

ფაქტები ოჯახის ექიმის პრაქტიკის ორგანიზების თაობაზე

ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტების ოპტიმალური რაოდენობა დამოკიდებულია:

-) მომსახურების სახეებსა და, აქედან გამომდინარე, მოსალოდნელ დატვირთვაზე
-) ჰჯდ გუნდის სხვა წევრებთან (მაგ, ექთნები, სათემო სამსახურები) დელეგირების შესაძლებლობებზე
-) პრაქტიკის მოსახლეობის გეოგრაფიულ გადანაწილებაზე (ფართოდ განფენილ მოსახლეობაში ბინაზე ვიზიტების შესრულებას ექიმის დიდი დრო სჭირდება)
-) ერთი უნივერსალური სტანდარტი ოჯახის ექიმი/მოსახლეობის თანაფარდობასთან დაკავშირებით არ არსებობს. ეს მაჩვენებელი მერყეობს (იხილეთ ცხრილი სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემებით).
-) საქართველოში ჰჯდ ადამიანური რესურსის დაგეგმვისას (2000-2006 წწ) გამოყენებულ იქნა ქვეყნების უმრავლესობაში დანერგილი თანაფარდობა 1 ექიმი და, სულ მცირე 1 ექთანი, 2000 მოსახლეზე. ამ თანაფარდობის მიხედვით ქვეყანას სჭირდება 2200 ოჯახის ექიმი და ამდენივე ექთანი. თუმცა, პრევენციული მომსახურების გაფართოებისთვის, აქტუალურია საექთნო სამსახურების გაძლიერებისა და გუნდში ექთნების რაოდენობის მატების საკითხი.

ცხრილი: ოჯახის ექიმი/მოსახლეობის თანაფარდობა

მაგალითები	1 ოჯახის ექიმზე რეგისტრირებული მოსახლეობა
რუმინეთი	სოფლად: 1897 ქალაქებში: 2045 Evaluation of structure and provision of primary care in Romania A survey-based project, WHO, 2011
უკრაინა	2106 Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine A survey-based project, WHO, 2010
ყაზახეთი	2259 Evaluation of structure and provision of primary care in kazakhstan A survey-based project, WHO, 2011
რუსეთი	1697 Evaluation of structure and provision of primary care in kazakhstan

	A survey-based project, WHO, 2011 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/100250/E92468.pdf
თურქეთი	3715 Evaluation of structure and provision of primary care in Turkey A survey-based project, WHO, 2008
სერბია	1197 Evaluation of structure and provision of primary care in Serbia A survey-based project, WHO, 2010
ესტონეთი	ჯანდაცვის სამინისტრო ადგენს მაქსიმალურ რაოდენობას 1 ოჯახის ექიმზე 2000 ადამიანს, ხოლო მინიმალურს 1200 . (WHO, HIT 2008) 2008 საშუალოდ ერთ ოჯახის ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა შედგენდა 1800
ბრიტანეთი	საშუალოდ 1600 პაციენტი, თუმცა უკანასკნელ ხანში იმატა ოჯახის ექიმების რაოდენობამ, ვინც 3000-მდე პაციენტს ემსახურება, რაც NHS-ის შემფოთების მიზეზია და ოჯახის ექიმების დეფიციტზე მიუთითებს.

მიმაგრებული მოსახლეობის ოპტიმალური რაოდენობა უნდა განისაზღვროს შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებით:

- როგორია ოჯახის ექიმის მოსალოდნელი როლი:
რეაგირება ეპიზოდურ/მწვავე პრობლემებზე, თუ ყველა ტიპის პრევენცია (პირველადი, მეორეული და მესამეული, რაც ქრონიკული დაავადებების ადეკვატურ მართვას მოიცავს).
- როგორია პჯდ მომართვიანობა და რამდენად მოსახლოდნელია მომართვიანობის მატება ფინანსური ბარიერის ელიმინაციის შემთხვევაში
ანუ დატვირთვას რამდენად გაუძლებს (ამის საშიშროება ნაკლებად გვაქვს, დღევანდელი დატვირთვისა და მედიკამენტებზე კვლავაც შეზღუდული ხელმისაწვდომობის პირობებში).
- რამდენად კვალიფიციურია დამხმარე პერსონალი (მაგ. ექთანი, პრაქტიკის მენეჯერი) და შეუძლია თუ არა ოჯახის ექიმს ფუნქციების ნაწილის დელეგირება.

ეს ფაქტორები ყველა ქვეყნისთვის სპეციფიკურია, ამიტომ, მყარი ფაქტების მოშველიება ექიმი/პაციენტების ოპტიმალური თანაფარდობის დასადგენად რთულია და ეს საკითხი ექსპერტების შეთანხმების საფუძველზე უნდა გადაწყდეს.

) საინტერესოა ერთ-ერთი კვლევის მონაცემები (**Annals of Family Medicine** <http://www.annfammed.org/content/10/5/396.full> **Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation, Justin Altschuler, MD, David Margolius, MD, Thomas Bodenheimer, MD** and Kevin Grumbach, MD, 2012)

ამ კვლევის მიხედვით, ოჯახის ექიმს, რომელიც ასრულებს აშშ პრევენციის სამუშაო ჯგუფის ყველა რეკომენდაციას 2500 პაციენტისთვის მომსახურების გასაწევას სჭირდება 1773 საათი (დღეში $1773/260=6.8$ საათი). გარდა ამისა, მწვავე (არაქრონიკულ) პრობლემებზე რეაგირებისთვის მას სჭირდება 888 საათი (დღეში $888/260=3.4$ საათი), ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის საჭირო დრო შეადგენს 2484 საათს (დღეში 9.5 საათი). რაც ჯამში ნიშნავს, რომ ექიმი, რომელიც არც ერთი სერვისის დელეგირებას არ ახდენს და მიყვება საუკეთესო პრაქტიკის რეკომენდაციებს, 2500 კაციანი უბნის მომსახურებისთვის, საჭიროებს დღეში 19.7 საათს.

ამ მონაცემების საქართველოს პირობებში თუ გამოვიყენებთ, შეიძლება გავაკეთოთ რამდენიმე დაშვება, კერძოდ:

1. უახლოეს პერიოდში მოსალოდნელია პჯდ სერვისების მკვეთრი პრევენციული ორიენტაცია. აქცენტი, ამავე დროს, მაღალი იქნება ეპიზოდური მომართვებისა და მწვავე პრობლემების მართვაზე, განსაკუთრებით უმწეოთა ჯგუფში, რომელშიც ქრონიკული დაავადებები შედარებით მეტად არის გავრცელებული.
2. ოჯახის ექიმი სრულად ვერ მოახერხებს ექთანთან დელეგირებას იმგვარად, რომ დაზოგოს დროის 20%.
3. ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის შეფასებული დროის 50%, საკმარისად უნდა ჩაითვალოს (3.4 საათი).
4. პრევენციული პროგრამების განხორციელებისთვის, ამგვარი დატვირთვის პირობებში, დრო პრაქტიკულად აღარ რჩება - გარდა მინიმალური აქტივობებისა, რაც ინტეგრირებული სახით სამედიცინო კონსულტაციის პროცესში შეიძლება განხორციელდეს.

ამდენად, ოჯახის ექიმმა უნდა მოახერხოს მისაღები ხარისხის მომსახურება გაუწიოს 1500-2000 სამიზნე მოსახლეობას.

ადმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების მონაცემები 2000 წლისათვის

Index (age adjuster)

Option 1

Age category	0-15	15-65	65+
Index (age adjuster)	1.4	1.0	1.1

Option 2

Age category	0-1	1-3	3-15	15-65	65+
Index (age adjuster)	3.3	2.1	1.2	1.0	1.1

Social adjuster (Lari)

Option 1

Age category	0-15	15-65	65+
Social adjuster (Lari)	5.8	1.8	3.2

Option 2

Age category	0-1	1-3	3-15	15-65	65+
Social adjuster (Lari)	14.0	10.3	4.6	1.8	3.2

Source: OPCS. Living in Britain. Results from the 1998 General Household Survey HSMO 20000. Table 7.20

ასაკი	0-4	5-15	16-44	45-64	65-74	75+	სულ
კონსულტაციების საშუალო რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე	6	3	4	5	6	6	4

უტილიზაცია – EU უახლესი მონაცემები – 6.97; საქართველოს 2011 წლის მონაცემები – 2.1

Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation (USA)

Table 1

Estimated Panel Sizes Under Different Models of Physician Task Delegation to Nonphysician Team Members

Type of Care	Nondelegated Model (Panel=983)		Delegated Model 1 (Panel=1,947)		Delegated Model 2 (Panel=1,523)		Delegated Model 3 (Panel=1,387)	
	Time Delegated %	Hours per Patient/Year	Time Delegated %	Hours per Patient/Year	Time Delegated %	Hours per Patient/Year	Time Delegated %	Hours per Patient/Year
Preventive	0	0.71	77	0.16	60	0.28	50	0.35
Chronic	0	0.99	47	0.53	30	0.70	25	0.75
Acute	0	0.36	0	0.36	0	0.36	0	0.36
Total	–	2.06	–	1.04	–	1.33	–	1.46

ესტონეთი (2007წ):

თვიური კაპიტაცია – 0–2 წწ –6.84 ევრო; 2–69 წწ – 2.84 ევრო’ 69+ – 3.44 ევრო.

გარდა ამისა, ბაზისური ყოველთვიური გადასახადი ფიქსირებული ხარჯებისათვის 763.90 ევრო; შესრულებულ სამუშაოს მიხედვით – 255 ევრო;

საშუალო ხელფასი ექიმის: 1300 ევრომდე; ექთანი – 587 ევრომდე; მომვლელეებზე – 350 ევრო.