



რეგისტრაციის N 48/36

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა



გეგმური ამბულატორიული მომსახურების
ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში



ჯანდაცვის სისტემის გამართულად ფუნქციონირება ქვეყნის პრიორიტეტს წარმოადგენს. მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შექმნა მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ქვეყანაში სოციალური ფონის გასაუმჯობესებლად.

ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების ეფექტიანი ფუნქციონირება.

ამ მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კუთხით გატარებული ღონისძიებები. ჩატარებული აუდიტის შედეგად

გამოვლინდა არსებული ნაკლოვანებები და ხარვეზები და მათ აღმოსაფხვრელად გაიცა შესაბამისი რეკომენდაციები, რაც საშუალებას მოგვცემს გავაუმჯობესოთ არსებული მდგომარეობა.



საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების

*ეფექტიანობის აუდიტი **N48/36 22.09.2016წ.***

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

2016

სარჩევი

ტერმინთა შემოკლება.....	2
გრაფიკების ჩამონათვალი	2
ცხრილების ჩამონათვალი	3
შემაჯამებელი მიმოხილვა.....	4
1.შესავალი	7
1.1. აუდიტის მოტივაცია	7
1.2. აუდიტის მიზანი და კითხვები.....	9
1.3. შეფასების კრიტერიუმები	10
1.4. აუდიტის ფარგლები და მეთოდები.....	11
1.5. აუდიტის შეზღუდვა.....	13
კაპიტაციური მეთოდის პირობებში ფასწარმოქმნის არარსებობა	13
2. ზოგადი ინფორმაცია.....	14
2.1. პროგრამის მიზნები	15
2.2. პროგრამის დაფინანსება	16
2.3. ბენეფიციარები და მათი რეგისტრაციის წესი.....	17
აუდიტის მიგნებები.....	19
3. ბენეფიციართა რეგისტრაციის და მონაცემთა მართვის ნაკლოვანებები.....	19
4. გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ხელმისაწვდომობაში არსებული ნაკლოვანებები.....	24
4.1. დემოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები.....	24
4.2. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები	27
4.3. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ნაკლოვანებები.....	29
5. პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების არასაკმარისი ინფორმირებულობა	33
შემაჯამებელი დასკვნა და რეკომენდაციები	42
ბიბლიოგრაფია	46
დანართი	49

ტერმინთა შემოკლება

სამინისტრო - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სააგენტო - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტო

WHO - მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია

OECD- ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია

ბენეფიციარი/პაციენტი/მოსარგებლე- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელთან (ამბულატორია) რეგისტრირებული პირი

პროგრამა- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

გრაფიკების ჩამონათვალი

გრაფიკი N 1.1.1. ჯანდაცვის სისტემის პირამიდა (გვ.7)

გრაფიკი N2.1. მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიული კომპონენტის ფუნქციონირების სქემა (გვ.14)

გრაფიკი N 2.2.1. 2014 წელს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული დანახარჯები (გვ.17)

გრაფიკი N3.2.1.ამბულატორიებში დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა (გვ.22)

გრაფიკი N3.2.2. გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე პაციენტების მიმართვიანობის მაჩვენებელი (გვ.22)

გრაფიკი N4.1.1. ერთ ოჯახის ექიმთან დარეგისტრირებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებელი (გვ.25)

გრაფიკი N4.1.2. რეგიონების მიხედვით ერთ ოჯახის ექიმზე რეგისტრირებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა (გვ.26)

გრაფიკი N5.1. ევროპის ქვეყნების მიერ ჯანდაცვის სისტემაზე გაწეული ხარჯების საშუალო მაჩვენებელი (გვ.34)

გრაფიკი N5.1. საქართველოში 2013 წელს ჯანდაცვის სისტემაზე გაწეული მთლიანი დანახარჯი (გვ.37)

გრაფიკი N5.3. 2014 წელს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაწეული ხარჯები (გვ.35)

გრაფიკი N5.4. პირველად ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯები (გვ.36)

გრაფიკი N5.5. ეროვნული ქვეყნებისა და საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის მაჩვენებელი (გვ.37)

გრაფიკი N5.6. პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის მაჩვენებელი (გვ.39)

ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი N1.5.1. ბენეფიციარის ტიპების მიხედვით ძირითადი და დამატებითი კონტიგენტისთვის ფიქსირებული თანხის ოდენობა (გვ.13)

ცხრილი N2.2.1. გეგმურ ამბულატორიულ ეტაპზე ყოველთიურად ასანაზღაურებელი თანხის ოდენობა პაკეტების მიხედვით (გვ.17)

შემაჯამებელი მიმოხილვა

მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის შექმნა მნიშვნელოვან გამოწვევასა და პრიორიტეტს წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა ქვეყნის ერთ-ერთი მიზანია. მოცემული საკითხი არამხოლოდ მთავრობის პრიორიტეტი, ასევე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრული ამოცანაა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის თანაბარ უზრუნველყოფას თითოეული მოქალაქისთვის.

მოცემული მიზნის მისაღწევად, 2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა (შემდგომში პროგრამა), რომლის მთავარი მიზანაც მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შექმნაა.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიული კომპონენტის ეფექტიანობის აუდიტი, რის შედეგადაც გამოვლინდა აღნიშნული კომპონენტის ფარგლებში მიღწეული შედეგები და მართვის ნაკლოვანებები.

ბენეფიციართა ინფორმირებულობა, პროგრამის და მის ფარგლებში არსებული მომსახურებების შესახებ, ერთ-ერთი მთავარი წინაპირობაა პროგრამის წარმატებისთვის. ბენეფიციართა დაბალი ინფორმირებულობა უარყოფითად აისახება როგორც მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ასევე პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოს და ბენეფიციართა მიერ გაწეულ დანახარჯებზე.

2014 წლისათვის, ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%¹-ით გაზრდილია პროგრამის ამოქმედებამდე არსებულ მაჩვენებელთან შედარებით, რაც მიუთითებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვან გაზრდაზე. მიუხედავად პროგრესისა, არსებული სურათი ჩამორჩება საერთაშორისო საუკეთესო

¹ ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი 2014, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა, საქართველო 2008-2014, გვ. 82

პრაქტიკას და ამ მიმართულებით არსებობს გაუმჯობესების პოტენციალი. 2014 წელს პროგრამის მოსარგებლედ რეგისტრირებული იყო 2,099,276 პირი. რეგისტრირებული კონტიგენტიდან 22%-მა მიმართა პროგრამაში ჩართულ ამბულატორიებს გეგმური მომსახურების მისაღებად. აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ ბენეფიციარების მნიშვნელოვანი ნაწილი სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევაში და არა პრევენციის მიზნით, რაც ზრდის მოქალაქეებისა და სახელმწიფოს მიერ გაწეულ დანახარჯებს.

აუდიტის ფარგლებში გამოკითხული ბენეფიციარები ფლობენ ზოგად ინფორმაციას პროგრამის არსებობის შესახებ, თუმცა, პროგრამის ფარგლებში არსებული გეგმური ამბულატორიული მომსახურების შესახებ ინფორმირებულობის დონე, გამოკითხულ მოსახლეობაში დაბალია.

ამბულატორიებში არსებული საინფორმაციო ფურცელი არ შეიცავს დეტალურ ინფორმაციას, ხოლო ბენეფიციარებს არ მიუღიათ მათი პაკეტის შესაბამისი სამედიცინო ბარათი/საინფორმაციო ფურცელი, სამედიცინო მომსახურების პირობების შესახებ, რაც ზრდის მოსახლეობის მხრიდან, პროგრამის ფარგლებში კუთვნილ მომსახურებაში, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის თანხების შეუსაბამოდ გადახდის რისკს. მოცემული რისკების გათვალისწინებით, მოსახლეობაში უნდა ამაღლდეს ინფორმირებულობის მაჩვენებელი. მიზანშეწონილია თითოეულ მოსარგებლეს გადაეცეს „სამედიცინო ფურცელი“ იმ პაკეტის გათვალისწინებით რომლითაც სარგებლობს კონკრეტული ბენეფიციარი, სადაც აღწერილი იქნება სამედიცინო მომსახურების პირობები და თანადაფინანსება ყველა მომსახურებაზე.

ბენეფიციარების გამოკითხვიდან, იკვეთება, რომ ბენეფიციარების თითქმის ნახევარს, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ამბულატორია არ შეურჩევია საკუთარი სურვილით და სამედიცინო დაწესებულებებში რეგისტრირებულია ავტომატურად. აღნიშნული კონტიგენტიდან ნაწილ მათგანს ჯერ არ მიუმართავს ამბულატორიისთვის. ავტომატური რეგისტრაციის ფაქტი, ეწინააღმდეგება როგორც დადგენილ წესს, ასევე ხელს უშლის პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე ამბულატორიულ დაწესებულებებს შორის კონკურენტული გარემოს შექმნას. უნდა დაინერგოს კონტროლისა

და მონიტორინგის მექანიზმები, იმისათვის რომ თავიდან იქნას აცილებული ბენეფიციართა ავტომატური რეგისტრაცია, შემცირდეს სახსრების არაპროდუქტიულად განკარგვის რისკი და ხელი შეეწყოს კონკურენტული გარემოს შექმნას.

ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის შესაქმნელად მნიშვნელოვანია როგორც მომსახურების გეოგრაფიულად ხელსაყრელ ადგილას მიღება ასევე, სამედიცინო პერსონალის საჭირო რაოდენობის არსებობა. 2014 წელს პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების 23%-ში რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა აღემატებოდა 2,000 პირს, რაც აჭარბებს საერთაშორისო პრაქტიკით განსაზღვრულ ლიმიტს. ასევე, პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების 15%-ს სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელი ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორია, რომელიც გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებას ახორციელებს ბენეფიციარებისთვის, არ ჰყავს შერჩეული იმავე ქალაქში, სადაც თავად ფუნქციონირებს. აღნიშნულის მიზეზი სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ოპტიმალური მანძილის კრიტერიუმისა და საჭირო ინფრასტრუქტურის არარსებობას უკავშირდება, რაც თავის მხრივ ქმნის დაბრკოლებას ბენეფიციართათვის და ნაწილობრივ წარმოშობს ხელმისაწვდომობის პრობლემას. მიზანშეწონილია შემუშავდეს სტანდარტი სადაც გაიწერება, პირველადი და მეორეული ჯანდაცვით გათვალისწინებული მომსახურებების მისაღებად რეგისტრირებული პაციენტების ოპტიმალური რაოდენობა, ექიმ-სპეციალისტების ჩამონათვალი და ქვე-კონტრაქტორსა და ძირითად ამბულატორიას შორის სასურველი მანძილი ქვემოთ განხილული გარემოებების გათვალისწინებით.

აუდიტის ანგარიშში განხილულია გამოვლენილი ნაკლოვანებები, გამომწვევი მიზეზები და შედეგები, რაზეც გაცემულია შესაბამისი რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინების შემთხვევაშიც სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს რომ შესაძლებელი იქნება გაიზარდოს პროგრამის ფუნქციონირების პროდუქტიულობა, გაუმჯობესდეს გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

1.შესავალი

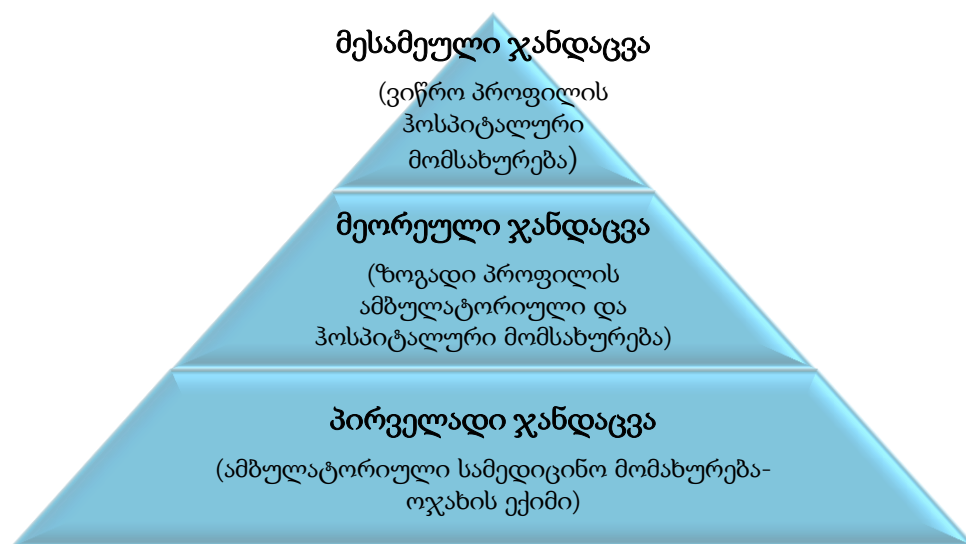
1.1. აუდიტის მოტივაცია

საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა და სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შექმნა. ამ მიზნით, 2013 წელს დაინერგა მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს გეგმური ამბულატორია, რომელიც დიდ როლს თამაშობს ჯანდაცვის სისტემის გამართულად ფუნქციონირებაში.

გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლებს.

გრაფიკი N 1.1.1. ჯანდაცვის სისტემის პირამიდა



პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მოიაზრება ოჯახის ექიმი და ექთანნი, ხოლო მეორეული ჯანდაცვის რგოლი, გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში, გულისხმობს

ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციასა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ კვლევებს. (იხ. დანართი 1)

პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ჯანდაცვის სისტემაში წარმოადგენს ერთგვარ ფუნდამენტს, ვინაიდან პირველად კონტაქტს პაციენტი სწორედ პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან ამყარებს. ხოლო, სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა საშუალებას იძლევა მოხდეს გარკვეული დაავადებების მართვა ამბულატორიულად, პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლების ჩართულობით, რათა თავიდან იქნას აცილებული გართულებული შემთხვევები.

გეგმური ამბულატორიით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების დროულ მიღებას და დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკას, მინიმუმამდე დაჰყავს პაციენტის მდგომარეობის გართულების და ამ მიზეზით გამოწვეული გადაუდებელი შემთხვევების რისკი, რაც ერთი მხრივ მნიშვნელოვნად ამცირებს სახელმწიფო და კერძო დანახარჯებს და მეორე მხრივ ხელს უწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

გეგმური ამბულატორიის წილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში 2014 წელს გაწეული ხარჯების 13%-ს შეადგენს, ხოლო გადაუდებელი ამბულატორიისა და გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ხარჯი 55%-ს წარმოადგენს².

ამბულატორიული მომსახურების პოპულარიზაციისა და ამ გზით, მკურნალობის მომდევნო ეტაპებზე ფინანსური რესურსის დაზოგვის მიზნით, მსოფლიოს მრავალმა ქვეყანამ გაატარა რიგი ღონისძიებები. მაგალითად, 2008-2012 წლებში ლატვიის მთავრობის მიერ გატარდა წარმატებული რეფორმები პირველადი ჯანდაცვის ხელშეწყობისათვის. აღნიშნული მიზნად ისახავდა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შემცირებას გეგმური ამბულატორიული მკურნალობის გაზრდის ხარჯზე, რაც დადებითად მოქმედებს როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე, ასევე ამ მიზნით გაწეულ ხარჯებზე.³

² დანარჩენი მოიცავს სხივურ, ქიმიო, ჰორმონო თერაპიას, ასევე მშობიარობაზე გაწეულ ხარჯებს.

³ ლატვიის ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი, მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია (WHO), 2012 წელი, გვ. 21;

2014 წელს, საქართველოს მასშტაბით, საშუალოდ პაციენტების მიერ გეგმური ამბულატორიით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის (ამბულატორიებში მიმართვიანობის) მაჩვენებელი რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობიდან 22%-ს შეადგენს. აღნიშნული მაჩვენებელი დაბალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, სადაც მიმართვიანობა მნიშვნელოვნად მაღალია. სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის (მიმართვიანობის) დაბალმა მაჩვენებელმა შესაძლოა გამოიწვიოს დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენა, რაც გამოიწვევს მკურნალობის მომდევნო ეტაპზე ხარჯების ზრდას.

პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გავლენას ახდენს ადრეულ ეტაპზე მოსახლეობის დიდი ნაწილის⁴ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე. პროგრამის გამართულად ფუნქციონირებით, გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების ხელშეწყობით, პოპულარიზაციითა და მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდით, შესაძლებელი იქნება შემცირდეს გადაუდებელი და გართულებული მდგომარეობები, რომელთა მართვაც შესაძლებელია გეგმურ ამბულატორიულ ეტაპზე.

1.2. აუდიტის მიზანი და კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიის კომპონენტის ფუნქციონირების პროდუქტიულობასთან დაკავშირებული საკითხები.

აუდიტის მთავარ კითხვად და ქვეკითხვებად განისაზღვრა შემდეგი:

რამდენად პროდუქტიულია მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის გეგმური ამბულატორიის კომპონენტის ფარგლებში გატარებული ღონისძიებები?

1. რამდენად უზრუნველყოფს პროგრამის ფარგლებში არსებული მექანიზმები გეგმური ამბულატორიის კომპონენტზე გაწეული ხარჯების პროდუქტიულობას?

⁴ გარდა კერძო დაზღვევის მქონე პირებისა

2. რამდენად ხელმისაწვდომია გეგმური ამბულატორიული მომსახურება?
3. რამდენად ინფორმირებულია მოსახლეობა გეგმური ამბულატორიული მომსახურების შესახებ?

1.3. შეფასების კრიტერიუმები

პროგრამის ფუნქციონირების პროდუქტიულობის შეფასების მიზნით, აუდიტის პროცედურების ჩატარებისას გამოყენებულია შემდეგი კრიტერიუმები:

საერთაშორისო პრაქტიკა

- მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემუშავებული სტანდარტები და ჩატარებული კვლევები-პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ევროპული მოდელის ანალიზი. კვლევებში, ევროპის ქვეყნების მაგალითებზე, განხილულია პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და პროდუქტიულობის საკითხები.
- ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) მიერ განხორციელებული კვლევები - განხილულია ევროპის 27 ქვეყნის მიერ ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა კომპონენტზე გაწეული ხარჯები.
- საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკა - ევროპის ქვეყნების მაგალითებზე დაყრდნობით წარმოდგენილია პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის მაჩვენებლები. ასევე, წარმოდგენილია ლატვიის ჯანდაცვის სისტემის მოდელი - განხილულია პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლის ფუნქციონირების მოდელი.

საქართველოში მოქმედი სამართლებრივი აქტები

- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36-„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“.
- საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-256-„სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“.

- საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-196-„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშგების წესის დამტკიცების შესახებ“.

1.4. აუდიტის ფარგლები და მეთოდები

აუდიტის ობიექტად განისაზღვრა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში სამინისტრო) და ამავე სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო (შემდგომში სააგენტო).

აუდიტის პერიოდად განისაზღვრა 2013 წლის III-IV კვარტალი, 2014 წელი და 2015 წლის I-II კვარტალი.

აუდიტის კითხვებზე პასუხების მოსაპოვებლად განხორციელდა აუდიტორული პროცედურები რომელთა მეშვეობითაც შესწავლილ იქნა შემდეგი საკითხები:

- პროგრამის გეგმური ამბულატორიული კომპონენტის ფარგლებში არსებული კაპიტაციური მეთოდის ფასწარმოქმნა;
- პროგრამაში ჩართულ ამბულატორიებში ბენეფიციართა რეგისტრირების პროცესი და შედეგები;
- პროგრამაში ჩართულ ამბულატორიებში ხელმისაწვდომობის საკითხები;
- პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე;

აღნიშნული საკითხების შესასწავლად აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა აუდიტის შემდეგი მეთოდები:

- მარეგულირებელი ნორმების შესწავლა და ანალიზი;
- პროგრამის მართვისა და ადმინისტრირების პროცედურების ანალიზი;

- პროგრამის ფარგლებში არსებული მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები;
- პროგრამაში მონაწილე ამბულატორიების გამოკითხვა;
- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების გამოკითხვა;
- საერთაშორისო პრაქტიკისა და სტანდარტების გაცნობა და ანალიზი.

აუდიტის ჯგუფის მიერ აუდიტის კითხვებზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა შემდეგი აუდიტორული პროცედურები:

1. რამდენად უზრუნველყოფს პროგრამის ფარგლებში არსებული მექანიზმები გეგმური ამბულატორიის კომპონენტზე გაწეული ხარჯების პროდუქტიულობას?- კითხვაზე პასუხის გასაცემად აუდიტის ჯგუფმა ჩაატარა პროგრამის მონაცემთა ბაზების ანალიზი, პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები, ბენეფიციარების და ამბულატორიების გამოკითხვა და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების ანალიზი.
2. რამდენად ხელმისაწვდომია გეგმური ამბულატორიული მომსახურება?- აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა საერთაშორისო პრაქტიკა, ჩაატარა პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების გამოკითხვა, პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები და მონაცემთა ბაზების ანალიზი.
3. რამდენად ინფორმირებულია მოსახლეობა გეგმური ამბულატორიული მომსახურების შესახებ? - აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარდა ბენეფიციართა გამოკითხვა, ჩატარდა პასუხისმგებელ პირებთან ინტერვიუები.

ბენეფიციარების გამოკითხვა - სტრატეგიზირებული შემთხვევითი შერჩევის პრიციპით შეირჩა 100 ბენეფიციარი, საქართველოს ყველა რეგიონში, სადაც მოქმედებს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. რეგიონები დაჯგუფდა სტრატეგად და მოსახლეობა განაწილდა პროპორციულად.

ამბულატორიების გამოკითხვა- გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო პროგრამაში ჩართულმა 137 ამბულატორიამ, რომლებმაც უპასუხეს აუდიტის ჯგუფის მიერ შემუშავებულ კითხვარს.

1.5. აუდიტის შეზღუდვა

კაპიტაციური მეთოდის პირობებში ფასწარმოქმნის არარსებობა

გეგმური ამბულატორიის კომპონენტი ფინანსდება კაპიტაციური მეთოდით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად, ამბულატორიაში რეგისტრირებულ თითოეულ ბენეფიციარზე ფიქსირებული თანხის გადახდას.⁵

პროგრამის ფარგლებში დაფინანსების ყოველთვიური ოდენობა განისაზღვრება პაკეტებისა და ბენეფიციარების ტიპების მიხედვით.

ცხრილი N1.5.1. ბენეფიციარის ტიპების მიხედვით ძირითადი⁶ და დამატებითი⁷ კონტიგენტისთვის ფიქსირებული თანხის ოდენობა:

ბენეფიციარის ტიპები	ძირითადი კონტიგენტისთვის	დამატებითი კონტიგენტისთვის
საბაზისო	1.93ლ	1.07ლ
მინიმალური	1.11ლ	0.25ლ
მიზნობრივი	1.93ლ	1.07ლ
ასაკობრივი	1.93ლ	1.07ლ
ვეტერანები	2.15ლ	1.29ლ

აღნიშნული თანხიდან, ყველა პაკეტის ფარგლებში, 0,86 ლარი გამოყოფილია ოჯახის ექიმის მომსახურებისათვის, ხოლო დარჩენილი 1,07ლარი (0,25 მინიმალური პაკეტის და 1,29 ვეტერანების პაკეტის შემთხვევაში) - ექიმ სპეციალისტისთვის და სხვადასხვა ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევებისათვის არის გათვალისწინებული.

აღნიშნული ტარიფები დადგენილია სამინისტროს სათათბირო ორგანოს-პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ.⁸ მოცემულ საბჭოს ოქმში არ არის წარმოდგენილი კაპიტაციური მეთოდით გათვალისწინებული ფასების კალკულაცია და წარმოშობა. კალკულაციის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია აუდიტის ჯგუფმა სამინისტროში ვერ

⁵ საქართველოს მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 22, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი

⁶ ძირითადი კონტიგენტი - ქალაქში მცხოვრები მოსახლეობა

⁷ დამატებითი კონტიგენტი - სოფლად მცხოვრები მოსახლეობა

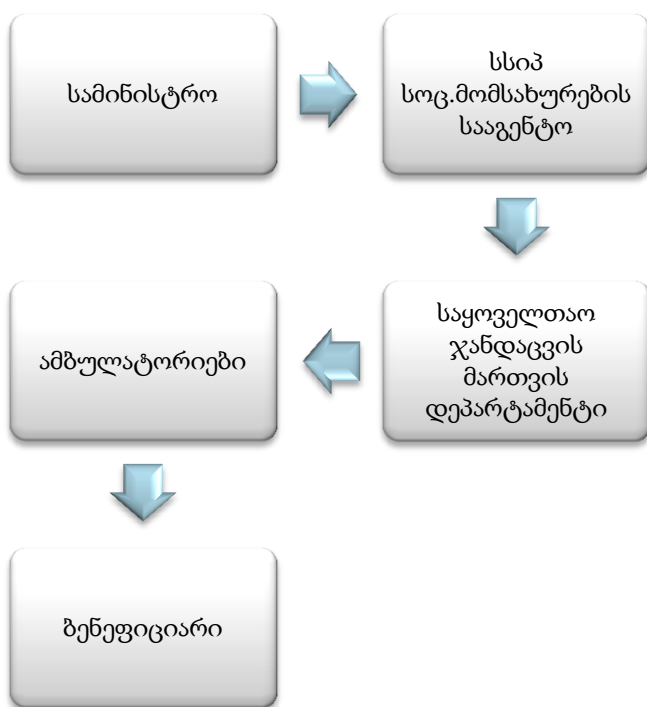
⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათათბირო ორგანოს-პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს სხდომა, ოქმი N3

მოიპოვა ასეთის არ არსებობის გამო, რაც წარმოადგენს ამ კონკრეტულ საკითხზე აუდიტის შეზღუდვას. შესაბამისად, აუდიტის ჯგუფმა ვერ შეაფასა არსებული ტარიფების ადექვატურობა.

2. ზოგადი ინფორმაცია

პროგრამა, 2013 წლის 28 თებერვლიდან, ხორციელდება სამინისტროს დაქვემდებარებული სააგენტოს მიერ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის მეშვეობით.

გრაფიკი N2.1. მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმური ამბულატორიული კომპონენტის ფუნქციონირების სქემა:



პროგრამაში მონაწილეობის უფლება აქვს ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისთვის კანონმდებლობით დადგენილ ნორმებს. გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს როგორც პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას (ოჯახის ექიმი), ასევე, მეორეული ჯანდაცვით გათვალისწინებულ სერვისს,

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ კვლევებს და სხვადასხვა დარგის ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებას.

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია საქართველოს ქალაქებში და რაიონულ ცენტრებში.

რაიონულ ცენტრებში და ქალაქებში მცხოვრები მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება (ოჯახის ექიმის მომსახურება) გეგმური ამბულატორიული კომპონენტის ნაწილია, ისევე როგორც ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები და ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება. სოფლად, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას ახორციელებს სოფლის ექიმი, რომლის მიმართვის საფუძველზეც სოფლის მოსახლეობას საშუალება აქვს ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები და ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება მიიღოს რაიონულ ცენტრებსა და ქალაქებში არსებულ ამბულატორიებში.

2.1. პროგრამის მიზნები

პროგრამის მიზანია ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის, კერძოდ:⁹

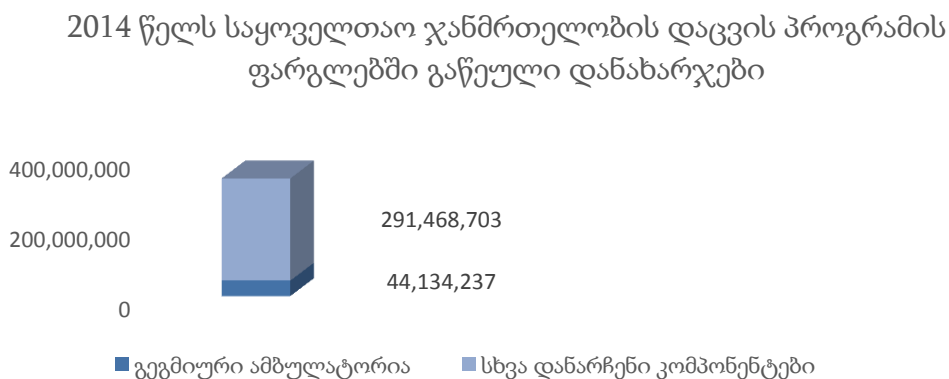
- პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე (ოჯახი ექიმი) მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- ამბულატორიული მომსახურების მოხმარების გაზრდა ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციის მიზნით;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გადაუდებელ და გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

⁹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 1, ზოგადი დებულებები, მუხლი 1, პროგრამის მიზნები, გვ. 4

2.2. პროგრამის დაფინანსება

2014 წელს პროგრამის ფაქტიურმა ხარჯმა შეადგინა 335,602,940 ლარი, საიდანაც გეგმურ ამბულატორიაზე გაიხარჯა 44,134,237 ლარი.

გრაფიკი N 2.2.1. 2014 წელს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული დანახარჯები



გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის პროგრამაში ჩართული დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდით, რაც გულისხმობს სამინისტროს მიერ ამბულატორიისთვის ერთ რეგისტრირებულ მოსარგებლეზე ფიქსირებული ოდენობის თანხის გადახდას თვეში, მიუხედავად იმისა, ისარგებლა თუ არა პირმა სამედიცინო მომსახურებით კონკრეტულ პერიოდში.¹⁰ გეგმურისგან განსხვავებით, გადაუდებელი მომსახურებების ანაზღაურება ხორციელდება გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიხედვით, რაც ინდივიდუალური შემთხვევიდან გამომდინარე, საგრძნობლად მაღალია გეგმურ ფიქსირებულ ხარჯთან შედარებით.

¹⁰ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 3, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, მუხლი 22

პროგრამა შედგება 5 პაკეტისგან, რის მიხედვითაც ცვალებადია ერთ სულ მოსარგებლეზე¹¹ ასანაზღაურებელი თანხის ოდენობა, გეგმურ ამბულატორიულ ეტაპზე.

ცხრილი N2.2.1. გეგმურ ამბულატორიულ ეტაპზე ყოველთიურად ასანაზღაურებელი თანხის ოდენობა პაკეტების მიხედვით:

საბაზისო	• 1,93 ლარი
მინიმალური	• 1,11 ლარი
მიზნობრივი	• 1,93 ლარი
ასაკობრივი	• 1,93 ლარი
ვეტერანები	• 2,15 ლარი

2.3. ბენეფიციარები და მათი რეგისტრაციის წესი

საქართველოს მთავრობის N36 დადგენილების მიხედვით, პროგრამით სარგებლობა შეუძლია საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებს. ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებს, თავშესაფრის მაძიებელ პირებს, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირებს, ასევე, საქართველოს მთავრობის N165 და N218 დადგენილებებით დამტკიცებული სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ყოფილ მოსარგებლეებს.¹²

პირის მოსარგებლედ/ბენეფიციარად ცნობა ხდება მის მიერ სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელთან (ამბულატორია) გაკეთებული განაცხადის და შესაბამისი დოკუმენტაციის წარდგენის საფუძველზე.¹³

გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის, მოსარგებლეს, პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მისაღებად საჭირო რეგისტრაციისათვის აქვს თავისუფალი

¹¹ მოსარგებლე გულისხმობს ამბულატორიაში რეგისტრირებულ პირს.

¹² საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 1, ზოგადი დებულებები, პროგრამის მოსარგებლეები, მუხლი 2

¹³ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 10, პირის მოსარგებლედ ცნობა

არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა, პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის იმ პირობით, რომ მოსარგებლეს სამედიცინო დაწესებულების შეცვლა შეუძლია ყოველ ორ თვეში ერთხელ.¹⁴

გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის მოსარგებლეთა მონაცემთა ბაზის ფორმირება/განახლება ხორციელდება მომსახურების მიმწოდებლის მიერ სამინისტროს ვებგვერდზე, ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში განთავსებულ „ბენეფიციართა რეგისტრაციის მოდულში“ სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებზე დაყრდნობით.¹⁵ ამასთან, მოსარგებლე ერთდროულად დარეგისტრირებული შეიძლება იყოს მხოლოდ ერთ განმახორციელებელთან.

პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში, ბენეფიციართა რეგისტრაცია მომსახურების განმახორციელებელთა მიერ ხდება შემდეგი პრინციპით: მოსარგებლე საკუთარი სურვილით ირჩევს სამედიცინო დაწესებულებას მისთვის სასურველ ქალაქში ან რაიონულ ცენტრში, სადაც პირადი განაცხადის საფუძველზე ხდება მისი დარეგისტრირება. თუ მოსარგებლე რაიონული ცენტრის ან ქალაქის მაცხოვრებელია, მაშინ ის როგორც ოჯახის ექიმის, ასევე ვიწრო სპეციალისტებისა და კვლევების მომსახურებას მიიღებს მისთვის სასურველ სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო თუ მოსარგებლე სოფლად მაცხოვრებელია და ღებულობს ოჯახის ექიმის მომსახურებას სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის შემთხვევაში ფაქტიური მისამართის საფუძველზე იგი რეგისტრირდება დამატებით კონტიგენტად, რაც მოიცავს გეგმური ამბულატორიული მომსახურების სერვისებს, გარდა ოჯახის ექიმის მომსახურებისა. სამედიცინო მომსახურების მისაღებად სოფლად მაცხოვრებელი პირი მიმართავს სოფლის ექიმს, რომლის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე მეორეული სამედიცინო მომსახურების (ვიწრო სპეციალისტები და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების) მისაღებად მიმართავს დაწესებულებას რაიონულ ცენტრში, ქალაქში, სადაც რეგისტრირებულია დამატებით კონტიგენტად. რაც შეეხება იმ პირებს, რომლებიც იურიდიული მისამართით განეკუთვნებიან სოფლის კონტიგენტს, მაგრამ ფაქტიური მისამართი ქალაქში აქვთ, მათ შეუძლიათ მომსახურების

¹⁴ მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 23, დამატებითი პირობები

¹⁵ მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 23, მუხლი 21, დამატებითი პირობები

მიმწოდებელთან დარეგისტრირდნენ ძირითად კონტიგენტად, რაც გულისხმობს ოჯახის ექიმის მომსახურებასაც, სხვა დანარჩენ ამბულატორიულ მომსახურებასთან ერთად.

აუდიტის მიგნებები

3. ბენეფიციართა რეგისტრაციის და მონაცემთა მართვის ნაკლოვანებები

პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესს განსაზღვრავს მინისტრის ბრძანება.¹⁶ ბრძანების თანახმად, პირის რეგისტრირებულ მოსარგებლედ ცნობა ხდება პირის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მკაცრი აღრიცხვის ფორმის (მოსარგებლის თანხმობა ამბულატორიაში რეგისტრაციაზე) შევსებისა და ხელმოწერის შემდეგ (იხ. დანართი N2). მკაცრი აღრიცხვის ფორმის შევსება ხდება თითოეულ ბენეფიციარზე ინდივიდუალურად, რასაც უზრუნველყოფს გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი.¹⁷ 2014 წლის 30 ოქტომბრიდან, ფორმას თან უნდა ახლდეს პირადობის მოწმობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი.¹⁸ მკაცრი აღრიცხვის ფორმები აღირიცხება სპეციალურ ჟურნალში სააგენტოსა და გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელთან. რეგისტრაციის პროცესი მხოლოდ მაშინ ითვლება დასრულებულად, როდესაც მკაცრი აღრიცხვის ფორმა დაფიქსირდება პროგრამის ელექტრონულ მოდულში.¹⁹

აუდიტის ჯგუფმა ჩაატარა მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციართა გამოკითხვა, პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმირებულობის დასადგენად.

¹⁶ ბრძანება N01/196-„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა- ანგარიშგების წესის დამტკიცების შესახებ“.

¹⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება №01-19/ნ, მუხლი 5

¹⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება №01-77/ნ, მუხლი 5

¹⁹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება №01-77/ნ, მუხლი 5

გამოკითხვის შედეგები მიუთითებს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მინისტრის ბრძანებით²⁰ დადგენილი წესის გაუთვალისწინებლად, ბენეფიციართა ავტომატური რეგისტრაციის რისკებზე.

კერძოდ, გამოკითხულთა 48%-მა განაცხადა, რომ სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელი (ამბულატორია) არ შეურჩევია საკუთარი სურვილით და მათი დარეგისტრირება მოხდა ავტომატური პრინციპით, საცხოვრებელი ადგილის გათვალისწინებით, აქედან:

- 10%-ის განცხადებით, მათ ჯერ-ჯერობით არ მიუმართავთ სამედიცინო განმახორციელებლისთვის და არ ფლობენ ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ აღნიშნული პროგრამის ბენეფიციარები არიან.
- 38%-ის განცხადებით, გვიან შეიტყვეს მათი ამბულატორიებში რეგისტრაციის შესახებ და ნაწილმა მათგანმა შეიცვალა სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელი.

აღნიშნული ბენეფიციარები ითვლებიან რეგისტრირებულად მიუხედავად იმისა, რომ მათ არ მიუმართავთ ამბულატორიისთვის საკუთარი განაცხადის საფუძველზე და ნაწილ მათგანს არ უსარგებლია სამედიცინო მომსახურებით.

დაფინანსების კაპიტაციური მეთოდის ფარგლებში, სამედიცინო მომსახურების პაკეტის გათვალისწინებით, ყოველ რეგისტრირებულ ბენეფიციარზე ყოველთვიურად ხდება თანხის ანაზღაურება, იმის მიუხედავად, ისარგებლა თუ არა ბენეფიციარმა სამედიცინო მომსახურებით. შესაბამისად, ბენეფიციართა ზემოთაღნიშნულ რაოდენობაზე სახელმწიფოს მხრიდან ხდება თანხის ანაზღაურება, ხოლო ბენეფიციარების ნაწილს შესაბამისი ინფორმაციის უქონლობის გამო არ უსარგებლიათ სამედიცინო მომსახურებით. მოცემულ პირობებში, იზრდება ფინანსური რესურსის არაპროდუქტიულად განკარგვის რისკები.

მოსახლეობის ავტომატური პრინციპით რეგისტრაციის მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დანერგილი კონტროლის მექანიზმი ვერ უზრუნველყოფს არსებული რისკების დაფარვას. კერძოდ, მკაცრი აღრიცხვის დოკუმენტების, მოსარგებლის თანხმობის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარმოებისას, ამბულატორია არ არის ვალდებული წარმოადგინოს მკაცრი

²⁰ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება N01-19/5

აღრიცხვის ფორმა სააგენტოში. შევსებული ფორმა რჩება მხოლოდ ამბულატორიასა და ბენეფიციართან, ხოლო სააგენტოს ელექტრონულ პორტალში ფიქსირდება მხოლოდ ფორმის ნომერი, შევსებულ ფორმაზე კი, სააგენტოს არ აქვს წვდომა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მონიტორინგის ჯგუფი შერჩევით ამოწმებს ამბულატორიას. აუდიტის პერიოდში, მსგავსი მონიტორინგი სააგენტოს მხრიდან არ განხორციელებულა.

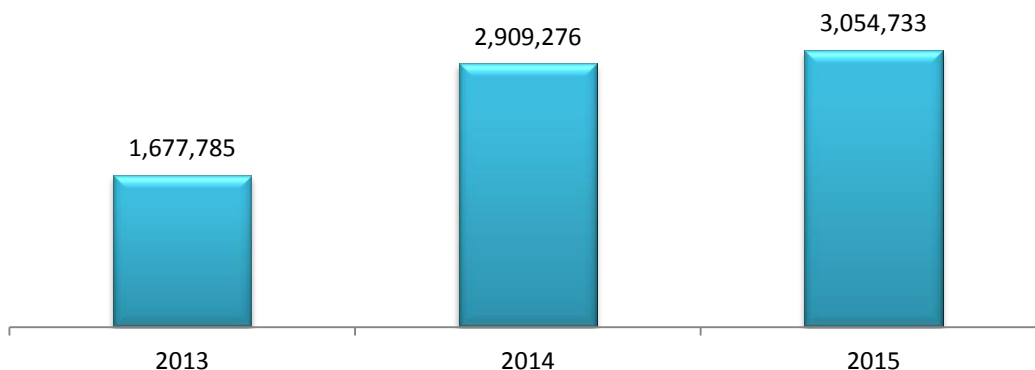
ბენეფიციართა მხრიდან პირველადი ჯანდაცვის დაბალ უტილიაციაზე მიუთითებს ქვემოთ მოყვანილი სტატისტიკური მონაცემები, სადაც წარმოდგენილია 2013, 2014, 2015 წლებში პაციენტების მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულობის და მათ მიერ სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებელი.

სააგენტოს განმარტებით სტატისტიკური ფორმები, რომელზე დაყრდნობითაც იწარმოება მონაცემთა ბაზა, ზუსტად ვერ ასახავს უტილიზაციის (მიმართვიანობის) რეალურ მაჩვენებელს, რადგან იგი წარმოადგენს საანგარიშგებო დოკუმენტაციის დანართს და მათი სისწორე პირდაპირ კორელაციაში არ არის ანაზღაურებასთან.

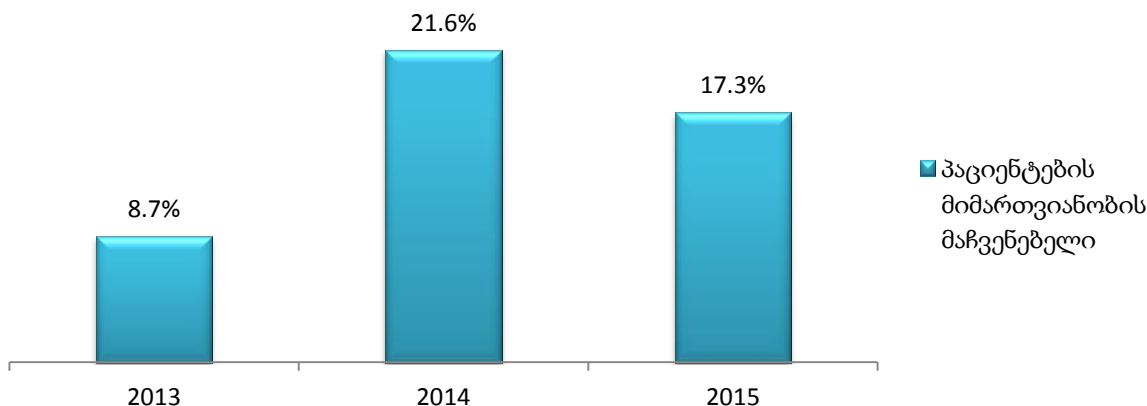
მონაცემთა ბაზის გამართულად წარმოება გათვალისწინებულია სააგენტოს დებულებით,²¹ რომლის მიხედვითაც პროცესის სტატისტიკური ანალიზისათვის მნიშვნელოვანია სამინისტრო ფლობდეს მონაცემთა ბაზას სრულყოფილი სახით. მიუხედავად ზემოთაღნიშნული გარემოებისა, სხვა ალტერნატიული მონაცემების არარსებობის გამო, პროგრამის ფარგლებში მიმართვიანობის მაჩვენებლების განსაზღვრა აუდიტის მიერ განხორციელდა არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით.

ქვეყნის მასშტაბით, წლების მიხედვით ამბულატორიებში პაციენტების რეგისტრაციის მონაცემები შემდეგია:

²¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N190/ნ, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების დამტკიცების შესახებ, თავი 8, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი, მუხლი 30, პუნქტი 4, ქვეპუნქტი ვ

გრაფიკი N3.2.1. ამბულატორიებში დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა²²

მონაცემთა ბაზების ანალიზით გამოიკვეთა, რომ დარეგისტრირებულ პაციენტებს შორის სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებელი (მიმართვიანობა) დაბალია:

გრაფიკი N3.2.2. გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე პაციენტების მიმართვის მაჩვენებელი.²³

ზემოთმოყვანილი გრაფიკი აღრიცხავს იმ ბენეფიციარებს რომლებსაც ერთხელ მაინც მიუმართავთ სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებლისთვის. სტატისტიკური

²² მონაცემი მოიცავს 2013 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებს, 2014 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებს და 2015 წლის 31 მაისის მონაცემებს. მონაცემები ეყრდნობა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზებს და შესაძლოა შეიცავდეს უზუსტობებს

²³ მოიცავს 2014 წელს სრულად, 2013 წლის მესამე და მეოთხე კვარტლებს, და 2015 წლის პირველ და მეორე კვარტლებს. მონაცემები ეყრდნობა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზებს და შესაძლოა შეიცავდეს უზუსტობებს.

მონაცემებიდან ჩანს, რომ 2014 წელს ამბულატორიებში დარეგისტრირებული ბენეფიციარების 22%-მა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებებს.

ბენეფიციარები მიმართავენ სამედიცინო პუნქტებს, მაშინ როდესაც დადგება ამის აუცილებელი საჭიროება. შესაბამისად, არ მოხდება დაავადებათა პრევენცია და გეგმური ამბულატორიული მონიტორინგი.

გარდა ინფორმაციის ნაკლებობისა სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის შესახებ, ბენეფიციართა ავტომატური რეგისტრაციის შემთხვევები, უარყოფით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებაში. ბენეფიციართა მხრიდან გაკეთებული არჩევანი, ნაცვლად ავტომატური რეგისტრაციისა, ბაზარზე კონკურენციის გაუმჯობესების და ხარისხის ამაღლების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა.

რეგისტრაციის ხარვეზებთან ასევე დაკავშირებულია ნაკლოვანებები, რაც იწვევს ერთსა და იმავე პაციენტზე გადახდილი თანხების გაორმაგებას:

- 2013-2015 წლებში ერთი და იგივე პერიოდში სხვადასხვა ამბულატორიებში იდენტური პირადი ნომრით პარალელურად დარეგისტრირებულია 572 პირი.
- 2013-2015 წლებში ერთი და იგივე ამბულატორიაში იდენტური პირადი ნომრით ორჯერ დარეგისტრირებულია 138 პირი.

ზემოთმოცემული შემთხვევების არსებობის ერთ-ერთ მიზეზს აუდიტის პერიოდში წარმოადგენს ინფორმაციულ-ტექნოლოგიური ნაკლოვანებების არსებობა.

დასკვნა

პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ინფორმირებულობა მათი ამბულატორიებში რეგისტრაციისა და სხვადასხვა სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის შესახებ. გამოკითხვის შედეგები მიუთითებს ბენეფიციართა ავტომატური რეგისტრაციის რისკზე. ნაწილი მათგანი არ ფლობს ინფორმაციას მათი პროგრამაში ჩართულობის შესახებ. მოსარგებლეები მიმართავენ სამედიცინო პუნქტებს

გადაუდებელი შემთხვევების დროს, ნაცვლად ჯანმრთელობის გეგმური მონიტორინგისა, რაც გრძელვადიან პერიოდში იწვევს დაავადებათა დაგვიანებულ გამოვლენასა და მომდევნო ეტაპებზე გასაწევი ხარჯების ზრდას როგორც სახელმწიფოს, ასევე, ბენეფიციართა მხრიდან. არსებული ნაკლოვანება უარყოფით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებაზე და შესაბამისად ამცირებს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მოტივაციას ამბულატორიებისთვის. ბენეფიციართა რეგისტრაციისა და მონაცემთა მართვის პროცესში არსებული ნაკლოვანებების პირობებში, იზრდება ფინანსური რესურსების არაპროდუქტიულად ხარჯვის რისკი.

რეკომენდაცია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

- გაუმჯობესდეს პროგრამის ფარგლებში მოსარგებლეთა მონაცემთა ბაზის სისრულე და სანდოობა, რათა შესაძლებელი გახდეს პროგრამის შედეგიანობის მაჩვენებლების მაღალი სიზუსტით განსაზღვრა, რომელიც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს მონიტორინგის პროცედურების განხორციელებას.
- შემუშავდეს შესაბამისი კონტროლისა და მონიტორინგის მექანიზმები იმისათვის, რომ შემცირდეს ავტომატურად რეგისტრაციის შემთხვევები და რისკები.
- გამოსწორდეს ტექნიკური ხარვეზი რათა აღმოიფხვრას ბენეფიციართა ამბულატორიებში ორმაგად რეგისტრაციის შემთხვევები.

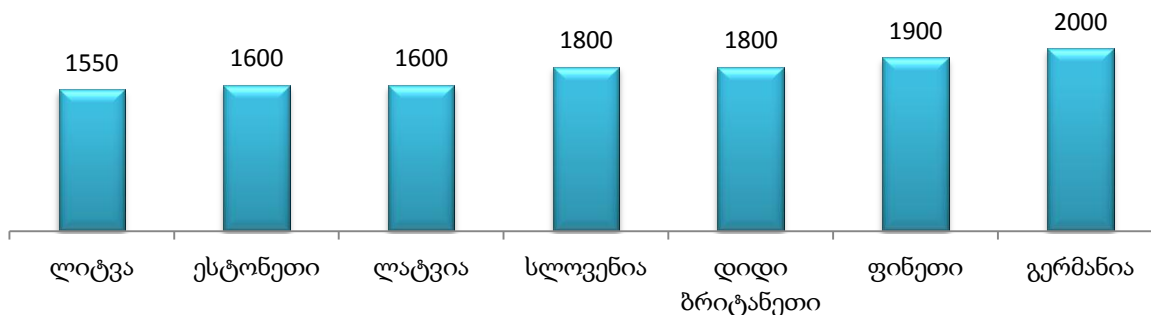
4. გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ხელმისაწვდომობაში არსებული ნაკლოვანებები

4.1. დემოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები

მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ერთ-ერთი ბაზისური კომპონენტია. ხელმისაწვდომობის

გაზრდის ხელშესაწყობად აუცილებელია ბენეფიციართათვის, დროული სამედიცინო მომსახურების შეთავაზება. იმისათვის, რომ არ შეიზღუდოს სამედიცინო მომსახურების მიღების დროულობა, ამბულატორიუმში რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა შესაბამისობაში უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის რაოდენობასთან. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 2015 წლის კვლევის მიხედვით, ევროპის ქვეყნების უმეტესობაში თითოეულ ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტების კონტიგენტი მერყეობს 1,600-2,000 პირამდე.²⁴ პაციენტების რეგისტრაციის სხვადასხვა მოდელი აქვს ევროპის თითოეულ ქვეყანას, სადაც რეგისტრირებული კონტიგენტის ზედა ზღვარი განსაზღვრულია. მაგალითად, ლატვიაში საკანონმდებლო დონეზე რეგულირდება თითოეული ექიმისთვის რეგისტრირებული პაციენტების ზედა ზღვარი. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტების რაოდენობა აჭარბებს რეკომენდირებულ ზედა ზღვარს, საშუალოდ 2,000 პირს, დგება დამატებითი სამედიცინო პერსონალის ჩართულობის საჭიროება.

გრაფიკი N4.1.1. ერთ ოჯახის ექიმთან დარეგისტრირებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებელი:



საქართველოში მსგავსი პრაქტიკა არ არის დანერგილი, თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის პროექტის მიხედვით,²⁵ დადგენილი სტანდარტით პირველადი ჯანდაცვის განმახორციელებელი პირი სასურველია ემსახურობდეს 2,000 დარეგისტრირებულ პაციენტს.

²⁴ Building primary care in a changing europe; european observatory on health systems and policies, a partnership hosted by WHO, 2015

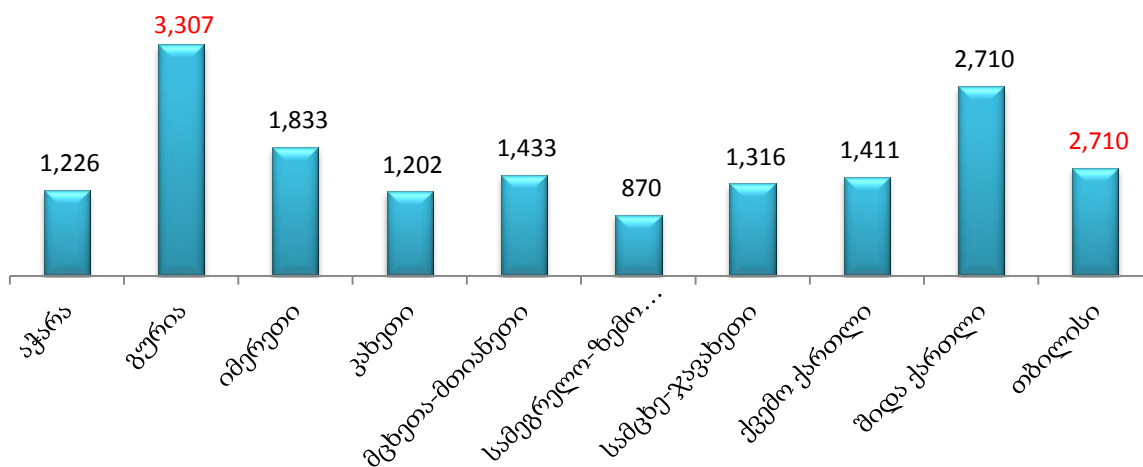
²⁵ 2006 წელს მსოფლიო ბანკის დახმარებით შედგენილი პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმა. გეგმა არ არის დამტკიცებული, შესაბამისად არ არის გათვალისწინებული.

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა პროგრამის ფარგლებში ჩართულ ამბულატორიებში დემოგრაფიული ხელმისაწვდომობის საკითხი, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის განმახორციელებელ თითოეულ რგოლზე (იგულისხმება ოჯახის ექიმი და ექთანნი) დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა. ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა არაერთგვაროვანი სურათი:

2014 წელს პროგრამაში მონაწილე ამბულატორიების 23% აჭარბებდა საერთაშორისო პრაქტიკით განსაზღვრულ ლიმიტს-რეგისტრირებული პაციენტები აღემატებოდა 2,000 პირს.

რეგიონების მიხედვით მოცემული თანაფარდობის საშუალო სტატისტიკური მაჩვენებელი განსხვავებულია, კერძოდ:

გრაფიკი N4.1.2. რეგიონების მიხედვით ერთ ოჯახის ექიმზე რეგისტრირებული პაციენტების საშუალო რაოდენობა



მიუხედავად ამა თუ იმ რეგიონის საშუალო ოპტიმალური მაჩვენებლისა, ხელმისაწვდომობის რისკებია კონკრეტული ამბულატორიების დონეზე, თითოეულ რეგიონში. ერთსა და იმავე რეგიონში სხვადასხვა ამბულატორიაში მნიშვნელოვნად განსხვავებული რაოდენობის პაციენტი რეგისტრირებული.

მაგალითისთვის განვიხილავთ 2014 წელს დაფიქსირებულ რამდენიმე შემთხვევას:

- ქვემო ქართლის რეგიონის მარნეულის მუნიციპალიტეტის ერთ-ერთ ამბულატორიაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის თითოეული ექიმისთვის კონტიგენტი საშუალოდ 10,080 ბენეფიციარს შეადგენდა.
- გურიის რეგიონში, ლანჩხუთის მუნიციპალური ცენტრის ერთ-ერთ ამბულატორიაში თითოეულ ოჯახის ექიმს საშუალოდ 10,491 პაციენტი შეეფარდებოდა.
- ქ.თბილისის ისანი-სამგორის რაიონში მდებარე 2 ამბულატორიაში რეგისტრირებული პაციენტების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატებოდა 2,000 პირს, კერძოდ: საშუალოდ თითოეულ ოჯახის ექიმს სამედიცინო მომსახურების გაწევა უნდა შესძლებოდა 5,714 და 6,167 პირისთვის შესაბამისად.

ქვეყნის მასშტაბით, პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების დაახლოებით 1/5 ნაწილში პირველადი ჯანდაცვის განმახორციელებელ 1 რგოლზე რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა აღემატება 2,000 რეგისტრირებულ პირს.

ერთი მხრივ, აღნიშნული პრობლემა შესაძლოა გამოწვეული იყოს სამედიცინო პერსონალის (ოჯახის ექიმების) ნაკლებობით და მეორე მხრივ, სტანდარტის არ არსებობით, სადაც გაწერილი იქნება პირველადი ჯანდაცვის თითოეული რგოლისათვის რეგისტრირებული პაციენტების ოპტიმალური/რეკომენდირებული რაოდენობა.

ზემოთაღწერილი საკითხების დაურეგულირებლობა წარმოქმნის ხელმისაწვდომობის პრობლემას ბენეფიციართათვის, რეგისტრირებული კონტიგენტის ისეთ დიდ რაოდენობაზე რაც წარმოდგენილია ზემოთმოყვანილ შემთხვევებში.

4.2. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები

ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის რისკები ვლინდება გეოგრაფიული თვალსაზრისითაც. იმისათვის რომ ამბულატორიამ შეძლოს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების სრულყოფილად გაწევა, მას უნდა შეეძლოს მინიმუმ შემდეგი სერვისის შეთავაზება: ოჯახის ექიმის

მომსახურება, სხვადასხვა დარგის ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაცია (ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, გინეკოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, ნევროლოგი, უროლოგი) და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები. მნიშვნელოვანია, რომ მოსახლეობას წვდომა ჰქონდეს ოჯახის ექიმის მომსახურებაზე სახლთან ახლოს, თუმცა პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების ნაწილი ვერ სთავაზობს ბენეფიციარებს სხვადასხვა კვლევების და სპეციალისტების მომსახურებას იმავე ამბულატორიაში, სადაც ოჯახის ექიმია. შესაბამისად, ამბულატორია ხელშეკრულების საფუძველზე ქვე-კონტრაქტორად ირჩევს ბაზარზე არსებულ სხვა ამბულატორიას, რომელიც გარკვეული ანაზღაურების სანაცვლოდ მომსახურებას გაუწევს დარეგისტრირებულ ბენეფიციარებს.

იმისათვის, რომ ამბულატორია ჩაერთოს სახელმწიფო პროგრამაში ის უნდა აკმაყოფილებდეს, მინისტრის ბრძანებით გათვალისწინებულ პირობებს.²⁶ აღსანიშნავია, რომ პროგრამაში ჩართვამდე არ არის გათვალისწინებული იმის კონტროლი, თუ რამდენად აკმაყოფილებს ამბულატორია დადგენილ მინიმალურ მოთხოვნებს. სააგენტოს აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებული კონტროლის განხორციელება შეუძლია ამბულატორიის პროგრამაში ჩართვის მომენტიდან 5 წლის განმავლობაში. თუმცა, აუდიტის პერიოდში, პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების გეგმური კონტროლი სააგენტოს მხრიდან არ განხორციელებულა.

აუდიტის პროცედურებიდან გამოვლინდა, რომ მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების 15%-ს ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორია არ ჰყავს შერჩეული იმავე ქალაქში, სადაც ის თავად ფუნქციონირებს. აღნიშნული, ქმნის დაბრკოლებას ბენეფიციართათვის და ნაწილობრივ წარმოშობს ხელმისაწვდომობის პრობლემას.

პრობლემის გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა სხვადასხვა იყოს. ამბულატორიების ნაწილი ქვე-კონტრაქტორად ირჩევს მხოლოდ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტალურ კვლევების განმახორციელებელ ამბულატორიას, რაც დაკავშირებულია ერთი მხრივ ინფრასტრუქტურის, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის არარსებობასთან - ამბულატორიას არ აქვს შესაბამისი პირობები, ხოლო მეორე მხრივ ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორიის შერჩევის

²⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-256

კრიტერიუმები არ არის განსაზღვრული ქვეყანაში მოქმედი მარეგულირებელი აქტებით და ასევე, არ არის შემუშავებული სტანდარტი სადაც გაწერილი იქნება მსგავსი საკითხები. შესაბამისად, ამბულატორიებს აქვთ შესაძლებლობა ქვეკონტრაქტორი ამბულატორიები შეარჩიონ მათგან გეოგრაფიულად დაშორებულ ადგილებშიც, კომერციული ინტერესის გათვალისწინებით: მაგალითისთვის, თუ ამბულატორიას აქვს საკუთარი ფილიალი სხვა ქალაქში.

ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორიების რეგიონისგან დაშორებით შერჩევის ერთ-ერთ მიზეზს შესაძლოა ასევე წარმოადგენდეს, რეგიონის მასშტაბით, სამედიცინო კადრების დეფიციტი ან ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული ინფრასტრუქტურის არ არსებობა. ასეთ შემთხვევებში, ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორიების შერჩევის გეოგრაფიული კრიტერიუმის არსებობა შესაძლოა იყოს ნაკლებად რელევანტური. სხვა დანარჩენ შემთხვევაში მიზანშეწონილია ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორიების იმავე ქალაქში შერჩევა სადაც ფუნქციონირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ამბულატორია, რათა თავიდან იქნას აცილებული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები.

4.3. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ნაკლოვანებები

მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მონაწილე ამბულატორიების სერვისის მიმწოდებლის მინიმალურ მოთხოვნებს, მათ შორის ექიმების საკვალიფიკაციო მოთხოვნებს არეგულირებს მინისტრის ბრძანება.²⁷ პირველადი ჯანდაცვის რგოლი შედგება ექიმ-სპეციალისტისგან და ექთნისგან, ამასთან ექიმ-სპეციალისტი (მოცემულ შემთხვევაში ოჯახის ექიმი) უნდა ფლობდეს სახელმწიფო სერთიფიკატს - „საოჯახო მედიცინა“/„შინაგანი მედიცინა“/„პედიატრია“. ამასთან, „შინაგანი მედიცინის“ და „პედიატრიის“ დარგში სერთიფიცირებული ექიმები, სამედიცინო მომსახურებას უნდა ეწეოდნენ ამ სერთიფიკატით განსაზღვრული კომპეტენციის

²⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-256

ფარგლებში.²⁸ მაგალითად, პედიატრიაში სერთიფიცირებული ექიმი, სამედიცინო მომსახურებას უნდა ეწეოდეს მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა კონტიგენტზე და არა სრულწლოვან პაციენტებზე.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ძირითადი ფუნქციებია:²⁹

- დაავადებათა პრევენცია
- მაღალი რისკის ჯგუფის პაციენტების გამოვლენა
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის პაციენტებისთვის გაცნობა

ოჯახის ექიმის ძირითადი როლი გამოიხატება პაციენტთან პირველადი სადიაგნოსტიკო სამუშაოების ჩატარებასა და დაავადებათა ამბულატორიულად მართვაში. პირველადი ჯანდაცვის განმახორციელებელი ექიმი დეტალურად უნდა იცნობდეს პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიას, რაც აადვილებს ქრონიკული დაავადებების მართვას, ხელს უწყობს პრევენციას, ამცირებს გადაუდებელ შემთხვევებს და სხვადასხვა დარგის ექიმ-სპეციალისტებთან რეფერალების (გადამისამართება) რაოდენობას.

საერთაშორისო პრაქტიკიდან გამომდინარე, ევროპის ქვეყნებში, საშუალოდ ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს³⁰ და მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. აუდიტის ჯგუფმა ანალიზი ჩაატარა პროგრამის ფარგლებში მონაწილე ამბულატორიებში არსებული მდგომარეობის შესახებ. კერძოდ, 2013-2015 წლებში ოჯახის ექიმების მიერ პაციენტების სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების მაჩვენებელი დაახლოებით 40%-ს შეადგენს და 60%-ს მკურნალობს საკუთარი კომპეტენციით, რაც საუკეთესო პრაქტიკასთან შედარებით მაღალი მაჩვენებელია.

ამის ერთ-ერთ გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ არ ხდება სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ განათლებაზე ზრუნვა. აუდიტის ჯგუფმა, გამოკითხვა ჩაატარა

²⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-255, ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლის მინიმალური მოთხოვნები, მუხლი 1

²⁹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

³⁰ Building primary care in a changing europe; european observatory on health systems and policies, a partnership hosted by WHO, 2015

მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ ამბულატორიუმებში, რის შედეგადაც გამოვლინდა, შემდეგი: გამოკითხული ამბულატორიების 26%-ს არასდროს გადაუმზადებია კადრები.

ამასთან, პროგრამაში ჩართულ ამბულატორიუმებში დასაქმებულ ექიმთა დაახლოებით მეხუთედი-18% არ არის სერთიფიცირებული „საოჯახო მედიცინაში“. აღნიშნული სეგმენტი სერთიფიცირებულია სხვადასხვა დარგში, მათ შორის „პედიატრია“ და „შინაგანი მედიცინა“, თუმცა ამბულატორიაში დარეგისტრირებულია განსხვავებული ასაკისა და საჭიროების პირები, რომლებსაც ესაჭიროებათ ფართო პროფილის სამედიცინო მომსახურება, რასაც უკეთ მიესადაგება ოჯახის ექიმის ზოგადი პროფილი.

სამინისტროს განცხადებით, რეფერალების დიდი რაოდენობის ერთ-ერთი მიზეზი არის ის, რომ მოცემულ ეტაპზე, მოსახლეობის უმეტესობა მიმართავს ამბულატორიებს უკვე გართულებული მდგომარეობით. ის ფაქტი რომ, პრევენციის მიზნით მიმართვიანობა დაბალია და ოჯახის ექიმს უწევს გართულებული მდგომარეობის მართვა, შესაძლოა ახდენდეს გავლენას რეფერალების რაოდენობაზე პროგრამის მიმდინარე ეტაპზე, მაგრამ გრძელვადიან პერსპექტივაში, გასათვალისწინებელია ზემოთგანხილული საერთაშორისო პრაქტიკის მაჩვენებლები და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისას პაციენტის ჯანდაცვის მეორეულ რგოლში გადამისამართების (რეფერალის) მართვის გაუმჯობესებისკენ მიმართული ღონისძიებები.

ოჯახის ექიმის მიერ სხვადასხვა დარგის ექიმ-სპეციალისტებთან პაციენტების ხშირი გადამისამართება, რეფერალის მაღალი მაჩვენებელი, იწვევს ე.წ. „ჯიბიდან გადახდების“ ზრდას. მოცემულ შემთხვევაში სახელმწიფოს მხრიდან არ ხდება დამატებითი სახსრების გადახდა, რადგან კაპიტაციური მეთოდით გათვალისწინებული თანხა მოიცავს ექიმ-სპეციალისტების მომსახურების საფასურსაც. გაზრდილი დანახარჯები გავლენას ახდენს პაციენტებზე, როდესაც მათი პაკეტი არ გულისხმობს 100%-იან ანაზღაურებას და სახეზეა ნაწილობრივი თანადაფინანსება სხვადასხვა ექიმ-სპეციალისტთან ვიზიტისას.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კვლევაზე დაყრდნობით, ევროპის ქვეყნებში, როგორცაა გერმანია, საფრანგეთი, ნიდერლანდები, პოლონეთი და ლატვია სამედიცინო პერსონალისთვის აუცილებელი მოთხოვნაა უწყვეტ განათლებაზე ზრუნვა.

ზემოთმოცემული ფაქტები ქმნის წინაპირობას, რომ თუ სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე ზრუნვა არ გახდება პრიორიტეტი, ბენეფიციარები ვერ შეძლებენ მიიღონ სათანადო ხარისხის მომსახურება და გაიზრდება რეფერალების შედეგად მოსახლეობის მიერ არასაჭიროდ გაწეული დანახარჯები.

დასკვნა

ქვეყნის მასშტაბით, ამბულატორიების 23%-ში რეგისტრირებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებელი თითოეულ ოჯახის ექიმთან ფარდობაში აღემატება 2,000 პირს, რაც არ მოდის თანხვედრაში საერთაშორისო პრაქტიკასთან.

პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების ნაწილს ქვე-კონტრაქტორი ამბულატორიები შერჩეული აქვს გეოგრაფიულად დაშორებულ ადგილებში, რაც გარკვეულწილად დაკავშირებულია ექიმ-სპეციალისტების ნაკლებობასთან და სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ხარვეზებთან.

საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული კადრი ქმნის პაციენტის მეორეულ ჯანდაცვაში გადამისამართების (რეფერალის) შემცირების წინაპირობას, შესაბამისად არსებობს პოტენციალი იმისა, რომ ბენეფიციარების მიერ, მეორეული ჯანდაცვის დონეზე გადახდილი თანხები შემცირდეს.

აღნიშნული ნაკლოვანებები აფერხებს სამედიცინო მომსახურების დროულობასა და ხელმისაწვდომობას.

რეკომენდაცია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და დროულობის გაზრდის მიზნით, შემუშავდეს პირველადი ჯანდაცვის თითოეულ რგოლზე (ოჯახის ექიმი), რეგისტრირებული პაციენტების ოპტიმალური რაოდენობის სტანდარტი.

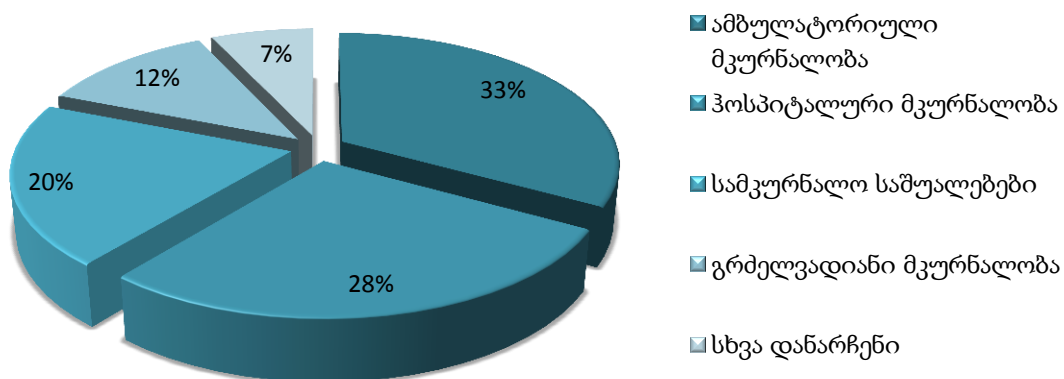
- განისაზღვროს იმ ექიმ-სპეციალისტების ჩამონათვალი და ოპტიმალური რაოდენობა, რომელიც უნდა ჰყავდეს ამბულატორიას ადგილზე ან ქვე-კონტრაქტორის საშუალებით. აღნიშნული პირობა გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ხელს შეუწყობს მის შეუფერხებელ განხორციელებას.
- იმ მიზნით, რომ ვიწრო სპეციალისტების მომსახურება და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული სერვისები იყოს უფრო მეტად ხელმისაწვდომი, განისაზღვროს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და მის ქვე-კონტრაქტორ ამბულატორიებს შორის ოპტიმალური მანძილის არსებობა (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც კონკრეტულ რეგიონში არის გარკვეული სპეციალისტის ან კვლევის დეფიციტი და ახლო მდებარე ამბულატორია ვერ გასწევს აღნიშნულ სერვისს).

5. პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების არასაკმარისი ინფორმირებულობა

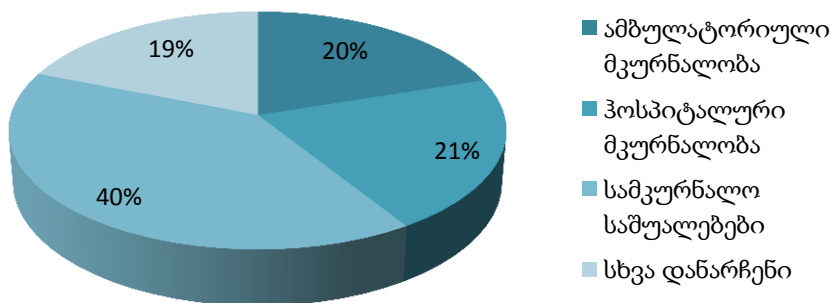
ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) მიერ შეფასებულია ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა კომპონენტზე გაწეული საშუალო დანახარჯები.³¹ კვლევა მოიცავს ევროპის 27 ქვეყნის 2013 წლის მონაცემებს. ქვემოთმოცემული კვლევა განხილულია როგორც მოდელი, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანად მართვის ნიმუში. სტატისტიკური მონაცემებიდან ჩანს, რომ ევროპის ქვეყნებში, სამედიცინო მომსახურებებზე გაწეული ხარჯების ყველაზე დიდი წილი მოდის ამბულატორიულ მკურნალობაზე, ხოლო ჰოსპიტალიზაციასა და სხვადასხვა დაავადებების გრძელვადიან მკურნალობაზე შედარებით ნაკლები ხარჯია გაწეული:

³¹http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/09/03/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2015-61-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds= OECD (2015), "Health expenditure by function", in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-61-en

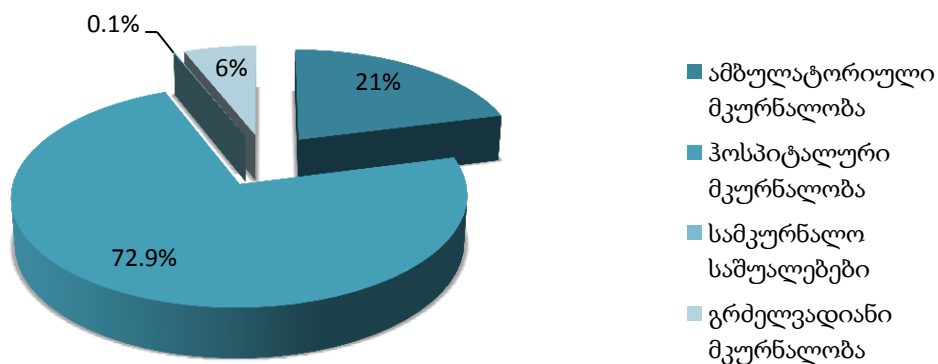
გრაფიკი N5.1. ევროპის ქვეყნების მიერ ჯანდაცვის სისტემაზე გაწეული ხარჯების საშუალო მაჩვენებელი



გრაფიკი N5.2. 2013 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე გაწეული მთლიანი ხარჯი

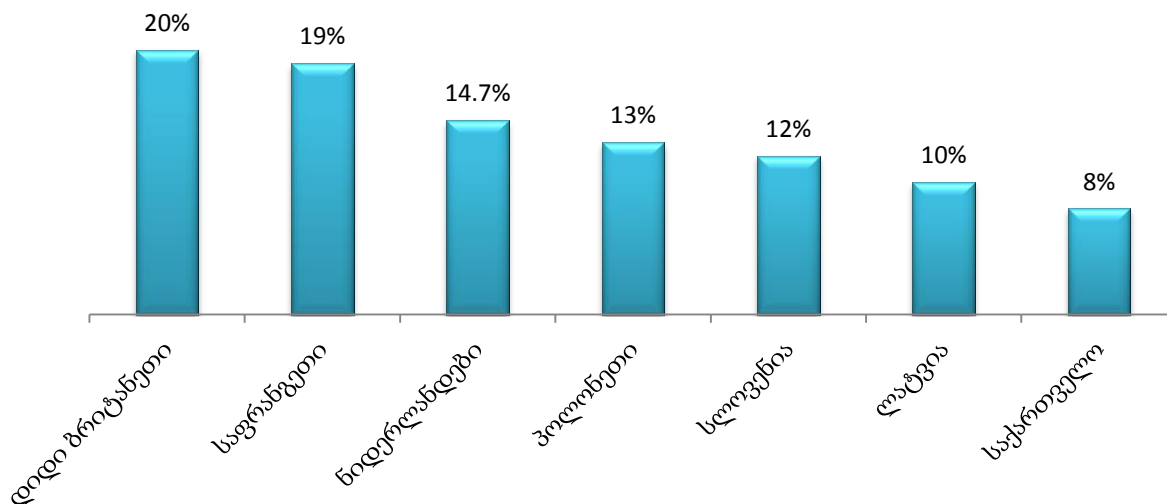


გრაფიკი N5.3. 2014 წელს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაწეული ხარჯები



ზემოთმოყვანილი გრაფიკიდან ჩანს, რომ პროგრამის ფარგლებში არსებული სურათი მკვეთრად განსხვავდება ევროპული პრაქტიკით გათვალისწინებული მოდელისგან. კერძოდ, ჰოსპიტალიზაციაზე გაწეულია ხარჯების 72,9%, ხოლო ამბულატორიულ მკურნალობაზე 21%. პროგრამის ფარგლებში არსებული სისტემის სწორად დაგეგმვის შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის ხარჯები უნდა იყოს შემცირებული, ამბულატორიული მკურნალობის გაზრდის გზით.

რაც შეეხება პირველად ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების წილს ჯანდაცვის სისტემაში გაწეულ მთლიან სახელმწიფო ხარჯთან მიმართებაში, ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, საქართველოს მონაცემები დაბალია.

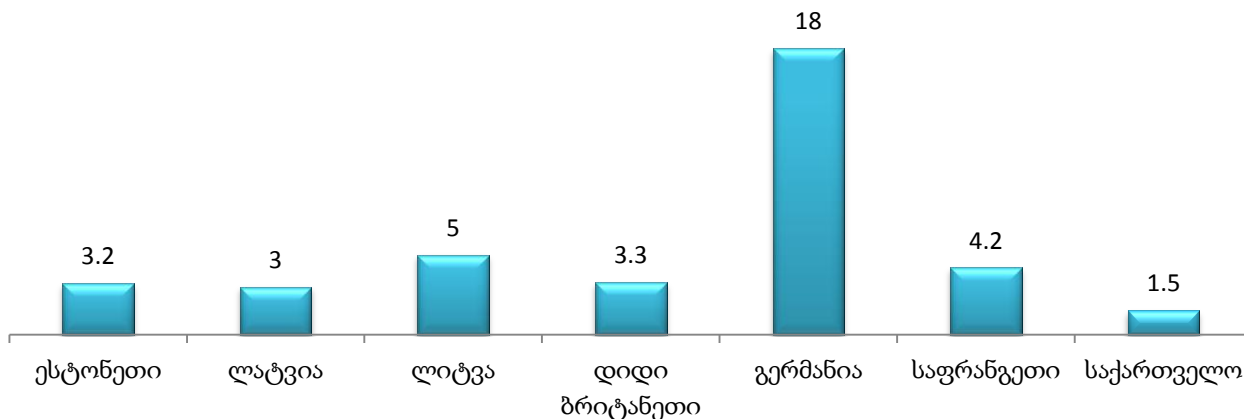
გრაფიკი N5.4. პირველად ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯები.³²

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ, 2015 წელს განახორციელა ევროკავშირის ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი, სადაც ასახულია ბენეფიციართა მიერ სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებელი.³³ კერძოდ, დადგენილია პაციენტების ვიზიტების რაოდენობისა და რეგისტრირებული პაციენტების ფარდობის საშუალო მაჩვენებელი. წინამდებარე გრაფიკი ასახავს სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის გასაშუალოებულ კოეფიციენტს.

³² საქართველოს შემთხვევაში, მოცემული მონაცემი ეყრდნობა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებს, ხოლო დანარჩენი ქვეყნების მონაცემები დათვლილია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ

³³ Building primary care in a changing europe; european observatory on health systems and policies, a partnership hosted by WHO, 2015

გრაფიკი N5.5. კროკავშირის ქვეყნებსა და საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის მაჩვენებელი³⁴



ზემოთმოცემული გრაფიკებიდან ჩანს, რომ მოსახლეობის მიერ გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია. ამის მიზეზი, ერთი მხრივ შეიძლება იყოს მოსახლეობის ავტომატური რეგისტრაციის შემთხვევები, რაც განხილულია წინამდებარე თავებში. (იხ. თავი N3) ხოლო, მეორე მხრივ, პრობლემის გამოძწევე მიზეზად შეგვიძლია მივიჩნიოთ მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის მაჩვენებელი. კერძოდ, ბენეფიციართა დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას როგორც პირველადი ჯანდაცვის როლზე, ასევე იმ სარგებელზე რაც სწორად წარმართულ ამბულატორიულ მომსახურებას შეუძლია მოუტანოს პაციენტს. შესაბამისად, პაციენტების უმეტესობა მიმართავს სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებ პუნქტს, მაშინ როდესაც მდგომარეობა გართულებულია ან სახეზეა გადაუდებელი შემთხვევა. ხოლო, პრევენციის, დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენისა და მათი დროულად მართვის კუთხით მიმართვიანობის მაჩვენებელი საგრძნობლად დაბალია, ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ამის შედეგად იზრდება რისკები, ერთი მხრივ, პაციენტების გართულებულ ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და მეორე მხრივ, სახელმწიფოს და ბენეფიციართა მხრიდან გადაუდებელ და ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებზე გაწეული გაზრდილი ხარჯები.

³⁴ საქართველოს მონაცემი გულისხმობს მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ძირითადი კონტიგენტის მიერ პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციას

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ განახორციელა კვლევა, სადაც გამოკვეთილია ისეთი დაავადებების ნაწილი, რომლის მართვაც სასურველია ამბულატორიულ ეტაპზე და შესაძლებელია გადაუდებელი შემთხვევების თავიდან არიდება.

ზემოთაღნიშნული კვლევის ფარგლებში, რომელიც ჩატარდა მოლდოვის რესპუბლიკის მაგალითზე, ისეთი ქრონიკული დაავადებებისას როგორცაა ჰიპერტენზია და დიაბეტი, შესაძლოა თავიდან იქნას აცილებული მდგომარეობის გაუარესება, მისი ამბულატორიულ დონეზე მართვისას. კერძოდ, ჰიპერტენზიის 60%-70%-ის, ხოლო დიაბეტის 40%-ის შემთხვევაში თავიდან იქნებოდა აცილებული გართულება და გადაუდებელი მკურნალობა, მისი ამბულატორიულ დონეზე მართვისას.³⁵

2012 წელს მსგავსი კვლევა განხორციელდა გერმანიაშიც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ, სადაც ჰიპერტენზიის ჰოსპიტალიზაციის 279,000 ხოლო დიაბეტის 196,000 შემთხვევა დაფიქსირდა. კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 40 ექიმი, რომელთა 70% მიიჩნევდა, რომ მოცემული შემთხვევებიდან, ჰიპერტენზიის 83%, ხოლო დიაბეტის 81% შემთხვევაში შესაძლებელი იყო გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება, მისი ამბულატორიულ ეტაპზე მკურნალობის გზით.³⁶

ბენეფიციარების, პროგრამის შესახებ ინფორმირებულობის დასადგენად, აუდიტის ჯგუფმა, ჩაატარა გამოკითხვა ბენეფიციარებს შორის.

გამოკითხულ ბენეფიციართა შორის პროგრამის ფუნქციონირების შესახებ ზოგადი ცნობადობა არსებობს, მაგრამ დაბალია პროგრამის ფარგლებში შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების პირობებისა და დაფინანსების შესახებ ინფორმირებულობა.

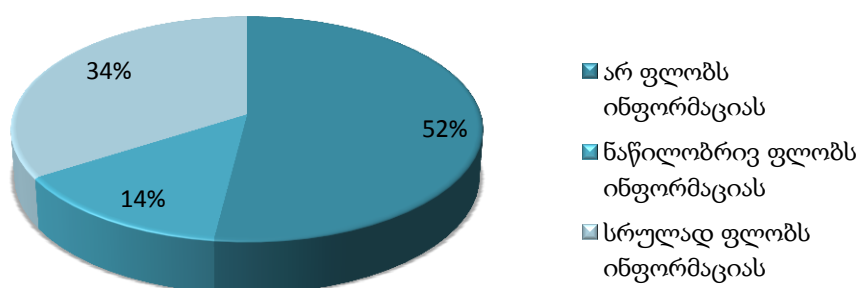
კითხვაზე ფლობდნენ თუ არა ინფორმაციას ბენეფიციარები, პროგრამის ფარგლებში რა სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება შეეძლოთ და აქედან რა მომსახურებები ეკუთვნოდათ უფასოდ, დაფიქსირდა შემდეგი სურათი:

³⁵ მოლდოვის რესპუბლიკის ამბულატორიულ მკურნალობას დაქვემდებარებული შემთხვევები, WHO ევროპის რეგიონალური ოფისის კვლევა, 2015 წლის იანვარი, გვ. 8

³⁶ მოლდოვის რესპუბლიკის ამბულატორიულ მკურნალობას დაქვემდებარებული შემთხვევები, WHO ევროპის რეგიონალური ოფისის კვლევა, 2015 წლის იანვარი, გვ. 19

გამოკითხულთა 52% საერთოდ არ ფლობდა ინფორმაციას, 14% ნაწილობრივ, ხოლო 34% სრულად ფლობდა ინფორმაციას რა სახის სამედიცინო მომსახურებებით შეეძლოთ ესარგებლათ პროგრამის ფარგლებში.

გრაფიკი N5.6. პროგრამის შესახებ გამოკითხული მოსახლეობის ინფორმირებულობის მაჩვენებელი



ასევე, გამოკითხულ ბენეფიციართა 55%-ის განცხადებით მათ არასდროს მიუღიათ საინფორმაციო ბროშურა პროგრამის შესახებ, ბენეფიციართა 25% მიიღო ბროშურა რეგისტრაციისას, ხოლო 20%-ს არ უსარგებლია პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებით.

ბენეფიციარების უმრავლესობას ამბულატორიებში რეგისტრაციისას არ გადაეცემათ სამედიცინო მომსახურების პირობების ამსახველი დოკუმენტი, სადაც გაწერილი იქნება რა სახის სამედიცინო მომსახურებას გულისხმობს ესა თუ ის პაკეტი, როგორია პროგრამის ფარგლებში დაფინანსების ოდენობა, რა მედიკამენტური საშუალებები შედის მომსახურებაში, შეუძლია თუ არა ბენეფიციარს შეიცვალოს ამბულატორია და ა.შ.

აღსანიშნავია, რომ ამბულატორია ვალდებულია შენობაში განათავსოს სამინისტროს მიერ დაბეჭდილი ბროშურა. თუმცა, არც ამბულატორიაში განთავსებულ და არც სამინისტროს მიერ მოსახლეობისთვის დარიცხულ ბროშურებში პაკეტების მიხედვით არ არის

დეტალურად გაწერილი ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების პირობებისა და დაფინანსების ოდენობის შესახებ (იხ. დანართი N3). რის გამოც, ბენეფიციართა უმრავლესობა არ არის სრულად ინფორმირებული ამა თუ იმ პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. ამასთან, ბროშურებში არ არის მითითებული რა კრიტერიუმს უნდა აკმაყოფილებდეს ბენეფიციარი კონკრეტული პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების მისაღებად.

აღსანიშნავია, რომ სამინისტროს სისტემაში არსებობს ინფორმირებულობის შექმნის კარგი პრაქტიკა, კერძოდ: სამინისტროს კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ და გაეროს ბავშვთა ფონდის დახმარებით, დანერგილია პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის მობილური აპლიკაცია. აპლიკაციის მეშვეობით, მოსარგებლებს საშუალება ეძლევათ თვალყური ადევნონ როგორც აცრების ჩატარების კალენდარს, ასევე ინფორმაცია მიიღონ მართვადი დაავადებების და უკუჩვენებების შესახებ.

პროგრამის ფარგლებში, ინფორმაციის ასიმეტრიულობის³⁷ პირობებში იზრდება გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებისას შეუსაბამო, პაციენტის მხრიდან დამატებითი „ჯიბიდან გადახდების“ არსებობის რისკი. კერძოდ, გამოკითხვისას, ფიქსირდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც ბენეფიციარმა გადაიხადა სამედიცინო მომსახურების თანხა, მიუხედავად იმისა, რომ მოსარგებლის პაკეტი ითვალისწინებდა მოცემული სამედიცინო მომსახურების დაფარვას, რაც მიუთითებს ზემოაღნიშნულ რისკებზე. შედეგად, ერთსა და იმავე მომსახურებაში თანხას გადაიხდის როგორც სახელმწიფო-კაპიტაციური მეთოდით გათვალისწინებული პირობებით, ასევე ბენეფიციარიც.

ზემოთმოცემული შემთხვევების ერთ-ერთ გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებების ამსახველი საინფორმაციო დოკუმენტის არ არსებობა. თუ, მოსარგებლე სრულად იქნება ინფორმირებული რომელი პაკეტით სარგებლობს, რა სახის სამედიცინო მომსახურების მიღება შეუძლია მისთვის სასურველ ამბულატორიაში და რა ოდენობის

³⁷ მდგომარეობა, როდესაც სამედიცინო მომსახურებაზე და მისი დაფინანსების წესზე ინფორმაცია ხელმისაწვდომია მხოლოდ მოცემული მომსახურების მიმწოდებლებისათვის და ნაკლებ ხელმისაწვდომია მომსახურების მომხმარებლისათვის

თანადაფინანსებით, შესაძლებელი იქნება მსგავსი ტიპის შემთხვევების თავიდან აცილება, რაც შეამცირებს შეუსაბამოდ წარმოშობილ ე.წ. „ჯიბიდან გადახდილ თანხებს“.

გარდა ამისა, სააგენტოს მხრიდან, აუდიტის პერიოდში, არ განხორციელებულა ამბულატორიების გეგმური სამედიცინო მომსახურების კომპონენტის კონტროლი, რითაც შესაძლებელი გახდებოდა გამოვლენილიყო და აღმოფხვრილიყო მსგავსი შემთხვევები.

დასკვნა

ბენეფიციართა დაბალი ინფორმირებულობა იწვევს ამბულატორიული მომსახურების დაბალ უტილიზაციას (მიმართვიანობას), რაც თავის მხრივ აფერხებს დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე პრევენციას. აღნიშნული ზრდის გართულებული მდგომარეობების შემთხვევებს და შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

ბენეფიციარებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი დეტალური ინფორმაცია კუთვნილი სამედიცინო მომსახურებებისა და დაფინანსების წესის შესახებ, რაც ზრდის შეუსაბამოდ ე.წ. „ჯიბიდან გადახდის“ რისკებს.

რეკომენდაცია

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

ინფორმირებულობის გაზრდის მიზნით:

- დაინერგოს რეგისტრირებული პაციენტებისათვის პროგრამით სარგებლობის წესსა და პირველადი ჯანდაცვით მიღებულ სარგებელის თაობაზე ინფორმაციის პერმანენტული სახით მიწოდების მექანიზმი.
- რეგისტრაციისას, ამბულატორიაში ვიზიტისას, ან სამინისტროს მიერ განხორციელებული სხვა პროგრამით სარგებლობისას, ბენეფიციარს გადაეცეს პროგრამის შესახებ „სამედიცინო ფურცელი“, სადაც დეტალურად იქნება გაწერილი, ინდივიდუალური პაკეტის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების პირობები და თანადაფინანსების ოდენობა თითოეულ მომსახურებაზე.

- ამბულატორიებში განთავსებულ საინფორმაციო დაფებზე დეტალურად გაიწეროს ინფორმაცია პროგრამით სარგებლობის წესის შესახებ, შესაბამისი პაკეტების მიხედვით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობისა და თანადაფინანსების წესის ჩათვლით.

შემაჯამებელი დასკვნა და რეკომენდაციები

პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობის სამედიცინო განმახორციელებლბებთან (ამბულატორიებთან) რეგისტრაციის პროცედურული ნაკლოვანებები და სააგენტოს მხრიდან კონტროლის არასაკმარისი მექანიზმები ზრდის მოსახლეობის ავტომატური პრინციპით რეგისტრაციის რისკებს. აღნიშნული ნაკლოვანება ქმნის წინაპირობას სამედიცინო მომსახურების განმახორციელებელთათვის, დაარეგისტრირონ ბენეფიციარები, დადგენილი წესის გაუთვალისწინებლად.

ბენეფიციართა ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას მათი პროგრამაში ჩართულობის შესახებ და მიმართავს სამედიცინო პუნქტებს გადაუდებელი შემთხვევების დროს, ნაცვლად ჯანმრთელობის გეგმური მონიტორინგისა, რაც გრძელვადიან პერიოდში გამოიწვევს დაავადებათა დაგვიანებულ გამოვლენას და გაზრდის მკურნალობის მომდევნო ეტაპებზე გასაწევ ხარჯს, როგორც სახელმწიფოს, ასევე ბენეფიციართა მხრიდან. (იხ. თავი 3)

ავტომატური რეგისტრაციის შემთხვევები, ნაცვლად ბენეფიციართა მხრიდან გაკეთებული არჩევანისა, ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კონკურენტული გარემოს შექმნას და შესაბამისად ამცირებს ამბულატორიებისათვის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მოტივაციას. (იხ. თავი 3)

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეფერხების რისკებზე მიუთითებს შემდეგი ფაქტორები: (იხ. თავი 4)

რეგიონების მიხედვით, თითოეულ ამბულატორიაში რეგისტრირებული პაციენტების საშუალო მაჩვენებელი ოჯახის ექიმთან ფარდობაში აღემატება 2,000 პირს, რაც არ მოდის თანხვედრაში საერთაშორისო პრაქტიკასთან.

პროგრამაში ჩართული ამბულატორიების ნაწილს ქვე-კონტრაქტორები, რომლებიც ახორციელებენ გარკვეულ სამედიცინო მომსახურებას, შერჩეული აქვს გეოგრაფიულად დაშორებულ ადგილებში.

გამოკითხულ ბენეფიციართა ინფორმირებულობა დაბალია პროგრამის ფარგლებში არსებული სამედიცინო მომსახურებებისა და დაფინანსების ოდენობის შესახებ. ამბულატორიებში წარმოდგენილი საინფორმაციო ფურცელი არ ასახავს პროგრამის შესახებ არსებულ დეტალურ ინფორმაციას. ინფორმირებულობის არასაკმარისი მაჩვენებელი, იწვევს ერთი მხრივ ამბულატორიული მომსახურების დაბალ უტილიზაციას და შესაბამისად, აფერხებს დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენას და მეორე მხრივ ზრდის ბენეფიციართათვის შეუსაბამოდ ე. წ. “ჯიბიდან გადახდის” რისკებს. (იხ. თავი 5)

გამოვლენილ გარემოებებსა და ნაკლოვანებებზე აუდიტის სამსახურმა გასცა შესაბამისი რეკომენდაციები:

ბენეფიციართა რეგისტრაცია და მონაცემთა მართვა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

- გაუმჯობესდეს პროგრამის ფარგლებში მოსარგებლეთა მონაცემთა ბაზის სისრულე და სანდოობა, რათა შესაძლებელი გახდეს პროგრამის შედეგიანობის მაჩვენებლების მაღალი სიზუსტით განსაზღვრა, რომელიც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს მონიტორინგის პროცედურების განხორციელებას.
- შემუშავდეს შესაბამისი კონტროლისა და მონიტორინგის მექანიზმები იმისათვის, რომ შემცირდეს ავტომატურად რეგისტრაციის შემთხვევები და რისკები.
- გამოსწორდეს ორმაგად რეგისტრაციის ტექნიკური ხარვეზი რათა აღმოიფხვრას ბენეფიციართა ამბულატორიებში ორმაგად რეგისტრაციის შემთხვევები.

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების ხელმისაწვდომობა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და დროულობის გაზრდის მიზნით, შემუშავდეს პირველადი ჯანდაცვის თითოეულ რგოლზე (ოჯახის ექიმი), რეგისტრირებული პაციენტების ოპტიმალური რაოდენობის სტანდარტი.
- განისაზღვროს იმ ექიმ-სპეციალისტების ჩამონათვალი და ოპტიმალური რაოდენობა, რომელიც უნდა ჰყავდეს ამბულატორიას ადგილზე ან ქვე-კონტრაქტორის საშუალებით. აღნიშნული პირობა გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ხელს შეუწყობს მის შეუფერხებელ განხორციელებას.
- იმ მიზნით, რომ ვიწრო სპეციალისტების მომსახურება და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული სერვისები იყოს უფრო მეტად ხელმისაწვდომი, განისაზღვროს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და მის ქვე-კონტრაქტორ ამბულატორიებს შორის ოპტიმალური მანძილის არსებობა (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც კონკრეტულ რეგიონში არის გარკვეული სპეციალისტის ან კვლევის დეფიციტი და ახლო მდებარე ამბულატორია ვერ გასწევს აღნიშნულ სერვისს).

პროგრამის ფარგლებში ბენეფიციარების ინფორმირებულობა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს:

ინფორმირებულობის გაზრდის მიზნით:

- დაინერგოს რეგისტრირებული პაციენტებისათვის პროგრამით სარგებლობის წესსა და პირველადი ჯანდაცვით მიღებულ სარგებელის თაობაზე ინფორმაციის პერმანენტული სახით მიწოდების მექანიზმი.
- რეგისტრაციისას, ამბულატორიაში ვიზიტისას, ან სამინისტროს მიერ განხორციელებული სხვა პროგრამით სარგებლობისას, ბენეფიციარს გადაეცეს პროგრამის შესახებ „სამედიცინო ფურცელი“, სადაც დეტალურად იქნება გაწერილი, ინდივიდუალური პაკეტის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების პირობები და თანადაფინანსების ოდენობა თითოეულ მომსახურებაზე.
- ამბულატორიებში განთავსებულ საინფორმაციო დაფებზე დეტალურად გაიწეროს ინფორმაცია პროგრამით სარგებლობის წესის შესახებ, შესაბამისი პაკეტების

მიხედვით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობისა და თანადაფინანსების წესის ჩათვლით.

ბიბლიოგრაფია

გამოყენებული ნორმატიული მასალა

საქართველოს მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, მუხლი 22

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 1, ზოგადი დებულებები, მუხლი 1, პროგრამის მიზნები, გვ. 4

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 3, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, მუხლი 22

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, თავი 1, ზოგადი დებულებები, პროგრამის მოსარგებლეები, მუხლი 2

საქართველოს მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 10, პირის მოსარგებლედ ცნობა

მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 23, დამატებითი პირობები

მთავრობის N36 დადგენილება, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ, მუხლი 23, მუხლი 21, დამატებითი პირობები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N190/ნ, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების დამტკიცების შესახებ, თავი 8, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი, მუხლი 30, პუნქტი 4, ქვეპუნქტი ვ

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის

დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი 2014, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართეთათა რაოდენობა, საქართველო 2008-2014, გვ. 82

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება №01-19/ნ, ნ-„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშგების წესის დამტკიცების შესახებ“, მუხლი 5

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 30 ოქტომბრის ბრძანება №01-77/ნ, „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშგების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 17 მარტის №01-19/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე მუხლი 5

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-25ნ, „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“, ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლის მინიმალური მოთხოვნები, მუხლი 1

კვლევები და პუბლიკაციები

2006 წელს მსოფლიო ბანკის დახმარებით შედგენილი პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმა

მოლდოვის რესპუბლიკის ამბულატორიულ მკურნალობას დაქვემდებარებული შემთხვევები, WHO ევროპის რეგიონალური ოფისის კვლევა, 2015 წლის იანვარი, გვ. 8, გვ.19

ლატვიის ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი, მსოფლოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია (WHO), 2012 წელი, გვ. 21

Building primary care in a changing europe; european observatory on health systems and policies, a partnership hosted by WHO, 2015

European Observatory on health systems and policies a partnership hosted by WHO- health system in transition: Latvia health system review, 2012 (გვ 116)

European Observatory on health systems and policies a partnership hosted by WHO- health system in transition: Latvia health system review, 2012 (გვ 114-118)

Government of Latvia (2013). Regulations on organization and financing of health care. Regulations of the Cabinet of Ministers No. 1529 (<http://likumi.lv/doc.php?id=263457> accessed 14 September 2014). (გვ 29(პუნქტი 212,215-227)

Government of Latvia (2013). Regulations on organization and financing of health care. Regulations of the Cabinet of Ministers No. 1529 (<http://likumi.lv/doc.php?id=263457> accessed 14 September 2014). (გვ 357, annex 25(3)

ინტერნეტ გვერდები

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/09/03/index.html?contentType=&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2015-61-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=

OECD (2015), "Health expenditure by function", in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-61-en

დანართი

დანართი N1

I			
მომსახურების სახე	თანაგადახდის %		
	საბაზისო პაკეტი		მინიმალური პაკეტი
	ასაკი <18 წ.	ასაკი >18 წ.	
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება <i>გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.</i> Ø ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე	100%	100%	100%
Ø ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%	-
Ø ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებითექიმ-სპეციალისტების მომსახურება ენდოკრინოლოგი; ოფთალმოლოგი; კარდიოლოგი; ნევროლოგი; გინეკოლოგი; ოტორინოლარინგოლოგი; უროლოგი.	70%	70%	-
Ø ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%	-

მუცლის ღრუს ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	70%	70%	-
Ø ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი;	100%	100%	100%
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; კრეატინინი; ქოლესტერინი სისხლში; შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; პროთრომბინის დრო;	100%	100%	-
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები; ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი;	70%	70%	-
Ø შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	100%	-
Ø სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.	100%	100%	-

II	
მომსახურების სახე	ვეტერანების პაკეტი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება <i>გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.</i> Ø ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში,	100%

მათი მომსახურება ბინაზე	
Ø ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%
Ø ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით, ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება: ენდოკრინოლოგი; ოფთალმოლოგი; კარდიოლოგი; ნევროლოგი; გინეკოლოგი; ოტორინოლარინგოლოგი; უროლოგი.	100%
Ø ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია	100%
მუცლის ღრუს ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	100%
Ø ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი;	100%
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; კრეატინინი; ქოლესტერინი სისხლში; შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; პროთრომბინის დრო;	100%
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები; ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი;	100%
Ø შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%
Ø სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის	100%

შესახებ ცნობებისა.	
--------------------	--

III		
მომსახურების სახე	მიზნობრივი ჯგუფი	
	ქ. 0-60 წ. მ. 0-65 წ.	საპენსიო ასაკი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება <i>გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.</i> Ø ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე	100%	100%
Ø ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%
Ø ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება	100%	100%
Ø ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%
ექოსკოპური გამოკვლევები	100%	100%
რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია);	100%	100%
Ø ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი; გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;	100%	100%

კრეატინინი; განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; ორსულობის ტესტი		
Ø შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	100%
Ø სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.	100%	100%

დანართი N2

**საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმური
ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში
რეგისტრაციაზე
მოსარგებლის თანხმობის ფორმა №000000**

(სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

მოსარგებლე:

სახელი: _____

გვარი: _____

პირადი ნომერი: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ფაქტობრივი მისამართი:

მუნიციპალიტეტი: _____

ქალაქი: _____

დასახლებული _____

პუნქტი: მისამართი: _____

საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი: _____

მშობელი (დედა, მამა) ან მეურვე/მზრუნველი (ივსება 18 წლამდე მოსარგებლის შემთხვევაში)
(გაუსვით ხაზი)

სახელი: _____

გვარი: _____

პირადი ნომერი: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

მოსარგებლე ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი აცხადებს თანხმობას დარეგისტრირდეს აღნიშნულ სამედიცინო დაწესებულებაში.

მოსარგებლის ხელმოწერა: _____ თარიღი: _____

კანონიერი წარმომადგენლის (დედა, მამა, და, ძმა, ბებია, პაპა, მეურვე, მზრუნველი, სხვა)
(გაუსვით ხაზი)

სახელი: _____ გვარი: _____ პირადი ნომერი: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ხელმოწერა: _____ თარიღი: _____

დამკვეთი:

დამამზადებელი:

სფს-ს რეგისტრაციის №

დანართი N3

ამბულატორიებში განთავსებული საინფორმაციო ფურცლები

საყოველთაო ჯანდაცვა

2013 წლის 1 ივლისიდან ანაზღაურდება

ამბულატორია

მაღია-სპეციალისტების მომსახურება: ოჯახის ექიმი, უნდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნეფროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი, უროლოგი.

კვლევა: ელექტროკარდიოგრაფია; მუცლის ღრუს ექოსკოპია; გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია.

ლაბორატორია: სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი; გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; კრეატინინი; ტოლესტერინი სისხლში; შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; პროთრომბინის დრო; ლეიშმან ფუნქციური ზინეები; ფარისებრი ჯირკვლის თირეოტროპული პორმონი. დაფინანსდება 70-100%-ით.

გაფართოებული ურგანოები შეამოწმებენ

გადამდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება – ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15 000 ლარი. დაფინანსდება 70-100%-ით.

გამგზავნი ქირურგიული ოპერაციების ფართო სპექტრი

გამგზავნი ქირურგიული მოსამზადებელი (მათ შორის დღის სტაციონარი) დაკავშირებული წინა საოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას და პოსტოპერაციულ პერიოდში განხორციელებული ყველა ტიპის ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები – წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. დაფინანსდება 70%-ით.

ონკოლოგია

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, კერძოდ, ქიმიოთერაპია, პორმონოთერაპია და სხივური თერაპია. აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები – წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი. დაფინანსდება 80%-ით.

ამოგზავრება

ფიზიოლოგიური მშობიარობა – ლიმიტი 500 ლარი; საკეისრო კვეთა – ლიმიტი 800 ლარი.

პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს, თავად აირჩიოს სამკურნალო დანახარება საპარტოველოს მასშტაბით

დაბადური ინფორმაციისთვის დარეკეთ **1505**

ან მიმართეთ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სერვის-ცენტრებს

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სრული მართვა იხილეთ ელექტრონულ მისამართზე: www.moh.gov.ge; www.ssa.gov.ge

