



შპს სასწავლო უნივერსიტეტი გეომედი

სალომე ჩირაძე

ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები და პირველადი
ჯანდაცვის განვითარების პრობლემები საქართველოში

ჯანდაცვის მენეჯმენტი

ბიზნესის ადმინისტრირების აკადემიური ხარისხი

სამაგისტრო ნაშრომი

ხელმძღვანელი: თამარ ქობლიანიძე,
ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი,
პროფესორი

თ ბ ი ლ ი ს ი

2019 წელი

ანოტაცია

ნაშრომში განხილულია ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები, არსი და ჯანდაცვის მოდელები. დახასიათებულია საქართველოში მოქმედი ჯანდაცვის მოდელი. პარალელურად კი საქართველოში საქართველოში ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები და მისი შედეგები. განხილულია აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფუნქციები, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. დახასიათებულია მათი საქმიანობა და საფუძველი საოჯახო მედიცინის (ოჯახის ექიმი/სოფლის ექიმი) საქმიანობა.

ნაშრომში გამოკვეთილია მოთხოვნა ჯანდაცვის განვითარებაზე, რადგანაც საქართველოში მისი საქმიანობა არის პრიორიტეტული მიმართულება. ნაშრომში განხილულია ასევე პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, კერძოდ ოჯახის ექიმის საქმიანობა.

შინაარსი

ანოტაცია	2
შინაარსი.....	3
შესავალი.....	4
თავი 1. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული მიმოხილვა	5
1.1. ჯანდაცვის სისტემის არსი	5
1.2. ჯანდაცვის სისტემის მოდელები მსოფლიოში.....	19
თავი 2. პირველადი ჯანდაცვა, როგორც სისტემის ხერხემალი	28
2.1. პირველადი ჯანდაცვის არსი და მისი ფუნქციები	28
2.2 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებების საქმიანობის ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოში	36
თავი 3 ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება: ქართული რეალობა.....	40
3.1. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი - ჩამოყალიბა და პრობლემები.....	40
3.2 ოჯახის ექიმების საქმიანობის კვლევა და ოჯახის ექიმების გამოკითხვა	50
3.3 ოჯახის ექიმებთან ვიზიტად მყოფთა კმაყოფილების კვლევა	54
დასკვნა.....	
გამოყენებული ლიტერატურა.....	

შესავალი

თემის აქტუალურობა: პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულების და მათში შემავალი პერსონალის საქმიანობის გაუმჯობესება, რაც განპირობებულია ქვეყანაში არსებული მიდგომით რომ გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის დაფინანსება, სამედიცინო და მომსახურე პერსონალის შრომის ანაზღაურება.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებების დიდი ნაწილი არაა აღწერილი თანამედროვე დიაგნოსტიკური მოწყობილობებით. ამიტომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობის გაუმჯობესების მიზნით მათი საქმიანობა შეირჩა პრიორიტეტულად. ბიუჯეტიდან იზრდება დაფინანსება, გრძელდება სამუშაოები ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებაზე. აქტუალური ხდება პერსონალის შრომის ანაზღაურების გაუმჯობესება ასევე მოსახლეობაში

კვლევის მიზანი და ამოცანები: კვლევის მიზანს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების საქმიანობის ანალიზი. პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები, მათი საქმიანობის სახეები და გასაკუთრებით საოჯახო მედიცინა ოჯახის (სოფლის ექიმი) ექიმის საქმიანობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

კვლევის საგანი: კვლევის საგანია წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი.

კვლევის ობიექტი: კვლევის ობიექტია, გამოკვლევის მიზნიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის თბილისის ორი დაწესებულება: შპს „ოჯახის მკურნალი“ და შპს „მედალფა“. ჩატარებულია ოჯახის ექიმების გამოკითხვა და ვიზიტორების გამოკითხვა. გაანალიზებულია მოცემული მასალები და ჩამოყალიბებულია საოჯახო მედიცინის გაუმჯობესების საკითხები.

I. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ისტორიული მიმოხილვა

1.1. ჯანდაცვის სისტემის არსი

ჯანდაცვა ეს არის სახელმწიფო, სოციალურ-ეკონომიკურ, სამედიცინო და საზოგადოებრივ ღონისძიებათა სისტემა, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვა, მკურნალობა, დაავადებათა თავიდან აცილება და სიცოცხლის გახანგრძლივება.

ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულებებისა და რესურსების მთლიანობას, რომლის ძირითადი მიზანია ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის საჭიროა ადამიანური რესურსები, ფინანსური რესურსები, ინფორმაცია, აღჭურვილობა და მასალები, ტრანსპორტირება, კომუნიკაციები, ისევე, როგორც საერთო მენეჯმენტი და ხელმძღვანელობა. ჯანდაცვის სისტემაში, მომსახურება უნდა იყოს საპასუხო და სამართლიანი ფინანსური თვალსაზრისით, ხალხის მიმართ.

ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის საერთო ფუნქციონირების საბოლოო პასუხისმგებლობა მთავრობას ეკისრება, მაგრამ ძალიან მნიშვნელოვანია რაიონებში, მუნიციპალიტეტებში და ინდივიდუალურ სამედიცინო დაწესებულებებში გონივრული ხელმძღვანელობა.

ჯანმრთელობის სისტემების გაძლიერება და მათი ფუნქციონირება უფრო სწორად აღიარებულია, როგორც სიღარიბის დაძლევისა და განვითარების ხელშეწყობის ძირითადი სტრატეგიები.

ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს პერსონალს, ფინანსებს, ინფორმაციას, მარაგს, სატრანსპორტო საშუალებებს, კომუნიკაციას და ზოგად მენეჯმენტს და ადმინისტრაციას.

<https://www.who.int/features/qa/28/ru/>

ზოგადად, უფრო მეტად აღიარებულია, რომ ადამიანთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების მიზნით მთავრობებმა უნდა შექმნან საიმედო და ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ყველა ქალს, მამაკაცსა და ბავშვზე დაავადების ეფექტურ პრევენციასა და მკურნალობას.

ნახაზი 1



2008 წელს ტალინში - ჯანდაცვის სისტემების განვითარების საკითხებისადმი მიძღვნილ ევროპის რეგიონის მიძღვნილ კონფერენციაზე წარმოდგენილ იქნა ჯანდაცვის სისტემის ახალი განმარტება, რომლის მიხედვითაც ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს:

- სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას - პირველად და მეორად პროფილაქტიკას, მკურნალობას, ზრუნვას და რეაბილიტაციას;
- სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის მიმართულ ქმედებებს, მათ შორის დაფინანსების, რესურსების ფორმირებისა და მართვის ფუნქციების განხორციელებას;

- ქმედებებს, მიმართულს სხვა სექტორებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული ადეკვატური ღონისძიებების განხორციელებაზე.

სქემატურად ჯანდაცვის სიტემა ასევე შეიძლება გამოვსახოთ:

ნახაზი 2. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა შეიძლება წარმოვადგინოთ :



მსოფლიოში იმდენი ჯანდაცვის სისტემა მოქმედებს, რამდენი ქვეყანაცაა, მაგრამ მათი ფუნქციონირებისთვის გლობალური მასშტაბით ურთიერთდაკავშირებული ქმედება ხორციელდება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს წარმოადგენს:

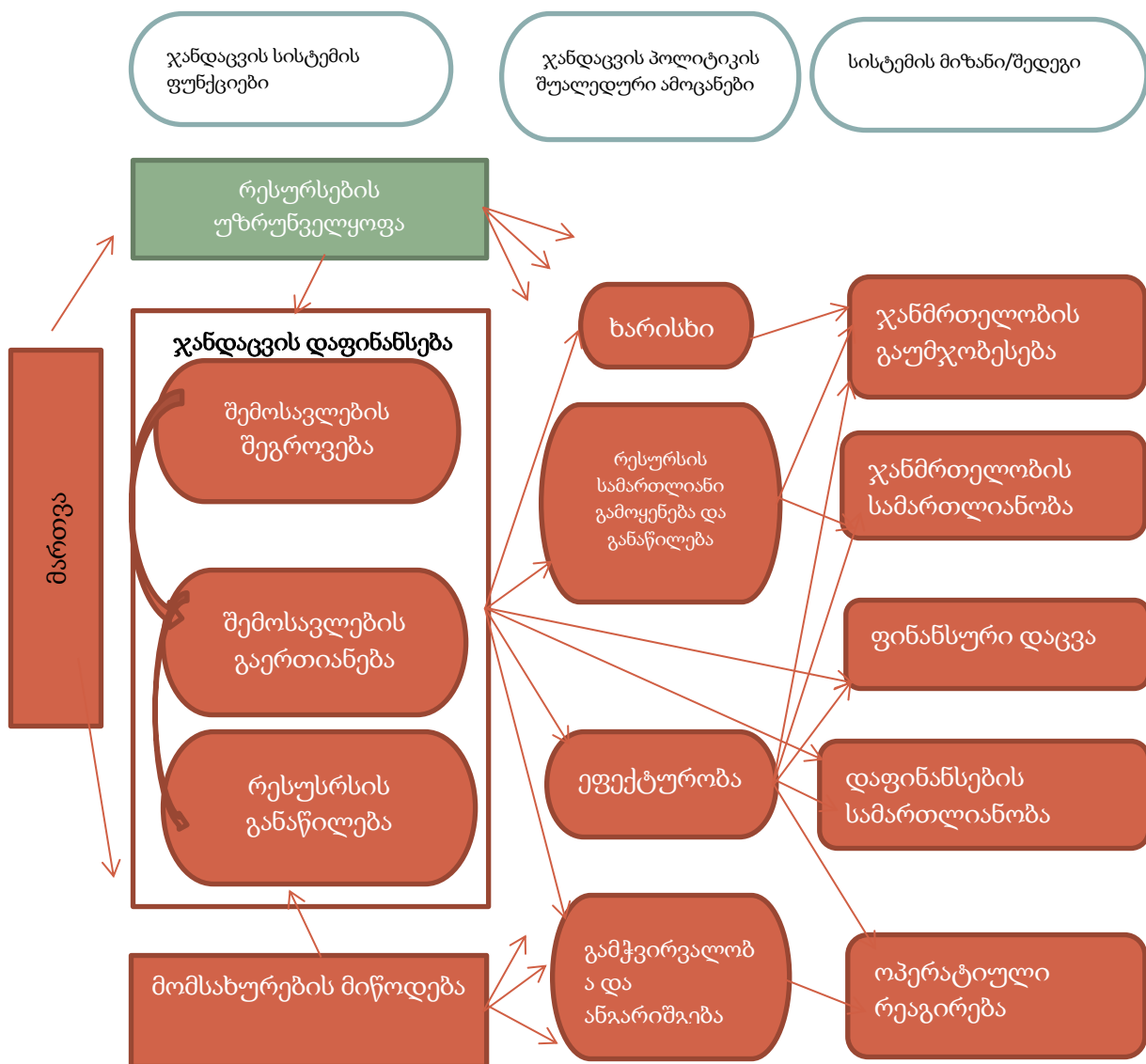
- ჯანმრთელობის სამართლიანობა, თანასწორობის პრინციპის დაცვა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას;
- ფინანსური დაცვა (დაცვა ფინანსური რისკებისაგან);
- სამართლიანობა, თანასწორობა დაფინანსებაში;
- არსებული რესურსის ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენება;
- სისტემის უნარი, ოპერატიული რეაგირება მოახდინოს მოსახლეობის ჯანდაცვის საწიროებებზე,

ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი ამოცანებია:

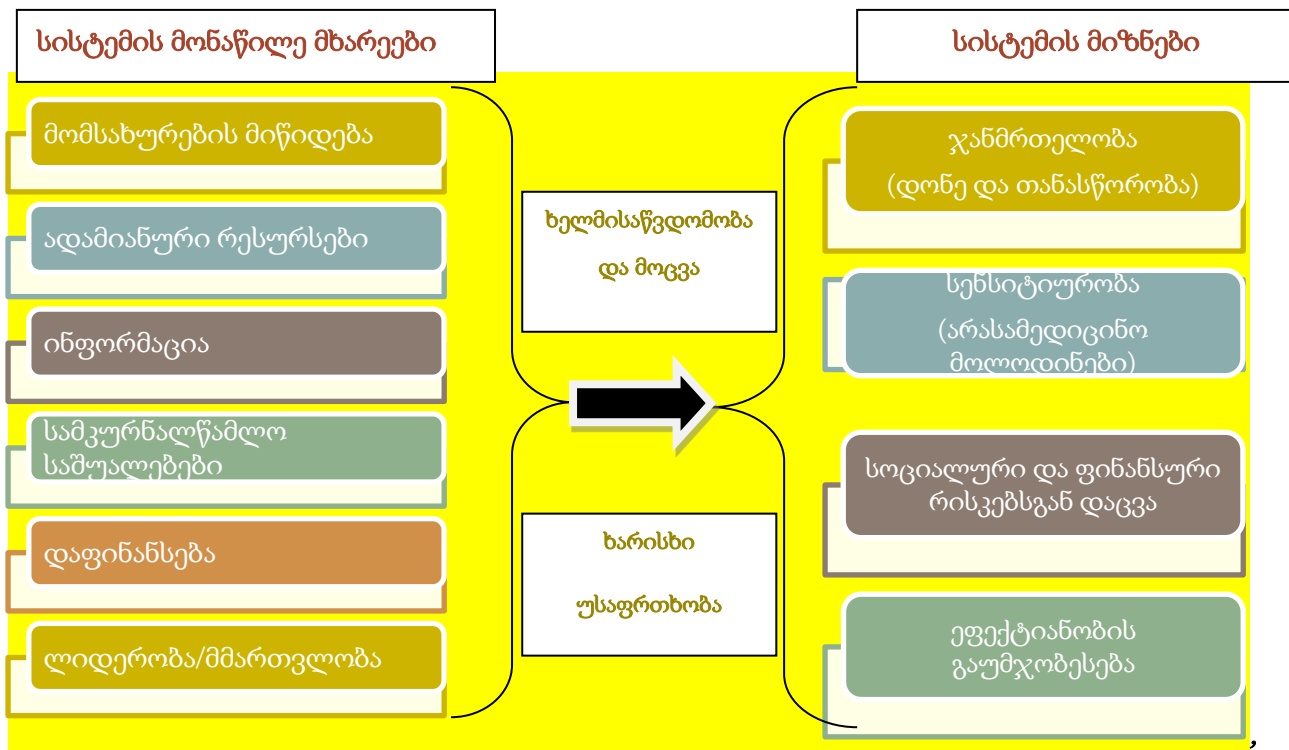
- სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესება;
- რესურსებს სამართლიანი გამოყენება და განაწილება;
- ეფექტურობის ამაღლება;
- გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ყველა ქვეყნის ეროვნულ პრიორიტეტსა და ვალდებულებას წარმოადგენს, რომელსაც თავის თავზე იღებს მთავრობა, რათა მიღწეულ იქნას ძირითადი მიზნები და ამოცანები, დაკავშირებული მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვასთან.

ნახაზი 3. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები და ამოცანები



ნახ. 4 ჯანმრთელობის სისტემის შეფასების მატრიცა: ფუნქციები და მიზნები



წყარო: WHO. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. 2007

საქართველომ მეტად მრავალფეროვანი გზა გაიარა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიმართულებით და ეს პროცესი გრძელდება დღემდე.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ, საქართველომ მეტად მრავალფეროვანი გზა გაიარა ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიმართულებით და ეს პროცესი სამ პერიოდად შეიძლება დაიყოს: 1991-1994წწ., 1995-2003წწ. და 2004 წლიდან - დღემდე. პირველი პერიოდი: 1995 წლამდე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კვლავაც მუშაობდა ძველი, საბჭოური „სემაშვოს მოდელი“, რომელიც ღრმა ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისის გამო, მეტად მწირი ფინანსური რესურსებისა და საბაზრო ეკონომიკის სწრაფი განვითარების პირობებში, ძალზე არარენტაბელური აღმოჩნდა. ამ პერიოდში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი სულზე 130-135\$-დან 0.45-0.80\$-მდე

(1990-1994წწ.) დაეცა. შესაბამისად, მკვეთრად გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი. მეორე პერიოდი: ცენტრალური, ბიუჯეტური დაფინანსების ძველი, მუხლობრივი სისტემის ნაცვლად, დაინერგა ჯანმრთელობის პრიორიტეტებით განსაზღვრული და სამედიცინო პროგრამებით წამოდგენილი სახელმწიფო დაფინანსების სისტემა, რამაც შესაძლებელი გახადა მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის, ანუ ბაზისური პაკეტის განსაზღვრა. სახელმწიფო დაფინანსება ხდებოდა ცენტრალური და მუნიციპალური პროგრამების მეშვეობით. სამედიცინო დაწესებულებებს მიენიჭათ სრული ფინანსური ავტონომია. 1996- 97 წლებში, მოხდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის (3% დამქირავებლებისა და 1% დაქირავებულების სავალდებულო შენატანი), მოგვიანებით კი, სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება, რამაც ვერ ჩაანაცვლა, მაგრამ მნიშვნელოვნად შეავსო ჯანდაცვისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან განკუთვნილი ტრანსფერები. ამ წლებში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისა და სოციალური დაზღვევის შენატანების ხვედრითი წილი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში 10%-იდან 34%-მდე გაიზარდა. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული სერვისების ნაწილის დაფინანსება ხორციელდებოდა პაციენტების თანამონაწილეობით. სახელმწიფო ფარავდა მათი ღირებულების მხოლოდ 75-80%-ს. სამედიცინო მომსახურების იმ სახეობებზე, რომლებიც ვერ მოხვდა საბაზისო პაკეტში, დაწესდა ლეგალური გადასახადი „შიდა სტანდარტი“. სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველებს წარმოადგენდნენ სამინისტრო, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ჯანდაცვის რაიონული ორგანოები, ძალოვანი სტრუქტურებისა და განათლების სამინისტროები, კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციები. მიუხედავად ამისა, მთავარ გადამხდელებს წარმოადგენდნენ ინდივიდუალური პირები, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებისთვის ჯიბიდან იხდიდნენ ოფიციალურ და არაოფიციალურ გადასახადს. საბიუჯეტო სახსრების და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანების აკრეფის სისტემის სისუსტის გამო, სისტემატურად იგვიანებდა ჯანმრთელობის სერვისების შესყიდვა, პროგრესულად იზრდებოდა დავალიანებები სამკურნალო დაწესებულებების მიმართ. ყოველივე ეს კორუფციის ნოყიერ ნიადაგს უქმნიდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას. მესამე

პერიოდი: „ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმირების მეორე ეტაპი: სოციალური დაზღვევის სისტემა შეიცვალა გადასახადზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემით. 2005 წელს საქართველოს ახალი საგადასახადო კოდექსით შემოტანილ იქნა „სოციალური გადასახადის“ ცნება, რითაც ფაქტობრივად გადასახადმა დაკარგა მიზნობრიობა და ჯანმრთელობის გადასახადი საბიუჯეტო შენატანის ერთ-ერთი ნაწილი გახდა. სოციალური გადასახადის შეკრება ხდებოდა სახელმწიფო ბიუჯეტში. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდებოდა. 2008 წლიდან სოციალური გადასახადი გაუქმდა. დღეისათვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების ერთადერთ წყაროს სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები წარმოადგენს.

2007 წლის ივლისში სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი გაიყო ორ სააგენტოდ. 2007 წლიდან ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების უნივერსალურ, პროგრამულ პრინციპთან ერთად, სახელმწიფო ასიგნებებით ხორციელდება მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების (ძირითადად ყველაზე უმწეო მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაზღვევა. მიზნობრივი ჯგუფის პირადი დაზღვევა ხორციელდება ვაუჩერის საშუალებით.

2010 წლის მაისამდე ვაუჩერის მფლობელს შეეძლო თავად აერჩია სასურველი სადაზღვევო კომპანია. ამჟამად ბენეფიციარი ავტომატურად ეზღვევა შესაბამის სამედიცინო რაიონში („სამედიცინო რაიონი“ შემოღებულ იქნა 2010 წელს, სულ 26 რაიონი)⁴⁴ ტენდერში გამარჯვებულ მზღვეველთან. ვაუჩერის განაღდებას ახდენს სოციალური მომსახურების სააგენტო შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით გამოყოფილ ასიგნებათა ფარგლებში.

2008 წელს მოხდა ბაზისური პაკეტის არათანაბარი დანაწევრება. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის, პრევენციის, სოციალურად საშიში დაავადებების, მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამების გარდა, სხვა სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები გახდნენ მხოლოდ 0-3 წლამდე ასაკის ბავშვები და 60 წელზე მეტი ასაკის ხანდაზმულები. დაფინანსების ვაკუუმში აღმოჩნდა 3-დან 60 წლამდე ასაკის მოქალაქეები, ანუ საქართველოს

მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი. დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისთვის (76%) 2009 წელს განხორციელდა „იაფი დაზღვევის“ პროგრამა. პროგრამა გულისხმობდა მოსახლეობის (საბაზისო სადაზღვევო პრემია 19.80 ლარი) მიერ, სახელმწიფოს თანამონაწილეობით (40.20 ლარი და დამატებითი პრემია, თუ მზღვეველი დააზღვევდა 10000-ზე მეტ პირს), გადაუდებელი და ამბულატორიული მომსახურების სადაზღვევო პოლისის შესყიდვას. ამ გეგმით შესაძლებელი იყო მოსახლეობის მხოლოდ 11%-ის დაზღვევა. მიუხედავად მძლავრი პიარკამპანიისა, შეთავაზებული სადაზღვევო პაკეტის მოცულობის სიმწირის გამო დაეზღვია მხოლოდ 2.8%. რეალურად, პროგრამამ ვერც დასახული მიზანი (ნებაყოფლობით დაზღვევაში მოსახლეობის ინტეგრაცია და მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა) და ვერც ამოცანები (ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევის: ა) შეძენის სტიმულირება; ბ) ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება)⁴⁵ ვერ შეასრულა.

დღეს საქართველოს მთავრობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მისი ხარისხის გაუმჯობესება, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით. თუ 2012 წლის მონაცემებით, სამედიცინო მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდების წილი დაახლოებით 79%-ს შეადგენდა (ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები), საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მოსალოდნელია მისი მნიშვნელოვანი შემცირება (დაზუსტებული მონაცემები ხელმისაწვდომი იქნება შინამეურნეობების ჯანდაცვაზე დანახარჯებისა და უტილიზაციის მიმდინარე კვლევის დასრულების შემდეგ, 2015 წლის დასაწყისში).

სახელმწიფომ შექმნა სამედიცინო მომსახურების კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის მექანიზმი თითოეული მოქალაქისათვის, როდესაც 2013 წელს თებერვლიდან სახელმწიფო ან კერძო დაზღვევის არმქონე ყველა მოქალაქე გახდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (მომსახურების მინიმალური პაკეტი) მოსარგებლე. იმავე წლის ივლისში გაფართოვდა პროგრამა და დღეისათვის ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ, გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებას, ონკოლოგიური დაავადებების

მკურნალობასა და მშობიარობას (საბაზისო პაკეტი). 2014 წლის ნოემბრის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურებით, მათ შორის, 496 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა, ხოლო დანარჩენი მოსახლეობა მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით.

2014 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ბენეფიციართა 80.3% კმაყოფილი იყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მიღებული ამბულატორიული სერვისით, ხოლო 96.4% კმაყოფილებას გამოთქვამდა ჰოსპიტალურ დონეზე მიღებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებით. ამასთანავე, კვლევის მონაცემებით მოსახლეობა აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით გაიზარდა მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობა ამბულატორიულ (გამოკითხულთა - 77%) და სტაციონარულ (გამოკითხულთა - 88%) სერვისებზე.

მიუხედავად მიღწეული წარმატებებისა, ქვეყანაში ჯერ კიდევ შესამუშავებელია სტაციონარული შემთხვევების დაფინანსებისა და სამედიცინო მომსახურების ფასწარმოქმნისადმი ერთიანი მიდგომა. სახელმწიფო პროგრამებისთვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსები, ძირითადად, პრევენდენტული დაგეგმარების სისტემით განისაზღვრება.

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების (მ.შ. გლობალური ფონდის, ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსისა და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს) ფინანსური მხარდაჭერით უზრუნველყოფილი სამედიცინო სერვისების სამომავლოდ სახელმწიფო ხარჯებით ფინანსური მდგრადობის უზრუნველყოფა. აღნიშნულ საკითხებზე მიმდინარეობს ინტენსიური მუშაობა ბიუჯეტის საშუალო-ვადიანი დაგეგმარების პროცესში.

„საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია“ მიზნად ისახავდა თანაბრად ხელმისაწვდომი გაეხადა სამედიცინო მომსახურება საქართველოს ყველა მოქალაქისთვის, განსაკუთრებით, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოქალაქეებისთვის, ოკუპირებულ ტერიტორიებზე მცხოვრებთათვის,

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის, სოფლის მოსახლეობისათვის, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფთათვის.¹

სტრატეგიული განვითარების ძირითად მიმართულებებად განისაზღვრა:

1. მაკროეკონომიკური სტაბილურობა;
2. მიმდინარე ანგარიშის ბალანსის გაუმჯობესება;
3. საუკეთესო საინვესტიციო და ბიზნეს გარემოს შექმნა-შენარჩუნება;
4. რეგიონული სავაჭრო და ლოჯისტიკური ცენტრების ჩამოყალიბება;
5. ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება;
6. სოფლის მეურნეობის განვითარება;
7. განათლების სისტემის გაუმჯობესება;
8. სოციალური პოლიტიკის დახვეწა;
9. ხელმისაწვდომი, მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება;
10. ურბანული რეგიონალური განვითარება.

სტრატეგიის დოკუმენტის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ავადობის ტვირთისა და სიკვდილიანობის შემცირების გზით. სტრატეგიის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს:

- ❖ თანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- ❖ პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა;
- ❖ ეფექტური საზოგადოებრივი ჯანდაცვა;
- ❖ სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანამშრომლობა;
- ❖ თავისუფალი კონკურენციის ხელშეწყობა;
- ❖ გამჭირვალობა და საზოგადოების ჩართულობა;

ასევე, მნიშველოვანია, სახელმწიფოს მხრიდან ხელშეწყობა ჰქონდეს ჯანდაცვის სფეროში კერძო ინიციატივებისა და ინვესტიციების მოზიდვას. უნდა შეიქმნას კონკურენტული გარემო მოსახლეობისთვის უკეთესი ხარი-სხისა და ფასის სამედიცინო, სადაზღვევო თუ ჯანდაცვითი მომსახურების უზრუნველსაყოფად.

ბოლო წლებში ჯანდაცვაზე საერთო ეროვნული დანახარჯი მნიშვნელოვნად გაიზარდა და 2009 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტში ჯანდაცვის წილმა 10.1%-ს მიაღწია,

¹ „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია“

რაც თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე საქართველოს მსგავსი ეკონომიკური დონის ქვეყნებში. შრომის, ჯანმრთელობის და სოცი-ალური დაცვის სამინისტროსთვის საქართველოს ბიუჯეტიდან 2009 წელს 1.534 მლრდ ლარი გამოიყო, 2010 წლის მონაცემებით, ამ თანხამ 1.592 მლრდ ლარი შეადგინა. 2015 წლის ბიუჯეტიდან გამოყოფილმა თანხამ კი 2.750 მლრდ ლარი შეადგინა.

ცხრილი 2.1.1

საქართველოს ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთვის

წელი	მლრდ ლარი
2009	1.534
2010	1.592
2011	1.604
2012	1.821
2013	2.345
2014	2.7
2015	2.750

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, დანახარჯები, მლნ ლარი

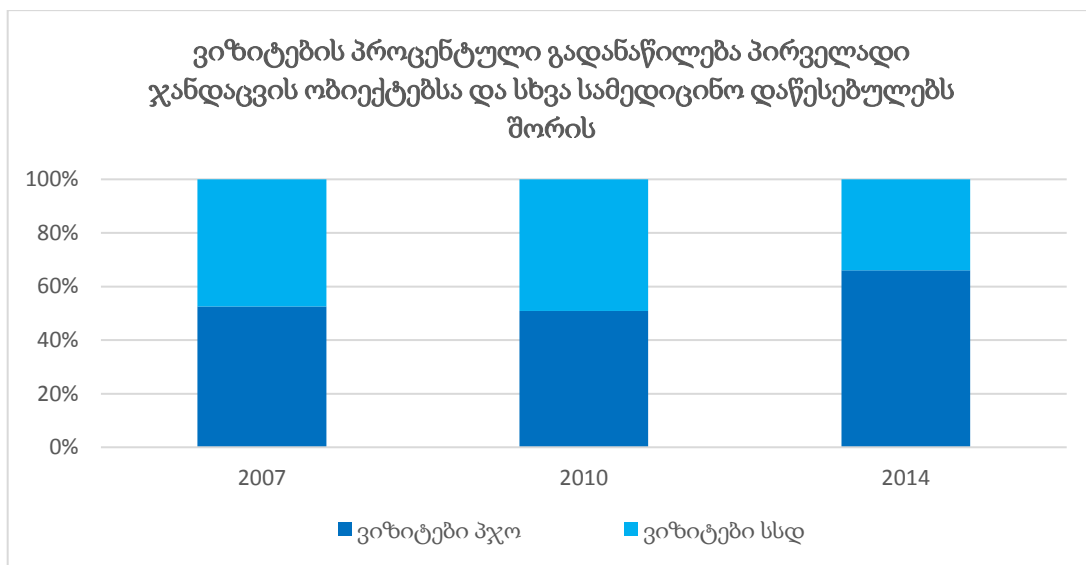
	2013	2014	2015	2016	2017
საყოველთაო ჯანდაცვა	70	338	574	681	710
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამები	31	53	69	73	73
პრიორიტეტული მიმართულებების პროგრამები	95	124	140	149	158
სულ	436	583	783	903	941

საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება, რაც სამედიცინო მომსახურეობაზე მოთხოვნის მატებასა და გადახდისუნარიანობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. საკუთარი ეკონომიკიდან საქართველო ჯანდაცვაზე ხარჯავს თითქმის იმდენივეს (8-9%), რამდენსაც ევროპის მდიდარი ქვეყნები (ჯანდაცვაზე საერთო დანახარჯი).

2007-2008 წლებში მთავრობის მიერ გატარებული რეფორმის შედეგად 2011 წლის ივნისის ბოლოსთვის დაახლოებით 1.5 მილიონი ადამიანი (მოსახლეობის 33%) სარგებლობს სამედიცინო დაზღვევით. 2014 წლის მონაცემებით, საყოველთაო

ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულია 2 900 000 საქართველოს მოქალაქე. დაზღვეულთა ზრდამ მნიშვნელოვნად გაზარდა სამედიცინო მომსახურების მოხმარება. სამედიცინო ინფრასტრუქტურა საქართველოში, რომელიც დამოუკიდებლობის შემდეგ სავალალო მდგომა-რეობაში აღმოჩნდა, ეტაპობრივ განახლება-განვითარებას განიცდის. სახელ-მწიფო და კერძო ინვესტიციებით მიმდინარეობს ახალი დაწესებულებების მშენებლობა და/ან რეაბილიტაცია.

2010 წელს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგებით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას. აღნიშნული მაჩვენებელი 2%-ით ნაკლებია 2007 წელს ჩატარებული ანალოგიური კვლევის მონაცემებთან (52.7%). 2014 წლის მონაცემებით კი მიმართვიანობა მკვეთრად გაიზარდა.



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) შეიქმნა 1948 წელს. იგი ჯანმრთელობის პრობლემებზე მომუშავე გაეროს სპეციალიზებულ სააგენტოს წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციაში მითითებულია, რომ ორგანიზაციის მიზანს წარმოადგენს «ყველა ადამიანისთვის

ჯანმრთელობის შესაძლო უმაღლესი დონის მიღწევა». ამავე კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც სრული ფიზიკური, გონებრივი თუ სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არ არსებობა.

WHO-ს მისიაა:

საერთაშორისო ჯანდაცვის სფეროში საქმიანობის წარმართვა და კოორდინაცია;

ტექნიკური თანამშრომლობის ხელშეწყობა;

მოთხოვნის შემთხვევაში მთავრობების დახმარება ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების განვითარებაში;

ქვეყნისთვის ტექნიკური დახმარების და გადაუდებელ შემთხვევაში პირდაპირი დახმარების გაწევა;

ეპიდემიურ, ენდემიურ და სხვა დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მათთან ბრძოლის სტიმულირება და განვითარება;

ბიომედიცინის და ჯანდაცვის განვითარება.

ორგანიზაციის მიზანია:

მსოფლიო მასშტაბით შეიმუშაოს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები;

დაეხმაროს სახელმწიფოებს ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში;

შეიმუშაოს ახალი ტექნოლოგიები და სტანდარტები.

ორგანიზაცია იღწვის ჯანდაცვის ახალი ტექნოლოგიებისა და სტანდარტების განვითარებისა და გავრცელებისთვის.

WHO -ს გააჩნია 4 ძირითადი სტრატეგიული მიმართულება:

1. სიკვდილიანობის, ავადმყოფობისა და შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანთა რიცხვის შემცირება, განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება ბავშვთა დაავადებებზე;

2. ცხოვრების ხანსაღი წესის ხელშეწყობა და ადამიანის იმ რისკ-ფაქტორების შემცირება, რომლებიც დაკავშირებულია გარემოსთან, ეკონომიკასთან, სოციალურ ფაქტორებთან და ზნე-ჩვეულებებთან;

3. ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის გაუმჯობესება;

4. ეროვნული პოლიტიკის ხელშეწყობა, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას.

საქართველო გაწევრიანდა ორგანიზაციაში 1992 წლის 16 მაისს. საქართველო შედის WHO-ს ევროპის რეგიონში, რომელიც აერთიანებს 52 წევრ-ქვეყანას. საქართველოსა და WHO-ს ევროპის რეგიონულ ოფისს შორის მოლაპარაკების საფუძველზე არჩეულია ურთიერთთანამშრომლობის შემდეგი პრიორიტეტული მიმართულებები:

ჯანდაცვის პოლიტიკა (პირველადი ჯანდაცვის კოორდინაციაზე ფოკუსირებით);

ფინანსირება ჯანდაცვაში;

ძირითად მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და მათი რაციონული გამოყენება;

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის გაძლიერება;

საავადმყოფოთა მართვა;

კატასტროფებისადმი მზადყოფნა და რეაგირება;

ინფექციურ დაავადებათა მართვა (ტუბერკულოზი, აივ-ინფექცია/შიდსი, მალარია, ვაქცინ-მართვადი დაავადებები, და სხვ.);

საკვები პროდუქტების უსაფრთხოება და ჯანსაღი კვება;

ნარკომანიისა და ალკოჰოლიზმის კონტროლი.

1.2. ჯანდაცვის სისტემის მოდელები მსოფლიოში

თითოეულ ქვეყანაში ჯანდაცვის საკუთარი სისტემაა განვითარებული. ამა თუ იმ ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ხასიათი დამოკიდებულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ეკონომიკური განვითარების დონეზე, ისტორიის, ეროვნული ხასიათის, პოლიტიკური ცხოვრების, კულტურისა და საზოგადოებრივი მსოფლმხედველობის თავისებურებებზე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო) განსაზღვრებით, ჯანმრთელობა ადამიანთა ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობაა და არამხოლოდ დაავადების პროფილაქტიკა. ჯანმრთელობის სტატუსის შენარჩუნება სხვადასხვა ფაქტორზეა დამოკიდებული და ეს ფაქტორებია: ბუნებრივი და ეკოლოგიური ფაქტორები, ცხოვრების სტილი, სამედიცინო მომსახურება და სხვ.

სამედიცინო სისტემა მიზნად ისახავს:

1. დისკომფორტისა და ავადობის შემცირებას;
2. შეზღუდული ჯანმრთელობის შემცირებას;
3. სიცოცხლის გახანგრძლივებასა და ნაადრევ სიკვდილთან ბრძოლას;
4. დაავადებისადმი მდგრადობის გაზრდას;
5. მოსახლეობის განათლებას ჯანდაცვის სფეროში.

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში გამოიყენება სხვადასხვა სამედიცინო სისტემა, რაც დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე, ეკონომიკასა და რესურსებზე. ჯანდაცვის სისტემა უნდა იყოს მოქნილი, რათა მან შეძლოს პოლიტიკური სისტემის, ეკონომიკის, დაავადებების ცვლილებებზე რეაგირება.

თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო სისტემების სამი ტიპია გავრცელებული. ესენია:

1) **აღმოსავლეთ ევროპის მოდელი – იგივე სემაშკოს მოდელი.** ეს მოდელი ჯანდაცვის სისტემის სამ ელემენტს მოიცავს. პირველადი ჯანდაცვა - ამბულატორიული მკურნალობა; მეორადი და მესამეული ჯანდაცვა - კლინიკური მკურნალობა. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს პოლიკლინიკებს, ქალთა კონსულტაციებს, სოფლის ამბულატორიებს, სპეციალიზირებულ კლინიკებს, ანუ ზოგად და სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებებს და, ასევე – დიაგნოსტიკას. მეორად ჯანდაცვას მიეკუთვნება უბნის, რეგიონალური და რესპუბლიკური კლინიკები. მესამეული ჯანდაცვა მოიცავს სპეციალიზირებულ კლინიკებსა და კვლევით ინსტიტუტებს. სემაშკოს მოდელი პირამიდას ჰგავს, სადაც მწვერვალი, ანუ ფილტრი პირველადი ჯანდაცვის რგოლია, პაციენტი ვერ მოხვდება პირდაპირ კლინიკაში შესაბამისი საფეხურების, ანუ პირველადი რგოლის გავლის გარეშე. ამ მოდელში სახელმწიფო წარმოადგენს ერთადერთ გადამხდელს და მომსახურების გამწევს.

2) დასავლეთის მოდელი. დასავლეთის სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული მომსახურება და მომარაგება, ხოლო დაფინანსება თითქმის ერთნაირია. აღმოსავლეთ ევროპის მოდელის მსგავსად, დასავლეთის მოდელიც პირამიდისმაგვარია, მხოლოდ დასავლეთის მოდელში დამატებულია მომ-სახურებისა და მომარაგების ისეთი კომპონენტები როგორცაა: მოხუცებულთა სახლი, პალიატიული მკურნალობა, რეაბილიტაცია. პირველად ჯანდაცვას მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურება მიეკუთვნება. სპეციალიზირებული მკურნალობა მხოლოდ მეორე რგოლში ხორციელდება. ოჯახის ექიმი ამ მოდელშიც ფილტრის როლს ასრულებს.

ასეთ მოდელში მომარაგება და დაფინანსება ავტონომიურია, პირველადი ჯანდაცვის რგოლი უფასოა, ხოლო უფრო მაღალ რგოლებში მოქმედებს თანაგადახდა. პაციენტს თავისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, ანუ შეუძლია მის მიერ არჩეულ კლინიკას ან ექიმს მიმართოს.

3) ჯანმრთელობის დაცვის შერეული მეთოდი. აზიის ქვეყნებში, აღმოსავლეთ ევროპის, ან დასავლეთის ჯანდაცვის სისტემები შერწყმულია ტრადიციულ მედიცინასთან. ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს ორი განსხვავებული სისტემის თანაარსებობას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ორ სისტემას შორის დიდი სხვაობაა, ისინი ახერხებენ თანაარსებობასა და თანამშრომლობას.

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შემდგომი გაუმჯობესების ძირითად რგოლს, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მომსახურებისადმი მაქსიმალური ხელმისაწვდომობა. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს დაავადების პრევენციას, პროფილაქტიკას, მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობას ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

1977 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრმა ქვეყნებმა მიზნად დაისახეს – „ჯანმრთელობა ყველას 2000 წელს“. ამის განსახორციელებლად ყველაზე რეალურ და ხელსაყრელ სეგმენტს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლი (პჯრ). პირველადი ჯანდაცვის რგოლს პირველად საფუძველი ჩაეყარა ალმა-ატაში 1978 წელს, ჯანმო – UNICEF-ის კონფერენციაზე, სადაც თავმოყრილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აქ მოხდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის არსის განმარტება.

1993 წელს სტარფილდმა განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის 4 ძირითადი მახასიათებელი: 1) პირველადი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან; 2) მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა; 3) ყოვლისმომცველობა; 4) კოორდინირება.

ზემოაღნიშნული საქმიანობის ძირითად ნაწილს ახორციელებს დამოუკიდებელი სპეციალობა, როგორცაა – ზოგადი პრაქტიკა ან საოჯახო მედიცინა. აშშ-ში სიტყვა ზოგადი პრაქტიკა შეცვლილია სიტყვით საოჯახო მედიცინა, ხოლო ტერმინი ზოგადი პროფილის ექიმი - ოჯახის ექიმით. ევროპაში უფრო გავრცელებულია ზოგადი პრაქტიკა.

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია აზიის, აფრიკისა და ლათინური ამერიკის მრავალ ქვეყანაში დაინერგა წარმატების სხვადასხვა დონით. ამ კონცეფციის ერთ-ერთი უდიდესი სარგებელი იყო ჯანდაცვის გაზრდილი ხელმისაწვდომობა.

დღეისათვის, ღარიბი ქვეყნების მიერ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა კვლავაც გამოიყენება დაავადებათა შესამსუბუქებლად და სუსტი სამედიცინო სისტემის დასახმარებლად. შედარებით მდიდარმა ქვეყნებმა აირჩიეს ტოტალური სამედიცინო რეფორმები, რომელიც მოიცავს არა მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების დეცენტრალიზაციასა და პრივატიზაციას, არამედ, ოჯახის ექიმთა მომზადების გეგმის გადახედვასა და დაზღვევის სისტემის დანერგვას.

ჯანდაცვის სისტემა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი სფეროა ადამიანის კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად. იგი დამოკიდებულია ქვეყანაში არსებულ სიტუაციაზე, ქვეყნის განვითარების დონეზე და მრავალ სხვა ფაქტორზე ქვეყნის შიგნით. ეს განაპირობებს მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული სამედიცინო სისტემების არსებობას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის შეფასება უნდა მოხდეს მისი ძირითადი შემადგენლების მიხედვით. მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზარი რამდენიმე სეგმენტად იყოფა. ესენია:

- მომსახურების ბაზარი, რომელიც მოიცავს სამედიცინო და საგანმა-ნათლებლო სეგმენტებს.

- ინოვაციების სეგმენტი, ეს სეგმენტი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან მოიცავს სამედიცინო კვლევებს, პატენტებს, ნოუ-ჰაუსს, სასწავლო და პროგრამულ პროდუქტებს.

ჯანდაცვის ბაზრების გლობალიზაციის პროცესები ყველაზე მეტად ვლინდება სწრაფად განვითარებად ფარმაცევტულ ბაზარზე. ფარმაცევტული ბაზარი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სეგმენტია ჯანდაცვის სფეროში. ფარმაცევტული პროდუქტების გაყიდვის საერთო მოცულობა 400 მლრდ დოლარს შეადგენს.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, სამედიცინო მოწყობილობის ღირებულება ყოველწლიურად იზრდება. მაგალითად, 2005 წელს 2000 წელთან შედარებით, ზრდამ შეადგინა 96 მლრდ დოლარი. ამ სახის ბაზარზე უპირობო ლიდერია აშშ, რომელზეც მსოფლიო გაყიდვების 40%-ზე მეტი მოდის. მეორე ადგილზეა ევროპა (25%), მესამეზე – აზია (21%, აქედან იაპონიაზე მოდის 15%). შედარებით იაფი სამედიცინო ტექნიკის წარმოებაში წამყვან პოზიციებს იკავებენ: ინდონეზია, მალაიზია, პაკისტანი და სხვა განვითარებადი ქვეყნები აზია-წყნარი ოკეანის რეგიონიდან.

ჯანდაცვის ეროვნული სისტემები ყველა ქვეყანაში განსხვავებულია. ეს გამომდინარეობს ქვეყანაში არსებული პოლიტიკური სიტუაციიდან და ფინანსური მდგომარეობიდან. ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს „ერთიანი გადამხდელის“ სისტემა, სადაც აკრძალულია კერძო დაზღვევა და იკრძალება კერძო კლინიკების არსებობა. რიგ ქვეყნებში მომხმარებელმა უნდა გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების დიდი წილი. ზოგ ქვეყანაში კი სახელმწიფო სრულებით ფარავს პაციენტის ხარჯებს.

საყოველთაო დაზღვევა ჯანდაცვის მომსახურებაზე ყველასათვის ხელმისაწვდომი არაა. იმ ქვეყნებში, სადაც ასეთი დაზღვევა ფუნქციონირებს მომსახურებაზე ძალიან დიდი რიგებია და მომსახურების ხარისხიც არ არის სათანადო.

დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში მიიჩნევა როგორც ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური და შედარებით მცირე დანახარჯების მქონე სისტემად. მისი ფუნქციონირებისთვის საჭირო თანხების მთავარი ნაწილი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მოდის და ნაწილდება ზემოდან ქვემოთ, მმართველი ვერტიკალის მიხედვით. ცენტრალიზებული დაფინანსება მკურნალობის ღირებულების ზრდის შეჩერების კარგ საშუალებას იძლევა.

დიდ ბრიტანეთში მოსახლეობისთვის ყველა სახის სამედიცინო-სოციალურ დახმარებას 5 დონედ ყოფენ:

1. პირველი დონე - ყველაზე მცირე დანახარჯების მქონე დახმარების ფორმაა. ეს არის სამედიცინო სატელეფონო კონსულტაციების ცხელი ხაზი. იგი ხორციელდება არა სამედიცინო, არამედ სხვადასხვა საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ. ეს ორგანიზაციები გაერთიანებულები არიან ერთ სტრუქტურაში და კონტროლდებიან საგრაფოს ადგილობრივი საბჭოებს მიერ. ამას გარდა, არსებობს მოხალისე არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომლებიც დახმარებას უწევენ სხვადასხვა დაავადების მქონე ადამიანებს
2. მეორე დონე - ეს არის პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარება, რომლის დაახლოებით 90% საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმების მიერ ხორციელდება. ისინი ხელშეკრულებით მუშაობენ ჯანდაცვის ეროვნულ ორგანოებთან.
3. მესამე დონე-ითვალისწინებს ბავშვების, ინვალიდების, ქრონიკული დაავადების მქონე პირების სახლში მომსახურებას - მედდების დახმარებას. საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტს სახლში საერთო პრაქტიკის მქონე ექიმი, პედიატრი ან გერონტოლოგი აკითხავს.
4. მეოთხე დონე-სასწრაფო დახმარება და დიაგნოსტიკური მომსახურება, რომელიც 2 ტიპის საავადმყოფოებში (ადგილობრივი და რაიონული) ხდება.
5. მეხუთე დონე-სპეციალიზირებული დახმარებაა (ნეიროქირურგია, გულის შუნტირება, ორგანოების გადანერგვა). ეს დახმარება ხორციელდება რამდენიმე სახელმწიფო სამედიცინო ცენტრებში.

საფრანგეთის ჯანდაცვის სისტემა თანამედროვე სახით ფუნქციონირებს და განაგრძობს განვითარებას ასწლეულზე მეტია. 2000 წელს იგი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღიარებული იქნა „მსოფლიოში საუკეთესო სისტემად სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის საქმეში“². საფრანგეთში ჯანდაცვის სისტემა აერთიანებს კერძო და სახელმწიფო სექტორებს. იგი ეფუძნება სავალდებულო

სამედიცინო დაზღვევის პრინციპს, თუმცა დიდ როლს თამაშობს აგრეთვე ნებაყოფლობითი დაზღვევაც. თითქმის შეუზღუდავი სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრი ხელმისაწვდომია როგორც ჰოსპიტალურ, ისე ამბულატორიულ სექტორში. საფრანგეთის მთავრობა უშუალოდ მონაწილეობს ჯანდაცვის სისტემის მართვაში. იგი აკონტროლებს იმ ორგანიზაციების მუშაობას, რომლებიც სამედიცინო დახმარების ფინანსირებას ახდენენ, აგრეთვე დაკავებულია სამედიცინო პერსონალის მომზადების საკითხებით.

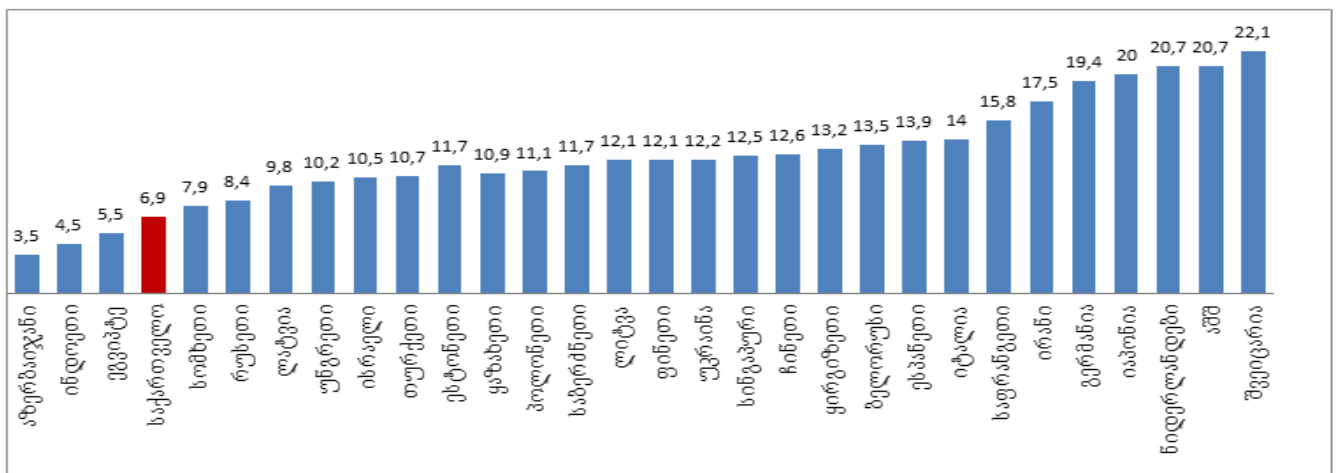
ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებიდან ყველაზე დიდ წარმატებას სამედიცინო დაზღვევის სფეროში, ორგანიზაცია Health Consumer Powerhouse ექსპერტების აზრით, **ესტონეთმა** მიაღწია. გამოკვლევა ჩატარდა ევროკავშირის 27 ქვეყანაში. ესტონეთმა რეიტინგში მე-10 ადგილი დაიკავა. Bang for the Buck³ კატეგორიაში კი მან პირველი ადგილი აიღო. დამოუკიდებლობის პირველ წლებში ესტონეთში ჯანდაცვის სფეროში მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდა. 1990 წელს შემოიღეს სოციალური დაზღვევა, რომლის ჩარჩოებში მოექცა სამედიცინო დახმარების ფინანსირებაც. ჯანდაცვის მართვის, რეგულირების და ფინანსირების პასუხისმგებლობა დაეკისრა სოციალური დაზღვევის სამინისტროს. მიღებულ იქნა კანონები: „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, „სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ორგანიზების შესახებ“.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში მოქმედებს სოციალური დაცვის შერჩევითი (სელექციური) სისტემა. ჯანდაცვის სისტემური მოწყობის სელექციური პრინციპი ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს. ამისგან განსხვავებით ევროპის ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას, ინდივიდუალიზმისა და სელექციურობის პრინციპი მყარად დამკვიდრდა ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. თუ ევროპულ ქვეყნებში სოციალური

პოლიტიკის შემუშავებისას ყოველთვის დომინირებდა თანასწორობის, სოციალური დაცულობის და საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპები, ამერიკაში ასეთი რამ მიუღებელი აღმოჩნდა მოქალაქეთა დიდი ნაწილისთვის. ამერიკელების უმრავლესობის აზრით ადამიანი პასუხისმგებელია საკუთარ ბედზე და ქმედებებზე, ხოლო პასუხისმგებლობის სახელმწიფოსთვის გადაცემის იდეა დიდი მხარდაჭერით არ სარგებლობს. აშშ-ში ქვეყნის სოციალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სახელმწიფოს როლის გაძლიერება ტრადიციულად განაპირობებს მოქალაქეთა მხრიდან უკმაყოფილებას. ჯანდაცვის სფეროს ამერიკელთა უმრავლესობა განიხილავს არა როგორც სახელმწიფოს ყველაზე მნიშვნელოვან სოციალურ ფუნქციას, არამედ როგორც სერვისს, რომელიც სხვა სერვისების მსგავსად იყიდება სამედიცინო ბაზარზე.

საქართველოში ჯანდაცვაზე იხარჯება მშპ-ის 2.5%. ევროპაში ეს არის საშუალოდ 5-7% ან 10%. ამერიკა ხარჯავს მშპ-ის 17%-ს.

გრაფა 1: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში, 2013 წ.



წყარო: The World Bank 2015. Health expenditure, public (% of GDP). World Bank Open Data. 2015

ბოლო წლების სტატისტიკა აჩვენებს, რომ ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯები ყოველწლიურად იზრდება (ცხრილი 1). მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრულ მინიმუმზე ბევრად ნაკლებია.

ცხრილი 1:

სახელმწიფოს დანახარჯები ჯანდაცვაზე

	2013	2014	2015	2016
სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი მშპ-ის მიმართ (%)	1.8%	2.2%	2.7%	2.9%
ნაერთი ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი მშპ-ის მიმართ (%)	1.9%	2.4%	2.8%	3%

წყარო: ფინანსთა სამინისტრო; საქსტატი

ჯანდაცვის სისტემაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება რესურსებს. 2016 წლის მდგომარეობით ჯანდაცვის რესურსების შესახებ ინფორმაციას გვაწვდის ცხრილი 1.

ცხრილი 2 ასეთი იქნება 2017 მქინც (თუ 2018 არა)

ექიმების რაოდენობა	27362	სტაციონარული დაწესებულებების რაოდენობა	280
ექიმებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	734	ამბულატორიულ/პოლიკლინიკური დაწესებულებების რაოდენობა	1092
ექთნების რაოდენობა	17998	ანტენატალური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების რაოდენობა	330
ექთნებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	482.8	სასწრაფო დახმარების სადგურების რაოდენობა	82
ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა	15084	სისხლის გადასხმის სადგურების რაოდენობა	21
ჰოსპიტალური საწოლებით უზრუნველყოფა 100000 მოსახლეზე	404.6	ჩვილ ბავშვთა სახლების რაოდენობა	1
მიმართვა ოჯახის ექიმთან	10486447	ს/კ ინსტიტუტების რაოდენობა	9
ექიმის ვიზიტი ბინაზე	239103	სოფლის ექიმი(ფიზიკური პირი) რაოდენობა	1277

წყარო: „ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველო 2017.“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დესზეც

როდესაც სახელმწიფოს ჯანდაცვის პოლიტიკაზეა საუბარი, უპირველეს ყოვლისა, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვაზე დანახარჯების მაჩვენებელთა ანალიზი; მაჩვენებლები მოცემულია ცხრილში 2

ცხრილი 2

ჯანდაცვაზე დანახარჯები

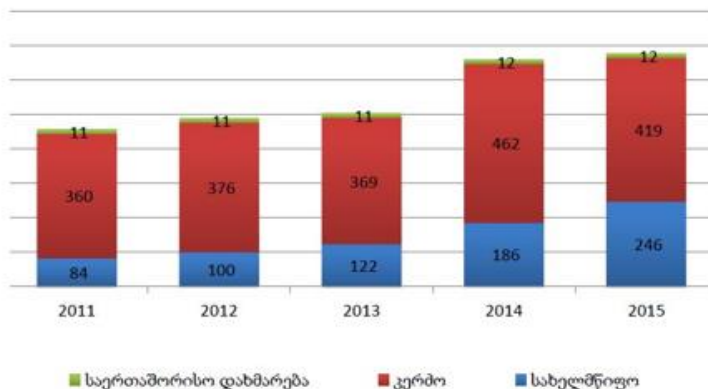
	2012	2013	2014	2015
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯი (მლნ. ლარი)	2 191	2 254	2 460	2 518
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი (მლნ. ლარი)	450	547	693	913
მ.შ. ტერიტორიული ერთეულები	41	43	41	51
ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯი (მლნ. ლარი)	1 690	1 655	1 720	1 559
ჯიბიდან გადახდები (მლნ. ლარი)	1 609	1 557	1 623	1 444
კერძო დაზღვევა (მლნ. ლარი)	81	98	97	115
საერთაშორისო დახმარებები და გრანტები (მლნ. ლარი)	50	51	47	46
სახელმწიფო დანახარჯების წილი (%)				
მთლიანი დანახარჯებიდან	20.6%	24.3%	28.2%	36.3%
სახელმწიფო ბიუჯეტიდან	5.3%	6.3%	7.2%	8.6%
მშპ-დან	1.7%	2.0%	2.4%	2.9%
მთლიანი დანახარჯების წილი მშპ-დან	8.4%	8.5%	8.5%	8.5%

წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშის შედეგები 2001-2015; შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯებზე ინფორმაციას იძლევა დიაგრამა 1, საიდანაც ჩანს, რომ ეს მაჩვენებელი 2011 წლიდან პერმანენტულად იზრდება, ამასთან, თითქმის 3-ჯერაა გაზრდილი სახელმწიფო დანახარჯები. სამინისტროს მონაცემებით ერთ სულზე გადაანგარიშებით, 2014-2015 წლებში ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო დაფინანსების მატემა დაფიქსირდა: 2014 – 186 ლარი; 2015 – 246 ლარი.

დიაგრამა 1

ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშის შედეგები 2001-2015; შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

II. პირველადი ჯანდაცვა, როგორც სისტემის ხერხემალი

- 1. პირველადი ჯანდაცვის არსი და მისი ფუნქციები

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

პირველადი ჯანდაცვის სიტემას საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს ალმა ატაში, ჯანმოს UNICEF-ის კონფერენციაზე. სადაც 150 ქვეყნის მთავრობა იყო მიწვეული. აღნიშნულ კონფერენციაზე მოხდა პირველადი ჯანდაცვის განმარტება, რომლის თანახმადაც იგი განისაზღვრა არსებით, აუცილებელ ჯანდაცვად, რომელიც უნდა ემყარებოდეს მეცნიერულად დასაბუთებულ, სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიას, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისათვის.

პირველადი ჯანდაცვის ბაზისურ ელემენტებად განისაზღვრა;

- სამედიცინო (პროფილაქტიკური) განათლება;
- ძირითადი სამედიცინო პრობლემის იდენტიფიცირება და კონტროლი;
- საკვების მიწოდება და სწორი კვება, სუფთა სასმელი წყალი და ძირითადი სანიტარული ნორმები;
- დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვა
- იმუნიზაცია
- ენდემურ დაავადებათა პრევენცია და კონტროლი
- გავრცელებულ დაავადებათა და ტრავმების შესაბამისი მკურნალობა,
- სულიერი ჯანმრთელობის დამკვიდრება
- ძირითადი წამლებით უზრუნველყოფა,

სტარფილდმა 1993 წელს განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის ოთხი ძირითადი მახასიათებელი;

- პირველი დონის კონტაქტი - პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს მოსახლეობისათვის ერთგვარ კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში. საზოგადოების ყველა წევრს საწიროების შემთხვევაში, შეუძლია ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით,
- უწყვეტობა - ექიმის პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს, დავადება კი ეპიზოდს.

- ყოვლისმომცველობა - ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ზრუნავს არა მარტო პაციენტის ჯანმრთელობაზე, არამედ მის სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზე. ამგვარად დიაგნოზის დასმისას იგი ითვალისწინებს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ფაქტორს.
- კოორდინირება - ექიმი განსაზღვრავს სხვა პროფესიონალების დახმარების საჭიროებას და ჯანდაცვის რესურსების გამოყენების საჭიროებასაც. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ვალდებულია მეგზურობა გაუწიოს პაციენტს ჯანდაცვის რთულ სისტემაში.

პირველადი ჯანდაცვის მიზანია უზრუნველყოს მოსახლეობის ფიზიკური, სულიერი და სოციალური კეთილდღეობა. აღნიშნულის მისაღწევად იგი ახორციელებს შემდეგ ღონისძიებებს:

- დაავადებათა პროფილაქტიკა;
- დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა;
- დაავადების მართვა;
- დაავადების გამოვლენა პრესიმპტომურ სტადიაზე;
- დაავადების გართულების მართვა;
- აქტიური მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაცია;
- დახმარება ტერმინალური მდგომარეობის დროს (პალიატიური მკურნალობა);
- ჩამოყალიბებული დაავადების დიაგნოსტიკა;

ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე პროცესები განაპირობებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებების მენეჯმენტის დაინტე-რესებას, რათა მმართველობით საქმიანობაში გამოიყენოს ისეთი მექანიზ-მები, რაც სამედიცინო პერსონალს უკეთ მუშაობის მოტივაციას შეუქმნის, რაც თავისთავად ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

სამედიცინო მომსახურებას აქვს საზოგადოებრივ-სოციალური ეფექტი და პირველადი ჯანდაცვის სექტორის როლი ამ საქმეში არსებითია. ყოვე-ლივე ეს მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მართვის ორგანიზაციას, ფორმებსა და მეთოდებს. მართვის პროცესის გან-მსაზღვრელი არსებითი

ინდიკატორები დაკავშირებულია სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის თავისებურებებთან.

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან ელემენტს, რომლის გვერდის ავლით შეუძლებელია ამ სფეროში რეფორმების განხორციელება. სახელმწიფოს მთავარი გამოწვევა ჯანდაცვის მიმართულებით პირველადი ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირება და ამ მიმართულებით მენეჯმენტის სრულყოფაა. გასული საუკუნის 90-იან წლებში საქართველოში დაიწყო ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირება. ამ პროცესში აქტიურად მონაწილეობდნენ საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც საქართველოს ფინანსურ და ექსპერტულ დახმარებას უწევდნენ.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და განმტკიცება, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდა.

ცნება „პირველადი ჯანდაცვა“ მიგვანიშნებს, რომ პაციენტი პირველ კონტაქტს ოჯახის ექიმთან ამყარებს, ის არის მისი ერთგვარი მეკარიბჭე ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართვას აძლევს ექიმ-სპეცი-ალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმისთვის პაციენტთან ურთიერთობა უწყვეტი პროცესია. ოჯახის ექიმმა კარგად იცის, როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება, რაც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, როდესაც პაციენტს ქრონიკული დაავადება აღენიშნება. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის მიღწევის ელემენტარული პირობა სამედიცინო მომსახურების ერთი და იმავე ექიმისგან განხორციელებაა.

პირველადი ჯანდაცვის კიდევ ერთი გამორჩეული ნიშანია ყოვლის-მომცველობა. კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობას ეწევიან. რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია ჩვენნაირი ღარიბი ქვეყნისათვის, პირველადი ჯანდაცვის მოდელის

დროს მოქალაქეები ნაკლებად მიმართავენ ჰოსპიტალურ სექტორს. შესაბამისად, მცირდება ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები.⁴ ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა.⁵ როცა გამართულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებული ჰოსპიტალური მკურნალობა და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები. ერთი კვლევის მიხედვით, იმ პაციენტებს, რომლებიც ჯერ ოჯახის ექიმს მიმართავენ და არა სპეციალისტებს, 33%-ით ნაკლები ხარჯი ჰქონდათ. მათში სიკვდილი-ანობაც 19%-ით ნაკლები იყო.⁶

პირველადი ჯანდაცვა ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად უნდა იყოს მიმართული. ამისათვის, 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 1,97 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, ექთან 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.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთში, ოჯახის ექიმის დაფინანსება

⁴ Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003.

⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში, თბილისი, 2015.

⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში, თბილისი, 2015.

დამოკიდებულია არამართო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

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

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო. იგი ეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას.

2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერითა და მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი. ამავე პერიოდიდან დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იქნა 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა დაბალია და 2011 წლის მონაცემებით ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდება [24]. საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს 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. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

ევროპის ქვეყნებში, ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს და მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. 2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება სახელმწიფო პრიორიტეტად არის გაცხადებული 2014 წელს მიღებული მთავრობის დადგენილების მიხედვით 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობისდაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, სადაც მითითებულია, რომ „პირველადი ჯანდაცვისა და სხვადასხვა პრევენციული მომსახურების მიმართულებით განხორციელდება მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.“ (წყარო: საკანონმდებლო მაცნე)

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მზარდია: 2012 წლიდან 2018 წლამდე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა (სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულების ანგარიშები 2012-2018).

მთავრობის მიერ 2014 წელს გაცხადებული პრიორიტეტის მიუხედავად, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების უმეტესი წილი კვლავ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე იხარჯება.

2012-2018 წლის ჯანდაცვაზე დანახარჯების ანალიზის მიხედვით:

ამბულატორიულ მომსახურებაზე სახელმწიფო დანახარჯი გაორმაგდა, თუმცა ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებში ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯის წილი 2016 წლის შემდეგ ფაქტობრივად არ იცვლება და მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის მხოლოდ მეთხუთმედს შეადგენს,

ხოლო ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები მზარდია და 2015 წლიდან მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს.

სამედიცინო სერვისების მოხმარება 2012 წლის შემდგომ ზრდის დინამიკით ხასიათდება. თუმცა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაში სახელმწიფო დანახარჯების წილის არათანაბარი ზრდის შესაბამისად 2012 წლიდან 2017 წლამდე:

ამბულატორიული მიმართვიანობის მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა 30%-ით და არაჭარბებს 3 ვიზიტს წელიწადში (აღნიშნული მაჩვენებელი 2.5-ჯერ ნაკლებია საშუალო ევროპული ქვეყნის მაჩვენებელზე)

მაშინ, როდესაც ამავე პერიოდში ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისები უტოლიზაციამეტად მოიმატა და განსაკუთრებით გადაუდებელი ოპერაციების შემთხვევაში – დაფიქსირდა სერვისების მოხმარების დაახლოებით 300%-იანი მატება.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია.

სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებისათვის:

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს 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.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობისა და მდებარეობის განსაზღვრისათვის:

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის 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 მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ მთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა. ეს გუნდები გარკვეული პერიოდულობით, უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გაწევენ. ამ მხრივ, ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის

გუნდი (1 ექიმი, ერთი ექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

2.2. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებების საქმიანობის ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოში

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ძირითად საქმიანობას წარმოადგენს:

- ა) მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება
- ბ) იმუნიზაცია
- გ) თემში ჯანმრთელობისთვის საშიში სიტუაციების გამოვლენა
- დ) ჯანმრთელობის საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირებულობა და განათლება
- ე) თემის მობილიზება ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენისა და გადაწყვეტისათვის
- ვ) გადამდები და არაგადამდები დაავადებების ეპიდ. ზედამხედველობა
- ზ) მავნე გარემო ფაქტორებისაგან დაცვა
- თ) ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრება
- ი) სტიქიურ უბედურებებზე რეაგირება და აღდგენით სამუშაოებში თემის დახმარება

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას როგორც ამბულატორიულად ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალოდ თუ პრევენციული მიზნით; ფუნქციურ-დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მათ შორის ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, ბავშვთა ზრდა განვითარებაზე მეთვალყურეობა; ტუბერკულოზის გულ სისხნარღვთა და სხვა არაგადამდენი ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებს მიეკუთვნება:

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელი, ჯანდაცვის პუნქტები, საექთნო-სახეობო პუნქტები, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი. ამის გარდა მრავალპროფილურ რაიონულ და რეგიონულ საავადმყოფოებში არსებული პოლიკლინიკები და ამბულატორიები, და სპეციალიზირებულ საავადმყოფოებში არსებული პოლიკლინიკები და პირველადი ჯანდაცვის ყველაზე მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს საოჯახო მედიცინა (ოჯახის,სოფლის ექიმი) რაც თავის მხრივ პრაქტიკულ , მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს ემყარება.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებების ქსელი, საქართველო, 2017

დაწესებულება	რაოდენობა
სტაციონარული დაწესებულებები	280
საავადმყოფოები და სამედიცინო ცენტრები	272
მ.შ. სპეციალიზებული	117
მ.შ. დამოუკიდებელი სამშობიარო სახლები	32
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები (სტაციონარით)	6
დისპანსერები (სტაციონარით)	2
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები და სოფლის ექიმები	2369
მ.შ. პოლიკლინიკური დაწესებულებები დამოუკიდებელი	945
მ.შ. სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები და კაბინეტები	625
ამბულატორიები	24
დამოუკიდებელი ქალთა კონსულტაციები	32
კაბინეტები (სტომატოლოგიურის გარდა)	70
სოფლის ექიმები	1277
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები (სტაციონარის გარეშე)	3
დისპანსერები (სტაციონარის გარეშე)	18
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგური	82
სისხლის გადასხმის ობიექტები	21
ეპიდემიოლოგიური სამსახური	64
სხვა	31

პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელია ოჯახის ექიმი (რაიონებში სოფლის ექიმი) რომელიც თანამშრომლობს ნებისმიერი სახის პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან ექთნებთან და ბებიაქალებთან და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან და სასწრაფო დახმარების ბრიგადასთან.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
--	------	------	------	------	------	------	------

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაწესებულებების საერთო რაოდენობა	75	78	75	104	78	79	82
გასვლების საერთო რაოდენობა	966493	1061690	1231225	1247588	1479212	1617704	1451725
პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწია დახმარება სახელმწიფო პროგრამით	908000	993089	1148445	1201793	1436980	1459415	1345002

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა ქვეყნის მოსახლეობას უზრუნველყოფს უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით. 2017 წელს სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების მიერ განხორციელებულ იქნა 1 451 725 გამოძახებაზე გასვლა, რაც 1 სულ მოსახლეზე 0.4-ს შეადგენს.

ცხრილზე ნაჩვენებია საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებისა და სასწრაფო დახმარების საქმიანობის საჩვენებლები

	პირველადი სამედიცინო დახმარება გაეწია	მათ შორის					
		უბედური შემთხვევის დროს		უცაბედი ავად გახდომის დროს		მშობიარობის და პათოლოგიური ორსულობის დროს	
		სულ	%	სულ	%	სულ	%
2010	933877	13286	1.4	915319	980	5272	0.6
2011	936614	12323	1.3	919953	982	4338	0.5
2012	1035270	29242	2.8	1001494	967	4534	0.4
2013	1199884	15017	1.3	1179681	983	5186	0.4
2014	1221404	26074	2.1	1188006	973	6484	0.5
2015	1452857	24712	1.7	1417200	975	8734	0.6
2016	1530237	24778	1.6	1494058	976	9068	0.6
2017	1413410	20106	1.4	1382520	97.8	8417	0.6

ჯანდაცვის ორგანოებისა და დაწესებულების ამოცანას, რომლებიც უშუალოდ მიეკუთვნებიან ჯანდაცვას, როგორც დარგს, წარმოადგენს მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე საქმიანობის ორგანიზაცია, რომელიც მოიცავს დაავადებების გამოვლენას ადრეულ სტადიებზე და პათოლოგიის წინა 16 მდგომარეობებში, დროულ სამედიცინო-სოციალურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას, შრომისუნარიანობის აღდგენას. მოსახლეობის ჯანმრთელობა წარმოადგენს ერის ნორმალური ფუნქციონირებისა და სოციალური კეთილდღეობის წინაპირობას, ნათქვამია ჯანდაცვის ევროპელი მინისტრების მე-5 კონფერენციის შემაჯამებელ დოკუმენტში (ევროსაბჭო, 1996 წლის ნოემბერი) [57, გვ.5]. ამიტომ ჯანდაცვის, როგორც სოციალური სფეროს უმნიშვნელოვანესი დარგის განვითარება არაპირდაპირაა დაკავშირებული სახელმწიფოს საქმიანობასთან.

	2014	2015	2016	2017
სავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, ათასი	11.7	12.8	13.8	15.1
ექიმების რიცხოვნობა, ათასი	24.3	22.9	26.6	27.4
მათ შორის სტომატოლოგები	1.8	2.1	2.4	2.2
საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა, ათასი	15.6	16.4	17.6	18.0
ექიმთან მიმართების რიცხვი, ათასი	11 881.1	13 243.9	13 079.0	11 493.4

მოსახლეობის მომსახურება სასწრაფო დახმარებით

წელი	პირველადი სამედიცინო დახმარება გაეწია – სულ	მათ შორის:				უშედეგო გასვლების რაოდენობა
		უბედური შემთხვევების დროს	უცაბედი ავად გახდომის დროს	პათოლოგიური ფეხმძიმობის და მშობიარობის დროს	ძალადობასთან დაკავშირებით	
2010	1074277	13286	1055719	5272	-	...
2011	881624	10246	867094	4284	-	...
2012	1035270	29242	1001494	4534	-	...
2013	1199884	15017	1179681	5186	-	...
2014	1221404	26074	1188006	6484	840	...
2015	1452857	24712	1417200	8734	2211	20199
2016	1530237	24778	1494058	9068	2333	23296
2017	1413410	20106	1382520	8417	2367	21090

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

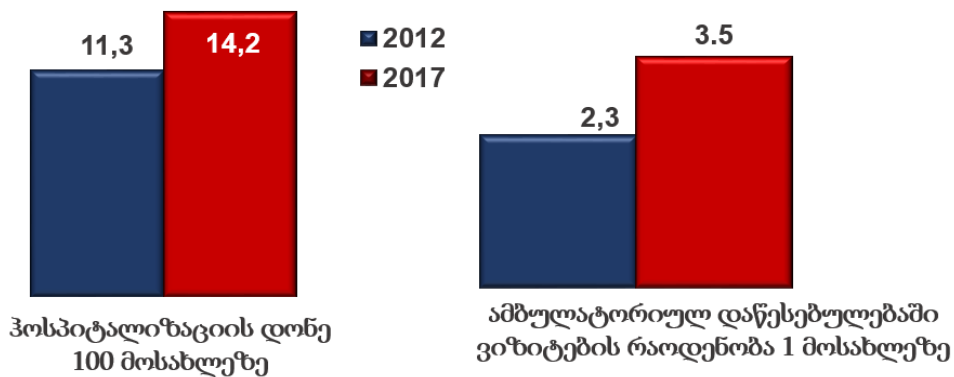
მონაცემების ზრდა აიხსნება: 1) სასწრაფო დახმარების სისტემის გაუმჯობესებით, 2) ჯანდაცვის სისტემაზე ხელმისაწვდომობისა და მიმართვიანობის გაზრდით, 3) სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებით (გაფართოებით).

ჰოსპიტალური ჰოსპიტალური სამედიცინო სამედიცინო მომსახურების მომსახურების სიმძლავრის სიმძლავრის შექმნა საქართველოში საქართველოში ამოცანები ამოცანები: -არსებული არსებული ქსელის ფიზიკური ფიზიკური ინფრასტრუქტურის ინფრასტრუქტურის განახლება განახლება; -მომსახურების მომსახურების კერძო მიმწოდებლების მიმწოდებლების განვითარება განვითარება; - ხარისხიანი ხარისხიანი ჰოსპიტალური ჰოსპიტალური მომსახურებისადმი მომსახურებისადმი გეოგრაფიული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა უზრუნველყოფა; -ინვესტიციები ინვესტიციები იმ

მასშტაბით მასშტაბით, რომ უზრუნველყოფილ იქნას სამედიცინო სამედიცინო მომსახურების მომსახურების ფასების ფასების სტაბილურობა სტაბილურობა

ჰოსპიტალური მომსახურების მომსახურების სიმძლავრე საქართველოში საქართველოში 100 ახალი საავადმყოფო 77 საავადმყოფო რაიონებში; 23 საავადმყოფო თბილისში; 7800 საწოლი -44 (15 და 25 საწოლიან საწოლიან) საავადმყოფოში, 7020 საწოლი -56 (50 და მეტ საწოლიან საწოლიან) საავადმყოფოში;

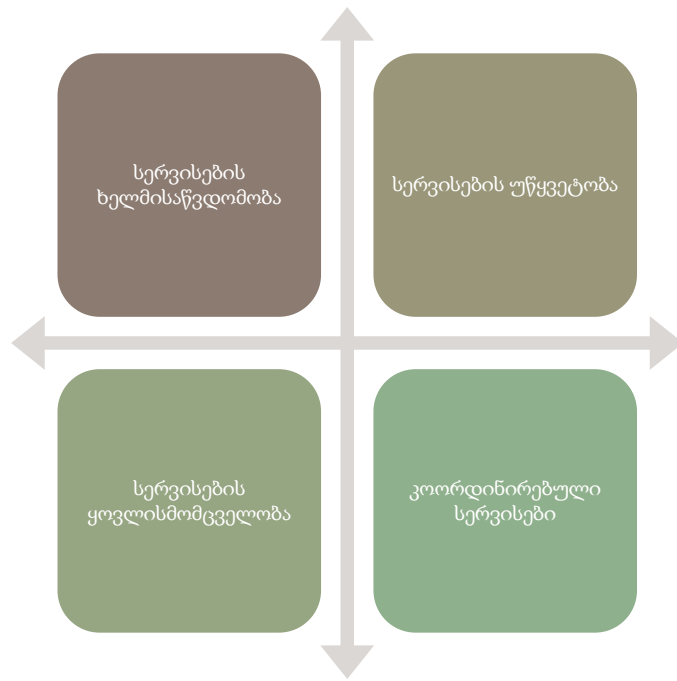
სურათი 3.7 სერვისების უტილიზაცია საყოვეთაო ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში



III . ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება: ქართული რეალობა

3.1. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი - ჩამოყალიბა და პრობლემები;

pirveladi jandacvis servisebis miwodeba 4 komponents moicavs:



ხელმისაწვდომობა-პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში, შესაბამისად, საზოგადოების თითოეულ წევრს უნდა შეეძლოს სერვისით სარგებლობა.

უწყვეტობა- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტთან მუშაობა უწყვეტი პროცესია. ოჯახის ექიმს აქვს საშუალება პაციენტზე აწარმოოს ხანგრძლივი დაკვირვება.

ყოვლისმომცველობა- საოჯახო მედიცინა ზრუნავს პაციენტის ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე.

კოორდინირება-საოჯახო მედიცინა გადაამისამართებს პაციენტს ჯანდაცვის სისტემის სხვა რგოლში, საჭიროების შესაბამისად.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის საფუძველზე საოჯახო მედიცინის სისტემა განვითარდა. ოჯახის ექიმი არის პირი, რომელსაც უმეტესად გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღების მსურველი, ასევე პრევენციული ვიზიტის მსურველი პირი მიმართავს, თუმცა ეს არ გულისხმობს იმას, რომ ოჯახის ექიმმა საჭიროების შემთხვევაში არ გასწიოს გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება.

არსებობს ექიმთა ორი ძირითადი ჯგუფი — ოჯახის ექიმი, ანუ ფართო პროფილის თერაპევტი და სპეციალისტი. თუ ადამიანი ავად გახდა, ჯერ თერაპევთან მიდის,

რომელიც დიაგნოზს სვამს და წვეტს თვითონ უმკურნალებს პაციენტს, თუ ვიწრო სპეციალისტთან გაგზავნოს. ექიმი სპეციალისტები ჩვეულებრივ, საავადმყოფოში მუშაობენ. მათ მრავალ სფეროში შეუძლიათ დახელოვნება, მათ შორის — ქირურგიაში, პედიატრიაში და მრავალი სხვადასხვა დაავადების მკურნალობის სფეროში.

ძველ დროში მკურნალი ექიმის პროფესიული საქმიანობა გულისხმობდა ადამიანის ერთ მთლიანობად მოაზრებას და პაციენტის ნებისმიერი პრობლემის მოგვარებაზე პასუხისმგებლობის აღებას. დროთა განმავლობაში მედიცინაში ტექნოლოგიებისა და ვიწრო სპეციალობების განვითარებამ საექიმო საქმიანობის ფრაგმენტაცია გამოიწვია, რამაც უკანა პლანზე გადასწია ადამიანის მთლიანობის აღქმა და მკურნალობის პროცესში მისი პიროვნულობის ფაქტორის გათვალისწინება. ფოკუსირება მოხდა დაავადებაზე და არა ადამიანზე, რამაც, ბუნებრივია, გამოიწვია პაციენტთა უკმაყოფილების ზრდა. ამ პრობლემის გამოსწორება შესაძლებელია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებით.

საოჯახო მედიცინას უნდა შეეძლოს ინდივიდუალური პაციენტის ჯანმრთელობის ნებისმიერ პრობლემასთან გამკლავება. ოჯახის ექიმი მართავს არა მხოლოდ წარმოდგენილ პრობლემას, არამედ მას ხშირად უხდება მრავალი პრობლემის ერთდროულად მართვა. არა იშვიათად პაციენტი საკონსულტაციოდ სხვადასხვა ჩივილით მოდის, რომელთა რაოდენობა ასაკთან ერთად მატულობს. რამდენიმე მოთხოვნაზე ერთდროული რეაგირება ქმნის პრობლემების იერარქიული მართვის საჭიროებას, რაც პაციენტისა და ექიმის მიერ შეთანხმებული პრიორიტეტების გათვალისწინებით უნდა ხდებოდეს.

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს: - არსებული რესურსების პირობებში ცალკეული პაციენტისა და თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებს შორის შესაბამისობის უზრუნველყოფა.

ქვემოთ მოცემულია ოჯახის ექიმის როლის განსაზღვრა, რომელიც დისციპლინის ზემოთ აღწერილ მახასიათებლებს პრაქტიკოსი ექიმის კონტექსტში აქცევს და წარმოგვიდგენს იდეალს, რომლისკენაც უნდა ისწრაფვოდეს თითოეული ოჯახის ექიმი. მოცემული განსაზღვრების ზოგიერთი ელემენტი ახასიათებს არა მარტო საოჯახო

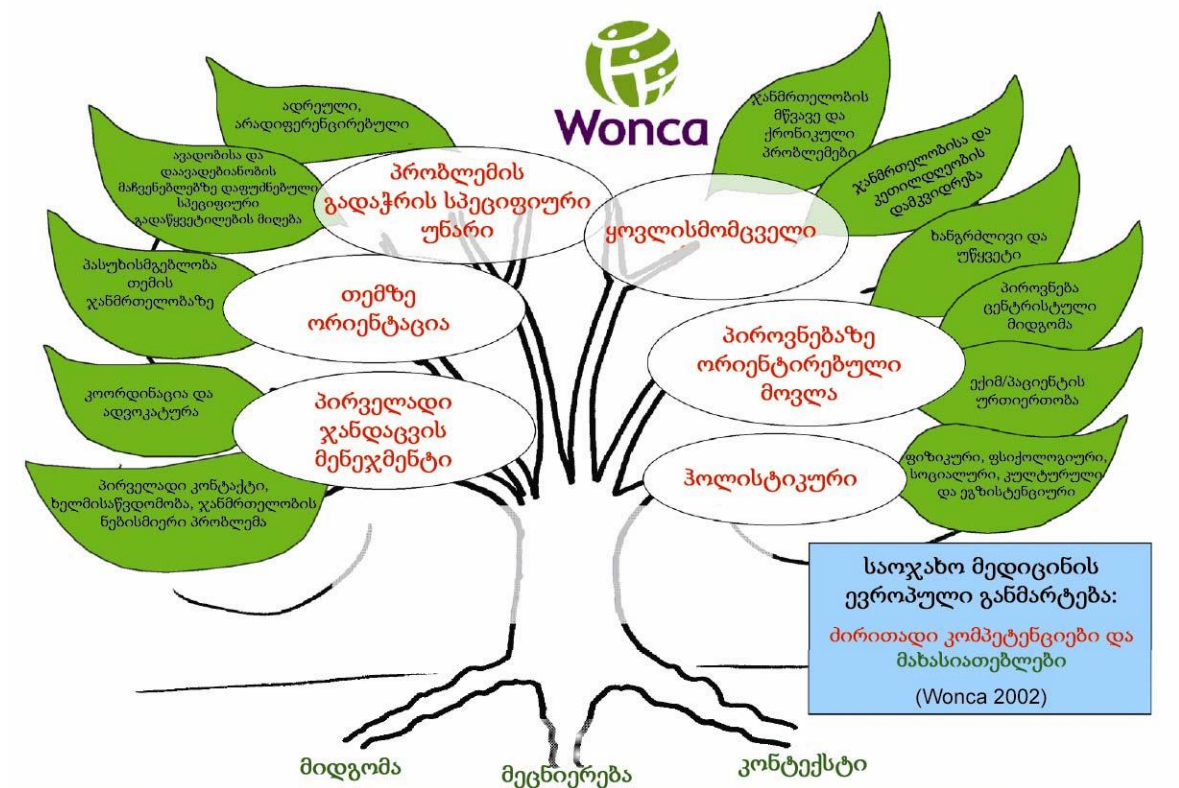
მედიცინას, არამედ ზოგადად ექიმის პროფესიას. ამავე დროს, ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის სპეციალობა ერთადერთია, რომელსაც შეუძლია ყველა ამ თავისებურების განხორციელება. საერთო მახასიათებლის ერთი მაგალითია ის, რომ ოჯახის ექიმს გააჩნია უნარ-ჩვევების სათანადო დონის შენარჩუნებაზე პასუხისმგებლობა; თუმცა, იგი, ზოგჯერ, იზოლირებულ გარემოში დასაქმებული ოჯახის ექიმისათვის საკმაოდ გამძნელებულია.

„ოჯახის ექიმი არის პროფესიონალი (სპეციალისტი), რომელიც მომზადდა საოჯახო მედიცინის სპეციალობის პრინციპების საფუძველზე. ის არის პირადი ექიმი, რომელიც უპირველესად პასუხისმგებელია ყველა ინდივიდუალური პაციენტის მიმართ, რომელიც ეძებს სამედიცინო დახმარებას; იგი უზრუნველყოფს უწყვეტი და ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას მიუხედავად ასაკისა, სქესისა და დაავადებისა; ზრუნავს პიროვნებებზე ოჯახის, თემისა და კულტურის კონტექსტში და ყოველთვის იცავს პაციენტის ავტონომიას. ოჯახის ექიმი, ასევე, აცნობიერებს საკუთარ პროფესიულ პასუხისმგებლობას საზოგადოების წინაშე. პაციენტთან მდგომარეობის მართვის გეგმის შეთანხმებისას ოჯახის ექიმი ერთობლიობაში განიხილავს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, კულტურულ და ყოფით ფაქტორებს და, ამისათვის, იყენებს ხანგრძლივი ურთიერთობის პროცესში მიღებულ ცოდნას და მოპოვებულ ნდობას. ოჯახის ექიმი ეწევა პროფესიულ საქმიანობას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, მკურნალობის, მზრუნველობის ან პალიატიური დახმარების საშუალებით. აღნიშნულ პროცესებს ოჯახის ექიმი ახორციელებს უშუალოდ ან სხვა პროფესიონალებთან თანამშრომლობით, პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და თემში არსებული რესურსების გათვალისწინებით; საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის ექიმი ეხმარება პაციენტს აღნიშნული მომსახურების მიღებაში. ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობა საკუთარი უნარ-ჩვევების განვითარებასა და შენარჩუნებაზე, სათანადო პერსონალური ბალანსი და სხვა ფასეულობები - წარმოადგენს პაციენტების უსაფრთხო და ეფექტური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის საფუძველს”.

ძირითადი კომპეტენციებისა და მისი გამოყენების ბაზისური ნიშნების ურთიერთქმედება ახასიათებს საოჯახო მედიცინას, როგორც დისციპლინას და ხაზს

უსვამს მის სირთულეს. სწორედ ეს კომპლექსური ურთიერთ დამოკიდებულება უნდა წარმოადგენდეს სახელმძღვანელოს და აისახოს სწავლების, კვლევისა და ხარისხის უზრუნველყოფის შესაბამისი გეგმების ჩამოყალიბებაში.

აღნიშნულ ურთიერთ დამოკიდებულებას მკაფიოდ გამოხატავს შვეიცარიის კოლეჯის მიერ მოწოდებული WONCA-ს ხე:



პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია რადგან გადახდისუნარიანი არაა.

პირველადი ჯანდაცვა – ეს არის ის აუცილებელი ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეს ოჯახის ექიმის, ან პედიატრის მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად, რომელსაც შეადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექთნები. ეს ითვალისწინებს საექიმო კონსულტაციას, როგორც ამბულატორიულად, ისე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო, თუ პრევენციული მიზნით; ფუნქციურ- დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; მიმართვას (რეფერალს) მეორე, ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში; ტუბერკუ-ლოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილ ღონისძიებებს; ასევე, საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართულ ღონისძიებებს, როგორცაა: მოსახ-ლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება და იმუნიზაცია;

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა.

ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის ზოგადი კომპეტენცია (ცოდნა, უნარ-ჩვევები, დამოკიდებულება) ექვს მთავარ კომპეტენციას ეფუძნება:

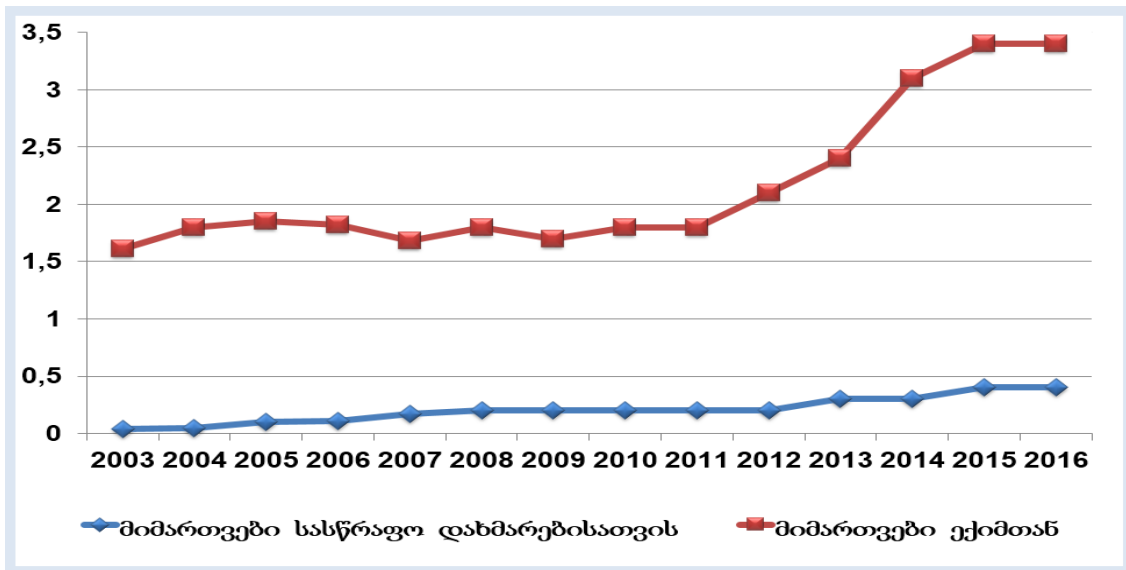
- პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვა;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარება;
- პრობლემის გადაჭრის სპეციფიკური უნარ-ჩვევები;
- ყოვლისმომცველი მიდგომა;
- თემზე ორიენტაცია;
- ჰოლისტიკური მოდელირება (ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის გამოყენება კულტურული და ყოფითი ფაქტორების გათვალისწინებით).
- პაციენტების მიმართ ემპათიური ურთიერთობა
- მის საქმიანობაზე გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების მიზანმიმართულად გამოყენებაზე კონტროლი.

ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობა არ განისაზღვრება ცოდნის გარკვეული მოცულობით ან ამა თუ იმ დაავადების მართვის უნარით და სპეციფიური ჩვევებით. მისი პასუხისმგებლობის საზღვრები შეუზღუდავია. ოჯახის ექიმს შეუძლია მართოს ნებისმიერი სქესის და ასაკის პირის ნებისმიერი სამედიცინო პრობლემა. მისი პრაქტიკული საქმიანობის მოცულობა არ განისაზღვრება კონკრეტული პრობლემის ბუნებით. ოჯახის ექიმს შეუძლია პაციენტი სპეციალისტთან გააგზავნოს საკონსულტაციოდ და სამკურნალოდ, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი იგი ატარებს საწყის შეფასებას და პასუხისმგებელია პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესის კოორდინაციაზე. პაციენტის მიმართ ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას არააქვს საბოლოო წერტილი. იგი არ იხსნება პაციენტის განკურნებისას, მკურნალობის კურსის დასასრულს ან განუკერნებელი ავადმყოფობის არსებობისას. უმრავლეს შემთხვევაში ოჯახის ექიმები პაციენტზე პასუხისმგებლობას რაიმე სამედიცინო პრობლემის განვითარებამდე იღებენ, სხვაგვარად რომ ვთქვათ ოჯახის ექიმის საქმიანობა პაციენტთან ურთიერთობის ჩამოყალიბებას ეფუძნება, რაც მკვეთრად განასხვავებს ოჯახის ექიმს კლინიკური მედიცინის სხვა დისციპლინებისაგან.

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

ევროპის ქვეყნებში, ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს და მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. 2016 წლის

მონაცემებით, საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს.



წყარო: დესჯეც

პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელსაც უნარი აქვს საოჯახო მედიცინის პრინციპების თანახმად ამოიცნოს და მართოს მოსახლეობის ბაზისური სამედიცინო საჭიროებების უდიდესი ნაწილი. ოჯახის ექიმი თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან და ბებიაქალებთან.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური, გეოგრაფიული და პროფესიული ფაქტორების გათვალისწინებით და შეადგენს მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე და ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს, საშუალოდ, 2000 მოსახლეზე გაანგარიშებით. მეორე და მესამე დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები არიან სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტები და ექთნები.

გარდამავალ პერიოდში, მართვის გაუმჯობესების, მომსახურების უწყვეტობის ოპტიმალური რეჟიმის და მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, შჯსდ

სამინისტრო განახორციელებს სახელმწიფოს მიერ რეაბილიტირებული სამედიცინო დაწესებულებების რეორგანიზაციას. კერძოდ, კონკრეტული რაიონის და რეგიონის დონეზე მოხდება ცალკეული იურიდიული პირების შერწყმა ერთ ან რამდენიმე კერძო სამართლის იურიდიულ პირად - რეკომენდებულია არამომგებიანი ორგანიზაცია. ასეთი ორგანიზაციის წესდებაში გაკეთდება სპეციალური ჩანაწერი, რომ წმინდა მოგება არ განაწილდება დივიდენდების სახით, არამედ დარჩება დაწესებულებაში და მოხმარდება მის განვითარებას, რაც უზრუნველყოფს არამომგებიანი ორგანიზაციის ფაქტიურ სტატუსს. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გაერთიანდეს: ა) ჰოსპიტალური და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლები; 4 ბ) მხოლოდ ჰოსპიტალური და მხოლოდ არაჰოსპიტალური (პჯდ, დამხმარე ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური სამსახურები და გადაუდებელი დახმარების პუნქტი) მიმწოდებლები;

საქართველოში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალზე შრომის დაბალი ანაზღაურება. 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, ექთან 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.

ოჯახის ექიმის როლს რეგიონებში ასრულებს სოფლის ექიმი. იგი არის უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირი, რომელსაც გავლილი აქვს შესაბამისი პროფესიული მზადების ციკლი და ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას,

სახელმწიფო პროგრამის „სოფლის ექიმის“ ფარგლებში. პროგრამის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

ქვეყანაში გამართული ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველყოფისათვის საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარება, ოჯახის ექიმის როლის გაძლიერება, მისდამი ნდობის ამაღლება. ამისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შრომასთან შესაბამისი ანაზღაურების უზრუნველყოფას, რაც, საბოლოო ჯამში, მოტივირებულს გახდის სამედიცინო პერსონალს უკეთ შეასრულოს დაკისრებული მოვალეობა.

დღესდღეობით, ამერიკასა და ევროპის მოწინავე ქვეყნებში ჯანმრთელობის სექტორი ერთ-ერთ ყველაზე მაღალშემოსავლიან დასაქმების წყაროს წარმოადგენს. დღითიდღე იზრდება ახალი საავადმყოფოებისა და სამედიცინო დაწესებულებების რიცხვი, რომლებიც უახლესი ტექნიკითაა აღჭურვილი და მოსახლეობას ყოველწლიურად გამუჯობესებულ სერვისს სთავაზობენ. მსგავსი დაწესებულებები მუდმივად ეძებენ ისეთ კადრებს, რომლებიც პროფესიონალიზმითა და საქმისადმი განსაკუთრებული მიდგომით გამოირჩევიან.

ოჯახის ექიმის საშუალო წლიური ხელფასი: **\$173,860**

განათლება: ოჯახის ექიმის პოზიციის დასაკავებლად საჭიროა მინიმუმ M.D (Medical Doctor) ან D.O (Doctor of Osteopathy) ხარისხის ქონა.

ზოგადად დღეს ასეთი ტენდენცია გვხვდება, რომ სტაციონარები და კლინიკები სრულად არიან აღჭურვილნი ყველა საშუალებით, ხოლო პოლიკლინიკებს, პირველად რგოლს ამ კუთხით შედარებით უჭირს. რათქმაუნდა, აღარაფერს ვამბობ პირველადი რგოლის ექიმების ანაზღაურებაზე, რომელიც რასაკვირველია უნდა გადაიხედოს და ექიმს ჰქონდეს მისი სამუშაოს შესაფერისი ღირსეული ხელფასი

ოჯახის ექიმი პრობლემად მიიჩნევს ასევე მოსახლეობაში შესაბამისი ინფორმაციის მწვავე დეფიციტს.

ინფორმაციის დეფიციტში იგულისხმება შემდეგი, მოსახლეობის ნაწილმა საერთოდ არ იცის თუ რა არის პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ნაწილს კი ამ რგოლის ნდობა არ აქვს და მიაჩნიათ, რომ ოჯახის ექიმები არ არიან კვალიფიციური კადრები. სწორედ ამიტომ ნებისმიერ პრობლემაზე ისინი მიმართავენ სტაციონარებს რაც რათქმაუნდა არ არის ს

წორი და თავის მხრივ ტვირთად აწვება სახელმწიფოს, ამიტომ მოსახლეობას უნდა გაუჩნდეს ნდობა ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის მიმართ, რაც მთელ რიგ პრობლემებს მოაგვარებს და ცენტრალურ ხელისუფლებასაც მისცემს საშუალებას საკმაო ოდენობის სახსრები დაზოგოს.

3.2. ოჯახის ექიმების საქმიანობის კვლევა და ოჯახის ექიმების გამოკითხვა

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც ამავდროულად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზირებული მომსახურების ხარჯებს და აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას. ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის როლი. ასეთ სისტემაში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და საჭიროების შემთხვევაში მასთან კონსულტაციის შემდეგ ჩაიტაროს ექიმ-სპეციალისტის სპეციალიზირებულ მომსახურება.

ერთი კვლევის მიხედვით პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ტკივილი გულმკერდის არეში, მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე ნაკლებია ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ კონტიგენტში. ასევე, კორონარული შუნტირების შემდგომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე სპეციალისტებთან თავისუფალი მიმართვიანობის პირობებში. ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, მაგალითად ტკივილის მართვაზე.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებს უფრო ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედიცინო დაწესებულებებში. შესაბამისად, შესაძლებელია დავასკვნათ რომ ეს პაციენტები უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტები რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ნაკლებად საჭიროებენ სპეციალიზირებულ მომსახურებას ან ჰოსპიტალიზაციას. სასწრაფო სამედიცინო

დახმარების მიღების საჭიროება ნაკლებია იმ პაციენტებში, რომლებიც მუდმივად სარგებლობენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით.

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

ოჯახის ექიმთა უმრავლესობა აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. კვლევით დგინდება, რომ ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% – მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში.

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები რომელიც თბილისის ორ კლინიკაში ჩავატარეთ, კითხვაზე რა იწვევს პაციენტების ოჯახის ექიმებისადმი დაბალ ნდობას 6 ექიმმა უპასუხა:

„ზოგ პაციენტს ჰგონია რომ აუცილებლად ექიმ-სპეციალისტმა უნდა გადაამოწმოს ჩვენს მიერ დასმული დიაგნოზი.“

„დარწმუნებით ვერ გიპასუხებთ, მაგრამ ოჯახის ექიმის ინსპიტუტი ალბათ ახალია მათთვის, არ მოსწონთ ლოდინი და რიგში დგომა. სულ იმას ცდილობენ ჩვენგან სპეციალისტთან მიმართვა აიღონ და არც გისმენენ ბოლომდე.“

„ასე ცალსახად ვერ გიპასუხებთ რა იწვევს უნდობლობას. უკმაყოფილო პაციენტების უმეტესობა ჩივის იმაზე რომ რიგში დგომა უწევთ. პაციენტები უფრო მეტად უკმაყოფილოები არიან ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებით, საკმარისი ცოდნა არა აქვთო ამბობენ“

„ოჯახის ექიმობა ახალი მოგონილიაო, ასე მითხრა ერთმა პაციენტმა. როდესაც ვუთხარი, რომ თერაპევტი ვარ და ოჯახის ექიმად გადავემზადეთქო მოეწონა, აბა თქვენი ნდობა კი შეიძლებაო. ვფიქრობ, ოჯახის ექიმი ჩვენს ქვეყანაში არასწორად აღიქვს და გაიგეს.“

„მსმენია, რომ ოჯახის ექიმებს პაციენტები სერიოზულ ექიმებად არ აღიქვამენ. ერთხელ პაციენტმა მითხრა: თქვენ ყველაფერი იცით, ოღონდ ზედაპირულად, ამის მიზეზი მგონი არ მიმიცია, მაგრამ რას ვიზამთ, მაინც სპეციალისტებთან ვიზიტი უფრო ეიმედებათ ხოლმე.“

„მე ვფიქრობ, რომ დღეს ნდობის საკითხი არ დგას, პაციენტებს აქვთ საშუალება თავად აირჩიონ მათთვის სასურველი ოჯახის ექიმი და უფრო პაციენტის ცნობადობის ამაღლებასა საჭირო ამ ინსტიტუტის ნდობის ასამაღლებლად.“

კითხვაზე, რა ესახებათ ოჯახის ექიმებს პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების გზად, შემდეგი პასუხები მივიღეთ 4 ექიმისგან:

„ექიმებს მოგვცენ სტიმული, რომ პაციენტებს ჩვენი შესაძლებლობები უკეთ დავანახოთ“

„ჯანდაცვის სისტემა უნდა ცდილობდეს რომ ცოდნა გაულრმავოს ოჯახის ექიმებს, ინტენსიურად უნდა გააცნონ მათ ახალი გაიდლაინები, ახალი მიდგომები.“

„აუცილებელია ოჯახის ექიმების სტიმულირების გაზრდა, კერძოდ, ანაზღაურება უნდა იყოს დატვირთვის შესაბამისი. ექიმის კმაყოფილება დადებითად აისახება პაციენტთან დამოკიდებულებაზე.“

„ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის შესახებ მოსახლეობას უნდა მივცეთ მეტი ინფორმაცია, უნდა ავამაღლოთ მათი ინფორმირებულობა. საჭიროა ექიმების წახალისებაც, რაც პაციენტებთან დამოკიდებულებაზე აისახება და პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობას გააუმჯობესებს.“

ოჯახის ექიმებთან საუბრისას აშკარად გამოიკვეთა რომ, მათი ანაზღაურება არ არის გაწეული შრომის ადეკვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ. თუმცა კონკრეტული თანხის დასახელებისგან ყველა რესპოდენტმა თავი შეიკავა.

გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება	N	%
ანაზღაურება დაბალია	11	65
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	3	30
კარგი ანაზღაურება მაქვს	1	5
გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადეკვატურობის შესახებ		
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	9	70

ანაზღაურება შრომის შესაბამისია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები:

ოჯახის ექიმს ყავს თუ არა ექთანი	დიახ	არა	
	11	4	
გაქვთ თუ არა პროფესიული გავითარებისა და სრულყოფის შესაძლებლობა	დიახ	არა	მეტნაკლებად
	5	7	3
ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?	დიახ	არა	მეტნაკლებად
	8	2	5
პაციენტები ხშირად მოგმართავენ ექიმ-სპეციალისტთან ნებართვის ასაღებად?	დიახ	არა	
	12	3	

ოჯახის ექიმებს დავუსვით ასევე შეკითხვა თანამშრომლობენ თუ არა ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლებთან, თუმცა ყველა ექიმმა შეკითხვა უპასუხოდ დატოვა.

ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა 4 ექიმთან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან

(ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა 6 ექიმთან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან: ამბულატორია-პოლიკლინიკა ან საოჯახო მედიცინის ცენტრები)

1. საშუალოდ რამდენ პაციენტს იღებთ და რა დროს უთმობთ მათთან კონსულტაციას:

პასუხი 1	პასუხი 2	პასუხი 3	პასუხი 4
----------	----------	----------	----------

<p>დღეში ძირითადად 10 პაციენტზე მეტის მიღება მიწევს, პაციენტების ჩაწერისას ნახევარ საათიან შუალედს ვიტოვებ და ზუსტად ვერ გეტყვით კონკრეტულ დროს.</p>	<p>ყველა პაციენტს ინდივიდუალურად ვუდგები და დროსაც შესაბამისად განვსაზღვრავ. დღის განმავლობაში დაახლოებით 10-15 პაციენტი მოდის სხვადასხვა ჩივილებით.</p>	<p>დღის პირველიპირველი ნაწილი უფრო დატვირთულია და პაციენტების მომართვიანობა მაღალია.კონკრეტულად რაოდენობაზე ვერ გიპასუხებთ. რაც შეეხება კონსულტაციის ხანგრძლივობას მინიმუმ 15 წუთი მაინც ჭირდება ერთ პაციენტს.</p>	<p>დღის განმავლობაში დაახლოებით 12 პაციენტზე მეტს ვიღებ. ზოგ პაციენტს უფრო მეტი დრო სჭირდება, ზოგს კი ნაკლები გააჩნია რა ჩივილებით მოდის.</p>
--	--	--	---

2. ყველაზე ხშირად რა სახის საქმიანობას ახორციელებთ?
3. განსაზღვრეთ მუშაობთ თუ არა ჯგუფში, დაასახელეთ ჯგუფის წევრები?

პასუხი 1	პასუხი 2	პასუხი 3	პასუხი 4

3.2.1. ოჯახის ექიმებთან ვიზიტად მყოფთა კმაყოფილების კვლევა

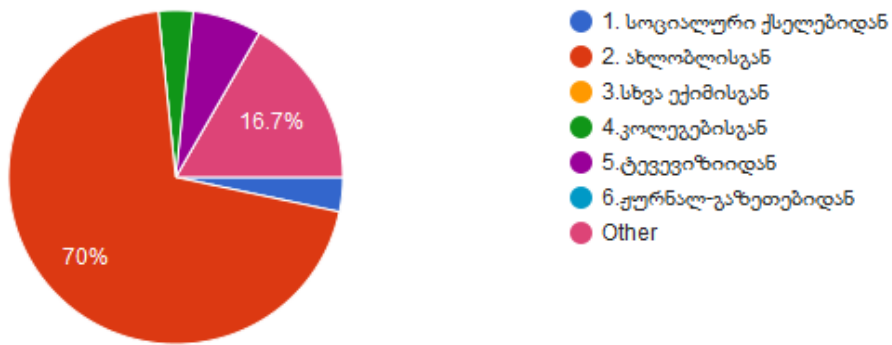
ოჯახის ექიმის შერჩევა დიდი პრობლემის წინაშე აყენებს პაციენტს, ვინაიდან მისი მოლოდინები ზოგჯერ მიღებულ შედეგებს არ ემთხვევა. პაციენტის მიერ ექიმის შერჩევაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები: ეკონომიკური მდგომარეობა, განათლება, ასაკი. ქართულ რეალობაში შეინიშნება ტენდენცია, რომ პაციენტები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, ექიმის შერჩევის პროცესში უფრო მეტად ენდობიან სოციალურ კავშირებს და მათ გამოცდილებას, ვიდრე კომპეტენტური პირების კონსულტაციებს. რის გამოც უფრო მეტად სანაცნობო ქსელს ენდობა პაციენტი არის ის, რომ ხშირად ექიმების პრაქტიკა და გამოცდილება ორიენტირებულია კომერციაზე და პაციენტი განიხილება, როგორც კომერციის განხორციელების საშუალებად. მაგალითად, მკურნალობის პროცესის ხელოვნურად გახანგრძლივება,

ასევე ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოწერა, როდესაც არსებობს მსგავსი ეფექტის დაბალფასიანი მედიკამენტის გამოყენების ალტერნატივა და ა.შ.

ჰიპოთეზა

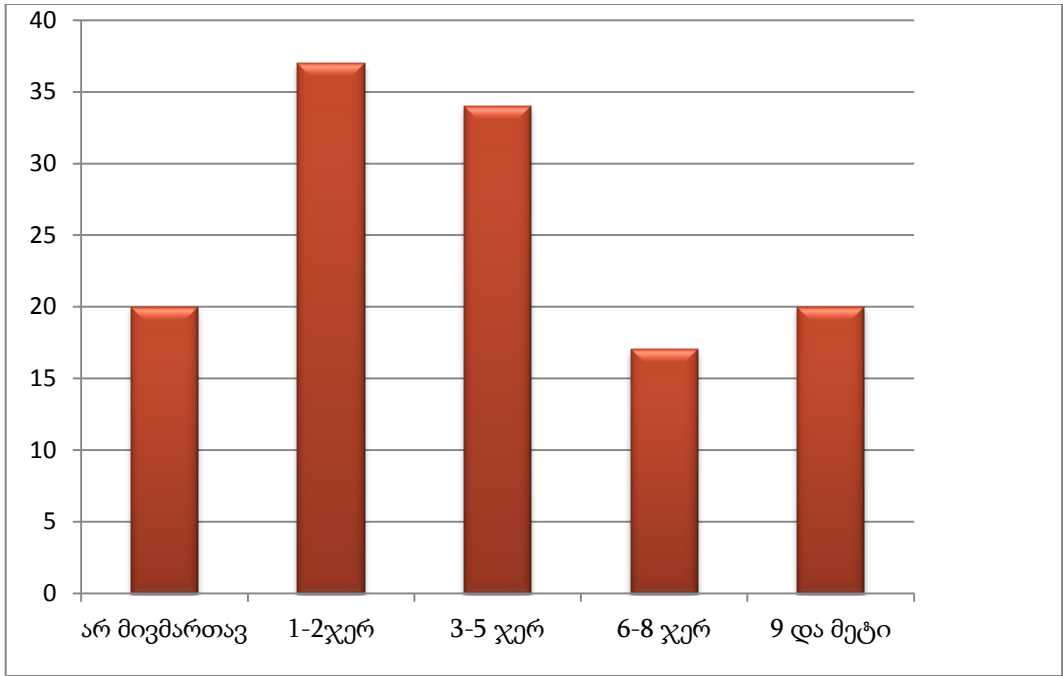
- პაციენტები ექიმის შერჩევას უფრო მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ სოციალურ კავშირებს, ვიდრე ექიმის კომპეტენციის დონეს.
- სოციალური და ფიზიკური გარემო გავლენას ახდენს ექიმისა და საავადმყოფოს შერჩევის პროცესზე.
- რაც უფრო განათლებულია ადამიანი, უფრო მეტად ენდობა ექიმის კომპეტენციას ვიდრე სოციალურ კავშირებს.

გვანტერესებდა, პაციენტები თუ რა გზებით იღებდნენ ინფორმაციას სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლის შესახებ. კვლევა ჩატარდა სოციალური ქსელის მეშვეობით გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა 70%-ისათვის პრიორიტეტულია ახლობლების რჩევა და გამოცდილება, ვიდრე კომპეტენტურ წყაროებზე დაყრდნობილი ინფორმაცია.

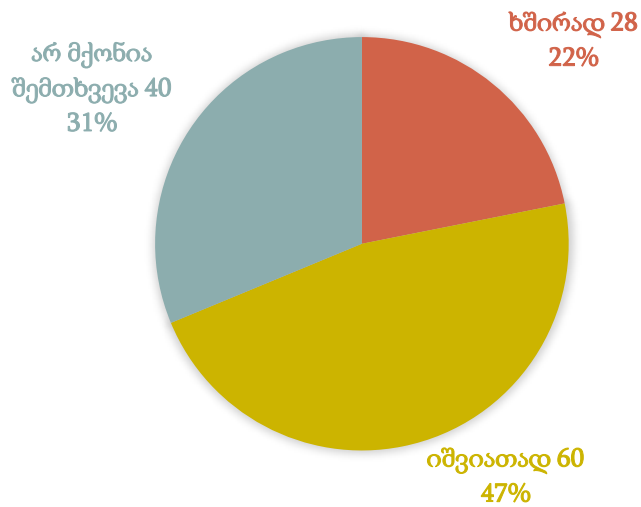


ანკეტური გამოკითხვა ჩატარდა ა.წ. 05-15 მაისს შემთხვევითი შერჩევის საფუძველზე თბილისის ხალხმრავალ ადგილას, გამოკითხვა 135 რესპოდენტი, რომელთაგან 7 ანკეტა გაუქმებულ იქნა არარელევანტურობის გამო. ანკეტა მოიცავდა შემდეგ შეკითხვებს:

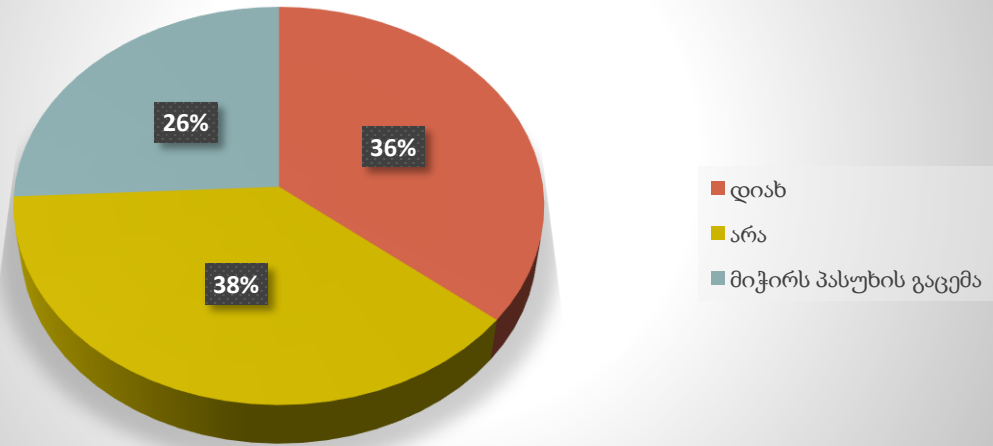
1. რა სიხშირით მიმართავთ ოჯახის ექიმს წლის განმავლობაში:



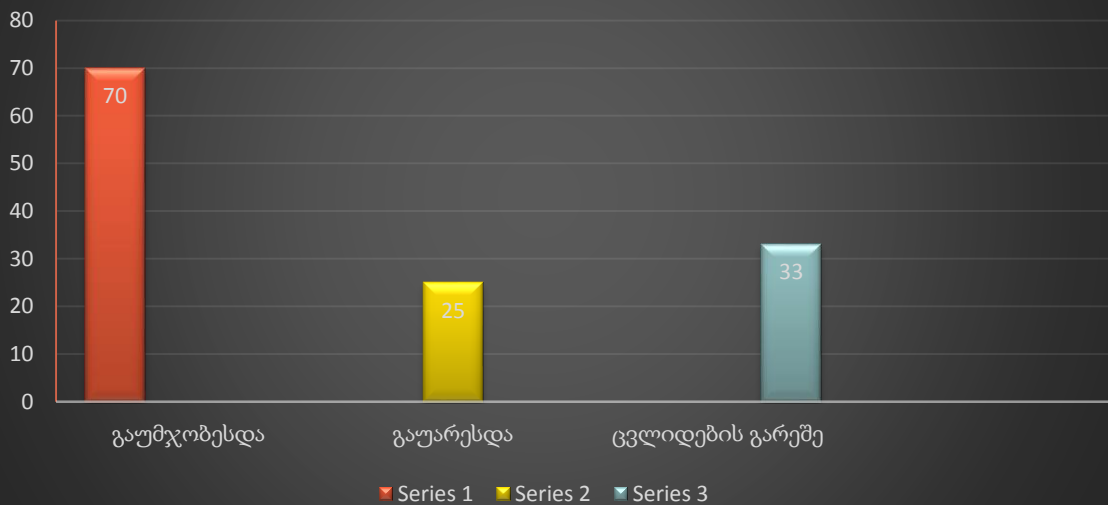
2. ოჯახის ექიმთან ვიზიტის შემდეგ რამდენად ხშირია ექიმ-სპეციალისტთან გადამისამართება მათი სურვილით?



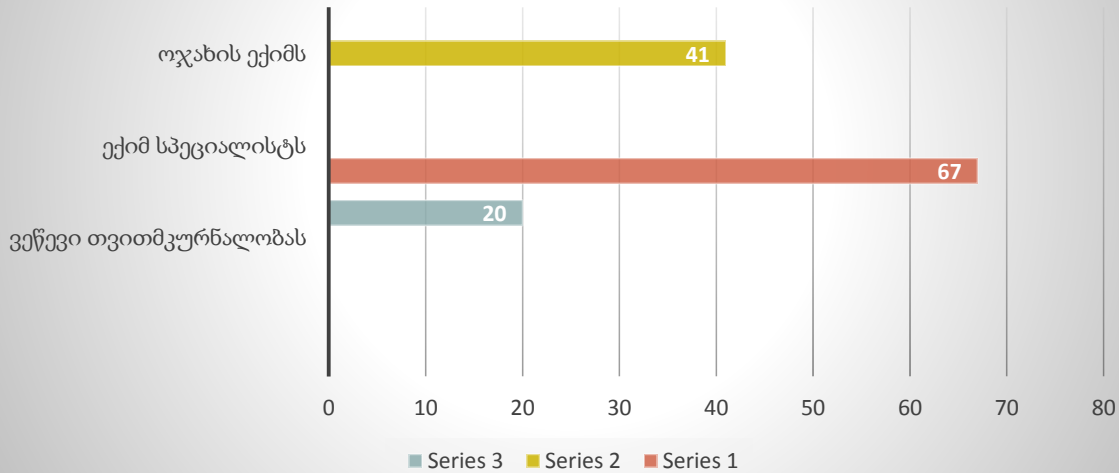
ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას?



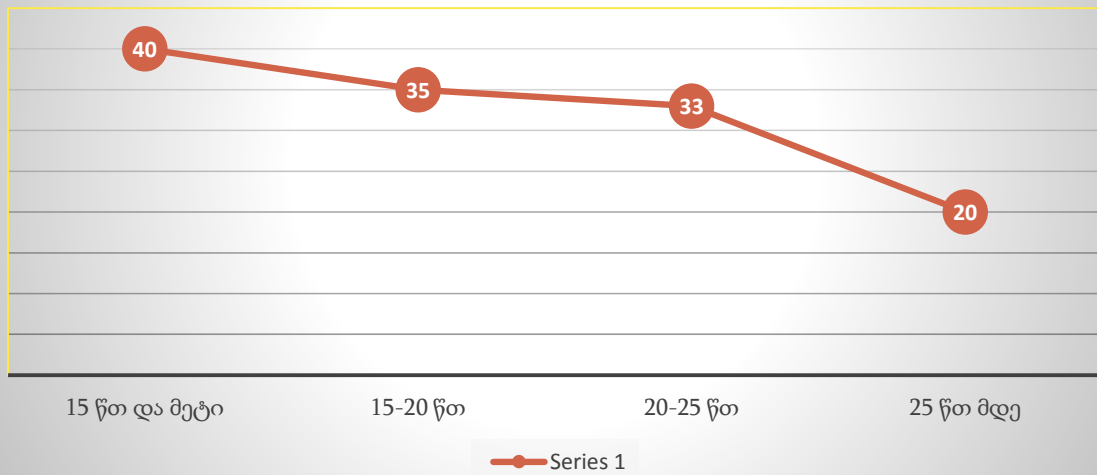
ოჯახის ექიმთან ვიზიტის შემდეგ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა



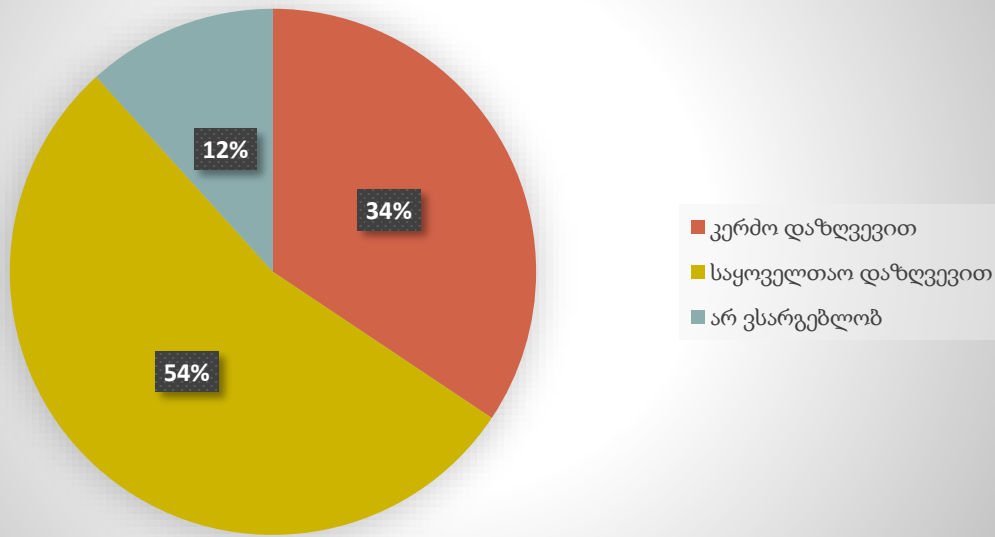
ჯანმრთელობის პრობლემის დროს უმთავრესად მიმართავთ?



რა დროს გითმობთ ვიზიტზე ოჯახის ექიმი?



სარგებლობთ თუ არა დაზღვევით?



გამოკითხულების 30% მეტნაკლებად ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისთვის ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია. რესპოდენტთა მეტი წილი მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი საჭიროებს რიგ ცვლილებებს.

რესპოდენტების უმრავლესობა მაინც ეჭვით უყურებს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტს. თვლიან რომ მათ არააქვთ შესაბამისი განათლება, არ მოსწონს ახალგაზრდა კადრები. უკმაყოფილოები არიან ძირითადად მედიკამენტების დანიშვნის დროს. აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტები რომელსაც ოჯახის ექიმი უნიშნავთ არის ძალიან ძვირი, ძალიან ცოტამ თუ აღნიშნა მედიკამენტების ხარისხის მიმართ უკმაყოფილება.

კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარ ოჯახის ექიმთან

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან მათდამი უნდობლობა და დაბალი კმაყოფილება

გამოწვეულია არამართო მათი მიზეზით, არამედ იმითაც, რომ პაციენტებს არ მოსწონთ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების ინფრატრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა.

სამედიცინო დაწესებულებების, კერძოდ კლინიკების მომსახურების ხარისხის შეფასება შესაძლებელია ორი მიმართულებით - სამედიცინო და არასამედიცინო ხარისხის დონე. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე მათგანი კომპლექსურად მოქმედებს პაციენტზე, შესაძლებელია საკვლევი ინსტრუმენტების იმგვარად ფორმირება, რომ მოხდეს მათი გამიჯვნა. პაციენტთა კმაყოფილება/უკმაყოფილების დონის და მისი გამომწვევი მიზეზების განსაზღვრა მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებისათვის. აქვე, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ რამდენად კარგად ესმის დაწესებულებას, თუ რა კრიტერიუმებით აფასებენ პაციენტები მომსახურებას (არასამედიცინო), რა მოლოდინები აქვთ მათ მომსახურების მიმართ და როგორ აღიქვამენ ისინი მიღებული მომსახურების ღირებულებას. აღნიშნული ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია სხვადასხვა ტიპის კვლევების საშუალებით.

ქვემოთ მოცემულია რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინება უზრუნველყოფს პაციენტთა კმაყოფილების დონის ამაღლებას:

1. კლინიკის მენეჯმენტმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციოს კლინიკის და მისი თანამშრომლების დამაჯერებლობის, ორგანიზაციული კულტურის ფორმირებასა და სანდოობის ფაქტორის შექმნას;

2. კლინიკების ხელმძღვანელობამ მხედველობაში უნდა მიიღონ პაციენტთა მაღალი მოლოდინი თანამედროვე აპარატურით აღჭურვის, მაღალხარისხიანი და დროული მომსახურების მუდმივად მიწოდებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ;

3. ექიმებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გაამახვილონ პაციენტებთან ურთიერთობის კონფიდენციალობაზე და მკურნალობის სამოქმედო გეგმის პაციენტთან ერთად ფორმირებაზე;

4. ექიმები მუდმივად უნდა ეცნობოდნენ თანამედროვე ლიტერატურას ზრუნავდნენ თვითგანვითარებაზე და ახდენდნენ კვალიფიკაციის ამაღლებას;

5. ექიმებმა უნდა იზრუნონ ჰიგიენის და სანიტარული ნორმების დაცვაზე;

6. ექიმები აღარ უნდა შევიდნენ გარიგებაში ფარმაცევტულ კომპანიებსა და ლაბორატორიებთან.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. თენგიზ ვერულავა- „ჯანდაცვის პოლიტიკა“
2. ოთარ გერზმავა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი
3. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი, მომიჯნავე სპეციალობისეკიმების ოჯახის ეკიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა, საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი, 2005;
4. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
5. <http://old.duma.tomsk.ru/page/2956/>
6. <http://forbes.ge/news/1958/iandacva-globalurad-da-lokalurad>
7. <https://www.geostat.ge/ka>
8. <https://www.matsne.gov.ge/>
9. <https://www.moh.gov.ge/>