

## თბილისის მოსახლეობის 2002 წლის ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფინანსური უზრუნველყოფის წესი

### ა. პროგრამის ფინანსური უზრუნველყოფის ძირითადი პრინციპები

ქ. თბილისის მოსახლეობის 2002 წლის ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პროგრამის ფინანსური უზრუნველყოფა შემდეგ ძირითად პრინციპებს ეფუძნება:

- ბოლო წლების მანძილზე ჯანდაცვის სექტორში მომხდარი ცვლილებების გამო და ქვეყანაში არსებული ეკონომიკური სიღრუხების პირობებში მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი ვერ სარგებლობს პოლიკლინიკურ-ამბულატორიული ქსელის მომსახურებით, რაც ძირითადად განპირობებულია მომსახურების საფასურით და მოსახლეობის დიდი ნაწილის ეკონომიკური მდგომარეობით. ეს ყოველივე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მოსახლეობის საერთო ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. სწორედ ამიტომ აუცილებელი ხდება იმ ფინანსური ბარიერების ლიკვიდაცია რომელიც ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას ზღუდავს.
- სწორედ ამიტომ აუცილებელია რომ მოსახლეობის ყველაზე მეტად დაუცველმა ფენამ (3-15 წლის და 65 წელზე უფროსი მოსახლეობა) მიიღოს დროული და უფასო სამედიცინო დახმარება. ამიტომ 2002 წლის პროგრამის ფარგლებში ქ. თბილისის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელში (პოლიკლინიკებში) ამ კონტიგენტს ეძლევა შესაძლებლობა უფასოდ მიიღოს ამბულატორიულ დახმარება.
- 3-15 წლის და 65 წელზე მეტი მოსახლეობისთვის პოლიკლინიკებში დაწესებული იქნება ერთადერთი გადასახადი 1 ტარი ერთ ვიზიტზე (ნაცვლად დღეს არსებული 5.81 ტარისა<sup>2</sup>), რომელიც ფიქსირებული იქნება ყველა პოლიკლინიკაში.
- 15-65 წლის მოსახლეობისათვის უფასო იქნება მხოლოდ ის მომსახურება რომელიც მიზნად ისახავს მოსახლეობაში ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადებების (გულის იშემიური დაავადება, ჰიპერტენზია, დიაბეტი და სხვა.) მკურნალობას/პრევენციას.
- 15-65 წლის მოსახლეობისათვის ყველა სხვა სახის მომსახურება, რომელიც გათვალისწინებული არ არის ვერტიკალური პროგრამებით, იქნება ფასიანი. ფასიანი მომსახურების გადასახადი განისაზღვრება ცალკეულ დაწესებულებაში არსებული შიდა სტანდარტის მიხედვით.

<sup>1</sup> მსოფლიო გამოცდილებების გათვალისწინებით ამგარი ფიქსირებული გადასახადის შემოღება აუცილებელია რათა შემცირდეს მოსახლეობის მიერ უფასო სამედიცინო მომსახურების უმიზნოდ გამოყენების შემთხვევათა რაოდენობა ანუ მორალური რისკი, რომელიც ყოველთვის თან სდევს ნებისმიერ უფასო მომსახურებას.

<sup>2</sup> ეს არის ქ. თბილისის შინამეურნეობების სოციოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული საშუალო თანხა, რომელსაც ქ. თბილისის მოსახლეობა ხარჯვს პოლიკლინიკაში ექიმთან ერთი ვიზიტის დროს.

- ვერტიკალური პროგრამების ფარგლებში მიღებული სამედიცინო მომსახურების საფასურს ფარავს 2002 წლის ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პროგრამა და ჰაცენტიისთვის მომსახურება არის უფასო გარდა ვიზიტზე ფიქსირებული 1 ლარიანი გადასახადისა.
- ნებისმიერი ბინაზე გამოძახება მოსახლეობისთვის იქნება ფასიანი და ყველა დაწესებულებისთვის განსაზღვრულია ბინაზე გამოძახების ფიქსირებული თანხა 5 ლარის ოდენობით. ბინაზე გამოძახებების რაოდენობის შემცირების მიზნით გაიზრდება პოლიკლინიკური დაწესებულებების მუშაობის საათები და შესაბამისად მოსახლეობას საშუალება ექნება დაწესებულებაში მიიღოს უფასო დახმარება დილის 10:00 საათიდან საღამოს 9:00 საათამდე.

პროგრამის ბიუჯეტი

ქ. თბილისის მოსახლეობის 2002 წლის ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პროგრამის საერთო ღირებულება განისაზღვრა 5,120,588 ლარის ოდენობით, რაც პროგრამის მომსახურების მიმღებ ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით უდრის 4 ლარს წელიწადში. პროგრამის ცალკეული კომპონენტების ღირებულება ცალკეული ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოცემულია ცხრილი № 1-ში.

ცხრილი № 1

ასაკობრივი ჯგუფები	პროგრამის 2002 წლისთვის	ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი თანხა (ლარი)	სულ პროგრამის ღირებულება (ლარი)	% ული განაწილება
3-15 წლის ბავშვები <sup>3</sup>	245,291	7.84	1,922,619	37.5%
15-65 წლის <sup>4</sup>	899,470	1.26	1,133,332	22.1%
65 წლის და უფროსი	135,386	15.25	2,064,637	40.3%
სულ	1,280,147	4	5,120,588	100.0%

პროგრამაში ამგვარი ფინანსური განაწილება გამჟღავნებულია იმ მოსახრებით რომ:

- 3-15 წლის და 65 წელზე უფროსი ქალაქის მოსახლეობა ამბულატორიულ დახმარებას მიიღებს უფასოდ პროგრამით დადგენილი მომსახურების ფარგლებში.
- ხოლო 15-65 წლის მოსახლეობის მხოლოდ ის ნაწილი მიიღებს მუნიციპალიტეტის მიერ დაფინანსებულ უფასო სამედიცინო მომსახურებას, რომელსაც აღენიშნება ის დაავადება და/ან არის იმ ასაკობრივ ჯგუფში, რომელიც ადამიანს ანიჭებს უფლებას მიიღოს დახმარება ვერტიკალურ პრევენციულ თუ სამკურნალო პროგრამის ფარგლებში.

<sup>3</sup> ითვალისწინებს ბავშვებს 3 წლის ასაკიდან 14 წლამდე 11 თვემდე და 29 დღემდე.

<sup>4</sup> ითვალისწინებს 15 წლიდან 64 წლამდე 11 თვემდე და 29 დღემდე.

ბ. პროგრამაში მონაწილე ორგანიზაციები და შერჩეული (სამიზნე) მოსახლეობა:

პროგრამის შესრულებაში მონაწილეობას მიიღებენ შემდეგი ორგანიზაციები, თუ დააკმაყოფილებენ პროგრამის მიერ წაყენებულ მოთხოვნებს:

- ქ. თბილისში განლაგებული ბავშვთა პოლიკლინიკები;
- ქ. თბილისში განლაგებული მოზრდილთა პოლიკლინიკები;
- ქ. თბილისში განლაგებული საოჯახო მედიცინის ცენტრები

იმისათვის, რომ დაწესებულებამ მიიღოს პროგრამაში მონაწილეობის უფლება ვალდებულია დააკმაყოფილოს შემდეგი მოთხოვნები:

1. თითოეულ საექიმო უბანზე უნდა ყავდეს მოსახლეობის შემდეგი რაოდენობა და შესაბამისად ქონდეს მინიმუმი, ან მინიმუმზე მეტი საექიმო უბნების რაოდენობა, როგორც ეს არის განსაზღვრული ცხრილი № 2-ში.

ცხრილი № 2

დაწესებულების ტიპი	ერთ საექიმო უბანზე მოსახლეობის მინიმალური რაოდენობა	ერთ დაწესებულებაზე მინიმალური უბნების რაოდენობა
ბავშვთა პოლიკლინიკა	800 ბავშვი 3-15 წლის	10 უბანი
მოზრდილთა პოლიკლინიკა	2,400 მოზრდილი	10 უბანი
საოჯახო მედიცინის ცენტრი	2,000 ბავშვი და მოზრდილი	9 უბანი

2. სამიზნე მოსახლეობის განსაზღვრისას დაწესებულებამ უნდა იხელმძღვანელოს ჰასპორტიზაციის მონაცემებით.
3. გააჩნდეს მოქმედი ლიცენზია რომელიც ზალაშია სულ ცოტა 2002 წლის 31 დეკემბრამდე და გაცემულია საქართველოს ჯანონმდებლობით დადგენილი წესით.

გ. დაწესებულებების ანაზღაურება

1. დაწესებულებების ანაზღაურება ხდება ჯაპიტაცირი წესით ყოველთვიურად და შერულებული სამუშაოს მოცულობის მიხედვით.
2. დაწესებულების წლიური საკონტრაქტო მოცულობა განისაზღვრება ჰასპორტიზაციის საფუძველზე დადგენილი მოსახლეობის საერთო რაოდენობით და მათი ასაკობრივი სტრუქტურით განაწილებული შემდეგ ასაკობრივ ჯგუფებში:

ცხრილი № 3

ასაკობრივი ჯგუფები	ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილი თანხა (ლარი)
3-15 წლის ბავშვები <sup>5</sup>	7.84
15-65 წლის <sup>6</sup>	1.26
65 წლის და უფროსი	15.25

3. დაწესებულებას ყოველთვიურად გადაეხდება წლიური საკონტრაქტო ღირებულების 1/12 ნაწილი, თუ მოსახლეობისთვის განუული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა შეესაბამება პროგრამით დადგენილ მოცულობას და სრულად არის შესრულებული (მოცულობის განსაზღვრა იხილეთ ქვემოთ).
4. ყოველ კვარტალურად განისაზღვრება დაწესებულების მიერ შესრულებული მომსახურების მოცულობის შესაბამისობა პროგრამით განსაზღვრული მოცულობასთან და შესაბამისად ხდება ასანაზღაურებელი თანხის უორექცია კვარტალის ბოლო თვისთვის, შემდეგი წესით:
  - ა. თუ დაწესებულებამ მიმდინარე კვარტალში მოსახლეობას მიაწოდა პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების 60% და მეტი (გამოხატული საკონტრაქტო წლის დასაწყისიდან საანგარიშო პერიოდის ბოლომდე ერთ საექიმო უბანზე პაციენტ-ვიზიტების საშუალო თვიური რაოდენობით), მაშინ დაწესებულებას სრულად დაეფარება მიმდინარე კვარტლის თანხა, რომელიც შეადგენს წლიური საკონტრაქტო ღირებულების მეოთხედს.
  - ბ. თუ დაწესებულების მიერ მოსახლეობისათვის მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა არის პროგრამით დადგენილი მოცულობის 50-60%, მაშინ დაწესებულებას დაეფარება მიმდინარე კვარტლის ანაზღაურების (კვარტალური ანაზღაურების მოცულობა შეადგენს წლიური საკონტრაქტო ღირებულების მეოთხედს) 85%-ი.
  - გ. თუ დაწესებულების მიერ მოსახლეობისათვის მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა არის პროგრამით დადგენილი მოცულობის 35-50%, მაშინ დაწესებულებას დაეფარება მიმდინარე კვარტლის ანაზღაურების (კვარტალური ანაზღაურების მოცულობა შეადგენს წლიური საკონტრაქტო ღირებულების მეოთხედს) 70%.

<sup>5</sup> ითვალისწინებს ბავშვებს 3 წლის ასაკიდან 14 წლამდე 11 თვემდე და 29 დღემდე.

<sup>6</sup> ითვალისწინებს 15 წლიდან 64 წლამდე 11 თვემდე და 29 დღემდე.

დ. დაწესებულების მიერ მიღებული შემოსავლების  
განაწილების პრინციპი

იმისთვის რომ 2002 წლის ამბულატორიულმა პროგრამამ გამოიღოს სასურველი შედეგი აუცილებელია, რომ პროგრამის განხორციელებაში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული ანაზღაურება იყოს ისეთი, რომ შესაძლო მინიმუმამდე დაიყვანოს სამედიცინო პერსონალის მიერ ჰაციენტებისთვის მოთხოვნილი არაფორმალური გადასახადების ოდენობა.

ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე შემოთავაზებულია, რომ პროგრამაში მკაცრად განისაზღვროს დაწესებულების მიერ პროგრამული დაფინანსებიდან მიღებული შემოსავლების განაწილების წესი. კერძოდ:

1. ყველა დაწესებულება ვალდებულია კონტრაქტის დადებაზე ქ.თბილისის ჯანდაცვის სამსახურს წარუდგინოს პროგრამაში მონაწილეობისთვის შემოთავაზებული სამედიცინო პერსონალის ზუსტი სია (უბნის ექიმების, უბნის ექთნების, სპეციალისტების, ლაბორატორიის საექიმოდა საექთნო ჯადრის და რეგისტრატორებისა და სხვა დამხმარე ექთნების მითითებით);
2. მხოლოდ ამ სიაში მითითებულ სამედიცინო პერსონალს მიეცემა ხელფასი პროგრამის შესრულებისთვის. ამის გამო დაწესებულებები ვალდებული არიან პროგრამული შემოსავლების 43-48<sup>7</sup>% მიმართონ ზემოთჩამოთვლილი სამედიცინო ჯადრის სახელფასო ფონდში (სახელფასო ანარიცხების გათვალისწინებით). ამავე დროს საექთნო ჯადრის მინიმალური დარიცხული ხელფასის თვიური ოდენობა არ უნდა იყოს 104 ლარზე ნაკლები, ხოლო ექიმებისთვის 140 ლარზე ნაკლები მოზრდილთა პლიკლინიკებში და საოჯახო მედიცინის ცენტრებში და ბავშვთა პოლიკლინიკებში 126 ლარზე ნაკლები.
3. პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების მმართველი რგოლის და დამხმარე პერსონალის სახელფასო უზრუნველყოფისთვის გათვალისწინებული თანხის მოცულობა არ უნდა აღემატებოდეს პროგრამული დაფინანსების 15%-ს (სახელფასო ანარიცხების გათვალისწინებით). ამავე დროს დამხმარე ჯადრის ყველაზე დაბალი თანამდებობის მქონე პირის მინიმალური დარიცხული თვიური ხელფასი არ უნდა იყოს 62 ლარზე ნაკლები.
4. პროგრამული დაფინანსების 35-42% უნდა დაიხარჯოს სამედიცინო საგნების, სამკურნალო პრეპარატებისა და რექტივების, ლაბორატორიული კვლევების და სხვა სამკურნეო ხარჯების თვითღირებულების დასაფარავად.

<sup>7</sup> მოცემულია მინიმალური და მაქსიმალური ზღვარი რომელიც სხვადასხვა იქნება სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებისთვის, გამომდინარე ამ დაწესებულებაში არსებული საკადრო მართვის პრინციპებიდან.

ე. დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუაოს  
განსაზღვრის პრინციპი

წარმოდგენილი პროგრამა ორიენტირებულია იმაზე რომ გააუმჯობესოს მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ მომსახურებაზე, რაც საფიქრებელია რომ დადებით გავლენას იქონიებს ავადმყოფობის გამოსავალზე. სწორედ ამიტომ პროგრამის ეფექტურობის შესაფასებელ რაოდენობრივ კრიტერიუმად გამოყენებულია მოსახლეობისთვის მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობითი მაჩვენებელი.

ბოლო წლების მანძილზე მნიშვნელოვნად სემცირდა მოსახლეობის მიერ ამბულატორიულ პოლიკლინიკური ქსელში მიმართვები. კერძოდ 2000 წლის მონაცემებით ერთ სულ მოსახლეზე ამბულატორიულ ვიზიტების რაოდენობა წელიწადში იყო 1.3 მაშინ როცა 1990 წელს ეს მაჩვენებელი იყო 7.0. მიმართვების ძირითადი ნაწილი ბავშვებზე მოდის და შეადგენს 0.95-ს.

2002 წლის პროგრამის დიზაინი ითვალისწინებს რომ ფინანსური ბარიერების მოხნის შედეგად მოსახლეობის მიმართვიანობის რაოდენობა მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს. კერძოდ საფიქრებელია რომ ეს მაჩვენებელი საშუალო მიაღწევს 2.3 ვიზიტს ერთ სულ მოსახლეზე. ბავშვთა კონტიგენტისთვის იგი 4.24 იქნება ხოლო მზრდილობისთვის 1.84. გამომდინარე აქედან განისაზღვრა ერთი უბნის ექიმის მიერ ჩასატარებელი საშუალო წლიური პაციენტ-კონტაქტების რაოდენობა (ამ მაჩვენებელში არ შედის პაციენტთან ბინაზე ვიზიტები, რადგან მომსახურების ეს მოცულობა არ ფინანსდება მუნიციპალიტეტის მიერ):

ცხრილი № 4

დაწესებულების ტიპი	ერთ საექიმო უბანზე მოსალოდნელი წლიური ვიზიტების რაოდენობა	ერთ საექიმო უბანზე მოსალოდნელი თვეური* ვიზიტების რაოდენობა
ბავშვთა პოლიკლინიკა	2,380 ვიზიტი 3-15 წლის ბავშვის	198 ვიზიტი 3-15 წლის ბავშვის
მოზრდილთა პოლიკლინიკა	3,100 ვიზიტი	258.3 ვიზიტი
საოჯახო მედიცინის ცენტრი	3,270 ვიზიტი	272.5 ვიზიტი

\* ზაფხულის თვეებში მოსალოდნელია რომ თვიური ვიზიტების რაოდენობა იქნება ნაკლები, მაშინ როდესაც ზამთრის თვეებში იქნება მეტი.