

**საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების
გენერალური გეგმა**
07/06/07

1. ჰჯდ მომსახურების სახეები და ორგანიზაციული მოწყობა

1.1. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა ითვალისწინებს ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფას საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვეში შესაფერისი კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალის მიერ.

1.2. ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება მიეწოდება ოჯახის ექიმი/ექთნის მიერ ინდივიდუალურ პრაქტიკებში, საოჯახო მედიცინის ცენტრებში, ამბულატორიულ კლინიკებსა და ჰოსპიტალების ამბულატორიულ განყოფილებებში. სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება მიეწოდება სპეციალისტი(ებ)ს მიერ ინდივიდუალური პრაქტიკით, ამბულატორიულ კლინიკებსა ან საავადმყოფოს ამბულატორიულ განყოფილებებში.

1.3. ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება ითვალისწინებს: (ა)სამედიცინო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით; (ბ)ბაზისურ ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიული გამოკვლევებს, რისთვისაც არ არის საჭირო რთული დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული შესაძლებლობები; დ)მცირე ინვაზიურ პროცედურებს; ე)გადაუდებელ დახმარებას; ვ)საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართულ ღონისძიებებს (იხ.დანართი 1).

1.4. ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმებია:

- (ა) ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა. საოჯახო მედიცინის შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელია ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი. სპეციალიზებული მომსახურების შემთხვევაში - ვიწრო სპეციალისტი;
- (ბ) საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;
- (გ) ამბულატორიული კლინიკა ან ჰოსპიტალების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

1.5. ინდივიდუალური სამედიცინო პრაქტიკა არ წარმოადგენს სამეწარმეო საქმიანობას. ორგანიზაციული ფორმით არსებობისათვის ჰჯდ მომსახურების

მიმწოდებლები უნდა ჩამოყალიბდნენ კერძო სამართლის იურიდიული პირის სტატუსით.

1.6. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების რეგულირება

- (ა) რეგულირების ახალი მოდელის შესაბამისად, ამბულატორიულ მომსახურებაში ჩართული ყველა სპეციალისტი (ოჯახის ექიმის ჩათვლით), ექვემდებარება სახელმწიფო ლიცენზირებას.
 - (ბ) ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკის წარმოება დასაშვებია ნებართვის გარეშე;
 - (გ) პჯდ სერვისის მიწოდებაში ჩართული დაწესებულება (ამბულატორია, საოჯახო მედიცინის, დიაგნოსტიკის, სპეციალიზირებული და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ცენტრები) ექვემდებარება ნებართვას.
- (დ) ნებისმიერი ტიპის პჯდ დაწესებულებისათვის სავალდებულოა რეგისტრაცია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში.
- (ე) პჯდ დაწესებულებებში დასაშვებია მედიკამენტების გაყიდვა.

2. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება

2.1. სახელმწიფო ანაზღაურებს პჯდ მომსახურების სრულ პაკეტს¹ საქართველოს მოსახლეობის ღარიბი ნაწილისათვის. ეტაპობრივად მოხდება დღეისათვის მოცული მიზნობრივი ჯგუფის (უღატაკესი მოსახლეობა, მთელი მოსახლეობის 14%) გაფართოება იმგვარად, რომ 2008 წლის ბოლომდე სრულად იყოს მოცული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა (მთელი მოსახლეობის 34,8%).

2.2. იდენტიფიცირებული ინდივიდი სახელმწიფო სუბსიდირებას იღებს სამედიცინო ვაუჩერის სახით, რომელიც უტოლდება წლიური სადაზღვევო პრემიუმის სრულ ოდენობას როგორც პირველი დონის, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის;

1.1. ¹ განსაზღვრულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და მოიცავს (ა)სამედიცინო კონსულტაციას; (ბ)მარტივ ფუნქციურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; (გ) ამბულატორიულ დონეზე განხორციელებულ მცირე ინვაზიურ ჩარევებს; (დ) სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტების ხარჯებს¹, (ე)პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების მიერ გატარებულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული ღონისძიებებს¹;

2.3. ეტაპობრივად მოხდება ერთწლიანი ვაუჩერის, და, შესაბამისად, სადაზღვევო მომსახურების ჩანაცვლება უვალო ვაუჩერით/სადაზღვევო მომსახურებით. ბენეფიციარი მიიღებს სახელმწიფო სუბსიდიას მიზნობრივი ჯგუფის დატოვებამდე სოციალური სტატუსის შეცვლის ან გარდაცვალების გამო.

2.4. გამომდინარე მომსახურების ღირებულების ვარიებიდან ბენეფიციართა ასაკისა და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით, შემოღებულია ღიფერენცირებული ვაუჩერები, რომლის შინაარსია გამათანაბრებელი პრემიის დაწესება მიზნობრივი ჯგუფების შესაბამისად.

2.5. სახელმწიფოს მოთხოვნები შემსყიდველისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის, მაღალმთიან რეგიონებში მომსახურების მიწოდების სტიმულირების, სერვისების თანაბარი პირობებით, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე მიწოდების უზრუნველსაყოფად, ასახულია ვაუჩერის პირობებში.

2.6. სახელმწიფო სუბსიდიის მიმღები ინდივიდი თავად ირჩევს სადაზღვევო ორგანიზაციას. განსაზღვრულ დროში არჩევანის განუხორციელებლობის შემთხვევაში, სახელმწიფო შემთხვევითი სელექციის მეთოდით ანაწილებს ბენეფიციარებს სადაზღვევო ორგანიზაციებთან, რის შემდეგაც სადაზღვევო ორგანიზაცია ვალდებულია ხელშეკრულება გააფორმოს ბენეფიციართან.

2.7. ღარიბი მოსახლეობისათვის სახელმწიფო სახსრებით ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსების ადმინისტრირებას აწარმოებს სახელმწიფო შემსყიდველი ვაუჩერის პრინციპით.

2.8. მოსახლეობის დანარჩენმა ნაწილმა თავად უნდა შეისყიდოს ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული პირველი დონის მომსახურება ჯიბიდან გადახდის, ან წინასწარ გადახდის (სადაზღვევო სქემების) სახით.

2.9. გარდამავალ პერიოდში ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება ფინანსდება უნივერსალურად.

2.10. ბაზისური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი სახელმწიფო შემსყიდველისაგან იღებს პჯდ დაფინანსების 30%-ს, რათ მან უზრუნველყოს მომსახურების მიწოდება დაუზღვეველი მოსახლეობისათვის. პჯდ დაფინანსების 70% გამოყენებული იქნება დაზღვეულთ თვის სადაზღვევო ვაუჩერით პჯდ მომსახურების დასაფინანსებლად.

3. საინფორმაციო სისტემები პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

3.1. პჯდ მომსახურების მოდელის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფისათვის მოხდება ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის განვითარება. საბოლოო შედეგი იქნება **ჯანდაცვის ერთიანი ელექტრონული საინფორმაციო ბაზა**, რომელიც იძლევა მონაცემების აკუმულირების, აგრეგაციის, ანალიზისა და ანგარიშების წარმოების შესაძლებლობას. ეს პროცესი ინტენსიურ ინვესტიციას საჭიროებს როგორც დროის, აგრეთვე რესურსების თვალსაზრისით.

3.2. პჯდ საინფორმაციო სისტემა არის ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის ნაწილი. იგი ეყრდნობა **სამოქალაქო რეესტრის** მონაცემებს პაციენტების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებისათვის.

3.3. პჯდ საინფორმაციო სისტემა სრულად იძლევა პაციენტის შესახებ ინფორმაციის **კონფიდენციალურობის დაცვის** საშუალებას და უზრუნველყოფს ინფორმაციის წარმოებას შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

- ა. **კლინიკური ინფორმაცია** - პაციენტის ისტორია;
- ბ. **ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ** – სტატისტიკური მონაცემები ავადობისა და დაავადებიანობის შესახებ, ინფორმაცია ინფექციურ დაავადებებზე და ეპიდემიოლოგიურად საშიშ მდგომარეობებზე;
- გ. **ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ინფორმაცია** – დაგეგმვის, კონტრაქტირების, ზედამხედველობისა და სტრატეგიის შემუშავებისთვის აუცილებელი ინფორმაცია;

3.4. მონაცემთა მოპოვების საფუძველია სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები, რასაც (ა) ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; (ბ) განსაზღვრავს შემსყიდველი ხელშეკრულების ფარგლებში;

3.5. საკუთრების ფორმისა და იურიდიული სტატუსის მიუხედავად, პჯდ სერვისების მიმწოდებელი ვალდებულია უზრუნველყოს პუნქტი 4.3-ით განსაზღვრული ინფორმაციის წარმოება და გადაცემა შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და შემსყიდველისათვის.

4. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების რაოდენობა და მდებარეობა

4.1. პჯდ დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით.

4.2. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ჩამოყალიბდება სოფლად - 905 ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში 200-მდე ერთ და მრავალგუნდიანი პჯდ ობიექტი.

4.3. პჯდ დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვროს დანართი №1-ის შესაბამისად. ამასთან, არანაირად არ შეიზღუდება პჯდ დაწესებულების გახსნის ინიციატივა გენ.გეგმის ფარგლებს გარეთ.

5. პირველი დონის მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალი

5.1. პირველი დონის მომსახურების მოდელი ემყარება საოჯახო მედიცინას, რომლის მთავარი განმახორციელებელია ოჯახის ექიმი; ოჯახის ექიმი ემსახურება 500-დან 3000-მდე პაციენტს.

5.2. ზოგადი პრაქტიკის ექთანს საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში აგრეთვე გააჩნია ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების უფლება.

5.3. სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და ექთანი-ბეზიაქალი; რეფორმის შემგომ ფაზებში ექიმი-ექთნის თანაფარდობა შესაძლოა დაუხლოვდეს 1:2.

6. საოჯახო მედიცინის ცენტრების ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა

6.1. ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი განისაზღვრება 30 კვ.მ –ით (იხ. დანართი №2).

6.2. საოჯახო მედიცინის ცენტრების სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა არ ითვალისწინებს მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს, სრულ შესაბამისობაშია პერსონალის პროფესიულ კომპეტენციებთან (იხ. დანართი №3).

7. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო ინვესტიციები

7.1. სახელმწიფო და დონორის ინვესტიციები პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებისთვის, მიზნობრივი გრანტების სისტემის ამოქმედების საშუალებით, მოხმარდება პჯდ ობიექტების შექმნას სოფლად;

7.2. კერძო ინვესტიციებით ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში მოხდება პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურის განვითარება. არსებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები პრივატიზირდება აუქციონის ფორმით².

7.3. ამავე წყაროებიდან მოხდება პჯდ ადამიანური რესურსების განვითარება.

8. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელება

8.1. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელების კოორდინაციას უზრუნველყოფს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

8.2. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის ძირითადი ამოცანები განხორციელდება შემდეგ ვადებში:

ა) საოჯახო მედიცინის ადამიანური რესურსის გადამზადება – დასრულდება 2010 წელს;

ბ) პჯდ დაწესებულებების ფიზიკური ინფრასტრუქტურის სრული განახლება – დასრულდება 2010 წელს;

ც) პჯდ საინფორმაციო სისტემების განვითარება – 2008-2010;

დ) ქვეყნის უღარიბესი მოსახლეობისთვის პჯდ მომსახურების დაფინანსება კაუჩერის წესით დაინერგება 2008 წლიდან.

² პრივატიზაციის პროცესში პროფილის შენარჩუნების საჭიროებას განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსთან ერთად.