

# სოციალურად დაუცველი ტრავმატოლოგიური პაციენტების კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით

კორნელი ბაქრაძე<sup>1</sup>, თენგიზ ვერულავა<sup>2</sup>

## შესავალი

ყველა ქვეყნის განსაკუთრებულ ფასეულობას წარმოადგენს ადამიანთა კეთილ-დღეობაზე ზრუნვა, ხანგრძლივი და ჯანმრთელი სიცოცხლისათვის სათანადო პირობებით უზრუნველყოფა. მათგან სახელმწიფოს მხრიდან მზრუნველობასა და თანადგომას განსაკუთრებით საჭიროებენ მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენები.

2013 წლიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც ქვეყნის თითქმის მთელი მოსახლეობაა მოცული. გასათვალისწინებელია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებულ რეკომენდაციებს. შესაბამისად, მწირი სახელმწიფო დანახარჯების ფონზე, საინტერესოა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პაციენტებისათვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის და გაწეული მომსახურების ხარისხის შესწავლა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პაციენტებისათვის როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება 100 %-ით ყოველგვარი ლიმიტის გარეშე.

გეგმიური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად მოსარგებლემ შესაბამისი დოკუმენტაციით უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს საგარანტიო წერილის მისაღებად. გადაუდებელი ოპერაციების დროს საგარანტიო გაიცემა 3-5 დღის ვადაში, ხოლო გეგმიური ქირურგიული ჩარევის დროს გაცემის ვადა 1 თვეს შეადგენს.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის, გეგმიური ქირურგიული მომსახურება მტკივნეული საკითხია, რადგან ამ შემთხვევაში საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ ოფიციალურად გაცხადებული 100 %-ანი დაფინანსება აღარ მოქმედებს და ძალაში ერთვება სპეციალური ფორმულა, რომლითაც ანგარიშობენ პაციენტის ასანაზღაურებელ თანხას.<sup>3</sup>

თავდაპირველად, საყოველთაო ჯანდაცვით მოსარგებლებს პროცენტულად უფინანსდებოდათ ქირურგიული ოპერაციის თანხა, თუმცა ზოგიერთმა კლინიკამ ხელოვნურად გაზარდა მომსახურების ფასი, რაც, ჯანდაცვის ხარჯებს მნიშვნელოვნად ზრდიდა. აქედან გამომდინარე, სამინისტროს შემუშავებული აქვს სპეციალური ფორმულა, რომლითაც გეგმიური ოპერაციის ფასი გამოითვლება. სწორედ ამ ფასის 100%-ით უფინანსდებათ გეგმიური ოპერაციები სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას. კერძოდ, გეგმიური ოპერაციის ფასი შემდეგი ფორმულით გამოითვლება: (მაქსიმალურ ფასს – მინიმალური ფასი) / 4 + მინიმალური ფასი. ანუ, მინიმალურ და მაქსიმალურ ფასს შორის სხვაობის მეოთხედს დამატებული მინიმალური ფასი. აღნიშნული ფორმულით მიღებული ფასის 100% არის ლიმიტი, რომელსაც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა ანაზღაურებს. იმ შემთხვევაში, თუ კლინიკაში არსებული ფასი სახელმწიფოს მიერ

<sup>1</sup> გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრის სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის მენეჯერი

<sup>2</sup> მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

<sup>3</sup> მიზნობრივი ჯგუფი. სოციალური მომსახურების სააგენტო 2013.

[http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=889](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=889)

განსაზღვრულ ფასს არ აღემატება, მაშინ საყოველთაო დაზღვევა დამატებითი გამოთვლების გარეშე, ოპერაციის ღირებულების 100%-ს დააფინანსებს.

მაგალითად, დავუშვათ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ კლინიკებში კონკრეტული ოპერაციის ყველაზე დაბალი ფასი დაფიქსირდა A კლინიკაში – 1 000 ლარი. იგივე ოპერაციის ყველაზე მაღალი ფასი დაფიქსირდა B კლინიკაში – 1 600 ლარი. ამ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ამ კონკრეტულ ოპერაციას A კლინიკაში გაიკეთებს, მას კლინიკის ფასის 100%, ანუ 1000 ლარი დაუფინანსდება. ვნახოთ, ფორმულის თანახმად რეალურად რა პროცენტით დაუფინანსდება პაციენტს ოპერაცია, თუ ის ოპერაციას B კლინიკაში გაიკეთებს –  $(1600-1000) / 4+1000=1150$ . შესაბამისად, მას დაუფინანსდება 1150 ლარი 100%-ით, თუმცა დარჩენილ თანხას სახელმწიფო საკუთარ თავზე აღარ იღებს. ესეიგი, თუ სოციალურად დაუცველ ადამიანს სურს B კლინიკაში ოპერაციის გაკეთება, მას მოუწევს  $1600-1150= 450$  ლარის გადახდა, რისი საშუალებაც სავარაუდოდ პაციენტს არ ექნება. B კლინიკაში ოპერაციის გაკეთების შემთხვევაში, სოციალურად დაუცველ პაციენტს კლინიკაში არსებული ფასის 30 %-ანი თანაგადახდა მოუწევს.

აღნიშნული დაფინანსების სისტემა შეიძლება საკმაოდ დიდ ხარვეზად მივიჩნიოთ, რადგან თუკი მიდიხართ მართლაც მაღალხარისხიან, კარგ კლინიკაში, სადაც ოპერაციის ფასი სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ფასს შეიძლება ცოტათი აღემატებოდეს, მაინც სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასიდან იანგარიშება 100%, ხოლო რეალურად სახელმწიფოს მხრიდან თანადაფინანსება შეიძლება გამოვიდეს 70-80 პროცენტი. ჩვენი ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ძვირადღირებული სერვისების დაფინანსება საქართველოს მოქალაქეთა საკმაოდ დიდი ნაწილისათვის პრობლემატურია. ისინი იძულებული არიან ან საერთოდ არ გაიკეთონ ოპერაცია, ან დაბალფასიან და შესაბამისად დაბალხარისხიან კლინიკას მიმართოს.

სამწუხაროდ, ამ ყველაფრის ახსნა რთულია თვითონ პაციენტისთვის, რომელიც ტელევიზიით, თუ სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროებით ისმენს, რომ ყველა სახის მომსახურება უფასო აქვს, ელოდება სახელმწიფოს სრულ დაფინანსებას, საბოლოოდ კი თანაგადახდა უწევს საკმაოდ სოლიდური თანხის ოდენობით.

**კვლევის მიზანია**, დავადგინოთ, თუ რამდენად ფინანსურად ხელმისაწვდომია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი პაციენტებისათვის ჯანდაცვის სერვისები და რამდენად არის დამოკიდებულია გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი პაციენტის შემოსავალზე.

კვლევა ჩატარდება ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემებზე დაყრდნობით, რაც საკმაოდ ნათლად დაგვანახებს პრობლემის არსს, რადგან სწორედ ტრავმატოლოგიური ოპერაციების დროს გამოიყენება ძვირადღირებული ლითონის ფირფიტა, გარეგანი ფიქსაციის აპარატი, თუ სხვადასხვა საპროთეზო მასალა. ამ შემთხვევაში, რადგან სოციალურად დაუცველ პაციენტს თანაგადახდის საშუალება არ გააჩნია, სამედიცინო დაწესებულება იყენებს იაფფასიან მასალას, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

## **მეთოდოლოგია**

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის განხორციელების საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, მონოგრაფიები, სახელმძღვანელოები, პუბლიკაციები, გამოცემები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კვლევები და ანგარიშები, ასევე ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

დასახული მიზნების მისაღწევად განხორციელდა თბილისის ერთ-ერთი კლინიკაში ნამკურნალევი ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემების შესწავლა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდება კლინიკაში განთავსებულ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის გამოკითხვა წინასწარ კონსტრუირებული კითხვარების მეშვეობით.

## კვლევის შედეგები

განხორციელდა თბილისის ერთ-ერთი კლინიკაში ნამკურნალევი ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემების შესწავლა. პაციენტების მონაცემები მოიცავდა 2015 წლის 1 იანვრიდან 2016 წლის 1 იანვრამდე განვლილ პერიოდს. თავდაპირველად ავიღეთ გეგმიური პაციენტების მონაცემები დიაგნოზების მიხედვით და ვნახეთ, თუ როგორ ფინანსდება ოპერაციები ზოგადად და შემდეგ შევადარეთ, თუ რა დაუფინანსდათ სოციალურად დაუცველ პაციენტებს. ქვემოთ მოცემულ სტატისტიკურ მონაცემებში არ ფიგურირებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე მოსახლეობა, რადგან მათ ასეთი სახის ოპერაციები არ უფინანსდებათ საერთოდ.

ცხრილი №1

### გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - დისპლაზიური კოქსართროზი

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M16.3	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	დისპლაზიური კოქსართროზი	უცემენტო პროთეზი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცველი მოსახლეობა	6400	4609,25	1900
პაციენტი 2	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 3	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 4	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 5	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 6	165 - საპენსიო მოსახლეობა	6400	4148,33	1900
პაციენტი 7	165	6400	4148,33	1900
პაციენტი 8	165	6400	4148,33	2100
პაციენტი 9	165	6400	4148,33	2100
პაციენტი 10	165	6400	4148,33	2100

როგორც ავღნიშნეთ, გეგმიურ პაციენტებთან მიმართებაში პრობლემა სახეზეა. მაშინ, როცა სოციალურად დაუცველ პაციენტს უნდა უფინანსდებოდეს 100 %, ხოლო პენსიონერს 90 %, რეალურად გვაქვს სულ სხვა სურათი: ერთ შემთხვევაში დაფინანსება 72 %-ს შეადგენდა, მეორე შემთხვევაში 64%-ს.

რაც შეეხება საპროთეზო მასალის ფასს, თუ რატომაც სხვადასხვა პაციენტებზე გასხვავებული ფასი - პასუხი მარტივია: 1900 ლარი არის ფასი დოლარის კურსის მატებამდე, ხოლო 2100 ლარი - მატების შემდეგ. მასალა და მისი ხარისხი არის ყველგან იგივე.

**გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - დისპლაზიური კოქსართროზი**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M16.3	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	დისპლაზიური კოქსართროზი	პროთეზი ცემენტის გამოყენებით

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	5400	4234,25	1600
პაციენტი 2	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 3	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 4	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 5	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	5400	3810,83	1600
პაციენტი 7	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 8	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 9	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 10	165	5400	3810,83	1600

გეგმიური სამედიცინო სერვისების დაფინანსების ოდენობა შედარებით მეტია, თუმცა, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა 100 %-ს ნაცვლად ფინანსდება 78 %-ით, ხოლო საპენსიო ასაკის მოსახლეობა - 90%-ის ნაცვლად 70 %-ით.

**გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - პირველადი გონართროზი, ორმხრივი.**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M17.0	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	პირველადი გონართროზი, ორმხრივი	სრიალა პროთეზი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	7100	4995	2900
პაციენტი 2	218	7100	4995	2900
პაციენტი 3	218	7100	4995	2900
პაციენტი 4	165 - საპენსიო	7100	4405,5	2900
პაციენტი 5	165	7100	4405,5	2900
პაციენტი 6	165	7100	4405,5	2900

აღნიშნული ქირურგიული ოპერაცია ყველაზე მაღალფასიანია კლინიკაში, მისი დაფინანსება კი ზემოთ მოყვანილ მაგალითებზე კიდევ უფრო მცირეა, რაც - სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის - 70 %-ს, საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის კი 62 %-ს შეადგენს.

**გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - ბარძაყის ყელის მოტეხილობა**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S72.0	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	ბარძაყის ყელის მოტეხილობა	პროთეზი ცემენტის გამოყენებით, ერთი ნაწილი - დისტალური

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ	2280	2280	190
პაციენტი 2	218	2280	2280	190
პაციენტი 3	218	2280	2280	210
პაციენტი 4	165 - საპენსიო	2280	2052	190
პაციენტი 5	165	2280	2052	210
პაციენტი 6	165	2280	2052	210

თუ მხედველობაში მივიღებთ ოპერაციებს საპროთეზო მასალის გამოყენებით, ოპერაცია ფინანსდება სტანდარტის მიხედვით, თუმცა საპროთეზო მასალა გამოიყენება მხოლოდ ხანდაზმული პაციენტებისთვის. გამოყენებულ მასალებს შორის არანაირი სხვაობა არაა. მასალის ფასში განსხვავება დაკავშირებულია დოლარის კურსთან.

ამჯერად გადაუდებელ სტაციონარულ შემთხვევებზე გადავიდეთ, სადაც სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის თანადაფინანსების პრობლემა აღარ დგას, ხოლო სხვა დაზღვეულებისთვის პრობლემა კვლავ აქტუალურია.

**ცხრილი №5 გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - ბარძაყის ყელის მოტეხილობა**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S72.0	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	ბარძაყის ყელის მოტეხილობა	პროთეზი ცემენტის გამოყენების გარეშე

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	6420	6420	1900
პაციენტი 2	218	6420	6420	2100
პაციენტი 3	218	6420	6420	2100
პაციენტი 4	218	6420	6420	2100
პაციენტი 5	218	6420	6420	2100
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	6420	4148,32	2100
პაციენტი 7	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 8	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 9	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 10	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	6420	4494	1900
პაციენტი 12	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 13	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 14	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 15	36	6420	3226,47	2100

როგორც ხედავთ, სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას ოპერაციის თანხა სრულად უფინანსდება. რაც შეეხება საპენსიო ასაკის მოსახლეობას, მათ სახელმწიფო სრული თანხის 64 %-ს უფინანსებს, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლებს სულაც - 50 %-ს. საპროთეზო მასალაში ფასსხვაობის მიზეზი კვლავაც დოლარის კურსია. რაც შეეხება მიზეზს, თუ რატომ დაუფინანსდა პაციენტ 11-ს სხვა 36 დადგენილებით მოსარგებლე პაციენტებზე მეტი თანხით: ოპერაცია გაკეთდა 2015 წლის 8 თებერვალს, სავარაუდოდ გარკვეული ხნის შემდეგ საქართველოში არსებულმა რომელიმე კლინიკამ ზემოაღნიშნული ოპერაცია განაფასა საკმაოდ დაბალ ფასად, რამაც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ფორმულის მიხედვით გამოიწვია სახელმწიფოს მიერ თანადაფინანსების საკმაოდ სოლიდურად შემცირება.

**ცხრილი №6**

**გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S82.2	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა	ფირფიტა და ჭანჭიკები

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	ფირფიტა-ჭანჭიკების ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	2100	2100	550
პაციენტი 2	218	2100	2100	600
პაციენტი 3	218	2100	2100	600
პაციენტი 4	218	2100	2100	600
პაციენტი 5	218	2100	2100	600
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	2100	1890	600
პაციენტი 7	165	2100	1890	600
პაციენტი 8	165	2100	1890	600
პაციენტი 9	165	2100	1890	600
პაციენტი 10	165	2100	1890	600
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	2100	2100	550
პაციენტი 12	36	2100	2100	600
პაციენტი 13	36	2100	2100	600
პაციენტი 14	36	2100	2100	600
პაციენტი 15	36	2100	2100	600
პაციენტი 16	36 - მინიმალური	2100	2100	550

დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობის დიაგნოზის დროს სოციალურად დაუცველი და საპენსიო ასაკის მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება 100%-ით, ხოლო საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36-ით მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსების ხდება 90%-ით.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს 100 %-ან ნოზოლოგიურ კოდთან. 100 %-იანი ნოზოლოგიურ კოდი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ყველა კლინიკას განუსაზღვრავს გადაუდებელი შემთხვევების ფასებს, რომლის მიხედვითაც უნდა მოემსახუროს კლინიკა პაციენტს.

70 %-იანი ნოზოლოგიური კოდი გულისხმობს, რომ თავად კლინიკა ამატებს ჯანდაცვის სამინისტროს პორტალზე, რომლის განფასება ხდება გარკვეული დროის შემდეგ.

100 %-ან ნოზოლოგიური კოდის ატვირთვა 70 %-ან კოდებში უფრო მაღალი ფასით შესაძლებელია მხოლოდ გეგმიურ შემთხვევებში. გადაუდებელ შემთხვევის დროს ხდება სრულად დაკორექტირება და პაციენტის მკურნალობაში სახელმწიფო არცერთ თეთრს არ გადმორიცხავს.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით საკმაოდ სოლიდურად ფინანსდება 100 %-ანი ოპერაციები. ფირფიტა-ჭანჭიკებს შორის ფასსხვაობას, რაც შეეხება, მიზეზი დოლარის კურსია და არა გამოყენებული მასალის ხარისხი. ყველა პაციენტზე, განურჩევლად სტატუსისა, ერთნაირი ხარისხის ფირფიტა და ჭანჭიკები იყო გამოყენებული.

**ცხრილი №7**

**გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა.**

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S82.2	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა	გარეგანი ფიქსაციის აპარატი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	გარეგანი ფიქსაციის აპარატის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	2100	2100	450
პაციენტი 2	218	2100	2100	450
პაციენტი 3	218	2100	2100	450
პაციენტი 4	218	2100	2100	450
პაციენტი 5	218	2100	2100	450
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	2100	1890	450
პაციენტი 7	165	2100	1890	450
პაციენტი 8	165	2100	1890	450
პაციენტი 9	165	2100	1890	450
პაციენტი 10	165	2100	1890	450
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	2100	2100	450
პაციენტი 12	36	2100	2100	450
პაციენტი 13	36	2100	2100	450
პაციენტი 14	36	2100	2100	450
პაციენტი 15	36	2100	2100	450

დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობის დროს სოციალურად დაუცველი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხდება 100%-ით, ხოლო საპენსიო ასაკისათვის 90%-ით.

ამ შემთხვევაშიც 100 %-ან კოდთან გვაქვს საქმე და ამ შემთხვევაშიც დაფინანსება სოლიდურია. ოპერაციისას გამოყენებული იქნა გარეგანი ფიქსაციის აპარატი. ფასის მიხედვით შეგვიძლია დავინახოთ, რომ ყველა პაციენტთან, განურჩევლად სოციალური სტატუსისა - ერთი ხარისხის აპარატი იქნა გამოყენებული.

გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - მოტეხილობა/ დაჟეჟილობა/ამოვარდნილობა.

კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა	
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	მოტეხილობა /დაჟეჟილობა/ ამოვარდნილობა	თაბაშირის ნახვევი, დეროტაციული ნახვევი	
პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	72,5	72,5
პაციენტი 2	218	72,5	72,5
პაციენტი 3	218	72,5	72,5
პაციენტი 4	218	102,3	102,3
პაციენტი 5	218	102,3	102,3
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	72,5	72,5
პაციენტი 7	165	72,5	72,5
პაციენტი 8	165	72,5	72,5
პაციენტი 9	165	102,3	102,3
პაციენტი 10	165	102,3	102,3
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	72,5	72,5
პაციენტი 12	36	72,5	72,5
პაციენტი 13	36	72,5	72,5
პაციენტი 14	36	102,3	102,3
პაციენტი 15	36	102,3	102,3

სოციალურად დაუცველი, საპენსიო ასაკის და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება ხდება 100%-ით.

რაც შეეხება გადაუდებელი ამბულატორიულ შემთხვევებს, ტრავმატოლოგთან აღმოჩენილი ამბულატორიული პაციენტი სულ 2 დონით გადაიცემა:

- პირველი დონე: მოტეხილობა ცდომის გარეშე, ამოვარდნილობა, კუნთების და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები. მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა, იმობილიზაცია / ჩაყენება. ფასი - 72,5.
- მეორე დონე: მოტეხილობა ცდომით, ამოვარდნილობა, კუნთების და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები. მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა, რეპოზიცია ან ჩასწორება დახურული წესით, ფიქსაცია / იმობილიზაცია / ბლოკადები. ფასი 102,3.

როგორც ცხრილიდან შეგვიძლია დავინახოთ, ამბულატორიულ შემთხვევებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სრულად აფინანსებს, კლინიკა კი ვალდებულია, რომ სახელმწიფოს მიერ მიწოდებული ფასის არეალში ჩაეტიოს პაციენტის მომსახურებისას.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პაციენტების გამოკითხვა. ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად საკმაოდ საინტერესო შედეგები მივიღეთ.

სულ დარიგდა 213 კითხვარი, აქედან 180-მა (86%) შეავსო იგი სრულად. მათგან 60 პირი წარმოადგენდა სოციალურად დაუცველს, 60 - პენსიონერს, 60 - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეს.

კითხვაზე, ჰქონდა, თუ არა ინფორმაცია, რა პირობებით სარგებლობდა პაციენტი საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ მისთვის განკუთვნილი პაკეტის მიხედვით, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: გამოკითხულთა სრული უმრავლესობა ნაწილობრივ მაინც იყო ინფორმირებული



მისი კუთვნილი პირობების შესახებ. რაც შეეხება სოციალურად დაუცველ პაციენტებს, თითოეული მათგანი (გამოკითხულთა 100%) ნაწილობრივ მაინც ინფორმირებული იყო, რომ სოციალურად დაუცველ პაციენტს 1 თეთრიც არ აქვს გადასახდელი, თუმცა ყოველთვის ასე როდია.

ცხრილი: გაქვთ, თუ არა ინფორმაცია, რა პირობებით სარგებლობთ საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ თქვენთვის განკუთვნილი პაკეტის მიხედვით?

	სრულად ინფორმირებული	ნაწილობრივ ინფორმირებული	არაინფორმირებული
სოციალურად დაუცველი	60%	40%	0%
პენსიონერი	40%	40%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	73%	21%	36%

კითხვაზე, ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევა უფრო ეფექტური, თუ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: უმრავლესობა თვლის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უფრო ეფექტურია. მათგან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე პაციენტებიდან 24 (40%) თვლიდა, რომ კერძო დაზღვევა ბევრად უფრო ეფექტურია, 36 (60%) პაციენტი საყოველთაო ჯანდაცვას ანიჭებდა უპირატესობას. პენსიონერებსა და სოციალურად დაუცველ პაციენტებს რაც შეეხებათ, ლოგიკურია, რომ მათ დიდ უმრავლესობას წარმოდგენაც არ აქვს კერძო დაზღვევასა და მის პირობებზე და მხოლოდ ვარაუდის დონეზე შეუძლიათ მსჯელობა. პენსიონერებიდან 52 (87%) ადამიანი თვლის საყოველთაო ჯანდაცვას უფრო ეფექტურად, ხოლო სოციალურად დაუცველ პაციენტებში ეს რიცხვი 60-დან 60-ს ანუ 100 %-ს შეადგენს.

ცხრილი: თქვენი აზრით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უფრო ეფექტურია, თუ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა?

	საყოველთაო ჯანდაცვა	კერძო დაზღვევა
სოციალურად დაუცველი	100	0
პენსიონერი	87	13
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	60	40

კითხვაზე, რამდენად ხშირად სარგებლობთ თქვენ/ოჯახის წევრები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, შემდეგი შედეგები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან - 28 (46%) პირველად სარგებლობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, 24 (40%) პაციენტს უსარგებლია აქამდეც, მაგრამ არა ხშირად, ხოლო 8 (14%) პაციენტს საკმაოდ ხშირად უსარგებლია. საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 36 (60%) პირველად სარგებლობდა, 20 (33%) პაციენტს უსარგებლია, მაგრამ არა ხშირად, ხოლო 4-ს (7%) საკმაოდ ხშირად. რაც შეეხება საბაზისო პაკეტით მოსარგებლე პაციენტებს - მათი უმრავლესობა 48 (80%) ადამიანი პირველად სარგებლობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, 12 (20%) ადამიანს უსარგებლია, თუმცა არა ხშირად, ხოლო საკმაოდ ხშირად, გამოკითხული 60 ადამიანიდან არცერთს არ უსარგებლია - 0%.

აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული პაციენტებიდან ყველაზე ხშირად სწორედ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.

ცხრილი: რამდენად ხშირად სარგებლობთ თქვენ/ოჯახის წევრები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით?

	პირველად ვსარგებლობთ	გვისარგებლია მაგრამ არახშირად	გვისარგებლია ხშირად
სოციალურად დაუცველი	46%	40%	14%
პენსიონერი	60%	33%	7%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	80%	20%	0%

კითხვაზე, როგორ წარმოგიდგენიათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა მომავალში, შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან 44 მომხრეა, რომ პროგრამა აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს, შენარჩუნდეს არსებული სისტემა და არაფრის შეცვლა საჭირო არაა. 16 პაციენტი თვლის, რომ პროგრამა აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს, თუმცა ცვლილებები საჭიროა, ხოლო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეჩერების მომხრე არ მოიძებნა. ისევე, როგორც არ მოიძებნა ასეთი ადამიანი საპენსიო ასაკის მოსახლეობაში. 32 მათგანი თვლის, რომ არსებული სისტემა უნდა შეიცვალოს, ხოლო 28 მათგანი - ყველაფრით კმაყოფილია და რაიმეს შეცვლის საჭიროებას ვერ ხედავს. საბაზისო პაკეტით მოსარგებლე პაციენტებიდან - 44 თვლის, რომ პროგრამა უნდა გაგრძელდეს, მაგრამ სისტემა შეიცვალოს. 15 თვლის, რომ არაფრის შეცვლა საჭირო არაა, ხოლო 1 (2%) პაციენტი თვლიდა, რომ პროგრამა საერთოდ უნდა შეჩერდეს. მისი არგუმენტი ასეთი იყო: საქართველოსნაირი დაბალი შესაძლებლობების მქონე ქვეყნის ბიუჯეტი მაღალ სოციალურ ხარჯებს დიდხანს გაუძლებს.

ცხრილი: როგორ წარმოგიდგენიათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა მომავალში?

	გაგრძელდეს არსებული სისტემით	უნდა გაგრძელდეს, თუმცა ცვლილებები საჭიროა	არ უნდა გაგრძელდეს
სოციალურად დაუცველი	73%	27%	0
პენსიონერი	46%	54%	0
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	20%	73%	7

კითხვაზე, რამდენად ოპერატიულად მოხდა სტაციონარში პაციენტის განთავსება და სამედიცინო მომსახურების გაწევა, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან უკმაყოფილება ნაკლები იყო, თუმცა მათი მხრიდანაც გამოითქვა გარკვეულწილად, რის მიზეზსაც ქვემოთ შევხებით. 24 (40%) პაციენტი თვლიდა, რომ ყველა დახმარება ოპერატიულად იქნა აღმოჩენილი, შედარებისთვის ეს რიცხვი პენსიონერებში - 16 (26%) პაციენტს შეადგენდა, საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებში 28 (46%). სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან 32 (53%) თვლიდა, რომ მცირე დაგვიანებას ჰქონდა ადგილი, პენსიონერებიდან ასეთი პაციენტების რაოდენობა 40-ს (67%) შეადგენდა, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებში 16-ს (27%). რაც შეეხება უკმაყოფილო პაციენტებს, სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან, ისევე როგორც პენსიონერებიდან - 4 (7%) თვლიდა, რომ მნიშვნელოვანი დაგვიანებით აღმოეჩინა დახმარება, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებიდან ასეთი 16 (27%) აღმოჩნდა.

ციფრები, რა თქმა უნდა, არასახარბიელოა, რის მიზეზის გარკვევასაც შევეცადეთ. მივმართეთ რამოდენიმე ექიმს კითხვით, თუ რა შეიძლება იყოს ამდენი პაციენტის მომსახურების დაგვიანებით მიღებისა და უკმაყოფილების მიზეზი. მათი პასუხი ასეთი იყო: ტრავმატოლოგიური ოპერაციების უმეტესობა, არ საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე ჯერ ხდება მათი საოპერაციოდ მომზადება, კვლევა (რასაც სავარაუდოდ 1 დღე მიაქვს) და მხოლოდ შემდეგ გადიან საოპერაციოდ. სამწუხაროდ, პაციენტები თვლიან, რომ ეს დაგვიანებული მომსახურებაა, მაშინ, როცა მათივე სასიკეთოთ კეთდება ყველაფერი.

ცხრილი: რამდენად ოპერატიულად მოხდა სტაციონარში თქვენი განთავსება და სამედიცინო მომსახურების გაწევა?

	ოპერატიულად	გარკვეული დაგვიანებით	მნიშვნელოვანი დაგვიანებით
სოციალურად დაუცველი	40%	53%	7%
პენსიონერი	26%	67%	7%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	46%	27%	27%

კითხვაზე, გრძნობდით, თუ არა რაიმე განსაკუთრებულ დამოკიდებულებას მედპერსონალის მხრიდან, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან უკმაყოფილებას ყურადღების ნაკლებობაზე 8 (13%) პაციენტი გამოთქვამდა, საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 12 (20%), საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებიდან - 8 (13%). გამოკითხვის მიხედვით შეგვიძლია გამოვრიცხოთ რაიმე განსაკუთრებული დამოკიდებულება სოციალური სტატუსის გამო. უკმაყოფილებას რაც შეეხება, მას ყველა კლინიკაში შეგვიძლია შევხვდეთ, ბოლომდე ყველაფრით კმაყოფილი პაციენტის პოვნა საკმაოდ რთულია. გამოკითხვის დროს შევეცადეთ მაქსიმალურად ობიექტური და დასაბუთებული პასუხი მიგვეღო. იყო გარკვეული წვრილმანებით უკმაყოფილება, თუმცა როგორც თავად პაციენტებმა განაცხადეს, ამას მკურნალობასა და მის ხარისხზე გავლენა არ მოუხდენია.

ცხრილი: გრძნობდით, თუ არა რაიმე განსაკუთრებულ დამოკიდებულებას მედპერსონალის მხრიდან?

	მექცეოდნენ როგორც სხვებს	მექცეოდნენ შედარებით უყურადღებოდ
სოციალურად დაუცველი	87%	13%
პენსიონერი	80%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	87%	13%

კითხვაზე, რამდენად კმაყოფილია პაციენტი გაწეული მომსახურებით, ასევე დაახლოებით თანაბარი შედეგები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი მოსახლეობიდან კმაყოფილი იყო - 24 (40%) პაციენტი, საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 32 (53%), საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 20 (33%). ნეიტრალური პოზიცია სოციალურად დაუცველთაგან 27 -მა (45%) პაციენტმა დაიჭირა, 165 და 36 პაკეტით მოსარგებლეებთაგან, შესაბამისად 16-მა (27%) და 28-მ (47%). უკმაყოფილება კი სოციალურად დაუცველთაგან 9 (15%) პაციენტმა გამოთქვა, პენსიონერთაგან - 12-მა (20%), ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 12-მა (20%).

აღსანიშნავია ფაქტი, რომ ყველაზე ნაკლებად უკმაყოფილებას სწორედ სოციალურად დაუცველი პაციენტები გამოთქვამენ, რაც კიდევ ერთხელ გამოიხატება რაიმე სახით პაციენტთა გამორჩევას და განსაკუთრებული პირობების შექმნას სტატუსისა და შესაძლებლობების მიხედვით.

ცხრილი: რამდენად კმაყოფილი ხართ გაწეული მომსახურებით?

	კმაყოფილი	ნეიტრალური	უკმაყოფილო
სოციალურად დაუცველი	40%	45%	15%
პენსიონერი	53%	27%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	33%	47%	20%

კითხვაზე, რომ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, შეძლებდით, თუ ვერა ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სრულად ანაზღაურებას, შემდეგი შედეგები მივიღეთ: პასუხი შევძლებდი თავისუფლად, მხოლოდ საბაზისო პაკეტის მქონე 8 (14%) პაციენტმა მოხაზა, შევძლებდი გაჭირვებით - 8 (13%) სოციალურად დაუცველმა, 12-მა (20%) პენსიონერმა და 20-მა (33%) საბაზისო პაკეტის მქონე პაციენტმა მოხაზა. პასუხი ვერ შევძლებდი, მაგრამ კერძო დაზღვევას ვიქონიებდი - მხოლოდ 3 (5%) -მა საბაზისო პაკეტის მქონე პაციენტმა მოხაზა. ბოლოს - საერთოდ ვერ შევძლებდი გადახდას, სოციალურად დაუცველმა 52-მა (87%), პენსიონერმა 48 (80%) და საბაზისო პაკეტითი მოსარგებლე 29 (48%) ადამიანი გასცა პასუხი.

რა თქმა უნდა, ლოგიკურია, რომ სოციალურად დაუცველ მოსახლეობის და ასევე პენსიონერების ფინანსური შესაძლებლობები მწირია. ასევე მწირია მათი ინფორმირებულობა ალტერნატიული ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ. რაც შეეხება პასუხ - შევძლებდი, მაგრამ გამიჭირდებოდა-ს, მასში იგულისხმებოდა თანხის ნაწილ-ნაწილ გადახდა, რაც ახლაც აპრობირებული მეთოდია კლინიკაში. როდესაც პაციენტს საშუალება არ აქვს, საკმაოდ ხშირად ფორმდება მასთან ხელშეკრულება თანხის გადანაწილების შესახებ.

ცხრილი: რომ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, შეძლებდით, თუ არა ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სრულად ანაზღაურებას?

	შევძლებდი	გამიჭირდებოდა	ვერ შევძლებდი, კერძო დაზღვევას ვიქონიებდი	საერთოდ ვერ შევძლებდი
სოციალურად დაუცველი	0	13	0	87
პენსიონერი	0	20	0	80
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	14	33	5	48

და ბოლოს, კითხვაზე, აპირებთ, თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მომავალშიც სარგებლობას, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან - 44 (73%) კმაყოფილი იყო და მომავალშიც აპირებდა სარგებლობას, 16 (27%) კი გარკვეულ უკმაყოფილებას გამოთქვამდა. საპენსიო ასაკის პაციენტებიდან 28 (47%) კმაყოფილებას გამოთქვამდა, 32 (53%) კი გარკვეულ უკმაყოფილებას. საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 12 (20%) კმაყოფილია ყველაფრით, 44 (73%) - უკმაყოფილო გარკვეულწილად, 4 (7%) პაციენტს კი სულაც კერძო დაზღვევაზე გადასვა ჰქონია გეგმაში.

ცხრილი: აპირებთ, თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მომავალშიც სარგებლობას?

	ვაპირებ სარგებლობას	ვაპირებ სარგებლობას, სხვა საშუალება არ მაქვს	კერძო დაზღვევაზე გადავალ
სოციალურად დაუცველი	73%	27%	0%
პენსიონერი	47%	53%	0%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	20%	73%	7%

## დასკვნა

ჩატარებული კვლევიდან ირკვევა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. კვლევის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა, სხვა მოქალაქეებზე ბევრად უკეთესი სადაზღვევო პირობებით სარგებლობს, ბევრად მეტია მათი კმაყოფილება, თუმცა, გამოვლინდა პროგრამის ხარვეზები. კვლევის მიხედვით, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული გეგმიური ქირურგიული მომსახურება რჩება პრობლემად. კერძოდ, მათ უხდებათ გეგმიურ ქირურგიულ სერვისებზე რამოდენიმე ათასიანი თანაგადახდების გადახდა.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევის მიხედვით, სოციალურად დაუცველ პაციენტებს და მოსახლეობის სხვა კატეგორიებს გაეწიათ ერთნაირი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, ანუ სერვისები არ იყო დამოკიდებული პაციენტების ფინანსურ შესაძლებლობებზე. პირიქით, შეიძლება ითქვას, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურებით ყველაზე მეტად სწორედ სოციალურად დაუცველი პაციენტი იყო კმაყოფილი.

## რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ მიზანშეწონილია სოციალურად დაუცველი პაციენტებისათვის გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ასევე საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირობების შესახებ.

## ბიბლიოგრაფია

1. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო 2013 წ. [http://ssa.gov.ge/index.php/index.php?sec\\_id=889&lang\\_id=GEO](http://ssa.gov.ge/index.php/index.php?sec_id=889&lang_id=GEO)

2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-19/ნ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშების წესის დამტკიცების შესახებ 2014წ.

3. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №308. 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068>