

# პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში

სისტემის ანალიზი და რეკომენდაციები  
რეალური ცვლილებებისთვის





## სარჩევი

<b>შესავალი .....</b>	<b>3</b>
<b>მეთოდოლოგია.....</b>	<b>7</b>
<b>თაპი 1. პირველადი ჯანდაცვის მართვა ორგანიზება .....</b>	<b>9</b>
1.1. პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკა .....	9
1.2. პირველადი ჯანდაცვის მართვა/ძირითადი მოთამაშეები .....	10
1.3. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზება .....	12
1.4. პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი აქტორები .....	13
1.5. პირველადი ჯანდაცვის მართვა/ორგანიზების გამონწვევები .....	13
რეკომენდაციები .....	14
<b>თაპი 2. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება.....</b>	<b>15</b>
2.1. პირველად ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხების მიმოხილვა.....	15
2.2. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი.....	17
2.3. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გამონწვევები .....	22
რეკომენდაციები .....	23
<b>თაპი 3. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები .....</b>	<b>24</b>
3.1. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მართვა/ორგანიზება .....	24
3.2. ადამიანური რესურსები საოჯახო მედიცინაში .....	25
3.3. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები გამონწვევები.....	29
რეკომენდაციები .....	31
<b>თაპი 4. პირველადი ჯანდაცვის სერვისები .....</b>	<b>33</b>
4.1. ყოვლისმომცველობა .....	33
4.1.1. გამონწვევები .....	37
4.2. უწყვეტობა .....	37
4.2.1 გამონწვევები .....	37
4.3. კოორდინაცია .....	39
4.3.1. გამონწვევები .....	39
4.4. ხელმისაწვდომობა.....	40
4.4.1. გამონწვევები .....	40
რეკომენდაციები .....	41
<b>თაპი 5. პირველადი ჯანდაცვის როლი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესებაში .....</b>	<b>42</b>
5.1. შესავალი.....	42
5.2. დასკვნები და გამონწვევები .....	45
რეკომენდაციები .....	47
სამომავლო საკვლევი მიმართულებები .....	47
<b>დანართი #1. 36 დადგენილებით განსაზღვრული სამედიცინო მოსახურებების პირობების შესახებ .....</b>	<b>49</b>
<b>დანართი #2. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების პირობები .....</b>	<b>53</b>

## **ავტორები და ანგარიშის შექმნაში მონაწილე პირები**

### **ანგარიშის ავტორები:**

ნიკოლოზ მახარაძე M.D, ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკის, და სამართლის მაგისტრი მაგდა კოსტავა M.D, გლობალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პოლიტიკის მაგისტრი.

### **კონსულტანტები:**

თენგიზ ვერულავა - M.D, PHD ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტის ხელმძღვანელი დოდო შელია - M.D, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

### **ექსპერტთა ჯგუფი:**

ასოციაცია ჰერა-XXI მაღლობას უხდის ჩართულობისა და მონაწილეობისთვის მ. შიხაშვილი  
კ. ჭელიძე, ვ. სურგულაძე, ს. ჩიხლაძე, ს. გაბრიჭიძე, დ. ნიჟარაძე, ე. პაატაშვილი, თ. დათუნაშვილი

წინამდებარე ანგარიში მომზადდა ასოციაცია „ჰერა-XXI“-ს ინიციატივითა და შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის (RFSU) ფინანსური მხარდაჭერით. ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის მომზადების პროცესში ჩართულ პირთა მოსაზრებებს და შესაძლოა არ გამოხატავდეს შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციისა და შვედეთის მთავრობის მოსაზრებებს.

## შესავალი

პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) ისტორია იწყება 1977 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) წევრმა ქვეყნებმა დაისახეს მიზანი – „ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს“. 1978 წელს ალმა-ატაში გამართულ კონფერენციაზე პჯდ განმარტეს, რომლის თანახმადაც, ის უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისთვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობის ზრუნვის საქმეში<sup>1</sup>.

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა ეხება დაავადებათა პროფილაქტიკას, დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას, დაავადების და მათი გართულებების მართვას, აქტიური მკურნალობის შემდგომ რეაბილიტაციას, ტერმინალური მდგომარეობების დროს (პალიატიური მკურნალობა) დახმარებას<sup>2</sup>. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას<sup>3</sup>.

პჯდ–ს 4 ძირითადი მახასიათებელი აქვს<sup>4</sup>:

- **პირველადი დონის კონტაქტი** – მოსახლეობისთვის არის კარიბჭე ჯანდაცვის სისტემაში;
- **მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა** – პაციენტთან ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს;
- **ყოვლისმომცველობა** – ოჯახის ექიმი ზრუნავს როგორც ფიზიკურ და ფსიქიკურ, ისე სოციალურ მდგომარეობაზე;
- **კოორდინირება** – ოჯახის ექიმი განსაზღვრავს სხვა პროფესიონალების ჩართვის საჭიროებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობის დროს მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები<sup>5</sup>. მიჩნეულია, რომ ოჯახის ექიმი, როგორც კოორდინატორი სამედიცინო მომსახურების სერვისების სწორად შერჩევაში პოზიტიურ როლს ასრულებს<sup>6</sup>. მკვლევარების აზრით, ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, მაღალია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება, მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით<sup>7</sup>, დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები<sup>8</sup>:<sup>9</sup>. ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა<sup>10</sup>. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები<sup>11</sup>.

1 საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი – „პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი“

2 სმესე, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესე)

3 ვერულავა, თენგიზ (2018) პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ვერუპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.

4 საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი – „პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი“

5 თენგიზ ვერულავა, დალი ბერუაშვილი, რევაზ ჯორბენაძე, ეკატერინე ელიავა, პაციენტთა რეფერალის შეფასება ოჯახის ექიმთან, საოჯახო მედიცინისა და პირველადი ჯანდაცვის მიმოხილვა 2019; 21(2):180-183

6 თენგიზ ვერულავა ჯანდაცვის კაპიტალი, პირველადი ჯანდაცვა და ეკონომიკური ზრდა Eastern Journal of Medicine. 2019; 24 (1): 57 – 62

7 Starfield B. (1998). Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998

8 Macinko J et al (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res

9 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Beka Dagadze, Ekaterine Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018; 31(2): 107-112.

10 თენგიზ ვერულავა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების გადამწყვეტის გზები. IV საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის «გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში» შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2019: 137-143.

11 Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R. (2017b). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 264 (3): 135-139.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ისტორია 1990-იანი წლების მეორე ნახევარში იწყება<sup>12</sup>. ამ პერიოდში საქართველოს მთავრობამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისთვის მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა მიიღო საერთაშორისო დონორი საზოგადოებისგან. შემოთავაზებულ იქნა გაერთიანებული სამეფოს პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გამოყენება, რომელიც ორიენტირებული იყო საოჯახო მედიცინაზე. 1990 წლების დასასრულს, გაერთიანებული სამეფოს მხარდაჭერით დაიწყო გადაზიდვების პროგრამები საოჯახო მედიცინაში, რასაც მოჰყვა 2003-2005 წელს პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმის შემუშავება მსოფლიო ბანკის საგრანტო მხარდაჭერით. გეგმა ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის შექმნას, რომელიც საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფდა სამედიცინო ცენტრებთან წვდომას 15-20 წუთში. გენერალური გეგმა დამტკიცდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და 2003 წლიდან პილოტირებულ იქნა ოთხ რეგიონში. პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმა ხორციელდებოდა 2006 წლის დასასრულამდე. მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით ქვეყნის მასშტაბით მნიშვნელოვანი რაოდენობის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაცია განხორციელდა, ოჯახის ექიმებად გადაზიდდა სამედიცინო პერსონალი და შემუშავდა კლინიკური საქმიანობის გაიდლაინები<sup>13</sup>.

2007 წელს მთავრობამ შემოიღო პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განახლებული გეგმა, რომელიც ერთმანეთისგან ასხვავებდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ქალაქის და სასოფლო მოდელს. გეგმა ითვალისწინებდა სოფლების ექიმებით უზრუნველყოფას, რამაც მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იქონია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე. პირველადი ჯანდაცვის სოფლის ექიმებს მიენიჭათ ინდემნარმის იურიდიული სტატუსი და მიეცათ საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის განკარგვის უფლებამოსილება. სახელმწიფომ სოფლის ექიმებს საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის შენობების სარეაბილიტაციოდ გადასცა 1340 აშშ დოლარის ექვივალენტის ერთჯერადი გრანტები<sup>14</sup>. ამასთან, ყველა სოფლის ექიმი აღჭურვილ იქნა (3400 აშშ დოლარის ღირებულების) ძირითადი სამედიცინო აპარატურით, რაც აუცილებელი იყო მათი საქმიანობისთვის. პოლიტიკის ამ ცვლილების მთავარ მოტივს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებების შემდგომი რეაბილიტაციასთან დაკავშირებული ხარჯების დაზოგვა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების შენარჩუნება სოფლად. ჩატარებული რეფორმის დასასრულს სოფლის ექიმების მხოლოდ 60-80%-მა გააგრძელა საქმიანობა საკუთარ გეოგრაფიულ ლოკაციაზე. სხვებმა დატოვეს ამბულატორიები ან მიატოვეს სამედიცინო საქმიანობა მათთვის მიცემულ გრანტებთან და აპარატურასთან ერთად. ვინაიდან მთავრობას შემცველი პერსონალისთვის ინვენტარის შესანარჩუნებლად ბერკეტი არ ჰქონდა, სახელმწიფომ გადაწყვიტა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ინვესტორებზე მიყიდვა აუქციონის წესით, სპეციალური დათქმით, რომ პრიორიტეტი მინიჭებოდა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს<sup>15</sup>. 2011 წლისთვის - პირველადი ჯანდაცვის თითქმის ყველა ობიექტი გახდა პრივატიზებული.

2007-2012 წლებში განხორციელებულ ინტერვენციებს მნიშვნელოვანი გავლენა არ მოუხდენია ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციაზე<sup>16</sup>, რომელიც შეადგენდა წლიურად 2.1 ვიზიტს ერთ სულ მოსახლეზე. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთათვის სახელმწიფო პროგრამამ ვერ უზრუნველყო მედიკამენტებზე შეღავათები. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა დანახარჯები მედიკამენტებზე შეადგენდა შინამეურნეობების ჯანდაცვის ხარჯების 60%-ს<sup>17</sup>.

12 ვერულავა, თენგიზ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.

13 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project. Washington (DC): World Bank; 2012.

14 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project. Washington (DC): World Bank; 2012. 21.

15 Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T, Richardson E. Georgia: health system review. Health Systems in Transition. 2009;11(8):1-116.

16 Gotsadze G, Murphy A, Shengelia N, Zoidze A. Health care utilization and expenditures for chronic and acute conditions in Georgia: does benefit package design matter? BMC Health Services Research. 2015;15:88.

17 Health Utilization and Expenditure Survey: the final report. Tbilisi: Ministry of Labour, Health and Social Affairs; 2010.



2013 წლიდან ახლად არჩეულმა მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმირება, რომელიც ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსახლეობის იმ ფენების მოცვას, რომელიც არ იყო გათვალისწინებული კერძო სადაზღვევო სქემებით<sup>18</sup>. განხორციელებული რეფორმის შედეგად, კერძო სადაზღვევო კომპანიებს ჩამოერთვათ სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების უფლება და გადაეცა სახელმწიფო დამკვეთს - სოციალური მომსახურების სააგენტოს. საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამას, რომლის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული არეალისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა; ასევე, სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა<sup>19</sup>.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა 2009 წლიდან და 2014 წლამდე კერძო სადაზღვევო კომპანიების თანამონაწილეობით ხორციელდებოდა, ხოლო 2014 წელს სახელმწიფომ სრულად აიღო საკუთარ თავზე პროგრამის ადმინისტრირება და დაფინანსება. პროგრამის ყოველწლიური ბიუჯეტი დაახლოებით 20 მილიონ ლარს შეადგენს. 2014 წლის 1 მაისიდან ჰჯდ-ს პერსონალს გაეზარდა შრომის ანაზღაურება 30%-ით, სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერმლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით<sup>20</sup>.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწვეიან თვითმკურნალობას<sup>21;22</sup>. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარებებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს)<sup>23;24;25</sup>.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზთა შორის სახელდება: პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა<sup>26</sup>. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში<sup>27;28</sup>.

18 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Temur Barkalaia. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120.

19 სოფლის ექიმის პროგრამა – სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდი [http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=827](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=827)

20 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

21 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Beka Dagadze, Ekaterine Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018; 31(2): 107-112.

22 Tengiz Verulava, Nana Jincharadze, Revaz Jorbenadze. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 2017; 264 (3): 135-139.

23 Tengiz Verulava, Tamar Maglakelidze. Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 2017; 11 (2): 143-150.

24 ვერულავა, თენგიზ. (2019). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ეკონომისტი; 1

25 Tengiz Verulava. (2019). Challenges of Primary Health Care Reforms in Georgia (1995-2018). Politics Around the Caucasus. Proceedings of IV International Scientific Conference. Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. 43-51.

26 ვერულავა, თენგიზ (2018) პირველადი ჯანდაცვის გამომწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.

27 Tengiz Verulava, Ekaterine Eliava. Patient Perception of Referrals to Family Physician in Georgia. Proceedings of The International Conference, Paris, France. 12-13 September, 2019; 41-46.

28 Tengiz Verulava. Improving Health and Health Capital through an Effective Primary Care System: Evidence from Georgia. 3rd International Conference on Non-communicable Diseases „Health risk factors and prevention of injuries and diseases“. June 5th - 7th, State University of Medicine and Pharmacy, Chişinău, Republic of Moldova, 2019: 99.

დოკუმენტი „პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში-სისტემის ანალიზი და რეკომენდაციები რეალური ცვლილებებისთვის“ მიზნად ისახავს არსებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის, მიმდინარე ჯანმრთელობის პროგრამების მიმოხილვასა და ანალიზს. მასზე დაფუძნებით წარმოადგენს გამონვევების სტრუქტურირებულ აღწერას, განსაზღვრავს სისტემურ პრობლემებს და იდენტიფიცირებულ გამონვევებზე საპასუხო ქმედით მოკლევადიან და გრძელვადიან რეკომენდაციებს.

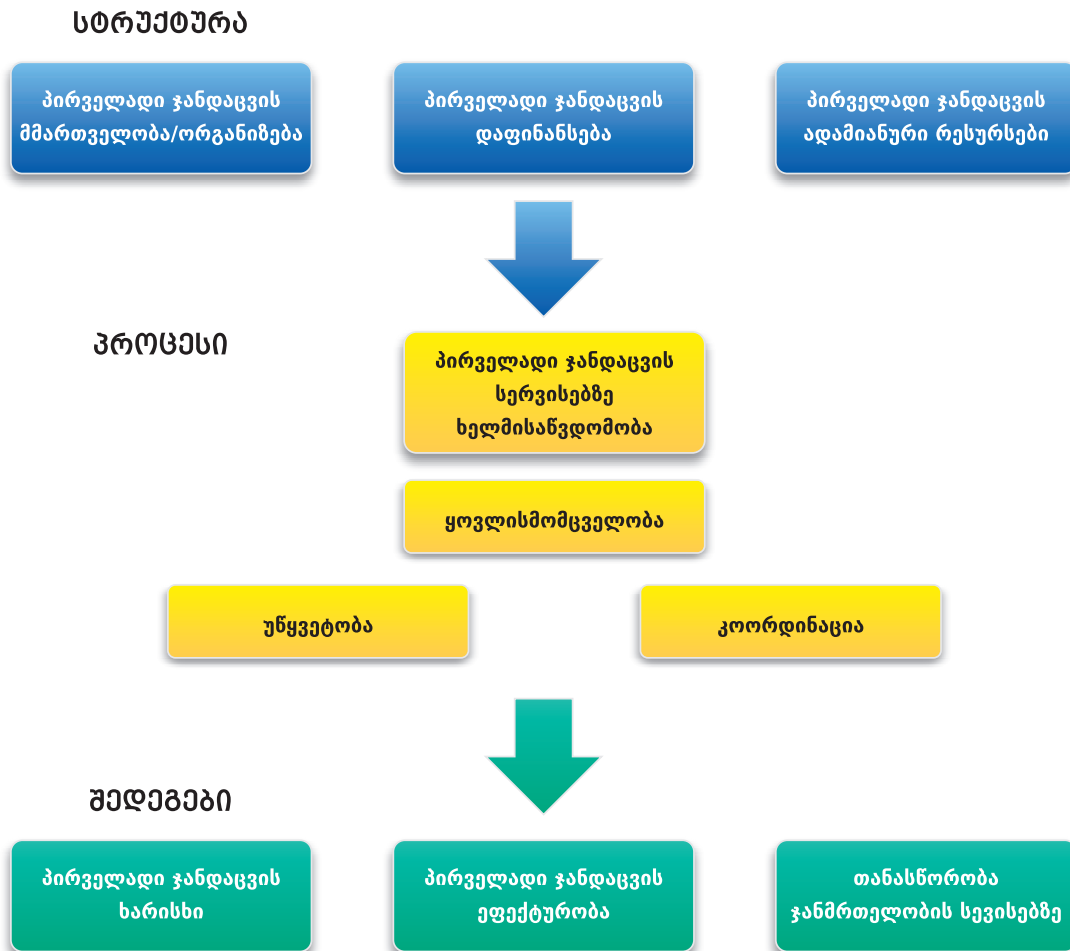


## მეთოდოლოგია

საქათველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი განხორციელდა ლიტერატურული მიმოხილვასა და თვისობრივი კვლევაზე დაფუძნებით.

ანალიზისათვის გამოყენებულ იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ჩარჩო რომელიც აერთიანებს სტრუქტურის, პროცესისა და შედეგების კომპონენტებს.

### გრაფიკი#1 პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩარჩო



ლიტერატურული მიმოხილვისას მოძიებულ და შესწავლილ იქნა პირველადი ჯანდაცვის შესახებ ადგილობრივი და საერთაშორისო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევები/ანგარიშები. საკანონმდებლო რეგულაციები, კანონქვემდებარე აქტები, სახელმწიფო პოლიტიკისა და სტრატეგიის, ასევე განხორციელებული და მიმდინარე პროგრამებთან დაკავშირებული დოკუმენტები.

თვისობრივი კვლევა განხორციელდა როგორც პირისპირ ასევე, ფოკუს-ჯგუფის (ჯგუფური დისკუსიის) მეთოდის გამოყენებით.

ფოკუს ჯგუფების მიზანს წარმოადგენდა: ჯგუფური დისკუსიების შედეგად ექსპერტულ დონეზე გამოვლენილი ინფორმაციის საფუძველზე საკვლევი პრობლემის სიღრმისეული შეფასება, ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის გამოყენებით. ჩატარდა 2 ფოკუს ჯგუფი - დარგის ექსპერტების, ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის წარმომადგენლების, სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებისა და დარგის ასოციაციების მონაწილეობით. კვლევის საბოლოო ეტაპზე, მოხდა მიმოხილვა/ანალიზის შედეგების მათთვის გაცნობა, ექსპერტთა მხრიდან შემდგომი ინტერპრეტაციისათვის.

პირისპირ დისკუსიებსა და ფოკუს-ჯგუფების განხორციელების შემდეგ შეჯამდა და გაანალიზდა არსებული რეალობა, გამოწვევები და შემუშავდა რეკომენდაციები.

## დოკუმენტის სტრუქტურა

დოკუმენტში პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურა განხილულია სამი ძირითადი ბაზისური შემადგენელი ელემენტით: **I. მართვა/ორგანიზება;** **II. დაფინანსება;** **III. ადამიანური რესურსები;** **IV პირველადი ჯანდაცვის სერვისები**

**მართვა/ორგანიზება** მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი მოთამაშეების იდენტიფიცირებას, სისტემის მმართველობის შეფასებას და ამ პროცესში ჩართული პირების/უნეებების როლებისა და პასუხისმგებლობების განხილვას. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის და რეგულაციების მიმოხილვა/ანალიზს.

პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მიმართულება მოიცავს სახელმწიფოს არსებული დაფინანსების მოდელის განხილვას - პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით სახელმწიფო საერთო დანახარჯების შეფასებასა და ანაზღაურების მოდელის მიმოხილვას.

პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მიმართულება მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების პროფესიულ პროფილს და მათ როლის ჯანდაცვის სისტემაში.

სტრუქტურის მიმოხილვის მიზანია განისაზღვროს სისტემური ფაქტორები/გამონეგევი რომელიც ზეგავლენას ახდენს პირველადი ჯანდაცვის ეფექტურ, მიზანმიმართულ ფუნქციონირებაზე.

გარდა ამისა დოკუმენტი მიმოხილავს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას ოთხი ძირითადი მახასიათებლით, რომელიც წარმოდგენილია ხელისაწვდომობით, ყოვლისმომცველობით, კოორდინაცია და უწყვეტობით.

# თავი 1

## პირველადი ჯანდაცვის მართვა ორგანიზება

### 1.1. პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკა

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ განმარტავს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვას, როგორც „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი; ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისთვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.“<sup>29</sup>

კანონშივე განსაზღვრულია პირველადი ჯანდაცვა, როგორც პრიორიტეტული მიმართულება მასში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობით. რაც გულისხმობს საქართველოს ტერიტორიაზე საოჯახო მედიცინის და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.<sup>30</sup>

პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე მიუთითებს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული არაერთი საკანონმდებლო აქტი. მათ შორის 2014-2020 წლის კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, სადაც მოკლე ჩანაწერით წარმოდგენილია მეტი ფინანსური ინვესტიციის საჭიროება პირველად ჯანდაცვაში - „რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისგან.“<sup>31</sup> დოკუმენტშივე აღნიშნულია, რომ შემუშავდება პირველადი ჯანდაცვის განვითარების კონცეფცია და მოხდება მისი ეტაპობრივი დანერგვა. 2020 წლის მონაცემებით პირველადი ჯანდაცვის განვითარების კონცეფცია არ არის ხელმისაწვდომი.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030-ის მიხედვით „ჯანმრთელობის ფუნდამენტური უფლების რეალიზაციისათვის, ყველას უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხიან მომსახურებასა და პროდუქტებზე ფინანსური სირთულის გარეშე, ეფექტიანი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მეშვეობით“. დოკუმენტი მკაფიოდ არის გაცხადებული სახელმწიფოს ორიენტაცია პირველად ჯანდაცვასა და ინტეგრირებულ სერვისებზე დაფუძნებულ მიდგომებზე, დაავადებათა პრევენციასა და ზოგადად, პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტად აღიარებაზე. თუმცა კონკრეტული ქმედებები და აქტივობები ამ საკითხზე 5 სხვადასხვა მიმართულებაშია წარმოდგენილი და ძირითადად აერთიანებს კავშირებისა და რეფერალის კრიტერიუმების ჩამოყალიბებას პირველად ჯანდაცვას, სასწრაფო დახმარებასა და ჯანდაცვის სერვისების სხვა დონეებს შორის.<sup>32</sup> პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების კაპიტაციური/ფიქსირებული დაფინანსებიდან შედეგებზე ორიენტირებულ დაფინანსებაზე გადასვლას. ადგილობრივი თვითმმართველობების რეფორმის ფარგლებში, ჯანდაცვის მომსახურების, მათ შორის, საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის მიწოდებისა და დაფინანსების მიმართულებით მუნიციპალური პასუხისმგებლობებისა და უფლებების გაძლიერებას.<sup>33</sup> მიუხედავად ზემოთ აღნიშნულისა, ამ მომენტისათვის საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის ერთიანი სისტემის არ

29 საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ მუხლი 3 ტ ქვეპუნქტი <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=42#!>

30 საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ მუხლი 4 კ ქვეპუნქტი <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=42#!>

31 საქართველოს მთავრობის დადგენილება #724 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250?publication=0>

32 საქართველოს ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/81367/Health\\_Strategy\\_geo](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/81367/Health_Strategy_geo) 2017;9- 10

33 საქართველოს ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/81367/Health\\_Strategy\\_geo](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/81367/Health_Strategy_geo) 2017; 17-18

არსებობის გამო ვერ ხერხდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის კომპონენტების უნიფიცირებული და ოფიციალური ფუნქციონირება, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობდა აღნიშნული მიზნის მიღწევას.

## 1.2. პირველადი ჯანდაცვის მართვა/ძირითადი მოთამაშეები

**საქართველოს პარლამენტი** - განსაზღვრავს და ამტკიცებს ქვეყნის პოლიტიკას ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მიმართულებით. პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი პასუხისმგებელია კანონის შემუშავებასა და მთავრობის საქმიანობის ზედამხედველობაზე.

**საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო**, რომლის ამოცანას წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება, განხორციელება და საქმიანობის კოორდინაცია, რომელიც თავის მხრივ გულისხმობს ინდივიდუალური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვას, სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირებას.

**სოციალური მომსახურების სააგენტო** - მისი მიზანია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაცია და მისი განხორციელების ხელშეწყობა. რომელიც მიიღწევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებით, კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში.

**საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი** - მისი ძირითადი ამოცანაა საქართველოს შესაბამის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში მოსახლეობის რეფერალური დახმარების და სასწრაფო სამედიცინო გადაუდებელი დახმარების უზრუნველყოფა. ამას გარდა 2019 წლის 1 ნოემბრიდან პასუხისმგებელია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის შესრულებასა და კოორდინაციაზე.

**დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი** - მისი მიზანია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად ქვეყანაში კეთილსაიმედო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის უზრუნველყოფა, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების და რისკების გამოვლენას, საინფორმაციო სისტემის ფუნქციონირებას, დაავადებათა კონტროლს და პრევენციას. ასევე ცენტრი არის: ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, C ჰეპატიტის მართვის, დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის, იმუნიზაციის, ტუბერკულოზის მართვის, აივ-ინფექცია/შიდსის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, პროფესიულ დაავადებათა პრევენციისა და უსაფრთხო სისხლის პროგრამების განმახორციელებელი.

**სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო** - იგი თავისი კომპეტენციის ფარგლებში, საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ახორციელებს სახელმწიფო კონტროლს საექიმო საქმიანობის, სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის, სააღმზრდელო საქმიანობის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სფეროში. მათ შორისაა სააგენტოს, როგორც ნებართვის და ლიცენზიების გამცემისათვის მინიჭებული უფლებამოსილებების განხორციელება. პაციენტთათვის განუვლი სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი და ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის დასმა კომპეტენტური ორგანოს – პროფესიული განვითარების საბჭოს წინაშე. ასევე იურიდიულ და ფიზიკურ პირთა მიერ სალიცენზიო, სანებართვო, შეტყობინებას დაქვემდებარებული სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის, ტექნიკური რეგლამენტით განსაზღვრული პირობების დაცვის მდგომარეობის შესწავლა და კანონმდებლობით გათვალისწინებული ზომების/დონისძიებების გატარება. სააგენტოს ფუნქციაა დიპლომის შემდგომი განათლების, სერტიფიცირების, უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესების ხელშეწყობა, მონიტორინგი. უკანონო ფარმაცევტული, სამედიცინო, სააღმზრდელო და საექიმო, ასევე, სავალდებულო შეტყობინების გარეშე მაღალი რისკის შემცველ საქმიანობებზე სამართალდარღვევის ფაქტების გამოვლენა და კანონით გათვალისწინებული ზომების გატარება.<sup>34</sup>

34 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება #01-65/6 <http://rama.moh.gov.ge/res/docs/01-64%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%90.pdf>, 2011



**სპეციალიზირებული ზრუნვის კლინიკები** - ტუბერკულოზის, აივ-ინფექცია/ შიდსისა და მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრები რომლებიც აწვდიან მიზნობრივ სპეციალიზირებულ სამკურნალო - სარეაბილიტაციო სერვისებს.

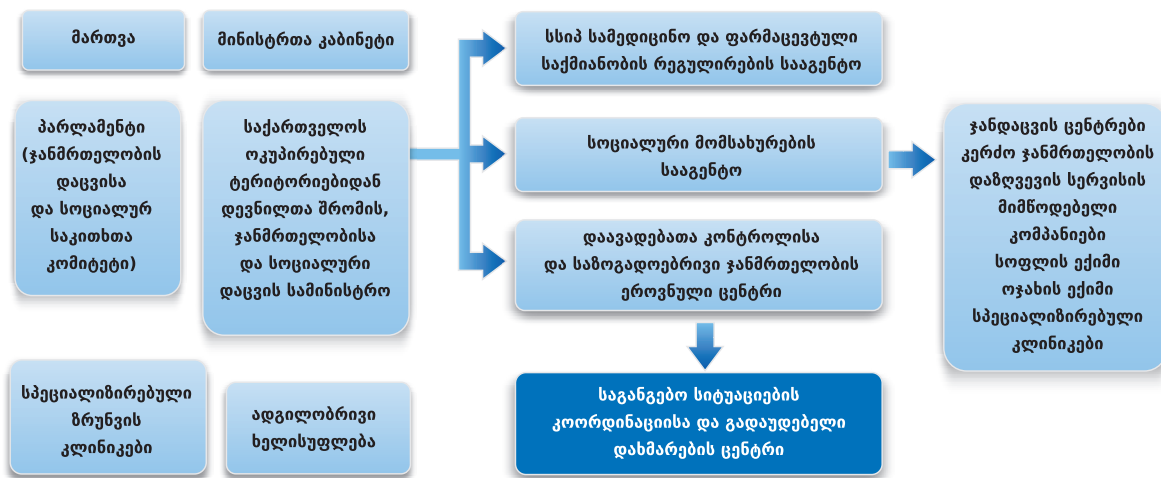
**ადგილობრივი ხელისუფლების** როლი და ფუნქცია-მოვალეობები პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით არ არის მკაფიოდ ჩამოყალიბებული და განსაზღვრული.

გარდა ამისა, პირველადი ჯანდაცვის აქტორებად შესაძლებელია განვიხილოთ ქვეყანაში მოქმედი **პირველადი ჯანდაცვის პროფესიული ასოციაციები**, რომელიც აერთიანებს დარგის სპეციალისტებსა და ოჯახის ექიმებს.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაქვემდებარების ქვეშ ფუნქციონირებს **პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო ეროვნული საბჭო**<sup>35</sup> რომელიც აერთიანებს ყველა ზემოთ წარმოდგენილ სტრუქტურას/სააგენტოს და დამატებით, სამოქალაქო საზოგადოების თუ კერძო დაინტერესებული ორგანიზაციების წარმომადგენლებს. საბჭოს დებულებით განსაზღვრულია ფუნქცია კომპეტენციები, რომელიც მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიის დანერგვა-განხორციელების ხელშეწყობას, პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ჩამოყალიბებასა და მართვასთან დაკავშირებული მიზნების, სტრატეგიების, რესურსების საერთო მოთხოვნების განსაზღვრას. დაგეგმილი პროგრამების მიმოხილვას, საუკეთესო პრაქტიკების დანერგვას.

პირველადი ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზების პროცესში ძირითადი მოქმედი აქტორები, მათ შორის როლების და პასუხისმგებლობების განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკზე #2<sup>36</sup>

**გრაფიკი #2 პირველადი ჯანდაცვის მართვა/ორგანიზება**



საქართველოში ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის პროგრამები მტკიცდება ორი დადგენილებით **#36 და #674**<sup>37,38</sup>. #36 დადგენილების ფარგლებში სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მომსახურების შესყიდვა. იგი განსაზღვრავს პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის მომსახურებას დადგენილი მოცულობით, წინასწარ განსაზღვრული პოპულაციისთვის. #674 დადგენილების ფარგლებში ხდება

35 პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს შექმნისა და მისი დებულებების დამტკიცების შესახებ ბრძანება #35/6 <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/55126?publication=0;2003>

36 I.Chikovani, L.Sulaberidze Primary Health Care Systems (PRIMASYS), Case Study from Georgia, [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) 2017;20-21

37 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>, 2019

38 საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელი ზოგიერთი ღონისძიებათა შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1852448?publication=0>, 2013

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსება სოფლად და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სხვადასხვა ვერტიკალური პროგრამებით ამბულატორიული სერვისების უზრუნველყოფა. 2020 წელს დადგენილების ფარგლებში დამტკიცებული 18 პროგრამიდან, პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს ითვალისწინებს 10 პროგრამა.

ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული სსიპ-ების როლი ძირითადად შემოიფარგლება სახელმწიფო პროგრამების შესრულებით, რაშიც იგულისხმება სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებებთან კონტრაქტირება და შესრულებული მომსახურების რაოდენობრივი მონიტორინგი.

პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ანუ შემსრულებელი იურიდიული პირები აკმაყოფილებენ ამ საქმიანობისთვის კანონმდებლობითა და დადგენილებით განსაზღვრულ მოთხოვნებს და მოსახლეობას აწვდიან სამედიცინო მომსახურებას მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრული მოცულობით, ვაუჩერის შესაბამისად. სამედიცინო ვაუჩერით გათვალისწინებული მომსახურების მიღება შესაძლებელია პროგრამის ნებისმიერი მიმწოდებლისგან.

ამას გარდა სამედიცინო დაწესებულებებს აქვთ უფლება მიაწოდონ სხვა ფასიანი სამედიცინო მომსახურებაც, რომელიც არ იფარება სახელმწიფო პროგრამებით და მათი ღირებულების გადახდა ხდება ჯიბიდან პაციენტების მიერ.

პროგრამის ადმინისტრირებაში და ზედამხედველობაში ჩართულ/პასუხისმგებელ სახელმწიფო დაწესებულებას წარმოადგენს სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ-სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო.

კონტროლისა და რევიზიის პროცედურები ხორციელდება რეგულირების სააგენტოს მიერ გეგმიური და არაგეგმიური ფორმით და მოიცავს სამედიცინო სერვისის მიწოდების ორგანიზებას, რაც გულისხმობს მომხდარი შემთხვევების აღრიცხვას/დროულ დაფიქსირებას/ინფორმაციის შეტანის სიზუსტეს, ფინანსური დოკუმენტაციისა საინფორმაციო სისტემაში მიმწოდებლის მიერ დაფიქსირებული ინფორმაციის გადამოწმებას. მონიტორინგის, კონტროლისა და რევიზიის პროცედურები არ ითვალისწინებს პჯდ სისტემის და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კომპონენტს.

### 1.3. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზება

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას ახდენენ წინასწარ განსაზღვრული წესით ლიცენზირებული და რეგისტრირებული დაწესებულებები და კერძო პირები, რომლებიც აკმაყოფილებენ ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამენ პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმებიან ვაუჩერის პირობებს.

კერძოდ, არსებული კანონმდებლობით და მარეგულირებელი მექანიზმებით სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლისთვის ბაზარზე შესვლა დაკავშირებულია სამედიცინო საქმიანობის შესაბამისი ლიცენზიის მოპოვებასთან, ლიცენზირებული სამედიცინო პერსონალის დაქირავებასა და ინფრასტრუქტურის/აღჭურვილობის სტანდარტებთან შესაბამისობასთან.<sup>39</sup>

დაწესებულებები სხვადასხვა ფორმით უზრუნველყოფენ სამედიცინო სერვისების მიწოდებას. არიან დაწესებულებები რომლებიც ახდენენ სხვადასხვა პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას და არიან ჩართულები სახელმწიფო პროგრამებში 36-ე და 674-ე დადგენილების ფარგლებში, და ასევე პირველად ჯანდაცვის ისეთი სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამებში არ არიან ჩართულები.

36-ე დადგენილებით სერვისის მიმწოდებლები ძირითადად მოქმედებენ დიდ ქალაქებში (თბილისი, ქუთაისი, თელავი, გორი, ზუგდიდი, ბათუმი და სხვა). 2019 წლის ბოლომდე ვერტიკალური

39 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან 6 წლის შემდეგ [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2019/09/Georgia-primary-health-care-profile\\_GEO.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2019/09/Georgia-primary-health-care-profile_GEO.pdf)

პროგრამაში საოჯახო მედიცინის კომპონენტი მიეწოდებოდა კერძო პრაქტიკის სოფლის ექიმების ან რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრების მიერ, ხოლო 2020 წლიდან 674 დადგენილებით სოფლის ექიმები გახდნენ საჯარო მოხელეები.

#### **1.4. პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი აქტორები**

ქვეყანაში სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელთა უმეტესი ნაწილი კერძო მომგებიან საკუთრებას წარმოადგენს და ბაზარზე წარმოდგენილი არიან სხვადასხვა სამეწარმეო სტატუსით. ძირითადად ვხვდებით შემდეგ სამეწარმეო ფორმებს: ინდენარმე/ფიზიკური პირი, შემზღვეული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (შპს), არასამეწარმეო არაკომერციული პირი (აიკ), საჯარო სამართლის იურდიული პირი (სიპი), სახელმწიფო შპს (რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრები). აღნიშნული სტატუსი განასხვავებს მათ ინტერესებს და საქმიანობის მოცულობას. კერძოდ, ვხვდებით რამდენიმე ფორმის კერძო მომგებიან დაწესებულებებს, რომელთა საქმიანობა ორიენტირებულია მოგების აკუმულირებაზე და მფლობელებზე განაწილებაზე. ასევე ვხვდებით სახელმწიფო სსიპ-ებს და სახელმწიფო შპს რომელთა საქმიანობა არ არის ორიენტირებული მოგებაზე თუმცა მათ არ აქვს მოგების გადანაწილების უფლება.

#### **1.5. პირველადი ჯანდაცვის მართვა/ორგანიზების გამოწვევები**

ქვეყანაში ჯანდაცვის მიმართულებით არსებული ეროვნული საკანონმდებლო თუ პოლიტიკური დოკუმენტები პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას პრიორიტეტად აღწერს. თუმცა არც ერთ დოკუმენტში არ არის წარმოდგენილი ის სტრატეგიული ჩარჩო/კონცეფცია, კონკრეტული მიმართულებები/ქმედებები, მოქმედი აქტორები, მონაწილე მხარეები რომელიც წარმოადგენს ქვეყნის ლეგიტიმურ დოკუმენტს და აღწერს კონკრეტულ ქმედებებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მიმართულებით. შესაბამისად, გაურკვეველია ქვეყნის სტრატეგია და საქმიანობა პირველადი ჯანდაცვის და საოჯახო მედიცინასთან მიმართებით.

კვლავ გამოწვევად რჩება პირველადი ჯანდაცვის დეფინიცია, რომელიც განმარტავს ჯანმრთელობის სისტემის ამ დონის ძირითად ხედვას, მიზნებს, ამოცანებს და საქმიანობის ძირითად მასშტაბს.

შესაბამისად, ამ მიმართულებით ლეგიტიმური დოკუმენტების არ არსებობის პირობებში დღეს არსებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მარეგულირებელი სამართლებრივი საფუძვლები სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს სისტემის გამართულ ფუნქციონირებას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, უწყვეტობას, თანმიმდევრულობას და ეფექტიანობას.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სამეწარმეო და ორგანიზაციული მოწყობის მოდელების არარეგულირებელი ფორმების პირობებში ქაოსურია სისტემის მართვა და ვერ ხორციელდება სისტემის საერთო მიზნების მიღწევა. არ არსებობს სისტემის ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი და მარეგულირებელი გარემო. რაც არათანმიმდევრულს და არათანასწორს ხდის სისტემას და შესაძლებლობას აძლევს სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლობას მიიღონ სუბიექტური, მოგებაზე ორიენტირებული გადაწყვეტილებები.

ჯერ კიდევ არ არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების დონეებს შორის ურთიერთობა და უკუკავშირები. მომსახურება ფრაგმენტულ, ეპიზოდურ ხასიათს ატარებს და მიმართულია მკურნალობასა და დიაგნოსტიკურ ჩარევაზე ვიდრე დაავადებათა პრევენციაზე, მათ ადრეულ გამოვლენასა და ეფექტურ მართვაზე. პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა მოქმედებს როგორც „ფასდაკლება“ და წარმოადგენს „მომხმარებლის“, ამ შემთხვევაში პაციენტის მოზიდვის/ მომართვიანობის გაზრდის მექანიზმს.

ჰორიზონტალური და ვერტიკალური პროგრამების არაინტეგრირებული თანაარსებობა არ არის ხარჯ-ეფექტური და ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის სრულ მოცვასა და ეფექტურ ზრუნვას.



## რეკომენდაციები

1. საჭიროა შეიქმნას პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია, რომელიც მოიცავს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული მოწყობის, ადამიანური რესურსების განვითარების, დაფინანსების და შეფასების პოლიტიკას;
2. ამოქმედდეს ეფექტური მექანიზმი რომლითაც შეფასდება სტატეგიით გათვალისწინებული ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება;
3. განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული მოწყობის ფორმები (სახელმწიფო, მუნიციპალური, კერძო მომგებიანი, კერძო არა მომგებიანი, სახელმწიფო-კერძო პატნიორული მოდელი) და მსოფლიო გამოდილებების გათვალისწინებით, უპირატესობა მიენიჭოს კერძო, არამომგებიანი ორგანიზაციული ფორმის განვითარების ხელშეწყობას;
4. პაციენტების საჭიროებების შესაბამისი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მატერიალურ-ტექნიკური ინფრასტრუქტურისა და ადგიურვილობის გაუმჯობესება;
5. გადაიხედოს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დანებსეულებების მინიმალური მოთხოვნები სათანადო ინფრასტრუქტურის უზრუნველყოფის და მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით;
6. პირველად ჯანდაცვაში ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება სექტორთშორისი ფრაგმენტაციის და არასაკმარისი კოორდინირების დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ხარჯეფექტიანად განწვევის მიზნით;
7. შემუშავდეს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ინდიკატორები, პირველადი ჯანდაცვის მაჩვენებლების გაზომვისა და ანალიზისათვის;
8. გაძლიერდეს ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების როლი პირველადი ჯანდაცვის მმართველობის, ორგანიზების და მინოდების პროცესში.
9. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია მართვის საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარებისა და კომპიუტერულ - პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა.

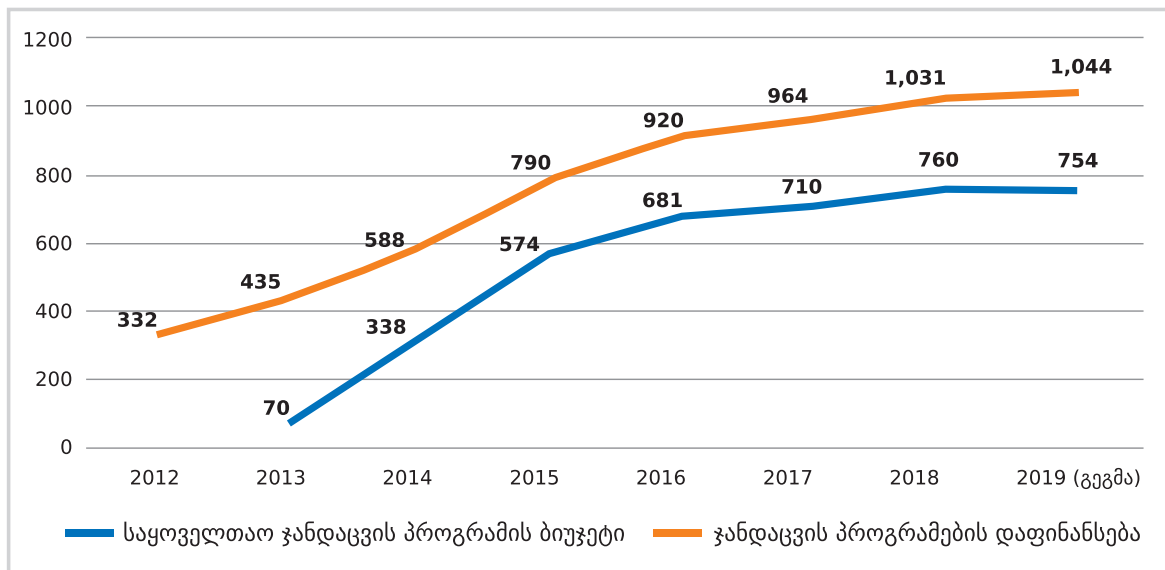
## თავი 2

### პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება

#### 2.1. პირველად ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხების მიმოხილვა

საქართველო თავისი ეკონომიკის 8.2-8.5% ხარჯავს ჯანდაცვაზე. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მზარდია. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან (2013) 6 წლის განმავლობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე სულ დაახლოებით დაიხარჯა 3.1 მილიარდი ლარი, რომელიც დამტკიცებულ ბიუჯეტის გეგმასთან შედარებით 11%-ით (305 მილიონი ლარით) მეტია. ამავდროულად ჯანდაცვაზე განეული ხარჯები ამ პერიოდის განმავლობაში შეადგენს 24 მილიარდ ლარს. თუმცა, ამ თანხიდან სახელმწიფო ხარჯი მხოლოდ 4.9 მილიარდია, ხოლო მოსახლეობის და კერძო სექტორის დანახარჯი 19 მილიარდ ლარს შეადგენს.

#### გრაფიკი #3 ჯანდაცვის პროგრამების კერძო და სახელმწიფო დაფინანსება



მიუხედავად დადებითი ტენდენციისა, რომ ყოველწლიურად იზრდება ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი და 2019 წლის მონაცემები (38%)-ია, 2012 (21%) წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგებულია ჯანდაცვის დანახარჯების ნახევარზე მეტს მოსახლეობა კვლავ ჯიბიდან იხდის .

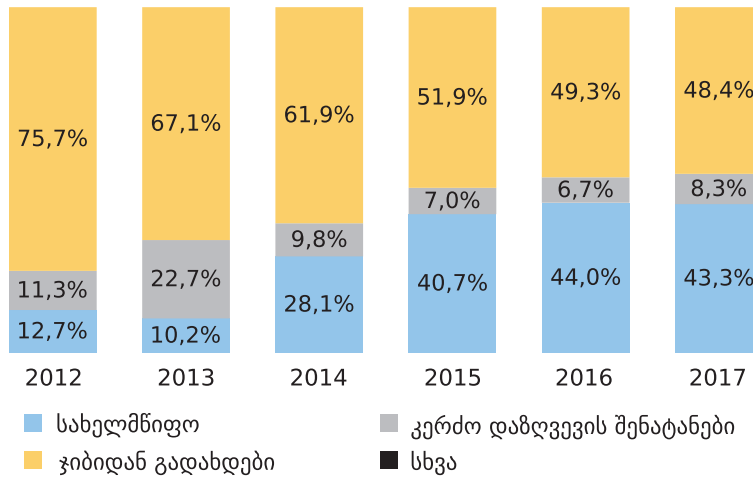
ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშის თანახმად 2017 წლის მონაცემებით ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მოსახლეობის ჯიბიდან გადახდების წილი 54,7% შეადგენდა ეს მაჩვენებელი 2012 წელთან შედარებით (73.4%) მნიშვნელოვნად დაბალია მაგრამ განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელთან შედარებით კვლავ დიდ გამოწვევად რჩება.

კონკრეტულად კი ამბულატორიულ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯებში მოსახლეობის მიერ ჯიბიდან გადახდილი თანხები კვლავ ჭარბობს (48.4%), რომელიც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება მოსახლეობას და გვევლინება ამბულატორიული სერვისების გამოყენების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად.

გრაფიკი 4 და 5 წამოდგენილია მონაცემები რომელიც გვიჩვენებს ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებებზე განეული ხარჯების წყაროს. სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის მაღალი მაჩვენებლები და დანახარჯები ცხადყოფს, რომ უკვე სისტემა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის შეკავებას პირველად დონეზე.

**გრაფიკი #4 ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯები**

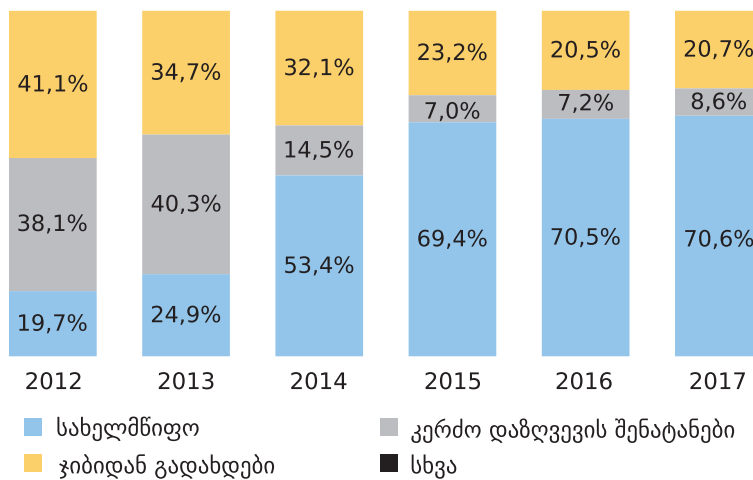
**ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯები**



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017წ)

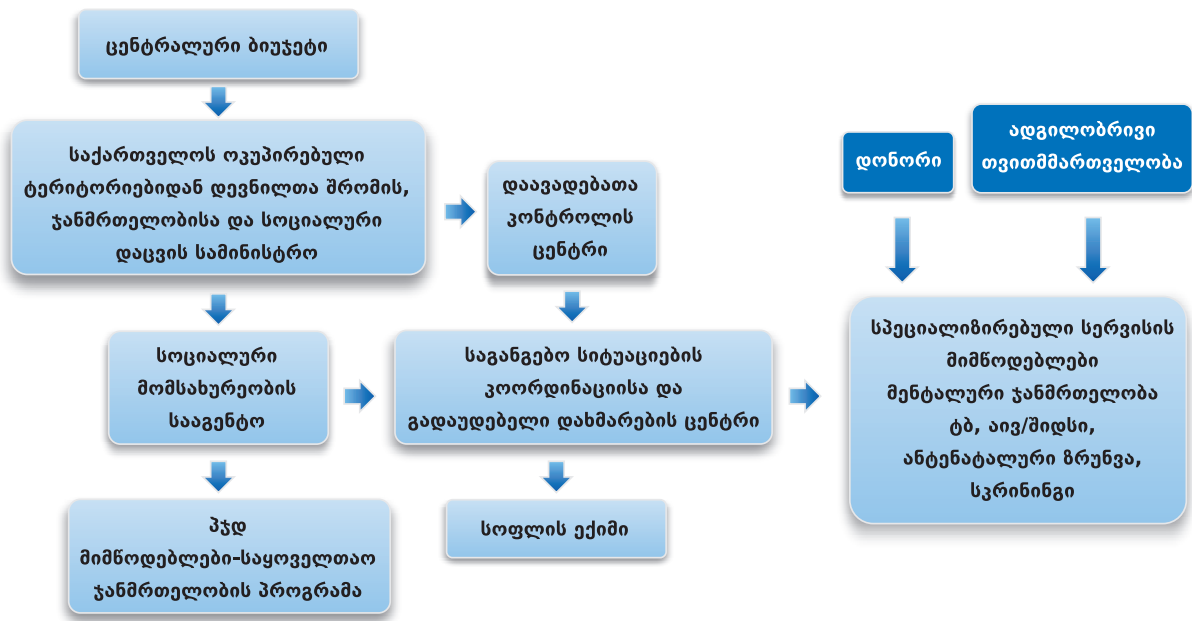
**გრაფიკი #5 სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯები**

**სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯები**



გრაფიკი #6 წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების სტრუქტურასა და წყაროებს.<sup>40</sup>

**გრაფიკი #6 პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება**



სახელმწიფო არის ქვეყანაში ჯანმრთელობის სერვისების ერთერთი მსხვილი შემსყიდველი და ამას ახორციელებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მეშვეობით. ამჟამად დამტკიცებულია „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა“ და 674 დადგენილებით დამტკიცებული ე.წ. ვერტიკალური პროგრამები რომლის ერთ-ერთი კომპონენტია „სოფლის ექიმის“ პროგრამა. ქვეყანაში ჯიბიდან გადახდილი თანხების მოცულობიდან გამომდინარე პაციენტებიც არიან ჯანდაცვის სერვისების დიდი შემსყიდველები.

**2.2. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი**

საქართველოში სახელმწიფო სამედიცინო სერვისების მთავარი შემსყიდველია. სერვისების შესყიდვა ხორციელდება მოქმედი ორი - #674 და #36 დადგენილების ფარგლებში.

პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება სამედიცინო ვაუჩერის მეშვეობით ან „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად, თუ ცალკეული პროგრამით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში #36 დადგენილებით პირველადი ჯანდაცვა ფინანსდება კაპიტაციური მეთოდით, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო ყოველწლიურად ერთ სულ მოსახლეზე პირველად ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხარჯავს 1.93 ლარს. აღნიშნული მოიცავს როგორც ოჯახის ექიმის მომსახურებას 0,86 თეთრის ოდენობით, ასევე სპეციალისტების მოსახურებას 1 ლარი და 7 თეთრს. აღნიშნულის გათვალისწინებით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ჯამურად, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე სახელმწიფო ყოველწლიურად 1 ადამიანზე ხარჯავს 10,32 ლარს. აღნიშნულიდან ოჯახის ექიმის და ექთნის ანაზღაურების განაწილებას ახდენს დამსაქმებელი და უმეტეს შემთხვევაში მათი ანაზღაურება განსაზღვრულია ოჯახის ექიმისთვის 0.27 ლარით, ხოლო ექთანისთვის 0.17 ლარით.

1.07 თეთრით ხდება ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მიერ განეული ამბულატორიული მომსახურების, ასევე ინსტრუმენტული და კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევების ანაზღაურება.

40 Primary Health Care Systema (PRIMASYS) Case study from Georgia [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) 2017;21-24

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ყოველწლიური ჯამური დანახარჯი შეადგენს 38,18 მილიონ ლარს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიწოდება სოფლად ხორციელდება „სოფლის ექიმის“ პროგრამის ფარგლებში და პროგრამაზე გამოყოფილია 20 მილიონი ლარი.

36-ე დადგენილების შემსრულებელი სსიპი სოციალური მომსახურების სააგენტო ხელშეკრულების საფუძველზე თანამშრომლობს მომსახურების მიმწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებთან, რომელთა ანაზღაურება ხდება დარეგისტრირებული მოსახლეობის (ბენეფიციარები) რაოდენობის მიხედვით კაპიტაციური მეთოდით.

ერთ სულ მოსახლეზე ტარიფი 1.93 ლარის ოდენობით განისაზღვრა 2012 წელს, საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის შემუშავებისას. ტარიფი დათვლილი იყო 14,000 მიმდგომელი ადამიანის კრიტიკულ მოცულობაზე, 7 ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარ გუნდზე. მას შემდეგ აღნიშნული ტარიფის გადახედა არ განხორციელებულა. კლინიკების სიჭარბიდან გამომდინარე თითო დაწესებულებაზე მიმდგომელ პაციენტთა რიცხვი შემცირებულია და აღნიშნული ტარიფის პირობებში ვერ ხდება ხარისხიანი, პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვის მიწოდება. გარდა კერძო მომგებიანი კორპორაციებისა რომლებიც დიდ ქსელური მიდგომის საფუძველზე ფარავენ 60,000 ბენეფიციარზე მეტს, მათთვის აღნიშნული ტარიფი მომგებიანადაც კი შეიძლება ჩაითვალოს.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 2020 წლის აპრილის თვიდან ის ამბულატორიული დაწესებულებები რომლებსაც 14000 ბენეფიციარზე ნაკლები ჰყავთ აღრიცხვაზე, გამოეთიშნენ საყოველთაო პირველადი ჯანდაცვის სისტემის პროგრამას, რაც იწვევს მათთან რეგისტრირებული მოსახლეობის მიგრაციას სხვა დაწესებულებებში. აქ მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს პაციენტებისთვის სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას.

დადგენილების ფარგლებში სამედიცინო სერვისით სარგებლობა შეუძლია სახელმწიფოს მიერ წინასწარ განსაზღვრულ ჯგუფებს მათ შორის სოციალურად დაუცველ ოჯახებს, 6-დან 17 წლის ჩათვლით პირებს, ვეტერანებს, პენსიონერებს, 0-5 წლამდე ბავშვებს, შშმ ბავშვებს, სტუდენტებს, მკვეთრად გამოხატული შშმ, საპენსიო ასაკის ვეტერანებს და თვიურად 1000 ლარზე და წლიური 40000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის პირებს.

სახელმწიფოს დაფინანსების წილი წინასწარ განსაზღვრულ სერვისებზე/პაკეტებზე განსხვავებულია ჯგუფების მიხედვით. ხოლო სერვისები რომლებიც არ შედის ამ ბენეფიტების პაკეტით, იფარება პაციენტის მიერ ჯიბეზე გადახდის მეთოდით.

ცხრილი #1-ში წარმოდგენილია დადგენილების ფარგლებში დამტკიცებული პროგრამები მათ მიერ გათვალისწინებული სერვისები და დაფინანსება. ცხრილში ასახული პროგრამების ჯამური ღირებულება არის 313,991,000 მილიონი ლარი. აღნიშნულიდან ამბულატორიულ სერვისებზე დახარჯული თანხა შეადგენს 94,468,000 მილიონ ლარს, რაც მთლიანი ბიუჯეტის 30% შეადგენს.

#674 დადგენილების ფარგლებში ხდება პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფა სოფლად - სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში. პროგრამაზე გამოყოფილი ბიუჯეტი შეადგენს 20,453,000 მილიონ ლარს.

სოფლის ექიმი წარმოადგენს დამოუკიდებელ ინდივიდუალურ მენარმეს/ფიზიკურ პირს, რომელიც მართავს პირველადი ჯანმრთელობის პუნქტს და უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას სოფლად. აღნიშნული ცენტრები უმეტესწილად განთავსებულია სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორიებში / მუნიციპალიტეტების საკუთრებაში არსებულ შენობებში. 2020 წლიდან სახელმწიფოს გადაწყვეტილებით შეიცვალა მათი სტატუსი და ისინი წარმოადგენენ საჯარო მოხელეებს.

სოფლის ექიმის პროგრამით სერვისის მიმწოდებლების ანაზღაურება გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მოდელით ხდება. სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განსაზღვრულია თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერშლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით. გარდა ამისა სოფლის ექიმისთვის N63/ო ბრძანებით დამტკიცებულია პირველადი დახმარების მედიკამენტების ჩამონათვალი. ჩანთით გათვალისწინებული მედიკამენტების გაცემა მას შეუძლია უსასყიდლოდ.

**ცხრილი #1 674 დადგენილებით დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიმოხილვა**

პროგრამის დასახელება	პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურეობა	პროგრამის საერთო ბიუჯეტი (ლარი)	პჯდ - ამბულატორიული სერვისების ბიუჯეტი (ლარი)
<b>დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი</b>	კიბოს სკრინინგი ოთხი მიმართულებით <ul style="list-style-type: none"> <li>• ძუძუ</li> <li>• საშვილოსნო</li> <li>• კოლორექტალური პროსტატა</li> </ul>	2,800 0000	
<b>იმუნიზაციის პროგრამა</b>	იმუნიზაციის წარმოებისთვის საჭირო ვაქცინებისა, ასაცრელი მასალების, სპეციფიკური შრატების, გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინების შესყიდვა	23 000 000	23 000 000
<b>ეპიდზედა-მხედველობა</b>	ეპიდზედამხედველობის განხორციელება და სამედიცინო სტატისტიკური სისტემის მუშაობის უზრუნველყოფა	1,700 000	-
<b>უსაფრთხო სისხლი</b>	დონორული სისხლის კვლევა B და C ჰეპატიტზე, აივ-ინფექცია/შიდსსა და სიფილისზე;  ხარისხის გარე კონტროლის, მონიტორინგის უზრუნველყოფა;  სისხლის დონორთა ერთიანი ელექტრონული ბაზის ადმინისტრირება	3,890 000	-
<b>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, გარემოსა და პროფესიულ დაავადებათა ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ვალდებულებების ხელშეწყობა</b>	სხვადასხვა ტიპის საწარმოებში დასაქმებულთა პროფესიულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევა	260,000	-
<b>ტუბერკულოზის მართვა</b>	ტუბერკულოზის ამბულატორიულ, ეპიდზედამხედველობისა და სტაციონარულ მომსახურებას წინასწარ განსაზღვრული მოცულობით	16,867 000	5,450 000
<b>აივ ინფექცია შიდსის მართვა</b>	აივ-ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება;  აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული მომსახურებით	13,480 000	10 150 000



<b>დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა</b>	<p>ანტენატალურ მეთვალყურეობა;</p> <p>გენეტიკური პათოლოგიების ადრეულ გამოვლენა;</p> <p>ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა;</p> <p>ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე, ახალშობილთა სმენის დიაგნოსტიკურ კვლევა</p>	8 000 000	8 000 000
<b>ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა - პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს</b>	<p>სტაციონარულ დეტოქსიკაციას და პირველად რეაბილიტაციას ოპიოიდების, სტიმულატორების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს და ცანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებას.</p>	12 150 000	-
<b>ჯანმრთელობის ხელშეწყობა</b>	<p>თამბაქოს მოხმარების კონტროლის გაძლიერება;</p> <p>ჯანსაღი კვების შესახებ განათლება; ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შესახებ ცნობიერების ამაღლება;</p> <p>ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობა;</p> <p>C ჰეპატიტის პრევენცია და მოსახლეობის განათლების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;</p> <p>ნივთიერებადამოკიდებულების და აზარტულ თამაშებზე დამოკიდებულების პრევენცია;</p> <p>გარმო და ჯანმრთელობა.</p>	1 240 000	-
<b>ფსიქიკური ჯანმრთელობა</b>	<p>სათემო ამბულატორიულ მომსახურება; ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაცია;</p> <p>ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობა;</p> <p>ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურება სხვადასხვა ჯგუფებისთვის;</p> <p>საცხოვრისების განვითარებას.</p>	27,500 000	7 195 000
<b>დიაბეტის მართვა</b>	<p>შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება;</p> <p>სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ დახმარება;</p> <p>შაქრიან და უშაქრო დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა</p>	15 000 000	15 000 000



<b>ბავშვთა ონკოპემატო- ლოგიურ მომსახურება</b>	ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობა;  გარდა, შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებებისა.	2 000 000	-
<b>დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია</b>	ჰემოდიალიზით და პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა;  თირკმლის ტრანსპლანტაციასა და ორგანოგადანერგილთა იმუნოსუპრესიული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	38 640 000	-
<b>ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა</b>	ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული და სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა;  მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	2,300 000	370 000
<b>იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა</b>	იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურება;  ჰემოფილია და სისხლის შედედების სხვა მემკვიდრული პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურება	11 200 000	270 000
<b>პირველადი და გადაუდებელი დახმარების უზრუნველყოფა</b>	სოფლის ექიმის პროგრამა რომლის ფარგლებშიც მიეწოდება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად;  სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დანესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	105, 700 000  7 264 000	20 453 000  3 780 000
<b>რეფერალური მომსახურება</b>	სტიქიური უბედურებების, კატასტროფების, საგანგებო სიტუაციების, კონფლიქტურ რეგიონებში დაზარალებულ მოქალაქეთა და საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული სხვა შემთხვევების დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების კომპონენტი;  ფილტვის ქრონიკული დაავადებების რეაბილიტაცია	20 000 000	-
<b>თავდაცვის ძალებში გასაწევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემონმება</b>	თავდაცვის ძალებში გასაწევ პირთა ამბულატორიულ შემონმება;  დამატებით გამოკვლევები	1 000 000	800 000
		<b>ჯამი : 313,991,000</b>	<b>ჯამი: 94 468 000</b>
			<b>30%</b>

არც ერთი პროგრამა არ არის მიზნული, დაკავშირებული შესრულებაზე/შედეგზე დაფუძნებული გადახდის მოდელთან. ზოგადად უნდა აღინიშნოს, რომ შესრულებაზე დაფუძნებული გადახდის სისტემა არ არის დანერგული/ წარმოდგენილი სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ პროგრამებში. თუმცა ეროვნული ჯანმრთელობის მიმართულების არაერთ სტრატეგიულ დოკუმენტში აღნიშნულ მოდელზე გადასვლა პრიორიტეტულ მიმართულებად არის დასახელებული.

### 2.3. პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გამწვანება

პირველადი ჯანდაცვის არსებული ანაზღაურების მეთოდები არ არის ხარჯ-ეფექტური. პაციენტები ხშირ შემთხვევაში ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ მიმართავენ ექიმ-სპეციალისტებს და მაღალბიუჯეტურ გამოკვლევებსა და ძვირადღირებულ სამკურნალო სერვისებს, რაც ზრდის ხარჯებს. ჯანდაცვის ბარომეტრი აჩვენებს რომ 2012 -2017 წლის განმავლობაში გაზრდილია ოპერაციული მკურნალობის შემთხვევები ხოლო 300% არის მომატებული გადაუდებელი ოპერაციების მოხმარება.<sup>41</sup>

ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების მართვა არასაკმარისად და არაეფექტურად არის კოორდინირებული და მიწოდებული. შესაბამისად, ხშირია შემთხვევები საქმიანობის დუბლირების, რესურსების არაეფექტური გამოყენებისა და ხარჯების ყოველწლიური ზრდის. აღნიშნული სისტემით მიწოდებული სერვისები არაა ხარჯ-ეფექტური და ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის სერვისების მიზანმიმართულ და დროულ მიწოდებას.

როგორც უკვე აღინიშნა, სერვისის მიწოდებელთა ანაზღაურების არსებული მოდელები არ არის დაკავშირებული განუვლი მომსახურების შესრულებასთან/შედეგთან. უმეტეს შემთხვევაში მოცემული მოდელი არ უზრუნველყოფს ექიმთა დაინტერესებას, მათ მოტივაციას სერვისის გაუმჯობესების, სხვადასხვა სამკურნალო თუ სადიაგნოსტიკო მეთოდების შეთავაზების გაფართოების, საქმიანობის გაუმჯობესების და სიცოხლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით.

საქართველოში ოჯახის ექიმიდან სპეციალისტებთან მიმართვიანობა ძალიან მაღალია და შეადგენს დაახლოებით 40%-ს, როდესაც ევროპის ქვეყნებში 10-15 %-ია.

საქართველოში ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>42</sup>, 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. ასევე, კვლევამ აჩვენა<sup>43</sup>, რომ რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავს როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს. გამოკითხულთა 42% წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ იღებს კონსულტაციას ოჯახის ექიმისაგან, ხოლო 57%-ს პრევენციის მიზნით საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. ამგვარად, საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს დაუკავშირდნენ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარი ოჯახის ექიმთან.

41 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, პირველადი ჯანდაცვა საქართველოში: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან 6 წლის შემდეგ ;2019;16-17

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

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

### **რეკომენდაციები:**

1. გაიზარდოს ოჯახის ექიმისა და ექთნის დაფინანსება;
2. სამინისტროს მიერ განისაზღვროს ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გასაცემი სახელფასო მინიმუმი (აბულატორიის მოგების და ამბულატორიული ხარჯის რეგულირება);
3. გაიზარდოს პირველად ჯანდაცვაში დიაგნოსტიკური კვლევების სახელმწიფო დაფინანსება.

## თავი 3

### პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები

#### 3.1. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების მართვა/ორგანიზება

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის ბრძანება N136/ნ-ით გასსაზღვრულია საექიმო სპეციალობა „საოჯახო მედიცინა“. ის არის პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული კლინიკური სპეციალობა. საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 108/ნ-ით დამტკიცებულია საოჯახო მედიცინის პროფესიული კომპეტენციები, შემადგენელი დაავადებები და მდგომარეობები და სავალდებულო პრაქტიკული უნარჩვევები. ამ საქმიანობას კი სპეციალობით „ოჯახის ექიმები“ ახორციელებენ, რომლებიც ფლობენ სახელმწიფო სერტიფიკატს.<sup>44</sup>

ოჯახის ექიმთა კომპეტენციები განსაზღვრულია „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობის აღწერაში. ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის ზოგადი კომპეტენციების მიხედვით მისი ცოდნა და უნარ-ჩვევები ეფუძნება ექვს მთავარ მიმართულებას. პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვას; პიროვნებაზე ორიენტირებულ სამედიცინო დახმარებას; პრობლემის გადაჭრის სპეციფიკურ უნარჩვევებს, ყოვლისმომცველ მიდგომას; თემზე ორიენტაციას; ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელის პრაქტიკაში გამოყენებას.

ოჯახის ექიმის სტატუსის მიღება შესაძლებელია სამწლიანი სარეზიდენტო პროგრამის გავლის შედეგად „საოჯახო მედიცინის“ მიმართულებით ან მომიჯნავე სპეციალობების ექიმების (შინაგანი მედიცინა, პედიატრია, გასტროენტეროლოგია, ნეფროლოგია, კარდიოლოგია, პულმონოლოგია, რევმატოლოგია) მიერ მოკლევადიანი სარეზიდენტო პროგრამის გავლის შედეგად, როდესაც მათ შეუძლიათ მიიღონ მეორე დამატებითი სპეციალობა საოჯახო მედიცინაში. დარგში ლიცენზირება ხდება ერთჯერადად არაა საჭირო რესერტიფიცირება. არ არის სავალდებულო პოსტ დიპლომური, პროფესიული უწყვეტი განათლება. რაც შეეხება სოფლის ექიმს, იგი არის უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირი, რომელსაც გავლილი აქვს შესაბამისი პროფესიული მზადების ციკლი და ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, სახელმწიფო პროგრამის „სოფლის ექიმის“ ფარგლებში.

2019 წლის ჩათვლით პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებას სოფლად უზრუნველყოფდა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული „სოფლის ექიმის“ პროგრამის ფარგლებში. 2020 წლიდან პროგრამის განმახორციელებელია სსიპ „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი“. ამ პროგრამის აღწერილობის მიხედვით მომუშავე ექიმებს არ მოეთხოვებათ სერტიფიცირება „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობაში, რაც იწვევს მათ დაბალ პროდუქტიულობას. სოფლის ექიმების მხოლოდ 60% - აქვს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი. დანარჩენი პერსონალი ვიწრო სპეციალობის ექიმებს წარმოადგენენ. ასევე სოფლის ექიმების 20% შეთავსებით დასაქმებულია სხვა სამსახურში.<sup>45</sup>

საექმთო განათლების მიღება საქართველოში უმაღლესი აკადემიური და პროფესიული განათლების დაწესებულებებში მიმდინარეობს. საექმთო საქმის საბაკალავრო პროგრამები ხელმისაწვდომია საქართველოს ხუთ უნივერსიტეტში. მიუხედავად პროგრამების არსებობისა აღნიშნული პროფესიის მიმართ სტუდენტთა მოთხოვნა ძალიან დაბალია, შესაბამისად ყოველწლიურად ექთანთა რაოდენობა მცირდება და კრიტიკულ გამოწვევას წარმოადგენს ჯანდაცვის ადამიანური სერვისების მდგრადობის მიმართულებით.

44 საექიმო სპეციალობათა ნუსხა, საოჯახო მედიცინა [https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01\\_GEO/wJAN2016/16.pdf](https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/wJAN2016/16.pdf)

45 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1\\_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9E%E1%83%98; 2015](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9E%E1%83%98; 2015)

### 3.2. ადამიანური რესურსები საოჯახო მედიცინაში

სახელმწიფო სასერტიფიკაციო რეესტრის თანახმად საქართველოში 1998 წლიდან 2019 წლამდე „საოჯახო მედიცინა“ სპეციალობაში სერტიფიცირებულია 3148 ექიმი რეგიონებში დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმთა რაოდენობა კი შეადგენს 1293. ექიმთა განაწილების რაოდენობა განსხვავებულია რეგიონების მიხედვით ცხრილი # 2 წარმოადგენს ოჯახის ექიმთა და სოფლის ექიმთა რაოდენობას რეგიონების მიხედვით.

ცხრილში წარმოდგენილი სერტიფიცირებული და დაკონტრაქტებული ექიმების შორის განსხვავება ნათლად გვაჩვენებს რომ „საოჯახო მედიცინაში“ სერტიფიცირებული სპეციალისტები შესაძლოა მედიცინის სხვა სფეროებში საქმდებიან. თუ ერთი შეხედვით 3148 სერტიფიცირებული სპეციალისტი საკმარისი უნდა ყოფილიყო ქვეყნის მამუბათ მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად, რეალურად, სახელმწიფოს მიერ შექმნილი რესურსი გამოუყენებელია. ამ პრობლემის გამომწვევია „საოჯახო მედიცინის“ სპეციალობის დაბალი ანაზღაურება პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ვინრო სპეციალისტების ნაკლებობა და პროფესიონალიზმში მწვავე პრობლემას წარმოადგენს ჯანდაცვის ამ სექტორისათვის.

#### ცხრილი#2 ოჯახის ექიმთა და სოფლის ექიმთა რაოდენობას რეგიონების მიხედვით

#	რეგიონი	საოჯახო მედიცინაში სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა	დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმთა რაოდენობა
1	თბილისი	1329	-
2	აჭარა	196	107
3	გურია	81	74
4	იმერეთი	482	216
5	კახეთი	257	208
6	მცხეთა-მთიანეთი	56	63
7	რაჭა-ლეჩხუმი	37	62
8	სამეგრელო ზემო სვანეთი	240	168
9	სამცხე ჯავახეთი	51	98
10	ქვემო ქართლი	184	164
11	შიდა ქართლი	171	133
12	აფხაზეთი	64	-

ცხრილი#3 პირველადი ჯანდაცვის მუშაკთა და ექიმ სპეციალისტთა მიმოხილვა რეგიონების მიხედვით

რეგიონი/მოსახლეობის რაოდენობა	ექიმის სპეციალობა	რაოდენობა
საქართველოში სულ  3,723,464 ადამიანი  ≈ 1 ექიმი 1182	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	1855
	სოფლის ექიმი	1293
	კარდიოლოგი	1252
	ენდოკრინოლოგი	665
	ნევროლოგი	878
	დერმატო-ვენეროლოგი	441
	მეან გინეკოლოგი	1815
თბილისი  1,171,079 ადამიანი  ≈ 1 ექიმი 1732 ადამიანზე	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	676
	სოფლის ექიმი	0
	კარდიოლოგი	736
	ენდოკრინოლოგი	370
	ნევროლოგი	496
	დერმატო-ვენეროლოგი	263
	მეან გინეკოლოგი	995
გურია  109,396 ადამიანი  ≈ 1334	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	7
	სოფლის ექიმი	75
	კარდიოლოგი	9
	ენდოკრინოლოგი	9
	ნევროლოგი	11
	დერმატო-ვენეროლოგი	6
	მეან გინეკოლოგი	17
იმერეთი  497,396 ადამიანი  ≈ 1347	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	155
	სოფლის ექიმი	214
	კარდიოლოგი	136
	ენდოკრინოლოგი	58
	ნევროლოგი	90
	დერმატო-ვენეროლოგი	40
	მეან გინეკოლოგი	183
კახეთი  312,453 ადამიანი  ≈ 1358	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	21
	სოფლის ექიმი	209
	კარდიოლოგი	54
	ენდოკრინოლოგი	19
	ნევროლოგი	36
	დერმატო-ვენეროლოგი	14
	მეან გინეკოლოგი	77
მცხეთა-მთიანეთი  93,636 ადამიანი  ≈ 1216	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	14
	სოფლის ექიმი	63
	კარდიოლოგი	15
	ენდოკრინოლოგი	7
	ნევროლოგი	8
	დერმატო-ვენეროლოგი	1
	მეან გინეკოლოგი	10



რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი  29,701 ადამიანი  ≈ 436	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	7
	სოფლის ექიმი	61
	კარდიოლოგი	3
	ენდოკრინოლოგი	3
	ნევროლოგი	3
	დერმატო-ვენეროლოგი	1
	მეან გინეკოლოგი	7
სამეგრელო და ზემო სვანეთი  316,195 ადამიანი  ≈ 1285	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	81
	სოფლის ექიმი	165
	კარდიოლოგი	68
	ენდოკრინოლოგი	41
	ნევროლოგი	59
	დერმატო-ვენეროლოგი	29
	მეან გინეკოლოგი	112
სამცხე ჯავახეთი  153, 139 ადამიანი  ≈ 1578	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	15
	სოფლის ექიმი	83
	კარდიოლოგი	17
	ენდოკრინოლოგი	9
	ნევროლოგი	9
	დერმატო-ვენეროლოგი	7
	მეან გინეკოლოგი	32
ქვემო ქართლი  433,162 ადამიანი  ≈ 2944	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	89
	სოფლის ექიმი	160
	კარდიოლოგი	72
	ენდოკრინოლოგი	37
	ნევროლოგი	47
	დერმატო-ვენეროლოგი	20
	მეან გინეკოლოგი	10
შიდა ქართლი  257, 279 ადამიანი  ≈ 1618	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	26
	სოფლის ექიმი	133
	კარდიოლოგი	45
	ენდოკრინოლოგი	26
	ნევროლოგი	38
	დერმატო-ვენეროლოგი	20
	მეან გინეკოლოგი	83
აჭარა 349, 029 ადამიანი  ≈ 1928	ოჯახის ექიმი(სოფლის ექიმი/მეწარმის გარეშე)	77
	სოფლის ექიმი	104
	კარდიოლოგი	97
	ენდოკრინოლოგი	86
	ნევროლოგი	77
	დერმატო-ვენეროლოგი	40
	მეან გინეკოლოგი	179



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზის მიხედვით საქართველო ევროპის რეგიონის 53 ქვეყანას შორის 52 ადგილს იკავებს 100 000 მოსახლეზე ექთნების რაოდენობის მიხედვით. მიუხედავად ბოლო წლებში მზარდი სტატისტიკისა 2017 წელს ექთანთა რიცხვმა შეადგინა 509.0 (100 000 მოსახლეზე), რაც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის ქვეყნების სტანდარტს. გარდა რაოდენობისა პრობლემურია საექთნო ადამიანური რესურსების გეოგრაფიული განაწილება. ექთანთა დიდი ნაწილი კონცენტრირებულია დედაქალაქში, ხოლო რეგიონებში და სოფლის ამბულატორიებში ექთანთა რაოდენობა ყოველწლიურად მცირდება და არის შემთხვევები როდესაც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში მხოლოდ ოჯახის ექიმს ვხვდებით.

ექიმსა და ექთანს შორის თანაფარდობა დარღვეულია. მაშინ როცა ევროპის ქვეყნებში ერთ ექიმზე 4-5 ექთანი მოდის, საქართველოში ექიმების რიცხვი მნიშვნელოვნად აჭარბებს ექთნების რიცხვს. ხშირ შემთხვევაში კერძო სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებს არ აჰყავთ საჭირო რაოდენობის ექთნები ხარჯების დაზოგვის მიზნით. შესაბამისად, ექთანი მის ბაზისურ მოვალეობას, რაც არის პაციენტის განათლება მისი მხარდაჭერა და ინფორმირება სრულყოფილად ვერ ასრულებს.

2019 წელს საქართველოს მთავრობის #334 დადგენილებით <sup>46</sup> დამტკიცდა საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგია. სტრატეგიის მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ხელშეწყობა საექთნო სფეროში კვალიფიციური ადამიანური რესურსების გენერირების და პროფესიული რეგულირების მდგრადი სისტემების ჩამოყალიბების გზით.<sup>47</sup> სტრატეგიის ფარგლებში დაგეგმილია ექთანთა უწყვეტი განათლების სისტემის შექმნა / დანერგვა და მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.

ქვეყანაში ფუნქციონირებს რამოდენიმე საოჯახო მედიცინის ასოციაცია რომელიც ჩართულია გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შექმნისა და გადახედვის პროცესში, ასევე მონაწილეობას იღებს სამინისტროში არსებულ პირველადი ჯანდაცვის საბჭოს განხილვებში, სამუშაო შეხვედრებში და წარმოადგენს საოჯახო მედიცინის, ოჯახის ექიმთა საჭიროებებს, მოსაზრებებს ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში.

გარდა საოჯახო მედიცინის ასოციაციებისა, ფუნქციონირებს ექთანთა გაერთიანება<sup>48</sup> რომელთა მიზანს წარმოადგენს საექთნო პროფესიის პოპულარიზაცისა და განვითარების მიზნით, პროფესიული სტანდარტების შემუშავება/დანერგვის ხელშეწყობა, ადვოკატირება სახელმწიფო უწყებებთან პროფესიის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით.

პირველადი ჯანდაცვის ბირთვი არის ოჯახის ექიმი და ექთანი. საქართველოში ადამიანური რესურსი შესაძლებელია დაიყოს სამუშაო ადგილის მიხედვით რამოდენიმე ჯგუფად. ოჯახის ექიმები და ექთნები რომლებიც მუშაობენ კერძო სადაზღვევო კლინიკებში, კერძო კლინიკებში, და კერძო პრაქტიკის ოჯახის ექიმები სოფლად.

ოჯახის/სოფლის ექიმთა დატვირთვა, რომელიც დაკავშირებულია ექიმთა პროდუქტიულობის მაჩვენებელთან, განსხვავდება ერთმანეთისგან. სოფლის ექიმთა პროგრამის 2015 წლის სახელმწიფო აუდიტის ანგარიშში<sup>49</sup> ნათქვამია, რომ დატვირთვა საგრძნობლად განსხვავდება ერთმანეთისაგან და ამის მიზეზად კონკრეტული ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელ რელიეფს, მოსახლეობის განსხვავებულ რაოდენობას და დასახლების სიმჭიდროვეს ასახელებს. ასევე აღნიშნავს, რომ არსებობს ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებულ 2 ექიმს მნიშვნელოვნად განსხვავებული დატვირთვა აქვს, ანგარიშში ასევე აღნიშნულია რომ სოფლის

46 საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ დადგენილება # 334 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>

47 საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ დადგენილება # 334 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>

48 პროფესიული კავშირების გაერთიანება <http://www.nof.ge/ka/>

49 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1\\_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98\\_2015:4-5](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98_2015:4-5)

ექიმთა უმეტესობა არ არის გადამზადებული და სერთიფიცირებული საოჯახო მედიცინაში რაც მათ საქმიანობაზე, განუვლ ბრუნვაზე და პროდუქტიულობაზე მნიშვნელოვნად აისახება.

გამონვევად რჩება არასაკმარისი ადამიანური რესურსები პირველად ჯანდაცვაში სოფლად. არ არის დარეგულირებული სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დროის რეჟიმი არც მაკორდინირებელ ორგანოს(სოციალური მომსახურების სააგენტოს) არ გააჩნია პერსონალის მონიტორინგის მექანიზმი. გარდა ამისა აღსანიშნავია, რომ სოფლად თუ ქალაქად ოჯახის ექიმთა უმეტესობა დასაქმებულია არა ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში და სხვადასხვა დაწესებულებაში მათ ჩართულობას და დატვირთვა/ საქმიანობის ინტენსივობას თავადვე განსაზღვრავენ.

საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით ოჯახის ექიმების ანაზღაურება ხდება ვაპიტაციური პრინციპით, კერძოდ, ფიქსირებულია ბენეფიციარზე გამოყოფილი თანხა. ოჯახის ექიმის ანაზღაურება კი ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით.თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამით ყოველთვიურად გამოყოფილია 1ლარი და 93 თეთრი.პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ყოველთვიური ბიუჯეტი კი განისაზღვრება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების მიხედვით.

სამედიცინო დაწესებულება ოჯახის ექიმს ბენეფიციარზე დარიცხული თანხის 10-12%-ით აფინანსებს, რაც ნიშნავს რომ პაციენტზე მას 19-20 თეთრი ერიცხება. ხოლო ექთანს ამ თანხის ნახევარი ანუ დაახლოებით 10 თეთრი. საშუალოდ ერთ ოჯახის ექიმთან 2000-2500 ბენეფიციარია მიბმული რაც იმას ნიშნავს რომ მათი საშუალო ყოველთვიური ხელფასი ექიმისთვის 400-450 ლარია ხოლო ექთნისთვის 200 ლარი<sup>50</sup>.

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 (განუვლი მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად<sup>51</sup>.

### **3.3. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსები . გამონვევები**

პირველად ჯანდაცვაში არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების მართვის სტრატეგია. პჯდ რგოლში სახელმწიფოს მიერ გროვდება სტატისტიკური ინფორმაცია თუმცა ამ ინფორმაციის გამოყენება შედეგების გაუმჯობესების მიზნით არ ხდება. ამის ნათელი მაგალითია: იმ სერვისებში რომლებიც არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ პრაქტიკულად ჯანდაცვის სამინისტროს ჩარევა არ ხდება. გარდა სალიცენზიო და სანებართვო პირობების დაკმაყოფილების კონტროლისა, ექიმების ლიცენზირებისა და სამედიცინო საქმიანობის რეგულირებისა რომელიც არ აფასებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ხარისხს და შედეგიანობას პაციენტისათვის.

კვლევა<sup>52</sup> აჩვენებს, რომ საქართველოში ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან. აღნიშნული მიუთითებს, რომ შესაძლოა მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობს მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში და არა პრევენციისთვის, რაც ზრდის დაავადებათა გვიან ეტაპზე გამოვლენის რისკს და ჯანდაცვაზე განუვლ დანახარჯებს, რაც პირველადი ჯანდაცვის არსის საპირისპიროა.

ადამიანური რესურსების სწორი განვითარება პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურების გამართულ მიზანმიმართულ ეფექტურ მიწოდებასთან. კარგი განათლების, შესაბამისი უნარ-ჩვევების და

50 ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015.

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

52 Evaluation of patient referrals to family physicians ,2019in Georgia,Verulava;Beruashvili

საჭიროების შესაბამისი რაოდენობის ოჯახის ექიმთა და ექთანთა არსებობა იძლევა შესაძლებლობას უზრუნველყოთ მაღალი ხარისხის სერვისი, შევინარჩუნოთ უწყვეტობა, მოსახლეობის ჯანმრთელობა და დაზოგოთ ისეთი ხარჯები რომელიც დაკავშირებულია, როგორც ჭარბი რაოდენობით ადამიანური რესურსის ანაზღაურებასთან, ასევე არასაჭირო თუ დაგვიანებული ძვირადღირებული მკურნალობისა თუ დიაგნოსტიკასთან.

როგორც ოჯახის ექიმის სპეციალობა ასევე, საექთნო საქმე საქართველოში წარმოადგენს არაპოპულარულ და დაბალანაზღაურებად პროფესიას. შესაბამისად ახალგაზრდებს აქვთ ნაკლები მოტივაცია გააგრძელონ მათი კარიერა ამ მიმართულებით. დაბალია ამ მიმართულებით რეზიდენტურის კურსდამთავრებულთა რიცხვი. პირველადი ჯანდაცვის ადამიანურ რესურსთა დიდი ნაწილი წარმოადგენს უკვე მომიჯნავე მიმართულებების სპეციალისტებს რომლებმაც რეზიდენტურის მოკლევადიანი კურსის შედეგად შეიძინეს მეორე სპეციალობა. შესაბამისად მათი ასაკი, გამოცდილება და კომპეტენციები განსხვავებულია.

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 ფინანსური თუ ტერიტორიული ბარიერების გამო.<sup>53</sup>

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 ცოდნა.<sup>54</sup>

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადოდ განათლებული ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული მომზადების დონის ამაღლება. ქვეყანაში არსებობს საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და შესაბამისად, 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.<sup>55</sup>

„ადამიანური რესურსების შეფასება ჯანდაცვის სექტორში“ ჩატარებული ბარომეტრის მონაცემებით, საქართველოში ექიმების პროდუქტიულობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მსგავს მონაცემებს. მაგალითად, საქართველოს ამბულატორიის ერთი ექიმი წელიწადში იღებს დაახლოებით 1062 პაციენტს როცა ლიტვაში იგივე მონაცემი 5 944 უტოლდება.<sup>56</sup>

აუდიტის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში პერსონალთან ხელშეკრულების გაფორმება რომელიც სხვა სამსახურში არის დასაქმებული, რეგიონში კადრების დეფიციტს უკავშირდება თუმცა საპირისპიროა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებთან გაფორმებული ხელშეკრულების ფორმა რომელიც ვერ ქმნის კადრის მოძიების საფუძველს ანუ ექიმისაგან მომსახურების შესყიდვა ხდება სახელმწიფო შესყიდვებით დადგენილი წესით გამარტივებული შესყიდვის გზით, შესაბამისად არ ცხადდება ვაკანსიები, არ ხდება დაინტერესებული მხარეების მასობრივი ინფორმირება არსებულ პოზიციებთან დაკავშირებით.<sup>57</sup>

53 თ.ვერულავა

54 Tengiz Verulava, Dali Beruashvili, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. Family Medicine & Primary Care Review 2019; 21(2):180-183

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

56 ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი ტალღა 10, ადამიანური რესურსი ჯანდაცვის სექტორში [http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH\\_Barometer-10.pdf](http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/03/HRH_Barometer-10.pdf) ;2018

57 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1\\_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1_%E1%83%94%E1%83%A5%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98) 2015;4-5

პროგრამის დაფინანსების სისტემა ვერ ექმნის სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მიღწევის წინაპირობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება არ ემსახურება ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. არსებული მოდელით, თუ ექიმს ბევრი პაციენტი ჰყავს, მას გაცილებით მეტი მატერიალური ხარჯის გაღება უწევს საკუთარი ანაზღაურებიდან, ვიდრე ექიმს, რომელიც პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას ნაკლებად ახორციელებს, სხვადასხვა მიზეზის გამო. მათ შორის, რამოდენიმე დაწესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო.

გარდა ამისა ოჯახის ექიმთა უმეტესობა ნაკლებად ასრულებს მასზე დაკისრებულ კომპეტენციებს. საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რესპონდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (75%) აღნიშნავს, რომ ექიმი არ იბარებს პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებზე, რაც თავის მხრივ, მიუთითებს, რომ პრევენციული მედიცინის კომპონენტი ძალიან სუსტია პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში რაც დაავადებათა გვიანი გამოვლენის უშუალო მიზეზით, მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.<sup>58</sup>

ქვეყანაში არ არსებობს ექიმთა მიერ გაიდლაინების შესრულების კლინიკური შიდა და გარე აუდიტი. არც პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ხდება ოჯახის ექიმთა საქმიანობის შეფასება ქვეყანაში არსებულ გაიდლაინებთან მიმართებით. გარდა ფორმალურად იდენტიფიცირებული საჩივრის ფორმებისა, რომელიც უშუალოდ არის შეტანილი ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში საჩივრის სახით სერვისების მიწოდების პროცესის მოკვლევა-შეფასება არ ხორციელდება. შესაბამისად აღნიშნული საშუალებას აძლევს სერვისის მიწოდებლებს უზრუნველყონ სერვისები მათი და არა მოსახლეობის საჭიროებებიდან გამომდინარე.

## რეკომენდაციები

1. შეიქმნას ინტენსიური საგანმანათლებლო სავალდებულო კურსი ოჯახის ექიმთათვის, რომლის საფუძველზეც მოხდება მათი გადამზადება და რესერტიფიცირება;
2. შეიქმნას სავალდებულო უწყვეტი განათლების საგანმანათლებლო აკრედიტირებული პროგრამა ოჯახის ექიმებისთვის;
3. დაინერგოს რესერტიფიცირების სისტემა რომლის შეფასება დაფუძნებული იქნება უწყვეტი განათლების პროგრამაში ჩართვასა და ოჯახის ექიმისა და ექთნის მიერ ჩატარებული საქმიანობის შეფასებაზე;
4. პირველადი ჯანდაცვის მიზნების გათვალისწინებით პერიოდულად გადაიხედოს საოჯახო მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამები;
5. ხელი შეეწყოს ექთანთა სამაგისტრო/სადოქტორო განათლების პროგრამების განვითარებისათვის სუბსიდირებას;
6. შეიქმნას სავალდებულო უწყვეტი განათლების საგანმანათლებლო აკრედიტირებული პროგრამა ოჯახის ექთანთათვის;
7. ხელი შეეწყოს სახელწიფოს მიერ საექთნო საქმის საბაკალავრო პროგრამების სუბსიდირებას;



8. დამტკიცებული საოჯახო მედიცინის საექიმო სპეციალობათა კომპეტენციაში განისაზღვროს და დაემატოს ექთნის სავალდებულო პრაქტიკული უნარჩვევები;
9. ოჯახის ექიმთა მომიჯნავე სპეციალობათა გაფართოების მიზნით გადაიხედოს დამტკიცებული საექიმო სპეციალობათა და მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა ნუსხა (ადამიანური რესურსების რაოდენობრივი საჭიროების გათვალისწინებით);
10. შემუშავდეს და დაინერგოს მრავალკომპონენტური კომბინირებული მოტივაციამე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა (ესტონეთის შვეიცარია და თურქეთის მაგალითი);
11. შეიქმნას სამედიცინო პერსონალის შეფასების სარეიტინგო სისტემა პაციენტებისთვის;
12. შეიქმნას ოჯახის ექიმისა და ექთნის საქმიანობის შეფასების ინდიკატორები და მექანიზმები; მუდმივ რეჟიმში განხორციელდეს არსებული ლიცენზირებული პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე სპეციალისტების ბაზის განახლება, ასაკობრივი ტერიტორიული, დასაქმების სტატუსის, დასაქმების ადგილი (კერძო/საჯარო/კომპანია);

## თავი 4

### პირველადი ჯანდაცვის სერვისები

უსაფრთხო, ეფექტური, ეფექტიანი, პაციენტზე ორიენტირებული, სამართლიანი დროული, თანასწორი, ყველასთვის მისაღები ეს ის განზომილებებია რომელიც გათვალისწინებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებისას.

სერვისების მიწოდება და რესურსები ისე უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ უზრუნველყოს ტერიტორიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, ზრუნვის უწყვეტობა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, სერვისების მრავალფეროვნება რომელიც მიმართულია პაციენტთა ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე და საჭიროების შემთხვევაში მეგზურობა, სწორი, მიზანმიმართული გადამისამართება, შესაბამისი სერვისების მისაღებად.

პროცესის ნაწილში წარმოდგენილია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების პროცესი და მისი შემადგენელი კომპონენტები. განხილულია სერვისის მიწოდების ოთხი ძირითადი მახასიათებელი- **ხელმისაწვდომობა, უწყვეტობა, ყოვლისმომცველობა და კოორდინირება.**

#### 4.1. ყოვლისმომცველობა

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 ეწვიან.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უზრუნველყოფს ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებების მიწოდებას მოსახლეობისათვის (დანართი 1.1 ა და ბ პუნქტები). ამბულატორიულ ნაწილში, 36-ე დადგენილების თანახმად, შედის პირველადი ჯანდაცვა (საოჯახო მედიცინა) და მეორეული ჯანდაცვის ის ნაწილი, რომელიც შედგება ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებისგან, განსაზღვრული ლაბორატორიული და ტექნოლოგიურ კვლევებისგან (რენტგენი და ულტრასონოგრაფია) , ამბულატორიულ დონეზე.

**ბენეფიტების პაკეტი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა და სოფლის ექიმის პროგრამისთვის თითქმის იდენტურია და მოიცავს:**

- ვიზიტს ექიმთან/ექთანთან;
- იმუნიზაციას;
- სახლში ვიზიტებს;
- მწვავე და ქრონიკული დაავადებების დიაგნოზს, მართვას და საჭიროების შემთხვევაში რეფერალს, მათ შორის არის: ჰიპერტონიული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, ბრონქული ასთმა, ინკურაბელური პაციენტები;
- გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;
- შეზღუდული მიმართულებებით სპეციალისტთან კონსულტირებას;
- 23 აუცილებელ მედიკამენტს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ;
- 8 ანტენატალურ ვიზიტს;
- ტუბერკულოზის შემთხვევების მართვას;
- მენტალური ჯანმრთელობის დარღვევების მართვას;
- უფასო ინსულინით უზრუნველყოფას;
- ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას;
- C ჰეპატიტის მკურნალობას;
- მკერდისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს.

სპეციალიზირებული ზრუნვის სერვისები (დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა/მკურნალობა, მენტალური ჯანმრთელობა, დიაბეტის მკურნალობა, აივ- ინფექცია/ შიდსი, C ჰეპატიტი, სკრინინგი) წარმოადგენს ვერტიკალურ პროგრამებს, რომელიც მიეწოდება სპეციალიზირებული ცენტრების მიერ და არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, რაც ართულებს, და არაეფექტურს ხდის აღნიშნული სერვისების მოცვის მაჩვენებელს, ეფექტიანობას და ხარჯ-ეფექტურობას.

ბენეფიტების პაკეტი სოფლის ექიმის პროგრამითა და საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით მოიცავს თითქმის მსგავს სერვისებს. თუმცა აქ უპირატესობა აქვს საყოველთაო ჯანმრთელობის სერვისის ბენეფიციარებს, კერძოდ ოჯახის ექიმის პროგრამის ბენეფიტების პაკეტი არ ფარავს სპეციალისტისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების სერვისებს. არაერთ ანგარიშში არის ხაზგასმული, რომ აღნიშნული ფაქტი დამაბრკოლებელ ფაქტორს წარმოადგენს სოფლის მოსახლეობისთვის რადგან მათ უწევთ მიმართონ რაიონულ ცენტრს სპეციალისტთან კონსულტაციისთვის. გარდა სატრანსპორტო გადაადგილების ხარჯისა, პაციენტს უწევს სერვისის საფასურის სრული ან თანაგადახდა, რაც მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის სერვისების უტილიზაციისას. დაართი 1 და 2 სახით წაროდგენილია ოჯახის ექიმისა და სოფლის ექიმის საბაზისო მომსახურებების ჩამონათვალი

**ცხრილი #4 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მოცულობა**

მიზნობრივი ჯგუფი	მოსახლეობის ჯამური რაოდენობა	სერვისების მოცულობა
პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა	162 090	საყოველთაო დაბდვევის მომსახურება 100% ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებას და ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებულ პროფილაქტიკურ აცრებს, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს - 100 % ხოლო სხვა დანარჩენ მომსახურებაზე მათ შორის ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ სპეციალისტის მომსახურებასა, ონკოლოგიური მკურნალობა და გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებზე მოქმედებს 70 - 80 % თანაგადახდა მოცემული პაკეტი არ ითვალისწინებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯებს/ თანაგადახდას
6-17 წლის ასაკის პირები	547,614	საყოველთაო დაბდვევის მომსახურება 100% ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებას და ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებულ პროფილაქტიკურ აცრებს, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიულ მკურნალობას - 100 % ხოლო სხვა დანარჩენ მომსახურებაზე მათ შორის ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ სპეციალისტთან მომსახურებასა და გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებზე მოქმედებს 70 - 80 % თანაგადახდა მოცემული პაკეტი არ ითვალისწინებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯებს/ თანაგადახდას



<p><b>წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი მქონე პირები</b></p>		<p>აღნიშნული ჯგუფისთვის 100% ანაზღაურება გათვალისწინებულია მხოლოდ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებასა და ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკუი აცრებზე;</p> <p>სერვისები თანაგადახდით (70-90%) შეზღუდულია და მოიცავს გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებას, გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებს, ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიულ მკურნალობას.</p> <p>მოცემული ჯგუფისთვის პაკეტი არ ითვალისწინებს ანაზღაურებას ექიმ-სპეციალისტების, არც-ერთი ინსტრუმენტალური/კლინიკური/ლაბორატორიული გამოკვლევის მათ შორის გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების ხარჯებს.</p> <p>მოცემული პაკეტი არ ითვალისწინებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯებს/ თანაგადახდას</p>
<p><b>თვიური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე პირები</b></p>		<p>საყოველთაო დაზღვევის მომსახურება 100% ფარავს გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებას და ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებულ პროფილაქტიკურ აცრებს, გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას, კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს - 100 %</p> <p>ხოლო სხვა დანარჩენ მომსახურებაზე მათ შორის ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ სპეციალისტის მომსახურებასა, ონკოლოგიური მკურნალობა და გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებზე მოქმედებს 70 - 80 % თანაგადახდა</p> <p>მოცემული პაკეტი არ ითვალისწინებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯებს/ თანაგადახდას</p>
<p><b>ვეტერანები</b></p>	<p>68 785</p>	<p>ვეტერანებისთვის 100 %-ით იფარება საყოველთაო ჯანმრთელობის მომსახურებით განსაზღვრული ყველა სერვისი.</p> <p>მათ შორის ვეტერანებისთვის მოქმედებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდა ლიმიტირებული 50 ლარიანი ბიუჯეტით.</p>
<p><b>ქ.0-60 წელი მ.0-65 წელი</b></p>	<p>472,178 208 362</p>	<p>აღნიშნული ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლებისთვის 100 % ით იფარება საყოველთაო ჯანმრთელობის პაკეტით გათვალისწინებული სერვისები. მათ შორის მოქმედებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდა ლიმიტირებული 50 ლარიანი ბიუჯეტით.</p>

საპენსიო ასაკი	1 024 863	საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის 100 % ით იფარება საყოველთაო ჯანმრთელობის პაკეტით გათვალისწინებული სერვისები. მათ შორის მოქმედებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდა ლიმიტირებული 200 ლარიანი ბიუჯეტით.
0-5 წ	328,940	0-5 წლამდე ბავშვებისთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის მომსახურება ითვალისწინებს პაკეტით გათვალისწინებული სერვისების 100%-ით ანაზღაურებას. მათ შორის აღნიშნულ ჯგუფისთვის პაკეტი ითვალისწინებს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას 80%იანი თანაგადახდით და სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდას ლიმიტირებული 50 ლარიანი ბიუჯეტით.
შშმ ბავშვი	11 271	შშმ ბავშვებისთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის მომსახურება ითვალისწინებს პაკეტით გათვალისწინებული სერვისების 100%-ით ანაზღაურებას. მათ შორის აღნიშნულ ჯგუფისთვის პაკეტი ითვალისწინებს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას 80%იანი თანაგადახდით და სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდას ლიმიტირებული 100 ლარიანი ბიუჯეტით.
მკვეთრად გამოხატული შშმ	28 674	მკვეთრად გამოხატული შშმ ჯგუფისთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის მომსახურება ითვალისწინებს პაკეტით გათვალისწინებული სერვისების 100%-ით ანაზღაურებას. მათ შორის აღნიშნულ ჯგუფისთვის პაკეტი ითვალისწინებს კომპიუტერულ ტომოგრაფიის და გეგმიური ქირურგიული ოპერაციების 80%იანი თანაგადახდით და სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდას ლიმიტირებული 100 ლარიანი ბიუჯეტით.
სტუდენტი	147 714	სტუდენტებისთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით გათვალისწინებულია პაკეტით გათვალისწინებული სერვისების 100%-ით ანაზღაურებას. მათ შორის აღნიშნულ ჯგუფისთვის პაკეტი ითვალისწინებს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას და გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებს 80%იანი თანაგადახდით.  მოცემული პაკეტი არ ითვალისწინებს სამკურნალო საშუალებების ხარჯებს/ თანაგადახდას.
საპენსიო ასაკი	-	
მკვეთრად გამოხატული შშმ და საპენსიო ასაკის ვეტერანი	177	შშმ ბავშვებისთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის მომსახურება ითვალისწინებს პაკეტით გათვალისწინებული სერვისების 100%-ით ანაზღაურებას. მათ შორის აღნიშნულ ჯგუფისთვის პაკეტი ითვალისწინებს კომპიუტერულ ტომოგრაფიას და გეგმიურ ქირურგიულ ოპერაციებს. სამკურნალო საშუალებების ხარჯთა 50% თანაგადახდას ლიმიტირებული 100 ლარიანი ბიუჯეტით.

#### 4.1.1. გამონვევები

სერვისის მიწოდებისას „ყოლისმომცველობა“, რაც მოიცავს ზრუნვას როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე, არსობრივად დარღვეულია. მიწოდებული სერვისები არის წყვეტილი და არ მიჰყვება მნიშვნელოვან ჯაჭვს რომელიც წარმოდგენილია:

**პრევენციით → მკურნალობითა → რეაბილიტაციით.**

ოჯახის ექიმს არ აქვს კომუნიკაცია სოციალურ მუშაკებთან, თემის ლიდერებთან. მათ შორის თანამშრომლობა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა პაციენტთა პრობლემების იდენტიფიცირებას და მათი სოციალური საჭიროებებიდან გამომდინარე შესაბამისი სერვისების შეთავაზებას. რაც ხელს შეუწყობდა, როგორც ოჯახის ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობას/კომუნიკაციას ასევე ნდობას სისტემის მიმართ, ხოლო სერვისებს გახდიდა უფრო ეფექტურს და მოქნილს. პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრირება სკრინინგის პროგრამებთან ასევე სუსტია, რაც უკავშირდება სამინისტროს მიერ განხორციელებული პროგრამების არასაკმარის ვერტიკალურ და ჰორიზონტალურ ერთმანეთთან კოორდინაციას.

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტური საშუალებაა. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი და სხვა) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. შედეგად, ხშირია საქმიანობის დუბლირება, რესურსების არაეფექტური გამოყენება, ხარჯების ზრდა. ამისათვის საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მათი შეთანხმებული მუშაობა/ ინტეგრაცია, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯ-ეფექტურად განვას.

დაავადებათა პრევენცია, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, მოიაზრებს პირველადი ჯანდაცვის სკრინინგის პროგრამებთან კოორდინაციას დაავადებათა ადრეული გამოვლენის მიზნით. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლი სოფლის ექიმი, როგორც რეფერალის (გადამისამართების) ძირითადი განმახორციელებელი ჩართული არ არის. სოფლის ექიმების გამოკითხვით დასტურდება, რომ მათი ნაწილი (24%) ფლობს მხოლოდ ზოგად ინფორმაციას დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის პროგრამის შესახებ, ხოლო კითხვაზე, თუ რამდენად ხშირად გაუგზავნიან პაციენტი სკრინინგის პროგრამაში გამოკვლევის ჩასატარებლად, გამოკითხულ ექიმთა 57% პასუხობს, რომ ეს იშვიათად ხდება.

თავის მხრივ, დაავადებათა ადრეული გამოვლენა ხელს უწყობს ქვეყანაში ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებას და აისახება მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხზე. გვიან გამოვლენილი დაავადებები, თავის მხრივ, ზრდის სახელმწიფო და კერძო დანახარჯებს, ვინაიდან ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილი დაავადების მკურნალობა, როგორც წესი, უფრო ნაკლებ დანახარჯებს უკავშირდება

#### 4.2. უწყვეტობა

პირველადი ჯანდაცვის მეშვეობით პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ექიმი პაციენტს ხანგრძლივად, მთელი სიცოცხლის მანძილზე აკვირდება. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება და უპასუხოს ადამიანის წინაშე მდგარ გამონვევებს ასაკის, სქესისა და სოციალური სტატუსის გათვალისწინებით.

#### 4.2.1 გამონვევები

დღეს პირველადი ჯანდაცვის მიმდინარე პროგრამები და მასში ჩართული სამედიცინო სერვისის მიწოდებლები ვერ უზრუნველყოფენ პაციენტთან სწორ მიზანმიმართულ კომუნიკაციას და მათი

ჯანმრთელობის მართვას ვერც ოჯახის ექიმები/სოფლის ექიმები უზრუნველყოფენ პაციენტთან სწორ კომუნიკაციას და არც პაციენტი ენდობა მათ. ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 3.6-ს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს).

საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რესპოდენტთა 40.1% გამოხატავს ნაწილობრივ (38.6.8%), ან სრულ (1.5%) უკმაყოფილებას ოჯახის ექიმის მიმართ<sup>59</sup>. რესპოდენტთა 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<sup>60</sup>.

ევროპის ქვეყნებში, ოჯახის ექიმი ე.წ. ვიწრო სპეციალისტებთან გადამისამართების გარეშე, საკუთარი კომპეტენციით მკურნალობს პაციენტების 85%-90%-ს და მხოლოდ 10%-15%-ს ამისამართებს სხვა ექიმ-სპეციალისტებთან. 2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში კი ოჯახის ექიმები პაციენტთა 40%-ს ამისამართებენ ექიმ-სპეციალისტებთან.

ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>61</sup>, რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავს როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, 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.

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 განუვალ დანახარჯებს.

აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით რომ პაციენტებს ნაკლები ნდობა, მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ სერვისებს.

დარღვეულია სათემო პრინციპი, არ ხორციელდება ოჯახის ექიმისა და ექთნის მოსახლეობაში გასვლა მათი საჭიროებების შესწავლა, ანალიზი და სერვისების შესაბამისი ორგანიზება/მიწოდება.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან არ არსებობს უკუკავშირი სასწრაფო/გადაუდებელ სამსახურიდან და ჰოსპიტალური სერვისიდან. რაც ეწინააღმდეგება აღნიშნული მიმართულების არსს და არ აძლევს ოჯახის ექიმს შესაძლებლობას იყოს ინფორმირებული მისი პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესების ან გაუარესების შესახებ.

არ არის გარკვეული კრიტერიუმები რა პრონციპით ხდება ექიმთან მიბმა. აღნიშნული პრობლემას წარმოადგენს ოჯახის/სოფლის ექიმთათვის რადგან ხშირ შემთხვევაში სერვისის მიმწოდებელზე მიბმულია მოსახლეობის დიდი რაოდენობა. რაც თავისთავად გამორიცხავს ექიმის შესაძლებლობას გამოიყენოს ყოვლისმომცველობისა და უწყვეტობის პრინციპი თითოეულ პაციენტთან მიმართებაში და აწარმოოს დაკვირვება მასზე მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

59 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება. Welfare Foundation. 2016.

60 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება. Welfare Foundation. 2016.

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



### 4.3. კოორდინაცია

ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს პაციენტების სამედიცინო მომსახურებას და გვევლინება როგორც მისი ქომაგი, მეგზური, კოორდინატორი, რომელსაც შეუძლია დაიცვას პაციენტები, დაეხმაროს მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში. ექიმის კოორდინირების ფუნქციის მეშვეობით პაციენტი იღებს შესაბამის სერვისს შესაბამის დროს და შესაბამის ადგილას.

#### 4.3.1. გამოწვევები

პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. მოსახლეობას შეუძლია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ოჯახის ექიმთან ვიზიტის გარეშე მიმართოს პირდაპირ სპეციალისტს. გარდა ამისა პაციენტები ოჯახის ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. რაც ზრდის პაციენტთა დაავადებების გართულების რისკს.

2019 წელს 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.<sup>62</sup> გარდა ამისა, ვერ უწევს მეგზურობას პაციენტს, კერძოდ ვერ უზრუნველყოფს მას ინფორმაციით - სად, რატომ, ვისთან და როდის უნდა მივიდეს. გამოწვევაა ასევე სისტემის უწყვეტი, არაფრაგმენტული მიწოდება, კერძოდ ოჯახის ექიმთა უმეტეს ნაწილს არ უბრუნდება ინფორმაცია პაციენტის მიერ ჩატარებული გამოკვლევების, მიღებული დანიშნულების შესახებ. რაც ხელს უწყობს ძვირადღირებული სერვისების ჰიპერუტილიზაციას. აღნიშნულის საპირისპიროდ მნიშვნელოვანია და აუცილებელი საბოლოო შეთანხმება მოხდეს ოჯახის ექიმთან დამატებითი მომსახურების საჭიროების შემთხვევებში.

დანებსებულებების მოგების გაზრდის მიზნით, ხშირად ხორციელდება არასაჭირო რეფერალი. მაღალია რეფერალი სპეციალისტებთან და სამკურნალო თუ დიაგნოსტიკურ კვლევებზე, სადაც პაციენტს უმეტეს შემთხვევაში უწევს ჯიბიდან გადახდა სრულად ან თანაგადახდით. დიდ ქალაქებში, რაიონულ ცენტრებსა და სოფლებში დასაქმებული ოჯახის ექიმები ხშირ შემთხვევებში წარმოადგენენ პაციენტების რეფერალის წყაროს ჰოსპიტალებისთვის და ამისათვის ექიმებს გააჩნიათ სხვადასხვა სახის მოტივაცია, როგორცაა ე.წ. cashback/ქეშბეკი, საჩუქრები, ბონუსები.

გარდა ამისა, ხშირია ოჯახის ექიმების და სპეციალისტების მიერ ზედმეტი და მკურნალობისათვის არაეფექტური მედიკამენტების ჭარბი დანიშვნის შემთხვევები განსაკუთრებით ხანდაზმულებში. „ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის“ კვლევა ადასტურებს, რომ „რესპონდენტთა 20% ერთდროულად იყენებს ხუთზე მეტ, ხოლო 34% - სამ ან ხუთ მედიკამენტს. საშუალოდ, თითოეული პირის მიერ გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა შეადგენდა 3.1. ხანდაზმულები ყველაზე ხშირად იყენებენ გულსისხლძარღვთა სისტემის სამკურნალო საშუალებებს (66%).“<sup>63</sup> . არც თუ იშვიათია ექიმთა დაინტერესება ფარმაცევტული კომპანიების მხრიდან. ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლები აქტიურად მუშაობენ და ცდილობენ ექიმთა მოტივაციას არაპირდაპირი თუ პირდაპირი ფინანსური ინტერესების/ბონუსების სანაცვლოდ. უფასო მედიკამენტების პროგრამის არაეფექტურობის ერთ-ერთ მიზეზად შესაძლებელია განვიხილოთ ექიმთა დაბალი მოტივაცია/სარგებელი - ინფორმაცია მიაწოდონ პაციენტს არსებული პროგრამის შესახებ და შეურჩიონ ის წამლები, რომელიც პროგრამით არის გათვალისწინებული.

არ არსებობს არანაირი მექანიზმი/სტრატეგია რომელიც განახორციელებს ზედამხედველობას ოჯახის

62 თ. ვერულავა

63 თენგიზ ვერულავა. ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა



ეჭიმის მიერ სპეციალისტთან განხორციელებული გადამისამართების შესაბამისობას საჭიროებასთან. იგივე შეიძლება ითქვას მედიკამენტების დანიშვნა-გამოყენებაზე. არ ხდება რეკომენდებული მკურნალობის შეფასება და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება/გაუარესების ფაქტების შესწავლა. არ არსებობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გამოსავლის ანგარიშგების სისტემა. არ არის არანაირი რეგისტრი/აღრიცხვა რომელიც აღრიცხავს გამოვლენილ გვერდით მოვლენებს პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღების შედეგად. ანალოგიური სისტემების არსებობა განვითარებულ ქვეყნებში უზრუნველყოფს პაციენტთა უსაფრთხოებას და დაავადების გამოსავლის გაუმჯობესებას.

დასახელებული გამონკვევები ნათლად აჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ვერ ასრულებს მის ერთერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ფუნქციას რაც დაკავშირებულია „მეკარიბჭობასთან“, რომელიც მოიცავს პირველადი დონის კონტაქტს, პირველად შეფასებას, პრევენციასზე ორიენტირებულ სერვისებს და მიზანმიმართულ გადამისამართებას. აღნიშნულის გამართული ფუნქციონირების შემთხვევაში მნიშვნელოვნად იზოგება ძვირადღირებულ გამოკვლევებთან, მკურნალობასთან და მედიკამენტებთან დაკავშირებული ხარჯები და ვიღებთ ეფექტურ სისტემას რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

#### 4.4. ხელმისაწვდომობა

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

პირველად ჯანდაცვაში სახელმწიფო საყოველთაო პროგრამით მოსარგებლები ისაზღვრება მათი ასაკის, შემოსავლის და სხვა პარამეტრებით. პროგრამით სარგებლობა შეუძლია საქართველოს ყველა მოქალაქეს, თუ კონკრეტულ ლოკაციაში არის პროგრამის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება.

საერთაშორისო გამოცდილებით იმ მოსახლეობისთვის, რომლებიც ცხოვრობენ მთებში, ან სოფლებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა მცირეა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის მობილური გუნდების შექმნა, რომლებიც გარკვეული პერიოდულობით უახლოესი საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ადგილებზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას განევენ. ამ მხრივ, ჩამოყალიბდება სოფლად ერთგუნდიანი, ხოლო რაიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში ერთი და მრავალგუნდიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი. იმისთვის, რომ სოფლად პირველადი ჯანდაცვა ახორციელებდეს თავის ფუნქციას, პირველ რიგში, ის თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მოსახლეობისთვის. ხელმისაწვდომობას განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობა დემოგრაფიული და გეოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით.

##### 4.4.1. ხელმისაწვდომობის გამონკვევები

ოჯახის/სოფლის ეჭიმის მიმდინარე პროგრამით არ არის განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომელიც ადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რიცხოვნობას მოსახლეობის რაოდენობასთან მიმართებით.

სახელმწიფო აუდიტის ანგარიშში აღნიშნულია რომ გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ხარვეზები სოფლის ეჭიმის მომსახურების არეალის არაოპტიმალურ ფორმირებას უკავშირდება.<sup>64</sup>

არსებობს სოფლები სადაც ერთი ეჭიმი რამოდენიმე სოფელს ემსახურება. აღნიშნული განსაკუთრებით დიდი გამონკვევას წარმოადგენს მაღალმთიანი სოფლებისათვის. მიუხედავად მოსახლეობის მცირე

64 სოფლის ეჭიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი [http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1\\_%E1%83%94%E1%83%A\\_%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98\\_2015](http://www.parliament.ge/ge/ajax/downloadFile/52055/%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%A4%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1_%E1%83%94%E1%83%A_%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%98_2015)

რაოდენობისა, სოფლის ექიმები პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას ყოველდღიურად ვერ/არ აწვდიან, რადგან თავის რეგიონში ისინი სხვა ჯანდაცვის ცენტრებშიც არიან დასაქმებული.

საზოგადოებრივი ტრანსპორტის არ არსებობის პირობებში, როგორც ექიმს ასევე პაციენტს, უხდება საკუთარი ან კერძო სანტრანსპორტო საშუალებების გამოყენება რაც დაკავშირებულია დამატებით ხარჯებთან. ტრანსპორტის არ არსებობის გამო, ხშირ შემთხვევაში მოსახლეობას უწევს სამედიცინო პუნქტამდე ფეხით მისვლა, რაც დიდ დაბრკოლებას წარმოადგენს სოფლის მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით ზამთრში. თავად სოფლის ექიმს, სოფლებში გასვლითი ვიზიტებისას საკუთარი ანაზღაურებიდან უწევს ტრანსპორტირების ხარჯის გაწევა. რაც ხშირ შემთხვევაში შესაძლოა ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენდეს ექიმზე, რომ მან შეასრულოს დაკისრებული მოვალეობები, სრულად განახორციელოს დაგეგმილი/საჭირო ვიზიტები მოსახლეობასთან.

## რეკომენდაციები

1. გადაიხედოს საოჯახო მედიცინის ერთ გუნდზე მიბმული ბენეფიციარების რიცხვი და განისაზღვროს მინიმალური და მაქსიმალური რაოდენობა ტერიტორიული და მოსახლეობის სპეციფიკის გათვალისწინებით;
2. გადაიხედოს სოფლის მოსახლეობისთვის გეგმიური ამბულატორიული სპეციალისტების მოსახურების ხელმისაწვდომობის საკითხი;
3. შემუშავდეს და დაინეგოს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო მომსახურების შეფასების ინდიკატორები;
4. გადაიხედოს პირველად ჯანდაცვაში ხელმისაწვდომი მედიკამენტების ნუსხა და გათანაბრდეს სოფლისა და ქალაქის მოსახლეობისთვის;
5. ხელი შეეწყოს ქრონიკული მედიკამენტების დანიშვნის და გაცემის ეფექტური ელექტრონული სისტემის დანერგვას;
6. მოხდეს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ინტერსექტორული გაზიარება, მათ შორის გადაუდებელი მედიცინას და პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და სკოლის ექიმებს, სოციალურ მუშაკებსა და ოჯახის ექიმებს; ჯანდაცვის პირველსა და მეორე დონეებს შორის;
7. განხორციელდეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის შესახებ შეგროვებული ინფორმაციის ანალიზი საგენტოს/სამინისტროს მიერ;

## თავი 5

### პირველადი ჯანდაცვის როლი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესებაში.

#### 5.1 შესავალი

საქართველოს მთავრობის 06.10 2017 წლის № 459 დადგენილებით დამტკიცებული „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნულ სტრატეგია“-ში აღნიშნულია, რომ მიუხედავად ბოლო წლების განმავლობაში მიღწეული გარკვეული პროგრესისა, საერთაშორისო სამიზნე მაჩვენებლების მიღწევის თვალსაზრისით, საქართველო კვლავ დგას მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის და ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით. დოკუმენტში გაანალიზებულია არსებული მდგომარეობა და განსაზღვრულია პრიორიტეტული ინტერვენციები, ასევე შეფასებულია პირველადი ჯანდაცვის პოტენციური როლი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.<sup>65</sup>

საყურადღებოა, რომ ჯანმო-ს 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 გამომწვევების საპასუხო სისტემური მოწყობისკენ.<sup>66</sup> მიუხედავად იმისა, რომ ძლიერი მაკოორდინირებელი როლის გათვალისწინებით, პირველად ჯანდაცვაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრაციის თემა აქტუალურია, სამეცნიერო ლიტერატურაში საკმაოდ მცირეა ამ კონკრეტულ პრობლემასთან დაკავშირებული კვლევების რიცხვი. საკითხისადმი დაბალი ინტერესის მიზეზად ექსპერტთა ნაწილი ასახელებს შემდეგს: 1. ჯერ კიდევ ცოტა ხნის წინ მხოლოდ არასამთავრობო ორგანიზაციები მუშაობდნენ ოჯახის დაგეგმვის სფეროში, მონაწილეობდნენ სქესობრივი განათლების, უსაფრთხო აბორტის პროპაგანდაში 2. ცნობილ ქაიროს საერთაშორისო კონფერენციაზე, მოსახლეობისა და განვითარების შესახებ, მიღებული მოქმედებათა პროგრამით (ICPD) გათვალისწინებული გლობალური ვალდებულებები ხშირად აღქმული იყო, როგორც განვითარებადი ქვეყნების დღის წესრიგი და მდიდარ ევროპულ ქვეყნებს (მაღალგანვითარებული ჯანდაცვის სისტემით), თითქოს ეს პრობლემები არ ეხებოდა. 3. შესაბამისად, არ იყო ჯვარედინი ევროპული კვლევების ჩატარებისადმი დიდი ინტერესი, მაშინ როდესაც ასეთმა გამოკვლევებმა შესაძლოა სხვადასხვა სამედიცინო ღონისძიების/ჩარევის, ხარისხის, ეფექტურობისა და შედეგიანობის თვალსაზრისით მოგვცეს სასარგებლო მონაცემები/მტკიცებულებები და გამოცდილება.<sup>67</sup>

საკითხით დაინტერესებულ მკვლევართა შორის არსებობს ერთგვარი კონსენსუსი იმის თაობაზე, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში პოზიტიურ გავლენას მოახდენს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ვინაიდან შეიცვლება: დაავადებაზე ორიენტირებული მიდგომა ადამიანზე ორიენტირებული მიდგომით, რაც განსაკუთრებით საჭიროა ჯანდაცვის ისეთი მგრძნობიარე სფეროსათვის, როგორცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობა; მეორეს მხრივ, ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში, ასევე პოსტსაბჭოთა სივრცის ზოგიერთ ქვეყანაში (მათ რიცხვში, საქართველოში) ჯანმრთელობის სისტემების რეორგანიზაცია გრძელდება, რაც უმეტეს შემთხვევაში პირველადი სამედიცინო რგოლის მეკარიბჭის ფუნქციით აღჭურვას გულისხმობს

65 საქართველოს მთავრობის 06.10 2017 წლის № 459 დადგენილება „საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნულ სტრატეგიის შესახებ“ ["https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01\\_GEO/wJAN2016/16.pdf"](https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/wJAN2016/16.pdf)

66 WHO - A Vision for Primary Health Care In the 21st Century” (Towards universal health coverage and the sustainable development goals).2018,15-25 <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision>

67 Ketting E., Esin A.- Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care, 2010, Quality in Primary Care 2010;18:269-82

ჯანდაცვის სისტემის დანარჩენი ნაწილისათვის.<sup>68</sup> გასათვალისწინებელია, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრირების აუცილებლობა გამომდინარეობს თავად რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეფინიციიდან, რომელიც ქაიროს კონფერენციაზე (1994) იქნა მოწოდებული: „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობა რეპროდუქციულ სისტემასთან დაკავშირებულ ყველა საკითხში, ცხოვრების ყველა ეტაპზე“. იგი გულისხმობს ინტერდისციპლინურ ფოკუსს და მოიცავს სამ სფეროს: სექსუალურ ჯანმრთელობას (დამაკმაყოფილებელ და უსაფრთხო სექსუალურ ცხოვრებას), ოჯახის დაგეგმვას (განათლება/ცოდნას და ხელმისაწვდომობას კონტრაცეპტულ საშუალებებზე) და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას (ე.წ. „უსაფრთხო დედაობა“). 2004 წლიდან გამოქვეყნდა ჯანმო-ს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგია, რომლის შესაბამისად, ზემოთ აღნიშნული 3 ძირითად ელემენტს დაემატა „უსაფრთხო აბორტი“-ს და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (შიდსის და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ჩათვლით) ელემენტები.<sup>69</sup>

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მნიშვნელოვანი ხარისხით ინტეგრირების მაჩვენებლად, ე.წ. „იდეალურ კრიტერიუმებად“ ექსპერტების მიერ დასახელდა შემდეგი მახასიათებლები<sup>70</sup>:

- 1. ხელმისაწვდომობა** - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის დამომსახურების იოლად ხელმისაწვდომობის გარანტია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, განსაკუთრებით გოგონებისა და ქალებისათვის სოციალურად მარგინალიზებული ჯგუფებიდან, ასევე ემიგრანტების და უმცირესობებისათვის
- 2. დახმარების უწყვეტობა** - თანამედროვე პირველადი ჯანდაცვის რგოლმა უნდა უზრუნველყოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დამომსახურების/მოვლის უწყვეტობა ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე და დახმარების გარკვეული მოცულობის უზრუნველყოფა ადამიანის სიცოცხლის მთელი ციკლის მანძილზე. სპეციალიზირებული დახმარების აუცილებლობის შემთხვევაში - პაციენტის რეფერალი სხვა სპეციალისტებთან კოორდინირებით.
- 3. ყოვლისმომცველობა** - მიუხედავად იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს არ შეუძლია ყველა სახის დამომსახურების შეთავაზება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, (მაგ., სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გარკვეული მეთოდები, ან ქირურგიული სტერილიზაცია და სხვ.) მისი ფუნქციაა პაციენტს მიანოდოს ინფორმაცია ყველა ხელმისაწვდომი სერვისის შესახებ. პირველადი ჯანდაცვის რგოლს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლია მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტების შეთავაზების ნაწილში.
- 4. ინტეგრაცია** - ვინაიდან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ასპექტი მჭიდრო ურთიერთკავშირშია, არსებითია, რომ ერთმა მიმწოდებელმა უზრუნველყოს ამ სხვადასხვა ასპექტთან გამკვლავება.
- 5. კოორდინაცია** - აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების სხვადასხვა ელემენტების კოორდინირება, რადგან ისინი ურთიერთკავშირშია. მაგ., ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შემდეგ კონტრაცეპტივის დანიშვნა და ა.შ. თუ კონსულტირება ხდება ოჯახის ექიმთან, არსებობს მყარი გარანტია მის მიერ კონტრაცეპციის საშუალებების შეთავაზების/დანიშვნის.

68 Quality of primary health care in Georgia - WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery, 2018, 13-25

69 WHO - Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, 2004, 28-37

70 Tools and Methodologies for assessing the performance of primary care- Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) European Union, 2018, 41-47  
[http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/experts/working\\_groups/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/experts/working_groups/index_en.htm)



- 6. მედიკო-სოციალური მიდგომა** - პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, როგორც წესი სწავლობენ და ითვალისწინებენ სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს და არ არიან მიდრეკილნი ტექნიკური და სამედიცინო ასპექტებისათვის ზედმეტი მნიშვნელობის მიცემისაკენ. მათთვის პრიორიტეტულია ადამიანზე/პიროვნებაზე ორიენტირებული და არა დაავადებაზე ფოკუსირებული მიდგომა. მით უფრო, როდესაც საქმე ეხება სექსუალურობას, სადაც ფსიქო-სოციალური და კულტურული ასპექტები ხშირად ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ფიზიკური.
- 7. ორიენტაცია ჯანმრთელობის განმტკიცებასა და პროფილაქტიკაზე.** - ამ შემთხვევაში პირველადი ჯანდაცვის მედმუშაკები უკეთეს მდგომარეობაში არიან, ვიდრე ე.წ. ვიწრო სპეციალისტები
- 8. პასუხისმგებლობა თემის/საზოგადოების მიმართ-** პირველადი ჯანდაცვის მედმუშაკმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ჯანმრთელობისათვის რისკის მატარებელი დეტერმინანტების გავრცელებას საზოგადოებაში. კერძოდ, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებიდან სამედიცინო მუშაკები იღებენ ინფორმაციას იმ ფაქტორების შესახებ, რომელთაც შეუძლიათ საფრთხე შეუქმნან ადამიანის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას კონკრეტულ საზოგადოებაში/თემში. ისინი სწავლობენ აღნიშნულ ფაქტორებს და თემის დონეზე გეგმავენ ჯანმრთელობის განმტკიცების და პროფილაქტიკის ღონისძიებებს, მჭიდრო თანამშრომლობით თემთან დაკავშირებულ ორგანიზაციებთან და ჯგუფებთან.

ის ფაქტი, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს აქვს პასუხისმგებლობა შესაბამის თემში მცხოვრებ ყველა ადამიანის ჯანმრთელობასთან მიმართებაში, გულისხმობს, რომ მამაკაცების მოთხოვნილებებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული, ვინაიდან ისინი, როგორც პარტნიორები, გავლენას ახდენენ ქალთა ჯანმრთელობაზე. არანაკლები ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა ეკისრება სოციალურ და საგანმანათლებლო, ასევე სამოქალაქო სექტორს.

უკანასკნელ წლებში ლიტერატურაში გაჩნდა ტერმინი „**საბაზისო ზრუნვა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე**“, რომელშიც მოიაზრება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ის ელემენტები, რომლებიც არ მოითხოვს მაღალსპეციალიზირებულ სამედიცინო მომზადების მქონე კადრებს, მონყობილობებს ან განსაკუთრებულ კლინიკური გარემოს/პირობებს. ამდენად, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ამ ელემენტების ინტეგრირებისათვის არ არსებობს რაიმე სახის სერიოზული ბარიერი, მაგრამ საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ აღმოსავლეთ და ცენტრალური ევროპის ბევრ ქვეყანაში, ასევე პოსტსაბჭოთა სივრცის ყოფილ რესპუბლიკებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელ დანესებულებათა ორგანიზაციული მოწყობის მოდელი და პროფესიონალთა ტიპები, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან აღნიშნული სერვისების ხარისხზე, განსხვავებულია<sup>71</sup>. ჩვეულებრივ, გამოჰყოფენ 4 ძირითად ტიპს:

- 1. ოჯახის ექიმი და ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (GP)** - ნიდერლანდების, დიდი ბრიტანეთის, უნგრეთის, რუმინეთის მოდელი, სადაც ოჯახის ექიმებს ეკისრებათ პასუხისმგებლობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თითქმის ყველა ასპექტის მიმართ რომლებიც არ მოითხოვს ვიწროსპეციალიზირებულ (ტექნიკურ) ცოდნას, უნარებს, მონყობილობებს და კლინიკურ პირობებს/გარემოს. დადგენილია, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობაზე კლიენტების მოთხოვნილებათა 80-90% დაკმაყოფილებულია ოჯახის ექიმების მიერ. როგორც წესი, კლიენტები უფრო მაღალი დონის სამედიცინო დანესებულებებს მიმართავენ ოჯახის ექიმის წარდგინებით/მიმართვით, მკურნალობის შემდგომ დაკვირვებას და მოვლას უმეტესად უზრუნველყოფს სწორედ ოჯახის ექიმი.
- 2. ჯანდაცვის პირველადი ცენტრის მოდელი** - შვეციის, ფინეთის და პორტუგალიის მოდელი. მრავალპროფილური გუნდი - ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, მეანი, მედდა, ფსიქოლოგი და ა.შ. უზრუნველყოფენ მოვლას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გავრცელებული პათოლოგიების მართვისას. ტიპიურ (ამბულატორიულ) თემში, ზოგჯერ გინეკოლოგებს ნახევარ განაკვეთზე

71 Quality of primary health care in Georgia - WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery, 2018, 13-25



აქვთ საშუალება ამ ცენტრებში იმუშაონ, როგორც ოჯახის ექიმმა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების დიდი ნაწილი განიხილება ამ გარემოში და ხშირად ცენტრს ასევე აქვს რეფერალის და შემდგომი მეთვალყურეობის განხორციელების როლი.

**3. კერძო პრაქტიკის გინეკოლოგის მოდელი** - გერმანიაში, პოლონეთსა და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში. ექიმთა და პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების როლი რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში სუსტია ან თითქმის არ არსებობს. გინეკოლოგები ყველაზე ხშირად აწვდიან თავიანთ მომსახურებას, საკუთარი პირადი პრაქტიკის ნაწილის სახით. მამაკაცებს უროლოგთან ან დერმატო-ვენეროლოგთან კონსულტაციას უტარებენ, მაგრამ მხოლოდ მაშინ, როდესაც შემთხვევა არის სერიოზული.

**4. საავადმყოფოს პოლიკლინიკის მოდელი** - გავრცელებულია ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის, ასევე პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში. პოლიკლინიკის ექიმს იგივე ფუნქციები აკისრია, როგორც სხვა ქვეყნებში ოჯახის ექიმს და პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტს. ისინი აფილირებული არიან კონკრეტულ საავადმყოფოსთან, ძირითადად - ქალაქებში, წარმოადგენენ ჯანდაცვის სისტემაში შესვლის პირველ წერტილს და პირველადი ჯანდაცვის ძირითად მიმწოდებელს. ზოგიერთ ქვეყანაში, როგორცაა ლატვია, უბრალოდ მოხდა სახელის შეცვლა და მათ დაერქვა „ჯანმრთელობის ცენტრები“, ბულგარეთში დღემდე უწოდებენ დიაგნოსტიკურ-საკონსულტაციო ცენტრებს.

არსებობს ქვეყნები, სადაც შერწყმულია ეს მოდელები და სადაც GP (General Practitioner) ასრულებს ცენტრალურ როლს ზოგიერთი მითითებული მიმართულებით .. მაგ., სლოვაკეთის რესპუბლიკა, სადაც GP (General Practitioner) -ს აქვს პასუხისმგებლობა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის დიაგნოსტიკაში, მაგრამ არა მკურნალობაში, ასევე მათ აქვთ უმნიშვნელო როლი ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე/ინფორმაციის მიწოდების ნაწილში.

**ამ ძირითად 4 მოდელის გარდა გამოყოფენ მე-5 მოდელს, რომელიც მხოლოდ თურქეთში მოქმედებს** - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების უმეტესობის მიწოდება ხდება ე.წ. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის (MCH / FP) ცენტრების მიერ, რომელთაც აქვთ პირველადი ჯანდაცვის მახასიათებლები. საინტერესოა, რომ ოჯახის დაგეგმვის ტიპური კლინიკები, რომელიც არსებობს მრავალ განვითარებად ქვეყანაში, ნაკლებად შეიძლება მოვიძიოთ თანამედროვე ეტაპზე ევროპულ ქვეყნებში (გამონაკლისს წარმოადგენს პორტუგალია), თუმცა ისინი წარსულში არსებობდნენ მაგ., დიდ ბრიტანეთსა და ნიდერლანდებში. ფინეთში და ჩრდილოეთ ევროპის სხვა ქვეყნებში მსგავსი ოჯახის დაგეგმვის კლინიკები კარგა ხანია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ნაწილი გახდნენ.

დამატებით შეიძლება ითქვას, რომ რამოდენიმე ევროპულ ქვეყანაში არსებობს ცენტრები, რომლებიც სრულად არიან ფოკუსირებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, მაგრამ ისინი, როგორც წესი, კონცენტრირებულნი არიან ახალგაზრდებისათვის მომსახურების მიწოდებაზე მხოლოდ.

საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება ხდება უმეტესად სამშობიარო სახლების & ქალთა კონსულტაციების და შედარებით ნაკლებად, კერძო/ინდივიდუალური პრაქტიკის გინეკოლოგის მიერ. ამავე დროს, ოჯახის ექიმის და სოფლის ექიმის კომპეტენციებში ასახულია აღნიშნული სერვისების მნიშვნელოვანი ნაწილი და შეიძლება ითქვას, რომ ეპიზოდურად, ფრაგმენტულად, მაგრამ მაინც არის გადადგმული ნაბიჯები რე სერვისების ინტეგრირების მიზნით პირველად ჯანდაცვაში.

## 5.2 დასკვნები და გამოწვევები:

1. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ზოგადად, მოიცავს სამედიცინო პრობლემების ფართო სპექტრს, რომელიც მოითხოვს როგორც უნივერსალურ, ისე ვიწრო სპეციალიზირებულ დახმარებას / ჩარევას. ყველა სახის ჩარევა არ შეიძლება განხორციელდეს პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.

2. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ელემენტი, ჩვეულებრივ, საჭიროებს ქმედებებს, რომელთაც აქვთ უნივერსალური ხასიათი. მაგ., სპეციალისტების მოზიდვა და თემის მობილიზაცია, რომელიც ორიენტირებულია ჯანმრთელობის განმტკიცებასა და პროფილაქტიკაზე. ამ შემთხვევაში პირველადი ჯანდაცვის როლი განსაკუთრებულია,
3. არსებობს სერვისების კოორდინაციის აუცილებლობა, რადგან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა ელემენტი ძლიერად არის ურთიერთდაკავშირებული. საჭიროა შეფასდეს (კვლევა) რამდენად რეალურადაა კოორდინირებული და ინტეგრირებული რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისები პირველად ჯანდაცვაში და ნაწილობრივი ინტეგრაციის შემთხვევაში არის თუ არა პირველადი ჯანდაცვის კრიტერიუმები შესაბამისობაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხთან.
4. საქართველოში (მსგავსად ევროპის მრავალი ქვეყნისა), რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების (საავადმყოფოებში, პოლიკლინიკებში, ქალთა კონსულტაციებში, კერძო/ინდივიდუალური გინეკოლოგიური პრაქტიკის სახით) დამაკმაყოფილებელ ხარისხს განაპირობებს შესაბამისი პროფილის სპეციალისტების შედარებით მაღალი კვალიფიკაციის დონე, რაც თავის მხრივ, სხვა სპეციალისტებთან და სპეციალიზირებულ კლინიკებში რეფერალის ნაკლებ საჭიროებასთან არის დაკავშირებული, თუმცა
5. სერიოზულ გამოწვევად რჩება :
  - დაბალი ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით, მონყვლადი ჯგუფებისათვის, მაგ., მოზარდებისათვის, მიგრანტებისა და უმცირესობებისათვის
  - ორიენტაცია მხოლოდ ქალებზე, მამაკაცის მონაწილეობის გარეშე
  - პასუხისმგებლობის არ არსებობა კონკრეტული თემის ყველა წევრზე
  - დახმარების კოორდინაციის შესაძლებლობების დაქვეითება.
  - ორიენტაცია ავადმყოფობაზე და არა ადამიანზე
  - ორიენტაცია მოგებაზე და სხვადასხვა არასაჭირო სამედიცინო პროცედურის და ჩარევის ჭარბად დანიშვნის პრაქტიკა
  - ჯანმრთელობის განმტკიცების და პროფილაქტიკის ღონისძიებების შემცირების გაზრდილი ალბათობა და ა.შ.
6. ჩვენს მიერ მოძიებული ინფორმაციის და არსებულ პრაქტიკაზე დაკვირვების საფუძველზე შედარებით რთულია ერთმნიშვნელოვანი პასუხის გაცემა კითხვაზე რამდენად აქვს საკმარისი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების შესაძლებლობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს მოცემულ ეტაპზე და/ან რომელი ორგანიზაციული მოდელია ოპტიმალური საქართველოსათვის, რადგან პასუხის გასაცემად აუცილებელია შესაბამისი კვლევების ჩატარება, მათ რიცხვში ბევრთ დასახელებული ხარისხის კრიტერიუმების დაცვის შეფასების კუთხით, თუმცა ლიტერატურაში გამოთქმული ზოგიერთი ავტორის მოსაზრებით, პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის კრიტერიუმების დაცვას 72 ავტომატურად არ შეუძლია მიგვიყვანოს ორგანიზაციული მოდელის ერთ ტიპთან, ვინაიდან სხვადასხვა ქვეყანაში (სხვადასხვა რეგიონშიც კი) არსებობს სხვადასხვა გარემოებები, როგორცაა მაგ., მოსახლეობის სიმჭიდროვე, სიღარიბის დონე, ტრადიციები, ტაბუ, სექსუალური თანაცხოვრების თავისებურებები და ა.შ.,

72 Tools and Methodologies for assessing the performance of primary care- Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) European Union, 2018, 41-47  
[http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/experts/working\\_groups/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/experts/working_groups/index_en.htm)

## რეკომენდაციები:

1. ადამიანის ჯანმრთელობაზე კომპლექსური ზრუნვის და ძლიერი მაკოორდინირებელი როლის გათვალისწინებით, პირველად ჯანდაცვაში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრაციის თემა აქტუალურია და მაღალი პასუხისმგებლობით უნდა მოხდეს კონკრეტული ნაბიჯების გადადგმა სერვისების არა მარტო ინტეგრაციის, არამედ სტანდარტიზაციის მიმართულებითაც, რომელიც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების ხარისხს ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე.
2. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მედმუშაკთა პროფესიული კომპეტენციები რეპროდუქციული ჯანდაცვის სფეროში და მათი მარეგულირებელი წესები/დებულებები უნდა გადაიხედოს და საჭიროების მიხედვით ადაპტირდეს, რათა შეიქმნას საბაზისო რეპროდუქციული სერვისების ყველა ელემენტის კომპეტენტურად და კომპლექსურად რეალიზაციის შესაძლებლობა, მათ რიცხვში მონყვლადი ჯგუფებისათვის (როგორცაა ახალგაზრდები, მიგრანტები, უმცირესობები და დაზღვევის არმქონე პირები) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით.
3. პირველადი ჯანდაცვის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრაციის ევოლუციაზე დაფუძნებით, ასევე ევროპაში პირველადი ჯანდაცვის შესახებ უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში დაგროვილი გამოცდილების და ახალი გრძელვადიანი ხედვის გათვალისწინებით, საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიულ გეგმაში უნდა განისაზღვროს რეპროდუქციული ჯანდაცვის სფეროში დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების პრიორიტეტული მიმართულებები და სიტუაციური მიდგომები - ადამიანის ცხოვრების მთელი ციკლის გათვალისწინებით.
4. სტრატეგიას თან უნდა ახლდეს სამოქმედო გეგმა, შესაბამისი ხარისხის და ფინანსური ინდიკატორებით. ხოლო იმპლემენტაციის პროცესში საჭიროა, რომ მოხდეს აღნიშნული ინდიკატორების შესრულების პერიოდული მონიტორინგი და რეპორტირება.
5. ვინაიდან ჯანდაცვის სფეროში, განსაკუთრებით პირველად ჯანდაცვაში, სამედიცინო დახმარების ხარისხის განმსაზღვრელი/განმაპირობებელი ძირითადი აქტივებიდან მნიშვნელოვანი როლი ადამიანების რესურსურსებთან არის დაკავშირებული, აუცილებელია უწყვეტი პროფესიული განათლების სავალდებულო სისტემის დანერგვა მედპერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით. პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების სასწავლო გეგმებში საკმარისი დრო უნდა დაეთმოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბაზისური მოვლის პაკეტის ელემენტების სწავლებას და ცოდნის და უნარების რეგულარულ განახლებას.
6. მნიშვნელოვანია, რომ გააქტიურდეს რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების თაობაზე კვლევები სხვადასხვა კუთხით (ხარისხი, მიწოდება, ზრუნვის სხვადასხვა ფორმების გავლენა, საშუალო ფასი, მედპერსონალის მოტივაცია და ა.შ.) აქცენტით პირველადი ჯანდაცვის როლზე და მოხდეს მიღებული შედეგების შედარება საერთაშორისო გამოცდილებასთან, რათა შეიქმნას მტკიცებულებები სათანადო და კარგი პრაქტიკისათვის, ლოკალური მედიკო-სოციალური და კულტურული თავისებურებების გათვალისწინებით.

## სამომავლო საკვლევი მიმართულებები

კვლევის დროს გამოკვეთილ იქნა მნიშვნელოვანი პრობლემები/გამონვევები, რომლებიც დაკავშირებულია პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლებს შორის არასაკმარის კოორდინირებასთან, სტაციონარული სამედიცინო სერვისების, მაღალტექნოლოგიური კვლევების და ლაბორატორიული გამოკვლევების, მედიკამენტების მაღალი მოხმარება /უტილიზაციასთან.

პირველადი ჯანდაცვის პაციენტზე ორიენტიებული მაღალხარისხიანი ზრუნვის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია განხორცილდეს აღნიშნული მიმართულებების/გამონვევების სიღრმისეული კვლევა. რაზე დაფუძნებითაც შეიქმნება რეკომენდაციები და განხორციელდება მიზანმიმართული რეფორმები, რომელიც უზრუნველყოფს სწორი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკისა და სტრატეგიული მიმართულებების განსაზღვრის შესაძლებლობას ჯანმრთელობის სერვისების ყოვლისმომცველობის და უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად.

## დანართი #1

### 36 დადგენილებით განსაზღვრული სამედიცინო მოსახურებების პირობების შესახებ

**დანართი №1.1 სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის (სათაური 15.07.2013 N 178)**

1. ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის პროგრამა ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას:

- ა) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე):
  - ა.ა) ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის:
  - ა.ა.ა) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აცრა-ვიზიტი) და სამიზნე მოსახლეობის ადექვატური მოცვა;
  - ა.ა.ბ) ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები;
  - ა.ა.გ) დაავადებათა დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი საჭიროების შესაბამისად;
  - ა.ა.დ) ლაბორატორიული გამოკვლევები ექსპრეს დიაგნოსტიკური მეთოდით: შარდის ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;
  - ა.ა.ე) ფტიზიატრიული, ფსიქიატრიული და ენდოკრინული პაციენტების გამოვლენა და რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში;
  - ა.ა.ვ) ინკურაბელური და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მეთვალყურეობა;
  - ა.ა.ზ) ამბულატორიულ დონეზე სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე სამედიცინო დოკუმენტაციის (მათ შორის, საანგარიშგებო და სტატისტიკური ფორმები) წარმოება, სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შექმნის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა);
  - ა.ა.თ) სამედიცინო პრაქტიკის წარმოება ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების და პროტოკოლების და/ან აღიარებული საერთაშორისო პრაქტიკის შესაბამისად;
  - ა.ა.ი) სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში);
- ა.ბ) ქვემოთ ჩამოთვლილი ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით: ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი, უროლოგი, ქირურგი – ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან; (27.01.2017 N51 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მარტიდან)
- ა.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე შემდეგი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია, საჭმლის მომნელებელი სისტემის, შარდსასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით,



ტრანსაბდომინურად), გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია და ძვლების რენტგენოგრაფია – ელექტროკარდიოგრაფია არ ითვალისწინებს თანაგადახდას, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური კვლევები – ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან; (27.01.2017 N51 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მარტიდან)

- ა.დ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: (9.02.2017 N 73 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მარტიდან)
- ა.დ.ა) სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი – არ ითვალისწინებს თანაგადახდას;
- ა.დ.ბ) გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, პროთრომბინის დრო (INR) – არ ითვალისწინებს თანაგადახდას;
- ა.დ.გ) ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი TSH – ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;
- ა.ე) მებღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;
- ა.ვ) გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა) დანართ №1.2-ის შესაბამისად; ამასთან, დანართ №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ.ბ“ ქვეპუნქტითა და 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის თანაგადახდა შეადგენს 50%-ს, გარდა გადაუდებელი იმუნიზაციისა, რომელიც ანაზღაურდება სრულად; (11.08.2017 N 394)
- ბ) სტაციონარული მომსახურება:
  - ბ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება - ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე - 15 000 ლარი: (30.03.2015 N 139 ამოქმედდეს 2015 წლის 1 აპრილიდან)
  - ბ.ა<sup>1</sup>) ამ პუნქტის „ბ.ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა დანართ №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ.გ“ ქვეპუნქტითა და 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.დ.ა“ და „ა.დ.გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის განუეული მომსახურებისა, რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს; (30.10.2017 N 486)
  - ბ.ა<sup>2</sup>) ამ პუნქტის „ბ.ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. ამასთან დანართი №1-ის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.გ.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის – თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 500 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ. ხოლო, თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 500 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 500 ლარისა, ხოლო დანართი №1-ის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.დ.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის – თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 1000 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ. ხოლო, თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 1000 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 1000 ლარისა; (25.04.2017 N 208 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მაისიდან)

- ბ.ა.ა) №1.2 დანართში მითითებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია და გადაუდებელი მდგომარეობები;
- ბ.ა.ბ) სხვა გადაუდებელი მდგომარეობები.
- ბ.ბ) გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები – წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებისათვის, ამასთან: (25.04.2017 N 208 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მაისიდან)
- ბ.ბ.ა) დანართი №1-ის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.გ.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის – თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 500 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ. ხოლო, თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 500 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 500 ლარისა;
- ბ.ბ.ბ) დანართი №1-ის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.დ.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისთვის – თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 1000 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ. ხოლო, თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 1000 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 1000 ლარისა; (25.04.2017 N 208 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მაისიდან)
- ბ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, დღის სტაციონარი), კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია და ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოჰემატოლოგიური მომსახურებისა) – წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი. ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებისა, რომელთათვისაც სრულად ანაზღაურდება მომსახურების ხარჯები; (19.09.2014 N 559 გავრცელდეს 2013 წლის 1 ივლისიდან წარმოშობილ ურთიერთობებზე)
- ბ.დ) **ამოღებულია** (25.04.2017 N 208 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მაისიდან)
2. ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის პროგრამით არ ანაზღაურდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურებისათვის განეული ხარჯები:
- ა) შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებები;
- ბ) თერაპიული პროფილის ჰოსპიტალური მომსახურება, გარდა დანართი №1.2-ით განსაზღვრული მდგომარეობებისა; (23.10.2013 N 272)
- გ) სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;

- დ) საზღვარგარეთ განეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- ე) სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;
- ვ) ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- ბ) სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- თ) ვირუსული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- ი) თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად, გარდა გადაუდებელი სტაციონარული ან ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევებისა;
- კ) ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირებისა და ორთოპედიული ენდოპროთეზირების (გარდა ტრავმებისა, რომელთა ხანდაზმულობა არ აღემატება 3 თვეს და რომლებიც არ ექვემდებარებიან ან არ დაექვემდებარენ კონსერვატულ მკურნალობას), ასევე დეფიბრილატორით ან გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის აპარატით აღჭურვილი იმპლანტირებადი რითმის ხელოვნური წარმმართველის ხარჯები; *(5.11.2019 N520 ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-15 დღეს)*
- ლ) პოზიტრონულ-ემისიური კომპიუტერული ტომოგრაფია (PET/CT);
- მ) თვალის რეფრაქციული ქირურგია, სიელმის ქირურგიული მკურნალობა, თვალის ლაზერული ქირურგია (გარდა დიაბეტური თვალისა), რქოვანის გადანერგვა.
- ნ) ექსტრაკორპორალური (დისტანციური) ლითოტრიფსია; *(23.10.2013 N 272)*
- ო) აბლაცია. *(23.10.2013 N 272)*
- პ) ბარიატრიული (სიმსუქნის გამო) ოპერაციები კუჭზე (ოპერაციები ჭარბი წონის დროს). აღნიშნულ მომსახურებაზე გაცემული საგარანტიო ფურცელი ვალიდურია ვადის ამოწურვამდე. *(5.11.2019 N520)*

## დანართი #2

### გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების პირობები

#### დანართი №1.2 გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების პირობები (28.06.2013 N 165)

1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება:

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (27.01.2017 N51 ამოქმედდეს 2017 წლის 1 მარტიდან)			
	დასახელება	დამუხტება	ჩარევის დასახელება (ჩვენების შესაბამისად)
<b>1.</b>	<b>ტრავმა/ჭრილობა/უცხო სხეული/დამწვრობა, მოყინვა/ცხვირიდან სისხლდენა *</b>		
1.1	I დონის ტრავმატოლოგი-ური დახმარება	მოტეხილობა ცდომის გარეშე/ ამოვარდნილობა/ კუნთებისა და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები	მოტეხილობის რენტგენოლოგი-ური კვლევა, იმობილიზაცია/ ჩაყენება
1.2	II დონის ტრავმატოლოგი-ური დახმარება	მოტეხილობა ცდომით/ ამოვარდნილობა/კუნთებისა და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები	მოტეხილობის რენტგენოლოგი-ური კვლევა, რეპოზიცია ან ჩასწორება დახურული წესით, ფიქსაცია/ იმობილიზაცია/ ბლოკადები
1.3	III დონის ტრავმატოლოგი-ური დახმარება	მოტეხილობა ცდომით/ ამოვარდნილობა/კუნთებისა და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები/ თითის/თითების ტრავმული ამპუტაცია	მოტეხილობის რენტგენოლოგი-ური კვლევა, რეპოზიცია ან ჩასწორება დახურული წესით, ფიქსაცია/ მ.შ., ჩხირებით/ ტაკვის დამუშავება/ფორ-შირება
1.4	IV დონის ტრავმატოლოგი-ური დახმარება	სახის ძვლების მოტეხილობები	მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა, რეპოზიცია
1.5	I დონის ქირურგიული დახმარება	ზედაპირული ტრავმა და მცირე ზომის ღია ჭრილობები	ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, შეხვევა, მედიკამენტები
1.6	II დონის ქირურგიული დახმარება	საშუალო ზომის ან ორი ან მეტი მცირე ზომის ჭრილობა	ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, გაკერვა, მედიკამენტები
1.7	III დონის ქირურგიული დახმარება	დიდი ზომის ჭრილობები ან კომბინირებული ჭრილობები და/ან მყესთა დაზიანება	ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, გაკერვა, მედიკამენტები
1.8	IV დონის ქირურგიული დახმარება	სახის არის ღია ჭრილობები (ძვლების დაზიანების გარეშე)	
1.9	უცხო სხეული	ზედა სასუნთქ გზებში, ყურში სასმენ ხვრელში, საჭმლის მომწელებელ სისტემაში	
1.10	თერმული, ქიმიური და ელექტროკონტაქტური დაზიანება (დამწვრობა, მოყინვა)	რომელიც არ საჭიროებს პოსპიტალიზაციას	დაზიანებული უბნის ქირურგიული დამუშავება/ ნეკროტომია, შეხვევა
1.11	ცხვირიდან სისხლდენა		ტამპონადა (გარდა, უკანა ტამპონადისა)

<b>2. გადაუდებელი თერაპია – სტაბილიზაცია</b>			
2.1	გულის რითმის დარღვევები	მოციმციმე არითმიის პაროქსიზმი	
2.2	გულის რითმის დარღვევები	წინაგულ-პარკუჭოვანი (ატრიო-ვენტრიკულური) და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა	
2.3	გულის რითმის დარღვევები	პაროქსიზმული ტაქიკარდია	
2.4	გულის რითმის დარღვევები	წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა	
2.5	გულის რითმის დარღვევები	სინუსური კვანძის სისუსტის სინდრომი	
2.6	ჰიპერტონული კრიზი		ეკგ, არტერიული წნევის სტაბილიზაცია
2.7	მწვავე ობსტრუქციული ლარინგიტი (კრუპი)		
2.8	ბრონქიტი	ბრონქოსპაზმი	ბრონქოსპაზმის კუპირება
2.9	მწვავე ეპიგლოტიტი		
2.10	ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით		
2.11	თირკმლის, აბდომინური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა		სისხლის ს/ა, შარდის ს/ა, ერთი სისტემის ექსკოპია, ი/ვ ინფუზია, ტკივილის კუპირება
2.12	ტკივილი გულმკერდის და/ან მუცლის და/ან მცირე მენჯის არეში, დაუზუსტებელი		ტკივილის კუპირება, ბლოკადა
2.13	შარდის შეკავება		კათეტერიზაცია (შარდის გამოშვება), ი/ვ ინფუზია და შარდის ს/ა
2.14	ინტოქსიკაციები		დებინტოქსიკაცია / ინფუზიური თერაპია, ლაბორატორიული კვლევები

\* იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით (მათ შორის, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებებით) მომსახურება.