

## პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია

*თენგიზ ვერულავა*

*მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,*

*ილიას საელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი*

ამბობენ, გერმანელი ონკოლოგები სპეციალურად ჩამოდიან საქართველოში, რომ დააკვირდნენ მესამე-მეოთხე სტადიაზე მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს, რადგან მათ ქვეყანაში სიმსივნური დაავადებების ასე შორსწასული შემთხვევები თითქმის აღარ არის. გერმანიამ ამას მიაღწია გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შექმნით, სადაც უმთავრესი ყურადღება ექცევა პროფილაქტიკას, დაავადების ადრეულ გამოვლენას და დროულად მის მკურნალობას.

თავად ცნება „პირველადი ჯანდაცვა“ მიგვანიშნებს, რომ იგი არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ექიმთან, ერთგვარი მეკარიბჭე ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, დიაგნოსტიკურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ნებისმიერ კონსტრუქციას, შენობას, სისტემას თუ საძირკველი არ აქვს, ვერაფერს ააშენებ. ლოგიკურად, დღეს ჯანდაცვის სისტემა არ არსებობს. არის მხოლოდ ქაოტური ორგანიზაცია, სადაც კრილოვის იგავ-არაკივით ტვირთით სავსე ურემს ყველა თავისკენ ექაჩება და შედეგად, ურემი ერთი ადგილიდან არ იძვრის. საძირკველის გარეშე სისტემა ვერ ვითარდება და ერთი და იმავე ჩაკეტილ წრეში ტრიალებს.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმისთვის პაციენტთან ურთიერთობა უწყვეტი პროცესია. იგი პაციენტს ხანგრძლივად, ზოგჯერ კი, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება, რაც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს, როდესაც პაციენტს აღენიშნება ქრონიკული დაავადება. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის მიღწევის ელემენტარული პირობაა სამედიცინო მომსახურება განახორციელოს ერთი და იმავე ექიმმა.

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

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება თუ რომელ ექიმს მიმართოს და რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ასეთ სისტემაში ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგზური, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში, თავიდან ააცილოს არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება, განსაზღვროს სხვა ექიმ-სპეციალისტების დახმარების საჭიროება. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს, შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას.

ისეთ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია ოჯახის ექიმებზე, ანუ პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, პაციენტები უპირველესად მიმართავენ ოჯახის ექიმს, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში მათ მიმართავს სპეციალისტებთან. მკვლევრების აზრით, ასეთ ქვეყნებში უფრო მაღალია

ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და შესაბამისად კმაყოფილება, უფრო მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით, როგორცაა დაბალი სიკვდილიანობის მაჩვენებლები, სიცოცხლის მაღალი ხანგრძლივობა (3).

და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია ჩვენნაირი, ღარიბი ქვეყნისათვის, პირველადი ჯანდაცვის მოდელის დროს ნაკლებია მოქალაქეების მიმართვიანობა ჰოსპიტალურ სექტორზე. შესაბამისად, მცირდება ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები (1). ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა (2). გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს მვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები. ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ, ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33 %-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19 %-ით დაბალი სიკვდილიანობა (4).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებისათვის იგი 7.5-მდე აღწევს. რეფერალურმა სისტემამ თითქმის შეწყვიტა ფუნქციონირება, პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით უშუალოდ მიმართავენ ვიწრო სპეციალისტებს, ან უარეს შემთხვევაში, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

აღნიშნულის მიზეზია პაციენტთა როგორც დაბალი გადახდისუნარიანობა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა. შედეგად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს და ნაკლებად ხორციელდება ოჯახის ექიმის მეშვეობით საავადმყოფოში ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართვა.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების ერთ-ერთი მიზეზი ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობაც არის. მიუხედავად ამბულატორია-პოლიკლინიკების მძლავრი ქსელის ფუნქციონირებისა, ჯანდაცვის საბჭოური მოდელი ძირითადად სტაციონარულ დახმარებაზე იყო ორიენტირებული და ავადმყოფთა უმრავლესობა საჭიროების შემთხვევაში მიმართავდნენ უშუალოდ სპეციალისტებს. წარსულის ინერციით დღესაც იგივე გრძელდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში.

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

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად უნდა იყოს მიმართული ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად. ამისათვის, საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც ერიცხება პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს, შესაბამისად, იგი ხელზე იღებს საშუალოდ 19-20 თეთრს, ექთან კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ

ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი გამოდის 400 ლარი, ექთნის კი 200 ლარი.

ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. უცხოური გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები უფრო მეტად წარმოადგენენ დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს, რომლებსაც აქვთ თავიანთი ოფისები და გახსნილი აქვთ საკუთარი ანგარიში, სადაც ერიცხებათ მათთან რეგისტრირებულ ბენეფიციარებზე გაწეული სამედიცინო მომსახურებისათვის კუთვნილი ანაზღაურება როგორც სახელმწიფო პროგრამებით, ასევე კერძო დაზღვევის კომპანიებიდან. იგივე სქემა საქართველოშიც არსებობს, თუმცა ძალიან მცირე წილი უკავია და უფრო მეტი სტიმული უნდა მიეცეს მის განვითარებას. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემების არსებობის მხარდაჭერას. ასევე, პაციენტებს უნდა მიეცეთ ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება, რაც ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმთა გუნდებს შორის კონკურენციას, რაც თავის მხრივ, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

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

ლონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. გამოთვლილია, რომ საქართველოს ჭირდება დაახლოებით 2200 ოჯახის ექიმი და ექთანი. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა. მაგალითად, ესტონეთში ოჯახის ექიმს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით განათლების დონის ამაღლებისათვის ყოველთვიურად დაახლოებით 50 ევრო ეძლევა, რომელიც მოიცავს სამეცნიერო ჟურნალების გამოწერას, ინტერნეტის ხარჯებს, კვალიფიკაციის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯებს.

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს ამბულატორიების მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის არსებითად გასაუმჯობესებლად. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა უნდა ითვალისწინებდეს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციის ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებისას უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, რაც გულისხმობს მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების 15 წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. ხოლო იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ მთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა შედარებით მცირეა, მიზანშეწონილია მობილური პირველადი ჯანდაცვის გუნდების შექმნა, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას გასწევენ უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე გარკვეული პერიოდულობით.

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

#### ლიტერატურა:

1. Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003.
2. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი. 2005
3. Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
4. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105