

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედარებითი მენეჯმენტი

დავითი სტურუა

ბიზნეს ადმინისტრირების

აკადემიური დოქტორის ხარისხი.

„საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი“

DOI: <https://doi.org/10.52340/gbsab.2024.50.04>

რეზიუმე

სტატიაში - „საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედარებითი მენეჯმენტი“ - განხილულია საქართველოს პირველად ჯანდაცვაში განხორციელებული რეფორმის შედეგები და იგი შედარებულია 11 ქვეყნის ჯანდაცვის რეფორმირების მართვის შედეგებთან. ეს ქვეყნებია: თურქმენეთი, ყაზახეთი, ბელორუსია, ტაჯიკეთი, უზბეკეთი, რუმინეთი, უკრაინა, მოლდოვა, ყირგიზეთი, აზერბაიჯანი და სომხეთი. იმის მიუხედავად, რომ პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ყველგან ჩაატარა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ („ჯანმო“), მსოფლიო ბანკმა და აშშ-ს სააგენტო USAID-მა, მისი შედეგები ამ ქვეყნებში მაინც სხვადასხვანაირი აღმოჩნდა. ეს გამოიწვია დარღვევებმა რეფორმირების გუნდის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებების შესრულებაში.

რეფორმის ძირითადი მიზანი იყო საოჯახო მედიცინის დანერგვა. ამ საკითხის გადაწყვეტაში ყველაზე წარმატებული აღმოჩნდნენ მოლდოვა და ყირგიზეთი. მათ საწყის წლებშივე შეძლეს სამედიცინო-სანიტარული დახმარების დაწესებულებების გადაყვანა საოჯახო მედიცინაზე. მოლდოვა წარმატებული აღმოჩნდა „სოფლის ექიმის“ ინსტიტუტის ჩამოყალიბებაშიც, კერძოდ, სოფლის ექიმისთვის ინდივიდუალური მეწარმის სტატუსის მიცემაში. ეს პრაქტიკა ნაწილობრივ იყო დანერგილი საქართველოში. საქართველოში პაციენტები ექიმ-სპეციალისტის და ოჯახის ექიმის ამორჩევის უფლებას ნაწილობრივ იყენებენ. ამავე მდგომარეობაშია ტაჯიკეთი და ყაზახეთი. ამის მიზეზად პაციენტები მათი კომპეტენციების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტს ასახლებენ.

სტატუსის შეცვლის თვალსაზრისით რეფორმა ყველაზე ეფექტიანი იყო საქართველოში. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების უმრავლესობა საქართველოში კერძო საკუთრებაში გადავიდა. ისინი იქამდის სახელმწიფო საკუთრებაში იმყოფებოდნენ.

სტატიაში აღნიშნულია, რომ რეფორმის შემდეგ საქართველოში სახელმწიფო საკუთრებაში ნაკლებად დარჩა პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებები და გამოთქმულია მოსაზრება, რომ ევროპის ქვეყნების დარად საქართველოში რეფორმის გამტარებლებს და თვით საქართველოს მთავრობას რეფორმის პერიოდში უნდა ეზრუნათ არამომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების გახსნაზეც, რომლებიც მოემსახურებოდნენ დარიბ მოსახლეობას.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა; ჯანდაცვის რეფორმა; საოჯახო მედიცინა; ოჯახის ექიმი; სოფლის ექიმი.

COMPARATIVE MANAGEMENT OF PRIMARY HEALTH CARE REFORMS IN GEORGIA

DAVID STURUA

Hospital manager

RESUME

The article - "Comparative Management of Primary Health Care Reforms in Georgia" - discusses the results of the reform implemented in the primary health care of Georgia and compares it with the results of health care reform management in 11 countries. These countries are: Turkmenistan, Kazakhstan, Belarus, Tajikistan, Uzbekistan, Romania, Ukraine, Moldova, Kyrgyzstan, Azerbaijan and Armenia. Despite the fact that primary health care reform was carried out everywhere by the World Health Organization ("WHO"), the World Bank and the US agency USAID, its results were

different in these countries. This was caused by irregularities in the implementation of the decisions made by the reform team.

The main goal of the reform was to introduce family medicine. Moldova and Kyrgyzstan were the most successful in solving this issue. In the early years, they were able to transfer medical and sanitary care facilities to family medicine. Moldova was also successful in establishing the "Rural Doctor" institution, in particular in giving the status of an individual entrepreneur to the rural doctor. This practice was partially introduced in Georgia. In Georgia, patients exercise the right to choose a specialist and a family doctor on an annual basis. Tajikistan and Kazakhstan are in the same situation. The reason for this is the lack of information about their competences.

In terms of changing the status, the reform was the most effective in Georgia. The majority of primary health care facilities in Georgia have been transferred to private ownership. They were in state property until then.

The article mentions that after the reform there were few primary medical care facilities left in state ownership in Georgia, and the opinion is expressed that, like the European countries, the reformers in Georgia and the Georgian government itself during the reform period should have taken care of opening non-profit medical facilities that would serve the poor population.

Key words: primary health care; healthcare reform; Family medicine; Family doctor; Village doctor.

შესავალი. ჯანდაცვა მომსახურების (სერვისის) სფეროს მიეკუთვნება. განსხვავებით მომსახურების სხვა სახეებისგან, მისი სოციალური დატვირთვა განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია. მას მთელი საზოგადოების ჯანმრთელი სიცოცხლის გახანგრძლივება ევალება. ამიტომ თუ სადმეა საჭირო დარგის სწორი., სრულყოფილი მართვა, ეს პირველ რიგში, არის ჯანდაცვის სფერო.

ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის წვდომა პირველადი ჯანდაცვიდან იწყება. დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის მთელ იერარქიულ კიბეზე პირველადი ჯანდაცვა ასრულებს ე. წ. მეკარიბჭის როლს. პაციენტთან პირველ კონტაქტს მისი დაწესებულებები -

პოლიკლინიკები, ამბულატორები - ამყარებენ და ახორციელებენ, როგორც პრევენციულ პროცედურებს, ისე მკურნალობასაც.

1991 წელს, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ დამოუკიდებლობამოპოვებულმა საქართველომ მემკვიდრეობით მიიღო როგორც მართვის, ისე მკურნალობის მეთოდებით მეტად დაბალ დონეზე მდგარი ჯანდაცვის სისტემა, ცხადია, პირველადი ჯანდაცვაც. სისტემაში არ იყო კერძო სექტორი და აქედან გამომდინარე, არც კონკურენცია, იგრძნობოდა პროფესიონალი სპეციალისტების დეფიციტი, სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა თვითგანვითარების სტიმული და მრავალი სხვა.

საქართველოს პირველად ჯანდაცვასი რეფორმა დაიწყო 1991 წლიდან და ნაწილობრივ დღესაც მიმდინარეობს. წინამდებარე სტატიაში განხილულია საქართველოში ამ რეფორმის (ანუ გარდაქმნის) მართვის შედეგები და იგი შედარებულია სხვა საბჭოურ ქვეყნებთან - ბელორუსიასთან, ყირგიზეთთან, აზერბაიჯანთან და სხვებთან.

ძირითადი ტექსტი

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, თითოეული პოსტსაბჭოთა ქვეყანა და მათ შორის საქართველოც გარკვეული რეფორმებით ცდილობდა პირველადი ჯანდაცვის სექტორის მოწესრიგება-გაძლიერებას. თუ როგორი იყო რეფორმირების მიმდინარე მდგომარეობა ამ ქვეყნებში საწყის წლებში, ამას გვიჩვენებს ცხრილი 1.

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, რეფორმის საწყის წლებში საქართველოს და სხვა პოსტსაბჭოთა ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები სხვადასხვა შედეგზე გავიდნენ. ყველა ამ ქვეყნებში მაშინ მუშობდნენ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის („ჯანმო“), მსოფლიო ბანკის და აშშ-ს სააგენტო - USAID-ის წარმომადგენლები, რომელთა მიერ მტკიცედ იყო გადაწყვეტილი ამ ქვეყნების პირველად ჯანდაცვაში საოჯახო მედიცინის მოდელის დანერგვა, რომლის მიზანი იყო მოსახლეობის ამბულატორული დახმარების პირველი საფეხურის როლის ამაღლება და ამ გზით პაციენტების მეორეული და მესამეული სამედიცინო დახმარებაში „მეკარიბჭის“ როლის შესრულება. მაშინ გადაწყვეტილი იყო, რომ თორმეტივე ზემოაღნიშნულ ქვეყანაში, რომელთა შორის იყო საქართველოც, ჯანდაცვის რეფორმებში (და მასზე გაწეულ ხარჯებშიც) პრიორიტეტი უნდა მისცემოდა ხარისხიან

სამედიცინო-სანიტარულ დახმარების შექმნას, ანუ ხარისხიან პირველად ჯანდაცვას [1]. ცხრილი 1 გვიჩვენებს, რომ 12 პოსტსაბჭოთა ქვეყნიდან საოჯახო მედიცინა 1993 წელს მთლიანად დანერგილია მოლდოვაში, ყირგიზეთში, სომხეთში. დანარჩენ ქვეყნებში, მ. შ. საქართველოში, იგი 1991 წლიდან 1997 წლამდე პერიოდში მხოლოდ ნაწილობრივ იყო დანერგილი. საქართველოზე მძიმე მდგომარეობა აღმოაჩნდა ტაჯიკეთს, ყაზახეთს და უზბეკეთს. იქ, იმ წლებში ოჯახის ექიმებად გადამზადდა მხოლოდ ექიმების მცირე ნაწილი. ბელორუსიაში, ტაჯიკეთსა და უზბეკეთში კი, გადამზადება არ მომხდარა. ზოგადად, საოჯახო მედიცინის დანერგვა ყველგან იყო დაწყებული, მაგრამ ეს პროცესი ნელა მიმდინარეობდა [2].

ცხრილი 1. რეფორმების მიმდინარეობა და საოჯახო მედიცინის დანერგვის მდგომარეობა პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში

ქვეყანა	პერიოდი	რეფორმების მიმდინარეობის მდგომარეობა
საქართველო	1991-1997 წ.წ.	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა საკადრო უზრუნველყოფა ურთიერთგანსხვავებულია. არიან ოჯახის ექიმებიც, საერთო პრაქტიკის ექიმებიც და ვიწრო სპეციალისტებიც. საოჯახო მედიცინა მთლიანად დანერგილი არ არის.
სომხეთი	1993 წ.	მთლიანად დანერგილია საოჯახო მედიცინა. პოლიკლინიკები სჭარბობენ ქალაქებში.
აზერბაიჯანი	2009 წ.	მთავრობა თვლის, რომ საოჯახო მედიცინა მომავალში შეცვლის ამბულატორულ დახმარებას.
ყირგიზეთი	1996 წ.	სამედიცინო-სანიტარული დახმარების დაწესებულებები გადაკეთდნენ საოჯახო მედიცინის ცენტრებად.
მოლდოვა	1998-2004 წ.წ.	სამედიცინო-სანიტარული დახმარების სისტემა მთლიანად გადავიდა საოჯახო მედიცინაზე.
რუსეთი	1992 წ.	რუსეთის არცერთ რეგიონში პირველად ჯანდაცვაში საოჯახო მედიცინა არ სჭარბობს.
უკრაინა	2013 წ.	2013 წლამდე მოსახლეობის 47,5%-ს ოჯახის ექიმები ემსახურებოდნენ.
უზბეკეთი	2001 წ.	სიფლის პირველადი ჯანდაცვის სისტემა დაკომპლექტებულია საერთო პრაქტიკის ექიმებით.
ტაჯიკეთი	1998 წ.	სოფლების სამედიცინო პუნქტებში მუშაობენ საერთო პრაქტიკის ექიმები.
ყაზახეთი	2004 წ.	საერთო პრაქტიკის ექიმების მცირე ნაწილი გადამზადდა ოჯახის ექიმებად.
ბელორუსია	1994 წ.	საერთო პრაქტიკის ექიმები მხოლოდ სოფლებში მუშაობენ.
თურქმენეთი	1995 წ.	ინფორმაცია არ არსებობს.

წყარო: Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin Mckee. Trends in system in the Former Soviet countries.
<https://www.euro.who.int/data/assets/pdf.file/0019/261271/Trends-in-health-Systems-in-former-Soviet-Countries.pdf>

დადგენილია ისიც, რომ არც იმ საწყის წლებში და არც მას შემდეგ, დღესაც კი, ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსებაში პირველადი ჯანდაცვა პრიორიტეტი არ გამხდარა. სხვადასხვა კვლევებით აშკარა ხდებოდა, რომ ჯანდაცვის ბიუჯეტიდან ლომის წილი

სავადმყოფოებს ხვდებოდა. ამაში მათ ლობისტები ეხმარებოდნენ [3].

დამოუკიდებლობის მოპოვების დღიდან საქართველოში, ყირგიზეთში, მოლდოვაში და უკრაინაში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმები უფრო აქტიურად მიმდინარეობდა, ვიდრე რუსეთში, თურქმენეთში, ყაზახეთში, აზერბაიჯანსა და ბელორუსიაში. მათი უმრავლესობის სოფლის დასახლებებში გახსნილი იყო საექიმო პუნქტები, რომლებიც მინიმუმ ექთნით მაინც იყო დაკომპლექტებული, თანაც ისეთი ექთნით, რომელსაც გამოუვალ მდგომარეობაში, ანუ ექიმის არყოფნის შემთხვევაში, პაციენტისთვის შეეძლო გამოეწერა წამალი. ამ ფორმით სოფლის მოსახლეობის მკურნალობა ძირითადად ხდებოდა შუა აზიის რესპუბლიკებში. რაც შეეხება საქართველოს, სოფლის დასახლებებში ექიმებს მიეცათ ინდმეწარმის სტატუსი და მათი მუშაობა ინდივიდუალური პრაქტიკით განისაზღვრა. იგივე მოხდა სომხეთში, ყირგიზეთში და მოლდოვაში. თუმცა, მოლდოვას გარდა, სამივე დანარჩენ ქვეყანაში, სოფლად მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება მთლიანად არ იყო გადასული ახალ მოდელზე და ნაწილობრივ ძველ მოდელთან ერთად ფუნქციონირებდა, ანუ მუშაობდა შერეული მოდელით. მაგალითად, საქართველოში პირველადი სამედიცინო-სანიტარული დახმარების ძველი ცენტრები პაციენტებს აძლევდნენ კონსულტაციებს, ახორციელებდნენ ვიზიტებს და კონტრაქტით მომუშავე ექიმ-სპეციალისტთან პაციენტის გაგზავნის გადამსამართებას, ეს მაშინ, როცა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ დაფინანსებული ახალი სამედიცინო ცენტრები ქირობდნენ საერთო პრაქტიკის ექიმებს და უფრო ფართო სპექტრის სამედიცინო მომსახურებას უწევდნენ პაციენტებს [4].

კვლევები აჩვენებს, რომ საწყის წლებში, აზერბაიჯანში, ყაზახეთში, ტაჯიკეთში, თურქმენეთში და უზბეკეთში პაციენტებისთვის პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ლიცენზირებული ინდივიდუალური პრაქტიკა არ არის დანერგილი. რუსეთში, უკრაინასა და ბელორუსიაში კი, იგი გავრცელებულია მხოლოდ სოფელ ადგილებში, ანუ ისე როგორც საქართველოში. უნდა ავღნიშნოთ, რომ ინდივიდუალური სამედიცინო პრაქტიკა არის საოჯახო მედიცინის ნაწილი და მისი დანერგვა გათვალისწინებული იყო ყველა ამ ქვეყნის ჯანდაცვის რეფორმირების პროგრამებში. საქართველოში იგი რეფორმის საწყის წლებშივე დაწყებულა, თუმცა, არამთლიანად და არასრულყოფილად, მაგრამ მთელ რიგ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებთან შედარებით, უფრო სწრაფად. ეს დადებითად აფასებს ჯანდაცვის

რეფორმირების მიმდინარეობას საქართველოში მაშინდელ წლებში. ამის მიუხედავად, დღეის მდგომარეობით როგორც ქალაქად, ისე სოფლად პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ახლებურად, ანუ საოჯახო მედიცინის საწყისებზე მთლიანად გარდაქმნილი არიან არა საქართველოში, არამედ მოლდოვაში, სადაც პოლიკლინიკები და ამბულატორიები მთლიანად გადაკეთდნენ „საოჯახო ჯანმრთელობის ცენტრებად“, საქართველოში კი, ჩამოყალიბდნენ პოლიკლინიკა-ამბულატორიების გაერთიანებები, საავადმყოფო-პოლიკლინიკების გაერთიანებები, ზოგან კი, კვლავ ფუნქციონირებენ პოლიკლინიკები ან ამბულატორიები [5].

ზოგადად ჯანდაცვაში და მათ შორის პირველად ჯანდაცვაში ერთ-ერთი მაღალი მნიშვნელობის საკითხი იყო პაციენტისთვის ოჯახის ექიმის და ექიმ-სპეციალისტის ამორჩევის უფლების მიცემა. ამის მიუხედავად, საქართველოშიც და მთელ რიგ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში მთავრობის ეს პოლიტიკა არ ემთხვეოდა ადგილებზე გამოყენებულ პრაქტიკას. იქ სადაც პირველად სამედიცინო დაწესებულებებზე პაციენტების მიმაგრების პრაქტიკა არსებობდა, პაციენტებს პოლიკლინიკებზე თუ ამბულატორიებზე ამაგრებდნენ საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ასეთ დროს, ამ დაწესებულებებში ექიმის დიდი არჩევანის შესაძლებლობა არ იყო. თუ როგორ გატარდა რეფორმის ეს ღონისძიება საქართველოს პირველად ჯანდაცვაში და სხვა პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში ჩანს მეორე ცხრილში.

ცხრილიდან ნათელი ხდება, რომ საქართველოს პირველად ჯანდაცვაში პაციენტს ოჯახის ექიმის ამორჩევის სრული უფლება მიეცა, ხოლო სპეციალისტის ამორჩევის - ნაწილობრივ. პაციენტები იშვიათად იყენებენ ამ უფლებებს უპირველესად იმიტომ, რომ ოჯახის ექიმების ამოსარჩევი „კრიტიკული მასა“ მცირეა და მეორე იმიტომ, რომ პაციენტებს არა აქვთ ინფორმაცია ექიმების ცოდნასა და კომპეტენციებზე.

ცხრილი 2. პაციენტების მიერ პირველადი რგოლის ექიმის და ექიმ-სპეციალისტის ამორჩევის უფლების არსებობა

ქვეყანა	პირველი რგოლის ექიმის ამორჩევის უფლება	ექიმ-სპეციალისტის ამორჩევის უფლება
საქართველო	კი	კი (ნაწილობრივ)
სომხეთი	კი	არა
აზერბაიჯანი	კი	არა
ყირგიზეთი	კი	კი
მოლდოვა	კი	კი
რუსეთი	კი	არა

უკრაინა	კი	კი
უზბეკეთი	კი	კი
ტაჯიკეთი	კი	ნაწილობრივ
ყაზახეთი	კი	ნაწილობრივ
ბელორუსი	კი	არ არის ინფორმაცია
ტურქმენეთი	კი	არა

წყარო: Chanturidze T. Et Al. (2009). Georgia: Health system Review Health system in Transition. 11(8): 1-116; Richardson E. (2003). Armenia: Health System Review. Health systems in Transition. 15(4): 1-99; Boerma W. (2012). Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Republic of Moldova: A survey-Based Project. Copenhagen. Who Regional Office for Europe.

პირველადი რგოლის ექიმის (ოჯახის ექიმის) ამორჩევის უფლება ყველა პოსტსაბჭოთა ქვეყნების პაციენტებს აქვთ, თუმცა, საქართველოს მსგავსად ისინი ამ უფლებას ნაკლებად იყენებენ. რაც შეეხება ექიმ-სპეციალისტის ამორჩევის უფლებას, ეს უფლებაც არსებობს, მაგრამ საქართველოს პაციენტები მას ნაწილობრივ იყენებენ. ამავე მდგომარეობაშია ყაზახეთი და ტაჯიკეთი. ამ უფლებას მთლიანად იყენებენ მოლდოვას, ყირგიზეთის, უკრაინის და უზბეკეთის პაციენტები. საერთოდ გამოყენება არა აქვს მას სომხეთში, აზერბაიჯანში, თურქმენეთში და რუსეთში. ამის მიზეზი კვლავაც არის პაციენტებისთვის ნაკლები ინფორმირებულობა ექიმების კომპეტენციების შესახებ.

პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში რეფორმის მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო ოჯახის ექიმის მეშვეობით პაციენტის ექიმ-სპეციალისტთან წვდომის დანერგვა. ეს სისტემა თეორიულ დონეზე ყველა პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში დაინერგა, გარდა რუსეთის, ტაჯიკეთის, ყაზახეთის და უზბეკეთისა. ამ ქვეყნებში პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში გრძელდება პაციენტის სამედიცინო მომსახურების საბჭოური წესი (ე. წ. „სემეშკოს“ მოდელი), კერძოდ, პაციენტი, როგორც მაშინ, ამჯერადაც მიდის საერთო პრაქტიკის მქონე თავის მკურნალ ექიმთან, რომელიც როგორც წესი, თერაპევტია, და, შემდეგ მისი მიმართვით იღებს სამედიცინო მომსახურებას ამა თუ იმ ექიმ-სპეციალისტთან. ეს ხდება იმ ქვეყნებში, რომელთაც ექიმ-სპეციალისტთან წვდომის ე. წ. „გეიდკიპინგის“ სისტემა ოფიციალურად არ აქვთ აღიარებული. ამ პროცესს ნორმალურად მიიჩნევენ ამ ქვეყნების პაციენტები [6]. დანარჩენ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოში, „გეიდკიპინგის“ სისტემა ოფიციალურად აღიარდა (იხ. ცხრილი 3). ამის მიუხედავად, პაციენტები არჩევენ გვერდი

აუარონ ოჯახის ექიმს და პირდაპირ მიაკითხონ ექიმ-სპეციალისტს, ანდა პირდაპირ სტაციონარს (საავადმყოფო). ასე ხდება საქართველოში, სომხეთში, აზერბაიჯანში და თურქმენეთში [5]. ასეთ შემთხვევებს აქვს ადგილი მოლდოვასა და ყირგიზეთშიც, ანუ იმ ქვეყნებში, რომლებიც პოსტსაბჭოთა ქვეყნებიდან საოჯახო მედიცინაზე გადასვლის ნიმუშად არიან აღიარებული [7]. პაციენტების ასეთმა თვითნებურმა ქცევამ გამოიწვია პაციენტებისთვის ჭარბი სტაციონალური მომსახურების გაწევა, ანუ ისეთი მომსახურების, რომელიც შედარებით დაბალი ხარჯით შესრულდებოდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში.

ცხრილი 3. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების საცნობარო ფუნქციების რეალიზაცია მეკარიბჭე ექიმების მიერ

ქვეყნები	საერთო პარქტიკის ექიმები, გეიდვიპერები (მეკარიბჭე ოჯახის ექიმები)	წვდომა ექიმ-სპეციალისტზე
საქართველო	ოფიციალურად აღიარებულია	პირდაპირი მიმართვა სპეციალისტთან პაციენტებს უფრო იაფი უჯდებათ
სომხეთი	ოფიციალურად აღიარებულია	დანერგილია თეორიულად, პრაქტიკულად არ მუშაობს
აზერბაიჯანი	აღიარებულია და მუშაობს სოფლად	პირდაპირი მიმართვაც გავრცელებულია
ყირგიზეთი	აღიარებულია	დანერგილია
მოლდოვა	აღიარებულია	ასეთი წვდომა ფინანსურად წახალისდება
რუსეთი	არ არის სავალდებულო	გავრცელებულია
უკრაინა	აღიარებულია საპილოტე რეგიონებში	გავრცელებულია საპილოტე რეგიონებში
უზბეკეთი	არ არის აღიარებული	არ არის დანერგილი
ტაჯიკეთი	აღიარებულია და მუშაობს საპილოტე რეგიონებში	გავრცელებულია საპილოტე რეგიონებში
ყაზახეთი	არ არის აღიარებული	არ არის დანერგილი
ბელორუსი	აღიარებულია და მუშაობს სოფლად	დანერგილია და მუშაობს სოფელ ადგილებში
თურქმენეთი	დანერგილია	დანერგილია პირდაპირი წვდომა

წყარო: Chanturidze T. Et Al. (2009). Georgia: Health system Review Health system in Transition. 11(8): 1-116; Richardson E. (2003). Armenia: Health System Review. Health systems in Transition. 15(4): 1-99; Boerma W. (2012). Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Republic of Moldova: A survey-Based Project. Copenhagen. Who Regional Office for Europe.

საქართველოშიც და დანარჩენ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებშიც ვერტიკალური კომუნიკაცია და ინტეგრაცია სამედიცინო დახმარების პირველად და მეორე-მესამე დონეებს შორის მეტად პრობლემატურია. სამედიცინო დახმარების მეორე და მესამე დონეზე წვდომისთვის პაციენტისთვის ოფიციალურად სავალდებულოა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მიმართვა, მაგრამ პრაქტიკულად, იგი არ გამოიყენება. საქართველოში და მოლდოვაში ოჯახის ექიმის მეშვეობით დაზღვეული პაციენტის გადამისამართება მეორე ან მესამე

დონის ექიმ-სპეციალისტთან მთლიანად დაზღვევით იფარება, ხოლო თუ მან ინდივიდუალურად მიაკითხა მას, ან საავადმყოფოს, მაშინ, მან ჯიბიდან მთლიანად უნდა დაფაროს მკურნალობის ხარჯი. ამ ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ასეთი ფინანსური სტიმულით ცდილობენ მათთან პაციენტთა მიმართვიანობის გაზრდას [8].

რეფორმის ერთ-ერთი შემადგენელი იყო სამედიცინო დაწესებულებების ახალი სტატუსის განსაზღვრა. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები რეფორმის პროცესში განკერძოვდნენ და კერძო ამბულატორიულ დახმარებას აწვდიან პაციენტებს [1], მაგრამ ასე არ არის ყველა პოსტსაბჭოთა ქვეყანაში. ზოგიერთი ქვეყანა საქართველოს მსგავსად კერძო მომსახურებით მუშაობს და ექიმებთან შრომის ანაზღაურების საკონტრაქტო მოდელზე არიან გადასული (იხ. ცხრილი 4).

ცხრილი 4. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა სტატუსი და დაქირავებულების შრომის ანაზღაურების მოდელი

ქვეყანა	სამართლებრივი სტატუსი და დაქირავებულებთან ანგარიშსწორების მექანიზმი
საქართველო	საკონტრაქტო მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის ყველა დაწესებულება ავტონომიურია. ისინი სამედიცინო კადრს ქირაობენ. მათი ანაზღაურება განსხვავებულია. სოფლის დაწესებულებები დამოუკიდებელი ბიუჯეტის მფლობელები არიან. მათთან პირდაპირი ხელშეკრულება აქვს დადებული ჯანმრთელობის დაცვის სააგენტოს.
სომხეთი	საკონტრაქტო მოდელი. შექმნილია სახელმწიფო სააქციო საზოგადოებები. პირველადი სამედიცინო დახმარების მომწოდებლებისთვის გადახდა ხორციელდება სულადობრივ საფუძველზე ჯანდაცვის სახელმწიფო სააგენტოს მიერ. ამბულატორიული მომსახურება ნაზღაურდება პაციენტების და შინამეურნეობების მიერ. დაზღვევის საბაზო პაკეტში ჩართული მომსახურებები ნაზღაურდება საერთო ბიუჯეტიდან.
აზერბაიჯანი	ინტეგრირებული მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები პირდაპირ ეკუთვნის რაიონის ადგილობრივ ხელისუფლებას. მედმუშაკების დაქირავება მის მიერ ხდება. ხარჯებსაც მართვის ადგილობრივი ორგანო ფარავს.
ბელორუსი	ინტეგრირებული მოდელი. პირველადი ჯანდაცვა მთლიანად სახელმწიფოს საკუთრებაშია. მას აფინანსებს სახელმწიფო სულადობრივი მიდგომით.
ყაზახეთი	საკონტრაქტო მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები სახელმწიფო საწარმოები არიან. მათ აფინანსებს სახელმწიფო ბიუჯეტი. პაციენტები იხდიან მხოლოდ საკონსულტაციო და დიაგნოსტიკური მომსახურების ღირებულებას.
ყირგიზეთი	საკონტრაქტო მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა უმრავლესობა სახელმწიფო საკუთრებაშია. ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფონდი წარმოადგენს ერთიან გადამხდელს. პირველადი დაწესებულებები მასთან აფორმებენ კონტრაქტებს სულადობრივი მიდგომით.
მოლდოვა	საკონტრაქტო მოდელი. 1991 წლიდან მთელ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებზე საკუთრების უფლება გადაეცათ რაიონების და ქალაქების მართვის ადგილობრივ ორგანოებს. ისინი ახორციელებენ ანგარიშსწორებას ამ დაწესებულებებთან სულადობრივი მიდგომით.
რუსეთი	საკონტრაქტო მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა უმრავლესობა სახელმწიფო საკუთრებაშია. საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევით მოცულ სამედიცინო მომსახურებას ანაზღაურებს ფედერალური და ტერიტორიული ბიუჯეტები. მედპერსონალის ანაზღაურება მყარი განაკვეთებით ხდება.

ტაჯიკეთი	ინტეგრირებული მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა თითქმის ყველა მუშაკი სახელმწიფო მომსახურეთ ითვლება, მ. შ. ოჯახის ექიმებიც და მედდებიც, ანუ მთელი „ოჯახის ბრიგადები“. ქვეყნის მთავრობა არის მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, თუმცა, არსებობს პაციენტების საკუთარი ჯიბიდან გადახდაც.
თურქმენეთი	ინტეგრირებული მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის ყველა დაწესებულება არის კვლავაც სახელმწიფო საკუთრებაში. მათი თანამშრომლები ანაზღაურებას იღებენ ბიუჯეტიდან.
უკრაინა	ინტეგრირებული მოდელი საკონტრაქტო მოდელთან ერთად. საკონტრაქტო მოდელი გავრცელდა მხოლოდ საპილოტე რეგიონებში. დანარჩენ რეგიონებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები სახელმწიფო საკუთრებაშია და ფინანსდებიან ბიუჯეტიდან.
უზბეკისტანი	ინტეგრირებული მოდელი. პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა უდიდესი ნაწილი სახელმწიფო საკუთრებაშია და მათი დაფინანსება, ცხადია, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება.

წყარო: *Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin Mckee. Trends in system in the Former Soviet countries.*
<https://www.euro.who.int/data/assets/pdf.file/0019/261271/Trends-in-health-Systems-in-former-Soviet-Countries.pdf>

როგორც მე-4 ცხრილი გვიჩვენებს, მთელ რიგ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, რომელთა რიცხვშია თურქმენეთი, ტაჯიკეთი, ყაზახეთი და ბელორუსია, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამართლებრივ სტატუსში რეფორმას არაფერი არ შეუცვლია. ისინი ისევე სახელმწიფო საკუთრებაში არიან, როგორც იყვნენ საბჭოთა კავშირის შემადგენლობაში ყოფნის დროს. რუსეთში, უზბეკეთში, უკრაინაში, ყირგიზეთში - პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ნაწილმა მიიღო კერძო საწარმოს სტატუსი. მოლდოვას და აზერბაიჯანის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები დაექვემდებარენ რაიონის (ქალაქის) მმართველობას, ანუ ისინი კვლავაც სახელმწიფო საწარმოები არიან, იგივე ხდება სომხეთში. აქ ყოფილი საბჭოური დროის პოლიკლინიკები და ამბულატორიები გადაკეთდნენ სახელმწიფო სააქციო საზოგადოებებად, რაც იმას ნიშნავს, რომ მათი განკერძოებაც არ მომხდარა.

სტატუსის შეცვლის თვალსაზრისით რეფორმა ყველაზე ეფექტიანი აღმოჩნდა საქართველოს პირველად ჯანდაცვაში, რადგან პირველადი ჯანდაცვის უმრავლესმა დაწესებულებამ კერძო საწარმოს სტატუსი მიიღო. „საქართველოში, - წერს პროფესორი თ. ვერულავა, - უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის ორი ფორმაა განვითარებული - კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო საკუთრების. სხვა ქვეყნებში, თვით მაღალგანვითარებულ ქვეყნებშიც კი, პირველად ჯანდაცვაში მესაკუთრეობის უფრო მრავალი ფორმებია მუნიციპალური მესაკუთრეობის ჩათვლით. ისმება კითხვა: ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებისთვის რა ჯობს - სამედიცინო დაწესებულებათა მესაკუთრეობის ფორმების სიმრავლე თუ პირიქით, საკმარისია ორი ფორმა? მართალია სამედიცინო

მომსახურების ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულებების მრავალი ფორმის არსებობას, მაგრამ, ჩვენი აზრით, არსებული ორი ფორმაც იქნებოდა საკმარისი, საქართველოში საკმარისი რაოდენობით რომ შექმნილიყო არამომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებები. ისინი კერძო მომგებიან ორგანიზაციებისგან იმით განსხვავდებიან, რომ მთელ მოგებას ახმარენ სამედიცინო ტექნიკის შეძენას, სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას და დასაქმებულთა ხელფასების გაზრდას და არა აქციონრებს შორის მოგების განაწილებას [9].

ასე რომ, რეფორმის შემდეგ, საქართველოში სახელმწიფოს საკუთრებაში ნაკლებად დარჩა სამედიცინო დაწესებულებები. ეს კარგია, მაგრამ ჩვენ ვიზიარებთ პროფესორ თ. ვერულავას აზრს იმის შესახებ, რომ უკეთესი იქნებოდა, მრავლად გახსნილიყო არა მხოლოდ მომგებიანი, არამედ, არამომგებიანი კერძო დაწესებულებებიც, რომლებიც მოემსახურებოდნენ ღარიბ მოსახლეობას (ევროპის ქვეყნებში ეს მიღებული პრაქტიკაა [10]). ისიც ცნობილია, რომ აშშ-ში ასეთ დაწესებულებებს მიმართავს პაციენტების 70% [11]. ასეთ დროს ამერიკა მდიდარი ქვეყანაა, საქართველო კი ღარიბი. სწორედ საქართველოს და საქართველოს ღარიბ ქვეყნებს სჭირდება ასეთი სამედიცინო დაწესებულებები [12].

დასკვნა. ყოველივე ზემონათქვამის შეჯამებით შეიძლება დავასკვნათ, რომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნების შუქზე პირველად ჯანდაცვაში მიმდინარე რეფორმების მართვით საქართველო არც მოწინავეა და არც მთლიანად ჩამორჩენილი. იგი საშუალო პოზიციას იკავებს. მას სჯობნის მოლდოვა და ყირგიზეთი, ხოლო მას ჩამორჩება ბელორუსია, ტაჯიკეთი, რუსეთი, თურქმენეთი.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. **Smith O., Nguyen SH.** (2013). Getting Better: Improving Health System Outcomes in Europe and Central Asia. Washington. Dc. world Bank.
2. **Beeli P.** (2003). The Years of Health Reforms in Former Socialist Economies: Lessons Learned and Options for the Future. International Health Groups. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health.
3. **Rechel B., Mckee M.** (2009). Health Reform in Central Europe and the Former soviet Union. Lancet. 374:1186-1195.
4. **Chanturidze T. Et Al.** (2009). Georgia: Health system Review Health system in Transition. 11(8): 1-116.

5. **Bernd Rechel, Erica Richardson, Martin Mckee.** Trends in system in the Former Soviet countries.
<https://www.euro.who.int/data/assets/pdf.file/0019/261271/Trends-in-health-Systems-in-former:Soviet-Countries.pdf>
6. **Ropovich L., et. al.** (2011). Russian Federation: Health System Review. Health systems in Transition. 13:1-190.
7. World Bank (2005). Review of Experience of Family Meicine in Europe and Central Asia. vol. 5. Moldova Case Study: Washington. Dc. world Bank.
8. **Boerma W.** (2012). Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Republic of Moldova: A suruey-Based Project. Coperhagen. Who Regional Office for Europe; **Chanturidze T. Et Al.** (2009). Georgia: Health system Review Health system in Transition.
9. **ვერუღავა თ.** პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში. თბ., 2021. გვ. 89.
10. **Feldstein P. J.** (2011). Health Policy Issues. An Economic Perspective. Fourth Edition Chicago AUPHA Press.
11. **Sloan F.** (2000). Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior. Now-York. North-Holland Press.
12. AHA (2007). American Hospital Association. Hospital Statistic: AHA.