



# Primary Healthcare System's Development Strategy



**Global Alliance  
for Health  
and Social Compact**

## საკონსულტაციო დავალება

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და, ჯანმრთელობისა და სოციალური თანამშრომლობისთვის, გლობალურ ალიანს შორის გაფორმებული საკონსულტაციო მომსახურების სახელმწიფო შესყიდვის 2015 წლის 7 აპრილის ხელშეკრულების მიხედვით

ამოცანები	პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიისა და დანერგვის გეგმის შემუშავება.
განხორციელება/შემუშავება	გლობალური ალიანსი ჯანმრთელობისა და სოციალური თანამშრომლობისთვის.
ანგარიშის მომზადების თარიღი	2016 წლის 28 მარტი



**Global Alliance  
for Health  
and Social Compact**



დამატებითი ინფორმაციისთვის წინამდებარე ანგარიშთან და  
პროექტთან დაკავშირებით გთხოვთ დაუკავშირდეთ:

---

## გლობალურ ალიანსს ჯანმრთელობისა და სოციალური თანამშრომლობისთვის

ბილეს ქ. N 22, ტონტონი, სომერსეტი TA1 3NG  
დიდი ბრიტანეთისა და ჩრდილოეთ ირლანდიის  
გაერთიანებული სამეფო

დიდი ბრიტანეთი ტელ: / +441823321177  
დიდი ბრიტანეთი ფაქსი: / +441823423400

ელ-ფოსტა: [office@gahsc.net](mailto:office@gahsc.net)

დოქტორი ტატიანა პადურარუ

# სარჩევო

Introduction.....	5
Description of the current situation and pending problems.....	5
Governance in the Primary Health Care System .....	7
Funding and mechanisms of payment for Primary Health Care.....	8
Provision of Primary Health Care .....	10
Resource Management.....	13
General and specific objectives .....	14
Necessary measures to attain the objectives and expected results.....	16
Impact assessment.....	24
Stages of implementation .....	26
Reporting and monitoring procedures .....	27
Action plan.....	29

## შესავალი

1. 2016-2023 წლებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგია (შემდგომში სტრატეგია) საქართველოში 2014-2020 წლების ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის დანერგვის შემადგენელი ნაწილია, რაც მიმართულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისკენ.
2. სტრატეგიის მიზანია გააძლიეროს საოჯახო მედიცინის როლი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში და შეიმუშაოს ძლიერი, შესაბამისი ეფექტური და მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც გააუმჯობესებს მკურნალობის ხარისხს საქართველოს მოქალაქეებისთვის, განსაკუთრებით კი მათთვის, ვინც ვერ იღებს სათანადო მომსახურებას და ეს ყოველივე შესაძლებელი გახდება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვით, დაავადებათა პრევენციით, ჰოსპიტალური სერვისების საჭიროების შემცირებითა და ქრონიკული მდგომარეობების მართვის გაუმჯობესებით.
3. სტრატეგია შეესაბამება 5 წლის წინ ჯანდაცვის სისტემის რესტრუქტურის შესახებ წამოწყებულ ამოცანას, ის საფუძველს იღებს პრიორიტეტული პრობლემების დადგენიდან და საზღვრავს მიდგომებისა და ჩარევის მეთოდებს, რომელიც სათანადო განხორციელების შემთხვევაში უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის უკეთეს ფუნქციონირებას და მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას არასაკმარისი რესურსების ფონზე კი.
4. სტრატეგია შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკაზე დაყრდნობით და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO), ევროპის კომისიის, მსოფლიო ბანკისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის სექტორში მოღვაწე სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების ძირითადი დოკუმენტაციის მიხედვით.

## არსებული მდგომარეობისა და მოსალოდნელი პრობლემების აღწერა

5. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების რეფორმა დაიწყო 2000 წელს. პირველადი ჯანდაცვის 2004-2006 წლების საწყის გენერალური გეგმაში მოწოდებული იყო, საჯარო მფლობელობაში არსებული და სახელმწიფოს მიერ მართული სისტემის მეშვეობით, ხარისხიანი საბაზისო სამედიცინო მომსახურების უნივერსალურ წვდომაზე ორიენტირებული რეფორმის ჩარჩო. ის ასევე მოიცავდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე სამედიცინო პრესონალის გადამზადებისა და პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების რეაბილიტაციის გეგმებს. შემუშავებულ პოლიტიკაში ნავარაუდები იყო პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მომსახურების გადასახადებით, რაც შემდგომში გადაინაცვლებდა ფიქსირებულ სულადობრივ საგადასახადო სისტემაზე.
6. 2006 წელს პირველადი ჯანდაცვის საწყისი გენერალური გეგმა გადაიხედა ჯანდაცვის სერვისების პრივატიზაციის პროგრამის წამოწყების ფარგლებში, აქედან გამომდინარე ჯანდაცვის პოლიტიკა შესაბამისობაში მოვიდა უფრო ფართო ეკონომიკურ პოლიტიკასთან, კერძო სექტორის მეტი ჩართულობის მხარდასაჭერად. ჯანდაცვის ეს რადიკალური რეფორმა განხორციელდა სამედიცინო საზოგადოებასთან, სამოქალაქო ჯგუფებთან და განვითარების დარგში არსებულ პარტნიორებთან მინიმალური კონსულტაციით.
7. 2007 წელს პირველადი ჯანდაცვის 2007–2010 წლების მეორე გენერალურ გეგმაში მოწოდებული იყო პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ძირითადი სახელმძღვანელო - (i) კერძო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შემოღებისთვის დაზღვევაზე დაყრდნობით; (ii) სამინისტროს, როგორც მარეგულირებლისა და პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელი ორგანოს, როლის გაძლიერებისთვის, რაც გაზრდიდა ჯანდაცვის სისტემის

ეფექტიანობას, ეფექტურობასა და ხარისხს; (iii) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ურბანული და სასოფლო მოდელების გასამიჯნად, დაახლოებით 900 ობიექტით რაიონებში და შეუზღუდავი რაოდენობით, ქალაქებში, რეგიონებში/რეგიონულ ცენტრებში (ყველა კერძო ობიექტით); (iv) პირველადი ჯანდაცვის დასაფინანსებლად სასოფლო/მაღალმთიან რაიონებში, სადაც კერძო სექტორი ნაკლები ალბათობით უზრუნველყოფს ადექვატურ დაფარვას (მომსახურებას) და (v) პირველადი ჯანდაცვის სერვისების სრული პაკეტის დასაფინანსებლად ყველაზე გაჭირვებული ფენისთვის (ყველა სიღარიბის ზღვარს მიმდმა მყოფი პირი). საბოლოოდ გენერალური გეგმა არ მიიღეს.

8. 2008-2012 წლებში პირველადი ჯანდაცვა არ იყო მიჩნეული პრიორიტეტულად ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებისკენ მიმართული სამი სტრატეგიული ამოცანის ჭრილში. პირველადი ჯანდაცვა დაიხვეწა და განისაზღვრა სისტემის ელემენტები, რომელიც ეფუძნება კერძო მიწოდებასა და შესყიდვას, რაც იმუშავებდა კონკურენტულ გარემოში. თუმცა, ჯანდაცვის სექტორის კონკრეტულმა მახასიათებლებმა, რითაც ის განსხვავდება საქონლის/მომსახურების მოთხოვნა-მიწოდებაზე დაფუძნებული ჩვეულებრივი ბაზრის მიდგომისგან, გამოიწვია ცვლილების საჭიროება.

9. 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტური შემოღებით, პირველადმა ჯანდაცვამ, წარმოდგენილმა საოჯახო მედიცინის სახით, აჩვენა ჯანდაცვის სისტემაში თავისი კომპეტენციის სფეროს შეზღუდვის ზრდადი ტენდენცია. გაანალიზდა და გაფართოვდა საოჯახო მედიცინის კომპეტენციები და პასუხისმგებლობები და გაუმჯობესდა ეფექტიანობა სამედიცინო კონსულტაციებისა და სახლში ვიზიტების გაზრდით, აღირიცხა მეტი პაციენტი, რამაც უზრუნველყო პირველადი ჯანდაცვის უკეთესი დაფარვა.

10. დაბალი დაფინანსებისა და საჭირო რესურსების ნაკლებობის მიუხედავად საქართველომ წარმატებით გადადგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები საოჯახო



მედიცინისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნით და პირველადი ჯანდაცვის სექტორში განხორციელებული რეფორმებით. საოჯახო მედიცინა კანონის მიხედვით გახდა სპეციალობა, პირველადი ჯანდაცვა გამოცხადდა პიორიტეტად და დაიკავა „ავანპოსტის“ პოზიცია ჯანდაცვის სისტემაში.

11. ზემოთ აღწერილმა სარეფორმო ინიციატივებმა გააუმჯობესა სტრუქტურის გარკვეული ასპექტები და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება. თუმცა, სოციო-ეკონომიკურმა ასპექტებმა, ეპიდემიოლოგიურმა და დემოგრაფიულმა ტენდენციებმა, გეორგრაფიულმა სირთულეებმა და დანერგვასთან დაკავშირებულმა სისტემურმა ნაკლოვანებებმა შეაფერხა სასურველი შედეგების მიღება. პირველადი ჯანდაცვის მახასიათებლებმა და რეგიონებს შორის შედარებებმა აჩვენა არასაკმარისი მიღწევები და შემდგომი გაუმჯობესებების საჭიროება.

12. პირველადი ჯანდაცვა, როგორც ჯანდაცვის სისტემის ყველაზე ხარჯთ-ეფექტური ფორმა, რომელსაც აქვს ყველაზე დიდი ზეგავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და მომსახურებაზე წვდომასა და უწყვეტობაზე, კვლავ აწყდება რიგ სერიოზულ პრობლემებს.

### მმართველობა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში

13. ეფექტური მმართველობა არის მნიშვნელოვანი წინაპირობა პირველადი ჯანდაცვის ხარისხიანი სერვისების მისაწოდებლად და პირველადი ჯანდაცვის დარგში მომუშავე კვალიფიციური კადრებისა და თანამედროვე მოწყობილობების უზრუნველსაყოფად. პირველად ჯანდაცვაში მმართველობის შესაფერისი მოდელების შემუშავება საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ საჭირო ფინანსური რესურსების მობილიზება, გამოვიყენოთ ინსტრუმენტები პრიორიტეტების დასადგენად და ასევე რაციონალურად და ეფექტურად გამოვიყენოთ არსებული რესურსი სასურველი შედეგების მისაღებად. მრავალი დაკორექტირებული პოლიტიკა და გეგმები ბოლომდე ვერ იწერება არასაკმარისი სამართლებრივი ბაზის გამო. ამ კუთხით აუცილებელია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის

სამინისტროს (MoLHSA) როლის გაძლიერებ პირველადი ჯანდაცვის მართვაში, აქცენტით მომსახურების მოცულობაზე, ანგარიშვალდებულებაზე, წვდომაზე, ეფექტიანობასა და ხარისხზე.

14. სექტორში აღინიშნება პირველადი ჯანდაცვის სფეროს მენეჯერთა დეფიციტი, როგორც მაკრო, ასევე მიკრო დონეზე; აღნიშნული დეფიციტის აღმოფხვრის შემთხვევაში უზრუნველყოფილი იქნებოდა პირველადი ჯანდაცვის სფეროს განვითარება, ადგილზე ექნებოდა დადებით ძვრებს და მოიმატებდა, როგორც სერვისების ხარისხი და ეფექტურობა, ასევე პაციენტთა კმაყოფილება. 2000-იან წლებში დაწყებულმა რეფორმებმა ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერებს მისცა ავტონომია, თუმცა თანამედროვე მმართველობითი უნარები, როგორცაა პროექტის დაგეგმარება და მართვა, პროგნოზირება, ფინანსური მართვა, მოლაპარაკებების წარმოება, კონტრაქტირება და რესურსების მართვა კვლავ სუსტია. იმისთვის, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა გახდეს ფუნქციური აუცილებელია არსებული მენეჯერების გადამზადება და ტრენინგების წინასწარ დაგეგმილი კურსების უზრუნველყოფა ახალი მენეჯერულული პოზიციებისთვის კადრების მოსამზადებლად.

15. საკონსულტაციო დავალებების ფარგლებში გამოკითხულ პირთა უმრავლესობამ აღნიშნა პირველადი ჯანდაცვის მმართველობისა და დაფინანსების მაშტაბების სისუსტეები, როგორც ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერი პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის, ვინაიდან არ ხდება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წახალისება თანამედროვე პრაქტიკის დასანერგად სერვისების ხარისხისა და მოცულობის გაუმჯობესების კუთხით. აუცილებელია შემდგომ დაგვარად მოკლე ვადაში მოხდეს ამ სექტორის გაძლიერება და მაქსიმალური გამოყენება ჯანდაცვის სისტემისთვის გათვალისწინებული ფინანსური რესურსების ეფექტური განაწილებისთვის და ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის, პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მომწოდებელთა მოტივირების მექანიზმების დანერგვით, რაც მოიცავს ფულად წახალისებას სამუშაო

ეფექტურობაზე დაყრდნობით.

## დაფინანსება და გადახდის მექანიზმები პირველადი ჯანდაცვის სექტორში

16. დაფინანსება არის ერთ-ერთი მთავარი საყრდენი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მდგრადი ფუნქციონირებისთვის, ის ქმნის ხელსაყრელ პირობებს მოსახლეობის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად მაღალი ხარისხისა და მომსახურებების ადექვატური მოცულობით მიწოდების თვალსაზრისით. მიზნობრივი დაფინანსებისა და გადახდის მექანიზმების სათანადო უზრუნველყოფა, მ.შ. მათი კომბინირება პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ტიპებთან და პაკეტებთან, საშუალებას იძლევა გაუმჯობესდეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა, ზრუნველყოფს რესურსების რაციონალურ და ეფექტურ გამოყენებას და ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მომწოდებელთა მოტივირებას.
17. იმის მიუხედავად, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვით ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური სტაბილურობა გაიზარდა და ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა გაუმჯობესდა, რიგი პრობლემებისა ჯერ კიდევ გადასაჭრელი რჩება.
18. პირველად ჯანდაცვას არ აქვს საკმარისი დაფინანსება სახსრების ჰოსპიტალურ სერვისებზე გადაღინების გამო. ამჟამად სტაციონარული პაციენტების ანაზღაურების არსებული მექანიზმი - ერთიანი გადასახადი მომსახურებისთვის - მიიჩნევა ეფექტურად იმ სერვისების შემთხვევაში, რომელიც საჭიროებს მოთხოვნა-მიწოდების სტიმულაციას მათი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელობიდან გამომდინარე (მაგ: სკრინინგი ონკოლოგიური, გულსისხლძარღვთა დაავადებების, ბავშვებში მალნუტრიციის გამოსავლენად) და არა ჰოსპიტალური შემთხვევების ასანაზღაურებლად. შესაბამისად, ჰოსპიტალური სერვისები იკავებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მთლიანი ხარჯის > 80%-ზე მეტ წილს და წარმოადგენს ზარალს პირველადი ჯანდაცვისთვის (დაახლოებით 12% 2014 წელს და დაახლოებით 8% 2015 წლის პირველ ნახევარში).

19. პირველადი ჯანდაცვის სახსრების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი „გაჟონვის“ წყარო გახლავთ ორმაგი და/ან პარალელურად სისტემები - კონკრეტული პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ვერტიკალურ პროგრამებში, მ.შ. პრეპარატებით უზრუნველყოფა, სოფლის ექიმის პროგრამა - აქედან გამომდინარე ვერ ხერხდება რესურსების ეფექტურად და ეფექტიანად გამოყენება გაცხადებული ამოცანების მისაღწევად.
20. არ არსებობს „ოქროს სტანდარტი“ პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსებისთვის. საერთაშორისო პრაქტიკის ანალიზი პირველადი ჯანდაცვის ხარჯებისთვის ასკვნის „მისაღებ“ 30%-იან დონეს. ეს განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის რესურსების გაძლიერებისა და კონცენტრირების საჭიროებას, ასევე პირველადი ჯანდაცვისთვის შესაძლებლობების განვითარებას.
21. გადახდის არსებული მექანიზმები არ არის სამართლიანი და მორგებული ჯანმრთელობის რისკებზე, ასაკობრივ ჯგუფზე, ოჯახის ექიმის დაფარვის ზონაზე (ურბანული, სასოფლო, გეოგრაფიულად მოშორებული/დარბი ტერიტორიები), ოჯახის ექიმთან დარეგისტრირებული ადამიანების რაოდენობაზე და სხვა სამედიცინო-სოციალურ კრიტერიუმებზე, რაც საჭიროებს გამოსწორებას პირველადი ჯანდაცვის ადექვატური ტიპით და მოცულობით მიწოდების წასახალისებლად. საყოველთაო ჯანდაცვისა და სოფლის ექიმის პროგრამების ფარგლებში არსებული გადახდის სხვადასხვა მეთოდები ზრდის არათანაბარ ფინანსურ დინებას პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის სასოფლო და ურბანულ ტერიტორიებზე. საერთაშორისო პრაქტიკა უკეთეს შედეგს აჩვენებს იმ სისტემების შემთხვევაში, რომელიც მორგებული კოეფიციენტების მიხედვით უზრუნველყოფს სერვისების მიწოდებას სასოფლო და დარბი ტერიტორიებზე იგივე გადახდა/ანაზღაურების სისტემით და არა პარალელური სისტემებით.
22. მთავარი შემსყიდველი ჯანდაცვის სისტემაში - სოციალური მომსახურების სააგენტო - ფუნქციონირებს, როგორც მოთხოვნის პასიური ადმინისტრატორი და არა, როგორც პირველადი ჯანდაცვის სერვისების აქტიური შემსყიდველი.

რეალურად არ არსებობს კონკურენტული გარემო ჯანმრთელობის ზონებზე/პაციენტთა სიებზე პირველადი ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებს შორის.

23. ნორმების არ არსებობა გადანაწილებული რესურსების გამოყენებასთან დაკავშირებით, პირველადი ჯანდაცვის ხარჯების დაანგარიშების არასრულყოფილი მექანიზმი და ა.შ. ძირს უთხირს სერვისების მომწოდებელთა ფინანსურ უსაფრთხოებას და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე კადრების მოტივაციას, მ.შ. კერძო სექტორშიც, იმ ქმედების განსახორციელებლად, რაც მთლიანად აგებული იქნება საჭირო სტანდარტებზე. არ დანერგილა რეალური ინსტრუმენტები ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად, პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ხარისხის ასამაღლებლად და არც პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე კადრების მოტივირებისთვის, რაც გააუმჯობესებდა უსაფრთხოებასა და ანგარიშვალდებულებას.

### პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა

24. პირველადი ჯანდაცვის როლი და ინსტიტუციონალური შესაძლებლობა მთელი მოსახლეობისთვის ხარისხიანი სერვისების მიწოდების კუთხით არის დაბალი. გასული ხუთი წლის მანძილზე პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების რაოდენობა გაიზარდა, განსაკუთრებით სასოფლო ტერიტორიებზე, მაგრამ მთლიანი მოსახლეობის საჭიროებების დაკმაყოფილება ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების კუთხით კვლავ შეზღუდულია. შედეგად მოსახლეობის ნაწილი, რომლებსაც შეუძლიათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე, იძლებულები ხდებიან მიმართონ უფრო ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ სერვისებს, რაც იწვევს ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი რესურსის არარაციონალურ გამოყენებას.

25. პირველადი ჯანდაცვის როლი არაგადამდები დაავადებების (კარდიოლოგიური, ონკოლოგიური და ა.შ.) პრევენციასა და კონტროლში

მწირია, რაც ამჟამად სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. ქსელი უნდა განვითარდეს მართვისა და ფინანსური მასშტაბების შემდგომი გაუმჯობესების გზით, რაც მოიცავს დემოგრაფიული, გეოგრაფიული და სამუშაო ეფექტურობაზე დაფუძნებულ გადახდის მექანიზმებს.

26. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ მონაცემთა ბაზის მიხედვით, ამბულატორიული ვიზიტები (მომართვიანობა) ერთ სულზე წელიწადში (2.1 – 2011, 2.3 – 2012 და 2.7 – 2013) WHO-ს ევროპის რეგიონისა (7.55 – 2013 წელს) და ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით (6.92 – 2013 წელს) გაცილებით დაბალია დსთ-ს ქვეყნებში (8.89 - 2013 წელს). აქედან გამომდინარე, პირველად ჯანდაცვაში დარეგისტრირებული მომართვიანობა, როგორც ამბულატორიული ვიზიტების წილი, გვამლევს გამაფრთხილებელ ნიშნებს. ეს მონაცემები ცხადყოფს, რომ პირველად ჯანდაცვას აქვს პაციენტთა პატრონაჟის („gatekeeping“) ძალიან ლიმიტირებული შესაძლებლობა და არ წარმოადგენს პირველ პუნქტს ჯანდაცვის მომსახურების მიღებისთვის. საკონსულტაციო დავალების ფარგლებში გამოკითხულმა გადაწყვეტილების მიმღებმა მენეჯერებმა და ექიმებმა აღნიშნეს, რომ ძალიან ხშირ შემთხვევაში პირველად ამბულატორიულ კონსულტაციას და გადაუდებელ დახმარებას პაციენტები იღებენ საავადმყოფოში და არა ოჯახის ექიმთან.

27. სასოფლო ტერიტორიებზე პირველად ჯანდაცვაში მომართვიანობა არის კიდევ უფრო დაბალი. დაბალი მომართვიანობა დაკავშირებულია რამოდენიმე ფაქტორთან. მაგალითად, თვისობრივი შეფასება ცხადყოფს, რომ პრე-ჰოსპიტალური გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება გამოიყენება უმნიშვნელო ჩივილების დროს და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ეფექტური გამოყენება მეორე პლანზეა გადაწული. სასოფლო ტერიტორიებზე ოჯახის ექიმთა უმრავლესობა დასაქმებულია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში. სავარაუდოდ მთავარი მიზეზი არის ის, რომ

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე წვდომა რიგით პრეპარატებზე, ანაზღაურებადი პროგრამის ფარგლებში (ერთი ქოლგის ქვეშ), მცირეა.

28. ამჟამად, პირველადი ჯანდაცვის მიწოდება ხდება ადმინისტრირების სხვადასხვა დონეზე (მაგ: პირველადი ჯანდაცვა თბილისის მუნიციპალიტეტში) და ჯანდაცვის განსხვავებული პროგრამებით (საყოველთაო ჯანდაცვა და სოფლის ექიმის პროგრამა); მსგავსი სისტემა ფინანსდება და იმართება სხვადასხვა მმართველი ერთეულების მიერ - ადგილობრივი ხელისუფლება, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ვერტიკალური პროგრამები და ა.შ. ჯანდაცვის პარალელური სისტემები იწვევს ძალიან მასშტაბურ გაორმაგებას ჯანდაცვის სექტორში.

29. გაორმაგება და პარალელური პირველადი ჯანდაცვა ქმნის მყარ ბარიერს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ადექვატური პაკეტების ჩამოსაყალიბებლად. ამ ასპექტს თან ერთვის პირველადი ჯანდაცვისა და სხვა სამედიცინო სერვისების გამიჯვნა, რაც შედეგად იწვევს სერიოზულ შეფერხებებს პაციენტების ჯანმრთელობის შეფასების მონიტორინგში.

30. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მხრივ ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში შეინიშნება არასაკმარისი რესურსი მოსახლეობისთვის ინფორმაციისა და სამედიცინო ჩვენებით ჩარევის მიწოდების კუთხით, რაც აქცენტს გადაიტანდა პრევენციულ მომსახურებებზე და ასევე მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებაზე ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ. აღნიშნული გამოწვეულია, როგორც არასაკმარისი რესურსით, ასევე მოტივაციის ნაკლებობით, რასაც გადააქვს აქცენტი ამ სახის ჩარევებისგან. ამას გარდა, ამ სფეროში სამედიცინო განათლების არსებული სისტემა ცოდნასა და უნარებს იძლევა გაფანტულად, ამ დონეზე პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებში დიაგნოსტიკა და მკურნალობა წინა პლანზეა წამოწეული და ძალიან მცირე ყურადღება ეთმობა პრევენციასა და რეაბილიტაციას.

31. ინტერდისციპლინური გუნდის მუშაობაზე დაფუძნებული მიდგომის არ არსებობა აფერხებს შესაძლებლობების განვითარებას პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებში, თუნდაც ერთ მოცემულ თემში, ჯანდაცვის სერვისების უფრო

მეტი პაციენტისთვის მისაწოდებლად. ეს მოითხოვს პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და სპეციალიზებული სერვისების ვერტიკალურ ინტეგრაციას. ამ დანიშნულებით შესამუშავებელ რეგულაციებში შედის ადმინისტრაციული პროცედურები, კონკრეტული სერვისები, როგორცაა პირდაპირი წვდომა სადიაგნოსტიკო დაწესებულებებთან, გაწერისა და ინდივიდუალური დახმარების სქემები, ინტეგრირებული დახმარება და მკურნალობის ერთიანი პროტოკოლები, განსაკუთრებით ქრონიკული დაავადებებისთვის. ამ კუთხით, პირველადი ჯანდაცვის გუნდებს შეუძლიათ მეტი პასუხისმგებლობის აღება და უფრო ეფექტურად განხორციელება იმ ფუნქციებისა, რაც ამჟამად აქვთ სპეციალიზებულ სერვისებს, მ.შ. ჰოსპიტალური სერვისები.

32. რეგიონული განსხვავებები ეკონომიკური განვითარებისა და გარკვეული გეოგრაფიული გამოწვევების კუთხით, შედეგად იძლევა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის არათანაბარ გადანაწილებას, მთავარი აქცენტით ურბანულ და უფრო განვითარებულ სასოფლო ტერიტორიებზე. გარკვეულ საკვანძო ტერიტორიებზე სამედიცინო პერსონალის შემცირებულ რაოდენობასა და არასაკმარის კვალიფიციურ კადრებს თან ერთვის „ტრადიცია“, რომლიც ხელს არ უწყობს და პირიქით აკნინებს მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობას და დაავადებათა ინტეგრირებულ მართვას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რაც შეძლებდა სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დატვირთვის შემცირებას.

33. კიდევ ერთი გასაუმჯობესებელი სფერო ეხება პირველად ჯანდაცვაში სერვისების ხარისხიანი მიწოდების უზრუნველყოფას. იმის მიუხედავად, რომ ექიმთა პროფესიული კავშირები ყველაზე აქტიური იყო კლინიკური სახელმძღვანელოების შემუშავების მიმართულებით, ამ სახელმძღვანელოების პრაქტიკაში დანერგვა უმეტეს შემთხვევაში არ მომხდარა და მთლიანობაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემამ არ შექმნა საჭირო სტრუქტურა სპეციფიური ქმედებების განსახორციელებლად, რაც უზრუნველყოფდა ხარისხს. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების დაბალი ხარისხი მეტწილად გამოწვეულია პროგრამების ნაკლებობით (რომელიც



მიმართავდა სერვისების მიწოდებლებს ბენეფიციართა საჭიროებების მაქსიმალური დაკმაყოფილებისკენ), ხარისხის მართვის წყვეტილი მიდგომით და არასათანადოდ განვითარებული მექანიზმებით. ეს პროგრამები უნდა ეფუძნებოდეს პროვაიდერების მოტივირებას სამუშაო ეფექტურობის მიხედვით.

34. აკრედიტაციის მოპოვების პროცესი მომსახურების მიწოდებაზე არ გამხდარა სავალდებულო. არ გამოყენებულა კონტრაქტების შესაძლებლობა, როგორც ინსტრუმენტი რესურსების უკეთ გადასანაწილებლად მოსახლეობის საჭიროებების მიხედვით და პროვაიდერების მოტივირებისთვის უკეთესი ხარისხისა და ეფექტურობის მისაღებად. ამას გარდა, არასაკმარისადაა განვითარებული სამუშაო ეფექტურობის ინდიკატორები პროვაიდერების ასანაზღაურებლად მიღწეულ შედეგებზე დაყრდნობით.

35.

პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა არ შეესაბამება მაღალი ხარისხის მომსახურების მისაწოდებლად საჭირო სტანდარტებს და ცუდ მდგომარეობაშია, გარდა იმ ობიექტებისა, რომელიც განახლდა საერთაშორისო სააგენტოების ან კერძო სექტორის მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებში. სასოფლო ტერიტორიებზე არსებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები მეტი ალბათობით იქნება ცუდ მდგომარეობაში, მაგრამ ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართულობა ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარებაში კვლავ არასაკმარისია.

36. ზემოთ ხსენებული ვითარება მეტწილად გამოწვეულია მომსახურების საფასურში აღჭურვისა და ინფრასტრუქტურის განახლებისთვის აუცილებელი თანხის შესატანად საჭირო მექანიზმების არ არსებობით, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში აფერხებს ინსტიტუციონალურ განვითარებას და იწვევს დამოკიდებულებას სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამებზე. სამედიცინო დაწესებულების აღჭურვა დაკავშირებულია არა მომსახურების მიწოდებაზე, არამედ - კონკრეტული დაფინანსების პროგრამებზე. სიტუაცია მსგავსია

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების კერძო მომწოდებლებისთვისაც, ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი სახსრები არაა საკმარისი საკუთარი ინვესტირების განსახორციელებლად. ამას გარდა, დაფინანსების სახეები და გადახდის მექანიზმები არ იწვევს კერძო პროვაიდერების წახალისებას პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში ინვესტიციის განსახორციელებლად. ასევე, კერძო და საჯარო სექტორების თანამშრომლობის პროექტები, პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, გამოყენებულია არასრული პოტენციალით.

### რესურსების მართვა

37. დისბალანსი ადამიანური რესურსების დაგეგმვაში, გადამზადებაში და მართვაში, შეზღუდული ფინანსური რესურსების ფონზე, იწვევს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ხარისხიანი, მცოდნე და თავიანთ სფეროში გამოცდილი კადრების ნაკლებობას. არსებული დაგეგმვის ელემენტები ეფუძნება ძირითადად საგანმანათლებლო დაწესებულებების შესაძლებლობებზე და ნაკლებად იმ ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, რომელიც უშუალოდ დარგში მომუშავე პროფესიონალებს ესაჭიროებათ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში, გამოვლენილი გამოწვევების საპასუხოდ.

38. პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ადამიანური რესურსის ანალიზი ცხადყოფს პრობლემათა 4 ფართე კატეგორიას, რომელიც უკავშირდება შემდეგს:

ა) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების არათანაბარი რაოდენობრივი განაწილება, რაც იწვევს შეუსაბამობას საჭირო და არსებულ კადრებს შორის;

ბ) შესაძლებლობების არათანაბარი გადანაწილება, რაც გულისხმობს შეუსაბამობას პროფესიული გადამზადების დონესა და შესაძლებლობებში, პირველადი ჯანდაცვის სისტემისთვის საჭირო, როგორც რაოდენობრივი, ასევე თვისობრივი მახასიათებლების კუთხით;

გ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების არათანაბარი

გეოგრაფიული გადანაწილება, სასოფლო-ურბანული შეუსაბამობა და ოჯახის ექიმებისა და ექთნებს გადანაწილების მიუღებელი თანაფარდობა;

დ) ყველაზე კვალიფიციური და გადამზადებული სამედიცინო კადრების გადინება (მიგრაცია) ჯანდაცვის სისტემიდან;

ე) ინტერესის ნაკლებობა ოჯახის ექიმის სპეციალობაზე.

39. ექთნების რაოდენობა ერთ სულზე, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ მონაცემთა ბაზის მიხედვით, დსთ-ს ქვეყნებში ორჯერ დაბალია და WHO-ს ევროპის რეგიონისა და ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე დაახლოებით სამჯერ დაბალი.

40. კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე პერსონალზე, გახლავთ წახალისების არასათანადო სისტემა. აღნიშნული მოიცავს, როგორც სამედიცინო პერსონალის მიერ გენერირებულ შემოსავლებს, ასევე არადაამაკმაყოფილებელ სამუშაო პირობებს და ობიექტურ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით პროფესიული წინსვლისა და დაწინაურების მწირ შესაძლებლობას. პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე მენეჯერებისა და თანამშრომლების კრილში, სტანდარტული სამუშაო პროცედურების ნათელი განმარტების არ არსებობა, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის არასათანადო მართვის მოდელი და დაბალი ჩართულობა გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში წარმოადგენს სერიოზულ დაბრკოლებას პროფესიონალური და მენეჯერული ზრდისთვის.

## ზოგადი და კონკრეტული ამოცანები

41. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიერ მოსახლეობის საჭიროებების აღქმა, რაც დამოკიდებულია მოქალაქეების ჩართულობაზე ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების პროცესში, კვლავ სერიოზულ პრობლემად რჩება. ბენეფიციარების ჩართულობა დაგეგმარებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრის პროცესში გულისხმობს არა მხოლოდ აზრის გამოხატვის თავისუფლებას, არამედ მომსახურების მიწოდების პროცესის

გამჭვირვალობას, ვინაიდან მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ახალი მოდელი მიმართულია პაციენტზე ორიენტირებულობისა და ბენეფიციართა და სერვისების პროვაიდერთა მაქსიმალური დაცულობის უზრუნველყოფისაკენ.

42. გასული ათი წლის მანძილზე საქართველოში აღინიშნა მნიშვნელოვანი პროგრესი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების კუთხით. რეფორმების პირველი ფაზა ორიენტირებული იყო ჯანდაცვის სისტემის, გასული საუკუნის ბოლო ათწლეულში არსებული ფინანსური კრიზისით გამოწვეული, გაუარესების შეჩერებაზე. მეორე ფაზა მეტწილად გამოირჩეოდა ჯანდაცვის დაფინანსებისა და უზრუნველყოფის, ბაზარზე ორიენტირებული, მექანიზმების შემოღებით. შემდგომი ფაზა უზრუნველყოფს რესურსების მობილიზაციას სტრუქტურული ცვლილებების განსახორციელებლად, რაც შედეგად მოგვცემს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებულ ეფექტიანობას და ხარისხს.

43. სტრატეგია, გამოვლენილი პრობლემების გადაჭრისა და გაცხადებული მიზნის მისაღწევად, საზღვრავს ქვემოთ მოცემულ ზოგად და კონკრეტულ ამოცანებს:

### **ზოგადი ამოცანა 1. მართვისა და ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაუმჯობესება პირველად ჯანდაცვაში**

1.1 პირველადი ჯანდაცვის ჩარჩო პოლიტიკის შემუშავება სახელმწიფო მარეგულირებელი მექანიზმების სახით და ჯანდაცვის სექტორში გაცხადებულ პრიორიტეტებთან მორგება;

1.2 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მართვის გაუმჯობესება;

1.3 ინტეგრირებული „eHealth“ (ელექტრონული ჯანდაცვა) სისტემის დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

1.4 თანამშრომლობის მექანიზმების გაუმჯობესება სექტორთა შორის პარტნიორებთან მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის.

### **ზოგადი ამოცანა 2. ადექვატური ადამიანური რესურსის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში**

2.1 პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული კადრების ადექვატური გადამზადება, რაც დააბალანსებს საოჯახო მედიცინაში დასაქმებული კადრების გადინებასა და შემოდინებას;

2.2 ეფექტური მექანიზმის შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე კადრების მოტივირებისთვის;

2.3 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის, უახლოეს და მოკლევადიან-პერსპექტივაში, საჭირო რაოდენობის კადრებით (ექიმებისა და ექთნების) დაკომპლექტება პერეკვალიფიკაციის პროგრამის მეშვეობით და კონკრეტული პირველადი ჯანდაცვის სასერთიფიკატო კურიკულუმზე დაყრდნობით.

### **ზოგადი ამოცანა 3. დაფინანსების, რესურსების გადანაწილებისა და პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის გადახდის სისტემების გაუმჯობესება**

3.1 თანასწორობასა და სამართლიანობაზე ორიენტირებული დაფინანსების პოლიტიკის შემუშავება ჯანდაცვის სექტორში გაცხადებულ პრიორიტეტებთან შესაბამისობაში;

3.2 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის მდგრადი, ეფექტური და სამუშაო ეფექტურობის ხელშეწყობაზე ორიენტირებული გადახდის მეთოდის უზრუნველყოფა;

3.3 კონცეფციის ჩამოყალიბება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების კონტრაქტირებისთვის მ.შ შესყიდვის სტრატეგიული კონცეფციის შექმნა.

3.4 პირველადი ჯანდაცვისთვის ფინანსური რესურსების გამოყოფისა და გამოყენების პროცესის გამჭვირვალობის გაზრდა.

### **ზოგადი ამოცანა 4. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება**

4.1 აუცილებელი მოდელის შექმნა აკრედიტაციაზე დაყრდნობით, რათა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებმა რეგულარულად და გეგმაზომიერად შეაფასონ და გააუმჯობესონ მიმდინარე პროცესები და გარემო, პაციენტებთან მუშაობით მიღებულ გამოცდილებასა და ეროვნულ და საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში;

4.2 პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ხარისხიანი, მცოდნე და თავიანთ დარგში გამოცდილი კადრის უზრუნველყოფა.

4.3 ხარისხისა და უსაფრთხოების შეფასების მოდელის (ჩარჩოს) დადგენა

პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის.

## ზოგადი ამოცანა 5. საოჯახო მედიცინაზე წვდომის გაუმჯობესება

5.1 დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

5.2 მოსახლეობის საჭიროებების დაკმაყოფილება პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებში, ეფექტურობის, ოპორტუნისტული და უნივერსალური დაზღვევის პრინციპებზე დაყრდნობით;

5.3 ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა წამლების ხარჯის ანაზღაურების სისტემის გაუმჯობესებით პირველად ჯანდაცვაში, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციებისა და საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის შესაბამისად.

## ამოცანების მისაღწევად საჭირო ღონისძიებები და მოსალოდნელი შედეგები

44. პირველადი ჯანდაცვის ჩარჩო პოლიტიკის (კონცეფციის) შესამუშავებლად და მის მოსარგებად ჯანდაცვის სექტორისთვის გაცხადებულ პრიორიტეტებთან, დაგეგმილია შემდეგი ღონისძიებები:

ა) ნორმატიული აქტების შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის საჭირო სტრატეგიის დასაწერად, რაც ასევე მოიცავს არსებულ (და დაკავშირებულ) ნორმატიულ აქტებში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანას;

ბ) ორგანიზაციის და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების შესახებ ნორმატიული ბაზის შემუშავება და დამტკიცება;

გ) პირველადი ჯანდაცვის სფეროს საქმიანობის კოორდინაცია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციასთან, ორმხრივ საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და პარტნიორებთან განვითარების დარგში.

დ) ორმხრივი შეთანხმებების/პროექტების განხორციელება პირველადი ჯანდაცვის სექტორში.

45. პირველადი ჯანდაცვის მართვის მოდელის გასაუმჯობესებლად განხორციელება შემდეგი ღონისძიებები:

ა) ნორმატიული ბაზის შემუშავება ჯანდაცვის სამინისტროს როლის

გასაზრდელად პირველადი ჯანდაცვის მართვაში ანგარიშვალდებულებაზე, წვდომაზე, ეფექტიანობასა და ხარისხზე ორიენტირებულობით;

ბ) სოციალური მომსახურების სააგენტოს პერსონალის გადამზადება პირველადი ჯანდაცვის ყველა მიმართულების მართვაში;

გ) პირველადი ჯანდაცვის მართვის მოდელის/ჩარჩოს ნორმატიული ბაზის შემუშავება და დამტკიცება ჯანდაცვის ინტეგრირებულ სისტემაზე დაყრდნობით;

დ) პირველადი ჯანდაცვის საკონსულტაციო საბჭოების როლის გაფართოება სტრატეგიის შეფასებისა და მონიტორინგის მიმართულებით, იმის დასადგენად თუ როგორ ფუნქციონირებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა დასახულ მიზნებთან და ამოცანებთან მიმართებით.

46. ინტეგრირებული „eHealth“ სისტემა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაინერგება შემდეგნაირად:

ა) ნორმატიული ბაზის შემუშავება, რათა ინტეგრირებულ „eHealth“ სისტემაში გაერთიანდეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მომწოდებელი ყველა სახის დაწესებულება;

ბ) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაში ჩართული ყველა ტიპის დაწესებულების დაკავშირება ინტეგრირებულ „eHealth“ სისტემაში;

გ) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაში ჩართული ორგანოების, ხელმძღვანელი პირებისა და კადრების გადამზადება ინტეგრირებული „eHealth“ სისტემის გამოყენებაში;

დ) კომუნიკაციისა და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების განხორციელება პირველად ჯანდაცვაში პაციენტზე ორიენტირებული ინსტრუმენტებისა და „eServices“ (ელექტრონული სერვისების) შესახებ, რაც ინტეგრირებული „eHealth“ სისტემის შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

47. სექტორთაშორისი პარტნიორობითან თანამშრომლობის მექანიზმების გაძლიერება მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოსაყალიბებლად მიღწეული იქნება შემდეგი ქმედებების განხორციელებით:

ა) დარგთაშორისი საკომუნიკაციო გეგმის შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარებისთვის;

ბ) ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების

ჩამოყალიბება საოჯახო მედიცინის რეესტრის მიხედვით;

გ) ინსტიტუციონალური სტრუქტურის გაუმჯობესება თანამშრომლობისთვის და პირველადი ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში მონაწილეობისთვის პროფესიულ ასოციაციებთან, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერებთან, ადგილობრივ ხელისუფლებასთან და ა.შ. ერთად;

დ) შეთანხმება ადგილობრივ ორგანოებთან პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი ინფრასტრუქტურის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით;

ე) ნორმატიული და ინსტიტუციონალური ბაზის შემუშავება და დამტკიცება მდგრადი დარგთაშორისი „ერთიანი მომსახურების“ უზრუნველსაყოფად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე (მართვა სამედიცინო-სოციალური თანამშრომლობით და ა.შ.).

48. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის კადრების სათანადო გადამზადებისთვის, რაც უზრუნველყოფს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალების შემოდინებისა და გადინების სწორ ბალანსს, განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) ადამიანური რესურსების მომზადება და მათი გამოყენება პირველადი ჯანდაცვის დაგეგმარების მეთოდოლოგიის შესამუშავებლად ავადობაზე, მომსახურების მოთხოვნაზე და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პერსპექტივებზე დაყრდნობით;

ბ) საშუალო და გრძელვადიანი სახელმწიფო გეგმების შემუშავება ადამიანური რესურსების მართვასთან დაკავშირებით პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრებისთვის;

გ) საოჯახო მედიცინის კურიკულუმის გადახედვა საერთაშორისი სტანდარტების მიხედვით და ჯანდაცვის სისტემაში დიპლომამდელ, დიპლომისშემდგომ და უწყვეტი სამედიცინო განათლების დონეზე საშუალო და მაღალი პოზიციებისთვის საჭირო თანამშრომლების რაოდენობიდან გამომდინარე;

დ) პოლიტიკური ნება საოჯახო მედიცინის სარეზიდენტო სისტემის შექმნასთან დაკავშირებით, რაც დააკმაყოფილებს მოთხოვნას სოფლებში და/ან სხვა რეგიონებში არათანაბრად გადანაწილებულ სამედიცინო პერსონალზე;

ე) სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებისა და კლინიკური გადამზადების ცენტრებს შორის თანამშრომლობის მექანიზმების გაუმჯობესება



პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული კადრების უფრო ეფექტური პრაქტიკული გადამზადებისთვის;

ვ) სწავლის ელექტრონული („eLearning“) ინსტრუმენტების ინსტიტუციონალიზაცია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული კადრების უწყვეტ სამედიცინო განათლებაში.

49. წახალისების ეფექტური მოდელი პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის შემუშავდება შემდეგნაერად:

ა) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში არსებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული პერსონალის (თანამშრომლების) სამუშაო ანაზღაურების ხარჯის მაქსიმალური ოდენობით დადგენის მეთოდოლოგიის შემუშავება და დამტკიცება;

ბ) სოფლებსა და ღარიბ რეგიონებში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე, კადრების მოტივირების მეთოდოლოგიის შემუშავება სამუშაო ანაზღაურების განუყოფელი ნაწილის სახით.

50. პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის უახლოეს და მოკლევადიან პერსპექტივაში საჭირო თანამშრომლების (როგორც ექიმების, ასევე ექთნების) უზრუნველსაყოფად, პირველადი ჯანდაცვის სასერთიფიკატო კურსკულუმზე დაფუძნებული პერეკვალიფიკაციის პროგრამის მეშვეობით, განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) უახლოეს მომავალში პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის პერსონალის საჭირო რაოდენობის დადგენა საოჯახო მედიცინის ცენტრების მიხედვით;

ბ) საოჯახო მედიცინაში ექიმებისა და ექთნების გადამზადების კურიკულუმის გადახედვა და ადაპტირება პირველადი ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული უახლესი რეკომენდაციების გათვალისწინებით;

გ) ექიმებისა და ექთნების გადამზადება და სერთიფიცირება, საოჯახო მედიცინაში პერეკვალიფიკაციის კურიკულუმის/პროგრამის მიხედვით;

დ) გადამზადებული ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადანაწილება საოჯახო მედიცინის ცენტრებში.

51. მომსახურებაზე თანაბარი წვდომისკენ მიმართული დაფინანსების პოლიტიკის შესამუშავებლად, ჯანდაცვის სექტორისთვის გაცხადებულ

პრიორიტეტებთან შესაბამისობაში, დაგეგმილია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

ა) ნორმატიული ბაზის გაუმჯობესება და ადაპტირება პირველადი ჯანდაცვის ადექვატური დაფინანსებისთვის, რაც მოიცავს დანახარჯების სამიზნე მაჩვენებლების დადგენას პირველადი ჯანდაცვის რგოლისთვის (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის სულ მცირე 30%) და დანახარჯების დაბალი განაკვეთების მიღებას სტაციონარული პაციენტებისთვის.

ბ) რესურსების თავმოყრა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში არსებული ყველა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებისთვის და ვერტიკალური პროგრამებისთვის.

52. მდგრადი, ეფექტური და სამუშაო ეფექტურობის წამახალისებელი გადახდის მეთოდი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის უზრუნველყოფილი იქნება შემდეგი ღონისძიებების გატარებით:

ა) მეთოდოლოგიის შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ანაზღაურების მექანიზმების დასაანერგად - ერთ სულზე, გამოხატული ქულებში, ექიმის პაციენტთა რეესტრის მიხედვით; გაწეული მომსახურების საფასური, გამოხატული ქულებში, გადახდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და ანაზღაურება სამუშაო ეფექტურობისთვის;

ბ) *სულადობრივი* გადახდის მორგება ჯანმრთელობის რისკებთან, ასაკობრივ ჯგუფთან, ოჯახის ექიმის დაფარვის ზონასთან (ურბანული, სასოფლო, გეოგრაფიულად მოშორებული/ღარიბი ტერიტორიები), ოჯახის ექიმთან დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობასთან და სხვა სამედიცინო-სოციალურ კრიტერიუმებთან;

გ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის გამოყოფილი რესურსების დაგეგმვის მეთოდოლოგიის შემუშავება, როგორც ჯამი თანხისა, რაც გამოყოფილია ერთ სულზე (ასაკობრივი ჯგუფისა და ურბანული/სასოფლო ტერიტორიის მიხედვით), სამედიცინო მომსახურებაზე (რომლის ანაზღაურებაც ხდება გაწეული მომსახურების საფასურის მიხედვით), სამუშაო ეფექტურობის ინდიკატორების მიღწევაზე (რაც გამოყოფილია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან) და გამოწერილი მედიკამენტების ანაზღაურებაზე;

დ) მეთოდოლოგიის შემუშავება, ქულის დასაანგარიშებლად, რომელიც მიენიჭება

ერთ სულზე, მომსახურების საფასურზე, სამუშაო ეფექტურობაზე და ანაზღაურებად გამოწერილ პრეპარატებზე.

53. ხელშეკრულებების გასაფორმებლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოწოდებაზე, მ.შ. შესყიდვის სტრატეგიული ჩარჩოს დასადგენად, განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) ნორმატიული ბაზის შემუშავება და შემოღება სახელშეკრულებო ურთიერთობების დასამყარებლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვისთვის;

ბ) მეთოდოლოგიისა და პროცედურების შემუშავება სამედიცინო დაწესებულებებთან ხელშეკრულებების გასაფორმებლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოწოდებისთვის;

გ) ნორმატიული ბაზის შემუშავება და შემოღება პირველად ჯანდაცვაში სტრატეგიული შესყიდვების დაფუძნებისთვის;

დ) პირველად ჯანდაცვაში სტრატეგიული შესყიდვების მეთოდოლოგიის შემუშავება;

ე) სახელშეკრულებო ჩარჩოს შემუშავება სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებს შორის;

ვ) სოციალური მომსახურების სააგენტოს საჭიროებების (ადამიანური რესურსის და ა.შ.) შეფასება სახელშეკრულებო სისტემის დასანერგად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოწოდებისთვის;

ზ) შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული აქტივობების ორგანიზება სოციალური მომსახურების სააგენტოს პერსონალისთვის სახელშეკრულებო სისტემის დასანერგად, რაც ასევე მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სტრატეგიულ შესყიდვებს;

თ) შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული აქტივობების ორგანიზება სერვისის პროვაიდერებისთვის სახელშეკრულებო/სტრატეგიული შესყიდვის ფარგლებში არსებული სერვისების რაოდენობის შესაფასებლად;

ი) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში გაწეული სერვისების სატარიფო სისტემის შემუშავება და დამტკიცება;

კ) პირველადი ჯანდაცვის სერვისების კოდირების სისტემის მიმოხილვა, შემუშავება

და დანერგვა.

54. პირველად ჯანდაცვაში რესურსების გამოყოფისა და გამოყენების გამჭვირვალობა გაიზრდება შემდეგი ღონისძიებების გატარებით:

ა) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან პირველადი ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსების მართვის მეთოდოლოგიური ნორმების შემუშავება და დამტკიცება კონტრაქტირების ინსტიტუტების მიერ;

ბ) სციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გარე კონტრაქტზე გატანილი პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მონიტორინგისა და ანგარიშგების პროცედურებისა და ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა, რაც ასევე მოიცავს ინტეგრირებულ „eHealth“ სისტემას;

გ) პირველად ჯანდაცვაში ფინანსური რესურსების გამოყოფასთან და გამოყენებასთან დაკავშირებული ყოველ წლიური ანგარიშების მომზადება და დაგზავნა;

55. აკრედიტაციაზე დაყრდნობით პირველადი ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებისთვის აუცილებელი ბაზის შესაქმნელად, რათა პაციენტის გამოცდილებისა და ეროვნული თუ საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტების მიხედვით, რეგულარულად და გეგმაზომიერად შეაფასონ და გააუმჯობესონ მიმდინარე პროცესები და გარემო, განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) პირველადი ჯანდაცვის თითოეული კომპონენტის სტანდარტების მიმოხილვა და შესრულება საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით;

ბ) შესწორებების შეტანა ნორმატიულ ბაზაში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების აკრედიტაციისთვის;

გ) პროცედურებისა და ინსტრუმენტების მიმოხილვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების აკრედიტაციისთვის;

დ) ინსტიტუციონალური შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული ღონისძიებების ორგანიზება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების აკრედიტაციის მიმართულებით;

ე) ხელშემწყობი ღონისძიებების ორგანიზება და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მომზადება აკრედიტაციის მოსაპოვებლად;

ვ) საჭიროებების (ადამიანური რესურსის და ა.შ.) შეფასება პირველადი ჯანდაცვის

დაწესებულებათა მიერ აკრედიტაციის მოსაპოვებლად;

ზ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა აკრედიტაციის გეგმის შემუშავება და დანერგვა;

თ) ელექტრონული სერვისების დანერგვა ინტეგრირებული „eHealth“ სისტემის სახით, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა აკრედიტაციისთვის - „eAccreditation“ (ელექტრონული აკრედიტაცია).

56. მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვის, მცოდნე და გამოცდილი კადრების უზრუნველსაყოფად განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე პერსონალის ლიცენზირების სტანდარტების დადგენა საერთაშორისო სტანდარტებზე დაყრდნობით;

ბ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების, 5 წლიან ციკლზე დაფუძნებული, ლიცენზირების ნორმატიული ბაზის შემუშავება და დამტკიცება;

გ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირების პროცედურებისა და ინსტრუმენტების შემუშავება;

დ) ინსტიტუციონალური შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული ღონისძიებების ორგანიზება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირების კუთხით;

ე) საჭიროებების (ადამიანური რესურსის და ა.შ.) შეფასება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირებისთვის;

ვ) შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული ღონისძიებების ორგანიზება სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსთვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირებასთან დაკავშირებით;

ზ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირების გეგმის შემუშავება და დანერგვა;

თ) ელექტრონული სერვისების დანერგვა, ინტეგრირებული „eHealth“ სისტემის ნაწილის სახით, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე კადრების ლიცენზირებისთვის - - „eLicensing“;

ი) საოჯახო მედიცინის კლინიკური სახელმძღვანელოების გადახედვა და შეთანხმება;

კ) ოჯახის ექიმებისთვის სტანდარტიზებული კლინიკური პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა;

ლ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისთვის სტანდარტული სამუშაო პროცედურების (SOPs) (კომპეტენციათა ნაკრების)

შემუშავება, დამტკიცება და პრაქტიკაში დანერგვა.

57. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხისა და უსაფრთხოების შეფასების მეთოდის დასადგენად, განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) ჯანდაცვის ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ხარისხისა და უსაფრთხოების ინდიკატორების შემოღება და ინტეგრირება ეროვნულ „eHealth“ სისტემაში;

ბ) პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური და ფინანსური ანგარიშვალდებულებების დასაკავშირებლად ხარისხისა და უსაფრთხოების ინდიკატორების რეგულარული ადაპტირება და დამატება სახელშეკრულებო პირობებში და ანაზღაურება სამუშაო ეფექტურობის მიხედვით;

გ) იმ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა უსაფრთხოებისა და ხარისხის მაჩვენებლების შეფასება, რომლებიც იყენებენ ხარისხის შეფასების ბარათს (სააპრობაციო ბარათს/შეფასების შკალას).

58. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის უზრუნველსაყოფად განხორციელდება შემდეგი ქმედებები:

ა) კლინიკური მდგომარეობების და/ან პოპულაციის ჯგუფების დადგენა დაავადებათა ინტეგრირებული მართვისთვის (IDM) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (მაგ: ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვა და ა.შ.);

ბ) რეგულაციების შემუშავება დაავადებათა ინტეგრირებული მართვისთვის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;

გ) დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის გაიდლაინებისა და ტრენინგის კურიკულუმის შემუშავება;

დ) დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის შესახებ საერთაშორისო ელექტრონული კომუნიკაციების? IEC და საკონსულტაციო მასალების შემუშავება და დაგზავნა;

ე) მონიტორინგისა და შეფასების პროცედურების შემუშავება დაავადებათა ინტეგრირებული მართვისთვის;

ვ) დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის კლინიკურ პრაქტიკაში;

ზ) დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის დანერგვის შესახებ რეგულარული ანგარიშგება ჯანდაცვის არსებული საინფორმაციო სისტემის, როგორც მისი შემადგენელი ნაწილის, შესაბამისად.

59. მოსახლეობის საჭიროებები პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე, ეფექტურობის, შესაძლებლობისა და საყოველთაო დაზღვევის პრინციპებზე დაყრდნობით, მიიღწევა ქვემოთ მოცემული ქმედებების განხორციელებით:

- ა) საოჯახო მედიცინის ცენტრების სწორი განლაგება და ჩამოყალიბება;
- ბ) საოჯახო მედიცინის ცენტრების რეესტრის რეგულარული განახლება და დამტკიცება;
- გ) Develop and approve the methodology for attributing the family medicine practices/ საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის, ორგანიზების მიხედვით, მიკუთვნების მეთოდოლოგიის შემუშავება და დამტკიცება;
- დ) საოჯახო მედიცინის ცენტრების მომსახურების ორგანიზებისა და კოორდინირების მარეგულირებელი ბაზის შემუშავება, მ.შ. ფინანსური შედეგების ჩათვლით;
- ე) პროცედურების შემუშავება მოსახლეობის დარეგისტრირებისთვის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში;
- ვ) მარეგულირებელი ბაზის მიმოხილვა და განახლება პაციენტების რეგისტრირებისთვის და შეტანისთვის ოჯახის ექიმების სიებში;
- ზ) პაციენტის ვიზიტების, მ.შ. სახლში ვიზიტების დაგეგმვის გაუმჯობესება „eAppointment“-ის (ელექტრონული ჩაწერა) დანერგვით;
- თ) მოსახლეობის ინფორმირება პაციენტთა წინასწარი ჩაწერის პროცედურაზე, მ.შ. ჩაწერებზე „eAppointment“-ის მეშვეობით;
- ი) პირველად ჯანდაცვაში კერძო-საჯარო თანხვედრის უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს მსგავსი სტანდარტების არსებობას კერძო და საჯარო სექტორებში;
- კ) მეთოდოლოგიის შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სახლის პირობებში გაწევის შესახებ;

60. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციებისა და საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის შესაბამისად არა ძვირადღირებულ პრეპარატებზე წვდომის გასაუმჯობესებლად, მედიკამენტების ხარჯის ანაზღაურების სისტემის გაუმჯობესებით და ცენტრალიზებით პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე, განხორციელდება შემდეგი ღონისძიებები:

- ა) პრეპარატების ანაზღაურების პროგრამის შემუშავება და დამტკიცება, რაც ასევე გულისხმობს ცვლილებების შეტანას შესაბამის ნორმატიულ აქტებში;
- ბ) პროცედურებისა და ინსტრუმენტების შემუშავება ანგარიშგებისთვის

პრეპარატების ხარჯის ანაზღაურების შესახებ;

გ) “ePrescription“ (მედიკამენტის ელექტრონულად გამოწერის) სისტემის დანერგვა პრეპარატების ხარჯის ანაზღაურების პროგრამის ფარგლებში;

დ) ხელშემწყობი ღონისძიებების ორგანიზება და პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების შემზადება პრეპარატების ანაზღაურების პროგრამისთვის;

ე) პრეპარატების ხარჯის ანაზღაურების პროგრამის დანერგვა მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

## ზემოქმედების შეფასება

61. გლობალურ დონეზე შეფასებული ზემოქმედება, გამოიხატება პირველადი ჯანდაცვის მიწოდების, დაფინანსებისა და მართვის, ასევე, ჯანდაცვის სისტემის სხვა დონეებთან კოორდინაციის შესაძლებლობების გაუმჯობესებით, რაც თავის მხრივ განაპირობებს ეფექტურობისა და ეფექტიანობის სისტემის გაზრდას. შეფასებული ფინანსური ზემოქმედება უკავშირდება: მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის უზრუნველყოფას პირველად ჯანდაცვასა და პრეპარატებზე წვდომის კუთხით; ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის გაუმჯობესებას ფინანსური რესურსების რაციონალური გადანაწილებით; ჯანდაცვის სისტემის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფას; პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მატებას. შეფასებული არა ფინანსური ზემოქმედება იქნება: მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება; გაუმჯობესებული წვდომა საჭირო პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე; პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება; პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპერატიული მუშაობის უზრუნველყოფა; პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში არსებული რესურსის რაციონალური გამოყენება; პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებისა და მოსახლეობის საჭიროებების დაკავშირება. ინდიკატორებისა და შეფასების მეთოდების განმარტებები შესაბამისობაში იქნება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის, ევროსტატის, შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის, ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსისა და



ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე სხვა ერთაშორისო ორგანიზაციების ტექნიკურ სტანდარტებთან. ჯანდაცვის სისტემაში არსებული უთანასწორობის დასადგენად, თავმოყრილი მონაცემები დაჯგუფდება სქესის, ასაკის, სოციალური და ეკონომიკური სტატუსის, გეოგრაფიული მდებარეობისა და საცხოვრებელი ტერიტორიის (ურბანული და სასოფლო) მიხედვით. ზოგადი ამოცანების მონიტორინგი განხორციელდება სხვადასხვა ინდიკატორით, ხოლო სტრატეგიული მიზნების მიღწევა განისაზღვრება შემდეგი ინდიკატორების მიხედვით:

**მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამსახველი ძირითადი ინდიკატორები:**

- ა) ახალშობილთა სიკვდილობა;
- ბ) 5 წლამდე ასაკს ბავშვთა სიკვდილობა;
- გ) ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილობა;
- დ) გულსისხლძარღვთა პათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილობა 30-39 და 40-59 ასაკობრივ ჯგუფებში;
- ე) ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული სიკვდილობა 20-39 და 40-59 ასაკობრივ ჯგუფებში.

**თანასწორი წვდომა სამედიცინო მომსახურეობაზე:**

- ა) მოსახლეობის წილი, რომელმაც ვერ მიიღო სამედიცინო დახმარება ფინანსური მდგომარეობის გამო;
- ბ) პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა წილი სოფლებში, სადაც ერთ ოჯახის ექიმზე მოდის 2000 მოსახლეზე მეტი;
- გ) სოფლები სადაც არის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, მაგრამ არ არის აფთიაქი.

**Financial protection of population for disease phenomena: მოსახლეობის ფინანსური დაცულობა ავადობის დროს ...?**

- ა) მოსახლეობის პირდაპირი ხარჯის წილი ჯანდაცვის სერვისებზე ერთი ოჯახის (კომლის) საერთო ხარჯთან მიმართებით;
- ბ) ამბულატორიული პაციენტების თანაგადახდა ჯანდაცვის სერვისებზე საშუალო ხელფასთან მიმართებაში;

### **სისტემის ეფექტურობა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში:**

- ა) პირველადი ჯანდაცვის ხარჯის წილი ჯანდაცვისთვის გამოყოფილ მთლიან თანხასთან მიმართებით;
- ბ) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ნამკურნალებ პაციენტთა რაოდენობა.

### **ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი:**

- ა) ქალთა წილი, რომლებსაც შეეძინათ ბავშვი და ისარგებლეს ანტენატალური მომსახურების სრული პაკეტით;
- ბ) ანემიის მქონე ორსულ ქალთა წილი ორსულთა საერთო რაოდენობიდან.

### **ჯანდაცვის სისტემის რესურსები:**

- ა) ექიმების/ექთნების რაოდენობა 10,000 მოსახლეზე;
- ბ) ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობა;
- გ) პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების/დაწესებულებების რაოდენობა 10,000 მოსახლეზე;
- დ) საწოლების რაოდენობა 10,000 მოსახლეზე;

### **ჯანდაცვის სერვისების მოხმარება:**

- ა) ჰოსპიტალიზაციათა რაოდენობა 100,000 მოსახლეზე;
- ბ) ოჯახის ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა 1 სულზე წელიწადში;
- გ) სასწრაფო დახმარების გამოძახების რაოდენობა 1,000 მოსახლეზე.

62. სტრატეგიის წარმატებით განხორციელება მოიაზრებს მტკიცე პოლიტიკურ ნებას, ეფექტურ და გამჭირვალე ხელმძღვანელობას, საჭირო რესურსების უზრუნველყოფას, კარგ მართვასა და დაგეგმარებას, თითოეული საფეხურის მონიტორინგისა და შეფასების ეფექტურ სისტემას და კვალიფიციურ კადრებს. სოციალური პარტნიორობის, არასამთავრობო ორგანიზაციების, დაინტერესებული ასოციაციებისა და საზოგადოებრივი ჯგუფების ჩართულობა და მხარდაჭერა აუცილებელია. მნიშვნელოვან როლს თამაშობს საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა, როგორც ტექნიკური მხარდაჭერის, ასევე დონორებისგან ინვესტიციების მოზიდვის კუთხით.

## განხორციელების ეტაპები

63. სტრატეგია განხორციელდება ორ ეტაპად:

### I ეტაპი (2016 – 2019), მოიცავს შემდეგ:

- ა) ნორმატიული ბაზისა და განხორციელებისთვის საჭირო სხვა ინსტრუმენტების შემუშავება და გაუმჯობესება;
- ბ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ადამიანური რესურსის სტრუქტურული და საოპერაციო ცვლილებების დაჩქარება;
- გ) პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმების გაუმჯობესება.

### II ეტაპი (2020 – 2023), ყურადღებას გაამახვილებს შემდეგზე:

ა) გაცხადებული ზოგადი და კონკრეტული ამოცანების მისაღწევად საჭირო ცვლილებების განხორციელება.

64. სტრატეგიის განსახორციელებლად საჭირო იქნება სტრატეგიის შემუშავების პროცესში დადგენილი და განსაზღვრული რამდენიმე პროგრამის შემუშავება, ინტეგრაცია და კოორდინაცია.

65. ნორმატიული ბაზი ს შემუშავება და დანერგვა მოხდება უშუალოდ ცენტრალური ხელისუფლების მიერ და არ გამოიწვევს დამატებით ხარჯებს სახელმწიფო ბიუჯეტით გათავალისწინებული თანხის ზემოთ. რაც შეეხება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რესურსების განვითარებისკენ მიმართულ ქმედებებს, როგორცაა პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება, მოწინავე სამედიცინო ტექნოლოგიები და ინფორმაცია, სამედიცინო პერსონალის შესაძლებლობების გაძლიერება, რაც გულისხმობს დამატებით ხარჯებს, დაფინანსდება ეროვნული ბიუჯეტიდან, ტექნიკური მხარდაჭერით და უცხოური ინვესტიციებით, საჯარო-კერძო პარტნიორობის ფარგლებში მიმდინარე პროექტებით და სხვა წყაროებით, რომელიც არ ეწინააღმდეგება მოქმედ კანონმდებლობას.

66. სტრატეგიის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური, ტექნიკური და ადამიანური რესურსები შეფასდება და დეტალურად გაიწერება განხორციელების ყველა საფეხურისთვის და ცალკეული ქმედებისთვის. ამას გარდა, მოხდება აღნიშნული საჭიროებების მორგება შუალედური ხარჯებთან, განვითარების ეროვნულ სტრატეგიებთან და ეროვნული და ტერიტორიული სოციო-ეკონომიკური განვითარების პროგრამებთან.

67. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პარტნიორებთან თანამშრომლობის ხელშეკრულებები წარმოადგენს სტრატეგიის წარმატებულად განხორციელების არსს. განხორციელების პროცესში, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ითანამშრომლებს ჯანდაცვის სისტემის შიდა და გარე პარტნიორებთან და პირველ რიგში სამოქალაქო საზოგადოებასთან. ინფორმაცია სტრატეგიის განხორციელების შინაარსისა და ფორმის შესახებ გავრცელდება მასმედიის საშუალებით, რათა მთელმა მოსახლეობამ და ამ სფეროში მოღვაწე სამედიცინო საზოგადოებამ იცოდეს სტრატეგიის მიზნები და შინაარსი.

## ანგარიშგებისა და მონიტორინგის პროცედურები

68. სტრატეგიის მონიტორინგი იქნება უწყვეტი დანერგვის მთელი პროცესის მანძილზე და მოიცავს მონიტორინგის შედეგად მიღებული მონაცემების თავმოყრას, დამუშავებას და ანალიზს, ხარვეზებისა და სასწრაფოდ გამოსასწორებელი საკითხების დადგენას, ასევე პოტენციური შესწორებების შეტანას დაგეგმილ პოლიტიკაში. მონიტორინგი განხორციელდება სამი ინდიკატორის გათვალისწინებით (პროცესი, შედეგი და ზეგავლენა), რაც საშუალებას მოგვცემს დავაკვირდეთ და შევაფასოთ სტრატეგიაში წარმოდგენილი ზოგადი ამოცანებისა და ზოგადი მიზნების მიღწევა.

69. (პროცესის) ინდიკატორები ასახავს სამოქმედო გეგმაში მოცემული ქმედებების დასრულების სტატუსს, (შედეგის) ინდიკატორები ახდენს კონკრეტული ამოცანების მიღწევისა და ამ ამოცანების განსახორციელებლად გამოყენებული ღონისძიებების მონიტორინგს, (ზეგავლენის) ინდიკატორები გამოიყენება

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილების შესაფასებლად.

70. ზოგადი ამოცანების მონიტორინგის ინდიკატორებს შეიძლება დაემატოს სხვა ინდიკატორებიც ან შეიცვალოს სტრატეგიის განხორციელებისას. სტრატეგიის განხორციელების ადექვატური მონიტორინგისა და შეფასებისთვის იგეგმება ინფორმაციის რამდენიმე წყაროს გამოყენება, ძირითადი წყარო გახლავთ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემები, გაეროს განვითარების პროგრამისა (UNDP) და მსოფლიო ბანკის მიერ მხარდაჭერილი კვლევები, ჯანდაცვის სისტემის მიერ შემუშავებული ადმინისტრაციული ანგარიშები. ინდიკატორების დაანგარიშებისთვის საჭირო მონაცემების თავმოყრა მოხდება საჯარო რეესტრში არსებული, მოსახლეობის აღწერით, კარ-და-კარ კვლევებით და ჯანმრთელობის შესახებ სტატისტიკური ანგარიშებიდან მიღებული ინფორმაციის მიხედვით და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გატარებული ღონისძიებების შედეგების საფუძველზე.

71. სტრატეგიის შეფასებას ექნება სისტემატიური სახე, განხორციელდება დანერგვის მთელი პროცესის განმავლობაში და შემუშავდება საქმიანობის მიმდინარეობის შესახებ წლიური ანგარიშები, შეფასებითი ანგარიში დანერგვის პირველი ეტაპის დასრულების შემდეგ და საბოლოო შეფასების ანგარიში დანერგვის მეორე ეტაპის განხორციელების შემდეგ; ყველა აღნიშნული ანგარიში დაეფუძნება მონიტორინგისთვის გამოყენებულ ინდიკატორებს.

72. ანგარიშებში საქმიანობის მიმდინარეობის შესახებ მოცემული იქნება სტრატეგიის განხორციელების შესაბამის ეტაპზე დაფიქსირებული შედეგები - ზოგადი და კონკრეტული ამოცანების მიღწევა, დაგეგმილი ქმედებების დასრულების სტატუსი, თითოეული ქმედებისთვის დადგენილი სამუშაო ეფექტურობის ინდიკატორების სასურველი მაჩვენებლების მიღწევის სტატუსი და წინადადებები დაგეგმილი ღონისძიებების გასაუმჯობესებლად ან დასაკორექტირებლად. განხორციელების პირველი ეტაპის დასრულების შემდეგ შემუშავებულ შეფასებით ანგარიშში მოცემული იქნება სტრატეგიის

განხორციელების შედეგად მიღწეული ინსტიტუციონალური, ფუნქციური და სტრუქტურული გაუმჯობესებების ასპექტები, დოკუმენტში მოხსენიებული სამიზნე ჯგუფების ჯანმრთელობაზე ზეგავლენა, პასუხისმგებელი დაწესებულების მიერ განხორციელების სამოქმედო გეგმაში წარმოდგენილი პირობების/ვადებისა და შინაარსის დაცვის დონე.

73. სტრატეგიის განხორციელების პროცესის გამჭვირვალობის უზრუნველსაყოფად მასმედიასა და ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე გამოქვეყნდება წლიური ანგარიშები სამუშაოების მიმდინარეობის შესახებ, დანერგვის პირველი ეტაპის დასრულების შემდეგ შემუშავებული შეფასებითი ანგარიში და ასევე, საბოლოო შეფასებითი ანგარიში. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს სტრატეგიის განხორციელებისა და ადგილობრივი და უცხოელი პარტნიორების შესახებ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მასობრივ გავრცელებას მასმედიის მეშვეობით.

## სამოქმედო გეგმა

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგის განხორციელებისთვის 2016-2023 წლებში

### სტრატეგიული მიზანი

საოჯახო მედიცინის პოზიციის გამყარება საქართველოში და ძლიერი, მოქნილი, ეფექტური და მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურებას ყველა ქართველისთვის, განსაკუთრებით კი მათთვის, ვისაც აქვთ არათანაბარი წვდომა სერვისებზე და ეს ყოველივე განხორციელდება ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვით, დაავადებათა პრევენციით, ჰოსპიტალური სერვისების საჭიროების შემცირებითა და ქრონიკული დაავადებების გაუმჯობესებული მართვით.

<p><b>ზოგადი მიზნები</b></p>	<p>ზოგადი ამოცანა 1. პირველადი ჯანდაცვის მმართველობის და ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაუმჯობესება          ზოგადი ამოცანა 2. პირველად ჯანდაცვაში ადამიანური რესურსების ადეკვატური დაზღვევა          ზოგადი ამოცანა 3. პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლების ფინანსების, რესურსების გადანაწილების და საგადასახადო სისტემების გაუმჯობესება          ზოგადი ამოცანა 4. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების ხარისხის გაუმჯობესება          ზოგადი ამოცანა 5. საუჯახო მედიცინის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება</p>			
<p><b>კონკრეტული მიზნები</b></p>	<p><b>ქმედება</b></p>	<p><b>ვადები</b></p>	<p><b>პასუხისმგებელი ორგანო</b></p>	<p><b>ინდიკატორები</b></p>
<p><b>1.1 პირველადი ჯანდაცვის ჩარჩო პოლიტიკის შემუშავება და მორგება ჯანდაცვის სექტორისთვის გაცხადებულ პრიორიტეტებთან</b></p>	<p>საჭიროა ნორმატიული აქტების შემუშავება</p> <p>დაკავშირებულ აქტებში ცვლილებების და დამატებების შეტანა</p>	<p>2016-2017</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიის ნორმატიული აქტები დამტკიცებულია</p>

	<p>პირველადი ჯანდაცვის ნორმატიული კონსტრუქციის შემუშავება და დამტკიცება ძირითად ჯანდაცვის ორგანიზაციებში და მომსახურებაში</p>		<p>2016-2017</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>ძირითადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების და მომსახურების ნორმატიული სტრუქტურა დამტკიცებულია</p>
	<p>პირველადი ჯანდაცვის აქტივობების კოორდინაცია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან, ბილატერალურ ორგანიზაციებთან და პარტნიორებთან განვითარების დარგში</p>		<p>2016-2023</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>საკოორდინაციო სამუშაო შეხვედრების რაოდენობა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან, საერთაშორისო ბილატერალურ ორგანიზაციებთან და პარტნიორებთან განვითარების დარგში</p>



	პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ბილატერალური/ორმხრივი შეთანხმებების პროექტების განხორციელება	2016-2019	MoLHSA	# გაფორმებული ორმხრივი/ბილატერული ხელშეკრულებების რაოდენობა პირველადი ჯანდაცვის სფეროში
1.2 მმართველობის სტრუქტურის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში	ნორმატიული სტრატეგიის შემუშავება MoLHSA-ს მმართველობის როლის გასაღრმავებლად აღრიცხვებზე, ხელმისაწვდომობაზე, ეფექტურობასა და ხარისხზე ყურადღების გამახვილებით	2016-2017	MoLHSA	პირველად ჯანდაცვაში MoLHSA-ს მმართველობის როლის გასაღრმავებლად შემუშავებული ნორმატიული სტრუქტურა დამტკიცებულია
	სოციალური მომსახურების სააგენტოების პერსონალის ტრენინგი პირველადი ჯანმრთელობის ყველა სფეროში	2016-2019	სოციალური მომსახურების სააგენტო	% SSA-ს დატრენინგებული თანამშრომლები PHC მმართველობის სფეროში (მიზანი - 97%)
	ინტეგრირებულ ჯანდაცვის	2016-2018	MoLHSA	ინტეგრირებულ ჯანდაცვის

	სისტემაზე დაფუძნებული PHC მმართველობის ნორმატიული სტრუქტურის შექმნა და დამტკიცება			სისტემაზე დაფუძნებული PHC მმართველობის ნორმატიული სტრუქტურის დამტკიცება
	PHC-ის საკონსულტაციო კომიტეტის როლის გაღრმავება სტრატეგიის გაზომვასა და მონიტორინგში რომელიც ადარებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესრულებას მის მიზნებსა და ამოცანებთან.	2016-2018	MoLHSA	PHC საკონსულტაციო კომიტეტის წესდება დამტკიცებულია
<b>1.3 ინტეგრირებული ელექტრონული სისტემის დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე</b>	ინტეგრირებული ელ. ჯანდაცვის სისტემის შემუშავება პირველადი ჯანდაცვაში ჩართული ყველა დაწესებულებისთვის	2016-2017	MoLHSA	პირველად ჯანდაცვაში ელ. ჯანდაცვის სისტემის მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები დამტკიცებულია

	<p>პირველად ჯანდაცვაში ჩართული ყველა დაწესებულების დაკავშირება ინტეგრირებულ ელ. ჯანდაცვის სისტემასთან</p>	<p>2018-2019</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>ინტეგრირებულ ელ. ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე PHC დაწესებულებების პროცენტულობა (მიზანი - 95%)</p>
	<p>ჯანდაცვის სამსახურების, მენეჯერების და პერსონალის ტრენინგი ინტეგრირებულ ელ. ჯანდაცვის სისტემის მოსახმარებლად</p>	<p>2016-2017</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>ინტეგრირებულ ელ. სისტემის გამოსაყენებლად მომზადებული პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების, წარმომდგენლების, მენეჯერების და პერსონალის რიცხვი (მიზანი - განსასაზღვრელია)</p>
	<p>პაციენტზე ორიენტირებული ინსტრუმენტების და ელ. მომსახურებების საკომუნიკაციო და ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანია PHC-ში როგორც ინტეგრირებული ელ. ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი Implement a communication and awareness campaign on patient-oriented tools and eServices in PHC as part of Integrated eHealth System</p>	<p>2018-2019</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>ელ. მომსახურების მომხმარებელთა რაოდენობა პირველად ჯანდაცვაში (მიზანი - განსასაზღვრელია)</p>

<p><b>1.4 თანამშრომლობის მექანიზმების განვითარება დარგთაშორის პარტნიორებთან მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისთვის</b></p>	<p>დარგთაშორისი საკომუნიკაციო გეგმის შემუშავება და მიღება პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის</p>	<p>2016-2017</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის დარგთაშორისი საკომუნიკაციო გეგმა დამტკიცებულია</p>
	<p>მუნიციპალური დაწესებულებების მიერ დაარსებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები საოჯახო მედიცინის რეესტრის მიხედვით</p>	<p>2017-2019</p>	<p>MoLHSA, MoRDI, Local Public Authorities</p>	<p>ადგილობრივი მუნიციპალიტეტის დაწესებულებების მიერ დაფუძნებული დაწესებულებები (მიზანი - განსასაზღვრელია)</p>
	<p>Improve the institutional framework for collaboration and participation in decision-making on PHC with physician</p>	<p>2016-2017</p>	<p>MoLHSA</p>	<p>% of proposed policies by medical community and associative sector which were approved through normative acts (<i>Target – to be determined</i>)</p>

	associations, PHC providers, local authorities, etc.			
	Establish agreements with local public authorities on ensuring basic infrastructure for primary health care provision	2017-2019	MoLHSA, MoRDI, Local Public Authorities	# of agreements signed with local public authorities on ensuring basic infrastructure for primary health care provision ( <i>Target – to be determined</i> )
	Develop and approve the normative and institutional framework to ensure a sustainable inter-sectorial “one-stop service” at primary health care level (medical-social collaborative management, etc.)	2016-2018	MoLHSA, MoRDI, Local Public Authorities	Normative acts on intersectoral collaboration in primary health care approved
<b>2.1 Adequately train primary care personnel, thus ensuring a proper balance of inflow and outflow of professionals in family medicine</b>	Develop and apply human resources for PHC planning methodology based on morbidity patterns, demand for services and perspectives of development of health system	2016-2017	MoLHSA	Methodology on human resources for PHC planning approved
	Develop medium- and long-term state plans for primary health care personnel	2016-2017	MoLHSA	State plan for primary health care personnel approved
	Review the education curricula in family medicine according to international standards and needs of the health system for higher and middle personnel at undergraduate, postgraduate and continuous medical education levels	2016-2018	MoLHSA	New education curricula in family medicine approved

	Develop of the system of the residency in family medicine by position as a policy intervention to covering the necessities in health personnel in rural area and/or other regions with imbalances in the distribution of health personnel	2016-2018	MoLHSA	# family medicine residents employed in PHC institutions ( <i>Target – to be determined</i> )
	Improve the mechanism of collaboration between the medical education institutions and clinical training bases for a more efficient and increasing the practical training of PHC personnel	2016-2018	MoLHSA	# of signed agreements between the medical education institutions and clinical training bases ( <i>Target – to be determined</i> )
	Institutionalize eLearning tools in continuous medical education of primary health care personnel	2018-2019	MoLHSA	# courses graduated by PHC personnel using eLearning tools ( <i>Target – to be determined</i> )
<b>2.2 Development of an effective incentive framework for primary health care personnel</b>	Develop and approve the methodology for establishing the maximum rates of expenditures for remunerating the personnel (employees) of primary health care institutions included in the Universal Health Coverage Program	2016-2017	MoLHSA	The methodology for establishing the maximum rates of expenditures for remunerating the personnel (employees) of primary health care institutions included in the Universal Health Coverage Program approved
	Develop the methodology for motivating the PHC personnel from the rural and disadvantaged areas as an integrant part of the wage mechanism	2016-2017	MoLHSA	The methodology for motivating the PHC personnel from the rural and disadvantaged areas approved
<b>2.3 Cover immediate and short-term needs in PHC</b>	Estimate immediate needs in primary health care personnel	2016-2017	MoLHSA	Needs assessment in primary health care personnel according to

<b>personnel (both physicians and nurses) through a re-specialization program based on a special PHC certification curriculum</b>	according to designed family medicine practices			designed family medicine practices realized
	Review, adjust and accredit the training curricula in family medicine for physician and nurse re-specialization in line with latest recommendations in the field of PHC	2016-2017	MoLHSA, MoES	Training curricula for re-specialization in family medicine for physician and nurse accredited
	Train and certificate physicians and nurses in family medicine according to re-specialization curricula/program	2017-2018	MoLHSA	# of physicians and nurses in family medicine trained according to re-specialization curricula/program ( <i>Target – to be determined</i> )
	Distribute generated family physicians and nurses to family medicine practices	2017-2018	MoLHSA	% of family medicine practices covered with PHC personnel through re-specialization ( <i>Target – 30%</i> )
<b>3.1 Develop funding policies aimed at increasing equity, in line with declared priorities in the health sector,</b>	Improve and adjust the normative framework for an adequate financing of the primary health care, including setting expenditure targets for primary health care (at least 30% from the UHC Program budget), complemented with targeting inpatient expenditures at lower rates	2016-2017	MoLHSA, MoF	Allocation to primary health care of at least 30% from the UHC Program budgeted

	Pool resources for all primary health care services provided under the Universal Health Coverage Program and vertical programs in a Primary Health Care Sub-program within UHC Program	2016-2017	MoLHSA, MoF	Normative acts on pooling financial resources for primary health care approved
<b>3.2 Ensure a sustainable, effective and performance-promoting method of payment to primary health care institutions</b>	Develop the methodology for implementing payment mechanisms in primary health care – per capita, expressed in points, according to doctor’s list with registered persons; fee-for-service, expressed in points, payment through global budget and payment for performance	2016-2017	MoLHSA	Methodology on payment mechanism in primary health care approved
	Adjust <i>per capita</i> payment to the structure of the health risks, age group, area covered by family physicians (urban, rural, geographically remote/disadvantageous areas), number of people registered in the family physician’s list and other medical-social criteria	2016-2017	MoLHSA, MoF	Risk-adjusted coefficients for per capita payment approved
	Develop the methodology on planning resources allocated for primary health care institutions as a sum between of the amount allocated <i>per capita</i> depending on age groups and urban/rural area, amount allocated for medical	2016-2017	MoLHSA, MoF	Methodology on planning resources allocated for primary health care institutions approved



	services the payment for which is made on the <i>fee-for-service</i> basis, amount allocated for achieving performance indicators, amount allocated through global budget and amount allocated for reimbursing prescribed drugs			
	Develop the methodology of calculating the point granted for per capita, fee-for-service, performance and prescription of reimbursed drugs	2016-2017	MoLHSA	Methodology of calculating the point granted for per capita, fee-for-service, performance and prescription of reimbursed drugs approved
<b>3.3 Institute the framework for contracting primary care services, including the framework for strategic procurement</b>	Develop and adopt the normative framework to instituting contractual relationships in primary health care services procurement	2016-2017	MoLHSA, MoF, MoJ	Normative framework on contractual relationships in primary health care services procurement approved
	Develop the methodology and procedures for contracting medical facilities for primary health care services provision	2016-2017	MoLHSA, MoF, MoJ	Methodology and procedures for contracting medical facilities for primary health care services provision approved
	Develop and adopt the normative framework to instituting strategic purchasing in primary health care	2016-2017	MoLHSA, MoF, MoJ	Normative framework on strategic purchasing in primary health care approved  % of PHC institutions contracted based on strategic purchasing ( <i>Target – 40%</i> )
	Develop the methodology for strategic purchasing in primary health care	2016-2017	MoLHSA	Methodology for strategic purchasing in primary health care approved

	Develop Framework Contract between Social Service Agency and primary health care providers	2016-2017	MoLHSA	Framework Contract between Social Service Agency and primary health care providers approved
	Estimate the needs (human resources, etc.) of the Social Service Agency to implement the contract system in provision of primary health care services	2016-2017	MoLHSA	SSA organizational structure and staffing norms approved  % PHC contracting job positions covered ( <i>Target – 90%</i> )
	Organize capacity building activities for Social Service Agency personnel to implement the contract system, including strategic purchasing, in provision of primary health care services	2016-2017	MoLHSA	% of SSA staff certified in contracting primary health care services ( <i>Target – 100%</i> )
	Organize capacity building activities for service providers to estimate the amount of services in contracting/strategic purchasing	2016-2017	MoLHSA	% of PHC managers trained on contracting the primary health care services ( <i>Target – 97%</i> )
	Develop and approve the system of tariffs for healthcare services delivered within the primary health care system	2016-2017	MoLHSA	Tariffs for primary health care services approved
	Review, develop and implement the primary health care services coding system	2016-2018	MoLHSA	Primary health care services coding system approved
<b>3.4 Increase of transparency in allocating and using resources in primary health care</b>	Develop and approve Methodological Norms on the management of financial resources allocated for primary health care from UHC Program funds by contracted institutions	2016-2017	MoLHSA	Methodological Norms on the management of financial resources allocated for primary health care approved

	Develop and implement procedures and tools for monitoring and reporting on primary care services contracted by the Social Service Agency within the UHC Programme, including through the eHealth Integrated System	2016-2017	MoLHSA	% of contracted PHC institutions reporting electronically to SSA (Target – 85%)
	Develop and distribute annual reports on the allocation and usage of financial resources in primary health care	2017-2023	MoLHSA	Annual reports on resource allocation and utilization in PHC published
<b>4.1 Create an essential framework, based on accreditation, for primary care providers to regularly and consistently evaluate and improve their processes and environment against patient experience and nationally and internationally recognized standards</b>	Review and complete the standards for primary health care per component of PHC practice according to international standards	2016-2017	MoLHSA	Standards on primary health care institutions accreditation approved
	Amend the normative framework for accreditation of primary health care institutions	2016-2017	MoLHSA	Normative framework on accreditation of primary health care institutions approved

	Review procedures and tools for accreditation of primary health care institutions	2016-2017	MoLHSA	Methodology on accreditation of primary health care institutions approved
	Organize institutional capacity building activities in the field of accreditation of primary health care facilities	2016-2017	MoLHSA	% of personnel certified in accreditation of primary health care personnel ( <i>Target – 100%</i> )
	Organize facilitating activities and preparation for accreditation for the primary health care providers	2017-2019	ASRMA	% of PHC managers trained on accreditation for the primary health care providers ( <i>Target – 97%</i> )
	Estimate the needs (human resources, etc.) to implement the accreditation of primary health care institutions	2016-2017	MoLHSA	Institutional organizational structure and staffing norms approved  % accreditation job positions covered ( <i>Target – 90%</i> )
	Develop and implement the Primary health care institutions Accreditation Plan	2017-2023	ASRMA	Plan on primary health care institutions accreditation approved
	Implement electronic services, as part of Integrated eHealth System, for accreditation of primary health care providers – eAccreditation	2017-2023	ASRMA	% of primary health care centers with accreditation certificate issued electronically ( <i>Target – 95%</i> )
<b>4.2 Assure the provision of primary health care by high quality, knowledgeable and experienced in their area of clinical practice personnel</b>	Develop the standards for primary health care personnel licensing according to international standards	2016-2017	MoLHSA	Standards for primary health care personnel licensing developed
	Develop and approve the normative framework in the field of licensing of primary health care	2016-2017	MoLHSA	Normative framework on licensing of primary health care personnel approved

	personnel based on a five-year cycle			
	Develop the procedure and tools for licensing of primary health care personnel	2016-2017	MoLHSA	Methodology on licensing of primary health care personnel approved
	Organize institutional capacity building activities in the field of licensing of primary health care personnel	2017-2019	MoLHSA	% of personnel certified in licensing of primary health care personnel ( <i>Target – 100%</i> )
	Organize capacity building activities for Agency for State Regulation of Medical Activities (ASRMA) in the field of licensing of primary health care personnel	2017-2019	ASRMA	% of ASRMA personnel certified in licensing of primary health care personnel ( <i>Target – 100%</i> )
	Estimate the needs (human resources, etc.) of the Agency for State Regulation of Medical Activities to implement the licensing of primary health care personnel	2016-2017	MoLHSA	ASRMA organizational structure and staffing norms approved  % licensing job positions covered ( <i>Target – 90%</i> )
	Develop and implement the Plan on Licensing of Primary health care Personnel	2017-2023	ASRMA	Plan on Licensing of Primary Health Care personnel approved
	Implement electronic services, as part of Integrated eHealth System, for licensing of primary health care personnel – eLicensing	2017-2023	ASRMA	% of primary health care personnel with license certificate issued electronically ( <i>Target – 65%</i> )
	Review and align the clinical guidelines in family medicine	2016-2018	MoLHSA	Clinical guidelines in family medicine approved
	Develop and implement the clinical standardized workplace protocols for family doctors	2017-2023	MoLHSA	% family physicians covered with clinical standardized workplace protocols ( <i>Target – 95%</i> )

	Develop and approve the standard operations procedures – SOPs (set of competencies) for medical personnel providing primary health care	2016-2017	MoLHSA	SOPs for medical personnel providing primary health care approved
<b>4.3 Institute the Quality and Safety Measurement Framework in provision of primary health care</b>	Implement, as part of National Health Quality Strategy, the set of quality and safety indicators in primary health care provision	2017-2021	MoLHSA	List of safety and quality indicators for primary health care (including meta-data) approved
	Include and adapt on a regular basis the set of quality and safety indicators into the contracting and pay for performance system to link clinical and financial accountabilities in primary health care	2017-2023	MoLHSA	% of PHC centers with quality-related stipulations in the contract with SSA ( <i>Target – 85%</i> )  % of safety and quality indicators into performance payment ( <i>Target – 25%</i> )
	Establish regular annually safety and quality data collection through Integrated eHealth System	2017-2023	MoLHSA	% of PHC centers submitting electronically safety and quality reports ( <i>Target – 90%</i> )
	Map safety and quality profiles of primary health care institutions applying PHC Quality Scorecard	2017-2023	MoLHSA	% of PHC centers with annually updated PHC Quality Scorecard ( <i>Target - 70%</i> )
<b>5.1 Assure Integrated Disease Management at primary health care level</b>	Establish the clinical conditions and/or population groups for Integrated Disease Management (IDM) at primary health care level (i.e. Integrated Management of Childhood Illnesses, etc.)	2016-2017	MoLHSA	List of health conditions for Integrated Disease Management (IDM) approved
	Elaborate the regulations to implement the Integrated Disease	2016-2017	MoLHSA	Regulations on Integrated Disease Management (IDM) at primary health care level approved

	Management (IDM) at primary health care level			
	Develop the IDM guidelines and training curricula in Integrated Disease Management	2016-2023	MoLHSA	% of primary health care personnel trained in Integrated Disease Management ( <i>Target – 85%</i> )
	Develop and distribute IEC and counseling materials on Integrated Disease Management	2017-2021	MoLHSA	% of person registered in family physician list covered with IEC materials on Integrated Disease Management ( <i>Target – 95%</i> )
	Develop the monitoring and evaluation procedures for Integrated Disease Management	2016-2017	MoLHSA	Monitoring and Evaluation Procedures for Integrated Disease Management approved
	Clinical implementation of the Integrated Disease Management at primary health care level	2017-2023	MoLHSA	% of PHC centers applying in practice integrated disease management for established health conditions ( <i>Target – 60%</i> )
	Ensure reporting on a regular basis of IDM implementation as part of health information system in place	2017-2023	MoLHSA	% of PHC centers reporting activity-related IDM indicators ( <i>Target – 50%</i> )
<b>5.2 Coverage of population needs in primary care services based on the principle of efficacy, opportunity and universal health coverage</b>	Map and establish the family medicines practices	2016-2017	MoLHSA	Register of family medicine practices approved
	Approve and update on a regular basis the Register of family medicine practices	2016-2023	MoLHSA	% of family medicine practices covered with PHC providers ( <i>Target – 95%</i> )
	Elaborate and approve the methodology for attributing the family medicine practices	2016-2017	MoLHSA	Regulation on attributing family medicines practices approved

	Develop and approve the procedures for registering the population with the primary health care facility	2016-2017	MoLHSA	Regulation on the registration of population with the primary health care facility approved
	Improve the scheduling of patient visits, including of home visits, by implementing the eAppointment	2016-2017	MoLHSA	eAppointment in primary health care functional
	Promote and inform the population on the procedure of patient scheduling, including through eAppointment	2017-2023	MoLHSA	% visits to primary health care institutions based on eAppointment ( <i>Target – 45%</i> )
	Build a public-private mix in primary health care provision in a framework of common standards for public and private sectors	2016-2018	MoLHSA	% of family medicine practices with private provision of care ( <i>Target – 60%</i> )
	Elaborate methodology for primary health care delivery at home	2016-2017	MoLHSA	Methodology for primary health care delivery at home approved  # of home visits by family nurse per person registered in family physician list ( <i>Target – to be determined after baseline</i> )
<b>5.3 Increase access to affordable pharmaceuticals by improving the system of drug reimbursement and its centeredness on primary health care</b>	Elaborate and approve the Drug Reimbursement Program, including amend and complete connected normative acts	2016-2017	MoLHSA	Drug Reimbursement Program approved



<b>according to WHO recommendations and international best practices</b>				
	Develop and approve procedures and tools for reporting in drug reimbursement	2016-2017	MoLHSA	Procedures and tools for reporting in drug reimbursement program approved
	Implement the eReceipt system in drug reimbursement	2017-2023	MoLHSA	# of receipts issued by family physicians submitted electronically ( <i>Target – 95%</i> )
	Organize facilitating activities and preparation for drug reimbursement for the primary health care providers	2017-2019	MoLHSA	% of family physicians informed regarding drug reimbursement procedures ( <i>Target – 90%</i> )
	Implement at country-level the drug reimbursement program	2017-2023	MoLHSA	# of issued receipts for reimbursed drugs per visit ( <i>Target – 65%</i> ) # of receipts for reimbursed drugs per family physician ( <i>Target – to be determined</i> )

Global Alliance for Health and Social Compact (GAHSC) represents a brand new business initiative amalgamating consultancy and management, expertise and capacity into solid professional think-tank generating turn-key solutions for health systems.

GAHSC is an international company bringing together leading expertise from a wide range of health system areas including but not limited to public health, healthcare management, health financing mechanisms, healthcare service delivery design and reconfiguration as well as comprehensive monitoring and evaluation.

