



World Health
Organization

European Region

ქვეყნის შემთხვევის
ანალიზის სერია
საქართველო



საქართველოში პირველადი
ჯანდაცვის მომსახურების
მოდელის გაძლიერება:
კონცეფციიდან
ქმედებებამდე



**World Health
Organization**

European Region

**ქვეყნის შემთხვევის
ანალიზის სერია
საქართველო**

**საქართველოში პირველადი ჭანდაცვის
მომსახურების მოდელის გაძლიერება:
კონცეფციიდან ქმედებებამდე**

რეზიუმე

COVID-19-ის პანდემიამ დაამტკიცა, რომ მაღალეფექტურ და ხელმისაწვდომ პირველად ჯანდაცვას (პჯდ) სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს პანდემიის შემდგომ ცხოვრების პირობების სწრაფი აღდგენისთვის. საქართველოს მთავრობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებით ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ეფექტიანობის გაზრდის ერთგულია. პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტების სერიის ფარგლებში გამოცემულ წინამდებარე დოკუმენტში აქცენტი გაკეთებულია საქართველოზე, პირველად ჯანდაცვაში არსებული გამოწვევების აღწერისა და საზოგადოებაზე უფრო მეტად ორიენტირებულ მოდელზე გადასვლისთვის პრაგმატული პოლიტიკის ალტერნატივების წარდგენის მიზნით. პირველადი ჯანდაცვის ახალი მოდელის მიზნადუნდა განისაზღვროს მოსახლეობის საჭიროებებსა და მოლოდინებზე უფრო მაღალი ხარისხის რეაგირება და ექიმებისა და პაციენტებისთვის მიმზიდველობის გაზრდა, განსაკუთრებით სოფლად. ძვირადღირებულ სპეციალიზებულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე აქცენტირებული სისტემიდან გადასვლა ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის უფრო მეტად გამოყენებაზე მარტივი არ იქნება. ამისათვის საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაწევა ახალი მიდგომებით და ჯანდაცვის სისტემის ხელშეწყობი ფაქტორების თანხლება იმგვარად რომ უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების პირველი კონტაქტის და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კოორდინატორის როლი. ამისათვის, ამ დოკუმენტში დეტალურადაა აღწერილი პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გაძლიერების შვიდი საწყისი წერტილი და გარდაქმნის მდგრადობის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ჯანმრთელობის პოლიტიკის ხუთი ბერკეტი.

საკვანძო სიტყვები

PRIMARY HEALTH CARE
HEALTH WORKFORCE
FAMILY PRACTICE RURAL
HEALTH
HEALTH POLICY GEORGIA

© World Health Organization 2023

სავტორო უფლებები ნაწილობრივ დაცულია. წინამდებარე ნაშრომი ხელმისაწვდომია ლიცენზიის Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO ფარგლებში (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

აღნიშნული ლიცენზიის ფარგლებში თქვენ შეგიძლიათ ამ დოკუმენტის ასლის გადაღება, გავრცელება და ადაპტირება არაკომერციული მიზნებისთვის, თუ სათანადოდ მიუთითებთ ავტორს, როგორც ეს ქვემოთ არის მოცემული. ამ დოკუმენტის ნებისმიერი გამოყენებისას დაუშვებელია აღნიშვნა, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) უპირატესობას ანიჭებს რომელიმე კონკრეტულ ორგანიზაციას, პროდუქტს ან მომსახურებას. დაუშვებელია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ლოგოს გამოყენება. დოკუმენტის ადაპტირების შემთხვევაში მოგეთხოვებათ იგივე ან ექვივალენტური Creative Commons-ის ლიცენზიის მიღება და შემდეგი გაფრთხილების ასახვა: „წინამდებარე თარგმანი შესრულებული არ არის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პასუხისმგებელი არ არის თარგმანის შინაარსზე ან სისწორეზე. ორიგინალი. ინგლისური გამოცემა არის უპირატესი და ავთენტიკური გამოცემა: სარეაბილიტაციო მომსახურების საჭიროება ჯანმოს ევროპის რეგიონში. კოპენჰაგენი: Georgia: moving from policy to actions to strengthen primary health care: primary health care policy paper series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023“.

აღნიშნულ ლიცენზიასთან დაკავშირებით წამოჭრილი ნებისმიერი სადავო საკითხი ინტელექტუალური საკუთრების მსოფლიო ორგანიზაციის მედიაციის წესებით უნდა მოგვარდეს. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

შემოთავაზებული ციტირება. საქართველო: კონცეფციიდან ქმედებამდე- მომსახურების მოდელის გაძლიერება; - ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის ანალიზის სერია: კოპენჰაგენი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ბიურო, 2023. ლიცენზია CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

კატალოგის (CIP) მონაცემები. CIP მონაცემები ხელმისაწვდომია შემდეგ ვებგვერდზე <http://apps.who.int/iris>.

გაყიდვები, საკუთრების უფლება და ლიცენზირება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გამოცემის შესაძენად იხილეთ ვებგვერდი <http://apps.who.int/bookorders>. კომერციული მიზნით გამოყენებისა და საკუთრების უფლებასა და ლიცენზირებასთან დაკავშირებული შეკითხვების შემთხვევაში იხილეთ ვებგვერდი <http://www.who.int/about/licensing>.

მესამე მხარის მასალა. თუ გსურთ, წინამდებარე დოკუმენტში გამოყენებული მესამე მხარის მასალის, როგორცაა ცხრილები, ციფრები ან გამოსახულებები, გამოყენება, თქვენ ხართ პასუხისმგებელი იმის განსაზღვრაზე, ხელახლა გამოყენებისთვის ნებართვა საჭიროა თუ არა და სავტორო უფლების მფლობელისგან ნებართვის მიღებაზე. წინამდებარე დოკუმენტში მოცემული მესამე მხარის კომპონენტის გამოყენების უფლების დარღვევის შემთხვევაში პრეტენზიებზე პასუხისმგებელია მხოლოდ მისი მომხმარებელი.

წინამდებარე გამოცემაში გამოყენებული აღნიშვნები და მასალის წარდგენა არ გულისხმობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხრიდან რაიმე მოსაზრების გამოთქმას რომელიმე ქვეყნის, ტერიტორიის, ქალაქის ან არეალისა და მისი ხელისუფლების სამართლებრივი სტატუსის შესახებ, ან მისი სასაზღვრო ტერიტორიების, ან საზღვრების დადგენის შესახებ. რუკებზე გამოსახული წყვეტილი და წერტილოვანი ხაზები წარმოადგენენ მიახლოებით სასაზღვრო ხაზებს, რომლებთან მიმართებით სრული თანხმობა შეიძლება არ არსებობდეს.

კონკრეტული კომპანიების ან გარკვეული მწარმოებლების პროდუქტების დასახელება არ გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მათ ანიჭებს უპირატესობას, ან რეკომენდაციას უწევს მსგავსი სახის კომპანიებსა და პროდუქტებთან შედარებით, რომლებიც ნახსენები არ არის. მოსალოდნელია, რომ ტექსტი შეიცავდეს შეცდომებსა და გამოტოვებულ იყოს რაიმე ინფორმაცია, დაპატენტებული პროდუქტები გამოსახულია ინიციალებით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ სიფრთხილის ყველა ზომა მიიღო იმისათვის, რომ შემოწმებინა წინამდებარე გამოცემაში მოცემული ინფორმაცია. თუმცა, ამ გამოცემის გავრცელება ხდება რაიმე სახის გარანტიის გარეშე, იქნება ეს გამოხატული თუ ნაგულისხმევი გარანტია. ამ მასალის ინტერპრეტაციასა და გამოყენებაზე პასუხისმგებლობა მის მკითხველს ეკისრება. მისი გამოყენებიდან წარმოქმნილ ზიანზე ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პასუხისმგებელი არ არის.

სარჩევი

მადლიერების გამოხატვა.....	iv
ქვეყანა: საქართველო.....	v
ძირითადი გზავნილები.....	vii

პოლიტიკის კონტექსტი..... 1

საქართველოში ჰჯდ-ის მოდელის გაძლიერება 5

პრიორიტეტული სფეროები ჰჯდ-ის მოდელის გაძლიერებისთვის 9

1. ჰჯდ-ის მომსახურების პაკეტის ხელახლა განსაზღვრა, განუვლი სერვისების ეტაპობრივად გაზრდა	9
2. ახალი კლინიკური პროტოკოლების, გაიდლაინებისა და „პაციენტის გზამკვლევის“ დანერგვა პრიორიტეტულად მიჩნეული მდგომარეობებისთვის	10
3. მოსახლეობის მიმწოდებლებზე იმგვარი მიმავრება, რომ დაბალანსებული იყოს ჰჯდ-ის აქცენტი თემზე და პიროვნების უფლება, აირჩიოს მიმწოდებელი.....	12
4. ჰჯდ-ს რეორიენტაცია თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე რეაგირების გასაუმჯობესებლად და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მხარდასაჭერად	14
5. პირველადი ჯანდაცვის გუნდების პროფილის შესაბამისობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებსა და მომსახურების განახლებულ პაკეტთან.....	16
6. ჰჯდ-ის მმართველობის, მართვის არსებითი გაუმჯობესება ადგილობრივი და რეგიონული ჰჯდ-ის ქსელების დანერგვით	17
7. ჰჯდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის გადასინჯვა.....	20

პოლიტიკის ბერკეტები პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გარდაქმნის მხარდასაჭერად 22

მმართველობა	22
დაფინანსება	22
ჯანდაცვის პერსონალი	23
მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა.....	23
ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა და ტელემედიცინა.....	24
საქართველოში ჰჯდ მოდელის გასაძლიერებლად შვიდ პრიორიტეტულ სფეროში გასატარებელი პრიორიტეტული ღონისძიებები.....	26

გამოყენებული ლიტერატურა 31

მადლიერების გამოხატვა

წინამდებარე დოკუმენტი შეიმუშავა ჯანმოს პირველადი ჯანდაცვის ევროპის ცენტრმა, რომელიც ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისის ქვეყნების ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და სისტემების განყოფილების ნაწილია.

ამ დოკუმენტის ავტორები არიან არნოლდას ჯურგუტისი (ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი), ელისონ ეკბერგი (ჯანმოს საქართველოს ოფისი), აკაკი ზოიძე (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი) და ერიკა ბარბაზა (ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი), ხოლო ტექნიკური მიმოხილვა განახორციელეს და მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს მელიტა ჯაკაბმა (ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი), ნაიჯელ ედვარდსმა (ნატფილდ ტრასტმა), და სილვიუ დომენტემ (ჯანმოს საქართველოს ოფისი). ავტორები მადლობას უხდებიან რუსუდან კლიმიანოვილს (ჯანმოს საქართველოს ოფისი), ირინა ქაროსანიძეს (საქართველოს საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი), ქეთევან გოგინაშვილსა და ლელა ნოწორიას (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო) ნაშრომის ადრეულ ვერსიაზე მათი უკუკავშირისთვის..

წინამდებარე დოკუმენტში წვლილი შეიტანეს და აგრეთვე გამოყენებულია შემდეგი პირების ნაშრომები: ნაიჯელ ედვარდსი; ტრიინ ჰაბიჩტი; კაია ქეისკემპი; კრის სკოტერი; ანტონი დიდიუ; ზულფია პიროვა; ალექსანდრე ლორენცო; დევიდ ნოვილო; ტომას ზაპატა; გარეთ რიისი; ალექსანდრე კაცავა; ქრისტინა კაპური; ანდრე რანამეი და ლევან სამადაშვილი.

წინამდებარე დოკუმენტი მომზადდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისის შორის ორწლიანი თანამშრომლობის შესახებ შეთანხმების ფარგლებში. ეს შესაძლებელი გახდა ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის (UHC) პარტნიორობის“ ფარგლებში.

პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტების სერიის შესახებ

პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის დოკუმენტების სერიის მიზანია პირველად ჯანდაცვასთან დაკავშირებული თემების შესახებ ლაკონური, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და პოლიტიკისთვის შესაფერისი მოსაზრებების წარმოდგენა. ამ სერიის ფარგლებში კონკრეტული ქვეყნების შესახებ გამოცემების მიზანია ჯანმოს ევროპის რეგიონის მასშტაბით პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ასახვა კონტექსტუალური მტკიცებულებისა და პრაქტიკაში პოლიტიკის ცვლილებების გატარების კუთხით. სერიის მიზანია ნეკრი სახელმწიფოების ძალისხმევის მხარდაჭერა პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებასთან დაკავშირებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის განხორციელებაში.

აღნიშნულ სამუშაოს წარმართავს ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისის პირველადი ჯანდაცვის ევროპის ცენტრი. თითოეული დოკუმენტი მოიცავს თემების სპექტრს და მათ მომზადებაში მონაწილეობენ ექსპერტები და წამყვანი დაინტერესებული მხარეები ქვეყნიდან. იგი ემყარება საერთაშორისო და ეროვნულ მონაცემთა წყაროებს, სამეცნიერო მტკიცებულებას, პოლიტიკის დოკუმენტებსა და ეროვნულ ანგარიშებს.

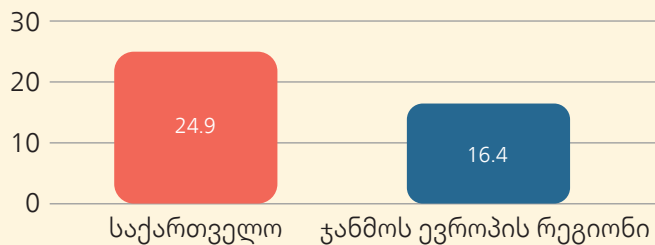
ქვეყანა: საქართველო

	საქართველო	ჯანმოს ევროპის რეგიონი
მოსახლეობა, მილიონი ^a	3.7 (2020)	926.1 (2019)
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, ორივე სქესი	73.4 (2020)	78.8 (2019)
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე, მსყიდველობითი უნარის პარიტეტი, აშშ დოლარი (2020)	14 863	35 340

^a ფრჩხილებშია აღნიშნულია ბოლო წელი, რომლისთვისაც მონაცემები ხელმისაწვდომია. წყარო: მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ [ონლაინ მონაცემთა ბაზა]. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი; 2023 (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database>, ნანახია 2023 წლის 6 მარტს) და „ჯანმრთელობაზე დანახარჯები ევროპაში: ახალ ეპოქაში შესვლა“. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340910>, ნანახია 2023 წ. 6 მარტს).

ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი ტვირთი ქვეყანაში ძირითადად არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის. საერთო სიკვდილობის მაჩვენებელი, ჯანმოს ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით, მაღალია. ინსულტი სიკვდილის მიზეზებს შორის წამყვანია.

2015 წელს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილობა 30–70 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში (%)



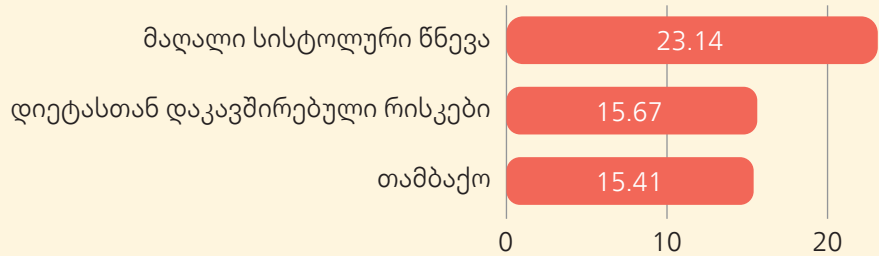
წყარო: მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ [ონლაინ მონაცემთა ბაზა]. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი; 2023 (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database>, ნანახია 2023 წ. 6 მარტს).

ჯანმრთელობის მდგომარეობა

რისკის ფაქტორები

მაღალი არტერიული წნევა ყველაზე მაღალი რისკის ფაქტორს წარმოადგენს საქართველოში სიკვდილობის ხვედრითი წილის თვალსაზრისით და მნიშვნელოვნად ზრდის ინსულტის რისკს მისი სათანადო მართვის გარეშე დატოვების შემთხვევაში. სხვა მნიშვნელოვანი რისკის ფაქტორები ეხება დიეტასთან დაკავშირებულ რისკებს, თამბაქოს მოხმარებასა და ნაკლები ხარისხით ალკოჰოლის მოხმარებას.

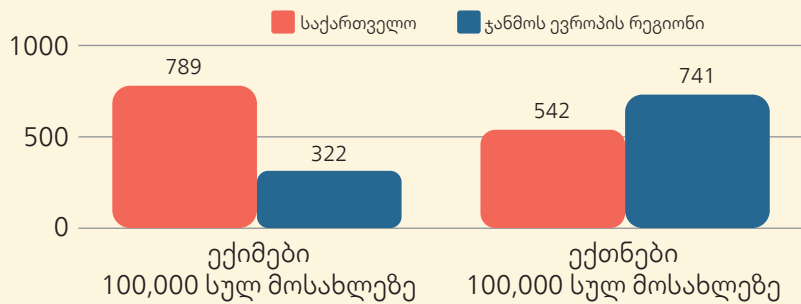
ყველაზე დიდი რისკები, რომლებიც 2019 წელს განაპირობებდნენ შრომის უუნარობით დაკარგული წლების (DALY) მთლიან ჯამს, ყველა ასაკი (%)



წყარო: გლობალური შედეგების ინსტრუმენტი [მონაცემთა ბაზა] სიეტლი: ჯანმრთელობის მეტრიკისა და შეფასების ინსტიტუტი; 2019 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>, ნანახია 2023 წლის 6 მარტს).

ჯანდაცვის პერსონალი

საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე ექიმების რაოდენობა მაღალია, თუმცა ექთნების არსებითი ნაკლებობაა. განსაკუთრებით საყურადღებოა საოჯახო მედიცინის ექიმების ასაკობრივი პროფილი და განაწილება ქვეყნის მასშტაბით. თბილისში ერთ სულ მოსახლეზე სამჯერ მეტი ექიმი მოდის, ვიდრე რეგიონებში.



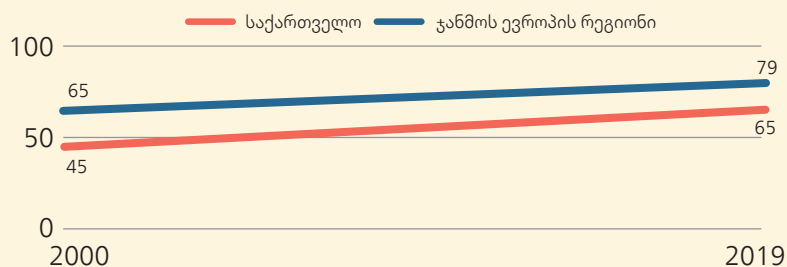
შენიშვნა: 2014 წლის მონაცემები ჯანმოს ევროპის რეგიონისთვის და 2019 წლის მონაცემები საქართველოსთვის.

წყარო: მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასთვის“ [ონლაინ მონაცემთა ბაზა]. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი; 2023 (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database>, ნანახია 2023 წლის 6 მარტს) და ჯანდაცვის სისტემებისა და პოლიტიკის ევროპული ობსერვატორია, ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი. ჯანდაცვის სისტემები მოქმედებაში: საქართველო. კოპენჰაგენი: ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349232>, ნანახია 2023 წლის 6 მარტს).

ჯანდაცვის მომსახურებები

საქართველოში გაუმჯობესდა ჯანდაცვის აუცილებელ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით ინფექციური დაავადებების, კონკრეტულად აივ-შიდსის, ტუბერკულოზისა და C ჰეპატიტის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა. გამოწვევები კვლავ არსებობს ქრონიკული დაავადებების მკურნალობისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციული მკურნალობის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. საქართველოში რეგისტრირებული ბენეფიციარების მხოლოდ ნაწილი (17–23%, დანუსებულებების მიხედვით) იყენებს პჯდ-ის მომსახურებებს წლიურად.

საყოველთაო ჯანდაცვით მოცვის ინდექსი დროის მიხედვით



წყარო: საყოველთაო ჯანდაცვით მოცვა. უნევა: ჯანმო; 2023 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHC?lang=en>, ნანახია 2023 წლის 6 მარტს).

ძირითადი გზავნილები

პოლიტიკის კონტექსტი

- საქართველოს მოსახლეობას არაგადამდები დაავადებების დიდი ტვირთი საქართველოში მაღალია არაგადამდები დაავადებების ტვირთი. გასული ორი ათწლეულის განმავლობაში არაგადამდები დაავადებების შედეგად გარდაცვალების ალბათობა მაღალი რჩებოდა, ჯანმრთელობის ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით, შემცირების მდგრადი ტენდენციის გარეშე.
- პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) მნიშვნელოვან როლს ასრულებს არაგადამდები დაავადებების ადრეულ გამოვლენასა და მართვაში. პჯდ-ის გაძლიერება, სხვადასხვა რეფორმებისა და პროგრამების მეშვეობით, საქართველოსთვის დიდი ხნის მანძილზე პრიორიტეტებს შორის რჩებოდა. თუმცა, განხორციელების პროცესში წყვეტის და ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების ხელშემწყობ ფაქტორებს შორის თანხების ნაკლებობამ შეზღუდა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისთვის საჭირო გარდაქმნის მასშტაბი და ხარისხი.
- ქალაქებში და სოფლის დასახლებებში პჯდ-ის მომსახურებების ორგანიზების, ხელშეკრულების გაფორმებისა და სერვისების შესყიდვის მიდგომებს შორის განსხვავების გამოდღემდე განსხვავებულია სოფლად და ქალაქებში პჯდ სერვისების მოცულობა. რის გამოც სოფლის მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის სრული სერვისის მისაღებად ქალაქის ამბულატორიებს მიმართავს.

საქართველოს პჯდ-ის ახალი მოდელი მომსახურების მიწოდებაში თანასწორობის გასაუმჯობესებლად

- პჯდ-ის ახალი მოდელის მიზანს უნდა წარმოადგენდეს სოფლის და ქალაქის პჯდ-ებს შორის არსებული განსხვავების აღმოფხვრა პჯდ-ის დაწესებულების პრაქტიკის გარდაქმნით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ადგილობრივ საჭიროებებზე მორგებული, და პიროვნებასა და ხალხზე ორიენტირებული მომსახურებები. გარდაქმნა საჭიროა როგორც სოფლად, ისე ქალაქებში და ეს მთლიანი სისტემის გარდაქმნის ნაწილია.
- შესაძლებელია მრავალდონიანი ქსელური მოდელის გათვალისწინება პჯდ-ის მიმწოდებლებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურებებს შორის კავშირების გასაძლიერებლად, რათა გაუმჯობესდეს საჭირო მომსახურებებით მოსახლეობის მოცვა და უზრუნველყოფილ იქნეს უკეთესად კოორდინირებული მკურნალობის გზები. მაგალითად, შედარებით მცირე (ადგილობრივი დონის) პჯდ-ის ქსელებმა შეიძლება დააკავშირონ საერთო გეოგრაფიულ არეალში მოქმედი პჯდ-ის დაწესებულებები და უზრუნველყონ პირისპირ მომსახურება, კოორდინირებული ტელემედიცინა და კავშირები მობილურ კლინიკებთან. შედარებით დიდმა (რეგიონული დონის) პჯდ-ის ქსელებმა შეიძლება დააკავშირონ სოფლად პჯდ-ის დაწესებულებები რეგიონული დონის სამედიცინო ცენტრებთან და საავადმყოფოებთან სპეციალისტების მხარდაჭერის მისაღებად. აღნიშნული ქსელები შეიძლება ასევე დაკავშირდნენ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რეგიონულ ოფისებთან და მათგან მიიღონ დახმარება. „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის“ ფარგლებში პჯდ-ის ქსელები გაძლიერდებიან ასევე რეგიონული კოორდინატორების ინსტიტუტის შემოღებით.

შემთავაზებულია ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ახალი მოდელის შვიდი სანყისი წერტილი

- პჯდ-ის მომსახურებების პაკეტის გაფართოება პჯდ-ის მომსახურების მასშტაბის ეტაპობრივი გაზრდით პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის, მათ შორის არაგადამდებ დაავადებებზე ორიენტირებული პრევენციული მკურნალობისათვის.

- პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებებისთვის, მათ შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპერტენზია, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ასთმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ახალი კლინიკური პროტოკოლების, სახელმძღვანელო მითითებებისა და „პაციენტის გზამკვლევის“ (პაციენტის მკურნალობის გამოცდილება) განხორციელება.
- მოსახლეობის მიმაგრების (რეგისტრაცია გეოგრაფიულ არეალში არსებულ ჰჯდ-ის დანესებულებაში) უზრუნველყოფა, თემზე აქცენტის დაბალანსება პიროვნების უფლებასთან, თავად აირჩიოს მიმწოდებელი.
- ჰჯდ-ის რეორიენტაცია, თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე უკეთესი რეაგირებისთვის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მხარდაჭერა ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჰჯდ-ის მომსახურებების ურთიერთდაკავშირებით და მოსახლეობის ჯანმრთელობის რისკის სტრატეგიკაციის ინსტრუმენტებისთვის მიმწოდებელთან დარეგისტრირებული პაციენტების პანელის მონაცემების გამოყენებით.
- ჰჯდ-ის გუნდების პროფილის შეთანხმება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებთან და მომსახურებების განახლებულ პაკეტთან, ქსელური მიდგომის შედეგად მიმწოდებელთა კომპეტენციის გაფართოებული პროფილის გამოყენება.
- ჰჯდ-ის მართვისა და მხარდაჭერი ზედამხედველობის გაძლიერება რეგიონულ და რაიონულ დონეებზე ქსელური მიდგომის დანერგვის მეშვეობით.
- ჰჯდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგის და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის გადასინჯვა და სისტემიდან მიღებული ინფორმაციის გამოყენება სწავლებისთვის და პროცესებისა და მკურნალობის უწყვეტად გაუმჯობესებისთვის.

განისაზღვრა პოლიტიკის ხუთი ინსტრუმენტი ზრუნვის მოდელის მეცვლისთვის

- ჰჯდ-ის მმართველობისა და მართვის გაძლიერება, კერძოდ, ადგილობრივი და რეგიონული ძალისხმევის მხარდასაჭერად, რაც შემოთავაზებულია მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მანდატების, ანგარიშვალდებულების ღონისძიებების, მონიტორინგისა და უკუკავშირის მეშვეობით და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მოდელის ცვლილებების შესახებ ინფორმაციის საზოგადოებისთვის დროულად და მკაფიოდ მიწოდებით.
- ჰჯდ-ში სახელმწიფო ინვესტიციების გაზრდა ჰჯდ-ს დონეზე სახელმწიფო შეღავათების განახლებული პაკეტის უზრუნველსაყოფად, რომელიც საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი და უფასო იქნება გამოყენების მომენტში.
- ინვესტიცია ჯანდაცვის პერსონალის დაგეგმვასა და განვითარებაში ჰჯდ-ის საკმარისი რაოდენობისა და უნარების მქონე პერსონალით უზრუნველყოფისთვის.
- პრიორიტეტის მინიჭება მედიკამენტების უსაფრთხო და დანახარჯების კუთხით ეფექტური გამოყენებისთვის რეცეპტის სავალდებულო გამოწერის აღსრულების გაძლიერებით და ელექტრონული რეცეპტის გამოყენებით, ამბულატორულად გამოწერილი მედიკამენტების შედეგად მიღებული შეღავათის გაზრდით ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებისთვის, ასევე წარმოების კარგი პრაქტიკის, განახლებული კანონმდებლობისა და გაერთიანებული პროტოკოლებისა და სტანდარტების მეშვეობით.
- ციფრული გადაწყვეტების გამოყენება პაციენტთა ჯგუფების უკეთესად მართვის, დისტანციური მკურნალობის უზრუნველყოფის, მიმწოდებლებსა და ორგანიზაციებს შორის მონაცემების გაცვლის და სწავლების და გაუმჯობესების მიზნით მათი საქმიანობის შედეგების შეფასების ინფორმირებისათვის.

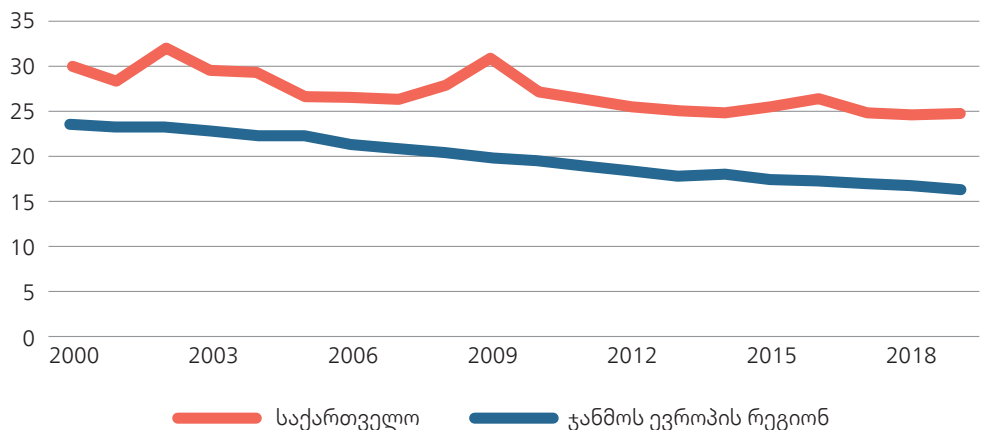
პოლიტიკის კონტექსტი

საქართველოში ავადობის ტვირთის დიდი ნაწილი არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის, არაგადამდები დაავადებების შედეგად ნაადრევი სიკვდილობის საერთო რისკი ქვეყნის მდგრადი განვითარებისთვის გამოწვევას წარმოადგენს.

არაგადამდები დაავადებები საქართველოში ნაადრევი სიკვდილობის ძირითადი მიზეზია (1). 2019 წელს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, კიბოს, დიაბეტისა და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების შედეგად გარდაცვალების ალბათობა იყო 24.9%, რაც აღემატება ჯანმრთელობის ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს - 16.4%-ს (დიაგრამა 1) (2). საქართველოში არაგადამდები დაავადებებით ნაადრევი სიკვდილობის შემცირების ტენდენცია 2012 წლის შემდეგ არ დაფიქსირებულა (2).

საერთაშორისო მტკიცებულებები თანმიმდევრულად მიუთითებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ჯანდაცვის მომსახურებების ინკლუზიურ, ეფექტურ და ეფექტიან მიწოდებაში, აგრეთვე ჯანდაცვის სისტემით საერთო კმაყოფილებაში (3,4). ხელმისაწვდომი მტკიცებულება ასევე ნათლად გვიჩვენებს, რომ პჯდ-ის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს არაგადამდები დაავადებების პრევენციაში, ადრეულ გამოვლენასა და მართვაში, არაგადამდებ დაავადებებთან დაკავშირებული გართულებების, ჰოსპიტალიზაციისა და ნაადრევი სიკვდილობის შემცირების მეშვეობით (5,6).

დიაგრამა 1. საქართველოში რომელიმე არაგადამდები დაავადების შედეგად ნაადრევი სიკვდილობის ალბათობა აღემატება ჯანმრთელობის ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს (%)



გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, კიბოს, დიაბეტისა და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების შედეგად გარდაცვალების ალბათობა (%) (ასაკი: 30-70 წელი) დროის მიხედვით. წყარო: ევროპის ჯანდაცვის საინფორმაციო მონაცემთა ბაზა (2).

პჯდ-ის გაძლიერება საქართველოს ჯანდაცვისთვის დიდი ხნის მანძილზე ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს. თუმცა, განხორციელების სისრულისა და სისტემის ხელშემწყობ ფაქტორებს/კომპონენტებს შორის თანწყობის ნაკლებობა ასუსტებდა მოსახლეობის საჭიროებებზე და მოლოდინებზე უფრო მეტად მორგებული პჯდ-ის მომსახურებების მიწოდების მოდელის მდგრად დანერგვას და, შესაბამისად, აღნიშნული ძალისხმევების მიზნობრივ ზეგავლენას ჯანმრთელობის თვალსაზრისით.

1997 წლის შემდეგ პჯდ-ის განვითარების რამდენიმე კონცეფცია და სტრატეგია იქნა შეთავაზებული საოჯახო მედიცინის მოდელის საფუძველზე ჯანდაცვის მომსახურებების უფრო მიუკერძოებელი, ეფექტიანი და საზოგადოებაზე ორიენტირებული პჯდ-ის გასაავითარებლად (1,7). თუმცა, აღნიშნული კონცეფციებითა და სტრატეგიებით ვერ მოხერხდა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის თანმიმდევრული, გრძელვადიანი ხედვის შენარჩუნება. ამის მიზეზად სახელდება პჯდ-ის სათანადო მმართველობის ნაკლი და რეგულირების შეზღუდული შესაძლებლობები ეროვნულ და რეგიონულ დონეებზე (1,7). არასაკმარისმა დაფინანსებამ და სტრატეგიებმა შეაფერხეს საჭირო გარდაქმნისთვის სისტემის მომზადება.

მიუხედავად არაერთი ძალისხმევისა და ოჯახის ექიმის კომპეტენციის განვითარებაში განხორციელებული ინვესტიციებისა, ჰჯდ-ის მოდელის (ჩანართი 1) დიზაინი სრულად ვერ პასუხობს მოსახლეობის არაგადამდები დაავადებების აღრეული პრევენციისა და მართვის მოთხოვნებს. ამგვარად, მიუხედავად პოლიტიკის პრიორიტეტისა, ჰჯდ-ის სისტემა კვლავ სრულად ვერ უზრუნველყოფს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული „პაციენტის გზამკვლევის“ რეალიზებას და ჰჯდ-ის საქმიანობის საბოლოო შედეგების გაუმჯობესებას (7,8).

საქართველოში ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობისთვის მომსახურების ორგანიზების, ხელშეკრულების გაფორმებისა და შესყიდვების თვალსაზრისით მოქმედებს ჰჯდ-ის მეტნილად განსხვავებული მოდელები

ჩანართი 1. ძირითადი პირობები

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მოდელი

კონცეფციის შემუშავება, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს მომსახურებების შერჩევა, ჩამოყალიბება, ორგანიზება, განევა, მართვა და მხარდაჭერა მომსახურების მიმწოდებელი სხვადასხვა პლატფორმების მიერ (9). ჰჯდ-ის ზრუნვის მოდელი ასახავს გადაწყვეტილებებს, რომელთა მიზანია მომსახურების მიწოდების შეთანხმება ჰჯდ-ის პრინციპებთან.

სოფლის პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკა (სოფლის ექიმების პროგრამა)

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის დანერგვას მართავს „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი“. ჯანმრთელობაზე ზრუნვის შემოთავაზებული მოდელის მიზანია იმის უზრუნველყოფა, რომ თითოეული ცენტრი დაკომპლექტდეს სულ მცირე ერთი ოჯახის ექიმით და ერთი ექთნით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა

საქართველოში 7·13 წელს დაინერგა პროგრამა, რომლის მეშვეობით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვის მომსახურება ხელმისაწვდომი გახდა მოსახლეობის უმეტესობისთვის.

ქალაქებში მდებარე ამბულატორული ჯანდაცვის ცენტრები

ქალაქებში მდებარე ცენტრებში პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზებული ამბულატორული მომსახურება ხორციელდება ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოსთან გაფორმებული ხელშეკრულებების საფუძველზე. ქალაქების ამბულატორული ჯანდაცვის ცენტრები მოვალენი არიან, უზრუნველყონ ოჯახის ექიმის მომსახურება, სპეციალიზებული ამბულატორული მომსახურება და განსაზღვრული ლაბორატორიული და დიაგნოსტიკური მომსახურება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დაფინანსების ფარგლებში. ქალაქში მდებარე ამბულატორული ცენტრების უმეტესობა კერძოა.

2022 წლის მარტიდან სოფლად ექიმები სახელმწიფოს კუთვნილი „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის“ თანამშრომლები არიან, რომელიც უკვე მართავდა ჯანდაცვის 28 დანერგვას (მათ შორის ურბანულ და სოფლის საავადმყოფოებს) დაკავშირებულ ჰჯდ-ის ცენტრებთან. დღეისათვის სოფლად ჰჯდ-ის დანერგვების ფიზიკური ინფრასტრუქტურა გადაცემულია „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგისთვის“. საპირისპიროდ, ქალაქებში მდებარე ჰჯდ-ის დანერგვები კერძო საკუთრებაშია და მათ ხელშეკრულებები აქვთ გაფორმებული ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოსთან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში. სამ უდიდეს ქალაქში „სელექტიური“, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების სისტემის დანერგვამ განსაზღვრა, რომ ქალაქში მდებარე დანერგვები უნდა ემსახურობდეს არანაკლებ 13 000 მოსახლეს (8).

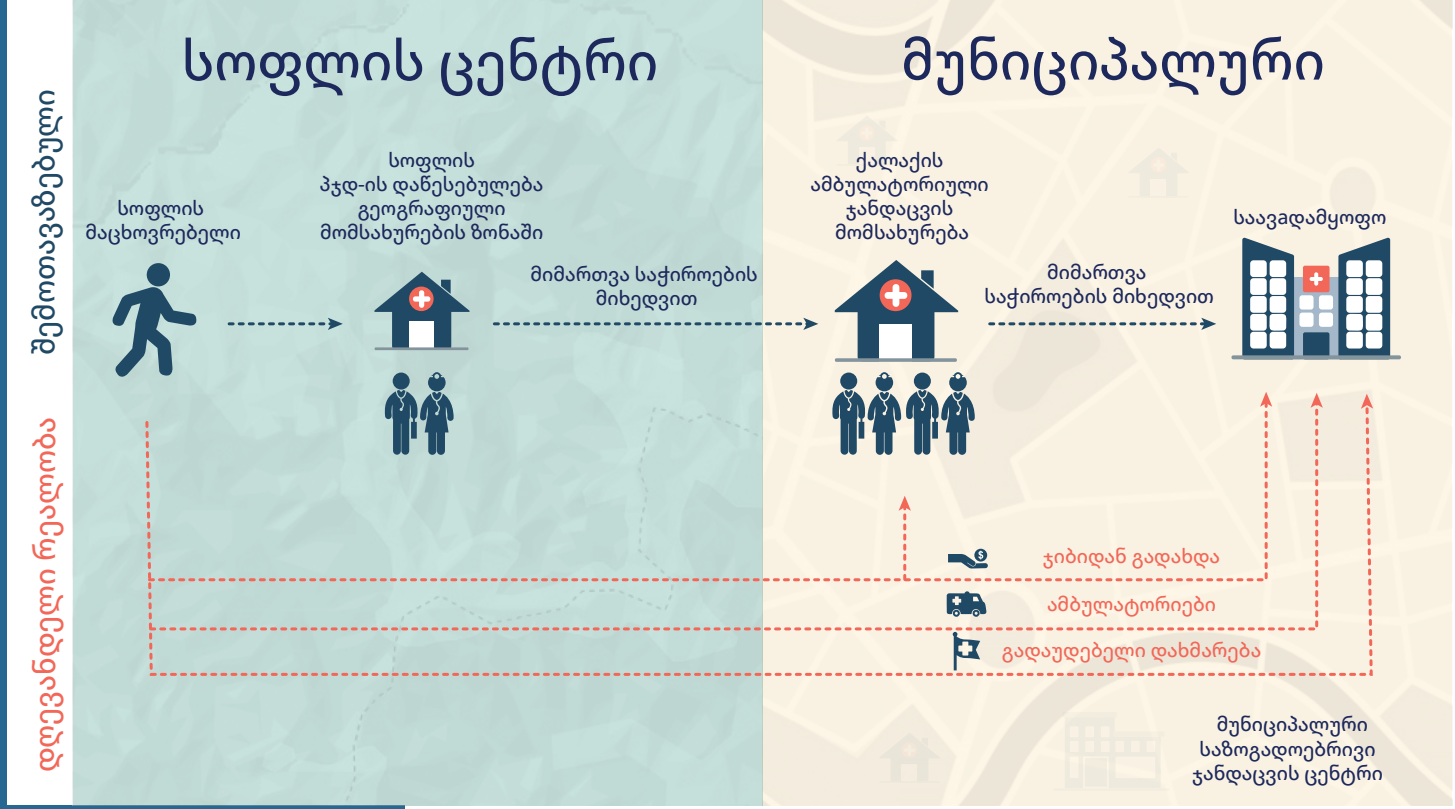
მართვის პროცესის არაოპტიმალური ორგანიზების პირობებში, „პაციენტის გზამკვლევი“ რამდენადმე დაუგეგმავად ჩამოყალიბდა, რაც განსაკუთრებით სოფლის მოსახლეობაზე აისახება.

ფიზიკურ ინფრასტრუქტურასა და ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების განვითარებაში არასათანადო ინვესტიციებმა საერთო ჯამში ნეგატიურად იმოქმედა პროფესიულ მოტივაციაზე - უზრუნველყონ უფრო პროაქტიული ზრუნვა, ეს განსაკუთრებით გამოკვეთილია სოფლად.

საქართველოში რეგისტრირებული ბენეფიციარების მხოლოდ ერთი ნაწილი (17–23% დანესებულებების მიხედვით) სარგებლობს ჰჯდ-ის მომსახურებით. ამ მხრივ ქვეყნის ტენდენცია განსხვავდება ევროპული თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციისა და ევროკავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებისაგან, სადაც დაბალშემოსავლიანი ადამიანების 68%-მა და მაღალშემოსავლიანი ადამიანების 72%-მა გასულ 12 თვეში კონსულტაცია გაიარა ექიმ-თერაპევტთან (10). ჰჯდ-ის მომსახურებებისადმი ნდობის ნაკლებობა განსაკუთრებით სოფლად შეიმჩნევა (8). სოფლად მცხოვრები ადამიანები ხშირად უშუალოდ ქალაქებში მდებარე ჰჯდ ცენტრებს ან სპეციალისტს მიმართავენ და ამგვარი მომსახურებისთვის თანხას იხდიან, აგრეთვე მიმართავენ სასწრაფო ან/და გადაუდებელი დახმარების ცენტრებს (დიაგრამა 2) თანა-გადახდების ფინანსურ ტვირთთან ერთად, „პაციენტის გზამკვლევისგან“ აღნიშნული დაუგეგმავი გადახვევა ადამიანებს აკარგინებს ჯანმრთელობის იმ სარგებელს, რომელიც გათვალისწინებულია პროფილაქტიკური მომსახურებებისა და უკეთ კოორდინირებული, უწყვეტი და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მომსახურებების შედეგად. იგივე გამოწვევის წინაშე დგანან კერძო დაზღვევის მქონე ადამიანები, როდესაც ავადმყოფობის შემთხვევაში კერძო სპეციალიზებული კლინიკების სერვისებით სარგებლობენ, ჰჯდ-ის პროფილაქტიკური მომსახურების მიღების ნაცვლად. თუ ეს პრობლემა სათანადოდ არ გადაიჭრება, პროფილაქტიკური მომსახურებების ნაკლებობა გამოიწვევს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჰჯდ სისტემაზე კიდევ უფრო მეტი მოთხოვნის წარმოქმნის რისკს.

დიაგრამა 1. სოფლის მცირე ჰჯდ-ის დანესებულებები ვერ ახერხებენ თავიანთი მომსახურების ზონის მოსახლეობის საჭიროებების სრულად დაკმაყოფილებას, რაც განაპირობებს სოფლის მაცხოვრებლების მიერ მუნიციპალურ ცენტრებში მომსახურებების მიღებას

წყარო: ავტორები.



საქართველოში პროგრესის დაჩქარება პჯდ-ის ახალ მოდელს მოითხოვს

დიზაინთან, ორგანიზებასა და საქმიანობის შედეგებთან დაკავშირებული აღწერილი გამონაკვეთების საპასუხოდ საჭიროა პჯდ-ის გაძლიერებული მოდელის შემუშავება. დაავადების მკურნალობაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის მომსახურების პჯდ-ის არსებული მოდელის გარდაქმნა შეიძლება პჯდ-ის მოდელად, რომელიც მეტად პროაქტიულია არაგადამდები დაავადებების პრევენციის მხრივ და ორგანიზებულია როგორც სოფლად, ისე ქალაქში მაცხოვრებელი ადამიანების საჭიროებების მიხედვით.

საქართველოს მთავრობა კვლავ ადასტურებს თავის ერთგულებას ინტეგრირებული, მაღალხარისხიანი, ანგარიშვალდებული, ინდივიდუალური და მოსახლეობის დონის მულტიდისციპლინური, ყველასთვის, მათ შორის ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფებისთვის, ხელმისაწვდომი პჯდ-ის უზრუნველყოფისადმი. პჯდ-ის დაჩქარებული გაძლიერება ასახულია საქართველოს პჯდ-ის რეფორმის გზამკვლევაში. პჯდ-სთან დაკავშირებული პრიორიტეტები ასახულია ასევე 2022-2030 წწ. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ სტრატეგიაში (11,12), მათ შორის პჯდ-ს დონეზე „პაციენტის კლინიკური გზამკვლევების“, შეღავათების პაკეტისა და ტელემედიცინის გადახედვასთან დაკავშირებულ ძალისხმევაში. ახლა ყოვლისმომცველი ქმედებებია საჭირო, რათა საქართველოში გაიზარდოს ჯანდაცვის სფეროში მიწოდებული სერვისების ეფექტიანობა და რეზულტატი პჯდ-ის მომსახურების სისტემის მდგრადი გარდაქმნის შედეგად, რაც შესაძლებელი იქნება ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებისა და ჯანდაცვის პერსონალის პოლიტიკის გაუმჯობესების მეშვეობით.

წინამდებარე პოლიტიკის დოკუმენტი შემუშავდა საერთაშორისო და ეროვნული მტკიცებულებების მიმოხილვის საფუძველზე. დარგისა და ქვეყნის ექსპერტებმა 2020 წლიდან კვლევების სერია ჩაატარეს სავსე ვიზიტების, დოკუმენტების მიმოხილვისა და სემინარების მეშვეობით. ამ გამოცემაში თავმოყრილი ინფორმაცია კონსოლიდირებულია ორი მიზნით:

- მიდგომისა და სანყისი წერტილების წარდგენა საქართველოში პჯდ-ის მომსახურებების მოდელისთვის, რომელიც უკეთესად უპასუხებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებს; და
- ძირითადი პოლიტიკური ქმედებებისა და სისტემის ბერკეტების უზრუნველყოფა პჯდ-ის მომსახურებების გაძლიერებული მოდელის ჩამოყალიბებისთვის ოთხნობიანი პერიოდში ეტაპობრივი პოლიტიკური მიდგომის გამოყენებით.

საქართველოში პჯდ-ის მოდელის გაძლიერება

შემოთავაზებულია გაძლიერებული პჯდ-ის მოდელი, რომელიც ადამიანს და მის საჭიროებებს პირველ ადგილზე აყენებს, პრიორიტეტს კი ანიჭებს პჯდ-ის პერსონალის კომპეტენციის ზრდას, შედეგებზე ორიენტირებულ ერთობლივ მიდგომასა და ტექნოლოგიის გამოყენებას.

სპეციალისტებისა და საავადმყოფოს ძვირადღირებული სერვისების ინტენსიური გამოყენებიდან საერთაშორისო პრაქტიკის შესაბამის სრულფასოვან პჯდ-ის მოდელზე გადასვლა რთული და ხანგრძლივი პროცესია. ამისათვის საჭიროა როგორც პჯდ-ის მომსახურების განვითარების ახალი მიდგომები, ისე ჯანდაცვის სისტემის ხელშეწყობის ფაქტორების იმდენადი გაერთიანება, რომელიც უზრუნველყოფს პჯდ-ის მიმწოდებლის, როგორც შეხების პირველი წერტილისა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კოორდინატორის როლს.

საქართველოში პჯდ-ის ახალი მოდელის საერთო მიზანი უნდა იყოს ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეროვნული ტვირთის შემსუბუქება და ჯანდაცვის უფრო ძვირადღირებულ სერვისებზე მოთხოვნის შემცირება მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების ადრეული გამოვლენითა და დაკმაყოფილებით, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მომსახურებების თანასწორი და დროული ხელმისაწვდომობის მეშვეობით.

პჯდ-ის განახლებული მოდელი ემყარება შემდეგ პრინციპებს, რომელთაგან თითოეული ხელს უწყობს კლინიკური შედეგების გაუმჯობესებასა და არასაჭირო დანახარჯების შემცირებას.

საქართველოში შემოთავაზებული გაძლიერებული პჯდ-ის ხედვა სრულ შესაბამისობაშია ასტანის დეკლარაციასთან (13) (ჩანართი 2). ამასთან, ის სრულ შესაბამისობაშია საქართველოს პჯდ-ის გამკვლევში ასახულ ხედვასთან და აღნიშნულ დოკუმენტს ავსებს პჯდ-ის მოდელის გაძლიერების დეტალურად შემუშავებული მიდგომით.

- პიროვნებასა და ადამიანებზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც

იძლევა თითოეულ პიროვნებაზე მორგებული მომსახურების განვითარების შესაძლებლობას, თითოეული პიროვნების კომპლექსური საჭიროებების გათვალისწინებით, მათ შორის სოციალურ-ეკონომიკურ განმსაზღვრელ ფაქტორებთან დაკავშირებული საჭიროებების ჩათვლით. ადამიანებზე ორიენტირებული მიდგომა ასევე უზრუნველყოფს მკურნალობის ორგანიზებას ყველა ადამიანის ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და მოლოდინების ირგვლივ და არა დაავადებების ირგვლივ, რაც ადამიანებს, ოჯახებსა და თემებს გარდაქმნის სანდო, მაღალი ხარისხის, სრულყოფილი და კოორდინირებული მომსახურების თანასწორად მიწოდების უფრო აქტიურ მონაწილეებად და ბენეფიციარებად, რაც გულისხმობს გადაწყვეტილებების მიღებისას პარტნიორის სახით ადამიანის ჩართვას.

ჩანართი 2. პჯდ-ის განმარტება

პჯდ არის მთელი საზოგადოების მასშტაბის მიდგომა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის, ანუ ადამიანზეა ორიენტირებული და არა დაავადებაზე და მოიცავს ჯანმრთელობის ნახალისებას, დაავადების პრევენციას, მკურნალობას, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ მკურნალობას. ის ეხება ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ უფრო მეტ ფაქტორებს და აქცენტს აკეთებს ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ყოვლისმომცველ და ურთიერთდაკავშირებულ ასპექტებზე სიცოცხლის განმავლობაში. ის ადამიანებს, ოჯახებსა და თემებს უფლებას ანიჭებს, რომ პასუხისმგებლობა აიღონ საკუთარ ჯანმრთელობაზე საკუთარ თემებში. ასტანის დეკლარაცია (13).

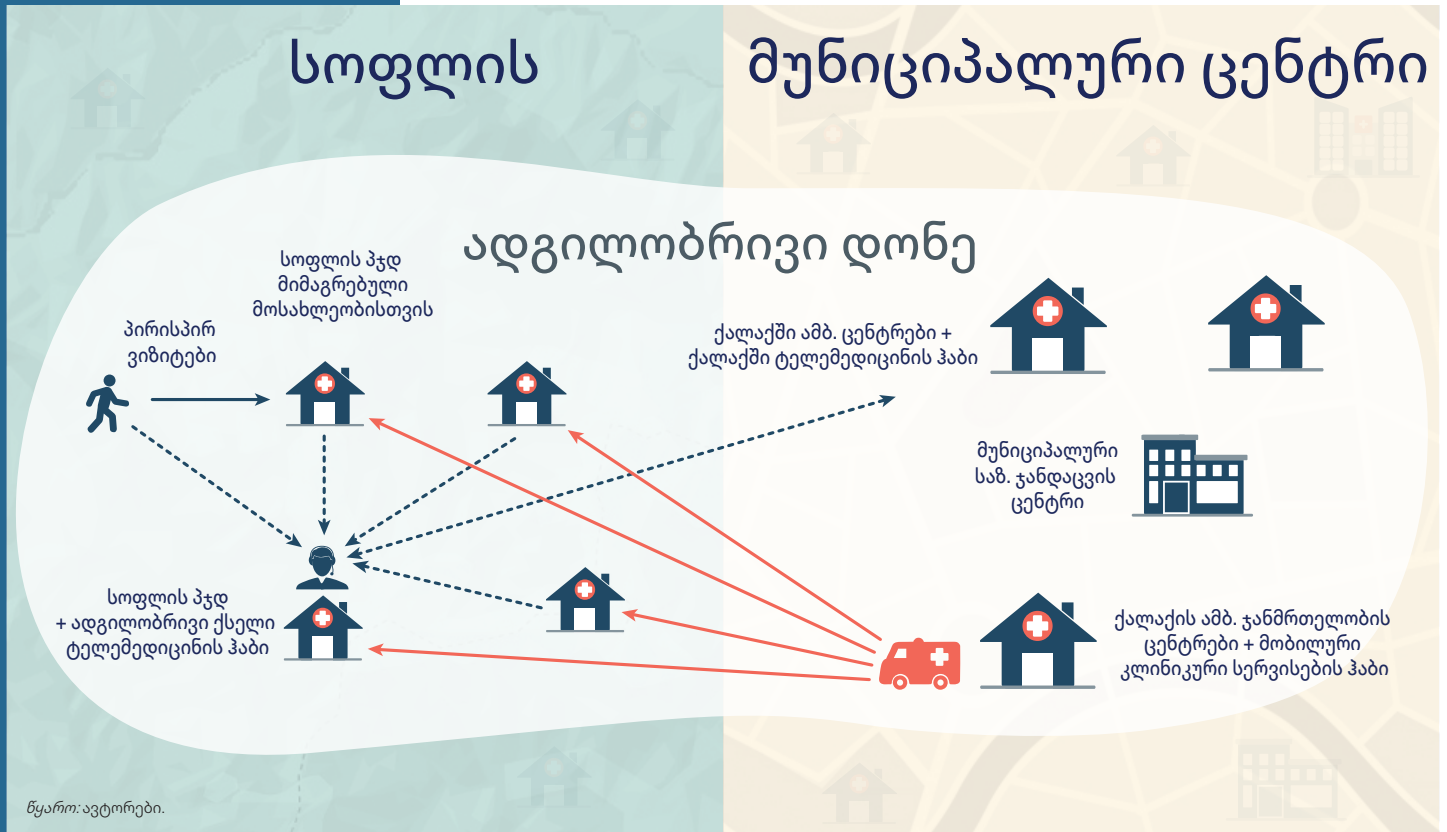
- მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება ოჯახის ექიმების, ექთნების, სოციალური მუშაკებისა და სხვა სპეციალისტების პროფესიული კომპეტენციის მუდმივად განვითარებით და კლინიკური პრაქტიკის მეცნიერულად დასაბუთებული ეროვნული რეკომენდაციების შემოღებით.
- შედეგზე ორიენტირებული მიდგომა ხარისხის გაუმჯობესებისა და საქმიანობის შედეგების შეფასების ახალი მექანიზმების შემოღებით, რომლებიც შესაბამისობაშია ფინანსურ და არაფინანსურ სტიმულებთან, რომელთა მიზანია პერსონალის მოტივირება უკეთესი კლინიკური შედეგების მისაღწევად.
- თანამშრომლობის გაძლიერება სახელმწიფო ჯანდაცვის დაწესებულებებთან და სამოქალაქო საზოგადოებასთან მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინტეგრირებული მართვისთვის და ინდივიდუალურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებში პაციენტის ჩართულობის გაძლიერებით.

პჯდ-ში ინოვაციური ტექნოლოგიების დანერგვის მხარდაჭერა (მათ შორის ციფრული ტექნოლოგიები და ტელემედიცინა) კომუნიკაციისა და სპეციალისტებსა და ოჯახის ექიმებს შორის კოლეგიალური მხარდაჭერის ხელშეწყობისთვის, საკუთარი ჯანმრთელობის მართვაში პაციენტის ჩართულობის და კომპლექსური საკითხების მართვის მიზნით ფართო ქსელის ჩამოყალიბებისთვის, ასევე მონაცემების შეგროვების, მართვისა და გამოყენების გაუმჯობესებისთვის.

საქართველოში სოფლის პჯდ-ის მოდელის განვითარება და პჯდ-ის ქალაქის მოდელთან მისი ინტეგრაციის გაძლიერება ძირითადი საწყისი წერტილია პროგრესის მისაღწევად და ადგილობრივად მიზნობრივი პრინციპების რეალიზებისთვის

მაღალხარისხიანი პჯდ თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს როგორც ქალაქის, ისე სოფლის მოსახლეობისთვის. ქალაქისა და სოფლის პჯდ-ების განსხვავებული კონტექსტისა და ორგანიზაციული მოდელების გათვალისწინებით, არსებული მოდელების გარდაქმნისთვის განსხვავებული მიდგომების გამოყენება იქნება საჭირო.

პჯდ-ის ქსელების პრინციპი უზრუნველყოფს მექანიზმებს პჯდ-ის გზამკვლევაში მოცემული მიზნების მისაღწევად (როგორცაა პჯდ-ის ქსელები ადგილობრივ, მუნიციპალურ და რეგიონულ დონეებზე). მსგავსი ქსელების მიზანია საჭირო რესურსების უკეთესად გაზიარება, რათა პროფილაქტიკური მომსახურება და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის ინსტრუმენტი უფრო მეტად იქნეს გამოყენებული და იმავდროულად გაძლიერდეს ანგარიშვალდებულების შეთანხმებები მიმავრებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის საბოლოო შედეგების გასაუმჯობესებლად. აღნიშნულის მისაღწევად საჭიროა პჯდ-ის ძალისხმევის სინერგია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ღონისძიებებთან. შესაძლებელია აღნიშნულის ეტაპობრივი მხარდაჭერა, ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების მოგვარებაში ადგილობრივი მუნიციპალური ხელისუფლების ეტაპობრივი ჩართვით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუნიციპალური ცენტრების გარდაქმნის პროცესში, ჯანმრთელობის ადგილობრივი პოლიტიკის გატარებაში მუნიციპალიტეტებისთვის მხარდაჭერის გასაუმჯობესებლად (დიაგრამა 3).

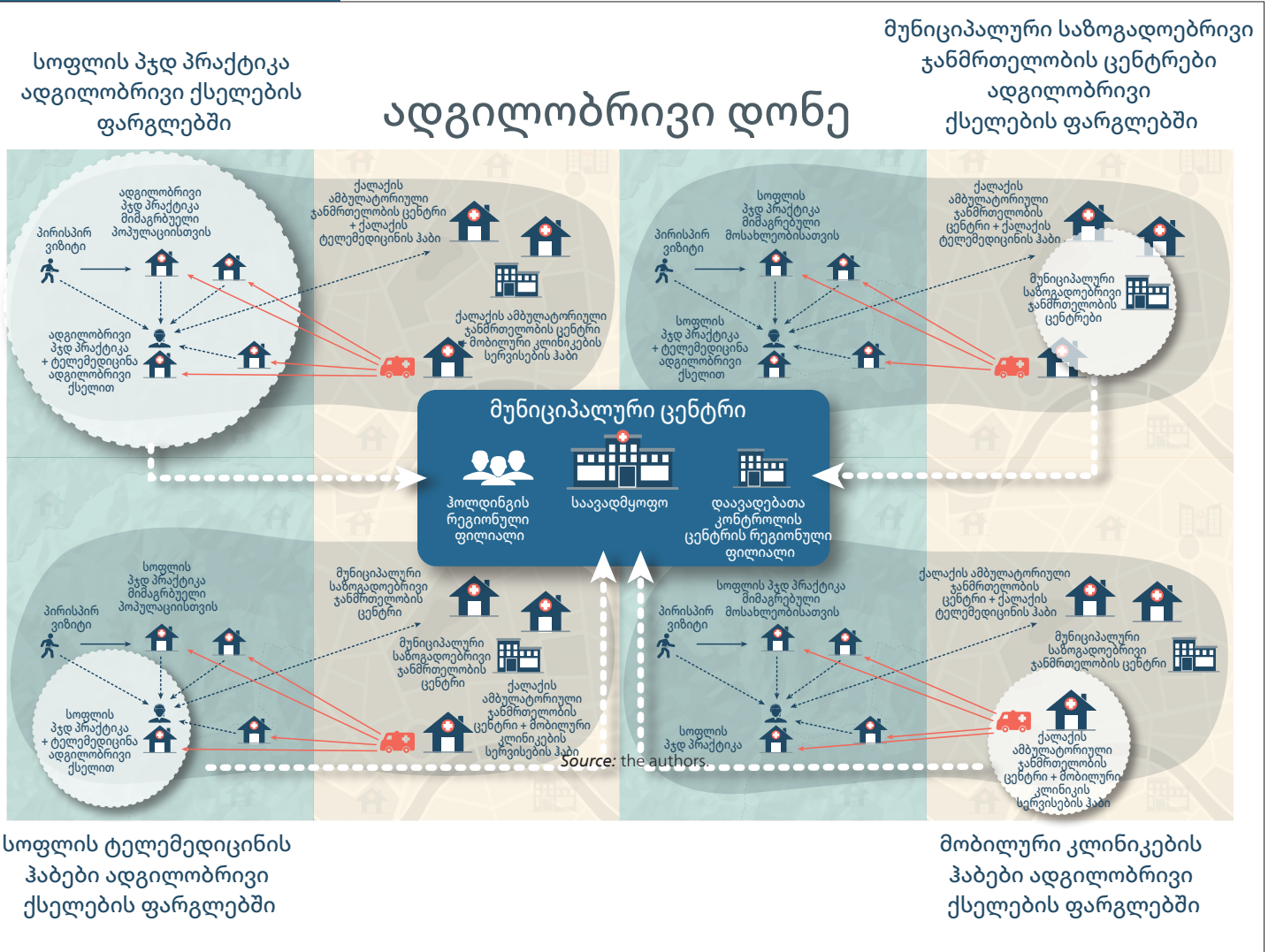


წყარო: ავტორები.

რეგიონის დონეზე ქსელური მიდგომის გამოყენებას შეუძლია ასევე ჰჯდ-ის ეფექტიანობის მონიტორინგის გაძლიერება. კარგი შედეგების მქონე დანერგვების გამოვლენამ, შესაძლოა, ხელი შეუწყოს სწავლას გაუმჯობესებისთვის, წარმოაჩინოს წამყვანი დანერგვები პაციენტის გაუმჯობესებული გამოცდილებისა და შედეგების დემონსტრირებისთვის, აგრეთვე შეასრულოს ლიდერის როლი ზრუნვის ახალი მოდელის დანერგვაში. საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგის კიდევ უფრო გასაუმჯობესებლად შესაძლებელია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ჯანმრთელობის მონაცემების ადგილობრივად გაანალიზება მისი რეგიონული ცენტრებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური ცენტრების მხარდაჭერით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვაში აუცილებელი წვლილის სახით.

ჰჯდ-ის მრავალპლატფორმიან მიწოდებას შეუძლია მაღალხარისხიანი მომსახურების ადამიანებთან ახლოს მიტანა (დიაგრამები 3 და 4) სამი ძირითადი მოდელით: პირისპირ ვიზიტები ჰჯდ-ის დანერგვებებში, ტელემედიცინა და მობილური სერვისები. საწყის ეტაპზე პირისპირ ვიზიტებს შეავსებს ტელემედიცინის მოდელები, ხელმისაწვდომობის განვრცობისთვის, მოხერხებულობისა და ხარისხის გაუმჯობესებისთვის. ქსელების მეშვეობით შეიძლება ასევე ლაბორატორიული სერვისების ხელმისაწვდომობის განვრცობა, ადგილობრივი დანერგვებიდან მუნიციპალურ ან რეგიონულ დანერგვებებში ნიმუშების ტრანსპორტირების მეშვეობით. მობილური სერვისების ოპერირება შესაძლებელია რეგიონის დონის ქსელების მეშვეობით. მათი საბიარო გამოყენება შეიძლება დანერგვების მიერ, თანაბარი მოცვის მაქსიმალურად გასაზრდელად მოსახლეობის მონყვლად ჯგუფებზე უფრო მეტი აქცენტის გაკეთებით (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. შესაძლებელია ადგილობრივი და რეგიონული ჰაბების გაერთიანება, საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის, რეგიონული საავადმყოფოებისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ფილიალების დაკავშირებით



ქსელური მიდგომის რეგიონულ დონეზე გამოყენებამ, შესაძლოა, ასევე გააძლიეროს პყდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგი. კარგი შედეგების მქონე დაწესებულებების გამოვლენა ხელს შეუწყობს სწავლებას გაუმჯობესებისთვის, წარმოაჩენს წამყვან დაწესებულებებს პაციენტის გაუმჯობესებელი გამოცდილებისა და ეფექტიანობის დემონსტრირებისთვის; ამგვარი დაწესებულებები ლიდერის როლს შეასრულებენ ზრუნვის ახალი მოდელის დანერგვაში. საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგის კიდევ უფრო გასაუმჯობესებლად შესაძლებელია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ჯანმრთელობის მონაცემების ადგილობრივად გაანალიზება მისი რეგიონული ცენტრებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური ცენტრების დახმარებით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვაში აუცილებელი წვლილის სახით.

პრიორიტეტული სფეროები ჰჯდ-ის მოდელის გაძლიერებისთვის

შვიდი ძირითადი პრიორიტეტული სფერო გამოვლინდა საქართველოში ჰჯდ-ის მოდელის გაძლიერებისთვის

დიაგრამა 5. შვიდი ძირითადი პრიორიტეტული სფერო ჰჯდ-ის მოდელის გაძლიერებისთვის



1. ჰჯდ-ის მომსახურების პაკეტის ხელახლა განსაზღვრა, განუული სერვისების ეტაპობრივად გაზრდა

უფრო მიმზიდველი და რეაგირებადი ჰჯდ-ის სისტემისთვის საჭიროა მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებსა და მოლოდინებზე მორგებული სერვისების პაკეტების შემუშავება (4). ქვეყანაში ჰჯდ-ის მომსახურებების პაკეტი საფუძვლიანად უნდა განისაზღვროს მთლიანი შეღავათების პაკეტის ფარგლებში, ქვეყნის მასშტაბით განხორციელებადი იმგვარი ყოვლისმომცველი მომსახურებების სპექტრის ინტეგრირებით, რომელიც ყველა ადამიანისთვის თანაბრად ხელმისაწვდომია და ყველა ადამიანს ექნება მისი გამოყენების შესაძლებლობა.

საქართველოში მომსახურებების ყოვლისმომცველი პაკეტის დანერგვა სრულად უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებსა და ხელმისაწვდომ ინფრასტრუქტურას, აღჭურვილობას, პერსონალსა და ფინანსურ რესურსებს. ჰჯდ-ის გაფართოება, როგორც რთული, ხანგრძლივი პროცესი, ეტაპობრივად უნდა განხორციელდეს. სანყის ეტაპზე აქცენტი უნდა გაკეთდეს ჯანმრთელობის პრიორიტეტულ საჭიროებებზე, რომელთა დაძლევა შეუძლია ჰჯდ-ს დადებითი შედეგების მისაღწევად მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და უფრო სპეციალიზებული დონის მკურნალობის ტვირთის შემსუბუქების თვალსაზრისით.

მომსახურების პაკეტი

- ჯანმრთელობის პრობლემების უმეტესობისთვის პირადი ჯანმრთელობის მომსახურების საწყისი წერტილის ფუნქციის შესასრულებლად ჰჯდ-ის მომსახურების პაკეტი შესაბამისობაში უნდა იყოს მოსახლეობის საჭიროებებსა და მოლოდინებთან.
- საქართველოში არსებული მომსახურების პაკეტი გარკვეულ რისკსაც შეიცავს, რომ ზრუნვის სპეციალიზებულ დონეებს გაზრდილიტივრითი დაანვებათ, რადგან ჰჯდ-ში პრიორიტეტი არ ენიჭება არაგადამდები დაავადებების პრევენციასა და ადრეულ მართვას.
- პირველ ეტაპზე მომსახურების გაფართოება უნდა მოიცავდეს პროფილაქტიკური სერვისების ყოვლისმომცველ სპექტრს პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებებისთვის, ბავშვის ადრეული განვითარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციით უკვე დაადგინა ჰჯდ-ის მომსახურების პაკეტის ეტაპობრივი გაფართოების პრიორიტეტები, რაც ორ ეტაპს მოიცავს. პირველ ეტაპზე (2023–2024) პრიორიტეტი მიენიჭება შემდეგ მომსახურებებს: (1) პროფილაქტიკური მომსახურების სრული ნაკრები აქცენტის გაკეთებით პრიორიტეტულად განსაზღვრულ არაგადამდებ დაავადებებზე (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება, დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებისა და ასთმის ადრეული გამოვლენა და მართვა); (2) ჰოლისტური მომსახურების პაკეტი ბავშვის ადრეული განვითარებისთვის, რომელიც 0-6 წლის ასაკის ბავშვების ოჯახების ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს ეხება; და (3) ჰჯდ-ში ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსებითი სერვისების ინტეგრირება. მეორე ეტაპზე (2025–2026) ჰჯდ-ის პაკეტის გაფართოებისას აქცენტი გაკეთდება ტუბერკულოზისა და აივ-შიდსის მქონე ადამიანების მართვაზე, ასევე ქალთა ჯანმრთელობასა და ანტენატალურ ზრუნვაზე

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი წელი.** ჰჯდ-ის მომსახურების პაკეტის განახლება შეღავათების პაკეტის ფარგლებში პირველ ეტაპზე პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის და ახალი მომსახურებების განწევა (ტელეკონსულტაციები პაციენტებსა და ჰჯდ-ის მიმწოდებელს შორის, ასევე ჰჯდ-ის მიმწოდებლებსა და სპეციალისტებს შორის), აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პროფილის ექთნებისა და ვინჩრო სპეციალობის მქონე პროფესიონალების მიერ განწეული მომსახურებების (მეორეული ჯანდაცვის ამბოლატორიული მომსახურება) ნათლად განსაზღვრა.
- **მეორე წელი.** ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებისთვის განახლებული მომსახურებების პაკეტთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკისა და მედიკამენტების მისაღებ ფასად ხელმისაწვდომობა გაფართოებული ამბოლატორიული მედიკამენტების შეღავათიანი პაკეტის ფარგლებში.
- **მესამე წელი.** ხელმისაწვდომობის გაფართოება ჰჯდ-ის დაწესებულებების მომსახურების უფრო ფართო სპექტრზე (მათ შორის ანტენატალური ზრუნვა, ტუბერკულოზი და აივ-შიდსი), ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების კიდევ უფრო განვითარება და სოციალურ სამსახურებთან კოორდინაციის გაუმჯობესება.
- **მეოთხე წელი.** შეღავათების პაკეტის უწყვეტი მიმოხილვის ღონისძიებების გააქტიურება მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების ცვლილებასთან შესაბამისობისთვის.

2. ახალი კლინიკური პროტოკოლების, გაიდლაინებისა და „პაციენტის გზამკვლევის“ დანერგვა პრიორიტეტულად მიჩნეული მდგომარეობებისთვის

„პაციენტის გზამკვლევი“ მკაფიოდ უნდა განსაზღვრავდეს მიზნებსა და მოსალოდნელ შედეგებს პაციენტებისთვის, ასევე იმ ინტერვენციების თანმიმდევრობას, რომლებიც პაციენტებმა, ოჯახის ექიმებმა, ზოგადი პროფილის ექთნებმა, სპეციალისტებმა და სხვა პროფესიონალებმა უნდა განახორციელონ სასურველი შედეგების განსაზღვრულ დროის პერიოდში მისაღწევად (4). „პაციენტის გზების“ ნათლად ჩამოყალიბებას შეუძლია წვლილის შეტანა ძირითადი მომსახურებების განსხვავებების მინიმუმამდე შემცირებაში ორივე შემთხვევისთვის - რისი მიწოდება ხდება და როგორ ხორციელდება მკურნალობის განწევა (14).

მართალია, სახელმძღვანელო მითითებების (გაიდლაინების) შემუშავების მეთოდები არსებობს და დანერგვა სავალდებულოა, მაგრამ არ არის დანერგილი საქმიანობის ეფექტიანობის შეფასების სტანდარტიზებული სისტემა, რომელიც სახელმძღვანელო მითითებების პრაქტიკაში განხორციელებაზე თვალყურის დევნების საშუალებას მოგვცემდა. დაახლოებით 35 კლინიკური პროტოკოლი და სახელმძღვანელო მითითება (გაიდლაინი) ეხება პირველადი ჯანდაცვის კლინიკური დანესებულების პრაქტიკას, მაგრამ ყველა მათგანი სრულად არ გამოიყენება და ზოგიერთი კი განახლებას საჭიროებს. ჰჯდ-ის ზოგიერთი მიმწოდებელი საერთაშორისო სტანდარტების საფუძველზე შედგენილი საკუთარი კლინიკური პროტოკოლით სარგებლობს. მათ დანერგილი აქვთ ასევე ხარისხის გაუმჯობესების შიდა მექანიზმები, რათა მონიტორინგი გაუწიონ, თუ როგორ ხდება მათი გამოყენება ყოველდღიურ პრაქტიკაში (7). თუმცა, ქალაქებისა და სოფლის ჰჯდ-ის დანესებულებების უმეტესობაში მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ კლინიკურ პროტოკოლებთან შესაბამისობა საკმარისად არ ხორციელდება პრაქტიკაში.

ამჟამად კლინიკური პროტოკოლების გამოყენების ეროვნული მასშტაბის ხარისხის გაუმჯობესებისა და მონიტორინგის სისტემა პრაქტიკაში არ მოქმედებს. სამინისტრომ, გაეროს ბავშვთა ფონდისა და „კარითასის“ მხარდაჭერით, ხარისხის მართვის საპილოტე სისტემა დანერგა შერჩეულ რეგიონებში ჰჯდ-თვის ეროვნული მასშტაბის ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის დანერგვის ხელშეწყობის მიზნით. ამასთან, ჯანმრთელობის მხარდაჭერით განხორციელდა ჰჯდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგის საფუძვლების განვითარება ტრენინგის კურსის ფარგლებში სახელმძღვანელო: „პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობის შედეგების შეფასებისა და მართვის გაძლიერება“. „პაციენტის გზამკვლევის“ სისტემატური დადგენა მუდამ არ ხდება, გარდა ცალკეული მიმწოდებლის დონეზე გარკვეული ინიციატივებისა. არსებული თანა-გადახდის სისტემა ოჯახის ექიმებს გარკვეულწილად სტიმულს აძლევს, რომ პაციენტები დიაგნოსტიკური მომსახურების მისაღებად გადაამისამართონ, რაც დამატებით მოთხოვნას წარმოქმნის არასაჭირო ლაბორატორიულ ტესტებსა და სხვა დიაგნოსტიკურ მომსახურებებზე. პაციენტებს ძლიერი სტიმული აქვთ, რომ თავი შეიკავონ პროფილაქტიკური ხასიათის ვიზიტებისგან ან გააცდინონ წლიური საკონტროლო ვიზიტები ბიუროკრატიული მექანიზმების, ასევე მედიკამენტებისა და დიაგნოსტიკური ტესტებისთვის დიდი ოდენობით ჯიბიდან გადახდების გამო.

კლინიკური პროტოკოლები და სახელმძღვანელო მითითებები

- კლინიკური პროტოკოლები, სახელმძღვანელო მითითებები და „პაციენტის გზამკვლევი“ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ზრუნვის დაგეგმვაში, ხელს უწყობს მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას საუკეთესო ხელმისაწვდომი მტკიცებულების ცალსახად გამოყენებას.
- საქართველოში არსებული კლინიკური პროტოკოლები და სახელმძღვანელო მითითებები სრულად არ ხორციელდება ან მოძველებულია, ხოლო „პაციენტის გზამკვლევი“ არასათანადოდაა განსაზღვრული, წარმოქმნის ქალაქებში მდებარე ცენტრებისა და სპეციალიზებული მკურნალობის გამოყენების სტიმულს.
- ჰჯდ-ის ახალ შეღავათების პაკეტში განსაზღვრული სერვისები განაპირობებენ კლინიკური პროტოკოლებისა და სახელმძღვანელო მითითებების გადასინჯვას, რასაც თან უნდა ახლდეს ნათლად განსაზღვრული გადანაწილებული დავალებები.

სანაცვლოდ, პაციენტები ცდილობენ მწვავე მდგომარეობისას საავადმყოფოში მკურნალობას, სადაც ნაკლები იქნება გადასახდელი და, მიჩნეულია, რომ მომსახურების ხარისხი უფრო ხელსაყრელია.

ჰჯდ-დან სპეციალისტებზე მიმართვიანობის განაკვეთი 40%-ს შეადგენს, რაც აღემატება საერთაშორისო მაჩვენებელს, რომლებიც, ჩვეულებრივ, 10% - 15%-ის ფარგლებშია (15). ამასთან, საავადმყოფოებზე წვდომა გამარტივებულია, ისინი უფასოდ უზრუნველყოფენ გადაუდებელ დახმარების მომსახურებასა და მედიკამენტებს, რაც პაციენტს სტიმულს აძლევს, გვერდი აუაროს ჰჯდ-ს.

ჰჯდ-ის კლინიკურ პროტოკოლებსა და სახელმძღვანელო მითითებებს თან უნდა ახლდეს მკაფიოდ განსაზღვრული და გადანაწილებული დავალებები შეღავათების პაკეტის განხორციელების მხარდასაჭერად. საჭიროა მიმართვის სტანდარტების დანერგვა, გაძლიერებულ „პაციენტის გზამკვლევთან“ ერთად, და ფინანსური სტიმულების შეთანხმება ოჯახის ექიმების როლის გასაძლიერებლად. საბოლოო ჯამში, მოსახლეობამ ოჯახის ექიმი უნდა აღიქვას, როგორც ზრუნვის კოორდინატორი საოჯახო მედიცინის საჭირო

კომპეტენციით (რაც განსხვავდება სპეციალიზებული მკურნალობისგან), რომელიც აღიარებული უნდა იქნეს პირველი შეხების მიმწოდებლად მთელი მოსახლეობისთვის.

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი და მეორე წლები.** განახლებული კლინიკური პროტოკოლებისა (დამატებითი სახელმძღვანელო მითითებებით დისტანციური და ტელემედიცინის მომსახურებებისთვის) და სახელმძღვანელო მითითებების (გაიდლაინების) დანერგვა პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებებისთვის (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ასთმა) და ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის. განახლებული კლინიკური პროტოკოლების განახლება და გამოყენება ჰჯდ-ის მომსახურებების გაფართოებული პაკეტისთვის, მათ შორის ანტენატალური მკურნალობის, ტუბერკულოზისა და აივ-სთვის. „პაციენტის გზის“ შეთანხმების უზრუნველყოფა მკურნალობის ახალი მოდელის განხორციელებასთან, მათ შორის მიმართვის სისტემებთან პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის (პირდაპირი მიმართვები, დისტანციური კონსულტაციები, მათ შორის პაციენტსა და მიმწოდებელს შორის და მიმწოდებლებს შორის). პაციენტების ორგანიზაციების ჩართვა პაციენტის განათლების ხელშეწყობასა და მის თვითმართვაში, პაციენტზე ორიენტირებულ ზრუნვაში. ჰჯდ-ის დაფინანსების რეფორმის დაკავშირება განახლებული პროტოკოლებისა და „პაციენტის გზამკვლევის“ განხორციელებასთან, რათა ჰჯდ-ის შეღავათების პაკეტში შემცირდეს სპეციალისტის მომსახურების მოცულობა და წარმოიქმნას სტიმული ჰჯდ-ის მომსახურებების გაუმჯობესებული ხარისხისთვის, ზემოაღნიშნული რეკომენდაციების შესაბამისად (8).
- **მესამე და მეოთხე წლები.** ახალი პროცესის დანერგვა კლინიკური პროტოკოლებისა და სახელმძღვანელო მითითებების მიმოხილვისა და განახლებისთვის. ქვეყნის მასშტაბით ხარისხის მონიტორინგის სისტემის დანერგვა, რომელსაც საინფორმაციო ტექნოლოგიების მხარდაჭერა ექნება და შესაძლებელს გახდის კლინიკური პროტოკოლებისა და სახელმძღვანელო მითითებების განხორციელებასა და მონიტორინგს.

მოსახლეობის განაწილება

- მიმაგრება (მოსახლეობის რეგისტრაცია ან როსტერინგი) უმნიშვნელოვანესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მიდგომისთვის.
- ამჟამად საქართველოს ქალაქებში გამოიყენება ნებაყოფლობითი თვით-განაწილების პრაქტიკა. სოფლად ადამიანების გეოგრაფიულად განაწილება ხორციელდება, თუ ისინი კერძო ზრუნვის მომსახურებას არ შეიძენენ.
- საჭიროა სოფლის მოსახლეობის მიმაგრების უფრო გარკვევით ჩამოყალიბებული პროცესები, ქალაქის არეალის შესაბამისად, სადაც მითითებული უნდა იქნეს მიმაგრების (პანელის) სათანადო ზომის განსაზღვრა, პაციენტის არჩევანის დაცვის მექანიზმები და შესაძლებლობების განვითარება, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს ჰჯდ-ის მიერ ურთიერთობებისა და მონაცემების ოპტიმალურად გამოყენება თავიანთი დაწესებულების პანელისთვის.

3. მოსახლეობის მიმწოდებლებზე იმგვარი მიმაგრება, რომ დაბალანსებული იყოს ჰჯდ-ის აქცენტი თემზე და პიროვნების უფლება, აირჩიოს მიმწოდებელი

მიმაგრება, ანუ მოსახლეობის რეგისტრაცია ან როსტერინგი, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის ძირითადი კომპონენტია და წარმოადგენს ჰჯდ-ის მიდგომას მომსახურების მიწოდებასთან მიმართებით (16). ეს მიმდინარე და მიზნობრივი პროცესია, რომელიც გულისხმობს ყველა იმ პირის იდენტიფიცირებას, რომელიც ჰჯდ-ის მიმწოდებელზე ან კლინიკაზე უნდა მიმაგრდეს და მათ შესახებ მონაცემების შეგროვებასა და განახლებას, (27). საჭიროა პაციენტებსა და მიმწოდებლებს შორის ურთიერთობის ჩამოყალიბება და შენარჩუნება პროაქტიული ღონისძიებების

მეშვეობით (როგორცაა სკრინინგი, მეურვე ექთნები, პროაქტიული მართვა და პაციენტებთან შემდგომი კონტაქტი) (28), ისე, რომ ორივე მხარე აცნობიერებდეს ურთიერთობას. სათანადოდ მართვისა და გამოყენების შემთხვევაში, მიმაგრება ჯანდაცვის სისტემას აძლევს პაციენტის გამოცდილების გაუმჯობესების,

დანახარჯების შემცირებისა და ჯანმრთელობის თვალსაზრისით საბოლოო შედეგების გაუმჯობესების შესაძლებლობას (5, 16, 19–24).

მიმაგრების სამი ძირითადი მეთოდია: გეოგრაფიული, დაზღვევაზე დაფუძნებული და ნებაყოფლობითი (17). ეს მეთოდები ურთიერთგამომრიცხავი არ არის, შესაძლებელია მათი თანაარსებობა, როგორც ეს ამჟამად ხდება საქართველოში, სადაც ორი მეთოდის ნაზავი გამოიყენება: თვით-მიმაგრების ნებაყოფლობითი მეთოდი გამოიყენება ქალაქში მცხოვრები მოსახლეობისთვის (უმეტესობის მიერ), ხოლო დაზღვევის მეთოდი, ოფიციალური მონაცემებით, ვრცელდება კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული მოსახლეობის 15%-ზე. გეოგრაფიული მიმაგრება/მიკუთვნება გამოიყენება სოფლად, მაგრამ ის სრულად არ არის რეალიზებული, რადგან მიმწოდებლებს არა აქვთ პაციენტების ინდივიდუალიზებული პანელები. ჰჯდ-ზე განაწილებული პაციენტების საყოველთაო ელექტრონული რეგისტრაციის არარსებობის გამო, ბევრი პირი, შესაძლოა, მიიჩნეოდეს ამა თუ იმ ჰჯდ-ის მიმწოდებლის ტერიტორიაზე მცხოვრებად და მასზე მიმაგრებულად, მაგრამ სინამდვილეში შეიძლება იყოს უკვე ინდივიდუალურად თვით-მიმაგრებული ქალაქში ჰჯდ-ის მიმწოდებელთან.

სოფლის ჰჯდ-ის პანელის სათანადო ზომის განსაზღვრა ძალიან მნიშვნელოვანია, თუმცა ადრეულ ეტაპებზე ეს შეიძლება განხორციელებადი არ იყოს. საჭიროა ბევრი ფაქტორის გათვალისწინება, მათ შორის მოქალაქეების მხრიდან ჰჯდ ვიზიტებზე მოთხოვნა, მიმაგრებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დაწესებულების შესაძლებლობები (25–28). საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით ქალაქის ჰჯდ-ის დაწესებულების ზომა განისაზღვრება 2500-ით დაწესებულების ოჯახის ექიმისა და ექთნის თითოეულ გუნდზე. პანელის ზომის დადგენისას არ არსებობს „ერთი ზომა ყველას მოერგება“ პროცესი და თითოეული ჰჯდ-ის დაწესებულებაზე ან გუნდზე განაწილებული მოსახლეობის რაოდენობა შეიძლება ვარიირებდეს (25, 26, 29, 30).

აღსანიშნავია, რომ დიდი ზომის პანელები დაკავშირებულია, მაგალითად, დიაბეტის არასახარბიელო კონტროლთან, ასევე, შესაძლოა, ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებები წარმოქმნას და ხელი შეუწყოს მიმწოდებლის პერსონალის „გადაწვას“. პანელის ზომის შემცირება ძალისხმევას საჭიროებს, რადგან მომსახურებების გაფართოების პირობებში იზრდება მოვალეობები. პანელის სამიზნე ზომის დადგენის შემთხვევაში საჭიროა პანელების შეწონვა ასაკისა და ჯანმრთელობის საჭიროებების საფუძველზე.

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი წელი.** სოფლის ჰჯდ-ის პანელის ზომის ოპტიმალური სტანდარტების დადგენა (1200-დან მაქსიმუმ 2000-მდე მაცხოვრებელი) მოქმედი ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პროფილის ექთნების, მოსახლეობის სიმჭიდროვის, ასაკობრივი სტრუქტურის, მოსახლეობის მახასიათებლებისა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით. აღნიშნული სტანდარტებით მოსახლეობის უფლების დაცვის უზრუნველყოფა - თავად აირჩიონ თავიანთი მიმწოდებელი ადმინისტრაციული ერთეულის (მუნიციპალიტეტი) ფარგლებში - და უფასოდ შეცვლის თავისუფლების დაცვა საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის ან სხვა პირადი მიზეზის გამო (უფასოდ შეცვლის შესაძლებლობის წელიწადში ერთხელ შეცვლით შეზღუდვით). მიმაგრების და განაწილების პროცესი ერთიანი პრინციპის ჩამოყალიბება ქალაქისა და სოფლის ტერიტორიებისთვის თითოეული პირის ჰჯდ-ის მიმწოდებელთან რეგისტრაციის უზრუნველსაყოფად.
- **მეორე წელი.** მმართველობის მექანიზმების დადგენა მიმაგრების პროცესისთვის, მოსახლეობის მიმაგრებაზე პასუხისმგებელი ინსტიტუტების შერჩევა, მათ შორის მოსახლეობის განაწილების გამჭვირვალე პროცესის განხორციელებაზე, და, საჭიროების შემთხვევაში, არარეგისტრირებული მოსახლეობის ჯგუფების ადმინისტრაციული მიკუთვნება. რეგისტრაციის ერთიანი ელექტრონული სისტემის დანერგვა ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობისთვის.
- **მესამე წელი.** ინვესტიცია შესაძლებლობების განვითარებაში (დრო და უნარ-ჩვევები) მიმაგრებისა და პაციენტების პანელის მართვის მხარდასაჭერად და ჰჯდ-ის მიმწოდებლების უნარ-ჩვევების უწყვეტი

გაუმჯობესების დანერგვა. ინვესტიცია ტრეინინგსა და კომუნიკაციაში, ასევე ოპტიმალურ მონიტორინგსა და ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების გამოყენებით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების შეფასებაში. პანელის ოპტიმიზაცია, ურბანული მოსახლეობის შემთხვევაში ის არ უნდა აღემატებოდეს 2000 პაციენტს ჰჯდ-ის თითოეულ გუნდზე.

- **მეოთხე წელი.** პანელის მართვა უნდა მოიცავდეს სამიზნეების დასახვას და მათი მიღწევისთვის მუშაობა, ნაკლოვანებების შეფასება ქრონიკული დაავადების მართვაში, იმუნიზაციასა და დანიშნული მკურნალობის დაცვასთან მიმართებით.

4. ჰჯდ-ს რეორიენტაცია თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე რეაგირების გასაუმჯობესებლად და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მხარდასაჭერად

ჰჯდ-ის მომსახურების განვითარების მოდელის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე უკეთესი რეაგირების მქონე ჰჯდ-დ გარდაქმნის ძირითად წინაპირობას წარმოადგენს ერთგულეობა რეაქტიული მომსახურების მოდელის ისეთ მოდელად გარდასაქმნელად, რომელიც პროაქტიულია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მართვის თვალსაზრისით. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მიზანია ზუსტად ზემოაღნიშნულის შესრულება ყოვლისმომცველი მიდგომის გამოყენებით, რათა გათვალისწინებულ იქნეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებები და უზრუნველყოფილ იქნეს ჯანმრთელობის უფრო მეტი თანასწორობა (37). ამისათვის საჭიროა მოსახლეობის, ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართვა ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების გამოვლენასა და მათზე რეაგირებაში, მათ შორის მოსახლეობის მოწყვლად ჯგუფებთან მიმართებით. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვისთვის ასევე საჭიროა პროაქტიული ღონისძიებების მეშვეობით მოსახლეობის იმ ნაწილთან დაკავშირება, რომელიც სათანადო მომსახურების მიღებას ვერ ახერხებს (მრავალი დაავადების მქონე ადამიანები,

არაგადამდები დაავადებებისა და მრავალი დაავადების მქონე ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებებზე სრულყოფილად რეაგირებასთან ერთად მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვა უნდა ითვალისწინებდეს დაავადებების გამომწვევ ძირითად მიზეზებსა და სოციალურ-ეკონომიკურ რისკებს, და მის მიზანს უნდა წარმოადგენდეს მათზე რეაგირება.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვა

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვა პროაქტიული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების განვითარების საფუძველია.
- საქართველოში ამჟამად მოქმედი მკურნალობის რეაქტიული მოდელი მუდამ ვერ აღწევს თემის დონეზე გამიზნულ პრევენციას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ადრეულ გამოვლენას, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის ერთ-ერთ მახასიათებელს - დაავადების პროაქტიულ მართვას.
- ჰჯდ-ისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისებს შორის კავშირის გაძლიერება უმნიშვნელოვანესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესებისთვის.

ამგვარად, საჭიროა ეტაპობრივი მიდგომა საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის გაძლიერებისთვის. ჰჯდ-ისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მომსახურებებს შორის კავშირების გაძლიერება უმნიშვნელოვანესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესებისთვის. მოკლევადიან პერიოდში აქცენტი უნდა გაკეთდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის საფუძვლის გამყარებაზე მიმდგრების

სისტემის მეშვეობით და სინერჯის ჩამოყალიბებით არსებულ მომსახურებებთან ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და ჰჯდ-ის მომსახურებების ურთიერთდაკავშირების მეშვეობით.

გაძლიერებულ და სტანდარტიზებულ ადგილობრივ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრებსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ გაანალიზებულ ჯანმრთელობის მონაცემებთან მიმართებით გაუმჯობესებულ უკუკავშირს შეუძლია ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების ადგილზე უკეთესად შესწავლას მოკლევადიანი პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის (როგორცაა არაგადამდები დაავადებები, ოჯახების ფსიქიკური ჯანმრთელობა). ადგილობრივი ჯანმრთელობის ცენტრები მზად უნდა იყვნენ იმისათვის, რომ ჰჯდ-ის დაკავშირებულ გუნდებს აცნობონ კონკრეტული პრიორიტეტული ჯანმრთელობის საჭიროებების ტენდენციების შესახებ და საშუალოვადიან პერიოდში ეტაპობრივად გაზარდონ თავიანთი შესაძლებლობები, რათა დაიწყონ და წარუძღვნენ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მულტისექტორულ ინტერვენციებს მუნიციპალიტეტებთან ერთად. რისკის სტრატეგიკაციის ციფრული ინსტრუმენტების დანერგვას შეუძლია მოსახლეობის სტრატეგიკაციაში დახმარება დაავადებებისა და ავადობის დონის მიხედვით, ასევე მოსახლეობის უკეთესად შესწავლაში დახმარება სოციალურ-ეკონომიკური რისკების მეშვეობით.

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი წელი.** მიმგრებული მოსახლეობის შესწავლა, ინდივიდუალური და მთლიანად თემის პროფილების შექმნა და ციფრული ინსტრუმენტების გამოყენება რისკის სტრატეგიკაციისა და მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების ჯანმრთელობის შედეგების მონიტორინგისთვის, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მიდგომის დანერგვის მიზნით.
- **მეორე წელი.** ჰჯდ-ისა და მუნიციპალიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების პროფესიონალების შესაძლებლობების გაძლიერება და მათი დაკავშირება ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაფასებლად, პრიორიტეტების დასადგენად და რისკის სტრატეგიკაციისთვის, ასევე, მოსახლეობის სამიზნეებისა და სისტემების შესაქმნელად მონიტორინგისთვის, სამიზნე მოსახლეობის, განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების, მოწვევა სკრინინგისა და ჯანდაცვის სხვა პროაქტიული მომსახურებებისთვის.
- **მესამე წელი.** საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტების შესაძლებლობების კიდევ უფრო მეტი გაზრდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ტრენინგებში ინვესტირებით, ინტეგრირებული მიდგომებისა და ინსტრუმენტების დანერგვა მონაცემების შეგროვებისა და ანალიზისთვის, პრიორიტეტული საჭიროებების განსაზღვრა და ერთობლივი ინტერვენციების ჩატარება ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.
- **მეოთხე წელი.** მუნიციპალიტეტების ჩართვა, რათა პოლიტიკურ დღის წესრიგში ჯანმრთელობას პრიორიტეტი მიანიჭონ, მულტისექტორული ქმედების ხელშეწყობისა და ჰჯდ-ის ანგარიშვალდებულების მექანიზმების შესაქმნელად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის საბოლოო შედეგების მისაღებად.

5. პირველადი ჯანდაცვის გუნდების პროფილის შესაბამისობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებსა და მომსახურების განახლებულ პაკეტთან

პჯდ-ის ფართო სპექტრის უნარებისა და გამოცდილების მქონე პერსონალი ესაჭიროება (4,32,36). პჯდ-ის პროფესიონალების სწორი პროფილი და კომპეტენციების ზრდა აუცილებელია პჯდ-ის განახლებული მომსახურების შეღავათების პაკეტის განხორციელებისთვის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის უფრო პროაქტიული მართვის უზრუნველყოფისთვის.

პჯდ-ის გუნდები

- პჯდ-ის პერსონალის რაოდენობა, პროფილი, კომპეტენცია და განაწილება უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიზნობრივი განვითარებისთვის.
- საქართველოში ოჯახის ექიმები და ზოგადი პროფილის ექიმები საჭიროებენ მხარდაჭერას როგორც კომპეტენციების ფართო სპექტრის შესაძენად, ისე მის მუდმივად გასაუმჯობესებლად.
- პერსონალის განვითარების სტრატეგიაში პირობითად უნდა განისაზღვროს პჯდ-ის გაუმჯობესებული კომპეტენციის მქონე სულ მცირე ერთი ოჯახის ექიმისა და ერთი ზოგადი პროფილის ექიმის თანაბარი განაწილება პჯდ-ის თითოეულ ცენტრზე მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

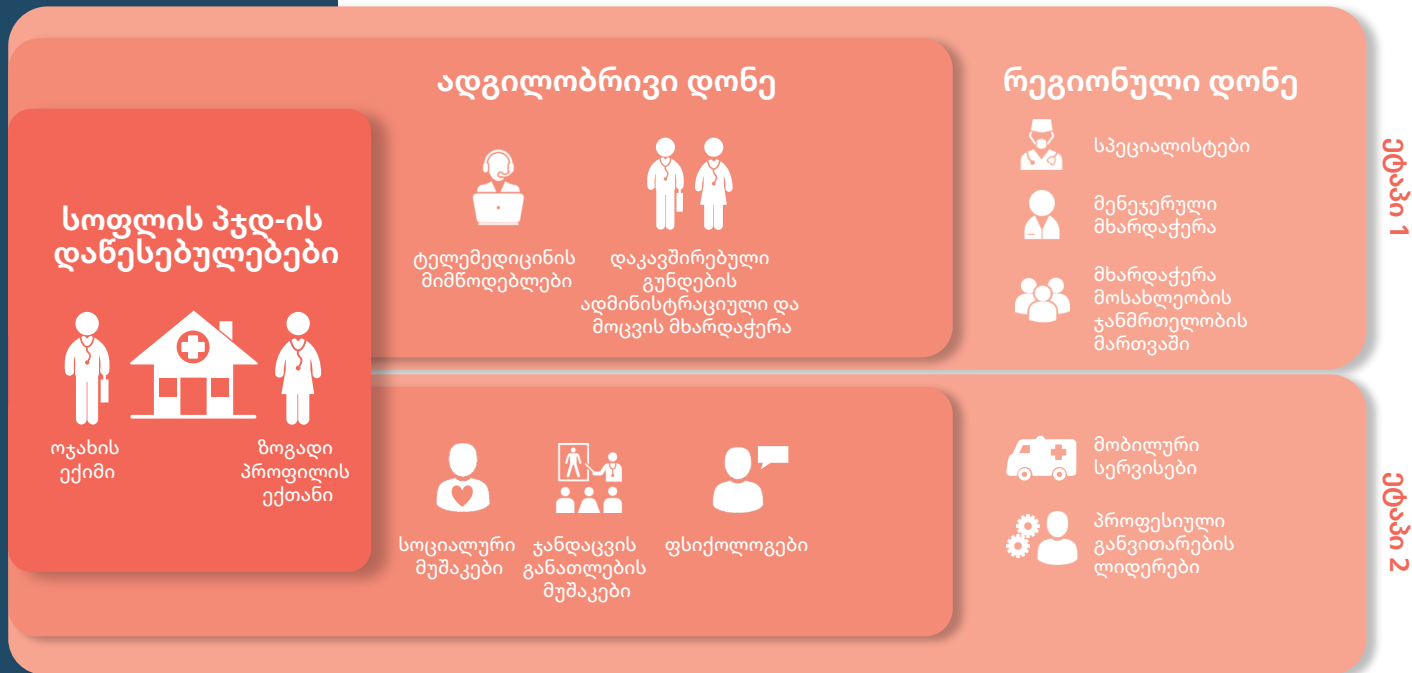
საერთაშორისო მტკიცებულებით აღიარებულია ზოგადი პროფილის ექიმების როლი მკურნალობის გაფართოებაში, დაკავშირებასა და კოორდინირებაში (32). ზოგადი პროფილის ექიმებს შეუძლიათ პჯდ-ის მრავალი აუცილებელი ამოცანის შესრულება, რომლებიც დაკავშირებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვასთან, განათლებასა და არაგადამდები დაავადებების მქონე ადამიანების მართვასთან, ასევე სახლში მკურნალობასთან, პალიატიური მკურნალობის ჩათვლით. აღნიშნულის რეალიზებისთვის საჭიროა პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული ექიმების ხუთი ძირითადი კომპეტენციის განვითარებაში ინვესტირება: პაციენტის ადვოკატირება და განათლება, ეფექტური კომუნიკაცია, გუნდური მუშაობა და ლიდერობა, ადამიანებზე ორიენტირებული მკურნალობა და კლინიკური პრაქტიკა, უწყვეტი სწავლა და კვლევა (32).

დაბოლოს, შემოთავაზებულ მკურნალობის ქსელურ მოდელს შეუძლია საზიარო რესურსების ფართო სპექტრის ხელმისაწვდომობაში დახმარების განევა, სოფლის პჯდ-ის ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პროფილის ექიმებისგან შემდგარი გუნდების გაფართოება. გათვალისწინებულია, რომ აღნიშნული მოიცავს, მაგალითად, მოკლევადიან პერიოდში სპეციალისტებისა და მენეჯერულ მხარდაჭერას, ხოლო გრძელვადიან პერიოდში სოციალური მუშაკების, ჯანმრთელობის სფეროში განმანათლებლებისა და ფსიქოლოგების მხარდაჭერას, სხვებთან ერთად (დიაგრამა 6).

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი ნელი.** სამინისტროში ქვედანაყოფის ჩამოყალიბება, რომელსაც ჯანდაცვის პერსონალის შეფასებისა და სტრატეგიული დაგეგმვის შესაძლებლობა და უფლებამოსილება ექნება. პჯდ-ის პერსონალის სტრატეგიის შემუშავება, სადაც პრიორიტეტი მიენიჭება ოჯახის ექიმებისა და საოჯახო მედიცინის კომპეტენციების თანაბარ განაწილებას. მინიმალური მოთხოვნის შემოღება პჯდ-ის გუნდებისთვის, რომ მის შემადგენლობაში ყოველ ექიმზე სულ მცირე ერთი ზოგადი პროფილის ექიანი შევიდეს. პჯდ-ის მიმწოდებლების ფუნქციებისა და მოვალეობების მკაფიოდ განსაზღვრა, მათ შორის ლაბორატორიისა და დიაგნოსტიკის ჩათვლით, ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობებისთვის და მიმართვის მოთხოვნების დადგენა. სამართლებრივი, საგანმანათლებლო, საზოგადოებრივი და ორგანიზაციული პირობების ჩამოყალიბება ზოგადი პროფილის ექიმების პროფესიული ავტონომიის გასაზრდელად. პჯდ-ის გუნდების შემადგენლობაში შემავალი სოციალური მუშაკებისა და ექიმის თანამშენებლის კომპეტენციისა და მოვალეობისადმი მოთხოვნების შემუშავება.
- **მეორე ნელი.** ზოგადი პროფილის ექიმების კომპეტენციის გაუმჯობესება ახალი მომსახურებებისა და ამოცანების შესაბამისად, პრიორიტეტული კლინიკური მდგომარეობებისთვის. ინვესტიცია ოჯახის ექიმების არაგადამდები დაავადებების მართვის, ბავშვის ადრეული განვითარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში ჩატარებულ ტრენინგში, პჯდ-ის მომსახურებების ახალი პაკეტისა და მოსალოდნელი ახალი ფუნქციებისა და მოვალეობების შესაბამისად.

დიაგრამა 6. სოფლის ჰჯდ-ის გუნდებს უნდა გააჩნდეთ საზიარო რესურსების სპექტრი უფრო ფართო, მულტიპროფილური გუნდებისთვის, რაც შესაძლებელია ადგილობრივ და რეგიონის დონეზე ორგანიზებული ქსელების მეშვეობით



- **მესამე წელი.** ჰჯდ-ის პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების უფრო სისტემური პროცესის დანერგვა, რათა მუდმივად გაუმჯობესდეს ზრუნვის ხარისხი და დაიხვეწოს პაციენტის გამოცდილება. ჰჯდ-ის ქსელებში ჰჯდ-ის პროფესიული განვითარების ლიდერების ჯგუფის ჩამოყალიბება, რომელიც წვლილს შეიტანს უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარებასა და დანერგვაში, ისევე როგორც შესაძლებლობების განვითარების სხვა ინოვაციური ინიციატივების განხორციელებაში.
- **მეოთხე წელი.** ქსელური მიდგომის ფარგლებში მუშაობის მულტი-დისციპლინური გზების დანერგვა, რომელიც მოიცავს ადამიანური რესურსების უფრო ფართო სპექტრის საზიარო გამოყენებას გუნდების გასაფართოებლად (როგორცაა სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები, რეაბილიტაციის მომსახურების სპეციალისტები, ჯანდაცვის სფეროს განათლების პროფესიონალები და სხვ.). ქსელში მონაცვლად პაციენტებთან ახალი ტიპის ცოდნის მქონე სოციალური მუშაკების მუშაობას შეუძლია პირველადი ჯანდაცვის უნარის გაუმჯობესება, რაც უზრუნველყოფს უფრო ჰოლისტურ მოვლასა და ამცირებს სოციალური პრობლემების სამედიცინო პრობლემებად ჩამოყალიბების რისკს. აგრეთვე, საჭიროა ოჯახზე ორიენტირებული სერვისების გათვალისწინება ორსული ქალების, 0–5 წლის ასაკის ბავშვებისა და ხანდაზმულ პირთა ფსიქო-სოციალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.

6. ჰჯდ-ის მმართველობის, მართვის არსებითი გაუმჯობესება ადგილობრივი და რეგიონული ჰჯდ-ის ქსელების დანერგვით

მტკიცებულება გვიჩვენებს, რომ ჰჯდ-ის ქსელებს სარგებელი მოაქვთ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის კუთხით, მკურნალობის უწყვეტობის გაუმჯობესებით, ასევე მომსახურებების გაფართოებული სპექტრის ხელმისაწვდომობით, ადამიანის, ლაბორატორიისა და დიაგნოსტიკის რესურსების გაზიარების მეშვეობით (31). მნიშვნელოვანია, რომ ქსელები უზრუნველყოფდნენ ჰჯდ-ის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვასთან და სოციალურ მომსახურებებთან ინტეგრირების შესაძლებლობას, ასევე კავშირებს

სხვა სერვისებთან, რომლებსაც უზრუნველყოფს თემი ან/და არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომელთაც წვლილის შეტანა შეუძლიათ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესებაში.

საქართველოში ჰჯდ-ის ქსელების დანერგვას აქვს პოტენციალი, რომ გაზარდოს სოფლის მაცხოვრებლების წვდომა სერვისების უფრო ფართო სპექტრზე. ნათლად ჩამოყალიბებული ფუნქციებით, მოვალეობებითა და ურთიერთობებით ქსელებს ასევე შეუძლიათ ჰჯდ-ის მმართველობისა და მართვის გაძლიერება. ჰჯდ-ის ქსელების მეშვეობით 1200-ზე მეტი განცალკევებული სოფლის ჰჯდ-ის დაკავშირებას რამდენიმე უპირატესობა აქვს. აღნიშნულ ქსელებს შემდეგი დახმარების განევა შეუძლიათ:

- სამუშაო საათების გახანგრძლივება და 24/7 მომსახურება ამ სერვისების დივერსიფიცირებული საშუალებებით ხელმისაწვდომობის მეშვეობით (პირისპირ, ტელემედიცინა და მობილური კლინიკები);

- ჰჯდ-ის სერვისების უფრო მჭიდრო კოორდინირება და საბოლოო ჯამში ინტეგრირება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მომსახურებებთან ჯანმრთელობის საჭიროებების მონაცემების საფუძველზე შეფასებებით და, საბოლოოდ, თემის ინტერვენციების მასშტაბის შეცვლა ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად;

- ინტეგრირებული მკურნალობის გზები სპეციალიზებული ამბოლატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების მეშვეობით, ტელეკონსულტაციის მომსახურების მხარდაჭერით; და

- ჰჯდ-ის საქმიანობის შედეგებისა და უკუკავშირის მონიტორინგი ადგილობრივი, სპეციალურად შემუშავებული საქმიანობის შედეგების შეფასების ძალისხმევითა და მხარდაჭერი ზედამხედველობის მეშვეობით, რაც ხელს უწყობს პროფესიულ განვითარებას და ხარისხის გაუმჯობესების შიდა ინსტრუმენტის დანერგვას.

„საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგს“ შეუძლია უზრუნველყოს ჰჯდ-ის მართვა და ლიდერობა, მუნიციპალიტეტებთან, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რეგიონულ ფილიალებთან, რეგიონულ საავადმყოფოებთან და რეგიონებში სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან მუშაობა. მას შეუძლია ასევე მნიშვნელოვანი ფუნქციის შესრულება რეგიონისთვის მომსახურებების დაგეგმვის თვალსაზრისით, მათ შორის საინვესტიციო სფეროების გამოვლენა, ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაცია (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცების შემდეგ, სტანდარტების შესაბამისად) და დიაგნოსტიკისა და სხვა მომსახურებების განვითარება მის ჰჯდ-ის ქსელში.

შესაძლებელია ასევე ჰჯდ-ის ქსელების შექმნა ადგილობრივ დონეზე, რომელიც ერთი მუნიციპალიტეტის ტერიტორიას მოიცავს (ან რამდენიმე

ჰჯდ-ის მართვა

- ჰჯდ-ის მომსახურებების ქსელურ მიდგომას შეუძლია მომსახურებების სპექტრის გაზრდა და უწყვეტობის გაუმჯობესება საზიარო რესურსების მეშვეობით.
- სოფლის მოსახლეობა და ჰჯდ-ის ექიმები და ექთნები, რომლებიც 1200-ზე მეტ სოფლის ჰჯდ-ის ცენტრში მუშაობენ საქართველოში, სარგებელს მიიღებენ ქსელების შექმნის შედეგად.
- ქვეყნის მასშტაბით ქსელური მიდგომის შემოღებას აქვს პოტენციალი, რომ გაზარდოს სოფლად და ურბანულ დასახლებებში განეული ჰჯდ-ის მომსახურებების სპექტრი და გააუმჯობესოს მათი უწყვეტობა და ხარისხი.

მუნიციპალიტეტის ტერიტორიას შედარებით მცირე მუნიციპალიტეტების შემთხვევაში). სოფლის ჰკდ-ის მიმწოდებლების დაკავშირებით ადგილობრივ დონეზე ჰკდ-ის ქსელებს შეუძლიათ უზრუნველყოფა, რომ მოსახლეობას გაუმჯობესებული წვდომა ექნება სერვისებზე; აგრეთვე, მოხდება შვებულებაში, განათლების მისაღებად ან ბიულეტენზე მყოფი თანამშრომლების გადაფარვა სხვადასხვა დაწესებულების მიერ ტელემედიცინის გამოყენებით ამბულატორიული კონსულტაციებისა და საგანმანათლებლო სესიების ჩატარებით, ადმინისტრაციული ფუნქციების შესრულებითა და ახალი ჰკდ მომსახურებების შემოღებით (მაგალითად, სარეაბილიტაციო მომსახურების განწევა ან სოციალური მუშაკების ჩართვა ადგილობრივ ქსელში პაციენტების სოციალურ საჭიროებებზე).

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უკვე დაიწყო რეფორმები, რათა მინიმუმამდე შეამციროს მკურნალობის ფრაგმენტაცია მცირე ზომის, განცალკევებული საქალაქო ჰკდ-ის მიმწოდებლების მიერ, უზრუნველყოს რესურსების გამოყენების ოპტიმიზაცია და გაზარდოს სოფლის მოსახლეობის წვდომა სერვისების ფართო სპექტრზე. ამჟამად სოფლის ჰკდ-ის დაწესებულებების რემონტი მიმდინარეობს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხარდაჭერით, ხოლო ტელემედიცინის შესაძლებლობების განვითარებას ახორციელებს „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი“ ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტის მხარდაჭერით. რეფორმის პროცესის დაგეგმვისა და განხორციელების გასაუმჯობესებლად სამინისტრომ შექმნა ჰკდ-ის საკოორდინაციო საბჭო. რეფორმების წარმატებით განხორციელებისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი იქნება ჰკდ-ზე მომუშავე ქვედანაყოფის მეშვეობით ქალაქისა და სოფლის ჰკდ-ის მოდელის გარდაქმნის მართვის ეროვნულ შესაძლებლობებში ინვესტიციის განხორციელება.

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი და მეორე წლები.** მრავალდონიანი ქსელური მიდგომის დანერგვის საკვანძო პრინციპების განსაზღვრა, მათ შორის გადაწყვეტილებები საზიარო მენეჯერული და ადმინისტრაციული ფუნქციების, ქსელის ფარგლებში ჰკდ-ის ახალი საზიარო მომსახურებებისა და შესაბამისი მომსახურების მოცულობის შესახებ. ქსელების ალტერნატიული მმართველობის ფორმების შემუშავება, მათ შორის ქსელების ეფექტურად მუშაობაში „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის“ როლისთვის. დაფინანსებისა და თანხების ნაკადების ალტერნატივების დადგენა, რომლებიც განპირობებულია პაციენტის ქსელში ჩართვით, რეკომენდებული, კაპიტაციაზე დაფუძნებული გადახდის დამუშავებული მეთოდის საფუძველზე (8). სულ მცირე ორი რეგიონის და ამ რეგიონებში მუნიციპალიტეტების შერჩევა, რომლებიც თანახმა იქნებიან ჰკდ-ის ქსელების დაფუძნების დაჩქარებაზე და შეასრულებენ ჰკდ-ის ქსელის სადემონსტრაციო ფუნქციას ჰკდ-ის ახლად განსაზღვრული მოდელის საფუძველზე.
- მინიმალური სტანდარტების შემუშავება და დამტკიცება სოფლის ჰკდ-ის დაწესებულებებისთვის, ჰკდ-ის დაწესებულებაში დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული აღჭურვილობის მოთხოვნების ჩათვლით, მათ შორის: (ა) მინიმალური კომპლექტი, რომელიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ჰკდ-ის ყველა დაწესებულებაში; და (2) სრული კომპლექტი, რომელიც ადვილად ხელმისაწვდომი და მისაღები იქნება ჰკდ-ის დაწესებულებების ქსელის მეშვეობით.
- **მესამე წელი.** ჰკდ-ის ქსელების გაძლიერება ყველა რეგიონში და ადგილობრივ და რეგიონის დონეებზე ახალი საზიარო მომსახურებების შემოღება. ახალი ფუნქციების დანერგვა ისეთი მონაწილეებისთვის, როგორცაა „საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი“ და მისი სამომავლო რეგიონული ფილიალები (თუ ისინი დაფუძნდება რეკომენდაციის შესაბამისად), რომელიც რესურსებით მხარდაჭერას გაუწევს მაღალხარისხიანი მართვის უზრუნველყოფასა და შემდეგი ფუნქციების შესრულებას სისტემის შექმნისთვის:
 - სოფლის ჰკდ-ის დაწესებულებების საჭიროებების შეფასება და დაგეგმვა;

- ზუსტი მონაცემების შეგროვება მომსახურების განვებისა და გამოყენების შესახებ;
- საქმიანობის შედეგების შეფასება და მართვა რეგიონების მასშტაბით;
- ადამიანური რესურსების სტრატეგიის შემუშავება თანამშრომლების დაქირავებისთვის, ტრენინგისა და პროფესიული განვითარებისთვის;
- გაციფრების სტრატეგიის განხორციელება;
- კლინიკური გზების შექმნა; და
- რეგიონებისთვის რესურსების გამოყოფა საჭიროებების შეფასების საფუძველზე, ინვესტიციის დაგეგმვა და შენობების რემონტი.

- **მეთხე წელი.** დაფუძნებული ქსელებისთვის ფუნქციების გაფართოებული სპექტრის მინიჭება, მათ შორის მობილური სერვისების განვება ქსელის ფარგლებში მაღალხარისხიანი მომსახურებების ყველა მაცხოვრებელთან ახლოს მისათანად.

მონიტორინგი და გაუმჯობესება

- მონაცემთა ანალიზისა და გამოყენების ციკლები საჭიროა უწყვეტი, ადგილობრივად მართული გაუმჯობესების კულტურის, როგორც სწავლების ნამდვილი სისტემის, სტიმულირებისთვის.
- საქართველოში მონაცემთა ნაკადები ამჟამად ძირითადად ფოკუსირებულია სისტემის დონეზე მონაცემების შეტანასა და მიღებაზე, ჰჯდ-ის დაწესებულებების მონაცემებთან დაკავშირებით უკუკავშირის ნაკლებად განვითარებული ციკლებით.
- საჭიროა მონაცემებისა და უკუკავშირის სისტემების დანერგვა, რომლებიც საქმიანობის შედეგების შესახებ ინფორმაციას მოგვცემენ ყველა დონეზე, მექანიზმებთან ერთად, რაც უზრუნველყოფს მის გამოყენებას გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

7. ჰჯდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის გადასინჯვა

ჰჯდ-ის საქმიანობის შედეგების მონიტორინგსა და შეფასებას, შედეგების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელთათვის, დაწესებულების მენეჯერებისა და ჰჯდ-ის მიმწოდებლებისთვის (33). აღნიშნული მოიცავს კლინიკური ზრუნვის გაუმჯობესებას დაწესებულების დონეზე, როგორცაა პაციენტთა ჯგუფების მიხედვით არაგადამდები დაავადებების მართვა, ისევე როგორც ქსელებისა და მთლიანად სისტემის ფარგლებში დაწესებულებების მართვა (34). მონაცემთა ანალიზისა და გამოყენების ციკლები საჭიროა უწყვეტი, ადგილობრივად მართული გაუმჯობესების კულტურის, როგორც სწავლების ნამდვილი სისტემის, სტიმულირებისთვის (35,36).

დღეისათვის მოქმედებს ვერტიკალური სისტემები (ძირითადად დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და მისი რეგიონული ფილიალების მეშვეობით) მონაცემების შეტანისა და მიღების რეგულარული მონიტორინგისთვის. შედარებით ნაკლებადაა განვითარებული მონაცემთა ანალიზი და უკუკავშირი ჰჯდ-ის დაწესებულებებისთვის მათი საქმიანობის შედეგების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ

განსაზღვრული პრიორიტეტული სფეროების მიხედვით.

მოსახლეობის დონის საკვანძო ინდიკატორების შესახებ მონაცემები, როგორცაა გართულებები, თავიდან აცილებადი ჰოსპიტალიზაცია და ნაადრევი სიკვდილობა, საჭიროა იმისათვის, რომ დაწესებულებები გადავიდნენ მკურნალობის ისეთ მოდელზე, რომელიც ორიენტირებულია საქმიანობის რეზულტატზე და საბოლოო შედეგზე.

ჰჯდ-ის საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგისა და მართვის ბაზის დანერგვა, რომელიც თითოეულ ჰჯდ-ის დაწესებულებას უზრუნველყოფს საქმიანობის შედეგების მონაცემებზე უკუკავშირით, შესაძლებელს გახდის საქმიანობის შედეგების განსაზღვრულ ნიშნულებთან შედარებასა და ჰჯდ-ის მიმწოდებლებს მისცემთ მხარდამჭერი ზედამხედველობის განხორციელების საშუალებას. აღნიშნულის შედეგად, შესაძლოა, გამოვლინდეს საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც სადემონსტრაციო ფუნქციას შეასრულებს და შიდა ხარისხის გაუმჯობესების კონტროლის წრეები დაინერგება. საქმიანობის შედეგების შესახებ აღნიშნული ინფორმაცია, შესაძლოა, ასევე გამოყენებულ იქნეს გადახდის შეთანხმებების მხარდასაჭერად, რათა ჰჯდ-ის პროფესიონალებსა და მენეჯერებს ჰქონდეთ სტიმული და საჯაროდ ანგარიშგების

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგის

ბაზა შექმნა, ჰჯდ-ის გზამკვლევის განხორციელების ზეგავლენის მონიტორინგისთვის. საჭიროა აღნიშნული საფუძვლების კიდევ უფრო დახვეწა, რათა სრულად აისახოს ორივე, ქალაქსა და სოფლად გარდაქმნების განხორციელება. პარალელურად, საჭიროა ადგილობრივად გაძლიერდეს საქმიანობის შედეგების მართვის სისტემა და მექანიზმები. ამჟამად არსებული სისტემის მიერ წარმოქმნილი ინფორმაცია ხშირად ფრაგმენტულია და მრავალ აქტორზეა ჩაშლილი. საჭიროა საკვანძო პროცესის და საბოლოო შედეგის მაჩვენებლების არჩევის გადასინჯვა მათი გამოყენების დანიშნულების გათვალისწინებით ეფექტური ჰჯდ-სა და ქრონიკული დაავადების მართვის უზრუნველსაყოფად.

პრიორიტეტული ქმედებები

- **პირველი წელი.** ჰჯდ-ის საქმიანობის შედეგების საერთო მონიტორინგის ბაზის ჩამოყალიბება, რომელიც მოიცავს ჰჯდ-ის მომსახურების ახალი მოდელის მონიტორინგის გეგმას და განხორციელების შეფასებას, მკაფიოდ ჩამოყალიბებული შესადაარებელი ნიშნულებით და საქმიანობის შედეგების საკვანძო მაჩვენებლებით, რომლებიც დაეფუძნება მონაცემების შეგროვების, ანგარიშების, ანალიზისა და უკუკავშირის არსებული სისტემის მიმოხილვას.
- **მეორე წელი.** უკუკავშირის „მარყუქების“ დანერგვა თითოეულ დონეზე უწყვეტი სწავლისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად, საქმიანობის ეფექტიანობის გაუმჯობესების მხარდასაჭერად, მათ შორის დანერგვებებში, როგორცაა ხარისხის კომისიები, ჰჯდ-ის საქმიანობის შედეგების განახლებული ბაზის შესაბამისად. ზედმეტი ფორმებისა და ანგარიშების პროცესების გაუქმება.
- **მესამე წელი.** ინვესტიცია ცვლილების წარმატებულ მართვაში მენეჯერების შესაძლებლობების გაუმჯობესებით, მათ შორის დადგენილი საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგისა და მართვის საფუძვლების მენეჯერული გადამწყვეტილებების მიღებისა და ინოვაციებისთვის გამოყენების უნარის გაუმჯობესებით.
- **მეოთხე წელი.** ისეთი სამოტივაციო სტიმულების კიდევ უფრო მეტად შეთანაწყობა, როგორცაა შედეგებზე დაფუძნებული გადახდა პრიორიტეტული მომსახურებებისა და მდგომარეობებისთვის (ბავშვის ადრეული განვითარება და ძირითადი არაგადამდები დაავადებები), რათა უწყვეტად გაუმჯობესდეს საქმიანობის შედეგები.

პოლიტიკის ბერკეტები პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გარდაქმნის მხარდასაჭერად

მმართველობა

ძლიერი ლიდერობა და მმართველობა არსებითად მნიშვნელოვანია ჰჯდ-ის მოდელის რეაქტიულიდან პროაქტიულ მოდელად გარდაქმნისთვის, რომელიც დააკმაყოფილებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებს. მულტისექტორული მმართველობისა და ერთობლივი ლიდერობის სარგებლის აღიარება სულ უფრო მზარდია (4), ერთგული დაინტერესებული მხარეების, მათ შორის პროფესიული ასოციაციების, მიმწოდებლების, პაციენტთა ორგანიზაციებისა და სახელმწიფო ადმინისტრაციის ჩართულობით, რაც ხელს შეუწყობს მდგრად პოლიტიკურ ძალისხმევას.

ძლიერი მმართველობა საჭირო იქნება ასევე ჰჯდ-ის დაწესებულებებისთვის საინვესტიციო გეგმის შემუშავების წარმართვისთვის, ლიცენზიის მოთხოვნების გაძლიერების, შერჩევითი ხელშეკრულებების გაფორმების, შესყიდვების მართვისა და საინფორმაციო სისტემების შექმნისთვის.

ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა, რომელიც რეაგირებას საჭიროებს, არის ადგილობრივი ხელისუფლების ამ პროცესში ჩართვის რეალური დაინტერესებისა და მოტივაციის შეფასება. ამჟამად მომსახურები ძირითადად ცენტრალიზებულად იმართება, ჰორიზონტალური და ადგილობრივი კოორდინირების შესაძლებლობა ნაკლებადაა განვითარებული. ადგილობრივი ხელისუფლების როლი შეზღუდული რჩება, ცენტრალური მთავრობის მოთხოვნები უფრო მეტად თემატური ხასიათისაა, ვიდრე განსაზღვრული მკაფიოდ გამოკვეთილ უფლებამოსილებებში. როგორც წესი, აღნიშნული მოთხოვნები მოიცავს ინფორმაციის გავრცელებაში დახმარებას, ადგილობრივი დაინტერესებული მხარეების შეკრებას ან დაწესებულებებიდან ინფორმაციის შეგროვებას.

ამჟამად ადგილობრივ ხელისუფლებას არ აკისრია ჰჯდ-ის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების რაიმე ოფიციალური მოვალეობა. ამგვარად, თუ ადგილობრივ ხელისუფლებას ოფიციალურად არ მიენიჭა უფლებამოსილება, რომ ამ პროცესის ნაწილი გახდეს, ძალიან მნიშვნელოვანია ისეთი შეთანხმების შემუშავება, რომელიც სტიმულს მისცემს მის მოტივაციას და პროცესში მონაწილეობით დაინტერესებას. ადგილობრივი ხელისუფლებისთვის უფრო მეტი მმართველობის ფუნქციის დელეგირების შესახებ გადაწყვეტილების არარსებობის პირობებში და, ამავე დროს ჰჯდ-ის რეფორმის განხორციელების ფონზე, ქსელური მიდგომის გამოყენება პრაქტიკულ მექანიზმს წარმოადგენს ადგილობრივი ხელისუფლების, როგორც ოფიციალური მოთამაშის, პროცესში ჩასართავად (როგორცაა რეგიონული მრჩეველთა საბჭოების წევრობა).

მნიშვნელოვანია, რომ ცვლილებები ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მოდელში, განსაკუთრებით ცვლილებები მომსახურების ხელმისაწვდომობისთვის პირველი შეხების წერტილებში, მიწოდების ახალი მოდალობებითა და ჰჯდ პროფესიონალების პრაქტიკის მასშტაბით, საჭიროებს საზოგადოებასთან გარკვევით კომუნიკაციას. მოსახლეობისთვის ამ ცვლილებების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და ჯანმრთელობის სისტემაში ჰჯდ-ის იმიჯისა და მნიშვნელობის რეკლამირება ძალიან მნიშვნელოვანია შემოთავაზებული ცვლილებების მხარდასაჭერად. საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების კამპანიები, რაც მოიცავს იმ პაციენტების პოზიტიური გამოცდილების შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას, რომლებმაც სარგებელი მიიღეს ჰჯდ-ის მონიშნულ დაწესებულებებისგან, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს ჰჯდ-ის და პანელში საწყისი განაწილების პროცესის რეკლამირებისთვის, რაც პირველი ნაბიჯი იქნება ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში. მნიშვნელოვანია, რომ ზრუნვის ახალი მოდელის შექმნას თან უნდა ახლდეს სრულად განვითარებული ცვლილების მართვა და კომუნიკაციის სტრატეგია.

დაფინანსება

საჭიროა სათანადო სახელმწიფო დაფინანსება მაღალი ხარისხის, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, ხელმისაწვდომი და ადამიანზე ორიენტირებული ჰჯდ-ის ხედვის რეალიზებისთვის. საქართველოში ჰჯდ-ის

ჯანდაცვის პერსონალი

დაფინანსებას რამდენიმე გამოწვევა ახლავს, როგორცაა სახელმწიფო დაფინანსების შედარებით დაბალი დონე, კომპლექსური თანაგადახდის სისტემა, დაფინანსების ფრაგმენტაცია, შეზღუდული მოცვა მედიკამენტებით ამბულატორიული მკურნალობისას და ჰჯდ-ის მიმწოდებლებისათვის ფინანსური სტიმულის არქონა პაციენტებისთვის პრიორიტეტული მომსახურების განვსათან დაკავშირებით.

საქართველოში სახელმწიფოს მიერ ჰჯდ-ის დაფინანსება ნაკლებია, ვიდრე ჯანმოს ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებში. 2018 წელს ის მთლიანი შიდა პროდუქტის 0.3%-ს შეადგენდა. 2019 წელს ჯანმრთელობის სექტორის მთლიანი ბიუჯეტის მხოლოდ 7% დაიხარჯა ჰჯდ-ზე, რაც 2015 წელს 12%-დან შემცირებას წარმოადგენს (8). მთავრობამ არსებითად უნდა გაზარდოს ჰჯდ-ში სახელმწიფო ინვესტიციები, ჰჯდ უნდა გახდეს საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი და უფასო გამოყენების წერტილში. საჭიროა ასევე მიმწოდებლის გადახდების მოდელის ცვლილება. ჰჯდ-ის ჯანმრთელობის დაფინანსების დეტალური ანალიზისა და პოლიტიკის შესახებ რეკომენდაციებისთვის იხილეთ ჯანმოს პოლიტიკის რეზიუმე „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გადახედვა“ (8).

საქართველოში ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პროფილის ექთნების რაოდენობა და მათი კომპეტენციები არ არის საკმარისი ჰჯდ-ის მომსახურების მნიშვნელოვნად გაფართოებისთვის და მაღალი ხარისხის მომსახურების მდგრადი პერიოდის განმავლობაში შენარჩუნებისთვის. პერსონალს დაბერების დემოგრაფიული პროფილი ახასიათებს, ჯანდაცვის მუშაკების დიდ ნაწილს 15 წელი ამორებს საპენსიო ასაკამდე (60 წელი ქალებისთვის და 65 წელი კაცებისთვის), ხოლო ზოგიერთი მომუშავე ჯანდაცვის მუშაკი კი უკვე საპენსიო ასაკშია (37). მოთხოვნა - სულ მცირე ერთი ექთანი ერთ ოჯახის ექიმზე - დაუყოვნებლივ დაკმაყოფილებას საჭიროებს. ექთნების რაოდენობა მცირე რჩება, ჯანმოს ევროპის რეგიონის სხვა ქვეყნებთან შედარებით, ეს რიცხვი მხოლოდ 542-ს შეადგენდა ყოველ 100 000 მოსახლეზე 2019 წელს (1,38). 2014 წლის შემდეგ ექთნების ექიმებთან ფარდობის კოეფიციენტი არ აღემატება 0.8 ექთანს 1 ექიმზე (1,38). მდგომარეობა, შესაძლოა, არასახარბიელო იყოს პირველად ჯანდაცვაში, განსაკუთრებით სოფლად. ამასთან, 2012 წლიდან 2019 წლამდე ოჯახის ექიმების რაოდენობა, მოწოდებული ინფორმაციით, 1988-დან 2578-მდე გაიზარდა (30%-ით) (37).

ჯანმოს დახმარებით საქართველოში ჩატარდა ჯანდაცვის პერსონალის დაგეგმვისა და მმართველობის სტრუქტურის მიმოხილვა და ჯანდაცვის პერსონალის შეფასება. აღნიშნულ ანგარიშებში მოცემული რეკომენდაციების ფარგლებში, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო პოლიტიკის საკითხებში თანამდებობის პირს ავალებს, წარუძღვეს ჯანმრთელობის დაგეგმვისა და მმართველობისთვის ადამიანური რესურსების საკითხს და შეკრიბოს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომლის შემადგენლობაში შევლენ სამინისტროების, უწყებების, საგანმანათლებლო დაწესებულებებისა და სხვა დაინტერესებული ორგანიზაციების წარმომადგენლები, რომ იმუშაონ ჯანდაცვის პერსონალის დაგეგმვის შესაძლებლობების განვითარებაზე.

საჭიროა ძალისხმევა, რათა საბოლოოდ შემუშავდეს და დამტკიცდეს მედიკამენტების შესახებ კანონპროექტის საბოლოო ვერსია (კანონი სამედიცინო პროდუქტების შესახებ). აგრეთვე, საჭიროა ღონისძიებების გატარება მედიკამენტების დანახარჯების თვალსაზრისით ეფექტურად გამოყენების, რეცეპტის გამოწერის აღსრულებისა და რეცეპტის ელექტრონულად გამოწერის ნახალისებისთვის, ასევე, წარმოების კარგი პრაქტიკის დამკვიდრებისთვის სერტიფიკატის გამცემი უწყების მიერ, „არსებითი მედიკამენტების ნუსხის“ გადასინჯვისთვის, მედიკამენტებზე მაღალი ფასნამატის პრობლემის მოგვარებისა და ინტერესთა კონფლიქტის შეზღუდვისთვის. ერთიანი პროტოკოლებისა და სტანდარტების შემოღებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს დანახარჯების ეფექტურობის სახელმძღვანელო მითითებების შემუშავებასა და დანერგვას. დაბოლოს, საჭიროა ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებისთვის ამბულატორიული მედიკამენტების პროგრამის გაფართოება, რათა მან უფრო მეტი მედიკამენტი და ადამიანი მოიცვას.

მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა და ტელემედიცინა

კარგად გამართული ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა აუცილებელია ჯანმრთელობის, ჯანმრთელობის სისტემის საქმიანობის ეფექტიანობისა და ჯანმრთელობის სტატუსის განმსაზღვრელი ფაქტორების შესახებ საიმედო და დროული ინფორმაციის წარმოქმნის, ანალიზის, გავრცელებისა და გამოსყენების მხარდაჭერისთვის. პაციენტის მკურნალობის ნაკლოვანებების გამოსავლენად და მათი მიმაგრების (პანელების) სტატუსის შესაფასებლად მიმწოდებლებს წვდომა უნდა ჰქონდეთ განაწილებული მოსახლეობის ძირითად მონაცემებზე. ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის საშუალებები აუცილებელია ჰქდ-ის მომსახურებების განხორციელების, მართვისა და განვითარების, მათ შორის სოფლად მომსახურებების გაფართოებისა და განაწილების პროცესის შემოღებისთვის (როგორცაა რეგისტრაცია და სისტემა რეგისტრაციის თითოეული პერიოდის დასრულების შემდეგ ინდივიდუალური მონაცემთა ბაზის განახლებისა და მომსახურებისთვის). კარგად გამართული ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა ასევე საჭიროა ჰქდ-ის მიმწოდებლებსა და მოსახლეობის განაწილებაზე პასუხისმგებელ ორგანიზაციებს შორის მონაცემების გაცვლისთვის, საქმიანობის ეფექტიანობის მონიტორინგისა და გადახდისთვის. ჰქდ-ის მიმწოდებლებმა უნდა შეძლონ სამიზნე ჯგუფში შემავალი პაციენტების შესახებ ელექტრონული ანგარიშის გაგზავნა და იმ პაციენტებზე თვალყურის მიდევნება, რომელთა მკურნალობა სახელმძღვანელო მითითებების შესაბამისად არ უტარდებათ. მონაცემების ხელმისაწვდომობის მიხედვით, ეს პლატფორმა ხელს უნდა უწყობდეს ასევე ჯანმრთელობის საბოლოო შედეგების მონიტორინგსა და მონაცემების ანალიზს საქმიანობის შედეგების საფუძველზე დაფინანსებისთვის.

ტელემედიცინის მომსახურება აუცილებელია მაღალი ხარისხის მომსახურების სოფლის ტერიტორიებზე შორეულ ადგილებში მცხოვრებ მოსახლეობასთან ახლოს მისაღწევად. ტელემედიცინის აღჭურვილობა შეძენილ იქნა 50 სოფლის ჰქდ-ის ცენტრისთვის, ხოლო დამატებით 50 ცენტრი აღიჭურვება 2023 წელს. ამ აღჭურვილობის მიმღებ ცენტრებს შეუძლიათ ტელეკონსულტაციის ჰაბის ფუნქციის შესრულება დისტანციური კონსულტაციების გასაწევად რაიონის რამდენიმე სოფლის დაწესებულებისთვის (ჰქდ-ის ადგილობრივი ქსელის ფარგლებში). პაციენტებთან დისტანციურ კონსულტაციასთან ერთად ამ აღჭურვილობის საშუალებით შესაძლებელია ახალი სამუშაო მეთოდის დანერგვა - დისტანციური კონსულტაციები მიმწოდებლებს შორის, რომლის მეშვეობით ოჯახის ექიმი სპეციალისტებს უკავშირდება ქალაქში და განიხილავს კლინიკური მართვის გეგმას რამდენიმე პაციენტისთვის, რომლებიც სარგებელს მიიღებენ სპეციალისტის რჩევის შედეგად. აღნიშნული ტელემედიცინის ჰაბების გამოყენება ასევე შესაძლებელია საგანმანათლებლო და პროფესიული განვითარების მიზნებისთვის.

სოფლის ტელემედიცინის ჰაბებში გამოყენებულ თანამედროვე აღჭურვილობასთან ერთად პარალელურად შესაძლებელია უფრო დაბალი ღირებულების და პორტაბელური ალტერნატივების შექმნა ტელემედიცინისთვის, ოჯახის ექიმებისა და ექთნების მიერ უფრო ფართო გამოყენებისთვის. მაგალითად, ჰქდ-ის მიმწოდებელს შეუძლია რჩევა და სახელმძღვანელო მითითებები მიიღოს ელფოსტის ან ტელეფონის მეშვეობით არაგადამდები დაავადებების მართვაში დასახმარებლად, პაციენტების წინასწარი შეფასებისთვის და დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მისაღებად. მისი უპირატესობაა შედარებით მცირე დანახარჯები, ამასთან, ლოგისტიკის თვალსაზრისით ნაკლებ გამონკვევებთან არის დაკავშირებული, რადგან ზოგიერთი ან ყველა კონსულტაცია შეიძლება ასინქრონული იყოს, ისე რომ აუცილებელი არ არის ოჯახის ექიმი და სპეციალისტი ერთდროულად იყვნენ სპეციალიზებული აღჭურვილობით ხელმისაწვდომი. ფიჭური ტელეფონების პერიფერიულ მოწყობილობებთან ერთად გამოყენება ასევე იძლევა ტელემედიცინის გამოყენების შესაძლებლობას სახლში ვიზიტებისას, რაც მხარდაჭერის მიღების შესაძლებლობას მისცემს ექთნებს უკიდურესად მოშორებულ სოფლებში, სადაც, შესაძლოა, ექიმი მუდამ არ იმყოფებოდეს ადგილზე. ყველა ოჯახის ექიმისა და ზოგადი პროფილის ექთნის 4G სმარტფონებით უზრუნველყოფა აღნიშნულს ხელს შეუწყობს და დაეხმარება მათ რეცეპტის გამონერის ელექტრონული სისტემის დაკავშირების გარკვეული პრობლემების გადალახვაში. აღნიშნული შეიძლება მოიცავდეს უფასო პირად ზარებსა და მონაცემებს, რაც დამსაქმებლისგან მიღებული მნიშვნელოვანი შეღავათი იქნება.

საჭიროა მიმწოდებლებისა და სპეციალისტების გადახდის ანაზღაურების მექანიზმების გადასინჯვა, რათა ამ ციფრული სერვისის საშუალებების გამოყენება მიმზიდველ ალტერნატივად იქცეს ან სულ მცირე უზრუნველყოფილ იქნეს, რომ არ არსებობს მათი გამოყენებისთვის რაიმე სანინააღმდეგო (ან პირიქით, ჭარბად გამოყენების) სტიმული.

საქართველოში
 ჰჯდ მოდელის
 გასაძლიერებლად
 შვიდ
 პრიორიტეტულ
 სფეროში
 გასატარებელი
 პრიორიტეტული
 ღონისძიებები

	წელი 1	წელი 2	წელი 3	წელი 4
ხელახლა განსაზღვრეთ ჰჯდ-ს მომსახურებათა პაკეტი, განუული მომსახურებების მასშტაბის ეტაპობრივად გაზრდით				
ხელახლა განსაზღვრეთ ჰჯდ მომსახურებები პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებებისთვის და ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის განსაზღვრულ მომსახურებათა პაკეტის ფარგლებში	●			
მკაფიოდ განსაზღვრეთ ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნების და ვიწრო სპეციალისტების მიერ პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის გასაწევი მომსახურების მოცულობები	●			
უზრუნველყავით განახლებულ მომსახურებების პაკეტთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკისა და მედიკამენტების მისაღებ ფასად ხელმისაწვდომობა		●		
უზრუნველყავით ხელმისაწვდომობა უფრო ფართო სპექტრის მომსახურებაზე, რაც მოიცავს ანტენატალურ ზრუნვას, ტუბერკულოზს, აივ-ს, განათლებას ჯანმრთელობის საკითხებზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების შემდგომ განვითარებას			●	
მიიღეთ ზომები მომსახურებათა პაკეტის განხილვის უწყვეტობის უზრუნველყოფის მიზნით				●
დანერგეთ ახალი კლინიკური პროტოკოლები, სახელმძღვანელო მითითებები და „პაციენტის გზა“ პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის				
განახორციელეთ განახლებული კლინიკური პროტოკოლი პრიორიტეტული არაგადამდები დაავადებებისთვის და ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის	●	●		
უზრუნველყავით „პაციენტების გზის“ შესაბამისობა ზრუნვის ახალ მოდელთან, პრიორიტეტული მდგომარეობებისთვის მიმართვიანობის სისტემის ჩათვლით	●	●		
დანერგეთ კლინიკური პროტოკოლების და სახელმძღვანელო მითითებების რუტინული განხილვისა და განახლების ახალი პროცესი			●	●

	წელი 1	წელი 2	წელი 3	წელი 4
უზრუნველყავით მოსახლეობის მიმწოდებლებზე იმგვარი მიმაგრება, სადაც დაბალანსებულია ჰჯდ-ის აქცენტი თემზე და პიროვნების უფლება, თავად აირჩიოს მიმწოდებელი				
განსაზღვრეთ პანელის ოპტიმალური ზომების სტანდარტები სოფლის ჰჯდ-სთვის	●			
უზრუნველყავით სტანდარტებით პაციენტების უფლების დაცვა, თავად აირჩიონ თავიანთი ჰჯდ მიმწოდებელი ადმინისტრაციული ერთეულის ფარგლებში და ასევე უფასოდ შეცვლის თავისუფლების დაცვა	●			
დაადგინეთ მმართველობის მექანიზმები მიმაგრების პროცესისთვის		●		
განახორციელეთ ინვესტირება ქმედუნარიანობის გაზრდაში მიმაგრების და პანელის მართვის მხარდასაჭერად			●	
განახორციელეთ ინვესტირება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების ოპტიმალურ მონიტორინგში და შეფასებაში ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების გამოყენებით			●	
განახორციელეთ სოფლად მოსახლეობის პანელების ოპტიმიზაცია, ურბანული მოსახლეობის შემთხვევაში ის არ უნდა აღემატებოდეს 2000 პაციენტს ჰჯდ-ს თითოეულ გუნდზე			●	
უზრუნველყავით, რომ პანელის მართვა მოიცავდეს სამიზნეების დასახვას და მათი მიღწევისთვის მუშაობას, შეაფასეთ ნაკლოვანებები ქრონიკული დაავადების მართვაში, იმუნიზაციასა და დანიშნული მკურნალობის დაცვასთან მიმართებით				●
განახორციელეთ პირველადი ჯანდაცვის რეორიენტაცია თემის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე უკეთესი რეაგირებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის მხარდაჭერისთვის				
შეისწავლეთ მიმაგრებული მოსახლეობა, შექმენით თემის პროფილები და გამოიყენეთ ციფრული ინსტრუმენტები რისკის სტრატეგიკაციის და მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგების მონიტორინგის მიზნით	●			
გააძლიერეთ ჰჯდ-ს და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესიონალების შესაძლებლობები მუნიციპალიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებში და დააკავშირეთ ისინი ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაფასებლად, პრიორიტეტების დასადგენად, რისკის სტრატეგიკაციისა და მოსახლეობის სამიზნეების და სისტემების შესაქმნელად		●		

	წელი 1	წელი 2	წელი 3	წელი 4
კიდევ უფრო გაზარდეთ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სპეციალისტების შესაძლებლობები ტრენინგებში ინვესტირებით და ინტეგრირებული მიდგომების, ინსტრუმენტების დანერგვით მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზისთვის			●	
ჩართეთ მუნიციპალიტეტები, რათა პოლიტიკურ დღის წესრიგში ჯანმრთელობას მიანიჭონ პრიორიტეტი, მულტისექტორული ქმედების ხელშეწყობისა და ჰჯდ-ს ანგარიშვალდებულების მექანიზმების ჩამოყალიბების მიზნით, მოსახლეობის ჯანმრთელობის საბოლოო შედეგების მისაღებად				●
უზრუნველყავით პირველადი ჯანდაცვის გუნდების პროფილის შესაბამისობა მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებსა და მომსახურების განახლებულ პაკეტთან				
ჩამოაყალიბეთ სამინისტროში ქვედანაყოფი, რომელსაც ჯანდაცვის პერსონალის შეფასებისა და სტრატეგიული დაგეგმვის შესაძლებლობა და უფლებამოსილება ექნება	●			
შეიმუშავეთ ჰჯდ-ის პერსონალის სტრატეგია, სადაც პრიორიტეტი მიენიჭება ოჯახის ექიმებისა და საოჯახო მედიცინის კომპეტენციების თანაბარ განაწილებას	●			
განსაზღვრეთ ჰჯდ გუნდებისთვის მინიმალური მოთხოვნები ერთი ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მისამარებლად ერთ ექიმზე	●			
მკაფიოდ განსაზღვრეთ ჰჯდ-ის მიმწოდებლების ფუნქციები და მოვალეობები, მათ შორის ლაბორატორიისა და დიაგნოსტიკის, ყველაზე გავრცელებული მდგომარეობებისთვის და დაადგინეთ მიმართვის მოთხოვნები	●			
განსაზღვრეთ სამართლებრივი, საზოგადოებრივი და ორგანიზაციული პირობები ზოგადი პრაქტიკის ექთნების პროფესიონალური ავტონომიის გასაზრდელად	●			
შეიმუშავეთ სოციალური მუშაკების და დამხმარე ექთნების კომპეტენციებისა და პასუხისმგებლობების მოთხოვნები, ჰჯდ გუნდებისთვის წარსადგენად	●			
განაახლეთ ზოგადი პრაქტიკის ექთნების კომპეტენციები ახალი მომსახურებების და პრიორიტეტული კლინიკური მდგომარეობების ამოცანების შესაბამისად		●		
განახორციელეთ ინვესტიცია ოჯახის ექიმების არაგადამდები დაავადებების მართვის, ბავშვის ადრეული განვითარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების ტრენინგებში, ჰჯდ-ის მომსახურებების ახალი პაკეტისა და მოსალოდნელი ახალი ფუნქციებისა და მოვალეობების შესაბამისად		●		

	წელი 1	წელი 2	წელი 3	წელი 4
დანერგეთ ჰჯდ-ის პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების უფრო სისტემური პროცესი, რათა მუდმივად გაუმჯობესდეს მკურნალობის ხარისხი და დაიხვეწოს პაციენტის გამოცდილება			●	
ჰჯდ-ის ქსელებში შექმენით ჰჯდ-ის პროფესიული განვითარების ლიდერების ჯგუფი, რომელიც წვლილს შეიტანს უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარებასა და დანერგვაში, ასევე შესაძლებლობების განვითარების სხვა ინოვაციური ინიციატივების განხორციელებაში			●	
დანერგეთ ქსელური მიდგომის ფარგლებში მუშაობის მულტიდისციპლინური გზები, რომელიც მოიცავს ადამიანური რესურსების უფრო ფართო სპექტრის საზიარო გამოყენებას გუნდების გასაფართოებლად				●
წარადგინეთ ახალი ტიპის სოციალური მუშაკები რომლებიც მუშაობენ მოწყვლად პაციენტებთან ქსელის ფარგლებში				●
მნიშვნელოვნად გააუმჯობესეთ რეგიონებში პირველადი ჯანდაცვის მართვა ქსელური მიდგომის დანერგვით				
განსაზღვრეთ მრავალდონიანი ქსელური მიდგომის დანერგვის საკვანძო პრინციპები, მათ შორის გადანაცვლებები საზიარო მენეჯერული და ადმინისტრაციული ფუნქციების შესახებ, ქსელის ფარგლებში ჰჯდ-ის ახალი საზიარო მომსახურებები და შესაბამისი მომსახურების ზონები	●	●		
შეიმუშავეთ ქსელების მმართველობის ვარიანტები, მათ შორის საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის როლისთვის, ქსელის ეფექტურად მართვის მიზნით	●	●		
შეიმუშავეთ ალტერნატივები დაფინანსებისა და თანხების ნაკადებისთვის, რომლებიც განპირობებულია პაციენტის ქსელში ჩართვით, რეკომენდებული, კაპიტაციაზე დაფუძნებული გადახდის დამუშავებული მეთოდის საფუძველზე	●	●		
შეარჩიეთ სულ მცირე ორი რეგიონი და ამ რეგიონებში მუნიციპალიტეტები, რომლებიც თანახმა არიან ჰჯდ-ის ქსელების დაფუძნების დაჩქარებაზე და შეასრულებენ ჰჯდ-ის ქსელის სადემონსტრაციო ადგილის ფუნქციას ჰჯდ-ის ხელახლა განსაზღვრული მოდელის საფუძველზე	●	●		
შეიმუშავეთ და დაამტკიცეთ მინიმალური სტანდარტები სოფლის ჰჯდ-ის დანესებულებებისთვის, მათ შორის ჰჯდ-ის დანესებულებაში დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული აღჭურვილობის მოთხოვნები	●	●		
გააძლიერეთ ჰჯდ-ის ქსელები ყველა რეგიონში და ადგილობრივ და რეგიონის დონეებზე შემოიღეთ ახალი საზიარო მომსახურებები			●	

	წელი 1	წელი 2	წელი 3	წელი 4
მიანიჭეთ დაფუძნებულ ქსელებს ფუნქციების გაფართოებული სპექტრი, მათ შორის მობილური მომსახურებების განვითარების ფარგლებში				●
გადასინჯეთ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა შედეგების მონიტორინგისა და ხარისხის გაუმჯობესებისთვის				
შექმენით გაერთიანებული ჰჯდ მუშაობის მონიტორინგის ჩარჩო რომელიც მოიცავს ახალი ჰჯდ მომსახურების მოდელის მონიტორინგის და შეფასების განხორციელების გეგმას	●			
დანერგეთ უკუკავშირის „მარყუქები“ თითოეულ დონეზე უწყვეტი სწავლისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად, საქმიანობის შედეგების გაუმჯობესების მხარდასაჭერად		●		
განახორციელეთ ინვესტიცია ცვლილების წარმატებულ მართვაში მენეჯერების შესაძლებლობების გაუმჯობესებით, მათ შორის დადგენილი საქმიანობის შედეგების მონიტორინგისა და მართვის საფუძვლების მენეჯერული გადაწყვეტილებების მიღებისა და ინოვაციებისთვის გამოყენების უნარის გაუმჯობესებით			●	
უზრუნველყავით სამოტივაციო სტიმულების კიდევ უფრო მეტად შესაბამისობა, როგორცაა შედეგებზე დაფუძნებული გადახდა პრიორიტეტული მომსახურებებისა და მდგომარეობებისთვის, რათა უწყვეტად გაუმჯობესდეს საქმიანობის შედეგები				●

გამოყენებული ლიტერატურა

1. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Health systems in action: Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349232>, accessed 6 March 2023).
2. European Health Information Gateway [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (<https://gateway.euro.who.int/en/>, accessed 6 March 2023).
3. Primary health care: key facts. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, accessed 6 March 2023).
4. WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>, accessed 6 March 2023).
5. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Global Health*. 2022;10:e715–72. DOI:10.1016/S2214-109X(22)00005-5.
6. Haque M, Islam T, Rahman N, McKimm J, Abdullah A, D’hingra S. Strengthening primary health-care services to help prevent and control long-term (chronic) non-communicable diseases in low- and middle-income countries. *Risk Management Health Policy*. 2020;13:409–26.
7. Quality of primary health care in Georgia. Copenhagen WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345698>, accessed 6 March 2023).
8. Rethinking primary health care financing in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350562>, accessed 6 March 2023).
9. WHO, UNICEF. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>, accessed 6 March 2023).
10. Realising the full potential of primary health care. Paris: OECD; 2019.
11. Georgia Human Capital Program. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P175455>, accessed 6 March 2023).
12. Transformative human capital program launched in Georgia, with World Bank AFD support. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/10/25/transformative-human-capital-program-launched-in-georgia-with-world-bank-and-afd-support>, accessed 6 March 2023).
13. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>, accessed 6 March 2023).
14. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348984>, accessed 6 March 2023).
15. WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Georgia, abridged version. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341166>, accessed 6 March 2023).
16. Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, De Belvis AG, Gandré C, Isaksson D et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: a review of twelve high-income countries. *Health Policy*. 2021;125:1507–16. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.

17. Bearden T, Ratcliffe HL, Sugarman JR, Bitton A, Anaman LA, Buckle G et al. Empanelment: a foundational component of primary health care. *Gates Open Res.* 2019;3:1654. DOI: 10.12688/gatesopenres.13059.1.
18. Population health management: empanelment. Primary Health Care Performance Initiative; 2019 (<https://www.improvingphc.org/sites/default/files/Empanelment%20-%20v1.2%20-%20last%20updated%2012.13.2019.pdf>, accessed 6 March 2023).
19. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020.
20. van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract.* 2010;16:947–56. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x.
21. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65. DOI: 10.1186/1472-6963-10-65.
22. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle- income countries. *J Gen Intern Med.* 2017;32:566–71. DOI: 10.1007/s11606-016-3898-5.
23. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract.* 2010;27:171–8. DOI: 10.1093/fampra/cmp099.
24. Enis B, Silverman R, Wang H, Zhao F, Pate M. Walking the talk: reimagining primary health care after COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2022.
25. Dahrouge S, Hogg W, Younger J, Muggah E, Russell G, Glazier RH. Primary care physician panel size and quality of care: a population-based study in Ontario, Canada. *Ann Fam Med.* 2016;14:26–33. DOI: 10.1370/afm.1864.
26. Green LV, Savin S, Murray M. Providing timely access to care: what is the right patient panel size? *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:211–8. DOI: 10.1016/s1553-7250(07)33025-0.
27. Raffoul M, Moore M, Kamerow D, Bazemore A. A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable. *J Am Board Fam Med.* 2016;29:496–9. DOI: 10.3122/jabfm.2016.04.150317.
28. Jing R, Mahmoudi E, Lai X, Zhang H, Fang H. The association between panel size and health outcomes of patients with hypertension in urban China: a population-based retrospective cohort study. *J Gen Intern Med.* 2021;36:3402–9. DOI: 10.1007/s11606-021-06681-0.
29. Angstman KB, Horn JL, Bernard ME, Kresin MM, Klavetter EW, Maxson J et al. Family medicine panel size with care teams: impact on quality. *J Am Board Fam Med.* 2016;29:444–51. DOI: 10.3122/jabfm.2016.04.150364.
30. Paige NM, Apaydin EA, Goldhaber-Fiebert JD, Mak S, Miake-Lye IM, Begashaw MM et al. What is the optimal primary care panel size? A systematic review. *Ann Intern Med.* 2020;172:195–201. DOI: 10.7326/M19-2491
31. Deep dive: population health management. Primary Health Care Performance Initiative; 2020 (https://www.improvingphc.org/sites/default/files/Population%20Health%20Management%20deep%20dive%20-%20v1.1%20-%20last%20updated%203.9.2020_0.pdf, accessed 6 March 2023).
32. Competencies for nurses working in primary health care. Copenhagen WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365607>, accessed 6 March 2023).
33. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Part 1: Principles of performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects: background document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350328>, accessed 6 March 2023).
34. Barbazza E, Klazinga NS, Kringos DS. Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. *BMJ Qual Saf.* 2021;30:1010. DOI:10.1136/

bmjqs-2020-011247.

35. Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L et al. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. *J Am Med Inform Assoc.* 2015;22:43–50. DOI: 10.1136/amiajnl-2014-002977.
36. Enticott J, Johnson A, Teede H. Learning health systems using data to drive healthcare improvement and impact: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:200. DOI: 10.1186/s12913-021-06215-8.
37. Georgia human resources for health assessment: October–December 2021. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
38. Georgia health care statistical yearbook, 2019. Tbilisi: National Center for Disease Control and Public Health; 2020.



ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) არის გარეთიანებული ერების ორგანიზაციის სპეციალიზებული სააგენტო, რომელიც 1948 წელს დაფუძნდა და იგი ძირითადად პასუხისმგებელია ჯანდაცვის საკითხებზე და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ოფისი არის მსოფლიო მასშტაბით ექვსი რეგიონის ოფისიდან ერთ-ერთი. თითოეული რეგიონის ოფისი საკუთარ პროგრამას ახორციელებს, რომელიც შემუშავებულია იმ ქვეყნებში ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, რომლებსაც ის ემსახურება.

წევრი სახელმწიფოები

ალბანეთი	ლიეტუვა
ანდორა	ლუქსემბურგი
სომხეთი	მალტა
ავსტრია	მონაკო
აზერბაიჯანი	მონტენეგრო
ბელარუსი	ჰოლანდია
ბელგია	ჩრდ. მაკედონია
ბოსნია და ჰერცეგოვინა	ნორვეგია
ბულგარეთი	პოლონეთი
ხორვატია	პორტუგალია
კვიპროსი	მოლდოვის რესპუბლიკა
ჩეხეთი დანია	რუმინეთი
ესტონეთი	რუსეთის ფედერაცია
ფინეთი	სან-მარინო
საფრანგეთი	სერბეთი
საქართველო	სლოვაკეთი
გერმანია	სლოვენია
საბერძნეთი	ესპანეთი
უნგრეთი	შვედეთი
ისლანდია	შვეიცარია
ირლანდია	ტაჯიკეთი
ისრაელი	თურქეთი
იტალია	თურქმენეთი
ყაზახეთი	უკრაინა
ყირგიზეთი	გარეთიანებული სამეფო
ლატვია	უზბეკეთი

WHO/EURO:2023-7565-47332-69449

WHO European Centre for Primary Health Care

UN Plaza
303 Baizakova Street
Almaty A15G7T0
Kazakhstan

Email: eurocphc@who.int
Website: [https://www.who.int/europe/teams/centre-for-primary-health-care-\(kaz\)](https://www.who.int/europe/teams/centre-for-primary-health-care-(kaz))