

## მოკლე რეზიუმე

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამაღლებაზე დიდ გავლენას ახდენს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დონე. ქვეყნები, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, ხასიათდებიან ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით, კერძოდ, მაღალია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, მცირდება სხვადასხვა მიზეზებით (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, სიმსივნე) სიკვდილიანობა, მცირდება ბავშვთა სიკვდილიანობა. მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლები მიიღწევა დაბალი ხარჯებით. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს პრევენციულ სერვისებს, რომელიც ხელს უწყობს დაავადებათა ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

პირველადი ჯანდაცვა განაპირობებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების გაწევის მეშვეობით. პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარი „მეკარიბჭეა“ ჯანდაცვის სისტემაში, რომლის მეშვეობით ხდება დაავადების პირველადი შეფასება, პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება. ჯანდაცვის რთული სისტემაში, სადაც პაციენტს უძნელდება მისთვის საჭირო სამედიცინო სერვისების განსაზღვრა, ოჯახის ექიმი ეხმარება მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში და გვევლინება როგორც მისი მეგზური. მაღალხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვა განაპირობებს უფრო ეფექტურ მეორეულ და მესამეულ ჯანდაცვას.

ამგვარად, ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ხელს უწყობს ადამიანის ჯანმრთელობას. თავის მხრივ, ჯანმრთელობა საინვესტიციო საქონელია, რომელიც ადამიანს მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის კაპიტალს აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რადგანაც ჯანმრთელობას სარგებელი აქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ვიდრე სხვა საქონელს და მომსახურებას.

იმის გათვალისწინებით, რომ ადამიანური კაპიტალი გულისხმობს ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რომლებიც ამაღლებენ მის შრომისუნარიანობას, პროდუქტიულობას, პირველადი ჯანდაცვა შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც ადამიანური კაპიტალის შექმნის და შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამაღლების ერთ-ერთი მთავარი მექანიზმი.

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება საოჯახო მედიცინის პრონციპებს, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის

დამკვიდრებისა და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის პროგრამების განხორციელებას. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება 1995 წლიდან დაიწყო. თუმცა, ჩატარებული კვლევები ცხადყოფს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.6-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციის მიზნით მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს და მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევები ცხადყოფენ, რომ პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი 40%-ს აღწევს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს შეადგენს.

ცხადია, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე, მათ შრომისუნარიანობაზე, შემოსავლების მიღების შესაძლებლობაზე. აღნიშნული განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რომლებიც იწვევენ ქვეყნისთვის მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. რაც განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნისთვის როგორც საქართველოა.

ყოველივე ზემოთაღნიშნული მიუთითებს იმ მნიშვნელობაზე, რომელიც პირველად ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამაღლებაში, ასევე მის აქტუალობაზე, ნებისმიერი ქვეყნისთვის და განსაკუთრებით საქართველოსათვის, სადაც მოსახლეობის სოციალური ფონი საკმაოდ დაბალია. ამ მხრივ, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც შემოსავლების გაზრდის საშუალება.

პროექტის ფარგლებში შესწავლილ იქნა პირველადი ჯანდაცვის არსი, მიზნები და ფუნქციები, პირველადი ჯანდაცვის როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის და შესაბამისად ეკონომიკურ ზრდაში, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში, პირველად ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლი, ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა, ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა, ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტის კმაყოფილება, სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების საკითხები, პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ესტონეთის გამოცდილება, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმები, პირველადი ჯანდაცვის მესაკუთრეობის ფორმები, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარება, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური

ინფრასტრუქტურის პრობლემები, პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემები განვითარება, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობისა და მდებარეობის განსაზღვრა, პირველადი ჯანდაცვაში ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება, კანადის პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინდიკატორები.

კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა როგორც რაოდენობრივი (გამოკითხვა), ისე თვისებრივი მეთოდები (ფოკუს ჯგუფი და ჩაღრმავებული ინტერვიუ) შერჩეული პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების სამედიცინო პერსონალთან და მათი სამედიცინო მეთვალყურეობის არეალში მყოფ მოსახლეობასთან.

კვლევით დადგინდა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს პრიორიტეტულ მიმართულებად კვლავ სტაციონარული მომსახურება რჩება. ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილმა შეადგინა 23.2%, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე კი - 65.5%. გამოკითხულ პაციენტთა უმეტესი ნაწილი (55%) უპირატესობას ანიჭებს ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას და მხოლოდ 19.5% მიმართავს ექიმ-სპეციალისტს ოჯახის ექიმის რჩევით, ხოლო 23% იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას. 46,7%-ს არ ჰყავდა ოჯახის ექიმი. 13,3% აღნიშნა, რომ ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს. პაციენტთა 60% კლინიკიდან ბინაზე გაწერის შედეგ, ამბულატორიული მეთვალყურეობისათვის უპირატესობას ანიჭებს საავადმყოფოს კარდიოლოგთან მიმართვას, ვიდრე ოჯახის ექიმს ან პოლიკლინიკის ექიმ-სპეციალისტს. პაციენტების ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია მათდამი დაბალი ნდობით. კითხვაზე, ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმს, რესპოდენტთა უმეტეს ნაწილს (36%) გაუჭირდა პასუხის გაცემა, 34% - ენდობა, ხოლო 30% არ ენდობა. რესპოდენტთა 56.6% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით, 55.5% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით. გამოკითხულ ოჯახის ექიმთა 55% აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% - მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში. ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევს, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის გაწეული შრომის ადეკვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე, შემუშავებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების რეკომენდაციები:

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები: ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა; საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამდენიმე ოჯახის ექიმით; ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამდენიმე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტი. ოჯახის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებიც მედდებთან ერთად ქმნიან ერთ გუნდს. მათ საკუთარი ოფისები და საბანკო ანგარიში აქვთ, სადაც კუთვნილი ანაზღაურება ერიცხებათ. საჭიროა ასეთი სქემის განვითარების სტიმულირება. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემის მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ არა მარტო ოჯახის ექიმების, არამედ პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ სქემას შორის თავისუფალი არჩევის უფლება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს როგორც ოჯახის ექიმთა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციულ სქემას შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს გაზრდის.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება.

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

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

ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით აუცილებელია საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარების, კომპიუტერულ-პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. საინფორმაციო სისტემა კონფიდენციალურობის დაცვით სრულად უნდა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ კლინიკურ ინფორმაციას (პაციენტის ისტორია). მონაცემთა მოპოვების საფუძვლად განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა, ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივი ანაზღაურება და ა.შ.). ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

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