

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის  
განვითარების ძირითადი  
მიმართულებები

2011-2013



# შინაარსი

- ▶ ჯანმრთელობის 2011 წლის ევროპული და ამერიკული კვლევებისა და მიმდინარე რეფორმების რეკომენდაციები
- ▶ საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ძირითადი მიმართულებები



# როგორი პჯდ გვინდა

- ხელმისაწვდომი - ფინანსურად, გეოგრაფიულად
- ხარისხიანი
  - მოქმედი ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემები
  - მომსახურების პაკეტი ინტეგრირებული და ყოვლისმომცველი
- სრულდება პაციენტზე/თემზე ორიენტაციის პრინციპები
- მომსახურების უწყვეტობა
- პაციენტი კმაყოფილია ამ მომსახურებით.
- მაკოორდინირებელი - მოქმედებს სპეციალიტების სამსახურებთან რეფერალისა და უკურეფერალის სისტემა.

# ძირითადი გამოწვევები (1)

- ▶ გაურკვეველია ქვეყნის სტრატეგია პჯდ-სთან და საოჯახო მედიცინასთან მიმართებაში
- ▶ არაადექვატური ინფრასტრუქტურა, არაკომპეტენტური პერსონალი, არასწორი ორგანიზაციული მოწყობა
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის არსებული სისტემის უტილიზაცია არის ძალიან დაბალი და მიზეზი არ არის მხოლოდ პჯდ დაწესებულებების ფართე ქსელის არსებობა.



## ძირითადი გამოწვევები (2)

- ▶ პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის შინაარსი არ არის კარგად განსაზღვრული და მარტივი.
- ▶ სახელმწიფო პროგრამები არაადექვატურადაა დაფინანსებული
- ▶ სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი სადაზღვევო პრემიის არასწორი შეფასებები



## ძირითადი გამოწვევები (3)

### სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი სადაზღვევო პრემიის არასწორი აქტუარული შეფასებები

- ❑ ამბულატორიული მომსახურების შესაბამისი რისკ-პრემიის გაანგარიშებისას გამოყენებული იქნა დეტერმინისტული მოდელი, რადგან არსებული (2007 წლის) სტატისტიკური მონაცემები არ იძლეოდა დეტალური ანალიზის ჩატარების საშუალებას. ამ კომპონენტის გაანგარიშებისას ძირითად ბაზისს წარმოადგენდა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მონაცემები პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებთან განხორციელებული ანგარიშსწორების შესახებ. ამ მონაცემების საფუძველზე გაანგარიშდა საშუალო თვიური ხარჯი, რომელსაც სადაზღვევო კომპანია გასწევდა ერთ ბენეფიციართან მიმართებაში.
- ❑ ბაზისური სადაზღვევო პრემიის გაანგარიშებისას გამოყენებული აღნიშნული მეთოდებით დადგინდა ამბულატორიული მომსახურების ფასი - 1,20 ლარი ერთ პაციენტზე (გულისხმობს ე.წ. პირველი დონის ამბულატორიულ მომსახურებას, ანუ სერვისებს, რომლებიც პროგრამის ბენეფიციარებს მიეწოდებოდათ პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ზევით).

## ძირითადი გამოწვევები (4)

- ▶ სამართლებრივი საფუძვლების არარსებობის გამო არასწორი ურთიერთობები ჩამოყალიბდა კერძო სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ კომპანიებს შორის.
- ▶ მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი - დაბალშემოსავლიანი ადამიანი დარჩა უნივერსალური ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების გარეშე.
- ▶ გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები
- ▶ პაციენტზე ორიენტირებული პჯდ მომსახურების ნაცვლად მივიღეთ ფრაგმენტირებული, ეპიზოდური, არახარჯთ-ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, სადაც მთლიანად იგნორირებულია სახელმწიფოს პრევენციის სტრატეგია, მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპები და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.
- ▶ გაიზარდა პაციენტებისა და პჯდ-ში დასაქმებული ჯანმრთელობის პროფესიონალების უკმაყოფილება.

# ევროპის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების რაპორტი (1)

The Future of Europe's system according to the Economists Intelligence Unit,  
May 2011

ძირითადი კითხვები თუ როგორ უნდა განვითარდეს  
ჯანდაცვის სისტემა ისე, რომ არ დაზიანდეს ბაზისი, რაზეცაა  
სისტემა აშენებული-კვლევების შედეგები:

- ❑ დანახარჯები ჯანდაცვის სისტემის შიგნით უფრო სწრაფად  
იზრდება, ვიდრე საბიუჯეტო და სადაზღვევო  
დაფინანსების ფონდები
- ❑ მოსახლეობის დაბერების ტენდენცია, ქრონიკული და  
ხანდაზმული პაციენტების რიცხვის გაზრდით გამოწვეული  
ჯანმრთელობის საჭიროებები, რაც შესაბამისად ზრდის  
ჯანდაცვით დანახარჯებს.
- ❑ ძვირადღირებული ტექნოლოგიების შემოტანა
- ❑ სხვადასხვა ვარიანტების თაობაზე გაზრდილი  
ინფორმაციის შედეგად პაციენტების მოთხოვნების გაზრდა  
და ნაკლებად ჯანსაღი ცხოვრება
- ❑ პრიორიტეტები და დაფინანსების სტრუქტურები ვერ  
აკმაყოფილებენ დღევანდელ მოთხოვნებს



# ევროპის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების რაპორტი (2)

ჯანდაცვის სისტემის განვითარების და ფორმირების  
ცალკეული და ერთმანეთთან დაკავშირებული შვიდი  
მიმართულება

- ❑ ჯანდაცვის დანახარჯები იზრდება არა მხოლოდ ინფლაციური პროცესების გამო, არამედ იმიტომაც, რომ პოლიტიკოსებმა აღიარეს ჯანმრთელობის კავშირი ნაციონალურ კეთილდღეობასთან
- ❑ სახელმწიფო დაფინანსების შემცირების პირობებში უნივერსალური მოდელის შენარჩუნება სერვისების რაციონალიზაციითა და ჯანდაცვის დაწესებულებების კონსოლიდაციის გზით.
- ❑ ოჯახის ექიმების როლის გაზრდა ჯანდაცვის სისტემაში მეკარისა და პაციენტების მრავლობითი ჯანმრთელობის პრობლემებით მკურნალობის კოორდინაციის ფუნქციის გაძლიერებით.

# ევროპის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების რაპორტი (3)

- ❑ პრევენციის აქტივობების ეფექტური გაზომვა და ფუნდამენტური ჯანსაღი ცხოვრების წესის შეცვლა, რომელიც წახალისებს ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრებას.
- ❑ მთავრობას ესაჭიროება იპოვოს ჯანმრთელობის მონაცემთა შეგროვებისა და ტრანსპერენტულობის გზა ინვესტიციის გადაწყვეტილებების პრიორიტიზაციის მიზნით
- ❑ პაციენტებს ესაჭიროებათ მეტი პასუხისმგებლობის აღება საკუთარ ჯანმრთელობაზე, მკურნალობასა და მოვლაზე.

მთავრობამ უნდა ებრძოდეს ბიუროკრატიზმს და მოახდინოს ჯანმრთელობის პროფესიონალების როლის შემზღვეველი წესების ლიბერალიზაცია

# The National Blueprint for Great Healthcare (USA)

- ▶ ორი დიდი გამოწვევა - ხარისხი და ფასი
- ▶ უკეთესი და უფრო უსაფრთხო ჯანდაცვის უზრუნველსაყოფად ახალი კანონი - ფინანსურად ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის აქტი (Affordable Care Act - USA)

## ცვლილებების მართვის ამოცანები:

- ▶ თანამედროვე დონის, კარგი პჯდ-ს განვითარება
- ▶ პჯდ პერსონალისათვის ხელფასების გაზრდის 2-წლიანი პროექტი
- ▶ პრევენციული აქტივობების მოცვა, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია პჯდ-სათვის
- ▶ ინვესტირება ხარისხში

# The National Blueprint for Great Healthcare (USA)

- ▶ ინვესტირება სწავლასა და სწავლებაში - პჯდ სასწავლო ცენტრების - აკადემიური სათემო ჯანმრთელობის ცენტრების ჩამოყალიბებაში, სადაც ახალგაზრდები ისწავლიან პჯდ-ს სიკეთეებს.
- ▶ მოდერნიზებული ინფორმაცია
- ▶ ფინანსურად მიმზიდველი პჯდ
- ▶ სახელმწიფო ფონდები - დიპლომისშემდგომი განათლების ყველაზე დიდი დამფინანსებლები
- ▶ უკეთესი მოვლა, უკეთესი ჯანმრთელობა და უფრო ნაკლები დანახარჯები პჯდ სერვისების განვითარებითა და გაუმჯობესებით, რაც შეამცირებს ჰოსპიტალიზაციასა და მასთან დაკავშირებულ დანახარჯებს.

# The National Blueprint for Great Healthcare (USA)

- ▶ შესაფერისი გადახდის მექანიზმების შემუშავება
- ▶ საჭიროებების შესაბამისი ინფორმაციის სისტემის ჩამოყალიბება
- ▶ გუნდური მუშაობა
- ▶ ინსტიტუციონალური სტრუქტურები
- ▶ ბარიერების იდენტიფიცირება და გადალახვა ისეთი სისტემის შესაქმნელად, რომელიც იქნება:  
უსაფრთხო, ეფექტური, პაციენტზე ორიენტირებული, დროული, ეფექტიანი, თანასწორი, ყველასათვის მისაღები
- ▶ The Accountable Care Organization, the ACO - ინსტრუმენტი, რომელიც ხელს შეუწყობს და წაახალისებს ქრონიკული პაციენტების კოორდინირებულ და ინტეგრირებულ მოვლას, პრევენციას და ჯანმრთელი ცხოვრების დამკვიდრებას მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

# “Fixed Points”

- ▶ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება საოჯახო მედიცინის კონცეფციას.
- ▶ ჯანდაცვის მთავრობის პასუხისმგებლობაა პირველადი ჯანდაცვის არსებული ქსელის ოპტიმიზაცია.
- ▶ აღნიშნული პასუხისმგებლობიდან გამომდინარე, რაც შეიძლება სწრაფად, უნდა მოხდეს სასურველი ცვლილებები.

# Basic Benefit Package (BBP)

- ▶ შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს და შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი განაპირობებს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობას
- ▶ განისაზღვრება მომსახურების ადექვატური მოცულობითა
- ▶ მიწოდების საუკეთესო პირობებით

# განსახილველი საკითხები (1)

- ▶ პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტი განსაზღვრავს ნაწილობრივ ფარავს თუ სრულად სახელმწიფო პაციენტის ხარჯებს. იგი შექმნის გაზიარებულ გაგებას იმის თაობაზე, თუ რა სახის მომსახურების მიღება შეუძლია პაციენტს პჯდ დონეზე და რა შემთხვევაში იგზავნება იგი უფრო მაღალ დონეებზე სამედიცინო დახმარების მისაღებად.
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის არსებული სისტემის უტილიზაცია არის ძალიან დაბალი, მაშინ როდესაც შედარებით მაღალია იგი მეორად და მესამეული დონეებზე და მიზეზი არ არის მხოლოდ პჯდ დაწესებულებების ფართე ქსელის არსებობა.
- ▶ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სარგებლის მიღება პაციენტებს შეუძლიათ პირველადი ჯანდაცვის გვერდის ავლით.



## განსახილველი საკითხები (2)

- ▶ პირველადი ჯანდაცვა არის პაციენტის პირველადი კონტაქტის ადგილი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და არის მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების მიმწოდებელი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები არ მოიცავს მრავალპროფილური სპეციალისტების მომსახურებას - ეს მეორეული დონეა.
- ▶ ორგანიზაციულად და დაფინანსების თვალსაზრისითაც პირველადი ჯანდაცვა უნდა იყოს გამიჯნული მეორეული და მესამეული დონის მომსახურებისაგან, თუნდაც ისინი იმყოფებოდნენ ერთ შენობაში.

## განსახილველი საკითხები (3)

- ▶ საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებს შეუძლიათ ყოვლისმომცველი სერვისების მიწოდება.
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები მცირედ არის დამოკიდებული უტილიზაციაზე (ხარჯების მოდელის შესაბამისად ცვლადი ხარჯი საერთო ხარჯის დაახლოებით 9%-ს შეადგენს).
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პერსონალის ხელფასების ოდენობაზე.
- ▶ პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები არაოპტიმიზებული ქსელის პირობებში მნიშვნელოვნად იზრდება და საშუალოდ, ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით შეადგენს 1-2 ლარს.

## განსახილველი საკითხები (4)

- ▶ დამატებითი ფინანსების მოზიდვის მიზნით თანაგადახდის შემოტანა კურაციულ ვიზიტებზე, ვიდრე არ დაიხვეწება მედიკამენტების დანიშვნის და/ან რეფერალის (რაც გულისხმობს იმას, რომ ყველა პაციენტს უფლება აქვს სახელმწიფო სუბსიდიებით მიიღოს ე.წ. ელექტიური მომსახურება ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე მხოლოდ იმ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვის საფუძველზე, სადაც იგი არის დარეგისტრირებული. მიმართვა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ დამტკიცებული სამედიცინო გაიდლაინებისა და კლინიკური ჩვენებების საფუძველზე) პროცედურები, ვერ ხერხდება.
- ▶ ამას ხელს უშლის ის გარემოებაც, რომ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტში არ არის ძირითადი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.

## განსახილველი საკითხები (5)

ყველა ნორმალურ ქვეყანაში, სახელმწიფო იღებს პასუხისმგებლობას ხელმისაწვდომი იყოს მხოლოდ და მხოლოდ „საჭიროებაზე“ დაფუძნებული მკურნალობა.

- ▶ იგი, არ წარმოადგენს პაციენტის ინტერესებისა და სურვილების სფეროს. პაციენტი თავის ინტერესებსა და სურვილებს აფინანსებს თავად.
- ▶ ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება ეს არის ობიექტური და ვალიდური მეთოდი შესაფერისი ჯანდაცვის მომსახურებისათვის ანუ მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის მომსახურების დაგეგმვისა და კომისიონირებისათვის.
- ▶ მოიცავს ფართო ჩამონათვალს სკრინინგიდან და პრევენციული გზავნილებიდან დაწყებული, დაავადებათა მართვით, სტაციონარში გაგზავნითა და პალიატიური მოვლით დასრულებული, აგრეთვე, ბაზისური ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარებას.

# ძირითადი პრინციპი

- ▶ დაცული უნდა იყოს თითოეული მოსახლის თანასწორი უფლებები ხელმისაწვდომი იყოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება და მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.



# პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის დაფინანსება

- ▶ კარგ პირველად ჯანდაცვას განაპირობებს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობა
- ▶ მომსახურების ადექვატური მოცულობა
- ▶ მიწოდების საუკეთესო პირობები

რამაც თავისთავად ასახვა უნდა ჰპოვოს  
პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო  
პროგრამაში

# პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურების ძირითადი მახასიათებლები

უნდა მოიცავდეს:

- ▶ ქვეყნის ჯანმრთელობის პოლიტიკის ამოცანებს
- ▶ პჯდ მიმწოდებლების ორგანიზაციასა და სამართლებრივ სტატუსს
- ▶ პოლიტიკურად მიღებულ სოლიდარობის სქემებს - სტრუქტურებსა და მომხმარებლის გადახდის დონეს

## პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურების ძირითადი მახასიათებლები (2)

- ▶ შესაფერისი მოცულობისა და სტრუქტურის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციის მექანიზმებს (რაც ითვალისწინებს უტილიზაციის სასურველ მიზნებს ერთ მოსახლესა და ერთ პროვაიდერთან მიმართებაში, პჯდ გამოყენების მოტივაცია და სხვ.)
- ▶ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციის მექანიზმებს (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის ხელფასების ოდენობას, დასაფინანსებელი პაკეტის შინაარსს და სხვ.)
- ▶ პაციენტების თავისუფალი არჩევანის უფლების დაცვას



## პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურების ძირითადი მახასიათებლები (3)

- ▶ ტარიფების კალკულაციის შესაძლებლობას/მონაცემთა ხელმისაწვდომობას
- ▶ ადმინისტრაციულ სიმარტივეს
- ▶ თაღლითობის ელიმინაციის, საჩივრების მიღებისა და განხილვის შესაძლებლობებს

სამწუხაროდ, ასეთი ყოვლისმომცველი ფორმა და მექანიზმი არ არსებობს, ამდენად, აუცილებელი ხდება ანაზღაურების ორი მოდელის ან ზოგჯერ მეტის გამოყენებაც და აგრეთვე, კონტროლის სხვა პროცედურების დამატებაც.

## შემდგომი ნაბიჯები (1)

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების  
გენერალური გეგმის გადახედვა სამედიცინო  
დაზღვევის სისტემის განვითარებისა და  
სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის  
კონტექსტში.



## შემდგომი ნაბიჯები (2)

სადაზღვევო სქემებში პირველადი ჯანდაცვის პაკეტის განსაზღვრა და რეალური გათვლების წარმოება, რაც შესაბამისობაში იქნება ფინანსურ საჭიროებებთან.

პჯდ სამსახურების რეგულირების მექანიზმების შემუშავება და ამოქმედება.

პჯდ-სთვის ადამიანური რესურსის განვითარების გეგმა თბილისისთვის და დიდი ქალაქებისათვის.



## შემდგომი ნაბიჯები (3)

პჯდ მიმწოდებლების კომპეტენციებისა (ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექთანი) და სამუშაოთა აღწერილობების ინსტიტუციონალიზაციისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ფარმაცევტული კომპანიების ზეგავლენის მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება და ამოქმედება.

## შემდგომი ნაბიჯები (4)

პჯდ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების შემუშავება და ამოქმედება.

პჯდ მართვის საინფორმაციო სისტემების, პჯდ/მეორეული დონის ინტერფეისის კონცეფციის შემუშავება და დანერგვის თაობაზე რეკომენდაციების მომზადება.

2011 წლის სახელმწიფო პროგრამის გადახედვა და ცვლილებებისათვის პროექტის მომზადება.

