

**მიკროეკონომიკა ◊ მაკროეკონომიკა ◊ ეკონომეტრიკა**  
**MICROECONOMICS ◊ MACROECONOMICS ◊ ECONOMETRICS**

---

**პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა:  
პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე**

**თენგიზ ვერულავა**

ასოციირებული პროფესორი

ივ. ჯავახიშვილის სახ.

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

**რევაზ ჯორბენაძე**

მედიცინის დოქტორი

გ. ჩაფიძის გადაუღებელი

კახილოდოგის ცენტრი

revaz.jorbenadze@ecc.ge

ნაშრომში განხილულია ოჯახის ექიმის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის მეკარიბჭის როლთან მიმართებით პაციენტების მახასიათებლები, პედაგოგიკური და ქცევა. ჯვარედინ-სექციური ხარისხობითი კვლევის ფაზებში ჩატარდა ინტერვიუების გამოკითხვა, ხამაც არჩენა, რომ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვთ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართების გზების შესახებ. პაციენტთა გაჩვენებულ ნაწილს უჩვენია მიმართოს ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს მისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო მომსახურებას და იქნება მისი ინტეგრაციის დამცველი ერთდროს ავსებელი. აღნიშნული უფრო მეტად აქვთ პირობა, რომლებიც ახიან კეხილ სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები. კეხილ სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები უფრო მეტად ახიან დაინტეგრირებული ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გასაუმჯობესებლად და ნდობის ასამაღლებლად, მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარება, ხადგან მალდ-კვალიფიკაციის ექიმებს უფრო მეტი სანდოობა ექნებათ, ხაც გაზრდის მათთან მიმართვიანობას. მიზანშეწონილია მეკარიბჭეობის მოქნილი, ნებაყოფლობითი მოდელის განვითარება, ხადგან იგი უკეთ შეესაბამება პაციენტების და ექიმების საჭიროებებს.

**საკვანძო სიტყვები:** პირველადი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი.

## შესავალი

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მნიერი სახსრების ეფექტური ხარჯვა. ოჯახის ექიმი, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭეა“, ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, მართვას, პაციენტის კოორდინაციას და საჭიროების შემთხვევაში, მის მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან (Aoun et al. 2018). ერთის მხრივ, ოჯახის ექიმი არის პაციენტის „მრჩეველი“, მეორე მხრივ - მას შეუძლია საჭირო და შესაფერისი სამედიცინო მომსახურების შესახებ გონივრული გადაწყვეტილებების მიღება, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას (Gerada. 2011).

ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს სამედიცინო მომსახურებას და აკონტროლებს საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის მიმართვას ექიმ-სპეციალისტთან, მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები (Marcinowicz, Górski 2016). კვლევები ადასტურებს, რომ ოჯახის ექიმთან უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა ამცირებს ძვირადღირებული სერვისების მოხმარებას, კერძოდ, 35%-ით მცირდება ჰოსპიტალური მკურნალობის და 50%-ით - გადაუდებელი დახმარების საჭიროება (Gross, 2000), შედეგად, მცირდება ჯანდაცვაზე ხარჯები.

ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება გავლენას არ ახდენს ჯანმრთელობის შედეგებზე. პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური სისტემა ასოცირდება სამედიცინო მომსახურების უკეთეს ხარისხთან, მოსახლეობის უკეთეს ჯანმრთელობის მაჩვენებლებთან (Starfield, 1994). პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით მცირდება ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობა, ავადობა, მცირე წონით დაბადებული ბავშვების რაოდენობა (Eisenberg. 1985).

საქართველოში 2000 წლიდან მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება (Chikovani, Sulaberidze. 2017; Verulava, Dangadze. 2018). დონორი ორგანიზაციების დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი, პარალელურად მიმდინარეობდა ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება (Gamkrelidze, 2002). შედეგად გაუმჯობესდა პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზა (Chanturidze, 2009). რეაბილიტირებულ და აღჭურვილ იქნა პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები. სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მენარმე-ფიზიკურ პირებად, ხოლო ექიმებს და ექთნებს გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამების განსახორციელებლად (Richardson, Berdzuli 2017).

რაიონული ცენტრებისა და დიდი ქალაქების (თბილისი, რუსთავი, ფოთი) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციების მიმართ შემუშავდა განსხვავებული გეგმა. რაიონების დონეზე მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების და ინფასტრუქტურის ინტეგრაცია ახლადშექმნილ სამედიცინო ცენტრებში. დიდ ქალაქებში კი დაიწყო პოლიკნიკური სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესი. ამგვარად, საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საოჯახო მედიცინის ცენტრების მეშვეობით ფუნქციონირებს, ხოლო სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციას სოფლის ექიმის ინსტიტუტი ახორციელებს. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლის თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე-სულზე), დადგინდა, რომ საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი და 2300-2500 ექთანნი.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულ რეფორმას არ გააჩნდა მნიშვნელოვანი ეფექტი ამბულატორიული მომსახურებაზე. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დაბალ დონეზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ 2011 წლის მონაცემებით, ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა მოსახლეობის ერთ სულზე წლის განმავლობაში 2.3-ს შეადგენს, მაშინ როცა ევროპის ქვეყნებისათვის ის 7.5-მდე აღწევს (MLHSA, 2013). საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია) ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით. იმ პირთა შორის, რომლებმაც ჯანმრთელობის პრობლემების გამო 2010 წელს მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას, ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილი სახით მხოლოდ 50.9 %-მა აირჩია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამის ამოქმედების შედეგად 2014 წლისათვის ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%-ით გაიზარდა, რაც მეტყველებს ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლებაზე (Verulava, 2017). თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ (Pollack, 2015). რესპონდენტთა ნახევარზე დიდი

ნაწილი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში, რაც დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს (Verulava, 2018).

საქართველოში ოჯახის ექიმის, როგორც, „მეკარიბჭის“ იმპლემენტაციას, უფრო მეტად კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ, რადგან მათ ინტერესებშია დაავადებათა ეფექტური მართვა და შედეგად ხარჯების შემცირება. კვლევები ადასტურებს, რომ პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტებთან პირდაპირ, ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით მიმართვას ან უარეს შემთხვევაში, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას (Verulava, 2017a; Verulava, Maglakelidze 2017; Verulava, 2017b). შესაბამისად, პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ ოჯახის ექიმს. ამის მიზეზია ოჯახის ექიმისადმი დაბალი ნდობა და ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა, რაც უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებზე.

კვლევები ადასტურებს, რომ მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი და ის დაახლოებით 40%-ს აღწევს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში - 10-15%-ია. აღნიშნული გამოწვეულია ოჯახის ექიმისადმი პაციენტის დაბალი ნდობით. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. სისტემის „მეკარიბჭის“ როლს. შესაბამისად, კვლევის მიზანია ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლთან მიმართებით პაციენტების მახასიათებლების, პრეფერენციების და ქცევის შესწავლა. პაციენტების პრეფერენციების ცოდნა ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ორგანიზაციებს განავითარონ მეკარიბჭის ისეთი მოდელი, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება პაციენტების მოთხოვნები. მოსახლეობის იმ ჯგუფების გამოვლენით, რომლებიც ამ მოდელს ეწინააღმდეგებიან, შესაძლებელი იქნება მათთან თანამშრომლობის გასაღრმავებლად საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება.

## **კვლევის მეთოდოლოგია**

ჩატარდა ანალიტიკური ჯვარედინ-სექციური რაოდენობრივი კვლევა. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს სხვადასხვა ქალაქსა და რაიონში (ბორჯომი, ქარელი, ხაშური, კასპი, გორი, თბილისი) მცხოვრებმა 18 წელზე უფროსი ასაკის 500 რესპონდენტმა, რომლებიც გამოკითხვის დღეს იმყოფებოდნენ პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციაში. კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმს წარმოადგენდა რესპონდენტთა კვლევაში ნე-

ბაკოფლობით მონაწილეობის სურვილი. 500 რესპონდენტიდან კითხვარი შეავსო 456-მა (91.2%), ხოლო 44-მა (8.8%) უარი განაცხადა. რესპოდენტთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები მოცემულია ცხრილში.

კვლევის ინსტრუმენტს წარმოადგენდა ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც მოდიფიცირებულ იქნა შესაბამისი კვლევებიდან. მოდიფიცირებული კითხვარის ვალიდურობა შეფასებულ იქნა 5 რესპონდენტის გამოკითხვის მეშვეობით. კვლევა ჩატარდა 2018 წლის თებერვალ-ივნისში. ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წთ. გამოკითხვის შედეგების გადმოსაცემად გამოყენებულ იქნა აღწერითი (დესკრიფციული) სტატისტიკის მეთოდი.

კვლევის მთავარ შეზღუდვას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დროის სიმცირის გამო, კვლევა განხორციელდა ქვეყნის მხოლოდ რამდენიმე ქალაქში/რაიონში.

### **კვლევის ძირითადი შედეგები**

გამოკითხული 456 რესპონდენტიდან 240 (52,6%) ქალი იყო და 216 (47,4%) მამაკაცი. რესპონდენტთა 59.8% (n=273) იყო თბილისელი, ხოლო დანარჩენი - რეგიონებში მცხოვრებნი (40.18%, n=183). გამოკითხულთა ასაკი მერყეობდა 18 წლიდან 71 წლამდე, რომელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 56 წელს (SD=5.1). რესპონდენტთა უმეტესობა 55-დან 65 წლის ასაკისაა (36,6%, n=167). რესპონდენტთა უმრავლესობას აქვს უმაღლესი განათლება (50.4%, n=230), რესპონდენტთა თვიური შემოსავალი საშუალოდ შეადგენს 600 ლარზე ნაკლებს (SD=100), უმეტესობის საშუალოთვიური შემოსავალი მერყეობს 500-იდან 1000 ლარამდე (30%, n=137), რესპონდენტთა უმეტესი ნაწილი უმუშევარია ბოლო 6 თვის მანძილზე (59%, n=269) (ცხრილი 1).

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია რესპონდენტთა 69.1% (n=315), კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარია - 30.9% (n=141). რესპოდენტთა 37.3%-ს (n=170) აქვს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები, 53.7%-ს (n=245) ჰყავს მუდმივი ოჯახის ექიმი, 56.6% (n=258) არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით, 55.5% (n=253) არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით (ცხრილი 1).

პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლის მიმართ

ცხრილი 1.

	სულ n (%)	პაციენტი უპირატესობას ანიჭებს თვითმიმართვას n (%)	ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის რჩევით n (%)	იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას n (%)	უჭირს პასუხის გაცემა n (%)
<b>სულ</b>	456 (100)	253 (55)	89 (19.5)	103 (23)	11 (2.5)
<b>საცხოვრებელი ადგილი:</b>					
თბილისი	124 (27.2)	58 (22.9)	28 (31,5)	34 (33)	4 (36.4)
ქარელი	65 (14,3)	39 (15.4)	11 (12,4)	13 (12.6)	2 (18.2)
ბორჯომი	61 (13.4)	37 (14.6)	12 (13,5)	10 (9.7)	2 (18.2)
ხაშური	69 (15.1)	41 (16.2)	13 (14,6)	14 (13.6)	1 (9.1)
გორი	66 (14.5)	41 (16.2)	12 (13,5)	12 (11.7)	1 (9.1)
კასპი	71 (15.6)	40 (15.8)	13 (14,6)	17 (16.5)	1 (9.1)
<b>სქესი</b>					
ქალი	240 (52.6)	138 (57.5)	40 (16.7)	54 (22.5)	8 (3.3)
მამაკაცი	216 (47.4)	115 (53.2)	49 (22.7)	49 (22.7)	3 (1.4)
<b>ასაკი</b>					
18-34	42 (9.2)	26 (61.9)	4 (9.5)	12 (28.6)	0 (0)
35-54	156 (34.2)	67 (42.9)	44 (28.2)	41 (26.3)	4 (2.6)
55-65	167 (36.6)	86 (51.5)	39 (23.4)	39 (23.4)	3 (1.8)
65+	91 (20)	74 (81.3)	2 (2.2)	11 (12.1)	4 (4.4)
<b>განათლება</b>					
საშუალო	226 (49.6)	152 (67.3)	22 (9.7)	53 (23.5)	5 (2.2)
უმაღლესი	230 (50.4)	101 (43.9)	67 (29.1)	50 (21.7)	6 (2.6)
<b>თვიური შემოსავალი</b>					
„ 500 ლარზე	134 (29.4)	91 (67.9)	13 (9.7)	25 (18.7)	5 (3.7)
500-999	137 (30)	73 (53.3)	27 (19.7)	33 (24.1)	4 (2.9)
1000-1499	102 (22.4)	53 (52)	24 (23.5)	23 (22.5)	2 (2.0)
1500-1999	52 (11.4)	30 (57.7)	6 (11.5)	16 (30.8)	0
„2000 ლარზე	31 (6.8)	6 (19.4)	19 (61.3)	6 (19.4)	0
<b>დასაქმებულია ბოლო 6 თვის მანძილზე</b>					
დიახ	187 (41)	65 (34.8)	84 (45)	38 (20.3)	0 (0)
არა	269 (59)	188 (69.9)	5 (1.9)	65 (24)	11 (4.1)
<b>საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარი; კერძო დაზღვევის ბენეფიციარი</b>					
	315 (69.1)	217 (68.9)	15 (4.8)	72 (22.9)	11 (3.5)
	141 (30.9)	36 (25.3)	74 (52.5)	31 (22)	0 (0)
<b>აქვს ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები:</b>					
დიახ	170 (37.3)	91 (53.5)	52 (30.6)	26 (15.3)	1 (0.6)
არა	286 (62.7)	162 (56.6)	37 (12.9)	77 (26.9)	10 (3.5)
<b>ჰყავს მუდმივი ოჯახის ექიმი</b>					
დიახ	245 (53.7)	70 (28.6)	88 (35.9)	78 (31.8)	8 (3.2)
არა	211 (46.3)	183 (86.7)	1 (0.5)	25 (11.8)	3 (1.4)
<b>კმაყოფილია ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით</b>					
დიახ	198 (43.4)	25 (12.6)	74 (37.4)	97 (49)	2 (1)
არა	258 (56.6)	228 (88.4)	15 (5.8)	6 (2.3)	9 (3.5)
<b>კმაყოფილია ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით</b>					
დიახ	203 (44.5)	22 (10.8)	78 (38.4)	98 (48.3)	3 (1.5)
არა	253 (55.5)	231 (91.3)	11 (4.3)	5 (2)	8 (3.2)

იმის გასარკვევად, თუ რას ფიქრობენ პაციენტები ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლზე, მათ დავუსვით შემდეგი კითხვები: “გსურთ, რომ თქვენი ოჯახის ექიმი გახდეს თქვენი პირადი ექიმი, კოორდინაცია გაუწიოს ყველა თქვენს მომსახურებას და მხოლოდ იგი იყოს პასუხისმგებელი ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის?” შემდეგ, რესპონდენტებს ვთხოვეთ არჩევანის გაკეთება ერთ-ერთი შესაძლო პასუხიდან: (1) “უპირატესობას ვანიჭებს ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას”; (2) “ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს ყველა ჩემს მომსახურებას, ექიმ-სპეციალისტს მივმართავ მხოლოდ ოჯახის ექიმის რჩევით”; (3) “ვიყენებ ორივეს: ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას უწევს ჩემს მომსახურებას, ასევე თვითმიმართვას ექიმ-სპეციალისტთან”. ცხრილი აჩვენებს პასუხების განაწილებას სხვადასხვა ცვლადის მიხედვით.

ცხრილი გვიჩვენებს, რომ რესპონდენტთა უმეტესი ნაწილი (55%, n=253) უპირატესობას ანიჭებს ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. რესპონდენტთა მხოლოდ 19.5% (n=89) მიმართავს ექიმ-სპეციალისტს ოჯახის ექიმის რჩევით, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს ყველა მის მომსახურებას, ხოლო 23% (n=103) იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას.

თბილისში მცხოვრები რესპონდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (33%, n=34), ხოლო რაიონებსა და სოფლებში მცხოვრები რესპონდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას.

სქესთან მიმართებით, როგორც ქალები (57.5%, n=138), ასევე მამაკაცები (53.2%, n=115) უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. ასაკთან მიმართებით, თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები (81.3%, n=74), ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უმეტესად მიმართავენ 35-54 წლის ასაკის რესპონდენტები (28.2%, n=44). განათლების დონის მიხედვით, საშუალო განათლების პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (67.3%, n=152). მაღალშემოსავლიანი რესპონდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ ოჯახის ექიმის რჩევას (61.3%, n=19), დაბალშემოსავლიანი რესპონდენტები - თვითმიმართვას (67.9%, n=91). უმუშევრები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (69.9%, n=188), დასაქმებულები - ოჯახის ექიმს (45%, n=84). საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (68.9%, n=217), ხოლო კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები - ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას. თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ რესპონდენტები, რომელთაც არ

აქვთ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები (56.6%, n=162); ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უფრო მეტად მიმართავენ ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტები (30.6%, n=52). თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელთაც არ ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი (86.7%, n=183), რესპოდენტებს, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი, ექიმ-სპეციალისტთან უმთავრესად მიმართავენ ოჯახის ექიმის მეშვეობით (35.9%, n=88). თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომლებიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით (88.4%, n=228), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (49%, n=97). თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელნიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით (91.3%, n=231), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით, ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (48.3%, n=98).

### **ზოგიერთი მოსაზრება კვლევის შედეგებზე**

კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვს ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის გზების შესახებ. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს ურჩევნია მიმართოს ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს მისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო მომსახურებას და იქნება მისი ინტერესების დამცველი ერთადერთი აგენტი. ამ ჯგუფის მახასიათებლებია: მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, მაღალი შემოსავლები, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, დედაქალაქში მცხოვრებნი, დასაქმებულები, მამაკაცები, ჯანმრთელობის მხრივ მნიშვნელოვანი პრობლემების არმქონე პირები. აღნიშნული მახასიათებლები უფრო მეტად აქვს პირებს, რომლებიც არიან კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები, რადგან კერძო სამედიცინო დაზღვევის მოსარგებლები უმთავრესად არიან დასაქმებული, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, რომელთაც აქვთ მაღალი შემოსავლები. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები უფრო მეტად არიან დაინტერესებულნი ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები. ასეთ მექანიზმს კი წარმოადგენს ოჯახის ექიმის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭის“ როლის გაზრდა.



მეკარიბჭის მოდელს უფრო მეტად აქვს პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების, სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის გაუმჯობესების და ხარჯების შეკავების უპირატესობა (Verulava , 2018). ეს მიდგომა უფრო შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის ძირითად ღირებულებებს, ხაზს უსვამს ოჯახის ექიმის უმთავრეს როლს მკურნალობის პროცესში, ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებში ნდობის და ინდივიდუალური პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების მნიშვნელობას (McWhinney, 1998).

მიზანშეწონილია მეკარიბჭის მოდელის განვითარება, კერძო სამედიცინო დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და მისი გამოყენება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებშიც. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა აქტიური ახსნა-განმარტებითი ღონისძიებები უნდა ჩაატარონ მეკარიბჭის მოდელის სარგებლების თაობაზე. ამავე დროს, საჭიროა ისეთი მექანიზმების დანერგვა, რაც ბენეფიციარებს სტიმულს მისცემს მიმართონ სპეციალისტებს მათი ოჯახის ექიმის მეშვეობით. ასეთ სტიმულად შეიძლება განვიხილოთ პრიორიტეტის მინიჭება ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვაზე ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის გარეშე, დამატებით გადახდის დაწესება.

კვლევამ აჩვენა, რომ კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას ოჯახის ექიმის მეშვეობით. ისინი კმაყოფილნი არიან მათი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით და პაციენტთან დამოკიდებულებით. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მეკარიბჭეობის მოდელის ფართოდ დანერგვისათვის თითოეულ ბენეფიციარს უნდა ჰყავდეს მუდმივი ოჯახის ექიმი, რომელიც მათ უზრუნველყოფს უწყვეტი და ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურებით. ამისათვის აუცილებელია ოჯახის ექიმების განათლების დონის ამაღლება. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმების პაციენტებთან ურთიერთობის უნარების გაუმჯობესება, რაც გავლენას ახდენს პაციენტების პრეფერენციებზე. შესწავლილ უნდა იქნეს ოჯახის ექიმების როგორც მეკარიბჭეების, მოტივაციის გაზრდის მეთოდები.

სასურველია მეკარიბჭეობის მოდელის ნებაყოფლობითი სახით შემოღება, მისაღებია როგორც ექიმების, ასევე პაციენტებისათვის, რადგან ის ნეგატიურად არ ზემოქმედებს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებზე (Taylor, 1989). გარდა ამისა, ნებაყოფლობითი არჩევანი კიდევ უფრო ზრდის ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას, რადგან ის უზრუნველყოფს ყოვლისმომცველ სამედიცინო მომსახურებას (Herzberg, 1976).

## დასკვნა

კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის იმ პროვაიდერებისათვის, რომლებიც განიხილავენ მეკარიბჭის მოდელის დანერგვას. დასკვნები მიუთითებს, რომ პოლიტიკის ფორმულირების დროს მნიშვნელოვანია პაციენტის დამოკიდებულებისა და შეხედულებების გათვალისწინება. კვლევით დადგინდა იმ ადამიანთა მახასიათებლები, რომლებსაც ურჩევნიათ სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის უზრუნველყოფა ოჯახის ექიმის მიერ, ან უპირატესობას ანიჭებენ თვით-მიმართვას. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გასაუმჯობესებლად და ნდობის ასამაღლებლად, მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარება, რადგან მაღალკვალიფიციურ ექიმებს უფრო მეტი სანდოობა ექნებათ, რაც გაზრდის მათთან მიმართვიანობას. მიზანშეწონილია მეკარიბჭეობის მოქნილი, ნებაყოფლობითი მოდელის განვითარება, რადგან იგი უკეთ შეესაბამება პაციენტების და ექიმების საჭიროებებს.

## ლიტერატურა:

### References:

- Aoun A, Al Hayek S, El Jabbour F. (2018). The Need for a New Model of the Physician-Patient Relationship: A Challenge for Modern Medical Practice. *Fam Med Prim Care Rev*;20(4):379-384.
- Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T and Richardson E. (2009). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 11(8):1-116.
- Chikovani I, Sulaberidze L. (2017). Primary Health Care Systems, Case Study from Georgia. Geneva: World Health Organization;
- Eisenberg JM. (1985). The Internist as Gatekeeper: Preparing the General Internist for a New Role. *Ann Intern Med*; 102, 537-543.
- Gamkrelidze A, Atun R, Gotsadze G, MacLehose L. (2002). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 4(2):1-67.
- Gerada C. (2011). From Patient Advocate to Gatekeeper: Understanding the Effects of the NHS Reforms. *Br J Gen Pract* 61(592): 655-656.
- Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. (2000). Who Needs a Gatekeeper? Patients' Views of the Role of the Primary Care Physician. *Fam Pract* 17: 222-229.
- Herzberg F. (1976). *The Managerial Choice*. Homewood IL: Dow Jones Irwin,
- Marcinowicz L, Górski S. (2016). Medical Consultation and Communication with a Family Doctor from the Patients' Perspective – A Review of the Literature. *Fam Med Prim Care Rev* 18(3), 387-390.
- McWhinney IR. (1998). Core Values in a Changing World. *Br Med J* 346: 1807-1809.
- Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia. Health System Performance Assessment Report, Tbilisi, 2013

- Pollack CE, Rastegar A, Keating NL. (2015). Is Self-Referral Associated with Higher Quality Care? *Health Serv Res.* 50: 1472–90. [Article PubMed PMC](#)
- Richardson E, Berdzuli N. (2017). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(4):1–90.
- Starfield B, Powe NR, Weiner JR. (1994). Costs vs Quality in Different Types of Primary Care Settings. *J Am Med Assoc* 272: 1903–1908.
- Taylor T. (1989). Pity the Poor Gatekeeper: a Transatlantic Perspective on Cost Containment in clinical Practice. *Br Med J* 299:1323–1325.
- Verulava T, Dangadze B. (2018). Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. *Open Public Health J.* 11:401-406
- Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. (2017). Introduction of Universal Health Program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Med News* 262(1): 116-120. [Article PubMed](#)
- Verulava T, Jorbenadze R., Dagadze B., Eliava E. (2018). Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. *Home Health Care Manag Pract* 30(4): 218-226
- Verulava T., Maglakelidze T., Jorbenadze R. (2017). Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. *East J Med* 22 (3): 103-109.
- Verulava T., Maglakelidze T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bull Georg Natl Acad Sci* 11 (2): 143-150.
- Verulava T., Jincharadze N., Jorbenadze R. (2017). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Med News* 2017; 264 (3): 135-139.
- Verulava T., Beruashvili D., Jorbenadze R, Eliava E. (2018). Evaluation of the Patient's Referral to Family Physician in Georgia. *Fam Med Prim Care Rev.* 20(4): 18-25.

## Primary Care Gatekeeping and Referrals: Patient's View on the Family Physician Role

**Tengiz Verulava**

*Associate Professor*

*Iv. Javakhishvili Tbilisi State University*

[tengiz.verulava@iliauni.edu.ge](mailto:tengiz.verulava@iliauni.edu.ge)

**Revaz Jorbenadze**

*G. Chapidze Emergency*

*Cardiology Center*

[revaz.jorbenadze@ecc.ge](mailto:revaz.jorbenadze@ecc.ge)

An adequate primary healthcare system substantially determines quality of population health and effective spending of healthcare resources. The family physician serving as a 'gatekeeper' can make judicious decisions about the appropriate use of medical services. The goal of this study was to find out patients' characteristics, preferences and behavior in regards to the role of the family phy-

sician as the gatekeeper in The Republic of Georgia. As part of a cross-sectional quantitative study, respondents were interviewed using a structured questionnaire. Majority of the respondents (53.7%, n=245) had a permanent family physician, but were not satisfied with a level of family physician's professionalism (56.6%, n=258) and preferred self-referral to specialists (55%, n=253). Only 19.5% (n=89) referred to specialists upon family physician's advice who would coordinate all services and 23% (n=103) have used both family physicians and self-referral. Private health insurance companies were more interested in implementing cost reducing mechanisms rather than the Social Service Agency (which is responsible for Universal Health Care Program).

Study results demonstrated that attitudes of different demographic groups of population towards the ways of referral to specialists differ from each other. A certain part of patients preferred referring to family physicians who would coordinate all required medical services and be a sole agent protecting their interests. The study demonstrated that beneficiaries of the private health insurance prefer referring to specialists through their family physicians. It is due to the fact that private health insurance companies were more concerned with establishing cost reduction mechanisms rather than the beneficiaries of UHCP. Such a mechanism implies increasing a role of family physicians, i.e. the gatekeepers of the health-care system. The model of gatekeeper has more benefits in regards to response to the patient's needs, improvement of the medical service coordination and cost reduction. Such approach fits the key primary health values more, it accentuates the key role of family physicians in the process of treatment and the importance of confidence in the patient- physician relationship as well as responsiveness to the individual patient needs

In order to widely implement the gatekeeper model within the UHCP, each beneficiary should have a permanent family physician who would ensure continuous and comprehensive medical service provision. It is advisable to raise the level of skills of family physicians, to develop a continuous medical education, as the highly skilled physicians will enjoy more confidence among patients that in turn will increase the rate of referral to them.

According to our study some beneficiaries preferred their family physician to co-ordinate their care and referral to specialists when needed, while others preferred self-referral. Therefore, implementing a flexible voluntary model of gatekeepers may be a recommended policy. The flexible voluntary model of gatekeepers means that the UHCP should explicitly offer all options and encourage their members to choose the option which fits their preferences: self-referral, gatekeeping or coordinated care with self-referral.

A voluntary choice of the gatekeeper model is acceptable both for physi-

cians and for patients since it has no negative effect on the relations between physicians and patients, plus it is responsive to patients' needs. It can be assumed that implementing gatekeeping voluntarily will be acceptable to physicians, because a possible detrimental effect on patient relations, will not exist in a voluntary model. Furthermore, a voluntary choice increases even more a responsibility of the family physician as he/she ensures provision of comprehensive medical services, including having control over the course of treatment.

**Keywords:** Primary health care, family physician, referral to family physician.

**JEL Codes:** I10, I11, I18