

## პირველადი ჯანდაცვის მოდელის ორგანიზება სოფლად

### კონცეპცია/პრინციპები

მიუხედავად იმისა, რომ გასული ხუთი წლის მანძილზე სოფლად პჯდ ობიექტების რაოდენობა გაიზარდა, მოსახლეობის საჭიროებების დაკმაყოფილება ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების კუთხით კვლავ შეზღუდულია. შედეგად მოსახლეობის ნაწილი, რომლებსაც შეუძლიათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება პჯდ დონეზე, იძლებულები ხდებიან მიმართონ უფრო ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ სერვისებს, რაც იწვევს პაციენტთა უკმაყოფილებას და ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი რესურსების არარაციონალურ გამოყენებას. პჯდ-ში მომუშავე სოფლის ექიმთა უმრავლესობა დასაქმებულია გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში. სექტორში არსებული მართვის უნარების დეფიციტის გამო გართულებულია ლოკალური მენეჯმენტი, რაც უარყოფითად აისახება მომსახურების ხარისხზე და აფერხებს სფეროს განვითარებას.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ხელშეკრულება გაფორმებული აქვს 1283 სოფლის ექიმთან და 1545 სოფლის ექთანთან, რაც ართულებს ადგილობრივად წარმოშობილი პრობლემების დროულად აღმოფხვრას, რის გამოც, სამინისტრო საჭიროდ მიიჩნევს მართვის დეცენტრალიზაციასა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის ხელშეწყობას.

### მიზანი/ამოცანები:

1. განხორციელდეს სოფლის ექიმების ჰარმონიზაცია საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმიურ ამბულატორიულ პროგრამასა და არსებულ პჯდ სისტემაში;
2. მოახდინოს სოფლის ექიმებისა და ექთნების შესაძლებლობების განვითარებისკენ მიმართული აქტივობების ორგანიზება;
3. ხელი შეუწყოს სოფლად პჯდ ხარისხიანი სერვისების მიწოდებას და პაციენტთა კმაყოფილების გაზრდას.

**ჩვეულებრივ, პირველადი ჯანდაცვის მოდელის მოწყობა ხდება სოფლის და ქალაქის სპეციფიკაციის გათვალისწინებით.** რეგიონული განსხვავებები ეკონომიკური განვითარებისა და გარკვეული გეოგრაფიული გამოწვევების კუთხით არის პირველადი ჯანდაცვის რგოლის არათანაბარი გადანაწილების მიზეზი, მთავარი აქცენტით უფრო განვითარებულ სასოფლო ტერიტორიებზე.

### აღნიშნული ამოცანების მისაღწევად საჭიროა:

1. სერვისების სწორი ორგანიზაციის, მართვისა და ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაუმჯობესება.
2. დაფინანსების ადექვატური მეთოდების დანერგვა (ტარიფებში სოციალური და გეოგრაფიული მარეგულირებელი კოეფიციენტების გათვალისწინება და სხვ.).
3. აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განვითარება.

4. პჯდ ცენტრების **აღჭურვა** აუცილებელი სამედიცინო აღჭურვილობით, რომელიც პჯდ გუნდის პროფესიულ კომპეტენციასთან შესაბამისობაშია და არ ითვალისწინებს მაღალ-ტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს (მაგ. არტერიული წნევის საზომი აპარატი, სიმაღლის მზომი და სასწორი, ელექტროკარდიოგრაფი, პიკ-ფლოუმეტრი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, სწრაფი მარტივი ტესტები და სხვ.).
5. მომსახურების ხარისხის **ინდიკატორების შემუშავება და საინფორმაციო სისტემების განვითარება.**
6. პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარება.  
მნიშვნელოვანია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურების ადგილმდებარეობის შესაბამისად, პჯდ შესაძლებლობების გაძლიერება, რაც გულისხმობს ოჯახის ექიმების/ექთნების გადამზადებას გადაუდებელი და სასწრაფო დახმარების საკითხებზე იმ ადგილებში, სადაც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია.

**სოფლის პჯდ ქსელის ორგანიზების ვარიანტები:**

- პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის საჭირო სიმძლავრის შესაქმნელად **კერძო ინვესტიციების მოზიდვა** (პირობების შემუშავება და მოლაპარაკებების წარმოება)
- **სახელმწიფოსა და დონორი ორგანიზაციების ინვესტიციები სოფლად და მხელადმისადგომ გეოგრაფიულ არეალში** - იქ, სადაც კერძო სექტორი არ ჩადებს ინვესტიციას (სახელმწიფოს/მუნიციპალიტეტის მიერ დაფუძნებული „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის“ და/ან სხვა ფორმით).
- პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის იურიდიულ-სამართლებრივი ფორმების თავისუფალი შერჩევის ხელშეწყობა (პჯდ მომსახურების მიმწოდებლები შეიძლება ჩამოყალიბდნენ ინდივიდუალური მეწარმის, კერძო სამართლის ან არასამეწარმეო იურიდიული პირის სტატუსით - მოთხოვნების/პირობების შემუშავება, კონკურსის გამოცხადება და სხვ.).

სამოქმედო გეგმის შედგენის დროს, გავითვალისწინოთ პრიორიტეტები - სასწრაფო-გადაუდებელი, **მოკლევადიანი** ამოცანები, რომელსაც მოჰყვება **საშუალო და გრძელვადიანი** პრიორიტეტები.

**პირველი ეტაპი - გადაუდებელი სასწრაფო:**

- რეგიონებში ჯანდაცვის სამინისტროს, სამთავრობო/არასამთავრობო სექტორის მიერ შერჩეულ საიტებზე სადემონსტრაციო მოდელების ჩამოყალიბება; კარიტასის პილოტის გაფართოება
- აუცილებელი მარეგულირებელი და ნორმატიული (თუნდაც პოლოტის ფარგლებში დროებითი) დოკუმენტების შემუშავება და დანერგვა
- პილოტის ფარგლებში დაფინანსების და კონტრაქტირების მექანიზმების ჩამოყალიბება

- პილოტის ფარგლებში ხარისხის ინდიკატორების შემუშავება და საინფორმაციო სისტემების განვითარება, რაც ამ ინდიკატორებზე ინფორმაციის შეკრების საშუალებას მოგვცემს რეალურ დროში.

**გასათვალისწინებელი ასპექტები:**

- სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებული პირობითად „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის“ ორგანიზაციული ქუდი სხვადასხვა ადგილას გააერთიანებს პირველადი ჯანდაცვის, სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურებისა და ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებლებს. მოდელი, ამგვარი ორგანიზაციული მოწყობის პირობებში, სიფრთხილით უნდა შეირჩეს სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებისთვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული ძვირადღირებული ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების ჭარბი უტილიზაცია და პჯდ „კარიბჭის“ ფუნქციის დარღვევა.
- პჯდ, რომელიც სოფლად მიეწოდება ოჯახის ექიმების მიერ, უნდა გამოეყოს ჰოსპიტალურ და უფრო მაღალი დონის მომსახურებას. მომსახურების მიმწოდებლის ორგანიზაციული გაერთიანება დასაშვებია მხოლოდ არაჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელთან.
- პრაქტიკის წლიური ხარჯები მნიშვნელოვნად არ იცვლება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასთან ერთად, როდესაც საკმაოდ ნათელია ცვლილებები ერთ სულ მოსახლეზე ხარჯებში, რაც ხაზს უსვამს პჯდ მიმწოდებლების დაბალანსებისა და ოპტიმიზაციის მნიშვნელობას.
- ზედნადები თანხების გაანგარიშება უნდა მოხდეს მკაცრად ოპტიმიზებული ქსელის პირობებში, დაწესებულების ამორტიზაციისა და შენახვის ხარჯების გათვალისწინებით.
- სოფლად პჯდ დაფინანსების წესის დროს განხილულ უნდა იქნას შენობისა და აღჭურვილობის საკუთრების ფორმიდან და მფლობელობიდან გამომდინარე ამორტიზაციის ანაზღაურების (შესაბამისი სტანდარტების შემოღების მაგ.: 1 ოჯახის ექიმზე -30-50 მ<sup>2</sup>, აუცილებელი აღჭურვილობის სია) ხარჯების დაფარვის საკითხი.
- იმ შემთხვევაში, თუ ვერ მოხერხდება სოფლად პჯდ სისტემის ადექვატური დაფინანსება, უნდა გადაწყდეს როგორ მოხდეს დეფიციტის შევსება და სად შეიძლება გაკეთდეს კომპრომისი.