

**GVG**

პროექტს ახორციელებს  
GVG/EPOS

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის  
რეფორმა საქართველოში



პროექტი დაფინანსებულია  
ევროკავშირის მიერ

## კირითაღი ფინანსური გეგმა კახეთის რეგიონისათვის

გედიმინას ჩერნიაუსკასი, ირჟი ნემეცი, ჰუბერტ შტუკერი და დავით ხუბუა

თბილისი, 28 ნოემბერი, 2005 წელი

## **შინაარსი**

1. შესავალი
2. საოჯახო მედიცინის ქსელის განვითარება
3. საოჯახო მედიცინის ობიექტებისა და პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) პერსონალის იურიდიული სტატუსი
4. პჯდ მენეჯმენტი
5. პჯდ კონტრაქტირება
6. საბაზისო პაკეტი
7. საბაზისო პაკეტის უზრუნველყოფა
8. საოჯახო მედიცინის ობიექტების ხარჯები
9. საოჯახო მედიცინის ანაზღაურება
10. ძირითადი გეგმის განხორციელება

## 1. შესავალი

ძირითადი ფინანსური გეგმა წარმოადგენს კახეთის რეგიონში საოჯახო მედიცინის დაწესებულებებისა და სამსახურების ორგანიზაციასა და დაფინანსებასთან დაკავშირებით შემუშავებულ რეკომენდაციას. ამ დოკუმენტის მიზანია მომავალი საჭიროებების პოლიტიკური გადაწყვეტილებების სათანადო მონაცემებით უზრუნველყოფა.

ძირითადი ფინანსური გეგმა კახეთის რეგიონისათვის შემუშავებულია ევროკავშირის/Tacis-ის პროექტის “საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ხელშეწყობა: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმა” ფარგლებში. პროექტი ხორციელდება კომპანიების GVG და EPOS კონსორციუმის მიერ.

პროექტის ძირითადი ამოცანაა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმის მხარდაჭერა, რაც გულისხმობს პჯდ სერვისების სტაბილურ დაფინანსებას და ფოკუსირებულია მოსახლეობის უღარიბესი ფენებისათვის პჯდ სამსახურებისადმი სისტემატური და მაკროეკონომიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე. პროექტი ასევე ითვალისწინებს პჯდ სისტემის ფინანსური მექანიზმებისა და ადმინისტრაციული პროცესების რეფორმირების ხელმძღვანელობას. პროექტის ფარგლებში შემუშავებული რეკომენდაციების პილოტირება მოხდება კახეთის რეგიონში, ხოლო მომავალში დაინერგება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

პროექტის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს კახეთის რეგიონისათვის ჯანდაცვის დაფინანსების გეგმის შემუშავება, რომელიც ინტეგრირებული იქნება ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის დაფინანსების ძირითად გეგმაში.

ევროკავშირის პროექტის პირველი წლის განმავლობაში საერთაშორისო და ადგილობრივი ექსპერტების მიერ შემუშავდა პჯდ სისტემის ძირითადი ფინანსური და ადმინისტრაციული მექანიზმების კონცეპტუალური ჩარჩოები. ძირითად ფინანსურ გეგმაში გამოყენებულია ხარჯვითი ნაწილის, ანაზღაურების და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის შესახებ არსებული მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი ინფორმაცია. გეგმა ეფუძნება ამ პროექტის ფარგლებში აღრე ჩატარებულ ანალიტიკურ სამუშაოებს და ადგილობრივი ანალიტიკოსებისა და სხვა პროექტების წარმომადგენლებისაგან მიღებულ მონაცემებს.

კახეთის რეგიონის ძირითადი ფინანსური გეგმის მთავარ დოკუმენტში მოცემულია საოჯახო მედიცინის განვითარების სხვადასხვა ვარიანტები და თითოეული ამ ვარიანტის დეტალური ფინანსური გაანგარიშებები. ძირითად გეგმაში წარმოდგენილია ამ ინფორმაციის საფუძველზე შერჩეული ყველაზე ოპტიმალური ვარიანტები.

მოცემული დოკუმენტი გვთავაზობს ვარიანტებს, რომელთა დანერგვა შესაძლებელი გახდება კახეთის რეგიონში გარდამავალი პერიოდის დამთავრების შემდეგ. მასში ასევე მოცემულია ხარჯების ცხრილები 2006-2008 გარდამავალი წლებისათვის. დოკუმენტი შეიძლება გამოყენებულ იქნას არა მხოლოდ კახეთის, არამედ ყველა იმ რეგიონში, სადაც განხორციელდება საოჯახო მედიცინის მოდელის დანერგვა და შესაძლოა მთელს ქვეყანაში.

ძირითადი ფინანსური გეგმა ეფუძნება როგორც უშუალოდ GVG-ს მიერ, ასევე პჯდ სფეროში მომუშავე სხვა გუნდებთან – DFID/OPM, USAID/CoReform, WB და სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთეულის - თანამშრომლობით მიღწეულ შედეგებს და პჯდ საბჭოსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მიღებულ წინასწარ გადაწყვეტილებებს.

## ძირითადი გეგმა მხარს უჭერს შემდეგ პოლიტიკას

### 2. საოჯახო მედიცინის ქსელის განვითარება

საოჯახო მედიცინის ქსელის დაგეგმვისას გამოყენებულ იქნა ისეთი პარამეტრები, როგორცაა მოცვის არე – 2000 მოსახლე და მგზავრობის დრო – არაუმეტეს 15 წთ. უახლოეს პჯდ დაწესებულებამდე. კახეთის რეგიონის შემთხვევაში უნდა მოხდეს 57 დაწესებულების რეაბილიტაცია და 206 გუნდის (1 ექიმი და 1 ექთანის თითოეულში) მომზადება. ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ამ გუნდებმა იმუშაონ აღნიშნულ 57 დაწესებულებაში. ამას დაემატება რამოდენიმე ოჯახის ექთანი, რომლებიც იმუშავენ დაშორებულ სოფლებში ექიმის გარეშე (მაგრამ უახლოესი საოჯახო მედიცინის გუნდის კოორდინაციით). საშუალოვადიან პერსპექტივაში არარეაბილიტირებული დაწესებულებები აღარ უნდა შედიოდნენ ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის კომპეტენციაში.

#### ცხრილი 1. დაწესებულებები და გუნდები

	ქსელის ტიპები		დაწესებულებების რაოდენობა	საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული გუნდების რაოდენობა
	მოცვის არე	მგზავრობის დრო		
1. არსებული მდგომარეობა	დაუმუსგებელია	დაუმუსგებელია	159	585 (არ არის გადამზადებული)
2. GVG-ს რეკომენდაცია	2000	მაქსიმუმ. 15 წთ.	57	206 + ოჯახის ექთანი

### 3. საოჯახო მედიცინის დაწესებულებებისა და პჯდ პერსონალის იურიდიული სტატუსი

საოჯახო მედიცინის დაწესებულებათა უმეტესი ნაწილი უნდა გარდაიქმნას პოლიკლინიკისაგან დამოუკიდებელ, კომერციულ ან არაკომერციულ იურიდიულ პირად. საოჯახო მედიცინის დამოუკიდებელ პრაქტიკებს შეუძლიათ განახორციელონ ფუნქციონირება მათ მიერ არჩეული იურიდიული სტატუსით, როგორცაა შ.პ.ს., მეწარმე, გაერთიანება ან ფონდი.

სოლო და ორი გუნდის ერთობლივი პრაქტიკის შემთხვევაში ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოსთან და/ან შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დადებული კონტრაქტის საფუძველზე ოჯახის ექიმებმა უნდა შეასრულონ იურიდიული სტატუსის მქონე დაწესებულებების აღმასრულებელი მენეჯერების (დირექტორების) ფუნქცია. უფრო დიდი ჯგუფური პრაქტიკის შემთხვევაში შესაძლებელია პროფესიონალი აღმასრულებელი მენეჯერების დაქირავება. მათი ანაზღაურება მოხდება მენეჯმენტისათვის გათვალისწინებული ხარჯებიდან. სხვა არასამედიცინო პერსონალს ქირაობს აღნიშნული იურიდიული პირი. ისეთი ფუნქციების შესრულებას, როგორცაა დასუფთავება, დაცვა და საბუღალტრო მომსახურება დაწესებულება უზრუნველყოფს სხვა იურიდიულ პირთან კონტრაქტის გაფორმების საშუალებით.

საოჯახო მედიცინის დაწესებულებები (რეფორმის საწყის ეტაპზე მაინც) იქნება ძირითადად სახელმწიფო მფლობელობაში. თუმცა საოჯახო მედიცინის კერძო პრაქტიკებიც უნდა იყოს გათვალისწინებული ერთ-ერთი ვარიანტის სახით. მათი

ანამლაურება მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ თანაბარუფლებიანი პირობებით; ისინი ისარგებლებენ სახელწიფოსაგან იჯარით აღებული, ან კერძო ფართის გამოყენებით.

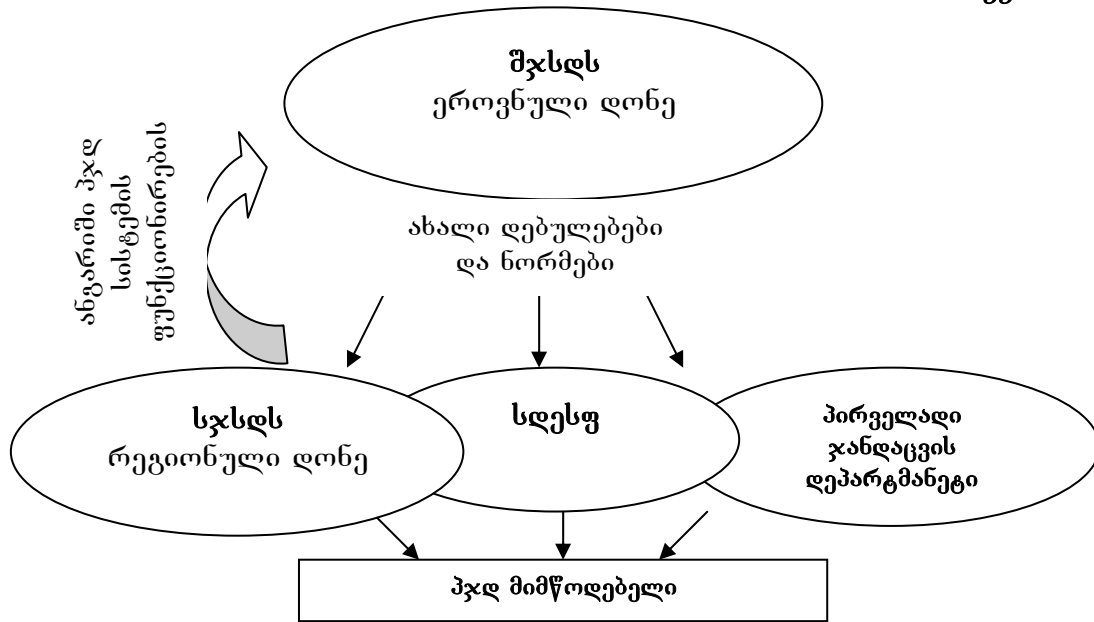
#### 4. პჯდ სისგემის მართვა

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სახელმწიფოს მიერ სექტორისათვის გამოყოფილი ბიუჯეტის ფარგლებში ადგენს თითოეულ სახელმწიფო პროგრამაზე გასაცემი თანხის ოდენობას. კერძოდ, ეს მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტს და თითოეული პროგრამის შინაარსს. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო გასცემს ლიცენზიებს სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე და ადგენს დაწესებულებების სააკრედიტაციო ნორმებს.

სოციალური დამღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (სდესფ) პასუხისმგებელია პირველადი ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვაზე ისეთი ძირითადი ფუნქციების განხორციელების მეშვეობით, როგორცაა კონგრატების დაღება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან, კონგროლი, მონიტორინგი, ბიუჯეტის შესრულება და მიმწოდებელთა ანამლაურება. სდესფ რეგიონალური ადმინისტრაციის უშუალო პასუხისმგებლობას განეკუთვნება კონგრატის გაფორმება საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებულ ყველა შერჩეულ პჯდ დაწესებულებასთან. სდესფ-ის რეგიონალური ადმინისტრაცია საოჯახო მედიცინის პრატტიკების ანამლაურებას ახორციელებს მათ მიერ წარღგენილი ანგარიშ-ფატტურების შემოწმების შემღგე. ფინანსთა სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის მიმწოდებლებს შორის არ უნდა არსებობდეს პირდაპირი დამოკიდებულება.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული და რეგიონალური ცენტრები ვალდებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს და ჯანდაცვის რეგიონალურ ღეპარტამენტს მიაწოდონ ინფორმაცია სგატისგტიკური ანგარიშებისა და ჯანდაცვის ადგილობრივი საჭიროებების შესახებ.

საოჯახო მედიცინის დაწესებულებები ვალდებული არიან შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სდესფ-ს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღეპარტამენტს ოფიციალურად დაღგენილ ვალდებში წარუღგინონ ყველა ის მონაცემი, რომელთა ანგარიშგებაც მათ კანონით ევალებათ.

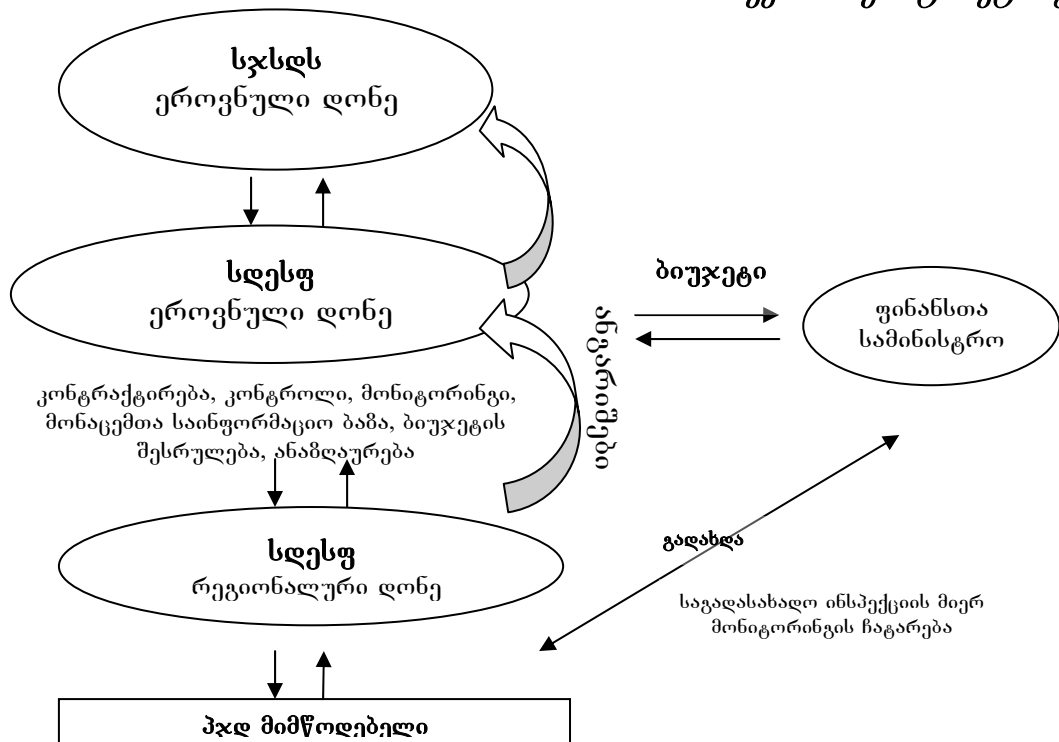


5. პჯდ კონტრაქტირება

კონტრაქტი მომსახურების მიწოდებაზე ფორმდება პჯდ მიმწოდებელს, როგორც იურიდიულ პირსა და სახელმწიფო შემსყიდველს (სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი) შორის და მიზნად ისახავს საბაზისო პაკეტით უზრუნველყოფას. კონტრაქტში ასევე განსაზღვრულია სამუშაო საათების რაოდენობა და ჩამოყალიბებულია ანგარიშგების, ხარისხის უზრუნველყოფისა და გადახდის პირობები.

საკონტრაქტო პერიოდი მოიცავს ერთ ფისკალურ წელიწადს. საიჯარო კონტრაქტი იდება პჯდ მიმწოდებელს, როგორც იურიდიულ პირსა და სახელმწიფო ან მუნიციპალური საკუთრების შესაბამის წარმომადგენელს შორის იმ შემთხვევებში, როდესაც იურიდიულ პირს არ გააჩნია საკუთარი უძრავი ქონება.

სქემა 2. კონტრაქტირება



## 6. მომსახურების საბაზისო პაკეტი

საბაზისო პაკეტი განსაზღვრავს მოსახლეობის უფლებას სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე სრული ან ნაწილობრივი სახელმწიფო დაფინანსებით.

ახალი პჯდ სისტემის საბაზისო პაკეტი მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: პრევენცია, მკურნალობა, ლაბორატორია და მედიკამენტები.

### პრევენციის კომპონენტი:

- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
- იმუნიზაციისა და სამედიცინო შემოწმებების სტანდარტული ჩამონათვალი
- წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმებები.

### მკურნალობის კომპონენტი:

- ნებისმიერი პრობლემის მქონე ყველა პაციენტის მიღება სამუშაო საათების განმავლობაში
- არასამუშაო საათებში ყველა გადაუდებელი მომართვის მომსახურების უზრუნველყოფა
- ბინამე ვიზიტი როგორც სასწრაფო, ისე არაურგენტულ შემთხვევებში
- ტუბ. პაციენტების მონიტორინგი.

### ლაბორატორიული კომპონენტი:

- ლაბორატორიული ტესტების სტანდარტული ჩამონათვალი

### მედიკამენტების კომპონენტი:

- სასიცოცხლო ჩვენების მქონე მედიკამენტების პოზიტიური ჩამონათვალი

თანასწორობა, ხელმისაწვდომობა და პჯდ-ს ხანგრძლივი ფინანსური სტაბილურობა ის კრიტერიუმებია, რომლებიც კარგად უნდა იყოს გააზრებული, საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებამდე იმის შესახებ, საბაზისო პაკეტი უფასო უნდა იყოს, თუ დაფინანსდეს გარკვეული თანაგადახდით. ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნეს სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემა, სადაც მნიშვნელოვან წილს შეადგენს პაციენტების მხრივ უშუალო “ჯიბიდან” გადასახადები.

პაციენტმა უნდა გადაიხადოს ისეთი მომსახურების საფასური, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული პაკეტში, მაგრამ რომელსაც ჯერ კიდევ უზრუნველყოფენ პჯდ პოლიკლინიკები. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკამ თანაგადახდის, საბაზისო პაკეტის გემოთ მიწოდებული დახმარების ან არარეგისტრირებული პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურებისათვის უნდა გასცეს ნაღდი ანგარიშსწორების ქვითრები.

საქართველოს ყველა მაცხოვრებელი უფლებამოსილია ისარგებლოს საბაზისო პაკეტით განსაზღვრული ყველა მომსახურებით.

უფასო პჯდ მომსახურების დაფინანსებისა და ორგანიზაციის საკითხები ნათლად უნდა იყოს ჩამოყალიბებული იურიდიულ დოკუმენტში. ამჟამად მოქმედ ასეთ დოკუმენტს წარმოადგენს ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა. საშუალოვადიან პერსპექტივაში საქართველოს პარლამენტმა უნდა მიიღოს კანონი, რომელიც განსაზღვრავს ასეთი გარდაქმნების მარეგულირებელ ჩარჩოებს.

## 7. საბაზისო პაკეტის უზრუნველყოფა

საქართველოს მაცხოვრებლები რეგისტრირება პჯდ მიმწოდებელთან უნდა განხორციელდეს მათი არჩევანის საფუძველზე. პჯდ მიმწოდებელთან რეგისტრაციის გარეშე მოქალაქე ყველა გამოყენებული პჯდ სერვისის ღირებულებას სრულად ანაზღაურება დადგენილი გარიფების მიხედვით.

პაციენტს უფლება ეძლება სახელმწიფო სუბსიდირებით მიიღოს ე.წ. ელექტიური მომსახურება ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე მხოლოდ იმ პჯდ უზრუნველმყოფელის მიმართვის საფუძველზე, რომელთანაც იგი არის რეგისტრირებული (“კარიბჭის” ფუნქცია).

## 8. პჯდ პრაქტიკის ხარჯები

არსებულთან შედარებით სამედიცინო პერსონალის ხელფასი გაიზარდა თვეში 250 ლარამდე პჯდ ექიმისათვის და 150 ლარამდე ექთნისათვის სოციალური დამღვევის 20%-იანი გადასახადის დამატებით.

საოფისე ფართის ღირებულება პჯდ პრაქტიკისათვის შეფასებულ იქნა 500 ლარად 1მ<sup>2</sup>, სოლო პჯდ პრაქტიკის წარმოებისათვის სათანადოდ მიჩნეულ იქნა 70მ<sup>2</sup> ფართი.

პჯდ სოლო პრაქტიკის საერთო წლიური ხარჯი გაანგარიშებულია 10.778 ლარად 2006 წლისათვის და 11.800 ლარად 2008 წლისათვის<sup>1</sup>. იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დაწესებულება პჯდ პრაქტიკის მფლობელობაშია, მისი ამორტიზაციის ხარჯები უნდა დაიფაროს პჯდ მიმწოდებელსა (როგორც იურიდიული პირი და სახელმწიფო შემსყიდველს (სოციალური დამღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი) შორის დადებული კონტრაქტის საფუძველზე.

დაშვებულია, რომ ერთი ლაბორატორია მოემსახურება საშუალოდ 5 სამედიცინო გუნდს. აქედან გამომდინარე, სოლო პრაქტიკის მიერ უნდა მოხდეს ლაბორატორიის ხარჯების ერთი მეხუთედის დაფარვა. ასევე ნავარაუდევია, რომ გარდამავალ პერიოდში საკმარისი იქნება თითოეული პჯდ დაწესებულების ერთი კომპიუტერით უზრუნველყოფა.

**ცხრილი 2. საოჯახო მედიცინის სოლო პრაქტიკის ხარჯები 2006 წლისათვის**

ხარჯითი პუნქტი	ერთეულის ხარჯი	წილი საერთო ხარჯებში (%)
სამედიცინო პერსონალი	5,760	31.0
არასამედიცინო ფუნქციები (მართვის, ა.შ.)	504	2.7
სწავლება	510	2.7
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი	989	5.3
საკანცელარიო საქონელი	435	2.3
კომუნიკაცია	211	1.1
კომუნალური	875	4.7
საწვავი		

<sup>1</sup> ინფლაციის 5%-იანი წლიური მაჩვენებლის დაშვებით.



გენერატორისათვის	263	1.4
დამხმარე სამსახურები	633	3.4
საექსპლუატაციო (საერთო ხარჯები)	598	3.2
	(10,778)	(57.8)
ლაბორატორიული პერსონალი	562	3.0
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი ლაბორატორიისათვის	242	1.3
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი იმუნიზაციისათვის	587	3.2
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი პრევენციული გასინჯვებისათვის	314	1.7
ლაბორატორიის სოპერაციო ხარჯები	595	3.2
არაპერიოდული ხარჯები (პრაქტიკა)	4,587	24.7
არაპერიოდული ხარჯები (ლაბორატორია)	910	4.9
სულ (ლარი)	18,575	100.0

ცხრილი 3. ჰჯდ ჯგუფური პრაქტიკის (5 გუნდი) ხარჯები 2006 წლისათვის

ხარჯვითი პუნქტი	ერთეულის ხარჯი	წილი საერთო ხარჯებში (%)
სამედიცინო პერსონალი	5,760	31.0
არასამედიცინო ფუნქციები (მართვის, ა.შ.)	504	2.7
სწავლება	510	2.7
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი	989	5.3
საკანცელარიო საქონელი	435	2.3
კომუნიკაცია	211	1.1
კომუნალური	875	4.7
საწვავი გენერატორისათვის	263	1.4
დამხმარე სამსახურები	633	3.4
საექსპლუატაციო (საერთო ხარჯები)	598	3.2
	(10,778)	(57.8)
ლაბორატორიული პერსონალი	562	3.0

სამედიცინო დანიშნულების საქონელი ლაბორატორიისათვის	242	1.3
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი იმუნიზაციისათვის	587	3.2
სამედიცინო დანიშნულების საქონელი პრევენციული გასინჯვებისათვის	314	1.7
ლაბორატორიის საოპერაციო ხარჯები	595	3.2
არაპერიოდული ხარჯები (პრაქტიკა)	4,587	24.7
არაპერიოდული ხარჯები (ლაბორატორია)	910	4.9
სულ (ლარი)	18,575	100.0

## 9. ანამზაურება

ანამზაურების საუკეთესო ვარიანტად მიჩნეულ იქნა საბიუჯეტო და კაპიტაციური (ყოველ რეგისტრირებულ პაციენტზე) დაფინანსების კომბინირება. დაწესებულების საექსპლუატაციო ხარჯები შეიძლება დაიფაროს საბიუჯეტო თანხებიდან, ხოლო შრომითი და სამედიცინო დანიშნულების საქონლის ხარჯების ანამზაურება სრულად ან ნაწილობრივ მოხდეს კაპიტაციური თანხებით.

ანამზაურების სისტემა სამედიცინო პერსონალს უნდა ქმნიდეს ისეთ ფინანსურ მოტივაციას, რაც უზრუნველყოფს ერთის მხრივ პჯდ პრაქტიკის შრომის ნაყოფიერებისა და ეფექტიანობის ზრდას, მეორეს მხრივ მათ მზადყოფნას, იმუშაონ ნებისმიერ პრაქტიკაში (მათ შორის დაშორებულ რეგიონებში). ამ თვალსაზრისით რეკომენდაცია მდგომარეობს იმაში, რომ პერსონალის, მემეჯმენტის, დამხმარე სამსახურების და სამედიცინო დანიშნულების საქონელზე ხარჯების დაფარვა უნდა მოხდეს კაპიტაციური დაფინანსებით მიღებული თანხებიდან, ხოლო საოფისე აღჭურვილობის, კომუნიკაციის, კომუნალური მომსახურების, ექსპლუატაციისა და ამორტიზაციის ხარჯებისა კი თითოეული გიპის დაწესებულებისათვის (ერთი, ორი და ა.შ. 5 გუნდისაგან შემდგარი ჯგუფური პრაქტიკა) ფიქსირებული ბიუჯეტიდან. ცხრილი 4 წარმოადგენს თანხების პუნქტებად გადანაწილების მაგალითს სოლო პრაქტიკისათვის.

**ცხრილი 4. სოლო ჰჯდ პრაქტიკის ანამლაურება 2006 წლისათვის**

	<i>ხარჯები</i>	<i>კაპიტაციური 1 რეგისტრირებულ პაციენტზე</i>
<i>კაპიტაციური დაფარვა პერსონალის, მართვის, დამხმარე სამსახურების და სამედიცინო დანიშნულების საქონელზე</i>	7,815	3.9
<i>ბიუჯეტიდან პერიოდული და არაპერიოდული ხარჯების (ამორტიზაცია) დაფარვა</i>	10,173	
<i>სულ (ლარი)</i>	17,988 <sup>2</sup>	

საბიუჯეტო დაფინანსებისა და კაპიტაციური ანამლაურების კომბინაცია იძლევა როგორც დაწესებულების გონივრულად ექსპლუატაციის საშუალებას, ასევე ქმნის შრომის ნაყოფიერების გაზრდის მოტივაციას. ამ შკალით ეკონომიის მიღწევა შესაძლებელია, თუ პრაქტიკის მენეჯერი მოიზიდავს 2000-ზე მეტ მოსახლეს. იხილეთ ცხრილი 5.

**ცხრილი 5. ჰჯდ სოლო პრაქტიკების ანამლაურება მოსახლეობის სხვადასხვა რაოდენობის მოცვის შემთხვევაში 2006 წლისათვის**

	<i>1 რეგისტრირებულ მოსახლეზე</i>	<i>1,000 რეგისტრირებულ მოსახლეზე</i>	<i>2,000 რეგისტრირებულ მოსახლეზე</i>	<i>3,000 ე რეგისტრირებულ მოსახლეზე</i>
<i>კაპიტაციური დაფარვა პერსონალის, მართვის, დამხმარე სამსახურების და სამედიცინო დანიშნულების საქონელზე</i>	3.9	3,900	7,800	11,700
<i>ბიუჯეტიდან სხვა პერიოდული ხარჯები და ამორტიზაცია</i>		10,072	10,072	10,072
<i>სულ ხარჯი ერთ პრაქტიკაზე (ლარი)</i>		13,972	17,872	21,772
<i>სულ ხარჯი 1 რეგისტრირებულ პაციენტზე</i>		14.0	8.9	7.3

სხვადასხვა დემოგრაფიული ჯგუფების სამედიცინო საჭიროებები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ხარჯები დამორებულ (განსაკუთრებით მთიან) რეგიონებში დიდ დასახლებებთან შედარებით ჩვეულებრივ უფრო მაღალია. რეკომენდირებულია, რომ კაპიტაციური გადასახადი შესაბამისობაში იქნეს მოყვანილი რეგისტრირებული

<sup>2</sup> სამედიცინო დანიშნულების საქონელი იმუნიზაციისათვის (587 ლარი ერთი სოლო პრაქტიკისათვის) არ არის შეგანილი, რადგანაც ნავარაუდევია, რომ ჰჯდ პრაქტიკა მათ მიიღებს არა ფულადი, არამედ ნატურის სახით. ამით აიხსნება განსხვავება ამ ცხრილსა და ცხრილში 1 მოცემულ საერთო თანხას შორის.

მოსახლეობის ასაკობრივ თავისებურებებთან და რეგიონის გეოგრაფიულ კრიტერიუმებთან, რისი მაგალითიც მოცემულია ცხრილში 6.

**ცხრილი 6. მოდიფიკაცია ასაკობრივი კატეგორიის მიხედვით<sup>3</sup>**

ასაკობრივი კატეგორია	0-1	1-3	3-15	15-65	65+
ინდექსი (ასაკის მიხედვით)	2.5	2.1	1.2	1.0	1.1

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა შეიმუშაოს საბაზისო პაკეტი შესაგანი მედიკამენტების პოზიტიური ჩამონათვალი და სუბსიდირებული მედიკამენტების სარეკომენდაციო ფასები. ამასთან უნდა განსაზღვროს ის მაქსიმალური თანხა, რომელსაც სახელმწიფო შემსყიდველი გადაიხდის შერჩეულ მედიკამენტებში.

**10. ძირითადი გეგმის დანერგვა**

- კონსენსუსი პჯდ რეფორმის ძირითად ასპექტებთან დაკავშირებით მიღწეული უნდა იქნეს ნაციონალურ დონეზე (ძირითადი გეგმის მოდიფიკაცია უნდა მოხდეს ამ პროცესში მოპოვებული ინფორმაციის მიხედვით);
- რეფორმის გასაგარებლად საჭირო საკანონმდებლო დოკუმენტებისა და ბრძანებულებების დამტკიცება და ამოქმედება სახელმწიფო ადმინისტრირების (პარლამენტი, მთავრობა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი) ყველა დონეზე;
- რეფორმის განხორციელებაში მონაწილე სამედიცინო და არასამედიცინო კადრების მომზადების დასრულება;
- რეფორმის განხორციელების პროცესის ეფექტური მართვის უზრუნველყოფა. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში პჯდ რეფორმის დანერგვის ჯგუფის ცამოყალიბება, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება რეფორმის განხორციელებისათვის საჭირო ღონისძიებების შესრულებასა და კოორდინაციაზე. ეს ჯგუფი უნდა დაექვემდებაროს უშუალოდ მინისტრს ან მის მოადგილეს და ანგარიშვალდებული უნდა იყოს პჯდ საბჭოს წინაშე.
- საოჯახო მედიცინის ახალი მოდელის დანერგვის ხელშეწყობა მასში მონაწილე ძირითადი მხარეების (ოჯახის ექიმები, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის და ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტების პერსონალი) მომზადებით მენეჯმენტსა და ადმინისტრირებაში. საჭიროების შემთხვევაში ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებში მივლინებული იქნება დამატებითი დამხმარე პერსონალი.

<sup>3</sup> ასაკობრივი ინდექსები ეფუძნება სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ მოწოდებულ უტილიზაციის მონაცემებს 2003 წლისათვის (მთელი საქართველოს მასშტაბით, თბილისის გარდა), თუმცა, ასაკობრივი ინდექსი ხანდაზმულებისათვის ძალზედ მცირეა და უფრო ახალი მონაცემების მოპოვების შემდეგ ხელახლა უნდა იქნეს გადაანგარიშებული. თუ წარმოდგენილი სიდიდე არარეალისტური იქნება, მაშინ მოდიფიცირება მოყვანა უნდა მოხდეს სხვა წყაროებიდან მოპოვებული ინფორმაციის საფუძველზე. ასაკობრივი ინდექსი 65+ ასაკის მოსახლეობისათვის უნდა იყოს 2.5.

- პჯდ სისგემის განვითარების დამატებითი დაფინანსების გათვალისწინება 2006-2009 წლების ბიუჯეტებში.

დამატებითი დაფინანსების წინასწარი გაანგარიშებები გვიჩვენებს, რომ არსებულ, ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებულ ბიუჯეტთან შედარებით, პჯდ საოპერაციო ბიუჯეტი უნდა გაიზარდოს 45%-ით (ან 15%-ით პჯდ მაქსიმალური ოპტიმიზაციის შემთხვევაში – ე.ი. 3000 პაციენტი 1 პჯდ გუნდზე).

სრული დამატებითი საბიუჯეტო დაფინანსება საჭირო გახდება პჯდ სისგემის მთელი ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედების შემდეგ, რაც ნავარაუდევია 2011 წლისათვის. რამდენადაც ახალი სისგემის მშენებლობის პროცესი სისგემატური ხასიათისაა 2011 წლამდე საჭირო იქნება დაფინანსების ეგაპობრივი გაზრდა.

## 11. დასკვნები

კახეთის რეგიონის ძირითადი ფინანსური გეგმა ყოველსმომცველ რეკომენდაციაა და ეხება საოჯახო მედიცინის მომსახურების ორგანიზაციას, მართვასა და დაფინანსებას, რომელსაც უზრუნველყოფენ საოჯახო მედიცინის ახლად მომზადებული და აღჭურვილი საოჯახო მედიცინის გუნდები. არსებობს საოჯახო მედიცინის მართვის მრავალი მოდელი. მათგან ჩვენ შევარჩიეთ ისეთი, რომელიც ყველაზე უკეთ უზრუნველყოფს საოჯახო მედიცინის, როგორც საქართველოს ჯანდაცვის სისგემის მომავალი ბაზისის განვითარებას და გეთავაზობს ყველაზე ოპტიმალურ კომპრომისს შემლდულ დაფინანსებასა და მოსახლეობისათვის მიწოდებული მომსახურების ხარჯთ-ეფექტურობას შორის.

საბაზისო პაკეტის უზრუნველყოფა უნდა განხორციელდეს დამოუკიდებელი პჯდ პრაქტიკების მიერ ძირითად სახელმწიფო შემსყიდველთან (სდესფ) დადებული კონტრაქტის მიხედვით. პჯდ სისგემის კადრების გადამზადებისა და პჯდ ობიექტების რეაბილიტაციის უწყვეტ პროცესთან ერთად აღნიშნული მოდელი პილოტური რეგიონებიდან გავრცელდება მთელს ქვეყანაში.

მდგრადი დაფინანსება – განსაკუთრებით საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში – წარმოადგენს ამ მოდელის მნიშვნელოვან პარამეტრს. ყველა გაანგარიშებების, მათ შორის ალტერნატიული გადაწყვეტილებების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად მკითხველს შეუძლია ისარგებლოს ძირითადი ფინანსური გეგმის სრული ვერსიით.