

ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსების სისტემის რეფორმა საქართველოში

სამუშაო დოკუმენტი:

პირითადი ფინანსური გზავი კახეთის რეგიონისათვის

მესამე ვერსია

ირეი ნემეცი, ჰიუბერტ შტუკერი და დავით ხუბუა

თბილისი, 2 სექტემბერი, 2005 წელი

სურათების ჩამონათვალი

- სურათი 1. ოჯახების მიერ ნაღდი ფულის ხარჯების წილი (2002)
- სურათი 2. ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ხარჯების სტრუქტურა
- სურათი 3. მარეგულირებელი ინფორმაციის ნაკადი
- სურათი 4. ვარიანტი 1 – ფინანსური ინფორმაციის ნაკადი და ანამლაურება ფინანსთა სამინისტროს (MoF) მიერ
- სურათი 5. ვარიანტი 2 – ფინანსური ინფორმაციის ნაკადი და ანამლაურება სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ (SUSIF) მიერ
- სურათი 6. სტატისტიკური ინფორმაციის ნაკადი
- სურათი 7. სუბსიდირებული მედიკამენტების სარგებლის ზოგადი სქემა
- სურათი 8. მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სქემა – ვარიანტი 1
- სურათი 9. მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სქემა – ვარიანტი 2

ცხრილების ჩამონათვალი

- ცხრილი 1. კახეთის მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა (%)
- ცხრილი 2. საშუალო თვიური შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე ლარებში (2002)
- ცხრილი 3. 15 წლის ასაკის ზემოთ მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობა
- ცხრილი 4. მოწყვლადობა კატეგორიების მიხედვით (%)
- ცხრილი 5. დაავადებათა გავრცელება და სიხშირე
- ცხრილი 6. შობადობა და დედათა სიკვდილიანობა
- ცხრილი 7. სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურა
- ცხრილი 8. ჯანდაცვის სფეროს საკადრო რესურსები
- ცხრილი 9. კახეთის რეგიონის პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) სისტემის საკადრო რესურსები
- ცხრილი 10. პჯდ პერსონალის დეგალური განაწილება
- ცხრილი 11. მიმართვების/მიღების მაჩვენებელი
- ცხრილი 12. იმუნიზაციის მაჩვენებელი
- ცხრილი 13. პჯდ გუნდის ბიუჯეტი 2004-2005 წლებში
- ცხრილი 14. პჯდ უზრუნველყოფელთა შემოსავლების სტრუქტურა
- ცხრილი 15. სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობის შემცირება

- ცხრილი 16. პჯდ სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება მათი მფლობელობის მიხედვით
- ცხრილი 17. პჯდ სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება მათი ფიზიკური მდგომარეობის მიხედვით
- ცხრილი 18. პჯდ სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება მათზე მიმაგრებული უბნების მიხედვით
- ცხრილი 19. იმუნიზაცია ბაზისურ პაკეტში
- ცხრილი 20. პრევენციული გასინჯვები ბაზისურ პაკეტში
- ცხრილი 21. ლაბორატორიული გამოკვლევები ბაზისურ პაკეტში
- ცხრილი 22. სუბსიდირებული მედიკამენტების მოგადი სქემის პარამეტრები
- ცხრილი 23. ღირებულების მოდელის რეზიუმე
- ცხრილი 24. ურთიერთკავშირი მიმაგრებული უბნის მოსახლეობასა და ერთ სულზე გათვლილ ხარჯებს შორის
- ცხრილი 25. ურთიერთკავშირი მიმაგრებული უბნის მოსახლეობასა და ერთ სულზე გათვლილ ხარჯებს შორის (მედპერსონალის ცვალებადი ხელფასი)
- ცხრილი 26. ურთიერთკავშირი ერთი სამედიცინო გუნდის ხარჯებსა და პრაქტიკის მოცულობას შორის
- ცხრილი 27. ბიუჯეტისა და კაპიტაციური მეთოდის შერწყმის ვარიანტები
- ცხრილი 28. ცალკეული პრაქტიკის წლიური ბიუჯეტი (ლარი)
- ცხრილი 29. ცალკეული პრაქტიკის წლიური კაპიტაციური მაჩვენებელი (ლარი)
- ცხრილი 30. ასაკობრივი მაჩვენებელი კაპიტაციური მეთოდისათვის
- ცხრილი 31. მომსახურებისათვის “ჯიბიდან” გადასახდელი თანხის გარიფები
- ცხრილი 32. რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების სტრუქტურა ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების წინადადებების მიხედვით (ვარიანტი 1)
- ცხრილი 33. რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების სტრუქტურა მათი სიდიდის მიხედვით
- ცხრილი 34. კახეთში (ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების წინადადებების მიხედვით) პჯდ ქსელის დაფინანსების საერთო მოცულობა
- ცხრილი 35. კახეთში (სრულად ოპტიმიზირებული) პჯდ ქსელის დაფინანსების საერთო მოცულობა
- ცხრილი 36. სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემის ხარჯები – ვარიანტი 1
- ცხრილი 37. სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემის ხარჯები – ვარიანტი 2
- ცხრილი 38. მედიკამენტებზე საერთო ხარჯების დაჯამება – ვარიანტი 1

ცხრილი 39. მედიკამენტებზე საერთო ხარჯების დაჯამება – ვარიანტი 2

ცხრილი 40. კახეთის რეგიონში დაფინანსებაში არსებული დეფიციტი და ჰჯდ ქსელის სრული ოპტიმიზაციით მიღებული შედეგები

ცხრილი 41. სახელმწიფო დაფინანსების გამრდის საჭიროება სხვადასხვა სცენარების მიხედვით

1. რეზიუმე

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.

განხილულ იქნა რელევანტური საბაზისო მონაცემები, რომლებიც უკავშირდება გეგმის საგანს. პჯდ რეფორმირებული ობიექტების ქსელი წარმოადგენს ევროკავშირის მიერ აღრე განხორციელებული პროექტისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დონორ ორგანიზაციებს შორის მიღწეული უახლესი შეთანხმებების შედეგს. განხორციელდა მოცემული ქსელის აღწერა და შეფასება. ქსელი შედგენა 57 სამედიცინო ობიექტისაგან, სადაც განთავსებულია 264 პჯდ სამედიცინო გუნდი და რომელთაგან თითოეული ემსახურება დაახლოებით 15060 ადამიანს. მოსახლეობის მოცვის სიდიდის თვალსაზრისით სამედიცინო ობიექტები იყოფა 3 კატეგორიად – მაღალმთიან რაიონებში განთავსებული სამედიცინო ობიექტები, რომელთა მომსახურების არეალი მოიცავს 1000 მოსახლეს, სოფლის რაიონების სამედიცინო ობიექტები 1500 მოსახლეზე და ქალაქებში 2000 მოსახლეზე.

პჯდ ახალი დაწესებულებების იურიდიული სტატუსის შესახებ დისკუსიებში განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება მასზე, რომ ისინი იყვნენ დამოუკიდებელი (შესაძლოა არაკომერციული) სახელმწიფო მფლობელობაში მყოფი ჯანდაცვის მეორეული და მესამეული დონეებისაგან ოფიციალურად განცალკევებული ორგანიზაციები, რომლებთანაც სახელმწიფო შემსყიდველი დადებს შრომით ხელშეკრულებებს.

პჯდ მომსახურებათა ყოვლისმომცველი პაკეტი შედგება ხუთი კომპონენტისაგან – პრევენციული, სამკურნალო, ლაბორატორიული მომსახურება, მედიკამენტები და აღმინისტრირება. პრევენციულ, ლაბორატორიულ, მედიკამენტებით უზრუნველყოფისა და აღმინისტრირების კომპონენტებში შეტანილი სერვისები ძირითადი გეგმის მიერ პოზიტიურადაა განსაზღვრული სერვისების შესაბამისი ჩამონათვალის მეშვეობით, ხოლო სამკურნალო კომპონენტი განსაზღვრულია ნეგატიურად. წარმოდგენილია მედიკამენტების სუბსიდირების ზოგადი სქემა რომელსაც, მათი ღირებულების სამი საკვანძო პარამეტრის მიხედვით შეფასების მიზნით თან ახლავს მოდელირების კვლევის მრავალმხრივი შედეგები.

ანაზღაურების მექანიზმი შემუშავებულია ისეთ ვარიანტებში, რომლებშიავე შერწყმულია საბიუჯეტო და კაპიტაციური ანაზღაურების პრინციპები, ხოლო შესაბამისი გარიფები დაანგარიშებულია პჯდ დაწესებულებების სხვადასხვა ტიპების ხარჯების მოდელის საფუძველზე.

ანაზღაურების მექანიზმი და რეფორმირებული პჯდ ობიექტების ქსელის აღწერილობა წარმოადგენს კახეთის რეგიონისა და მთლიანად საქართველოსათვის საერთო საბიუჯეტო მოთხოვნების გათვლების საფუძველს.

გათვლების ძირითადი შედეგი მდგომარეობს იმაში, რომ გაანგარიშებულ იქნა პჯდ დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე. საბაზისო პაკეტი და კახეთში დაგეგმილი ყოველწლიურად საჭიროებს 10 ლარს ერთ სულ მოსახლეზე ყოველგვარი

ამორტიზაციის ჩათვლით. თუ ამას დაემატება მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტი, საჭირო გახდება აღნიშნულ თანხაზე კიდევ 5-7 ლარის დამატება, რაც უზრუნველყოფს მოსახლეობის დაცვის მექანიზმებს და განაპირობებს მოსახლეობის დაინტერესებას მიმართონ პჯდ დაწესებულებას. ყველაზე რთული ამოცანაა შეივსოს ის დეფიციტი, რომელიც არსებობს მიმდინარე დაფინანსებით ერთ სულ მოსახლეზე 4 ლარსა (კახეთის რეგიონში უფრო ნაკლები) და ხანგრძლივ პერსპექტივაში სასურველ 10-15 ლარიან დაფინანსებას შორის. შეფასებული და გაანგარიშებულ იქნა ამ დეფიციტის აღმოფხვრის სხვადასხვა გზები, რომელიც ითვალისწინებს ქსელის შემდგომ ოპტიმიზაციას პჯდ გუნდების დაფინანსების ბოძიერი შემცირებით, სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდას და ოფიციალური თანაგადახდების დაწესების პოტენციურ შესაძლებლობებს.

აღწერილია ის საკვანძო ფუნქციონალური პროცედურები, რომლებიც უნდა დაინერგოს რეფორმირებულ პჯდ დაწესებულებებში და განსაზღვრულია განხორციელებისათვის საჭირო ღონისძიებების ნუსხა და ამასთან ერთად წარმოდგენილია დანერგვის ორგანიზაციული სტრუქტურის ვარიანტი.

2. შესავალი

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 ამოცანებია მხარი დაუჭიროს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმას, რომელიც მიზნად ისახავს პჯდ სერვისების მდგრად დაფინანსებას, სადაც აქცენტი გაკეთებული იქნება პჯდ სამსახურებისადმი სისტემატური და მაკროეკონომიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე მოსახლეობის ურარბესი ფენებისათვის და ასევე პროექტი ითვალისწინებს პჯდ სისტემის ფინანსური მექანიზმებისა და ადმინისტრაციული პროცესების რეფორმების ხელმძღვანელობას. პროექტის ფარგლებში შემუშავებული რეკომენდაციების პილოგირება მოხდება კახეთის რეგიონში მომავალში ქვეყნის მასშტაბით მისი განვრცობის მიზნით.

პროექტის ერთ-ერთ სამიზნეს წარმოადგენს კახეთის რეგიონისათვის რეგიონალური ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითადი გეგმის შემუშავება, რომელიც ინტეგრირებული იქნება ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის დაფინანსების ძირითადი გეგმაში.

მოცემული გეგმის ამოცანაა რეფორმირებული პჯდ სისტემის საკვანძო პარამეტრების განსაზღვრა, კერძოდ საქართველოს პჯდ სისტემის მომსახურებათა საბაზისო პაკეტი და საქართველოს მოსახლეობისათვის მისი უზრუნველყოფის ძირითადი პირობები, პჯდ მიმწოდებელთა სტატუსი და ქსელი, პჯდ სერვისების სახელმწიფო შემსყიდველის სტატუსი და საქმიანობა, ანაზღაურების მექანიზმები და შესაბამისი გარიფების გათვლა, რეფორმირებულ პჯდ დაწესებულებებთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული პროცედურების პრინციპების განსაზღვრა. ყველა ეს ასპექტი მოქცეულია კახეთის რეგიონისათვის, ისე მთელი ქვეყნისათვის შემუშავებულ სპეციფიკურ ფინანსურ ჩარჩოებში.

ძირითადი გეგმა ეფუძნება როგორც პროექტის გუნდის მიერ, ასევე ამ სფეროში მომუშავე პროექტის სხვა გუნდებთან – DFID/OPM, USAID/CoReform, WB ერთობლივი მუშაობით მიღწეულ შედეგებს და პჯდ საბჭოს მიერ მიღებულ წინასწარ გადაწყვეტილებებს.

რამდენადაც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯერ კიდევ არ არის მიღებული ყველა გადაწყვეტილება, ძირითადი გეგმის ნაწილი წარმოდგენილია ვარიანტების სახით, რომლებიც შეიძლება წარმოადგენდეს შემდგომი განხილვისა და გადაწყვეტილებების საგანს.

წარმოდგენილი გექსტური ნაწილის უდიდესი ნაწილი და მასში მოცემული მეთოდოლოგია ფართოდაა მიღებული და შეიძლება გამოყენებული იქნას სხვა პილოტური რეგიონებისთვისაც. ეს განსაკუთრებით ეხება იმერეთსა და აჭარას, რომლებიც წარმოადგენენ სხვა პროექტების პილოტურ რეგიონებს.

ძირითად გეგმას გააჩნია მარტივი სტრუქტურა:

- კახეთის მოსახლეობის შესახებ სათანადო მონაცემების წარმოდგენა და მათი შედარება ქვეყნის დემოგრაფიულ, სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონაცემებთან;

- ვინ უზრუნველყოფს პჯდ-ს ამჟამად და ვინ გახდება მომავალში იურიდიული სტაგუსის მქონე პჯდ მიმწოდებელი, მათი სპეციალობა, მათი აკრედიტაციის, ორგანიზაციული მოწყობისა და მენეჯმენტის ასპექტები;
- ვინ იხდის პჯდ სერვისებისათვის? ძირითადი სახელმწიფო შემსყიდველის იურიდიული სტაგუსი, მისი უფლება-მოვალეობები, კონტრაქტირებასთან და სხვა შემსყიდველებთან დაკავშირებული საკითხები;
- მოსახლეობის რა მომსახურების უზრუნველყოფა ხდება პჯდ-ს სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში და რა პირობებით უნდა მოხდეს ამ სერვისების მიწოდება;
- როგორ განხორციელდება სერვისების ანაზღაურება სხვადასხვა წყაროებიდან?
- როგორია საბიუჯეტო შედეგები რეფორმირებული პჯდ სიგემისათვის როგორც კახეთის რეგიონში, ასევე მთელი ქვეყნის კონტექსტში;
- რა ძირითადი პრობლემები უკავშირდება დანერგვის პროცესს და რომელი ადმინისტრაციული პროცედურების განხორციელება არის საჭირო?

3. რეგიონის ძირითადი მონაცემები

3.1. დემოგრაფიული და სოციალური მონაცემები

კახეთის რეგიონი მდებარეობს საქართველოს აღმოსავლეთით და სამხრეთ-აღმოსავლეთიდან მას ესაზღვრება აზერბაიჯანი. მისი ფართობი შეადგენს 11400 კვ.კმ, ხოლო მოსახლეობა 412000. ადმინისტრაციული ცენტრია გელაფი, რომლის მოსახლეობაა 28000. მანძილი თელავიდან თბილისამდე 147 კმ-ია. კახეთის რეგიონი შედგება რვა ადმინისტრაციული ერთეულისაგან – რაიონისაგან.

რეგიონში ცხრა ქალაქი და 276 სოფელია. მოსახლეობის 52%-ს ქალები შეადგენენ, ხოლო 48%-ს მამაკაცები. 21% ცხოვრობს ქალაქის გიჰის დასახლებებში, ხოლო 79% კი სოფლად, მათ შორის მაღალმთიან რაიონებში. თელავი წარმოადგენს ყველაზე ურბანიზირებულ რაიონს (მოსახლეობის 31% ცხოვრობს ქალაქში და 69% სოფლად), ხოლო ყველაზე აგრარული რეგიონია ლაგოდეხი (19% და 87%).

ქვემოთ მოცემული ცხრილი წარმოადგენს კახეთის მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურას მთელი ქვეყნის მაჩვენებლებთან შედარებით^{1.1}

ასაკობრივი ჯგუფი	კახეთი	საქართველო
10 წლამდე ასაკის	8.7	9.8
10-19	14.5	15.4
20-29	14.4	15.4
30-39	11.7	13.3
40-49	14.7	14.8
50-59	10.2	10.5
60-69	13.2	10.6
70-79	9.5	7.9
80-89	2.5	2.0
90 და უფროსი ასაკის	0.5	0.3
საშუალო საკი, წლები	40.4	38.1
60+ ასაკის მოსახლეობა	25.7	20.8
70+ ასაკის მოსახლეობა	12.5	10.2

ცხრილი 1. კახეთის მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურა (%-ში)

ცხრილი გვიჩვენებს, რომ კახეთის მოსახლეობა ქვეყნის საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით უფრო ხანდაზმულია.

კახეთში მაცხოვრებელთა ეთნიკური შემადგენლობა შემდეგია: ქართველები – 85.9%, აზერბაიჯანელები – 9%, ოსები – 1.4%, სომხები – 0.7%, რუსები – 0.6%.

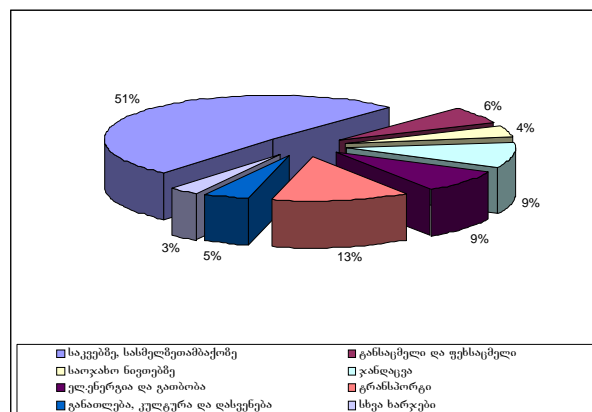
კომლის საშუალო სიდიდე კახეთში შეადგენს 3.5-ს, ყველაზე დაბალი ქვეყანაში.

კახეთის მოსახლეობის ფულადი შემოსავლის ძირითადი წყაროა სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტებით ვაჭრობა და ვალის აღება. ორივეს წყაროს წილი საერთო შემოსავალში თანაბარია.

¹ წყარო: სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, 2002 წელი

	კახეთი	საქართველო
ფულადი შემოსავლები და ტრანსფერები	31.7	40.8
ხელფასებიდან	7.9	15.4
თვითდასაქმებით	6.0	7.7
სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტების გაყიდვიდან	10.6	7.7
ქონებიდან (გაქირავება, ანაბარის პროცენტი, ა.შ.)	0.4	0.3
პენსიები, სტიპენდიები, დახმარებები	3.1	3.3
უცხოეთში მომუშავეთა დახმარებები	1.2	2.9
ნათესაებისგან და მეგობრებისგან მიღებული დახმარება	2.5	3.4
არაფულადი შემოსავლები	26.1	19.8
შემოსავალი, სულ	57.9	60.6
სხვა ფულადი შემოსავლები	11.9	11.9
საკუთრების დაგირავება	0.7	2.4
ვალის აღება	11.2	9.5
შემოსავალი, სულ	43.7	52.7
ფულადი და არაფულადი შემოსავლები, სულ	69.8	72.5

ცხრილი 2. საშუალო თვიური შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე (ლარებში)



სურათი 1. ოჯახის ფულადი ხარჯების წილობრივი განაწილება (2002) მოცემულ სურათზე წარმოდგენილია ოჯახის დანახარჯების სტრუქტურა.

კახეთის მოსახლეობაში ფულადი დანახარჯების უდიდესი წილი მოდის საკვებზე, სასმელებსა და თამბაქოზე (51%) და გრანსპორტზე (13%). ეს ხარჯები, ელექტრობასა და გათბობაზე დანახარჯებთან ერთად შეადგენს საერთო ხარჯების 2/3-ს. ჯანდაცვის დანახარჯები ფულადი სახით შეადგენს მხოლოდ 9%, ანუ 4.7 ლარს თითოეულ ოჯახზე. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საშუალოდ ყოველი მეოთხე კახეთში 60 წლის ასაკსაა გადაცილებული (25.7%) ამკარა ხდება, რომ ეს თანხა ძალზედ მცირეა იმისათვის, რომ დააკმაყოფილოს მოსახლეობის მინიმალური სამედიცინო საჭიროებები.

ქვემოთ წარმოდგენილ ცხრილში ასახულია კახეთის მოსახლეობის განაწილება ეკონომიკური სტატუსის, განსახლების ტიპისა და სქესის მიხედვით.

	კახეთი, სულ	ქალაქად	სოფლად	ქალები	მამაკაცები
მოსახლეობა 15 წლის ასაკს ზემოთ	324.3	59.6	264.8	172.2	152.1
შრომითი რესურსები ² , 1000 ადამიანი	230.0	36.8	193.2	111.6	118.3
შრომითი რესურსები ³ , 1000 ადამიანი	232.7	37.7	195.0	113.0	119.8
დასაქმებული, 1000 ადამიანი	215.5	30.0	185.5	104.5	111.0
დაქირავებული, 1000 ადამიანი	45.1	15.1	30.1	22.5	22.6
თვითდაქირავებული, 1000 ადამიანი	170.3	14.8	155.5	82.0	88.3
სხვა დასაქმებული, 1000 ადამიანი	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
უმუშევარი*, 1000 ადამიანი	14.5	6.8	7.6	7.1	7.3
უმუშევარი**, 1000 ადამიანი	17.2	7.7	9.5	8.4	8.8
რეგისტრირებული უმუშევარი, 1000 ადამიანი	1.3	0.5	0.8	0.8	0.5
არარეგისტრირებული უმუშევარი, 1000 ადამიანი	13.2	6.3	6.8	6.3	6.8
სხვა უმუშევარი*, 1000 ადამიანი	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
სხვა უმუშევარი**, 1000 ადამიანი	2.8	0.9	1.9	1.3	1.4
შრომითი რესურსების გარეთ დარჩენილი მოსახლეობა*, 1000 ადამიანი	82.8	21.1	61.7	56.1	26.7
შრომითი რესურსების გარეთ დარჩენილი მოსახლეობა**, 1000 ადამიანი	80.0	20.2	59.8	54.7	25.3
უმუშევრობის მაჩვენებელი*, პროცენტულად	6.3	18.5	4.0	6.4	6.2
უმუშევრობის მაჩვენებელი**, პროცენტულად	7.4	20.5	4.9	7.5	7.3

ცხრილი 3. 15 წლის ასაკზე უფროსი მოსახლეობის ეკონომიკური სტატუსი

მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს შორის შემოსავალი საკმაოდ არათანაბრად არის გადანაწილებული. ყველაზე შეძლებული ოჯახების (20%) შემოსავალი რეგიონის ოჯახების საერთო შემოსავლის 44%-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც ყველაზე ღარიბი ოჯახების 20% შემოსავლების მხოლოდ 5%-ს იღებს. უმუშევრობა სოციალ-ეკონომიკური სიღუაცის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს დეგრემინანტს წარმოადგენს. იგი უფრო ქალაქის მოსახლეობისათვისაა დამახასიათებელი, სადაც უმუშევრობის მაჩვენებელი 18.5%-ია, მაშინ როდესაც სოფლად ეს მაჩვენებელი სამჯერ უფრო დაბალია (4.5%).

² * – შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის (შსო) მკაცრი კრიტერიუმების მიხედვით

³ ** – შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მოქნილი კრიტერიუმების მიხედვით

არსებობს განსხვავება სილაგაკის მაჩვენებლებს შორის ქალაქად და სოფლად – იგი უფრო მაღალია ქალაქად არაფულად შემოსავლებში განსხვავების გამო, რაც ბევრად მაღალია სოფლად, მაშინ როდესაც ფულადი შემოსავლები შედარებით თანაბარია.

კახეთის მოსახლეობის სოციალური სტატუსის შედარება ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან ნაჩვენებია ცხრილში 4⁴.

	კახეთი სულ	ქალა- ქად	სოფლ ად	საქართველო სულ
სიღარიბის დონე	50.0	69.8	45.2	22.0
უკიდურესი სიღარიბის დონე	28.9	47.4	24.3	
სირარიბის სიღრმე	23.4	37.2	20.0	21.1
სიღარიბის სიმწვავე	14.2	24.1	11.8	11.2

ცხრილი 4. მოწყვლადობა კატეგორიების მიხედვით

როგორც ცხრილიდან ჩანს სიღარიბის დონე ქალაქად შეადგენს 70%-ს, ხოლო სოფლად 45%-ს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ უკიდურესად ღარიბი მოსახლეობის მაჩვენებელი ქალაქად ორჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს სოფლად. ასევე სიღარიბის დონე ბევრად მაღალია ქალაქად, ვიდრე სოფლად.

3.2 მონაცემები ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია ყველაზე გავრცელებული დაავადებების პრევალენტობისა და სიხშირის მაჩვენებლები კახეთში მთელი ქვეყნის მაჩვენებლებთან შედარებით.⁵

	კახეთი		საქართველო	
	პრევალენტობა	სიხშირე	პრევალენტობა	სიხშირე
ენდოკრინული დაავადებები	5978.7	860.5	3628.1	684.4
თანდაყოლილი ანომალიები	84.5	11.1	147.3	27.3
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	874.5	645.4	1786.1	1271.3
კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებები	450.9	306.3	774.5	543.7
ორსულობა, მშობიარობა და მშობიარობის შემდგომი გართულებები	143.1	115.9	631.6	521.6
ნერვული სისტემისა და გრძნობის ორგანოების დაავადებები	2067.6	681	3289.1	1178.5
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	2260.9	693.5	2591.1	958.1
??ახალწარმონაქმნები ნეოპლაზმა	1033.7	171.9	935.6	190.9
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	6001	1305.1	6494.8	1616.1
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები	375.5	188.4	370	196.8

⁴ 2004 წელს

⁵ წყარო: NCDCMS, თბილისი 2004

რესპირატორული სისტემის დაავადებები	5244.1	3734.4	7022.3	5387.9
ღამიანებები/გრაემები და მოწამელის შემთხვევები	899.1	795.5	845.2	743.2
ფიქტური და ქცევითი აშლილობები	2003.3	123.8	2445.8	174.7
შარდსაქესო სისტემის დაავადებები	1127.5	466.9	1599.3	720.2
კუნთონჩხოვანი სისტემისა და შემაერთებული ქსოვილების დაავადებები	661.4	279.7	731.5	245.5
შაქრიანი დიაბეტი	1341.9	143.4	1144.4	165.4
ტუბერკულოზი	104.4	70.7	142.0	91.3

ცხრილი 5. დაავადებათა გავრცელება და სიხშირე

დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის 2004 წლის მონაცემების⁶ მიხედვით უკანასკნელი რამოდენიმე წლის განმავლობაში კახეთის მოსახლეობის სამედიცინო პრობლემებს შორის ძირითადი იყო რესპირატორული, გულსისხლძარღვთა, ენდოკრინული და საჭმლის მომნელებელი სისტემების და ინფექციური დაავადებები. უნდა აღინიშნოს, რომ ენდოკრინული დაავადებების პრევალენტობა ქვეყნის საერთო მაჩვენებელზე გაცილებით მაღალია. დანარჩენი მაჩვენებლები ქვეყნის საერთო მაჩვენებლებთან შედარებით იგივეა, ან დაბალი. რაც შეეხება სიხშირეს, კახეთში ყველაზე ხშირია რესპირატორული და სისხლის მიმოქცევის სისტემების დაავადებები.

სხვა რეგიონებთან შედარებით კახეთში მაღალია სისხლი მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მაჩვენებელი. სისხლის წნევა პირდაპირ კავშირშია გულის კორონარული დაავადებითა და ინსულტით გამოწვეულ სიკვდილიანობასთან. ჰიპერტენზია საშუალოდ ორჯერ ან სამჯერ მრდის სხვადასხვა კარდიოვასკულარული დაავადებების განვითარების რისკს. ამდენად პჯდ ღონებზე ჰიპერტენზიის ეფექტური პრევენციის და შემთხვევების აღქვატური მენჯამენტის უზრუნველყოფა ძალიან მნიშვნელოვანია.

ჩიყვისა და შაქრიანი დიაბეტის მაღალი პრევალენტობა საჭიროებს შესაბამისი პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელებას პჯდ ღონებზე, რაც უზრუნველყოფს ამ დაავადებების აღქვატურ კონტროლს. არსებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ მოსახლეობაში საკმაოდაა გავრცელებული ნევროზები და დეპრესია, რაც ასევე სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს პჯდ-სათვის.⁷

სხვა რეგიონებთან შედარებით კახეთში მაღალია ავთვისებიანი სიმსივნეების მაჩვენებელი. ამ პრობლემის გადასაჭრელად საჭიროა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის/კონტროლის და სარძევე ჯირკვლის/საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამების ხელშეწყობა პჯდ ღონებზე.

კახეთში ტუბერკულოზის შემთხვევების სიხშირე მოითხოვს DOTS პროგრამის გადაუდებელ დანერგვას და ინსტიტუციონალიზაციას პჯდ ღონებზე, რაც უზრუნველყოფს ტუბერკულოზის ეფექტურ კონტროლს.

ცხრილში მოყვანილია შობადობისა და სიკვდილიანობის საბაზისო მონაცემები

⁶ წყარო: NCDCMS, თბილისი 2004

⁷ მამაუკა ჯიბუგი, ჯანდაცვის საჭიროებათა შეფასება კახეთში, თბილისი 2005

რეგიონი	მშობიარობა		საკეისრო კვეთა		დედათა სიკვდილიანობა		
	სულ	ბინაზე მშობიარობა	სულ	ყოველ 1 000 ცოცხლად-შობილზე	სულ	ყოველ 100 000 ფერტილური ასაკის ქალზე	ყოველ 1 000 ცოცხლად-შობილზე
კახეთი	3,034	551	372	129	1	1	35
საქართველო	46,631	1,180	7,773	168.05	21	1.81	45.28

ცხრილი 6. შობადობა და დედათა სიკვდილიანობა

3.3. სამედიცინო დაწესებულებები და მათი საქმიანობა

2004 წელს კახეთის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფდა 22 საავადმყოფო, 28 პოლიკლინიკა და 104 ამბულატორია⁸ (ასევე 7 საფერშლო-საბებიო პუნქტი). ამბულატორია წარმოადგენს პჯდ მომსახურების ყველაზე გავრცელებულ მიმწოდებელს. არსებობს როგორც დამოუკიდებელი, ისე ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებაში შემაჯავალი ამბულატორიები. 2002 წლიდან 2004 წკამდე მათი რაოდენობა 153-დან შემცირდა 104-მდე. ამ პერიოდში თითქმის უცვლელია იმ პოლიკლინიკების რაოდენობა, რომლებიც პჯდ დონეზე უზრუნველყოფენ მეორეული დონის მომსახურებას. სხვა ტიპის დაწესებულებებს წარმოადგენენ დისპანსერები, სამედიცინო ცენტრები და საფერშლო-საბებიო პუნქტები.

ჰოსპიტალურ მომსახურებას უზრუნველყოფს 22 საავადმყოფო, რომელთა საწოლების საერთო რაოდენობა შეადგენს 800-ს (სამშობიაროებისა და სპეციალიზირებული საავადმყოფოების ჩათვლით).

		საავადმყოფოები			პოლიკლინიკები			დისპანსერები			სულ	ამბულატორიები		კაბინეტ- (გარდა სტომბა)	საფერშ. პუნქტ.	
		სულ	მხატ შორის	სამშობიარო	საწოლები	დამოუკიდებელი	მ. შ.	გაერთიანებ.	სულ	საწოლებით		საწოლები	სამედიც. ცენტრ. სულ			დამოუკიდებელი
2002	კახეთი	19	3	5	777	20	5	5	8			3	104	49		8
	საქართ.	251	65	52	16550	274	83	96	78	10	250	43	674	287	9	306
2003	კახეთი	20	3	5	769	19	6	7	8	1	6	1	55	49	2	11
	საქართ.	248	62	52	15816	277	93	102	77	11	253	44	394	282	17	335
2004	კახეთი	22	8	6	769	20	7	8	8	1	6	2	68	36	1	7
	საქართ.	246	105	51	15513	276	93	102	76	11	253	52	453	229	17	381

ცხრილი 7. სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურა

	ექიმები	საშუალო მედ. პერსონალი	სულ	ექიმები ყოველ 100 000 მოსახლეზე
კახეთი	1319	1199	2518	323.93
საქართველო	21396	21622	43018	489.44

ცხრილი 8. ჯანდაცვის შრომითი რესურსები

⁸ წყარო: NCDCMS, თბილისი 2004

რაც შეეხება პჯდ-ს, კახეთის რეგიონში მთელი სამედიცინო პერსონალის 56% დასაქმებულია პჯდ სისტემაში. პჯდ ღონებზე პერსონალის შეფარდება მოსახლეობასთან რეგიონში შეადგენს 144 ექიმ-სპეციალისტს, 131 ექთანს, 8 ბებიჩაქალს, 28 სტომატოლოგს და 23 ადმინისტრაციულ და ფინანსურ პერსონალს ყოველ 100.000 მოსახლეზე.

პროფესია	ყოველ 100 000 მოსახლეზე
ექიმები	144
ექთნები	131
ბებიჩაქალები	8
სტომატოლოგები	28
ადმინისტრაცია	23

ცხრილი 9. პჯდ სამედიცინო კადრები კახეთის რეგიონში

2003 წელს კახეთის რეგიონის პჯდ სისტემაში სულ დასაქმებული იყო 1.612 ადამიანი. აქედან 584.5 იყო სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ პჯდ მომსახურებას. სპეციალიზაციის მხრივ ყველაზე მეტია პედიატრები და ზოგადი თერაპევტები; მათი უმრავლესობა მუშაობს ამბულატორიებში სოფლის ექიმად.

პჯდ პერსონალის დეტალური განაწილება შემდეგნაირია:

პროფესია	რაოდენობა
ექიმები	584.5
დიაგნოსტიკ. ერსონალი	119.5
ფარმაცევტები	2.5
სტომატოლოგები	113
ბებიჩაქალები	31
ექთნები	532
ადმინისტრაც./ფინანსური პერსონალი	98
სხვა პერსონალი (დასუფთავება, ა.შ.)	131.5

ცხრილი 10. პჯდ პერსონალის დეტალური განაწილება

პჯდ დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის საერთო რაოდენობის საშუალოდ 36%-ს შეადგენენ ექიმ-სპეციალისტები (45% საავადმყოფო/პოლიკლინიკისათვის და 255 ბავშვთა/მოზრდილთა პოლიკლინიკებისათვის, ხოლო 42% სამედიცინო პერსონალი), პერსონალი საერთო რაოდენობის 86%-ს შეადგენს სამედიცინო პერსონალი (100% სამედიცინო და საფერშლო ამბულატორიული პუნქტებისათვის, 62% რკინიგზის ამბულატორიებისათვის); ექთნები შეადგენენ სამედიცინო პერსონალის 38%-ს, ხოლო ბებიჩაქალები 2%-ს. ადმინისტრაციული/საფინანსო პერსონალი საერთო რაოდენობის 6%-ია (25% დიაგნოსტიკური-სამკურნალო ცენტრებისათვის და 0.% საფერშლო ამბულატორიული პუნქტებისათვის); სხვა პერსონალი შეადგენს პერსონალის საერთო რაოდენობის 8%-ს (33% რკინიგზის ამბულატორიისათვის და 0.% საფერშლო ამბულატორიული პუნქტებისათვის).

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი შეიცავს მონაცემებს ჰჯდ დაწესებულებებსა და გადაუღებელი დახმარების სამსახურებში მიმართულების/მიღების შესახებ კახეთის რეგიონში ერთ მოსახლეზე. ყველა მაჩვენებელი ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე დაბალია.

რეგიონი	ვიზიტები, სულ	ამბულატორიულ პოლიკლინიკური სამსახურები				მიმართვა გადაუღებელი დახმ. სამსახურებში	
		ექიმთან ვიზიტი	15	ბინაზე ვიზიტი	15	სულ	15
			წლამდე ასაკის		წლამდე ასაკის		წლამდე ასაკის
კახეთი	1.62	1.52	1.27	0.08	0.17	0.03	0.000
საქართველო	1.97	1.80	1.64	0.12	0.26	0.05	0.003

ცხრილი 11. მიმართულების/მიღების მაჩვენებელი

იმუნიზაციის მაჩვენებელი მთლიანად დაბალია ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე, გარდა ბცქ-ვ ვაქცინაციისა, რომელიც ყველაზე ერთ-ერთი ყველაზე დაბალი მაჩვენებელია ქვეყანაში.

რეგიონი	იმუნიზაციის მაჩვენებელი - %				
	ბცქ-ვ	დჰტ -3	ოპვ-3	ვირუს. ჰეპატიტი ბ-3	წითელა-1
კახეთი	75.3	83.1	69.2	86.5	90.9
საქართველო	88.0	78.0	65.8	63.7	86.5

ცხრილი 12. იმუნიზაციის მაჩვენებელი

სულ 2002⁹ წელს კახეთის რეგიონის ყველა ჰჯდ დაწესებულებაში განხორციელებული იქნა 569.708 კონსულტაცია/ლონისძიება, აქედან 35% - პრევენციული მომსახურებისათვის, 50% - სამკურნალო კონსულტაციები ბავშვთა/მომზრდილთა პოლიკლინიკებში, 4% - ბინაზე ვიზიტები (ეს მონაცემები არ მოიცავს დაუფიქსირებელ “არაოფიციალურ” კონსულტაციებს).

კვლევამ გვიჩვენა¹⁰ რომ 2002 წელს კახეთის რეგიონში სულ ჩატარდა 94.158 ლაბორატორიული ან დიაგნოსტიკური გამოკვლევა, რომელთაგან უმეტესი ნაწილი განხორციელდა რაიონულ პოლიკლინიკებში – საშუალოდ წელიწადში 5184, თითოეულ ლაბორატორიაში შესრულებულ 133 ტესტთან შედარებით.

4. ჰჯდ მიმწოდებელთა ქსელი

4.1. ჰჯდ ქსელისა და მისი დაფინანსების არსებული მდგომარეობა

ჰჯდ დაწესებულებების შენობა-ნაგებობების მდგომარეობა ასეთია; მათი უმრავლესობა აშენებულია 1980-1989 წლებში. შენობათა უმეტესი ნაწილი (67.9%)

⁹ ლოქ. დინეკე ვენეკამფი, მარიანა ფოგაკისი, ნათია რუხაძის, გიორგი წაქაძის, ინგო ნეუს, GIS & RIS Consulting Center-Geographic-ის და ვინსენგ დელონის მონაწილეობით

¹⁰ რეგიონის ძირითადი გეგმის შემუშავება კახეთის ჰჯდ სისტემისათვის. ლოქ. დინეკე ვენეკამფი, მარიანა ფოგაკისი, ნათია რუხაძის, გიორგი წაქაძის, ინგო ნეუს, GIS & RIS Consulting Center-Geographic-ის და ვინსენგ დელონის მონაწილეობით.

საჭიროებს სერიოზულ შეკეთებას. დაახლოებით 4% არ ექვემდებარება შეკეთებას. დაწესებულებათა თითქმის ნახევარს ესაჭიროება სახურავის რემონტი და ამის შემდეგ ინტერიერის განახლება (39.6%).

ჰჯდ დაწესებულებათა 85%-ს ელექტროენერგიას აწვდის სახელმწიფო კომპანია. დაწესებულებათა 30-34%-ს საერთოდ არ მიეწოდება ელექტროენერგია ბაფხულისა და ბამთრის პერიოდში, ხოლო ნახევარზე მეტს კი მიეწოდება არარეგულარულად. კახეთის რეგიონის ჰჯდ დაწესებულებების უმეტესი ნაწილისათვის (94%) მიწოდებული წყალი სასმელად ვარგისია. დაწესებულებათა 40%-ს არ გააჩნია პრობლემები წყლით მომარაგებასთან დაკავშირებით, ხოლო დაწესებულებათა მეოთხედი განიცდის სირთულეებს ამ მიმართებით. წყლით მომარაგების საკითხი ელექტროენერგიის მიწოდებასთან შედარებით გაცილებით უკეთ არის მოგვარებული.¹¹

რაც შეეხება ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსებას, პირდაპირი გადარიცხვები ხორციელდება შემდეგნაირად:

- ფინანსთა სამინისტროდან/ხაზინიდან უზრუნველყოფილებს;
- ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან უზრუნველყოფილებს;
- ფინანსთა სამინისტროდან/ხაზინიდან ჯანდაცვის პარალელური სისტემის ხელმძღვანელ ორგანოებში და შემდეგ უზრუნველყოფილებს;

რაც შეეხება ჯანდაცვის სისტემის კერძო დაფინანსებას, გადახდა ხორციელდება პირდაპირი წესით პაციენტების მიერ და ასევე კერძო სადაზღვევო კომპანიებიდან (მოსახლეობის მიერ კერძო სადაზღვევო გადასახადებიდან); აქვე უნდა გავითავსოთ უნდა იყოს თემზე დაფუძნებული სადაზღვევო სქემებიც.

კერძო სადაზღვევო კომპანიები ავლენენ კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ბაზრის გაფართოების სულ უფრო მზარდ ტენდენციას. ექსპერტთა გაანგარიშებით ამჟამად სამედიცინო დაზღვევა მოიცავს კერძო სადაზღვევო ბაზრის დაახლოებით 17%-ს. თუმცა, მოცემულ წილში დომინირებს კორპორაციული დაზღვევა, მაშინ როდესაც ინდივიდუალური სამედიცინო დაზღვევა მხოლოდ მცირე პროპორციითაა წარმოდგენილი. აქედან გამომდინარე არ არსებობს სათანადო შესაძლებლობები იმისათვის, რომ მოხდეს სოფლის რეგიონების მაცხოვრებლების დაზღვევა (რადგან სოფლის რეგიონებში არ ფუნქციონირებენ დიდი ადგილობრივი კომპანიები).

უშუალო არაფორმალური გადახდები ქვეყანაში შეადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე საერთო ხარჯების 75-87%-ს.¹²

2002 წელს ჩატარებული ოჯახისა და ინდივიდუალური ჯანმრთელობის და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევის შედეგების საფუძველზე გაკეთებული მიახლოებითი გაანგარიშებებით კახეთის მოსახლეობამ ამბულატორიულ მომსახურებაზე ბამთრის პერიოდში დაახლოებით 1.2 მილიონი ლარი დახარჯა. ამ გადახდების უდიდეს ნაწილს (დაახლოებით 60%) მოიცავდა გადასახადი სამედიცინო პერსონალისათვის).

¹¹ საოჯახო მედიცინის მიწოდების ევროპული მოდელებიდან ნაწარმოები გადაწყვეტილების მიღების კრიტერიუმის საფუძველზე რეკომენდირებულია, რომ შემდგომი დაგეგმვა ორიენტირებული იყოს 159 ჰჯდ დაწესებულებიდან 57-ზე. აქედან გამომდინარე გადაწყვეტილების მიმღებმა პირებმა დაადგინეს, რომ 2005 წლის განმავლობაში ევროკავშირის რესურსებით შესაძლებელია 57 ჰჯდ დაწესებულების რემონტი

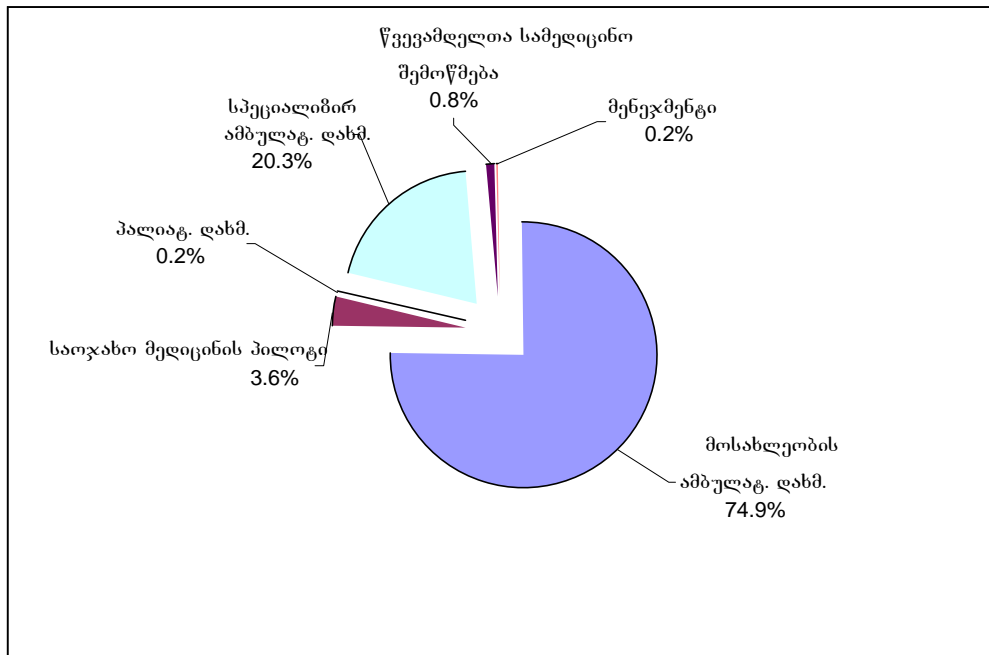
¹² საქართველო: ჯანდაცვის სექტორის მიმოხილვა. მსოფლიო ბანკი. ანგარიში №29413-გვ. ივნისი, 2004. ვაშინგტონი. აღამიანთა განვითარების სექტორის განყოფილება. ევროპისა და შუა აზიის რეგიონი, გვ. 108.

ქვე სახელმწიფო დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა.

2005 წლის ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი შეადგენს 19.673.000 ლარს (რაც 33%-ით მეტია 2004 წლის ბიუჯეტთან შედარებით).

პროგრამა მოიცავს სხვადასხვა კომპონენტებს:

მათგან ყველაზე დიდია (17.736.000 300 ლარი) მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების კომპონენტი (რომელიც მოიცავს მაღალმთიანი რეგიონების პროგრამებსაც).



სურათი 2. ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის სტრუქტურა

მეორე უდიდესი კომპონენტი ფოკუსირებულია ცალკეულ სპეციალისტებზე, რომლებიც ჩვეულებრივ მუშაობენ დისპანსერებსა ან ქალთა კონსულტაციებში. ეს კომპონენტი მოიცავს ამბულატორიულ კონსულტაციებს ისეთ სფეროებში, როგორცაა ფსიქიატრია, გუბერკულოზი, კიბოს დიაგნოსტიკა/მკურნალობა და ორსულთა დახმარება.

კიდევ ერთი სახელმწიფოებრივი მასშტაბის კომპონენტს, რომელიც შედის ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამაში და ხორციელდება სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ, წარმოადგენს წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმება.

პირველი კომპონენტის ფარგლებში უფასო მომსახურებით სარგებლობენ მოსახლეობის შემდეგი ჯგუფები:

- 0-დან 14 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- 65+ ასაკის მოსახლეობა;
- 15-65 ასაკის ქრონიკული პაციენტები (ჩამონათვალში 7 დაავადება);
- მოსახლეობის სხვა ჯგუფები (ომის ვეტერანები, გერმინალურ სტადიაში მყოფი კიბოთი დაავადებულნი, სხვა).

2003-2004 წლის¹³ დაფინანსებასთან შედარებით ამბულატორიული დახმარების კომპონენტით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობაში (კონსულტაციები, ლაბ. კვლევები, გადაუღებელი დახმარებისათვის საჭირო მედიკამენტები) დიდი ცვლილებები არ არის შეგანილი.

	ზოგადი პრაქტიკის გუნდი		მაღალმთიანი რეგიონის ზოგადი პრაქტიკის გუნდი	
	2004	2005	2004	2005
ექიმის ხელფასი	100	115	135	147
ექთნის ხელფასი	70	80.5	94	103
გადასახადები	53	39.1	71	50
მედიკამენტები	30	20	30	20
ლაბ. ტესტები	50	45	30	30
ადმინისტრაცია	70	65	50	50
სულ ერთ თვეში	373	364.6	410	400
სულ ერთ წელიწადში	4476	4375.2	4920	4800

ცხრილი 13. პჯდ გუნდის ბიუჯეტი 2004-2005 წლებისათვის

სამედიცინო გუნდების ბიუჯეტი 2005 წლისათვის (2004 წელთან შედარებით) უმნიშვნელოდ შემცირებულია, რაც განპირობებულია მედიკამენტებსა და გადასახადებზე (ლაბ. ტესტები და ადმინისტრაციული ხარჯები ზოგადი პრაქტიკის სტანდარტული გუნდისათვის) დაფინანსების შემცირებით, თუმცა სამედიცინო პერსონალის ხელფასები გაიზარდა. 2004-2005 წლებში საშუალო დაფინანსება ერთ სულ მოსახლეზე საბაზისო ამბულატორიული მომსახურებისათვის კახეთის რეგიონში თითქმის იგივე დარჩა და შეადგენს 2.7 ლარს.

სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდის კახეთის ოფისის მონაცემებით ამბულატორიული დახმარების უზრუნველყოფელთათვის ყოველთვიურად ირიცხებოდა 90.000 ლარი. გადახდები წარმოებს 2004 წლის ბოლოს დადებული საკონტრაქტო ხელშეკრულების საფუძველზე. სოციალური გადასახადის 20%-მდე შემცირებით საშუალო თვიური გრანსფერი შემცირდა და შეადგენს დაახლოებით 85.000 ლარს, ხოლო ფაქტიური გადახდები მხოლოდ 2%-ით.

უფრო მეტიც, 2004 წელს კახეთში ე.წ. “სპეციალიზირებული ამბულატორიული მომსახურებისათვის” დაიხარჯა დაახლოებით 177708 ლარი. ამ მომსახურების მიწოდება (მეანობა-გინეკოლოგია, ფსიქიატრია, ტუბერკულოზი) ხორციელდებოდა 14 უზრუნველყოფელის მიერ (კახეთში არ ფუნქციონირებს სპეციალიზირებული ონკოლოგიური სამსახურები).

მომსახურების უზრუნველყოფის ანაზღაურება ხდება განსხვავებული სახით:

- ფიქსირებული გადასახადები ტუბერკულოზის სპეციალისტებისათვის;
- გადასახადი მეან-გინეკოლოგის კონსულტაციისათვის;
- ფიქსირებული ბიუჯეტი ფსიქიატრიისათვის;

¹³ დეტალებისათვის იხილეთ: პჯდ როლი და ფუნქციები საქართველოში – არსებული მდგომარეობა. საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის პროგრამა – CNTR. 024201: პჯდ – ადამიანთა რესურსების პოლიტიკის კომპონენტი. OPM, სექტემბერი, 2004.

ამ მომსახურების დამატებითი დაფინანსება შეადგენს 0.44 ლარს ერთ სულზე. სულ სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდის მიერ ყველა სახის ამბულატორიულ მომსახურებაზე კახეთის რეგიონისათვის ერთ სულ მოსახლეზე გამოყოფილია დაახლოებით 3.2 ლარი.

დამატებითი სახელმწიფო თანხები პჯდ უზრუნველყოფელთა ქსელისათვის გამოიყოფა სამოგადობრივი ჯანდაცვის პროგრამებით (ჩვეულებრივ რაიონული პოლიკლინიკებისათვის). ადგილობრივი პჯდ ქსელი ძირითადად ფინანსდება მუნიციპალიტეტების მიერ (საბ. ჯანდაცვის ერთიანი პროგრამების ფარგლებში გამოყოფილია ადგილობრივი ბიუჯეტის 1.5%). მაგალითად 2005 წელს თელავის საბ. ჯანდაცვის ცენტრისთვის ეს თანხა შეადგენს 37.000 ლარს, ხოლო საბ. ჯანდაცვის დეპარტამენტისგან გამოყოფილი თანხები (იმუნიზაციის მასშტაბების მონიტორინგი) შედარებით მცირეა (700-800 ლარი).

2000 წელს რაიონებში¹⁴ პჯდ უზრუნველყოფელების შემოსავლების სტრუქტურა შემდეგი სახის იყო:

	პოლიკლინიკები	ამბულატორიები
მომსახურებაზე გადასახადი	43%	43%
ლაბ. ტესტების გადასახადი	20%	11%
გადასახადი სამედიცინო ცნობებისათვის	17%	19%
ანამბლურება სახელმწიფო გადახდელის მიერ	17%	24%
გადასახადი მედიკამენტებზე	1%	0%
რეგისტრაციის გადასახადი	1%	0%
დონაციები	1%	3%

ცხრილი 14. პჯდ მიმწოდებლების შემოსავლების სტრუქტურა

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ მიმწოდებლები მნიშვნელოვნად იყვნენ დამოკიდებული არაფორმალურ გადასახადებზე, რამდენადაც სახელმწიფო დაფინანსება პოლიკლინიკებისათვის შეადგენდა 17%-ს ხოლო ამბულატორიებისათვის 24%-ს. 2001 წლიდან რაიონებში შემოდებულ იქნა ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების მიზნობრივი სახელმწიფო დაფინანსების პრინციპი (საბ. ჯანდაცვის დეპარტამენტის, ხოლო შემდგომში სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ). თუმცა, როგორც ეს იქნა დადგენილი საქართველოში მოქმედი საერთაშორისო პროექტების მეშვეობით¹⁵, სახელმწიფო დაფინანსება ვერ ფარავს სამედიცინო პრაქტიკის წარმოების მიმდინარე ხარჯებსაც კი (ფუნქციონირების მისაღები დონის უზრუნველსაყოფად). სახელმწიფო დაფინანსების უდიდესი ნაწილი და ასევე არაფორმალური გადასახადები (ოჯახების კვლევით მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე) იხარჯება პერსონალის ანამბლურებაზე.

¹⁴ პჯდ ქსელი დასავლეთ საქართველოში: გურია, იმერეთი და სამეგრელო. ტექნიკური ანგარიში. საერთაშორისო ფონდი "კურაციო". 2000.

¹⁵ GVG და OPM პროექტები

4.2. პჯდ ქსელის გეგმიური განვითარება

2003 წლის ივლისიდან 2004 იანვრამდე პერიოდში IRIS/ECOTEC-ის მიერ ევროკომისიისათვის მომზადდა კახეთის რეგიონის პჯდ სისტემის ძირითადი რეგიონალური გეგმა. პროექტის ძირითადი ამოცანა იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსათვის დახმარების გაწევა კახეთის რეგიონში და მთლიანად საქართველოში პჯდ რესურსების უფრო ეფექტურად განაწილების სისტემის შემუშავებასა და დანერგვაში.

რეგიონის ძირითადი გეგმის შემუშავებისათვის გამოყენებულ იქნა შემდეგი მექანიზმები და მეთოდები:

- ინდიკატორების ნუსხა;
- დაწესებულებათა შეფასების კითხვარი;
- სამიზნე ჯგუფებთან დისკუსიების მოწყობა და გადაწყვეტილების მიმღებ პირთა დეტალური გამოკითხვა;
- გეოგრაფიული საინფორმაციო სისტემა (გსს).

პჯდ ქსელის რესტრუქტურირებისა და ოპტიმიზაციისათვის გამოყენებულ იქნა შემდეგი ზოგადი კრიტერიუმები:

- გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა საცხოვრებელი ადგილიდან დაწესებულებამდე მგზავრობისათვის საჭირო დროის თვალსაზრისით;
- შერჩეული დაწესებულებებზე განპირობებული უბნები მოქცეული ინდა იყოს წინასწარ განსაზღვრული სამგზავრო დროის ფარგლებში;
- დაწესებულებების სიდიდე უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის მოცვის არეალს.

ქვეყნის მასშტაბით მაქსიმალური მოცვისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად შერჩეულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

- საცხოვრებელი ადგილიდან სამედიცინო დაწესებულებამდე მგზავრობის დრო არ უნდა აღემატებოდეს 15 წუთს¹⁶;
- შერჩეულ დაწესებულებებზე განპირობებული უბნების ურთიერთგადაფარვის თავიდან აცილება;
- დაწესებულებებზე მიმავრებული მოსახლეობის რაოდენობა უნდა შეადგენდეს 2000-15000 მოსახლეს იმის მიხედვით, ქალაქში მდებარეობს დაწესებულება, თუ სოფელში. ამასთან გათვალისწინებული უნდა იყოს 15 წუთის ფარგლებში ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა.

იმის გამო რომ ფიქსირებულ ადგილებში უკვე არსებობს პჯდ დაწესებულებები, საჭირო გახდა რეგიონის მასშტაბით გარკვეული ცვლილებების განხორციელება:

1. პჯდ დაწესებულებები, რომლებიც მდებარეობს ისეთ ტერიტორიაზე, სადაც ტრანსპორტით მისვლა 15 წუთზე მეტ დროს მოითხოვს.

გეოგრაფიულად უახლოესი პჯდ დაწესებულების შერჩევა.

ასეთ დაწესებულებამდე მისასვლელად საჭირო დროის განსაზღვრა. მისაღებია? (20-30 წთ). თუ მისაღები არ არის გათვალისწინეთ მოსახლეობის რაოდენობა.

თუ მოსახლეობის რაოდენობა 1000 ადამიანზე ნაკლებია, უნდა შეიქმნას მობილური სამედიცინო სამსახურები და/ან ოჯახის ექიმმა უნდა განახორციელოს რეგულარული ვიზიტები ამ სოფლებში.

2. პჯდ დაწესებულებები, რომლებიც განლაგებულია 15 წუთის ფარგლებში ხელმისაწვდომობის ადგილებში, მაგრამ მოსახლეობის მცირე რაოდენობით.

¹⁶ მგზავრობის დროში იგულისხმება დროის ის მონაკვეთი, რომელიც საჭიროა პჯდ დაწესებულებაში ტრანსპორტით მისასვლელად გზის ხარისხის გათვალისწინებით. მოასფალტებული გზისათვის ეს იქნება 80 კმ/სთ, ხოლო გაუვალი გზისათვის – 5 კმ/სთ.

თუ მოსახლობის რაოდენობა 1000 ნაკლებია უნდა შეიქმნას მობილური სამედიცინო სამსახურები და/ან ოჯახის ექიმმა უნდა განახორციელოს ბინამე რეგულარული ვიზიტები.

3. შერჩეული პჯდ დაწესებულებები მეგისმეტად მცირეა ან მეგისმეტად დიდი მოცვის შესაბამისი არეალისათვის.

შეარჩიეთ უახლოესი უფრო მოზრდილი ან უფრო მცირე პჯდ დაწესებულება (მაგრამ ამ დაწესებულებამდე მგზავრობის დრო და მოცვის არე შეიძლება შეიცვალოს).

გააფართოვეთ არსებული შერჩეული დაწესებულება იმ შემთხვევაში, თუ იგი ძალზედ პატარაა. თუ შერჩეული დაწესებულება მეგისმეტად დიდია, გააუქმეთ მისი ნაწილი, ან ააშენეთ ახალი დაწესებულება.

4. დაწესებულებები გააუქმეთ ეგაპობრივად, მაგრამ ისინი, რომლებიც ჯერ კიდევ ემსახურებიან მოსახლეობის მცირე რაოდენობას და/ან ისეთ მოსახლეობას, რომლისთვისაც ხელმსაწვდომობა შემცირდა უნდა გაუქმდეს უკანასკნელ რიგში.

ამ მოდელის მიხედვით იმ დაწესებულებების რაოდენობა, რომელთა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა მანქანით მგზავრობისას 15 წუთს¹⁷ არ აღემატება, შემცირდა 159-დან 50-მდე¹⁸.

გემოთ აღწერილი კრიტერიუმების მიხედვით შერჩეული 50 პჯდ დაწესებულება მოიცავს მოსახლეობის 99%-ს 15 წუთის ფარგლებში გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გარანტიით. ეს ნიშნავს არსებული პჯდ დაწესებულებების რაოდენობის 69%-ის შემცირებას.

პილოტური პროექტით მოცულია სოფლების 83%, ხოლო მოსახლეობის დარჩენილი რაოდენობა, რომელიც ცხოვრობს 15 წუთიანი ზონის გარეთ, შეადგენს მხოლოდ 3816 ადამიანს.

	რეორგანი- ზაციამდე	რეორგანი- ზაციის შემდეგ	შემცირება %-ით	სტანდარტი
პჯდ დაწესებულებები	159	50	69	
სოფლების მოცვა	315	260	17	
მოსახლეობის მოცვა	100%	99%	1	
მოსახლეობის რაოდენობა 15 წუთიანი ზონის გარეთ		3.816		
მოსახლეობა 1 ექიმზე	701	1.322		2.000
მოსახლეობა 1 ექთანზე	513	934		1.000

ცხრილი 15. პჯდ დაწესებულებების რაოდენობის შემცირება

¹⁷ 15 წუთის ფარგლებში ხელმისაწვდომობის არეალში პჯდ დაწესებულების შერჩევის მხარდამჭერი არგუმენტი ეფუძნებოდა SCF კვლევის მონაცემებს, რომელთა მოხედვითაც ტრანსპორტის უკმარისობა არ წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებისათვის მიმართვის ერთ-ერთ უმთავრეს შემზღვეველ პირობას.

¹⁸ საოჯახო მედიცინის მიწოდების ევროპული კრიტერიუმების საფუძველზე რეკომენდირებულია, რომ შემდგომი დაგეგმვა ორიენტირებული იყოს 149 პჯდ დაწესებულებიდან 57 ერთეულზე. აქედან გამომდინარე გადაწყვეტილების მიმღებმა პირებმა დაადგინეს, რომ 2005 წლის განმავლობაში ევროკავშირის რესურსებით შესაძლებელია 57 შერჩეული პჯდ ერთეულის რემონტი

	საწესწეს ლებების რაოდენობა	%
განთავსებული საკუთარ შენობაში	25	51,0
განთავსებული საერთო შენობაში	20	40,8
განთავსებული სხვის მფლობელობაში მყოფ შენობაში	4	8,2
სულ	49	

ცხრილი 16. ჰჯდ დაწესებულებების განაწილება მფლობელობის მიხედვით

	დაწესებულე ბების რაოდენობა	%
შენობა საჭიროებს რემონტს	42	93,3
რემონტს აზრი არ აქვს, საჭიროა ახალი შენობა	3	6,7

ცხრილი 17. დაწესებულებების განაწილება მათი ფიზიკური მდგომარეობის მიხედვით

ცხრილიდან სჩანს, რომ თითქმის ყველა დაწესებულება საჭიროებს ან რემონტს ან შეცვლას.

შერჩეული ჰჯდ დაწესებულებების დეტალური ჩამონათვალი მოცემულია დანართში 1.

დანართი 1 მოცავს სამ ვარიანტს. პირველი ვარიანტი შემოთავაზებულია ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების მიერ და გულისხმობს მოცვის დიფერენცირებულ არეალებს 1500-დან 2200 მოსახლემდე.¹⁹ მეორე სრულად ოპტიმიზირებული ვერსია ეფუძნება 2000 მოსახლეზე გაანგარიშებულ მოცვის არეალს, გარდა რამოდენიმე მაღალმთიანი რაიონისა. ხოლო უკიდურესად ოპტიმიზირებული მესამე ვარიანტის მიხედვით კი მოცული მოსახლეობის რაოდენობა უნდა შეადგენდეს 3000-ს²⁰. ყველა ეს ვარიანტი განსხვავდება მხოლოდ სამედიცინო გუნდების რაოდენობით (თითოეულ ჰჯდ დაწესებულებაში განთავსებული სამედიცინო პრაქტიკების რაოდენობით). გარდა ამისა დანართში 1 მოცემულია იმ პირველი 15 დაწესებულების ჩამონათვალი, რომელიც დაიწყებს ფუნქციონირებას 2006 წლის აპრილიდან. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების მიერ შემოთავაზებულ ვარიანტის მიხედვით შერჩეული ჰჯდ დაწესებულებების განაწილებას მოსახლეობის მოცვის მიხედვით.

¹⁹ mosaxleobis mocvis are 1000 mosaxleze gaangariSebiT mTiani regionisaTvis, 1500 – soflis regionevisaTvis, 2000 – raionuli centrebis mosaxleobisaTvis da 2200 qalaevisaTvis.

²⁰ 3000 მოსახლის მოცვის არეალის მომსახურება შეიძლება განხორციელდეს ერთი სამედიცინო გუნდის მიერ, იმ დაშვებით, რომ სამკურნალო ვიზიტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად არ გაიზარდება. ამ შემთხვევაში ჰჯდ პრაქტიკის სამუსაო დროის დაახლოებით 50% დაეთმობა საკურაციო მომსახურებას.

მოცვის არე დაწესებულებებისათვის %	რაოდენობა	%
>15.000 მოსახლე.	9	18%
5.000 - 15.000 მოსახლე.	18	36%
2.000 - 5.000 მოსახლე.	10	20%
< 2.000 მოსახლე.	13	26%
1.000 - 2.000 მოსახლე.	4	8%
<1.000 მოსახლე.	9	18%

ცხრილი 18. დაწესებულებების განაწილება მოსახლეობის მოცვის არეალის მიხედვით

4.3. პჯდ დაწესებულებებისა და პერსონალის იურიდიული სტატუსი

პჯდ საბჭოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები და წინადადებები რეფორმირებული ჯანდაცვის დაწესებულებების იურიდიული სტატუსის შესახებ²¹:

- პილოტური პროექტი არ უნდა დაიწყოს 2005 წლის 1 მარტამდე. ეს მისცემს დაინგერესებულ მხარეებს საჭირო დროს სახელმწიფო ბიუჯეტის მიღებიდან სახელმწიფო პროგრამების, შესყიდვების და კონტრაქტების პროცედურების დამტკიცებამდე;
- შენარჩუნებული იქნება მოგებაზე მომუშავე ორგანიზაციებისა (შპს) და პოლიკლინიკურ-ამბულატორიული გაერთიანებების არსებული იურიდიული სტატუსი.
- პჯდ სერვისების საკონტრაქტო პირობები, ფინანსური აღრიცხვა/ანგარიშგების პროცედურები უნდა იყოს ნათლად ჩამოყალიბებული, გამჭვირვალე და ადვილად კონტროლირებადი, რათა თავიდან ავიცილოთ რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებებისათვის გამოყოფილი თანხების არასათანადოდ გამოყენება, კერძოდ იმ პოლიკლინიკურ-ამბულატორიულ გაერთიანებების შემთხვევაში, სადაც თანაარსებობენ “პილოტური და არაპილოტური” ამბულატორიები და პოლიკლინიკები.
- იმ ადგილებში სადაც იურიდიული სტატუსის მქონე პჯდ დაწესებულებები არ არსებობს, საჭიროა არამომგებიანი იურიდიული პირის სტატუსის მქონე ახალი დაწესებულებების დაფუძნება, რაც მათ შეუქმნის უფრო ხელსაყრელ იურიდიულ და საგადასახადო გარემოს.
- ოჯახის ექიმები მიიღებენ ინდივიდუალური მეწარმის იურიდიულ სტატუსს, ხოლო კონტრაქტებს მათთან გააფორმებს ადგილობრივი ხელისუფლება და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. რეკომენდირებულია, რომ ადგილობრივმა ხელისუფლებამ შრომით ხელშეკრულებებში შეიგანონ სპეციალური პირობები, რათა უზრუნველყონ ოჯახის ექიმების შენარჩუნება გეოგრაფიულად დაშორებულ ადგილებში (მაგ. მათ მომზადებაზე დახარჯული რესურსების ანაზღაურება იმ შემთხვევაში, თუ მომზადებული პერსონალი განსაზღვრულ ვადამდე დაგოვებს სამუშაო ადგილს).

სექტემბრის დასაწყისში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ცვლილებებს შეიგანს ჯანდაცვის კანონში და გააუქმებს სალიცენზიო

²¹ პჯდ საბჭოს 2005 წლის 21 ივლისს ჩატარებული შეხვედრის მასალები.

მოთხოვნებს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების წარმოებაზე, საშუალებას მისცემს ოჯახის ექიმებს აწარმოონ საქმიანობა როგორც ინდივიდუალურმა მეწარმეებმა.

4.4. პჯდ მიმწოდებლების აკრედიტაცია და ლიცენზირება

4.4.1. პჯდ მიმწოდებლების აკრედიტაცია და ლიცენზირება

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიზანია ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა აწარმოოს საქართველოს ჯანდაცვის კანონის საფუძველზე. სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო პერსონალისა და ორგანიზაციების ლიცენზირება და სერტიფიცირება (აკრედიტაცია).

4.4.2. პჯდ მიმწოდებლების ლიცენზირება

მუხლი 1. საქართველოს კანონიდან სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირების შესახებ (პრეზიდენტის ბრძანება №2254-III, 2003 წლის 8 მაისი) და საქართველოს კანონი - “სამეწარმეო საქმიანობის ლიცენზირება და წარმოებაზე უფლების გაცემის საფუძველი” არეგულირებენ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის ლიცენზირებასთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს, განსაზღვრავს ლიცენზირების, ცვლილებების შეგანის, საქმიანობის შეწყვეტისა და განახლების წესებს და ამასთან განსაზღვრავენ იმ საქმიანობებს, რომლებიც ექვემდებარება ლიცენზირებას და ლიცენზირების დამატებით პირობებს.

მუხლი 2 განმარტავს ამ კანონში გამოყენებულ ტერმინებს:

- ა) სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც უკავშირდება დაავადებათა პრევენციას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და რეაბილიტაციას და აკმაყოფილებს სამედიცინო მომსახურების ქვეყანაში მიღებულ პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს;
- ბ) მომსახურების ხარისხის აუდიტი – მომსახურების ხარისხის შეფასება დადგენილ ნორმებთან მისი შეესაბამისობის განსაზღვრის მიზნით;
- გ) სამედიცინო ან ფარმაცევტული დაწესებულების პასპორტი – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტანდარტების აქტით განსაზღვრული მინიმალური მოთხოვნები (შენობის მახასიათებლები – შენობის დიზაინი, პერსონალი, აღჭურვილობა, სამუშაოს შინაარსი), რომლებიც დაწესებულებამ უნდა დააკმაყოფილოს იმისათვის, რომ მიიღოს ლიცენზია გარკვეული საქმიანობის წარმოებაზე.

მუხლი 4 აღწერს ლიცენზირებას დაქვემდებარებული საქმიანობების ტიპებს.

როგორც პჯდ სისტემის დანერგვის შედეგი, ეს საქმიანობა უნდა დაექვემდებაროს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლიცენზირებას (იხ. პუნქტი 4.3.). საჭიროა არსებული კანონის დამტკიცება იმერეთსა და აჭარაში მსოფლიო ბანკისა და კახეთში ევროკავშირის პროექტების გამოცდილების საფუძველზე.

4.5. პჯდ ორგანიზაცია და მართვა

რეგიონის გენერალური გეგმის წარმოდგენილი ნაწილი ფოკუსირებულია საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსებაში მონაწილე მთავარი მოქმედი პირების მონაწილეობაზე. მასში ასევე გათვალისწინებულია შესაბამისი ორგანიზაციების როლი, ფუნქციები და მათ შორის ურთიერთობები. ამ დოკუმენტში ასევე მოცემულია პროექტის ანალიზის საფუძველზე შემუშავებული წინადადებები, რომლებიც ეხება პირველადი ჯანდაცვის სექტორის ფინანსური მენეჯმენტისა და ორგანიზაციის გაუმჯობესებას მაკრო და მიკრო ეკონომიკურ დონეებზე.

4.5.1. პროცესში მონაწილე დაწესებულებების ორგანიზაციული მოწყობა და დანიშნულება

- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - სახელმწიფოებრივი დონე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სახელმწიფოს მიერ სექტორისათვის გამოყოფილი ბიუჯეტის ფარგლებში ადგენს თითოეულ სახელმწიფო პროგრამაზე გასაცემი თანხის ოდენობას. კერძოდ ეს მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის გაანგარიშებას და ამ პროგრამების შინაარსის განსაზღვრას. სამინისტროს ჯანდაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტმა უნდა შეიმუშაოს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები. ამ დეპარტამენტის მთავარი ამოცანაა „საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაუმჯობესების მიზნით შეიმუშაოს ჯანდაცვის სექტორის მხარდაჭერის სტრატეგია და ტაქტიკა²². დეპარტამენტს, სხვა მრავალთან ერთად, გააჩნია შემდეგი ფუნქციები: ჯანდაცვის სექტორის, სახელმწიფო პროგრამებისა და თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების შემუშავება; ძირითადი სამედიცინო სერვისებისათვის საჭირო აღჭურვილობის შეძენა და მონაწილეობა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ლიცენზირების პროცესში. სამინისტრო ლიცენზიებს გასცემს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე, რათა მათ აწარმოონ განსაზღვრული სახის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება მოსახლეობისათვის და ადგენს დაწესებულებების აკრედიტაციის ნორმებს.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ რეგულარულად უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ახლადდადგენილი ნორმებისა და დებულებების შესახებ, ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტსა და წამლების სააგენტოს. მომდევნო დონეზე ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლებისა და პაციენტებისათვის.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა განახორციელოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის (SUSIF) მუშაობის შედეგების რეგულარული მონიტორინგი, როგორც სახელმწიფოებრივ, ასევე რეგიონალურ დონეებზე.

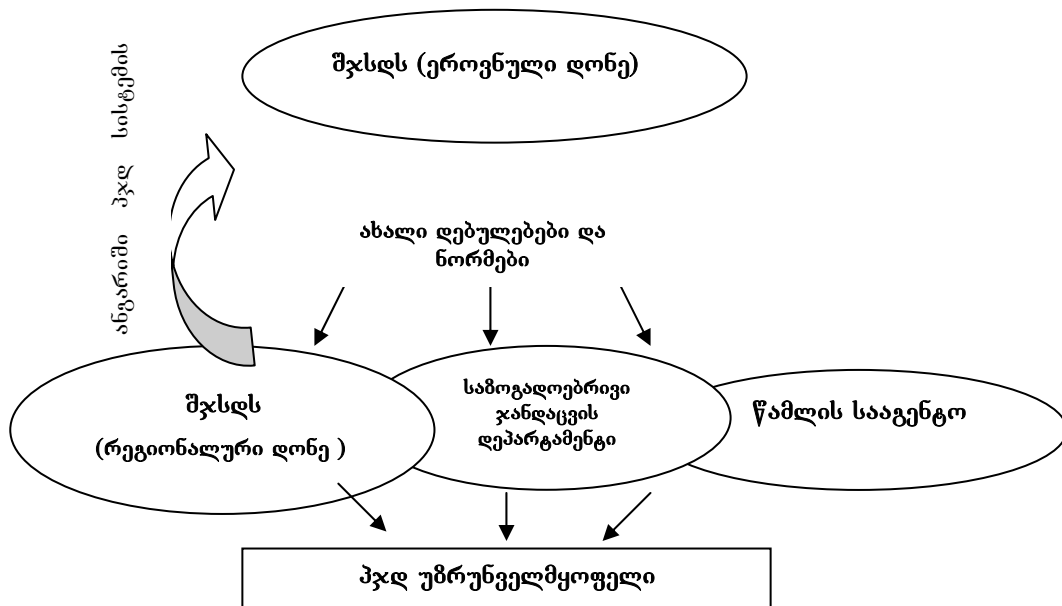
²² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულება ექსპერტთა შესახებ

- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო – რეგიონალური დონე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებს, უზრუნველყოფელებსა და პაციენტებს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ახლად დადგენილი დებულებებისა და ნორმების შესახებ. პჯდ დაწესებულებებისა და სამედიცინო გუნდების შერჩევა და დანიშვნა უნდა ხდებოდეს მუნიციპალიტეტებთან (ადგილობრივი მთავრობა) მჭიდრო თანამშრომლობით.

ჯანდაცვის რეგიონალურმა დეპარტამენტებმა უკუკავშირით უნდა უზრუნველყონ სამინისტრო და მიაწოდონ მას ინფორმაცია ისეთ საკითხებზე, როგორცაა პჯდ სისტემის ფუნქციონირება, გადასატრევი პრობლემების იდენტიფიცირება, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებები და ადგილობრივი დონეზე შემუშავებული ღონისძიებები.

ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტი, ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან ერთად (მუნიციპალიტეტი – ადგილობრივი მთავრობა და ეკონომიკის სამინისტროს სააგენტო) პასუხს აგებს პჯდ დაწესებულებების გენერალურ მენეჯერთან კონტრაქტის დადებაზე.



სურათი 3. საინფორმაციო ნაკადების რეგულირება

- სოციალური დაზღვევის ერთიანო სახელმწიფო ფონდი (SUSIF) – ეროვნული დონე

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებით SUSIF-ი პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების აღსრულებაზე, ისეთი ძირითადი ფუნქციების განხორციელების მეშვეობით, როგორცაა კონტრაქტების დადება სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფელებთან, კონტროლი, მონიტორინგი, მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის გამოყენება მოცვის არეში მცხოვრები მოსახლეობის ნაციონალური რეგისტრის სახით

და ბიუჯეტის შესრულება მიმწოდებელთა ანაზღაურების ჩათვლით. უნდა მოხდეს ინფორმაციის ურთიერთგაცვლა და მონაცემები ანგარიშების სახით უნდა მიეწოდოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ფინანსთა სამინისტროს.

გარდამავალ პერიოდში (2006-2008) სახელმწიფო შემსყიდველი იურიდიული სტატუსის მქონე კერძო სამართლის სუბიექტთან დებს და ხელს აწერს კონტრაქტს, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების სუბსიდირების უზრუნველყოფას. ოპტიმიზირებული პჯდ დაწესებულებებისათვის ექსკლუზიური შეღავათების დაშვების მიზნით უნდა მომზადდეს და ბიუჯეტის კანონში შეტანილ უნდა იქნეს სათანადო შესწორებები. მომავალში (2008 წლის შემდეგ) თანახმად კანონისა სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კონტრაქტი უნდა დაიდოს საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებული პჯდ-ს ყველა მიმწოდებელთან და დაწესებულებასთან.

კონტროლის ღონისძიებები მოიცავს შემდეგ ეტაპებს/პროცედურებს:

- ანგარიშ/ფაქტურების შეკრება თვეში ერთხელ;
- ანგარიშ/ფაქტურების შემოწმება;

ვარიანტი 1: ანგარიშ-ფაქტურების წარდგენა ხაზინაში და ანაზღაურების კონტრაქტთან შესაბამისობის დაზუსტება;

ვარიანტი 2: ანაზღაურების შესაბამისობის დაზუსტება კონტრაქტთან მიმართებაში და მიმწოდებელთათვის მისი პირდაპირი გადახდა;

- უმიმწოდებელთათვის გაცემული ანაზღაურების საფუძველზე ანგარიშების მომზადება ბიუჯეტის აღსრულების შესახებ;
- ჯანდაცვის ფინანსური საინფორმაციო სისტემის (HFIS) მართვა.

მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის, შეთანხმებული და კონტრაქტში განსაზღვრული შედეგების მიწოდებული ინდიკატორების, ანგარიშ/ფაქტურებისა და მოცვის არეში რეგისტრირებული მოსახლეობის შესახებ მონაცემების საფუძველზე. ყოველ მიმწოდებელს მონიტორინგი უნდა ჩაუტარდეს წელიწადში ერთხელ მაინც.

- **სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (SUSIF) – რეგიონალური დონე**

SUSIF-ის რეგიონალური ადმინისტრაციის უშუალო პასუხისმგებლობას განეკუთვნება კონტრაქტირება საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებულ ყველა შერჩეულ პჯდ დაწესებულებასა და მიმწოდებელთან. მომავალში (2008 წლიდან) ეს პროცესი განხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ კანონის მოთხოვნების შესაბამისად.

კონტროლის ღონისძიებები მოიცავს შემდეგ ეტაპებს/პროცედურებს:

- ანგარიშ-ფაქტურების შეკრება თვეში ერთხელ;
- ანგარიშ-ფაქტურების შემოწმება;

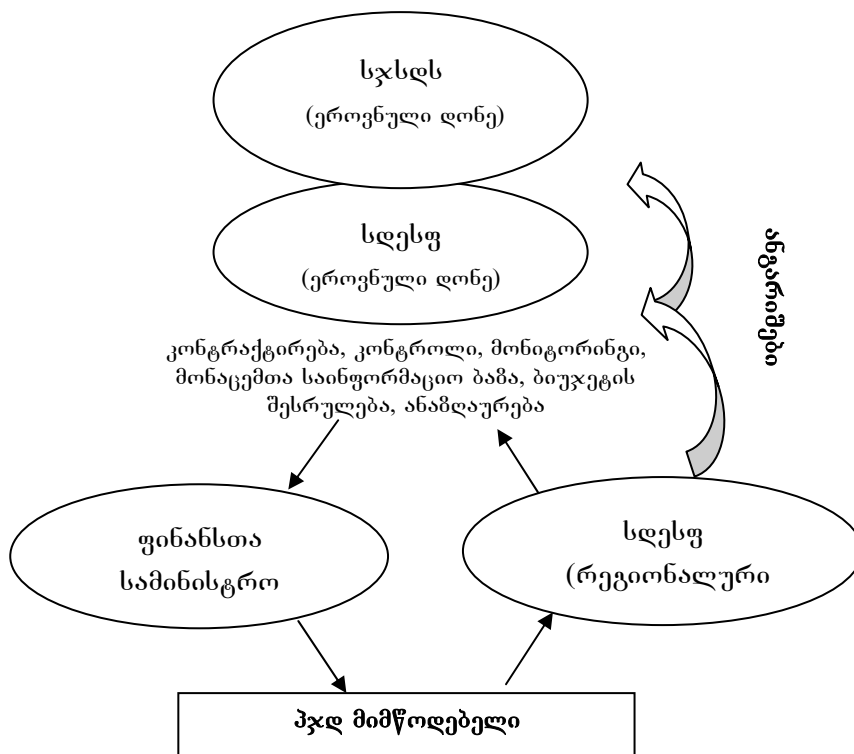
ვარიანტი 1: ანგარიშ-ფაქტურების წარდგენა ხაზინაში და ანაზღაურების კონტრაქტთან შესაბამისობის დაზუსტება;

ვარიანტი 2: ანაზღაურების შესაბამისობის დაზუსტება კონტრაქტთან მიმართებაში და უზრუნველყოფელთათვის მისი პირდაპირი გადახდა;

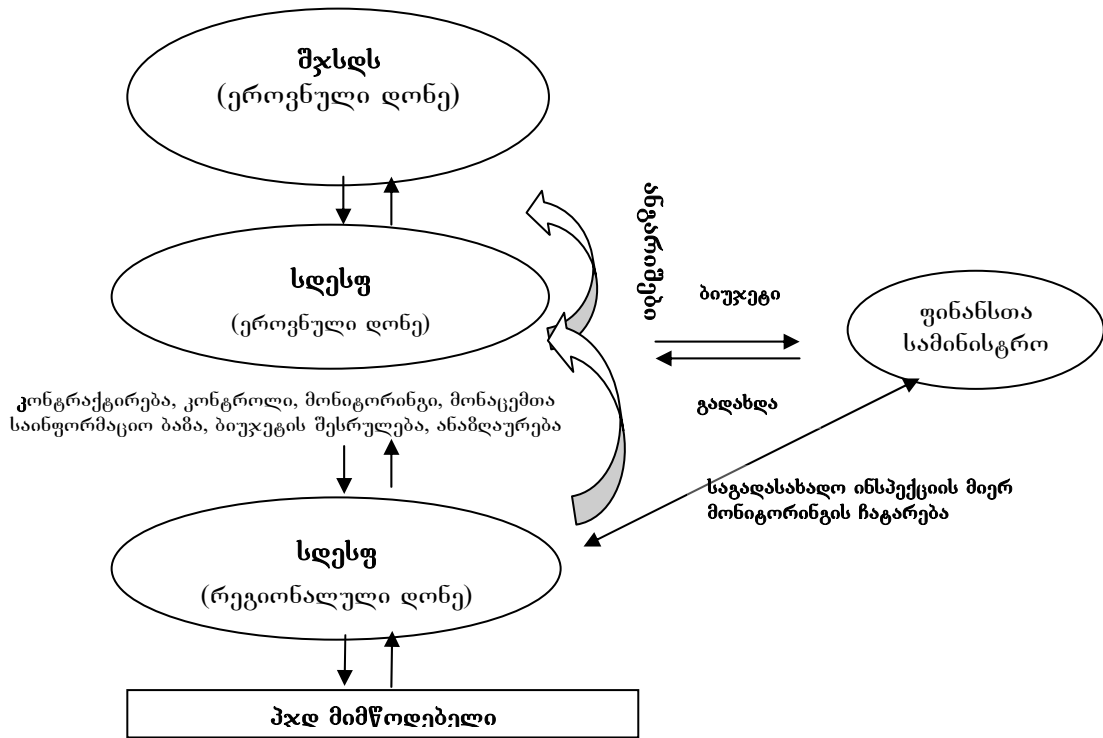
- უზრუნველყოფელთათვის გაცემული ანაზღაურების საფუძველზე ანგარიშების მომზადება ბიუჯეტის აღსრულების შესახებ;
- ჯანდაცვის ფინანსური საინფორმაციო სისტემის (HFIS) მართვა.

მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს მონაცემთა საინფორმაციო ბაზის, შეთანხმებული და კონტრაქტში განსაზღვრული შედეგების; მიწოდებული ინდიკატორების, ანგარიშგაქვებისა და მოცვის არეში რეგისტრირებული მოსახლეობის შესახებ მონაცემების საფუძველზე. ყოველ უზრუნველყოფელს მონიტორინგი უნდა ჩაუტარდეს წელიწადში ერთხელ მაინც.

SUSIF-ი ანგარიშგააღებულა სახელმწიფოებრივი დონის – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტების წინაშე და ცენტრალურ დონეს აწვდის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზისათვის.



სურათი 4. ვარიანტი 1 – ფინანსური ინფორმაციის ნაკადები და გადახდების წარმოება SUSIF-ის მიერ



სურათი 5. ვარიანტი 2 – ფინანსური ინფორმაციის ნაკადები და გადახდების წარმოება SUSIF-ის მიერ

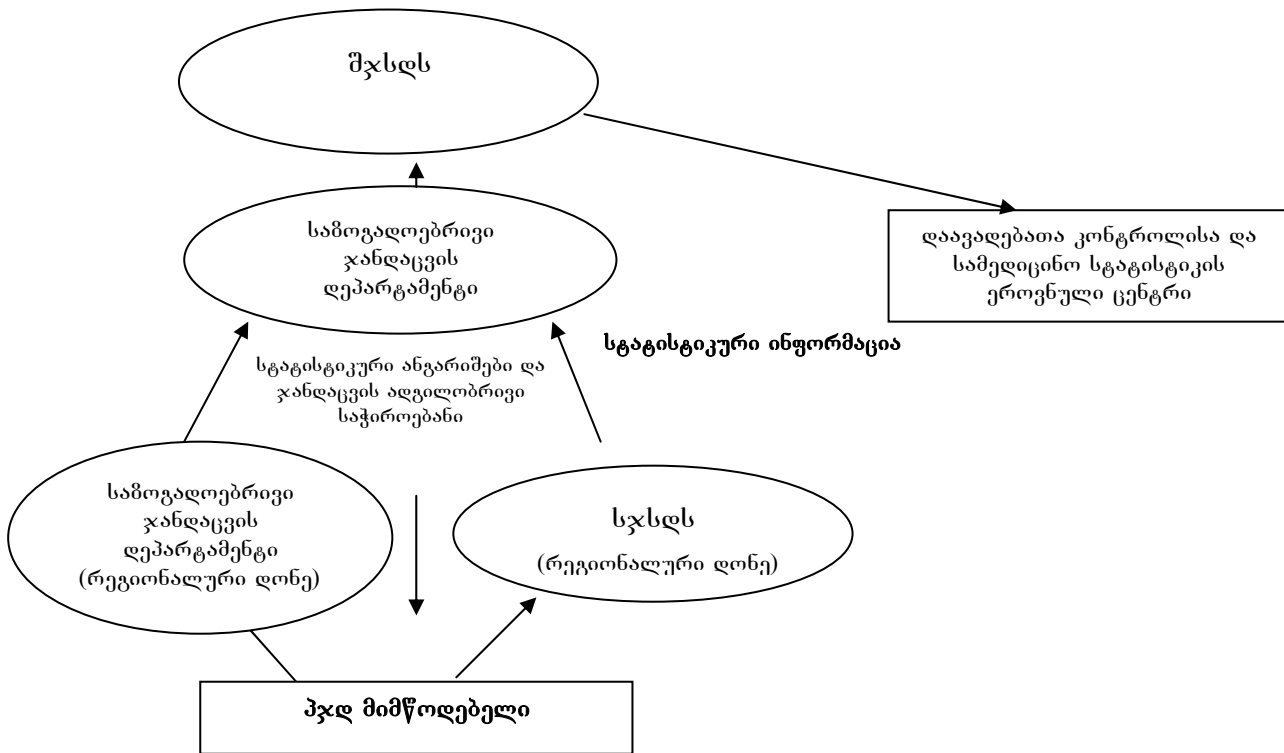
პროექტის გუნდი დაჟინებით გირჩევთ ვარიანტი 2-ის დანერგვას.

• **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული და რეგიონალური ცენტრები ვალდებული არიან სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე, ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტს მიაწოდონ ინფორმაცია სტატისტიკური ანგარიშებისა და ჯანდაცვის ადგილობრივი საჭიროებების შესახებ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონალური ცენტრები ახორციელებენ საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საქმიანობის კოორდინირებას რეგიონში; კრებენ სტატისტიკურ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების ადგილობრივი მიმწოდებლებისგან, ამუშავებენ ამ მონაცემებს და აწვდიან მათ დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნულ ცენტრსა და სხვა შესაბამის დაწესებულებებს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტის ძირითადი ვალდებულებებია:

- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ანალიზი და მართვა რეგიონში;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების ორგანიზება, კოორდინირება და განხორციელება დაავადებათა პრევენციის მიზნით;
- ინვალიდობისა და ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირება
- ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების (HMSI) მენეჯმენტი.



სურათი 6. სტატისტიკური ინფორმაციის ნაკადები

• მუნიციპალიტეტები

მომავალში მუნიციპალიტეტებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში არ მიენიჭებათ რაიმე დანიშნულება, მათი როლი შემოიფარგლება მხოლოდ და მხოლოდ იმით, რომ ისინი ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტსა და სამოგალოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან ერთად მოამზადებენ გეგმას ჯანდაცვის საჭიროებების და ასევე ადგილობრივ პერსონალთან და დაწესებულებებთან დაკავშირებული საჭიროებების შესახებ.

სანიგარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური სტანდარტების დეპარტამენტმა (DSSHS), რომელიც შედის მუნიციპალიტეტის დაქვემდებარებაში, უნდა გაზარდოს საწარმოთა სერტიფიცირების ეფექტიანობა, უზრუნველყო მათი შესაბამისობა სანიგარიისა და ჰიგიენის ნორმებთან და განახორციელოს შიდა სანიგარული კონტროლი.

DSSHS ქსელი შედგება სანიგარული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური სტანდარტების რეგიონალური ინსპექციებისგან. ისინი საკუთარ თავზე იღებენ პასუხისმგებლობას იმ ამოცანებზე, რომლებიც შედიოდა სანიგარულ-ეპიდემიოლოგიურ დეპარტამენტების კომპეტენციაში, როგორცაა დასუფთავება და სამრეცხაო, კვება, პროფესიული დაავადებები, ბავშვთა და მოზრდილთა ჰიგიენა და დაწესებულებათა (საწარმოთა) სერტიფიცირება. მუნიციპალიტეტის მფლობელობაში მყოფი დაწესებულებები იჯარით გაიცემა საოჯახო მედიცინის გუნდებზე.

მუნიციპალიტეტი (ადგილობრივი მთავრობა) ხელმძღვანელობის ადგილობრივ ორგანოებთან ერთად (ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტი და ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სააგენტო) ვალდებულია კონტრაქტები დადოს პირველადი ჯანდაცვის გენერალურ მენეჯერთან.

- **ეკონომიკური განვითარების სამინისტრო**

ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში არ გააჩნია რაიმე როლი. სახელმწიფო მფლობელობაში მყოფი დაწესებულებები (შენობები) იჯარით მიეცემა საოჯახო მედიცინის გუნდებს. ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სააგენტოს ვალდებულებაა ადგილობრივი მმართველობის ორგანოებთან ერთად (მუნიციპალიტეტი, ჯანდაცვის რეგიონალური, დეპარტამენტები) კონტრაქტები დაიდოს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების გენერალურ მენეჯერთან.

- **ფინანსთა სამინისტრო**

სახელმწიფო ბიუჯეტის გაანგარიშება და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შემოთავაზების ინტეგრირება ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში.

- **ვარიანტი 1 (იხილეთ 4.5.1):** ფინანსთა სამინისტრო რეგიონალური საგადასახადო ინსპექციების მეშვეობით ახორციელებს გადახდებს პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებისათვის, მას შემდეგ რაც SUSIF-ი წარუდგენს ხაზინას ანგარიშ-ფაქტურებს და მოხდება კონტრაქტის მიმართ გადახდების შესაბამისობის დამუშავება. ფინანსთა სამინისტრო არ აწარმოებს უზრუნველყოფელთა და რეგიონალური და ეროვნული SUSIF-ის ანგარიშ-ფაქტურების შეფასებასა და მონიტორინგს, რაც განხორციელდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.
- **ვარიანტი 2 (იხილეთ 4.5.1):** SUSIF-ი ან სახელმწიფო შემსყიდველი ახორციელებს გადახდებს მას შემდეგ, რაც ისინი მოამზადებენ ანგარიშ-ფაქტურების ვერიფიკაციის დოკუმენტს. ფინანსთა სამინისტრომ უნდა მიიღოს ბიუჯეტის ანგარიში და საგადასახადო ინსპექციების მეშვეობით აწარმოოს SUSIF-ის შედეგების მონიტორინგი. ფინანსთა სამინისტრო არ აწარმოებს უზრუნველყოფელთა ანგარიშ-ფაქტურების შეფასებას და მონიტორინგს.

4.5.2. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურა

ისეთ ადგილებში, სადაც ფუნქციონირებს 5 პჯდ გუნდი, უნდა დაფუძნდეს კერძო სამართლის იურიდიული პირი – არამომგებიანი ორგანიზაცია (პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი ორგანიზაცია – PHCDO).

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანებების პჯდ დაწესებულებების ოპტიმიზირებული ფილიალები და განყოფილებები, ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში, იქ სადაც დამოუკიდებელი პჯდ ერთეულების გახსნა ჯერ კიდევ არ არის შესაძლებელი (კახეთის რეგიონის გამოცდილების საფუძველზე).

- იურიდიული სუბიექტის ფილიალი – წარმოადგენს განცალკევებულ ქვედანაყოფს, რომელიც არ მდებარეობს იურიდიული სუბიექტის შენობაში და სრულიად ან ნაწილობრივ ასრულებს ოპტიმიზირებული პჯდ დაწესებულების ფუნქციებს.
- იურიდიული სუბიექტის განყოფილება – წარმოადგენს იურიდიული სუბიექტის ქვედანაყოფს და ფუნქციონირებს იურიდიული სუბიექტის შენობაში (აქვს იგივე მისამართი).

გარდამავალ პერიოდში სახელმწიფოს მონაწილეობით შექმნილი დაწესებულებები სახელმწიფოს მიერ აქციათა 100%-იანი საკუთრებით. მომავალში

მოხდება ამ ობიექტების ეგაპობრივი პრივატიზაცია, სადაც სახელმწიფოს წილი 50%-ზე მეტი იქნება. კერძო კაპიტალზე დაფუძნებული პჯდ დაწესებულებებს შეიძლება იყოს მომგებიანი დაწესებულებები. პრივატიზაციის სტიმულირებისა და ფილიალებისა და განყოფილებების ოპტიმიზაციის მიზნით, და იმ შემთხვევებში, როდესაც საბანკო სესხის გამოყენება მოხდება კერძო მხარის მიერ, შეიძლება მთავრობისგან, ბანკის ვალის დაფარვამდე, მათ მიეცეთ პჯდ-ს გაანგარიშებულ ხარჯებს ბევრით დამატებით (რაიმე სპეციალური ფონდიდან) ფინანსური მხარდაჭერა (ოდენობა და დრო უნდა განისაზღვროს). ოპტიმიზებული პჯდ დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესი დაიწყება 2012 წლიდან, პროფილის შეცვლის გარეშე.²³

იურიდიული სტატუსის საკითხი აღნიშნულ იქნა პუნქტში 4.3. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია ანუ უზრუნველყოფელი იქნება სახელმწიფოს მფლობელობაში მყოფი სახელმწიფო ორგანიზაცია. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციის ხელმძღვანელობას უნდა უზრუნველყოფდეს გენერალური მენეჯერი. ექიმისა და ექთნის დაქირავება მოხდება უზრუნველყოფელის მიერ; ექიმები მიიღებენ კერძო მეწარმეების სტატუსს და იმუშავენ კერძო კონტრაქტის საფუძველზე.

4.5.3. პჯდ უზრუნველყოფელის, როგორც კერძო სამართლის იურიდიული პირის – არამომგებიანი დაწესებულების ორგანიზაციული და სამენეჯმენტო ამოცანები

საოჯახო მედიცინის გუნდის, როგორც პჯდ მიმწოდებელის ძირითადი ფუნქციებია:

პაციენტის მართვა

- წარმოადგენს რა სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი კონტაქტის ადგილს ჯანდაცვის სისტემაში უნდა უზრუნველყოს მომხმარებელი ღია და შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობით, მიუხედავად პაციენტის ასაკისა, სქესისა და ნებისმიერი სხვა მახასიათებლებისა გაუწიოს მას მომსახურება ჯანმრთელობის ნებისმიერ პრობლემასთან დაკავშირებით.
- ეფექტიანად იყენებს ჯანდაცვის რესურსებს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში სხვა პროფესიონალებთან მუშაობის კოორდინირების მეშვეობით და სხვა სპეციალისტებთან რეფერალური სისტემის მართვის საშუალებით; საჭიროების შემთხვევაში საკუთარ თავზე იღებს პაციენტების ინტერესების დამცველის ფუნქციას;
- შეიმუშავებს ადამიანზე ფოკუსირებულ მიდგომას, რომელიც ორიენტირებულია ინდივიდზე, მის ოჯახზე და იმ საზოგადოებაზე, რომელსაც იგი განეკუთვნება;
- აგარებს უნიკალურ კონსულტაციებს, რომლის დროსაც ექიმსა და პაციენტს შორის ჩამოყალიბებული ეფექტური კომუნიკაციებით საფუძველი ეყრება ხანგრძლივ ურთიერთობებს;
- პაციენტის საჭიროების შესაბამისად პასუხს აგებს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სისტემატური მომსახურების უზრუნველყოფაზე.
- იღებს სპეციფიკურ გადაწყვეტილებებს იმ დაავადებათა პრევენციისა და სისხირის გათვალისწინებით, რომლებიც გავრცელებულია მისდამი გაპიროვნებულ უბანზე;

²³ კანდაცვის პოლიტიკის განყოფილება – რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურა და მენეჯმენტი

- ახორციელებს ცალკეული პაციენტების როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული პრობლემების მართვას;
- ახორციელებს ისეთი დაავადებების მართვას, რომლებიც შეიძლება არადიფერენცირებულად იყოს წარმოდგენილი; აღრეულ ეტაპზე და საჭიროებდეს სასწრაფო ჩარევას;
- ხელს უწყობს მისი პაციენტების ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას სათანადო და ეფექტური ინტერვენციების გამოყენებით;
- განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ეკისრება მასზე განპიროვნებული თემის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;
- აგვარებს პაციენტების ჯანმრთელობის პრობლემებს მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და ეგზისტენციალური განზომილებების გათვალისწინებით;
- აცნობს პაციენტებს მათ უფლებებს.

პჯდ მიმწოდებლის ზოგადი მენეჯერის ძირითადი ამოცანებია:

პრაქტიკის მენეჯმენტი

- საექიმო უბანზე მცხოვრები მოსახლეობის რეგისტრაცია მათი უბანზე მიმავრების პროცესში;
- პრაქტიკის საბანკო ანგარიშების მენეჯმენტი;
- პრაქტიკის ფინანსური ანგარიშების მენეჯმენტი საგადასახადო კოდექსის მოთხოვნების შესაბამისად და საგადასახადო ინსპექციაში საჭირო მონაცემების წარდგენა (ბალანსი, მოგება, მარალი და სხვადასხვა ფინანსური ანგარიშები);
- ანაბლაურებაზე ყოველთვიური მოთხოვნის მომზადება და მისი წარდგენა რეგიონალურ SUSIF-ში;
- პრაქტიკისა და პერსონალის ორგანიზაცია;
- ანგარიშების გაგზავნა რეგიონალურ SUSIF-ში, სამოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტებსა და ჯანდაცვის რეგიონალურ დეპარტამენტებში;
- ექსპლოატაციის ხარჯებისა და გადასახადების გადახდა;
- ანგარიშების, მიმართვების, წამალთდანიშნულებებისა და საბუღალტრო ანგარიშებისათვის ნორმატიული-სტანდარტული ფორმების გამოყენება;
- კონტრაქტების ხელმოწერა;
- პერსონალის მართვა.

4.5.4. პროფკავშირები და პროფესიული ასოციაციები

საქართველოს ექთანთა ასოციაცია ფოკუსირებულია საექიმო განათლებასა და პროფესიულ სტანდარტებზე.

ზოგადი პრაქტიკისა და ოჯახის ექიმთა ასოციაცია დაარსდა 1995 წლის 8 დეკემბერს. პროფესიული ჯგუფების ზეგავლენა პოლიტიკის შემმუშავებელთა გადაწყვეტილებებზე გარკვეულწილად შეზღუდულია, თუმცა ისინი განაგრძობენ ამ მიმართულებით მუშაობას. პროექტის რეკომენდაციაა, რომ ექიმებმა და ექთნებმა იმუშაონ მათი ასოციაციების ფარგლებში.

5. პჯდ მომსახურების შესყიდვა

5.1. სახელმწიფო შემსყიდველი და მისი იურიდიული სტატუსი

5.1.1. სახელმწიფო შემსყიდველი

სახელმწიფო შემსყიდველის განმარტება:

„ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რომელიც შეაფასებს განსაზღვრული მოსახლეობის საჭიროებებს და ყიდულობს მომსახურებას მათი მიმწოდებლებისაგან ამ საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად“²⁴.

სახელმწიფო შემსყიდველმა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში უნდა განახორციელოს რამოდენიმე ამოცანა:

- გენდერის ჩატარება ან მიმწოდებელთა შერჩევა სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ საქართველოს კანონის მოთხოვნების შესაბამისად;
- მიმწოდებლებთან კონტრაქტების დადება (პჯდ-ს საოჯახო მედიცინის გუნდები);
- ანგარიშ/ფაქტურების შემოწმება;
- პჯდ მიმწოდებლების ანაზღაურების საკითხები (იხ. 4.5.1. –რეკომენდირებულია ვარიანტი 2-ის მიხედვით);
- ფინანსური განაცხადის მომზადება ბიუჯეტის კონტროლისათვის;
- კონტრაქტით დაქირავებული მიმწოდებლებისა და საექიმო უბანზე მცხოვრები რეგისტრირებული მოსახლეობის მონაცემთა საინფორმაციო ბაზა;
- ანგარიშგება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე.

დანერგვის ეტაპზე 2-3 წლის განმავლობაში გენდერები უნდა იქნეს შეჩერებული. ადამიანთა რესურსების მომზადების გეგმა შეთანხმებული უნდა იყოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან, ECD-სა და ჯანდაცვის ადგილობრივ დეპარტამენტებთან და წარედგინოს სახელმწიფო შემსყიდველს.

5.1.2. იურიდიული სტატუსი

თანახმად პრეზიდენტის 2002 წლის 31 დეკემბრის ბრძანებულებისა № 558 სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ძირითადი ამოცანებია:

- „ჯანმრთელობის, სოციალური დაზღვევის, დასაქმებისა და სხვა სახელმწიფო პროგრამების რეალიზება, მოსახლეობის სოციალური დაზღვევის ორგანიზება, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული დახმარებების გაცემა“;

- „სამედიცინო, სოციალური დაზღვევის, დასაქმების და სხვა სახელმწიფო პროგრამების მიხედვით შესრულებული სამუშაოს ღირებულების, პენსიების, დახმარებების და სოციალური დაზღვევის სხვა გადასახადების გადარიცხვა გამოყოფილი დაფინანსების ფარგლებში“.

- „საქართველოს მოქალაქეთა რეგისტრაცია და მათი პერსონიფიკაცია სოციალური დაცვის სისტემაში ფიზიკური და იურიდიული პირების ჩართვის მიზნით“.

გადასახადების ახალი კოდექსის გამოყენებამ და სამედიცინო სამსახურებისათვის უშუალოდ ხაზინის მიერ გადასახადების წარმოებამ მნიშვნელოვნად შეცვალა SUSIF-ის როლი (იანვარი, 2005).

²⁴ უიტერი, 1997

პჯდ-ს და მომსახურების საბაზისო პაკეტის შესყიდვების დანერგვასთან ერთად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებულებით, SUSIF-მა უნდა უზრუნველყოს პჯდ პროგრამისათვის საჭირო ადმინისტრირება.

5.2. კონტრაქტების საკითხი პჯდ-ის სისტემაში

5.2.1. პჯდ-ს კონტრაქტების სისტემა

კონტრაქტის განმარტება: „*კონტრაქტი ეს არის ორი ან მეტი მხარის შეთანხმება, რომელიც მიზნად ისახავს ოფიციალური ურთიერთობების დამყარებას.* თუ ასეთი შეთანხმება შეიცავს კონტრაქტის ძირითად ელემენტებს, ვერც ერთი მხარე ვერ დაარღვევს მათ, თუ კი ეს წინასწარ არ იქნება შეთანხმებული ამ მხარეთა შორის. ნებისმიერი შეთანხმება საქონლის ან მომსახურების მიწოდებაზე გარკვეული ანაზღაურების საფასურად, რომელიც შეესაბამება მოცემულ განმარტებას წარმოადგენს კონტრაქტს. კონტრაქტში მონაწილე ყველა მხარე კანონის ძალით ვალდებულია შეასრულოს კონტრაქტის პირობები. ამიგომ მხარეები დიდი გულსყურით უნდა მოეკიდონ კონტრაქტის დადების საკითხს – წინააღმდეგ შემთხვევაში შედეგები შეიძლება იყოს მათთვის არასასურველი და დაკავშირებული დიდ ხარჯებთან“.

ჰარდინგისა და ფრიკერის ნაშრომის მიხედვით (2003) კონტრაქტირების პროცესის უპირატესობები სახელმწიფოს სექტორისათვის მდგომარეობს შემდეგში:

- **კონკურენციული ძალები:** კონტრაქტმა შეიძლება ზემოქმედება მოახდინოს, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო უზრუნველყოფელებზე, როგორც მათი საქმიანობის გაუმჯობესების, ასევე ფასების თვალსაზრისით;
- **დაგეგმვა და პოლიტიკის შემუშავება:** კონტრაქტირების პროცესი საჭიროებს და ხელს უწყობს დაგეგმვის და პოლიტიკის სრულყოფას საქონლისა და მომსახურებათა მოცულობის, ხარჯების, ხარისხის, რეაგირებადობის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და სხვა საკითხების შესახებ ინფორმაციის ნაკადების გაუმჯობესების მეშვეობით;
- **ფასების სტაბილურობა:** კონტრაქტები მთავრობისათვის წარმოადგენს საჭირო სამედიცინო მომსახურების შეთანხმებული და აქედან გამომდინარე პროგნოზირებადი ფასებით შესყიდვის მექანიზმს.

გარდა ამისა, კონტრაქტებით ასევე შესაძლებელია გაუმჯობესდეს სამედიცინო მომსახურების სამართლიანად განაწილების პრინციპის სრულყოფა, რადგან საქართველოს მთავრობამ შეიძლება შემოიღოს ისეთი კონტრაქტები, რომლებიც ფოკუსირებული იქნება მომსახურების მიწოდებაზე მოსახლეობის უღარიბესი და დაუცველი ჯგუფებისათვის.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიძლება გამოიყენოს კონტრაქტირების პროცესი იმისათვის, რომ წარმართოს კერძო სექტორის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესი ჯანმრთელობის ეროვნული ამოცანების განხორციელების უზრუნველსაყოფად.

კონტრაქტირების უმნიშვნელოვანესი მახასიათებელია ის, რომ პჯდ უზრუნველყოფელები კერძო სუბიექტებს წარმოადგენენ (იხ. 3.3. და 3.4.). სახელმწიფო არ არის მათი მფლობელი, მაგრამ ფლობს შენობებს (მნიშვნელოვანი აკრედიტაციის თვალსაზრისით). კონტრაქტირება შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად: ხელშეკრულების დამდებ მხარეს ეკისრება სრული პასუხისმგებლობა მომსახურების მიწოდებაზე, მათ შორის პერსონალის დაქირავება, განთავისუფლება, ხელფასების

გადახდა, ძირითადი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების შესყიდვა და განაწილება, სამედიცინო დაწესებულების ორგანიზაციული მოწყობა და კადრებით დაკომპლექტება.

კონგრატაციების ზოგადი მოგვიანება უკავშირდება იმ თეორიებს, თუ რაგომ ვერ ახორციელებს ხელისუფლება მომსახურების უზრუნველყოფას. კონგრატაციების მთავარი პირობა მდგომარეობს იმაში, რომ სახელმწიფო სექტორის გრადიციული ორგანიზაციული ფორმა, იერარქიული ბიუროკრატია არაეფექტურია და რომ სხვადასხვა საბაზრო მექანიზმის შემოღება მნიშვნელოვნად გაზრდის სახელმწიფოს მიერ მომსახურების მიწოდების ეფექტიანობას.

არსებული სიტუაციიდან გამომდინარე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, SUSIF-მა და მიმწოდებლებმა უნდა გამოიყენონ კონგრატაციების ისეთი სისტემები, როდესაც სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფელთან კონგრატაციას დებს უშუალოდ სახელმწიფო შემსყიდველი (SUSIF).

5.2.2. კონგრატაციების შინაარსი

კონგრატაციები შემსყიდველსა (მაგალითად, SUSIF) და პჯდ მიმწოდებელს (მაგ. თვითდაქირავებული პჯდ გუნდები ან პჯდ მენეჯერი) შორის შექმნის სამართლებრივ პლატფორმას პჯდ-ს მიწოდებისათვის საქართველოში. კონგრატაციი უნდა შეიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

- შესავალი ან კონგრატაციის საგანი და პჯდ განმარტება
საოჯახო მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებული პჯდ დაწესებულებები წარმოადგენენ პაციენტთან პირველადი კონტაქტის ადგილს.
ყოვლისმომცველი პჯდ მომსახურების მიწოდება განხორციელდება საოჯახო მედიცინის გუნდის მიერ (1 ექიმი + 1 ექთანის), რაც მოიცავს:
 - კურაციულ პჯდ მომსახურებას;
 - პრევენციულ მომსახურებას: ბავშვების იმუნიზაცია და ასევე მომრდილთა ვაქცინაცია ტეგანუსზე, საბაზისო პრევენციული გასინჯვები მოსახლეობის ყველა ჯგუფისათვის;
 - საბაზისო ლაბორატორიულ ტესტებს;
 - მედიკამენტები: ჩვენ გთავაზობთ მომსახურებათა საბაზისო პაკეტში ესენციალური მედიკამენტების სპეციფიკურ ჩამონათვალის შეგანას „კატასტროფული დაფარვის“ სახით.
 - მომსახურების სახეები, რომლებიც არ შედის მომსახურებათა საბაზისო პაკეტში; მომსახურება, რომელიც განეკუთვნება პიროვნების პირადი ინტერესების სფეროს (მაგალითად, სერტიფიკატების ან ცნობების გაცემა); აკუპუნქტურა და კოსმეტიკური მანიპულაციები.
 - უფლებამოსილი პირები და ხელმოწერებიპასუხისმგებელი პირის განსაზღვრა, როგორც შემსყიდველის, ასევე უზრუნველყოფელის მხრიდან, რომელიც ხელს აწერს კონგრატაციას და პასუხს აგებს კონგრატაციის პირობების შესრულებაზე.
- საკონგრატაციო პერიოდი, ფისკალური წელი
დრო, რომელსაც მოიცავს კონგრატაციი (და კონგრატაციის განახლების შესაძლო დონისძიებები მისი წარმატებით შესრულების უზრუნველსაყოფად).

- კონგრატის პირობები
 - ლიცენზირებული ექიმები;
 - აკრედიტებული დაწესებულებები;
 - გაწეული მომსახურება.
- პირობები:
 - სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფელი ახორციელებს საექიმო უბანში მაცხოვრებელი მოსახლეობის რეგისტრაციას, ხოლო მათ აგრეგირებას კი შემსყიდველი;
 - მიმართვის სისტემა: „მეკარიბჭის“ ფუნქციის მექონე პჯდ ახორციელებს პაციენტების მიმართვებს სამედიცინო მომსახურების მეორეულ და მესამეულ დონეებზე + ამ დონეებიდან დაბრუნებული პაციენტების მონიტორინგი;
 - მედიკამენტების დანიშვნა/გამოწერა;
 - პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდება მათი უფლებების შესახებ;
 - საბუღალტრო აღრიცხვის წარმოება;
 - სამედიცინო ჩანაწერებისა და სტატისტიკის წარმოება;
 - შემსყიდველისათვის შერჩეული ინდიკატორების მიწოდება (უგილიზაცია /რეფერალური მიმართვების რაოდენობა /წამალთ-დანიშნულებების, რეცეპტების რაოდენობა /სპეციფიური დაავადებების შემცირება /პრევენცია/იმუნიზაცია).
 - გარანტიები
 - ჰიგიენა;
 - სამედიცინო მომსახურების/მკურნალობის ხარისხი.
 - ექიმთა უფლებები და მოვალეობები:
 - აღჭურვილობის სათანადო მომსახურება;
 - პაციენტების მკურნალობა კლინიკურ დონემდე;
 - პირველადი დახმარების გაწევა
 - შემსყიდველის, „მეთვალყურის“ და სტატისტიკის დეპარტამენტის უზრუნველყოფა საჭირო ინფორმაციით, როგორცაა სამედიცინო სტატისტიკა, ფინანსური და სამენეჯმენტო ინფორმაცია;
 - გარანტირებული ხელფასები
 - გადამზადება.
 - სამუშაო გრაფიკი
 - 8 საათი დღეში და 5 დღე კვირაში;
 - 24 საათიანი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.
 - გადახდის/ანაზღაურების მეთოდი:
 - კაპიტაციური > კურაციული მომსახურებისათვის;
 - მომსახურების გადასახადი > პრევენციული მომსახურებისათვის;
 - თანაგადახდა > მედიკამენტებისათვის
 - საბანკო ანგარიში
 - შედეგების მონიტორინგი (შემსყიდველის მოვალეობა, რომელიც უნდა ლეგალიზებული იქნეს კონგრატით):
 - ანგარიშგება;
 - ინდიკატორები.
 - ჯარიმები:
 - არაფორმალური გადახდები;
 - რეფერალური სისტემა

- ღოკუმენტის გაყალბება.
- კონფლიქტის გადაჭრა
- პჯდ ექიმის მიერ მომზადების ხარჯების დაფარვა მისი თანამდებობების ან სამუშაოს შეცვლის შემთხვევაში

განსაზღვრული კონტრაქტი უნდა დამტკიცდეს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, სტანდარტული კონტრაქტის სახით. ასეთი სტანდარტული ფორმის შეცვლა არ შეუძლია არც შემსყიდველს და არც მიმწოდებელს. კონტრაქტი უნდა შედგებოდეს შემდეგი სამი ნაწილისაგან:

- წინაპირობები;
- შეთანხმების საგანი;
- იურიდიული მხარე.

კონტრაქტის ნიმუში უნდა შეთანხმდეს OPM/AbtCoReform-ის პროექტებსა და სადამბლვევო ფონდის, ჯანდაცვის სამინისტროს და ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების ადგილობრივ ექსპერტებთან.

5.3. სხვა (არასახელმწიფო) შემსყიდველები

სხვა არასახელმწიფო შემსყიდველებს განეკუთვნებიან არასამთავრობო ორგანიზაციები, კერძო სადამბლვევო კომპანიები, კერძო კომპანიები ან ცალკეული ოჯახები. მათი მხრიდან უნდა არსებობდეს ინტერესი იმისა, რომ გამოიყენონ ან ხელშეკრულება დადონ უშუალოდ განახლებულ პჯდ დაწესებულებებთან და გადაამზადებულ ექიმებთან, ხოლო სახელმწიფოს უნდა გააჩნდეს დაინტერესება იმისა, რომ პჯდ სერვისების შესყიდვა 100%-ით მოხდეს სახელმწიფო შემსყიდველის კონტრაქტით. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიქმნება ნიადაგი კორუფციისათვის. თუ სახელმწიფოს ინტერესებში შედის შეუნარჩუნოს არასამთავრობო სექტორის იმუნიზაციისა და ვაქცინაციის პროგრამების განხორციელება, მაშინ კონტრაქტი უნდა დაიდოს სახელმწიფო შემსყიდველსა და არასამთავრობო ორგანიზაციას შორის. სერვისებთან დაკავშირებით შემსყიდველსა და პჯდ დაწესებულებას შორის იდება კონტრაქტი.

6. მომსახურების საბაზისო პაკეტი და მისი უზრუნველყოფა

6.1. მომსახურების საბაზისო პაკეტის განმარტება

მომსახურების საბაზისო პაკეტით მოსახლეობას უფლება ეძლევა სახელმწიფო მოცვით მიიღოს სრული ან ნაწილობრივი მომსახურება. მომსახურების იმ საფასური, რომლებიც არ არის შეტანილი პაკეტში, მაგრამ რომელსაც ექიმები კვლავაც აწარმოებენ, უნდა გადაიხადოს პაციენტმა.

საბაზისო პაკეტი ახალი პჯდ სისტემისათვის მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- პრევენცია
- მკურნალობა
- ლაბორატორია
- მედიკამენტები
- ადმინისტრირება.

პრევენციის კომპონენტი

მოსახლეობას უფლება აქვს უფასოდ მიიღოს იმუნიზაცია და შემდეგი სახის პრევენციული სერვისები:

იმუნიზაცია	ასაკობრივი ჯგუფი	სისშირე
ბცე – ტუბსაწინააღმდეგო იმუნიზაცია	0-1	1ხ
ოპვ – ორალური პოლიო ვირუსი	0-5	5ხ
დჟგ – აცრა ლიფტერია, ყივანახველა ტეტანუსი	0-4	4ხ
ჰპ ბ – იმუნიზაცია ჰეპატიტი ბ	0-1	3ხ
წითელას იმუნიზაცია	0-5	2ხ
ყბაყურას იმუნიზაცია	0-5	2ხ
წითელას, ყბაყურას და წიგელას იმუნიზაცია	1-14	3ხ
ყივანახველას იმუნიზაცია	0-6	3ხ
ყბაყურასა და წითურას იმუნიზაცია	1-5	2ხ
დიფთერიისა და ტეტანუსის იმუნიზაცია	5	1ხ
დიფთერიისა და ტეტანუსის იმუნიზაცია	14	1ხ
ცოფის იმუნიზაცია – კომბინირებული კურსი ანტირაბიული იმუნოგლობულინით	ნებისმიერი ასაკი	6ხ
ტეტანუსის იმუნიზაცია – გამაძლიერებელი დოზა	15-19	1ხ
	20-55	1 X 10 წელიწადში
	რისკ-ჯგუფებისათვის	1 X 5 წელიწადში
	ჭრილობების შემთხვევაში არაავაქცინებულ პირებში	3ხ
პოლიომიელიტის იმუნიზაცია – გამაძლიერებელი დოზით დამამთავრებელი კლასების მოწაფეებისათვის	15-19	1ხ
პოლიომიელიტის იმუნიზაცია – მომრდილთათვის განსაკუთრებული რისკის დროს	20-55	1ხ

ცხრილი 19. საბაზისო პაკეტში შეტანილი იმუნიზაციის ღონისძიებები

პრევენციული შემოწმებები	ასაკობრივი ჯგუფი	სისშირე
პიროვნების ჯანმრთელობის შემოწმება	15-65	1 X 3 წელიწადში
ესლ მაღალი რისკი	40-64 მამაკაცი 50-64 ქალი	1 X 3 წელიწადში
დიაბეტის მაღალი რისკი	45+	1 X 3 წელიწადში
ხანდაზმულთა შემოწმება	65-75	1 X 3 წელიწადში
ხანდაზმულთა შემოწმება	75+	1 X 1 წელიწადში
ბავშვების ჯანმრთელობის შემოწმება	0-1	14 X
ბავშვების ჯანმრთელობის შემოწმება	1-2	2 X
ბავშვების ჯანმრთელობის შემოწმება	3-12	5 X
ანგენაგალური დახმარება		9 X

ცხრილი 20. საბაზისო პაკეტში შეტანილი პრევენციული შემოწმებები

მკურნალობის კომპონენტი

მოსახლეობას აქვს უფლება მკურნალობის მისაღებად მიმართონ პჯდ ექიმებს. თუმცა სახელმწიფო დაფინანსება არ მოიცავს შემდეგი სახის მკურნალობას:

- აკუპუნქტურა
- ნებისმიერი სახის კოსმეტიკური მომსახურება

მკურნალობის მიზნით გაკეთებული ვიზიტი პაციენტისათვის უფასოა:

- ვიზიტი უნდა განხორციელდეს პჯდ ექიმის ოფიციალური სამუშაო საათების განმავლობაში, თუკი ადგილი არ აქვს ურგენტულ შემთხვევას
- ვიზიტი ხორციელდება დაწესებულებაში.

პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს პჯდ ექიმის ვიზიტი ბინაზე იმ შემთხვევაში, თუ მას ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვნად გაუარესების რისკის გარეშე არ შესწევს უნარი მიაღწიოს დაწესებულებაში. ასეთი ვიზიტისათვის პაციენტმა უნდა გადაიხადოს ფიქსირებული თანაგადახდის თანხა.

ლაბორატორიის კომპონენტი

პაციენტს უფლება აქვს უფასოდ მიიღოს შემდეგი სახის ლაბორატორიული მომსახურება (რომლის დაფარვა ხდება ვიზიტზე თანაგადახდით მიღებული თანხით), რომელიც მას დაუნიშნა თავისმა პჯდ ექიმმა:

ლაბორატორიული ტესტი
სისხლის საერთო ანალიზი
შარდის საერთო ანალიზი
ტესტი ფარულ სისხლდენაზე
გლუკოზის დონე სისხლში
ვაგინალური ნაცხი
სისხლის რეზუსი/ჯგუფი
სეროლოგიური ტესტი სგვდ (ვასერმანი)
კრეატინინის ტესტი
ქოლესტერინის ტესტი
სისხლის შედეღება
პროგრამბინის ტესტი

ცხრილი 21. საბაზისო პაკეტში შეტანილი ლაბორატორიული ტესტები

წამლის კომპონენტი

წამლის კომპონენტი წარმოადგენს საბაზისო პაკეტის ყველაზე წინააღმდეგობრივ ნაწილს. ამჯამად პაციენტებს სახელმწიფო სუბსიდიების მეშვეობით მიეწოდება მედიკამენტების ძალზედ მცირე რაოდენობა. მოსახლეობის უმეტესობა იძულებულია წამლების უდიდესი ნაწილი შეიძინოს საბაზრო ფასებით, რის შედეგადაც მოსახლეობის უდიდეს ნაწილს ერთის მხრივ ეზღუდება ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებისადმი, ხოლო მეორეს მხრივ ასეთი სიგუაცია აქვეითებს მოსახლეობის მოტივაციას, რათა მიმართონ პჯდ დაწესებულებებს.

მკურნალობის პროგნოზებისა და იმ დაავადებების მედიკამენტების სქემების ანალიზის საფუძველზე, რომელთა მკურნალობაც შედის პჯდ ღონის კომპეტენციაში²⁵,

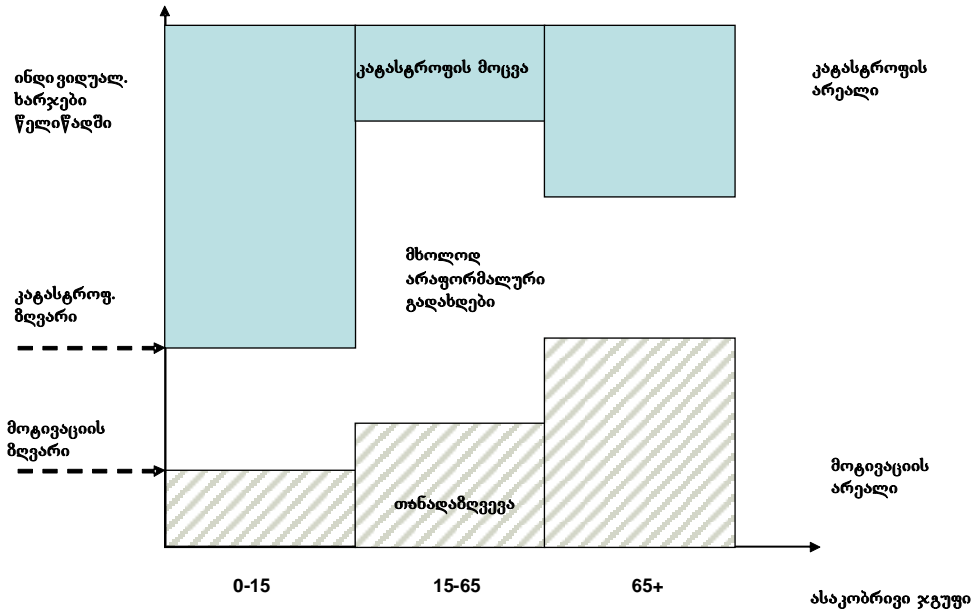
²⁵ იხ. ნემეცი, ქაროსანიძე – მედიკამენტები საქართველოს პჯდ სისტემაში. GVG, 2005

შემუშავებულ იქნა მედიკამენტების ორი ნუსხა (ბავშვებისა და მოზრდილებისათვის). წამლების ამ ნუსხებთან დაკავშირებული წლიური დანახარჯების²⁶ დაანგარიშებისას გამოყენებულ იქნა ამ დაავადებათა პრევალენტობისა და შემთხვევათა სიხშირის მახვენებლები საქართველოს პირობებისათვის.

ორივე ეს ნუსხა მოცემულია დანართში 7 თითოეული შემთხვევისათვის მოცემულ მედიკამენტზე საშუალო დანახარჯებით; ამასთან დანართი შეიცავს საერთო წლიური დანახარჯების გაანგარიშებას როგორც კახეთის რეგიონისათვის, ასევე მთლიანად საქართველოსათვის და იმ პაციენტთა შესაბამის წლიურ რაოდენობას, რომლებსაც ექნებათ მოთხოვნა ამ მედიკამენტებზე.

რამდენადაც მედიკამენტებზე დანახარჯების მოცვა სახელმწიფო სახსრებით ამ (დანართში 7 წარმოდგენილი საკმაოდ ლიმიტირებული ნუსხის შემთხვევაშიც კი) არ არის გათვალისწინებული არსებულ სახელმწიფო ბიუჯეტში²⁷, სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემაში გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტების მიერ უშუალო გადახდების მნიშვნელოვანი წილი. მოცემულ დოკუმენტში გაანალიზებულია სუბსიდირებული მედიკამენტების სხვადასხვა სქემები²⁵ - თანადაზღვევა, თანაგადახდა თითოეული პაკეტისათვის, დარიცხვა დაავადების ყოველ ეპიზოდზე და წლიური დარიცხვა.

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემა მოცემულია სურათზე 7 “სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემა”, რომელშიც კომბინირებული სახითაა წარმოდგენილი სუბსიდირებული მედიკამენტების ზემოთ აღნიშნული სქემების უმეტესობა და რომელიც რეკომენდირებულია საბაზისო პაკეტის წამლის კომპონენტის სახით.



სურათი 7. სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემა

²⁶ სპეციფიკური მონაცემები კახეთის რეგიონისათვის არ არსებობს, კახეთის მონაცემები გაანგარიშებულია ქვეყნის მონაცემების საფუძველზე.

²⁷ დაახლოებით წლიურად 180 მილიონი ლარი მოზრდილებისათვის და 10 მილიონი ლარი ბავშვებისათვის

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგად სქემაში გამოყოფილია სამი ასაკობრივი ჯგუფი – 15 წლამდე ასაკის ბავშვები, 65 წლამდე ასაკის მოზრდილები და 65 წელზე უფროსი მოსახლეობა. თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში არსებობს მისთვის დამახასიათებელი ზღვრები. პირველი არის “მოტივაციის” ზღვარი. პაციენტი იხდის მხოლოდ მისი წამლების თანადაზღვევას (ფიქსირებული პროცენტული წილი) ვიდრე კალენდარული წლის დასაწყისიდან მის მიერ შეძენილი წამლების თანხა არ მიაღწევს მოტივაციის ზღვარს. ამ ზღვარს ზემოთ პაციენტი თავად იხდის მედიკამენტების სრულ ღირებულებას, ვიდრე კალენდარული წლის დასაწყისიდან მოყოლებული, მის მიერ შეძენილი მედიკამენტების საერთო ღირებულება არ მიაღწევს “კატასტროფულ” ზღვარს. ამ ზღვარს ზემოთ მედიკამენტების დანახარჯების სრულ დაფარვას უზრუნველყოფს სახელმწიფო შემსყიდველი და პაციენტს აღარ სჭირდება წლის დარჩენილი პერიოდის განმავლობაში შეძენილი მედიკამენტების საფასურის გადახდა.

მოტივაციის ზღვრის შინაარსი მდგომარეობს იმაში, რომ მან ხელსაყრელი გახადოს მოსახლეობისათვის ჰჯდ სისტემით სარგებლობა, ხოლო კატასტროფული ზღვრის შემორებით შესაძლებელი ხდება დავიცვათ მოსახლეობა კატასტროფულად მაღალი ხარჯებისაგან, რამაც შეიძლება მნიშვნელოვნად დააზარალოს მათი სოციალური მდგომარეობა.

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემის თითოეული ვარიანტი შეიძლება აღწერილ იქნას ექვსი პარამეტრით – მოტივაციის და კატასტროფული ზღვრები და თანადაზღვევა ხარჯების დასაფარავად მოტივაციის ზღვრამდე. სამივე ეს პარამეტრი ეხება თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფს.

დანართი 8 წარმოგვიდგენს მოდელირების შედეგებს რომლებიც მოიცავს ასეთი პარამეტრების თითქმის ყველა მისაღებ კომბინაციას და შეიძლება გამოყენებულ იქნას საერთო სახელმწიფო დანახარჯების გასაანგარიშებლად როგორც კახეთის რეგიონის, ასევე მთელი საქართველოსათვის. თავდაპირველად ჩვენ გთავაზობთ შემდეგ ვარიანტებს:

ვარიანტი 1 – (როგორც მოტივაციის ასევე კატასტროფული ხარჯების მოცვა)

ასაკობრივი ჯგუფი/პარამეტრი	მოტივაციის ზღვარი	თანადაზღვევა	კატასტროფული ზღვარი
0-15	20	25%	100
15-65	0	არ არსებობს	200
65+	20	50%	100

ვარიანტი 2 – მხოლოდ კატასტროფული ხარჯების მოცვა

ასაკობრივი ჯგუფი/პარამეტრი	მოტივაციის ზღვარი	თანადაზღვევა	კატასტროფული ზღვარი
0-15	0	არ არსებობს	100
15-65	0	არ არსებობს	200
65+	0	არ არსებობს	100

ცხრილი 22. სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემის პარამეტრები

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემა იძლევა პაციენტის სოციალურ სტატუსისადმი შესაბამისი მოდიფიკაციის განხორციელების შესაძლებლობას. მოსახლეობის დაუცველი ჯგუფებისათვის მოტივაციის ზღვარი შეიძლება იყოს უფრო მაღალი, ხოლო კატასტროფული ზღვარი კი უფრო დაბალი, რაც იძლევა სახელმწიფო

დაფინანსების უფრო მიზნობრივი გამოყენების შესაძლებლობას იმ ადამიანების დასაკმაყოფილებლად, რომლებსაც გააჩნიათ ამის საჭიროება.

ადმინისტრაციის კომპონენტი

სერვისებს, რომლებსაც უზრუნველყოფს სახელმწიფო, ან სახელმწიფო ორგანიზაცია, განეკუთვნება:

- წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმება.

ყველა სხვა სახის სამედიცინო შემოწმების გადასახადს, რომელიც განეკუთვნება პიროვნების კერძო ინტერესს, იხდის თავად პაციენტი.

6.2. საბაზისო პაკეტით სარგებლობის უფლებამოსილება

საქართველოს ყველა მუდმივ მაცხოვრებელს უფლება აქვს ისარგებლოს საბაზისო პაკეტით, რომლის აღწერილობაც მოცემულია 6.1 ქვეთავში.

6.3. საბაზისო პაკეტის უზრუნველყოფის ძირითადი პრინციპები

პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფისას გამოიყენება შემდეგი საბაზისო პრინციპები:

- პჯდ უზრუნველყოფელის თავისუფალი არჩევა – ამ პრინციპის მიზანია პაციენტის როლის გაზრდა ჯანდაცვის სისტემაში და პჯდ უზრუნველყოფელებისათვის სამედიცინო მომსახურებისა და მათი საქმიანობის ხარისხის გაუმჯობესების მოტივაციის შექმნა გაზრდა. მოქალაქეები რეგისტრირდებიან მათ მიერ შერჩეულ პჯდ უზრუნველყოფელთან. რეგისტრაცია უფლებას ანიჭებს მათ ისარგებლონ დადგენილი საბაზისო პაკეტის ყველა მომსახურებით. რეგისტრაციის შეცვლა შეიძლება სამ თვეში ერთხელ, თუკი არსებობს უზრუნველყოფელის შეცვლის მნიშვნელოვანი მიზეზი (მაგ. საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა). იმ შემთხვევაში, თუ მოქალაქე რეგისტრირებული არ არის უზრუნველყოფელთან, მაშინ მას მოუწევს ყველა გამოყენებული პჯდ სერვისის ღირებულების სრული ანაზღაურება სახელმწიფო სუბსიდირების გარეშე (პრევენციისა და იმუნიზაციის ჩათვლით) დადგენილი გარიფების მიხედვით. თავისუფალი არჩევანის პრინციპი არ მოქმედებს გარდამავალ პერიოდში.
- მეკარიბჭის ფუნქცია – ყველა პაციენტს აქვს უფლება სახელმწიფო სუბსიდიებით მიიღოს ე.წ. ელექტიური მომსახურება ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე მხოლოდ იმ პჯდ უზრუნველყოფელის მიმართვის საფუძველზე, რომელთანაც იგი არის რეგისტრირებული. წინააღმდეგ შემთხვევაში პაციენტმა უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება სპეციალისტის ან საავადმყოფოს გარიფების მიხედვით სახელმწიფო სუბსიდირების გარეშე. ეს არ ეხება იმ შემთხვევებს, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას და სქესობრივი გზით გადაამდებ დაავადებებს.

7. აქლ ლაზინანსება

7.1. ჰჯდ პრაქტიკების ხარჯები

პროექტის გუნდის მიერ შემუშავებულ იქნა ხარჯების ყოვლისმომცველი მოდელი, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა ტიპის ჰჯდ დაწესებულებებს (საექთნო პუნქტი, სოლო ჰჯდ პრაქტიკა, ჯგუფური პრაქტიკა, რომელიც შედგება 2 ან 5 სამედიცინო გუნდისაგან, ბიოქიმიური ლაბორატორია), რომლებსაც გააჩნიათ განსხვავებული აღჭურვილობა (საგრანსპორტო საშუალებით ან მის გარეშე, კომპიუტერული ტექნიკით ან მის გარეშე).

მოდელი შეიცავს არაპერიოდულ ხარჯებს (ამორტიზაციას და არაამორტიზებულ ინვესტიციებს), პერიოდულ ხარჯებს (სარემონტო-საექსპლუატაციო ხარჯები, კომუნალური მომსახურების ხარჯები, დამხმარე სამსახურების ხარჯები, სამედიცინო და საოფისე მასალების, საკომუნიკაციო და საწვავის ხარჯები) და პერსონალის ხარჯებს (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის ხელფასები, სწავლების ხარჯები და პროფესიული ლიგერატურის შეძენის ხარჯები).

ხარჯების მოდელისათვის მონაცემები აღებულ იქნა ნორმატიული ბაზიდან და წინააღმდეგობაში მოდის არსებულ რეალობასთან. გაკეთდა რამოდენიმე საკვანძო დაშვება:

- სამედიცინო პერსონალის ხელფასი არსებულთან შედარებით გაიზარდა თვეში 250 ლარამდე ჰჯდ ექიმისათვის და 150 ლარამდე ექთნისათვის²⁸;
- საოფისე ფართის ღირებულება ჰჯდ პრაქტიკისათვის შეფასებულ იქნა 500 ლარად 1მ² ამორტიზაციის 20-წლიანი პერიოდით (თანახმად საქართველოში მოქმედი საგადასახადო კოდექსისა). სოლო ჰჯდ პრაქტიკის წარმოებისათვის სათანადოდ მიჩნეულ იქნა 89მ² ფართი²⁹
- ზოგიერთ შემთხვევაში ამორტიზაციის პერიოდი შესაბამისობაში იქნა მოყვანილი აღჭურვილობის ფუნქციონირების ხანგრძლივობასთან.

ხარჯების მოდელის შედეგები გამოიყენება ერთის მხრივ ტარიფების გასაანგარიშებლად, რის საფუძველზეც მოხდება ჰჯდ პრაქტიკების ანაზღაურება, ხოლო მეორეს მხრივ საერთო სახელმწიფო დაფინანსების განსაზღვრისათვის, რომლის საფუძველზეც მოხდება ჰჯდ სისტემის სათანადო დაფინანსება. იმ შემთხვევაში, თუ ვერ მოხერხდება ჰჯდ პრაქტიკების აღექვამურად დაფინანსება, ჩვენ ინფორმაცია გვექნება დაფინანსების დეფიციტის მოცულობის შესახებ. ახლა ჩვენ შეგვიძლია გადავწყვიტოთ, ვუმზუნველყოთ თუ არა სხვა წყაროებიდან თუ კვლავაც დავგოვოთ ჰჯდ პრაქტიკა არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში. ამ უკანასკნელი შემთხვევისათვის ხარჯების მოდელი გვაწვდის ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ სად შეიძლება კომპრომისის გაკეთება.

დანართი 3 წარმოგიდგენს პრაქტიკისა და ლაბორატორიის ყველა ტიპის სრულ მოდელს. ცხრილში შეჯამებულია ხარჯების მოდელის ძირითადი მაჩვენებლები იმ

²⁸ არსებულ ხელფასებთან შედარებით ასეთი 100%-ზე მეტი მაგებაც კი ვერ უმზუნველყოფს სამედიცინო პერსონალის სათანადო სოციალურ სტატუსს.

²⁹ რამდენადმე ნაკლებია საერთაშორისო სტანდარტზე, რომელიც შეადგენს დაახლოებით 110 მ²

ცალკეული სამედიცინო პრაქტიკისა, რომელიც ემსახურება საშუალო ასაკის 2000 მოსახლეს. ამ ტიპის პრაქტიკა გამოყენებული იქნება ანაზღაურების გარიფების განსაზღვრის ეტალონი.

სვეტებში მოცემულია შემდეგი ინფორმაცია:

- ერთეულის ფასი ერთი პრაქტიკისათვის ნიშნავს განსზღვრული პუნქტის წლიურ ხარჯს ლარებში
- კუმულაციური ხარჯები აჯამებს ერთეულის ხარჯებს ხარჯვის პუნქტების იერარქიის მიხედვით.
- ხარჯების პუნქტის შეფარდებითი წილი განსაზღვრავს მოცემული ხარჯების საერთო წილს
- ცვლადი ხარჯების წილი წარმოადგენს ერთეულის ხარჯის გაანგარიშებულ პროცენტულ წილს, რომელიც დამოკიდებულია მოცული მოსახლეობის რაოდენობაზე ან პრაქტიკის უგილიზაციაზე.
- ერთეულის ცვლადი ხარჯები წარმოადგენს ცვლადი ხარჯების წილისა და ერთეულის ხარჯების ნამრავლს.

ცხრილი 23. ხარჯების მოდელის შეჯამებული ფორმა

ხარჯის ტიპი	1 პრაქტიკის ხარჯები	ერთეულის კუმულაციური ხარჯები	ხარჯების ტიპების შეფარდებითი წილი	ცვლადი ხარჯების წილი	ცვლადი ხარჯები
სამედიცინო პერსონალის ხარჯები	5 400	5 400	28,6%	0%	0
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები	720	6 120	3,8%	0%	0
სხვა პერსონალის ხარჯები	510	6 630	2,7%	0%	0
სამედიცინო მარაგები პრაქტიკისათვის (გადაუღებელი წამლები და მასალები)	989	7 619	5,2%	80%	791
სამედიცინო მარაგები ლაბორატორიისათვის	242	7 861	1,3%	80%	193
სამედიცინო მარაგები იმუნიზაციისათვის	587	8 448	3,1%	100%	587
სამედიცინო მარაგები პრევენციული გასინჯვებისათვის	672	9 120	3,6%	100%	672
საოფისე მასალები	768	9 888	4,1%	40%	307
კომუნალური ხარჯები	1 326	11 213	7,0%	5%	66
კომუნიკაციის ხარჯები	479	11 692	2,5%	30%	144
საწვავის ხარჯები (გენერატორისათვის)	370	12 062	2,0%	0%	0
სერვისი	983	13 044	5,2%	20%	197
მოვლა-შენახვა (შენობის)	986	14 030	5,2%	5%	49
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (პრაქტიკა)	2 170	16 200	11,5%	0%	0
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (ლაბორატ.)	460	16 660	2,4%	0%	0
შენობის ამორტიზაცია (პრაქტიკა)	1 750	18 410	9,3%	0%	0
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (ლაბორატ.)	470	18 880	2,5%	0%	0
საერთო ხარჯი	18 880				3 007

წარმოდგენილი ცხრილი გვიჩვენებს, რომ ისეთი ცალკეული პრაქტიკის საერთო წლიური ხარჯები, რომელიც მომსახურებას უწევს 2000 მოსახლეს დადგენილი საბაზისო პაკეტის მიხედვით (პრევენციული მომსახურების ჩათვლით)

შეადგენს 18 475 ლარს³⁰, ხოლო აქედან 2 384 ლარი (12.9%) დამოკიდებულია მოსახლეობის რაოდენობაზე და უტილიზაციაზე.

ცხრილში მოცემული ციფრების საფუძველზე შესაძლებელია განისაზღვროს, თუ რა ზეგავლენას ახდენს მოცული მოსახლეობის სხვადასხვა რაოდენობები ცალკეული პრაქტიკის საერთო ხარჯებზე და ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯების ოდენობაზე. იხ ცხრილი ქვემოთ..

მოცული მოსახლეობა	1000	1500	2000	2200	2500
საერთო ხარჯი ყოველ პრაქტიკაზე	17 377	18 129	18 880	19 181	19 632
ხარჯი ერთ სულზე	17.4	12.1	9.4	8.7	7.9

ცხრილი 24. დამოკიდებულება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასა და ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯებს შორის

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პრაქტიკის წლიური ხარჯი მნიშვნელოვნად არ იცვლება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასთან ერთად, მაშინ როდესაც საკმაოდ თვალნათელია ცვლილებები ერთ სულ მოსახლეზე ხარჯებში, 17.3-დან 1000 მოსახლეზე 6.6-მდე 3000 მოსახლის მოცვის არეალში. ეს მხოლოდ ხაზს უსვამს ჰჯდ უზრუნველყოფილების დაბალანსებისა და ოპტიმიზაციის მნიშვნელობას.

წარმოდგენილი ცხრილი გაანგარიშებული იყო იმ დაშვების საფუძველზე, რომ სამედიცინო პერსონალის ხელფასები არ უნდა იყოს დამოკიდებული მოცული მოსახლეობის რაოდენობაზე. თუ ვივარაუდებთ, რომ ხელფასების მხოლოდ ნახევარი იქნება ფიქსირებული, ხოლო დანარჩენი დამოკიდებული იქნება მოცული მოსახლეობის რაოდენობაზე, მივიღებთ შემდეგ ცხრილს:³¹

მოცვის არეალი	1000	1500	2000	2200	2500
საერთო ხარჯი ყოველ პრაქტიკაზე	16 027	17 454	18 880	19 451	20 307
ხარჯი ერთ სულზე	16.0	11.6	9.4	8.8	8.1

ცხრილი 25. დამოკიდებულება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასა და ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯებს შორის (მედპერსონალის ცვლადი ხელფასები)

ამავე დროს სოლო პრაქტიკის საერთო ხარჯებში ცვლადი ხარჯების წილი გაიზრდება 12.9%-დან 28.5%-მდე. თუმცა ასეთი დაშვება განაპირობებს პრობლემებს ისეთი ქვეყნებისათვის, როგორცაა საქართველო, სადაც ტერიტორიის უმეტესი ნაწილი უჭირავს სოფლისა და მთიან რეგიონებს. უმჯობესი იქნებოდა მოგვეზიდა ექიმები ასეთ რეგიონებში სამუშაოდ, ვიდრე შევთავაზოთ მათ დაბალი ხელფასები. მოსახლეობის რაოდენობა ასეთ რეგიონებში უფრო მცირეა ქალაქის დასახლებებთან შედარებით.

ხარჯების მოდელი ასევე გვიჩვენებს ერთი სამედიცინო გუნდის ხარჯების დამოკიდებულებას ჰჯდ დაწესებულებაში მოქმედი რამოდენიმე სამედიცინო გუნდის ხარჯებთან (იმ დაშვებით, რომ ყველა სამედიცინო გუნდი მუშაობს ერთ შენობაში).

³⁰ უნდა აღინიშნოს, რომ ეს თანხა მოიცავს ფართის ამორტიზაციასა და სარემონტო-საექსპლუატაციო ხარჯებს, ლაბორატორიისა და იმუნიზაციის მსაღებისა (ვაქცინები) და პრევენციული მომსახურების ხარჯების წილს. პრაქტიკის ხარჯები მოიცავს ასევე კომპიუტერული ტექნიკის ხარჯებსაც.

³¹ ნაგარაუდევია, რომ ნორმატიული ხელფასი დაენიშნება ისეთ პრაქტიკას, რომლებიც ემსახურებიან 2000 მოსახლეს. პრაქტიკებს, რომლებიც ემსახურებიან უფრო მეტ მოსახლეობას, დაენიშნებათ უფრო მაღალი ხელფასი და პირიქით.

პჯღ გუნდების რაოდენობა	1	2	5
საერთო ხარჯი ყოველ პრაქტიკაზე	18 880	34 589	86 459
ხარჯი ყოველ პჯღ გუნდზე	18 880	17 295	17 292

ცხრილი 26. თითოეული სამედიცინო გუნდის ხარჯების დამოკიდებულება პრაქტიკის სიდიდესთან

მომდევნო ქვეთავში ხარჯების მოდელის საფუძველზე მიღებული შედეგები გამოიყენება ანაზღაურების მექანიზმების საბაზისო პარამეტრების განსაზღვრისათვის.

7.2. პჯღ პრაქტიკის ანაზღაურება

პჯღ პრაქტიკის ანაზღაურება უნდა შეესაბამებოდეს ჯანდაცვის პოლიტიკის ამოცანებსა და პჯღ უზრუნველყოფელების იურიდიულ სტატუსს; მან უნდა შექმნას სათანადო მოტივაცია მოსახლეობისათვის მაღალი ხარისხის, შეასაბამისი მოცულობისა და სტრუქტურის მომსახურების მიწოდებისა და მწირი რესურსების ეფექტიანად გამოყენებისათვის. ანაზღაურების მექანიზმები ადმინისტრირებისა და კონტროლის თვალსაზრისით მარტივი უნდა იყოს.

სამწუხაროდ, ასეთი ერთიანი მექანიზმი არ არსებობს და ხშირად საჭირო ხდება ანაზღაურების ორი ან მეტი მექანიზმის კომბინირება და/ან მათი შევსება სხვა მაკონტროლებელი პროცედურებით. ამ მიზეზით ჩვენ ვთავაზობთ საბიუჯეტო დაფინანსებისა და კაპიტაციური პრინციპით ანაზღაურების კომბინირებულ ფორმას. კითხვა მდგომარეობს იმაში, თუ ხარჯების რა ნაწილის დაფინანსება მოხდება ბიუჯეტიდან და რა ნაწილი დაფინანსდება კაპიტაციური პრინციპით. საზოგადოდ შენაგანის ფაქტორებზე დაფუძნებული საბიუჯეტო დაფინანსება უფრო უკეთ ესადაგება რეალურ ხარჯებში ცალკეულ ცვლილებებს, ხარჯებთან დაკავშირებით უფრო ადვილად კონტროლირებადია, მაგრამ არ შეიცავს მოტივაციას დანაზღაურების გასაკეთებლად და სამუშაოს უკეთ შესასრულებლად. მეორეს მხრივ კაპიტაციას გააჩნია მოტივაცია სამედიცინო დახმარების ხარისხის სისტემატური გაუმჯობესებისათვის (მაგრამ მხოლოდ სარეგისტრაციო გადასახადის შემოღებასთან ერთად), იგი ნაკლებად მგრძობიარეა რეალურ ფასებში ცვლილებებისადმი და ქმნის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე მიმართვების მაჩვენებლის გაზრდის მოტივაციას. მესამე მექანიზმი, რომელიც შეიძლება გათვალისწინებულ იქნას პრევენციული საქმიანობის ანაზღაურებაში³², ქმნის მომსახურების მაქსიმალურად გაზრდის მოტივაციას, რაც განაპირობებს შემომარაგებასა და სახელმწიფო ფონდების ამოწურვის საშიშროებას.³³

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში წარმოდგენილია საბიუჯეტო და კაპიტაციური დაფინანსების შერეული ფორმის ხუთი სხვადასხვა ვარიანტი, რომელთა განხილვაც ქვემოთ იქნება მოცემული. კონცეფცია, რომელიც საფუძვლად დაედო ამ ხუთი ვარიანტის შემუშავებას მდგომარეობდა იმაში, რომ ხარჯების ის პუნქტები, რომლებიც უფრო ხშირად იცვლება მოსახლეობის რაოდენობასთან ერთად, უნდა დაიფაროს კაპიტაციური დაფინანსებით, მაშინ როდესაც ფიქსირებული ხარჯების დაფარვა უნდა მოხდეს ბიუჯეტიდან.

³² იხ. ნემეცი, კაროსანიძე – რეკომენდაციები საქართველოში პჯღ სისტემის რეფორმისათვის თბილისი 2005

³³ ეს საფრთხე არ ემუქრება პრევენციულ სამედიცინო მომსახურებას, რადგანაც ჩვეულებრივ პრევენციული მომსახურების სიხშირე კარგად არის განსაზღვრული.

ხარჯის ტიპი	1	2	3	4	5
სამედიცინო პერსონალის ხარჯები	b	c/b	c	c	b
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები	b	c	c	c	b
სხვა პერსონალის ხარჯები	b	c	c	c	b
სამედიცინო მარაგები პრაქტიკისათვის (გადაუღებელი წამლები და მასალები)	c	c	c	c	b
სამედიცინო მარაგები ლაბორატორიისათვის	c	c	c	c	b
სამედიცინო მარაგები იმუნიზაციისათვის	c	c	c	c	b
სამედიცინო მარაგები პრევენციული გასინჯვებისათვის	c	c	c	c	b
საოფისე მასალები	c	c	c	c	b
კომუნალური ხარჯები	b	c	c	c	b
კომუნიკაციის ხარჯები	b	c	c	c	b
საწვავის ხარჯები (გენერატორისათვის)	b	c	c	c	b
სერვისი	b	c	c	c	b
მოვლა-შენახვა (შენობის)	b	c	c	c	b
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (პრაქტიკა)	b	b	b	c	b
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (ლაბორატ.)	b	b	b	c	b
შენობის ამორტიზაცია (პრაქტიკა)	b	b	b	c	b
აღჭურვილობის ამორტიზაცია (ლაბორატ.)	b	b	b	c	b

ცხრილი 27. საბიუჯეტო და კაპიტალური დაფინანსების შერეული ფორმების ვარიანტები (b – ბიუჯეტი, c – კაპიტაცია, k – უფასოდ მიწოდება)

ვარიანტები, რომლებშიც გათვალისწინებულია პერსონალის ხარჯების დაფარვა ბიუჯეტიდან გულისხმობს იმას, რომ ხელფასები რჩება იგივე, მიუხედავად მოცული მოსახლეობის რაოდენობისა³⁴. მეორე ვარიანტი უშვებს, რომ ხელფასის მხოლოდ ნახევარია ფიქსირებული, ხოლო დანარჩენი დამოკიდებულია ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე. ვარიანტი, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო პერსონალზე ხარჯების დაფარვას კაპიტალური პრინციპით, არ იძლევა სამედიცინო პერსონალისათვის ფიქსირებული შემოსავლის გარანტიას. ბაზარზე ყველაზე მეტად ორიენტირებულია მეოთხე ვარიანტი, რომელიც გამოიყენება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ქსელი პაციენტების თავისუფალი მიმავლების პრინციპით. მეხუთე ვარიანტი სრულიად განსხვავებულია და გულისხმობს სრულ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ პჯდ დაწესებულებას.

ქვემოთ ცხრილი გვიჩვენებს, თუ როგორი უნდა იყოს საბიუჯეტო წილი თითოეული ვარიანტისათვის ცალკეულ პრაქტიკაში მოსახლეობის სხვადასხვა რაოდენობის მოცავით (1000, 1500, 2200 და 2500).

³⁴ რაც ყოველთვიურად შეადგენს 250 ლარს ექიმებისათვის და 125 ლარს ექთნებისათვის

ვარიანტი/მოცული მოსახლეობა	1000	1500	2000	2200	2500
1	15 395	15 509	15 623	15 668	15 737
2	7 550	7 550	7 550	7 550	7 550
3	4 850	4 850	4 850	4 850	4 850
4	0	0	0	0	0
5	17 377	18 129	18 880	19 181	19 632

ცხრილი 28. ცალკეული პრაქტიკის წლიური ბიუჯეტი (ლარებში)

უნდა აღინიშნოს, რომ აუცილებელი არ არის დაწესებულებას სრული თანხა მხოლოდ ფულადი სახსრების სახით მიეცეს. ზოგიერთი პუნქტი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტმა დაწესებულებას შეიძლება მიაწოდოს მაგალითად ვაქცინების სახით. ყველა ვარიანტში, გარდა მეოთხე ვარიანტისა, შეგანილია შენობების ამორტიზაციის პუნქტი. დაწესებულებებს, რომლებიც არ არიან შენობების მფლობელები (იგი სახელმწიფო საკუთრებაა), არ მიეცემათ ბიუჯეტიდან თანხა ხარჯების ამ პუნქტისათვის და ნაცვლად ამისა სახელმწიფო თავის თავზე აიღებს ამორტიზაციის ხარჯებს.

კაპიტაციური გადახდა წარმოადგენს საბიუჯეტო ნაწილის შემავსებელ კომპონენტს. გამონაკლისს წარმოადგენს ვარიანტი 5 ითვალისწინებს მხოლოდ საბიუჯეტო დაფინანსებას. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს, თუ როგორი უნდა იყოს კაპიტაციური დაფინანსების წილი იმისათვის, რომ თანაბრად დაიფაროს ის ხარჯები, რომლებიც ამ ხუთივე ვარიანტში არ იქნება ბიუჯეტით მოცული. გავიხსენოთ, რომ სამედიცინო პერსონალისათვის ნორმატიული შემოსავალი გარანტირებულია მხოლოდ ვარიანტებით 1 და 5, ხოლო ვარიანტი 3-ით მხოლოდ 2000 მოსახლის მოცვის შემთხვევაში. ვარიანტი 2 იძლევა მხოლოდ სამედიცინო ხელფასების ნახევარის დაფარვის გარანტიას იმ შემთხვევაში, თუ მოცული მოსახლეობის რაოდენობა განსხვავდება 2000-ისაგან.

ვარიანტი/მოცული მოსახლეობა	1000	1500	2000	2200	2500
1	2.0	1.7	1.6	1.6	1.6
2	8.5	6.6	5.7	5.4	5.1
3	9.8	8.0	7.0	6.8	6.5
4	14.7	11.2	9.4	9.0	8.4
5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

ცხრილი 29. ცალკეული პრაქტიკის წლიური კაპიტაციური კოეფიციენტი (ლარებში)

როგორც კაპიტაციური, ასევე საბიუჯეტო დაფინანსება არ იძლევა იმის მყარ მოტივაციას, რომ უზრუნველყოფილ იქნას ზოგიერთი სერვისები, მაგ. პრევენციული მომსახურება, რაც ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანს წარმოადგენს. არსებობს ამ მოტივაციის გაძლიერების ორი ვარიანტი. შესაძლებელია ამ სერვისების ანაზღაურება მომხდეს მომსახურებაზე გადასახადის მექანიზმით. პრევენციული მომსახურების სიხშირე ყოველთვის ბუსტაღაა გაწერილი, ამდენად ანაზღაურების ამ პრინციპის ძირითადი ნაკლი, მომსახურების გადაჭარბებით მიწოდება, გამოირიცხულია. თითოეული პრევენციული მომსახურების ანაზღაურება ხდება უშუალოდ დახარჯული მასალების ხარჯების საფუძველზე (მაგ. საიმუნობაციო ვაქცინა), სამედიცინო პერსონალის მიერ მომსახურების გაწევაზე დახარჯული დროისა და ყოველ წუთზე ბედნადები და პერსონალის ხარჯების ინდექსის მიხედვით

(იხ. დანართი 3 და 4, სადაც დეტალურადაა წარმოდგენილი იმუნიზაციისა და სხვა პრევენციული მომსახურების ხარჯები). გაანგარიშებულია, რომ ცალკეული პრაქტიკის წლიური შემოსავალი იმუნიზაციისა და პრევენციული მომსახურებიდან საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 3400 ლარს. თუ პრევენციული მომსახურების ასანამდლურებლად გამოყენებულ იქნება მომსახურებაზე გადასახადის პრინციპი, მაშინ კაპიტაცია (ან ბიუჯეტი) უნდა შემცირდეს დაახლოებით ერთ სულზე 1.7 ლარით წელიწადში, რისი შევსებაც მოხდება პრევენციული მომსახურებიდან მიღებული შემოსავლიდან.

გარდამავალი პერიოდისათვის ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ მეორე ვარიანტს. იგი გულისხმობს პჯდ დაწესებულების მიერ მიწოდებული პრევენციული მომსახურების რაოდენობის მონიტორინგს. თუ ასეთი სერვისების რაოდენობა ვერ აღწევს წინასწარ განსაზღვრულ ზღვრულ დონეს (მაგ. რაოდენობის 95%, რაც შეესაბამება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასა და სტრუქტურას), ამ შემთხვევაში სახელმწიფო შემსყიდველი უმცირეს დაწესებულებას ანამდლურებას.

კაპიტაციურ მეთოდს როგორც წესი თან ახლავს გარკვეული რისკის დაბალანსების ფაქტორები. ზოგადად რომ ითქვას, რისკების დაბალანსება კაპიტაციის ფორმულისათვის გამოიყენება იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ რეგისტრირებული მოსახლეობის ნეგატიური არჩევანი (თავისუფალი არჩევანის შემთხვევაში), რაც შეიძლება განახორციელონ პჯდ უზრუნველმყოფელებმა. ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს იმ პირობებში, როდესაც მოქალაქეები თვითონ ირჩევენ პჯდ დაწესებულებას. რისკების დაბალანსების მეორე მიზანია პჯდ უზრუნველმყოფელების სამართლიანად ანამდლურება, რომელიც დაეფუძნება რეალურად გაწეულ ხარჯებს, რამდენადაც სხვადასხვა ჯგუფებისათვის უგილიზაციის მაჩვენებელი განსხვავდება ერთმანეთისაგან და მათი პროგნოზირება შესაძლებელია. თუ არ მოქმედებს პჯდ უზრუნველმყოფელის თავისუფალი არჩევის და საბაზისო პაკეტის ფარგლებში თანაგადახდის პრინციპი, მაშინ გამოიყენება რისკის დაბალანსების ასაკობრივი ფაქტორი. ოფიციალური თანაგადახდის არსებობის პირობებში უნდა მოხდეს კაპიტაციური ანამდლურების დაბალანსება სოციალურ გარემოებებზე ორიენტაციით, ხოლო თავისუფალი არჩევანის პირობებში აუცილებელი გახდება დაბალანსების გლობალური პრინციპის გამოყენება რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით³⁵.

ასაკის მიხედვით დაბალანსება ხდება ყოველი ასაკობრივი ჯგუფისათვის ვიზიტების მოსალოდნელი რაოდენობის მიხედვით (იხ. დანართი 6). თუ პრევენციული მომსახურების ანამდლურება მოხდება კაპიტაციური პრინციპით, ჩვენი წინადადებაა გამოიყენებულ იქნას ხუთ ასაკობრივ ჯგუფად დაყოფის პრინციპი. ბავშვების სამ ასაკობრივ ჯგუფად დაყოფის არგუმენტად გამოდგება ის ფაქტი, რომ ისინი პრევენციული მომსახურების მთელი მოცულობის საკმაოდ დიდ ნაწილს მოიცავენ, რაც პჯდ სერვისების უგილიზაციის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს.

ასაკობრივი ჯგუფი	0-1	1-3	3-15	15+
ინდექსი (ასაკის მიხედვით)	3.3	2.1	1.2	1.

ცხრილი 30. დაბალანსების ასაკობრივი ფაქტორები კაპიტაციის დროს³⁶

³⁵ იხ. ნემეცი, ქაროსანიძე – საქართველოში პჯდ რეფორმის რეკომენდაციები, GVG, თბილისი 2005

³⁶ ინდექსი მოზრ ილთათვის 65+ ძალზე დაბალია, ის უნდა იყოს დაახლოებით 2.5. კაპიტაცია ეყრდნობა სდესფ-ის 2003 წლის მონაცემებს, რომელიც უფროსი ასაკისათვის გამოყენების დაბალ დონეს უჩვენებს

7.3. ლაბორატორიების ანაზღაურება

ლაბორატორიების სერვისების ანაზღაურების უმარტივესი გზაა მათი შეგანა პჯდ პრაქტიკის კაპიტაციის კოეფიციენტში, რაც ფაქტიურად მოცემულია 7.2-ში. იმ შემთხვევაში, თუ ლაბორატორია წარმოადგენს პჯდ მიმწოდებლის ორგანიზაციული სტრუქტურის შემადგენელ ნაწილს, ყველა ლაბ. მიმართვები და შესაბამისი საინფორმაციო და ფინანსური საკითხები წყდება პრაქტიკის მიგნით. ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ დაინერგოს ასეთი პრინციპი ყველგან, სადაც ამის საშუალება არსებობს. იმ შემთხვევაში, თუ პჯდ პრაქტიკას უხდება ლაბორატორიული პაციენტების მიმართვა დაწესებულების გარეთ არსებულ ლაბორატორიებში, ფინანსური საკითხები შეიძლება გადაიჭრას მომსახურებაზე გადასახადის პრინციპით, როდესაც ლაბორატორიის ანაზღაურება მოხდება დანართი 5-ში აღწერილი მექანიზმების მიხედვით, ან კაპიტაციური ანაზღაურებით, თუ მოცული მოსახლეობა შეიძლება ნათლად განისაზღვროს.

7.4. აუთიაქების მომსახურების ანაზღაურება

საკითხი მდგომარეობს შემდეგში – რა ფასების მიხედვით მოხდება აუთიაქების ანაზღაურება სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული წამლებისათვის. ეს ასევე დამოკიდებულია წამლების სუბსიდირების მასშტაბებზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც ხდება მცირე რაოდენობის წამლების სუბსიდირება, მაშინ უნდა მიღებულ იქნას ადმინისტრირებაზე ორიენტირებული მიდგომა. არსებობს რამოდენიმე ვარიანტი:

- წამლის ფასის განსაზღვრა ბაზრის მიერ

ეს ყველაზე მარტივი ვარიანტია. ამ შემთხვევაში მთავრობა და სახელმწიფო შემსყიდველი კარგავენ კონტროლს იმ წამლის ფასებზე, რომელთა დაფარვაც (ნაწილობრივ მაინც) მოხდება სახელმწიფო ხარჯებით. მაგალითად შეიძლება გამოდგეს ამერიკული პროგრამა Medicaid³⁷.

- წამლის ფასის განსაზღვრა სახელმწიფოს მიერ

ფიქსირებულ ფასებს ესენციალურ წამლებზე განსაზღვრავს სახელმწიფო ან აკრედიტირებული სააგენტო. შეიძლება გამოყენებულ იქნას რამოდენიმე სახის მიდგომა:

- წამლის ფასი განისაზღვრება როგორც რომელიმე მეზობელ ქვეყანაში (მაგ. სლოვენია)³⁸ მსგავსი წამლის საშუალო ფასის ფიქსირებული პროცენტი (მაგ. 85%)
- წამლის ფასი განისაზღვრება ჩვეულებრივი საგნდერო პროცესით.³⁹ სახელმწიფო შემსყიდველს შეუძლია უშუალოდ შეიძინოს წამლები (მაკედონია), ან ისარგებლოს საბითუმო ბაზების მომსახურებით

³⁷ მარტა ანა ჰოლგი, რეცეპტით გასაცემი წამლების ფასების შენარჩუნების სტრატეგია და წინადადებები აშშ რეფორმისათვის

³⁸ იური ფუერსტი – მედიკამენტებზე ფასთწარმოქმნა და ანაზღაურება

- წამლის ფასი განისაზღვრება სპეციალური კომისიის მიერ, რომელიც ემორჩილება წინასწარ განსაზღვრულ წესებს (საფრანგეთი)⁴⁰
- ფასი განისაზღვრება მთავრობასა და ფარმაცევტული ნაწარმით მოვაჭრეებს შორის დადებული ნებაყოფლობითი შეთანხმების საფუძველზე (დიდი ბრიტანეთი).

- წამლის ფასების განსაზღვრა სარეკომენდაციო ფასების საფუძველზე.

სახელმწიფო არ განსაზღვრავს წამლის ფასებს. თუმცა, იგი აღგენს სარეკომენდაციო ფასებს სუბსიდირებული მედიკამენტებისათვის და ამდენად განსაზღვრავს იმ მაქსიმალურ ფასს, რომელსაც სახელმწიფო შემსყიდველი გადაიხდის შერჩეული ჯგუფის მედიკამენტებისათვის. სარეკომენდაციო ფასები ღვინდება ცალკეულ გენერიკულ კატეგორიებზე და ნაწარმზე, რომლებიც მსგავსია – მაგრამ არა გენერიკულად იდენტური – და ასევე იმ ნაწარმზე, რომლებსაც მსგავსი თერაპიული ეფექტი გააჩნიათ. სარეკომენდაციო ფასი როგორც წესი ოდნავ მაღალია იგივე ჯგუფის წამლის მინიმალურ ფასთან შედარებით, რაც უზრუნველყოფს სიახლეების დანერგვას, წამლების სათანადო მარაგის შექმნას და ეფექტური კონკურენტული ფასის დადგენას. სარეკომენდაციო ფასები შეიძლება დაიყოს ორ ქვეჯგუფად, რომლებიც ასახავენ პროდუქტის როგორც სხვადასხვა ღირებულებას, ისე მათი მიწოდების სხვადასხვა საშუალებებს. პაციენტებს მოეთხოვებათ სხვაობის დაფარვა იმ დანიშნულ წამლებზე, რომელთა ფასიც აღემატება სარეკომენდაციო ფასს. ასეთი მაგალითები არსებობს გერმანიაში⁴¹, ჩეხეთში და ნიდერლანდებში⁴²

7.5. მომსახურების იმ სახეების ანაზღაურება, რომლებიც არ არის შეგანილი საბაზისო პაკეტი

ასეთი მომსახურების ანაზღაურება ხდება პაციენტის მიერ საკუთარი ჯიბიდან. ეს შეიძლება იყოს ადმინისტრაციული ხასიათის მომსახურება, მაგ. ცნობა მართვის მოწმობის ასაღებად, ცნობა იარაღის შესაძენად, სიცოცხლის დაზღვევა და ა.შ. ჩვენი რეკომენდაციაა, რომ ფასები ყოველ ასეთ მომსახურებაზე განისაზღვროს ერთიანი ნუსხის მიხედვით, რომელიც აუცილებლად გამოკრული იყოს მოსაცდელში. ფასთწარმოქმნა მოხდება შემდეგი ფორმულის საფუძველზე:

ფასი=მომსახურების საშუალო ხანგრძლივობა * პერსონალის და გედნაღები ხარჯების ინდექსი + პირდაპირი ხარჯები

საშუალო ხანგრძლივობა ნიშნავს მომსახურების გაწვევისათვის საჭირო საშუალო ხანგრძლივობას, გედნაღები ინდექსი წარმოადგენს პჯდ პრაქტიკის

³⁹ ასევე ხდება ამჟამად საქართველოში. SUSIF-ი განსაზღვრავს წამლის ფასს, რომელს იმპორტიც ხორციელდება ტენდერის მეშვეობით სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში

⁴⁰ მარტა ანა ჰოლგი, რეცეპტით გასაცემი წამლების ფასების შენარჩუნების სტრატეგია და წინადადებები რეფორმისათვის აშშ-ში

⁴¹ მიჰალ პროკესი – ჩეხეთის რესპუბლიკა - მედიკამენტებზე ფასთწარმოქმნა და ანაზღაურება

⁴² განისა კარინო – გამჭვირვალობისაკენ სწრაფვა. პოლანდიის წამლის ანაზღაურების სისტემა

საშუალო ხარჯის პროპორციულ წილს დროის ყოველ მოცემულ ერთეულზე (წუთი, საათი), ხოლო პირდაპირი ხარჯები - მომსახურებაზე დახარჯული სამედიცინო მარაგების (მასალები ან წამლები) საშუალო ხარჯია.

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ტარიფების ნიმუშებს, რომლებიც გამოიყენება სხვადასხვა ხანგრძლივობის მომსახურებისათვის. ტარიფი ეფუძნება პერსონალის და ზედნაღები ხარჯების ინდექსს, და პირდაპირი ხარჯების საშუალო მაჩვენებელს.

ვიზიტის/მომსახურების საშუალო ხარჯი	მომსახურების ხანგრძლივობა	პერსონალის ხარჯი 1 წუთზე	ზედნაღები ხარჯები 1 წუთზე	სამედიცინო მასალების საშუალო ხარჯი	საერთო ხარჯი (ლარი)
მომსახურება (15 წუთი)	15	0,117	0,111	0,989	4,4
მომსახურება (30 წუთი)	30	0,117	0,111	0,989	7,8

ცხრილი 31. ტარიფები უშუალო გადახდით მიღებული მომსახურებისათვის

ტარიფები იმ მომსახურებისათვის, რომელთა დაფარვაც უნდა მოხდეს პაციენტის მიერ, უნდა თვალსაჩინო უნდა იყოს მოქალაქეებისათვის/პაციენტებისათვის და დამტკიცებული უნდა იყოს დაწესებულების მენეჯერის მიერ მაინც. კითხვა მდგომარეობს იმაში, თუ რამდენად უნდა მონაწილეობდნენ ამ ტარიფების დამტკიცებაში სახელმწიფო ორგანოები (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ან მუნიციპალიტეტი). ეს ეხება მხოლოდ სახელმწიფო პჯდ დაწესებულებას, რომელიც ფუნქციონირებს სახელმწიფო შემსყიდველის საკონტრაქტო ქსელის ფარგლებში.

8. პჯდ ღაფინანსება სასლმწიფო ბიუჯეტით

8.1. ბიუჯეტი “რეფორმირებული” პჯდ მიმწოდებლებისათვის

დოკუმენტის წინა პარაგრაფში მოცემული იყო კახეთის რეგიონის რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების სახელმწიფო დანახარჯების დაგეგმვისათვის საჭირო ყველა მონაცემი.

დაგეგმვისათვის საჭირო უმნიშვნელოვანეს ინფორმაციას წარმოადგენს კახეთის რეგიონში რეფორმირებული პჯდ ქსელის სრული აღწერა. იხ. ცხრილი

	მოცული მოსახლეობა 1000	მოცული მოსახლეობა 1500	მოცული მოსახლეობა 2000	მოცული მოსახლეობა 2200
გუნდების რაოდენობა	35	159	70	0
მოცული მოსახლეობა	33 828	242 803	135 712	0
დაწესებულებების რაოდენობა	8	41	8	0

ცხრილი 32. რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების სტრუქტურა ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების წინადადებების მიხედვით (ვარიანტი 1)

გუნდების რაოდენობა 1 დაწესებულებაში	დაწესებულებების რაოდენობა	გუნდების რაოდენობა
1	11	7
2-3	10	26
4-5	15	64
>5	21	167

ცხრილი 33. რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების სტრუქტურა მათი სიდიდის მიხედვით

თუ ჩვენ ცხრილში 32 მოცემული სამედიცინო გუნდების რაოდენობის მიმართ გამოვიყენებთ პუნქტში 7.2. გაანგარიშებულ ბიუჯეტისა და კაპიტაციური დაფინანსების მაჩვენებელს, მივიღებთ რეფორმირებული პჯდ ქსელის წლიური ანაზღაურებისათვის საჭირო დაფინანსების საერთო რაოდენობას ანაზღაურების ვარიანტების მიხედვით.

ვარიანტი	ანამლაურების ტიპი	თანხა გუნდისათვის 1000 მოსახლეზე	თანხა გუნდისათვის 1500 მოსახლეზე	თანხა გუნდისათვის 2000 მოსახლეზე	თანხა გუნდისათვის 22000 მოსახლეზე	საერთო რაოდენობა	თანხა ერთი მოქალაქის მომსახურებაზე
1	საბიუჯეტო ნაწილი	538,817	2,465,885	1,093,585	0	4,810,508	11.7
	კაპიტაციური ნაწილი	67,059	424,104	221,058	0		
2	საბიუჯეტო ნაწილი	264,257	1,200,483	528,515	0	4,651,908	11.3
	კაპიტაციური ნაწილი	286,757	1,603,074	768,822	0		
3	საბიუჯეტო ნაწილი	169,757	771,183	339,515	0	4,495,771	10.9
	კაპიტაციური ნაწილი	332,425	1,930,858	952,033	0		
4	საბიუჯეტო ნაწილი	0	0	0	0	4,493,602	10.9
	კაპიტაციური ნაწილი	496,497	2,715,956	1,281,149	0		
5	საბიუჯეტო ნაწილი	608,199	2,882,473	1,321,628	0	4,812,300	11.7
	კაპიტაციური ნაწილი	0	0	0	0		

ცხრილი 34. პჯდ ქსელის დაფინანსების საერთო რაოდენობა კახეთის რეგიონისათვის ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების წინადადებების მიხედვით

ცხრილიდან ჩანს, რომ ანამლაურების სხვადასხვა ვარიანტები იძლევა უმნიშვნელო განსხვავებებს საერთო რაოდენობაში (განსხვავება დაახლოებით 8%-ს შეადგენს). ბუნებრივია, რომ ვარიანტი 4 – (სრული კაპიტაცია), რომელიც არ იძლევა ნორმატიული ხელფასის გარანტიას, განაპირობებს ყველაზე დაბალ თანხას, რადგანაც მოცული მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა კახეთის რეფორმირებულ პჯდ ქსელში ნორმატიულ 2000 მოსახლეზე ნაკლებია. ფაქტიურად მათი რიცხვი შეადგენს 1562-ს (264 პჯდ გუნდი მომსახურებას უწევს 412.000 მოსახლეს).

თუ ჩვენ იგივე პროცედურას გამოვიყენებთ სრულად ოპტიმიზირებული ქსელისათვის, მივიღებთ შემდეგ შედეგებს:

ვარიანტი	ანამლაურების ტიპი	თანხა გუნდისათვის 2000 მოსახლეზე	საერთო რაოდენობა	თანხა ერთი მოქალაქის მომსახურებაზე
1	საბიუჯეტო ნაწილი	3,312,002	3,983,658	9.7
	კაპიტაციური ნაწილი	671,656		
2	საბიუჯეტო ნაწილი	1,600,645	3,936,608	9.5
	კაპიტაციური ნაწილი	2,335,963		
3	საბიუჯეტო ნაწილი	1,028,245	3,920,871	9.5
	კაპიტაციური ნაწილი	2,892,626		
4	საბიუჯეტო ნაწილი	0	3,892,601	9.4
	კაპიტაციური ნაწილი	3,892,601		
5	საბიუჯეტო ნაწილი	4,002,646	4,002,646	9.7
	კაპიტაციური ნაწილი	0		

ცხრილი 35. პჯდ ქსელის დაფინანსების საერთო რაოდენობა კახეთის რეგიონისათვის (სრულად ოპტიმიზირებული)

როგორც ვხედავთ, სრულად ოპტიმიზირებული ქსელის შემთხვევაში განსხვავებები ანამლაურების ვარიანტებს შორის კატეგორიულად დაყოფილი პჯდ დაწესებულებების ქსელთან შედარებით კიდევ უფრო მცირეა და ჩვეულებრივ წლიურად 800.000 ლარით ნაკლებია (ანუ 2 ლარით ნაკლებია ერთ სულ მოსახლეზე).

ფაქტიურად ეს ზუსტად ის თანხაა, რომელიც გადახდილი უნდა იყოს ქსელის მხოლოდ ნაწილობრივი ოპტიმიზაციისათვის.

იგივე პროცედურა გამოიყენება უკიდურესად ოპტიმიზირებული ქსელისათვის (146.5 სამედიცინო გუნდი 57 ჰჯდ დაწესებულებაში, მოსახლეობის მოცვა ზოგადად შეადგენს 3000 მოსახლეს) და მიღებული შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში 36.

ვარიანტი	ანაზღაურების გიპი	თანხა გუნდისათვის 2000 მოსახლეზე	საერთო რაოდენობა	თანხა ერთი მოქალაქის მომსახურებაზე
1	საბიუჯეტო ნაწილი	2 322 102	2 945 175	7,1
	კაპიტაციური ნაწილი	623 074		
2	საბიუჯეტო ნაწილი	1 106 106	2 870 038	7,0
	კაპიტაციური ნაწილი	1 763 932		
3	საბიუჯეტო ნაწილი	710 556	2 845 597	6,9
	კაპიტაციური ნაწილი	2 135 041		
4	საბიუჯეტო ნაწილი	0	2 801 691	6,8
	კაპიტაციური ნაწილი	2 801 691		
5	საბიუჯეტო ნაწილი	2 986 211	2 986 211	7,2
	კაპიტაციური ნაწილი	0		

ცხრილი 36. ჰჯდ ქსელის დაფინანსების საერთო რაოდენობა კახეთის რეგიონისათვის (სრულად ოპტიმიზირებული)

ჩვენ ვხედავთ, რომ სრულ ოპტიმიზაციასთან შედარებით უკიდურეს ოპტიმიზაციას შეუძლია წლიურად მოიგანოს კიდევ 800.000-1000.000 ლარი.

ახლად აღდგენილი ჰჯდ დაწესებულებები ფუნქციონირებას დაიწყებენ ეტაპობრივად. 15 ობიექტი მზად უნდა იყოს 2006 წლის აპრილისათვის (იხ. დანართი 1) და დარჩენილი 34 დაწესებულება განახლებული უნდა იყოს 2007 წლის იანვრისათვის. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ახალი სისტემის ფუნქციონირების ხავერდოვანი დაწყებისათვის საჭირო სახელმწიფო დაფინანსების რაოდენობას, ძველი სისტემის დაფინანსების გათვალისწინებით. აღნიშნულმა თხუთმეგმა ახალმა ობიექტმა არსებული სახელმწიფო დაფინანსების გარდა შეიძლება მოითხოვოს დამატებით დაფინანსების ქვემოთ მოცემული ოდენობა 2006 წლის სამი კვარტალისათვის:

	ამორტიზაციით	ამორტიზაციის გარეშე
HPU-ს ვარიანტი	529 408	329 337
სრულად ოპტიმიზირებული	346 522	215 566
უაღრესად ოპტიმიზირებული	269 517	167 662

ცხრილი 37. დამატებითი დაფინანსება 15 ახლად გარემონტებული ჰჯდ დაწესებულებებისათვის 2006 წელს

იმ შემთხვევაში თუ დამატებით 15 დაწესებულება დაიწყებს ფუნქციონირებას 2006 წლის 1 ივლისიდან, დაფინანსება (ამორტიზაციის გარეშე) გაიზრდება შესაბამისად 220 000, 140 000 და 110 000 ლარით.

მედიკამენტების კომპონენტი

ჩვენ გამოვყავით მედიკამენტებით სარგებლობის ორი ვარიანტი – პირველი მოიცავდა როგორც მოგივაციის, ასევე კატასტროფულ კომპონენტს, ხოლო მეორე მხოლოდ კატასტროფულ კომპონენტს. დანართი 8 წარმოგვიდგენს შემდეგ გაანგარიშებებს სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი მოდელის სპეციფიკური პარამეტრებისათვის.

ვარიანტი 1	კახეთი	საქართველო
ბავშვები 15 წლამდე	540 000	5 458 000
15-65 ასაკის მოზრდილები	945 000	10 275 000
65+ ასაკის	2 031 000	16 140 000
სულ	3 516 000	31 873 000

ცხრილი 38. მედიკამენტების სუბსიდირების სქემის ხარჯები – ვარიანტი 1

ვარიანტი 2	კახეთი	საქართველო
ბავშვები 15 წლამდე	83 000	878 000
15-65 ასაკის მოზრდილები	945 000	10 275 000
65+ ასაკის	1 144 000	11 234 000
სულ	2 172 000	22 387 000

ცხრილი 39. მედიკამენტების სუბსიდირების სქემის ხარჯები – ვარიანტი 2

შეჯამება:

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში მოცემულია რეფორმირებული პჯდ სისტემის ოპტიმიზაციის სამი ვარიანტისათვის როგორც კახეთის რეგიონისათვის, ისე მთელი ქვეყნისათვის⁴³ იმის გათვალისწინებით, რომ პჯდ დაწესებულებების პროფილი მთელს ქვეყანაში იგივე ქნება. გაანგარიშებულია ორივე სახის, ამორტიზაციით და მის გარეშე⁴⁴, ხარჯები, ისევე როგორც საერთო ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე.

	პჯდ პრაქტიკის საერთო ხარჯი ლაბ. ჩათვლით			პჯდ პრაქტიკის საერთო ხარჯი ლაბორატორიით ამორტიზაციით გარეშე			ხარჯი წამლებზე	
	HPU რეკომენდ.	სრული ოპტიმიზაც.	უკიდურესი ოპტიმიზაც.	HPU რეკომენდ.	სრული ოპტიმიზაცია.	უკიდურესი ოპტიმიზაც.	ვარიანტი 1	ვარიანტი 2
კახეთი	4 427 316	3 586 899	2 747 314	3 249 297	2 665 456	2 093 603	3 516 000	2 172 000
საქართველო	42 625 392	37 345 440	26 879 298	31 675 304	27 751 725	20 483 488	31 873 000	22 387 000

ცხრილი 40. საერთო წლიური ხარჯების შეჯამებული მაჩვენებლები

⁴³ სხვა რეგიონებთან შედარებით კახეთის რეგიონში ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე რამდენადმე მაღალია ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის გამო

⁴⁴ პჯდ პრაქტიკების ხარჯები დაბალანსებულია 0.92 ფაქტორით ცალკეული და ჯგუფური პრაქტიკების წილთან

	პულ პრაქტიკის საერთო ხარჯები ლაბ. ჩათვლით			პულ პრაქტიკის საერთო ხარჯები ლაბ. ჩათვლით ამორტიზაციის გარეშე			ხარჯი წამლებზე	
	HPU რეკომენდ.	სრული ოპტიმიზაცია	უკიდურესი ოპტიმიზაცია	HPU რეკომენდ.	სრული ოპტიმიზაცია	უკიდურესი ოპტიმიზაცია	ვარიანტი 1	ვარიანტი 2
კახეთი	10,7	8,7	6,7	7,9	6,5	5,1	8,5	5,3
საქართველო	9,9	8,7	6,3	7,4	6,5	4,8	7,4	5,2

ცხრილი 41. ხარჯების შეჯამებული მაჩვენებლები ერთ სულ მოსახლეზე

2003 წელს საერთო დანახარჯებმა ამბულატორიულ დახმარებაზე (პულ და სპეციალისტები) შეადგინა 932.749 ლარი⁴⁵ კახეთის რეგიონებისათვის და 17 მლნ. ლარი მთლიანად ქვეყნისათვის 2004 წელს. აღნიშნულ ხარჯებს უნდა დაემატოს საიმუნობაციო ხარჯებიც (დაახლოებით 70.000 ლარი კახეთისათვის და 1 მლნ. ლარი საქართველოსათვის), რადგანაც ბევრ მოყვანილი გაანგარიშებები იმუნობაციის ხარჯებსაც მოიცავს. სხვაობა მიმდინარე და პილოტურ დაფინანსებას შორის დიდია და საჭიროებს შემდეგი კომენტარების გაკეთებას:

- საერთო მოცულობაში შეგანილია ამორტიზაციის ხარჯები, მაშინ როდესაც მიმდინარე დაფინანსება ამას არ მოიცავს. შენობებისა და აღჭურვილობის ამორტიზაციის ხარჯები შეადგენს დაახლოებით 1.280.000 ლარს. ეს თანხები ალბათ არ უნდა ჩაერიცხოს დაწესებულებებს, რადგან ისინი არ არიან შენობების მფლობელები და ამასთანავე საჭიროა აღჭურვილობის მფლობელობის განსაზღვრა. თუმცა აუცილებელია ამ თანხების აკუმულირება სახელმწიფო ხაზინაში, რათა არსებობდეს მომავალში დაწესებულებების რებილიტაციის საშუალება.
- საერთო ხარჯების გაანგარიშება შესრულებულია ცალკეული პრაქტიკის ხარჯების მოდელიდან წარმოებული რიგების საფუძველზე. რამდენადაც სამედიცინო გუნდების უმრავლესობა ჯგუფურ პრაქტიკაში იქნება გაერთიანებული, საერთო ხარჯები 8%-ით ნაკლები იქნება.⁴⁶ თუმცა მიღებული ეკონომია ძირითადად გამოხატულია ამორტიზაციით, რაც ალბათ არ იქნება შეგანილი ანაზღაურების გარიგებში.
- ამჟამად ხარჯების ზოგიერთი პუნქტი, რომლებიც შეგანილია ხარჯების მოდელში (კომპიუტერები), შეიძლება დისკუსიის საგანი გადეს, მაგრამ გრძელვადიან პერსპექტივაში მაინც მოხდება მათი გამოყენება. კითხვები შეიძლება დაისვას ასევე სამედიცინო პერსონალის ხელფასებთან დაკავშირებით, მაგრამ ხარჯების მოდელში შეგანილი ხელფასები უნდა ჩავთვალოთ როგორც სასურველი ხელფასების მინიმალური მაჩვენებელი.
- მთელი ქვეყნის მაჩვენებლებთან შედარებით კახეთის რეგიონის დაფინანსება წარსულში ნაკლები იყო, ამდენად სხვაობა ძველი და რეფორმირებული სისტემის დაფინანსებაში საკმაოდ მაღალი იქნება.

⁴⁵ 2004 წლის შესაბამისი ხარჯების მონაცემები ჯერ არ არსებობს, რაც სავარაუდოდ შეადგენს დაახლოებით 1.200.000 ლარს

⁴⁶ სრული წლიური ხარჯები მოცემულია ცხრილში 33. რეფორმირებული პულ დაწესებულებების სტრუქტურა მათი სისილის მიხედვით შეადგენს 17 334 ლარს შედარებით 18 475 ლართან ცალკეული პრაქტიკებისათვის (იგი 8%-ით ნაკლებია)

პჯდ დაწესებულებების მიმდინარე დაფინანსებასა და პჯდ დაწესებულებების განახლებული ქსელისათვის საჭირო მდგრად დაფინანსებას შორის არსებობს საკმაოდ თვალსაჩინო განსხვავება. ეს დეფიციტი თავს არ იჩენს 2006 წლის განმავლობაში, რადგან ფუნქციონირებას დაიწყებს რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებების მხოლოდ მცირე რაოდენობა. ასევე ეს დეფიციტი საგრძნობი არ იქნება მომდევნო რამოდენიმე წლის განმავლობაშიც, რამდენადაც რეფორმირებული პჯდ ქსელი მოიცავს მხოლოდ მოსახლეობის მცირე ნაწილს. პრობლემა მდგომარეობს იმაში, თუ პჯდ დაფინანსების ინიცირებული სქემა რამდენად მდგრადი იქნება გრძელვადიან პერსპექტივაში. ამჯამად ძნელია ამ ფაქტორების რაოდენობრივად განსაზღვრა მომავლის პერსპექტივაში, რადგან ისინი დამოკიდებულია არა მხოლოდ ობიექტურ ფაქტორებზე, არამედ აღმასრულებელი ხელისუფლების ფისკალურ გადაწყვეტილებებზე.

ამის გამო შეჯამებისათვის გამოყენებული იქნა მეორე მიდგომა. მიჩნეულია, რომ პჯდ სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის მაჩვენებელი დამოკიდებულია ინფლაციის მაჩვენებელზე მომავალში. მომდევნო პარაგრაფებში მოცემულია პასუხები კითხვებზე, თუ რა აღმასრულებელი გაფაწყვეტილებები უნდა იქნას მიღებული სახელმწიფო დაფინანსების ბუნებრივ ზრდასთან დაკავშირებით, რათა მომავალში,⁴⁷ ქვეყნის კონტექსტში, უზრუნველყოფილ იქნას რეფორმირებული პჯდ დაფინანსების სასურველი დონე.

რეფორმირებული პჯდ-ს ხანგრძლივი ფინანსური მდგრადობის გარანტირებისათვის ძირითადად გამოიყენება სამი მექანიზმი:

- ჯანდაცვის დაწესებულებების, განსაკუთრებით პჯდ სამედიცინო გუნდების ოპტიმიზაციის დონე;
- პჯდ პრაქტიკის ხარჯების დონე;
- პაციენტების მიერ უშუალო გადახდის დონე გამოხატული სხვადასხვა ფორმით:
 - ერთჯერადი თანაგადახდა საკურაციო ვიზიტების, ან რაიმე სხვა მომსახურებისათვის;
 - სრული გადახდა იმ მომსახურებისათვის, რომლებიც არ განეკუთვნება საბაზისო პაკეტს;
 - სრული გადახდა მოსახლეობის ჯგუფებისათვის გაწეული იმ მომსახურებისათვის, რომლებიც არ შედის პჯდ დაწესებულების სახელმწიფო დაფინანსებაში.

სამივე აღნიშნულ ფაქტორთან დაკავშირებით მიღებული უნდა იქნას გადაწყვეტილება, მაგერიალურად ხელმისაწვდომი საერთო სახელმწიფო დაფინანსების ზრდის პროცენტისა და საქართველოს პრიორიტეტების დაკმაყოფილების მიზნით.

ქვემოთ მოყვანილ ორ ცხრილში შეჯამებულია სხვადასხვა სცენარები, რომელთა მიხედვითაც შეიძლება მივაღწიოთ პჯდ-ს გრძელვადიან მდგრად დაფინანსებას. პირველ ცხრილში ნაჩვენებია პჯდ უზრუნველყოფელების ქსელის სრული და

⁴⁷ დროის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია რეფორმირებული რეფორმირებული პჯდ ქსელის მშენებლობის ტემპებზე.

უკიდურესი ოპტიმიზაციის ეფექტი ღეფიციტის შევსებაზე. ამ გათვლებში არ არის შეგანილი ამორტიზაცია და მედიკამენტები.

მიმდინარე დაფინანსება	1 200 000
ახალი ქსელის დაფინანსება (ჯპგ-ს მიხედვით) ამორტიზაციის გარეშე)	3 249 297
ღეფიციტი	2 049 297
ქსელის სრული ოპტიმიზაცია	583 841
ღეფიციტი სრული ოპტიმიზაციის შემდეგ	1 465 456
ქსელის უკიდურესი ოპტიმიზაცია	571 853
ღეფიციტი უკიდურესი ოპტიმიზაციის შემდეგ	893 603

ცხრილი 42. დაფინანსების ღეფიციტი კახეთის რეგიონში და პჯდ ქსელის ოპტიმიზაციის ეფექტი

მიმდინარე დაფინანსება	18 000 000
ახალი ქსელის დაფინანსება (ჯპგ-ს მიხედვით) ამორტიზაციის გარეშე)	31 675 304
ღეფიციტი	13 675 304
ქსელის სრული ოპტიმიზაცია	755 062
ღეფიციტი სრული ოპტიმიზაციის შემდეგ	12 920 242
ქსელის უკიდურესი ოპტიმიზაცია	7 268 237
ღეფიციტი უკიდურესი ოპტიმიზაციის შემდეგ	5 652 005

ცხრილი 43. დაფინანსების ღეფიციტი საქართველოში და პჯდ ქსელის ოპტიმიზაციის ეფექტი

შემდეგ ცხრილებში მოცემულია კახეთის რეგიონში (და ზოგადად საქართველოში) სახელმწიფო დაფინანსების აუცილებელი ზრდის პროცენტი იმის გათვალისწინებით, რომ დანერგილი იქნება თანაგადახდა ყოველ ვიზიტზე (სვეტები)⁴⁸ და ხარჯები შემცირდება და/ან განსაზღვრული პროცენტით კომპენსირდება მოსახლეობის მიერ უშუალო გადახდის სხვა ფორმებით (მწკრივები), რაც საშუალებას მოგვცემს შევავსოთ წარმოდგენილ ცხრილებში განსაზღვრული ღეფიციტი:

კახეთის რეგიონი

ა) ქსელი HPU-ს რეკომენდაციის მიხედვით:

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0.5	1	1.5	2
0%	158%	141%	124%	107%	90%
5%	146%	128%	111%	94%	77%
10%	133%	115%	98%	81%	64%
15%	120%	103%	85%	68%	51%
20%	107%	90%	72%	55%	38%
25%	94%	77%	59%	42%	25%

⁴⁸ აღებულია უკილიზაციის მიმდინარე მაჩვენებელი ერთი მოსახლის 1 ვიზიტზე

ბ) სრულად ოპტიმიზირებული ქსელი

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0.5	1	1.5	2
0%	122%	105%	87%	70%	53%
5%	111%	94%	76%	59%	42%
10%	100%	82%	65%	48%	31%
15%	89%	71%	54%	37%	20%
20%	77%	60%	43%	26%	9%
25%	66%	49%	32%	15%	-2%

გ) უკიდურესად ოპტიმიზირებული ქსელი

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0,5	1	1,5	2
0%	80%	63%	45%	28%	11%
5%	71%	54%	36%	19%	2%
10%	62%	45%	27%	10%	-7%
15%	53%	36%	18%	1%	-16%
20%	44%	27%	9%	-8%	-25%
25%	35%	18%	0%	-17%	-34%

ცხრილი 44. სახელმწიფო დაფინანსების აუცილებელი ზრდა სხვადასხვა სცენარების მიხედვით კახეთის რეგიონისათვის საქართველო:

ა) ქსელი HPU-ს რეკომენდაციის მიხედვით:

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0,5	1	1,5	2
0%	76%	64%	52%	40%	28%
5%	67%	55%	43%	31%	19%
10%	58%	46%	34%	23%	11%
15%	50%	38%	26%	14%	2%
20%	41%	29%	17%	5%	-7%
25%	32%	20%	8%	-4%	-16%

ბ) სრულად ოპტიმიზირებული ქსელი

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0,5	1	1,5	2
0%	72%	60%	48%	36%	24%
5%	63%	51%	39%	27%	15%
10%	55%	43%	31%	19%	7%

15%	46%	34%	22%	10%	-2%
20%	37%	25%	14%	2%	-10%
25%	29%	17%	5%	-7%	-19%

გ) უკიდურესად ოპტიმიზირებული ქსელი

თანაგადახდა/ შემცირებული ხარჯები	0	0,5	1	1,5	2
0%	31%	19%	8%	-4%	-16%
5%	25%	13%	1%	-11%	-23%
10%	18%	6%	-6%	-18%	-30%
15%	12%	0%	-12%	-24%	-36%
20%	5%	-7%	-19%	-31%	-43%
25%	-1%	-13%	-25%	-37%	-49%

ცხრილი 45. სახელმწიფო დაფინანსების აუცილებელი ზრდა სხვადასხვა სცენარების მიხედვით მთელი საქართველოსათვის

ფისკალური პოლიტიკით უნდა განისაზღვროს, თუ სახელმწიფო დაფინანსების რა რაოდენობით გაზრდაა შესაძლებელი მომავალში იმისათვის, რათა ჩამოყალიბდეს ხანგრძლივი დროის პერსპექტივით მყარი ფუნქციონირების უნარის მქონე პჯდ სისტემა. ზემოთ მოყვანილი ცხრილებიდან ჩანს, რომ სიტუაცია მთლიანად საქართველოში უფრო სასიკეთოა, ვიდრე კახეთის რეგიონში. მიზეზი აშკარაა, რომელიც მდგომარეობს კახეთში პჯდ სისტემის არასათანადო დაფინანსებაში საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.⁴⁹ ქსელის ოპტიმიზაცია HPU-ს რეკომენდაციის მიხედვით უფრო ახლოს დგას ვეყნის მასშტაბით მარტივი ოპტიმიზაციის მოდელთან, რომელიც გულისხმობს 2000 მოსახლის მოცვას, ვიდრე კახეთის შემთხვევასთან.⁵⁰

რამდენადაც დაშვებულია, რომ პჯდ სახელმწიფო დაფინანსების დაახლოებით 15%-ით ზრდა ფინანსურად ხელმისაწვდომი იქნება შემდეგი 5 წლის განმავლობაში და რაიმე ფიქსირებული თანაგადახდა არ იქნება სასურველი, საჭირო გახდება ქსელის უკიდურესი ოპტიმიზაცია (იხ. ცხრილი 45 გ). ქსელის სრული ოპტიმიზაციის პირობებში საჭიროა პჯდ ამჟამინდელ ბიუჯეტს დაემატოს 40-45% (საშუალოდ 2000 მოსახლე ერთ პრაქტიკაზე).

კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოთ მოყვანილი ცხრილები არ მოიცავს მედიკამენტებს, რომელთა დაფინანსებაც უნდა მოხდეს სახელმწიფო დაფინანსებისა და ამორტიზაციის მაგებით.

8.2. სხვა პჯდ უზრუნველყოფელთა ბიუჯეტი

პჯდ პრაქტიკების, ლაბორატორიებისა და აფთიაქების ხარჯების ანაზრაურება განხილული იყო წინა პარაგრაფებში. პჯდ-ს ასევე განეკუთვნება ბინამე მომსახურების

⁴⁹ ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს თბილისი, სადაც ქვეყნის მოსახლეობის 2/3 ცხოვრობს

⁵⁰ კვლავ, თბილისის გამო, სადაც HPU გვთავაზობს 2200 მოსახლის მოცვას

ორგანიზაცია და პირველადი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სამსახურების დაწესებულებები. საქართველოში ჯერ კიდევ არ არსებობს ბინამე მომსახურების დამოუკიდებელი ორგანიზაციები და სავარაუდოდ გარკვეული დროის განმავლობაში პჯდ პრაქტიკები უზრუნველყოფენ ბინამე მომსახურებას.

9. ფუნქციონირების პროცედურები

რეფორმირებული პჯდ-სათვის უნდა შემუშავდეს და დაინერგოს ფუნქციონირების რიგი პროცედურებისა. ეს პროცედურები ართის მხრივ არეგულირებს ერთის მხრივ პჯდ დაწესებულებისა და პაციენტის ურთიერთობებს – რეგისტრაციის, მიმართვის, მედიკამენტების დანიშვნის, გადასახადების ქვიგრების შედგენის პროცედურები; ხოლო მეორეს მხრივ კი ურთიერთობებს პჯდ დაწესებულებასა და სახელმწიფო შემსყიდველს და/სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის – ანგარიშგების, ანგარიშ/ფაქტურების შედგენისა და ანგარიშგების, ფინანსური ანგარიშების შედგენის და ხარისხის კონტროლის პროცედურები.

თითოეული პროცედურის აღწერილობა უნდა შეიცავდეს ცალკეული პირების როლებისა და პასუხისმგებლობების განსაზღვრას, ვადებს, დოკუმენტების შედგენასთან და მონაცემების ფორმაგთან დაკავშირებულ საკითხებს თუ არსებობს ელექტრონული მონაცემების ურთიერთგაცვლის შესაძლებლობა, დოკუმენტების არქივირებისა და აუდიტის წესებს. ქვემოთ მოყვანილ პარაგრაფებში მოცემულია ამ პროცედურების მხოლოდ ბოგადი კონტურები, რაც იძლევა მათზე შემდგომი მსჯელობის შესაძლებლობას (რაც შექმნის წინაპირობებს შეუქმნის პჯდ სისტემის ფუნქციონირების სახელმძღვანელოს შემუშავებას).

9.1. რეგისტრირების პროცედურა

ამ პროცედურის მიზანია პჯდ უბნებზე მოქალაქეების რეგისტრირება. ამ პროცედურის დანერგვა მიზანშეწონილია პჯდ უზრუნველყოფელის თავისუფალი არცევის პირობებში. რეგისტრირება ბეგავლენას ახდენს როგორც მოქალაქეზე, ისე პჯდ უზრუნველყოფელზე.

რეგისტრირება უფლებას აძლევს მოქალაქეს ისარგებლოს ყველა იმ მომსახურებით, რომელიც შეგანილია ოფიციალურად დამტკიცებულ საბაზისო პაკეტში. თუ მოქალაქე არ არის რეგისტრირებული, მან უნდა გადაიხადოს ყველა მომსახურების გადასახადი ყოველგვარი სახელმწიფო სუბსიდირების გარეშე. ალგერნატივად შეიძლება გათვალისწინებულ იქნას არარეგისტრირებული მოქალაქის მიერ ერთჯერადი თანაგადახდა ყოველ ვიზიტზე.

უმეტესწილად უზრუნველყოფელების ანამბლაურება მოხდება კაპიტაციის მეთოდით რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის (და ასაკობრივი პროფილი) მიხედვით. შეიძლება გათვალისწინებული იქნას 2-წლიანი გარდამავალი პერიოდი. ამ ხნის განმავლობაში პჯდ უზრუნველყოფელთა ანამბლაურება მოხდება არსებული მოცული მოსახლეობის მიხედვით. ორი წლის შემდეგ რეალურად რეგისტრირებული მოქალაქეების რაოდენობის მიხედვით ანამბლაურება მოხდება სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ.

საწყისი რეგისტრაციის პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს:

1. მოქალაქე მიდის შერჩეულ პჯდ ექიმთან ავსებს სარეგისტრაციო ფორმას. სარეგისტრაციო ფორმა ივსება სამ ეგზემპლარად; ერთი პჯდ უზრუნველყოფელისათვის, ერთი სახელმწიფო შემსყიდველისათვის და ერთი მოქალაქისათვის. სარეგისტრაციო ფორმა მოიცავს მოქალაქის სახელსა და გვარს, დაბადების თარიღს

და მისამართს, პჯდ ექიმის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს, რეგისტრირების თარიღს და მოქალაქის ხელმოწერას. რეგისტრაცია ძალაშია მომდევნო თვის პირველი რიცხვიდან.

2. პჯდ უბრუნველმყოფელი ერთ ეგზემპლარს გადასცემს მოქალაქეს, მეორე ასლს ურთავს დოკუმენტაციას და მესაბე ასლს აგზავნის სახელმწიფო შემსყიდველთან.
3. სახელმწიფო შემსყიდველი მონაცემთა ბაზაში ამოწმებს, ხომ არ აქვს ადგილი ორმაგ რეგისტრაციას. ასეთის არსებობის შემთხვევაში გადაწყვეტილება მიიღება რეგისტრაციის ტარილის მიხედვით უახლესი თარიღის სასარგებლოდ.
4. სახელმწიფო შემსყიდველი მასთან კონტრაქტიგ მომუშავე ყველა პჯდ უბრუნველმყოფელს რეგულარულად (ყოველთვიურად) უგზავნის დამტკიცებული ცვლილებების ნუსხას – ახალი რეგისტრირების დადასტურების და ძველის გაუქმების შესახებ.

როგორც წესი, მოქალაქეს შეუძლია რეგისტრაციის შესცვლა სამ კალენდარულ თვეში ერთხელ. შესაძლებელია რეგისტრაციის შეცვლა დროის უფრო მოკლე პერიოდში საცხოვრებელი ან სამუშაო ადგილის შეცვლის შემთხვევაში.

რეგისტრაციის შეცვლის პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს:

1. მოქალაქე მიდის ახლად შერჩეულ პჯდ ექიმთან ავსებს სარეგისტრაციო ფორმას. მიუთითებს რეგისტრაციის ვადაზე შეცვლის მიზეზებს და იმ პჯდ ექიმის მონაცემებს, რომელთანაც იგი იყო რეგისტრირებული. ცვლილება ძალაშია მომდევნო თვის პირველი რიცხვიდან.
2. ახლად შერჩეული პჯდ უბრუნველმყოფელი ერთ ეგზემპლარს გადასცემს მოქალაქეს, მეორე ასლს ურთავს დოკუმენტაციას და მესაბე ასლს აგზავნის სახელმწიფო შემსყიდველთან.
3. სახელმწიფო შემსყიდველი მონაცემთა ბაზაში ამოწმებს ცვლილების ლეგიტიმურობას და ასევე იმას, ხომ არ აქვს ადგილი ორმაგ რეგისტრაციას. თუ ცვლილების ლეგიტიმურობა ეჭვს იწვევს, სახელმწიფო შემსყიდველი უარს ამბობს ცვლილებაზე და აცობინებს ამის შესახებ მოქალაქეს.
4. სახელმწიფო შემსყიდველი მასთან კონტრაქტიგ მომუშავე ყველა პჯდ უბრუნველმყოფელს რეგულარულად (ყოველთვიურად) უგზავნის დამტკიცებული ცვლილებების ნუსხას - ახალი რეგისტრირების დადასტურების და ძველის გაუქმების შესახებ.
5. რეგისტრაციის ცვლილების დამტკიცების შემთხვევაში ახალი პჯდ ექიმი სთხოვს მის წინამორბედს ამოიროს რეგისტრაცია თავისი დოკუმენტაციიდან.

9.2. მიმართვის პროცედურა

აღნიშნული პროცედურის მიზანია მკურნალობისათვის პაციენტების მიმართვა მეორეული და მესამეული დონის სამსახურებისადმი. პჯდ ექიმები მიმართვას ახორციელებენ მხოლოდ დამტკიცებული სამედიცინო გაიდლაინებისა და კლინიკური ჩვენებების საფუძველზე.

პაციენტებს უფლება აქვთ მეორეული და მესამეული დონის მომსახურება მიიღონ სახელმწიფო დაფინანსებით (სელექტიური მომსახურებისათვის) მხოლოდ მათი პჯდ ექიმის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე.

მეორეულ დონეზე მიმართვის პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს⁵¹:

1. პჯდ ექიმი გადაწყვეტს, რომ საჭიროა პაციენტის მიმართვა.
2. იგი ავსებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს და გადასცემს მას პაციენტს სპეციალისტისათვის წარსადგენად.
3. პჯდ ექიმი მიმართვის შესახებ ჩანაწერს აკეთებს სტატისტიკურ ფორმაში (პჯდ საინფორმაციო სისტემის ელექტრონული ფორმა).
4. პჯდ ექიმი აცხობინებს პაციენტს შესაბამისი სპეციალისტის ხელმისაწვდომობის შესახებ
5. პაციენტი მიდის სპეციალისთან და გადასცემს მას მიმართვის ფორმას.
6. პაციენტის მიღების შემდეგ სპეციალისტი:
 - ა) ავსებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს;
 - ბ) შეაქვს ჩანაწერი პაციენტისათვის დასანიშნი წამლების შესახებ;
 - გ) იტოვებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს;
 - დ) მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს უბრუნებს პაციენტს;
7. შევსებულ ფორმას პაციენტი უბრუნებს პჯდ ექიმს, რომელიც ათავსებს მას პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში და დანიშნავს რეკომენდირებულ წამლებს.
8. საჭიროების შემთხვევაში პჯდ ექიმი უშუალოდ უკავშირდება სპეციალისტს მკურნალობის სქემის დასაზუსტებლად.

მესამეულ დონეზე მიმართვის პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს:

1. პჯდ ექიმი გადაწყვეტს, რომ საჭიროა პაციენტის მიმართვა.
2. იგი ავსებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს და გადასცემს მას პაციენტს საავადმყოფოში წარსადგენად.
3. პჯდ ექიმი მიმართვის შესახებ ჩანაწერს აკეთებს სტატისტიკურ ფორმაში (პჯდ საინფორმაციო სისტემის ელექტრონული ფორმა).
4. პჯდ ექიმი აცხობინებს პაციენტს შესაბამისი საავადმყოფოს ხელმისაწვდომობის შესახებ.
5. პაციენტი მიდის საავადმყოფოში და გადასცემს მიმართვის ფორმას მიმღებ ექიმს.
6. გაწერის შემდეგ მკურნალი ექიმი:
 - ა) ავსებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს;
 - ბ) შეაქვს ჩანაწერი გაწერის შესახებ
 - გ) შეაქვს ჩანაწერი პაციენტისათვის დასანიშნი წამლების შესახებ;
 - დ) იტოვებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს;
 - ე) მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს უბრუნებს პაციენტს;
7. შევსებულ ფორმას და ჩანაწერს გაწერის შესახებ პაციენტი უბრუნებს პჯდ ექიმს, რომელიც ათავსებს მას პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში და დანიშნავს რეკომენდირებულ წამლებს.
8. საჭიროების შემთხვევაში პჯდ ექიმი უშუალოდ უკავშირდება მკურნალ ექიმს მკურნალობის სქემის დასაზუსტებლად.

9.3. წამლის დანიშნვისა და ანაზღაურების პროცედურა

სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტების უფრო ფართო ნუსხის ნაწილობრივი დაფინანსების შემთხვევაში აუცილებელია განისაზღვროს წამლის დანიშნვისა და ანაზღაურების ოფიციალური პროცედურა. გადაუღებელ აუცილებლობას წარმოადგენს

⁵¹ უმნიშვნელოდ ადაპტირებული, “პჯდ სისტემის გაძღვრების მექანიზმები”, USAID/PHRplus, 2005, იანვარი

უფრო ფართო ნუსხაში შეგანილი წამლების სავალდებულო დანიშვნის სისტემის ხელაღწევა შემოღება/დანერგვა ვიდრე ეს ამჟამად არსებობს. ეს აუცილებელია არა მხოლოდ ანაზღაურების მიზნებისათვის, არამედ საქართველოში წამლების ეფექტურად მოხმარებისათვის.

დანიშნულების ფორმა (რეცეპტი) უნდა იყოს ოფიციალური დოკუმენტი და მათი დაბეჭდვა უნდა ხდებოდეს ჯანდაცვის სამინისტროს მელამხედველობის ქვეშ. დანიშნულების ფორმა უნდა შეიცავდეს პაციენტისა და ექიმის საიდენტიფიკაციო მონაცემებს, დიაგნოზს, წამლის დასახელებას, დოზირებას, დანიშვნის თარიღს და ინფორმაციას იმის შესახებ, ღირებულების რა ნაწილს იხდის პაციენტი. რეცეპტის გამოყენების ვადა შეზღუდულია.

მოცემული პროცედურა გულისხმობს წამლის სუბსიდირების სქემას თანადაზღვევით და ინდივიდუალურ მღვარს სახელმწიფო სუბსიდირებზე. პაციენტის მიერ მღვარის მიღწევის კონტროლს ახორციელებს პჯდ ექიმი.

წამლის დანიშვნისა და ანაზღაურების პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს (იხ. სურათი 8) ⁵²:

1. პჯდ ექიმი ავსებს დანიშნულების ფორმას, ამოწმებს პაციენტისათვის დადგენილ მღვარს, მის შესაბამისად ადგენს პაციენტის წილს წამლის ღირებულებაში და გადასცემს მას პაციენტს.
2. დანიშნულების ფორმა ივსება სამ ეგზემპლარად. ერთი ასლი რჩება ექიმთან ხოლო ორი დანარჩენი ეძლევა პაციენტს ხელზე.
3. პაციენტი მიდის აფთიაქში (სავარაუდოდ იმ აფთიაქების ქსელში, რომელთანაც სახელმწიფო შემსყიდველს კონტრაქტი აქვს გაფორმებული) და იძენს წამალს. ექიმის მითითების მიხედვით პაციენტი იხდის წამლის ან სრულ ღირებულებას, ან თანადაზღვევის წილს.
4. აფთიაქი იგოვებს დანიშნულების ფორმის ერთ ასლს და იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ფარავს წამლის ღირებულებას მხოლოდ ნაწილობრივ, გადაუხდელი თანხის წილი შეაქვს სახელმწიფო შემსყიდველისათვის წარსადგენ ანგარიშ/ფაქტურაში.
5. აფთიაქი ადასტურებს წამლის გაცემას და ღირებულების გადახდას იმ ეგზემპლარში, რომელიც რჩება პაციენტთან. ალტერნატიულად, აფთიაქში შეიძლება ორი ასლი დარჩეს, ერთი მათგანი გაეგზავნება სახელმწიფო შემსყიდველს (იხ. შემდეგი პუნქტი) (ამ შემთხვევაში პაციენტს ეძლევა წამლის გაცემის ჩვეულებრივი ქვითარი).
6. სახელმწიფო შემსყიდველისათვის წარსადგენად აფთიაქი ამზადებს ანგარიშ-ფაქტურას დროის განსაზღვრულ ინტერვალებში (რომელიც განისაზღვრება სახელმწიფო შემსყიდველთან დადებული კონტრაქტის პირობებით – ორ კვირაში ერთხელ ან თვეში ერთხელ). ანგარიშ-ფაქტურას თან ერთვის ყველა დანიშნულების ფორმა და ეგზავნება სახელმწიფო შემსყიდველს.
7. სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს ანგარიშ/ფაქტურას და უნაზღაურებს თანხას აფთიაქს.

⁵² სქემაში ფერებს აქვს შემდეგი მნიშვნელობები:

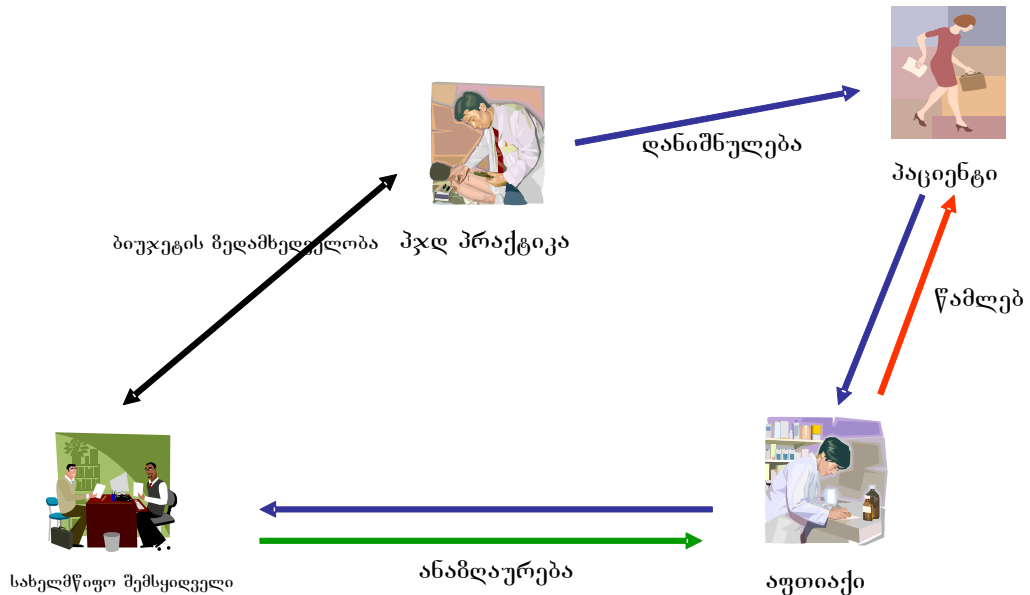
ლურჯი ბოლი – დანიშნულებების ნაკადი

წითელი ბოლი – წამლების ნაკადი

შავი ბოლი – საანგარიშო ინფორმაციის ნაკადი

მწვანე – ფულის ნაკადი

8. სახელმწიფო შემსყიდველი რეგულარულად (ყოველწლიურად) ამოწმებს პჯდ ექიმის მიერ განხორციელებულ დანიშნულებებს და ექიმის მიერ პაციენტის ინდივიდუალური ლიმიტის შედამხედველობას.

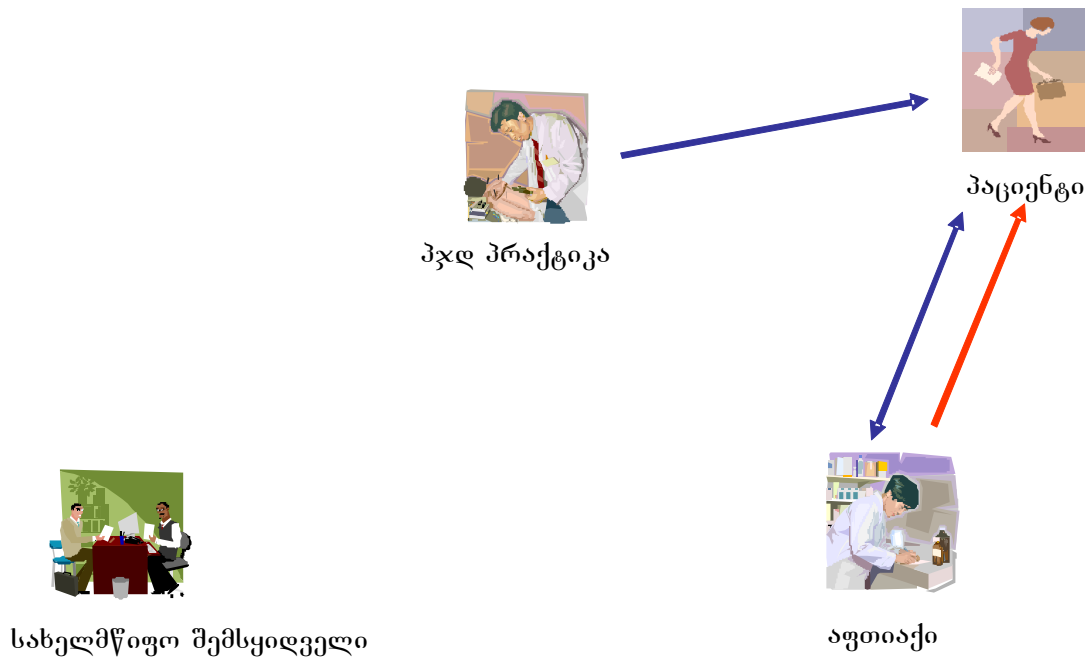


სურათი 8. წამლის მიწოდების სქემა – ვარიანტი 1

იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს წამლის სუბსიდირების სქემა მხოლოდ კატასტროფული ლიმიტით, შესაძლებელია მოდიფიცირებული სქემის გამოყენება, რაც თავიდან ააცილებს ექიმს ლიმიტის კონტროლის სიმძიმეს. იხ. სურათი 9.

ალტერნატიული პროცედურა შემდეგში მდგომარეობს:

1. პჯდ ექიმი ავსებს დანიშნულების ფორმას.
2. დანიშნულება ივსება სამ ეგზემპლარად. ერთი ასლი რჩება ექიმთან ხოლო ორი დანარჩენი ეძლევა პაციენტს ხელზე.
3. პაციენტი მიდის აუთიაქში (სავარაუდოდ იმ აუთიაქების ქსელში, რომელთანაც სახელმწიფო შემსყიდველს კონტრაქტი აქვს გაფორმებული), იძენს წამალს და იხდის წამლის სრულ ღირებულებას
4. აუთიაქი იტოვებს დანიშნულების ფორმის ერთ ეგზემპლარს და ადასტურებს წამლის გაცემას და ღირებულების გადახდას იმ ეგზემპლარში, რომელიც რჩება პაციენტთან.
5. პაციენტი ანგარიშობს წლის დასაწყისიდან მის მიერ წამლებზე გადახდილ თანხას. თუ თანხა აღემატება ყოველწლიურ კატასტროფულ მღვარს, პაციენტი წარადგენს ყველა გადახდილ დანიშნულებას სახელმწიფო შემსყიდველის ოფისში.
6. სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს წარდგენილი დანიშნულებების სისწორეს და უნამბლავრებს პაციენტს კატასტროფული ლიმიტის ზევით გადახდილ თანხას.



სურათი 9. წამლის მიწოდების სქემა – ვარიანტი 2

9.4. გადასახადი ქვითრების შედგენის პროცედურა

პროცედურის მიზანია პაციენტების გადასახადების შეკრება. პაციენტებს ევალებათ გადასახადების გადახდა შემდეგ შემთხვევებში:

- მომსახურებისათვის, რომლებიც არ შედის საბაზისო პაკეტში;
- მომსახურებისათვის, რომელიც შედის საბაზისო პაკეტში, მაგრამ ექვემდებარება თანაგადახდას, ან თანადაზღვევას;
- არარეგისტრირებული პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურებისათვის.

პაციენტებისათვის ანგარიშის წარსადგენად საჭიროა შემდეგი პრინციპების დაცვა:

- მომსახურების გარიფები განთავსებული უნდა იყოს მოსაცდელი ოთახების თვალსაჩინო ადგილას და ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს;
- იმ სერვისების გარიფები, რომლებიც ყველაზე ხშირად გამოიყენება უნდა იყოს უნიფიცირებული და დამკვიცებული ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ.

პაციენტის მიერ გადახდების წარმოების პროცედურა:

1. პჯდ ექიმი აცხადებს პაციენტს, რომ ესა თუ ის მომსახურება ფასიანია.
2. მას შემდეგ რაც პაციენტს გაეწევა მომსახურება, იგი იხდის გადასახადს დაწესებულების სალაროში (თუ პჯდ დაწესებულება მცირე სიდიდისაა უშუალოდ ექიმთან ან ექთანთან).
3. პაციენტი იღებს თანხის გადახდის დამადასტურებელ ქვითარს.

4. პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა უნდა დაფიქსირდეს საბუღალტრო წიგნში.

9.5. ხარისხის გაუმჯობესების პროცედურა

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ამოცანა უნდა იყოს ხარისხის სისტემატური გაუმჯობესება. შემუშავებულია ხარისხის გაუმჯობესების ფორმალური პროცედურა, რომელსაც ახორციელებს სახელმწიფო შემსყიდველი ან ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტი.

პროცედურა ეფუძნება პჯდ უზრუნველყოფელების საქმიანობის რეგულარულ შეფასებას. თავის მხრივ შეფასება შედგება რანდომიზირებულად ან მიზნობრივად (განსაზღვრულ დიგნოზებზე ორიენტირებით) ჩატარებული მკურნალობის შეფასებისაგან, რომელიც ემყარება სამედიცინო დოკუმენტაციის ექსპერტულ ანალიზს. გარდა ამისა ხდება სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხისა და სისრულის შეფასება.

ხარისხის სხვა წყაროა სტატისტიკური მონაცემები პჯდ უზრუნველყოფელის საქმიანობის შესახებ. ამ მონაცემებს განეკუთვნება ვიზიტების/მიმართვების რაოდენობა, წამალთდანიშნულების მოდელი, ჩატარებული პრევენციული სერვისების რაოდენობა.

ხარისხის შეფასების მესამე წყარო შეიძლება იყოს რეგულარული გამოკითხვების ჩატარება პაციენტთა დაკმაყოფილების დასადგენად. ასეთი კომპლექსური შეფასების პროცედურის მიზანია დაეხმაროს პჯდ უზრუნველყოფელს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში.

შეფასების პროცედურა შეიძლება განახორციელოს რეგიონალურმა კომისიამ, რომლის შემადგენლობაში იქნებიან სახელმწიფო შემსყიდველის, ჯანდაცვის რეგიონალური დეპარტამენტის და პჯდ სფეროში მოქმედი პროფესიული სამედიცინო ასოციაციების წარმომადგენლები.

9.6. ანგარიშების პროცედურა

პჯდ უზრუნველყოფელები მოვალენი არიან წარუდგინონ ანგარიშები სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრს. ამასთან ანგარიშ/ფაქტურების წარდგენის პროცედურის ფარგლებში შერჩეული მონაცემები მათ უნდა წარუდგინონ სახელმწიფო შემსყიდველს.

არსებობს რამოდენიმე ძირითადი ვარიანტი, რომლებიც განხილულ უნდა იქნას ქვეყნის ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის კონტექსტში.

პჯდ უზრუნველყოფელმა (ამ კონტექსტში - პჯდ პრაქტიკა) შეიძლება მოგვაწოდოს:

- ა) მხოლოდ აგრეგირებული ციფრები მისი საქმიანობის სპეციფიკური ინდიკატორებისათვის – ვიზიტების რაოდენობა პაციენტების ასაკობრივი ჯგუფის, სქესისა და ვიზიტის მიზნის მიხედვით, მიმართვების რაოდენობა, სპეციფიკური სერვისების, მაგ. იმუნიზაცია, რაოდენობა. ამ ციფრების შეგანა ხდება ქალაქის ან ელექტრონულ ფორმაში და იგზავნება სტატისტიკურ განყოფილებაში ან სახელმწიფო შემსყიდველის ფილიალში.

თუ არსებობს ამის შესაძლებლობა აღნიშნული ციფრების მიღება შეიძლება ავტომატურად პჯდ საინფორმაციო სისტემის მეშვეობით;

- ბ) ყოველ პაციენტზე ივსება ქალაქის ან ელექტრონული ფორმა, რომელიც წარედგინება სტატისტიკურ განყოფილებას ან სახელმწიფო შემსყიდველის ფილიალს. ფორმა შეიცავს პაციენტის დემოგრაფიულ მონაცემებს, ძირითად და ყველა თანხმლებ დიაგნოზს, ჩატარებულ პროცედურებს, იმუნიზაციას და ა.შ. ამ ფორმების დამუშავება შემდეგ უნდა მოხდეს სტატისტიკის დეპარტამენტში (ან ჯერ სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ და შემდეგ გადაეცემა სტატისტიკის დეპარტამენტს).

მეორე მიდგომის უპირატესობას წარმოადგენს სტატისტიკური მონაცემების გაცილებით მაღალი ხარისხი და პჯდ დაწესებულებების საქმიანობისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სტატისტიკური მონაცემების წარმოების შედარებით მაღალი მოქნილობა.

9.7. ანგარიშ/ფაქტურების წარმოების პროცედურა.

პროცედურის დეტალები დამოკიდებულია ანაზღაურების გამოყენებულ მექანიზმზე. ჩვეულებრივ ამ პროცედურა შემდეგი ეტაპებისაგან:

1. სახელმწიფო შემსყიდველი გარკვეული პერიოდის დასაწყისზე ავანსის სახით აგზავნის განსაზღვრული ოდენობის თანხას, რომელიც წარმოადგენს წლიური ბიუჯეტის პროპორციულ ნაწილს და ეს თანხა შეიძლება ასევე შეიცავდეს კაპიტაციური დაფინანსების ავანსსაც.
2. ყოველი კალენდარული თვის ბოლოს პჯდ უზრუნველყოფელი ამზადებს ანგარიშ-ფაქტურას, რომელიც ეფუძნება კონტრაქტის პირობებს. თუ ანაზღაურება ეფუძნება რეგისტრირებული პაციენტების რეალურ რაოდენობას, პჯდ უზრუნველყოფელი ყოველ კატეგორიაში (მაგ. ასაკი) რეგისტრირებული მოსახლეობის რიცხვს ამრავლებს დადგენილ კაპიტაციურ გარიფზე. რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა ეფუძნება რეგისტრაციაში შეტანილი დამტკიცებული ცვლილებების სიას, რომელიც იგზავნება სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ წინა თვის განმავლობაში. ანგარიშ-ფაქტურას თან ერთვის ყველა დამატებითი ანგარიში და ისინი გადაეცემა სახელმწიფო შემსყიდველის ფილიალს.
3. სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს ანგარიშ-ფაქტურას. თუ მასში აღმოჩნდა მნიშვნელოვანი უზუსტობები, სახელმწიფო შემსყიდველი ანგარიშ-ფაქტურას უბრუნებს პჯდ უზრუნველყოფელს მათ გასასწორებლად.
4. თუ ანგარიშ-ფაქტურა მოიცავს ანაზღაურების ცვლად ნაწილს, რომელიც ეფუძნება პჯდ უზრუნველყოფელების რეალურ საქმიანობას (მაგ. ჩატარებული იმუნიზაციის ან სხვა პრევენციული სერვისების რაოდენობა) სახელმწიფო უზრუნველყოფელი აწარმოებს პრემიებისა და დაქვითვების დაანგარიშებას და ამის მიხედვით უგზავნის პჯდ უზრუნველყოფელს ანგარიშ-ფაქტურაზე კრედიტს ან დებეტს.
5. სახელმწიფო შემსყიდველი (ან ხაზინა) გადარიცხავს ანაზღაურების თანხას პჯდ უზრუნველყოფელის საბანკო ანგარიშზე.

10. ძირითადი ფინანსური გეგმის განხორციელება

10.1. განხორციელების საბაზისო ღონისძიებები

კახეთის რეგიონში ჰჯდ სისტემის პილოტური პროექტის დანერგვის პროცესი შეიცავს რამოდენიმე კომპონენტს:

1. გადაწყვეტილების მიღება უმაღლეს დონეზე.
2. კანონმდებლობის შესაბამისობაში მოყვანა.
3. ადამიანთა რესურსების კომპონენტი.
4. სწავლების კომპონენტი.
5. დაწესებულებების რემონტი და რეაბილიტაცია.
6. ანაზღაურების მექანიზმების შემუშავების დასრულება.
7. ფუნქციონირების პროცედურების შემუშავება.
8. ინფორმაციის კომპონენტი.

1) გადაწყვეტილება ჯერ მისაღებია. საჭიროა პოლიტიკური ნება და გადაწყვეტილება სულ მცირე 3 წლის განმავლობაში ჰჯდ სისტემისათვის საჭირო სრული სახელმწიფო დაფინანსების მოცულობასთან დაკავშირებით. ამასთან არჩეული მოდელის მდგრადობის შეფასება უნდა მოხდეს სახელმწიფო დაფინანსების შესაძლებლობის რაკურსით. ამის საფუძველზე პოლიტიკური გადაწყვეტილებები უნდა იყოს მიღებული საბაზისო პაკეტის შინაარსთან, (განსაკუთრებით ეს ეხება სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემას), ჰჯდ დაწესებულებების ახლანდელ და სამომავლო იურიდიულ სტატუსთან, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების დონესთან და პაციენტებისათვის ოფიციალური გადასახადების დაწესების (თანაგადახდა, თანადაზღვევა და დარიცხვები) პოლიტიკურ მიზანშეწონილობასთან დაკავშირებით.

2) რიგი გადაწყვეტილებებისა მოითხოვენ არსებული საკანონმდებლო ბაზაში ცვლილებების შეტანას. საჭიროა ამ ცვლილებების მომზადება და კანონმდებლობაზე მუშაობის დაწყება.

3) შერჩეულ უნდა იქნას საკადრო რესურსები, რომლებიც იმუშავებენ რეფორმირებულ ჰჯდ სისტემაში. ასევე უნდა გადაწყდეს გამონთავისუფლებული კადრების საკითხიც.

4) სწავლების კომპონენტი შედგება ქვეკომპონენტებისაგან: პერსონალის სამედიცინო გადამზადება⁵³ და ფინანსური და ორგანიზაციული სწავლება. სწავლების ამ კურსით უნდა მოხდეს სათანადო პერსონალის მომზადება საბაზისო პაკეტით სერვისების მიწოდების არსსა და პირობებში, ჰჯდ სისტემაში ანაზღაურების ყველა ასპექტებში, სახელმწიფო შემსყიდველისათვის ანგარიშ-ფაქტურების წარდგენის საკითხებში, ფუნქციონირების პროცედურებსა და ფინანსური ანგარიშგების სფეროებში.

⁵³ ორგანიზებულია ევროკავშირის Tasic მომიჯნავე პროექტით.

5) ჰჯდ დაწესებულებების მენობების რეაბილიტაცია და რემონტი ხორციელდება ევროკავშირისა და მსოფლიო ბანკის პროექტების ფარგლებში.

6) დასრულებული სახე უნდა მიეცეს ანამლაურების მექანიზმებს, სადაც გათვალისწინებული იქნება სავალდებულო ტარიფების გაანგარიშება, ხოლო საბუღალტრო და ფინანსური ანგარიშების წესები უნდა იძლეოდეს დაწესებულების შიგნით ფინანსური საშუალებების მართვის შესაძლებლობას.

7) შემუშავებული და აღწერილი უნდა იყოს ყველა შესაბამისი ფუნქციონალური პროცედურა. აუცილებელია საჭირო ფორმების შემუშავება, დაბეჭდვა და გავრცელება. რეკომენდირებულია საინსტრუქციო შინაარსის ფუნქციონირების სახელმძღვანელოს შექმნა, რომელშიც მოცემული იქნება ჰჯდ პრაქტიკასთან დაკავშირებული ფუნქციონალური პროცედურების და ყველა საჭირო ფორმის აღწერა და მათი გამოყენების განმარტება. ასეთი სახელმძღვანელო შეიძლება გამოყენებულ იქნას სასწავლო მასალის სახით საკადრო რესურსების მომზადებისას.

8) დაინტერესებული მხარეებისა და მოსახლეობისათვის საინფორმაციო და განმარტებითი კამპანიები უნდა ჩატარდეს სათანადო დროს.

10.2. პასუხისმგებლობა და ორგანიზაცია

ჰჯდ რეფორმის არსებულ სტრუქტურებს, როგორცაა ჰჯდ საბჭო, რომელსაც ხელმძღვანელობს მინისტრი და რომელიც წარმოადგენს გადაწყვეტილების მიღების უმაღლეს დონეს და ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილება, რომელიც წარმოადგენს რეფორმის ანალიტიკურ და კვლევით ორგანოს, უნდა დაემთავროს ჰჯდ დანერგვის განყოფილება, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება რეფორმის განხორციელების ყველა დონისძიების შესრულებასა და კოორდინაციაზე. ამ განყოფილებას უნდა ხელმძღვანელობდეს უშუალოდ მინისტრი ან მისი მოადგილე. განყოფილება ანგარიშვალდებულია ჰჯდ საბჭოს წინაშე.

11. დასკვნები

წარმოდგენილი ძირითადი გეგმა ეფუძნება რეფორმის პროცესის შესახებ არსებულ ინფორმაციას და ჰჯდ საბჭოსა და მინისტრის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. ძირითად გეგმაში გამოყენებულია ხარჯების, ანამლაურებისა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების შესახებ არსებული ინფორმაციის მაქსიმუმი და ემყარება პროექტის ფარგლებში აღრე ჩატარებულ ანალიტიკურ სამუშაოს და ასევე ადგილობრივი ანალიტიკოსებისა და სხვა პროექტების წარმომადგენლებისაგან მიღებულ ინფორმაციას.

ძირითადი გეგმა მიზნად ისახავს ქვეყნის ხელისუფლების მიერ პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მხარდაჭერას სათანადო მონაცემების მეშვეობით. საჭიროა პოლიტიკური ნება და გადაწყვეტილება სულ მცირე 3 წლის განმავლობაში ჰჯდ სისტემისათვის საჭირო სრული სახელმწიფო დაფინანსების მოცულობასთან დაკავშირებით. შერჩეული მოდელის სიცოცხლისუნარიანობა გრძელვადიან პერსპექტივაში უნდა შეფასდეს სახელმწიფო დაფინანსების შესაძლებლობების ჭრილში. ამის საფუძველზე პოლიტიკური გადაწყვეტილებები უნდა იყოს მიღებული საბაზისო პაკეტის შინაარსთან (განსაკუთრებით ეს ეხება სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემას), ჰჯდ დაწესებულებების ახლანდელ და სამომავლო

იურიდიულ სტატუსთან, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ღონესთან და პაციენტებისათვის ოფიციალური გადასახადების დაწესების (თანაგადახდა, თანაღამღვევა და დარიცხვები) პოლიტიკურ მიზანშეწონილობასთან დაკავშირებით. ამასთან პილოტურ რეგიონებში უნდა გადაწყდეს მოსახლეობის განსამზღვრული სერვისებიადმი ხელმისაწვდომობის საკითხი სახცოვრებელი ადგილის მიხედვით.

ძირითადი გეგმა ემხრობა პჯდ-ს ღონებზე ყოვლისმომცველი საბაზისო პაკეტის უზრუნველყოფას. იგი წამოჭრის საბაზისო პაკეტში მედიკამენტების კომპონენტის შეგანის საკითხს, რადგანაც სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტების სუბსიდირება წარმოადგენს რეფორმირებული პჯდ დაწესებულებებში პაციენტების მოზიდვის ერთ-ერთ საკვანძო ფაქტორს. მედიკამენტების კომპონენტი წარმოადგენს იმიგაციური კვლევის შედეგს, რომელიც ეფუძნება მკურნალობის სტანდარტული პროტოკოლების ანალიზს. სამწუხაროდ იმიგაციური კვლევის შედეგებს ვერ დავუპირისპირებთ მედიკამენტების მოხმარების რეალურ მონაცემებს, რამდენადაც ღღისათვის საქართველოში ასეთი მონაცემები არ არსებობს.

შემუშავებულ იქნა პჯდ პრაქტიკების ანაზღაურების მექანიზმების სხვადასხვა ვარიანტები და გაკეთდა შესაბამისი გარიფების გაანგარიშებები. გაანგარიშებები ეფუძნება ხარჯების ყოვლისმომცველ მოდელს, რომლის წყაროსაც წარმოადგენს ნორმატიული მონაცემები ხარჯების შესახებ. კახეთის რეგიონის რეფორმირებული პჯდ სისგემისათვის გაანგარიშებულ იქნა სხელმწიფო დანახარჯების საერთო ოღენობა, რაც პროექტირებულ იქნა მთელი ქვეყნის მასშტაბებისათვის.

გაანგარიშებების მნიშვნელოვან შედეგს წარმოადგენს ერთ სულ მოსახლეზე დანახარჯები პჯდ სისგემისათვის. საბაზისო პაკეტი და კახეთის რეგიონში დაგეგმილი ქსელი საჭიროებს დაახლოებით 10 ლარს წელიწადში ყველა ამორტიზაციის ჩათვლით. თუ ამას დავემატება წამლების კომპონენტი, საჭირო გახდება ამ თანხას ერთ სულ მოსახლეზე დავემატოს 5-7 ლარი, რაც უზრუნველყოფს რეფორმირებულ პჯდ დაწესებულებებში მოსახლეობის მოზიდვას და მათ დაცვას. ყველაზე რთული ამოცანა მღგომარეობს იმაში, თუ როგორ შევავსოთ ერთ სულ მოსახლეზე არსებულ 4 ლარიან დაფინანსებასა (კახეთის რეგიონში ეს თანხა კიდეც უფრო მცირეა) და მომავალში სასურველ 10-15 ლარიან დაფინანსებას შორის არსებული ღეფიციტი.

ღანართი 1. პჯდ დაწესებულებების რეკომენდირებული ქსელი კახეთის რეგიონისათვის.

ვარიანტი 1.

ქსელი წარმოდგენილია ჯანდაცვის პოლიტიკის განყოფილების მიერ რეკომენდირებული სახით, რომელშიც პჯდ დაწესებულებები დაყოფილია ოთხ კატეგორიად:

- მთიანი რეგიონების პჯდ დაწესებულებები 1000 მოსახლის მოცვით;
- სოფლის რეგიონების პჯდ დაწესებულებები 1500 მოსახლის მოცვით;
- რაიონული ცენტრების პჯდ დაწესებულებები 2000 მოსახლის მოცვით;
- ქალაქის პჯდ დაწესებულებები 2200 მოსახლის მოცვით.

საშუალოდ მოცული მოსახლეობის რაოდენობა ვარიანტი 1-სათვის შეადგენს 1567 მოსახლეს.

რაიონი	დასახლებული პუნქტის სახელწოდება	მოცული მოსახლეობა ⁵⁴	მოცული მოსახლეობა ერთ გუნდზე კატეგორიის მიხედვით	გუნდები კატეგორიებად დაყოფილ მოსახლეობაზე	მოსახლეობა ერთ გუნდზე	გუნდების რაოდ. 2000 მოსახლ. ბანზე
ახმეტა	ჯოყოლო	3998	1000	4	2000	2
ახმეტა	ქისტაური	4408	1000	5	2000	2
ახმეტა	ქვემო ალვანი	10867	1000	11	2000	5
ახმეტა	დუისი	4559	1000	5	2000	2
ახმეტა	მაგანი	6822	1000	7	2000	3
ახმეტა	ახმეტა	7630	1500	5	2000	4
ახმეტა	ომალო	93	1000	0.5	2000	1
ახმეტა	ზემო ხოდაშენი	2741	1000	3	2000	1
ახმეტა	კასრისწყალი	384	1500	0.5	2000	1
დედოფლისწყარო	ზემო ქელი	6266	1500	4	2000	3
დედოფლისწყარო	ზემო მანხაანი	6473	1500	4.5	2000	3
დედოფლისწყარო	დედოფლისწყარო	15643	2000	8	2000	8
დედოფლისწყარო	საბათლო	483	1500	0.5	2000	1
დედოფლისწყარო	ფიროსმანი	605	1500	0.5	2000	1
დედოფლისწყარო	სამთაწყარო	1341	1500	1	2000	1
გურჯაანი	კაჭრეთი	3044	1500	2	2000	2
გურჯაანი	ვაზისუბანი	12024	1500	8	2000	6
გურჯაანი	კარდნახი	10488	1500	7	2000	5
გურჯაანი	ველისციხე	11363	1500	8	2000	6
გურჯაანი	გურჯაანი	28290	2000	14	2000	14
გურჯაანი	ჩალაუბანი	2462	1500	2	2000	1
გურჯაანი	არაშენდა	4857	1500	3	2000	2
ყვარელი	ენისელი	3370	1500	2	2000	2
ყვარელი	გაგაზი	7053	1500	5	2000	4
ყვარელი	შილდა	5697	1500	4	2000	3
ყვარელი	ახალსოფელი	7571	1500	5	2000	4
ყვარელი	ყვარელი	9841	2000	5	2000	5
ყვარელი	ბაღლოჯიანი	891	1500	0.5	2000	1
ყვარელი	მთისძირი	993	1500	0.5	2000	1
ყვარელი	საბუე	2242	1500	1.5	2000	1
ლაგოდეხი	ლეღიანი	4464	1500	3	2000	2
ლაგოდეხი	ულიანოვკა	1182	1500	1	2000	1
ლაგოდეხი	ცოდნისკარი	3336	1500	2	2000	2
ლაგოდეხი	ვარდისუბანი	9144	1500	6	2000	5
ლაგოდეხი	აფენი	5564	1500	3.5	2000	3
ლაგოდეხი	ქაბალი	13901	1500	9.5	2000	7
ლაგოდეხი	ლაგოდეხი	13096	2000	6.5	2000	7
საგარეჯო	ბადიაური	8227	1500	5.5	2000	4
საგარეჯო	იორმულანლო	18495	1500	12.5	2000	9
საგარეჯო	პატარძეული	4559	1500	3	2000	2

⁵⁴ ცხრილში მოცემული მოსახლეობის რაოდენობა გვიჩვენებს მოსახლეთა იმ რაოდენობას, რომელსაც მომსახურებას გაუწევს პჯდ დაწესებულება ქსელის ოპტიმიზაციის შემდეგ. მომდევნო სვეტში მოცემულია პჯდ დაწესებულებების მიერ კატეგორიების მიხედვით მოცული მოსახლეობა (იხ. ცხრილი ქვემოთ). სამედიცინო გუნდების საჭირო რაოდენობა გაანგარიშებულია როგორც კატეგორიებად დაყოფილი მოსახლეობის მოცულობის, ისე ფიქსირებული რაოდენობის (2000) მიხედვით.

საგარეჯო	მანავი	6422	1500	4	2000	3
საგარეჯო	საგარეჯო	19931	2000	10	2000	10
საგარეჯო	გომბორი	1484	1500	1	2000	1
სიღნაღი	ტიბაანი	9193	1500	6	2000	5
სიღნაღი	ნუკრიანი	3796	1500	2.5	2000	2
სიღნაღი	ანაგა	6088	1500	4	2000	3
სიღნაღი	ქვემო ბოდბე	6823	1500	4.5	2000	3
სიღნაღი	წნორი	10766	2000	7	2000	5
სიღნაღი	სიღნაღი	12611	1500	6.5	2000	6
სიღნაღი	ერისიმედი	340	1000	0.5	2000	1
თელავი	იყალთო	5235	1500	3.5	2000	3
თელავი	წინანდალი	9817	1500	6.5	2000	5
თელავი	ყარაჯალა	8263	1500	5.5	2000	4
თელავი	თელავი	12335	2000	6	2000	6
თელავი	თელავი	25810	2000	13	2000	13
თელავი	ლაფანყური	827	1500	0.5	2000	1
თელავი	სანიორე	8135	1500	5.5	2000	4
		412,343		263		212

ვარიანტი 2.

სრულად ოპტიმიზირებული ქსელი მხოლოდ 2000 მოსხლის მოცვის არეალების მიხედვით.

№	რაიონი	დასახლებული პუნქტის სახელწოდება	არსებული მოცვა	ოპტიმიზირებ. მოცვა	მოცვა ყოველ გუნდზე	გუნდები/მოცვის კატეგორ. არეები	გუნდი/2000 მოსახ. მოცვით	სხვაობა
1	ახმეტა	ჯოყოლო	2454	3998	1000	4	2	2
2	ახმეტა	ქისტაური	3984	4408	1000	5	2	2
3	ახმეტა	ქვემო ალვანი	3866	10867	1000	11	5	6
4	ახმეტა	ღუისი	4099	4559	1000	5	2	2
5	ახმეტა	მაგანი	5718	6822	1000	7	3	4
6	ახმეტა	ახმეტა	9447	7630	1500	5	4	1
7	ახმეტა	ომალო	105	93	1000	0.5	1	-1
8	ახმეტა	გემო ხოდაშენი	1990	2741	1000	3	1	1
9	ახმეტა	კასრისწყალი	500	384	1500	0.5	1	-1
10	დედოფლისწყარო	გემო ქელი	2826	6266	1500	4	3	1
11	დედოფლისწყარო	გემო მაჩხაანი	3368	6473	1500	4.5	3	1
12	დედოფლისწყარო	დედოფლისწყარო	11722	15643	2000	8	8	0
13	დედოფლისწყარო	საბათლო	536	483	1500	0.5	1	-1
14	დედოფლისწყარო	ფიროსმანი	750	605	1500	0.5	1	-1
15	დედოფლისწყარო	სამთაწყარო	1900	1341	1500	1	1	0
16	გურჯაანი	კაჭრეთი	4230	3044	1500	2	2	0
17	გურჯაანი	ვაზისუბანი	4248	12024	1500	8	6	2
18	გურჯაანი	კარდანახი	5800	10488	1500	7	5	2
19	გურჯაანი	ველისციხე	7849	11363	1500	8	6	2
20	გურჯაანი	გურჯაანი	10804	28290	2000	14	14	0
21	გურჯაანი	ჩალაუბანი	1031	2462	1500	2	1	0
22	გურჯაანი	არაშენდა	1520	4857	1500	3	2	1

23	ყვარელი	ენისელი	2006	3370	1500	2	2	0
24	ყვარელი	გაგაში	3444	7053	1500	5	4	1
25	ყვარელი	შილდა	5812	5697	1500	4	3	1
26	ყვარელი	ახალსოფელი	6650	7571	1500	5	4	1
27	ყვარელი	ყვარელი	10457	9841	2000	5	5	0
28	ყვარელი	ბაღლოჯიანი	946	891	1500	0.5	1	-1
29	ყვარელი	მთისძირი	1028	993	1500	0.5	1	-1
30	ყვარელი	საბუე	1591	2242	1500	1.5	1	0
31	ლაგოდეხი	ლეიანი	3229	4464	1500	3	2	1
32	ლაგოდეხი	ულანოვკა	2977	1182	1500	1	1	0
33	ლაგოდეხი	ცოლნისკარი	4409	3336	1500	2	2	0
34	ლაგოდეხი	ვარდისუბანი	4135	9144	1500	6	5	1
35	ლაგოდეხი	აფენი	6181	5564	1500	3.5	3	1
36	ლაგოდეხი	ქაბალი	12019	13901	1500	9.5	7	3
37	ლაგოდეხი	ლაგოდეხი	14884	13096	2000	6.5	7	0
38	საგარეჯო	ბადიაური	2002	8227	1500	5.5	4	1
39	საგარეჯო	იორმუდანლო	2000	18495	1500	12.5	9	3
40	საგარეჯო	პაგარძეული	3029	4559	1500	3	2	1
41	საგარეჯო	მანავი	5583	6422	1500	4	3	1
42	საგარეჯო	საგარეჯო	12007	19931	2000	10	10	0
43	საგარეჯო	გომბორი	1610	1484	1500	1	1	0
44	სიღნაღი	გობაანი	3838	9193	1500	6	5	1
45	სიღნაღი	ნუკრიანი	2500	3796	1500	2.5	2	1
46	სიღნაღი	ანაგა	3700	6088	1500	4	3	1
47	სიღნაღი	ქვემო ბოლბე	4000	6823	1500	4.5	3	1
48	სიღნაღი	წნორი	7000	10766	2000	7	5	2
49	სიღნაღი	სიღნაღი	8770	12611	1500	6.5	6	0
50	სიღნაღი	ერისიშელი	822	340	1000	0.5	1	-1
51	თელავი	იყალთო	2915	5235	1500	3.5	3	1
52	თელავი	წინანდალი	3733	9817	1500	6.5	5	2
53	თელავი	ყარაჯალა	8647	8263	1500	5.5	4	1
54	თელავი	თელავი	7955	12335	2000	6	6	0
55	თელავი	თელავი	24601	25810	2000	13	13	0
56	თელავი	ლაფანყური	1063	827	1500	0.5	1	-1
57	თელავი	სანიორე	1799	8135	1500	5.5	4	1
			276,089	412,343		263	212	51

რეფორმირებული პჯდ სისტემის დაწესებულებების ჩამონათვალი, რომლებიც ფუნქციონირებას შეუდგებიან 2006 წლის აპრილიდან

№	რაიონი	დასახლებული პუნქტის სახელწოდება	არსებული მოცვა	ოპტიმიზირებული მოცვა	მოცვა ყოველ გუნდზე	არსებული გუნდ. რაოდ.	გუნდების რაოდ. 2000 მოსახ. მოცვისათვის	გუნდ. რაოდ./კატეგორ. დაყოფ. მოცვისათ	სხვაობა
1	ახმეტა	ქისტაური	3984	4408	1000	1	2	5	3.0
2	ახმეტა	დუისი	4099	4559	1000	2	2	5	3.0
3	დედოფლისწყარო	გემო ქელი	2826	6266	1500	1	3	4	1.0
4	დედოფლისწყარო	გემო მანხაანი	3368	6473	1500	3	3	4.5	1.5
5	გურჯაანი	კაჭრეთი	4230	3044	1500	5	1.5	2	0.5
6	ყვარელი	ენისელი	2006	3370	1500	1	1.5	2	0.5

7	ყვარელი	გაგაზი	3444	7053	1500	1	3.5	5.0	1.5
8	ლაგოდეხი	ცოდნისკარი	4409	3336	1500	3	1.5	2.0	0.5
9	ლაგოდეხი	ლელიანი	3229	4464	1500	1	2	3.0	1.0
10	საგარეჯო	პატარძეული	3029	4559	1500	1	2	3.0	1.0
11	საგარეჯო	ბადიაური	2002	8227	1500	1.5	4	5.5	1.5
12	საგარეჯო	მანაეი	5583	6422	1500	0.5	3	4.0	1.0
13	სიღნაღი	ნუკრიანი	2500	3796	1500	2	2	2.5	0.5
14	სიღნაღი	ანაგა	3700	6088	1500	3	3	4.0	1.0
15	თელავი	იყალთო	2915	5235	1500	2	2.5	3.5	1.0
	სულ		51324	77300		28	36.5	55.0	18.5

დანართი 2. პჯდ პრაქტიკების ხარჯების მოდელი

ხარჯების მოდელში მოცემულია შემდეგი ტიპის პჯდ პრაქტიკების წლიური ხარჯების (ლარებში) გაანგარიშებები:

- საექტონო პუნქტი;
- მობილური პრაქტიკა 1000-ზე ნაკლები მოსახლის მოცვით;
- სოლო პრაქტიკა (1 სამედიცინო გუნდი) დაახლოებით 2000 მოსახლის მოცვით;
- ნცირე ჯგუფური პრაქტიკა (2 სამედიცინო გუნდი) დაახლოებით 4000 მოსახლის მოცვით;
- ჯგუფური პრაქტიკა (5 სამედიცინო გუნდი) დაახლოებით 10000 მოსახლის მოცვით;
- ლაბორატორია, რომელიც ემსახურება 5 პრაქტიკას.

მოდელი შედგება შემდეგი სამი ნაწილისაგან:

1. არაპერიოდული ხარჯები (მცირე ინვესტიციების ამორტიზაცია)
2. თერიოდული ხარჯები
3. პერსონალის ხარჯები.

სამედიცინო პრაქტიკები არაპერიოდული ხარჯები

ფართი				საექტ. პუნქტი		მობილ. პრაქტ.		სოლო პრაქტ.		მცირე ჯგუფ. პრაქტ.		ჯგუფ. პრაქტ.	
პუნქტი	ფასი/მ ²	ამორტიზ. პერიოდი	ამორტიზ.	რაოდენ. კვ	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ. კვ	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ. მ ²	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ. მ ²	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ. მ ²	წლიური ამორტიზ.
ლოის. ფართი	500	20	25	60	1500	20	500	70	1750	120	3000	260	6500
სულ				1500		500		1750		3000		6500	

საოფისი ალჭურე				საექტ. პუნქტი		მობილ. პრაქტ.		სოლო პრაქტ.		მცირე ჯგუფ. პრაქტ.		ჯგუფ. პრაქტ.	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზ. პერიოდი	ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.
მაგიდეები	500	15	33	1	33	1	33	2	67	4	133	5	167
ბუჯი	500	15	33	1	33	1	33	2	67	4	133	5	167
სკამები	100	5	20	5	100	4	80	10	200	20	400	30	600
თარღები	70	15	5	2	9	4	0	8	37	16	75	20	93
კონდიციონერი	1000	10	100	1	100	0	0	1	100	2	200	5	500
სამედიცინო ტახტი	200	15	13	1	13	0	0	1	13	2	27	5	67
სულ				289		147		484		968		1593	

გრანსპორტი, გენერატ. მაგიფარო				საექტ. პუნქტი		მობილ. პრაქტ.		სოლო პრაქტ.		მცირე ჯგუფ. პრაქტ.		ჯგუფ. პრაქტ.	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზ. პერიოდი	ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.
პირალი მანქ.	20000	7	2857	0	0	1	2857	0	0	0	0	0	0
გენერატ. 2kW	600	10	60	0	0	0	0	1	60	0	0	0	0
გენერატ. 5kW	1300	10	130	0	0	0	0	0	0	1	130	0	0
გენერატ. 7.5kW	2000	10	200	0	0	0	0	0	0	0	0	1	200
მაგიფარო	800	10	80	1	80	1	80	1	80	1	80	2	160
სულ				80		2937		140		210		360	

კომუნიკაცი. კომპიუტერ. ტექნიკა				საექტ. პუნქტი		მობილ. პრაქტ.		სოლო პრაქტ.		მცირე ჯგუფ. პრაქტ.		Group practice	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზ. პერიოდი	ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.
კომპიუტერი	2000	6	333	0	0	0	0	1	333	2	667	5	1667
UPS 0,8kVA	150	6	25	0	0	0	0	1	25	2	50	5	125
პრინტერ	300	5	60	0	0	0	0	1	60	1	60	2	120
ტელეფონი-ქალაქის	100	20	5	0	0	0	0	1	5	1	5	2	10
ტელეფონი-მობილ	300	5	60	1	60	1	60	1	60	2	120	5	300
სულ				60		60		483		902		2222	

სამედიც. აღჭურვილ.				საექმ. პუნქტ		მთბლ. პრაქტ.		სოლო პრაქტ.		მცირე ჯგუფ. პრაქტ.		ჯგუფ. პრაქტ.	
პუნქტ	ფასი	ამორტიზ. პერიოდი	ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.	რაოდენ.	წლიური ამორტიზ.
საკბე	751	15	50	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50
ინსტრუმენტ. მაგია	388	15	26	0	0	0	0	1	26	1	26	2	52
სტერლიზა	574	10	57	1	57	0	0	1	57	1	57	1	57
ინსტრ. თეფში	4	4	1	2	2	2	2	2	2	5	5	6	6
სტერლიზ. ბარაბ	44	4	11	0	0	0	0	1	11	1	11	1	11
მედიკამენტი	1000	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ექიმის ჩანთა	65	4	16	0	0	1	16	0	0	2	33	5	81
ასწილი მონრ	267	10	27	1	27	1	27	1	27	2	53	5	134
ასწ. ბაუმების	242	10	24	1	24	1	24	1	24	2	48	5	121
იმპლანტის საშოში	47	4	12	1	12	1	12	1	12	2	24	5	59
ხელის საშოში	104	4	26	1	26	1	26	1	26	2	52	5	130
საშოში ლენტი	5	1	5	1	5	1	5	1	5	2	10	5	25
აგენტოლოგი (A)	20	4	5	1	5	1	5	1	5	5	25	8	40
აგენტოლოგი (F)	30	4	8	1	8	1	8	1	8	2	15	5	38
ჰერმეტიკი	2	1	2	2	4	2	4	2	4	5	10	14	28
გახასიანჯი ნათურა	226	10	23	1	23	0	0	1	23	2	45	2	45
ოფთალმოლოგი	111	4	28	0	0	1	28	1	28	2	56	5	139
მედიკ. კბრი	5	10	1	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1
გარანი	12	10	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	6
მედიკ. ჩაქუჩი	3	5	1	0	0	1	1	1	1	2	1	5	3
ფისიკოლოგი	69	4	17	0	0	1	17	1	17	2	35	5	86
საშ. ჯ/დ ექიმის ნაკრ	184	6	31	1	31	1	31	1	31	2	61	1	31
ქირურგ. ინსტრ. ნაკრები	295	6	49	0	0	1	49	1	49	2	98	2	98
სისხლ. კოლა. ჩასაღებ	72	4	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
მიკროსკოპი	1266	10	127	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
სლაიდ მიკროსკოპი	23	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29
დასაფარ. მინა	1	2	1	0	0	0	0	0	0	20	10	100	50
დასოფილი საკანი	430	10	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
მარდ. გეგმა	21	2	11	5	53	5	53	5	53	5	53	15	158
პაიეტი	1	2	1	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3
ცენტრალური ტესტ-მთლი	1596	10	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ცენტრალური-მთლი გრად	1	1	1	0	0	0	0	0	0	50	50	100	100
ლაბორატ. სეროლოგი	6	1	6	10	60	10	60	10	60	20	120	50	300
სეროლოგი-მთლი, ანეროლი	45	4	11	1	11	1	11	1	11	3	34	8	90
მანქანი, სათადარიგო, სფიგმოზან. ბაუმ	9	1	9	1	9	1	9	1	9	1	9	3	27
ელექტროკარდიოგრაფი	2000	10	200	0	0	0	0	1	200	1	200	1	200
გახასიანჯი მაგია	383	10	38	0	0	0	0	1	38	2	77	2	77
მინი ლეიბრილატ.	9888	10	989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ხელის სუნთქ. აპარატ. მომრდლ.	172	6	29	1	29	1	29	1	29	1	29	1	29
ხელის სუნთქ. აპარატ. ბაუმის	161	6	27	1	27	1	27	1	27	1	27	1	27
სასუნთქი მთლი, მომრდ., 82 მმ	6	2	3	0	0	1	3	0	0	5	15	5	15
სასუნთქი მთლი, ბაუმის, 54 მმ	7	2	4	0	0	1	4	0	0	5	18	5	18
სასუნთქი მთლი, ბაუმის, 67 მმ	7	2	4	0	0	1	4	0	0	5	18	5	18
ნეფროლოგი	619	10	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
სტადიონი (პრეცედი, ნეშები, ა.შ.)	400	6	67	1	67	1	67	1	67	2	133	2	133
კამერონი	60	10	6	0	0	0	0	1	6	1	6	2	12
ვაკინალური სარკე	40	6	7	0	0	0	0	1	7	2	13	5	33
კურსის გამოსარეხი აპარატი	320	6	53	0	0	0	0	1	53	1	53	1	53
ნებულაში	400	6	67	0	0	0	0	1	67	1	67	1	67
პიკლოლოგი	28	2	14	0	0	0	0	2	28	4	56	15	210
სულ					481		573		1063		1707		2887

არაპერიოდული ხარჯების ჯამი

არაპერიოდ. ხარჯები				საექიმო პუნქტი	მთბლ. პრაქტ.	სოლო პრაქტ.	მცირე ჯგუფ. პრაქტ.	ჯგუფ. პრაქტ.
ფართი				1500	500	1750	3000	6500
საოფისე აღჭურვილობა				289	147	484	968	1593
სამედიც. აღჭურვილობა				481	573	1063	1707	2887
მანქანები, გენერატორ. მედიკამენტი				80	2937	140	210	360
კომინიკაცია, კომპიუტერ. ტექნ.				60	60	483	902	2222
სულ				2411	4216	3920	6787	13562

პერიოდული ხარჯები

გენსტატი/რემონტი		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა	
პუნქტი	წლიური ამორტიზაცია %	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი
ფართი	40,0%	1500	600	500	200	1750	700	3000	1200	6500	2600
საოფისე აღჭურვილობა	10,0%	289	29	147	15	484	48	968	97	1593	159
სამშენ. აღჭურვილობა	15,0%	481	72	573	86	1063	159	1707	256	2887	433
მანქანები	12,5%	80	10	2937	367	140	18	210	26	360	45
კომპიუტერული, კომპიუტერული	12,5%	60	8	60	8	483	60	902	113	2222	278
სულ			719		675		986		1692		3515

საოფისე აღჭურვა		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა	
პუნქტი	ფასი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი
კაბინა	3	22	66	22	66	22	66	44	132	110	330
რეგული	0,5	15	7,5	15	7,5	15	7,5	30	15	75	37,5
კაბინა	0,5	20	10	20	10	40	20	60	30	200	100
პირსახ.	3	4	12	4	12	6	18	12	36	25	75
გაბიერ. ქაღ.	0,5	4	2	4	2	6	3	10	5	25	12,5
საპირი	0,7	10	7	10	7	12	8,4	20	14	50	35
კალკულატ.	14	1	14	1	14	1	14	1	14	2	28
საქალაქი	5	5	25	10	50	10	50	20	100	40	200
ფაილი	0,1	300	30	300	30	500	50	1000	100	3000	300
კარტოგრაფია	135	0	0	0	0	2	270	3	405	8	1080
საქმის საშუალებები			18		23		28		56		140
საბუღალტრო ფორმები	50	0	0	0	0	1	50	1	50	4	200
აქსესუარი	0,5	0	0	0	0	0	0	100	50	300	150
თეთრი დაფის ფანქარი	2	0	0	0	0	20	40	40	80	100	200
ქაღალდის შეკრები	9	5	45	5	45	8	72	16	144	60	540
კომპიუტერის დისკები	10	0	0	0	0	5	50	10	100	50	500
CD-ROM	2	0	0	0	0	3	6	5	10	20	40
ქაღალდის შეხანახა	0,5	10	5	10	5	20	10	40	20	100	50
ქაღალდ. წებო	1	5	5	5	5	5	5	10	10	25	25
სულ			247		277		768		1371		4043

მანქანების და გენერატორების საწვავი		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა		
პუნქტი	ფასი/ლიტრი	მომხმარებელი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	წლიური ხარჯი	
პერსონ. მანქ. საწვავი	1,2	0,1	0	0	45000	5400	0	0	12600	1512	25000	3000
გენერატ. საწვავი	2KW	1,1	0,7	0	0	0	480	370	0	0	0	0
გენერატ. საწვავი	5KW	1,1	1,1	0	0	0	0	480	580	0	0	0
გენერატ. საწვავი	7,5KW	1,1	2,0	0	0	0	0	0	0	480	1056	
სულ						5400		370		2093		4056

საკომუნალური/პერიოდ. ხარჯები		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა	
პუნქტი	ერთეულ ფასი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი
ფიქს. ხაზით გელეფი (თვიური გადას)	8,00	12	96	0	0	12	96	12	96	12	96
ფიქს. ხაზით გელეფი (1 წთ)	0,28	0	0	0	0	240	67	240	67	480	134
მიზილური გელეფი (თვიური გადას)	7,00	12	84	12	84	12	84	24	168	60	420
მიზილური გელეფი (1 წთ)	0,34	0	0	540	184	540	184	800	272	1600	544
ინტერნეტ კაპიტი - ხმობანი (1 წთ)	0,20	0	0	0	0	240	48	360	72	0	0
მინიატურა გადაყვანა (DSL)	70,00	0	0	0	0	0	0	0	0	12	840
სულ			180		268		479		675		2034

კომუნალ ხარჯები		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა	
პუნქტი	1 ერთ. ფასი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი
ელექტრ. ფიქს. გადასახადი	10	12	120	0	0	12	120	12	120	12	120
ელექტრ. მოხმარება	0,14	2000	280	0	0	3000	420	5000	700	13000	1820
წყალ. კანალიზაცია	1,35	150	203	0	0	200	270	400	540	1000	1350
ნაგვის გაგანა	0,159	1200	191	0	0	1200	191	2400	382	12000	1908
გათბობა - 1 კვ.მ.	2,8	60	168	0	0	116	325	146	409	300	840
სულ			961		0		1326		2150		6038

სერვისები		საექსპლუატაციო პუნქტი		მიზილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფ. პრაქტიკა	
პუნქტი	1 ერთ. ფასი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი
დასუფთავება											
კონტრაქტი სამრეცხავისთან 1 მეტ. კუნძ	50	1	50	0	0	1	50	2	100	5	250
ფინანს. მომსახ.											
ბუღალტრული აღრიცხვა	160	0	0	0	0	1	160	2	320	5	800
დაცვა											
სავალდებულო კონტრაქტი ხაზად. კომპ	0	5325	21	5775	23	18183	73	26327	105	47856	191
კონტრაქტი სამშენ. მომსახ. კომპან.	50	1	50	1	50	1	50	2	100	5	250
ხაზ. სანადარტ. კონტრ. (მეცროლოგ.)	50	1	50	1	50	1	50	2	100	5	250
კონტრაქტი პოლიცისთან	600	0	0	0	0	1	600	1	600	1	600
სულ			171		123		983		1325		2341

სამედიცინო მარაგები		საექიმო პუნქტი		მშობლ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფური პრაქტიკა		Group practice	
პუნქტი	ფასი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
წამლები											
ადგილობრივი მოქმ., ორალური და რექტალ. წამლები											
ლი (გაბლუგ, 500მგ)	0,14	100	14	100	14	100	14	200	28	200	28
ლიმონოკოლენინი გარტრატე (გაბლუგ, 30 მგ)	0,1	10	1	10	1	10	1	20	2	30	3
თეფეგეპი (ბუპრენორფინი; 0,2 მგ;)	0,03	10	0,3	10	0,3	10	0,3	20	1	30	0,9
პენიცილინი V (125 მგ; გაბლუგ, 250მგ)	0,06	100	6	100	6	100	6	200	12	300	18
ერითრომიცინი ეთილ საქცინატ (125მგ და 250 მგ)	0,34	50	17	50	17	50	17	100	34	150	51
ამოქსილი (ამოქსაილინი ნატრ.; კასულ., 250 მგ)	0,72	50	36	50	36	50	36	100	72	150	108
გრამიციდინი (გაბლუგ, 100 მგ)	0,07	50	3,5	50	3,5	50	3,5	100	7	150	10,5
ნიტროლინგეალური (GTN) სპრეი	10	1	10	1	10	1	10	2	20	5	50
პროპრანოლილი (გაბლუგ, 40მგ)	0,1	10	1	10	1	10	1	20	2	30	3
ფრუსემიდი (გაბლუგ, 40მგ)	0,9	50	45	50	45	50	45	100	90	150	135
ლიგოქსინი (გაბლუგ, 0,25 მგ)	0,02	10	0,2	10	0,2	10	0,2	20	0	30	0,6
ხსნადი ასპირინი (გაბლუგ, 300 მგ)	0,017	100	1,7	100	1,7	100	1,7	200	3	300	5,1
ვენგოლინი (სალბუგამოლი) ინჰალ. X 2	6,76	1	6,76	1	6,76	1	6,76	2	14	5	33,8
პრენალილი (გაბლუგ, 5 მგ)	0,22	0	0	5	1,1	5	1,1	10	2	25	5,5
ფენერგანი (პრომეტეგინი პიდოლილ; ტაბ. 10 მგ)	0,07	10	0,7	10	0,7	10	0,7	20	1	50	3,5
პალოპროტილი (პალდოლი; ტაბ. 5 მგ)	0,54	0	0	10	5,4	10	5,4	20	11	30	16,2
ლიამბუპამი (ტაბ. 5 მგ)	0,01	10	0,1	10	0,1	10	0,1	20	0	50	0,5
სეფოსოლი რექტალ. (ლიამბუპამ, 5 მგ)X4	4	1	4	1	4	1	4	2	8	10	40
პროქლორგამინი მალატი; (სანთლ., 5მგ და 25 მგ)	2	1	2	1	2	1	2	4	4	10	20
ამფოტერბინი 1%	15	1	15	1	15	1	15	2	30	5	75
ციკლოპროქსიმილი 0,5%	16	1	16	1	16	1	16	2	32	5	80
ქლორამფენიკოლის მალატი 1% (ქლორამფენიკოლი; 4 გ)	3	1	3	1	3	1	3	2	6	5	15
სულ			183,26		189,76		189,76		380		702,6
პარენტერ. წამლები											
X2 ჰეპტაგეპი (ბუპრენორფინი; 0,6 მგ 2 მლ აბს.)	4,18	2	8,36	2	8,36	2	8,36	4	17	10	41,8
X2 ლეკლიმორფი 15 (მორფინის გარტრატე 15 მგ)	3,66	2	7,32	2	7,32	2	7,32	4	15	10	36,6
X1 ამოქსილი (ამოქსაილინი სოლიუმი; 500მგ)	2,5	1	2,5	1	2,5	1	2,5	2	5	5	12,5
X2 ხენდოპროტინი (600 მგ)	1,67	2	3,34	2	3,34	2	3,34	4	7	10	16,7
X1 კლორამფენიკოლი	3	1	3	1	3	1	3	2	6	5	15
X2 აგროსინის სულფატი (0,6 მგ 1 მლ აბს.)	1,3	2	2,6	2	2,6	2	2,6	4	5	10	13
X1 გლიკოლინი 1% (20 მლ ფლაკ)	2,3	1	2,3	1	2,3	1	2,3	2	5	5	11,5
X2 ფრუსემიდი (50 მგ 5 მლ აბს.)	1,5	2	3	2	3	2	3	4	6	10	15
X2 ხრიკანილი (გეპრუტაბინის სულფ.; 0,5 მგ)	1	2	2	2	2	2	2	4	4	10	10
X3 პიროკორგამინი ნატრ. საქცინატ (100 მგ)	12	3	36	3	36	3	36	6	72	15	180
X3 პალოპროტილი (პალდოლი; 10 მგ 2 მლ აბს.)	15	0	3	45	3	45	6	90	15	225	
X2 ლიამბუპამი (ლიამბუპამი; 10 მგ 2მლ აბს.)	3	2	6	2	6	2	6	4	12	10	30
X2 სეფოსოლი (პროქლორგამინის მალატი)	2,5	2	5	2	5	2	5	4	10	10	25
X1 მეთილპროპილი (მეტილპროპილინი პიდოლილ)	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	5
X1 ადრენალინი (0,5 მლ აბს.)	1,5	1	1,5	1	1,5	1	1,5	2	3	5	7,5
X1 პირეტინი (ქლორფენირამინის მალატი)	0,46	1	0,46	1	0,46	1	0,46	2	1	5	2,3
X1 გლუკოზი (1 ერთ. 1 მლ ფლაკ)	25	1	25	1	25	1	25	2	50	5	125
X1 სინგლემეტინი (0,5 მგ ერგომეტინი)	0,7	1	0,7	1	0,7	1	0,7	2	1	5	3,5
X 1 ფლგასტაბი (პრეფინოლინი აცეტილ)	5	1	5	1	5	1	5	2	10	5	25
X5 საინექციო წყალი (2მლ აბს.)	0,54	5	2,7	5	2,7	5	2,7	10	5	25	13,5
სულ			117,78		162,78		162,78		326		813,9
შენიშვნა: მცემულ ცხრილში გამოყენებულია მედიკამენტების გენერიკული სახელწოდებები											
ერთჯერადი ხელთათმან.											
სხვადასხვა შარტი, და ნემსების კომპლ.	0,4	10	4	10	4	10	4	20	8	50	20
სახვევი											
დასაფიქსირებელი სახვევი	3	1	3	1	3	1	3	2	6	5	15
დამჭერი და საკომპრესიო სახვევი	3	1	3	1	3	1	3	2	6	5	15
ქრისტიანის საფენი	1,5	5	7,5	5	7,5	5	7,5	10	15	25	37,5
სტერული ბანდი	2	5	10	5	10	5	10	10	20	25	50
წებოვანი ლენტები	3	5	15	5	15	5	15	10	30	25	75
ქირურგიული ასორტიანი	2	5	10	5	10	5	10	10	20	25	50
გამბინები	1	5	5	5	5	5	5	10	10	25	25
ბამბა	2	5	10	5	10	5	10	10	20	25	50
სულ			87,5		87,5		87,5		175		437,5
ეკტ ქაბალი ყოველ 12 პაციენტზე	5	0	0	10	50	10	50	15	75	50	250
სულ			0		50		50		75		250
დანიშნულების ფორმა №3	0,025	0	0	100	2,5	100	2,5	200	5	500	12,5
დანიშნულების ფორმა №2	0,45	0	0	15	6,75	15	6,75	30	14	70	31,5
დანიშნულების ფორმა №1	0,28	0	0	60	16,8	60	16,8	120	34	300	84
საღამევო ფორმები	0,5	10	5	100	50	100	50	150	75	400	200
მძლავრის სამედიც. ცნობა	1	0	0	15	15	15	15	30	30	80	80
ავადმყოფობის ფურცელი	0,6	0	0	50	30	50	30	100	60	250	150
სამედიც. ჩანაწერ. წიგნი	1	0	0	0	0	0	0	300	600	1500	1500
სულ			5		121,05		421,05		817		2058

პერიოდული ხარჯების ჯამი

პერიოდული ხარჯები	საექიმო პუნქტი	მობილ. პრაქტიკა	სოლო პრაქტიკა	მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა	ჯგუფური პრაქტიკა
აქსელერაც./რემონტი	719	675	986	1692	3515
საოფისე მასალები	247	277	768	1371	4043
სამედიც. მასალები	425	643	989	1933	4666
მანქანები/ტენორავ. საწვავი	0	5400	370	2093	4056
საკომუნალური ხარჯები	180	268	479	675	2034
კომუნალ. ხარჯ.	961	0	1326	2150	6038
სერვისები	171	123	983	1325	2341

პერსონალის ხარჯები

სამედიცინო პერსონალი			საექიმო პუნქტი		მობილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფური პრაქტიკა	
თანამდებ.	წლიური ხელფასი	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.
ექიმი	3000	3600	0	0	1	3600	1	3600	2	7200	5	18000
ექთანი	1500	1800	1	1800	1	1800	1	1800	2	3600	5	9000
ლაბორანტი	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
სულ				1800		5400		5400		10800		27000

არასამედიცინო პერსონალი			საექიმო პუნქტი		მობილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფური პრაქტიკა	
თანამდებ.	წლიური ხელფასი	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.
ვეთერინარული მეცნიერი	3000	3600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
პრაქტიკის მეცნიერი	2400	2880	0	0	0	0	0,2	576	0,4	1152	1	2880
კომპ. ტექნ. მეცნიერი	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
სტატიტიკოსი	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
კომპიუტ. პერსონ.	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	180
სამდიცინო	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
მძილები	1320	1584	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1584
მძილი	1320	1584	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ეკონომიკ. სამსახ.	1500	1800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
დამლაგებ.	1200	1440	0	0	0	0	0,1	144	0,2	288	0,5	720
დარბაზი	1200	1440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
თოგბლ			0	0	0	0	0,3	720	0,6	1440	2,6	5364

სხვა ხარჯები		საექიმო პუნქტი		მობილ. პრაქტიკა		სოლო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფ. პრაქტიკა		ჯგუფური პრაქტიკა		
პუნქტი	ერთი. ხარჯი	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერსონ.	
სწავლება (დედები)	50	5	250	5	250	5	250	10	500	25	1250	
ვალდებულ გარანტია	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
გადახსნადი პროექტული ორგანიზაციის	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ლიტერატურა												
მოგადი პრაქტიკის არსი	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
ქიმიკატის პრობლემები in	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
მოგადი პრაქტიკა	200	0	1	200	1	200	1	200	1	200	1	200
Bread and Butter Medicine	50	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50	
ვეტერინარული პრობლემები	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
მოგადი სამედიცინო პრობლემები	200	0	0	1	200	1	200	1	200	1	200	
რეგულაციული და ორთოპედია	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
ჩინიკული დაავადებების მეცნიერება	100	0	0	1	100	1	100	1	100	1	100	
გადაუდებელი შემთხვევების მოგად. პრაქტიკა	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	
წამალდაზიან.	40	0	0	0	0	0	0	1	40	1	40	
თევზის პრობლემები. მოგად. პრაქტიკა	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
ვინეკოლოგია და ოჯახის დაავადებები	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
ჩვეების მოვლა	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
გერმინალური დაზიანება	50	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	
ვეტერინარული მედიც. და ომუნიატა.	50	0	0	1	50	1	50	1	50	1	50	
ხანდაზმულთა მოვლა	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	
ვად და ფსიქოსოციალური პრობლემები	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
კანის პრობლემები მოგად. პრაქტიკა	200	0	0	0	0	0	0	0	0	1	200	
ჩნტი და ფინანსები მოგად. პრაქტიკა	50	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	
ბუღალტერი	50	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	
ეთიკა და კანონი	30	1	30	1	30	0	0	1	30	1	30	
კურნალები	50	1	50	1	50	0	0	1	50	1	50	
სულ			280		880		800		1020		1670	
განახლება 5 წელიწადში			56		176		160		204		334	
პერიოდული გამოცემები												
ეროვნული ფორმულარი	50	1	50	1	50	1	50	1	50	1	50	
კლინიკური გაიდლაინები	50	1	50	1	50	1	50	1	50	1	50	
თოგბლ			406		526		510		804		1684	

პერსონალის შეჯამებული ხარჯები

პერსონალის ხარჯები		საექსპო პუბლიკა		მშობლ. პრაქტიკა		სილო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფური პრაქტიკა		ჯგუფური პრაქტიკა	
სამედიცინო პერსონალის ხარჯები			1800		5400		5400		10800		27000
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები			0		0		720		1440		5364
სხვა ხარჯები			406		526		510		804		1684
სულ			2206		5926		6630		13044		34048

სამედიცინო პრაქტიკები – ხარჯების ჯამი

ხარჯები		საექსპო პუბლიკა		მშობლ. პრაქტიკა		სილო პრაქტიკა		მცირე ჯგუფური პრაქტიკა		ჯგუფური პრაქტიკა	
პუბლიკა	ცალკე ხარჯის წილი	ცალკე ხარჯი	სულ	ცალკე ხარჯი	სულ	ცალკე ხარჯი	სულ	ცალკე ხარჯი	სულ	ცალკე ხარჯი	სულ
ფართი	0%	0	1500	0	500	0	1750	0	3000	0	6500
საოფის ალქურული	0%	0	289	0	147	0	484	0	968	0	1593
სამედიცინო ალქურული	0%	0	481	0	573	0	1063	0	1707	0	2887
მანქანა გვერდით, მსაჯობი	0%	0	80	0	2937	0	140	0	210	0	360
კომუნალური, კომსერვისი	0%	0	60	0	60	0	483	0	902	0	2222
ირაკონიკური ხარჯები		0	2411	0	4216	0	3920	0	6787	0	13562
კვლევითი	5%	36	719	34	675	49	986	85	1692	176	3515
საოფის მასალები	40%	99	247	111	277	307	768	548	1371	1617	4043
სამედიცინო მასალები	80%	340	425	514	643	791	989	1547	1933	3732	4666
მანქანის გვერდითის ხარჯები	30%	0	0	1620	5400	111	370	628	2093	1217	4056
საკომუნალური ხარჯები	0%	0	180	0	268	0	479	0	675	0	2034
კომუნალური ხარჯები	5%	48	961	0	0	66	1326	108	2150	302	6038
სერვისები	20%	34	171	25	123	197	983	265	1325	468	2341
პერსონალური ხარჯები		557	2703	2303	7385	1521	5899	3180	11240	7512	26693
სამედიცინო პერსონალის ხარჯები	0%	0	1800	0	5400	0	5400	0	10800	0	27000
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები	0%	0	0	0	0	0	720	0	1440	0	5364
სხვა ხარჯები	0%	0	406	0	526	0	510	0	804	0	1684
პერსონალის ხარჯები		0	2206	0	5926	0	6630	0	13044	0	34048
სულ		557	7320	2303	17527	1521	16449	3180	31070	7512	74303

ლაბორატორია

არაპერიოდული ხარჯები

ფართი				ლაბორატორია	
პუნქტი	ფასი მ ²	ამორტიზაც. პერიოდი	ამორტიზაც.	რაოდენობა მ2	წლიური ამორტიზაც.
საოფისე ფართი	500	20	25	94	2350
სულ					2350

საოფისე აღჭურვილობა				ლაბორატორია	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზაც. პერიოდი	ამორტიზაც.	რაოდენობა	წლიური ამორტიზაც.
მაგიდები	500	15	33	2	67
ავეჯი	500	15	33	1	33
სკამები	100	5	20	5	100
თაროები	70	15	5	8	37
კონდიციონერი	1000	10	100	1	100
სამედიცინო გახტი	200	15	13	0	0
სულ					337

მანქანები, გენერატორები, მაცივრები				ლაბორატორია	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზაც. პერიოდი	ამორტიზაც.	რაოდენობა	წლიური ამორტიზაც.
პერსონალური მანქანა	20000	7	2857	0	0
გენერატორი 2kW	600	10	60	1	60
გენერატორი 5kW	1300	10	130	0	0
გენერატორი 7,5kW	2000	10	200	0	0
მაცივარი	800	10	80	0	0
სულ					60

კომუნიკაცია, კომპიუტერ. ტექნიკა				ლაბორატორია	
პუნქტი	ფასი	ამორტიზაც. პერიოდი	ამორტიზაც.	რაოდენობა	წლიური ამორტიზაც.
პერსონალური კომპიუტერი	2000	6	333	1	333
UPS 0,8kVA	150	6	25	1	25
პრინტერი	300	5	60	1	60
ტელეფონი-ფიქსირ. ხაზით	100	20	5	1	5
ტელეფონი-მობილური	300	5	60	0	0
სულ					423

სამედიც. აღჭურვილობა				ლაბორატორ.	
პუნქტ.	ფასი	ამოტიმბაც. პერიოდი	ამოტიმბაც.	რაოდენობ	წლიური ამოტიმბაც.
საკაბე	751	15	50	0	0
ინსტრუმენტ. მაგიდა	388	15	26	0	0
სტერილიზ.	574	10	57	1	57
ინსტრუმ. თეფში	4	4	1	0	0
სტერილიზაც. ბარაბ.	44	4	11	1	11
სტერილიზაციის მანქანა	1000	10	100	1	100
ექიმის ჩანთა	65	4	16	0	0
სასწორი მოზრდ.	267	10	27	0	0
სასწორი ბაეშის	242	10	24	0	0
სიმაღლის საზომი	47	4	12	0	0
ჩვილის გასაზომი	104	4	26	0	0
საზომი ლენგი	5	1	5	0	0
სტეტოსკოპი (A)	20	4	5	0	0
სტეტოსკოპი (F)	30	4	8	0	0
თერმომეტრი	2	1	2	0	0
გასასინჯი ნათურა	226	10	23	0	0
ოფთალმოსკოპი	111	4	28	0	0
მხედველ. ცხრილი	5	10	1	0	0
ფარანი	12	10	1	0	0
რეფლექსის ჩაქუჩი	3	5	1	0	0
ოტოსკოპი	69	4	17	0	0
საზ. ჯ/დ ექიმის ნაკრები	184	6	31	0	0
ქირურგიული ინსტრ. ნაკრები	295	6	49	0	0
სისხლ. კოლბ. ჩასალაგებელი	72	4	18	1	18
მიკროსკოპი	1266	10	127	1	127
სლაიდ მიკროსკოპი	23	4	6	1	6
დასაფარებ. მინა	1	2	1	50	25
დასათელელი საკანი	430	10	43	1	43
შარდის გესტი	21	2	11	15	158
პიპეტი	1	2	1	5	3
ცენტრიფუგა გესტი-მილი	1596	10	160	1	160
ცენტრიფუგა გესტი-მილი, გრად.	1	1	1	100	100
დიაგნოსტიკ. სტრიპები	6	1	6	50	300
ფოტომეტრი, ჰემოგლობ. ან ჰემომეტ.	634	15	42	1	42
გაიმერი	51	5	10	1	10
სუფთა წყლით მომარაგ. წყლის ფილტრი	500	15	33	1	33
მინის საგნები	2000	15	133	1	133
ვედრო, წყლის შლანგი, ა.შ.	400	15	27	1	27
სფიგმომანომეტრი, ანეროიდული	45	4	11	0	0
სათადარ. მანქანი, სფიგმომან. ბაეშის	9	1	9	0	0
ელექტროკარდიოგრაფი	2000	10	200	0	0
გასასინჯი მაგიდა	383	10	38	0	0
მინი დეფიბრილატორი	9888	10	989	0	0
სუნთქვის აპარატ., ხელის, მოზრდილ.	172	6	29	0	0
სუნთქვის აპარატ., ხელის, ბაეშის	161	6	27	0	0
სასუნთქი მილი, მოზრდ. 82მმ	6	2	3	0	0
სასუნთქი მილი, მოზრდ. 54მმ	7	2	4	0	0
სასუნთქი მილი, რეზინის, ბაეშ. 67მმ	7	2	4	0	0
ნევატოსკოპი	619	10	62	1	62
სხვადასხვა (პინცეტი, ნემსები, სკალპელი)	400	6	67	1	67
კამერტონი	60	10	6	0	0
ვაგინალური სარკე	40	6	7	0	0
ყურის გამოსარეცხი აპარატი	320	6	53	0	0
ნებულაიზერი	400	6	67	0	0
პიკლომეტრი	28	2	14	0	0
სულ					1481

არაპერიოდული ხარჯების ჯამი

არაპერიოდული ხარჯები				ლაბორატორია	
ფართი					2350
საოფისე აღჭურვილობა					337
სამედიცინო აღჭურვილობა					1481
მანქანები, გენერატორები, მაცივრები					60
კომუნიკაცია, კომპიუტერ. ტექნიკა					423
სულ					4651

პერიოდული ხარჯები

ექსპლუატაც.რემონტ			ლაბორატორია	
პუნქტ	წლიური ამორტიზაც. %	წლიური ამორტიზაცია	წლიური ხარჯი	
ფართი	40,0%	2350	940	
საოფისე აღჭურვილობა	10,0%	337	34	
სამედიც. აღჭურვილობა	15,0%	1481	222	
მანქანები	12,5%	60	8	
კომუნიკაცია და კომპიუტერ. ტექნიკა	12,5%	423	53	
სულ				1256

საოფისე მასალები			ლაბორატორია	
პუნქტ	ფასი	რაოდენობ.	წლიური ხარჯი	
ქურნალები	3	0	0	
რვეულები	0,5	8	4	
კალამი	0,5	20	10	
პირსახოც	3	6	18	
ტუალეტ. ქაღალდ	0,5	3	1,5	
საპონი	0,7	6	4,2	
კალკულატ.	14	1	14	
საქაღალ.	5	10	50	
ფაილი	0,1	300	30	
კარტრიჯი	135	1	135	
საწმენდი საშუალებები		25	140	
ანგარიშგების (ბულაღ.) ფორმები	50	0	0	
აცეტატები	0,5	10	5	
ფანქარი, თეთრი დაფის	2	10	20	
საბეჭდი ქაღალდი	9	20	180	
კომპიუტერის დისკები, შეკვრა	10	2	20	
CD-ROM	2	0	0	
საქაღალდე	0,5	10	5	
ქაღალდის წებო	1	5	5	
სულ				642

მანქანები, გენერატორები, მაცივრები			ლაბორატორ.	
პუნქტ	ფასი / ლიგრი	ხარჯვა ლ/კმ, ლ/სთ	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
პერსონ. მანქ. საწვავი	1,2	0,1	0	0
გენერატ. საწვავი 2KW	1,1	0,7	480	370
გენერატ. საწვავი 5KW	1,1	1,1	0	0
გენერატ. საწვავი 7.5KW	1,1	2,0	0	0
				0
სულ				370

კომუნიკაცია, პერიოდული ხარჯები		ლაბორატორ.	
პუნქტი	ერთეულის ფასი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
ტელეფონი, ფიქს. ხაზი (თვიური ფიქს. გადასახ.)	8	12	96
ტელეფონი, ფიქს. ხაზი (1 წთ. გადასახადი.)	0	50	14
მობილ. ტელეფონი, (თვიური ფიქს. გადასახ.)	7	0	0
მობილ. ტელეფონი, (1 წთ. გადასახადი.)	0	0	0
ინტერნეტ კავშირი ფიქს ხაზით. (თვიური გადას.)	0	0	0
მონაცემთა გადაცემა (DSL) თვიური გადასახ.	70	0	0
სულ			110

კომუნალ. ხარჯი		ლაბორატორ.	
პუნქტ	ერთეულის ფასი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
ელექტრობა – ფიქსირებ. გადასახადი	10	12	120
ელექტრობა – მოხმარება	0,14	2000	280
წყალი და კანალიზაცია	1,35	100	135
ნაგვის გაგანა	0,159	1200	191
გათბობა ყოველ კვ.მ.	2,8	95	266
სულ			992

სერვისები		ლაბორატორ.	
პუნქტ	ერთეულის ფასი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
დასუფთავება			
კონტრაქტი სამრეცხაო. ყოველ სამედ. გუნდზე	50	1	50
ბუღალტერია			
აუდიტი/ანგარიშგება	160	1	160
დაცვა			
სავალდებ. სახანძრო დაზღვევის კონტრაქტი	0	18000	72
კონტრაქტები სამედიცინო კომპანიებთან	50	0	0
სახ. სტანდარტის კონტროლი (მეგროლოგ.)	50	1	50
			0
სულ			332

სამედიც. დანიშნ. საგნები		ლაბორატორია	
პუნქტი	ფასი	რაოდენობა	წლიური ხარჯი
ერთჯერადი ხელთათმანები	0,4	10	4
შპრიცების და ნემსების კომპლექტები	0,2	0	0

სადემინფექციო მასალები

ნარგოსეპტი ლიგრებში	8	6	48
სპირტი - 96 ⁰ – 1ლ.	7,5	2	15
სტერილიზაციის ტესტები			
ფენოლფთალეინი, ამპ. 100გ 1 ლ. წყალზე	10	0	0
აზოფირამი, ამპ. 100გ 1 ლ. წყალზე	10	0	0
ჰიდროგენ პეროქს. ხსნარი 33% 1ლ.-ზე	15	0	0
სულ			63

ლაბ. გესტები			
ხარისხის კონტრ. მრავლები, აპპ.	10	1	10
სულ	10		10
სისხლის საერთო ანალიზი			
HCl 2 მლ	0,006	900	5,4
ნაგრიუმის ციკრატი C ₆ H ₅ O ₇ N ₃ 5H ₂ O(0,001 ml)		900	0,9
ნაგრიუმის ქლორიდი 0,9% 4 მლ	0,0005	900	0,45
ბუქვატი 3% CH ₃ COOH 0,4 მლ	0,0001	900	0,09
ეოზინი რომბინოვსის მლ	0,017	900	15,3
სპირტი 96 2 მლ	0,012	900	10,8
სტერელ. სისხ. ლანცეტი 1	0,3	900	270
ბამბა 1 გ	0,08	900	72
სულ	0,4166	900	374,94
მარდის საერთო ანალიზი			
Ac ამოტი 50% 2 მლ	0,015	600	9
ნაგრიუმ ბიკარბონატი 10% 1 მლ	0,0016	600	0,96
PH რეაგენტი, ქლადლი 1	0,05	600	30
იოდის კრისტალი 1% 0,03 გ	0,0005	600	0,3
კალციუმის იოდატი	0,001	600	0,6
სულ	0,0681	600	40,86
ფარ. სისხლ. გესტი			
ანოპირამი მლ	0,1	30	3
სპირტი 96 1 მლ	0,06	30	1,8
პეროქს. წყალბად. ხსნ 3% 0,1 მლ	0,0015	30	0,045
სულ	0,1615	30	4,845
შაქარი სისხლში			
ნაგრიუმის ქლორიდი 133 გ NaCl	0,019	600	11,4
კალციუმოდატი 0,006	0,015	600	9
თუთიის სულფატი 0,254 გ	0,0049	600	2,94
სახამუბი 0,02 გ	0,0044	600	2,64
NaOH 2 მლ	0,01	600	6
ნაგრიუმ ბიკარბონატი 0,02	0,0004	600	0,24
ნაგრიუმ თიოსულფატი 0,25 მლ	0,0005	600	0,3
სისხ. წით. მარდი 0,4 მლ	0,0012	600	0,72
ბუქვატი 3% CH ₃ COOH 6 მლ	0,002	600	1,2
ბამბა 1 გ	0,08	600	48
სპირტი 96 1 მლ	0,06	600	36
სტერელ. სისხ. ლანცეტი 1	0,3	600	180
სულ	0,4974	600	298,44
ვაგინალ. ნაეხი			
იოდის კრისტალი 1% 0,003 გ	0,0005	100	0,05
კალციუმის იოდატი	0,001	100	0,1
სტერელ. წით. 1% 1 მლ	0,01	100	1
კრისტალი იოდი 1% 1 მლ	0,01	100	1
სპირტი 96 1 მლ	0,06	100	6
სულ	0,0815	100	8,15
რემუსის ჯგუფი			
სისხლის ჯგუფ. მრავტი (ანტი A,B, AB,D)	0,73	100	73
სტერელ. სისხლ. ლანცეტი 1	0,3	100	30
სპირტი 96 1 მლ	0,06	100	6
ბამბა 1 გ	0,08	100	8
სულ	1,17	100	117
ვასერმანის გესტი			
ნაგრიუმის ციკრატი 5% C ₆ H ₅ O ₇ Na ₃ 5H ₂ O(0,001 ml)		100	0,1
კარდილიპინი ანტიგენი 1 მლ	0,4	100	40
ბამბა 1 გ	0,08	100	8
სპირტი 96 1 მლ	0,06	100	6
სტერელ. სისხლ. ლანცეტი 1	0,3	100	30
სულ	0,841	100	84,1
კრეატინინი			
კრეატინინი 2 მლ	0,57	50	28,5
მარილების და ნემსების კომპლექტები	0,2	1	0,2
ბამბა 1 გ	0,08	100	8
სპირტი 96 1 მლ	0,06	100	6
სულ	0,91	50	45,5
ქოლესტერინი			
ქოლესტერინი 2 მლ	0,58	50	29
მარილების და ნემსების კომპლექტები	0,2	1	0,2
ბამბა 1 გ	0,08	100	8
სპირტი 96 1 მლ	0,06	100	6
სულ	0,92	50	46
პროთრომბინი			
ნაგრიუმის Na ₂ C ₂ O ₄	0,0002	200	0,04
თრომბოპლასტინი 0,01 მლ	0,12	200	24
კალციუმ ქლორიდი 0,01	0,002	200	0,4
ბამბა 1 გ	0,08	200	16
სპირტი 96 1 მლ	0,06	200	12
სისხ. სტერელ. ლანცეტი 1	0,3	200	60
სულ	0,5622	200	112,44

საერთო ჯამი

1209,28

პერიოდული ხარჯების ჯამი

პერიოდული ხარჯები		ლაბორატორია
ექსპლ./რემონტი		1256
საოფისე მასალები		642
სამედიც. დანიშნულ. საგნები		1209
მანქანების, გენერატორ. საწვავის ხარჯი		370
საკომუნიკაციო ხარჯები		110
კომუნალური ხარჯები		992
სერვისები		332
სულ		4911

სამედიცინო პერსონ.			ლაბორატ.	
თანამდებ.	წლიური ხელფას	წლიური ხარჯი 1 პერს.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერს.
ექიმი	3000	3600	0	0
ექთანი	1500	1800	0	0
ლაბორანტი	1500	1800	1,08	1944
სულ				1944

არასამედიცინო პერსონ.			ლაბორატ.	
თანამდებ.	წლიური ხელფას	წლიური ხარჯი 1 პერს.	რაოდენ.	წლიური ხარჯი პერს.
გენერ. მენეჯერი	3000	3600	0	0
პრაქტ. მენეჯერი	2400	2880	0	0
კომპ. მენეჯერი	1500	1800	0	0
სტატიტიკ.	1500	1800	0	0
კომპ. ოპერატ.	1500	1800	0	0
სამდივინო პერსონ.	1500	1800	0	0
მიმღები	1320	1584	0	0
მძღოლ	1320	1584	0	0
ფინანს. პერსონალი	1500	1800	0	0
დამლაგ.	1200	1440	0,2	288
დარაჯი	1200	1440	0	0
სულ			0,2	288

სხვა პერსონ. ხარჯები			ლაბორატ.	
პუნქტ	ერთ. ფასი	რაოდენი	წლიური ხარჯი პერს.	
სწავლება (დღე)	50	3	150	
ვალდებ. ვარანტ.	0		0	
პროფ. ორგანიზაციებში გადასახად.	0		0	
ლიცენზირება				
ზოგადი პრაქტიკის არსი	50	0	0	
კონსულტაც. საკითხ.	50	0	0	
ზოგადი პრაქტიკა	200	0	0	
Bread and Butter Medicine	50	0	0	
ყელ-ყურ-ცხვირის პრობლემები	50	0	0	
ზოგადი სამედიც. პრობლემები	200	0	0	
რევმატოლოგია და ორთოპედია	50	0	0	
ქრონიკულ დაავადებათა მართვა	100	0	0	
გადაუღებელი შემთხვევები მ/პრაქტ.	100	0	0	
წამლ. დანიშნ.	40	0	0	
მხედველობის პრობლემები მ. პრაქტ.	50	0	0	
გინეკოლოგია და ოჯახის დაგეგმვა	50	0	0	
ავშებების და მოზარდების მოვლა	50	0	0	
ტერმინალური დახმარება	50	0	0	
რევენტიული მედიცინა და იმუნიზაცია	50	0	0	
ხანდაზმულ. დახმარ.	100	0	0	
ფსიქოსექსუალური პრობლემები	50	0	0	
კანის პრობლემები ზოგად პრაქტიკაში	200	0	0	
ჭენტი და ფინანსები ზოგად პრაქტიკაში	50	0	0	
ბულინგ	50	0	0	
ეთიკა და კანონი	30	0	0	
ქურნალებ	50	0	0	
ლაბორატ. დიაგნოსტიკა	100	1	100	
ჰემატოლოგ. აგლასი	100	1	100	
სულ			200	
განახლდეს 5 წელიწადში				
პერიოდული გამოცემები:				
ეროვნული	50	0	0	
კლინიკ. გაიდლაინები	50	0	0	
სულ			190	

პერსონალის ხარჯების ჯამი

პერსონალის ხარჯები			ლაბორატორია
სამედიცინო პერსონალის ხარჯები			1944
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯები			288
სხვა პერსონალის ხარჯები			190
სულ			2422

ლაბორატორია – ხარჯების ჯამი

ხარჯები		ლაბორატორია	
	ცვლადი ხარჯების წილი	ცვლადი ხარჯები	საერთო ხარჯი
ფართი	0%	0	2350
სათვისე აღჭურვილობა	0%	0	337
სამედიცინო აღჭურვილობა	0%	0	1481
მანქანები, გენერატორები, მაცივრები	0%	0	60
კომუნიკაცია, კომპ. ტექნიკა	0%	0	423
არაპერიოდული ხარჯები		0	4651
ექსპლუატ./რემონტი	5%	63	1256
სათვისე მასალები	40%	257	642
სამედიც. დანიშნ. სავანები	80%	967	1209
მანქან. გენერატ. საწვავის ხარჯი	30%	111	370
საკომუნიკაციო ხარჯები	0%	0	110
კომუნალური	5%	50	992
სერვისები	20%	66	332
პერიოდული ხარჯები		1514	4911
სამედიც. პერსონალის ხარჯები	0%	0	1944
არასამედიც. პერსონალის ხარჯები	0%	0	288
სხვა პერსონალის ხარჯები	0%	0	190
პერსონალის ხარჯები		0	2422
სულ		1514	11984

დანართი 3. საბაზისო პაკეტი – იმუნიზაცია და მათი ხარჯები

დანართი შეიცავს იმ იმუნიზაციების ჩამონათვალს, რომლების შემოთავაზების მიხედვით შეგანილ უნდა იქნენ პჯდ საბაზისო პაკეტში.

ნუსხა, რომელშიც მოცემულია ყოველი იმუნიზაციის შეფასება, შეიცავს პრაქტიკის პირდაპირი, პერსონალის და ბედნადები ხარჯების გაანგარიშებასაც.

პირდაპირი ხარჯებისა გათვლა ემყარება ექსპერტულ ანალიზს, ისევე როგორც ბედნადები და პერსონალის ხარჯების გაანგარიშება, რომელიც ეფუძნება ყოველი პროცედურის ხანგრძლივობას და პრაქტიკაში ყოველი წუთის ღირებულებას. წუთის ღირებულება მიღებულია ხარჯების მოდელიდან და ემყარება 70%-იანი უგილიზაციის დაშვებას.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია იმუნიზაციის ჩამონათვალი, ასაკი, მიმართვების სიხშირე და ყოველი იმუნიზაციის ხარჯი.

იმუნიზაციის სახე	ასაკი, სიხშირე	პერსონალის და ბედნადები ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	საერთო ხარჯი ყოველ იმუნიზაციაზე
BCG -t ტუბერკულოზი	0-1,1x	0,65	4,30	4,95
პოლიომიელიტი	0-5,5x	0,65	1,04	1,69
DPT- დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი	0-2,4x	0,65	0,50	1,15
ჰეპატიტი „B“	0-1,3x	0,65	10,30	10,95
წითელა	0-5,2x	0,65	0,54	1,19
ყბაყურა	0-2,2x	0,65	7,30	7,95
წითელა, ყბაყურა	1-14,3x	0,65	0,84	1,49
ყივანახველა	0-6,3x	0,65	2,30	2,95
ყბაყურა, წითურა	1-5,2x	0,65	25,30	25,95
DPT- დიფთერია, ტეტანუსი	5,1x	0,65	1,20	1,85
DPT- დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი	14,1x	0,65	1,27	1,92
ტეტანუსი-გამაძლიერ.	15-19,1x	0,65	1,80	2,45
პოლიო.-გამაძლიერ.	15-19,1x	0,65	1,04	1,69
ტეტანუსი-გამაძლიერ.	each 10,1x	0,65	1,80	2,45

შემდეგ ცხრილში მოცემულია იმუნიზაციის ხარჯი ერთ მოსახლეზე მიმდინარე წელიწადში და ხარჯები ქვეყნის მასშტაბით იმის გათვალისწინებით, რომ ეს ხარჯები მოსახლეობის მიერ სრულად იქნება გახარჯული.

იმუნიზაც. საერთო ხარჯი ასაკ. ჯგუფების მიხედვით	მოსახლეობის პროცენტი	ხარჯი ერთ მოსახლეზე			Annual country wide costs		
		პერსონალის და გედნალები ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	ხარჯი სულ	პერსონალის და გედნალები ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	ხარჯი სულ
0-9	9,80%	16	8	25	687 803	356 083	1 043 886
10-19	15,40%	3	5	8	172 933	327 789	500 722
20-29	15,40%	1	2	2	43 233	119 196	162 429
30-39	13,30%	1	2	2	37 338	102 942	140 280
40-49	14,80%	1	2	2	41 549	114 552	156 101
50-59	10,50%	1	2	2	29 477	81 270	110 747
60-69	10,60%	1	2	2	29 758	82 044	111 802
70-79	7,90%	1	2	2	22 178	61 146	83 324
80-89	2,00%	1	2	2	5 615	15 480	21 095
90 +	0,30%	1	2	2	842	2 322	3 164
სულ		24	28	53	1 070 727	1 262 824	2 333 551

იგივე მონაცემები გადაანგარიშებულია ერთი პრაქტიკისათვის

პრაქტიკის წლიური ხარჯი			
მოსახლეობის პროცენტი	პერსონალის და გედნალები ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	საერთო ხარჯები
9.80%	320	166	486
15.40%	80	152	233
15.40%	20	55	76
13.30%	17	48	65
14.80%	19	53	73
10.50%	14	38	52
10.60%	14	38	52
7.90%	10	28	39
2.00%	3	7	10
0.30%	0	1	1
	498	587	1,085

დანართი 4. საბაზისო პაკეტი – პრევენციული სამედიცინო შემოწმებები და მათი ხარჯთაღრიცხვა

დანართი შეიცავს იმ პრევენციული გასინჯვების ჩამონათვალს, რომლებიც განსაზღვრულია პჯდ საბაზისო პაკეტში შესაგანად.

ჩამონათვალს ახლავს თითოეული გასინჯვის გაანგარიშება, რომელიც მოიცავს როგორც პირდაპირ, პერსონალის და პრაქტიკის ზედნადებ ხარჯებს.

პირდაპირი ხარჯების გაანგარიშება ეფუძნება საექსპერტო შეფასებას, ხოლო პერსონალისა და ზედნადები ხარჯებისა კი თითოეული პროცედურის ხანგრძლივობასა და პჯდ პრაქტიკის ერთი წუთის ღირებულებას. ერთი წუთის ღირებულება მიღებულ იქნა ხარჯების მოდელიდან გამომდინარე და ეფუძნება 70%-იანი უტილიზაციის დაშვებას.

წარმოდგენილ ცხრილში მოცემულია რეკომენდირებული პრევენციული ღონისძიებების ჩამონათვალი, მათი სიხშირე ერთ სულ მოსახლეზე მიმდინარე წლის განმავლობაში და თითოეული შემოწმების ღირებულება:

სამედიცინო შემოწმება	პრევალენტობა	წლიური რაოდ.	შეჯერებ. წლიური რაოდენ.	ზედნად. ხარჯი	პირდაპირი ხარჯი	საერთო ხარჯი
ჯანმრთელობის შემოწმ. (15-65)	100%	0,33	0,33	2,03	0,70	2,73
გკლ მაღალი რისკი (40,50-64)	4%	1	0,04	5,36	0,70	6,06
ღიაბეგის მაღალი რისკი (45+)	4%	1	0,04	3,86	0,95	4,81
ზანდაზმულთა ჯანმრთ. შემოწმება (65-75)	100%	0,33	0,33	4,31	0,70	5,01
ზანდაზმულთა ჯანმრთ. შემოწმება (75+)	100%	1	1,00	5,63	0,70	6,33
ბავშვთა შემოწმება (0-1)	100%	1	1,00	31,39	0,20	31,59
ბავშვთა შემოწმება (1-2)	100%	1	1,00	3,15	0,00	3,15
ბავშვთა შემოწმება (3-12)	100%	0,56	0,56	1,58	0,00	1,58
ანგენაგალური დახმარება	0,9%	1	0,01	29,31	10,40	39,71

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი წარმოგვიდგენს პრევენციული შემოწმებების ჩამონათვალს და ხარჯებს ერთ სულ მოსახლეზე მიმდინარე წლის განმავლობაში, ასევე ხარჯებს ქვეყნის მასშტაბით მოსახლეობის მიერ მათი სრულად გამოყენების შემთხვევაში.

სამედიცინო შემოწმება	ხარჯი ერთ სულზე			წლიური ხარჯი ქვეყნისათვის		
	პერსონალ. და ზედნადებ. ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	საერთო ხარჯი	პერსონალ. და ზედნადებ. ხარჯები	პირდაპირი ხარჯები	საერთო ხარჯი
ჯანმრთელობის შემოწმ. (15-65)	0,45	0,15	0,60	1 928 141	665 511	2 593 652
გკლ მაღალი რისკი (40,50-64)	0,05	0,01	0,06	213 701	27 933	241 633
ღიაბეგის მაღალი რისკი (45+)	0,06	0,01	0,07	241 967	59 478	301 444
ზანდაზმულთა ჯანმრთ. შემოწმება (65-75)	0,13	0,02	0,15	565 275	91 880	657 156
ზანდაზმულთა ჯანმრთ. შემოწმება (75+)	0,35	0,04	0,40	1 513 621	188 125	1 701 746
ბავშვთა შემოწმება (0-1)	0,31	0,002	0,31	1 322 707	8 428	1 331 135
ბავშვთა შემოწმება (1-2)	0,06	0,000	0,06	265 642	0	265 642

ბავშვთა შემოწმება (3-12)	0,09	0,000	0,09	374 218	0	374 218
ანტენაგალური დახმარება	0,26	0,094	0,36	1 134 355	402 480	1 536 835
სულ				7 559 628	1 443 835	9 003 463

იგივე მაჩვენებლები გაანგარიშებულია ერთი პრაქტიკისათვის.

სამედიცინო შემოწმება	პრაქტიკ. წლიური ხარჯი	პირდაპირი ხარჯები	საერთო ხარჯი
	პერსონალ. და მედნადებ. ხარჯები		
ჯანმრთელობის შემოწმ. (15-65)	897	310	1206
გულ მაღალი რისკი (40,50-64)	99	13	112
დიაბეტის მაღალი რისკი (45+)	113	28	140
მანდამულთა ჯანმრთ. შემოწმება (65-75)	263	43	306
მანდამულთა ჯანმრთ. შემოწმება (75+)	704	88	792
ბავშვთა შემოწმება (0-1)	615	4	619
ბავშვთა შემოწმება (1-2)	124	0	124
ბავშვთა შემოწმება (3-12)	174	0	174
ანტენაგალური დახმარება	528	187	715
სულ	3516	672	4188

რამდენადაც მოსალოდნელი არ არის, რომ მოსახლეობა სრულად გამოიყენებს პრევენციულ შემოწმებებს, უფრო რეალისტური მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში ქვემოთ., ეს ციფრები გამოიყენება საბაზისო პაკეტის განსაზღვრებად.

სამედიცინო შემოწმება	შემცირებ. სიხშირე	შემცირებ. პერსონალ. და მედნადებ. ხარჯები	შემცირებ. პირდაპირი ხარჯები	შემცირებული წლიური ხარჯი ქვეყნისათვის
	უკუღიზაბ. ჩასწორებული მაჩვენებელი			
ჯანმრთელობის შემოწმ. (15-65)	20%	179	62	133 102
გულ მაღალი რისკი (40,50-64)	70%	70	9	19 553
დიაბეტის მაღალი რისკი (45+)	70%	79	19	41 634
მანდამულთა ჯანმრთ. შემოწმება (65-75)	40%	105	17	36 752
მანდამულთა ჯანმრთ. შემოწმება (75+)	40%	282	35	75 250
ბავშვთა შემოწმება (0-1)	90%	554	4	7 585
ბავშვთა შემოწმება (1-2)	90%	111	0	0
ბავშვთა შემოწმება (3-12)	90%	157	0	0
ანტენაგალური დახმარება	90%	475	168	362 232
სულ		2 011	314	676 109

დანართი 5. საბაზისო პაკეტის ლაბორატორიული პროცედურები

დანართი შეიცავს იმ საბაზისო ლაბორატორიული ტესტების ჩამონათვალს, რომლებიც განსაზღვრულია ჰჯდ საბაზისო პაკეტში შესაგანად.

ჩამონათვალს ახლავს თითოეული პროცედურის გაანგარიშება, რომელიც მოიცავს როგორც პირდაპირ, პერსონალის და ლაბორატორიის მედნადებ ხარჯებს. ლაბორატორიული პროცედურების რაოდენობასთან დაკავშირებით გამოყენებულია ორი წყაროს მონაცემები: სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (SISUF) – 2004 წლის იანვარი-ნოემბრის მონაცემები საქართველოს მასშტაბით, გარდა თბილისისა და საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის (NTCFM) ინფორმაცია.

პირდაპირი ხარჯების გაანგარიშება ეფუძნება საექსპერტო შეფასებას, ხოლო პერსონალისა და მედნადები ხარჯებისა კი თითოეული პროცედურის ხანგრძლივობასა და ლაბორატორიის ერთი სამუშაო წუთის ღირებულებას. ერთი წუთის ღირებულება მიღებულ იქნა ხარჯების მოდელიდან გამომდინარე და ეფუძნება 50%-იანი უტილიზაციის დაშვებას.

ქვემოთ წარმოდგენილ ცხრილში ნაჩვენებია ძირითადი ლაბორატორიული პროცედურები და მათი ხარჯების გაანგარიშება:

ტესტის დასახელება	ხანგრძლ. წთ.	პერსონალ. და მედნადებ. ხარჯები	მასალების პირდაპირი ხარჯები	1 ტესტის საერთო ღირებ.
სისხლის საერთო ანალიზი	15	3,15	0,42	3,56
შარდის საერთო ანალიზი	10	2,10	0,07	2,17
ტესტი ფარულ სისხლდენაზე	5	1,05	0,16	1,21
სისხლში შაქრის დონე	15	3,15	0,50	3,64
ვაგინალური ნაცხი	15	3,15	0,08	3,23
სისხლის რეზუსი/ჯგუფი	8	1,68	1,17	2,85
სგდ სეროლოგიური ტესტი (ვასერმანის ტესტი)	8	1,68	0,84	2,52
კეაგინინი	15	3,15	0,91	4,06
ქოლესტერინი	15	3,15	0,92	4,07
სისხლის შედღება	7	1,47	0,48	1,95
პროთრომბინი	6	1,26	0,56	1,82

საბაზისო ლაბორატორიული ტესტების ჩატარების სიხშირე და შეწონილი მაჩვენებლები სხვადასხვა წყაროების მიხედვით

სიხშირე NTCFM	სიხშირე SISUF	შეწონ. მაჩვენებლ. NTCFM	შეწონ. მაჩვენებლ. SISUF
900	120192	0,307	0,455
600	92020	0,205	0,348
30		0,010	0,000
600	32528	0,205	0,123
100		0,034	0,000

100		0,034	0,000
100		0,034	0,000
50		0,017	0,000
50		0,017	0,000
200	19495	0,068	0,074
200		0,068	0,000

შეწონილი საშუალო ხარჯი ერთ ლაბორატორიულ ტესტზე (თვალნათლივ სჩანს, რომ ისინი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან):

შეწონ. საშუალო ხარჯი	შეწონ. საშუალო ხარჯი მასალებზე (ლარი)	საერთო შეწონ. საშუალო ხარჯი (ლარი)
NTCFM	0,42	2,99
SISUF	0,31	2,97

დანართი 6. კაპიტაციური დამაბალანსებელი ფაქტორების გაანგარიშება

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ვიზიტების რაოდენობის შესახებ მონაცემთა წყაროდ გამოყენებული იქნა SISUF-ის ინფორმაცია 2004 წლის იანვარი-ნოემბრის პერიოდისათვის საქართველოს მასშტაბით გარდა თბილისისა.

ვარიანტი 1

ვარიანტი 1-ს მიხედვით პრევენციული მომსახურებისათვის გადახდა მოხდება ცალკე, მომსახურებაზე გადასახადის პრინციპით და ისინი შეგანილი არ იქნება კაპიტაციურ გადახდაში. ეს ნიშნავს, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით უგილიზაციის ინტენსივობის გაანგარიშებისას უნდა გამოვრიცხოთ პრევენციული ვიზიტები.

SISUF-ის მონაცემებში შესწორებები შეგანილ იქნა ფედერალური პრევენციულ პროგრამებში ვიზიტების რაოდენობის მიხედვით:

- ვიზიტების რაოდენობა 0-1 ასაკობრივ ჯგუფში შემცირდა 6-ით ერთ მოსახლეზე;
- ვიზიტების რაოდენობა 1-3 ასაკობრივ ჯგუფში შემცირდა 2-ით ერთ მოსახლეზე.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოყვანილია გაანგარიშებები და შედეგები:

ასაკობრივი კატეგორია	მაცხოვრებელთა რაოდენობა ⁵⁵	ვიზიტების შემცირებული რაოდენობა	უგილიზაციის ინტენსივობა	საერთო ხარჯების ინდექსი	ცვლადი ხარჯების ინდექსი	ნორმალიზაცია 15-65
0-1	29,400	137,351	4.67	5.03	1.85	2.0
1-3	58,800	202,715	3.45	3.71	1.57	1.7
0-3	88,200	340,066	3.86	4.15	1.66	1.8
0-15	525,000	1,010,524	1.92	2.07	1.23	1.3
3-15	436,800	670,458	1.53	1.65	1.14	1.2
15-65	2,010,000	1,200,613	0.60	0.64	0.93	1.0
65+	465,000	574,770	1.24	1.33	1.07	1.2

უგილიზაციის ინტენსივობა წარმოადგენს ერთი ადამიანის მიერ წლის განმავლობაში გაკეთებულ რაოდენობას (სვ. 3/სვ.2).

საერთო ხარჯების ინდექსი წარმოადგენს ასაკობრივ ჯგუფში უგილიზაციის ინტენსივობას გაყოფილს და მოსახლეობაში უგილიზაციის საშუალო ინტენსივობაზე (ვიზიტების საერთო შემცირებული რაოდენობა გაყოფილი მოსახლეობის საერთო რაოდენობაზე, რაც მოცემულ შემთხვევაში შეადგენს 0.9-ს).

ცვლადი ხარჯების ინდექსი ითვალისწინებს, რომ ვიზიტების რაოდენობა გავლეს ახდენს მხოლოდ პრაქტიკის ცვლად ხარჯებზე. ხარჯების მოდელიდან გაანგარიშებული იყო, რომ ცვლადი ხარჯები ლაბორატორიული ტესტების ხარჯების ჩათვლით შეადგენს პრაქტიკის საერთო ხარჯების 21%-ს.

ამგვარად ცვლადი ხარჯების ინდექსი = $0.79 + 0.21$ საერთო ხარჯების ინდექსს.

ნორმალიზაცია ნიშნავს, რომ განმარტების მიხედვით ყველაზე მრავალრიცხოვანი კატეგორიისათვის (15-65) ინდექსი აღებულია - 1.00, ხოლო სხვა ჯგუფებისათვის ინდექსები გადაანგარიშებულია.

⁵⁵ გარდა თბილისისა, რადგან ვიზიტების რაოდენობაც თბილისის გარეშეა მოცემული

ახლა ჩვენ შეგვიძლია განვსაზღვროთ, თუ რამდენი კატეგორია უნდა იქნას გამოყენებული რეალური კაპიტაციური დაფინანსებისათვის. რამდენადაც ასაკობრივი კატეგორიები (ახალგაზრდა ასაკის) დიფერენცირებულია პრევენციული სერვისების მიერ ანაზღაურების მიხედვით, ამ შემთხვევაში უფრო გამოგვაღებება კატეგორიების მცირე რაოდენობისათვის.

ასაკობრივი კატეგორია	0-15	15-65	65+
ინდექსი (ასაკის მიხედვით)	1.3	1.0	1.2

ვარიანტი 2

ვარიანტი 2 კაპიტაციურ დაფინანსებაში ითვალისწინებს პრევენციული სამსახურების მოცვასაც. ვიზიტების რაოდენობა არ არის შემცირებული და განსხვავებების მნიშვნელოვანია. იხ. ცხრილი ქვემოთ.

ასაკობრივი კატეგორია	მაცხოვრებელთა რაოდენობა	ვიზიტების შემცირებული რაოდენობა	უტილიზაციის ინტენსივობა	საერთო ხარჯების ინდექსი	ცვლადი ხარჯების ინდექსი	ნორმალიზაცია 15-65
0-1	29,400	313,751	10.67	10.39	2.97	3.3
1-3	58,800	320,315	5.45	5.31	1.90	2.1
3-15	436,800	670,458	1.53	1.50	1.10	1.2
15-65	2,010,000	1,200,613	0.60	0.58	0.91	1.0
65+	465,000	574,770	1.24	1.20	1.04	1.1

0-3	88,200	634,066	7.19	7.00	2.26	2.5
0-15	525,000	1,304,524	2.48	2.42	1.30	1.4

ამ ვარიანტისთვის პრაქტიკის განსხვავებული სამუშაო დაგვირთვის სადემონსტრაციოდ შეიძლება გამოყენებულ იქნას ხუთი ასაკობრივი კატეგორია.

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

დანართი 7. პჯდ მედიკამენტების ჩამონათვალი

მედიკამენტების წარმოდგენილი ჩამონათვალი შემუშავდა პჯდ დონეზე მკურნალობის სტანდარტული პროტოკოლებისა და მედიკამენტების სქემების დამუშავების საფუძველზე. ხარჯების დაანგარიშებისას გათვალისწინებული იყო საქართველოს საბითუმო ბაზრის ფასები⁵⁶ 20%-იანი სააფთიაქო გედნადების დამატებით. მოზრდილთა კატეგორიისათვის მოცემულია ორი ჩამონათვალი: ფართო ნუსხა, რომელიც მოიცავს პჯდ დონეზე მკურნალობის სტანდარტულ პროტოკოლებში

⁵⁶ გამოყენებულია ვალუტის კურსი 1 აშშ დოლარი = 2 ლარს

მოცემულ ყველა მედიკამენტს და მეორე შეკვეცილი ნუსხა, რომელშიც, პროექტის ექსპერტების შეხედულებით, შეგანილია სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული მედიკამენტები. ცხრილში განსხვავებული ფერით წარმოდგენილია ის მედიკამენტები, რომელთა სუბსიდირება სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება.

ნაფარაუდევია, რომ ნუსხაში მოცემული მედიკამენტების გამოყენება უკავშირდება მხოლოდ სფეციფიკურ დიაგნოზს. მაგ. იხილეთ ასპირინი, რომელიც უკავშირდება დიაგნოზს 125 – გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი.⁵⁷

1) ბავშვების წამლების ჩამონათვალი

წამლის დასახელება	ხარჯი მთელი მოსახლეობისათვის	შემთხვევების წლიური რაოდენობა	სამუშაო ხარჯი ყოველ შემთხვევაზე
პარაცეტამოლი	2,041,812	537,500	3.8
ამოქსაცილინი	1,223,539	83,850	14.6
რკინის ფუმარატი	1,114,560	12,900	86.4
ნატრიუმის ქრომოგლიკატი	1,011,360	6,880	147.0
ცეფრიაქსონი	577,920	8,600	67.2
აზიტომიცინი	505,680	25,800	19.6
ცეფთიბუტენი	361,200	8,600	42.0
ამოქსაცილინი	329,925	48,375	6.8
ფენოქსიმეთილი-პენიცილინი	319,920	25,800	12.4
სალბუტამოლი	288,341	21,500	13.4
ბექლომეტაზონი ან ბუდეზონიდი	206,400	860	240.0
მულტივიტამინი	165,120	43,000	3.8
სულფანეთოზამოლი+ ტრიმეფოპრიმი (კოტრიმოქსაზოლი)	115,068	21,500	5.4
კარბამაზეპინი	113,004	430	262.8
ფსევდოფედრინი ჰიდროქლორიდი	99,072	12,900	7.7
კეტოკონაზოლი	82,560	8,600	9.6
ორალური რეპიდრაციის მარილი (ORS)	82,560	86,000	1.0
ვალპროიკის მჟავა	75,336	215	350.4
ნისტაგინი	68,112	12,900	5.3
პრომეტაზინი	61,920	4,300	14.4
პირანტელი	51,600	21,500	2.4
ლორაგადინი (კლარიგინი)	41,280	4,300	9.6
ჰიდროკორტიზონი	41,280	34,400	1.2
მებენდაზოლი	41,280	21,500	1.9
„D3“ ქოლექალციფეროლის ხსნარი	38,700	10,750	3.6
ქლორამფენიკოლი	30,960	21,500	1.4
მიკონაზოლი ან თიოკონაზოლი	30,960	8,600	3.6
კეტოტიფენი	28,896	8,600	3.4
ფოლის მჟავა	27,864	4,300	6.5
პრედნიზოლონი	24,851	4,730	5.3
კლოტრიმაზოლი	24,768	12,900	1.9
ლევამიზოლი	20,640	8,600	2.4
ტეტრაციკლინი	15,480	21,500	0.7
ჰიდროკორტიზონი	10,320	8,600	1.2

⁵⁷ ღეგალევისათვის იხ. – ნემეცი, ქაროსანიძე, მედიკამენტები საქართველოს პჯდ სისტემაში. GVG, 2005.

2) გაფართოებული ჩამონათვალი მოზრდილებისათვის

წამლის დასახელება	ხარჯი მთელი მოსახლეობისათვის	შემთხვევების წლიური რაოდენობა	საშუალო ხარჯი ყოველ შემთხვევაზე
ასპირინი	25,312,896	206,400	122.6
ენალაპრილი	15,481,548	167,700	92.3
ჰიდროქლოროთიაზიდი	14,464,512	330,240	43.8
თიანუბინი (კოაქსილი)	13,523,328	12,900	1,048.3
ამოქსაცილინი	9,492,336	223,600	42.5
კალციუმი D3	9,040,320	86,000	105.1
იბუპროფენი	8,730,720	718,100	12.2
ატენოლოლი	7,232,256	182,320	39.7
გლიკლაზიდი	6,780,240	43,000	157.7
პრეგევატივები	6,687,360	258,000	25.9
დესმოპრესინი	6,439,680	2,150	2,995.2
მეტოპროლოლი	5,356,390	72,240	74.1
ეთინილესტრადიოლი, ლევონორგესტრელი	4,458,240	51,600	86.4
ამლოდიპინი	4,452,358	73,960	60.2
ადამიანის ინსულაგარდი	4,316,897	13,760	313.7
აციკლოვირი	4,030,992	25,800	156.2
ტრინიტროგლიცერინი	3,013,440	86,000	35.0
რანიტიდინი	2,972,160	258,000	11.5
ერგოტამინის ტარტრატი	2,972,160	43,000	69.1
ვინპოცეტინი	2,972,160	172,000	17.3
ფლუოქსეტინი	2,629,536	8,600	305.8
ბეკლომეთაზონი	2,291,040	23,650	96.9
ლევონორგესტრელი	2,265,446	17,200	131.7
ვერაპამილი	2,237,479	14,190	157.7
კოლეინის ფოსფატი	2,229,120	129,000	17.3
ადამიანის აქტრაპიდი, ინსულინის ხსნარი	2,172,649	13,760	157.9
სალბუტამოლი	2,043,360	64,500	31.7
ალუმინის ჰიდროქსიდი	1,950,480	387,000	5.0
ესტრადერმი	1,931,904	12,900	149.8
ფენოქსიმეთილ-პენიცილინი	1,902,182	41,280	46.1
სპირონოლაქტონი	1,808,064	8,600	210.2
ციპროფლოქსაცინი	1,548,000	159,100	9.7
პრედნიზოლონი	1,537,783	92,450	16.6
პროპილთიორაცილი	1,506,720	8,600	175.2
შეუღლებული ესტროგენი	1,506,720	8,600	175.2
მეტფორმინი	1,446,451	6,880	210.2
აზიტრომიცინი	1,387,008	24,080	57.6
ლევონორგესტრელი+ეთინილესტრადიოლი	1,362,240	21,500	63.4
ლევოდოპა+კარბიდოპა	1,310,846	1,720	762.1
ბისაკოლილი	1,253,880	21,500	58.3
იმოსორბიდის დინიტრატი	1,205,376	34,400	35.0
ცეფტრიაქსონი (როცეპინი)	1,083,600	9,030	120.0

ამიგრიპილინი	1,014,250	12,900	78.6
ვარფარინი	1,001,040	12,900	77.6
ცინარიზინი	835,920	129,000	6.5
ფლუკონაზოლი	774,000	21,500	36.0
მეტრონიდაზოლი	619,200	227,900	2.7
შეუღებელი ესტროგენი + მედროქსიპროგესტერონი	619,200	43,000	14.4
დიკლოფენაკი	603,720	129,000	4.7
პროპრანოლოლი	569,664	43,000	13.2
გლიბენკლამიდი	565,020	21,500	26.3
ჰიდროკორტიზონი	516,000	430,000	1.2
ესტრადიოლი	509,808	8,600	59.3
დიგოქსინი	492,264	25,800	19.1
პარაცეტამოლი	482,976	980,400	0.5
ლორაგედინი	412,800	43,000	9.6
კარბამაზეპინი	376,680	1,075	350.4
სენა	371,520	387,000	1.0
ფეროგრადი	371,520	8,600	43.2
მორფინის ჰიდროქლორიდი	347,743	1,118	311.0
ფრუსემიდი	338,083	25,800	13.1
ამოქსაცილინი	325,080	43,000	7.6
მიკონაზოლი	309,600	86,000	3.6
საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეფციული საშუალებები	309,600	86,000	3.6
ლევოთიროქსინი	301,344	17,200	17.5
ალოპურინოლი	297,216	8,600	34.6
მორფინის სულფატი	249,538	4,472	55.8
მებენდაზოლი (ვერმოქსი)	247,680	43,000	5.8
ერიტრომიცინი	222,912	12,040	18.5
ანუზოლის სანთლები	216,720	43,000	5.0
კლოგრიმამოლი	201,343	124,700	1.6
თეოფილინი	185,760	43,000	4.3
ფოლის მჟავა	173,376	43,000	4.0
დოქსაცეკლინი	160,373	12,900	12.4
ამიოდარონი	144,893	2,580	56.2
ომეპრაზოლი	115,584	43,000	2.7
დექსამეტაზონი	103,200	86,000	1.2
ტეტრაციკლინი	77,400	107,500	0.7
კლორამფენიკოლი	61,920	86,000	0.7
ლევაამიზოლი (დეკარისი)	51,600	43,000	1.2

3) შეკვეცილი ჩამონათვალი მოზრდილებისათვის

წამლის დასახელება	ხარჯი მთელი მოსახლეობისათვის	შემთხვევების წლიური რაოდენობა	საშუალო ხარჯი ყოველ შემთხვევაზე
ასპირინი	25,312,896	206,400	122.6
ენალაპრილი	15,481,548	167,700	92.3
ჰიდროკლოროთიაზიდი	14,464,512	330,240	43.8
თიანეპტინი (კოაქსილი)	13,523,328	12,900	1048.3
ატენოლოლი	7,232,256	182,320	39.7
გლიკლაზიდი	6,780,240	43,000	157.7
დესმოპრესინი	6,439,680	2,150	2995.2

მეგობრობა	5,356,390	72,240	74.1
ეთინილესტრადიოლი, ლევონორგესტრელი	4,458,240	51,600	86.4
ამლოდიპინი	4,452,358	73,960	60.2
ადამიანის ინსულატარი	4,316,897	13,760	313.7
ტრინიტროტოლუენი	3,013,440	86,000	35.0
ფლუოქსეტინი	2,629,536	8,600	305.8
ბეკლომეტაზონი	2,291,040	23,650	96.9
ვერაპამილი	2,237,479	14,190	157.7
კოლეინის ფოსფატი	2,229,120	129,000	17.3
ადამიანის აქტრაპიდი, ინსულინის ხსნარი	2,172,649	13,760	157.9
სალბუგამოლი	2,043,360	64,500	31.7
ესტრადერმი	1,931,904	12,900	149.8
სპირონოლაქტონი	1,808,064	8,600	210.2
მეგფორმინი	1,446,451	6,880	210.2
ლევონორგესტრელი+ეთინილესტრადიოლი	1,362,240	21,500	63.4
ლევოდოპა+კარბიდოპა	1,310,846	1,720	762.1
იმოსობილის დინიტრატი	1,205,376	34,400	35.0
ამიგრიპილინი	1,014,250	12,900	78.6
ვარფარინი	1,001,040	12,900	77.6
შეულ. ესტროგენი + მელროქსიპროტეგსტერონის აცეტატი	619,200	43,000	14.4
გლიბენკლამიდი	565,020	21,500	26.3
დიგოქსინი	492,264	25,800	19.1
კარბამაზეპინი	376,680	1,075	350.4
მორფინის ჰიდროქლორიდი	347,743	1,118	311.0
ფრუსემიდი	338,083	25,800	13.1
მორფინის სულფატი	249,538	4,472	55.8
ამიოდარონი	144,893	2,580	56.2

დანართი 8. სახელმწიფო დანახარჯები სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემაზე

ქვემოთ მოცემულ ცხრილებში წარმოდგენილია კახეთის რეგიონის და საქართველოს დანახარჯების გაანგარიშება სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემისათვის, რომელიც ძირითად გექსტშია მოცემული. ეს საშუალებას იძლევა გავიანგარიშოთ ძირითადი პარამეტრები: მოტივაციის ბღვარი, კატასტროფული ბღვარი და თანადაზღვევა ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის – ბავშვები 15 წლამდე, 15-65 წლის მოზრდილები და 65+ ასაკის ხანდაზმულები. მონაცემები ეხება მხოლოდ დანართი 7-ში მოცემულ სიებში წარმოდგენილ მედიკამენტებს.

დანახარჯების გაანგარიშებისათვის გამოყენებულ იქნა შემდეგი მოდელი: გამოთვლილ იქნა (თბილისის ერთ-ერთ პოლიკლინიკაში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე), რომ პაციენტების 17.5%-ს აქვს წელიწადში 3 და მეტი ეპიზოდი წელიწადში, 53%-ს – 2 ეპიზოდი და დანარჩენს – მხოლოდ ერთი ეპიზოდი. ეპიზოდები ასოცირებული იყო რანდომიზირებულად, ბემოთ მოყვანილი პროცენტების საფუძველზე. გათვლილ იქნა საერთო წლიური დანახარჯი და იგი შედარებულ იქნა წლიურ ბღვართან. ჩატარდა მოდელირების ათი დამოუკიდებელი კვლევა და გამოთვლილ იქნა საშუალო მაჩვენებელი, რომელიც შეგანილ იქნა ცხრილში. ზოგიერთი ციფრები ბუსტად უნდა ემთხვეოდეს მომდევნო ცხრილში მოცემულ ციფრებს, მაგრამ მოდელირების თვისებებიდან გამომდინარე ისინი მხოლოდ

მიახლოებით ემთხვევა ერთმანეთს.⁵⁸ ეს გამოწვეულია მოდელირების არსიდან და ჩაგარებული კვლევების მცირე რაოდენობიდან გამომდინარე⁵⁹.

კახეთის რეგიონის მოდელში გამოყენებულია იგივე მონაცემები, რაც მთელი საქართველოსათვის შექმნილ მოდელში. ცვლილებები შეტანილია მხოლოდ მოსახლეობის რაოდენობის და ასაკობრივი ჯგუფების პარამეტრებში.

როგორ ვისარგებლოთ ცხრილებით:

1. თითოეული რეგიონისათვის (კახეთი, საქართველო) მოცემულია 9 სამმაგი ცხრილი
2. ყოველი ასაკობრივი ჯგუფისათვის მოცემულია სამმაგი ცხრილი
3. ყოველი ცხრილი განსხვავდება თანადაზღვევის მიხედვით (50%, 25%, 0%)
4. შერჩეული ცხრილის მარცხენა სვეტში მოძებნეთ მოტივაციის ბლვარი და კაგასტროფული ბლვარი პირველ მწკრივში. უჯრა მათ გადაკვეთაზე ასახავს საერთო სახელმწიფო დანახარჯს ლარებში
5. შეაჯამეთ მიღებული სიდიდეები სამივე ასაკობრივი ჯგუფისათვის.⁶⁰

რეგიონი: კახეთი

ასაკობრივი ჯგუფი: ბავშვები 15 წლამდე

თანადაზღვევა: 0% (პაციენტი იღებს მედიკამენტებს მოტივაციის ბლვრამდე)

ბლვარ L ბლვარ H ლარი	10	20	30	50	100	150
0	391 298	262 247	226 270	154 995	83 175	59 194
5	697 051	568 000	532 023	460 748	388 928	364 947
10	864 141	735 089	699 112	627 837	556 017	532 037
15		833 765	797 788	726 513	654 692	630 712
20		852 319	816 342	745 067	673 247	649 266
25			854 825	783 549	711 729	687 749
30			870 447	799 172	727 352	703 372
35				807 175	735 355	711 374
40				838 043	766 223	742 242
45				855 267	783 447	759 466
50				864 949	793 129	769 148

⁵⁸ მაგ. – უნდა ემთხვეოდეს ცხრილების პირველი მწკრივები ერთი ასაკობრივი ჯგუფისათვის (ერთი რეგიონისათვის)

⁵⁹ მეტი რაოდენობით კვლევების ჩაგარება მეტ კომპიუტერულ საშუალებებს საჭიროებს

⁶⁰ ყოველი ასაკობრივი ჯგუფის პარამეტრები სრულიად განსხვავებულად შეიძლება დადგინდეს.

თანდაზღვევა: 25% (პაციენტი მოტივაციის ზღვრამდე იხდის მედიკამენტების ღირებულების 25%-ს).

ზღვარი L ზღვარი H ლარი	10	20	30	50	100	150
0	377 148	249 284	209 258	157 458	83 175	59 194
5	604 153	476 289	436 263	384 463	310 179	286 199
10	758 005	630 141	590 115	538 315	464 032	440 051
15		665 271	625 244	573 445	499 161	475 180
20		705 394	665 368	613 568	539 285	515 304
25			672 541	620 741	546 457	522 477
30			691 740	639 941	565 657	541 676
35				665 914	591 630	567 650
40				664 102	589 818	565 838
45				676 926	602 642	578 662
50				688 824	614 541	590 560

თანდაზღვევა: 50% (პაციენტი მოტივაციის ზღვრამდე იხდის მედიკამენტების ღირებულების 50%-ს).

ზღვარი L ზღვარი H ლარი	10	20	30	50	100	150
0	372 340	267 741	214 853	150 310	83 175	59 194
5	528 678	424 078	371 191	306 648	239 512	215 532
10	622 290	517 691	464 803	400 260	333 124	309 144
15		538 246	485 358	420 815	353 679	329 699
20		550 470	497 582	433 039	365 903	341 923
25			534 049	469 506	402 371	378 390
30			544 746	480 203	413 068	389 088
35				480 868	413 732	389 752
40				489 491	422 355	398 375
45				497 772	430 636	406 656
50				502 268	435 133	411 152

რეგიონი: კახეთი

ასაკობრივი ჯგუფი: მოზრდილები 15-65

თანდაზღვევა: 0%

ზღვარი L ზღვარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	4 051 217	3 018 143	2 150 576	1 663 659	1 267 459	944 822	885 509	823 267	845 373
5	4 186 326	3 153 252	2 285 685	1 798 768	1 402 568	1 079 931	1 020 618	958 376	980 482
10	4 831 848	3 798 774	2 931 207	2 444 290	2 048 090	1 725 453	1 666 140	1 603 898	1 626 004
15	5 030 775	3 997 701	3 130 134	2 643 217	2 247 017	1 924 380	1 865 067	1 802 825	1 824 931
20	5 521 666	4 488 592	3 621 025	3 134 108	2 737 908	2 415 271	2 355 958	2 293 716	2 315 822
25	5 762 710	4 729 636	3 862 069	3 375 152	2 978 952	2 656 315	2 597 002	2 534 760	2 556 866
30	6 329 996	5 296 922	4 429 355	3 942 438	3 546 238	3 223 601	3 164 288	3 102 046	3 124 152
35	0	5 346 882	4 479 315	3 992 398	3 596 198	3 273 561	3 214 248	3 152 006	3 174 112
40	0	5 538 231	4 670 664	4 183 747	3 787 547	3 464 910	3 405 597	3 343 355	3 365 461
45	0	5 757 028	4 889 461	4 402 544	4 006 344	3 683 707	3 624 394	3 562 152	3 584 258
50	0	6 039 632	5 172 066	4 685 148	4 288 948	3 966 311	3 906 998	3 844 756	3 866 863

თანდაზღვევა: 25%

ზღვარი L ზღვარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	4 147 432	3 095 778	2 183 137	1 592 614	1 193 213	1 033 132	844 033	869 472	810 419
5	4 283 315	3 231 660	2 319 020	1 728 497	1 329 096	1 169 015	979 916	1 005 355	946 302
10	4 606 171	3 554 516	2 641 876	2 051 352	1 651 952	1 491 871	1 302 772	1 328 211	1 269 158
15	4 934 771	3 883 116	2 970 475	2 379 952	1 980 551	1 820 471	1 631 372	1 656 810	1 597 758
20	5 137 846	4 086 191	3 173 551	2 583 028	2 183 627	2 023 546	1 834 447	1 859 886	1 800 833
25	5 542 769	4 491 114	3 578 474	2 987 951	2 588 550	2 428 469	2 239 370	2 264 809	2 205 756
30	5 667 657	4 616 002	3 703 361	3 112 838	2 713 437	2 553 357	2 364 258	2 389 696	2 330 644
35	0	4 839 628	3 926 987	3 336 464	2 937 063	2 776 983	2 587 884	2 613 322	2 554 270
40	0	5 048 249	4 135 609	3 545 085	3 145 685	2 985 604	2 796 505	2 821 944	2 762 891
45	0	5 128 176	4 215 535	3 625 012	3 225 611	3 065 530	2 876 431	2 901 870	2 842 817
50	0	5 152 782	4 240 141	3 649 618	3 250 217	3 090 136	2 901 037	2 926 476	2 867 423

თანაღაბლევა: 50%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	3 930 476	2 900 751	2 072 370	1 640 116	1 233 513	1 110 825	850 259	794 340	723 959
5	3 953 205	2 923 480	2 095 099	1 662 845	1 256 242	1 133 554	872 988	817 069	746 688
10	4 263 656	3 233 931	2 405 550	1 973 296	1 566 693	1 444 005	1 183 439	1 127 520	1 057 139
15	4 316 891	3 287 165	2 458 785	2 026 531	1 619 927	1 497 239	1 236 673	1 180 755	1 110 373
20	4 581 645	3 551 919	2 723 539	2 291 285	1 884 681	1 761 993	1 501 428	1 445 509	1 375 127
25	4 801 042	3 771 316	2 942 935	2 510 682	2 104 078	1 981 390	1 720 824	1 664 906	1 594 524
30	4 956 736	3 927 011	3 098 630	2 666 376	2 259 773	2 137 085	1 876 519	1 820 600	1 750 219
35	0	4 127 318	3 298 937	2 866 683	2 460 080	2 337 392	2 076 826	2 020 907	1 950 526
40	0	4 248 905	3 420 525	2 988 271	2 581 667	2 458 979	2 198 413	2 142 495	2 072 113
45	0	4 204 972	3 376 591	2 944 337	2 537 734	2 415 046	2 154 480	2 098 561	2 028 180
50	0	4 381 854	3 553 473	3 121 220	2 714 616	2 591 928	2 331 362	2 275 443	2 205 062

რეგიონი: კახეთი

ასაკობრივი ჯგუფი: მოზრდილები 65+

თანაღაბლევა: 0%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	3 728 380	2 569 238	1 742 840	1 389 077	1 041 542	821 460	731 516	739 632	690 445
5	4 103 806	2 944 663	2 118 265	1 764 503	1 416 967	1 196 885	1 106 941	1 115 058	1 065 870
10	4 194 702	3 035 559	2 209 161	1 855 399	1 507 863	1 287 781	1 197 838	1 205 954	1 156 767
15	4 579 447	3 420 305	2 593 907	2 240 144	1 892 609	1 672 527	1 582 583	1 590 699	1 541 512
20	4 939 045	3 779 903	2 953 505	2 599 742	2 252 207	2 032 125	1 942 181	1 950 297	1 901 110
25	5 118 170	3 959 027	3 132 629	2 778 867	2 431 331	2 211 249	2 121 305	2 129 422	2 080 234
30	5 475 109	4 315 967	3 489 569	3 135 806	2 788 271	2 568 189	2 478 245	2 486 361	2 437 174
35	0	4 719 425	3 893 027	3 539 264	3 191 729	2 971 647	2 881 703	2 889 819	2 840 632
40	0	4 794 368	3 967 970	3 614 208	3 266 672	3 046 590	2 956 647	2 964 763	2 915 576
45	0	5 000 670	4 174 272	3 820 510	3 472 974	3 252 892	3 162 948	3 171 064	3 121 877
50	0	5 142 167	4 315 769	3 962 007	3 614 471	3 394 389	3 304 445	3 312 561	3 263 374

თანაღაბლევა: 25%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	3 418 398	2 560 641	1 861 256	1 384 752	1 015 926	813 624	678 707	716 005	641 436
5	3 535 786	2 678 029	1 978 644	1 502 140	1 133 314	931 012	796 095	833 393	758 824
10	3 858 093	3 000 336	2 300 951	1 824 447	1 455 621	1 253 319	1 118 402	1 155 700	1 081 131
15	4 129 001	3 271 244	2 571 859	2 095 355	1 726 529	1 524 227	1 389 310	1 426 608	1 352 039
20	4 299 321	3 441 563	2 742 179	2 265 674	1 896 848	1 694 546	1 559 629	1 596 927	1 522 358
25	4 527 472	3 669 715	2 970 330	2 493 825	2 124 999	1 922 698	1 787 781	1 825 079	1 750 510
30	4 744 194	3 886 436	3 187 052	2 710 547	2 341 721	2 139 419	2 004 502	2 041 801	1 967 231
35	0	4 134 180	3 434 796	2 958 291	2 589 465	2 387 163	2 252 246	2 289 545	2 214 975
40	0	4 364 476	3 665 091	3 188 587	2 819 761	2 617 459	2 482 542	2 519 840	2 445 271
45	0	4 402 960	3 703 575	3 227 070	2 858 244	2 655 943	2 521 026	2 558 324	2 483 755
50	0	4 517 545	3 818 160	3 341 656	2 972 830	2 770 528	2 635 611	2 672 909	2 598 340

თანაღაბლევა: 50%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	3 638 884	2 598 707	1 918 834	1 443 796	1 030 691	922 320	791 692	633 939	716 755
5	3 689 708	2 649 531	1 969 658	1 494 620	1 081 515	973 144	842 516	684 763	767 579
10	3 870 667	2 830 489	2 150 616	1 675 578	1 262 473	1 154 102	1 023 474	865 721	948 537
15	4 025 711	2 985 533	2 305 660	1 830 622	1 417 517	1 309 146	1 178 518	1 020 765	1 103 581
20	4 226 379	3 186 202	2 506 329	2 031 291	1 618 186	1 509 815	1 379 187	1 221 434	1 304 250
25	4 448 242	3 408 064	2 728 191	2 253 153	1 840 048	1 731 677	1 601 049	1 443 296	1 526 112
30	4 584 591	3 544 413	2 864 541	2 389 503	1 976 398	1 868 026	1 737 398	1 579 645	1 662 461
35	0	3 704 987	3 025 114	2 550 076	2 136 971	2 028 600	1 897 972	1 740 219	1 823 035
40	0	3 691 959	3 012 086	2 537 048	2 123 943	2 015 572	1 884 944	1 727 191	1 810 007
45	0	3 797 941	3 118 069	2 643 031	2 229 926	2 121 554	1 990 926	1 833 173	1 915 989
50	0	3 981 739	3 301 866	2 826 828	2 413 723	2 305 352	2 174 724	2 016 971	2 099 787

ეგიონი: საქართველო
 ასაკობრივი ჯგუფი: ბავშვები 15 წლამდე
 თანადაზღვევა: 0%

ზღვარი L/ ზღვარი H (ლარი)	10	20	30	50	100	150
0	3,751,753	2,919,930	2,035,930	1,672,459	878,748	625,392
5	6,994,210	6,162,387	5,278,386	4,914,915	4,121,204	3,867,848
10	8,488,979	7,657,156	6,773,155	6,409,685	5,615,974	5,362,618
15		8,779,467	7,895,466	7,531,995	6,738,284	6,484,928
20		8,986,919	8,102,918	7,739,448	6,945,737	6,692,381
25			8,767,702	8,404,231	7,610,520	7,357,164
30			8,962,110	8,598,639	7,804,928	7,551,572
35				8,771,613	7,977,902	7,724,546
40				8,818,435	8,024,724	7,771,368
45				9,146,745	8,353,034	8,099,678
50				9,252,308	8,458,597	8,205,241

თანადაზღვევა: 25%

ზღვარი L/ ზღვარი H (ლარი)	10	20	30	50	100	150
0	4,177,969	2,572,177	2,282,340	1,506,307	878,748	625,392
5	6,344,283	5,029,910	4,740,073	3,964,040	3,336,481	3,083,125
10	7,953,576	6,451,276	6,161,439	5,385,406	4,757,846	4,504,490
15		6,839,274	6,549,437	5,773,404	5,145,845	4,892,489
20		7,152,326	6,862,489	6,086,456	5,458,897	5,205,541
25			7,230,720	6,454,687	5,827,127	5,573,771
30			7,415,334	6,639,301	6,011,742	5,758,386
35				6,783,768	6,156,209	5,902,853
40				6,879,473	6,251,914	5,998,558
45				6,979,946	6,352,387	6,099,031
50				7,165,621	6,538,062	6,284,706

თანადაზღვევა: 50%

ზღვარი L/ ზღვარი H (ლარი)	10	20	30	50	100	150
0	3,773,126	3,001,510	2,267,221	1,585,276	878,748	625,392
5	5,323,580	4,551,964	3,817,675	3,135,729	2,429,202	2,175,846
10	6,297,174	5,525,558	4,791,269	4,109,323	3,402,796	3,149,440
15		5,810,555	5,076,266	4,394,321	3,687,793	3,434,437
20		6,166,404	5,432,115	4,750,170	4,043,642	3,790,286
25			5,642,705	4,960,760	4,254,232	4,000,876
30			5,670,022	4,988,077	4,281,549	4,028,193
35				5,127,066	4,420,538	4,167,182
40				5,212,934	4,506,406	4,253,050
45				5,275,876	4,569,348	4,315,992
50				5,308,616	4,602,088	4,348,732

რეგიონი: საქართველო

ასაკობრივი ჯგუფი: მოზრდილები 15-65

თანაღაბლევა: 0%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	48,733,574	37,586,679	27,157,087	20,551,077	14,432,367	10,275,030	9,797,496	10,441,628	7,966,977
5	48,150,402	37,003,507	26,573,916	19,967,905	13,849,196	9,691,858	9,214,325	9,858,456	7,383,806
10	58,463,766	47,316,871	36,887,279	30,281,269	24,162,559	20,005,222	19,527,688	20,171,820	17,697,169
15	62,748,390	51,601,494	41,171,903	34,565,892	28,447,183	24,289,845	23,812,312	24,456,444	21,981,793
20	64,679,018	53,532,122	43,102,531	36,496,520	30,377,811	26,220,473	25,742,940	26,387,072	23,912,421
25	69,064,037	57,917,142	47,487,550	40,881,540	34,762,830	30,605,493	30,127,959	30,772,091	28,297,440
30	76,008,578	64,861,682	54,432,091	47,826,081	41,707,371	37,550,034	37,072,500	37,716,632	35,241,981
35	0	65,988,499	55,558,908	48,952,897	42,834,187	38,676,850	38,199,316	38,843,448	36,368,797
40	0	70,691,730	60,262,139	53,656,129	47,537,419	43,380,082	42,902,548	43,546,680	41,072,029
45	0	71,469,127	61,039,536	54,433,526	48,314,816	44,157,479	43,679,945	44,324,077	41,849,426
50	0	76,176,897	65,747,306	59,141,296	53,022,586	48,865,249	48,387,715	49,031,847	46,557,196

თანაღაბლევა: 25%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	48,783,691	38,315,016	25,539,997	16,968,102	13,818,217	13,198,002	10,099,212	8,205,235	10,382,852
5	47,936,079	37,467,404	24,692,385	16,120,491	12,970,606	12,350,391	9,251,600	7,357,624	9,535,241
10	55,855,674	45,386,999	32,611,980	24,040,085	20,890,200	20,269,986	17,171,195	15,277,219	17,454,836
15	57,965,418	47,496,743	34,721,724	26,149,829	22,999,944	22,379,729	19,280,939	17,386,962	19,564,579
20	61,101,510	50,632,835	37,857,816	29,285,921	26,136,036	25,515,822	22,417,031	20,523,055	22,700,672
25	66,028,710	55,560,036	42,785,016	34,213,122	31,063,237	30,443,022	27,344,232	25,450,255	27,627,872
30	68,807,215	58,338,540	45,563,521	36,991,627	33,841,742	33,221,527	30,122,736	28,228,760	30,406,377
35	0	59,541,216	46,766,197	38,194,302	35,044,417	34,424,203	31,325,412	29,431,436	31,609,053
40	0	62,241,358	49,466,339	40,894,444	37,744,559	37,124,344	34,025,554	32,131,577	34,309,194
45	0	65,204,004	52,428,985	43,857,090	40,707,205	40,086,991	36,988,200	35,094,224	37,271,841
50	0	66,799,688	54,024,669	45,452,774	42,302,889	41,682,675	38,583,884	36,689,908	38,867,525

თანაღაბლევა: 50%

მღარი L / მღარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	48 804 269	35 240 077	28 213 991	20 165 612	16 411 697	12 210 111	10 669 297	8 936 050	8 678 165
5	49 956 551	36 392 359	29 366 273	21 317 894	17 563 979	13 362 393	11 821 579	10 088 332	9 830 448
10	49 935 233	36 371 040	29 344 955	21 296 576	17 542 660	13 341 075	11 800 260	10 067 014	9 809 129
15	57 308 954	43 744 762	36 718 676	28 670 297	24 916 382	20 714 796	19 173 982	17 440 735	17 182 850
20	58 596 719	45 032 526	38 006 441	29 958 062	26 204 146	22 002 561	20 461 746	18 728 500	18 470 615
25	60 234 192	46 670 000	39 643 915	31 595 536	27 841 620	23 640 034	22 099 220	20 365 974	20 108 089
30	60 971 717	47 407 525	40 381 439	32 333 060	28 579 144	24 377 559	22 836 745	21 103 498	20 845 613
35	0	50 628 255	43 602 169	35 553 790	31 799 874	27 598 289	26 057 475	24 324 228	24 066 343
40	0	50 827 383	43 801 298	35 752 919	31 999 003	27 797 418	26 256 603	24 523 357	24 265 472
45	0	50 541 891	43 515 805	35 467 426	31 713 511	27 511 925	25 971 111	24 237 864	23 979 979
50	0	53 833 336	46 807 250	38 758 871	35 004 955	30 803 370	29 262 555	27 529 309	27 271 424

რეგიონი: საქართველო

ასაკობრივი ჯგუფი: მოზრდილები 65+

თანაღაზღვევა: 0%

ზღვარი L / ზღვარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	28,426,587	22,326,419	14,882,329	9,887,428	8,051,968	7,690,565	5,884,879	4,781,246	6,050,158
5	27,768,042	21,667,874	14,223,784	9,228,883	7,393,423	7,032,020	5,226,334	4,122,701	5,391,613
10	33,921,110	27,820,942	20,376,852	15,381,951	13,546,492	13,185,089	11,379,402	10,275,770	11,544,682
15	35,560,259	29,460,092	22,016,002	17,021,100	15,185,641	14,824,238	13,018,552	11,914,919	13,183,831
20	37,996,822	31,896,655	24,452,565	19,457,664	17,622,204	17,260,801	15,455,115	14,351,482	15,620,394
25	41,824,973	35,724,805	28,280,715	23,285,814	21,450,355	21,088,952	19,283,265	18,179,633	19,448,545
30	43,983,711	37,883,543	30,439,453	25,444,552	23,609,093	23,247,690	21,442,003	20,338,371	21,607,283
35	0	38,817,953	31,373,863	26,378,962	24,543,502	24,182,099	22,376,413	21,272,780	22,541,692
40	0	40,915,807	33,471,717	28,476,816	26,641,357	26,279,954	24,474,268	23,370,635	24,639,547
45	0	43,217,613	35,773,523	30,778,622	28,943,162	28,581,759	26,776,073	25,672,440	26,941,352
50	0	44,457,367	37,013,277	32,018,376	30,182,917	29,821,514	28,015,828	26,912,195	28,181,107

თანაღაზღვევა: 25%

ზღვარი L / ზღვარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	29,109,042	21,720,083	16,147,958	11,858,006	8,850,796	7,570,242	8,074,986	5,642,902	4,443,468
5	29,213,553	21,824,594	16,252,469	11,962,516	8,955,306	7,674,753	8,179,497	5,747,413	4,547,979
10	32,285,694	24,896,735	19,324,610	15,034,657	12,027,447	10,746,894	11,251,638	8,819,554	7,620,120
15	34,116,889	26,727,930	21,155,805	16,865,853	13,858,643	12,578,089	13,082,833	10,650,749	9,451,315
20	36,714,291	29,325,332	23,753,207	19,463,255	16,456,045	15,175,491	15,680,235	13,248,151	12,048,717
25	39,332,088	31,943,129	26,371,004	22,081,051	19,073,841	17,793,287	18,298,031	15,865,948	14,666,514
30	41,765,068	34,376,109	28,803,984	24,514,031	21,506,821	20,226,268	20,731,012	18,298,928	17,099,494
35	0	34,696,631	29,124,506	24,834,554	21,827,344	20,546,790	21,051,534	18,619,450	17,420,016
40	0	35,731,479	30,159,354	25,869,402	22,862,192	21,581,638	22,086,382	19,654,298	18,454,864
45	0	36,791,877	31,219,752	26,929,800	23,922,590	22,642,036	23,146,780	20,714,697	19,515,262
50	0	38,389,006	32,816,881	28,526,928	25,519,718	24,239,164	24,743,908	22,311,825	21,112,391

თანაღაზღვევა: 50%

ზღვარი L / ზღვარი H (ლარი)	30	50	80	100	150	200	250	300	350
0	29,721,837	22,786,450	15,495,253	11,234,717	9,026,638	7,609,673	6,920,356	6,495,326	5,079,129
5	29,882,977	22,947,590	15,656,393	11,395,856	9,187,778	7,770,813	7,081,496	6,656,466	5,240,269
10	31,712,104	24,776,717	17,485,520	13,224,984	11,016,905	9,599,941	8,910,623	8,485,593	7,069,396
15	33,707,484	26,772,097	19,480,900	15,220,363	13,012,284	11,595,320	10,906,003	10,480,972	9,064,776
20	34,628,000	27,692,613	20,401,416	16,140,880	13,932,801	12,515,837	11,826,519	11,401,489	9,985,292
25	36,590,903	29,655,516	22,364,319	18,103,783	15,895,704	14,478,740	13,789,422	13,364,392	11,948,195
30	36,320,533	29,385,146	22,093,949	17,833,412	15,625,334	14,208,369	13,519,052	13,094,022	11,677,825
35	0	31,827,842	24,536,644	20,276,108	18,068,029	16,651,065	15,961,747	15,536,717	14,120,520
40	0	32,739,993	25,448,796	21,188,260	18,980,181	17,563,217	16,873,899	16,448,869	15,032,672
45	0	33,405,514	26,114,317	21,853,781	19,645,702	18,228,738	17,539,420	17,114,390	15,698,193
50	0	33,893,951	26,602,754	22,342,217	20,134,139	18,717,174	18,027,857	17,602,827	16,186,630