

1

ჯანდაცვის პოლიტიკა და  
დაზღვევა



№ 1. 2015

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი  
ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა

**Scientific Journal**

**Health policy and Insurance**

**№ 1**

ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლა  
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

2015

**კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი**  
თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი

ნანა ჯინჭარაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა საავადმყოფოს ექიმი ნეონატოლოგი. დროულ და დღენაკლულ ახალშობილთა დახმარების ასოციაციის პრეზიდენტი.

რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი. აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის დირექტორი.

### აბსტრაქტი

**შესავალი:** კარდიოლოგიურ ავადმყოფთა რეჰოსპიტალიზაცია დიდი ფინანსური ტვირთია როგორც ჯანდაცვის სისტემისათვის, ასევე პაციენტებისათვის. კვლევის მიზანია კარდიოლოგიურ პაციენტებში რეჰოსპიტალიზაციის თავისებურებების, მისი გამომწვევი მიზეზების შესწავლა და შემცირების გზების ღონისძიებათა შემუშავება. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სამედიცინო პერსონალის ჩადრმავებული ინტერვიუ. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექიმების და პაციენტების გამოკითხვა წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით, რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა ავადმყოფობის ისტორიების შესწავლა. **შედეგები:** რეჰოსპიტალიზაციის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პაციენტთა მიერ საჭირო სამკურნალო ღონისძიებების არჩატარება. იგი გამოწვეულია ფინანსური სიძნელეებით, ასევე, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლები განვითარებით, რომლის მთავარი ფუნქციაა პაციენტზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. პაციენტი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ იაშვიათად, ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს; არ არის კოორდინირება ოჯახის ექიმსა და საავადმყოფოს მკურნალ ექიმს შორის. **დისკუსია, რეკომენდაციები:** რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური სისტემის არსებობას. ამ მხრივ, უცილებელია, ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის შემდგომი განვითარების ხელშეწყობა; კოორდინაციის არსებობა კლინიკასა, პაციენტსა და პირველად ჯანდაცვის სისტემას შორის; ბინაზე გაწერისას პაციენტთა ინფორმირებულობის ღონის ამაღლება, მათზე საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება დაავადების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის საკითხებზე; ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ამბულატორიული მომსახურების პაკეტის გაფართოება.

**ძირითადი საძიებო სიტყვები:** რეჰოსპიტალიზაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, კარდიოლოგია

### Rehospitalization of patients with heart failure and role of primary healthcare

Tengiz Verulava, Nana Jinchardaze, Revaz Jorbenadze

#### Abstract

**Introduction:** One of the most important criterions of high quality medical service is re-hospitalization. Main goal of the research is to study patient re-hospitalization on the example of one medical center. **Methodology:** While quantity research we have analyzed data of re-hospitalized patients. On the other hand, we have also carried out quality research, which means researching focus groups, interweaving focus groups, such as doctors and patients. **Results:** Our research has showed following findings: after discharging patient from hospital, he/she applies to family doctor very seldom; family doctors and hospital doctors have no coordination with each other. **Recommendation:** Clinics, Patient and primary health care units must coordinate with each other. It is also important to have active feedback between patient and clinic doctors. Doctors should inform

patients about medical treatment and prevention of his/her disease. The role of primary health care and family doctors must be increased

**Key words:** Re-hospitalization, primary health care, quality management.

## შესავალი

რეჰოსპიტალიზაცია წარმოადგენს ერთი და იგივე დაავადებით პაციენტის განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას. უმთავრესად გამოიყენებენ რეჰოსპიტალიზაციის 30 დღის განმავლობაში. რეჰოსპიტალიზაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ინდიკატორია.

რეჰოსპიტალიზაცია განაპირობებს როგორც სამედიცინო დანახარჯების ზრდას, ასევე, უარყოფითად მოქმედებს პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსზე, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ეკონომიკურ და მორალურ მდგომარეობაზე.

საქართველოში, მსგავსად სხვა ქვეყნებისა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები მაღალია, კერძოდ, სიკვდილის მიზეზთა 69% გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მოდის. აღნიშნული დაავადებების მკურნალობისათვის საჭირო სამედიცინო ხარჯების გამო დიდია ფინანსური ტვირთი<sup>1</sup>.

გულის დაავადებებს დროს რეჰოსპიტალიზაცია, მსგავსად სხვა ქრონიკული დაავადებებისა, დიდი ფინანსური ტვირთია როგორც ჯანდაცვის სისტემისათვის, ასევე პაციენტებისათვის<sup>2</sup>.

რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი განსხვავებულია დიაგნოზების მიხედვით. ზოგი ავტორის მონაცემებით, სტენოკარდიული შეტევით 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 17,1%-ს შეადგენს<sup>3</sup>. გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენდა 24,7%-ს<sup>4</sup>. აშშ-ში 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენს შემთხვევათა 20%-ს<sup>5</sup>.

ლიტერატურაში არსებული ზოგიერთი კვლევის თანახმად, რეჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია პაციენტის ასაკთან, სქესთან, შემოსავლებთან, კერძოდ, 30 დღიანი რეჰოსპიტალიზაცია ბავშვებში გაცილებით მაღალია მოზრდილებთან შედარებით; ასევე, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის 50%-ზე მეტს შეადგენენ 65 და უფრო მეტი ასაკის პაციენტები; ქალების განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია 28%-ით მაღალია მამაკაცებთან შედარებით; დაბალშემოსავლიან პაციენტებში 11%-ით მეტია განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია მაღალშემოსავლიან პაციენტებთან შედარებით<sup>6</sup>.

არსებობს კავშირი რეჰოსპიტალიზაციასა და ჯანდაცვითი პროგრამის დაფინანსების სახესთან. რეჰოსპიტალიზაციის უფრო მაღალი მაჩვენებელი შეინიშნება სახელმწიფო პროგრამებით მოცულ პაციენტებში (მაგ. მედიქა და მედიქეიდი აშშ-ში), ვიდრე კერძო დაზღვევის პაციენტებში<sup>7</sup>. მაგალითად, გულის დაავადებების დროს რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე შეადგენდა 30,1%-ს მედიქეიდის და 25,0% მედიქეას პაციენტებში, ხოლო 19,5% კერძო დაზღვევის პაციენტებში<sup>8</sup>. აქვე აღსანიშნავია, რომ მედიქეას პაციენტებში

<sup>1</sup> ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. *სტატისტიკური ცნობარი*. თბილისი. 2013.

<sup>2</sup> Filippello Lauren, Johnson Daniel, Knapp Michelle, Phelps Kathryn, Reed Jeffrey. *Preventing Hospital Readmissions for Congestive Heart Failure*. Acute Care. 2013.

<sup>3</sup> Stranges Elizabeth, Barrett Marguerite, Wier Lauren, Andrews Roxanne. *Readmissions for Heart Attack*. Nationwude HCUP Databases, Statistical Brief N153. 2012

<sup>4</sup> Elixhauser Anne, Steiner Claudia. *Readmissions to U.S. Hospitals by Diagnosis 2010*. HCUP-Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare research and Quality, Statistical Brief N 153. 2013.

<sup>5</sup> იქვე.

<sup>6</sup> Stranges Elizabeth. 2012. იქვე.

<sup>7</sup> Elixhauser Anne. 2013. იქვე.

<sup>8</sup> იქვე.

რეჰოსპიტალიზაციით გამოწვეული ხარჯები ყოველწლიურად შეადგენს 17.4 მილიარდ დოლარს<sup>1</sup>.

ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ წარმოადგინა 4 ტიპის რეჰოსპიტალიზაცია<sup>2</sup>:

- გეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც დაკავშირებულია პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ქიმიოთერაპია სიმსივნის პირველადი მკურნალობის შემდეგ;
- გეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც არ არის დაკავშირებული პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან.
- არაგეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც არ არის დაკავშირებული პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ავტოავარიის შემთხვევისას კიდურის მოტეხილობით ჰოსპიტალიზაცია, მაშინ როცა პირველადი ჰოსპიტალიზაცია განპირობებული იყო აპენდექტომიით.
- არაგეგმიური რეჰოსპიტალიზაცია, რომელიც დაკავშირებული არის პირველად ჰოსპიტალიზაციასთან, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მოგვიანებით განვითარებული ინფექცია ან გვიანი მედიკამენტური რეაქცია.

პირველი სამი შემთხვევა არ წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დეფექტი, რადგან ჰოსპიტალს არ შეუძლია აღნიშნული მოვლენების პროგნოზირება და პრევენციის განხორციელება. უბედური შემთხვევა საავადმყოფოსგან დამოუკიდებელი მიზეზით ვითარდება. ასევე, კლინიკას არ შეუძლია სრულად აღმოფხვრას რეჰოსპიტალიზაცია, მაგ., გულის უკმარისობის გამო აუცილებელი დეფიბრილატორის იმპლანტაციის მიზნით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია<sup>3</sup>.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას სათანადო წესების დაცვას, კერძოდ, პაციენტთა ინფორმირებულობის, განათლების დონის ამაღლებას, რომელიც მიმართულია ბინაზე პაციენტთა თვითკონტროლისა და ექიმის დანიშნულების სრულფასოვანი შესრულებისათვის<sup>4</sup>. პაციენტთა ბინაზე გაწერისას აღნიშნული ორგანიზაციული ღონისძიებების შესრულება 20%-ით ამცირებს განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას<sup>5</sup>.

ამერიკის ჰოსპიტლების ასოციაციის მიერ შესწავლილი იქნა რეჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მიზეზები, რომელზე დაყრდნობითაც შეიქმნა ჰოსპიტალთა რეჰოსპიტალიზაციის შემცირების პროგრამა (HRRP -Hospital Readmissions Reduction Program)<sup>6</sup>. დადგინდა, რომ როდესაც პაციენტი ღებულობს ადექვატურ სამედიცინო მომსახურებას შესაძლებელია ზოგიერთი რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება. თუმცა, ყველა რეჰოსპიტალიზაციის აღმოფხვრა შეუძლებელია, რადგან მასზე ზემოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორც არის დემოგრაფია, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური დახმარების სტრუქტურა, თანმხლები დაავადებების სიმძიმე, ქრონიკული დაავადებები<sup>7</sup>, ან სხვა, ხშირად უცნობი

<sup>1</sup> Pittsburgh Regional Healthcare Initiative: "PRHI Readmission Reduction Guide, 2011". A Manual for Preventing Hospitalizations. 2011.

<sup>2</sup> იქვე.

<sup>3</sup> American Hospital Association. *Examining the Drivers of Readmissions and Reducing Unnecessary readmissions for Better Patient Care. Review on its website, Hospital Compare.* 2011.

<sup>4</sup> Parker S. G. Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2005. Health Evidence Network report.

<sup>5</sup> იქვე.

<sup>6</sup> American Hospital Association. *Examining the Drivers of Readmissions and Reducing Unnecessary readmissions for Better Patient Care. Review on its website, Hospital Compare.* 2011.

<sup>7</sup> იქვე.

ფაქტორები<sup>1</sup>. ზოგჯერ რეჰოსპიტალიზაცია გარდაუვალია დაავადების ბუნებრივი, პროგრესული მიმდინარეობის გამო<sup>2</sup>. აქედან გამომდინარე, რეჰოსპიტალიზაციის პროგნოზირება შეუძლებელია<sup>3</sup>.

2009 წელს, აშშ-ში, პირველად, ჰოსპიტლებმა თავიანთ ვებ-გვერდზე დაიწყეს ნებაყოფლობითი ანგარიშის წარმოდგენა რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირეზე, მედიქას და მედიკეიდის პაციენტებში. საავადმყოფოების შედარება ხდება ნებისმიერ ნოზოლოგიაზე რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირის მიხედვით<sup>4</sup>.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა განათლების ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა, ბინაზე გაწერისას პაციენტსა და ექიმს შორის მუდმივი კავშირი ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს როგორც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ასევე ხარჯების შემცირებას<sup>5</sup>.

გულის უკმარისობის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, არცთუ იშვიათად, განპირობებულია ჰოსპიტლიდან ბინაზე გაწერისას, ხანგრძლივად მისაღები მედიკამენტური თერაპიის თვითნებურად არჩატარებით ან შეწყვეტით. მაგალითად, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინით, იმ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობა, გათვალისწინებულია ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორების ხანგრძლივად მიღება. ა.შ.შ.-ის სხვადასხვა შტატში, შესწავლილი იქნა 2943 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია. რანდომულად შეირჩა გულის უკმარისობის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები 50 ჰოსპიტალში. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებიც ბინაზე ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის იჰიბიტორებს, უფრო ნაკლები სიხშირით ჰქონდათ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობის დიაგნოზით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე იმ პაციენტებს, რომლებიც ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის იჰიბიტორებს რეკომენდებულზე ნაკლები დოზით, ან საერთოდ არ ღებულობდნენ<sup>6</sup>.

რეჰოსპიტალიზაციის პრობლემის აღმოფხვრისათვის შემუშავდა დაავადების მართვის სტრატეგია, ხდება მოსალოდნელი რეჰოსპიტალიზაციის რისკების პროგნოზირება, ჰოსპიტლიდან გაწერის შემდეგ ბინაზე მოვლის გაუმჯობესება და მონიტორინგი, გართულების ადრეული შეფასება, მონიტორინგის გუნდის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილია პაციენტი, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი, მკურნალი ექიმი, კარდიოლოგი, მედდა, ფარმაცევტი, სოციალური მუშაკი, პაციენტის მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლების პედაგოგი, ოჯახი<sup>7</sup>.

რეჰოსპიტალიზაცია, ერთი მხრივ, ასახავს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, მეორე მხრივ, განაპირობებს გაუთვალისწინებელ ხარჯებს, რაც საზიანოა, როგორც

<sup>1</sup> Gheorghide Mihaï, Vaduganathan Muthiah, Fonarow Gregg C, Bonow Robert O, *Rehospitalization for heart Failure. Chicago, Illinois; Boston, Massachusetts and Los Angeles, California*. Journal of the American College of Cardiology Foundation, Vol.61, No.4, pp.391-403. 2013.

<sup>2</sup> იქვე. Gheorghide. 2013.

<sup>3</sup> იქვე.

<sup>4</sup> American Hospital Association. *Examining the Drivers of Readmissions and Reducing Unnecessary readmissions for Better Patient Care. Review on its website, Hospital Compare*. 2011.

<sup>5</sup> Filippello Lauren, Johnson Daniel, Knapp Michelle, Phelps Kathryn, Reed Jeffrey. *Preventing Hospital Readmissions for Congestive Heart Failure*. Acute Care. 2013

<sup>6</sup> Luthi Jean-Christophe, Lund Mary Jo, Sampietro-Colom Laura, Kleinbaum David G, Ballard David J, McClellan William M. *Readmissions and the quality of care in patients hospitalized with heart failure. Institute of Social and Preventive Medicine, University of Lausanne, Switzerland, Epidemiology Department, Rollins School of Public*. (International Journal for Quality in Health Care; Volume 15, Number 5: pp.413-421. 2003

<sup>7</sup> Gheorghide Mihaï, Vaduganathan Muthiah, Fonarow Gregg C, Bonow Robert O, *Rehospitalization for heart Failure. Chicago, Illinois; Boston, Massachusetts and Los Angeles, California*. Journal of the American College of Cardiology Foundation, Vol.61, No.4, pp.391-403. 2013..

ჯანდაცვის პროვაიდერისათვის, ასევე დამფინანსებლისათვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიების, ასევე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით განსაზღვრული ანაზღაურების წესის თანახმად, 30 დღეში რეკოსპიტალიზაცია ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ გარკვეულ საჯარიმო სანქციებს. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს შემდეგი სამთავრობო დადგენილება: „საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“, მუხლი 22, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, პუნქტი 12-ის მიხედვით, პროგრამის ფარგლებში, პაციენტის გაწერიდან 30 დღის განმავლობაში იმავე დიაგნოზით პაციენტის გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის განმეორებითი ეპიზოდი განიხილება სადავო შემთხვევად. არაჯეროვანი რეკოსპიტალიზაციის დადასტურების შემთხვევაში, საჯარიმო სანქცია განისაზღვრება ამავე დადგენილების მე-19 მუხლის (საჯარიმო სანქციები) მე-9 პუნქტის თანახმად. კერძოდ, იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელმა მომსახურება გაუწია არასრულად, ან არაჯეროვნად, მიმწოდებელი იხდის ჯარიმას გასაწევი/გაწეული მომსახურების ღირებულების სამმაგი ოდენობის სახით<sup>1</sup>.

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილებით „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“, მუხლი 4 სამედიცინო მომსახურების გაწევის წესი, თუ დაზღვეული მიმწოდებელიდან გაწერის შემდეგ იმავე დიაგნოზით ან მდგომარეობის გართულებით განმეორებით მოთავსდა იმავე მიმწოდებელთან და თუ გამოვლინდა, რომ რეკოსპიტალიზაცია ან/და სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვა წინა პერიოდში ჩატარებული არასრული ან არასწორი მკურნალობის შედეგია, ასეთ შემთხვევებში მზღვეველი თავისუფლდება შემდგომი მკურნალობის ღირებულების გადახდის ვალდებულებისაგან და ასეთი ხარჯებისათვის სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება თავად სამედიცინო დაწესებულებას. ამასთანავე, თუ რეკოსპიტალიზაცია მოხდა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი ანაზღაურებს მკურნალობის ამ ეპიზოდის ხარჯებს. მზღვეველი უფლებამოსილია რეკოსპიტალიზაციის გამომწვევ მიმწოდებელს არ აუნაზღაუროს ან უკან დაიბრუნოს ამ მიმწოდებელთან გაწეული ხარჯები, კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად<sup>2</sup>.”

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“, მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სამსახური აუცილებელი წესით აღრიცხავს და შეისწავლის რეკოსპიტალიზაციას იგივე დიაგნოზით<sup>3</sup>.

აღნიშნული საკანონმდებლო ვალდებულებებიდან გამომდინარე, რეკოსპიტალიზაციის ანალიზი, გამომწვევ მიზეზთა იდენტიფიცირება და შემცირების გზების ღონისძიებათა შემუშავება ფრიად აქტუალური საკითხია ჯანდაცვის ყველა რგოლისათვის.

<sup>1</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. 2013 წლის 21 თებერვალი. ქ. თბილისი <http://www.matsne.gov.ge/47023000010003017200>

<sup>2</sup> 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილება „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“ [http://www.government.gov.ge/files/253\\_33729\\_581417\\_177-1\\_2\\_.pdf](http://www.government.gov.ge/files/253_33729_581417_177-1_2_.pdf)

<sup>3</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“.

კვლევის მიზანია კარდიოლოგიურ პაციენტებში რეჰოსპიტალიზაციის თავისებურებებს, მისი გამომწვევი მიზეზების შესწავლა და შემცირების გზების ღონისძიებათა შემუშავება.

**კვლევის მეთოდოლოგია**

კვლევის მეთოდოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს რეჰოსპიტალიზაციის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა. კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. *თვისებრივი კვლევა* გულისხმობდა კარდიოლოგიური პაციენტების რეჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებულზე ექსპერტთა მოსაზრებების განხილვას. რისთვისაც ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუები თბილისის ერთ-ერთი მსხვილი კარდიოლოგიური საავადმყოფოს ექიმ-სპეციალისტებთან. *რაოდენობრივი კვლევის* ფარგლებში შესწავლილი იქნა 2014 წელს კარდიოლოგიურ საავადმყოფოში გატარებულ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია 30 დღის განმავლობაში. ასევე გამოკითხულ იქნა პაციენტები და ექიმები წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. *შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვას* წარმოადგენდა დროის შეზღუდვის გამო, თბილისის მხოლოდ ერთ კარდიოლოგიურ საავადმყოფოში რეჰოსპიტალიზაციის შესწავლა.

**შედეგები**

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე, შესწავლილი იქნა სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი წლის განმავლობაში გატარებულ კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 30 დღის განმავლობაში.

30 დღეში ერთი და იგივე დაავადებით რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი შეადგენდა 0,45%-ს, მათგან 47,6% იყო ქალი და 52,4% კაცი).

კვლევის თანახმად, რეჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია პაციენტის ასაკთან, კერძოდ, რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა ასაკი უფრო მაღალია იმ პაციენტების ასაკთან შედარებით, რომლებიც არ იყვნენ რეჰოსპიტალიზებულნი (71 წელი vs 67 წელი). რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ასევე დამოკიდებულია დაავადებაზე. რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში უფრო აღინიშნებოდა დიაბეტი ვიდრე არარეჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში (32% vs 29%), გულის უკმარისობა (23% vs 13%), თირკმლის უკმარისობა (7.5% vs 3.5%).

30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ყველაზე მეტად აღინიშნა გულის იშემიური დაავადების და არასტაბილური სტენოკარდიის დროს (30.4%), წინაგულების ფიბრილაციის და თრთოლვის დროს (30.4%), მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობისა, კარდიული ასთმის დროს (21.7%). აღნიშნული ნოზოლოგიური ჯგუფები წარმოადგენენ რეჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკის ჯგუფს, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტთა ბინაზე გაწერისას.

ცხრილი 1: 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი დიაგნოზების მიხედვით

დაავადებები	%
გულის იშემიური დაავადება, არასტაბილური სტენოკარდია	30.4%
წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა	30.4%
მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა, კარდიული ასთმა	21.7%
აორტის სტენოზი, მძიმე	8.7%
მიოკარდიუმის ქვემო კედლის მწვავე ინფარქტი ST-ელევაციით, კორონოგრაფია. კორონარული სტენტირება	4.4%
სუნთქვის მწვავე უკმარისობა	4.4%

კვლევით დადგინდა რომ არსებობს კავშირი რეჰოსპიტალიზაციასა და ჯანდაცვითი პროგრამის დაფინანსების სახესთან. კერძოდ, რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოცულ პაციენტებში უფრო მაღალია (68%), ვიდრე კერძო დაზღვევის მქონე პაციენტებში (32%).



რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთაგან ერთხელ განმეორებით შემოვიდა 15 პაციენტი (65.2%), ორჯერ განმეორებით შემოვიდა 6 პაციენტი (26.1%) ოთხჯერ განმეორებით შემოვიდა 1 პაციენტი (4.3%), ხუთჯერ განმეორებით შემოვიდა 1 პაციენტი (4.3%).

რეჰოსპიტალიზებულ რესპოდენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაციის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პაციენტთა მიერ საჭირო სამკურნალო ღონისძიების არჩატარება, საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ბინაზე მისაღები მედიკამენტების არშეძენა ან მედიკამენტოზური თერაპიის თვითნებურად შეწყვეტა. პაციენტთა 33,3% მედიკამენტებს ყიდულობს ნაწილობრივ, 13,3% კი საერთოდ ვერ ყიდულობს. შესაბამისად, ექიმს მიერ ბინაზე დანიშნულ, აუცილებელ მედიკამენტოზურ თერაპიას ან ვერ იტარებენ, ან იტარებენ არასრულყოფილად.

აღნიშნულის მიზეზად რესპოდენტები ასახელებენ უკავშირებენ უსახსრობას (უმუშევრობისა და მცირე, არასაკმარისი რაოდენობის პენსიის გამო). რესპოდენტთა 46,6 %-ის აზრით, ფინანსური სიმწიფეების გამო ისინი ვერ ყიდულობენ მედიკამენტებს ან ყიდულობენ ნაწილობრივ. კვლევის მონაცემების თანახმად, პაციენტთა უმრავლესობა უმუშევარი, ან პენსიონერია (63%), რაც საეჭვოს ხდის მათ მიერ მკურნალობის მიზანმიმართული, ხანგრძლივი დროის მანძილზე მისაღებად საჭირო მედიკამენტების შეძენის შესაძლებლობას. აღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს ექიმთა გამოკითხვის მონაცემებიც, სადაც ისინი აღნიშნავენ, რომ სტაციონარიდან ბინაზე გაწერილ პაციენტთა 60% ვერ ახერხებს მაღალკვალიფიციურ ექიმთან განმეორებითი ამბულატორიული ვიზიტებს და ვერ იტარებს მისთვის საჭირო და აუცილებელ პროფილაქტიკურ კონსულტაციას, მაშინ როცა პაციენტთა უმრავლესობა დაუზარებლად მიმართავს ექიმს უფასო სატელეფონო კონსულტაციებისათვის. ამ ფაქტს ექიმები ხსნიან ფინანსური სიმწიფეებით, რადგან ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები სრულად არ ფარავენ გეგმიურ ამბულატორიულ ვიზიტებს.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებიც ბინაზე სრულყოფილად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას უფრო ნაკლები სიხშირით ჰქონდათ კარდიოლოგიური დიაგნოზით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე იმ პაციენტებს, რომლებიც არასრულყოფილად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას.

ექიმთა აზრით, რეჰოსპიტალიზაციის უმთავრესი მიზეზია პაციენტთა მიერ სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას დანიშნული სამკურნალო ღონისძიებების, მედიკამენტური თერაპიისა და დიეტის შეუსრულებლობა (40%), თანხლები დაავადებების არსებობა (26,7%), მედიკამენტების მიმართ რეფრაქტურობა (20%), ორგანიზმში მიმდინარე შეუქცევადი პათოლოგიური პროცესები (13,3%).

კვლევით დგინდება, რომ რეჰოსპიტალიზაცია ხშირ შემთხვევებში არაპროგნოზირებადია. ამას ადასტურებენ პაციენტთა ავადმყოფობის ისტორიებში ექიმთა ჩანაწერებიც. გაწერისას ექიმი აფიქსირებს პაციენტის ჯანმრელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, თუმცა, მიუთითებს მის სიმძიმეს და პროგნოზულ არაკეთილსაიმედობას. ასეთ შემთხვევებში ექიმებს არ შეუძლიათ აღმოფხვრან პრობლემები და არაპროგნოზირებადი, გადაუდებელი მდგომარეობის ან გეგმიური, სასიცოცხლოდ საჭირო ქირურგიული ჩარევის გამო, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, გარდაუვალია.

კვლევით დადგინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელზე გავლენას ახდენს პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ მასზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. ამ პროცესში დიდია ოჯახის ექიმის როლი. რესპოდენტთა გამოკითხვით 46,7%-ს არ ჰყავდა ოჯახის ექიმი, 13,3% აღნიშნა, რომ ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს, 40%-ს კი ჰყავს და ხშირად მიმართავს. პაციენტთა 60% კლინიკიდან ბინაზე გაწერის შემდეგ, ამბულატორიული მეთვალყურეობისათვის უპირატესობას ანიჭებს საავადმყოფოს კარდიოლოგთან მიმართვას, ვიდრე ოჯახის ექიმს ან პოლიკლინიკის ექიმ-სპეციალისტს. პაციენტთა 33,3%-ს საერთოდ არ ჰყავს შერჩეული კარდიოლოგი ხანგრძლივი სამედიცინო მეთვალყურეობისათვის, 20%-ს

შერჩეული ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს, ხოლო 46,7%-ს - ჰყავს და ხშირად მიმართავს. აღნიშნული მეტყველებს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების დაბალ დონეზე. პაციენტები საავადმყოფოს კარდიოლოგთან კონსულტაციებს ანიჭებენ უპირატესობას.

ასევე სახეზეა პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ადექვატურად მოვლის ორგანიზაციის პრობლემები. პაციენტს ექიმი უნიშნავს მრავალ სამკურნალო საშუალებას, რომელთა რიცხვიც ხშირად 10-15-ს აღწევს. პაციენტთა ჯანმრთელობის სტატუსისა და ასაკის გათვალისწინებით, საეჭვოა ისინი სრულფასოვნად ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ საშუალებას შინ მოვლის სერვისების განვითარება.

პაციენტების აზრით, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, საჭიროა სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ვიწრო სპეციალისტებთან ამბულატორიული ვიზიტების გათვალისწინება, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების მოცულობის გაფართოება.

საავადმყოფოს კარდიოლოგების 57%-ის მხარით, მათ არა აქვთ არანაირი კონტაქტი პირველადი ჯანდაცვის ექიმ-სპეციალისტთან, რომელიც სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ უნდა მოემსახუროს პაციენტს, გაეცნოს მისთვის გაწეული დახმარებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველ შესაბამის დოკუმენტს და შესაბამისად გაუწიოს ბინაზე მეთვალყურეობა, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებს.

ექიმთა აზრით, პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემცირებისათვის ეფექტურ ღონისძიებას წარმოადგენს ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება, ამბულატორიული მიმართვიანობის გაზრდა, პაციენტთან ხშირი სატელეფონო კომუნიკაცია და გეგმიური ვიზიტების შესახებ შეხსენება; ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ამბულატორიული მომსახურების პაკეტის გაფართოება.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას პაციენტთათვის საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარებას, რომელიც მიმართულია ბინაზე პაციენტთა თვითკონტროლისა და ექიმის დანიშნულების სრულფასოვანი შესრულებისათვის. რეჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ საავადმყოფოდან გაწერის წინ მათ უტარდებოდათ საგანმანათლებლო ღონისძიებები, ემლეოდათ ინფორმაცია კონკრეტული დაავადების შესახებ. აღნიშნულის მიზანს წარმოადგენდა პაციენტების განათლების დონის ამაღლება, რომ მათ უფრო ეფექტურად მოეხდინათ საკუთარ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაკვირვება და სათანადოდ შეესრულებინათ საექიმო დანიშნულებები.

კვლევის მიხედვით, განმეორებით ჰოსპიტალიზაციის ერთ-ერთი მიზეზია პაციენტთა სტაციონარიდან ბინაზე გაწერის შემდეგ არასათანადო პრევენციული ღონისძიებები, გეგმიური კონსულტაციების დეფიციტი, რაც განპირობებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არასათანადო განვითარებით. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პაციენტებში არ არის პოპულარული, არ აქვს სათანადო ავტორიტეტი და ნდობა. იგივე შეიძლება ითქვას პირველადი ჯანდაცვის ვიწრო სპეციალისტებზეც, რის გამოც პაციენტები ამჯობნიენ მიმართონ აღნიშნული ცენტრის ვიწრო ექიმ-სპეციალისტს. მაგრამ ვინაიდან განმეორებითი ამბულატორიული ვიზიტები მათთვის ძნელად ხელმისაწვდომია ფინანსური სიძნელეების გამო, პაციენტთა 60% რჩება მისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გარეშე.

### **დასკვნა, რეკომენდაციები**

კვლევიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პაციენტზე თანმიმდევრული და კოორდინირებული დახმარების ორგანიზაცია ამცირებს განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს. შესაბამისად, მიზანშეწონილია სტაციონარიდან გაწერის პროცედურის კიდევ უფრო დახვეწა და გაუმჯობესება, გაწერისას დაავადების მართვის სტრატეგიის შემუშავება, რაც ხელს შეუწყობს მოსალოდნელი რეჰოსპიტალიზაციის რისკების პროგნოზირებას. საჭიროა საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარება პაციენტის მიერ თავის ჯანმრთელობაზე და საექიმო

დანიშნულებების შესრულებაზე კონტროლისათვის საკუთარი შესაძლებლობების გაზრდის მიზნით.

ბინაზე გაწერისას საჭიროა ცენტრის ექიმსა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ან სპეციალისტს შორის არსებობდეს კომუნიკაცია, რაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს დაეხმარება ეფექტურად მართოს პაციენტი ბინაზე. ამ მხრივ, საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის, კერძოდ ოჯახის ექიმის როლის, მის მიმართ მოსახლეობის სანდოობის გაზრდა. ბინაზე სამედიცინო მეთვალყურეობის უკეთ კოორდინირებისათვის სასურველია მონიტორინგის გუნდის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილი იქნება სავადმყოფოს კარდიოლოგი, ოჯახის ექიმი, მედდა, ოჯახის წევრები.

მნიშვნელოვანია ქრონიკულ ავადმყოფებზე სამედიცინო მეთვალყურეობის გაუმჯობესება. სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში უნდა გაიზარდოს ქრონიკული პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების მოცულობა, პაციენტის საჭიროების ფარგლებში. საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში დღის სტაციონარის სერვისების განვითარება, პაციენტთა სრულფასოვანი ინვაზიური და ინსტრუმენტული კვლევისათვის, რათა შეფასდეს სტაციონარული მკურნალობის მიზანშეწონილობა, რაც შეამცირებს როგორც არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციით ასევე რეჰოსპიტალიზაციით განპირობებულ ხარჯებს.

### ბიბლიოგრაფია

1. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. *სტატისტიკური ცნობარი*. თბილისი. 2013. [Http://www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge) (01.05.15).
2. American Hospital Association. *Examining the Drivers of Readmissions and Reducing Unnecessary readmissions for Better Patient Care. Review on its website, HospitalCompare* 2011. <http://www.aha.org/research/reports/tw/11sep-tw-readmissions.pdf> (01.05.15).
3. Elixhauser Anne, Steiner Claudia. *Readmissions to U.S. Hospitals by Diagnosis 2010. HCUP-Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare research and Quality, Statistical Brief N 153*. 2013. <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb153.pdf> (01.05.15).
4. Filippello Lauren, Johnson Daniel, Knapp Michelle, Phelps Kathryn, Reed Jeffrey. *Preventing Hospital Readmissions for Congestive Heart Failure*. Acute Care. 2013. [http://www.pennstatehershey.org/documents/1699942/10470614/GN2013N\\_PreventingHospitalReadmissions/aef73fd4-544d-4421-9896-fd4e71d2363d](http://www.pennstatehershey.org/documents/1699942/10470614/GN2013N_PreventingHospitalReadmissions/aef73fd4-544d-4421-9896-fd4e71d2363d) (01.05.15).
5. Gheorghide Mihai, Vaduganathan Muthiah, Fonarow Gregg C, Bonow Robert O, *Rehospitalization for heart Failure. Chicago, Illinois; boston, Massachusetts and Los Angeles, California*. Journal of the American College of Cardiology Foundation, Vol.61, No.4, 2013. <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1481163> (01.05.15).
6. Luthi Jean-Christophe, Lund Mary Jo, Sampietro-Colom Laura, Kleinbaum David G, Ballard David J. McClellan William M. *Readmissions and the quality of care in patients hospitalized with heart failure. Institute of Social and Preventive Medicine, University of Lausanne, Switzerland, Epidemiology Department, Rollins School of Public*. (International Journal for Quality in health Care; Volume 15, Number 5: pp.413-421. 2003
7. Parker S. G. Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2005. Health Evidence Network report. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74671/E87542R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74671/E87542R.pdf)
8. Pittsburgh Regional Healthcare Initiative: *“PRHI Readmission Reduction Guide, 2011”*. A Manual for Preventing Hospitalizations. 2011
9. Stranges Elizabeth, Barrett Marguerite, Wier Lauren, Andrews Roxanne. *Readmissions for Heart Attack*. Nationwude HCUP Databases, Statistical Brief N153. 2012. <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb140.pdf> (01.05.15).