

პირველადი ჯანდაცვის მენეჯმენტის სრულყოფის ზოგიერთი ასპექტი

Some Aspects of Improving Primary Care Management

მარიამ მგელაძე - დოქტორანტი, საქართველოს უნივერსიტეტი,
m.mgeladze91@yahoo.com

Mariam Mgeladze - PhD student, University of Georgia
m.mgeladze91@yahoo.com

რეზიუმე. 2017 წლის მსოფლიო ბანკის მონაცემებზე დაყრდნობით, საქართველო საშუალოზე დაბალი შემოსავლის ქვეყანას მიეკუთვნება. მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ჯანმრთელობაზე დანახარჯები მნიშვნელოვან ზრდას განიცდის, ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის საქართველო ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა ჯანდაცვაზე დანახარჯის წილით. ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ითვალისწინებს მრავალი ცვლილების გატარებას, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის კუთხით, რადგან ეს რგოლი არის პაციენტთან პირველი კონტაქტის ადგილი. ძლიერ პირველად ჯანდაცვას, კი აქვს შესაძლებლობა, რომ უმეტესწილად დააკმაყოფილოს პაციენტის საჭიროებები.

ჯანდაცვის სექტორში არსებული რეფორმების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის დეფინიცია, სისტემის ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი და მარეგულირებელი გარემო, სუსტი უკუკავშირი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა (პჯდ) და ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს შორის, მომსახურების ფრაგმენტულობა, ნაკლები ყურადღება დაავადებათა პრევენციაზე, მათ ადრეულ გამოვლენასა და მართვაზე. შესაბამისად, საკმაოდ აქტუალურ პრობლემად რჩება პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისა და მენეჯმენტის სტრატეგიების შემუშავება.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხები, ჯანდაცვის მენეჯმენტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

Abstract. According to the World Bank 2017 data, Georgia belongs to a lower-middle income country. Despite of spending on health has grown significantly in recent years, Georgia is one of the last countries in the European region with a share of health care spending. The reform of the current healthcare system in the country involves many changes, including primary care, as this is the first point of contact with the patient. Strong primary health care has the potential to meet the needs of most patients.

Despite the reforms of the health sector, the definition of primary health care remains a challenge, the system model and organizational structure of the regulatory environment, poor feedback from primary care (primary health care) and hospital facilities, the

fragmentation of services, with less attention to disease prevention, including early detection and management.

Keywords: primary health care, health financing issues, health management, public health, primary care institutions, World Health Organization.

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს. ჯანსაღი საზოგადოება ქვეყნის სოციალურ მდგომარეობის განმსაზღვრელია და სწორედ ამიტომ, საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სახელმწიფო ინტერესის საგანია.

2019 წლის დასაწყისში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ განისაზღვრა და გამოქვეყნდა გლობალური ჯანდაცვის 10 ყველაზე მნიშვნელოვანი საფრთხე. ესენია: ჰაერის დაბინძურება და კლიმატის ცვლილება, არაგადამდები დაავადებები, გრიპის გლობალური პანდემია, სუსტი და მოწყვლადი გარემოცვები, ანტიმიკრობული რეზისტენტობა, ებოლა და სხვა მაღალი საშიშროების პათოგენები, სუსტი პირველადი ჯანდაცვა, ვაქცინაციისგან თავის არიდება, დენგეს დაავადება და აივ/შიდსი. (მიქავა ნინო, 2019) აღნიშნულ ანგარიშში საკმაოდ დიდი ყურადღება აქვს დათმობილი სწორედ პირველადი ჯანდაცვას და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. იქედან გამომდინარე, რომ პაციენტისთვის პირველადი ჯანდაცვა არის პირველი რგოლი კონტაქტისა, მას უნდა აწვდიდეს ყოვლისმომცველ, ხელმისაწვდომ, სათემო პრინციპზე დაფუძნებულ მომსახურებას მთელი ცხოვრების მანძილზე. პჯდ-ს ყოვლისმომცველი დეფინიცია შესაძლოა ასე ჩამოყალიბდეს: ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილება ყოვლისმომცველი მასტიმულირებელი, დამცავი, პრევენციული, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური დახმარებით მთელი ცხოვრების მანძილზე. პირველადი ჯანდაცვა განკუთვნილი უნდა იყოს ინდივიდებისთვის და მათი ოჯახებისთვის, სტრატეგიული პრიორიტეტების მინიჭება უნდა ხდებოდეს საკვანძო ჯანდაცვის სერვისებისთვის, რომლის მიწოდებაც ხდება პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით და მოსახლეობისთვის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისებით. პჯდ განიხილება როგორც ინტეგრირებული ჯანდაცვის სერვისების სტრატეგიული ელემენტი. (კომიტეტი, 2017)

ევროპაში ჯანდაცვის სისტემა მრავალი ყოფითი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდა, ესენი იყოს: დემოგრაფიული ცვლილებები (ემიგრაცია, მოსახლეობის დაბერება), მოსახლეობის ავადობის ზრდა, ჯანდაცვის არათანაბარი მაჩვენებელი, სოციალური უთანასწორობის ზრდა, ღირებულებების თვალსაზრისით ახალი სადიაგნოსტიკო და თერაპიული საშუალებები და ყოველივეს პარალელურად, მზარდი სახელმწიფო მოთხოვნილებები და მოლოდინები. შედეგად ჯანდაცვა საკმაოდ ძვირი ღონისძიებაა, სახელმწიფო დანახარჯები მუდმივად არასაკმარისია, ხოლო მოსახლეობისათვის გადახდა სავალდებულო აღმოჩნდა.

ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებს უწევთ გააკეთონ საბოლოო არჩევანი სახელმწიფო ფულის ხარჯვასთან მიმართებაში, რაც მოიცავს ჯანდაცვის პრიორიტეტების დადგენას, რესურსების თანასწორად გადანაწილების, მომარაგებისა და განვითარების რაციონალიზაციას, ჯანდაცვის ინსტიტუციების კოორდინაციას. (el, 2009)

პირველად ჯანდაცვას, რომელიც შეჰიდიდულია ზოგად პრაქტიკასთან, უნარი აქვს გამოასწოროს ჯანდაცვის დანახარჯების ეფექტურობა, მაკოორდინებელი ქმედებები და პერსონალის გულისხმიერება, ამავე დროს შეამციროს არასასურველი ეფექტები დაკავშირებული უთანასწორობასთან. მიუხედავად ამ შესაძლებლობის არსებობისა, თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში (მათ შორის ამერიკას წამყვანი პოზიცია უკავია), მოსახლეობა სპეციალისტების მომსახურება უფრო ინტენსიურია, ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის, თუმცა ამის არანაირი მეცნიერული გამართლება არ გააჩნია. პირველადი ჯანდაცვა აშკარად იაფია, რადგანაც მას ნაკლებად ძვირი ტექნოლოგია და იაფი მუშა ხელი ჰყავს, ვიდრე საავადმყოფოებს. ვერც ერთი ქვეყანა ვერ გაექცევა კონფლიქტს, მზარდ მოთხოვნებს, ჯანდაცვის ღირებულებებსა და საზოგადოების შესაძლებლობებს შორის. პირველად ჯანდაცვაზე არჩევანის გაკეთება არა მარტო მისი ნაკლებ ფასთანაა დაკავშირებული, არამედ მის პოტენციალთან კოორდინირება და ხელმძღვანელობა გაუწიოს, ქრონიკული მდგომარეობებისა (ავადობის), ეკონომიკური და სოციალური უთანასწორობის, მავნე ზემოქმედებას ჯანდაცვის მდგომარეობაზე.

პჯდ საკვანძო როლს ასრულებს ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირებაში, ჯანმრთელობის ძირითად (სოციალურ) დეტერმინანტებზე ფოკუსირებით და მთელი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებით,

რომელიც დაავადებათა პრევენციასა და კეთილდღეობის პოპულარიზაციაზე მიმართული. ორივე მათგანი ამცირებს ინდივიდის მოვლის საჭიროებას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას (გართულებულ, უფრო ძვირადღირებულ მკურნალობაში რომ არ გადაიზარდოს).

ერთ-ერთ პრობლემას წარმოადგენს ისიც, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მფლობელები, სხვა იურიდიულ პირთა შორის არიან კერძო სადაზღვევო და ფარმაცევტული კომპანიები. პრივატიზაციისა და დეცენტრალიზაციის პროცესის შედეგად დაწესებულებების უმრავლესობა დამოუკიდებელია მათი საკუთრების ფორმის, მართვისა და მენეჯმენტის თვალსაზრისით. სურათი ქვეყანაში არსებული ჰოსპიტალური ქსელის საკუთრების ფორმის მიხედვით, რადიკალურად განსხვავდება მსოფლიოს განვითარებული თუ განვითარებადი ქვეყნებისგან. ევროპის რეგიონის ქვეყნებში სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოების ხვედრითი წილი მთლიან რაოდენობაში 60%-დან 75%-მდე მერყევობს, მაშინ როდესაც საქართველოში 15%-ია. სახელმწიფო საკუთრებაში უმეტესწილად იმყოფება სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები (ფსიქიატრიული, ფთიზიატრიული, ნარკოლოგიური და სხვა სერვისები). (კომიტეტი, 2017)

პჯდ-ს მდგრადი განვითარებისთვის აუცილებელია პოლიტიკური ლიდერობა, რომელიც პრიორიტეტს ანიჭებს პირველად ჯანდაცვას. დაბალი და საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების შესწავლისას იკვეთება, რომ სუსტი პირველადი ჯანდაცვის განმაპირობებელი ძირითადი ფაქტორებია: პერსონალის არასაკმარისი განათლება და ტრენინგი, არასწორი სტიმულები სისტემაში, დაბალი მოტივაცია, სუსტი ძალისხმევა და საჭირო მასალების არარსებობა (აპარატურა და ა.შ.).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში“ აღწერილია არსებული სიტუაცია, პრობლემატიკა და შესაბამისი რეკომენდაციები. ამავე ანგარიშში ნახსენებია, რომ პირველად ჯანდაცვაზე მიმართული რეგულაციები სუსტადაა შეფასებული. ეს ყოველივე შეფასებულია, როგორც მონაცემთა შეზღუდული გამოყენება პოლიტიკის, მართვის და კლინიკური პრაქტიკის

მიმართულებით სწავლებისთვის და შესრულების გაუმჯობესებისთვის, რაც თავის მხრივ ანგარიშგებაშიც ქმნის ბარიერებს.

საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ 2018 წელს გამოქვეყნდა ანგარიში “Primary Health Care Systems” (PRIMASYS) – Case Study from Georgia. აღნიშნულ ანგარიშში საჭიროებებისა და რეკომენდაციების ნაწილში განხილულია შემდეგი საკითხები: (Chikovani & Sulaberidze, 2018)

- პჯდ სერვისების დაბალი უტილიზაციის და ოჯახის ექიმების მიერ „მეკარიპკეს“ ფუნქციის არაადეკვატური შესრულება;
- ვერტიკალური პროგრამების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში თანდათანობით ინტეგრირება. ეს პჯდ სისტემას უფრო ყოვლისმომცველს და ხარჯთ-ეფექტურს გახდის;
- პჯდ სისტემა ვერ გაძლიერდება ადეკვატური დაფინანსების არქონის პირობებში. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის დაფინანსება უკანასკნელ წლებში გაიზარდა, მაინც დაბალია მაჩვენებელი (მშპ-ს 2.7%). და რაც უფრო შემაშფოთებელია, სახელმწიფოს ფინანსები არაპროპორციულად არის განაწილებული ჰოსპიტალურ სერვისებზე, რის შედეგადაც ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს არსებული დაფინანსების პირობების შესაბამისად საუკეთესო ჯანდაცვის შედეგების მიღებას.

დღეს საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში არსებული კაპიტაციური დაფარვა არაა საკმარისი პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციას არსებული დაფინანსებით არა აქვს მოტივაცია/შესაძლებლობა იზრუნოს სამედიცინო და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ეს სიტუაცია განსაკუთრებით პრობლემურია ჯანდაცვის სისტემის მაღალი კომერციალიზაციის პირობებში. კერძო, მომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების წილობრივი მაჩვენებლით საქართველო უნიკალურ ქვეყნად ითვლება მსოფლიოში. არსებული სიტუაციის გამო კერძო, კომერციული დაწესებულებები ცდილობენ მოგების გაზრდის მიზნით სხვადასხვა ხერხებით პაციენტების მიმართვიანობის გაზრდას პირველადი ჯანდაცვიდან სტაციონარში. ასეთი მიდგომა კი ზრდის ხარჯებს არარაციონალურად გადაუდებელ სერვისებზე, არა საჭირო გამოძახებებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და ა.შ. ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის არსებობის შემთხვევაში კი შემცირდება არარაციონალურად გადანაწილებული ხარჯები. ასევე, ხშირია ოჯახის

ექიმების მიერ არასაჭირო რეფერალები სხვადასხვა მიმართულების სპეციალისტებთან, კვლევებზე, სადაც დაზღვეულებს უწევთ თანხის სრულად ჯიბიდან გადახდა, ან თანაგადახდა მაინც. ხშირია ზედმეტი მედიკამენტების დანიშვნის ტენდენცია. ამის მიზეზია ის ფაქტორი, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პირობებში არსებული კაპიტაციური ანგარიშსწორება ვერ უზრუნველყოფს ხარისხიან ჰჯდ მომსახურებას, ასევე, ფარმაცევტული კომპანიების უარყოფითი ზეგავლენაც საკმაოდ თვალშისაცემია. კერძოდ, ოჯახის ექიმებს გააჩნიათ ფინანსური მოტივაცია - რომელსაც ფარმაცევტული კომპანიები თუ ჰოსპიტალური ქსელები აქტიურად ასტიმულირებენ. (Verulava, 2016)

საყურადღებოა ხარჯთ-სარგებლიანობის (cost-benefit) ანალიზის ჩატარება, რათა შეფასდეს იმ ტანხის მოცულობა, რითაც მოხდება სტაციონარულ შემთხვევებზე მკურნალობის დანახარჯის შემცირება და ამ თანხის გამოყენება პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებისათვის. საჭიროა მოხდეს ანალიზი იმისა, თუ რა რაოდენობას ხარჯავს სახელმწიფო სტაციონარული დაავადებების მკურნალობაზე, რომელთა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ეფექტური მართვა, სტაციონარული მკურნალობის საჭიროებას და გადაუდებელი დახმარებას შეამცირებდა.

ფაქტია, რომ დღეს პაციენტები სხვადასხვა მიზეზების გამო არ მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს და ურჩევნიათ პირდაპირ სტაციონარში მიმართონ ექიმებს. საჭიროა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ყველა დონეზე მოხდეს შესაბამისი, კვალიფიციური, პერსონალით უზრუნველყოფა. შესაბამისი კადრების არ არსებობა თუ არასწორად ადამიანური რესურსების მართვა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და მისი “gatekeeping” („მეკარიბჭის“) ფუნქციის გაზრდა. ამავე დროს მნიშვნელოვანია პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია. სამედიცინო დაწესებულებათა მასობრივ პრივატიზაციასა და მარკეტუზაციას შედარებით ჩამორჩება რეგულირების სისტემის ეფექტიანი

ქმედება, რომელმაც უნდა დაიცვას როგორც პაციენტის უფლებები უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ასევე ექიმთა უფლებებს სამედიცინო შეცდომების სისტემური ანალიზისა და მართვის თვალსაზრისით. კვლავ გამოწვევად რჩება ხარისხის უზრუნველყოფის საყოველთაოდ აღიარებული მეთოდების დანერგვა. ინფრასტრუქტურისა და საკადრო რესურსის თვალსაზრისით ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არსებული მექანიზმები (ნებართვები, ლიცენზიები და სერტიფიცირების სისტემა) საჭიროებს სრულყოფას, განვრცობასა და მონიტორინგის მექანიზმების დახვეწას. დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის დანერგვა არასრულყოფილია. (Gerdzmava, 2016)

კვალიფიცირებული ადამიანური რესურსთან დაკავშირებული გამოწვევები და მათი არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ დაბრკოლებას ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფის საქმისათვის. ქვეყანაში არსებული ადამიანური რესურსის განვითარების სისტემა (დიპლომამდელი და 13 დიპლომისშემდგომი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს გარდაქმნას. მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ პრაქტიკის მხარდამჭერი სისტემების გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს როგორც განათლების, ისე სამედიცინო სერვისის სტანდარტიზაციის, დაფინანსებისა და მონიტორინგის მექანიზმებს. საჭიროა რუტინული სტატისტიკური და ზედამხედველობის სისტემების გამართული მუშაობა და დახვეწა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგისა და შეფასების ერთიანი სავალდებულო ჩარჩოს შემუშავება და განხორციელება, რათა, გადაწყვეტილების მიღების დროს, ხელმისაწვდომი იყოს სანდო მონაცემები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Chikovani, I., & Sulaberidze, I. (2018). PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS Case study from Georgia. Tbilisi: Curatio International Foundation.
2. el, C. (2009). "Georgia: Health system review.". Tbilisi: Health Systems in transition.

3. Georgia, G. o. (2014). "Universal Healthcare and Quality. Tbilisi: Government of Georgia.
4. Gerdzmava, O. (2016). Public Health and Managment. Tbilisi: Tbilisi.
5. Verulava, T. (2016). Health Policy. Tbilisi: ILIA STATE UNIVERSITY PRESS.
6. კომიტეტი, ს. პ. (2017). საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისათვის. თბილისი: საქართველოს პარლამენტი.
7. მიქავა ნინო, გ. ს. (2019). ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. თბილისი: საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი; Welfare Foundation.
8. შორენა, ჯ. (2016). ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. თბილისი: საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია.