



ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა¹ დალი ბერუაშვილი²

¹მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი, ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

²ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში, ბიზნესის სკოლა, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

აბსტრაქტი

შესავალი. პირველადი ჯანდაცვის ადექვატური უტილიზაცია პირდაპირ აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის დანახარჯების ეფექტურობაზე. საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალია. კვლევის მიზანია საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემების შესწავლა.

მეთოდოლოგია. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარით გამოკითხულ იქნა 20 ოჯახის ექიმი და 300 ბენეფიციარი ქვეყნის სხვადასხვა ქალაქსა და რაიონში. **შედეგები.** კვლევამ აჩვენა, რომ ოჯახის ექიმებთან მიმართვიანობა დაბალია, რაც განპირობებულია მათ მიმართ უნდობლობით, დაბალი ინფორმირებულობით ოჯახის ექიმის კომპეტენციების შესახებ. არაადექვატური ანაზღაურების გამო ოჯახის ექიმებს არ აქვთ სათანადო მომსახურების ჩატარების საკმარისი მოტივაცია. უწყვეტი პროფესიული განათლების სათანადო სისტემის განუვითარებლობა ნეგატიურად ზემოქმედებს პროფესიულ განვითარებაზე. **დასკვნა, რეკომენდაცია.** მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება, ოჯახის ექიმთა ანაზღაურების ეფექტური

მეთოდების დანერგვა, უწყვეტი პროფესიული განათლების როლის და ხელმისაწვდომის გაზრდა.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი, საოჯახო მედიცინა მიმართვიანობის პრობლემები.

ციტირება: თენგიზ ვერულავა. დალი ბერუაშვილი. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2019; 5 (1).

Abstract

Introduction. In Georgia, patient's referral rate to family physician is low. The research aim is to study the problem of a low rate of the patient's referral to family physician. **Methodology.** Under a semi-structured questionnaire family physicians and beneficiaries were surveyed in different cities of Georgia. **Results.** Research has shown that patients have low confidence in the family physician's competence. Due to inadequate compensation, family doctors do not have enough motivation to carry out proper service. **Conclusion.** It is recommended to raise public awareness about family physician, to increase the role of continuous professional education.

Keywords: primary health care, family physician, family medicine, self-referral.

Quote: Tengiz Verulava, Dali Beruashvili. Patient perceptions of referrals to family physician. Health Policy, Economics and Sociology 2019; 5 (1)

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს, ალმა-ატაში ჩატარებულ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონფერენციაზე. პირველადი ჯანდაცვა პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან. იგი მიეწოდება ოჯახის ექიმის მიერ, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს და მოიცავს პირველადი კონტაქტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და ჯამრთელობის პრობლემების მართვას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას [1]. პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარი „მეკარიბჭეა“ ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ახდენს დაავადების

პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის მიმართვას ექიმ-სპეციალისტებთან. საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით პირველადი ჯანდაცვა შეადგენს სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტების 80-90%-ს. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა ფართოდ გამოიყენება დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ხოლო ამერიკის შეერთებულ შტატებში მართული ჯანდაცვის სისტემაში.

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც ამავდროულად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზირებული მომსახურების ხარჯებს და აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას [2,3,4]. ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის მეკარიბჭეობის როლი. ასეთ სისტემაში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და საჭიროების შემთხვევაში მასთან კონსულტაციის შემდეგ ჩაიტაროს ექიმ-სპეციალისტის სპეციალიზირებულ მომსახურება.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვა ხორციელდება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მეშვეობით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები [5, 6, 7], მაღალია უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა [8].

ერთი კვლევის მიხედვით პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ტკივილი გულმკერდის არეში, მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე ნაკლებია ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ კონტიგენტში [9]. ასევე, კორონარული შუნტირების შემდგომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე სპეციალისტებთან თავისუფალი მიმართვიანობის პირობებში (10). ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, მაგალითად ტკივილის მართვაზე (11, 7).

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებს უფრო ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედიცინო დაწესებულებებში. შესაბამისად, შესაძლებელია დავასკვნათ რომ ეს პაციენტები

უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტები რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ნაკლებად საჭიროებენ სპეციალიზირებულ მომსახურებას ან ჰოსპიტალიზაციას (12; 13; 14; 9; 15). სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიღების საჭიროება ნაკლებია იმ პაციენტებში, რომლებიც მუდმივად სარგებლობენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით (12; 16; 17).

ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის დანახარჯების შეკავების მექანიზმი, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორიც საქართველოა [18,19].

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების ერთერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე. იგი მიზნად ისახავს გაანალიზოს თუ რამდენად ხშირად მიმართავს მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს. კვლევები ცხადყოფს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სიტემა ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე წელიწადია არსებობს ბევრ განვითარებულ ქვეყანაში. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 3.6-ს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს) აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ სერვისებს [20,21]. ცხადია პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებზე [22,23].

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებები საქართველოში

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო. იგი ეხებოდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას.

2007 წლიდან დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერითა და მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით სოფლებში დაიწყო ახალი ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროცესი. ამავე პერიოდიდან დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იქნა 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა დაბალია და 2011 წლის მონაცემებით ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდება [24]. საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფება ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით. იმ პირთა შორის, რომლებმაც ჯანმრთელობის პრობლემების გამო 2010 წელს მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას, ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილი სახით მხოლოდ 50.9 %-მა აირჩია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამის ამოქმედების შედეგად 2014 წლისათვის ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%-ით გაიზარდა, რაც მეტყველებს ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლებაზე [25]. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ [26]. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში რაც დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს [27].

ევროპის ქვეყნებში, ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს და

მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. 2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე გაწეულ დანახარჯებს.

ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის დაბალი ანაზღაურება [4]. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის [4]. ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება.

ნაშრომის მიზანია საქართველოში პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის პრობლემის შესწავლა. კვლევის ამოცანებია: ოჯახის ექიმის მიმართ დაბალი ნდობის გამომწვევი ფაქტორების გამოვლენა, ოჯახის ექიმისადმი კმაყოფილების ხარისხის შესწავლა, ოჯახის ექიმების სამუშაო პირობებითა და ანაზღაურებით კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა რესპოდენტთა გამოკითხვა წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. კვლევისათვის შერჩეულ

იქნა ბორჯომში, ქარელში, ხაშურში, კასპში, გორსა და თბილისში მცხოვრები 300 პაციენტი და თბილისის სამი პოლიკლინიკის 20 ოჯახის ექიმი. კვლევის შედეგების მაღალი რეპრეზენტატულობის უზრუნველყოფის მიზნით, საკვლევი კონტინგენტის შერჩევისათვის გამოყენებული იყო შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი.

კვლევის მთავარ შეზღუდვას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ დროის სიმცირის გამო კვლევა განხორციელდა ქვეყნის მხოლოდ რამოდენიმე ქალაქში/რაიონში.

კვლევის ეთიკური საკითხები. კვლევაში ჩართვამდე, შერჩეულ პირებს გადაეცათ ინფორმირებული თანხმობის ფორმები და კვლევაში მონაწილეობაზე სიტყვიერი თანხმობისას ერთვებოდნენ კვლევაში. კვლევის მონაწილეებს შეეძლოთ თავიანთი სურვილისამებრ დაეტოვებინათ კვლევა ნებისმიერ დროს.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა 20 ოჯახის ექიმი. რესპოდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა მდედრობითი სქესისაა, მათგან მეტი წილი (45%) 41-50 წლამდე ასაკისაა. ოჯახის ექიმთა 70% ოჯახის ექიმად მუშაობს 5-10 წელია. მეტი წილი (55%) ემსახურება 1000-დან 2,000-მდე პაციენტს. რესპოდენტთა 60% დღეში 10-დან 15-მდე პაციენტს ემსახურება. ოჯახის ექიმთა 55% აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. კვლევით დგინდება, რომ ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% - მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში.

ცხრილი:1

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
ასაკი		
21-30	1	5
31-40	4	20
41-50	9	45
51-60	4	20

60-ს ზემოთ	2	10
ჯამი	20	
სამუშაო გამოცდილება		
5 წელზე ნაკლები	2	10
5-10 წელი	14	70
10 წელზე მეტი	4	20
ოჯახის ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობა		
1000-ზე ნაკლები	1	5
1000-დან 2000-მდე	11	55
2000-ზე მეტი	8	40
ოჯახის ექიმების მიერ დღის განმავლობაში მიღებული პაციენტების რაოდენობა		
10-ზე ნაკლები	1	5
10-დან 15-მდე	12	60
15-ზე მეტი	7	35
პაციენტები ოჯახის ექიმს ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმისთვის რომ ექიმი-სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა სჭირდებათ		
დიახ	3	15
არა	5	25
მეტ-ნაკლებად	11	55
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
ატარებთ თუ არა თქვენს პაციენტებთან პროფილაქტიკური და პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს?		
პერიოდულად	3	15
მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში	10	50
ასეთი ტიპის კონსულტაციებისთვის დრო არ მაქვს	7	35
გამოკითხული ოჯახის ექიმების ანაზღაურება		

300-500 ლარამდე	5	25
501-700 ლარი	13	65
701-900 ლარი	2	10
901 ლარზე მეტი	0	0
გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება		
ანაზღაურება დაბალია	13	65
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	6	30
კარგი ანაზღაურება მაქვს	1	5
გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადეკვატურობის შესახებ		
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	14	70
შრომა ანაზღაურების ადეკვატურია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25
ოჯახის ექიმებს ჰყავთ თუ არა ექთანი		
დიახ	8	40
არა	12	60
რამდენად ცდილობს დამსაქმებელი ოჯახის ექიმის პროფესიულ ზრდას?		
დიახ	3	15
არა	9	45
მეტ-ნაკლებად	5	25
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
დამსაქმებელი ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თქვენს პრობლემებს		
დიახ	4	20
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	2	10

გაქვთ თუ არა კარიერული განვითარების, პროფესიული სრულყოფის შესაძლებლობა?		
დიახ	0	0
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	10	50
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
ესწრებით თუ არა საგანმანათლებლო პროგრამებს ოჯახის ექიმებისთვის?		
დიახ	3	15
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	6	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	4	25
ეცნობით თუ არა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით		
დიახ	10	50
არა	0	0
მეტ-ნაკლებად	9	45
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?		
დიახ	7	35
არა	6	30
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	0	0

პაციენტების ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია მათდამი დაბალი ნდობით. კითხვაზე რა იწვევს პაციენტების ოჯახის ექიმებისადმი დაბალ ნდობას, ექიმები ასე პასუხობენ:

„ზოგ პაციენტს ჰგონია რომ აუცილებლად ექიმ-სპეციალისტმა უნდა გადაამოწმოს ჩვენს მიერ დასმული დიაგნოზი.“

„ასე დარწმუნებით ვერაფერს გეტყვით, ალბათ ოჯახის ექიმი რაღაც ახალია მათთვის, არ მოსწონთ ლოდინი და რიგში დგომა. სულ იმას ცდილობენ ჩვენგან სპეციალისტთან მიმართვა აიღონ, არც გისმენენ ბოლომდე.“

„უნდობლობას რა იწვევს ასე ცალსახად ვერ გიპასუხებთ. უკმაყოფილო პაციენტების უმეტესობა ჩივის იმაზე რომ რიგში დგომა უწევთ. პაციენტები უფრო მეტად უკმაყოფილოები არიან ახალგაზრდა ოჯახის ექიმებით, საკმარისი ცოდნა არა აქვთო ამბობენ“

„ოჯახის ექიმობა ახალი მოგონილიაო, ასე მითხრა ერთმა პაციენტმა. როდესაც ვუთხარი, რომ თერაპევტი ვარ და ოჯახის ექიმად გადავემზადეთო მოეწონა, აბა თქვენი ნდობა კი შეიძლებაო. ვფიქრობ, ოჯახის ექიმი ჩვენს ქვეყანაში არასწორად აღიქვს და გაიგეს.“

„მსმენია, რომ პაციენტები ოჯახის ექიმებს სერიოზულ ექიმებად არ აღიქვამენ. ერთხელ პაციენტმა მითხრა: თქვენ ყველაფერი იცით, ოღონდ ზედაპირულად, ცოტ-ცოტაო, ამის მიზეზი მგონი არ მიმიცია, მაგრამ რას ვიზამთ, მაინც სპეციალისტებთან ვიზიტი უფრო ეიმედებათ ხოლმე.“

„მე ვფიქრობ, რომ დღეს ნდობის საკითხი არ დგას, პაციენტებს აქვთ საშუალება თავად აირჩიონ მათთვის სასურველი ოჯახის ექიმი.“

კითხვაზე, რა ესახებათ ოჯახის ექიმებს პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების გზად, შემდეგი პასუხები მივიღეთ:

„ექიმებს მოგვცენ სტიმული, რომ პაციენტებს ჩვენი შესაძლებლობები უკეთ დავანახოთ“

„ჯანდაცვის სისტემა მუდმივად უნდა ცდილობდეს რომ ცოდნა გაულრმავოს ოჯახის ექიმებს, ინტენსიურად უნდა გააცნონ მათ ახალი გაიდლაინები, ახალი მიდგომები, ხელი უნდა შეეწყოს ტრენინგებში პერიოდულად მონაწილეობას.“

„აუცილებელია ოჯახის ექიმების სტიმულირების გაზრდა, კერძოდ, ანაზღაურება უნდა იყოს დატვირთვის შესაბამისი. ექიმის კმაყოფილება დადებითად აისახება პაციენტთან დამოკიდებულებაზე.“

„მოსახლეობას უნდა მივცეთ მეტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის შესახებ, უნდა ავამაღლოთ მათი ინფორმირებულობა პრევენციის

მნიშვნელობაზე. საჭიროა ექიმების წახალისებაც, რაც პაციენტებთან დამოკიდებულებაზე აისახება და პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობას გააუმჯობესებს.“

როგორც ვხედავთ, ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევს, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის გაწეული შრომის ადექვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

კვლევით გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმების 60%-ს არ ჰყავს ექთანი. იმის გათვალისწინებით, რომ ექთანს მნიშვნელოვანი როლი უკავია სერვისის გაწევაში, საოჯახო მედიცინის გუნდში მისი არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე და შესაბამისად, პაციენტების კმაყოფილებაზე. ოჯახის ექიმთა 45 % თვლის, რომ დამსაქმებელი არ ზრუნავს მათი როგორც ადამიანური რესურსის შენარჩუნებაზე და პროფესიულ ზრდაზე. რესპოდენტთა 35%-ის აზრით დამსაქმებელი არ ცდილობს მოისმინოს მათი პრობლემები და დროულად უპასუხოს მათ. ცხადია, აღნიშნული ექიმის დაბალ ანაზღაურებასთან ერთად არის ოჯახის ექიმების უკმაყოფილების მიზეზი.

მედიცინაში დიდი როლი უკავია სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განათლებას. ოჯახის ექიმთა 50% თვლის, რომ მეტნაკლებად აქვთ პროფესიული სრულყოფის საშუალება, თუმცა, 35%-ს ამის საშუალება არ აქვს. რესპოდენტთა 35% ვერ ახერხებს ოჯახის ექიმებისთვის განკუთვნილ საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობას. საქართველოში უწყვეტი პროფესიული განათლება არ არის სავალდებულო, ხოლო ტრენინგები, საგანმანათლებლო პროგრამები უმეტესად ფასიანია. ოჯახის ექიმებს არ აქვთ იმის შესაძლებლობა, რომ თავიანთი მცირე ანაზღაურებით გაიარონ ტრენინგები და გაიღრმავონ განათლება, ხოლო დამსაქმებელი არ ზრუნავს ამაზე. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმთა პროფესიულ ზრდასა და კვალიფიკაციაზე.

ოჯახის ექიმთა 50% ეცნობა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით, ხოლო 45% მეტნაკლებად ახერხებს. აღსანიშნავია, რომ ინტერნეტით სიახლეებს უმეტესად თვალს არ ადევნებს 51 წელს ზემოთ ასაკის რესპოდენტები.

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

გამოკითხულ პაციენტთა 56% მდებრობითი სქესისაა, ხოლო 44% მამრობითი სქესის. უმრავლესობას აქვს უმაღლესი განათლება (73 %). რესპოდენტთა მეტი წილი 51-60 წლის ასაკისაა (24%). პაციენტთა უმრავლესობის (36%) თვიური შემოსავალი 301-500 ლარის ფარგლებში მერყეობს.

ცხრილი:2

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N	%
სქესი		
ქალი	168	56
კაცი	132	44
ასაკი		
20 წლამდე	30	10
21-30	33	11
31-40	48	16
41-50	51	17
51-60	72	24
60 და ზემოთ	66	22
განათლება		
საშუალო განათლება	81	27
უმაღლესი განათლება	219	73
თვიური შემოსავალი		
300 ლარზე ნაკლებია	93	31
301-500 ლარი	108	36
501-1000 ლარი	51	17

1001-1500	42	14
1500 ლარზე მეტი	6	2
ჯანმრთელობის მდგომარეობა		
კარგი	120	40
საშუალო	144	48
არაღამაკმაყოფილებელი	36	12
მოცვა		
საყოველთაო ჯანდაცვით	237	79
კერძო დაზღვევით	45	15
ორივეთი	18	6
ჯანმრთელობის პრობლემების დროს უმთავრესად მიმართავთ?		
ოჯახის ექიმს	60	20
ექიმ სპეციალისტს	90	30
ზოგჯერ ოჯახის ექიმს,ზოგჯერ ექიმ სპეციალისტს	105	35
ვეწვევთ თვითმკურნალობას	45	15
რა სიხშირით მიმართავთ ოჯახის ექიმს წლის განმავლობაში?		
1-ჯერ ან საერთოდ არა	126	42
2-5	72	24
6-8	42	14
9-10	54	18
11 და მეტი	6	2
ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას?		
დიახ	101	34
არა	91	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	108	36

საშუალოდ რამდენ ხანს გრძელდება ოჯახის ექიმთან ვიზიტი?	147	49
10 წუთზე ნაკლები	87	29
10-20 წუთი	36	12
20-30 წუთი	30	10
30 წუთზე მეტი		
ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი	27	9
სრულიად არ ვეთანხმები	33	11
არ ვეთანხმები	93	31
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	132	44
ვეთანხმები	15	5
სრულიად ვეთანხმები		
ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია		
სრულიად არ ვეთანხმები	69	23
არ ვეთანხმები	24	8
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	90	30
ვეთანხმები	81	27
სრულიად ვეთანხმები	36	12
როგორ შეაფასებდით ზოგადად ოჯახის ექიმის ინსტიტუტს?	90	30
დადებითად	141	47
საჭიროებს რიგ ცვლილებებს	54	18
უარყოფითად	15	5
პასუხი არ მაქვს		

რესპოდენტთა 48%-ის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საშუალოა. მათი უმეტესობა (79%) საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია. რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავენ როგორც ოჯახის

ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს. გამოკითხულთა 42% წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს.

რესპოდენტთა მეტი წილი (57%) პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. კითხვაზე, ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმს, რესპოდენტთა უმეტეს ნაწილს (36%) გაუჭირდა პასუხის გაცემა. რესპოდენტთა უმეტესობა (49%) ოჯახის ექიმთან 10 წუთზე ნაკლებ დროს ატარებს და 44%-ს არ უწევს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე დიდხანს ლოდინი. გამოკითხულების 30% მეტნაკლებად ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისთვის ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია. რესპოდენტთა მეტი წილი მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი საჭიროებს რიგ ცვლილებებს.

დისკუსია

კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარ ოჯახის ექიმთან. ევროპის ბევრ ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ ზოგადი საექიმო პრაქტიკის (GP) სისტემა, პაციენტის თვითმიმართვა ნაკლებად შეინიშნება და, როგორც წესი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, როგორც მეკარიბჭეები, ღებულობენ პროფესიონალურ გადაწყვეტილებას და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავენ სპეციალისტებთან [27, 28]. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტად გავრცელებულია პაციენტის თვითმიმართვა სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (საავადმყოფო, ექიმი სპეციალისტები). არსებული სისტემა არ უწყობს ხელს სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე თვითმიმართვის ქცევის შემცირებას. კვლევები ადასტურებენ, რომ აღნიშნულმა მდგომარეობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე [29]. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა მეტი წილი პრევენციის მიზნით

საკონსულტაციოდ იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის გარეშე სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს [30].

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების მხრიდან მათდამი უნდობლობა და დაბალი კმაყოფილება გამოწვეულია არამარტო მათი მიზეზით, არამედ იმიტაც, რომ პაციენტებს არ მოსწონთ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების ინფრატრუქტურა, ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას რიგში დგომა. ასევე, გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება დამკვიდრებულ სტერეოტიპს, თითქოს ოჯახის ექიმები ექიმ-სპეციალისტებთან შედარებით ნაკლებად პროფესიონალები არიან. შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალ განვითარებაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ოჯახის ექიმების დაბალი ანაზღაურება. ამასთან, ოჯახის ექიმების გამოკითხვით, მათი დატვირთვა აღემატება ანაზღაურებას. გასათვალისწინებელია, რომ უმრავლესობას არ ყავს ექთანი და უწევთ გაორმაგებული მუშაობა.

მდგომარეობას ამძიმებს ის გარემოება, რომ დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების საშუალება, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო სფეროში, ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ სფეროში დასაქმებული ადამიანებისათვის. კვლევა აჩვენებს, რომ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია ნაკლებად ინტერესდება ოჯახის ექიმების პრობლემებით. შესაბამისად, არ ხდება პრობლემების იდენტიფიცირება, თითოეული პრობლემური შემთხვევის განხილვა, გაანალიზება და მოსაგვარებელი გზების ძიება.

ცალკე პრობლემად შეიძლება გამოიყოს ის ფაქტი, რომ ქვეყანაში სავალდებულო ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება. ამასთან, ექიმების გარკვეულ ნაწილს არ აქვს აკადემიური-საგანმანათლებლო პროგრამებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, რადგან მათში მონაწილეობის მიღება თანხებთანაა დაკავშირებული.

კვლევა აჩვენებს, რომ ოჯახის ექიმის ანაზღაურება დაბალია, რაც აბრკოლებს ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას. გარდა ამისა, არ გამოიყენება ოჯახის ექიმის ანაზღაურების ეფექტური მეთოდები. კერძოდ, დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. ამ მხრივ, ბევრ ქვეყნებში დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდები, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთში, ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, წახალისებულია სოფლად მუშაობა. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტიანად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს.

დასკვნა, რეკომენდაციები

პაციენტის ოჯახის ექიმთან მიმართუიანობა დაბალია. პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ასევე მათი უმეტესობა პრევენციის მიზნით იშვიათად მიმართავს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. ოჯახის ექიმის დაბალი როლი ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. პაციენტის თვითმიმართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის

ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. აღნიშნული უმთავრესად განპირობებულია ოჯახის ექიმების დაბალი კვალიფიკაციით, დაბალი ანაზღაურებით. სახელმწიფო და დამსაქმებლები ნაკლებად ცდილობენ ოჯახის ექიმების პროფესიულ ზრდის ხელშეწყობას. შესაბამისად, ოჯახის ექიმებს არ აქვთ პროფესიული სრულყოფისა და განვითარების შესაძლებლობა. საყურადღებოა, რომ ქვეყანაში სავალდებულო ხასიათს არ ატარებს უწყვეტი პროფესიული განათლება.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ამ მხრივ, ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (გაწეული მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016. [Link](#), [Google Scholar](#)
2. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია. ლიბერალი. 2015. [Link](#), [Google Scholar](#), [Liberali](#)
3. ვერულავა თ, ასრათაშვილი ა, ქაფიანიძე შ, წიქორიძე თ, მინდიაშვილი ს. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 3(1): 69-73 [Link](#), [Google Scholar](#)
4. ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015. [Link](#), [Google Scholar](#), [Link](#)
5. Garrido MV, Zentner A, Busse R. Effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011; 29(1): 28–38. [Link](#), [Google Scholars](#)
6. Martin DP, Diehr P, Price KF, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. Am J Public Health 1989;79:1628 – 32. [Link](#), [Google Scholars](#)
7. Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, et al. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. Arch Intern Med 1996; 156: 2483 – 7. [Article PubMed](#)
8. Bynum JPW, Chang C, Austin A, Carmichae D, Meara E. Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. Journal of the American Geriatrics Society. 2017; 65: 1916–1923. [Article PubMed](#)
9. Rask KJ, Deaton C, Culler SD, et al. The effect of primarycare gatekeepers on the management of patients with chestpain. Am J Manag Care 1999; 5: 1274 – 82. [Article PubMed](#)
10. Paone GH, Higgins RS, Spencer T, et al. Enrollment in thehealth alliance plan: HMO is not an independent risk factorfor coronary artery bypass graft surgery. Circulation. 1995; 92:II 69 – 72. [Article PubMed](#)

11. Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: The effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health*, 1996; 86:388 – 93. [Article](#)
12. Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in Switzerland: Impact on use of health services. *Public Health* 1997; 111: 417 – 22. [Article PubMed](#)
13. Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D; et al. Self-referral and self-payment in Danish primary care. *Health Policy* 1994; 28: 15 – 22. [Article PubMed](#)
14. Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “ gate keeper ” and an “ open access ” health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 690 – 7. [Article](#)
15. Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, et al. Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: A Swiss example. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 24 – 30. [Article PMC](#)
16. Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991; 32: 167 – 74. [PubMed](#)
17. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health*, 1989; 79: 843-6. [Article PubMed PMC](#)
18. Verulava T., Maglakelidze. Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences* 2017; 11 (2): 143-150. [Article](#)
19. Asatiani M, Verulava T. Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen’s Typology. *Economics and Sociology* 2017; 10(4): 21-28. [Article](#)

20. Verulava T, Sibashvili N. Accessebility to Psychiatric Services in Georgia. *African Journal of Psychiatry (South Africa)* 2015; 18(3): 1-5. [Article](#)
21. Verulava T, Gabuldani M. Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). *Gazi Medical Journal* 2015; 26(2): 42-45. [Article](#)
22. Verulava T, Maglakelidze T, Jorbenadze R. Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. *Eastern Journal of Medicine*, 2017; 22(3): 103-109. [Article](#)
23. Verulava T, Jincharadze N, Jorbenadze R. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Medical News* 2017; 264 (3): 135-139. [Article PubMed](#)
24. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, თბილისი, 2013.
25. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Medical News*, 2017; 262 (1): 116-120. [Article PubMed](#)
26. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება. Welfare Foundation. 2016.
27. Verhaak PF, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, et al. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. *Eur J Pub Health* 2004; 14: 134–40. [PubMed](#)

28. Brown S, Castelli M, Hunter DJ, et al. How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: a narrative review. *Soc Sci Med* 2014; 116: 56–63. [Article PubMed](#)
29. Martin H, Max P, Sarah A. Referral hospitals-disease control priorities in developing countries. 2006;71:1229–43. [Article](#)
30. Pollack CE, Rastegar A, Keating NL, et al. Is self-referral associated with higher quality care? *Health Serv Res*. 2015; 50: 1472–90. [Article PubMed PMC](#)