

## პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი

### შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული პროგრამების წარმატებით განხორციელება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლის აქტიურ ჩართულობაზე და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში ინტეგრაციაზე. საქართველოში ჯერ კიდევ დაბალია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენება, რაც საგრძნობლად ამცირებს ისეთი პრევენციული პროგრამების/კომპონენტების ეფექტურობას, როგორცაა „C ჰეპატიტის მართვის“, „იმუნიზაციის“, „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ და „დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის“ სახელმწიფო პროგრამები. 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;
4. ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული პროგრამების წარმატებით განხორციელებას და მონიტორინგს.

### აღნიშნული მიზნების/ამოცანების მისაღწევად საჭიროა:

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

### **ორგანიზაციული მოწყობა**

**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.

- პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის საჭირო სიმძლავრის შესაქმნელად **კერძო ინვესტიციების მოზიდვა** (პირობების შემუშავება და მოლაპარაკებების წარმოება)
- **სახელმწიფოსა და დონორი ორგანიზაციების ინვესტიციები სოფლად და ძნელადმისადგომ გეოგრაფიულ არეალში** - იქ, სადაც კერძო სექტორი არ ჩადებს ინვესტიციას („რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის“ დაკონტრაქტების 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.).
- o შენარჩუნდება პჯდ სერვისების მიწოდების სამი დონე: პჯდ ცენტრები დიდ ქალაქებში (თბილისი ბათუმი), პჯდ ცენტრები რაიონებში, სოფლის ექიმები (ტერმინი დაზუსტდება და ეწოდება - ოჯახის ექიმი სოფლად).
- o საოჯახო მედიცინის და სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისების მიწოდება ხდება პჯდ ცენტრებში დიდ ქალაქებსა და რაიონულ პჯდ ცენტრებში, სოფლის ექიმები აწვდიან მხოლოდ საოჯახო მედიცინის სერვისებს.
- o სოციალური მომსახურების სააგენტო, სამხარე ცენტრების და რაიონული ფილიალების მეშვეობით რაიონულ დონეზე განაგრძობს პჯდ ცენტრების დაკონტრაქტებას, ანგარიშების (როგორც სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან, ისე დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან) კოორდინაციას და მათი ფუნქციონირების მონიტორინგს (პროგრამის ფარგლებში), სააგენტო მოახდენს სელექციის ინდიკატორების და პირობების ანალიზს.
- o სოციალური მომსახურების სააგენტო რაიონში აკონტრაქტებს ყველა პროგრამაში მონაწილეობის მსურველ პჯდ სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებას. სოფლის ექიმების დაკონტრაქტება მოხდება სოფლის ექიმების/ექთნების რაოდენობის, სოფლის მოსახლეობის რაოდენობის, ასაკობრივი სტრუქტურისა და ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით.
- o რაიონული პჯდ ცენტრების პასუხისმგებლობაა სოფლად ოჯახის ექიმების დაკონტრაქტება, ანგარიშების (მ.შ. ხარისხის ინდიკატორების, რუტინული სტატისტიკური ფორმების, ფინანსური ანგარიშების ფორმების) ფორმების მიღება, გადამოწმება და სამხარეო ცენტრებისთვის მიწოდება, ასევე ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება, აღჭურვილობის შექმნა, კომუნალური ხარჯები, ექიმების განათლების და გადაადგილების უზრუნველყოფა.
- o ასევე რაიონული პჯდ ცენტრების პასუხისმგებლობაა სოფლად ოჯახის ექიმების მხრიდან რაიონულ დონეზე სპეციალიზებული ამბულატორიული სერვისების

მისაღებად რეფერალის კოორდინაცია (მხოლოდ საჭირო რეფერალების განხორციელების მეთვალყურეობა და მართვა).

○

### **ფინანსური ნაკადები**

- განხორციელებს სოფლის ექიმისა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტის შერწყმა
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, გეგმიური ამბულატორიული სერვისებისთვის (როგორც ოჯახის ექიმის ისე სპეციალისტების მომსახურება) პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების დაკონტრაქტება და გაწეული მომსახურების ანაზღაურება რაიონულ დონეზე მოხდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ.
- რაიონული პჯდ ცენტრების პასუხისმგებლობა გახდება სოფლის დონეზე ოჯახის ექიმების დაკონტრაქტება, ფუნქციონირების კოორდინაცია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული თამაშის წესების შესაბამისად და მათი ფინანსური მენეჯმენტი (შრომის ანაზღაურება, ბუღალტერია) და საინფორმაციო საანგარიშგებო ნაკადების მართვა
- დაფინანსების მეთოდოლოგია: რაიონულ პჯდ დაწესებულებისთვის გლობალური ბიუჯეტი (მეთოდოლოგია: კაპიტაცია + გარკვეული თანხა სოფლად ოჯახის ექიმების ადმინისტრირებისთვის) P4Q ინდიკატორების გამოყენებით.
- საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, პრევენციული პროგრამების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, ჯანდაცვის სისტემები იყენებენ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელს და პრიორიტეტული სერვისების (როგორცაა იმუნიზაცია, სკრინინგი და ა.შ) მასტიმულირებელ სქემებს, რომელიც გაწეული სერვისების ხარისხისა და რაოდენობის გათვალისწინებით ახდენს თანხების მიმართვას დასახული შედეგების მისაღწევად. სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში მიმდინარე პილოტური პროექტი ნათელი მაგალითია იმისა, თუ რამდენად ეფექტური შეიძლება იყოს ინსენტივების სისტემა და პირველ რიგში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი პრევენციული/სკრინინგული პროექტების ეფექტურობის ამაღლებაში. ამასთან, ბონუსური სისტემის დანერგვისას, ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნას სამიზნე მაჩვენებლების გარკვეული მინიმალური ზღვარი, რომლის შეუსრულებლობისათვის გამოყენებული უნდა იქნას უარყოფითი ინსენტივები (მაგალითად, წლის განმავლობაში გლობალური ბიუჯეტით მიღებული ანაზღაურების 10%-ის ოდენობით).

### **ანგარიშგება და მონიტორინგი (საინფორმაციო ნაკადები)**

- სამინისტრო შეიმუშავებს პჯდ დონეზე მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებს.
- რაიონული პჯდ ცენტრები განხორციელებენ სოფლად ოჯახის ექიმებიდან ანგარიშგების (მ.შ. ხარისხის ინდიკატორების, რუტინული სტატისტიკური ფორმების, ფინანსური ანგარიშგების ფორმების) ფორმების მიღებას, გადამოწმებას და სამხარეო ცენტრებისთვის მიწოდებას.
- სოციალური მომსახურების სააგენტოში ცენტრალიზებულად, ელექტრონული ფორმით მოხდება პჯდ რაიონული ცენტრების და სოფლად ოჯახის ექიმების მიერ გაწეული მომსახურების შესახებ ანგარიშგება (ასევე ინფორმაცია სელექციის ინდიკატორების და პირობების შესრულების შესახებ). სააგენტო მოახდენს ანგარიშგების, სელექციის ინდიკატორების და პირობების მონიტორინგს და ანალიზს.
- იმ პრევენციულ პროგრამებში, სადაც გვაქვს გამართული ელექტრონული სისტემები (C ჰეპატიტის სკრინინგი, იმუნიზაცია, ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობა),

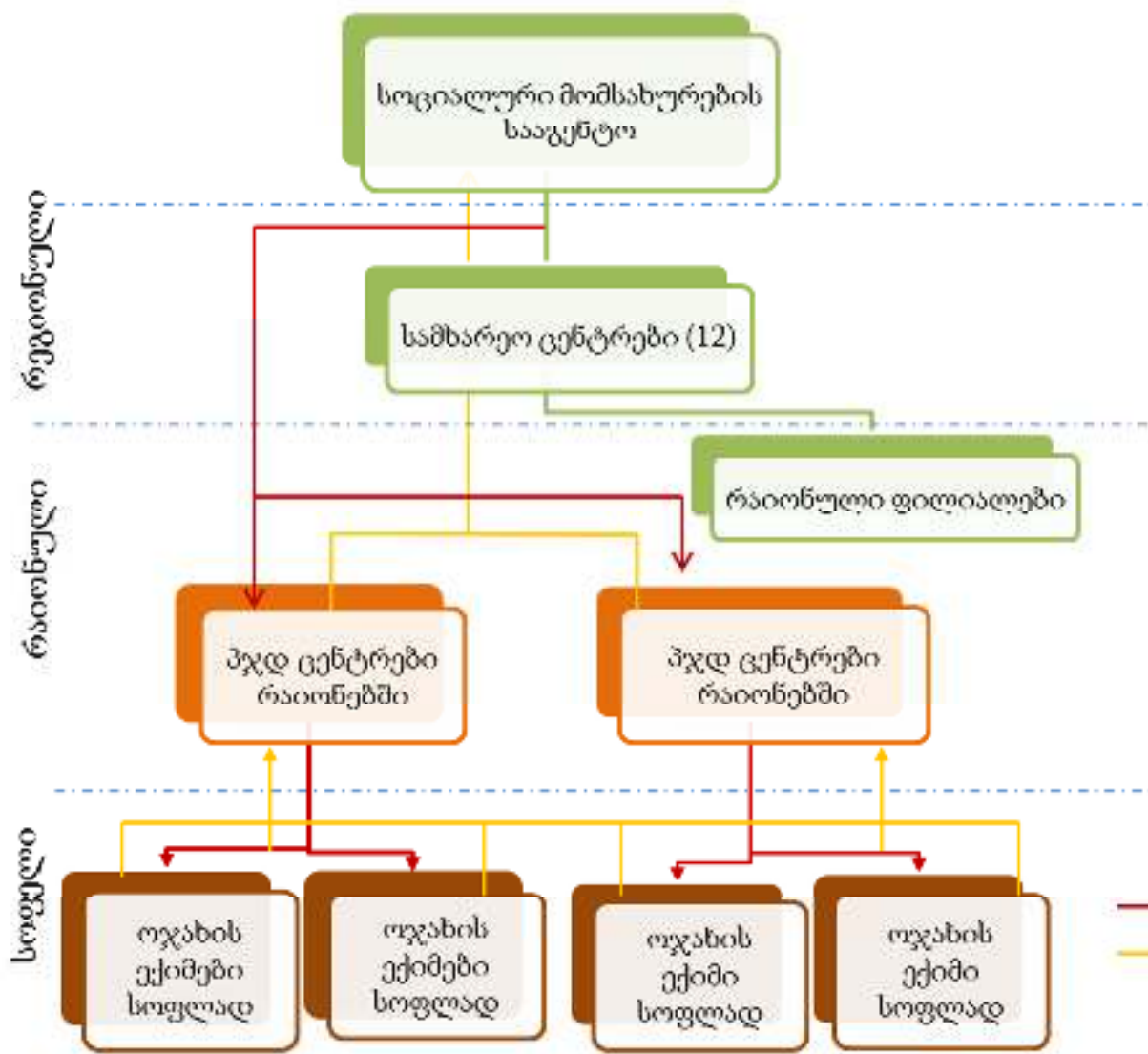
რომელიც შესაძლებლობას იძლევა მონიტორინგი გაეწიოს მიღწეულ შედეგებს, დანერგილი იქნას შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი, ხოლო სამიზნე მაჩვენებლებად, შეიძლება განისაზღვროს შემდეგი ინდიკატორები:

1. გეგმიური ამბულატორიული სერვისის მიმღებად სამედიცინო დაწესებულებასა და სოფლის ექიმთან რეგისტრირებული 18 წელს ზემოთ ასაკის მოსახლეობის 40%-ის მოცვა წელიწადში C ჰეპატიტზე სკრინინგით, სკრინინგით დადებითი ბენეფიციარების არანაკლებ 80%-ის რეფერირება კონფირმაციული კვლევისათვისა და შემდგომი მიდევნება, მკურნალობაში ჩართვისთვის;
2. გეგმიური ამბულატორიული სერვისის მიმღებად სამედიცინო დაწესებულებასა და სოფლის ექიმთან რეგისტრირებული 15 წლამდე ასაკის ბავშვების არა ნაკლებ 92%-ის მოცვა აცრებით;
3. გეგმიური ამბულატორიული სერვისის მიმღებად სამედიცინო დაწესებულებასა და სოფლის ექიმთან რეგისტრირებული ორსულების 100%-ის რეფერირება პერინატალურ დაწესებულებაში და მათი 100%-ის მოცვა მინიმუმ ერთი ანტენატალური ვიზიტით, ხოლო ორსულთა მინიმუმ 90%-ის მოცვა 4 ვიზიტით.

### პილოტი

- ყველა რეგიონში შეირჩევა ერთი საპილოტე მუნიციპალიტეტი
- უპირატესობა მიენიჭება მუნიციპალიტეტს, სადაც მცირე მოსახლეობაა, სასურველია იყოს ერთი, კერძო მფლობელობაში არსებული რაიონული პჯდ ცენტრი, რომელიც არ ფუნქციონირებს სტაციონართან ერთად. ორი ან მეტი პროვაიდერის შემთხვევაში, შეირჩევა ის დაწესებულება, სადაც დარეგისტრირებულია რაიონის მოსახლეობის 30%-ზე მეტი;
- შერჩეული პჯდ დაწესებულების მიერ სოფლის ექიმების დაკონტრაქტება განხორციელდება სოფლის ექიმების/ექთნების რაოდენობის, სოფლის მოსახლეობის რაოდენობის, ასაკობრივი სტრუქტურისა და ტერიტორიული პრინციპის გათვალისწინებით;
- რაიონული პჯდ ცენტრის დაფინანსების მეთოდოლოგია: დარეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით კაპიტაცია + გარკვეული თანხა სოფლად ოჯახის ექიმების ადმინისტრირებისთვის P4Q ინდიკატორების გამოყენებით.
  - 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.
- პჯდ და სოფლის ექიმს შორის კონტრაქტის პირობებს განსაზღვრავს სამინისტრო, კონტრაქტში სხვა საკითხებთან ერთად, გათვალისწინებული იქნება ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესების, პერსონალის განათლების, ანგარიშგების, ხარისხის მართვის უზრუნველყოფის ვალდებულებები
- სამინისტრო, ჩეხეთის კარიტასთან ერთად, შეიმუშავებს ხარისხის მონიტორინგის ინდიკატორებს

- პილოტი გაგრძელდება 6 თვე და პილოტირების შედეგების ანალიზის შემდეგ მოხდება მისი თანდათანობით განვრცობა საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე;
- იმ ტერიტორიებზე, სადაც კერძო სექტორის დაინტერესება არ იქნება, განხორციელდება იმავე პრინციპების დაცვით „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრის“ დაკონტრაქტების ფორმით.



პირველადი ჯანდაცვის სისტემის  
ორგანიზაციული მოწყობა

→ ფინანსური ნაკადები  
→ ანგარიშგება/მონიტორინგი