



პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მართვა

რეზიუმე

თამარი დევიძე

სტუ-ს ასისტ. პროფესორი
E-mail: tamari.devizde@mail.ru

მკაბერიძე ბიბილევშილი

ბაკალავრი

E-mail: ekaterinebibileishvili@gmail.com

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. პირველ რიგში ეს იქნება ერთგვარი სტიმული მათი უკეთ საქმიანობისთვის.

პირველადი ჯანდაცვა სისტემის ფუნდამენტია, რომლის გარეშე შეუძლებელია რაიმეს აშენება. მოსახლეობის ჯანმრთელობის ხარისხი, სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტიანი ხარჯვა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა, ჯანდაცვის სისტემა, პირველადი ჯანდაცვის მართვა.

ჯანდაცვა ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულების და რესურსების ერთობლივი ქმედებაა, რომელთა მიზანი ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესებაა (ჯანმო).

ჯანმრთელობის დაცვა ყველა ჩვენგანის სიცოცხლეს ეხება. ყველა მიმართავს ექიმებს, სპეციალისტებს, ზოგიერთ ჩვენთაგანს საავადმყოფოშიც უმკურნალია. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის არსებული მდგომარეობა და მისი მომავალი, ქვეყნის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს.

10 წელზე მეტი გავიდა რაც ჯანდაცვის სექტორში რეფორმები დაიწყო, მაგრამ მათი პრაქტიკული განხორციელება გაცილებით უფრო რთული აღმოჩნდა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის უდიდეს პრობლემად შემცირებული მოთხოვნის პირობებში სისტემის ჭარბი შესაძლებლობები გახდა.

ისე ჩანს, თითქოს ჯანდაცვის სისტემა ყოველთვის და ყველგან პრობლემის წინაშე დგას, პერმანენტულ კრიზისშია. ამ ყველაფერს განაპირობებს, სამწუხაროდ, აქტუალური და მოუგვარებელი პრობლემები, რომელიც პირდაპირ კავშირშია ჯანდაცვის, როგორც სისტემის წარმატებულ ფუნქციონირებასთან.

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. "პირველადი ჯანდაცვა" არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი "მეკარიბჭე" ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის მიმართავს ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ექიმი პაციენტს ხანგრძლივად, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება.

პირველადი ჯანდაცვის კიდევ ერთი გამორჩეული ნიშანია ყოვლისმომცველობა, კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზეც. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობას ეწევიან.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ამ მხრივ, პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებელი ფუნქცია. ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგზური, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაფერის დროს და შესაბამის ადგილას.

მკვლევართა აზრით, ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, მაღალია



ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება. ასევე, მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით, დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები. ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს, პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები.

პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ავლით ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწვეიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა და ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში. ცნობილი გახდა, რომ უახლოეს მომავალში ჯანდაცვის

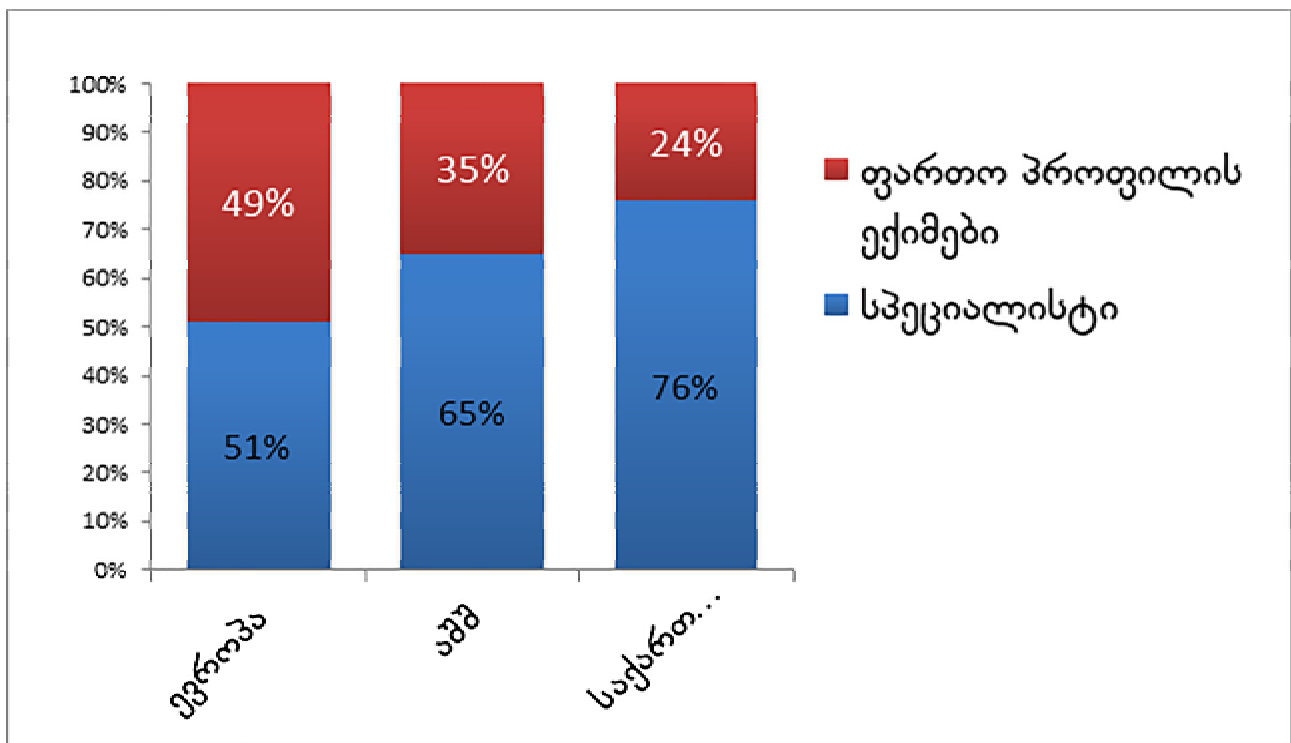
სამინისტრო პირველადი ჯანდაცვის რგოლის რეფორმას გეგმავს, რაც ოჯახის ექიმის როლის გაძლიერებას და სამედიცინო საჭიროებების უფრო ეფექტიან მართვას გულისხმობს.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. ამისათვის საჭიროა ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმალური გეოგრაფიული განაწილება და ხელმისაწვდომობის გაზრდა, შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია.

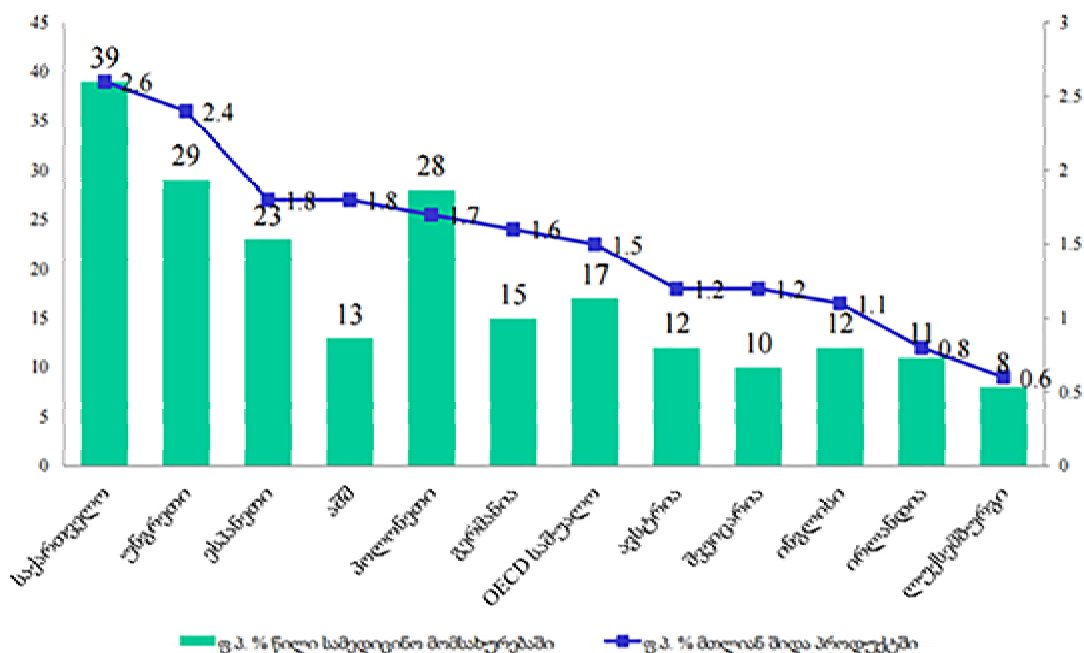
სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს 21-ე საუკუნეში ტექნიკა-ტექნოლოგიურ განვითარებასა და





ფარმაცევტული პროდუქციის მოხმარების წილი სამედიცინო სერვისის მოხმარებაში



მდგომარეობას. თუ გვინდა რომ ევროპულ სტანდარტებს შევუახლოვდეთ მაინც, აუცილებლად უნდა დაგვერგოთ ახალი, თანამედროვე ტექნოლოგიები. პირველადი რგოლის გასავითარებლად ეს იქნება კიდევ ერთი, და ძალიან მნიშვნელოვანი, გადადგმული ნაბიჯი. მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი პრობლემები თითქოს მოწესრიგდა დედაქალაქში და სხვადასხვა დიდ ქალაქებში, სამწუხაროდ საქართველოს ძალიან ბევრ სოფელში, განსაკუთრებით კი მაღალმთიან რეგიონებში ამ თვალსაზრისით მაინც სავალალო მდგომარეობაა.

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის(პჯდ) მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი და აუცილებელი ტექნიკა.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის

განვითარებისა და კომპიუტერულ-პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. საინფორმაციო სისტემა, კონფიდენციალურობის დაცვით, სრულად უნდა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ კლინიკურ ინფორმაციას(პაციენტის ისტორია). მონაცემთა მოპოვების საფუძველად, განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი სააღრიცხვო და საანგარიშგებო ფორმები.

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშეწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი



აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანს კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულაღობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთში, ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. გან-

საკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

საქართველოში ფარმაცევტული პოლიტიკა მოუწესრიგებელია, რადგან ჯერ კიდევ არსებობს მონოპოლიები. შეიძლება სხვა მიმართულებით რაიმე წინსვლა არის, თუმცა ამ მხრივ სიტუაცია არ შეცვლილა. უნდა განვითარდეს ფარმა ბაზარი, რაც აუცილებლად აისახება ფასებზე. აბსოლუტურად არ კონტროლდება ფასნამატი, მომხმარებელმა შესაძლოა კონკრეტული მედიკამენტი სხვადასხვა აფთიაქში განსხვავებულ ფასად შეიძინოს. ბაზარზე რაც მეტი ფარმაცევტული კომპანია იქნება, კონკურენციის პრინციპებიდან გამომდინარე ფასები დაბლა დაიწევს. ამასთან, მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გაიზრდება. მედიკამენტებზე ხარისხის კონტროლი კი სახელმწიფომ უნდა გაამკაცროს. ჯენერიკი ფარმაცევტულ ბაზარს შედარებით აიაფებს და კონკურენციის გაზრდას უწყობს ხელს. რაც უფრო მეტი მოთამაშეა ბაზარზე, მით უფრო მოგებული რჩება მომხმარებელი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინშიც წერია, რომ ჯენერიკების მოხმარება მისაღები და კარგი, ასევე აპრობირებულია მსოფლიოში.

ბამოყენებული ლიტერატურა

1. გერზმაფა ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თ. ბ., 2012
2. საქართველო 2020 პროექტი "სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020 - სამოქალაქო საზოგადოების ჩართულობის გაძლიერება"-ს ფარგლებში, გამოქვეყნდა პროექტის ბლოგზე "საქართველო 2020".
3. <http://www.euro.who.int/ru/about-us/partners/observatory/publications/studies/financing-health-care-in-the-european-union>
4. http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=262
5. Aversi.ge
6. Ipress.ge
7. Liberali.ge

MANAGEMENT OF PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

TAMARI DEVIDZE - assistant professor of GTU

E-mail: tamari.devidze@mail.ru,

EKATERINE BIBILEISHVILI - A student of bachelor studies

E-mail: ekaterinebibileishvili@gmail.com

Summary

Primary health care system can't be implemented without properly educated family doctor/nurse. For this purpose it is essential to increase level of professional readiness of personnel. It is important to guarantee proper salary of primary health care medical personnel in order to develop family doctor's institution. This will be a stimulus for them to work better.

Primary health care is the foundation of the system without which it is impossible to build anything. Public health degree, access to services and effective use of scarce resources which were allocated for health care are highly dependent on proper system of primary health care.