

პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველო
tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

<https://doi.org/10.35945/gb.2018.05.044>

საკვანძო სიტყვები: ოჯახის ექიმი, პირველადი ჯანდაცვა, საქართველო

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. „პირველადი ჯანდაცვა“ პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. იგი ერთგვარი „მეკარიბჭეა“ ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავს ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ექიმი პაციენტს ხანგრძლივად, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა ვი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება.

პირველადი ჯანდაცვის კიდევ ერთი გამორჩეული ნიშანია ყოვლისმომცველობა, კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობას ეწევიან.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება, იცოდეს, თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ამ მხრივ, პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებული ფუნქცია. ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგობარი, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას (ვერულავა & სხვანი, 2017; Verulava, 2017a).

მკვლევების აზრით, ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, მაღალია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა დაკმაყოფილება, მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით (Starfield, 1998), დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები (Macinko, 2003). ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა (სმესც, 2005). გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს

პაციენტი ცდილობს, თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები (Verulava, 2017b).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ვეროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ვეროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა (ვერულავა, 2015a). ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში (ვერულავა, 2016). ცნობილი გახდა, რომ უახლოეს მომავალში ჯანდაცვის სამინისტრო პირველადი ჯანდაცვის რგოლის რეფორმას გეგმავს, რაც ოჯახის ექიმის როლის გაძლიერებას და სამედიცინო საჭიროებების უფრო ეფექტიან მართვას გულისხმობს.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახისექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტსამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებისთვის აუცილებელი ნაბიჯებია.

რეფორმირების საწყის ეტაპზე უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები. მრავალი ქვეყნის გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმებია:

- ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;
- ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების

ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

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

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმ ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია (ვერულავა, 2015ბ).

სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება (ვერულავა, 2015გ). ასევე, უნდა ხელშეწყობდეს სახელმწიფოს მხრიდან ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ ნმთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა, რომლებიც გარკვეული პერიოდულობით უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე პირველადი ჯანდაცვის

მომსახურებას გაწევენ. ამ მხრივ, ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის გუნდი (1 ექიმი, ერთიექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტური საშუალებაა. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი...) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. შედეგად, ხშირია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა. ამისათვის საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მათი შეთანხმებული მუშაობა. ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯთ-ეფექტურად გაწევას.

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

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშეწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამისნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს, აუცილებელია, სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არა მარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფ-

ლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

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

ლიტერატურა:

1. Macinko J et al (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.*
2. Verulava, T., Maglakelidze, T., Jorbenadze, R. (2017a) Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. *Eastern Journal of Medicine*, 22 (3): 103-109.
3. Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R. (2017b). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Medical News*, 264 (3): 135-139.
4. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი – სმესც (2005). პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა.
5. Starfield B. (1998). *Primary Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
6. ვერულავა, თ. (2015ა). პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ჟურნალი “ლიბერალი”. 17.07.
7. ვერულავა, თ. (2015ბ). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო.
8. ვერულავა, თ., ბეჭვაია, ჯ. (2015გ). სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო – ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში. *სამართალი და ეკონომიკა* (6), 74-86.
9. ვერულავა, თ. (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
10. ვერულავა, თ., ასრათაშვილი, ა., ქაფიანიძე, შ., წიქორიძე, თ., მინდიაშვილი, ს. (2017). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 69-73.

CHALLENGES AND PROBLEM IN PRIMARY HEALTH CARE IN GEORGIA

TENGIZ VERULAVA

Academic Doctor of Medicine,
Ilia State University, Georgia
tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

<https://doi.org/10.35945/gb.2018.05.044>

KEYWORDS: FAMILY DOCTOR, PRIMARY HEALTHCARE, GEORGIA

SUMMARY

Primary health care has an important role in the organizational arrangement of health care system. Without a fundament of primary health care system it is impossible to build anything. The primary health care system reflects on the quality population health, the availability of health services and the cost of spending on the health care. The family doctor's institute and primary health care system in Georgia have not been developed with regarding international

standards. The lack of primary care system in Georgia indicates that the referral to outpatient medical facilities is considerably lower than the European countries. The reason for this is the lack of confidence in primary care institutions and the absence of comprehensive primary health care system in the country. It is necessary to develop a family doctor's institute in Georgia. This requires the promotion of continuous medical education of family doctors, optimal geographical distribution of primary health care institutions.