

# სუსტი პიკვედარი ჯანდაცვა

ჯანდაცვაზე საყოველთაო  
ხელმისაწვდომობის  
მიღწევის ძირითადი  
ბარიერი

## საბოლოო ენგაჟიში



2019



# შინააქსი

მიზნები და მეთოდოლოგია	3
ლიტერატურის მიმოხილვა	4
თვისობრივი კვლევის მიგნებები	25
მართვა და ლიდერობა	25
პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კვალიფიკაცია და საზოგადოებრივი იმიჯი	28
პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება და ხარჯთ-ეფექტურობა	30
ჯარიმები, სანქციები	34
სოფლის ექიმის პროგრამა	34
პჯდ დანესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურა	39
განათლება, მეთვალყურეობა, პრევენცია	40
კარიტასის პროექტი	41
შეჯამება და რეკომენდაციები	43
გამოყენებული მასალები:	48

**\* ანგარიშის ავტორები: ნინო შიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე**

**\* ანგარიში მომზადდა 'საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის' ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორების მიერ ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.**

## მიზნები და მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) სისტემის სიტუაციური ანალიზი - პრობლემების, ბარიერებისა და გამოწვევების, ასევე საჭიროებების იდენტიფიცირება. უკანასკნელი წლების მანძილზე ჩატარდა არაერთი კვლევა, გამოქვეყნდა ანგარიშები და სტატიები, რომლებშიც აღწერილია საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის პრობლემები და საჭიროებები. თუმცა, ხშირად სიტუაციური ანალიზი ფრაგმენტირებულია. მაგალითად, აღწერილია მხოლოდ სოფლის ექიმის პროგრამა და მასთან დაკავშირებული გამოწვევები ან პროვაიდერულ სექტორთან დაკავშირებული პრობლემები ან კიდევ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ცალკეული კომპონენტებთან დაკავშირებული საკითხები და ა.შ. აღნიშნული კვლევის მიზანი იყო მთლიანობაში, ჰოლისტიკურად ყოფილიყო აღქმული და წარმოდგენილი პირველადი ჯანდაცვის პრობლემები მთელი ქვეყნის მასშტაბით - მსხვილი ქალაქების, მუნიციპალური ცენტრებისა და სოფლის ექიმის პროგრამის ჭრილში, 2019 წლის დასაწყისისთვის (მარტი-აპრილი) არსებული მდგომარეობის მიხედვით.

ამავე დროს, აღნიშნული კვლევის ფოკუსი უფრო მეტად იყო მიმართული ხელისშემშლელი ბარიერების იდენტიფიცირებაზე, რომელთა გამო ვერ ხერხდება წლების მანძილზე დაგროვილი პრობლემების გადაჭრა პირველადი ჯანდაცვის რეოლში, მაშინ როდესაც კარგად არის ცნობილი მათი მოგვარების გზები (მათ შორის, არსებობს მრავალი საერთაშორისო თუ ადგილობრივი ექსპერტის რეკომენდაციები და დასკვნები).

კვლევა ჩატარდა შერეული მეთოდების გამოყენებით. კერძოდ, პირველ ეტაპზე ჩატარდა ლიტერატურის მიმოხილვა (desk research) - მოძიებულ და დამუშავებულ იქნა ლიტერატურა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესახებ, „გლობალ ალიანსის“ სტრატეგიული დოკუმენტი, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის დასკვნა სოფლის ექიმის პროგრამის შესახებ, ევროკავშირის პროექტის ანგარიში საქართველოს რეგიონებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შესახებ და სხვა. პარალელურად, ლიტერატურის მიმოხილვა მოიცავდა საერთაშორისო გამოცდილების, დაბალი და საშუალო-შემოსავლიანი ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებისთვის რეკომენდაციების, საჭიროებების ანალიზს.

მეორე ეტაპზე განხორციელდა თვისობრივი კვლევა, რომელიც მოიცავდა (1) ჩაღრმავებულ, ნახევრად-სტრუქტურირებულ ინტერვიუებს პირველადი ჯანდაცვის მონაწილე მხარეებთან, ექსპერტებთან და (2) ჯგუფურ ინტერვიუებს („ფოკუს ჯგუფები“) ოჯახის ექიმებთან.

ჩადრმავებული ინტერვიუების სტრუქტურირებული ნაწილი შეიცავდა კითხვებს PHCPI „სასიცოცხლო ნიშნების“ შესახებ (PHCPI-სა და „სასიცოცხლო ნიშნების“ შესახებ ინფორმაცია დეტალურად არის მოცემული წინამდებარე ანგარიშის ლიტერატურის მიმოხილვის ნაწილში). რესპოდენტთა სპექტრი საკმაოდ მრავალფეროვანი იყო. ინტერვიუები ჩატარდა სახელმწიფო უწყებებისა და თბილისის, გორის, ქუთაისის, ბათუმის, ზუგდიდის, მარტვილის პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან. რესპოდენტებს შორის იყვნენ საქართველოს პარლამენტის ჯანრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარე, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე. დამატებით, ინტერვიუები ჩატარდა დარგის ექსპერტებთან და დონორებთან. ჩადრმავებული ინტერვიუები შეწყდა ინფორმაციის გაჯერების (როდესაც დამატებითი ინტერვიუ ახალი ინფორმაციის მოძიება აღარ იყო) შემდგომ.

კვლევის ფარგლებში ასევე ჩატარდა სამი ფოკუს ჯგუფი ოჯახის ექიმებთან შესაბამისი მეთოდოლოგიის გამოყენებით. კერძოდ, კვლევა წარიმართა ე.წ. „ერთი ჯგუფის“ (Single-group) „ტრადიციული“ მეთოდით. დისკუსიებს წარმართავდა ერთი მოდერატორი წინასწარ შემუშავებული დისკუსიის სახელმძღვანელოს („Discussion Guide“) მიხედვითა და ასისტენტის დახმარებით. ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა სპეციალურად მომზადებულ ოთახებში, რომლებიც აღჭურვილი იყვნენ აუდიო და ვიდეო ტექნიკით. კვლევის აუდიო/ვიდეო ჩანაწერებზე (მასალებზე) მომზადდა ტრანსკრიპტი (აუდიო ან ვიდეო ჩანაწერის წერილობითი გაშიფვრა). ტრანსკრიპტების დამუშავება და მონაცემთა ანალიზი განხორციელდა „Content-Analysis“ მეთოდოლოგიით. ტრანსკრიპტებიდან მიღებული მონაცემები შეჯამდა, გაანალიზდა და ფაქტობრივი საფუძველი გახდა დასკვნების მომზადებისა და რეკომენდაციების შემუშავებისთვის. მთლიანობაში, აღნიშნული მეთოდოლოგიის გამოყენებით, ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა შიდა ქართლის, იმერეთისა და აჭარის რეგიონების ოჯახის/სოფლის ექიმებთან.

## ლიგეიაჯუჩის მიმოხილვა

2019 წლის დასაწყისში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ განისაზღვრა და გამოქვეყნდა გლობალური ჯანდაცვის 10 ყველაზე მნიშვნელოვანი საფრთხე. ესენია: ჰაერის დაბინძურება და კლიმატის ცვლილება, არაგადამდები დაავადებები, გრიპის გლობალური პანდემია, სუსტი და მოწყვლადი გარემოცვები, ანტიმიკრობული რეზისტენტობა, ებოლა და სხვა მაღალი სამშობროების პათოგენები, სუსტი პირველადი ჯანდაცვა, ვაქცინაციისგან თავის არიდება, დენგეს დაავადება და აივ/შიდსი.

გემოთჩამოთვლილი ტოპ პრიორიტეტული საფრთხეებიდან აღნიშნულ ანგარიშში ყურადღებას გავამახვილებთ სუსტ პირველად ჯანდაცვასა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე.

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის საფუძველს. როგორც წესი, ეს რგოლი წარმოადგენს პაციენტთან პირველი კონტაქტის ადგილს და უნდა აწვდიდეს მას ყოვლისმომცველ, ხელმისაწვდომ, სათემო პრინციპზე დაფუძნებულ მომსახურებას მთელი ცხოვრების მანძილზე. ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის სისტემას შეუძლია პაციენტების ჯანმრთელობის საჭიროებების უმრავლესობის დაკმაყოფილება.

ჯანმოს 2018 წლის ანგარიში - “A Vision for Primary Health Care In the 21st Century” (Towards universal health coverage and the sustainable development goals) - მსოფლიოს ჯანდაცვის წარმომადგენლების ყურადღებას კიდევ ერთხელ მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიული მნიშვნელობის, როლისა და ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე გამოწვევების საპასუხო სისტემური მოწყობისკენ. მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების შედარებითი ანალიზი ადასტურებს, რომ პირველადი ჯანდაცვა არის ყველაზე სამართლიანი, ხარჯთეფექტური და ეფექტიანი სტრატეგია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

ალმა-ატას დეკლარაციის მიღებიდან, 40 წლის მანძილზე პირველადი ჯანდაცვის სფეროში დაგროვილი გამოცდილების საფუძველზე, პჯდ-ს ყოვლისმომცველი დეფინიცია შესაძლოა ასე ჩამოყალიბდეს:

ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილება ყოვლისმომცველი მასტიმულირებელი, დამცავი, პრევენციული, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური დახმარებით მთელი ცხოვრების მანძილზე. პირველადი ჯანდაცვა განკუთვნილი უნდა იყოს ინდივიდებისთვის და მათი ოჯახებისთვის, სტრატეგიული პრიორიტეტების მინიჭება უნდა ხდებოდეს საკვანძო ჯანდაცვის სერვისებისთვის, რომლის მიწოდებაც ხდება პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით და მოსახლეობისთვის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერვისებით. პჯდ განიხილება როგორც ინტეგრირებული ჯანდაცვის სერვისების სტრატეგიული ელემენტი.

სისტემურად ზრუნვა ჯანმრთელობის უფრო ფართო დეტერმინანტებზე (სოციალური, ეკონომიკური, გარემო ფაქტორების ჩათვლით, ისევე როგორც ინდივიდუალური მახასიათებლების და ქცევის) მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის და აქტივობების გატარებით ყველა სექტორის მასშტაბით.

ინდივიდების, ოჯახების და თემების უფლებამოსილების გაზრდა მათი ჯანმრთელობის ოპტიმიზირებისთვის, როგორც ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის პოპულარიზაციის და დაცვის პოლიტიკის ადვოკატირების მიზნით, ასევე მათი აქტიური ჩართვა ჯანდაცვის და სოციალური სერვისების განვითარებისა ან/და საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პროცესში.

ამჟამად, მსოფლიო საზოგადოების ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტი არის უნივერსალური ჯანდაცვით მოსახლეობის მოცვა, რომელიც სწორედ ძლიერ პირველადი ჯანდაცვის სისტემას ეფუძნება. უნივერსალური ჯანდაცვა რამდენიმე განზომილებას მოიცავს: თითოეული მოქალაქისთვის ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების, მედიკამენტებისა და ვაქცინებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა, ასევე ფინანსური დაცვის გაუმჯობესება (შესაბამისად, ჯანდაცვაზე შინამეურნეობების დანახარჯების შემცირება). პირველადი ჯანდაცვა კრიტიკულია საყოველთაო ჯანდაცვის თითოეული ასპექტის ჭრილში:

პუდ საკვანძო როლს ასრულებს შინამეურნეობის ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირებაში, ჯანმრთელობის ძირითად (სოციალურ) დეტერმინანტებზე ფოკუსირებით და მთელი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებით, რომელიც დაავადებათა პრევენციასა და კეთილდღეობის პოპულარიზაციაზეა მიმართული. ორივე მათგანი ამცირებს ინდივიდის მოვლის საჭიროებას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას (გართულებულ, უფრო ძვირადღირებულ მკურნალობაში რომ არ გადაიზარდოს).

პუდ არის ხარჯთეფექტური გზა სერვისების მიწოდების. ინდივიდების ჩართვა და ჯანდაცვის სერვისების ჩამოყალიბებაში მათი უფლებამოსილების გაზრდა, ამაღლებს საკუთარი ჯანმრთელობაზე ზრუნვის კულტურას, ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას, შესაბამისად განაპირობებს სერვისების უფრო მაღალ უტილიზაციას და შედეგების გაუმჯობესებას. არსებობს საკმაოდ მყარი მტკიცებულებები იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემები, რომლებიც ეფუძნებიან ისეთ პირველად ჯანდაცვას, რომლებიც არიან - პირველი კონტაქტის ადგილი, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული, ადამიანებზე ორიენტირებული - ყოველთვის იძლევიან ჯანმრთელობის უკეთეს გამოსავალს/შედეგებს.

ქვემოთ მოცემულ #1 ცხრილში ნაჩვენებია, თუ როგორ უწყობს ხელს უკუდ რგოლი უწყვეტი განათლების მიწოდებას

როგორ უზრუნველყოფს უკუდ რგოლი უწყვეტი განათლების მიწოდებას			
<ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი განსწავლა და საზოგადოებრივი განმრთვების ძირითადი ფუნქციები</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ფინანსური დაცვა/ მისამართების განსაზღვრა და დახმარების უზრუნველყოფა</li> <li>მოთელი მოსახლეობისთვის სემინარების მიმართება ამცირებს ავადობას და პოპულარიზაციას უწყვეტ კეთილდღეობას შემცირებული ინდივიდის მოვლა</li> <li>შემცირებული დანახარჯი</li> <li>მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ დანახარჯები უკუდ-ში უფრო ხარჯთაღმწიკურია ვიდრე რეფერალური მომსახურებით</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>სარიისიანი სერვისები, მედიკამენტები და ვაქცინები</li> <li>განდაცვის სისტემები დაფუნქციონირებს უკუდ-ზე, რომელიც არის პირველი კონტაქტის ადგილი, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და ადამიანებზე კონცენტრირებული აუქციონების განმრთვების შედეგებს.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>სამართლიანი ხელმისაწვდომობა</li> <li>უკუდ აქცენტები სათემო პრივილეგიები დაფუნქციონირებს სერვისებზე მნიშვნელოვანი გზა ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად სოფლად, დაშორებულ და მოსახლეობის მონაცვლადი უზრუნველყოფის.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>მულტიმედია/ პოლიტიკა და წმენდა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ძირითად დეტერმინანტებზე აქცენტი ამცირებს ავადობას, ახდენს კეთილდღეობის პოპულარიზაციას შემცირებული ინდივიდის მოვლა</li> <li>შემცირებული დანახარჯი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>მოსახლეობაში ამცირებს ავადობის ტვირთს, შესაბამისად ათავისუფლებს რესურსებს განდაცვის სერვისების ხარისხის და უსაფრთხოების გაუმჯობესებისთვის</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ძირითად დეტერმინანტებზე აქცენტი ზრდის შესაბამის ხელმისაწვდომობას სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ბარიერების (მაგ. გარემოს, განათლების) შემცირებით</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>გამოიყენებულ/ უფლებამოსილი მოქალაქეები და საზოგადოება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ფინანსური დაცვის გაფართოების ადგილობრივი; დაფინანსების სისტემების დიზაინში ჩართულობა/ მონაწილეობა აუქციონების მომდებლობას და ზრდის „შესყიდვას“ (buy-in), რაც კრიტიკულია მასშტაბური ჩარევებისთვის.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ხელმისაწვდომობის გაზრდის ადგილობრივი; ჩართულობა, მონაწილეობა როგორც სერვისების თანამშრომლებისა და პაციენტის უწყვეტი, რაც განაპირობებს უფრო ადვილად უზრუნველყოფას და განდაცვის განათლების გაუმჯობესებას, შესაბამისად უკეთეს განმრთვების შედეგებს.</li> <li>გაუმჯობესებული თვით-მრეწვის შესაძლებლობა.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ადგილობრივი, რომ „არავინ არ ჩამორჩება“;</li> <li>არაფორმალური მომწოდებლების როლი.</li> </ul>

იყენებულა და წმენდა



ამავე ანგარიშში, 40 წლიანი გამოცდილების და მიღებული „გაკვეთილების“ საფუძველზე შეჯამებულია ჯანდაცვის სისტემების პირველადი ჯანდაცვისკენ რეორიენტაციისთვის გასატარებელი ღონისძიებები. მკაფიოდ არის ხაზგასმული, რომ პჯდ-ს მდგრადი განვითარებისთვის აუცილებელია პოლიტიკური ლიდერობა, რომელიც პრიორიტეტს ანიჭებს პირველად ჯანდაცვას, არსებობს მტკიცებულებებით გამყარებული და მონაცემებზე დაფუძნებული გაუმჯობესების მკაფიო ხევა და ამ პროცესში ციკლურად ხდება სათანადო შესწორებების შეტანა. სხვა სიტყვებით რომ ითქვას, „**მიზანმიმართული ლიდერობის და გრძელვადიანი ძალისხმევის შენარჩუნების გარეშე ჯანდაცვის სისტემების ბუნებრივად მიზიდულობა არ ხდება პირველადი ჯანდაცვისკენ**“.

განსაკუთრებით ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემოთხსენებული დაკვირვებების შემდეგ მიგნებებზე:

- ✓ პირველადი ჯანდაცვის დანერგვა გაძნელებულია ჯანდაცვის მედიკალიზაციის გამო, რომელიც ხდება უფრო ფართო, პრევენციული და პიროვნებისადმი ჰოლისტიკური მიდგომების ხარჯზე.
- ✓ სოციალური თანასწორობისადმი და ჯანმრთელობის, როგორც ადამიანის უფლების მიმართ პოლიტიკური პასუხისმგებლობის ნაკლებობა, სხვადასხვა სექტორებს შორის ეფექტურად მუშაობის სიძნელებები, ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარების და სერვისის მიწოდების დაცალკევება, სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა და ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაცია ხშირად საფრთხის ქვეშ აყენებს პჯდ სერვისების ხელმისაწვდომობას და თანასწორობას, ასევე მანამდე მიღწეული პროგრესის უკუშეცევას იწვევს.
- ✓ პროგრესის გაძნელებას იწვევს ლიდერების მხრიდან სურვილის არქონა გაატარონ ისეთი პოლიტიკა და დაფინანსების სქემები, რომლებიც განაპირობებენ აქცენტების გადმოტანას ჰოსპიტალური სერვისებიდან და სამკურნალო მომსახურებიდან სათემო პრინციპზე დაფუძნებული და პრევენციული სერვისებისკენ. მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალების როლის შეფასება ჯანდაცვის სისტემის პჯდ-სკენ რეორიენტირების პროცესში. ჰოსპიტალური სექტორის ჩართულობა უნდა ეხმარებოდეს პრობლემის გადაჭრას და არ იყოს პრობლემის შემქმნელი მხარე. რადგანაც, ქვეყნის ჯანდაცვის პერსონალის, ტექნოლოგიების, ფინანსური რესურსების მნიშვნელოვანი ნაწილი კონცენტრირებულია ჰოსპიტალურ სექტორში, მსხვილ სტაციონარულ დაწესებულებებს აქვთ პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური ძალაუფლება გააადვილონ ან პირიქით ხელი შეუშალონ სისტემის ტრანსფორმაციას.

მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) უმრავლესობაც, ეფექტურ, ქმედუნარიან პირველადი ჯანდაცვის სისტემას საჭიროებს დასახული შედეგების მისაღწევად. ძლიერი პირველადი ჯანდაცვა არის საფუძველი ეფექტური, სამართლიანი და მოქნილი ჯანდაცვის სისტემებისთვის და შეუძლია მოსახლეობის უმრავლესობის ჯანდაცვის საჭიროებების დიდწილად დაკმაყოფილება, მიუხედავად მათი საცხოვრებელი ადგილისა (Macinko J et al. 2009). შესაბამისად, ჰჯდ მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ უშუალოდ მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის (კარგი ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა) მისაღწევად, არამედ წვლილის შეტანა შეუძლია სხვა - სიღარიბესთან, შიმშილთან, განათლებასთან, გენდერულ თანასწორობასთან, სუფთა წყალი და ჰიგიენასთან, სამუშაო და ეკონომიკურ ზრდასთან, უთანასწორობის შემცირებასთან და კლიმატის ცვლილებებთან - დაკავშირებული მიზნების მიღწევაში.

ხარისხიანი და მდგრადი საყოველთაო ჯანდაცვის მიღწევა საჭიროებს ვერტიკალური პროგრამების მიღმა ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემების მიმართულებით განვითარებას და პირველადი ჯანდაცვისთვის შესაბამისი პრიორიტეტის მინიჭებას. კვლევები ცხადყოფს, რომ ჯანდაცვისადმი ვერტიკალურმა მიდგომებმა მრავალ ქვეყანაში განაპირობა ფრაგმენტირებული, არაეფექტური, ხშირად პარალელური ჯანდაცვის სისტემების ჩამოყალიბება, რომელიც ფოკუსირებულია სპეციფიკური დაავადებების მკურნალობაზე და არა ერთიანი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის პოპულარიზაციაზე. მაგალითად, 2018 წელს, ასტანაში აღმა-ატას დეკლარაციის 40 წლისთავისადმი მიძღვნილი ღონისძიებებისას პრიორიტეტულ მიმართულებად გამოიკვეთა მოზარდების ჯანმრთელობა, რომელიც თითქმის ჩაკარგულია 5 წლამდე ასაკის ბავშვებზე და ქრონიკულ პაციენტებზე აქცენტების ფონზე. ამავე ღონისძიებაზე ზოგად პრიორიტეტად განისაზღვრა პაციენტზე მორგებული ჯანდაცვა. გამოიკვეთა 11-21 წლამდე სეგმენტის წინა პლანზე წამოწევის, ფიზიკური, ფსიქიკური განვითარების მონიტორინგის საჭიროება და ა.შ.

კონკრეტულად, დაბალი და საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების შესწავლისას იკვეთება, რომ სუსტი პირველადი ჯანდაცვის განმაპირობებელი ძირითადი ფაქტორებია: პერსონალის არასაკმარისი განათლება და ტრენინგი, არასწორი სტიმულები სისტემაში, დაბალი მოტივაცია, სუსტი ძალისხმევა და საჭირო მასალების არ-არსებობა (აპარატურა და ა.შ.).

2015 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, მსოფლიო ბანკის, ბილ და მელინდა გეითსების ფონდის ერთობლივი ძალისხმევით შემუშავებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის შესრულების ინიციატივა (Primary Health Care Performance Initiative - PHCPI), რომლის მიზანია არის დაბალ და საშუალო

შემოსავლიან ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების დაჩქარება, შესრულების უკეთესი გამოშვითა და ეფექტური გამოცდილების გაზიარებით. აღნიშნული ინიციატივის აქტივობები გამომდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის კონცეპტუალური ჩარჩოდან, რომელიც თავის მხრივ მოიცავს ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის შექმნისთვის საჭირო კომპონენტებს, უკეთესი შეფასებისთვის ინფორმაციის მოძიებას და აიდენტიფიცირებს შესრულების მოდიფიცირებად ხარვეზებს/ჩავარდნებს (Bitton A. et al, 2017). აღნიშნულ კონცეპტუალურ ჩარჩოზე მუშაობის პროცესში ანალიზმა აჩვენა, რომ დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ძირითად პრიორიტეტს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სისტემების ისეთ საკითხებზე ფოკუსირება, როგორებიცაა: ადამიანური რესურსები, დანებსებულებები, აპარატურა, ფონდები და საინფორმაციო სისტემები და ნაკლები ყურადღება ექცევა პროვაიდერებს შორის, ოჯახებთან, თემებთან, პაციენტებთან ურთიერთქმედებას და მიწოდებული სერვისების ხარისხს. ხოლო, PHCPI ფოკუსირდება არა მხოლოდ ჯანმრთელობის კარგი შედეგების მისაღებად ტრადიციულად საჭირო რესურსებზე, არამედ სერვისების მიწოდების საკვანძო ფუნქციების იდენტიფიცირებაზე, რომლებიც განაპირობებენ კარგი გამოსავლის/შედეგების მიღწევას.



კონცეპტუალური ჩარჩოს შექმნის შემდგომ PHCPI პარტნიორებმა შეიმუშავეს 25 საკვანძო ინდიკატორი „სასიცოცხლო ნიშნები“, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესაფასებლად, წარუმატებლობების/ ჩავარდნების იდენტიფიცირებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ გაუმჯობესებას, სხვა ქვეყნების სისტემებთან შედარებისთვის და ა.შ.

## ცხრილი #2: PHCPI ჩარჩო საკვანძო კითხვებით მენეჯერებისთვის, პოლიტიკის განსაზღვრასა და დანერგვაზე პასუხისმგებელი პირებისთვის

ღოგენი	სუბ-ღოგენი	საკვანძო კითხვა
ა. სისტემა	ა1. მართვა და ლიდერობა	ნაციონალური პოლიტიკა ასახავს პუბლიკ მნიშვნელოვნებას, ახალისებს მაღალ სტანდარტებს და ყველა მხარის წარმომადგენლების ჩართულობას განაპირობებს?
ა. სისტემა	ჯანდაცვის დაფინანსება	პუბლიკ არის თუ არა ადეკვატურად დაფინანსებული, იმისათვის რომ უზრუნველყოს ხელმისაწვდომობა, მოსახლეობის დაცვა კატასტროფული დანახარჯებისაგან და რესურსების სამართლიანი გამოყენება?
ა. სისტემა	ა3. მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებებზე მორგება	პუბლიკ მიწოდება არის საკმარისად მოქნილი, რომ მოერგოს მოსახლეობის საჭიროებებს და საუკეთესო მომსახურება მიიწოდოს მათ?
ბ. რესურსები	ბ1. წამლები და მარაგები	აუცილებელი წამლები, ვაქცინები, სახარჯი მასალები და აპარატურა არის ხელმისაწვდომი საჭიროების შემთხვევაში?
ბ. რესურსები	ბ2. დანერგვების ინფრასტრუქტურა	არის თუ არა საკმარისი დანერგვების მოსახლეობისთვის სერვისების მიწოდებისთვის და არის თუ არა ადეკვატურად გადართობილი?
ბ. რესურსები	ბ3. საინფორმაციო სისტემები	არის თუ არა დანერგვების ადეკვატურად დაკავშირებული საინფორმაციო სისტემებთან (კომპიუტერული აპარატურისა და ჩანაწერების ჩათვლით)?
ბ. რესურსები	ბ4. სამუშაო ძალა	არის საკმარისი პერსონალი და მათი უნარების ადეკვატური კომბინაცია პუბლიკ სერვისებში?
ბ. რესურსები	ბ5. ფონდები	არის საკმარისი ფონდები დანერგვების დონებზე, რომ დაიფაროს განმეორებითი (საოპერაციო) და ფიქსირებული ხარჯები?
გ. სერვისის მიწოდება	გ1. პოპულაციის ჯანმრთელობის მენეჯმენტი	არის თუ არა ადგილობრივი მოსახლეობა ჩართული ჯანდაცვის სერვისების დიზაინსა და მიწოდებაში, იმისათვის რომ მათი საჭიროებები და პრიორიტეტები იყოს გათვალისწინებული?

გ. სერვისის მინოდება	გ2. დაწესებულების ორგანიზაცია და მართვა?	პჯდ დაწესებულებები არის ორგანიზებული და მართული იმგვარად, რომ წაახალისოს გუნდურობაზე დაფუძნებული სერვისების მიწოდება (გუნდური მიდგომა), საინფორმაციო სისტემების გამოყენება, პერსონალის მხარდაჭერა, შესრულების შეფასება და მენეჯმენტი და უწყვეტი გაუმჯობესებისკენ მართვა?
გ. სერვისის მინოდება	გ3. ხელმისაწვდომობა	აქვთ პაციენტებს გეოგრაფიული, ფინანსური და დროული ხელმისაწვდომობა პჯდ დაწესებულებებისადმი?
გ. სერვისის მინოდება	გ4. ეფექტური პჯდ სერვისების არსებობა	პჯდ დაწესებულებების პერსონალი არის ფიზიკურად წარმოდგენილი (ადგილზე), კომპეტენტური და მოტივირებული, რომ მიაწოდოს უსაფრთხო და თავაზიანი მომსახურება?
გ. სერვისის მინოდება	გ5. მაღალი ხარისხის პირველადი ჯანდაცვა	არის პჯდ სერვისები მაღალი ხარისხის, პასუხობს ადამიანების საჭიროებებს და დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემის სხვა ნაწილებთან?
დ. პროდუქტი	დ1. ეფექტური სერვისის დაფარვა	პჯდ სისტემა სთავაზობს მაღალი ხარისხის სერვისებს მთელი ცხოვრების მანძილზე?
ე. შედეგები	ე1. ჯანმრთელობის სტატუსი	პჯდ ამცირებს სიკვდილიანობას და აუმჯობესებს ჯანმრთელობას?
ე. შედეგები	ე2. ადამიანებისადმი რეაქტიულობა	პჯდ სისტემა სწრაფად პასუხობს თუ არა მოსახლეობის საჭიროებებს?
ე. შედეგები	ე3. თანასწორობა	ჯანმრთელობის შედეგები არის თანაბრად გადანაწილებული საზოგადოებაში მოსახლეობის გეოგრაფიული განაწილების, განათლებისა და პროფესიის მიხედვით?
ე. შედეგები	ე4. ხარჯთეფექტურობა	ჯანმრთელობის შედეგების გასაუმჯობესებლად რესურსების გამოყენება ხდება ოპტიმალურად?
ე. შედეგები	ე5. ჯანდაცვის სისტემების მოქნილობა	პჯდ სისტემას შეუძლია უწყვეტად მიაწოდოს ჯანდაცვის სერვისები პოლიტიკური ან გარემო არასტაბილურობის მიუხედავად?

მაშინ როცა მთელი მსოფლიოს ქვეყნების წინაშე მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს ადამიანზე ორიენტირებული, მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომ ფასად მიწოდების აუცილებლობა, პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება ბუნებრივად ხდება უმთავრესი მიზანი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშში „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში“ აღწერილია არსებული სიტუაცია, პრობლემეტიკა და შესაბამისი რეკომენდაციები. ანგარიშში აქცენტირებული პრობლემები და რეკომენდაციები მოიცავს:

- ✓ გამონვევებს, რომელიც მომდინარეობს მრავალრიცხოვანი და შედარებით ავტონომიური კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული პროვაიდერებისგან, რომელთაც რთული პასუხისმგებლობა დააკისრო შედეგებზე. იძულების მექანიზმების ნაკლებობა, შესრულებიდან გამომდინარე სწავლის ციკლის კულტურის ნაკლებობა პოლიტიკის, მენეჯერულ და კლინიკური პრაქტიკის დონეზე.
- ✓ პირველადი ჯანდაცვა საჭიროებს რეორგანიზებას მულტიდისციპლინურ გუნდებად, პარალელურ სისტემებში (საყოველთაო ჯანდაცვა, სოფლის ექიმები და სხვა დაავადებაზე მიმართული ვერტიკალური პროგრამები) არსებული პერსონალის გამოყენებით, რომლებიც შემდგომ იქნებიან ანგარიშვალდებულნი შესრულების ინდიკატორების მიხედვით.
- ✓ საჭიროა ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავოს შესრულების ინდიკატორები პირველადი ჯანდაცვისთვის, პროფესიული ასოციაციების და პირველადი ჯანდაცვის აქტორების მონაწილეობით. შესრულების ინდიკატორების მონიტორინგისთვის საჭიროა შესაბამისი რესურსი/სიმძლავრე ნაციონალურ და სუბ-ნაციონალურ დონეებზე. შესრულების სამიზნე ნიშნულები განსაზღვრული უნდა იყოს, როგორც ჯანდაცვის სისტემისთვის, ასევე თითოეული დანესებულებისთვის. შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის საკონსულტაციო საბჭოს დაევალოს მიზნებისკენ პროგრესის მონიტორინგის ფუნქცია, ხოლო რეგიონალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული ცენტრები ახორციელებდნენ პირველადი ჯანდაცვის შესრულების მონიტორინგს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული ცენტრები ახორციელებენ იმუნიზაციის, გადამდები დაავადებებისა და სანიტარულ ზედამხედველობას. კომპეტენციის გაძლიერებით შესაძლოა მათ ასევე დაეკისროთ მონიტორინგის ფუნქცია.
- ✓ შესაძლოა ახალი სერვისების დანერგვა, განსაკუთრებით არაგადამდები დაავადებების პრევენციასა და მკურნალობაში არსებული კრიტიკული ნაპრალების ამოსავსებად. ეს საჭიროებს პროვაიდერების კომპეტენციების გაუმჯობესებას, ახალი სტანდარტების შემუშავებას და ნახალისების მექანიზმების დანერგვას ახალი სერვისებისთვის. მაგალითად, სკრინინგთან, ჯანსაღი ცხოვრების წესთან და ჯანმრთელობის შესახებ განათლებასთან დაკავშირებული კომპეტენციები აუცილებელია არაგადამდები დაავადებების სამართავად.
- ✓ სოფლის ექიმების ანგარიშვალდებულება უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვის სამინისტროსთან შესრულების ინდიკატორებზე რეპორტირებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მეშვეობით.

- ✓ უნდა დაინერგოს უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და ზედამხედველობის სისტემა პრობლემური სფეროების გასაუმჯობესებლად.
- ✓ შესრულების მიხედვით ანაზღაურების სქემების პილოტირება უნდა მოხდეს ეფექტური სქემის მოძიების მიზნით, რათა სასურველი შედეგებისა და სტიმულების დაკავშირება მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის ყველა აქტორისთვის - ინდივიდებისა და ორგანიზაციებისთვის.
- ✓ საჭიროა საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად სტანდარტების შემუშავება პირველადი ჯანდაცვისთვის. უნდა გაუმჯობესდეს ადამიანური რესურსების დაგეგმარება სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოსთვის, რათა საკმარისი რაოდენობის პერსონალი აკონტროლებდეს სტანდარტებთან და ტექნიკურ რეგულაციებთან შესაბამისობას პირველად ჯანდაცვაში.

ამავე ანგარიშში, სუსტად არის შეფასებული პირველად ჯანდაცვაზე მიმართული რეგულაციები. ზოგადად, ნათქვამია რომ საქართველოს არა აქვს უკუკავშირის მექანიზმები. არ ტარდება ინსპექტირება, ზედამხედველობა, აუდიტირება. ეს ყოველივე შეფასებულია, როგორც მონაცემთა შეზღუდული გამოყენება პოლიტიკის, მართვის და კლინიკური პრაქტიკის მიმართულებით სწავლებისთვის და შესრულების გაუმჯობესებისთვის, რაც თავის მხრივ ანგარიშგებაშიც ქმნის ბარიერებს. ინფორმაციის ნაკადი მიემართება ცალმხრივად, დანესებულებებიდან ჯანდაცვის სამინისტროში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრში და მის რეგიონულ დანაყოფებში. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რაიონულ განყოფილებებს შესაძლოა დაევალოთ უკუკავშირის მიწოდება დანესებულებებთან სწავლისა და ნიშნულების დანესების, შედარების მიზნით. ინფორმაცია შესაძლოა განხილულ იქნას თვეში ორჯერ, პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერებთან და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების ხელმძღვანელებთან.

ასევე, ხაზგასმულია სუბნაციონალურ, ადგილობრივ დონეზე პოლიტიკის გატარების შეზღუდული შესაძლებლობა და ფაქტი, რომ ბევრი აქტორი არის ჩართული ლოკალურად ერთმანეთთან კოორდინაციის გარეშე, რადგან ყველა ამ ერთეულის მიერ ანგარიშგება ხდება მხოლოდ ნაციონალურ დონეზე. ასევე, ნათქვამია რომ ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული ერთეულების წარმომადგენლობის სიმცირეა ადგილობრივ დონეზე და მოსახლეობის ჯანდაცვის სუბნაციონალური ხედვის დეფიციტია. რეგიონების, მუნიციპალიტეტების, სოციალური სააგენტოს ფილიალების, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების, სოფლის ექიმების, დაავადებებზე ორიენტირებული პროგრამების, სხვა რეგიონული, მუნიციპალური, ნაციონალური პროგრამების

და კერძო, მომგებიანი და არამომგებიანი ინიციატივები ხორციელდება თემზე ორიენტაციის გარეშე, რაც ასევე აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის სათანადო ხარისხისა და ხარჯთაღმწიკტურობის უზრუნველყოფას.

2018 წელს, ჯანდაცვის სისტემების კვლევის მეხუთე გლობალური სიმპოზიუმზე (Fifth Global Symposium for Health Systems Research (HSR2018)), ერთ-ერთი მთავარი თემა დისკუსიისთვის იყო პირველადი ჯანდაცვის სისტემა. სიმპოზიუმის შემაჯამებელი ანგარიში მოიცავს ყოვლისმომცველი ჰჯდ სისტემის შექმნისთვის საჭირო რეკომენდაციებს:

- ✓ დისკუსიისა და ხელმძღვანელობის პლატფორმის შექმნა პოლიტიკის განსაზღვრასა და დანერგვაზე პასუხისმგებელი პირების მხარდაჭერისთვის, არსებული ვერტიკალური სისტემების რეორიენტირებისთვის პირველადი ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი მოდელისკენ, რომელიც შესაძლებელს გახდის ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტების ინტეგრირებას.
- ✓ მონაცემების შეგროვებისა და ანალიზის გაუმჯობესება, რომლის საფუძველზეც შესაძლებელი გახდება გადაწყვეტილების მიმღებ პირთათვის მტკიცებულებების მიწოდება, იმასთან დაკავშირებით რომ ჰჯდ-ს გაძლიერება არის ჯანდაცვის გამოწვევების ხარჯთ-ეფექტური გადაჭრის გზა.
- ✓ ძლიერი ჰჯდ სისტემის შენებისთვის, მსგავს კონტექსტში ნაცადი და შესაძლებელი ეფექტური ინსტრუმენტებისა და მეთოდების გამოყენება პოლიტიკოსებთან, პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებთან და სამოქალაქო საზოგადოებასთან იდენის პრომოციისთვის.
- ✓ ჯანდაცვის სისტემის გარე აქტორების პროცესში ჩართვა.
- ✓ მთავრობის მაღალი რგოლისა და პოლიტიკის გამტარებელი პირების გაძლიერება ჰჯდ სერვისების მიწოდებისთვის საჭირო ლიდერობასთან, მართვასთან და პარტნიორობასთან დაკავშირებული კომპეტენციების განვითარებით.
- ✓ მართვის და რეგულატორული მექანიზმების იურიდიული ჩარჩოს განვითარების მხარდაჭერა, რომელიც მოიცავს ადგილობრივ და საზოგადოებრივ მმართველობებს ჰჯდ ანგარიშვალდებულებაში.
- ✓ მართვის და პოლიტიკის განსაზღვრა, რომელიც სპეციფიურად იქნება ურბანული გარემოს სირთულეებზე მიმართული და მუნიციპალიტეტებს დაეხმარება ისეთი ჰჯდ სისტემების განვითარებაში, რომლებიც დააკმაყოფილებენ მოსახლეობის განსხვავებულ საჭიროებებს.



- ✓ საჭიროა პოლიტიკის შესწავლა/კვლევა სახელმწიფო-კერძო (Public-private) კავშირების დადგენისა და გაძლიერების მიზნით, ყოვლისმომცველი პჯდ სისტემის შესაქმნელად.
- ✓ მკაფიო მექანიზმებისა და იურიდიული ჩარჩოს განვითარება სტრატეგიული შესყიდვებისა და რეგულირებისთვის.

2018 წელს საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ გამოქვეყნდა ანგარიში “Primary Health Care Systems” (PRIMASYS) – Case Study from Georgia. აღნიშნულ ანგარიშში საჭიროებებისა და რეკომენდაციების ნაწილში განხილულია შემდეგი საკითხები:

- ✓ პჯდ სერვისების დაბალი უტილიზაციის და ოჯახის ექიმების მიერ „მეკარიბტეს“ ფუნქციის არაადექვატურად შესრულების გამოსასწორებლად საჭიროა სამოტივაციო მექანიზმების შემუშავება და დანერგვა, როგორც პროვაიდერებისთვის, ასევე პაციენტებისთვის, რაც ხელს შეუწყობს პირველად დონეზე მიმართვიანობის გაზრდას. პაციენტებზე მორგებული მიდგომების დანერგვა ასევე გააუმჯობესებს პჯდ სერვისების უტილიზაციას.
- ✓ დაბალი ღირებულების სერვისების მოხმარების სტიმულირება შესაძლებელია ხარჯების შეკავების მექანიზმების ჩართვით, პირველი და მეორე დონის სერვისების დაფინანსების მეთოდოლოგიაში.
- ✓ რადგანაც დღესდღეობით გამოწვევას წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ფრაგმენტული მიწოდება, საჭიროა ვერტიკალური პროგრამების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში თანდათანობით ინტეგრირება. ეს პჯდ სისტემას უფრო ყოვლისმომცველს და ხარჯთ-ეფექტურს გახდის, ასევე გაიზრდება კოორდინაციის ხარისხი.
- ✓ არაგადამდები დაავადებების ტვირთი დიდია და ქვეყანაში ავადობის (disease burden) 80%-ს შეადგენს. საჭიროა, პჯდ სისტემაში პირველადი პრევენციისა და მოდიფიცირებადი რისკების მართვის გაძლიერება. აღსანიშნავია, რომ არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების ხარჯები, რომლის დაფინანსებაც ხდება ჯიბიდან გადახდებით და უდიდეს წილს წარმოადგენს მკურნალობის ხარჯებში, მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს ამ დაავადებების მართვაში. შესაბამისად, საჭიროა ჯანდაცვის პროგრამები ითვალისწინებდეს არაგადამდები დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების ანაზღაურებას. ამ მიზნით, 2017 წელს, ჯანდაცვის სამინისტრომ საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში დანერგა პროგრამა, რომელიც მოიცავს ოთხი ქრონიკული დაავადების

სამკურნალო მედიკამენტების დაფინანსებას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის (ავტ: მოგვიანებით ეს პროგრამა განივრცო). მოლოდინი არსებობდა, რომ აღნიშნული შეღავათის შეთავაზებით გაიზრდებოდა პჯდ სერვისების უტილიზაცია ამ კონტინგენტის მხრიდან, რადგან ოჯახის ექიმის მიერ გაიცემა მიმართვები სუბსიდირებული მედიკამენტების მისაღებად.

- ✓ ანგარიშგების, ხარისხის და რესურსების სწორი გამოყენების გაუმჯობესების მიზნით პროგრამის ეფექტიანობა უნდა იზომებოდეს რეგულარული პერიოდულობით. უნდა განხორციელდეს მონიტორინგი/შესწავლა იმ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შეფასება, რომლებიც სენსიტიურია (ეფექტურად იმართება ამბულატორიულ დონეზე) ამბულატორიული მკურნალობისადმი, რათა შეფასდეს რამდენად ეფექტურია ჩარევები პჯდ დონეზე. ეს შესაძლებელს გახდის არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელ მომსახურებაზე მიმართვიანობის ხარჯების შემცირებას.
- ✓ სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით საჭიროა დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი განათლების პროგრამების დანერგვა/მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.
- ✓ პჯდ სისტემა ვერ გაძლიერდება ადექვატური დაფინანსების არქონის პირობებში. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის დაფინანსება უკანასკნელ წლებში გაიზარდა, მაინც დაბალია მაჩვენებელი (მშპ-ს 2.7%), და რაც უფრო შემაშფოთებელია, სახელმწიფოს ფინანსები არაპროპორციულად არის განაწილებული ჰოსპიტალურ სერვისებზე, რის შედეგადაც ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფს არსებული დაფინანსების პირობების შესაბამისად საუკეთესო ჯანდაცვის შედეგების მიღებას.

2019 წლის მაისში, „ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის“ მე-12 ტალღა (ფონდი კურაციოს პროექტი) ფოკუსირდა პირველადი ჯანდაცვის პრობლემატიკაზე - „ჯანდაცვის სფეროს გამონვევა: პირველადი ჯანდაცვა“. აღნიშნული ანგარიში გვახსენებს მთავრობის 2014 წლის დადგენილებას - 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, რომლის მიხედვითაც პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება სახელმწიფოს პრიორიტეტად არის დეკლარირებული. უფრო კონკრეტულად - „პირველადი ჯანდაცვისა და სხვადასხვა პრევენციული მომსახურების მიმართულებით განხორციელდება მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და

შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისგან“.

თუმცა, ამის მიუხედავად ბარომეტრის მიერ ჩატარებული ანალიზის შედეგები აჩვენებს, რომ ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს დანახარჯებში უმეტესი წილი კვლავ ჰოსპიტალიზაციას უჭირავს. 2013 წლიდან 2017 წლამდე, ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად სახელმწიფოს წილმა მთლიან დანახარჯებში შეადგინა 43.3%, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე - 71%. „2015 წლიდან ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე დანახარჯები მთელი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯის დაახლოებით 2/3-ს შეადგენს“. ასევე, აღსანიშნია ის ფაქტი, რომ მიუხედავად 2012 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიული მიმართვიანობის 30%-ით გაზრდისა, ეს მაჩვენებელი მაინც არ აჭარბებს 3 ვიზიტს წელიწადში და დაახლოებით 2.5-ჯერ ნაკლებია ვიდრე იგივე მაჩვენებელი ევროპის ქვეყნებში.

რაც შეეხება სტაციონარში მიმართვიანობას, 2012-2017 წლებში, ძვირადღირებული ჰოსპიტალური სერვისების უტილიზაცია უფრო მეტად გაიზარდა და გადაუდებელი ოპერაციების შემთხვევაში დაფიქსირებულია 300%-იანი მატება. აღნიშნული ფაქტი შეფასებულია, როგორც პჯდ-ს სუსტი როლის გამოვლინება, რადგან სისტემა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის შეკავებას პირველად ღონებზე.

ანგარიშში, ასევე ხაზგასმულია ჯიბიდან გადახდილი თანხების დიდი წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში. „ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხები კვლავ ჭარბობს (48.4%), რომელიც მათ მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება“.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2019 წლის ანგარიშის - „Can People Afford to Pay for Health Care“ - მიხედვით 2012-2015 წლებში, ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების მქონე ოჯახებში, ჯიბიდან გადახდილ თანხებში შემცირდა სტაციონარულ სერვისებზე გადახდილი თანხები, მაგრამ გაიზარდა მედიკამენტებზე დანახარჯები. ჰოსპიტალურ სერვისებზე გადახდილი საშუალო თანხის ოდენობაც შემცირდა და გაიზარდა ამბულატორიულ მედიკამენტებზე დახარჯული თანხების საშუალო ოდენობა.

ზემთ ვახსენეთ მთავრობის 2014 წლის დადგენილება, 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“. საინტერესოა აღნიშნული დოკუმენტის მიმოხილვა. კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასება, რომლის მიხედვითაც:

- ✓ „დანესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადანყვეტილებების მიღების პროცესი არასრულყოფილია. არ არსებობს ამბულატორიულ, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ლაბორატორიულ თუ ჰოსპიტალურ დონეზე სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობისა და ხარისხის შეფასების მექანიზმები, სტანდარტული ინდიკატორების მინიმალური პაკეტი და შეფასების ინსტრუმენტები. სამედიცინო დანესებულებებს არ გააჩნიათ ფინანსური თუ სხვა სახის მოტივაცია, რათა იზრუნონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მუდმივ ზედამხედველობასა და გაუმჯობესებაზე“.
- ✓ პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა და არსებული სამედიცინო პრაქტიკა არაერთგვაროვანი და ხშირად არაადექვატურია. პირველადი ჯანდაცვის მარეგულირებელი გარემო არასრულყოფილია - არ არსებობს სანებართვო სისტემა, ინფრასტრუქტურის ნორმატივები, კადრების საკვალიფიკაციო მოთხოვნები და ხარისხის რეგულირების ჩარჩო. პირველადი ჯანდაცვა სტრუქტურულად და ფუნქციურად გაუმართავია. არაადექვატურია დაფინანსება - სახელმწიფო დანახარჯების წილი პირველად ჯანდაცვაზე დაბალია, ასევე დაბალია პირველად რგოლში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის საშუალო თვიური ხელფასი ქვეყნის საშუალო თვიურ ხელფასთან შედარებით. შედეგად, მიწოდებული მომსახურება ეპიზოდური და ფრაგმენტულია, დარღვეულია თემზე ორიენტაციის პრინციპები, რაც აისახება ჰჯდ დონეზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის პრობლემებით, იმუნიზაციის მოცვის დაბალი მაჩვენებელითა და სხვა მახასიათებლებით.
- ✓ 2013 წლის მონაცემების მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებს (პოლიკლინიკებსა და ამბულატორიებს) ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის სახით ირჩევდა მხოლოდ პაციენტთა ნახევარი (50.9%). ჰჯდ არ ასრულებს სისტემის „მეკარიბჭის“ როლს, სუსტია კავშირები როგორც პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებსა და სტაციონარებს შორის, ასევე, ჰოსპიტალური სექტორის შიგნით - სხვადასხვა დანესებულებებს შორის.
- ✓ დიდ პრობლემას წარმოადგენს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების ჭარბი უტილიზაცია, რაც გამოწვეულია მოსახლეობისთვის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების უფასოდ მიწოდებითა და სასწრაფო დახმარების და ჰჯდ სამსახურებს შორის დაბალი ფუნქციური და საინფორმაციო კავშირებით.

- ✓ „არაგადამდები დაავადებების ეფექტური მართვისათვის სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში არასაკმარისად არის ინტეგრირებული ესენციური და პრევენციული (პოპულაციური და სამედიცინო დანესებულების მხრივ) ინტერვენციები, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ცოდნის დონე და არაგადამდები დაავადებების სკრინინგისა და მართვის პრაქტიკა ნაკლებად შეესაბამება თანამედროვე, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს. უკვე დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების იმპლემენტაციის პროცესიც ნელა მიმდინარეობს, რამდენადაც არ არსებობს კლინიკური პრაქტიკის მონიტორინგის, შეფასებისა და ანალიზის სისტემური მიდგომები. სამედიცინო ბარათების მიღებული ფორმებიც არ უწყობს ხელს ქრონიკული დაავადების მართვისთვის და მაღალი ზემოქმედების მტკიცებულებების სკრინინგისა და მოდიფიცირებისთვის საჭირო ინფორმაციის გენერირებას.“
- ✓ დაავადებათა ადრეული გამოვლენა კვლავ უმწვავეს პრობლემად რჩება.
- ✓ ამავე დოკუმენტში სტრატეგიული გეგმა მოიცავს ისეთ მიზნებს, როგორიც არის:
- ✓ 2017 წლისათვის მოსახლეობის 50% უნდა მიმართავდეს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს არაურგენტული კლინიკური პრობლემის გამო (18.6%-დან 2012 წელს);
- ✓ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ეროვნულ დონეზე ხარისხის კონტროლის ერთიანი სისტემის ამოქმედება. „შეიქმნება ხარისხის მართვის ეროვნული სამსახური, რომელიც მოამზადებს ხარისხის მართვის ეროვნული გეგმის პროექტს, დაამტკიცებს ეროვნული ინდიკატორების ჩარჩოს, რომელთა ინტეგრირებაც მოხდება ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში, კერძოდ, მოხდება ფართოდ აპრობირებული, ხარჯთ-ეფექტური ინტერვენციებისათვის შემუშავებული ინდიკატორებისა და შეფასების ინსტრუმენტების ადაპტაცია საქართველოში არსებულ პრაქტიკასთან. აღნიშნულთან დაკავშირებით მოხდება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და ასევე სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს შესაძლებლობების გაფართოება.“
- ✓ 2015 წლიდან დაგეგმილია აკრედიტაციის პროცესის განვრცობა, როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე ლაბორატორიული და ჰოსპიტალური

დანესებულებების დონეზე. ეროვნული სამსახური საერთაშორისო ტექნიკური დახმარებით უზრუნველყოფს აკრედიტაციის სტანდარტებისა და მეთოდოლოგიის შემუშავებასა და პერიოდულ განახლებას, მკვლევართა გუნდის შერჩევა-მზადებას და ამასთანავე პოლიტიკის, რეგულაციებისა და წახალისების მექანიზმების შემუშავებას აკრედიტაციის პროცესის ეფექტურად დასაწვდომად.

- ✓ 2014 წელს დასრულდება პჯდ სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის მომზადება, რომელიც განსაზღვრავს მომდევნო წლებში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართულებებს, შესაბამის მარეგულირებელ გარემოს (სტანდარტებისა და ხარისხის კონტროლის მექანიზმების ჩათვლით), რომელიც უზრუნველყოფს როგორც ქალაქის, ასევე სოფლის მოსახლეობისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და სოციალურად მისაღები ჯანდაცვის ძირითადი სერვისების ეფექტური და ეფექტიანი მიწოდების წინაპირობებს.
- ✓ 2013 წელთან შედარებით პჯდ უტილიზაციის (ამბულატორიული ვიზიტების) საერთო მაჩვენებლის გაზრდას 2.4-დან 8-მდე ერთ მოსახლეზე 2020 წელს.
- ✓ სტაციონარებისა და ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დანესებულებების ეტაპობრივი გადასვლა შემთხვევებზე ორიენტირებულ საანგარიშო ფორმებზე;
- ✓ 2015 წლისათვის პირველადი ჯანდაცვის პროგრამებში ინტეგრირებული იქნება 15-24 წლის თაობის ჯანმრთელობის სპეციფიკური საკითხების მართვისა და მონიტორინგის ინსტრუმენტები;
- ✓ „ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული საბაზისო სერვისების „ერთიანი შემსყიდველი მექანიზმის“ გარდა, განიხილება სამედიცინო მომსახურების მსოფლიოში აპრობირებული დაფინანსების ინტეგრირებული სისტემის დანერგვის საკითხი. 2014 წლის ბოლოდან დაიწყება მუშაობა, რათა ახლო მომავალში ამოქმედდეს აღრიცხვიანობისა და ფასწარმოქმნის ერთიანი სტანდარტი. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების გაუმჯობესებისა და პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების გზით გაიზრდება საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტიანობა.“

მორიგი დოკუმენტი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიაზე შემუშავებულ იქნა 2016 წელს, სახელმწიფოს მიერ დაკონტრაქტებუ-

ლი ორგანიზაციის, „გლობალური ალიანსის“ მიერ. ხსენებული დოკუმენტი მოიცავდა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიასაც - 2016-2023 წწ. აღნიშნული სტრატეგიის მიზანი იყო საოჯახო მედიცინის გაძლიერება და სწრაფად-რეაგირებადი, ეფექტური და მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის განვითარება. ამ დოკუმენტის მიხედვით სტრატეგიულად განისაზღვრა:

- ✓ ერთიანი ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველის ჩამოყალიბება ჯანდაცვის სისტემის შიდა არაეფექტურობის შესამცირებლად;
- ✓ ერთიანი ხარისხის კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება - სამედიცინო დანესებულებების რეგულირების გაუმჯობესების და აკრედიტაციისთვის. ასევე, უწყვეტი სამედიცინო განათლების დანერგვისთვის და სისტემის შექმნისთვის, რომელიც სამედიცინო პერსონალის სტიმულირების და კვალიფიკაციის გაუმჯობესებას გამოიწვევს და ა.შ;
- ✓ ვერტიკალური პროგრამების ინტეგრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში.
- ✓ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა მედიკამენტების რაციონალური მოხმარების მხარდაჭერით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული წამლის დანიშვნის პრაქტიკის დანერგვით, ესენციალურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით და რეცეპტის გარეშე შეძენადი მედიკამენტების რაოდენობის შემცირებით.
- ✓ პირველადი ჯანდაცვის როლის გაძლიერება.

ამავე დოკუმენტში გაკეთდა შეფასება, რომ სახელმწიფოს როლი პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ორგანიზებაში სუსტია და ქვეყანას არა აქვს თანმიმდევრული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა. ასევე აღნიშნულია, რომ უკვე სისტემა მართლდება შეზღუდული რესურსების, რეფერალის სისტემის არ-არსებობის, შეუსაბამო მომსახურების და დაფინანსების გამო ურბანულ და რეგიონულ ჭრილში და ზოგადად, პირველადი ჯანდაცვის უტილიზაციის მაჩვენებელი არის დაბალი. ხაზგასმულია, რომ უკვე სერვისებისთვის საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული კაპიტაციაფიქსირებულია და არ განსხვავდება ბენეფიციარებთან დაკავშირებული რისკების (მაგ. ასაკი, დაავადება) მიხედვით. ის ფაქტი, რომ რეგიონების მოსახლეობას უკვე საბაზისო სერვისების დაფინანსება არ ხდება კაპიტაციის პრინციპით შეფასდა, როგორც ერთ-ერთი სავარაუდო მიზეზი სოფლად სერვისების დაბალი უტილიზაციის. სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე, პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხარის-

ხის გაუმჯობესება და უტილიზაციის გაზრდა განისაზღვრა ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტად. **თუმცა, აღნიშნული ნაშრომი გაურკვეველი მიზეზების გამო არ იქნა აღიარებული სტრატეგიის ოფიციალურ დოკუმენტად.**

აქედან გამომდინარე, წერილობით მივმართეთ ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისი კითხვებით. ერთ-ერთ კითხვაზე - მიეთითებინათ პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია, რომელსაც სამინისტრო ამჟამად იყენებს მთავარ სახელმძღვანელო დოკუმენტად, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების/პროგრამების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში - პასუხად მივიღეთ: „ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა, ასევე, ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მახასიათებლებისა და პრიორიტეტული დაავადებების ეფექტური პრევენციისა და მართვის კუთხით გასატარებელი სტრუქტურული რეფორმებისა და სამოქმედო გეგმების ძირითადი ასპექტები ასახულია „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის #724 დადგენილებაში. ამავე წერილში, ჯანდაცვის სამინისტრომ კითხვებზე პასუხად მოგვანოდა ინფორმაცია, რომ 2017 წლის სახელმწიფო პროგრამების შესრულების ანგარიშის შესაბამისად „სოფლის ექიმის პროგრამის“ ფარგლებში დაკონტრაქტებული იყო 1,282 ექიმი და 1,542 ექთანი. ამავე საანგარიშო პერიოდში მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირდა გეგმიური ამბულატორიის 3,243 შემთხვევა. მათივე ინფორმაციით, 2016 წელს, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში ერთ სულ მოსახლეზე მიმართვების რაოდენობამ შეადგინა 4,0.

ასევე, მონოდებულ იქნა ინფორმაცია, რომ ამჟამად მიმდინარეობს (აღნიშნული წერილი დათარიღებულია 2019 წლის 11 თებერვლით) პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიაზე მუშაობა, რომელიც გახდება „უჯდ სერვისების ორგანიზაციის, ანაზღაურების მეთოდების, მკურნალობიდან პრევენციაზე გადასვლის და ხარისხიანი სერვისებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის საბაზისო დოკუმენტი“. აქვე ნახსენებია, რომ ასევე მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მონწყობის მოდელზე მუშაობა.

უნდა ვახსენოთ, 2015 წელს, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარებული, „სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტის“ ანგარიში, რომელშიც აღწერილია „სოფლის ექიმთა“ პრობლემები, მათი გამომწვევი მიზეზები და შესაბამისი რეკომენდაციები. აღნიშნულ ანგარიშში, აუდიტის შედეგების მიხედვით გაიცა შემდეგი რეკომენდაციები:



- ✓ სახელმწიფო აუდიტის სამსახური შესაძლებლად მიიჩნევს სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის და პროდექტიულობის გაზრდას. ამისთვის, საჭიროა სამედიცინო პერსონალის (სოფლის ექიმების და ექთნების) ხელახალი გადამზადება ამჟამად არსებული დემოგრაფიულ-გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზების აღმოფხვრით და პერსონალის ოპტიმალური განაწილების კრიტერიუმების გამოყენებით.
- ✓ პირველადი ჯანდაცვის და სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით საჭიროდ სახელდება პროგრამის დიზაინის ცვლილება, მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმების დანერგვა და პერსონალის სამუშაო რეჟიმის მართვა. დღეს არსებული მოდელით ანაზღაურება ფიქსირებულია და არ არის დამოკიდებული სამუშაო დროზე, შესრულების ინდიკატორებზე, სხვა სამსახურის შეთავსებაზე და ა.შ. საჭიროა ექიმების მოტივირება, სარგებლის სამართლიანი განაწილება.
- ✓ სოფლის ექიმების დეფიციტის გამოსასწორებლად საჭიროა კადრების გადამზადება და სერტიფიცირება. ასევე, ხაზგასმულია არსებული პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების საჭიროება.
- ✓ მნიშვნელოვანია ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართვა და გააქტიურება ისეთი საკითხების მოგვარებაში, როგორც არის ექიმების ტრანსპორტირება მაღალმთიან და ტრანსპორტის პრობლემის მქონე სოფლებში.
- ✓ სოფლის ექიმის პროგრამაში არსებული პრობლემების გამოსწორება შესაძლებელია სწორი დაგეგმვის საფუძველზე, რაც თავის მხრივ შესაძლებელი იქნება ანგარიშების გავრცობით და გაუმჯობესებით, პროგრამის შეფასებით, არსებული ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების ანალიზით.
- ✓ დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და პრევენციის მიზნით საჭიროა სოფლის ექიმის პროგრამის კოორდინაცია სკრინინგის პროგრამებთან.

# თვისოგაკივი კვლევის მიგნებები

## მართვა და ლიდერობა

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, საერთაშორისო კონსორციუმის მიერ შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის ქმედითობის ინიციატივის ჩარჩო (PHCPI – Primary Health Care Performance Initiative), რომელიც მიზნად ისახავს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისა და შედეგების გაუმჯობესებას დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. აღნიშნული შეფასების პირველი საკვანძო კითხვაა: ნაციონალური პოლიტიკა ასახავს თუ არა პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობას, ახალისებს ყველა სექტორიდან მონაწილეების ჩართულობას და მაღალი სტანდარტების დამკვიდრებას? ჩვენი კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, ამ კითხვაზე პასუხი არის – არა.

რესპოდენტები პრობლემად ასახელებდნენ, რომ ჯანდაცვის სამინისტროში არ არსებობს ერთიანი, პირველად ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელი ერთეული/დეპარტამენტი, გუნდი რომელიც განახორციელებს ცენტრალურ დაგეგმარებას, საჭიროებების ანალიზს, მონიტორინგს, შეფასებას და სხვა.

რესპოდენტები პრობლემურად მიიჩნევენ ქვეყნის პოლიტიკური არასტაბილურობის გავლენას პირველად ჯანდაცვაზე. ქვეყანას არა აქვს განსაზღვრული მკაფიო, გრძელვადიანი სტრატეგია ზოგადად ჯანდაცვის და მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართულებით. ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს პოლიტიკური პროცესები. მაგალითად, წინასაარჩევნოდ ელექტორატის მოსახიბლად „მომგებიანი“ გეგმის შემუშავება წინასწარი, ღრმა გათვლების გარეშე.

ბოლო პერიოდში, ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კურსს რადიკალურად ცვლიდა მთავრობების შეცვლა, ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელი მაღალი თანამდებობის პირების ხშირი ცვლილებები. რესპოდენტების თქმით ეს პროცესები განსაკუთრებით პრობლემურია პირველად ჯანდაცვასთან მიმართებაში. რადგან ყოველი ახალი მინისტრის მოადგილის დანიშვნის შემდგომ ახლიდან იწყება ჰჯდ პრობლემების განსაზღვრა, საშუალო პროცესის ინიცირება, მოგვარების გზების იდენტიფიცირება და როდესაც ეს პროცესი ტოვებს პოსტს აღწერილი პროცესი ისევ თავიდან იწყება ახალ მოადგილესთან ერთად (შედეგის მიღწევა ისევ ვერ ესწრება). ანალოგიურ პროცესს ჰქონდა ადგილი ჩვენი კვლევის მიმდინარეობის მომენტში, როდესაც განხორციელდა ჯანდაცვის მინისტრის მოადგილის კიდევ ერთი, მომდევნო ცვლილება.

დარგის ექსპერტები აუცილებლად მიიჩნევენ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მკაფიო სტრატეგიის განსაზღვრას, რომლის განხორციელებაზეც პასუხისმგებლობა დაეკისრება ყოველ მომდევნო მთავრობას თუ სახელმწიფო მოხელეს.

სტრატეგიაზე საუბრისას, აქვე უნდა აღინიშნოს საკონსულტაციო კომპანია „გლობალ ალიანსის“ მიერ შემუშავებული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი, რომელიც ხსენებულმა კომპანიამ 2016 წელს შეიმუშავა საქართველოს მთავრობის დაკვეთის საფუძველზე. ამ დოკუმენტში დიდი ნაწილი ეთმობოდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას და მისი როლის გაძლიერებას. უნდა ითქვას, რომ შემუშავების არც ერთ ეტაპზე ეს დოკუმენტი არ იქნა გაზიარებული დამოუკიდებელი ექსპერტებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციებისთვის; არ ჩატარებულა მისი ფართო წრეში განხილვა. საბოლოოდ, სახელმწიფომ გადაიხადა ფრიად სოლიდური თანხა, თუმცა, გაურკვეველი მიზეზების გამო (კვლევის ფარგლებში ვერ გაეცა პასუხი ამ კითხვას - კვლევაში მონაწილე რესპოდენტებს არ ჰქონდათ ინფორმაცია თუ რატომ არ მოხდა ამ რეკომენდაციების დანერგვა) აღნიშნული დოკუმენტი კვლავ „თაროზე დევს“ და არ მოხდა მისი რეალიზება/ დანერგვა.

რესპოდენტთა შეფასებით, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის აქცენტები ძირითადად გადატანილია სტაციონარზე. მთავრობა ამას ხსნის იმით, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დაწყებისას პრიორიტეტი იყო დაგროვებული პრობლემების მკურნალობა და სტაციონარულ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. თუმცა, საკმაო პერიოდი არის გასული ამის შემდეგ და სიტუაცია უცვლელია - პირველადი ჯანდაცვა კვლავაც უყურადღებოდ არის დარჩენილი. პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება სახელმწიფოს მხრიდან საჭიროებს გარკვეული ინვესტიციების განხორციელებას და ეფექტი ძირითადად გრძელვადიან პერსპექტივაში ჩანს. შესაძლოა, ამიტომაც ვერ გახდა პირველადი ჯანდაცვა აქამდე პრიორიტეტი და არ ექცევა ხოლმე საარჩევნო დაპირებებში.

ამავე პრობლემის გაგრძელებას წარმოადგენს ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემური მოწყობის საკითხის ბუნდოვანება. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ ერთის მხრივ ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური პირები, ზეპირ-სიტყვიერად, შეხვედრების დროს ამბობენ, რომ საოჯახო მედიცინის მოდელზე უნდა იყოს დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვა. თუმცა, ეს არსად არ არის განერილი და რეალურად მხოლოდ ერთეული პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება (მაგ. საოჯახო მედიცინის ეროვნული ცენტრი) იცავს საოჯახო მედიცინის პრინციპებს. სამწუხაროა, მაგრამ ფაქტია, რომ დღესდღეისობით,

არც მოთხოვნის და არც მიწოდების მხარეს არ არსებობს სტიმულები - არც პროვოიდერებს და არც პაციენტებს არ აქვთ ამ სფეროს განვითარების ინტერესი.

ზოგადად, რესპოდენტების მოსაზრებით, **არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პოლიტიკური ნება**. უკანასკნელი ათწლეულის ტრილში, მათი შეფასებით, სიტუაცია პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ერთ ადგილზე გაჩერებული და პროგრესი არ შეიმჩნევა.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება დავასკვნათ, რომ ამჟამად პირველადი ჯანდაცვის პროვოიდერი დანესებულებების სრული უმრავლესობა არ ფუნქციონირებს საოჯახო მედიცინის პრინციპების მიხედვით. ოჯახის ექიმი არ ასრულებს „მეკარიბჭის“ როლს. ეს გამოიხატება როგორც ვინც სპეციალისტებთან რეფერალების მაჩვენებლებშიც (რომლებიც რიგ შემთხვევებში საკმაოდ მაღალია), ასევე მედიკამენტების დანიშვნის ტენდენციებში. ანალოგიური დასკვნის გაკეთება შეიძლება სამედიცინო დანესებულებების ხელმძღვანელ პირებთან ინტერვიუების ანალიზისას. ხელმძღვანელობის მხრიდან არ არის მონიტორინგი, კონტროლი, არც მითითებები და აქცენტები რეფერალების ან მედიკამენტების დანიშვნის მიმართულებით. ასევე, მოშლილია უწყვეტობის პრინციპი, სრულად დარღვეულია სათემო პრინციპი. ასევე, არ ხდება ოჯახის ექიმის და ექთნის გუნდის მიერ მოსახლეობაში გასვლა და აქტიური ქმედებების გამოხორცილება დაავადებათა პრევენციის ან მათი ადრეული გამოვლენის მიზნით. პირველადი ჯანდაცვა დღეს არის რეაქტიული და არა პროაქტიური. პაციენტი თუ თავად არ მიმართავს ექიმს, არ ხდება ექიმის ან ექთნის მიერ პაციენტის მოვითხვა, ან მკურნალობის კურსის (მაგ. 10-დღიანი) დასრულების შემდეგ მედიკამენტების მოქმედების მეთვალყურეობა (surveillance), გვერდითი ეფექტების შესწავლა და ა.შ.

მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ექთანთა მწვავე დეფიციტი, რაც სისტემის დაბალი ეფექტურობის გამომწვევი ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ექთნების რიცხვს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში საშუალოდ ერთ ექიმზე 4-5 ექთანი მოდის (ვერულავა თ., 2015). ეს პრობლემა საყოველთაოდ არის აღიარებული, მათ შორის ჯანდაცვის ხელისუფლების მაღალი თანამდებობის პირების მიერ, თუმცა ქმედითი ნაბიჯები ამ პრობლემის მოსაგვარებლად არ იდგმება. კვლევამ აჩვენა, რომ უპირატესად ხარჯების დაზოგვის მოტივით კერძო, კომერციულ დანესებულებებს არ ჰყავთ საჭირო რაოდენობის ექთნები. პაციენტის განათლების ფუნქცია, რომელიც ძირითადად ექთანს უნდა ეკისრებოდეს ვერ სრულდება და არც ინტერესი არსებობს არსებული

მდგომარეობის შესაცვლელად (კონფლიქტი ფინანსურ მოტივატორებთან).

გამოკითხულ ექსპერტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ქვეყანას არ გააჩნია შესაბამისი ადამიანური რესურსი პირველადი ჯანდაცვის საოჯახო მედიცინის მოდელზე მოსაწყობად. მათი შეფასებით, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ბაზარი არის ძალიან სპეციფიური. სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციები არიან სხვადასხვა ორგანიზაციული სტრუქტურის, სხვადასხვა მიზნების, ინტერესების მქონე დაწესებულებები. სრული უმრავლესობა კერძო, კომერციული ორგანიზაციაა. ბაზრის სპეციფიურობიდან გამომდინარე, მიაჩნიათ, რომ ამ საკითხზე და ზოგადად სტრატეგიის განსაზღვრისთვის საჭიროა ადგილობრივი, საქართველოს ჯანდაცვის ბაზარზე არსებული სიტუაციის, სპეციფიკის, წინა გამოცდილების კარგად მცოდნე ექსპერტებისა და საერთაშორისო, კვალიფიციური ექსპერტების ერთობლივი მუშაობა.

## **პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კვალიფიკაცია და საზოგადოებრივი იმიჯი**

რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ დაბალია ოჯახის ექიმის და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ნდობა მოსახლეობის მხრიდან. ამის ერთ-ერთი მიზეზი არის ოჯახის ექიმების არასათანადო კვალიფიკაცია.

პირველადი ჯანდაცვის სფეროში არის ნაპრალი, იმ წლებს შორის, როდესაც დაიწყო საოჯახო მედიცინის დანერგვა და განვითარება (2001-2006) და დღევანდელ რეალობას შორის. სახელმწიფოს მიერ 2011 წელს გატარებულმა რეფორმებმა (თბილისის 5 წლამდე ასაკის და პენსიონერების დაზღვევა და მიმაგრება მხოლოდ ერთ-ერთი სადაზღვევო კომპანიის კლინიკებზე/პროვაიდერებზე) მნიშვნელოვნად დააზარალა სათემო პრინციპი პირველად ჯანდაცვაში და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი. დღესდღეობით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული პროვაიდერების თავისუფალი არჩევანი ბენეფიციარების მხრიდან, რაც ასევე არ არის სათემო პრინციპის თანმიმდევრული.

საჭიროა ახლიდან საოჯახო მედიცინის როლის დეფინიცია და კომუნიკაცია/ადვოკატირება მოსახლეობაში, სამოქალაქო და სამედიცინო საზოგადოებაში და ა.შ. რაც მთავარია, თვითონ ოჯახის ექიმებმა და ოჯახის ექთნებმა სრულად უნდა გაიაზრონ მათი პასუხისმგებლობა და როლი ჯანდაცვის სისტემაში.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების საჭიროებებში აუცილებლად უნდა იყოს განსაზღვრული უწყვეტი პროფესიული განვითარება, რომელიც მოიცავს უწყვეტ სამედიცინო განათლებას, კლინიკურ ზედამხედველობას,

საექსპერტო შეფასებას, ფოკუსირებულ აუდიტს, საქმიანობის შესწავლას, პრობლემური სფეროების შეფასებას, ექიმებისთვის ინფორმაციის განახლებას. დღესდღეობით, არ ხდება ოჯახის ექიმების რესერტიფიცირება, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროვაიდერი დაწესებულებების სრულ უმრავლესობაში არ ხორციელდება ზემოთ ჩამოთვლილი, უწყვეტი პროფესიული განვითარებისთვის საჭირო აქტივობებიდან არცერთი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ნაწილი აღიარებს, რომ იკვთება პოლიპრაგმაზიისა და ექიმების ცოდნის პრობლემები, რისი გამოსწორების მიზნითაც საკუთარი სურვილით პერიოდულად უტარებენ ოჯახის ექიმებს ტრენინგებს, ტესტირებას. პროვაიდერების უმრავლესობა არ ატარებს გეგმიურ ტრენინგებს და არ ზრუნავს ექიმების განათლებაზე.

კვლევაში მონაწილე ოჯახის ექიმების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ აქვთ სურვილი დაესწრონ ტრენინგებს და აიმაღლონ კვალიფიკაცია. ეს განსაკუთრებით გამოიკვეთა სოფლის ექიმების მხრიდან, თუმცა არა აქვთ შესაძლებლობა - ძირითადად ფარმაცევტული კომპანიების მიერ ორგანიზებულ შეხვედრებს თუ მოკლევადიან ტრენინგებს ესწრებიან.

რესპოდენტთა სრული უმრავლესობა აუცილებელ საჭიროებად მიიჩნევს უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის დანერგვას, საქართველოში. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემას ამწვავებს ისიც, რომ არ იზრდებიან ახალი კადრები საოჯახო მედიცინაში - რადგან საქართველოში ეს სპეციალობა პრესტიჟულად არ ითვლება, შესაბამისად ნაკლებად საინტერესოა ახალი თაობებისთვის.

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, რომ თავად ოჯახის ექიმებიც არ გრძნობენ თავს დაფასებულად, არ არიან კმაყოფილი საკუთარი არჩევანითა თუ სამუშაო პირობებით და ახლობლებსაც არ ურჩევენ ოჯახის ექიმის პროფესიის არჩევას. ფოკუს ჯგუფების დროს, სხვადასხვა რეგიონის სოფლის ექიმები პრობლემად ასახელებდნენ ექიმებთან დაკავშირებით მიმდინარე უარყოფით საინფორმაციო კამპანიას - ე.წ. „შავ პიარს“ და სკანდალებზე ორიენტირებულ სიუჟეტებს. მათი მოსაზრებით, ეს იწვევს უნდობლობას პაციენტების მხრიდან. საჭიროდ მიიჩნევენ ჟურნალისტებისთვის საინფორმაციო შეხვედრების ჩატარებას პირველადი ჯანდაცვაში არსებულ პრობლემათიკაზე ცნობადობის გაზრდის მიზნით, ექიმების ღვაწლის და საქმიანობის პოზიტიური კუთხით გაშუქებას. (ხშირად ასხეუბდნენ ფრაზებს: „ჩვენ შესაძლოა საზოგადოების პრესტიჟული ფენა არ ვართ“ „პედაგოგები უფრო დაფასებულნი არიან სახელმწიფოს მხრიდან, ვიდრე ექიმები“ და ა.შ.).

## პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება და ხარჯთ-ეფექტურობა

რესპოდენტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში არსებული კაპიტაცია არასაკმარისია. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციას არსებული დაფინანსებით არა აქვს მოტივაცია/მესაძლებლობა იზრუნოს სამედიცინო და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ეს სიტუაცია განსაკუთრებით პრობლემურია ჯანდაცვის სისტემის მაღალი კომერციალიზაციის პირობებში. კერძო, მომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების წილობრივი მაჩვენებლით საქართველო უნიკალურ ქვეყნად ითვლება მსოფლიოში. აქ არსებული საავადმყოფოებისა და კლინიკების თითქმის 90% კერძო მომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში ანალოგიური სტატუსის მქონე დაწესებულებების წილი მხოლოდ 20-30%-ია, ხოლო აშშ-ში - 57%-ს შეადგენს არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციები, 26%-ს - სახელმწიფო საავადმყოფოები და მხოლოდ 17%-ს - კერძო მომგებიანი საავადმყოფოები (ვერულავა თ., 2016). ცხადია, შექმნილ მდგომარეობაში კერძო, კომერციული დაწესებულებები, მოგების მაქსიმალურად გაზრდის მიზნით, სხვადასხვა ხერხების გამოყენებით ცდილობენ პაციენტების „გადაქაჩვას“ პირველადი ჯანდაცვიდან სტაციონარებში და ქმნიან ე.წ. „კარუსელებს“.

მნიშვნელოვან პრობლემად დასახელდა ერთიანი, პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის არარსებობა და სხვადასხვა პროგრამების ჰჯდ კომპონენტებში გარკვევის სირთულე. ვერტიკალური პროგრამების ცალკე არსებობა და ხარჯების დუბლირება ასევე, უარყოფით ფაქტორად დასახელდა სახელმწიფოს მიერ „გლობალ ალიანსის“ ანგარიშის თაროზე შემოდება - მათი რეკომენდაციები მოიცავდა სხენებული პროგრამების ინტეგრირებას და ერთიანი პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ფორმირებას.

აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად არსებული არასახარბიელო მდგომარეობისა, ეპიზოდურად მაინც არის გადადგმული ნაბიჯები სერვისების ინტეგრირების მიზნით. კერძოდ, ც პეპატივის, ტუბერკულოზისა და შიდსის სკრინინგის ინტეგრირების საპილოტე პროექტი წარმატებული გამოდგა სამეგრელოს რეგიონში, ამჟამად განივრცო აჭარის რეგიონშიც, რის შედეგად გაიზარდა დაავადებათა გამოვლინების მაჩვენებელი. ექსპერტები საჭიროდ მიიჩნევენ, თამბაქოს საწინააღმდეგო და სხვა სკრინინგ პროგრამების ინტეგრირებას პირველად ჯანდაცვაში და ექიმების ბონუსირებას მათი წახალისების მიზნით. ჰჯდ ქსელის უპირატესობაა ოპორტუნისტული სკრინინგი - როდესაც მაგალითად, მოსარგებლე მიმართავს კლინიკას ცნობების ან სხვა საჭიროების

გამო, მიზანშეწონილი იქნება თუ მას ჩაუტარდება სკრინინგი სხვადასხვა დაავადების/რისკების გამოსავლენად. ამჟამად მოქმედებს ოპორტუნისტული სკრინინგი, მაგრამ იგი ვერ აღწევს მოცვის მაჩვენებლის საჭირო ზრდას. კერძოდ, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ოპორტუნისტული სკრინინგით მოცვის მაჩვენებელი  $\approx 20\%$ -ის ფარგლებში მერყეობს; ხოლო სამიზნე ინდიკატორი მინიმუმ  $65-70\%$ -ია. ამიტომ, საჭიროა ეტაპობრივად განხორციელდეს ორგანიზებულ სკრინინგზე გადასვლა.

რეალურად, საკმარისია თუ არა არსებული დაფინანსება-კაპიტაცია კლინიკებისთვის, ამაზე მტკიცებულებებით გამყარებული პასუხი, შეფასებები არ არსებობს. რესპოდენტები აცხადებენ, რომ არ არის საკმარისი და უნდა გაიზარდოს. რამდენიმე პროვაიდერი დაწესებულების წარმომადგენლის მხრიდან დასახელდა კონკრეტული ციფრიც - 7-8 ლარი კაპიტაციის ოდენობა, რომელიც მათი თქმით, დაწესებულებას ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების და ხარისხის უწყვეტ გაუმჯობესებაზე ზრუნვის შესაძლებლობას მისცემდა. აქვე უნდა გავისხენოთ, სახელმწიფოს მხრიდან თუ როგორ იქნა გაანგარიშებული კაპიტაციის ოდენობა, რითიც დღესაც ხდება პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება. 2012 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვისას სახელმწიფოს შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, კაპიტაციის ოპტიმალურ ოდენობად განისაზღვრა 1.93 ლარი თითო ბენეფიციარზე - 14,000 მიმაგრებული ადამიანის კრიტიკულ მოცულობაზე, 7 გუნდზე (ოჯახის ექიმი+ოჯახის ექთანი), ნულოვანი მოგების წერტილისთვის შესაბამისი (break-even point). კაპიტაციის ოდენობის გადახედვა უნდა მომხდარიყო გარკვეული საანგარიშო პერიოდის გასვლის შემდეგ. ამჟამად, რეალურად ძალიან ცოტა კლინიკას ყავს 14,000 ან მეტი მიმაგრებული ბენეფიციარი. ძირითადად ამ ოდენობაზე ნაკლებია მათი მიმაგრებული კონტინგენტი. შესაბამისად, პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილისთვის ეს თანხა ძალზე არასაკმარისია, ნაწილისთვის მეტ-ნაკლებად საკმარისი, ხოლო გარკვეული კლინიკებისთვის, რომელთაც 50,000-დან 60,000-მდე ბენეფიციარი ყავთ მიმაგრებული - მომგებიანიც. აქედან გამომდინარე კვლევაში მონაწილე მსხვილი კლინიკების მენეჯერები პრობლემას ხედავენ პროვაიდერი დაწესებულებების სიჭარბეში და საჭიროდ მიიჩნევენ სელექტიურ კონტრაქტირებას, რათა გამსხვილდეს თითოეულ კლინიკაზე მიმაგრებული კონტინგენტი და მოხდეს სახელმწიფოს მიერ გადახდილი თანხების მეტად კონცენტრირება.

სუსტი პირველადი ჯანდაცვა გადაუდებელ სერვისებზე მოთხოვნასა და ხარჯებს მნიშვნელოვნად ზრდის. ამ საკითხზე მტკიცებულებები ისედაც საკმაოდ მრავალიცხოვანია და ანალოგიური სურათი ჩატარებულ კვლევაშიც



ნათლად გამოიკვეთა. სუსტი პჯდ სისტემის პირობებში იზრდება გადაუდებელი დახმარებების, არასაჭირო გამოძახებების რაოდენობა და პირიქით პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება მკვეთრად ამცირებს ასეთი გამოძახებების რიცხვს (ამის ერთ-ერთი მაგალითია საოჯახო მედიცინის ცენტრისა და თბილისის მერიის ერთობლივი პროექტი).

დარგის ექსპერტები საჭიროდ მიიჩნევენ ხარჯთ-სარგებლიანობის (cost-benefit) ანალიზის ჩატარებას, რათა შეფასდეს იმ თანხის მოცულობა, რაც დაიზოგება სტაციონარული შემთხვევების მკურნალობაზე დანახარჯებიდან პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების შედეგად. დღესდღეობით, პაციენტების ქცევა აჩვენებს, რომ სხვადასხვა მიზეზების გამო (არ ენდობიან პირველად ჯანდაცვას და სხვა), პაციენტები ჯანმრთელობის პრობლემის ან ჩივილების არსებობისას უმეტესწილად მიმართავენ პირდაპირ სტაციონარული ტიპის დანჯებულებებს. საყოველთაოდ არის ცნობილი თუ რამდენად ხარჯთეფექტურია ჯანდაცვის სისტემისათვის ჯანმრთელობის პრობლემის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მართვა და მკურნალობა. საჭიროა გაანალიზდეს თანხის ოდენობა, რომელსაც სახელმწიფო ხარჯავს ისეთი დაავადებების სტაციონარულ მკურნალობაზე, რომელთა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ეფექტური მართვა, სტაციონარული მკურნალობის საჭიროებასა და გადაუდებელ დახმარებათა მიმართვიანობას ამცირებს. მაგალითად, დათვლილ იქნას ის ხარჯები, რომელთა გაღება უწევს სახელმწიფოს კარდიოვასკულარული დაავადებებით გამონვეულ (ცერებროვასკულარული, კორონარული, პერიფერიული) ჰოსპიტალიზაციაზე, პალიატიურ მკურნალობაზე და შეფასდეს თუ რა ოდენობით თანხა დაიზოგებოდა ამ დაავადებების პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ეფექტური მკურნალობის შედეგად. კარდიოვასკულარული დაავადებები წარმოადგენს სიკვდილიანობის და ავადობის გლობალური ტვირთის მთავარ განმაპირობებელ ფაქტორს საქართველოში (IHME; NCDC). მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, საქართველოში კარდიოვასკულარული დაავადების სიმძიმე პირდაპირ ვაჰმირშია პაციენტის განათლებასთან - რაც უფრო განათლებულია პაციენტი, მით უფრო ნაკლებია რისკი. აქედან გამომდინარე, ოჯახის ექიმისა და ექთნის უმნიშვნელოვანესი მოვალეობაა პაციენტების/მოქალაქეების განათლება და ჯანსაღი ცხოვრების წესის პრომოცია, რაც დღესდღეობით მოშლილია საქართველოს პჯდ სისტემაში და ყველაზე ნაკლები აქცენტი ენიჭება როგორც პროვაიდერების სრული უმრავლესობის ხელმძღვანელობის მხრიდან, ასევე ექიმებსაც ნაკლები დრო და ინტერესი გააჩნიათ ამ საკითხისადმი.

სწორედ ამ მიზეზების გამო, უნდა შეფასდეს რა ოდენობის თანხა დაეზოგებოდა სახელმწიფოს ზემოთხსენებული დაავადებების/მდგომარეობების პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მართვით და ანალიზის შედეგად, ხარჯთეფექტურობის

ციფრებში გამოსახვის საფუძველზე უნდა იქნას მიმართული სტაციონარულ მომსახურებაზე სამომავლო დანახარჯები პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გასაძლიერებლად.

ამჟამად არსებული მდგომარეობით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობა დიდია. ჯანდაცვის სამინისტრო ექსპერტებთან ერთად მუშაობდა უკვე დაწესებულებების სელექტირების პროექტზე, თუმცა ამ ეტაპზე ეს ინიციატივა შეჩერებულია. ხარჯთეფექტურობის პრობლემას წარმოქმნის ისიც, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტო ვერ გახდა სტრატეგიული შემსყიდველი. რესპოდენტების რეკომენდაცია მოიცავს ამ სახელმწიფო ერთეულის მიერ სტრატეგიული შესყიდვების როლის აღების საჭიროებას. ასევე აუცილებელია, რომ პროვაიდერებთან კონტრაქტირება მეტად იყოს შესაბამისობაში მინოდებული მომსახურების ხარისხთან.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ დაწესებულებები მოგების გაზრდის მიზნით მიმართავენ ოჯახის ექიმების მიერ არასაჭირო რეფერალებს. ძალიან მაღალია რეფერალები სპეციალისტებთან, კვლევებზე, სადაც დაბლვეულს უწევს თანხის სრულად ჯიბიდან გადახდა ან მინიმუმ თანაგახადა მაინც. გამოკვეთილია ზედმეტი კვლევებისა და ზედმეტი მედიკამენტების დანიშვნის (პოლიპრეგამიის) ტენდენცია. ამის მიზეზად ასევე სახელდება ის ფაქტორი, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში, არსებული კაპიტაციური ანაზღაურების სისტემა არასაკმარისია და ვერ უზრუნველყოფს ხარისხიან უკვე მომსახურებას.

ასევე აღსანიშნავია, ფარმაცევტული კომპანიების უარყოფითი ზეგავლენა პირველადი ჯანდაცვის პრინციპებსა და ხარჯთეფექტურობაზე. ოჯახის ექიმებს უნდა შეექმნათ სწორი მოტივაცია, რომელიც მათ აიძულებთ არ გააკეთონ არასაჭირო რეფერალი. თუმცა, ამჟამად უკვე ექიმებს საპირისპირო ფინანსური მოტივაცია გააჩნიათ - ფარმაცევტული კომპანიების, ჰოსპიტალური ქსელების ზეგავლენისა და არასწორი სტიმულების არსებობის გამო. დიდ ქალაქებში, რაიონულ ცენტრებსა და სოფლებში დასაქმებული ოჯახის ექიმები ხშირ შემთხვევებში წარმოადგენენ პაციენტების რეფერალის წყაროს ჰოსპიტალებისთვის. წინა პერიოდში, როცა სოფლის ექიმები დაუქვემდებარეს ჰოსპიტალურ ქსელებს, ეს ხდებოდა ექიმებზე ინსტიტუციური ზნოლის გზით, ახლა ეს ხდება არასწორი სტიმულების - ქემბეჭის, ბონუსირების სახით. რესპოდენტების მოსაზრებით, ერთ-ერთი ასხნა იმისა, თუ რატომ არის ჯანდაცვის სამინისტროს მედიკამენტების სუბსიდირების პროგრამაში ბენეფიციარების ჩართვა ასეთი მცირე (ჯანდაცვის სამინისტროს გათვლებით პროგრამის პოტენციურ ბენეფიციართა რაოდენობა უნდა იყოს 1 მილიონ მოქალაქეზე მეტი, თუმცა ამჟამად პროგრამაში დარეგისტრირებულია 47,000

ბენეფიციარი) შესაძლოა იყოს ოჯახის ექიმების მხრიდან „უფასო წამლის“ დანიშვნის მოტივაციის არ-არსებობა.

## **ჯარიმები, სანქციები**

ცალკე დიდ პრობლემად იკვეთება არაადექვატური ჯარიმების საკითხი - ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და სოფლის ექიმების დაჯარიმების შემთხვევები. პჯდ დაწესებულებების, მათ შორის დაჯარიმებული კლინიკების ხელმძღვანელებიც და ექსპერტებიც მიიჩნევენ, რომ სადამსჯელო ზომების გატარება აუცილებელია და პრო-ვაიდერი უნდა დაჯარიმდეს როდესაც ადგილი აქვს მისი მხრიდან ნაკისრი ვალდებულების შეუსრულებლობას. თუმცა, არსებული მიდგომა, ჯარიმების არაპროპორციული, არაადექვატური ოდენობა კლინიკებისთვის ძალიან მძიმე ტვირთს წარმოადგენს და რიგ შემთხვევებში პრობლემას უქმნის მათ ფუნქციონირებას. რესპოდენტების უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ გადასახელია სანქციების პრინციპები, რომლებიც მეტი ადექვატურობით უნდა იყოს გამოირჩეოდნენ, კლინიკების ფუნქციონირების საფრთხის თავიდან აცილების მიზნით. ამავე დროს, დაფიქსირდა ფაქტები, როდესაც დაკისრებულ ჯარიმებს კლინიკები ისევ ექიმების და სხვა პერსონალის ხელფასების ხარჯზე იხდიან (უქვითავენ/აკლებენ ხელფასებს და ა.შ.).

ამ მიმართულებით პრობლემები გამოიკვეთა სოფლის ექიმებთან ჩატარებული ფოკუს ჯგუფების დროსაც. ექიმები აპროტესტებენ არაადექვატურად მაღალ ჯარიმებს, ელექტრონულ სისტემაში ხარვეზით შეტანილი ინფორმაციის გამო. მათი მოსაზრებით, სანქცირება უნდა ხდებოდეს შეფასების სისტემის საფუძველზე, ინდიკატორების მიხედვით, სწორ სტიმულებზე იყოს ორიენტი-რებული. რეალურად ხდება ის, რომ როდესაც სისტემა გაუმართავია, ონლაინ პროგრამა ხშირად შეფერხებებით მუშაობს (ჭედავს). შედეგად, ექიმები საკმაოდ დროს ანდომებენ ინფორმაციის შეყვანას და ასახვას. ხოლო, თუ ინფორმაციის ასახვა დროულად არ მოხდა, ექიმი დაჯარიმდება აღნიშნული ხარვეზის გამო.

ზოგადად, სოფლის ექიმები აღნიშნავენ, რომ ბოლო პერიოდში გამკაცრდა კონტროლი ჯანდაცვის სამინისტროს მხრიდან. ხდება დოკუმენტაციის აუდიტი, „ექიმის ჩანთის“ შემოწმება და ჯარიმების დაკისრება (რომლის ოდენობაც ხშირად 3,000-4,000 ლარის ფარგლებშია).

## **სოფლის ექიმის პროგრამა**

პირველ რიგში გამოიკვეთა შესაბამობა ჯანდაცვის სამინისტროსა და სოფ-ლის ექიმს შორის ხელშეკრულებით განსაზღვრულ მოვალეობებსა და მათ შესრულებას შორის. ექიმები არ ეთანხმებიან კონტრაქტის პირობებს და

მოთხოვნებს, თუმცა იმისათვის, რომ არ დარჩნენ უმუშევარი იძულებული ხდებიან ხელი მოაწერონ ხელშეკრულებას. რაც თავის მხრივ, იურიდიულად ნიშნავს, რომ ისინი ეთანხმებიან ხსენებულ პირობებს და ეკისრებათ ვალდებულება შეასრულონ შესაბამისი მოვალეობები.

მათი თქმით, შესაბამობა არსებობს მათ სამუშაო პირობებსა და ანგარიშგების მოთხოვნებს შორის. მაშინ როდესაც სახელმწიფო ითხოვს ელექტრონულ ანგარიშგებას, შესაბამისად უნდა უზრუნველყოს ექიმები კომპიუტერული ტექნიკით და ინტერნეტით. აჭარის ა.რ. გარდა, სხვა რეგიონებში არა აქვთ კომპიუტერები, ინტერნეტი (თერჯოლის მუნიციპალიტეტმა დაურიგა ექიმებს კომპიუტერები, თუმცა არა აქვთ ინტერნეტი). ამის გამო, სოფლის ექიმებს უხდებათ თანხის გადახდა მესამე პირისთვის, პაციენტებისთვის ჩატარებული იმუნოზაციის შესახებ და სხვა ინფორმაციის შეტანის სანაცვლოდ ან უხდებათ სახლში სამუშაო საათების შემდეგ ინფორმაციის შეტანა ელექტრონულად. როგორც წინა თავში იყო ნახსენები, თუ არ აისახა ინფორმაცია კონკრეტულ ვადაში ან რაიმე ხარვეზი დაფიქსირდა, ექიმს ეკისრება ჯარიმა. ექიმები აღნიშნავენ, რომ სისტემა გაუმართავია, პროგრამა ხშირად ხარვეზებით მუშაობს. შედეგად, დიდ დროს ანდომებენ ინფორმაციის შეყვანას და ასახვას, ხოლო თუ არ შეინახეს ინფორმაცია ამის გამოც ექიმები ჯარიმდებიან. კომპიუტერების და ინტერნეტის არქონის გამო არა აქვთ წვდომა მიმაგრებული პაციენტების ბაზებზე, ვერ ახდენენ მათი მიმაგრებული კონტინგენტის იდენტიფიცირებას. ხშირია შემთხვევები, როდესაც უწევენ მომსახურებას და მკურნალობენ პაციენტებს, რომლებიც ამ კონკრეტულ ექიმზე მიმაგრებული კონტინგენტიდან არ არიან.

ექიმის ხელმისაწვდომობის პრობლემა სოფელში და პაციენტებისთვის მოუხერხებელი ბიუროკრატია თითქმის ყველა ინტერვიუს დროს გამოიკვეთა. რაიონებისა და ქალაქების პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები აღნიშნავენ, რომ ძალიან ხშირად სოფლის ექიმები ადგილზე არ არიან, „მიშვებულები არიან“ კონტროლის გარეშე, რის გამოც პაციენტები ვერ ნახულობენ მათ. პაციენტს რაიონულ პოლიკლინიკაში კვლევების ჩატარებისთვის ან სპეციალისტთან ვიზიტისთვის ესაჭიროება სოფლის ექიმის მიმართვა. როდესაც ექიმი არ არის ადგილზე, ექთანი აძლევს მიმართვას პაციენტს, რაც ხშირად არასწორ მიმართვიანობას იწვევს კონსულტანტებთან (სხვა სპეციალიზაციის კონსულტანტს საჭიროებს პაციენტი). ასევე, როდესაც სოფლის ექიმის მიმართვით ჩამოდის პაციენტი სოფლიდან, დამატებითი კვლევების დაფინანსებისთვის მას ისევ სოფლის ექიმის მიმართვა სჭირდება, რაც ნიშნავს, რომ პაციენტი უნდა დაბრუნდეს სოფელში, მოახერხოს ექიმის ნახვა და მისი მიმართვით ისევ ჩამოვიდეს მუნიციპალიტეტის ცენტრში/ქალაქში. შესაძლოა, ორ-სამჯერ ან მეტჯერაც განმეორდეს ეს პროცესი, რაც

ხარჯებს უზრდის პაციენტებს (მგზავრობის ხარჯი) და აკარგვინებს დროს (მაშინ როცა ტრანსპორტირებაც შეზღუდულია სოფლებიდან). ორივე ეს კომპონენტი პაციენტის ქცევის მნიშვნელოვანი განსამზღვრელია პროვაიდერის შერჩევის პროცესში. ამიტომ პაციენტი ხშირად იძულებულია უარი თქვას ამ ბიუროკრატიაზე - ჯიბიდან იხდის სამედიცინო სერვისების ღირებულებას ან სარგებლობს გადაუდებელი (სასწრაფო) სამედიცინო მომსახურებით. რაიონული კლინიკების წარმომადგენლები მიიჩნევენ, რომ პაციენტებს მათი ოჯახის ექიმების მიმართვითაც უნდა შეეძლოთ დამატებითი კვლევების ჩატარება სოფელში მიბრუნების გარეშე. სოფლის ექიმებს არა აქვთ შარდის ექსპრეს ტესტები, გლუკომეტრები. რიგ შემთხვევებში, პაციენტებს სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრისთვისაც კი სოფლიდან ქალაქის ან რაიონის პოლიკლინიკაში უნევთ ჩამოსვლა.

ზოგიერთ სოფლის ექიმს მიმაგრებული აქვს ორი-სამი სოფელი. ერთი ექიმი კვირაში 2 დღე ერთ სოფელშია, 2 დღე მეორე სოფელში, ერთი დღე მესამე სოფელში. პაციენტის კვლევებზე გაგზავნის შემთხვევაში, ის ვეღარ უკავშირდება პასუხით უახლოეს დღეებში, რადგან მისი ექიმი სხვა სოფლის ამბულატორიაში მუშაობს. საუკეთესო შემთხვევაში, ექიმის არყოფნის დროს პაციენტებს აკვალიანებს ექთანი, ნახულობს ისტორიას, დანიშნულებას, უკავშირდება ექიმს, აძლევს ახალ დანიშნულებას პაციენტს და ა.შ.

მაღალია სასწრაფო დახმარების უსაფუძვლოდ გამოძახების შემთხვევები. პაციენტი, რომელსაც ეზარება ექიმთან მისვლა ან არა აქვს შესაძლებლობა (ან არ უნდა ფული დახარჯოს) იყიდოს წამალი, იძახებს სასწრაფო დახმარებას და უფასოდ ღებულობს მედიკამენტსაც (იქნება ეს პარაცეტამოლი თუ წნევის დამწვევი).

იკვეთება ტენდენცია, რომ იმ სოფლებში, სადაც ექიმი მუშაობს, რეგულარულად დადის სამსახურში და აქტიურია, ასეთ ექიმზე მოთხოვნა და მიმართვიანობა უფრო მაღალია. ამისათვის, ექიმს უნდა გააჩნდეს სათანადო პირობები და მოტივაცია. არის სოფლები, სადაც ტრანსპორტი პრაქტიკულად არ ადის და ექიმს უნევს ფეხით ასვლა (მაგალითად, ერგნეთში სოფლის ექიმს უნევს რამოდენიმე კილომეტრი ფეხით გაიაროს ამბულატორიამდე).

სოფლის ექიმები ითხოვენ დეცენტრალიზებული იყოს საინფორმაციო-ტექნიკური მხარდაჭერა - რეგიონში უნდა არსებობდეს სპეციალისტი, ვისაც საჭიროების შემთხვევაში დაუკავშირდებიან და შეძლებს მათ დახმარებას. ამჟამად, ტექნიკური გაუმართაობის დროს, ექიმები ცდილობენ ტელეფონით დაუკავშირდნენ ჯანდაცვის სამინისტროს, სადაც ხშირად აქვთ კომუნიკაციის პრობლემა.

სოფლის ექიმები პრობლემად ასახელებენ ანაზღაურების სიმცირეს. სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან დადებული ხელშეკრულების მიხედვით, სოფლის ექიმის დაუბეგრავი შემოსავალი შეადგენს 650 ლარს. ამ თანხით ექიმმა უნდა გადაიხადოს კომუნალური გადასახადები, შეიძინოს საკანცელარიო ნივთები, შეავსოს „ექიმის ჩანთა“. მათი თქმით, მაშინ როცა სასწრაფოს ექიმებს, პედაგოგებს გავზარდათ ხელფასები, სოფლის ექიმის ხელფასი არ გაზრდილა წლების მანძილზე. ამასთანავე, არსებობს ხელფასების დაგვიანების პრობლემაც (ფოკუს ჯგუფების ჩატარების მომენტში - მარტის დასაწყისისთვის იანვრის ხელფასი არ ჰქონდათ ჩარიცხული არცერთი შესწავლილი რეგიონის სოფლის ექიმებს).

კვლევაში აჩვენა, რომ სოფლის ექიმის ფუნდამენტური უფლებები უხეშად არის დარღვეული. კერძოდ, სოფლის ექიმს არ აქვს ავადმყოფობის უფლება - ამგვარი შემთხვევების გამო გაცდენილი დღეების ანაზღაურება თავად ექიმის ხელფასიდან იქვითება (!?). ანალოგიურად, მათ არა აქვთ უფლება ისარგებლონ შვებულებით. ჩამოთვლილ პრობლემებს შორის, ექიმები ასევე ასახელებენ სამედიცინო დაზღვევის არქონას.

სოფლის ექიმებს ანაზღაურების სიმცირის გამო უხდებათ სხვა სამუშაოს შეთავსება. ყველაზე ხშირად ეს არის სასწრაფოს ექიმის პოზიცია. ასევე, ითავსებენ რაიონის პოლიკლინიკის ოჯახის ექიმის პოზიციას. ეს თავის მხრივ, ექიმის ხელმისაწვდომობის პრობლემას ქმნის სოფლის მოსახლეობისთვის. აქვე უნდა ვახსენოთ, რომ თერჯოლის ერთ-ერთი კერძო კლინიკის ოჯახის ექიმების ხელფასი შეადგენს მხოლოდ 160 ლარს! ეს ექიმებიც ცდილობენ შეითავსონ სოფლის ექიმობა.

კიდევ ერთი ტენდენცია, რომელიც გამოიკვეთა კვლევის ფარგლებში უკავშირდება მუნიციპალიტეტების ჩართულობას პირველადი ჯანდაცვის საკითხებში. იმ რაიონებში, სადაც მუნიციპალიტეტის ადმინისტრაცია მეტად არის ჩართული სოფლის ექიმის საჭიროებების მოგვარების, მათი მუშაობის კონტროლის საკითხებში, ზოგადი სიტუაცია უკეთესია ვიდრე სხვა მუნიციპალიტეტებში. ამის კარგი საილუსტრაციო მაგალითია აჭარის რეგიონი, სადაც მუნიციპალიტეტებს პატრონაჟი აქვს აღებული სოფლის ამბულატორიებზე, სრულად აფინანსებენ კომუნალურ გადასახადებს, „ექიმის ჩანთის“-თვის საჭირო მედიკამენტებს. სოფლის ექიმებს ემსახურებათ მუნიციპალიტეტის კუთვნილი ავტომობილები, რითიც ხდება ბინაზე გასვლა საჭიროების შემთხვევაში და სოფლებში გადაადგილება. შესაბამისად, ამ რეგიონში ნაკლებია სასწრაფოს არასაჭირო გამოძახებების რაოდენობაც.

სოფლებში მოშლილია ოჯახის ექიმის და ექთნის ერთ გუნდად მუშაობის პრინციპი. სოფლის ექიმთან და ექთანთან, როგორც ცალ-ცალკე ფიზიკურ პირებთან ფორმდება კონტრაქტი სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. ხშირად ექთანი ვერ ასრულებს დაკისრებულ მოვალეობებს, არ გააჩნია შესაბამისი კვალიფიკაცია. ექიმს ამ შემთხვევაში არანაირი ბერკეტი არ გააჩნია ამის გამოსწორების ან უკუკავშირის მიწოდების. არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული ექთნის პასუხისმგებლობებიც, ხოლო როდესაც ხარვეზები დგინდება მხოლოდ ექიმი ჯარიმდება.

აღსანიშნია, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტომ მიმდინარე წლის მარტი-აპრილის პერიოდში დააკონტრაქტა „სოფლის ექიმის“ კოორდინატორები, რომელთა მოვალეობებად განსაზღვრულია: სოფლის ექიმის/ექთნის მიერ განეული მომსახურების მონიტორინგი; სოფლის ექიმისა და ექთნის მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს/ვლექტრონული ანგარიშის კონსოლიდირება და მიწოდება სააგენტოსთვის; გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების ხარჯვის თაობაზე ინფორმაციის შეგროვება/დამუშავება; სამედიცინო პერსონალის (სოფლის ექიმის/ექთნის) მიერ სოფლებში დაგეგმილი ვიზიტების/გრაფიკის შესაბამისად პერიოდულად სამუშაო არეალში მონიტორინგის განხორციელება; აქტიური კომუნიკაციის უზრუნველყოფა ადგილობრივ თვითმმართველობასთან იმ მიზნით, რომ სოფლებში მოგვარდეს ექიმის მომსახურების არეალში ტრანსპორტირების საკითხები; პროაქტიული ღონისძიებების გატარების უზრუნველყოფა (ინფორმირებულობის გაზრდა სოფლის ექიმად/ექთანად დასაქმების შესახებ სამედიცინო პერსონალის ფართო სპექტრისთვის), რაც უზრუნველყოფს კონკურენტული გარემოს შექმნას და სააგენტოს საშუალებას მისცემს, მომსახურება შეისყიდოს იმ პირისგან, რომელიც უპირატესად შეასრულებს სოფლის ექიმის/ექთნის ფუნქციას; საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის/ექთნის განთავსების ადგილზე მატერიალურ-ტექნიკურ ფასეულობებზე და სანიტარული ნორმების დაცვაზე ზედამხედველობა.

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 27 თებერვალს მიღებული დადგენილება #120 მიხედვით, გამოიყო ბიუჯეტი რეგიონების ამბულატორიული დანებსებულებების მშენებლობა/რეაბილიტაციისთვის (მაქსიმალური ბიუჯეტი შეადგენს 20 000 000 ლარს).

ჩვენს მიერ მოძიებული ინფორმაციით, მიღებულ იქნა გადანყვეტილება, რომელიც ითვალისწინებს 6 თვეში ერთხელ (და საჭიროების შემთხვევაში შესაძლოა უფრო ხშირად), სოფლებში, „ექიმის ჩანთის“ შევსებას სოციალური მომსახურების სააგენტოს ხარჯებით. ასევე, მომზადებულია დადგენილება,

რომელიც ითვალისწინებს სოფლის ექიმის და ექთნის გათავისუფლებას საშემოსავლო გადასახადისგან. ეს ყოველივე, რა თქმა უნდა გარკვეულ შეღავათს მისცემს მათ. თუმცა, აქვე პარალელის გასავლელად მოვიყვანოთ აჭარის სოფლის ექიმების მაგალითს. აჭარაში, სოფლის ექიმებს „სოფლის ექიმის პროგრამით“ გათვალისწინებული ანაზღაურების გარდა ეძლევათ სახელფასო დანამატი რეგიონალური ხელისუფლების მხრიდან (300 ლარი მაღალმთიან რაიონებში და 150 ლარი ზღვისპირეთში). ექიმები გადაადგილდებიან მუნიციპალიტეტების კუთვნილი ავტომობილებით, „ექიმის ჩანთის“ შევსება ხდება მუნიციპალიტეტების ხარჯით. გაეროს ბავშვთა ფონდის საპილოტე პროგრამის ფარგლებში გადაეცათ პადები, ჩართული ინტერნეტით, რომელსაც იყენებენ ელექტრონული ანგარიშგებისთვის. მიუხედავად ამ უპირატესობისა (სხვა რეგიონების სოფლის ექიმებთან შედარებით), აჭარის სოფლის ექიმების მხრიდან ფოკუს ჯგუფზე დიდი უკმაყოფილება დაფიქსირდა სამუშაო პირობებთან, ანაზღაურებასთან და სხვა ფაქტორებთან მიმართებაში. კვლევის პროცესში, კიდევ ერთხელ გამოიკვეთა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სისუსტე რეგიონებში და განსაკუთრებით მაღალმთიან ადგილებში. მაგალითად, ჩვენი რესპოდენტი კლინიკის (რეაბილიტაციისა და განვითარების საქველმოქმედო ცენტრი „თანაზიარი“, რომელსაც გააჩნია კერძო, არაკომერციული სტატუსი და წარმოადგენს იმპიათობას ქართულ კომერციალიზირებულ ჯანდაცვის სისტემაში). მიერ მესტიაში ჩატარდა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მასობრივი კვლევა ბავშვებს შორის. სკრინინგის ფარგლებში გამოკვლეულ იქნა 400-მდე ბავშვი. უმრავლესობას აღმოაჩნდა რკინის დაბალი შემცველობა სისხლში, კბილებისა და პირის ღრუს პრობლემები და ა.შ. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ ასევე მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს, ბოლო პერიოდში იძულებით გადაადგილებულ პირებს შორის ონკოლოგიური და ქრონიკული დაავადებების გაზრდილი შემთხვევების მიზეზების ზუსტ დადგენას და შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების გატარებას.

## **პედ დანესებულებების ორგანიზაციული სტრუქტურა**

აღნიშნული კვლევის ფარგლებში, ინტერვიუები ჩატარდა განსხვავებული ტიპის პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებების ხელმძღვანელ პირებთან. როგორც წინა თავებში იყო აღნიშნული, პროვაიდერი დანესებულებების სრული უმრავლესობა არის კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული. გამოვყოფთ პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებას ზუგდიდში („თანაზიარი“), რომელიც არაკომერციული იურიდიული პირს წარმოადგენს. ასევე, აღსანიშნავია მარტვილის პირველადი ჯანდაცვის დანესებულება, რომელსაც გააჩნია კომერციული სტატუსი (შებლდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება), მაგრამ ყურადღებას იქცევს იმით, რომ მისი აქციონერები და მმართველები არიან თავად ექიმები. ასევე, მეტ შესწავლას საჭიროებს ქუთაისის „დ. ნაზარიშვილის სახელობის საოჯახო მედიცინისა და საოჯახო მედიცინის რეგიონალური



სასწავლო ცენტრის“ მაგალითი, რომელსაც 100%-იანი წილით ფლობს სახელმწიფო და იმყოფება ეკონომიკის სამინისტროს დაქვემდებარებაში.

გემოთსენებელი კლინიკების სხვადასხვა ტიპს თუ შევადარებთ კონკრეტული რეგიონის დონეზე, აღმოვაჩინებთ რომ ოჯახის ექიმების ხელფასები უფრო მაღალია ა(ა)იპ, სახელმწიფოს კუთვნილ და ექიმების მიერ მართულ კლინიკებში კერძო, კომერციულ კლინიკებთან შედარებით. უმცირესობაში მყოფი, განსხვავებული ორგანიზაციულ-ფინანსური მოწყობის კლინიკების ხელმძღვანელობა აღნიშნავს, რომ ბაზარზე, კომერციულ კლინიკებთან არათანაბარ და არასამართლიანი კონკურენციის პირობებში იმყოფებიან და ამ მხრივ საჭიროა არსებული სახელმწიფო რეგულაციების გადახედვა და დახვეწა. რესპოდენტთა მოსაზრებით, პირველად ჯანდაცვაში წახალისებული უნდა იყოს არამომგებიანი, არაკომერციული მოდელის მქონე კლინიკები და ამ მხრივ საჭიროა მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო ცვლილებების გატარება. ამჟამად, პროვაიდერების სრული უმრავლესობა გააჩნია კერძო, კომერციული სტატუსი. კერძო კომპანიების პირდაპირი ინტერესია მოგების გაზრდა, მათ აქვთ კონკრეტული სამოქმედო გეგმა, ფინანსურ მაჩვენებლებზე ორიენტირებული მიზნები, რომლებსაც უპირატესი პრიორიტეტი ენიჭება სხვა მიზნებთან შედარებით. შესაბამისად, არ უნდა გვქონდეს მოლოდინი, რომ კერძო, კომერციული კომპანიები საკუთარი სურვილით გაატარებენ სახელმწიფო ინტერესებს. თუმცა, პოლიტიკური გადანაცვტილების მიღების შემთხვევაში შესაძლებელია დაფინანსების მექანიზმები, რეგულაციები განისაზღვროს იმგვარად, რომ პროვაიდერებს ნაკლებად გააჩნდეთ არასწორი მოტივაციები და მეტად ქონდეთ შესრულების ვალდებულებები კონკრეტული ინდიკატორების მიხედვით.

## **განათლება, მეთვალყურეობა, პრევენცია**

ზოგად პრობლემად სახელდება „მიმაგრების“ პრინციპის მოშლა პირველად ჯანდაცვაში ბავშვთა განვითარებაზე მეთვალყურეობის თვალსაზრისით. განსაკუთრებით მწვავედ აღიქმება ეს პროცესი სოფლებში, სადაც ექიმი არ არის ხელმისაწვდომი და ბენეფიციარებს ურჩევნიათ მუნიციპალურ ცენტრში (ქალაქში) მომსახურების მიღება გემოთ სსენებელი ბიუროკრატიის გამო. ოჯახის ექიმებს და ექთნებს აღარ აქვთ ბინაზე ვიზიტისა და პატრონაჟის ვალდებულება. უფრო მეტ პრობლემას წარმოადგენს არა-დროული ვაქცინაცია, არამედ პოლიტიკის არარსებობა პრევენციის მიმართულებით.

ბავშვთა უფლებებით არის გათვალისწინებული მათი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა. ყველა ბავშვს უნდა ჰქონდეს ადრეული განვითარების ერთიანი შესაძლებლობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჩასახვიდან 2 წლის ასაკამდე მეთვალყურეობა, ანტენატალური მოვლა. არსებული სიტუაციის ანალიზი

აჩვენებს, რომ კვების კომპონენტი დარღვეულია ბავშვებში. მშობლებს არა აქვთ ინფორმაცია სწორი კვების შესახებ. მაგალითად, მშობლების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ 6 თვის შემდეგ სიმინდის ფაფა სრულფასოვან დამატებით საკვებს წარმოადგენს. გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ 8 კლინიკაში, 2 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ ბავშვებში ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით 40%-ს აღენიშნებოდა რკინადეფიციტური ანემია, 80%-ზე მეტს რკინის დეფიციტი, ხოლო 40%-ში მანიფესტირდა სიმძლვეში და გონებრივი განვითარებაში ჩამორჩენა. ხშირ შემთხვევებში, სოფლის ექიმებს არა აქვთ სასწორი ბავშვების წონის ზუსტად დასადგენად. იმ პჯდ კლინიკებშიც კი სადაც სასწორი ხელმისაწვდომია, ოჯახის ექიმები ან ექთნები ხშირად არასწორად წონიან და ზომავენ ბავშვებს. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში არ არსებობს მოტივაცია, სტიმული პრევენციის პრიორიტეზირების მიმართულებით. კონცეფცია უნდა შეეხებოდეს ბავშვის განვითარებაში ოჯახის დახმარებას. მეტად მნიშვნელოვანია პჯდ-ს როლი მშობელთა განათლებაში, ბავშვთა სწორი კვების, სწორი განვითარების შესახებ.

გაეროს ბავშვთა ფონდის ინიცირებით დაიწყო ბავშვთა ადრეული მეთვალყურეობის საპილოტე პროექტი აჭარის ა.რ.-ში, რომლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვა გახდეს ბავშვთა განვითარებაზე ორიენტირებული. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში, სოფლის ექიმებს ჩაუტარდათ ტრენინგები ბავშვთა ადრეული განვითარების შესახებ და მოვალეობებში განესაზღვრათ ბავშვთა განვითარებაზე მონიტორინგის ვალდებულება. მაგალითად, არსებობს ასაკის და ეტაპის კითხვარი, აუტიზმის კითხვარი და ა.შ. სამი წლის ასაკამდე, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ბავშვის განვითარების მეთვალყურეობისთვის საჭირო ვიზიტების მაქსიმალური რაოდენობა შეადგენს ცამეტს. აჭარაში მიმდინარე პროექტის ფარგლებში რეგულაციით არის გათვალისწინებული სამშობიაროდან განერის შემდგომ 10 დღეში ბინაზე ვიზიტის განხორციელება.

## კარიტასის პროექტი

უნდა ვახსენოთ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ამჟამად მიმდინარე პროექტი, რომელიც ინიცირებული და დაფინანსებულია ორგანიზაციის „ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში“ მიერ. პროექტი დაიწყო 2017 წლის ივლისში. პროექტის ძირითადი მიზანია პჯდ სისტემაში ხარისხის გაუმჯობესება, ინსტრუმენტის შემუშავება, პილოტირება და მონიტორინგი. პროექტის ფარგლებში მიმდინარეობს პილოტირება 5 კლინიკაში: „კურაციო“, ეროვნული საოჯახო მედიცინის ცენტრი, კლინიკა „მედიკორი“, „მედკაპიტალი“ (საბურთალოს ფილიალი), „ჰოლდინგი 23“. პილოტში მონაწილე კლინიკები არიან აბსოლიტურად სხვადასხვა ორგანიზაციული მონეობის, სხვადასხვა კონტინგენტის მომსახურე ორგანიზაციები. პროექტის ფარგლებში შემუშავდა

ინდიკატორები, დაინერა პროგრამა, რომელიც შემდგომ საკუთრებაში გადაეცემა ჯანდაცვის სამინისტროს. აღნიშნული პროგრამა თავსებადი იქნება პროვაიდერების პროგრამებთან, რაც უზრუნველყოფს ინფორმაციის გაცვლას, სამედიცინო ისტორიის სტანდარტული ფორმით (მინისტრის 416. ბრძანებაში მითითებული ფორმით). პროგრამა ასევე თავსებადია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის სხვადასხვა რეგისტრებთან, UNICEF-ის მიერ შექმნილ 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა განვითარების ელექტრონულ მოდულთან. დააგენერირებს რეპორტებს სხვადასხვა ჭრილში: უტილიზაცია, რეფერალი, მედიკამენტების დანიშვნა და სხვა. პროგრამა შეტანილი ინფორმაციის საფუძველზე აგენერირებს ე.წ. flowsheet-ებს, სქემას თუ რა დახმარება უნდა გაეწიოს პაციენტებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე (კვლევები, ექიმთან ვიზიტი და ა.შ.), რაც ექიმისთვის იქნება შემსხენებელი მკურნალობის ეფექტიანობის და ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველსაყოფად.

პროგრამაში ასახული ინფორმაციის საფუძველზე უნდა მოხდეს ელექტრონული მონიტორინგი და შესწავლა (evaluation), ინფორმაციის დამუშავება და ანალიზი. ამ ინფორმაციის არსებობა თავისთავად ძალიან მნიშვნელოვანი იქნება გადწყვეტილებების მისაღებად, რომლებიც დაეფუძნება რეალურ მტკიცებულებებს. პროგრამა იძლევა, როგორც ცენტრალიზებული მონიტორინგის, ასევე თვითაუდიტისა და კლინიკების მიერ მონიტორინგის შესაძლებლობას.

ამ ეტაპზე პროექტის შეზღუდვად შეიძლება ჩაითვალოს ის ფაქტი, რომ საჭიროა პროვაიდერების პროგრამების მორგება ცენტრალურ ჰჯდ პროგრამასთან, რისთვისაც ვერ იცლიან პროვაიდერების პროგრამული პარტნიორები. ეს პროცესი ასევე უკავშირდება დიდ დანახარჯებს და ამ ეტაპზე პროვაიდერები ვერ ხედავენ აღნიშნული ცვლილებების გატარების გადაუდებელ აუცილებლობას. მნიშვნელოვანია პროექტის შემდგომი მხარდაჭერა სახელმწიფოს მხრიდან და მონიტორინგის მიზნით გამოყენება/ამუშავება.

ზოგადად, დონორი ორგანიზაციების წარმომადგენლები პრობლემად ასახელებენ საქართველოში პროექტების გადაბარების სირთულეს. როცა დონორი ასრულებს პროექტს ლოკალური ინსტიტუციებისთვის წარმატებული გადაბარების პრობლემა ყოველთვის დგება დღის წესრიგში.

## შეჯამება და რეკომენდაციები

კვლევაში მონაწილე ყველა რესპოდენტი თუ მხარე (როგორც სახელმწიფო უწყებების, ასევე კერძო ორგანიზაციების წარმომადგენლები) თანხმდება, რომ პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ფუნდამენტს და მას მნიშვნელოვანი როლი აკისრია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების გრძელვადიან, მდგრად უზრუნველყოფაში. რა საჭიროებები და გამოწვევები არსებობს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში - ესეც მეტ-ნაკლებად ცნობილია ძირითადი აქტორებისთვის.

აღნიშნული კვლევის მთავარი კითხვა იყო თუ რატომ ვერ განხორციელდა საჭირო ცვლილებები ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მრავალი წლის მანძილზე, რა ხელისშემშლელი ბარიერები არსებობს და როგორ შეიძლება მათი გადალახვა?

მთავარი ბარიერი, კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, არის პოლიტიკური ნების არარსებობა, ის რომ პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას/გაძლიერებას არ მიენიჭა უმაღლესი პრიორიტეტი და არ მოექცა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისათვის მნიშვნელოვანი ამოცანების სათავეში. ჯანდაცვის სისტემის აქცენტები ძირითადად გადატანილია სტაციონარულ სექტორზე, რომელიც თითქმის მთლიანად განკერძოებულია და მოგებაზე ორიენტირებული. სწორედ ეს წარმოადგენს მთავარ გამოწვევას - საერთაშორისოდ აღიარებული მტკიცებულებები კარგად აჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაცია საფრთხის ქვეშ აყენებს ჰჯდ სერვისების ხელმისაწვდომობას და თანასწორობას, ასევე მანამდე მიღწეული პროგრესის უკუშექცევას იწვევს. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ამჟამად შექმნილი ვითარება ნათლად ადასტურებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიშში დაფიქსირებულ ამ მოსაზრებას. არსებული დილემის დასაძლევად უმთავრესია პოლიტიკური ნების გაჩენა და მისი მკაფიო მანიფესტირება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია შეგვახსენებს, რომ „მიზანმიმართული ლიდერობის და გრძელვადიანი ძალისხმევის შენარჩუნების გარეშე, ჯანდაცვის სისტემების მიზიდულობა თავისთავად არ იხრება პირველადი ჯანდაცვისკენ“ (ჯანმო, 2018).

საჭიროა ჰჯდ-ს დეფინიციის მკაფიოდ განსაზღვრა - პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი ექიმ-სპეციალისტების ჩამონათვალი (ოჯახის ექიმი, პედიატრი, თერაპევტი თუ ვინრო სპეციალისტი), მათი კომპეტენციები და მომსახურების სახეები; შესაბამისად, უნდა განისაზღვროს ჰჯდ მომსახურების პაკეტი.

რესპოდენტების ნაწილი მიიჩნევს, რომ საოჯახო მედიცინის “აწყობა” ახლიდან არარეალურია და ქვეყანას არა აქვს ამის განხორციელების შესაძლებლობა. მათი მოსაზრებით, ჰჯდ სისტემა უნდა განვითარდეს არსებული რესურსების, მოსახლეობის საჭიროებების გათვალისწინებით და ეფუძნებოდეს ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილი მდგომარეობის დეტალურ ანალიზსა და გააზრებას. შესაბამისად, საჭიროა ჩამოყალიბდეს გრძელვადიანი ხედვა, განისაზღვროს/ გაიწეროს რეალისტური სტრატეგია პირველადი ჯანდაცვის განვითარებასთან მიმართებაში. სტრატეგიას თან უნდა ახლდეს სამოქმედო გეგმა, შესაბამისი ხარისხის და ფინანსური ინდიკატორებით. ხოლო იმპლემენტაციის პროცესში მოხდეს აღნიშნული ინდიკატორების შესრულების პერიოდული მონიტორინგი და რეპორტიინგი. ჰჯდ განვითარების სტრატეგიულ გეგმაზე მუშაობა უახლოეს მომავალში უნდა დასრულდეს და დაიწყოს მისი ეტაპობრივი დანერგვა, შესაბამის ინსტიტუციურ თუ საკადრო შესაძლებლობათა ინვენტარიზაციის საფუძველზე.

აღსანიშნავია, რომ 2020 წლამდე თვეებია დარჩენილი და 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია - „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ - ჰჯდ-თან დაკავშირებული მიზნების შესრულების ალბათობა ძალზე დაბალია, უმეტეს შემთხვევებში კი საერთოდ გამოირიცხულია. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირებას სჭირდება კომპეტენტური გუნდი, ცალკე ერთეული, რომელიც იქნება ამ საკითხზე პასუხისმგებელი და გაუწევს კოორდინაციას. ექსპერტები კონსულტანტებზე მეტად საჭიროდ მიიჩნევენ პრაქტიკული გამოცდილების მქონე, მოტივირებულ რეფორმატორებს, რომელთა დეფიციტზეც ასევე მიანიშნებენ.

საჭიროა გაძლიერდეს სახელმწიფოს როლი, როგორც ხარისხის მაკონტროლებლის, მარეგულირებლის პირველად ჯანდაცვაში. უნდა განისაზღვროს ჰჯდ დაფინანსება იქნება შედეგებზე თუ შესრულებაზე დაფუძნებული (results-based თუ performance-based). ამასთანავე, ჯანდაცვის სამინისტრომ საჭიროა შეიმუშავოს პირველადი ჯანდაცვის შესრულების ინდიკატორები, პროფესიული ასოციაციებისა და პირველადი ჯანდაცვის აქტორების აქტიური მონაწილეობით. შესრულების ინდიკატორების მონიტორინგისთვის საჭიროა შესაბამისი რესურსი/სიმძლავრე ნაციონალურ და სუბ-ნაციონალურ დონეებზე. ამჟამად არც ჯანდაცვის დეპარტამენტში და არც რეგულირების სააგენტოში, ასეთი სიმძლავრის ადამიანური რესურსი არ არსებობს. საჭიროა ამ სპეციალისტების, როგორც ხარისხობრივი, ისე რაოდენობრივი გაზრდა. შესრულების სამიზნე ნიშნულები განსაზღვრული უნდა იყოს, როგორც ჯანდაცვის სისტემისთვის, ასევე თითოეული დანესებულებისთვის.

რაც მთავარია, სახელმწიფომ დაფინანსების სისტემით და შესაბამისი რეგულაციებით უნდა უზრუნველყოს არასწორი მოტივატორების გაუქმება და სწორი მოტივაციის შექმნა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის, რომ სწორად იქნას აღქმული და გატარებული პროვაიდერების და ექიმების მიერ „სისტემის მეკარიბჭის“ (Gatekeeper) როლი, სათემო პრინციპის გაძლიერება, პრევენციაზე და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე აქცენტის გაზრდით. პარალელურად აუცილებელია არასაჭირო რეფერალების, ზედმეტი კვლევების, პოლიპრაგმაზიის შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანა და დაავადებების დროულ გამოვლენათა რიცხვის მნიშვნელოვანი ზრდა. სათემო პრინციპის გაძლიერება შესაძლებელია სათანადო რეგულაციის დანერგვით, რომელიც ბენეფიციარებისაგან მოითხოვს ჰკდ ექიმების შერჩევას მის საცხოვრებელთან ახლოს და არა ქალაქის მეორე ბოლოში ან მითუმეტეს სხვა დასახლებულ პუნქტში. ზოგადად, რეგულაციების დანერგვა უნდა მოხდეს ყველა დაინტერესებული მხარის (მათ შორის პაციენტის უფლებების დამცველი, სამოქალაქო საზოგადოებრივი ორგანიზაციების) აქტიური ჩართულობით და არა მხოლოდ ერთი რომელიმე ორგანოს (სამინისტრო, პროფესიული ასოციაციები, პროვაიდერები) მონაწილეობით.

საჭიროა მკაფიო მექანიზმებისა და იურიდიული ჩარჩოს შემუშავება სტრატეგიული შესყიდვებისა და რეგულირებისთვის. რესპოდენტების რეკომენდაცია მოიცავს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სტრატეგიული შესყიდვების როლის აღების საჭიროებას. პარალელურად აუცილებელია, რომ პროვაიდერების კონტრაქტირებისას მოხდეს შესაბამისი ხარისხის ინდიკატორების განსაზღვრა და მათი გამოყენება.

აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს უწყვეტი პროფესიული განათლების სავალდებულო სისტემის დანერგვა ჰკდ სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებისთვის. მნიშვნელოვანია, ოჯახის ექიმის სპეციალობაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო დაფინანსების უზრუნველყოფა, რაც გაზრდის ექიმების მოტივაციას მიიღონ აქტიური მონაწილეობა აღნიშნულ აქტივობებში. ამავე დროს, მონიტორინგი უნდა გაეწიოს უწყვეტ პროფესიული განვითარებასა და მიწოდებული მომსახურების ხარისხს (კლინიკური შეფასება, ისტორიების ანალიზის შედეგად პრობლემური სფეროების შეფასება, ექიმებისთვის ინფორმაციის განახლება და ა.შ). თავის მხრივ, სისტემატური მონიტორინგისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის საჭიროა შესაბამისი, პასუხისმგებელი ერთეულის არსებობა ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში ან გარე კონტრაქტირების (outsourcing) ვარიანტის განხილვა.

საჭიროა მკურნალობის ინტეგრირებული მართვისა და უწყვეტობის უზრუნველყოფა სისტემურად, მულტიდისციპლინარული გუნდების ჩამოყალიბება

და ვერტიკალური პროგრამების ინტეგრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, რასაც თან უნდა ხლდეს თანამშრომლობისა და ინფორმაციის მიმოცვლის გაძლიერება სხვადასხვა დონის სამედიცინო დაწესებულებებს შორის. აუცილებელია, უკუკავშირის გაძლიერება სამედიცინო დაწესებულებებთან სისტემაში ხარისხის გაუმჯობესებისა და სიტუაციის უკეთ შესწავლის მიზნით. ამ მიმართულებით, საჭიროა ელექტრონული სისტემებისა და ელექტრონული ისტორიის დანერგვა, ხოლო უკვე არსებული სისტემები უნდა იძლეოდეს ამ მიზნებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მონიტორინგისა და გაზიარების შესაძლებლობას. ერთიანი ინფორმაციული სისტემა ადჭურვილი უნდა იყოს მძლავრი ანალიტიკური ძრავით, რომელიც მოახდენს შეროვილი ინფორმაციის სრულყოფილ ანალიზს. ეს თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პოლიტიკის დანერგვას ქვეყანაში; და ასევე, ეროვნული, რეგიონული და გლობალური ტენდენციების გაანალიზებას.

ერთ-ერთი მკაფიოდ გამოკვეთილი პრობლემა არის ჰჯდ სისტემაში არასწორი სტიმულების სიჭარბე და სწორი მოტივაციების ნაკლებობა. საჭიროა დაფინანსების მექანიზმების ისეთი ცვლილებები, რომლებიც ხელს შეუწყობენ სწორი სტიმულების გაჩენას. მაგალითად, ექიმს და სამედიცინო დაწესებულებას ექნება მეკარიბჭის როლის შესრულების მოტივაცია - პაციენტის ამბულატორიულ დონეზე მართვის სტიმული სტაციონარში გადამისამართების ნაცვლად. ამ პროცესის ხელშეწყობა ასევე მოითხოვს შეფასების სისტემის გამართვას, შესაბამისი ინდიკატორების მიხედვით მონიტორინგსა და ნახალისებას.

კიდევ ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სოფლის ექიმების პროგრამის არსებული დიზაინი და მათზე ხელმისაწვდომობის საკითხი. სოფლის ექიმების მოტივაციას ვერ უზრუნველყოფს სისტემის არსებული მოწყობა და ანაზღაურების მექანიზმები. იმისათვის, რომ ოჯახის ექიმმა სრულფასოვნად შეასრულოს თავისი მოვალეობები საჭიროა ჰქონდეს შესაბამისი ანაზღაურება, არ გააჩნდეს სხვა სამსახურების შეთავსების აუცილებლობა, იყოს მოტივირებული და შედეგზე ორიენტირებული. სოფლის ექიმების საბაზისო ანაზღაურებას უნდა დაემატოს შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემები, რომელიც მოიცავს სამუშაოს შესრულების შეფასებისთვის გაზომვადი ინდიკატორების შერჩევას ფოკუსით იმუნიზაციაზე, ნეონატალურ და პოსტნატალურ მზრუნველობაზე, სკრინინგზე, კარდიო-ვასკულური რისკების შემცირებაზე, ოჯახის დაგეგმვაზე, და ა.შ. აუცილებელია ანაზღაურების ამ სქემებში ექთნების ჩართვაც!

ასევე, მოსაგვარებელია სოფლის ექიმების და ექთნების შრომის პირობები (შვებულების, ავადმყოფობის მიერ გაცდენილი დღეების, ფიზიკური პირის სტატუსის), სოფლებში მათი ტრანსპორტირების, კომპიუტერული ტექნიკით, კომუნიკაციით და სხვა აუცილებელი ინვენტარით აღჭურვის საკითხები. ამ პროცესში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს აქტიური ჩართულობა და დამატებითი ფინანსების გამოყოფა, როგორც ეს ამჟამად ხორციელდება აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში. სოფლის ექიმის შემოსავალი არ უნდა მცირდებოდეს მისი აქტიურობის გაზრდის პროპორციულად!

ნათლად არის გამოკვეთილი სუბნაციონალურ დონეზე ჯანდაცვის მიმართულებით მმართველობის გაძლიერების საჭიროება. საჭიროა მუნიციპალური და რეგიონული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების ჩართულობის გაზრდა, მათი როლის გაძლიერება პირველადი ჯანდაცვის წინაშე არსებული პრობლემების გადაჭრის საკითხებში. ამჟამად, მუნიციპალური თუ რეგიონალური სამსახურების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი იცნობს პირველადი ჯანდაცვის პრობლემებს და ჩართულია მათ მოგვარებაში. არადა, ყველაზე მეტად სწორედ მათ ინტერესებში უმდა შედიოდეს ადგილებზე ძლიერი პირველადი ჯანდაცვის სამსახურების არსებობა. უდავოა, რომ თანამედროვე ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის მართვის დეცენტრალიზაციის პირობებში გაიზრდება პირველადი ჯანდაცვის როლი. ამიტომ, ეს უმნიშვნელოვანესი საკითხი, ქვეყანაში ადგილობრივი თვითმმართველობის რეფორმის განუყოფელი ნაწილი უნდა გახდეს, იმ პირობით, რომ მმართველობითი ფუნქციების დელეგირების პარალელურად ასევე განხორციელდება ფისკალური დეცენტრალიზაცია.

დასკვნის სახით შესაძლოა ითქვას, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიმზიდველობის გაზრდა, პჯდ სერვისების ხარისხისა და უტილიზაციის მაჩვენებლების გაუმჯობესება წარმოადგენს არსებულ უმთავრეს გამოწვევას, რომლის მიღწევაც შესაძლებელია ზემოთ მოყვანილი რეკომენდაციების გათვალისწინებითა და სათანადოდ შესრულებით.



## გამოყენებული მასალები:

1. A Vision for Primary Health Care in the 21st Century. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision>
2. Bitton, A., Ratcliffe, H. L., Veillard, J. H., Kress, D. H., Barkley, S., Kimball, M., ... Hirschhorn, L. R. (2017). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 566–571. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>
3. Georgia-PRIMASYS-published-version\_7.03.2018.pdf. (n.d.). Retrieved from [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/Georgia-PRIMASYS-published-version\\_7.03.2018.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/Georgia-PRIMASYS-published-version_7.03.2018.pdf)
4. Ghiotto, M. C., Rizzolo, Y., Gandolfo, E., Zuliani, E., & Mantoan, D. (2018). Strengthening primary care: The Veneto Region’s model of the Integrated Medical Group. *Health Policy*, 122(11), 1149–1154. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.008>
5. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary health care on population health in low and middle-income countries. *J AmbulCareM-anage*. 2009;32(2):150–71.
6. Merkur, S., Maresso, A., & McDaid, D. (2018). SENIOR EDITORIAL TEAM. 48.
7. Models of care for chronic conditions in low/middle-income countries: a ‘best fit’ framework synthesis. (n.d.). *BMJ Global Health*, 12.
8. PHC Advocacy Guide. (n.d.). Retrieved from <http://www.gfma.ge/documents/PHC.pdf>
9. Quality of primary health care in Georgia (2018). (2018, June 14). <http://www.euro.who.int/en/countries/georgia/publications/quality-of-primary-health-care-in-georgia-2018>
10. Thomson, Sarah, Jonathan Cylus, and TamásEvetovits. “Can People Afford to Pay for Health Care?,” n.d., 144.
11. “Ten Threats to Global Health in 2019.” <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
12. გაბრიჭიძე ს. „წელისა და სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შეფასება კახეთისა და ქვემო ქართლის რეგიონებში“. კავკასიის გარემოს დაცვითი ორგანიზაციების ქსელი (CENN), 2018.

13. ვერულავა თ. „სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო“. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი, 2016. <https://idfi.ge/ge/forms-of-ownership-medical-organizations-world-practice-georgia>
14. ვერულავა თ. „ექთანთა საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში“. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციალოგია, 2015 1(1)
15. თოიძე მ. „კარდიოვასკულური დაავადებებისა და მათი რისკ ფაქტორების გავრცელება საქართველოს მოსახლეობაში“. სამედიცინო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია.
16. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. “ჯანდაცვის სფეროს გამონწვევა - პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა .
17. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური. “სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი,” 2015, 67.
18. სსიპ “საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”. “2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ.” <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250>.
19. “ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ.” სსიპ “საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4495789>.



