



**საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის
პრობლემები და საჭიროებები**

DOI - 10.36962/ecs105/9-10/2022-103

რუსუდან ქუთათელაძე
ედ, სტუ პროფესორი, ბიზნესტექნოლოგიების
ფაკულტეტის დეკანი
r.kutateladze@gtu.ge

ნინო ელისაბედაშვილი
სტუ დოქტორანტი
n.elisabedashvili@seu.edu.ge

რეზიუმე

განხილულია ზოგადად პოლიკლინიკების და ამბულატორიების როლი მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაში და ის პრობლემები, რომლებიც ამ როლის შესრულებას უშლის დღეს ხელს.

ზაზგასმულია, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისუსტე და მისი უუნარობა გადაჭრას პრობლემები და გამოასწოროს ხარვეზები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ („ჯანმო“) გლობალური ჯანდაცვის ერთ-ერთ საფრთხედ აღიარა. ეს იმას ნიშნავს, რომ ეს საფრთხე მართო საქართველოს ჯანმრთელობის სფეროს არ უდგას, მაგრამ იგი განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოსნაირ დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში.

ასევე განხილულია ყველა ის პროგრამები და ინიციატივები, რაც სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების და კერძო ფონდების მიერ განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის არასასურველი მდგომარეობის გამოსასწორებლად. დეტალურად განხილულია მათ შორის უშუალოდ საქართველოზე ჩატა-

რებული კვლევებიც და გამოკვეთილად დასახელებულია პირველადი ჯანდაცვის პრობლემები და ხარვეზები- პერსონალის (ძირითადად, ექიმების) დაბალი კვალიფიკაცია, პაციენტების უნდობლობა, სწორი მოტივაციის არქონა, პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიის არარსებობა, პაციენტებისადმი ექიმების უგულისყურო, ზერელე დამოკიდებულება და მრავალი სხვა.

ავტორის აზრით, დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების (და ექთნების) კვალიფიკაციის უწყვეტი ამაღლება, დაინერგოს სწორი მოტივაცია, გაიზარდოს ოჯახის და სოფლის ექიმების ხელფასები, ექიმებმა უნდა გაიარონ ფსიქოლოგიის კურსი, კერძოდ, „პაციენტთან უსაფრთხოების ფსიქოლოგია“ და მრავალი სხვა.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა; ოჯახის ექიმი; სოფლის ექიმი; სუსტი პირველადი ჯანდაცვა; პოლიკლინიკები და ამბულატორიები; სამედიცინო მომსახურება.

შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის დარგის სათანადო განვითარება ყველა ჩვენთაგანის სიცოცხლეს ეხება. ყველა ჩვენთაგანს, ადრე თუ გვიან სამედიცინო მომსახურება გვჭირდება. ადამიანის ჯანმრთელობა არის მისი სრული ფიზიკური და სულიერი კეთილდღეობა. ჯანმრთელობის დაცვა საზოგადოების მხრიდან აღიქმება, როგორც ცხოვრების დონისა და ხარისხის აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტი, რომელიც მთავარ როლს თამაშობს სახელმწიფოს ეკონომიკურ განვითარებაში და უზრუნველყოფს შრომითი რესურსების კვლავწარმოებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ორი ქვესისტემისგან შედგება:

1. პოლიკლინიკები და ამბულატორიები, ანუ პირველადი ჯანდაცვა.

2. სტაციონალური კლინიკები (საავადმყოფოები).

მოცემული სტატია ეხება მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის პრობლემებს და ხარვეზებს და წარმოგვიდგენს მართვის სრულყოფით და დახვეწილ მათი აღმოფხვრის რეკომენდაციებს.

ქირითადი ტექსტი

პირველად ჯანდაცვას ამ სფეროს სპეციალისტები „მეკარბჭის“ („Gatekeeping“) ფუნქციას აკისრებენ და თვლიან, რომ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში მას განსაკუთრებული როლი ეკისრება [1, გვ. 12]. მასზე მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სამედიცინო სერვისისადმი მათი ხელმისაწვდომობა, რადგან, ოჯახის ექიმი ახდენს პაციენტის დაავადების პირველად შეფასებას, საზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯის სიდიდეს და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს აგზავნის სტაციონარში ექიმ-სპეციალისტებთან [2], ასეა საზღვარგარეთ და ასეა ჩვენთანაც.

საზღვარგარეთული კვლევები ადასტურებს, რომ როდესაც ოჯახის ექიმი კორდინაციას უწევს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებას, ამით მცირდება ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების მოხმარება. უცხოურ პრესაში ასეთ დროს სახელდება ჰოსპიტალური მკურნალობის 35%-ით, ხოლო გადაუდებელი დახმარების 50%-ით შემცირება [3]. იგივე წყარო გვეუბნება, რომ ოჯახის ექიმი არის პაციენტის მრჩეველი მკურნალობის საკითხში და ის არის ის ერთადერთი ადამიანი, რომელსაც გონივრული გადაწყვეტილების მიღება შეუძლია პაციენტისთვის შესაფერისი სამედიცინო მომსახურების არჩევის საკითხში, რადგანაც იგი მას და მის ოჯახს, ხანგრძლივად, ზოგჯერ კი, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში აკვირდება. შედეგად, ოჯახის ექიმმა კარგად იცის პაციენტის სამედიცინო ისტორია [4. გვ. 102]. ეს ცოდნა მას საშუალებას აძლევს, მართოს პაციენტის დაავადება, მოახდინოს სამედიცინო ხარჯების მინიმუმამდის შემცირება და სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა. ასეთ დროს, ხშირად ადგილი აქვს ამ რგოლის ამოგდებას პაციენტის მკურნალობიდან, პაციენტებმა დაკარგეს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ნდობა. აბა, სხვას რას მიენერება ის ფაქტი, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სტაციონარებში პაციენტთა მიმართვიანობა 2013-2017 წლებში გაიზარდა 3-ჯერ (300%), პირველად ჯანდაცვის დანესებულებებში კი, მხოლოდ

30%-ით, რომ საქართველოს ჯანდაცვისთვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების მხოლოდ 43,3% დაიხარჯა პირველად ჯანდაცვაზე, 56,7% კი - სტაციონარებზე და ა.შ. [5. გვ. 18].

პრობლემური პირველადი ჯანდაცვა არ არის მხოლოდ საქართველოსთვის დამახასიათებელი. ეს პრობლემა ყველა დაბალშემოსავლიან და განვითარებად ქვეყანას უდგას. ამ პრობლემის შესახებ 2019 წლის დასაწყისში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის („ჯანმო“) მოხსენებაში აღინიშნა. მან დაასახელა გლობალური ჯანდაცვის ათი ყველაზე მნიშვნელოვანი საფრთხე, რომელთა შორის რიგით მეშვიდეთ დასახელებულია სუსტი პირველადი ჯანდაცვა [6. გვ. 4]. ეს საფრთხეებია:

1. ჰაერის დაბინძურება და კლიმატის ცვლილება.
2. არგადამდეები დაავადებები.
3. გლობალური პანდემია.
4. სუსტი და მოწყვლადი გარემოცვა.
5. ანტიკრიზისული რეზისტენტობა.
6. ებოლია.
7. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა.
8. ვაქცინაციისგან თავის არიდება.
9. დენგეს დაავადება.
10. აივ/შიდსი

ეს არ იყო პირველი შემთხვევა, როდესაც მსოფლიო რანგის ორგანიზაციებმა ამ საკითხზე გაამახვილეს ყურადღება.

დაბალშემოსავლიან განვითარებად ქვეყნების პირველად ჯანდაცვაში არსებული არასასურველი მდგომარეობის გამო, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას („ჯანმო“) უხდება არა ერთი და ორი წამოწყების ინიცირება და გატარება ამ მდგომარეობის გამოსასწორებლად. ერთ-ერთი ასეთი იყო 2015 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და ბილ და მელინდა გეითსების ფონდის ერთობლივი ძალისხმევით შემუშავებული პირველადი ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინიციატივა - PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative), რომლის მიზანი იყო დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების დაჩქარება [3. გვ. 9]. აღნიშ-

ნული ინიციატივის ქტივობები გამომდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის კონცეპტუალურ ჩარჩოდან, რომელიც თავის მხრივ მოიცავს ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის შექმნისთვის საჭირო კომპონენტებს [5. გვ. 10].

ამ საკითხზე ყურადღება გამახვილდა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშშიც და გაკეთდა შემდეგი დასკვნები [7]:

- სწავლის ციკლის კულტურის ამაღლება კლინიკური პრაქტიკის დონემდე;

- პირველადი ჯანდაცვის რეორგანიზება მულტიდისციპლინურ გუნდებად;

- პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების შესრულების ინდიკატორების შემუშავება;

- პროვაიდერების კომპეტენციების გაუმჯობესება და სხვა.

იმავე 2018 წელს, ჯანდაცვის სისტემების კვლევის მეხუთე გლობალურ სიმპოზიუმზე (Fifth Global Symposium for Health Systems Research) (HSR 2018) ერთ-ერთი მთავარი სადისკუსიო თემა იყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და აქაც შემუშავდა შემდეგი რეკომენდაციები [5. გვ. 15]:

- დისკუსიისა და ხელმძღვანელობის პლატფორმის შექმნა;

- მართვის და რეგულაციების იურიდიული ჩარჩოს განვითარების მხარდაჭერა;

- მონაცემების შეგროვების და ანალიზის გაუმჯობესება;

- სახელმწიფო და კერძო სექტორის კავშირების პოლიტიკის შესწავლა და სხვა.

იმავე 2018 წლის საერთაშორისო ფონდ „კურაციო“-ს მიერ გამოქვეყნდა ანგარიში - „Primary Health care Systems (PRIMASYS) – Case Study From Georgia“. ამ ანგარიშის სარეკომენდაციო ნაწილში განხილულია შემდეგი საკითხები:

- სამოტივაციო მექანიზმების შემუშავება ოჯახის ექიმის ფუნქციების არაადეკვატური შესრულების გამოსასწორებლად;

- ვერტიკალური პროგრამების ინტეგრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებში;

- პირველად ჯანდაცვაში მოდიფიცირებადი რისკების მართვის გაძლიერება;

- სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამების დანერგვით და სხვა.

პირველადი ჯანდაცვის მუშაობის გასაუმჯობესებლად ანალოგიური ღონისძიებები ხორციელდებოდა საქართველოშიც. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირება საქართველოში 2000 წლიდან დაიწყო [8]. ამ პერიოდიდან საქართველოს სოფლებში დაიწყო ამბულატორიების მშენებლობის და რეაბილიტაციის პროცესი, ექიმების და ექთნების გადამზადება. რაიონული ცენტრების და დიდი ქალაქებისთვის დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების ინტეგრაცია და ა. შ. დღეს საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საოჯახო მედიცინის ცენტრების მეშვეობით ფუნქციონირებს, ხოლო სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციას სოფლის ექიმის ინსტიტუტი ახორციელებს [8. გვ. 82].

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულმა რეფორმამ არ მოიტანა სათანადო შედეგი. ამას გვიჩვენებს ამბულატორიულ დანეისბულებებში პაციენტთა მიმართების რაოდენობა. მან მოსახლეობის ერთ სულზე 2,3 მიმართვა შეადგინა, ნაცვლად 7,5 მიმართვისა ევროპის ქვეყნებში [9. გვ. 82].

შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად საქართველოში პერიოდულად ტარდებოდა კვლევები, მუშავდებოდა რეკომენდაციები და იქმნებოდა კონცეფციები. მაგალითად, 2014 წელს შემუშავებული - „საოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტების უფლებების დასაცავად“, რომელიც მოიცავდა პირველად ჯანდაცვასაც, 2015 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარებული სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში, რომელშიც მოცემული იყო რეკომენდაციები პირველად ჯანდაცვის მიმართაც, 2016 წელს, „გლობალური ალიანსის“

მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის სტრატეგია (2016-2023 წ.წ.), რომელიც შეიცავს პირველად ჯანდაცვასა და რომელი დოკუმენტიც დღემდე არ ამოქმედებულა და სხვა.

მეტად მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია „საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის“ მიერ 2019 წელს ჩატარებული კვლევა, რომელიც მხოლოდ საქართველოს პირველად ჯანდაცვას შეეხო [5].

აღნიშნულ კვლევაში, რომელიც საქართველოს სხვადასხვა ქალაქების მოსახლეობაში ჩატარდა, დასკვნები რესპოდენტების მიერ გაცემულ პასუხებს დაეფუძნა. პირველადი ჯანდაცვის სისუსტის მიზეზად რესპოდენტებმა დაასახელეს შესაბამის სამინისტროებში პირველად ჯანდაცვის მუშაობაზე პასუხისმგებელი დეპარტამენტის არ არსებობა, ჯანდაცვის სამინისტროში თანამდებობის პირების ხშირი ცვლა, რომლებიც სანდოდ და სარწმუნოდ არ მიიჩნევენ წინამორბედის მიერ ჩატარებულ სამუშაოს და იგივე პროცესს იწყებენ თავიდან. რესპოდენტთა შეფასებით, ჯანდაცვის სამინისტროს აქცენტები ძირითადად სტაციონარებზე აქვთ გადატანილი, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ამას მოითხოვდა და იმის მიუხედავად, რომ მას შემდეგ დიდი დრო გავიდა, სიტუცაია მაინც უცვლელი დარჩა. დასახელდა ოჯახის ექიმების დაბალი კვალიფიკაცია [5. გვ. 28]. ამის გარდა, დასახელდა ექთანთა მწვავე დეფიციტი. საქართველოში ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ექთნების რაოდენობას. 2019 წლის სტატისტიკით საქართველოში 31700 ექიმი და 19600 ექთანია, ანუ ერთ ექიმზე მოდის 0,6 ექთანი [10]. ეს მაშინ, როდესაც ევროპის ქვეყნებში საშუალოდ ერთ ექიმზე მოდის 4-5 ექთანი [11]. საქართველოს ჯანდაცვაში ეს პრობლემა რომ არსებობს საყოველთაოდ აღიარებულია, მაგრამ, ქმედითი ნაბიჯები ამ პრობლემის მოსაგვარებლად არ იდგმება, 2019 წელს ჩატარებულ კვლევაში ჩართულ რესპოდენტთა უმრავლესობას აღუნიშნავს, რომ საოჯახო მედიცინაში ახალი კადრები არ იზრდებიან, რადგან, ეს სპეციალობა პრესტიჟულად არ ითვლება. თვით ოჯახის მოქმედი ექიმებიც არ გრძნობენ თავს დაფასებულად და ამის მიზეზად ქვეყანაში მათ შესახებ უარყო-

ფით საინფორმაციო კამპანიას ასახელებენ.

კიდევ ერთი პრობლემა, რომელიც ამ კვლევამ გამოკვეთა არის ოჯახის ექიმის, განსაკუთრებით სოფლის ექიმის დაბალი ხელფასი (განსაკუთრებით კერძო კლინიკებში), მათ არა აქვთ დაზღვევა, არა აქვთ ავადმყოფობის უფლება და ავადობის გამო, გაცდენილი დღეები ხელფასიდან ექვითებათ [12] და ა. შ.

კვლევაში რესპოდენტები ზოგად პრობლემად ასახელებენ კერძო სექტორის კლინიკების მოგებისადმი უზომო მისწრაფებას, ამიტომ ისინი მოითხოვენ რომ ქვეყნის პირველად ჯანდაცვაში წახალისდეს არაკომერციული, არამომგებიანი კლინიკები.

სწორედ კვლევაში მონაწილე რესპოდენტებთან შეთანხმებით გააკეთა „ღია საზოგადოება საქართველოს ფონდის“ მკვლევართა ჯგუფმა შემდეგი დასკვნები [5. გვ. 45-47]:

1. პირველადი ჯანდაცვის კარდინალური სრულყოფის ბარიერი არის ქვეყანაში ამის პოლიტიკური ნების არარსებობა.

2. არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული პირველადი ჯანდაცვის ექიმ-სპეციალისტების ჩამონათვალი და მათი კომპეტენციები.

3. საჭიროა ჩამოყალიბდეს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გრძელვადიანი ხედვა (სტრატეგია), რომელსაც თან უნდა ახლდეს სამოქმედო გეგმა შესაბამისი ფინანსური უზრუნველყოფით.

4. პირველადი ჯანდაცვის კარდინალურ რეფორმირებას სჭირდება კომპეტენტური გუნდი, რომელიც ამ საკითხზე იქნება პასუხისმგებელი.

5. აუცილებელია უწყვეტი პროფესიული განათლების სავალდებულო სისტემის დანერგვა.

6. აღმოსაფხვრელია არასწორი სტიმულების სიჭარბე და დასანერგია სწორი მოტივაციები (ოჯახის ექიმმა რომ სრულყოფილად შეასრულოს თავის მოვალეობა, საჭიროა ჰქონდეს შესაბამისი ანაზღაურება) და მრავალი სხვა.

კიდევ უფრო შთამბეჭდავია მეცნიერების თ. ვერულავას და რ. ჯორბენაძის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები. კვლევა ჩატარდა 456 რესპოდენტზე. კვლევით დადგინდა, რომ რეს-

პოდენტო უმეტესი ნაწილი, კერძოდ, 55% (253 რესპოდენტი) უპირატესობას ანიჭებს საჭიროების შემთხვევაში არა პირველადი ჯანდაცვის ოჯახის ექიმთან მიმართებას, არამედ, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართებას. ეს განსაკუთრებით ახასიათებთ სოფლის მცხოვრებთ და ქალაქების დაბალშემოსავლიან ოჯახებს. მათ 91,3%-მა ეს ვითარება ახსნა იმით, რომ არ არიან კმაყოფილნი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით [9. გვ. 86-87]. ჩვენი აზრით, ამის მიზეზი მათი დაბალი გადახდისუნარიანობაა და ისინი ცდილობენ ნაკლები ექიმის მომსახურებით შეიმცირონ დანახარჯები. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით მეცნიერები თ. ვერულავა და რ. ჯორბენაძე აკეთებენ დასკვნას, რომ პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებისას ყურადღება მიექცეს პაციენტთა შეხედულებებს მკურნალობის საკითხზე, რომ საჭიროა ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, რადგან მაღალკვალიფიციურ ექიმებს უფრო მეტი ნდობა აქვთ პაციენტებში, რომ ოჯახის ექიმი უნდა გახდეს აუცილებელი „მეკარიბჭე“ პაციენტის ექიმ-სპეციალისტთან მიმართებისა და თუ პაციენტი ამის გარეშე მიაკითხავს ექიმ-სპეციალისტს, მას დაუზღუდეს დამატებითი გადასახადი [9. გვ. 88] და ა. შ. ეს უკანასკნელი მოსაზრება ჩვენ არ მიგვაჩნია სწორად.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტებს უფლება აქვთ აირჩიონ კლინიკაც და ექიმიც, მაგრამ პაციენტებმა არ იციან სამედიცინო დახმარების რომელი სახე და რომელი ექიმია მათი მკურნალობისთვის ყველაზე ეფექტური. პაციენტი ამის ცოდნას არ ფლობს. ამიტომ აუცილებელია პაციენტი რაც შეიძლება მეტად იყოს ინფორმირებული, ანუ ჩართული სამედიცინო სერვისის მიღების პროცესში. როცა ოჯახის ექიმი ამას აკეთებს, პაციენტი მისი კმაყოფილია და ასეთ შემთხვევაში არა მხოლოდ ამ კონკრეტული ექიმის, არამედ, კლინიკის მომსახურებითაც კმაყოფილია. ამ ორ ცვლადს შორის დადებითი კორელაცია რომ არსებობს საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის მაგალითზე ეს შეისწავლა და დაასაბუთა მეცნიერმა თ. ბუნაშვილმა [4. გვ. 105]. მან კვლევა ჩაატარა ქ. თბილისის ამბულატორიულ კლინიკებში და დააფიქსირა მაღალი დადებითი კორელაცია

(სპირმენი) - $r_s = 0,62$, $\beta = 0,000$ [4. გვ. 105]. მეცნიერი თ. ბუ-
ნაშვილის გამოკვლევით დადგინდა, რომ თუ ოჯახის ექიმი
დაუზარებლად, გულიანად მიაწოდებს პაციენტს მის დაავადე-
ბაზე ყველა ინფორმაციას - მკურნალობის არსს, მიზანს, მისი
რჩევების არ გათვალისწინების უარყოფით შედეგს, შეეცდება
ჩანვდეს პაციენტის პრობლემებს, შეეცდება ჩართოს იგი გა-
დანყვეტილების მიღებაში, შეუქმნის მას ისეთ გარემოს, რომ
პაციენტს შეიძლება თავისუფლად ესაუბროს მას თავის პრო-
ბლემებზე, საჭიროების შემთხვევაში უპასუხებს ტელეფონ-
ზეც, შეინახავს მის პირად საუბარს კონფიდენციალურად, არ
აგრძნობინებს პაციენტს რომ მას არა აქვს საკმარისი დრო მის
მოსამსახურებლად და ა. შ. და ა. შ., მაშინ, პაციენტი აუცილებ-
ლად კმაყოფილი იქნება მისი და საჭირო შემთხვევაში მასთან
ვიზიტს თავს არ აარიდებს.

რადგან საქართველოს პირველად ჯანდაცვას ის პრობლემა
უდგას, რომ მის ექიმებს თავს არიდებენ და პაციენტები ხშირად
პირდაპირ სტაციონარს მიმართავენ, ხოლო ვინც მიმართავს
პირველად რგოლს, ისინიც, ძირითად შემთხვევაში, ცდილობენ
ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით ექიმ-სპეციალისტთან ვიზიტს,
ეს უკვე იმას ნიშნავს, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებშია
პრობლემა. შეიძლება მათ მართლაც აკლიათ განათლება (გან-
საკუთრებით სოფლის ექიმებს), რადგან ეს სხვადასხვა კვლევე-
ბით დასტურდება, მაგრამ ჩემი აზრით, გარდა იმისა, რომ დიდი
ყურადღება მათი კვალიფიკაციის ამაღლებას უნდა მიექცეს,
მათ ფსიქოლოგიური მომზადების კურსიც უნდა გაიარონ.
მხედველობაში გვაქვს პაციენტთან ექიმის დამოკიდებულების
ფსიქოლოგიის შესწავლა.

ფსიქოლოგია მეცნიერებაა. ამ ბოლო დროს ფსიქოლოგია
მრავალ სფეროში შემოიჭრა. არსებობს მენეჯმენტის ფსიქო-
ლოგია, მარკეტინგის ფსიქოლოგია, ადამიანებთან ურთიერთო-
ბის ფსიქოლოგია და ა. შ. გამოჩნდა ახალი ხედვა იმის შესახებ,
რომ მენეჯერები მათთან დასაქმებულებს უნდა მოექცნენ არა
როგორც დაქვემდებარებულებს, არამედ, როგორც პარტნიო-
რებს, უნდა გაიცნობიერონ მათი ფსიქოლოგიური ტიპაჟი - ხა-

სიათი, განწყობა, სურვილები, ინტერესები და სხვა თვისებები, რომლებიც სხვადასხვა ადამიანში სხვადასხვაა, და, რომელმაც მენეჯერმაც ეს მოახერხა, მისმა კომპანიამ ასეთი დასაქმებულებისგან მაღალი უკუგებაც მიიღო.

ჩვენი აზრით, ასე უნდა მივუდგეთ პაციენტებსაც. ექიმთა კორპუსმა უნდა გაიცნობიეროს, რომ პაციენტის მკურნალობის შედეგს მარტო მისი კვალიფიკაცია არ განაპირობებს. აქ ერთ-ერთი მთავარი არის პაციენტის განწყობა. ამ პროცესში, მისი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა. ეს განწყობა მასში მკურნალმა ექიმმა უნდა შექმნას. მან პაციენტი მისსავე მკურნალობის პროცესში „პარტნიორად“ უნდა ჩართოს. ამას მხოლოდ ის ექიმი მოახერხებს, რომელსაც ნასწავლი აქვს „მკურნალობის ფსიქოლოგია“, ან „პაციენტებთან ურთიერთობის ფსიქოლოგია“. ეს საკითხი არა მხოლოდ პირველად ჯანდაცვაში, არამედ, საქართველოს ჯანდაცვის მთლიან სისტემაში სკრუპულოზურად შესასწავლი და პრაქტიკულად დასაწერგია.

დასკვნა

წინამდებარე სტატიაში ჩვენ შევისწავლეთ პირველადი ჯანდაცვის მდგომარეობა საქართველოში, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის („ჯანმო“-ს) დამოკიდებულება და ინიციატივები ჯანდაცვის ამ რგოლის გასაუმჯობესებლად, ცალკეული კვლევები შედეგები და გამოვიტანეთ დასკვნა, რომ საქართველოს პირველადი ჯანდაცვა სუსტზე სუსტია. გამოკითხულ მოსახლეობის 91% უარყოფითად აფასებს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების კვალიფიკაციას და მათ დამოკიდებულებას პაციენტების მიმართ.

ექიმთა კვალიფიკაციის ასამაღლებლად უნდა დაიწყოს მათი უწყვეტი პროფესიული განათლება. საქართველოში არის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, მაგრამ ისინი ფასიანია და ექიმებს და ექთნებს ფინანსურად არ მიუწვდებათ მათზე ხელი [13. გვ. 167]. რაც შეეხება პაციენტებთან დამოკიდებულების გამოსწორებას, სამედიცინო პერსონალმა სპეციალურად უნდა შეისწავლოს ფსიქოლოგიის ორი კურსი - „მკურნალობის ფსაი-

ქოლოგია“ და „პაციენტებთან ურთიერთობის ფსიქოლოგია“. ამ კურსების გავლის შემდეგ, პირველად ჯანდაცვაში პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს (ძირითადად, ექიმებს) შორის არსებული უფსკრული თანდათან დაიძლევა. ექიმები გააძლიერებენ ძალისხმევას იმ მიმართულებით, რომ მათი და პაციენტების განწყობები და გადაწყვეტილებები ერთმანეთის დაუახლოვდნენ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვა. 2018.

2. Aoun A. Al Hayek S., El. Jabbour F. (2018). the Need for a New Model of th Physician-Patient Relationship: A Challenge for Modern Medical Practice. fom Med Prin Care Rev; 20(4): 379-384.

3. Gerade C. (2011). From Patient Advocate to Gorlekeeper Understnnd: nge the Effewcts of the NHS Reforms. Br j Gen Pract 61(592): 655-656.

4. ბუნუნაშვილი თ. ხარჯთეფექტური პირველადი ჯანდაცვა და მისი ეკონომიკური სარგებელი. ჟ. „ეკონომისტი“. #3. 2018. გვ. 102.

5. მიქავა ნ., გაბრიჭიძე ს. „საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის“ წლიური ანგარიში. თბ., 2019.

6. Ten Threats to Global Hea ith in 2019. <http://www.who.int/emergencles/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

7. „ჯანმო“-ს 2018 წლის ანგარიში - A Vision for Health Care in the Rage and the Systainable Development Goals. 2018.

8. Chirovani I., Sulaberidze L. (2017). Primary Health Cre Systems, Case Study From Georgia, Geneva: World Health Organization.

9. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის „მეკარიბჭეობა“ და მიმართვიანობა. ჟ. „ეკონომისტი“. #1. 2020.

10. საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო სამსახურის ინფორმაცია (www.geostat.ge).

11. ვერულავა თ. ექთანთა საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში, ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია. 2015. 1(1),

12. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, სახელმწიფო აუდიტის სამსახური. თბ., 2015.

13. როსტიაშვილი თ. პირველადი ჯანდაცვა - თანამედროვე ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულება, IV საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის შრომების კრებული - „გლობალიზაცია და ბიზნესის თანამედროვე გამოწვევები“. საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი. ბიზნეს-ტექნოლოგიების ფაკულტეტი. თბ., 2020. ტ. I.

REFERENCES:

1. Brief overview of the healthcare system of Georgia. 2018.
2. Aoun A. Al Hayek S., El. Jabbour F. (2018). the Need for a New Model of the Physician-Patient Relationship: A Challenge for Modern Medical Practice. *from Med Prin Care Rev*; 20(4): 379-384.
3. Gerade C. (2011). From Patient Advocate to GoalkeeperUnderstand the Effects of the NHS Reforms. *Br j Gen Pract* 61(592): 655-656.
4. Butsunashvili T. Cost-effective primary health care and its economic benefits. *J. "Economist". #3. 2018. p. 102.*
5. Mikava N., Gabrichidze S. Annual report of "Georgian Open Society Foundation". *Tb., 2019.*
6. Ten Threats to Global Health in 2019. <http://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
7. "WHO" 2018 report - A Vision for Health Care in the Rage and the Sustainable Development Goals. 2018.
8. Chirovani I., Sulaberidze L. (2017). Primary Health Care Systems, Case Study From Georgia, Geneva: World Health Organization.
9. Verulava T. Primary care "gatekeeping" and referral. *J. "Economist". #1. 2020.*
10. Information of the State Statistics Service of Georgia (www.geostat.ge).
11. Verulava T. Characteristics of nurses' work environment and job satisfaction in Georgia, health policy, economics and sociology. 2015. 1(1),

12. Audit of the effectiveness of the state program of the rural doctor, State Audit Office. Tb., 2015.

13. Rostiashvili T. Primary Health Care - a priority direction of modern health care, a collection of works of the IV International Scientific Conference - "Globalization and modern challenges of business". Georgian Technical University. Faculty of Business Technologies. Tb., 2020. Vol. I.

PRIMARY HEALTH CARE PROBLEMS AND NECESSITIES IN GEORGIA

Rusudan Kutateladze,

Doctor of Economics, GTU Professor,
Dean of Faculty of Business Technologies
r.kutateladze@gtu.ge

Nino Elisabedashvili,

Doctoral Student of the Faculty of
Business Technologies at GTU
n.elisabedashvili@seu.edu.ge

RESUME

In the article it is discussed the essence, purpose of primary health care and the results of the reforms that have been implemented in it since Georgia gained independence.

As it is well known, primary health care in highly developed countries receives the special attention from the government because it is responsible for taking care of the health of patients, their families and the community it serves. In 2014, the government of Georgia declared primary health care as a priority for Europe, but this is not reflected in its state funding. Primary health care accounts for 23.2% of the state funding of health care, and the hospital sector - 65.5%.

The referral rate of patients in primary healthcare is 3.6 in Georgia, and 7.5 in Europe. In addition, in primary healthcare in Georgia, out-of-pocket payments account for 47%, in Germany 5%, etc.

The goal of the reforms implemented in the primary health care of Georgia (the formation of the “Family Doctor” Institute, the implementation of the “Village Doctor” program, etc.) was to raise the image of the primary health care organizations, to turn patients to them, but this did not happen. Today, only 51% of patients refer to primary healthcare clinics in Georgia.

In-depth reforms of primary healthcare in Georgia started in 2000. Financially, Great Britain, the World Bank, the European Union and others participated in it. The general plan for the development of primary health care for the years 200-2009 was developed, the department of primary health care was also established, which was abolished again a year later, etc. Although after that, the referral rate of primary care institutions increased by 25%, but this did not mean the final victory in the regulation of primary care. As a result, in 2015, the relevant ministry announced a new, fundamental reform of primary healthcare and adopted the 2016-2023 project for the development of this field.

Today is 2022, that is, six years have passed since the announcement of this supposedly **fundamental** reform, during which the number of patients referred to primary health care rose to 3.6. But even this is not enough - the institution of “family doctor” and “rural doctor” in Georgia is still underdeveloped: studies show that 18% of respondents evaluated the institution of “family doctor” negatively, 47% call for cardinal changes in it and etc.

Moreover, in order to respond to these challenges, the article emphasizes the need for the relevant bodies of Georgia to familiarize themselves with the European framework - “Health 2020” and to build the primary health care of Georgia in a European manner.

Keywords: Primary health care; the patient; “Family doctor”; “Village Doctor”; “Health - 2020”.