

# საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების გენერალური გეგმა

## 1. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განმარტება და მომსახურების სახეები

1.1. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა ანუ პირველი დონის მომსახურება წარმოადგენს ბაზისურ ამბულატორიულ მომსახურებას, რომელიც მოსახლეობას მიეწოდება საცხოვრებელ ადგილთან სიახლოვეში ოჯახის ექიმის მიერ, რომელიც თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან - ზოგადი პრაქტიკის ექთნებთან და ბებიაქალებთან; მრავალგუნდიან პჯდ ობიექტებში ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს სპეციალისტებთან.

1.2. პირველი დონის მომსახურება ითვალისწინებს: (ა) სამედიცინო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით; (ბ) ბაზისურ ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიული გამოკვლევებს, რისთვისაც არ არის საჭირო რთული დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული შესაძლებლობები და დამატებითი ადამიანური რესურსი; დ) მცირე ინვაზიურ პროცედურებს; ე) საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართულ ღონისძიებებს, მათ შორის იმუნიზაციას.

## 2. პირველი დონის მომსახურების ორგანიზაციისა და მართვის პრინციპები

2.1. პირველი დონის მომსახურება უპირატესად მიეწოდება:

- (ა) ინდივიდუალური საქეიმო პრაქტიკის სახით, ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდის მიერ. ინდივიდუალური საქმიანობის წარმოება დასაშვებია ნებართვის გარეშე;
- (ბ) რამოდენიმე პჯდ გუნდისაგან შემდგარი დაწესებულებების მიერ, რომლებიც ეწყობა მხოლოდ ოჯახის ექიმებით დაკომპლექტებული საოჯახო მედიცინის ცენტრის ან ამბულატორიული კლინიკის სახით, სადაც ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებული მომსახურება ინტეგრირებულია სპეციალისტების მომსახურებასთან. საოჯახო მედიცინის ცენტრებისა და ამბულატორიული კლინიკების მოწყობა ექვემდებარება ნებართვას.

2.2. ოჯახის ექიმი ემსახურება 500-დან 3000-მდე პაციენტს.

2.3. მცირედ დასახლებულ ადგილებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა 250-დან 1000-მდე მერყეობს პირველი დონის მომსახურება, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, შეუძლია უზრუნველყოს ზოგადი პრაქტიკის ექთანს.

2.4. პაციენტს უფლება აქვს ღარეგისტრირებიდან წელიწადში ერთხელ შეცვალოს პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი.

2.5. ოჯახის ექიმი აწარმოებს მასთან რეგისტრირებული პაციენტების მხოლოდ ერთ – საერთო სიას, მომსახურების დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.

2.6. პჯდ მომსახურების მიმწოდებლები შეიძლება ჩამოყალიბდნენ ინდივიდუალური მეწარმის, კერძო სამართლის ან არასამეწარმეო იურიდიული პირის სტატუსით.

2.7. პირველი დონის მომსახურების მიმწოდებლების ორგანიზაციული გაერთიანება დასაშვებია მხოლოდ არაპროსპიტალური მომსახურების მიმწოდებლებთან.

2.8. ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების შემთხვევაში პჯდ მომსახურების უზრუნველყოფისთვის შემსყიდველი ხელშეკრულებას დებს უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან (ოჯახის ექიმთან ან ზოგადი პრაქტიკის ექთანთან). კორპორაციების შემთხვევაში, მოცვის არეალში პჯდ სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფის მიზნით, შემსყიდველი ხელშეკრულებას დებს კორპორაციის მენეჯერთან.

### 3. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება

3.1. სახელმწიფო ანაზღაურებს პჯდ მომსახურების სრულ პაკეტს საქართველოს მოსახლეობის უღარიბესი ნაწილისათვის. ეს მოიცავს (ა)პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების მიერ გატარებულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული ღონისძიებებს; (ბ)სამედიცინო კონსულტაციას; (გ)მარტივ ფუნქციურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; (დ)სასიცოცხლოდ აუცილებელი მედიკამენტების ხარჯებს, რომელთა ნუსხას განსაზღვრავს სამინისტრო;

3.2. ინდივიდი სახელმწიფო სუბსიდირებას იღებს ვაუჩერის სახით, რომელიც მოიცავს სადაზღვევო შენატანს, როგორც პირველი დონის, ასევე პროსპიტალური მომსახურებისთვის;

3.3. სახელმწიფო სუბსიდიის მიმღები ინდივიდი თავად ირჩევს სადაზღვევო კომპანიას.

3.4. სადაზღვევო კომპანიების მიერ (ხომ არ ჯობია, რომ ვთქვათ შემსყიდველის მიერ) პჯდ პერსონალის ანაზღაურება იმგვარად უნდა იყოს განსაზღვრული, რომ გეოგრაფიულად ძნელად მისაღვომ ადგილებში მოხდეს პირველი დონის მომსახურების მიწოდების სტიმულაცია. კერძოდ, უნდა განისაზღვროს დანამატი ქალაქის ტიპის დასახლებებთან შედარებით მაღალმთიან რეგიონებში ერთ სულზე 2-ჯერ, ხოლო სოფლად 1,2-ჯერ გაზრდილი ოდენობით.

3.5. სახელმწიფო ანაზღაურებს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების მიერ წარმოებულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებებს მთელი მოსახლეობისთვის.

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

3.7. სადაზღვევო სქემებს მიღმა დარჩენილი კონტიგენტისთვის სახელმწიფო შექმნის სოციალური დაცვის ბაღეს, რაც მოიცავს სასიცოცხლო რისკის მენეჯმენტის უზრუნველყოფას, გადაუდებელი დახმარების ღონისძიებების შეუფერხებელი მიწოდების გზით, ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერ ღონეზე.

3.8. სახელმწიფო სახსრებით პირველი ღონის მომსახურების დაფინანსების ადმინისტრირებას აწარმოებს სახელმწიფო შემსყიდველი:

3.8.1. პირველი ღონის მომსახურება ანაზღაურდება ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებულ თითოეულ ადამიანზე ე.წ. კაპიტაციის მეთოდით ხელშეკრულებით განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულების გათვალისწინებით.

3.8.2. პაციენტების რეგისტრაციის სისტემის განვითარებამდე მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურება ხდება მოსახლეობის ტერიტორიული მიმაგრების პრინციპით (გეოგრაფიული მოცვის არეალში სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებით განსაზღვრული მოსახლეობის რაოდენობა), ხოლო რეგისტრაციის სისტემის განვითარების შემდგომ - პჯდ მომსახურების მიმწოდებელთან ნებაყოფლობით რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობიდან გამომდინარე.

#### 4. საინფორმაციო სისტემები პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

4.1. პჯდ მომსახურების მოდელის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით მოხდება ინვესტირება საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურაში, კომპიუტერულ და პროგრამულ უზრუნველყოფასა და ადამიანური რესურსის განვითარებაში;

4.2. პჯდ საინფორმაციო სისტემა პაციენტების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებისათვის ეყრდნობა სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებს.

4.3. პჯდ საინფორმაციო სისტემა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის საინფორმაციო სისტემის ნაწილს. იგი სრულად იძლევა პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის საშუალებას და უზრუნველყოფს ინფორმაციის წარმოებას შემდეგი კატეგორიების შესაბამისად:

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

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

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

## 5. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების რაოდენობა და მდებარეობა

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

5.2. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ჩამოყალიბდება 1100 პჯდ ობიექტი.

5.3. პჯდ დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვროს დანართი №1-ის შესაბამისად.

## 6. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სამედიცინო პერსონალი

6.1. საქართველოს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი ემყარება საოჯახო მედიცინას, რომლის მთავარი განმახორციელებელია ოჯახის ექიმი;

6.2. ოჯახის ექიმი სპეციალისტია, რომელიც საექიმო საქმიანობის უფლებას მოიპოვებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

6.3. პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, დადგენილი კომპეტენციის ფარგლებში, დამოუკიდებლად შეუძლია ზოგადი პრაქტიკის ექთანს, რომელიც სამედიცინო საქმიანობის უფლებას მოიპოვებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

6.4. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დონეზე საექიმო მომსახურებათა ჩამონათვალს განსაზღვრავს და ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;

6.5. სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (მუხლი 2 პუნქტები 2.2. და 2.3.) საქართველოში საჭიროა 2106 ოჯახის ექიმი, 1970 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და 305 ექთანი-ბებიჩალი;

6.6. ქვეყანაში ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების საჭირო რაოდენობის შექმნამდე დასაშვებია პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ზოგადი თერაპევტებისა და პედიატრების მიერ;

## 7. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სამედიცინო დაწესებულებების ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა

7.1. პჯდ დაწესებულების ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი განისაზღვრება 30 კვ.მ –ით ერთ გუნდზე (იხ. დანართი №2).

7.2. პჯდ დაწესებულებების სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა არ ითვალისწინებს მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს, სრულ შესაბამისობაშია პერსონალის პროფესიულ კომპეტენციებთან (იხ. დანართი №3).

## 8. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებისთვის საჭირო ინვესტიციები

8.1. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმით განსაზღვრული საჭიროებების შესაბამისად, ინვესტიცია ინფრასტრუქტურისა და ადამიანური რესურსების (ოჯახის ექიმები, ზოგადი პრაქტიკის ექთნები, ბებიაქალები და მენეჯერები) განვითარებაში განხორციელდება კერძო სექტორის მიერ;

8.2. სახელმწიფო და დონორის ინვესტიციები პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელებისთვის მოხმარდება ადამიანური რესურსების განვითარებასა და პჯდ ობიექტების მშენებლობა/რეაბილიტაციას იმ ადგილებში, სადაც კერძო სექტორი არ ჩადებს ინვესტიციას;

## 9. პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის განხორციელება

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

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

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

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

გ) პჯდ საინფორმაციო სისტემების განვითარება – დასრულდება 2008 წელს

დ) ქვეყნის უღარიბესი მოსახლეობისთვის პჯდ მომსახურების დაფინანსება სადაზღვევო წესით დაინერგება 200 წლიდან.

დ) პჯდ მომსახურების ანაზღაურება დიფერენცირებული კაპიტაციური წესით – დაინერგება 2008 წლიდან.