



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი ლ. საყვარელიძის სახელობის

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

National center for Disease Control & Public Health



KA030695419027217

0177, თბილისი, მ. ასათიანის 9;

9 M. Asatiani st., Tbilisi, 0177, Georgia; Phone: (995-32) 39-89-46; 43-54-38; Fax: (995-32) 43-30-59 E-mail:ncdc@access.sanet.ge;ncdc@ncdc.ge

#06/648

17 / თებერვალი / 2017 წ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს
ბატონ ზაზა სოფროშაძეს

ასლი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს
ქალბატონ ნინო ბერძულს

ბატონო ზაზა,

მოგესხენებათ, ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციული პროგრამების წარმატებით განხორციელება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლის აქტიურ ჩართულობაზე და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში ინტეგრაციაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე სექტორის საერთო მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და კეთილდღეობის გაუმჯობესება, ისტორიულად მათი მოქმედების არეალი ერთმანეთისგან გამიჯნულია, კერძოდ სამედიცინო მოდელი ფოკუსირებულია ინდივიდზე და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პარადიგმა მიმართულია გარემოს, ზოგადი პოპულაციის ქცევითი მოდელების და ცხოვრების წესის გაუმჯობესებაზე, რაც იწვევს ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტაციას და მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს როგორც საქართველოს, ასევე მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებისთვის.

ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ განიცადა მთელი რიგი სერიოზული ცვლილებები (რეფორმები), მათ შორის მცდელობები პირველადი ჯანდაცვის ქსელის რეფორმირების კუთხით, თუმცა ეს ჯერ კიდევ სუსტია და ქვეყანას არ გააჩნია თანმიმდევრული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა. შედეგად, ჯერ კიდევ დაბალია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენება, რაც საგრძნობლად ამცირებს ისეთი პრევენციული პროგრამების/კომპონენტების ეფექტურობას, როგორიცაა „C ჰეპატიტის მართვის“, „იმუნიზაციის“, „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ და „დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის“ სახელმწიფო პროგრამები, კერძოდ:

1. ქვეყნისთვის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტია „C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიით“ გათვალისწინებული ღონისძიებების ეფექტური განხორციელება, რომლის წარმატების მნიშვნელოვან წინაპირობას სკრინინგული კვლევებით მოცვის მაღალი მაჩვენებელი წარმოადგენს. შესაბამისად, „C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის შემუშავებისა და განხორციელების მიზნით შექმნილი სამუშაო ჯგუფის“ (საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფის) მიერ, სამიზნე მაჩვენებელად განისაზღვრა ყოველწლიურად არანაკლებ 600 000 პირის სკრინინგი, რათა ქვეყანაში ჰეპატიტის გავრცელების პრევალენტობის კვლევის მონაცემების გათვალისწინებით, შესაძლებელი გახდეს ყოველწლიურად დაახლოებით 20-25 ათასი პაციენტის მკურნალობაში ჩართვა და შესაბამისად ელიმინაციის დასახული მიზნების მიღწევა. მიუხედავად ამ მიმართულებით უკვე გადადგმული სერიოზული ნაბიჯებისა, ამის მიღწევა შეუძლებელია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მაღალი მოტივაციის და აქტიური ჩართულობის გარეშე.

2. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში მიმდინარე პრევენციული პროგრამებიდან „იმუნიზაციის“ სახელმწიფო პროგრამა ყველაზე დიდ ისტორიას ითვლის და საქართველოს ყველა მოქალაქისთვის სრულად უზრუნველყოფს იმუნიზაციის მომსახურებაზე გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, ასევე წლების განმავლობაში მნიშვნელოვნად იზრდება პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მოცულობა და სახელმწიფოს მიერ იმუნიზაციაზე მიმართული ხარჯები (კერძოდ, 2012 წლიდან 2017 წლამდე პროგრამის ბიუჯეტი გაიზარდა 4-ჯერ), დაინერგა ბევრი ახალი ვაქცინა (მათ შორის ჰექსავალენტური ვაქცინა, რომლისადმი ხელმისაწვდომობა ბევრ განვითარებულ ქვეყანაშიც კი არაა უზრუნველყოფილი), ჯერჯერობით ვერ მოხერხდა იმუნიზაციის ძირითად ანტიგენებზე სამიზნე პოპულაციის 95%-იანი მოცვის ღონის მიღწევა;

3. „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის“ სახელმწიფო პროგრამის ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისებისადმი ორსულების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიუხედავად, საგანგაშოდ დაბალია მათი აღნიშნულ სერვისებში ჩართულობა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯერ კიდევ ვერ იქნა მიღწეული დედიდან შვილზე ინფექციების (სიფილისი, აივ ინფექცია) ვერტიკალური გზით გადაცემის ელიმინაცია;

4. მნიშვნელოვანი ღონისძიებები განხორციელდა „დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის“ სახელმწიფო პროგრამის კიბოს სკრინინგის კომპონენტის გაფართოების მიმართულებით, რომელიც სრულად ფარავს ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, მსხვილი ნაწლავის სკრინინგულ კვლევებს და პროსტატის კიბოს მენეჯმენტს, ასევე, პროგრამის ფარგლებში პილოტურ რეჟიმში თბილისსა და კახეთის რეგიონის რამდენიმე დაწესებულებაში დანერგულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის ელემენტების სხვადასხვა მოდელები, რაც ითვალისწინებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობას (კერძოდ, პჯდ ქსელის ექიმების მიერ პაციენტის მართვას და ჯანდაცვის დონეებს შორის ნავიგაციას). მიუხედავად ზემოაღნიშნული ღონისძიებებისა, ვერ მოხერხდა კიბოს სკრინინგული კვლევებით მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლის მნიშვნელოვნად გაზრდა, პროგრამის არსებობის ისტორიის მანძილზე მოცვის მაჩვენებლები 3-4%-იდან გაიზარდა მხოლოდ 9-10%-მდე;

5. 2015 წლიდან, ქვეყანაში მოქმედებს „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც ახორციელებს სერიოზულ ინტერვენციებს C ჰეპატიტის პრევენციის შესახებ მოსახლეობის განათლების, თამბაქოს მოხმარების კონტროლის გაძლიერების, ჯანსაღი კვების, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შესახებ ცნობიერების ამაღლების, ფიზიკური აქტივობის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის და სხვა მიმართულებებით. ასევე, 2015 წლიდან ოჯახის ექიმს, პროფესიული კომპეტენციების ფარგლებში ევალება ორივე სქესის და ყველა ასაკის პაციენტების სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლება, ჯანმრთელობის დამკვიდრება, თამბაქოსა და ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება და დაავადებათა პრევენციის ხელშეწყობა. მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ჯერ კიდევ დაბალია პირველადი ჯანდაცვის როლი მოსახლეობის განათლების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კუთხით, რაც შესაბამისად აისახება არაგადამდები დაავადებების გავრცელების არასახარბიელო ტენდენციებში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, უდავოა პირველადი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორების დაახლოების საჭიროება, თუმცა დღეისათვის არ არსებობს წარმატებული ინტეგრირების სპეციფიკური მოდელი ან ნიმუში. საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, პრევენციული პროგრამების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, ჯანდაცვის სისტემები იყენებენ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელს და პრიორიტეტული სერვისების (როგორიცაა იმუნიზაცია, სკრინინგი და ა.შ.) მასტიმულირებელ სქემებს, რომელიც განუვლი სერვისების ხარისხისა და რაოდენობის გათვალისწინებით ახდენს თანხების მიმართვას დასახული შედეგების მისაღწევად.

დღეისათვის, საქართველოს თითქმის არანაირი გამოცდილება არ გააჩნია მასტიმულირებელი სქემებისა და პროგრამების კუთხით, რომლებიც მომსახურების ანაზღაურებას უზრუნველყოფენ წინასწარ განსაზღვრულ მიზნებზე დაყრდნობით (გარდა „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამის, რომელიც ითვალისწინებს ინდიკატორული პირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში, უანგარო დონაციებზე გაზრდილ ანაზღაურებას ბონუსის სახით და სენსიტიური და რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა ფულადი წახალისებისა, რომელსაც მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით, უზრუნველყოფენ გლობალური ფონდი და „ტუბერკულოზის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამა), თუმცა არსებობს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის არაერთი შეფასება და საერთაშორისო ორგანიზაციების (Global Alliance) რეკომენდაციები, რომელზე დაყრდნობით, ჩვენს მიერ პირველ ეტაპზე შემოთავაზებულია შემდეგი მოსაზრებები და წინადადებები:

ა) „C ჰეპატიტის მართვის“, „იმუნიზაციის“, „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა“ და „დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის“ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში დაინერგოს შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი (RBF), რაც მიზნად დაისახავს შემდეგს:

ა.ა) პირველადი ჯანდაცვის ექიმების წახალისების უზრუნველყოფას, რათა მათ ფოკუსირება მოახდინონ დაავადებათა პრევენციაზე, რაც ერთი მხრივ, ხელს შეუწყობს ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციას, ხოლო მეორე მხრივ, შეამცირებს სახელმწიფოს და პაციენტის მიერ მკურნალობაზე განუვლ ხარჯებს;

ა.ბ) C ჰეპატიტის სკრინინგით მოსახლეობის მაქსიმალურ მოცვას, დაავადების სრული ელიმინაციის მიზნით;

ა.გ) ვაქცინაციით მართვადი დაავადებებით გამოწვეული ავადობის შემცირებას;

ა.დ) B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის ვერტიკალური გზით, დედიდან შვილზე გადაცემის შემთხვევების შემცირებას;

ა.ე) კიბოს სკრინინგული კვლევებით სამიზნე კონტინგენტის მაღალ მოცვას, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას და ხელს შეუწყობს გადარჩენის მაჩვენებლის გაუმჯობესებას.

ბ) შემუშავდეს ძირითადი შესრულების ინდიკატორები (KPI), რომლებიც იქნება მარტივად ადმინისტრირებადი, თვლადი, დროში გაზომვადი და ელექტრონულად აღრიცხვადი, კერძოდ:

ბ.ა) 25-დან 50 წლამდე ასაკის მამაკაცების C ჰეპატიტის სკრინინგული კვლევებით მოცვის მაჩვენებელი (განერილი წლების მიხედვით);

ბ.ბ) ვაქცინაციის ძირითად ანტიგენებზე სამიზნე კონტინგენტის 95%-იანი მოცვა;

ბ.გ) ამბულატორიულ აღრიცხვაზე მყოფი კონტინგენტიდან, ორსულთა 100%-ის მინიმუმ ერთი ვიზიტით ანტენატალური მოცვის და 90%-ის ანტენატალური 4 ვიზიტით მოცვის მაჩვენებელი;

ბ.დ) ამბულატორიულ აღრიცხვაზე მყოფი სამიზნე კონტინგენტის ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგით მოცვის პროგრესირებადი მაჩვენებელი (პირველ წელს 25%-დან მომდევნო ხუთ წელიწადში 70%-იან მოცვამდე).

გ) შესრულების ინდიკატორებზე დაყრდნობით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში და „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაინერგოს შესრულებული სამუშაოსთვის ანაზღაურების სქემა (P4P) და/ან ბონუსების სისტემა, რისთვისაც გათვალისწინებულია შემდეგ მოდელის:

გ.ა) არსებული დაფინანსების ფარგლებში:

გ.ა.ა) „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით დაკონტრაქტებული ფიზიკური პირებისთვის განისაზღვროს ძირითადი თანხა 500-600 ლარის ოდენობით, რომელსაც სამიზნე ინდიკატორების შესრულების შემთხვევაში, განსაზღვრული პერიოდულობით (მაგ. კვარტალში ერთხელ) საანგარიშგებო პერიოდის ბოლოს დაემატოს ბონუსური თანხა შესრულებული სამუშაოს მოცულობის და ხარისხის გათვალისწინებით;

გ.ა.ბ) საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით დაკონტრაქტებული პირებისთვის განისაზღვროს ძირითადი თანხა კაპიტაციური დაფინანსების გარკვეული პროცენტის ოდენობით, ხოლო სამიზნე ინდიკატორების შესრულების შემთხვევაში, აუნაზღაურდეთ კაპიტაციით გათვალისწინებული სრული თანხა.

გ.ა.დ) ბონუსების მოცულობა ასევე გაიყოს 4 ძირითადი ინდიკატორის შესრულების მაჩვენებლის მიხედვით, ანუ მაგალითისათვის, თუ მიღწეულია 3 ინდიკატორი, ამ შემთხვევაში გადახდილი იქნას ბონუსის 75% და სხვა (აღნიშნული საკითხები წარმოადგენს ერთობლივი მსჯელობის საგანს და მოითხოვს დეტალურ დამუშავებას).

გ.ბ) ბონუსების სისტემა:

გ.ბ.ა) განისაზღვროს თითოეული სამიზნე ინდიკატორის შეწონილი ქულა და მათი შესრულების შემთხვევაში, „სოფლის ექიმის“ და „საყოველთაო ჯანდაცვის“ სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრულ ექიმის მომსახურების ღირებულებას (ხელფასი 500-650 ლარის ოდენობით და კაპიტაციური დაფინანსება), დადგენილი პერიოდულობით დაემატოს ბონუსის თანხა შეწონილი ქულების სისტემის მიხედვით.

გ.გ) სელექტიური სერვისების დაფინანსება:

გ.გ.ა) პირველადი ჯანდაცვის ექიმის (როგორც სოფლის ექიმის, ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტის მიმწოდებლის) მომსახურების ღირებულებად განისაზღვროს: გლობალური ბიუჯეტს (500-650 ლარის ან კაპიტაციის დაფინანსების მოცულობის გარკვეული პროცენტი, რომელშიც შევა ექიმის ხელფასი, კომუნალური და სხვა ხარჯები) + პრევენციული სერვისების (მაგ: ვაქცინაცია, პაპ-ტესტი, ორსულთა სკრინინგი, C ჰეპატიტის სკრინინგი) ანაზღაურება ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (fee-for-service).

აღნიშნული სქემების შერჩევისას მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იქნას ადმინისტრირების სიმარტივე და შესრულებადობა. ამასთან, ზუსტად უნდა განისაზღვროს ძირითადი მოტივაციური ფაქტორები, ინფორმაციის ელექტრონული სისტემების მეშვეობით ადმინისტრირების და შესაბამისი ინდიკატორების ავტომატურ რეჟიმში მონიტორინგის შესაძლებლობები და სათანადო გადანაცვებილები მიღებული იქნას საერთო კონსენსუსის საფუძველზე.

ამასთან, ინფორმაციული ნაკადების მართვისას, ამოსავალი პრინციპი უნდა იყოს ამჟამად არსებული მოდულების საფუძველზე მონაცემთა ერთ ანალიტიკურ სივრცეში მოქცევა და სხვადასხვა მოდულების მონაცემების ურთიერთმიმოქცევა. კერძოდ, საჭირო იქნება:

- თითოეულ სოფლის ექიმზე და ექთანზე (ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ერთ გუნდზე) მიბმული მოსახლეობის რაოდენობების სტანდარტიზაცია;
- თითოეულ სოფლის ექიმზე და ექთანზე (ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ერთ გუნდზე) მიბმული მოსახლეობის ზუსტი აღრიცხვა;
- სამიზნე ჯგუფების ასაკობრივ, გენდერულ და სხვა ჭრილში კატეგორიზაცია;

- თითოეული სამიზნე ჯგუფისთვის განეული პრევენციული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის, ხოლო თავის მხრივ აღრიცხულ ბენეფიციარებში დათვლილი მიღწეული მონაცემების მიმოცვლა სხვადასხვა ელექტრონულ მოდულებს შორის, რომლებშიც ხორციელდება ფინანსური და სხვა ტიპის მონაცემების შეყვანა.

ზემოაღნიშნული წინადადებები გახლავთ ჩვენი წინასწარი, შედარებით ნედლი რეკომენდაციები, რომლებიც უნდა იქნეს განხილული და დახვეწილი ერთობლივი მუშაობის ფორმატში.

თანხმობის შემთხვევაში, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, თქვენი ხელმძღვანელობით მოეწყოს სამუშაო შეხვედრები და აღნიშნული საკითხები განხილული იქნას სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენლებთან, დარგის ექსპერტებთან, თბილისის მერიის შესაბამისი სამსახურის წარმომადგენლებთან, სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და ცენტრის შესაბამისი დეპარტამენტების წარმომადგენლებთან ერთად. მას შემდეგ, რაც აღნიშნულ ფორმატში განხილვების შედეგად განისაზღვრება ძირითადი პრინციპები, მათი აღსრულების მექანიზმები და დოკუმენტი მიიღებს საბოლოო სახეს, იგი წარედგინოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს საბოლოო გადაწყვეტილებების მისაღებად.

გთხოვთ, თქვენს გადაწყვეტილებას.

პატივისცემით,

გენერალური დირექტორი



ამირან გამყრელიძე