



მთავარი > Georgia Forbes Health >

პირველადი ჯანდაცვის 1995 - 2003 წლების რეფორმები: გამოცდილება და რეკომენდაციები

პირველადი ჯანდაცვის 1995 - 2003 წლების რეფორმები: გამოცდილება და რეკომენდაციები

თენგიზ ვერულავა და ავთანდილ ჯორბენაძე 📅 მაისი 26, 2021 💬 No Comments



ავთანდილ ჯორბენაძე

მედიცინის დოქტორი, ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი, კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი

პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობა

პირველადი ჯანდაცვა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის პირველი დონე, სადაც პაციენტები თავიანთი ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ ატყობინებენ ექიმს და სადაც შესაძლებელია, მოსახლეობის სამკურნალო და პროფილაქტიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების უმეტესობა დაკმაყოფილდეს (Starfield, 1994). პირველადი ჯანდაცვა გაწეულ უნდა იქნას ადამიანთა საცხოვრებელი ადგილის ახლოს და უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მისი ხელმისაწვდომობა. სამედიცინო თვალსაზრისით, პირველადი ჯანდაცვა არის ზოგადი სამედიცინო დახმარება, რომელიც ერთი კონკრეტული ორგანოთა სისტემისა ან ჯანმრთელობის პრობლემის ნაცვლად ფოკუსირებულია ადამიანზე (Kringos, 2012; Schäfer, 2016).

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. იგი პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი „მეკარიბჭე“ ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართავს (Verulava et al., 2020a).

პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ექიმი პაციენტს ხანგრძლივად, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის, თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას დაავადების მართვის საშუალებას აძლევს.

პირველადი ჯანდაცვის კიდევ ერთი გამორჩეული ნიშანია ყოვლისმომცველობა, კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობას ეწევიან.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება იმის დადგენა, თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები უნდა ჩაითაროს. ამ მხრივ, პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებელი ფუნქცია. ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი პარტნიორი, მრჩეველი, ქომაგი, მეგზური, გზამკვლევი, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია, დაიცვას პაციენტი, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაფერის დროს და შესაბამის ადგილას.

პირველადი ჯანდაცვის საბაზო სისტემის თავისებურებები

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველომ მემკვიდრეობით მიიღო პირველადი ჯანდაცვის საბაზო სისტემა, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია, მართვა და

მიწოდება ხორციელდებოდა სახელმწიფო ხელისუფლების მიერ. დაფინანსება და ადმინისტრირება იყო ბიუროკრატიული და მკაცრად ცენტრალიზებული.

პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა მოწყობილი იყო მომსახურების საუბნო-ტერიტორიული პრინციპით, კერძოდ, პაციენტების კონტინგენტი პოლიკლინიკის ექიმთა შორის განაწილებული იყო თანაბრად და ტერიტორიულობის პრინციპით, ანუ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით დაყოფილი იყო უბნებად. ამ სისტემაში პაციენტს არ ჰქონდა უბნის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება. უბნის ექიმებს არ გააჩნდათ “მეკარიბჭის” ფუნქცია, რადგან პაციენტებს ჰქონდათ მარტივი და შეუზღუდავი წვდომა ამბულატორიის ექიმ-სპეციალისტებზე.

ცენტრალიზებულ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში ექიმები სახელმწიფო მოხელეები იყვნენ. კონკრეტული გეოგრაფიული ტერიტორიის მოსახლეობას ემსახურებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დანიშნული უბნის თერაპევტი და უბნის პედიატრი, რომლებიც კოორდინაციას უწევდნენ პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტი სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისას პირველად უბნის ექიმს მიმართავდა. თუ ამ დონეზე ვერ ხდებოდა სამედიცინო დახმარების გაწევა, ექიმი პაციენტს მიმართავდა მეორეული სამედიცინო დაწესებულების ექიმებთან. ამ მხრივ, უბნის ექიმი აგრეთვე იყო სამედიცინო მომსახურების დამაკავშირებელი რგოლი პოლიკლინიკასა და სტაციონარულ დონეს შორის.

სსრკ-ში პროფილაქტიკური მედიცინა უმეტეს შემთხვევაში მხოლოდ ქალაქებში იყო დაწერილი და რეალურად არ ხორციელდებოდა. ექიმების ძირითადი ძალისხმევა მიმართული იყო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე, შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემა უმთავრესად ორიენტირებული იყო ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებასა (Belli, 2001; Lewis, 2000) და სპეციალისტებზე (Grielen & Boerma, 2000). საოჯახო მედიცინის ინტეგრირებული მოდელი არ არსებობდა. სამედიცინო განათლების სისტემისათვის დამახასიათებელი იყო ადრეული სპეციალიზაცია და ნაკლები ყურადღება ექცეოდა თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვის ისეთ მიდგომებს, როგორიცაა საოჯახო პრაქტიკა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა. საოჯახო მედიცინის პროფესიას, სხვა სპეციალიზაციებისგან განსხვავებით, ნაკლები პატივი მიეცებოდა. (Windak & Hasselt, 2005; Rurik & Kalabay, 2009).

უბნის ექიმები ნაკლებად მუშაობდნენ, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმები. ისინი მუშაობდნენ როგორც ე.წ. დისპეტჩერები, რომელთა უმთავრეს პასუხისმგებლობას შეადგენდა პაციენტის მიმართვა ექიმ-სპეციალისტებთან. ექიმების სპეციალიზაციისკენ სწრაფვამ უარყოფითად იმოქმედა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პროფესიულ დონეზე. პირველადი ჯანდაცვის სფეროში მუშაობდნენ სამედიცინო უნივერსიტეტის ახალი კურსდამთავრებულები და ექიმ-სპეციალისტები, რომელთაც არ ჰქონდათ პირველადი ჯანდაცვის სფეროში საოჯახო მედიცინის სათანადო კლინიკური სპეციალიზაცია (Healy & McKee, 1997). იმდენად დაბალი იყო მათი საოჯახო მედიცინის კომპეტენციები, რომ აღარ შეეძლოთ მარტივი დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების დასრულება. შედეგად, პაციენტების მხოლოდ 18-26 პროცენტი, ვინც მკურნალობას იწყებდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან, ამთავრებდა მკურნალობას

იმავე დონეზე, მაშინ როდესაც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში პაციენტთა 70-75% ასრულებს მკურნალობას ოჯახის ექიმთან.

გარდა ამისა, სამკურნალო მომსახურებას ძირითადად აწვდიდნენ პოლიკლინიკის ექიმ-სპეციალისტები, რომლებიც ჩვეულებრივ ქალაქებში მოღვაწეობენ. სოფლის ამბულატორიები შეზღუდულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფდნენ. ასე რომ, პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის დროს ჯანდაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპი არ განხორციელებულა (Marree & Groenewegen, 1997).

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მატერიალური ბაზა, განსაკუთრებით რაიონებსა და სოფლებში, როგორც წესი, არ შეესაბამებოდა თანამედროვე სანიტარიულ მოთხოვნებს. შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, მართვის საინფორმაციო ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. მათი უმეტესობა განთავსებული იყო შეუფერებელ შენობა-ნაგებობაში, ტიპური შენობები კი მოუვლელობის გამო ნაკლებად ასრულებდნენ თავიანთ ფუნქციურ დანიშნულებას. აპარატურა, მოწყობილობები და ინვენტარი მოძველებული ან უვარგისი იყო. განსაკუთრებით მძიმე ვითარებაში აღმოჩნდნენ სოფლის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. დაზიანებული შენობები ცივი ზამთრის განმავლობაში არ თბებოდა, მათ არ გააჩნდათ წამლისა და აღჭურვილობის უმარტივესი მარაგი.

საბჭოთა პერიოდში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურება ხორციელდებოდა ფიქსირებული ხელფასის მეთოდით, რომელიც ძალიან დაბალი იყო. სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებს შორის მცირე განსხვავება აღინიშნებოდა, რაც მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ნაკლებ შესაძლებლობას იძლეოდა. არ არსებობდა ფინანსური და მატერიალური წახალისების მექანიზმები. აქედან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს არ ჰქონდა მომსახურების ეფექტიანად გაწევისა და ხარისხის გაუმჯობესების სტიმული (Grielen და სხვ. 2000; Rechel & McKee, 2006; Staines, 1999). დაბალი ხელფასის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული არაფორმალური ანაზღაურება უკეთესი ხელმისაწვდომობის ან უფრო მაღალი ხარისხის სერვისების მისაღებად.

პირველადი ჯანდაცვის 1995 - 2003 წლების რეფორმები

1995 წელს დაწყებული რეფორმის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენდა სტაციონარულ მკურნალობაზე ორიენტირებული მედიცინის რეორიენტაცია პრევენციასა და პირველად ჯანდაცვაზე, შესაბამისად, ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში ყურადღება გამახვილდა ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე. საქართველო წარმოადგენდა ერთ-ერთ პირველ პოსტსაბჭოთა ქვეყანას, სადაც შემოღებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის მხარდამჭერი პოლიტიკა.

პირველადი ჯანდაცვა განიხილება როგორც ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ხარჯთეფექტიანი მექანიზმი, სადაც უმთავრესი აქცენტი კეთდება დაავადებების პრევენციასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე. საბჭოთა პერიოდიდან არსებული ჯანდაცვის პოლიტიკის ორიენტაცია სამკურნალო სამედიცინო მომსახურებებზე კარდინალურად უნდა შეცვლილიყო პრევენციული მედიცინის უპირატეს განვითარებაზე ორიენტაციით.

საქართველომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებსა და სხვა ქვეყნების გამოცდილებაზე დაყრდნობით, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირება საოჯახო მედიცინის მოდელის გამოყენებით გადაწყვიტა. საქართველო წარმოადგენს პირველ ქვეყანას ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის, რომელმაც აღიარა საოჯახო მედიცინის სპეციალობა. ისევე როგორც ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის დანერგვა, საოჯახო მედიცინის შემოღების ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა კომუნისტური წარსულისგან თავის დაღწევის სურვილი, რომელიც განსაკუთრებით მძაფრად იყო გამოხატული საქართველოში. არჩევანი შეჩერდა გაერთიანებული სამეფოს მოდელზე, რომელიც დასავლეთევროპული პირველადი ჯანდაცვის ეთ-ერთ ყველაზე ცნობილ მოდელად ითვლებოდა.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშეს საერთაშორისო სააგენტოებმა, განსაკუთრებით მსოფლიო ბანკმა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ, ევროკავშირმა, ბრიტანეთის, შვედეთისა და იაპონიის მთავრობებმა. საქართველოს მთავრობამ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი შეიმუშავა და მისი განხორციელება დაიწყო (გზირიშვილი, 2012).

1995 წლის დეკემბერში შეიქმნა საოჯახო მედიცინის საზოგადოება. შემუშავებულ იქნა საოჯახო მედიცინის კონცეფცია და ჩამოყალიბდა ოჯახის ექიმის თანამდებობა. 2000 წელს ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. 2001 წელს იგი გაერთიანდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან. ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, დაიგეგმა საოჯახო მედიცინის ეროვნული და რეგიონული ცენტრების ჩამოყალიბება 2003 წლისათვის, ხოლო 2008 წლისთვის – პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ეროვნული ქსელის შექმნა, რომელიც დაკომპლექტებული იქნებოდა გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის გუნდებით.

საოჯახო მედიცინა კომუნისტურ ეპოქაში აკადემიურ დისციპლინად არ იყო აღიარებული (Švab და სხვ. 2004). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების შედეგად, მისი სპეციალობად აღიარება და სამედიცინო სასწავლო პროგრამებში დანერგვა მნიშვნელოვან ცვლილებას წარმოადგენდა. უკვე 1999 წლისათვის ჩატარდა სალიცენზიო გამოცდები პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის. არსებითი პროგრესი იქნა მიღწეული გაიდლაინებისა და რესერტიფიცირების პროცედურების დანერგვის პროცესში.

1996 წლიდან განხორციელდა მთელი რიგი საპილოტე პროექტები, რომლებიც მიმართული იყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცებისაკენ. შემუშავებულ იქნა პროგრამები, რომელთა მთავარ მიზანს წარმოადგენდა ექიმების გადამზადება ოჯახის ექიმებად.

1997 წელს დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტმა (United Kingdom Department for International Development - DFID) დაიწყო საოჯახო ექიმების გადამზადების პროგრამა, რომლის ფარგლებში განხორციელდა თექვსმეტი საოჯახო მედიცინის ტრენერისა და 48 საოჯახო მედიცინის სპეციალისტის გადამზადება. დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მეორე პროექტის ფარგლებში დაიწყო საოჯახო მედიცინის სპეციალისტი ტრენერების შემდგომი ჯგუფის, ასევე პირველადი ჯანდაცვის ექთნებისა და მენეჯერების გადამზადება. მისივე ინიციატივით დაფინანსდა საოჯახო მედიცინის ხუთი სადემონსტრაციო ცენტრის, მათ შორის ეროვნული საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის შექმნა. სოფლის პირველადი ჯანდაცვის განვითარება დაფინანსდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ და განხორციელდა ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის ალიანსის (American International Health Alliance - AIHA) და საერთაშორისო სამედიცინო კორპუსის (International Medical Corps - IMC) პროგრამით.

ბრიტანეთის არასამთავრობო ორგანიზაცია OXFAM-ის მიერ განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის საპილოტე პროექტი ქალაქად და სოფლად. 2002 წლიდან მსოფლიო ბანკის მიერ დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის სექტორის შემდგომი რეფორმირების მხარდაჭერა. დაიგეგმა საოჯახო მედიცინის პერსონალის სწავლება. პირველადი ჯანდაცვის განმტკიცების პოლიტიკის ფარგლებში დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით განხორციელდა მედიკამენტების რაციონალური და ხარჯთეფექტიანი გამოწერის პროექტი.

2003 წლიდან ამოქმედდა მსოფლიო ბანკის მეორე პროექტი, რომელიც მიმართული იყო პირველადი ჯანდაცვის ქსელის შემდგომ განვითარებაზე. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ შიდა ქართლისა და გურიის რეგიონებში დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის პროექტების ამოქმედება. ევროკავშირის, ბრიტანეთის, შვედეთისა და იაპონიის მთავრობების მხარდაჭერით შესაძლებელი გახდა რამდენიმე ასეული ექიმისა და ექთნის გადამზადება საოჯახო მედიცინის სპეციალობით.

რეფორმის შედეგად, 1995 წლიდან მომსახურების საუბნო-ტერიტორიული პრინციპით მოწყობილი პირველადი ჯანდაცვა, სადაც პაციენტს არ ჰქონდა ოჯახის ექიმის არჩევის უფლება, შეიცვალა თავისუფალი არჩევანის პრინციპით. უშუალოდ პაციენტს მიენიჭა ექიმის არჩევის უფლება, რომელთანაც მას შეუძლია, დარეგისტრირდეს. ოჯახის ექიმის არჩევის შესაძლებლობის მიცემამ გაზარდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტთა ჩართულობა და კმაყოფილება როგორც ოჯახის ექიმის, ასევე პირველადი ჯანდაცვის მთელი სისტემის მიმართ (Kersnik, 2001; Kalda და სხვ. 2003). ამასთან, პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმის

თავისუფალი არჩევის უფლება ხელს უწყობს ოჯახის ექიმთა შორის კონკურენციის ზრდას, რადგან ისინი ცდილობენ, რაც შეიძლება მეტი ბენეფიციარი მოიზიდონ.

ცენტრალიზებულ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში ექიმები იყვნენ სახელმწიფო მოხელეები, რადგან ჯანდაცვის სამინისტრო წარმოადგენდა როგორც სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველს, ასევე მიმწოდებელს. რეფორმის შედეგად სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ფუნქცია გადაეცა სამედიცინო დაზღვევის კომპანიას, ხოლო მიწოდების ფუნქცია - დამოუკიდებელი მოქმედების სტატუსის მქონე სამედიცინო ორგანიზაციებს.

პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები დამოუკიდებელი იურიდიული პირები გახდნენ. შესაბამისად, სამედიცინო ორგანიზაციასა და ჯანდაცვის პერსონალს შორის ჩამოყალიბდა საკონტრაქტო ურთიერთობები. იგი გახდა უშუალოდ სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ დაქირავებული. ამგვარად, რეფორმის მიხედვით, ერთმანეთისგან გაიმიჯნა სამედიცინო მომსახურების ყიდვა და მიწოდება, რაც განიხილება, როგორც სამედიცინო მომსახურების გაწევის ეფექტიანობის გაუმჯობესების მექანიზმი (World Bank, 2003; Deppe & Oreskovic, 1996). ამით სახელმწიფო თავისუფლებოდა სამედიცინო მომსახურების უშუალო მიმწოდებლის როლისაგან. მას უნდა შეენარჩუნებინა ზეგავლენა ჯანდაცვის სისტემაზე ძლიერი მარეგულირებელი, ფინანსური და ლიცენზირების მექანიზმების მეშვეობით (ზოიძე და სხვ. 1999).

მნიშვნელოვანი ინვესტიციები განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მატერიალური ბაზის გასაახლებლად. საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით დაიწყო ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განვითარების პროექტები. მსოფლიო ბანკის, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ევროკავშირის, ბრიტანეთისა და იაპონიის მთავრობების მიერ დაიგეგმა და დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების რეაბილიტაცია და ტექნიკური აღჭურვილობის მოწოდება. აღნიშნულმა პროექტებმა შესაძლებელი გახადა 200-მდე ამბულატორიის რეაბილიტაცია და თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვა.

1998 წელს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში შედიოდა 951 დამოუკიდებელი ამბულატორიული დაწესებულება, 114 საავადმყოფოს ამბულატორიული განყოფილება, 53 საექიმო პუნქტი და 512 საფერშლო პუნქტი. 1999 წელს ფუნქციონირებდა 977 დამოუკიდებელი ამბულატორიული დაწესებულება და 94 საავადმყოფოს ამბულატორიული განყოფილება. გარდა ამისა, მოქმედებდა პოლიკლინიკების ზედამხედველობის ქვეშ მყოფი 683 სოფლის ამბულატორია. გარკვეულ სპეციფიკურ სამედიცინო სერვისებს (მაგალითად, ტუბერკულოზის მკურნალობა) უზრუნველყოფდა 79 დისპანსერი.

რეფორმის შედეგად, 1995 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები გადავიდნენ პროგრამულ დაფინანსებაზე. ისინი ახორციელებენ ფედერალურ და მუნიციპალურ ჯანდაცვის პროგრამებს. პოლიკლინიკების დაფინანსება ძირითადად ხდებოდა საზოგადოებრივი მყიდველების (სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, ჯანდაცვის სამინისტრო) მიერ კაპიტალური ანაზღაურების მეთოდის საფუძველზე ფედერალური და მუნიციპალური

ჯანდაცვითი პროგრამების მეშვეობით. მაღალმთიან რეგიონებში მდებარე პირველადი ჯანდაცვის ობიექტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი სახელმწიფო პროგრამებით იღებდა უფრო მაღალ ანაზღაურებას.

რეფორმის მიზანს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურების ისეთი მეთოდის შემოღება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნებოდა ფინანსური და მატერიალური წახალისების მექანიზმები და, აქედან გამომდინარე, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების სტიმული. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის დასაფინანსებლად შერჩეულ იქნა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდი, რომლის გამოყენებისას ექიმი ცდილობს, მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით გაზარდოს მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა. აღნიშნული განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, რაც, თავის მხრივ, სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარების სტიმულს იძლევა. ამ გარემოებას ხელს უწყობს დაზღვეულის უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს ოჯახის ექიმი (ვერულავა, 2009).

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე გავლენები

საქართველოში ჯანდაცვის რეფორმების დაწყებიდან 25 წელი გავიდა, მაგრამ დღემდე ვერ შევქმენით პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანი სისტემა.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას (Verulava et al., 2019a; Verulava et al., 2020). შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა (ვერულავა, 2015ა). ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია, არსებობს ბევრ ქვეყანაში (ვერულავა, 2016).

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის რეკომენდაციები

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული

განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა (Verulava et al., 2019).

რეფორმირების საწყის ეტაპზე **უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები**. მრავალი ქვეყნის გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმებია:

- ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამდენიმე ოჯახის ექიმით;
- ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამდენიმე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

ოჯახის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებიც მედლებთან ერთად ქმნიან ერთ გუნდს. მათ საკუთარი ოფისები და საბანკო ანგარიში აქვთ, სადაც კუთვნილი ანაზღაურება ერიცხებათ. საჭიროა ასეთი სქემის განვითარების სტიმულირება. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემის მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ არა მარტო ოჯახის ექიმების, არამედ პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ სქემას შორის თავისუფალი არჩევის უფლება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს როგორც ოჯახის ექიმთა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ სქემას შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს გაზრდის.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის **საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება**. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობს საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მათზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე უნდა ხდებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. მაღალმთიან რეგიონებში და განსაკუთრებით სოფლად, სადაც აღინიშნება პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი, საჭიროა სამედიცინო პერსონალის განაწილების რეგიონალური განსხვავებების შემცირება. ამისათვის გარკვეულ რეგიონებში უნდა მოხდეს კადრების დასაქმების წახალისება გაცილებით მაღალი ფინანსური სარგებლით. აღნიშნული ხელს შეუწყობს ქვეყნის მასშტაბით ადამიანური რესურსების უფრო სამართლიანად გადანაწილებას.

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს **პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად**. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებსა და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

აუცილებელია არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობისა და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც მთებში ან სოფლად ცხოვრობენ, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა, რომლებიც გარკვეული პერიოდულობით უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გაწევენ. ამ გზით ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (ერთი ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმ-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია ერთი ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის გუნდი (ერთი ექიმი, ერთი ექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევისა და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტიანი საშუალებაა. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი...) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. შედეგად, ხშირია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტიანი გამოყენება, ხარჯების ზრდა. ამისათვის **საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე** და მათი შეთანხმებული მუშაობა. ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯთეფექტიანად გაწევას.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით **აუცილებელია საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარების, კომპიუტერულ-პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა**. საინფორმაციო სისტემა კონფიდენციალურობის დაცვით სრულად უნდა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ კლინიკურ ინფორმაციას (პაციენტის

ისტორია). მონაცემთა მოპოვების საფუძვლად განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად **საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა**. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა, ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივი ანაზღაურება და ა.შ.) (ვერულავა, 2018). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არა მარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ იმაზე, თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან, გააფართოონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა; წახალისებულია სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებისთვის პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

პირველადი ჯანდაცვა სისტემის ფუნდამენტია, რომლის გარეშე შეუძლებელია რაიმეს აშენება. პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტიანი ხარჯვა.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების უახლოესი წარსულის განხილული შემთხვევა გვიჩვენებს, რომ საქართველოში რეფორმებთან მიმართებით გადაწყვეტილებების მიღება უმთავრესად დაკავშირებულია ქვეყანაში მთავრობების ცვლასთან და ნაკლებად არის გათვალისწინებული ქმედებების თანამიმდევრულობა, უწყვეტობა, მემკვიდრეობითობა, სისტემური მიდგომა.

როგორც შუქურა არის გემისთვის სანაოსნო ორიენტირი ზღვაში, ასეთივე მნიშვნელობა აქვს პირველადი ჯანდაცვის გრძელვადიან სტრატეგიულ ხედვას ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის

რეფორმირებაში, და არ შეიძლება ის პერმანენტულ რყევებს განიცდიდეს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გზირიშვილი დ. დამოუკიდებელი საქართველო. 2012
2. თენგიზ ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი. თბილისი. 2021
3. ვერულავა თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. 2009.
4. თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი. 2020;12 (1).
5. თენგიზ ვერულავა. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. 2018; (5): 259-262
6. ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი. Welfare Foundation. 2019
7. Starfield, B (1994) Is primary care essential? Lancet 344, 1129-33.
8. Kringos, DS, Boerma, WGW, Hutchinson, A and Saltman, RB (editors) (2015) Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe.
9. Kringos, DS (2012) The Strength of primary care in Europe. PhD Theses. NIVEL. Utrecht.
10. Schäfer, WLA (2016) Primary care in 34 countries. PhD Theses. NIVEL, Utrecht.
11. Belli P. Ten years of health reforms in former socialist economies: lessons learned and options for the future. Center for Population and Development Studies, Cambridge, MA2001.
12. Lewis M. Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia? World Bank, Washington. 2000
13. Grien SJ, Boerma WGW, Groenewegen PP. Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe Journal of Public Health 2000;10:249-54.
14. Windak, A and van Hasselt, P (2005) Primary care and general practice in Europe: Central and East. In Jones, R, editor, Oxford textbook of primary medical care. Oxford: Oxford University Press, 70-73.
15. Rurik, I and Kalabay, L (2009) Primary healthcare in the developing part of Europe. Medical Science Monitor 15, PH78-84.
16. Healy J, McKee M. Health sector reform in central and eastern Europe: the professional dimension. Health Policy Plan. 1997; 12: 286-295.
17. Marree J, Groenewegen PP. Back to Bismarck: Eastern European health care systems in transition. Avebury: Aldershot;

18. Grielen SJ, Boerma WG, Groenewegen PP. Science in practice: can health care reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? Health Policy. 2000; 53: 73-89
19. Rechel B, McKee M. Health systems and policies in South-Eastern Europe. in: WHO Health and economic development in south-eastern Europe. World Health Organization, Paris 2006: 43-69
20. Staines VS, A health sector strategy for the Europe and central Asia region. World Bank, Washington 1999
21. Švab I, Pavliè DR, Radiæ S, Vainiomäki P. General practice east of Eden: an overview of general practice in eastern Europe. Croatian Med J. 2004; 45: 537-542
22. Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. Health Policy. 2001;57:155-64.
23. Kalda R, Polluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. Health Policy. 2003;64:55-62.
24. Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Leila Karimi. Patients' perceptions about access to health care and referrals to family physicians in Georgia. Archives of the Balkan Medical Union. 2020; 55(4): 642-650.
25. Tengiz Verulava, Beka Dangadze, Revaz Jorbenadze, Ana Lordkipanidze, Leila Karimi, Ekaterine Eliava, Tamar Maglakelidze. The Gatekeeper Model: patient's view on the role of the family physician. Family Medicine & Primary Care Review. 2020; 22(1): 75-79;
26. Tengiz Verulava, Dali Beruashvili, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. Family Medicine & Primary Care Review 2019; 21(2):180-183

გააზიარე



დაამატე კომენტარი

თქვენი ელფოსტის მისამართი გამოქვეყნებული არ იყო. აუცილებელი ველები მონიშნულია *

კომენტარი