

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა და ორგანიზაცია

სასწავლო კურსი

აკრედიტებულია დიპლომისშემდგომი განათლების (პროფესიული მზადების) და
უწყვეტი პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ 2006 წლის 16 ივნისს
აკრედიტაციის № 2006119 - მიენიჭა 40 კრედიტ-ქულა

ირინე ძაროსანიძე, კის შააკველი, ნინო კიკნაძე

თბილისი, 2006 წელი

კურსი - საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა და ორგანიზაცია

შინაარსი

1	არსებული მდგომარეობა	4
1.1	შესავალი	4
1.2	კურსის აღწერა	7
1.3	საოჯახო მედიცინის 2006 წლის კილოტური პროგრამა	9
2	ორგანიზაციისა და მართვის კურსი – პროგრამა	12
2.1	მოდული 1: კურსის შესავალი; საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ორგანიზაციის სამართლებრივი ასპექტები	12
2.2	მოდული 2: ადამიანური რესურსების მართვა	13
2.3	მოდული 3: ფინანსების მართვა	14
2.4	მოდული 4: ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების მართვა	16
3	საოჯახო მედიცინის გუნდის ამოცანები	18
3.1	მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება	18
3.2	საოჯახო მედიცინის გუნდის საქმიანობის ორგანიზაცია	19
4	სამართლებრივი ასპექტები	21
4.1	საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სამართლებრივი სტატუსი	21
4.2	საოჯახო მედიცინის საქმიანობის ლიცენზირება	26
4.3	კონტრაქტები	28
4.4	ჯანმრთელობის დაცვის კანონმდებლობა	31
5	ადამიანური რესურსების მართვა	34
5.1	რა არის ადამიანური რესურსების მართვა	34
5.2	კერძონალის დაქირავება	36
5.3	კადრების განვითარება	41
5.4	სამუშაო დატვირთვის გაანგარიშება	42
6	ფინანსების მართვა	47
6.1	შესავალი	47
6.2	შესყიდვა და კონტრაქტების გაფორმება	47
6.3	შემოსავლები	51
6.4	საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში განსაწვევი ხარჯების განსაზღვრის ყოვლისმომცველი მოდელი	53
6.5	ფინანსების აღმინისტრირება	57
7	ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების მართვა	64
7.1	რა არის ინფორმაციის მართვა	64
7.2	საინფორმაციო სისტემები საოჯახო მედიცინაში	67
7.3	არსებული მოთხოვნები მონაცემების შეგროვებასთან დაკავშირებით	70
7.4	საოჯახო მედიცინის საინფორმაციო სისტემების მართვა მომავალში	73
7.5	მონაცემთა შეგროვება საოჯახო მედიცინის 2006 წლის კილოტური პროგრამის ფარგლებში	77
7.6	მოსახლეობის რეესტრი	78
7.7	მონაცემები კაცინტეხტთან დაკავშირებულ სპეციფიურ პროცედურებში	79

დანართები

დანართი 1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის
მინისტრის ბრძანება №103/ო, დათარიღებული 15.04.2002-ით

- საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის დროებითი დებულება
(ცენტრი/დეპარტამენტი) 82
- ოჯახის მედიის მოვალეობების და კომპეტენციის დროებითი
დებულება 86
- ზოგადსაქმიანო პრაქტიკის მქონის მოვალეობების და
კომპეტენციის დროებითი დებულება 90
- ზოგადსაქმიანო პრაქტიკის მენეჯერის მოვალეობების და
კომპეტენციის დროებითი დებულება 94

დანართი 2 საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამა 98

დანართი 3 კონტრაქტი საოჯახო მედიცინის მომსახურების მიწოდების
შესახებ საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიან ფონდს
და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას შორის (პროექტი) 105

თავი 1. არსებული მდგომარეობა

1.1 შესავალი

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის მთავარი მიზანი პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე და მოქნილი სისტემის შექმნაა, რომელიც დასავლეთ ევროპაში საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და კონცეფციას დაემყარება. ამგვარი ტრანსფორმაციისა და პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი მოდელის ჩამოყალიბების აუცილებლობის ნათელი დადასტურებაა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სავალალო მაჩვენებლები, რომლებიც უკანასკნელი 12-15 წლის მანძილზე გაუარესდა არამხოლოდ დასავლეთ ევროპის, არამედ აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებთან შედარებითაც. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის, ტუბერკულოზის, ინფექციური, პარაზიტული და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მართვის სფეროებში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ცუდი მაჩვენებლები მრავალი ფაქტორის შედეგია, რომელთა შორის აღსანიშნავია მძიმე სოციალური მდგომარეობა, რაც პაციენტს საშუალებას არ აძლევს გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების საფასური, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მოსახლეობის განათლების დაბალი დონე, უნდობლობა სამედიცინო პროფესიონალების მიმართ და ა.შ. მართალია, ფინანსური ბარიერი ყველაზე ძლიერმოქმედი ფაქტორია, რომელიც ართულებს ჯანდაცვის სამსახურებთან მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია ამბულატორიული სამსახურების მიმართ მოსახლეობის უნდობლობა. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ამჟამინდელი მოძველებული ფიზიკური ინფრასტრუქტურა ნაკლებად მიმზიდველია პაციენტთა უმრავლესობისათვის. აქვე, უნდა აღინიშნოს, სათანადოდ მომზადებული ადამიანური რესურსის ნაკლებობაც. პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული პერსონალის მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილს აქვს გავლილი სპეციფიკური მომზადება, მათი უმრავლესობის უნარ-ჩვევები და კომპეტენცია არ შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის მოთხოვნებს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მოსახლეობა თითქმის არ მიმართავს პჯდ დაწესებულებებს. უკანასკნელ წლებში კატასტროფულად შემცირდა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია (1990 წლიდან დღემდე ერთ სულ მოსახლეზე მიმართვიანობა 7-8-დან შემცირდა 1.8 ვიზიტამდე, სოფლის ამბულატორიებში უტილიზაციის დონე კიდევ უფრო ნაკლებია - ერთ სულ მოსახლეზე 1 ვიზიტი წელიწადში). სერვისის უტილიზაციის ასეთი დონე ყველაზე დაბალია მთელს ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში (2002 წლის მონაცემები). დაბალია სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელიც.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა, რომელსაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ღონისძიებების მხარდაჭერით ახორციელებს, ითვალისწინებს მთელ რიგი ღონისძიებებს, რომელთა საშუალებით ჩამოყალიბდება პირველადი ჯანდაცვის ახალი სისტემა. იგი უზრუნველყოფს რა ჯანდაცვის სექტორში არსებული რესურსის ეფექტურ, სამართლიან და თანაბარ გადანაწილებას, ნაცვლად სამედიცინო დახმარების შეზღუდული პაკეტისა, მოსახლეობას შესთავაზებს ყოველსომომცველ და ხარისხიან მომსახურებას, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება ყველა მოქალაქისთვის, მიუხედავად მისი ასაკის, სქესის, თუ სოციალური მდგომარეობისა.

პირველადი ჯანდაცვა, როგორც კონცეფცია („მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი კონტაქტი“) ახალი არა არის. ორ ათწლეულზე მეტია, რაც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია პროპაგანდას უწევს მას და ამდენად, უკვე ფართოდაა ცნობილი მთელს მსოფლიოში.

პირველად ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება სპეციფიურია და განსხვავდება საბჭოთა სისტემისათვის ტიპიურ „ზესპეციალიზებული,“ ფრაგმენტული მომსახურებისაგან. ამდენად, პირველად ჯანდაცვაში გასათვალისწინებელია შემდეგი ასპექტები:

❖ **მოცვა.** პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ქვესისტემას, რომლის დანიშნულებაა მთელს მოსახლეობას გაუწიოს პირველი დონის მომსახურება მიუხედავად ასაკისა, სქესისა და სხვა

დემოგრაფიული ან სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა. არასაკმარისი რესურსების გამო გარკვეული შეზღუდვების არსებობის პირობებში, დეფინიციიდან გამომდინარე, იგი არის თემზე ორიენტირებული, საზოგადოების ყველა წევრისათვის გამიზნული, ყოვლისმომცველი დახმარება („ყველა დაავადება მთელი სიცოცხლის მანძილზე“). პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს ინდივიდუალური მკურნალობის არა მარტო დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ ასპექტებს, არამედ დაავადებათა პრევენციას, ჯანმრთელობის დამკვიდრებას, რეაბილიტაციას, მკურნალობას და საზოგადოების (თემის) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ, ყველა ასპექტსაც. ამას გარდა, პირველადი ჯანდაცვის სფეროს განვითარება უნდა მიესადაგებოდეს მკურნალობის სხვა დონეებს (ანუ, პაციენტები იგზავნიან მეორეულ დონეზე საჭიროებისამებრ, თუ ხარისხიანი მკურნალობის გასაწევად საჭირო აღჭურვილობა არ არის ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში).

❖ **პირველადი ჯანდაცვის გუნდი.** პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევაში მონაწილე პირები წარმოადგენენ სპეციალისტებს, რომლებმაც აირჩიეს ემუშავათ აღნიშნულ სფეროში და გააჩნიათ სათანადო სპეციალიზაცია (განსხვავებით მათგან, ვინც უბრალოდ დაამთავრა სამედიცინო სკოლა და/ან „ვერ მოახერხა სპეციალიზაციის გავლა მედიცინის სხვა დისციპლინებში“). მათ გააჩნიათ სხვადასხვა პროფილი და მუშაობენ გუნდური პრინციპით; საქართველოში გუნდი, ჩვეულებრივ, შედგება ერთი ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის და ერთი (ან მეტი) პირველადი ჯანდაცვის ექთნისაგან, იგი პასუხისმგებელია ნებაყოფლობით რეგისტრირებულ გარკვეულ მოქალაქეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. უფრო მეტი რაოდენობით მოსახლესთან მუშაობისას, ხდება „ძირითადი გუნდის“ დუბლირება მანამ, სანამ მოსახლეობა არ იქნება მოცული ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით. აღნიშნული პირველადი ჯანდაცვის გუნდები პასუხისმგებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში (ანუ, რომლის საჭიროებების შესაბამისი სპეციალური ცოდნა, უნარ-ჩვევები და კომპეტენციაც გააჩნიათ), რაც, შესაბამისად ასახულია მათ სამუშაოთა აღწერილობებშიც. ისინი არიან მოტივირებულები სათანადო ანაზღაურებით, პროფესიული კარიერის ნათელი პერსპექტივებით და სოციალურ დონეზე მეტად მნიშვნელოვანი საქმიანობის აღიარებით.

❖ **პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტი.** პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში არ ხდება „პასიურად,“ უბრალოდ მათი მიღებით, ვისაც ესაჭიროება დახმარება. პირიქით, იგი ექვემდებარება აქტიურ მენეჯმენტს (მართვას), რომელიც მიზნად ისახავს კონკრეტული მიზნების მიღწევას. აღნიშნული მიდგომა ასახულია სამ განზომილებაში:

- მაქსიმალურად მაღალხარისხიანი მომსახურების გაწევა ქვეყანაში აღიარებული კლინიკური და ორგანიზაციული პროტოკოლების შესაბამისად;
- საზოგადოების (თემის) პრიორიტეტების დაცვა და მათ საჭიროებებზე კონცენტრაცია;
- ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში შედეგების ეფექტურობის მაქსიმალიზაცია და მოქნილობა.

აღნიშნული მენეჯმენტური მიდგომა ეფუძნება ჯანდაცვის მართვის სათანადო საინფორმაციო სისტემას, რომელიც საშუალებას იძლევა ვაწარმოოთ გაუმჯობესების უწყვეტი პროცესი გუნდის საქმიანობის სისტემატური კრიტიკული ანალიზის შედეგად. ზოგადსაექიმო პრაქტიკის მენეჯერს (ძალიან განსხვავდება უბრალო „ადმინისტრატორისაგან“) მოეთხოვება უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის აქტივობების მაღალი შედეგები. მას უნდა გააჩნდეს სათანადო უფლებამოსილება იმისათვის, რომ აუცილებლობის შემთხვევაში, მოახდინოს რესურსების ხელახალი გადაანაწილება.

❖ **პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.** პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები არ წარმოადგენს საბჭოთა პერიოდის ტიპიურ სპეციალიზებულ პოლიკლინიკებს. პირიქით, ისინი წარმოადგენენ კონკრეტული დანიშნულების შენობებს სპეციალური აღჭურვილობით და საკმარისი მარაგებით, რომლებიც გამიზნულია ზემოხსენებული მოცვის უზრუნველსაყოფად. ეფექტურობისა და რაციონალურობის მიზნით, ჰჯდ შენობები შესაძლოა იყოს სხვადასხვა ზომის და სირთულის, საჭიროებისამებრ, მობილური ერთეულების ჩათვლით. თუმცა, აქ გაწეული დახმარება მუდამ უნდა

ხდებოდა პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციის ფარგლებში (რაც განსხვავდება ამბულატორიული, სპეციალიზებული დახმარებისაგან).

დასაწყისისათვის, უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის საწარმოები დამოუკიდებელი იურიდიული პირებია, რომლებსაც მინიჭებული აქვთ სრული თავისუფლება. ყველა სახელმწიფო მფლობელობაში არსებული პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი საწარმო (რაც მათ დიდ უმეტესობას შეადგენს), ეკუთვნის არა ჯანდაცვის სამინისტროს ან მუნიციპალიტეტებს (როგორც ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებში), არამედ სახელმწიფო ქონების მართვის დეპარტამენტს. ისინი იმართება თანახმად კანონისა „მეწარმეობის შესახებ“. ზოგიერთი რეგისტრირებულია, როგორც შეზღუდული პასუხისმგებლობის დამოუკიდებელი იურიდიული სტატუსის მქონე საწარმო, მაშინ როცა, სხვები დაჯგუფებულია ერთად: მაგ.: კახეთის რეგიონში სოფლის ამბულატორიების უმეტესობა რეგისტრირებულია, როგორც ერთი ორგანიზაცია ანუ შეადგენს რაიონის პოლიკლინიკის ნაწილს.

მართვის ფორმა განსხვავებულია უფრო მძლავრი ორგანიზაციებისათვის, სადაც მმართველად დანიშნულია რაიონული პოლიკლინიკის დირექტორი. სხვა, უფრო მცირე ამბულატორიებს, ექიმები თავად მართავენ გარკვეული ადმინისტრაციული პერსონალის დახმარებით. სახელმწიფო ამბულატორიული პროგრამა აფინანსებს ამბულატორიებში დასაქმებულ თითოეული სამედიცინო გუნდის ადმინისტრაციულ პერსონალს.

ზოგიერთ, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში (ამბულატორიებში, რომლებიც ასოცირებულია რაიონულ პოლიკლინიკებთან), ექიმები ასევე ასრულებენ ცენტრის მენეჯერის როლს, ხოლო ცალკე ადმინისტრაციული პერსონალი კი საერთოდ არა ჰყავთ. ჯანდაცვის მიმწოდებლები იღებენ ფინანსურ რესურსებს საკონტრაქტო საფუძველზე ერთიანი სადაზღვევო ფონდიდან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის რეგიონული ერთეულებიდან და სხვა წყაროებიდან. უმთავრესად, საწარმოს მენეჯერებს (მთავარ ექიმებს) აკისრიათ სრული პასუხისმგებლობა და დაწესებულებაში წარმოადგენენ ერთადერთ გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებს ფინანსური ხარჯების საკითხებში.

რაც შეეხება ფინანსურ სუბორდინაციას, დაწესებულებები, რომლებიც წარმოადგენს უფრო მსხვილი პოლიკლინიკისა თუ ამბულატორიის გაერთიანების ნაწილს, ანგარიშვალდებულია უშუალოდ რაიონული პოლიკლინიკის ხელმძღვანელის წინაშე. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკისა გაერთიანების მენეჯმენტი პასუხისმგებელია ანგარიშგებაზე ადგილობრივი საგადასახადო ინსპექციის, ერთიანი სადაზღვევო ფონდისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის რეგიონული ერთეულების წინაშე. მენეჯმენტი, ასევე, პასუხისმგებელია ეპიდემიოლოგიურ-სტატისტიკური ინფორმაციის რეგულარულ შეგროვებაზე (თანახმად კანონმდებლობის და განკარგულებებისა) და ანგარიშვალდებულია ზემდგომი ორგანოების წინაშე.

აღნიშნულის გარდა, ადმინისტრაციული და მენეჯერული ფუნქციები მოიცავს:

- პერსონალის დაქირავებას და დათხოვნას
- შენობა-ნაგებობების ორგანიზაციას, დასუფთავებას და მოვლა-პატრონობას
- ბაზისური პაკეტის ზევით, დამატებითი მომსახურების ორგანიზებას.

საქართველოში არსებობს რამდენიმე მოსაზრება საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის (ცენტრის, განყოფილების) მართვასთან დაკავშირებით: დამოუკიდებელი პრაქტიკები, ასევე, პოლიკლინიკის ფარგლებში ფუნქციონირებადი და „პჯდ რეფორმის სააგენტოსთან“ არსებული რაიონული მენეჯერების მიერ მართული პრაქტიკები. განსხვავება საოჯახო მედიცინის საწარმო-შენობას, საოჯახო მედიცინის დაწესებულებას და ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პერსონალს (სოლო/ჯგუფური პრაქტიკა) და საოჯახო მედიცინის გუნდს (მხოლოდ 2 მუშაკი – ექიმი და მედლა) შორის დღესდღეობით ბუნდოვანია. სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაცია გვთავაზობს ორგანიზაციისა და მართვის კონკრეტულ მოდელებს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკისათვის, რაზეც, ჯერჯერობით ჯანდაცვის მთავრობის მიერ, გადაწყვეტილება მიღებული არ არის.

1.2 კურსის სამართო ასაქმები

კურსის **საერთო მიზანია** ხელი შეუწყოს საოჯახო მედიცინაში დასაქმებულ პერსონალს, გადაჭრას დაწესებულების ორგანიზაციისა და მართვის ამოცანები, რომლებიც დაკავშირებულია მოსახლეობისათვის ბაზისური პაკეტით გათვალისწინებული მოცულობის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასთან. კურსი შედგენილია ევროკავშირის მხარდაჭერით განხორციელებული „საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმის“ პროექტის ფარგლებში შემუშავებული „კახეთის გენერალური გეგმის“ საფუძველზე; კურსის განმახორციელებელია საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი.

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკებსა და სახელმწიფო შემსყიდველს (საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიან ფონდს), შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს შორის სათანადო ურთიერთქმედების მიზნით, ხსენებული დაწესებულებების წარმომადგენლები, აგრეთვე, მონაწილეობას მიიღებენ კურსით გათვალისწინებულ (ზოგიერთ) ღონისძიებებში.

„საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა და ორგანიზაცია“ – კურსის ჩასატარებლად შერჩეულია ექვსი მიზნობრივი ჯგუფი:

- 1 გადამზადებული ოჯახის ექიმები;
- 2 გადამზადებული ოჯახის ექთნები;
- 3 ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტების პერსონალი;
- 4 სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის რეგიონული ქვედანაყოფის პერსონალი;
- 5 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტის პერსონალი;
- 6 საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის ცენტრალური ოფისის პერსონალი.

2006 წლისათვის, მოსალოდნელია, კურსის მონაწილეთა შემდეგი რაოდენობა:

მიზნობრივი ჯგუფი	კახეთი	იმერეთი და აჭარა	სულ
ოჯახის ექიმები და ექთნები	159	119	278
წარმომადგენლები ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს რეგიონული დეპარტამენტებიდან	7	-	21
მონაწილეები სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის რეგიონული ოფისებიდან	7	14	21
წარმომადგენლები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული დეპარტამენტიდან	10	10	20
მონაწილეები საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის ცენტრალური ოფისიდან	-	-	10
სულ	183	143	350

კურსის „საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა და ორგანიზაცია“ **ძირითადი თემებია:**

- 1 საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის (ცენტრი/განყოფილება) სამართლებრივი ასპექტები;
- 2 ადამიანური რესურსების მართვა;
- 3 ფინანსური რესურსების მართვა;
- 4 ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის მართვა.

სწავლების შედეგები

წინამდებარე კურსის დასრულების შემდეგ, მონაწილეებს:

- განუვითარდებათ საოჯახო მედიცინის ახალი პრაქტიკის მართვისა და ორგანიზაციის კონცეფციის აღქმა;
- გაუადვილებათ იმ ადმინისტრაციული და ფინანსური ამოცანების გადაჭრა, რომელიც წარმოიშობა რეგისტრირებული მოსახლეობისათვის სტანდარტული პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების გაწევის პროცესში;
- განუვითარდებათ აღქმა იმისა, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ მართვისა და ორგანიზაციის ფუნქციები ყოველდღიურ, რუტინულ საქმიანობაში;
- შეეძლებათ სათანადო ურთიერთობების დამყარება სახელმწიფო შემსყიდველთან, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან;
- შეეძლებათ კონტრაქტის ყველა მოთხოვნას შეუსაბამონ მათ მიერ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება;
- განუვითარდებათ აღქმა იმისა, თუ როგორ მოახდინონ პერსონალის, ფინანსების, ინფორმაციის, დაწესებულებისა და ხარისხის მართვა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

კურსი „საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა და ორგანიზაცია“ მოიცავს ლექციების კურსს, რომლებსაც მოჰყვება დისკუსიები, სასწავლო მაგალითები, სავარჯიშოები და საბოლოო ტესტი. აქცენტი კეთდება მართვისა და ორგანიზაციის პრაქტიკულ მხარეზე და არა თეორიულ ასპექტებზე. კურსი ჩაუტარდება, მაქსიმუმ, 20 მონაწილისაგან შემდგარ ჯგუფებს.

თუ შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო გადაწყვეტს შექმნას პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) მენეჯერ/იმპლემენტატორის ახალი პროფესია, მაშინ OPM-ის კონსულტანტები უზრუნველყოფენ პჯდ მენეჯერების სათანადო მომზადებას, ხოლო M&A კურსის პროგრამა შემცირდება/ადაპტირებული იქნება შესაბამისად. თუმცა, არსებული გენერალური გეგმა ითვალისწინებს საოჯახო მედიცინის ახალი ცენტრების თვითმმართველობას, დარგში არსებული რეგიონული ორგანოების (SUSIF-ის, MoLHSA-ს და DPH-ის) დახმარებით.

კურსის ჩატარების მიზნით შერჩეულ იქნა თბილისის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მომუშავე ოთხი მენეჯერ-მასწავლებელი, რომლებმაც გაიარეს სპეციალური მომზადება იმისათვის, რომ წარმატებით წარმართონ აღნიშნული კურსი საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში 2006 წლის ივნის-დეკემბერში.

მასწავლებელთა სასწავლო პროგრამა შეიცავს არა მარტო უშუალოდ კურსით გათვალისწინებული დისკუსიებისა და სავარჯიშოებისათვის საჭირო ინფორმაციას, არამედ, ასევე, ინფორმაციას არსებული მდგომარეობის თაობაზე, რაც სასარგებლოა საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებისათვის.

მე-2 თავში მოცემული M&A კურსის პროგრამის მიმოხილვა.

3-7 თავი შეიცავს ინფორმაციას, რომელიც დაეხმარება მსმენელებს კურსის მიმდინარეობის პროცესში, როგორც ეს მითითებულია კურსის პროგრამაში - თავი 2. მონაწილეებს წინასწარ დაურიგდებათ დამატებითი სამუშაო დოკუმენტაცია. მათ უნდა ჩაინიშნონ ნებისმიერი საკითხები თუ იდეები, რომელთა დაუყოვნებლივ გადაჭრა ვერ მოხერხდება, რათა აღნიშნული პრობლემების ხელახალი განხილვა მოხდეს კურსის დასრულებამდე ან უფრო მოგვიანებით, შემდგომ ეტაპზე.

3-7 თავი, ასევე შეიცავს ზოგად ინფორმაციას, რომელიც სასარგებლოა საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებისა და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე სახელმწიფო თანამდებობის პირებისათვის. აღნიშნული საკითხები განხილული არ იქნება უშუალოდ კურსის მიმდინარეობის პროცესში. კურსის პროგრამა, მისი დასრულების შემდეგ, შესაძლოა გამოყენებული იქნას, როგორც საოჯახო მედიცინის საქმიანობის დამხმარე სახელმძღვანელო.

1.3 საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამა

2006 წლის განმავლობაში გადამზადებული ოჯახის ექიმების და ექთნების პირველი ჯგუფები დაუბრუნდებიან თავიანთ სამუშაო ადგილებს, ღონორი ორგანიზაციების მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებში გარემონტებულ და აღჭურვილ დაწესებულებებში - კახეთში, აჭარასა და იმერეთში. ამასთანავე, პირველი ივლისიდან, აღნიშნულ ახალ საოჯახო მედიცინის პრაქტიკებს ექნებათ განსაკუთრებული სტატუსი და 2006 წლის სახელმწიფო ამბულატორიულ პროგრამაში მათთვის გამოყოფილი ბიუჯეტი.

2006 წლის პილოტური პროგრამა გამოხატავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მზადყოფნას, უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება თანმიმდევრული და მდგრადი გზებით. სისტემის ტრანსფორმაცია ხანგრძლივი და რთული პროცესია. რეფორმის ადრეული ეტაპის ღონისძიებები არ ითვალისწინებს არსებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის სრულ რეორგანიზაციას. პირველი ცვლილებები სოფლის ამბულატორიებს შეეხება. სოფლად სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელის ამოქმედება და მიღებული შედეგების ანალიზი, კარგ ნიადაგს შექმნის მომდევნო ნაბიჯების დაგეგმვისათვის.

უცხოური ინვესტიციების საშუალებით შეკეთდა და აღიჭურვა სოფლის რამდენიმე ამბულატორია იმერეთში, კახეთსა და აჭარაში. სპეციალური სასწავლო პროგრამებით გადამზადდა იქ დასაქმებული პერსონალი. 2006 წლიდან, ფუნქციონირებისთვის, მზად იქნება 22 პჯდ დაწესებულება იმერეთში, 24 აჭარაში, ხოლო 15 კახეთის რეგიონში. გადამზადებული პროფესიონალები პაციენტებს თვისობრივად განსხვავებულ და მაღალი ხარისხის მომსახურებას შესთავაზებენ, რაც დადებითად აისახება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

რეაბილიტირებული ობიექტების ამოქმედებას და მათი ფუნქციონირების თავისებურებების შესწავლას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის შემდგომი განხორციელებისათვის. საქართველოში, პირველადი ჯანდაცვის მოდელის საბოლოო ჩამოყალიბება, სწორედ, ადრეულ ეტაპებზე მიღებული გამოცდილებისა და სირთულეების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ყოვლისმომცველი და კონკრეტულად, საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამის მიზანი არის სამიზნე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

პროგრამის ზოგადი (გრძელვადიანი) ამოცანები:

- ✓ პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა;
- ✓ რეაბილიტირებულ ცენტრებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება.

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის კრიტიკული ამოცანაა. უტილიზაციის მაჩვენებელი კარგად გამოხატავს იმას, თუ, უახლოეს პერიოდში როგორ შეიცვლება მოსახლეობის დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების და მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ.

პროგრამის სპეციფიკური ამოცანები:

- ✓ ხელმისაწვდომობისა და მოცვის გაუმჯობესება;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა;
- ✓ პაციენტების მოთხოვნილებებსა და საჭიროებებზე ორიენტირებული სამსახურების ამოქმედება;
- ✓ ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის (გაცნობიერებულობის) ღონის გაზრდა.

ზემოაღნიშნული ამოცანების განხორციელების გზები:

- ✓ მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელის ამოქმედება, რომელიც ორიენტირებული იქნება პრევენციასა და ჯანმრთელობის დამკვიდრებაზე;
- ✓ რეაბილიტირებული ცენტრების ორგანიზაციული მოწყობისა და მართვის ოპტიმალური მოდელის შერჩევა და ამოქმედება;
- ✓ პროგრამით გათვალისწინებულ ობიექტებში დაფინანსების ოპტიმალური მოდელის ამოქმედება;
- ✓ ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების საფუძვლების ჩამოყალიბება განახლებული ობიექტების ფუნქციონირების თავისებურებების შესაბამისად;
- ✓ ახალი სამსახურების თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირება.

პროგრამის განხორციელების ძირითადი პრინციპებია:

- პირველადი ჯანდაცვის რეაბილიტირებულ ცენტრებში სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი იქნება საოჯახო მედიცინის გუნდი: ოჯახის ექიმი და ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
- პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელის დანერგვას ხელს შეუწყობენ სათანადოდ მომზადებული მენეჯერები, რომლებიც უზრუნველყოფენ საოჯახო მედიცინის ცენტრების ეფექტურ მართვას;
- დაფინანსების მოდელი უზრუნველყოფს პაციენტისთვის ოპტიმალურ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას;
- პროგრამის ფარგლებში მოხერხდება პირველადი ჯანდაცვის, როგორც ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი კონტაქტის ადგილის, „კარიბჭის“ ფუნქციის, მომსახურების უწყვეტობისა და რეფერალის უზრუნველყოფა;
- საოჯახო მედიცინის გუნდი ორიენტირებული იქნება პაციენტის საჭიროებების გამოვლენასა და დაკმაყოფილებაზე.

პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებები და მიზნობრივი მოსახლეობა

პროგრამაში მონაწილეობას მიიღებენ მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური დახმარებით რეაბილიტირებული პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები იმერეთის, აჭარისა და კახეთის რეგიონებში, რომლებიც დაკომპლექტდება გადამზადებული ოჯახის ექიმებით, ექთნებითა და მენეჯერებით.

პროგრამის ფარგლებში საოჯახო მედიცინის ცენტრები მომსახურებას გაუწევენ მათ სამოქმედო არეალზე (განსაზღვრულია გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის საფუძველზე) მცხოვრებ მოსახლეობას. მიზნობრივი მოსახლეობის განსაზღვრის შემდეგ, დაწესებულება იხელმძღვანელებს საპასპორტო სისტემის ოფიციალური მონაცემებით; თუმცა, შეინახავს გამგეობის ან საკრებულოს მიერ დამტკიცებულ ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს.

სამოქმედო არეალში გუნდების რაოდენობის განსაზღვრა ხდება შემდეგი პრინციპის საფუძველზე: ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი საშუალოდ 2000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით.

გამონაკლისი დაშვებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- ❖ მაღალმთიან და რთულად მისადგომ სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა არ შეესაბამება საშუალო ნორმატიულს;
- ❖ კარების დეფიციტის დროს (გუნდში ექიმის ან ექთნის არარსებობისას).

სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების ანაზღაურება მოხდება კომბინირებული მეთოდით: საბიუჯეტო და კაპიტაციური.

თავი 2. მართვისა და ორგანიზაციის კურსის სასწავლო პროგრამა

2.1 მოდული 1: კურსის შესავალი; საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სამართლებრივი ასპექტები

წინამდებარე მოდული მიწოდებული იქნება კურსის განხორციელების პირველ დღეს. მისი მიზანია, მსმენელებისათვის საქართველოს სამართლებრივი საფუძვლებისა და ჯანმრთელობის შესახებ კანონმდებლობის ძირითადი კანონების გაცნობა, ეფექტური და ეფექტიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველსაყოფად.

ამოცანები:

- საოჯახო მედიცინის სამართლებრივი და ნორმატიული აქტების, კანონების, კოდექსებისა და რეგულაციების გაგების განვითარების ხელშეწყობა.
- სამართლებრივი ურთიერთობებისა და ხელშეკრულებების გაფორმება დაქირავებულებთან, პაციენტებთან, სახელმწიფო შემსყიდველებთან, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან.
- საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მართვა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

სწავლების შედეგები:

წინამდებარე კურსის დასრულების შემდეგ, მონაწილეებს შეეძლება:

- ❖ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული ძირითადი სამართლებრივი საფუძვლების გაგება;
- ❖ პაციენტების უფლებებისა და მოვალეობების გაგება;
- ❖ საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სხვადასხვა იურიდიულ-სამართლებრივი ფორმების უპირატესობებისა და შეზღუდვების გაცნობიერება;
- ❖ სამართლებრივი სტატუსის იმ ფორმის არჩევა, რომელსაც მიანიჭებენ უპირატესობას იმისათვის, რომ სტანდარტული პაკეტის მოცულობის ფარგლებში უკეთესი მომსახურება მიაწოდონ რეგისტრირებულ მოსახლეობას;
- ❖ გაიგონ, თუ როგორ უნდა გააფორმონ სახელმწიფო კონტრაქტები და სხვა ხელშეკრულებები სხვადასხვა იურიდიულ პირებთან და პაციენტებთან;
- ❖ იმის გაგება, თუ რა არის ლიზინგი (არენდა) და როგორი ხელშეკრულება ფორმდება შენობების მესაკუთრებსა და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკებს შორის;
- ❖ პაციენტების საჩივრებზე რეაგირება;
- ❖ იმის გაგება, თუ რა სამართლებრივ საფუძვლებზე გახდება შესაძლებელი პაციენტთათვის მედიკამენტების მიწოდება იმ სოფლებში, სადაც არ არსებობენ ლიცენზირებული აფთიაქები; რატომ ესაჭიროება არსებულ კანონმდებლობას შეცვლა?
- ❖ საქართველოს კანონმდებლობის ფარგლებში მიმდინარე, ჯანმრთელობის ინდუსტრიის ეკონომიკური გარემოს კომპლექსური დინამიკის გაგება.

მსმენელთა მომზადება:

M&A კურსის დაწყებამდე, მსმენელებმა უნდა შეისწავლონ მოცემული სასწავლო პროგრამის თავი 1, 3 და 4.

დრო	საკითხი	სწავლების მეთოდოლოგია
10.00-10.30	წინასწარი ტესტი	წერილობითი ტესტი

10.30-11.30	განმარტება კურსის მიმდინარეობის თაობაზე; დისკუსია საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამის შესახებ.	ლექცია დისკუსია
11.30-12.00	სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების დახასიათება	ლექცია, შეკითხვები
12.00-12.15	შესვენება	
12.15-13.15	სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის უპირატესობები და შეზღუდვები	სავარჯიშო, დისკუსია
13.15-14.00	სადილი	
14.00-14.30	დაწესებულებათა ლიცენზირება	დისკუსია
14.30-16.00	კონტრაქტირების საკითხები	ლექცია, ანალიზი
16.00-16.15	შესვენება	
16.15-17.15	პაციენტის უფლებები	შემთხვევათა განხილვა

2.2 მოდული 2: ადამიანური რესურსების მართვა

წინამდებარე მოდული მიწოდებული იქნება M&A კურსის მეორე დღეს.

ამოცანები:

- სწორად იქნას აღქმული ადამიანური რესურსების მართვის კონცეფცია;
- საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში დაინერგოს ადამიანური რესურსების მართვის პრინციპები;
- ჩამოყალიბდეს მართებული ურთიერთობები და დაიდოს სათანადო კონტრაქტები მუშაკებთან, სახელმწიფო შემსყიდველთან, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან;
- პერსონალის და გაწეული მომსახურების ხარისხის მართვა განხორციელდეს საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად.

წინამდებარე მოდულის მიზანია უზრუნველყოფილ იქნას ადამიანური რესურსების მართვის, როგორც კონცეფციისა და ეფექტური/ეფექტიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის საშუალების სწორი აღქმა, რათა შემცირდეს „ეფექტურობის დეფიციტი“, რომელსაც ადგილი აქვს არსებულ ორგანიზაციებში; აგრეთვე, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრებს სთავაზობს წინადადებებს, თუ როგორ შეუძლიათ განვიითარონ მართვის უნარ-ჩვევები გუნდში ფუნქციონირების პროცესში. წინამდებარე მოდულში განხილული იქნება ადამიანური რესურსების მართვის ძირეული ასპექტების ძირითადი პრინციპები.

სწავლების შედეგები:

წინამდებარე კურსის დასრულების შემდეგ, მსმენელებს:

- ❖ ჩამოყალიბდებათ წარმოდგენა ადამიანური რესურსების მართვის კონცეფციაზე;
- ❖ შეეძენებთ, აგრეთვე, წარმოდგენა ადამიანური რესურსების მართვის განხორციელების თაობაზე;
- ❖ ადამიანური რესურსების მართვის განხორციელება მათი პრაქტიკის ფარგლებში;
- ❖ შეეძლებათ ჩამოაყალიბონ მართებული ურთიერთობები და დადონ სათანადო კონტრაქტები მუშაკებთან, სახელმწიფო შემსყიდველთან, სამთავრობო და არასამთავრობო დაწესებულებებთან;
- ❖ შეეძლებათ დაიცვან ყველა მოთხოვნა ადამიანურ რესურსებთან და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გაფორმებული ხელშეკრულებების ფარგლებში გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასთან მიმართებაში;

- ❖ შეექმნებათ წარმოდგენა, თუ როგორ განახორციელონ პერსონალის და გაწეული მომსახურების ხარისხის მართვა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

მსმენელთა მომზადება:

მე-2 მოდულის დაწყებამდე, მსმენელებმა უნდა შეისწავლონ მოცემული სასწავლო პროგრამის თავი 5.

დრო	საკითხი	სწავლების მეთოდოლოგია
სამუშაო		
10.00-10.30	მართვის პრინციპები	ლექცია
10.30-11.30	საოჯახო მედიცინის გუნდის საქმიანობის ორგანიზაცია	დისკუსია
11.30-12.00	სამუშაო დატვირთვის გაზომვა	სავარჯიშო
12.00-12.15	შესვენება	
12.15-13.15	სამუშაოს აღწერილობები	სავარჯიშო
13.15-14.00	სადილი	
14.00-15.00	საქმიანობის შეფასება	სავარჯიშო (შემთხვევების განხილვა)
15.00-16.00	უწყვეტი განათლების ორგანიზაცია	დისკუსია
16.00-16.15	შესვენება	
16.15-17.15	არასამედიცინო საქმიანობის შესასრულებლად საწარმოს გარეთ კონტრაქტების გაფორმება (outsourcing)	სავარჯიშო, დისკუსია

2.3 მოდული 3: ფინანსების მართვა

წინამდებარე მოდულს, მსმენელები გაეცნობიან M&A კურსის მესამე და მეოთხე დღეს.

სასწავლო მიზნები

- ჩამოყალიბდეს ფინანსური მართვის კონცეფციის აღქმა;
- დაინერგოს ფინანსური მართვის პრინციპები საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში;
- ჩამოყალიბდეს მართებული ურთიერთობები და გაფორმდეს შესაბამისი კონტრაქტები სახელმწიფო შემსყიდველთან და პაციენტებთან;
- დაინერგოს ფინანსური მართვის ერთიანი ტერმინოლოგია და ერთიანი სააღრიცხვო ანგარიშები, განხორციელდეს მათი შესაბამისი ინტერპრეტაცია;
- განხორციელდეს ფინანსებისა და პირველადი ჯანდაცვის საწარმოს მართვა საქართველოს კანონმდებლობის სრული დაცვით.

სწავლების შედეგები

წინამდებარე მოდულის დასრულების შემდეგ მსმენელებს შეეძლებათ:

- ❖ საბაზისო შეღავათების პაკეტის კონცეფციისა და მისი ფინანსური ასპექტების გაგება;
- ❖ პირველად ჯანდაცვაში გამოყენებული პროვაიდერის მიერ ანაზღაურების მეთოდების განსაზღვრა;
- ❖ რეგისტრირებული მოსახლეობის საოჯახო მედიცინის სტანდარტული პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების გასაწევად აუცილებელი ადმინისტრაციული თუ ფინანსური მოვალეობების გაცნობიერება;

- ❖ შეისწავლონ ტერმინოლოგია, ჩაატარონ ფინანსური მონაცემების ანალიზი და გაიგონ სხვადასხვა სააღრიცხვო დოკუმენტების შინაარსი;
- ❖ შეადგინონ კონტრაქტები კომუნალური მომსახურების შესახებ;
- ❖ განასხვავონ ძირითადი სააღრიცხვო ტერმინები, როგორცაა აქტივები, ვალდებულებები და სააქციო კაპიტალი, შემოსავლები და ხარჯები, პირდაპირი და ზედნაღები ხარჯები;
- ❖ შეადგინონ და სწორად გაიგონ მარტივი საბუღალტრო ბალანსი საწყისი ფინანსური მონაცემების საფუძველზე;
- ❖ შეადგინონ და სწორად გაიგონ მარტივი საშემოსავლო ბალანსი საწყისი ფინანსური მონაცემების საფუძველზე;
- ❖ აწარმოონ შემოსავლების და ხარჯების მართვა;
- ❖ აწარმოონ შენობების და აღჭურვილობის ამორტიზაცია;
- ❖ საბანკო ანგარიშის მართვა საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში;
- ❖ შეადგინონ მარტივი ბიზნეს-გეგმა;
- ❖ გამოუწერონ საგადასახადო მოთხოვნები (ანგარიშ-ფაქტურა) სახელმწიფო შემსყიდველს და პაციენტებს;
- ❖ წარუდგინონ ფინანსური და უტილიზაციის მონაცემები სახელმწიფო შემსყიდველს;
- ❖ სწორად გაიგონ ჯანდაცვის დარგის ეკონომიკური გარემოს რთული დინამიკა.

მსმენელთა მომზადება:

მე-3 მოდულის დაწყებამდე, მსმენლებმა უნდა შეისწავლონ მოცემული სასწავლო პროგრამის მე-6 თავი.

დრო	საკითხი	სწავლების მეთოდოლოგია
ოთხშაბათი		
10.00-10.30	ფინანსების მართვა - ზოგადი ნაწილი	ლექცია
10.30-11.30	ძირითადი შეღავათების პაკეტის ფინანსური ასპექტები	პრეზენტაცია, დისკუსია
11.30-12.00	სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის ანაზღაურების მეთოდები; ანაზღაურების მეთოდი პილოტური პროგრამის ფარგლებში	პრეზენტაცია, დისკუსია
12.00-12.15	შესვენება	
12.15-13.15	ხარჯების ტიპები; ხარჯების გაანგარიშება	ინტერაქტიული სემინარი
13.15-14.00	სადილი	
14.00-16.00	ბიზნეს-დაგეგმარება და ბიუჯეტი	პრეზენტაცია, სავარჯიშო, დისკუსია
16.00-16.15	შესვენება	
16.15-17.15	წლიური ბალანსი	სავარჯიშო, დისკუსია

დრო	საკითხი	სწავლების მეთოდოლოგია
ხუთშაბათი		
10.00-11.00	შემოსავლების აღრიცხვა	სავარჯიშო, დისკუსია
11.00-12.00	შემოსავლები პაციენტებისაგან; სალაროს	სავარჯიშო, დისკუსია

	წიგნი	
12.00-12.15	შესვენება	
12.15-13.15	საგადასახადო მოთხოვნების მომზადება და ანგარიშგება SUSIF-ის წინაშე	სავარჯიშო, დისკუსია
13.15-14.00	სადილი	
14.00-15.00	საგადასახადო მოთხოვნების მომზადება და ანგარიშგება SUSIF-ის წინაშე (გაგრძელება)	სავარჯიშო, დისკუსია
15.00-16.00	ამორტიზაცია და კაპიტალდაბანდება	სავარჯიშო
16.00-16.15	შესვენება	
16.15-17.15	გადასახადების გადახდა	სავარჯიშო, დისკუსია

2.4 მოდული 4: ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების მართვა

წინამდებარე მოდული მიწოდებული იქნება M&A კურსის მეხუთე და ბოლო დღეს.

ამოცანები:

ინფორმაციის მოპოვების, დამუშავების და ანალიზის სიმძლავრეები საქართველოში, ძირითადად, მცირე და გადაწყვეტილებების მისაღებად ინფორმაციის გამოყენების რეგულარული პრაქტიკა, ჯერაც ნაკლებადაა გამოყენებული. კურსის ერთ-ერთი ამოცანაა პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის კლინიკური თუ ადმინისტრაციული გადაწყვეტილებების მიღებისას ინფორმაციის სარგებლიანობის შესახებ წარმოდგენის შექმნა.

ამდენად, წინამდებარე მოდული მიზნად ისახავს, დაეხმაროს საოჯახო მედიცინის პერსონალს მართვის საინფორმაციო სისტემის შექმნაში, რომელიც საშუალებას მისცემს საოჯახო მედიცინის ცენტრებს არა მარტო აწარმოონ ყოველდღიური ოპერაციები, არამედ გენერირებას უკეთებს მონაცემებს, რომელიც გამოიყენება პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესების შეფასების მიზნით.

უმთავრესი საკითხები, რომლებსაც პირველ რიგში ექცევა ყურადღება, შემდეგია:

- დამფინანსებლისათვის საგადასახადო მოთხოვნების (ფაქტურების) გამოწერა;
- ანგარიშგება SUSIF-ის, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის და იმ სხვათა წინაშე, რომლებიც დაკავებულია კონკრეტულად პაციენტთა რეგისტრაციით, კონტროლით და მინიმალური მონაცემების შეგროვებით;
- ინდივიდთა (მოსახლეობის) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მიზნით მონაცემების შეგროვება.

სწავლების შედეგები:

წინამდებარე მოდულის დასრულების შემდეგ მონაწილეებს უნდა შეეძლოს:

- ❖ გაიგონ მართვის და კომუნიკაციის სათანადო სისტემების შექმნის მნიშვნელობა;
- ❖ ინფორმაციის უზრუნველყოფა გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობისათვის;
- ❖ განსაზღვრონ ტენდენციები და გარემოებები, რომლებიც, სავარაუდოდ, ზეგავლენას იქონიებს ორგანიზაციების მიზნებზე;
- ❖ შეაფასონ საინფორმაციო ნაკადების დადგენის საჭიროება;
- ❖ განსაზღვრონ მმართველობითი კონტროლის ფორმები, რომლებიც შეესაბამება მართვის სხვადასხვა საინფორმაციო სისტემებს;

- ❖ გაანალიზონ მათი ორგანიზაციის საჭიროებები ინფორმაციის ჩასაწერად და შესანახად;
- ❖ განსაზღვრონ კონკრეტული საინფორმაციო მოთხოვნები, რომლებიც შეესაბამება ორგანიზაციის სხვადასხვა ნაწილებს;
- ❖ განსაზღვრონ მონაცემთა ის ჩამონათვალი, რომლებიც უნდა შეგროვდეს მართვის შესახებ ინფორმაციის მოსამზადებლად;
- ❖ გაიგონ მონაცემთა ბაზების ის შესაძლებლობები და გამოყენების საშუალებები, რომლებიც არსებობენ განვითარებული პირველადი დახმარების პირობებში;
- ❖ გააცნობიერონ ინფორმაციის გამოყენების მნიშვნელობა პროექტის მართვისას;
- ❖ დაგეგმონ და გრაფიკების შედგენის ტექნიკის გამოყენება;
- ❖ განსაზღვრონ პროექტის მმართველის როლი;
- ❖ გაიგონ, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ინფორმაციის მართვასთან დაკავშირებული სწავლების სტრატეგიების შემუშავება.

მსმენელთა მომზადება:

მე-4 მოდულის დაწყებამდე, მსმენელებმა უნდა შეისწავლონ მოცემული სასწავლო პროგრამის თავი 6.

დრო	საკითხი	სწავლების მეთოდოლოგია
პარასკევი		
10.00-10.30	ინფორმაციის მართვის მიზნები	ლექცია
10.30-12.00	მონაცემთა შეგროვების მიმოხილვა	პრეზენტაცია, დისკუსია
12.00-12.15	შესვენება	
12.15-13.15	როგორ უნდა შეფასდეს თქვენი დაწესებულების საქმიანობა	სავარჯიშო, დისკუსია
13.15-14.00	სადილი	
14.00-15.00	როგორ უნდა შეფასდეს თქვენი დაწესებულების საქმიანობა (გაგრძელება)	სავარჯიშო, დისკუსია
15.00-16.00	პაციენტთა რეგისტრაციის პროცედურა	სავარჯიშო
16.00-16.15	შესვენება	
16.15-16.45	ტესტი	
16.45-17.15	ევალუაცია	ზეპირი და წერიტი

თავი 3. საოჯახო მედიცინის გუნდის ამოცანები

3.1 მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო მომსახურება

საოჯახო მედიცინის გუნდის, როგორც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის, უმთავრესი მმართველობითი მიზნები შემდეგია:

პაციენტთა ნაკადების მართვა

- არის პირველი სამედიცინო კონტაქტის ადგილი ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ნებისმიერი ჯანმრთელობის პრობლემების გადაჭრის მიზნით უზრუნველყოფს მომხმარებლისათვის ღია და შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას, მიუხედავად ასაკისა, სქესისა ან პერსონალური განსხვავებული ნიშნისა.
- უზრუნველყოფს ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურ გამოყენებას კოორდინირებული მოქმედების გამო, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე სხვა პროფესიონალებთან ერთად და სხვა დონის სპეციალისტებთან ინტერფეისის (მიმართების სისტემა) საშუალებით, პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე იღებს რა ადვოკატის როლს.
- ანვითარებს პიროვნება-ცენტრისტულ მიდგომებს, რომელიც ორიენტირებულია ინდივიდებზე, მათ ოჯახებსა და თემზე.
- გააჩნია უნიკალური კონსულტაციური პროცესები, რომელიც ყალიბდება ხანგრძლივი ურთიერთობისას და ეფუძნება პაციენტისა და ექიმის ეფექტურ კომუნიკაციას.
- პასუხისმგებელია ხანგრძლივ და უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის საჭიროებების შესაბამისად.
- მონაწილეობს სპეციფიური გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში, რომელიც ემყარება თემის ავადობის გავრცელებასა და სინშირეს.
- ერთდროულად მართავს ინდივიდუალური პაციენტის ორივე - მწვავე და ქრონიკულ პრობლემებს.
- მართავს დაავადებებს თავის განვითარების ადრეულ ეტაპზე, როცა იგი წარმოდგენილია არადიფერენცირებული ფორმებით და ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება.
- ამკვიდრებს ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას ორივე - შესაფერისი და ეფექტური ინტერვენციით.
- გააჩნია სპეციფიური პასუხისმგებლობა თემის ჯანმრთელობის წინაშე.
- პაციენტის პრობლემებს მართავს მათი ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, კულტურულ და ეგზისტენციალურ განზომილებებში.
- გააცნობს პაციენტს კანონით მისთვის მინიჭებულ უფლებებს.

პრაქტიკის მართვა

- მოახდინოს სამოქმედო ტერიტორიაზე განლაგებული მოსახლეობის აღრიცხვა და რეგისტრაცია.
- მართოს პრაქტიკის საბანკო ანგარიში.
- მართოს პრაქტიკის ფინანსები საქართველოს საგადასახადო კოდექსის შესაბამისად, დროულად და სწორად წარადგინოს საჭირო მონაცემები საგადასახადო ინსპექციაში (საბუღალტრო ბალანსი, მოგება-ზარალის ანგარიში და სხვა ანგარიშები).
- მოამზადოს ყოველთვიური საანგარიშსწორებო მოთხოვნები და წარუდგინოს ის სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის რეგიონულ ერთეულს.

- განახორციელოს პრაქტიკის და პერსონალის სწორი ორგანიზაცია.
- წარუდგინოს ანგარიშები საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის; შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის რეგიონულ ერთეულებს.
- განახორციელოს საექსპლუატაციო ხარჯებისა და გადასახადების სწორად აღრიცხვა და საგადასახადო ინსპექციაში გადახდა.
- გამოიყენოს დადგენილი სტანდარტული ფორმები ანგარიშგების, რეფერალების, ანგარიშების და მედიკამენტების გამოწერისას.
- ხელი მოაწეროს კონტრაქტებს.
- მოახდინოს ადამიანური რესურსების ორგანიზაცია და მართვა.

3.2 პირველადი ჯანდაცვის გუნდის საქმიანობის ორგანიზაცია

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გასწევენ საოჯახო მედიცინის (დარგის) სპეციალისტები. პირველადი ჯანდაცვაში მონაწილე პროფესიები მეტად განსხვავებული და მრავალფეროვანია. სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტები, ჩვეულებრივ, ერთად მუშაობენ, რაც საშუალებას აძლევს მათ მიღწეონ პაციენტთა ჯანმრთელობის სასურველ მახასიათებლებს. პრაქტიკულად, „ერთად მუშაობა“ იღებს სხვადასხვა ფორმას:

- ოფიციალური ჯგუფი;
- თავისუფალი თანამშრომლობა;
- ჯგუფური მუშაობა სხვა გუნდებისათვის ქვე-კონტრაქტის საფუძველზე;
- კარიბჭე, სხვების გამოძახება საჭიროების შემთხვევაში;
- თანამშრომლობა მომვლელებთან და მეურვეებთან.

გარდა აღნიშნული შესაძლებლობებისა, არსებობს ძირითადი და გაფართოებული გუნდების შემდგომი განსაზღვრება. ძირითადი გუნდი, ჩვეულებრივ, შედგება ერთი ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის და ერთი (ან მეტი) ექთნისაგან (ექთნებისაგან), რომელიც ემსახურება პაციენტთა დადგენილ რიცხვს.

გუნდების ეფექტური მუშაობა შესაძლებელია მაშინ, თუ ადგილი აქვს ნდობასა და პატივისცემას მის წევრებს შორის და მათი შესაბამისი როლებისა და წვლილის მართებულ აღქმას. გასათვალისწინებელია პროფესიული განვითარება გუნდური მუშაობის თაობაზე. მულტი-დისციპლინური მიდგომის ჩამოყალიბება კვალიფიკაციის ამაღლების პროცესში, სასარგებლოა, გუნდის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად:

- ექიმისა და მედიცინისათვის ურთმახეთის როლების გაცნობის შესაძლებლობის მიცემით;
- იმ ცოდნის ბაზის, მისწრაფებებისა და ღირებულებების აღქმა, რომლებსაც ეფუძნება ჯანდაცვის თითოეული სპეციალისტის როლი;
- თითოეული სპეციალისტის როლის აღქმის განსაზღვრა სხვა პროფესიებთან მიმართებაში.

გუნდური მუშაობა არ არის იოლი ამოცანა. ეფექტიანობა ვერ იქნება გარანტირებული მხოლოდ სხვადასხვა სპეციალისტების კომპეტენციის აკუმულირებით, მეტ-ნაკლებად ოფიციალურად აღიარებული საორგანიზაციო სტრუქტურის ფარგლებში. რაც უფრო დიდია გუნდი, მით მეტია კოორდინაციისა და სათანადო კომუნიკაციის აუცილებლობა და მით უფრო რთულია ხელმძღვანელობის წინაშე მდგომი ამოცანა. გუნდის ორგანიზაციული ფორმა შესაძლოა იცვლებოდეს „ძირითადიდან“ „მეტად გაფართოებულამდე“- გამომდინარე კონკრეტული პაციენტებისა და თემის სამედიცინო საჭიროებებიდან; იგი, აგრეთვე, განსხვავდება „ძირითადი“ წევრების კომპეტენციიდან და პრაქტიკის გეოგრაფიული მდებარეობიდან გამომდინარე, მოცემულ ზონაში სხვა სამედიცინო სამსახურების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პჯდ გუნდის უმთავრესი ფუნქციაა პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაწევა მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფისათვის. იდეალურ შემთხვევაში, აღნიშნული მომსახურება ყოვლისმომცველი, მაღალი ხარისხის, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებებზე ორიენტირებულია და შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის სხვა მნიშვნელოვან მახასიათებლებს (უწყვეტობა, კოორდინაცია და სხვ.). ფუნქციური საკითხები, ყოვლისმომცველობისა და მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად, გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის კომპეტენციის ფარგლების გაფართოებას. კონკრეტული კომპეტენცია (ცოდნა, მიდგომა და უნარ-ჩვევები) აუცილებელია პჯდ გუნდის ფარგლებში, რათა მან ეფექტურად შეასრულოს თავისი როლი რეალურ და სწრაფად ცვალებად გარემოში. ამდენად, კომპეტენცია განსაზღვრავს, თუ რა წვლილი უნდა შეიტანონ გუნდის წევრებმა საერთო საქმეში ან როგორ განვითარდნენ გუნდის მიერ ვალდებულებების ეფექტიანად შესრულების მიზნით. ერთის მხრივ, კომპეტენციაზე ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სპეციალისტის როლი და განსაზღვრავს მის მიერ ორგანიზაციის ფარგლებში შესასრულებელ სამუშაოს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რესტრუქტურისაციის პროცესი გამოიწვევს პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა როლების ხელახალ განსაზღვრას და ახალი სამუშაო ადგილების წარმოშობას, რომელთა შექმნა ანუ კომპეტენციის შესაბამისი სამუშაოების განსაზღვრა, ყურადღებით უნდა იქნას გათვალისწინებული კონკრეტული როლის ფარგლებში. აღნიშნულ პროცესში სახელმძღვანელო პრინციპები შემდეგია:

- სამუშაოების ისეთი დიზაინი, რომ ცალკეული სამუშაოს შემსრულებელს საშუალება ჰქონდეს იყოს ანგარიშვალდებული მნიშვნელოვანი შედეგების მისაღებად;
- სამუშაოების განსაზღვრა ისე, რომ დატვირთვა იყოს მისაღები და აღნიშნული სამუშაო შეასრულოს კომპეტენტურმა და მოტივირებულმა პიროვნებამ;
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ სამუშაოს შემსრულებელი უზრუნველყოფილი იყოს დაბალანსებული სამუშაოთი მისი მრავალფეროვნების, ყოველდღიურობის, პერსპექტიულობისა და განვითარების თვალსაზრისით;
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ შესაძლებელი იყოს მისი შესრულება, ანუ ის, არ უნდა მოითხოვდეს კომპეტენციის ისეთ კომბინაციას თუ თვით კომპეტენციას, რომლის უზრუნველყოფაც რთული იქნება სამუშაოს შემსრულებლისათვის;
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ დასაქმებულს საშუალება მიეცეს შეითვისოს ახალი კომპეტენცია და რომელიც, შედეგად, უზრუნველყოფს მის ეტაპობრივ წინსვლას და თანამიმდევრულ დაგეგმვას პროფესიული განვითარების თვალსაზრისით.

თავი 4. სამართლებრივი ასაქმები

4.1 საოჯახო მფლობელის ორგანიზაციის სამართლებრივი ასაქმები

თანამედროვე სამართლის სისტემაში არსებობს სამართლებრივი აქტები, ნორმატიული აქტები, კოდექსები და რეგულაციები. იურიდიული პირის ცნება რეგულირებულია საქართველოს სამოქალაქო კანონმდებლობით, კერძოდ: სამოქალაქო კოდექსით.

საქართველოს ნორმატიული აქტებია: საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს კონსტიტუციური კანონები, საერთაშორისო ხელშეკრულებები, საქართველოს ორგანული კანონი, საქართველოს კანონები, პრეზიდენტის ბრძანებულებები, განკარგულებები და სხვ.

კანონი სამართლის უმთავრესი წყაროა. კანონად მიიჩნევა პარლამენტის მიერ მიღებული ნორმატიული აქტები. კოდექსი ეს არის კანონთა კრებული რომელიმე სფეროში.

სამოქალაქო კოდექსი არეგულირებს საკითხებს პირის დაბადებიდან მის სიკვდილამდე. მისი ძირითადი მიზანია პირთა „კერძო ცხოვრების“ მოწესრიგება. მეწარმეთა შესახებ კანონი არეგულირებს ყველა საკითხს დაკავშირებულს კერძო სამართლის იურიდიულ პირებთან. ადამიანები ფიქრობენ, რომ იურიდიული პირი ეს არის ჩვეულებრივად პირი, პიროვნება, რაც მცდარი მოსაზრებაა.

იურიდიული პირი არის განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად შექმნილი საკუთარი ქონების მქონე ორგანიზებული წარმონაქმნი, რომელიც თავისი ქონებით დამოუკიდებლად აგებს პასუხს და საკუთარი სახელით იძენს უფლებებსა და მოვალეობებს, დებს გარიგებებს და შეუძლია სასამართლოში გამოვიდეს მოსარჩელედ და მოპასუხედ.

იურიდიული პირი შეიძლება იყოს კორპორაციულად ორგანიზებული, წევრობაზე დაფუძნებული, წევრთა მდგომარეობაზე დამოკიდებული ან მისგან დამოუკიდებელი და მისდევდეს ან არ მისდევდეს მეწარმეობას.

რა განსხვავებაა კერძო სამართლის იურიდიულ პირსა და საჯარო სამართლის იურიდიულ პირებს შორის?

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი

საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად /ს.ს.ი.პ/ გვევლინება ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდი, რომელიც ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ასეთია, აგრეთვე, საწარმოთა მართვის სააგენტო.

კერძო სამართლის იურიდიული პირი

კერძო სამართლის იურიდიულ პირებს აერთიანებთ უმთავრესი პრინციპი, ეს არის ნების თავისუფალი გამოვლენა, რის საფუძველზეც იქმნება საერთოდ იურიდიული პირი. კერძო სამართლის იურიდიული პირები არ ფინანსდებიან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და აქვთ საკუთარი შემოსვლები. ასეთი ორგანიზაციების მიზანია მოგების მიღება. კერძო სამართლის იურიდიულ პირს (სამეწარმეოს თუ არასამეწარმეოს) უფლება აქვს განახორციელოს კანონით აუკრძალავი ნებისმიერი საქმიანობა, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ეს საქმიანობა წესდებაში გათვალისწინებული.

საქართველოს მეწარმეთა კანონის შესაბამისად, კერძო სამართლის იურიდიული პირებია: ინდივიდუალური მეწარმე, სააქციო საზოგადოება /ს.ს./, შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება /შ.პ.ს./, კომანდიტური საზოგადოება /კს/, კოოპერატივი, კონცერნი, სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება /სპს/.

ინდივიდუალური მეწარმე

ინდივიდუალური მეწარმის ცნება ყველაზე მეტადაა გავრცელებული მთელს მსოფლიოში. ეს არის მცირე ზომის ბიზნეს-წარმონაქმნი და მას შეიძლება წააწყდეთ ქუჩებში თუ ბაზრებში, ბაზრობებზე. მაგალითად, ინდივიდუალური მეწარმის ფორმით არიან ჩამოყალიბებული გაზეთისა თუ თამბაქოს ჯიხურები, მაღაზიები და სხვა.

ინდივიდუალური საწარმოს მფლობელია ერთი პირი, რომელიც თავის თავზე იღებს ყველა რისკს და შესაბამისად მოგებასაც.

კოოპერატივი

კოოპერატივი არის წევრთა შრომით საქმიანობაზე დაფუძნებული ან წევრთა მეურნეობის განვითარებისა და შემოსავლის გადიდების მიზნით შექმნილი საზოგადოება, რომლის ამოცანაა წევრთა ინტერესების დაკმაყოფილება და იგი მიმართული არ არის უპირატესად მოგების მიღებაზე.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება

ინდივიდუალური საწარმოს შემდეგ, შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება /შპს/ არის ყველაზე გავრცელებული ფორმა მსოფლიოში. შპს-ს ჰყავს აქციონერები და ზოგ შემთხვევაში სამეთვალყურეო საბჭო.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება მთელი მისი ქონებით. საზოგადოების პარტნიორი არ არის პასუხისმგებელი საზოგადოების ვალდებულებებზე, გარდა, კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ასეთი საზოგადოების დაფუძნება შეუძლია ერთ პირსაც.

სააქციო საზოგადოება

კომპანია, სადაც 60-ზე მეტი პარტნიორია, უნდა ჩამოყალიბდეს სააქციო საზოგადოებად. სააქციო საზოგადოებას (ს.ს.) ჰყავს აქციონერები და სამეთვალყურეო საბჭო. მას აქვს საწესდებო კაპიტალი, რომელიც დაყოფილია აქციებად. კაპიტალი უნდა შეადგენდეს სულ მცირე 15 000 ლარს. პასუხისმგებლობა კრედიტორების წინაშე, სააქციო საზოგადოებაში, შემოიფარგლება მთელი მისი ქონებით.

1999 წლის პრეზიდენტის ბრძანებულების თანახმად სამედიცინო დაწესებულებების სამართლებრივი სტატუსი ძირითადად არის სააქციო საზოგადოება და შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება. ასეთი ორგანიზაციების მფლობელია საჯარო სამართლის იურიდიული პირი - საწარმოთა მართვის სააგენტო და ზოგ შემთხვევაში მერია. მფლობელობა გამოიხატება ტექნიკური ნაწილის, კერძოდ შენობა-ნაგებობათა ფლობაში. მართვა მთლიანად მენეჯერთა კომპეტენციას წარმოადგენს. პოლიკლინიკების, ამბულატორიების, პოსპიტლებისა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერები, ვალდებულნი არიან, ჩაერთონ ორგანიზაციის ყოველდღიურ საქმიანობაში, გაანაწილონ ფინანსები და გამოვიდნენ წარმომადგენლებად საზოგადოების წაინაშე.

სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება

სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომელშიც რამდენიმე ფიზიკური პირი ერთობლივად, ერთიანი საფირმო სახელწოდებით ეწევა არაერთჯერად და დამოუკიდებელ მეწარმეობას და პარტნიორები საზოგადოების წინაშე პასუხს აგებენ როგორც სოლიდარული მოვალეები - უშუალოდ პირდაპირ, მთელ ვალდებულებებზე, შეუზღუდავად, მთელი თავისი ქონებით. პარტნიორები შეიძლება იყვნენ მხოლოდ ფიზიკური პირები.

კომანდიტური საზოგადოება

საზოგადოება, რომელშიც რამდენიმე პირი ერთობლივად, ერთიანი საფირმო სახელწოდებით ეწევა არაერთჯერად და დამოუკიდებელ მეწარმეობას, არის კომანდიტური საზოგადოება. თუ ერთი ან რამდენიმე პარტნიორის პასუხისმგებლობა საზოგადოების კრედიტორების წინაშე

განსაზღვრული საგარანტიო თანხის გადახდით შემოიფარგლება (კომანდიტები), ხოლო სხვა პარტნიორების პასუხისმგებლობა შეზღუდული არ არის, (პერსონალურად პასუხისმგებელი პარტნიორები – კომპლემენტარები).

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 57-ე მუხლის შესაბამისად:

ჯანდაცვის დაწესებულებები იყოფა 2 ჯგუფად: საჯარო სამართლის იურიდიულ პირებად და კერძო სამართლის იურიდიულ პირებად /ს.ს., შ.პ.ს და სხვ./;

მაგალითად, ერთიანი დაზღვევის სახელწიფო სადაზღვევო ფონდი და სამედიცინო ინსტიტუტი არიან საჯარო სამართლის იურიდიული პირები, ხოლო თითქმის ყველა საავადმყოფო, ამბულატორია თუ პოლიკლინიკა, არის კერძო სამართლის იურიდიული პირი.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები საქართველოში ფუნქციონირებენ პოლიკლინიკებისა და ამბულატორიების სახით. ვხვდებით ასევე გამონაკლისებს, როდესაც პოლიკლინიკა და ამბულატორია არის გაერთიანებული ერთ იურიდიულ პირში.

რა არის არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი?

იურიდიული პირი, რომლის მიზანსაც არ შეადგენს სამეწარმეო საქმიანობა, შეიძლება არსებობდეს, როგორც კავშირი (ასოციაცია) და ფონდი. კავშირი და ფონდი არასამთავრობო და არამომგებიანი ორგანიზაციებია. მიღებული მოგების განაწილება წევრებს შორის დაუშვებელია, მოგება უნდა მოხმარდეს კავშირისა და ფონდის მიზნებს. დამფუძნებლები იღებენ ანაზღაურებას მხოლოდ კანონით დადგენილი წესით.

განვიხილოთ არასამეწარმეო იურიდიული პირის 2 ფორმა: კავშირი ანუ ასოციაცია და ფონდი.

„კავშირი“ წარმოადგენს იურიდიულ პირს, სადაც გაერთიანებულია საერთო მიზნის მქონე პირები. „კავშირის“ დასაფუძნებლად საჭიროა მინიმუმ 5 დამფუძნებელი. ნებისმიერ ფიზიკურ პირს (ექიმი, ექთანი და სხვ.) აქვს უფლება იყოს კავშირის დამფუძნებელი.

„ფონდი“ წარმოადგენს კერძო სამართლის იურიდიულ პირს, სადაც ერთი ან რამდენიმე დამფუძნებელი დამოუკიდებელ სუბიექტს საკუთრებაში გადასცემს ქონებას საერთო-საზოგადო სასარგებლო მიზნის მისაღწევად. ფონდს, ასოციაციისაგან განსხვავებით, წევრები არა ჰყავს.

ევროკომისიის ექსპერტები, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი სტატუსის შერჩევის პროცესში, უპირატესობას ანიჭებენ ასოციაციას.

„კავშირის“ რეგისტრაციას ახორციელებს საგადასახადო ინსპექცია. „კავშირის“ ორგანიზაციული სტრუქტურა განმტკიცებულია მათივე შემუშავებული წესდებით. „კავშირის“ ხელმძღვანელობის პირდაპირი მოვალეობა ენიჭება გამგეობას, ცალკეულ შემთხვევებში, სპეციალურ წარმომადგენლებს. მართვის შეზღუდვები შეიძლება განისაზღვროს წესდებით, კავშირის მიზნებიდან გამომდინარე.

წესდება შეიძლება ითვალისწინებდეს ერთი პირის მიერ საქმეების ერთპიროვნულად გაძღვლის უფლებამოსილებას, ან აწესებდეს ერთზე მეტი პირის ერთობლივ ხელმძღვანელობას. ასევე, ითვალისწინებდეს გარკვეულ მოქმედებების შეზღუდვების დაწესებას ანუ განსაზღვრავს, რა გადაწყვეტილებები საჭიროებს სხვა საკონტროლო ორგანოების თანხმობას. წესდებით მოწესრიგებული უნდა იყოს წარმომადგენლობაზე უფლებამოსილი პირები, უფრო კონკრეტულად, იმოქმედებენ ისინი ერთპიროვნულად, რამდენიმე, თუ ყველა ერთობლივად. ასევე განსაზღვრული შეიძლება იყოს შეზღუდვები წარმომადგენლობით უფლებამოსილებაზე. საქართველოს კანონმდებლობით გვაქვს სპეციალური ნორმები კავშირის შესახებ, რომელთაგან ერთ-ერთია „კავშირის“ წევრობა. „კავშირის“ წევრად მიღება ხდება გამგეობის მიერ მსურველთა წერილობითი განცხადების საფუძველზე ან წესდებით გათვალისწინებულ სხვა შემთხვევებში.

ასოციაციის ფუნქციონირების სპეციალური რეგულაციები

გამგეობა

1. „კავშირის“ მმართველი კოლეგიალური ორგანოა გამგეობა, რომელიც აირჩევა „კავშირის“ წევრთა საერთო კრებაზე ოთხი წლის ვადით, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ აღნიშნული პროცედურა წესდებით სხვაგვარად არ არის განსაზღვრული. ვადის გასვლის შემდეგ, გამგეობას ავტომატურად უგრძელდება ძალაუფლება, ახალი გამგეობის არჩევამდე. წესდება, აგრეთვე, არეგულირებს გამგეობის წევრთა ანაზღაურების საკითხებს;
2. ნებისმიერ დროს, შესაძლებელია, მიღებულ იქნას ხელახალი გადაწყვეტილება გამგეობის წევრების არჩევის თაობაზე. წესდებამ, შესაძლოა, უზრუნველყოს აღნიშნულთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხების დარეგულირება.
3. თუ გამგეობა შესდგება უფრო ნაკლები წევრებისაგან, ვიდრე ეს წესდებითაა განსაზღვრული, ტრანზიტორულ პერიოდში, სასამართლომ, შესაძლოა, ვაკანტური ხმების დასაკავებლად, თვითონ დაასახელოს კავშირის წევრებისაგან გამგეობის ახალი წევრები. ასეთ შემთხვევაში, გამგეობის წევრები იწვევენ „კავშირის“ წევრთა საერთო კრებას, რათა მიღებულ იქნას საბოლოო გადაწყვეტილება ზემოაღნიშნულის თაობაზე.

კავშირის წევრთა საერთო კრება

1. „კავშირის“ უმაღლეს ორგანოს წარმოადგენს საერთო კრება, რომელიც მოიწვევა გამგეობის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში ან ყველაზე მცირე, წელიწადში ერთხელ მაინც.
2. საერთო კრება შეიძლება მოწვეულ იქნას წევრთა მეთაურის წერილობითი მოთხოვნით და კრების დღის წესრიგის მითითებით.
3. საერთო კრების მოწვევის შესახებ ყველა წევრს უნდა ეცნობოს წერილობით ან კრების მოწვევის შესახებ ინფორმაციის გამოქვეყნებით კრებამდე ორი კვირით ადრე მაინც.
4. „კავშირის“ საერთო კრებაზე მიიღება ისეთი გადაწყვეტილებებიც, რომელიც აღემატება გამგეობის კომპეტენციას. გადაწყვეტილება ძალაშია, თუ ხმა მისცა კონკრეტულ საკითხთან დაკავშირებით საჭირო წევრთა აუცილებელმა რაოდენობამ.
5. „კავშირის“ საერთო კრებაზე გადაწყვეტილებები მიიღება დამსწრეთა ხმების უბრალო უმრავლესობით; გადაწყვეტილება წესდების შეცვლის თაობაზე მიიღება ორი მესამედის უმრავლესობით, ხოლო კავშირის მიზნის შეცვლის შესახებ გადაწყვეტილებას სჭირდება ყველა წევრის ხმათა ოთხი მეხუთედი. თუ წევრებს არ შეუძლიათ დასწრება კრებაზე, უფლება აქვთ გააგზავნონ თავისი არჩევანის შესახებ დასტური წერილობითი ფორმით, რასაც ზუსტად იგივე ღირებულება და სტატუსი აქვს (ქვორუმისა და კენჭისყრის თვალსაზრისით), რაც კრებაზე დამსწრეთა მიცემულ ხმებს.

კომისიები

„კავშირის“ წევრთა საერთო კრებას, წესდების შესაბამისად, შეუძლია შექმნას კომისიები და მოახდინოს კრებებს შორის პერიოდში ძალაუფლების დელეგირება აღნიშნულ კომისიებზე, განსაკუთრებით, მნიშვნელოვანია „კავშირის“ აქტივობებზე მეთვალყურეობა. აღნიშნული კომისიის წევრები უნდა იყვნენ მხოლოდ „კავშირის“ წევრები.

სამეთვალყურეო საბჭოები

„კავშირის“ მიზნების დაცვის უზრუნველსაყოფად, საერთო კრებას შეუძლია ჩამოაყალიბოს სპეციალური სამეთვალყურეო საბჭო, თუ იგი გათვალისწინებულია „კავშირის“ წესდებით. სამეთვალყურეო საბჭოს წევრი, შესაძლოა, არც იყოს „კავშირის“ წევრი.

კავშირის წევრობა

1. „კავშირში“ შესვლის მსურველი პირი განცხადებით მიმართავს „კავშირის“ გამგეობას, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას გამგეობის წევრთა ხმების უმრავლესობის საფუძველზე

თუ „კავშირის“ წევრად გახდომის სპეციალური პროცედურა წესდებით არ არის განსაზღვრული.

2. „კავშირში“ გაწევრიანება და „კავშირიდან“ გამოსვლა ნებაყოფილობითია.
3. „კავშირში“ ამა თუ იმ პირის გაწევრიანება ხდება თვით წევრის სურვილისამებრ, რის შესახებაც მან წერილობით უნდა აცნობოს „კავშირის“ გამგეობას. არასაპატიო მიზეზით ზემოაღნიშნული მოვალეობების სისტემატური შეუსრულებლობის შემთხვევაში, საერთო კრების გადაწყვეტილებით, იგი ჩაითვლება საზოგადოებიდან გასულად. „კავშირის“ წევრი საერთო კრების გადაწყვეტილებით შეიძლება გაირიცხოს „კავშირის“ წესდების უხეში დარღვევის ან იმ მიზეზებისა და ამოცანების საწინააღმდეგო მოქმედებისათვის, რისთვისაც შექმნილია „კავშირი“ (იგი არ უნდა აღემატებოდეს ერთ წელს).
4. „კავშირის“ წევრობა არ გადაეცემა მემკვიდრეობით და არც სხვა პიროვნებას, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა, თუ ეს წესდებით არ არის განსაზღვრული.
5. იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს წესდებით განსაზღვრული შემთხვევა ან რაიმე მყარი საფუძველი წევრობის გადაცემისათვის, საერთო კრებას შეუძლია მოსურნე პირს უარი უთხრას „კავშირის“ წევრობაზე, ამ უკანასკნელს უფლება აქვს გაასაჩივროს გადაწყვეტილება სასამართლოში.
6. ნებისმიერ პირს შეუძლია გახდეს „კავშირის“ წევრი, გარდა იმ შემთხვევებისა, თუ აღნიშნული პირის შესვლა ასოციაციაში ეწინააღმდეგება „კავშირის“ ფუნდამენტურ პრინციპებს.

ფონდის ფუნქციონირების სპეციალური რეგულაციები

ფონდი (რეციპიენტებისათვის)

„ფონდის“ მიზანი, გარდა მუხლი 30-ე (პარაგრაფი 3) განსაზღვრული ამოცანებისა, შესაძლოა იყოს, აგრეთვე, გარკვეული პირებისა თუ განსაზღვრული ჯგუფის ადამიანების მხარდაჭერა. ყველა პირს, ვინც ღებულობს წილობრივ მონაწილეობას „ფონდის“ (რეციპიენტის) საკუთრების განკარგვაში, მმართველობით საბჭოსთან ერთად შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება ფონდის ლიკვიდაციის ან მიზნებისა და ამოცანების შეცვლასთან დაკავშირებით, რასაც ესაჭიროება იუსტიციის სამინისტროს თანხმობა.

ფონდისათვის შენატანების გაღების ვალდებულება

1. „ფონდის“ დამფუძნებელი იღებს პასუხისმგებლობას, ნოტარიალურად დამტკიცებული ფორმით, „ფონდის“ დაფუძნებასა და შენატანების გაღებაზე იმ რაოდენობით, რაც საჭიროა დასმული მიზნის მისაღწევად. თუ შენატანი არ იქნება საკმარისი, არსებობს საფუძველი უარი ეთქვას ფონდის რეგისტრაციას.
2. განსაზღვრული საკუთრების „ფონდისათვის“ გადაცემაზე უარის თქმის უფლება დამფუძნებელს აქვს „ფონდის“ რეგისტრაციამდე ნებისმიერ დროს. რეგისტრაციიდან ერთი თვის განმავლობაში, ქონება შეტანილ უნდა იქნას მთლიანად. წინააღმდეგ შემთხვევაში, „ფონდის“ რეგისტრაცია გაუქმდება.
3. „ფონდის“ მიზნები უნდა დაფინანსდეს ქონების გამოყენებით მიღებული შემოსავლებიდან, თუ წესდებით სხვა რამ არ არის განსაზღვრული. თუ გარკვეული პერიოდის შემდეგ მიღებული შემოსავლები არ არის საკმარისი, „ფონდის“ აქტივობები უნდა შემცირდეს ან შეჩერდეს და შემოსავლები დაემატოს „ფონდის“ ქონებას.
4. „ფონდის“ ქონებრივი მდგომარეობის ამსახველი ანგარიშები, სპეციალური ფორმით, უნდა მომზადდეს ყოველწლიურად.

სამეთვალყურეო საბჭო

1. წესდებით, შესაძლოა, გათვალისწინებული იყოს სამეთვალყურეო საბჭოს („ნდობით აღჭურვილ პირთა საბჭო“) ჩამოყალიბება. საბჭოს წევრების შერჩევა ხდება „ფონდის“ დამფუძნებლების მიერ დანიშვნების, რეგულარული გამოძახებების, სპეციალური წარმომადგენლებისა და მმართველობითი ორგანოს მეთვალყურეობის მიზნით. დამფუძნებლის სიკვდილის შემთხვევაში, ახალი წევრები, რეციპიენტების მიერ, შესაძლოა, დაემატოს სამეთვალყურეო საბჭოს შემადგენლობას, ან მისი ჩანაცვლება მოხდეს წესდებით განსაზღვრული შეზღუდვების გათვალისწინებით („კო-ოპტაციის“ წესი).
2. ყველა შემთხვევაში, იუსტიციის სამინისტრო, უნდა უზრუნველყოფდეს „ფონდის“ კანონისა და წესდების შესაბამისად ფუნქციონირებას. სამინისტრო რეგულარულად იღებს ინფორმაციას „ფონდის“ საქმიანობის შესახებ და ამოწმებს მის დოკუმენტაციას.
3. სამეთვალყურეო საბჭოს შეუძლია, ეჭვი შეიტანოს ან გამოუცხადოს უნდობლობა მმართველობითი ორგანოს და მოითხოვოს მისი გადაწყვეტილებებისა და ქმედებების გადამოწმება და საკითხების ხელახალი განხილვა, მათი შეცვლის მიზნით, თუ ისინი ეწინააღმდეგებიან კანონებს ან „ფონდის“ წესდებს.
4. სამეთვალყურეო საბჭო, რეგულარულად ამოწმებს მმართველობითი და სხვა ორგანოების დადგენილებების შესაბამისობას წესდებსთან. თუ წესდება ვერ უზრუნველყოფს აღნიშნული ურთიერთობების რეგულირებას, სამეთვალყურეო საბჭოს, შეუძლია გამოსცეს დამატებითი ინსტრუქციები.

ფონდის ამოცანების შეცვლა

თუ „ფონდის“ მიზნები, რეციპიენტების გარეშე ვერ განხორციელდა, ან არსებობს სხვა სერიოზული საფუძვლები „ფონდის“ ლიკვიდაციისათვის, იუსტიციის სამინისტრო აყენებს საკითხს, ლიკვიდაციის ნაცვლად, შეცვალოს „ფონდის“ მიზნები, იუსტიციის სამინისტროს, აგრეთვე, შეუძლია, შეუერთოს არსებული „ფონდი“ სხვა, მსგავსი მიზნებისა და ამოცანების მქონე „ფონდს“. თუ „ფონდის“ რომელიმე დამფუძნებელი ცოცხალია, გასათვალისწინებელია, მისი სურვილებიც.

4.2 ლიცენზირება

დღეისათვის საკითხები ლიცენზირების შესახებ რეგულირდება კანონით „სალიცენზიო საქმიანობის ნებართვის შესახებ“, ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით, კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პრეზიდენტის №564, 01.10.1999 ბრძანებულებით; გარდა ამისა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 05.10.2000 №132/6 და 24.12.2004 №357/6 ბრძანებებისა და საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 1 სექტემბრის №153 დადგენილების „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ“ საფუძველზე.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 1.2 პარაგრაფის 54-ე მუხლის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ ლიცენზიას გასცემს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ამავე კანონის 56-ე მუხლის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებას ეკრძალება სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე.

კანონი ლიცენზირებისა და ნებართვის შესახებ განსაზღვრავს ლიცენზირების საკითხებს დაკავშირებულს სამედიცინო დაწესებულებებთან (სავადმყოფოებთან, პოლიკლინიკებთან, ამბულატორიებთან და სხვ.)

კანონი „ლიცენზირებისა და ნებართვის“ შესახებ აწესრიგებს ლიცენზიითა და ნებართვით რეგულირებულ სფეროს, განსაზღვრავს ლიცენზიისა და ნებართვების სახეების ამომწურავ ჩამონათვალს, ადგენს ლიცენზიისა და ნებართვის გაცემის, მათში ცვლილებების შეტანისა და გაუქმების წესს.

ამ კანონით ტერმინი ლიცენზია განმარტებულია, როგორც:

ლიცენზია: ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ ადმინისტრაციული აქტის საფუძველზე, პირისათვის კანონით დადგენილი პირობების დაკმაყოფილების შესაბამისად მინიჭებული განსაზღვრული საქმიანობის განხორციელების უფლება.

ლიცენზიის გაუქმების პირობები

ლიცენზიის მფლობელის მიერ სალიცენზიო პირობების შესრულებას აკონტროლებს ლიცენზიის გამცემი. ლიცენზიის მფლობელის მიერ კანონით დადგენილი პირობების შეუსრულებლობა იწვევს მის დაჯარიმებას კანონით დადგენილი წესით. ჯარიმა განისაზღვრება კანონით. იგი სამჯერადაა, შესაბამისად გაზრდილი ოდენობით; თუ სამჯერ დაჯარიმების შემდეგ ლიცენზიის მფლობელის მიერ სალიცენზიო პირობები არ იქნება დაკმაყოფილებული, დადგება საკითხი მისთვის ლიცენზიის გაუქმების შესახებ.

კანონი ლიცენზირებისა და ნებართვის შესახებ გვაძლევს სრულ ჩამონათვალს იმ დარგებისა თუ საქმიანობებისას, რაც საჭიროებს ლიცენზიის მიღებას.

კანონმდებლობით გამოყოფილია ლიცენზიის 2 ძირითადი სახე, რომელიც იძლევა საქმიანობის წარმოების უფლებას, კერძოდ:

- ❖ ზოგადი ლიცენზია
- ❖ სპეციალური ლიცენზია

დოკუმენტაცია, რომელიც უნდა წარადგინოს ლიცენზიის მაძიებელმა პირმა ლიცენზიის მისაღებად

ლიცენზიის მაძიებელმა სამედიცინო საქმიანობაში ლიცენზიის მისაღებად უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- ა) წერილობითი განცხადება;
- ბ) ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან /იურიდიული პირის შემთხვევაში/, ფიზიკური პირის შემთხვევაში იდენტიფიკაციის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის ასლები;
- გ) სალიცენზიო მოსაკრებლის გადახდის დამადასტურებელი საბუთი;
- დ) დასაქმებული ექიმების სია და მათი სერტიფიკატები;
- ე) დაწესებულების პასპორტი

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 16: ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირება.

ამავე კანონის თანახმად, სერტიფიკატის მინიჭებისას სახელმწიფო იძლევა გარანტიას, რომ მის მფლობელ სპეციალისტს უნარი აქვს აწარმოოს დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობა ქვეყანაში არსებული პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

როგორ უზრუნველვეთ მედიკამენტების მიწოდება იმ სოფლებში, სადაც არ არის ლიცენზირებული აფთიაქი

საქართველოს კანონმდებლობა წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ მოიცავს საქართველოს კონსტიტუციას, ამ კანონსა და სხვა ნორმატიულ აქტებს.

კანონის „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, 34-ე მუხლის თანახმად, აფთიაქი, როგორც სამედიცინო დაწესებულება უფლებამოსილია:

- ა) აწარმოოს სარეალიზაციოდ ნებადართული სამკურნალო საშუალებების საცალო და ასევე წვილ-საბითუმო გაცემა;
- ბ) გახსნას აფთიაქის ფილიალები, რომლებიც გასცემენ მხოლოდ ურეცეპტოდ გასაცემ სამკურნალო საშუალებებს. ლიცენზირებას ექვემდებარება აფთიაქის ყველა ფილიალი.

საქართველოს კანონმდებლობით, „აფთიაქი“ – ეს არის სამედიცინო ფარმაცევტული დაწესებულება, რომელიც სახელმწიფო ნებართვით ახორციელებს სამკურნალო საშუალებების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების შესყიდვას, წამლის მომზადებას, კონტროლს, შენახვას, აღრიცხვას, ინფორმირებას და გაცემას.

აფთიაქში წამლის მომზადება და აფთიაქიდან, ასევე მისი ფილიალიდან, წამლის გაცემა შეუძლიათ მხოლოდ ფარმაცევტული განათლების მქონე სპეციალისტებს, ხოლო რეცეპტით გასაცემ სამკურნალო საშუალებებს გასცემს უმაღლესი ფარმაცევტული განათლების მქონე სუბიექტი.

სამკურნალო დაწესებულებებს წამლით ამარაგებს მათ სტრუქტურაში არსებული ან მასთან ხელშეკრულებით მომუშავე აფთიაქი. ამ შემთხვევაში, სამკურნალო დაწესებულება სამოქალაქო ხელშეკრულებას აფორმებს რომელიმე აფთიაქთან.

სტაციონარული სამკურნალო-პროფილაქტიკური და კლინიკური დაწესებულების სტრუქტურაში მყოფ აფთიაქებს ეკრძალებათ სამკურნალო საშუალებების საცალო რეალიზაცია.

სტაციონარული სამკურნალო პროფილაქტიკური და კლინიკური დაწესებულების აფთიაქი ავრცელებს ფარმაცევტულ ინფორმაციას და მკურნალ ექიმთან ერთად არეგულირებს პაციენტისათვის წამლის დანიშვნის, გაცემის და მოხმარების მიზანშეწონილობას.

საქართველოს კანონმდებლობა არ არეგულირებს საკითხს, რომელიც ეხება იმ სოფლებში მედიკამენტების შეტანას, სადაც არ არის აფთიაქები.

4.3 კონტრაქტები

4.3.1 კონტრაქტირების პრინციპები

კონტრაქტი არის შეთანხმება ორ ან მეტ მხარეებს შორის. კერძო სამართლის სუბიექტებს, კანონის ფარგლებში, შეუძლიათ, დადონ ხელშეკრულებები და განსაზღვრონ ამ ხელშეკრულებათა შინაარსი. მათ შეუძლიათ დადონ ისეთი ხელშეკრულებებიც, რომელიც კანონით გათვალისწინებული არ არის, მაგრამ არ ეწინააღმდეგება მას. მხარეები ვალდებული არიან დაიცვან ხელშეკრულების პირობები.

ჩვენს სინამდვილეში არსებობს მრავალი ტიპის ხელშეკრულება, რომელთაგან მნიშვნელოვანია:

- ❖ შრომითი კონტრაქტი (დამქირავებელსა და მუშაკს შორის);
- ❖ სამოქალაქო კონტრაქტი (აღნიშნული არეგულირებს საკითხებს სამოქალაქო შემთხვევებთან მიმართებაში – გირავნობა, იპოთეკა, უზურფრუქტი, ქორწინება, გადაზიდვა, მეკვიდრეობა, დაზღვევა და სხვ.)

სამართლებრივი ვალდებულებები იყოფა ორ ნაწილად – კონტრაქტუალურ და არაკონტრაქტუალურ ვალდებულებებად. რეალურ ცხოვრებაში უფრო მომგებიანია /უპირატესობის მქონე/ კონტრაქტუალური ვალდებულება, ვინაიდან ეს ის შემთხვევაა, როდესაც მხარეები წერილობით თანხმდებიან ყველა პირობაზე, რაც მათ მიერ უნდა იქნას შესრულებული თუ დაცული. არაკონტრაქტული ვალდებულებების რეგულაცია ხდება კანონის შესაბამისად.

ჩვენ ასევე ვხვდებით წერილობით და ზეპირ კონტრაქტს. მაგალითად, მხარეებს შორის გაფორმებული საიჯარო კონტრაქტი უნდა იყოს წერილობითი ფორმის, ხოლო ზეპირ კონტრაქტს ჩვენ ხშირად ვიყენებთ ყოველდღიურ ცხოვრებაში. მაგალითად, მაშინ, როდესაც მაღაზიაში ვყიდულობთ რაიმეს, ჩვენ ვდებთ ზეპირ კონტრაქტს. ეს არის შეთანხმება გამყიდველსა და მყიდველს შორის.

როგორც აღვნიშნეთ, კერძო სამართლის იურიდიულ პირებს (ს.ს, შპს და სხვ.) შეუძლიათ დადონ ნებისმიერი სახის კონტრაქტი მესამე პირებთან.

ხელშეკრულების დადებისას აუცილებელია არსებობდეს შემდეგი:

ნების გამოვლენა - მხარეების თავისუფალი თანხმობა ხელშეკრულების დადებაზე.

ოფერტის გაკეთება და აქცეპტი – ხელშეკრულების დადების შესახებ წინადადებას ეწოდება ოფერტი, ხოლო მეორე მხარის თანხმობას აქცეპტი. თუ არ არსებობს ოფერტი და აქცეპტი, შესაბამისად არ არსებობს ხელშეკრულება.

როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, ჯანდაცვის დაწესებულებათა უმრავლესობა არის კერძო სამართლის იურიდიული პირი (შპს, ს.ს.), რომელთა მენეჯერსაც თავისუფლად შეუძლია დადოს ნებისმიერი კონტრაქტი მესამე პირებთან. ასევე, გააფორმოს შრომითი კონტრაქტი მუშაკებთან (თანამშრომლებთან).

სხვა დანარჩენ შემთხვევაში, კონტრაქტის პირობები შემუშავებულია ორივე მხარის მიერ, რასაც მოგვიანებით ადასტურებენ ხელის მოწერით.

დაქირავებასთან დაკავშირებით კონტრაქტირება იხილეთ სექციაში 4.3.5.

4.3.2 კონტრაქტი საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიან ფონდს და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას შორის

სამართლებრივი საფუძველი საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიან ფონდს და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას შორის, არის შეთანხმება. შეთანხმების საგანია ორმხრივი უფლებები და მოვალეობები მოსახლეობისათვის 2006 წელში საოჯახო მედიცინის სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებით. შეთანხმება იხილეთ დანართი 3 (**კონტრაქტი საოჯახო მედიცინის მომსახურების მიწოდების შესახებ**). აღნიშნული კონტრაქტი არის პროექტი, რომელიც ოფიციალურად ჯერ კიდევ არაა დამტკიცებული. ხელშეკრულების ძირითადი პუნქტებია: საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის უფლებები და მოვალეობები; საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის უფლებები და მოვალეობები, ფასი და შეთანხმების სხვა საკითხები, აგრეთვე, მუხლი ფორსმაჟორულ მდგომარეობებთან დაკავშირებით.

4.3.3 სახელმწიფო შესყიდვები

არსებობს საქართველოს კანონი სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ, რომელიც ადგენს სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელების ზოგად სამართლებრივ, ორგანიზაციულ და ეკონომიკურ პრინციპებს და ამ კანონით დადგენილი წესები ვრცელდება ყველა სახის სახელმწიფო შესყიდვაზე, გარდა „სახელმწიფო საიდუმლოების შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრულ სახელმწიფო საიდუმლოებასთან დაკავშირებული სახელმწიფო შესყიდვებისა.

ამ კანონით შემსყიდველი ორგანიზაცია (საქართველოს, აფხაზეთისა და აჭარის მმართველობის ორგანოები, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები, საბიუჯეტო დაწესებულება-ორგანიზაციები, აგრეთვე სხვა დაწესებულებები და საწარმოები), რომლებსაც გამოეყოფათ სახელმწიფო და ადგილობრივი ბიუჯეტის სახსრები საქონლის, სამუშაოებისა და მომსახურების შესასყიდად, შესყიდვის ობიექტს აძლევს საშუალებას ტენდერის საფუძველზე განახორციელოს შესყიდვა.

ტენდერში მონაწილეობას ღებულობს ყველა ის სამედიცინო ორგანიზაცია /პრეტენდენტი/, რომელსაც სურს შეისყიდოს ესა თუ ის სამედიცინო მომსახურება /პროგრამა/; ტენდერში გამარჯვების შემდეგ შემსყიდველ ორგანიზაციასა და გამარჯვებულ სამედიცინო ორგანიზაციას შორის იდება ხელშეკრულება სატენდერო წინადადებაში განსაზღვრული პირობების მიხედვით.

შემუშავებულია ხელშეკრულების პროექტი, რომელიც უნდა გაფორმდეს ოჯახის ექიმსა და სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდს შორის. აღნიშნული კონტრაქტით დარეგულირდება მხარეთა უფლებები და ვალდებულებები, გადახდის პირობები და სხვა.

4.3.4 ლიზინგი და იჯარა

უმრავლეს შემთხვევაში, საავადმყოფოების, პოლიკლინიკებისა და ამბულატორიების მფლობელად გვევლინება სახელმწიფო, ძირითადად მერია და საწარმოთა მართვის სააგენტო, რომელიც შესაბამისად არის სამედიცინო დაწესებულების შენობა-ნაგებობების მფლობელი, ხოლო სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი ახორციელებს მართვას და მენეჯმენტს.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის თანახმად საიჯარო ხელშეკრულების მხარეები არიან „მეიჯარე“ და „მოიჯარე“.

ამ შემთხვევაში „მეიჯარე“ არის სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფოს, ხოლო „მოიჯარე“ ნებისმიერი ფიზიკური თუ იურიდიული პირი, რომელსაც სურს აიღოს გარკვეული ქონება /ფართი/ იჯარით/ დროებით სარგებლობაში.

საიჯარო კონტრაქტის შესაბამისად, „მოიჯარე“ ვალდებულია გადაუხადოს „მეიჯარეს“ გარკვეული საიჯარო თანხა /გათვალისწინებული ხელშეკრულებით/. მინიმალურ საიჯარო თანხას ადგენს დაწესებულების ხელმძღვანელი აქციონერთან შეთანხმებით /საწარმოთა მართვის სააგენტო/.

კანონმდებლობის შესაბამისად /ეკონომიკური განვითარების მინისტრის ბრძანება/ ფართის იჯარით გასაცემად დაცული უნდა იქნას შემდეგი პირობები:

- ა) უნდა არსებობდეს სამეთვალყურეო საბჭოს თანხმობა;
- ბ) საწარმოს მენეჯერის წერილი შენობა-ნაგებობის მფლობელზე, სადაც აღნიშნული იქნება მოთხოვნილი საიჯარო ფართის ოდენობა;
- გ) შენობა-ნაგებობის მფლობელის თანხმობის წერილი მოთხოვნილი ფართის იჯარით გაცემაზე;
- დ) საწარმო ვალდებულია, პრესის საშუალებით გამოაცხადოს კონკურსი გასაცემ ფართზე, სადაც აღნიშნული უნდა იყოს
 - ❖ საიჯარო თანხა;
 - ❖ საიჯარო ფართის ადგილმდებარეობა /იურიდიული მისამართი/
 - ❖ კონკურსის დასრულების თარიღი

კონკურსში მონაწილეობის მსურველმა, საწარმოს უნდა წარუდგინოს:

- განცხადება კონკურსში მონაწილეობაზე;
- ფინანსური წინადადება.

იმ შემთხვევაში, თუ „მეიჯარისათვის“ მისაღები იქნება რომელიმე კონკურსანტის წინადადება, გამოაცხადებს მას გამარჯვებულად და გაუფორმებს საიჯარო ხელშეკრულებას, არა უმეტეს 10 წლის ვადით.

ჯერჯერობით, უცნობია, დასჭირდება თუ არა საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას იჯარის ხელშეკრულება შენობის მესაკუთრესთან. იგი დამოკიდებულია, თუ რა ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმას შეარჩევს მთავრობა საოჯახო მედიცინის მომსახურების მიწოდებლებისათვის

4.3.5 შრომითი კონტრაქტი

შრომით კანონთა კოდექსი არეგულირებს ისეთ საკითხებს, როგორცაა მუშაკის დაქირავებისა და განთავისუფლების პროცესი. შრომითი კონტრაქტი არის შეთანხმება საწარმოსა (ორგანიზაციასა) და დაქირავებულს შორის.

შრომითი კონტრაქტის მხარეები არიან:

- ❖ დამქირავებელი (წესდებით განსაზღვრული ჯანდაცვის ორგანიზაციის წარმომადგენელი; ჩვეულებრივ, იგი არის ორგანიზაციის დირექტორი);
- ❖ დაქირავებული (კომპანიის თანამშრომელი).

შრომის კანონთა კოდექსი არეგულირებს ისეთ საკითხებს, როგორცაა მუშაკის დაქირავებისა და განთავისუფლების პროცესი (მუხლი 16).

„დამქირავებელი“ (სამედიცინო დაწესებულების დირექტორი) ვალდებულია „მუშაკს“ შეუქმნას სამუშაო პირობები და უზრუნველყოს ხელფასით, ხოლო მუშაკი ვალდებულია დაიცვას შრომის შინაგანაწესით და კონტრაქტით განსაზღვრული პირობები.

ორგანიზაციის (გენერალური) დირექტორი შეიმუშავებს კონტრაქტის პირობებს.

შრომითი კონტრაქტის ძირითადი პუნქტებია:

- ❖ ხელშეკრულების საგანი (დაქირავებულის თანამდებობა, სამუშაო დღეებისა და საათების რაოდენობის მითითებით);
- ❖ ორივე მხარის უფლებები და მოვალეობები;
- ❖ ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოსათვის;
- ❖ ფორს-მაჟორული მდგომარეობა

კონტრაქტი უნდა შეიცავდეს სამუშაოს დეტალურ აღწერილობას.

კონტრაქტი ძალაში შედის მხარეთა მიერ ხელმოწერის შემდეგ.

ხელშეკრულების სხვა ყველა არსებით პირობას მხარეები ადგენენ თავად, რასაც ხელშეკრულების ბოლოს ადასტურებენ ხელმოწერით.

4.4 **ჯანმრთელობის კანონმდებლობა**

4.4.1 **საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობის ზოგადი მიმოხილვა**

1995 წლიდან დღემდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიღებულ იქნა რამდენიმე კანონი და მრავალი ნორმატიული აქტი. სასურველია, განვიხილოთ ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი ძირითადი კანონები:

1. საქართველოს კონსტიტუცია;
2. კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
3. კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
4. კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
5. კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
6. კანონი ადამიანის ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესახებ;
7. სანიტარული კოდექსი;
8. კანონი სისხლისა და მისი პროდუქტების დონორობის შესახებ;
9. კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
10. კანონი სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
11. კანონი ვეტერინარული მომსახურების შესახებ;
12. კანონი შიდსის პრევენციის შესახებ;

13. კანონი ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ.

ზემოაღნიშნული კანონების შესაბამისად 100-ზე მეტი ნორმატიული აქტი იქნა მიღებული.

საქართველო არის ჯანდაცვის სფეროში ევროკონვენციის წევრი.

საქართველოს კონსტიტუცია

მუხლი 37

ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით, განსაზღვრულ პირობებში, უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.

კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებსა და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის, მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

კანონი მოიცავს თავებს, რომლებიც ეხება მოქალაქეთა უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში; ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვას, ორგანიზაციასა და დაფინანსებას; სამედიცინო და ფარმაცევტული პერსონალისათვის სახელმწიფო სერტიფიკატისა და სახელმწიფო ლიცენზიის მინიჭებას; სამედიცინო საქმიანობას; სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობას მთლიანად; ფსიქიატრიულ დახმარებას; დაავადებათა კონტროლსა და სხვა.

კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ

ეს კანონი აწესრიგებს და იცავს ადამიანის უფლებებს და ღირსეობებს ჯანდაცვის სისტემაში.

კანონის მიზანია დაცულ იქნას ისეთი უფლებები, როგორიცაა ინფორმაციის გაცემა, პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობა, ორსული დედების უფლებები და სხვა.

კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ

ამ კანონის მიზანია დაცულ იქნას ექიმთა უფლებები. წინამდებარე კანონის თანახმად სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია სისტემატურად აიმაღლოს კვალიფიკაცია და ჩაერთოს სწავლების სისტემაში. ყველაზე უმთავრესი პრინციპი კანონისა არის ის, რომ ქვეყანა ვალდებულია უზრუნველყოს მაღალის ხარისხის სამედიცინო მომსახურება.

კანონი აწესრიგებს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტების, საქართველოში მოღვაწე უცხოელი ექიმების უფლება-მოვალეობებსა და საქმიანობის წესს.

4.4.2 პაციენტისა და ოჯახის მემბრის უფლებები

ადამიანის უფლებების დაცვა იურისპრუდენციის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპია. ექიმისა და პაციენტის უფლებებს საქართველოში არეგულირებს საქართველოს კონსტიტუცია, კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“.

წერილობითი და ზეპირი კონტრაქტის წესი, ასევე, მოქმედებს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის შემთხვევშიც. მოქმედი კანონმდებლობის და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების თანახმად, ურთიერთობა პაციენტსა და ექიმს შორის რეგულირდება კონტრაქტით.

სამედიცინო აქტივობისას, სამედიცინო პერსონალი უნდა ხელმძღვანელობდეს პაციენტის ღირსების დაცვისა და სამართლიანობის პრინციპით. აკრძალულია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, აღმსარებლობის, სქესის, პოლიტიკური შეხედულებების, ეთიკური თუ სოციალური კუთვნილების, სექსუალური ორიენტაციის მიხედვით. სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია დაიცვას ქვემოთ ჩამოთვლილი ეთიკის ნორმები:

- ა) იმოქმედოს პაციენტის ინტერესების შესაბამისად;
- ბ) არ გამოიყენოს თავისი პროფესიული გამოცდილება და ცოდნა ჰუმანურ პრინციპებთან შეუსაბამოდ;
- გ) იყოს დამოუკიდებელი და თავისუფალი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებით. არ იმოქმედოს მხოლოდ საკუთარი ინტერესებით;
- დ) პატივისცემით მოექცეს კოლეგებს და დააფასოს მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები;

საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიზანია, დაიცვას მოქალაქეთა უფლებები ჯანდაცვის სფეროში, ასევე მოქალაქეთა უფლებები და ღირსებები.

საქართველოს ყოველ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო დაწესებულებაში მიიღოს მაღალკვალიფიციური და იმ სტანდარტების შესაბამისი მომსახურება, რაც არსებობს საქართველოში.

როდის აქვს უფლება პაციენტს მიმართოს სასამართლოს?

საქართველოს კონსტიტუციის თანახმად, ყოველ ადამიანს უფლება აქვს, თავის უფლებათა და თავისუფლებათა დასაცავად, მიმართოს სასამართლოს.

იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი და/ან სამედიცინო მომსახურების გამწვევი პირი ჩათვლის, რომ დაირღვა მისი უფლება, უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს.

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის შესაბამისად, (მუხლი 10) პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

1. კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისათვის, რომლებიც გამოწვეულია:
 - ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;
 - ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;
 - გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;
 - დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;
2. სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;
3. სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარული სტანდარტების შეცვლა.

თავი 5. ადამიანური რესურსების მართვა

5.1 რა არის ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი?

5.1.1 შრომითი რესურსების მართვის მიზანი და პრინციპები

შრომითი რესურსების მართვის მიზანი არის დაწესებულების მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება კვალიფიციური პერსონალის დაქირავებისა და მათთან კონტრაქტების გაფორმების გზით; ლიდერის ჩვევების განვითარება; ორგანიზაციული ეფექტურობის სტრატეგიების თაობაზე რეკომენდაციის გაწევა; სამუშაო გარემოში მუშაკთა კმაყოფილების, გუნდური სულისკვეთების, მიუკერძოებლობის, კანონის დაცვისა და პროდუქტიულობის დანერგვა.

მოცემული მოდულის დასრულების შემდეგ, მონაწილეებს უნდა შეეძლოთ აქტიური მონაწილეობა მიიღონ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების საქმიანობაში, ხელი შეუწყონ ორგანიზაციაში ინტელექტუალური რესურსების ეფექტურ გამოყენებას ანუ არსებული რესურსების ფარგლებში მაქსიმალურად ეფექტური მკურნალობის გაწევას:

- მონაწილეობა შრომითი რესურსების დაგეგმვასა და კადრების შერჩევაში; ადამიანური რესურსის მართვის ციკლის და აღნიშნულ პროცესში დაქირავებისა და შერჩევის როლის აღქმა.
- დაწესებულების საჭიროებებიდან გამომდინარე, კვალიფიკაციის ამაღლებისა და პერსონალის გადამზადების პროცესის კოორდინაცია, ხსენებული პროცესის ძირითადი ეტაპების გეგმის შედგენა და მათი რეალიზაციის თაობაზე სათანადო რეკომენდაციების გაწევა;
- უზრუნველყოს ადამიანური რესურსების პროფესიულ განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემების პროგნოზი;
- ჩაატაროს სამუშაოს ანალიზი, რათა, საჭიროებიდან გამომდინარე, განისაზღვროს შესავსები ვაკანსიები;
- უზრუნველყოს სამუშაოს აღწერილობების ჩამოყალიბება თანამდებობებისათვის ძირითადი მოთხოვნებისა და შესასრულებელი აქტივობებიდან გამომდინარე;
- შეადგინოს სამუშაოსათვის იდეალური პიროვნების დეტალური სპეციფიკაცია;
- კონტროლი გაუწიოს აღნიშნულ თანამდებობრივ ინსტრუქციებში მოცემულ მოთხოვნებთან შესაბამისობას, აღრიცხოს დარღვევის შემთხვევები და გაანალიზოს იგი;
- განსაზღვროს პერსონალის შეფასების აუცილებლობა, ჩამოაყალიბოს მიზანი და უზრუნველყოს ხსენებული პროცესის მომზადება-განხორციელება;
- შეადგინოს შვებულებების (დასვენების დღეების) გრაფიკი, განსაზღვროს შტატგარეშე შვებულების მიცემის აუცილებლობა, აღრიცხოს ავადმყოფობის, საპატიო თუ არასაპატიო მიზეზებით სამსახურში არგამოცხადების შემთხვევები;
- წარმართოს სამუშაოს გადანაწილება მუშაკების მიერ შვებულებების აღების და სამსახურში ავადმყოფობის თუ ნებისმიერი სხვა მიზეზით გამოუცხადებლობის შემთხვევებში.

ორგანიზაციის ადამიანური რესურსების მართვისას, უნდა დავიცვათ შემდეგი პრინციპები:

- მენეჯმენტმა უნდა უზრუნველყოს, სამუშაოს შესასრულებლად საჭირო პერსონალის სათანადო რაოდენობის არსებობა, მუშაკებს დაეკისროთ სათანადო სამუშაო დატვირთვა, რეალური იყოს მოვალეობების შესრულების მოლოდინი და რომ მუშაკებს გააჩნიათ საკმარისი რესურსები სამუშაოს მართებულად შესასრულებლად.
- კომპენსაციისა და შეღავათების პროგრამები უნდა იყოს კონკურენტუნარიანი, მიზნობრივი მუშაკებისათვის და შეესაბამებოდეს ორგანიზაციის ფინანსურ მდგომარეობას და მიზნებს.
- ნებისმიერი კონტრაქტი, რომელიც განსაზღვრავს დასაქმების საკითხებს, უნდა ემყარებოდეს სახელშეკრულებო საფუძვლებს.

- ინტერ-პერსონალურ და ორგანიზაციულ პრობლემებს უნდა დაეთმოს სათანადო ყურადღება და გადაწყდეს სამართლებრივად, პოზიტიურად და დროულად.
- პიროვნებებს უნდა მოეპყრან სამართლიანად, ხოლო ორგანიზაციული კლიმატი ხელს უნდა უწყობდეს საკუთარი თავის პატივისცემის, თავაზიანობის და ურთიერთპატივისცემის დამკვიდრებას.
- კულტურული მრავალფეროვნება უნდა იქნას დაფასებული და პატივცემული იმ კონკრეტული საკითხების გადაწყვეტისას, რომლებიც წარმოიშვება სამუშაო ძალის კონკრეტულ სეგმენტებთან მიმართებაში (მაგ. ხანშიშესული მუშაკები, ქალები, ინვალიდები და სხვა).
- ორგანიზაციამ უნდა ჩამოაყალიბოს სტანდარტები მუშაკების მიერ სამუშაოს შესრულების ხარისხის და ეფექტურობის შესაფასებლად და დანერგოს უწყვეტი წინსვლისა და პრემირების სათანადო პროცედურები.
- მენეჯმენტმა, ცვალებად ტექნოლოგიებთან შესაბამისობის მიზნით, უნდა მოახდინოს პერსონალის სწავლება, კვალიფიკაციის ამაღლება-მაქსიმალურად გამოიყენოს სამუშაო ძალის ტალანტები.

5.1.2 მენეჯმენტის როლი და ფუნქციები პირველად ჯანდაცვაში

პჯდ სისტემების ორგანიზაცია და მართვა, ნებისმიერ საზოგადოებაში, უნდა უზრუნველყოფდეს მოსახლეობის საჭიროებების შესაფერისი პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაწევას მისთვის ყველაზე ეფექტური და ეფექტიანი ფორმით.

ეფექტურობა გულისხმობს რესურსების ისეთ განლაგებას (სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დრო, სამედიცინო მარაგები, საოფისე ფართ და სხვ.), რომ მოხდეს მინიმალური დანახარჯებით მაქსიმალური შედეგის მიღწევა.

ეფექტიანობა წარმოადგენს მენეჯმენტის უფრო გრძელვადიან მიზანს და ეხება „სამედიცინო (ჯანმრთელობის სასურველ მახასიათებლებს) გამოსავლებს,” რომელიც მიიღწევა სამედიცინო აქტივობების (მომსახურების) შედეგად.

მუდმივად ცვალებადი დემოკრატიული ინსტიტუციური გარემოს საჭიროებებიდან გამომდინარე შეიქმნა პჯდ მართვის არაერთი დასავლეთ ევროპული კონცეფცია და უნარ-ჩვევა. პჯდ სისტემის მენეჯმენტის ფუნქციები განსხვავებულია კონკრეტული ორგანიზაციიდან გამომდინარე, იმის მიხედვით ორგანიზაცია მომსახურების შემსყიდველია, თუ მომსახურების მიმწოდებელი, მათი ფუნქციები მოიცავს:

- ურთიერთობებს, როგორც დაწესებულების შიგნით - სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალთან, აგრეთვე ხალხთან გარე ორგანიზაციებში, რომლებიც მართავენ კლინიკურ, პროფესიულ, კლერიკალურ და ადმინისტრაციულ პერსონალს;
- პერსონალის დაქირავების, შერჩევის, შეფასების და განვითარების მართვა;
- ორგანიზაციის, სპეციფიური ერთეულის თუ სამოქმედო არეალის ყოველდღიური მართვის ზედამხედველობა;
- ახალი პოლიტიკის და დირექტივების განხორციელება;
- მონიტორინგთან და ხარისხის გარანტიებთან დაკავშირებით მიღებული ინფორმაციის გამოყენება და მართვა;
- მონაცემების შეგროვება და ანალიზი, მათი გამოყენება როგორც პროექტების, ისე სისტემების დაგეგმვისა და მართვისათვის;
- ბიუჯეტების შედგენა და ფინანსების განკარგვა მკაცრი შეზღუდვების პირობებში;

- ცვლილებების დაგეგმვა და განხორციელება მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მიზნით;
- აღჭურვილობისა და მასალების შესყიდვა, მარაგების შექმნა;
- ახალი სტრატეგიებისა და სისტემების შეფასება;
- შეხვედრებზე დასწრება, ანგარიშების შედგენა და პრეზენტაციების მოწყობა სხვადასხვა აუდიტორიებისათვის;
- სათავსების, კვების, დასუფთავების, გადაზიდვებისა და უსაფრთხოების მართვა (ხშირად ქვე-კონტრაქტორების მეშვეობით);
- ინფორმაციის მართვა, საქმიანობის (სამედიცინო მომსახურების) ანალიზი და შეფასება.

5.2 პერსონალის დაქირავება

5.2.1 შრომის ხელშეკრულება

ახალი პერსონალი, რომელიც უერთდება ორგანიზაციას, ხელს აწერს სამუშაო კონტრაქტს. აღნიშნული კონტრაქტების საერთო ფორმები შემუშავებულია ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ, ხოლო დაწებულებებმა მასში მცირე ცვლილებები შეიტანეს. არცერთ ორგანიზაციას არ ჩამოუყალიბებია მათთან არსებული თანამდებობების შესაბამისი სამუშაოების აღწერილობები. მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაქტი განსაზღვრავს მოვალეობების ჩამონათვალს, ის არც თუ კონკრეტულია. ამას გარდა, პერსონალი მეტად ცუდად იცნობს კონტრაქტს მიუხედავად მისი ხელმოწერისა. ჯერჯერობით, იშვიათია სასამართლო მიმართვები კონტრაქტისათვის რაიმე დავისა თუ პრობლემის წარმოშობის შემთხვევაში.

ყველაზე საინტერესო საკითხი, რომელიც ირკვევა საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის როლებისა და ფუნქციების გადახედვისას, არის სამუშაოს აღწერის არარსებობა ან მრავალმნიშვნელოვანი სამუშაო კონტრაქტები. ზემოაღნიშნულის შედეგი იყო ის, რომ ფუნქციების ნათლად გამიჯვნის გარეშე, ვერ განისაზღვრება სამუშაო დატვირთვები და დადგინდება მოვალეობების შესრულების სტანდარტები.

მოვალეობების შესრულების შეფასების ოფიციალური სისტემა არც თუ გავრცელებულია საქართველოში. ამას გარდა, ანაზღაურების ოფიციალური სისტემა არ ასხვავებს მოვალეობების სათანადოდ და ცუდად შემსრულებელ მუშაკებს; ანაზღაურება დაკავშირებულია მხოლოდ გატარებული პაციენტების და ჩატარებული პროცედურების რაოდენობაზე. არ არსებობს ქულებით წახალისების რაიმე ოფიციალური სისტემა: ანაზღაურების ტარიფები არ იზრდება მოვალეობების შესრულების დონის შესაბამისად და არც რანგის, ტიტულის თუ პასუხისმგებლობის ცვლილებას აქვს ადგილი.

5.2.2 პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მოვალეობები და კომპეტენცია

მთავრობა - შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეშვეობით, საზოგადოების სახელით, პასუხისმგებელია, უზრუნველყოს, რომ კონკრეტული ამოცანების გადაწყვეტაზე ლიცენზირებულ პირებს გააჩნდეთ სათანადო კომპეტენცია. დღესდღეობით, ოჯახის ექიმებისათვის საქართველოში არსებობს ლიცენზირების პროცედურა (ექიმები, გადამზადების დასასრულს, ავსებენ ოთხი ნაწილისაგან შემდგარ საბოლოო შეფასების ფორმას, რის შემდეგაც აბარებენ სახელმწიფო გამოცდას საოჯახო მედიცინაში). მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში, ზოგადსაექიმო პრაქტიკის ექთნებთან მიმართებაში გატარდა მნიშვნელოვანი დროებითი ღონისძიებები, აღნიშნული პრობლემა გადაწყვეტილი არ არის. არსებული კანონმდებლობით, თვით შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, პროფესიული კონსულტაციების მეშვეობით, უნდა განსაზღვროს, თუ რა კომპეტენცია უნდა ექვემდებარებოდეს ლიცენზირებას. შემუშავებულია ზოგადსაექიმო საქმიანობისათვის „ოჯახის ექიმების მოვალეობების და კომპეტენციის“, და „ზოგადსაექიმო

პრაქტიკის ექთნების მოვალეობების და კომპეტენციის” შესახებ დებულებები, მაგრამ არც ერთი მათგანი იძლევა მარტივ და ნათელ განმარტებას ამ ორი პროფესიის სავარაუდო როლების და ფუნქციების, თუ მათი ერთობლივი მუშაობის შესახებ.

იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვის მოდელმა იფუნქციონიროს, უნდა შემუშავდეს პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამუშაოს დეტალური აღწერა, უნარ-ჩვევების, კომპეტენციის და მის მიერ გასაწევი მომსახურების მითითებით, რაც უდიდეს ზეგავლენას მოახდენს მასზე, თუ როგორ უნდა განაწილდეს სამუშაო დატვირთვები მაქსიმალური ეფექტურობის მისაღწევად. თუმცა, ყველაზე დიდი პრაქტიკული ღირებულება მას გააჩნია ტრენინგების დროს. პერსონალისათვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების და კომპეტენციის გარეშე, ზარისხიანი სამედიცინო მომსახურება უბრალოდ ვერ იქნება გაწეული.

მნიშვნელოვანია, რომ გაუმჯობესდეს სოფლის რეფორმირებული პჯდ კლინიკებში მომუშავე ექიმებისა და ექთნებისაგან დაკომპლექტებული გუნდების უნარ-ჩვევები ისე, რომ ისინი იყვნენ კომპეტენტური, რათა შესძლონ მათ წინაშე, ნებისმიერი პიროვნების მიერ წამოჭრილი ჯანმრთელობის მთელი რიგი პრობლემების გადაჭრა, მიუხედავად პიროვნების ასაკის და სქესისა. აღნიშნული უნდა მიღწეულ იქნას უწყვეტი პროფესიული განვითარების მეშვეობით, რომელიც ეფუძნება შესაბამის სასწავლო პროგრამებზე (კლინიკური ზედამხედველობის, საექსპერტო შეფასების, ფოკუსირებული აუდიტის, საქმიანობის შესწავლის, უწყვეტი სამედიცინო სწავლების პროგრამების და სხვათა მეშვეობით).

ნებისმიერ ორგანიზაციას გააჩნია მიზნები, რომელთა მისაღწევადაც პერსონალი ვალდებულია შეასრულოს კონკრეტული მოთხოვნები. აღნიშნული მოთხოვნები მოიცავს მოტივაციას, ინდივიდუალურ ნიშან-თვისებებს და თვითშეფასების შესაძლებლობას, რომლის საუძველზეც ინერგება ცოდნა და საჭირო უნარ-ჩვევები ისე, რომ პერსონალი ხდება კომპეტენტური მისი ფუნქციების და როლის სისტემატურად, წესისამებრ შესრულების პროცესში.

მნიშვნელოვანი პრაქტიკული საკითხია ის, თუ როგორ იქნება აღქმული როლები და ფუნქციები:

როლი წარმოადგენს „ქცევათა ერთობლიობას, რომელიც მოსალოდნელია ყველასაგან კონკრეტულ თანამდებობაზე მიუხედავად იმისა, ვინ არის ის”.

ფუნქცია წარმოადგენს „მსგავსი ქმედებების რიგთა ერთობლიობას ორგანიზაციის ფარგლებში.”

როლის ფარგლებში შესაძლოა შესრულდეს ერთზე მეტი ფუნქცია და ადამიანებს შეუძლიათ შეასრულონ ერთი და იგივე ფუნქცია სხვადასხვა როლების შესრულებისას სხვადასხვა კონტექსტებში.

საუკეთესო შესაძლო შედეგების მიღწევა ნებისმიერ ორგანიზაციაში გამოიხატება შემდეგში:

- ორგანიზაციაში წარმოებული ოპერაციების რაციონალიზაცია;
- მისი კონკურენტული უპირატესობების მატება;
- მომხმარებლის აზრის გაუმჯობესება;
- ორგანიზაციის გარე ცვლილებებთან ადაპტაციის უნარის ზრდა.

საჭიროა ნათლად გვესმოდეს ცოდნის, უნარ-ჩვევისა და კომპეტენციის დედაზრი.

ცოდნა შესაძლოა განისაზღვროს, როგორც გამოცდილების, შეფასებების, კონტექსტური ინფორმაციის და ექსპერტული ინტუიციის ნაზავი, რომელიც უზრუნველყოფს ახალი გამოცდილების და ინფორმაციის შეფასებისა და გააზრების საფუძვლებს. ორგანიზაციებში, ის ხშირად აისახება არა მხოლოდ დოკუმენტებში და არქივებში, არამედ ასევე ორგანიზაციულ რეჟიმებში, პროცესებში, პრაქტიკასა და ნორმებში.

უნარ-ჩვევა განისაზღვრება, როგორც უნარი ოსტატურად შესრულდეს ქმედება. ეს ფაქტიურად არის “ნოუ-ჰაუ”, ანუ პრაქტიკული ცოდნა. უნარ-ჩვევა შესაძლოა შექმნილი იქნას განათლებით, სამუშაო გამოცდილებით და პროფესიული განათლებით, ან შესაძლოა წარმოადგენდეს შედეგს უნარისა, რომელიც ჩამოყალიბდება წლების განმავლობაში. მარტივად

რომ ითქვას, უნარ-ჩვევები შესაძლოა იქნას შეძენილი, ან შესაძლოა წარმოადგენდეს ბუნებრივი უნარის ან ტალანტის შედეგს ან კონკრეტული ამოცანების გადაწყვეტის „ილეთის“ სპეციალური „ნოუ-ჰაუს“ ფლობას.

ცოდნა და გამოცდილება მიიღება როგორც ინდივიდუალურ, ისე ორგანიზაციულ დონეზე განათლების პროცესის მეშვეობით. განათლების პროცესი საჭიროებს მოტივაციის, ინდივიდუალური ნიშან-თვისებების და თვითშეფასების კონცეფციების გათვალისწინებას:

ნიშან-თვისებები წარმოადგენს პიროვნების ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებს, რომლებიც თანამიმდევრულად ეხმარება სიტუაციებს და ინფორმაციას.

მოტივაცია წარმოადგენს ინიციატივის სიღრმისეულ საჭიროებებს, აზრებსა და შეგრძნებებს.

თვითშეფასება გულისხმობს დამოკიდებულებებს, ღირებულებებს, ლტოლვებს და საკუთარი თავის რწმენას, რომელთა შეფასებაც ხორციელდება ტესტებით, სადაც ხდება პიროვნებების აზრის გამოკვლევა, თუ რას აფასებენ ისინი, რის გაკეთებას გულისხმობენ და რისი გაკეთება აინტერესებთ.

კომპეტენციის კონცეფცია უფრო რთულია და მოიცავს უნარ-ჩვევების, ცოდნის, თვითშეფასების, ინდივიდუალური ნიშან-თვისებისა და მოტივაციის ყველა ზემოთ მოცემულ მახასიათებელს. ის განისაზღვრა, როგორც „ინდივიდუუმის უნარი არაერთხელ გამოიყენოს მისი უნარ-ჩვევები და ცოდნა და მიაღწიოს შედეგს, რომელიც თანამიმდევრულად პასუხობს მოვალეობების შესრულების წინასწარ დადგენილ სტანდარტებს.“

მოვალეობების შესრულების (საქმიანობის – performance evaluation) შეფასება უმნიშვნელოვანესია კომპეტენციის ნებისმიერი განსაზღვრებისათვის. კრიტერიუმებით გაწერილი მოვალეობების ეფექტიანი შესრულების კომპეტენციის განსაზღვრულ ნაწილად გამოყენების მიზეზს წარმოადგენს იმის საჭიროება, რომ დადგინდეს კომპეტენციის ზუსტი ზეგავლენა მოვალეობების შესრულებაზე. პერსონალისათვის სამუშაო დატვირთვების და ამოცანების მხოლოდ კომპეტენციის საფუძველზე განაწილებას შედეგად მოყვება გაუმჯობესება.

სამუშაოების თანამედროვე აღწერილობები უნდა ეფუძნებოდეს კომპეტენციას და არა ცოდნას.

პერსონალური ნიშან-თვისებებით ხელმძღვანელობა (როდესაც პიროვნების მიერ თანამდებობის დაკავების წინაპირობად აღიწერება მისგან მოსალოდნელი ცოდნა და პიროვნული ნიშან-თვისებები) იცვლება **კომპეტენციით** ხელმძღვანელობით. აუცილებელი ცვლილებები უფრო ეფექტურად მოხდება, თუ ადამიანური რესურსების საკითხები სრულად იქნება ინტეგრირებული პროცესში.

5.2.3 მქიმიანობისა და მქთნების როლი და ფუნქციონირი აჟდ სქმტორში

ანალიზი გვიჩვენებს საქართველოში აჟდ სექტორში მომუშავე ექიმების როლისა და ფუნქციების თაობაზე ნათელი წარმოდგენის სრულ დეფიციტს. აჟდ ექიმებმა არ იციან საკუთარი დანიშნულება (განსაკუთრებით, სისტემაში მომუშავე სხვა ექიმებისა და ექთნების დანიშნულებებთან შედარებით). მათი ფუნქციები ასევე ბუნდოვნადაა განსაზღვრული და ამდენად, მათი სამუშაო დატვირთვა და საქმიანობა არ ექვემდებარება განსაზღვრებასა თუ შეფასებას. ნათლად დადგენილი კომპეტენციის ფარგლების გარეშე, შეუძლებელია შეფასდეს მათი ჯანდაცვაში და საზოგადოების კეთილდღეობაში შეტანილი წვლილი. ამას გარდა, ნათლად განსაზღვრული ფუნქციური როლის გარეშე, რთულია ხსენებული ექიმების დამკვიდრება მოსახლეობაში, რაც თავის მხრივ იწვევს პაციენტის მიერ სამედიცინო სამსახურების გამოყენების მკვეთრად შემცირებას.

დასავლეთ ევროპაში, **პირველადი ჯანდაცვის ექიმის** ფართოდ გავრცელებული განსაზღვრება შემდეგია:

„სამედიცინო კურსდამთავრებული, რომელსაც გავლილი აქვს სპეციალური პროფესიული მზადება ამ დისციპლინაში. ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია პაციენტის უწყვეტ და ყოვლისმომცველ სამედიცინო მომსახურებაზე მისი ასაკის, სქესის და დაავადების მიუხედავად. იგი

ინდივიდუალურ პაციენტებზე ზრუნვას ახორციელებს მისი ოჯახური, საზოგადოებრივი, კულტურული და ინდივიდუალური პირობების გათვალისწინებით; აღნიშნული ფუნქციების სინთეზი მართლაც უნიკალურია. ის იღებს პაციენტებს მის საკონსულტაციო კაბინეტში და მათივე სახლებში, ხანდახან, კლინიკებსა და საავადმყოფოებში. მისი მიზანია დასვას ადრეული დიაგნოზი. ამასთან, ოჯახის ექიმი ყოველთვის იცავს პაციენტის ავტონომიას. ოჯახის ექიმი, ასევე, აღიარებს საკუთარ პროფესიულ პასუხისმგებლობას საზოგადოების (თემის) მიმართ. პაციენტის პრობლემის მართვის გეგმას იგი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და ეგზისტენციალური ფაქტორების გათვალისწინებით ადგენს, რომელთა შესახებ ცოდნაც მას პაციენტთან ხანგრძლივი და განმეორებითი კონტაქტების პროცესში უწყობდა, რაც აისახება მისი პაციენტების მკურნალობაზე. ის იღებს საწყის გადაწყვეტილებას ყველა პრობლემაზე, რომელიც დგება მისი, როგორც ექიმის წინაშე. იგი აწარმოებს პაციენტების ქრონიკული, რეციდიული თუ უკურნებელი დაავადებების უწყვეტ მართვას. ხანგრძლივი კონტაქტი გულისხმობს, რომ მას შეუძლია ისარგებლოს არა ერთი შესაძლებლობით ინფორმაციის შესაგროველად თითოეული პაციენტისათვის შესაბამისი სისწრაფით და დაამყაროს ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობა, რომლითაც ისარგებლებს პროფესიული თვალსაზრისით. ის ეწევა პრაქტიკას სხვა მედიკოს თუ არამედიკოს კოლეგებთან თანამშრომლობით. მან იცის, თუ როგორ და როდის მოახდინოს ჩარევა მკურნალობის, პრევენციისა თუ განათლების გზით, რათა ხელი შეუწყოს მისი პაციენტების და მათი ოჯახების ჯანმრთელობას. ის აღიარებს, რომ მას დაკისრებული აქვს პროფესიული პასუხისმგებლობა საზოგადოების წინაშე.”

პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ფუნქციები განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში, თუმცა, ზოგადად, შესაძლოა დაიყოს შემდეგ კატეგორიებად:

- პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა თემის დონეზე;
- პრენატალური და მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა;
- ახალშობილის, ბავშვის და მოზარდის განვითარება, დაკვირვება, პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- კვებისა და ცხოვრების სტილის საკითხებზე კონსულტირება და ქცევის მოდიფიცირება;
- ოჯახის დაგეგმვა;
- კონსულტირება გენეტიკის საკითხებზე;
- სკრინინგი ქრონიკული დაავადებების მაღალი რისკის ჯგუფებში;
- მკურნალობის უწყვეტობა;
- ტერმინალური პაციენტის მოვლა და ჭირისუფლობა;
- სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია, დაგეგმილი მოვლა და რეფერალი;
- პაციენტის მდგომარეობის ყოვლისმომცველი და სათანადო შეფასება;
- წარმოდგენილი არადიფერენცირებული პრობლემების, მსუბუქი დაავადებების და გადაუდებელი დახმარების მართვა;
- ქრონიკული დაავადებების მართვა;
- რეაბილიტაცია და უნარის აღდგენა;
- ცნობების გაცემა დასაქმებისა და დაზღვევის მიზნით.

ემთნების როლი და ფუნქციები პირველადი ჯანდაცვის სექტორში

მსგავსი მიდგომა გამოიყენება საქართველოში ექთნების როლთან და ფუნქციებთან მიმართებაში, რამდენადაც, ისევ და ისევ, არ არსებობს ნათელი სამართლებრივი დოკუმენტები, რომლებითაც ოფიციალურად განისაზღვრება ექთნების როლი და ფუნქციები საქართველოში. ისინი არ არიან აღიარებულნი, როგორც სპეციალისტები და განიხილებიან, როგორც მხოლოდ ექიმთა დამხმარენი.

ექთნების როლი, დასავლეთ ევროპაში, განისაზღვრება შემდეგი სახით:

„ექთნის როლს საზოგადოებაში შეადგენს ფიზიკური პირების, ოჯახების და ჯგუფების დახმარება, რათა დადგინდეს და მიღწეულ იქნას მათი ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური სიჯანსაღის პოტენციალი, რაც უნდა მოხდეს იმ გარემოს ცვალებად კონტექსტში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ. აღნიშნული მოითხოვს ექთნებისაგან ისეთი ფუნქციების განვითარებას და საქმიანობას, რაც არა მარტო ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის დამკვიდრებას, არამედ მოახდენს დაავადებათა პრევენციას. ექთნის პროფესია მოიცავს ავადმყოფობისას დახმარების დაგეგმვას, გეგმის დანერგვას და რეაბილიტაციას, ასევე, ითვალისწინებს ცხოვრების ფიზიკურ, გონებრივ და სოციალურ ასპექტებს იმდენად, რამდენადაც ისინი ზემოქმედებენ ჯანმრთელობაზე, ავადობაზე, ინვალიდობასა და სიკვდილიანობაზე.“

აღნიშნული ფუნქციები უცვლელია მიუხედავად საექთნო მომსახურების დროისა და ადგილისა, პიროვნების თუ მიზნობრივი ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ხელმისაწვდომი რესურსებისა.

ექთნებს აკისრიათ პასუხისმგებლობა საექთნო დახმარების მართვაზე – პრიორიტეტების დასახვაზე, გეგმების შედგენაზე, დანერგვასა და ევალუაციაზე (შეფასებაზე).

საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ისინი წარმოადგენენ დამოუკიდებელ პრაქტიკოსებს, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან მათ მიერ გაწეულ დახმარებაზე.

ოჯახის ექიმსა და ექთანს შორის თანამშრომლობის საკითხები განხილული იყო 3.2 სექციაში.

მნიშვნელოვანი საკითხი არის პერსონალის ინდივიდუალური შეფასება მათი ზემდგომების მიერ. იგი, საქართველოს რეალობაში, წარმოადგენს ახალ ფენომენს, აღნიშნულ საკითხზე ვისაუბრებთ მართვისა და ორგანიზაციის კურსის მეორე მოდულის განხილვისას.

5.2.4 ბარამ დაქირავება

გარე დაქირავება შესაძლოა განისაზღვროს, როგორც „გარე რესურსების სტრატეგიული მოხმარება დაწესებულების პერსონალითა და საკუთარი რესურსებით ტრადიციულად წარმოებული საქმიანობისათვის.“ ზოგჯერ, მას უწოდებენ „სათავსების მართვას“. პჯდ პროვაიდერს შესაძლოა ხელშეკრულება ჰქონდეს ექსტერნალურ კონტრაქტორებთან კონკრეტული სახის სამუშაოებისათვის (რეგისტრაცია, დასუფთავება და სხვ.), რომელთა შესაძლებლობები ემატება და ავსებს საკუთარს.

- საოჯახო მედიცინის მცირე პრაქტიკის ფარგლებში კონკრეტული ამოცანების გადასაწყვეტად გარე დაქირავების უპირატესობები და ნაკლოვანებები:

უპირატესობები:

- მცირდება და კონტროლდება საოპერაციო ხარჯები;
- იმატებს დამქირავებელი კომპანიის კონცენტრაცია ძირითად საქმიანობაზე;
- შიდა რესურსები თავისუფლდება სხვა მიზნებისათვის;
- ფუნქციის მართვა საჭიროებს დროს ან არ ექვემდებარება კონტროლს;

- არასაკმარისია შიდა რესურსები;
- რისკის გაზიარება პარტნიორ კომპანიასთან და სხვა.

ნაკლოვანებები:

- კომპანიის მიზნებისა და ამოცანების მართებულად აღქმის გაძნელება;
- გართულებული ურთიერთობები გარეთა პარტნიორებთან;
- შესაბამისად სტრუქტურირებული და დეტალური კონტრაქტები;
- ყურადღების საჭიროება გარედან დაქირავებული პერსონალის შესაძლებლობების მიმართ;
- მისაღებია მხოლოდ მოკლევადით;
- დაინტერესებულ პირთა საჭიროებების შეფასების გაძნელება;
- ორგანიზაციისათვის პროცესის სარგებელის გაურკვეველი პერსპექტივები.

5.3 კადრების განვითარება

5.3.1. ლინგვინურიზაცია

რეფორმების შედეგად, ჯანდაცვის სექტორის რეგულირება მთავრობის პასუხისმგებლობად იქცა, რაშიც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მთავარ როლს ასრულებს. სახელმწიფო ჯანდაცვის მართვის ერთ-ერთი მექანიზმია სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების ლიცენზირება და სერტიფიცირება. თითოეული ექიმი, რომელმაც გაიარა ლიცენზირების სპეციალური ტესტი, ვალდებულია ხელახლა გაიაროს ტესტირება ყოველ ხუთ წელიწადში ერთხელ, ან, მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტი სწავლების პროგრამებში და ხელახალი გამოცდის ჩაბარების ნაცვლად მიიღოს შეღავათიანი საათები.

სხვაგვარადაა საქმე ექთნების შემთხვევაში. მათი სერტიფიცირებაზე მოთხოვნა არ არსებობს და სამედიცინო ინსტიტუტის დიპლომი საკმარისია ექთნის თანამდებობის დასაკავებლად. ამავ დროს, არ არსებობს ექთნების გადამზადების სისტემა. ამდენად, მაღალი კვალიფიკაციის ერთადერთ საფუძველს სამუშაო გამოცდილება წარმოადგენს. შესაბამისად, ერთადერთი ოფიციალური მოთხოვნაა, რომ მენეჯერებმა იქონიონ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სერტიფიკატი, ექიმებმა – დიპლომი და სერტიფიკატი, ხოლო ექთნებმა სამუშაო სამედიცინო განათლების დიპლომი.

რამდენადაც ჯანდაცვა რესურს-ხარჯვითი დარგია, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხარისხიანი მომსახურების გასაწევად სასიცოცხლო მნიშვნელობა ადამიანურ რესურსებს ენიჭება. ღია (საბაზრო) ეკონომიკის პირობებში, ადექვატური შრომითი ძალის უწყვეტი პროდუცირების (რიცხოვნების და პროფილირების შესაბამისად) უზრუნველყოფა საჭიროებს ზუსტ დაგეგმვას. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების აღნიშნული უზრუნველყოფა ასევე საჭიროებს **მართებულ ლიცენზირებას** ისე, რომ მომსახურების გაწევის ხარისხი და ეთიკური განზომილება, საზოგადოების, და არა ცალკეული ჯგუფების, საერთო ინტერესებს ემსახურებოდეს. საჭიროა მართებული ზომების მიღება პერსონალისათვის იმ სამართლიანი სამუშაო ურთიერთობების (სამუშაო კონტრაქტების) გარანტირებისათვის, როცა სათანადოა დაცული სპეციალისტთა უფლებები უკეთესისაკენ ლტოლვის წახალისებით და მათ საქმიანობაში საუკეთესოს შენარჩუნებით.

5.3.2 უწყვეტი პროფესიული განვითარება

საოჯახო მედიცინის ცენტრების ძირითადი დანიშნულებაა მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება განხორციელებს კლინიკური სახელმძღვანელოებისა (გაიდლაინების) და წესების (პროტოკოლების) გამოყენების, საექსპერტო შეფასებების და უწყვეტი კვალიფიკაციის ამაღლების წახალისებით.

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურად ორგანიზაციის და ეფექტიანად გაწვევისათვის, დაინერგება მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეროვნული კლინიკური მდგომარეობის მართვის თანამედროვე სახელმძღვანელოები (გაიდლაინები) და წესები (პროტოკოლები).

უწყვეტი სამედიცინო განათლება – შეტანილ იქნა საქართველოს კანონმდებლობაში 1997 წლის შემდეგ („საქართველოს ჯანდაცვის კანონი“). უწყვეტი სამედიცინო სწავლება საჭიროა, რათა დაიხვეწოს ჯანდაცვის სპეციალისტთა უნარ-ჩვევები მათი მთელი კარიერის მანძილზე (პერიოდული კონფერენციები, დამოუკიდებელი თვით-სწავლა ჟურნალების ან წერილობითი მასალების, აუდიო თუ ვიდეო კასეტების, კომპიუტერული ინტერაქტიული პროგრამების, ჯგუფური სემინარების და პრაქტიკული სემინარების მეშვეობით). ეფექტიანი უწყვეტი სწავლება ეფუძნება ექიმების საჭიროებებს სასურველი კლინიკური კომპეტენციის წინასწარ განსაზღვრულ მიზნებთან მიმართებაში. ადგილი აქვს სამედიცინო სწავლების იმ სხვადასხვა კრიტერიუმების კრიტიკულად შეფასების ტენდენციებს, როგორცაა ხარისხი, შესაბამისობა და სარგებელი, რაც მიზნად ისახავს სანდო მონაცემებზე დაფუძნებული სამედიცინო სწავლების დანერგვას. აცნობიერებს რა აღნიშნული პროცესის სერიოზულობას, ჯანდაცვის მმართველობა ოჯახის ექიმებისაგან მოითხოვს, ყოველწლიურად გაიარონ უწყვეტი სამედიცინო სწავლების კონკრეტული რაოდენობის საათები, რათა ძალაში დარჩეს მათი სპეციალობის დამადასტურებელი მოწმობა.

1. **საქართველოს კანონი „სამედიცინო საქმიანობის შესახებ** – ეხება უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში მონაწილეობის ფინანსურ ასპექტებს.
2. **მუხლი 96. შეღავათები უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობისათვის**

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უწყვეტ სამედიცინო განათლების სისტემაში მონაწილეობის მისაღებად უფლება აქვს დამჭირავებლისაგან მოითხოვოს ფასიანი შვებულება, აგრეთვე უწყვეტი პროფესიული განვითარების სხვადასხვა ფორმებში მონაწილეობასთან დაკავშირებული ხარჯების დაფარვა, მათ შორის, მგზავრობის საფასურის ანაზღაურება, ასევე ცხოვრების ხარჯების დაფარვა, თუ უწყვეტი პროფესიული განვითარების სხვადასხვა ფორმებში მონაწილეობისთვის აუცილებელია დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტის საცხოვრებელი ადგილიდან შორს ყოფნა.

3. ხელახალი გამოცდის თავიდან აცილებისათვის პირობითი საათების მიღების შესახებ – **შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება #274/ნ, დათარიღებული 01.11.2005-**ით, „უწყვეტი პროფესიული განვითარების ცალკეული კომპონენტის მიხედვით სასერტიფიკაციო გამოცდის ჩაბარების გარეშე სახელმწიფო სერტიფიკატის მოქმედების ახალი ვადით გაგრძელებისათვის საჭირო უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების რაოდენობისა და სამედიცინო განათლების სხვადასხვა ფორმების შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების ქულების მინიჭების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“.

5.4 **სამუშაო კალის გაანგარიშების მოდელის მოქმედება**

ცვლადები ხელმისაწვდომობის, ხარისხის და სამუშაო დატვირთვის შეფასებისათვის

სამუშაო ძალის გაანგარიშების მარტივი მოდელი ეფუძნება ხელმისაწვდომობის ინდიკატორთა (რომლებიც გულისხმობს სისტემის გამოყენების ფარგლებს), ხარისხის (რომლებიც ასახავს საზოგადოების თითოეული წევრისათვის გამოყოფილ დროს, როცა ის მიმართავს სისტემას) და სამუშაო დატვირთვის (პჯდ სერვისების მიწოდებისათვის საჭირო დროის) მაჩვენებლებს საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებისა და საოჯახო მედიცინის ექთნებისათვის.

მოდელის მიზანია უზრუნველყოს გაანგარიშება, თუ რამდენი პროვაიდერია (ექიმი და ექთან) საჭირო:

კონკრეტული მოსახლეობისათვის;

უტილიზაციის მაჩვენებლისათვის (გამოსატული პროვაიდერთან ვიზიტების რაოდენობით წელიწადში);

ერთი ვიზიტისათვის გამოყოფილი დროისათვის.

იმ პაციენტთა რიცხვი, რომელთა გასინჯვაც შეუძლია პროვადერს, უშუალოდ დაკავშირებულია პროვადერის სამუშაო საათებზე წელიწადში. აღნიშნული წარმოადგენს შემდეგის შედეგს:

- სამუშაო კვირების განსაზღვრული რიცხვი;
- სამუშაო კვირაში სამუშაო დღეების განსაზღვრული რიცხვი;
- სამუშაო დღის განმავლობაში სამუშაო საათების განსაზღვრული რიცხვი;
- არაკლინიკური საქმიანობისათვის საჭირო სამუშაო საათების რიცხვი;

ხელმისაწვდომობა

სისტემაზე მოთხოვნა (ექიმთან ვიზიტების თვალსაზრისით) მნიშვნელოვნად განსხვავდება მთელი მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის. არსებობს მოსახლეობის 6-10 სეგმენტი, რომელიც ასახავს პულ მომსახურებაზე მოთხოვნის და საჭიროების სხვადასხვა დონეებს ასაკისა (მაგალითად, ორივე სქესის 65 წელზე მეტი ასაკის უფროსები იყენებენ ჯანდაცვის სისტემის რესურსებს გაცილებით მეტად, ვიდრე რომელიმე სხვა ჯგუფი) და სქესის (მაგალითად, ქალები) შესაბამისად. მომსახურების საშუალო რიცხვის გამოყენება ხელმისაწვდომობის სუროგატულ საზომად კარგი არგუმენტია მოსახლეობის სეგმენტებად საერთოდ არ დასაყოფად. სხვა სიტყვებით, უბრალოდ, საშუალო მაჩვენებელი მთელი მოსახლეობისათვის, რამდენადაც ის საშუალებას იძლევა კონცენტრაცია მოხდეს მთელ სისტემაზე და ყველა მოქალაქეზე. სიმართლე კი ისაა, რომ თუ გაუმჯობესდება ვიზიტების საშუალო რაოდენობა, ყველა მოქალაქე დადგება გარკვეული გაუმჯობესების წინაშე. მეორეს მხრივ, არის იმის უზრუნველყოფის საჭიროება, რომ ექიმებს, ექთნებს და პოლიტიკის შემქმნელებს მხედველობიდან არ გამოორჩეთ ის ფაქტი, რომ ზოგიერთს ესაჭიროება მომსახურების უფრო მაღალი დონე და შესაბამისად, უფრო მეტად ხელმისაწვდომი სისტემა.

მომსახურების ხარისხი

ხარისხი ყველაზე უკეთ ფასდება შედეგების ანალიზით, უფრო ზუსტად კი – მკურნალობის გამოსავლების ანალიზით. მომსახურების ხარისხის საკითხის გადაწყვეტა რთულია სამუშაო ძალის მოცულობის თვალსაზრისით. ყველა სხვა პირობის თანაბრობის შემთხვევაში, მართებული იქნებოდა დავეუშვათ, რომ, რაც მეტი დრო შეუძლია ექიმს დაჰყოს პაციენტთან, მით უკეთეს მკურნალობას იღებს პაციენტი. რა თქმა უნდა, ყველა სხვა პირობა თანაბარი არაა და ისეთი საკითხები, როგორცაა ექიმის უნარ-ჩვევები, კომპეტენცია და დაავადების ხასიათი, ზეგავლენას ახდენს ხარისხზე მთლიანობაში. დაშვებულია, რომ გამოიყენება ორი განზომილება, სულ მცირე, იმ ალქმის ასახვისათვის, რომ სამუშაო ძალის სიდიდეს გააჩნია ზეგავლენა ხარისხზე. უპირველეს ყოვლისა, კონსულტაციისათვის დაშვებული საშუალო დრო და დამატებითი დრო დაავადებისათვის, რომლებიც წარმოადგენს კონკრეტული პაციენტის კონკრეტულ პრობლემას. კიდევ ერთი საკითხი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის პროვადერის მიერ კონკრეტულ პაციენტზე დახარჯულ დროზე, ესაა - ვიზიტი არის პირველი თუ მომდევნო. ამის არგუმენტი ისაა, რომ ექიმს უნდა მიეცეს მეტი დრო თითოეული ახალი პაციენტის პირველი ვიზიტისათვის, რადგან ეს აუცილებელია სრული ისტორიის მოსასმენად და პაციენტის ამომწურავი გასინჯვისათვის. როცა პაციენტი უბრუნდება ექიმს, მას ესაჭიროება კონცენტრაცია მხოლოდ აღნიშნული ვიზიტის მიზეზზე: ის უკვე იცნობს მანამდე არსებულ მდგომარეობას და ა.შ.

სამუშაო დატვირთვა

მოცემული ასპექტი მნიშვნელოვანწილად წარმოადგენს უბრალოდ ჯანდაცვის პროვადერის სამუშაო საათების გაანგარიშებას. უფრო ზუსტად, გაანგარიშებას, თუ დღეში/კვირაში/წელიწადში რამდენი საათი ეძლევა პროვადერს პაციენტის გასასინჯად.

ამდენად, პირველი ნაბიჯია სრული წლის 52 კვირის, 7 დღის გათვალისწინება და დადგენა, თუ:

- რამდენ კვირიანი ანაზღაურებადი შვებულება უნდა იქნას მიცემული;
- რამდენი სამუშაო დღე უნდა იყოს კვირაში;
- რამდენი სამუშაო საათი უნდა იყოს დღეში.

თუ პროვაიდერს არა აქვს რაიმე სხვა მოვალეობები, ხსენებული მნიშვნელოვანი რიცხვი შეადგენს ერთი ექიმის ან ექთნის ქმედუნარიანობას. თუმცა, ასევე, გათვალისწინებულ უნდა იქნას ისეთი საკითხები, როგორცაა მართვა, კვალიფიკაციის ამაღლება და ზედამხედველობა (მოგზაურობის დროის ჩათვლით) შორს განლაგებულ ცენტრებზე. ასევე, კონკრეტულად მედღებისათვის გათვალისწინებულ უნდა იქნას ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და დაავადებების პრევენციის სამუშაოები. დაშვებულია, რომ ყველა ზემოთ ხსენებული ნორმა წარმოადგენს „კვირაში საათების“ მოდელში შესატან მონაცემებს. სამუშაო დატვირთვის ოდენობა უნდა გაიყოს პველ ცენტრში პაციენტების ვიზიტებზე და ადგილზე ვიზიტებზე. უმთავრესი ფაქტორი, რომელიც განსაზღვრავს მეტ დროს ადგილზე ვიზიტებისათვის, ვიდრე ცენტრში მიღებული კონსულტაციებისათვის, არის ერთიდან მეორე პაციენტამდე მიღწევის საჭიროება. უფრო მართებულია დამატებულ იქნას „მოგზაურობის დროის“, როგორც გამოყოფილი საათების შემცირების ფაქტორი.

სამუშაო დატვირთვის საკითხები, მოდელის ფარგლებში, უნდა ითვალისწინებდეს შაბათ-კვირას, წლიურ შვებულებას, ექიმების და ექთნების კანონიერ დამატებით საქმიანობას და ახდენდეს ადგილზე ვიზიტებისათვის საჭირო დროის რეორგანიზაციას გამოყოფილი საათების შემცირების ხარჯზე თანხმად გეოგრაფიული თავისებურებების და/ან დემოგრაფიული მახასიათებლებისა.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი გვიჩვენებს სამუშაო დატვირთვის სიდიდეს, რომელიც საჭირო უნდა იყოს დადგენილი დონის მომსახურების გასაწევად და აღნიშნული სამუშაო ძალის სახელფასო ხარჯებისათვის. შეტანილი მონაცემები მხოლოდ საჩვენებელია:

სამუშაო ძალის გაანგარიშების მოდელი - ოჯახის ექიმები				
დასახული მიზნები				
შესატანი პუნქტი	მამაკაცები	ქალები	ბავშვები	საშუალო
ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული				
ექიმთან წლიური ვიზიტების რიცხვი	2.0	4.0	7.0	3.9
მოსახლეობა	728	852	420	2000
ხარისხთან დაკავშირებული				
საშუალო დრო/ვიზიტი (წუთები)	12.0	16.0	18.0	16.0
დატვირთვის % სხვადასხვა დაავადებისათვის	0.0%	0.0%	0.0%	
დატვირთვის % სხვადასხვა ასაკისათვის	10%	10.0%		
სამუშაო დატვირთვისასთან დაკავშირებული				
შვებულების კვირები წელიწადში	4.00			
სამუშაო დღეების კვირაში	5.00			
საათები სამუშაო დღეში	8.00			
არაკლინიკური სამუშაოს ნორმა სთ/კვირაში				
მართვა	4.00			
კვალ.იფიკაციის ამაღლება და ზედამხედველობა	4.00			
ტრანსპორტირება	4.00			
შემოსავალთან დაკავშირებული				
წლიური შემოსავალი (ლარი)	3360			

მიმდინარე წლის შედეგები				
ხელმისაწვდომობასთან და ხარისხთან დაკავშირებული				
ვიზიტების საერთო რაოდენობა (ვიზიტები პირზე - კაცი, ქალი, ბავშვი*მოსახლეობა - კაცი, ქალი, ბავშვი)	728*2+852*4+420*7=1456+3408+2940=7804			
ვიზიტების საშუალო რაოდენობა პიროვნებაზე (ვიზიტების მთლიანი რაოდენობა/მთლიანი მოსახლეობა)	7804/2000=3.90			
ყველა ვიზიტისათვის საჭირო დრო (ვიზიტების რაოდენობა*საშუალო დრო + დატვირთვები/60)	1456*12+3408*16+2940*18=17472+54528+52920=124920/60=2082			
კონსულტაციის საშ. დრო (წთ)	124920/7804=16.0			
სამუშაო დატვირთვასთან დაკავშირებული				
52 კვირა წელიწადში - 4 შვებულების კვირა	52-4=48			
გამოყოფილი კვირები*დღეების/კვირა	48*5=240			
გამოყოფილი დღეები*სთ/დღე	240*8=1920			
დასაშვები დანაკარგები მენეჯმენტისათვის, კვალიფიკაციის ამაღლების, ზედამხედველობისა და ტრანსპორტირებისათვის (192*3)	192*3=576			
სათბები წელიწადში, რომლებიც გამოყოფილი აქვს 1 ექიმს პაციენტების სანახავად	1920 - 576 = 1344			
შუალედური გაანგარიშებები - ექიმები				
ექიმთა საჭირო რიცხვი	1.5			
შემოსავალთან დაკავშირებული				
წლიური შემოსავალი (ლარი)	3360*1.5=5040			
სამუშაო ძალის გაანგარიშები მოდელი საოჯახო მედიცინის ექთანის დასახული მიზნები				
შესატანი პუნქტი	მამაკაცები	ქალები	ბავშვები	საშუალო
ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული				
FMS ვიზიტების ფარდობა FMN	15%	30%	40%	
“თვით-მიმართვის” ვიზიტების რაოდენობა ერთ კაცზე	50%	150%	250%	
წელიწადში მოსახლეობა	728	852	420	2000
ხარისხთან დაკავშირებული				
საშუალო დრო/ვიზიტი (წუთები)	12.0	16.0	18.0	16.4
დატვირთვის % სხვადასხვა დაავადებისათვის	0.0%	0.0%	0.0%	
დატვირთვის % სხვადასხვა ასაკისათვის	10%	10.0%		

სამუშაო დატვირთვისთან დაკავშირებული	
შებულების კვირები წელიწადში	4.00
სამუშაო დღეების კვირაში	5.00
საათები სამუშაო დღეში	8.00
არაკლინიკური სამუშაოს ნორმა სთ/კვირაში	
მართვა	0.00
კვლი.იფიკაციის ამაღლება და ზედამხედველობა/ტრანსპორტირება	4.00
“პაციენტის” დროის წილი	25%
ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და პრევენციული საქმიანობისათვის	
შემოსავალთან დაკავშირებული	
წლიური შემოსავალი (ლარი)	1800
მიმდინარე წლის შედეგები	
ხელმისაწვდომობასთან და ხარისხთან დაკავშირებული	
ვიზიტების სრული რაოდენობა (FMS ვიზიტები*მიმართვა პლუს თვით-მიმართვა*მოსახლეობა)	$(218+1022+1176)+(364+1278+1050) = 2416+2692=5108$
ვიზიტების საშუალო რაოდენობა პიროვნებაზე (ვიზიტების მთლიანი რაოდენობა/მთლიანი მოსახლეობა)	$5108/2000=2.6$
ყველა ვიზიტისათვის საჭირო დრო (ვიზიტების რაოდენობა*საშუალო დრო + დატვირთვები/60)	$582*12+2300*16+2226*18=6984+36800+40068=83852/60=1398$
კონსულტაციის საშუალო დრო (წთ)	$83852/5108=16.4$
სამუშაო დატვირთვისთან დაკავშირებული	
52 კვირა წელიწადში – 4 შებულების კვირა	$52-4=48$
გამოყოფილი კვირები*დღეები/კვირა	$48*5=240$
გამოყოფილი დღეები*სთ/დღე	$240*8=1920$
დასაშვები დანაკარგები	192
კვალიფიკაციის ამაღლების, ზედამხედველობისა და ტრანსპორტირებისათვის საათები წელიწადში, რომლებიც გამოყოფილი აქვს 1 ექთანს	$1920 - 192 = 1728$
პაციენტების სანახავად ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და სხვა პრევენციული აქტივობების წილი	432
კონსულტაციების წილი	1296
შუალედური ბანაბარიშედეგი - მათნები	
ექთნების საჭირო რიცხვი	< 1
შემოსავალთან დაკავშირებული	
წლიური შემოსავალი (ლარი)	< 1800

თავი 6. ფინანსების მართვა

6.1 შინაგადასახლება

მართვის პროცესის დეფინიცია – „მართებული გადაწყვეტილებების რეალიზაცია ადამიანების მეშვეობით დროულად და ბიუჯეტის ფარგლებში“ – ორგანიზაციის ფინანსურ მდგომარეობაზე პასუხისმგებლობის ტვირთს აკისრებს უშუალოდ პედაგოგს. (Berman and Weeks) აღნიშნული მოვალეობის შესრულება წარმოადგენს როგორც მეცნიერებას, ისე ხელოვნებას. მეცნიერება ეფუძნება იმ მდგრადი სააღრისებო პრინციპების და მეთოდების ტექნიკურ ფუნდამენტს, რომლებიც თითქმის უცვლელია მთელს მსოფლიოში მიუხედავად საქმიანობის ფორმის, მასშტაბის და სახელმწიფო თუ კერძო მფლობელობისა. ჯანდაცვის ინდუსტრია არ წარმოადგენს გამონაკლისს. ხელოვნება კი გულისხმობს საბუნებრივ ინფორმაციის გამოყენებას მართებული გადაწყვეტილებების მისაღებად და მათი წარმატებულობის შესაფასებლად. ფინანსური მართვის ხელოვნება განსაზღვრულია შემდეგი სახით:

ეკონომიკურად ეფექტური საჭირო დაფინანსების მოპოვება და მისი გამოყენების ოპტიმიზაცია (Berman and Weeks).

ფინანსური მართვის, როგორც მეცნიერების, ისე ხელოვნების სახით გამოყენება საჭიროებს მნიშვნელოვან ტექნიკურ და კონცეფციურ უნარ-ჩვევას მუშაზე დაქირავების, მასალების და აღჭურვილობის შესყიდვის, შენობით უზრუნველყოფისა და ორგანიზაციის ფინანსური რესურსების სხვა არა-ერთი მიმართულებით წარმართვისათვის. პედაგოგს ასევე აქვთ არჩევანი – დაიწყონ ან შეწყვიტონ პროგრამების განხორციელება და მომსახურების მიწოდება, გამოიყენონ ახალი ტექნოლოგიები და მოიზიდონ ან ისესხონ კაპიტალი.

ფინანსების მართვა ეფუძნება აღრისებისა და ანგარიშგების კარგად ჩამოყალიბებულ პრინციპებს, რომელიც უზრუნველყოფს აუცილებელ ინფორმაციას მართებული გადაწყვეტილებების მისაღებად. ფინანსების განხილვა აღნიშნული პრინციპების გათვალისწინებით იძლევა რაოდენობრივი შეფასებების საშუალებას, რაც გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში შეიტანს ობიექტურობის ელემენტებს. დღემდე, რეალურად გაურკვეველია თუ ბიზნესის რომელ სახეს მიეკუთვნება სამედიცინო მომსახურება? სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ეფუძნება ადამიანების მომსახურების კონცეფციას. იმისათვის, რომ მივიღოთ სწორი გადაწყვეტილებები ორგანიზაციის გრძელვადიანი სიცოცხლისუნარიანობის თაობაზე, ჯანდაცვის მენეჯერი უნდა ფლობდეს ფინანსური საკითხების სოციალურ, პოლიტიკურ და ადამიანურ ფაქტორებთან დაბალანსების ტექნიკას.

საოჯახო მედიცინის დაწესებულებები კანონიერად მიღებულ შემოსავლებს იყენებენ უმეტესად ფიქსირებული ხარჯების დასაფარად და გასცემენ ხელფასებს. ხარჯები მედიკამენტებზე, ამორტიზაციაზე და სათავსების შესყიდვაზე მინიმალურია. ფინანსური თვალსაზრისით, გარდა მომსახურების შემსყიდველისა, პროვაიდერები ანგარიშვალდებულნი არიან მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების, სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის, საგადასახადო ინსპექციის და კონტროლის პალატის წინაშე.

6.2 შინაგადასახლება და კონტრაქტირება

6.2.1 შეღავათების საბაზისო პაკეტი

შეღავათების საბაზისო პაკეტი - წარმოადგენს იმ მომსახურების პაკეტს, რომელიც იქცევა სტანდარტულ მინიმუმად. იგი საჭიროებს განსაზღვრას, იმ მომსახურების დეტალიზებას, რომელიც, საზოგადოების გათვლით, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა მოქალაქისათვის, მიუხედავად იმისა გადახდის უნარიანია თუ არა იგი. არსებობს რიგი სხვადასხვა მიდგომებისა, რომლებიც შესაძლოა ასახულ იქნას BBP-ს განსაზღვრებაში. უმთავრესი პრობლემა ისაა, თუ როგორ უნდა მოხდეს იმ მომსახურების პრიორიტეტულობის დადგენა, რომელიც შესაძლოა შეტანილ იქნას BBP-ში ან არა, და თანმდევი კითხვა, თუ ვინ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება აღნიშნულთან დაკავშირებით.

სახელმწიფო დაფინანსების უბირველესი მიზანია, უზრუნველყოს, ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ შეღავათების საბაზისო პაკეტში შეტანილი მომსახურების გაწევა.

იდეალურ შემთხვევაში, ბაზისური პაკეტის ფარგლებში მთელი მოსახლეობისათვის უფასოდ უნდა შეეძლოს გარკვეული სამკურნალო მომსახურების მიღება ხარისხისა და მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვის გარანტიით.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, როგორც პოლიტიკის დამკვეთი, ადგენს ბაზისური პაკეტის შინაარსს და განსაზღვრავს თითოეული პროგრამის შემადგენლობას. საქართველოს პარლამენტი ამტკიცებს BBP-ის შემადგენლობას და წლიურ ბიუჯეტს. შემადგენლობა და ბიუჯეტი უმთავრესად განიხილება პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის მიერ.

შეღვათების პაკეტი მოიცავს ბავშვთა, სოფლის მოსახლეობის და ლტოლვილების ყველა სახის დახმარებას. სხვებისათვის, შეღვათების პაკეტი მოიცავს ამბულატორიულ და გადაუდებელ დახმარებას, დედის ჯანმრთელობის დაცვას და კონკრეტულ დაავადებებს (ტუბერკულოზი, კიბო და ფსიქიატრიული დაავადებები).

საქართველოში ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორის დაფინანსების 90% გამოიყოფა შეღვათების ბაზისური პაკეტის დაფინანსებისათვის. ყოველწლიურად, ბაზისური პაკეტის პროგრამები არ ფინანსდება, რაც იწვევს მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის BBP-ზე უარის თქმას.

BBP პროგრამების განხორციელება საჭიროებს კონკრეტული დადგენილი სტანდარტების და კლინიკური ნორმების დაცვას. ჩვეულებრივ, BBP-ს ფარგლებში გაწეული მომსახურების სახეობის დასადგენად კლინიკურ ნორმებში გამოიყენება ზედმეტად დაბალი ფასები, რაც აიძულებს ჯანდაცვის პროვაიდერებს მოითხოვონ დამატებითი ანაზღაურება პაციენტებისაგან „უფასო“ სამედიცინო მომსახურებისათვის.

ბაზისურმა პაკეტმა განიცადა უმნიშვნელოვანესი ცვლილებები - 2006 წლის საოჯახო მედიცინის პილოტური პროგრამით შეღვათების ყოვლისმომცველი პაკეტი მოიცავს როგორც პრევენციულ, ისე სამკურნალო და „ძირითად“ ლაბორატორიულ მომსახურებას.

საქართველოში მედიკამენტებისათვის მხოლოდ შეზღუდული ოდენობის სახელმწიფო დაფინანსება გამოიყოფა. მოსახლეობას მედიკამენტების შეძენა თავად უწევს აფთიაქებში, თუმცა, მათი უმეტესობისათვის მედიკამენტების შეძენა შეუძლებელია ფინანსური პრობლემების გამო. მედიკამენტებზე ერთიანი წლიური ხარჯის შეფასება ეფუძნება პჯდ-ს ფარგლებში მკურნალობის დეტალურ პროტოკოლებს. მეტად მნიშვნელოვანია BBP-ში მედიკამენტების სულ მცირე შეზღუდული დაფინანსების გათვალისწინება და პაციენტების სტიმულირება, რათა მათ გვერდი არ აუარონ პჯდ ღირებულება. საქართველოში ჯანდაცვის ხელმძღვანელობამ განიხილა შემოთავაზებული ალტერნატიული შესაძლებლობები მედიკამენტების თაობაზე BBP-ს ფარგლებში და მიღებულ იქნა საწყისი რეკომენდაციები შემდგომი დამუშავების მიზნით.

ბენეფიციართა განსაზღვრა

საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდი შეუდგა თითოეული ბენეფიციარის განსაზღვრის პროცესს, მისთვის სოციალური იდენტიფიცირების ნომრის მინიჭებით და რეგისტრაციით ეროვნულ მონაცემთა ბაზაში. ამ მიმართულებით, უმთავრესი პრობლემა ისაა, რომ ქვეყანაში არ არსებობს მოსახლეობის რეგისტრაციის სრული მონაცემთა ბაზა.

6.2.1 კონტრაქტების გაფორმება

სახელმწიფო შემსყიდველი (SUSIF) აფორმებს კონტრაქტებს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან (მიმწოდებლებთან). კონტრაქტი განსაზღვრავს ყველა ფინანსურ პირობას და შეთანხმებას, ხარისხთან დაკავშირებულ მოთხოვნას, ადმინისტრაციულ პროცედურებს და სხვ. პჯდ ქსელი ყალიბდება სატენდერო და საკონტრაქტო პროცედურების საფუძველზე, რომელიც წინ უნდა უსწრებდეს კონტრაქტის ხელმოწერასა თუ გაგრძელებას. SUSIF-ის მიერ პჯდ პროვაიდერებთან დადებული კონტრაქტების მიზანია BBP-ს უზრუნველყოფა. კონტრაქტის მეორე

მხარე დამოუკიდებელი სამედიცინო დაწესებულებაა (პოლიკლინიკა, FMC, დისპანსერი და სხვა). აღნიშნული კონტრაქტები მოიცავს MoLHSA-ს მიერ შემუშავებულ სამედიცინო სტანდარტებს.

ქალაქებში, სახელმწიფო ამბულატორიულ პროგრამაში მონაწილე პროვაიდერი-საწარმოს კონტრაქტის წლიური ღირებულება განისაზღვრება, ერთის მხრივ, რეგისტრირებული და პასპორტების მქონე მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით (მოსახლეობის რიცხვი იცვლება შესაბამისი ადგილობრივი ოფიციალური ორგანოს მიერ შესწორებების შესაბამისად). მეორეს მხრივ, მხედველობაში მიიღება წინა კონტრაქტების მოცულობა.

პჯდ პროვაიდერების სიდიდე თანახმად გარემოებებისა, უნდა იყოს ოპტიმალური. ის იცვლება ერთი სამედიცინო გუნდიდან (ცალკეული ან სოლო პრაქტიკა) ჯგუფურ პრაქტიკამდე ოთხი და მეტი სამედიცინო გუნდით. სპეციალური მენეჯერული პერსონალი მცირე ზომის პჯდ პროვაიდერისათვის აუცილებელი არ არის. დამატებითი მომსახურება შესაძლოა მიღებულ იქნას გარე დაქირავების საფუძველზე, თუ იგი მომგებიანია. კონტრაქტები არ განსხვავდება იმის მიხედვით, საწარმო არის სახელმწიფო ჩარჩოებში (შენობა, აღჭურვილობა), თუ წარმოადგენს სრულად პრივატიზებულ პჯდ პროვაიდერს.

კონტრაქტი საზღვრავს ყველა სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც ტარდება სამედიცინო დაწესებულებაში. პჯდ პროვაიდერი იღებს ვალდებულებას აცნობოს მოსახლეობას სადაზღვევო ფონდთან კონტრაქტის და ნებადართულ სამედიცინო მომსახურებაზე ჯანმრთელობის სამინისტროდან მიღებული ლიცენზიის შესახებ.

6.2.2 ანაზღაურების მეთოდოლოგია

სამედიცინო პროფესიების ანაზღაურება შესაძლებელია უშუალოდ მომხმარებლის მიერ, პირისპირ ურთიერთობის საფუძველზე, როცა პიროვნება ანაზღაურებს გაწეულ მომსახურებას. უფრო მაღალი ეკონომიკური შემოსავლების ქვეყნების უმეტესობაში, ანაზღაურება ითვალისწინებს „მესამე-მხარეს – გადამხდელს.“ ურთიერთობა „მესამე მხარე - გადამხდელს“ და მომსახურების მიწოდებელს შორის განისაზღვრება, როგორც „შესყიდვა“ და რამდენადაც შესყიდვის ფორმები მეტად მრავალფეროვანია, შესაბამისი პირობები აისახება (ნათლად ან შეფარულად) „კონტრაქტში.“ არსებობს ორი ძირითადი გზა, რომლის მეშვეობით მთავრობებს (ან ჯანმრთელობის დამზღვევებს) შეუძლიათ შეისყიდონ სამედიცინო მომსახურება მათი მოქალაქეებისათვის. მათ შეუძლიათ შეისყიდონ კლინიცისტიც დრო ან კონკრეტული მომსახურება.

დროზე დაფუძნებული ანაზღაურება – შემსყიდველი უფორმებს კონტრაქტს სამედიცინო პროფესიონალებს დროის კონკრეტულ მონაკვეთში კონკრეტული სამუშაოს შესრულებაზე, ჩვეულებრივ, ერთი წლის ვადით. დროით განსაზღვრული კონტრაქტი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას რამდენიმე სხვადასხვა დანიშნულებით. ტრადიციული სახელმწიფო მოხელის კონტრაქტი შეიძლება ითვალისწინებდეს მუდმივ დასაქმებას გადადგომამდე და შემდგომ პენსიას, რომლის არამართებული გამოყენება იწვევს ხსენებული კონტრაქტის შეწყვეტას. სანაცვლოდ, შესაძლოა შესყიდულ იქნას მათი დროის გარკვეული ნაწილი. შესაბამისად, სახელფასო ანაზღაურება ასახავს სრული სამუშაო კვირის შესყიდულ ნაწილს. აღნიშნული მთელს მსოფლიოში იქცა სახელმწიფო სექტორში კონტრაქტის ძირითად სახედ, რომლის მეშვეობითაც უზრუნველყოფილია კვალიფიციური პერსონალის ხელმისაწვდომობა მისი სიმცირის პირობებში. გამომდინარე მნიშვნელოვანი ცვლილებებიდან შრომის ბაზარზე, პოტენციურ კანდიდატთა მნიშვნელოვნად გაზრდილი მიწოდებიდან და მოვალეობების სათანადოდ შესრულების გაზრდილი მოთხოვნიდან, სახელმწიფო მართვის ახალი პრაქტიკა დაადაგა უფრო მოქნილი სამუშაო შეთანხმებების გზას, ესენია:

- განმეორებადი კონტრაქტები, როცა ისინი გადაიხდება ყოველწლიურად მოვალეობების შესრულების კრიტერიუმებიდან გამომდინარე და განახლება შემდგომი საკონტრაქტო პერიოდებისათვის, თუ მოვალეობების შესრულება ხდება მაღალ დონეზე; საპირისპირო შემთხვევაში, განახლება არ ხდება და დასაქმება წყდება საწყისი ფიქსირებული ვადის ამოწურვისთანავე.

- ანაზღაურება კონკრეტული სამუშაოს შესრულებაზე, როცა საბაზისო ხელფასებს ემატება ანაზღაურება კონკრეტული საქმიანობისათვის ან შესრულების კრიტერიუმების გადაჭარბებისათვის.

მომსახურებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება – შემსყიდველებს შეუძლიათ გააფორმონ კონტრაქტები მედიცინის სპეციალისტებთან ან ჯანდაცვის საწარმოებთან კონკრეტული მომსახურების გაწევაზე, როგორცაა კონსულტაციების (გარკვეული რაოდენობა) გაწევა, ვაქცინაცია, მშობიარობა და სხვა. შემსყიდველს შეუძლია გააფორმოს კონტრაქტი შემთხვევის შესაბამისად ანაზღაურების საფუძველზე ან გადაიხადოს ფიქსირებული თანხა მომსახურების კონკრეტული მოცულობით მიწოდებისათვის ანაზღაურების სხვადასხვა პირობებით - თუ მოცულობა არაა შესრულებული, ან გადაჭარბებულია. ხარისხის ზედამხედველობის პირობა, შესაგროვებელი ინფორმაციის ხასიათის ჩათვლით, შესაძლოა ასევე განისაზღვროს კონტრაქტის თანხმად. სანაცვლოდ, პროვაიდერებს შეიძლება გაუფორმდეთ კონტრაქტები გაუწიონ განსაზღვრული მომსახურება მათ სამოქმედო ზონაში ყველას. ასეთ შემთხვევაში, ანაზღაურება ხდება ერთ სულ მოსახლეზე, გადახდილ თანხაში შესაძლო ცვლილებებით, თუ მომსახურების მოცულობა აჭარბებს ან ნაკლებია მოსალოდნელზე. მომსახურებაზე დაფუძნებული კონტრაქტების მხარე შემსყიდველებს, ჩვეულებრივ, არ ეხებათ ფინანსების ხარჯვა, იმ პირობით, რომ კონტრაქტში მოცემული პროდუქცია წარმოებულია. ხარჯვა, ბიუჯეტის მუხლების მიხედვით, შესაძლოა მოთხოვნილი იყოს აღრიცხვისათვის, საგადასახადო და აუდიტის მიზნებისათვის, ან ხარისხის ინდიკატორების დამატების სახით, როცა რთულია პროცესის ხარისხის შეფასება. მაგალითად, მედიკამენტებზე ხარჯის აღრიცხვა შესაძლოა მოთხოვნილ იქნას იმის საფუძველზე, რომ მომსახურება საჭიროებს მინიმალურ ხარჯებს, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ეფექტური მომსახურება.

შერეული ანაზღაურება - ასევე დასაშვებია და აერთიანებს კაპიტაციის ელემენტს ზრდასრული მოსახლეობისათვის საერთო მომსახურების მიწოდებისათვის და მომსახურებას, რომელიც უკავშირდება მიზნობრივ ანაზღაურებას (ბავშვთა და ორსულთა მეთვალყურეობას, ვაქცინაციას და ზოგიერთ სხვა პრიორიტეტულ მომსახურებას).

ანაზღაურების მექანიზმი ჩვეულებრივ, უნდა ასახავდეს შემდეგ ნიშნებს:

- ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნების შესაბამისი;
- პროვაიდერების სამართლებრივი სტატუსის და ორგანიზაციის მოთხოვნების შესაბამისი;
- სოლიდარული სქემების შესაბამისი;
- უზრუნველყოფდეს შესაბამისი მოცულობისა და სტრუქტურის დახმარების სტიმულირებას;
- უზრუნველყოფდეს ხარისხიანი დახმარების სტიმულირებას;
- უზრუნველყოფდეს შეფერხების საშუალებებს პაციენტების არამართებულად შერჩევისათვის;
- შესაძლებელი იყოს ტარიფების გაანგარიშება/მონაცემთა ხელმისაწვდომობა;
- ადმინისტრაციული სიმარტივე;
- უზრუნველყოფდეს თაღლითობის აღმოფხვრას/პრეტენზიების შეფასების შესაძლებლობა.

სამწუხაროდ, არ არსებობს ხსენებული მექანიზმი ზუსტად აღნიშნული ფორმით და, ხშირად, აუცილებელია ანაზღაურების ორი ან მეტი მექანიზმის შეთავსება ან მათი შევსება სხვა საკონტროლო პროცედურებით.

პროვაიდერი, ფიქსირებულ ვადებში, წარუდგენს დამფინანსებელს (SUSIF) საგადასახადო მოთხოვნას (ანგარიშ-ფაქტურას, ქვითარს), რომელშიც ასახულია პროგრამული დაფინანსებით გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულება დიაგნოზის, სამედიცინო ჩარევების ჩამონათვლისა და სტანდარტის თანხმად განსაზღვრული ღირებულების მითითებით. დამფინანსებელი (SUSIF) ამოწმებს ანაზღაურების მოთხოვნებს შემდგომი ანგარიშსწორებისათვის. ხაზინა ადასტურებს

ფონდის (SUSIF-ის) საგადასახადო მოთხოვნებს და რიცხავს თანხებს პროვაიდერების (პვედ მიწოდებელი) საბანკო ანგარიშებზე.

ანაზღაურება ხდება სტანდარტით გათვალისწინებული ტარიფით პროვაიდერის მიერ რეალურად შესრულებული სამუშაოს მოცულობის შესაბამისად. სტანდარტს ზემოთ განხორციელებული სამედიცინო ჩარევების ღირებულება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

ანაზღაურების მეთოდოლოგია ამბულატორიული დაწესებულებებისათვის, რომლებიც ასრულებენ ამბულატორიულ პროგრამებს, მნიშვნელოვნად შეიცვალა. დღესდღეობით, საოჯახო მედიცინის ცენტრებში აღარ იქნება გამოიყენებული ფიქსირებული ბრიგადული ანაზღაურების სისტემა, რომელიც, არსებითად ახლოსაა სემაშკოს ძველ სისტემასთან (შენიშვნა: სისტემა გულისხმობს იმ სამედიცინო ბრიგადების ფიქსირებულ ყოველთვიურ ანაზღაურებას, რომლებიც პასუხისმგებელია პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებაზე მოსახლეობის კონკრეტული რიცხვისათვის).

6.3 შვიდმოცულობა

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორს, მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის დაფინანსებისათვის, გააჩნია შემდეგი წყაროები:

- სახელფასო გადასახადი, შემოღებული 1995 წელს სექტორისათვის მიზნობრივი გადასახადის უზრუნველყოფის მიზნით (ამჟამად შეწყვეტილია);
- საერთო ბიუჯეტი, მართული ქვეყანაში ჯანდაცვის მომსახურების უმსხვილესი შემსყიდველების მეშვეობით;
- ადგილობრივი გადასახადები, რომლებიც შეადგენს მუნიციპალიტეტების მიერ ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების რესურსებს;
- კერძო ხარჯები, რომლებიც ჯერაც წარმოადგენს პირადი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების უმთავრეს წყაროს და თანახმად სხვადასხვა გათვლებისა, მერყეობს ჯანდაცვის ერთიანი ხარჯვითი ნაწილის 66%-დან 87%-მდე.

ეროვნული სახელმწიფო ფონდები

ჯანდაცვის ბიუჯეტი განიხილება ფინანსთა სამინისტროს (MOF) და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (MOLHSA) მიერ. საბიუჯეტო ასიგნებების შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებს პარლამენტი.

სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების უპირველესი კრიტერიუმია „სათანადო“ დაფინანსების მიწოდება შეღავათების საბაზისო პაკეტისათვის ანუ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტისათვის.

ყოველწლიურად, პარლამენტი ამტკიცებს სახელმწიფო ბიუჯეტს, რომელიც ითვალისწინებს ტრანსფერებს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მიერ წარმოდგენილი ჯანდაცვის პროგრამების დასაფინანსებლად. ამას გარდა, კანონი დაფინანსების შესახებ იძლევა განმარტებას ჯანდაცვის ასიგნებების ეროვნულ და მუნიციპალურ დონეებზე განაწილების თაობაზე.

სოციალური დაზღვევა

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, დაფუძნებული სახელფასო გადასახადებზე, იქცა ჯანდაცვის დაფინანსების დივერსიფიცირებული წყაროს სტანდარტულ ნაწილად, რომლითაც უნდა დაფინანსდეს მოსახლეობისათვის შეთავაზებული შეღავათების ბაზისური პაკეტი (BBP).

ფინანსთა სამინისტროს საგადასახადო დეპარტამენტი წარმოადგენს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების შეგროვებაზე პასუხისმგებელ ორგანოს. დამქირავებელი, საგადასახადო

ინსპექციას, წარუდგენს ყოველთვიურ დეკლარაციას და ახორციელებს გადახდას ხაზინის სპეციალურ სოციალურ გადასახადთა საბანკო ანგარიშებზე. საგადასახადო დეპარტამენტი იღებს ინფორმაციას გადახდილი გადასახადების შესახებ და აღარებს მას წარმოდგენილ დეკლარაციებს. ხაზინის საბანკო ანგარიშზე ღარიცხული სახსრები ავტომატურად გადაირიცხება საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის საბანკო ანგარიშზე, საიდანაც ისინი აღწევენ საბოლოო დანიშნულებამდე.

მუნიციპალური ბიუჯეტი

დღეისათვის, მუნიციპალიტეტები ფინანსდებიან ადგილობრივი გადასახადების ამოღებით (როგორცაა გადასახადი სათამაშო ბიზნესზე, რეკლამის გადასახადი, სასტუმროებზე გადასახადი და სხვ.); ასევე, ცენტრალურ და ადგილობრივ ბიუჯეტებს შორის გადანაწილებული გადასახადებით (როგორცაა საშემოსავლო გადასახადი, კორპორაციული მოგების გადასახადი და მცირე ბიზნესის გადასახადი). გარდა ამისა, სახელმწიფო ქონების პრივატიზაციიდან შემოსული თანხების ნაწილი რჩება მუნიციპალიტეტებს.

მუნიციპალიტეტებს უფლება აქვთ დააწესონ ადგილობრივი გადასახადების ტარიფები და გამოიყენონ მათი ამოღებით მიღებული შემოსავლები. სახელმწიფო გადასახადების სააგენტო აწარმოებს ხსენებული გადასახადების ამოღებას. დაგეგმილი შემოსავლების მუდმივად ვერ მიღება ამცირებს დაგეგმილ ხარჯებს, თუმცა, ჯანდაცვის ბიუჯეტის (საერთო ბიუჯეტის 10%) შემცირება არაპროპორციულია და უმეტესად, იღებს შემცირებული ბიუჯეტის უფრო ნაკლებ პროცენტს.

კერძო შენატანები

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში გაწეული კერძო ხარჯის შესახებ არსებული დოკუმენტაცია წინააღმდეგობრივია. კერძო ხარჯების წილი, თანახმად სხვადასხვა წყაროებისა, მერყეობს ჯანდაცვაზე ერთიანი ხარჯის 66%-დან 87%-მდე. ნათელია, რომ ჯანდაცვის დაფინანსებაში კერძო სექტორის წილი მნიშვნელოვანია, რაც სერიოზულ ბარიერებს ქმნის მისი საზოგადოებისათვის ხელმისაწვდომობის წინაშე.

კერძო შენატანები მოიცავს შემდეგს: პაციენტების უშუალო ოფიციალური შენატანები იმ მომსახურებისათვის, რომელსაც არ ითვალისწინებს შეღავათების საბაზისო პაკეტი, ან რომელიც გათვალისწინებულია მის ფარგლებში თანაგადახდის პრინციპით. კერძო შენატანების მესამე და ყველაზე უფრო ფართოდ გავრცელებული ფორმაა პროვაიდერისათვის უშუალო ანაზღაურება (არაოფიციალური ანაზღაურება), რომელიც არალეგალურია და არ აღირიცხება საბუღალტრო დოკუმენტაციაში.

არსებობს აგრეთვე, წინასწარი გადახდის სქემები, რომელსაც სთავაზობენ მოსახლეობას კერძო სადაზღვევო კომპანიები. პრემიების სახით შენატანების მოცულობა მეტად მცირეა ერთიან ეროვნულ ხარჯვით ნაწილთან შედარებით. თუმცა აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიების წილი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის დაფინანსებაში ყოველწლიურად იზრდება.

ამჟამად, კერძო სადაზღვევო კომპანიების გავლენა ეროვნული ჯანდაცვის დაფინანსებაზე მეტად შეზღუდულია, პრემიები და შესაბამისად, ანაზღაურებული პრეტენზიები კი უმნიშვნელო.

თემზე დაფუძნებული დაზღვევა

სათემო დაფინანსება პერსპექტიულად ითვლებოდა, მაგრამ რეალობამ საწინააღმდეგო დაამტკიცა. მიუხედავად Oxfam-ის, UMCOR-ის და სხვა ორგანიზაციების ძალისხმევით სათემო დაზღვევის სქემების დანერგვისა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში, ისინი ვერ აღმოჩნდა სიცოცხლისუნარიანი. შედეგად, ფონდების არსებული უმნიშვნელო ნაკადი აღნიშნული წყაროდან შემცირდა და დღეისათვის თითქმის ნულის ტოლია.

საქართველოში დოკუმენტირებულია თემზე დაფუძნებული რისკების შერწყმის გარკვეული მცირე-მასშტაბიანი გამოცდილება, თუმცა, ის უმეტესად მიღებულია პილოტირებულ ადგილებზე და საზოგადოების მეტად მცირე ნაწილებისათვის. ამდენად, მათი წილი მოსახლეობისათვის გაწეული ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსებაში მცირეა და ჯერაც არ უნდა იქნას

მხედველობაში მიღებული. თუმცა, მთავრობა გამოხატავს ნებას, ხოლო, „ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკის“ დოკუმენტში ნათლადაა მითითებული სათემო დაფინანსების შემდგომი შესაძლებლობების მოძიების მნიშვნელობა იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნულის ორგანიზაცია შესაძლებელი იქნება პოლიტიკის ღონეზე.

სხვა წყაროები

გარდა ზემოთხსენებულისა, არსებობს ფონდების სხვა სახეები, რომელთაგან გრანტები, სესხები და დონორული ფონდები წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების უმთავრეს წყაროს.

ჰუმანიტარული და სხვა დახმარება უმნიშვნელოვანესი იყო ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის 1992-1994 წლებში. რა თქმა უნდა, დახმარებას უდიდესი მნიშვნელობა ჰქონდა ასობით ათასი ქართველის ჯანმრთელობისათვის. სახელმწიფოს სამედიცინო მასალებით უზრუნველყოფისა და რეფორმის პროცესის ტექნიკური ხელშეწყობისათვის დახმარება ჯერაც მნიშვნელოვანია. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო დროს დახმარების ხასიათი ჰუმანიტარულიდან შეიცვალა ტექნიკური დახმარებით, რაც გაცილებით ეფექტურია სამომავლო მდგრადობის თვალსაზრისით. დღეისათვის, საქართველოში სრულდება სხვადასხვა პროგრამები, რომლებშიც მონაწილეობენ და რომლებსაც აფინანსებენ მსოფლიო ბანკი (World Bank), ევროკავშირი (EU), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), UNICEF, USAID, DFID, AIHA და სხვა დონორი ორგანიზაციები.

შემოსავლების მეტად მნიშვნელოვან წყაროს უნდა წარმოადგენდეს სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციიდან მიღებული სახსრები. სამწუხაროდ, ხსენებული წყარო ნაკლებად გამოიყენება, ვიდრე ეს პროგნოზირებული იყო. მიუხედავად პრივატიზაციაზე არსებული დიდი მოთხოვნისა, რეფორმების საწყის პერიოდში, ნათელი პოლიტიკისა და მარეგულირებელი დებულებების არარსებობამ მინიმუმამდე შეამცირა აღნიშნული მოთხოვნა და დათრგუნა პრივატიზაციის პროცესი. მომავალში, პრივატიზაცია შესაძლოა მნიშვნელოვან წყაროდ იქცეს ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის, თუკი ეფექტური პოლიტიკა და მართვის ინსტრუმენტები იქნება შემუშავებული.

6.4 საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ხარჯების განსაზღვრის ყოვლისაოომცველი მოდელი

6.4.1 ხარჯი, სარგებელი და ფასი

ნებისმიერი საქონლის თუ მომსახურების ყიდვა-გაყიდვისას წარმოდგენილია სამი საფინანსო ტერმინი: ხარჯი, სარგებელი და ფასი. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი მჭიდროდ არიან ერთმანეთთან დაკავშირებული, რამაც, შესაძლოა ხშირად დაგვანბნოს კიდევ, მაინც მნიშვნელოვანია მათ შორის განსხვავებაზე საუბარი. ხარჯი - არის მომსახურების გასაწევად დაწესებულების მიერ გადახდილი თანხა დაქირავებულთათვის, მომარაგებასა და დამხმარე პირობების უზრუნველსაყოფად. სარგებელი - არის, თუ რას ფიქრობენ მყიდველები მომსახურების ღირებულების თაობაზე ანუ რამდენად უკეთ გრძნობენ ისინი თავს გაწეული მომსახურების შედეგად. ფასი კი არის რასაც იხდიან ინდივიდები, როცა ყიდიან ან ყიდულობენ მომსახურებას. აღნიშნული კონცეფცია მიესადაგება ჯანდაცვითი მომსახურების მიწოდებასაც, მაშინაც კი, როცა პაციენტთათვის გაწეული სამედიცინო დახმარება უფასოა. ჯანდაცვის მენეჯერებს ესაჭიროებათ განსაზღვრონ გაწეული მომსახურების ხარჯები, რათა შეზღუდული ფინანსური რესურსები არასწორად არ იქნას გამოყენებული. ხარჯების გარდა, მენეჯერმა უნდა იცოდეს მათ მიერ მიწოდებულ მომსახურებას რა სარგებელი მოაქვს პაციენტისათვის, სადაზღვევო კომპანიისათვის, ან მთავრობისათვის. ხარჯისა და სარგებლის ანალიზის საფუძველზე (სხვა დამატებით ფაქტორებთან ერთად, რომელიც განხილული იქნება მოგვიანებით) ჯანდაცვის მენეჯერი განსაზღვრავს ფასს - თუ რა ეღირება გაწეული მომსახურება, ანუ რა თანხა უნდა იქნას ანაზღაურებული ბიუჯეტიდან თუ სხვა წყაროებიდან.

ხარჯის, სარგებლისა და ფასის კონცეფცია თეორიულად თითქოსდა მარტივია, მაგრამ იგი ბევრად უფრო რთულია პრაქტიკული გამოყენებისას, განსაკუთრებით კომპლექსურია იგი ჯანდაცვაში. ხარჯები გამოისახება სხვადასხვა ფორმით: პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯები, ფიქსირებული და ცვლადი ხარჯები, ოპორტუნისტული ხარჯები. სარგებლის დათვლა რთულია, თუმცა არის მცდელობა იმისა, რომ გაიზომოს, თუ რას ფიქრობს ხალხი მიწოდებული მომსახურების ან საქონლის შესახებ. პირდაპირი გაზომვის ნაცვლად, მომსახურების სარგებელი ხშირად იზომება არაპირდაპირ, ანუ რა თანხის გადახდა სურს პაციენტს მომსახურების/საქონლის შესყიდვის მიზნით. თუმცა ფასი ყოველთვის არ არის სარგებლის პირდაპირი საზომი. იგი შესაძლოა ემყარებოდეს უამრავ ფაქტორს, როგორცაა ხარჯები, შეზღუდვები, გაყიდვების სტრატეგია, სოციალური მიზნები თუ მთავრობის განკარგულებები. აღნიშნულის გარდა, ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებას შესაძლოა ანაზღაურებდეს მესამე პირი - გადამხდელი, როგორცაა მთავრობა, სადაზღვევო კომპანია ან დამქირავებელი, რომელთა სარგებელიც, ზოგჯერ, განსხვავდება პაციენტის სარგებლისაგან.

6.4.2 ხარჯების განსაზღვრა

ხარჯების გაანგარიშება ხდება სპეციალური მეთოდოლოგიის გამოყენებით, რომელიც გვეხმარება განვსაზღვროთ მომსახურების ან პროდუქციის ერთეულის მიწოდების ხარჯები, რის ცოდნაც (სხვა ფაქტორებთან ერთად), შესაძლოა, დაგვეხმაროს აღნიშნული ერთეულის ან მსავსე ერთეულებზე ფასების დაწესებაში. ხარჯები შესაძლოა დაიყოს პირდაპირ და არაპირდაპირ ხარჯებად. პირდაპირი ხარჯი არის მომსახურებაზე დამოკიდებული ერთეულის ხარჯი, რომელიც შეიცავს პირდაპირ ხელფასებსა და მასალების ხარჯს. არაპირდაპირი ხარჯი არ არის დამოკიდებული გაწეული მომსახურების რაოდენობაზე, როგორცაა შენობის შენახვის, კომუნალური და ზოგადი მენეჯმენტის ხარჯები; მას ხშირად მიაკუთვნებენ ზედნაღებ ხარჯებსაც. მცირედ განსხვავებული ხარჯების ტიპოლოგია, რასაც ჩვენ ქვემოთ გამოვიყენებთ, არის ის, რომ ჩვენ აქ გამოვიყენებთ დაყოფას ერთჯერად, პერიოდულ და პერსონალის ხარჯებად.

I. ერთჯერადი ხარჯები

ერთჯერადი ხარჯები მოიცავს საწარმოებისა და კაპიტალური აღჭურვილობის წლიურ ამორტიზაციას, რაც მიღებულ უნდა იქნას განახლების ღირებულებიდან. ამორტიზაციის პერიოდები უნდა აღებულ იქნას სათანადო აქტიდან (საგადასახადო კოდექსი) და შესწორდეს მოქმედების ვადების თანახმად შესაბამისად მენეჯერის შეფასებისა. თუ ხარჯვითი პუნქტი არ განისაზღვრება საგადასახადო კოდექსის თანახმად, გამოიყენება წლიური ხარჯის გაანგარიშების საკომპენსაციო მეთოდი გამომდინარე მენეჯერის საექსპერტო დასკვნიდან მომსახურების ვადის თაობაზე.

განიხილება კაპიტალური აღჭურვილობის შემდეგი ჯგუფები:

სათავსები – ეფუძნება ოფისის ფართის კვადრატული მეტრის ღირებულებას.

შენიშვნა:

ლიცენზირების შესახებ მოქმედი კანონით განსაზღვრული საერთო მოთხოვნები სათავსებთან დაკავშირებით:

- მარტივად მისასვლელი და შიგნით სამოდრო სათავსები, ხანშიშესული და ინვალიდი პირების საჭიროებების გათვალისწინებით;
- სამკურნალო ოთახის უზრუნველყოფილი პრევატულობა;
- სათანადო ტუალეტი და სააბაზანო;
- ინვალიდის ეტლის მისასვლელი;
- განათების, გათბობის და ვენტილაციის ადეკვატური სტანდარტები;

- ადგილობრივი ხანძარსაწინააღმდეგო წესების ადექვატური უსაფრთხოების ზომები (სავალდებულო კონტრაქტი სადაზღვევო კომპანიასთან);
- ხელსაბანი საკონსულტაციო ან მეზობელ ოთახში;
- ელექტროენერჯის დამატებითი ხაზი და სულ მცირე 7,5 კვტ სიმძლავრის გენერატორი (უფრო მცირე სიმძლავრის გენერატორი გაანგარიშებულია სოლო და მცირე ჯგუფური პრაქტიკისათვის);
- მედიკამენტებით, ინსტრუმენტებითა და აღჭურვილობით ადექვატური უზრუნველყოფა (კონტრაქტი სამედიცინო-საინჟინრო მომსახურების კომპანიასთან).

ოფისის აღჭურვილობა – ავეჯი იგულისხმება პირველადი ჯანდაცვის სპეციფიკის შესაბამისი სავალდებულო აღჭურვილობის სიის შესატყვისად.

სამედიცინო აღჭურვილობა – იგივე, რაც ავეჯის შემთხვევაში.

ავტომობილები, მაცივრები და/ან გამაციებლები – იგივე, რაც ავეჯის შემთხვევაში. საკომპენსაციო დამხმარე აღჭურვილობა (მაგ. პაციენტთა და სამედიცინო პერსონალის ადგილზე დახმარების გასაწევად გადასაყვანი ავტომობილები; ელექტრო-გენერატორები) უნდა გათვალისწინებულ იქნას, როგორც დამატებითი ტვირთი, დამახასიათებელი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის.

კომუნიკაცია და კომპიუტერული აპარატურა – გამომდინარე საწარმოს სიმძლავრიდან, უნდა გათვალისწინებულ იქნას სატელეფონო კვანძი ან ცალკეული ფიქსირებული ხაზები.

II. პერიოდული ხარჯები

პერიოდული ხარჯები მოიცავს:

საექსპლუატაციო (შენახვის) ხარჯი – აღნიშნული განისაზღვრება, როგორც წლიური ამორტიზაციის ფიქსირებული პროცენტი

საკანცელარიო მასალების ხარჯი – საოფისე და სხვა მასალები კომპიუტერებისა და პრინტერებისათვის.

სამედიცინო მასალების ხარჯი – სამედიცინო მასალა და მედიკამენტები, რომლებიც მუდმივად უნდა იყოს სამედიცინო კაბინეტის საცავში.

საწვავის ხარჯი – წარმოადგენს საწვავს ავტომობილებისა და გენერატორებისათვის.

საკომუნიკაციო ხარჯი – შეადგენს ტელეკომუნიკაციის ყველა გადასახადს.

კომუნალური მომსახურების ხარჯი – მოიცავს ელექტრომომარაგებას, წყალმომარაგებას, გათბობას, კანალიზაციას და ნაგვის გატანას.

მომსახურების ხარჯი – შეადგენს გარე დაქირავების ფარგლებში კომპანიის/პროფესიის მიერ გაწეულ მომსახურებას.

III. პერსონალის ხარჯი

მედიცინის სპეციალისტთა ხარჯი გულისხმობს:

დამხმარე/სანიტარი

ექიმი (ოჯახის მედიცინის ექიმი, მეანი და სხვ.)

ლაბორანტი

ექთანი/ბებიქალი

ხარჯი უნდა შეიცავდეს ხელფასს, ყველა სავალდებულო სოციალური ანარიცხის და მუშაკის მიერ გადახდილი გადასახადის ჩათვლით.

დამხმარე პერსონალის ხარჯი – ხელფასები მიიღება სახელფასო განაკვეთიდან, რომელიც შეესაბამება შემდეგ პოზიციებს: მცველი/დაცვა, დიასახლისი, მიმღები, რეგისტრატორი, მიწოდებების აღმრიცხველი, სამეურნეო მუშაკი, ხელმძღვანელი მუშაკი და მძღოლი.

თუ კონკრეტული საქმიანობა წარმოებს გარე დაქირავების მეშვეობით, გაანგარიშება ხდება მომსახურების ღირებულების შესაბამისად.

კვალიფიკაციის ამაღლების, პასუხისმგებლობის საგაღდებულო დაზღვევის ხარჯი და შენატანები პროფესიულ ორგანიზაციებში - დამატებითი ხარჯები პერსონალზე.

6.4.3 ბიუჯეტის უმღებნის მეთოდოლოგია საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამისათვის

ხარჯების გაანგარიშება მოხდა ე.წ. „აღმავალი“ სააღრიცხვო მეთოდოლოგიით. მისი მეშვეობით განისაზღვრა ხარჯების მოცულობა თითოეული პირველადი ჯანდაცვის გუნდისათვის. ხარჯის გაანგარიშების მოდელი მოიცავს ერთჯერად, პერიოდულ და პერსონალის ხარჯებს სხვადასხვა სახის ჰჯდ პრაქტიკისათვის.

აჯდ დაწმსებულმეზბის წლიური ხარჯები

	დასახელება	1 გუნდი	2 გუნდი	3 გუნდი	4 გუნდი	5 გუნდი
1	სახელფასო ხარჯები	7,200	13,536	20,088	26,640	33,240
2	სამედიცინო დანიშნულების საგნები, მედიკამენტები, კლინიკო-დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიული მომსახურება და ვაქცინაცია	3,535	7,070	10,605	14,140	17,675
3	კომუნალური მომსახურების, კომუნიკაციის, ოფისის, საექსპლუატაციო და სხვა ხარჯები	2,683	3,816	5,216	6,925	8,845
4	ამორტიზაციის ხარჯები	3,323	4,273	5,773	7,654	9,554
	სულ	16,741.5	28,695	41,682	55,359	69,314
	საშუალოდ გუნდზე	16,741.5	14,347.5	13,894	13,840	13,863

შენიშვნა: ხარჯების დაფინანსება სამედიცინო დანიშნულების საგნების, მედიკამენტების, კლინიკო-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული მომსახურებისა და ვაქცინაციისათვის გამოიყოფა კაპიტალის მეთოდით; წლიური ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 1.7675 ლარს.

ბ) აჯდ დაწმსებულმეზბის პერსონალის შრომითი ანაზღაურება მუშაკების ანარიცხვების ჩათვლით (ლარი)

	დასახელება	1 გუნდი	2 გუნდი	3 გუნდი	4 გუნდი	5 გუნდი
1	ექიმი	3,000	6,000	9,000	12,000	15,000
2	მეღდა	1,800	3,600	5,400	7,200	9,000
3	მენეჯერი (1 ყოველ 10 გუნდზე)	300	600	900	1,200	1,500
4	სხვა დანარჩენი	900	1,080	1,440	1,800	2,200
	შრომის ჯამური ანაზღაურება	6,000	11,280	16,740	22,200	27,700
	სოციალური გადასახადი	1,200	2,256	3,348	4,440	5,540
	სულ	7,200	13,536	20,088	26,640	33,240
	საშუალოდ გუნდზე	7,200	6,768	6,696	6,660	6,648

შენიშვნა: ჰჯდ დაწესებულება, სადაც დასაქმებულია მხოლოდ ერთი ექიმი და მეღდა, რომლებსაც ეძლევათ მხოლოდ ხელფასები მათზე სოციალური გადასახადის ჩათვლით.

პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებები და მიზნობრივი მოსახლეობა – პროგრამაში მონაწილეობას მიიღებენ მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური დახმარებით

რეაბილიტირებული პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები იმერეთში, აჭარასა და კახეთში, რომლებიც დაკომპლექტდება გადამზადებული ოჯახის ექიმებით, ექთნებითა და მენეჯერებით.

პროგრამის ფარგლებში საოჯახო მედიცინის ცენტრები მომსახურებას გაუწევენ მათ სამოქმედო არეალში (განსაზღვრულია გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის საფუძველზე) მცხოვრებ მოსახლეობას მიზნობრივი მოსახლეობის განსაზღვრის შემდეგ, დაწესებულება იხელმძღვანელებს საპასპორტო სისტემის ოფიციალური მონაცემებით; თუმცა, შეინახავს გამგეობის ან საკრებულოს მიერ დამტკიცებულ ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს.

სამოქმედო არეალში გუნდების რაოდენობის განსაზღვრა ხდება შემდეგი პრინციპის საფუძველზე: ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი საშუალოდ 2000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით.

გამონაკლისები დაშვებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- ❖ მაღალმთიან და რთულად მისაღვომ სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა არ შეესაბამება საშუალო ნორმატიულს;
- ❖ კადრების დეფიციტის დროს (გუნდში ექიმის ან ექთნის არარსებობისას).

სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების ანაზღაურება მოხდება კომბინირებული მეთოდით: საბიუჯეტო და კაპიტალური.

საბიუჯეტო მეთოდი – დაწესებულების სახელფასო, კომუნალური, საკომუნიკაციო, საექსპლუატაციო და ამორტიზაციის ხარჯების ანაზღაურება ხდება ფიქსირებული მოცულობით, მიუხედავად სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობისა. ფიქსირებული ბიუჯეტის ოდენობა განსაზღვრულია გუნდების რაოდენობის შესაბამისად.

კაპიტალის მეთოდი (წარმოადგენს მომსახურების გამწვევის ანაზღაურებას გამომდინარე ფიქსირებული თანხიდან, რომელიც იანგარიშება მოცული მოსახლეობის ან კონკრეტული მომენტისათვის დაზღვეულად აღნიშნული პირების რაოდენობიდან გამომდინარე) - სამედიცინო დანიშნულების საგნების, მედიკამენტების, ლაბორატორიული მომსახურებისა და ოფისის ხარჯები ანაზღაურდება ერთ სულ მოსახლეზე და შეადგენს 1.76 ლარს.

- **ანგარიშსწორების პროცედურა** – ფონდი თვის დასაწყისში, მაგრამ არა უგვიანეს 15 (თხუთმეტი) რიცხვისა, პჯდ დაწესებულებას ურიცხავს წლიური თანხის 1/12 ნაწილს. ყოველი კვარტლის გასვლის შემდეგ, არა უგვიანეს 10 (ათი) რიცხვისა, პჯდ დაწესებულება ფონდს წარუდგენს ანგარიშს მიღებული თანხის ხარჯვის შესახებ.

6.5 **ფინანსების ადმინისტრირება**

6.5.1 **ადმინისტრაციული პროცედურები**

რამდენიმე ადმინისტრაციული პროცედურა უნდა იქნას შემუშავებული ან ხელახლა შემუშავებული პილოტური პროგრამის განხორციელების ეტაპებისათვის მიღებული გადაწყვეტილებებიდან გამომდინარე. თითოეული პროცედურის განსაზღვრა უნდა მოიცავდეს ინდივიდუალური როლების კონკრეტიზაციას, პროცედურულ პასუხისმგებლობებს, დროში გაწერას, დოკუმენტური ფორმების და/ან მონაცემთა ფორმატების განსაზღვრას, მონაცემთა ელექტრონულ ფორმატში გადაყვანას და მიმოცვლას, დოკუმენტების დაარქივებისა და აუდიტის წესების გამოყენებას.

შემუშავებული ან ხელახლა შემუშავებული უნდა იქნას შემდეგი პროცედურები:

რეგისტრაციის პროცედურა – იხილეთ თავი 7.5

საგადასახადო მოთხოვნის (ანგარიშ-ფაქტურის) გამოწერის პროცედურა – პროცედურის მიზანია პჯდ პრაქტიკის ფარგლებში სახელმწიფო გადამხდელისათვის ანგარიშ-ფაქტურების რეგულარული გამოწერა. პროცედურა ხელახლა შემუშავდება თანახმად მიღებული

ანაზღაურების მექანიზმისა. პროცედურის სავალდებულო ნაწილს წარმოადგენს პჯდ პრაქტიკის საქმიანობის მონაცემების განსაზღვრა ანგარიშ-ფაქტურების გამოწერისათვის. ოჯახის ექიმს უფლება აქვს მიიღოს კომპენსაცია გაწეული სამედიცინო მომსახურებისათვის, რაც განსაზღვრულია კონტრაქტის თანახმად.

ანგარიშ-ფაქტურების გამოწერის დეტალები დამოკიდებულია გამოყენებული ანაზღაურების მექანიზმზე. ჩვეულებრივ, ანგარიშ-ფაქტურების გამოწერის პროცედურას ახასიათებს შემდეგი ეტაპები:

სახელმწიფო შემსყიდველი, საკონტრაქტო ვადის დასაწყისში, ავანსად აგზავნის გარკვეულ თანხას, რომელიც შეესაბამება წლიურ ბიუჯეტის პროპორციულ ნაწილს, ამასთანავე, შეუძლია, მასში გაითვალისწინოს კაპიტაციის მეთოდით ასანაზღაურებელი ავანსი.

პჯდ პროვაიდერი კალენდარული თვის ბოლოს ადგენს ანგარიშ-ფაქტურას, რომელიც ეფუძნება საკონტრაქტო პირობებს. თუ ანაზღაურება ეფუძნება რეალურად რეგისტრირებულ მოქალაქეთა რიცხვს, პჯდ პროვაიდერი ამრავლებს რეგისტრირებულ მოქალაქეთა რიცხვს თითოეულ (ასაკობრივ) კატეგორიაში შეთანხმებულ კაპიტაციის ტარიფზე. რეგისტრირებულ მოქალაქეთა რიცხვი ეფუძნება რეგისტრაციაში დამტკიცებულ ცვლილებათა სიას, გამოგზავნილს სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ წინა თვის განმავლობაში. ყველა დამატებითი ანგარიში ემატება ანგარიშ-ფაქტურას და ეს უკანასკნელი გადაეცემა სახელმწიფო შემსყიდველს (ფილიალს).

სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს ანგარიშ-ფაქტურას. თუ ადგილი აქვს მნიშვნელოვან ნაკლოვანებებს, ის უბრუნებს ანგარიშ-ფაქტურას პჯდ პროვაიდერს მათი გასწორების მიზნით.

თუ ანაზღაურებაში არსებობს რაიმე ცვალებადი ნაწილი გამომდინარე პჯდ პროვაიდერის რეალური საქმიანობიდან (მაგ. იმუნოზაციის ან სხვა პრევენციული ღონისძიებების რიცხვი), სახელმწიფო შემსყიდველი ანგარიშობს პრემიებს ან ანარიცხებს და უგზავნის პჯდ პროვაიდერს საკრედიტო ან სადებიტო შენიშვნებს ანგარიშ-ფაქტურასთან დაკავშირებით.

სახელმწიფო შემსყიდველი (ან ხაზინა) რიცხავს ანაზღაურებას პჯდ პროვაიდერის საბანკო ანგარიშზე.

მიმართვების (რეფერალის) პროცედურა – იხილეთ თავი 7.5

ანგარიშის გამოწერის პროცედურა – პროცედურის მიზანია შეგროვდეს პაციენტების მიერ გადახდილი თანხები. იგი, ასევე, მოიცავს ქვითრის გაცემას და აუცილებელ სააღრიცხვო-საანგარიშგებო ქმედებებს. პაციენტებს გამოეწერებათ ანგარიშები რამდენიმე შემთხვევაში:

- მომსახურებისათვის, რომელიც არაა გათვალისწინებული BBP-ის ფარგლებში;
- მომსახურებისათვის, რომელიც გათვალისწინებულია BBP-ის ფარგლებში, მაგრამ ექვემდებარება პაციენტის მიერ თანაგადახდას ან თანადაზღვევას;
- მომსახურებისათვის, რომელიც გაწეულია არარეგისტრირებული პაციენტებისათვის.

პაციენტებისათვის ანგარიშების გამოწერისათვის მოქმედებს შემდეგი პრინციპები:

- მომსახურების ტარიფები გამოკრულია მოსაცდელელებში ან თვალსაჩინო ადგილას;
- ტარიფები საყოველთაო მომსახურების უმეტესობაზე უნიფიცირებულია და გამოცხადებულია MOLHSA-ს შეტყობინებით.

ანგარიშის გამოწერის პროცედურა შემდეგია:

- პჯდ ექიმი აცნობებს პაციენტს, რომ მომსახურება დაკავშირებულია მომხმარებლის ხარჯთან;

- მას შემდეგ, რაც მომსახურება გაწეულია, პაციენტი იხდის საზღაურს პჯდ დაწესებულების მოლარესთან (ან, უფრო მცირე დაწესებულებაში, უშუალოდ ექიმთან/მედდასთან);
- პაციენტი იღებს ანაზღაურების ქვითარს;
- პაციენტის მიერ საზღაურის გადახდა ფიქსირდება საბუღალტრო ჟურნალში.

ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების პროცედურა – იხილეთ თავი 7.1

ანგარიშგების პროცედურა – იხილეთ თავი 7.1

საფინანსო აღრიცხვა-ანგარიშგების პროცედურა – მოცემული პროცედურა გადახდილ იქნა და შესწორებები შემოთავაზებულია აღრიცხვის ეროვნულ სტანდარტებთან მიმართებაში, რათა უკეთ იქნას ასახული პჯდ პრაქტიკის ეკონომიკური მდგომარეობა. სააღრიცხვო მეთოდოლოგიები საწყის ფინანსურ მონაცემებს აქცევს სასარგებლო ინფორმაციად, ორგანიზაციის ფინანსური მოთხოვნილებების და მის მიერ ვალდებულებების შესრულების შესახებ. აღრიცხვის უპირველესი დანიშნულებაა უზრუნველყოს ინფორმაცია ორგანიზაციის მიმდინარე ფინანსურ მდგომარეობაზე (მის გადახდისუნარიანობაზე) და სამომავლო ეკონომიკურ პერსპექტივებზე (მის მომგებიანობაზე). გარე სააგენტოები, როგორცაა მთავრობა, საკრედიტო დაწესებულებები ან ინვესტორები, ორგანიზაციის სიჯანსაღისა და რენტაბელობის შეფასებისას, ეყრდნობა საბუღალტრო ანგარიშებს. შიდა თვალსაზრისით, აღრიცხვა უზრუნველყოფს მძლავრ მექანიზმებს, რომელთა გამოყენებაც შეუძლია მენეჯერს იმ ინფორმაციის შეგროვების, გადაამუშავებისა და ანალიზისათვის, რომელიც საჭიროა საიმედო დაგეგმვის, გადაწყვეტილებების მიღებისა და შედეგების მონიტორინგისათვის.

6.5.2 საბუღალტრო აღრიცხვა

საქართველოს საგადასახადო კოდექსი, საბუღალტრო აღრიცხვისა და ანგარიშგების გაუმჯობესების მიზნით, არეგულირებს საოჯახო მედიცინის ცენტრების, პოლიკლინიკების და ამბულატორიების სააღრიცხვო სისტემებს. მათი ფინანსური საქმიანობა ითვალისწინებდა ორმაგი ბუღალტერიის წარმოებას. სტანდარტული ფორმები სავალდებულოა და ეფუძნება საერთაშორისო საბუღალტრო სტანდარტებს.

პჯდ პროვაიდერებმა უნდა გამოიყენონ შემდეგი სტანდარტული ფორმები:

- საბუღალტრო ბალანსი;
- მოგება-ზარალის ანგარიში;
- ცალკეული ანგარიშები (ხელფასის, გათბობის, წყალმომარაგების, გაზმომარაგების და სხვ.);
- ჟურნალი;
- სალარო ანგარიშის ჟურნალი;
- საგადასახადო დეკლარაცია;
- სამიზნე მოსახლეობის რეგისტრაცია.

პჯდ პროვაიდერების საბუღალტრო აღრიცხვის გაუმჯობესების მიზნით, უნდა გათვალისწინებული იქნას შემდეგი საკითხები:

- ყველა გარიგება, თანაგადახდის ჩათვლით, უნდა იყოს დოკუმენტირებული. დაუშვებელია ერთიანი გარიგების დადება.
- წლიური საბუღალტრო ბალანსი, ისევე, როგორც მოგება-ზარალის ანგარიში უნდა ეფუძნებოდეს ფისკალური წლის განმავლობაში დადებულ ყველა გარიგებას.
- ინდივიდუალურ მეწარმეს უფლება აქვს შეადგინოს გამარტივებული სააღრიცხვო ფორმები (ჟურნალები მოგება-ზარალის ანგარიშის ჩათვლით).

- სხვებმა უნდა სრულად აწარმოონ აღრიცხვა და საბუღალტრო სისტემა, ხოლო საგადასახადო კოდექსი უნდა იყოს შესაბამისად დაცული.

საოჯახო მედიცინის დაწესებულებები კანონიერად მიღებულ შემოსავლებს იყენებს უმეტესად ფიქსირებული ხარჯების დასაფარად და გასცემს ხელფასებს. ხარჯები მედიკამენტებზე, ამორტიზაციაზე და სათავსების შესყიდვაზე მინიმალურია. ფინანსური თვალსაზრისით, გარდა მომსახურების შემსყიდველისა, პროვაიდერები ანგარიშვალდებულნი არიან მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების, სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის, საგადასახადო ინსპექციის და კონტროლის პალატის წინაშე.

გარე სააგენტოები, როგორცაა მთავრობა, საკრედიტო დაწესებულებები ან ინვესტორები ეყრდნობა საბუღალტრო ანგარიშებს ორგანიზაციის სიჯანსაღისა და რენტაბელობის შეფასებისას. შიდა თვალსაზრისით, აღრიცხვა უზრუნველყოფს მძლავრ მექანიზმებს, რომელთა გამოყენებაც შეუძლია მენეჯერს იმ ინფორმაციის შეგროვების, გადამუშავებისა და ანალიზისათვის, რომელიც საჭიროა საიმედო დაგეგმვის, გადაწყვეტილებების მიღებისა და შედეგების მონიტორინგისათვის.

საბუღალტრო ბალანსი, სავარაუდოდ, ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს სააღრიცხვო ანგარიშს წარმოადგენს როგორც გარე, ისე შიდა გამოყენებისათვის. საბუღალტრო ბალანსი უზრუნველყოფს ინფორმაციას ორგანიზაციის ფინანსური სიჯანსაღის თუ გადახდისუნარიანობის თაობაზე და მზადდება თანახმად ფუნდამენტური საბუღალტრო პრინციპებისა: აქტივები = ვალდებულებებს + სააქციო კაპიტალი.

საბუღალტრო ბალანსი ასახავს ორგანიზაციის **აქტივებს** (იმის სრული ღირებულება, რასაც ფლობს ორგანიზაცია), მის **ვალდებულებებს** (ორგანიზაციის სრული სავალლო ვალდებულებები) და მისი საკუთარი სახსრები (სხვაობა აქტივებს და ვალდებულებებს შორის).

საბუღალტრო ბალანსი აჯამებს ფინანსურ მონაცემებს კონკრეტული მომენტისათვის, ჩვეულებრივ, წლის ან თვის ბოლო დღისათვის. ქვემოთ მოცემულია მარტივი საბუღალტრო ბალანსი:

მარტივი ფლიური საბუღალტრო ბალანსი	
აქტივები ერთიანი საბრუნავი სახსრები (ფული, დებიტორული დავალიანება, მატერიალურ-საწარმოო რეზერვები) ერთიანი ძირითადი საშუალებები (აღჭურვილობა, შენობა, მიწა) სულ აქტივები	
ვალდებულებები და საკუთარი სახსრები მოკლევადიანი ვალდებულებები დარიცხული ხელფასები კრედიტორული დავალიანება სულ მოკლევადიანი ვალდებულებები გრძელვადიანი ვალდებულებები ვირავნობა სესხი სულ გრძელვადიანი ვალდებულებები	
სააქციო კაპიტალი	
სულ ვალდებულებები და სააქციო კაპიტალი	

ჩვეულებრივ, თანახმად ილუსტრაციისა, აქტივები იყოფა საბრუნავ სახსრებად, როგორცაა ფული და საბანკო დეპოზიტები, საბრუნავ ფასიან ქაღალდებად (როცა სარგებელის რეალიზაცია ხდება ერთ წელიწადში) და ძირითად საშუალებებად, როგორცაა მიწა, შენობები, აღჭურვილობა და მატერიალურ-საწარმოო რეზერვები (როცა სარგებელის რეალიზაცია ხდება ერთ წელიწადზე მეტ ხანში). ვალდებულებები ასევე იყოფა მოკლევადიან ვალდებულებებად, როგორცაა

გადასახდელი ხელფასები, ყოველთვიური ანგარიშები და შესყიდვები და გრძელვადიან ვალდებულებებად, როგორცაა გირაო, სესხები და გრძელვადიანი იჯარა. ორგანიზაციის სააქციო კაპიტალი, რომელიც წარმოადგენს აქტივებისა და ვალდებულებების ბალანსს, შეადგენს მფლობელის საკუთარ კაპიტალს (მისი ქონების ღირებულებას). სამთავრობო და საქველმოქმედო ორგანიზაციების შემთხვევაში, სააქციო კაპიტალს, ჩვეულებრივ, ფლობს ორგანიზაცია და ხელახლა რეინვესტირებულია სამომავლო პროგრამების რეალიზაციაში. ორგანიზაციის სიჯანსაღისა და რენტაბელობის შეფასებისას, დაწესებულებები ან ინვესტორები ეყრდნობიან საბუღალტრო ანგარიშებს. კომერციულ ორგანიზაციებში, მფლობელს აქვს არჩევანი (თეორიული მაინც) ამოიღოს ან ხალახალი ინვესტიცია გაუკეთოს საკუთარ კაპიტალს ან მის ნაწილს.

დეკლარაცია შემოსავლების შესახებ წარმოადგენს კიდევ ერთ საბაზისო საბუღალტრო ანგარიშს. საშემოსავლო დეკლარაცია აჯამებს ორგანიზაციის შემოსავლებს და ხარჯებს და უზრუნველყოფს საბაზისო ინფორმაციას ორგანიზაციის რენტაბელობის შესახებ დროის გარკვეულ პერიოდში (ჩვეულებრივ, ერთ წელიწადში). საშემოსავლო დეკლარაციის მარტივი მაგალითი მოცემულია ქვემოთ:

მარტივი საშემოსავლო დეკლარაცია დეკემბრის ბოლოსათვის	
შემოსავლები საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლები ამბულატორიული პროგრამა უშუალო კონტაქტი საქმიანობის გარეშე შემოსავლები მიღებული საპროცენტო სარგებელი სულ შემოსავლები	
ხარჯები სამუშაო ძალა (ხელფასები და დამატებითი შეღავათები) მოწყობილობა კომუნალური მომსახურება ექსპლუატაცია დაზღვევა ამორტიზაცია გადახდილი საპროცენტო სარგებელი საქმიანობის გარეშე ხარჯები სხვა ხარჯები სულ ხარჯები	
წმინდა შემოსავალი (ზარალი) = შემოსავლები - ხარჯები	

სხვაობა შემოსავლებს და ხარჯებს შორის წარმოადგენს ორგანიზაციის საოპერაციო ზღვარს, რომელიც აისახება, როგორც წმინდა შემოსავალი ან წმინდა ზარალი, რასაც კომერციული ორგანიზაციები განიხილავენ, როგორც უბრალოდ მოგებას და ზარალს. ყოველი ორგანიზაცია, იქნება ეს სახელმწიფო, საქველმოქმედო თუ კომერციული, დაინტერესებული უნდა იყოს მისი საოპერაციო ზღვართან ან მოგებითა და ზარალით (შემოსავლების მეტობა ხარჯებზე), რათა გაფართოვდეს მომსახურების მოცულობა, ან მოახდინოს ინვესტიცია სამომავლო შესაძლებლობებში. უწყვეტი ზარალი ამცირებს ორგანიზაციის აქტივებს, მის უნარს ექსპლუატაცია გაუწიოს საკუთარ სიმძლავრებს და მის მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობას.

საბუღალტრო ბალანსი და საშემოსავლო ბალანსები უზრუნველყოფს ინფორმაციას ორგანიზაციის წარსულის თაობაზე. მიმდინარე საქმიანობის წარმართვისა და სამომავლო ღონისძიებების დაგეგმვისათვის, საჭიროა დამატებითი სააღრიცხვო საშუალება, რომელსაც

ბიუჯეტი ეწოდება. ოპერატიული ბიუჯეტი წარმოადგენს ორგანიზაციის სტრატეგიული გეგმის რაოდენობრივ განსაზღვრებას, სამომავლო შემოსავლების და ხარჯების გაანგარიშებას, რომელიც ეფუძნება მომსახურების სავარაუდო მოცულობის სტატისტიკურ პროგნოზს, პერსონალის რაოდენობას და სხვა ცვლადებს. ბიუჯეტი, ჩვეულებრივ, დგება წლიურად, თუმცა, ყოველთვიური ან კვარტალური მიმოხილვა საშუალებას აძლევს მენეჯმენტს დააკვირდეს ნებისმიერ მნიშვნელოვან გადახრას გაანგარიშებებსა და რეალურ შედეგებს შორის. ოპერატიული ბიუჯეტი შესაძლოა ეფუძნებოდეს როგორც სალარო, ისე კუმულაციურ მეთოდს. სალარო მეთოდი აღრიცხავს შემოსავლებს და ხარჯებს მათი წარმოშობის მიხედვით. კუმულაციური მეთოდი აღრიცხავს შემოსავლებს და ხარჯებს საბიუჯეტო პერიოდისათვის მიუხედავად იმისა, თუ როდის აქვს ადგილი რეალურ ხარჯებს. კაპიტალური ბიუჯეტი წარმოადგენს სპეციალურ ბიუჯეტს, რომელიც ასახავს ფინანსურ გეგმას მნიშვნელოვანი შესყიდვებისათვის, როგორცაა მიწა, შენობები და აღჭურვილობა.

6.5.3 ამორტიზაცია

ორგანიზაციის აქტივები (რის ჯამურ ღირებულებასაც ფლობს ორგანიზაცია) იყოფა საბრუნავ სახსრებად, როგორცაა ფული და საბანკო დეპოზიტები, საბრუნავ ფასიან ქალაქობად (როცა სარგებელის რეალიზაცია ხდება ერთ წელიწადში) და ძირითად საშუალებებად – **გრძელვადიან აქტივებად**, რომელთა ფლობაც გრძელდება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, როგორცაა მიწა, შენობები, აღჭურვილობა და მატერიალურ-საწარმოო რეზერვები (როცა სარგებელის რეალიზაცია ხდება ერთ წელიწადზე მეტ ხანში).

ასევე აქტივებია:

მატერიალური აქტივები – ფიზიკური საგნები, რომლებიც შეგვიძლია დავინახოთ და შევხსოთ, როგორცაა მიწა, ბუნებრივი რესურსები, შენობები და აღჭურვილობა.

არამატერიალური აქტივები – უფლებები ან ეკონომიკური სარგებელი, როგორცაა პრივილეგია, პატენტი, სავაჭრო ნიშანი, საავტორო უფლება და რეპუტაცია, რომლებიც არაა ფიზიკური ხასიათის.

მატერიალური აქტივების (როგორცაა მიწა, შენობები და აღჭურვილობა) საწყისი ღირებულების განზომილება.

საწყისი ღირებულება შეიცავს შესყიდვის ფასს და ყველა დამატებით ხარჯს, რომელიც საჭიროა აქტივების საექსპლუატაციო მდგომარეობაში მოსაყვანად.

ამორტიზაცია წარმოადგენს აქტივის პირველადი ფასის სისტემურ განაწილებას მისით სარგებლობის ვადაზე.

შენობისა და აღჭურვილობისათვის ამორტიზაციის გაანგარიშებისას გამოიყენება ამორტიზაციის სწავლად მეთოდები. დანერგილია ამორტიზაციის სამი საყოველთაო მეთოდი: პროპორციული ჩამოწერის, ორმაგად შემცირებადი (DDB) ბალანსის და საწარმოო ერთეული მეთოდები. პროპორციული ჩამოწერა წარმოადგენს უცვლელ თანხას სარგებლობის ყოველ წელიწადს. ის იანგარიშება ცვეთის ხარჯით (ღირებულებას მინუს ლიკვიდურობის ღირებულება) შედარებით მცირე ფიზიკური თუ ეკონომიკური სასარგებლო გამოყენების ვადებისათვის. DDB წარმოადგენს შემცირებადი ბალანსის მეთოდს, რომელიც აღრიცხავს უდიდეს წლიურ თანხას სარგებლობის პირველ სრულ წელიწადს და ამცირებს თანხებს შემდგომ. წლიური ამორტიზაციის ტარიფი წარმოადგენს არამორტიზებული ნარჩენი ღირებულების პროცენტს. DDB-სათვის გამოყენებული პროცენტი ორჯერ აღემატება პროპორციული ჩამოწერის შემთხვევაში გამოყენებულს, რაც შეადგენს 2 X (100% / სარგებლობის წლები). საწარმოო ამორტიზაციის ერთეულები ეფუძნება აქტივის ფიზიკურ გამოყენებას; მაგალითად, კილომეტრები ავტომობილისათვის, ან ტონები რკინის მადნის მოპოვებისათვის. ერთეული ღირებულება უდრის ამორტიზებად ღირებულებას გაყოფილს აქტივის გამოყენების სავარაუდო ერთეულებზე, რაც მრავლდება გამოყენების რეალურ ერთეულებზე და დგინდება წლიური ამორტიზაცია.

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად დაწესებულია აქტივების ამორტიზაციის ფიქსირებული პროცენტი (საგადასახადო კოდექსის 183 მუხლით, 5% შენობებზე და 20% სხვა ხანგრძლივი მოხმარების აქტივებზე – ჯგუფურ აქტივებზე). ცვეთადი ძირითადი საშუალებები, საქართველოს საგადასახადო კოდექსით, დაჯგუფებულია 5 ჯგუფად. ცალკეულ ჯგუფს განსაზღვრული აქვს შესაბამისი ცვეთის ნორმები. საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ასევე, გამოიყენება **სწრაფი** ამორტიზაცია, რაც წარმოადგენს ფიქსირებული პროცენტის გაორმაგებას.

მიწა – ამორტიზაციას არ ექვემდებარება: გადასახადი ფიქსირებულია საგადასახადო ინსპექციის მიერ (საგადასახადო კოდექსის 273 მუხლი).

ამორტიზაციის ზეგავლენა ფულზე: სხვადასხვა მეთოდი, რომელიც იძლევა სხვადასხვა დასაბეგრ შემოსავალს, ამორტიზაციის ზეგავლენა საშემოსავლო გადასახადებზე.

არამატერიალური – აღირიცხება ისევე, როგორც დანადგარები და აღჭურვილობა. ანუ, მათი შესასყიდი ღირებულება კაპიტალიზდება აქტივებად და შემდგომ იხარჯება (ამორტიზირდება) ეტაპობრივად მათი სარგებლობის სავარაუდო პერიოდის განმავლობაში. დაძველების გამო, არამატერიალური აქტივების სარგებლობის ვადას გააჩნია შემოკლების ტანდენცია იურიდიულ სიცოცხლესთან მიმართებაში. არამატერიალური აქტივი მოცემულია კომპანიის საბუღალტრო ბალანსში მხოლოდ, თუ შექმნილია უფლებები რაიმე სარგებლის მისაღებად.

არამატერიალური აქტივების მაგალითებია: პატენტები, სავტორო უფლებები, სავაჭრო ნიშნები, პრივილეგიები და ლიცენზიები.

როგორ განვასხვავოთ **ფინანსური ანგარიშის ამორტიზაცია შემოსავლის გადასახადის ამორტიზაციისაგან**. აქციონერთათვის წარდგენილი ფინანსური ანგარიშები, ხშირად, განსხვავდება საგადასახადო ორგანოებში წარდგენილებისაგან. ფინანსური წესები, რომლებიც **არეგულირებს** ფინანსური ანგარიშის წარდგენის პროცედურას, ინფორმაციულია ინვესტორებისა და მენეჯერებისათვის ინფორმაციის მიწოდების თვალსაზრისით. საგადასახადო წესები, რომლებიც არეგულირებს საგადასახადო ვალდებულებების განსაზღვრას, ემსახურება პოლიტიკურ და ეკონომიკურ მიზნებს და გადამხდელს ანიჭებს უფლებას გააკეთოს გარკვეული არჩევანი ხარჯების მაქსიმალიზებისა და ამდენად, საგადასახადო ვალდებულებების მინიმალიზებისათვის, რისთვისაც, საჭიროებისამებრ, აუცილებელი ჩანაწერების ორი კომპლექტის წარმოება სსენებული ორი მიზნისათვის არაა უკანონო და ამორალური.

ჯანდაცვის მომსახურების გაწევისათვის, ოჯახის ექიმი/პრაქტიკა ვალდებულია უზრუნველყოს საქმიანობის ადექვატური სათავსები, რომლებიც შეესაბამება ოფიციალურ სტანდარტებს და ნორმებს. სათავსების უზრუნველყოფა ხდება ცალკეული ქირაუნობის/იჯარის ხელშეკრულებების დადებით ოჯახის ექიმს/პრაქტიკას და იმ შენობის მფლობელს შორის, სადაც განთავსებულია საოჯახო მედიცინის პრაქტიკა. ყველა ფინანსური ვალდებულება დაფუძნებული ცალკეული იჯარის ხელშეკრულებაზე, წარმოადგენს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის პასუხისმგებლობას, რომელსაც იგი ასრულებს რესურსების გამოყენებით.

იჯარის ხელშეკრულება ბიზნეს-ფართისა და აღჭურვილობისათვის წარმოადგენს ბაზისს, რომლის თანახმადაც ქონება შეტანილია ძირითად საშუალებებში, რაც ნიშნავს, რომ სახეზეა ოფიციალური სტანდარტებისა და ნორმების ადექვატური საქმიანი საწარმოს უშუალო ექსპლუატაციის უფლება (საგადასახადო კოდექსი, 2005 წელი, მუხლი 21.6).

შეკეთება და ექსპლუატაცია კაპიტალურ შეკეთებასთან შედარებით – ხარჯები, რომლებიც გამიზნულია დაემატოს სამომავლო სარგებელს არსებული ძირითადი საშუალებებიდან (საგადასახადო კოდექსი: მუხლი 184).

თავი 7. ინფორმაციის მართვა

7.1 რა არის ინფორმაციის მართვა

7.1.1 ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის მართვა

ინფორმაციის მოპოვების, დამუშავების და ანალიზის სიმპლავრები საქართველოში, ძირითადად, მცირე და გადაწყვეტილებების მისაღებად ინფორმაციის გამოყენების რეგულარული პრაქტიკა ნაკლებადაა გამოყენებული. კურსის ერთ-ერთი ამოცანაა პჯდ-ში მომუშავე ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის კლინიკური თუ ადმინისტრაციული გადაწყვეტილებების მიღებისას ინფორმაციის სარგებლიანობის შესახებ წარმოდგენის შექმნა.

მიზანი: საოჯახო მედიცინის პერსონალის დახმარება ინფორმაციის მართვის სისტემის ჩამოყალიბების პროცესში.

ახალი სტრატეგია მიზნად უნდა ისახავდეს მართვის ახალი საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც:

- I. ახდენს მონაცემთა გენერირებას საოჯახო მედიცინის მომსახურების შედეგების შესაფასებლად;
- II. ეხმარება ცენტრებს ყოველდღიური საქმიანობის მართვაში, კერძოდ, განსაზღვრავს, იმ უმთავრეს აქტივობებს, რომლებიც, უპირველესად უნდა ეხებოდეს:
 - დამფინანსებელთათვის ანგარიშების გამოწერას;
 - ანგარიშგებას სახელმწიფო დაზღვევის ერთიანი ფონდის, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისა და სხვების წინაშე, რაც განსაკუთრებით ეხება პაციენტთა რეგისტრაციას, აღრიცხვას და მონაცემების მინიმალურ კომპლექტს;
 - კლინიკური დახმარების მონაცემებს, რომლებიც გვეხმარება გავაუმჯობესოთ პიროვნებისათვის (მოსახლეობისათვის) გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

საინფორმაციო სისტემების მართვის ძირითადი ღონისძიებების ჩამონათვალი შემდეგია:

- ორგანიზაციაში საინფორმაციო სისტემების ჩამოყალიბება და წარმოება.
- საინფორმაციო-სარეგისტრაციო დოკუმენტაციის წარმოების პროცესის კონტროლი და აღრიცხვის სათანადო სტანდარტებით წარმოების უზრუნველყოფა.
- ორგანიზაციის სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისაგან ინფორმაციის მიღება ნებისმიერი პრობლემის ან გადაუწყვეტელი კონფლიქტური სიტუაციის თაობაზე.
- ინფორმაციის დაცვისა და, საჭიროებისამებრ, დამუშავებისათვის სათანადო პირობების შექმნის და შენარჩუნების უზრუნველყოფა.
- დროებითი უუნარობის ფორმების, ნარკოტიკული ნივთიერებების დანიშნულების ფორმების და სპეციალური აღრიცხვის სხვა დოკუმენტების რეგისტრაციის, დაცვისა და გავრცელების ორგანიზაცია.
- სპეციალური ჟურნალის წარმოება და მისი რეგულარული განახლება ინფორმაციით სტრუქტურის, პერსონალის ფუნქციური მაჩვენებლებისა და სხვა მნიშვნელოვან დეტალებზე.
- ინფორმაციის მიღება, რომელიც ასახავს პაციენტის წერილობით ან ზეპირი ფორმით პრეტენზიას ან მაღლობას (მიღებულს პირადად ან ტელეფონით საუბრისას), აღნიშნული ინფორმაციის შესწავლა და ანალიზი.
- კორესპონდენციების მიღება, დახარისხება და გადაგზავნა დანიშნულების შესაბამისად, ორგანიზაციებისათვის გაგზავნილი წერილების განხილვა და, საჭიროებისამებრ, აღნიშნულ კორესპონდენციებზე დროული პასუხი.

- ორგანიზაციაში შემოსული და ორგანიზაციიდან გამავალი საინფორმაციო ნაკადების კონტროლი.

საინფორმაციო სისტემების მართვა (მონაცემთა სისტემა, ჩვეულებრივ, კომპიუტერიზებული, რომელიც რეგულარულად აგროვებს და იძლევა ინფორმაციას მომსახურების გაწევის, ხარჯების, დემოგრაფიისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და შედეგების სტატუსზე) უზრუნველყოფს საფუძველს, რომელზეც საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას საშუალება აქვს განავითაროს და მართოს მისი საინფორმაციო რესურსები. ყურადღებით დაგეგმილი საინფორმაციო სისტემები მნიშვნელოვანი აქტივებია პრაქტიკის მართვისათვის.

რეზულტატურ კომპიუტერიზებულ საინფორმაციო სისტემას შეუძლია უზრუნველყოს:

- მენეჯმენტი და კლინიკური პერსონალი დროული, ზუსტი და შესაბამისი ინფორმაციით;
- მმართველობითი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესი;
- პაციენტების ხარისხიანი მკურნალობის ხელშეწყობა;
- ღონისძიებათა ეფექტურობის გაუმჯობესება;
- ინსტიტუციონალური რესურსების გამოყენების კონტროლი;
- მომსახურების მიწოდების ხელშეწყობა ორგანიზაციაში.

7.1.2 მონიტორინგისა და მვალუატიის (M&E) სტრუქტურა

მენეჯმენტის ყველა მოვალეობა და ღონისძიება განხორციელდება საქმიანობის შეფასების კონტექსტში, ანუ, ზოგადსაქიმიო პრაქტიკა გაიზომება მომსახურების მიწოდების ხარისხით ხუთ განზომილებაში ინდიკატორებით: ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია, ხარისხი და უწყვეტობა, კმაყოფილების/მიმღებლის დონე და ეფექტიანობა. საწყისი წარმატების უმთავრეს ინდიკატორს წარმოადგენს პჯდ მომსახურების მოხმარების (უტილიზაციის) გაზრდა.

ყველა საარტიკლო და ანგარიშების პროცედურები უნდა იქნას ჩამოყალიბებული. შემუშავებულ უნდა იქნას ყოვლისმომცველი გეგმიური დოკუმენტი პროგრამების ფარგლებში მონიტორინგის და საქმიანობის შეფასებისათვის, ანუ, რომელი დოკუმენტები უნდა პასუხობდეს M&E-ს უმთავრეს საკითხებს, რომელი მაჩვენებლები გროვდება, როგორ, რამდენად ხშირად, საიდან და რატომ მოხდება მათი შეგროვება; საფუძვლები, მიზნები და დაშვებები; როგორ მოხდება მათი ანალიზი/ინტერპრეტაცია და როგორ/რამდენად ხშირად შედგება და გავრცელდება ანგარიშები ხსენებული მაჩვენებლების შეფასების თაობაზე.

ნებისმიერი M&E სისტემის ჩამოყალიბებისას გასათვალისწინებელი დონეები შემდეგია:

- შესატანი მონაცემები;
- პროცესი;
- შედეგები;
- ზეგავლენა.

ღონის აღწერა

შენატანი - ხალხი, ტრენინგი, აღჭურვილობა და რესურსები, რომლებიც შეგვაქვს პროცესში შედეგების მიღების მიზნით.

პროცესი - საქმიანობა ან მომსახურება, რომელსაც გავწევთ იმისათვის, რომ მივიღოთ შედეგები. საქმიანობის წარმართვის უშუალო შედეგი შედეგება პროექტის კომპონენტებისა და ქვე-კომპონენტებისაგან. მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებული პროცესები მეტად მნიშვნელოვანია. უმთავრესი პროცესები შეიცავს ხარისხს, ერთეულის ღირებულებას, ხელმისაწვდომობასა და სამიზნე არეალს.

გამოსავლები - პროექტის ეფექტი, რომლებიც განისაზღვრება პროექტის მიზნების საფუძველზე. იგი უნდა იყოს ზომიერი და წარმოიშობოდეს პროექტის მიმდინარეობის მანძილზე (შედეგი).

ზეგავლენა - აღნიშნული შედეგები, ჩვეულებრივ, ასახული პროექტის დასრულების შემდეგ, არის პროექტის ჩარევის შედეგი და შესაძლოა ნათლად მიეწეროს პროექტს. ჩვეულებრივ, აღნიშნული ზეგავლენის ინდიკატორები დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან, ფინანსური რისკებისაგან დაცვასა და მომხმარებლის პასუხთან (ჯანდაცვის სისტემების სამი ძირითადი ამოცანა).

მონიტორინგის დანიშნულებაა შეფასდეს, თუ როგორ გამოიყენება შენატანი, პროცესი და გამოსავალი პროექტის განხორციელების განმავლობაში. მონიტორინგის პროცესი უწყვეტია, შეეხება პერიოდებს, რომლებიც შესაძლოა გულისხმობდეს ყოველთვიურ, კვარტალურ თუ წლიურ მონიტორინგს.

ევალუაცია (შეფასება), მეორეს მხრივ, უფრო ეხება პროექტის გრძელვადიან მიზნებსა და ზემოქმედებას. შეფასებები ხდება რეგულარულ საფუძველზე. აღნიშნულ კონტექსტში, პროექტის შეფასებით უნდა დადგინდეს, თუ რა ზეგავლენა მოახდინა მოსახლეობაზე პროექტმა და რა მოცულობით იქნა მიღწეული მიზნები ინვესტირებული რესურსების ხარჯზე.

საოჯახო მედიცინის ცენტრების უმთავრეს ფუნქციას წარმოადგენს მონაცემთა მართებულად შეგროვება; ცენტრის კლინიკური პერსონალი მიმართავს ძალისხმევას დაბალი ხარისხის გამოვლინებებისა თუ ინდიკატორების გამოსწორებისათვის.

როცა პილოტური ცენტრები შეუდგებიან საქმიანობას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს იმ მონაცემების ზუსტ და დროულ შეგროვებას, რომლებიც აუცილებელია როგორც ეროვნული სტატისტიკური მონაცემების დასაცავად, ისე ინდიკატორების (ხელმისაწვდომობის, გამოყენების და სხვა) გასაზომად.

როგორ განსაზღვრავს ორგანიზაცია მიზანს და წინსვლას მიზნის მისაღწევად

საქმიანობის შეფასების ინდიკატორები, ასევე ცნობილი, როგორც KPI ან წარმატების უმთავრესი ინდიკატორები (KSI), ეხმარება ორგანიზაციას დაადგინოს და განსაზღვროს წინსვლა ორგანიზაციის მიზნების შესაბამისად. მას შემდეგ, რაც ორგანიზაცია მოახდენს საკუთარი მისიის ანალიზს, დაადგენს ყველა დაინტერესებულ მხარეს და განსაზღვრავს მიზნებს, საჭიროებს მისი მიზნებისაკენ წინსვლის შეფასებას. სწორედ საქმიანობის ინდიკატორების საშუალებით ხდება პროგრესის გაზომვა.

რას წარმოადგენს საქმიანობის შეფასებისათვის უმთავრესი ინდიკატორები (KPI)

საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები წარმოადგენს რაოდენობრივ მაჩვენებლებს, შეთანხმებულს წინასწარ, რომლებიც ასახავს ორგანიზაციის მნიშვნელოვანი წარმატების ფაქტორებს. ისინი სხვადასხვაა გამოდინარე ორგანიზაციის მიზნებიდან და ამოცანებიდან. საქმიანობას, როგორც მისი შესრულების ერთ-ერთი უმთავრესი ინდიკატორი, შესაძლოა, განსაზღვრავდეს მისი შემოსავალი, მიღებული მომხმარებელთა ანაზღაურებიდან. კვალიფიკაციის ამაღლების დეპარტამენტმა შესაძლოა დაამთხვიოს მისი შესრულების უმთავრესი ინდიკატორები მისი პრაქტიკანტების შეფასებებს. მომხმარებელთა მომსახურების დეპარტამენტი, შესრულების უმთავრეს ინდიკატორებად, კომპანიის KPI-ებთან ერთად, შესაძლოა განიხილავდეს მომხმარებელთა იმ გამოახებების პროცენტს, რომლებსაც უპასუხეს პირველივე წუთებში. სოციალური მომსახურების ორგანიზაციის საქმიანობის უმთავრესი ინდიკატორები, შესაძლოა იყოს იმ კლიენტთა რიცხვი, ვისაც დახმარება გაეწია წლის განმავლობაში. საქმიანობის უმთავრესი ინდიკატორებიდან ნებისმიერი უნდა ასახავდეს ორგანიზაციის მიზნებს, ისინი უნდა იყოს უმთავრესი წარმატებულობის თვალსაზრისით და უნდა იყოს ზომიერი (რაოდენობრივი). საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები, ჩვეულებრივ, განსაზღვრავენ გრძელვადიან პროგნოზებს.

განსაზღვრება იმისა, თუ რას წარმოადგენს ესა თუ ის ინდიკატორი და როგორ იზომება იგი, ხშირად არ იცვლება. კონკრეტული საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები, შესაძლოა შეიცვალოს ორგანიზაციის მიზნების ცვლილებასთან ერთად. ინდიკატორების შეცვლა ხდება მით უფრო ხშირად, რაც უფრო მეტად ვუახლოვდებით დასახულ მიზნებს.

საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები ასახავენ ორგანიზაციის მიზნებს

ორგანიზაციას, რომლის ერთ-ერთი მიზანია „ვიყოთ ყველაზე მომგებიანი კომპანია ჩვენს დარგში“, ექნება საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები, რომლებიც აფასებს მოგებას და თანდართულ ფისკალურ მაჩვენებლებს. მათ შორის იქნება „დაბეგვრამდე მოგება“ და „აქციონერთა საკუთარი კაპიტალი“. ამასთან, „საზოგადოების მიზნებისათვის შეწირული მოგების პროცენტი“, სავარაუდოდ, არ იქნება მისი საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორი. მეორეს მხრივ, სკოლას არ აწუხებს მოგების მიღება, ამდენად, მისი საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები განსხვავებული იქნება. თუ საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორი გამოისახება რაიმე მაჩვენებლით, უნდა არსებობდეს მისი ზუსტად განსაზღვრისა და გაზომვის საშუალება. ასევე მნიშვნელოვანია განისაზღვროს საქმიანობის შეფასების უმთავრესი ინდიკატორები, რომლებიც შენარჩუნებულ იქნება წლიდან წლამდე.

საოჯახო მედიცინის ცენტრიც, ასევე, საჭიროებს სამიზნე დონის განსაზღვრას საქმიანობის შეფასების თითოეული ინდიკატორისათვის. აღნიშნული მოიცავს როგორც კლინიკურ, ისე მართვის მონაცემებს; თუმცა, ამ ორიდან უფრო მნიშვნელოვანია (სულ მცირე, თავიდან) კლინიკური მონაცემები, რომელიც მიიღება პაციენტის სამედიცინო ბარათიდან. თუ კონტრაქტების შინაარსი და რეალურად გაწეული მომსახურების ხარისხი უნდა გაუმჯობესდეს ეფექტიანი გზით, მნიშვნელოვანია, რომ ხელმისაწვდომი სტატისტიკური მონაცემები იყოს მაქსიმალურად ზუსტი. შედეგად, საწყის ეტაპზე მართვის მნიშვნელოვანი მიზანი იქნება, რომ მონაცემების შეგროვება ხდებოდეს ზუსტი და სრული ფორმით. აღნიშნული მოიცავს მონაცემთა წყაროების შემოწმებას იმ მონაცემებისათვის განსაკუთრებული ყურადღების დათმობით, რომელიც შეიცავს სუბიექტურობის ელემენტებს.

აღნიშნული როლის მეორე მხარეა დამოუკიდებლად შემოწმდეს მონაცემების ანალიტიკური ანგარიშები ორი მიზნით - სისტემა მუშაობს მონაცემების შეგროვების, მათი გადაამუშავების და შემდგომ, მისი დაცვის, მიზნობრივად წარდგინების და საბოლოოდ ანალიზის გზით.

უპირველესი ამოცანაა, მონაცემები სრულყოფილად იქნას გაანალიზებული და რომ ანალიზი იყოს სანდო და არა ზედაპირული, ანსაკუთარი ინტერესების დამცველი. მეორე მნიშვნელოვანი ამოცანაა უზრუნველყოფილ იქნას სწორი ქმედებები, რათა ადგილი ჰქონდეს კორექციას და მიღებული იქნას სასურველი შედეგი იქ, სადაც გამოვლინდა არასწორი პრაქტიკა თუ სამედიცინო მომსახურების დაბალი დონე.

7.2 საოჯახო მედიცინის საინფორმაციო სისტემები

7.2.1 საოჯახო მედიცინის პროფილი

საოჯახო მედიცინის ცენტრების მნიშვნელოვანი როლია გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი კლინიკური სახელმძღვანელოების (გაიდლაინების) და წესების (პროტოკოლების) გამოყენების, კოლეგიალური მიმოხილვისა და უწყვეტი განათლების საფუძველზე;

მონაცემების შეგროვების მიმოხილვას და პრაქტიკის ანალიზს მჭიდროდ უკავშირდება მენეჯმენტის როლი მაქსიმალურად წახალისოს კლინიკური სახელმძღვანელოების და პროტოკოლების გამოყენება, კოლეგიალური განხილვის აქტიური სისტემის დანერგვა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში სრულად მონაწილეობა.

აღნიშნული საქმიანობა ორიენტირებული უნდა იყოს პროცესზე. სხვა სიტყვებით, მართვის მიზანია იხილოს სტატისტიკურ მონაცემებში იმის დადასტურება, რომ დაცულია სახელმძღვანელო პრინციპები, განიხილოს კოლეგების შეფასების რეგულარული შეკრების ოქმები, რათა უზრუნველყოს მიღებული გადაწყვეტილებების შესრულება, ასევე, განიხილოს კლინიკური პერსონალის პროფესიული განვითარების ფორუმებზე დასწრების მაჩვენებლები. ძნელია სტატისტიკური ტერმინებით საოჯახო პრაქტიკის შინაარსის ნამდვილი სურათის გადმოცემა. ერთი მიდგომა გულისხმობს თითოეული ექიმისა და პაციენტის შესვედრისას დასმული დიაგნოზების აღრიცხვას. ამით შესაძლებელია მოვიპოვოთ ზუსტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის გამოცდილების თაობაზე ისეთ კარგად ცნობილ დაავადებებთან მიმართებაში, როგორცაა დიაბეტი. თუმცა, ოჯახის ექიმის მიერ დაკვირვებული

მრავალი დაავადების ეპიზოდი გაცილებით რთულად დასადგენი და განსასაზღვრია. ხშირად, პაციენტის პრობლემები ვერ გამოისახება დაავადების მარტივი ეტიკეტით. არ არებობს დიაგნოზი ტერმინის ჩვეული გაგებით. მეორე მიდგომა გულისხმობს პაციენტის ძირითადი სიმპტომებისა თუ ჩივილების აღრიცხვას. თუმცა, აქაც შედეგი ისევ, შესაძლოა, ავადმყოფობის მეტად ცალმხრივ სურათს გვიჩვენებდეს, რადგან სიმპტომების ჩამონათვალი ცოტას ან საერთოდ არაფერს გვეუბნება მათი წარმოშობის შესახებ. მაგალითად, თუ მოვანდენთ შემთხვევის კლასიფიკაციას სიმპტომების მიხედვით, შეგვეძლო ერთი და იგივესათვის უძილობაც დაგვერქვია და კუჭ-ნაწლავის დაავადებაც. რომელი გზაც არ უნდა ავირჩიოთ, ჩვენ უზრუნველყოფთ მხოლოდ ცალმხრივ სურათს, რადგან ვაკეთებთ რაღაც იმის მსგავსს, როცა ვცდილობთ ორგანოზომილებიანი ფირფიტა გამოვსახოთ სამგანზომილებიან ობიექტად. კიდევ ერთი სირთულე ისაა, რომ არ გაგვანჩნია იმის გარანტია, რომ ორი ექიმი ერთი და იმავე დაავადებას ერთნაირ კლასიფიკაციას მიანიჭებს. თუ ერთი ექიმი აძლევს დაავადებას კვალიფიკაციას „შფოთვას“, აღნიშნული სტატისტიკურად აისახება ფსიქიკური აშლილობის რუბრიკით. თუ სხვა ექიმი აკვალიფიცირებს მას, როგორც კუჭ-ნაწლავის პრობლემას (რომელზეც დიაგნოზი ჯერაც არ დასმულა), ის აისახება კუჭ-ნაწლავის დაავადებების რუბრიკით. ასეთი ნომენკლატურული და სტანდარტიზაციის სირთულეების პირობებში, ნაკლებად საეჭვოა, რომ ადგილი ექნეს დიდ ცდომილებას ისეთ გაანგარიშებებში, როგორცაა ფსიქიატრიულ დაავადებთა რიცხვი საოჯახო პრაქტიკაში. თუმცა, ამის მიუხედავად, ცხოვრების მაღალი სტანდარტების მქონე ქვეყნებში, არსებობს შეთანხმების გარკვეული მნიშვნელოვანი ასპექტები საოჯახო პრაქტიკის პროფილის თაობაზე. სანდო მონაცემების შეგროვების პროცესი დაიხვეწა სტანდარტული კოდირების სისტემების ჩამოყალიბებით პირველადი ჯანდაცვისათვის (ICHPPC-2; ICPC-2 ახალი), რაც აუცილებლად უნდა დაინერგოს აღმრიცხველთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და მონაცემების გადამოწმების გზით.

7.2.2 დაავადებათა კლასიფიკაციის სისტემა პირველად ჯანდაცვაში

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაციის შემოღებამდე არსებობდა მხოლოდ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს კარგად განსაზღვრული დიაგნოზების სპექტრი. ეს კლასიფიკაცია უფრო მოსახერხებელია ჰოსპიტალურ პირობებში გამოსაყენებლად, როდესაც პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერაზე ან სიკვდილის მიზეზის ჩამოყალიბებაზეა საუბარი. რაც შეეხება პირველად ჯანდაცვას, სადაც დაავადების მანიფესტაცია ადრეულ ფაზაშია წარმოდგენილი, მისი გამოყენება საკმაოდ რთულდება. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ახდენს დაავადებათა კლასიფიკაციას აბსტრაქციის უმაღლეს დონეზე, ხოლო ოჯახის ექიმი უმეტესწილად აბსტრაქციის დაბალ დონეზე მოქმედებს.

თუ პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობას „შემთხვევას“ ვუწოდებთ, მაშინ ამ შემთხვევის დახასიათებისათვის პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია გვთავაზობს შემდეგ სამ ელემენტს:

- „შემთხვევის“ მიზეზი;
- პრობლემის დიაგნოზი;
- სამედიცინო მომსახურების პროცესი.

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია არ არის ფოკუსირებული პროცესის საბოლოო წერტილებზე, როგორცაა საბოლოო დიაგნოზი ან სიკვდილის მიზეზი. იგი ემყარება სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდებს, რომლებიც შემდგენაირად განიმარტება „პაციენტის პრობლემა ან დაავადება დროის გარკვეული პერიოდის მანძილზე, კერძოდ, „დასაწყისიდან მის გადაწყვეტამდე.“ (Lamberts and Wood, 1987) ერთი ეპიზოდი შესაძლოა რამდენიმე „შემთხვევას“ მოიცავდეს, ან პირიქით ერთი „შემთხვევა“ შესაძლოა აერთიანებდეს სხვადასხვა დაავადებების ეპიზოდებს, მათი განვითარების ამა თუ იმ ეტაპზე. სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდი არ ნიშნავს მხოლოდ ავადმყოფობის ეპიზოდს. ავადმყოფობის ეპიზოდი ეს ის პერიოდია, როდესაც პაციენტს აღენიშნება გარკვეული სიმპტომები, ხოლო დაავადების ეპიზოდი ეს არის ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობის პერიოდი, მისი აღმოცენების მომენტიდან

გამოჯანმრთელებამდე ან სიკვდილამდე. პიროვნება შესაძლოა ავად იყოს ან ჰქონდეს რაიმე დაავადება და იგი სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ არ იმყოფებოდეს, ან პირიქით მას უტარებოდეს სამედიცინო მომსახურება ავადმყოფობის და დაავადების არსებობის გარეშე. მაგ. ორსულთა მეთვალყურეობა. დაავადების გამო გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხანგრძლივობა შესაძლოა განსხვავებული იყოს თვით დაავადების ხანგრძლივობისაგან.

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაციის სტრუქტურა ორგანიზაციებისა, ჰორიზონტალურ ღერძზე განთავსებულია 17 პუნქტი, ხოლო ვერტიკალურზე 7.

**პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაციის ბიაქსიალური სტრუქტურა
(შემუშავებული Lamberts H, Wood M, eds. 1987, გამოცემა 1987 წელს ზოგადი
პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ნაციონალური კოლეჯების და აკადემიების მსოფლიო
ორგანიზაციის მიერ)**

თავი პროცენტები	A-საქრო	B-სისხლის შემადგენლობა	D-საჭმლის მომსახურება	F-თხევადი	H-ყურძი	K-გულ-სისხლძარღვთა	L-მკვ-კუნთოვნანი	N-ნერვოლოგიური	P-ფსიქოლოგიური	R-რემპირატორული	S-კანი	T-ნივთიერებათა ცვლის, მსდობინული, კვების	U-შარდის გამომყოფი	W-ფუნქციონირება, სამშობიარო, ოჯახის დაზღვევა	X-მკვლელობა, სასქმსო	Y-მამაკაცთა, სასქმსო	Z-სიცოცხლე
სიმპტომები; ჩივილები																	
დიაგნოსტიკური; სკრინინგი; პრევენცია																	
მკურნალობა; პროცედურები; მედიკამენტები																	
კვლევის შედეგები																	
ადმინისტრაციული																	
სხვა																	
დიაგნოზი, დაავადება																	

ექიმთან ვიზიტის ანუ „შემთხვევის“ მიზეზს პაციენტი განმარტავს, რასაც ექიმი, მისეული ინტერპრეტაციით, სათანადო გრაფაში განათავსებს. თითოეულ თავში გამოყოფილია გრაფა სიმპტომებით გამოწვეული შიშის ან უუნარობის აღწერისათვის. თუ ექიმთან მომართვის ან „შემთხვევის“ მიზეზი პრევენციული ღონისძიება, რეცეპტის გამოწერა, ანალიზის შედეგის შეტყობინება ან საავადმყოფო ფურცელია, ეს აღინიშნება სათანადო გრაფაში 2, 3, 4 ან 5 კომპონენტების გასწვრივ. სამედიცინო მომსახურების პროცესი და დიაგნოზი კოდირების შემდეგ სათანადო გრაფაში იწერება.

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაციის ამგვარი სტრუქტურა კარგად წარმოადგენს საოჯახო მედიცინის პროფილს, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს მის კომპლექსურობას. ამ კლასიფიკაციის სიზუსტე, ისევე, როგორც კლასიფიკაციის ნებისმიერი სისტემისა, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად კარგად ფლობს ექიმი მასთან მუშაობის ტექნიკას. კლასიფიკაციის ნებისმიერი სისტემა რთული პროცესების გამარტივებისთვისაა შემოღებული, ამიტომ არ უნდა მოველოდეთ იმას, რომ პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია სრულყოფილად წარმოადგენს საოჯახო მედიცინის კომპლექსურობას.

7.3 მონაცემთა უზრუნველყოფის არსებული სისტემები

7.3.1 მონაცემები ეროვნულ სტატისტიკურ დეპარტამენტში წარსადგენად

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია აწარმოოს აუცილებელი დოკუმენტაცია და შეადგინოს ანგარიშები სადაზღვევო ფონდის მონიტორინგის მოთხოვნების შესაბამისად. ყოველი თვის 10 რიცხვში, ფონდს (წინასწარ დადგენილი წესებითა და ფორმებით, რომელიც თან ერთვის კონტრაქტს) წარედგინება წინა თვის მონაცემები. თუმცა, აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ სადაზღვევო კომპანიის მოთხოვნები ძირითადად ეხება ფინანსურ მონაცემებს და დამატებით, ვიზიტების (ამბულატორიულად და ბინაზე) და ლაბორატორიული ტესტების რაოდენობას, პაციენტების ზოგიერთი დემოგრაფიული მახასიათებლების გათვალისწინებით. პირველადი ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში ბევრად უფრო მეტი მონაცემები გროვდება ეროვნული სტატისტიკური დეპარტამენტის მოთხოვნებიდან გამომდინარე, რაც კარგადაა ცნობილი პჯდ პერსონალისათვის:

მაჩვენებლის დასახელება
1. მოსახლეობა, საშუალო, მამაკაცი უნდა შეიცავდეს ასაკობრივ დაყოფას (0 - 14, 15 - 19, 20 - 64, 65+)
2. მოსახლეობა, საშუალო, ქალი უნდა შეიცავდეს ასაკობრივ დაყოფას (0 - 14, 15 - 49, 49 - 64, 65+)
3. 14 წლამდე ასაკის ბავშვები უნდა შეიცავდეს ასაკობრივ დაყოფას (0 - 1, 2, 3, 4, 5, 6 - 14)
4. ცოცხლად შობის რიცხვი (LB) მონაცემები ფორმიდან 02 (LB რიცხვი სამშობიაროებში) + ფორმიდან 01 (LB რიცხვი სახლში) უნდა გამოყენებული იქნას ხარისხის კონტროლის აღრიცხვისათვის
5. სიკვდილიანობის რიცხვი მონაცემები ფორმიდან 01 (სიკვდილიანობის რიცხვი სახლში) უნდა გამოყენებული იქნას ხარისხის კონტროლის აღრიცხვისათვის
6. ახალშობილთა სიკვდილიანობის რიცხვი მონაცემები ფორმიდან 01 (ახალშობილთა სახლში და საავადმყოფოში სიკვდილიანობის რიცხვი) უნდა გამოყენებული იქნას ხარისხის კონტროლის აღრიცხვისათვის
7. მკვდრად შობის რიცხვი მონაცემები ფორმიდან 02 (სამშობიაროებში მკვდრად შობის რიცხვი) + ფორმიდან 01 (სახლში მკვდრად შობის რიცხვი) უნდა გამოყენებული იქნას ხარისხის კონტროლის აღრიცხვისათვის
8. დედის დაღუპვის რიცხვი ჯანდაცვის სამინისტროსათვის წარმოდგენილი შეტყობინებებიდან შეგროვებული მონაცემები
9. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
10. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
11. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების ერთიანი რიცხვი (გავრცელება) ფორმა 01
12. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებების 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
13. კიბოს ახალი შემთხვევების რიცხვი, ყველა მდებარეობით ფორმა 01
14. კიბოს ყველა შემთხვევის რიცხვი, მიეწოდება მოსახლეობა ფორმა 01
15. ენდოკრინული, დიეტოლოგიური და ნივთიერებათა ცვლის დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
16. ენდოკრინული, დიეტოლოგიური და ნივთიერებათა ცვლის დაავადებები ფორმა 01
17. შაქრიანი დიაბეტის ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
18. შაქრიანი დიაბეტის ყველა შემთხვევის რიცხვი ფორმა 01
19. საავადმყოფოდან გაწერა: ფსიქიკური პაციენტები ფორმა 01
20. ფსიქიკური აშლილობის ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01

მაჩვენებლის დასახელება	
21.	ფსიქიკური აშლილობის ყველა შემთხვევის რიცხვი ფორმა 01
22.	ნერვული სისტემის დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
23.	ნერვული სისტემის დაავადებების ყველა შემთხვევის რიცხვი ფორმა 01
24.	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
25.	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
26.	გულის იშემიური დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
27.	ცერებრალურ-ვასკულარული დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
28.	რესპირატორული დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
29.	რესპირატორული დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
30.	ასიმური დაავადებების 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
31.	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
32.	კუჭ-ნაწლავური სისტემის დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
33.	კუჭ-ნაწლავური სისტემის დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
34.	შარდ-სასქესო დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
35.	შარდ-სასქესო დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
36.	ფეხმძიმობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდეგი გართულებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
37.	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
38.	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
39.	კუნთ-ძვლოვანი სისტემის დაავადებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
40.	კუნთ-ძვლოვანი სისტემის დაავადებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
41.	გენეტიკური ნაკლოვანებების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
42.	გენეტიკური ნაკლოვანებების ერთიანი რიცხვი ფორმა 01
43.	ტრავმების და მოწამვლების ახალი შემთხვევების რიცხვი ფორმა 01
44.	ექიმების რიცხვი (FTE) ფორმა 01
45.	ექიმების რიცხვი, ფიზიკური პირები (PP) ფორმა 01, ფორმა 015
46.	ექიმები, FTE, საერთო პროფილის
47.	ექიმები, FTE, პედიატრები
48.	ექიმები, FTE, საერთო პროფილის მომუშავე პჯდ-ში
49.	ექიმები, FTE, სხვა სპეციალობის
50.	მედლები და აკუშერები, FTE,
51.	მედლები და აკუშერები რიცხვი, ფიზიკური პირები
52.	დამხმარეთა რიცხვი ფორმა 01
53.	დამხმარეთა მედლების პერსონალის რიცხვი ფორმა 01
54.	პჯდ დაწესებულებების რიცხვი ინვენტარიზაცია
55.	ექიმებთან/მედლებთან ვიზიტების რიცხვის შენიშვნა: პირველი /განმეორებითი/ ვიზიტი; სახლში ვიზიტი; სამკურნალო; ხელშეწყობი; პრევენციული და სხვა. გამომდინარე მიმდინარე მოთხოვნილებებიდან

მაჩვენებლის დასახელება	
56. DPT3	ვაქცინაციების რიცხვი ფორმა 04
57. Polio3	ვაქცინაციების რიცხვი ფორმა 04
58. MMR	ვაქცინაციების რიცხვი ფორმა 04
59. HpB	ვაქცინაციების რიცხვი ფორმა 04
60. BCG	ვაქცინაციების რიცხვი ფორმა 04

აღნიშნული მონაცემების შეგროვება გაგრძელდება 2006 წლის პილოტური პროგრამის განხორციელების პერიოდშიც.

7.3.2 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მოთხოვნები მონაცემებთან დაკავშირებით

ოჯახის ექიმი ვალდებულია შეაგროვოს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ყველა მონაცემი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მოთხოვნების შესაბამისად. აღნიშნული მონაცემები მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონულ განყოფილებას წინასწარ დადგენილი პერიოდულობით. ვალდებულების შეუსრულებლობის შემთხვევას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი აცნობებს ფონდს.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტმა (DPH) კახეთის რეგიონისათვის შეადგინა მიმოხილვა, თუ რის წარმოდგენას ვარაუდობენ ისინი პირველადი დახმარების ცენტრების (საოჯახო მედიცინის სამომავლო პრაქტიკების ჩათვლით) DPH-ს რაიონულ ცენტრებში:

- * თანახმად №58/1 დებულებისა, ოჯახის ექიმებმა დაუყონებლივ უნდა აცნობონ განსაკუთრებულად საშიში ინფექციური დაავადებების (ვაქცინაციით პრევენციას დაქვემდებარებულთა ჩათვლით) გამოვლენის თაობაზე.
- * თანახმად №№53, 58/4 და 58/5 დებულებებისა, ოჯახის ექიმმა ყოველთვიურად უნდა აცნობოს საშიში ინფექციური დაავადებების თაობაზე.
- * ინფექციური დაავადების ყველა შემთხვევა უნდა იქნას რეგისტრირებული სტანდარტულ სარეგისტრაციო ფურნალში 60/ა.
- * მოცემული შემთხვევები ასევე უნდა იქნას რეგისტრირებული სარეგისტრაციო ფურნალში 60/ა: საკვებით მოწამვლა, მოწამვლა სამუშაო და სხვა ადგილზე, რადიაციული დასხივება და იმუნიზაციის შემდგომი გართულებები (იხ. მინისტრის 2003 წლის 4 ივლისის ბრძანება №122/6).
- * ავადობის მაჩვენებლის ყოველთვიური მოხსენება.
- * სიკვდილიანობის (გარდაცვალების მიზეზის მითითებით) მაჩვენებლის ყოველთვიური მოხსენება (ფორმა №106 ს-4).
- * შობადობის ყოველთვიური რეგისტრაცია, სახლში და ოჯახის ექიმის საქმიანობის ზონის გარეთ მშობიარობის ჩათვლით (ფორმა №106 ს-4).
- * ყოველთვიური მოხსენება ოჯახის ექიმის საქმიანობით მოცული მოსახლეობის დემოგრაფიული სტრუქტურის თაობაზე.
- * ყოველთვიური მოხსენება ჯანდაცვის საკითხებზე ოფიციალური სწავლების ღონისძიებების თაობაზე.

7.4 საინფორმაციო სისტემების მართვის ახალი სტრუქტურა:

აღნიშნული სექციის მიზანია საოჯახო მედიცინის პერსონალის დახმარება ინფორმაციის მართვის სისტემის ჩამოყალიბების პროცესში. ახალი სტრატეგია მიზნად უნდა ისახავდეს მართვის ახალი საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბებას, რომელიც:

- I. ახდენს მონაცემთა გენერირებას საოჯახო მედიცინის მომსახურების შედეგების შესაფასებლად;
- II. ეხმარება ცენტრებს ყოველდღიური საქმიანობის მართვაში, კერძოდ, განსაზღვრავს, იმ უმთავრეს აქტივობებს, რომლებიც, უპირველესად უნდა ეხებოდეს:
 - დამფინანსებელთათვის ანგარიშების გამოწერას;
 - ანგარიშგებას სახელმწიფო დაზღვევის ერთიანი ფონდის, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტისა და სხვების წინაშე, რაც განსაკუთრებით ეხება პაციენტთა რეგისტრაციას, აღრიცხვას და მონაცემების მინიმალურ კომპლექტს;
 - კლინიკური დახმარების მონაცემებს, რომლებიც გვეხმარება გავაუმჯობესოთ პიროვნებისათვის (მოსახლეობისათვის) გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

როდესაც საოჯახო მედიცინის ცენტრები დაიწყებენ ფუნქციონირებას, მათ დასჭირდებათ განსაკუთრებული ძალისხმევა ეროვნულ დონეზე სტატისტიკური ინფორმაციის მოთხოვნების შესაბამისად ზუსტ მონაცემთა დროულ შეგროვებასა და ზომავდი ინდიკატორების გამოყენებაზე (ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია და ა.შ).

ინფორმაციის მართვის ახალი სისტემა იძლევა მონაცემებს:

- ორგანიზაციის სტრუქტურაზე (ხელს უწყობს ადამიანური რესურსის მართვას);
- ფინანსებზე;
- კლინიკურ საქმიანობაზე;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრის სხვა ძირითად საქმიანობაზე (მაგლითად, კვალიფიკაციის ამაღლება);
- პაციენტების რეგისტრაციაზე.

ინფორმაციის შეგროვება - აღნიშნულისათვის საჭირო რესურსები, რის შეცვლაა საჭირო:

- ა) სამედიცინო ბარათები – სამედიცინო ბარათის სტრუქტურის და შინაარსის ხელახლა განსაზღვრა; როგორია მანუალურიდან კომპიუტერულ სისტემაზე გადასვლის პერსპექტივები – უპირატესობები და ნაკლოვანებები, სათანადოდ მომზადებული პერსონალი და სხვ;

ბ) სხვადასხვა რეესტრები, გამოყენებული დაწესებულების, ექიმის და ექთნის დონეზე;

გ) ინფორმაციის მატარებლები ფინანსური ინფორმაციისათვის.

ინფორმაციის ანალიზი

მდგომარეობის და საწარმოს მოთხოვნილებების საწყისი შეფასებიდან გამომდინარე, გვთავაზობს ანალიზის სპეციალურ ბლოკებს, რომლებიც შესაძლოა წარმოებული იყოს MIS-ის ფარგლებში. ჩამონათვალი შესაძლებელია არ შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ შემდეგით:

- ანალიზი, რომელიც მიზნად ისახავს მოსახლეობისათვის კლინიკური/პრევენციული მომსახურების გაწევის გაუმჯობესებას (მაგ. იმუნიზაციით მოცვა, მოსახლეობის საჭიროებების გათვალისწინება და სხვა);
- ანალიზი, რომელიც მიზნად ისახავს ფინანსური მართვის გაუმჯობესებას;

- ანალიზი, რომელიც მიზნად ისახავს პერსონალისა და მისი დროის დაგეგმვის გაუმჯობესებას.

ინფორმაციის დინება

უნდა განვითარდეს შიდა და გარე საინფორმაციო ნაკადების განსაზღვრისათვის ნათელი ჩარჩო (სტრუქტურა).

საოჯახო მედიცინის ცენტრებში მონაცემთა ნაკადების დუბლირების მინიმალიზებისა და არასაჭირო აღრიცხვიანობის შემცირებისათვის, საჭიროა ისეთი ნაბიჯების გადადგმა, როგორცაა:

- არსებული ანგარიშგების და მონაცემთა შეგროვების მოთხოვნების შეფასება;
- ცვლილებები ანგარიშგებისადმი მოთხოვნებში;
- მონაცემთა შეგროვების პროცესის ხელახალი პროექტირება;
- სათანადო ტექნოლოგიური გადაწყვეტილებების შერჩევა.

უკუგება

ა) საოჯახო მედიცინის ცენტრების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია ნებისმიერი სახის მონიტორინგისა და ევალუაციის (შეფასების)- M&E სისტემის ჩამოყალიბებისა და მიმართული ყველა ღონისძიების კოორდინაცია. საოჯახო მედიცინის ცენტრებში შეგროვებული მონაცემების გამოყენება M&E სისტემისათვის შესაძლებელი უნდა იყოს ჯანდაცვის იმ სხვადასხვა პროგრამებში, რომელთა ფარგლებშიც დაგეგმილია საოჯახო მედიცინის ცენტრებთან კონტრაქტების დადება (მაგ. ამბულატორიული დახმარების პილოტური პროგრამა, სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდის მიერ დაფინანსებული სხვა პროგრამები, სხვა წყაროებიდან დაფინანსებული აქტივობები).

ანგარიშგების პროცედურა – პროცედურის მიზანია დადგენილი მონაცემები წარედგინოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურს. აღნიშნული პროცედურის შეხება ანგარიშ-ფაქტურების გამოწერის პროცედურასთან საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში გათვალისწინებულია საინფორმაციო სისტემების მართვის კომპონენტით.

პჯდ პროვაიდერები, ასევე, ვალდებული არიან წარუდგინონ განსაზღვრული მონაცემები სახელმწიფო შემსყიდველს ანგარიშ-ფაქტურების გამოწერის პროცედურის ფარგლებში.

პრინციპულად, არსებობს რამდენიმე შესაძლებლობა, რომელიც უნდა შეფასდეს ეროვნული საინფორმაციო სისტემების მართვის კონტექსტში.

პჯდ პროვაიდერს (უფრო სწორად, პჯდ პრაქტიკა გამომდინარე კონტექსტიდან) შეუძლია უზრუნველყოს:

ა) მხოლოდ კონკრეტული ინდიკატორების აგრეგირებული მაჩვენებლები საქმიანობასთან მიმართებაში: ვიზიტების რიცხვი პაციენტების ასაკის, სქესის და მომართვის მიზეზის გათვალისწინებით, მიმართულების რიცხვი, სპეციფიური ღონისძიებების რიცხვი მაგ.: იმუნიზაცია და სხვ. აღნიშნული მაჩვენებლები შეიტანება ფორმაში (ქაღალდზე ან ელექტრონული ფორმატით) და ეგზავნება სტატისტიკის ცენტრს ან სახელმწიფო შემსყიდველის ფილიალს. ასევე, შესაძლებელია, ავტომატურად იქნას მიღებული, როგორც პჯდ პრაქტიკის საოპერაციო საინფორმაციო-ტექნოლოგიური სისტემის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მეორადი პროდუქტი.

ბ) ცალკეული ფორმა (ქაღალდზე ან ელექტრონული ფორმატით) თითოეული პაციენტისათვის, რომელიც ივსება და გადაეცემა სტატისტიკის ცენტრს ან სახელმწიფო შემსყიდველის ფილიალს, შეიცავს პაციენტის ბაზისურ დემოგრაფიულ მონაცემებს, ძირითად და სხვა დიაგნოზებს, ჩატარებულ ძირითად პროცედურებს, იმუნიზაციას და სხვ. ასეთი ფორმები შემდეგ მუშავდება სტატისტიკური სამსახურის (ან სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ და შემდეგ გადაეცემა სტატისტიკურ სამსახურს) მიერ.

მეორე მდგომის უპირატესობას წარმოადგენს პჯდ პროვაიდერის საქმიანობის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული სტატისტიკური მონაცემების გაცილებით მაღალი ხარისხი და სტატისტიკური მაჩვენებლების წარმოების მოქნილობა.

ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების პროცედურა – ხარისხის უზრუნველყოფა უნდა წარმოადგენდეს პჯდ რეფორმის ერთ-ერთ მიზანს. შემოთავაზებულია ხარისხის გაუმჯობესების ოფიციალური პროცედურის ორგანიზება განხორციელოს სახელმწიფო შემსყიდველმა ან MoLHSA-ს რეგიონულმა დეპარტამენტებმა.

პროცედურა ეფუძნება პჯდ პროვაიდერთა საქმიანობის რეგულარულ შეფასებას, რაც მოიცავს შემთხვევით თუ მიზანმიმართულად (კონკრეტულ დიაგნოზებზე აქცენტით) შერჩეული პაციენტების მკურნალობის სტრუქტურის რევიზიას გამოდინარე სამედიცინო დოკუმენტაციის საექსპერტო ანალიზიდან. ასევე ფასდება დოკუმენტაციის ხარისხი და სისრულე.

ხარისხის შეფასების კიდევ ერთი წყაროა მონაცემები პჯდ პროვაიდერის საქმიანობის შესახებ. იგი ფასდება ვიზიტებისა და მიმართვების რაოდენობის, დანიშნულების მეთოდების, გაწეული პრევენციული მომსახურებისა და სხვათა შესაბამისად.

ხარისხის შეფასების მესამე წყარო შესაძლოა იყოს პაციენტის აზრის გამოკვლევა. ხსენებული კომპლექსური შეფასების პროცედურამ ხელი უნდა შეუწყოს პჯდ პროვაიდერებს თანამიმდევრულად გააუმჯობესონ მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარისხი.

შეფასების პროცედურა შესაძლოა განხორციელდეს რეგიონული კომისიის მიერ, რომელიც შედგება სახელმწიფო შემსყიდველის, MoLHSA-ს რეგიონული დეპარტამენტების და პჯდ სფეროში არსებული რეგიონული სამედიცინო პროფესიული გაერთიანებების წარმომადგენლებისაგან.

პჯდ საინფორმაციო სისტემების მართვის სტრატეგია მიზნად ისახავს:

- შემოგვთავაზოს ის ჩარჩოები, რომლებიც უზრუნველყოფს სტრუქტურას, რომლის ფარგლებშიც უნდა მოხდეს პჯდ არსებული საინფორმაციო სისტემების შენარჩუნება და იმგვარად განვითარება, რომ მაქსიმალურად ეფექტიანად განხორციელდეს ინფორმაციის გამოყენება.
- წარმოადგინოს საინფორმაციო სისტემების სპეციალური განვითარების გეგმა, რათა ხელი შეეწყოს 2006 წლის ივნის-აგვისტოში დასაწყებად გამიზნულ საოჯახო მედიცინის პილოტური პროგრამის დანერგვას.

ამდენად, ახალი საინფორმაციო სისტემების ჩამოყალიბების პროცესში რეკომენდებულია, დავიცვათ ქვემოთ მოცემული პრინციპები:

საინფორმაციო სისტემების მართვის ჩარჩოები ან სტრუქტურა უნდა განისაზღვროს უპირატესად მონაცემთა განსაზღვრებების და საინფორმაციო ნაკადების თვალსაზრისით:

- ა) ოფიციალურად დამტკიცებული არსებული აღრიცხვისა და ანგარიშგების ფორმები გამოყენებულ უნდა იქნას, როგორც საფუძველი მონაცემთა შეგროვებისა და გადაცემისათვის, მიუხედავად იმისა, მოხდება ეს მანუალურად თუ ელექტრონულ ფორმატში, მანამ, სანამ ნათლად არ განისაზღვრება შესწორებები და დამატებები კონკრეტული საინფორმაციო მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად.
- ბ) საინფორმაციო სისტემების დაპროექტება არ გულისხმობს ახალი სისტემის შექმნას ინფორმაციის შეგროვებისათვის. ნაცვლად ამისა, ის გულისხმობს მექანიზმების გამართვას განსაზღვრული შემავაშებელი მონაცემების მოპოვების მიზნით ინფორმაციის შეგროვების არსებული სისტემების მეშვეობით და აღნიშნული მონაცემების მენეჯმენტისათვის საჭირო ინფორმაციად გადაამუშავების ინფრასტრუქტურის ჩამოყალიბებას.
- დ) ჯანდაცვის ინფორმაციის და მისი შესაბამისი ინფორმაციის (მაგ. დემოგრაფიული მონაცემები) ყველა არსებული ნაკადი უნდა განხილულ იქნას, როგორც პჯდ-ის

მონაცემების პოტენციური წყარო. უნდა იქნას შეთანხმებული მონაცემთა და ინფორმაციის ნაკადებისადმი ერთიანი მიდგომა და შემოღებულ იქნას ერთიანი სტანდარტები.

- ე) საინფორმაციო სისტემების განვითარების საკითხები, შეძლებისდაგვარად, უნდა დაეფუძნოს არსებულ სისტემებს (როგორც მანუალურს, ისე კომპიუტერულს), მაგრამ უნდა შესწორდეს საჭიროებისამებრ ახალი მოთხოვნების დაკმაყოფილების მიზნით.
- ვ) მანუალური სისტემების გამოყენება უნდა გაგრძელდეს იმ დონეებზე, რომლებზეც ინფრასტრუქტურა და რესურსები არასაკმარისია კომპიუტერული სისტემის გასამართად.

მონაცემთა წარმოდგენის პროცესის განვითარების მიზნით, ინდიკატორთა ჯგუფები შემსაქმლთა გადაჯგუფდნის შემდეგ კატეგორიზებად:

№	ინდიკატორი	ჯგუფი	პერიოდი
1	ვაქცინაციის დაფარვა	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
2	ვაქცინაციის გეგმის %	შესრულების ინდიკატორები	კვარტალური
3	ვაქცინაციით პრევენციული დაავადებების სიხშირე	შესრულების და ჯანმრთელობის ინდიკატორები	წლიური
4	ანტენატალური დანმარების დაფარვა	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
5	ფენქციონირების % შესრულებული ოთხი სავალდებულო ანტენატალური ვიზიტით	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
6	სახლში მშობიარობის %	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
7	სახლის გარეთ მშობიარობის %	შესრულების ინდიკატორები	კვარტალური
8	ახალშობილთა დაფარვა პჯდ-ს ფარგლებში	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
9	ახალშობილთა დაფარვა პჯდ-ს ფარგლებში	შესრულების ინდიკატორები	კვარტალური
10	3 წლამდე ასაკის ბავშვთა დაფარვა პჯდ-ს ფარგლებში	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
11	მოწყველადი მოსახლეობის რიცხვი, რომელსაც გაეწია მომსახურება	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
12	ვეტერანთა რიცხვი, რომელსაც გაეწია მომსახურება	შესრულების ინდიკატორები	წლიური
13	დაავადებათა სიხშირე და გარცელება	ჯანმრთელობის ინდიკატორები	წლიური
14	ახალშობილთა და პერინატალური სიკვდილიანობა	ჯანმრთელობის ინდიკატორები	წლიური
15	სიკვდილიანობის საერთო კოეფიციენტი	ჯანმრთელობის ინდიკატორები	წლიური
16	ანაზღაურებული ინსულინი (დოზები)	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
17	ინსულინი-დამოკიდებული შემთხვევების დაფარვა ინსულინით უზრუნველყოფის ფარგლებში	პროდუქციის მართვა	წლიური
18	ანაზღაურებული მსოფლიო მემკვიდრეობის მემკვიდრეობის მართვა	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
19	ფსიქოკურად დაავადებული პაციენტების დაფარვა მემკვიდრეობის მართვა	პროდუქციის მართვა	წლიური
20	ანაზღაურებული ტკივილგამაყუჩებელი მემკვიდრეობის მართვა (ონკოლოგია)	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
21	ონკოლოგიური პაციენტების დაფარვა მემკვიდრეობით	პროდუქციის მართვა	წლიური
22	განარჯული ვაქცინები (დოზები)	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
23	ვაქცინის ღირებულება 1 ვაქცინაციაზე	პროდუქციის მართვა	წლიური
24	კონტრაქტული საშუალებები	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
25	კონტრაქტული საშუალებების გავრცელება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში	პროდუქციის მართვა	წლიური
26	DOT-ები	პროდუქციის მართვა	ყოველთვიური
27	ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დაფარვა DOT-ებით	პროდუქციის მართვა	წლიური
28	პაციენტის ვიზიტების რიცხვი წელიწადში	რესურსების მოხმარება	წლიური
29	პაციენტის ვიზიტების რიცხვი თვეში	რესურსების მოხმარება	ყოველთვიური
30	პაციენტის ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი წელიწადში	რესურსების მოხმარება	წლიური
31	ბრიგადისათვის ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი თვეში	რესურსების მოხმარება	ყოველთვიური
32	ბრიგადისათვის ამბულატორიული მიმართვების რიცხვი თვეში	რესურსების მოხმარება	წლიური
33	ექიმთან ვიზიტების რიცხვი დღეში	რესურსების მოხმარება	ყოველთვიური
34	ექიმთან ვიზიტების რიცხვი დღეში	რესურსების მოხმარება	წლიური
35	ექიმები FTE 1000 სულ მოსახლეზე	რესურსების მოხმარება	წლიური
36	ექიმები (ფიზიკური პირები) 1000 სულ მოსახლეზე	რესურსების მოხმარება	წლიური
37	ლაბორატორიული ანალიზები მიწერილ მოსახლეობაზე	რესურსების მოხმარება	წლიური

7.5 2006 წლის პილოტური პროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებები

მონაცემთა შეკრებასთან დაკავშირებით მიმდინარე იმ ვალდებულებების გარდა, რომელიც აღწერილი იყო 7.3 სექციაში, პილოტური საოჯახო მედიცინის პრაქტიკებმა უნდა შეაგროვონ შემდეგი მონაცემები (ნაწილობრივ ხდება ზედდება ეროვნული სტატისტიკური დეპარტემენტისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მონაცემთა შეკრების არსებულ მოთხოვნებთან):

პროგრამის მონათლენელი შედეგები	შეფასების კრიტერიუმები
სამიწვე მოსახლეობის მოცვა	მომსახურების ზონაში მცხოვრები მოსახლეობა
	მიზნობრივი მოსახლეობა (%), რომელსაც გაეწევა პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება საანგარიშო პერიოდში
	ბავშვთა კონტინენტის დაფარვა ვაქცინაციით სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების შესაბამისად
	ერთ წლამდე ასაკის ბავშვები არსებული მდგომარეობა – 80%; მიზნობრივი – 90%
	(ბ) ხელახალი ვაქცინაცია ხუთი წლის ასაკში არსებული მდგომარეობა – 75%; მიზნობრივი – 85%
	(გ) ხელახალი ვაქცინაცია თხუთმეტი წლის ასაკში არსებული მდგომარეობა – 70%; მიზნობრივი – 80%
	შენიშვნა: ბავშვთა კონტინენტის დაფარვა ვაქცინაციით სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების შესაბამისად: ა) ერთ წლამდე ასაკის ბავშვები (BCG, DPT-3, POLIO-3, Hpb-3); ბ) 1-დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში წითელას კომპონენტის ვაქცინა-1-ით; გ) ხელახალი ვაქცინაცია 5-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში DPT-4 -ით, POLIO-4 -ით და წითელას კომპონენტის ვაქცინა-2-ით; დ) ხელახალი ვაქცინაცია 14 წლის ასაკში
ბუნდ სამსახურების უტილიზაცია	მიმართვები
	(ა) ექიმთან
	ამბულატორიული
	სახლში ვიზიტი
	პირველადი
	პრევენციული
	(ბ) ექთანთან
	ამბულატორიული
	სახლში ვიზიტი
	პირველადი
	პრევენციული
	(გ) ლაბორატორიული მომსახურების გამოყენება
	ანალიზები სახლში ვიზიტისას
	ლაბორატორიაში
(დ) მიმართვა სპეციალისტებისათვის	
ენდოკრინოლოგი	
ფტიზიატრი	
გინეკოლოგი	
ონკოლოგი და სხვა	
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	<ol style="list-style-type: none"> 1. პაციენტების დაკმაყოფილების დონის შესწავლა 2. არტერიული ჰიპერტენზიის ახლადგამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი 3. შაქრის დიაბეტის ახლადგამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი 4. პაციენტთა რიცხვი, რომლებსაც აღენიშნათ:

პროგრამის მოსალოდნელი შედეგები	შეფასების კრიტერიუმები
	<p>ა) ონკოლოგიური დაავადება ბ) გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადება გ) ღიაბეტი დ) რესპირატორული ტრაქტის ტუბერკულოზი</p> <p>5. გარდაცვლილ პაციენტთა რიცხვი: ა) ონკოლოგიური დაავადებები ბ) გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები</p> <p>6. მკურნალობის შედეგი ა) ღიაბეტი გარდაცვლილთა რიცხვი ბ) რესპირატორული ტრაქტის ტუბერკულოზის დონე პაციენტებში DOTS-ით მკურნალობის შემდეგ - უკურნებადი შემთხვევების რიცხვი - შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევების რიცხვი</p> <p>7. ორსულთა მეთვალყურეობა: ა) ზედამხედველობის ქვეშ მყოფ ფეხმძიმეთა რიცხვი, მათ შორის 12 კვირამდე ბ) მშობიარობის შემდგომი ქალების რიცხვი მათ შორის – 4 სრული ვიზიტით - იმშობიარა სახლში</p>

7.6 მოსახლეობის რეგისტრაცია

რეგისტრაციის პროცედურა – პროცედურის მიზანია მოსახლეობის რეგისტრაცია პჯდ პრაქტიკის ფარგლებში. პროცედურის წინაპირობაა, რომ მიღებული იქნას გადაწყვეტილება პჯდ პროვაიდერის თავისუფალი არჩევანის თაობაზე.

რეგისტრაცია უფლებას აძლევს მოქალაქეებს ისარგებლონ ყველა მომსახურებით დამტკიცებული BBP-ს ფარგლებში. თუ მოქალაქე არაა რეგისტრირებული, მან უნდა გადაიხადოს პჯდ მომსახურების ღირებულება მთლიანად, სახელმწიფო სუბსიდიის გარეშე. ალტერნატიულად, ცალკეული თანაგადახდა შესაძლოა, განხილულ იქნას არარეგისტრირებული მოქალაქის თითოეული ვიზიტისათვის.

პროვაიდერების ანაზღაურება, უმეტესად, მოხდება კაპიტაციის მეთოდით რეგისტრირებული პაციენტების რიცხვის შესაბამისად (შესაძლოა, ასაკობრივი შემადგენლობის გათვალისწინებით). მიზანშეწონილია, მიღებულ იქნას ორწლიანი გარდამავალი პერიოდი, როდესაც პჯდ პროვაიდერების ანაზღაურება სახელმწიფო შემსყიდველის მიერ, მოხდება მოცული მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად, ხოლო ორი წლის შემდეგ – რეალურად რეგისტრირებული მოქალაქეების რიცხვის შესაბამისად.

საწყისი რეგისტრაციის პროცედურა შემდეგია:

1. მოქალაქე მიდის შერჩეულ პჯდ ექიმთან და ავსებს სარეგისტრაციო ფორმას, რომელიც ივსება სამ ეგზემპლარად; ერთი რჩება პჯდ პროვაიდერს, მეორე – სახელმწიფო შემსყიდველს, მესამე კი – მოქალაქეს. სარეგისტრაციო ფორმა შეიცავს მოქალაქის სახელს, დაბადების თარიღს და მისამართს, პჯდ ექიმის მონაცემებს, რეგისტრაციის თარიღს და მოქალაქის ხელმოწერას. რეგისტრაცია ძალაში შედის შემდეგი თვის პირველი დღიდან.
2. პჯდ ექიმი გადასცემს ერთ ასლს მოქალაქეს, მეორეს – ათავსებს დოკუმენტაციაში, ხოლო მესამეს – საქალაქო წარუდგენს სახელმწიფო შემსყიდველს.
3. სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს რეგისტრაციის დუბლირებას მის მონაცემთა ბაზაში. თუ აღვლილი აქვს ორმაგ რეგისტრაციას, აღნიშნული საკითხი წყდება იმ

რეგისტრაციის სასარგებლოდ, რომელიც განხორციელებულია უფრო გვიანი თარიღით.

4. სახელმწიფო შემსყიდველი რეგულარულად (ყოველთვიურად) უგზავნის ყველა დაქირავებულ პჯდ პროვაიდერს დამტკიცებული ცვლილებების სიას – ახლად დამტკიცებულ აღრიცხვას და გაუქმებულ აღრიცხვას გამომდინარე სხვა ადგილას უფრო გვიანი რეგისტრაციიდან.
5. მოქალაქეს, ჩვეულებრივ პირობებში, უფლება აქვს შეიცვალოს რეგისტრაციის ადგილი ერთხელ, სამი კალენდარული თვის განმავლობაში. შესაძლებელია რეგისტრაციის ადგილის შეცვლა უფრო მოკლე დროშიც გადასახლების ან სამუშაო ადგილის შეცვლასთან დაკავშირებით დროებითი გადასვლის შემთხვევაშიც.

რეგისტრაციის ადგილის შეცვლის პროცედურა შემდეგია:

1. მოქალაქე მიდის ახლად შერჩეულ პჯდ ექიმთან და ავსებს სარეგისტრაციო ფორმას. ის უთითებს ვადამდელი ცვლილების მიზეზს და იმ პჯდ ექიმის სახელს, ვისთანაც მანამდე იყო რეგისტრირებული. ცვლილება ძალაშია შემდგომი თვის პირველი დღიდან.
2. ახლად შერჩეული პჯდ ექიმი ერთ ასლს გადასცემს პაციენტს, მეორეს ინახავს დოკუმენტაციაში, ხოლო მესამეს წარუდგენს საქალაქო სახელმწიფო შემსყიდველს.
3. სახელმწიფო შემსყიდველი ამოწმებს რეგისტრაციის დუბლირებას და ცვლილების მის მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის კანონიერებას. თუ ცვლილების რეგისტრაციის კანონიერება ეჭვს იწვევს, სახელმწიფო შემსყიდველი უარყოფს ცვლილებას და აცნობებს მოქალაქეს აღნიშნულთან დაკავშირებით.
4. სახელმწიფო შემსყიდველი რეგულარულად (ყოველთვიურად) უგზავნის ყველა დაქირავებულ პჯდ პროვაიდერს დამტკიცებული ცვლილებების სიას – ახლად დამტკიცებულ აღრიცხვას და გაუქმებულ აღრიცხვას გამომდინარე სხვა ადგილას უფრო გვიანი რეგისტრაციიდან.

რეგისტრაციის ცვლილების დამტკიცების შემთხვევაში, ახლად შერჩეული პჯდ ექიმი გამოითხოვს წინა ამონაწერს მოქალაქის სამედიცინო დოკუმენტაციიდან.

თემის კმაყოფილების მონიტორინგი, პრეტენზიების და საკითხების გადაწყვეტა:

პჯდ საწარმოების გამოყენების გაუმჯობესების ერთ-ერთ საუკეთესო საშუალებას, როგორც ჩანს, იმ საკითხებზე მუშაობა წარმოადგენს, რომლებიც წამოიჭრება თემის ინდივიდუალური წევრების მიერ. ზუსტი, და რაც უფრო მნიშვნელოვანია, მრავალფეროვანი პასუხი უნდა გაეცეს ყველა შეკითხვას; კონსტრუქციულად და პოზიტიურად უნდა დაკმაყოფილდეს ყველა პრეტენზია, რათა თავიდან იქნას აცილებული სიტუაციის ესკალაცია. თითოეულ პრაქტიკას მოეთხოვება აწარმოოს შეკითხვების, პრეტენზიების და მათი დაკმაყოფილების საშუალებების აღრიცხვა.

7.7 მონაცემები კაციენტთან დაკავშირებულ სამედიცინო პროცედურებზე

7.7.1 ჩანაწერები კაციენტების შესახებ

ცალკეულ პაციენტზე ივსება სპეციალური ფორმა (ქაღალდზე ან ელექტრონული ფორმით). ფორმა შეიცავს დემოგრაფიულ მონაცემებს პაციენტის შესახებ, ძირითად და სხვა დიაგნოზებს, მნიშვნელოვან პროცედურებს, იმუნიზაციისა და სხვ.. აღნიშნული ფორმების დამუშავების შედეგად მიიღება აგრეგირებული რაოდენობა სხვადასხვა აქტივობებისათვის სპეციფიური ინდიკატორების (მაჩვენებლების) შესაფასებლად მაგ.: პაციენტის ასაკის მიხედვით ვიზიტების რაოდენობა, სქესი და მიზეზი, რეფერალების რაოდენობა, სპეციფიური მომსახურების (მაგ.: იმუნიზაციის) რაოდენობა

და სხვ. პაციენტების შესახებ ჩანაწერები გამოყენებულ უნდა იქნას პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის აქტივობების რეგულარული შეფასებისათვის. ევალუაცია მოიცავს შერჩეული პაციენტების მკურნალობის ნიმუშის შეფასებას რანდომიზებულად ან მიზნობრივად (ფოკუსირებულ სპეციფიურ დიაგნოზებზე), რაც უნდა ეფუძნებოდეს სამედიცინო დოკუმენტაციის ექსპერტულ ანალიზს. აგრეთვე ფასდება დოკუმენტაციის წარმოების სისრულე და ხარისხი.

საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (თავი IX, მუხლი 66,67,68) ჯანმრთელობის სამინისტრო წელიწადში ერთხელ მაინც, შერჩევით აკონტროლებს დამოუკიდებელი საქმიანობის სუბიექტის მიერ წარმოებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და სამედიცინო დოკუმენტაციას.

7.7.2 წამლის გამოწერის პროცედურა

მედიკამენტის დანიშნის პროცედურა – პროცედურის მიზანია იმ მედიკამენტების დანიშნა, რომლებიც საჭიროებს რეცეპტს და/ან სრულად ან ნაწილობრივ აფინანსებს სახელმწიფო. პროცედურის სავალდებულო ნაწილია დანიშნული მედიკამენტების ანაზღაურების პროცედურა. რომელიც მნიშვნელობას იძენს განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფოს მიერ მიიღება გადაწყვეტილება მედიკამენტის სულ მცირე ნაწილის დაფინანსების თაობაზეც კი.

მედიკამენტების უფრო ფართო ჩამონათვალის ნაწილობრივი სახელმწიფო სუბსიდიის შემთხვევაში, აუცილებელი ხდება ჩამოყალიბდეს მედიკამენტების დანიშნის და მათი ანაზღაურების ოფიციალური პროცედურა. სასწრაფოდ, ხელახლა, უნდა იქნას შემოღებული ან გამყარდეს ვალდებულება, მედიკამენტების დღევანდელთან შედარებით უფრო სრული სიის გამოწერის აუცილებლობაზე. ეს საჭიროა არა მხოლოდ ანაზღაურების პროცედურისათვის, არამედ საქართველოში მედიკამენტების უსაფრთხოდ და უფრო ეფექტურად გამოყენებისათვის. ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენება და რეცეპტების გამოწერა მათ მისაღებად უნდა იქცეს ჯანდაცვის ეროვნული ორგანოების უპირველეს ამოცანად. რეცეპტი უნდა იყოს ოფიციალური დოკუმენტი და უნდა იბეჭდებოდეს MOLHSA-ს ზედამხედველობის ქვეშ. რეცეპტის ფორმა შეიცავს პაციენტისა და მკურნალი ექიმის პირადობას, დიაგნოზს, მედიკამენტის დასახელებას, დოზირებას, დანიშნის თარიღს და ინფორმაციას მედიკამენტის ღირებულებაში პაციენტის წილის შესახებ. რეცეპტის მოქმედების ვადა შეზღუდულია.

წარმოდგენილი პროცედურა გულისხმობს მედიკამენტებზე შეღავათების სქემას, აგრეთვე, თანადაზღვევას და ინდივიდუალურ ლიმიტებს სახელმწიფო სუბსიდიებზე. კონკრეტული პაციენტის მიერ ლიმიტის ამოწურვა მოწმდება პჯდ ექიმის მიერ.

7.7.3 მიმართვების (რეფერალის) პროცედურა

მიმართვების პროცედურა – პროცედურის მიზანია გაგზავნოს პაციენტები მკურნალობისათვის მეორე ან მესამე დონეზე. პჯდ ექიმები აგზავნიან პაციენტებს (რეფერალი), სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ მეორე (მესამე) დონეზე მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაილაინების გამოყებისა და მართებული კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ.

პაციენტებს უფლება ექნებათ მიიღონ ნებისმიერი სახელმწიფო სუბსიდიის მეორე და მესამე დონეზე (რეკომენდებული დახმარება) მკურნალობისათვის მხოლოდ მათი პჯდ ექიმის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე.

მიმართვების (რეფერალის) პროცედურა მეორე დონის დახმარებისათვის შემდეგია:

1. პჯდ ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას, რომ საჭიროა პაციენტის გაგზავნა საკონსულტაციოდ, სამკურნალოდ და/ან გამოკვლევების ჩასატარებლად.
2. პჯდ ექიმი ავსებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს და გადასცემს პაციენტს სპეციალისტთან წარსადგენად.

3. პჯდ ექიმს შეაქვს შენიშვნა მიმართვის შესახებ სტატისტიკურ ფორმაში (პჯდ საინფორმაციო სისტემის ელექტრონული ფორმა).
4. პჯდ ექიმი აცნობებს პაციენტს შესაბამისი სპეციალისტების არჩევანის თაობაზე.
5. პაციენტი უთანხმდება სპეციალისტს ვიზიტზე და გადასცემს მას მიმართვის ფორმას.
6. პაციენტის გასინჯვის შემდეგ, სპეციალისტი:
 - (ა) ავსებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს;
 - (ბ) შეაქვს შენიშვნა იმ მედიკამენტებზე, რომელიც უნდა დაენიშნოს პაციენტს;
 - (გ) იტოვებს (ხურავს) მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს;
 - (დ) უბრუნებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს პაციენტს.
7. პაციენტი უბრუნებს შევსებულ ფორმას პჯდ ექიმს, რომელიც ათავსებს ფორმას პაციენტის სამედიცინო ბარათში და ნიშნავს რეკომენდებულ მედიკამენტებს.
9. პჯდ ექიმი, საჭიროების შემთხვევაში, თავად უკავშირდება სპეციალისტს მკურნალობის გეგმის დასახუსტებლად.

მიმართვების პროცედურა მესამე დონის დახმარებისათვის შემდეგია:

- 7 პჯდ ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას, რომ საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალიზებული სამედიცინო ინტერვენციების ჩასატარებლად.
- 8 პჯდ ექიმი ავსებს მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს და გადასცემს მას პაციენტს საავადმყოფოში წარსადგენად.
- 9 პჯდ ექიმს შეაქვს შენიშვნა მიმართვის შესახებ სტატისტიკურ ფორმაში (პჯდ საინფორმაციო სისტემის ელექტრონული ფორმა).
- 10 პჯდ ექიმი აცნობებს პაციენტს შესაბამისი საავადმყოფოების არჩევანის თაობაზე.
- 11 პაციენტი უთანხმდება საავადმყოფოს მიღებაზე და გადასცემს მიმღებ ექიმს მიმართვის ფორმას
- 12 მკურნალობის შემდეგ, გამწერი ექიმი:
 - ა) ავსებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს;
 - ბ) შეაქვს გაწერის რეზიუმე;
 - გ) შეაქვს შენიშვნა იმ მედიკამენტებზე, რომელიც უნდა დაენიშნოს პაციენტს;
 - დ) იტოვებს (ხურავს) მიმართვის ფორმის პირველ ნაწილს
 - ე) უბრუნებს მიმართვის ფორმის მეორე ნაწილს პაციენტს

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 15.04.2002 ბრძანება №103/ო

ღრობითი ღებულება

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის (ცენტრი/განყოფილება) შესახებ

I. ზოგადი ღებულებები:

1. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკა წარმოადგენს პირველადი სამედიცინო მომსახურების ღონის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებას და მოწოდებულია თავის სამოქმედო რაიონში განახორციელოს სამედიცინო (პრევენციული, სამკურნალო, დიაგნოსტიკური, სარეაბილიტაციო) მომსახურება ორივე სქესისა და ყველა ასაკის მოსახლეობისათვის;
2. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში სამედიცინო საქმიანობას ახორციელებს პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, რომლის ბირთვს წარმოადგენს ოჯახის ექიმი(ები), ზოგადი პრაქტიკის ექთანი(ები). გუნდის სხვა წევრების სპეციფიკა და დატვირთვის ინტენსივობა განისაზღვრება მომხმარებლის სამედიცინო საჭიროებებითა და გუნდის ბირთვის პროფესიული კომპეტენციის სიღრმითა და სტრუქტურით;
3. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკა წარმოადგენს დამოუკიდებელ დაწესებულებას, იურიდიული პირის უფლებით, აქვს თავისი სახელწოდების გამომსახველი შტამპი და ბეჭედი ან წარმოადგენს დამოუკიდებელი იურიდიული სტატუსის მქონე საწარმოს (ორგანიზაციის) ერთ-ერთ განყოფილებას (ქვედანაყოფს);
4. ოჯახის ექიმის კომპეტენცია და უფლება მოვალეობები განსაზღვრულია ღებულებით ოჯახის ექიმის შესახებ;
5. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის შემადგენლობაში შედის „სანიმუშო ორგანიზაციული სტრუქტურით“ გათვალისწინებული სტრუქტურული დანაყოფები (დანართი 1).
6. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას აქვს პრაქტიკული საქმიანობის წარმოებისათვის აუცილებელი სამედიცინო აღჭურვილობა და ინვენტარი (დანართი 2).

II. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტრუქტურა

1. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის მინიმალურ საშტატო განრიგს შეადგენს:
 - ა) ოჯახის ექიმის თანამდებობა-ერთი სრული განაკვეთი;
 - ბ) ზოგადი პრაქტიკის ექთნის თანამდებობა-ერთი სრული განაკვეთი;
2. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ძირითად სამედიცინო პერსონალს, შესაძლებლობის ფარგლებში, დახმარებას უწევს თემზე ორიენტირებული სხვა სამედიცინო (მ.შ. ფსიქიატრიული) და სოციალური დაცვის სამსახურები და ზოგიერთი სპეციალისტი, რომელთა შერჩევა ხდება პრაქტიკისა და მასზე მიმაგრებული მოსახლეობის საჭიროებათა შესაფერისად;
3. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში დასაქმებული ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების რიცხვი განისაზღვრება პრაქტიკაში რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის, სამიზნე მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებებისა და თავად პრაქტიკის ინტერესის მიხედვით;

III. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის ფუნქციები

3.1. საოჯახო მედიცინის პრაქტიკას ძირითადი ფუნქციებია:

- 3.1.1. სამიზნე მოსახლეობის მაქსიმალურად ზუსტი და უახლესი რეესტრის წარმოება, რეესტრირებულ პირთა ძირითადი სოციო-დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე მონაცემების მითითებით;
- 3.1.2. ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურების გაწევა სამიზნე მოსახლეობისათვის ამბულატორიულად ან ბინაზე. ეს მომსახურება გულისხმობს, მაგრამ არ ამოიწურება შემდეგით:
- ა) ფართო პრევენციული ღონისძიებების მ.შ. სკრინინგული ღონისძიებების განხორციელება ავადობის თავიდან აცილებისა და დაავადებების შემცირებისათვის ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის, კერძოდ:
 - იმუნიზაცია (ბავშვებსა და მოზრდილებში);
 - ბავშვთა ფსიქო-მოტორული განვითარების შეფასება;
 - ჯანმრთელ პირთა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
 - ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობა;
 - რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების პრევენცია;
 - არასასურველი ორსულობის პრევენცია-ოჯახის დაგეგმვა;
 - ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
 - მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია;
 - ავთვისებიან სიმსივნეთა პრევენცია (სკრინინგულ და საგანმანათლებლო პროგრამებში აქტიური მონაწილეობის გზით);
 - ტრავმატიზმისა და უბედური შემთხვევების პრევენცია საგანმანათლებლო პროგრამებში აქტიური მონაწილეობის გზით;
 - ბ) მიმავრებული კონტინენტის სანიტარიული განათლება, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე პოპულაციის დონეზე;
 - გ) დაავადებების გამოვლენა პრესიმპტომურ სტადიაზე ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
 - დ) დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკა ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
 - ე) უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებებისა და მათი დაავადებების დიაგნოსტიკა ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პოპულაციაში;
 - ვ) მწვავე დაავადებების მართვა ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
 - ზ) ქრონიკული დაავადებების მართვა და პაციენტებზე უწყვეტი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა, დაავადებების მართვის მეცნიერულად დასაბუთებული სახელმძღვანელოებისა და პრაქტიკის პროტოკოლების თანახმად, ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
 - თ) აქტიური მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაცია ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
 - ი) დახმარება ტერმინალური მდგომარეობების დროს (პალიატიური მკურნალობა) ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;

- კ) გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება (შესაძლოა არასამუშაო და გვიანი ღამის საათებშიც) ამბულატორიულად და ბინაზე ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
- ლ) მცირე ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარება (ამბულატორიულად და ბინაზე) ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტისათვის;
- მ) ყველა ის სამედიცინო მომსახურება, რაც ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დონეზე შეიძლება ჩაუტარდეს;
- 3.1.3. არსებული რესურსების ფარგლებში, როგორც სასწრაფოდ, ასევე გეგმიურად იმ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარება, რომელიც, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაცვის თვალსაზრისით, მაქსიმალურად გამართლებულია;
- 3.1.4. ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ზუსტი დოკუმენტაცია, სტატისტიკური და სააღრიცხვო-საანგარიშო ფორმების წარმოება დადგენილი წესით:
- ჩანაწერები სრულდება სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად. უცხო ქვეყნის სპეციალისტის ჩანაწერი უნდა ითარგმნოს სახელმწიფო ენაზე;
 - სამედიცინო ჩანაწერები უნდა იყოს სრულყოფილი და მოიცავდეს პაციენტის პიროვნულ, სოციალურ, სამედიცინო და სხვა მნიშვნელოვან მონაცემებს;
 - სამედიცინო ჩანაწერში ინფორმაცია უნდა დაფიქსირდეს დროულად და განსაზღვრულ ვადებში;
 - სამედიცინო ჩანაწერები ადეკვატურად უნდა ასახავდეს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ყველა დეტალს;
 - სამედიცინო ჩანაწერების შენახვა ხდება არსებული წესით, რაც კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვის სრულ გარანტიას იძლევა;
- 3.1.5. პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ექსპერტიზა და ყველა სახის ცნობების გაცემა, რაც პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დონეზეა შესაძლებელი არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად;
- 3.1.6. პაციენტისათვის სამკურნალწამლო დანიშნულების რეცეპტის გამოწერა მ.შ. ფსიქოტროპულ და ნარკოტიკულ საშუალებებზე;
- 3.1.7. სამედიცინო მომსახურების სხვა დონის დაწესებულებებთან კონტაქტების ჩამოყალიბება:
- პაციენტის სპეციალისტთან (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ან რეფერალურ ლაბორატორიაში მიმართვის და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში პაციენტის (და/ან შესაფერისი ინფორმაციის) უკან დაბრუნების ორგანიზაციული ასპექტების დაცვა:
 1. მიმართვის მიზეზისა და ზოგადად, პაციენტის შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მომცველი დოკუმენტაციის წარმოება და სპეციალისტისათვის მისი მიწოდების უზრუნველყოფა;
 2. სპეციალისტისაგან (სპეციალიზებული კლინიკისაგან) ჩატარებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მიღების უზრუნველყოფა;
 3. სპეციალისტებთან (სპეციალიზებულ კლინიკებში) პაციენტის მიმართვის მიზეზების აღრიცხვა და ანალიზი;
 4. სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის შემთხვევაში პაციენტის ტრანსპორტირების ხელშეწყობა;

5. შესაფერის შემთხვევებში, ლაბორატორიული გამოკვლევებისათვის ბიოლოგიური მასალის აღება, პრეპარატის მომზადება, მისი ტრანსპორტირებისა და შენახვის უზრუნველყოფა, დადგენილი წესით;
6. რეფერალური ლაბორატორიიდან ანალიზის პასუხების დროული მიღება და ექიმისთვის მისი გადაცემა;
7. რეფერალურ ლაბორატორიიდან (ებიდან) ჩატარებული გამოკვლევების რაოდენობრივი და თვისობრივი მახასიათებლების შესახებ ინფორმაციის მიღება და ანალიზი.

დროებითი დგულება

ოჯახის ექიმის შესახებ

I. ზოგადი დგულებები:

- 1.1. ოჯახის ექიმი არის უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე სპეციალისტი, რომელსაც აქვს იურიდიული უფლება გაუწიოს პირველადი მრავალპროფილური სამედიცინო მომსახურება ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პირს;
- 1.2. ოჯახის ექიმის წოდებისა და სახელმწიფო სერტიფიკატის მისაღებად უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირმა საჭიროა გაიაროს აღნიშნული პროფილით პროფესიული მომზადების სპეციალური პროგრამა და ჩააბაროს სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა სპეციალობაში „ზოგადი საექიმო პრაქტიკა, ოჯახის ექიმი“
- 1.3. ოჯახის ექიმის მომზადება ხდება სახელმწიფო პროფესიული სტანდარტების საფუძველზე შედგენილი პროგრამების მიხედვით, სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებსაც მიღებული აქვთ აღნიშნული დარგის სპეციალისტების მომზადების ლიცენზია;
- 1.4. თავის საქმიანობაში ოჯახის ექიმი ხელმძღვანელობს შემდეგი მარეგულირებელი დოკუმენტებით:
 - ა) საქართველოს კონსტიტუციით;
 - ბ) საქართველოს კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
 - გ) საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
 - დ) საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
 - ე) საქართველოს სხვა ნორმატიული აქტებითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით;
 - ფ) წინამდებარე დებულებით.
- 1.5. ოჯახის ექიმები პროფესიულ საქმიანობას წარმართავენ:
 - ინდივიდუალურად ან სამედიცინო, აგრეთვე სოციალური და სხვა დარგის მუშაკებთან თანამშრომლობაში, გუნდური მუშაობის პრინციპების დაცვით;
 - სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე სამედიცინო პროფილის სახელმწიფო და არასახელმწიფო დაწესებულებებში, აგრეთვე ინდივიდუალური და ჯგუფური კერძო პრაქტიკის სახით;
 - შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის საქვეუწყებო დაწესებულებებთან, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურებთან, სადაზღვევო კომპანიებთან, სახელმწიფო და არასახელმწიფო სამედიცინო პროფილის დაწესებულებებთან, სხვადასხვა უწყებებთან, აგრეთვე ცალკეულ პაციენტებთან და ოჯახებთან დადებული კონტრაქტის საფუძველზე;
- 1.6. ოჯახის ექიმის მუშაობის მატერიალური ანაზღაურება წარმოებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურების, სადაზღვევო კომპანიების, სახელმწიფო და არასახელმწიფო სამედიცინო პროფილის დაწესებულებების, სხვადასხვა უწყებების, აგრეთვე ცალკეულ პაციენტებსა და ოჯახებთან გაფორმებული კონტრაქტის პირობების შესაბამისად;

- 1.7. საზოგადოების ყველა წევრს აქვს უფლება აირჩიოს თავისი პირადი ოჯახის ექიმი. ამ დროს სასურველია ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვა;
- 1.8. ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტისათვის შეთავაზებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, ფორმა და ხასიათი, რომლის შესრულებაზე იგი იღებს პასუხისმგებლობას, უნდა შეესაბამებოდეს საქართველოში დამტკიცებულ ოჯახის ექიმის პროფესიული საქმიანობის სტანდარტებს;
- 1.9. ოჯახის ექიმზე მიმდგრებული მოსახლეობის რაოდენობა და შემადგენლობა განისაზღვრება კონტრაქტის პირობებით;
- 1.10. ოჯახის ექიმის მუშაობაზე კონტროლი ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი მმართველობით ორგანოების მიერ, დადგენილი წესის მიხედვით.

II. ოჯახის ექიმის უფლება-მოვალეობები

- 2.1. ოჯახის ექიმის ძირითადი მოვალეობაა თემის, ოჯახებისა და ინდივიდუალური პირებისათვის პირველადი სამედიცინო მომსახურების ჩატარება, სამედიცინო პრაქტიკის სახელმწიფო სტანდარტებისა და კონტრაქტის პირობების შესაბამისად;
- 2.2. ოჯახის ექიმი, პირველადი სამედიცინო მომსახურების დონეზე, ატარებს პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და შრომისუნარობის ექსპერტიზას, რომლის საფუძველზე გასცემს ცნობას პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ამათუ იმ პროფესიული საქმიანობის წარმოების ვარგისიანობისა (ყველა დონის სამედიცინო შემოწმება) და დროებითი შრომისუნარობის შესახებ. ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის გათვალისწინებით, ზემოაღნიშნულის შესრულება მას შეუძლია დამოუკიდებლად, სხვა სპეციალისტების მონაწილეობის გარეშე;
- 2.3. ოჯახის ექიმი ვალდებულია სისტემატურად აწარმოოს შესაბამისი დოკუმენტაცია დადგენილი წესით;
- 2.4. ოჯახის ექიმს შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით გააფორმოს ნებაყოფილობითი, თუ საკვალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულებები სამედიცინო მომსახურების ჩატარების თაობაზე ყველა სახის სახელმწიფო და არასახელმწიფო ორგანიზაციებთან;
- 2.5. ოჯახის ექიმს შეუძლია მიიღოს მის მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება კონტრაქტით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად;
- 2.6. ოჯახის ექიმმა მონაწილეობა უნდა მიიღოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვაში ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეებზე სამედიცინო და არასამედიცინო ინსტანციებში;
- 2.7. ოჯახის ექიმმა უნდა დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობასთან და სოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინტერესები და უფლებები;
- 2.8. ოჯახის ექიმმა უნდა იზრუნოს, როგორც საკუთარი, ასევე კოლეგების პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზე;
- 2.9. ოჯახის ექიმი თავისი კომპეტენციის ფარგლებში პასუხს აგებს დამოუკიდებლად მიღებულ გადაწყვეტილებებზე. კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ან უმოქმედობის შემთხვევაში, რომელსაც მოჰყვა ჯანმრთელობის შერყევა ან პაციენტის სიკვდილი, იგი პასუხს აგებს არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად;

III. ოჯახის ექიმის ფუნქციები

3.1. ოჯახის ექიმმა საკუთარი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში უნდა გაუწიოს პაციენტს ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურება მ.შ. პრევენციული, სამკურნალო, დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო, მოზრდილების, ბავშვებისა და ორსულებისათვის (ამბულატორიულად და ბინაზე);

3.2. ოჯახის ექიმის ძირითადი საქმიანობების ჩამონათვალს შეადგენს:

- სამედიცინო-პროფილაქტიკური განათლება და ჯანმრთელობის დამკვიდრება ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პაციენტებში;
- პირველადი (მ.შ. იმუნიზაცია), მეორეული (მ.შ. სკრინინგი), მესამეული პრევენცია;
- ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული დაავადებების გართულებების მართვა;
- ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული დაავადებების დიაგნოსტიკა კლინიკური სიმპტომკომპლექსისა და აუცილებელი, მინიმალური ინსტრუმენტული გამოკვლევების საფუძველზე;
- ქრონიკული დაავადებების მართვა;
- პაციენტისათვის ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარების საჭიროების შეფასება და ანალიზის შესასრულებლად სათანადო ლაბორატორიაში პაციენტის დროული მიმართვის ხელშეწყობა.
- პაციენტის ლაბორატორიაში, სპეციალისტთან, ჰოსპიტალში, სათემო და სოციალურ სამსახურებში გაგზავნის საჭიროების შეფასება და დროული მიმართვისა და მისი (და/ან სათანადო ინფორმაციის) უკან დაბრუნების უზრუნველყოფა;
- პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია;
- პაციენტების სხვადასხვა ჯგუფის მიზნობრივი სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ:
 - ჩვილ და მცირე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობა-ფიზიკური განვითარების შეფასება;
 - ბავშვებსა და მოზარდებში სამედიცინო პრობლემათა დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;
 - მოზარდთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა, არსებული პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;
 - ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება, ასევე, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, სამედიცინო საჭიროებათა დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;
 - ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია და მართვა;
 - ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
 - მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა;
 - პალიატიური მკურნალობა;
 - გარდაცვლილი პაციენტის ოჯახის წევრებისა და ახლობლების კონსულტირება და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
 - ურგენტული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს.

- 3.3. ოჯახის ექიმმა ხელი უნდა შეუწყოს და აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ოჯახის ექიმების, ექთნების, მენეჯერებისა და პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრების სწავლებისა და განათლების პროცესში;
- 3.4. ოჯახის ექიმმა აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღოს კვლევით საქმიანობაში, რაც ხელს შეუწყობს საოჯახო მედიცინის, როგორც აკადემიური დისციპლინის ჩამოყალიბებას, მეცნიერულ მტკიცებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის განვითარებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას;
- 3.5. ოჯახის ექიმმა აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში, აგრეთვე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის რეალიზაციის პროცესში.

დროებითი დებულება ზოგადი პრაქტიკის ექთნის შესახებ

I. ზოგადი დებულებები:

- 1.1. პროფესიული საქმიანობისათვის ზოგადი პრაქტიკის ექთნის სპეციალობაზე დაინიშნებიან პირები, რომლებსაც აქვთ საექთნო სამედიცინო განათლება, დიპლომი სპეციალობით „სამკურნალო საქმე“ და სერტიფიკატი სპეციალობით „ზოგადი პრაქტიკის ექთანი“.
- 1.2. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მომზადება ხდება სახელმწიფო პროფესიული სტანდარტების საფუძველზე შედგენილი პროგრამების მიხედვით, სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებსაც მიღებული აქვთ აღნიშნული დარგის სპეციალისტების მომზადების ლიცენზია;
- 1.3. სპეციალისტი „ზოგადი პრაქტიკის ექთანი“ თანამდებობაზე ინიშნება და თავისუფლდება საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად;
- 1.4. თავისი საქმიანობისას სპეციალისტი ხელმძღვანელობს:
 - ა) საქართველოს კონსტიტუციით;
 - ბ) საქართველოს კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
 - გ) საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“;
 - დ) საქართველოს სხვა ნორმატიული აქტებითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით;
 - ე) წინამდებარე დებულებით.
- 1.5. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი მუშაობს, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალისტი და ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას თავისი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში, ამ პროფესიისათვის დამტკიცებული საკვალიფიკაციო მოთხოვნების შესაფერისად;
- 1.6. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი მუშაობს ოჯახის ექიმთან მჭიდრო თანამშრომლობითა და მასთან ურთიერთშეთანხმებით;
- 1.7. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი პროფესიულ საქმიანობას წარმართავს ინდივიდუალურად ან სამედიცინო, აგრეთვე სოციალური და სხვა დარგის მუშაკებთან თანამშრომლობაში, გუნდური მუშაობის პრინციპების დაცვით;
- 1.8. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი პროფესიულ საქმიანობას აწარმოებს სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე სამედიცინო პროფილის სახელმწიფო და არასახელმწიფო დაწესებულებებში, აგრეთვე ინდივიდუალური და ჯგუფური კერძო პრაქტიკის სახით;
- 1.9. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი პროფესიულ საქმიანობას აწარმოებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის საქვეუწყებო დაწესებულებებთან, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურებთან, სადაზღვევო კომპანიებთან, სახელმწიფო და არასახელმწიფო სამედიცინო პროფილის დაწესებულებებთან, სხვადასხვა უწყებებთან, აგრეთვე ცალკეულ პაციენტებთან და ოჯახებთან დადებული კონტრაქტის საფუძველზე;
- 1.10. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მუშაობის მატერიალური ანაზღაურება წარმოებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საქალაქო სამსახურების, სადაზღვევო კომპანიების, სახელმწიფო

და არასახელმწიფო სამედიცინო პროფილის დაწესებულებების, სხვადასხვა უწყებების, აგრეთვე ცალკეულ პაციენტებსა და ოჯახებთან გაფორმებული კონტრაქტის პირობების შესაბამისად;

- 1.11. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მუშაობაზე კონტროლი ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრალური და ადგილობრივი მმართველობით ორგანოების მიერ, დადგენილი წესის მიხედვით.

II. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის უფლება-მოვალეობები

- 2.10. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის ძირითადი მოვალეობაა თემის, ოჯახებისა და ინდივიდუალური პირებისათვის ექთნის პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში პირველადი სამედიცინო მომსახურების ჩატარება, ზოგადი პრაქტიკის ექთნისათვის დამტკიცებული საკვალიფიკაციო მოთხოვნებისა და კონტრაქტის პირობების შესაბამისად;
- 2.11. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი ვალდებულია სისტემატურად აწარმოოს შესაბამისი დოკუმენტაცია დადგენილი წესით;
- 2.12. ზოგადი პრაქტიკის ექთანს შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით გააფორმოს ნებაყოფილობითი, თუ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულებები სამედიცინო მომსახურების ჩატარების თაობაზე ყველა სახის სახელმწიფო და არასახელმწიფო ორგანიზაციებთან;
- 2.13. ზოგადი პრაქტიკის ექთანს შეუძლია მიიღოს მის მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება კონტრაქტით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად;
- 2.14. ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა მონაწილეობა უნდა მიიღოს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების რეგულირებასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვაში ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეებზე სამედიცინო და არასამედიცინო ინსტანციებში;
- 2.15. ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა უნდა დაიცვას პაციენტის ჯანმრთელობასთან და სოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ინტერესები;
- 2.16. ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა უნდა დაიცვას პროფესიული ურთიერთობის ეთიკურ-სამართლებრივი ნორმები, შეასრულოს სამუშაო დისციპლინის მოთხოვნები;
- 2.17. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი თავისი კომპეტენციის ფარგლებში პასუხს აგებს დამოუკიდებლად მიღებულ გადაწყვეტილებებზე. კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ან უმოქმედობის შემთხვევაში, რომელსაც მოჰყვა ჯანმრთელობის შერყევა ან პაციენტის სიკვდილი, პასუხს აგებს არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად;
- 2.18. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი მუდმივად ზრუნავს საკუთარ პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზე.

III. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის ფუნქციები

- 3.6. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი საკუთარი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში ორივე სქესისა და ყველა ასაკის პაციენტს უწევს საექთნო სამედიცინო მომსახურებას ამბულატორიულად და ბინაზე;
- 3.7. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი ექიმის დანიშნულების მიხედვით ან დამოუკიდებლად, საკუთარი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში, ახორციელებს პრევენციულ, სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ, სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მანიპულაციებსა და პროცედურებს ამბულატორიულად და, საჭირო შემთხვევაში, ბინაზე;
- 3.8. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი გადაუდებელ ექიმამდელ დახმარება უწევს ავადმყოფებსა და დაზარალებულებს ურგენტული მდგომარეობებისა და ტრავმების შემთხვევაში;

- 3.9. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი აწარმოებს სააღრიცხვო სამედიცინო დოკუმენტაციას, ანგარიშგება-ანგარიშსწორებისა და სტატისტიკურ ფორმებს, დადგენილი წესით;
- 3.10. ზოგადი პრაქტიკის ექთნის ძირითადი საქმიანობების ჩამონათვალს შეადგენს:
- სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლება და ჯანმრთელობის დამკვიდრება, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე პოპულაციის დონეზე;
 - პირველადი (მ.შ. იმუნიზაცია), მეორეული (მ.შ. სკრინინგი), მესამეული პრევენცია;
 - პაციენტის პირველადი ექიმადელი შეფასება მ.შ. პაციენტის სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური საჭიროებების იდენტიფიკაცია;
 - პაციენტის ექიმთან მიმართვის აუცილებლობის შეფასება და ვიზიტის ორგანიზება;
 - ქრონიკულ პაციენტებზე დინამიკური მეთვალყურეობა;
 - გავრცელებული დაავადებების ადრეული ნიშნების გამოცნობა;
 - დაავადების გართულებების ადრეული ნიშნების გამოცნობა;
 - ქრონიკული დაავადებების ფონზე აღმოცენებული საგანგაშო ნიშნების (გადაუდებელი მდგომარეობების) გამოცნობა;
 - ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარებისათვის პაციენტის მომზადება და ანალიზის შესასრულებლად სათანადო ლაბორატორიაში პაციენტის დროული მიმართვის ხელშეწყობა.
 - პაციენტის დროული ჰოსპიტალიზაციის ხელშეწყობა;
 - მონაწილეობა პაციენტების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის პროცესში;
 - ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - ექთნის პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობა-ფიზიკური განვითარების შეფასება;
 - ბავშვებში სამედიცინო პრობლემათა დროული იდენტიფიკაცია;
 - მოზარდთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა, არსებული პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია;
 - ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, სამედიცინო და სოციალურ საჭიროებათა დროული იდენტიფიკაცია;
 - ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება;
 - ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია;
 - საექთნო კომპეტენციის ფარგლებში ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
 - ექთნის კომპეტენციის ფარგლებში მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა;
 - ტერმინალური პაციენტის მოვლა;
 - გარდაცვლილი პაციენტის ოჯახის წევრებისა და ახლობლების კონსულტირება და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
 - ურგენტული სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების დროს.

- 3.11. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი ოჯახის ექიმებთან, მენეჯერებთან და პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან ერთად ხელს უწყობს და აქტიურ მონაწილეობას იღებს მრავალდისციპლინარული სწავლების პროცესში;
- 3.12. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი აქტიურ მონაწილეობას იღებს კვლევით საქმიანობაში, რაც ხელს შეუწყობს საოჯახო მედიცინის, როგორც აკადემიური დისციპლინის ჩამოყალიბებას, მეცნიერულ მტკიცებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის განვითარებასა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას;
- 3.13. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი აქტიურად მონაწილეობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში, აგრეთვე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის რეალიზაციის პროცესში.

დროებითი დებულება

ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის შესახებ

წინამდებარე დოკუმენტი განსაზღვრავს ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის უფლება-მოვალეობებს და მისი საქმიანობის პრინციპებსა და ფორმებს:

თავი I. ზოგადი დებულებები:

მუხლი 1. განმარტება

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის თანამდებობაზე ინიშნება პირი, რომელსაც გავლილი აქვს ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერების მოსამზადებელი სპეციალური კურსი;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერს მოეთხოვება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის და იქ, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის როლის, მისი სტრუქტურისა და საფინანსო მოწყობის კარგი ცოდნა და სათანადო გაგება;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერმა უნდა იცოდეს საოჯახო მედიცინის პრინციპები, მისი ფილოსოფია, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის ფუნქციონირების ასპექტები, ოჯახის ექიმისა და ექთნის საქმიანობის თავისებურებები;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერმა კარგად უნდა იცოდეს მენეჯმენტის ტექნიკა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მისი გამოყენების თავისებურებები;
5. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის პროფესიული მზადება ხდება საოჯახო მედიცინის გარემოში-პრაქტიკაში სწავლებისა და მრავალდისციპლინარული სწავლების პრინციპების საფუძველზე;
6. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი მუდმივად ზრუნავს საკუთარ პროფესიულ განვითარებაზე. მონაწილეობს, როგორც ზოგადი მენეჯმენტის, ასევე სპეციფიკურ სასწავლო პროგრამებში, ეცნობა და იზიარებს სხვა ქვეყნებისა და უცხოელი კოლეგების გამოცდილებას.

მუხლი 2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის საქმიანობის მიზანი

- 2.1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის საქმიანობის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მართვაში აქტიური მონაწილეობის მიღება და დაწესებულების ინტელექტუალური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების მაქსიმალურად ეფექტური გამოყენების ხელშეწყობა.

მუხლი 3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის სახელმძღვანელო დოკუმენტები

- 3.1. თავის საქმიანობაში ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ხელმძღვანელოს შემდეგი მარეგულირებელი დოკუმენტებით:
 - ა) საქართველოს კონსტიტუციით;
 - ბ) საქართველოს კანონით მეწარმეობის შესახებ;
 - გ) საქართველოს შრომის კანონმდებლობით;
 - დ) საქართველოს კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“
 - ე) საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“
 - ვ) საქართველოს კანონით „საექიმო საქმიანობის შესახებ“;
 - ვ) წინამდებარე დებულებით.

თავი II ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის საქმიანობა

მუხლი 4. სამედიცინო დაწესებულებაში მომხმარებლის საჭიროებების შესაფერისი პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების ჩამოყალიბების ხელშეწყობა

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს მომხმარებლის სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების შეფასების პროცესში;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ახდენს მომხმარებლის კმაყოფილების სისტემატურ შეფასებას;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების სტრატეგიული გრძელვადიანი გეგმის შედგენის პროცესში;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ადგენს ბიზნეს გეგმებს და უზრუნველყოფს მათ პრაქტიკულ განხორციელებას, შედეგების სისტემატურ მიმოხილვას და, საჭიროების შემთხვევაში, სამოქმედო გეგმებში ცვლილებების შეტანას.

მუხლი 5. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი გეგმავს და ახორციელებს დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესებისაკენ მიმართულ ღონისძიებებს;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ირჩევს დაწესებულებისათვის მაქსიმალურად მისაღებ ხარისხის შეფასების მეთოდს და უზრუნველყოფს მის ეფექტურ გამოყენებას;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი კოორდინირებას უწევს, როგორც ორგანიზაციული, ასევე კლინიკური აუდიტის ჩატარების პროცესს და ამ გზით ხელს უწყობს დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლისა და მისი უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის დანერგვას.

მუხლი 6. სამედიცინო დაწესებულების შრომითი რესურსების მართვა

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების შრომითი რესურსების დაგეგმვასა და შერჩევაში;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი, დაწესებულების საჭიროებებიდან გამომდინარე, კოორდინირებას უწევს კადრების შემდგომი პროფესიული განვითარებისა და გადამზადების პროცესს, აყალიბებს შესაბამის რეკომენდაციებს ამ პროცესის ძირითად ეტაპებისა და მათი განხორციელების თაობაზე;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ახდენს კადრების განვითარებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი სირთულეების წინასწარ განჭვრეტას;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი განსაზღვრავს კადრების შეფასების საჭიროებას, აყალიბებს შეფასების მიზანს და ახდენს აღნიშნული პროცესის მომზადებისა და ჩატარების ორგანიზებას;
5. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლების როგორც რეგულარული, ასევე რიგგარეშე შეხვედრების ორგანიზებას;
6. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ადგენს კუთვნილი შვებულებების გეგმა-გრაფიკს, განსაზღვრავს რიგგარეშე შვებულების გაცემის აუცილებლობის საკითხს, აწარმოებს ავადმყოფობის, სხვა საპატიო ან არასაპატიო მიზეზის გამო სამსახურის გაცდენის ფაქტების აღრიცხვიანობას;
7. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი არეგულირებს სამუშაოს გადანაწილებას თანამშრომლების კუთვნილი შვებულების, ავადმყოფობის ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო სამუშაოზე გამოუცხადებლობის შემთხვევაში;

8. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების თანამშრომლების სამუშაოს აღწერილობების შემუშავებაში და მეთვალყურეობას უწევს იქ წარმოდგენილი მოთხოვნების დაცვას, აღრიცხავს და აანალიზებს დარღვევის ფაქტებს.

მუხლი 7. საინფორმაციო სისტემების მართვა

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ხელს უწყობს და აქტიურად მონაწილეობს დაწესებულების საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბებაში;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აკონტროლებს დაწესებულებაში საინფორმაციო-სააღრიცხვო დოკუმენტაციის წარმოების პროცესს;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი იღებს ინფორმაციას დაწესებულების სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისაგან ნებისმიერი პრობლემისა თუ გადაუჭრელი კონფლიქტური სიტუაციის შესახებ;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი უზრუნველყოფს დაწესებულებაში ინფორმაციის შენახვისა და დამუშავებისათვის ადეკვატური პირობების შექმნასა და შენარჩუნებას;
5. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი პასუხისმგებელია დროებითი შრომისუნარობის ბლანკების, ნარკოტიკულ საშუალებათა სარეცეპტურო ბლანკების და განსაკუთრებული აღრიცხვის სხვა დოკუმენტების აღრიცხვაზე, შენახვისა და გაცემის ორგანიზაციაზე;
6. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აწარმოებს და უახლესი მონაცემებით ავსებს სპეციალურ ცნობარს, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას დაწესებულების სტრუქტურის, შტატის, ფუნქციური მახასიათებლებისა და სხვა მნიშვნელოვანი დეტალების შესახებ;
7. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი იღებს პაციენტის საჩივრის ან, პირიქით, კმაყოფილების გამომხატველ ინფორმაციას, როგორც წერილობით, ისე სიტყვიერად (პირადი ან სატელეფონო საუბრის საფუძველზე), ახდენს ამ ინფორმაციის შესწავლასა და ანალიზს;
8. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი იღებს, ახარისხებს და ადრესატს გადასცემს დაწესებულებაში შემოსულ წერილებს. საჭიროების შემთხვევაში, ორგანიზებას უკეთებს შემოსულ კორესპონდენციაზე პასუხის დროულად გაცემის პროცესს;
9. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი მეთვალყურეობას უწევს დაწესებულებაში ინფორმაციის შემოსვლისა და გადინების პროცესს.

მუხლი 8. კომუნიკაცია

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ამყარებს მჭიდრო ურთიერთობას თავისი დაწესებულების სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალთან;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი უზრუნველყოფს დაწესებულების შტატისათვის მნიშვნელოვანი, ნებისმიერი ინფორმაციის გავრცელებას. იგი პასუხისმგებელია დროულად გააცნოს თანამშრომლებს ბრძანებები, განკარგულებები, ინსტრუქციულ-მეთოდური რეკომენდაციები და სხვა საკანონმდებლო-მარეგულირებელი დოკუმენტები;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი გეგმავს და ორგანიზებას უკეთებს დაწესებულების თანამშრომლების (პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრების) ფორმალურ და არაფორმალურ შეხვედრებს. ხელს უწყობს დაწესებულებაში კულტურული და სოციალური ღონისძიებების მოწყობას, რაც საკმაოდ მნიშვნელოვანია ორგანიზაციული კულტურის, საერთო ფასეულობების ჩამოყალიბებისა და ურთიერთგაცნობის თვალსაზრისით;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი, საკუთარი დაწესებულების ინტერესებიდან გამომდინარე, ამყარებს ურთიერთობას დაწესებულების გარეთ სხვადასხვა სამედიცინო თუ არასამედიცინო ორგანიზაციებთან.

მუხლი 9. დაწესებულების ნორმალური ფუნქციონირების ხელშეწყობა და შრომისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აკონტროლებს და მეთვალყურეობას უწევს დაწესებულების მომარაგებას მისი ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი მატერიალური რესურსით;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აკონტროლებს და ზრუნავს დაწესებულების მატერიალური რესურსის ექსპლუატაციისათვის მზადყოფნაზე (მ.შ. შენობა, ავეჯი, სამედიცინო აღჭურვილობა და ინვენტარი);
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ზედამხედველობას უწევს დაწესებულების ხანძარსაწინააღმდეგო უსაფრთხოების, შრომის დაცვისა და უსაფრთხოების ტექნიკის წესების დაცვას. იგი ვალდებულია ყველა თანამშრომელს გააცნოს შრომის დაცვისა და ხანძარსაწინააღმდეგო უსაფრთხოების წესები.

მუხლი 10. ფინანსების მართვა

1. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი უზრუნველყოფს დაწესებულების საქმიანობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ფინანსური ოპერაციის შესახებ საფინანსო-სააღრიცხვო დოკუმენტაციის წარმოებას;
2. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი აწარმოებს მონიტორინგს დაწესებულების საფინანსო-სააღრიცხვო საქმიანობაზე;
3. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი ახორციელებს რეგულარულ მეთვალყურეობას ფინანსების ეფექტურ ხარჯვაზე და საჭიროების შემთხვევაში ამზადებს თავის რეკომენდაციებს მდგომარეობის გამოსასწორებლად;
4. ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი რეგულარულ მეთვალყურეობას ახორციელებს დაწესებულების მიერ სხვადასხვა სამედიცინო და არასამედიცინო ორგანიზაციებთან გაფორმებული ხელშეკრულებების პირობების დაცვაზე.

მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა

საოჯახო მედიცინის 2006 წლის პილოტური პროგრამა

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის მთავარი მიზანი პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე და მოქნილი სისტემის შექმნაა, რომელიც დასავლეთ ევროპაში საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და კონცეფციას დაემყარება. ამგვარი ტრანსფორმაციისა და პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი მოდელის ჩამოყალიბების აუცილებლობის ნათელი დადასტურებაა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სავალალო მაჩვენებლები, რომლებიც უკანასკნელი 12-15 წლის მანძილზე გაუარესდა არამხოლოდ დასავლეთ ევროპის, არამედ აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებთან შედარებითაც. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობაა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის, ტუბერკულოზის, ინფექციური, პარაზიტული და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მართვის სფეროებში.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ცუდი მაჩვენებლები მრავალი ფაქტორის შედეგია, მათ შორის უნდა აღინიშნოს მძიმე სოციალური მდგომარეობა, რაც პაციენტს საშუალებას არ აძლევს გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების საფასური, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მოსახლეობის განათლების დაბალი დონე, უნდობლობა სამედიცინო პროფესიონალების მიმართ და ა.შ. მართალია, ფინანსური ბარიერი ყველაზე ძლიერმოქმედი ფაქტორია¹, რომელიც ართულებს ჯანდაცვის სამსახურებთან მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია ამბულატორიული სამსახურების მიმართ მოსახლეობის უნდობლობა. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ამჟამინდელი მოძველებული ფიზიკური ინფრასტრუქტურა ნაკლებად მიმზიდველია პაციენტების უმრავლესობისათვის. აქვე უნდა აღინიშნოს სათანადოდ მომზადებული ადამიანური რესურსის ნაკლებობაც. პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული პერსონალის მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილს აქვს გავლილი სპეციფიკური მომზადება, ხოლო მათი უმრავლესობის უნარ-ჩვევები და კომპეტენცია არ შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის მოთხოვნებს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო, მოსახლეობა თითქმის არ მიმართვას პჯდ დაწესებულებებს. უკანასკნელ წლებში კატასტროფულად შემცირდა პჯდ დონეზე სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია (1990 წლიდან დღემდე ერთ სულ მოსახლეზე მიმართვიანობა 7-8-დან შემცირდა 1.8 ვიზიტამდე, სოფლის ამბულატორიებში უტილიზაციის დონე კიდევ უფრო ნაკლებია ერთ სულ მოსახლეზე 1 ვიზიტი წელიწადში). სერვისის უტილიზაციის ასეთი დონე ყველაზე დაბალია მთელს ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში (2002 წლის მონაცემები). დაბალია სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელიც.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა, რომელსაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ღონისძიებების მხარდაჭერით ახორციელებს, ითვალისწინებს მთელ რიგი ღონისძიებებს, რომელთა საშუალებით ჩამოყალიბდება პჯდ ახალი სისტემა. იგი უზრუნველყოფს რა ჯანდაცვის სექტორში არსებული რესურსის ეფექტურ, სამართლიან და თანაბარ გადანაწილებას, ნაცვლად სამედიცინო დახმარების შეზღუდული პაკეტისა, მოსახლეობას შესთავაზებს ყოვლისმომცველ და ხარისხიან მომსახურებას, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება ყველა მოქალაქისთვის, მიუხედავად მისი ასაკის, სქესის, თუ სოციალური მდგომარეობისა.

წინამდებარე პროგრამა გამოხატავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მზადყოფნას უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განხორციელება თანმიმდევრული და მდგრადი გზებით. სისტემის ტრანსფორმაცია ხანგრძლივი და რთული პროცესია. რეფორმის ადრეული ეტაპის ღონისძიებები არ ითვალისწინებს არსებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ ქსელის სრულ რეორგანიზაციას. პირველი ცვლილებები სოფლის ამბულატორიებს შეეხება. სოფლად სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელის

¹ “Save the children”-ის შინამეურნეობათა მულტი-სექტორული კვლევა, 2002

ამოქმედება და მიღებული შედეგების ანალიზი კარგ ნიადაგს შექმნის მომდევნო ნაბიჯების დაგეგმვისათვის.

უცხოური ინვესტიციების საშუალებით შეკეთდა და აღიჭურვა სოფლის რამოდენიმე ამბულატორია იმერეთში, კახეთსა და აჭარაში. სპეციალური სასწავლო პროგრამებით გადამზადდა იქ დასაქმებული პერსონალი. 2006 წლიდან ფუნქციონირებისთვის მზად იქნება 22 პჯდ დაწესებულება იმერეთში, 24 აჭარაში, ხოლო 15 კახეთში. გადამზადებული პროფესიონალები პაციენტებს თვისობრივად განსხვავებულ და მაღალი ხარისხის მომსახურებას შესთავაზებენ, რაც დადებითად აისახება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

რეაბილიტირებული ობიექტების ამოქმედებას და მათი ფუნქციონირების თავისებურებების შესწავლას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში მიმდინარე პჯდ რეფორმის შემდგომი განხორციელებისათვის. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის მოდელის საბოლოო ჩამოყალიბება სწორედ ადრეულ ეტაპებზე მიღებული გამოცდილებისა და სირთულეების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს.

პროგრამის მიზანი და ამოცანები

პროგრამის მიზანი:

სამიზნე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

პროგრამის ზოგადი (გრძელვადიანი) ამოცანები:

- ✓ პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა
- ✓ რეაბილიტირებულ ცენტრებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება

პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების უტილიზაციის გაზრდა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის კრიტიკული ამოცანაა. უტილიზაციის მაჩვენებელი კარგად გამოხატავს იმას, თუ უახლოეს პერიოდში როგორ შეიცვლება მოსახლეობის დამოკიდებულება პჯდ სამსახურების და მათ მიერ მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ.

სპეციფიკური ამოცანები:

- ✓ ხელმისაწვდომობისა და მოცვის გაუმჯობესება;
- ✓ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფა;
- ✓ პაციენტების მოთხოვნილებებსა და საჭიროებებზე ორიენტირებული სამსახურების ამოქმედება;
- ✓ ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის (გაცნობიერებულობის) დონის გაზრდა.

ზემოაღნიშნული ამოცანების განხორციელების გზები:

- ✓ მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელის ამოქმედება, რომელიც ორიენტირებული იქნება პრევენციასა და ჯანმრთელობის დამკვიდრებაზე;
- ✓ რეაბილიტირებული ცენტრების ორგანიზაციული მოწყობისა და მართვის ოპტიმალური მოდელის შერჩევა და ამოქმედება;
- ✓ პროგრამით გათვალისწინებულ ობიექტებში დაფინანსების ოპტიმალური მოდელის ამოქმედება;
- ✓ ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების საფუძვლების ჩამოყალიბება განახლებული ობიექტების ფუნქციონირების თავისებურებების შესაბამისად;
- ✓ ახალი სამსახურების თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირება.

პროგრამის განხორციელების ძირითადი პრინციპები

- პვედ-ის რეაბილიტირებულ ცენტრებში სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი იქნება საოჯახო მედიცინის გუნდი: ოჯახის ექიმი და ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
- პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელის დანერგვას ხელს შეუწყობენ სათანადოდ მომზადებული მენეჯერები, რომლებიც უზრუნველყოფენ საოჯახო მედიცინის ცენტრების ეფექტურ მართვას;
- დაფინანსების მოდელი უზრუნველყოფს პაციენტისთვის ოპტიმალურ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას;
- პროგრამის ფარგლებში მოხერხდება პირველადი ჯანდაცვის, როგორც ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი კონტაქტის ადგილის, „კარიბჭის“ ფუნქციის, მომსახურების უწყვეტობისა და რეფერალის უზრუნველყოფა;
- საოჯახო მედიცინის გუნდი ორიენტირებული იქნება პაციენტის საჭიროებების გამოვლენასა და დაკმაყოფილებაზე.

პროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებები

საოჯახო მედიცინის ცენტრების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიწოდება პროგრამით გათვალისწინებული სამიზნე მოსახლეობისათვის

ახალი ცენტრები, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში, ყოვლისმომცველ მომსახურებას (ბაზისური სამკურნალო და პრევენციული) შესთავაზებენ ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტს. მომსახურების პაკეტში მოხდება პრიორიტეტული სერვისების ინტეგრირება.

პროგრამის ფარგლებში სამიზნე მოსახლეობას ოჯახის ექიმისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნისაგან შემდგარი გუნდი უფასოდ გაუწევს შემდეგი სახის მომსახურებას:

1. ექიმთან ვიზიტი ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტებისათვის;
2. ექიმისა და/ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე საჭიროების მიხედვით (იხილეთ განხორციელების წესი);
3. ორსულთა მეთვალყურეობა (მოცულობა და სავალდებულო რეფერალის კრიტერიუმები იხილეთ განხორციელების წესში);
4. ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობა (იხილეთ განხორციელების წესი);
5. იმუნისაცია და ვაქცინაცია (ქვეყანაში დადგენილი წესით);
6. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOT-ის) უზრუნველყოფა (იხილეთ განხორციელების წესი);
7. გულის იშემიური დაავადებისა და შაქრიანი დიაბეტის მაღალი რისკის პირთა იდენტიფიკაციის მიზნით ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება მოზრდილი ასაკის მოსახლეობაში (იხ. განხორციელების წესი);
8. გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მართვა (იხ. განხორციელების წესი)
9. ხანდაზმულთა (65 წლის ზემოთ) სამედიცინო შემოწმება (იხ. განხორციელების წესი).

პროგრამით გათვალისწინებული კლინიკო-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩამონათვალი:

პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებები შეასრულებენ შემდეგი სახის გამოკვლევებს:

- ელექტროკარდიოგრაფია;
- ოტოსკოპია;

- ოფთალმოსკოპია;
- პიკფლოუმეტრია;
- არტერიული წნევის გაზომვა (სფიგმომანომეტრია).

ლაბორატორიული გამოკვლევები ექსპრეს-დიაგნოსტიკური მეთოდით (ტესტ-ჩხირებით):

- შარდის ანალიზი;
- გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;
- ჰემოგლობინი;
- ორსულობის დადგენა.

შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩასატარებლად გათვალისწინებულია პაციენტის გაგზავნა შესაფერისი შესაძლებლობების ლაბორატორიაში:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- განავალი ფარულ სისხლდენაზე;
- გლუკოზა ვენურ სისხლში;
- საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპია;
- კრეატინინი;
- პროთრომბინი;
- ქოლესტერინი.

კლინიკო-დიაგნოსტიკური გამოკვლევებები შესრულდება ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე.

ასევე ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე მოხდება პაციენტის მიმართვა ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულ შემდეგ სპეციალისტებთან:

1. ენდოკრინოლოგი
2. ფტიზიატრი
3. ონკოლოგი

მხოლოდ ექთნით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები მოსახლეობას შესთავაზებენ შემდეგი სახის მომსახურებას:

1. ექთანთან ვიზიტი ყველა ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტებისათვის;
2. ექთნის ვიზიტი ბინაზე საჭიროების მიხედვით;
3. ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობა;
4. იმუნოზაცია და ვაქცინაცია (ქვეყანაში დადგენილი წესით);
5. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის (DOT-ის) უზრუნველყოფა;
6. პაციენტის სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლება.

კლინიკო-დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩამონათვალი:

- არტერიული წნევის გაზომვა (სფიგმომანომეტრია)
- პიკფლოუმეტრია

ლაბორატორიული გამოკვლევები ექსპრეს-დიაგნოსტიკური მეთოდით:

- ორსულობის დასადგენი ტესტი

პროგრამით გათვალისწინებული ყველა სხვა სახის სამედიცინო მომსახურების მისაღებად პაციენტი გაიგზავნება ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ნებისმიერ პჯდ დაწესებულებაში.

სამედიცინო მომსახურების მოდელის ეფექტურად ორგანიზებისა და ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით პრაქტიკაში დაინერგება თანამედროვე, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური მდგომარეობების მართვის გაიდლაინები და პროტოკოლები;

ამოქმედდება ახალი ტიპის საექთნო სამსახურები, რაც ხელს შეუწყობს პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებას;

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა პაციენტთა (ხანდაზმულთა, მათ მომვლელთა, ბავშვთა, მაღალი რისკის პირთა და სხვ.) სამკურნალო-პროფილაქტიკურ განათლებას მათი ინდივიდუალური საჭიროებების შესაფერისად.

სამედიცინო მომსახურების ახალი მოდელის ფუნქციონირების თავისებურებების შესწავლის მიზნით დაინერგება აღრიცხვიანობისა და ანგარიშგების შესაბამისი ფორმები.

ახალი მომსახურების თაობაზე პაციენტების ინფორმირების მიზნით დაგეგმილია რიგი ღონისძიებები (მაგ. საინფორმაციო ვიზიტები ბინაზე, პლაკატებისა და საინფორმაციო ბუკლეტების შემუშავება და გავრცელება), რაც დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით სამიზნე უბნებზე პროგრამის ამოქმედებამდე და მისი მიმდინარეობის პერიოდში უნდა განხორციელდეს.

პროგრამაში მონაწილე ორგანიზაციები და სამიზნე მოსახლეობა

პროგრამაში მონაწილეობას მიიღებენ მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური დახმარებით რეაბილიტირებული პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები იმერეთში, აჭარასა და კახეთში, რომლებიც დაკომპლექტდება გადამზადებული ოჯახის ექიმებით, ექთნებითა და მენეჯერებით.

2006 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებებთან საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გააფორმებს ხელშეკრულებებს ერთ პირთან მოლაპარაკების გზით.

პროგრამის ფარგლებში საოჯახო მედიცინის ცენტრები მომსახურებას გაუწევენ მათ სამოქმედო არეალზე (განსაზღვრულია გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის საფუძველზე) მცხოვრებ მოსახლეობას.

სამოქმედო არეალზე გუნდების რაოდენობის განსაზღვრა ხდება შემდეგი პრინციპის საფუძველზე: ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი საშუალოდ 2000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით.

გამონაკლისები დაშვებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- მაღალმთიან და რთულად მისადგომ სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა არ შეესაბამება საშუალო ნორმატიულს;
- კადრების დეფიციტის დროს (გუნდში ექიმის ან ექთნის არარსებობისას).

პროგრამის ბიუჯეტი

პროგრამის ბიუჯეტი შეადგენს გათვლილია 6 თვეზე (პროგრამა ძალაში შევა 2006 წლის 1 ივლისიდან). პროგრამის დაფინანსების წყაროა „საქართველოს 2006 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონით ამ დანიშნულებით გათვალისწინებული სახსრები.

ბიუჯეტის განსაზღვრის მეთოდოლოგია

ხარჯების გაანგარიშება მოხდა ხარჯთაღრიცხვის წარმოების ე.წ. „ქვევიდან-ზევით“ მეთოდოლოგიის გამოყენებით. მისი მეშვეობით განისაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის თითოეული გუნდისათვის საჭირო ხარჯების მოცულობა.

აჯღ დაწესებულებების წლიური ხარჯები

	დასახელება	1 გუნდი	2 გუნდი	3 გუნდი	4 გუნდი	5 გუნდი
1	სახელფასო ხარჯები	7,200	13,536	20,088	26,640	33,240
2	სამედიცინო დანიშნულების საგნები, მედიკამენტები, კლინიკო-დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიული მომსახურება და ვაქცინაცია	3,535	7,070	10,605	14,140	17,675
3	კომუნალური მომსახურების, კომუნიკაციის, ოფისის, საექსპლუატაციო და სხვა ხარჯები	2,683	3,816	5,216	6,925	8,845
4	ამორტიზაციის ხარჯები	3,323	4,273	5,773	7,654	9,554
	სულ	16,741.5	28,695	41,682	55,359	69,314
	საშუალოდ გუნდზე	16,741.5	14,347.5	13,894	13,840	13,863

შენიშვნა: ხარჯების დაფინანსება სამედიცინო დანიშნულების საგნების, მედიკამენტების, კლინიკო-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული მომსახურებისა და ვაქცინაციისათვის გამოიყოფა კაპიტალის მეთოდით; წლიური ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 1.7675 ლარს.

ბ) აჯღ დაწესებულების პერსონალის შრომითი ანაზღაურება მუშაკების ანარიცხების ჩათვლით (ლარი)

	დასახელება	1 გუნდი	2 გუნდი	3 გუნდი	4 გუნდი	5 გუნდი
1	ექიმი	3,000	6,000	9,000	12,000	15,000
2	მედა	1,800	3,600	5,400	7,200	9,000
3	მენეჯერი (1 ყოველ 10 გუნდზე)	300	600	900	1,200	1,500
4	სხვა დანარჩენი	900	1,080	1,440	1,800	2,200
	შრომის ჯამური ანაზღაურება	6,000	11,280	16,740	22,200	27,700
	სოციალური გადასახადი	1,200	2,256	3,348	4,440	5,540
	სულ	7,200	13,536	20,088	26,640	33,240
	საშუალოდ გუნდზე	7,720	6,768	6,696	6,660	6,648

შენიშვნა: პჯღ დაწესებულება, სადაც დასაქმებულია მხოლოდ ერთი ექიმი და მედა, რომლებსაც ეძლევათ მხოლოდ ხელფასები მათზე სოციალური გადასახადის ჩათვლით.

დაფინანსების მეთოდოლოგია

სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მიერ პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების ანაზღაურება მოხდება კომბინირებული მეთოდით: საბიუჯეტო და კაპიტალური.

საბიუჯეტო მეთოდი – დაწესებულების სახელფასო, კომუნალური, საკომუნიკაციო, საექსპლუატაციო და ამორტიზაციის ხარჯების ანაზღაურება ხდება ფიქსირებული მოცულობით, მიუხედავად სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობისა. ფიქსირებული ბიუჯეტის ოდენობა განსაზღვრულია გუნდების რაოდენობის შესაბამისად.

კაპიტალის მეთოდი - (წარმოადგენს მომსახურების გამწვევის ანაზღაურებას გამომდინარე ფიქსირებული თანხიდან, რომელიც იანგარიშება მოცული მოსახლეობის ან კონკრეტული მომენტისათვის დაზღვეულად აღნიშნული პირების რაოდენობიდან გამომდინარე) - სამედიცინო დანიშნულების საგნების, მედიკამენტების, ლაბორატორიული მომსახურებისა და ოფისის ხარჯები ანაზღაურდება ერთ სულ მოსახლეზე და შეადგენს 1.76 ლარს.

ანგარიშსწორების პროცედურა

ფონდი თვის დასაწყისში, მაგრამ არა უგვიანეს 15 (თხუთმეტი) რიცხვისა, პჯდ დაწესებულებას ურიცხავს წლიური თანხის 1/12 ნაწილს. ყოველი კვარტლის გასვლის შემდეგ, არა უგვიანეს 10 (ათი) რიცხვისა, პჯდ დაწესებულება ფონდს წარუდგენს ანგარიშს მიღებული თანხის ხარჯვის შესახებ.

პროგრამის ძლიერი, სუსტი მხარეები შესაძლებლობები და საფრთხე (SWOT)

ძლიერი მხარეები:

- პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესებული ინფრასტრუქტურა:
 - რეაბილიტირებული და აღჭურვილი შენობები
 - შესაფერისად მომზადებული ადამიანური რესურსი
- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მზადყოფნა უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ეტაპობრივი და მდგრადი განხორციელება;
- საერთაშორისო მხარდაჭერა—ღონიერი ორგანიზაციების ინვესტიციები და სპეციფიკური პროექტები, რომლებიც შექმნის შესაფერის წინაპირობებს პროგრამის განხორციელებისთვის.

სუსტი მხარეები:

- ფინანსური რესურსის შეზღუდულობა;
- მომსახურების პაკეტში მედიკამენტური უზრუნველყოფის შეუძლებლობა;
- ცვლილებების მართვის შესაძლებლობების შეზღუდულობა
- ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემების შეუსაბამობა ახალი მოდელის საინფორმაციო საჭიროებებთან.

შესაძლებლობები:

- პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელის გამოცდა;
- რესურსების ეფექტური ხარჯვა;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისა და გაუმჯობესების მექანიზმების დანერგვა;
- პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების მიმართ მოსახლეობის დამოკიდებულების შეცვლა.

საფრთხე

- პოლიტიკური არასტაბილურობა;
- პირველადი ჯანდაცვის არსის არასაკმარისი გაგება და სამედიცინო პროფესიონალებისა და მოსახლეობის ცვლილებებისადმი რეზისტენტულობა;
- პროგრამის მოსამზადებელი ღონისძიებების შეუსრულებლობა;
- გადამზადებული პერსონალის მიგრაცია.

**საოჯახო მედიცინის მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფის
საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიან ფონდს და საოჯახო
მედიცინის პრაქტიკას შორის**

ხელშეკრულება

თბილისი, საქართველო

[თარიღი], 2006

კონტრაქტი ძალაშია საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მუხლი X, პარაგრაფი XX (პუნქტი, სადაც პირველადი ჯანდაცვის პროგრამა იქნება წარმოდგენილი), კანონი საქართველოს 2006 წლის ბიუჯეტის შესახებ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის .. ბრძანებულების და ასევე “შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის პროგრამების დამტკიცების” .. ერთიანი სახელმწიფო ფონდის გენერალური დირექტორის ... ბრძანებულების “სახელმწიფო ჯანმრთელობის პროგრამების განხორციელების შესახებ” შესაბამისად ..

1. ხელმოწერილი მხარენი

1. ბ-ნი .. (სახელი, გვარი) საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის, მდებარე (მისამართი) ხელმძღვანელი, (შემდგომში მოიხსენიება, როგორც ოჯახის ექიმი, კონტრაქტის ერთ-ერთი მხარე);
2. სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (სდესფ), რომელიც წარმოდგენილია მისი დირექტორის, .. (შემდგომში მოხსენიებული, როგორც ფონდი, კონტრაქტის მხარე)

კონტრაქტში მონაწილენი შეთანხმდნენ შემდეგზე:

2. ხელშეკრულების საბაზი

2.1. კონტრაქტის საგანია კონტრაქტში მონაწილე ორივე მხარის უფლება-მოვალეობანი, რომლებიც 2006 წელს საოჯახო მედიცინის (სმ) მომსახურების მიწოდებას შეეხება. კერძოდ ის არეგულირებს შემდეგს:

- საოჯახო მედიცინის ტიპსა და სფეროს, რომელიც ამ კონტრაქტის საგანს წარმოადგენს
- საოჯახო მედიცინის გუნდის სტრუქტურას
- ოჯახის ექიმის, როგორც კონტრაქტის ერთი მხარის და ასევე სმ გუნდის პასუხისმგებლობას სმ სერვისის მიწოდების საქმეში, რომელიც წარმოადგენს კონტრაქტის საგანს;
- სმ მომსახურებათა მიწოდების დრო და ადგილი
- ჯანდაცვის სამსახურის მიწოდების წესი საოჯახო მედიცინაში;
- ფონდის მიერ საოჯახო მედიცინის სერვისთა მიწოდებისათვის გამოყოფილი თანხები, დათვლის და ანაზღაურებათა გაანგარიშების მეთოდები
- გადახდის პირობები კონტრაქტით გათვალისწინებული ყოველთვიური ანაზღაურებებისათვის ე.ი. საოჯახო მედიცინის გუნდის საშუალო შეფასება
- ინფრასტრუქტურის შექმნა
- საქმიანობის მონიტორინგისა და წარმოდგენისათვის საჭირო დოკუმენტაცია და გუნდი, რომელიც ამ დოკუმენტაციას წარმოადგენს
- კონტრაქტის პირობების აღსრულების მეთვალყურეობა

- კონტრაქტის პირობების დარღვევის შემთხვევაში მხარეთა უფლება-მოვალეობები
 - სხვა უფლებები და მოვალეობები
- 2.2 კონტრაქტის მხარეები თანხმდებიან, რომ ხელი შეუწყონ სმ კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც ოჯახის ექიმი განიხილება, როგორც “ჭიშკრის მცველი” უფრო მაღალი დონეების სამედიცინო მომსახურებისაკენ. სმ გუნდი უნდა აკმაყოფილებდეს ყველა მოთხოვნებს პჯდ დონეზე კონტრაქტით გათვალისწინებული ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებაზე, რომლის კომპონენტსაც ის წარმოადგენს.
- 2.3. ამ სტატიის I პარაგრაფის მიხედვით ნორმები და სტრუქტურა სმ გუნდისა, რომელიც ფარავს 2000 კაცთან კონტინგენტს შემდეგია:
- ოჯახის ექიმი – 1
 - ოჯახის ექთანი, რომელსაც განლილი აქვს ოჯახის ექიმი ტრენინგი (შემდგომში მოიხსენიება, როგორც ოჯახის ექთანი) – 1
- 3. საოჯახო მმართველის პრაქტიკის უფლებები და მოვალეობები**
- 3.1. ოჯახის ექიმი ვალდებულია უზრუნველყოს თავისი საქმიანობა შესაფერის, სტანდარტებისა და ნორმების შესაბამის ფართზე;
- 3.2. ოჯახის ექიმმა უნდა უზრუნველყოს სმ გუნდი და სამედიცინო აპარატურა, რომელიც აუცილებელია სმ მომსახურების სათანადო დონეზე უზრუნველყოფისათვის;
- 3.3.** ოჯახის ექიმი კანონიერი მფლობელია იმ სამედიცინო თუ სხვა აღჭურვილობისა, რომელსაც თავად მის მიერ არის შეძენილი;
- 3.4.** ოჯახის ექიმი მოვალეა
- სამუშაო დრო ისე გადაანაწილოს, როგორც მის პაციენტთა უმრავლესობისათვისაა მოსახერხებელი
 - ექიმის კარებზე მიუთითოს შემდეგი სახის ინფორმაცია:
 - სამუშაო საათები (გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა)
 - სმ გუნდის წევრთა სახელები და გვარები
- 3.5. ერთ კვირაზე მეტი დროით მისი არყოფნის ან სამუშაოს შეწყვეტის შემთხვევაში კონტრაქტის მონაწილე ოჯახის ექიმი ვალდებულია თავისი პაციენტები უზრუნველყოს თავისი შემცველით, რომელთანაც გააფორმებს კონტრაქტს. შემცველი ასევე ამ სფეროს სპეციალისტი უნდა იყოს, რომელსაც კერძო პრაქტიკა აქვს ან დასაქმებულია პჯდ დაწესებულებაში, და შეუძლია ჩაენაცვლოს ოჯახის ექიმს.
- 3.6. ოჯახის ექიმი ვალდებულია წარმოადგინოს ამ კონტრაქტის მე-6 სტატიით გათვალისწინებული სერვისი სმ გუნდის დახმარებით პჯდ პრაქტიკაში და ასევე ჯანმრთელობის შესახებ კანონის, ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ კანონის, ფონდის გენერალური ბრძანებულების, კომპეტენტური პალატის მიერ შეთანხმებული ექიმთა თავისუფალი არჩევის პრინციპების შესახებ, რომელიც ითვალისწინებს დაზღვეული პაციენტების საცხოვრებელ ადგილს და შესაბამისობას ამ დონის სტანდარტებსა და ნორმებთან.
- 3.7. ოჯახის ექიმი იღებს ვალდებულებას წარმოადგინოს სმ გუნდი, რომლის აღწერილობა მითითებულია კონტრაქტის დანართში და მის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს;

3.8. პრევენცია, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მიეწოდება ლიცენზირებული ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციის შესაბამისად. დანართი 1 მიუთითებს იმ მომსახურებას, რასაც ითვალისწინებს სმ პრაქტიკა. ეს დანართი კონტრაქტის ნაწილია და სავალდებულო დოკუმენტია მხარეთათვის;

3.9. ოჯახის ექიმი და სხვა სმ გუნდის წევრები პასუხისმგებელი არიან თავიდან აიცილონ შემდეგი:

- ყველა ის ქმედება რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს რეგისტრირებული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, არასწორი ან არასრული დიაგნოსტიკური გამოკვლევა და თერაპიული მომსახურება, გამოწერილი თერაპიის შედეგების კონტროლი ან უდროოდ გაწერა სხვა ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ოველივე ზემოდ ხსენებული წარმოადგენს მიზეზებს არასაჭირო გრძელვადიანი მკურნალობის, პაციენტის მდგომარეობის ჯანმრთელობის გაუარესების, ავადმყოფობას ან სიკვდილის;
- ჯანმრთელობის მომსახურების გაწევა არაკვალიფიცირებული ადამიანის მიერ. ამონაკლის წარმოადგენს განსაკუთრებული სიტუაციები;
- მუშაობის დაგვიანებული დაწყება, როგორც ეს მე-5 მუხლშია აღწერილი, ან განსაზღვრულ დროზე ადრე დამთავრება, ცხრილის უწესო მუშაობა ან შიდა ორგანიზაციული წარუმატებლობა; ეს შეიძლება გახდეს რეგისტრირებული პაციენტის უკმაყოფილების მიზეზი, როდესაც იძულებული გახდა დალოდებოდა და მოსულიყო რამდენიმეჯერ ერთი და იგივე სამედიცინო მომსახურებისათვის, ან წინააღმდეგობები შეექმნა, იმისათვის, რომ მიეღო სამედიცინო მომსახურება;
- დაგვიანებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება;

საოჯახო მედიცინის გუნდი ვალდებულია შემდეგზე:

- დაზღვეული ადამიანის პირადი სტატუსის დაცვა მკურნალობის განმავლობაში, მისი ღირსება, პატივი და რეპუტაცია;
- ყურადღების გამახვილება დისკრიმინაციის გარეშე ადეკვატური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე;
- პაციენტის ინფორმირება მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად, დიაგნოზები და მკურნალობა, შესაძლო ეფექტები;
- დაიცვას მისი უფლება მიიღოს სამედიცინო მომსახურება, ასევე უფლებები რეგულირებული “პაციენტების უფლებების შესახებ კანონებით”;
- თანაბარი მკურნალობა ყველა პაციენტისათვის, რომელთაც ერთნაირი ჯანმრთელობის მომსახურება ესაჭიროება, კორუფციის აღმოფხვრა, უკეთესი მკურნალობის უზრუნველყოფა პირადი ურთიერთობებიდან გამომდინარე და სხვა არასამედიცინო კრიტერიუმების გათვალისწინება

3.10. ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია წამლების რაციონალურ გამოწერაზე. მხოლოდ ის წამლები შეიძლება იყოს გამოწერილი რომლებიც რეგისტრირებულია საქართველოში, და რომელთა რეცეპტი და გადახდა სახელმწიფო ამბულატორიული პროგრამის ხარჯზეა (წამლების დადებითი სია).თუ წამლების საფასური რეცეპტის მიხედვით წარმოადგენს% და რაიონში სხვა დანარჩენი ოჯახის ექიმების წამლების საშუალო საფასურზე ნაკლებია , ოჯახის ექიმს კონტრაქტის მიხედვით უხდიან პრემიას რომელიც შეადგენს..... ლარს.

- 3.11. თუ წამლების რეცეპტების საფასური მნიშვნელოვნად აღემატება თითო ექიმის საშუალო მოხმარებას რაიონში, ფონდი მოითხოვს წერილობით ახსნას ექიმისაგან, და საჭიროების შემთხვევაში მიიღებს ადეკვატურ ზომებს კანონის მიხედვით, ამ ქმედების მიზანს წარმოადგენს ირაციონალური რეცეპტების გამოწერის სანქცირება.
- 3.12. ოჯახის ექიმი, ისევე როგორც საოჯახო მედიცინის გუნდის სხვა წევრები ვალდებული არიან ჩაერთონ ხარისხის გაუმჯობესების და აკრედიტაციის სისტემებში, რომელთაც აწარმოებს ფონდი და შჯსდს სამედიცინო ხარისხის კონტროლის ინსპექცია. მათ უნდა ჩააბარონ ყველა გამოცდა, და გაიარონ ტრენინგ კურსი, რასაც აუცილებელია რე-აკრედიტაციისათვის.
- 3.13. ოჯახის ექიმი იღებს ვალდებულებას მიაწოდოს ყველა საჭირო ინფორმაცია, რომელსაც ოფიციალურად მოითხოვს სმ-საგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. ეს მონაცემები წარედგინება ამ დეპარტამენტის რაიონულ წარმომადგენელს მოთხოვნილი დროის ინტერვალში. წარუმატებლობის შემთხვევებში მოქსენება ფონდს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის მეშვეობით.
- 3.14. ოჯახის ექიმი იღებს ვალდებულებას, აწარმოოს ყველა საჭირო დოკუმენტის შევსება და ყოველდღიური ანგარიშების მომზადება ფონდის მონიტორინგის საჭიროებათა ნორმების შესაბამისად. ყოველი წინა თვის დოკუმენტაციის მიწოდება უნდა მოხდეს შემდეგი თვის 10 რიცხვამდე. ფორმები მოითხოვს სხვადასხვა კატეგორიის მოსახლეობისათვის სმ გუნდის მიერ გაწეული საქმიანობის შესახებ შემდეგ ინფორმაციას: რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობა (მათ შორის დედა-ბავშვზე მეთვალყურეობა, ქრონიკული დაავადებების მქონე ავადმყოფები); საკონსულტაციო რეფერალების რაოდენობა სპეციალისტებთან, ჰოსპიტალური მკურნალობისათვის რეფერალების რაოდენობა, წამლების მოხმარება, რეფერალების რაოდენობა დიაგნოსტიკურ კვლევებზე, მონაცემები ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულებით ჩატარებულ სამუშაოზე.

4. სოციალური დაზღვევის მართიანი სახელმწიფო ფონდის უფლებები და მოვალეობები

- 4.1. ფონდმა შესაბამის პჯდ დაწესებულებებთან თანამშრომლობით ორგანიზება უნდა გაუწიოს ერთ ოჯახის ექიმზე 2500-მდე დაზღვეულის რეგისტრაციას, რათა უზრუნველყოს რეგისტრირებულთა რეგიონალური გადანაწილება.
- 4.2. სამი თვის გასვლის შემდეგ ფონდი ახდენს კონტრაქტის და ყოველთვიურ ანგარიშებში მოყვანილი მონაცემების შედარებას.
- 4.3. ფონდი ვალდებულია მოახდინოს ოჯახის ექიმის ინფორმირება ყველა იმ ძირითადი მარეგულირებელი აქტის შესახებ, რომელთა საფუძველზეც ახდენს კონტრაქტით გათვალისწინებული ვალდებულებების დროულ განხორციელებას.
- 4.4. ამ კონტრაქტით გათვალისწინებული ოჯახის ექიმის ვალდებულებების შერულების კონტროლს ფონდი შემდეგნაირად ახორციელებს:
- მიწოდებული დოკუმენტაციის ინსპექტირება;
 - უშუალო მონიტორინგის ჩატარება სამუშაოს დროს და ამ კონტრაქტით გათვალისწინებული დოკუმენტების შემოწმება
- ხდება ანგარიშის მომზადება ჩატარებული მონიტორინგის შესახებ, რომელიც მოიცავს არსებული სიტუაციის შეფასებას და რეკომენდაციებს კონტრაქტით გათვალისწინებული ვალდებულებების დარღვევის გამოსწორების შესახებ.

- 4.5. მუხლ მე-3-ში (მე-14 პარაგრაფი) მოყვანილი ანგარიშების მიღების შემდეგ ფონდი განიხილავს ამ დოკუმენტაციას და 15-დღიან ვადაში ახდენს ოჯახის ექიმის ინფორმირებას შესაძლო გართულებების ან დაზუსტების აუცილებლობის შესახებ.
- 4.6. ფონდის დირექტორი იღებს გადაწყვეტილებას გარკვეულ დროში ამ დარღვევების გამოსწორებისათვის აუცილებელი ნაბიჯების შესახებ.
- 4.7. ფონდი პასუხისმგებელია ყოველ 3 თვეში ერთხელ შეადაროს ყოველთვიური ანგარიშის შედეგები კონტრაქტით გათვალისწინებულ ვალდებულებებს;
- 4.8. ფონდმა უნდა აცნობოს კონტრაქტის მონაწილე ოჯახის ექიმს ყველა იმ ცვლილებების შესახებ რაც ფონდის ძირითადი აქტებს უკავშირდება, კონტრაქტით გათვალისწინებული ვალდებულებების და დროის გათვალისწინებით;
- 4.9. ფონდი კონტროლს უწევს ოჯახის ექიმის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას შემდეგი მეთოდებით:
- წარდგენილი დოკუმენტების შემოწმება
 - საკონტროლო სამსახურით (მონიტორინგი) ოჯახის ექიმის დოკუმენტების უშუალო გაკონტროლება სამუშაო ადგილზე
- ჩატარებულ კონტროლზე შედეგინილი ანგარიში უნდა მოიცავდეს აღმოჩენებს და მეთოდებს რომლებიც საჭიროა არსებული კონტრაქტის პირობების დარღვევების აღმოსაფხვრელად და თავიდან ასაცილებლად;
- 4.10. ფონდის დირექტორი თავად განსაზღვრავს იმ ღონისძიებათა თანმიმდევრობას, რომელსაც მიმართავს მომავალი პრობლემების თავიდან ასაცილებლად.

5. ხელშეპრულების ფასი

- 5.1. კონტრაქტირებული ოჯახის ექიმი იღებს ანაზღაურებას კონტრაქტით გათვალისწინებული მომსახურების წარმოებისათვის. ანაზღაურება კალკულაცია ხდება შემდეგნაირად:
- კაპიტაციის გადასახადი მოსახლეობის სხვადასხვა კატეგორიისათვის: ...
- მოცული მოსახლეობის რაოდენობა თითოეული კატეგორიისათვის: ..
- მთლიანი ანაზღაურება კაპიტაციით:..
- ბიუჯეტის წვლილი, რომელიც ეფუძნება .. არის: ..
- მთლიანი კომპენსაცია
- 5.2. ანაზღაურება კაპიტაციის მიხედვით ხდება ყოველთვიურად: მთლიანი კომპენსაციის 1/12 ნაწილი, 5.1. მუხლის მიხედვით. მთლიანი კომპენსაცია მოერგება ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობასა და სტრუქტურას. ეს მოხდება ყოველი მიმდინარე წლის 1 იანვარს.
- 5.3. ოჯახის ექიმი წარმოადგენს ყოველთვიურ მოთხოვნას, რომელიც მომზადებულია კონტრაქტის 5.1 მუხლის კომპენსაციის მიხედვით
- 5.4. ამ მუხლის I პუნქტში მოცემული ყოველთვიური მოთხოვნის შესაბამისად, ფონდი მიმართავს ანაზღაურების თანხას მიმდინარე თვისათვის კონტრაქტში მონაწილე ექიმის ანგარიშზე, ანგარიში , რეგისტრირებული მიმდინარე ანგარიში ბანკში
- 5.5. მოცული მოსახლეობა თავად ანაზღაურებს ჯანდაცვის მომსახურების იმ სახეობებს, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული ამ კონტრაქტის დანართში.

6. ხელშეკრულების პირობები

- 6.1. ხელშეკრულება ძალაშია (.. .) მდე
- 6.2. კონტრაქტის მონაწილეებს შეუძლიათ დაარღვიონ კონტრაქტი მისი დასრულების ვადამდე თუ მხარეები არ ასრულებენ კონტრაქტით აღებულ ვალდებულებებს;
- 6.3. ოჯახის ექიმს შეუძლია დაარღვიოს კონტრაქტი, თუ ფონდი არ ასრულებს საკონტრაქტო ვალდებულებებს;
- 6.4. ფონდს შეუძლია დაარღვიოს კონტრაქტი, თუ ოჯახის ექიმი არ ცნობს და არ ასრულებს საკონტრაქტო ვალდებულებებს;
- 6.5. კონტრაქტი შეწყდება კონტრაქტის დარღვევის მიზეზებისა და პირობების განსაზღვრიდან 30 დღიან პერიოდში.
- 6.6. კონტრაქტის შეწყვეტის შესახებ ინფორმაცია ქვეყნდება მასმედიაში, რათა მოსახლეობას საშუალება მიეცეს შეარჩიოს ახალი ოჯახის ექიმი 30 დღიან ვადაში.

7. ფორს-მაჟორი

- 7.1 ოჯახის ექიმი თავისუფლდება შეთანხმების მიხედვით განსაზღვრული პასუხისმგებლობიდან თუ მისი წარუმატებლობის მიზეზი გამოწვეულია ფორს-მაჟორით (სტიქიური უბედურება, სამოქალაქო არეულობა, გაფიცვები, განსაკუთრებული შემთხვევა, ომი, ასევე მთავრობის მხრიდან დაკისრებულ ინორმატიული ან ადმინისტრაციული დავალება, რომელცას შეუძლია გავლენა იქონიოს შეთანხმების შესრულებაზე) ან გარდაუვალი განსაკუთრებული შემთხვევების დროს.
- 7.2 ხარეები ვალდებულნი არიან შეატყობინონ ერთმანეთს ფორს-მაჟორული მდგომარეობის დაწყების და დამთავრების თაობაზე.

8. საბოლოო მოთხოვნა

- 8.1 ეს კონტრაქტი მზადდება 4 ასლად, რომელთაგან თითოეულს აქვს თანაბარი იურიდიული ძალა. თითოეული მხარე ინახავს 2 ასლს;
- 8.2 კონტრაქტი ძალაში შედის ხელმოწერის დღიდან;
- 8.3 კონტრაქტის დამატება ძალაში იქნება ორივე მხარის ხელმოწერის შემდეგ
- 8.4 კონტრაქტში მონაწილე მხარეები შეეცდებიან სადაო საკითხები გადაწყვიტონ ურთიერთშორის შეთანხმებით, ხოლო შეთანხმების ვერ მიღწევის შემთხვევაში საქმის განხილვა მოხდება საქართველოს კანონმდებლობის საფუძველზე

9. მონაწილეთა ხელმოწერები და მისამართები

ოჯახის ექიმი

ერთიანი სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდი

მისამართი

მისამართი

დანართი – მიწოდებული ჯანმრთელობის მომსახურების ტიპები და არეალი

2006 წლის სახელმწიფო ამბულატორიული პროგრამის ფარგლებში მოცემულის შესაბამისად ოჯახის ექიმი ვალდებულია უზრუნველყოს შემდეგი მომსახურების მიწოდება:

მკურნალობა:

ჯანდაცვის სერვისები, რომლებიც კონტრაქტის საგანს წარმოადგენს შემდეგია:

- სამუშაო საათების დროს ოჯახის ექიმთან ნებისმიერი ჩვილით მიმართვისას პაციენტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- არა-სამუშაო საათების დროს გადაუდებელი შემთხვევებისას პაციენტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, მათ შორის პირველადი დახმარების აღმოჩენა;
- გადაუდებელი და ჩვეულებრივი შემთხვევებისას პაციენტის მდომარეობიდან გამომდინარე სახლში ვიზიტები;
- ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამეთვალყურეო ვიზიტები;
- 2006 წლის სახელმწიფო ამბულატორიული პროგრამით გათვალისწინებული იმუნიზაციის სტანდარტული სია და გასინჯვები;
- სხვა ოფიციალური პრევენციული პროგრამა, ჯანდაცვის ხელშეწყობისა და წახალისების ღონისძიებების ჩათვლით;
- წვევამდელთა სამედიცინო შემოწმება;
- 2006 წლის სახელმწიფო ამბულატორიული პროგრამით გათვალისწინებული ლაბორატორიული ანალიზების სტანდარტული სია.

პრევენციული მომსახურება

- მოზრდილთა, ჩვილთა, სკოლამდელი ასაკის და სკოლის ასაკის ბავშვთა სისტემატური კონტროლი;
- სამეთვალყურეო ვიზიტი ფეხმძიმე ქალებთან, ახალ-ნამშობიარებ ქალებთან, ჩვილებთან ბავშვებსა და ინფექციური დაავადების მქონე პაციენტებთან, ასევე მოხუცებულებთან და ავადმყოფებთან;
- სამედიცინო შემოწმება საბავშვო ბაღებში;
- სამედიცინო შემოწმება იმუნიზაციაზე;
- ინდივიდუალური რჩევები დედას კვების საკითხებზე;
- სპეციალური სამიზნე ჯგუფების სკრინინგი;
- საგანმანათლებლო მუშაობები მცირე ჯგუფებში სამედიცინო საკითხებზე;
- პირდაპირი მონაწილეობა ყველა პრევენცია – წახალისების პროგრამებში, რათა მოიხსნას ის რისკ-ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მათი მოქმედების არეალში;
- **პრევენცია წახალისების საქმიანობაში სკოლებთან, სხვა სოციალურ დაწესებულებებთან, მუნიციპალურ კავშირებთან თანამშრომლობა.**

