

პირველადი ჯანდაცვის განვითარება
საქართველოში და სამომავლო
პერსპექტივები

2005-2011

აპრილი, 2012

შ ი ნ ა ა რ ს ი

წინასიტყვაობა.....	4
მიზანი/ამოცანები:	5
1. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განახლება/განვითარება	6
1.1 პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარების გენერალური გეგმა.....	6
1.2 პუდ ობიექტების გეოგრაფიული „მიღწევადობის პარამეტრები“.....	6
1.3 პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარებაზე განხორციელებული ინვესტიციები.....	7
1.4 სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა.....	7
1.5 პუდ ინფრასტრუქტურის განვითარება კერძო ინვესტიციებით.....	8
2. პროფესიული ადამიანური რესურსის განვითარება პირველად ჯანდაცვაში.....	8
2.1 საკადრო სექტორის ოპტიმიზაცია	8
2.2 საოჯახო მედიცინაში ოჯახის ექიმის/ ექთნისა და მენეჯერის მომზადება-გადამზადება.....	10
2.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებლების რესტრუქტურისა თბილისში.....	11
2.4 პუდ-ში მომუშავე ჯანმრთელობის პროფესიონალების ლიცენზირებისა და რევალიდაციის სისტემის ჩამოყალიბება	12
2.5 საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია.....	13
2.6 პუდ-ში მომუშავე პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარება	14
3. მოსახლეობის საჭიროებების შესაფერისი სერვისების მიწოდება პუდ დონეზე	15
4. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის ორგანიზაცია.....	16
4.1 პუდ ცენტრების ტიპები.....	16
4.2 პუდ მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები.....	16
4.3 პუდ გუნდების ორგანიზაცია და მართვა.....	17
5. ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებელ ერთეულთა დონეებს შორის კავშირები	19
5.1 პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრაცია სამედიცინო დახმარების სხვა დონეებთან.....	19
5.2 მიმართვების პროცედურა	19
5.3 კავშირები პირველად ჯანდაცვასა და სხვა დონეებს შორის.....	20
5.4 რეფერალის რეგულირების მექანიზმები	20
6. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების მოდელის შემუშავება.....	20
6.1 ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსების მექანიზმები	20
6.2 პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი	22

6.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაანგარიშების მოდელი.....	25
6.4 პჯდ ბაზისური პაკეტის ზემოთ ამბულატორიული მომსახურების გაანგარიშება სადაზღვევო/სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში.....	26
6.5 პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის სამკურნალო საშუალებების კომპონენტი.....	27
7. პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდების საინფორმაციო სისტემების განვითარება	29
7.1 პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები	29
7.2 პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი	30
8. მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ჩამოყალიბება.....	31
8.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ეკონომიკური ეფექტიანობა.....	31
8.2 მომსახურების მიწოდების ხარისხი პირველად ჯანდაცვაში.....	32
8.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ეტაპები.....	33
9. პჯდ სექტორის სახელმწიფო რეგულირების გაუმჯობესება.....	34
10. პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის გაზრდა.....	35
10.1 პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციაზე მოქმედი ფაქტორები.....	35
10.2 აქტივობები, რაც გაზრდის პჯდ უტილიზაციას.....	36
11. პრევენციული სტრატეგიის განვითარება პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით.....	37
11.1 პრევენციული აქტივობები პირველად ჯანდაცვაში.....	37
11.2 ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პრევენციის პროგრამები საოჯახო მედიცინაში.....	41
11.3 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კონტროლის პროგრამა.....	45
11.4 ონკოლოგიური დაავადებების პრევენციის პროგრამა.....	48
დასკვნა.....	49

წინასიტყვაობა

დოკუმენტის შემუშავების მიზანია საშუალოვადიანი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება. დოკუმენტი იხილავს აუცილებელი საბიუჯეტო რესურსების ოპტიმალური ხარჯვის, მომსახურების მიწოდების რაციონალურ გამოსავლების და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მიმართულელებს.

წარმოდგენილ დოკუმენტში მოყვანილია სახელმწიფოს მიერ აღიარებული სტატისტიკური ინფორმაცია, ასევე, სხვადასხვა სპეციალური კვლევების შედეგები.

დოკუმენტის შემუშავების პროცესში მონაწილეობა მიიღეს ექსპერტებმა და პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე სხვადასხვა არასამთავრობო და პროფესიულმა ორგანიზაციებმა:

- ✦ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი
- ✦ კავშირი „ჯანმრთელობა ყველასათვის“
- ✦ პირველადი ჯანდაცვის ხელშემწყობთა კავშირი

საქართველოში, ისევე, როგორც ევროპის მთელ რეგიონში, მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმირება იმ ძირითადი სტრატეგიების შესაბამისად, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ეკონომიკურ ეფექტურობას ზრდის. კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების საბაზისო პაკეტის შემუშავება, მართვის დეცენტრალიზაცია, საბაზრო მექანიზმების დანერგვა, სტაციონარული მომსახურების რეორგანიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობა, პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევის უფლება, მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვა და ხარისხის გაუმჯობესება. უკანასკნელი წლების განმავლობაში უკვე განხორციელდა მრავალი ინსტიტუციონალური და ფუნქციური ცვლილება, რომელიც სათანადო დონის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გაუმჯობესებაზე, მის ეფექტურობასა და ხელმისაწვდომობაზე არის მიმართული.

მთელს მსოფლიოში, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, ყოველწლიურად წარმოიქმნება ახალი პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია დემოგრაფიულ, დაავადებათა სტრუქტურის, სამედიცინო ტექნოლოგიების და მომხმარებელთა მოლოდინების ცვლილებებთან და გლობალიზაციის ფონზე მიმდინარეობს. ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ნაწილს სამედიცინო მომსახურების მიწოდება წარმოადგენს. მთელ მსოფლიოში არსებობს ადამიანური რესურსების მომზადების, გადამზადებისა და შენარჩუნების პრობლემა. განვითარებულ ქვეყნებში მოთხოვნა საკადრო რესურსებზე, მოსახლეობის დაბერებისა და ქრონიკული დაავადებების ზრდის ფონზე, მიმდინარეობს. ეს მოთხოვნა განვითარებადი ქვეყნების კადრების მოზიდვით კმაყოფილდება, რაც, შესაბამისად, დეფიციტს იწვევს განვითარებად ქვეყნებში. ამავე დროს, მხოლოდ კვალიფიცირებული სამედიცინო კადრების არსებობისას არის შესაძლებელი მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდება და მრავალი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა.¹

¹ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტის მიზანი:

პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე, მოქნილი სისტემის განვითარება, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების ეფექტურ და ეფექტიან მიწოდებას ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.

ამოცანები:

- 1 პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განახლება/განვითარება
- 2 პროფესიული ადამიანური რესურსის განვითარება პირველად ჯანდაცვაში
- 3 მოსახლეობის საჭიროებების შესაფერისი სერვისების მიწოდება პჯდ დონეზე
- 4 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების ადექვატური მოდელის შემუშავება
- 5 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის ორგანიზაცია
- 6 ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელ ერთეულთა და სხვადასხვა დონეებს შორის კავშირები (რეფერალის ორგანიზება)
- 7 პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდების საინფორმაციო სისტემების განვითარება
- 8 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ჩამოყალიბება
- 9 პჯდ სექტორის სახელმწიფო რეგულირების გაუმჯობესება
- 10 პჯდ უტილიზაციის გაზრდა
- 11 პრევენციული სტრატეგიის განვითარება პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

1. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განახლება/განვითარება

1.1 პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარების გენერალური გეგმა

პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარების გეგმა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2003-2005 წლებში მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის დახმარებით შეიმუშავა. გეგმა ემყარებოდა პირველადი ჯანდაცვის არსებული ქსელის დეტალურ შესწავლასა და ანალიზს. გეგმის შემუშავების პროცესში დადგინდა პჯდ დაწესებულებების მდებარეობა და სამედიცინო პერსონალის თვისობრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლები, რაც აუცილებელია პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისა და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად.

აღნიშნულ წლებში შემუშავდა პჯდ ქსელის განვითარების გეგმები – აჭარის, იმერეთის, გურიის, რაჭა-ლეჩხუმის, ქვემო სვანეთის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, სამცხე ჯავახეთის, ქვემო ქართლის, მცხეთა-მთიანეთის, შიდა ქართლის, კახეთისა და თბილისისათვის. იგი მოიცავს დეტალურ ინფორმაციას პჯდ დაწესებულებების ოპტიმიზაციას, პერსონალით დაკომპლექტებასა და აღჭურვასთან დაკავშირებით.

1.2 პჯდ ობიექტების გეოგრაფიული „მიღწევადობის პარამეტრები“

გეოგრაფიული საინფორმაციო სისტემების შესაძლებლობების გამოყენებისა და ქვეყანაში არსებული სიტუაციის დეტალური შესწავლის შედეგად მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, **გენერალური გეგმის შესაბამისად პჯდ ობიექტების ოპტიმალური მდებარეობა განისაზღვრა 15 წუთიანი „მიღწევადობის პარამეტრის“ საფუძველზე.** კერძოდ, პჯდ ორგანიზება უნდა განხორციელდეს იმგვარად, რომ უზრუნველყოფილ ყოფილიყო ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა: საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილისთვის (86%) პჯდ ობიექტამდე მიღწევა 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში².

ამგვარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის მიღმა დარჩენილი მოსახლეობისათვის შემოთავაზებული იყო ორი მიდგომა:

ა) კონკრეტული დასახლებული პუნქტებისთვის მთაში და მიუდგომელ ადგილებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მერყეობს 250-1000 ადამიანამდე, უნდა შექმნილიყო საექთნო/ზეზიაქალის პოსტი (სამედიცინო პუნქტი), რომელიც უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრის ნაწილი იქნებოდა. ასეთი ტიპის დასახლებული პუნქტების სიას შეიმუშავებს და შესაბამისი ნორმატიული აქტით ამტკიცებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ბ) შეიქმნას მობილური პჯდ ბრიგადები, რომლებიც პჯდ მომსახურებას გასწევენ უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე გარკვეული პერიოდულობით ტრანსპორტირების რეჟიმში.

² მგზავრობის დროში იგულისხმება დროის ის მონაკვეთი, რომელიც საჭიროა პჯდ დაწესებულებებში ტრანსპორტით მისასვლელად გზის ხარისხის გათვალისწინებით, მოასფალტებული გზისათვის ეს იქნება 80 კმ/სთ, ხოლო გაუვალაი გზისათვის 5 კმ/სთ - ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმა საქართველოში GVG/EPOS 2004

1.3 პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარებაზე განხორციელებული ინვესტიციები

- 2006-2010 წლებში 700-ზე მეტი ობიექტის რეაბილიტაციასა და აღჭურვისათვის სახელმწიფოს ბიუჯეტიდან გამოიყო - 110 მლნ. ლარი (78 მლნ რეაბილიტაცია და 32 მლნ. აღჭურვა);
- 2005-2006 წლებში გარემონტდა/აშენდა 165 პჯდ ობიექტი სოფლად იმერეთში, აჭარაში, კახეთსა და შიდა ქართლში და საოჯახო მედიცინის ცენტრები საგარეჯოში, თელავში, ქუთაისში, ოზურგეთში, ბათუმში, ქობულეთში, მესტიაში, ბორჯომსა და თბილისში, რისთვისაც ინვესტიციის ოდენობამ შეადგინა 21 მილიონი ლარი.

ჯანდაცვის სამინისტრომ განსაზღვრა **მინიმალური მოთხოვნები** პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების **ინფრასტრუქტურის მიმართ**:

ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო **მინიმალური ფართი** განისაზღვრა **30 კვ.მ** -ით (გაერთიანებულ სამეფოში national building cost allowance სოლო პრაქტიკაზე შეადგენს 148 კვ.მ-ს, 2 ექიმზე – 239მ², 3 ექიმზე – 348მ², 4 ექიმზე – 476 მ², 5 ექიმზე – 540მ² და ა.შ.10 ექიმზე –835მ²)

ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის განახლება/განვითარების დროს განხილული იყო შემდეგი საკითხები:

- (ა) მომსახურების მიმწოდებლების ფუნქციონირების თავისებურებები;
- (ბ) პაციენტების საჭიროებები და უფლებები (კონფიდენციალობა, პრივატულობა, პაციენტის ღირსების დაცვა და კომფორტი);
- (გ) დადგენილი სამშენებლო-საინჟინრო სტანდარტები;
- (დ) ეკონომიკური პარამეტრები.

1.4 სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა

სამედიცინო აღჭურვილობის ნუსხა, რასაც პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები გამოიყენებენ, სრულ შესაბამისობაშია მათ პროფესიულ კომპეტენციასთან და არ ითვალისწინებს მაღალ-ტექნოლოგიურ დიაგნოსტიკურ შესაძლებლობებს (მაგ. არტერიული წნევის საზომი აპარატი, სიმაღლის მზომი და სასწორი, ელექტროკარდიოგრაფი, პიკ-ფლოუმეტრი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი და სხვ.).

ამრიგად, პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის შესაბამისად, პჯდ განვითარებისა და ხარისხიან ამბულატორიულ მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ტრანსფორმაციისა და საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარების ამოცანის ფარგლებში, და აგრეთვე, პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის საჭირო სიმძლავრის შესაქმნელად, **სახელმწიფოსა და დონორი ორგანიზაციების ინვესტიციები** მიიმართა **საქართველოს ყველა რეგიონში სოფლად და ძნელადმისადგომ გეოგრაფიულ არეალში** - იქ, სადაც კერძო სექტორი არ ჩადებდა ინვესტიციას.

1.5 პჯდ ინფრასტრუქტურის განვითარება კერძო ინვესტიციებით

ქალაქებსა და რაიონულ ცენტრებში პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურის განვითარება უმეტესად ხორციელდება კერძო ინვესტიციებით - დიდ ქალაქებსა და რაიონებში გასხვისდა და მომავალშიც იგეგმება სახელმწიფო წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების პრივატიზაცია³ და კერძო ინვესტიციებით, სავარაუდოდ, 2011წელს უნდა დასრულდეს სულ, საქართველოს მასშტაბით დაგეგმილი იყო 1100-მდე პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულების ინფრასტრუქტურის შექმნა (სოფლად - 905 ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში 200-მდე ერთ და მრავალგუნდიანი პჯდ ობიექტი).

საქართველოს ჯანდაცვის მთავრობა და უცხოელი ექსპერტები აღიარებენ, რომ პჯდ-ს არსებული ქსელი არის ღირებული რესურსი, რომელსაც მომსახურების გაწევის თვალსაზრისით, რაციონალიზაცია და გარდაქმნა ესაჭიროება. მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმის პროცესში უამრავი კვლევები ჩატარდა, რეალურად, საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მოთხოვნის ანალიზი გაკეთებული არ არის. ვიზიტების მაჩვენებელი ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით (უტილიზაციის მაჩვენებელი), რაც ერთერთი განმსაზღვრელია პჯდ საჭიროებებისა, ამბულატორიული პროგრამის სერიოზული ნაკლოვანებების გამო, ზუსტი არ არის. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ სამედიცინო სტატისტიკა თითქმის არ არსებობს, ამდენად, უტილიზაციის არსებული მაჩვენებელი პჯდ მომსახურების საჭიროებების შესაფასებლად არ გამოდგება.

2. პროფესიული ადამიანური რესურსის განვითარება პირველად ჯანდაცვაში

პირველადი ჯანდაცვა - ეს არის ის აუცილებელი (ბაზისური) ამბულატორიული მომსახურება, რომელიც მიეწოდება მოსახლეობას საცხოვრებელი ადგილის სიახლოვეს ოჯახის ექიმის (ან ზოგადი თერაპევტის/პედიატრის) მიერ პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან ერთად, რომელსაც შეადგენენ ზოგადი პრაქტიკის ექთნები და (ან) ბეზიაქალები.

2.1 საკადრო სექტორის ოპტიმიზაცია

100000 სულ მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობის მიხედვით საქართველო ჯერ კიდევ წამყვან ადგილზეა (მეორეა ბელორუსიის შემდეგ ჯანმოს ევროპის რეგიონში), ექთნების რაოდენობა შემცირებულია დსთ-ის და ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით და აგრძელებს კლებას. უკანასკნელ წლებში ექიმთა შეფარდება საშუალო სამედიცინო პერსონალთან უცვლელი რჩება, დაახლოებით 1:1 (2009 წელს - 1:0,9), რაც გაცილებით ნაკლებია ევროპის რეგიონის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელზე (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულია შეფარდება 1:4)

³ პრივატიზაციის პროცესში პროფილის შენარჩუნების საჭიროებას განსაზღვრავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო ეკონომიკური განვითარების სამინისტროსთან ერთად.

2006 წლიდან ქვეყნის მასშტაბით მიმდინარეობს ოჯახის ექიმების გადამზადება, პირველადი ჯანდაცვის ქსელის სრულყოფილი ფუნქციონირებისათვის. 2009 წლისათვის სულ გადამზადებული იყო 1386 ოჯახის ექიმი.⁴

ყურადსაღებია პირველად ჯანდაცვაში სათანადოდ მომზადებული ადამიანური რესურსის ნაკლებობა. აღნიშნულ ქსელში დასაქმებული ადამიანური რესურსის მხოლოდ ნაწილს აქვს გავლილი შესაფერისი მომზადება - მათი უმრავლესობის უნარ-ჩვევები და კომპეტენცია არ შეესაბამება, როგორც მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების მოთხოვნებს, ასევე არასაკმარისია სამედიცინო დაწესებულების პროცესზე, ხარისხსა და შედეგზე ორიენტირებული ეფექტიანი მართვის უზრუნველსაყოფად⁵. საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული გადამზადებული პერსონალის დიდმა ნაწილმა, სისტემის ჩამოყალიბებაში არსებული ხარვეზების გამო, ვერ მოახდინა შეძენილი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების რეალიზაცია.

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმა, რომელიც შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2003-2005 წლებში მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის დახმარებით შეიმუშავა, ემყარებოდა პირველადი ჯანდაცვის არსებული ქსელის ადამიანური რესურსების დეტალურ შესწავლასა და ანალიზს. გეგმის შემუშავების პროცესში დადგინდა სამედიცინო პერსონალის თვისობრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლები, რაც აუცილებელია პირველად სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად.

აღნიშნულ წლებში შემუშავდა პჯდ ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმები – აჭარის, იმერეთის, გურიის, რაჭა-ლეჩხუმის, ქვემო სვანეთის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, სამცხე-ჯავახეთის, ქვემო ქართლის, მცხეთა-მთიანეთის, შიდა ქართლის, კახეთისა და თბილისისათვის. იგი მოიცავს დეტალურ ინფორმაციას პჯდ დაწესებულებების პერსონალით დაკომპლექტებასთან დაკავშირებითაც.

ოჯახის ექიმის/ზოგადი პრაქტიკის ექთნის როლი უმნიშვნელოვანესია პირველად ჯანდაცვაში. ეს როლი ნათლად არის ფორმულირებული ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განმარტებული პირველად ჯანდაცვასა და WONCA-ს მიერ განმარტებული ოჯახის ექიმის როლის კონტექსტიდან.

პირველადი ჯანდაცვის გუნდის განსაზღვრა, ასევე, მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ. აღნიშნული ხედვა წარმოადგენს არა მოკლე ვადაში მისაღწევ მიზანს, არამედ იგი ემსახურება მიზანს, რომელიც მიღწეულ უნდა იქნას პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის სისტემატურ განვითარებასთან ერთად. ეს ხედვა მნიშვნელოვანწილად ადასტურებს იმას, რომ პჯდ მომსახურება მიწოდებული უნდა იყოს სათანადოდ მომზადებული ოჯახის ექიმის და არა სხვადასხვა დარგის ვიწრო სპეციალისტის მიერ.

გადამწყვეტ საკითხს წარმოადგენს თუ როგორ შევუსაბამოთ საქართველო ევროკავშირის მოთხოვნებს, რომლის თანახმად პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს ესაჭიროება სპეციფიკური კვალიფიკაცია. კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს პჯდ ცენტრებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უნარ-ჩვევებისა და ცოდნის განახლებას, რათა მათ შესძლონ ჯანმრთელობის მთელი რიგი – მწვავე და ქრონიკული პრობლემების სწორად მართვა, ნებისმიერი ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტებში. ამისათვის აუცილებელია სასწავლო პროგრამებისა და ამის შემდგომ, უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ამოქმედება, რაც ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს საშუალებას მისცემს აითვისონ და პრაქტიკაში

⁴ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

⁵ ძირითადი მონაცემები და მიმართულებები 2007-2010 წლებისათვის, საქართველოს მთავრობა

დანერგონ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა და მოაგვარონ ჯანმრთელობის პრობლემების ფართო სპექტრი. გადამზადების პროგრამები შეიქმნა აგრეთვე, მენეჯერებისათვისაც.

პერსონალის გადამზადებას წინ უძღოდა ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციის პოლიტიკის ჩამოყალიბება.

2.2 საოჯახო მედიცინაში ოჯახის ექიმის/ ექთნისა და მენეჯერის მომზადება-გადამზადება

პჯდ განვითარების გენერალური გეგმის თანახმად:

ა) საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის საფუძველს წარმოადგენს საოჯახო მედიცინა. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელიც საექიმო საქმიანობის უფლებას მოიპოვებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით და ემსახურება 500-დან 3000-მდე პაციენტს და რომელიც თანამშრომლობს პჯდ გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან/ბებიაქალებთან/მენეჯერებთან.

ზოგადი პრაქტიკის ექთანს, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ასევე გააჩნია ინდივიდუალური პრაქტიკის წარმოების უფლება და ისე როგორც ოჯახის ექიმი, საექთნო საქმიანობის უფლებას მოიპოვებს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ბ) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამიზნე მოსახლეობასთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრება ფინანსური, გეოგრაფიული და პროფესიული ფაქტორების გათვალისწინებით და შეადგენს⁶:

- მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 1 ექთანს 250-1000 მოსახლეზე;
- ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდს 1000-2000 მოსახლეზე;
- იმ დასახლებულ პუნქტებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 2000-ს, დამატებითი პჯდ ჯგუფი ემატება ყოველ 1000-დან 2000 მოსახლეზე.

სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი და ექთანი-ბებიაქალი; რეფორმის შემდგომ ეტაპზე, დაგეგმილი იყო ექიმი-ექთნის თანაფარდობის ცვლილება 1:2.

ქვეყანაში ოჯახის ექიმების/ექთნების საჭირო რაოდენობის შექმნამდე დასაშვებია პჯდ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ზოგადი თერაპევტებისა და პედიატრების მიერ.

ჯანდაცვის სექტორში ინვესტიციების დიდი ნაწილი დაიხარჯა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი პროფესიონალების ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისათვის იმ ადგილებში, სადაც კერძო სექტორი არ ჩადებდა ინვესტიციას. სახელმწიფოსა და დონორული დახმარებით გადამზადებულ იქნა 1000-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის გუნდი. საწყის ეტაპზე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის დაკომპლექტება უნდა მომხდარიყო შემდეგი პრინციპებით:

⁶ National Master Plan for the primary health care system in Georgia, Final report, April 2006, Presented to GHSPIC, Ministry of Health

- 250-1000 მოსახლე (მხოლოდ შორი ზონებისათვის): 1 ექთანი/ბებიაქალი;
- 1000-2000: პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, რომელიც შედგება 1 ოჯახის ექიმისა და 1 ექთნისაგან (ექთანი პასუხისმგებელია ადმინისტრაციულ საკითხებზე);
- 2000+: 1 პჯდ გუნდი 2000 მოსახლეზე;
- 2000+: რეკომენდებულია კონსოლიდაცია პჯდ ჯგუფურ პრაქტიკაში, პაციენტების დაფარვის მაჩვენებლის გაუმჯობესების მიზნით, საჭიროებისამებრ, ადმინისტრაციული პერსონალის დამატებით;
- ადმინისტრატორები: 1 ადმინისტრატორი 5 ან მეტ პჯდ გუნდზე;
- ადმინისტრაციული სამსახურების როლი („ბიზნეს“ მენეჯერი/ადმინისტრატორი) მდგომარეობს ოჯახის ექიმის კლინიკური მომსახურების მხარდაჭერაში და არა კლინიკური გადაწყვეტილების მართვაში.

გუნდის შემადგენლობაში - ერთი ექიმი და ერთი ექთანი წარმოადგენს საწყის შეთავაზებას. იგი მოქნილად უნდა იქნას გამოყენებული ადგილობრივი პირობების გათვალისწინებით და რეგულირებადი უნდა იყოს შედარებით დიდ ჯგუფურ პრაქტიკებში.

ექთანი/ექიმის თანაფარდობა სავარაუდოდ გაიზრდება იმდენად, რომ მიუახლოვდება ევროპასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში არსებულ მაჩვენებელს, ვინაიდან კარგად მომზადებულ თემის მედდას შეუძლია პჯდ მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილის მიწოდება დამოუკიდებლად ან ექიმის კლინიკური ხელმძღვანელობით. ეს ზრდის პჯდ მომსახურების ეფექტურობას. თუმცა ექთნების ზოგადი დონე საქართველოში საკმაოდ განსხვავდება ექთანთა პროფესიონალური ტრენინგისა და სტატუსისაგან დასავლეთის ქვეყნებში. გარდა ამისა, ექიმებთან ერთ სულ მოსახლეზე ვიზიტების რიცხვი მცირე რჩება. ექიმ/ექთნის თანაფარდობის ადრეულ ეტაპზე მნიშვნელოვანი გაზრდა ახალ პჯდ ცენტრებში შექმნის საზოგადოებისთვის არაკვალიფიციური რესურსების წარდგენისა და შესაბამისად პერსონალსა და საზოგადოებაში ექთნების მიმართ ნდობის დაკარგვის რისკს.

როდესაც პჯდ მომსახურების უტილიზაცია გაიზრდება და ექთანთა სწავლება საქართველოში პროფესიონალურ დონეს მიაღწევს, ერთი/ერთზე თანაფარდობა ხელახალ განხილვას უნდა დაექვემდებაროს. ამ თვალსაზრისით საერთაშორისო ექსპერტების რეკომენდაციით, საქართველო უნდა გადავიდეს საექთნო საქმის პროფესიონალურ მოდელზე - დიპლომის მისაღებად სამწლიანი, ხოლო ბაკალავრიატის ოთხწლიანი სწავლება - რაც შეიძლება სწრაფად, ისე რომ შვიდ-ათ წელიწადში პჯდ-ს დაკომპლექტება გახდეს შესაძლებელ ადნიშნულ დონეზე მომზადებული ექთნებით.

2.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების რესტრუქტურისა თბილისში

მნიშვნელოვნად იყო შეფერხებული თბილისში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების (პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრების - ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექთანი, ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი), რესტრუქტურისა, რაც გულისხმობდა:

- თბილისის, არსებულ 54 პჯდ დაწესებულებაში (მუშაობდა 1698 ექიმი და 1409 ექთანი) ადამიანური რესურსების დოკუმენტირებას (შეფასებას);
- პჯდ-ის სისტემის ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაციისათვის კრიტერიუმების შემუშავებას;

- გადასამზადებელი პერსონალის სელექციას და გადამზადებას (სავარაუდოდ 600-600 ექიმი/ ექთანი, 55 მენეჯერი - გადამზადების ორეტაპიანი სისტემა);
- პჯდ-ის განახლებული დაწესებულებების შესაფერისი პერსონალით დაკომპლექტებას;
- პროფესიული საქმიანობის ხარისხის უზრუნველყოფას.

საერთაშორისო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ პჯდ-ს რეფორმა მოიცავს პროფესიული და ინსტიტუციონალური განვითარების პროცესს, რომელიც არ იფარგლება მხოლოდ ტრენინგით, არამედ მათი (ფინანსური და სხვა საშუალებებით) მოტივირებისა და უნარ-ჩვევების მუდმივ განახლებასაც მოითხოვს.

უშუალოდ მომსახურების მიწოდების პროცესის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია ადამიანური რესურსის განვითარება ეფექტური გზებით, რაც შესაბამისობაში იქნება დასახულ ამოცანებთან. თბილისის მოსახლეობისათვის მიწოდებული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების უმნიშვნელოვანესი სტრატეგიული მიზნის მისაღწევად, აუცილებელია, ადამიანური რესურსის განვითარების მოქნილი კურსის შემუშავება და პრაქტიკული განხორციელება. **პილოტური გარემო** შექმნის შესაძლებლობას სხვადასხვა ვარიანტის დანერგვისა და გაანალიზებისათვის. კარგი იქნება, თუ პილოტირების პროცესში შეიქმნება მუშაობის არსებული მეთოდების შეცვლისა და ცვლილებების შედეგებზე მონიტორინგის პირობები. ამისათვის ალბათ, საკმარისი იქნება 2-3 წლიანი პერიოდი. მნიშვნელოვანია, პილოტური პროგრამები, აღნიშნულის გათვალისწინებით, იქნას შემუშავებული.

ამასთან, გასათვალისწინებელი არის გარდამავალი ხასიათის ღონისძიებები, რაც საჭირო იქნება მანამ, ვიდრე გადასამზადებლად შერჩეული კადრი ახალ პროფესიულ ამპლუაში სრული დატვირთვით შეუდგებოდეს მუშაობას.

პილოტური ცენტრებისათვის ადამიანური რესურსის დაგეგმვის პროცესი, ბუნებრივია, გარკვეულ იურიდიულ და ფუნქციონალურ ჩარჩოებში უნდა ხორციელდებოდეს, რაც გარკვეულწილად ზღუდავს პილოტის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობებს, თუმცა პილოტური პროგრამების გამოყენება შედარებით გრძელვადიანი პროცესების გამოკვლევის საუკეთესო საშუალებაა.

2.4 პჯდ-ში მომუშავე ჯანმრთელობის პროფესიონალების ლიცენზირებისა და რევალიდაციის სისტემის ჩამოყალიბება

ჯანდაცვის მთავრობა, სახელმწიფოს სახელით, პასუხისმგებელია უზრუნველყოს პაციენტის უსაფრთხოება და კონკრეტული ამოცანების გადაწყვეტაზე ლიცენზირებულ პირებს გააჩნდეთ სათანადო კომპეტენცია. დღესდღეობით, ოჯახის ექიმებისათვის საქართველოში არსებობს სერთიფიცირების პროცედურა. პჯდ რეფორმის ფარგლებში ზოგადსაექიმო პრაქტიკის ექთნებთან მიმართებაში გატარდა მნიშვნელოვანი დროებითი ღონისძიებები, თუმცა ექთანთა სერთიფიცირების პრობლემა ჯერ გადაწყვეტილი არ არის.

მიუხედავად იმისა, რომ შემუშავებულია ოჯახის ექიმებისა/ექთნებისათვის მოვალეობებისა და კომპეტენციების შესახებ დებულებები, არც ერთი მათგანი არ იძლევა მარტივ და ნათელ განმარტებას ამ ორი პროფესიის სავარაუდო როლებისა და ფუნქციების, თუ მათი ერთობლივი მუშაობის შესახებ.

არსებული კანონმდებლობით, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, პროფესიული კონსულტაციების მეშვეობით უნდა განსაზღვროს, თუ რა კომპეტენცია უნდა ექვემდებარებოდეს ლიცენზირებას. ამდენად უმნიშვნელოვანესია პჯდ კლინიკური პერსონალის

ლიცენზირების/რევალიდაციის სისტემის ამოქმედება როგორც ექიმები, ასევე ექთნებისათვის, რისთვისაც საჭიროა:

- საოჯახო მედიცინაში პროფესიული სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა
- სამედიცინო პერსონალის (ექიმი/ექთნის) ლიცენზირების სისტემის განვითარება (სალიცენზიო გამოცდების ჩატარების განახლებული მეთოდოლოგიის, წესისა და ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა; საგამოცდო ტესტ-კითხვარების შემუშავება, ექსპერტიზა და გამოყენება და სხვ.)
- რევალიდაციისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების სისტემების ჩამოყალიბება.
- პჯდ-ში მომუშავე საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაციის ინსტრუმენტების დანერგვა
- ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სხვა ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა.

2.5 საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია

ევროკავშირის გრანტით (№TACIS/2007/147562) დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშეწყობი პროექტის“ ფარგლებში 2006-2011 წლებში თბილისში, ქუთაისში, აჭარაში, კახეთში, შიდა ქართლსა და სამეგრელოსა და ზემო სვანეთის რეგიონებში ჩატარდა პჯდ-ში მომუშავე საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია

შეფასება (საქმიანობის ფრაზირება) - ეს არის მიმდინარე პროცესი, რაც ხელს უწყობს პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განვითარების მიზნით პერსონალური განვითარების საჭიროებების იდენტიფიცირებას, რაც მუდმივად უნდა ხდებოდეს. შეფასება (საქმიანობის ფრაზირება), აღნიშნული დეფინიციით, არ არის საქმიანობის მართვის ინსტრუმენტი. იგი პოზიტიური პროცესია, რომლის დროსაც ყალიბდება ორმხრივი კავშირი და ხდება უკუგება პრაქტიკოსის წარსული საქმიანობის თაობაზე იმისათვის, რომ მუდმივად განსაზღვროს განვითარების საჭიროებები და დაგეგმოს მომავალი. შეფასების პროცესში შემფასებელი და შესაფასებელი პერსონალი, ორივე, უნდა მოემზადოს იმისათვის, რომ სწორად განსაზღვროს სადისკუსიო საკითხები, რაზეც შემდგომ უნდა მოხდეს სათანადო რეაგირება.

გაერთიანებულ სამეფოში შეფასებები ტარდება რეგულარულად. იგი არის კარგად სტრუქტურირებული სისტემა იმისათვის, რომ დროულად მოხდეს განვითარების საჭიროებების იდენტიფიცირება და პერსონალური განვითარების განხორციელება, რაც ხელს უწყობს ოჯახის ექიმებს მიაღწიონ რევალიდაციას; შეფასების პროცესში ხდება მიღწეული პროგრესის დოკუმენტირება. ყველა ექიმი აუცილებლად მონაწილეობს ყოველწლიური შეფასების პროცესში. იგი მძლავრი ინდიკატორია და ადასტურებს, რომ ზოგადი პრაქტიკოსი შეესაბამება ქვეყნის მიერ აღიარებულ, მაღალ პროფესიულ სტანდარტს. ფორმალური პასუხისმგებლობა აღნიშნულ პროცესებზე ეკისრება ჯანმრთელობის მართვის ლოკალურ ორგანოებს - პირველადი ჯანდაცვის ტრასტებს (PCT) .

საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული სამედიცინო პროფესიონალების შესაფასებლად, საერთაშორისო კონსულტანტებისა და მათი ქართველი პარტნიორების მიერ, შემუშავებულ იქნა სამუშაოს შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის მეთოდოლოგია საქართველოსათვის. აღნიშნული ინსტრუმენტის გაცნობისა და დანერგვის მიზნით 2006-2008 წლებში ჩატარდა ტრენინგები, რომელსაც უძღვებოდნენ უცხოელი კონსულტანტები. გადამზადებულმა შემფასებლებმა აღნიშნული ინსტრუმენტი წარმატებით გამოსცადეს

საკუთარ დაწესებულებებში კოლეგების შესაფასებლად. პერსონალის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია განხორციელდა გასულ წელსაც საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში.

საოჯახო მედიცინაში გადამზადებულ 600-მდე ექიმსა და 500-მდე ექთანს, ევროკავშირისა და მსოფლიო ბანკის პროექტების ფარგლებში, ჩაუტარდა საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია. ყველა ექიმსა და ექთანზე შედგენილ იქნა შეფასების პაკეტი. შეფასებული პერსონალის პასუხი ძალიან პოზიტიური იყო. ყველამ აღიარა, რომ პროცესი დაეხმარა მათ ბევრი საკითხის განსაზღვრაში.

შედეგებმა გამოავლინა, რომ:

- საოჯახო მედიცინის გუნდებს, რამდენიმე ძირითად სფეროში, ესაჭიროებათ შემდგომი ტრენინგები.
- შეფასების აღნიშნული ინსტრუმენტი არის ეფექტური საშუალება ინდივიდუალური საჭიროებების იდენტიფიცირებისათვის და მომავალი უწყვეტი პროფესიული განვითარებისათვის.
- საერთაშორისო პროექტის დასრულების შემდეგ მნიშვნელოვანია მოხდეს აღნიშნული ინსტრუმენტის ინტეგრაცია ექიმებისა და ექთნების რეალიზაციის სისტემაში.

2.6 პჯდ-ში მომუშავე პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარება

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ხედვა პირველადი ჯანდაცვის გუნდთან მიმართებაში წარმოადგენს არა მოკლე ვადაში მისაღწევ მიზანს, არამედ იგი ემსახურება მიზანს, რომელიც მიღწეულ უნდა იქნას პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის სისტემატურ განვითარებასთან ერთად. ეს ხედვა მნიშვნელოვანწილად ადასტურებს იმას, რომ პჯდ მომსახურება მიწოდებული უნდა იყოს სათანადოდ მომზადებული ოჯახის ექიმის და არა ვიწრო სპეციალისტების მიერ. კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს პჯდ ცენტრებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის სპეციფიკურ კვალიფიკაციას, უნარ-ჩვევებისა და ცოდნის განახლებას, რათა მათ შესძლონ ნებისმიერი ასაკისა და ორივე სქესის პაციენტებში ჯანმრთელობის მთელი რიგი – მწვავე და ქრონიკული პრობლემების სწორად მართვა. ამისათვის აუცილებელია სასწავლო პროგრამებისა და ამის შემდგომ, უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ამოქმედება, რაც ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს საშუალებას მისცემს აითვისონ და პრაქტიკაში დაწერონ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა და მოაგვარონ ჯანმრთელობის პრობლემების ფართო სპექტრი. გადამზადების პროგრამები შეიქმნა, აგრეთვე, ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერებისათვისაც.

მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური გაიდლაინებისა და სტანდარტების შემუშავება/დანერგვა უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. ეს საქმიანობა მოიცავს საოჯახო მედიცინის ტრენინგის პოტენციალის შექმნას, პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებას და პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გაუმჯობესებას.

პირველადი ჯანდაცვაში გავრცელებულ დაავადებებსა და პრობლემებზე შემუშავებულია 40 ახალი გაიდლაინი და პროტოკოლი. რეგულარულად ხდებოდა პჯდ ადამიანური რესურსების სასწავლო საჭიროებების იდენტიფიცირება და შესაბამის თემებზე კვალიფიკაციის ამაღლება. აღნიშნული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება და 1000-ზე მეტი ექიმის ტრენინგი 13 დასახელების გაიდლაინის/პროტოკოლის დანერგვის მიზნით, დაფინანსდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტისა (მსოფლიო ბანკი) და პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მხარდაჭერის პროექტის მიერ (ევროკავშირი).

3. მოსახლეობის საჭიროებების შესაფერისი სერვისების მიწოდება პჯდ დონეზე

2006 წელში საქართველოს ჯანდაცვის მთავრობის მიერ აღიარებულ იქნა, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ოტავას ქარტია - WONCA-ს მიერ განსაზღვრული პირველადი ჯანდაცვის მოდელის დანერგვა შესაფერისი და მიზანშეწონილია საქართველოსათვის.

საოჯახო მედიცინის გუნდის, როგორც პჯდ მიმწოდებლის, უმთავრესი მახასიათებელია:

- *არის პირველი კონტაქტის ადგილი ჯანდაცვის სისტემაში*, რომელიც ნებისმიერი პრობლემის გადაჭრის მიზნით უზრუნველყოფს მომხმარებლისათვის ღია და შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას, მიუხედავად ასაკისა, სქესისა ან პერსონალური განსხვავებული ნიშნისა.
- *ის უზრუნველყოფს ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურ გამოყენებას* კოორდინირებული მოქმედებების გამო, პჯდ სისტემაში მომუშავე სხვა პროფესიონალებთან ერთად და სხვა დონის სპეციალისტებთან ინტერფეისის (მიმართვების სისტემა) საშუალებით, პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე იღებს რა ადვოკატის როლს.
- *ანვითარებს პიროვნება-ცენტრისტულ მიდგომებს*, რომელიც ორიენტირებულია ინდივიდებზე, მათ ოჯახებსა და თემზე.
- *გააჩნია უნიკალური კონსულტაციური პროცესები*, რომელიც ყალიბდება ხანგრძლივი ურთიერთობისას და ეფუძნება პაციენტისა და ექიმი/ექთნის ეფექტურ კომუნიკაციას.
- პასუხისმგებელია ხანგრძლივ და უწყვეტ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის საჭიროებების შესაბამისად.
- *მონაწილეობს სპეციფიური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში*, რომელიც ემყარება თემის ავადობის გავრცელებასა და სიხშირეს.
- *ერთდროულად მართავს პაციენტის ორივე - მწვავე და ქრონიკულ პრობლემებს.*
- *მართავს დაავადებებს თავის განვითარების ადრეულ ეტაპზე*, როცა იგი წარმოდგენილია არადიფერენცირებული ფორმებით და ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება.
- *ამკვიდრებს ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას ორივე - შესაფერისი და ეფექტური ინტერვენციებით.*
- *გააჩნია სპეციფიური პასუხისმგებლობა თემის ჯანმრთელობის წინაშე.*
- *პაციენტის პრობლემებს მართავს მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალურ-კულტურულ და ეგზისტენციალურ განზომილებებში.*
- *გააცნობს პაციენტს კანონით მისთვის მინიჭებულ უფლებებს.*

ამდენად, ინდივიდუალური/ოჯახის თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე ინტეგრირებული მიდგომის ჩამოყალიბება, ოჯახის ექიმი, როგორც გუნდის კოორდინატორი და რესურსების მენეჯერი, ახალი საექთნო სამსახურების განვითარება, საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სწორი ორგანიზაცია, (რაც გულისხმობს ადმინისტრაციული პროცედურების (რეგისტრაციის, საფინანსო აღრიცხვა-ანგარიშგების, მონიტორინგისა და ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების, საინფორმაციო სისტემების მართვის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ანგარიშგების, მიმართვების - რეფერალის, შესყიდვებისა და კონტრაქტირების, მედიკამენტის დანიშვნის, პაციენტთა ნაკადის მართვის, პაციენტთან დაკავშირებული ჩანაწერების, ინფორმაციის შენახვის, დაცვისა და სხვ.) საჭიროებს პჯდ გუნდის კომპეტენციების

განსაზღვრასა (სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და დამხმარე მოვლა ისევე, როგორც ჯანმრთელობის დამკვიდრება და დაავადებათა პრევენცია) და ოჯახის ექიმი/ექთნის/მენეჯერის ფუნქციების და პასუხისმგებლობების აღწერას.

აღნიშნულზე პოლიტიკური გადაწყვეტილებები აუცილებლად აისახება სერვისების დაფინანსების მოდელზე, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანი თემაა!!!

4. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის ორგანიზაცია

4.1 პჯდ ცენტრების ტიპები

პჯდ-ს მომსახურებას ქვეყანაში აწარმოებენ მხოლოდ ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებები, რომლებიც მიეკუთვნებიან პირველ დონეს, კერძოდ:

- საექთნო/საბებიო პოსტი და/ან მობილური პჯდ ბრიგადა, რაც ორგანიზაციულად უახლოესი პჯდ ობიექტის ნაწილია (ფილიალი);
- ერთი ან რამდენიმე პჯდ გუნდით დაკომპლექტებული პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება სოფლად ან ქალაქის ტიპის დასახლებებში.

4.2 პჯდ მომსახურების ორგანიზაციის პრინციპები

- ❖ პირველადი ჯანდაცვა არის პაციენტის პირველადი კონტაქტის ადგილი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და არის მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების მიმწოდებელი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.
- ❖ ორგანიზაციულად და დაფინანსების თვალსაზრისითაც პირველადი ჯანდაცვა უნდა იყოს გამიჯნული მეორეული და მესამეული დონის მომსახურებისაგან, თუნდაც ისინი იმყოფებოდნენ ერთ შენობაში.
- ❖ პჯდ, რომელიც მიწოდება ოჯახის ექიმების მიერ, უნდა გამოეყოს ჰოსპიტალურ და უფრო მაღალი დონის მომსახურებას. მომსახურების მიმწოდებლის ორგანიზაციული გაერთიანება დასაშვებია მხოლოდ არაჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებელთან.
- ❖ პჯდ მომსახურების მიწოდებისათვის იურიდიულ-სამართლებრივი ფორმების შერჩევა თავისუფალია და პჯდ მომსახურების მიმწოდებლები შეიძლება ჩამოყალიბდნენ ინდივიდუალური მეწარმის, კერძო სამართლის ან არასამეწარმეო იურიდიული პირის სტატუსით.
- ❖ ოჯახის ექიმი აწარმოებს მასთან რეგისტრირებული (500-2000) პაციენტების მხოლოდ ერთ სიას – საერთო სიას, მომსახურების დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.
- ❖ ქვეყანაში ოჯახის ექიმების/ექთნების საჭირო რაოდენობის შექმნამდე დასაშვებია პირველი დონის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება განხორციელდეს ამჟამად ფუნქციონირებადი უბნის პერსონალის - თერაპევტების/პედიატრების /ექთნების მიერ, მაგრამ არა უგვიანეს 2010 წლისა (რომელიც ვერ განხორციელდა).

შენიშვნა: 2009–2010 წელს საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამებში მონაწილეობის მისაღებად შესარჩევ (სეროიზულად მაღალი კონკურენციის პირობებში) კონკურსში

გამარჯვებულმა ექიმებმა უარი განაცხადეს პროგრამაში მონაწილეობაზე მხოლოდ იმიტომ, რომ მათი აზრით საოჯახო მედიცინა აღარ წარმოადგენს ჯანდაცვის მთავრობის პრიორიტეტს.

- ❖ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ზოგადი სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული და დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მხოლოდ პჯდ ექიმის რეფერალის საფუძველზე და დაცული უნდა იყოს ფიზიკური (გეოგრაფიული) ხელმისაწვდომობის პრინციპი. ოჯახის ექიმს გააჩნია „კარიბჭის“ ფუნქცია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ პროგრამებში ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე პაციენტების მიმართვის თვალსაზრისითაც.
- ❖ სოლო და ჯგუფური პჯდ გუნდები ორგანიზებულია ქალაქში/რაიონში და სოფლად (1000-2000 მოსახლეზე 1 ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი) .
- ❖ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურების ადგილმდებარეობის შესაბამისად პჯდ შესაძლებლობების გაძლიერება, რაც გულისხმობს ოჯახის ექიმების/ექთნების გადამზადებას გადაუდებელი და სასწრაფო დახმარების საკითხებზე იმ ადგილებში, სადაც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია.
- ❖ დაცულია თითოეული მოსახლის თანასწორი უფლებები, ხელმისაწვდომი იყოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება და მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.

4.3 პჯდ გუნდების ორგანიზაცია და მართვა

- მოახდინოს პაციენტების რეგისტრაცია
- როგორც სხვა კლინიცისტები, ოჯახის ექიმები/ექთნები საჭიროებენ სპეციალობის შესაბამის დატვირთვას, რათა შესძლონ პრევენციის, სამედიცინო-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და რეაბილიტაციის ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შენარჩუნება.
- მართოს პრაქტიკის საბანკო ანგარიში
- მართოს პრაქტიკის ფინანსები საქართველოს კანონმდებლობის ფარგლებში (დროულად და სწორად წარადგინოს საჭირო მონაცემები საგადასახადო ორგანოებში, გადაიხადოს გადასახადები, განახორციელოს საექსპლოატაციო ხარჯები და სხვ.).
- მოამზადოს ანგარიშსწორების ფორმები და ანგარიშები დადგენილი წესების შესაბამისად.
- განახორციელოს პრაქტიკის და პერსონალის, კონტრაქტების სწორი ორგანიზაცია და მართვა.
- გამოიყენოს დადგენილი სტანდარტული ფორმები ანგარიშგების, დოკუმენტაციის წარმოების, რეფერალების, ანგარიშების შედგენისას და მედიკამენტების გამოწერისას.
- და სხვ.

პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი საოჯახო მედიცინის სპეციალისტების პროფესიული კომპეტენციები მეტად განსხვავებული და მრავალფეროვანია. ისინი ჩვეულებრივ, მუშაობენ გუნდურად, რაც საშუალებას აძლევს მათ მიაღწიონ პაციენტთა ჯანმრთელობის სასურველ მახასიათებლებს.

გუნდური მუშაობა არ არის იოლი ამოცანა. ეფექტიანობა ვერ იქნება გარანტირებული მხოლოდ სხვადასხვა სპეციალისტების (უპირატესად საექთნო პერსონალი) კომპეტენციის აკუმულირებით, მეტ-

ნაკლებად ოფიციალურად აღირებული საორგანიზაციო სტრუქტურის ფარგლებში. რაც უფრო დიდია გუნდი, მით მეტია კოორდინაციისა და სათანადო კომუნიკაციის აუცილებლობა და მით უფრო რთულია ხელმძღვანელობის წინაშე მდგომი ამოცანა. გუნდის ორგანიზაციული ფორმა, შესაძლოა, იცვლებოდეს „ძირითადიდან“ „მეტად გაფართოებულობამდე“ - გამომდინარე კონკრეტული პაციენტებისა და თემის სამედიცინო საჭიროებებიდან; იგი, აგრეთვე, განსხვავდება „ძირითადი“ წევრების კომპეტენციიდან და პრაქტიკის გეოგრაფიული მდებარეობიდან გამომდინარე, მოცემულ ზონაში სხვა სამედიცინო სამსახურების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პჯდ გუნდის მთავარი ფუნქციაა პჯდ მომსახურების გაწევა მოსახლეობის განსაზღვრული ჯგუფისათვის. იდეალურ შემთხვევაში, აღნიშნული მომსახურება ყოვლისმომცველი, მაღალი ხარისხის, მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებებზე ორიენტირებულია და შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის სხვა მნიშვნელოვან მახასიათებლებს (უწყვეტობა, კოორდინაცია და სხვ.). ფუნქციური საკითხები, ყოვლისმომცველობისა და მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად, გულისხმობს პჯდ გუნდის კომპეტენციის გაფართოებას. კონკრეტული კომპეტენცია (ცოდნა, მიდგომა და უნარ-ჩვევები) აუცილებელია პჯდ გუნდის ფარგლებში, რათა მან ეფექტურად შესარულოს თავისი როლი რეალურ და ცვალებად გარემოში. ამდენად, კომპეტენცია განსაზღვრავს, თუ რა წვლილი უნდა შეიტანონ გუნდის წევრებმა საერთო საქმეში ან როგორ განვითარდნენ გუნდის მიერ აღებული ვალდებულებების ეფექტიანად შესრულების მიზნით. კომპეტენციაზე ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სპეციალისტის (ექიმი/ექთან) როლი და განსაზღვრავს მის მიერ ორგანიზაციის ფარგლებში შესასრულებელ სამუშაოს.

პჯდ რესტრუქტურიზაციის პროცესი გამოიწვევს პჯდ მომსახურების მიმწოდებელთა როლების ხელახალ განსაზღვრას და ახალი სამუშაო ადგილების წარმოშობას, რომელთა შექმნა ანუ კომპეტენციის შესაბამისი სამუშაოების განსაზღვრა, ყურადღებით უნდა იქნას გათვალისწინებული კონკრეტული როლის ფარგლებში. ამიტომ მნიშვნელოვანია:

- სამუშაოების ისეთი დიზაინი, რომ ცალკეული სამუშაოს შემსრულებელს საშუალება ჰქონდეს იყოს ანგარიშვალდებული მნიშვნელოვანი შედეგების მისაღებად;
- სამუშაოების განსაზღვრა ისე, რომ დატვირთვა იყოს მისაღები და აღნიშნული სამუშაო შეასრულოს კომპეტენტურმა და მოტივირებულმა პერსონალმა.
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ სამუშაოს შემსრულებელი უზრუნველყოფილი იყოს დაბალანსებული სამუშაოთი მისი მრავალფეროვნების, ყოველდღიურობის, პერსპექტიულობის და განვითარების თვალსაზრისით.
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ შესაძლებელი იყოს მისი შესრულება, ანუ ის არ უნდა მოითხოვდეს კომპეტენციის ისეთ კომბინაციას თუ თვითკომპეტენციას, რომლის უზრუნველყოფაც რთული იქნება სამუშაოს შემსრულებლისათვის.
- სამუშაოების ისე განსაზღვრა, რომ დასაქმებულს საშუალება მიეცეს შეითვისოს ახალი კომპეტენცია და რომელიც, შედეგად, უზრუნველყოფს მის ეტაპობრივ წინსვლას და თანმიმდევრულ დაგეგმვას პროფესიული განვითარების თვალსაზრისით.

ამდენად, პჯდ ორგანიზაციის ფინანსური, ორგანიზაციული და სამართლებრივი უზრუნველყოფა მნიშვნელოვნად განაპირობებს ისეთ ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას, რომლის დროსაც დაცულია თითოეული მოსახლის თანასწორი უფლებები მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.

5. ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელ ერთეულთა დონეებს შორის კავშირები

5.1 პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრაცია სამედიცინო დახმარების სხვა დონეებთან

პჯდ სისტემის რეორგანიზაცია მოითხოვს ცვლილებების გატარებას ჯანდაცვის სხვა დონეებზეც, რამდენადაც აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრაცია სამედიცინო დახმარების სხვა დონეებთან.

უფრო კონკრეტულად, მოზრდილთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საჭიროებების სულ მცირე 80%-ს, აკმაყოფილებს საოჯახო მედიცინა, რომელიც ასრულებს მკურნალობისა და მოვლის ჯაჭვის პირველი რგოლის ფუნქციას და იღებს პაციენტებს მედიცინის თითოეულ დისციპლინასთან დაკავშირებული მდგომარეობით. თუ მას სჭირდება კონსულტაცია, პაციენტი, რეფერალის საშუალებით, უნდა მიმართოს შემდგომ დონეს. სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურება, რომელიც დაფინანსებული იქნება სახელმწიფოს მიერ, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვის საფუძველზე, ამდენად, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა დონეებს შორის ქმედუნარიანი კავშირების განვითარება და ორგანიზება.

5.2 მიმართვების პროცედურა

მნიშვნელოვანი ღონისძიება, რომელიც პირველად ჯანდაცვას აკავშირებს სამედიცინო დახმარების სხვა დონეებთან, არის **მიმართვების პროცედურა (რეფერალი)**. მიმართვების სისტემის მიღების შემდეგ, გამოყენებული უნდა იყოს მიმართვების გენერირებისა და აღრიცხვის წმინდა ადმინისტრაციული მექანიზმები. ოჯახის ექიმები დახმარებას გაუწევენ პაციენტებს მეორე და მესამე საფეხურის მომსახურების მიღებაში სპეციალისტი ექიმების, დიაგნოსტიკური და თერაპიული მომსახურებების მისაღებად რეფერალის-უკურეფერალის მექანიზმების გამოყენებით. ამდენად, მნიშვნელოვანია, რომ განვითარდეს რეფერალის საჭიროების განსაზღვრისა და რეგულირების მექანიზმები, რომელიც ეფუძნება სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული კლინიკური სტანდარტებს, კომპეტენციებსა და დონეებს/დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის გაცვლის კარგად აწყობილ სისტემას.

როგორც სხვა კლინიცისტები, ექიმი-სპეციალისტები საჭიროებენ სპეციალიზაციის შესაბამის დატვირთვას, რათა შესძლონ სამედიცინო-დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შენარჩუნება. მათ, აგრეთვე, ესაჭიროებათ ადექვატური დიაგნოსტიკური და თერაპიული ტექნოლოგიები და სპეციალიზირებული რესურსები, რაც მეორე და მესამე დონეზე იქნება კონცენტრირებული.

წინასამშობიარო და მშობიარობის შემდგომი მოვლის ინტეგრაცია განხორციელდება პირველად ჯანდაცვაში, გინეკოლოგიური სამსახური გადაინაცვლებს მეორად დონეზე, ხოლო ზოგადი ხასიათის მომსახურება უნდა გადავიდეს პირველად ჯანდაცვაში, შესაბამისად, დარჩენილი ბებიაქალები გადაყვანილი იქნებიან პირველადი ჯანდაცვის გუნდებში. კავშირი, მათ შორისაც, იქნება რეფერალის მეშვეობით. იგივე არგუმენტი ვრცელდება დისპანსერულ სისტემაზე. ისინი გახდებიან სამედიცინო დახმარების მეორე დონის მომსახურების ცენტრები.

5.3 კავშირები პირველად ჯანდაცვასა და სხვა დონეებს შორის

კავშირების დამყარება გულისხმობს პირველად ჯანდაცვასა და იმ სამსახურებს შორის კავშირებს, სადაც ხორციელდება:

- სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული კონსულტაცია და დიაგნოსტიკა, როგორც ამბულატორიულ, ასევე ჰოსპიტლის დონეზე;
- დიაგნოსტიკა და ლაბორატორიული კვლევები გარდა იმისა, რაც ხორციელდება პჯდ დონეზე;
- ჰოსპიტალურ დონის გადაუდებელი დახმარება;
- ჰოსპიტალური დონის სპეციალისტების მიერ მკურნალობის ჩატარება.

5.4 რეფერალის რეგულირების მექანიზმები

რეფერალის საჭიროების განსაზღვრისა და რეგულირების მექანიზმები მოიცავს:

- სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულ კლინიკურ სტანდარტებს;
- რეგულაციებს, რომელიც აღწერილია ჯანდაცვის დაფინანსების პროგრამებში და/ან ინდივიდუალური პაციენტის დაზღვევის პოლისში.
- რეგულაციების არარსებობის შემთხვევაში, რეფერალი უნდა მოხდეს პროფესიონალის მიერ საკუთარი კომპეტენციის გათვალისწინებით.

6. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების მოდელის შემუშავება

6.1 ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსების მექანიზმები

ჯანდაცვის სისტემის ოთხი ფუნქციიდან ერთ-ერთია დაფინანსება, რომელზეც დამოკიდებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსი და სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება, სამედიცინო მომსახურებაზე გარანტირებული და თანასწორუფლებიანი ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მომხმარებლის კმაყოფილების ზრდა.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, 2009 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1819 მლნ. ლარი შეადგინა, რაც მშპ-ის 10,1% იყო. აქედან ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯებზე მოდიოდა 419 მლნ. ლარი (23%), საერთაშორისო დახმარებებზე 105 მლნ. ლარი (5,8%), დანარჩენი კი - მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილ თანხებს წარმოადგენდა.

საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსების დინამიკა ცხადყოფს, რომ 2001 წლიდან ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯები დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა და 2009 წელს ერთ სულ მოსახლეზე 94 ლარი შეადგინა, თუმცა ეს 6-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე, 1990 წელს (დაახლოებით 130 დოლარის ექვივალენტი). აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების გასამმაგების მიუხედავად, აღნიშნული ხარჯების საერთო მოცულობის წილი საკმაოდ დაბალია ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში.

ადამიანის სიცოცხლის ჯანსაღი საწყისი, მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების ამოცანების გადაწყვეტა სახელმწიფოს განსაკუთრებულ მოთხოვნებს უყენებს და მისი განვითარების დონეს განსაზღვრავს. რადგანაც სახელმწიფოს ერთ-ერთი უმთავრესი ფასეულობა ადამიანის ჯანმრთელობაა, ამიტომ მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები⁷.

ჯანმრთელობის დაფინანსების მექანიზმები არ არის დამოუკიდებელი:

- ჯანმრთელობის საერთო სისტემის ორგანიზაციისაგან
- ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა დონეების (პირველადი და მეორადი ჯანდაცვა) ურთიერთდამოკიდებულებისაგან
- სახელმწიფო და ადგილობრივი ბიუჯეტებისაგან
- სოციალური მიმართულებებისა და სოლიდარობის დონისაგან მოსახლეობის მიმართ მოლოდინის და უზრუნველყოფის თვალსაზრისით

რეკომენდაციები ჯანმრთელობის დაფინანსების სისტემის განვითარებასთან დაკავშირებით კლასიფიცირდება სამ ჯგუფად:

- პჯდ დაფინანსების სისტემასთან დაკავშირებით
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების სისტემის ორგანიზაციასთან დაკავშირებით (გარდა პჯდ-სა)
- სხვადასხვა ინსტიტუტებს შორის კოორდინაციასთან დაკავშირებით

ჯანმრთელობის სისტემის მთავარი პრიორიტეტია ფინანსური, ინფორმაციული და გეოგრაფიული ბარიერების მოხსნა და ჯანდაცვის სამსახურებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

ჯანმრთელობის მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე შექმნილი ფინანსური ბარიერები არის უდიდესი პრობლემა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ისევე, როგორც რეგიონის ბევრ ქვეყანაში. ხშირად ადამიანები ვერ იღებენ საჭირო მომსახურებას ან ღარიბებიან სამედიცინო დახმარებისათვის გაწეული ხარჯების შემდეგ (The Georgia Health sector Note, The World Bank 2005). ჯანდაცვის მთავრობა გეგმავს შეამციროს ფინანსური ბარიერები და მოსახლეობისაგან ფინანსური ტვირთი გადაიტანოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სახელმწიფო და კერძო რისკების გადანაწილების სქემების გაერთიანების საშუალებით. აღნიშნული აქტივობების შესაფასებლად გამოიყენება ორი ინდიკატორი: მოსახლეობის ის წილი, რომელსაც ესაჭიროება ბაზისური სამედიცინო დახმარება და ვერ იღებს მას უსახსრობის გამო, და მეორე, მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხის წილი ჯანმრთელობის საერთო დანახარჯებში. ამ მიმართულებით ტენდენცია არის დადებითი (2201-2007), მაგრამ არასაკმარისი (Georgia Health Expenditure and Utilization Survey – 2007).

ჯანდაცვის მთავრობის მიერ დაგეგმილი რეფორმის მთავარი ამოცანაა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის მიღწევა და კერძო სადაზღვევო სქემებში გაზრდილი მონაწილეობის უზრუნველყოფა, რაშიც სახელმწიფოს როლი სავსაობადაა მაღალია.

⁷ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

6.2 პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი

ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის დაფინანსების გეგმაში პჯდ-ს დაფინანსების ინტეგრაცია მოიცავს პჯდ საკვანძო პარამეტრების განსაზღვრას, ესენია:

- საქართველოს პჯდ მომსახურების ბაზისური პაკეტი და საქართველოს მოსახლეობისათვის მისი უზრუნველყოფის ძირითადი პირობები
- პჯდ მიმწოდებელთა სტატუსი და ქსელი
- პჯდ მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველის სტატუსი და საქმიანობა
- ანაზღაურების მექანიზმები და შესაბამისი ტარიფების დათვლა
- რეფორმირებულ პჯდ დაწესებულებებთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული პროცესების პრინციპების განსაზღვრა.

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება მიზნად ისახავს ორი მთავარი ამოცანის განხორციელებას:

- პირველადი ჯანდაცვა იყოს უფრო ეფექტური - საზოგადოებრივი დანახარჯების სარგებლობის თვალსაზრისით
- გაუმჯობესდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკეთესი და უფრო ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების საშუალებით

პჯდ დაფინანსების მოდელის განვითარება, ევროკავშირისა და ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების პროექტების ფარგლებში შემუშავებული საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გენერალური გეგმის შესაბამისად, საწყის ეტაპზე გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის მოქნილი ბაზისური პაკეტის (BBP) შემუშავებას, რომელიც:

- შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს
- შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი განაპირობებს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობას
- განისაზღვრება მომსახურების ადექვატური მოცულობითა და მისი მიწოდების საუკეთესო პირობებით.

პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის შინაარსისა და ღირებულების შემუშავებისას განხილული უნდა იყოს შემდეგი საკითხები:

1. პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტი განსაზღვრავს ნაწილობრივ ფარავს თუ სრულად სახელმწიფო პაციენტის ხარჯებს. იგი შექმნის გაზიარებულ გაგებას იმის თაობაზე, თუ რა სახის მომსახურების მიღება შეუძლია პაციენტს პჯდ დონეზე და რა შემთხვევაში იგზავნება იგი უფრო მაღალ დონეებზე სამედიცინო დახმარების მისაღებად.
2. პირველადი ჯანდაცვის არსებული სისტემის უტილიზაცია არის ძალიან დაბალი, მაშინ როდესაც შედარებით მაღალია იგი მეორად და მესამეული დონეებზე და მიზეზი არ არის მხოლოდ პჯდ დაწესებულებების ფართე ქსელის არსებობა.

3. პირველადი ჯანდაცვა არის პაციენტის პირველადი კონტაქტის ადგილი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და არის მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების მიმწოდებელი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.
4. პირველადი ჯანდაცვის სერვისები არ მოიცავს მრავალპროფილური სპეციალისტების მომსახურებას - ეს მეორეული დონეა.
5. ორგანიზაციულად და დაფინანსების თვალსაზრისითაც პირველადი ჯანდაცვა უნდა იყოს გამიჯნული მეორეული და მესამეული დონის მომსახურებისაგან, თუნდაც ისინი იმყოფებოდნენ ერთ შენობაში.
6. საოჯახო მედიცინის სპეციალისტებს შეუძლიათ ყოვლისმომცველი სერვისების მიწოდება.
7. პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტი უნდა იყოს კარგად განსაზღვრული და მარტივი, პაციენტისათვის ადვილად გასაგები იმისათვის, რომ მან წინასწარ შესძლოს მოსალოდნელი ხარჯების პროგნოზირება, ვიდრე მიმართავს პჯდ დაწესებულებას.
8. პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები მცირედ არის დამოკიდებული უტილიზაციაზე (ხარჯების მოდელის შესაბამისად ცვლადი ხარჯი საერთო ხარჯის დაახლოებით 9%-ს შეადგენს).
9. პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პერსონალის ხელფასების ოდენობაზე.
10. პირველადი ჯანდაცვის რეალური ხარჯები არაოპტიმიზებული ქსელის პირობებში მნიშვნელოვნად იზრდება და საშუალოდ, ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით შეადგენს 1-2 ლარს.
11. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სარგებლის მიღება პაციენტებს შეუძლიათ პირველადი ჯანდაცვის გვერდის ავლით.
12. დამატებითი ფინანსების მოზიდვის მიზნით თანაგადახდის შემოტანა კურაციულ ვიზიტებზე, ვიდრე არ დაიხვეწება მედიკამენტების დანიშვნის და/ან რეფერალის (რაც გულისხმობს იმას, რომ ყველა პაციენტს უფლება აქვს სახელმწიფო სუბსიდიებით მიიღოს ე.წ. ელექტიური მომსახურება ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე მხოლოდ იმ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვის საფუძველზე, სადაც იგი არის დარეგისტრირებული. მიმართვა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ დამტკიცებული სამედიცინო გაიდლაინებისა და კლინიკური ჩვენებების საფუძველზე) პროცედურები, ვერ ხერხდება. ამას ხელს უშლის ის გარემოებაც, რომ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტში არ ძირითადი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.
13. პჯდ დაფინანსების პაკეტში განხილული უნდა იყოს მედიკამენტებზე შეღავათების სქემა, აგრეთვე, თანადაზღვევა და ინდივიდუალური ლიმიტები სახელმწიფო სუბსიდიებზე.
14. ყველა ნორმალურ ქვეყანაში, სახელმწიფო იღებს პასუხისმგებლობას ხელმისაწვდომი იყოს მხოლოდ და მხოლოდ „საჭიროებაზე“ დაფუძნებული მკურნალობა. იგი, არ წარმოადგენს პაციენტის ინტერესებისა და სურვილების სფეროს. პაციენტი თავის ინტერესებსა და სურვილებს აფინანსებს თავად. ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასება ეს არის ობიექტური და ვალიდური მეთოდი შესაფერისი ჯანდაცვის მომსახურებისათვის ანუ მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის მომსახურების დაგეგმვისა და კომისიონირებისათვის. იგი მოიცავს ფართო ჩამონათვალს სკრინინგიდან და პრევენციული გზავნილებიდან დაწყებული, დაავადებათა

მართვით, სტაციონარში გაგზავნითა და პალიატიური მოვლით დასრულებული, აგრეთვე, ის მოიცავს ბაზისური ლაბორატორიულ გამოკვლევების ჩატარებასაც.

15. დაცული უნდა იყოს თითოეული მოსახლის თანასწორი უფლებები ხელმისაწვდომი იყოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება და თითოეულმა მოსახლემ მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.

❖ **პირველადი ჯანდაცვის უნივერსალური ბაზისური პაკეტის დაფინანსებამ, რომელიც განაპირობებს** კარგ პირველად ჯანდაცვას, უნდა უზრუნველყოს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობა, მომსახურების ადექვატური მოცულობა და მისი მიწოდების საუკეთესო პირობები, რამაც თავისთავად ასახვა უნდა ჰპოვოს პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში. იმ შემთხვევაში, თუკი მომსახურების შესყიდვებს განახორციელებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები, სახელმწიფო უნდა აწესებდეს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებისათვის სარეკომენდაციო ტარიფებს (და/ან ფასების აუცილებელ მინიმალურ დონეს (იატაკს).

მნიშვნელოვანია სწორად იქნას შერჩეული პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების დაფინანსების წესი. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ანაზღაურების მექანიზმი ზოგადად უნდა მოიცავდეს შემდეგ მახასიათებლებს:

- ქვეყნის ჯანმრთელობის პოლიტიკის ამოცანებს
- პჯდ მიმწოდებლების ორგანიზაციასა და სამართლებრივ სტატუსს
- პოლიტიკურად მიღებულ სოლიდარობის სქემებს - სტრუქტურებსა და მომხმარებლის გადახდის დონეს
- შესაფერისი მოცულობისა და სტრუქტურის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციის მექანიზმებს (რაც ითვალისწინებს უტილიზაციის სასურველ მიზნებს ერთ მოსახლესა და ერთ პროვაიდერთან მიმართებაში, პჯდ გამოყენების მოტივაცია და სხვ.)
- მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოტივაციის მექანიზმებს (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის ხელფასების ოდენობას, დასაფინანსებელი პაკეტის შინაარსს და სხვ.)
- პაციენტების თავისუფალი არჩევანის უფლების დაცვას
- ტარიფების კალკულაციის შესაძლებლობას/მონაცემთა ხელმისაწვდომობას
- ადმინისტრაციულ სიმარტივეს
- თაღლითობის ელიმინაციის, საჩივრების მიღებისა და განხილვის შესაძლებლობებს

სამწუხაროდ, ასეთი ყოვლისმომცველი ფორმა და მექანიზმი არ არსებობს, ამდენად, აუცილებელი ხდება ანაზღაურების ორი მოდელის ან ზოგჯერ მეტის გამოყენებაც და აგრეთვე, კონტროლის სხვა პროცედურების დამატებაც⁶.

⁶ პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა საქართველოში, ნემეცი, ქაროსანიძე 2005.

6.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაანგარიშების მოდელი

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამები, რომლის ფარგლებშიც უფასო მომსახურებას იღებენ 0-5 წწ ასაკის ბავშვები და 60-წლის ზევით ასაკის მოსახლეობა. პაციენტისათვის ვიზიტი პჯდ დაწესებულებაში, ოფიციალური მიღების საათებში, უნდა იყოს უფასო. პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი იმ შემთხვევაში, თუ მას ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესების რისკის გარეშე არ შესწევს უნარი მიაღწიოს პჯდ დაწესებულებას. ამ შემთხვევაში პაციენტი იხდის ფიქსირებულ თანხას. სახელმწიფო დაფინანსება არ მოიცავს აკუპუნქტურას და კოსმეტიკური სახის ოპერაციებზე ხარჯების დაფარვას.

შესაბამისი დაფინანსების მოდელის შესამუშავებლად, გამოიყენება სხვადასხვა ტიპის პჯდ დაწესებულებებისათვის ხარჯების ყოვლისმომცველი მეთოდი, უფრო კონკრეტულად:

1. ხარჯების გაანგარიშება უნდა მოხდეს სპეციალური მეთოდოლოგიის გამოყენებით (ხარჯების ყოვლისმომცველი მოდელი ე.წ. „ქვევიდან ზევით“). ხარჯების მოდელის შედეგები გამოიყენება ერთის მხრივ, ტარიფების გასაანგარიშებლად, რის საფუძველზეც მოხდება პჯდ პრაქტიკების ანაზღაურება, ხოლო მეორეს მხრივ, საერთო სახელმწიფო დაფინანსების განსაზღვრისათვის, რომლის საფუძველზეც ხდება პჯდ სისტემის სათანადოდ დაფინანსება. იმ შემთხვევაში, თუ ვერ მოხერხდება პჯდ სისტემის ადექვატური დაფინანსება, უნდა გადაწყდეს როგორ მოხდეს დეფიციტის შევსება და სად შეიძლება გაკეთდეს კომპრომისი.
2. მოდელი შეიცავს **არაპირდაპირ ხარჯებს** (ამორტიზაციას და არამორტიზებულ ინვესტიციებს), **პერიოდულ ხარჯებს** (სარემონტო-საექსპლოატაციო, კომუნალური მომსახურების, დამხმარე სამსახურების, სამედიცინო და საოფისე მასალების, საკომუნიკაციო და საწვავის ხარჯები) და **პერსონალის ხარჯებს** (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის ხელფასები, სწავლების ხარჯები, აუცილებელი პროფესიული ლიტერატურის შეძენის ხარჯები). **ცვლადი ხარჯების წილი** წარმოადგენს ერთეულის ხარჯის გაანგარიშებულ პროცენტულ წილს, რომელიც დამოკიდებულია უტილიზაციაზე.
3. პრაქტიკის წლიური ხარჯები მნიშვნელოვნად არ იცვლება მოცული მოსახლეობის რაოდენობასთან ერთად, როდესაც საკმაოდ ნათელია ცვლილებები ერთ სულ მოსახლეზე ხარჯებში, რაც ხაზს უსვამს პჯდ მიმწოდებლების დაბალანსებისა და ოპტიმიზაციის მნიშვნელობას.
4. ზედნადები თანხების გაანგარიშება უნდა მოხდეს მკაცრად ოპტიმიზებული ქსელის პირობებში დაწესებულების ამორტიზაციისა და შენახვის ხარჯების გათვალისწინებით
5. პჯდ დაფინანსების წესის დროს განხილულ უნდა იქნას შენობისა და აღჭურვილობის საკუთრების ფორმიდან და მფლობელობიდან გამომდინარე ამორტიზაციის ანაზღაურების (შესაბამისი სტანდარტების შემოღების მაგ.: 1 ოჯახის ექიმზე -30-50 მ², აუცილებელი აღჭურვილობის სია) ხარჯების დაფარვის საკითხი.
6. ერთი გუნდის კომპოზიცია განისაზღვრება მინიმუმ 1 ოჯახის ექიმითა და 1 ექთნით 2000 შერეულ მოსახლეზე.
7. პჯდ გუნდის დარიცხული ხელფასი ცვლადია და უნდა მოიცავდეს მოტივაციის მექანიზმებს.
8. პჯდ ბაზისური უნივერსალური პაკეტის დაფინანსება უნდა მოხდეს ანაზღაურების 2 ან მეტი კომბინირებული მექანიზმებით. მაგ.: სახელმწიფო ბიუჯეტისა და კაპიტალური მეთოდით ანაზღაურების კომბინირებული ფორმის სხვადასხვა ვარიანტები, მოტივაციის გაზრდის მიზნით

შესაძლოა მომსახურებაზე გადასახადისა და სხვა მექანიზმების დამატებაც. დაფინანსების გენერალური გეგმაში მოცემულია საბიუჯეტო და კაპიტაციური შერეული ფორმების სხვადასხვა ვარიანტები.

9. გამოყენებული იქნას ასაკობრივი და სოციალური დარეგულირების კოეფიციენტები.
10. ლაბორატორიული სერვისების ანაზღაურების უმარტივესი გზაა მათი შეტანა პჯდ პრაქტიკის კაპიტაციის კოეფიციენტში, თუ ლაბორატორია წარმოადგენს პჯდ დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურის შემადგენელ ნაწილს. ასეთ შემთხვევაში ყველა ლაბორატორიული მიმართვები და შესაბამისი საინფორმაციო და ფინანსური საკითხები წყდება პრაქტიკის შიგნით. სახელმწიფო მხარს უჭერს ასეთი პრინციპის დანერგვას ყველგან, სადაც ამის საშუალებაა. თუ პჯდ პრაქტიკას უხდება პაციენტების მიმართვა დაწესებულების გარეთ ლაბორატორიული კვლევებისათვის, ამ შემთხვევაში ფინანსური საკითხები შეიძლება გადაიჭრას მომსახურებაზე გადახდის პრინციპით, ან კაპიტაციური ანაზღაურებით, თუ მოცული მოცულობა შეიძლება ნათლად განისაზღვროს.
11. მომსახურების იმ სახეებზე ანაზღაურება, რომელიც არ შედის ბაზისურ პაკეტში, ხდება პაციენტის ჯიბიდან გადახდის საფუძველზე.
12. სახელმწიფო უნდა იყოს დაინტერესებული, რომ პჯდ სერვისების შესყიდვა 100%-ით მოხდეს სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული პირობებით (სახელმწიფო კონტრაქტით) მით უმეტეს თუ შესყიდვას აწარმოებენ არასამთავრობო ორგანიზაციები ან კერძო სადაზღვევო კომპანიები, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიქმნება ნიადაგი კორუპციისათვის.
13. პჯდ დაწესებულებებისათვის ხარჯების ყოვლისმომცველი მეთოდით გაანგარიშების საფუძველზე სრული ოპტიმიზაციის პირობებში პჯდ ბაზისური პაკეტის ღირებულებაა 2005 წლისათვის განისაზღვრა 38 000,0 ათასი ლარი, არაოპტიმიზებულ ქსელში 43 000,0 ლარი, რაც გულისხმობს პჯდ გუნდის თავისუფალ ხელმისაწვდომობას ნებისმიერი პრევენციული/კურაციული ვიზიტების ფარგლებში და ლაბორატორიული კვლევებს ტესტ-ჩხირებით, რომელსაც არ ესაჭიროება დამატებითი ლაბორატორიული შტატები (2005 წლის გაანგარიშებაა, სადაც პჯდ გუნდის დარიცხული ხელფასი 375 ლარია; ინფრასტრუქტურის შესანარჩუნებლად აუცილებლად განსახილველია საკუთრების ფორმიდან და მფლობელობიდან გამომდინარე ამორტიზაციის ანაზღაურების ხარჯების დაფარვის საკითხიც). პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი იმ შემთხვევაში, თუ მას ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესების რისკის გარეშე არ შესწევს უნარი მიაღწიოს პჯდ დაწესებულებას. ამ შემთხვევაში პაციენტი იხდის ფიქსირებულ თანხას⁶.

6.4 პჯდ ბაზისური პაკეტის ზემოთ ამბულატორიული მომსახურების გაანგარიშება სადაზღვევო/სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში

პჯდ უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ზემოთ ბაზისური ამბულატორიული სერვისების (სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული კონსულტაცია და დიაგნოსტიკა, როგორც ამბულატორიულ, ასევე ჰოსპიტლის დონეზე და დიაგნოსტიკა და ლაბორატორიული კვლევები გარდა იმისა, რაც ხორციელდება პჯდ დონეზე) ანაზღაურების უმარტივესი გზაა მომსახურებაზე გადახდის პრინციპით გადახდა, ან კაპიტაციური ანაზღაურებით, თუ დაფარვის მოცულობა შეიძლება ნათლად განისაზღვროს.

⁶ პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა საქართველოში, ნემეცი, ქაროსანიძე 2005.

- 2012-2013 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში სათანადო სახსრების გათვალისწინების მიზნით, აუცილებელია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სამედიცინო დავალების შესაბამისი სადაზღვევო პრემიის აქტუარული შეფასებების გაკეთება;
- არსებული სტატისტიკური ინფორმაციის და კვლევების საფუძველზე უნდა შემუშავდეს შესაბამისი აქტუარული მოდელები და გაანგარიშდეს სახელმწიფო და სადაზღვევო ამბულატორიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი ბაზისური სადაზღვევო პრემია და რეკომენდაციები სატარიფო კოეფიციენტების შესახებ.
- გათვალისწინებული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ფასების ზრდის ტემპი, რომელიც წარმოადგენს არა მარტო ზოგადად ქვეყანაში მიმდინარე სამედიცინო ფასების ინფლაციის მაჩვენებელს, არამედ პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციებისათვის ფასების ზრდის მონაცემსაც.
- პჯდ უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ზემოთ პროგრამების დაფინანსება უნდა განხორციელდეს შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად.
- პჯდ უნივერსალური ბაზისური პაკეტის ზემოთ პროგრამების დაფინანსების წესი უნდა ითვალისწინებდეს გადახდისა და მოტივაციის დონეებს ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით.

6.5 პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის სამკურნალო საშუალებების კომპონენტი

სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯების ზრდა ყველა ქვეყნისათვის უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს. მსოფლიოში ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების თითქმის 14% ფარმაცევტულ სექტორზე მოდის და ყოველწლიურად იზრდება მედიკამენტების გაყიდვების მოცულობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ფარმაცევტული სექტორი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია, რომელიც სხვა, ასევე მნიშვნელოვან ფაქტორებთან ერთად, განსაზღვრავს ადამიანთა სამკურნალო დახმარების ხარისხს. მკურნალობის პროცესში გამოყენებული მედიკამენტების ეფექტიანობა, უსაფრთხოება და ფასი ის მაჩვენებლებია, რომლებიც, საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ხარისხს, ხანგრძლივობას და ღირებულებას განაპირობებს.

საქართველოში, ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებთან შედარებით, საკმაოდ მაღალი იყო წამლებზე დახარჯული თანხები. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, საქართველოში ბოლო წლების განმავლობაში ყოველწლიურად იზრდებოდა სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯები და ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების თითქმის 40,1%-ს შეადგენდა, რაც ძირითადად რეცეპტის ინსტიტუტის არარსებობის, პაციენტთა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დაბალი ხელმისაწვდომობის და თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ქრონიკული დაავადებების მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტების ნაკლებად ჩართვის შედეგია.⁸

პჯდ დაფინანსების პაკეტში განხილული უნდა იყოს მედიკამენტებზე შეღავათების სქემა, აგრეთვე, თანადაზღვევა და ინდივიდუალური ლიმიტები სახელმწიფო სუბსიდიებზე.

საქართველოს მოსახლეობის დიდ ნაწილს არა აქვს საშუალება გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტების ღირებულება. მედიკამენტების სიძვირე მნიშვნელოვნად ამცირებს ამბულატორიული მომსახურების მოხმარებას. აღნიშნული მიზეზით მოსახლეობის 43% მეტი არ

⁸ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

მიმართავს ამბულატორიას⁹ ჯანმრთელობის გაურესებასთან დაკავშირებული ხარჯები მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მოსახლეობას, განსაკუთრებით მის ღარიბ ფენას (55%) და ზრდის მოწყვლადობას.

სახელმწიფო არ განსაზღვრავს წამლების ფასებს, თუმცა იგი ადგენს სარეკომენდაციო ფასებს სუბსიდირებული მედიკამენტებისათვის და ამდენად, განსაზღვრავს იმ მაქსიმალურ ფასს, რომელიც რომელსაც სახელმწიფო შემსყიდველი გადაიხდის შერჩეული ჯგუფის მედიკამენტებისათვის.

პჯდ-ს ყოვლისმომცველ საბაზისო პაკეტში განხილული უნდა იყოს მედიკამენტების კომპონენტის შეტანის საკითხი, რადგანც სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტების სუბსიდირება წარმოადგენს რეფორმირებულ პჯდ დაწესებულებებში პაციენტების მოზიდვის ერთერთ საკვანძო ფაქტორს.

მედიკამენტების კომპონენტი წარმოადგენს იმიტაციური კვლევების შედეგს, რომელიც ეფუძნება მკურნალობის სტანდარტული პროტოკოლების ანალიზს. სამწუხაროდ, იმიტაციური კვლევის შედეგებს ვერ დავუპირისპირებთ მედიკამენტების მოხმარების რეალურ მონაცემებს, რამდენადაც დღეისათვის საქართველოში ასეთი მონაცემები არ არსებობს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ევროკომისიის პროექტების ფარგლებში შემუშავდა მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების დაფარვის სხვადასხვა ვარიანტი და განისაზღვრა თანადაზღვევის წილის მიხედვით სახელმწიფო დანახარჯები სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემებზე.

მკურნალობის პროტოკოლებისა და იმ დაავადებების მედიკამენტების სქემების საფუძველზე, რომელთა მკურნალობაც შედის პჯდ კომპეტენციაში,⁶ შემუშავებული იქნა ორი მედიკამენტების ნუსხა (ბავშვებისათვის და მოზრდილებისათვის) წამლების ამ ნუსხებთან დაკავშირებული წლიური დანახარჯების გაანგარიშებისას გამოყენებული იქნა ამ დაავადებათა პრევალენტობისა და შემთხვევათა სიხშირის მაჩვენებლები საქართველოს პირობებისათვის.

რამდენადაც მედიკამენტებზე დანახარჯების მოცვა სახელმწიფო სახსრებით სულ მცირე მოცულობის ფარგლებშიც კი არ იყო გათვალისწინებული არსებულ სახელმწიფო ბიუჯეტში, სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემაში გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტების მიერ უშუალო გადახდების მნიშვნელოვანი წილი, რომელიც ყოველწლიურად შემცირდება სახელმწიფოს/სადაზღვევოს წილისა და შესაძლებლობების გაზრდის პროპორციულად. დაფინანსების გენერალური გეგმის დოკუმენტში გაანალიზებულია სუბსიდირებული მედიკამენტების სხვადასხვა სქემები - თანადაზღვევა, თანაგადახდა თითოეული პაკეტისათვის, დარიცხვა დაავადების ყოველ ეპიზოდზე და წლიური დარიცხვა.

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგად სქემაში გამოყოფილია სამი ასაკობრივი ჯგუფი 0-15წწ, 15-65წწ და 65წლის ზევით. თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში არსებობს ჯგუფისათვის დადგენილი ზღვრები, პირველი არის მოტივაციის ზღვარი, პაციენტი იხდის მხოლოდ მისი წამლების თანადაზღვევას (ფიქსირებული პროცენტული წილი) ვიდრე კალენდარული წლის დასაწყისიდან მოყოლებული მის მიერ შეძენილი მედიკამენტების რაოდენობა არ მიაღწევს კატასტროფულ ზღვარს. ამ ზღვარს ზემოთ მედიკამენტების დანახარჯების სრულ დაფარვას ახორციელებს სახელმწიფო შემსყიდველი და პაციენტს აღარ სჭირდება წლის დარჩენილი პერიოდის განმავლობაში შეძენილი მედიკამენტების საფასურის გადახდა.

„მოტივაციის ზღვრის“ შინაარსი მდგომარეობს იმაში, რომ მან მოსახლეობისათვის ხელსაყრელი გახადოს პჯდ მომსახურება, ხოლო „კატასტროფული ზღვრის“ შემოღებით შესაძლებელი ხდება

⁹ WHO ანგარიში 2003წ.

⁶ მედიკამენტები საქართველოს პჯდ სისტემაში - ნემეცი, ქაროსანიძე, 2005.

დავიცვათ მოსახლეობა კატასტროფულად მაღალი ხარჯებისაგან, რამაც შეიძლება მნიშვნელოვნად დააზარალოს მათი სოციალური მდგომარეობა.

სუბსიდირებული მედიკამენტების ზოგადი სქემის თითოეული ვარიანტი შეიძლება აღწერილი იქნას ექვსი პარამეტრით - მოტივაციისა და კატასტროფის ზღვრები და თანადაზღვევა ხარჯების დასაფარავად მოტივაციის ზღვრამდე. სამივე ეს პარამეტრი ეხება თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფს. დაფინანსების გენერალურ გეგმაში წარმოდგენილია მოდელირების შედეგები, რომელიც მოიცავს ასეთი პარამეტრების თითქმის ყველა მისაღებ კომბინაციას და შეიძლება გამოყენებულ იქნას საერთო სახელმწიფო დანახარჯების გასაანგარიშებლად, როგორც რეგიონულ/ლოკალურ დონეზე, ისევე მთელი საქართველოსათვის.

სუბსიდირებული მედიკამენტების სქემა იძლევა პაციენტის სოციალური სტატუსისადმი შესაბამისი მოდოფიკაციის განხორციელების შესაძლებლობას. მოსახლეობის დაუცველი ნაწილისათვის შეიძლება მოტივაციის ზღვარი უფრო მაღალი, ხოლო კატასტროფული ზღვარისათვის უფრო დაბალი იყოს, რაც იძლევა სახელმწიფო დაფინანსების უფრო მიზნობრივად გამოყენების საშუალებას იმ ადამიანების დასაკმაყოფილებლად, ვისაც ამის საჭიროება უფრო გააჩნია.

მოწოდებულია მედიკამენტებით სარგებლობის ორი ვარიანტი - პირველი მოიცავდა, როგორც მოტივაციის, ასევე კატასტროფის კომპონენტს, სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფებისათვის: პირველი ვარიანტის შემთხვევაში 0-15 წწ ასკისათვის საჭიროა 5 500,0 ათასი ლარი, 15-65 წწ - 10 000,0 ათასი, ხოლო 65-წლის ზევით - 16 000,0 ათასი, სულ საშუალოდ 32 000, 0 ათასი ლარი, ხოლო მეორე ვარიანტში სულ საჭიროა 22 400,0 ლარი.

7. პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდების საინფორმაციო სისტემების განვითარება

7.1 პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემები

საინფორმაციო სისტემა არის ინსტიტუციონალური რესურსი ისევე, როგორც ადამიანური, საფინანსო და კაპიტალური რესურსები, ამიტომ მის განვითარებას საქართველოს ჯანმრთელობის სისტემაში უდიდესი როლი ენიჭება.

პჯდ მომსახურების მოდელის გაუმჯობესებული, ხარჯთ-ეფექტური და ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით უნდა მოხდეს პჯდ საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარება, რათა განისაზღვროს პოლიტიკა, დაიგეგმოს, დაინერგოს და განხორციელდეს ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდების ეფექტურობაზე მონიტორინგი, მიღებული იქნას ოპერატიული გადაწყვეტილებები, რესურსები განლაგდეს ოპტიმალურად და ამდენად, განხორციელდეს სხვადასხვა სექტორების მულტისექტორული კოორდინაცია.

ახალი საინფორმაციო სისტემების ჩამოყალიბება და პჯდ საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარება მოითხოვს დიდი რაოდენობით ინვესტიციებს კომპიუტერული და პროგრამული უზრუნველყოფისა და შესაბამისი ადამიანური რესურსის განვითარების მიზნით; საინფორმაციო ბაზა უნდა განვითარდეს 4 ტიპის მიმართულებით: სტრატეგიული, ეკონომიკური, მატერიალური, ტექნოლოგიური და სამეცნიერო.

საკუთრების ფორმისა და იურიდიული სტატუსის მიუხედავად, პჯდ სერვისების მიმწოდებელი ვალდებულია უზრუნველყოს დადგენილი წესით ინფორმაციის წარმოება და გადაცემა შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისა და გაფორმებული ხელშეკრულების ფარგლებში მომსახურების შემსყიდველისათვის.

პჯდ საინფორმაციო სისტემა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის საინფორმაციო სისტემის ნაწილს. იგი უნდა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის საშუალებას და წარმოადგენდეს დაწესებულების შიგნით ინფორმაციის წარმოების და **დონეებს/დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის გაცვლის კარგად აწყობილ სისტემას.**

ინფორმაციის მოპოვების, დამუშავების და ანალიზის სიმძლავრეები საქართველოში, ძირითადად მცირეა და გადაწყვეტილებების მისაღებად ინფორმაციის გამოყენების რეგულარული პრაქტიკა ნაკლებადაა გამოყენებული.

ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია აუცილებელია იმისათვის, რომ მოვახდინოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დაგეგმვა, მონიტორინგი, ევალუაცია და პოლიტიკის ფორმულირება, აგრეთვე მოვახდინოთ სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოებასა და ხარისხზე მონიტორინგი. ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანია რამდენიმე მიმართულებით ყურადღების გამახვილება:

- მონაცემთა შეგროვების და ხარისხის გაუმჯობესება (დროული, ზუსტი, საიმედო, სასარგებლო);
- ადექვატური ინდიკატორების გამოყენება და დანერგვა საქმიანობის შეფასებისა და მართვის მიზნით, აგრეთვე, იმის შესაფასებლად, მივალწიეთ თუ არა ჯანმრთელობის პოლიტიკის ამოცანებს;
- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და სხვა საერთაშორისო საინფორმაციო სისტემებთან ინტეგრაცია და ინფორმაციის გაცვლის შესაძლებლობა.

7.2 პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი

აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (**USAID**) მხარდაჭერითა და „კორეფორმის“ პროექტის ფარგლებში ჩატარდა კერძო სადაზღვევო კომპანიების კვლევა, რომლებიც მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში. კვლევამ გამოავლინა, რომ **საქართველოში არ არსებობს სამედიცინო ჩარევებისა და მომსახურების ერთიანი კლასიფიკატორი**, რაც მნიშვნელოვან სირთულეებს უქმნის სადაზღვევო კომპანიებს ინფორმაციის დიდი ნაკადების რეგისტრირებისა და დამუშავების კუთხით. აღნიშნული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით სისტემაში მოქმედი ძირითადი დაინტერესებული მხარეები შეთანხმდნენ **საქართველოსთვის შესაფერისი ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკატორების შერჩევა/შემუშავების აუცილებლობაზე**, სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებისა და ქვეყნის კონკრეტული საჭიროებებისა და ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივების გათვალისწინებით.

ამ მიზნით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომლის შემადგენლობაშიც შევიდნენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს, კერძო სადაზღვევო კომპანიების, სადაზღვევო ასოციაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლები. პირველ ეტაპზე განსაზღვრულ იქნა კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვით მოხდა ჰოსპიტალური და ამბულატორიული ჩარევების სხვადასხვა საერთაშორისო კლასიფიკატორების შეფასება.

ანალიზის შედეგად გამოვლინდა საქართველოსათვის ორი, მეტად მისაღები კლასიფიკატორი: სკანდინავიის ქვეყნების სამედიცინო-სტატისტიკური კომიტეტის (NOMESCO) მიერ შემუშავებული ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი (NCSP) სტაციონარული მომსახურებისათვის და პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICPC) ამბულატორიული მომსახურებისათვის, შემუშავებული ოჯახის ექიმების მსოფლიო ასოციაციის (WONCA) მიერ.

თავისი მეთოდოლოგიური სტრუქტურით პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICPC) საშუალებას იძლევა თავი მოუყაროს ყოვლისმომცველ ინფორმაციას და გზა გაუხსნას საოჯახო მედიცინის საინფორმაციო სისტემებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. იგი პოტენციურად უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვისათვის ძალიან მნიშვნელოვან და საჭირო მონაცემთა შეგროვებას. ექსპერტების აზრით, მთავარია ის გარემოება, რომ ICPC შედარებადი იყოს სულ მცირე სხვა ორ საერთაშორისო კლასიფიკატორთან - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორთან (WHO - ICD) და SNOMED-თან (Systematized Nomenclature of MEDicine Clinical Terms). სწორედ ამის გათვალისწინებით, ამჟამად ამუშავდა ICPC-3, რომელიც არის ნამდვილად ყოვლისმომცველი, ყველა თავისა და კომპონენტის მიხედვით კარგად განსაზღვრული კატეგორიებით. ICPC-3-ის განვითარება ძალიან მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის კვლევებში მზარდი ინვესტირების თვალსაზრისითაც.

8. მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ჩამოყალიბება

8.1 სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ეკონომიკური ეფექტიანობა

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ეკონომიკური ეფექტიანობა დაბალია, ამდენად ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების პროცედურა უნდა წარმოადგენდეს პჯდ რეფორმის ერთერთ მიზანს. ხარისხის გაუმჯობესების ოფიციალური პროცედურის ორგანიზება ჯანმრთელობის სამინისტროს პრეროგატივაა, რადგან იგი წარმოადგენს პაციენტის უსაფრთხოებასა და ხარისხის უზრუნველყოფაზე პასუხისმგებელ ორგანოს, ამდენად, ხარისხის მართვის თანამედროვე სისტემის განვითარება სტრატეგიული გადაწყვეტილება და ჯანმრთელობის დარგის ინტეგრალური ნაწილია, რასაც ესაჭიროება ინსტიტუციონალიზაცია.

აღნიშნული სისტემის განვითარების მიმართ უნდა განისაზღვროს მოთხოვნები:

1. შეიქმნას მდგრადი დემონსტრირებადი სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს მომხმარებლისა და დარგის მარეგულირებელი მოთხოვნების შესაბამისი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებას მოსახლეობისათვის.
2. მიზნად ისახავს მომხმარებლის კმაყოფილების ზრდას, რომელიც მიიღწევა სისტემის ეფექტური გამოყენებით, და მოიცავს მომხმარებლისა და დარგის მარეგულირებელი მოთხოვნების შესაბამისი მომსახურების მიწოდების უწყვეტი გაუმჯობესების პროცესსა და ხარისხის გარანტიებს.
3. ჩამოყალიბდეს სისტემა, რომელიც შეესაბამება ხარისხის უზრუნველყოფის საერთაშორისო სტანდარტების მოქმედ სისტემას (ISO9001-2008)

8.2 მომსახურების მიწოდების ხარისხი პირველად ჯანდაცვაში

პირველადი ჯანდაცვა გაიზომება მომსახურების მიწოდების ხარისხით ინდიკატორებით, ხუთ განზომილებაში: ხელმისაწვდომობა, უტილიზაცია, ხარჯთ-ეფექტურობა, უწყვეტობა, კმაყოფილების/მიმდევრის დონე და ეფექტიანობა. საწყისი წარმატების უმთავრეს ინდიკატორს წარმოადგენს პჯდ მომსახურების (უტილიზაციის) გაზრდა.

ხარისხი პირველად ჯანდაცვაში ზოგადად განისაზღვრება როგორც საჭიროებების შესაფერისი მომსახურება სწორ ადგილას და სწორ დროს წარმატების მიღწევის მიზნით. იგი ფასდება ოთხი მიმართულებით:

1. მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ გაიდლაინებთან შესაბამისი მომსახურება
2. პაციენტის უსაფრთხოება
3. კლინიკური ეფექტურობა
4. პაციენტის საჭიროებებზე პასუხი, პაციენტების კმაყოფილება

საოჯახო მედიცინის მნიშვნელოვანი როლია გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი კლინიკური სახელმძღვანელოების (გაიდლაინები) და სტანდარტების (პროტოკოლების) გამოყენების, სამედიცინო აუდიტის, კოლეგიალური მიმოხილვისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების საფუძველზე, რაშიც მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის როლი მაქსიმალურად წახალისოს ზემოაღნიშნული აქტივობები.

მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური გაიდლაინებისა და სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. ეს საქმიანობა მოიცავს საოჯახო მედიცინის ტრენინგის პოტენციალის შექმნას, პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების განვითარებას და პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გაუმჯობესებას.

ოცდაათი გაიდლაინი და პროტოკოლი უკვე შემუშავებული და დამტკიცებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) და დაავადებათა მართვის ეროვნული სტანდარტების (პროტოკოლების) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს მიერ 2006 წლის ნოემბერში. ევროკავშირისა და მსოფლიო ბანკის მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებში განხორციელდა საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამების დანერგვა, მეცნიერული მტკიცებულებების პრაქტიკაში ტრანსლაციის მიზნით.

პირველად ჯანდაცვაში გავრცელებულ დაავადებებსა და პრობლემებზე 40 ახალი გაიდლაინისა და პროტოკოლის შემუშავება დასრულდა 2009 წლის შემოდგომისათვის. შესაბამისად, განხორციელდა პჯდ ადამიანური რესურსების განვითარება და კვალიფიკაციის ამაღლება. აღნიშნული აქტივობები დაფინანსდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტისა (მსოფლიო ბანკი) და პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის მხარდაჭერის პროექტის მიერ (ევროკავშირი).

ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების პროცედურა ეფუძნება პჯდ პროვაიდერთა საქმიანობის რეგულარულ შეფასებას, რაც მოიცავს შემთხვევით თუ მიზანმიმართულად (კონკრეტულ დიაგნოზებზე აქცენტით) შერჩეული პაციენტების მკურნალობის სტრუქტურის რევიზიას გამომდინარე სამედიცინო დოკუმენტაციის საექსპერტო ანალიზიდან. ასევე ფასდება დოკუმენტაციის ხარისხი და სისრულე.

1. ხარისხის შეფასების კიდევ ერთი წყაროა მონაცემები პჯდ პროვაიდერის შესახებ. იგი ფასდება ვიზიტებისა და რეფერალების რაოდენობის, დანიშნულების მეთოდების, გაწეული პრევენციული მომსახურებისა და სხვა აქტივობების შეფასებას.
2. ხარისხის შეფასების მესამე წყარო შესაძლოა იყოს პაციენტის აზრის გამოკვლევა. ხსენებული კომპლექსური შეფასების პროცედურამ ხელი უნდა შეუწყოს პჯდ პროვაიდერებს თანმიმდევრულად გააუმჯობესონ მათ მიერ შესრულებული სამუშაოების ხარისხი.
3. შეფასების პროცედურა შესაძლოა განხორციელდეს მომსახურების სახელმწიფო შემსყიდველის, სამინისტროს დეპარტამენტების და პჯდ-ში არსებული სამედიცინო პროფესიული გაერთიანებების წარმომადგენლებისაგან.

8.3 პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ეტაპები

- **პერსონალის სამედიცინო საქმიანობის, მათი მომზადება-გადამზადების ხარისხის კონტროლისა და რეგულირების სისტემების განვითარება**, რაც გულისხმობს:
 - o საოჯახო მედიცინაში პროფესიული სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა
 - o სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირების სისტემის განვითარება
 - o სალიცენზიო გამოცდების ჩატარების განახლებული მეთოდოლოგიის, წესისა და ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა
 - o საგამოცდო ტესტ-კითხვარების შემუშავება და გამოყენება
 - o რევალიდაციისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების სისტემების ჩამოყალიბება.
 - o პჯდ-ში მომუშავე საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაციის ინსტრუმენტების დანერგვა
 - o ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სხვა ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა.
- **ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია მონიტორინგისა და შეფასების მწყობრი სისტემის ჩამოყალიბება**, რისთვისაც საჭიროა:
 - o მონიტორინგისა და ევალუაციის (M@E) პროცესები და პროცედურები
 - o თემები/არეალი/საქმიანობების ჩამონათვალი, რისი მონიტორინგიც უნდა განხორციელდეს
 - o M@E ინდიკატორები
 - o M@E მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტები
 - o M@E პერიოდულობა (დროის გრაფიკი)
- **ჯანმრთელობის კვლევების (R@D - კვლევა და განვითარება) პოლიტიკის განსაზღვრა და განვითარება პირველად ჯანდაცვაში ხარისხის ინსტრუმენტების გამოყენების მიზნით**
- **პაციენტის აზრის გამოკვლევა სახელმწიფო შემსყიდველის, პროფესიული ასოციაციების და კომპლექსური შეფასების პროცედურების დანერგვა**, რაც ხელს შეუწყობს პროვაიდერებს თანმიმდევრულად გააუმჯობესონ მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარისხი.

- *პრაქტიკოსი ექიმების ჩართვა კვლევების ჩატარების პროგრამებში, რომელიც ტარდება პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის, პაციენტთა აქტიურად ცხოვრების გახანგრძლივების მეთოდების შემუშავების, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო სტანდარტების დანერგვის მიზნით.*

ამდენად, მნიშვნელოვანია ტექნიკური დახმარება და მხარდაჭერა შემდეგი მიმართულებით:

- **ინსტიტუციონალიზაცია:** მნიშვნელოვანია თანამედროვე ხარისხის ინსტრუმენტების შემოტანა და ადაპტირება პჯდ ცენტრებში. ამავე დროს, უნდა გაძლიერდეს ადამიანური რესურსების მართვისა და მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდებისათვის აუცილებელი სხვა სისტემები, ხარისხის უწყვეტის გაუმჯობესებისა და მოტივაციებისათვის პროვაიდერებისა და გუნდების მიერ გაუმჯობესებული მომსახურების მიწოდებაზე ეფექტური პოლიტიკისა და მართვის დონის მხარდაჭერის ჩათვლით.
- **ადამიანური რესურსების დაგეგმვა და მართვა:** მნიშვნელოვანი ნაბიჯია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ხარისხის ინსტრუმენტების გამოყენება ადამიანური რესურსების დაგეგმვასა და მართვაში. მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებით კვლევების ჩატარება, პილოტური სადემონსტრაციო პროექტების განხორციელება, რომელიც დაკავშირებული იქნება ადამიანური რესურსებისა და სამუშაო ძალების განვითარების ინტერვენციებთან (როგორცაა დავალებების გადანაწილება, დამხმარე პერსონალის/ საშუალებები და საქმიანობის სხვა ტექნოლოგიები, შესაძლებლობების გაძლიერების სტრატეგიები, მხარდამჭერი სუპერვიზიები და ადგილობრივი/უზნობრივი მენეჯმენტის გაძლიერება)
- **ხარისხის გაუმჯობესების სხვა მიდგომები:** ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების თანამედროვე ინსტრუმენტები და მეთოდების გამოყენება მოიცავს თვით და კოლეგიალურ შეფასებებს, მოტივაციებს საქმიანობაზე და მომსახურების მიმწოდებლისათვის, სამედიცინო აუდიტების ჩატარებას, აკრედიტაციას და სხვა სარეგულაციო მექანიზმების შემოტანას.
- **კვლევა და განვითარება:** ძალიან მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მომსახურების სისტემის განვითარება პჯდ-ში. სწორედ ორივე, ფორმალური კვლევები და კვლევები, რომელიც ტარდება პროგრამების უწყვეტი მონიტორინგის და ევალუაციის მიზნით ხელს უწყობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის ტრანსლაციას პრაქტიკაში.

9. პჯდ სექტორის სახელმწიფო რეგულირების გაუმჯობესება

დარგის ამჟამად არსებული მარეგულირებელი ინსტრუმენტები არ იძლევა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფის შესაძლებლობებს. უმეტეს შემთხვევაში ისინი გადასინჯვას საჭიროებს ან შესაქმნელია.

სახელმწიფოს წარმართველი როლი შექმნას პირველადი ჯანდაცვის მიწოდებისა და მოხმარების მხარდამჭერი გარემო, გამოიხატება მის მიერ გამოცემული **ლეგალური აქტებითა** და აღნიშნული პოლიტიკის განხორციელების **სუპერვიზიით**.

კრიტიკული მნიშვნელობა ენიჭება სახელმწიფოსა და კერძო/არასამთავრობო (სადაზღვევო, პჯდ მომსახურების მიმწოდებელი ქსელი, საგანმანათლებლო დაწესებულებები, არასამთავრობო ორგანიზაციები) სუბიექტებს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი რეგულირებას.

- *რეგულირების ახალი მოდელის შესაბამისად, ამბულატორიულ მომსახურებაში ჩართული ყველა სპეციალისტი (ოჯახის ექიმის ჩათვლით), უნდა ექვემდებარებოდეს სახელმწიფო ლიცენზირებას.*

აქედან გამომდინარე, უმნიშვნელოვანესი საკითხია საოჯახო მედიცინაში ექიმების/ექთნების ლიცენზირების/ რევალიდაციის სისტემის შემუშავება, რაც გულისხმობს სასერთიფიკაციო გამოცდების განახლებული წესის შემუშავებას, სპეციალობების მიხედვით საგამოცდო ტესტ-კითხვარების შემუშავების ახალი მეთოდოლოგიის მომზადებას, საგამოცდო ტესტ-კითხვარების შემუშავებასა და ექპერტიზას, უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის შემქნას და სხვ.

- *პჯდ სერვისის მიწოდებაში ჩართული ყველა დაწესებულება* (ამბულატორია, საოჯახო მედიცინის, დიაგნოსტიკის, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ან სპეციალიზირებული ცენტრები) *უნდა ექვემდებარებოდეს ნებართვას*, ხოლო ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკის წარმოება დასაშვებია ნებართვის გარეშე.

ამდენად, მნიშვნელოვანია პჯდ სამედიცინო დაწესებულებების ნებართვების სისტემის შემუშავება და დანერგვა

- *უნდა შემუშავდეს პროფესიული სტანდარტები და პჯდ გუნდის კომპეტენციები*
- *უნდა შეიქმნას ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ხელშეწყობი მარეგულირებელი გარემო*
- *შემუშავდეს და დაინერგოს პჯდ ფუნქციონირების პროცედურები*, რაც არეგულირებს ერთის მხრივ პაციენტსა და პჯდ დაწესებულებების ურთიერთობებს - რეგისტრაციის, მიმართვის, მედიკამენტების დანიშვნის, გადასახადების ქვითრების შედგენის პროცედურებს და *მეორეს მხრივ, პჯდ-სა და შემსყიდველს და სახელმწიფო სტრუქტურებს* - ანგარიშების, ანგარიშ-ფაქტურების შედგენისა და ანგარიშების, ფინანსური ანგარიშების შედგენისა და ხარისხის კონტროლის პროცედურები.
- *მულდმივად უნდა ხდებოდეს პჯდ განვითარების სხვა მხარდამჭერი მარეგულირებელი პროცედურების განვითარება.*

10. პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის გაზრდა

10.1 პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციაზე მოქმედი ფაქტორები

საქართველოში პირველადი სამედიცინო მომსახურება წარმოდგენილია დაწესებულებების ფართო ქსელით (90 დამოუკიდებელი საექიმო ამბულატორია, 263 პოლიკლინიკა, 24 ქალთა კონსულტაცია, 67 დისპანსერი და 45 სამკურნალო ცენტრი).

2009 წელს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე იყო 2, რაც 2008 წელთან შედარებით, 0,1-ით ნაკლებია. პოლიკლინიკურ - ამბულატორული დაწესებულებების 1 ექიმზე (სპეციალისტებთან მიმართვის ჩათვლით) აღრიცხული იქნა 725 მიმართვა წელიწადში. 2009 წელს პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელმა წინა წელთა შედარებით 1,1%-ით მოიმატა და 38,6% შეადგინა. უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ქსელის დატვირთვის მაქსიმალური მნიშვნელობა დაფიქსირდა 1988 წელს (84,7%), მინიმალური კი 2001 წელს – (26,3%).

ზოგადი პრევალენტობისა და ინციდენტობის მაჩვენებლების წინა წლის მონაცემებთან შედარება ცხადყოფს, რომ ორივე მაჩვენებელი მომატებული იყო დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით. თუმცა 2009 წელს რეგისტრირებული შემთხვევების ზრდას მიმართვიანობის ზრდა არ გამოუწვევია.¹⁰

პირიქით, 2010 წელს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე 2009 წელთან შედარებით კიდევ უფრო შემცირდა და პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვის მაჩვენებელმა 3.3%-ით დაიკლო და შეადგინა 35.3%.¹¹

აღნიშნული მდგომარეობა საჭიროებს მნიშვნელოვან ყურადღებას მიუხედავად იმისა, თუ რა არის მიზეზი - უტილიზაციის დაბალი დონე თუ სტატისტიკური მონაცემების დაბალი ხარისხი.

საერთაშორისო ექსპერტების აზრით, მდგომარეობა ნამდვილად იწვევს შეშფოთებას, მიზეზები გულდასმით უნდა იქნას შეფასებული და/ან ჩატარდეს პრევენციული აქტივობები თუკი აღნიშნული ტენდენცია გაგრძელდება.

პჯდ უტილიზაციის გაზრდა დამოკიდებულია რამდენიმე მნიშვნელოვან ფაქტორზე, ესენია:

- **პჯდ მომსახურების დაფინანსების და საინფორმაციო სისტემების ეფექტურობა;**
- **პჯდ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება**, რაც მიიღწევა პროფესიონალების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების, პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურების მიწოდების ლიცენზირების, სტანდარტიზაციის და აკრედიტაციის სისტემების ჩამოყალიბებით;
- **საზოგადოების ცოდნის ამაღლება და მისი მონაწილეობა-ჩართვა** ხელმისაწვდომი და საჭიროებების შესაბამის, თემზე დაფუძნებულ ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და ბინახე/თემში პრევენციული მოვლის პჯდ სერვისების მიწოდების მხარდაჭერაში (სოციალური მარკეტინგის ჩატარება, მასმედიის და საოჯახო მედიცინის პოპულარიზაციის სხვა ინსტრუმენტების ჩართვა და სხვ.)

10.2 აქტივობები, რაც გაზრდის პჯდ უტილიზაციას

- ❖ პირველადი ჯანდაცვა არის პაციენტის პირველადი კონტაქტის ადგილი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან და არის მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების მიმწოდებელი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით. ამდენად, **პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტი უნდა იყოს უნივერსალური საქართველოს ყველა მოქალაქისათვის, რათა დაცული იყოს თითოეული მოსახლის თანასწორი უფლებები გეოგრაფიულად და ფინანსურად ხელმისაწვდომი იყოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება** და მიიღოს მაქსიმალური სარგებელი ქვეყანაში დამტკიცებული პრევენციაზე და პაციენტზე ორიენტირებული ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის ფარგლებში.
- ❖ **ორგანიზაციულად და დაფინანსების თვალსაზრისითაც პირველადი ჯანდაცვა უნდა იყოს გამიჯნულია** მეორეული და მესამეული დონის მომსახურებისაგან, თუნდაც ისინი იმყოფებოდნენ ერთ შენობაში.
- ❖ **ოჯახის ექიმი აწარმოებს მასთან რეგისტრირებული (500-2000) პაციენტების მხოლოდ ერთ სიას** – საერთო სიას, მომსახურების დაფინანსების წყაროს მიუხედავად.

¹⁰ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

¹¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ 2011 წელს გამოცემული სტატისტიკური ცნობარი

- ❖ *სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ზოგადი სპეციალისტების მიერ ამბულატორიული და დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული მომსახურება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მხოლოდ პჯდ ექიმის რეფერალის საფუძველზე და დაცული უნდა იყოს ფიზიკური (გეოგრაფიული) ხელმისაწვდომობის პრინციპი. ოჯახის ექიმს გააჩნია „კარიბჭის“ ფუნქცია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ პროგრამებში ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებზე პაციენტების მიმართვის თვალსაზრისითაც.*
- ❖ *განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მედიკამენტის დანიშვნის პროცედურის განვითარებას, რომლის სავალდებულო ნაწილია დანიშნული მედიკამენტის ანაზღაურების წესი, რომელიც მნიშვნელობას იძენს განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფოს მიერ მიიღება გადაწყვეტილება მედიკამენტის სულ მცირე ნაწილის დაფინანსების თაობაზეც კი. აღნიშნული პროცედურა საჭიროა არა მხოლოდ ანაზღაურების პროცედურისათვის, არამედ საქართველოში მედიკამენტების უსაფრთხოდ და უფრო ეფექტურად გამოყენებისათვის. ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენება და რეცეპტების გამოწერა მათ მისაღებად უნდა იქცეს ჯანდაცვის ეროვნული ორგანოების უპირველეს ამოცანად. რეცეპტი უნდა იყოს ოფიციალური დოკუმენტი და უნდა იბეჭდებოდეს ჯანმრთელობის სამინისტროს ზედამხედველობის ქვეშ.*
- ❖ *გაიზარდოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტში პირითადი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობები*
- ❖ *დროულად უნდა დასრულდეს ეპიზოდურ და ფრაგმენტულ სამედიცინო დახმარებაზე დაფუძნებული სისტემის ტრანსფორმაციის საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებულ პჯდ სისტემაზე გადასვლა.*
- ❖ *გაძლიერდეს საქართველოს მოსახლეობაში საოჯახო მედიცინის პოპულარიზაციაზე მიმართული აქტივობები.*

11. პრევენციული სტრატეგიის განვითარება პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით

11.1 პრევენციული აქტივობები პირველად ჯანდაცვაში

მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება, ავადობითა და სიკვდილიანობით განპირობებული პირდაპირი და არაპირდაპირი დანაკარგების შემცირება სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკის უმთავრეს მიმართულებას წარმოადგენს, ამიტომ უნდა გაძლიერდეს მთავრობის ძალისხმევა, რათა დაიცვას საქართველოს მოსახლეობა ჯანდაცვასთან დაკავშირებული კატასტროფული დანახარჯებისგან და შესაბამისად, შეამციროს გაღარიბების მაჩვენებელი წინასწარ-გადახდების სქემების გაძლიერების ხელშეწყობით, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფინანსური ხელმისაწვდომობაც.¹²

ცხოვრების წესი¹³

¹² საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

¹³ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის ფორმირებას მრავალი ფაქტორი განაპირობებს - სოციალურ-ეკონომიკური, ეკოლოგიური, ცხოვრების წესი, ასაკი, სქესი, გენეტიკური ფაქტორები და სხვ. ბოლო წლების განმავლობაში ჩატარებული სამეცნიერო კვლევების საშუალებით გამოვლინდა ცხოვრების წესის ისეთი რისკ-ფაქტორები, რომლებსაც უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭებათ ქრონიკული დაავადებების განვითარებაში: თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, არაჯანსაღი კვება, ჭარბ-წონიანობა და სიმსუქნე, სისხლის მაღალი არტერიული წნევა, სისხლში ქოლესტერინის დონის მომატება, სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე. სწორედ ამ რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილება იცავს ადამიანს ქრონიკული დაავადებების განვითარების, მათი უმძიმესი ვართულებებისა და ნაადრევი სიკვდილისაგან. რა თქმა უნდა, ყველა დაავადების თავიდან აცილება შეუძლებელია, მაგრამ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვით შესაძლოა ისეთი ქრონიკული არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობის თავიდან აცილება ან გადავადება მაინც, როგორცაა გულსისხლძარღვთა დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსივნეები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების შეფასებით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ინსულტებისა და დიაბეტის 80%-ის აცილება შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუკი აღიკვეთება დაავადების გამოწვევი ძირითადი მიზეზები - არასწორი კვება, ჰიპოდინამია, ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარება.

ადამიანის ჯანმრთელობა მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული მის რეალურ შესაძლებლობებთან გააკეთოს სწორი არჩევანი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისათვის, მით უფრო, რომ ცხოვრების წესი, რომელიც მოიცავს ადამიანის ცხოვრებისათვის კეთილსაიმედო პირობების არსებობას, მისი კულტურისა და ჰიგიენური ჩვევების დონეს და ა.შ. ჯანმრთელობას დიდ წილად განსაზღვრავს.¹³

კვება¹³

ავადობისა და სიკვდილიანობის ტვირთის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს არაჯანსაღი კვება, საკვების მიერი დაავადებები და კვების პრობლემების უვნებლობის პრობლემები. განვითარებული სახელმწიფოებისათვის პრობლემის სიმწვავე გამოიხატება ძირითადად, რაციონის ჭარბი კალორიულობისა და ზოგიერთი საკვები ინგრედიენტის ფართო მოხმარების შედეგად გამოწვეული არაინფექციური დაავადებების განვითარებით. განვითარებადი ქვეყნებისთვის, მ.შ. საქართველოსთვისაც, ამ მხრივ აქტუალურია არასრულფასოვანი კვების პრობლემა, მთელი რიგი კვებითი ფაქტორების (ცილები, ცხიმები, მიკროელემენტები და სხვ.) დეფიციტი, რაც თავის მხრივ, მოსახლეობაში იწვევს ავიტამინოზს, ანემიებს, ბავშვებში ზრდისა და განვითარების შეფერხებას და სხვ. მსოფლიო ბანკის შეფასებებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა 3% საქართველოში არასრულფასოვნად იკვებება.

მსოფლიოში 800 მლნ ადამიანი ცხოვრობს საკვების მუდმივი უკმარისობის პირობებში, მაშინ როდესაც 1 მლრდ ადამიანს ჭარბი წონა აღენიშნება და მათ შორის 30%-ს - სიმსუქნე.

თამბაქოს კონტროლი¹³

თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის იმპლემენტაციის და მონიტორინგის ცენტრის 2007 წლის კვლევის მონაცემებით, თამბაქოს მოხმარების გავრცელება ქართველ მამაკაცთა შორის ევროპაში ყველაზე მაღალი იყო და 59,8%-ს შეადგენდა. მწველთა რაოდენობა იზრდებოდა, ასევე, ქალებს შორისაც და 14,9%-ს აღწევდა.

საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი იმყოფებოდა თამბაქოს პერმანენტული და ინტენსიური ზემოქმედების ქვეშ. თამბაქოს მოხმარების სიხშირე ყველაზე მაღალი იყო 26-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში,

როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში, რომლებიც ეწეოდნენ მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60,5%-ს და მათზე მოდიოდა სიგარეტის შეძენაზე დახარჯული თანხების ორი მესამედი.

ალკოჰოლიზმი¹⁴

საქართველოში, ადგილობრივი მენტალიტეტის გათვალისწინებით, ექიმებთან ალკოჰოლზე დამოკიდებული პირები მხოლოდ დამძიმებული ფორმებით ხვდებიან, როცა დაავადება უკვე ქრონიკული ფორმაშია გადასული. თუმცა, ნარკოლოგების მტკიცებით, ხანგრძლივი რემისია შესაძლებელია სწორად ჩატარებული მკურნალობის პირობებში.¹⁴

არსებული სისტემური პრობლემები ადეკვატურად აისახა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაც უმთავრესად სიცოცხლის სავარაუდო საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებით, მოკვდაობის გაზრდით, გარდაცვალების ძირითად მიზეზთა სტრუქტურით, ასევე დაავადებანობისა და ავადობის მომატებით გამოიხატა, დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით.

საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა სჭარბობდა დსთ-ის ქვეყნების ანალოგიურ საშუალო მონაცემებს, თუმცა ჩამორჩებოდა ევროპის რეგიონის მონაცემს. საქართველოში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 2009 წელს, წინა წელთან შედარებით, 0,6 წლით შემცირდა და 73,6 წელი შეადგინა (მამაკაცებში – 69,2; ქალებში – 77,7). სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის გათვლებით, 2050 წლამდე ქვეყანაში გაიზრდება სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, თუმცა ის უფრო ნაკლები იქნება, ვიდრე დღეისათვის არის ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში.¹⁴

სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მაჩვენებელთან ერთად ჯანმოს მიერ გამოთვლილი იქნა ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა, რომელიც ასახავს ჯანმრთელად ცხოვრების მოსალოდნელ წლებს. მსოფლიოში ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა 2007 წელს შეადგენდა 59 წელს, ევროპის რეგიონისთვის ეს მაჩვენებელი იყო 67 წელი, ხოლო საქართველოსთვის - 64 წელი (ქალებში – 67 და მამაკაცებში – 62) გაერთიანებული სამეფოსათვის და დანიისათვის ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა – 72 წელია; შვედეთისათვის – 74 წელი, შვეიცარიისათვის – 75 წელია, გერმანიისა და ნიდერლანდებისათვის – 72 წელი, ესტონეთისათვის – 66 წელი, ჩეხეთისათვის 70 წელი და ა.შ.¹⁴

საქართველოში 2009 წელს რეგისტრირებული იყო გარდაცვალების 46625 შემთხვევა (მაჩვენებელი 1000 სულ მოსახლეზე - 10,6), რაც 8,4%-ით მეტია წინა წელთან შედარებით. სიკვდილიანობის ასაკობრივი სტრუქტურა ძირითადად არ შეცვლილა, თუმცა გაიზარდა, როგორც აბსოლუტური რაოდენობა, ასევე სიკვდილიანობის მაჩვენებელიც.¹⁴

სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი, ისევე როგორც წინა წლებში, სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებზე (55,2%; მაჩვენებელი 100000 სულ მოსახლეზე 583,2) და სიმსივნეებზე (10,8%; მაჩვენებელი – 114,2) მოდიოდა. სიმპტომების, ნიშნების და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობის კლასი მეორე ადგილზე იყო და შეადგენდა - 20,9% (მაჩვენებელი 221,0). თუმცა ეს კლასი, ჯანმოს რეკომენდაციის შესაბამისად, არ გამოიყენება სიკვდილიანობის მიზეზების კოდირებისათვის (ცხრილი 3, 4).¹⁵

¹⁴ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

¹⁵ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ავადობის ტვირთის გასაზომად იყენებს არაქმედი თუნარიანი სიცოცხლის წლებს (DALYs), რომელიც ასახავს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე როგორც სიკვდილიანობის, ისე ავადობის შედეგებს. DALYs ითვლის ნაადრევი სიკვდილით, დაინვალიდებით ან ავადმყოფობის გამო დაკარგულ წლებს.

მსოფლიოში და განსაკუთრებით ევროპის რეგიონში უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში ე.წ. არაგადამდები დაავადებები (ხშირად მოიხსენიება ქრონიკულ დაავადებებად) - გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსივნეები, დიაბეტი, ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები - ავადობის გლობალური ტვირთის (DALYs) და სიკვდილიანობის მზარდ მიზეზს წარმოადგენს. 2005 წელს გარდაცვლილი 58 მილიონი ადამიანიდან 35 მილიონი გარდაიცვალა არაგადამდები დაავადებებით, აქედან 80% მოდიოდა დაბალ და საშუალო განვითარების ქვეყნებზე, ხოლო 17 მილიონი ადამიანის გარდაცვალების თავიდან აცილება შესაძლებელი იქნებოდა დროულად ჩატარებული სამედიცინო ჩარევების შედეგად.¹⁵

არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან ტვირთს წარმოადგენს ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვისაც. 2008 წელს საერთო სიკვდილიანობის 87% და დაავადების ტვირთის 78% არაგადამდები დაავადებებით იყო გამოწვეული.¹⁵

ჯანმოს მონაცემებით, 2005 წელს, საქართველოში, არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 92%-ს შეადგენდა და აღემატებოდა მსოფლიოს (61%) და ევროპის (86%) მონაცემებს. ჯანმო-ს გათვლებითვე, მომდევნო 25 წლის განმავლობაში საქართველოში 3%-ით გაიზრდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით და 2%-ით სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობა.¹⁵

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით და სიმსივნეებით გამოწვეული სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შეიძლება შემცირდეს მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების გზით.¹⁵

მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასევე მომხმარებელთა არაადექვატური ქცევა, რასაც ძირითადად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მოსახლეობის ინფორმირების დაბალი დონე განაპირობებს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო, მოსახლეობა თითქმის არ მიმართავს ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს.

2007 წელს, ჯანმოს ხელშეწყობით ჩატარებული არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ საქართველოში რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მართვის პრაქტიკა არცთუ სახარბიელოა. თბილისში მცხოვრები 2500-მე რესპონდენტის გამოკითხვამ უჩვენა, რომ უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე მხოლოდ 12.5%-მა მიიღო რჩევა ექიმისაგან თამბაქოზე თავის დანებების თაობაზე; 13.5%-მა წონაში დაკლებასთან; 14%-მა ცხიმის მოხმარების შემცირებასთან; 14.2%-მა მარილის მოხმარების შემცირებასთან; 9.9%-მა ფიზიკური აქტივობის გაზრდასთან; 3.9%-მა ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებასთან დაკავშირებით. ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ ადასტურებს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში არაგადამდები დაავადებების რისკ-ფაქტორების გამოვლენისა და მოდიფიცირების პრაქტიკის გაუმჯობესების აუცილებლობას.

ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების პრობლემა სერიოზულ ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების ხარისხზე, და თან ახლავს მძიმე ეკონომიკურ შედეგები ოჯახების, თემებისა და მთლიანად საზოგადოებისთვის.

ჯანდაცვის მთავრობის მთავარი ამოცანა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მისაღწევად არის საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაუმჯობესება, რომელიც ძირითადად ფოკუსირებულია მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ აქტივობებზე - ჯანმრთელობის დამკვიდრებასა და დაავადებათა პრევენციაზე.

ქრონიკული დაავადებების ეტიოპათოგენეზში ცხოვრების წესისა (თამბაქოს მოწევა, არაჯანსაღი კვება, ადინამია, ალკოჰოლის მოხმარება) და კომორბიდული რისკ-ფაქტორების (არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, დისლიპიდემია, სიმსუქნე) როლის გათვალისწინებით, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მათ დროულ იდენტიფიცირებას და რისკის მართვის ინდივიდუალური ღონისძიებების განხორციელებას. აღსანიშნავია, რომ, ერთი რისკ-ფაქტორის ზემოქმედება ხელს უწყობს სხვა რისკ-ფაქტორების გამოვლენას. ცალკეულ რისკ-ფაქტორს მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს ქრონიკული დაავადებების, მ.შ. გულის იშემიური დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, ინსულტი, კიბო, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები და სხვ., განვითარებაში. ქვევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებით შესაძლებელია მნიშვნელოვანი ზემოქმედება მოვახდინოთ ამ დაავადების აღმოცენებასა და მიმდინარეობაზე.

11.2 ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პრევენციის პროგრამები საოჯახო მედიცინაში

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე განსახორციელებელი ფართო პრევენციული პროგრამებია (მ.შ. სკრინინგული ღონისძიებების, დაავადებებისა და მათი გართულებების თავიდან აცილების პროგრამები):

- იმუნიზაცია ბავშვებსა და მოზრდილებში

მსოფლიო სტატისტიკური მონაცემები ასახავს პროგრესს ათასწლეულის განვითარების მიზნების მიღწევისა და ბავშვთა მდგომარეობის გაუმჯობესების სფეროში. ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზნის შეფასების ინდიკატორების მიხედვით, ევროპის რეგიონისთვის 2009 წელს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2000 წელს დაფიქსირებული 12,54-დან 9,81-მდე, საქართველოსთვის კი 22,4-დან 15,4-მდე შემცირდა. ერთ წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში 2000 წელს დაფიქსირებული 9,77-დან 7,82-მდე, ხოლო საქართველოში 21,1-დან 14,1-მდე შემცირდა. ამასთანავე, აღსანიშნავია წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ზრდა მსოფლიოს ბავშვთა მოსახლეობაში, ევროპის რეგიონისათვის 2000 წელს დაფიქსირებული მაჩვენებელი - 91,8%, 2009 წლისათვის 94,4%-მდე გაიზარდა. საქართველოში ანალოგიური მაჩვენებელი 2000 წელს შეადგენდა 97%-ს, ხოლო 2009 წლისთვის კი 82,7%-ს (WHO/European HFA Database).¹⁶

- ბავშვთა ფსიქო-მოტორული განვითარების შეფასება

საქართველოში ერთ წლამდე და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის რეგისტრირებული მაჩვენებელი გარკვეულწილად მაღალია ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებთან შედარებით და მნიშვნელოვნად აღემატება ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს.¹⁷

ევროპის რეგიონისთვის 2009 წელს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2000 წელს დაფიქსირებული 12,54-დან 9,81-მდე, საქართველოსთვის კი 22,4-დან 15,4-მდე შემცირდა. ერთ წლამდე

¹⁶ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

¹⁷ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში 2000 წელს დაფიქსირებული 9,77-დან 7,82-მდე, ხოლო საქართველოში 21,1-დან 14,1-მდე შემცირდა. ამასთანავე, აღსანიშნავია წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ზრდა მსოფლიოს ბავშვთა მოსახლეობაში, ევროპის რეგიონისათვის 2000 წელს დაფიქსირებული მაჩვენებელი - 91,8%, 2009 წლისათვის 94,4%-მდე გაიზარდა. საქართველოში ანალოგიური მაჩვენებელი 2000 წელს შეადგენდა 97%-ს, ხოლო 2009 წლისთვის კი 82,7%-ს (WHO/European HFA Database).¹⁷

„საქართველოს ეროვნული ნუტრიციული კვლევის“ მონაცემებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში დიდ პრობლემას წარმოადგენდა ჭარბი წონა და სიმსუქნე (გამოკვლეულთა 19.9%). სიმალესთან შედარებით დაბალი წონა აღენიშნა ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა 1,6%-ს, ხოლო ასაკთან შედარებით დაბალი წონა 1,1%-ს. ქრონიკული ცილოვან-ენერგეტიკული დეფიციტი (ზრდაში ჩამორჩენა) 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ჯანმრთელობის ბავშვის ზრდის სტანდარტთან (2.3%) შედარებით, სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად იყო მომატებული (11,3%).¹⁷

- **ჯანმრთელობის დამკვიდრების პროგრამები (თამბაქოს მოწევა, ფიზიკური აქტივობა, დაბალანსებული კვება, ალკოჰოლი)**

გულის დაავადებების, ინსულტისა და შაქრიანი დიაბეტის (ტიპი II) 80%-ის და სიმსივნეების შემთხვევების მესამედის თავიდან აცილება შესაძლებელია ძირითადი რისკ-ფაქტორების (თამბაქოს მოხმარების, არაჯანსაღი საკვების, ჰიპოდინამიისა და ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების) თავიდან აცილების გზით.¹⁷

ოჯახის ექიმი პჯდ გუნდთან ერთად ახდენენ ყველა პაციენტის ცხოვრების ჯანსაღი სტილის ინდივიდუალურ შეფასებას, აწარმოებენ მაღალი ხარისხის დოკუმენტაციას და მართავენ მათ რისკებს არსებობის შემთხვევაში.

პჯდ ჯანმრთელობის პროფესიონალები სათემო სამსახურებთან ერთად აწარმოებენ ბაზისურ და სპეციალიზებულ წონის მართვის მომსახურებას და მულტიკომპონენტურ ინტერვენციებს, რომელიც ეფუძნება დიეტას, აქტივობებს და ქცევის შეცვლის პროგრამებს.

- **ჯანმრთელ პირთა და ახალ პაციენტთა შეფასება და სამედიცინო მეთვალყურეობა**

ოჯახის ექიმი პჯდ გუნდთან ერთად ახდენენ ყველა პაციენტის ინდივიდუალური რისკის შეფასებას, აწარმოებენ მაღალი ხარისხის დოკუმენტაციას და მართავენ მათ რისკ-ფაქტორებს.

- **ხანდაზმულთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობა**

პოპულაციის დაბერება წარმოადგენს თანამედროვე მსოფლიოს დემოგრაფიული განვითარების დამახასიათებელ მოვლენას - ყველა დანარჩენი ასაკობრივი სეგმენტისაგან განსხვავებით, სწრაფად იზრდება 60 წელზე მეტი ასაკის ადამიანების ხვედრითი წილი, რაც განპირობებულია როგორც მზარდი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობით, ასევე კლებადი ფერტილობის მაჩვენებლით. გაეროს მოსახლეობის ფონდის პროგნოზით, მომდევნო 40 წლის განმავლობაში მსოფლიოში თითქმის გასამმაგდება 60 წელს გადაცილებული ადამიანების რიცხვი და 2050 წლისათვის დაახლოებით 1,9 მილიარდს მიაღწევს.¹⁸

¹⁸ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

მოსახლეობის დაბერების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეკონომიკური შედეგი უკავშირდება ქვეყნის მოსახლეობაში შრომისუნარიანი და საპენსიო ასაკის მოსახლეობის თანაფარდობის ცვლილებას, რაც იწვევს მოსახლეობის ე.წ. „ეკონომიკური ტვირთის“ მაჩვენებლის ზრდას. ასაკის მატებასთან ერთად, ინდივიდთა უმეტესობა დგება სულ ცოტა ერთი ქრონიკული დაავადების განვითარების რისკის წინაშე. ასევე, ხანდაზმულ ასაკში მატულობს დაცემისა და ტრავმატიზმის ალბათობა, რისი შედეგებიც საკმაოდ სერიოზულია როგორც საზოგადოებრივი თვალსაზრისით - ინდივიდებისათვის, ასევე ეკონომიკური თვალსაზრისით - ჯანდაცვის სისტემებისათვის.

ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების მსგავსად, ჩვენს ქვეყანაში მცირდება ახალგაზრდა თაობის და იზრდება 60 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი. 1989 და 2002 წ.წ. აღწერის შედეგების მიხედვით, საქართველოში შეცვლილი იყო მოსახლეობის ასაკობრივი განაწილება. 24,9%-დან 20,9%-მდე შემცირდა 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული შემადგენლობა, ხოლო 65 წლის ასაკზე მეტი მოსახლეობის რაოდენობა გაიზარდა 8,9%-დან 12,8%-მდე, თუმცა 2009 წელს მოსახლეობის 14,2% (626,2 ათასი) იყო 65 წელზე მეტი ასაკის, მათ შორის 38% (237,4 ათასი) მამაკაცი და 62% (388,8 ათასი) ქალი.

მსოფლიო ბანკისა და გაეროს მონაცემებით - 2015 წლისათვის ნავარაუდევია, რომ საქართველოში 15 წლამდე ასაკის მოსახლეობის წილი იქნება 15,2%, ხოლო 65 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის წილი - 14,9% (World Development Indicators)¹⁸

- რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება (არასასურველი ორსულობის პრევენცია და ოჯახის დაგეგმვა)

საქართველოში, უკანასკნელ წლებში, ოჯახის დაგეგმვის პროცესში კვლავ წამყვანი ადგილი ეკავა აბორტს, რომლის მხოლოდ აღრიცხული შემთხვევების საერთო რაოდენობამ, 2009 წელს 24311 შეადგინა, რაც 10%-ით მეტია 2008 წელთან შედარებით.¹⁸

- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2009 წელს, წინა წელთან შედარებით, მოიმატა სიფილისის ყველა ფორმის ახალმა შემთხვევებმა და 503 შეადგინა (ინციდენტობა - 11,4). დაავადებულთა უმრავლესობა 20-29 წლის ასაკის იყო (101 შემთხვევა). სიფილისზე გამოკვლეული 49908 ორსული ქალიდან სიფილისი აღმოაჩნდა 15 ქალს. გონოკოკური ინფექციის 670 (ინციდენტობა 15,2) ახალი შემთხვევა აღირიცხა, რაც უმნიშვნელოდ ნაკლებია 2008 წელთან შედარებით (684). დაავადებულთა უმრავლესობა 20-29 წლის ასაკის იყო (248 შემთხვევა). 2009 წელს 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში არც ერთი სიფილისის და გონორეის შემთხვევა არ დაფიქსირებულა (ნახ. 31). გონოკოკური ინფექციის დაბალი ინციდენტობა, ერთის მხრივ, გამოწვეული უნდა იყოს დაავადების თვითმკურნალობის შესაძლებლობით და უკავშირდება სამკურნალო საშუალებების ურეცეპტოდ და ექიმის დანიშნულების გარეშე გაცემას.¹⁸

- ორსულთა სამედიცინო მეთვალყურეობა

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრისა და საქსტატის შეგუებული მონაცემებით 2009 წელს საგრძნობლად იმატა გარდაიცვალ დედათა რიცხვმა და 33 შეადგინა, მაჩვენებელი კი 52,1-მდე გაიზარდა (ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელი - 14,69).¹⁹

- მოზარდთა ჯანმრთელობის დამკვიდრება

¹⁹ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები უმთავრესად 50 წელს გადაცილებულთა ხვედრია. თუმცა, უკანასკნელი წლების მონაცემებით, ის ახალგაზრდა ასაკშიც აღინიშნება. მათ მიერ გამოწვეული სიკვდილიანობა 80%-ით გაიზარდა 30 წლამდე და 50%-ით 35-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას შორის ინფარქტი 62%-ით პირველ ადგილს იკავებს და აღემატება ერთად აღებული კიბოთი, ტუბერკულოზით, ინფექციური დაავადებებით და შიდსით გამოწვეულ სიკვდილიანობას.

საქართველოში 2009 წელს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების შემთხვევებმა წინა წელთან შედარებით მოიმატა.

ქვეყანაში 2009 წელს სულ რეგისტრირებული იყო გარდაცვალების 46625 შემთხვევა (მაჩვენებელი 1000 სულ მოსახლეზე - 10,6), რაც 8,4%-ით მეტია წინა წელთან შედარებით. სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი, ისევე როგორც წინა წლებში, მოდიოდა სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებზე (55,2%; მაჩვენებელი - 583,2) და სიმსივნეებზე (10,8%; მაჩვენებელი - 114,2).¹⁹

- ავთვისებიან სიმსივნეთა პრევენცია (სკრინინგული და საგანმანათლებლო პროგრამებში აქტიური მონაწილეობის გზით)
- წამლის, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების არასწორი მოხმარების მავნე ზეგავლენის წინააღმდეგ ინტერვენციები (სკრინინგულ და საგანმანათლებლო პროგრამებში აქტიური მონაწილეობის გზით)
- ტრავმატიზმისა და უბედური შემთხვევების პრევენცია (საგანმანათლებლო პროგრამებში აქტიური მონაწილეობის გზით)

2009 წელს, საქართველოში ტრავმებმა, მოწამვლებმა და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთმა სხვა შედეგებმა მომატა 2008 წელთან შედარებით.¹⁹

2009 წელს საქართველოში საგრძნობლად მოიმატა სასუნთქი სისტემის ორგანოთა დაავადებების რაოდენობამ, პრევალენტობა - 39%-ით მეტი 2008 წელს აღრიცხულთან შედარებით. 49%-ით მოიმატა ახალი შემთხვევების რაოდენობამ და შეადგინა საერთო რაოდენობის 88,6%.¹⁹

2009 წელს, საქართველოში რეგისტრირებული იყო ასთმისა და ასთმური სტატუსის 16000 შემთხვევა, აქედან 21% ახალი შემთხვევა იყო. ბავშვებში აღრიცხული ახალი შემთხვევები საერთო რაოდენობის 15%-ს შეადგენდა.¹⁹

საანგარიშო წელს საქართველოში საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოთა დაავადებების პრევალენტობა - 1,4-ჯერ აღემატებოდა 2008 წლის მაჩვენებელს. ახალ შემთხვევათა რაოდენობამ შეადგინა საერთო რაოდენობის 59% (ინციდენტობა) და გასულ წელთან შედარებით მოიმატა 1,8-ჯერ.¹⁹

❖ ბარიერები ხელმისაწვდომ და ჯანმრთელობის პრევენციაზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე არ უნდა არსებობდეს

მოსახლეობას უნდა ჰქონდეს უნივერსალურ პირველად ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვან და გრძელვადიან გაუმჯობესებას. ხელმისაწვდომობა ოჯახის ექიმის და პრევენციული სერვისების უნდა იყოს მოსახლეობისათვის უფასო.

- ❖ *პრევენციული პაკეტის მნიშვნელოვანი ნაწილი ინტეგრირებულია პირველადი ჯანდაცვის ბაზისურ პაკეტში და წარმოადგენს ოჯახის ექიმისა და პჯდ გუნდის რუტინულ საქმიანობას.*
- ❖ *განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პირველად ჯანდაცვაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კონტროლისა და ონკოლოგიური დაავადებების პრევენციის ნაციონალური სტრატეგიის შემუშავებას.*

11.3 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კონტროლის პროგრამა

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გლობალური ტვირთის შემცირების ოპტიმალურ გზად მიჩნეულია პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება როგორც პოპულაციურ, ასევე ინდივიდუალურ დონეზე. აღნიშნული პროგრამა უნდა დაეფუძნოს ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) და სხვადასხვა პროფესიული ასოციაციების - ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების, ევროპის ათეროსკლეროზის საზოგადოების, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების, ქცევითი მედიცინის საერთაშორისო საზოგადოების, ევროპის ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმთა საზოგადოების, და ევროპის გულის ქსელის რეკომენდაციებს.

პირველად ჯანდაცვაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების კონტროლის პროგრამაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შემდეგ საკითხებს:

- ინდივიდუალური რისკის შეფასებას შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენებით;
- გამოვლენილი რისკების მართვას პჯდ დონეზე;
- რეკომენდაციები მოიცავს **მედიკამენტოზურ მკურნალობას რისკების მართვის მიზნით და არამედიკამენტოზურ ინტერვენციებს:**
 - თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის თაობაზე
 - წონის კორექციის თაობაზე
 - ფიზიკური აქტივობის თაობაზე
 - არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის თაობაზე
 - ჰიპერქოლესტერინემიის სკრინინგსა და მართვას
 - შაქრიან დიაბეტთან ასოცირებული რისკების მართვას.

➤ **არტერიული ჰიპერტენზიის გამოვლენა**

საქართველოში 2009 წელს აღინიშნებოდა ჰიპერტენზიული ავადმყოფობის როგორც პრევალენტობის (10%-ით), ისე ინციდენტობის (36,2%-ით) მაჩვენებლების მატება. 2009 წლის ბოლოს სისხლის მიმოქცევის

დაავადებების რეგისტრირებული შემთხვევებიდან 55,2% ჰიპერტენზიული დაავადებების, 26,8% - გულის იშემიური დაავადებების, 4,2% - გულის რევმატიული დაზიანებების შემთხვევები იყო.²⁰

საქართველოს მთავრობამ, ყველა საზოგადოებრივმა, კერძო და მოხალისეთა სექტორმა უნდა ხელი შეუწყოს ყველა მოზრდილი პაციენტის არტერიული წნევის გაზომვის პროცედურის ჩამოყალიბებას.

ინგლისში 16 წლის ზემოთ მოზრდილებში ჰიპერტენზიის პრევალენტობამ 2009 წელში შეადგინა - 30.4%; მამაკაცებში იყო უმნიშვნელოდ მაღალი (31.5%), ვიდრე ქალებში (30.4%).²¹ ინგლისის ჯანმრთელობის მთავრობა აჯილდოებს იმ ოჯახის ექიმებს და პჯდ ცენტრებს, სადაც მაღალია არტერიული ჰიპერტენზიის გამოვლენის მაჩვენებელი და ახორციელებს არტერიული ჰიპერტენზიით პაციენტთა ადექვატურ მართვას.²²

➤ არტერიული ჰიპერტენზიის მართვა

პჯდ ახორციელებს რეგულარულ მეთვალყურეობას და მკურნალობას პაციენტებზე არტერიული ჰიპერტენზიით²³, რომელიც ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად მოიცავს ჯანმრთელობის დამკვიდრების ღონისძიებებს - ფიზიკური აქტივობის გაზრდას,²⁴ სუფრის მარილის შემცირებას^{25,26} და წონის კორექციას ჭარბი წონის²⁷ შემთხვევაში.

არაერთი კვლევით დასტურდება სკრინინგის შედეგად დიაგნოსტირებული არტერიული ჰიპერტენზიის ადრეული მკურნალობის ეფექტიანობა. თავად სკრინინგის ეფექტიანობა სკრინინგული ტესტის სიზუსტესა და დამაჯერებლობაზე დამოკიდებულია. ცნობილია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში არტერიული წნევის გაზომვა მხრის მანქეტითა და ვერცხლისწყლიანი ან ანეროიდული სფიგმომანომეტრით კარგ კორელაციაშია არტერიული წნევის პირდაპირი (ინტრა-არტერიული) გაზომვის მეთოდთან (კორელაციის კოეფიციენტი 0.94-0.98) და მაღალი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს კარდიოვასკულური რისკის შეფასებისთვის.

ტესტის სიზუსტის მიუხედავად, კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირად არტერიული წნევა არასწორად ფასდება. ეს შესაძლოა ინსტრუმენტის უზუსტობით, გაზომვის წესების დარღვევით ან პაციენტის მიზეზებით (მაგ. შფოთვა, საკვები, ალკოჰოლი, თამბაქო, ტკივილი, ფიზიკური დატვირთვა) იყოს გამოწვეული. ამ შეცდომების მაღალი ალბათობის გამო არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურება, სულ მცირე, 2 სხვადასხვა ვიზიტზე (ვიზიტებს შორის ინტერვალი სასურველია არაუადრეს 1 კვირისა) არტერიული წნევის, სულ მცირე, ორჯერ გაზომვის საფუძველზე უნდა მოხდეს. განსაკუთრებული ყურადღებაა საჭირო, როდესაც არტერიული წნევის გაზომვისას მომიჯნავე ციფრები ფიქსირდება. ერთ-ერთ კვლევაში სტატისტიკური მოდელირებით გამოვლინდა, რომ თუ არტერიული წნევა ვწყ.სვ.-ის 95 მმ-ზე მეტი ან 90 მმ-ზე ნაკლებია, არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზის დადასტურებისთვის საკმარისია გაზომვა სამ განმეორებით ვიზიტზე. მაშინ როდესაც, მომიჯნავე მაჩვენებლების შემთხვევაში დიაგნოზის დასასაბუთებლად ხუთი ვიზიტია საჭირო.

²⁰ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

²¹ English Eastern Region Public Health Observatory; Modelled estimates and projections of hypertension for PCTs in England. 2009. <http://www.erpho.org.uk/viewResource.aspx?id=17905>

²² English Department of Health. Quality and Outcomes Framework: hypertension, 2009.

http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653

²³ Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4.

²⁴ Wallace JP. Exercise in Hypertension: A Clinical Review. Sports Medicine 2003;33(8):585-598.

²⁵ He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4.

²⁶ Hooper L, Bartlett C, Davey Smith CG, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4.

²⁷ Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Cornell J, Summerbell C, Anagnostis B, Brand M, Grimm Jr R. Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4.

➤ **ქოლესტერინის დონის დაქვეითება**

პჯდ ახორციელებს აწარმოებს გულის კორონარული დაავადებით პაციენტთა რეესტრს იმისათვის, რომ დააწესოს რეგულარული მეთვალყურეობა და მაღალი რისკის პაციენტების სტატინებით²⁸ უზრუნველყოფა, დაამკვიდროს ჯანსაღი ცხოვრების წესი, რაც მოიცავს ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, **Error! Bookmark not defined.** ჯანსაღ კვებას²⁹ და წონის კორექციას³⁰ ჭარბი წონის შემთხვევაში და რაც თავის მხრივ, აქვეითებს ქოლესტერინის დონეს.

➤ **ინსულტის პრევენცია**

პჯდ-ს ოჯახის ექიმები გუნდთან ერთად ახორციელებს აწარმოებს მოციმციმე არითმიით და ინსულტის მაღალი რისკის სხვა პაციენტის დაუყოვნებლივ შეფასებას, რითმისა და სიხშირის კონტროლს, ანტიკოაგულაციულ, ანტიარტერიულ ან ანტიკოაგულაციურ მკურნალობას ეროვნული გაიდლაინების შესაბამისად.³¹ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა, ჰიპერტენზიის მკურნალობა, ქოლესტერინის დონის დაქვეითება პაციენტებში იწვევს ნაადრევი სიკვდილის და ინვალიდობის პრევენციას ინსულტზე/განმეორებით ინსულტზე მაღალი რისკის ინდივიდუალებში.

➤ **დიაბეტის პრევენცია**

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2009 წელს, მცირედ მოიმატა ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებების რაოდენობამ და რეგისტრირებული იყო 124793 შემთხვევა (პრევალენტობა - 2829,2, 100000 მოსახლეზე). ახალმა შემთხვევებმა შეადგინა საერთო რაოდენობის 32% (ინციდენტობა - 908,1)

უკანასკნელი ათი წლის მონაცემების შედარებით ვლინდება, რომ საქართველოში ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული დაავადებების პრევალენტობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა 2000 და 2005 წლებში, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო 2009 წელს. შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება უკანასკნელი შვიდი წლის მანძილზე მნიშვნელოვნად იმატებს. აღსანიშნავია, რომ ბავშვთა ასაკში, 2008 წლის მონაცემებთან შედარებით, 1,2-ჯერ გაიზარდა შაქრიანი დიაბეტით ინციდენტობამ.³²

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დაქვეითების ყველა შემთხვევაში, პჯდ-ში ოჯახის ექიმები პაციენტებს მკურნალობენ ფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან ერთად ცხოვრების სტილის ინტერვენციებით, როგორცაა მიზნობრივი დიეტა, ვარჯიში, წონის კონტროლი და თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა.³³ დადგენილია, რომ აღნიშნულ შემთხვევებში ტიპი 2 დიაბეტის განვითარების სიხშირე მცირდება. ცხოვრების სტილის ინტერვენციები, სულ მცირე, ისეთივე ეფექტურია, როგორც მედიკამენტით მკურნალობა.

➤ **დიაბეტის გართულებების პრევენცია**

²⁸ More on statins. Guidance. Department of Health,; London, 2007. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Coronaryheartdisease/DH_4097422

²⁹ Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4. (Status: Updated).

³⁰ Wood PD, Stefanick ML, Williams PT, Haskell WL. The effects on plasma lipoproteins of a prudent weight-reducing diet, with or without exercise, in overweight men and women. NEJM 1991;325(7):461-466.

³¹ NICE Clinical Guideline No. The management of atrial fibrillation. 2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG36>

³² საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

³³ Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. BMJ | ONLINE FIRST | bmj.com. doi: 10.1136/bmj.39063.689375.55. <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/334/7588/299>

პჯდ-ში ოჯახის ექიმები და მათი კოლეგები უზრუნველყოფენ დიაბეტიან პაციენტებში გართულებების პრევენციას შემდეგი ინტერვენციებით:

- სტრუქტურირებული საგანმანათლებლო პროგრამები
- ქცევის შეცვლის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა
- ადრეულ ეტაპზე გართულებების გამოვლენა
- თვალის ფსკერის ყოველწლიური სკრინინგი

11.4 ონკოლოგიური დაავადებების პრევენციის პროგრამა

2009 წელს სიმსივნის დიაგნოზით დაავადებულთა რაოდენობამ საქართველოში იმატა. რეგისტრირებული იყო 59000 შემთხვევა (პრევალენტობა - 1337,6), მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით 13001 (ინციდენტობა - 294,7)³⁴

ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოზით აღრიცხვაზე იმყოფებოდა 30954 ავადმყოფი (პრევალენტობა – 701,8), მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებული იყო 5656 (ინციდენტობა - 128,2) (ნახ. 40). იმ ავადმყოფთაგან, რომლებსაც სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდა სიმსივნის დიაგნოზი 35,8% გარდაიცვალა.³⁴

2009 წელს გამოვლენილი ავთვისებიანი სიმსივნის შემთხვევათა 4,8%-ში დადგინდა დაავადების I სტადია, 17,6%-ში - II სტადია, 23,9%-ში - III სტადია. ისევე როგორც წინა წლებში, ისევ მაღალი იყო (48,0%) დაავადების IV სტადიაში გამოვლენილ შემთხვევათა რაოდენობა.³⁴

ძირითადად, სარძევე ჯირკვლის და საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენა უფრო ხშირად დაავადების II და III სტადიაზე ხდება (შესაბამისად, 61% და 55%).³⁴

2009 წელს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ონკოლოგიური სამსახურის მიერ რეგისტრირებული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენიდან ერთ წელიწადში გარდაიცვალა ავადმყოფთა 35,8%. სიკვდილიანობის ასეთი მაღალი პროცენტული წილი გამოწვეული უნდა იყოს დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის დაბალი მაჩვენებლებით.³⁴

ონკოლოგიური დაავადებებით მოკვდაობის მზარდი მაჩვენებელი ადასტურებს ეროვნული სკრინინგული პროგრამების შემუშავებისა და დანერგვის აუცილებლობას, რათა კიბოს დიაგნოსტიკა მოხდეს ადრეულ ეტაპზე, როდესაც შესაძლებელია მისი განკურნება.

I და II სტადიაზე ნეოპლაზმის დიაგნოსტიკის წილი 2007 წელში შეადგენდა 25%-ს, რაც 2002 წლიდან არ შეცვლილა. საერთაშორისო მაჩვენებლებთან შედარებით აღნიშნული მონაცემი ძალიან დაბალია და საჭიროებს კოორდინირებული სკრინინგული გაიდლაინებისა და პროგრამების შემუშავებასა და დანერგვას ქვეყნის მასშტაბით იმ მიმართულებით (კონკრეტულად, სარძევე ჯირკვლის, ცერვიკალური და კოლორექტალური კიბო), სადაც მტკიცებულებებითაა დადასტურებული ჩარევების ეფექტურობა.

თბილისის მუნიციპალიტეტი და საერთაშორისო პარტნიორები აფინანსებენ სკრინინგებს და საზოგადოების განათლებას სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული გამოვლენის მიზნით, მაგრამ ეროვნულ დონეზე სკრინინგის პროგრამები არ არსებობს. ამავე დროს, არ არის

³⁴ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ეროვნული მოხსენება, 2009 წელი

განსაზღვრული პჯდ-როლი და პასუხისმგებლობა აღნიშნული სკრინინგების ჩატარებაში, პაციენტთა მოზიდვის, მონიტორინგისა და გამოძახების სისტემის ორგანიზაციაში პჯდ პერსონალის მონაწილეობა.

დასკვნა

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმა, რომელიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2003-2005 წლებში მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის დახმარებით შეიმუშავა, ემყარებოდა საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში განხორციელდა:

- **პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურის განახლება/განვითარება**

პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარებაზე განხორციელებული ინვესტიციები:

- 2006-2010 წლებში 700-ზე მეტი ობიექტის რეაბილიტაციასა და აღჭურვისათვის სახელმწიფოს ბიუჯეტიდან გამოიყო - 110 მლნ. ლარი (78 მლნ რეაბილიტაცია და 32 მლნ. აღჭურვა);
- 2005-2006 წლებში გარემონტდა/აშენდა 165 პირველადი ჯანდაცვის ობიექტი (სოფლად - იმერეთში, აჭარაში, კახეთსა და შიდა ქართლში და საოჯახო მედიცინის ცენტრები საგარეჯოში, თელავში, ქუთაისში, ოზურგეთში, ბათუმში, ქობულეთში, მესტიაში, ბორჯომსა და თბილისში), განხორციელებული ინვესტიციის ოდენობამ შეადგინა 21 მილიონი ლარი;
- **პროფესიული ადამიანური რესურსის და მომსახურების ხარისხის განვითარება პირველად ჯანდაცვაში**

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის თანახმად:

- საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის საფუძველს წარმოადგენს საოჯახო მედიცინა. პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელი ოჯახის ექიმია, რომელიც თანამშრომლობს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან: ექთნებთან/მენეჯერებთან.
- სახელმწიფოსა და დონორული დახმარებით გადამზადებული იქნა 1000-ზე მეტი **საოჯახო მედიცინის გუნდი** – ექიმი/ექთანი/მენეჯერი.
- ადამიანური რესურსების განვითარება არ იფარგლებოდა მხოლოდ ტრენინგით, არამედ ორიენტირებული იყო მათი (ფინანსური და სხვა საშუალებებით) მოტივირებისა და უნარ-ჩვევების მულტივი განახლების სისტემის შექმნაზე (საქმიანობის შეფასება და კლინიკური ევალუაცია,

გაიდლაინების/ხარისხის სტანდარტების შემუშავება/დანერგვა, უწყვეტი პროფესიული განვითარების ყოველწლიური გეგმების შედგენა/განხორციელება და ა.შ.).

- **პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დაფინანსების მოდელის შექმნა**
- პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელის განვითარება, საერთაშორისო პროექტების ფარგლებში შემუშავებული საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გენერალური გეგმის შესაბამისად, საწყის ეტაპზე გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის მოქნილი ბაზისური პაკეტის (BBP) შემუშავებას;
- შემდეგ ეტაპებზე, სპეციალური მეთოდოლოგიის გამოყენებით, ჩამოყალიბდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაანგარიშების მოდელი (სადაც გათვალისწინებული იყო ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობა, მომსახურების ადექვატური მოცულობა და მისი მიწოდების პირობები).

ამდენად, შეიქმნა საფუძვლები საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებული კარგი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სწორად განვითარებისათვის, რაც გულისხმობს:

- + ხელმისაწვდომობას - ფინანსურად, გეოგრაფიულად
- + ხარისხიან მომსახურებას (მოქმედ ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემებსა და ინტეგრირებულ და ყოვლისმომცველ მომსახურების პაკეტს)
- + პაციენტზე/თემზე ორიენტაციის პრინციპების დაცვას
- + მომსახურების უწყვეტობას
- + პაციენტის მაღალ კმაყოფილებას ამ მომსახურებით
- + მაკოორდინირებელ ფუნქციას - სპეციალისტების სამსახურებთან რეფერალისა და უკურფერალის სისტემის არსებობას.

მიმდინარე პრობლემები

- გაურკვეველია ქვეყნის სტრატეგია პირველად ჯანდაცვასთან და საოჯახო მედიცინასთან მიმართებაში
- პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტის შინაარსი არ არის მარტივი და კარგად განსაზღვრული
- სახელმწიფო პროგრამები არაადექვატურადაა დაფინანსებული
- სამართლებრივი საფუძვლების არარსებობის გამო არასწორი ურთიერთობები ჩამოყალიბდა კერძო სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ კომპანიებს შორის.
- მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი - დაბალშემოსავლიანი ადამიანი დარჩა უნივერსალური ბაზისური პაკეტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების გარეშე.
- გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები.

- პაციენტზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ნაცვლად მივიღეთ ფრაგმენტირებული, ეპიზოდური, არახარჯთ-ეფექტური სამედიცინო მომსახურება, სადაც მთლიანად იგნორირებულია სახელმწიფოს პრევენციის სტრატეგია, მეცნიერულად დასაბუთებული და სოციალურად მიღებული ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპები და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.
- გაიზარდა პაციენტებისა და პირველადი ჯანდაცვაში დასაქმებული ჯანმრთელობის პროფესიონალების უკმაყოფილება.

მაგალითი: სრული დატვირთვით მომუშავე დაწესებულებების ფინანსური მდგომარეობა, რომელსაც ხარისხიანი მომსახურებისათვის 2-ჯერ მეტი პერსონალი ესაჭიროება, გამოიყურება შემდეგნაირად: ექიმის ხელფასი 200–300 ლარია, ექთნის გამოყენება, საჭიროებების შესაბამისად, ვერ ხერხდება, დაწესებულების ყოველთვიური მოგება–ზარალის შედეგი უარყოფითია და შეადგენს საშუალოდ 20–25 ათას ლარს. აღნიშნული საფინანსო მაჩვენებლები, რა თქმა უნდა, ანადგურებს პირველად ჯანდაცვას და აფერხებს პრივატიზაციის პროცესებს.

სამომავლო პერსპექტივები

- პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გენერალური გეგმის გადახედვა სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარებისა და სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის კონტექსტში.
- სადაზღვევო სქემებში პირველადი ჯანდაცვის პაკეტის განსაზღვრა და ისეთი გათვლების წარმოება, რომელიც შესაბამისობაში იქნება რეალურ ფინანსურ საჭიროებებთან.
- პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების რეგულირების მექანიზმების შემუშავება და ამოქმედება.
- პირველადი ჯანდაცვისთვის ადამიანური რესურსის განვითარების გეგმა თბილისისთვის და დიდი ქალაქებისათვის
- პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების კომპეტენციებისა (ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექთანი) და სამუშაოთა აღწერილობების ინსტიტუციონალიზაციისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.
- პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების შემუშავება და ამოქმედება.
- პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების, პირველადი ჯანდაცვის/მეორეული დონის ინტერფეისის კონცეფციის შემუშავება და დანერგვის თაობაზე რეკომენდაციების მომზადება.
- 2012 წლის სახელმწიფო პროგრამის გადახედვა და ცვლილებებისათვის პროექტის მომზადება.

საფრთხე:

როგორც ჩვენთვის ცნობილია, 2012 წლის სექტემბრიდან 0–6 წლისა და 60 წლის ზემოთ პაციენტების ამბულატორიული მომსახურების შესყიდვებს განახორციელებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები, რაც არსებული გამოცდილებით, სერიოზულად გაზრდილი საფრთხის ქვეშ აყენებს პირველად ჯანდაცვას.

საერთაშორისო გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის უნივერსალური ბაზისური პაკეტის დაფინანსებამ, რომელიც განაპირობებს კარგ პირველად ჯანდაცვას, უნდა უზრუნველყოს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების მოტივაციის არსებობა მომსახურების ადექვატური მოცულობისა და მისი მიწოდების საუკეთესო პირობებში, რამაც თავისთავად ასახვა უნდა ჰპოვოს პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში. იმ შემთხვევაში, თუკი მომსახურების შესყიდვებს განახორციელებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები, სახელმწიფო უნდა აწესებდეს ნათლად განსაზღვრული სამედიცინო დავალების შესაბამისი ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებისათვის სარეკომენდაციო ტარიფებს.