

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების  
პროექტის მემორანდუმი

ა. რეზიუმე და რეკომენდაცია

წინასიტყვი

1. საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მხარდაჭერა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისათვის დაიწყო 1997 წელს და დამთავრდა 1999 წლის აგვისტოში. საქართველოს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრთან (ჯმნც) ერთად პროექტმა ჩამოაყალიბა საოჯახო მედიცინის სპეციალობა (ჯმნც იყო შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნაწილი და პასუხისმგებელი პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე). 1999 წლის ივლისში პროექტის შედეგების განხილვამ აჩვენა, რომ პროექტი წარმატებული იყო. პროექტის მიღწევები იყო: (ა) ჯმნც-ში ოჯახის ექიმების მომზადების პირობების შექმნა; (ბ) საოჯახო მედიცინის, როგორც კანონით აღიარებული სპეციალობის დამკვიდრება; (გ) ოჯახის ექიმის მომზადებისათვის საჭირო სასწავლო მასალებისა და სასწავლო პროგრამის შექმნა; (დ) საოჯახო მედიცინაში მომზადებისა და ოჯახის ექიმების ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის სისტემის შექმნა.

2. საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის პროექტის ფარგლებში ასევე შეიქმნა მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის პროექტის განუყოფელი კომპონენტი (აღამიანური რესურსების განვითარება), რასაც დიდი მხარდაჭერა ჰქონდა როგორც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ისე თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტის მხრიდან. 1999 წლის ივლისში საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა ახალი ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა, რომელშიც ერთ-ერთ პრიორიტეტულად შეგანილია პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. ჯანდაცვის მინისტრმა, ბაგონმა ა. ჯორბენაძემ დიდი კმაყოფილება გამოხატა საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მხარდაჭერის გამო და გამოთქვა სურვილი რომ ასეთი დახმარება გაგრძელდეს.

3. პროექტის ამოცანაა დაეხმაროს საქართველოს მთავრობას პირველადი ჯანდაცვის ისეთი მოდელის შექმნაში, რომელიც დაეფუძნება საოჯახო მედიცინის პრინციპებს იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა.

რეკომენდაცია

4. საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტმა უნდა დაამტკიცოს 1.3 მილიონი ფუნტი სტერლინგი საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის პროექტისათვის. პროექტი უნდა დაიწყოს 2000 წლის აგვისტოში და გაგრძელდეს 3 წელიწადს. პროექტი განხორციელდება კონსულტანტების მიერ სატენდერო კონკურსის საფუძველზე.

აქტუალობა

5. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა აშკარა მხარდაჭერას საჭიროებს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება პასუხობს ამ მოთხოვნას და საქართველოს მთავრობის სტრატეგიას. ეს აგრეთვე უკავშირდება მსოფლიო ბანკის საქმიანობას და ეს ის სფეროა, სადაც გაერთიანებულმა სამეფომ დაამტკიცა თავისი უპირატესობა.

6. საბჭოთა კავშირის დაშლამ, სწრაფმა გადასვლამ “საბაზრო ეკონომიკაზე” და სამოქალაქო ომმა საქართველოს ეკონომიკა კოლაფსამდე მიიყვანა. საერთო ეროვნული პროდუქტის მოცულობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.000 აშშ დოლარიდან 1990 წელს შემცირდა 350 აშშ დოლარამდე 1994 წლისათვის და შემდეგ გაიზარდა (984 აშშ დოლარი 1997 წელს) მხოლოდ მოსახლეობის მცირე ჯგუფისათვის. მსოფლიო ბანკის შეფასებით ეკონომიკური ზრდა შემდგომში კვლავ ამ მცირე ჯგუფისთვის იქნება ხელსაყრელი და უმნიშვნელო გავლენა ექნება ჯანმრთელობის საერთო ეროვნულ მაჩვენებლებზე. ბოლოდროინდელმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ მოსახლეობის მხოლოდ 11% იმყოფება სიღატაკის ზღვარს ზემოთ (ამჟამად განსაზღვრულია 23 აშშ დოლარი ერთ მოზრდილზე თვეში).

7. ჯანმრთელობის ყველა ძირითადი მაჩვენებელი საქართველოში გაუარესებულია. მაგალითად, ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1990 და 1993 წლებში 13%-ით გაიზარდა და შეადგინა 21.4 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე. დედათა სიკვდილიანობა გაიზარდა 100%-ით და შეადგინა 69 ყოველ 100.000 ცოცხლადშობილზე. ტუბერკულოზის შემთხვევები გაიზარდა 28.7-დან ყოველ 100.000-ზე 1997 წელს 105.2-მდე ყოველ 100.000-ზე 1998 წელს. ასევე გაიზარდა დიფთერიის შემთხვევები 28-დან 1993 წელს 425-მდე 1995 წელს. 1988-94 წლებში საერთო სიკვდილიანობა გაიზარდა 18%-ით. უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველივე ზემოთაღნიშნული მჭიდროდ არის დაკავშირებული სიღატაკესთან (იხ. ცხრილი).

განსხვავებული შემოსავლის მქონე ჯგუფების ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები (1997)

საშუალო თვიური შემოსავალი	ავადობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე	სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე
< 30 ლარი	82	36
30-50 ლარი	27	27
> 50 ლარი	8	2

8. ეკონომიკურმა კოლაფსმა მნიშვნელოვნად შემლუდა მთავრობის შესაძლებლობები მოსახლეობის საჭიროებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით. 1990 წლიდან, საგადასახადო შემოსავლები დაახლოებით 90%-ით შემცირდა. შესაბამისად მთავრობის ხარჯები ჯანდაცვაზე შემცირდა 0.40 აშშ დოლარამდე ერთ სულ მოსახლეზე 1994 წელს. 1998 წელს იგი შეიძლებოდა გაზრდილიყო 16 აშშ დოლარამდე, მაგრამ ასე არ მოხდა და სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე წარმოადგენს მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის მეორე პროექტის საკვანძო პირობას. ამას გარდა, ჯანდაცვის ხარჯებმა შეადგინა საერთო ეროვნული პროდუქტის მხოლოდ 1%. ამასში შედის ცენტრალური ბიუჯეტის გადარიცხვები, ადგილობრივი თვითმმართველობის მიერ დაფინანსება და სოციალური დაზღვევის შენაგანები და არა უშუალო გადახდა.

9. არსებობს რეალური პრობლემა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ნდობისა და ხელმისაწვდომობისა. სისტემისადმი ნდობის დაბალი დონე გულისხმობს, რომ მოსახლეობა სარგებლობს ჯანდაცვის კერძო სექტორით. UNICEF-ის ბოლოდროინდელმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის საერთო ხარჯების 87% იყო უშუალო გადახდით. ეს ღარიბ მოსახლეობას განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში

აყენებს, რადგანაც სილაგაკეს ცუდი ჯანმრთელობა ემატება. აღნიშნული პროექტის მიზანია ამ პრობლემის გადაჭრა ძვირადღირებული სპეციალიზებული საავადმყოფოებიდან პირველად ჯანდაცვის სისტემაზე რესურსების გადანაწილებით.

10. რა თქმა უნდა, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორი, ისევე როგორც სხვა ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ხასიათდება განახლების ნაკლებობით, ჭარბი მოცულობებით (რაც აისახება დაგვირთვის 28%-ში, როდესაც საავადმყოფოების ნახევარზე მეტი 10% დაგვირვით მუშაობს), და ყურადღება გადაგანილია ქალაქად სპეციალიზებულ დახმარებაზე. ორმაგმა ზეგავლენამ, მოცულობის სიჭარბემ და დაფინანსების კოლაფსმა აუცილებელი გახადა სისტემის რესტრუქტურირება იმისათვის, რომ გაუმჯობესებულიყო ხარისხი და ხელმისაწვდომობა. მსოფლიო ბანკის მეორე სესხი (რომელიც უნდა დაიწყოს 2002 წელს) მოიცავს საავადმყოფოების რაციონალიზაციის პროგრამას. ეს პროექტიც ამ მიზნის განხორციელებას შეუწყობს ხელს პირველადი ჯანდაცვის საფუძვლების შექმნით იქამდე, ვიდრე დაიწყება საავადმყოფოების რაციონალიზაცია.

11. საქართველოს ჯანდაცვის სტრატეგიული გეგმა ყურადღებას ამახვილებს პირველადი ჯანდაცვის და პრევენციული მედიცინის სისტემის განვითარებაზე და აცხადებს, რომ “ეს მიიღწევა რესურსების გადანაწილებით საავადმყოფო სამსახურებიდან პირველად ჯანდაცვაზე”. დოკუმენტი განიხილავს საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტს როგორც პარტნიორს ამ პროცესში. 1999 წლის ივლისში პარლამენტის მიერ დამტკიცებული და საპრემიერო პროგრამის განუყოფელი ნაწილი საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას პრიორიტეტად განიხილავს და თვლის, რომ ეს არის ის სისტემა, რომელიც გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების თანასწორობას და ფინანსურ და ფიზიკურ ხელმისაწვდომობას.

12. პირველადი ჯანდაცვა ის სფეროა, რომელშიც გაერთიანებულ სამეფოს გარკვეული უპირატესობა გააჩნია. პირველი ის, რომ გაერთიანებული სამეფოს ზოგადი პრაქტიკოსების სისტემას მთელი მსოფლიო კარგად აფასებს. მეორე, საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტს წარსულშიც და ახლაც ჰქონია და აქვს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტები გრანსკავკასიის და ცენტრალური აზიის რეგიონებში.

## ბ. პროექტის მიდგომა

13. ლოგიკური ჩარჩო თან ერთვის.

14. ამ პროექტის განხორციელება ითხოვა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და შემუშავდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, მსოფლიო ბანკთან და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით. უნდა აღინიშნოს, რომ ქართველი პარტნიორების კომპეტენცურობის დონე მაღალია, მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის განვითარება საკმაოდ შეზღუდულია. მოცემული მემორანდუმი შემუშავდა იმისათვის, რომ გაერთიანებულიყო ის შენიშვნები და წინადადებები, რომელიც მოცემული იყო მემორანდუმის პროექტთან დაკავშირებით.

15. პროექტი ხელს შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას საოჯახო მედიცინის გზით და 5 სადემონსტრაციო ობიექტზე დაფინანსების და მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელის დანერგვით.

16. პროექტის ამოცანაა დაეხმაროს საქართველოს მთავრობას მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შექმნაში, რომელიც დაეფუძნება საოჯახო მედიცინას იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა. ეს გარკვეულ წვლილს შეიტანს პროექტის მიზნის განხორციელებაში, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ გაუმჯობესდეს საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. განსაზღვრულია შემდეგი შედეგების მიღწევა: (1) შეიქმნას საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ობიექტები; (2) დაინერგოს პირველადი ჯანდაცვის მდგრადი და ფინანსურად ხელმისაწვდომი დაფინანსების მოდელი; (3) გაიმარდოს ჯანდაცვის სამინისტროს შესაძლებლობები პირველადი ჯანდაცვის კადრების მომზადების თვალსაზრისით; (4) შეიქმნას და დაინერგოს მოსახლეობის რისკ-ჯგუფების განსაზღვრის სისტემა იმისათვის, რომ დაიფაროს ესენციალურ წამლებზე ხარჯები სადემონსტრაციო ობიექტებზე.

17. ოთხივე ამოცანა ქვემოთ მოკლელაა აღწერილი:

(1) საოჯახო მედიცინის სადემონსტრაციო ობიექტების შექმნა

18. შერჩეული ხუთი სადემონსტრაციო ობიექტი ეს არის თბილისის ხუთი პოლიკლინიკა, რომლებიც მონაწილეობდნენ საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის პირველ პროექტში. ეს ობიექტები შეირჩა იმიტომ, რომ მათ ჰყავთ საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული ექიმების პირველი ნაკადი. მათ აქვთ მტკიცე ორიენტაცია საოჯახო მედიცინის სწავლებაზე. სასწავლო პროცესი აღნიშნულ სადემონსტრაციო ობიექტებზე მოიცავს ასევე სოფლის ექიმების მომზადებას.

(2) პირველადი ჯანდაცვის მდგრადი და ფინანსურად ხელმისაწვდომი დაფინანსების მოდელის დანერგვა

19. ეს კომპონენტი აამოქმედებს საქართველოში არსებულ ფინანსურ მექანიზმებს, განსაკუთრებით პირველად ჯანდაცვაში და შემდეგ შეისწავლის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების შესაძლო ვარიანტებს. შესაძლო ვარიანტებში იგულისხმება (ა) ჯანდაცვაში მომხმარებელთა შენაგანების შესაძლო როლი და (ბ) საზოგადოებრივი ფონდების შესაძლო როლი. სავარაუდოა, რომ გამოიცადოს კომბინირებული კერძო და სახელმწიფო დაფინანსების მოდელი. ეს კომპონენტი მჭიდროდ უკავშირდება მსოფლიო ბანკს, რომელიც სწავლობს მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების შესაძლო ვარიანტებს.

(3) გაიმარდოს ჯანდაცვის სამინისტროს შესაძლებლობები პირველადი ჯანდაცვის კადრების მომზადების თვალსაზრისით

20. პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების წრე გაფართოვდება თბილისში საოჯახო მედიცინის ცენტრის და იმერეთში, ქართლსა და ბათუმში რეგიონალური სასწავლო ცენტრების დაარსებით. ეს რეგიონები შეირჩა მთავრობასთან კონსულტაციების, რეგიონში სიდაგაკის დონის შეფასების და რეგიონების სიგუაციური და ინსტიტუციონალური ანალიზის შემდეგ, რომელიც ჩააგარა პროექტის მოსამზადებელმა ჯგუფმა. გათვალისწინებულ იქნა ასევე ისეთი ფაქტორები, როგორცაა საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთან დაკავშირებული

პროექტების (როგორცაა კარგი მმართველობის პროექტი) და დამატებითი დონორული საქმიანობა (MSF, USAID).

(4) შეიქმნას და დაინერგოს მოსახლეობის რისკ-ჯგუფების განსაზღვრის სისტემა იმისათვის, რომ დაიფაროს ესენციალურ წამლებზე ხარჯები სადემონსტრაციო ობიექტებზე.

21. პირველადი ჯანდაცვის ესენციალური წამლებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესების სქემა განხორციელდება 5 სადემონსტრაციო ობიექტზე ანაზღაურების სქემით. ეს ეფუძნება ქუთაისში განხორციელებული საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის წამლის ანაზღაურების პროექტიდან მიღებულ გამოცდილებას. ქუთაისის პროექტმა გვიჩვენა, თუ როგორ შეიძლება პირდაპირი გადახდით მიღებული თანხების გამოყენება სამედიცინო სამსახურების დასაფინანსებლად (იგი შეიცავდა რისკ-ჯგუფების დადგენის ელემენტებსაც, რამაც რამდენადმე შესაძლებელი გახადა გადანაწილება მდიდრებიდან ღარიბებზე). ეს კომპონენტი მჭიდრო კავშირშია დაფინანსების კომპონენტთან და იმუშავებს ორ საკვანძო საკითხზე, კერძოდ (1) გამოიძებნოს რესურსები, რათა დაიფაროს ესენციალური წამლების ხარჯები და (2) როგორ მოხდეს მომსახურების მიმწოდებლების (მედიკამენტებით მომმარაგებლების) ანაზღაურება.

### სხვა მონაწილეები

22. მოცემული პროექტი მჭიდროდაა დაკავშირებული მსოფლიო ბანკთან. ჯერ ერთი, კავშირი მსოფლიო ბანკის კრედიტთან ისეთ საკითხებზე როგორცაა ჯანდაცვის დაფინანსება, სადაც მსოფლიო ბანკი და საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტი განსხვავებულ სფეროებს მოიცავენ (მსოფლიო ბანკი – საავადმყოფო სექტორს, დეპარტამენტი კი პირველად ჯანდაცვას). მეორე, დაგეგმილია განხორციელდეს 4 ექსპერიმენტული პროექტი პირველად ჯანდაცვაში, რომლებიც წარმატების შემთხვევაში შეიძლება მსოფლიო ბანკის მეორე კრედიტის ფარგლებში მოექცეს, რომელიც 2002 წელს იწყება. საქართველოს მთავრობა და მსოფლიო ბანკი დიდად არიან დაინტერესებული იმით, რომ ეს მოხდეს.

### მოსარგებლებები

23. პროექტის მოსალოდნელი მოსარგებლებები იქნებიან:

┌ 2 მილიონამდე ადამიანი თბილისსა და რეგიონებში, რომლებიც ისარგებლებენ უკეთესი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვისადმი ხელმისაწვდომობით მას შემდეგ, რაც ჩამოყალიბდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემა;

┌ ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრი, სადაც გაიმზდება შესაძლებლობები ჯანდაცვის სისტემის და მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისათვის;

┌ საოჯახო მედიცინის ეროვნულ სასწავლო ცენტრი, სადაც გაიმზდება შესაძლებლობები პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების მოსამზადებლად როგორც ქალაქად, ისე სოფლად;

┌ თბილისის მუნიციპალური ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც მოიპოვებს მხარდაჭერას თბილისში პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის გასაუმჯობესებლად;

┌ ექიმები რეგიონებიდან და 24 მათგანი თბილისიდან, რომლებიც გაივლიან მომზადებას როგორც ტრენერები საოჯახო მედიცინაში;

┌ დაახლოებით 300 ექიმი, რომლებიც გაივლიან მომზადებას როგორც ოჯახის ექიმები;

) საქართველოს მთავრობა, რომელიც გაზრდის თავის პოპულარობას პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მეშვეობით, რაც მიწოდების თვალსაზრისით უფასო იქნება.

### შეფასებები

24. გარემოს შეფასება. პროექტს არ ექნება არავითარი მავნე გეგავლენა გარემოს თვალსაზრისით.

25. ეკონომიკური და ფინანსური შეფასება. საქართველო იბრუნებს ეკონომიკურ სტაბილურობას. მიუხედავად რუსული რუბლის კრიზისისა 1999 წელს, საქართველოს ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებლები მოსალოდნელია რომ გაორმაგდეს. შეფასების მიხედვით ინფლაციის დონე იმავე წლისათვის არის დაახლოებით 6.5%. მოსალოდნელია, რომ გაიზარდოს მთავრობის შემოსავლები.

26. 1998 წელს ცენტრალური მთავრობის ხარჯები ჯანდაცვაზე შეადგენდა 54 მილიონ ლარს (ბიუჯეტის 5.1%). შესაბამისი მაჩვენებელი 1999 წლისათვის მოსალოდნელია, რომ იქნება 39.3 მილიონი ლარი (ბიუჯეტის 3.4%). დაგეგმილია, რომ 2009 წლისათვის ხარჯები ჯანდაცვაზე გაიზარდოს საერთო ეროვნული შემოსავლის 6%-მდე და ბიუჯეტის 15%-მდე. საქართველოს მთავრობამ და თბილისის მერიამ მზადყოფნა გამოთქვეს მხარი დაუჭირონ მოცემულ პროექტს გარკვეული ფინანსური დახმარებით, რაც აღწერილია რესურსებში.

27. ინსტიტუციონალური შეფასება. ამ პროექტს აქვს მყარი ინსტიტუციონალური მხარდაჭერა ქართველი პარტნიორებისაგან, მათ შორის არიან შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, თბილისის მუნიციპალური ჯანდაცვის დეპარტამენტი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაცია, სადემონსტრაციო ობიექტების მთავარი ექიმები და პერსონალი, საოჯახო მედიცინის გრენერები და ოჯახის ექიმები.

28. გემოაღნიშნულ დაწესებულებების ხელმძღვანელობას გააჩნია მნიშვნელოვანი გექნიკური შესაძლებლობები და მოწადინებული არიან გააღრმავონ რეფორმის პროცესი და წაიყვანონ იგი პოლიტიკის დონეზე. თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტს, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალურ ცენტრს, საოჯახო მედიცინის ეროვნულ სასწავლო ცენტრს და ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებს – საკვანძო შემსრულებელ პარტნიორებს – გააჩნიათ როგორც კომპეტენტობა, ისე დიდი სურვილი იმისა, რომ განახორციელონ ცვლილებები.

29. სოციალური შეფასება. ამჟამად მოსახლეობას ძალიან მცირე ნდობა აქვს სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემისადმი. გამოკითხვამ 1998 წელს აჩვენა, რომ გამოკითხული 830 ადამიანიდან 60% უკმაყოფილო იყო პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული დახმარების დონით. ეს უნდობლობა და მასთან ერთად გადახდის სქემები იწვევს მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის უგილიზაციის ძალიან დაბალ დონეს. ეს განსაკუთრებით უარყოფით გავლენას ახდენს ღარიბ მოსახლეობაზე.

30. არსებობს რამდენიმე სოციალური დაბრკოლება ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობაზე. მათ შორისაა შემოსავლების სიმცირე როგორც ქალაქად, ისე სოფლად, გასაკუთრებით იქ, სადაც მედპერსონალი მოელის ანამბლაურებას მომსახურებისათვის. მეორე, ნაკლები დაინტერესება და ყურადღება პაციენტისადმი კიდევ ერთი დაბრკოლებაა. მესამე, არსებობს არაეფექტური (როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკური თვალსაზრისით) მიდრეკილება სამკურნალო დახმარებაზე, ვიდრე

პროფილაქტიკურ მედიცინაზე. მეოთხე, საზოგადოების ეფექტური მონაწილეობის დონე ადგილობრივ სამედიცინო ცენტრებში ძალიან დაბალია. და ბოლოს, სამედიცინო და სხვა პერსონალი ამჯობინებს იმუშაოს უფრო მეტად ქალაქად და შეზღუდოს სოფლად მუშაობის საათების რაოდენობა.

31. პროექტის წვლილი მოგიერთი ამ დაბრკოლების აღმოფხვრაში იქნება ღარიბი მოსახლეობის მიერ სამედიცინო სამსახურების უგილიზაციის გაზრდაში. მგვარად, პროექტი მხარს დაუჭერს თანამშრომლობას ყველა დაინტერესებულ მხარეს შორის, მათ შორის ადგილობრივ ხელმძღვანელობასა და მომხმარებელს შორის. პროექტის მიზანია დაამყაროს კავშირი მომსახურების მიწოდებლებს, ჯანდაცვის სამინისტროსა და სამოქალაქო საზოგადოებას შორის, რაც განხორციელდება მოქალაქეთა გაზრდილი მონაწილეობით ჯანდაცვის მიწოდებასა და დაგეგმარებაში.,

32. ოჯახების გამოკითხვები, რასაც ითვალისწინებს პროექტი, ჩაგარდება იმის გასაანალიზებლად, თუ რამდენად მისაღები და დამაკმაყოფილებელი იქნება მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელი.

### პროექტის დანერგვა

#### მართვა

33. პროექტის მართვის ჯგუფში შედის სამი მხარე.

34. პირველი მხარეა გაერთიანებული სამეფოს პროექტის მართვის სააგენტო. რამდენადაც პროექტი საკმაოდ კომპლექსურია, მისი მართვაც მოითხოვს კომპლექსურ მიდგომას და საჭირო იქნება ერთი ორგანიზაციის პასუხისმგებლობა პროექტის საერთო მართვაზე. ამ ორგანიზაციას ექნება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კარგი ცოდნა და ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში მსგავსი პროექტების განხორციელების გამოცდილება. მას ასევე უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან და მსოფლიო ბანკთან თანამშრომლობის გამოცდილება.

35. სათაო ორგანიზაციის ხელმძღვანელი იქნება პროექტის მენეჯერი. იგი უზრუნველყოფს პროექტის სტრატეგიულ ხელმძღვანელობას და განსაზღვრავს პროექტის განხორციელებისათვის საჭირო ტექნიკურ რესურსებს. ასეთ პირს უნდა ჰქონდეს გამოცდილება ჯანდაცვის რეფორმების პროექტების განხორციელებაში, განსაკუთრებით პირველად ჯანდაცვაში და სასურველია ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში. ან უნდა განახორციელოს ინტენსიური მუშაობა როგორც საქართველოში, ისე გაერთიანებულ სამეფოში პირველი 6 თვის მანძილზე, რათა გარანტირებულ იქნას პროექტის წარმატება ყველაზე ძნელ საწყის ეტაპზე.

36. მეორე მხარეა საქართველოში მოქმედი პროექტის საექსპერტო კომიტეტი, რომელიც შედგება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის, თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტის, საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის და საქართველოს ექთნების ასოციაციის მაღალჩინოსანი წარმომადგენლებისაგან. აღნიშნული კომიტეტი ყოველ 6 თვეში ერთხელ შეხვდება პროექტის დირექტორებს. მას გარდა არიან თითოეულ კომპონენტზე პასუხისმგებელი პარტნიორები

) პირველი კომპონენტისათვის, ძირითადი პარტნიორია თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტი

- ⌋ მეორე კომპონენტისათვის, ძირითადი პარგნიორებია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტი
- ⌋ მესამე კომპონენტისათვის, ძირითადი პარგნიორებია ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი და საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი
- ⌋ მეოთხე კომპონენტისათვის, ძირითადი პარგნიორია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტი

37. მესამე მხარეა პროექტის ადგილობრივი ოფისი თბილისში, რომელიც მოიცავს პროექტის ადგილობრივ კოორდინატორსა და ადმინისტრატორს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან პროექტის ყოველდღიურ მუშაობაზე. ისინი ანგარიშვალდებული არიან პროექტის მენეჯერისა და გაერთიანებული სამეფოს სააგენტოს წინაშე.

ვადები

38. დაგეგმილია, რომ პროექტი დაიწყოს 2000 წლის აგვისტოში და გაგრძელდეს 3 წელიწადს. ძირითადი საქმიანობის დაწყებისა და დამთავრების ვადები მოცემულია ქვემოთ ცხრილში.

რესურსები

39. საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის წვლილი ამ პროექტში შეადგენს 1.3 მილიონ ფუნტ სტერლინგს. საქმიანობის სახეები ჩამოთვლილია ლოგიკურ ჩარჩოში. საქართველოს მთავრობა და თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტი დათანხმდნ გაეწიათ პროექტისათვის შემდეგი სახის ფინანსურ დახმარება:

- ⌋ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის, რომელიც მდებარეობს ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის შენობაში, და ორი სხვა სადემონსტრაციო ობიექტის გარემონტება თბილისში (სულ 225.000 აშშ დოლარი პირველი წლისათვის);
- ⌋ პერსონალის ხელფასები 5 სადემონსტრაციო ობიექტზე მანამდე, ვიდრე არ შეიქმნება დაფინანსების ახალი სქემა (დაახლოებით 200.000 აშშ დოლარი პირველი წლისათვის);
- ⌋ ხელფასები საოჯახო მედიცინის 16 გრენერისათვის;
- ⌋ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრში სწავლებისა და საჭირო სასწავლო მასალების ხარჯები;
- ⌋ გარდა ამისა, მთავრობას შეუძლია გამოიყენოს მსოფლიო ბანკის ფონდები 3 რეგიონალური სასწავლო ცენტრის გასარემონტებლად. ეს დაახლოებით 300.000 აშშ დოლარს შეადგენს.

მონიტორინგი და ანგარიშგება

40. პროექტის მენეჯერი დიდი ბრიგანეთის მხრიდან 6 თვეში ერთხელ წარუდგენს საქართველოს საექსპერტო კომიტეტს და საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტს ანგარიშს დეპარტამენტის წესების მიხედვით. ამ ანგარიშების მიზანია შეფასდეს პროექტის პროგრესი ლოგიკურ ჩარჩოსთან მიმართებაში.

41. საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის ჯანდაცვის სექტორის მენეჯერი პასუხისმგებელია პროექტის მონიტორინგზე. იგი განიხილავს კონსულტანტების ანგარიშებს პროგრესის შესახებ და 2001 და 2002 წლის გაზაფხულზე ჩააგარებს “მიზანი-შედეგი” ანალიზს. დეპარტამენტის ჯანდაცვის და მოსახლეობის უფროსი მრჩეველი ჩააგარებს დამოუკიდებელ ფორმალურ შეფასებას პროექტის

დასრულებისას. შემფასებელი შეაფასებს პროექტის ეფექტს და მიღწევებს და თუ ჩათვლის საჭიროდ, გაუწევს რეკომენდაციას დეპარტამენტის მიერ პროექტის შემდგომ მხარდაჭერას.

42. პროექტის მეთვალყურეობას განახორციელებს გაერთიანებული სამეფოს საექსპერტო კომიტეტი, რომელშიც შედიან დეპარტამენტის უფროსი მრჩეველი ჯანდაცვის საკითხებში, ჯანდაცვის სექტორის მენეჯერი, პროექტის მენეჯერი, დეპარტამენტის ცენტრალური აზიისა და სამხრეთ კავკასიის სექტორის უფროსი და სამხრეთ კავკასიის პროექტის ოფიცერი. კომიტეტი შეიკრიბება 6 თვეში ერთხელ და განიხილავს პროექტის მიმდინარეობის პროგრესს და საჭიროების შემთხვევაში ლოგიკურ ჩარჩოში შეიტანს ცვლილებებს.

#### საჯაროობა და ინფორმაციის გავრცელება

43. პროექტის მენეჯერი იმუშავებს საქართველოში გაერთიანებული სამეფოს საელჩოსთან ერთად იმ მიზნით, რომ გარანტირებული იყოს საქართველოში პროექტის სათანადო საჯაროობა. ეს გულისხმობს ინფორმაციებს პრესაში და კონფერენციებს პროექტის საკვანძო ეტაპებზე. მოხდება ასევე პროექტის შესახებ ინფორმაციის ადგილობრივად და საერთაშორისო მასშტაბით გავრცელება ანგარიშების, სადისკუსიო მოხსენებების, ბრიფინგის, საკურნალო სტაგიების და კონფერენციების სახით. პროექტის დეტალების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება მოხდება ასევე სპეციალურ საინფორმაციო სემინარებზე (რომლებიც საქართველოში ჩატარდება), სპეციალურად პროექტისათვის შექმნილი ვებ-გვერდის საშუალებით და საბოლოო კონფერენციის მეშვეობით, რომელიც გაიმართება პროექტის დასრულებისას.

#### რისკი და მოსაზრებები

44. საქართველოს ეკონომიკა კვლავ ეცემა. ეს ზეგავლენას მოახდენს მთავრობის შესაძლებლობებზე, რათა დაეხმაროს პროექტს, და საავადმყოფოების რაციონალიზაცია გახადოს პოლიტიკურად ნაკლებად მისაღები (რადგანაც ეს გულისხმობს სამუშაო ადგილების შემცირებას). თუმცა ეკონომიკური პროგნოზი იმედისმომცემია. ამას გარდა, ეკონომიკის სიძნელებები კიდევ უფრო ამძაფრებს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების აუცილებლობას.

45. მსოფლიო ბანკი არ აპირებს ჯანდაცვაზე მეორე სესხის გამოყოფას. პროექტის განვითარებასთან ერთად მისი მმართველობის ჯგუფი გაითვალისწინებს მისი შეწყვეტის შესაძლო ვარიანტებს.

46. საქართველოს მთავრობამ შეანელა თავისი დაინგერესება პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართ და ბიუჯეტის სულ უფრო ნაკლები ნაწილია ჯანდაცვაზე გათვალისწინებული. თუმცა, მსოფლიო ბანკის ჯანდაცვის მეორე სესხის პირობაა, რომ მთავრობამ შეინარჩუნოს და გაზარდოს ხარჯები ჯანდაცვის სექტორზე.

47. არ არის მიღებული ახალი კანონმდებლობა პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელის შესახებ. თუ გავითვალისწინებთ პრემიუმის მიდგომას ამ საკითხისადმი, რისკის დონე ბევრად შემცირებულია.

48. თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტმა შეანელა თავისი დაინგერესება პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართ, რასაც ღიმილი ზეგავლენა შეიძლება ჰქონდეს, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ, რომ პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ეროვნული პოლიტიკაა და ქალაქის ახალი მერის დაინგერესებას, ეს რისკიც ნაკლებად საშიშია.

49. ჯანდაცვის სამინისტრო და თბილისის ჯანდაცვის დეპარტამენტი ვერ ახერხებენ გადაუხადონ ხელფასები პერსონალს ობიექტებზე, გაიღონ თანხები ამ ობიექტების და

რეგიონალური ცენტრების რემონტზე. ვინაიდან ეს სამუშაოებიც დაფინანსებულია, რისკის დონეც ნაკლებად საშიშია.

50. სხვა მუნიციპალიტეტები არ ეთანხმებიან დაფინანსებისა და მომსახურების მიწოდების შემოთავაზებულ მოდელს. მუნიციპალიტეტებთან და ფართო საზოგადოებრიობასთან მჭიდრო თანამშრომლობამ ეს რისკიც მინიმუმამდე უნდა დაიყვანოს.