორც შესაბამის სამსახურებს, ასევე მიმწოდებლებს, რაც პროგრამის დაფინანსების მინიმუმ მკვეთრად შეზღუდვას გამოიწვევს. თუ ღირებულება არაადეკვატურად დაბალია, მაშინ მიმწოდებლები იძულებულნი არიან მოითხოვონ დაფინან-

სების გაზრდა, ან დატოვონ პროგრამა, რაც, თავის მხრივ, ძალიან არასტაბილურ გარემოს ქმნის, მით უმეტეს, რომ პრაქტიკაში ძალიან რთულად ხორციელდება ერთხელ დადგენილი ფასის გაზრდის მიზნით გადახედვა, ეს ღონისძიება ძალიან მაღალი პასუხისმგებლობის ქვეშ აყენებს შესაბამის მოხელეებს (როგორც წესი ასეთ შემთხვევებში მაკონტროლებელ ორგანოებს ბევრი მწვავე კითხვა უჩნდებათ მათ მიმართ და შესაბამისად, აღნიშნულის განხორციელებას ყველა ერიდება). ყოველთვის უმჯობესია, ღირებულება თავიდანვე ძალიან დეტალურად იქნა შესწავლილი და სწორად დადგენილი. ამასთან, ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, თავიდანვე სწორად განსაზღვრულ მონიტორინგისა და კონტროლის მექანიზმებს. გარდა ამისა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პროგრამის დაგეგმვისას, იგი ძირითად მიზანთან ერთად ემსახურებოდეს შესაბამისი სფეროს განვითარების ხელშეწყობასაც. მიუხედავად იმისა, რა მოცულობის პროგრამაა, აღნიშნული მიდგომა უპირობოდ უნდა იქნეს გამოყენებული სახელმწიფო და ადგილობრივი ყველა პროგრამის დანერგვისას, რაც მიიღწევა პროგრამის სამართლიანი ფასითა და სტაბილურობით.

**კვლევის ფარგლებში მოძიებული ინფორმაციის გაანალიზების საფუძველზე, შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რომ საჭიროა გადაიხედოს რიგი მუნიციპალიტეტების ჯანდაცვისა და ზრუნვის სფეროში განსახორციელებელი პროგრამები, დავიწროვდეს და დაკონკრეტდეს მათი მიზნობრიობა, გაიწეროს მოსალოდნელი შედეგი და შეფასების ინდიკატორები. ასევე, მიზანშეწონილია თვითმმართველობის შესაბამისი სამსახურები აქტიურად ჩაერთონ პროგრამის ადმინისტრირების საკითხებშიც და არ შემოიფარგლონ მხოლოდ ფულადი დახმარების გადარიცხვისათვის საჭირო ღონისძიებებით. საჭიროა ფულადი დახმარებების პრაქტიკა ამ ეტაპზე ჩანაცვლდეს კლასიკური ვერტიკალური პროგრამებით, რომელიც გათვლილი იქნება, ასევე, კონკრეტული დარგებისა და მიმართულებების განვითარებაზე.**

**ჯანდაცვისა და ზრუნვის პროგრამების ფარგლებში არსებული ფინანსური რესურსი საშუალებას იძლევა, ქვეპროგრამების ფარგლებში, პრიორიტეტების გადაფასებისა და ღონისძიებების მიზნობრიობის გაზრდის ხარჯზე, სრულიად რეალისტურად მივიჩნიოთ ადგილობრივი თვითმმართველობის ინტერესების შესაბამისი ახალი პროგრამების დანერგვის შესაძლებლობა.**



