

სამედიცინო მომსახურების მოდელი

შესავალი

საქართველოს პრეზიდენტის დავალებით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ქვეყნის სტრატეგიული გეგმის ფარგლებში მომდევნო ოთხი წლისათვის შემუშავდა და საქართველოს მთავრობას წარედგინა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებისათვის საჭირო ღონისძიებათა გეგმა. აღნიშნული გეგმა ითვალისწინებს ჯანდაცვის სექტორის განვითარებას მნიშვნელოვანი ინვესტიციების განხორციელების, ორგანიზაციული მოწყობის გაუმჯობესებისა და დაფინანსების მექანიზმების სრულყოფის გზით.

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა, მარეგულირებელი და საზედამხედველო მექანიზმების სრულყოფა, აგრეთვე კერძო დანახარჯების ლეგალიზაცია მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს მოსახლეობისათვის მაღალი ხარისხის ძირითადი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას და, შესაბამისად, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. სახელმწიფო განსაზღვრავს და დაარეგულირებს არა მარტო საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვის პრიორიტეტებს, არამედ შექმნის ისეთ პირობებს, რომელიც ხელს შეუწყობს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზაციას სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარებით (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შემოღება). ფინანსური რესურსების სწორი გადანაწილების გზით გაიზრდება მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

2005 წელს ჯანდაცვის სექტორში დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 5-5.5 პროცენტს, ხოლო სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 30 პროცენტს არ აღემატებოდა,¹ რაც ვერ უზრუნველყოფდა სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების სრულად რეალიზაციას. ჯანდაცვის სფეროში არსებული მძიმე მდგომარეობიდან გამომდინარე, ქვეყანამ მიიღო გადაწყვეტილება 2006-2010 წლებში სექტორში განახორციელოს ინვესტირება 400,0 მლნ ლარის ოდენობით. გათვალისწინებულია ამავე პერიოდში მოხდეს სექტორში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების მაქსიმალური ლეგალიზაცია, პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით და ამბულატორიულ მომსახურებაში სუბსიდირებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და სხვა.

შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავს სახელმწიფოს მიერ განცხადებული ვალდებულებების დაბალანსებას ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობასთან და მოსახლეობის დაცვას ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი კატასტროფული ფინანსური რისკებისაგან.

წინამდებარე დოკუმენტში ჩამოყალიბებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხედვა შემდეგ ძირითად საკითხებზე:

ა) ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების სისტემური მოწყობა რაციონალური ფორმით და ჯანსაღი ეკონომიკური პრინციპების საფუძველზე;

ბ) სექტორის მასშტაბით გასატარებელი რეფორმები სამედიცინო მომსახურების ახალი მოდელის ამოქმედებისათვის;

გ) სამედიცინო დაწესებულებების მართვის გაუმჯობესების, ხარჯთეფექტურობის ამაღლების, საბაზრო პირობების ჩამოყალიბებისა და ხელშეწყობის მიზნით, პრივატიზაციის დაჩქარება რეგიონებში სადაც ჩამოყალიბებულია კონკურენტუნარიანი გარემო (თბილისი, ქუთაისი, რუსთავი და სხვა).

¹ ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო - სტატისტიკის დეპარტამენტი, 2005 წ.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის საფუძვლები

1. სამედიცინო მომსახურების წარმოდგენილი მოდელი ეფუძნება კერძო და სახელმწიფო სექტორის თანასწორუფლებიანობის პრინციპს და ორივე სექტორის ფუნქციონირებას ერთ მარეგულირებელ სივრცეში, რომლის ფორმირება და განვითარება სახელმწიფოს მოვალეობაა;
2. ჯანდაცვის ქსელში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების განმარტება და დაჯგუფება (კატეგორიზაცია) მოხდება საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით [1];
3. ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში ორგანიზდება სამ მზარდი შესაძლებლობის დონედ. პირველ, მეორე და მესამე დონეებს შორის სათანადო კავშირებით ხდება სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა - **რეფერალი**.
4. პირველი დონე, ანუ პირველადი ჯანდაცვა, გახდება ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხვედრის ძირითად კარიბჭეს. მეორე და მესამე დონეებზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას პაციენტი მიიღებს მხოლოდ პჯდ ექიმისაგან რეფერალის შემთხვევაში. რეფერალის საჭიროებას განსაზღვრავს უფლებამოსილი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს: (1) სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სავალდებულო კლინიკური პროტოკოლებით; (2) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებსა ან პაციენტის დაზღვევის პოლისში აღწერილი რეგულაციებით; (3) კონკრეტული რეგულაციის არარსებობის შემთხვევაში საკუთარი პროფესიული კომპეტენციით.
5. საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებებს ახორციელებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, რომელიც ორიენტირებულია მოსახლეობის ჯგუფებზე და შესაბამისად გეგმავს და ატარებს ჯანდაცვით და პრევენციულ ღონისძიებებს.
6. ამა თუ იმ ტიპის სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოებული მომსახურების სახეები და მოცულობა განისაზღვრება მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასების საფუძველზე, რაც სისტემაში მოიყვანს და გააადვილებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების, ასევე სექტორის დაფინანსებისა და საინფორმაციო სისტემების მართვის პროცესებს.
7. ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები ორგანიზდება იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კერძოდ (ა) პჯდ სამედიცინო მომსახურებაზე 15 წუთიან ინტერვალში (მგზავრობის დრო დასახლებული პუნქტიდან პჯდ ობიექტამდე) (ბ) მომსახურების მეორე დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე (გადაუდებელი დახმარება) 45 წუთის ინტერვალში; ხოლო (გ) პრე-ჰოსპიტალური გადაუდებელ დახმარებაზე 30 წუთში [2].

სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახეები

8. სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სახეები სისტემის თითოეულ დონეზე განისაზღვრება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისად და ითვალისწინებს:
 - 8.1. **პირველ დონეზე**, როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრევენციულ, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და ხანგრძლივი მოვლის ღონისძიებებს (მაგ. საექიმო კონსულტაცია, როგორც ამბულატორიულად, ასევე ბინაზე; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული

გამოკვლევები; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის, ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებები, ასევე იმუნიზაცია, მოსახლეობის განათლება და ა.შ). [3]

8.2. **მეორე დონეზე**, სპეციალისტების მიერ წარმოებულ ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მომსახურებას. მეორე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელია, როგორც ზოგადი, ასევე მრავალპროფილური საავადმყოფო. ზოგადი პროფილის საავადმყოფო უზრუნველყოფს პირველი დონის ჰოსპიტალურ მომსახურებას, რაც შეესაბამება ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის ძირითად საჭიროებებს და ორგანიზდება იმ შემთხვევაში, თუ მეორე დონის (მრავალპროფილური) ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დასაშვებზე დაბალია [4]

8.2.1. ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ზოგად თერაპიული და ქირურგიული შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისთვის, სამეანო მომსახურებას დაბალი რისკის ორსულებისთვის. პირველი დონის ჰოსპიტალური მომსახურების ორგანიზება ხდება იქ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 30,000-ს და მოსალოდნელია წლიურად 5,000-ე და მეტი კონსულტაცია;

8.2.2. ჰოსპიტალური მომსახურების მეორე დონე მოიცავს ჰოსპიტალურ მომსახურებას ფართო სპექტრის თერაპიული, ქირურგიული და ფსიქიატრიული (მხოლოდ ამბულატორიული) პროფილის პაციენტებისთვის, სამეანო მომსახურებას საშუალო რისკის ორსულთათვის. ამგვარი მრავალპროფილური საავადმყოფო ორგანიზდება 250,000-350,000 მოსახლეზე;

8.2.3. მეორე დონეზე ჰოსპიტალში დასაქმებული სპეციალისტები აწარმოებენ ამბულატორიულ მომსახურებას, შესაფერისად აღჭურვილ ამბულატორიულ განყოფილებებში, რაც საავადმყოფოს ნაწილია;

8.3. **მესამე დონეზე**, **ვიწროსპეციალიზებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას** (მაგ. კარდიო ქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამეანო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის). მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ერთეული ორგანიზებულია სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონული რეფერალური საავადმყოფოს სპეციალიზებულ განყოფილებაში, რომელიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არის დაკომპლექტებული და გააჩნია შესაბამისი აღჭურვილობა. ამ დონის მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობები შექმნილია ქუთაისისა (დასავლეთ საქართველოსთვის) და თბილისის (აღმოსავლეთ საქართველოსთვის) ორ საავადმყოფოში.

9. პირველი, მეორე და მესამე დონის მომსახურების მიმწოდებლების ლაბორატორიული კვლევის შესაძლებლობებით უზრუნველყოფის მიზნით ქვეყანაში ყალიბდება **ეროვნული ლაბორატორიული ქსელი**, რომელიც თითოეულ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდების თავისებურებების გათვალისწინებით ეწყობა ოთხ დონედ: (1) პირველ დონეზე ლაბორატორიული მომსახურება ოჯახის ექიმის მიერ ტესტ-ჩხირებით შესრულებული ანალიზებით ან საკვლევი მასალის აღებითა და რაიონულ ლაბორატორიაში ტრანსპორტირებით შემოიფარგლება; (2) მეორე დონეს წარმოადგენს პერიფერიული ანუ რაიონული ლაბორატორიები, რომლებიც ემსახურებიან, როგორც საავადმყოფოების, ასევე საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებისა და პირველადი ჯანდაცვის ქსელის საჭიროებებს. აქვე დასაშვებია, ორი დამატებითი ლაბორატორია: i) უსაფრთხო სისხლისა და აივ/შიდსის და ii) ტუბერკულოზის ლაბორატორიები. (3) **რეგიონალური ანუ შუალედური ლაბორატორიები**, რომლებიც ორგანიზებულია თითოეული რეგიონისთვის და ასრულებს უფრო მაღალი დონის ლაბორატორიულ კვლევებს, ვიდრე მასზე ქვემოთ მდგომი ლაბორატორიები და ამავე დროს ახორციელებს ხარისხის კონტროლს რაიონული და პირველადი ჯანდაცვის ლაბორატორიების დონეზე; (4) **ცენტრალური/ეროვნული ლაბორატორიები** - ანუ რეფერენს ლაბორატორიები, რომლებიც განთავსებულია დამოუკიდებლად ან სპეციალიზებულ საავადმყოფოებში (მესამეულ დონეზე), სადაც ხორციელდება კომპლექსური მაღალსპეციალიზებული ლაბორატორიული კვლევები და ყველა ქვედა

დონის ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლი [5]

10. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე იქმნება შესაფერისი შესაძლებლობები **გადაუდებელი დახმარების უზრუნველსაყოფად** [6].
 - 10.1. პირველი დონის მიმწოდებლებს თავიანთი პროფესიული კომპეტენციისა და არსებული რესურსის (მ.შ. მედიკამენტები) ფარგლებში მართავენ გავრცელებულ გადაუდებელ პრობლემებს, რაც, ჩვეულებრივ, მათი რუტინული პრაქტიკის ნაწილია.
 - 10.2. მეორე დონეზე, ზოგად ან მრავალპროფილურ საავადმყოფოებთან, ორგანიზდება გადაუდებელი დახმარების ერთეულები, რომლებიც ფუნქციონირებენ სადღეღამისო რეჟიმში და აქვთ ტრავმების, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისა და ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის შეფასების შესაძლებლობები.
 - 10.3. იქ, სადაც ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დასაშვებზე დაბალია გადაუდებელი დახმარების ერთეულები ორგანიზდება პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. ამ ტიპის გადაუდებელი დახმარების პუნქტის მიერ მიწოდებული სამედიცინო დახმარება მოიცავს მცირე ტრავმების მართვას, მდგომარეობის სტაბილიზაციასა და მეთვალყურეობას შესაფერისი შესაძლებლობების დაწესებულებაში ტრანსპორტირებამდე.
 - 10.4. გადაუდებელი დახმარების ერთეულებს შორის კავშირს უზრუნველყოფს **ცენტრალური საკომუნიკაციო ცენტრი**, რომელიც განთავსდება რეგიონული საავადმყოფოს ბაზაზე.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია, მართვა და დაფინანსება

11. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელსაც უნარი აქვს საოჯახო მედიცინის პრინციპების თანახმად ამოიციოს და მართოს მოსახლეობის ბაზისური სამედიცინო საჭიროებების უდიდესი ნაწილი. ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან და ბებიაქალებთან.
12. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური, გეოგრაფიული და პროფესიული ფაქტორების გათვალისწინებით და შეადგენს მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე და ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს, საშუალოდ, 2000 მოსახლეზე გაანგარიშებით. მეორე და მესამე დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები არიან სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტები და ექთნები.
13. გარდამავალ პერიოდში, მართვის გაუმჯობესების, მომსახურების უწყვეტობის ოპტიმალური რეჟიმის და მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, შჯსდ სამინისტრო განახორციელებს სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულებების რეორგანიზაციას. კერძოდ, კონკრეტული რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება ცალკეული იურიდიული პირების შერწყმა ერთ ან რამდენიმე კერძო სამართლის იურიდიულ პირად - რეკომენდებულია არამომგებიანი ორგანიზაცია. ასეთი ორგანიზაციის წესდებაში გაკეთდება სპეციალური ჩანაწერი, რომ წმინდა მოგება არ განაწილდება დივიდენდების სახით, არამედ დარჩება დაწესებულებაში და მოხმარდება მის განვითარებას, რაც უზრუნველყოფს არამომგებიანი ორგანიზაციის ფაქტიურ სტატუსს.

მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გაერთიანდეს:

- a) ჰოსპიტალური და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლები;

ბ) მხოლოდ ჰოსპიტალური და მხოლოდ არაჰოსპიტალური (პჯდ, დამხმარე ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური სამსახურები და გადაუდებელი დახმარების პუნქტი) მიმწოდებლები;

მიუხედავად გაერთიანების ტიპისა, მის შიგნით ცალკეულ მიმწოდებელთა დაფინანსება განხორციელდება მეთოდით, რომელიც მაქსიმალურად წახალისებს პჯდ მომსახურების მოხმარების გაზრდას და დონეებს შორის რეფერალის ხარჯთეფექტურობის გაუმჯობესებას.

მას შემდეგ რაც დაიხვეწება მარეგულირებელი გარემო, ჩამოყალიბდება სამედიცინო მომსახურების ძლიერი სახელმწიფო შემსყიდველი და გაჩნდება აქტიური მომხმარებელი, შესაძლებელი გახდება მიმწოდებელთა (მინიმუმ პჯდ დაწესებულებების) ორგანიზაციული, ფინანსური და ფუნქციური ავტონომიის გაზრდა და საკუთრების ფორმის შეცვლა - პრივატიზაცია [7].

14. **სამედიცინო დაწესებულებათა მართვა** რეკომენდებულია განხორციელდეს შჯსდ სამინისტროს წარდგინებით ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ დანიშნული აღმასრულებელი დირექტორის/მენეჯერის მეშვეობით. მენეჯერის დებულება, ფუნქცია, მოვალეობები და პასუხისმგებლობები განსაზღვრული იქნება სახელმწიფოს მიერ და შესაბამისად აისახება მასთან გაფორმებულ ხელშეკრულებაში. ასევე შესაძლებელია სამედიცინო დაწესებულებების მართვა განხორციელდეს ორეტაპიანი მართვის წესით.

დანიშნული დირექტორი, რომელიც პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებულია ორგანიზაციის (კორპორაციის) ეფექტურ მართვაზე, თავის უფლებამოსილებას განხორციელებს განახლებად კონტრაქტში მითითებული განსაზღვრული ვადით. დირექტორს ექნება გადაწყვეტილების მიღების და მართვის სრული თავისუფლება (დაქირავება; პერსონალის გადანაწილება; დათხოვა; შესრულებაზე დამოკიდებული ანაზღაურების წესები; მომსახურების მიწოდების სახე და ფორმა; ფინანსური რესურსების გადანაწილება; მოგების შიდა გადანაწილება შრომის ანაზღაურებასა და წახალისებაზე). მოადგილეებთან ერთად ის ანგარიშვალდებული იქნება დამქირავებლისა და შემსყიდველის წინაშე ხელშეკრულების ფარგლებში.

ყველა ძირითადი კლინიკური და ადმინისტრაციული პერსონალის კონტრაქტი და ანაზღაურება ორიენტირებული იქნება შესრულებაზე, ანუ მიღწეულ შედეგებზე და შესაბამისად გაითვალისწინებს წახალისებებს საუკეთესო შესრულების მიღწევისათვის. ახალი როლების და ფუნქციების შესასრულებლად კლინიკური და ადმინისტრაციული პერსონალი გაივლის სპეციალურ მზადებას [8].

15. სამივე დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, ხარისხსა და უწყვეტობას სახელმწიფო უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორში სრულყოფილი მარეგულირებელი გარემოს შექმნით. კერძოდ, შჯსდ სამინისტრო შეიმუშავებს სამართლებრივ აქტს ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ, სადაც განსაზღვრავს:

ა) „უნივერსალურ პაკეტს“, რომელსაც დააფინანსებს სახელმწიფო და ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით შესთავაზებს მთელ მოსახლეობას;

ბ) საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთობლივად განსაზღვრავს „დამატებით პაკეტს“, როგორც სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს და მისი ტარიფის დადგენის წესს;

გ) სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე „დამატებით პაკეტის“ რეალიზაციის და სახელმწიფოს მხრიდან მისი რეგულირების პრინციპებს;

დ) ორივე პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, მიმწოდებელთა შერჩევა-კონტრაქტირების და შესყიდული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპებს და სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმებს [9];

16. „**უნივერსალური პაკეტი**“ მოიცავს ჯანდაცვით ღონისძიებებსა და სამედიცინო მომსახურებას, რომელსაც სრულად დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა. ასეთია:

ა) საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები;

ბ) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება (პჯდ),

გ) სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება, გადაუდებელ შემთხვევებში ტრანსპორტირება სამედიცინო დაწესებულებამდე და /ან დაწესებულებებს შორის;

დ) ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება).

ე) სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა²

17. „**დამატებითი პაკეტი**“ დაიცავს მოსახლეობას იმ ფინანსური რისკებისგან, რომელიც წარმოიშობა ძირითადი სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, დიაგნოსტიკური და ჰოსპიტალური მომსახურება)³ და მედიკამენტების შეძენისას.

18. უნივერსალური და დამატებითი პაკეტები ერთად ქმნიან „**ძირითად პაკეტს**“. სახელმწიფო დააფინანსებს „უნივერსალურ პაკეტს“ მთელი მოსახლეობისათვის, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში „დამატებით პაკეტს“ შეისყიდის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის. ძირითადი პაკეტის ზემოთ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება განხორციელდება ა) ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის თანხებიდან; ბ) პაციენტების მიერ ჯიბიდან გადახდის; გ) და სხვა მოზიდული კერძო სახსრებიდან [10].

19. **სამედიცინო პერსონალის რაოდენობისა და მათი კვალიფიკაციის განუხრელი ამაღლების რეგულირებას** შჯსდ სამინისტრო განახორციელებს სერტიფიცირების და პერიოდული რესერტიფიცირების საშუალებით. აგრეთვე, განსაზღვრავს და შრომით ბაზარზე არსებული მოთხოვნის შესაბამისად დაარეგულირებს დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში სტუდენტთა რაოდენობას და უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოთხოვნებს. ამასთან ერთად, შჯსდ სამინისტრო ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმის და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების მოსამზადებელ პროგრამებში (ფაკულტეტებზე) სტუდენტთა რაოდენობის გაზრდას [11].

20. **სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რეგულირება** განახორციელდება ლიცენზირების მეშვეობით. რეგისტრაციის შემდეგ დაწესებულება მიიღებს სამედიცინო საქმიანობის წარმოების სახელმწიფო ნებართვას - ლიცენზიას, რომელსაც შჯსდ სამინისტრო გასცემს უვადოდ. ლიცენზია გაიცემა არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე ამ დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით. ახალი სალიცენზიო პირობების შესაბამისად სამინისტრო მოახდენს სამედიცინო დაწესებულებათა პერიოდულ გადამოწმებას.

² დიაბეტით დაავადებულ მოზრდილთა და ბავშვთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; ჰემოფილით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა მკურნალობა; ონკოინჟურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; უშაქრო დიაბეტით დაავადებულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა; ვაქცინები; ფენილკეტონურიით დაავადებულ ბავშვთა სამკურნალო საკვები დანამატით უზრუნველყოფა.

³ ეს მომსახურება არ შეიცავს და აღემატება იმ მოცულობას, რომელიც შედის უნივერსალურ პაკეტში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით შჯსდ სამინისტრო განავითარებს და დაარეგულირებს სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემას და ხელს შეუწყობს კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება-დანერგვას. აკრედიტაციის ქონა და დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინებით სარგებლობა სავალდებულო იქნება ყველა იმ სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომელთანაც უნივერსალური და/ან დამატებითი პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების მისაწოდებლად გაფორმებული იქნება ხელშეკრულება სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მიერ [12].

21. რეგიონულ დონეზე შჯსდ სამინისტრო წარმოდგენილი იქნება სათანადო პერსონალით დაკომპლექტებული რეგიონული დეპარტამენტების სახით.

სამინისტროს რეგიონული სამსახურის ძირითადი ფუნქცია იქნება:

21.1. ჯანდაცვის პოლიტიკის გატარება და განხორციელების ზედამხედველობა რეგიონულ დონეზე;

21.2. სამინისტროს უზრუნველყოფა ინფორმაციით:

ა) რეგიონის დონეზე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ჯანდაცვის საჭიროებების შესახებ;

ბ) რეგიონის დონეზე ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის და სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის შესახებ;

გ) რეგიონის დონეზე არსებული მომსახურების მიწოდებელთა სიმძლავრეების, მომსახურების ხარისხის, ეფექტურობისა და ეფექტიანობის შესახებ;

დ) მიწოდებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შესახებ;

21.3. მომსახურების მიწოდებლებს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ხელშეწყობა, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობა პირველ, მეორე და მესამე დონეებს შორის ურთიერთობის კოორდინაციით.

21.4. **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სრულყოფის** მიზნით შჯსდ სამინისტრო მოამზადებს და პარლამენტს წარუდგენს კანონს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ. **ცენტრალურ დონეზე** საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფლებამოსილება განხორციელდება სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ, ხოლო რეგიონის დონეზე - შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტი სტრუქტურული ერთეულის საშუალებით.

22. ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების მიმდინარეობის წარმატებაში შჯსდ სამინისტროსთან ერთად მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროს **სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდს**, როგორც სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველს (შემდგომში შემსყიდველი). სამინისტროსთან ერთად ძლიერმა შემსყიდველმა ხელი უნდა შეუწყოს ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, მიწოდებელთა შორის ჯანსაღ კონკურენციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განუხრელ გაუმჯობესებას.

შემსყიდველი განახორციელებს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვას უნივერსალური პაკეტის ფარგლებში (გარდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისა) მთელი მოსახლეობისათვის. ის მიიღებს სახელმწიფო დაფინანსებას სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის „დამატებითი პაკეტის“ შესაძენად და იგივე პაკეტს საყიდლად შესთავაზებს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილს. ძირითადი პაკეტის ზემოთ „დამხმარე პაკეტს“ - როგორც

ნებაყოფლობით სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს მოსახლეობას შესთავაზებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები.

”სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის“ შესაბამისად შემსყიდველი:

ა) მოამზადებს და ჩაატარებს ტენდერს მომსახურების და საქონლის შესასყიდად;

ბ) გააფორმებს კონტრაქს მიმწოდებლებთან;

გ) შესრულებული სამუშაოსა და კონტრაქტის მოთხოვნათა შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად განახორციელებს აქტიურ მონიტორინგს და ინსპექტირებას;

დ) მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში შჯსდ სამინისტროს წინაშე განახორციელებს ფინანსურ და საბუღალტრო ანგარიშგებას [13].

23. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის მოთხოვნის ფარგლებში, შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავს რომ სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის დაფინანსების სფეროში გაიყოს ორ ჯგუფად

ა) სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო სახსრებით უზრუნველყოს უნივერსალური პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურება; ამავე დროს, საქართველოს ტერიტორიაზე საჭიროების შემთხვევაში ნებისმიერ პიროვნებას ანაზღაურების გარეშე მიაწოდოს კანონით განსაზღვრული პრევენციული, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურება;

ბ) სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას, რომ ჯანდაცვის სფეროში იარსებებს ფინანსურად ხელმისაწვდომი და მიმზიდველი ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი - „დამატებითი პაკეტი“ (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახით), რომელსაც სახელმწიფო შეუძენს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას.

ამასთან ერთად, სახელმწიფო განსაზღვრავს და დაარეგულირებს ძირითადი პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების რეალურ განფასებას და უზრუნველყოფს ყველა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების აღრიცხვას.

ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა, მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს წილი, რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნეს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის, მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით [14].

24. დაფინანსების შემოთავაზებული მოდელით ჯანდაცვის სექტორისათვის მოზიდული და აკუმულირებული სახსრების და სხვა რესურსების განაწილება რაიონების თუ სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის უნდა ეფუძნებოდეს მოსახლეობის საჭიროებებს, რისთვისაც აუცილებელია ინფორმაცია:

ა) ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;

ბ) წინა წლებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე;

გ) ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ სამედიცინო მომსახურების მოხმარების თავისებურებებზე;

მოძიებული ინფორმაციის საფუძველზე შჯსდ სამინისტრო განსაზღვრავს ადგილობრივი მოსახლეობის, როგორც სამედიცინო, ასევე ზოგად ჯანდაცვით და სამედიცინო საგანმანათლებლო ღონისძიებებს.

რეფორმის პერიოდში მიმწოდებელთა ანაზღაურება მოხდება გეოგრაფიული მოცვის არეალში მოსახლეობის რეგისტრაციისა და პაციენტთა რეფერალის გათვალისწინებით. იქ, სადაც ფუნქციონირებას დაიწყებს რეაბილიტირებული დაწესებულებები, ამოქმედდება სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმი. რეფორმის ბოლოს, როდესაც დასრულდება დაგეგმილი ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია, გაძლიერდება შემსყიდველის შესაძლებლობები და გამოცდილება, საინფორმაციო სისტემების გამოყენება და ანგარიშგება გახდება უნივერსალური - პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოსახლეობას მიეცემა საშუალება სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში ამოირჩიოს მიმწოდებელი მ.შ კერძო. აღნიშნული, თავის მხრივ, მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს კონკურენციის განვითარებას და მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

ამასთან ერთად, ძლიერი, ეფექტური და ქმედითი მარეგულირებელი გარემოს ჩამოყალიბება და ხარისხიან მომსახურებაზე მომხმარებლის მოთხოვნის გაჩენა ქვეყნის უმეტეს ტერიტორიაზე შექმნის წინამძღვრებს რეაბილიტირებული ინფრასტრუქტურის მიმწოდებელთა პრივატიზაციისათვის [15].

რეფორმის მართვა და არარეაბილიტირებული ინფრასტრუქტურა

25. სახელმწიფო ინვესტიციებს განახორციელებს უპირატესად იმ რეგიონებში და სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც გარდამავალ პერიოდში შეუძლებელია კონკურენტული გარემოს შექმნა და ნაკლებად არის მოსალოდნელი კერძო ინვესტიციების მოზიდვა.
26. რეფორმის მართვას და მასზე ზედამხედველობას განახორციელებს “რეფორმის მართვის კომიტეტი” (შემდგომში- კომიტეტი) შჯსდ მინისტრის თავმჯდომარეობით. მინისტრის წარდგინებით კომიტეტი ამტკიცებს: “რეფორმის მართვის ცენტრი“-ს (შემდგომში- ცენტრი) ხელმძღვანელს და შემადგენლობას, აგრეთვე განსაზღვრავს ცენტრის ფუნქციებს, უფლებებს და ანგარიშგებას; რეფორმის განხორციელების სტრატეგიულ და დეტალურ გეგმებს.
27. არსებული ინფრასტრუქტურა მნიშვნელოვნად აღემატება სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების განსახორციელებლად საჭირო რაოდენობას. წინასწარი გათვლებით ჭარბი ინფრასტრუქტურა მოიცავს 500-მდე შენობა ნაგებობასა და 23 000 ექიმსა და ექთანს (დამხმარე პერსონალი არ არის ჩათვლილი). ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის მიზნით შემოთავაზებულია შენობა ნაგებობების პრივატიზებისა და გამონთავისუფლებული პერსონალისათვის კომპენსაციების გაცემის შემდეგი ვარიანტები:
 - ა) განხორციელდება უძრავი ქონების პრივატიზაცია (განსაკუთრებით ქალაქებში თბილისი, ქუთაისი, რუსთავი და სხვ.), სამედიცინო დაწესებულების პერსონალისათვის უპირატესობის მინიჭებით. მიღებული თანხიდან სახელმწიფო შეძლებს გაისტუმროს სამედიცინო დაწესებულებებისათვის წლების მანძილზე დაგროვილი დავალიანება (დაახლოებით 26 მლნ ლარი). აგრეთვე, პენსიით და “მიზნობრივი დანამატით” უზრუნველყოს საპენსიო და მასთან მიახლოებული ასაკის გამონთავისუფლებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო დანარჩენ სამედიცინო პერსონალს 2 წლის მანძილზე შესთავაზოს საკომპენსაციო ყოველთვიური ანაზღაურება (თვეში: ექიმს 180-220 ლარი, ექთანს 150 ლარი);
 - ბ) სამედიცინო დაწესებულებები საკუთრებაში უსასყიდლოდ გადაეცემა კოლექტივს, სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების აუცილებლობის მოთხოვნის გარეშე. სახელმწიფო მოიხსნის პასუხისმგებლობას დაწესებულების სასარგებლოდ დაგროვილი დავალიანებისა და სამუშაო პერსონალისათვის კომპენსაციის გადახდაზე [16].

28. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის შემოთავაზებული მოდელის განხორციელების შედეგად სახელმწიფო:

- ა) უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას და განუხრელ გაუმჯობესებას;

- ბ) მიიღებს მიმწოდებელთა ოპტიმიზებულ ქსელს რაიონის დონეზე (ლაბორატორიები, პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები, საავადმყოფოები და ა.შ.), რომელიც განთავსებული იქნება განახლებულ შენობებში და მაღალხარისხიან მომსახურებას მიაწვდის მოსახლეობას;
- გ) მკაფიოდ გამიჯნავს სახელმწიფოს და პიროვნების ვალდებულებებს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სფეროში;
- დ) სახელმწიფოს მიერ გაცხადებულ ვალდებულებებს დააბალანსებს ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან და მათ გახდის რეალურს და აღსრულებადს;
- ე) უზრუნველყოფს ჯანდაცვაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის ლეგალიზაციას;
- ვ) სახელმწიფო სახსრებს მიზნობრივად მიმართავს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის საჭიროებებისათვის;
- ზ) სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში მნიშვნელოვნად გაიზრდება მოსახლეობის დაცულობის ხარისხი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისგან- გადარიბებისგან;
- თ) ფინანსური ბარიერების შემცირების გზით გაზრდის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე.

დანართები:

- [1] დანართი # 1: პუნქტი 4
- [2] დანართი # 1: პუნქტები 12,16
- [3] დანართი #1: პუნქტი 9
- [4] დანართი # 1: პუნქტი 16
- [5] დანართი #1: პუნქტი 19
- [6] დანართი #1: პუნქტი 18
- [7] დანართი #2: პუნქტი 5-5.2
- [8] დანართი #2: პუნქტი 6-6.4
- [9] დანართი #2: პუნქტი 3, 4.1-5.5; დანართი #3: პუნქტი 11.1-11.4
- [10] დანართი #3: პუნქტი 9-14
- [11] დანართი #2: პუნქტი 4.6, 10-10.3
- [12] დანართი #2: პუნქტი 4.7-4.8; დანართი #3: პუნქტი 34

[13] დანართი #2: პუნქტი 9-9.3; დანართი #3: პუნქტი 22-24, 33-35, 64-68

[14] დანართი #3: პუნქტი 4, 6-8.3

[15] დანართი #3: პუნქტი 25-53

[16] დანართი #2: პუნქტი 13.1-13.7

გამოყენებულ ტერმინთა განმარტებები

1. **სამედიცინო დაწესებულება**- საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას.
2. **გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება** - სამკურნალო და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობა, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან დაინვალიდება;
3. **თანაგადახდა** - პაციენტის თანამონაწილეობა მიღებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაში;
4. **იურიდიული პირი**- განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად შექმნილი საკუთარი ქონების მქონე ორგანიზაციული წარმონაქმნი, რომელიც თავისი ქონებით დამოუკიდებლად აგებს პასუხს და საკუთარი სახელით იძენს უფლებასა და მოვალეობებს, დებს გარიგებებს და შეუძლია სასამართლოში გამოსვლა მოსარჩელედ ან მოპასუხედ;
5. **კონტრაქტი / ხელშეკრულება** - იურიდიული აქტი, რომელიც გაფორმებულია ორ იურიდიულ / ფიზიკურ პირს შორის;
6. **მეორე დონის მომსახურება** -სპეციალისტების მიერ წარმოებული სამკურნალო და / ან საკონსულტაციო მომსახურება, რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება როგორც ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური ტიპის დაწესებულებების მიერ.
7. **მესამე დონის მომსახურება** - ვიწრო სპეციალისტების მიერ მიწოდებული სამკურნალო და / ან საკონსულტაციო მომსახურება (როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური).
8. **მიმწოდებელი** - საქართველოს ან უცხო ქვეყნის ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელმაც შემსყიდველ ორგანიზაციასთან დადო ხელშეკრულება მომსახურების ან საქონლის მიწოდების შესახებ.
9. **პირველი დონის მომსახურება** - (პირველადი ჯანდაცვა) აუცილებლად საჭირო ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეში ოჯახის ექიმის ან ზოგადი თერაპევტისა და პედიატრის მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად, რომელსაც შეადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექთნები და (ან) ბებიაქალები.

10. **სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა** - სადიაგნოზო, სამკურნალო, პრევენციული, სარეაბილიტაციო ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება;
11. **სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი**-სამედიცინო მომსახურების ის მოცულობა, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს, პაციენტის მიერ მინიმალური თანამონაწილეობით;
12. **სამედიცინო მომსახურების დამატებითი პაკეტი**- სამედიცინო მომსახურების ის მოცულობა, რაც აისახება ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტში, რომელიც დაიცავს მოსახლეობას აუცილებლად საჭირო სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, დიაგნოსტიკური თუ ჰოსპიტალური მომსახურება) მიღებისა და საჭირო მედიკამენტების შეძენასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისგან;
13. **სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური პაკეტი - სამედიცინო მომსახურების** ის მოცულობა, რომელსაც აფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა;
14. **სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტი** - უნივერსალური პაკეტისა და დამატებითი პაკეტის ერთობლიობა;
15. **სტაციონარული მომსახურება**– როდესაც პაციენტი მოვლის და/ან მკურნალობის მიზნით მიმართავს ჰოსპიტალს ან სხვა დაწესებულებას, რომელიც აწარმოებს ამ ტიპის მომსახურებას და დაჰყოფს იქ მინიმუმ ერთ ღამეს;
16. **ტარიფი**- მიმწოდებელსა და შემყიდველს/პაციენტს შორის გაფორმებულ ხელშეკრულებაში დაფიქსირებული პაციენტისთვის /პაციენტებისთვის გასაწევი მომსახურების ფასი;
17. **იურიდიული პირის ფილიალი** - განცალკევებული ქვედნაყოფი, რომელიც მდებარეობს იურიდიული პირის ადგილსამყოფელის გარეთ, მთლიანად ან ნაწილობრივ წარმოადგენს ან ახორციელებს მის ფუნქციებს;
18. **ქვეკონტრაქტორი** - პირი, რომელიც მიმწოდებელთან ერთად მონაწილეობას ღებულობს ხელშეკრულების ფარგლებში გასაწევი მომსახურების მიწოდებაში;
19. **შემსყიდველი ორგანიზაცია** - ნებისმიერი საქონლის, მომსახურებისა და სამშენებლო სამუშაოების შემსყიდველი პირი;
20. **ჯიბიდან გადახდა** - სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდა უშუალოდ პაციენტის ან მისი ახლობლის მიერ სამედიცინო ორგანიზაციის სალაროში;
21. **ჰოსპიტალი** - სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც მოსახლეობას აწვდის სტაციონარულ და ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებას (დიაგნოსტიკისა და ლაბორატორიული კვლევების ჩათვლით) და, საჭიროების შემთხვევაში, აღმოუჩენს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;
22. **ჰოსპიტალური გრძელვადიანი სამედიცინო მომსახურება** - ხანგრძლივი სამედიცინო და საექთნო მოვლა სტაციონარში იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც ქრონიკული დაავადებების გამო შემცირებული აქვთ დამოუკიდებლობის ხარისხი და ყოველდღიური აქტივობის უნარი;
23. **ჰოსპიტალური მომსახურება მწვავე შემთხვევების მართვის მიზნით** - დაავადების ან დაზიანების სიმპტომების მოხსნა დაავადების ან დაზიანების სიმძიმის შესამცირებლად და იმ გართულებების

თავიდან ასაცილებლად, რომელიც საფრთხეს უქმნის სიცოცხლეს ან ორგანიზმის ნორმალურ ფუნქციონირებას;

24. **ჰოსპიტალური საშუალოვადიანი სამედიცინო მომსახურება** - რეაბილიტაციური მკურნალობის დროს სამედიცინო და პარასამედიცინო მომსახურების მიწოდება, პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად;
25. **სამედიცინო მომსახურების „დამხმარე პაკეტი“** - სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტი რომელსაც ყიდის კერძო სადაზღვევო კომპანია. „დამხმარე პაკეტი“ არ ანაზღაურებს იმ სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც მოცულია „დამატებით პაკეტში“;
26. **კლინიკური გადღაინი** - კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია - მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო პოლიტიკის ამსახველ დოკუმენტს და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ;
27. **პროტოკოლი** - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) - კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციის (გაიდლაინის) საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანმიმდევრობა;
28. **სამედიცინო პერსონალის სერთიფიცირება** - სამედიცინო პერსონალის ცოდნის და უნარჩვევების შეფასება მედიცინის ცალკეულ სპეციალობაში. სერთიფიცირება ხორციელდება სპეციალიზირებული სასერთიფიკაციო გამოცდის მეშვეობით;
29. **სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირება** - სავალდებულო პროცესი, რომლის დროსაც ლიცენზიის გამცემი ადმინისტრაციული ორგანო კანონით გათვალისწინებული პირობების სრულად დაკმაყოფილების შემთხვევაში სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის მაძიებელს ანიჭებს სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებას განუსაზღვრელი ვადით საქმიანობის ტიპის მიხედვით : ექიმი, ექთანი ან ფარმაცევტი;
30. **სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირება** - სავალდებულო პროცესი, რომლის დროსაც ლიცენზიის გამცემი ადმინისტრაციული ორგანო კანონით გათვალისწინებული პირობების სრულად დაკმაყოფილების შემთხვევაში სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის მაძიებელს ანიჭებს სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებას დაწესებულების ტიპის მიხედვით;
31. **სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია** - იურიდიული პირის (სამედიცინო დაწესებულების) აკრედიტაციის ორგანოს მიერ დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისობის პერიოდული შეფასება. აკრედიტაცია წარმოადგენს ნებაყოფლობით პროცესს და ორიენტირებული ხარისხის გაუმჯობესებაზე;

სამედიცინო მომსახურება სხვადასხვა დონეზე

შესავალი

1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების არსებულ „მოდელში“ ძირეული ცვლილებების შეტანის გარეშე მხოლოდ ერთი კონკრეტული სფეროს რეფორმირება ვერ უზრუნველყოფს სასურველ შედეგებს. სწორედ ამის გამო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სთავაზობს მთავრობას მნიშვნელოვნად გადაისინჯოს ქვეყანაში სამკურნალო და ჯანდაცვითი მომსახურების წარმოების და ქსელის მოწყობის პრინციპები და დროულად განხორციელდეს არსებულ დეზორგანიზებულ სისტემაში სახელმწიფოს სისტემური ხედვის დანერგვა, რაც წინაპირობა იქნება და ხელს შეუწყობს ამ სფეროში ინვესტირებული კაპიტალური და მიმდინარე ხარჯების ეფექტურ გამოყენებას.
2. აღნიშნული თავის მიზანია ჩამოაყალიბოს მთავრობის ხედვა ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო და ჯანდაცვითი მომსახურების სისტემური მოწყობის თაობაზე რაციონალური და ფინანსურად მისაღები ფორმით.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები

29. სამედიცინო მომსახურების წარმოდგენილი მოდელი ეფუძნება კერძო და სახელმწიფო სექტორის თანასწორუფლებიანობის პრინციპს და ორივე სექტორის ფუნქციონირებას ერთ მარეგულირებელ სივრცეში, რომლის ფორმირება და განვითარება სახელმწიფოს მოვალეობაა;
30. ჯანდაცვის ქსელში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების განმარტება და დაჯგუფება (კატეგორიზაცია) მოხდება საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით (დანართი 1.1);
31. ამა თუ იმ ტიპის სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოებული მომსახურების სახეები და მოცულობა, მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შეფასების საფუძველზე, რაც სისტემაში მოიყვანს და გაადვილებს, როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირების, ასევე სექტორის დაფინანსებისა და საინფორმაციო სისტემების მართვის პროცესებს.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის მოდელი

6. შემოთავაზებული მოწყობის მოდელი ემყარება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უწყვეტობის პრინციპს და სამედიცინო (სამკურნალო, პრევენციული და რეალიზილიტაციური) მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში ორგანიზებული იქნება სამ დონედ⁴ (დეტალებისთვის იხილეთ სურათი1):
 - ა. პირველი დონის მომსახურება (პირველადი ჯანდაცვა) -ეს არის ის აუცილებლად საჭირო

⁴ Conseil Sante: The Georgian Hospital Master Plan: A new model of secondary health care for Georgia (including long-term care). Deliverables 3&4. Consultancy report for Structural reform support project Credit #3264-GE. February

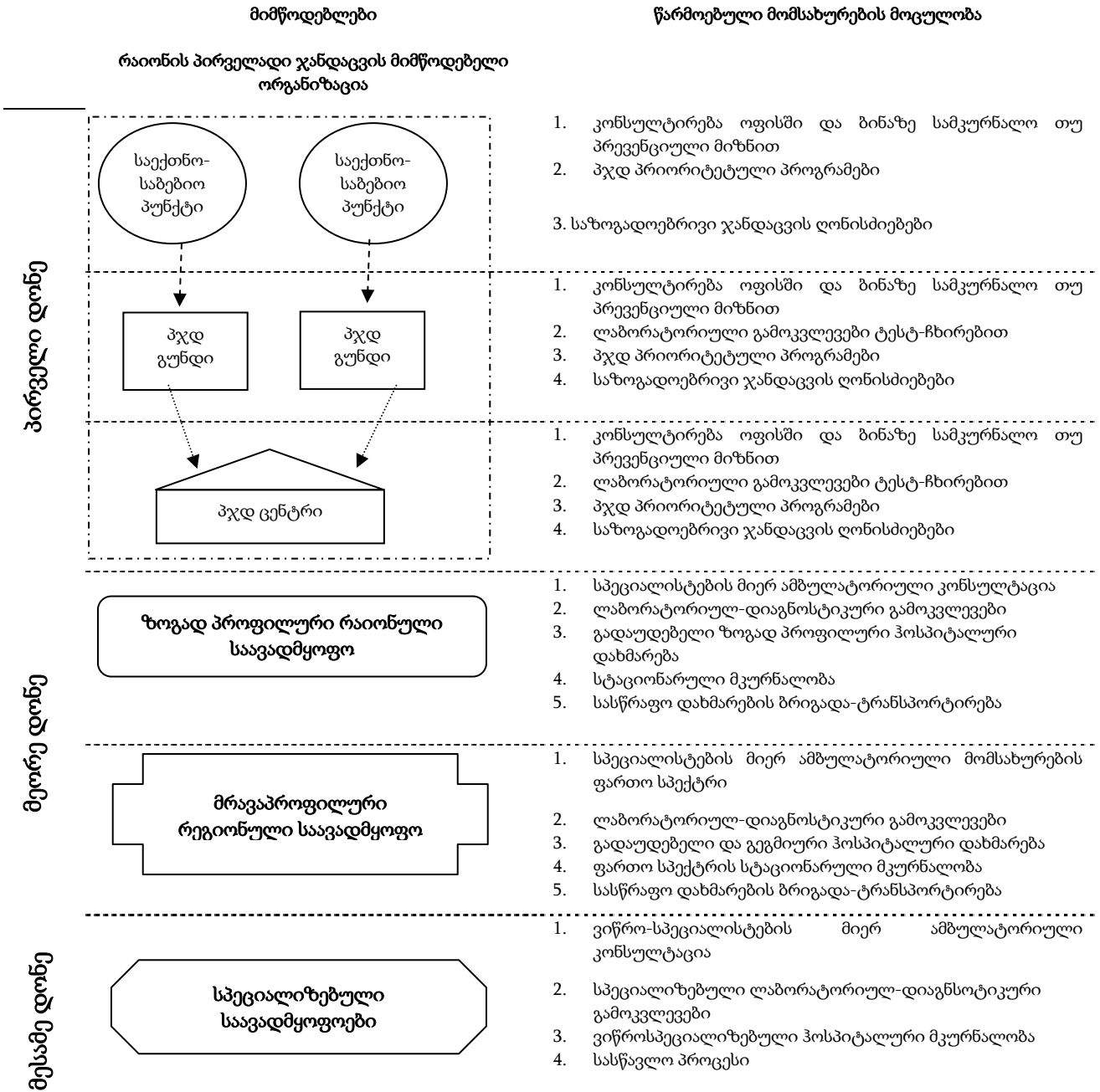
ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეში ოჯახის ექიმის ან ზოგადი თერაპევტისა და პედიატრის მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად, რომელსაც შეადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექთნები და (ან) ბებიაქალები.

- ბ. **მეორე დონის მომსახურება⁵** -ეს არის სპეციალისტების მიერ წარმოებული სამკურნალო და/ან საკონსულტაციო მომსახურება, რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება როგორც ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური ტიპის დაწესებულებების მიერ. ჯანდაცვის ამ დონეზე მომსახურების მისაღებად როგორც წესი საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის ექიმისგან მიმართვის მიღება.
 - გ. **მესამე დონის მომსახურება**-ეს არის ვიწრო სპეციალისტების მიერ მიწოდებული სამკურნალო და/ან საკონსულტაციო მომსახურება (როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური), რომელსაც აწარმოებენ სპეციალიზებული საავადმყოფოები და/ან საუნივერსიტეტო კლინიკები, რომლებიც სპეციალური აპარატურით და კადრით არიან აღჭურვილნი და, სადაც პაციენტის გაგზავნა ხდება პირველი ან მეორე დონის დაწესებულებიდან.
 - დ. **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურები⁶**-რომლებიც განსხვავებით ზემოთჩამოთვლილი დონეებიდან კონცენტრირდება არა პიროვნებაზე, არამედ მოსახლეობის ჯგუფებზე და შესაბამისად გეგმავს და ახორციელებს ჯანდაცვით და პრევენციულ ღონისძიებებს. მისი ძირითადი ფუნქციებია: ა) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ზედამხედველობა; ბ) გადამდები და არაგადამდები დაავადებების, ჯანმრთელობისთვის არასახარბიელო მდგომარეობების პრევენცია და კონტროლი; გარემოს საზიანო ზეგავლენისა და ჯანმრთელობის სხვა რისკების იდენტიფიცირება და საპასუხო ღონისძიებების დაგეგმვა; დ) ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა.
7. პირველი დონე, ანუ პირველადი ჯანდაცვა, წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტის მოხვედრის ძირითად კარიბჭეს. მეორე და მესამე დონეებზე სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ სამედიცინო მომსახურებას პაციენტი მიიღებს მხოლოდ პჯდ ექიმისაგან რეფერალის შემთხვევაში.
8. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება მიეწოდება ჯანდაცვის სისტემის პირველ, მეორე და მესამე დონეზე, მედპერსონალის კომპეტენციისა და დაწესებულებების აღჭურვის დონის შესაბამისად. გამლიერებული შესაძლებლობების დაწესებულებებში სასწრაფო დახმარების ბრიგადების და ტრანსპორტით რეფერალის უზრუნველყოფით.

⁵ The Public Health electronic Library (PHeL) <http://www.phe.gov.uk/glossary/glossaryAZ.asp?getletter=S>

⁶ საერთაშორისო ფონდი კურაციო: მოხსენებითი ბარათი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მინისტრის პირველ მოადგილეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოწყობის შესახებ. თბილისი, დეკემბერი 2005წ.

სურათი 1 სამედიცინო ქსელის დონეებად მოწყობის სქემა



პირველადი ჯანდაცვის მოწყობა

9. მომსახურების სახეები და მოცულობა

პჯდ მომსახურება ორიენტირებულია, როგორც პიროვნების, ასევე საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვაზე.

(ა) პერსონალური პჯდ მომსახურება ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის (მ.შ. ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა); ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხდება პაციენტთა გარკვეული ჯგუფების უზრუნველყოფა სპეციფიკური წამლებით, რომელთა ნუსხას ადგენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

(ბ) საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული ღონისძიებები, რასაც პჯდ მიმწოდებლები უშუალოდ ასრულებენ მოიცავს შემდეგს: მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება; იმუნიზაცია; თემში ჯანმრთელობისთვის საშიში სიტუაციების გამოვლენა; ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირება და განათლება; თემის მობილიზება ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენისა და გადაწყვეტისთვის; გადამდები და არაგადამდები დაავადებების ეპიდზედამხედველობა; მავნე გარემო ფაქტორებისაგან დაცვა; ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება; სტიქიურ უბედურებებზე რეაგირება და აღდგენით სამუშაოებში თემის დახმარება.

პჯდ მომსახურების სახეების დეტალური ჩამონათვალი იხ. დანართში 1.2.

10. პჯდ მომსახურების მიმწოდებლები (ადამიანური რესურსი)

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის საფუძველს წარმოადგენს საოჯახო მედიცინა, რაც, თავის მხრივ, პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს ემყარება. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელიც თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან და ბებიაქალებთან.

ა. დღეისათვის საოჯახო მედიცინაში მომზადებული ექიმებისა და ექთნების სერიოზული დეფიციტის გამო, გარდამავალ ეტაპზე პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები იქნებიან ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელში დასაქმებული უბნის თერაპევტები და პედიატრები. რეფორმის ფარგლებში ადამიანური რესურსის პროფესიული განვითარების პროგრამებით მოხდება შესაფერისი კომპეტენციის კადრის რაოდენობის სწრაფი ზრდა, რაც შესაძლებელს გახდის სისტემის დაკომპლექტებას სათანადო კვალიფიკაციის პერსონალით.

ბ. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური, გეოგრაფიული და

პროფესიული ფაქტორების გათვალისწინებით და შეადგენს⁷:

- მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე;
- ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს 1000-2000 მოსახლეზე; იმ დასახლებულ პუნქტებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 2000-ს დამატებითი პჯდ ჯგუფი ემატება ყოველ 1000-დან 2000 მოსახლეზე.
- თბილისში ერთი ოჯახის ექიმი და ექთანი ემსახურება 2400 მოსახლეს, ხოლო პირველადი ჯანდაცვის ერთ ცენტრზე მიმაგრებულია, სულ მცირე, 20.000 მოსახლე.
- დიდ რეგიონულ ქალაქებში ცალკეული პჯდ ცენტრის სამიზნე მოსახლეობა, ჩვეულებრივ, არ აღემატება 30 000-ს, თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, დასაშვებია გამონაკლისები (მაგ. რუსთავში, ერთ ცენტრზე მიმაგრებულია 60 000 მოსახლე).

დიდ ქალაქებში (ბათუმი, ქუთაისი, ზუგდიდი, გორი და ფოთი) 30000 მოსახლეზე ერთი ჯგუფური პრაქტიკის ჩამოყალიბების შემთხვევაში საჭიროა 17 პჯდ ცენტრი (ნაცვლად არსებული 29-ისა). რუსთავში, გამონაკლისის სახით, ჩამოყალიბდება 2, ქუთაისში 5. ხოლო თბილისში 25 პჯდ ცენტრი.

ზემოაღნიშნული პრინციპების საფუძველზე, სულ ჩამოყალიბდება 86 ექთნით/ბებიაქალით დაკომპლექტებული სამედიცინო პუნქტი, 303 ერთი ექიმი და ექთნით, ხოლო 328 (მ.შ 25 თბილისში) ექიმისა და ექთნის რამოდენიმე გუნდით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის (საოჯახო მედიცინის) ცენტრი (სულ 717).

სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობა შეადგენს 2106 ოჯახის ექიმს, 1970 ზოგადი პრაქტიკის ექთანს (მ.შ. 450 ექიმი და ექთანი თბილისში) და 305 ექთან-ბებიაქალს.

11. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა

11.1. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა გაითვალისწინებს (ა) მომსახურების მიმწოდებლების ფუნქციონირების თავისებურებებს (ბ) პაციენტების საჭიროებებსა და უფლებებს (კონფიდენციალობა და კომფორტი) (გ) დადგენილ სამშენებლო-საინჟინრო სტანდარტებს (დ) ეკონომიკურ პარამეტრებს.

11.2. აუცილებელი მოთხოვნები ფიზიკურ ინფრასტრუქტურაზე, რასაც პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი ობიექტი უნდა აკმაყოფილებდეს, დადგენილია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, არსებული კანონმდებლობის ფარგლებში, და წარმოდგენილია *დანართი 1.3*.

11.3. სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა, რასაც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები გამოიყენებენ სრულ შესაბამისობაშია მათ პროფესიულ კომპეტენციასთან და არ ითვალისწინებს მაღალ-ტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს. (*დანართი 1.4*).

⁷ National Master Plan for the primary health care system in Georgia, Final report, April 2006, Presented to GHSPIC, Ministry of Health

12. პჯდ სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

12.1. ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურები ორგანიზდება იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კერძოდ საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილისთვის (86%) პჯდ ობიექტამდე მიღწევა 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში იქნება შესაძლებელი.

12.2. იმ მოსახლეობისთვის, ვინც ამგვარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის მიღმა რჩება შემოთავაზებულია ორი მიდგომა: ა) კონკრეტული დასახლებული პუნქტებისთვის მთაში და მიუდგომელ ადგილებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მერყეობს 250-1000 ადამიანამდე შეიქმნას ექთანი/ბებიაქალი პოსტი (სამედიცინო პუნქტი), რომელიც უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრის ნაწილია. ამ დასახლებული პუნქტების სიას ადგენს და შესაბამისი ნორმატიული აქტით ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ან ბ) შეიქმნას მობილური პჯდ ბრიგადები, რომლებიც პჯდ მომსახურებას გასწევენ უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე გარკვეული პერიოდულობით ტრანსპორტირების რეჟიმში.

პჯდ მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები

13.1. პჯდ-ს მომსახურებას ქვეყანაში აწარმოებენ მხოლოდ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებები, რომლებიც მიეკუთვნებიან პირველ დონეს, კერძოდ:

- საექთნო/საბებიო პოსტი და/ან მობილური პჯდ ბრიგადა, რაც ორგანიზაციულად უახლოესი პჯდ ობიექტის ნაწილია (ფილიალი);
- ერთი ან რამოდენიმე პჯდ გუნდით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება სოფლად ან ქალაქის ტიპის დასახლებებში;

13.2. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ქსელის ოპტიმიზაციის, მათი საქმიანობის ეფექტიანობისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფის მიზნით რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება პჯდ მიმწოდებლების ორგანიზაციული გაერთიანება ერთ იურიდიულ პირად, რომელსაც მართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეკომენდაციის საფუძველზე ეკომონიკის განვითარების სამინისტროს მიერ დანიშნული დირექტორი. (იხ. ორგანიზაციული მოწყობის ნაწილი)

13.3. რაიონში ჰოსპიტალური მომსახურების არ არსებობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ორგანიზაციულად გაერთიანდეს არაჰოსპიტალური მომსახურების ყველა მიმწოდებელი: პირველადი ჯანდაცვის გუნდები, გადაუდებელი დახმარებისა და ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური მომსახურების მიმწოდებლები.

13.4. გარდამავალ ეტაპზე მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ახალგადაამზადებული პერსონალის პროფესიული საჭიროებების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია რაიონის დონეზე სპეციალისტების (მაგ. გინეკოლოგი, ფტიზიატრი, ფსიქიატრი) ამბულატორიული მომსახურების ორგანიზება. სპეციალისტების მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობა და საქმიანობის რეჟიმი განისაზღვრება რაიონის ჯანმრთელობის ცენტრის ადმინისტრაციის მიერ, ადგილობრივი ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის, გეოგრაფიული თავისებურებების და პჯდ მიმწოდებლების პროფესიული კომპეტენციისა და ჩვევების საფუძველზე.

14. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია, ხარისხი, მომხმარებლის კმაყოფილება და ეფექტურობა

- 14.1. პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის კრიტიკული ამოცანა და მისი წარმატების შეფასებისთვის მნიშვნელოვანი კრიტერიუმია.
- 14.2. პაციენტის ჭეშმარიტ საჭიროებებზე ორიენტირებული და მოსახლეობისთვის მისაღები პჯდ სამედიცინო მომსახურების მოდელის ჩამოყალიბებისთვის ჯანდაცვის სისტემაში ამოქმედდება სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შესწავლის მექანიზმები. ეს ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში საზოგადოების აქტიურ მონაწილეობას.
- 14.3. ამგვარად, რეფორმირებული პირველადი ჯანდაცვის შეფასების მთავარი კრიტერიუმებია: ხელმისაწვდომობა/მოცვა, უტილიზაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და უწყვეტობა, მოსახლეობის მიერ მომსახურების მიმდებლობა და სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობა.

15. მეორე დონის სამედიცინო მომსახურება

15. მეორე დონის მომსახურებაში მოიაზრება სპეციალისტების მიერ წარმოებული ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება, რომელიც უმეტესწილად ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვიდან რეფერალის საფუძველზე⁸. შესაბამისად ამ დონეზე გამოვყოფთ შემდეგს:

- სპეციალისტების მიერ სტაციონარული მკურნალობა;
- ჰოსპიტალურ დონეზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
- სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული კონსულტაცია და დიაგნოსტიკა (როგორც ამბულატორიულ დაწესებულებაში ასევე ჰოსპიტალური დაწესებულების ამბულატორიულ/პოლიკლინიკურ განყოფილებაში);
- დიაგნოსტიკა და ლაბორატორიული კვლევები გარდა იმისა, რაც კეთდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

16. ჰოსპიტალური მომსახურების მოწყობის პრინციპები⁹

- 16.1. ჰოსპიტალური მომსახურება ეწყობა ჯანდაცვის სისტემის ბაზისური ფუნქციების შესაბამისად და უზრუნველყოფს (1) მწვავე შემთხვევების მართვას (ხანმოკლე მომსახურება); (2) რეაბილიტაციას და (3) ხანგრძლივ მოვლას. ჰოსპიტალური სამსახურები დაიგეგმება თითოეული ფუნქციის მიხედვით დადგენილი კრიტერიუმების შესაბამისად (დანართი 1.5). ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროებებთან მიმართებაში საწოლების ოპტიმალური რაოდენობის მიღწევა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების ამოცანაა, რაც მომდევნო წლების განმავლობაში

⁸ *Conseil Sante: The Georgian Hospital Master Plan: A new model of secondary health care for Georgia (including long-term care). Deliverables 3&4. Consultancy report for Structural reform support project Credit #3264-GE. February 2006*
⁹ *STRUCTURAL REFORM SUPPORT PROJECT CREDIT # 3264-GE REVISION OF NATIONAL MASTER PLAN FOR HEALTH WORKFORCE AND INFRASTRUCTURE, April 2006, The revised GIS Hospital Master Plan*

თანმიმდევრულად განხორციელდება.

16.2. ჰოსპიტალური მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით:

- მომსახურების პროგრამა ორგანიზდება სამ მზარდი შესაძლებლობების დონედ ქუთაისსა და თბილისში მესამე დონის ორ რეფერალურ საავადმყოფოსთან მიმართებაში;
- ჰოსპიტალური მომსახურების მონიტორინგის, ინსპექტირების, შეფასებისა და პაციენტის კმაყოფილების შესწავლის მექანიზმები განისაზღვრება მომსახურების დონეების შესაბამისად;
- მეორე და მესამე დონის მომსახურებას პაციენტი იღებს პჯდ დონიდან რეფერალის საფუძველზე.

(ა) ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონე მოიცავს თერაპიულ და სამეანო დახმარებას და ითვალისწინებს სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას მწვავე შემთხვევების მართვისა და დაკვირვებისთვის, დღის სტაციონარულ მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის (კარდიოლოგია, გერიატრია, შაქრიანი დიაბეტი, ონკოლოგია, პალიატიური მოვლა)

ამ დონეზე სამეანო მომსახურების საწოლები იქმნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რეპროდუქციული ასაკის ქალების რაოდენობის მიხედვით საჭიროა 15 საწოლი ან ჰოსპიტალური მომსახურების პირველი დონის ობიექტიდან მეორე დონემდე ტრანსპორტირება ვერ ხერხდება 30 წუთში. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია სამეანო საწოლების შენარჩუნება დაბალი რისკის ორსულებისთვის.

პირველი დონის ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება ჩამოყალიბდება იქ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 30,000-ს და მოსალოდნელია წლიურად 5,000 და მეტი კონსულტაცია.

(ბ) მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება მოიცავს:

- როგორც დღის სტაციონარს, ასევე 24 საათიან მომსახურებას თერაპიული პროფილის პაციენტებისთვის, როგორცაა შინაგანი მედიცინა, გასტროენტეროლოგია, ნეფროლოგია, ნევროლოგია, ინფექციური დაავადებები, პულმონოლოგია, დერმატოლოგია, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, აკუპუნქტურა, ონკოლოგია, შაქრიანი დიაბეტი, გინეკოლოგია, ინტენსიური თერაპია და რეანიმაცია;
 - როგორც დღის, ასევე სადღეღამისო სტაციონარულ მომსახურებას ქირურგიული პროფილის პაციენტებისთვის: ზოგადი ქირურგია, ორთოპედია, უროლოგია, პლასტიკური ქირურგია, ყბა-სახის ქირურგია, ოფთალმოლოგია, ოტოლარინგოლოგია, ბავშვთა ქირურგია, ონკოლოგია, ანესთეზიოლოგია, ქირურგიული გინეკოლოგია.
 - მეორე დონის სამეანო პალატას საშუალო სამეანო რისკის ორსულთათვის
 - მხოლოდ ამბულატორიულ მომსახურებას ფსიქიატრიული პროფილის პაციენტებისათვის.
- ამგვარი მულტიპროფილური საავადმყოფო ორგანიზდება 250,000-350,000 მოსახლეზე

პირველი და მეორე დონის ჰოსპიტალური მომსახურება მიეკუთვნება ჯანდაცვის სისტემის მეორე დონეს.

(დ) სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე ანუ ვიწროსპეციალიზებული მომსახურება (მაგ. კარდიო ქირურგია, ნეიროქირურგია, ტრანსპლანტაცია, მძიმე დამწვრობა, მესამე დონის სამეანო საწოლები მაღალი რისკის ორსულებისთვის, რეფერალი სხვადასხვა პროფილის რთული ან იშვიათი შემთხვევების საკონსულტაციოდ) ორგანიზებულია სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან რეგიონალური რეფერალური საავადმყოფოს სპეციალიზებულ განყოფილებაში, რომელიც სათანადო დონის სპეციალისტებით არის დაკომპლექტებული და გააჩნია შესაბამისი

აღჭურვილობა. ამ დონის მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობები შექმნილია ქუთაისისა (დასავლეთ საქართველოსთვის) და თბილისის (აღმოსავლეთ საქართველოსთვის) ორ საავადმყოფოში.

17. სპეციალისტების მიერ გაწეული ამბულატორიული მომსახურება

17.1. სპეციალისტების მომსახურების მიწოდება ხდება შესაბამისად აღჭურვილ და ადამიანური რესურსებით დაკომპლექტებულ დაწესებულებებში. თანახმად საერთაშორისო გამოცდილებისა იმისათვის, რომ სპეციალისტების მიერ გაწეული მომსახურება იყოს ეფექტური, ოპტიმალურია ასეთი სახის მომსახურების (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური) მიწოდება საავადმყოფოებში ან სპეციალისტებით დაკომპლექტებულ ცალკე მდგომ ამბულატორიულ დაწესებულებებში. სპეციალიზებული მომსახურების მიწოდება საავადმყოფოებში ხდება საავადმყოფოების მიერ კონტრაქტირებული სპეციალისტებით, რომლებიც აწარმოებენ ამბულატორიულ მომსახურებას. ის სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც დაფინანსებული იქნება სახელმწიფოს მიერ ხელმისაწვდომი იქნება მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის რეფერალის საფუძველზე¹⁰.

17.2. ფიზიკური ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმები განსაზღვრულია ამ ჰოსპიტალური დაწესებულებების გეოგრაფიული მდებარეობით.

18. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება

18.1. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება¹¹ - მოსახლეობას მიეწოდება დღე-ღამის განმავლობაში, და მოიცავს სწრაფ პრე-ჰოსპიტალურ დახმარებას და ეფექტურ ტრანსპორტირებას შესაფერისი შესაძლებლობის სამედიცინო დაწესებულებაში¹².

18.2. ეს მომსახურება მიეწოდება, როგორც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, არსებული მედპერსონალის შესაძლებლობების და კომპეტენციის ფარგლებში¹³, ასევე მეორე და მესამე დონეზე.

18.3. გადაუდებელ სამედიცინო დახმარების ორგანიზება ხდება ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, იმგვარად რომ პრე-ჰოსპიტალური გადაუდებელი დახმარება პაციენტმა 30 წუთის ფარგლებში მიიღოს და დროულად მოხდეს მისი ტრანსპორტირება სათანადო შესაძლებლობის დაწესებულებაში.

18.4. ნებისმიერი გადაუდებელი სამედიცინო პრობლემა, რომელსაც პჯდ ექიმი ადგილზე მართავს განიხილება, როგორც ჩვეულებრივი პჯდ კონსულტაცია. პჯდ გუნდი უზრუნველყოფილია ყველა საჭირო მედიკამენტით, რაც აუცილებელია გადაუდებელი დახმარების აღმოსაჩენად.

¹⁰ OPM: Special Public Provision Programme in the Health System in Georgia, 2006 (letter)

¹¹ სამედიცინო დახმარება -სამკურნალო და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობა, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან დაინვალიდება;

¹² Conseil Sante: Criteria for the Revision of National Hospital Masterplan of Georgia, 2006

¹³ OPM: Primary Health Care Reform: Summary of Porposals. DFID Primary health care reform programme, 2004-2005-2006

- 18.5.** სოფლის პჯდ მიმწოდებლის შემდეგ, უახლოესი პუნქტი, რომელიც გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას სადღეღამისო რეჟიმში (24 საათი) უზრუნველყოფს რაიონის დონეზე (რაიონის ჯანდაცვის ცენტრში) განთავსდება. პაციენტის მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ, საჭიროების შემთხვევაში ხდება მისი ტრანსპორტირება სათანადო შესაძლებლობების საავადმყოფოში.
- 18.6.** რაიონის დონეზე საავადმყოფოს ფუნქციონირების შემთხვევაში, გადაუდებელი დახმარების ერთეული აქვე ორგანიზდება (ე.წ. პირველი დონის გადაუდებელი დახმარების ერთეული).¹⁴ ერთეული ფუნქციონირებს 24 საათიან რეჟიმში და აქვს მცირე ტრავმების, გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის შესაძლებლობები (ფსიქიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობების ჩათვლით), რაც ითვალისწინებს მდგომარეობის სტაბილიზაციას, ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებების შეფასებას და მეთვალყურეობას პაციენტის ტრანსპორტირებამდე შესაფერისი შესაძლებლობების დაწესებულებაში.
- 18.7.** მრავალპროფილურ საავადმყოფოში (შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, ანესთეზიოლოგია, ორთოპედია და აბდომინალური ქირურგია), სადაც საწოლების საერთო რაოდენობა აღემატება 300-ს, ხოლო წლის განმავლობაში გადაუდებელი კონსულტაციების რაოდენობა 5000-ზე მეტია ორგანიზდება მეორე (მაღალი) დონის გადაუდებელი დახმარების ერთეული. აქ შექმნილია იმ შემთხვევების მართვის შესაძლებლობა, რომელთა გადაწყვეტა პირველ დონეზე ვერ ხერხდება.¹⁵
- 18.8.** გადაუდებელი დახმარების ერთეულებს შორის კავშირს უზრუნველყოფს ცენტრალური საკომუნიკაციო ცენტრი, რომელიც განთავსებულია რეგიონული საავადმყოფოს ბაზაზე.
- 18.9.** ცალკეული დაწესებულების მიერ მოსახლეობისათვის მიწოდებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მოცულობას სახელმწიფო არეგულირებს რამოდენიმე მექანიზმით:

ა. დაწესებულებების აპარატურული აღჭურვის და კადრებით უზრუნველყოფის ნორმების და სტანდარტების შემუშავებით, რომელსაც სახელმწიფო იყენებს დაწესებულების ლიცენზირების და ლიცენზიის განახლების პროცესში;

ბ. სამკურნალო და რეფერალის გაიდლაინებით, რომელსაც სახელმწიფო იყენებს დაწესებულების კონტრაქტირებისას და მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისას;

გ. ამ ნორმების დარღვევისთვის ადმინისტრაციული სამართალდარღვევების შესაბამისი საჯარიმო სანქციების შემუშავება ამოქმედებით;

19. ლაბორატორიული მომსახურება¹⁶

ლაბორატორიული მომსახურება _მიმართულია უზრუნველყოს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებები ლაბორატორიული დიაგნოსტიკით და ქვეყანაში ეწყობა ეროვნული ლაბორატორიული ქსელის პრინციპით. ეროვნულ ლაბორატორიულ ქსელში გამოყოფილია ოთხი

¹⁴ Conseil Sante: *The Georgian Hospital Master Plan: A new model of secondary health care for Georgia (including long-term care). Deliverables 3&4. Consultancy report for Structural reform support project Credit #3264-GE. February 2006*

¹⁵ ამ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით საქართველოში უნდა შეიქმნას 45 პირველი და 22 მეორე დონის გადაუდებელი დახმარების ერთეული, რომელიც განთავსდება შესაფერისი რაიონული ან რეგიონული მულტიპროფილური საავადმყოფოს ბაზაზე.

¹⁶ Pierson, A., Djibuti M., Cognat S., *Elaboration of the Functional Plan for the regional reference laboratories and primary health care laboratory network. Consultancy report for Georgia health and Social Projects Implementation center. January 2006.*

დონე:

ა. **ლაბორატორიული კვლევები პირველადი ჯანდაცვის დონეზე** -ლაბორატორია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დამოუკიდებელი ერთეულის სახით არ არსებობს. ოჯახის ექიმი ძირითადად იყენებს ტესტ-ჩხირებს და ახდენს შესაბამისი ლაბორატორიული მასალის აღებასა და გადაგზავნას პერიფერიულ ანუ რაიონული დონის ლაბორატორიაში.

ბ. **პერიფერიული ანუ რაიონული დონის ლაბორატორიები** ძირითადად განთავსებულია რაიონული დონის საავადმყოფოების ბაზაზე და ემსახურება როგორც საავადმყოფოების საჭიროებებს, ასევე საზოგადოებრივ ჯანდაცვის ცენტრებს და პირველადი ჯანდაცვის ქსელს. ამ ლაბორატორიების ბაზაზე კეთდება: ა) კლინიკური ანალიზები (ბიოქიმია, ჰემატოლოგია, ჰემოსტაზი); ბ) ბაქტერიოლოგიური ანალიზები; გ) სქესობრივად გადამდები დაავადებების ანალიზები (გარდა აივ/შიდსი და ჰეპატიტისა); დ) პარაზიტოლოგიური კვლევები; გარდა ამ დიდი ლაბორატორიებისა რაიონის დონეზე დასაშვებია ორი დამატებითი ლაბორატორია: ი) **უსაფრთხო სისხლის და აივ/შიდსის ლაბორატორიები** და იი) **ტუბერკულოზის ლაბორატორიები**.

გ. **რეგიონალური ანუ შუალედური ლაბორატორიები**, რომლებიც ორგანიზებულია თითოეული რეგიონისთვის და ასრულებს უფრო მაღალი დონის ლაბორატორიულ კვლევებს, ვიდრე მასზე ქვემოთ მდგომი ლაბორატორიები და ამავე დროს ახორციელებს ხარისხის კონტროლს რაიონული და პირველადი ჯანდაცვის ლაბორატორიების დონეზე;

დ. **ცენტრალური/ეროვნული ლაბორატორიები**-ანუ რეფერენს ლაბორატორიები რომლებიც განთავსებულია დამოუკიდებლად ან სპეციალიზებულ საავადმყოფოებში (მესამეულ დონეზე) და სადაც ხორციელდება კომპლექსური მაღალსპეციალიზებული ლაბორატორიული კვლევები და ყველა ქვედა დონის ლაბორატორიების ხარისხის გარე კონტროლი

25. ლაბორატორიული ქსელი **იმართება** ეროვნული საკოორდინაციო ოფისიდან (რეგულირების დეპარტამენტი), რომელიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურულ ერთეულს წარმოადგენს და შეიმუშავებს: ა) ლაბორატორიის გახსნის/დაარსების კრიტერიუმებს; ბ) სხვადასხვა ტიპის და დონის ლაბორატორიებისადმი წაყენებულ სალიცენზიო/სააკრედიტაციო და სასერტიფიკაციო მოთხოვნებს; გ) ლაბორატორიულ ქსელში ხარისხის კონტროლის სისტემას და შესაბამის ხარისხის კონტროლის პროცედურებს-რეგულაციებს; დ) რეფერენს ლაბორატორიებთან ერთად შეიმუშავებს ლაბორატორიული რეაქტივების რეგისტრაციის სისტემას და ლაბორატორიულ ქსელში დასაქმებული პერსონალის სწავლება-გადამზადების სასწავლო პროგრამებს.

21. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა და დონეებს შორის კავშირები (რეფერალის ორგანიზება)

21.1. ჯანდაცვის მომსახურების მომწოდებელ ერთეულთა და სხვადასხვა დონეებს შორის კავშირები განიხილება როგორც ფუნქციურ-ორგანიზაციული, ასევე სახელმწიფო მართვა-რეგულირების კუთხით.

21.2. რეფერალი შესაძლებელია იყოს შიდა ორგანიზაციული (ანუ როდესაც მაგ. სოფლის ოჯახის ექიმი მიმართავს პაციენტს რაიონულ ცენტრში მდებარე სათაო დაწესებულებაში, თუკი ასეთი

ჩამოყალიბდება) და სხვადასხვა დონეებს შორის.

21. 3. რეფერალის საჭიროებას განსაზღვრავს უფლებამოსილი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ხელმძღვანელობს: (1) სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სავალდებულო კლინიკური პროტოკოლებით; (2) ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებსა ან პაციენტის დაზღვევის პოლისში აღწერილი რეგულაციებით; (3) კონკრეტული რეგულაციის არარსებობის შემთხვევაში საკუთარი პროფესიული კომპეტენციით.
21. 4. რეფერალის დროულობას და შესაბამისობას სახელმწიფო რეგულაციებთან აკვირდება და ამოწმებს, როგორც დაწესებულების ხელმძღვანელი, ასევე შესაბამისი რაიონული, რეგიონული თუ ცენტრალური ჯანდაცვის ორგანოები, მათი კომპეტენციის ფარგლებში.

22. მომსახურების მიწოდების საინფორმაციო სისტემები

- 22.1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების აღწერილი მოდელის ეფექტიანი ფუნქციონირება მხოლოდ სათანადო ინფორმაციული უზრუნველყოფის პირობებშია შესაძლებელი. სწორედ ამ მიზეზის გამო, მნიშვნელოვანია ინვესტირება საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურაში, აღჭურვილობაში, პროგრამულ უზრუნველყოფასა და ადამიანური რესურსის განვითარებაში.
- 22.2. საინფორმაციო სისტემები უზრუნველყოფენ ინფორმაციის მოპოვებას შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

ა. კლინიკური ინფორმაცია - კლინიცისტებს უნდა ჰქონდეთ მეთოდები და ინსტრუმენტები აწარმოონ ან/და მოიპოვონ პაციენტის დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობისათვის საჭირო ინფორმაცია.

ჰოსპიტალებში, ინვესტიციები საინფორმაციო კუთხით მოხმარდება პაციენტთა მართვის სისტემის გაუმჯობესებას, პაციენტთა უსაფრთხოების დონისა და კლინიკური ხარისხის ამაღლებას. ამისათვის დაინერგება პაციენტის ისტორიის ახალი ჟურნალი, მოხდება პერსონალის მომზადება აღრიცხვისა და ანგარიშგების კუთხით, დაიხვეწება პაციენტის გაწერის (უკუკავშირის) ფორმა, რომელმაც საჭირო ინფორმაცია უნდა დაუბრუნოს მომმართვე ექიმს.

პირველად დონეზე, კლინიცისტებს მიეწოდებათ პაციენტის ისტორიის ახალი ჟურნალი და მონაცემთა რეგისტრაციის სხვა ფორმები. ასევე დაინერგება მიმართვის ახალი საინფორმაციო ფორმა, რომელიც შესაბამისობაში იქნება რეფერალისა და უკუკავშირის შემოთავაზებულ მექანიზმთან.

ბ. ინფორმაცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ - გარემოს არაჯანსაღი ზეგავლენით გამოწვეულ და ინფექციურ დაავადებებზე ინფორმაცია დროულად მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურსა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრს. აქ არსებული სისტემა ადეკვატურია, თუმცა ის კიდევ უფრო განმტკიცდება ინფორმაციის სხვა, განახლებულ ნაკადებთან სწორი ინტეგრაციით.

გ. ინფორმაცია ყოველდღიური მართვისათვის - სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო და კერძო მიმწოდებლის მენეჯერებს უნდა ჰქონდეთ მეთოდები და ინსტრუმენტები აწარმოონ ან/და მოიპოვონ ინფორმაცია დაწესებულების ყოველდღიური (ოპერაციული) მართვისათვის. ამ ტიპის ინფორმაციის წარმოების ძირითადი ინსტრუმენტი იქნება ახალი სტანდარტული სარეგისტრაციო და საანგარიშგებო ფორმები. ეს მენეჯერები ასევე მიიღებენ ინფორმაციას (უკუკავშირის ციკლი) რეგიონული საინფორმაციო ჰაბებიდან.

დ. ჯანდაცვის მართვის ინფორმაცია - დაგეგმარების, კონტრაქტირების, კონტროლისა და სტრატეგიის შემუშავებისათვის აუცილებელი ინფორმაცია პერიოდულად მიეწოდება შესაბამისი რგოლის მენეჯერებს. აქაც, მონაცემთა მოპოვების საფუძველი იქნება ახალი სარეგისტრაციო და საანგარიშგებო ფორმები. დაწესებულებები აწარმოებენ რეგულარულ ანგარიშგებას ამ ფორმების

გამოყენებით, ხოლო ამ ანგარიშებზე დაფუძნებით, რეგიონულსა და ცენტრალურ დონეებზე მოხდება საკვანძო ინდიკატორების გამოთვლა.

23. წარმოდგენილ მოდელზე გადასვლისთვის აუცილებელია:

23.1. ინვესტიციები შესაბამის ინფრასტრუქტურაში;

სამედიცინო დაწესებულებების არსებული ფიზიკური ინფრასტრუქტურა საჭიროებს სერიოზულ რეაბილიტაციას, ხოლო გარკვეულ შემთხვევაში სრულ რეკონსტრუქციას.

(ა) საქართველოში ამჟამად შექმნილი ფაქტობრივი მდგომარეობიდან გამომდინარე, პჯდ ობიექტები განთავსდება არსებულ შენობებში, საჭირო ფართის რეაბილიტაციის ან რეკონსტრუქციის შემდეგ ან, საჭიროების შემთხვევაში (თუ შენობის რეკონსტრუქცია შეუძლებელია ან საერთო ფართი 30%-ით აღემატება პჯდ ობიექტის განსათავსებლად საჭირო ფართს), ახალ შენობაში (ასაწყობ-დასაშლელ და მობილურად გადასატან ტრანსფორმირებად შენობაში). დასაშვებია პჯდ მობილური ბრიგადების განთავსება ავტოსატრასპორტო საშუალებებზე.

23.2. ინვესტიციები საჭირო ადამიანურ რესურსებში. პირველადი ჯანდაცვისთვის საჭირო ადამიანური რესურსები დღესდღეობით არასაკმარისია, რის გამოც განხორციელდება ინვესტიციები: ა) არსებული ექიმთა კადრის გადასამზადებლად ოჯახის ექიმებად; ბ) საუნივერსიტეტო რეზიდენტურის პროგრამის ასამოქმედებლად, სადაც მომზადდებიან ოჯახის ექიმის სპეციალობაზე; გ) საექთნო სასწავლებლებში საჭირო საექთნო კადრის მოსამზადებლად. დღესდღეობით პჯდ გუნდში ერთი ექიმი ერთი ექთანის თანაფარდობა განპირობებულია საექთნო კადრის სიმცირით რაც დამატებითი ექთნების წარმოების პირობებში დროდადრო გადაისინჯება¹⁷; დ) ჩამოყალიბებული ორგანიზაციული სტრუქტურების მართვისთვის შესაფერისი კვალიფიკაციის მენეჯერების მოსამზადებლად.

23.3. ინვესტიციები სისტემის რეორგანიზაციაში და ეფექტური მართვის მექანიზმების შემუშავებაში

24. რეფორმის შედეგები

24.1. მოწოდებული რეფორმების გატარებისთვის საჭირო მიდგომები და მექანიზმები აღწერილია თავში „ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობა და მართვა“. ხოლო მოწოდებული რეფორმების გატარების შედეგად მოსალოდნელი შედეგები შემდეგია:

24.2. განახლებული და გადაიარაღებული პირველადი ჯანდაცვის ქსელი, რომელიც მოსახლეობას აწვდის უნივერსალურ პაკეტში შემავალ სამკურნალო და პრევენციულ მომსახურებას საცხოვრებელი ადგილის მახლობლად;

24.3. მიმწოდებელთა ოპტიმიზებული ქსელი რაიონის დონეზე (ლაბორატორიები, პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები, საავადმყოფოები და ა.შ.), რომელიც განთავსებულია განახლებულ შენობებში და საშუალება აქვს მიაწოდოს მაღალხარისხიანი სპეციალიზებული ამბულატორიული, სადიაგნოსტიკო და ჰოსპიტალური მომსახურება

24.4. ეფექტურად ორგანიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც წარმოდგენილია, როგორც რაიონის, ასევე რეგიონისა და ეროვნულ დონეზე და დამყარებულია ქმედითი ორგანიზაციული, კონტრაქტული და ფუნქციური კავშირები.

¹⁷ RMC: DRAFT FINAL REPORT - National master plan for primary health care facilities: Consultancy report.

- 24.5. რაციონალიზებული სამედიცინო კადრი, როგორც ოდენობის, ისე კვალიფიკაციის მხრივ და ადეკვატური გეოგრაფიული განაწილება.
- 24.6. გამარტივებული და ეფექტური მართვის რგოლები, რომლებიც აღჭურვილი არიან მართვის შესაბამისი ინსტრუმენტებით (იურიდიული ბაზა, ნორმატიული ბაზა, კომპეტენციები და ფუნქციები)
- 24.7. განახლებული ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები.

დანართი № 1.1

დაწესებულებების/მიმწოდებლების ტიპური კლასიფიკაცია¹⁸

წარმოდგენილი კლასიფიკაცია ეფუძნება ჯანდაცვის ანგარიშების საერთაშორისო კლასიფიკაციას^{19,20} და წარმოადგენს გაეროს მიერ 1990 წელს შემუშავებული *საერთაშორისო სტანდარტული ინდუსტრიული კლასიფიკაციის*²¹ (ISIC, Rev.3) ადაპტირებულ და მოდიფიცირებულ ნაწილს:

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი
HP.1	საავადმყოფო
HP.1.1	ზოგადი პროფილის საავადმყოფო
HP.1.2	ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური საავადმყოფო
HP.1.3	სხვა სპეციალიზებული საავადმყოფო (გარდა ფსიქიატრიულისა და ნარკოლოგიურისა)
HP.2	საექთნო და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.2.1	საექთნო მოვლის დაწესებულებები (მაგ. ჩვილ ბავშვთა სახლები)
HP.2.2	ფსიქიურად დაავადებულთა და ნარკოდამოკიდებულთა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.2.3	მოხუცებულთა სახლები (სოფლად, თემში)
HP.2.9	სხვა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები
HP.3	ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლები
HP.3.1	ექიმთა ოფისები (მაგ. ოჯახის ექიმის ოფისი)
HP.3.2	სტომატოლოგთა ოფისები-კლინიკები
HP.3.3	სხვა დამხმარე სამედიცინო პროფესიონალთა ოფისები
HP.3.4	ამბულატორიული მოვლის ცენტრები
HP.3.4.1	ოჯახის დაგეგმვის ცენტრები
HP.3.4.2	ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.4.3	ცალკე მდგომი ამბულატორიული ქირურგიის ცენტრები
HP.3.4.4	დიალიზის ცენტრები
HP.3.4.5	ყველა სხვა სპეციალიზებული ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.4.9	ყველა სხვა სათემო ან/და ინტეგრირებული ამბულატორიული ცენტრები
HP.3.5	სამედიცინო და დიაგნოსტიკური ლაბორატორიები
HP.3.6	ბინაზე მომსახურების მიმწოდებლები
HP.3.9	სხვა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლები

¹⁸ ეს არის საერთაშორისო კლასიფიკაცია, რომელიც ექვემდებარება ადაპტირებას ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე

¹⁹ OECD: A System of Health Accounts, 2000 <http://www.oecd.org/dataoecd/3/42/1896876.pdf>

²⁰ OECD: Classification Of Health Care Providers <http://www.oecd.org/dataoecd/44/44/1894818.pdf>

²¹ UNSTAT, International Standard Industrial Classification of All Economic Activities, Revision 3.1, (ISIC Rev. 3.1) <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=17&Lg=1>

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი
HP.3.9.1	სასწრაფო სამედიცინო დახმარება (სასწრაფო 03)
HP.3.9.2	სისხლისა და ორგანოთა ბანკები
HP.3.9.9	სხვა ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლები
HP.4	მედიკამენტებით და სამედიცინო საქონილით საცალო ვაჭრობის ობიექტები
HP.4.1	აფთიაქები
HP.4.2	სათვალეებისა და სხვა მხედველობის დამხმარე საშუალებებით საცალო მოვაჭრეები
HP.4.3	სმენის აპარატებით საცალო მოვაჭრეები
HP.4.4	სხვა სამედიცინო საგნებით მოვაჭრეები (გარდა სათვალეებისა და სმენის აპარატებით მოვაჭრეებისა)
HP.4.9	ყველა სხვა სამედიცინო საგნებითა და მედიკამენტით მოვაჭრე ობიექტი და მიმწოდებელი
HP.5	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავება და მართვა

ICHA კოდი	სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი
HP.6	ზოგადად ჯანდაცვის მართვა და დაზღვევა
HP.6.1	სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის მართვა
HP.6.2	სოციალური დაზღვევის ფონდების მართვა
HP.6.3	სხვა სოციალური დაზღვევის ფონდების მართვა
HP.6.4	სხვა (კერძო) დაზღვევა
HP.6.9	ყველა სხვა, რომელიც მონაწილეობს ჯანდაცვის მართვაში
HP.7	სხვა სექტორები (ეკონომიკის რომელიც აწვდიან ჯანდაცვის მომსახურებას)
HP.7.1	დაწესებულებები რომლებიც ოკუპაციური მედიცინის მომსახურებას აწვდიან
HP.7.2	შინამეურნეობები, როგორც ბინაზე მომსახურების მიმწოდებლები
HP.7.9	ყველა სხვა ორგანიზაცია რომელიც მეორადად აწარმოებს სამედიცინო მომსახურებას
HP.9	სხვა მსოფლიო

სამედიცინო მომსახურების სახეები პუდ დონეზე

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტი მიიღებს შემდეგი სახის მომსახურებას:

1. საექიმო კონსულტაცია ამბულატორიულად და საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე ყველა ასაკისა და სქესის პაციენტებისათვის
2. ორსულთა და მელოგინეთა მეთვალყურეობა
3. ოჯახის დაგეგმვა
4. ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობა
5. იმუნიზაცია და ვაქცინაცია
6. ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის უზრუნველყოფა
7. სკრინინგული პროგრამები (მაგ. გულის იშემიური დაავადებისა და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება მოზრდილი ასაკის მოსახლეობაში, 65 წლის ზემოთ ასაკის პირთა სამედიცინო შემოწმება ხანდაზმულებში სპეციფიკური პრობლემების გამოვლენის მიზნით)
8. გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მართვა
9. დიაგნოსტიკა: ელექტროკარდიოგრაფია, ოტოსკოპია, ოფთალმოსკოპია, პიკფლოუმეტრია, არტერიული წნევის გაზომვა, ანტროპომეტრია
10. ლაბორატორიული გამოკვლევები
 - a. (ა) ექსპრეს-დიაგნოსტიკური მეთოდით (ტესტ-ჩხირებით): შარდის ანალიზი; გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ჰემოგლობინი, ორსულობის დასადგენი ტესტი
 - b. (ბ) ლაბორატორიულ პირობებში (შესრულდება რაიონის ლაბორატორიაში): სისხლის საერთო ანალიზი; განავალი ფარულ სისხლდენაზე; გლუკოზა ვენურ სისხლში; საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპია; კრეატინინი; ქოლესტერინი; სისხლის რეზუსი და ჯგუფი; სეროლოგიური ტესტი სქესობრივად გადამდებ ინფექციებზე; აივ/შიდსი.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების დაგეგმარების, სათავსების განლაგების და ფართით უზრუნველყოფის სარეკომენდაციო ნორმები²²
გათვლილი 1-დან 4 ექიმზე

სათავსი	სათავსების ფართი მ ² ოჯახის ექიმთა რიცხოვნობის მიხედვით			
	1	2	3	4
ექიმის კაბინეტი (გასასინჯი ფართი)	12	2x12=24	3x12=36	4x12=48
რეგისტრატურა და დოკუმენტების საცავი	14	14	14	14
საექთნო	-	12	14	2x14=28
საერთო ტუალეტი (მ.შ. ინვალიდებისთვის)	4	4	4	4
საპროცედურო (სასტერილიზაციოსთან ერთად)	18	18	18	18
ტექნიკური სათავსი	4	4	4	4
სათავსი	3	4	4	4
ქვეჯამი	55	80	94	120
კორიდორები და სხვა	15	28	44	48
შემოთავაზება ჯამში	70	108	138	168

²² პირველი გადახედვა 2006 წლის მარტი

აღჭურვილობის ნუსხა

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი

სამედიცინო აღჭურვილობა

- 1 ავტოკლავი
- 2 წყლის გამოსახდელი კუბი
- 3 ელექტროკარგიოგრაფი
- 4 ოტოსკოპი/ოფთალმოსკოპი
- 5 ინჰალატორი
- 6 ელექტროკარდიოგრაფის ქაღალდი
- 7 სასტერილიზაციო ინდიკატორები
- 8 პორტატული დეფიბრილატორი

სამედიცინო ინსტრუმენტები

- 1 გლუკომეტრი
- 2 გლუკომეტრის ტესტები
- 3 მოზრდილთა სასწორი
- 4 ახალშობილთა სასწორი
- 5 სიმალის საზომი (მოზრდილთა)
- 6 სიმალის საზომი ახალშობილთა
- 7 სფიგმომანომეტრი
- 8 ფონეიდოსკოპი
- 9 სტეტოსკოპი
- 10 სიგრძის საზომი ლენტო
- 11 გამადიდებელი შუშა
- 12 ნევროლოგიური ჩაქუჩი
- 13 ფანარი
- 14 მხედველობის შესამოწმებელი ცხრილი
- 15 თერმომეტრი
- 16 პიკფლოუმეტრი
- 17 კამერტონების ნაკრები
- 18 თირკმლისებური ჭურჭელი ტიპი 1
- 19 თირკმლისებური ჭურჭელი ტიპი 2
- 20 ბიქსი
- 21 ინსტრუმენტების ყუთი ტიპი 1
- 22 ინსტრუმენტების ყუთი ტიპი 2
- 23 ამბუ
- 24 ტრაქეოსტომიის ნაკრები
- 25 ხსნარების მოსამზადებელი ჭურჭელი
- 26 მენჯსაზომი
- 27 გინეკოლოგიური სარკე
- 28 ინსტრუმენტების ნაკრები
- 29 ბაქტერიოციდული გამანათებელი
- 30 საკაცე

სამედიცინო ავეჯი

- 1 სამანიპულაციო მაგიდა
- 2 გასასინჯი ტახტი

- 3 ახალშობილის შესახვევი მაგიდა
- 4 მცირე ზომის მაგიდა
- 5 მაგიდა გორგოლაჭებზე
- 6 მბრუნავი სკამი
- 7 კარადა ცალმხრივი ნიჟართ
- 8 კარადა ორმხრივი ნიჟართ
- 9 სასტერილიზაციო მაგიდა
- 10 სამედიცინო დანიშნულების კარადა

საოფისე ავეჯი

- 1 საოფისე მაგიდა
- 2 საოფისე კარადა
- 3 სკამი ტიპი 1
- 4 სკამი ტიპი 2
- 5 სკამი ტიპი 3
- 6 სამზარეულოს მაგიდა
- 7 სამზარეულოს კარადა
- 8 საკონფერენციო მაგიდა
- 9 სტელაჟი
- 10 ტანსაცმლის საკიდი
- 11 ნაგვის ურნა
- 12 განცხადებების დაფა
- 13 ფლომასტრით საწერი დაფა

ჰოსპიტალური სამსახურების დაგეგმვის კრიტერიუმები

ა) მწვავე შემთხვევების მოკლევადიანი მართვის უზრუნველყოფისთვის 1000 მოსახლეზე 1 საწოლის გათვალისწინებით, პროფილის მიხედვით:

- თერაპიული: 1:1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,7 სადღეღამისო, ხოლო 0,3, საწოლი დღის მომსახურებისთვის
- ქირურგიული: 0,7: 1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,6 სადღეღამისო, ხოლო 0,3, საწოლი დღის მომსახურებისთვის
- სამეანო: 1,3 საწოლი 15-45 წლის ყოველ 1000 ქალზე, მ.შ. 1,1 სადღეღამისო, ხოლო 0,2 საწოლი დღის სტაციონარისთვის
- ნეონატოლოგიის: 2,6 საწოლი 1000 ახალშობილზე
- ფსიქიატრიული: 0,5 საწოლი : 1000 მოსახლეზე, მ.შ. 0,35 სადღეღამისო, ხოლო 0,15, საწოლი დღის მომსახურებისთვის

ბ) რეაბილიტაცია: 25 წლის ზემოთ ყოველ 1000 მოსახლეზე 0,8 საწოლის გათვალისწინებით (საწოლების 10% დღის სტაციონარისთვის)

გ) ხანგრძლივი მოვლის სტაციონარი: 25-დან 70 წლის ზემოთ ასაკის ყოველ 1000 მოსახლეზე 0,8 საწოლის გათვალისწინებით

დამატებითი პირობები:

თუ მოკლევადიანი მოვლის რომელიმე ფუნქციის შესასრულებლად, მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით საჭიროა 15 საწოლზე ნაკლები ამ ფუნქციის შენარჩუნება გამართლებული არ არის. გამონაკლისს წარმოადგენს სამეანო დახმარება. სამეანო დახმარების ფუნქციის შენარჩუნება დაბალი რისკის ორსულებისთვის, მოსახლეობის რაოდენობის მიუხედავად, მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ ამ საავადმყოფოდან სამეანო მომსახურების მიმწოდებელ უახლოეს დაწესებულებამდე მისაღწევად პაციენტს 30 წუთზე მეტი სჭირდება.

დანართი # 2

ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზაციული მოწყობა და მართვა

1. შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შჯსდს), როგორც აღმასრულებელი ორგანო ვალდებულია უზრუნველყოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებში სახელმწიფოს მიერ აღებული იმ ვალდებულებების განხორციელება, რომელიც განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციით და შესაბამისი კანონმდებლობით.

2. საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლის თანახმად:

პუნქტი 2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.

3. ამ კონსტიტუციური ნორმის აღსრულებისთვის და თანახმად საქართველოს კანონისა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ:

მუხლი 16: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

- ა) სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება;
- ბ) სამედიცინო დახმარების/მომსახურების ხარისხის კონტროლი;
- გ) სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობა და ჰიგიენური ნორმირება;
- დ) სამკურნალო საშუალებების ხარისხის კონტროლი, ფარმაციისა და ფარმწარმოების მოწესრიგება;
- ე) ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვისთვის ხელშეწყობა;
- ვ) პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;
- ზ) ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის ხელშეწყობა;
- თ) სპეციალური სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
- ი) სამედიცინო მეცნიერების განვითარებისათვის ხელშეწყობა;
- კ) ქვეყნის ტერიტორიაზე ეპიდემიოლოგიური კონტროლის განხორციელება.
- ლ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს განვითარებისათვის ხელშეწყობა სათანადო ინსტიტუციონალური მოწყობისა და სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების განხორციელების გზით.

4. შჯსდ სამინისტრო იყენებს რა კანონით განსაზღვრულ მექანიზმებს და უფლებებს, განახორციელებს შემდეგს:

- 4.1 შეიმუშავებს კანონს /კანონქვემდებარე აქტს ჯანდაცვის დაფინანსების შესახებ, სადაც განსაზღვრავს: ა) „უნივერსალურ პაკეტს“ და მის შემადგენლობას, რომელსაც დააფინანსებს საზოგადოებრივი სახსრებით და უფასოდ და/ან მცირე თანაგადახდის საფასურად შესთავაზებს მოსახლეობას; ბ) განსაზღვრავს „დამატებით პაკეტს“ და სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე მისი რეალიზაციის და სახელმწიფოს მხრიდან მისი რეგულირების პრინციპებს; გ) ორივე პაკეტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, მიმწოდებელთა შერჩევა-კონტრაქტირების და შესყიდული მომსახურების ანაზღაურების პრინციპებს; დ) სამედიცინო ბაზარზე ფასწარმოქმნის სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმებს;
- 4.2 შეიმუშავებული კანონის საფუძველზე შჯსდ სამინისტრო საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთობლივად შეიმუშავებს სამედიცინო სადაზღვევო პროდუქტს²³.
- 4.3 საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად შეიმუშავებს დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის ფარგლებში მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების ტარიფების დადგენის და ანაზღაურების წესს და წარუდგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დადგენილი წესით დასამტკიცებლად.
- 4.4 შჯსდ სამინისტრო უზრუნველყოფს დაზღვეულთა ომბუცმენის ინსტიტუტის შექმნა-განვითარებას და ფუნქციონირებას, რათა ადექვატურად იყოს დაცული მომხმარებელთა-პაციენტთა კონსტიტუციური უფლებები;
- 4.5 რეგულაციებისა და საკანონმდებლო ინიციატივის საშუალებით სახელმწიფო ხელს შეუწყობს კერძო ინვესტიციების მოზიდვას ჯანდაცვის სფეროში.
- 4.6 ექიმების რაოდენობისა და კვალიფიკაციის რეგულირებისთვის სახელმწიფო გამოიყენებს ლიცენზირებას, სერთიფიცირებას და პერიოდულ რესერტიფიცირებას. აგრეთვე, შჯსდ სამინისტრო განსაზღვრავს და შრომით ბაზარზე არსებული მოთხოვნის შესაბამისად დაარეგულირებს დიპლომისშემდგომი განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში სტუდენტთა რაოდენობას. ამასთან ერთად ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმის და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების მოსამზადებელ პროგრამებში (ფაკულტეტებზე) სტუდენტთა რაოდენობის გაზრდას.
- სახელმწიფო განახორციელებს, როგორც ექიმების, ასევე სხვა სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას. დამხმარე სამედიცინო პერსონალის რაციონალიზაციისათვის და მათი საქმიანობის ხარისხის კონტროლისათვის სახელმწიფოს ექნება ორი ინსტრუმენტი სამედიცინო საქმიანობის **ლიცენზია** და სპეციალიზაციის დამადასტურებელი **სერტიფიკატი**. განსაკუთრებულ შემთხვევებში (უხეში დარღვევა, დანაშაული) შჯსდ სამინისტრო გააუქმებს ლიცენზიას, ხოლო სერტიფიკატის გადამოწმება მოხდება პერიოდულად რესერტიფიცირების დროს.

²³ CoReform. პოლიტიკის ვარიანტები ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებისთვის საქართველოში. ჯანდაცვის დაფინანსების სადისკუსიო მასალა No 3. სექტემბერი 2005 წ.

4.7 მიწოდებლების ოპტიმიზაციის და ხარისხის კონტროლის მიზნით სახელმწიფო გამოიყენებს სამედიცინო დაწესებულებათა რეგისტრაციას, ლიცენზირებას და აკრედიტაციას.

4.7.1 რეგისტრაციის შემდეგ დაწესებულება მიიღებს სამედიცინო საქმიანობის წარმოების სახელმწიფო ნებართვას - **ლიცენზიას**, რომელსაც შჯსდ სამინისტრო გასცემს უვადოთ. ლიცენზია გაცემა არა საქმიანობაზე, არამედ დაწესებულებაზე ან დაწესებულებაში შემავალ სტრუქტურულ ერთეულზე ამ დაწესებულების ან სტრუქტურული ერთეულის ტიპების მიხედვით.

4.7.2 პერიოდულად სამინისტრო მოახდენს **სალიცენზიო პირობების** გადასინჯვას და განახლებას; ასევე მოახდენს სამედიცინო დაწესებულებების პერიოდულ გადამოწმებას ახალი სალიცენზიო პირობების შესაბამისად.

4.7.3 **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მექანიზმად** შჯსდ სამინისტრო განავითარებს სამედიცინო დაწესებულებების ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის სისტემას და ხელს შეუწყობს კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება-დანერგვას.

4.7.4 აკრედიტაციას სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო კომპანიები გამოიყენებენ სამედიცინო დაწესებულებათა კონტრაქტირების პროცესში.

4.7.5 შჯსდ სამინისტრო უზრუნველყოფს აკრედიტაციის პროცესში მონაწილეობის მოტივატორების შექმნას და მოახდენს აკრედიტაციის პროცესის რეგულირებას. აკრედიტაციას განახორციელებს დამოუკიდებელი ორგანო (ფონდი, ასოციაცია...), რომლის სამეთვალყურეო საბჭოს შემადგენლობაშიც იქნება ყველა დაინტერესებული მხარე.

4.7.6 აკრედიტაციის ქონა იქნება აუცილებელი წინაპირობა სახელმწიფო შესყიდვებში მონაწილეობის მისაღებად.

4.7.7 არსებობს რისკი, რომ ჯანდაცვის რაიონული კორპორაციის დომინირებამ ბაზარზე შეიძლება გამოიწვიოს უარყოფითი შედეგები, რაც გამოიხატება არაეფექტიანობით და კორუფციული პრაქტიკის დამკვიდრებით. ამდენად აუცილებელია: ა) შემსყიდველის მიერ კონტრაქტების ეფექტური მართვა (მონიტორინგი, ინსპექტირება, ანგარიშების ანალიზი და რეაგირება); ბ) შჯსდ სამინისტროს მხრიდან პროცესის აქტიური მეთვალყურეობა და დამოუკიდებელი კლინიკური და ფინანსური აუდიტის წარმოება.

4.8 კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება დანერგვა

4.8.1 შჯსდ სამინისტრო მის ხელთ არსებული სამეცნიერო-საგრანტო პროგრამის ფარგლებში ხელს შეუწყობს შესაბამისი სამედიცინო ასოციაციების მიერ ძირითადი კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებას და ეტაპობრივად უზრუნველყოფს მათ დამტკიცებას და კლინიკაში დანერგვას.

4.8.2 დამტკიცებული გაიდლაინებით სარგებლობა სავალდებულო იქნება ყველა იმ

4.10.2 **რაიონულ დონეზე** ²⁴ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის უფლებამოსილებას ახორციელებს ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური, რომელიც ადგილობრივი თვითმმართველობის ადმინისტრაციის სტრუქტურული ერთეულია და საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს წარმოადგენს.

4.10.3 შჯსდ სამინისტრო შეიმუშავებს რაიონული დონის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების ტიპიურ დებულებას და სტრუქტურას და დაენმარება თვითმმართველობის ორგანოებს ამგვარი ცენტრების დაარსება / რეორგანიზაციაში.

5 **ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურების ქსელის ოპტიმიზაციის მიზნით** სამინისტრო განახორციელებს ამ დაწესებულებების რეორგანიზაციას. კერძოდ კონკრეტული რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება დღეს არსებული ცალკეული იურიდიული პირების შერწყმა ერთ ან რამდენიმე -კერძო სამართლის იურიდიულ პირად (რეკომენდებულია არამომგებიანი ორგანიზაცია) წესდებაში სპეციალური ჩანაწერით, რომ ყველა წმინდა მოგება არ განაწილდება დივიდენდების სახით, არამედ დარჩება დაწესებულებაში და მოხმარდება მის განვითარებას (რაც უზრუნველყოფს არამომგებიანი ორგანიზაციის ფაქტიურ სტატუსს).

5.1 **რაიონის დონეზე** შემოთავაზებულია იურიდიული პირის -რაიონული ცენტრის (რც) ორი მოდელი:

5.1.1 ერთიანი რაიონული ცენტრი : *I ვარიანტი*

სოფლებისა და რაიონის პჯდ დაწესებულებები	რაიონული საავადმყოფო	სასწრაფო სამ. დახმარება	სპეციალისტები ამბულატორია	ლაბორატორია / დიაგნოსტიკა
---	----------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

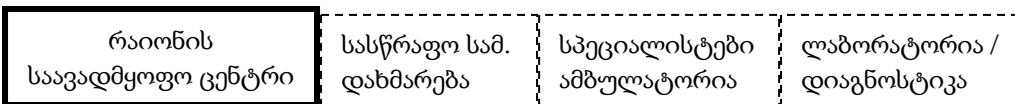
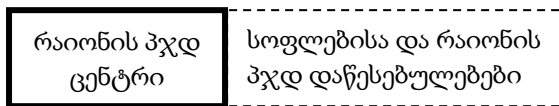
ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
<ol style="list-style-type: none"> კონტრაქტების მცირე რაოდენობა, რაც მათი აქტიური / ეფექტური მენეჯმენტის საშუალებას იძლევა <i>OPM</i> ნაკლები საოპერაციო ხარჯები <i>OPM / CoReform</i> იქმნება რესურსების მაქსიმალურად მიზანმიმართული განაწილების შესაძლებლობა <i>OPM</i> ცენტრში მეტ დაწესებულებებს შეუძლიათ გაიზიარონ როგორც ხარჯები, ასევე კლინიკური გამოცდილება და ცოდნა. 	<ol style="list-style-type: none"> ეს ქმნის HMO-ს მონოპოლიას რაიონულ დონეზე. ესეთ ბაზარზე შეღწევა და კონკურენცია კერძო დაწესებულებებისათვის უკიდურესად ძნელი იქნება. <i>CoReform</i> სახელმწიფო შემსყიდველს აქვს შეზღუდული შესაძლებლობა გავლენა იქონიოს ინდივიდუალურ მიმწოდებელთა შესრულებაზე (<i>performance</i>) რაიონში. ასევე, არ აქვს შესაძლებლობა გადაანაწილოს რესურსები მომსახურების დონეებს შორის, რაც გაკეთდება

²⁴ საერთაშორისო ფონდი კურაციო: მოხსენებითი ბარათი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მინისტრის პირველ მოადგილეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოწყობის შესახებ. თბილისი, დეკემბერი 2005წ.

<p>სოფლის პჯდ დაწესებულებებს შეეძლებათ ისარგებლონ რაიონულ პჯდ დაწესებულებების გამოცდილებით, რომლებიც მეტ შემთხვევას ატარებენ და აკვირდებიან. <i>CoReform</i></p> <p>5. შიდა რეფერალის არსებობა დაფინანსების კაპიტაციური ან გლობალური ბიუჯეტის პირობებში მნიშვნელოვნად წახალისებს დაავადებათა პროფილაქტიკას და პჯდ მომსახურების როლის გაზრდას ხარჯთეფექტურობის გაზრდის მიზნით.</p> <p>7. ადვილია უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების (<i>continuum of care</i>) მართვა. <i>CoReform</i></p> <p>6. ადგილობრივ დონეზე სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურების მართვაზე ფოკუსირება; OPM</p> <p>7. რეფერალის და კლინიკური მართვის სხვა საკითხების მართვა ერთ ორგანიზაციაში (აგრეთვე სავარაუდოა რომ გააუმჯობესებს ხარისხს) OPM</p> <p>8. მომსახურების მისაღებად უფრო ადვილია და სანდო პაციენტის თვალთახედვით; OPM</p> <p>9. ნაკლებია დანახარჯები მენეჯმენტზე და აგრეთვე ეფექტურად გამოიყენებს მწირ მენეჯერულ რესურსებს; OPM</p> <p>10. შეუწყობს ხელს პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკის ექიმების როლის განვითარებას OPM</p> <p>11. მეტად არის სავარაუდო, რომ განვითარდეს თემში გასვლის მომსახურება OPM.</p>	<p>რაიონული ცენტრის მიერ შიდა მენეჯმენტით. <i>CoReform</i></p> <p>3. არის პოლიტიკური რისკი იყოს მსგავსება საბჭოთა სისტემასთან; OPM</p>
---	--

5.1.2 რაიონული პჯდ ცენტრი და რაიონული საავადმყოფო, როგორც დამოუკიდებელი იურიდიული პირები:

II ვარიანტი



ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
1. სოფლის პჯდ დაწესებულებებს შეეძლებათ ისარგებლონ რაიონულ პჯდ დაწესებულებების	1. გაზრდილი ადმინისტრაციული ხარჯები. 2. პაციენტთა ჯანმრთელობის პრობლემების

<p>გამოცდილებით, რომლებიც მეტ შემთხვევას ატარებენ და აკვირდებიან. <i>CoReform</i></p> <ol style="list-style-type: none"> კერძო დაწესებულებებისთვის გაადვილება ბაზარზე შეღწევა და რაიონულ ცენტრებთან კონკურენცია. <i>CoReform</i> პირველად ჯანდაცვაზე ფოკუსირება – არანაირი ხელის შეშლა რაიონის საავადმყოფოს მენეჯმენტიდან OPM მომავალში პჯდ, როგორც ფონდის განმკარგავის შექმნის პოტენცია OPM 	<p>გადაჭრის დაბალი შესაძლებლობა OPM</p> <ol style="list-style-type: none"> სახელმწიფო შემსყიდველმა უნდა მართოს დიდი რაოდენობის კონტრაქტები OPM დაბალი სოციალური მიმღებლობა OPM პჯდ პერსონალის დაინტერესება მოხდეს პაციენტთა მეტი რეფერალი, რაც გაზრდის მომსახურების საერთო დანახარჯებს OPM მენეჯმენტის საოპერაციო ხარჯები უფრო მეტი იქნება OPM რეფერალი იმართება ორ დამოუკიდებელ ორგანიზაციას შორის და არა ერთი ორგანიზაციის შიგნით OPM ძნელია მიაღწიო ოჯახის ექიმის პრაქტიკის როლის განვითარებას OPM თანხების დაზოგვის მიზნით ან რთული პაციენტების თავიდან ასაცილებლად შეიძლება გახშირდეს რეფერალები სპეციალისტებთან რაიონში OPM
---	--

5.2 რეგიონალურ დონეზე სამედიცინო მომსახურებას განახორციელებს რეგიონული ცენტრი, რომელიც შედგება პჯდ ცენტრისა და მულტი-პროფილური რეგიონალური საავადმყოფოსგან. ეს უკანასკნელი ორგანიზდება 250,000 – 350,000 მოსახლეზე და შესწევს უნარი მოსახლეობას მიაწოდოს მომსახურების ფართო სპექტრი, როგორც ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური, სპეციალიზებული ამბულატორიული, ასევე გადაუდებელი და გეგმიური ჰოსპიტალური და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

6 რეგისტრირებული კერძო სამართლის იურიდიული პირების (სამედიცინო დაწესებულებების) მართვა განხორციელდება ორი ან ერთეულებიანი კორპორაციული მართვის წესით - სამეთვალყურეო საბჭოსა და /ან დანიშნული აღმასრულებელი დირექტორის / მენეჯერის მეშვეობით (რეკომენდირებულია მეორე).

6.1 შჯსდ სამინისტროს წარდგინებით ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო დანიშნავს სამეთვალყურეო საბჭოს ან პირდაპირ დირექტორს, რომლის დებულება, ფუნქცია, მოვალეობები და პასუხისმგებლობები განსაზღვრული იქნება სახელმწიფოს მიერ და შესაბამისად აისახება პირის წესდებაში და ხელშეკრულებაში. საბჭო (5-7 წევრი) უნდა შედგებოდეს ძირითადი დაინტერესებული მხარეების წარმომადგენლებისაგან (პაციენტთა და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, რაიონის / რეგიონის მმართველობის ადგილობრივი ორგანოები, შჯსდ სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტი, პროფესიული ასოციაციები, სხვ.) რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ინტერესების დაბალანსება. საბჭოს წევრობა არის ნებაყოფლობითი მოქალაქეებრივი მოვალეობა და არა პროფესია. შესაბამისად წევრების ანაზღაურება უნდა მოხდეს მათი პროფესიული საქმიანობიდან მოცდენილი დროის ასანაზღაურებლად. საბჭოს თავმჯდომარე თანამდებობაზე დარჩება ხუთწლიანი ვადით (შესაძლებელია მეორედ არჩევა), რიგითი წევრები თანამდებობაზე რჩებიან ოთხი წლის განმავლობაში. ყოველწლიურად მოხდება ერთი რიგითი წევრის გადარჩევა, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ანგარიშგების უწყვეტობა.

საავადმყოფოს პერსონალის წარმომადგენლები არ შეიძლება იყვნენ სამეთვალყურეო საბჭოს წევრები.

- 6.2 **დირექტორი**, რომელიც პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებულია კორპორაციის ეფექტურ მართვაზე, თანამდებობაზე რჩება განსაზღვრული ვადით, რაც მოცემულია განახლებად კონტრაქტში. დირექტორს შესაძლოა ვადაზე ადრე შეუწყდეს კონტრაქტი, სათანადო შეტყობინებაში მართებული მიზეზის მითითებით. დირექტორს ნიშნავს და ათავისუფლებს სამეთვალყურეო საბჭო ან (თუ ასეთი არ არსებობს) ეკონომიკის განვითარების სამინისტროს ქონების მართვის სააგენტო.
- 6.3 დირექტორს აქვს გადაწყვეტილების მიღების და მართვის სრული თავისუფლება / ავტონომია (დაქირავება; პერსონალის გადანაწილება; დათხოვა; ხელფასი და შესრულებაზე დამოკიდებული ანაზღაურების წესები; მომსახურების მიწოდების სახე და ფორმა; ფინანსური რესურსების გადანაწილება; მოგების შიდა გადანაწილება შრომის ანაზღაურებასა და წახალისებაზე; რეკომენდაცია წმინდა მოგების რეინვესტირებაზე დაწესებულების განვითარებისათვის). მოადგილეებთან ერთად (კლინიკური, ადმინისტრაციული და ფინანსური) დირექტორი წარმოადგენს **“ადმინისტრაციულ საბჭოს”**. მოადგილეებს აქვთ უფლება სპეციფიური კომპეტენციის ფარგლებში დამოუკიდებლად გაუწიონ რეკომენდაცია სამეთვალყურეო საბჭოს ან ქონების მესაკუთრეს. დირექტორის შემოსავლის დიდი ნაწილი (40%-მდე) დაკავშირებული იქნება წინასწარ განსაზღვრული ამოცანების შესრულებასთან.
- 6.4 მენეჯერების, ისევე, როგორც ყველა სხვა ძირითადი პერსონალის კონტრაქტი და ანაზღაურება ორიენტირებული იქნება შესრულებაზე, ანუ მიღწეულ შედეგებზე და შესაბამისად გაითვალისწინებს წახალისებებს საუკეთესო შესრულების მიღწევას. ახალი როლების და ფუნქციების შესასრულებლად კლინიკური პერსონალი და მენეჯერები გაივლიან სპეციალურ მზადებას.
- 6.5 რაიონული ცენტრი აქტიურად ითანამშრომლებს რაიონის საზ. ჯანდაცვის ცენტრთან ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციის შეგროვების, ეპიდემიოლოგიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით, და უზრუნველყოფს საზ.ჯანდაცვის საქმიანობების მაქსიმალურად ეფექტურ განხორციელებას.
- 6.6 რაიონული ცენტრი ასევე ითანამშრომლებს კერძო მიმწოდებლებთან. ეს თანამშრომლობა შესაძლოა მოიცავდეს როგორც დიაგნოსტიკური ისე კლინიკური დამატებითი სერვისების შესყიდვას. რც-მ შესაძლებელია უპირატესობა მიანიჭოს კერძო მიმწოდებლის ქვე-კონტრაქტირებას მომსახურების მისაწოდებლად, თუ მსგავსი გადაწყვეტილება ადგილობრივი თემის ინტერესებით ან ხარჯთეფექტურობის გაზრდით იქნება განპირობებული. ქვეკონტრაქტი იქნება ასახული სატენდერო წინადადებაში

9. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (სდესფ)

9.1. იურიდიული სტატუსი - საჯარო სამართლის იურიდიული პირი.

9.2 ფუნქცია :

- 9.2.1 განახორციელოს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის საქონლისა და მომსახურების შესყიდვა (გარდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისა);
- 9.2.2 უშუალოდ ჯანდაცვის მიმწოდებლებთან გააფორმოს კონტრაქტები, რათა შეისყიდოს ჯანდაცვის საქონელი და სერვისები უნივერსალური პაკეტისათვის (და სახელმწიფო პროგრამებისთვის, გარდამავალ პერიოდში);
- 9.2.3 კონტრაქტში განსაზღვროს შესრულების (*performance*) ხარისხის მოთხოვნები: კლინიკური, ფინანსური და ადმინისტრაციული. ეს მოთხოვნები უნდა გაითვალისწინონ ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა, რომლებსაც სდევს-თან აქვთ ხელშეკრულება გაფორმებული.
- 9.2.4 შესრულებული სამუშაოსა და კონტრაქტის მოთხოვნათა შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად განახორციელებს აქტიური მონიტორინგს და ინსპექტირებას (სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის შესაბამისად).
- 9.2.5 განიხილოს და გადაჭრას მიმწოდებლებისა და პაციენტების მიერ წარმოდგენილი საჩივრები, რომლებსაც წარმართავს ომბუცმენის დამოუკიდებელი ოფისი.

9.3. «სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, როგორც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი:

არსებობს სამი ვარიანტი, თუ როგორ შეუძლია სდევს-ს განახორციელოს დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის შესყიდვასთან დაკავშირებული ფუნქციები*:

ვარიანტი 1: კერძო სადაზღვევო კომპანიების კონტრაქტირება მოსახლეობისათვის დამატებითი სადაზღვევო პაკეტის სარეალიზაციოდ;

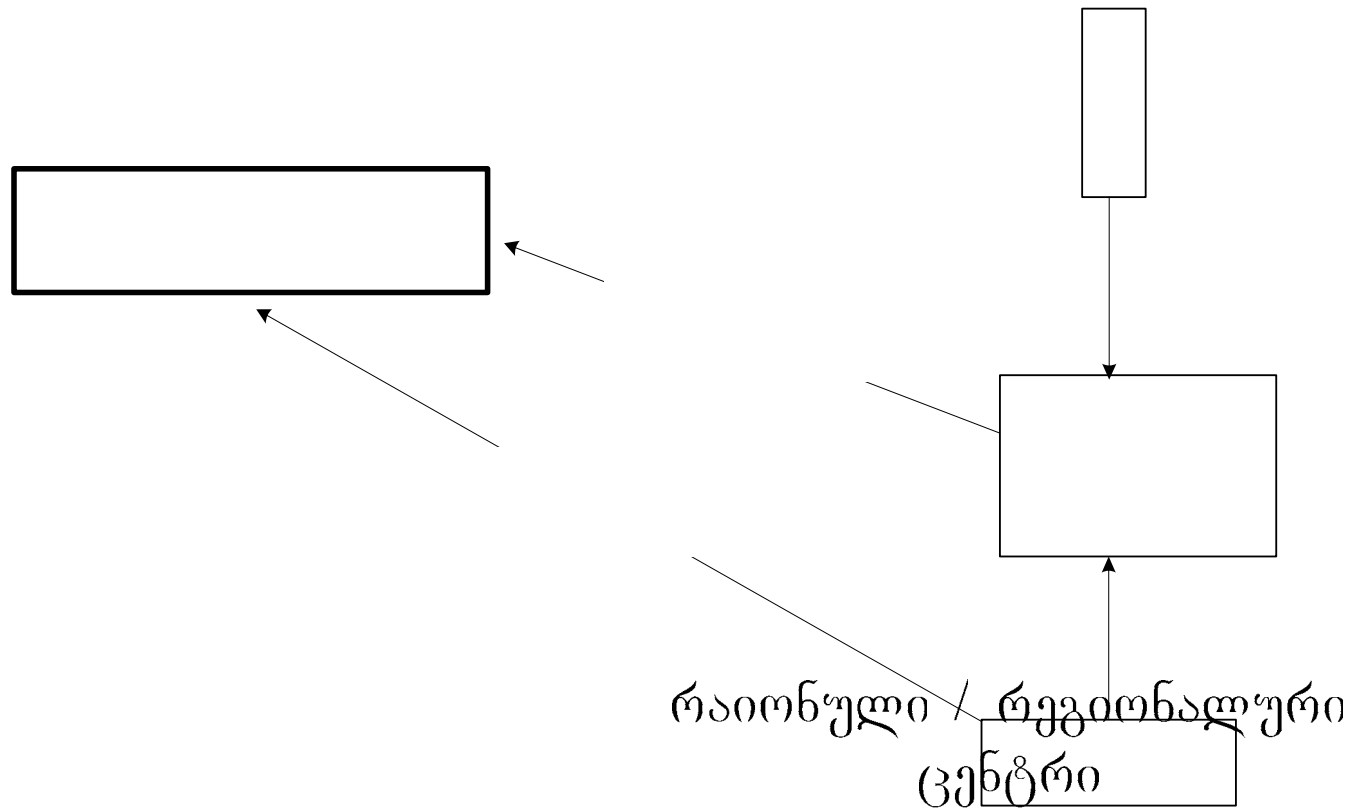
ვარიანტი 2: უზრუნველყოფს დამატებით სადაზღვევო პაკეტს ღარიბებისთვის და მიყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილის**, კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენციის პირობებში;

ვარიანტი 3: უზრუნველყოფს დამატებით სადაზღვევო პაკეტს ღარიბებისთვის და მიყიდის დამატებით სადაზღვევო პაკეტს მოსახლეობის დანარჩენ ნაწილის**, კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან კონკურენციის გარეშე;

*ძირითადი სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტი = „უნივერსალურ პაკეტს“ + „დამატებითი პაკეტი“;

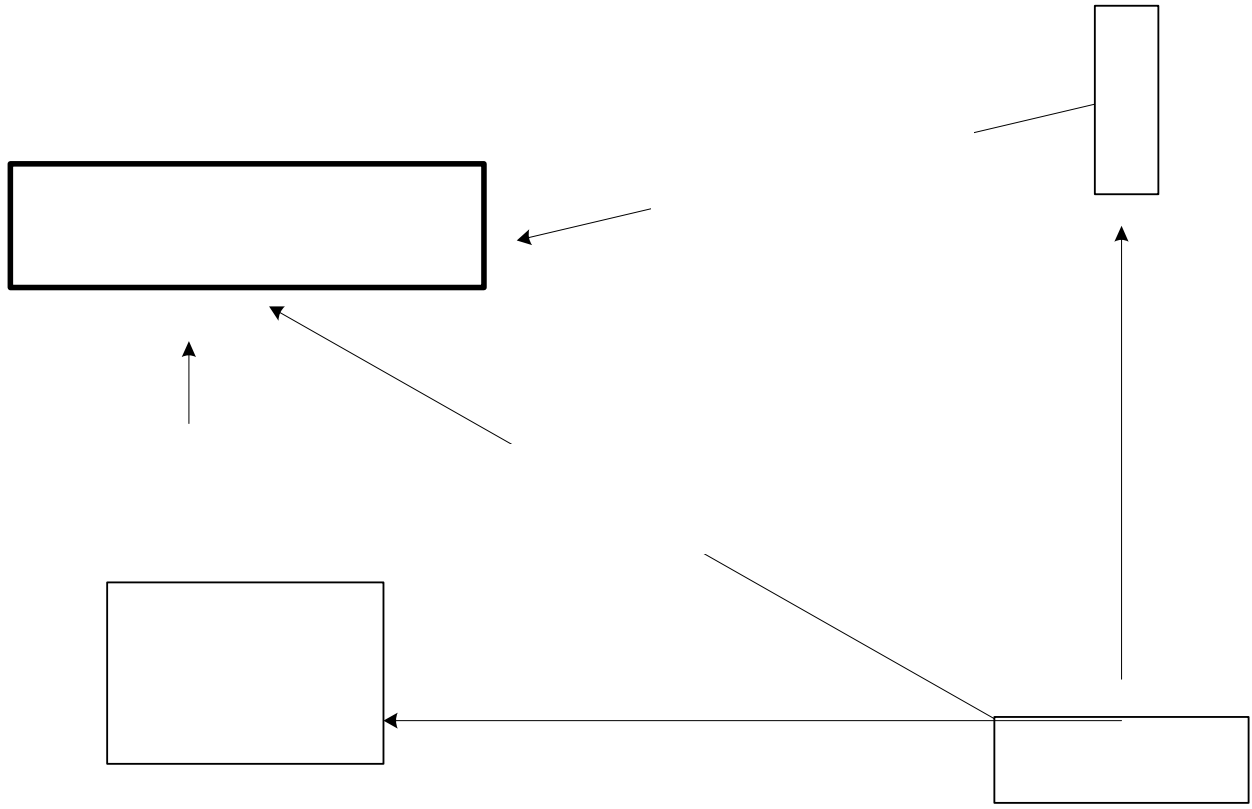
**«დამატებითი პაკეტის» ფარგლებში მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას და ანაზღაურებას მიმწოდებლებისათვის.

ვარიანტი #1: სდესფ-ი კონტრაქტს აფორმებს კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან დამატებითი პაკეტის* მომსახურების მიწოდებისთვის



* (ძირითადი სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტი = უნივერსალურს + დამატებითი პაკეტი)

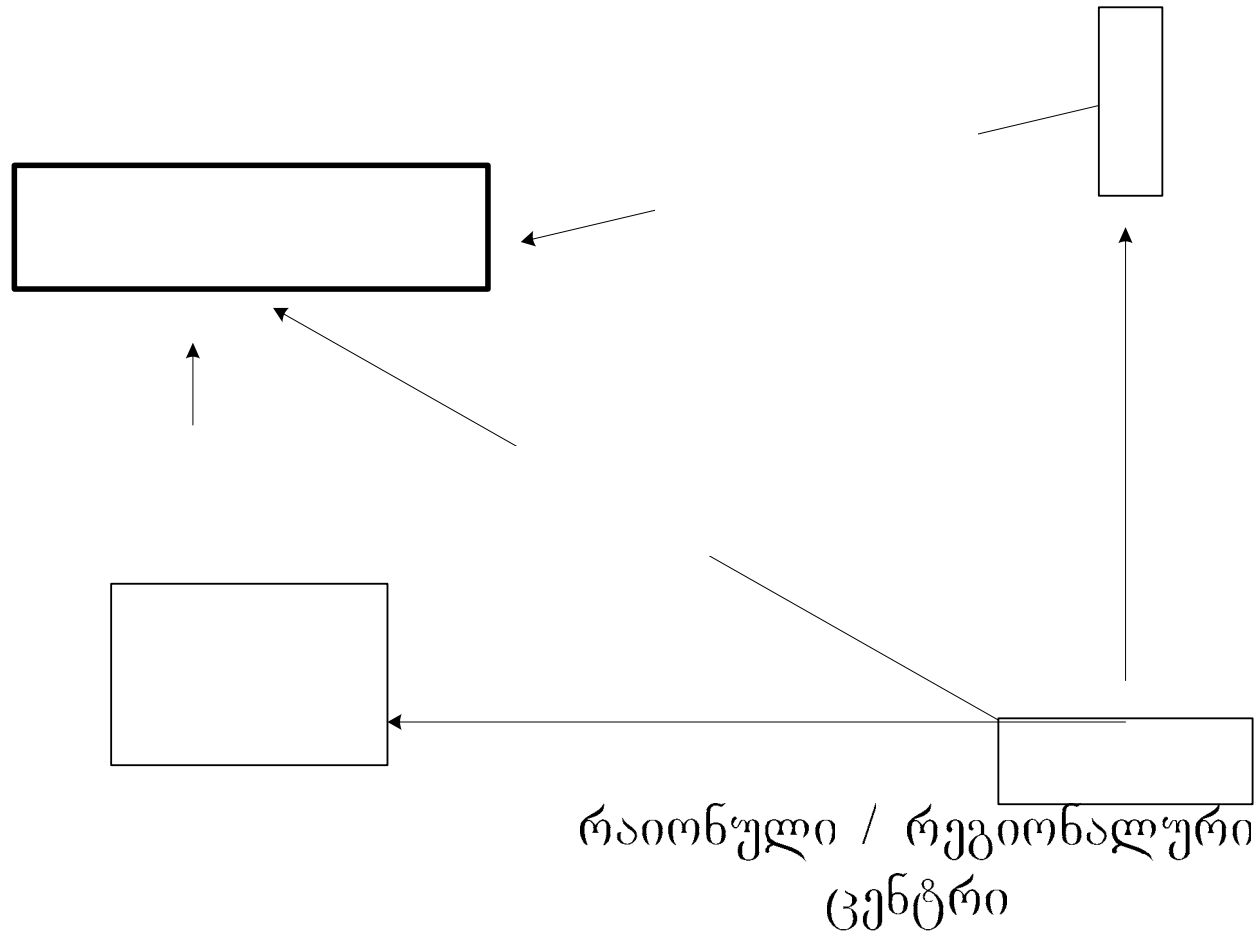
ვარიანტი # 2: სდესფ-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის* ანაზღაურებას ღარიბებისთვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილი ნაწილისთვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ყიდნიან დამატებით და აგრეთვე “დამხმარე” სადაზღვევო პაკეტს



რაიონული / რეგიონალური ცენტრი

* (ძირითადი სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტი = უნივერსალურს + დამატებითი პაკეტი)

ვარიანტი # 3: სდესფ-ი უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტის* ანაზღაურებას ღარიბებითვის და ყიდის იმავე პაკეტს მოსახლეობის დარჩენილი ნაწილისთვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ყიდნიან “დამხმარე” სამედიცინო დაზღვევის პაკეტს



* (ძირითადი სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტი = უნივერსალურს + დამატებითი პაკეტი)

	ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
<p>ვარიანტი # 1</p>	<p>1. ეს ვარიანტი შეამზადებს სადაზღვევო ბაზარსა და მარეგულირებელ გარემოს, რათა მოიცვან მომსახურების ფართო სპექტრი მთელი მოსახლეობისთვის. ეს აუცილებელია თუკი ქვეყანა გეგმავს ძირითადად კერძო სექტორს დაეყრდნოს დამატებითი პაკეტის დაფინანსებისთვის; CoReform</p> <p>2. კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის სახელმწიფო კონტრაქტების შეთავაზება, იძლევა კერძო სადაზღვევო მოცვის რეგულირების მნიშვნელოვან მექანიზმს, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს აუცილებელი სერვისების მოცვა. ეს ასპექტი ნაკლებადაა დაცული დღეს საქართველოში და შედეგად, კერძო დაზღვევა ძვირი და არახელმისაწვდომია მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის; CoReform</p> <p>3. იქმნება შესაძლებლობა, გაერთიანდეს ჯანდაცვის კერძო და სახელმწიფო დანახარჯები. ეს კი რისკების გაერთიანების მექანიზმს ზრდის და ახდენს მის დივერსიფიკაციას და ხელს უწყობს ჯანდაცვის დანახარჯების დიდი ნაწილის ფორმალიზაციას. CoReform</p> <p>4. ინდივიდები, რომლებსაც სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტით, შეძლებენ ეს პაკეტი შეისყიდონ კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან. CoReform</p> <p>5. საავადმყოფოების ანაზღაურება არ მოხდება სხვადასხვა ფასებით და არც გადახდის სხვადასხვა სისტემები იქნება გამოყენებული კერძო და არა-კერძო პაციენტებისთვის. შესაბამისად, გამლიერდება შემსყიდველის როლი და ძალაუფლება. CoReform</p>	<p>1. ძალიან ძნელია კერძო სადაზღვევო ბაზრის წარუმატებლობების რეგულირება, განსაკუთრებით რისკების შერჩევითობა; ასე რომ, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ძლიერ მარეგულირებელ გარემოს, თუმცა, ეს ძალიან ძნელად მისაღწევია. CoReform</p> <p>2. არსებობს საფრთხე, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიები არ დაინტერესდებიან ამ შეთავაზებით, რადგან ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ისინი რაიმე მოგებას მიიღებენ ქვეყნის უმეტეს ნაწილში. CoReform</p> <p>3. გაიზრდება ადმინისტრაციული დანახარჯები და ე.წ. “გადინება” (სახელმწიფო სახსრების არამიზნობრივი ხარჯვა ადმინისტრირებაზე) და შესაბამისად შემცირდება დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებაზე. CoReform</p> <p>4. კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის მსგავსი პარტნიორობა შეიძლება არამომგებიანი იყოს, განსაკუთრებით მკაცრი რეგულირების პირობებში. CoReform</p>
<p>ვარიანტი # 2</p>	<p>1. მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველის გამლიერება, იმ შემთხვევისთვის, თუ კი მომავალში ქვეყანა გადაწყვეტს სოციალური დაზღვევის ფარგლებში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებას; CoReform</p> <p>2. ინდივიდები, რომლებსაც სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტით, შეძლებენ ეს პაკეტი შეისყიდონ სდეფ-ისგან ან კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან. ეს დაზღვევას ხელმისაწვდომს გახდის მთელი მოსახლეობისთვის. CoReform</p> <p>3. გარკვეულწილად იქმნება შესაძლებლობა, გაერთიანდეს ჯანდაცვის კერძო და სახელმწიფო დანახარჯები. ეს კი რისკების</p>	<p>1. სდეფ-ი იგივე პირობებში იქნება, რაც სხვა დანარჩენი კერძო სადაზღვევო კომპანიები. არსებობს საფრთხე, რომ ის ვერ შეძლებს კონკურენციის გაწევას და შედარებით ჯანმრთელი პაციენტები (დასაქმებულები და ახალგაზრდები) არჩევენ კერძო დაზღვევას, რაც გამოიწვევს რისკის გაერთიანების ნეგატიურ ჰომოგენურობას და გაკოტრების საფრთხეს. ამ შემთხვევაში, რისკების გაერთიანების მექანიზმი დამატებითი სადაზღვევო პაკეტისთვის ფრაგმენტირებულია და სდეფ-ი აერთიანებს მაღალი რისკი მქონე (უფრო ავადმყოფ და ღარიბ მოსახლეობა) ჯგუფებს. ეს სდეფ-ს ხდის არაკონკურენტულს კერძო</p>

	<p>გაერთიანების / გადანაწილების მექანიზმს ზრდის და ახდენს მის დივერსიფიკაციას და ხელს უწყობს ჯანდაცვის დანახარჯების დიდი ნაწილის ფორმალიზაციას. CoReform</p>	<p>სადაზღვევო კომპანიებთან შედარებით, საფრთხეს უქმნის მას შეინარჩუნოს რისკების გაერთიანების მდგრადი მექანიზმი და საბოლოო ჯამში სერიოზული რისკის ქვეშ აყენებს ღარიბი მოსახლეობისათვის მომსახურების ხელმისაწვდომობას თუკი სდესფ-ს მოუწევს მომსახურებაზე ანაზღაურების შემცირდება, რათა დაფაროს უფრო მაღალი რისკების ხარჯები. CoReform</p> <p>2. საავადმყოფოებისთვის სდესფ-მა და კერძო სადაზღვევო კომპანიებმა გადახდა შეიძლება აწარმოონ სხვადასხვა ფასების მიხედვით. სდესფ-მა შეიძლება უფრო ნაკლები გადაუხადოს მომწოდებლებს, რათა მოიცვას უფრო მაღალი რისკები. ასე რომ, დაიწვეს მომსახურების ხარისხი და შესუსტდება შემსყიდველის როლი და ძალაუფლება. CoReform</p> <p>3. სდესფ-ი იქნება ისეთივე რეგულირების პირობებში რაც ნებისმიერი კერძო სადაზღვევო კომპანია და შესაბამისად ვერ მოახდენს ამ უკანასკნელთა არაპირდაპირ რეგულირებას; CoReform</p>
<p>ვარიანტი # 3</p>	<p>1. მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველის გაძლიერება, იმ შემთხვევისთვის, თუ კი მომავალში ქვეყანა გადაწყვეტს სოციალური დაზღვევის ფარგლებში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებას; CoReform</p> <p>2. შესაძლებლობელია გაერთიანდეს ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო დანახარჯები. ეს კი განაპირობებს რისკების გაერთიანების / გადანაწილების მექანიზმის მნიშვნელოვან გაფართოვებასა და დივერსიფიკაციას და აგრეთვე შესაძლებლობას იძლევა მოხდეს ჯანდაცვაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის ფორმალიზაცია. CoReform</p> <p>3. დამატებითი სადაზღვევო პაკეტისთვის რისკების გაერთიანება / გადანაწილება არაა ფრაგმენტირებული. CoReform</p> <p>4. დამატებითი პაკეტის ფარგლებში მიმწოდებლებისათვის გადახდა არ მოხდება სხვადასხვა ფასების მიხედვით და არც გადახდის განსხვავებული სისტემები იქნება გამოყენებული კერძო და არა-კერძო პაციენტებისთვის. ასე რომ, გაძლიერდება შემსყიდველის როლი და ძალაუფლება. CoReform</p> <p>5. ინდივიდები, რომლებსაც სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს დამატებითი პაკეტით, შეძლებენ ეს პაკეტი შეისყიდონ სდესფ-ისგან. სამედიცინო დაზღვევას ეს ბევრად უფრო ხელმისაწვდომს</p>	<p>1. იქმნება სამედიცინო დაზღვევის დამატებითი პაკეტის მონოპოლისტი მზღვეველი / შემსყიდველი. მონაცემები ამ მოდელის სუსტი და ძლიერი მხარეების შესახებ არაერთგვაროვანია. მართალია შემცირდება ადმინისტრაციული დანახარჯები, მაგრამ არის საშიშროება რომ მზღვეველმა არ გაითვალისწინოს მოსახლეობის საჭიროებები და მოთხოვნები. CoReform</p>

10. სამედიცინო პერსონალის სწავლება

10.1 საკადრო რესურსი შედგება უმაღლესი და საშუალო სამედიცინო, ფარმაცევტული და სხვა პერსონალისაგან. დამოუკიდებელი საექიმო და ფარმაცევტული საქმიანობის უფლება აქვს უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლის კურსდამთავრებულ, სათანადო სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ექიმს (ფარმაცევტს). სადღეისოდ ექთნების და სხვა პერსონალის სერტიფიცირება არ დაწყებულია.

ექიმთა დიპლომამდელ და დიპლომისშემდგომ განათლებას ახორციელებს განათლების სამინისტრო, ხოლო სერტიფიცირებისა და რესერტიფიცირების (უწყვეტი პროფესიული მზადების) პროცესს – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

10.2 საგანმანათლებლო დაწესებულებების იურიდიული სტატუსი არის სხვადასხვა. დაქვემდებარების სახე - სახელმწიფო ან კერძო. ყველა აკრედიტებული განათლების სამინისტროს მიერ.

10.3 უმაღლესი სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების აკრედიტაციას, სადაც ხორციელდება დიპლომამდელი განათლება, ახორციელებს განათლების სამინისტრო, ხოლო იმ კლინიკებისა, სადაც განხორციელდება პოსტდიპლომური მზადება, აკრედიტაციის პროცესი ფორმირების პროცესშია.

11. პროფესიული ორგანიზაციები

ქვეყანაში დარეგისტრირებულია 50-მდე პროფესიული ასოციაცია. მათი როლი და ფუნქციები დღესდღეობით არ არის ბოლომდე გამოკვეთილი. ზოგ დარგში არის რამდენიმე ასოციაცია. მიზანშეწონილია სახელმწიფოს მიერ მათი აღიარების (აკრედიტაციის) პროცედურის შემუშავება.

12. პაციენტთა ორგანიზაციები

პაციენტთა ორგანიზაციების მიზანია პაციენტების და მათი ოჯახების უფლებამოსილების პროგრესიული ზრდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის გაუმჯობესების მისაღწევად.

პაციენტთა ასოციაციები მონაწილეობას იღებენ პაციენტთა, მათი ოჯახების და ჯანმრთელობის რისკის ქვეშ მყოფ ინდივიდთა უფლებების დაცვაში, რაც მოიცავს ადამიანის უფლებას მიიღოს პრევენციული მოსახურება, უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობით, ფლობდეს ინფორმაციას საკუთარი ჯანმრთელობის, სამედიცინო მომსახურების შესახებ, გააკეთოს გაცნობიერებული არჩევანი და განაცხადოს თანხმობა კონკრეტულ მომსახურებაზე, დაცული იქნას კონფიდენციალობა, მიიღოს ხარისხიანი და უსაფრთხო მომსახურება, დაზღვეული იქნას არასაჭირო პროცედურებისაგან, გაასაჩივროს მომსახურება და მიიღოს კომპენსაცია.

პაციენტთა ორგანიზაციები დამოუკიდებელი ორგანიზაციებია, არაკომერციული და ხშირად საქველმოქმედო. ისინი ფორმირდება, როგორც ასოციაციები ან ფონდები.

პაციენტთა ორგანიზაციების წახალისებით მთავრობამ ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ჩართულობას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და ეფექტურობის გაუმჯობესებაში.

13. რეფორმის წარმატებისათვის განსახორციელებელი საკითხები

13.1 სახელმწიფომ ინვესტიციები განახორციელდება უპირატესად იმ რეგიონებში და სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც გარდამავალ პერიოდში შეუძლებელია კონკურენტული გარემოს შექმნა და ნაკლებად არის მოსალოდნელი კერძო ინვესტიციების მოზიდვა.

13.2 სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების პროგრამის დეტალური კონცეფციის დამტკიცების შემდეგ დაიწყება მოსახლეობასთან ურთიერთობის ფართო კამპანია მისიინფორმირების და მხარდაჭერის მოსაპოვებლად. რეკომენდირებულია სათემო მობილიზაციის კომპონენტების გამოყენება რეფორმის განხორციელებაში მოსახლეობის თანამონაწილეობისათვის.

13.3 სახელმწიფო ინვესტიციები განხორციელდება მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც სახელმწიფოს წილი შეადგენს 50%-ზე მეტს. დაწესებულებები შეირჩევა სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის გეგმის რეკომენდაციების გათვალისწინებით სამინისტროსთან შეთანხმებულ წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებზე დაყრდნობით.

13.4 რეაბილიტირებულ დაწესებულებებში სამუშაოდ მაღალკვალიფიციური სამედიცინო და სხვა კადრები შეირჩევა ღია კონკურსის საფუძველზე.

13.5 არსებული ინფრასტრუქტურა მნიშვნელოვნად აღემატება სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების განსახორციელებლად საჭირო რაოდენობას. წინასწარი გათვლებით, განხორციელებული ოპტიმიზაცია გამოავლენს ჭარბ ინფრასტრუქტურას – უძრავი ქონება და აღჭურვილობა (საშუალოდ 500-დე შენობა-ნაგებობა) და ადამიანურ რესურსებს (საშუალოდ 23 ათასი ექიმი და ექთანი²⁵. (დამხმარე პერსონალი არ არის ჩათვლილი). ინფრასტრუქტურის ოპტიმიზაციის მიზნით შემოთავაზებულია შენობა ნაგებობების პრივატიზებისა და გამონთავისუფლებული პერსონალისათვის კომპენსაციების გაცემის შემდეგი ვარიანტები:

13.4.1 განხორციელდება უძრავი ქონების პრივატიზაცია, სამედიცინო დაწესებულების პერსონალისათვის უპირატესობის მინიჭებით. მიღებული თანხიდან (XX

1. სტატისტიკური ცნობარი - ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო 2004. დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

2. შინამეურნეობები საქართველოში 2003-2004. UNDP, ეკონომიკის განვითარების სამინისტრო - სტატისტიკის დეპარტამენტი, თბილისი 2005წ.

3. მეწარმეობა საქართველოში 2005. საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო, სტატისტიკის დეპარტამენტი;

4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის მოხსენება სამთავრობო კომისიაზე, მარტი 2006.

5. ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ინვესტიციების 5 წლიანი პროგრამის წინასწარი გაანგარიშებები. სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თებერვალი, 2006.

- მლნ ლარი) სახელმწიფო შეძლებს გაისტუმროს სამედიცინო დაწესებულებებისათვის წლების მანძილზე დაგროვილი დავალიანება (დაახლოებით 25 მლნ ლარი). აგრეთვე, პენსიით და “მიზნობრივი დანამატით” (XX ? ლარი) უზრუნველყოს საპენსიო და მასთან მიახლოებული ასაკის გამონთავისუფლებული სამედიცინო პერსონალი, ხოლო დანარჩენ სამედიცინო პერსონალს 2 წლის მანძილზე შესთავაზოს საკომპენსაციო ყოველთვიური ანაზღაურება (თვეში: ექიმს 180-220 ლარი, ექთანს 150 ლარი);
- 13.5.2 სამედიცინო დაწესებულებები საკუთრებაში უსასყიდლოდ გადაეცემა კოლექტივს, სამედიცინო პროფილის შენარჩუნების აუცილებლობის მოთხოვნის გარეშე. სახელმწიფო მოიხსნის პასუხისმგებლობას დაწესებულებისთვის დაგროვილ დავალიანებასა და სამუშაო პერსონალისათვის კომპენსაციის გადახდაზე.
- 13.5.3 ექიმებისა და ექთნებისათვის გაიხსნება ფასიანი მოსამზადებელი პროგრამა გადაუდებელი სტაციონარული დახმარების ცენტრებში სამუშაოდ. (მომზადების საფასურის გადახდა შესაძლებელი იქნება გამოყოფილი საკომპენსაციო თანხიდან, იხ. 13.5.1).
- 13.5.4 სახელმწიფო სახსრებით სარეაბილიტაციოდ შერჩეული იურიდიული პირის მიერ აქტივების ნაწილის რეალიზაციით მიღებული შემოსავლები მოხმარდება ამავე იურიდიული პირის კაპიტალში რეინვესტირებას.
- 13.6 გამონთავისუფლებული სამედიცინო პერსონალის სხვა სექტორში ან თვით-დასაქმებისათვის ხელშესაწყობად სახელმწიფო გახსნის და სუბსიდირებას (საფასურის 20-30%?) გაუწევს გადამზადების ფასიან კურსებს. ამ მიზნით მობილიზდება სექტორში საერთაშორისო დახმარება, რაც სიღარიბის დაძლევის პროგრამის ფარგლებში შეიძლება განხორციელდეს.
- 13.7 გარდამავალ პერიოდში არარეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულებებისათვის შესაძლებელია შენარჩუნებულ იქნეს დღეისათვის მოქმედი შესყიდვებისა და დაფინანსების მეთოდები. იქ სადაც ფუნქციონირებას დაიწყებს რეაბილიტირებული დაწესებულებები, ამოქმედდება სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმი. კონტრაქტირების, ლიცენზირების და აკრედიტაციის მექანიზმების სრულყოფილი ამოქმედებით სახელმწიფო უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მაღალ ხარისხს და მიმწოდებელთა (მათ შორის კერძო) შორის ჯანსაღ კონკურენციას.
- 13.7 რეფორმის მართვას და მასზე ზედამხედველობას ახორციელებს “რეფორმის მართვის კომიტეტი” (შემდგომში- კომიტეტი) შჯსდ მინისტრის თავმჯდომარეობით. მინისტრის წარდგინებით კომიტეტი ამტკიცებს: “რეფორმის მართვის ცენტრი”-ს (შემდგომში- ცენტრი) ხელმძღვანელს და შემადგენლობას, განსაზღვრავს ცენტრის ფუნქციებს, უფლებებს და ანგარიშგებას; რეფორმის განხორციელების სტრატეგიულ და დეტალურ გეგმებს. ცენტრის ხელმძღვანელი ყოველთვიურ ანგარიშს წარუდგენს კომიტეტს, ხოლო კვარტალში ერთხელ რეფორმის მიმდინარეობის შესახებ მოხსენებას გააკეთებს კომიტეტის სხდომაზე. კომიტეტი კვარტალში ერთხელ მიმდინარე ანგარიშს წერილობით წარუდგენს სამთავრობო კომისიას, ხოლო მინისტრი ყოველი სამუშაო წლის ბოლოს შემაჯამებელ მოხსენებას გააკეთებს სამთავრობო სხდომაზე.

ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების მოწყობა

შესავალი

1. წარმოდგენილი თავი აღწერს ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების ორ ძირეულ ასპექტს: ა) მოსახლეობისათვის მომსახურების მიწოდების დაფინანსების მოდელს და ბ) სექტორისთვის საჭირო ინვესტიციებს, რომელთა გარეშეც მნიშვნელოვანი ცვლილების შეტანა არსებულ სიტუაციაში შეუძლებელი იქნება.
2. მთლიან შიდა პროდუქტიდან ჯანდაცვის სექტორზე დანახარჯები სხვადასხვა ქვეყანაში 4-14 პროცენტამდე მერყეობს, ხოლო ამ მოცულობაში სახელმწიფო დანახარჯების წილი 30-80 პროცენტამდე²⁶. მსოფლიოში ჯანდაცვის დაფინანსების რამოდენიმე მოდელი (ბისმარკი, სემამუო და სხვა) არსებობს, განსხვავებულია დაფინანსების წყაროები, დამფინანსებლები და რეგულირების ფორმები და მეთოდები²⁷. მაგრამ ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსება ძირითადად სამი წყაროდან ხორციელდება: საგადასახადო შემოსავლებიდან, სადაზღვევო გადასახადებიდან/შენატანებიდან, სადაც მონაწილეობს როგორც დამქირავებელი და დაქირავებული ისე მოსახლეობა. არსებობს კიდევ სხვა ალტერნატიული წყაროებიც.
3. ჩვენს ქვეყანაში ჯანდაცვის სექტორში დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 5-5,5 პროცენტს შეადგენს, აქედან სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან დანახარჯებთან მიმართებაში 30% არ აღემატება;²⁸ გადახედვას მოითხოვს საქართველოში ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსების არსებული წყაროები, როგორცაა საბიუჯეტო შემოსავალი, კერძო დანახარჯები და სხვა მიზნობრივი სახსრები, ვინაიდან იგი ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორის მოთხოვნებს. ჯანდაცვის სფეროში არსებული მძიმე სიტუაციიდან გამომდინარე, ქვეყანამ მიიღო გადაწყვეტილება სექტორში 2011 წლამდე ინვესტიციების სახით ჩადოს 400.0 მლნ ლარი. გათვალისწინებულია ამავე პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზარდოს სექტორში დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების ლეგალიზაცია, პაციენტების მედიკამენტებით და ამბულატორიულ მომსახურებაში სუბსიდირებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და სხვა²⁹.
4. ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში, ანალოგიურად სხვა ქვეყნებისა მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს სახელმწიფოს წილი, რაც შესაძლებელია მიღწეული იქნას სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისა და მიზნობრივი გადასახადების შემოღებით და საბიუჯეტო დაფინანსების გაზრდით. ამასთან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში ფართოდ უნდა იყოს ჩაბმული მოსახლეობა ნებაყოფლობითი დაზღვევისა და თანაგადახდის ფორმით, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვაზე დანახარჯების ლეგალიზაციას.

პრეამბულა

5. საქართველოში ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების მოწყობის **შემოთავაზებული მოდელი ნაკარნახევია** საქართველოს კონსტიტუციის 37-ე მუხლი 1-ლი პუნქტით:

²⁶ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში 2005 წლისათვის (1998-2002 წ) სტატისტიკური დანართი;

²⁷ ჯანდაცვის დაფინანსება: ალტერნატიული წყაროები ევროპისათვის გვ.18 და გვ.64;

²⁸ ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო - სტატისტიკის დეპარტამენტი, 2005 წ.

²⁹ სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის 2006 წლის იანვრის ანგარიში;

***პუნქტი 1.** ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.*

6. შემოთავაზებული მოდელი მიზნად ისახავს ა) ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განუხრელ გაუმჯობესებას და დაიცვას გარემო ფაქტორების შესაძლო მავნე ზეგავლენისგან; ბ) მკაფიოდ გაიმიჯნოს სახელმწიფოს და პიროვნების ვალდებულებები სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სფეროში; გ) სახელმწიფოს მიერ განცხადებული ვალდებულებები დააბალანსოს ქვეყნის ეკონომიკურ შესაძლებლობებთან და გახადოს რეალური და აღსრულებადი; დ) გამოიყენოს საზოგადოებრივი თანხები სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის დასაცავად; ე) გაზარდოს მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის ხარისხი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას წარმოქმნილი ფინანსური რისკებისგან-სიღარიბისაგან³⁰; ვ) ფინანსური ბარიერების შემცირების გზით გაზარდოს მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებასთან.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმის ხედვა

7. საქართველოს კონსტიტუციის 37 მუხლის ფარგლებში, შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავს რომ სახელმწიფო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში გაიყოს ორ ჯგუფად³¹.
- 7.1. პირველ შემთხვევაში სახელმწიფო პასუხისმგებელია მთელი მოსახლეობის წინაშე სახელმწიფო (საბიუჯეტო) სახსრებით უზრუნველყოს საჭირო ჯანდაცვითი ღონისძიებების ორგანიზება და განხორციელება; დაიცვას და გააუმჯობესოს მოსახლეობის კოლექტიური ჯანმრთელობის მდგომარეობა; და ამავე დროს საქართველოს ტერიტორიაზე საჭიროების შემთხვევაში ნებისმიერ პიროვნებას ანაზღაურების გარეშე მიაწოდოს კანონით განსაზღვრული პრევენციული, სამკურნალო და რეაბილიტაციური მომსახურება;
- 7.2. მეორე შემთხვევაში სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს, რომ ჯანდაცვის სფეროში იარსებებს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი (რეკომენდებულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახით). სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოსახლეობის არაღარიბი ნაწილისათვის უზრუნველყოს ამ პროდუქტის ფინანსური და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობა, ხოლო სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას სახელმწიფო (საზოგადოებრივი) სახსრებით შეუძინოს ასეთი პაკეტი.
- 7.3. ეს ორივე ჯგუფი ერთად წარმოადგენს მოსახლეობისთვის აუცილებლად საჭირო სამედიცინო მომსახურების ერთობლიობას - „ძირითად პაკეტს“.
8. ამ მიზნებიდან გამომდინარე ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების პოლიტიკური პრიორიტეტები შემდეგია:
- 8.1. სახელმწიფომ საზოგადოებრივი სახსრები მიმართოს მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისთვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის) პრიორიტეტული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დასაფინანსებლად და არა დაწესებულებების და ინფრასტრუქტურის დასაფინანსებლად;

³⁰ საქართველოს ეკონომიკური ზრდისა და სიღარიბის დაძლევის სტრატეგია, პარაგრაფი 114

³¹ ჯანდაცვისთვის სახელმწიფო დაფინანსების გადანაწილება პრიორიტეტული სერვისებისა და მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით: ჯანდაცვის სარგებელთა პაკეტის რეფორმის ვარიანტები საქართველოში. ჯანდაცვის დაფინანსების სადისკუსიო მასალა N¹ 2. ივნისი 2005 წ.

- 8.2. სახელმწიფომ, ეკონომიკური ზრდის პარალელურად, გაზარდოს ჯანდაცვაზე საზოგადოებრივი დანახარჯების აბსოლოტური მოცულობები და მისი ხვედრითი წილი ქვეყნის მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის დანახარჯებში. დამატებითი ფინანსური რესურსები მიმართოს ან მოსახლეობის პრიორიტეტული ჯგუფების მოცვის გაზრდაზე ან კიდევ პრიორიტეტული მომსახურების მოცულობის გაზრდაზე.
- 8.3. სახელმწიფომ განსაზღვროს და დაარეგულიროს არა მარტო საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვის პრიორიტეტები არამედ შექმნას ისეთი დაფინანსების სისტემა, რომელიც ახდენს მოსახლეობის კერძო დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის მობილიზებას ორგანიზებულ ფინანსურ ნაკადებში სადაზღვევო სისტემის განვითარების გზით. ამავე დროს სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს და განავითაროს ისეთი რეგულირების მექანიზმები, რომელიც მიმართული იქნება მოსახლეობის არაფორმალური დანახარჯების ხვედრითი წილის შემცირებაზე ჯანდაცვის ეროვნულ დანახარჯებში.

რეფორმის განხორციელების მექანიზმები

9. საქართველომ კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” უნდა განსაზღვროს იმ სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, რომელსაც დააფინანსებს სახელმწიფო და რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე და/ან მინიმალური თანაგადახდით, განურჩევლად მოსახლეობის საცხოვრებელი ადგილისა თუ ფინანსური მდგომარეობისა. ამ მიზნით შემოთავაზებულია შემოტანილი იქნეს “უნივერსალური პაკეტი” ცნება, რომელიც ძირითადი პაკეტის ნაწილია.
- ა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები;
 - ბ. ოჯახის ექიმის მოდელზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ), რომელიც საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვეში აწვდის მოსახლეობას პრევენციულ, სამკურნალო და რეაბილიტაციურ მომსახურებას ;
 - გ. გადაუდებელი სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – გადაუდებელი ტრანსპორტირება სამედიცინო დაწესებულებამდე და/ან დაწესებულებებს შორის;
 - დ. ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი და აივ/შიდსი (ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურება).
 - ე. სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა³²
10. “უნივერსალური პაკეტი” ფარგლებში სახელმწიფოს მიერ ნაკისრი სოციალური ვალდებულებების შესრულების მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო:
- 10.1. განსაზღვრავს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახლებურ ორგანიზაციულ და ტერიტორიულ მოწყობას. ცენტრალური/რეგიონული სტრუქტურები დაფინანსდება სახელმწიფოს მიერ ბიუჯეტიდან, ხოლო რაიონული ცენტრები ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან. გარდა ამისა, ეპიდსიტუაციის კონტროლისა და ეპიდემიების პრევენციის მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან ერთად, კონკრეტული ეპიდემიოლოგიური რისკების შეფასების საფუძველზე ყოველწლიურად შეიმუშავებს პროგრამას, რომელიც დაფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან³³.

³² დიაბეტით დაავადებულ მოზრდილთა და ბავშვთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ჰემოფილიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა მკურნალობა, ონკოინჟურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, უშაქრო დიაბეტით დაავადებულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა, ვაქცინები, ფენილკეტონურიით დაავადებულ ბავშვთა სამკურნალო საკვები დანამატით უზრუნველყოფა

³³ მოხსენებითი ბარათი PUBLIC HEALTH LAW AND ORGANIZATION

10.2. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე განსაზღვრავს ა) მიწოდებული მომსახურების მოცულობას³⁴ ბ) ამ მომსახურების მიწოდებლებთან შეთანხმებით ადგენს მომსახურების დაფინანსების ფორმებს, ტარიფებს და კონტრაქტორების წესს და გ) ამტკიცებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესის მიხედვით შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტებით.

11. ასევე კანონით “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” სახელმწიფო განსაზღვრავს “დამატებით პაკეტს” (ძირითადი პაკეტის ნაწილს) ანუ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტს, რომელიც დაიცავს მოსახლეობას იმ ფინანსური რისკებისგან, რომელიც წარმოიშობა აუცილებელად საჭირო სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, დიაგნოსტიკური თუ ჰოსპიტალური მომსახურება) მიღებისას³⁵, საჭირო მედიკამენტების შეძენისას და რომელიც მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს ესაჭიროება. რადგან ამ პროდუქტით სარგებლობის უფლება კონსტიტუციური უფლების რეალიზაციაა, აუცილებელია რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტი სახელმწიფოს მხრიდან მკაცრად რეგულირდებოდეს (მით უმეტეს თუ სახელმწიფო მას სავალდებულო გახდის), რათა სახელმწიფომ უზრუნველყოს რომ საქართველოს მოსახლეობისთვის ეს პროდუქტი იყოს მიმზიდველი და ხელმისაწვდომი (ფინანსურად და გეოგრაფიულად). ამ პროდუქტის შესაქმნელად და დასამკვიდრებლად საჭიროა:

11.1. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად ერთობლივად (როგორც ეს მოცემულია ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოწყობისა და მართვის მოდელში) შეიმუშაოს ამ სადაზღვევო პროდუქტის:

- 11.1.1. დიზაინი, ანუ განსაზღვროს იმ ფინანსური რისკების მოცულობა რომლისგანაც უნდა დაიცვას ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტმა მომხმარებელი;
 - 11.1.2. სადაზღვევო პრემიუმის მოცულობის გამოანგარიშების სავალდებულო წესი (და ან სავალდებულო შენატანის მოცულობა/პროცენტი) და ყოველწლიურად, მოსახლეობის მსყიდველუნარიანობიდან გამომდინარე, ერთობლივი ბრძანებით დაადგინოს მოცემული წლისთვის პრემიუმის მოცულობები (ან კანონით დაადგინოს სავალდებულო შენატანის მოცულობა), რათა უზრუნველყოს პროდუქტის ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
 - 11.1.3. სადაზღვევო კომპანიისთვის (ან კომპანიებისთვის) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის რეალიზაციის უფლების მინიჭების წესი და პირობები;
 - 11.1.4. დაამტკიცოს ინსტრუქცია სადაზღვევო კომპანიისთვის (ან კომპანიებისთვის) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის რეალიზაციით მიღებული შემოსავლებისა და ანაზღაურებული მომსახურების (გაწეული ხარჯის) აღრიცხვა ანგარიშგების წესის შესახებ;
 - 11.1.5. დაამტკიცოს ინსტრუქცია სადაზღვევო კომპანიის (ან კომპანიების) მიერ წარსადგენი ფინანსური და სამედიცინო სტატისტიკური ანგარიშგების წესის შესახებ.
- 11.2. საქართველოს მთავრობამ შეიმუშაოს და დაამტკიცოს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტით უზრუნველყოფის წესი.
- 11.3. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურთან ერთად შეიმუშაოს და დაამტკიცოს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროდუქტის ფარგლებში მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების წესი და ტარიფები, რომელიც გაფორმებული იქნება შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტებით.

³⁴ ამ დაწესებულებებში დასაქმებული პროფესიონალების (ექიმების და ექთნების) რაოდენობის, დაწესებულების დიაგნოსტიკური და სამკურნალო აპარატურული აღჭურვილობის და დაწესებულების სალიცენზიო სტანდარტების დაწესების გზით

³⁵ ეს მომსახურება არ შეიცავს და აღემატება იმ მოცულობას, რომელიც შედის უნივერსალურ პაკეტში

- 11.4. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ხელი შეუწყო დაზღვეულთა ომბუცმენის ინსტიტუტის შექმნა-განვითარებას, რათა ადეკვატურად იყოს დაცული მომხმარებელთა უფლებები.
12. "ძირითადი პაკეტი" წარმოადგენს უნივერსალური პაკეტისა და დამატებითი პაკეტის ერთიანობას. სახელმწიფო დააფინანსებს "უნივერსალურ პაკეტს" მთელი მოსახლეობისათვის, ხოლო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პირობებში "დამატებით პაკეტს" შეისყიდის სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის.
13. სამედიცინო მომსახურების "ბაზისური პაკეტი" მოიცავს უნივერსალური პაკეტს და აგრეთვე დამატებითი პაკეტით მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ (და მათთან გათანაბრებული) მოსახლეობისათვის მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების იმ ჩამონათვალს, რომლის საფასურის ანაზღაურება ნაკისრი აქვს სახელმწიფოს³⁶
14. ძირითადი პაკეტის ზემოთ სამედიცინო მომსახურება განხორციელდება ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის თანხებიდან, პაცენტების მიერ ჯიბიდან გადახდის და სხვა მოზიდული სახსრებიდან.

I. დაფინანსების წყაროები

15. დღევანდელი მდგომარეობით საზოგადოებრივი წყაროებიდან ფინანსდება ჯანდაცვაზე დანახარჯების არაუმეტეს 30%-სა. დღეისათვის ჯანდაცვის დაფინანსებისა და სამედიცინო დაწესებულებებში ფასწარმოქმნაზე და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე სახელმწიფო რეგულირების სისტემა სუსტია, რაც საშუალებას აძლევს მედპერსონალს და სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელებს ეკონომიკური რაციონალურობის გარეშე დააწესონ ფასები სამედიცინო მომსახურებაზე^{37, 38}.
16. დაფინანსების წყაროები:

არსებული	პროექტით ³⁹
1. სახელმწიფო	1. სახელმწიფო
1.1 საბიუჯეტო დაფინანსება	1.1 საბიუჯეტო დაფინანსება 1.2 მიზნობრივი გადასახადი 1.3 სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის გადასახადი
2. კერძო 2.1 ნებაყოფლობითი დაზღვევა 2.2 ჯიბიდან გადახდა 2.1.1 თანადაფინანსება 2.1.2 სხვა სახით	2. კერძო დანახარჯები 2.1 ნებაყოფლობითი დაზღვევის გადასახადი 2.2 ჯიბიდან გადახდა 2.2.1 თანადაფინანსება 2.2.2 სხვა სახით
3. სხვა დანარჩენი	3. დამქირავებლის შენატანები / გადასახადი დაქირავებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დასაფინანსებლად
	4. სხვა დანარჩენი

³⁶ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი, მუხლი 3, პუნქტი შ

³⁷ ა. ზოიძე, დ. გ. ზირიძე, გ. გოცაძე, 1997. საავადმყოფოთა დაფინანსების კვლევა საქართველოში Small Applied Research 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

³⁸ P. Belli, G. Gotsadze, H. Shahriari., Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy 70 (2004) 109–123

³⁹ ჯანდაცვის დაფინანსება, ალტერნატიული წყაროები ევროპისათვის, გვ. 34-176;

მ. მურჯინელი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ფინანსური პრობლემები გარდამავალი პერიოდის საქართველოში. თბილისის უნივერსიტეტის გამოცემა, თბილისი, 2004, გვ. 80-129, 187-188

17. რეფორმირებული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა ბიუჯეტის, კერძო სექტორის (კომპანიების და მოსახლეობის) და დონორების ფინანსურ რესურსების გამოყენებით უზრუნველყოფს: ა) სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის პირობებში განსაზღვროს დამატებითი საზოგადოებრივი ფინანსური რესურსების კონკრეტული სამიზნე(ები); ბ) ნაწილი კერძო დანახარჯებისა, რომელსაც დღეს მოსახლეობა ჯიბიდან იხდის მობილიზებული იქნეს სადაზღვევო/ორგანიზებულ ფონდებში, რათა ერთის მხრივ, შემცირდეს ფინანსური ხელმისაწვდომობის ბარიერი, მეორეს მხრივ კი ინდივიდუალური რისკები გადაანაწილოს დაზღვეულთა ერთობლიობაზე; გ) გაზარდოს სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველის (ან შემსყიდველების) როლი სამედიცინო ბაზარზე და ხელი შეუწყოს როგორც ეკონომიკური ეფექტურობის ზრდას, ასევე ჯანდაცვის სფეროში არაფორმალური ეკონომიკის ხვედრითი წილის შემცირებას; და ბოლოს დ) ერთიან ფონდებში მობილიზებული სახელმწიფო და კერძო ფინანსური რესურსები, მიმართოს იმ სამედიცინო დაწესებულებებზე, რომლებიც აწარმოებენ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, რათა შექმნას ჯანსაღი გარემო სამედიცინო მომსახურების და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხარისხის განუხრელი ზრდისთვის.

II. დამფინანსებელი ორგანიზაციები

18. დამფინანსებლად შეიძლება გამოვიდნენ:

- ✓ სახელმწიფო
 - შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
 - საქვეუწყებო დაწესებულება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, წამლის სააგენტო და სხვ.)
 - სსიპ (ვეტერანთა ჰოსპიტალი, მოხუცებულთა სახლი და სხვ.)
 - სსიპ - სახელმწიფო შემსყიდველი (სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი)
- ✓ კერძო სადაზღვევო კომპანია
- ✓ პაციენტი
- ✓ დონორი

19. ჯანდაცვის სფეროში რეფორმების მიმიდანარეობის პერიოდში (2006-2010 წ.წ.) შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ერთად მნიშვნელოვანი როლი და პასუხისმგებლობა ეკისრება სახელმწიფო შემსყიდველს. მათ ერთობლივად ხელი უნდა შეუწყონ ქვეყანაში სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას, კონკურენციასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას.

III. ფინანსური რესურსების განაწილება და დაფინანსების მექანიზმები

20. დოკუმენტის ამ ნაწილში განხილულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების მიწოდებისათვის აუცილებელი რესურსების განაწილება. დაფინანსების მოდელის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია, რომ არსებული ფინანსური რესურსების განაწილება (რეგიონებს თუ სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის) ეფუძნებოდეს **მოსახლეობის საჭიროებიდან გამომდინარე რესურსების თანაბარი გადანაწილების პრინციპს**. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ძირითადი მიზანია უზრუნველყოს ისეთი ქსელის შექმნა და ფუნქციონირება, რომელშიც მიმწოდებლებს გააჩნიათ კონკრეტული დაავადებებისა და მოსახლეობის ჯგუფების მიხედვით ეფექტური ხარჯვის და მაღალხარისხიანი მომსახურების გაწევისათვის აუცილებელი რესურსები და ეკონომიკური დაინტერესება⁴⁰. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ზემოაღნიშნული მომსახურების გაწევა მისი სრული ღირებულებით. ფინანსური რესურსების განაწილების სისტემის ადეკვატური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა:

- ◆ იმ ჯგუფების გამოვლენა და ერთმანეთისაგან განცალკევება, რომლებიც მილიბენ ან არ მიიღებენ სისტემის ფარგლებში გათვალისწინებულ დაფინანსებას;

⁴⁰ “რესურსების გადანაწილება საზოგადოებრივ სექტორში”, დი მაკლტაერი, OPM, დეკემბერი, 2004.

- ◆ შემუშავებული იქნეს, მომსახურების გაწევის მოცულობისა და ხარისხის შესაბამისად, რესურსების განაწილების მიზნობრიობის შემოწმების მექანიზმი.

ა. სტრატეგიული შესყიდვები და რესურსების განაწილება.

21. შემოთავაზებული რეფორმის ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენს რესურსების ეფექტური და სამართლიანი შესყიდვისა და განაწილებისათვის საჭირო მექანიზმების შემუშავება. უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების შესყიდვასა და ფინანსური რესურსების განაწილებაში მთავარი როლი ენიჭება სახელმწიფო შემსყიდველს.
22. სახელმწიფო შემსყიდველი სახელმწიფო დაფინანსებას მიიღებს: უნივერსალური პაკეტით - საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის უზრუნველსაყოფად, ხოლო დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტით - მხოლოდ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობისათვის.
23. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების დაფინანსების მოცულობა განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობისა და სხვა კრიტერიუმების მიხედვით სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ საქართველოს კანონით და კანონქვემდებარე აქტით გაფორმებული ხელშეკრულების შესაბამისად.
24. სახელმწიფო შემსყიდველს სადაზღვევო პრემიის საფუძველზე ასევე შეუძლია შესთავაზოს დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტი მოსახლეობის არაღარიბ ფენებს. ამასთან დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტი შეიძლება იყოს შეთავაზებული კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილისათვის. დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტის შეთავაზების პირობებს, მათ შორის სადაზღვევო პრემიის ოდენობის საკითხს არეგულირებს საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური.

ბ. რესურსების განაწილება სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით

25. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დონეების პარამეტრები დამოკიდებულია უნივერსალურ და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების ყოველწლიურად დამტკიცებულ მოცულობაზე. დღესდღეობით სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამების არსებული სტრუქტურა არ შეესაბამება უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტების სტრუქტურას.
26. რესურსების ფაქტიური განაწილება უნდა დაეფუძნოს შემდეგ ძირითად პარამეტრებს: დაავადებულობას და ხარჯთ-ეფექტურობას, ჯანდაცვის სიტემის რეფორმის მიზნებს, რომლებიც შეესაბამება ჯანდაცვის სტრატეგიას და ასახული იქნება ხარჯების საშუალოვადიან დაგეგმვაში⁴¹.
27. გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში პაციენტების მდგომარეობის სტაბილიზაციამდე, სპეციალისტების მიერ რეფერალურ ცენტრში გაწეული დახმარება მიეწოდება ანაზღაურების გარეშე. მომსახურების საფასური დაიფარება სახელმწიფო შემსყიდველისა და მიმწოდებლებს შორის დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე.
28. სხვა კატეგორიების (არა გადაუდებელი დახმარების) პაციენტები გადაიხდიან გაწეული მომსახურების საფასურს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ეს დახმარება დაფინანსებულია სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტის ფარგლებში.

გ. რესურსების განაწილება ტერიტორიული ნიშნით

⁴¹ “ძირითადი მიმართულებები ჯანდაცვის სექტორში” - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2005 წ.

29. რესურსების განაწილების არსებული სისტემა არ ასახავს ტერიტორიული ერთეულების რეალურ საჭიროებებს, არ არის დაკავშირებული ტერიტორიული ერთეულების მოსახლეობის რაოდენობასთან და სიღარიბის დონესთან. რესურსების უფრო სამართლიანი განაწილება შეიძლება იქნას მიღწეული ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროების გათვალისწინებით. ამისათვის რესურსების განაწილების დროს უნდა იყოს გათვალისწინებული შემდეგი პარამეტრები⁴²:
- ◆ ადგილობრივი მოსახლეობის რაოდენობა
 - ◆ დემოგრაფიული მაჩვენებლები, მ.შ. ასაკისა და სქესის მიხედვით
 - ◆ არსებული ეკონომიკური მდგომარეობისა და სიღარიბის დონის განმსაზღვრელი ფაქტორები
 - ◆ ნაკლებად დასახლებული რეგიონების (მაღალმთიანი რეგიონები) და განსაკუთრებული ჯგუფების (მაგ. ლტოლვილების) მოთხოვნები
30. დროის გარკვეულ მონაკვეთებში რესურსების ფაქტიური განაწილების გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს ზემოთაღნიშნულ პარამეტრებს.
31. ნაკლებად განვითარებული ინფრასტრუქტურის მქონე ტერიტორიულ ერთეულებში (რეგიონი, რაიონი) მიზანშეწონილია სხვა ტერიტორიული ერთეულების მიმწოდებლებთან ხელშეკრულების დადება, თუმცა ეს არ გამოირიცხავს მომავალში ადგილობრივ მიმწოდებლებთან კონტრაქტის გაფორმებას, განსაკუთრებით უკანასკნელის ინფრასტრუქტურის განვითარების შემთხვევაში. მიმწოდებელთან ხელშეკრულების დადების ძირითად ამოცანას წარმოადგენს ადგილობრივი მოსახლეობისათვის ხარჯთ ეფექტური მომსახურების მიწოდება.
32. სახელმწიფო შემსყიდველი ცალკეული რაიონისათვის/რეგიონისათვის შეადგენს ბიუჯეტს და რეგიონების მოსახლეობისათვის გამოყოფს რესურსებს, რომელსაც განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ბიუჯეტების გამოყოფა უნდა განხორციელდეს ხელშეკრულებების საფუძველზე, რომლებიც იდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანდაცვის მომსახურებაზე არსებული საჭიროების უზრუნველსაყოფად.

დ. მიმწოდებლებთან ხელშეკრულების დადება

33. მომსახურების მიმწოდებლებზე რესურსების განაწილება მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველსა და მიმწოდებელს ან მიმწოდებელთა ჯგუფებს შორის დადებულ ხელშეკრულების საფუძველზე⁴³.
34. ხელშეკრულებები დაიდება იმ მიმწოდებლებთან, რომლებსაც ექნებათ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათანადო აკრედიტაცია/ლიცენზია, და ამასთან წარდგენილი წინადადებებით დაასაბუთებენ, რომ თავისი საქმიანობით დააკმაყოფილებენ ხარისხის, საინფორმაციო სისტემების მართვის და სხვა მოთხოვნების მიხედვით გათვალისწინებულ სტანდარტებს. ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებებთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობა დამოკიდებული იქნება არსებული რესურსების პირობებში ამა თუ იმ ტერიტორიულ ერთეულში მომსახურების მიწოდების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ფაქტორზე. თუმცა ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში კონკურენტუნარიანი ბაზრის განვითარების მიზნით სახელმწიფო შემსყიდველი თანდათანობით საკონტრაქტო ურთიერთობას დაამყარებს სხვა ორგანიზაციებთანაც.
35. კონტრაქტის შესრულების მონიტორინგის და კონტროლის სრულყოფის მიზნით უნდა შემუშავდეს მიმწოდებელთან ანგარიშსწორების გამარტივებული მექანიზმი. კონტრაქტში უნდა იყოს მითითებული ხარისხის სტანდარტი და სავარაუდო მომსახურებათა რაოდენობა, რომლის შესრულების შესახებ ანგარიშგება უნდა ხდებოდეს რეგულარად და ადვილი გასაგები იყოს გარე აუდიტისათვის.

⁴² “რესურსების გადანაწილება საზოგადოებრივ სექტორში”, დი მაკლტაერი, OPM, დეკემბერი, 2004.

⁴³ “საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების უკეთ მოწოდება საქართველოში”, თიმ ენსორ, თებერვალი, 2005, OPM

36. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციები მომსახურებას მიაწვდიან მოსახლეობას გარკვეული გეოგრაფიული მოცვის არეალში. მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება საკმარისი იქნება აღნიშნული მოსახლეობისათვის ძირითადი მომსახურების გასაწევად უნივერსალური პაკეტის ფარგლებში. ამასთან, სერვისების მიმწოდებელთა წინადადებებში გათვალისწინებული უნდა იყოს სხვა წყაროებიდან (მაგ. ჯიბიდან გადახდით ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ) დაფინანსებული მომსახურების ზღვრული ოდენობა.
37. იქ, სადაც მომსახურების გაწევა განხორციელდება სხვა მიმწოდებლების მიერ, ანგარიშსწორება დაფუძნებული იქნება მომსახურების კატეგორიების შეთანხმებული მოცულობის და ხარჯების მიხედვით.
38. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სახელმწიფო შემსყიდველთან ერთად ყოველწლიურად განსაზღვრავს ძირითადი პაკეტით მოსახლეობისათვის მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და ამ მოცულობის დაფინანსების წყაროებსა და წესებს (საბიუჯეტო თანხები, ჰუმანიტარული დახმარება, გრანტი, თანაგადახდა და ა.შ).
39. სახელმწიფო შემსყიდველი მიმწოდებელთან დადებულ ხელშეკრულებაში გაითვალისწინებს ძირითადი პაკეტის ფარგლებში მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და ამ მოცულობის ფარგლებში რა თანხები და რა წყაროებიდან უნდა აუნაზღაუროს მიმწოდებელს სახელმწიფო შემსყიდველმა.
40. მიმწოდებლის მიერ ძირითადი პაკეტის ზემოთ მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე პასუხისმგებლობა შემსყიდველთან/პაციენტთან ერთად ენიჭება მიმწოდებელს.
41. მიმწოდებელი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ხელშეკრულებას აფორმებს სერვისების უშუალო მიმწოდებელთან/ფილიალთან. მათთან ანგარიშსწორება ხორციელდება ხელშეკრულების შესაბამისად.
42. სახელმწიფო შემსყიდველი და საწარმოთა მართვის სააგენტო მიმწოდებელს (იგულისხმება მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულება) ხელშეკრულებით ასევე განუსაზღვრავენ თუ რა მოცულობის სამედიცინო მომსახურება შეუძლია განახორციელოს ძირითადი პაკეტის ზემოთ, რომელსაც დააფინანსებს კერძო სადაზღვევო კომპანია თუ პაციენტი.
43. სტაციონარულ და სპეციალისტებით დაკომპლექტებულ ამბულატორიულ დაწესებულებებში ხელოვნურად რეფერალის გაზრდის თავიდან აცილების მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს და დანერგავს ოჯახის ექიმების სტიმულირების მექანიზმებს.
44. ჯანდაცვის სექტორში პრივატიზაციის და სამედიცინო დაწესებულებების რეაბილიტაციისათვის კერძო ინვესტიციების მოზიდვის ხელშეწყობის მიზნით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სახელმწიფო შემსყიდველი) სამედიცინო ასოციაციებთან ერთად შეიმუშავებს და არსებული წესით დაამტკიცებს სამედიცინო მომსახურების ისეთ ტარიფებს, რომელიც სრულად აანაზღაურებს მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას (კაპიტალური ხარჯების ჩათვლით) და ხელს შეუწყობს კონკურენციის შექმნას ჯანდაცვის სექტორში. ქვეყანაში სტაციონარულ დაწესებულებებში თავისუფალი ფასების შემოღება შესაძლებელი გახდება მას შემდეგ, რაც კონკურენცია დარეგულირდება საბაზრო პრინციპებით.
45. გარდამავალ ეტაპზე, გაერთიანებებში შემავალ სამედიცინო დაწესებულებებში სარეაბილიტაციო სამუშაოების დასრულებამდე და სამედიცინო პერსონალის გადამზადებამზე, გაერთიანებებთან ანგარიშსწორება მოხდება შერეული (კაპიტაციური, საბიუჯეტო, შესრულებული სამუშაოს) წესით არსებული, კორექტორული და ახალი ტარიფებით.
46. სახელმწიფო ქონებაზე დაფუძნებული სამედიცინო დაწესებულებები დარიცხული ამორტიზაციის სახსრებიდან თანხების ხარჯვას ახორციელებენ ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსთან შეთანხმებით;
47. მოგებისა და ამორტიზაციის სახსრებიდან თანხების გამოყენების ძირითადი მიმართულებები აისახება დაწესებულებების მიმდინარე წლის ბიზნეს გეგმის პროექტში, რომელიც შეთანხმებული

i) რაიონულ დონეზე გაწეული სამედიცინო დახმარება

48. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მიიღებენ ფულად სახსრებს სახელმწიფო შემსყიდველისაგან რაიონში პირველი და მეორე დონის სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მომსახურებაში მყოფ თითოეულ ადამიანზე, გამოეყოფა წლიური თანხა (კაპიტაციის ან საბიუჯეტო მეთოდით). თავდაპირველად ეს თანხები განისაზღვრება მოსახლეობის გეოგრაფიული მოცვის არეალის საფუძველზე. ყოველი გუნდის დაფინანსება მოხდება პირველ ეტაპზე მოსახლეობის, ხოლო მეორე ეტაპზე რეგისტრირებულთა რაოდენობის მიხედვით. პაციენტების რეგისტრაციის სისტემის განვითარების შემდეგ, პაციენტებს საშუალება მიეცეს შეარჩიონ თავისი ოჯახის პრაქტიკოსთა ექიმების გუნდი, შესაბამისად, კაპიტაციური დაფინანსება მიბმული იქნება პაციენტზე. აღნიშნული მექანიზმი ხელს შეუწყობს ექიმთა გუნდებს შორის კონკურენციას, რაც თავის მხრივ აისახება მომსახურების დონის ამაღლებაში.
49. ფიქსირებული საბიუჯეტო (შრომის ანაზღაურების, კაპიტალური და სხვა სახსრების დასაფინანსებლად) მეთოდით დაფინანსებასთან ერთად ექიმთა ერთ გუნდზე გამოყოფილი იქნება დაფინანსება გაწეული მომსახურების მიხედვით, რომელიც გამოიყენება მომსახურებაზე გაწეული დამატებითი ხარჯების (ლაბორატორიული მომსახურება, მედიკამენტების ხარჯები და სხვ.) ასანაზღაურებლად.
50. ინდივიდუალური პრაქტიკის ექიმების წახალისების მიზნით მათი შემოსავალი იქნება ფიქსირებული ხელფასი და შესრულებაზე დაფუძნებული დამატებითი თანხა პრემიის სახით.

ii) რეგიონის დონეზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება.

51. სახელმწიფო შემსყიდველი ხელშეკრულებას დებს რეგიონებში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან უნივერსალური და დამატებითი სამედიცინო მომსახურების პაკეტებით გათვალისწინებული მომსახურების შესყიდვაზე.
52. შერჩეულმა დაფინანსების მეთოდმა ხელი უნდა შეუწყოს მიმწოდებლების მიერ რესურსების ეკონომიას, მომსახურების მაღალი სტანდარტების შენარჩუნებას. საბოლოოდ დაინერგება დიაგნოზით გაერთიანებულ ჯგუფებზე (DRG) მორგებული დაფინანსების მეთოდი, ხოლო მომსახურების იმ სახეობებზე სადაც მუდმივი მზადყოფნა არის საჭირო (მაგ. სასწრაფო დახმარება), შეიძლება მისაღები იყოს ფიქსირებული ბიუჯეტური დაფინანსების მეთოდი.
53. სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მომსახურების გაწევა ხორციელდება სპეციალისტების მიერ, დაფინანსების მიღება შესაძლებელი იქნება სხვა წყაროებიდანაც (მ.შ. პაციენტებიდან და კერძო სადაზღვევო კომპანიებიდან). დაწესებულებების მიერ მიღებული ყველა სახის შემოსავალი უნდა იყოს გამჭირვალე.

ე. ხარჯების საშუალოვადიანი დაგეგმვა

54. ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მიმართულებების შესაბამისად, შემდგომში ხარჯების საშუალო ვადიანი დაგეგმვისას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გაითვალისწინებს რეფორმირებული სექტორისათვის საჭირო დაფინანსებას.

55. ჯანდაცვის სექტორისათვის გამოყოფილი თანხების ეფექტურად გამოყენებისა და ხარჯთეფექტურობის ამაღლების მიზნით საჭიროა სწორად იქნეს დაგეგმილი ჭარბი ინფრასტრუქტურის პრივატიზაციის პროცესი და ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ჭარბი რესურსების გამოთავისუფლების საკითხები.

IV. ანგარიშსწორება და ანგარიშგება

ა) ანგარიშსწორება⁴⁴

56. ანგარიშსწორების ფორმები
ანგარიშსწორების ფორმა: ნაღდი და უნაღდო ანგარიშსწორება. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემაში სახელმწიფო აწარმოებს უნაღდო ანგარიშსწორებას – თანხის გადარიცხვას შესაბამის საბანკო ანგარიშზე.
57. ანგარიშსწორება შესაძლებელია იყოს:
წინასწარი – ამ შემთხვევაში სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის შესაბამისად, გამოიყენება საბანკო გარანტია ან აკრედიტივი. მიმწოდებელი ორგანიზაცია წარმოადგენს ზემოაღნიშნულ დოკუმენტებს შესაბამის თანხაზე, რის საფუძველზეც განხორციელდება თანხის გადარიცხვა შემსყიდველი დაწესებულების მიერ.
58. წინასწარ, ანუ ავანსის სახით სამედიცინო დაწესებულებებზე თანხის გაცემა პირველ ეტაპზე შესაძლებელია თუ ასეთ დაწესებულებას არ გააჩნია საბრუნავი კაპიტალი და ამასთან ბუნებრივი პირობებიდან გამომდინარე მას არ შეუძლია წარმოადგინოს ანგარიშები გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. წინასწარი ანუ ავანსის სახით თანხების გაცემა თანდათან უნდა შემცირდეს, ვინაიდან იგი მიმწოდებელს სტიმულს უკარგავს იზრუნოს საკუთარი საბრუნავი კაპიტალის შესაქმნელად ან ისარგებლოს ბანკიდან მოზიდული სახსრებით.
59. სამუშაოს შესრულების შემდგომი – დადგენილი წესით წარმოდგენილი მიღება-ჩაბარების აქტისა და ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით.
60. შემსყიდველი ხელშეკრულების საფუძველზე იღებს ვადლებულებას ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე აანაზღაუროს შესრულებული სამუშაოს/გაწეული მომსახურების ღირებულება. წინასწარ გაცემული თანხის ფარგლებში ფაქტიურად შერულებულ სამუშაოზე წარადგენს დამოწმების დოკუმენტს საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს სახაზინო სამსახურში.
61. ძირითადი პაკეტის ფარგლებში ან მის ზევით მოსახლეობისათვის გასაწევი სამედიცინო მომსახურების ღირებულება პაციენტის/სადაზღვევო კომპანიის/სპონსორის მიერ შეტანილი უნდა იქნეს მიმწოდებლის ანგარიშსწორების ანგარიშზე ბანკში ან ნაღდი ფულით ანგარიშსწორებისას სამედიცინო დაწესებულების სალაროში.
62. ყველა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, პაციენტის სტაბილიზაციამდე აანაზღაურებს სახელმწიფო.
63. ანგარიშსწორების ვადები - ანგარიშსწორების ვადები განისაზღვრება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

ბ) ანგარიშგება⁴⁵

64. მიმწოდებლის ანგარიშგება შემსყიდველთან:

⁴⁴ მ.მურჯიკნელი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების ფინანსური პრობლემები გარდამავალი პერიოდის საქართველოში. თბილისის უნივერსიტეტის გამოცემა, თბილისი, 2004

⁴⁵ სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ საქართველოს კანონი და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2005 წ. N22, და 2006 წ. N1

შემსყიდველი, მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი დოკუმენტების ინსპექტირების შემდეგ, უზრუნველყოფს მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებას ფაქტიურად მიწოდებულ საქონელზე ან მომსახურებაზე.

65. შემსყიდველის ანგარიშგება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შემსყიდველი შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან განახორციელებს ფინანსურ და საბუღალტრო ანგარიშგებას მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში.
66. სახელმწიფო შესყიდვები და ანგარიშგება შემსყიდველსა და მიმწოდებელთა შორის უნდა განხორციელდეს «სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ» საქართველოს კანონისა და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების მოთხოვნების შესაბამისად
67. ინსპექტირება, მონიტორინგი და შეფასება ხელს შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ხარჯთეფექტიანობის ამაღლების, დაგეგმვისა და მენეჯმენტის გაუმჯობესებას.
68. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშგება მთავრობასთან და პარლამენტთან მოხდება არსებული წესის შესაბამისად