



ეკონომიკური რეფორმა: ანალიზი, პრობლემები, პერსპექტივები



ჯანდაცვის რეფორმის შედეგები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დანახვებებში

თამარ ჩახუნაშვილი

კავკასიის საერთაშორისო
უნივერსიტეტის დოქტორანტი

რეზიუმე

ნაშრომში გადმოცემულია ბოლო წლების განმავლობაში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ეტაპობრივად განხორციელებული სტრუქტურული და მმართველობითი ტრანსფორმაციები. გასატარებელი რეფორმების მთავარ ამოცანად დაისახა ჯანდაცვის სფეროში მოქალაქეების კონსტიტუციური გარანტიების უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი ტრანსფორმაციების მთავარი მიზანი -- მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნება და განმტკიცება, ავადობის შემცირება, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გაზრდაა. ამ თვალსაზრისით ჯანდაცვა მონაწილეობს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განმტკიცების მისიის რეალიზაციაში, რაც მართებულად ითვლება. ნაშრომში ასევე გადმოცემულია ბავშვთა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმდინარე ტრანსფორმაციების შედეგები; გამოკვლეულია თბილისის პოლიკლინიკებში გატარებული რეფორმების შედეგები; ჩატარებულია კვლევა პაციენტთა კმაყოფილების დონის განსაზღვრის მიზნით და გამოტანილია შესაბამისი რეკომენდაცია.

საკვანძო სიტყვები: დემოგრაფიის პრობლემები; პირველადი ჯანდაცვა; საყოველთაო ჯანდაცვა; პაციენტთა კმაყოფილების დონე.

ძირითადი ტექსტი

პირველადი ჯანდაცვა თანამედროვე ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მნიშვნელოვან რგოლს წარმოადგენს.

პირველადი ჯანდაცვის როლის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია ისეთი მაჩვენებლები, როგორიცაა: ტიპი, მოცულობა, საჭირო რაოდენობა, ასევე ადამიანური, ფინანსური და მატერიალური რესურსების რაოდენობა. ყოველივე ეს ხელს უწყობს პოლიკლინიკების ინტეგრაციას სამედიცინო სერვისების ერთიან სისტემაში.

ბავშვთა პოლიკლინიკების განვითარების ყველა ეტაპი მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ქვეყანაში საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსთან. საქართველოში ცენტრალურ და რეგიონალურ დონეზე არსებობს მნიშვნელოვანი შეუსაბამობა პირველადი ჯანდაცვის დანებსებულებების რესურსებსა და მათი საქმიანობის შედეგებზე ინფორმაციას შორის. აღნიშნული წარმოადგენს მნიშვნელოვან, გასათვალისწინებელ ფაქტორს ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების პროცესში.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორის ფუნქციონირების ეფექტიანობის განსაზღვრა უნდა განხორციელდეს სტრუქტურული (ორგანიზაციული სტრუქტურის სრულყოფა; მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესება), პროცესის (რესურსების ეფექტური მენეჯმენტი; სამედიცინო დახმარების უსაფრთხოება; ხარისხის უზრუნველყოფა) და საბოლოო შედეგის (ფუნქციონალური ქმედითუნარიანობის პროგრესი; თვითორგანიზაციისა და თვითკონტროლის მიღწევა) ინდიკატორებით. ჯანდაცვის ეკონომიკის თანამედროვე მკვლევარი თ. ვერულავა ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემებისგან გამოყოფს: რესურსების არაადეკვატურ განაწილებას (საზოგადოებრივი სახსრების ხარჯვა სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკურად არაეფექტური სახეების მიწოდებაზე, როდესაც უფრო გავრცელებული დაავადებების მკურნალობის ეფექტური მეთოდები იგნორირებულია).

ჯანდაცვის სფეროში თანამედროვე პირობებში არსებული გლობალური პრობლემებს წარმოადგენს:

1. სოციალური სამართლიანობის ნაკლებობა;
2. პასუხისმგებლობის დეფიციტი;
3. პრობლემები დანერგვასა და განხორციელებაში;

4. ცოდნასა და ქმედებებს შორის არსებული შუალედი.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

1. დემოგრაფიული მაჩვენებლები;
2. ავადობა; დაინვალიდება (მყარი შრომისუუნარობა);
3. ფიზიკური განვითარება.

აღნიშნული მონაცემების კომპლექსური გამოყენება საშუალებას იძლევა შეფასდეს ჯანმრთელობა, დადგინდეს მოსახლეობის ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობის დონე. არსებული მონაცემებისა და სტატისტიკური ინფორმაციის განზოგადებით გამოვყავით ჯანმრთელობისა და სამედიცინო პროცესების დინამიკის შემდეგი ძირითადი ტენდენციები:

1. მოსახლეობის ბუნებრივი კლება;

2. მოსახლეობის მიგრაციული აქტივობა, იძულებით გადაადგილება, ეკომიგრაცია, რაც უარყოფითად აისახება მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე;

3. მოსახლეობის სტრუქტურის ცვლილება. 30 წლამდე მაჰაკაცების რიცხვის სიმცირე, ასევე 70წელს ზემოთ ქალების სიჭარბე;

4. შობადობის დონის შემცირება, რაც ძირითადად დაკავშირებულია სოციალურ და ეკონომიკურ კრიზისებთან;

5. ავადობის ზრდა, მრავალი ავადმყოფობის „გაახალგაზრდავება“ გარემოს დაბინძურების, იმუნიტეტის დაქვეითების და სხვა მიზეზებით;

6. ინფექციური და ვირუსული დაავადებების ზრდა (დიფტერია, წითელა, სხვადასხვა ვირუსული ჰეპატიტები, ჰერპესი);

7. ტრავმებისა და მოწამვლების ზრდა, ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ალერგიული ბუნების, ასევე ძვალ-სახსროვანი სისტემის დაავადებები, თანდაყოლილი ანომალიები;

8. დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი, მიუხედავად შემცირების ტენდენციისა;

9. ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესე-

ბის ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა;

10. ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ნარკომანიის და სხვა მავნე ჩვევების არსებული ტენდენციების შეჩერების და გაუმჯობესებისათვის ზრუნვის საჭიროება და სხვ.

მიუხედავად მოსახლეობის ჯანდაცვის სფეროში გადადგმული ნაბიჯებისა, სისტემა კვლავ საჭიროებს მნიშვნელოვან ინვესტიციების ზრდას.

საქართველოში 2011-2015 წლების მონაცემების შედარება წინა წლების მონაცემებთან გვიჩვენებს, რომ რეგისტრირებული შემთხვევების ზრდამ მიმართვიანობის ზრდაც გამოიწვია 48%-მდე, ბავშვებსა და მოზარდში 30%. რასაც ხელი შეუწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ. საბაზრო ეკონომიკური ურთიერთობების დაწყებისთანავე ცხადი გახდა, რომ საბჭოთა პერიოდიდან მემკვიდრეობით მიღებული ჯანდაცვის სისტემა ვეღარ შეძლებდა ფუნქციონირებას. საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმამ დღის წესრიგში დააყენა ჯანდაცვის სისტემის სრული ტრანსფორმაციის საკითხი, რომელსაც უნდა დაეკმაყოფილებინა შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

1. შესაბამისობაში ყოფილიყო ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების სტრატეგიასთან;

2. სამუშაოს მოცულობა დაბალანსებული უნდა იყოს მისი შესრულებისათვის აუცილებელი რესურსებით;

3. სისტემა მიმართული უნდა გახდეს რეგულირებადი და გამიზნული რესურსების რაციონალურ ხარჯვაზე.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმა 1995 წლიდან მიმდინარეობს. პირველი ნაბიჯები პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზების მიმართულებით 21 საუკუნის დასაწყისში გადაიდგა. სახელმწიფომ პრივატიზაციის პროცესის დასაწყისში სამედიცინო დაწესებულებები კერძო ინვესტორებს მიჰყიდა, თუმცა მიმდინარე პროცესებზე მკაცრი მონიტორინგი არ არსებობდა. ჯანდაცვის რეფორმას საფუძვლად დაედო შემდეგი პოსტულატები:

- პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის შექმნა;
- მოსახლეობაზე ორიენტირებული პირველადი სამედიცინო დახმარება;

- შედეგზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- სამედიცინო მომსახურების უკეთესი ხარისხი და ეფექტიანობა;

ამასთანავე, ყურადსაღებია სტარფილდის განსაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ძირითადი მახასიათებლების შესახებ, ესენია:

1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან;
2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა;
3. ყოვლისმომცველობა;
4. კოორდინირება.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს მოძველებული ინფრასტრუქტურის გამო და თვითდინებით მიდიოდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში მომსახურების მისაღებად.

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი 78%-ით შემცირდა 1990 წლის მონაცემებთან შედარებით, წლის განმავლობაში ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე 1 აშშ დოლარსაც კი არ უდრიდა. უფასო სამედიცინო მომსახურების გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სუსტი და არათანმიმდევრული მართვის ფონზე შეიქმნა მომსახურების ფასიანი, უმეტესად დაბალხარისხიანი და მოუწესრიგებელი სისტემა.

1995 წლიდან ძალაში შევიდა კანონი „სამედიცინო გადასახადის შესახებ“, რომელიც ითვალისწინებდა მოქალაქეთა ხელფასიდან დამატებით 3%-ის დაქვითვას მათი სამედიცინო მომსახურებისათვის.

2004-2006 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში დონორი ორგანიზაციების დახმარებით დაიწყო მუშაობა ჯან-

დაცვის სისტემის რეფორმაზე, მაგრამ მისი განხორციელება შეფერხდა გადაწყვეტილების მიმღებთა ერთიანი და ჩამოყალიბებული კონცეფციის უქონლობის გამო.

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წელს. ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისია. რეფორმებისათვის გეგმების შემუშავებისა და განხორციელების უშუალო ხელმძღვანელობა დაევალა სახელმწიფო მინისტრს რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში. ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები. რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას:

I. აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მოსახლეობის დაცვა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება მოხდა სამ დონედ:

- ა. პირველადი ჯანდაცვა;
- ბ. სტანდარტული სტაციონარული მომსახურება;
- გ. მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურება.

II. სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა – შესაფერისი მარეგულირებელი გარემოს შექმნა და ამოქმედება.

III. მოსახლეობისათვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა – სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარება და კომპეტენტური კადრების მომზადება.

IV. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის ამაღლება – სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი ორგანიზაციების შესაძლებლობათა განვითარება და კარგი მმართველობის პრინციპების დანერგვა.

1990 წ. შეიქმნა პირველი სადაზღვევო კომპანია, რამაც დიდი დაინტერესება გამოიწვია, 2006 წლისთვის სადაზღვევო კომპანიების რიცხვმა 14 მიაღწია, თუმცა დაზღვეულთა რა-

ოდენობა, რომელიც ძირითადად კორპორატიულ დაზღვევაზე მოდიოდა 100 000 მოქალაქით შემოიფარგლა. 2006 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილების შეტანისას ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

2008 წლის საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების “სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ” საფუძველზე მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევა რეგიონების მიხედვით.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა თანაბარი უფლება გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი. მთავრობამ დაადგინა სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.

2012 წლის 1 სექტემბრიდან მთავრობის ახალი ინიციატივით ჯანდაცვის სფეროში ყველა პენსიონერისა და 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის დაზღვევას გულისხმობდა. ეს დაზღვევა მოიცავდა, როგორც ოჯახის ექიმის მომსახურებას, ასევე ყველა სპეციალისტის კონსულტაციას, კვლევას, გადაუდებელ და გეგმიურ სტაციონარულ მომსახურებას. პჯდ სისტემისთვის დაზღვევის ეს ფორმა თითქმის დამანგრეველი აღმოჩნდა. სახელმწიფოსა და პირველადი ჯანდაცვის ობიექტს შორის იდგა კერძო სადაზღვევო კომპანია, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის ობიექტს 1ლ.20თ. ურიცხავდა თითო ბენეფიციარზე. მოხდა ბენეფიციარების უკანონოდ გადანაწილება, არა უბნების მიხედვით, არამედ დირექტორებსა და სადაზღვევო კომპანიის მმართველებს შორის გარიგებების საფუძველზე, რამაც გამოიწვია ისედაც სუსტი მომსახურების ხარისხის გაუარესება. პაციენტები მიმართავდნენ თავიანთ

პოლიკლინიკებს და ადგილზე იგებდნენ. რომ დაზღვეული იყვნენ სხვა პოლიკლინიკაში, რაც დიდ უკმაყოფილებას იწვევდა.

2013 წლიდან განხორციელდა მოსახლეობის დაზღვევით უნივერსალური მოცვა: თებერვლიდან დაიწყო დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის დაზღვევა მინიმალური სადაზღვევო პაკეტით (ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება), არამომგებიანი სადაზღვევო ფონდის მეშვეობით, რომელიც ჩამოყალიბდა 2013 წელს; ივლისიდან მოსახლეობის დაზღვევა განხორციელდა უკვე საბაზისო სადაზღვევო პაკეტით. ასეთი პოლიტიკური ინტერვენციების გატარება სახელმწიფოს მხრიდან აუცილებელი იყო, რათა ჯანდაცვაზე დანახარჯების ოპტიმიზაციით შეემცირებინა სიღარიბის დონე და განეხორციელებინა ეკონომიკური ზრდის ხელშეწყობა მომავალში. თუმცა საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სახელმწიფოს ამ ღონისძიების იძულებით გატარება მოუწია მოსახლეობი უკიდურესი სოციალური მდგომარეობის გამო, რაც ჩვენის აზრით დროებითია და მოსახლეობის ცხოვრების დონის გაუმჯობესებასთან ერთად გადაიზრდება კერძო, ნებაყოფლობით დაზღვევაში, რასაც ჩვენი პროგნოზით რამოდენიმე წელიწადი დასჭირდება, ვინაიდან საქართველოს ბიუჯეტს ეს სასარგებლო გადაწყვეტილება მძიმე ტვირთად აწევს.

მნიშვნელოვანი მიღწევებია პირველადი ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განახლების, რეაბილიტაციისა და ადამიანური რესურსების გადამზადების პროცესში. სამედიცინო ინფრასტრუქტურის მოწყობა ეფუძნება რეფერალურ პრინციპს. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვი სექტორში მკაცრი აკრედიტაციის სისტემის შემუშავება და გამართული რეფერალის ჩამოყალიბება დონეებს შორის.

პაციენტთა აზრის შესასწავლად, შემუშავებულია მრავალი ელემენტი. არსებული ლიტერატურის შესწავლამ დაადასტურა, რომ თანამედროვე ეტაპზე ფართოდ გამოიყენება როგორც ხარისხობრივი, ისე რაოდენობრივი კვლევები.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევებში ნათლად ჩანს პაციენტთა კმაყოფილების დონის ზრდა და მათი დამოკიდებულება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მედ. პერსონალთან. ჩავატარეთ გამოკითხვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში სამედიცინო დაწესებულებების პაციენტებთან და მათ მშობლებთან, ბავშვთა პოლიკლინიკებში მომსახურების ხარისხისა და პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესასწავლად. ქვემოთ მოცემულია დაკვირვებისა და გამოკითხვის შედეგები თბილისის ბავშვთა პოლიკლინიკებში. დაკვირვების ობიექტად შეირჩა

თბილისში არსებული ცხრა პოლიკლინიკა. შედეგები მოცემულია ქვემოთ ჩამოთვლილ კითხვარებსა და ცხრილებში:

1. კითხვა: როგორ შეაფასებთ ზოგადად პირველადი ჯანდაცვის რგოლს საქართველოში?

შეფასება:

ცხრილი 1.

	გამოკითხულ პაციენტთა რაოდენობა	პასუხი	%
ა. კარგი;	1900	1292	68
ბ. საშუალო;	1900	380	20
გ. ცუდი;	1900	95	5
დ. თავს შევიკავებ პასუხისგან.	1900	133	7

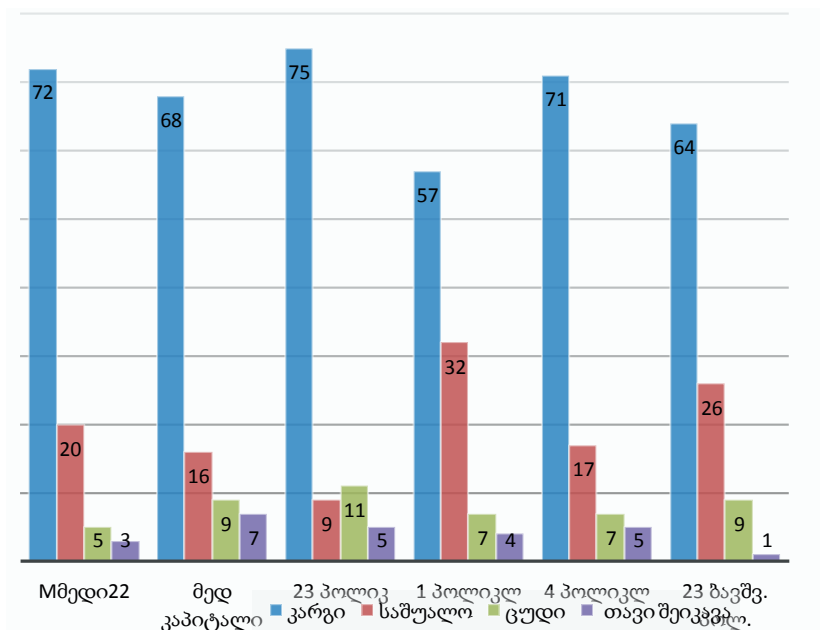
პირველი კვლევიდან ჩანს, რომ ზოგადად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მომსახურებას პაციენტთა საშუალოდ 68% დადებითად აფასებს (იხ. სქემა 1).

1. კითხვაზე: რა კრიტერიუმით ირჩევთ სამედიცინო დაწესებულებას?

პოლიკლინიკის კრიტერიუმები:

სქემა 1.

პაციენტთა გამოკითხვის შედეგები



ცხრილი 2

პოლიკლინიკის კრიტერიუმები:	გამოკითხულ პაციენტთა რაოდენობა	პასუხი	%
ა. ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა;	1900	551	29
ბ. ექიმების პროფესიონალიზმით;	1900	988	52
გ. ინტერიერით;	1900	95	5
დ. ახლობლების რჩევით;	1900	152	8
ე. თავს შევიკავე პასუხისგან.	1900	114	6

როგორც ცხრილიდან ჩანს პაციენტთა უმრავლესობამ 1900 გამოკითხულიდან 988, ე.ი. გამოკითხულ პაციენტთა უმრავ-

ლესობამ 52% მიუთითა, რომ სამედიცინო დაწესებულებას ირჩევს ექიმების მაღალი დონით(პროფესიონალიზმი), შემდეგ ადგილს იკავებს ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა, გამოკითხულთა 29% პირველ კრიტერიუმს მიანიჭა უპირატესობა. გაოკითხული პაციენტები და მათი მშობლები ყველაზე ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ დაწესებულების ინტერიერს (5%). კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ უპირატესობას ანიჭებენ ექიმების პროფესიონალიზმსა და ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობას.

მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად მთელ მსოფლიოში იყენებენ პაციენტთა კმაყოფილების დონის შესწავლას. თბილისის ბავშვთა პოლიკლინიკებში ამ მაჩვენებლის შესასწავლად გამოკითხეთ 900 პაციენტი და მცირეწლოვან ბავშვთა მშობლები, გამოკითხის შედეგების შედეგები შვაფასეთ ათ ბალიანი სისტემით და დავამუშავეთ სტატისტიკურად, რომლის შედეგები მოცემულია ქვევით მოტანილ N3 ცხრილში.

კითხვა 3: რამდენი ქულით შეაფასებთ პაციენტებისა და მათი მშობლების კმაყოფილების დონეს მომსახურების ხარისხის მიმართ?

როგორც ცხრილიდან ჩანს პაციენტები და მათი მშობლები აფასებენ 10 ბალიანი სისტემით სამედიცინო პერსონალის (პედიატრი, ქირურგი, ყელ-ყური, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროპათოლოგი)მომსახურების ხარისხს, რომელიც არის მომსახურების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტის გამოსავალი. უნდა აღინიშნოს, რომ 750 გამოკითხულიდან რომელიც დაეთანხმა ანკეტის შევსებას 250 კმაყოფილია პედიატრის, ყელ-ყურ-ცხვირის ექიმის და კარდიოლოგის მომსახურებით. საერთო ჯამში შედარებით დაბალი ქულა მიიღო 2 ქულა ყელ-ყურ-ცხვირის ექიმმა (18) ნევროლოგმა(18) და ოფთალმოლოგმა (23).

ჩვენი დაკვირვებისა და კვლევის შედეგად შეიძლება მივიდეთ იმ დასკვნამდე, რომ საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების დონე შესამჩნევლად გაუმჯობესდა, მაგრამ ჯერ კიდევ ვერ ვუახლოვდებით საერთაშორისო სტანდარტებს ამ მიმართულებით.

ექიმ-სპეციალისტების მიერ პაციენტთა მომსახურების ხარისხის
(კმაყოფილების დონის) შეფასების შედეგები.

ცხრილი 3

სპეციალისტი	გამოკითხულ პაციენტთა რაოდენობა	დაეთანხმა გამოკითხვას	შეფასების ქულა							
			2 ქულა	4 ქულა	5 ქულა	6 ქულა	7 ქულა	8 ქულა	9 ქულა	10 ქულა
პედიატრი	900	750	75	25	57	100	95	48	100	250
ქირურგი	900	750	24	18	40	57	115	150	195	151
ყელ-ყურ-ცხვ	900	750	18	33	74	23	70	120	162	250
ოფთალ-მოლ.	900	750	23	0	95	115	76	110	98	233
კარდიოლ.	900	750	34	21	45	73	100	77	150	250
ნევროპათოლ.	900	750	18	50	72	12	99	119	160	220

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაღალი დონის უზრუნველყოფისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, აუცილებელია ერთ-ერთ ძირითად სექტორში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მმართველობითი ინოვაციების დანერგვა და თანამედროვე, მოქნილი სისტემის განვითარება, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის ბაზისურ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას.

დასკვნა: ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სამედიცინო დაწესებულებები განიცდიან ევოლუციას. თანდათანობით იკვეთება მომსახურების პროცესში პაციენტთა უფლებამოსილება, ინფორმირებულობის და აკადემიური დონის ამაღლების, ხედვის ჩამო-

ყალიბება სერვისებისა და საჭიროებების გათვალისწინების, მოლოდინის შესაბამისობის, კმაყოფილების შესწავლის აუცილებლობა. პაციენტთა კმაყოფილების შეფასების შედეგები გვაძლევს საშუალებას, რომ დავასკვნათ ჩვენს მიერ შესწავლილი პოლიკლინიკების უმრავლესობაში დანერგილია:

1. ხელმისაწვდომობა;
2. კომუნიკაცია;
3. მომსახურების კოორდინაცია;
4. თავაზიანობა, პატივისცემა, მზაობა მხარდაჭერაზე; მომხმარებელთა მომსახურება.

1. მმართველობითი ინოვაციების დანერგვამ პირველად ჯანდაცვაში განაპირობა ორგანიზაციული სტრუქტურის თანმიმდევრული სრულყოფა, რომელიც ჯერ კიდევ გრძელდება.

2. ინსტიტუციური შესაძლებლობების გაუმჯობესების მიზნით ინოვაციური, მმართველობით-ორგანიზაციული ღონისძიებების და საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფის რეკომენდაციების გამოყენებით მიღწეულ იქნა დადებითი შედეგები, რომლის პრაქტიკული მნიშვნელობა ვფიქრობთ შესაძლებელია საინტერესო აღმოჩნდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეროვნული სტრატეგიის შესამუშავებლად, ასევე, მისი სასწავლო პროცესში გამოსაყენებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო,

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია. თბილისი. 2011;

2. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 1995;

3. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2001;

4. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, 2000;

5. საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. 1997;

6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში; თბილისი 2015;

7. 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი. 2013;

8. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36. თბილისი 2013;

9. საქართველოს კონტიტუცია. 1995;

10. ბარათაშვილი ე. გალახვარიძე ნ. ზარგინავა თ. ინოვაციათა მენეჯმენტი. თბილისი 2015;

11. ურუშაძე რ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. თბილისი 2002;

12. გერზმავა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი 2008

13. ურუშაძე რ. თანამედროვე საავადმყოფოს ორგანიზაცია და მენეჯმენტი. საქართველო. 2010;

14. ლომაია ც. ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი. თბილისი 2012;

15. <http://www.moh.gov.ge/>

16. <https://matsne.gov.ge/>

17. www.ncds.ge

18. www.worldbank.org

REFERENCES:

1. The Ministry of Labor, Health and Social Affairs, 2011-2015 Health Care strategy. Tbilisi. 2011;
2. The Law on Health Care, 1995;
3. The Law on Medical Practice, 2001;
4. The Law on Patients' Rights, 2000;
5. The Law on Medical Insurance. 1997;
6. The Ministry of Labor, Health and Social Affairs 2013-2014 Report; Tbilisi 2015;
7. 2014-2020 of the health care system, the concept of “universal health care and the quality of the management of patients' rights” approval. Tbilisi. 2013;
8. To promote the transition to universal health care in some of the measures. Government of N36. Tbilisi. 2013;
9. The constitution of Georgia. 1995;
10. Baratashvili E., Galakhvaridze M., Zarginava T. Innovation Management. Tbilisi 2015;
11. Urushadze R. Public health care. Tbilisi 2002;
12. Gerzmava N. Public Health and Management. Tbilisi 2008;
13. Urushadze R. Modern Hospital Organization and Management. Georgia. 2010;
14. Lomaia C. Human Resources Management. 2012;
15. <http://www.moh.gov.ge/>;
16. <https://matsne.gov.ge/>;
17. www.ncds.ge;
18. www.worldbank.org.

THE RESULTS OF THE HEALTH CARE REFORM IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

Tamar Chakhunashvili

PhD Student, Caucasus International University

RESUME

In the work it is described the structural and managerial transformations gradually made through the Georgian Healthcare system in recent years. The main purpose of the reforms which should be provided was to ensure the constitutional guarantees of Citizens at the Health-Care area. The main scope of managerial transformations in Health-Care system is to maintain and to reinforce the health of population, the decrease in morbidity, to increase the average duration of life. From this point of view, the Health-Care is participating in realization of mission of public health reinforcement that is deemed as proper. In this work it is also stated the results of transformations implemented in Children's Primary Health-Care institution; an inspection was conducted to determine the level of satisfaction of patients and the appropriate recommendations were made.

Key words: Demographic Problems; Primary health care; Universal health care; Patient satisfaction levels.