

2014

საოჯახო მედიცინის
ეროვნული სასწავლო
ცენტრი

პერსონალის მოტივაციის სისტემის შექმნა - მოდელირება პირველად ჯანდაცვაში და მისი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა

(პროექტი)

პროექტის ავტორები:

ი. ქაროსანიძე - საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი -
გენერალური დირექტორი.

ბ. იოსელიანი - საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი -
სამედიცინო დირექტორი.

ვ. კვანტალიანი - საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი -
პრევენციული მედიცინის სამსახურის უფროსი.

თბილისი

2014

პერსონალის მოტივაციის სისტემის შექმნა - მოდელირება პირველად ჯანდაცვაში და მისი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა

1. ზოგადი ნაწილი

საქართველოს ჯანდაცვის მთავრობა მსოფლიო ბანკთან ერთად ახორციელებს პროექტს, რომლის მიზანია:

- პირველად ჯანდაცვაში ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემისა და ხარისხის მართვის ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბება;
- პირველადი ჯანდაცვის აკრედიტაციის სისტემის შექმნა;
- საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით და ხარისხის ინდიკატორების გამოყენებით, შედეგებზე დაფუძნებული პჯდ დაფინანსების სისტემის ამოქმედება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ფორმალური აქტივობები განისაზღვრება შემდეგნაირად:

ხარისხის გაუმჯობესების მეცნიერულად დასაბუთებული ინსტრუმენტების გამოყენება იმისათვის, რომ ცვლილებების დანერგვის ურთულესი პროცესი წარიმართოს სწორად.

ის მოიცავს:

- ხარისხის გაუმჯობესების გუნდების ჩამოყალიბებას
- სისტემის ანალიზს (პრობლემების წარმოშობის მიზეზების განსაზღვრას, პროცესების და განხორციელების გზების დაგეგმვას, უწყვეტობას ან არასაჭირო და უსარგებლო დავალებების გამოყოფას და ა.შ.)
- ხარისხის სხვადასხვა პოტენციური გადაწყვეტილებების/ტექნიკის ტესტირებას პროცესების და რესურსების ოპტიმიზირებისათვის (მაგ.: სწრაფი ციკლის გაუმჯობესების ტექნიკა Plan – დაგეგმე)-Do (გააკეთე)-Study(ისწავლე)-Act (იმოქმედე) – (PDSA) ციკლით ან ექსპერიმენტების დიზაინი – design of experiments (DOE)
- მომსახურების ხარისხის ხშირ, რეალურ დროში გაზომვას და გუნდებთან შედეგების გაზიარებას (უკუგებას).
- გუნდის შიდა კონფლიქტების გადაჭრას და ცვლილებებისადმი რეზისტენტობის მართვას.

რაც შეეხება საქმიანობის ანგარიშგების მექანიზმებს, ის გულისხმობს სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებას იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ რამდენად პოზიტიურ ზეგავლენას ახდენს ორგანიზაციის მიერ მიწოდებული მომსახურების შედეგები პაციენტის ჯანმრთელობის გამოსავლებზე. ყველა შემთხვევაში ეს უნდა აისახოს დადებითად მომსახურების მაღალი ხარისხის დროს ან უარყოფითად ცუდი შესრულებისას მონეტარული (გადახდაზე დაფუძნებული წახალისება/სასჯელი),

ადმინისტრაციული (მაგ.: სპეციალური შეხვედრების ან ფორუმების მოწყობა დამფინანსებლებისათვის ან სახელმწიფოსათვის რატომ იყო ცუდი მომსახურების ხარისხი და აღიწეროს მაკორექტირებელი გზები) ან ინსპირაციული (მაგ.: სპეციალური ჯილდოების შემოღება, აღიარება და სხვ.) ფორუმებით.

მოტივაციის სისტემის შექმნა არის ადამიანური რესურსების მართვის მთავარი ინსტრუმენტი. ის ხელს უწყობს ორგანიზაციაში პროდუქტიული, მაღალხარისხიანი კადრების დაქირავებას და შენარჩუნებას. ბუნებრივია, სისტემა უნდა ეფუძნებოდეს სამართლიანობასა და თანასწორობის პრინციპებს. მოტივაციის სიღარიბე ყოველთვის ლიდერის ბრალია, რომელიც პასუხისმგებელია ყველა პრობლემაზე და ყველაფრის შემოწმებაზე.

მოტივაცია პირდაპირაა ასოცირებული საქმიანობის შესრულების ხარისხთან. კომპანიაში პერსონალის მოტივაციის სისტემის დანერგვის მიზანია შექმნას დადებითი განწყობა ნაყოფიერი შრომისადმი, ორგანიზაციის მოთხოვნებისა და მიზნების გათვალისწინებით. ის ხელს უწყობს თითოეული თანამშრომლის ქცევის ხელსაყრელი ტიპის ჩამოყალიბებას და შემდგომ, მის შენარჩუნებას, რათა პერსონალმა თავისი სამუშაოსათვის პასუხისმგებლობა მთლიანად აიღოს საკუთარ თავზე და მუდმივად იყოს ჩართული მართვითი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.

დასაქმებულის სამუშაოთი კმაყოფილება პირდაპირ კავშირშია მოტივაციასთან, რომელსაც განაპირობებს 4 ძირითადი ფაქტორი: ხელფასი, კოლეგები, მენეჯერები/სუპარვაიზორები, სამუშაო დატვირთვა და კომპანიაში დამკვიდრების შესაძლებლობა. ამასთანავე, აუცილებელია, პერსონალის მხრიდან, სამუშაოში ჩართულობა და ორგანიზაციული პასუხისმგებლობის არსებობა.

ძირითადი მოტივაციური ფაქტორებია:

- პერსპექტივის არსებობა
- შრომის ანაზღაურების და სტიმულირების სისტემის სამართლიანობა
- შესრულებული სამუშაოს მნიშვნელობის რწმენა
- კოლექტივის წევრთა ჩართვა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში
- სამუშაო დროის ელასტიურობა
- ემოციური დამაბულობის მოხსნა.

რაც შეეხება ხელფასს, ზოგადად, მისი გაზრდა არის ძლიერ მოკლევადიანი მოტივატორი; საკომისიო მოგებები და პრემიებიც – მოკლე დროით ზრდის მოტივაციას და სამუშაოთი კმაყოფილებას და ვერ უზრუნველყოფს ხარისხს. ასევეა, შესრულებასთან დაკავშირებული ანაზღაურებაც, აქვს გარკვეული მოტივაციური ღირებულება, მაგრამ არა მდგრადი და გრძელვადიანი.

ყველაზე მაღალი მოტივაციური ღირებულება გააჩნია სპეციალური ტარიფების შემოღებას, რომელიც მოქმედებს, როგორც „ოქროს ხელთათმანი“. სპეციალური ტარიფების შემოტანა გულისხმობს ანაზღაურებაში იმ ფაქტორების გათვალისწინებას, რაც ზრდის და ამცირებს შედეგს/სარგებელს.

მიუხედავად იმისა, რომ ხელფასი ხასიათდება მოტივაციის შედარებით მოკლევადიან ინდიკატორად, მას მაინც უმთავრესი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან მისი მონაწილეობითა და კანონზომიერი გადანაწილებით იქმნება შრომითი რესურსების რაოდენობრივი და თვისობრივი დიფერენციაცია - გრადაციის ბადე, რომელიც ავსებს საკადრო არქიტექტურის, როგორც ვერტიკალურ, აგრეთვე ჰორიზონტალურ სივრცეებს.

კადრების იერარქიული განაწილება გულისხმობს მათ საფეხურებრივ განლაგებას პირამიდის ფუძიდან მწვერვალისაკენ, თანამდებობრივი არქიტექტონიკის გათვალისწინებით, დაბალი პასუხისმგებლობიდან – უმაღლეს პასუხისმგებლობამდე.

ვერტიკალური იერარქიული საფეხურებია: დაბალი, საშუალო, მაღალი დონე (შესაბამისი ქვედონეებით - საჭიროების შემთხვევაში). თითოეული იერარქიული დონე მოითხოვს ღრმად დიფერენცირებულ ფუნქციურ გამიჯვნას და მკაფიოდ ჩამოყალიბებულ პასუხისმგებლობებს.

კადრების ხარისხობრივი განაწილება გულისხმობს ერთ იერარქიულ დონეზე კადრების ხარისხობრივი მონაცემების ჰორიზონტალურ დიფერენცირებას, დაბალი მაჩვენებლიდან უმაღლესამდე.

ჰორიზონტალური იერარქიული საფეხურებია: პირველი, მეორე, მესამე და ა.შ. ხარისხი - მაგ, არადამაკმაყოფილებელი/მიუღებელი; შეუმჩნეველი/საშუალო/დამაკმაყოფილებელი; სათანადო/კომპეტენტური/კარგი; განსაკუთრებული/გამორჩეული/სამაგალითო/სანიმუშო/ საუკეთესო და ა.შ...

თითოეული ხარისხი მოითხოვს მუშაკის ღრმა ფსიქოლოგიურ შესწავლას და პირადი უნარ-ჩვევების შედარებას დადგენილ ნორმატიულ სკალასთან; კვალიფიკაციის, გამოცდილების დონის შეფასებას და ისეთი სამუშაო თვისებების გამომჟღავნებას, როგორცაა: კომუნიკაბელურობა, სუბორდინაცია, ქვემდგომის უნარის შეფასება-- წარმოჩინება ზემდგომის წინაშე და მრავალი სხვა, რომელიც სერიოზული კვლევითი სამუშაოების ჩატარებას საჭიროებს. ხარისხობრივი საფეხურების დინამიკის კოორდინაცია დარეგულირებადია კვალიფიკაციის ამაღლების უწყვეტი ციკლის შექმნით.

ხარისხობრივი მაჩვენებლის შემოღება კადრების შერჩევის ორი ტიპის ე. წ. „კარიერისტული“ (ადგილზე, დაბალი დონიდან ეტაპობრივი დაწინაურება და შემდგომი წინსვლა იერარქიულ კიბეზე) და "რეკომენდაციული" (რეკომენდირებული, გამოცდილი, ან განსაკუთრებული უნარ-ჩვევების მქონე კადრის აყვანა არა ადგილზე შერჩევით, არამედ "გარედან") მეთოდების შერწყმისა და გამოყენების საშუალებას იძლევა, რაც სახელფასო განაკვეთში აისახება და შესაბამისად მოტივირდება.

შენიშვნა:

ხელფასის/კომპენსაციის სავარაუდო სტრუქტურა, თავისი ინდიკატორებითა და განმარტება-დეფინიციებით შესაფასებელ ინდიკატორებზე, მათი შერჩევის წესები, კადრების შეფასების პერიოდული კრიტერიუმები და კლასიფიცირებული შედეგები - უფრო ღრმად იხილეთ ავტორთა ჯგუფის მიერ მოწოდებულ დანართში #1

2. მეთოდოლოგიის შერჩევა და აღწერა

ხელფასების დიფერენცირების საკითხი საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის - სმესც ბაზაზე შემუშავდა საკუთარი შრომითი და ფინანსური რესურსებით. მას საფუძვლად დაედო ნაშრომი: **ორგანიზაციის მართვის პირობითი ერთეულის კადრების სახელფასო განაკვეთების იერარქიულ-ხარისხობრივი განაწილების მოდელი**

- of salary distribution of hierarchical levels and the quality of work done by - **SDHQ** -

ვ.კვანტალიანი & ჯგუფი (თან ერთვის დანართი 2.1-ის სახით), რომელიც ეფუძნებოდა:

ა) „ევროპის სოციალური ქარტიის“ (სექტემბერი 03.05.96წ. - მისი პარაფირება ქართულმა მხარემ 1999 წელს მოახდინა) ერთ-ერთ სარეკომენდაციო მოთხოვნას - მინიმალურ და საშუალო ხელფასს შორის თანაფარდობა სასურველია განისაზღვროს **68%** ფარგლებში, ხოლო მინიმალურ და მაქსიმალურ ხელფასებს სორის არაუმეტეს **1:8**);

ბ) საქართველოს კანონი „საარსებო მინიმუმის გაანგარიშების წესის შესახებ“ (მე-3 მუხლის მე-3 პუნქტი) - საარსებო მინიმუმსა და მინიმალურ შემოსავალს (ხელფასს) შორის თანაფარდობის გაუარესებისას, გადაისინჯება მინიმალური შემოსავლის (ხელფასის) ოდენობა.

მოდელის ადაპტირებას დაჭირდა გარკვეული სამუშაოების ეტაპური ჩატარება. (იხ. დანართი # 2.2). შედეგად, ექიმთა საქმიანობისა და შესაბამისად მოტივაციის კრიტერიუმების ინდიკატორების მონაცემების დამუშავებით, 5 თვის ეტაპური ანგარიშების (ნოემბერი - მარტი) მიხედვით, გამოიკვეთა ოჯახის ექიმთა შეფასების რეიტინგები

№	ოჯახის ექიმები	ანგარიში #					ჯამი	საშუალო
		1	2	3	4	5		
1	A	12.9	27.9	28.0	17.3	16.3	85.1	21.3
2	B	15.1	22.5	20.8	25.8	25.0	83.4	20.9
3	C	18.1	37.2	14.4	21.3	14.0	83.7	20.9
4	D	5.9	14.8	12.0	26.8	9.3	42.0	10.5
5	E	5.6	16.5	10.7	არ მუშაობს	არ მუშაობს	32.8	10.9
6	F	4.9	9.2	9.4	3.3	4.7	28.2	7.0
7	G	4.1	6.9	6.2	3.5	7.0	24.2	6.1
8	H	2.7	5.9	5.2	10.5	1.7	15.5	3.9
9	I	7.0	9.5	4.7	13.3	13.3	34.5	8.6
10	J	5.3	2.8	3.4	9.0	3.3	14.8	3.7
11	K	2.0	1.0	3.4	3.8	1.3	7.7	1.9
12	L	5.6	12.6	2.8	3.0	3.7	24.7	6.2
13	M	3.2	3.2	2.8	3.8	0.0	9.2	2.3
14	N	2.4	2.9	1.4	არ მუშაობს	არ მუშაობს	6.7	2.2
15	O	3.3	4.4	1.3	6.0	11.0	20.0	5.0
16	P	4.7	9.5	1.3	1.0	0.0	15.5	3.9
17	R	1.0	7.6	1.3	1.5	1.0	10.9	2.7
18	S	2.7	4.0	1.0	არ მუშაობს	არ მუშაობს	7.7	2.6

შენიშვნა:

ოთხივე ანგარიშის მონაცემებია გაკეთებულია მე-4-ე ანგარიშის მოდელით, მისი ინდიკატორების გამოყენებით და მონაცემებს შორის ურთიერთდროშა არ არსებობს.

წარმოდგენილი მოდელი იძლევა საშუალებას:

1. დაწესებულებაში შეიქმნას მოტივაციის სისტემა, რომელიც დამყარებული იქნება სამართლიანობის ობიექტურ კრიტერიუმებზე.
2. პირამიდული კანონზომიერების მეთოდით დაიგეგმოს დაწესებულების საშტატო განრიგი (ნორმატიული დაგეგმვა) და ხელფასების ვერტიკალური განაწილება;
3. ექსპონენციალური ფუნქციური დამოკიდებულების (**ფიბონაჩის** მიმდევრობის ჩათვლით) გამოყენებით მკაფიოდ განისაზღვროს თითოეულ იერარქიულ საფეხურზე განთავსებულ თანამშრომელთა ხარისხობრივად დიფერენცირებული სახელფასო განაკვეთები ისე, რომ არ შეიზღუდოს ხელმძღვანელის უფლებები საკადრო პოლიტიკის განხორციელებაში.

3. პერსონალის მოტივაციის ავტომატიზირებული სისტემის - ASME შექმნა და მისი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის ინსტრუქცია

მოსამზადებელ ეტაპზე შეიქმნა ავტომატიზირებული სისტემის, სპეციალური კომპიუტერული პროგრამის შემუშავების საჭიროება და მობილური, დინამიური და ადვილად ადაპტირებადი მოდელის შექმნა იმ გათვლით, რომ ის მომავალში თვითონვე შეასრულებს პერსონალის სახელფასო მოტივირების პროექტის პერმანენტულ განვითარების უზრუნველყოფის სერიოზულ ინსტრუმენტს - შესაბამისი ცვლილებების დროული წარმოების შესაძლებლობით.

პერსონალის (სახელფასო) მოტივაციის ავტომატიზირებული სისტემები – Automated systems to motivate employees - ASME. სამუშაოები, რომელიც აღწერილია წინარე დოკუმენტში შეიქმნა **საოჯახო მედიცინის ეროვნულ სასწავლო ცენტრში - სმესც,** ადგილობრივი შრომითი და ფინანსური რესურსების გამოყენებით. პროგრამა - **ASME** გაკეთებული **Excel – 2007** საოფისე პროგრამაში და მისი სრულყოფილი გამოყენებისათვის აუცილებელია მასთან მომუშავე კადრების მომზადება-გაწვრთვნა (ტრენინგება) გარკვეული სპეციფიკური (არა მხოლოდ მარტო კომპიუტერული) უნარ-ჩვევების ათვისება - ჩამოყალიბებისათვის.

პროგრამა **ASME**, როგორც აღინიშნა, გათვლილია მომავალში ფუნქციონირებისათვის და ამიტომ შეიცავს საჭირო რესურსების საკმაო მოცულობის რეზერვს, რაც მას აძლევს ოპერატიული ადაპტირების ცვლილებების დროული განხორციელების მოქნილობას.

მოდელი აგებულია რამოდენიმე დამოუკიდებელი პროგრამის ბაზაზე, რომლებიც ერთმანეთზე არიან გარკვეულწილად დაკავშირებული და ქმნიან ურთიერთ-დამოკიდებულ ერთიან საკომუნიკაციო სახელფასო სისტემას.

მოდელის ძირითადი საბაზისო მონაცემების, მოდელირების სხვადასხვა ვერსიების არსებობა და მაჩვენებელთა მათემატიკური წონაობების რანჟირებისათვის გამოყენებული მეთოდების მრავალფეროვნება წარმოადგენს მოდელის სიცოცხლიუნარიანობის დამადასტურებელ კრიტერიუმებს და იძლევა საშუალებას ის მოერგოს ნებისმიერი **პჯდ** ორგანიზაციის ადმინისტრაციების სამენეჯმენტო მოთხოვნებს სახელფასო მოტივირების ჩამოყალიბებისა და მართვის კუთხით.

პერსონალის (სახელფასო) მოტივაციის ავტომატიზირებული სისტემები - ASME, კომპიუტერული პროგრამაა, რომელიც რამოდენიმე დამოუკიდებელი, მაგრამ ამავედროულად ურთერთგამომდინარე კომუნიკაციური ნაწილისაგან შედგება.

პროგრამის სარეალიზაციო ვერსია შედგება 4 ნაწილისაგან, რომლებიც განლაგებული არიან 1 **Excel** ფაილში, 4 ფარზე, განსხვავებით სასაწავლო ვერსიისაგან, რომელსაც ემატება 2 ფარი „**წონაობები**“ და „**იერარქია**“. ისინი შეიცავენ დამოუკიდებელი მოდელის შექმნისათვის საჭირო მეთოდოლოგიურ მონაცემებს და კვლევა-განხორციელების სათანადო ინსტრუმენტებს.

ძირითადი ვერსიის მოდელის შემადგენელი მოდელი, რომელიც 4 ნაწილიანია - შეიცავს 2 ძირითად და 2 დამხმარე ფარს, შესაბამისი ავტომატიზირებით და ურთიერთკავშირებით.

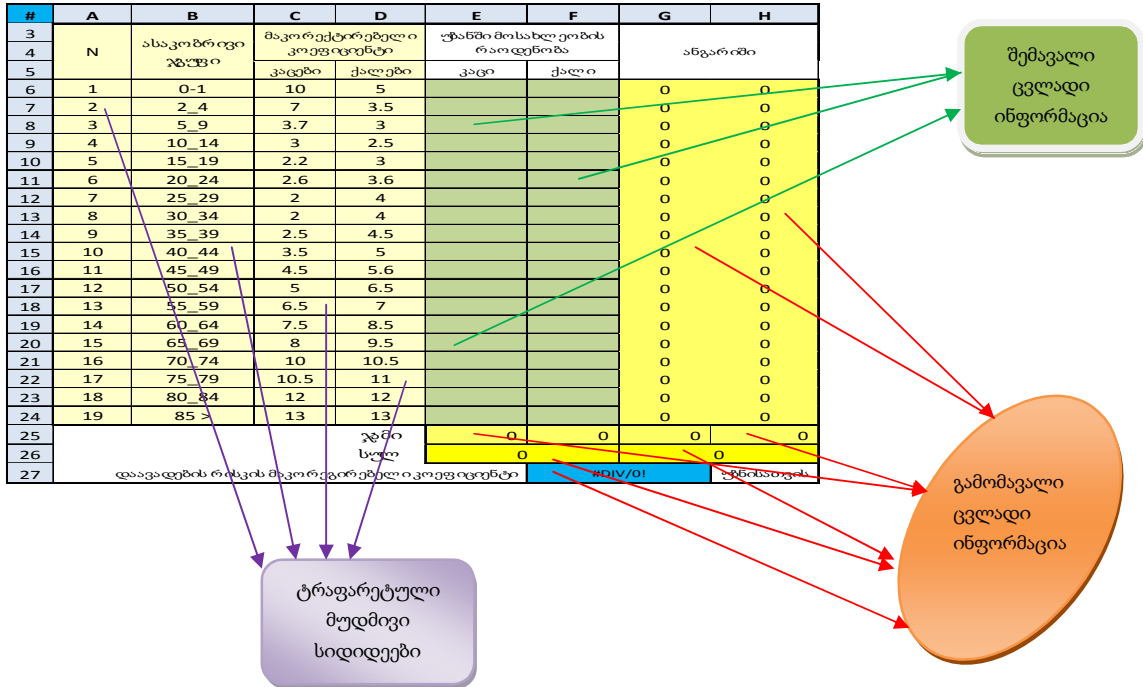
ძირითად ნაწილებს წარმოადგენენ ფარები „**ოჯ-ექიმი**“ და „**ექთანი**“, დამხმარე კი - „**უბანი**“ და „**ადმინისტრაცია**“.

დამხმარე ფარი „**უბანი**“ ემსახურება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების - **პჯდ**, სამოქმედო არეალის სამედიცინო უზნებად დაყოფისა და ოჯახის ექიმ/პრაქტიკის ექთანზე მათი ოპტიმალური გადანაწილების საქმეს. სპეციალურ ნახაზზე (ს/ნახ. 1) ნაჩვენებია კომპიუტერული სრული პროგრამის ნაწილი, რომელშიც თავმოყრილია ძირითადი ინფორმაციის განთავსების დიზაინი:

მწვანე ველში (**E6;F24**) ხდება კონკრეტული უზნისათვის დამახასიათებელი ცვლადი მონაცემების შეტანა სათანადოდ გადამზადებული ოპერატორის მიერ.

მოწითალო ველში (**A3;D24**) თავმოყრილია ის მუდმივი, სტანდარტული სიდიდეები, რომლებიც კომპიუტერულ დიზაინში შეტანილია ტრაფარეტული წესით და მომხმარებლისათვის გააჩნია მხოლოდ ნორმატიული ინფორმაციის (**ჯანმო**-ს

ს/ნახ. 1



მოყვითალო ველში მოცემულია გამომავალი ინფორმაცია, რომელიც განსაზღვრავს კონკრეტული სამედიცინო უბნის დაავადებიანობის სქესობრივ - ასაკობრივ სპეციფიკურ რისკს (ცისფერი უჯრა **F27**) და თავის მხრივ განაპირობებს უბნის „ავკარგაინობის“ შეფასების რეალურ კრიტერიუმს ამ უბანზე მედპერსონალის მოსალოდნელი დატვირთვის პროგნოზირების მეშვეობით.

მეორე სპეციალურ ნახაზზე (ს/ნახ. 2) წარმოდგენილია ერთხელ სრულად აღრიცხვა-წარმოებული უბნის მოსახლეობის კვარტალური დენადობის (შობადობა, ქორწინება, მიგრაცია, გარდაცვალება) დემოგრაფიული მონაცემების აღწერა - რაოდენობების განსაზღვრა, სიდიდეებს ურთირთმორისი დამოკიდებულებების გათვლები, ახალი შედეგების დაფიქსირება და სქესობრივ-ასაკობრივი მაკორეგირებელი კვარტალური კოეფიციენტების გაანგარიშება. ყოველკვარტალური მონაცემების სისტემური დამუშავება იძლევა სამედიცინო უბნების პერიოდური სკალირების (გათანაბრების სიდიდეთა მონაცემების გაანგარიშება, წონადობების მათემატიკური მოდელირებით) საშუალებას, რაც პერსონალის სახელფასო მოტივირების პლასტიური და ობიექტური სისტემის ჩამოყალიბების სერიოზული წინაპირობაა.

#	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
3	დენადობის დინამიკა ერთ (1) კვარტალში								უზანში			
4	დაიბადა		გარდაიცვალა		გადავიდა სხვა უზანზე		შემოვიდა სხვა უზნიდან		მოსახლეობის ახალი რაოდენობა		ანგარიში	
5	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი		
6									0	0	0	0
7									0	0	0	0
8									0	0	0	0
9									0	0	0	0
10									0	0	0	0
11									0	0	0	0
12									0	0	0	0
13									0	0	0	0
14									0	0	0	0
15									0	0	0	0
16									0	0	0	0
17									0	0	0	0
18									0	0	0	0
19									0	0	0	0
20									0	0	0	0
21									0	0	0	0
22									0	0	0	0
23									0	0	0	0
24									0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	სულ დენადობა		0		კოეფიციენტის კვარტალური კორექცია		#DIV/0!		უნსაივს			

აქაც, მწვანე შემავალი (I6,J7,K7;P24), მოყვითალო-ყვითელი გამომავალი (I25,Q6;T26) ველებისა და ცისფერი T27 გამომავალი უჯრის ცვლადი ინფორმაციების სალოკაციო არეების კოორდინატებია.

ასეთი კვარტალური სქემა 4 - ია და მათ ემატება წლიური 1 სქემა, სადაც გამომავალი ინფორმაცია ავტომატიზირებულია შემავალი ჯამური სიდიდეების მისაღებად იხ. ველი (BE,BF,BG7; BL24), 1 სამედიცინო უბნის ავტომატიზირებული სისტემა განთავსებულია (A3;BP27) ველში.

სულ 1 სამედიცინო უბნის კომპიუტერულ პროგრამას უკავია $68 \times 27 = 1836$ უჯრა, აქედან შემავალ ინფორმაციას 500, გამომავალს კი - 1146 უჯრა, თაფარდობა 1 : 2,29 (არ არის გამოყენებული 190 უჯრა - 10,3%).

ეს ველი შეიძლება გაკეთდეს ყველა ოჯახის ექიმზე, თუ ადმინისტრაცია მათზე განპიროვნებულ სამედიცინო უბანზე დააწესებს ცენტრალიზებულ კონტროლს და თვითონვე განახორციელებს არღიცხვას. თუ ოჯახის ექიმი ავტონომიურად აწარმოებს უბნის აღწერას, მაშინ აღნიშნული პროგრამა საკუთრივ თითოეული მათგანის სამუშაო ინსტრუმენტს უნდა წარმოადგენდეს. პირველ შემთხვევაში ყველა ექიმის მონაცემი და მათი ნაკრები განთავსდება 1 ფარზე, ხოლო მეორე ვარიანტის დროს თითოეული ექიმის პერსონალური მონაცემები შიდა კომპიუტერული ქსელის მეშვეობითა და მკროსების სისტემის გამოყენებით თავს მოიყრის ცენტრალურ ფაილში სერვერში.

#	A	B	C	D	E	F	G	H	R	S	T	U	V	W
30	უზანი	ექიმი	საწყისი მონაცემები				I		წლიური					
31			მოსახლ-საწყ. რ-მა	ოჯახების რ-მა	დ/რისკის K	დენალობა	მოსახლ-რ-მა	დ/რისკის K	დენალობა	მოსახლ/საშ. რ-მა	დაავადებ-ის სქეს/საკვ. რისკის K			
32	#								საშ.	საშ.	გადახ.	min	max	
33	1						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
34	2						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
35	3						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
36	4						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
37	5						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
38	6						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
39	7						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
40	8						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
41	9						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
42	10						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
43	11						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
44	12						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
45	13						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
46	14						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
47	15						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
48	16						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
49	17						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
50	18						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
51	19						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
52	20						0		#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
53	average		0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
54	STDEVPA				#DIV/0!			#DIV/0!						
55	MIN				0			0						
56	MAX				0			0						
57	min				#DIV/0!			#DIV/0!						
58	max				#DIV/0!			#DIV/0!						
59	AVEDEV	სამწროფ/გადახა			#NUM!			#NUM!						

შემავალი ცვლადი ინფორმაცია

გამომავალი ცვლადი ინფორმაცია

	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH
30	უზნის სკალის რისკის კოეფიციენტის ცვლილება										
31	საწყისი	I კვარტ	II კვარტ	III კვარტ	IV კვარტ	წლიური მანქანების კლას-მატების ტენდენცია					
32						საშუალო	გადახრა	min	max	AVEDEV (a)	<<?=>
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											

შენიშვნა-განმარტება

გამომავალი ინფორმაცია

ამ სქემებზეც მწვანე, ყვითელ და ინერტულ დიზაინფერებშია წარმოდგენილი შემავალი, გამომავალი ცვლადი და მუდმივი ტრაფარეტული ინფორმაცია.

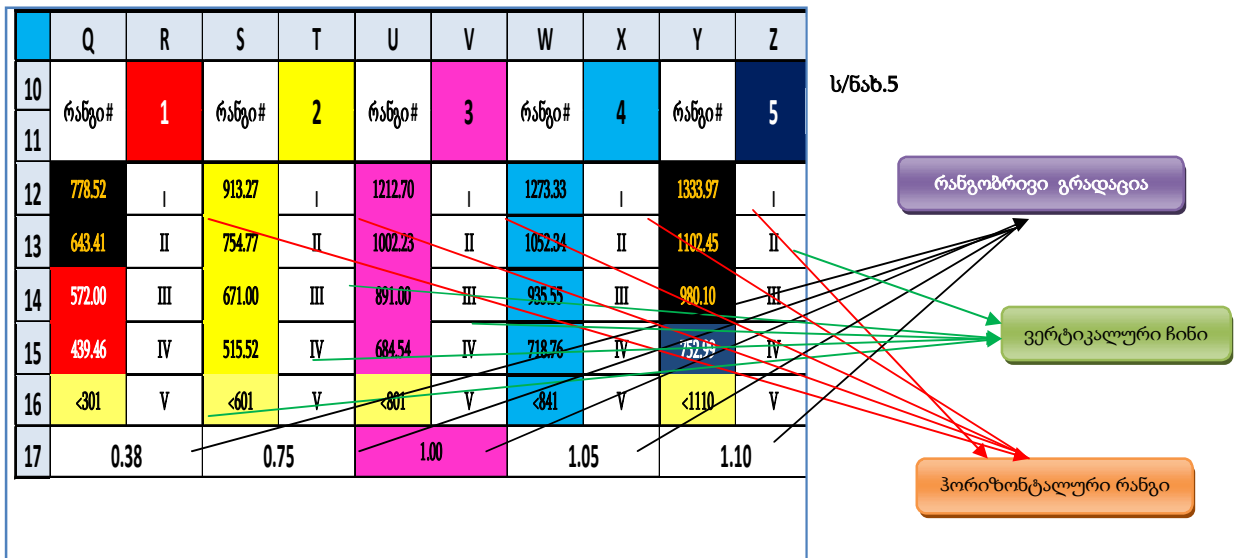
სულ, სამედიცინო უბნების ნაკრების კომპიუტერულ პროგრამას უკავია $30*34+6*20=1140$ უჯრა, აქედან შემავალ ინფორმაციას **220**, გამომავალს კი - **747** უჯრა, თაფარდობა **1 : 4,18** (არ არის გამოყენებული **173** უჯრა - **15,2%**).

მეორე დამხმარე ფარი „ადმინისტრაცია“ პერსონალის მოტივირების ავტომატიზირებულ სისტემაში - **ASME**, ემსახურება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების - **პჯდ** ადმინისტრაციას სახელფასო მოდელის ვერტიკალური და ჰორიზონტალური კანონზომიერების შეფასებით აწარმოოს არასამედიცინო საშტატო რესურსის სახელფასო უზრუნველყოფა.

ცნობისათვის: მეთოდოლოგია იძლევა საშუალებას, განიხილავდეს არამართო ოჯახის ექიმთა და პრაქტიკის ექთანთა დიფერენცირებული ხელფასები, არამედ იგივე საფუძვლების გათვალისწინებით შესაძლებელია მოხდეს **პჯ** დაწესებულების საქმიანობის შეფასებაც. **პჯდ**-ს საქმიანობის შეფასების კრიტერიუმების ბადის გამოყენებით ადვილდება და ორგანულად ხორციელდება მენეჯმენტის სხვადასხვა დონეებზე განთავსებული არასამედიცინო კადრის ვერტიკალურ-ჰორიზონტალური რანჟირების ქულობრივ/ფინანსური კონკრეტიზაცია-ინტერვალიზაცია.

100 უჯრედიან ველში (მხოლოდ გამომავალი ინფორმაცია) მოცემულია ჰორიზონტალური 5 რანგისა და ვერტიკალური 5 ჩინის 25 „ფანჯრიანი“ ბადე, რომელიც წარმოადგენს მოდელის სტანდარტული გაგრძელების გასაღებს არასამედიცინო კადრებისათვის. მაგ, თუ **პჯდ** - ს საქმიანობა შეფასდა „**კომპეტენტურად**“ (მე-3 დონე), მაშინ სახელფასო გრადაციის ინტერვალი მე-2 ვერტიკალურ ჭრილში **754,77 – 105**

2,34 დიაპაზონშია და პირდაპირპროპორციულია შეფასების მე-3 დონის შუალედის განთან, ხოლო მე-4 ვერტიკალურ ჭრილში კი - **[515,52; 718,76]** შუალედში და ა.შ.



ჩინობრივ-რანგობრივი შეფასება სხვადასხვა დონის მენეჯერებისათვის დამოკიდებულია ოჯახის ექიმის საშუალო ხელფასის სიდიდეზე (ფარი „ოჯახის ექიმი“, უჯრა S156, ასლი ფარზე „ადმინისტრაცია“ უჯრა W43). რომლებიც მრავლდება შესაბამის კოეფიციენტებზე (ფარი „ადმინისტრაცია“ ვერტიკალი T,U,V(45-61) და მენეჯერის შესრულებულ სამუშაო დღეებზე (ფარი „ადმინისტრაცია“ ვერტიკალი Q(45-61) უჯრა V41) მიღებული სიდიდე პრაქტიკულად ყველა თვეში სხვადასხვაა, ცვალებადობის ამპლიტუდაც საკმაოდ მაღალია, რაც ადმინისტრაციის მართვის რგოლის წარმომადგენლებს უქმნის მოტივაციის საკმად ძლიერ მექანიზმს. იხ. ს/ნახ5ა

შემავალი ინფორმაცია 18 უჯრა, გამომავალი 18*5+3=93. თანაფარდობა 18/93, ანუ 1 : 5,16

სულ 6*17+5+1+3=111 უჯრა

ს/ნახ5ა

B	N	O	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
41		მაკორეგირებელი		სამუშაო დღეების რ-ბა N= 20					დრიფტი ხელფასი (ლარი)					
42		K= 1.00		განაკვეთის კოეფიციენტი			სმეხგ-ის მუშაობა:							
43	მართვის დონე	შრომითი რესურსის იდენტიფიკაცია	სამუშაოს ხანგრძლივობა	დამაკაფიცილებელი			დ	კ	ბ	436.30	521.72	732.97	სამუშაოს ხელფ	ხელფ
44			min	max	დ	კ	ბ	3/4/5	5/5.75/6.5	6.5/7.5/8.7			სამუშაოს ხელფ 20% (ლ)	ხელფ 80% (ლარი)
45	უხალესი	1	21	15.0	11.3	15.0	18.8	1636.11	1364.04	1446.65	327.22	1308.89		
46		1	21	12.0	14.5	12.0	13.3	14.5	1308.89	1202.22	1398.43	261.78	1047.11	
47	მაღალი	1	21	11.0	13.0	11.0	12.0	13.0	1199.82	1088.81	1253.76	239.96	959.85	
48		1	21	9.1	12.3	9.1	10.7	12.3	992.57	970.85	1186.25	198.51	794.66	
49		1	21	7.6	12.0	7.6	9.8	12.0	828.96	889.19	1157.32	165.79	663.17	
50	პირველი	1	21	6.5-7.5	10.5-11	6.4	8.7	11.0	698.07	789.39	1060.88	139.61	558.46	
51		1	21	6.5-7.5	10.5-11	6.4	8.7	11.0	698.07	1647.41	1060.88	139.61	558.46	
52	მეორე	1	21	5.9-6.7	10.8	6.2	8.5	10.8	676.26	771.24	1041.59	135.25	544.01	
53		1	10	5.8	10.1	5.8	8.0	10.1	632.63	721.33	974.08	126.53	506.10	
54		1	21	5.7	10.5	5.7	8.1	10.5	621.72	734.94	1012.66	124.34	473.38	
55		1	12	4.5-5.6	8.6-10.4	5.4	7.9	10.4	589.00	716.80	1003.01	117.80	471.20	
56		1	12	4.5-5.6	8.6-10.4	5.2	7.8	10.4	567.19	707.72	1003.01	113.44	453.75	
57		1	10	4.5-5.6	8.6-10.4	4.5	7.5	10.4	490.83	675.97	1003.01	98.17	392.67	
58		1	20	4.4	8.5	4.4	6.5	8.5	479.93	585.23	819.27	95.99	383.34	
59		1	20	3.1-4.3	10.0	3.1	6.6	10.0	338.13	594.31	FALSE	67.63	270.50	
60	ოპერატიული	1	20	3.1-4.3	6.1-10	3.1	6.6	10.0	338.13	594.31	964.43	67.63	270.50	
61		1	20	3.0	6.0	3.0	4.5	6.0	327.22	408.30	578.66	65.44	261.78	
									12423.54	14459.04	16964.40	2484.71	9938.83	

რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალის (ოჯახის ექიმი, პრაქტიკის ექთანი, პრევენციის სამსახურის სამედიცინო კადრი) სახელფასო მოტივირებას - შექმნილია სისტემა, რომელშიც განსაზღვრულია მათი საქმიანობის განმსაზღვრელი, შეწონილი კრიტერიუმები; ობიექტურად შერჩეული პარამეტრები (დათვლადი და „გამოსწორებადი“) და შეფასების დახვეწილი ინდიკატორები (პროპორციული/უკუპროპორციული ნორმატიული და 3-4 საფეხურიანი ვერბალური შეფასებითი). ოჯახის ექიმებისათვის კომპიუტერული პროგრამის exe ფაილის ძირითადი მონაცემები წარმოდგენილია სპეციალურ ნახაზზე (ს/ნახ.6 ფარი „ოჯ-ექიმი“) და განსაზღვრავს მისი მოხმარების ინსტრუქციულ საფუძველს.

წარმოდგენილი სქემის (A3;M36) ველში მოცემულია პროგრამის ტრავარეტული, სტანდარტული ნაწილი. კერძოდ, ოჯახის ექიმის საქმიანობის განმსაზღვრელი 20 ძირითადი კრიტერიუმის ჩამონათვალი, რომელთაგანაც 11 რიცხობრივ-ნორმატიულ, ხოლო 9 -გრადაციული (3-4 გრადაცია) შეფასების საშუალებას იძლევა. აქვეა ნორმატიული ალგორითმები, რომელიც H; I; J; K ვერტიკალშია მოცემული და შესაბამისი

ჰორიზონტალების (6-36 ჩათვლით) ავტომატიზირების ფორმულებს შეიცავენ და კომპიუტერული პროგრამის ეფექტურობას განაპირობებენ. ალგორითმის ფორმულებიდან ზოგიერთი უკუპროპორციულ (16; 17; 20; 21 ჰორიზონტალი) დამოკიდებულებას ასახავს, სადაც უარყოფით მნიშვნელობებს საჯარიმო ფუნქციური დანიშნულება გააჩნიათ; ზოგიერთი მრავალუცხოვანი განტოლების ამონახსენს წარმოადგენს (6; 7; 8 ჰორიზონტალი) და ზოგიც იმეორებს ერთმანეთს (16-18; 22-24 ჰორიზონტალი - 29-34 ჰორიზონტალებს), ოღონდ სხვა წონადობაში.

შემავალი ცვლადი ინფორმაცია დამოკიდებულია ოჯახის ექიმთა რაოდენობაზე და 1 ექიმზე 1 ვერტიკალს წარმოადგენს და 31 ჰორიზონტალს შეიცავს, მაგ, Q, T და ა.შ. თითოეული ექიმისათვის სესაბამისი საანგარიშო - საინფორმაციო ბაზა.

ს/ნახ.6

#	A	B	C	D	E	F	G	L	M	Q	R	S	T	U	V	W	X
3										A1	291.6		E5	173.5		Q17	211.9
4	I	ოჯექიების სამუშაოს ძირითადი მახასიათებლები			I	k=	1.346		2014	AAA111		EEE555				სმესე	
5	1.0	1. ოჯახის ექიმის საქმიანობის შეფასება			A	ნორმატივი	480	356.6		კომპეტენცია		დამაკ				დამაკ	
6	1.1	o აბსელატორიდან მიღებული პაციენტების რ-ბა			1	15	დღე	50	37.15	12	25.85	13	28.01			12.9	27.74
7	1.1.1	o მ.შ. ჩაწერით - 1			2	12	დღე	75	55.72	6	19.17	9	28.75			8.1	25.76
8	1.1.2	o მ.შ. ჩაწერის გარეშე - 0.25			3	3	დღე	25	18.57	6	6.24	4	4.16			4.3	5.01
9	1.1.3	o დამატებითი - დაბუჯების პროგრამა			4	5	დღე	25	18.57	2	7.43	2	7.43			1.2	4.41
10	1.2.1	o ყოველთვიური საფინანსო ანგარიში (შემონტაჟილი-ში)			5	900	თვე	60	44.58	1	590	29.22	860	32.69		566.3	28.05
11	1.2.2	o ყოველთვიური საფინანსო ანგარიში (ხარისხობრივი)			6	2	თვე	40	29.72	1	14.86	1	14.86			0.9	13.93
12	1.3	o ბინათუ გაწეული მომსახურების რ-ბა			7	1.5	დღე	60	44.58	1	29.72	1	29.72			1.0	30.65
13	1.3.1	o გაგრძელების რეესტრ			8	2	თვე	30	22.29		22.29	1	11.14			1.1	12.54
14	1.3.2	o განახლებული ბაზები			9	2	თვე	20	14.86		14.86	1	7.43			1.1	8.36
15	1.3.3	o სტატუსტ და სხვა ანგარიშების დროულად წარდგენა			10	2	თვე	20	14.86		14.86	1	7.43			1.1	14.22
16	1.3.2	o პრევენციული კანონები გაგზავნილი პაციენტთა რ-ბა			19	2/0	თვე	30	22.29	14	15.60	3	3.34			5.9	6.55
17	3.3	o ფორმების (Flow sheets) რაოდენობა (შეცვლების ხარისხი)			20	0	თვე	10	7.43	3	-2.23	1	-0.74			0.6	-0.42
18	1.3.4	o სტრ/დაბ/რეტენოპათიაზე (ოჯექის ოფთალმოლოგის)			12	3	თვე	30	22.29	0	0.00	0	0.00			0.0	0.00
19	1.4.3	o ალბერტიონი მოვლა			13	4	თვე	20	14.86	0	0.00	0	0.00			0.1	0.23
20	1.5.1	o სამედიცინო მომსახურების შეჯამებითი შეფასება			14	0	თვე	-50	-37.15	0	0.00	1	-27.6			0.3	-8.62
21	1.5.2	o სმს - სამედიცინო შედეგების რაოდენობა			15	0	თვე	-75	-55.72	0	0.00	0	0.00			0.0	0.00
22	1.5	o რეფერალი			16	15	თვე	60	44.58	16	32.50	57	9.12			36.9	14.08
23	1.5.1	o რეფერალის სტრუქტურა (რაოდენობრივი ხარისხობრივი)			17	2	თვე	30	22.29	2	22.29	1	11.14			1.1	12.54
24	1.6	o პედაგ/განდარი მოღვაწეობა (ტრენინგები/ქონების)			18	3	კვარტ	20	14.86	2	14.86	0	0.00			1.2	8.82
25	2.0	2. საგარეო მართვა			B			120	89.15	0	0	0	0			0	0
26	2.1	o პედაგოგიური მოღვაწეობის გამოცდილება			19	2	წელი	24	17.83	0	0.00	0	0.00			0.8	6.69
27	2.2	o ოჯახის ექიმის მოვლის უწყვეტი სტეჟი			20	10	წელი	48	38.66	10	35.66	10	35.66			15.9	56.84
28	2.3	o რეტენი მენეჯერების მხრიდან			21	5	თვე	48	35.66	6	42.79	5	35.66			6.6	46.81
29	3.0	3. მარჯვენის მახასიათებლები			C			180	133.7	0	0	0	0			0	0
30	1.3.4	o სტრ/დაბ/რეტენოპათიაზე (ოჯექის ოფთალმოლოგის)			12	3.5	თვე	30	22.29	0	0.00	0	0.00			0.0	0.00
31	3.2	o პრევენციული კანონები გაგზავნილი პაციენტთა რაოდენობა			19	20	თვე	30	22.29	14	4.52	17	0.97			36.9	1.90
32	3.3	o ფორმების (Flow sheets) რაოდენობა (შეცვლების ხარისხი)			20	20	თვე	10	7.43	3	0.65	1	-0.22			4.6	-0.12
33	1.5	o რეფერალი			16	15	თვე	60	44.58	16	9.43	57	2.65			36.9	4.08
34	1.5.1	o რეფერალის სტრუქტურა (რაოდენობრივი ხარისხობრივი)			17	2	თვე	30	22.29	2	6.46	1	3.23			1.1	3.64
35	1.6	o პედაგ/განდარი მოღვაწეობა (ტრენინგები/ქონების)			18	3	კვარტ	20	14.86	2	4.31	3	0.00			1.2	2.56
36	4.0	4. პირველის მახასიათებლები			D	2	თვე	100	74.29	1	37.15	1	37.15			1.4	53.40
37								880	653.8		407.2		382.0				375.6
38											509.0		352.5				469.5
40											1.0		0.88				0.88
42											კომპეტ		მიღებულ				დამაკ
41											509.0		310.2				415.2



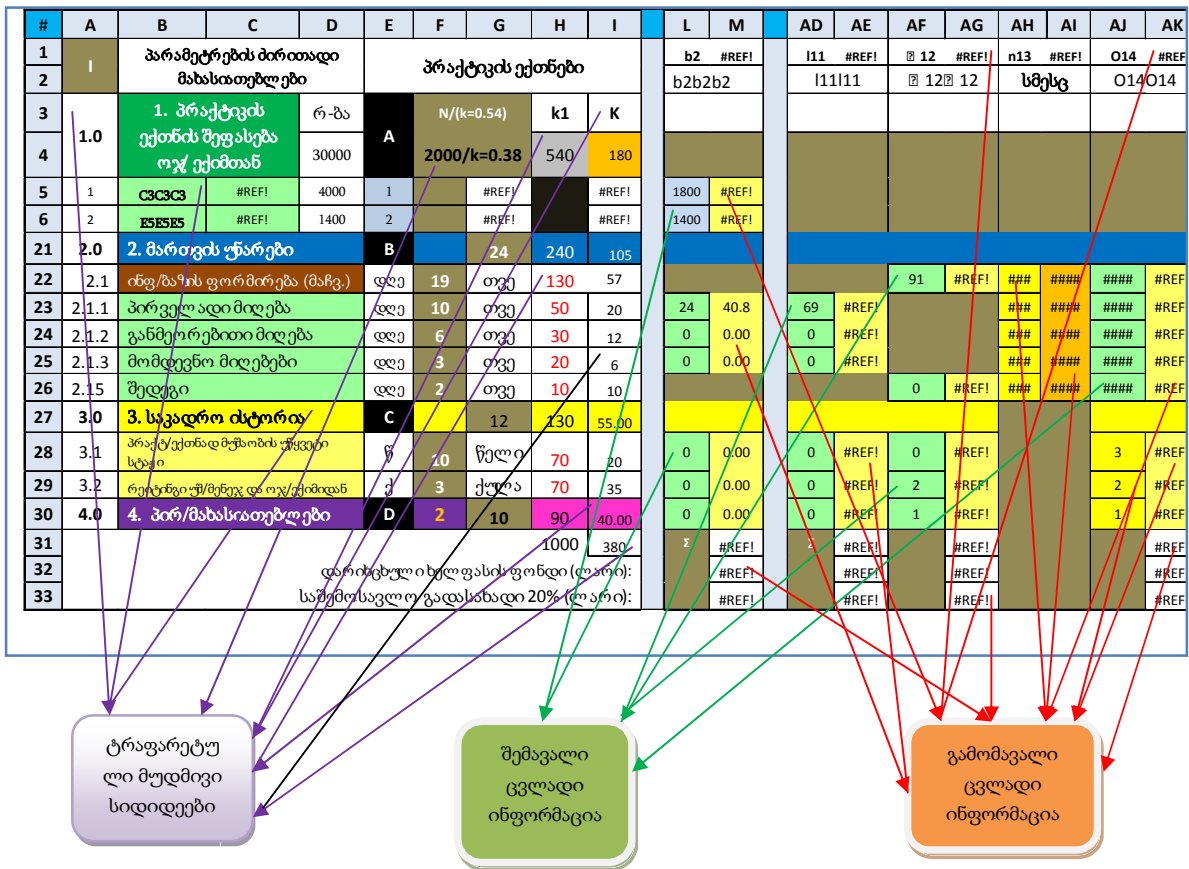
ინფორმაცია თავსდება მწვანე უჯრებში. აღნიშვნის ღირსია მაკორეირებელი კოეფიციენტი, რომელიც ცალკე იანგარიშება და ასახავს მოცემული მომენტისათვის შეფასების ქულასა და ფულად ღირებულებას შორის დამოკიდებულებას სხვა ქვეფაქტორების გათვალისწინებითაც. მაგ, ზოგადი ინფლაცია, დაწესებულების შიდა საფინანსო ცვლილებებს და ა.შ. (F/G/L-3/4).

ყვითელ ველში მოცემულია გამომავალი ცვლადი ინფორმაციები, ხელფასები, კორეირებები, თითოეული ოჯახის ექიმის შეფასებები და რაც მთავარია დაწესებულების შეფასება (W5/X42).

სულ, „ოჯახის ექიმთა“ ფარში პროგრამულად განსაზღვრულია 1 ექიმზე 1038 უჯრა, აქედან შემავალი ინფორმაცია - 369, გამომავალი - 669, ამჟამად მომუშავე 16 ექიმზე შესაბამისად $16 \times (369+669) = 4428 + 10704 = 15132$. 1 წლის სრულიად ავტომატიზირებული ჯამური ანგარიში - 1038 უჯრა, სულ $15132 + 1038 = 25170$. თანაფარდობა შემავალ და გამომავალ ინფორმაციებს შორის 1 : 2,65.

ცალკეა გამოყოფილი ფარი „ექთნები“, რომელიც წარმოადგენს 2 ვერსიას. პირველი - პოლიკლინიკების ტიპის დაწესებულების ექთნებისათვის და მეორე - საოჯახო მედიცინის დაწესებულებაში მოფუნქციონირე პრაქტიკის ექთნებისათვის. პირველ ვერსიაში გაანგარიშება დამოკიდებულია ოჯახის (უბნის) ექიმის საქმიანობის მაჩვენებლებზე და ასახულია სპეციალურ ნახაზზე.

ს/ნახ.7



მოდელში პრაქტიკის (უბნის) ექთნის ხელფასი დამოკიდებულია უბნის ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ უბანში, საკუთრივ მის სუბორდინაციულ მოღვაწეობაზე და პრევენციულ სამსახურში მუშაობაზე. პირველი მდგენელი ექთნის ხელფასს დამოკიდებულს ქმნის არამრტო საკუთარი ფუნქციების შესრულების ხარისხზე, არამედ ოჯახის (უბნის) ექიმის რეიტინგზეც, ხოლო მეორე შემთხვევაში - მხოლოდ დატვირთვაზე (ხელფასის ფორმირების 3 წყარო: უბანში ფუნქციური მოღვაწეობა, ოჯახის ექიმის შეფასების კოეფიციენტი და საკუთარი გამომუშავება).

სქემის მარცხენა ნაწილში ველი (A1;I31) თავმოყრილია ის მუდმივი, სტანდარტული სიდიდეები, რომლებიც კომპიუტერულ დიზაინში შეტანილია ტრაფარეტული წესით და მომხმარებლისათვის გააჩნია მხოლოდ ნორმატიული ინფორმაციის გაცნობის

დატვირთვა. აქვეა მითითებული გამოყენებული ნორმატივებიც და მათი ალგორითმების ფორმულები.

მწვანე ველში ხდება კონკრეტული უბნისათვის დამახასიათებელი ცვლადი მონაცემების შეტანა ოპერატორის მიერ.

ყვითელ ველში მოცემულია გამომავალი ინფორმაცია, რომელიც განსაზღვრავს პრაქტიკის ექთნისა და პრევენციული სამსახურის პერსონალის ხელფასების გაანგარიშებას და შესაბამისი გრადაციების სახით ფორმირებას.

სულ, „ექთნების“ ფარში (პირველ ვერსიაში) პროგრამულად განსაზღვრულია 1 ექთანზე 14 უჯრა, აქედან შემავალი ინფორმაცია - 9, გამომავალი - 6, ამჟამად მომუშავე 10 ექთანზე შესაბამისად $11*(9+6)=99+66=165$. 1 წლის (12 თვე) - $165*12=1980$ დამატებული სრულიად ავტომატიზირებული ჯამური წლიური ანგარიში - 165 უჯრა, სულ $1980+165=2145$. 2 ასისტენტი და სამსახურის უფროსი (1). შემავალი ინფორმაცია 3 პირზე: $8*(უჯრა)*3(პირი)*12(თვე)=288$. გამომავალი ინფორმაცია 3 პირზე: $288+(3*3პირი+10სმესც)*12(თვე)=516$, სულ $288+516=804$. **თანაფარდობა** შემავალ და გამომავალ ინფორმაციებს შორის **1 : 2,93**.

მეორე ვერსია ატერნატიულია და უფრო მოსახერხებელია იმ პჯდ-თათვის, რომლებიც უკვე საოჯახო მედიცინის პრინციპით მუშაობენ, ექიმი და ექთანი ერთ გუნდს წარმოადგენს, ხოლო მათ შორის კავშირი ორმხრივია და არა ცალმხრივი-ვერტიკალური, როგორც პირველ ვერსიაში. „ექთნების“ მოდელი „ოჯახის ექიმის“ მოდელის ანალოგიურია და შეფასების კრიტერიუმებიც მეტ-ნაკლებად ანალოგიურია, განსხვავებულია ნორმატივები და ფუნქციური მოცულობები, განსაზღვრულია დელეგირების ხარისხიც.

სქემის მარცხენა ნაწილში ველი (A1;I51) თავმოყრილია ის მუდმივი, სტანდარტული სიდიდეები, რომლებიც კომპიუტერულ დიზაინში შეტანილია ტრაფარეტული წესით და მომხმარებლისათვის გააჩნია მხოლოდ ნორმატიული ინფორმაციის გაცნობის დატვირთვა. აქვეა მითითებული გამოყენებული ნორმატივებიც და მათი ალგორითმების ფორმულები.

მწვანე ველში ხდება კონკრეტული უბნისათვის დამახასიათებელი ცვლადი მონაცემების შეტანა ოპერატორის მიერ.

ყვითელ ველში მოცემულია გამომავალი ინფორმაცია, რომელიც განსაზღვრავს პრაქტიკის ექთნების ხელფასების გაანგარიშებას და შესაბამისი გრადაციების სახით ფორმირებას.

სიახლე, რაც გამოჩნდა „ექთნების“ ფარზე და შემდგომ გადავიდა ყველა ქვეპროგრამაში - თვეში 10 ექთნის ნამუშევარი დღეების პერსონალური რაოდენობა (P5 AN50) ჰორიზონტალშია, ხოლო თვეში სამუშაო დღეების რაოდენობა I5 უჯრაში. აქვე, განსხვავებით პირველი ვერსიისა განსაზღვრულია ექთნების მუშაობის შეფასების

საშუალო მაჩვენებელი, რომლის გამოყენება შესაძლებლობას მისცემს მოდელს დაადგინოს ექიმებსა და ექთნებს შორის ზოგადი და ინდივიდუალური კორელაციის სახე და სიდიდე.

ს/ნახ. 8

A	B	C	D	E	G	H	I	O	P	AG	AH
3	პრ/ექთნების სამუშაოს მახასიათებლები			რ.ბა	ნორ	საშ	K=1	B1b1	საშუალო		
4	საკეძიანობის შეფასება			ერთ.	მ.წ	მ.წ	NF=21	კომპიუტერული	დამაკმაყოფ		
5	1.0	ბინაზე გაწეული მომსახურების რ-ბა		12	60	60		124	124.0	83	78.6
7	1.1	საწილის/სახლის მთავ/პროც/პროც. მეთაღაყრობა	1დღ*ი	4	20	20		52	52.0	34.7	34.7
8	1.2	ქიმი/ხანდაწილი/სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	1დღ*ი	4	20	20		72	72.0	37.1	37.1
9	1.3	მწველი/პროც/პროც. მეთაღაყრობა	1დღ*ი	1	12	12		0	0.0	3.7	3.1
10	1.4	ხანდაწილი/სამედიცინო/სამედიცინო	1დღ*ი	3	8	8		0	0.0	9	3.6
11	1.5	საერთო მანძილი/სამედიცინო	1დღ*ი	3	8	8		0	0.0	9	3.6
12	1.5.1	მანძილის დამსახურება	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
13	1.5.2	კლინიკური	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
14	1.5.3	კლინიკური/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
15	1.5.4	მანძილის დამსახურება/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
16	1.5.5	მანძილის დამსახურება	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
17	1.5.6	მანძილის დამსახურება/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
18	1.5.7	მანძილის დამსახურება/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3	8	8		0	0.0	9	3.6
19	1.6	სოციალური მარკეტინგი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	25	8	8		0	0.0	0.5	0.4
20	პაციენტის/მომსახურების განაღება										
21	2.0	გაერვ/დაგადების პაცი/რ-ბა. განაღება		200	6.1.2.2.			150	60.00	46.29	
22	კონსტრუქტი			განმეორება	ახალი						
23	2.1	პაციენტის	თვ	100	6	6		3	18	2.8	16.8
24	2.2	პაციენტის/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	60	3	3		2	6	3.1	9.3
25	2.3	პაციენტის/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	0	6	6		1	6	0.3	1.8
26	2.4	მანძილის დამსახურება	თვ	30	6	6		3	18	2.5	15
27	2.5	მანძილის დამსახურება	თვ	0	3	3		2	6	1.3	3.9
28	2.6	მანძილის დამსახურება	თვ	0	3	3		2	6	0.4	1.2
29	2.7	მანძილის დამსახურება	თვ	0	3	3		0	0	0.2	0.6
30	3.0	პროექტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3				3	18	1.4	9.3
31	3.1	მანძილის დამსახურება	თვ	96%	96	96		95	0	95	0
32	3.2	პაციენტის/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	65	21	21		12	4	34.1	11
33	პროექტი/სამედიცინო/სამედიცინო										
34	4.0	კონსტრუქტი 100%	დამსახურება					13	20.00	15.40	
35	4.1	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3	2	2		1	4	0.7	2.8
36	4.2	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	55%	2	2		1	4	0.9	3.6
37	4.3	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	25%	2	2		1	4	0.9	3.6
38	4.4	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	3%	2	2		0	0	0.4	1.6
39	4.5	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	2%	2	2		0	0	0.2	0.8
40	4.6	კონსტრუქტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	15%	2	2		2	8	1	4
41	5.0	მულტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	1.2.3.4				0		0.2	
42	5.1	მულტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	8	10	10		0	0	1.8	2.25
43	5.3	მულტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	4	5	5		0	0	1.1	1.375
44	5.4	მულტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	2	3	3		0	0	0.6	0.9
45	5.5	მულტი/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	2	2	2		0	0	0.3	0.5
46	6.0	სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	1.2.3.4				0		1.8	
47	6.1	სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	0	-30	-30		0	0	0	0
48	6.2	სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	0	-15	-15		0	0	0	0
49	6.3	სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	0	-10	-10		0	0	0	0
50	6.4	სამედიცინო/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	0	-5	-5		0	0	0.3	-1.5
51	II	პირველ/სამედიცინო/სამედიცინო	თვ	1.2.3.4				0		1.1	3.3
52	ხელზე ასაღები ხელფასის ჯამი/სამედიცინო/სამედიცინო							202.88		164.2	
53	დარიცხვები/სამედიცინო/სამედიცინო							259.85		205.2	
54	საშემოსავლო გადასახადი 20% (ლარი)							91.97		41.0	
55	მარკეტინგული/სამედიცინო/სამედიცინო							1.0		6.88	
56	"ბონუს-მალუს" სისტემა							56.38	0.00	45.15	0.00
57	კორექტიული დარიცხვები/სამედიცინო/სამედიცინო							259.85		180.6	
58	პრაქტიკის ექთნის შეფასება							91.97		41.0	
59	კორექტიული/სამედიცინო/სამედიცინო							202.88		144.5	
60	კორექტიული/სამედიცინო/სამედიცინო							202.88		144.5	
61	პრაქტიკის ექთნის გვარება							B1b1		საშუალო	

ტრადიციული მუდმივი სიდიდეები

შემაგალიცვლი ინფორმაცია

გამომავალი ცვლი ინფორმაცია

პრევენციული მედიცინის სამსახურის თანამშრომლების ხელფასები იანგარიშება გამომუშავების პრინციპით და პჯდ რეიტინგის (ავტომატიზირებული შეფასების დონე) გამოყენებით.

ფარ „ექთან“-ზე იქნა პირველად გამოყენებული და შემდგომში გავრცელდა ყველა სხვა ფარზე თანამშრომელთა „არავტომატიზირებული ინდივიდუალური შეფასების“ მექანიზმი, რომელსაც მოკლედ წახალისება - დასჯის „ბონუს-მალუს“ მექანიზმი ეწოდა და დაწესებულების ხელმძღვანელისათვის „მანქანური (კომპიუტერული) შეცდომისაგან“ დაზღვევის ერთ-ერთ სერიოზულ ინსტრუმენტს წარმოადგენს. მისი საზღვრები განსაზღვრულია მათემატიკური სტატისტიკის კანონზომიერების გათვალისწინებით და დიაპაზონის განი არ აღემატება 30%-ს. დაწესებულების ხელმძღვანელს შეუძლია მისი

აბსოლუტურ სუბიექტურად გამოყენება და მისთვის საფინანსო რეგულირების ბერკეტს წარმოადგენს მაკორეგირებელ კოფიციენტთან („დირექტორის ლუპა“) ერთად. ის „ექთანის“ ფარზე განთავსებულია მეორე ვერსიაში (M56 --- AH56), ხოლო „ოჯახის ექიმის“ ფარზე სარეალიზაციო ვერსიაში - (R148 --- AW148) ინტერვალებში.

სულ, „ექთნების“ ფარში (მეორე ვერსიაში) პროგრამულად განსაზღვრულია 1 ექთანზე $1+39+41+8=89$ უჯრა, აქედან შემავალი ინფორმაცია - 40, გამომავალი - 49, ამჟამად მომუშავე 10 ექთანზე შესაბამისად $10*(40+49)=890$. მე-11 მხოლოდ გამომავალი ინფორმაცია 89 უჯრაზე. 1 წლის (12 თვე) - $(890+89)*12=11748$ დამატებული სრულიად ავტომატიზირებული ჯამური წლიური ანგარიში - 979 უჯრა, სულ $11748+979=12727$. თანაფარდობა შემავალ და გამომავალ ინფორმაციებს შორის $400*12 / (490+89)*12+979$, ანუ $4800/7927$, ანუ 1 : 1,65

სულ, პერსონალის (სახელფასო) მოტივაციის ავტომატიზირებული სისტემები – **Automated systems to motivate employees - ASME** - ს კომპიუტერული პროგრამა შეიცავს:

#	ფარის დასახელება	საინფორმაციო ველების დახასიათება (უჯრების Σ)			
		სულ	შემავალი inf 1.	გამომავალი inf 2.	inf 1/ inf 2
1	„უბანი“	2613	720	1893	1:2,63
2	„ადმინისტრაცია“	111	18	93	1:5,16
3	„ოჯახის ექიმი“	23550	5904	17646	1:2,99
4	„ექთნები“ (v1+v2)	804+11748	288+4800	516+6948	(1:1,79)&(1:1,65)
სულ	4	38826	11730	27096	1:2,31

4. მოდელის დანერგვის დადებითი გამოცდილების მოკლევადიანი შედეგები და გრძელვადიანი პერსპექტივები

მოდელი მუშავდებოდა სმესგ-ში 2013 წლის ივლისის თვიდან. მისი ინტენსიური დამუშავება დაიწყო ნოემბრის თვიდან „კარდიო-ვასკულარული რისკების გამოვლენისა და მართვის ავტომატიზირებულ პროგრამა“-სთან პარალელურ რეჟიმში, რადგან მართვის თანადროვე პრინციპები უცილობრივ მოითხოვს ხარისხის მოტივირებისა და ანაზღაურების ადეკვატურ სისტემას, ხოლო სიახლის დროულ დანერგვაშივე დევს ორგანიზაციის პერმანენტული განვითარების ბუნებრივი მექანიზმი. ინსტრუმენტს კი დღესდღეობით - საკითხთა მიმართ არსებული მტკიცებულებებზე დაყრდნობილი ცოდნის კოდირება და მათი მართვის სრულყოფილი ავტომატიზირებული სისტემები წარმოადგენს.

ASME მოდელმა პირველი წარმატებული ტესტირება 2014 წლის თებერვალში გაიარა. მთელი 9 თვის განმავლობაში შეფასების პრიორიტეტების, მათ შორის წონაობების დადგენის, საკადრო ზოგადი არქიტექტონიკისა და კონკრეტული ინდიკატორების თავისებურებების, პარამეტრების დიფერენცირების კანონზომიერებების და ა.შ. შესწავლაში, ცვლილებათა ვარიაციების დადგენაში და ადეკვატური მოდიფიცირების გატარებაში მიმდინარეობდა ინტენსიური სამუშაოები. მეორე ტესტირება მარტის თვით შემოიფარგლა და ამ თვეშივე დაინერგა კიდევ სახელფასო ანაზღაურების მოდელი ოჯახის ექიმებისათვის, პრაქტიკის ექიმებისათვის, ადმინისტრაციისათვის.

თებერვალი 2014		k= 0.85		A1		B2		C3	
II	ოჯახის ექიმების სამუშაოს ძირითადი მახასიათებლები	განმარტება	ნორმატივი	სამაგალითო	MAXIMUM	MINIMUM	OPTIMUM		
5.0	5. არავტომატიზირებული ინდივიდუალური შეფასება	±(S*0.22)	თვე	317.43	0.00	0.00	0.00	კომპეტენცია	
				ჯამი:	1442.85		-316.86		495.34
				დარიცხული ხელფასის ფონდი (ლ):	1803.56		-396.08		619.17
				საშემოსავლო გადასახადი 20% (ლარი):	360.71		-79.22		123.83
				მაკორეგირებელი ჩონობრივი K:	1.08		0.74		1.0
				კორეგირებული დარიცხული ხელფასი:	1947.84		-293.10		619.17
				ოჯახის ექიმის შეფასება:	სამაგალითო		მიღებელი		კომპეტენცია
				კორეგირებული საშემოსავლო გადასახადი 20% :	389.569		-58.619		123.834
				კორეგირებული ხელფე ასაღები 80% :	1558.275		-234.477		495.337

მოდელი საშუალებას იძლევა მაქსიმალური ანაზღაურება 1900 ლარამდე ავიდეს, ხოლო მინიმალური - 300 საჯარიმო ლარის ოდენობით განისაზღვროს. დიაპაზონი მაღალია, რაც მოდელს უფრო დინამიურს ხდის, ხოლო ოპტიმალური საშუალო 600 ლარს აღემატება (ბონუს-მალუსის მექანიზმის გამოყენების გარეშე - 5. არავტომატიზირებული ინდივიდუალური შეფასების ჰორიზონტალი), რაც 50%-ით აღემატებოდა არსებულს.

კონკრეტულ შემთხვევაში, 2014 წლის მარტის შეფასებაში, საშუალო დარიცხული ხელფასი 468 ლარს შეადგენდა, რაც 18 %-ით მეტია სტაბილურად დანიშნულ ხელფასზე, მაგრამ აქ არსებობდა შესაძლებლობა დაწესებულების შეფასება უფრო მაღალი ყოფილიყო, რაც აისახებოდა კიდევ თანხის მოცულობაში.

ს/ნახ.10

	დასახელება	ხელფასის ფონდი (ლარი)		
		ახალი	ძველი	სხვაობა (+)
1	დარიცხული ხელფასი	7478	6400	1078
2	საშემოსავლო 20%	1395	1280	115
3	ხელფე ასაღები 80%	5581	5120	461

ხელფასების ინდივიდუალური განაწილება საოჯახო მედიცინის სამედიცინო-სასწავლო ცენტრში - **სმესც**, მოცემულია კომპიუტერიდან ამონაბეჭდზე ს/ნახ.11 და ასახავს თითოეული ექიმისა და დაწესებულებების შეფასების ერთგვარ შკალას, რომელსაც შესაბამისი თანხა შეესაბამება. აქვეა მოცემული შესრულებისა და ინდიკატორების ნორმატივებიც.

#	A	B	C	D	E	F	G	L	M	Q	R	S	T	U	V	W	X	
3	I	ოპტიმების სამუშაოს ძირითადი მახასიათებლები			I	k= 1.346			2014	A1	291.6		E5	173.5		Q17	211.9	
4										AAA111			EEEE55				სმესე	
5	1.0	1. ოპტიმების სამუშაოს შეფასება			A	ნორმატივი			480	356.6			კომპეტენ.				დამკმ.	
6	1.1	o ანტიკორუპციული მიდევნების პაციენტების რ-მა			1	15	დე	50	37.15	12	25.85		13	28.01		12.9	27.74	
7	1.1.1	მ.შ. ჩაწერა - 1			2	12	დე	75	55.72	6	19.17		9	28.75		8.1	25.76	
8	1.1.2	მ.შ. ჩაწერის გარეშე - 0.25			3	3	დე	25	18.57	6	6.24		4	4.16		4.8	5.01	
9	1.1.3	დამატებითი - დიპლემის პროგრამა			4	5	დე	25	18.57	2	7.43		2	7.43		1.2	4.41	
10	1.2.1	ყოველ თვეში საფინანსო ანალიზი (შემონატანი ლ-ში)			5	900	თვე	60	44.58	590	29.22		660	32.69		566.3	28.05	
11	1.2.2	ყოველ თვეში საფინანსო ანალიზი (ხარისხობრივი)			6	2	თვე	40	29.72	1	14.86		1	14.86		0.9	13.93	
12	1.3	o ბინაზე გაწეული მომსახურების რ-მა			7	1.5	დე	60	44.58	1	29.72		1	29.72		1.0	30.65	
13	1.3.1	o გავერდების რეესტრ ადრეცხვაუა მ.შ.ახალი			8	2	თვე	30	22.29	2	22.29		1	11.14		1.1	12.54	
14	1.3.2	o განახლებული ბაზები			9	2	თვე	20	14.86	2	14.86		1	7.43		1.1	8.36	
15	1.3.3	სტატუს და სხვა ანგარიშების დროულად წარდგენა			10	2	თვე	20	14.86	2	14.86		1	7.43		1.4	10.22	
16	3.2	პრევენციული კაბინეტში გაგზავნილ პაციენტთა რ-მა			19	20	თვე	30	22.29	14	15.60		3	3.34		5.9	6.55	
17	3.3	ფორმების (Flow sheets) რაოდენობა (შეცვლის ხარისხი)			20	0	თვე	10	7.43	3	-2.23		1	-0.74		0.6	-0.42	
18	1.3.4	სურ/დიაბ/რეტროპათიაზე (ოპტიმის ოფთალმოლოგია)			12	3	თვე	30	22.29	0	0.00		0	0.00		0.0	0.00	
19	1.4.3	ს. პალიატური მოვლა			13	4	თვე	20	14.86	0	0.00		0	0.00		0.1	0.23	
20	1.5.1	სამედიცინო მომსახურების - შეუსაბამოების გამოვლენა*			14	0	თვე	-50	-37.15	0	0.00		1	-27.6		0.3	-8.62	
21	1.5.2	სმს - სამედიცინო შეცდომების რაოდენობა**			15	0	თვე	-75	-55.72	0	0.00		0	0.00		0.0	0.00	
22	1.5	o რეფერალი			16	15	თვე	60	44.58	16	32.50		57	9.12		36.9	14.08	
23	1.5.1	რეფერალის სტრუქტურა (რაოდენობრივი, ხარისხობრივი)			17	2	თვე	30	22.29	2	22.29		1	11.14		1.1	12.54	
24	1.6	პედაგოგიური მოდელირება (ტრენინგები ექთნებთან)			18	2	კვარტ	20	14.86	2	14.86		0	0.00		1.2	8.82	
25	2.0	2. საკადრო სტრატეგია			B				120	89.15	0		0			0	0	
26	2.1	პედაგოგიური მოდელირების გამოვლენა			19	2	წელი	24	17.83	0	0.00		0	0.00		0.8	6.69	
27	2.2	ოპტიმის ექსპერტიზის შედეგების სტრუქტურა			20	10	წელი	48	35.66	10	35.66		10	35.66		15.9	56.84	
28	2.3	რეტროპათიაზე მონიტორინგის მხრიდან			21	5	თვე	48	35.66	6	42.79		5	35.66		6.6	46.81	
29	3.0	3. მართვის უზრუნველყოფა			C				180	133.7	0		0			0	0	
30	1.3.4	სურ/დიაბ/რეტროპათიაზე (ოპტიმის ოფთალმოლოგია)			12	3.5	თვე	30	22.29	0	0.00		0	0.00		0.0	0.00	
31	3.2	პრევენციული კაბინეტში გაგზავნილ პაციენტთა რაოდენობა			19	20	თვე	30	22.29	14	4.52		57	0.97		36.9	1.90	
32	3.3	ფორმების (Flow sheets) რაოდენობა (შეცვლის ხარისხი)			20	20	თვე	10	7.43	3	-0.65		1	-0.22		0.6	-0.12	
33	1.5	o რეფერალი			16	15	თვე	60	44.58	16	9.43		57	2.65		36.9	4.08	
34	1.5.1	რეფერალის სტრუქტურა (რაოდენობრივი, ხარისხობრივი)			17	2	თვე	30	22.29	2	6.46		1	3.23		1.1	3.64	
35	1.6	პედაგოგიური მოდელირება (ტრენინგები ექთნებთან)			18	2	კვარტ	20	14.86	2	4.31		0	0.00		1.2	2.56	
36	4.0	4. პირველადი მახასიათებლები			D	2			100	74.29	1	37.15		1	37.15		1.4	53.40
37								880	653.8	Σ	407.2			282.0			375.6	
38											509.0			352.5			469.5	
40											1.0			0.88			0.88	
42											კომპეტ.			მოლოცობა			დამკმ.	
41											509.0			310.2			413.2	

ASME 8v - მოდელის მე-8-ე ვერსია საბოლოოა ამ ეტაპზე და მისი განვითარება პერმანენტულად მოხდება ინდიკატორების ვერბალური შეფასების მეთოდიდან შიდა

ნორმატიულ სტანდარტზე გადასვლისას, რასაც გარკვეული დრო (რამოდენიმე თვე) დაჭირდება.

მოდელის ტესტირებამ და დანერგვამ შექმნა გარკვეული სადისკუსიო გარემო, სადაც დაინტერესება გამოვლინდა როგორც დაბალანაზღარებადი ექიმების, ექთნებისა და მენეჯერების მხრიდან, არამედ მათი მხრიდანაც, ვისაც მაღალი ანაზღაურება ერგოთ. დაინტერესება გამოწვეული იყო მეთოდოლოგიის წვრილმანების გაგების სურვილითა და „გამოსწორებადი ინდიკატორების“ წარმოჩენა-დახასიათებით. შეხვედრა თანამშრომლებთან სერიოზულ დისკუსიაში არ გადაზრდილა, რადგან მან მიიღო ახსნა-განმარტებითი ხასიათი და პროფესიულმა განმარტებებმა დააკმაყოფილა აუდიტორია (იხილეთ დანართი #3 - პრეზენტაცია).

მოდელი შეფასდა და მოწონებული იქნა სპეციალისტ-ექსპერტების (ფინანსისტი, პროგრამისტი, იურისტი) მიერ და მათი შენიშვნები გათვალისწინებული იქნება მოდელის გეგმიური განვითარების მიმდინარეობის პარალელურად. ის ამჟამად წარდგენილია „საქპატენტში“ საავტორო უფლებების დეპონირებისათვის.

სპეციალისტებიდან და თანამშრომლებიდან ყველაზე მეტად აინტერესებთ პასუხები შემდეგ კითხვებზე და შეხედულებებზე:

ა) მიუხედავად იმისა, რომ ინდიკატორები ფუნქციურად დასაბუთებულ მატემატიკურ კანონზომიერებებს ემორჩილებიან, ხოლო პროგრამაში მთავარი აქცენტი მის ავტომატიზირებაზეა გადატანილი, მაინც არსებობს სუბიექტივიზმის გამოვლენის მაღალი რისკი. როგორია მისი შემცირების გზები ?

პასუხი: რისკი არ არის მაღალი, მაგრამ მისი არსებობაც დროებით მოვლენაა. რადგან მოდელის პერმანენტული განვითარების მექანიზმი იქეთაა მიმართული, რომ პირველ რიგში ქულობრივი შეფასების არატრაფარეტული ნაწილი შეიცვალოს შიდა სტატისტიკური მონაცემების სტანდარტული ბადით (რასაც ეასაჭიროებს რამოდენიმე თვე - ადგილობრივი სტატისტიკის დაგროვებისათვის), ან უკეთეს შემთხვევაში - სტაბილური სტატისტიკისას - მდგრადი რიცხვითი მნიშვნელობებით, ეს შექმნის რისკის კონკრეტულად განსაზღვრის წინაპირობას და შესაბამისად ობიექტურ საფუძვლებსაც.

ბ) მუშაკის შეფასებას ფსიქოლოგიური პორტრეტისა და პიროვნული თვისებების კუთხით, ის არ უნდა ხდებოდეს ცალსახად მენეჯერების მხრიდან ქულების მინიჭებით - მიუხედავად იმისა, რამდენი მენეჯერიც არ უნდა ფასებდეს მას. ეს ცალკე საკითხია და დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში პერსონალის აღნიშნული მონაცემები (კომუნიკაბელურობა, სუბორდინაცია, მოწესრიგებულობა, პასუხისმგებლობა და ა. შ.) სპეციალურად მოიპოვება და მუშავდება კადრების დამოუკიდებელი სამსახურების მიერ და დგინდება ე.წ. პიროგრამების გამოყენებით. ხომ არ არის მოდელში გამოყენებული პიროვნული შეფასების ფორმა მომუშავეს უფლებების დარღვევა ?

პასუხი: პერსონალის ინდივიდუალური შეფასების პუნქტი არ აერთიანებს ინდივიდის ხასიათს და ფსიქოლოგიურ პორტრეტს, არამედ ძირითადად საშემსრულებლო მონაცემებზეა დამყარებული და ამდენად ღრმა დიფერენცირებას სპეცკითხვარით, ტესტებით და პიროგრამების გამოყენებით - არ საჭიროებს. თუმცა შესაძლებელია საკითხის უფრო ღრმად განხილვა და დამატებითი დამუშავება მომავლისათვის. უფრო მეტიც, კადრების მართვისა და კარიერის საფეხურების განსაზღვრა ცალკეული ქვეყნების მიხედვით განსხვავებულია, რადგან ხშირად ითვალისწინებს ეროვნულ თავისებურებებსაც. ეს მომენტი მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ჩვენთანაც, შესაბამისი მოდელის შემუშავება-დახვეწისას.

გ) მოდელის ყველაზე მთავარი მომენტი, ხელფასების გრადაცია (სამი დონე) ერთი და იგივე თანამდებობის მიხედვით, დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს. მართალია, ასეთი მიდგომა საერთაშორისო პრაქტიკაში გამოიყენება, მაგრამ აუცილებელია თითოეული დონის მიხედვით სახელფასო განაკვეთების განსაზღვრის მკაცრი (შემოსაზღვრული) კრიტერიუმების დადგენა, რათა გამოირიცხოს სუბიექტური ფაქტორების ზემოქმედება. აღნიშნულის გარდა, პრინციპულ საკითხად მიმაჩნია, რომ დაბალი თანამდებობის სატარიფო თანრიგის მიხედვით გრადაცია ისე იყოს აგებული, რომ მისმა მაქსიმალურმა დონემ არ გადააჭარბოს უფრო მაღალი თანამდებობის მიხედვით სახელფასო განაკვეთის მინიმალურ დონეს. ეს აუცილებელია კარიერის და სამსახურეობრივი (თანამდებობრივი) წინსვლის კანონზომიერი პროცესის უზრუნველსაყოფად (ალტერნატიული შეხედულება). რამდენად განიხილება ასეთი შეხედულება მოდელში ?

პასუხი: ხელფასების განსაზღვრის ჰორიზონტალური დიაპაზონი იძლევა საშუალებას მოტივირდეს დაბალი რანგის მაღალხარისხივი მაჩვენებელით მომუშავე მუშაკი მაღალი რანგის დაბალხარისხოვანი მაჩვენებლით მომუშავე მუშაკისაგან უფრო მაღალი

ანაზღაურების მიცემით. ეს ერთი მხრივ წარმოადგენს მისი პროფესიული დაფასების საფუძველს და ხელს არავითარ შემთხვევაში არ შეუშლის კარიერისა და სამსახურეობრივი (თანამდებობრივი) წინსვლის კანონზომიერი პროცესის უზრუნველყოფას.

დ) კოეფიციენტების სისტემა, რომელიც დანერგილია მოდელში, პრაქტიკულად ნიშნავს, რომ ნომინალური ხელფასის კორექტირება ავტომატურად იწვევს შრომის ანაზღაურების სხვა დონეების ცვლილებას. უფრო მისაღებია კოეფიციენტების ნაცვლად ხელფასის ფიქსირებული სიდიდის გამოყენება (ალტერნატიული შეხედულება). ამ შემთხვევაში დაწესებულების ადმინისტრაციას საშუალება ექნება მოახდინოს სახელფასო დიაპაზონების რეგულირება არსებული ფინანსური რესურსების ფარგლებში და არ დაჭირდება სახელფასო დიაპაზონების სარეგულიროდ შემოღებული განყენებული კოეფიციენტი, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელი ხდება ხელფასის ნებისმიერი სასურველი ცვლილების წარმოება, ხოლო მოდელში არ არსებობს იმის გარანტია, რომ ადმინისტრაცია ამ კოეფიციენტს არ გამოიყენებს მომუშავეთა საზიანოდ - დაწესებულების შემოსავლების შემცირებისას, ან სხვადასხვა დამატებითი თანხების საჭიროების ფონდის შექმნის მომენტის დადგომისას და ამით არ შელახავს მომუშავეს შრომის უფლებებს. მიუხედავად იმისა, რომ მოქმედი კანონმდებლობა ამ პუნქტში არ ზღუდავს მესაკუთრის უფლებებს სრულ ავტორიტარიზმზე, მიზანშეწონილად მიმაჩნია მაკორეგირებელი კოეფიციენტის გამოყენების საკითხი გადაწყდეს კომპეტენტური ადგილობრივი კომისიის რეკომენდაციით (უფლების დელეგირება). რამდენად მისაღებია ატერნატიული წინადადება ?

პასუხი: მათემატიკური კანონზომიერების კოეფიციენტების ბადე წარმოადგენს იმ გარანტს, რასაც ანაზღაურების სამართლიანი განაწილების პრინციპი გულისხმობს. ის დამოკიდებული ხდება ქვეყნის ოფიციალურ საარსებო მინიმუმზე და იცავს მომუშავეს ისეთი ფაქტორისაგან, როგორცაა ინფლაცია (ამ უკანასკნელის არსებობისას), ხელფასის „პლიუს“ ცვლილებით, მომატებით. რაც შეეხება დაწესებულების შემოსავლების შემცირების შემთხვევაში მაკორეგირებელი კოეფიციენტის გამოყენებასა და ზოგადი ხელფასის შემცირების მიზანშეწონილობას საბაზრო ეკონომიკის კუთხით, ის აქაც მიუღებელია, რადგან ამ დროს ცალსახად გამართლებულია შემცირდეს მომუშავე პერსონალის რაოდენობა და არა სახელფასო ფონდი, რადგან შემცირებული პირები გადადიან სპეციალურ სოციალური უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებში და არ ირღვევა არც დარჩენილი მომუშავეების შრომის უფლებები. მიითითებული პრობლემა არ საჭიროებს დამატებით კომისიის ჩამოყალიბებასაც ფუნქციის დელეგირების მიზნით, რასაც კანონმდებლობაც არ გულისხმობს, რადგან არ ზღუდავს მესაკუთრის უფლებას. მესაკუთრესა და დაქირავებულს შორის ფორმდება კონტრაქტი, რომელსაც საკანონმდებლო ძალა გააჩნია სასამართლოს პირობებში.

ე) „ბონუს-მალუს“ სისტემის შემოღება სიახლეა არა მარტო ჩვენი სახელფასო სისტემისათვის, არამედ სხვა ქვეყნების სახელფასო სისტემებისათვისაც (ის სადაზღვევო საქმიანობაში გამოიყენება მზღვეველისა და დაზღვეულის ურთიერთობაში). ამიტომ მიზანშეწონილი ადმინისტრაციამ თავისი მართვის ბერკეტის გასაძლიერებლად აპრობირებული საპრემიო სისტემა, ხოლო სადღესასწაულო დღეებში სხვადასხვა „ბონუსები“ (შესაძლებლობების ფარგლებში) გამოიყენოს, რადგან „მალუსი“, იგივე დაქვითვა სოციალურად არასწორი და მორალურად გაუმართლებელი იქნება მუდმივად აუხსნელი სუბიექტივიზმის ფონზე. როგორია ავტორთა მოსაზრება ალტერნატიულ წინადადებაზე ?

პასუხი: „ბონუს-მალუს“ სისტემა პირობითი სახელწოდებაა და ასახავს მომუშავე პირის ინდივიდუალურ არაავტომატიზირებული შეფასების სახეს, რომელსაც ერთპიროვნულად ახორციელებს მთავარი ადმინისტრატორი/მესაკუთრე - მმართველი, თავისი სუბიექტური/ობიექტური შეხედულებების შესაბამისად. წახალისება-სასჯელის მოცულობა შემოსაზღვრულია და საბაზრო ეკონომიკის ძირითადი პრინციპებიდან გამომდინარე ემსახურება ისევდასევე სახელფასო ანაზღაურების სამართლიან განაწილებას. რაც შეეხება პრემიებს და სხვადასხვა „ბონუსებს“, ადმინისტრაცია მას თავისი დანიშნულებით გამოიყენებს, რადგან ის არ წარმოადგენს წარმოდგენილი მექანიზმის ალტერნატივას.

გ) არსებული სახელფასო სისტემა ბევრად უფრო ხისტი, არამოტივირებული და არასამართლიანია წარმოდგენილი მოდელისაგან განსხვავებით, მაგრამ კითხვებს არ ბადებს. ახალი მოდელი კი უამრავ კითხვას და ალტერნატიულ წინადადებას ბადებს, ეს ხომ არ მიუთითებს იმაზე, რომ მოდელი არასრულყოფილია ამ ეტაპისათვის და დანერგვამდე საჭიროებს დამატებით დამუშავებას ?

პასუხი: საბედნიეროდ, ყველა ინოვაციას თან ახლავს უნდობლობა და სპეციალისტების მხრიდან ოპონენციის გამოხატვის სურვილი, რაც ბუნებრივი პროცესია და ყველა კონკრეტული შეხედულება/აზრის/საკითხის ირგვლივ - გულდასმით განხილვას მოითხოვს. ავტორთა ჯგუფი მზადაა გაგებით შეხვდეს ნებისმიერ ოპონენციას და საჭიროების შემთხვევაში ჩაერთოს შესაბამის დისკუსიაში.

5. დასკვნა

ხელფასების დიფერენცირების საკითხი, როგორც პერსონალის მოტივაციის სისტემის შექმნის აუცილებელი პირობა, შემუშავდა საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის - **სმესც** ბაზაზე (ავტორები: ი.ქაროსანიძე, ბ.იოსელიანი, ვ.კვანტალიანი - 2014წ). მას საფუძვლად დაედო თავის დროზე დარგობრივი ექსპერტების მიერ რეცენზირებული ნაშრომი: **ორგანიზაციის მართვის პირობითი ერთეულის კადრების სახელფასო განაკვეთების იერარქიულ-ხარისხობრივი განაწილების მოდელი - of salary distribution of hierarchical levels and the quality of work done by – SDHQ**, რომელიც ეფუძნებოდა „ევროპის სოციალური ქარტიის“ (მიღებულია 03,05,1996წ. მისი პარაფირება ქართულმა მხარემ 1999 წლის სექტემბერში განახორციელა) სარეკომენდაციო მოთხოვნას - ა) მინიმალურ და საშუალო ხელფასს შორის თანაფარდობა განისაზღვროს **65-70%** ფარგლებში და ბ) თანაფარდობა უმაღლეს და უმცირეს იერარქიულ საფეხურების ნომინალურ ხელფასებს შორის არ აღემატებოდეს 1:8 - ს.

მოდელის საბოლოო სახით ჩამოყალიბებისათვის შეიქმნა **პერსონალის (სახელფასო) მოტივაციის ავტომატიზირებული სისტემები – Automated systems to motivate employees - ASME**. გაკეთებულია **Excel – 2007** საოფისე პროგრამაში.

მოდელი აგებულია რამოდენიმე დამოუკიდებელი პროგრამის ბაზაზე, რომლებიც ერთმანეთზე არიან გარკვეულწილად დაკავშირებული და ქმნიან ურთიერთ-დამოკიდებულ ერთიან საკომუნიკაციო სახელფასო სისტემას. პროგრამის ძირითადი საბაზისო მონაცემების, მოდელირების სხვადასხვა ვერსიების არსებობა და მაჩვენებელთა მათემატიკური წონადობების რანჟირებისათვის გამოყენებული მეთოდების მრავალფეროვნება წარმოადგენს მოდელის სიცოცხლიუნარიანობის დამადასტურებელ

კრიტერიუმებს და იძლევა საშუალებას ის მოერგოს ნებისმიერი **პჯდ** ორგანიზაციის ადმინისტრაციების სამენეჯმენტო მოთხოვნებს - სახელფასო მოტივირების ჩამოყალიბებისა და მართვის კუთხით.

მოდელის ტესტირებამ გამოავლინა, რომ **ASME** მოდელი საკმაოდ სერიოზული ინსტრუმენტია მომუშავე პერსონალის ხელფასების დიფერენცირების მისაღწევად და მათი მოტივაციის მექანიზმის ამოქმედების მძლავრ აქტივატორსაც წარმოადგენს.

მთავარია ის, რომ სახელფასო კოეფიციენტების სიდიდეები გამყარებულია მათემატიკური კანონზომიერებით და არაა განსაზღვრული სუბიექტური შეხედულებით. მოდელში ყველაზე მნიშვნელოვანი კადრების სახელფასო განაკვეთების ხარისხობრივი დიფერენციაციაა, რაც ჩვენში მოქმედი სახელფასო სისტემებისათვის ჯერჯერობით უცნობია (მთავარი სირთულე - სუბიექტივიზმის მოვლენების გამორიცხვაა. ამ საკითხს წარმოდგენილი მოდელი ცალკე არ განიხილავს, მაგრამ დიდ მნიშვნელობს ანიჭებს დიფერენციაციის ღრმად დეტერმინიზებულ კრიტერიუმებს და მათ სრულ ავტომატიზირებას, რაც თავის მხრივ, სუბიექტივიზმის წილის საგრძნობლად შემცირების ერთადერთი განხორციელებადი პირობაა).

მოდელი ორიგინალურია; სოციალურად, სამართლებრივად და იდეოლოგიურად გამართლებულია; მასში დევს მუდმივი განვითარების მექანიზმი და ტესტირების შედეგებით მისი განხორციელება შესაძლებელია ნებისმიერ **პჯდ**-ში. მაგრამ მისმა ადმინისტრაციამ უნდა გაითვალისწინოს ის, რომ მოდელის ფუნქციონირება მუდმივად პრიორიტეტული საკითხია, ხოლო მასში სათანადო ცვლილებების შეტანის დროულობის მკაცრი დაცვა (კორექცია მსვლელობაში) ადმინისტრაციის უმთავრესი ფუნქცია.

05.05.2014 წელი