

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის დაწინაანსების ეფექტიანობის პრობლემები

ვაჟა ზეიკიძე
სტუ ას. პროფესორი

რეზიუმე

სტატიაში გაანალიზებულია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური ფუნქციონირების საკითხები და განხილულია ის პრობლემები, რომელთა გადაჭრა უზრუნველყოფს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის წარმატებით ფუნქციონირებას ქვეყანაში. აუცილებელია ეტაპობრივად მოხდეს სოფლად თანაბარ გეოგრაფიულ-დემოგრაფიულ პირობებში დასაქმებული ექიმების შრომის ანაზღაურების სტიმულირება. სოფლის ექიმის პროგრამისათვის აუცილებელია დამუშავდეს მომსახურე პერსონალის, ექიმების, ექთნების საქმიანობის შედეგების მონიტორინგის მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც უფრო ეფექტური და მოქნილი გახდება აღნიშნული პროგრამის ფუნქციონირება და სოფლად მცხოვრებ მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდის საშუალება მიეცემა.

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სფეროს და აუცილებელია, რომ იგი ხელმისაწვდომი იყოს ყველასათვის. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის საფუძველზე საოჯახო მედიცინის სისტემა განვითარდა. საქართველოში სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების განხორციელებას უზრუნველყოფს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა.

საქართველოში სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამაში სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიმწოდებელია ოჯახის ექიმი. პირველად დონეზე შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო სამედიცინო მომსახურების ხელმი-

სანვდომობას, ხარისხსა და უწყვეტობას ახორციელებს სრულყოფილი მარეგულირებელი გარემოს შექმნით და შესაბამისი საკანონმდებლო-ნორმატიული აქტების გამოყენებით.

ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებისკენაა მიმართული. ამისათვის აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერონალის შრომის ანაზღაურების უზრუნველყოფა, მიზანშეწონილია ამ სექტორში ექიმის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა. პირველადი ჯანდაცვა ფუნდამენტია, რომელზეც მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის ჯამრთელობის ხარისხი და სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, სოფლის ექიმის პროგრამა, პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, ამბულატორიული ინფრასტრუქტურა.

ძირითადი ნაწილი

სოფლად პირველადი ჯანდაცვა დაავადებათა პრევენციის და ადრეული გამოვლენის უმნიშვნელოვანესი მექანიზმია. საქართველოში სოფლებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლის ექიმის პროგრამის სახით მიეწოდება. სოფლის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვა თანაბრად უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მათთვის. სამწუხაროდ დღეისათვის სოფლად ადამიანთა გარკვეული ნაწილი ექთნის საშუალებით იღებს მომსახურებას. ამჟამად სოფლებში პირველად ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელია სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა და 2016 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობის 42,9% ¹ სოფლად ცხოვრობს და შესაბამისად ხარისხიანი და დროული პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანად განხორციელებაზეა დამოკიდებული.

¹ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური - www.statistic.ge

სოფლის ექიმის პროგრამის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

სოფლის ექიმის პროგრამა სოფლად პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსებას ახორციელებს «გლობალ ბიუჯეტის» პრინციპით, ანუ ყოველთვიურად ხორციელდება ფიქსირებული თანხის გადახდა მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დაწესებულებაზე. სოფლის ერთი ექიმის მომსახურება განისაზღვრება თვეში 650 ლარით, ხოლო ექთნის მომსახურება თვეში 455 ლარით. სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში მინისტრის ბრძანებით განისაზღვრება ექიმებისა და ექთნების განაწილება სხვადასხვა ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით (სოფელი, დაბა, დასახლება)¹. სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულების გაფორმება ხდება სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. გამონაკლის წარმოადგენს შიდა ქართლის მუნიციპალიტეტების გარკვეული სოფლები, სადაც მომსახურების მიმწოდებელია შპს «შიდა ქართლის მომსახურების ცენტრი» და საჩხერე, სადაც მომსახურებას უზრუნველყოფს ს/ს «საჩხერის რაიონული საავადმყოფოს პოლიკლინიკური გაერთიანება».

«პირველადი ჯანდაცვა სოფლად» მოიცავს შემდეგი მომსახურების სახეებს:

- ექიმთან/ექთანთან ვიზიტი;
- იმუნიზაცია;
- ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება საქართველოში მომქმედი (დამტკიცებული) გაიდლაინების შესაბამისად;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ბავშვებში, დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად და წელიწადში

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება # 01- 264/ ო.

4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან;

- ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტი საჭიროების შესაბამისად;

- ქრონიკული და მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი, საჭიროების შესაბამისად;

- ტუბერკულოზით დაავადებული პირების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT) მკურნალობის უზრუნველყოფა ექთნის მიერ;

- სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობის დროს;

- ამბულატორიულ დონეზე სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა;

- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით პაციენტის უზრუნველყოფა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი აქტით დამტკიცებული «ექიმის ჩანთიდან».

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში ექიმებთან და ექთნებთან მიმართვიანობა საქართველოს მაშტაბით უკანასკნელ პერიოდში ყოველთვიურად დაახლოებით 140 000 ვიზიტს შეადგენს.

სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების მოცულობა უფრო დიდია და პაციენტებს მიეწოდება დამატებით სხვადასხვა სერვისი (გამოკვლევა, სტაციონარული მომსახურება), რომელიც არ არის გათვალისწინებული სოფლად ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამით არ არის განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომელიც ადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რიცხოვნობას მოსახლეობის რაოდენობასთან მიმართებით. თუმცა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმით, რომელიც 2006 წელს მსოფლიო ბანკის და ევროკავშირის მხრდაჭერით დამუშავდა მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა გა-

ნისაზლერა 1000-2000 მოსახლერე ერთო ოჯახის ექიმით და ერთი ექთანით.¹

საქართველოს გეოგრაფიულ თავისებურებათა სპეციფიკის გათვალისწინებით მათზე სამედიცინო პუნქტების მიკუთვნება ვერ ხერხდება, რადგან საქართველოს სოფლების საერთო რაოდენობის 40% მაღალმთიანია და ასეთ სოფლებში ხშირად პირველადი ჯანდაცვა გამონგევას წარმოადგენს. მაგალითად რაჭის მუნიციპალიტეტებში ერთ ექიმზე მოსახლეობის მცირე რაოდენობა მოდის 495-დან 800-მდე. ასეთ სოფლებში სოფლის ექიმის მომსახურება ყოველდღიურად არ ხდება, რადგან ექიმები საკუთარი რეგიონის სხვადასხვა ჯანდაცვის დანესებულებებში არიან დასაქმებული და ამასთან ერთად სოფლები დიდი მანძილით არიან ერთმანეთისაგან დაშორებული და სახეზე გვაქვს ტრანსპორტის პრობლემა. ამ მიზნით ადგილობრივმა ხელისუფლებამ აქტიურად უნდა იზრუნოს სამედიცინო ობიექტებისათვის სატრანსპორტო საშუალებებით უზრუნველყოფის საკითხებზე. ამ კუთხით მნიშვნელოვანი წინსვლა მიღწეული იქნა აჭარის ავტონომიურ რესპიბლიკაში, კერძოდ აჭარის ავტონომიური რესპიბლიკის მთავრობასა და გაეროს მოსახლეობის ფონდს შორის (UNFPA) მიმდინარე საპარტნიორო პროექტის ფარგლებში აჭარის მაღალმთიანი სოფლების ექიმებისათვის შეძენილი იქნა 21 ავტომობილი.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის წარმატებული განხორციელებისათვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს არსებულ ტერიტორიულ ერთეულებში ამბულატორიული ინფრასტრუქტურის მოგვარება, რადგან სამედიცინო ამბულატორიათა 51% განთავსებულია გამგეობების, სკოლების და საბაშვო ბაღების შენობებში.

დღეისათვის ქვეყანაში სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ფუნქციონირებას გააჩნია მთელი რიგი ნაკლოვანებანი, კერძოდ სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში სააგენტო

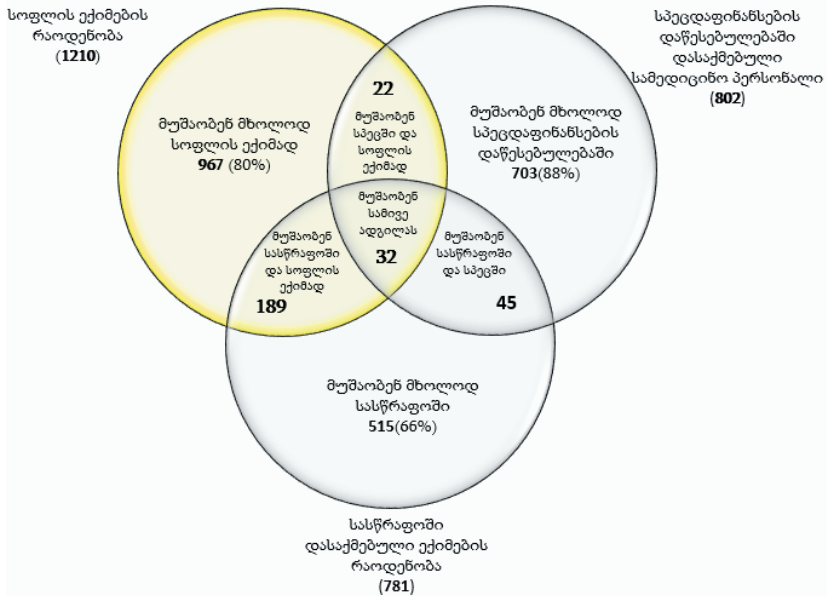
1 პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა - <https://heconomic.files.wordpress.com/2013/08/pirveladi-jandacvis-ganvitarebis-erovnuli-gegma-phc.pdf>

პარდაპირ აკონტრაქტებს ექიმებს ან მომსახურების მიმწოდებელთან აფორმებს ხელშეკრულებას (შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი და საჩხერის პოლიკლინიკური გაერთიანება). ამ დროს ურთიერთობა სააგენტოსა და სოფლის ექიმს შორის წარმოადგენს შემკვეთისა და მიმწოდებლის ურთიერთობას. ამიტომ საკონტრაქტო პირობები არ მოიცავს ისეთ დებულებებს, როგორიცაა სამუშაო დრო, საათები, დასაქმება სხვა სამსახურში, შევებულება (პროგრამაში გამოყოფილი არ არის საშვებულებო თანხები) და ა. შ. სამწუხაროდ საქართველოს მთელ რიგ ტერიტორიულ ერთეულებში სოფლის ექიმი კვირაში 1 ან 2 დღის განმავლობაში ანგდის მოსახლეობას პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას. კონტრაქტებში გაუნერეული სამუშაო საათები ექიმებს აძლევს საშუალებას სასურველ დღეებში და საათებში იარონ სამსახურში, რაც პრობლემებს უქმნის სოფლის მოსახლეობის ხელმისაწვდომობას პირველად ჯანდაცვაზე. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის აუდიტიდან გამოვლინდა¹, რომ სოფლის ექიმის პროგრამაში ჩართული ექიმების არასრული სამუშაო დატვირთვა ძირითადად გამოწვეულია იმით რომ სოფლის ექიმები შეთავსებით არიან დატვირთული ჯანდაცვის სხვა დაწესებულებებში: სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, მუნიციპალიტეტში არსებული კერძო ამბულატორიები და სხვა. მაგალითად აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ 1210² სოფლის ექიმიდან, 221 ექიმი მუშაობს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურში. ქვემოთ წარმოდგენილი დიაგრამაზე ნათლად არის წარმოდგენილი სხვადასხვა დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმების კვეთა.

ჩვენს მიერ ზემოთ აღნიშნული იქნა, რომ საქართველოში სოფლად პირველად ჯანდაცვა ფინანსდება გლობალ ბიუჯეტის პრინციპით, რაც არ ახდენს ექიმის მოტივირებას განუღლი

1 სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ განხორციელებული „სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტის“, ანგარიში თბ. 2015 წ.

2 სოფლის ექიმის პროგრამის პირველი კომპონენტით მოსარგებლე 57 მუნიციპალიტეტიდან ანალიზი არ ჩატარებულა შიდა ქართლის 4 მუნიციპალიტეტში.



მომსახურების ზრდისათვის. ამიტომ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე მოდელზე გადაყვანა, რომელიც გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ინდიკატორებზე მიბმული ანაზღაურების სისტემის დანერგვას. აქვე უნდა დავძინოთ, რომ სოფლის ექიმის საქმიანობის სტიმულირებას უნდა ემსახურობდეს «მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ» საქართველოს კანონი, რომელშიც სამწუხაროდ სოფლის ექიმის ანაზღაურება არ იქნა გათვალისწინებული.

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ სსიპ- სოციალური დაცვის სააგენტოსთან ერთად უნდა უზრუნველყოს სოფლის ექიმის პროგრამაში იმგვარი ცვლილებების განხორციელება, რომელიც ხელს შეუწყობს კონკურენტული გარემოს ფორმირებას და ხელშეკრულებები მომსახურებაზე გააფორმონ იმ პირებთან რომლებიც წარმატებით შეძლებენ სოფლის ექიმის ფუნქციის შესრულებას.

ასევე სააგენტომ უზრუნველყოს პროგრამის ფარგლებში სოფლის ექიმის საქმიანობის და შედეგების მონიტორინგის თანამედროვე ისეთი მექანიზმის ფორმირება, რომელიც ხელს შეუწყობს სოფლად ამბულატორიებში სამუშაო პროცესის გაუმჯობესებას და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის ზრდას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. [www. statistic.geo](http://www.statistic.geo)
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება # 01-264/ ო.
3. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა- <https://heconomic.files.wordpress.com/2013/08/pirveladi-jandacvis-ganvitarebis-erovnuli-gegma-phc.pdf>
4. სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ განხორციელებული «სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტის» ანგარიში თბ. 2015 წ.

REFERENCES

1. [www. statistic.geo](http://www.statistic.geo)
2. The Ministry of Labour, Health and Social Affairs, December 23, 2013 Order No. 01- 264 / O. (In Georgian Language).
3. General National Primary Health Care Development gegma-<https://heconomic.files.wordpress.com/2013/08/pirveladi-jandacvis-ganvitarebis-erovnuli-gegma-phc.pdf> (In Georgian Language).
4. The State Audit Office carried out by the “village doctor State Program Performance Audit” report Tb. 2015.(In Georgian Language).

THE EFFICIENCY PROBLEMS OF FUNDING OF THE PRIMARY HEALTH CARE IN RURAL AREAS

Vazha Zeikidze,
As. Professor of GTU

RESUME

The article analyzes the primary health care in rural areas and the effective functioning of the issues, the discussed problems which solution will ensure a successful operation of the rural doctors in the country. It is necessary to gradually allow for the equitable geographic-demographic conditions of the rural doctors to stimulate a remuneration. The village doctor necessary for the program is handled by the staff, doctors, and nurses. A lot of attention should be paid to the performance monitoring mechanism that will allow the program to become more efficient and flexible, and the rural population will have an opportunity of the increased access to the health care services.

Keywords: Primary health care, Rural doctors program, funding for primary health care, Access to medical services, Outpatient facilities.