

გამოწვევები საქართველოს ჯანდაცვის მართვის სისტემებში და მათი გადაწყვეტის გზები

DOI:10.36962/ECS105/3-4/2023-18

მაკა კუჭავა
სტუ დოქტორანტი
maka_kuchava@yahoo.com

მარინა მერტვეელი
სტუ პროფესორი
Metrevelimarina7@gmail.com

რეზიუმე

განხილულია საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმების გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და ისეთი პარამეტრების ცვლილებაზე როგორიცაა ქვეყნის დემოგრაფიული მაჩვენებლები.

გაანალიზებულია როგორც ჯანდაცვის პირველადი ისე მეორადი რგოლი და აღნიშნულია, რომ მრავალი ღონისძიებების მიუხედავად, რომელთა გატარებაზე დაიხარჯა როგორც დონორი ორგანიზაციების ასევე სახელმწიფო ბიუჯეტის სახსრები, საქართველოს ჯანდაცვა ჯერ კიდევ ვერ მიუახლოვდა ევროპის საშუალო სტანდარტულ მაჩვენებლებს. კერძოდ: დაბალია „ოჯახის ექიმთან“ მიმართვიანობა, მაღალია მკურნალობისთვის „ჯიბიდან გადახდის“ წილი, არის ექთნების დიდი დეფიციტი და ექიმების სიჭარბე, დაუტვირთავია საწოლთა ფონდი, გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის „ნარჩენი პრინციპით“ დაფინანსება, და სხვა.

ყოველივე ზემოთქმული ცხადია, აისახა ქვეყნის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე და 1990-2021 წლის პერიოდში შემცირდა შობადობის კოეფიციენტი, გაიზარდა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და ამასთანავე შემცირდა სიცოცხლის ხანგრძლივობაც.

აღნიშნული მდგომარეობიდან გამომდინარე სტატიის ავტორები აკეთებენ დასკვნას, რომ იმ რიგი გამოწვევების გადაჭრის გზები, რაც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას უდგას, შეუძლებელია მოხდეს ერთი სექტორის მიერ და საზოგადოებას სთავაზობენ ჯანდაცვის ინტერსექტორული მართვის სტრატეგიას კლასტერის სახით. სტატიაში საქართველოს სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის მაგალითზე წარმოდგენილია მისი სანიმუშო მოდელი.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის რეფორმები; რეფორმირების მართვა; „ოჯახის ექიმი“; საოჯახო მედიცინა; ინტერსექტორული მართვა; კლასტერი

შესავალი

მოსახლეობის საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელი ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის და ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობის პირდაპირპროპორციულია. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) DALY-ინდექსის მიხედვით, რომელიც ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობის მაჩვენებელია, საქართველოში ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 66,3 წელია (ამასთან, ქალებისთვის 69,4 წელი, მამაკაცებისთვის 66,3 წელი) [1, გვ. 14]. სხვაობა ამ მაჩვენებელსა და 2021 წელს საქართველოში დაფიქსირებულ სიცოცხლის საშუალო (მოსალოდნელ) ხანგრძლივობას (71,4 წელი) შორის 5,1 წელია. ამ პერიოდის განმავლობაში ადამიანი ცოცხალია, მაგრამ ავად არის. ეს წლები ითვლება დაკარგული ცხოვრების წლებად.

2015 წლის 25 სექტემბერს ქ. ნიუიორკში ჩატარებულ გაეროს გენერალური ანსამბლეს სხდომაზე მიღებულ დოკუმენტში - **„ჩვენი მსოფლიოს გარდაქმნა: მდგრადი განვითარების დღის წესრიგი 2030 წლამდე“** - ჩამოთვლილ 17 მიზანს შორის ავადობის მაჩვენებლის შემცირება მესამე მიზნათ არის დასახელებული [2]. მის წინ დგანან მხოლოდ სიღარიბის შემცირება და შიმშილის შემცირება.

თუ ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა კარგად იმართება, იქ მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობაც მაღალია და

ჯანმრთელი სიცოცხლისაც. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ორივე ეს მაჩვენებელია მსოფლიოს და ევროპის საშუალო მაჩვენებლებზე მნიშვნელოვნად დაბალი. ეს ფაქტი იმაზე მეტყველებს, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვის მართვა არ დგას სათანადო დონეზე. წინამდებარე სტატიაში სწორედ ამ საკითხზე გვექნება საუბარი. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებმა და, აგრეთვე, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განაცხადის გაცნობიერებით, რომ „ჯანდაცვის წინაშე იმდენი გამოწვევებია, რომ მარტო ჯანდაცვის სამინისტროები მათ გადაჭრაში უძლურნი არიან [3. გვ. 12], ჩვენ გვაფიქრებინა, რომ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მართვის სრულყოფაზე გვემუშავა არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის (დარგის) შიგნით, არამედ, მის გარეთაც, კერძოდ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშემწყობ სხვა სექტორებს შორისაც, და, ამ ერთობაზე დაყრდნობით შეგვედგინა ჯანდაცვის მართვის სრულყოფის ინტერსექტორული სტრატეგია საქართველოს რომელიმე ერთი რეგიონისთვის.

ძირითადი ტექსტი

კვლევა რომელიც ჩვენ ჩავატარეთ საქართველოს ჯანდაცვაში რეფორმირების პროცესში მის მიმდინარე მართვაზე, გვიჩვენა, რომ ეს პროცესი დაიწყო 1991 წელს (უფრო რეალურად 1995 წელს) და დღესაც მიმდინარეობს. კვლევამ მოიცვა როგორც პირველადი ჯანდაცვა, ისე ჰოსპიტალური სექტორი. რეფორმა მიმართული იყო მაშინ საქართველოში არსებულ ჯანდაცვის საბჭოური მოდელის ბრიტანულ, ე. წ. „ბევერიჯის“ მოდელზე რეორიენტაციაზე. ამ მიმართულებით დაიგეგმა და გატარდა მრავალი ღონისძიება. 1995 წელს დაიწყო ექიმების გადამზადება „ოჯახის“ და „სოფლის“ ექიმებად და ქვეყნის მთავრობა შეუდგა პირველად ჯანდაცვაში „ოჯახის ექიმის“ და „სოფლის ექიმის“ მოდელების დანერგვას პილოტურ რეგიონებში, შეიქმნა საოჯახო მედიცინის ეროვნული და რეგიონული ცენტრები, 178 პოლიკლინიკა აღიჭურვა ახალი ტექნიკით, დაიწყო სამედიცინო დანესებულებების პრივატიზება, სოფლის

ექიმს მიეცა ინდმენარმის სტატუსი და კერძო მომსახურების უფლება, ღარიბი მოსახლეობისთვის შეიქმნა შეღავათიანი მომსახურების პაკეტი, 2000 წელს შესაბამის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის მმართველი დეპარტამენტი, დამტკიცდა როგორც ოჯახის ექიმის, ისე სოფლის ექიმის სამუშაო პროგრამები, მათი შრომის ანაზღაურების წესი, პაციენტებით დატვირთვა ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით და მრავალი სხვა [4. გვ. 29-44]. საქართველოს ჯანდაცვის მაშინდელ მინისტრს ა. ჯორბენაძეს 300 გვერდიანი ნაშრომი აქვს გამოქვეყნებული [5], ამ საკითხზე, რომელშიც დეტალურად არის აღწერილი რა ღონისძიებები ტარდებოდა რეფორმის კუთხით საქართველოს ჯანდაცვაში. მართლაც, უამრავი სამუშაო ჩატარებული, მაგრამ, მთელი რიგი პრობლემები, დღესაც გადაუჭრელია. მაგალითად, პირველად ჯანდაცვას აკლია დაფინანსება. იმის მიუხედავად, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ („ჯანმო“) ყველა ქვეყანას ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსებაში პირველადი ჯანდაცვის დომინირება ურჩია, საქართველოში კვლავაც მეტად ფინანსდება ჰოსპიტალური სექტორი და არა პირველადი ჯანდაცვა [4. გვ. 39]. დაბალია პირველად ჯანდაცვაში „ოჯახის ექიმთან“ და „სოფლის ექიმთან“ პაციენტთა მიმართვიანობა. 2021 წელს ექიმთან მიმართვიანობა ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენდა 4-ს. ეს მაშინ, როდესაც იგი ევროპაში 7,5-ია [6]. პაციენტები ამას ხსნიან ოჯახის ექიმის დაბალი კვალიფიკაციით და არჩევენ გვერდი აუარონ მას და პირდაპირ მიაკითხონ ან ექიმ-სპეციალისტს, ანდა პირდაპირ საავადმყოფოს. სოფლის მცხოვრებნი, ამის გარდა, უჩივიან სოფლის ექიმის წვდომას. ორ-სამ ადგილზე დასაქმების გამო, სოფლის ექიმებს არა აქვთ ძირითად სამუშაო ადგილზე დასაქმების მკაცრი გრაფიკი. ჯერ კიდევ პრობლემაა მთიან და მიუდგომელ რაიონებში ექიმების დეფიციტი, პაციენტის „ჯიბიდან გადახდის“ დიდი ტვირთი (2021 წელს მკურნალობის საერთო ხარჯების 47% დაიფარა პაციენტების ჯიბიდან [4. გვ. 39], ეს მაშინ, როცა ევროპაში იგი 3-7%-ია), ექთნების სიმცირე, ექიმ-ექთნების მცირე ხელფასი და სხვა მრავალი.

სწორედ ამ ნაკლოვანებების გამო, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების მართვა 12 პოსტსაბჭოთა ქვეყნების რეფორმირების ფონზე უცხოელი მეცნიერების ბეელის, რიჩარდსონის, რეჩელის და სხვათა მიერ შეფასდა საშუალო შეფასებით, შედარებით მოწინავე მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ მოლდოვეთი და ყირგიზეთი. ორივე ისინი მთლიანად იყვნენ გადასულნი საოჯახო მედიცინის მოდელზე, საქართველოში კი, იგი ჯერ-ჯერობით მთლიანად დანერგილი არ იყო და არც ამჟამად არის დანერგილი. მოწინავე ადგილები მათ დაიკავეს კიდევ იმიტომ, რომ ექიმ-სპეციალისტთან პაციენტის მოხვედრა „ოჯახის ექიმის“ მეშვეობით მათთან არა მხოლოდ აღიარებულია, არამედ, დანერგილი და წახალისებულია, საქართველოში კი იგი სავალდებულო არ არის [7].

მძიმე მდგომარეობაში იყო ჰოსპიტალური სექტორიც. სავადმყოფოების რიცხვი დ საწოლების რაოდენობაც აბსოლუტურად შესაბამისობაში არ იყო მათზე არსებულ მოთხოვნასთან. ამასთან, ამ სავადმყოფოთა შენობები და მათი აღჭურვილობაც მთლიანად ამორტიზებული იყო. ასეთი ინფრასტრუქტურის სრული რეაბილიტაცია დიდ სახსრებს მოითხოვდა, რაც საქართველოს სახელმწიფოს მაშინ არ შეეძლო და 1994 წლის დადგენილებით დაიწყო მათი პრივატიზება. მაგრამ ეს პროცესი ძალზე რთული აღმოჩნდა (განსაკუთრებით, რაიონებში). 2007-2008 წლებში სავადმყოფოების 80% კერძო სექტორზე გაყიდული აღმოჩნდა. ძირითადი მეპატრონეები იყვნენ სადაზღვევო კომპანიები და ფარმაცევტული კომპანიები. 2012 წელს საწოლთა ფონდის 84%-ს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ფლობდნენ, ანუ ისინი თავიანთ რაიონებში მონოპოლისტები გახდნენ, რის გამოც, კონკურენცია ამ სფეროში ვერ განვითარდა.

2012 წელს საქართველოს მთავრობაში პარტია „ქართული ოცნება“ მოვიდა და გაჩნდა ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ახალი მექანიზმებიც - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სახით. ამან სტიმული მისცა პატარ-პატარა სავადმყოფოების მომრვალებას. ასე რომ, თუ იქამდის ქვეყანას კურსი

აღებული ჰქონდა სავადმყოფოთა რაოდენობის შემცირებისკენ, 2013-2014 წლიდან ნელ-ნელა დაიწყო მათი რიცხვის ზრდა და 1 მლნ მცხოვრებზე ანგარიშით 2012 წელს მან 1991 წლის დონეს - 72 სავადმყოფოს მიაღწია. ცხადია, ამდენი სავადმყოფო და ამდენი საწოლები ქვეყნის მოსახლეობას არ სჭირდებოდა. შედეგად, საქართველოს სავადმყოფოების საწოლთა ფონდი 2019 წელს - 49%-ით, ხოლო 2021 წელს, მხოლოდ 53.4%-ით იყო დატვირთული (ცნობისთვის: ევროპაში დატვირთვა 77%-ია). მაშასადამე, მოხდა ისე, რომ 2018-2021 წლებში საქართველოს სავადმყოფოებში საწოლ-ფონდი კი არ შემცირდა, როგორც წინა წლებში მცირდებოდა, არამედ, თითქმის გაორმაგდა (181,8%). ცხადია, ამან გამოიწვია საწოლთა ფონდის ნაწილობრივი დატვირთვა, მაგრამ, მათი მეპატრონეები საწოლთა იმ მცირე დატვირთვითაც კი საკმაო შემოსავალს იღებდნენ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან პაციენტთა მკურნალობის საყოველთაო დაფინანსების ხარჯზე, მიდიოდნენ რა სხვადასხვა თაღლითობებზე, რომელთა შემთხვევები მათი კონფიდენციალურობის მიუხედავად, არაერთხელ გაჟღერდა პრესით.

დღეს, საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის ძირითადი ნაწილი პრივატიზებულია, მცირე ნაწილი (კერძოდ, „A“ ჯგუფის სავადმყოფოები) დარჩა სახელმწიფო საკუთრებაში. მოცემულ სექტორში 100 000 მოსახლეზე ანგარიშით საქართველოს მოსახლეობა 606,6 ექიმით და 595,3 ექთნით არის უზრუნველყოფილი. ასე რომ, ერთ ექიმს ერთი ექთანიც კი არ ემსახურება. ევროპაში 310 ექიმი ითვლება ნორმად, ხოლო ერთ ექიმს ემსახურება 2-5 ექთანი. სწორედ ამ მიზეზით საქართველოს სავადმყოფოები ევროპის სავადმყოფოებთან შედარებით 3-5-ჯერ უფრო ნაკლები პროდუქტიულობის არიან. ასეთ დროს, საქართველო ისტორიულად ყოველთვის გამოირჩეოდა მაღალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით, ეხლა კი, ქართველი პაციენტები სამკურნალოდ საზღვარგარეთ მიემართებიან. ასე რომ, საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორშიც, ისე როგორც პირველად ჯანდაცვაში რეფორმა ჩატარდა, მაგრამ, პასუხგაუცემელი დარჩა ორი კითხვა: „რა მივიღეთ“? და „რატომ ასე

მოხდა“? ერთ-ერთ სოლიდური გამოკვლევაში, რომელიც ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ ხელშეწყობით შესრულდა, ამ ორ კითხვაზე ასეთი პასუხებია გაცემული [8. გვ. 65-76].

მივიღეთ ის, რომ რეფორმირების ვალდებულებები სახელმწიფოსა და საზოგადოებას შორის არათანაბრადაა განაწილებული, ბალანსის ნაკლებობაა ჯანდაცვის ბაზარზე როლების განაწილებაშიც, არ არის დაბალანსებული თვით ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკული ელემენტები. ხოლო კითხვაზე, თუ **რატომ მოხდა ეს**, პასუხი ასეთია: ეს იმიტომ მოხდა, რომ რეფორმა ნამოვიდა „ზემოდან“ და სახელმწიფოს არავისთვის არ უკითხია იყვნენ თუ არა ამ ტვირთის სატარებლად მზად. როგორც ჩანს, ეს მზაობა საქართველოში არ იყო და დისბალანსიც იმიტომ წარმოიშვა [8. გვ. 75-76].

ამ საკითხის უფრო სიღრმისეულად გასარკვევად, ჩვენ საქართველოს 9 სავადმყოფოსა და 12 პოლიკლინიკა-ამბულატორიების ხელმძღვანელებსა, ექიმებსა და პაციენტებში ჩავატარეთ კვლევა რეფორმაში მათი ჩართულობის და რეფორმით კმაყოფილების დასადგენად. კვლევაში ჩართული იყო 302 რესპოდენტი. კლინიკების ექიმები და ხელმძღვანელობა გამოვკითხეთ 30 კითხვიანი კითხვარით. საიდანაც, 22 კითხვის, ანუ 73,3%-ის პასუხებით უარყოფითად შეფასდა რეფორმაც და მისი შედეგებიც, 69%-მა გამოაცხადა, რომ რესურსული თვალსაზრისით ს ისინი არ იყვნენ მზად რეფორმის ჩასატარებლად, 65% გამოაცხადა, რომ რეფორმა ნაუცბათევი იყო, 64,4% პროცენტმა გამოაცხადა, რომ ისინი არ იყვნენ რეფორმაში ჩართულნი და ა. შ.

მსგავსი გამოკვლევა ჩავატარეთ ასაკობრივად 3 ჯგუფად დაყოფილ პაციენტებშიც - ახალგაზრდა თაობა, საშუალო თაობა და უფროსი თაობა. ისინი 12 კითხვიან კითხვარით გამოვიკვლიეთ და აღმოჩნდა, რომ უფროსი თაობა მეტად პესიმისტურად არის განწყობილი რეორიენტებული ჯანდაცვის მიმართ და ძირითადად უარყოფითად აფასებს მას, ახალგაზრდა თაობას კი მოსწონს, რომ მას ევროპული, კერძოდ, ბრიტანული ჯანდაცვის ორიენტაცია აქვს აღებული და პოზიტიურად აფასებს რეფორმას. შუახნის თაობას უფრო საშუალო პოზიცია უკავია.

იგი აცხადებს, რომ რეფორმებში ხარვეზები უდაოდ არის, მაგრამ, დროთა განმავლობაში ისინი გამოსწორდება.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ გამოკვლევის შედეგების და ჯანდაცვის სტატისტიკით მიღებული ინფორმაციის შეჯამებით კეთდება დასკვნა, რომ საქართველოს ჯანდაცვის მართვაში სერიოზული ნაკლოვანებები და ხარვეზებია. აღმოჩნდა, რომ მიუხედავად საერთაშორისო ორგანიზაციებიდან დიდი მეთოდური თუ ფინანსური დახმარებისა, ჯანდაცვის რეფორმირების საკითხს სათანადოდ ვერ გაუძღვა, საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ამიტომ მივიღეთ ის, რაც მივიღეთ. კვლავაც მძიმე მდგომარეობაა პაციენტების ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაში (ვისაც მატერიალურად შეუძლია არჩევს საზღვარგარეთ, ძირითადად, თურქეთში მკურნალობას), ქვეყნის დემოგრაფიული მდგომარეობა კი კატასტროფულად გაუარესებულია (ცხრილი 1). მაშასადამე, საქართველოს ჯანდაცვაში 30 წლის განმავლობაში მიმდინარე რეფორმამ, რომელსაც ხელმძღვანელობდა ზემოთდასახელებული სამინისტრო, კი არ გააუმჯობესა მოსახლეობის ჯანმრთელობა და, აქედან გამომდინარე, ქვეყნის დემოგრაფიული მდგომარეობა, არამედ, საგანგაშოდ გააუარესა. 2021 წელს 1990 წელთან შედარებით, 4,6 ერთეულით შემცირებულია შობადობა, ხოლო 7,8 ერთეულით გაზრდილია მოკვდაობა. შედეგად, მოსახლეობის ბუნებრივი მატების ნაცვლად გვაქვს - კლება (3,8 ერთეული). მეტიც, 2020 წლის ჩათვლით, საქართველოში ჩვილ ბავშვთა მოკვდაობის კოეფიციენტი ყოველ 1000 ცოცხლად დაბადებულზე ანგარიშით მცირდებოდა (1990 წელს - 15,9, 1998 წელს - 15,2, 2015 წელს - 8,6, 2020 წელს - 7,9), 2021 წელს კი, ისევ ამაღლდა 9,0 ერთეულამდე.

ეს ვითარება გვაფიქრებინებს, რომ დამოუკიდებლად, მხოლოდ საკუთარი ძალებით ზემოაღნიშნული სამინისტრო ვერ ახერხებს მიზნის მიღწევას, თვით საქართველოს სამთავრობო დოკუმენტში - „საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის“ ვკითხულობთ

შობადობა, სიკვდილიანობა,
მოსახლეობის ბუნებრივი მატება [9, 10]

წლები	მოსახლეობის 1000 კაცზე ანაგრიშით		
	დაიბადა	გარდაიცვალა	ბუნებრივი მატება (+) ბუნებრივი კლება (-)
1990	17,0	8,4	+8,6
2021	12,4	16,2	-3,8

შემდეგს: „...სისტემა სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, უწყვეტობას, თანმიმდევრულობას და ეფექტიანობას“. ამ აზრს გვიმტკიცებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის („ჯანმო“) მიერ გაკეთებული შემდეგი განცხადება: „ჯანდაცვის წინაშე იმდენი გამოწვევაა, რომ მართო ჯანდაცვის სამინისტროები მათ გადაჭრაში უძლურნი არიან“, სწორედ ამ ვითარებამ გვაფიქრებინა, რომ როგორც ადრეც აღვნიშნეთ, საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მართვის სრულყოფის მიზნით შევიმუშავოთ ინტერსექტორული სტრატეგია (როგორც მთლიანად ქვეყანაში, ისე რეგიონებში), ასეთ შემთხვევაში პასუხისმგებლობებიც და რისკებიც გადანაწილდება სხვადასხვა სექტორებზე და არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორზე. ერთი რეგიონის, კერძოდ, სამცხე-ჯავახეთის მაგალითზე, ჩვენ შევადგინეთ ჯანდაცვის მართვის ინტერსექტორული მოდელი და წარმოვადგინეთ იგი ასეთივე სახელწოდების კლასტერის სახით.

ვინ არიან ეს სექტორები და ვის ვგულისხმობთ საქართველოს (თუ რეგიონების) მასშტაბით მოსახლეობის დაავადების ტვირთის პრობლემის გადაჭრის აქტიურ მონაწილეებად? ესენია: საკუთრივ ჯანდაცვის ორგანიზაციები; გარემოს დაცვის ორგანიზაციები; საკვებ-სასმელი პროდუქტების მწარმოებელი

კომპანიები; სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ორგანიზაციები; აღმზრდებლობით-სასწავლო ორგანიზაციები; საკუთრივ მოსახლეობა.

თითოეულ ამ ორგანიზაციას მოსახლეობის ჯანმრთელი სიცოცხლის უზრუნველყოფაში და ჯანმრთელად დაბერებაში თავისი ფუნქცია გააჩნია:

- **ჯანდაცვის ყველა დონის დანესებულებას** ევალებათ დაავადებათა პრევენცია, პაციენტთა უწყვეტი მკურნალობა, გადამდები და არგადამდები დაავადებების გავრცელების შემცირება და მრავალი სხვა;

- **გარემოს დაცვის ორგანიზაციებს** ევალებათ აქტიური ღონისძიებების გატარება გარემოს (მ. შ. ჰაერის) დაბინძურების წინააღმდეგ. გარემოს საშიშროებები ჯანმრთელობის მთავარი დეტერმინანტებია. ჯანმრთელობაზე გარემოს სწორი პოლიტიკის თანასარგებელი გათვალისწინებულია მდგრადი განვითარების შესახებ გაეროს კონფერენციის „რიო + 20“ კოდექსითაც [3. გვ. 86].

- **კვების პროდუქტების მწარმოებელ** კომპანიებს ევალებათ დაიცვან პროდუქტები მავენე შენარევეებისგან და ქიმიური დანამატებისგან;

- **სპორტულ-გამაჯანსაღებელი** კომპანიებიც აქტიურად უნდა მუშაობდნენ იმისთვის, რომ მოსახლეობა დააინტერესონ სხეულის გაკაჟებით, ინტენსიური წვრთნით. წრთობა ჯანმრთელობის განმტკიცების ნაცადი საშუალებაა. იგი ორგანიზმის თერმორეგულარული პროცესების სპეციალური ტრენინგების სისტემაა, რომელთა მიზანია გადახურების ან გაცივების წინააღმდეგ ორგანიზმის გამძლეობის ამაღლება. ამ წესით ადამიანი გარემოსთან ადაპტირდება და ნაკლებად ავადდება [12];

- **აღმზრდებლობით-სასწავლო ორგანიზაციებს** (სკოლები, საბავშვო ბაღები, კოლეჯები, უნივერსიტეტები) კი ევალებათ ჩაუნერგონ ახალგაზრდებს ჯანსაღი წესით ცხოვრება (არა - ალკოჰოლს, არა - თამბაქოს, არა - ნარკოტიკს);

- რაც შეეხება მოსახლეობას, იგი საკუთარი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი მონაწილეა. ყველა ზემოჩა-

მოთვლილი ორგანიზაციები მათ ჯანმრთელობას პირდაპირ თუ არაპირდაპირ ხელს უწყობენ, მაგრამ მოსახლეობა თვითონაც უნდა იყოს ამ პროცესის აქტიური მონაწილე, კერძოდ, არ უნდა შეეგუოს ჯანმრთელობის პრობლემებს და არ იქონიოს მავნე ჩვევები. „ჯანმო“ გვაფრთხილებს, რომ „ადამიანების“ აქტიური ჩართულობის გარეშე, ბევრი შესაძლებლობა, რომელიც მიმართულია მათი ჯანმრთელობის ხელშეშენებაზე და გაუმჯობესებაზე, დაკარგულია“ [3. გვ. 9].

პირველი და შეიძლება არა ერთადერთი, მაგრამ საკმაოდ დამაჯერებელი მტკიცებულება ჯანმრთელობის დაცვის ინტერსექტორულ კონტექსტში მართვისა, ანუ კლასტერული მართვისა, იმაში მდგომარეობს, რომ ადამიანთა ჯანმრთელობას მხოლოდ სამედიცინო ორგანიზაციები („ჯანდაცვის სექტორი“) არ უზრუნველყოფენ. მასში მრავალი სხვა სექტორი და თვითონ ადამიანებიც მონაწილეობენ. ისინი ჩვენ უკვე ჩამოვთვალეთ.

ცალ-ცალკე ეს სექტორები თავისთავად მართული არიან: სამედიცინო დაწესებულებებს მართავს საქართველოს **ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო**, გარემოს დაცვის ორგანიზაციებს - **გარემოს დაცვის სამინისტრო**, კვების მრეწველობის საწარმოებს - **ეკონომიკის და მდგრადი განვითარების სამინისტრო**, სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ორგანიზაციებს - **კულტურის და სპორტის სამინისტრო**, აღმზრდელობით-სასწავლო ორგანიზაციებს - **განათლების და მეცნიერების სამინისტრო**. რაც შეეხება მოსახლეობას, იგი თვითმართვადი ფენომენია იმ ქვეყნის კანონმდებლობის ფარგლებში, რომელ ქვეყანაშიც იგი ცხოვრობს.

მაშასადამე, ყველა ეს სექტორი საქართველოში იმართება, მაგრამ მათ ყველას თავის კერძო მიზანი აქვთ დასახული და იმ მიზნის შესრულებას ემსახურებიან. ამ სფეროებში არ არის დანერგილი ინტეგრირებული პროგრამები, რაც იმას ნიშნავს, რომ ისინი სექტორის ფარგლებს გარეთ არ გადიან. ასეთ დროს, თითოეულ მათგანს გარე ეფექტები აქვთ. ჩვენს მიერ ჩამოთვლილი სექტორების საქმიანობის გარე ეფექტს სწორედ ადამიანთა

ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, დაცვა და გაუმჯობესება ნა-რმოადგენს. ასეთი მტკიცებულების არსებობის შემდეგ, ორი აზრი არ არის იმაში, რომ აღნიშნული სექტორები ერთმანეთან კორელაციაში არიან და ისინი ადამიანთა კარგი ჯანმრთელო-ბის ყველაზე მნიშვნელოვანი კორელანტებია.

კლასტერში რომლის დაფუძნების წინადადებასაც ჩვენ ვი-ძლევით, და, ვასაბუთებთ კიდევ, ადგილობრივ ხელისუფლებას მხოლოდ კლასტერის მართვა დავავალეთ და ის სექტორების სიაში არ შევიყვანეთ. მას (ქვეყანაში - მერიას, რეგიონში - გუ-ბერნატორს, რაიონში - გამგეობას) დაეკისრება მხოლოდ კლა-სტერში შესული სექტორების ერთიანი ხელმძღვანელობა, კორ-დინაცია და კოლაბორაცია, ანუ მათი ერთად შეკვრა, რათა მათ ერთად წინ წაწიონ რეგიონის (ქალაქის, რაიონის) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

კლასტერის ამ მოდელის მოფიქრებამდე ჩვენ გავეცანით ჯანდაცვის მიმართულებით მსოფლიოში მოქმედ კლასტე-რებს. ასეთებია: ნიდერლანდებში „ჯანდაცვის ველი“, დანიაში „მედიკონ ველი“, ფინეთში სამედიცინო აპარატურის მწარმო-ებელი საწარმოების კლასტერი „სილვე ოუე“, სომხეთში ონკო-ლოგიური და ფარმაცევტული კლასტერები, უზბეკეთში კლა-სტერი - „ფარმაცევტიკა“ და სხვები [13]. თუ დავაკვირდებით ამ ჩამონათვალს დავინახავთ, რომ პირველი ორის („ჯანდაცვის ველი“ და „მედიკონ ველი“) გარდა, ყველა დანარჩენი შიდა სექტორული ვიწრო სპეციალიზაციისაა, რაც შეეხება ნიდერ-ლანდების „ჯანდაცვის ველს“, მას ფართო სპეციალიზაცია აქვს (დიაგნოსტიკა, ფარმაცევტიკა, დნმ-ის კვლევა, მოლეკულური ბიოლოგია, კოგნიტურ ნეირო-გენერაცია და სხვა) [14. გვ. 502], მაგრამ ისიც მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორის შიგნით. ასევეა დანიის კლასტერი „მედიკონ-ველიც“. ამ კლასტერში გაერთი-ანებული არიან დანიის და დასავლეთ შვეიცარიის ბიოტექნო-ლოგიური ლაბორატორიები და ფარმაციის დანესებულებები.

მათგან განსხვავებით, ჩვენს მიერ შემუშავებული ჯანდაცვის კლასტერის მოდელი იქნება ინტერსექტორული, ანუ დარგთა-შორისი და მისი დაფუძნების მიზანიც იქნება არა კლასტერში

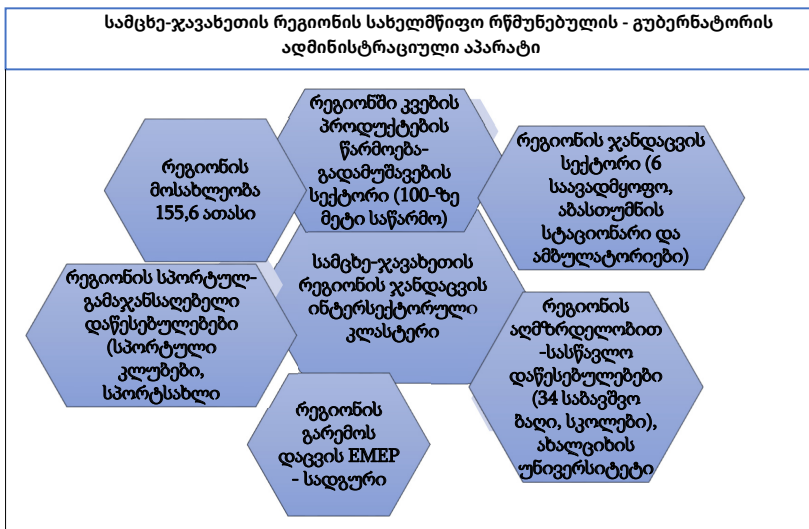
შემაჯავლი მონაწილეების კონკურენტუნარიანობის ამაღლება, ან სინერგიული ეფექტის მიღება (ამ ფორმატში მუშაობის პირობებში ისინი ბუნებრივად შეიქმნება), არამედ, რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და სიბერემდე ჯანმრთელი სიცოცხლის უზრუნველყოფა. ამიტომ, სამედიცინო დაწესებულებების გარდა, კლასტერში ვაერთიანებთ თვითონ რეგიონის მოსახლეობას და სხვა დარგების ყველა იმ ორგანიზაციას, რომლებიც პირდაპირ თუ არაპირდაპირ ხელს უწყობს მათ ჯანმრთელობას.

სამუშაო, რომელიც ჩვენ ჯანდაცვის ინტერსექტორული კლასტერის სახით აქ უნდა წარმოვადგინოთ სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში მისი დაფუძნების რეკომენდაციით, მოითხოვს ამ ლოკაციაზე ჯანდაცვის ინტერსექტორული კლასტერის შექმნისთვის ყველა პირობების არსებობას, კერძოდ, იქ უნდა არსებობდნენ: 1. სამედიცინო დაწესებულებები. 2. საგანმანათლებლო-აღმზრდელობითი ორგანიზაციები. 3. სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ორგანიზაციები. 4. გარემოს დაცვის ორგანიზაციები. 5. კვების პროდუქტების მწარმოებელი და გადამამუშავებელი ორგანიზაციები. 6. ტერიტორიის მმართველი ორგანოები. 7. მოსახლეობა.

რადგან სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში ყველა ეს პირობები არსებობს [15], ჩვენ ვაყენებთ წინადადებას, რომ სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში, კერძოდ, ახალციხეში, ახალციხის გუბერნატორის ინიციატივით ჰოლდინგის ფორმით შეიქმნას ჯანდაცვის ინტერსექტორული კლასტერი, რომელსაც სავარაუდოდ ასეთი სქემა ექნება (იხ. ნახაზი 1).

როგორც ნახაზიდან ჩანს, ჩვენს მიერ რეკომენდებულ კლასტერში გაერთიანდებიან სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის ეკონომიკის 5 სექტორის ორგანიზაციები. კლასტერში მათ სხვადასხვა პოზიციები უნდა დაიკავონ. როგორც წესი, ტრადიციული ტიპის კლასტერში შემაჯავალ სუბიექტებს ადგილებს შესრულებული სამუშაოს - სანყისი, შუალედური, კომბინირებული, დამამთავრებელი, მმართველობითი - მიხედვით აძლევენ (იხ. ცხრილი 2).

ნახაზი 1. სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის ჯანდაცვის ინტერსექტორული კლასტერის კონცეპტუალური სქემა



ცხრილი 2

კლასტერის მონაწილეთა ტიპური პოზიციები კლასტერში [16]

პოზიცია	სამუშაოს სახე	კლასტერის სუბიექტების განლაგების მდგომარეობა კლასტერში
V ₁	საწყისი სამუშაო	
V ₂	შუალედური სამუშაო	
V ₃	კომბინირებული სამუშაო	
V ₄	დამამთავრებელი სამუშაო	
V ₅	ხელმძღვანელობითი სამუშაო	

ამ მიდგომით ჩვენს მიერ დაპროექტებულ სამცხე-ჯავახეთის ჯანდაცვის ინტერსექტორულ კლასტერში მოსახლეობა, აღმზრდელობითი და სასწავლო სექტორის დაწესებულებები (205 სკოლა, 1 უნივერსიტეტი და 34 ბაგა-ბაღი) ზემოდასახელებულ კლასტერში V_1 - პოზიციას დაიკავებენ, რადგან ისინი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფ სანყის სამუშაოებს ახორციელებენ - მოსახლეობა არჩევანს აკეთებს ცხოვრების ჯანსაღ წესზე, ბაგა-ბაღები და სკოლები კი მოზარდებს ასწავლიან პირად ჰიგიენას, უკრძალავენ მავნე ჩვევებს და ა. შ.

V_2 - პოზიციას დაიკავებენ კვების პროდუქტების მწარმოებელ-გადამამუშავებელი აგროფირმები და სამრეწველო კომპანიები და აგრეთვე, სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ორგანიზაციები (სპორტული კლუბები, დარბაზები და სხვა), რადგან მათ ადამიანთა ჯანმრთელობის ფორმირებაში შუალედური პოზიცია უკავიათ, კერძოდ, ხელს უწყობენ მის სტაბილურობას.

V_3 - პოზიციას დაიკავებენ გარემოს დაცვის ორგანიზაციები; მათი ფუნქცია კომბინირებულია სამცხე-ჯავახეთის მაგალითზე ეს არის აბასთუმანის EMEP-სადგური..

V_4 - პოზიციას დაიკავებენ სამედიცინო დაწესებულებები - 6 საავადმყოფო, 60-ზე მეტი ამბულატორია, ისინი ადამიანთა ჯანმრთელობის ფორმირებაში საბოლოო სამუშაოებს ახორციელებენ (მკურნალობა-განკურნება).

V_5 - პოზიციას დაიკავებს სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის გუბერნატორის ადმინისტრაციული აპარატი, რომელიც კლასტერის საქმიანობას უხელმძღვანელებს (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილში ჩამოთვლილი კლასტერის მონაწილეებიდან ყველაზე საპასუხისმგებლო სამუშაო სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ შესასრულებელი. მათ ადამიანთა ჯანმრთელობის ჩამოყალიბებაში მეოთხე პოზიცია უკავიათ. წინა სამი პოზიციის მქონე ორგანიზაციები ადამიანებში მხოლოდ ჯანმრთელობის ხელშეწყობ პირობებს ქმნიან (აყალიბებენ), სამედიცინო დაწესებულებები კი მის საბოლოო ფორმირებას ახდენენ. ამდენად, კლასტერის ცენტრალურ ბირთვს სამედიცინო ორგანიზაციები წარმოადგენენ.

ცხრილი 3. სამცხე-ჯავახეთის ჯანდაცვის ინტერსექტორულ კლასტერში მონაწილეთა დაკავებული პოზიციები

შესრულებული საბუქი	შესრულებული (ზოგადი)	ადგილობრივი შესრულებული	კლასტერში დაკავებული პოზიცია	პოზიციის #
მოსახლეობაში ჯანმრთელობის საწყისი პირობების შექმნა	➤ მოსახლეობა. ➤ აღმზრდელობითი ორგანიზაციები.	➤ მოსახლეობა. ➤ 34 ზაგა-ზადი. ➤ 205 სკოლა. ➤ უნივერსიტეტი.	საწყისი	V ₁
მოსახლეობაში ჯანმრთელობის შუალედური პირობების შექმნა	➤ კვების პროდუქტების მწარმოებლები. ➤ სპორტული ორგანიზაციები.	➤ 100-ზე მეტი საწარმო. ➤ ოთხი სპორტული კლუბი, სპორტ-სახლი.	შუალედური	V ₂
კომუნიკაციები პირობების შექმნა	➤ გარემოს დაცვის ორგანიზაციები.	➤ სადგური „EMEP“-ი.	კომუნიკაციები	V ₃
ჯანმრთელობის საბოლოო პირობების ჩამოყალიბებული	➤ ჯანდაცვის ორგანიზაციები.	➤ 6 სავადმყოფო. ➤ 1 სტაციონარი აბსტინენსში. ➤ 60-ზე მეტი ამბულატორია და აფთიაქი.	საბოლოო	V ₄
კლასტერის მმართველობითი სამუშაო	➤ ადგილობრივი ხელისუფლება.	➤ სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის გუბერნატორის ადმინისტრაციული აპარატი.	მმართველობითი	V ₅

წყარო: შედგენილია ჩვენს მიერ

ასეთია სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში დასაფუძნებლად ჩვენს მიერ რეკომენდებული ჯანდაცვის ინტერსექტორული კლასტერის ფორმირების რელიეფური სურათი.

დასახელებული კლასტერი ჩვენი აზრით, ჰოლდინგის სახით უნდა ჩამოყალიბდეს და დაფუძნდეს ქ. ახალციხეში. მას თავისი მმართველობითი აპარატი ეყოლება, რომელსაც ჩამოაყალიბებს სამცხე-ჯავახეთის გუბერნატორი. კლასტერის მმართველობითი აპარატი იმუშავებს იმ სექტორების ჩართულობით, რომლებიც ჩვენ მოცემულ კლასტერის წევრებად დავასახელებთ. დაისახება ერთიანი მიზანი, დადგინდება სამიზნე მაჩ-

ვენებლები როგორც რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის, ისე დემოგრაფიის გაუმჯობესების კუთხით, გაინერება დავალებები კლასტერში შემავალი თითოეული სექტორისთვის და დადგინდება მკაცრი მონიტორინგი.

ეს იქნება სახელმწიფო მხრიდან ყველა ამ სექტორის რეგულაცია რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაში მათი წვლილის შეტანის კუთხით. დასახელებული კლასტერის ხელმძღვანელობა რეგიონის მთავრობის სახელით დაავალებს მათ იმუშაონ არა როგორც აქამდე, ანუ „რაც გამოვა - გამოვას“ პრინციპით, არამედ, მაქსიმალური ძალისხმევით, ევროპის ანალოგიური ორგანიზაციების დონეზე. მათ უნდა გაითავისონ, რომ რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელ სიცოცხლეს „აშენებენ“ და მასში თითო აგურს სდებენ.

მაგრამ რეგულაცია სისტემური მონიტორინგის გარეშე ინვესტმთავრობისადმი რწმენის დაკარგვას. ამას უცხოელი მეცნიერებიც გვასწავლიან: „რეგულაციები გამოიყენეთ მხოლოდ მაშინ, როცა შეძლებთ მათი შესრულების სწორ მონიტორინგს“. ამის გათვალისწინებით, ჩვენი აზრით, კლასტერში შემავალი სექტორების მუშაობა მკაცრად უნდა გაკონტროლდეს როგორც კლასტერის მმართველობის, ისე სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის გუბერნატორის ადმინისტრაციის მხრიდან. კონტროლი უნდა შეეხოს მათთვის დაწესებულ სამიზნე მაჩვენებლების შესრულებას, რომელთა შედეგი საბოლოო ჯამში თავს მოიყრის რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის და დემოგრაფიის ამ სახველ მაჩვენებლებში. ამ დიდი, და ამასთან, რთული სამუშაოს შესრულებას სათანადო წახალისებაც დასჭირდება. ამისთვის კლასტერის მონაწილე კერძო ორგანიზაციებისთვის სასურველია დაწესდეს რეგიონული გრანტები, ხოლო სახელმწიფოს ორგანიზაციებში - შრომის ანაზღაურების P_4P (ანაზღაურება ნანამატით) სქემები.

ჩვენი აზრით, საქართველოში - ჯანდაცვის რეფორმის დაწყებამდე ქვეყნის მთავრობას უნდა გაეცნობიერებინა, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტაბილურ უზრუნველყოფას და საგანგაშო დემოგრაფიული მდგომარეობის გამოს-

ნორებას, რაც უნდა წარმოადგენდეს ნებისმიერი მთავრობის უპირველეს მიზანს, მხოლოდ ჯანდაცვის სამინისტრო ვერ შეძლებდა. საჭირო იყო მის პარალელურად მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხელშეწყობი სხვა სექტორების ამ მიზანზე მკაცრი რეორიენტაცია, და, პოლონეთის მსგავსად ვოევოდებში (საქართველოში, რეგიონები) ასეთი პროგრამების ამუშავება. სამწუხაროა, რომ საქართველოში ეს არ გაკეთდა, და, შედეგად მივიღეთ ის, რაც მივიღეთ - პაციენტები მოსახლეობის როლში კვლავაც უკმაყოფილო არიან რეორიენტებული ახალი ჯანდაცვით და ვისაც ამის ფინანსური შესაძლებლობა აქვთ, ამჟობინებენ იმკურნალონ არა საქართველოში, არამედ, უცხოეთში (თურქეთში, საფრანგეთში, გერმანიაში და სხვაგან).

REFERENCES:

1. Jakeli K., Khachapuridze G. Important directions of the development of the health care economy, taking into account the world's experience. Bulletin of the Strategic Research and Development Center of Georgia. #65. 2012.
2. United Nations Sustainable Development Goals www.un.org/Sustainabledevelopment/sustainable_development_goals
3. Health 2020, a European policy framework to support government and public action for health and well-being. 2012.
4. Verulava T. Primary health care system and its role in health promotion. Feb., 2021.
5. Jorbenadze A. How the new healthcare system was created. Book 1. Chapter, 2021.
6. Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia. Health System Performance Assessment Report. Tab., 2013.
7. Rachel B. Richardson E., Mckee M. Trends in Health Systems in the Former Soviet Countries. 2014.
8. Gzirishvili D. Independent Georgia - social and health protection systems. Tb., 2012.
9. Statistical collection. Health protection. Georgia. 2021.
10. Statistical Yearbook of Georgia. Feb., 2022.

11. Vision of the development of the health care system of Georgia by 2030. Feb., 2021.
12. Ghudushauri Z. self-management. Tb., 2015.
13. Сомова У. Ю. Problems of cluster development in the economic space of modern Europe. g. «World Europe». No. 1. 2010.
14. Baratashvili E., Zarandia J. and others. Comparative management and clustering. Tb., 2016. p. 502-503.
15. Regional Development Strategy of Samtskhe-Javakheti 2014-2021. Tb., 2013.
16. Slipenmuk M.I. Cluster Development, 2009

CHALLENGES IN HEALTHCARE MANAGEMENT MODELS IN THE COUNTRY OF GEORGIA AND PROPOSED SOLUTIONS

MAKA KUCHAVA,

PhD Candidate of Georgian Technical University;
maka_kuchava@yahoo.com

MARINA METREVELI,

Professor of Georgian Technical University
Metrevelimarina7@gmail.com

RESUME

The article “Problems in Georgia’s Health Care Management System and the Proposed Solutions” examines the impact of ongoing health care reforms in Georgia on the overall health status of the population and its influence on changes in such indicators as the country’s demography. The article explores both the primary health care system and the secondary care and highlights that despite much interventions and funding coming from donor organizations and the state budget, Georgia’s health care system is still far

from reaching the European Core Health Indicators (ECHI). Specifically: referral rates to a “family doctor” is low; the proportion of “out-of-pocket” payment is still high; there is a substantial shortage of nurses and a surplus of doctors; low hospital bed occupancy rates; funding for primary care on a “residual principle” remains a challenge and more.

Concomitantly, all of the above reflected the demographic indicators of the country, and within the last three decades over the period from 1990 to 2021 the birth rates declined, mortality increased, and average life expectancy decreased.

Based on the findings, the authors conclude that it is hard to close the existing gaps the

country’s health care system is facing by means of a single sectoral approach, and propose a strategy for inter-sectoral management model for health care within one cluster. The article examines a model on the example of the Samtskhe-Javakheti region of Georgia.

Keywords: health care reforms; management of reforms; “Family Doctor”; Family Medicine; intersectoral management; cluster.