



### თენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი, პროფესორი  
კავკასიის უნივერსიტეტი  
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

1990 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, სადაც 2001 წელს დაიცვა დისერტაცია.

1990-1996 წლებში მუშაობდა სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოს ექიმად, 1995-2007 წლებში იკავებდა

სხვადასხვა ხელმძღვანელ პოზიციას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში, სოციალური დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდში. მონაწილეობდა საერთაშორისო პროექტებში (მ.შ. ნითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი). 2015 წლიდან ჩაფიქსის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის მეცნიერებისა და უწყვეტი განათლების დეპარტამენტის ხელმძღვანელია.

1997 წელს გახდა ნოუ-ჰაუს ფონდის სტიპენდიანტი და სწავლობდა იორკის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომიკის ცენტრში, სადაც გაიარა პროფესიული განვითარების პროგრამა ჯანდაცვის ეკონომიკის და პოლიტიკის განხრით. გაიარა ტრენინგები სხვადასხვა ქვეყნის უნივერსიტეტებში (მ.შ. მასატრუსეტის, სკრენტონის, იორკის, უტრეხტის, ჯაგელონიის უნივერსიტეტები) ჯანდაცვის ეკონომიკის, ჯანდაცვის პოლიტიკის, სადაზღვევო საქმის, სამედიცინო ხარისხის, ჯანდაცვის დაფინანსების, რისკის მართვის, ანდერაითინგის, მართული ჯანდაცვის მიმართულებებით.

2005 წლიდან ეწევა სამეცნიერო-პედაგოგიურ მოღვაწეობას სხვადასხვა უნივერსიტეტებში (კავკასიის უნივერსიტეტი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს უნივერსიტეტი). 2005 წლიდან მუშაობდა საქართველოს უნივერსიტეტში პროფესორად, ჯანდაცვის ეკონომიკის და დაზღვევის დეპარტამენტის ხელმძღვანელად; 2011 წლიდან - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორად, ბიზნესის ფაკულტეტის დეკანად, სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამების „ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენეჯმენტი“ ხელმძღვანელად, ჯანდაცვის პოლიტიკის და დაზღვევის ინსტიტუტის დირექტორად; 2019 წლიდან ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი; 2020 წლიდან კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი, საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამების „სა-ზოგადოებრივი ჯანდაცვა“ და „ჯანდაცვის მენეჯმენტი“ ხელმძღვანელი; 2020 წლიდან ლა ტრობეს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის საპატიო პროფესორი (მელბურნი, ავსტრალია).

2015 წლიდან არის საერთაშორისო რეფერირებადი ჟურნალის „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“ მთავარი რედაქტორი. არის მრავალი საერთაშორისო იმპაქტფაქტორიანი რეფერირებადი ჟურნალების სარედაქციო საბჭოს წევრი (მ.შ. Home Health Care Management & Practice“), ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის წევრი.

სხვადასხვა წლებში იყო შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევის გრანტების სამეცნიერო ხელმძღვანელი (მ.შ. „ჯანდაცვის პოლიტიკის გამოწვევები საქართველოში: სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციული და ფინანსური პერსპექტივა“ – 2020).

გამოცემული აქვს 11 წიგნი, გამოქვეყნებული აქვს ასორმოცდაათამდე სამეცნიერო ნაშრომი, როგორც ქართულ, ასევე საერთაშორისო რეფერირებად სამეცნიერო ჟურნალებში (SCOPUS h-index: 7). 2018 წელს მიენიჭა შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ჯილდო წლის საუკეთესო მეცნიერი სიცოცხლის შემსწავლელ და ჯანდაცვის მეცნიერებების მიმართულებებით.



# თენგიზ ვერულავა



თენგიზ ვერულავა

## პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კავშირის ამაღლებაში



**თენგიზ ვერულავა**

**პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და  
მისი როლი  
ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში**



**შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი**

**2021**

**თენგიზ ვერულავა** – მედიცინის დოქტორი, პროფესორი  
კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი



წიგნი გამოიცა შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ 2017 წელს გამოცხადებულ „ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტის კონკურსის“ ფარგლებში (გრანტი FR1 7-1 01)

**პროექტის კოორდინატორი:**

**რევაზ ჯორბენაძე** – მედიცინის დოქტორი, აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის აღმასრულებელი დირექტორი

**პროექტის სამეცნიერო ჯგუფი:**

**ლეილა კარიმი** – დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, ლა ტრობეს უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, ავსტრალია

**ირმა კირთაძე** – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

**ნინო მახაშვილი** – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

**თამარ მაღლაკელიძე** – საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, კლინიკური კვლევების სპეციალისტი, კლინიკური კვლევების ასოციაცია

**ვანტანგ სურგულაძე** – ჯანდაცვის მაგისტრი

**ვარლამ კვანტალიანი** – საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის პრევენციული მედიცინის სამსახურის უფროსი

**ეკატერინე ელიავა** – ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტის მკვლევარი.

**რედაქტორები:**

**იაგო კაჭკაჭიშვილი** – სოციოლოგიის დოქტორი, პროფესორი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

**ოთარ გერშმავა** – მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, გრიგოლ რობაქიძის უნივერსიტეტი

**გიორგი შაქარიშვილი** – სოციალური პოლიტიკის დოქტორი (შიდსის, ტუბერკულოზის და მალარიის გლობალური ფონდი)

© თენგიზ ვერულავა, 2021

კომპიუტერული უზრუნველყოფა **ხათუნა პაპუაშვილი**

გამომცემლობა „ძაპაპოლიგრაფი“

ISBN 978-9941-18-365-2

**Tengiz Verulava** – Doctor of Medicine, Professor  
Caucasus University, Tbilisi State University  
Primary Health Care System and its role in health capital increase  
The book was published within the framework of the “Basic Research  
State Grants” announced by the Shota Rustaveli National Science Foundation  
in 2017 (Grant – FR1 7–1 01)

**Project Coordinator:**

**Revaz Jorbenadze** – Doctor of Medicine, Acad. G. Executive Director  
of Chapidze Emergency Cardiology Center

**Project Scientific Group:**

**Leila Karim** – PhD, Associate Professor, University of La Trobe’s  
School of Psychology and Public Health, Australia

**Irma Kirtadze** – Doctor of Public Health, Associate Professor, Ilia  
State University

**Nini Makhashvili** – Doctor of Public Health, Associate Professor, Ilia  
State University

**Tamar Maghlakelidze** – Master of Public Health, Clinical Research  
Specialist, Clinical Research Associate

**Vakhtang Surguladze** – Master of Health

**Varlam Kvantaliani** – Head of the Preventive Medicine Service of the  
National Training Center for Family Medicine

**Ekaterine Eliava** – Researcher, Institute of Health Policy.

**Editors:**

**Iago Kachkachishvili** – Doctor of Sociology, Professor, Ivane Javakhi-  
shvili Tbilisi State University

**Otar Gerzmava** – Doctor of Medicine, Professor, Grigol Robakidze  
University

**Giorgi Shakarishvili** – Doctor of Social Policy, Global Fund for AIDS,  
Tuberculosis and Malaria

© Tengiz Verulava, 2021

Publishing „DZAVAPOLIGRAF“

ISBN 978-9941-18-365-2

## წინასიტყვაობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამაღლებაზე დიდ გავლენას ახდენს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დონე. ქვეყნები, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, ხასიათდებიან ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით, კერძოდ, მაღალია სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, მცირდება სხვადასხვა მიზეზებით (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, სიმსივნე) სიკვდილიანობა, მცირდება ბავშვთა სიკვდილიანობა. მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლები მიიღწევა დაბალი ხარჯებით. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს პრევენციულ სერვისებს, რომელიც ხელს უწყობს დაავადებათა ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას.

პირველადი ჯანდაცვა განაპირობებს ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების განვითარებით. პირველადი ჯანდაცვა ერთგვარი „მეკარიბჭეა“ ჯანდაცვის სისტემაში, რომლის მეშვეობით ხდება დაავადების პირველადი შეფასება, პაციენტზე წარმოებს მიმდინარე და უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. შედეგად, ექიმმა კარგად იცის თუ როგორ ჩამოუყალიბდა კონკრეტულ პაციენტს დაავადება, როგორ მიმდინარეობს იგი. ასეთი ცოდნა კი მას საშუალებას აძლევს მართოს დაავადება. ჯანდაცვის რთული სისტემაში, სადაც პაციენტს უძნელდება მისთვის საჭირო სამედიცინო სერვისების განსაზღვრა, ოჯახის ექიმი ეხმარება მას სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში და გვევლინება როგორც მისი მეგობარი. მაღალხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვა განაპირობებს უფრო ეფექტურ მეორეულ და მესამეულ ჯანდაცვას.

ამგვარად, ეფექტური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ხელს უწყობს ადამიანის ჯანმრთელობას. თავის მხრივ, ჯანმრთელობა საინვესტიციო საქონელია, რომელიც ადამიანს მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის კაპიტალს აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი მნიშვნელობა, რადგანაც ჯანმრთელობას სარგებელი აქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ვიდრე სხვა საქონელს და მომსახურებას.

იმის გათვალისწინებით, რომ ადამიანური კაპიტალი გულისხმობს ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რომლებიც ამაღლებენ მის შრომისუნარიანობას, პროდუქტიულობას, პირველადი ჯანდაცვა შე-



გვიძლია განვიხილოთ როგორც ადამიანური კაპიტალის შექმნის და შესაბამისად, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ამაღლების ერთ-ერთი მთავარი მექანიზმი.

საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვა ეფუძნება საოჯახო მედიცინის პრონციპებს, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის პროგრამების განხორციელებას. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება 1995 წლიდან დაიწყო. თუმცა, ჩატარებული კვლევები ცხადყოფს, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყნებში. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 3.6-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციის მიზნით მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს და მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევები ცხადყოფენ, რომ პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი 40%-ს აღწევს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს შეადგენს.

ცხადია, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე, მათ შრომისუნარიანობაზე, შემოსავლების მიღების შესაძლებლობაზე. აღნიშნული განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რომლებიც ინვევენ ქვეყნისთვის მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. რაც განსაკუთრებით აქტუალურია ისეთი გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნისთვის როგორც საქართველოა.

ყოველივე ზემოთაღნიშნული მიუთითებს იმ მნიშვნელობაზე, რომელიც პირველად ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამაღლებაში, ასევე მის აქტუალობაზე, ნებისმიერი ქვეყნისთვის და განსაკუთრებით საქართველოსათვის, სადაც მოსახლეობის სოციალური ფონი საკმაოდ დაბალია. ამ მხრივ, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც შემოსავლების გაზრდის საშუალება.

პირველადი ჯანდაცვის როლზე ადამიანის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში მრავლადაა კვლევები. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის კავშირი ჯანმრთელობის კაპიტალთან და შესაბამისად, მისი წვლილი ქვეყნის ეკონომიკის ზრდაში, შედარებით ნაკლებადაა შესწავლილი.

კვლევითი პროექტი მიზნად ისახავს კომპლექსურად შეისწავლოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში, მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ფორმირებაში; განვსაზღვროთ ყველა ის ძირითადი პრობლემა, რომელსაც ადგილი აქვს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციონირების პროცესში, გამოვლენილ იქნას ის პრობლემები რომლებიც ხელს უშლიან პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას საქართველოში; ასევე განისაზღვრება თუ რა არის საჭირო მომავალში მისი ქვეყნის მასშტაბით განვითარებისა და ეფექტიანი ფუნქციონირებისათვის.

## FOREWORD

The level of primary health system development greatly affects health condition of the population. The countries, where the organization of medical services is focused on primary healthcare model, are characterized by better health indicators, in particular, average life expectancy is high, mortality caused by various reasons (cardiovascular disease, tumor) is reduced, child mortality is decreased. It is important to note, that better health indicators are achieved by low expenses. The above stated is conditioned by the circumstance that primary healthcare includes preventive services that encourage early diagnosis and disease treatment.

Primary healthcare conditions the health improvement through comprehensive, coordinated and continuous medical services. Primary healthcare is a kind of a „gatekeeper“ to healthcare system, through which a primary assessment of the disease is made, the patient is under continuous medical observation. As a result, the doctor is aware of the genesis of a specific patient’s disease and how it progresses. Such knowledge enables him/her to control the disease. In a complex healthcare system, where the patient faces difficulties in properly defining necessary medical services, he/she is assisted by the physician in selecting the right medical services, who, at the same time, acts as his/her guide. High quality primary healthcare provides more effective secondary and tertiary healthcare.

Thus, effective primary healthcare system promotes human health. On the other hand, health is an investment item that allows people to work and therefore to earn income. It can be said that health capital has both individual and social importance, since health brings benefits for an individual, as well as for the society. Health capital is given more significance compared to the other goods and services. Considering that human capital implies a combination of investments in human beings that increase their work capacity and productivity, we can consider the primary healthcare as one of the key mechanisms for human capital provision and respectively, health improvement of the population.

According to existing Georgian Legislation, Primary Health Care System should be established on Family Medicine through Implementation of Health Promotion and Non-communicable diseases programs. Family Medicine piloting sites were established within United Kingdom’s DFID Georgia Primary Health Care Development Project in 2000, however support from Government was very fragmented.

The studies show that primary health system in Georgia has not developed up to the standards, which exist in many countries for already several



decades. This is confirmed by the fact, that the number of visits in outpatient medical facilities is 3.6 in a year (up to 7.5 in European countries). This is conditioned by the fact that patients have less motivation to address the primary care physician for prevention and try to provide medical care only when the disease aggravates. Patients prefer hospital services. According to the research conducted in Georgia, primary health care institutions were selected for the first contact with the healthcare system by half of those individuals (50.9%), who addressed the medical organization due to medical problems. As shown by another survey, most respondents (78.4%) do not go to a family doctor, and according to the majority (77.3%) their family physician never speaks about healthy lifestyle, preventive measures.

Studies show that through bypassing the chain of primary healthcare, patients buy medicines without doctor's prescription and self-medicate. As a result, the share of medication costs in the total healthcare cost reaches 40%, while in European countries it amounts to 10-15%.

Obviously, low development of primary health care system will have a negative effect on health indicators of the country's population, on their ability to work, and the possibility of revenue earning. These are considered as public health losses that cause significant economic damage to the country, which is especially relevant for the transitional economy of the country, like Georgia.

All above mentioned indicates the significance of primary health system in health improvement of population and its actuality for any country and especially for Georgia, where the social background of the population is quite low. In this regard, health can be seen as an opportunity to revenue increase.

There are number of studies conducted on the role of primary healthcare in health capital improvement. However, the relation between primary healthcare system and health capital, respectively, its contribution to the growth of the country's economy, is less investigated.

The actuality and scientific novelty of the research is conditioned by the fact that within the framework of this project, the primary healthcare system operation will be examined comprehensively through theoretical (using research in different countries) as well as practical (based on specific digital data) means. Will be studied and analyzed the existing primary healthcare network, organizational forms of service delivery, the needed capacity for human resource development, qualitative and quantitative characteristics, physical infrastructure and equipment for primary healthcare, medical personnel remuneration methodology, the role of primary healthcare system in increasing health capital and accordingly, the country's economy.

The project aims to study the primary healthcare system in Georgia and its role to increasing health capital; to identify all the key problems in the process of primary healthcare functioning in Georgia, to reveal the problems impeding primary healthcare system development in Georgia; to determine what is needed for its country-wide development and effective operation; Research results will be reviewed based on international experience and trends in primary healthcare.

## სარჩევი

წინასიტყვაობა .....	4
FOREWORD .....	7
პირველადი ჯანდაცვის არსი, მიზნები და ფუნქციები.....	11
ჯანმრთელობის კაპიტალი, პირველადი ჯანდაცვა და ეკონომი- კური ზრდა .....	16
პირველადი ჯანდაცვის რეფორმები საქართველოში .....	28
პირველადი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები.....	38
სოფლის ექიმის პროგრამა .....	42
ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლი .....	47
ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა .....	54
ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა.....	59
ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტის კმაყოფილება.....	61
სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება .....	62
პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ესტონეთის გამოცდილება.....	82
პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია.....	85
პირველადი ჯანდაცვის მესაკუთრეობის ფორმები .....	89
პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი ადამიანური რესურსების განვითარება .....	102
პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამეცნიერო – ინფორმაცი- ული უზრუნველყოფის პრობლემები .....	106
პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის პრობლემები.....	120
პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემები გან- ვითარება .....	122
პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რაოდენობისა და მდებ- არეობის განსაზღვრა .....	124
პირველადი ჯანდაცვაში ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრ- ამების ინტეგრირება .....	125
კანადის პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინდიკატორები	129

## პირველადი ჯანდაცვის არსი, მიზნები და ფუნქციები

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება. „პირველადი ჯანდაცვა“ არის პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან, ექიმთან, ერთგვარი „მეკარობჭე“ ჯანდაცვის სისტემაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავს ექიმ-სპეციალისტებთან.

პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას საფუძველი ჩაეყარა 1978 წელს, ალმა-ატაში ჩატარებულ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ორგანიზებულ ისტორიულ კონფერენციაზე, სადაც წარმოდგენილი იყო 150 ქვეყნის მთავრობა. აღნიშნულ კონფერენციაზე მიღებულ იქნა პეჯდ-ის განმარტება:

„პირველადი ჯანდაცვა არის პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებზე დამყარებული ძირითადი სამედიცინო დახმარება, რომელიც უნივერსალურად ხელმისაწვდომია ინდივიდებისა და ოჯახებისთვის მათი სრული მონანიღობით და ღირებულებებით, რომელსაც თემი და ქვეყანა უზრუნველყოფს განვითარების ყოველ ეტაპზე თვითრწმენისა და თვითგამორკვევის სულისკვეთებით“<sup>1</sup>.

ეს იყო პირველი საერთაშორისო ფორუმი, რომელზეც განხილულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის როლი და მნიშვნელობა მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის.

პირველადი ჯანდაცვის მიზნებია:

- 1) პირველადი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- 2) ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- 3) პაციენტის პერსონალური მხარდაჭერა დაავადების ყველა სტადიაში;
- 4) ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის, მკურნალობის, პრევენციისა და პროგნოზის შესახებ;
- 5) ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და შენარჩუნება;
- 6) ავადობისა და შეზღუდული შესაძლებლობის პრევენცია დაავადების გამოვლენის, განათლების, ქცევის შეცვლისა და პრევენციული მკურნალობის გზით;
- 7) ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება

<sup>1</sup> ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. 2008.

### **პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციებია<sup>1</sup>:**

- საექიმო კონსულტაცია, როგორც ამბულატორიულად, ასევე პაციენტის ბინაზე სამკურნალო თუ პრევენციული მიზნით;

- ფუნქციურ-დიაგნოსტიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა;

- მიმართვა (რეფერალი) მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დანესებულებაში;

- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა (ორსულთა მეთვალყურეობა, ოჯახის დაგეგმვა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ბავშვთა ზრდა-განვითარებაზე მეთვალყურეობა)

- ტუბერკულოზის, გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების მართვის მიზნით დაგეგმილი ღონისძიებები.

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა მოიცავს არა მარტო ექიმის ჩვეულებრივი მოვალეობის შესრულებას, არამედ საზოგადოებრივ ჯანდაცვით ღონისძიებებსაც, რომელიც მიმართულია დაავადებათა გამომწვევი მიზეზების დადგენისა და მისი პროფილაქტიკისაკენ. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას.

1993 წელს ბარბარა სტარფილდმა განსაზღვრა პჯდ-ის 4 ძირითადი მახასიათებელი<sup>2</sup>:

1. პირველი დონის კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან;
2. მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა;
3. ყოვლისმომცველობა;
4. კოორდინირება.

განვიხილოთ რას ნიშნავს თითოეული მათგანი:

**პირველადი ჯანდაცვა პაციენტის პირველი კონტაქტია ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან<sup>3</sup>.** იგი მიეწოდება ოჯახის ექიმის მიერ, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს და მოიცავს პირველადი კონტაქტის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგ-

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

2 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998

3 პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი.

ნოსტიკას, მკურნალობას და ჯანმრთელობის პრობლემების მართვას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას<sup>1</sup>.

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

**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. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის უწყვეტობას, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ურთიერთობის უწყვეტობას, კონფიდენციალურობას, ლოკალურ პრობლემათა გააზრებას, თითოეული ინდივიდის თუ ოჯახების ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის გამართული სისტემა ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას<sup>2</sup>, ხოლო უწყვეტობა ხელს უწყობს მეტი მოცულობით პრევენციული სერვისების განხორციელებას<sup>3</sup>, ავადმყოფთა უკეთეს გამოსავლებს<sup>4</sup>, ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას<sup>5</sup>, ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას<sup>6</sup>.

**პირველადი ჯანდაცვის ნიშანია ყოვლისმომცველობა,** კერძოდ, ოჯახის ექიმი ზრუნავს პაციენტის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ

1 ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.

2 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998

3 Benson P et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? Am J Dis Child. 1984, 138:74

4 Parchman ML. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care. 2002; 40:137

5 Wasson JH et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. JAMA. 1984;252,2413

6 Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996;86:1742



სულიერ და სოციალურ კეთილდღეობაზე<sup>1</sup>. ამით განსხვავდება იგი ექიმ-სპეციალისტებისაგან, რომლებიც მხოლოდ ცალკეულ დაავადებათა მკურნალობს ენევიან, ანუ ახორციელებენ ვინრო, სპეციალიზირებულ მომსახურებას.

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებლობას იღებს პაციენტის სამედიცინო მომსახურების მთელ სპექტრზე<sup>2</sup>. გარკვეული პასუხისმგებლობა ეკისრება პაციენტსაც. როდესაც პაციენტი მიმართავს სპეციალისტს ოჯახის ექიმთან მიმართვის გარეშე, იგი ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის მიზნით საქმეში ჩააყენოს ოჯახის ექიმი.

ჯანდაცვა რთული სისტემაა. პაციენტს უძნელდება თუ რა სახის სამედიცინო სერვისები ჩაიტაროს. ამ მხრივ, **პირველად ჯანდაცვას აქვს მაკოორდინირებელი ფუნქცია**. 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<sup>3</sup>.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს აქვთ ფინანსური სტიმულები შეზღუდონ ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართვიანობა, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და სხვა სერვისები<sup>4</sup>. ერთი კვლევის მიხედვით, ბავშვებს, რომელთაც სჭირდებოდათ ტონზილექტომია, და პედიატრის მიმართვის საფუძველზე მიღებული ჰქონდათ ოტორინოლარინგოლოგიის კონსულტაცია, ქირურგიული მკურნალობა შესაბამისი ჩვენებით უტარდებოდათ, ვიდრე იმ შემთხვევაში როდესაც ტონზილექტომია მხოლოდ ოტორინოლარინგოლოგიის კონსულტაციის საფუძველზე, პედიატრის მიმართვის გარეშე ტარდებოდა<sup>5</sup>. ამგვარად,

1 pirveladi jandacvis arsi, filosofia da roli. momijnave specialobis eqimebis ojaxis eqimad gadamzadebis saswavlo programa. saojaxo medicinis erovnuli saswavlo centri.

2 Davis K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med. 2005;20:953.

3 ვერულავა, თ., ასრათაშვილი, ა., ქაფიანიძე, შ., ნიქორიძე, თ., მინდიაშვილი, ს. (2017). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 69-73.

4 Grumbach K et al. Primary care physicians experience of financialincentives in managed care systems. N Engl J Med. 1998; 339:1516.

5 Roos N. Who should do surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry. 1979;16:73

ოჯახის ექიმი, როგორც კოორდინატორი სამედიცინო მომსახურების სერვისების სწორად შერჩევამი პოზიტიურ როლს ასრულებს.

მკვლევრების 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>1</sup>, დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები<sup>2</sup>. ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა<sup>3</sup>. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები<sup>4</sup>.

---

1 Starfield B. Primary Care. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

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

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

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

# ჯანმრთელობის კაპიტალი, პირველადი ჯანდაცვა და

## აკონომიკური ზრდა

### ადამიანური კაპიტალის კონცეფცია

ადამიანური კაპიტალი ადამიანის მიერ ინვესტიციების შედეგად დაგროვილი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ცოდნის, უნარების, შესაძლებლობებისა და მოტივაციების გარკვეული მარაგია, რომელიც გამოიყენება შრომის ამა თუ იმ სფეროში მოხმარებისათვის და მოაქვს შემოსავლები როგორც დასაქმებულისათვის, ასევე დამსაქმებლისათვის<sup>1</sup>.

ადამიანური კაპიტალის კონცეფცია შემუშავებულ იქნა XX საუკუნის 60-იან წლებში. ეკონომისტმა ტ. შულცმა პირველად გამოიყენა ტერმინი „ადამიანური კაპიტალი“, რომელშიც გულისხმობდა ადამიანში ინვესტიციების ერთობლიობას, რაც ამაღლებს მის შრომისუნარიანობას<sup>2</sup>. შულცის იდეები განავითარეს ე.წ. „ჩიკაგოს სკოლის“ წარმომადგენლებმა (გ. ბეკერი, პ. ბოვენი, ე. ჰანსენი), რომლებმაც ჩამოაყალიბეს ადამიანური კაპიტალის კონცეფციის ძირითადი დებულებები.

ნობელის პრემიის ლაურეატის გ. ბეკერის მიხედვით, „ადამიანური კაპიტალი წარმოადგენს ადამიანის თანდაყოლილი შესაძლებლობების, შექმნილი უნარების, ცოდნის და მოტივაციების ერთობლიობას, რაც გამოიყენება საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის და ადამიანისა და საზოგადოების შემოსავლის წყაროა“ [3]. ბეკერი მიიჩნევს, რომ ინვესტიციები ადამიანურ კაპიტალში მცირდება ასაკთან ერთად, რადგან დროთა განმავლობაში მცირდება მოსალოდნელი მოგება. საპენსიო ასაკის მიღწევისას შემოსავლების გენერირებაში ჯანმრთელობა კარგავს თავის მნიშვნელობას [4].

თავდაპირველად, ადამიანური კაპიტალის ფორმირებაში უმთავრეს ფაქტორად განიხილებოდა განათლება. 1970-იან წლებში მ. გროსმანმა ადამიანური კაპიტალის თეორიაზე დაყრდნობით, წარმოადგინა ჯანმრთელობის კაპიტალის როლი, რომლის მიხედვით, ადამიანი დაინტერესებულია განათლებასა და ჯანმრთელობაში ჩადებული ინვესტიციებით მომავალში გაზარდოს საკუთარი შემოსავლები<sup>3</sup>. შესაბამისად, იზრდება ადამიანის მწარმოებლურობა, რაც

1 Campbell R. McConnell, Stanley L. Brue, Sean M. Flynn. Economics: Principles, Problems, and Policies. McGraw-Hill Education. 19th edition. 2011.

2 Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital, The American Economic Review, 51 (1), 1-17.

3 Becker G (1964) Human Capital, 2nd edn. Columbia University Press, New York, 1975 and 3rd 1994.

თავის მხრივ, განაპირობებს ეკონომიკურ ზრდას<sup>1</sup>.

ჯანმრთელობის კაპიტალი გულისხმობს ადამიანში ისეთ ინვესტიციებს, რაც საჭიროა მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის შესანარჩუნებლად. ჯანმრთელობა გავლენას ახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე. იგი როგორც სამომხარებლო, ასევე ინვესტიციური საქონელია. ჯანმრთელობა, როგორც მოხმარების საქონელი, გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობა ადამიანს სიამოვნებას ანიჭებს, შესაბამისად, ჯანმრთელობაზე, როგორც სამომხმარებლო საქონელზე არის მოთხოვნა. ჯანმრთელობა როგორც საინვესტიციო სიკეთე, გულისხმობს, რომ ის მას მუშაობის და შესაბამისად, შემოსავლების გამომუშავების საშუალებას აძლევს. ჯანმრთელობის საინვესტიციო სიკეთე განისაზღვრება მისი სიკეთის მეშვეობით მიღებული სარგებლის ღირებულებით. მაგალითად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ნიშნავს შრომითი საქმიანობის დამატებით წლებს, რომლის განმავლობაში ადამიანი ღებულობს შემოსავლებს და ახდენს ინვესტირებას საკუთარ კაპიტალში. შეზღუდული შესაძლებლობა, ავადმყოფობა, სიკვდილიანობა განიხილება, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დანაკარგები, რაც ინვესტ მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ზარალს. ცხადია, ინვესტიციები ჯანმრთელობის კაპიტალში ხელს უწყობს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ზრდას, ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას, რაც დადებითად ზემოქმედებს ადამიანურ კაპიტალზე.

ჯანმრთელობა განსაზღვრავს ადამიანს რამდენი დროის დახარჯვა შეუძლია თავის შრომით საქმიანობაში. ჯანმრთელმა ადამიანმა, ნაკლებად სავარაუდოა, გააცდინოს სამუშაო, შესაბამისად, იგი უფრო პროდუქტიულია. ჯანმრთელობა ზრდის შრომისუნარიან დღეთა რაოდენობას. ამგვარად, ჯანმრთელობის წარმოება გავლენას ახდენს ადამიანის სარგებლიანობაზე – იზრდება ადამიანის კმაყოფილება არამარტო ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობით, არამედ მუშაობისათვის ჯანმრთელი დღეების რაოდენობა, ანუ შემოსავლების მიღების შესაძლებლობა, რაც აისახება შემოსავლების ზრდაში.

ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის სტატუსი ადამიანური კაპიტალის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ადამიანს მემკვიდრეობით აქვს მიღებული ჯანმრთელობის თავდაპირველი მარაგი მაგრამ, როგორც ფიზიკური კაპიტალი, ისიც განიცდის ამორტიზაციას, ჯანმრთელობის კაპიტალი შეიძლება გაუფასურდეს დროთა განმავლობაში. ამიტომ, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ადამიანები ახდენენ მასში ინვესტირებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელობის კაპიტალს აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი მნიშვნელობა,

1 Becker, G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.

რადგანაც ჯანმრთელობას სარგებელი მოაქვს როგორც ადამიანი-სათვის, ასევე საზოგადოებისათვის. გროსმანის აზრით, სადღეისოდ, ჯანმრთელობის კაპიტალს უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე მოხმარებულ სხვა საქონელს და მომსახურებას<sup>1</sup>.

სამუელ პრესტონმა პირველმა შეისწავლა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კავშირი მოსახლეობის ერთ სულზე შემოსავლებთან<sup>2</sup>. მის მიხედვით, ეროვნული შემოსავლის დონესა და სიცოცხლის ხანგრძლივობას შორის არსებობს დადებითი კავშირი. იგივე შედეგები იქნა ასახული მსოფლიო ბანკის ანგარიშებში<sup>3</sup>. თავდაპირველად აქცენტი კეთდებოდა ჯანმრთელობის როლზე ნაკლებად განვითარებული ქვეყნებში. ჯანმრთელობა განიხილებოდა როგორც სიღარიბისგან თავის დაღწევის საშუალება<sup>4</sup>. შემდგომ პერიოდში, ლარიბ და მდიდარ ქვეყნებს შორის განსხვავების ანალიზისას, ყურადღება გამახვილდა ჯანმრთელობის როლზე ეკონომიკის ზრდაში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ეკონომიკურ ზრდაში ჯანმრთელობის მდგომარეობა უფრო მნიშვნელოვანი იყო, ვიდრე განათლების დონე<sup>5,6</sup>.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება დადებითად აისახება ეკონომიკურ მწარმოებლურობაზე. ამ მხრივ გამოიყოფა 5 მთავარი მექანიზმი<sup>7</sup>:

**1. მწარმოებლურობა, ეფექტიანობა.** ჯანმრთელობა და განათლება არის ინდივიდის პროდუქტიულობისა და ეფექტურობის განმაპირობებელი ფაქტორი. არსებობს ემპირიული მტკიცებულებები, რომლის მიხედვით, შედარებით ჯანმრთელ მუშაკებს გააჩნიათ უფრო მეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ენერჯია, გამოირჩევიან საქმისადმი

1 Grossman, M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York, Columbia University Press, 1972.

2 Preston, S. (1975). The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development, *Population Studies*, 29 (2), 231–48.

3 World Bank (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington, D.C.

4 Sala-i-Martin, X. (2005). On the Health Poverty-Trap, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: The MIT Press, 95-114.

5 Barro, R. (1996). *Health and Economic Growth*, Mimeograph. Pan American Health Organization (PAHO).

6 Knowles, S., & Owen, P. (1997). Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model, *The Economic Record*, 73 (223), 314-328.

7 Howitt, P. (2005). Health, Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: The MIT Press, 19-40.

შემოქმედებითი მიდგომით და პროდუქტიულობით<sup>1,2</sup>. ჯანმრთელობა ასევე გავლენას ახდენს შრომის მიწოდებაზე, რადგან ჯანმრთელობის პრობლემა განაპირობებს სამუშაოზე გამოუცხადებლობის ბევრ შემთხვევას<sup>3</sup>. ასევე, ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანი შეიძლება გამოცხადდეს სამუშაოზე, მიუხედავად იმისა, რომ მისი საქმიანობა შესაძლოა ნაკლებად პროდუქტიული აღმოჩნდეს<sup>4</sup>.

**2. სიცოცხლის ხანგრძლივობა.** ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლებას. თავის მხრივ, რადგან ადამიანები მოელიან ხანგრძლივ სიცოცხლეს, ინვესტიციები განათლებაში უფრო მიმზიდველი ხდება და ამავე დროს, ჩნდება საპენსიო ასაკში მეტი დანახოვების გაკეთების მოტივაცია<sup>5</sup>. შედეგად, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა ხელს უწყობს განათლების კვალიფიკაციის და დანახოვების დონის ამაღლებას

სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა გავლენას ახდენს მოსახლეობის დემოგრაფიულ სტრუქტურაზე. ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ამაღლება განაპირობებს შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობის პროპორციულ ზრდას. თუმცა, გრძელვადიან პერსპექტივაში, შობადობის მაჩვენებლის შემცირების ფონზე, მოსალოდნელია საპირისპირო ეფექტი. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში შობადობის მაჩვენებლის შემცირება განაპირობებს შრომისუნარიანი მოსახლეობის ნილის შემცირებას.

**3. სწავლის უნარი.** კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ხელს უწყობს უკეთესი კოგნიტიური შესაძლებლობებისა და უნარების განვითარებას, დადებითი საგანმანათლებლო შედეგების მიღწევას<sup>6,7</sup> რაც უფრო ჯანმრთელია ადამიანი, მით

---

1 Shultz, T. (2005). Productive Effects of Health, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., Currais, L. (Eds.). Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 287-311.

2 Cai, L., & Kalb, G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia, Health Economics, 15 (3), 241-261.

3 Bloom, D., & Canning, D. (2008). Population Health and Economic Growth, Commission on Development and Growth, World Bank Working Paper, 24.

4 Productivity Commission (2006). Potential Benefits of the National Reform Agenda, Report to the Council of Australian Governments, Canberra.

5 Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H., & Weil, D. (2000). Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth, Journal of Development Economics, 62 (1), 1-23.

6 Miguel, E. (2005). Health, Education and Economic Development. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications. Cambridge: The MIT Press, 143-168.

7 Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The Lasting Impact of Childhood and Circumstance, Journal of Health Economics, 24 (3), 365-389.



უფრო მაღალია კოგნიტიური უნარები, მით ნაკლებია სკოლაში ან სამსახურში გამოუცხადებლობა, უფრო მეტად შეუძლიათ აითვისონ და დააგროვონ ცოდნა.

**4. შემოქმედებითობა, კრეატიულობა.** კარგი ჯანმრთელობით მიღწეული უკეთესი საგანმანათლებლო შედეგები დადებითად ზემოქმედებს შემოქმედებით და ინოვაციურ საქმიანობაზე. განათლებული ადამიანები არიან კარგი ნოვატორები და უფრო მოქნილნი ტექნოლოგიურ ცვლილებებთან მიმართებით. შესაბამისად, განათლების ამაღლება აჩქარებს ტექნოლოგიურ განვითარებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელი და განათლებული მუშაკები უფრო ადვილად რეაგირებენ ტექნოლოგიურ ცვლილებებსა და ინოვაციურ პროცესებზე, რაც ცვლილების წარმატებით განხორციელების განმსაზღვრელი ფაქტორია.

**5. უთანასწორობა.** ადამიანურ კაპიტალში ჩადებული ინვესტიციების სხვადასხვაობა განაპირობებს განსხვავებულ შემოსავლებს. ამ კონტექსტით, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც შემოსავლების უთანასწორობის შემცირების საშუალება. რაც უფრო შემცირდება ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობა, მით უფრო მეტ ადამიანს ექნება საკუთარი განათლების და ჯანმრთელობის საჭიროების დაფინანსების შესაძლებლობა, რაც კიდევ უფრო გააუმჯობესებს მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას<sup>1</sup>. იმის გათვალისწინებით, რომ ჯანმრთელობა და შემოსავლები ერთმანეთთან კავშირშია, ადამიანების შემოსავლებს შორის უთანასწორობის შემცირება იწვევს ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირებას. ამრიგად, ჯანდაცვის სექტორში ინვესტირება შეამცირებს შემოსავლებს შორის უთანასწორობას, გაზრდის შრომის პროდუქტიულობას და, შესაბამისად, ხელს შეუწყობს ეკონომიკის ზრდას.

### **ჯანმრთელობის კაპიტალი და საქართველო**

მოსახლეობის ჯანმრთელობის კაპიტალის ფორმირებაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: მოსახლეობის ავადობა, შეზღუდული შესაძლებლობა, სიკვდილიანობა, მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა, ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიულ მიმართვიანობათა რაოდენობა (იხ. ცხრილი 1).

როგორც ცხრილი გვიჩვენებს, მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე 1995-2017 წლების პერიოდში 2.5-ჯერ გაიზარდა, რაც ქვეყნის ეკონომი-

1 ჯანდაცვის ეფექტიურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.

მიკურ ზრდის მაჩვენებელია<sup>1,2,3</sup>. დროის მოცემულ პერიოდში 12.2%-ით გაიზარდა ადამიანური განვითარების ინდექსი (ყოველწლიური საშუალო ზრდა 0.83%) და 2017 წლისათვის 0.780 შეადგინა. ამ მაჩვენებლით საქართველო 70-ე ადგილზეა 188 ქვეყანას შორის<sup>4</sup>.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე დადებითად იმოქმედა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდამ, დედათა სიკვდილიანობის, 1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებამ, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდამ.

მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 1990-2017 წლების პერიოდში, 2.5 წლით გაიზარდა (მერყეობს 71-დან 73.5-მდე) და მხოლოდ 4.5 წლით ჩამორჩება განვითარებულ ქვეყნების სიცოცხლის საშუალო საშუალო ხანგრძლივობას (78 წელი). თუმცა, ზოგი მკვლევარის აზრით, ეს მაჩვენებელი ბოლო ათწლეულში ერთგვარ სტაგნაციას განიცდის<sup>5</sup>.

1 წლამდე და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ამსახველი ერთ-ერთი მგრძობიარე მაჩვენებელია. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1990-2017 წლების პერიოდში 12.4-ით შემცირდა (22-დან 9.6-მდე), ხოლო 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი – 4-ჯერ (მერყეობს 47-დან 11.1-მდე). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, აღნიშნული მაჩვენებლები საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მცირედით აღემატება. შედარებისათვის, 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 11.3-ს.

დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე 1990-2017 წლებში 41.5-დან 13.1-მდე შემცირდა. შედარებისათვის, აღნიშნული მაჩვენებელი ევროპის რეგიონში შეადგენს 16-ს.

1 Silagadze A. Post-Soviet paradoxes of unemployment rate. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2017; 11 (1): 136-141.

2 Silagadze A. History of Georgian economic thought: relation between the center and the region. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2017; 11 (4): 138-143.

3 Papava, V. The problem of the catch-up effect and post-crises economic growth in the world leading countries. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences 2016; 10 (4): 97-104.

4 UNDP (2015). Human Development Report 2015. United Nations Development Programme

5 მაღლაფერიძე, ნ., ჩოღრიშვილი, მ. (2014). მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ცვლილების ანალიზი საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის კვლევისა და ტრენინგების ცენტრის პოლიტიკის ანგარიში. გამოცემა III. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

**ცხრილი 1:** ჯანმრთელობის კაპიტალზე მოქმედი ფაქტორები (საქართველო – 1990-2017 წწ)<sup>1</sup>

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
მშპ მოსახლეობის ერთ სულზე (მიმდინარე ფასებით), აშშ დოლარი	1614.6	569	692	1530.1	2964.5	3796	4046.8
ადამიანური განვითარების ინდექსი	-	-	0.672	0.711	0.735	0.754	0.780
მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა	71.4	70.3	71.3	74	74.4	72.9	73.5
საერთო ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	-	-	27006.5	35823.3	49553.9	101154.1	105200.1
პირველადი ავადობის მაჩვენებელი (ინციდენტობა) მოსახლეობის 100000 სულზე	22498.2	9077.5	10623.8	15902.6	26076.6	59677.3	60300.1
სიკვდილიანობა 1000 მოსახლეზე	9.6	7.8	10.7	9.3	10.6	13.2	12.8
1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მოსახლეობის 1000 სულზე	22	29	27.3	29.5	16.9	8.6	9.6
5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხალშობილზე	47	34	30.1	31.5	18.9	10.2	11.1
დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე,	41.5	53.1	47.8	23.9	21.7	32.2	13.1

<sup>1</sup> ვერულავა, თენგიზ. (2019). ჯანმრთელობის კაპიტალი - ეკონომიკის მდგრადი განვითარების ფაქტორი. ეკონომიკა და ბიზნესი. 11 (1)

შობადობა მოსახლეობის 1000 სულზე	14	11	10	10.7	10.7	15.9	14.3
ამბულატორული მიმართვიანობა მოსახლეობის 1 სულზე	-	1.1	1.5	2.1	2.1	3.6	3.5
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები (მლნ ლარი)	-	31	61.7	194	414.8	914	1063.7
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	-	4.9	16.7	19.5	23.1	36.3	37.2
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-თან მიმართებით.	-	0.9	1.2	1.7	2	2.9	3.1

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები წლითინლობით იზრდება. სახელმწიფო დაფინანსება განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, როდესაც ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2016 წ. 1063 მლნ ლარი), რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე. საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა, კერძოდ, 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა<sup>1</sup>. სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა გარკვეულწილად გაზარდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პრო-

1 გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.

გრამამ, რომელიც 2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა<sup>1,2</sup>.

მაგრამ, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში წლითინლობით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი, ის მაინც ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდებულ ზღვარს<sup>3</sup>. 2016 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში ყველაზე მაღალია კერძო ხარჯები (61%), სახელმწიფო ხარჯები შეადგენს 37%-ს, ხოლო საერთაშორისო დახმარება – 1.6%-ს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 37.2%-ს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი 2.8%-ით ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს. საქართველოსთან შედარებით ეს ზღვარი გადალახეს სომხეთმა (41.7%), ყაზახეთმა (53.1%), უკრაინამ (54.5%), ყირგიზეთმა (59%), ხოლო ჩინეთში, ლიტვაში, თურქეთში, გერმანიაში, იაპონიაში, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად – 55.8%, 66.6%, 77.4%, 76.8%, 82.1%-ს. ყოველივე აღნიშნულის გამო, საქართველოში ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვანი ხარჯების (დაახლოებით 63%) გაღება უშუალოდ მოსახლეობას უწევს. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ 2015 წელს, ფარმაცევტული კომპანია გილეადის მიერ ქვეყნისთვის უსასყიდლოდ გადმოცემული ჩ ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტების ღირებულება (1.2 მლრდ ლარი) ჯანდაცვის ეროვნულ ანგარიშებში არ არის გათვალისწინებული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა შეადგენდეს 15 %-ს მაინც<sup>4</sup>. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო

1 Verulava T., Jorbenadze, R., Dagadze B., Eliava E. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018.

2 ვერულავა, თენგიზ. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტი.

3 ვერულავა, თენგიზ (2015) ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).

4 Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases.

ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული, თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებულ მაჩვენებელთან შედარებით. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში, როგორცაა აშშ, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს შესაბამისად – 15.8%-ს, 19.4%-ს, 20%-ს, 20.7%-ს.

ევროპის რეგიონში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო ხარჯებში მერყეობს 4%-დან, თითქმის 20%-მდე<sup>1</sup>. აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების პრიორიტეტულობა ეროვნული შემოსავლების ზრდასთან ერთად იზრდება; თუმცა, ზოგიერთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა უფრო მეტ სახელმწიფო სახსრებს გამოყოფს ჯანდაცვაზე, ვიდრე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები. 2007 წლის მონაცემებით, 22 დაბალშემოსავლიან ქვეყანაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ხარჯები შეადგენდა ბიუჯეტის 10% -ზე მეტს, ხოლო 11 მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში დაიხარჯა ბიუჯეტის 10% -ზე ნაკლები<sup>2</sup>. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვა საბიუჯეტო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება რამოდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის უმთავრესია ფინანსური და პოლიტიკური ფაქტორები. კერძოდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა ჯანდაცვას განიხილავს ეკონომიკურად არაეფექტიან სფეროდ. ამის საპირისპიროდ, ზოგიერთი ქვეყნის მთავრობა დაინტერესებულია, რომ ჰყავდეს ჯანმრთელი მოსახლეობა.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდა არ არის ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის უმთავრესი ამოცანა. სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის მიერ ამოცანების უფრო ეფექტიანად მიღწევის, არსებული რესურსების ეფექტიანი გამოყენების შემთხვევაში<sup>3</sup>. რესურსების ხარჯთეფექტიანად გამოყენების მრავალი საშუალება არსებობს, რომელთაგან უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, პრევენციული სერვისების მიწოდების ზრდა, რაც გაცილებით ნაკლები ღირს, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების გამოყენება, დაფინანსების კონკურენტული სტრატეგია

1 World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization.

2 ვერულავა, თენგიზ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.

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



(კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა<sup>1</sup>.

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ზრდის შედეგად, 1995-2017 წლებში, თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა ამბულატორიული მიმართვიანობა მოსახლეობის ერთ სულზე (1.1-დან 3.5-მდე), რაც დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. თუმცა, ის თითქმის ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის ქვეყნების მაჩვენებელს (7.5), რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პროფილაქტიკური მიზნით, მეთვალყურეობისათვის მიმართონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმს და მხოლოდ დაავადების გამწვავების დროს ცდილობენ ჩაიტარონ სამედიცინო მომსახურება. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას. კვლევის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით, აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას<sup>2</sup>.

კვლევები ადასტურებს<sup>3</sup>, რომ ოჯახის ექიმებთან დაბალი მიმართვიანობა განპირობებულია მათ მიმართ უნდობლობით, დაბალი ინფორმირებულობით ოჯახის ექიმის კომპეტენციების შესახებ<sup>4</sup>. არაადეკვატური ანაზღაურების გამო ოჯახის ექიმებს არ აქვთ სათანადო მომსახურების ჩატარების საკმარისი მოტივაცია. უწყვეტი პროფესიული განათლების სათანადო სისტემის განუვითარებლობა ნეგატიურად ზემოქმედებს პროფესიულ განვითარებაზე. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ როლს; ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირვე-

1 ვერულავა, თ. (2017). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადანყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია “კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები” შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.

2 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.

3 ვერულავა, თ., ბერუაშვილი, დ. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1). ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 2019.

4 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.

ლადი ჯანდაცვა საქართველოში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში<sup>1</sup>.

ამრიგად, ბოლო 25 წლის მანძილზე საქართველოში გაიზარდა მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, შემცირდა დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა, გაიზარდა ჯანდაცვაზე დანახარჯები და ამბულატორიული მიმართვიანობა, რაც დადებით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე და შესაბამისად, ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაზე<sup>2</sup>. თუმცა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯერ კიდევ ჩამორჩება სტანდარტს, ხოლო ამბულატორიული მიმართვიანობა ორჯერ ჩამორჩება ევროპის რეგიონის მაჩვენებელს<sup>3</sup>. რადგან ჯანმრთელობის კაპიტალი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გრძელვადიან პერსპექტივაში ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებთან მიმართებით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინება<sup>45</sup>.

---

1 ვერულავა, თენგიზ. (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015. <https://idfi.ge/ge/georgia-2020s-blogpost-on-healthcre-reform>

2 Tengiz Verulava. Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. Eastern Journal of Medicine. 2019; 24 (1): 57 – 62. DOI: 10.5505/ejm.2019.19327.

3 Tengiz Verulava. Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. International Scientific Conference “The Changing Political-Economic and Technological Landscape and Its’ Effect on Countries Competitiveness”. Collection of Scientific Works. Caucasus University. 2020; 10:69-76.

4 ვერულავა თენგიზ (2019) ჯანმრთელობის კაპიტალი ეკონომიკური ზრდის განმსაზღვრელი ფაქტორია. პოლიტეა. პირველი არხი.

5 Verulava T., Dangadze B. Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. The Open Public Health Journal. 2018; 11:401-406.

## პირველადი ჯანდაცვის რეზორმები საქართველოში

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველომ მემკვიდრეობით მიიღო პირველადი ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა. მიუხედავად იმისა, რომ იგი უმთავრესად ორიენტირებული ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებაზე, ქვეყანაში არსებობდა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ფართო ქსელი როგორც ქალაქად, ასევე სოფლად. თუმცა, ეს ობიექტები ზოგადად დაკომპლექტებული იყო ექიმ-სპეციალისტების მიერ, და საოჯახო მედიცინის ინტეგრირებული მოდელი არ არსებობდა.

პირველადი ჯანდაცვის დანერგულებების მატერიალური ბაზა, განსაკუთრებით რაიონებსა და სოფლებში, როგორც წესი, არ შეესაბამებოდა თანამედროვე მოთხოვნებს შენობის, წყლით მომარაგების, კანალიზაციის, ელექტრომომარაგების, მართვის საინფორმაციო ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფის და ა.შ. თვალსაზრისით. მათი უმეტესობა განთავსებული იყო შეუფერებელ შენობა-ნაგებობაში, ტაბიური შენობები კი მოუვლელი გამო ნაკლებად ასრულებდნენ თავის ფუნქციურ დანიშნულებას. აპარატურა, მონყოილობები და ინვენტარი მოძველებული ან უვარგის წარმოადგენდნენ.

პერსონალის ხელფასი ძალიან დაბალს შეადგენდა, არ არსებობდა ფინანსური და მატერიალური ნახალისების მექანიზმები და აქედან გამომდინარე, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტებთან ურთიერთობის გაღრმავების მისწრაფებაც ნაკლები იყო.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირება 1990-იანი წლების მეორე ნახევრიდან იწყება. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენდა სტაციონარულ მკურნალობაზე ორიენტირებული მედიცინის რეორიენტაცია პროფილაქტიკასა და პირველად ჯანდაცვაზე, შესაბამისად, ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკაში ყურადღება გამახვილდა ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის პრიორიტეტულობაზე.

ამ პერიოდში საქართველოს მთავრობამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისთვის მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა მიიღო საერთაშორისო დონორი საზოგადოებისგან. მთავრობამ მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით შეიმუშავა და დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, რომელიც თავდაპირველად ითვალისწინებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკების მომზადებას, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარებას, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებისა და რეფერალური ლაბორატორიების შექმნას, სოფლად და მაღალმთიან ადგილებში პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში პაციენტების

მიმართვიანობის მექანიზმების შემუშავებას, პირველადი ჯანდაცვის ჯანდაცვის სისტემის ინსტიტუციურ განვითარებას<sup>1</sup>. ამ მხრივ სერიოზული ინვესტიციები განხორციელდა როგორც საკადრო რესურსებში, ისე ფიზიკურ ინფრასტრუქტურაში.

ჩატარებული რეფორმის შედეგად პირველადი ჯანდაცვის ობიექტები დამოუკიდებელი იურიდიული პირები გახდნენ. ისინი ახორციელებენ ფედერალურ და მუნიციპალურ ჯანდაცვის პროგრამებს. პოლიკლინიკების დაფინანსება ძირითადად ხორციელდებოდა საზოგადოებრივი მყიდველების (სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, ჯანდაცვის სამინისტრო) მიერ კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდის საფუძველზე ფედერალური და მუნიციპალური ჯანდაცვითი პროგრამების მეშვეობით. მაღალმთიან რეგიონებში მდებარე პირველადი ჯანდაცვის ობიექტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის სახელმწიფო პროგრამებით განისაზღვრა შედარებით უფრო მაღალი ანაზღაურება.

საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით დაიწყო საოჯახო მედიცინის განვითარების საპილოტე პროგრამები. შემოთავაზებულ იქნა გაერთიანებული სამეფოს პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გამოყენება, რომელიც ორიენტირებული იყო საოჯახო მედიცინაზე.

1995 წლის დეკემბერში დაარსდა ოჯახის ექიმთა ასოციაცია. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის საქართველო იყო ერთ-ერთი პირველი, რომელმაც 1998 წელს საოჯახო მედიცინა აღიარა, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობა.

1996 წლიდან განხორციელდა რიგი საცდელი პილოტური პროექტები, რომლებიც მიზნად ისახავდნენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას. 1999 წელს შემოღებულ იქნა სალიცენზიო გამოცდები პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის. 1997 წლიდან გაერთიანებული სამეფოს მხარდაჭერით დაიწყო გადამზადების პროგრამები საოჯახო მედიცინაში<sup>2</sup>.

1997 წელს დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტმა (United Kingdom Department for International Development – DFID) დაიწყო საოჯახო ექიმების გადამზადების პროგრამა, რომლის ფარგლებში განხორციელდა თექვსმეტი საოჯახო მედიცინის ტრენინგების და 48 საოჯახო მედიცინის სპეციალისტების გადამზადე-

1 გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები, ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.

2 Gamkrelidze A, Atun R, Gotsadze G, MacLehose L. (2002). Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2002; 4(2):1–67.

ბა. ამავე პროექტის ფარგლებში განხორციელდა საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის რეაბილიტაცია და აღჭურვა. დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის მეორე პროექტის ფარგლებში დაიწყო საოჯახო მედიცინის სპეციალისტი ტრენერების შემდგომი ჯგუფის, ასევე პირველადი ჯანდაცვის ექთნების და მენეჯერების გადამზადება. მისივე ინიციატივით დაფინანსდა საოჯახო მედიცინის ხუთი სადემონსტრაციო ცენტრის, მათ შორის ეროვნული საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის შექმნა. სოფლის პირველადი ჯანდაცვის განვითარება დაფინანსდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ და განხორციელდა ამერიკის საერთაშორისო ჯანმრთელობის ალიანსის (American International Health Alliance – AIHA და საერთაშორისო სამედიცინო კორპუსის (International Medical Corps – IMC) პროგრამით. AIHA-ს მეორე პროგრამით განხორციელდა ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერების მომზადება. ბრიტანეთის არასამთავრობო ორგანიზაცია OXFAM-ის მიერ განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის საპილოტე პროექტი ქალაქად და სოფლად.

2000 წელს ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის დეპარტამენტი, რომელიც 2001 წელს შეუერთდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტს.

პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მნიშვნელოვანი რეფორმები 2000 წლიდან დაიწყო, როდესაც მთავრობამ მთავარ პრიორიტეტად აღიარა პჯ-ის სისტემის გაძლიერება, რაც ფორმულირებული იქნა ჯანდაცვის სტრატეგიულ გეგმაში<sup>1</sup>. ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, დაიგეგმა საოჯახო მედიცინის ეროვნული და რეგიონული ცენტრების ჩამოყალიბება 2003 წლისათვის, ხოლო 2008 წლისთვის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ეროვნული ქსელის შექმნა, რომელიც დაკომპლექტებული იქნებოდა გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის გუნდებით. განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლებას და სერვისების გაუმჯობესებას.

2001 წელს წამოწყებულ იქნა სოფლის ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც მოგვიანებით, 2003 წელს, პირველადი ჯანდაცვის პროგრამაში გადაიზარდა<sup>2</sup>. 2003 წელს დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების

1 MHLA (1999). Strategic Health Plan for Georgia 2000–2009. Ministry of Health, Labour and Social Affairs; 1999.

2 Chikovani I, Sulaberidze L. Primary Health Care Systems, Case Study from Georgia. Geneva: World Health Organization; 2017.

დეპარტამენტის (UK Department for International Development), ევროკავშირის და მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით საქართველოში დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის დიდი პროექტის განხორციელება, რომლის საერთო ღირებულება შეადგენდა დაახლოებით 40 მლნ აშშ დოლარს<sup>1</sup>. მსოფლიო ბანკმა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის შემდგომი განვითარებისათვის გამოიყო 25 მლნ. აშშ დოლარი. აღნიშნული პროექტის ქმედითუნარიანობის გასაძლიერებლად ევროკავშირმა, TACIS-ის პროგრამის ფარგლებში, გამოიყო 7,5 მლნ. ევრო, ბრიტანეთის მთავრობამ – 7 მლნ. აშშ დოლარი.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ შიდა ქართლსა და გურიის რეგიონებში დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის პროექტების ამოქმედება, აგრეთვე იაპონიის მთავრობამ დედათა და ბავშვთა კომპონენტებისათვის ტექნიკური აღჭურვილობის მოწოდება. აღნიშნულმა პროექტებმა შესაძლებელი გახადა 200-მდე ამბულატორიის რეაბილიტაცია და თანამედროვე ტექნიკით აღჭურვა, რამდენიმე ასეული ექიმისა და ექთნის გადამზადება საოჯახო მედიცინის სპეციალობით.

პროექტის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა სტრუქტურული და ორგანიზაციული საკითხების გადაწყვეტა, საოჯახო მედიცინის ახალი ცენტრების დაფუძნება, ადამიანური რესურსების მომზადება, პუჯდ-ის ძირითადი ნაშლების წუსხის შექმნა, საოჯახო მედიცინისთვის ახალი ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება<sup>2</sup>. პროგრამა ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის შექმნას, რომელიც საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფდა სამედიცინო ცენტრებთან წვდომას 15-20 წუთში, მთელი ქვეყნის მასშტაბით პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების დაფინანსებას ერთიანი, ცენტრალური ფონდიდან. გამოყენებული იქნა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდი. იგი გულისხმობდა ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 1 აშშ დოლარით დაფინანსებას.

პირველადი ჯანდაცვის 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.

2005 წელს ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა პირველადი ჯანდა-

1 სდკსჯეც (2019). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველო: თანამშრომლობის მეოთხედი საუკუნე. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი, 2019.

2 იქვე, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველო: თანამშრომლობის მეოთხედი საუკუნე. თბილისი, 2019.



ცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უთანასწორობა სოფლისა და ქალაქის მცხოვრებლებს შორის, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან სოფლის მოსახლეობის წვდომა უფრო მაღალი იყო და თვითმკურნალობის შემთხვევებიც უფრო დაბალი ქალაქის მოსახლეობასთან შედარებით<sup>1</sup>.

2007 წლიდან მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით ქვეყნის მასშტაბით მნიშვნელოვანი რაოდენობის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაცია განხორციელდა<sup>2</sup>. 2007-2011 წლებში რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იქნა 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება. ამავდროულად დაიწყო ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება, შემუშავდა კლინიკური საქმიანობის გაიდლაინები<sup>3</sup>.

საქართველოს, სომხეთის და ტრომსოს უნივერსიტეტის ერთობლივი პროექტის ფარგლებში გადამზადდნენ პრაქტიკოსი ექიმები და ექთნები. პროექტის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოსა და სომხეთში პირველადი რგოლის გაძლიერება. პროექტში მონაწილეობდა ნორვეგიის ტრომსოს უნივერსიტეტის პროფესორი ბატონი ტორალფ ჰასვოლდი, მისი უშუალო ჩართულობით 2009 წელს საქართველოში შეიქმნა პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭო და მართვის კომიტეტი.

პირველადი ჯანდაცვის შემდეგი ცვლილების პერიოდი იყო 2007-2012 წწ-ში. 2007 წელს, მთავრობამ წამოიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ღარიბი მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება<sup>4</sup>. ამბულატორიული მომსახურების თვალსაზრისით, ღარიბი მოსახლეობისთვის გათვალისწინებული პაკეტი მოიცავდა ულიმიტო ვიზიტს ოჯახის ექიმთან და სპეციალისტებთან, და ლიმიტირებულ სადიაგნოსტიკო და ლაბორატორიულ ანალიზებს ოჯახის ექიმის დანიშნულებით. 2010 წლიდან აღნიშნულ პაკეტს დაემატა შეღავათები ამბულატორიულად გამოწერილ მედიკამენტებზე რომლის წლიური ფინანსური ლიმიტი შეადგენდა 50 ლარს, და ექვემდებარებო-

1 Gotsadze G, Zoidze A, Vasadze O. Reform strategies in Georgia and their impact on health care provision in rural areas: evidence from a household survey. *Social Science and Medicine*. 2005;60(4):809–21.

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

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

4 Zoidze A, Rukhadze N, Chkhatrashvili K, Gotsadze G. Health insurance for poor: Georgia's path to universal coverage. 2012.

და პაციენტის მხრიდან 50%-იან თანადაფინანსებას. 2012 წლისთვის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავდა 1,635,217 ბენეფიციარს (მოსახლეობს 36%-ს). ამას გარდა, 535,662 პირმა, ანუ მოსახლეობის 11%-მა მიიღო პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება ინდივიდუალური ან კორპორატიული კერძო სადაზღვევო სქემების საშუალებით.

2007 წლის მარტს, მთავრობამ შემოიღო პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განახლებული ხედვა, რომელიც ერთმანეთისგან ასხვავებდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ქალაქის და სასოფლო მოდელებს.

რაიონული ცენტრებისა და დიდი ქალაქების (თბილისი, რუსთავი, ფოთი) პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციების მიმართ შემუშავდა განსხვავებული გეგმა. რაიონების დონეზე მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სერვისების და ინფასტრუქტურის ინტეგრაცია ახლად შექმნილ სამედიცინო ცენტრებში. დიდ ქალაქებში კი დაიწყო პოლიკლინიკური სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციის პროცესი. ამგვარად, საქართველოს ქალაქებსა და რაიონებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა საოჯახო მედიცინის ცენტრების მეშვეობით ფუნქციონირებდა, ხოლო სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციას სოფლის ექიმის ინსტიტუტი ახორციელებდა.

საოჯახო მედიცინის განვითარების გეგმის მიხედვით, ოჯახის ექიმი უნდა ემსახურებოდეს 500-დან 3000-მდე პაციენტს<sup>1</sup>. სამიზნე მოსახლეობასთან პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), დადგინდა, რომ საქართველოში საჭირო იყო 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ოჯახის ექთანი. რეფორმის შემგომ ეტაპზე, დაიგეგმა ექიმი-ექთნის თანაფარდობის 1:2-მდე გაზრდა<sup>2</sup>.

**ცხრილი 1:**

ოჯახის ექიმებით უზრუნველყოფა საქართველოში, 2005-2009 წწ.

2005	2006	2007	2008	2009
79	169	233	459	1386

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

2008 წელს შემუშავდა **სოფლის ექიმის პროგრამა**, რომელიც ფა-

1 ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

2 იქვე, ჩიტაშვილი თამარ. 2007 წ.

რავდა სოფლად მცხოვრებ დაახლოებით 1.1 მილიონ ადამიანს. მთავრობა გეგმავდა სოფლის პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურაში შემდგომი ინვესტიციების შეწყვეტას და სოფლის ექიმებისთვის პირველადი ჯანდაცვის შენობის მიყიდვას ნომინალურ ფასად. იქ, სადაც ამბულატორიული მომსახურების ცენტრების რეაბილიტაცია არ მომხდარა, საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის შენობების სარეაბილიტაციოდ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს გადაეცათ 1340 აშშ დოლარის ექვივალენტის ერთჯერადი გრანტები<sup>1</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. მთავრობა მიიჩნევდა, რომ წარმოდგენილი გეგმა იქნებოდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ეფექტური მექანიზმი შეზღუდული რესურსების პირობებში. თუმცა, საერთაშორისო დონორები დიდად არ ემხრობოდნენ ამ გადაწყვეტილებას, ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების რეკონსტრუქცია მათი სტრატეგიის ძირითად კომპონენტს წარმოადგენდა.

მთავრობის ინიციატივაზე გარკვეული გავლენა იქონია პოლიტიკურმა მოტივებმაც. 2008 წელს საპარლამენტო არჩევნების წინ, საქართველოს პრეზიდენტმა თავის გამოსვლაში დეტალურად აღწერა სიღარიბის დაძლევის 50 დღიანი პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებდა ყველა სოფლის უზრუნველყოფას ექიმით და აუცილებელი სამედიცინო აპარატურით აღჭურვას<sup>2</sup>.

2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მენარმე-ფიზიკურ პირებად და გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან (შემდგომში სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო). პირველადი ჯანდაცვის სოფლის ექიმებს მიენიჭათ ინდემნარმის იურიდიული სტატუსი და მიეცათ საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის განკარგვის უფლებამოსილება. ძირითადი მენეჯერული უნარების გასაუმჯობესებლად მათთვის ჩატარდა სპეციალური ტრენინგები. თუმცა, იურიდიული სტატუსი სოფლის ექიმებს არ აძლევდა უფლებას გადაეწყვიტათ სხვადასხვა ადმინისტრაციული საკითხი, მაგალითად, ამბულატორიუ-

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

2 მიხეილ სააკაშვილის მიერ წარმოთქმული სიტყვა ინაუგურაციაზე, 20 იანვარი, 2008 წელი. <https://old.civil.ge/geo/article.php?id=17342>

ლი ცენტრების შეკეთებასთან დაკავშირებით. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას ხელს უშლიდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა. კერძოდ, ცენტრიდან 1200 სოფლის ექიმის მართვა დიდ ადმინისტრაციულ ტვირთს წარმოადგენდა. აღნიშნული მდგომარეობის გამოსასწორებლად, 2013 წლის სექტემბრიდან სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ თავიანთ სამედიცინო რაიონებში სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურებას და თანადაფინანსებას (თუმცა, 2014 წლიდან სააგენტოს გადაეცა მათი მართვა).

უმწეოთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის მონაწილე სოფლის ბენეფიციართა მოზიდვის მიზნით, კერძო სადაზღვევო კომპანიების ერთ-ერთ საყრდენ სუბიექტებს წარმოადგენდნენ სოფლის ექიმები. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ხელშეკრულებებს დებდნენ სოფლის ექიმებთან და ახდენდნენ მათ ნახალისებას ბენეფიციარების მათთან დასაზღვევად. აღნიშნული ნეგატიურ გავლენას ახდენდა ოჯახის ექიმებზე, რომ შეესრულებინათ მეკარიბჭეობის როლი პირველად და მეორად სამედიცინო მომსახურებებს შორის.

ამასთან, სოფლის ექიმების მხოლოდ 60-80%-მა გააგრძელა საქმიანობა საკუთარ გეოგრაფიულ ადგილზე. სხვებმა დატოვეს ამბულატორიები ან მიატოვეს სამედიცინო საქმიანობა მათთვის მიცემულ გრანტებთან და აპარატურასთან ერთად, რადგან მთავრობას შემცველი პერსონალისთვის ინვენტარის შესანარჩუნებლად ბერკეტი არ ჰქონდა. შედეგად, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გეგმა წარუმატებლად დამთავრდა.

ასევე წარუმატებელი აღმოჩნდა ქალაქად პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმაც. იგი ითვალისწინებდა პირველადი ჯანდაცვის საჭიროზე მეტი 217 ობიექტის ლიკვიდაციას და 16 დანესებულების დამატებას იქ, სადაც შეინიშნებოდა მისი დეფიციტი. სახელმწიფომ ვერ შეძლო პროცესის მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება. ამასთან, რადგან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები წარმოადგენდნენ კერძო იურიდიულ პირებს, სახელმწიფოს შედარებით ნაკლები ბერკეტები გააჩნდა ჭარბი პროვაიდერების სალიკვიდაციოდ ან მათი იმ რეგიონებში გადასანაწილებლად, სადაც შეინიშნებოდა მათი დეფიციტი.

სახელმწიფომ გადაწყვიტა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების კერძო ინვესტორებზე მიყიდვა აუქციონის გზით, სადაც პრიორიტეტი მიენიჭებოდა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს<sup>1</sup>. 2011

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

ნლისთვის, პირველადი ჯანდაცვის თითქმის ყველა ობიექტი გახდა პრივატიზებული.

2007-2012 წლებში განხორციელებულ ინტერვენციებს მნიშვნელოვანი გავლენა არ მოუხდენია ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციაზე<sup>1</sup>. 2011 წლის მონაცემებით ამბულატორიულ მომსახურებაზე ვიზიტი ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში 2.1-ს უტოლდებოდა<sup>2</sup>, მაშინ როცა ევროპის ქვეყნებისათვის იგი 7.5-მდე აღწევს<sup>3</sup>. საქართველო ამ მაჩვენებლით ბოლოდან მეორე ადგილზე იმყოფებოდა ჯანმრთელობის რეგიონის ქვეყნებთან შედარებით.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანია მოსახლეობისთვის ჯანმრთელობის დაცვაზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. იგი ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსახლეობის იმ ფენების მოცვას, რომელიც არ იყო გათვალისწინებული კერძო სადაზღვევო სქემებით. განხორციელებული რეფორმის შედეგად, კერძო სადაზღვევო კომპანიებს ჩამოერთვათ სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების უფლება და გადაეცა სახელმწიფო დამკვეთს – სოციალური მომსახურების სააგენტოს. 2017 წლის შუა პერიოდში, მთავრობამ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დიფერენცირებული მიდგომა შემოიღო, რაც ასევე ითვალისწინებდა ღარიბი მოსახლეობისთვის ქრონიკული დაავადებზე მედიკამენტების შეღავათებას.

პროგრამის ამოქმედების შედეგად 2014 წლისათვის ამბულატორიებში პაციენტთა მიმართვიანობის საერთო მაჩვენებელი 25%-ით გაიზარდა, რაც მეტყველებს ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ამაღლებაზე<sup>4</sup>. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა მხოლოდ 22%-მა მიმართა ამბულატორიას გეგმიური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

2015 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ ახალ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჯანდაცვის პირველადი რგოლის რე-

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

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, თბილისი, 2013.

3 Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia. Health System Performance Assessment Report, Tbilisi, 2013

4 Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Med News 2017; 262(1): 116-120.

ფორმა გამოაცხადა. მიღებულ იქნა 2016-2023 წლების პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიული განვითარების პროექტი. ჯანდაცვის მინისტრი აღნიშნავდა, რომ „ეს იქნება პირველადი ჯანდაცვის ძირეული რეფორმა. მოხდა ისე, რომ ბოლო ათწლეულების მანძილზე არ იქნა ჯეროვანი ყურადღება მიქცეული პირველად ჯანდაცვაზე და მთელი დატვირთვა გადა დიოდა ჰოსპიტალურ სექტორზე. ზოგადად, ბევრ ქვეყანას დაემართა ასეთი რამ. თავისთავად ცხადია. რა რისკებს მოიცავს ეს, როცა პირველად ჯანდაცვას არ აქვს მიკუთვნებული ის თავისი ძირითადი როლი, რაც მან უნდა შეასრულოს და ეს როლი არის იდეალურ შემთხვევაში სამედიცინო საჭიროებების 80%-ის მართვა და მხოლოდ 20% უნდა გადავიდეს სტაციონარულ მკურნალობაზე. თუმცა, ჩვენს რეალობაში ეს უნდა იყოს სამედიცინო საჭიროებების უმრავლესობის მართვა“<sup>1</sup>.

2017 წელს პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის ფარგლებში მთელი ქვეყნის მასშტაბით განხორციელდა პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების კატეგორიზაცია და შეიქმნა პროტოკოლები პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებისთვის. ასევე დაიგეგმა 0-დან 5 წლის ჩათვლით ასაკის ბავშვთა მონიტორინგის ელექტრონული სისტემის დანერგვა, რომელიც საშუალებას მისცემს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს ანარმოს დედის და ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უწყვეტი მონიტორინგი სამშობიარო სახლიდან გამონერისთანავე და საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს დროულ რეფერალს ადეკვატური სერვისის მისაღებად.

---

1 კონფერენცია პირველადი ჯანდაცვის რეფორმასთან დაკავშირებით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 16 ივლისი, 2015. <https://www.moh.gov.ge/news/3196/>

## პირველადი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები

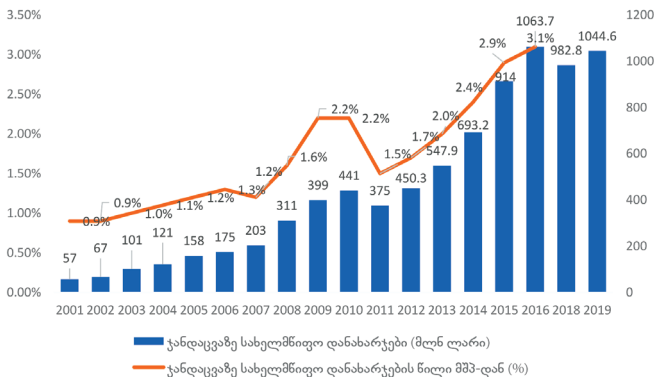
რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები მით უკეთესია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები. ჯანდაცვის დანახარჯებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური შესაძლებლობა. რაც უფრო მაღალია ქვეყნის განვითარების დონე, მით უფრო მეტი თანხები იხარჯება ჯანდაცვაზე, შესაბამისად მით უფრო მაღალია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

რაც უფრო მაღალია ჯანდაცვის დანახარჯები მით უფრო იზრდება აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფიზიკური, ასევე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე დანახარჯები დაბალია, მოსახლეობას ნაკლებად აქვს ხელმისაწვდომობა ბაზისურ, აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესების მიზნით ღარიბ ქვეყნებში უნდა გაიზარდოს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე როგორც ფიზიკური, ასევე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები წლიდან წლამდე იზრდება. სახელმწიფო დაფინანსება განსაკუთრებით გაიზარდა 2013 წლის შემდეგ, როდესაც შემოღებულ იქნა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. 2012 წლიდან 2019 წლამდე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯი დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2019 წ. 1044.6 მლნ. ლარი), რაც ცხადია, დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებზე.

### ნახატი 1:

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ტენდენციები, საქართველო





წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების შედეგები. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდგომ გაიზარდა ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებზე სახელმწიფო ხარჯები. თუმცა, ზრდის ტენდენცია არათანაბარია ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მომსახურებებზე. ამბულატორიულ მომსახურებაზე, პრევენციასა და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ერთად მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილმა შეადგინა 23.2%, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე კი – 65.5%<sup>1</sup>.

2012 წლიდან 2017 წლამდე ამბულატორიულ სერვისებზე მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო ხარჯები 12.7%-დან 43.3%-მდე გაიზარდა, ხოლო სტაციონარულ მომსახურებაზე 19.7%-დან 70.6%-მდე. ორივე ტიპის მომსახურების დანახარჯებში შემცირდა კერძო დაზღვევის და ჯიბიდან გადახდების წილი. თუმცა, ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდების წილი (48.4%) კვლავ აჭარბებს სახელმწიფო ხარჯების წილს (43.3%)<sup>2</sup>.

ამგვარად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს პრიორიტეტულ მიმართულებად კვლავ სტაციონარული მომსახურება რჩება. ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მაღალი ხარჯები მიანიშნებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურ განვითარებაზე. ასევე, დაბალია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დანახარჯების წილი, რაც ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობათან დაკავშირებით არსებულ პრობლემებთან შედარებით მცირე თანხა (არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მაღალი სიკვდილობა, ტუბერკულოზით ავადობის მაღალი მაჩვენებელი და ა.შ.). საკმაოდ დაბალია მედიკამენტებზე სახელმწიფოს მიერ დახარჯული თანხები. შესაბამისად, პაციენტებს საკუთარი ჯიბიდან უნევთ საჭირო სამკურნალწამლო საშუალებებზე ხარჯების დაფარვა, რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწევა მათ ბიუჯეტს.

სამკურნალწამლო საშუალებებზე დანახარჯებით საქართველოს პირველი ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს<sup>3</sup>. მედიკამენტე-

1 საერთაშორისო ფონდი კურაციო. ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა – პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა. 2019.

2 იქვე, საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2019.

3 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

ბზე დანახარჯები წლიდან წლამდე განუხრელად იზრდება<sup>1</sup>. მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები მიანიშნებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არაეფექტურ განვითარებაზე, ისევე როგორც არარაციონალური ფარმაკოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების/დანაშინის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების/არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა თვითმკურნალობის, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია<sup>2</sup>.

**ცხრილი 1:**

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების სტრუქტურა

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>ჰოსპიტალური მომსახურება</b>	20%	22%	26%	31%	34%	34%
<b>ამბულატორიული მომსახურება</b>	19%	20%	16%	17%	17%	17%
<b>სამკურნალო საშუალებები</b>	47%	44%	43%	38%	36%	36%
<b>დამატებითი</b>	8%	9%	9%	8%	7%	8%
<b>საზოგადოებრივი ჯანდაცვა</b>	2%	2%	2%	2%	3%	3%
<b>ადმინისტრირება</b>	2.5%	1.8%	2.8%	2.7%	2.2%	1.9%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები.

**ცხრილი 2:**

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების განაწილება ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიხედვით (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>სტაციონარული მომსახურება</b>	22,7%	23,7%	51,2%	61,2%	65,7%	63,3%	65,5%
<b>ამბულატორიული მომსახურება, პრევენცია და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა</b>	13,9%	11,5%	19,6%	22,5%	24,8%	24,0%	23,2%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017).

1 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

2 იქვე. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62

### ცხრილი 3:

ამბულატორიულ მომსახურებაზე დანახარჯები ფინანსური წყაროების მიხედვით (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
სახელმწიფო	12,7%	10,2%	28,1%	40,7%	44%	43,3%
ჯიბიდან გადახდები	75,7%	67,1%	61,9%	51,9%	49,3%	48,4%
კერძო დაზღვევის შენატანები	11,3%	22,7%	9,8%	7%	6,7%	8,3%

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები (2012-2017).

ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) 27 ქვეყანაში ამბულატორიული მომსახურებაზე სახელმწიფოს ხარჯების საშუალო წილი დაახლოებით ისეთივეა როგორც სტაციონარულ მომსახურებაზე – 33%<sup>1</sup>, მაშინ როდესაც საქართველოში, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, იგი შეადგენს 23.2% და 65.5%-ს<sup>2</sup>. ამგვარად, საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება ისევე სტაციონარული დახმარებისკენ არის მიძიმედ გადახრილი, ხოლო ამბულატორიულ მომსახურებაზე პრიორიტეტი შედარებით დაბალია.

1 Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216.

2 საერთაშორისო ფონდი კურაცო. ჯანდაცვის სფეროს გამოწვევა – პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა. 2019.

## სოფლის ექიმის პროგრამა

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა 2009 წლიდან მოქმედებს. თავიდან პროგრამას კერძო სადაზღვევო კომპანიები მართავდნენ. 2014 წელს სახელმწიფომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სახით სრულად აიღო საკუთარ თავზე პროგრამის ადმინისტრირება და დაფინანსება. პროგრამის წლიური ბიუჯეტი 2019 წელს 26 მილიონ ლარს შეადგენდა. 2014 წლის 1 მაისიდან პირველადი ჯანდაცვის 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>1</sup>.

სოფლის ექიმის პროგრამა ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის“ პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დანებსებულებაზე. პროგრამის ფარგლებში მინისტრის ბრძანება<sup>2</sup> განსაზღვრავს ექიმებისა და ექთნების განაწილებას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულში (სოფელი, დაბა, დასახლება). 2014 წლის მდგომარეობით, საქართველოს რეგიონების მასშტაბით, მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო პერსონალის შემდეგი რაოდენობა: 1267 ექიმი და 1520 ექთანი.

სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულების გაფორმება ხდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. გამონაკლისს წარმოადგენს შიდა ქართლის მუნიციპალიტეტების (გორი, კასპი, ხაშური, ქარელი) გარკვეული სოფლები, სადაც მომსახურების მიმწოდებელია შპს შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი და საჩხერე, სადაც მომსახურებას უზრუნველყოფს ს/ს საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანება.

პროგრამის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ბიუჯეტის დიდი ნაწილი სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ხარჯებისაგან შედგება, თუმცა მოიცავს ექიმის ჩანთისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შეძენის ხარჯსაც (ჩანთის განახლების ხარჯი ბიუჯეტში გათვალისწინებული არ არის).

სპეცდაფინანსების კომპონენტის ფარგლებში სპეციალურ დაფინანსებაზე 2014 წლის დეკემბრის მდგომარეობით იმყოფება 36 სამე-

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

2 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება №01-264/ო.

დიცინო დანესებულება, მათ შორის: დანესებულებები ოკუპირებულ სოფლებში და ასევე მაღალმთიან რაიონულ ცენტრებში. აღნიშნული დანესებულებები ფინანსდება ყოველთვიურად, წინასწარ განსაზღვრული ლიმიტის შესაბამისად.

სოფლის ექიმის პროგრამის კომპონენტი – „პირველადი ჯანდაცვა სოფლად“ შედგება შემდეგი მომსახურებებისგან:

- ექიმთან/ექთანთან ვიზიტი;
- იმუნიზაცია;
- ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად;

- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ბავშვებში, ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად და წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან;

- ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტი საჭიროების შესაბამისად;

- ქრონიკული (მათ შორის, ჰიპერტონიული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, ბრონქული ასთმა, ინკურაბელური პაციენტები) და მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი, საჭიროების შესაბამისად;

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT) მკურნალობის უზრუნველყოფა ექთნის მიერ;

- სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;

- ამბულატორიულ დონეზე, სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო დოკუმენტაციის (მათ შორის, საანგარიშგებო და სტატისტიკური ფორმები) წარმოება, ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის);

- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით პაციენტის უზრუნველყოფა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი აქტით დამტკიცებული „ექიმის ჩანთიდან“.

- სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დანესებულებებში მომსახურების მოცულობა უფრო დიდია. შესაბამისად, მოქალაქეებს დამატებით მიეწოდებათ სხვადასხვა სერვისი (გამოკვლევა, სტაციონარული მომსახურება), რომელიც არ არის გათვალისწინებული სოფლის ექიმის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში.

ყოველთვიურად სააგენტოს სამხარეო ცენტრებში ხდება შესრულებული სამუშაოს ანგარიშის წარმოდგენა როგორც სოფლის ექიმებისა და პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის სხვა მომსახურების მიმწოდებლების, ისე სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ. შესრულებული სამუშაო მოიცავს შემთხვევათა რეესტრს და შემთხვევათა ჩამონათვალს უნიკალური კოდებით, რომელიც ახდენს სხვადასხვა მომსახურების კლასიფიცირებას.

### **სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობის პრობლემა**

პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრობლემაა სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობა. სოფლის ექიმები უმთავრესად ქალაქიდან დადიან სოფლად, შესაბამისად ისინი მუდმივად არ იმყოფებიან სამუშაო ადგილზე. პაციენტებს შესაძლებლობა არ აქვთ საჭიროების დროს მიმართონ ოჯახის ექიმს. როდესაც პაციენტს სჭირდება სადიაგნოსტიკო ან ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება ქალაქის ან რაიონის პოლიკლინიკაში ან ექიმ სპეციალისტთან კონსულტაცია, აუცილებელია სოფლის ექიმის მიმართვა. სოფლის ექიმის სამუშაო ადგილზე არ ყოფნის შემთხვევაში ექთანი იძულებულია პაციენტს გასცეს მიმართვა ექიმ-სპეციალისტებთან. ასეთ შემთხვევაში ზოგჯერ ექთანი შეცდომით პაციენტს არასწორად მიმართავს ექიმ-სპეციალისტთან. არის შემთხვევები, როდესაც ქალაქში ჩამოსულ პაციენტს დამატებით სჭირდება სხვა სახის ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური კვლევები, რისთვისაც იძულებულია ისევ სოფელში დაბრუნდეს, და საჭირო სერვისისათვის ახალი მიმართვის გამონერა სთხოვოს სოფლის ექიმს. ცხადია, აღნიშნული ზრდის პაციენტი ხარჯებს. ჩვენს მიერ ჩატარებული ექიმების გამოკითხვით, პაციენტი ხშირად იძულებულია უარი თქვას სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულ უფასო სერვისებზე, რადგან იგი მოითხოვს სოფლის ექიმის მიმართვას და პირდაპირ ჯიბიდან გადაიხადოს სამედიცინო სერვისების ღირებულება. მათი აზრით, ხშირ შემთხვევაში ოჯახის ექიმებს არ აქვთ შარდის ექსპრეს ტესტები, გლუკომეტრები, რის გამოც სოფლიდან ქალაქის ან რაიონის პოლიკლინიკაში უწევთ ჩამოსვლა.

დაბალი ანაზღაურების გამო სოფლის ექიმების უმეტესობა ითავსებენ სხვა სამუშაოს (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის ექიმი, პოლიკლინიკის ოჯახის ექიმი). ხშირად სოფლის ექიმები საქმიანობენ რამოდენიმე სოფელში. მათ განაწილებული აქვთ კვირის დღეები, კვირაში 1 დღე ერთ სოფელში უწევენ პაციენტს მომსახურებას, მეორე დღეს მეორე სოფელში. ამის გამო, პაციენტს არ შეუძლია ქალაქში ან რაიონში ჩატარებული ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური კვლევის პასუხები წარუდგინოს ოჯახის ექიმს. ასეთ შემთხვევაში

ოჯახის ექიმს ცვლის ექთანი, რომელიც მისი შესაძლებლობის ფარგლებში მეთვალყურეობას უწევს პაციენტს. ხშირად სოფლის ექიმის არყოფნის შემთხვევაში პაციენტი იძახებს სასწრაფო დახმარებას.

მსგავს პრობლემებს ადასტურებენ საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევები<sup>1, 2</sup>

### **სოფლის ექიმების ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემები**

საქართველო მთაგორიანი ქვეყანაა, რაც გარკვეულ პრობლემებს უქმნის სოფლის ექიმებს. სოფლად განლაგებული ამბულატორიები ემსახურებიან რამოდენიმე სოფელს, რომლებიც ერთმანეთისაგან საკმაო მანძილზე არიან დაშორებული (არაიშვიათად ათეული კილომეტრებითაც კი). ექიმები ძირითადად მუნიციპალური ცენტრებიდან დადიან სოფლებში, რის გამოც, მათთვის სოფლის ამბულატორიაში მგზავრობა გარკვეულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული.

კვლევა ადასტურებს, რომ სოფლის ექიმს ერთ ოჯახში ვიზიტი განახორციელებისათვის, როგორც წესი, დიდი დროითი რესურსი ეხარჯება და შესაძლოა, ერთი დღეც არ ეყოს ერთ პაციენტთან<sup>3</sup>. ექიმებისათვის არახელსაყრელია მუნიციპალიტეტებში მოქმედი საზოგადოებრივი ტრანსპორტი – მიკროავტობუსები, ვინაიდან, იგი მხოლოდ ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებზეა მორგებული. კერძოდ, კვლევის მიხედვით<sup>4</sup> „სოფლის მოსახლეობა დილის საათებში მიემგზავრება მუნიციპალიტეტის ცენტრისკენ სხვადასხვა საქმეზე და საღამოს ბრუნდება უკან. შესაბამისად, ცენტრის მიმართულებით ტრანსპორტი დილის საათებში მოძრაობს, ხოლო უკან სოფელში საღამოს საათებში ბრუნდება. ამდენად, ექიმებს გადაადგილება პაციენტების მოსანახულებლად უწევთ ფეხით, ან ტაქსით. ტაქსით მგზავრობისთვის ექიმს შეუძლია გამოიყენოს მისთვის განკუთვნილი ხარჯი (650 ლარი). არის შემთხვევები, როცა თავად პაციენტის ოჯახის წევრები, ან ახლობლები უზრუნველყოფენ ექი-

1 ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

2 გოგოლაძე, ლ., ვერულავა, თ., კაჭკაჭიშვილი, ი., კონცელიძე, ო. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019.

3 იქვე. გოგოლაძე, ლ., ვერულავა, თ., კაჭკაჭიშვილი, ი., კონცელიძე, ო. 2019

4 იქვე. გოგოლაძე, ლ., ვერულავა, თ., კაჭკაჭიშვილი, ი., კონცელიძე, ო. 2019



მის ტრანსპორტირებას. გადაადგილების პრობლემა უფრო მეტად მწვავედება ზამთრის პერიოდში, როდესაც მაღალმთიან სოფლებში დიდთოვლობაა“.

განსაკუთრებით მწვავედ დგას სოფლის ექიმის მიერ ქრონიკულ ავადმყოფებთან ვიზიტის პრობლემა. ტრანსპორტირების პრობლემის გამო მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურების დროულად მისაღებად სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას მიმართავს. ადგილობრივი ხელისუფლება თვლის, რომ მათი პრეროგატივა არ არის სოფლის ექიმის ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ვინაიდან ისინი ადგილობრივი ხელისუფლების დაქვემდებარების ქვეშ არ იმყოფებიან<sup>1</sup>. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ხელისუფლება და, მათ შორის, ადგილობრივი ხელისუფლება, პასუხისმგებელია მოსახლეობის წინაშე და მისი ინტერესების შესაბამისად უნდა ხელმძღვანელობდეს. ამასთან, არსებობს საკონონმდებლო ბარიერი, რომლის მიხედვით, ექიმი, იმის გამო, რომ ინდემნარმის სტატუსი გააჩნია და გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება ჯანდაცვის სამინისტროსთან, მისი ტრანსპორტირება ვერ დააფინანსდება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან. სოფლის ექიმს, როგორც კერძო ინდემნარმეს მუნიციპლური ბიუჯეტი ვერ დააფინანსებს. თუმცა, ზოგიერთ რეგიონში, მაგალითად, სამეგრელო-ზემო სვანეთში ადგილობრივი ხელისუფლება ჩაერთო C ჰეპატიტის სერვისის მინოდების უზრუნველყოფაში, რისთვისაც ადგილობრივმა თვითმმართველობამ გამოყო დამატებითი თანხა ოჯახის ექიმების მიერ C ჰეპატიტზე სკრინინგის ჩასატარებლად. ამ მხრივ, საჭიროა ჯანდაცვის სამინისტროსა და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის მეტი კოორდინირებული მუშაობა. თუმცა, როგორც კვლევამ აჩვენა, ჯანდაცვის სამინისტრო უახლოეს მომავალში ექიმების ტრანსპორტირებისთვის დამატებითი თანხების გამოყოფას არ გეგმავს<sup>2</sup>.

1 იქვე. გოგოლაძე, ლ., ვერულავა, თ., კაჭკაჭიშვილი, ი., კონცელიძე, ო. 2019

2. ლაურა გოგოლაძე, თენგიზ ვერულავა, იაგო კაჭკაჭიშვილი, ოსიკო კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამონვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019

## ოჯახის ექიმის როზორც მკარობის როლი

ჯანდაცვის სისტემის ორიენტირება პირველად ჯანდაცვაზე დადებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე და კოორდინირებაზე, რაც ამავდროულად ამცირებს არასაჭირო სპეციალიზირებული მომსახურების ხარჯებს და აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას<sup>1</sup>. ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის მეკარიბჭეობის როლი. ასეთ სისტემაში პაციენტი ცდილობს უპირველესად მიმართოს ოჯახის ექიმს და საჭიროების შემთხვევაში მასთან კონსულტაციის შემდეგ ჩაიტაროს ექიმ-სპეციალისტის სპეციალიზირებულ მომსახურება.

ერთის მხრივ, ოჯახის ექიმი არის პაციენტის „მრჩეველი“. მეორეს მხრივ, მას შეუძლია საჭირო და შესაფერისი სამედიცინო მომსახურების შესახებ გონივრული გადაწყვეტილებების მიღება, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას<sup>2</sup>. პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით მცირდება ნეონატალური და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობა, ავადობა, მცირე ნონით დაბადებული ბავშვების რაოდენობა<sup>3</sup>.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე მიმართვა ხორციელდება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მეშვეობით მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები<sup>4, 5, 6</sup>, მაღალია უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა<sup>7</sup>.

1 ვერულავა თ, ასრათაშვილი ა, ქაფიანიძე შ, ნიქორიძე თ, მინდიაშვილი ს. პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2017; 3(1): 69-73

2 Gerada C. From patient advocate to gatekeeper: understanding the effects of the NHS reforms. Br J Gen Pract 2011; 61(592): 655-656.

3 Eisenberg JM. The internist as gatekeeper: Preparing the general internist for a new role. Ann Intern Med 1985; 102:537-543.

4 Garrido MV, Zentner A, Busse R. Effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scand J Prim Health Care. 2011; 29(1): 28-38. Link, Google Scholars

5 Martin DP, Diehr P, Price KF, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. Am J Public Health 1989;79:1628 - 32. Link, Google Scholars

6 Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, et al. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. Arch Intern Med 1996; 156: 2483 - 7. Article PubMed

7 Bynum JPW, Chang C, Austin A, Carmichae D, Meara E. Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. Journal

ოჯახის ექიმთან უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა ამცირებს ძვირადღირებული სერვისების მოხმარებას, კერძოდ, 35%-ით მცირდება ჰოსპიტალური მკურნალობის და 50%-ით გადაუდებელი დახმარების საჭიროება<sup>1</sup>. შედეგად, მცირდება ჯანდაცვაზე ხარჯები.

ერთი კვლევის მიხედვით პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ტკივილი გულმკერდის არეში, მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე ნაკლებია ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ კონტიგენტში<sup>2</sup>. ასევე, კორონარული შუნტირების შემდგომ სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია იმ პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე სპეციალისტებთან თავისუფალი მიმართვიანობის პირობებში<sup>3</sup>. ოჯახის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, მაგალითად ტკივილის მართვაზე<sup>4, 5</sup>.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმის დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებს უფრო ნაკლები დროის გატარება უწევთ სამედიცინო დაწესებულებებში; შესაბამისად, შესაძლებელია დავასკვნათ რომ ეს პაციენტები უფრო კოორდინირებულად და რაციონალურად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას<sup>6</sup>. პაციენტები რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ ნაკლებად საჭიროებენ სპეციალიზირებულ მომსახურებას ან ჰოსპიტალიზაციას<sup>7, 8</sup>. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიღების

---

of the American Geriatrics Society. 2017; 65: 1916–1923

1 Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician. *Fam Pract* 2000; 17: 222–229

2 Rask KJ, Deaton C, Culler SD, et al. The effect of primary care gatekeepers on the management of patients with chestpain. *Am J Manag Care* 1999; 5: 1274 – 82

3 Paone GH, Higgins RS, Spencer T, et al. Enrollment in the health alliance plan: HMO is not an independent risk factor for coronary artery bypass graft surgery. *Circulation*. 1995; 92:II 69-72

4 Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: The effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health*, 1996; 86:388 – 93

5 Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in Switzerland: Impact on use of health services. *Public Health* 1997; 111: 417 – 22

6 Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D; et al. Self-referral and self-payment in Danish primary care. *Health Policy* 1994; 28: 15 – 22.

7 Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “ gate keeper ” and an “ open access ” health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 690 – 7.

8 Schwenkgenks M, Preiswerk G, Lehner R, et al. Economic efficiency of gate-keeping

საჭიროება ნაკლებია იმ პაციენტებში, რომლებიც მუდმივად სარგებლობენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით<sup>1, 2</sup>.

ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც ჯანდაცვის დანახარჯების შეკავების მექანიზმი, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში<sup>3</sup>, რომლის მიზანს შეადგენდა ოჯახის ექიმის როგორც მეკარიბჭის როლთან მიმართებით პაციენტების მახასიათებლების, პრეფერენციების და ქცევის შესწავლა, გამოიკითხა საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებსა და რაიონებში (ბორჯომი, ქარელი, ხაშური, ბოლნისი, კასპი, გორი, თბილისი) მცხოვრები 18 წელზე უფროსი ასაკის 500 რესპოდენტი. კვლევის ფარგლებში ასევე შესწავლილ იქნა პაციენტების მოსაზრებები ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლზე. რესპოდენტებს სთხოვეს არჩევანის გაკეთება ერთ-ერთი შესაძლო პასუხიდან: (1) “უპირატესობას ვანიჭებ ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას”; (2) “ოჯახის ექიმი კოორდინაციას უწევს ყველა ჩემს მომსახურებას, ექიმ-სპეციალისტს მივმართავ მხოლოდ ოჯახის ექიმის რჩევით”; (3) “ვიყენებ ორივეს: ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას უწევს ჩემს მომსახურებას, ასევე თვითმიმართვას ექიმ-სპეციალისტთან. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (55%) უპირატესობას ანიჭებს ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. რესპოდენტთა მხოლოდ 19.5% მიმართავს ექიმ-სპეციალისტს ოჯახის ექიმის რჩევით, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს ყველა მის მომსახურებას, ხოლო 23% იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას.

---

compared with fee for service plans: A Swiss example. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 24 – 30.

1 Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. J Fam Pract 1991; 32: 167 – 74.

2 Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. Am J Public Health, 1989; 79: 843-6

3 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

**ცხრილი 1.** პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლის შესახებ.

	სულ n (%)	პაციენტი უპირატესობას ანიჭებს თვითმიმართვას n (%)	ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის რჩევით n (%)	იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართვას n (%)	უჭირს პასუხის გაცემას n (%)
<b>სულ</b>	456 (100)	253 (55)	89 (19.5)	103 (23)	11 (2.5)
<b>ჰყავს მუდმივი ოჯახის ექიმი</b>	245 (53.7)	70 (28.6)	88 (35.9)	78 (31.8)	8 (3.2)
<b>დიახ</b>	211 (46.3)	183 (86.7)	1 (0.5)	25 (11.8)	3 (1.4)
<b>არა</b>					

**წყარო:** თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

დედაქალაქში (თბილისი) მცხოვრები რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (33%), ხოლო რაიონებში და სოფლებში მცხოვრები რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას.

სქესთან მიმართებით, როგორც ქალები (57.5%), ასევე კაცები (53.2%) უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან თვითმიმართვას. ასაკთან მიმართებით, თვითმიმართვას უპირატესობას ანიჭებენ 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები (81.3%), ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უმეტესად მიმართავენ 35-54 წლის ასაკის რესპოდენტები (28.2%). განათლების დონის მიხედვით, საშუალო განათლების პაციენტები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (67.3%). მაღალშემოსავლიანი რესპოდენტები ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უპირატესობას ანიჭებენ ოჯახის ექიმის რჩევას (61.3%), დაბალშემოსავლიანი რესპოდენტები – თვითმიმართვას (67.9%). უმუშევრები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (69.9%), დასაქმებულები – ოჯახის ექიმს (45%). საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ თვითმიმართვას (68.9%), ხოლო კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები – ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას.

თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელთაც არ აქვთ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები (56.6%); ოჯახის ექიმის რჩევით ექიმ-სპეციალისტს უფრო მეტად მიმართავენ ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტები (30.6%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელთაც არ ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი (86.7%), რესპოდენტებს, რომელთაც ჰყავთ მუდმივი ოჯახის ექიმი ექიმ-სპეციალისტთან უმთავრესად მიმართავენ ოჯახის ექიმის მეშვეობით (35.9%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომლებიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით (88.4%), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (49%). თვითმიმართვას უფრო მეტ უპირატესობას ანიჭებენ რესპოდენტები, რომელნიც არ არიან კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით (91.3%), რესპოდენტები, რომელნიც კმაყოფილი არიან ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვისას უმეტესად იყენებენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე თვითმიმართვას (48.3%).

კვლევამ აჩვენა, რომ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს განსხვავებული დამოკიდებულება აქვთ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვის გზების შესახებ<sup>1</sup>. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს ურჩევნია მიმართოს ოჯახის ექიმს, რომელიც კოორდინაციას გაუწევს მისთვის საჭირო ყველა სამედიცინო მომსახურებას და იქნება მისი ინტერესების დამცველი ერთადერთი აგენტი. ამ ჯგუფის მახასიათებლებია: მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, მაღალი შემოსავლები, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, დედაქალაქში მცხოვრებნი, დასაქმებულები, მამაკაცები, ჯანმრთელობის მხრივ მნიშვნელოვანი პრობლემების არმქონე პირები. აღნიშნული მახასიათებლები უფრო მეტად აქვს პირებს, რომლებიც არიან კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები, რადგან კერძო სამედიცინო დაზღვევის მოსარგებლეები უმთავრესად არიან დასაქმებული, საშუალო ასაკის და ახალგაზრდა პირები, რომელთაც აქვთ მაღალი შემოსავლები. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იგი

1 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები უფრო მეტად არიან დაინტერესებულნი ხარჯების შეკავების მექანიზმების დანერგვით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები. ასეთ მექანიზმს კი წარმოადგენს ოჯახის ექიმის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭის“ როლის გაზრდა.

მეკარიბჭის მოდელს უფრო მეტად აქვს პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების, სამედიცინო მომსახურების კოორდინაციის გაუმჯობესების და ხარჯების შეკავების უპირატესობა. ეს მიდგომა უფრო შეესაბამება პირველადი ჯანდაცვის ძირითად ღირებულებებს, ხაზს უსვამს ოჯახის ექიმის უმთავრეს როლს მკურნალობის პროცესში, ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებში ნდობის და ინდივიდუალური პაციენტის საჭიროებებზე რეაგირების მნიშვნელობას<sup>1</sup>.

მიზანშეწონილია მეკარიბჭის მოდელის განვითარება, კერძო სამედიცინო დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და მისი გამოყენება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებშიც. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა აქტიური ახსნა-განმარტებითი ღონისძიებები უნდა ჩაატარონ მეკარიბჭის მოდელის სარგებლების თაობაზე. ამავე დროს, საჭიროა ისეთი მექანიზმების დანერგვა, რომლებიც ბენეფიციარებს სტიმულს მისცემს მიმართონ სპეციალისტებს მათი ოჯახის ექიმის მეშვეობით. ასეთ სტიმულად შეიძლება განვიხილოთ პრიორიტეტის მინიჭება ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვაზე ოჯახის ექიმის მეშვეობით. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს ოჯახის ექიმის გარეშე, დამატებით გადახდის დაწესება.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მეკარიბჭეობის მოდელის ფართოდ დანერგვისათვის თითოეულ ბენეფიციარს უნდა ჰყავდეს მუდმივი ოჯახის ექიმი, რომელიც მათ უზრუნველყოფს უწყვეტი და ყოვლისმომცველი სამედიცინო მომსახურებით. ამისათვის აუცილებელია ოჯახის ექიმების განათლების დონის ამაღლება. ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმების პაციენტებთან ურთიერთობის უნარების გაუმჯობესება, რაც გავლენას ახდენს პაციენტების პრეფერენციებზე. შესწავლილ უნდა იქნას ოჯახის ექიმების, როგორც მეკარიბჭეების მოტივაციის გაზრდის მეთოდები.

სასურველია მეკარიბჭეობის მოდელის ნებაყოფლობითი სახით შემოღება. მეკარიბჭეობის მოდელის ნებაყოფლობითად არჩევანი მისაღებია როგორც ექიმებისათვის, ასევე პაციენ-

1 McWhinney IR. Core values in a changing world. Br Med J 1998; 346: 1807–1809.



ტებისათვის, რადგან იგი ნეგატიურად არ ზემოქმედებს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობებზე<sup>1</sup>. გარდა ამისა, ნებაყოფლობითი არჩევანი კიდევ უფრო ზრდის ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას, რადგან იგი უზრუნველყოფს ყოველისმომცველ სამედიცინო მომსახურებას<sup>2</sup>.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის გასაუმჯობესებლად და ნდობის ასამაღლებლად, მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო განათლების განვითარება, რადგან მაღალკვალიფიციურ ექიმებს უფრო მეტი სანდოობა ექნებათ, რაც გაზრდის მათთან მიმართვიანობას; მიზანშეწონილია მეკარიბჭეობის მოქნილი, ნებაყოფლობითი მოდელის განვითარება, რადგან იგი უკეთ შეესაბამება პაციენტების და ექიმების საჭიროებებს<sup>3</sup>.

---

1 Taylor T. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *Br Med J* 1989; 299:1323–1325.

2 Herzberg F. *The Managerial Choice*. Homewood IL: Dow Jones Irwin, 1976.

3 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. *ეკონომიკა და ბიზნესი*, 2020; 12 (1)

## ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობა

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების ერთერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე. იგი მიზნად ისახავს გაანალიზოს თუ რამდენად ხშირად მიმართავს მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს.

საბჭოთა სისტემის დაშლის შემდეგ, გარდამავალ პერიოდში, მოსახლეობა ნაკლებად მიმართავდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს და თვითდინებით მიდიოდა მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში. 2012 წელს ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულზე 2.3-ს შეადგენდა. 2001-2012 წლებში იგივე მაჩვენებელი 1.5-2.3 ფარგლებში მერყეობდა<sup>1</sup>.

### ცხრილი 1:

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო, 2001-2015 წ.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
მიმართვების საერთო რაოდენობა	1.5	1.6	1.8	2	2.1	2.3	2	2.1	2	2.1	2.1	2.1	3.6
მ.შ. ექიმთან მიმართვა		1.4	1.61	1.8	1.8	1.9	1.7	1.8	1.9	1.8	1.8	2.1	3.4
15 წლამდე ბავშვების ექიმთან მიმართვა		1.1	1.4	1.64	1.6	3.3	3.0	2.8	2.9	2.5	2.4	2.6	3.8
ექიმის ვიზიტი ბინაზე		0.09	0.1	0.12	0.11	0.16	0.11	0.1					0.1
ექიმის ვიზიტი ბინაზე 15 წლამდე ბავშვებთან		0.2	0.24	0.26	0.25	0.28	0.25	0.23					0.2

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვების დაბალი რაოდენობა მეტყველებს საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე.

<sup>1</sup> დკსჯეც, 2013. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.

2013 წელს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე გაიზარდა და 3.6-ს მიაღწია. თუმცა ეს მაჩვენებელი მაინც დაბალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის მონაცემებით, ევროპის რეგიონის ქვეყნებისთვის მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2010 წლის მონაცემებით – 7.5-ს შეადგენდა<sup>1</sup>.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში ნაკლები მიმართვიანობა განპირობებულია როგორც დაბალი გადახდისუნარიანობით, ასევე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობით. 2010 წელს სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვის დანახარჯების კვლევის შედეგებით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ჯანდაცვის სისტემასთან პირველი კონტაქტის ადგილის სახით აირჩია იმ პირთა ნახევარმა (50.9%), რომელმაც საკუთარი სამედიცინო პრობლემის გამო მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას; ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ქალაქებსა და სოფლის პირობებს შორის თითქმის არ არის განსხვავება იმ პაციენტთა პროცენტულ მაჩვენებლებში, რომელთაც სამედიცინო დახმარებისთვის პირველად პჯდ დაწესებულებას მიმართეს<sup>2</sup>.

ასევე, პაციენტებს ნაკლები მოტივაცია აქვთ პრევენციისათვის მიმართონ ოჯახის ექიმს. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ ჰოსპიტალურ სერვისებს. ამასთან, პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ენევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

ცხადია პირველადი ჯანდაცვისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება უარყოფითად აისახება ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებზე<sup>3, 4</sup>.

1 იქვე. დკსჯეც, 2012.

2 ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება, 2013. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი. 2013 წ.

3 Verulava T, Maglakelidze T, Jorbenadze R. Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. Eastern Journal of Medicine, 2017; 22(3): 103-109.

4 Verulava T, Jincharadze N, Jorbenadze R. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Myocardial Infarction. Eastern Journal of Medicine, 2017; 22(3): 103-109.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში<sup>1</sup>, რომლის მიზანს შეადგენდა საქართველოში პაციენტის მიერ ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის პრობლემის შესწავლა, გამოიკითხა თბილისსა და საქართველოს სხვადასხვა მუნიციპალიტეტში მცხოვრები 300 პაციენტი და პოლიკლინიკის 20 ოჯახის ექიმი. გამოიკითხულ ოჯახის ექიმთა 55% აღიარებს, რომ პაციენტები მათ ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმ სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა აიღონ. კვლევით დგინდება, რომ ოჯახის ექიმთა მხოლოდ 15% ატარებს პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს პერიოდულად, ხოლო 50% – მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში.

**ცხრილი:2**

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
<b>პაციენტები ოჯახის ექიმს ხშირად მიმართავენ მხოლოდ იმისთვის რომ ექიმი-სპეციალისტთან მიმართვის ნებართვა სჭირდებათ</b>		
დიახ	3	15
არა	5	25
მეტ-ნაკლებად	11	55
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
<b>ატარებთ თუ არა თქვენს პაციენტებთან პროფილაქტიკური და პრევენციული ხასიათის კონსულტაციებს?</b>		
პერიოდულად	3	15
მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში	10	50
ასეთი ტიპის კონსულტაციებისთვის დრო არ მაქვს	7	35

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

---

talization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News 2017; 264 (3): 135-139

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

პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

ცხრილი:3

	N	%
<b>ჯანმრთელობის პრობლემების დროს უმთავრესად მიმართავთ?</b>		
ოჯახის ექიმს	60	20
ექიმ სპეციალისტს	90	30
ზოგჯერ ოჯახის ექიმს,ზოგჯერ ექიმ სპეციალისტს	105	35
ვენევი თვითმკურნალობას	45	15
<b>რა სიხშირით მიმართავთ ოჯახის ექიმს წლის განმავლობაში?</b>		
1-ჯერ ან საერთოდ არა	126	42
2-5	72	24
6-8	42	14
9-10	54	18
11 და მეტი	6	2
<b>საშუალოდ რამდენ ხანს გრძელდება ოჯახის ექიმთან ვიზიტი?</b>		
10 წუთზე ნაკლები	147	49
10-20 წუთი	87	29
20-30 წუთი	36	12
30 წუთზე მეტი	30	10
<b>ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე არ მიწევს დიდხანს ლოდინი</b>		
სრულიად არ ვეთანხმები	27	9
არ ვეთანხმები	33	11
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	93	31
ვეთანხმები	132	44
სრულიად ვეთანხმები	15	5
<b>ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია</b>		
სრულიად არ ვეთანხმები	69	23
არ ვეთანხმები	24	8
მეტ-ნაკლებად ვეთანხმები	90	30
ვეთანხმები	81	27
სრულიად ვეთანხმები	36	12
<b>როგორ შეაფასებდით ზოგადად ოჯახის ექიმის ინსტიტუტს?</b>		
დადებითად	90	30
საჭიროებს რიგ ცვლილებებს	141	47
უარყოფითად	54	18
პასუხი არ მაქვს	15	5

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

კვლევამ აჩვენა<sup>1</sup>, რომ რესპოდენტთა 35% ჯანმრთელობის პრობლემის დროს მიმართავენ როგორც ოჯახის ექიმს, ასევე ექიმ სპეციალისტს. ამასთან, რესპოდენტთა 30% პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართავს. გამოკითხულთა 42% წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. რესპოდენტთა მეტი ნილი (57%) პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. რესპოდენტთა უმეტესობა (49%) ოჯახის ექიმთან 10 წუთზე ნაკლებ დროს ატარებს და 44%-ს არ უნევს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნაზე დიდხანს ლოდინი. გამოკითხულების 30% მეტნაკლებად ეთანხმება იმ აზრს, რომ მისთვის ოჯახის ექიმთან სამედიცინო მომსახურების მიღება კომფორტულია. რესპოდენტთა მეტი ნილი მიიჩნევს, რომ ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი საჭიროებს რიგ ცვლილებებს.

კვლევით დადგინდა<sup>2</sup>, რომ რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელზე გავლენას ახდენს პაციენტის საავადმყოფოდან განერის შემდეგ მასზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა. ამ პროცესში დიდია ოჯახის ექიმის როლი. რესპოდენტთა გამოკითხვით 46,7%-ს არ ჰყავდა ოჯახის ექიმი. 13,3% აღნიშნა, რომ ჰყავს, მაგრამ იშვიათად მიმართავს, 40%-ს კი ჰყავს და ხშირად მიმართავს. პაციენტთა 60% კლინიკიდან ბინაზე განერის შედეგ, ამბულატორიული მეთვალყურეობისათვის უპირატესობას ანიჭებს საავადმყოფოს კარდიოლოგთან მიმართვას, ვიდრე ოჯახის ექიმს ან პოლიკლინიკის ექიმ-სპეციალისტს. არ არის კოორდინირება ოჯახის ექიმსა და საავადმყოფოს მკურნალ ექიმს შორის. აღნიშნული მეტყველებს ქვეყანაში ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების დაბალ დონეზე. მასთან შედარებით პაციენტები საავადმყოფოს კარდიოლოგთან კონსულტაციებს ანიჭებენ უპირატესობას.

ამგვარად, საქართველოში ოჯახის ექიმთან მიმართვა დაბალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი წელიწადში ერთხელ ან საერთოდ არ მიმართავს ოჯახის ექიმს. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში პაციენტები ცდილობენ ოჯახის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ ექიმ-სპეციალისტს მიმართონ. ცხადია, ასეთ პაციენტებს ნაკლებად სავარაუდოა ჰქონდეთ უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა საკუთარ ოჯახის ექიმთან.

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

2 თენგიზ ვერულავა, ნანა ჯინჭარაძე, რევაზ ჯორბენაძე. კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტი; 1 (1). 2015.

## ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობა

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დანერგულებებისადმი დაბალი ნდობა.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>1</sup>, პაციენტების ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებელი განპირობებულია მათდამი დაბალი ნდობით. კითხვაზე, ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმს, რესპოდენტთა უმეტეს ნაწილს (36%) გაუჭირდა პასუხის გაცემა, 34% – ენდობა, ხოლო 30% არ ენდობა.

### ცხრილი:1

ოჯახის ექიმის მიმართ ნდობის შესახებ პაციენტების გამოკითხვის შედეგები

	N	%
<b>ენდობით თუ არა ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას?</b>		
დიახ	101	34
არა	91	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	108	36

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

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ოჯახის ექიმებს გამოკითხვა. კითხვაზე რა ინვესს პაციენტების ოჯახის ექიმებისადმი დაბალ ნდობას, ექიმები ასე პასუხობენ:

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

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

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

„ოჯახის ექიმობა ახალი მოგონილიაო, ასე მითხრა ერთმა პაციენტმა. როდესაც ვუთხარი, რომ თერაპევტი ვარ და ოჯახის ექიმად გადავემზადეთო მოეწონა, აბა თქვენი ნდობა კი შეიძლებაო. ვფი-

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



ქრობ, ოჯახის ექიმი ჩვენს ქვეყანაში არასწორად აღიქვებს და გაიგეს.“

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

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

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

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

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

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

„მოსახლეობას უნდა მივცეთ მეტი ინფორმაცია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის როლის შესახებ, უნდა ავამაღლოთ მათი ინფორმირებულობა პრევენციის მნიშვნელობაზე. საჭიროა ექიმების ნახალისებაც, რაც პაციენტებთან დამოკიდებულებაზე აისახება და პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობას გააუმჯობესებს.“

## ოჯახის ექიმის მიმართ პაციენტის კმაყოფილება

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>1</sup>, რესპოდენტთა 56.6% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით, 55.5% არ არის კმაყოფილი ოჯახის ექიმის დამოკიდებულებით.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციარები უპირატესობას ანიჭებენ ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვას ოჯახის ექიმის მემკვიდრით<sup>2</sup>. ისინი კმაყოფილნი არიან მათი ოჯახის ექიმის პროფესიონალიზმით და პაციენტთან დამოკიდებულებით.

**ცხრილი 1.** პაციენტის დამოკიდებულება ოჯახის ექიმის, როგორც მეკარიბჭის როლის შესახებ.

	სულ n (%)	პაციენტი უპირატესო- ბას ანიჭებს თვითმიმართ- ვას n (%)	ექიმ-სპე- ციალისტს მიმართავს ოჯახის ექი- მის რჩევით n (%)	იყენებს ორივეს: ოჯახის ექიმსაც და თვითმიმართ- ვას n (%)	უჭირს პასუხის გაცემა n (%)
<b>სულ</b>	456 (100)	253 (55)	89 (19.5)	103 (23)	11 (2.5)
<b>კმაყოფილია ოჯახის ექიმის პროფესიონალ- იზმით</b>					
დიახ	198 (43.4)	25 (12.6)	74 (37.4)	97 (49)	2 (1)
არა	258 (56.6)	228 (88.4)	15 (5.8)	6 (2.3)	9 (3.5)
<b>კმაყოფილია ოჯახის ექიმის დამოკიდებულე- ბით</b>					
დიახ	203 (44.5)	22 (10.8)	78 (38.4)	98 (48.3)	3 (1.5)
არა	253 (55.5)	231 (91.3)	11 (4.3)	5 (2)	8 (3.2)

**წყარო:** თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

1 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

2 იქვე. თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. 2020; 12 (1)

## სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთანი კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის. კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის სახელმწიფოს მიერ დადგენილი კაპიტაცია არასაკმარისია<sup>1</sup>.

სოფლის ექიმების ანაზღაურება კიდევ უფრო პრობლემატურია. საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტი სოფლად ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის“ პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დაწესებულებაზე. სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერშლის მომსახურების ღირებულება – თვეში 455 ლარის ოდენობით<sup>2</sup>.

სოფლის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურებიდან, რაც შეადგენს 650 ლარს, საშემოსავლო გადასახადის გადახდის შემდეგ ხელზე ასაღები თანხა რჩება 530 ლარი. თუმცა ეს თანხა არ მოიცავს ექიმების მხოლოდ შრომის ანაზღაურებას. ექიმები კომუნალური (ელექტროენერჯის გადასახადი) და ტრანსპორტირების ხარჯის გარდა, საჭირო მედიკამენტებსა და სამედიცინო ნივთებს საკუთარი ხარჯით ყიდულობენ. გარდა ამისა, ექიმები თავისი ხარჯით იძენენ საკანცელარიო ნივთებს, ფორმა №100-ისა და რეცეპტის ბლანკებს.

აღსანიშნავია, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტომ 2014 წელს ერთჯერადად უზრუნველყო ექიმები აუცილებელი მედიკა-

1 ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

2 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

მენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით<sup>1</sup>. მას შემდეგ ექიმის ჩანთა გადაეცემა ყოველ ახალ ექიმს, ხოლო ექიმებს საკუთარი ანაზღაურებიდან ყოველთვიურად უწევთ სამედიცინო ჩანთის განახლება სამედიცინო პროდუქციის ხარჯვის გათვალისწინებით.

ამგვარად, სოფლის ექიმის მომსახურების განვითარების განკუთვნილი ხარჯი და შრომის ანაზღაურება ერთმანეთისგან არ არის გამიჯნული. ამ მხრივ, გაუგებარია, თუ რატომ იხდიდნენ სოფლის ექიმის პროგრამით საშემოსავლო გადასახადს, თუ 650 ლარი მხოლოდ უშუალოდ მათ ანაზღაურებას არ მოიცავდა. თუმცა, შემდგომ განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილება, რომლის მიხედვით, სოფლის ექიმს უკვე მიეცა უფლება, დარეგისტრირდეს ინდივიდუალურ მენარმედ და თუ მისი შემოსავალი 35 ათას ლარზე ნაკლები იქნება, არ მოუწევს 20% საშემოსავლო გადასახადის გადახდა.

ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სოფლის ექიმების გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ კომუნალური, ტრანსპორტისა და მედიკამენტების ხარჯი საშუალოდ თვეში 140 ლარს შეადგენს. შესაბამისად, გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის განვითარების შემდგომ, სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 400-450 ლარი რჩებათ. ზამთრის პერიოდში თვეში საშუალოდ 80-90 ლარით იზრდება ხარჯები. შესაბამისად, ზამთრის თვეებში გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის განვითარების შემდგომ, სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 300-350 ლარი რჩებათ. ამგვარად, არსებული ანაზღაურება ძალიან მცირეა. მსგავსი შედეგები გამოიკვეთა საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევებითაც<sup>2</sup>.

არსებული ანაზღაურების სისტემით, საქმიანობისთვის გასანევი ხარჯების არაპროგნოზირებადობის გამო, სოფლის ექიმებისთვის გაურკვეველია თვის განმავლობაში რა ოდენობის თანხა დარჩებათ ხელფასის სახით. მსგავს შედეგებს ადასტურებენ საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევებიც<sup>3, 4</sup>.

1 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის №01-264/ო ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით, საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

2 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

3 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

4 ლაურა გოგოლაძე, თენგიზ ვერულავა, იაგო კაჭკაჭიშვილი, ოსიკო კონცელიძე.

სოფლის ექიმების ანაზღაურება დამოკიდებული არ არის არც ექიმის მიერ განეული მომსახურების რაოდენობაზე და არც შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე. ასეთი დაფინანსების სისტემა ამცირებს სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება ხელს არ უწყობს ოჯახის ექიმის მოტივაციის ამაღლებას.

არსებული ანაზღაურების სისტემა უარყოფითად მოქმედებს ექიმების სტიმულზე მიიღონ მეტი პაციენტი. ექიმები, რომლებიც ბევრ პაციენტს ემსახურებიან, მეტს ხარჯავენ როგორც მედიკამენტების ჩანთის განახლებაში, ასევე ტრანსპორტირებაში, ხოლო ექიმები, რომლებიც გარკვეული მიზეზის გამო (სხვა დაწესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო) ნაკლებ დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას, ნაკლებ ხარჯს განევენ<sup>1</sup>.

სოფლის ექიმების ანაზღაურების მხრივ საგულისხმოა კიდევ ერთი ფაქტი. საქართველოს კანონით „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“<sup>2</sup> განისაზღვრა მაღალმთიანი რეგიონებში სამედიცინო პერსონალისთვის მოტივაციის შექმნა, რაც ითვალისწინებს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებულ და მის მართვაში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის (რომლის შრომა საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ანაზღაურდება), საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრული წესით ყოველთვიური დანამატის მიცემას. აღნიშნული კანონი არ ვრცელდება სოფლის ექიმებზე, რადგან მათი ისინი ინდივიდუალური მენარმეები არიან, რომელთა ანაზღაურება სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვების წესით.

არსებული მდგომარეობით, მაღალმთიანი რეგიონებში სოფლის ექიმები სხვა სამედიცინო დაწესებულებებშიც მუშაობენ, შესაბამისად დღეს მოქმედ ექიმებს დანამატი განესაზღვრებათ, თუმცა იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი მხოლოდ სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში განახორციელებს მომსახურებას, ის დანამატს ვერ მიიღებს<sup>3</sup>.

არანაკლებ საყურადღებოა ხელფასების დაგვიანების პრობლემა<sup>4</sup>.

---

პირველადი ჯანდაცვის გამონევეები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015

2 2015 წლის 16 ივლისის საქართველოს კანონი „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“.

3 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

4 ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში<sup>1</sup>, რომელიც ჩატარდა ქალაქის პოლიკლინიკებში დასაქმებულ ოჯახის ექიმებთან, ექიმები სათანადო ხარისხით მომსახურების დაბალი მოტივაციის მიზეზად ანაზღაურების სიმცირეს ასახელებენ. ისინი პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად ხელფასების მატებას მიიჩნევენ. კვლევა აჩვენებს, რომ რესპოდენტთა 85%-ის ანაზღაურება 700 ლარზე ნაკლებია. უმრავლესობა (65%) მიიჩნევს, რომ მათი ანაზღაურება დაბალია. ამასთან, ოჯახის ექიმთა 70%-ის აზრით, მათი ანაზღაურება არ არის განეული შრომის ადექვატური და უფრო მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ.

**ცხრილი:1**

ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
<b>გამოკითხული ოჯახის ექიმების ანაზღაურება</b>		
300-500 ლარამდე	5	25
501-700 ლარი	13	65
701-900 ლარი	2	10
901 ლარზე მეტი	0	0
<b>გამოკითხული ოჯახის ექიმების მიერ მათი ანაზღაურების შეფასება</b>		
ანაზღაურება დაბალია	13	65
ანაზღაურება დამაკმაყოფილებელია	6	30
კარგი ანაზღაურება მაქვს	1	5
<b>გამოკითხული ოჯახის ექიმების აზრი მათი ანაზღაურების ადექვატურობის შესახებ</b>		
შრომობენ იმაზე მეტს ვიდრე უნაზღაურდებათ	14	70
შრომა ანაზღაურების ადექვატურია	1	5
მეტნაკლებად მეტს მუშაობენ ვიდრე უნაზღაურდებათ	5	25

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

ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი პრესტიჟული რომ გახდეს აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო ანაზღაურება. ბევრ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას

საკოვებლათო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

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

უპირატესობას ანიჭებს მოტივაციაზე მიბმულ დაფინანსებას. სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ხდება სპეციალური ინდიკატორების მიხედვით, რაც გულისხმობს მათ სტიმულირებას არა მხოლოდ მიიღოს ბევრი პაციენტი, არამედ შესრულებული სამუშაოს ხარისხს: ადრეულ სტადიაზე გამოავლინოს დაავადებები და სხვა.

გარდა ამისა, მიზანშეწონილია პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების ეფექტური მეთოდების გამოყენება, კერძოდ, კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, რაც გულისხმობს სულადობრივი მეთოდის გარდა ანაზღაურების სხვა მეთოდით დაფინანსებას (განულები მომსახურების მიხედვით, მიზნობრივ ანაზღაურება და ა.შ.). ბრიტანეთის ოჯახის ექიმის დაფინანსება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი. ამ შემთხვევაში ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, ნახალისებულია სოფლად მუშაობა. განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს<sup>1</sup>.

### **სოფლის ექიმის შევებულების პრობლემა**

საყურადღებოა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამის გაუმართაობის გამო, დარღვეულია სოფლის ექიმის უფლებები. ავადმყოფობის შემთხვევაში გაცდენილი დღეების ანაზღაურება თავად ექიმის ხელფასიდან იქვითება. ასევე, მათ არ შეუძლიათ ისარგებლონ შევებულებით.

მსგავს პრობლემებს ადასტურებენ საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევებიც<sup>2, 3</sup>

1 თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი, 2009.

2 ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

3 ლაურა გოგოლაძე, თენგიზ ვერულავა, იაგო კაჭკაჭიშვილი, ოსიკო კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამონწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის



## პირველადი ჯანდაცვის ანაზღაურების მეთოდები

სამედიცინო მომსახურების შემთხვევათა მეტი წილი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე ხორციელდება. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შემდგომ ეტაპებზე საჭირო ხარჯებზეც. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს მომსახურების ყველაზე მასობრივ სახეს, რომელსაც მიმართავს ქვეყნის მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისას მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის ღირებულება არ არის დიდი, ამიტომ მისი ხარჯების ანაზღაურებამ შესაძლოა საერთო ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი შეადგინოს.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურებით, როგორც წესი, იწყება და მთავრდება პაციენტის მიმართვა ჯანდაცვის სისტემაში, მას გააჩნია ფინანსური რესურსების ეფექტურად გამოყენების მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები როგორც ამბულატორიულ ეტაპზე, ასევე ჯანდაცვის მთელ სისტემაში. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დახმარების აღნიშნულ დონეზე ანაზღაურების მეთოდების შერჩევას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

ასე მაგალითად, კვლევების მიხედვით, სასწრაფო სამედიცინო გამოძახების 40 %-ზე მეტი ხორციელდება ქრონიკულ ავადმყოფებზე, რომლებიც იმყოფებიან დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება ძვირადღირებულ მომსახურებას წარმოადგენს. ასეთი სახის გამოძახებათა მნიშვნელოვანი ნაწილი შეიძლება შემცირდეს ოჯახის ექიმის ეფექტური მუშაობის შედეგად.

ცნობილია, რომ ამბულატორიულ ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების განევა 8-10-ჯერ უფრო იაფია, ვიდრე სტაციონარში ჩატარებული მომსახურება. ამავე დროს, მკვლევარების მიერ გაკეთებული შეფასებით, ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა 30 %-ზე მეტს შეეძლო ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიულ პირობებში მიეღოთ.

ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება შეიძლება დავყოთ პირველად სამედიცინო მომსახურებად და სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებად. პირველად სამედიცინო მომსახურებას საქართველოში ახორციელებენ ოჯახის ექიმები. სპეციალიზებულ ამბულატორიულ დახმარებას ახორციელებენ ექიმი-სპეციალისტები (ნევროპათოლოგები, ოტოლარინგოლოგები...).

---

მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების შემდეგი ძირითადი მეთოდები გამოიყენება:

- სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი;
- ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი;
- სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი.

### **სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი**

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ან სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას სულადობრივი განაკვეთის (თითოეულ პირზე ანაზღაურება) მიხედვით, რომელიც ფიქსირებულია და დამოკიდებულია იმ მოსახლეობის რაოდენობაზე, რომელსაც იგი ემსახურება. აღნიშნული მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად, რადგან ახდენს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სისტემის ოპტიმიზაციას.

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურებისას თითო სულზე დგინდება ნორმატივი, რომელშიც შედის პაციენტის გამოკვლევის, კონსულტაციის და მკურნალობის ხარჯები, შესაძლებელია სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხარჯების გათვალისწინებაც. სულადობრივი ანაზღაურებისას სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ განეული მუშაობის ანაზღაურება არ არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე.

სულადობრივი დაფინანსება შესაძლებელია დაფუძნებული იყოს გარკვეულ გეოგრაფიულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (დახურული განეერიანება) ან სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთან რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობაზე (ღია განეერიანება). ღია სახის განეერიანება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა შორის კონკურენციის ზრდას განაპირობებს, ისინი ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი და ნაკლები რისკის პაციენტები დააზღვიონ.

სულადობრივი ანაზღაურების ორი ფორმა არსებობს: მარტივი და რთული. მარტივი ფორმის დროს, სამედიცინო დაწესებულება ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის ერთსა და იმავე თანხას იღებს.

რთული ფორმის დროს სამედიცინო დაწესებულების მომსახურეობის ზონაში მყოფი თითოეული პაციენტის მომსახურებისათვის განსხვავებული თანხა დგინდება. რთული ფორმა ითვალისწინებს არამარტო პაციენტთა რაოდენობას, არამედ ისეთ პარამეტრებს, როგორცაა ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, საცხოვრებლის ადგილმდებარეობა, ეთნიკური ფაქტორი, განათლების დონე, ინვალიდობა, ურბანიზაცია...

**ცხრილი 1:**

სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურებისას გამოყენებული პარამეტრები

ქვეყანა	პარამეტრები
ავსტრალია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, უსახლკარობა, სიკვდილიანობის დონე, განათლების დონე.
ბელგია	ასაკი, სქესი, უმუშევრობა, ინვალიდობა, სიკვდილიანობა, ურბანიზაცია
კანადა	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური მდგომარეობა, ადგილის სიმორე
ფინეთი	ასაკი, ინვალიდობა, ადგილის სიმორე.
ინგლისი	ასაკი, სიკვდილიანობა, დაავადებთანობა, უმუშევრობა, მარტოხელა მოხუცი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი
შოტლანდია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
უელსი	ასაკი, სქესი
საფრანგეთი	ასაკი
გერმანია	ასაკი, სქესი
ისრაელი	ასაკი
იტალია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
ნიდერლანდები	ასაკი, სქესი, სოციალური/ინვალიდობის სტატუსი, ურბანიზაცია
ახალი ზელანდია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური სტატუსი
ნორვეგია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა, მარტოხელა მოხუცი, ქორწინების სტატუსი
შვეცია	ასაკი, მარტოხელა, დასაქმების სტატუსი, საცხოვრებელი პირობები, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია.
შვეიცარია	ასაკი, სქესი, რეგიონი
ბრაზილია	ადგილმდებარეობა, შემოსავლის დონე
აშშ	ასაკი, სქესი, ინვალიდობა/ სოციალური სტატუსი, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია

წყარო: Nigel Rice, Peter Smith, Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, The University of York, Centre for Health Economics, 1999. GV. 22-23

ცნობილი ფაქტია, რომ ბავშვები, მოხუცები, ან რეპროდუქციულ ასაკში მყოფი ქალები სამედიცინო დახმარებას უფრო მეტჯერ მოითხოვენ, ვიდრე მოსახლეობის სხვა ჯგუფები, შესაბამისად მიზანშეწონილია

მათზე შედარებით მაღალი სულადობრივი ანაზღაურების დადგენა.

დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში ღარიბ უბნებში განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების დასაფინანსებლად გამოიყენება კაპიტაციური ანაზღაურების რთული სახე. ამ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალისთვის შედარებით მაღალი ხელფასია დადგენილი. ცხადია, ანაზღაურების ასეთი ფორმა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის უფრო აქტიურ მუშაობას მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან.

დიდ ბრიტანეთში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ორგანიზაციას უწევენ პჯდ რეგიონული ასოციაციები, რომელთაც პირველადი ჯანდაცვის ტრასტებს (Primary Care Trusts) უწოდებენ. აღნიშნული ჯგუფების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდის გამოყენებით, რეგიონული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მეშვეობით. ექიმთა შემოსავლების 60% სულადობრივი მეთოდით ფინანსდება. თითო სულზე გამოყოფილი თანხა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, სქესზე, ხოლო ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში თითოეულ პაციენტზე დამატებითი სახსრებია გამოყოფილი. ასე მაგალითად, 1997 წელს 65 წლამდე ასაკის პაციენტებზე დადგენილი იყო 16,05 ფუნტი სტერლინგი, 65-დან 74 წლამდე ასაკის პაციენტებზე – 21,2 ფუნტი სტერლინგი, 75 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებზე – 41 ფუნტი სტერლინგი. სოციალურად ღარიბ რაიონებში პაციენტზე გამოყოფილი დამატებითი თანხა შეადგენდა 6,45 ფუნტ სტერლინგს, მძიმე რაიონებში – 8,4 ფუნტ სტერლინგს, ხოლო უკიდურესად უმძიმეს რაიონებში 11,2 ფუნტი სტერლინგს. სულადობრივი ანაზღაურების ანალოგიურ, რთულ ფორმას იყენებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც (ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაცია – HMO).

ნიდერლანდებში სამედიცინო დახმარების პირველი დონის დასაფინანსებლად სადაზღვევო კომპანიები ცენტრალური ფონდიდან ღებულობენ რისკზე გათვლილ სულადობრივ ნორმატივს, რომელიც წარმოადგენს ერთ სულზე გათვლილ მოსალოდნელ დანახარჯებს იმ რისკის ჯგუფის ჩარჩოებში, რომელსაც ეკუთვნის დაზღვეული, გამოკლებული ფიქსირებული თანხა. ფიქსირებული თანხა წარმოადგენს ერთიდაიგივეს ყველა დაზღვეულისათვის და შეადგენს თითო სულზე მოსალოდნელი საშუალო სავალდებულო სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 10%-ს. დეფიციტი ივსება მინიმალური ფიქსირებული შენატანით, რომელსაც დაზღვეული უშუალოდ მის მიერ ამორჩეულ სადაზღვევო კომპანიაში იხდის.

ნიდერლანდებში 1993-1994 წლებში რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის გამოსათვლელი ფორმულა დაფუძნებული იყო

მხოლოდ ასაკზე და სქესზე. 1995 წელს რისკის ამ ორ მაჩვენებელს დაემატა “რეგიონი” და “შრომისუნარიანობა”. მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ რისკის ყველაზე პერსპექტიულ მაჩვენებელს წარმოადგენს აგრეთვე დიაგნოსტიკური ინფორმაცია, რომელიც გვიჩვენებს წინათ განუვლ სამედიცინო დახმარებას, ინვალიდობის დონეს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ქრონიკულ ავადმყოფობას.

1995 წელს ნიდერლანდების მთავრობამ შემოიღო ნაწილობრივი სულადობრივი ნორმატივი, რომლის მიხედვით სადაზღვევო ფონდები იღებენ პასუხისმგებლობას ფაქტიური და მოსალოდნელი დანახარჯებს შორის სხვაობის მხოლოდ 3%-ზე. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდით. სულადობრივი ანაზღაურების ზომა დგინდება სადაზღვევო ფონდების ასოციაციებისა და ექიმთა ასოციაციების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე.

რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დამზღვევებისათვის წარმოადგენს რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულს. ძირითად ტექნიკურ პრობლემას წარმოადგენს მის გასაანგარიშებლად ფორმულის სრულყოფა. მკვლევარების აზრით, რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი უნდა ითვალისწინებდეს დემოგრაფიულ მონაცემებს (ასაკი და სქესი), ეთნიკურ ფაქტორს, შრომისუნარიანობა/ინვალიდობის სტატუსს, გეოგრაფიულ მდებარეობას, (ურბანიზაცია, მოსახლეობის სიმჭიდროვე, ადგილის სიშორე, მაღალმთიანი რეგიონები,) დაავადებიაანობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები, სოციალური ფაქტორები (შემოსავლის დონე, განათლება, უმუშევრობა...)

### **დადებითი მხარეები.**

**კონკურენციის ზრდა.** სულადობრივი დაფინანსების მეთოდის გამოყენებებისას ექიმი ცდილობს მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით გაზარდოს მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა. აღნიშნული განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, რაც თავის მხრივ სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარების სტიმულს იძლევა. ამ გარემოებას ხელს უწყობს დაზღვეულის უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი.

**ხარჯების ზრდის შეკავება.** დაფინანსება სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე არაა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულებას და პერსონალს არ გააჩნია დაუსაბუთებელი, პაციენტისათვის არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების განევის სტიმული, რაც მკვეთრად ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. მეთოდის გამოყენებისას

დანახარჯები ადვილად პროგნოზირებადია.

**ანგარიშსწორების სიმარტივე.** სულადობრივი ანაზღაურებისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სიმარტივე. იგი არ მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშის დამუშავებას. შესაბამისად ნაკლებია საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. სულადობრივი ანაზღაურება ნაკლებად მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას. მკვეთრად მცირდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

**პრევენციული ღონისძიებების გააქტიურება.** ექიმი დაინტერესებულია დროულად და ხარისხიანად განახორციელოს დაავადებათა პროფილაქტიკა; ვინაიდან მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში იგი ცდილობს დამოუკიდებლად გადანყვიტოს ყველა წარმოჩენილი პრობლემა. რაც თავისთავად უფრო გაადვილებულია ნაკლებად დასნებოვნებულ კონტიგენტში.

**სამედიცინო დახმარების ხარისხი.** ექიმი დაინტერესებულია მასთან რეგისტრირებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობით. იგი ცდილობს ხანგრძლივი კონტაქტი იქონიოს ერთიდაიგივე პაციენტთან, უკეთესად გაერკვეს დაავადების მიმდინარეობაში, რათა უზრუნველყოს სათანადო სამედიცინო დახმარების განწევა. ასევე დაზღვეული პირი დაინტერესებულია ისარგებლოს ერთი ექიმის მომსახურებით და ურთიერთობა დაამყაროს იმ დაწესებულებასთან, სადაც მისი ავადმყოფობის ისტორია ინახება. მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ.

**ექიმის, როგორც “მეკარიბჭის” როლის გაძლიერება.** ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ხანგრძლივი კონტაქტის გამო, პაციენტი ცდილობს მხოლოდ მისი რჩევის შემდეგ მიმართოს სპეციალისტს. ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა დანია, ირლანდია, იტალია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი, ფინეთი, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, სპეციალისტთან კონსულტაციის მისაღებად აუცილებელია ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვა.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, როგორც “მეკარიბჭე”, პაციენტისთვის შესაბამისი მომსახურების უზრუნველყოფასა და მკურნალობის კოორდინაციაზეა პასუხისმგებელი. იგი უზრუნველყოფს პირველი დონის სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ან სამკურნალოდ სპეციალისტთან გაგზავნა მხოლოდ მისი მიმართვის საფუძველზე ხდება. მისი ამოცანებია:

- მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება პაციენტის სრული გამოკვლევის შემდეგ;
- კონტროლი ყველა აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების განწევაზე;

• კონტროლი არასავალდებულო სამკურნალო პროცედურებისა და მათთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებაზე.

**უარყოფითი მხარეებია:**

სამედიცინო დახმარების ხარისხი. რადგან ყველა რეგისტრირებულ პაციენტზე ექიმს გარანტირებული ფიქსირებული ანაზღაურება ეძლევა, მას უჩნდება უარყოფითი სტიმული, ხარჯების შემცირების მიზნით თავიდან მოიშოროს პაციენტი, გააგზავნოს სპეციალისთან, ან სტაციონარში სამკურნალოდ, შეამციროს პაციენტთან კონსულტაციის დრო, ჩასატარებელი გამოკვლევების მოცულობა. აღნიშნული ნეგატიური სტიმული უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფაზე<sup>1</sup>.

**ცხრილი 2:**

სულადობრივი ანაზღაურების დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
ექიმი დაინტერესებულია პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებით, რადგანაც რაც უფრო ნაკლებად ავადმყოფობენ მათი პაციენტები, მით მეტი საშუალებები დაარჩებათ, ამგვარად იზრდება პროფილაქტიკის, ავადობის ადრეული გამოვლენის ინტერესი	შესაძლებელია წარმოიშვას მომსახურების მოცულობის დაუსაბუთებელი შემცირების მცდელობა (ჰოსპიტალიზაციაზე უარი, კონსულტაციები და ა.შ.)
ექიმი დაინტერესებულია მომსახურების ყველა ეტაპზე რაციონალურად დახარჯოს ფინანსური საშუალებები	ამბულატორიული მომსახურების სტრუქტურის ღრმა ანალიზისათვის არ არის საკმარისი ეკონომიკური ინფორმაცია, საჭიროა დამატებითი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება
ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები წინდანინაა შეზღუდული, ხოლო საერთო ხარჯების კონტროლი ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ	მცირდება ექიმების აქტიურობა (დაფინანსება წინდანინაა დადგენილი)
ამბულატორიულ მომსახურებაზე სადაზღვევო ორგანიზაციების ხარჯები მინიმალურია	

აღნიშნული პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს

1 Langenbrunner JC and Wiley MM (2002). "Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries," Chapter 8 in McKee, M. and Healy, J., eds., Hospitals in a Changing Europe (Buckingham, UK: Open University Press, 2002).



პაციენტისათვის სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლების მინიჭება. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტებს არ ჩაუტარებენ სათანადო ხარისხის სამედიცინო დახმარებას პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს სხვა სამედიცინო დაწესებულება. ამასთან, დამფინანსებელსაც აქვს უფლება სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით განევის, ან განსაზღვრული სტანდარტის დარღვევის შემთხვევაში დაწესებულებასთან განწყვიტოს ხელშეკრულება და მისთვის სასურველ სხვა დაწესებულებასთან გააფორმოს კონტრაქტი.

შესაძლებელია აგრეთვე სულადობრივი ანაზღაურებისა და შესრულებული სამუშაოს მეთოდების კომბინირებული გამოყენება, რომელიც გულისხმობს მომსახურების პრიორიტეტულ სახეებზე (მაგ; პრევენციული ღონისძიებები) სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებას. ასე, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ანაზღაურება გარდა სულადობრივი მეთოდისა, ხორციელდება ფიქსირებული ხელფასის, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების და მიზნობრივი (იმუნიზაციის მაღალი დონის მისაღწევად) ანაზღაურების მეთოდებით. ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდები გამოიყენება ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა: დანია, დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია, საბერძნეთი.

**კონკურენციის ხელშემშლელი ფაქტორები.** კონკურენციის ეფექტურად განხორციელებას ხელს უშლის ორი ფაქტორი: ერთი მხრივ, პაციენტები ექიმს აფასებენ არა სამედიცინო დახმარების ხარისხის მიხედვით, არამედ ისეთი მარტივი კრიტერიუმებით, როგორცაა: ექიმთან რიგების არსებობა ან ავადმყოფობის ფურცლის შედარებით იოლად გამოწერა. იგი დაკავშირებულია სამედიცინო ბაზარზე არსებულ ინფორმაციის სიმეტრიასთან, სადაც ექიმი გვევლინება აგენტის როლში, ხოლო პაციენტს დამოუკიდებლად არ შეუძლია გადაწყვიტოს თუ რა სახის სამედიცინო დახმარება სჭირდება და როგორ მიიღოს იგი.

მეორე მხრივ, თუ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში ექიმებს შორის კონკურენცია მაღალია, ნაკლებად დასახლებულ სოფლის პირობებში იგი შედარებით დაბალია. სოფლად შესაძლებელია მხოლოდ ერთი ექიმი იყოს დასაქმებული, რაც ამცირებს კონკურენციას და შესაბამისად თავისუფალი არჩევანის პრინციპის განხორციელებას. აღნიშნული პრობლემა კიდევ უფრო ძლიერდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მსხვილ ჯგუფად გაერთიანების შემთხვევაში, რომელიც გარკვეულწილად ეფექტურ მონოპოლიურ კარტელს წარმოადგენს და შესაბამისად ამცირებს პაციენტის მხრიდან არჩევანის შესაძლებლობას. ამ პრობლემის მოსაგვარებლად გამოიყენება მონიტორინ-

გის ისეთი მექანიზმები, როგორცაა: ექიმთა სამედიცინო აუდიტი, ლიცენზირება და აკრედიტაცია.

**მაღალი რისკის პაციენტების თავიდან მოშორება.** სულადობრივი ანაზღაურების ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ცდილობენ თავიდან მოიშორონ და მათთან არ დააზღვიონ მაღალი რისკის პაციენტები (მოხუცები, ქრონიკული ავადმყოფები...)

აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს სულადობრივი ანაზღაურების რთული ფორმის დანერგვა, რომელიც სამუშაოს გაზრდილი მოცულობისა და შესაბამისად მაღალი ხარჯების საკომპენსაციოდ ითვალისწინებს ისეთ რისკ ფაქტორებს, როგორცაა: პაციენტის სქესი, ასაკი, სოციალური სტატუსი...

პრობლემის გადაწყვეტის სხვა გზას წარმოადგენს მაღალი რისკის პაციენტების გარკვეული დროით ექიმებში გადანაწილების სქემა. ექიმები შეთანხმდებიან, გარკვეული დროით ერთმანეთში გადაინაწილონ მარალი რისკის პაციენტები. მაგალითად, მაღალი რისკის პაციენტების პაციენტების ერთი ნაწილი ნახევარი წლით ერთ ექიმთანაა დარეგისტრირებული, შემდგომ ეტაპზე სხვა ექიმთან და ა. შ.

**რისკის დაბალი პროგნოზირება.** სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას რისკის პროგნოზირება დაბალია, რადგან დაზღვეულთა გარკვეულმა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს მომსახურებით მოცემულ პერიოდში, მათე დროს, მაღალი რისკის პაციენტებს შესაძლებელია დროის იმავე პერიოდში რამდენჯერმე დასჭირდეთ ძვირადღირებული სამედიცინო დახმარება.

ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეების აღმოსაფხვრელად შემდეგ მეთოდებს მიმართავენ:

- პაციენტების მიერ სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულების თავისუფალი არჩევანი:

- პაციენტთა მომსახურების სპეციალური სამსახური, სადაც მათ შეეძლებათ მიმართონ სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში;

- სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლი;

- სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვაზე და სამედიცინო მომსახურების განევაზე დაუსაბუთებელი უარის თქმის შემთხვევაში საჯარიმო სანქციების დაწესება.

### **მიზნობრივი ანაზღაურება**

მიზნობრივი დაფინანსების (Target payment) მეთოდი გამოიყენება სამედიცინო დახმარების გარკვეული, სპეციფიკური სახეების (მაგ., იმუნიზაცია, პროფილაქტიკური შემოწმების ჩატარება და ა. შ.) დასაფინანსებლად. მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დაფინანსების დამატებით მეთოდს.

მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი უმთავრესად გამოიყენება დიდი მოცულობის სამედიცინო მომსახურების (მაგ., პროფილაქტიკური აცრების) ჩატარებისას. ექიმს სტიმული ეძლევა რაც შეიძლება მეტ პაციენტს ჩაუტაროს პროფილაქტიკური აცრები, რადგან მიზნობრივი დაფინანსების შემთხვევაში უფრო მეტ ანაზღაურებას მიიღებს.

მიზნობრივი მეთოდით ანაზღაურება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ზოგიერთი დაავადების სკრინინგისათვის (მაგ., საშვილოსნოს ყელის ან მკერდის ჯირკვლის კიბო).

დიდ ბრიტანეთში მიზნობრივი ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელება. ინფექციური დაავადებების საპროფილაქტიკოდ მიზნობრივ ანაზღაურება გამოიყენებოდა მოსახლეობის 95 %-ის ვაქცინაციის ჩატარებისას.

### **სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი**

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის (შესრულებული პროცედურების, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობის) მიხედვით დაფინანსებას.

#### **დადებითი მხარეებია:**

ექიმი დაინტერესებულია პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რადგან ექიმი ცდილობს რაც შეიძლება მიმზიდველი გახდეს მის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება. პაციენტს ფართო საშუალება ეძლევა აირჩიოს ექიმი, სტაციონარში მკურნალობისას მოითხოვოს დამატებითი მომსახურება (ცალკე პალატაში განთავსება, ტელევიზორი, ტელეფონი...).

ამგვარად, ექიმს სტიმული აქვს პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით და ხარისხით გაუწიოს სამედიცინო დახმარება. იმ ქვეყნებში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გავრცელებული, ექიმთან მიმართვიანობის მაღალი დონე შეინიშნება. ასე მაგალითად, შვეიცარიაში ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით ექიმთან მიმართვიანობა შეადგენს – 11-ს, გერმანიაში – 12,8-ს, საფრანგეთში – 6,3-ს.

#### **უარყოფითი მხარეებია:**

**ხარჯების ზრდა.** სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს. იგი უმთავრესად გამოწვეულია სამედიცინო პერსონალის ფინანსური სტიმულით, შემოსავლების მომატების მიზნით გაზარდოს მომსახურების მოცულობა. ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები.

აღნიშნულის გამო, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი ექიმებისათვის ყველაზე უფრო სასურველ მეთოდს წარმოადგენს. ამ მდგომარეობას ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრია. პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო ექიმი განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების მოთხოვნილებას. ამასთან საყურადღებოა, რომ ექიმის მხრიდან მორალური საფრთხე უფრო მეტად სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას შეინიშნება.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული მეთოდი გავრცელებული მნიშვნელოვნად მაღალია როგორც დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ასევე გამონერილი მედიკამენტების რაოდენობა.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გამოიყენება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, ნელინაღში საშუალოდ 11 %-ით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები<sup>1</sup>. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, შედარებულ იქნა 18 შერჩეული პედიატრი, რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა ან შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, ან ფიქსირებული ხელფასით. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ექიმებს რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, აღნიშნებოდათ 22 %-ით მეტი ვიზიტების რაოდენობა, ვიდრე ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების შემთხვევაში.

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ასანაზღაურებლად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის დანერგვამ ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ზრდა გამოიწვია. მეთოდის დანერგვისას არ იქნა გამოყენებული სამედიცინო დახმარების მოცულობის ზრდის შემაკავებელი ისეთი მექანიზმები, რაც დასავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებშია გავრცელებული.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც ქირურგების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ხორციელდება, ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა ორჯერ აღემატება იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც ქირურგები ფიქსირებულ ხელფასს ღებულობენ. მკვლევარების ერთმანეთს შეადარეს კანადაში და დიდ ბრიტანეთში ქირურგიული სამედიცინო დახმარებაზე განეული ხარჯები. დიდ ბრიტანეთთან შედარებით ქირურგიულ ოპერაციათა მაღალი სიხშირე კანადაში და აშშ-ში განპირობებული იყო არამარტო დაავადებათა

1 Gerdtham, U.G., Sogaard, J., et al., 1992. A pooled cross section analysis of the health care expenditures of the OECD countries. In P. Zweifel & H. E. Frech, eds. Health Economics Worldwide. Boston: Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, The Netherlands, pp. 287-310.

გავრცელების სხვადასხვაობით აღნიშნულ ქვეყნებში, ან განსხვავებული სამედიცინო ტექნოლოგიების არსებობისა და გამოყენების გამო, არამედ კანადაში და აშშ-ში თითოეულ შემთხვევაზე დაფუძნებული ანაზღაურების მეთოდის არსებობით.

**ექიმებსა პაციენტებს შეიძლება გაუჩნდეთ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება.** სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას ექიმებს შეიძლება გაუჩნდეთ ნეგატიური სტიმული, მოახდინონ დადგენილი პრეისკურანტის გარკვეული მანიპულირება. სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთი სახე მათთვის უფრო შემოსავლიანი ხდება. ასე მაგალითად, ბრაზილიაში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი გავრცელებული, მკვეთრად გაიზარდა საკეისრო კვეთების რაოდენობა.

მოთხოვნილების პროვიცირების ერთ-ერთ გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს ექიმის მიერ პაციენტისათვის დაუსაბუთებლად განმეორებითი ვიზიტის დანიშვნა. გერმანია ექიმთან მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება. გერმანელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი კვირაში საშუალოდ 220 ვიზიტს ახორციელებს (მათგან 35 ბინაზეა). დღეში ექიმი საშუალოდ 44 პაციენტს ნახულობს (37 ოფისში და 7 ბინაზე), წლიურად კი ერთ პაციენტზე 10-12 კონსულტაცია ტარდება. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ყოველი პაციენტის ვიზიტი ექიმის შემოსავალს საშუალოდ 50-70 მარკით ზრდის. ამის გამო, გერმანიაში სადაზღვევო კომპანიების მიერ ყოველწლიურად 5-7 მილიარდი მარკა იხარჯება უსაფუძვლოდ. აქვე აღსანიშნავია, პროფესიული ასოციაციების როლი, რომლებიც აქტიურ წინააღმდეგობას უწევენ ექიმის შრომის ანაზღაურების წესის შეცვლას.

**ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება.**

აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას უფრო მეტი ყურადღება ექცევა პაციენტის მკურნალობას ვიდრე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებას. იგი გამოწვეულია ექიმის მცირე ეკონომიკური სტიმულით, ჰყავდეს ჯანმრთელი პაციენტი, რადგან მისი ყოველი ვიზიტი და სადიაგნოსტიკო სამკურნალო ღონისძიება ექიმს დამატებითი შემოსავლის მიღების საშუალებას აძლევს.

**არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან.** მცირდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მაკოორდინირებელი, როგორც “მეკარიბჭის” ფუნქცია. იგი ნაკლებადაა დაინტერესებული რაციონალურად აირჩიოს მკურნალობის შემდგომი ეტაპები

და ამ ეტაპებზე მეთვალყურეობა გაუწიოს პაციენტს, შეაფასოს სხვა ექიმების მიერ განეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

**ანგარიშსწორების სირთულე.** აღნიშნული მეთოდისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სირთულე. იგი მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშსწორების დამუშავებას. შესაბამისად იზრდება საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. მეთოდის დანერგვა მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას, ცენტრალიზებულ მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბებას, რაც აუცილებელია გათვლების სანარმოებლად. მკვეთრად იზრდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

**მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები.** სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯები, ვინაიდან იგი ძვირადღირებული ეკონომიკური კონტროლის (მინერების გამოვლენა, საავადმყოფოში მიმართვის ადექვატურობის შესწავლა და ა. შ.) სისტემის შექმნას მოითხოვს.

#### **ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი**

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურება წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის საერთო და არა კონკრეტული სამუშაოების შესრულებისათვის ფიქსირებულ დაფინანსებას დროის შეთანხმებული პერიოდის განმავლობაში. ფიქსირებული ანაზღაურებისას ექიმის შემოსავალი დამოკიდებული არ არის განეული სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე. ხელფასის ზომას ადგენს დამფინანსებელი მხარე, ზოგ ქვეყნებში იგი შეთანხმებულია პროფკავშირებთან, ექიმთა ასოციაციებთან. ხელფასის ზომა შეიძლება დამოკიდებული იყოს პერსონალის ასაკზე, სპეციალობასა და გამოცდილებაზე, ან არ ითვალისწინებდეს აღნიშნულ კრიტერიუმებს (საერთოეროვნული თანრიგობრივი ხელფასი).

სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულება იდება სრული ან არასრული დროით. არასრული დროით დადებული ხელშეკრულება ექიმს საშუალებას აძლევს დამატებით სხვა სამუშაოები ჩაატაროს (მაგ., კერძო კონსულტაციები). ხელშეკრულება შეიძლება განახლდეს პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს მრავალმხრივი შეფასების საფუძველზე. ხელშეკრულებაში ზოგჯერ ითვალისწინებენ პერსონალის დამატებითი ანაზღაურების სახით ნახალისებას (მაგალითად, ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევისას). შესაძლებელია პერსონალის სტიმულირება დამატებითი შვებულებისა და სატრანსპორტო შეღავათების სახით, ან დამატებითი ნახალისება ისეთი სამუშაოების ჩატარებისათვის, როგორცაა: სამეცნიერო-კვლევითი



მუშაობა, სამეცნიერო კონფერენციებზე მონაწილეობა საზღვარგარეთ.

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის როგორც საავადმყოფოს, ასევე ამბულატორიულ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის შრომის ასანაზღაურებლად (ფინეთი, შვეცია, პორტუგალია, საბერძნეთი, ესპანეთი, თურქეთი, ისრაელი, აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები).

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებს შორის მცირე განსხვავება აღინიშნებოდა, რაც მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ნაკლებ შესაძლებლობას იძლეოდა. ამასთან, საბჭოთა სისტემა ფართოდ იყენებდა ზოგიერთი სახის წამახალისებელ საშუალებებს: მედლები, ბინით უზრუნველყოფა, სასწავლო ტურები საზღვარგარეთ. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ასეთი წამახალისებელი საშუალებები გაუქმდა და მცირე ხელფასის საკომპენსაციოდ ექიმები ეწვიან არაოფიციალურ, კერძო პრაქტიკას.

აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს შრომის ანაზღაურების არსებული წესი, არც კანონმდებლობა და არც მოსახლეობის თვითშეგნება არ იძლევა სათანადო კონტროლის დაწესების საშუალებას. აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას. ექსპერტთა შეფასებით, იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია, არალეგალური ანაზღაურება გაცილებით აღემატება კანონით დადგენილ ანაზღაურებას. არსებული სიტუაცია გამოხატულ გავლენას ახდენს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისადმი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის პრინციპის განხორციელებაზე.

აღნიშნულის გამო, მნიშვნელობა ენიჭება პერსონალის ანაზღაურების დონეს. თუ ექიმს შეუძლია არალეგალური შემოსავლების ხარჯზე გააორმაგოს ხელშეკრულებით განსაზღვრული ხელფასი, მაშინ გარკვეული მიზნის მისაღწევად (მაგ., ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევა) გამოყოფილი მცირე ოფიციალური დამატებითი ანაზღაურება მისთვის აღარ იქნება მიმზიდველი. ასე მაგალითად, ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პერიოდში, ექიმებისათვის ზოგადი პრაქტიკის ექიმი-ფონდის მესაკუთრედ გახდომის ყველაზე დამაჯერებელ მოტივს წარმოადგენდა არა სულადობრივი დაფინანსება, არამედ დამატებითი წახალისების



მნიშვნელოვნად გაზრდა. აღსანიშნავია, რომ დიდ ბრიტანეთში, პერსონალის მუშაობის სტიმულირების მიზნით, იყენებენ დამატებით წამახალისებელ ანაზღაურებას, რომელიც მერყეობს 790 ფუნტი სტერლინიდან 20 550 ფუნტი სტერლინამდე წელიწადში.

ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდის ეფექტურობის გაზრდის თვალსაზრისით, ზოგიერთ ქვეყნებში შემოღებულია დაფინანსების რამდენიმე მეთოდის კომბინაცია. მაგალითად, ნორვეგიაში ექიმის შემოსავლების 35 %-ს ფიქსირებული ხელფასი შეადგენს, ხოლო დანარჩენი 65 %-ის ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ხორციელდება.

#### **დადებითი მხარეები:**

- ჯანდაცვის სისტემის ადვილი დაგეგმარება და სტაბილურობა, რადგანაც სამედიცინო დახმარების ხარჯები წინასწარ განსაზღვრულია;

- ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების გამო, ექიმი არ არის დაინტერესებული არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების განხორციელებით;

- დაბალია ადმინისტრაციული და საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;

- ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის მონიტორინგი;

- ხელს უწყობს პერსონალის გადანაწილებას ცენტრისაგან მოშორებულ რეგიონებში, რაიონებში, ან სოფლებში;

- იზრდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

- უარყოფითი მხარეები:

- ექიმებს შორის კონკურენციის დაბალი დონე;

- დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი, რადგან ექიმის ანაზღაურება მცირედაა დამოკიდებული მის კვალიფიციურობაზე;

- ექიმი ნაკლებადაა დაინტერესებული იმუშაოს მაქსიმალური დატვირთვით. იგი თავიდან იშორებს მძიმე ავადმყოფებს და საავადმყოფოში ან სხვა განყოფილებებში აგზავნის სამკურნალოდ, რაც მნიშვნელოვნად აძვირებს სამედიცინო დახმარების ღირებულებას;

- მეთოდი სტიმულს აძლევს სამედიცინო დაწესებულებას ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას, ფორმალიზმს, მოუქნელობას და ამით აიძულებს დამფინანსებელს გაზარდოს საბიუჯეტო ხარჯები;

- თუ ანაზღაურების ზომა დაბალია, ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას.

## პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების ისტორიის გამოცდილება

ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად რეფორმების შედეგად შემუშავებულ იქნა ოჯახის ექიმზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელი. ოჯახის ექიმს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან აქვს დადებული ხელშეკრულება, ოჯახის ექიმი ჯანდაცვის სისტემაში მეკარიბჭეს ჭარმოადგენს, სპეციალისტებთან კონსულტაცია მხოლოდ მისი მიმართვის შემდეგაა შესაძლებელი. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში (ოფთალმოლოგთან, დერმატო-ვენეროლოგთან, გინეკოლოგთან, ფსიქიატრთან, ფთიზიატრთან, სტომატოლოგთან და ტრავმის დროს ქირურგთან ვიზიტები) იგი არ ატარებს სავალდებულო ხასიათს. ოჯახის ექიმებმა რომ არ გაართულონ პაციენტის სპეციალისტებთან მიმართვიანობის პროცესი, საავადმყოფოს სალარო ცალკე აფინანსებს სპეციალისტებთან ვიზიტებს.

დადგინდა ერთ ოჯახის ექიმთან რეგისტრაციისათვის საჭირო მოსახლეობის რაოდენობა. იგი შეადგენდა 1500-2300 მოსახლეს ერთ ოჯახის ექიმთან, გამონაკლისს წარმოადგენდნენ შორეული რაიონები და მცირე კუნძულები. გამოთვლილ იქნა, რომ ქვეყნის მასტაბით პირველადი სამედიცინო მომსახურებისათვის საკმარისი იყო 808 ოჯახის ექიმი.

ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხორციელდება შერეული მეთოდით, რომელიც მოიცავს დაფინანსების შემდეგ მეთოდებს:

- ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის, რომელიც ფარავს მომსახურების უმრავლეს სახეს;

- შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება;

- ფიქსირებული ყოველთვიური დაფინანსება ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მონყობილობები);

- ყოველთვიური დანამატები (ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯები, გეოგრაფიულად მოშორებულ რაიონებში მომუშავე ოჯახის ექიმებისათვის დამატებითი ანაზღაურება).

1998 წლამდე სულადობრივი ანაზღაურების მარტივი ფორმა იყო გავრცელებული, ანუ იგი ერთნაირი იყო მთელი ქვეყნის მასტაბით, 1998 წლიდან შემოღებულ იქნა რთული ფორმა, რომელიც ითვალისწინებდა დაფინანსების დიფერენცირებას ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (0-დან 2 წლამდე; 2-70 წლამდე; 70 წელს ზევით). დამატებითი მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით

ანაზღაურების მეთოდით, რომელიც ლიმიტირებულია და შეადგენს მაქსიმალური სულადობრივი ანაზღაურების 18,4 %-ს. ოჯახის ექიმების კავშირისა და სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების შეთანხმებით წინდანი დადგენილი დამატებითი მომსახურების ჩამონათვალი (პრეისკურანტი). გარდა ამისა ექიმებს ეძლევათ ყოველთვიური დანამატი სამედიცინო დაწესებულებიდან გეოგრაფიულად მოშორებულ ადგილებში მუშაობისათვის, განათლების დონის ამალღებისათვის, მუშაობის წარმოებისათვის საჭირო ფიქსირებული თანხა. ამგვარად, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი, რადგან დამატებითი მომსახურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ფინანსდება. ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, ხანდაზმული ასაკის პირთა მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების რისკი კომპენსირებულია სულადობრივი დაფინანსების რთული ფორმის დაწესებით, რომელიც დიფერენცირებულია ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ნახალისებულია სოფლად მუშაობა.

სპეციალიზებულ ამბულატორიულ მომსახურებას უწევენ პოლიკლინიკები და სამედიცინო ცენტრები, საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილებები და დამოუკიდებელი ექიმი-სპეციალისტები. დამოუკიდებელ ექიმი-სპეციალისტებს ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან და ანაზღაურებას ღებულობენ სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით. ხელფასის საერთო დონე ლიმიტირებულია ხელშეკრულებით.

## ცხრილი 1

ოჯახის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურება ესტონეთში

დაფინანსების მეთოდი		2001 €ულ	2002 €ულ	2003 €ულ
ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის	0-2 წლ	1,33	1,53	1,76
	2-70 წლ	1,06	1,22	1,35
	70 წელს ზევით	1,2	1,37	1,57
სერვისების მიხედვით (მაქსიმუმ სულადობრივი ანაზღაურების %)		18 %	18,4 %	18,4 %
ფიქსირებული ყოველთვიური თანხა ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მონყობილობები)		319,6	338,1	338,1
ყოველთვიური დანამატები	სამედიცინო დაწესებულებებიდან 20-40 კმ-ის მოშორებით	44,7	44,7	44,7
	სამედიცინო დაწესებულებებიდან 40 კმ-ზე მეტი მოშორებით	89,5	89,5	89,5
	ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისთვის საჭირო ხარჯები	63,9	63,9	63,9

## პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია

პროვაიდერების დიდი ნაწილი პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს აწვდის სხვადასხვა ორგანიზაციული ფორმით. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებასა და შესყიდვაში ჩართული სუბიექტები არიან სოციალური მომსახურების სააგენტო და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რომლებიც საქმიანობენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ზედამხედველობის ქვეშ. სოციალური მომსახურების სააგენტოს და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დაქვემდებარებაში არიან მათი ფილიალების ქსელი რეგიონებში, რომლებიც ძირითადად, ადმინისტრაციული როლი აკისრიათ.

მრავალი სპეციალიზებული, ვერტიკალური პროგრამით ასევე ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების მიწოდება. ზოგიერთი მიმდინარე პროგრამა მოიცავს ტუბერკულოზს, ჩ ჰეპატიტს, სოფლის ექიმის პროგრამას, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, დიაბეტს, ნივთიერებებზე დამოკიდებულებას. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს პროგრამების პრიორიტეტებსა და წლიურ ბიუჯეტს.

სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს პროგრამების მართვას. იგი ახდენს მომსახურებების და მედიკამენტების შესყიდვას პროვაიდერებს მიერ მიწოდებული სერვისების ანაზღაურების ან პირებს ვაუჩერების საშუალებით.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა მკაცრად ცენტრალიზებულია, რაც ხელს უშლის მის განვითარებას. ცენტრალიზებული სისტემის გამო მუნიციპალიტეტების ჩართულობა პირველადი ჯანდაცვის მართვაში, არსებულ პრობლემების გადაწყვეტაში მინიმალურია. მუნიციპალიტეტები ნაკლებად მონაწილეობენ სოფლის ექიმის საჭიროებების, მის წინაშე მდგარი პრობლემების მოგვარებაში. თუმცა, ზოგიერთ რეგიონში, მაგალითად, აჭარაში მუნიციპალიტეტები უფრო მეტად არიან ჩართულები პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების საქმიანობაში. ისინი სრულად აფინანსებენ ამბულატორიების კომუნალურ გადასახადებს, „ექიმის ჩანთის“-თვის საჭირო მედიკამენტებს. გარდა ამისა, სოფლის ექიმებს ემსახურებათ მუნიციპალიტეტის კუთვნილი ავტომობილები, რომლის მეშვეობით სოფლის ექიმები ახდენენ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტებს.

აღსანიშნავია, რომ აჭარის ა/რ-ში სოფლის ექიმებს „სოფლის ექიმის პროგრამით“ გათვალისწინებული ანაზღაურების გარდა ეძლევათ სახელფასო დანამატი რეგიონალური ხელისუფლების მხრიდან

(300 ლარი მაღალმთიან რაიონებში და 150 ლარი ზღვისპირეთში).

ოჯახის ექიმებისთვის ასევე პრობლემატურია ყოველი საინფორმაციო-ტექნიკური პრობლემის დროს ცენტრთან, სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან დაკავშირება. პირველადი ჯანდაცვის სპეციალური წარმომადგენლის არსებობა რეგიონებში ხელს შეუწყობდა უამრავი რუტინული საკითხების გადაწყვეტას.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 14 მარტის №129 დადგენილების მიხედვით, სოციალური მომსახურების სააგენტოს სამხარეო ცენტრებსა და აჭარის ა/რ ფილიალში შეიქმნა „სოფლის ექიმის“ კოორდინატორი თანამდებობა (სულ – 10 ერთეული), რაც პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციისკენ მიმართული წინგადადგმული ნაბიჯია.

**ცხრილი 1: პირველადი ჯანდაცვის სერვისები, პროვაიდერები**

სერვისები	საოჯახო პრაქტიკა	სასოფლო ამბულატორიები, საავადმყოფოები, პოლიკლინიკური ცენტრები
ჯანსაღი ცხოვრების წესის და ჯანმრთელობის განათლება	ოჯახის ექიმები	სასოფლო ამბულატორიები, საავადმყოფოები, პოლიკლინიკური ცენტრები
ვაქცინაცია და იმუნიზაცია	სოფლის ექიმები, ოჯახის ექიმები	სასოფლო ამბულატორიები, საავადმყოფოები, პოლიკლინიკური ცენტრები
მოზრდილთა პრევენციული გასინჯვა	სპეციალისტები	მულტიპროფილური საავადმყოფოები
ანტენატალური და მშობიარობის შემდგომი მოვლა	სპეციალისტები	სამშობიარო საავადმყოფოები
რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	სპეციალისტები	საავადმყოფოები
გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება, მათ შორის სადიაგნოსტიკო პროცედურები, მკურნალობა და მცირე ქირურგიული პროცედურები	სპეციალისტები	საავადმყოფოები, პოლიკლინიკური ცენტრები
ქრონიკული დაავადებების მართვა	სოფლის ექიმები, ოჯახის ექიმები	პოლიკლინიკები
დიაგნოზი და რეცეპტის გამოწერა		პოლიკლინიკები
გულ-სისხლძარღვთა რისკის შეფასება	ოჯახის ექიმები	პოლიკლინიკური ცენტრები
ბინაზე მიწოდებული სამედიცინო სრვისები, მათ შორის ექიმის ან / და მედიკამენტების ბინაზე ვიზიტები	სოფლის ექიმები, ოჯახის ექიმები	ბინა
რეაბილიტაცია	სპეციალისტები	ბინა
ფსიქიატრიული თემზე დაფუძნებული ზრუნვა	სპეციალისტები	საცხოვრებელი
პალიატიური ზრუნვა	სპეციალისტები	საავადმყოფოები, პოლიკლინიკური ცენტრები, პალიატიური ზრუნვის ცენტრები

წყარო: WHO, European Centre for Primary Health Care



რეფორმირების საწყის ეტაპზე უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციული ფორმები. მრავალი ქვეყნის გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციული ფორმებია:

- ოჯახის ექიმის ინდივიდუალური საექიმო პრაქტიკა;
- საოჯახო მედიცინის ცენტრი, რომელიც დაკომპლექტებულია რამოდენიმე ოჯახის ექიმით;
- ამბულატორიული კლინიკა ან საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილება, სადაც ერთდროულად ფუნქციონირებს რამოდენიმე სვადასხვა პროფილის სპეციალისტი.

ოჯახის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებიც მედდებთან ერთად ქმნიან ერთ გუნდს. მათ საკუთარი ოფისები და საბანკო ანგარიში აქვთ, სადაც ერიცხებათ კუთვნილი ანაზღაურება. საჭიროა ასეთი სქემის განვითარების სტიმულირება. აღნიშნული არ გულისხმობს ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემების მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ არამარტო ოჯახის ექიმების, არამედ პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის თავისუფალი არჩევის უფლება. აღნიშნული ხელს შეუწყობს როგორც ოჯახის ექიმთა, ასევე პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემებს შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

## პირველადი ჯანდაცვის მესაკუთრეობის ფორმა

ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: კერძო არაკომერციული (არამომგებიანი), კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ერთერთი ფორმაა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. ასეთი ორგანიზაციების მესაკუთრეა სახელმწიფო როგორც ფედერალურ, ასევე მუნიციპალურ დონეზე (ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები). შესაბამისად, არსებობენ ფედერალური და მუნიციპალური სამედიცინო ორგანიზაციები.

კერძო, კომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეები არიან ინდივიდუალური პირები. ისინი შექმნილია სამენარმეო საქმიანობისათვის და მათი მუშაობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოგების მიღება. ასეთი ორგანიზაციების შემდეგი ფორმები არსებობს: ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო, შეზღუდული პასუხისმგებლობების საზოგადოება<sup>1</sup>, ღია და დახურული აქციონერული საზოგადოებები<sup>2</sup>.

აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო. მხოლოდ რამდენიმე სამედიცინო ორგანიზაციის გარდა ყველა კერძო მომგებიანია.

ამ მხრივ, საინტერესოა გავარკვიოთ, თუ რატომ წარმოიშვა თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმა; ამ ფორმათაგან რომელია უპირატესად განვითარებული და რით არის ეს გამოწვეული; რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმის არსებობა; რა არის ასეთი მესაკუთრეობის ფორმის უარყოფითი მხარეები, და რა რეკომენდაციები შეიძლება დაიდოს შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

1 შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება საწესდებო კაპიტალით. შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების წევრების შენატანებისგან წარმოქმნილი საწესდებო კაპიტალი არ უნდა იყოს კანონით გათვალისწინებული თანხის ოდენობაზე ნაკლები

2 სააქციო საზოგადოება იქმნება ნებაყოფლობით გაერთიანებულ ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა მიერ და წარმოადგენს მათ საკუთრებას, ფლობს რა თითოეული მათგანი საერთო კაპიტალის ნაწილს აქციების სახით. ასეთი საზოგადოების თანამესაკუთრენი იწოდებიან აქციონერებად.

## **არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების არსი**

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობას<sup>1</sup>. მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა არაკომერციული (არამომგებიანი) ორგანიზაციაა.

ხშირად სიტყვა „არამომგებიანის“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან, ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების მექანიზმით. კერძოდ, არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებში, მომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ სამედიცინო ორგანიზაციებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შექმნაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე<sup>2</sup>.

## **არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები**

არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების უპირატესობა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ შუა საუკუნეებიდან მათ ჩამოყალიბებაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით რელიგიურ ორგანიზაციებს და ადგილობრივ სათემო გაერთიანებებს<sup>3</sup>. ისინი ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ღარიბ ფენებს, ობლებს, ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს. მოსახლეობის ამ ნაწილს ბინაზე არ გააჩნდა მკურნალობისათვის სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, რაც მოითხოვდა სამედიცინო ორგანიზაციების აშენებას და შენახვას. ღარიბთაგან განსხვავებით, მდიდარ ფენას თავის

1 ვერულავა, თ. (2017). სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (4):73-90.

2 Feldstein P.J. (2011). Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition Chicago AUPHA press.

3 ვერულავა, თ. (2017). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110

სასახლეში ჰყავდა კარის ექიმები და სამედიცინო ორგანიზაციებს არ საჭიროებდა. ამრიგად, როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები თავიდანვე შეიქმნა ლარბითათვის სამედიცინო მომსახურების გასანეგად, რომელთა დაფინანსების უმთავრესი წყარო იყო საქველმოქმედო შემონირულობები<sup>1, 2</sup>.

XX საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო ორგანიზაციების ისეთი სახით ჩამოყალიბებას, როგორც იგი დღეისთვის არსებობს. აღნიშნულის შედეგად შეიცვალა სამედიცინო ორგანიზაციების როლი. იგი გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი<sup>3</sup>.

სამედიცინო ორგანიზაციების ფუნქციის შეცვლასთან ერთად, შეიცვალა მათი დაფინანსების მექანიზმები. თუ წინათ საქველმოქმედო ფონდები, შემონირულობები იყო სამედიცინო ორგანიზაციების შემოსავლების მნიშვნელოვანი წყარო, შემდგომ პერიოდში გაიზარდა პაციენტების მიერ გადახდილი ხარჯების, ასევე სახელმწიფოს და კერძო დაზღვევის წილი. ასე გადაიქცა საქველმოქმედო სამედიცინო ორგანიზაციები არამომგებიან, ანუ არაკომერციულ სამედიცინო ორგანიზაციებად.

გარდა იმისა, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები ხელშემწყობ ისტორიულ გარემოში განვითარდა, არანაკლები როლი ითამაშა სახელმწიფოს მხარდაჭერამ. რადგანაც არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ემსახურება ლარბი და დაბალშემოსავლიან პაციენტებს, მათი საქმიანობა განიხილება როგორც საქველმოქმედო. შესაბამისად, მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან<sup>4</sup>.

ევროპასა და აშშ-ში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების ფართოდ გავრცელებას ხელი შეუწყო საზოგადოების მხრიდან

1 Sloan F. (2000). "Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. New York North-Holland Press.

2 Grobman G.M. (2008) The Nonprofit Handbook: Everything You Need to Know to Start and Run Your Nonprofit Organization (Paperback), White Hat Communications

3 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182

4 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182

არსებულმა ნდობის ფაქტორმა. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს, რადგან სიტყვა „მოგება“ მათთვის არის სიგნალი, რომელიც უარყოფს ნდობით ურთიერთობებს<sup>1</sup>. შესაბამისად, მომგებიანთან შედარებით, პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს, რადგან ეს უკანასკნელი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირებულობის ხარჯზე მიიღოს ფინანსური სარგებელი<sup>2, 3</sup>.

გარდა ამისა, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობას ზედამხედველობს საზოგადოება, სადაც ექიმებს უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ სამედიცინო ორგანიზაციების პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები, მომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციებისგან განსხვავებით, პაციენტებს დაბალ ფასად მიანოდონ ძვირადღირებული სერვისები. შესაბამისად, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები გაცილებით მეტად შეესაბამება ექიმების ფინანსურ ინტერესებს<sup>4</sup>.

მოსახლეობაში კერძო, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების პოპულარობაზე მიანიშნებს ის გარემოება, რომ აშშ-ში მათ მიმართავს პაციენტების 70 %, ხოლო მომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციების პაციენტების მხოლოდ 13%. სამედიცინო პერსონალიც არაკომერციულ სამედიცინო ორგანიზაციებს ანიჭებს უპირატესობას, შედეგად, ექიმთა უმრავლესობა საქმიანობას ეწევა კერძო არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებში<sup>5</sup>.

საზოგადოებაში გარცელებული შეხედულებით, კერძო, მომგებიანი ორგანიზაცია ყოველთვის ასოცირდება სამედიცინო მომსახურების უფრო უკეთეს ხარისხთან. თუმცა, კვლევები ადასტურებს, რომ განუვლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით,

1 Arrow K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review 43(5): 959-967

2 Norton E., Staiger. (1994). How Hospital Ownership Affects Access to Care for Nonprofits Different? Health Affairs 18. (3): 167-73

3 Hansmann H. B. (1980), "The role of the nonprofit enterprise", Yale Law Review Journal 39:835-901.

4 Gruber, J. (1994). The Effect of Competitive Pressure on Charity. Hospital Responses to Price Shopping in California. Journal of Health Economics. 13. (2) 183-212

5 AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA

მომგებიან და არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნება<sup>1</sup>.

### **არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარება საქართველოში**

მეცხრამეტე საუკუნეში და მეოცე საუკუნის დასაწყისში ბევრმა ქართველმა მეცენატმა დააარსა არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები. თბილისში, წმ. ანდრია პირველწოდებულის სახელობის ტაძართან არსებული ლაზარეთი და წმინდა ნინოს სახელობის ლაზარეთი არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს წარმოადგენდნენ. მათი დაფინანსების ძირითად წყაროს შეადგენდნენ სამოქალაქო და საეკლესიო შემოწირულობები. 1903 წელს ცნობილმა მეცენატმა და ქველმოქმედმა არამიანცმა 100 000 მანეთი შესწირა არამიანცის სააადმყოფოს მშენებლობას, რომელიც საბოლოოდ 1909 წელს გაიხსნა და 1921 წლამდე არამომგებიანი კლინიკის სტატუსით ფუნქციონირებდა. სამედიცინო ორგანიზაციების მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვას, სამედიცინო პერსონალის ჯამაგირს თუ სხვა ხარჯებს მეცენატი თავად ფარავდა. ძმებმა ზუბალაშვილებმა მე-19 საუკუნის 80-იან წლებში თბილისში პირველი პედაგოგიური კლინიკა ააშენეს და უსასყიდლოდ გადასცეს ქალაქს.

1921 წლიდან, საბჭოთა რუსეთის მიერ საქართველოს ოკუპაციის შედეგად, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები გადაკეთდნენ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო ორგანიზაციებად. შედეგად, საბჭოთა პერიოდში საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ერთი ფორმა იყო განვითარებული. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, 1990-იან წლებში სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების უმეტესი ნაწილი გაიყიდა და გადაკეთდა კერძო მომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებად<sup>2, 3</sup>. ამრიგად, საბჭოთა პერიოდიდან მოყოლებული საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ვერ განვითარდნენ.

1 Walker, D, M. (2005). Nonprofit, For-Profit and Government Hospital Uncompensated Care and Other Community Benefit. Testimony before the Committee on Ways and Means, House of Representatives.

2 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182.

3 ვერულავა, თ. (2017). ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 101-116

## არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების საგადასახადო შეღავათები

დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გვაძლევს არაკომერციული ორგანიზაციის განმარტებას: „ორგანიზაცია, რომლის მიზანი არ არის სამენარმეო საქმიანობა და მისი ფუნქციონირების ძირითადი მამოტივირებელი ფაქტორი არ არის მატერიალური მოგების მიღება, არის არასამენარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი“.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით: „არასამენარმეო იურიდიული პირის შექმნისა და ფუნქციონირების დანიშნულება, პირველ ყოვლისა, არის არაკომერციული ხასიათის საქმიანობა და რაიმე განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად მოქმედება. ასეთი ორგანიზაციები, ძირითადად, საზოგადოებისათვის სასარგებლო შედეგების მიღებისთვის იქმნება. ზოგადად, კი, არასამენარმეო იურიდიული პირის საქმიანობის მიზანი შეიძლება იყოს ნებისმიერი რამ, რაც კანონით არ არის აკრძალული და არ ეწინააღმდეგება მოქმედ სამართალს.“ (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 33-ე მუხლის მე-2 ნაწილი) კანონი თავისი არსით ითვალისწინებს არამომგებიანი ორგანიზაციის მთავარ პრინციპს, რაც მოგების რეინვესტირებას გულისხმობს. კერძოდ კი დამფუძნებელს, ან დამფუძნებელთა ჯგუფს არ აქვთ უფლება ორგანიზაციის მოგება დივიდენდის სახით გაიტანონ.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, დღგ-საგან განთავისუფლებულია სამედიცინო მომსახურება, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ნებისმიერი ღონისძიებები (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი, მუხლი 226). გადასახადით არ იბეგრება სამედიცინო საქმიანობისათვის გამოყენებული სამედიცინო დაწესებულებათა ქონება და ასევე სამედიცინო დაწესებულებების (მიუხედავად ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა) სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული მოგების ის ნაწილი, რომელიც მოხმარდება რეინვესტირებას (დაწესებულების რეაბილიტაცია, ტექნიკური ბაზის უზრუნველყოფა) და თანამშრომელთა მატერიალურ წახალისებას (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი თავი XIII მოგების გადასახადი მუხლი 97).

მიუხედავად იმისა, რომ არასამენარმეო იურიდიული პირი, თავისი არსით, არ შეიძლება იყოს კომერციულ საქმიანობაზე ორიენტირებული, მას უფლება აქვს, ეწეოდეს დამხმარე ხასიათის სამენარმეო



საქმიანობას. ასეთი საქმიანობიდან მიღებული მოგება უნდა მოხმარდეს არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის მიზნების რეალიზებას და მისი განაწილება არასამეწარმეო იურიდიული პირის დამფუძნებლებს, წევრებს, შემომწირველებს, აგრეთვე ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირებს შორის დაუშვებელია<sup>1</sup>.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის თანახმად, საწარმოო სტატუსის მქონე ორგანიზაციებისათვის, 2017 წლამდე დანესებული იყო მოგების გადასახადი, რომელიც შეადგენდა მოგების 15%-ს. 2015 წელს მთავრობის წარმომადგენლების მიერ დაანონსდა მნიშვნელოვანი ცვლილება საგადასახადო კოდექსში, რაც გულისხმობდა მოგების გადასახადის ესტონური მოდელის დანერგვას, რომელის ამოქმედებაც 2017 წლის 13 იანვრის ბრძანება №9-ის საფუძველზე მოხდა. ესტონეთში 2000 წელს განხორციელებული რეფორმის მიხედვით, მოგების გადასახადით, (არსებული 21 %-ით), აღარ იბეგრება რეინვესტირებული მოგება. საქართველოს კანონმდებლობაში გატარებული ცვლილების შედეგად რეინვესტირებული მოგება თავისუფლდება ყოველგვარი მოგების გადასახადისაგან. აღნიშნული საგადასახადო შეღავათებით 2017 წლამდე სარგებლობდნენ მხოლოდ არამომგებიანი ორგანიზაციები. საკანონმდებლო ცვლილების შემდეგ კი სამეწარმეო ორგანიზაციებსაც მიეცათ აღნიშნული შეღავათით სარგებლობის უფლება.

ამგვარად, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად არამომგებიანი ორგანიზაციები, საგადასახადო საშეღავათო სისტემის მხრივ, არაფრით განსხვავდებიან მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან.

### **არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების გამონწვევები საქართველოში**

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საქართველოში ამჟამად მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების შესწავლა<sup>2, 3</sup>. ქვეყანაში მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების მცირე რაოდენობის გამო კვლევის

1 Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Pro t Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. Georgian Medical News. 278(1):178-182.

2 ვერულავა, თენგიზ, ბესიაშვილი ნინო, თოდრია მირიან, ლობჯანიძე ზვიად (2018). არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში. ეკონომისტი; 14(3):60-71

3 Tengiz Verulava, Ana Lordkipanidze, Nino Besiashvili, Mirian Todria, Zviad Lobjanidze, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Obstacles in the Development of Non-profitHospitals in Georgia. Hospital Topics, 2019;97(2):39-45

არეალი შეზღუდული აღმოჩნდა და მოიცავდა მხოლოდ სამ კლინიკას: ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“, ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი და ქართულ-ფრანგული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“.

### **ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“**

ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“ დაარსდა 2013 წელს როგორც არასამთავრობო ორგანიზაცია. მას მართავს გამგეობა, რომელსაც ჰყავს თავმჯდომარე. გამგეობაში შედიან კლინიკური, ფინანსური და გენერალური დირექტორები, ასევე ხარისხის მართვის მენეჯერი და სხვა ადმინისტრაციული პერსონალი. გამგეობის გადამწყვეტილებებს კონტროლს უწევს ზედამხედველობის საბჭო, რომელიც ასევე განაგებს ფინანსური რესურსების განაწილებასაც. კლინიკას არ გააჩნია ერთპიროვნული მმართველი, თუმცა მთავარი ადმინისტრატორია გამგეობის თავმჯდომარე. გამგეობის თავმჯდომარე პერიოდულად იცვლება.

მესაკუთრეობის სხვა ფორმებთან შედარებით არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაცია არ იხდის დღგ-ს და შედარებით მაღალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. ხარჯების 70% მოდის სამედიცინო პერსონალის ხელფასებზე, 15% – ადმინისტრაციულ პერსონალზე, დაახლოებით 10% კომუნალურ ხარჯებზე, ხოლო დანარჩენი 5% რჩება მოგების სახით, რომელიც იხარჯება ინფრასტრუქტურის განვითარებაში, სარემონტო სამუშაოებში, მოწყობილობა-დანადგარების განახლებაში, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც ვერ ხერხდება მოგების რეინვესტირება, საქართველოში მოქმედი ყველა დაწესებულების მსგავსად, ნარკოლოგიური ცენტრის წლის ბოლოს იხდის მოგების გადასახადს.

ნარკოლოგიური ცენტრის დაფინანსების უმთავრესი წყაროა სახელმწიფო პროგრამები. ცენტრს გააჩნია რამდენიმე განყოფილება – სტაციონარი, ამბულატორია და ჩანაცვლებითი თერაპიის განყოფილება. ამბულატორიას თვეში დაახლოებით 18000 პაციენტი მიმართავს, ხოლო სტაციონარს – წელიწადში დაახლოებით 200 პაციენტი. მაღალი ამბულატორიული მიმართვიანობა გამოწვეულია იმით, რომ ცენტრს თავისი მუდმივი კონტიგენტი ყავს, რომელიც პერიოდულად მიმართავს მას. სტაციონარის ნაკლები დატვირთვა დაკავშირებულია მის მცირე ზომასთან.

ცენტრის ფუნქციონირებაში მთავარ ხელისშემშლელ ფაქტორად დასახელდა არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ სახელმწიფოს უარყოფითი დამოკიდებულება და მათი განვითარების ხელშეწყობის ნაცვლად ხელოვნური ბარიერების შექმნა. როგორც ინტერვიუდან

ირკვევა, სახელმწიფო ნეგატიურად არის განწყობილი ცენტრის თანამშრომლების მაღალი ხელფასის გამო. სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებისაგან განსხვავებით, ცენტრის ადმინისტრაციული ხარჯები დაბალია. შესაბამისად, ცენტრი ცდილობს გაზარდოს სამედიცინო პერსონალის ხელფასები. ეს, თავის მხრივ, არაკონკურენტუნარიანს ხდის სახელმწიფო სექტორს, რის გამოც სახელმწიფო, იმის მაგივრად, რომ სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების სერვისების ხარისხის ამაღლებაზე იზრუნოს, ყველანაირად ცდილობს, არახელსაყრელი პირობები შეუქმნას არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციას. ინტერვიუერის განცხადებით, ამით სახელმწიფო ხელს უშლის სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ჯანსაღ კონკურენციას.

სახელმწიფოს მხრიდან ცენტრის ფუნქციონირებაში უხეში ჩარევის მაგალითია ცენტრში მეთადონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის შეწყვეტა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების უმრავლესობას უფასო სახელმწიფო პროგრამით ურჩევნია მკურნალობა, ცენტრს მაინც თავისი მრავალრიცხოვანი კონტიგენტი ჰყავს.

რესპოდენტის აზრით, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებას ხელს უშლის მოუქნელი საკანონმდებლო სისტემა. ჯანდაცვის სამინისტრო არ ინტერესდება აღნიშნული პრობლემით, შესაბამისად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სახელმწიფო არ არის დაინტერესებული არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებით.

ამგვარად, პოლიტიკური, საკანონმდებლო, სოციალური და კულტურული ფაქტორებიდან გამომდინარე, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისათვის არ არსებობს ხელშემწყობი პირობები, უფრო მეტიც, მისი ფუნქციონირება დიდ რისკთანაა დაკავშირებული. აღნიშნული ხელისშემშლელი ფაქტორების გამო, ცენტრი ფიქრობს რომ შპს-დ გადაკეთდეს. საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისთვის საჭიროა ძირეული სისტემური და საკანონმდებლო ცვლილებები.

### **ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი**

ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი საქართველოში მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ყველაზე დიდი ისტორიის მქონე და ამავედროულად, რომ ერთ-ერთ წარმატებულია. ცენტრი 1996 წლის 16 სექტემბერს დაარსდა ცნობილი ამერიკელი მსახიობის ჯო ენ მაქგოვენის ხელშეწყობით. საქართველოში იმ დროისათვის არ არსებობდა სრულფასოვანი ბავშვთა კარდიოქირურგიული ცენტრი. ქართველი კარდიოქირურგის ირაკლი

მეტრეველის და ჯო ენის შეხვედრის შემდეგ გაჩნდა იდეა, საქართველოში ჩემოყალიბებულიყო არამომგებიანი სამედიცინო ცენტრი, რომლის პროფილიც იქნებოდა კარდიოლოგია და კარდიოქირურგია. ცენტრის შექმნაში და სათანადო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში განსაკუთრებული წვლილი შეიტანეს აშშ-ის საქველმოქმედო ორგანიზაციებმა, მათ შორის ორგანიზაცია „Global healing“-მა. 1996 წლის 23 სექტემბერს ჯო ენ მაქგოვენი, საქართველოში მისივე სახელობის ცენტრის გახსნიდან ზუტად ერთ კვირაში ინსულტის დიაგნოზით გარდაიცვალა. მის მიერ დაარსებული ცენტრი საქართველოში დღესაც ნარმატებით ფუნქციონირებს.

ცენტრს ჰყავს 5 დამფუძნებელი, როგორც საქართველოს, ასევე აშშ-ის მოქალაქეები. ისინი დღემდე მონაწილეობენ ცენტრის მართვაში. ერთ-ერთი დამფუძნებლის, ქალბატონ ჯო ენ მაქგოვენის გარდაცვალების შემდეგ, უფლება-მოვალეობები მემკვიდრეობით გადაეცა მის შვილს. მეორე დამფუძნებელი ქართველი კარდიოქირურგია, რომელიც დღესაც თავის პროფესიულ მოვალეობას ასრულებს ცენტრში. მესამე დამფუძნებელი ქართველი ფინანსისტი, რომელიც განაგებს ადმინისტრაციულ საკითხებს. აღნიშნული ჯგუფი ღებულობს ცენტრის ძირითადი სტრატეგიულ გადაწყვეტილებებს. დამფუძნებელთა საბჭო ნიშნავს ცენტრის გენერალურ დირექტორს, რომელიც პასუხისმგებელია ცენტრის მმართველობაზე. მის ყოველდღიურ საქმიანობაში საბჭო არ ერევა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მისაღებია ისეთი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები, როგორიცაა ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვა, დამატებითი განყოფილების გახსნა და ა.შ.

ცენტრის დაფინანსების წყაროებია დონორი ორგანიზაციების შემოწირულობები და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა. რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამით ხდება ბავშვთა თანაყოლილი მანკებისა და სხვა პათოლოგიების სახელმწიფოს მიერ 100%-ით დაფინანსება. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ხდება მოზრდილთა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება. ორგანიზაციის მთლიან შემოსავლებში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგენს 80%-ს. დანარჩენი 20% შეადგენს პაციენტების პირდაპირ გადახდებს და სადაზღვევო კონპანიების მიერ გათახდელ თანხებს.

ამჟამად კლინიკაში ტარდება ბავშვთა და მოზრდილთა კარდიოლოგიური პროფილის ყველა მანიპულაცია და ოპერაცია, გარდა გულის

გადანერგვისა. 2017 წლის მონაცემებით, ცენტრს ამბულატორიულად მიმართა 18 528 ბენეფიციარმა. მათგან ცენტრს პირველად მიმართა 5028 პაციენტმა. პირველადი მიმართვიანობის ასეთი მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს ცენტრის მიმართ ნდობაზე.

მიღებული მოგება მთლიანად რეინვესტირდება სამედიცინო ორგანიზაციის განვითარებაში. დამფუძნებელთაგან სამი ამავე კლინიკაშია დასაქმებული სხვადასხვა პოზიციაზე, შესაბამისად, მათი დაფინანსება ხორციელდება მხოლოდ კუთვნილი ხელფასის სახით. მოგება ნაწილდება ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვაზე, პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე, ხელფასის გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ღონისძიებებზე. სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალის სახელფასო ფონდზე იხარჯება მთლიანი შემოსავლის დაახლოებით 55%. თუმცა, ცენტრი მართვის ავტომატიზირებული სისტემების დანერგვის ხარჯზე ცდილობს ადმინისტრაციული რესურსების შემცირებას.

ცენტრში დასაქმებული პერსონალის ხელფასი სახელმწიფოს მიერ ჩვეულებრივად იბეგრება 20%-ით. ცენტრის სამედიცინო პერსონალის ხელფასი აღემატება სხვა, იმავე პროფილის სამედიცინო ორგანიზაციის პერსონალის ხელფასს. სამედიცინო ცენტრი არ ცდილობს გაზარდოს მოგება ადამიანური რესურსების ხელოვნური შემცირების ხარჯზე. ცენტრის რეანიმაციულ განყოფილებაში ერთ პაციენტს 24 საათის განმავლობაში ერთი ექთანი უწევს მეთვალყურეობას. მაშინ როდესაც, სხვა სამედიცინო ორგანიზაციებში ერთი ექთნის მოვალეობაში შედის 3-4 და ზოგჯერ მეტი პაციენტის მეთვალყურეობა. ამჟამინდელი საგადასახადო კოდექსი არ უზრუნველყოფს არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციისათვის საგადასახადო შეღავათებს.

ცენტრი ცდილობს თავისი წვლილი შეიტანოს პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში და მათი საქმიანობისათვის არსებული გარემოს გაუმჯობესებაზე. ცენტრი აფინანსებს სამედიცინო პერსონალის კონფერენციებში, ტრენინგებში მონაწილეობას, მათ უწყვეტ სამედიცინო განათლების ხარჯებს. კვლევის ჩატარების მაგალითისათვის, კვლევის მიმდინარეობისას, სამედიცინო ცენტრმა დააფინანსა ექიმების მონაწილეობა გერმანიაში დაგეგმილ საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომელიც ეძღვნება თანდაყოლილი მანკების დიაგნოსტიკებასა და მკურნალობას.

ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი საკუთარი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ღონის ამაღლებასთან ერთად ცდილობს ახალი თაობების გაზრდასა და მათთვის შესაბამისი განათლების მიღებაში

ხელშეწყობას. ცენტრი გეგმავს რეზიდენტურის ჩამოყალიბებას ბავშვთა კარდიოქირურგიასა და ბავშვთა რევმატოლოგიაში, რითაც თავისი წვლილი შეაქვს ახალი კვალიფიციური კადრების აღზრდაში.

ცენტრი მნიშვნელოვან თანხებს გამოყოფს უახლესი სამედიცინო მონყობილობა-დანადგარებით აღჭურვაში. ულტრა თანამედროვე ტექნოლოგიით. ცენტრი გეგმავს ახალი პროფილის სამედიცინო დეპარტამენტების ჩამოყალიბებას.

ცენტრის მთავარ პრობლემად დასახელდა სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლები ხელშეწყობა. საგადასახადო კოდექსის თანახმად ცენტრი არ იხდის მოგების და ქონების გადასახადს. თუმცა, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული ნოზოლოგიების დაფინანსება ხორციელდება რამდენიმე წლის წინ დადგენილი ტარიფებით და არ ხდება დოლარის კურსის საგრძნობი ცვლილების გათვალისწინება. ამასთან, ცენტრი საჭირო მასალების (ხელოვნური და ბიოლოგიური სარქველები, და ა.შ.) შესყიდვას ახორციელებს დოლარის ვალუტით, ხოლო არსებული ტარიფები ისევე იგივე დარჩა, არ მოხდა მათი გადახედვა. შედეგად, გაიზარდა ცენტრის ხარჯები, რაც უარყოფითად აისახა მის ფინანსურ მდგომარეობაზე და საერთოდ განვითარებაზე.

მიუხედავად პრობლემებისა, ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი მთელს ამიერკავკასიაში ერთ-ერთი წარმატებული კლინიკად ითვლება, რომელიც დიდი ავტორიტეტითა და ნდობით სარგებლობს მოსახლეობაში.

### **ფრანგულ-ქართული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“**

ფრანგულ-ქართული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“ დაარსდა 2006 წელს, საფრანგეთის ხელშეწყობით. იგი მრავალპროფილური კლინიკაა. 2016 წელს ცენტრი „C ჰეპატიტის“ ელიმინაციის პროგრამაში ჩაერთო რისთვისაც გაიხსნა შესაბამისი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო განყოფილებები. კახეთის რეგიონში მცხოვრებ პირებს შეუძლიათ ჩაიტარონ სკრინინგი „C ჰეპატიტზე“, ხოლო დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში კი ადგილზევე ჩაიტარონ მკურნალობა. ცენტრში ფუნქციონირებს შემდეგი განყოფილებები: ზოგადი ქირურგია, ლაბორატორია, სადიაგნოსტიკო განყოფილება, ოფთალმოლოგია, ოტორინოლარინგოლოგია, გინეკოლოგია, ონკოლოგია, ჰემატოლოგია და ა.შ

ცენტრის დამფუძნებელია ფრანგი სენატორი ანრი დერენკური. მას მართავს საბჭო, რომელიც დაკომპლექტებულია ქართველი და ფრანგი წარმომადგენლებით. კლინიკისთვის მნიშვნელოვანი გადანყვეტილებების მიღებას საბჭო ახორციელებს. ცენტრი გეგმავს

ტელემედიცინის განვითარებას და ახალი სადიაგნოსტიკო აპარატურის შექმნას.

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობას, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო არაკომერციული, ასევე კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები.

საქართველოს ბაზარზე არამომგებიანი (არაკომერციული) ორგანიზაციები საკმაოდ მცირედაა წარმოდგენილი. როგორც ჩანს, არ არსებობს სამედიცინო ორგანიზაციების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია.

მიუხედავად იმისა, რომ საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა ვერ უზრუნველყოფს მაქსიმალურ შედეგს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილების შედეგად, არამომგებიანი ორგანიზაციები, საგადასახადო საშელავათო სისტემის მხრივ, არაფრით განსხვავდებიან მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან.

საჭიროა საგადასახადო კოდექსში არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინება. მიზანშეწონილია არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე.



## პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელი აღამიანური რესურსების განვითარება

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით<sup>1</sup> გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმების 60%-ს არ ჰყავს ექთანნი. იმის გათვალისწინებით, რომ ექთანს მნიშვნელოვანი როლი უკავია სერვისის განვებაში, საოჯახო მედიცინის გუნდში მისი არარსებობა უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე და შესაბამისად, პაციენტების კმაყოფილებაზე.

საქართველოში სოფლის ექიმისთვის სავალდებულო არ არის ჰქონდეს ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია. სოფლის ექიმად მუშაობა შეუძლია ყველას, რომელთაც გააჩნიათ უმაღლესი სამედიცინო განათლება და ფლობენ დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლებას. ამისგან განსხვავებით, მსოფლიოში, საერთაშორისო სტანდარტის მიხედვით, სოფლის ექიმი კვალიფიკაციით უნდა იყოს ოჯახის ექიმი. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახის ექიმი უფრო ხარჯთ-ეფექტიანია ანვდის მომსახურებას, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტი<sup>2</sup>. ოჯახის ექიმს უფრო მეტი ყოვლისმომცველი ცოდნა აქვს ყველა დაავადების შესახებ, ვიდრე ექიმ-სპეციალისტს, შესაბამისად, პაციენტს უფრო ნაკლებად გადამისამართებას სხვა სპეციალისტებთან.

ცხადია, იმის მიზეზი, რომ სოფლად ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებისთვის სავალდებულო არ არის, დაკავშირებულია ოჯახის ექიმის კადრების ნაკლებობასთან<sup>3</sup>. ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ სოფლის ექიმების მხოლოდ 60%-ს აქვს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი. დანარჩენი ექიმები ვინრო სპეციალობის ექიმები არიან<sup>4</sup>.

მედიცინაში დიდი როლი უკავია სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განათლებას. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექტნის გარეშე. ამისათვის საჭიროა პერსონალის პროფესიული

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

2. Atun R (2004) What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)

3. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

4. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

მომზადების დონის ამაღლება. საქართველოში უწყვეტი პროფესიული განათლება არ არის სავალდებულო. ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები, სადაც ხდება ოჯახის ექიმის/ექთნის გადამზადება. თუმცა, ისინი უმეტესწილად ფასიანია და ხშირად მასზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. ოჯახის ექიმებს არ აქვთ იმის შესაძლებლობა, რომ თავიანთი მცირე ანაზღაურებით გაიარონ ტრენინგები და გაიღრმავონ განათლება, ხოლო დამსაქმებელი არ ზრუნავს ამაზე. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენს ექიმთა პროფესიულ ზრდასა და კვალიფიკაციაზე.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>1</sup>, 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.

---

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

## ოჯახის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები

	N	%
<b>ოჯახის ექიმებს ჰყავთ თუ არა ექთანნი</b>		
დიახ	8	40
არა	12	60
<b>რამდენად ცდილობს დამსაქმებელი ოჯახის ექიმის პროფესიულ ზრდას?</b>		
დიახ		
არა	3	15
მეტ-ნაკლებად	9	45
მიჭირს პასუხის გაცემა	5	25
	3	15
<b>დამსაქმებელი ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თქვენს პრობლემებს</b>		
დიახ	4	20
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	2	10
<b>გაქვთ თუ არა კარიერული განვითარების, პროფესიული სრულყოფის შესაძლებლობა?</b>		
დიახ	0	0
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	10	50
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	15
<b>ესწრებით თუ არა საგანმანათლებლო პროგრამებს ოჯახის ექიმებისთვის?</b>		
დიახ	3	15
არა	7	35
მეტ-ნაკლებად	6	30
მიჭირს პასუხის გაცემა	4	25
<b>ეცნობით თუ არა მედიცინის სიახლეებს სამედიცინო ჟურნალების და სტატიების მეშვეობით</b>		
დიახ	10	50
არა	0	0
მეტ-ნაკლებად	9	45
მიჭირს პასუხის გაცემა	1	5
<b>ეცნობით თუ არა განახლებულ გაიდლაინებს ინტერნეტის საშუალებით?</b>		
დიახ	7	35
არა	6	30
მეტ-ნაკლებად	7	35
მიჭირს პასუხის გაცემა	0	0

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

ოჯახის ექიმთა 45 % თვლის, რომ დამსაქმებელი არ ზრუნავს მათი როგორც ადამიანური რესურსის შენარჩუნებაზე და პროფესიულ ზრდაზე. რესპოდენტთა 35%-ის აზრით დამსაქმებელი არ ცდილობს მოისმინოს მათი პრობლემები და დროულად უპასუხოს მათ. ცხადია, აღნიშნული ექიმის დაბალ ანაზღაურებასთან ერთად არის ოჯახის ექიმების უკმაყოფილების მიზეზი.

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

ერთ-ერთი კვლევის<sup>1</sup> ფარგლებში გამოკითხული 185 ექიმიდან 62% პროფესიული განვითარების პრობლემას უსვამს ხაზს და ტრენინგების საჭიროებაზე მიუთითებს.

სახელმწიფომ, დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, უნდა უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით შესაფერისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების საჭირო სიმძლავრის განვითარება. ასევე, უნდა ხდებოდეს სახელმწიფოს მხრიდან ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

---

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

## პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამეცნიერო – ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემატიკა

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული არამხოლოდ საკადრო, ფინანსური და მატერიალური რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე, არამედ ჯანდაცვის სფეროში არსებულ საინფორმაციო რესურსებზეც. სამედიცინო მეცნიერებები “თავბრუდამხვევი” სისწრაფით ვითარდება. ბოლო ათწლეულებში აღინიშნება სამედიცინო ინფორმაციის (საინფორმაციო წყაროების) მკვეთრი ზრდა. თითოეული ექიმს უნევს უამრავი ინფორმაციის ნაკადის მიღება, რომელიც გაფანტულადაა წარმოდგენილი სხვადასხვა მონოგრაფიებში, ჟურნალებში, წიგნებში<sup>1</sup>. ექიმი ცდილობს მოახდინოს ინფორმაციის გაფილტვრა აქტუალურობის თვალსაზრისით, და შესაბამისად მიიღოს თავისი საქმიანობისათვის საჭირო აუცილებელი ინფორმაცია.

მხოლოდ უნივერსიტეტში სწავლის დროს მიღებული სათანადო პროფესიული ცოდნა და უნარ-ჩვევები საკმარისი არ არის. თანამედროვე მედიცინის სწრაფი ზრდისა და შესაბამისად სამედიცინო საქმიანობის სათანადო დონეზე წარმართვისათვის საჭიროა პროფესიული დონის ამაღლება და მუდმივი თვითგანვითარება მთელი ცხოვრების განმავლობაში, უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში მონაწილეობა<sup>2</sup>.

ექიმების პროფესიული დონის ამაღლებას ხელს უწყობს კომუნიკაციის ახალი ტექნოლოგიები, რომლის საშუალებით ხორციელდება აზრთა გაზიარება, ურთიერთანამშრომლობა, სამეცნიერო კვლევების შედეგად დაგროვილი ცოდნისა და გამოცდილების დროული ჩართვა კლინიკურ პრაქტიკაში<sup>3</sup>. ძალიან მცირე დროში მედიცინის სხვადასხვა სფეროში მუდმივად ინერგება სრულიად ახალი მეთოდები და ტექნოლოგიები. კომუნიკაციების გაადვილება ხელს უწყობს სამედიცინო საქმიანობაში არსებული ნაკლოვანებების გამოვლენას. მისი მეშვეობით ექიმები ახდენენ თავიანთი საქმიანობის ხარისხის

1 Brown, C. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of evidence / C. Brown, C. Belfield, S. Field // British Medical Journal. -2002. - P.652-665.;

2 Beyer, M. et al. 2003. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. Family Practice. 443-451.

3 Chen, J. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. Journal of General Internal Medicine. 2006. P.23 8-244

მაჩვენებლების შეფასებას, აგრეთვე მათ შედარებას კოლეგების მაჩვენებლებთან. სულ უფრო მეტი აქცენტი კეთდება ჯგუფურ სწავლებაზე, სადაც ადამიანები იზიარებენ საერთო ღირებულებებს.

სამედიცინო დანესებულებები დაინტერესებულნი უნდა იყვნენ სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო საქმიანობის სტიმულირებით, მათთვის საჭირო ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით, რადგან კვალიფიკაციის უწყვეტი ამაღლება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას<sup>1</sup>. ამგვარად, კვალიფიკაციის ამაღლება განიხილება როგორც უწყვეტი პროცესი. „უწყვეტი განათლება“, ანუ სწავლება მთელი ცხოვრების განმავლობაში სამედიცინო პერსონალს სტიმულს აძლევს მიიღოს ყველა ის ცოდნა, ფასეულობები, უნარები და ჩვევები, რომლებიც მას სჭირდება მთელი ცხოვრების განმავლობაში. საჭირო ინფორმაციის მოძიება და გათავისება, ამ ინფორმაციის საკმაოდ დიდი მოცულობის გამო, აღემატება ადამიანის შესაძლებლობებს. ამიტომაც, მწვავედ დადგა ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერებისა და სამედიცინო პერსონალის სათანადო საინფორმაციო უზრუნველყოფის სისტემის საჭიროება, რომლებიც გაზრდის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას და ხარისხს.

ინფორმაციული საჭიროება რთული, მრავალგანზომილებიანი და უნიკალური ფენომენია, რადგან დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე, კერძოდ, მომხმარებლის პროფესიულ დონეზე, ასაკზე, მის წინაშე მდგარ ამოცანებზე და ა.შ. საინფორმაციო საჭიროებები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან იმის მიხედვით, თუ რა მიზანს ემსახურებიან ისინი. ინფორმაცია ადამიანს სჭირდება, ერთი მხრივ, გარკვეულ სფეროში არსებული ცოდნის გასაცნობად, მეორე მხრივ, კი გარკვეულ სფეროში კონკრეტული ამოცანების გადასაწყვეტად.

საქართველოში მედიცინის სფეროში მცირე რაოდენობის სამეცნიერო ჟურნალები გამოდის. ამ ჟურნალებიდან შეიძლება გამოვყოთ:

**Georgian Medical News (GMN) – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი** ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი, რეფერირებადი ჟურნალია, რომელიც 1994 წლიდან გამოიცემა. იგი სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივი გამოცემაა და გამოდის თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პატრონაჟით. მასში რუსულ, ინგლისურ და გერმანულ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული,

1 Mason, J. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? JAMA. 2001. P.2988-2992

თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები, რეცენზიები. ჟურნალი გამოიცემა წელიწადში 12-ჯერ. 2005 წლიდან ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის მონაცემთა ბაზებში, ხელმისაწვდომია on-line რეჟიმში საიტზე [www.geomednews.org](http://www.geomednews.org); 2019 წელს ჟურნალის რეიტინგმა (SJR) შეადგინა 0,142. 2002 წლიდან ჟურნალი გამოწერილია აშშ-ს კონგრესის ბიბლიოთეკის მიერ და ინახება მის ფონდებში.

**ქალთა ჯანმრთელობის აქტუალური საკითხები.** ჟურნალი დაარსდა საქართველოს ექიმ ქალთა ასოციაციის მიერ 2012 წელს. 2013 წლიდან ჟურნალი გამოიცემა პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემიასთან თანამშრომლობით. ჟურნალის მიზანია, მკითხველს გააცნოს ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემები.

**„თანამედროვე მედიცინა“** სამედიცინო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალია ბეჭდური სახით გამოიცემოდა 2007-2010 წლებში ფარმაცევტული კომპანია ჯი-პი-სი-ს ხელშეწყობით. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ რეფერირდება სსიპ ინსტიტუტ ტექნიფორმის რეფერატულ გამოცემაში.

**საქართველოს პედიატრი.** ჟურნალი გამოდის კვარტალში ერთხელ. დაარსდა საქართველოს პედიატრთა ასოციაციის, ი. ფალავას პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის, საქართველოს ბავშვთა ალერგოლოგთა და კლინიკურ იმუნოლოგთა ასოციაციის მიერ.

**„ოჯახის მკურნალი“** 2001 წლიდან, ორ კვირაში ერთხელ, ხუთშაბათობით გამოდის. ჟურნალს თან ახლავს ჩანართი „ოჯახის პედიატრი“ და აგრეთვე „საოჯახო ენციკლოპედია“, რომელიც ანბანური თანმიმდევრობით იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას ნებისმიერ სამედიცინო საკითხზე. ჟურნალის მაღალრეიტინგული რუბრიკებია: მედიცინის სიახლენი, მთავარი თემა, სამკურნალო წერილები და სხვ.

**„ავერსი – ჯანმრთელი სიცოცხლე“** ჟურნალი 2004 წლის მაისიდან გამოდის. იგი ყოველთვიურად აცნობს მკითხველს უახლეს ინფორმაციას სამედიცინო სფეროს სიახლეების, მიღწევების, დაავადებათა მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შესახებ.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის<sup>1</sup> მიზანს წარმოადგენდა პირ-

1 ვერულავა, თენგიზ და ბეჭვაია, ჯაბა (2018) სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო – ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში. სამართალი და ეკონომიკა (6), 74-86.



ველადი ჯანდაცვის მენეჯერებისა და სამედიცინო პერსონალის საინფორმაციო მოთხოვნების შესწავლა, სამეცნიერო-სამედიცინო ინფორმაციის წყაროების და პირველადი ჯანდაცვის თემატიკაზე არსებული თანამედროვე სამეცნიერო პუბლიკაციების საინფორმაციო ნაკადის ანალიზის ჩატარება, პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერებისა და სპეციალისტების სამეცნიერო-საინფორმაციო უზრუნველყოფის სრულყოფის მეცნიერული დასაბუთება.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. ალბათური შერჩევის მეთოდით შეირჩა ქ. თბილისის 6 და ზუგდიდის რიონის (დასავლეთ საქართველო) 2 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ თბილისისა და ზუგდიდის სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებთან და სამედიცინო პერსონალთან. რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუება სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. შეირჩა 200 რესპოდენტი, რომელთაგან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა 167 რესპოდენტმა (83.5%). დამუშავების პროცესში ნაკლულად ჩაითვალა 3 ანკეტი (1.8%), შესაბამისად, გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 164 პირმა: 36 მენეჯერი (22%) და 128 ექიმ-სპეციალისტი (78%). რესპოდენტთა 67.7% ქალია, ხოლო 32.3% კაცი. ქალები სჭარბობენ როგორც მენეჯერებს (69.4%) შორის, ასევე პრაქტიკოს ექიმ-სპეციალისტებს შორის (67.2%) (იხ. ცხრილი 1).

პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერების უმეტესი ნაწილი 41-50 წლისაა (38.9%), იგივე შეინიშნება ექიმ-სპეციალისტებთანაც (33.6%) (იხ. დანართი 1). პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტებისათვის მუშაობის მაღალი საშუალო სტაჟი შეადგინა 15-20 წელი (20.3%), ხოლო პჯდ-ს მენეჯერებისათვის – 10-15 წელი (27.8%).

რესპოდენტების შემადგენლობა ჯგუფების და სქესის მიხედვით:

რესპოდენტთა ჯგუფები	აბსოლუტური	%	ქალი	%	კაცი	%
პჯდ-ს მენეჯერები	36	22%	25	69.4%	11	30.6%
პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	128	78%	86	67.2%	42	32.8%
სულ	164	100%	111	67.7%	53	32.3%

კვლევის შედეგად გაირკვა, რომ მენეჯერები და პრაქტიკოსი ექიმები უფრო მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ ნორმატიულ-სამართლებრივი აქტების, კანონების გაცნობას (მენეჯერები – 100%, ექიმები – 91%). მენეჯერები სამეცნიერო ხასიათის წიგნებიდან უპირატესობას ანიჭებენ ქართულ ენაზე გამოცემულ ლიტერატურას (67%). შედარებით ნაკლები ყურადღება ექცევა უცხოურ ენაზე არსებულ სამეცნიერო ლიტერატურას (36%), ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (13.5%) და სადისერტაციო მასალებს (8%). მენეჯერთა აზრით, მათ საქმიანობაში ყველაზე სასარგებლოა მეთოდური და ნორმატიული ხასიათის ინფორმაცია (67%), დაწესებულების შიდა ბრძანება (26%) ხოლო სამეცნიერო ნყაროები შეადარებით ნაკლებად სარბელიანია (10%). პრაქტიკოსი ექიმების დიდი ნაწილი იყენებს კლინიკურ გაიდლაინებს (87%), სამეცნიერო ხასიათის წიგნებიდან უპირატესობას ანიჭებენ ქართულ ენაზე გამოცემულ ლიტერატურას (72%). შედარებით ნაკლები ყურადღება ექცევა უცხოურ ენაზე არსებულ სამეცნიერო ლიტერატურას (58%), ადგილობრივი სამეცნიერო ჟურნალებს (53%) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (36%) და სადისერტაციო მასალებს (16%) (იხ. ცხრილი 2).

## ცხრილი №2.

საინფორმაციო წყაროების გამოყენება

		პჯდ-ს მენეჯერები		პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	
		ინფორ- მაციის რომელ წყაროებს იყენებთ?	ყველაზე სასარგე- ბლოა	ინფორ- მაციის რომელ წყაროებს იყენებთ?	ყველაზე სასარგე- ბლოა
1	პარლამენტის მიერ დადგენილი კანონები, სამინისტროს ბრძანებები	100%	67	91%	29
2	დანესებულების შიდა ბრძანება	100%	23	100%	14
3	ადგილობრივი სამეცნიერო ჟურნალები	26%	0	53%	18
4	სამეცნიერო წიგნები, მონოგრაფიები (ქართულ ენაზე)	67%	10	72%	16
5	სამეცნიერო წიგნები, მონოგრაფიები (უცხოურ ენაზე)	36%	0	58%	3
6	სადისერტაციო მასალა	8%	0	16%	0
7	კლინიკური „გაიდლაინები“	27,3%	0	87%	24
8	მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მასალები	13,5%	0	36%	0

საქართველოში არსებული პროფესიული ჟურნალების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სხვადასხვა დონის სპეციალისტები მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ თავიანთ პროფესიულ საქმიანობასთან ახლოს მდგომ ინფორმაციულ წყაროებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია სამუშაო ადგი-

ლზე. პრაქტიკოსი ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ჟურნალს „ავერსის კლინიკის ჟურნალი“ (34%), „ოჯახის მკურნალი“ (29%), „თანამედროვე მედიცინა“, საქართველოს სამედიცინო სიახლეები“ (“ჩეორგიან მედიცალ ნენს”) (11%). პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერები ყველაზე მეტად დაინტერესებულნი არიან ჟურნალის შემდეგი თემატური სექციებით: ნორმატიულ-სამართლებრივი აქტები, ჯანდაცვის ეკონომიკა, საკადრო საკითხები, ხოლო ექიმები: კლინიკური გაიდლაინები, გამოცდილების გაზიარება, ნორმატიულ-სამართლებრივი აქტები (იხ. ცხრილი 3).

თანამედროვე ტექნოლოგიებმა თავისი ადგილი დაიმკვიდრეს ჯანდაცვის სფეროშიც. რესპოდენტთა 42% აღნიშნავს, რომ ინტერნეტიდან უფრო ადვილი და მოსახერხებელია მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღება და დამუშავება. 31% ინფორმაციას ლებულობს ჯანდაცვის სამინისტროდან, 16% – პროფესიულ გადამზადების კურსებზე დასწრებით, 6% – უშუალოდ დაწესებულების ხელმძღვანელისგან, 1% – გამონერილი მასალიდან, 4% – ფარმაკოლოგიური კომპანიების წარმომადგენლებისაგან, რომლებიც ახდენენ ახალი სამკურნალო საშუალებების რეკლამირებას. აღსანიშნავია, რომ ექიმები და მენეჯერები ბიბლიოთეკებში საერთოდ არ დადიან.

ინტერნეტმა გლობალურად გაზარდა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა. საქართველოში ინტერნეტ ტექნოლოგიების ფართოდ გამოყენება დაიწყო 1990-იანი წლებიდან. კვლევით ირკვევა, რომ რესპოდენტთა 87%-ს აქვს ინტერნეტ საშუალებების გამოყენების შესაძლებლობა. მენეჯერები უმთავრესად დაინტერესებულნი არიან ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებებითა და ინსტრუქციებით (73%), ხოლო სამედიცინო პერსონალი – სამედიცინო-სამეცნიერო სტატიებით (71%), კლინიკურ „გაიდლაინებით“ (69%). გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე ნაწილი, მენეჯერების 16% და ექიმების 31% იყენებს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მასალებს.

**ცხრილი 3:**

ჟურნალის რომელი თემატური სექციით ხართ დაინტერესებული?

	თქვენი საჭიროების შესაბამისად (შეაფასეთ 10 ბალანი სისტემით)		ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა (შეაფასეთ 10 ბალანი სისტემით)	
	პჯდ-ს მენეჯერები	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	პჯდ-ს მენეჯერები	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები
ნორმატიულ-სამართლებრივი აქტები	10	5	8	7
შრომითი უფლებების დაცვა	7	5	5	5
კომპენსაცია	7	3	4	3
ჯანდაცვის ეკონომიკა	8	1	3	2
საკადრო საკითხები	8	1	5	1
სამედიცინო დახმარების ორგანიზება	6	3	6	2
პრაქტიკოსი ექიმის დახმარება	2	8	2	5
პროფილაქტიკა	2	7	2	6
გამოცდილების გაზიარება	5	9	4	9
ლექცია/ლიტერატურის მიმოხილვა	2	8	3	5
კლინიკური რეკომენდაციები	1	10	2	9
კვლევები	1	7	2	3
საერთაშორისო გამოცდილება	6	5	4	3

ინფორმაციის ინტერნეტით მოპოვებისას რესპოდენტები შემდეგ სირთულეებს გამოყოფენ: არასაკმარისი დრო ინფორმაციის მოსაძიებლად (მენეჯერთა 54% და ექიმთა 49%), ენობრივი ბარიერი (მენეჯერთა 17% და ექიმთა 21%), ფინანსური პრობლემა (მენეჯერთა 13% და ექიმთა 16%), სამსახურში ინფორმაციული უზრუნველყოფის სისტემის არქონა (მენეჯერთა 16% და ექიმთა 21%).

#### ცხრილი 4:

რა სახის პროფესიულ ინფორმაციას ლებულობენ მენეჯერები და პრაქტიკოსი ექიმები ინტერნეტის საშუალებით.

ინფორმაციის სახე	პჯდ-ს მენეჯერები (%)	პჯდ-ს ექიმი/სპეციალისტები (%)
ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებები, ინსტრუქციები	73	48
სამედიცინო სტატიები ჟურნალებიდან	46	71
ნიგნები, მონოგრაფიები	23	27
კვლევები, დისერტაციები	3	12
კლინიკური „გაიდლაინები“	17	69
მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მასალები	16	31
უცხოური პუბლიკაციები	19	28

### ცხრილი 5.

რა სიძნელეებს აწყდებიან მენეჯერები და პრაქტიკოსი ექიმები ინფორმაციის ინტერნეტიდან მოძიების პროცესში.

	პჯდ-ს მენეჯერები	პჯდ-ს ექიმი/ სპეციალისტები
სირთულეები არ მაქვს	53	74
არ ვიცი სად მოვიძიო სასურველი ინფორმაცია	9	12
არ ვარ დარწმუნებული მის სანდოობაში/ სისწორეში	13	12
არ ვიცი როგორ მოვიძიო ინფორმაციის სრული ტექსტი	2	2
სამსახურში არ არის ინფორმაციული უზრუნველყოფა	16	21
არ მაქვს ფინანსური შესაძლებლობა ინტერნეტიდან მივიღო საჭირო ინფორმაცია	13	16
ენობრივი ბარიერი ( საჭირო ინფორმაცია არ არის ქართულ ენაზე )	17	21
არასაკმარისი დრო ინფორმაციის მოსაძიებლად	54	49

საინფორმაციო უზრუნველყოფის გაუმჯობესების მიზნით რესპოდენტთა 66,9% თვლის რომ საჭიროა ინფორმაციის რეგულარული მიღება ელექტრონული ფოსტის საშუალებით, 32,7% გამოყოფს იურიდიული, ეკონომიკური და კლინიკური დოკუმენტაციისადმი ხელმისაწვდომობის ამაღლების საჭიროებას სამუშაო ადგილზე, 17,2% – ბიბლიოთეკებში შესაბამისი ლიტერატურის ხელმისაწვდომობას, 38,9% – შეხვედრებსა და სემინარებში რეგულარულად განახლებადი ინფორმაციის მიწოდებას.

კვლევა ეხებოდა სამეცნიერო ჟურნალებში ინფორმაციის სისრულეს, მის ხარისხს. რესპოდენტთა 40,7%-ის აზრით ჟურნალებიდან ღებულობენ მათთვის საინტერესო ინფორმაციას სასურველი სახით და მოცულობით. 35,18 % კმაყოფილია წარმოდგენილი ინფორმაციის ხარისხით. 12,96 % ინფორმაციის ხარისხი არ აკმაყოფილებს. 1,85 % საერთოდ ვერ პოულობს მისთვის საჭირო და საინტერესო ინფორმაციას. შესაძლოა ეს დაკავშირებული იყოს იმ გარემოებასთან, რომ სპეციალისტებმა არ იციან რომელ ჟურნალებში უფრო უკეთესადაა წარმოდგენილი ინფორმაცია ამა თუ იმ თემატიკაზე. რესპოდენტთა 9,25 % გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა.



## ცხრილი №6.

სამეცნიერო ჟურნალებში ინფორმაციის წარმოდგენის სისრულე.

	კითხვა	%
1	ჟურნალებიდან ვლელბლობ ყველაფერს რაც მე მაინტერესებს	40,74%
2	კმაყოფილი ვარ ინფორმაციის ხარისხით	35.18%
3	ჟურნალებში ჩემთვის საჭირო ინფორმაცია წარმოდგენილია არასაკმარისად და არ მაკმაყოფილებს ინფორმაციის ხარისხი	12,96 %
4	ჟურნალებში ვერ ვპოულობ ჩემთვის საჭირო ინფორმაციას	1,85 %
5	მიჭირს პასუხის გაცემა	9,25 %

თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარების ფონზე დღის წესრიგში დგება მენეჯერთა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიციური სამეცნიერო ინფორმაციით უზრუნველყოფის საჭიროება. მეცნიერული ინფორმაცია ექიმს სჭირდება არა მარტო ინფორმაციული და პროფესიონალური დონის ასამაღლებლად, არამედ იგი აძლევს მას საინფორმაციო ნაკადებში დამოუკიდებლად ორიენტირების, საჭირო ინფორმაციის მოძიების, პროფესიული საქმიანობისათვის მონაცემთა ბაზის შექმნის საშუალებას. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელობა ენიჭება ინფორმაციული უზრუნველყოფის სათანადო მექანიზმების შემუშავებას, რაც გაზრდის ინფორმაციის ხარისხს და მასზე ხელმისაწვდომობას. აღნიშნული, თავის მხრივ, დადებით გავლენას იქონიებს ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზნის – მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიღწევაში.

კვლევის მიხედვით, სამეცნიერო-სამედიცინო ინფორმაციას ერთ-ერთი მთავარი როლი უკავია როგორც პრაქტიკულ მედიცინაში ასევე სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციასა და მართვაში. სხვადასხვა სპეციალისტები უპირატესობას ანიჭებენ ხელმისაწვდომ საინფორმაციო წყაროებს. რაც უფრო მაღალია სპეციალისტის კვალიფიკაცია, მით უფრო იზრდება სამეცნიერო წყაროების საჭიროება, მით უფრო მეტად აფასებს იგი სამეცნიერო ჟურნალებს, რომლებიც დაავადებათა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თვალსაზრისით იძლევიან კონკრეტულ რეკომენდაციებს. რესპოდენტთა საინფორმაციო მოთხოვნილება გამოსახავს მათ პროფესიონალურ ინტერესს. სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერები დაინტერესებულნი არიან შემდეგი თემატიკით: „სამედიცინო მომ-

სახურების ორგანიზება“, „ნორმატიულ – სამართლებრივი აქტები“, „ჯანდაცვის ეკონომიკა“...

ინტერნეტის ტექნოლოგიების განვითარებამ დადებითი როლი ითამაშა ჯანდაცვის სფეროს განვითარებაში. თანამედროვე დონეზე ინტერნეტის არსებობა ამაღლებს ინფორმაციულ ხელმისაწვდომობას. დღეისათვის ყველა საერთაშორისო ორგანიზაციებს გააჩნით თავიანთი ინტერნეტ პორტალი, რომელთა მონაცემთა ბაზაში კონცენტრირებულია სხვადასხვა სახის სამედიცინო სამეცნიერო ინფორმაცია.

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ პირველადი ჯანდაცვის ხელმძღვანელები და პრაქტიკოსი ექიმები თავიანთ საქმიანობაში ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ სამეცნიერო ხასიათის ინფორმაციას, რესპოდენტთა უმეტესობა უპირატესობას ანიჭებს პროფესიულ საქმიანობის შესაბამის, ხელმისაწვდომ საინფორმაციო წყაროებს. საქართველოში ძალიან მცირეა პროფილური ჟურნალების რაოდენობა, ან ზოგიერთი განხრით საერთოდ არ არსებობს, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის მენეჯერთა და სპეციალისტთა უმეტესობა სამეცნიერო ხასიათის ინფორმაციას ლებულობენ არასაკმარისი მოცულობით, ასევე სიძნელეს წარმოადგენს მათი მოძიება. უმეტესობამ არ იცის, თუ როგორ მოიძიონ მათთვის საჭირო ინფორმაცია. ინფორმაციის მოძიებისას გარკვეულ როლს თამაშობს ენობრივი ბარიერი, დროის სიმწირე და ფინანსური სირთულეები. შესაბამისად, დაბალია საინფორმაციო სისტემის მიმართ კმაყოფილება. რესპოდენტთა უმეტესობა მათთვის საჭირო ინფორმაციას მოიპოვებს ინტერნეტის დახმარებით. თუმცა, დაბალია მოპოვებული ინფორმაციისადმი ნდობა.

მსგავსი შედეგები აჩვენა საქართველოში ჩატარებულმა სხვა კვლევამ<sup>1</sup>, რომლის მიხედვით, სოფლის ექიმების გამოკითხვით დადგინდა, რომ ექიმების 23% ნაკლებად ინფორმირებულია ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე სიახლეებისა და სხვა ჯანდაცვის პროგრამების შესახებ, ხოლო დანარჩენი 77% მიუთითებს, რომ ინფორმირებულია, თუმცა დამოუკიდებლად ცდილობენ მოიძიონ ინფორმაცია ჯანდაცვის მიმდინარე საკითხებისა და სამედიცინო სიახლეების შესახებ (იმ პირობებში, როდესაც მათ უმეტესობას ინტერნეტთან წვდომა არ აქვს) და ორგანიზებულად პროგრამის განმახორციელებლების მიერ მათი ინფორმირება არ ხდება.

1 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015.

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შემუშავდა სათანადო წინადადებები. ჯანდაცვის სპეციალისტთა სამეცნიერო-საინფორმაციო უზრუნველყოფაზე და ინფორმაციის წყაროს ხელმისაწვდომობაზე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს, სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციებს რომლებიც ქმნიან ნორმატიულ-სამართლებრივი ხასიათის დოკუმენტებს, სტანდარტებს, საინფორმაციო და სტატისტიკურ მასალებს, მეცნიერულ პუბლიკაციებს და ათავსებენ მათ სათანადო ვებ გვერდებზე.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, სასურველია სამედიცინო დაწესებულებებში სამეცნიერო-საინფორმაციო საქმიანობის გაუმჯობესებისათვის გარკვეული ღონისძიებების გატარება, კერძოდ,

- სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერთა და ექიმების/სპეციალისტებისათვის ინფორმაციული საჭიროების რეგულარული შესწავლა,

- თანამედროვე სამეცნიერო ინფორმაციით უზრუნველყოფის ხელშეწყობა, რაც დადებითად იმოქმედებს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში მუშაობის ორგანიზაციის ახალი ფორმებისა და მეთოდების დანერგვაზე,

- სპეციალური პროფილური საიტების შექმნის ხელშეწყობა, მათზე სხვადასხვა სახის ინფორმაციის (მათ შორის ნორმატიული ხასიათის) განსათავსებლად,

- სასწავლო ტრენინგების ჩატარება ინფორმაციულ წყაროებთან მუშაობის, საიტის მართვის და მასზე განთავსებული მასალების სარგებლობის გაუმჯობესების მიზნით;

- მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე ბიბლიოთეკების ორგანიზება, რომელთა მეშვეობით განხორციელდება პროფილური ჟურნალების (მ.შ. ელექტრონული) გამოწერა;

- სამეცნიერო-საინფორმაციო მასალით უზრუნველყოფაში გარკვეული როლი მიუძღვის უმაღლეს სასწავლებლებს, სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებს, სხვადასხვა სამთავრობო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებს. მათი მხრიდან მნიშვნელოვანია ანალიტიკური მიმოხილვების მომზადება, სხვადასხვა სახის სახელმძღვანელოების გამოცემა, კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებში, განსაკუთრებით რეგიონებში,

წამყვან სპეციალისტთა მონაწილეობით სასწავლო ტრენინგების ჩატარება სამედიცინო დაწესებულების მართვის, ასევე დაავადებათა პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის აქტუალურ საკითხებზე;

- ქვეყანაში არსებულ ბიბლიოთეკებთან მჭიდრო კავშირი, კვლევითი პუბლიკაციების, კვლევების შედეგების ფართო პროპაგანდა, სამეცნიერო ხასიათის ჟურნალების გავრცელების ხელშეწყობა;

- სხვადასხვა ორგანიზაციების, გამომცემლობების დაინტერესების გაზრდა სამეცნიერო ხასიათის ჟურნალების გამომცემით, საქართველოში გამომავალ სხვადასხვა ჟურნალებში ჯანდაცვის საკითხებზე სპეციალური სვეტის გათვალისწინება.

აღნიშნული ღონისძიებები შეუწყობენ როგორც მენეჯერების, ასევე ექიმ-სპეციალისტების თეორიული ცოდნის გამყარებას პრაქტიკულ საქმიანობაში, რაც დააჩქარებს როგორც დაავადებათა დიაგნოსტიკის, პროფილაქტიკის და მკურნალობის ისე სამედიცინო დაწესებულების მართვის პროგრესიული ფორმების და მეთოდების დანერგვას.

## პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის პრობლემა

მნიშვნელოვანი პრობლემების წინაშე დგას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულებში არსებული ამბულატორიული ინფრასტრუქტურა. ხშირ შემთხვევაში, ექიმებს მომსახურების განევა უწევთ მუნიციპალიტეტების, გამგეობების, სკოლებისა და საბავშვო ბაღების შენობებში. განსაკუთრებით საგანგაშოა სოფლის ექიმის სამუშაო პირობები. სოფლად შენობების დიდი ნაწილი არ წარმოადგენს ამბულატორიას, ექიმის მომსახურების მიღების პუნქტების დიდი ნაწილი განთავსებულია სკოლებში, ადმინისტრაციულ და სხვა ტიპის შენობებში.

კვლევის ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ მომსახურების განევის ადგილებში არსებული პირობები არ ქმნის შესაბამისი მომსახურების განევის წინაპირობას. არაიშვიათად, შენობების დიდ ნაწილს არ მიეწოდება ელექტროენერგია, არ აქვს სამედიცინო ინვენტარი, ზამთრში – გათბობის საშუალებები. ამბულატორიები ძირითადად სარემონტოა და ვერ უზრუნველყოფს იმუნიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო მასალის საჭირო გარემოში განთავსებას.

ექიმის სამუშაო ადგილების მნიშვნელოვან ნაწილში შეინიშნება წყლის მიწოდებასთან დაკავშირებული პრობლემები: არ არის ხელსაბანი, არ არის გამდინარე წყალი, დაზიანებულია წყალგაყვანილობის სისტემა. შესაბამისად, აღნიშნულ დანესებულებებში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვა შეუძლებელია.

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 27 თებერვალს მიღებული დადგენილება №120, რომლის საფუძველზე დამტკიცდა „ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა“<sup>1</sup>. პროგრამის მიხედვით, გამოიყო ბიუჯეტი რეგიონების ამბულატორიული სამედიცინო ორგანიზაციების მშენებლობა/რეაბილიტაციისათვის, რომელიც შეადგენს 20 000 000 ლარს. პროგრამის მიზანია გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების მომსახურების მიწოდების და საჯარო შენობების მშენებლობისა

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება „ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ“. საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 27 თებერვლის დადგენილება #120. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4495789?publication=0>

და ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების მიზნით, საჯარო შენობების მშენებლობა და რეაბილიტაცია.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა მიმართული უნდა იყოს პირველადი ჯანდაცვის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველადი ჯანდაცვისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა მისი ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. ამ მხრივ, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროს დონეზე განისაზღვროს პჯდ მომსახურების მიმწოდებლების ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მიმართ მინიმალური მოთხოვნები, ერთი ოჯახის ექიმის ფუნქციონირებისთვის საჭირო მინიმალური ფართი.

## პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაზე განვითარება

ახალი სოციალურ და ეკონომიკურ პირობებში რეალურ ფასეულობას წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ის პერსონალი, რომელსაც ახალი ტექნოლოგიების და ბაზრის თანამედროვე მოთხოვნების გათვალისწინებით შეუძლია განავითაროს პროფესიული კომპეტენცია. შესაბამისად, ინფორმაციის ეპოქაში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მუშაობა წარმოუდგენელია თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენების გარეშე.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველყოფის მიზნით აუცილებელია მართვის საინფორმაციო სისტემის ინფრასტრუქტურის განვითარების, კომპიუტერულ-პროგრამული უზრუნველყოფის ხელშეწყობა.

სოციალური მომსახურების სააგენტო ოჯახის ექიმებისგან ითხოვს პერიოდულ ელექტრონულ ანგარიშგებას გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ<sup>1</sup>. ყველა ოჯახის ექიმი და განსაკუთრებით სოფლად მომუშავე ექიმი არ არის უზრუნველყოფილი ექიმები კომპიუტერული ტექნიკით და ინტერნეტით. თუმცა, აჭარის რეგიონში და რამოდენიმე მუნიციპალიტეტებში ოჯახის ექიმებს გადასცეს კომპიუტერები.

ჩვენს მიერ ჩატარებული თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, ოჯახის ექიმების გამოკითხვით დადგინდა, რომ მათი უმრავლესობა არ არის უზრუნველყოფილი კომპიუტერული ტექნიკით და ინტერნეტით, რაც მნიშვნელოვან პრობლემებს უქმნით ინფორმაციის შეტანის, დამუშავების და გადაცემის თვალსაზრისით. მათი თქმით, სოციალური მომსახურების სააგენტოს თუ დროულად არ გადაეცა ინფორმაცია ან რაიმე ხარვეზი დაფიქსირდა, ექიმებს ჯარიმას აკისრებენ. არაიშვიათად თავად კომპიუტერული პროგრამაც გაუმართავია და ხარვეზებით მუშაობს. აღნიშნული განაპირობებს ინფორმაციის შეყვანის და დამუშავების სირთულეებს. არანაკლებ საყურადღებოა, რომ კომპიუტერების და ინტერნეტის არქონის გამო ფერხდება მათი მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ბენეფიციარებთა

1 სოციალური მომსახურების სააგენტოს ბრძანება №04-249/თ 24/05/ 2016 წ. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების პირობების შესახებ.



ბაზებთან წვდომა და შესაბამისად მათი იდენტიფიკაცია. ამის გამო, ექიმები ხშირად მომსახურებას უწევენ პაციენტებს, რომლებიც ოფიციალურად მათი მეთვალყურეობის ქვეშ არ იმყოფებიან.

გარდა ამისა, კომპიუტერი და ინტერნეტი ოჯახის ექიმებს სჭირდებათ სხვადასხვა საქმიანობის შესასრულებლად, მაგალითად, გარდაცვალების ცნობის მოსამზადებლად, რისთვისაც 5 დღიანი ვადა აქვთ; იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში სამუშაოდ; სამედიცინო სახის ინფორმაციის გასაგებად, სამედიცინო განათლების ასამაღლებლად.

მსგავს პრობლემებს ადასტურებენ საქართველოში ჩატარებული სხვა კვლევებიც<sup>1, 2</sup>

---

1 ნინო მიქავა, სიმონ გაბრიჭიძე. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

2 ლაურა გოგოლაძე, თენგიზ ვერულავა, იაგო კაჭკაჭიშვილი, ოსიკო კონცელიძე. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019.

## **პირველადი ჯანდაცვის დანახვების რაოდენობისა და მდებარეობის განსაზღვრა**

აუცილებელია, არსებული ქსელის დეტალური შესწავლა და ანალიზი, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობის და სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი და რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენა.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მდებარეობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურებაზე ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის პრინციპით, რაც გულისხმობს სერვისების 15-წუთიანი ხელმისაწვდომობის ზონაში მიღების შესაძლებლობას. 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. სამიზნე მოსახლეობასთან პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების თანაფარდობის გათვალისწინებით (1 ექიმი 2000 მოსახლეზე), საქართველოში საჭიროა 2000-2200 ოჯახის ექიმი, და 2300-2500 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი. რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მიზანშეწონილია ექიმი-ექთნის თანაფარდობის გაზრდა. მცირედ დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში 250-1000 მოსახლეზე მიზანშეწონილია 1 ექთანი. 1000-2000 მოსახლეზე ერთი საოჯახო მედიცინის გუნდი (1 ექიმი, ერთი ექთანი). დამატებითი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი ემატება 1000-2000 მოსახლეზე.

## პირველადი ჯანდაცვაში პერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება

პირველადი ჯანდაცვა ინტერსექტორული ფრაგმენტაციის დაძლევის და სამედიცინო მომსახურების ინტეგრაციის ეფექტური საშუალებაა. საქართველოში არ არსებობს ერთიანი პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების (ტუბერკულოზი, შიდსი...) მართვა არასაკმარისადაა კოორდინირებული. ასეთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების კომპონენტებში გარკვევა სირთულეს წარმოადგენს. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამები განაპირობებენ სამედიცინო სერვისების და შესაბამისად, ხარჯების დუბლირებას. სახელმწიფო პროგრამების ფრაგმენტაცია ხელს უწყობს რესურსების არაეფექტურად გამოყენებას და ხარჯების ზრდას.

ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის და პირველადი ჯანდაცვის პროგრამებს შორის ნაკლებია კოორდინირებული მუშაობა, რაც ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობას. მაგალიტად, არაიშვიათად, ფთიზიატრი და ოჯახის ექიმი ერთი და იგივე პაციენტს მკურნალობენ და პაციენტის ავადმყოფობის ჩანაწერებს ერთმანეთს არ უზიარებენ. თუმცა, ეს არ ნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმმა სრულად უნდა შეითავსოს ფთიზიატრის როლი და სრულად მართოს მკურნალობის პროცესი<sup>1</sup>. მსოფლიოში დღემდე ყველა ქვეყანაში ფთიზიატრი თამაშობს უმთავრეს როლს ტუბერკულოზის მკურნალობაში. ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის და პირველადი ჯანდაცვის პროგრამების ინტეგრირება იმით არის მნიშვნელოვანი, რომ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები უფრო ხელმისაწვდომია ფთიზიატრიული სერვისების მიწოდებისთვის, რადგან ეს დანებსებულებები გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომია პაციენტებისთვის და ამასთანავე სამედიცინო სერვისების ფართო სპექტრის მიწოდების შესაძლებლობას იძლევა<sup>2</sup>. ზოგიერთმა ქვეყანამ ტუბერკულოზის კონტროლის საქმეში ოჯახის ექიმები ჩართო, რის შედეგადაც მათ მიეცათ უშუალო მეთვალყურეობით მკურნალობის

1 იულია მაკაიოვა. შესაძლებელია თუ არა უკეთესი შედეგების მიღება ტუბერკულოზის სერვისების პირველადი ჯანდაცვაში ინტეგრირებით? საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2017.

2 მაკაიოვა, ი. შესაძლებელია თუ არა უკეთესი შედეგების მიღება ტუბერკულოზის სერვისების პირველადი ჯანდაცვაში ინტეგრირებით? საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2017.

(DOTS), ხოლო ზოგ ქვეყანაში ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მე-დიკამენტების გამოწერის უფლებაც კი<sup>1</sup>.

საჭიროა ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და მათი შეთანხმებული მუშაობა. ინტეგრაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების უფრო ხარჯთ-ეფექტურად განვსა.

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

ევროპის ბევრ ქვეყნებში, რომლებსაც აქვთ ზოგადი საექიმო პრაქტიკის სისტემა, პაციენტის თვითმმართვე ნაკლებად შეინიშნება და, როგორც წესი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, როგორც მეკარიბჭეები, ლებულობენ პროფესიონალურ გადაწყვეტილებას და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს მიმართავენ სპეციალისტებთან. საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტად გავრცელებულია პაციენტის თვითმმართვე სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (ექიმი სპეციალისტები). არსებული სისტემა არ უწყობს ხელს სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე თვითმმართვეის ქცევის შემცირებას. კვლევები ადასტურებენ, რომ აღნიშნულმა მდგომარეობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობის შედეგებზე. საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა მეტი წილი პრევენციის მიზნით საკონსულტაციოდ იშვიათად მიმართავენ ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმებიც ნაკლებად ატარებენ პრევენციულ ღონისძიებებს. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას, რადგან ვერ ხდება პრევენციული ღონისძიებების მეშვეობით დაავადებების ადრეული გამოვლენა. ოჯახის ექიმის გარეშე სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის თვითმი-მართვა უარყოფით გავლენას ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

ოჯახის ექიმთან დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება განპირობებული იყოს მათ მიერ განეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხისადმი ნდობის ნაკლებობით. ოჯახის ექიმების აზრით, პაციენტების

1 იქვე. მაკაიოვა, ი. 2017.

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

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

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

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

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

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

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

## კანადის პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინდიკატორები

2006 წელს, კანადის ჯანმრთელობის ინფორმაციის ინსტიტუტმა (Canadian Institute for Health Information) გამოაქვეყნა კანადის პირველადი ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასების 105 ინდიკატორი. ინდიკატორები შემუშავდა ექსპერტთა კონსენსუსის საფუძველზე. კონსულტაციებში მონაწილეობას ლებულობდნენ ჯანდაცვის პოლიტიკოსები, ჯანდაცვის პროვაიდერები, მკვლევარები, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, ჯანდაცვის პროფესიული ასოციაციები.

ინდიკატორების შერჩევასა და გათვალისწინებულ იქნა შემდეგი მოთხოვნები:

- ისინი გაზომვადი და ფუნქციონირებადი უნდა ყოფილიყო მთელი ქვეყნის მასშტაბით;
- ისინი შესაბამისობაში უნდა ყოფილიყო მიმდინარე კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო პრინციპებთან და ხელმისაწვდომ მონაცემთა წყაროებთან;
- მათში ასახული უნდა ყოფილიყო პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობის ეფექტურობის პრიორიტეტული ასპექტები.

პირველადი ჯანდაცვის შეფასების გაუმჯობესების მიზნით, 2011 წელს, ჯანმრთელობის ინფორმაციის ინსტიტუტმა ინდიკატორები დაყო ორ პრიორიტეტულ ნაკრებად, რომლებიც ასახავენ პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელოვან სფეროებს. პირველი ნაკრები მოიცავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას, რომელიც გამოიყენება პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირთა მიერ ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების, დაგეგმვისა და საქმიანობის ეფექტურობის შესახებ ანგარიშების ხელშეწყობის მიზნით (პოლიტიკის ნაკრები). მეორე ნაკრები მოიცავს პრაქტიკულ და საორგანიზაციო დონეზე პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა საქმიანობების დადგენას და გამოიყენება ხარისხის გაუმჯობესების ინიციატივების ხელშეწყობის მიზნით (პროვაიდერთა ნაკრები).

პოლიტიკის ნაკრები მოიცავდა მოსახლეობის და პაციენტების დონეზე ორგანიზებულ გამოკითხვებს (15 ინდიკატორი), მომწოდებლების და ორგანიზაციის დონეზე ჩატარებულ გამოკითხვებს (6 ინდიკატორი), და კლინიკურ და ადმინისტრაციულ მონაცემებს (6 ინდიკატორი).

პროვაიდერთა ნაკრები მოიცავდა კლინიკურ მონაცემებს, განსაკუთრებით ელექტრონულ სამედიცინო ჩანაწერებს (16 ინდიკატორი), მომწოდებლებისა და ორგანიზაციის დონეზე ჩატარებული



გამოკითხვების მონაცემებს (6 ინდიკატორი) და პაციენტის დონეზე ჩატარებული გამოკითხვის მონაცემებს (3 ინდიკატორი).

თითოეულ პრიორიტეტულ ნაკრებში შემავალი ინდიკატორები ასახავენ პირველადი ჯანდაცვის ისეთ საკვანძო სფეროებს, როგორებიცაა: მიღებადობა, ხელმისაწვდომობა, მიზანშეწონილობა, ყოვლისმომცველობა, კოორდინაცია, ეფექტურობა, ეფექტიანობა, ხარჯები, მართვა, ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ინფორმაციული ტექნოლოგიების ინფრასტრუქტურა, უსაფრთხოება და ადამიანური რესურსები.

პოლიტიკის განმსაზღვრელი ინდიკატორების ნაკრებში არსებული ინდიკატორები შეიძლება გამოყენებულ იქნას:

- პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავების და დაგეგმვის ხელშეწყობისათვის;

- პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასებისათვის;

- დროთა განმავლობაში ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული ცვლილებების მონიტორინგისთვის;

- პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკის და დაფინანსების სფეროში გადანყვეტილებების მისაღებად;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაში არსებული ნეგატიური ტენდენციების გამსაველენად;

- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა ინდიკატორების ნაკრებში მოცემული ინდიკატორები შეიძლება გამოყენებულ იქნას:

- პირველადი ჯანდაცვის ეფექტურობის უზრუნველსაყოფად;

- ხარისხის გასაუმჯობესებელი პროგრამების და ინიციატივების მხარდასაჭერად და დროთა განმავლობაში მიღებული შედეგების გასაზომად;

- პროგრამის განხორციელების მონიტორინგის უზრუნველსაყოფად;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად შესაძლებლობების განსაზღვრავად.

ინდიკატორები დაიყო რვა კატეგორიად:

1. პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებზე რეგულარული ნვდომა;

2. ყოვლისმომცველი პირველადი ჯანდაცვა, პრევენციული ჯანდაცვისკენ ორიენტაცია, ქრონიკული დაავადებების მართვა;

3. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა ინტეგრირებისა და კოორდინაციის გზით;

4. პირველადი ჯანდაცვაზე 24 საათიანი ყოველდღიური ხელმი-

სანვდომობა;

5. პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვა;

6. პირველადი ჯანდაცვის მიმართ მოსახლეობის ორიენტაციის გაძლიერება;

7. პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის ამაღლება – ქრონიკული დაავადებების პირველადი და მეორადი პრევენცია, პაციენტის უსაფრთხოება;

8. პირველად ჯანდაცვის მხარდაჭერის გაძლიერება – ადამიანური რესურსები, ინტერდისციპლინარული ჯგუფები, ინფორმაციული ტექნოლოგიები და პროვაიდერთან ანგარიშსწორების ეფექტური მეთოდები.

პერიოდულად მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინდიკატორთა განახლება. გადახედვა საჭიროა იმისთვის, რომ უზრუნველყოფილ იქნას პირველადი ჯანდაცვის ინდიკატორების შესაბამისობა მიმდინარე, ფაქტობრივ მონაცემებზე დაფუძნებულ პრინციპებთან.

## პოლიტიკის ინდიკატორები

### ცხრილი 1: ინდიკატორები პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფის მიხედვით

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფი	ინდიკატორის ნიშანი
მიღებადობა	- ქრონიკული პაციენტებისთვის პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან გატარებული დრო
ხელმისაწვდომობა	- მოსახლეობის რაოდენობა, რომელიც უზრუნველყოფილია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებით - მოცდის დრო დაუყოვნებელი სამედიცინო მომსახურებისთვის მცირედი სამედიცინო პრობლემის შემთხვევაში
შესაბამისობა	- სირთულეები რუტინული და მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით - სირთულეები სამუშაო საათების შემდგომ მცირედი ჯანმრთელობის პრობლემისას გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით. - ბავშვთა იმუნიზაცია - მსხვილი ნაწილავის კიბოს სკრინინგი - მკერდის კიბოს სკრინინგი
ყოველსმომცველობა	- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი; - დიაბეტის მქონე ზრდასრულების სკრინინგი;
კოორდინაცია	- მხედველობის შემოწმება დიაბეტის მქონე ზრდასრულებში;
ეფექტურობა	- ანტი-დეპრესანტების სამედიცინო მონიტორინგი; - პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სფერო; - ზრუნვა ჯანმრთელობაზე სხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის მეშვეობით; - ისეთი შემთხვევების ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელი იყო ამბულატორიულ დონეზე; - ასთმის დროს გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების ვიზიტები - არტერიული წნევის კონტროლი ჰიპერტენზიისას
	- დიაბეტის გართულებები - გულის უკმარისობისას გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების გამოძახების შემთხვევები

**ინდიკატორები პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფების მიხედვით  
(გაგრძელება)**

<b>პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფი</b>	<b>ინდიკატორის ნიშანი</b>
ეფექტურობა ხარჯები	<ul style="list-style-type: none"> <li>- პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლის / პაციენტის ჯანმრთელობის ინფორმაცი- აზე წვდომა;</li> <li>- პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურების მეთოდები.</li> </ul>
მმართველობა	<ul style="list-style-type: none"> <li>- პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებაზე დაფუძნებული დაგეგმვა;</li> </ul>
ჯანმრთელობის მდგომარეობა	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ჭარბი წონისა და სიმსუქნის ხარისხი;</li> <li>- თამბაქოს მოხმარების დონე;</li> <li>- ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების დონე;</li> <li>- ფიზიკური აქტივობის ხარისხი.</li> </ul>
საინფორმაციო-ტექნოლოგია ინფრასტრუქტურა	<ul style="list-style-type: none"> <li>- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მხრიდან ინფორმაციისა და ტექნოლოგი-ური კომუნიკაციების გამოყენება</li> </ul>
უსაფრთხოება ადამიანური რესურსები	<ul style="list-style-type: none"> <li>- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების პროფესიული გადანვა;</li> <li>- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ სერვისების მიწოდება;</li> <li>- ოჯახის ექიმების / ექთნების მუშაობა ინტერდისციპლინარულ სფეროებში</li> </ul>

**ცხრილი 2: პოლიტიკოსებისთვის პრიორიტეტული ინდიკატორები, მონაცემთა წყაროებით**

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევა	პრაქტიკაზე დაფუძნებული კვლევის ინსტრუმენტები	ქრონიკული დაავადებით ცხოვრების კვლევა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• პოპულაცია რეგულარული პჯ-ის პროვაიდერებით</li> <li>• რუტინულ ან მიმდინარე პჯ-ის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული სირთულეები</li> <li>• სამუშაო საათების შემდეგ მოცდის დრო,</li> <li>• სასრაფო დახმარების მისაღებად, მცირე სამედიცინო პრობლემისთვის</li> <li>• მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი</li> <li>• მკერდის კიბოს სკრინინგი</li> <li>• საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი</li> <li>• ქარბი წონისა და სიმსუქნის ხარისხი</li> <li>• ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების სიხშირე</li> <li>• ფიზიკური აქტივობის სიხშირე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პჯ-ის მომსახურების სფერო</li> <li>• კოლაბორაციული დახმარება სხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებიდან</li> <li>• პჯ-ის საჭიროებებზე დაფუძნებული დაგეგმვა</li> <li>• პჯ-ის კლიენტის/პაციენტის ჯანმრთელობის ინფორმაციაზე წვდომა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დიაბეტის მქონე ზრდასრულთა სკრინინგი</li> <li>• დიაბეტის მქონე ზრდასრულებში მხედველობის შემოწმება</li> <li>• ჰიპერტენზიისთვის სისხლის წნევის კონტროლი</li> </ul>

**ცხრილი 3: პოლიტიკოსებისთვის პრიორიტეტული ინდიკატორები, მონაცემთა წყაროებით (გაგრძელება)**

სახელმწიფო ექიმთა კვლევა	თანამეგობრობის ფონდის საერთაშორისო ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევა	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები
<p>პჯ-ის ექიმთა ანაზღაურების მეთოდი</p> <p>პჯ-ის პროვაიდერების მიერ ინფორმაციის მიღება და კომუნიკაციური ტექნოლოგიები</p>	<p>ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მიერ პჯ-ის პროვაიდერებთან გატარებული დრო</p> <p>მცირედი სამედიცინო პრობლემის გამო სასწრაფო დახმარების მისაღებად მოცდის დრო</p>	<p>ბავშვთა იმუნიზაცია</p> <p>ანტიდეპრესანტების სამედიცინო მონიტორინგი</p>
<p>Discharge Abstract Database/ Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO</p>	<p>National Ambulatory Care Reporting System</p>	<p>Scott's Medical Database/ Nursing Database</p>
	<p>ასთმის გამო ვიზიტები სასწრაფო დახმარების დეპარტამენტში†</p>	<p>პჯ-ის პროვაიდერების მიწოდება*</p>

## შენიშვნა

\* ასევე მოითხოვს მონაცემთა აღწერას

† ასევე მოითხოვს მონაცემებს კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევისგან.

ინდიკატორები, რომლებსაც არ ჰქონდათ მონაცემებთა არსებული წყარო, ამღებულ იქნა საბოლოო პრიორიტეტული ნაკრებიდან და ამ პროექტის განმავლობაში განმარტებები არ განახლებულა. ქვემოთ მოყვანილი პოლიტიკის ნაკრების ფარგლებში შემავალი PHC-ის შემდეგი სამი ინდიკატორი შედის ამ კატეგორიაში:

- გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ვიზიტები ქრონიკული გულის უკმარისობის დროს;

PHC პროვაიდერის მუშაობის შეწყვეტა და

PHC FPs/GPs/NPs მუშაობა ინტერდისციპლინარულ ჯგუფებად/ქსელებად

ამ პრიორიტეტული ინდიკატორების ტექნიკური სპეციფიკაციები შეტანილია დანართში 4.



**ცხრილი 4: ინდიკატორები, პჯ-ის ჯგუფში**

<b>პჯ-ის ჯგუფი</b>	<b>ინდიკატორთა ნიშანი</b>
<b>დასაშვებლობა/მიმღებლობა</b>	<p>პჯ-ის მომსახურება რომელიც პასუხობს კლიენტის/პაციენტის საჭიროებებს</p> <p>მოსახლეობა მუდმივი პჯ-ის პროვაიდერთ*</p>
<b>მისაწვდომობა</b>	<p>მოცდის დრო ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემისას სასრაფო დახმარების მისაღებად</p>
<b>შესაფერისობა</b>	<p>ბავშვთა იმუნიზაცია</p> <p>მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი</p> <p>მკერდის კიბოს სკრინინგი</p> <p>საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი</p> <p>პჯ-ში სიგარეტისთვის თავის დანებების რეკომენდაციები</p> <p>აცრები გრიპის ვირუსზე, 65+</p> <p>ბავშვთა სამედიცინო ვიზიტების სკრინინგი</p> <p>სისხლის წნევის ტესტი</p> <p>კორონარული არტერიების დაავადების მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>დიაბეტის მქონე ზრდასრულთა სკრინინგი</p> <p>დიაბეტის მქონე ზრდასრულებში მხედველობის გაუარესების სკრინინგი *</p> <p>ჰიპერტენზიის მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>დისლიპიდემიის მკურნალობა</p> <p>მწ. მიოკარდიული ინფარქტის მკურნალობა</p> <p>შფოთვის მკურნალობა</p> <p>პჯ-ის როლი ქრონიკული დაავადებების თვით-მართვაში</p> <p>პჯ-ის გუნდის ეფექტურობის შეფასება</p>
<b>სრულყოფილება კოორდინაცია</b>	<p>სენსიტიური ამბულატორიული შემთხვევების ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე*</p> <p>ასთმის გამო სასწრაფო დახმარების დეპარტამენტის ვიზიტები*</p>
<b>ეფექტურობა</b>	<p>ჰიპერტენზიისას სისხლის წნევის კონტროლი</p>

<b>ეფექტიანობა</b>	პჯ-ის პროვაიდერების მიერ დაფიქსირებული სამედიცინო ტესტების ზედმეტი დუბლიკატები
<b>დანახარჯი</b>	პჯ-ის ოპერაციული დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე *
<b>მართვა</b>	მედიკამენტების და პრობლემების სიის შენარჩუნება პჯ-ში
<b>ჯანმრთელობის სტატუსი</b>	ჭარბი წონა და სიმსუქნე
<b>საინფორმაციო ტექნოლოგიის ინფრასტრუქტურა</b>	პჯ-ის ორგანიზაციებში ინფორმაციულ-კომუნიკაციური ტექნოლოგიების გამოყენება
	პჯ-ის პროვაიდერების გადაწვა *
	პჯ-ის პროვაიდერის სრულფასოვანი ეკვივალენტი
<b>უსაფრთხოება</b>	
<b>სამუშაო ძალა</b>	

### შენიშვნა

\*ინდიკატორების განმარტება არ იქნა განახლებული რადგან ინდიკატორის გამოსათვლელად არ მოხერხდა მონაცემთა წყაროს იდენტიფიცირება.

არსებული მონაცემები მნიშვნელოვანი და გადამწყვეტია დაინტერესებულ მხარეებისთვის გაზომვადი ინდიკატორების შერჩევასა. პროვაიდერებისთვის პრიორიტეტული ნაკრების ინდიკატორები წარმოდგენილია შემდეგი მონაცემთა წყაროებით, ცხრილში 5

**ცხრილი 5: პროვაიდერთათვის პრიორიტეტული ინდიკატორები, მონაცემთა ბაზის მიხედვით**

EMRs	პრაქტიკაზე დაფუძნებული კვლევის ინსტრუმენტები
<p>ბავშვთა იმუნიზაცია</p> <p>მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი</p> <p>მკერდის კიბოს სკრინინგი</p> <p>საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი</p>	<p>პჯ-ის მომსახურება რომელიც პასუხობს კლიენტის/პაციენტის საჭიროებებს</p> <p>მოცდის დრო ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემისას სასრაფო დახმარების მისაღებად</p>
<p>დიაბეტის მქონე ზრდასრულთა სკრინინგი</p> <p>პჯ-ში სიგარეტისთვის თავის დანებების რეკომენდაციები</p> <p>აცრები გრიპის ვირუსზე, 65+</p> <p>ბავშვთა სამედიცინო ვიზიტების სკრინინგი</p> <p>სისხლის წნევის ტესტი</p> <p>კორონარული არტერიების დაავადების მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>ჰიპერტენზიის მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>დისლიპიდემიის მკურნალობა</p> <p>მწ. მიოკარდიული ინფარქტის მკურნალობა</p> <p>შფოთვის მკურნალობა</p> <p>ჰიპერტენზიისას სისხლის წნევის კონტროლი</p> <p>ჭარბი წონა და სიმსუქნის სიხშირე</p>	<p>დიაბეტის მქონე ზრდასრულთა სკრინინგი</p> <p>პჯ-ში სიგარეტისთვის თავის დანებების რეკომენდაციები</p> <p>აცრები გრიპის ვირუსზე, 65+</p> <p>ბავშვთა სამედიცინო ვიზიტების სკრინინგი</p> <p>სისხლის წნევის ტესტი</p> <p>კორონარული არტერიების დაავადების მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>ჰიპერტენზიის მქონე ზრდასრულებში ცვალებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი</p> <p>დისლიპიდემიის მკურნალობა</p> <p>მწ. მიოკარდიული ინფარქტის მკურნალობა</p> <p>შფოთვის მკურნალობა</p> <p>ჰიპერტენზიისას სისხლის წნევის კონტროლი</p> <p>ჭარბი წონა და სიმსუქნის სიხშირე</p>

	<p>პჯ-ის როლი ქრონიკული დაავადებების თვით-მართვაში</p> <p>პჯ-ის გუნდის ეფექტურობის შეფასება</p> <p>პჯ-ის პროვაიდერების მიერ დაფიქსირებული სამედიცინო ტესტების ზედმეტი დუბლიკატები</p> <p>პჯ-ში მკურნალობისა და პრობლემების სიის შენარჩუნება</p> <p>პჯ-ის ორგანიზაციებში ინფორმაციულ-კომუნიკაციური ტექნოლოგიების გამოყენება</p> <p>პჯ-ის პროვაიდერის სრულფასოვანი ეკვივალენტი</p>
--	--

ინდიკატორები, რომელთათვისაც ვერ დადგინდა მონაცემთა წყარო, ამოღებულ იქნა საბოლოო პრიორიტეტული ნაკრებიდან და დეფინიციებიც არ განახლებულა ამ პროექტის განმავლობაში. პროვაიდერის ნაკრებში შესული ქვემოთ მოცემული ექვსი PHC ინდიკატორი ხვდება ამ კატეგორიაში:

- მოსახლეობა PHC-ის რეგულარულ პროვაიდერთან;
  - მხედველობის დარღვევის სკრინინგი დიაბეტის მქონე მოზრდილებში
  - დაავადებები, რომელთა მკურნალობა ხორციელდება ამბულატორულ დონეზე, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი.
  - გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ვიზიტები ასთმის შემთხვევებში;
  - PHC საოპერაციო ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე; და
  - PHC პროვაიდერის მუშაობის შეწყვეტა.
- ამ პრიორიტეტული მაჩვენებლების ტექნიკური მახასიათებლები მოცემულია დანართ 5-ში.

**დანართი: ინდიკატორთა ტექნიკური სპეციფიკის შაბლონი**

<p>ინდიკატორის ნიშნანი: ინდიკატორის დასახელების განსაზღვრა (ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკოსები ან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები)</p>		
<p>აღწერიითი განმარტება</p>	<p>ინდიკატორის აღწერა</p>	
<p><b>განგარიშების მეთოდები</b></p>	<p>მრიცხველი</p>	<p><b>აღწერიითი განმარტება</b>  აღწერს გაზომვადი კომპონენტების მთლიან რაოდენობას  <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b>  აღწერს მრიცხველში ჩართვის კრიტერიუმებს  <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b>  აღწერს მრიცხველში გამორიცხვის კრიტერიუმებს</p>
	<p>მნიშვნელი</p>	<p><b>აღწერიითი განმარტება</b>  აღწერს გაზომვადი კომპონენტების მთლიან რაოდენობას  <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b>  აღწერს მნიშვნელში ჩართვის კრიტერიუმებს  <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b>  აღწერს მნიშვნელში გამორიცხვის კრიტერიუმებს</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>განსაზღვრავს ინდიკატორის გამოთვლისთვის საჭირო მონაცემთა სასურველ წყაროს</p>	
<p>შენიშვნები</p>	<p>სპეციფიკურ შენიშვნების აღწერა, მათ შორის ტერმინების განმარტება და შენიშვნები მონაცემთა ხარისხზე, როგორცაა მოცვა და შეზღუდვები, მათი არსებობის შემთხვევაში</p>	

ინტერპრეტაცია	ინდიკატორთა ინტერპრეტაცია; მათ შორის მიმართულებას და თუ როგორ შეიძლება მოხდეს ინდიკატორის გამოყენება ან მოდიფიცირება სუბ-ინდიკატორების განსაზღვრისათვის (საჭიროების შემთხვევაში)
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	განსაზღვრავს ინდიკატორის დასაბუთებას და ხსნის გაზომვადობის მნიშვნელობას (რისთვისაც ის გამოიყენება). ხსნის საუკეთესო არსებულ მტკიცებულებებს ან ლიტერატურას, რაც ამტკიცებს ინდიკატორის საჭიროებას.
ლიტერატურა	ინფორმაციის წყაროს ჩამონათვალი, რომელიც დაკავშირებულია მონაცემთა წყაროსთან, შენიშვნებთან და ინდიკატორის ახსნასთან.

დანართი: პრიორიტეტულ ინდიკატორთა ტექნიკური  
 მახასიათებლები  
 (პოლიტიკის შემქმნელთა კლასტერი)  
 პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინდიკატორები

<p>ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების დრო პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</p>		
<p>დეფინიციის აღწერა</p>		<p>18 წლის და მეტი ასაკის ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც საკმარისი დრო და შესაძლებლობა ჰქონდათ კითხვები დაესვათ პჯდ-ის პროვაიდერებისთვის მათთან ვიზიტების დროს</p>
<p>გამოთვლის მეთოდი</p>	<p>მრიცხველი</p>	<p>ინდივიდების რაოდენობა, რომელთაც აღნიშნეს, რომ ჰქონდათ საკმარისი დრო და საშუალება დაესვათ კითხვები უმეტესობა ვიზიტებისას თავიანთი პჯდ-ის პროვაიდერებისთვის</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ინდივიდი არის მნიშვნელოვანი</li> <li>- ინდივიდი, რომელმაც განაცხადა, რომ თავის პჯდ-ის პროვაიდერთან უმეტესობა ვიზიტებისას საკმარისი დრო გაატარა საკონსულტაციოდ</li> <li>- ინდივიდი, რომელმაც განაცხადა რომ ჰქონდა შესაძლებლობა კითხვები დაესვა რეკომენდირებულ მკურნალობასთან დაკავშირებით თავის პჯდ-ის პროვაიდერთან უმეტესობა ვიზიტებისას</li> </ul> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b></p> <p>არცერთი</p>
	<p>მნიშვნელი</p>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის რესპოდენტების რიცხვი, რომელთაც აქვთ სულ მცირე ერთი ქრონიკული დაავადება.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ინდივიდის ასაკი არის სულ მცირე 18 წელი</li> <li>- ინდივიდი აღნიშნავს სულ მცირე ერთ ქრონიკული დაავადებას მაინც</li> </ul> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b></p> <p>არცერთი</p>



<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>თანამეგობრობის ფონდის საერთაშორისო ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევა მოზრდილებში [1]</p>
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>“უმეტესობა ვიზიტებისას” გვიჩვენებს რამდენად საკმარისი იყო დრო და შესაძლებლობა კითხვების დასმისათვის, რეკომენდირებულ მკურნალობასთან დაკავშირებით.</p> <p>– ქრონიკული დაავადების ქონა განისაზღვრება როგორც ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთის არსებობა: ართრიტი; ასთმა ან ფილტვების ქრონიკული დაავადება, ქრ. ბრონქიტი, ემფიზემა ან ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება; სიმსივნე, დეპრესია, შფოთვა ან სხვა ფსიქიკური დარღვევები; დიაბეტი; გულის დაავადებები, მათ შორის გულის ინფარქტი; ჰიპერტენზია. [2]</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>ამ ინდიკატორისთვის მაღალი მაჩვენებლები შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად.</p> <p><b>დამატებითი ანალიზი</b></p> <p>შესაძლოა მოხდეს ამ ინდიკატორის მოდიფიკაცია, კერძოდ, ფასდება პჯდ-ის პროვაიდერთან გატარებული დრო ყველა პაციენტისთვის</p>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება</b></p>	<p>დაახლოებით 9 მილიონ კანადელს, რაც მთლიანი მოსახლეობის 33%-ს შეადგენს, აღენიშნება ერთი ან მეტი ქრონიკული დაავადება [1]. კანადაში ასევე მოსალოდნელია ქრონიკული დაავადების მქონე ინდივიდთა რაოდენობის ზრდა, რაც დაკავშირებულია მოსახლეობის დაბერებასთან და ისეთ რისკ ფაქტორებთან, როგორცაა სიმსუქნე, ქარბი ნონა, და ფიზიკური აქტივობის შემცირება [2].</p>
	<p>ქრონიკული დაავადებების მქონე კანადელების უმეტესობას ჰყავს მუდმივი პჯდ-ის პროვაიდერი. კვლევები აჩვენებენ, რომ ქრონიკული ავადმყოფები ჯანდაცვის სისტემას მიმართავენ უფრო ხშირად და უფრო ინტენსიურად, და რომ ინტენსივობის სიხშირე იზრდება ქრონიკული დაავადებების სირთულის პროპორციულად [1].</p>

	<p>ქრონიკული ავადმყოფები წარმოადგენენ პჯდ-ის ექიმებთან (ოჯახის ექიმი ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმი) ვიზიტების დაახლოებით 51%-ს, სპეციალისტებთან ვიზიტების 55%-ს, საექთნო კონსულტაციების 66%-ს და ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების 71%-ს [1].</p> <p>კვლევების მიხედვით, პჯ-ის პროვაიდერთან პაციენტის მიერ გატარებული დროის ხანგრძლივობა გავლენას ახდენს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე [3]. რაც უფრო მეტ დროს ატარებს პაციენტი მუდმივ პჯდ-ის პროვაიდერებთან მით უფრო ჩართულია მკურნალობის პროცესში, მით უფრო სრულყოფილად განიხილება ავადმყოფობის ისტორია და სიმპტომები. ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, დაახლოებით 65% აღნიშნა რომ მათ ყოველთვის აქვთ საკმარისი დრო თავიანთ მუდმივ ექიმთან ვიზიტისას განიხილონ საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემები [4].</p>
<b>ლიტერატურა</b>	<p>Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. <i>Healthc Q.</i> 2008;11(3):70-76. PM:18536538.</p> <p>World Health Organization. Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada In: Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005.</p>
	<p><a href="http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf">www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf</a>. Accessed September 6, 2012.</p> <p>Wong ST, Peterson S, Black C. Patient activation in primary healthcare: A comparison between healthier individuals and those with a chronic illness. [References]. <i>Medical Care.</i> May, 2011; (5):469-479.</p> <p>Canadian Institute for Health Information. Experiences With Primary Health Care in Canada. Ottawa, Ontario: CIHI; 2009.</p>

**მოსახლეობა მუდმივი პჯდ-ის პროვაიდერი**

(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)

დეფინიციის აღწერა	12 წლის და მეტი ასაკის ასაკის მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ჰყავთ რეგულარული პჯდ-ის პროვაიდერი	
გამოთვლის მეთოდი	მრიცხველი	მნიშვნელში ინდივიდების რაოდენობა, რომელთაც ჰყავთ რეგულარული პჯდ პროვაიდერი. ჩართვის კრიტერიუმი ინდივიდი არის მნიშვნელში ინდივიდს ჰყავს მუდმივი ექიმი გამორიცხვის კრიტერიუმი არცერთი
	მნიშვნელი	12 წ და ზევით რესპოდენტთა რიცხვი ჩართვის კრიტერიუმი -ინდივიდის ასაკი სულ მცირე 12 წელი გამორიცხვის კრიტერიუმი არცერთი
მონაცემთა წყარო	კანადის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კვლევა [1]	
შენიშვნები	<b>ტერმინების განმარტება</b> რეგულარული/მუდმივი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი განისაზღვრება როგორც ექიმი, რომელსაც პაციენტი აღიქვამს თავის ექიმად. ეს ურთიერთობა არის ხანგრძლივი და უწყვეტი, დროის გარკვეულ პერიოდში, ან სანამ არ მოხდება რაიმე ცვლილებება. [2]	

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად.</p> <p>დამატებითი ანალიზი</p> <p>ეს ინდიკატორი შესაძლოა მოდიფიცირდეს თუ მასში შევა პჯდ-ის პროვაიდერი ექიმების გარდა სხვა პერსონალი.</p>
ინდიკატორის დასაბუთება	<p>2003 წლიდან კანადის ჯანდაცვის სამინისტრო ოჯახის მუდმივ ექიმთან ხელმისაწვდომობას განიხილავს ერთ-ერთ მთავარ ინდიკატორად [3]. ჯანდაცვის ბევრ მოდელში მუდმივი პჯდ-ის პროვაიდერი პასუხისმგებელია თავის პაციენტზე, ამყარებს პაციენტთან ხანგრძლივ ურთიერთობას, რაც განაპირობებს მასზე უწყვეტ მეთვალყურეობას [4]. კვლევები ადასტურებენ, რომ პჯდ-ის პროვაიდერთან გაზრდილი ხელმისაწვდომობა ხელს უწყობს ჯანმრთელობის ამაღლებას და ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების შემცირებას. ამასთან, უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, იზრდება პრევენციული ღონისძიებების როლი, მცირდება ჰოსპიტალიზაციისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროება [5]. კანადელთა უმეტესობისთვის მათი პჯდ-ის პროვაიდერი განიხილება როგორც სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი საკონტაქტო პირი, თუმცა, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ჯერ კიდევ რჩება ამ მნიშვნელოვანი რგოლის გარეშე.</p>
	<p>2010 წელს კანადელთა 15.2% (4.4 მილიონი) აღნიშნავდა რომ არ ჰყავდა მუდმივი პჯდ-ის პროვაიდერი. პაციენტთა 40%-ის მიხედვით, რომელთაც არ ჰყავდათ ოჯახის ექიმი, მათ საცხოვრებელ ადგილებში ექიმები აღარ იღებდნენ ახალ პაციენტებს, ხოლო დაახლოებით 27%-ის აზრით, არცერთი ექიმი არ იყო მისთვის ხელმისაწვდომი [6].</p>

ლიტერატურა

1. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey.  
[www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm).
2. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, New York: Oxford University Press; 1998
3. Health Canada. 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>. Updated 2006.
4. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Medical Care*. June, 1999;37(6):547-555.
5. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs]. *Healthcare papers*. 2007;8:Spec-45.
6. Statistics Canada. Health Fact Sheets: Access to a regular medical doctor, 2010. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11456-eng.htm>. Updated 2011.

<b>ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემისას სასწრაფო დახმარებისთვის მოცდის დრო</b> <i>(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</i>	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, ასაკი 18 წელი და მეტი, რომლებმაც განაცხადეს, რომ მცირედი სამედიცინო პრობლემების გამო პჯ-ის პროვაიდერთან სასწრაფო ვიზიტის დანიშვნა მოახერხეს მომდევნო დღეს ან უფრო მოგვიანებით.
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი მნიშვნელში მყოფი ინდივიდების რაოდენობა რომელთაც განაცხადეს, რომ მცირედი სამედიცინო პრობლემების გამო, პჯ-ის პროვაიდერთან სასწრაფო ვიზიტის დანიშვნა მოახერხეს მომდევნო დღეს ან უფრო მოგვიანებით. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ინდივიდი არის მნიშვნელში - ინდივიდებმა განაცხადეს, რომ მცირედი სამედიცინო პრობლემების გამო პჯ-ის პროვაიდერთან სასწრაფო ვიზიტის დანიშვნა მოახერხეს მომდევნო დღეს ან უფრო ტიმოგვიანებით. <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი
	მნიშვნელი რესპოდენტების რაოდენობა რომელთა ასაკი არის 18 წ ან მეტი <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ინდივიდების ასაკი სულ მცირე 18 წელი <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	თანამეგობრობის ფონდის საერთაშორისო ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევა მოზრდილებში [1]
<b>შენიშვნები</b>	<b>ტერმინების განმარტება</b> – სასწრაფო სამედიცინო დახმარება მცირედ სამედიცინო პრობლემაზე განისაზღვრება როგორც მიიღო დაუყოვნებელი დახმარება პჯ-ის პროვაიდერებისგან ავადმყოფობის ან მედიკამენტოზური დახმარების საჭიროების შემთხვევაში. ის არ მოიცავს ვიზიტს გადაუდებელ სამედიცინო დაპარტამენტში. [2]

ინტერპრეტაცია	– ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი ჩაითვლება დადებით შედეგად
<b>ინდიკატორის დასაბუთება/ რაციონალიზაცია</b>	<p>უმეტესობა კანადელისთვის პირველი საკონტაქტო პირი არის მათი პჯ-ის პროვაიდერი. კვლევებმა აჩვენეს რომ პჯ-ის პროვაიდერების გაზრდილი ხელმისაწვდომობა არის უკეთესი ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის საერთო დანახარჯების შემცირების მაჩვენებელი.<sup>3</sup> ხელმისაწვდომობა პჯ-ის პროვაიდერებზე არის მნიშვნელოვანი ინდიკატორი იმის გასაგებად, თუ რამდენად მარტივია მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთქმედება. სასწრაფო დახმარება ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემებისას შეიძლება შეფასდეს როგორც დაუყოვნებელი დახმარება მაგ. ცხელების, ლებინების, ძლიერი თავის ტკივილების, ტერფის დაჭიმულობის, მცირედი დამწვრობის, ჭრილობის, კანის გაღიზიანების, დაუდგენელი გამონაყარის და სხვა სიცოცხლისთვის არა-საშიში ჯანმრთელობის პრობლემების ან ტრამვების შემთხვევაში. 4. 2008 წელს კანადურ კვლევაში „Experiences With PHC“ გამოაქვეყნა, რომ გამოკითხულ ზრდასრულთა 27% იძებდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემებისას უკანასკნელი წლის მანძილზე; აქედან 21%-ს შეექმნა მისი მიღების პრობლემა.<sup>5</sup> საშუალო ლოდინის დრო სასწრაფო დახმარების მიღებისთვის იყო 3 სთ. სასწრაფო დახმარების მიღების მსურველთაგან 85% იღებდა დახმარებას პირველივე დღეს, 11% კი 2-დან 7 დღის მანძილზე და 4% -7 დღის შემდეგ.<sup>5</sup> კვლევამ აჩვენა, რომ ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერი სასწრაფო დახმარების მიღებისას იყო დიდი ლოდინის პერიოდი და ასევე ის, რომ კანადელები მუდმივი პჯ-ის პროვაიდერებით ისევე განიცდიდნენ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებულ პრობლემას როგორც დანარჩენები. 6 გადაჭარბებული მოცდის საათები ხშირად მონიტორირდება რათა განისაზღვროს, თუ როგორ ფუნქციონირებს სისტემა და რა შეზღუდვებია მომსახურებაში.</p>

	<p>იმავე დღის ან წინასწარი ჩანერა არის ხელშემწყობი, რათა შემცირდეს ლოდინის დრო და გაუმჯობესდეს ხელმისაწვდომობა.7,8 კვლევებმა აჩვენეს, რომ წინასწარი ჩანერა აუმჯობესებს პრაქტიკის პოტენციალს და უწყვეტობას პჯ-ში და ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას.8</p>
<p><b>ლიტერატურა</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The Common Wealth Fund. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <a href="http://www.commonwealthfund.org/Surveys/">http://www.commonwealthfund.org/Surveys/</a>.</li> <li>2. The Commonwealth Fund. 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <a href="http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx">http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx</a>.</li> <li>3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs]. <i>Healthcarepapers</i>. 2007;8:Spec-45.</li> <li>4. Health Canada. Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2011. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php</a>.</li> <li>5. Canadian Institute for Health Information. Experiences With Primary Health Care in Canada. Ottawa, Ontario: CIHI; 2009.</li> <li>6. Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. <i>Healthcare Policy</i>. January, 2006;1(2):103-119.</li> <li>7. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. <i>JAMA</i>. February 26, 2003; 289(8):1035-1040.</li> <li>8. The College of Family Physicians of Canada and Canadian Medical Association. ...And Still Waiting: Exploring Primary Care Wait Times in Canada. The Primary Care Wait Time Partnership; 2008. Discussion Paper.</li> </ol>



<b>რუტინულ ან მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	15 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც ჰქონდათ სირთულეები პერიოდულ და მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიღებისას.
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>მ რ ი ც ხ ველი</b></p> <p>მნიშვნელში ინდივიდების რაოდენობა, რომელთაც განაცხადეს რომ თავად ან მათ ოჯახის წევრებს ჰქონდათ სირთულეები საჭირო პერიოდულ თუ მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიღებაში, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>-ინდივიდი არის მნიშვნელში</p> <p>-ინდივიდმა განაცხადა რომ თავად ან მათ ოჯახის წევრებს, ჰქონდათ სირთულეები საჭირო პერიოდულ თუ მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიღებაში, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე,</p> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b></p> <p>არცერთი</p>
	<p>მნიშვნელი</p> <p>რესპოდენტთა რაოდენობა 15 წლიდან ზევით</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>-ინდივიდის ასაკი 15 წელი და მეტი.</p> <p>გამორიცხვის კრიტერიუმი</p> <p>-ინდივიდი რომელმაც აღნიშნა, რომ არ ესაჭიროებოდა რაიმე სახის რუტინული მომსახურება თავისთვის ან ოჯახის წევრისთვის, უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე.</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კვლევა [1]

<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინის განმარტება</b></p> <p>-პერიოდული ან მიმდინარე სამედიცინო მომსახურება განეკუთვნება ოჯახის ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურების ტიპს, მათ შორის ყოველწლიური შემოწმება, სისხლის ანალიზი ან პერიოდული შემოწმება დაავადების არსებობისას (მაგ. რეცეპტების გამოწერა).2</p> <p>-პერიოდული ან მიმდინარე პჯ-ის სერვისების მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები შესაძლებელია იყოს: [1]</p> <p>-ექიმთან დაკავშირება;</p> <p>-ექიმთან ვიზიტის გაფორმება;</p> <p>-პერსონალური/ოჯახის ექიმის არ ყოლა;</p> <p>-მოცდის რიგები ვიზიტის დასანიშნად;</p> <p>-მოცდის რიგები ექიმთან მიღებაზე (ოფისში ლოდინი)</p> <p>-საჭიროებისას მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი</p> <p>-მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი ტერიტორიულად (პაციენტის რაიონში)</p> <p>-ტრანსპორტირების პრობლემა</p> <p>-ენის პრობლემა</p> <p>- ინფორმაციის დეფიციტი</p> <p>-ჯანმრთელობის პრობლემების გამო სახლის დატოვების სირთულე</p> <p>-სხვა</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>-ამ ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი არის დადებითი შედეგი</p> <p><b>დამატებითი ანალიზი</b></p> <p>ეს ინდიკატორი შესაძლოა გამოითვალოს დამოუკიდებლად როგორც ქალაქის ისე რაიონის დონეზე, რათა გამოიკვეთოს მათ შორის არსებული განსხვავებები.</p>

<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება</b></p>	<p>კანადელთა უმრავლესობისთვის პირველი საკონტაქტო პირი არის მათი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი. კვლევებმა აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების გაზრდილი ხელმისაწვდომობა არის უკეთესი ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის საერთო დანახარჯების შემცირების მაჩვენებელი. [3] უწყვეტობა პირველადი ჯანდაცვაში ასოცირდება ჯანმრთელობის დადებით შედეგთან, მათ შორის გაზრდილი პრევენციული ღონისძიებები, ჰოსპიტალიზაციისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების შემთხვევების შემცირება. [3] ასევე პაციენტები ვისაც ჰყავთ მუდმივი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი, სარგებლობენ დიაგნოსტიკურ კვლევებზე და ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებაზე გაზრდილი ხელმისაწვდომობით, უკეთესი მკურნალობით. შესაბამისად მაღალია პაციენტის კმაყოფილება. [2] პირველადი ჯანდაცვის სისტემასთან შეხების თვალსაზრისით, უმეტესობა ზრდასრულმა კანადელმა (86%) განაცხადა, რომ ჰყავთ მუდმივი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი. [4] ვინც განაცხადა, რომ ესაჭიროებათ პერიოდული ან სასწრაფო მომსახურება მცირე ჯანმრთელობის პრობლემის გამო, მათ შორის 1/4 -მა აღნიშნა, რომ წააწყდნენ სირთულეებს სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის მხრივ. [4] პირველ მიზეზად დასახელდა ჩანერისთვის დიდი მოცდის პერიოდი და საერთოდ ექიმთან ვიზიტის გაფორმების სირთულე. პერიოდული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის სირთულესთან დაკავშირებული ზოგიერთი ფაქტორი არის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა (ურბანული განლაგება), თემში პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების რაოდენობა, პროვაიდერების მიერ ახალი პაციენტის აყვანის შეუძლებლობა, ენობრივი ბარიერი, ტრანსპორტირების ხელმისაწვდომობა და ხარჯები.</p>
--------------------------------------	--

	<p>ეს მაჩვენებლები არის მნიშვნელოვანი ინდიკატორი, თუ რამდენად მარტივად შეუძლია მოსახლეობას ჯანდაცვის სისტემის პროვადერებთან ურთიერთობა. პჯ-ის პროვადერების ხელმისაწვდომობა, როდესაც ეს საჭიროა პერიოდული ვიზიტების სახით, არის მნიშვნელოვანი, რათა მოხდეს ჯანმრთელობის შენარჩუნება, შემცირდეს გადაუდებელი დახმარების და მომსახურების არასათანადო გამოყენების შემთხვევები, ამ მონაცემების მონიტორინგი მნიშვნელოვანია, რათა ყველასათვის ხელმისაწვდომი იყოს ყოვლისმომცველი და ხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება. [5, 6]</p>
<p>ლიტერატურა</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>.</li> <li>2. Health Canada. Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2011. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php</a>.</li> <li>3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs]. <i>Healthcarepapers</i>. 2007;8:Spec-45.</li> <li>4. Health Council of Canada. Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada. Toronto, Ontario: Health Council; 2008.</li> <li>5. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. [Review] [36 refs]. <i>Family Practice</i>. June, 2003;20(3):311-317.</li> <li>6. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? <i>Emergency Medicine Journal</i>. November, 2004;21(6):722-723.</li> </ol>

**სირთულეები სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიღებასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემების დროს სამუშაო საათების შემდეგ**

*(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)*

<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>15 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ჰქონდათ სირთულეები მიეღოთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემების დროს, სამუშაო საათების შემდეგ</p>	
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p>მრიცხველი</p>	<p>ინდივიდთა რაოდენობა, რომელთაც ჰქონდათ სირთულეები მიეღოთ სამედიცინო დახმარება ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემების დროს სამუშაო საათების შემდეგ ბოლო 12 თვის მანძილზე.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ინდივიდი არის მნიშვნელში</li> <li>- ინდივიდი რომელსაც ჰქონდა სირთულეები მიეღო სამედიცინო დახმარება ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემების დროს სამუშაო საათების შემდეგ, ბოლო 12 თვის მანძილზე.</li> </ul> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b></p> <p>არცერთი</p>
	<p>მნიშვნელი</p>	<p>15 წლის და მეტი ასაკის რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ინდივიდის ასაკი არის სულ მცირე 15 წელი</li> </ul> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ინდივიდებმა აღნიშნეს, რომ არ ესაჭიროებოდათ სამუშაო საათების შემდგომი სამედიცინო მომსახურება, მცირედი სამედიცინო პრობლემის გამო, ბოლო 12 თვის მანძილზე</li> </ul>

<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კვლევა [1]
შენიშვნები	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>- ჯანმრთელობის მცირედი პრობლემები გულისხმობს: ცხელება, ლებინება, ძლიერი თავის ტკივილი, ტერფის დაჭიმულობა, მცირედი დამწვრობა, ყრილობა, კანის გაღიზიანება, დაუდგენელი გამონაყარი და სხვა სიცოცხლისთვის არა-სამიში ჯანმრთელობის პრობლემები ან ტრამეები. [2]</p> <p>-სამუშაო საათების შემდგომი პერიოდია კვირის დღეებში სალამოს 5სთ-დან დილის 9სთ-მდე, შაბათ-კვირას დილის 9სთ-დან სალამოს 5სთ-მდე. [1]</p> <p>- პირველადი ჯანდაცვის მუდმივი პროვაიდერებისგან დაუყოვნებელი სამედიცინო მომსახურების მიღების სირთულეებში შედის:</p> <p>-ექიმთან კონსულტირებასთან დაკავშირებული სირთულეები</p> <p>- საკონტაქტო ინფორმაციის არქონა</p> <p>-პრობლემები პასუხის მიღებასთან დაკავშირებით (არ პასუხობენ სატელეფონო ზარს)</p> <p>-მოცდის პერიოდი, მედ-პერსონალთან გასაუბრებამდე</p> <p>-სირთულეები ადექვატური ინფორმაციის ან რჩევის მიღებასთან დაკავშირებით</p> <p>-ენობრივი ბარიერი</p> <p>-არ ცოდნა ვის უნდა მიმართო/ ინფორმირებულობის დეფიციტი</p> <p>-ჯანმრთელობის პრობლემების გამო სახლიდან გავლის სირთულე</p> <p>-და სხვა</p>
ინტერპრეტაცია	- ამ ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი მიუთითებს დადებით შედეგზე.
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	კანადელთა უმრავლესობისთვის სამედიცინო მომსახურებასთან პირველი კონტაქტი არის მათი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი [3]. კვლევებმა აჩვენეს, რომ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების გაზრდილი ხელმისაწვდომობა არის უკეთესი ჯანმრთელობისა და ჯანდაცვის სისტემის საერთო დანახარჯების შემცირების მაჩვენებელი. [4]

	<p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებზე ხელმისაწვდომობა მაჩვენებელია თუ რამდენად მარტივია მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის სისტემასთან ურთიერთქმედება. სასწრაფო, არაგადაუდებელ პირველადი ჯანდაცვა შეიძლება შეფასდეს როგორც დაუყოვნებელი დახმარება ჯანმრთელობის მცირედი და არა სიცოცხლისათვის სახიფათო პრობლემებისას ან დაზიანებებისას უბედური შემთხვევების დროს. [2] სამედიცინო მომსახურების სერვისების ხელმისაწვდომობის კვლევაში, 4%-ზე ნაკლებმა კანადელმა, რომელსაც ესაჭიროებოდა დახმარება სალამოს საათებში და შაბათ-კვირას აღნიშნეს, რომ ჰქონდათ სირთულეები, მიეღოთ სამედიცინო დახმარება. [6] მონაცემების მიხედვით, მიუხედავად იმისა რომ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები არიან სამედიცინო მომსახურების ძირითადი წყარო სამუშაო საათებში, უმეტესობა კანადელი რომელიც საჭიროებს სამედიცინო დახმარებას შაბათ-კვირას და სალამოს საათებში მიმართავს სასწრაფო დახმარებას [7]. ზოგიერთმა პროვინციამ შემოიღო კანონმდებლობა სამუშაო საათების შემდეგ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიღების შესახებ. [8]</p>
<p><b>ლიტერატურა</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>.</li> <li>2. Health Canada. Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2011. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php</a>.</li> <li>3. Health Canada. First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004: A 10-year plan to strengthen health care. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php</a>. Updated 2006.</li> <li>4. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs]. <i>Healthcarepapers</i>. 2007;8:Spec-45. 5. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? <i>Emergency Medicine Journal</i>. November, 2004;21(6):722-723.</li> </ol>

6. Sanmartin C., Gendron F., Berthelot J., and Murphy K. Access to Health Care Services in Canada, 2003. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2004.
7. Canadian Institute for Health Information. Waiting for Health Care in Canada: What We Know and What We Don't Know. Ottawa, Ontario: CIHI; 2006.
8. Bordman R, Wheler D, Drummond N, White D, Crighton E, North Toronto Primary Care Research Network (Nortren). After-hours coverage: national survey of policies and guidelines for primary care physicians. Canadian Family Physician. April, 2005;51:536-537.



### 3. შესაბამისობა (Appropriateness)

<b>ბავშვთა იმუნიზაცია</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, ასაკი 7 წელი, რომელთაც მიღებული აქვთ ბავშვთა რეკომენდირებული პირველადი აცრები
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი მნიშვნელში ინდივიდთა რიცხვი რომელთაც აქვთ გაკეთებული ბავშვთა აცრები რეკომენდირებული სქემის მიხედვით. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ინდივიდები არიან მნიშვნელში - ინდივიდებს გაკეთებული აქვს ყველა აცრა, რაც მონოდებულია იმუნიზაციის ეროვნული რჩევების კომიტეტის მიერ (NACI) რეკომენდირებული გეგმით, ან ჰქონდა აცრაზე უკუჩვენება <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი
	მნიშვნელი ინდივიდთა რიცხვი რომელთა ასაკი არის 7წელი <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ინდივიდთა ასაკი 7 წელი <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები
<b>შენიშვნები</b>	<b>იურისდიქციული სტანდარტები</b> - იურისდიქციითგათვალისწინებულმა იმუნიზაციის გრაფიკმა, რომელიც განსხვავდება NACI-ს მიერ რეკომენდირებული სქემიდან, შეიძლება შეცვალოს ინდიკატორის მნიშვნელობა, იმისათვის, რომ მოხდეს იმუნიზაციის გრაფიკის შესაბამისობაში მოყვანა. <b>ტერმინების განმარტება</b> - NACI-ს მიერ რეკომენდირებული გრაფიკი გამოქვეყნებულია კანადის იმუნიზაციის გაიდლაინში.1 <b>მონაცემთა ხარისხი</b> Reliable estimates of this indicator can be calculated from jurisdictions with a representative sample of patients with electronic medical records.

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის ინტერპრეტაცია შეიძლება როგორც დადებითი შედეგი.</p> <p><b>დამატებითი ანალიზი</b></p> <p>- შესაძლებელია ამ ინდიკატორის მოდიფიცირება, რათა ინდივიდუალურად მოხდეს აცრების გაზომვა და გაანალიზდეს იმუნიზაციის მაჩვენებელი თითოეული ვაქცინისთვის დამოუკიდებლად.</p>
ინდიკატორის დასაბუთება	<p>ბავშვთა იმუნიზაცია ეფექტური და კარგად დამკვიდრებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციაა, რაც იცავს ბავშვთა უმრავლესობას გარკვეული ინფექციური დაავადებებისგან და ასევე მათ სიცოცხლეს. ვაქცინების საშუალებით კონტროლირდება ბევრი ინფექციური დაავადება, რომელიც გავრცელებული იყო კანადაში, მათ შორის დიფტერია, წითელა, ყბაყურა, პერტუსი (ყივანახველა), პოლიომიელიტი, წითურა (გერმანული წითელა), ტეტანუსი და ჰემოფილუს ინფლუენზა ტიპი b (Hib).<sup>1</sup> NACI-ის კატეგორიული რეკომენდაციაა რუტინული იმუნიზაციები რეკომენდებული სქემის მიხედვით ისე რომ მაქსიმალური დაცვა იქნას უზრუნველყოფილი.<sup>2</sup></p>
	<p>ბავშვთა იმუნიზაციის სქემაში არის ვარიაციები პროვინციებისა და ტერიტორიების მიხედვით;<sup>3</sup> ეს ინდიკატორი მიყვება NACI-ის რეკომენდაციებს და აღწერს რეკომენდირებულ გრაფიკებს 7 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში, რომლებიც გადაიდ პირველ აცრებს.<sup>1</sup> NACI-მ ახლახან გასცა რეკომენდაცია იმ საბავშვო ვაქცინებზე, სადაც დრო და დოზირება დამოკიდებულია პროვინცია/ტერიტორიის პოლიტიკაზე: დიფტერია, ტეტანუსი, acellular pertussis და ინაქტივირებული პოლიომიელიტის ვირუსის ვაქცინა (DTaP-IPV); ჰემოფილუს ინფლუენზა ტიპი b-ს კონიუგირებული ვაქცინა (Hib); წითელა, ყბაყურა და წითურას ვაქცინა (MMR); ჩუტყვავილა (Var); ჰეპატიტი B ვაქცინა (HB); pneumococcal conjugate vaccine (Pneu-C-7); და მენინგოკოკური C კონიუგირებული ვაქცინა (Men-C).<sup>1</sup></p>
ლიტერატურა	...

<b>მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი</b> (ინდიკატორთა ნაკრები: პოლიტიკის)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, ასაკი 50-დან 74-მდე, რომელთაც აღნიშნეს რომ ჩატარებული ჰქონდათ მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგ ტესტი.
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი მნიშვნელში ინდივიდთა, რაოდენობა რომელთაც აღნიშნეს რომ ჩატარებული ჰქონდათ მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგ ტესტი ბოლო 24 თვის მანძილზე. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ინდივიდი მნიშვნელში - ინდივიდი აღნიშნავს რომ მიიღო სულ მცირე ერთ-ერთი შემდეგი სკრინინგ ტესტისგან: - განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე ბოლო 24 თვის მანძილზე - კოლონოსკოპია ან სიგმოიდოსკოპია ბოლო 10 წლის მანძილზე გამორიცხვის კრიტერიუმი არცერთი
	მნიშვნელი რესპოდენტთა რაოდენობა, ასაკი 50-74 წელი. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> - ასაკი 50-დან 74 წლამდე <b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევა 1
<b>შენიშვნები</b>	<b>ტერმინების განმარტება</b> ფეკალური ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე (FOBT) არის სკრინინგი კუჭნაწლავის ტრაქტში სისხლდენაზე, ერთი ან მეტი განავლის ნიმუშით, რაც შესაძლოა იყოს ნაწლავის კიბოს ინდიკატორი
<b>ინტერპრეტაცია</b>	- ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი მიღებული იქნება დადებით შედეგად.
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	მამაკაცებსა და ქალებში კოლონორექტალური კიბო არის მე-3 ყველაზე ხშირი კიბო კანადაში და მე-2 ყველაზე ხშირი კიბოთი გამოწვეული სიკვდილის მიზეზი. სავარაუდოდ დაახლოებით 22,200 კანადელს გამოუვლინდა კოლონორექტალური კიბო 2011 წ. და 8,900 გარდაიცვალა ამ დაავადებით.

	<p>2 როგორც ყველა სხვა კიბოს შემთხვევაში, კოლონორექტალური კიბოს სიხშირე და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მკვეთრად იმატებს 50 წლის შემდეგ. 2 კლინიკური კვლევების და ლიტერატურის სისტემური გადახედვის შედეგად მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ FOBT სკრინინგი ამცირებს კოლონორექტალური სიმსივნით გამოწვეულ სიკვდილიანობას. 3-5 კოლონორექტალური კიბოს სკრინინგის გაიდლაინი შედგენილი იყო პროფილაქტიკური ჯანდაცვის მხრივ, კანადის სამიზნე ჯგუფის მიერ 2001 წელს, 6 რასაც მოჰყვა კანადის ჯანდაცვის ეროვნული კომიტეტის მიერ კოლონორექტალურ კიბოზე პოპულაციის სკრინინგის რეკომენდაცია 2002 წელს, 7 მათ შორის რეკომენდაცია რომ მოსახლეობა 50-დან 74-მდე ასაკობრივ ზღვარში დაავადების საშუალო რისკის ქვეშ FOBT-ს გაიკეთოს ანალიზი ყოველ 2 წელიწადში. არსებობს სამართლიანი მტკიცებულება მოქნილი კოლონოსკოპია ჩართული იყოს პერიოდული ჯანმრთელობის გამოკვლევად, ასიმპტომური ინდივიდებში 50 წელს ზევით და სკრინინგ კოლონოსკოპია – საშუალოზე მაღალი რისკის მქონე ინდივიდებში. 6,8</p> <p>ასევე ეროვნული კომიტეტის რეკომენდაციას სკრინინგი მიმდინარეობდეს ორგანიზებული პროვინციების პროგრამებით, მათთან მიმდევრული შეფასებით; როგორც მაგალითად 2010 წლის შემოდგომაზე, კანადის მასშტაბით 8 პროვინციაში გატარდა სრული თუ საპილოტო პროგრამა და ორ პროვინციაში გამოცხადდა მომავალი პროგრამის გატარება. 2</p>
	<p>კოლონორექტალური კიბოს სკრინინგისას პუ-ის პროვაიდერების როლის მნიშვნელობა გამოსახულია კოლონორექტალური კიბოს სკრინინგის კანადის კვლევაში, სადაც ნაჩვენებია რომ სკრინინგზე დათანხმების ძლიერ მოტივატორს წარმოადგენს განხილვები ინდივიდებსა და მათ ექიმებს შორის. 9</p>
ლიტერატურა	...

<b>მკერდის კიბოს სკრინინგი</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	50-დან 74 წლამდე ქალთა მოსახლეობის პროცენტული წილი, რომლებმაც ჩაიტარეს მამოგრაფია
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p>მრიცხველი (რეალური ოდენობა)</p> <p>ბოლო 24 თვის განმავლობაში პირთა რაოდენობა, რომლებმაც ჩაიტარეს მამოგრაფია</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> ინდივიდი არის მნიშვნელში პირი, ვინც ბოლო 24 თვის განმავლობაში ჩაიტარა მამოგრაფია</p> <p><b>გამორიცხვის კრიტერიუმი</b> არცერთი</p>
	<p>მნიშვნელი (სრული ოდენობა)</p> <p>50-დან 74 წლამდე ასაკის ქალთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვა</b> ქალები 50-დან 74 წლამდე ასაკის ქალები</p> <p><b>გამონაკლისები</b> პირი, ვისაც არ ჩაუტარებია მამოგრაფიული კვლევა მასტექტომიის გამო</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კვლევა [1]
<b>შენიშვნები</b>	არ არის აღნიშნული
<b>ინტერპრეტაცია</b>	ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	მკერდის კიბოს კანადელ ქალების შორის ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა. 2011 წელს გამოკვლეული 23,400 ახალი შემთხვევიდან [2], 30% - 20-დან 69 წლამდე ასაკის ქალთა ახალ კიბოს დიაგნოზის შემთხვევებზე მოდის, ხოლო 20% - 70 და მეტი ასაკის ქალებს შორის. 9 კანადელი ქალიდან ერთს ჭუჭყს კიბოს დიაგნოზი დგინდება, და 27 დაავადებული ქალიდან ერთი ლეტალობით მთავრდება [3].

	<p>         ძუძუს კიბოს ადრეული გამოვლენა მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა, რომელიც შესაძლებლობას მოგცემს შევი-          მუშავოთ უფრო ეფექტური მკურნალობის მეთოდები და          გავაუმჯობესოთ დაავადების გამოსავალი. ძუძუს კიბოს          სიკვდილიანობის შემთხვევები ბოლო წლებში შემცირდა,          განსაკუთრებით კი 60 წლამდე ასაკის ქალებში. ეს ტენ-          დენციები ძუძუს კიბოს სკრინინგის გაუმჯობესების შედე-          გია და მეტყველებს ორგანიზებულ სკრინინგ პროგრამებში          ქალთა მზარდ მონაწილეობაზე, მამოგრაფიის და მკერდის          კიბოს მკურნალობის მეთოდების გაუმჯობესებაზე [3].          2011 წელს შემოთავაზებულ იქნა სკრინინგის ახალი გაიდ-          ლაინი 40-დან 74 წლამდე ქალებისთვის [4]. რუტინული          სკრინინგი რეკომენდებულია ყოველ ორ-სამ წელიწადში          50-დან 74 წლამდე ასაკის ქალებში [4, 5].          პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი მნიშვნელოვან როლს          ასრულებს ძუძუს კიბოს გამოვლენაში ძუძუს კიბოს          სკრინინგის მეშვეობით       </p>
ლიტერატურა	<p>         Statistics Canada. Canadian Community Health Survey.  <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>. Accessed August          1, 2012.          Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Sta-          tistics. Canadian Cancer Statistics 2011. Toronto, ON: Canadian          Cancer Society; 2011. <a href="http://www.cancer.ca/statistics">www.cancer.ca/statistics</a>.          Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada.          Canadian Cancer Statistics 2007. Toronto, ON: Canadian Cancer          Society; 2007.       </p>
	<p>         Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, et al. Recommendations          on screening for breast cancer in average-risk women aged          40-74 years. CMAJ. November 22, 2011;183(17):1991-2001.          PM:22106103.          Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for          Breast Cancer. <a href="http://www.canadiantaskforce.ca/recommenda-tions/2011_01_eng.html">http://www.canadiantaskforce.ca/recommenda-          tions/2011_01_eng.html</a>. Accessed February 8, 2012.       </p>

<b>საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	18 დან 69 წლამდე ასაკის ქალთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ჩაიტარეს პაპ (Papanicolaou) ტესტი
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი (რეალური ოდენობა)  პირთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაიტარეს პაპ ტესტი წინა 36 თვის განმავლობაში. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> აღრიცხული პირების რაოდენობა პირები რომელთაც ჩაუტარდათ პაპ ტესტი 36 თვის განმავლობაში <b>გამონაკლისი</b> არცერთი
	მნიშვნელოვანი (სრული ოდენობა)  18 დან 69 წლამდე ასაკის ქალთა რაოდენობა <b>ჩართვა</b> ქალთა სექსის ნარმომადგენლები 18-დან 69 წლამდე ასაკის ქალები <b>გამონაკლისები</b> პირები რომლებსაც არ ჩაიტარებიათ პაპ ტესტი პისტერეექტომიის გამო
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კვლევა [1]
<b>შენიშვნები</b>	არ არის აღნიშნული
<b>ინტერპრეტაცია</b>	ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები და სიკვდილიანობა კანადაში შემცირებულია 1949 წლიდან პაპ ტესტის გამოყენების შედეგად [2], დაავადების გამოსავალი კვლავ მიიმეა; სავარაუდოდ, 2011 წელს კანადაში 1,300 ახალი შემთხვევა მოხდა და დაავადების შედეგად 350 ქალი გარდაიცვალა [3].

	<p>კვლევები ადასტურებენ, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შედეგად ხდება კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა [4,5]. კვლევებით დადგინდა რომ, ქალებს, რომელთაც ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში არ ჩაუტარებიათ პაპ ტესტი, აღენიშნებათ საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო. კვლევები კიდევ ერთხელ ადასტურებენ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების მიერ ჩატარებული სკრინინგის მნიშვნელობას დაავადების სიკვდილობის შემცირებაში. კიბოს სკრინინგის გაიდლაინები შემუშავდა 1986 წელს, რომლის რეკომენდაციებით აუცილებელია 18 წლის და მეტი ასაკის ქალთათვის პაპ ტესტის ჩატარება, განმეორებით - მეორე წელს, ხოლო თუ არ დადასტურდა პათოლოგია - სამ წელიწადში ერთხელ 69 წლამდე.</p>
<p>ლიტერატურა</p>	<p>Statistics Canada. Canadian Community Health Survey.  <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>. Accessed August 1, 2012.</p> <p>Public Health Agency of Canada. Performance Monitoring for Cervical Cancer Screening Programs in Canada. 2009. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/pmccspc-srpdccuc/pdf/cervical-eng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/pmccspc-srpdccuc/pdf/cervical-eng.pdf</a>.</p> <p>Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics 2011. Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2011. <a href="http://www.cancer.ca/statistics">www.cancer.ca/statistics</a>.</p> <p>Ng E, Wilkins R, Fung MF, Berthelot JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. CMAJ. May 11, 2004;170(10):1545-1549. PM:15136547.</p> <p>Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. Prev Med. August, 2007;45(2-3):93-106. PM:17651792.</p>



	<p>Public Health Agency of Canada. Cervical Cancer Screening in Canada: 1998 Surveillance Report. 1998. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccsic-dc-cuac/">http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccsic-dc-cuac/</a>.</p> <p>Canadian Task Force on Preventive Health Care. Current Task Force recommendations. <a href="http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations_current_eng.html">http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations_current_eng.html</a>. Accessed February 8, 2012.</p> <p>Health Canada. It's Your Health. Screening for Cervical Cancer. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cervical-uterus-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cervical-uterus-eng.php</a>. Accessed February 8, 2012.</p>
--	---

<b>შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ მოზრდილთა სკრინინგი</b> <i>(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</i>	
<b>დეფინიციის ალწერა</b>	<p>შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ 20 წლის და მეტი ასაკის პირთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი კვლევები:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჰემოგლობინის A1c (HbA1c);</li> <li>• სრული ლიპიდური პროფილის სკრინინგი;</li> <li>• ქვემო კიდურების გამოკვლევა</li> <li>• სისხლის წნევის გაზომვა;</li> <li>• სიმსუქენი / ჭარბი წონის სკრინინგი.</li> </ul>
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>მრიცხველი</b></p> <p>პირთა რაოდენობა, ვისაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები:</p> <p>ბოლო 12 თვის განმავლობაში სულ მცირე ორი HbA1c ტესტი;</p> <p>ქოლესტეროლის სკრინინგი არანაკლებ 36 თვის წინ;</p> <p>ბოლო 12 თვის განმავლობაში ქვემო კიდურების გამოკვლევა;</p> <p>არტერიული წნევის გაზომვა სამედიცინო პერსონალის მიერ წონის კონტროლი ბოლო 12 თვის განმავლობაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პირს ჩატარებული ჰქონდა HbA1c-ის ტესტი ბოლო 12 თვის განმავლობაში სულ მცირე ორჯერ მაინც პირს ჩატარებული ჰქონდა ქოლესტეროლის ტესტი წინა 36 თვის პერიოდში პირს ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩატარებული აქვს ქვემო კიდურების გამოკვლევა და შედეგად დაუდგინდა დაზიანება პირს სამედიცინო პერსონალი უზომავდა არტერიულ წნევას დიაბეტთან დაკავშირებული მიმართვის დროს პირს სამედიცინო პერსონალი უზომავდა წონას ბოლო 12 თვის პერიოდში</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არცერთი</p>
<b>მნიშვნელი (სრული ოდენობა)</b>	<p>20 წლის და მეტი ასაკის შაქრიანი დიაბეტის მქონე რესპონდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პირები რომელთაც შეუსრულდათ 20 წელი</p> <p>პირები რომელთაც აქვთ შაქრიანი დიაბეტი</p> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <p>არცერთი</p>

**მონაცემთა  
წყარო  
შენიშვნები**

კანადის ქრონიკული ავადმყოფების კვლევა კვლევა [1]

**ტერმინების განმარტება**

- სრული ლიპიდური პროფილის სკრინინგი არის სისხლის კომპლექსური კვლევა, რომელიც ხორციელდება 14 საათის განმავლობაში და გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ თუ როგორ უნდა მოხდეს მკურნალობა რისკის არსებობის შემთხვევაში. ლიპიდური პროფილის განსაზღვრა მოიცავს საერთო ქოლესტეროლი, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების (HDL) ქოლესტეროლის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების (LDL) ქოლესტეროლის და ტრიგლიცერიდების კვლევას. იგი ასევე შეიძლება მოიცავდეს მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების HDL / ქოლესტერინის თანაფარდობის ან ლიპიდურ შედეგებზე, ასაკზე, სქესსა და სხვა რისკ ფაქტორებზე დაფუძნებული რისკის მაჩვენებლის კვლევას [2].

- ჰემოგლობინის A1c ტესტი (ასევე HbA1c ან A1c ტესტი) ლაბორატორიული ტესტია, რომელიც ასახავს საშუალო გლუკოზის დონეს (ცვლილებას ორ-სამ თვის განმავლობაში [3].

- სიმსუქნე / წარბი წონის სკრინინგი მოიცავს შემდეგს:
- სხეულის მასის ინდექსი (BMI) [3],
- თეძო/წელის თანაფარდობა (WHR - Waist to Hip Ratio) - მიუხედავად იმისა, რომ BMI უზრუნველყოფს სიმსუქნის მაჩვენებელს, მას აქვს შეზღუდვები გულ-სისხლძარღვთა მოვლენების რისკის პროგნოზირებაში. კვლევაში აჩვენა, რომ თეძო/წელის თანაფარდობის (WHR) შეფასება კარდiovასკულური რისკის პროგნოზირების საშუალებას იძლევა. სიმსუქნე, განსაკუთრებით მუცლის არეში, ხელს უშლის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მქონე პაციენტების მკურნალობის გამოსავალს.

ინტერპრეტაცია

ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად

ინდიკატორის დასაბუთება

შაქრიანი დიაბეტი გულისხმობს დაავადების ჯგუფს, რომელიც ხასიათდება სისხლში გლუკოზის მაღალი შემცველობით. შაქრიანი დიაბეტის მქონე ადამიანთა 90% -ს აქვს მე-2 ტიპის დიაბეტი, რომლის დროსაც, როდესაც პანკრეასი ძალიან მცირე რაოდენობით ინსულინს გამოიმუშავებს ან როდესაც სხეულს არ შესწევს უნარი ეფექტურად გამოიყენოს არსებული ინსულინი.

მეორე ტიპის დიაბეტი ჩვეულებრივ ვითარდება სრულწლოვან ასაკში. შაქრიანი დიაბეტის მქონე პაციენტთა ათი პროცენტია პირველი ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული, რომელიც ვითარდება ბავშვობაში და მოზარდობაში. ამ ტიპის დიაბეტის დროს პანკრეასი არ გამოიმუშავებს ინსულინს. შაქრიანი დიაბეტი იწვევს სერიოზულ გართულებებს და სიკვდილს, თუმცა დიაბეტის მქონე პირებს შეუძლიათ იცხოვრონ ექიმის მითითებების შესაბამისად, აკონტროლონ დაავადება და შეამცირონ გართულებების რისკი.

დაახლოებით 2.4 მლნ კანადელს (6.8%) აქვს დიაბეტი [5]. მათი რიცხვი იზრდება, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფებში, რაც დაკავშირებულია ჭარბი წონისა და სიმსუქნის შემთხვევების ზრდასთან. ბოლო მონაცემებით, დიაბეტის მქონე სამჯერ უფრო მეტი პაციენტია ჰოსპიტალიზირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, 12-ჯერ მეტი პაციენტი თირკმლის უკმარისობით (ტერმინალური სტადიით) და 20-ჯერ მეტ პაციენტს ჩაუტარდა ქვემო კიდურის ამპუტაცია [5].

დიაბეტის მქონე მოზრდილებში გართულებების ძირითადი რისკ-ფაქტორებია ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, განსაკუთრებით დიდი მუცელი, სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე, ჰიპერტენზია, მაღალი ქოლესტერინი და ფიზიკური უმოქმედობა. გარდა ამისა, დიაბეტის მქონე მოზრდილთა უმრავლესობაში საგრძნობლად გაიზარდა სისხლძარღვთა დაავადების რისკი.

მეორადი პრევენციული ღონისძიებებით შესაძლოა დიაბეტით წარმოქმნილი გართულებების თავიდან აცილება. მკურნალობის მონოდებული კურსი რეკომენდაციას უწევს დიაბეტის მქონე პაციენტების მკაცრ პრევენციულ ზომებს: სისხლის წნევის კონტროლი;

გლიკემიის კონტროლის მიზნით ყოველ სამ თვეში HbA1c-ის გაზომვა; სრული ლიპიდური პროფილის განსაზღვრა; ნეფროპათიის სკრინინგი; ქვემო კიდურების კვლევა; შაქრიანი დიაბეტის და ცხოვრების ჯანსაღი წესის მართვა, მათ შორის ჯანსაღი წონა და ყოველდღიური ფიზიკური აქტივობა [6,7]

ლიტერატურა

Statistics Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm). Accessed August 1, 2012.

American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile.

<http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance>. Updated January 4, 2009. Accessed July, 2012.

Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., and Laupacis A. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Accessed July, 2012.

Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *Am Heart J.* January, 2005;149(1):54-60. PM:15660034.

Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective. 2011.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf>.

Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes.* 2008; 32(Supplement 1) <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.

Guidelines and Protocols Advisory Committee. Diabetes Care. Medical Services Commission, British Columbia Ministry of Health; September 1, 2010. <http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf>.

<b>შაქრიანი დიაბეტით მოზარდელთა თვალის სკრინინგი</b> <b>(ინდიკატორის კლასტიკა: პოლიტიკა)</b>		
დეფინიციის აღწერა	შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ 20 წლის და მეტი ასაკის პირთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც ჩაუტარდათ თვალის გამოკვლევა	
გამოთვლის მეთოდი	მრიცხველი <b>(რეალური ოდენობა)</b>	იმ პირთა რიცხვი, რომლებსაც ჰქონდათ ჩატარებული თვალის გამოკვლევა გუგის გაფართოებით ბოლო 24 თვის განმავლობაში ჩართვის კრიტერიუმში პირები შერჩეული ჯგუფიდან პირთები, რომლებსაც ჰქონდათ ჩატარებული თვალის გამოკვლევა გუგის გაფართოებით ბოლო 24 თვის განმავლობაში გამონაკლისი არცერთი
	მნიშვნელი <b>(სრული ოდენობა)</b>	შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ 20 წლის და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა ჩართვის კრიტერიუმში პირები რომელთაც შეუსრულდათ მინიმუმ 20 წელი პირები რომელთაც აქვთ შაქრიანი დიაბეტი გამონაკლისები არცერთი
მონაცემთა წყარო	კანადის ქრონიკული ავადმყოფების კვლევა [1]	
შენიშვნები	არ აღინიშნება	

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად</p> <p>ამინდიკატორის შედეგები არ განსხვავდება პროვაიდერების ტიპებს შორის, რომლებიც ატარებენ თვალის კვლევას (იგი შეიძლება იყოს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი ან სპეციალისტი).</p>
ინდიკატორის დასაბუთება	<p>ბადურის დაზიანება ან დიაბეტური რეტინოპათია არის სიბრმავის ყველაზე ხშირი მიზეზი [2]. არსებული სტატისტიკით ვარაუდობენ, რომ 2026 წელს დიაბეტური რეტინოპათიის შედეგად 10,000-მდე კანადელი ბრმა იქნება. 10 წლიანი ანამნეზის მქონე დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა დაახლოებით 80%-ში, დიაბეტური რეტინოპათია არის მიზეზი სიბრმავისა. დიაბეტური რეტინოპათიის განვითარება პირდაპირპროპორციულია შაქრიანი დიაბეტის მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა. გარდა ამისა, მხედველობის დაკარგვა ან გაუარესება იწვევს ისეთ გართულებებს, როგორცაა დაცემის შედეგად განვითარებული ტრამვები და მოტეხილობები, აგრეთვე ადრეული გარდაცვალების რისკი.</p>
ლიტერატურა	<p>Statistics Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm</a>. Accessed August 1, 2012.</p> <p>Klein R, Klein B. Vision Disorders in Diabetes. Diabetes In America. 2 ed. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; 1995;293-338.</p> <p>A Clear Vision: Solutions to Canada's Vision Loss Crisis. Toronto, Ontario: Canterbury Communications; 2004.</p> <p><a href="http://www.costofblindness.org/">http://www.costofblindness.org/</a>. Accessed August 27, 2012.</p> <p>Evidence Based Eye Care. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams &amp; Wilkins; 2007.</p>

Vu HTV, Keeffe JE, McCarty CA, Taylor HR. Impact of unilateral and bilateral vision loss on quality of life. [Report]. British Journal of Ophthalmology. March, 2005;89(3):360-363.

Cusick MM, Meleth ADB, Agron EM, et al. Associations of Mortality and Diabetes Complications in Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report no. 27. [Article]. Diabetes Care. March, 2005;28(3):617-625.

Tapp RJ, Shaw JEM, Harper CAM, et al. The Prevalence of and

Factors Associated With Diabetic Retinopathy in the Australian Population. [Article]. Diabetes Care. June, 2003;26(6):1731-1737.

Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association

2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and

Management of Diabetes in Canada. Canadian Journal of Diabetes.2008;32(Supplement 1) <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>



<b>ანტიდეპრესანტული მედიკამენტების გამოწერის მონიტორინგი</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)		
დეფინიციის აღწერა	18 წლის ან მეტი ასაკის დეპრესიით დაავადებული პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ უტარდებათ ანტი-დეპრესანტებით მკურნალობა	
გამოთვლის მეთოდი	რიცხველი (რეალური ოდენობა)	იმ პირთა რიცხვი, რომლებიც მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერს ანტი-დეპრესანტებით მკურნალობის მიზნით
		<p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>18 დან 29 წლამდე პირები, რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მეთვალყურეობის ქვეშ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებიდან ორი კვირის განმავლობაში</p> <p>30 წლის და მეტი ასაკის პირები, რომლებსაც ჰქონდათ განმეორებითი ვიზიტი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთან ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებიდან ოთხი კვირის განმავლობაში</p> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p>
	მნიშვნელი (სრული ოდენობა)	18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტები რომლებსაც აქვთ დეპრესია და რომლებმაც დაიწყეს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა ბოლო 12 თვის განმავლობაში პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მეთვალყურეობის ქვეშ.

		<p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლები/პაციენტები</li> <li>• პაციენტები ასაკი მინიმუმ 18 წლისაა</li> <li>• დეპრესიით დაავადებული პირები</li> <li>• პირები რომელთაც პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ჰქონდათ გამოწერილი ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა ბოლო 12 თვის განმავლობაში</li> </ul>
		<p><b>გამონაკლისები</b></p> <p>პირები რომელთაც პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ჰქონდათ გამოწერილი ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა 12-ზე მეტი თვის წინ</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები</p>	
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p>ეს ინდიკატორი მოიცავს მხოლოდ მკურნალობის დაწყებით კურსს და არ ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომლებსაც უტარდებათ ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ხანგრძლივი კურსი ( 12 თვეზე მეტი დროით)</p> <p><b>ტერმინთა განმარტებები</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტიარისპირი, რომელსაც პროვაიდერთან აქვს კონტაქტი ერთხელ მაინც ბოლო ერთი წლის განმავლობაში და რომელთანაც ურთიერთობა აქვს სულ მცირე ორი წლის განმავლობაში.</p> <p>ანტიდეპრესანტებიარის პრეპარატების ჯგუფი, რომელსაც იღებენ, დეპრესიით დაავადებული პირები. ანტიდეპრესანტების მოქმედების მექანიზმი უკავშირდება ნეიროტრანსმიტერების უკეთ ათვისებას ტვინის მიერ რაცსაჭიროა ტვინისნორმალურიფუნქციონირებისთვის</p>	

ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	<p>ფსიქოემოციური აშლილობა, მათ შორის დეპრესია, არის მოსახლეობაში ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დარღვევა, განსაკუთრებით დეპრესიული აშლილობა [2]. ფსიქოემოციური აშლილობა მნიშვნელოვან დისტრესს იწვევს, აზიანებს სოციალურ და პროფესიულ ფუნქციებს და ზრდის თვითმკვლელობის რისკს [2].</p> <p>კანადის მოსახლეობაში შეინიშნება ფსიქოემოციური აშლილობის ზრდა. უფრო მეტად გვხვდება ქალებში [3]. კვლევების მიხედვით, კანადელ მამაკაცთა 9.2% და კანადელ ქალთა 15.1% განიცდის დეპრესიას [4]. ამ დაავადებაზე განეული ხარჯებმა 2002 წელს შეადგინა 7.9 მილიარდი დოლარი [4].</p>
	<p>ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ცნობით, დეპრესიის მქონე პაციენტებში შეზღუდული შესაძლებლობის დონე უფრო მაღალია, ვიდრე სხვა ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებში (მათ შორის დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ართრიტი და ტკივილი ზურგში) [2].</p> <p>ანტიდეპრესანტული მედიკამენტები და ფსიქოთერაპია, ცალკე ან ერთად კომბინაციაში, ეფექტურია დეპრესიის მკურნალობის დროს, ხოლო გამწვავების ფაზაში აუცილებელია უწყვეტი მკურნალობა [5]. ანტიდეპრესანტების დანიშვნის შემდეგ რეკომენდირებულია უმეტეს პაციენტთა მეთვალყურეობა ორი კვირის შემდეგ და რეგულარულად შემდეგ ორ-ოთხი კვირის ინტერვალში პირველი სამი თვის განმავლობაში, შესაბამისი ვიზიტების შემდეგ [6]. ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის ქვეშ მყოფი პაციენტების მეთვალყურეობა მნიშვნელოვანია, რადგან ანტიდეპრესანტებით მკურნალობის დაწყებიდან რამოდენიმე ხნის შემდეგ ვიღებთ კლინიკურ ეფექტს, გარდა ამისა, დეპრესიით დაავადებულ პაციენტებში არსებობს თვითმკვლელობის რისკი [2, 6].</p> <p>კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტები ანტიდეპრესანტების დანიშვნის შემდეგ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მხრიდან საჭიროებენ უწყვეტ მეთვალყურეობას [7]</p>

<p>ლიტერატურა</p>	<p>Hauser J. Depression Medications: Antidepressants. Psych Central; 2012. <a href="http://psychcentral.com/lib/2007/depression-medicationsantidepressants">http://psychcentral.com/lib/2007/depression-medicationsantidepressants</a>. Accessed July 23, 2012.</p> <p>Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders.</p> <p>Can J Psychiatry. June, 2001;46 Suppl 1:5S-90S. PM:12371438.</p> <p>Mood Disorders, 2009. Health Fact Sheets. Statistics Canada; 2009. (82-625-XIE).</p> <p>Government of Canada. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada.</p>
	<p>2006. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf</a>. Accessed February 28, 2012. (HP5-19/2006E).</p> <p>Hermann R., Matke S., and the OECD Mental Health Care Panel.</p> <p>Selecting Indicators for Quality Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Technical Paper 17. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004.</p> <p>Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults. Update of NICE Clinical Guideline 23. National Institute for Health and Clinical Excellence.; October, 2009. <a href="http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf">http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf</a>. Accessed February 29, 2012.</p> <p>Katz A., De Coster C., Bogdanovic C., Soodeen R., and Chateau D. Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice. Winnipeg, MN: Manitoba Centre for Health Policy; 2004.</p>

#### 4. სრულყოფილი სამედიცინო მეთვალყურეობა (Comprehensiveness)

<b>პირველადი ჯანდაცვის სარვისების მიწოდების სავაჭარი (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</b>		
		პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების პროცენტული რაოდენობა, რომელიც ამჟამად უზრუნველყოფს მომსახურების ფართო სპექტრს
გამოთვლის მეთოდი	მრიცხველი <b>(რეალური ოდენობა)</b>	<p>ორგანიზაციის რაოდენობა, რომლებიც აწვდიან შემდეგ სერვისებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გადაუდებელი, მაგრამ ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის მართვა;</li> <li>• არაგადაუდებელი რუტინული სერვისები;</li> <li>• პრევენცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა განანათლების ამაღლება;</li> <li>• დედათა და ბავშვთა ზრუნვა;</li> <li>• პირველადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები;</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• სარეაბილიტაციო მომსახურება;</li> <li>• პალიატიური მოვლა</li> <li>• ჩამოთვლილიდან მინიმუმ ერთი სერვისის შეთავაზება:</li> <li>• ფსიქოსოციალური მომსახურება;</li> <li>• შინმოვლის სერვისები;</li> <li>• კვების საკონსულტაციო სერვისები;</li> <li>• ბინაზე ვიზიტები.</li> <li>• ჩართვის კრიტერიუმი</li> <li>• ორგანიზაცია ახორციელებს:</li> <li>• გადაუდებელი, მაგრამ ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის მართვას;</li> <li>• არაგადაუდებელ რუტინულ სერვისებს;</li> <li>• პრევენციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ან / და საგანმანათლებლო სერვისებს;</li> <li>• დედათა და ბავშვთა ზრუნვის სერვისებს;</li> <li>• პირველადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს;</li> <li>• სარეაბილიტაციო მომსახურებას;</li> <li>• პალიატიურ მოვლას</li> <li>• ორგანიზაცია ახორციელებს ჩამოთვლილიდან მინიმუმ ერთ სერვისს:</li> <li>• ფსიქოსოციალური მომსახურება;</li> <li>• შინმოვლის სერვისები;</li> </ul>

<p>მნიშვნელი (სრული ოდენობა)</p>	<p>კვების საკონსულტაციო სერვისები; ბინაზე ვიზიტები.</p> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია</li> </ul> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები: ორგანიზაციის კომპონენტი [1]</p>
<p>შენიშვნები</p>	<p><b>ტერმინთა განმარტებები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები მოიცავს ორგანიზაციებს, რომლებსაც ჰყავთ მინიმუმ ერთი ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკოსი ან ექთანი, ასევე ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები, რათა უზრუნველყონ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ფართო საზოგადოებისათვის.</li> <li>• პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს შემდეგ მომსახურებებს: [2]</li> <li>• პრევენცია და რუტინული ზრუნვა (მაგალითად, ზოგადი დაავადებები და დაზიანებები);</li> <li>• ჯანმრთელობის მცირე პრობლემებზე გადაუდებელ ზრუნვას;</li> <li>• მკურნალობის სხვა დონის სერვისებზე მიმართვებს (როგორცაა საავადმყოფოები და სპეციალისტები)</li> <li>• პირველადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა</li> <li>• პალიატიური მოვლა</li> <li>• ჯანმრთელობის ამაღლება</li> <li>• ბავშვზე ზრუნვა</li> <li>• დედათა პირველადი ზრუნვა</li> <li>• სარეაბილიტაციო მომსახურება</li> </ul>

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა ჩაითვალოს დადებით შედეგად.</p> <p><b>შემდგომი ანალიზი</b></p> <p>შესაძლებელია ამ ინდიკატორის ლიმიტირება ცალკეული ინდივიდუალური სერვისებისათვის</p>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება</b></p>	<p>კანადელთა უმრავლესობისათვის სამედიცინო მომსახურების პირველი საკონტაქტო პუნქტია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი. პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს რუტინულ ზრუნვას რეგულარულ პროვაიდერთან, ჯანმრთელობის მცირე პრობლემებზე ან შემთხვევებზე გადაუდებელ ზრუნვას, დედათა და ბავშვთა ზრუნვას, დაავადებათა პრევენციულ სერვისებს, კვებაზე კონსულტაციას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სერვისებს, პალიატიურ ზრუნვას [3, 4].</p> <p>ქრონიკული დაავადებების პრევენცია და მართვა ასევე პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციაა.</p> <p>კვლევამ აჩვენა, რომ პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა არის უკეთესი ჯანმრთელობის გარანტი და ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის ხარჯებს. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უწყვეტობა განაპირობებს ჯანმრთელობის დადებით შედეგებს [5].</p> <p>კანადის მოზრდილთა 86% და ხანდაზმულთა 93% რეგულარული სამედიცინო პროვაიდერთან იღებენ პირველად ჯანდაცვის მომსახურებას [6]. კანადელების დაახლოებით ერთი მესამედის ცნობით, გასულ წელს დასჭირდა რუტინული მიმდინარე ზრუნვა, ხოლო 29% ჰქონდა განეული ურგენტული დახმარება უმნიშვნელო ჯანმრთელობის პრობლემის გამო.</p>

	<p>კანადელთა 90% -ზე მეტი ადასტურებს რომ ისინი რეგულარული პროვაიდერისგან იღებენ სწორედ იმ სერვისს, რომელიც მათ ესაჭიროებათ [6].</p> <p>ამ ინდიკატორითფასდება პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების მიერ განეული სერვისები</p>
ლიტერატურა	<p>Canadian Institute for Health Information. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools.</p> <p><a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Updated 2011. Accessed September 5, 2012.</p> <p>Health Canada. About Primary Health Care. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php</a>. Updated 2012. Accessed September 11, 2012.</p> <p>Canadian Institute for Health Information. Experiences With Primary Health Care in Canada. Ottawa, Ontario: CIHI; 2009.</p> <p>Health Canada. Canada's Health Care System. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php</a>. Updated 2012. Accessed September 11, 2012.</p> <p>Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs].</p> <p>Healthcarepapers. 2007;8:Spec-45.</p> <p>6. Health Council of Canada. Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada. Toronto, Ontario: Health Council; 2008</p>



<b>ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციებთან თანამშრომლობითი სერვისები</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)		
<b>აღწერიითი დეფინიცია</b>		პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც ახორციელებენ სხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან ერთობლივად პაციენტების დაავადების მართვას
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი (რეაური ოდნობა)	<p>ორგანიზაციების რაოდენობა, რომლებიც შემდეგიდან მინიმუმ ერთთან ერთობლივად მართავენ პაციენტთა სერვისებს:</p> <p>სხვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. საავადმყოფოები;</p> <p>სამედიცინო სპეციალიზებული კლინიკები.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>ორგანიზაცია, რომელიც შემდეგიდან მინიმუმ ერთთან ერთობლივად მართავს პაციენტთა სერვისებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სხვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებთან.</li> <li>• საავადმყოფოებთან;</li> <li>• სამედიცინო სპეციალიზებული კლინიკებთან.</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	მნიშვნელი (სრული ოდნობა)	<p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია</p> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <p>არცერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>		კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები: ორგანიზაციის კომპონენტი [1]

<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინთა განმარტებები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები მოიცავს ორგანიზაციებს, რომლებსაც ჰყავთ მინიმუმ ერთი ოჯახის ექიმი, ოჯახის ექიმი ან ექთანი, ასევე ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტები, რათა უზრუნველყონ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები ფართო საზოგადოებისათვის.</li> </ul> <p>პაციენტთა მართვა მოიცავს როგორც ფორმალურ, ისე არაფორმალურ ღონისძიებებს პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და ჯანდაცვის სხვაორგანიზაციებს შორის, მათ შორის პირველად ჯანდაცვის სხვა კლინიკებთან, საავადმყოფოებთან და სამედიცინო სპეციალიზებულ კლინიკებთან</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>აღნიშნული ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი მოწმობს დადებით შედეგზე</p> <p><b>დამატებითი ანალიზი</b></p> <p>ეს ინდიკატორი შეიძლება მოდიფიცირდეს სხვადასხვა სახის ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან თანამშრომლობითი სერვისების შესაფასებლად (მაგ., პირველადი ჯანდაცვის კლინიკა, საავადმყოფო ან სპეციალიზებული კლინიკა) ცალ-ცალკე.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ეს ინდიკატორი შეიძლება მოდიფიცირდეს ჯანდაცვის სხვა ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის შესაფასებლად, რაც მოიცავს შემდეგს: <ul style="list-style-type: none"> <li>შემოთავაზებული სერვისების დაგეგმვა (მაგალითად, ექიმი გამოძახებით);</li> <li>ტექნიკური მომსახურების შეფასება (მაგალითად, რადიოლოგია);</li> <li>რესურსების გაცვლა;</li> <li>ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებზე ან კლინიკაში მყოფ პაციენტებზე ხანგრძლივი დაკვირვება.</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება</b></p>	<p>2000 წელს კანადაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესების მიზნით პირველადი ჯანდაცვის ფონდი შეიქმნა [2]. განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მართვის სრულყოფას, ინტერდისციპლინარულ თანამშრომლობას.</p> <p>ერთობლივი სერვისების განსახორციელებლად პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი ადგენს ფორმალურ სამუშაო ურთიერთობას ერთ ან მეტ პროვაიდერთან, რაც ითვალისწინებს გამოცდილების გაზიარებას და ინფორმაციების გაცვლას [3]. კვლევები ადასტურებენ, რომ ინტერდისციპლინული მართვა აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის განვითარებისათვის [4].</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები დიდი ინტერესით ჩაერთვნენ ერთობლივი სერვისების პროექტებში [5]. კანადელების უმეტესობა მიიჩნევს, რომ მათი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები კარგად თანამშრომლობენ ჯანდაცვის სისტემის სხვა პროფესიონალებთან [6]. პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში კოლაბორაციული თანამშრომლობა მნიშვნელოვანია პაციენტებისა და პროვაიდერებისთვის, განსაკუთრებით უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების დროს [7,8]. ინდიკატორით შესაძლებელია შეფასდეს ინტერდისციპლინარული მომსახურების დონე.</p>
<p><b>ლიტერატურა</b></p>	<p>Canadian Institute for Health Information. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Updated 2011. Accessed September 5, 2012.</p>

Health Canada. Primary Health Care Transition Fund.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>. Updated 2007. Accessed September 6, 2012.

Macfarlane D. Current State of Collaborative Mental Health Care.

Mississauga, Ontario: Collaborative Mental Health Initiative; 2005.

Health Canada. Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_E/0027?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_E/0027?OpenDocument). Updated 2006. Accessed September 6, 2012.

Wilson DR, Moores DG, Lyons SCW, Cave AJ, Donoff MG. Family physicians' interest and involvement in interdisciplinary collaborative practice in Alberta, Canada. [References]. Primary Health Care Research and Development. July, 2005;(3):224-231.

Health Council of Canada. Canadian Survey of Experiences With

Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada. Toronto, Ontario: Health Council; 2008.

Deber R. and Baumann A. Barriers and Facilitators to Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. Ottawa, Ontario: The Conference Board of Canada; 2005.

Nolte J. Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada. Ottawa, Ontario: The Conference Board of Canada; 2005.

<p>ამგულატორიული სერვისების ჰოსპიტალიზაციის მანქანები, სადაც სათანადოდ ჩატარებულ ამგულატორიულ მომსახურებას შეესაბამება თავიდან აცილებინა ან შეემცირობინა საავადმყოფოში მიმართვის აუცილებლობა</p> <p><b>(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</b></p>	
<p><b>აღწერითი დეფინიცია</b></p>	<p>მწვავე სამედიცინო მომსახურების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე, სადაც სათანადოდ ჩატარებულმა ამგულატორიულმა მომსახურებამ შესაძლოა თავიდან აეცილებინა ან შეემცირობინასავადმყოფოში მიმართვის აუცილებლობა.</p>
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p>მრიცხველი (რეალური ოდენობა)</p> <p>გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ჰოსპიტალიზაციების რაოდენობა, სადაც სათანადოდ ჩატარებულ ამგულატორიულ მომსახურებას შესაძლოა თავიდან აეცილებინა ან შეემცირობინა საავადმყოფოში მიმართვის აუცილებლობა.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირთა მიმართვა საავადმყოფოში გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებაზე ჩამოთვლილიდან ერთერთი შესაძლო დიაგნოზით:</li> <li>დიდი ეპილეფსიური გულყრა, სხვაეპილეფსიური გულყრები</li> <li>ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება</li> <li>ასთმა</li> <li>გულის უკმარისობა და ფილტვის შეშუპება</li> <li>ჰიპერტენზია</li> <li>სტენოკარდია</li> <li>დიაბეტი</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირი გარდაიცვალა საავადმყოფოდან განურამდე</li> <li>სავადმყოფოში რეგისტრაცია როგორც მკვდრადმოხილი ან ახალმოხილი</li> </ul>

	<p>მნიშვნელი <b>(სრული ოდენობა)</b></p>	<p>75 წლამდე და ქვემოთ ასაკის მოსახლეობა, 100000 მოსახლეზე</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 წლის ქვემოთ მყოფი პირი</li> </ul> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>განერილ პაციენტთა მონაცემთა ბაზა</p>	
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინთა განმარტებები</b></p> <p>მოიცავს შემდეგ მდგომარეობებს: დიდი გულყრები და სხვა ეპილეფსიური კრუნჩხვები, ქრონიკული ობსტრუქციული ფილტვის დაავადება, ასთმა, გულისუკმარისობა, ფილტვის შეშუპება, ჰიპერტენზია, სტენოკარდია, დიაბეტი</p>	
<p>ინტერპრეტაცია</p>	<p>აღნიშნული ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი მომობს დადებით შედეგზე</p>	
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება</b></p>	<p>მწვავე სამედიცინო დახმარების ჰოსპიტალიზაცია, სადაც სათანადოდ ჩატარებულ ამბულატორიულ მომსახურებას შესაძლოა თავიდან აეცილებინა ან შეემცირებინა საავადმყოფოში მიმართვის აუცილებლობა, გულისხმობს ქრონიკულ დაავადებებს, რომელთა ეფექტური მკურნალობა შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ.[4, 6, 7].</p> <p>კვლევის მიხედვით, კანადაში განხორციელდა 12-დან 74 წლამდე 4.2 მილიონი ადამიანის ჰოსპიტალიზებულ, სადაც სათანადოდ ჩატარებულ ამბულატორიულ მომსახურებას შესაძლოა თავიდან აეცილებინა ან შეემცირებინა საავადმყოფოში მიმართვის აუცილებლობა, მათ შორის დაახლოებით 46% - ჰიპერტენზია, 43% - გულისდაავადება, 36% - დიაბეტი, 30% - ასთმა და 16% - ქრონიკული ობსტრუქციული ფილტვის დაავადება [7].</p>	

ლიტერატურა

1. Canadian Institute for Health Information. Discharge Abstract Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata).
2. Canadian Institute for Health Information. Hospital Morbidity Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services\\_hmdb](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb).
3. Canadian Institute for Health Information. Indicator Definitions: Health System Performance. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic\\_def\\_health\\_system\\_12](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic_def_health_system_12). Accessed August 30, 2012.
4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L.  
Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-173. PM:8509018.
5. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*. 1996;15(3): 239-249. M:8854530.
6. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Services Research*. 2008;8:42.
7. Sanmartin C., Khanand S., and the LHAD research team. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The Factors That Matter. Statistics Canada: 2011.  
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf>.

<b>ასთმიანი პაციენტების მიმართვა გადაუდებელ დეპარტამენტში</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)		
აღწერიითი განმარტება	ნ-დან 55 წლამდე ასაკის ასთმიანი პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებაც გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტებს მიმართეს ასთმის სამკურნალოდ	
გამოთვლის მეთოდი	მრიცხველი (რეალური ოდენობა)	<p>ნ-დან 55 წლამდე ასაკის ასთმიანი პაციენტები, რომლებმაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს მიმართეს ასთმის სამკურნალოდ.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ნ-დან 55 წლამდე ასაკის პირები;</li> <li>• პირები, რომლებმაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტებს მიმართეს ასთმის სამკურნალოდ.</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	მნიშვნელი	<p>ნ-დან 55 წლამდე ასაკის რესპონდენტების რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ასთმა</p> <p>ჩართვის კრიტერიუმი</p> <p>ნ-დან 55 წლამდე ასაკის პირები;</p> <p>პირები რომელთაც აქვთ ასთმა</p> <p>გამონაკლისები</p> <p>არცერთი</p>
მონაცემთა წყარო	კანადის ეროვნული ამბულატორიული მომსახურების ანგარიშგების მონაცემთა ბაზა [1]	
შენიშვნები	არ აღინიშნება	



ინტერპრეტაცია	აღნიშნული ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი მოწმობს დადებით შედეგზე
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	<p>ბრონქული ასთმა სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთები თიდაავადებაა, რომელიც ხასიათდება მსტიკინავი სუნთქვის, სულსუთვის, გულმკერდის შეზოჭილობისა და ხველის მორეციდივე ეპიზოდებით. სიმპტომები განსაკუთრებით ხშირად ვლინდება ღამით და/ან ადრედილით. ასთმის გამოვლინება დაკავშირებულია ბრონქებშიჰაერის ნაკადის შეზღუდვასთან.</p> <p>ბევრ შემთხვევაში დაავადებაზე კონტროლით და ეფექტური მკურნალობით შესაძლებელია მისი მართვა, რომელშიც დიდი წვლილი მიუძღვის პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებს.</p> <p>კანადის ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით 2011 წელს ბრონქული ასთმით დაავადებულთა რაოდენობა შეადგენდა 8,6 პროცენტს. კანადაში ბავშთა 8 პროცენტის ჰოსპიტალიზაციის მთავარი მიზეზი ბრონქული ასთმის შეტევებია. 1998-2001 წლებში დაახლოებით 80,000 კანადელი ასთმის შეტევების გამო იქნა ჰოსპიტალიზირებული, რეციდივები შედარებით ხშირია.</p> <p>ამ ინდიკატორის მიზანია ასთმის სიმძიმისა და დაავადების უარყოფითი მოვლენების მონიტორინგი.</p>
ლიტერატურა	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Canadian Institute for Health Information. National Ambulatory Care Reporting System. <a href="http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services_nacrs">http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services_nacrs</a>. Accessed August 1, 2012.</li> <li>2. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>. Accessed August 1, 2012.</li> <li>3. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). 2006. <a href="http://www.ginasthma.org">www.ginasthma.org</a>.</li> </ol>

4. Chen Y., Johansen H, Thillaiampalam S., and Sambell C. Asthma. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2005. (Health Reports, Vol. 16, No. 2, 82-003-XIE).
5. Statistics Canada. Table 105-0501 - Health indicator profile, annual estimates, by age group and sex, Canada, provinces, territories, health regions (2011 boundaries) and peer groups. Updated 2012. Accessed August 31, 2012. CANSIM (database).
6. Public Health Agency of Canada. Life and Breath: Respiratory Disease in Canada. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada; 2007.
7. Steer P., Spier S., To T., and Vande Wetering S. Asthma Health Indicators: In Establishing Child and Youth Health Indicators Workshop "Part Deux". Montreal, Quebec: Canadian Association of Paediatric Health Centres; 2004.

<b>სისხლის წნევის კონტროლი ჰიპერტენული დაავადების დროს (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</b>	
დეფინიციის აღწერა	20 წლის და მეტი ასაკის პაციენტების პროცენტული რაოდენობა, რომლებსაც მინიმუმ ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაუდგინდათ ჰიპერტენული დაავადება, და რომლებიც მუდმივად ახორციელებენ არტერიული წნევის კონტროლს.
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p>მრიცხველი (რეალური ოდენობა)</p> <p>აღრიცხული პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც მუდმივად ახორციელებენ არტერიული წნევის კონტროლს.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პირი არის აღრიცხული სიიდან</p> <p>პაციენტი დიაბეტით არ არის დაავადებული, მაგრამ აქვს ჩამოთვლილიდან მინიმუმ ერთ-ერთი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არტერიული წნევის ბოლო გაზომვის მაჩვენებელი 140/90-ზე ნაკლებია.</li> <li>• თუ არ აღინიშნება არტერიული წნევის მომატება, პირს აქვს კარგად კონტროლირებადი არტერიული წნევა</li> <li>• პაციენტს აქვს დიაბეტი და აქვს მინიმუმ ერთ-ერთი მაინც:</li> <li>• არტერიული წნევის ბოლო მაჩვენებელი 130/80-ზე ნაკლებია</li> <li>• თუ არ აღინიშნება არტერიული წნევის მომატება, პირს აქვს კარგად კონტროლირებადი არტერიული წნევა</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
მნიშვნელი	<p>20 წლის და მეტი ასაკის რესპოდენტთა რაოდენობა, რომლებსაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაუდგინდათ ჰიპერტონული დაავადება</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 წლის და მეტი ასაკის პირები</li> <li>• ინდივიდს აქვს ჰიპერტენზიის დიაგნოზი მინიმუმ 12 თვის განმავლობაში</li> </ul> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>

მონაცემთა წყარო	კანადის ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანების კვლევა [1]
შენიშვნები	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პირები, რომლებსაც არ აქვთ დიაბეტი: სისხლის წნევის გაზომვის კონტროლი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთან ბოლო ვიზიტისას 140/90 მმ-ზე ნაკლებია.</li> <li>• დიაბეტის მქონე პაციენტები: სისხლის წნევის გაზომვის კონტროლი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის ბოლო ვიზიტისას 130/80 მმ-ზე ნაკლებია</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	აღნიშნული ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი მოწმობს დადებით შედეგზე
ინდიკატორის დასაბუთება	ჰიპერტენზია არის გულის, ცერებროვასკულური და სხვა სისხლძარღვთა დაავადებების გამომწვევი რისკის ფაქტორი [3-7]. ასევე არის შეზღუდული შესაძლებლობის მნიშვნელოვანი მიზეზი და ითვლება სიკვდილის ძირითადი რისკის ფაქტორად მსოფლიოში; დაახლ. 7.5 მილიონი ადამიანი იღუპება ამ დაავადებით წელიწადში [8].
	კვლევებით დადგინდა რომ კანადელი მოზარდების 19%-ს აქვს ჰიპერტენზია [9]. მიუხედავად დიაგნოსტიკების და მკურნალობის გაუმჯობესებისა, ქვეყანაში დაავადებულ მოზრდილთა 34% ვერ ახდენს მდგომარეობის კონტროლს [9].
	ჰიპერტენზიის მკურნალობა შესაძლოა განხორციელდეს არამედიკამენტოზური და მედიკამენტოზური მეთოდებით. არაფარმაკოლოგიურ მკურნალობას მიეკუთვნება: ა) წონაში კლება, საკვებში ცხიმებისა და ნახშირწყლების შემცირება; ბ) სუფრის მარილის გამოყენების შეზღუდვა გ) კურორტული მკურნალობა, ფიზოთერაპიისა და სამკურნალო ფიზკულტურის მეთოდები; დ) ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება. ფარმაკოლოგიური მეთოდები ეფექტურია დაავადების პირველ სტადიაში [2, 10]. ფარმაკოლოგიური მკურნალობა ემყარება ე. წ.

<p>ლიტერატურა</p>	<p>საფეხუროვან პრინციპს, რომელიც ითვალისწინებს წამლების დანიშვნას გარკვეული თანამიმდევრობით. მნიშვნელოვანია ასევე პაციენტთა ხშირი კონტაქტი პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებასთან.</p> <p>გულის კორონარული დაავადების წარმოქმნის რისკი მამაკაცების დაახლოებით ერთი მესამედში და ქალების ნახევარზე მეტში შეიძლება შევამციროთ არტერიული წნევის ეფექტურად კონტროლით [11].</p> <p>ძალიან მნიშვნელოვანი როლი უკავია პირველადი ჯანდაცვის დანესებულებებს ჰიპერტონული დაავადების მქონე პაციენტების მკურნალობის პროცესში.</p>
	<p>Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. <i>Hypertension</i>. November, 2007;50(5):869-876. PM:17893376.</p> <p>Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. <i>Circulation</i>. December 10, 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.</p> <p>World Health Organization. <i>Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks</i>. Geneva: World Health Organization Press; 2009.</p> <p>Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. <i>Blood Pressure in Canadian Adults</i>. Ottawa, ON: Statistics Canada; March, 2010. <a href="http://www.statcan.gc.ca/healthreports">http://www.statcan.gc.ca/healthreports</a>. Accessed July 26, 2012. (82-003-XPE).</p> <p>Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. <i>Fam Pract</i>. April, 1997;14(2):160-176. PM:9137956.</p> <p>Wong ND, Thakral G, Franklin SS, et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive subtype, stage, age, and sex. <i>Am Heart J</i>. May, 2003;145(5):888-895. PM:12766749.</p>

<b>დიაგნოზის გართულება</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	50-დან 74 წლამდე ასაკის დიაბეტით დაავადებული პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთაც აქვთ მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტი, ჩაუტარდათ მუხლზედა ან მუხლსქვედა ამპუტაცია ან დაეწყოთ ქრონიკული დიალიზი
<b>გამოვლის მეთოდი</b>	მრიცხველი (რალური ოდენობა)
	50-დან 74 წლამდე ასაკის დიაბეტით დაავადებული პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც აქვთ მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტი, ჩაუტარდათ მუხლზედა ან მუხლსქვედა ამპუტაცია ან დაეწყოთ ქრონიკული დიალიზი ბოლო 12 თვის განმავლობაში.
	<p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პირისასაკი 50-დან 74 წლამდეა</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირს აქვს შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი</li> <li>• ინდივიდს ჰქონდა ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩამოთვლილიდან ერთი ან რამოდენიმე: <ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტი</li> <li>• ქვემო კიდურის ამპუტაცია</li> <li>• ქრონიკული დიალიზი</li> </ul> </li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<p>მნიშვნელი</p> <p>50 დან 74 წლამდე დიაბეტით დაავადებულთა რიცხვი</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 დან 74 წლის ასაკის პირები</li> <li>• დიაბეტით დაავადებული პირები</li> </ul> <p><b>გამონაკლისები</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	მონაცემთა ბაზები [1]
<b>შენიშვნები</b>	არ აღინიშნება

ინტერპრეტაცია	აღნიშნული ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი მოწმობს დადებით შედეგზე
<b>ინდიკატორის დასაბუთება</b>	შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პირები ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკის ქვეშ არიან. დიაბეტი მნიშვნელოვნად ზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკს და დიაბეტის მქონე პაციენტებს ორჯერ მეტად აღენიშნებათ იგი, ვიდრე სხვა პაციენტებს [4]. დიაბეტით დაავადებულ პირებში კარდიოვასკულური დაავადება ყველაზე ხშირი გართულებაა კანადაში და სიკვდილის ყველაზე ხშირი მიზეზიც.
	<p>დიაბეტმა შეიძლება გამოიწვიოს არტერიების შევიწროება (ათეროსკლეროზი), რაც თავის მხრივ იწვევს მწვავე მიოკარდიუმის ინფარქტს [5, 6]. დიაბეტი მნიშვნელოვნად ზრდის თირკმლის დაავადების რისკს (ნეფროპათია). დიაბეტი თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის ბოლო სტადიის უმთავრესი გამომწვევი მიზეზია.</p> <p>დიაბეტი არის პერიფერიული ნეიროპათიის ყველაზე ხშირი მიზეზი და მნიშვნელოვნად ზრდის ამპუტაციის რისკს; კვლევები ადასტურებენ, რომ დიაბეტის მქონე პირებში გართულებები შეიძლება თავიდან იქნას აცილებული სისხლში შაქრის, სისხლის ლიპიდების და სისხლის წნევის კონტროლით. პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი ზოგჯერ მუშაობს ინტერდისციპლინარულ გუნდთან ერთად, რათა უზრუნველყონ დიაბეტით მქონე პაციენტების შესაბამისი განათლება, დაავადების მიმდინარეობის მართვა</p>
ლიტერატურა	<p>Canadian Institute for Health Information. Discharge Abstract Database. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata</a>.</p> <p>Canadian Institute for Health Information. Hospital Morbidity Database. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb</a>.</p> <p>Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>.</p>

	<p>Booth GL, Kapral MK, Fung K, Tu JV. Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: a population-based retrospective cohort study. <i>Lancet</i>. July 1, 2006;368(9529):29-36.</p> <p>5. Graham M., Norris C., Majumdar S. R., and Johnson J. A. Acute Coronary Syndrome and Diabetes: In Alberta Diabetes Atlas 2007. Institute of Health Economics; 2007. <a href="http://www.ihe.ca/documents/Alberta_Diabetes_Atlas_2007.pdf">www.ihe.ca/documents/Alberta_Diabetes_Atlas_2007.pdf</a>.</p>
	<p>6. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. <i>N Engl J Med</i>. 1998;339(4):229-234.</p> <p>7. Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective. 2011. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffreseng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffreseng.pdf</a></p> <p>8. Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. <i>Canadian Journal of Diabetes</i>. 2008;32(Supplement 1) <a href="http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf">http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf</a></p> <p>9. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., and Laupacis A. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. <a href="http://www.ices.on.ca/file/D">http://www.ices.on.ca/file/D</a></p>



<b>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა</b> <i>(ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)</i>	
აღწერიითი დეფინიცია	პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ყოველი პაციენტის უკანასკნელი თვის განმავლობაში ვიზიტის დროს ჰქონდათ ძირითადი დემოგრაფიული და კლინიკური ინფორმაცია
გამოთვლის მეთოდი	<b>მრიცხველი</b> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ყოველი პაციენტის უკანასკნელი თვის განმავლობაში ვიზიტის დროს ჰქონდათ ძირითადი დემოგრაფიული და კლინიკური ინფორმაცია</p>
	<b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის მნიშვნელში,</li> <li>• ინდივიდს აქვს ძირითადი დემოგრაფიული და კლინიკური ინფორმაცია პაციენტის დანიშნული ვიზიტის დროს უკანასკნელი თვის განმავლობაში</li> </ul> <b>გამონაკლისი</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<b>მნიშვნელი</b> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერ რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პჯდ პროვიდერი</li> </ul> <b>გამონაკლისი</b> <p>არცერთი</p>
მონაცემთა წყარო	კანადის პრაქტიკაზე-დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტი: პროვაიდერის კომპონენტი
შენიშვნა	<b>ტერმინის დეფინიცია</b> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტის დემოგრაფიულ და კლინიკურ ინფორმაციაზე სრული ინფორმაცია არის აუცილებელი რაც ვიზიტისთვის არის საჭირო</p>

ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შეიძლება ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი
ინდიკატორის ახსნა	<p>კვლევები ადასტურებენ, რომ პირველადი ჯანდაცვის ზრუნვის უწყვეტობა აუმჯობესებს ჯანმრთელობის სტატუსს და შედეგად მოაქვს ქრონიკური დაავადებების უკეთესი გამოსავლები. ზრუნვის უწყვეტობა ასევე ასოცირებულია უკეთეს მკურნალობასთან და პრევენტიულ ზრუნვასთან, არაიდენტიფიცირებული სიმპტომების გამოვლენასთან, გაუმჯობესებულ იმუნიზაციის ინდექსთან, პაციენტის კმაყოფილების გაუმჯობესებასთან და ხარჯების შემცირებასთან.</p> <p>ზრუნვის უწყვეტობა გულისხმობს პაციენტის ურთიერთობას იგივე პროვაიდერთან დროთა განმავლობაში.</p>

<b>ეჭიშტა ანაზღაურაზის მეთოდი</b> (ინდიკატორის კლასტერი: პოლიტიკა)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	ოჯახის ეჭიშტა პროცენტი, რომელთა დაფინანსების ძირითადი მეთოდებია: სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით; ფქსირებული ხელფასი; პაციენტების რაოდენობის მიხედვით (კაპიტაცია); შერეული სისტემა
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b> მრიცხველიში ინდივიდთა რაოდენობა, რომელთა პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი, ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიღებულია შემდეგი გადახდის სისტემით: <ul style="list-style-type: none"> <li>• სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება;</li> <li>• ფიქსირებული ხელფასი;</li> <li>• პაციენტების რაოდენობის მიხედვით (კაპიტაცია);</li> <li>• შერეული სისტემა</li> </ul>
	<b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით დაფინანსების გამოსათვლელად;</li> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი ბოლო 12 თვეში, მიღებული აქვს სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით.</li> </ul> <b>ფიქსირებული ხელფასის გამოსათვლელად:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს მისი პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი ბოლო 12 თვეში, მიღებული აქვს ფიქსირებული ხელფასის სახით.</li> </ul> <b>პაციენტების რაოდენობის მიხედვით (კაპიტაცია) გამოსათვლელად</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს მისი პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი ბოლო 12 თვეში მიღებული აქვს კაპიტაციის სახით</li> </ul> <b>შერეული სისტემის გამოსათვლელად</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს აქვს სულ მცირე ერთ-ერთი შემდეგიდან: მისი პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი, ბოლო 12 თვეში, მიღებული აქვს სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით და კაპიტაციების რაოდენობის მიხედვით;</li> </ul>

	<p>მისი პროფესიული შემოსავლების 50%-ზე მეტი, ბოლო 12 თვეში, მიღებული აქვს საერთო სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით და ფიქსირებული ხელფასით.</p> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b> პჯდ ექიმთა რაოდენობა, რომლებიც აწვდიან სამედიცინო მომსახურებას</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> ინდივიდი არის ოჯახის ექიმი ან ზოგადი პროფილის ექიმი ინდივიდი პაციენტს აწვდის სამედიცინო მომსახურებას</p> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p> <p><b>შენიშვნა</b></p>	<p>ეროვნული ექიმთა კვლევა (National Physician Survey)</p> <p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ტერმინი „ძირითადი“ გულისხმობს 50%-ზე მეტ წლიურ შემოსავალს ოთხიდან ერთ-ერთი გადახდის სისტემით</li> <li>• სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება: რესპოდენტის შემოსავლების 50%-ზე მეტი მოდის სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით. სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება არის მინოდებული სერვისის თითოეული კომპონენტის ანაზღაურება მას შემდეგ, რაც მომსახურება უკვე მიწოდებულია.</li> <li>• ფიქსირებული ხელფასი: რესპოდენტის შემოსავლების 50%-ზე მეტი მოდის ფიქსირებული ხელფასიდან. ფიქსირებული ხელფასი არის თვიური/ ან წლიური ფიქსირებული ხელფასი გადახდილი პჯდ პროვიდერისთვის, რათა მან იმუშაოს გარკვეული რაოდენობის საათების განმავლობაში კვირის მანძილზე წლიურად.</li> <li>• პაციენტების რაოდენობის მიხედვით – რესპოდენტის შემოსავლების 50%-ზე მეტი მოდის პაციენტების რაოდენობის მიხედვით. კაპიტაცია არის პერ კაპიტა გადახდის სისტემა, როდესაც ექიმები ანაზღაურდებიან ყოველი ჩართული პაციენტის გამო, მიუხედავად განუვლი სერვისების რაოდენობისა.</li> <li>• შერეული სისტემა: არის კომბინაცია სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით და კაპიტაციით ან სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით და ფიქსირებული ხელფასით ერთ პჯდ პროვიდერზე.</li> </ul>

	შერეული სისტემა არის მაშინ როდესაც არც ერთი გადახდის მეთოდი არ იძლევა 50%-ზე
	მეტ შემოსავალს, და რესპოდენტი გვაძლევს ანგარიშს, რომ მისი სრული შემოსავლების 50%-ზე მეტი მოდის სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით და კაპიტაციით შემოსავლების ჯამით ან რომ მისი შემოსავლების 50%-ზე მეტი მოდის სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით და ხელფასის ერთობლიობით.
<b>ინტერპრეტაცია</b>	ეს არის კონტექსტუალური საზომი, რომელიც ეხმარება სხვა პჯდ ინდიკატორებს და კვლევის კითხვებს
<b>ინდიკატორის ახსნა</b>	კანადის ექიმთა უმეტესობა მუშაობს სერვისების ანუ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებით, თუმცა სხვა გადახდის ფორმებიც უფრო და უფრო გამოიყენება, მათ შორის ფიქსირებული ხელფასი, კაპიტაცია და შერეული დაფინანსება. 2007 წლის კვლევის მიხედვით, ოჯახის ექიმთა დაახლოებით ნახევრის დაფინანსება ხდებოდა სერვისების მიხედვით, ხოლო მესამედის – შერეული გადახდის მეთოდით. კვლევები ადასტურებენ, რომ გადახდის მეთოდი პროვაიდერის ქცევაზე ზეგავლენას ახდენს. პაციენტიდ პერ-კაპიტა დაფინანსებას უკეთესი შედეგები აქვს ჰიპერტენზიული პაციენტებისთვის.

<p>პვედ-ის მიერ სერვისების/პროგრამების დაბეგმვა ეფუძნება მოსახლეობის საჭიროებებს</p> <p><b>(ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)</b></p>	
<p>აღწერიითი დეფინიცია</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციათა პროცენტი, რომლებიც გასაწევი სერვისების/პროგრამების დასაგეგმად იყენებენ ინფორმაციას მათ მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საჭიროებების შესახებ.</p>
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციათა პროცენტი, რომლებიც გასაწევი სერვისების/პროგრამების დასაგეგმად იყენებენ ინფორმაციას მათ მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საჭიროებების შესახებ ბოლო 12 თვის განმავლობაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ორგანიზაცია დენომინატორში</li> <li>• ორგანიზაცია იყენებს მათი პრაქტიკის არეალის პოპულაციის შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციას, რათა რესურსების შესაბამისი განაწილება მოახდინონ პროგრამებსა და სერვისებში ბოლო 12 თვის განმავლობაში</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>პვედ ორგანიზაციის რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>კანადის პრაქტიკაზე – დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაცვის კვლევის ინსტრუმენტები: ორგანიზაციული კომპონენტი</p>
<p><b>შენიშვნა</b></p>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია მოიცავს სულ მცირე ერთი ოჯახის ექიმს, ზოგადი პრაქტიკის ექიმს ან ექთან-პრატიკოსს, ვისაც ურთიერთობა აქვს ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან, რათა ფართო პოპულაციას პვედ სერვისები მიანდოს</li> </ul>

ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შეიძლება ჩაითვალოს როგორც პოზიტიური შედეგი
<b>ინდიკატორის ახსნა</b>	<p>პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში საჭიროებებზე დაფუძნებული დაგეგმვა ითვალისწინებს პჯდ-ს პრაქტიკის არეალში მოსახლეობის ისეთ მახასიათებლებს, როგორცაა გენდერი, ასაკი, სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა, ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ეს დემოგრაფიული და ეპიდემიოლოგიური მონაცემები შეიძლება მოენმაროს პჯდ ორგანიზაციებს, რომ შეფასდეს მათი პოპულაციის ჯანდაცვის საჭიროებები და სერვისები შესაბამისად დაიგეგმოს. კვლევები ადასტურებს, როცა მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებები სწორედ არ არის განსაზღვრული, მაშინ იქმნება საშიშროება, რომ ჯანდაცვის სამსახურები დაეფუძნება პერცეფციებს/დაშვებებს და არა მიმდინარე საჭიროებებს.</p> <p>აღნიშნულის მიზანია მოსახლეობისათვის პჯდ-ის სრულყოფილი სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობა. ამ ინდიკატორით ფასდება, თუ რა მოცულობით იყენებენ პჯდ ორგანიზაციები საჭიროებაზე დაფუძნებულ დაგეგმვას რესურსების განაწილებისთვის</p>

<b>ჭარბი წონა და სიმსუქნა</b>	
<b>(ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)</b>	
აღწერიითი დეფინიცია	12 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის პროცენტი, ვინაც ამჟამად აქვს ჭარბი წონა ან სიმსუქნე
გამოთვლის მეთოდი	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b> ინდივიდთა რაოდენობა დენომინატორში, რომელთაც სხეულის მასის ინდექსი (BMI) შეესაბამება ჭარბ წონას ან სიმსუქნეს.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს აქვს სხეულის მასის ინდექსი (BMI) შეესაბამება ჭარბ წონას ან სიმსუქნეს.</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b> 12 წლის და მეტი ასაკის რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> რესპოდენტის ასაკი არის მინიმუმ 12 წელი</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• რესპოდენტი არის ფეხმძიმედ</li> <li>• ინდივიდები, ვინც არის 18 წლისდა ზემოთდა სიმაღლე 0.914 მ-ზე დაბალია</li> <li>• ინდივიდები, ვინც არის 18 წლისდა ზემოთდა სიმაღლე 2.108 მეტრზე მაღალია</li> </ul>
მონაცემთა წყარო	კანადის სათემო ჯანმრთელობის კვლევა
შენიშვნა	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სხეულის მასის ინდექსი (BMI) გამოითვლება სხეულის წონის – კილოგრამებში – შეფარდებით მის სიმაღლის კვადრატთან – მეტრებში</li> <li>• 18 წლის და ზემოთ ასაკის ინდივიდებისთვის BMI-ის ჭარბი წონის ინდექსი არის 25.0- 29.9 კგ/მ<sup>2</sup>. 18 წლამდე ინდივიდებისთვის, ჭარბი წონის რანჟი გამოითვლება საერთაშორისო ცუტ-ოფფ ქულებით.</li> <li>• 18 წლის და ზემოთ ასაკის ინდივიდებისთვის BMI-ის სიმსუქნის ინდექსი მეტია 30 კგ/მ<sup>2</sup>. 18 წლამდე ინდივიდებისთვის, სიმსუქნე გამოითვლება საერთაშორისო ცუტ-ოფფ ქულებით</li> </ul>



	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სხეულის მასის ინდექსი (BMI) გამოითვლება სხეულის წონის – კილოგრამებში – შეფარდებით მის სიმაღლის კვადრატთან – მეტრებში</li> <li>• 18 წლის და ზემოთ ასაკის ინდივიდებისთვის BMI-ის ჭარბი წონის ინდექსი არის 25.0- 29.9 კგ/მ2. 18 წლამდე ინდივიდებისთვის, ჭარბი წონის რანჟი გამოითვლება საერთაშორისო ცუტ-ოფფ ქულებით.</li> <li>• 18 წლის და ზემოთ ასაკის ინდივიდებისთვის BMI-ის სიმსუქნის ინდექსი მეტია 30 კგ/მ2. 18 წლამდე ინდივიდებისთვის, სიმსუქნე გამოითვლება საერთაშორისო ცუტ-ოფფ ქულებით</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	<p>ინდიკატორის დაბალი ინდექსი შეიძლება ინტერპრეტირებულ იქნეს, როგორც პოზიტიური შედეგი. ეს ინდიკატორი შესაძლოა შეზღუდულ იქნას ასაკის მიხედვით – მოზრდილები 18 წლის და ზემოთ და ბავშვები – 12-17, შემდგომი დიფერენცირებისთვის ეს ინდიკატორი შესაძლოა მოდიფიცირდეს ჭარბი წონის და სიმსუქნის ინდექსების ცალ-ცალკე გასაზომად</p>
ინდიკატორის ახსნა	<p>ჭარბი წონიანობა და სიმსუქნე არის რისკ ფაქტორი მეორე ტიპის დიაბეტისთვის, კარდიოვასკულარული დაავადებების, ჰიპერტენზიის, ოსტეოართრიტის, ზოგიერთი სიმსივნის და შარდ-კენჭოვანის დაავადებებისთვის. ჭარბი წონა და სიმსუქნე, ასევე, ასოცირებულია სხვადასხვა ფსიქოსოციალურ პრობლემასთან.</p> <p>უფროსი ასაკის ადამიანების ჭარბი წონა და სიმსუქნე გამოითვლება ადამიანის სხეულის მასის ინდექსით – მისი წონის კილოგრამების გაყოფით 66სიმაღლესთან კვადრატულ მეტრებში. BMI აღიარებულია ჯანმრთელობის რისკის ინდიკატორად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მიიჩნევს ნორმალურ BMI -იდ 18.5 – 24.9; ჭარბ წონად 25.0 – 29.9 და სიმსუქნედ – როდესაც BMI არის 30.0 და ზემოთ.</p> <p>კვლევამ გვაჩვენა, რომ კანადის მოზრდილი პოპულაციის ნახევარზე მეტი ჭარბი წონის ან სიმსუქნის კატეგორიაში ხვდებოდა, 36% (8.6 მილიონი) კანადელი 18 წლისა და ზემოთ – იყო ჭარბ-წონიანი და 23% (5.5. მილიონი) იყო მსუქანი.</p>

ჭარბი წონის და სიმსუქნის ინდექსი მკვეთრად გაიზარდა კანადაში ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში და არეკლავს მსოფლიო ტრენდს. ეს ზრდა აღინიშნება არა მხოლოდ მოზრდილ პოპულაციაში, არამედ ახალგაზრდებშიც, რაც დაფიქრების საბაზია, რადგან ბავშვებში ჭარბწონიანობა და სიმსუქნე შეიძლება ასოცირდეს მოზრდილობის ჯანმრთელობის რისკებთან. პჯდ-ს როლი მდგომარეობს პაციენტთა კონსულტირებაში ჯანმრთელობის რისკების შესახებ, რაც ჭარბწონასთან და სიმსუქნესთან ასოცირდება. იგი უფრო დ უფრო მნიშვნელოვანხდება კანადაში აღნიშნული წონის მატების და ფიზიკური აქტივობის შემცირების მზარდი ტრენდის გათვალისწინებით.

<b>თამბაქოს მოხმარების ინდექსი</b> (ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)	
დეფინიციის აღწერა	12 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის პროცენტი, რომელიც არის ყოველდღიური ანშემთხვევითი მწეველი
გამოთვლის მეთოდი	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდების რაოდენობა დენომინატორში, ვინც ამჟამად არის ყოველდღიური ანშემთხვევითი მწეველი.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდი არის ყოველდღიური ანშემთხვევითი მწეველი</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>ინდივიდების რაოდენობა – 12 წლის და მეტი ასაკის</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდის ასაკი არის მინიმუმ 12 წელი</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
მონაცემთა წყარო	კანადის სათემო ჯანმრთელობის კვლევა
შენიშვნა	<p>შემთხვევითი მწეველები მოიცავენ ძველ ყოველდღიურ მწეველებს, რომელიც ეხლა შემთხვევით, ზოგჯერ ეწევიან</p> <p>ეს ინდიკატორი არ ითვალისწინება მოწეული სიგარეტების რაოდენობას</p>

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის დაბალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი შემდგომი ანალიზი</p> <p>ეს ინდიკატორი შესაძლებელია მოდიფიცირდეს, რომ გაზომოს 12-19 წლის მწვევლთა რაოდენობა, რომ შეისწავლოს თინეიჯერებში თამბაქოს მოხმარების ინდექსი</p>
ინდიკატორის ახსნა	<p>საყოველთაოდ ცნობილია, რომ თამბაქო ბევრი დაავადების წამყვანი მიზეზია. ის იწვევს ისეთ დაავადებებს, როგორიცაა სიმსივნე, გულის დაავადებები და ინსულტი. 2010 წელს შეფასდა, რომ დაახლოებით 16.7% კანადელი, ანუ 4.7 მილიონი ადამიანი თამბაქოს მომხმარებელია. თამბაქოს მოხმარება კანადაში იწვევს ფილტვის კიბოს შემთხვევების 85%-ს, და 37.000 სიკვდილს ყოველ წელს. თამბაქოს მოხმარებაზე სოციალური დანახარჯები აღწევს \$ 17 მილიარდ დოლარს ყოველწლიურად, ხოლო პირდაპირი ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯები აღწევს 4.4 მილიარდ დოლარს.</p> <p>უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში კანადაში თამბაქოს მოხმარების ინდექსი დრამატულად შემცირდა; 20%-ზე ნაკლები კანადელი ეწევა ყოველდღიურად, შედარებისათვის 1960 წელს დაახლოებით 50% იყო თამბაქოს მომხმარებელი. მიუხედავად ამისა, თამბაქოს მოხმარების შემცირების ტრენდი ბოლო წლებში შენელდა, და მისი ყველაზე მაღალი რიცხვი გვხვდება 20-დან 24 წლამდე მოზრდილებში. 2010 წელს კანადელ მამაკაცთა 20% და ქალთა 14% იყვნენ თამბაქოს მომხმარებლები.</p> <p>თამბაქოს მოხმარება მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის რისკია. მისი შემცირება არის კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზანი; უჯდ როლი თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხელშეწყობაში უაღრესად მნიშვნელოვანია, რათა ამ სარისკო ქცევასთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილიანობა შემცირდეს.</p>

<b>ფიზიკური აქტივობის ინდექსი</b> (ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)	
აღწერითი დეფინიცია	12 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობის პროცენტი, რომელსაც დასვენების დროს ფიზიკური აქტივობის დონე აქვს საშუალოდ აქტიური ან აქტიური
დათვლის მეთოდი	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდების რაოდენობა დენომინატორში, რომელთაც დასვენების დროს ფიზიკური აქტივობის დონე აქვს საშუალოდ აქტიური ან აქტიური</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდი, რომელსაც დასვენების დროს ფიზიკური აქტივობის დონე აქვს საშუალოდ აქტიური ან აქტიური</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>12 წლის და მეტი ასაკის რესპოდენტთა რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>ინდივიდის ასაკი არის 12 წლის და მეტი ასაკის</p> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
მონაცემთა წყარო	კანადის სათემო ჯანმრთელობის კვლევა
შენიშვნა	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• რესპოდენტები კლასიფიცირდება როგორც აქტიური, საშუალოდ აქტიური ან არააქტიური საშუალო დღიური ფიზიკური აქტივობის ინდექსზე დაყრდნობით ბოლო სამის თვის განმავლობაში (კვლევის თარიღიდან). რესპოდენტის მიერ განხორციელებული ყოველი დასვენების პერიოდის ფიზიკური აქტივობისას საშუალო დღიური ენერჯის ხარჯვა გამოითვლება აქტივობის რაოდენობის გამრავლებით აქტივობის საშუალო ხანგრძლივობაზე და აქტივობის ენერჯის ღირებულებაზე</li> </ul>

	<p>(კილოკალორიები პერ სხეულის თითოეულ კილოგრამზე საათის განმავლობაში). ინდექსი გამოითვლება, როგორც ჯამი საშუალო ენერჯის ხარჯვისა ყოველი აქტივობისას. რესპოდენტები კლასიფიცირდება, როგორც: 3.0 კკალ/კგ/დღე ან მეტი = ფიზიკურად აქტიური; 1.5 – 2.9 კკალ/კგ/დღე = საშუალოდ აქტიური; ნაკლები ვიდრე 1.5 კკალ/კგ/დღეში= არააქტიური</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი</p> <p><b>შემდგომი ანალიზი</b></p> <p>ინდიკატორი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ცალკე 12-17 წლის პირთათვის და ცალკე 18 წლის და მეტი ასაკის მოზრდილებისათვის</p>
<p>ინდიკატორის ას-სნა</p>	<p>კვლევა ადასტურებს, რომ რეგულარული ფიზიკური აქტივობა ხელს უწყობს ჯანმრთელობას და არის ბევრი დაავადების პრევენციის საუკეთესო საშუალება. რეგულარული ფიზიკური აქტივობა ამცირებს კარდიოვასკულარული დაავადებების, ოსტეოპოროზის, დიაბეტის, სიმსუქნის, ჰიპერტენზიის და სიმსივნის განვითარების რისკს. ის, ასევე, ამცირებს ფსიქიკურ აშლილობებს, როგორცაა დეპრესია, სტრესი და შფოთვა.</p> <p>კვლევებზე დაყრდნობით, 12 წლის და მეტი ასაკის კანადელთა 52% არიან აქტიურნი ან საშუალოდ აქტიურნი დასვენების პერიოდში.</p> <p>1998 წ და 2002 წლებში შეიქმნა კანადის ფიზიკური აქტივობის გაიდლანი მოზრდილების, ბავშვებისა და მოზარდებისთვის. გაიდლანით 18 წლის და მეტი ასაკის კანადელთათვის რეკომენდირებულია კვირაში 150 წუთი (ან 2.5 სთ) ფიზიკური აქტივობა, ხოლო ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის 5-17 წ ასაკში - 60 წთ დღიურად.</p> <p>1998 წ და 2002 წლებში შეიქმნა კანადის ფიზიკური აქტივობის გაიდლანი მოზრდილების, ბავშვებისა და მოზარდებისთვის.</p> <p>გაიდლანით 18 წლის და მეტი ასაკის კანადელთათვის რეკომენდირებულია კვირაში 150 წუთი (ან 2.5 სთ) ფიზიკური აქტივობა, ხოლო ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის 5-17 წ ასაკში - 60 წთ დღიურად.</p>

	<p>თუ გავითვალისწინებთ ბავშვებსა და მოზრდილებში ჭარბი ნონის და სიმსუქნის მზარდ ტრენდს, და ფაქტს, რომ კანადელთა მხოლოდ ნახევარი არის ფიზიკურად აქტიური, ფიზიკური აქტივობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. უფდ პროვაიდერები მთავარ როლს თამაშობენ პაციენტთათვის ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობაში.</p>
--	--

**პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა მიერ ინფორმაციის და ტექნოლოგიის გამოყენება**

**(ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)**

<p>აღწერითი დეფინიცია</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების პროცენტი, რომლებიც იყენებენ ელექტრონულ სისტემებს მათი პროფესიული ამოცანების შესასრულებლად</p>
<p><b>დათვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>დენომინატორში ინდივიდთა რაოდენობა, ვინც ამჟამად იყენებს ელექტრონული ჩანაწერებს, რათა შეიტანონ და მოიძიონ პაციენტის კლინიკური მონაცემები, ასევე იყენებენ სულ მცირე ორს პაციენტის მკურნალობისას:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პაციენტთან შეხვედრების დანიშვნის ელექტრონულ სისტემას;</li> <li>• პაციენტზე ზრუნვისთვის რეკომენდირებულ ელექტრონულ შემახსენებლებს</li> <li>• მედიკამენტების გვერდითი მოქმედების ან სხვა ნამლებთან ურთიერთქმედების ელექტრონულ გამაფრთხილებლებს</li> <li>• ექსტრენალურ ფარმაკოლოგიასთან/აფთიაქთან ელექტრონულ ინტერფეისს;</li> <li>• გარე ლაბორატორიასთან/დიაგნოსტიკურ გამოკვლევის სამსახურებთან ელექტრონულ ინტერფეისს;</li> <li>• სხვა გარე სისტემებთან (მაგ; ჰოსპიტალი, სხვა კლინიკები) ელექტრონულ ინტერფეისს პაციენტის ინფორმაციის მოსაპოვებლად ან გასაზიარებლად</li> </ul>
	<p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდი ამჟამად იყენებს ელექტრონულ ჩანაწერებს, რათა შეიტანოს და მოიძიოს პაციენტის კლინიკური მონაცემები</li> <li>• ინდივიდი ამჟამად, პაციენტის მოვლისთვის, იყენებს სულ მცირე ორს:</li> <li>• პაციენტთან შეხვედრების დანიშვნის ელექტრონულ სისტემას</li> <li>• პაციენტზე ზრუნვისთვის რეკომენდირებულ ელექტრონულ შემახსენებლებს</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მედიკამენტების გვერდითი მოქმედების ან სხვა მედიკამენტებთან ურთიერთქმედების ელექტრონულ გამაფრთხილებლებს</li> <li>• აფთიაქთან ელექტრონულ ინტერფეისს;</li> <li>• ლაბორატორიასთან/დიაგნოსტიკურ გამოკვლევის სამსახურებთან ელექტრონულ ინტერფეისს;</li> <li>• სხვა სისტემებთან (მაგ; ჰოსპიტალი, სხვა კლინიკები) ელექტრონულ ინტერფეისს პაციენტის ინფორმაციის მოსაპოვებლად ან გასაზიარებლად.</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არცერთი</li> </ul> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b> პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა რაოდენობა, ვინც ეწევა პაციენტის მკურნალობას ჩართვის კრიტერიუმი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი</li> <li>• ინდივიდი, რომელიც ეწევა პაციენტებზე ზრუნვას</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b> არცერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>ეროვნული ექიმთა კვლევა</p>
<p><b>შენიშვნა</b></p>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <p>ელექტრონული საინფორმაციო სისტემები საშუალებას აძლევს პირველადი ჯანდაცვას, რომ გააზიაროს კლიენტის/პაციენტის შესახებ ინფორმაცია პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციას და ლაბორატორიებს, ჰოსპიტალებს და სხვა ორგანიზაციებს შორის. ეს მოიცავს, მაგალითად:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პაციენტის მართვის სისტემებს;</li> <li>• რეესტრებს;</li> <li>• მედიკამენტების ინფორმაციულ სისტემებს;</li> <li>• სადიაგნოსტიკო გამოკვლევით სისტემებს;</li> <li>• საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზედამხედველობის სისტემებს;</li> <li>• პაციენტთა ვიზიტების დანიშვნის სისტემებს.</li> </ul>

ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი
<b>ინდიკატორის ახსნა/ indicator rationale</b>	<p>კანადაში პაციენტის სამედიცინო ბარათი ინტეგრირებულია ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემაში, რომლითაც ხდება პროვაიდერების პაციენტთან ურთიერთობის, ჯანმრთელობის ისტორიის, გაწეული სამედიცინო მომსახურების დოკუმენტირება.</p> <p>კვლევის მიხედვით, 2009 წელს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების 37% იყენებდა ელექტრონულ ბარათებს. 11 ქვეყნიდან, რომლებიც ამ კვლევაში მონაწილეობდნენ, კანადას ყველაზე დაბალი ინდექსი ჰქონდა პირველადი ჯანდაცვაში ელექტრონული ბარათის გამოყენებისა. 2011 წელს კანადელთა ნახევარს ჰქონდა ელ-ბარათი. დაგეგმილია, რომ უახლოეს წლებში კანადელთა 100%-ს ჰქონდეს ელ. ბარათი.</p>

<b>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა მიწოდება</b>	
<b>(ინდიკატორთა კლასტერი: პოლიტიკა)</b>	
დეფინიციის აღწერა	პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები 100,000 მოსახლეობაზე,
დათვლის მეთოდი	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა რაოდენობა</p> <p>1. ექიმ პროვაიდერთა მიწოდების გაზომვა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>საოჯახო მედიცინის ექიმი</p> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>ნახევრად-პენსიაზე მყოფი ექიმები</p> <p>2. ექთან პროვაიდერთა მიწოდების გაზომვა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მოქმედი ოჯახის ექიმი</li> <li>• სამუშაო ადგილი ერთ-ერთია შემდეგიდან:</li> <li>• სათემო ჯანმრთელობის ცენტრი</li> <li>• ექიმის ოფისი/საოჯახის პრაქტიკის ერთეული</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
	<p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>პოპულაცია გაყოფილი 100,000-ზე</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>ქვეყნის მოქალაქე</p> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
მონაცემთა წყარო	Scott's Medical Database and NursingDatabase CanadianInstitute for Health Information, for the numerator Census for the denominator
შენიშვნა	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ოჯახის ექიმი პროვაიდერთა მონაცემთა ბაზაში განსაზღვრულია, როგორც „აქტიური“ - მისი საექიმო აქტივობის გათვალისწინებით;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ოჯახის ექიმი პროვაიდერები მოიცავს მათ, ვინც პაციენტს აწვდიან სერვისებს, ხოლო მათი სამედიცინო განათლება არის წინაპირობა სამუშაოს შესასრულებლად.</li> <li>• ექთნების სამუშაო სტატუსი განსაზღვრულია მონაცემთა ბაზაში, რომელიც მოიცავს სრულ განაკვეთზე და ნაწილოვრივ-განაკვეთზე მომუშავე პროვაიდერებს</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	<p>ეს არის კონტექსტუალური საზომი, რომელიც განიხილება სხვა ინდიკატორებთან ერთად.</p> <p><b>შემდგომი ანალიზი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ეს ინდიკატორი შეიძლება გამოყენებულ იქნას დიფერენცირებულად ექთანთა სხვადასხვა ტიპების შესაფასებლად: ყველა რეგისტრირებული ექთანი, მათ შორის პრაქტიკოსი ექთნები; მხოლოდ პრაქტიკოსი ექთნები; ლიცენზირებული პრაქტიკოსი ექთნები; და რეგისტრირებული ფსიქიატრიული ექთნები.</li> <li>• ამ ინდიკატორით შეიძლება ცალკე შეფასდეს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი ვინც მუშაობს სრული დროით და ცალკეის, ვინც არ მუშაობს სრული განაკვეთით.</li> </ul>
ინდიკატორის ახსნა/ indicator rationale	<p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის ხელმისაწვდომობა ხელს უწყობს უკეთეს ჯანმრთელობას და ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. პაციენტებს, ვისაც რეგულარული პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი ჰყავთ, მაღალი ხელმისაწვდომობა აქვთ დიაგნოსტიკური ტესტებისა და სხვა ჯანდაცვის სერვისებისა.</p> <p>მიზანშეწონილია ექიმის მოსახლეობასთან თანაფარდობის დადგენა, რათა შეფასდეს ექიმთა მიწოდება.</p>

**დანართი 5: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა კლასტერში პრიორიტეტული ინდიკატორების ტექნიკური სპეციფიკაციები**

<b>პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე პაციენტების საჭიროებების დაკმაყოფილება</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</i>	
<p>აღწერითი დეფინიცია</p>	<p>18 წლის და ზემოთ ასაკის პაციენტთა პოპულაციის პროცენტი, ვინც დააფიქსირა, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მიღებული სერვისის აკმაყოფილებდა მათ საჭიროებებს</p>
<p><b>დათვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b>  ინდივიდთა რაოდენობა დენომინატორში, ვინც სერვისებს იღებენ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, აკმაყოფილებენ მათ საჭიროებებს მართონ ჯანმრთელობის პრობლემები ბოლო 12 თვის განმავლობაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია აწვდის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვისათვის საჭირო სერვისებს ბოლო 12 თვის განმავლობაში</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b>  არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b>  პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების რაოდენობა, 18 წლის და მეტი ასაკის</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>• ინდივიდის ასაკი არის სულ მცირე 18 წელი</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდს ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული მომსახურება არ დასჭირვებია</li> </ul>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>Canadian Practice-Based Primary Health Care Survey Tools:Patient Component</p>
<p><b>შენიშვნა</b></p>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელსაც პროვაიდერთან კონტაქტი ჰქონდა სულ</li> </ul>

	<p>მცირე ერთხელ ბოლო წლის განმავლობაში და სულ მცირე ორი წელია სამედიცინო ბარათი აქვს პროვაიდერთან.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ინდივიდის საჭიროებები დაკმაყოფილებულად ითვლება, თუ პაციენტი პასუხობს „დიახ“ შეკითხვაზე, რომ ინდივიდს პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია აწვდის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვისათვის საჭირო სერვისებს ბოლო 12 თვის განმავლობაში</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი
ინდიკატორის ახსნა/ indicator rationale	<p>2009 წელს, კანადელთა 81% კმაყოფილი იყო ჯანდაცვის სერვისებით და მხოლოდ 10% იყო სერვისებით უკმაყოფილო.</p> <p>კანადელთა უმეტესობისთვის სამედიცინო სერვისების მიღების პირველი ადგილი სწორედ მათი პირველადი ჯანდაცვა ან ოჯახის ექიმია. პირველადი ჯანდაცვა შეიძლება მოიცავდეს რუტინულ ან უწყვეტ ზრუნვას რეგულარულ პროვაიდერთან, გადაუდებელ ზრუნვას მცირე პრობლემის ან შემთხვევის გამო, დედისა და ბავშვის ზრუნვას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას, შინ მოვლის სერვისებს, ჯანმრთელობის ხელშემწყობ სერვისებს და პალიატიურ ზრუნვას.</p> <p>2009 წლის კვლევამ გამოყო რამდენიმე ფაქტორი, რაც მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვასთან ინტერაქციის დროს: პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, ინტერპერსონალური კომუნიკაცია, პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა და ზრუნვის უწყვეტობა.</p>
	<p>მოზრდილ კანადელთა 76%, ვინც რეგულარულად მიმართავდა ექიმს ბოლო წლის განმავლობაში, ამ ზრუნვას აფასებს, როგორც „შესანიშნავს“ ან „ძალიან კარგს“, რაც პჯდ სისტემით კმაყოფილების მაღალ ხარისხს მიანიშნებს. რესპოდენტთა მეოთხედზე მეტი აღნიშნავს, რომ ექთნები რეგულარულად იყვნენ ჩართულნი მათ ზრუნვაში, და 16% მიუთითებს სხვა სამედიცინო პროფესიონალების ჩართულობაზე.</p> <p>ეს ინდიკატორი აფასებს პაციენტთა კმაყოფილებას პირველადი ჯანდაცვის სერვისებით</p>

<b>გადაუღებელ დახმარებაზე მოცდის დრო ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის შემთხვევაში</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერიითი დეფინიცია</b>	პაციენტთა პოპულაციის პროცენტი, 18 წლის და მეტი ასაკის, ვისაც დაენიშნათ შეხვედრა იმავე ან შემდეგ დღეს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთან გადაუდებელი დახმარებისთვის ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის შემთხვევაში
<b>დათვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდების რაოდენობა დენომინატორში, ვისაც დაენიშნა შეხვედრა იმავე ან შემდეგ დღეს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთან გადაუდებელი დახმარებისთვის ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის შემთხვევაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს იმავე დღეს ან შემდეგ დღეს დაენიშნა შეხვედრა</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>რესპოდენტთა რაოდენობა 18 წ და ზემოთ ასაკის</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდის ასაკი არის სულ მცირე 18 წელი</li> <li>• ინდივიდი შეხვდა საკუთარ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერს გადაუდებელი დახმარებისთვის ჯანმრთელობის მცირე პრობლემის შემთხვევაში</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის პრაქტიკაზე-დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჯანმრთელობის მცირე პრობლემები, რომლებიც გადაუდებელ დახმარებას ითხოვენ, მოიცავს ტემპერატურის მომატებას, პირღებინებას, ძლიერ თავის ტკივილს, მცირე დამწვრობას, ქრილობებს, კანზე გამონაყარს ან დაზიანებებს მცირე ინციდენტის გამო</li> </ul>

<b>ინტერპრეტაცია</b>	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი
<b>ინდიკატორის ახსნა</b>	<p>კანადელთა უმეტესობისთვის სამედიცინო მომსახურების პირველი კონტაქტი არის მათი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერი. პირველადი ჯანდაცვის გაზრდილი ხელმისაწვდომობა არის ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთ-ეფექტურობის მაჩვენებელი.</p> <p>ჯანმრთელობის მცირე პრობლემების დროს გადაუდებელი დახმარება კვალიფიცირდება, როგორც დახმარება ისეთი პრობლემების დროს, როგორებიცაა ტემპერატურის მომატება, პირღებინება, ძლიერი თავის ტკივილი, მცირე დამწვრობა, წრილობები, კანზე გამონაყარი ან დაზიანებებს მცირე ინციდენტი. 2008 წელს კანადელ მოზრდილთა 27%-მა გასული წლის განმავლობაში მოითხოვა დახმარება მცირე პრობლემების გამო; მათგან, 21%-ს პრობლემა ჰქონდა ამ დახმარების მიღების. საშუალო მოცდის დრო გადაუდებელი დახმარების მიღებისთვის იყო სამი საათი. 85%-მა დახმარება მიიღო ერთი დღის განმავლობაში, 11% - ორიდან შვიდი დღის განმავლობაში და 4% - შვიდზე მეტი დღის განმავლობაში.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ერთერთი მაჩვენებელია მოცდის დრო. პროვაიდერთან წინასწარი ჩანერა ამცირებს მოცდის დროს და აუმჯობესებს ხელმისაწვდომობას, მომსახურების უწყვეტობას და ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას.</p>



<b>ბავშვის იმუნიზაცია</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერითი დეფინიცია</b>	პაციენტთა პოპულაციის პროცენტი, 7 წლის ასაკის, ვინც ჩაიტარა რეკომენდირებული ბავშვთა იმუნიზაცია
<b>დათვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინვიდების რაოდენობა დენომინატორში, ვინც ჩაიტარა ბავშვთა იმუნიზაცია რეკომენდირებული განრიგის შესაბამისად.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>ინდივიდმა ჩაიტარა ყველა იმუნიზაცია რეკომენდირებული განრიგით</li> </ol> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების რაოდენობა, 7 წლის ასაკისა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>ინდივიდის ასაკი არის 7 წელი</li> </ul> <p><b>გამოირიცხება</b></p> <p>არცერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ბარათები
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელსაც პროვაიდერთან კონტაქტი ჰქონდა სულ მცირე ერთხელ ბოლო წლის განმავლობაში და სულ მცირე ორი წელია სამედიცინო ბარათი აქვს პროვაიდერთან.</li> </ul>

ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი</p> <p><b>შემდგომი ანალიზი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ეს ინდიკატორი შეიძლება მოდიფიცირდეს თითოეული იმუნიზაციისთვის ცალ-ცალკე</li> </ul>
ინდიკატორის ახსნა	<p>ბავშვობის იმუნიზაცია არის ეფექტიანი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენცია, რომელიც იცავს ბავშვების უმეტესობას გარკვეული ინფექციური დაავადებებისგან</p>

<b>მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის სკრინინგი</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერითი დეფინიცია</b>	პაციენტთა პოპულაციის პროცენტი, 50-დან 74 წლის ასაკის, ვინც ჩაიტარა მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის სკრინინგ ტესტი
<b>დათვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდების რაოდენობა დენომინატორში, ვინც გაიარა მსხვილი ნაწლავის სიმსივნის გამოსავლენად დანიშნული სკრინინგ ტესტი დროის შესაბამის პერიოდში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>ინდივიდს დაენიშნა ერთი მაინც შემდეგი სკრინინგ ტესტებიდან: <ul style="list-style-type: none"> <li>განავლის ფარული სისხლდენის ტესტი ბოლო 24 თვის განმავლობაში</li> <li>სიგმოიდოსკოპია ბოლო 5 წლის განმავლობაში</li> <li>კოლონოსკოპია ბოლო 10 წლის განმავლობაში</li> </ul> </li> </ol> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების რაოდენობა, რომელთა ასაკი 50-74 წელია</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>ინდივიდის ასაკი არის 50 და 74 წლებს შორის</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ბარათი
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელსაც პროვაიდერთან კონტაქტი ჰქონდა სულ მცირე ერთხელ ბოლო წლის განმავლობაში და სულ მცირე ორი წელია სამედიცინო ბარათი აქვს პროვაიდერთან.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• განავალში ფარული სისხლდენის ტესტი გამოიყენება ნაწლავის სიმსივნის გამოსავლენად</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი. ეს ინდიკატორი აფასებს მხოლოდ იმ ინდივიდებს, რომლებმაც გაიარეს დანიშნული სკრინინგ ტესტი ნაწლავის სიმსივნეზე, რაც დოკუმენტირებულია ელექტრონულ სამედიცინო ბარათში. ეს ინდიკატორი არ აფასებს, ჩაუტარდა თუ არა ინდივიდს სკრინინგ ტესტი (მაგ; პაციენტის უარი)</p>
ინდიკატორის ახსნა/ ინდიკატორ რატიონალე	<p>კოლორექტალური სიმსივნე არის მესამე ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე კანადაში და სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილიანობის მეორე ყველაზე გავრცელებული მიზეზი.</p> <p>დათვლილია, რომ დაახლოებით 22,200 კანადელს განუვითარდა კოლორექტალური სიმსივნე 2011 წელს და რომ 8,900 გარდაიცვალა ამ დაავადებით. ისევე როგორც ბევრი სხვა სიმსივნური დაავადების დროს, ინციდენსი და სიკვდილიანობის ინდექსი მკვეთრად იზრდება 50 წლის შემდგომ.</p> <p>კვლევების მონაცემები გვიჩვენებს, რომ სკრინინგი ამცირებს კოლორექტალური სიმსივნით სიკვდილიანობას.</p> <p>კოლორექტალური სიმსივნის სკრინინგის გაიდლაინები 2001 წელს შემუშავდა კანადის პრევენტიული მედიცინის სამუშაო ჯგუფის (Canadian Task Force on Preventive Health Care) მიერ. იგი მოიცავდა რეკომენდაციებს 50-74 წ. ასაკის სკრინინგისა ყოველ ორ წელიწადში.</p> <p>უნდა ჩატარდეს სიგმოიდოსკოპია 50 წ-ზე მეტი ასაკის ასიმპტომური ინდივიდების შემთხვევაში, და კოლონოსკოპიური სკრინინგი მაღალი რისკის მქონე ინდივიდებში. 2010 წლის შემოდგომიდან კანადის რვა პროვინციაში მიმდინარეობს სრული ან პილოტური პროგრამა და ორმა პროვინციამ გამოაცხადა პროგრამის დაწყება.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა როლი კოლორექტალური სიმსივნის სკრინინგში მნიშვნელოვანია. რომ ყველაზე მაღალი მოტივატორი სკრინინგისთვის არის დისკუსია ინდივიდსა და მის ექიმს შორის.</p>

<b>მკარლის სიმსივნის სკრინინგი</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერითი დეფინიცია</b>	ქალთა პროცენტული რაოდენობა, 50-დან 74 წლის ასაკამდე, ვისაც მამოგრაფია დაენიშნა
<b>დათვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b>  პირთა რაოდენობა დენომინატორში, ვისაც უკანასკნელი 36 თვის განმავლობაში დაენიშნა მამოგრაფია</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>ინდივიდს დაენიშნა მამოგრაფია ბოლო 36 თვის განმავლობაში</li> </ol> <p>გამონაკლისი  არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b>  50-დან 74 წ ასაკის ქალთა რაოდენობა, რომლებიც არიან პირველადი ჯანდაცვის ბენეფიციარები</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>ინდივიდის არის ქალი</li> <li>ინდივიდის ასაკი არის 50-დან 74 წ</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ინდივიდს ჩატარებული აქვს ბილატერალური მაზექტომია</li> </ul>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ბარათი
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელმაც მიმართა პროვაიდერს ერთხელ მაინც ბოლო წლის განმავლობაში და აქვს ბარათი პროვაიდერთან, რომელიც სულ ცოტა ორი წლით თარიღდება.</li> </ul>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი</li> <li>ეს ინდიკატორი ზომავს იმ ინდივიდებს, ვისაც დაენიშნა მამოგრაფია, დოკუმენტირებული მის ელექტრონულ ბარათში.</li> </ul>

<p>ინდიკატორის ახსნა</p>	<p>მკერდის კიბო ყველაზე გავრცელებული სიმსივნეა კანადაელ ქალთა შორის, 23,400 ახალი შემთხვევით 2011 წელს, რაც სიმსივნით ახლად დიაგნოზირებულ – 20-დან 69 წლის ასაკის – ქალთა 30%-ზე მეტია, და 70 და ზემოთ ასაკის ქალთა 20%-ია.</p> <p>მკერდის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა, რომელიც ამ დაავადებით დიაგნოსტირებულ ქალებში უკეთეს გამოსავლებს იძლევა.</p> <p>მკერდის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა შემცირდა კანადაში, განსაკუთრებით კი 60 წელზე უფრო ახალგაზრდა ასაკის ქალებში. ეს შემცირება შედეგია მკერდის კიბოს სკრინინგის გაუმჯობესების, რაც მოიცავს ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამებს, რაც ზრდის მონაწილეთა რაოდენობას, მამოგრაფიის უკეთეს ხარისხს, და აუმჯობესებს მკერდის კიბოს მკურნალობას.</p> <p>გაიდლაინების რეკომენდაციით რუტინული სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ყოველი ორი ან სამი წლის განმავლობაში 50-დან 74 წ ასაკი ქალებში.</p> <p>პჯდ პროვაიდერი უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს მკერდის კიბოს ადრეულ სტადიაში აღმოჩენაში.</p>
------------------------------	---

<b>საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	18-დან 69 წლის ქალთა რაოდენობა, ვისაც ჩაუტარდა პაპ ტესტი
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდთა რაოდენობა დენომინატორში, ვისაც ბოლო 36 თვის მანძილზე ჩაუტარდა პაპ ტესტი</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს ბოლო 36 თვის მანძილზე ჩაუტარდა პაპ ტესტი</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>18-69 წლის ქალების რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>• ინდივიდი არის ქალი</li> <li>• ინდივიდის ასაკი არის 18-69 წ</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდს ჩატარებული აქვს ჰისტერექტომია</li> </ul>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ბარათი
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელმაც მიმართა პროვაიდერს ერთხელ მაინც ბოლო წლის განმავლობაში და აქვს სამედიცინო ბარათი პროვაიდერთან, რომელიც სულ ცოტა ორი წლით თარიღდება.</li> </ul>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი</li> </ul>

**ინდიკატორის ახსნა**

მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამო სიკვდილიანობა მკვეთრად შემცირდა კანადაში პაპ ტესტის შემოტანის შემდეგ, იგი ისევ პრობლემად რჩება. 2011 წელს 1,300 ახალი შემთხვევა გამოვლინდა და 350 ქალი გარდაიცვალა ამ დაავადებით.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი სიმსივნის ადრეულ გამოვლენის საშუალებას იძლევა. პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ჩატარებულ სკრინინგს და შემდგომ მეთვალყურეობას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, რათა შემცირდეს სიკვდილიანობა ამ დაავადების გამო.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის გაიდლაინები კანადაში 1989 წელს შემოიღეს. გაიდლაინების რეკომენდაციით სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ქალებისთვის 18 წლის და ზემოთ ასაკში. ტესტი განმეორდება ერთი წლის შემდეგ. თუ ეს სკრინინგი დამაკმაყოფილებელია, გაიდლაინის რეკომენდაციით განმეორებითი სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ყოველ 3 წელში სანამ ქალი 69 წელს მიაღწევს.

პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროცესში პაპ ტესტის დანიშვნით გაიდლაინების მიხედვით და ტესტის შედეგების შემდგომი მონიტორინგით.



<b>თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის რჩევა პირველად ჯანდაცვაში</b> <b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერილობითი დეფინიცია</b>	<p>თამბაქოს მოხმარებელ პაციენტთა (12 წლის და ზემოთ), რაოდენობა, ვისაც მიენოდა სპეციფიკური დახმარება ან ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაზე</p>
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b>  ინდივიდთა რაოდენობა დენომინატორში, ვისაც მიენოდა სპეციფიკური დახმარება ან ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაზე ბოლო 15 თვის განმავლობაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდს მიენოდა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის შესახებ ინფორმაცია ბოლო 15 თვის განმავლობაში</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b>  არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b>  პირველადი ჯანდაცვის პაციენტთა რაოდენობა - 12 და ზემოთ ასაკში, ვინც თამბაქოს მოხმარებელია</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>• ინდივიდს ასაკი არის 12 წ და ზევით</li> <li>• ინდივიდი არის თამბაქოს მოხმარებელი</li> <li>• ინდივიდმა განახორციელა ვიზიტი თავის პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთან ბოლო 15 თვის პერიოდში</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b>  არა</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	<p>ელექტრონული სამედიცინო ბარათი</p>
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის ინდივიდი, რომელმაც მიმართა პროვაიდერს ერთხელ მაინც ბოლო წლის განმავლობაში და აქვს ბარათი პროვაიდერთან, რომელიც სულ ცოტა ორი წლით თარიღდება.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თამბაქოს მომხმარებელი არის ინდივიდი, რომლის მიერ თამბაქოს მოხმარება დოკუმენტირებულია პაციენტის ელექტრონულ სამემციინო ბარათში.</li> </ul>
ინტერპრეტაცია	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ეს ინდიკატორი ზომავს მხოლოდ იმ ინდივიდებს, ვისაც მიეწოდა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის შესახებ ინფორმაცია, რაც დოკუმენტირებულია მათ ელექტრონულ ბარათში;</li> <li>• ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი</li> </ul>
ინდიკატორის ახსნა	<p>თამბაქოს მოხმარება ავადობისა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია.</p> <p>2010 წელს კანადელთა დაახლოებით 16.7%, ანუ 4.7 მილიონი იყო თამბაქოს მომხმარებელი. თამბაქოს მოხმარება იწვევს ფილტვის კიბოს შემთხვევების 85%-ს, და 37.000 სიკვდილს ყოველწელს, რომლებიც დაკავშირებულია თამბაქოს მოხმარებასთან. თამბაქოს მოხმარების ეკონომიკური ტვირთი ასევე, მაღალია, სოციალური დანახარჯები აღწევს \$ 17 მილიარდ დოლარს ყოველწლიურად და პირდაპირი ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯები აღწევს 4.4 მილიარდ დოლარს. უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში კანადაში თამბაქოს მოხმარების ინდექსი დრამატულად შემცირდა; 20%-ზე ნაკლები კანადელი ეწევა ყოველდღიურად, შედარებით დაახლოებით 50%-ისა 1965 წელს. თამბაქოს მოხმარების ყველაზე მაღალი რაოდენობა გვხვდება 20-დან 24 წლამდე მოზრდილებში.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები თამბაქოს მოხმარების შესამცირებლად ინდივიდებს უტარებენ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის კონსულტაციებს. თამბაქოს მოხმარების შემცირება კანადის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინტერვენციაა.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა როლი თამბაქოს წევის შეწყვეტაში უმნიშვნელოვანესია, რათა შემცირდეს სარისკო ქცევასთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილიანობა.</p>

<b>65 წლის და ზემოთ ასაკის პირთა გრიპის ვაქცინაცია</b>	
<b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</b>	
<b>აღწერითი დეფინიცია</b>	პაციენტთა პროცენტი, 65 წლის და ზემოთ ასაკის, ვისაც ჩაუტარდა გრიპის იმუნიზაცია
<b>დათვლის მეთოდი</b>	<p><b>ნუმერატორი/მრიცხველი</b></p> <p>ინდივიდთა რაოდენობა დენომინატორში, ვინც ჩაიტარა გრიპის იმუნიზაცია ბოლო 12 თვის განმავლობაში</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ინდივიდი არის დენომინატორში</li> <li>• ინდივიდმა გრიპის იმუნიზაცია ჩატარა ბოლო 12 თვის განმავლობაში</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არცერთი</p> <p><b>დენომინატორი/მნიშვნელი</b></p> <p>პუდ კლიენტების/პაციენტების რაოდენობა, 65 წ და ზედა ასაკის</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>პუდ კლიენტი/პაციენტი</p> <p>ინდივიდის ასაკი არის 65 და ზემოთ</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არცერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ბარათი
<b>შენიშვნა</b>	<p><b>ტერმინთა დეფინიცია</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პუდ კლიენტი/პაციენტი არის ინდივიდი, რომელმაც მიმართა პროვაიდერს ერთხელ მაინც ბოლო წლის განმავლობაში და აქვს ბარათი პროვაიდერთან, რომელიც სულ ცოტა ორი წლით თარიღდება.</li> <li>• მონაცემთა ხარისხი</li> <li>• ეს ინდიკატორი არ მოიცავს ინდივიდებს, ვინც გრიპის იმუნიზაცია მიიღო არა საკუთარი რეგულარული პუდ-სგან, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინდივიდი აცნობებს საკუთარ პუდ-ს და ეს მის სამედიცინო ბარათში აღინიშნება</li> </ul>

ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი ინდექსი შესაძლოა ინტერპრეტირდეს, როგორც პოზიტიური შედეგი
ინდიკატორის ახსნა	<p>გრიპის ეპიდემია კანადაში ყოველწლიურად ხდება, ჩვეულებრივ გვიან შემოდგომასა და ზამთარში, და გამოწვეულია გრიპის A და B ვირუსებით.</p> <p>ყოველწლიურად, 20,000-მდე კანადელი არის ჰოსპიტალიზებული გრიპის დაავადებით. გამოთვლილია, რომ 4,000-დან 8,000 ადამიანი, უმეტესად მოხუცებული ასაკის, კვდება პნევმონიით ან პნევმონიასთან-დაკავშირებული გართულებით ყოველწლიურად.</p> <p>თუმცა, გრიპის დაავადება ჩვეულება ბავშვებში, მოხუცი ასაკის ადამიანები (65 წდა ზემოთ) წარმოადგენენ მაღალრისკიანს, რომ სერიოზულად დაავადდნენ ან გარდაიცვალონ.</p> <p>გრიპის ავადობა ფართოდ იცვლება წლიდან წლამდე და დამოკიდებულია გრიპის შტამების ვირულენტურობაზე და პოპულაციის მგრძობელობაზე.ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებენ მოცემულ წელს ავადმყოფობის პრევალენტურობაზე მოიცავს ვირუსის ანტიგენურ ცვლილებებს, ვაქცინაციას.</p> <p>National Advisory Committee on Immunization რეკომენდაციით, იმუნიზაციის პროგრამები ფოკუსირდება მაღალი რისკის პოპულაციაზე, მათ შორის 65 წ და ზედა ასაკის.</p> <p>რეკომენდირებულია ყოველწლიური იმუნიზაცია. კვლევები ადასტურებს, რომ გრიპის ვაქცინა მაღალი ეფექტურობით გამოირჩევა და ახდენს პრევენციას დაახლოებით 50% გრიპის დაავადებისა 65 წ და ზედა ასაკის ინდივიდებში;და იწვევს პნევმონიის შემთხვევების შემცირებას, ჰოსპიტალიზაციას და სიკვდილიანობას ასაკოვან ადამიანებში.</p>

<b>ბავშვის ჯანმრთელობის სკრინინგი</b>		
<i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის</i>		
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	პაციენტთა (3 წლის) პროცენტული მაჩვენებელი, ვინც ჩაიტარა მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი დისპლაზიის, მხედველობის და სმენის პრობლემების სკრინინგი	
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b>	პირთა რაოდენობა, ვინც ჩაიტარა სკრინინგი მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი დისპლაზიის, მხედველობის და სმენის პრობლემების გამო; <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> x პაციენტი არის მნიშვნელში x პაციენტმა ჩაიტარა მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის სკრინინგი x პირმა ჩაიტარა მხედველობის პრობლემების სკრინინგი x პირმა ჩაიტარა სმენის პრობლემების სკრინინგი <b>გამონაკლისი</b> არც ერთი
	<b>მნიშვნელი</b>	პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების (3 წლის ასაკი) რაოდენობა. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი x პირი არის 3 წლის ასაკის <b>გამონაკლისი</b> არც ერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები	
<b>ჩანაწერი</b>	<b>ტერმინების განმარტებები</b> x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს	
<b>ინტერპრეტაცია</b>	x ამ ინდიკატორის მაღალი რიცხვი დადებითი ნიშანია.	

**ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)**

ახალშობილებში ისეთი ფიზიოლოგიური პრობლემების ადრეულ აღმოჩენას და განკურნებას, როგორიცაა მხედველობის და სმენის პრობლემები და მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია, შესაძლოა ჰქონდეთ ძლიერი ეფექტი ამ პრობლემებთან დაკავშირებულ შედეგზე. სმენის დაკარგვა არის თანდაყოლილი დაავადება, რომლითაც ყოველი 1000 ახალშობილიდან 1 ან 3 ავადდება [1]; სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა 5%-დან 10%-მდე რაოდენობა ავადდება მხედველობითი პრობლემებით, რომლის, უწყურადღებოდ დატოვებამ შესაძლოა ხელი შეუშალოს მხედველობის ჩამოყალიბებას [2].

კვლევები აჩვენებენ, რომ თუ სმენის პრობლემის გამოვლენა ცხოვრების პირველივე წელს მოხდება, შესაძლოა მისგან გამომწვეული სწავლასთან და მეტყველებასთან დაკავშირებული პრობლემები მოგვარდეს [3]. ასევე ამბლიოპიას (amblyopia) გამომწვევი მიზეზების დიაგნოსტიკით შესაძლებელია დაავადების ადრეული გამოვლენა და განკურნება [4]. ახალშობილებს, რომელთაც მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის გამოვლენა მოხდა დაბადებისას და შესაბამისად მცირე ქირურგიული ჩარევით განკურნება ერთი თვის ასაკამდე მოხდა, მიღებულ იქნა უკეთესი შედეგები ვიდრე იმათ, ვისი დაავადების გამოვლენა დაბადებიდან 1 თვის შემდეგ მოხდა [5].

კვლევები აჩვენებს, რომ დაავადების სირთულე მცირდება, თუ მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობის განკურნება ერთი თვის ასაკამდე მოხდება; თუ ბავშვებს მხედველობის კორექცია ორი წლის ასაკამდე ჩაუტარდება; და თუ სასმენი აპარატების და სპეციალური ტრენინგების დანერგვა მოხდება 3 წლის ასაკამდე. კვლევები რეკომენდაციას უწევენ ბარძაყის, მხედველობისა და სმენის განმეორებით შემოწმებას, განსაკუთრებით პირველ წელს [3,6].

პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები ძლიერ გავლენას ახდენენ ბავშვების ჯანმრთელობაზე მათთან გემიური ვიზიტების მეშვეობით. 2011 წლიდან კანადაში ფართოდ გავრცელდა სტანდარტიზებული, გაძლიერებული 18-თვიანი ვიზიტები [7]

<p>ბიბლიოგრაფია</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patel H, Feldman M. Universal newborn hearing screening. <i>Paediatr Child Health</i>. May, 2011;16(5):301-310. PM:22547950.</li> <li>2. Vision screening in infants, children and youth. <i>Paediatr Child Health</i>. April, 2009;14(4):246-251. PM:20357924.</li> <li>3. Feldman W. Well-Baby Care in the First 2 Years of Life. <i>Pediatric Preventive Care</i>. 1994;258-266. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s2c24e.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s2c24e.pdf</a>.</li> <li>4. Vision screening in infants, children and youth. <i>Paediatr Child Health</i>. April, 2009;14(4):246-251. PM:20357924.</li> <li>5. Dunn PM, Evans RE, Thearle MJ, Griffiths HE, Witherow PJ. Congenital dislocation of the hip: early and late diagnosis and management compared 2. <i>Arch Dis Child</i>. May, 1985;60(5):407-414. PM:4015144.</li> <li>6. Patel H. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. <i>CMAJ</i>. June 12, 2001;164(12):1669-1677. PM:11450209.</li> <li>7. Williams R, Clinton J. Getting it right at 18 months: In support of an enhanced well-baby visit. <i>Paediatr Child Health</i>. 2011;16(10):647-650. <a href="http://www.cps.ca/en/documents/position/enhanced-wellbaby-visit">http://www.cps.ca/en/documents/position/enhanced-wellbaby-visit</a>.</li> </ol>
---------------------	---

<b>სისხლის წნევის ტესტირება</b> (ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისთვის)	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	პაციენტთა (18 ან მეტი წლის ასაკის) პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა სისხლის წნევა გაზომილ იქნა მათი პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა მიერ
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b> <p>პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელში ვისაც სისხლის წნევა მათ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერმა გასული 15 თვის მანძილზე გაუზომა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირი არის მნიშვნელში</p> <p>x პაციენტს გასული 15 თვის მანძილზე ერთხელ მაინც გაუზომა სისხლის წნევამისმა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
	<b>მნიშვნელი</b> <p>18 წლის ან მეტი ასაკის პირველადი ჯანდაცვის პაციენტების რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</p> <p>x პირი 18 წლის ასაკის ან მეტისაა</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი
<b>შენიშვნები</b>	<b>ტერმინების განმარტება</b> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც გასულ წელს მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი მიმწოდებელთან და მასთან კონტაქტი მინიმუმ ორი წელია აქვს</p>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	x ამ ინდიკატორის მაღალი რაოდენობა დადებითი ნიშანია.



<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>ჰიპერტენზია გულისხლძარღვთა დაავადებების რისკ ფაქტორია [1-5]. იგი მიჩნეულია სიკვდილიანობის მაღალ რისკ ფაქტორად, ყოველწლიურად დაახლოებით 7.5 მლნ სიკვდილს იწვევს [6].</p> <p>კანადელებს შორის ჰიპერტენზიის პრევალენტობა 22%-ია [7]. ქვეყანაში მრავალი ღონისძიება და პროგრამა ტარდება მისი პრევენციის და მონიტორინგის მიზნით, ასევე დაავადების შესახებ ხალხის ცნობიერების ასამაღლებლად.</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haider A W, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. <i>Ann Intern Med.</i> January 7,2003;138(1):10-16. PM:12513039.</li> <li>2. Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. <i>Arch Intern Med.</i> June 14, 1999; 159(11):1197-1204.PM:10371227.</li> <li>3. Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. <i>Lancet.</i> May 3, 2008; 371(9623):1513-1518.PM:18456100.</li> <li>4. Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. <i>Hypertension.</i> November, 2007;50(5):869-876.PM:17893376.</li> <li>5. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Life time risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. <i>Circulation.</i> December10,2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.</li> <li>6. World Health Organization. <i>Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.</i> Geneva: World Health Organization Press; 2009. <a href="http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf">http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf</a>.</li> <li>7. Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada. <i>Am J Hypertens.</i> October, 1997; 10(10Pt1):1097-1102. PM:9370379.</li> <li>8. Campbell NR. Hypertension prevention and control in Canada. <i>J Am Soc Hypertens.</i> March, 2008;2(2):97-105. PM:20409891.</li> </ol>

Campbell NR, McAlister FA, Brant R, et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens*. August, 2003; 21(8):1591-1597. PM:12872055.

Campbell NR, TuK, Brant R, Duong-Hua M, McAlister FA. The impact of the Canadian Hypertension Education Program on antihypertensive prescribing trends. *Hypertension*. January, 2006; 47(1):22-28. PM:16344380.

11. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang JX, Johansen H, Campbell NR. Large increases in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a health care professional education program. *Hypertension*. November, 2006; 48(5):853-860. PM:16982958.

12. Wilkins K., Campbell N.R., Joffres M.R., et al. Blood Pressure in Canadian Adults. Ottawa, ON: Statistics Canada; March, 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Accessed July 26, 2012. 82-003-XPE.

<b>გულის იზემიური დაავადების მქონე ზრდასრულაზში მოდიფიცირებადი რისკ ფაქტორების სკრინინგი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისთვის</b>	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	<p>18 წლის და მეტიასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ გულის იშემიური დაავადება და ჩაიტარეს შემდეგი ტესტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x უზმოზე სრული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი;</li> <li>x სისხლის წნევის გაზომვა;</li> <li>x ქარბნონიანობის სკრინინგი.</li> </ul>
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p>მრიცხველი</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტები ვინც გასული 12 თვის მანძილზე გაიარეს ყველა შემდეგი ტესტირება:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x უზმოზე სრული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი;</li> <li>x სისხლის წნევის გაზომვა</li> <li>x სიმსუქნის სკრინინგი.</li> </ul> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x პირი არის მრიცხველი</li> <li>x პირს ჩაუტარდა ლიპიდური სპექტრი სკრინინგი ბოლო 12 თვის მანძილზე</li> <li>x პირს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერმა ბოლო 12 თვის მანძილზე სისხლის წნევა გაუზომა</li> <li>x პირი აკმაყოფილებს მინიმუმ ერთს:</li> </ul> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ ჩატარებული წონის კონტროლი ბოლო 12 თვის მანძილზე</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის მიერ წელის დიამეტრის გაზომვა ბოლო 12 თვის მანძილზე</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>

	<p><b>მნიშვნელი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტთა რაოდენობა, რომელნიც არიან 18 წლის და მეტი ასაკის და აქვე გულის იშემიური დაავადება</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი</li> <li>x პირი მინიმუმ 18 წლის</li> <li>x პირს დაუსვეს გულის იშემიური დაავადების დიაგნოზი</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p><b>ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი</b></p>
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვადერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს</p> <p>x გულის იშემიური დაავადება (სტენოკარდია ან მის გარეშე): მაგალითად, პაციენტები რომლებმაც გადაიტანეს მიოკარდიუმის ინფარქტი, ანგიოგრაფიულად დადასტურებულია კორონარული ათეროსკლეროზი, ან მიოკარდის იშემიის არაინვაზიური ნიშნები [1].</p> <p>x უზმოზე სრული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი არის სისხლის ანალიზების ერთობლიობა, რომელიც კეთდება ჭამიდან 14 საათის შემდეგ და ეხმარება პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს დაავადების მკურნალობაში. ლიპიდური სპექტრი მოიცავს ქოლესტეროლს და ტრიგლიცერიდებს. კვლევა შესაძლოა მოიცავდეს რისკის მაჩვენებლებს ასაკის, სქესის და სხვა რისკ ფაქტორების მიხედვით [2].</p> <p>x სიმსუქნის სკრინინგის ღონისძიებები შესაძლოა მოიცავდეს:</p> <p>სხეულის მასის ინდექსი (BMI), რომელიც გამოითვლება წონისა და სიმაღლის შეფარდებით [3].</p> <p>წელი-თეძოს გარშემონერილობის შეფარდება სიმსუქნე, კერძოდ გაცხიმოვანება მუცლის არეში, ხელს უშლის პაციენტების გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მკურნალობის დადებით გამოსავალს [4].</p>

<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>X ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p> <p><b>ვრცელი ანალიზი</b></p> <p>X შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ თითოეული ტესტირების შედეგები ცალკე სათითაოდ შეფასდეს</p> <p>X შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ ტესტირებისთვის მეტი დრო გამოიყოს (12 თვეზე მეტი), რომ დადგინდეს ყველა ტესტირების ჩატარებისთვის დახარჯული დრო.</p> <p>X შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ თითოეული ტესტირება ცალკე გაიზომოს და მათი შედეგები სათითაოდ შეაფასოს</p> <p>X შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ ტესტირებისთვის მეტი დრო გამოიყოს (12 თვეზე მეტი), რომ დადგინდეს ყველა ტესტირების ჩატარებისთვის დახარჯული დრო.</p>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>გულის იმემიური (კორონარული) დაავადება არის გულის დაავადების ყველაზე გავრცელებული ფორმა. მის განვითარებაში დიდ როლს თამაშობს სისხლში ქოლესტერინის მაღალი შემცველობა, რაც იწვევს დროის განმავლობაში სისხლძარღვების შევიწროვებას, ათეროსკლეროზს. გულის იმემიური (კორონარული) დაავადება იწვევს სტენოკარდიას, გულის ინფარქტი.</p> <p>გულის დაავადებებს მთავარი ადგილი უკავია გარდაცვალების გამომწვევ მიზეზებს შორის [5]. ავადმყოფთა რაოდენობა იზრდება ასაკის მიხედვით [6]. მოსალოდნელია გულის დაავადების პრევალენტობის გაზრდა, უმეტესწილად დაბალი ფიზიკური აქტივობის, სიმსუქნისა და დიაბეტის შემთხვევების მატების შედეგად [7].</p> <p>ეპიდემიოლოგიური კვლევები გულის იმემიური დაავადების გამომწვევ შემდეგ მთავარ რისკ ფაქტორებს გამოყოფენ: თამბაქოს მოხმარება, დიაბეტი, ქოლესტეროლის მაღალი შემცველობა სისხლში, მაღალი არტერიული წნევა, ჭარბწონიანობა [8, 9]. სხვა რისკ ფაქტორებია დაბალი ფიზიკური აქტიურობა, სტრესი, ხილისა და ბოსტნეულის ნაკლები მოხმარება [6, 7]</p> <p>გულის იმემიური დაავადებებთან დაკავშირებული რისკ ფაქტორების სკრინინგისა და მეორადი პრევენციის მეშვეობით, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ დიდი გავლენა მოახდინონ პაციენტების ნაადრევი სიკვდილის რისკის შემცირებაზე.</p>

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICS). Stable Coronary Artery Disease. [http://www.icsi.org/coronary\\_artery\\_disease/coronary\\_artery\\_diseasestable\\_.html](http://www.icsi.org/coronary_artery_disease/coronary_artery_diseasestable_.html). Updated 2011.
2. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance>.
3. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P.M., and Laupacis A. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Accessed July, 2012.
4. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *Am Heart J*. January, 2005; 149(1):54-60.
5. Statistics Canada. Leading Causes of Death in Canada. 2008. <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&lang=eng>.
6. Public Health Agency of Canada. Tracking Heart Disease & Stroke in Canada 2009. 2009. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-eng.pdf>.
7. Genest J, McPherson R, Frohlich J, et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society / Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult 2009 recommendations. *Can J Cardiol*. October, 2009; 25 (10): 567-579.
8. Smith SC, Jr., Allen J, Blair SN, et al. AHA / ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*. May 16, 2006; 113(19):2363-2372.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *Lancet*. September 11, 2004; 364 (9438):937-52

**დიაბეტიანი ზრდასრული პაციენტების სკრინინგი პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისთვის**

*(ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისთვის)*

<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ შაქრიანი დიაბეტი (diabetesmellitus) და ჩაიტარეს შემდეგი ტესტირება:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x ჰემოგლობინი A1c (HbA1c);</li> <li>x უზმოზესული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი;</li> <li>x ნეფროპათიის სკრინინგი (albumin/creatinin-eratio, microalbuminuria);</li> <li>x ფეხის გამოკვლევა;</li> <li>x სისხლის წნევის გაზომვა;</li> <li>x სიმსუქნის / ქარბნონიანობის სკრინინგი</li> </ul>
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>მ რ ი ც ხ - ველი</b></p> <p>პაციენტების რაოდენობა, ვინც ჩაიტარა ტესტირება შემდეგზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x წინა 12 თვის მანძილზე მინიმუმ ორი HbA1c ტესტირება;</li> <li>x წინა 36 თვის მანძილზე უზმოზე ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი;</li> <li>x ნეფროპათიის სკრინინგი წინა 12 თვის მანძილზე;</li> <li>x ქვემო კიდურების გამოკვლევა წინა 12 თვის მანძილზე;</li> <li>x სისხლის წნევის გაზომვა წინა 12 თვის მანძილზე;</li> <li>x სიმსუქნის/ქარბნონიანობის სკრინინგი წინა 12 თვის მანძილზე.</li> </ul> <p>ჩართვის კრიტერიუმი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x პაციენტმა გაიარა მინიმუმ ორი HbA1c ტესტირება გასული 12 თვის მანძილზე</li> <li>x პაციენტმა გაიარა ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი გასული 36 თვის მანძილზე</li> <li>x პაციენტმა გაიარა ნეფროპათიის სკრინინგი გასული 12 თვის მანძილზე</li> <li>x პაციენტმა გაიარა ქვემო კიდურის გამოკვლევა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის მიერ გასულ 12 თვის მანძილზე</li> </ul>

		<p>x პაციენტს სისხლის წნევა გაუზომა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა გასული 12 თვის მანძილზე</p> <p>x პირი შემდეგიდან მინიმუმ ერთს აკმაყოფილებს: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა წონა გაუზომა გასული 12 თვის მანძილზე. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა წელის დიამეტრი გაუზომა გასული 12 თვის მანძილზე არც ერთი</p>
	<b>მნიშვნელი</b>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ შაქრიანი დიაბეტი;</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტს</p> <p>x პირი მინიმუმ 18 წლისაა</p> <p>x პირს აქვს შაქრიანი დიაბეტი დიაგნოზი</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი	
<b>გამონაკლისი</b>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</p> <p>x უზმოზე სრული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი არის სისხლის ანალიზების ერთობლიობა, რომელიც კეთდება ჭამიდან 14 საათის შემდეგ და ეხმარება პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს დაავადების მკურნალობაში. ლიპიდური სპექტრი მოიცავს ქოლესტეროლს და ტრიგლიცერიდებს. კვლევა შესაძლოა მოიცავდეს რისკის მაჩვენებლებს ასაკის, სქესის და სხვა რისკ ფაქტორების მიხედვით [1].</p>	



	<p>x ჰემოგლობინ A1c ტესტი (იგივე HbA1c ან A1c ტესტი) არის ლაბორატორიული ტესტი, რომელიც ასახავს გლუკოზის საშუალო დონეს ორი ან სამი თვის მანძილზე [2].</p> <p>x სიმსუქნის/ჭარბწონიანობის სკრინინგის ზომები შესაძლოა შეიცავდნენ შემდეგს:  სიმსუქნის სკრინინგის ღონისძიებები შესაძლოა მოიცავდეს:  სხეულის მასის ინდექსი(BMI), რომელიც გამოითვლება წონისა და სიმაღლის შეფარდებით [2]</p> <p>წელი-თედოს გარშემონერილობის გაზომვას იყენებენ სიმსუქნის ინდექსის დადგენაში. სიმსუქნე, კერძოდ გაცხიმოვანება მუცლის არეში, ხელს უშლის პაციენტების გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მკურნალობის დადებით გამოსავალს [3].</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>x ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p> <p><b>ვრცელი ანალიზი</b></p> <p>x შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ თითოეული ტესტირების შედეგები ცალკე სათითაოდ შეფასდეს</p>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>შაქრიანი დიაბეტი გულისხმობს დაავადებების ჯგუფს, რომელიც ხასიათდება სისხლში გლუკოზის (შაქრის) შემცველობის მაღალ დონით. პაციენტთა 90%-ს აქვს მეორე ტიპის დიაბეტი, როდესაც პანკრეასი გამოყოფს ინსულინის ნაკლებ რაოდენობას, ან ადამიანის ორგანიზმს არ შეუძლია გამოყოფილი ინსულინის ეფექტურად მოხმარება.</p>
	<p>მეორე ტიპის დიაბეტი ხშირად ზრდასრულებში ყალიბდება. დაავადებულების ათ პროცენტს აქვს პირველი ტიპის დიაბეტი, რომელიც ბავშვობისას ყალიბდება პანკრეასის მიერ გამოყოფილი ინსულინის ნაკლებობის შედეგად. დიაბეტმა შესაძლოა გამოიწვიოს როგორც ჯანმრთელობისთვის სერიოზული დაზიანება, ასევე სიკვდილიც. დიაბეტიანი პაციენტები მიმართავენ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს, რომ გააკონტროლონ დაავადება და სახიფათო შედეგები თავიდან აირიდონ.</p> <p>კანადაში დაახლოებით 2.4 მლნ ადამიანს (6.8%) აქვს დიაბეტი [4]. დიაბეტიანი პაციენტებში კარდიოვასკულარული დაავადებები სამჯერ უფრო ხშირია [4].</p>

	<p>ზრდასრულ დიაბეტიან პაციენტებში დაავადების გართულების მთავარი რისკფაქტორებია: ქარბონიანობა, სისხლში გლუკოზის მაღალი დონე, ჰიპერტენზია, სისხლში ქოლესტერინის მაღალი დონე, დაბალი ფიზიკური აქტივობა. დიაბეტიანი პაციენტები კარდიოვასკულარული დაავადების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.</p> <p>მეორად პრევენციის ზომების მიღების შედეგად შესაძლოა დიაბეტის გართულებების თავიდან აცილება. მეორადი პრევენციის ღონისძიებებია: არტერიული წნევისკონტროლი; ყოველ სამ თვეში HbA1c-ს გაზომვა გლიკემიური კონტროლისთვის, უზმოზე ლიპიდური სპექტრის გაზომვა; ნეფროპათიის სკრინინგი; ფეხზე დაკვირვებები; დიაბეტიანთა ცხოვრების წესის მენეჯმენტი, კერძოდ, ფიზიკური აქტივობები, წონის გაკონტროლება [5,6].</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<p>American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <a href="http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance">http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance</a>. Updated January 4, 2009. Accessed July, 2012.</p> <p>2. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., and Lupacis A. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. <a href="http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf">http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf</a></p> <p>3. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. <i>Am Heart J.</i> January, 2005;149(1):54-60. PM:15660034.</p> <p>4. Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective. 2011. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf</a></p> <p>5. Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. <i>Canadian Journal of Diabetes.</i> 2008;32(Supplement 1) <a href="http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf">http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf</a></p> <p>6. Guidelines and Protocols Advisory Committee. Diabetes Care. Medical Services Commission, British Columbia Ministry of Health; September 1, 2010. <a href="http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf">http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf</a>.</p>

<p><b>ჰიპერტენზიით დაავადებულ ზრდასრულ პაციენტებში რისკ ფაქტორების სკრინინგი .</b></p> <p><i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისთვის</i></p>	
<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ჰიპერტენზია და ჩაიტარეს შემდეგი ტესტირება:</p> <p>x უზომოზე სისხლში შაქრის რაოდენობა;</p> <p>x სისხლის წნევის გაზომვა;</p> <p>x სიმსუქნის / ქარბზონიანობის სკრინინგი</p>
<p><b>გამოთვლილი მეთოდი</b></p>	<p><b>მრიცხველი</b></p> <p>პაციენტების რაოდენობა, ვინც წინა 12 თვის განმავლობაში ჩაიტარა ტესტირება შემდეგზე:</p> <p>x უზომოზე სისხლში შაქრის რაოდენობა;</p> <p>x სისხლის წნევის გაზომვა</p> <p>x სიმსუქნის / ქარბზონიანობის სკრინინგი.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პაციენტს სისხლის წნევა გაუზომა პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა გასული 12 თვის მანძილზე</p> <p>x პირი შემდეგიდან მინიმუმ ერთს აკმაყოფილებს: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა წონა გაუზომა გასული 12 თვის მანძილზე.</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა წელის დიამეტრი გაუზომა გასული 12 თვის მანძილზე</p> <p>x პირს შემდეგიდან მინიმუმ ერთი ჰქონდა: სისხლში შაქრის შეცმველობის ტესტი გასული 12 თვის მანძილზე.</p> <p>შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი.</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<p><b>მნიშვნელო</b></p>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ჰიპერტენზია</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი პირი მინიმუმ 18 წლისაა</li> <li>• პირს აქვს ჰიპერტენზიის დიაგნოზი</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>პირი ორსულადაა</p>

მონაცემთა წყარო	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი
შენიშვნები	<p>ტერმინების განმარტება</p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვადერთან მინიმუმ ერთხელ მანც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს,</p> <p>x უზმოზე სრული ლიპიდური სპექტრის სკრინინგი არის სისხლის ანალიზების ერთობლიობა, რომელიც კეთდება ჭამიდან 14 საათის შემდეგ და ეხმარება პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს დაავადების მკურნალობაში. ლიპიდური სპექტრი მოიცავს ქოლესტეროლს, ქოლესტეროლს და ტრიგლიცერიდებს. კვლევა შესაძლოა მოიცავდეს რისკის მაჩვენებლებს ასაკის, სქესის და სხვა რისკ ფაქტორების მიხედვით [1].</p> <p>x ჰემოგლობინ A1 ტესტი არის ლაბორატორიული ტესტი, რომელიც ასახავს გლუკოზის საშუალო დონეს ორი ან სამი თვის მანძილზე [2].</p> <p>x სიმსუქნის სკრინინგის ღონისძიებები შესაძლოა მოიცავდეს:</p> <p>სხეულის მასის ინდექსი (BMI), რომელიც გამოითვლება წონისა და სიმაღლის შეფარდებით [2]</p> <p>წელი-თედოს გარშემოწერილობის გაზომვას იყენებენ სიმსუქნის ინდექსის დადგენაში. სიმსუქნე, კერძოდ გაცხიმოვანება მუცლის არეში, ხელს უშლის პაციენტების გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მკურნალობის დადებით გამოსავალს [3].</p>
ინტერპრეტაცია	<p>x ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p> <p><b>ვრცელი ანალიზი</b></p> <p>x შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ თითოეული ტესტირების შედეგები ცალკე სათითაოდ შეფასდეს</p>
ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)	<p>მაღალი სისხლის წნევა ანუ ჰიპერტენზია გულის, ცერებროვასკულარული და სხვა სისხლძარღვების დაავადებების რისკ ფაქტორია [4-8]. იგი მიჩნეულია სიკვდილიანობის მაღალ რისკ ფაქტორად, წლიურად დაახლოებით 7.5 მლნ სიკვდილს იწვევს [9].</p>

	<p>კანადელთა 19%-ს აქვს ჰიპერტენზია [10]. ქვეყანაში მრავალი ღონისძიება და პროგრამა ტარდება მისი პრევენციის და მონიტორინგის მიზნით, ასევე დაავადების შესახებ ხალხის ცნობიერების გასაზრებლად. თუმცა, კანადელთა 34%-ში არ ხდება ჰიპერტენზიის კონტროლი [10].</p> <p>ჰიპერტენზიით დაავადებული კანადელების დაახლოებით 90% არის კარდიოვასკულარული დაავადების რისკის ქვეშ [11]. 2011 წელს მიღებული პროგრამით რეკომენდირებულია რისკ ფაქტორების სკრინინგი და შეფასება, ჯანმრთელი ცხოვრების წესი. მეორადი პრევენციის ზომები შეიცავს შარდის ანალიზს, სისხლის წნევის გაზომვას, სისხლის ბიოქიმიურ ანალიზს (კალიუმი, ნატრიუმი და კრეატინინი); უზმოზე გლუკოზის დადგენა, უზმოზე ქოლესტერინის, ქოლესტეროლი და ტრიგლიცერიდების დადგენა;</p>
	<p>მარილის გამოყენების შემცირება; თამბაქოს თავის დანებება; ჭარბწონიანობის შემცირება; ჯანმრთელი წონის შენარჩუნება [12].</p> <p>ჰიპერტენზიის გამომწვევი რისკ ფაქტორების მართვის და სკრინინგის შედეგად შესაძლებელია კარდიოვასკულარული დაავადების რისკის შემცირება. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჰიპერტენზიით პაციენტებში დაავადების რისკ ფაქტორების შეფასებასა და მართვაში.</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Pro le. <a href="http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance">http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance</a>. Updated January 4, 2009. Accessed July, 2012.</li> <li>2. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P.M., and Laupacis A. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. <a href="http://www.ices.on.ca/file/D_Intro.pdf">http://www.ices.on.ca/file/D_Intro.pdf</a>. Accessed July, 2012.</li> <li>3. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. Am Heart J. January, 2005;149(1):54-60. PM:15660034.</li> </ol>

4. Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med.* January 7, 2003;138(1):10-16. PM:12513039.
5. Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. *Arch Intern Med.* June 14, 1999; 159(11):1197-1204. PM:10371227.
6. Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet.* May 3, 2008;371(9623):1513-1518. PM:18456100.
7. Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. *Hypertension.* November, 2007;50(5):869-876. PM:17893376.
8. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation.* December 10, 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.
9. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.* Geneva: World Health Organization Press; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
10. Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults.* Ottawa, ON: Statistics Canada; March, 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Accessed July 26, 2012. (82-003-XPE).
11. Khan N, Chockalingam A, Campbell NR. Lack of control of high blood pressure and treatment recommendations in Canada. *Canadian Journal of Cardiology.* June, 2002;18(6):657-661.
12. 2012 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. Canadian Hypertension Education Program; 2012. [http://www.hypertension.ca/images/2012\\_CHEPFull\\_Recommendations\\_EN\\_HCP1009.pdf](http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFull_Recommendations_EN_HCP1009.pdf). Accessed July 16, 2012.

<b>დისლიპიდემიის მკურნალობა</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</i>		
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება, elevated low-density lipoproteincholesterol (LDL-C) და ვისაც ლიპიდების შემამცირებელი მედიკამენტები და ცხოვრების წესზე რჩევები შესთავაზეს.	
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b>	<p>პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელში ვისაც შესთავაზეს ცხოვრების წესის შესახებ რჩევები და ლიპიდების შემამცირებელი პრეპარატები გასული 12 თვის მანძილზე.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირს შესთავაზეს რჩევები ცხოვრების წესის შესახებ გასული 12 თვისმანძილზე.</p> <p>x პირს აქვს ერთი ან შემდეგი ორივე: პირს გამოუწერეს ლიპიდების შემამცირებელი მედიკამენტი გასული 12 თვის მანძილზე</p> <p>პირს აქვს დასაბუთებული წინააღმდეგჩვენება ლიპიდების შემამცირებელ მედიკამენტებთან</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
	<b>მნიშვნელი</b>	<p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტთა (18 წლის და მეტი ასაკის) რაოდენობა, რომელთაც აქვთ გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება, elevated low-density lipoproteincholesterol - LDL-C (2.0mmol/L-ზე მეტი).</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის პაციენტს</p> <p>x პირი მინიმუმ 18 წლისაა</p> <p>x პირს აქვს გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება პირს აქვს elevated low-density lipoproteincholesterol – LDL-C (2.0mmol/L-ზე მეტი).</p>

	<b>გამონაკლისი</b> არცერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი
<b>შენიშვნები</b>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>X პირველადი ჯანდაცვის პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</p> <p>X გულის იშემიური (კორონარული) დაავადება (სტენოკარდია ან მის გარეშე): მაგალითად, პაციენტები, რომლებმაც გადაიტანეს მიოკარდიუმის ინფარქტი, რევასკულარიზაცია, ანგიოგრაფიულად დადასტურებული კორონარული ათეროსკლეროზი, ან მიოკარდის იშემიის არაინვაზიური ნიშნები [1].</p> <p>X LDL-C: ლიპოპროტეინის A ტიპი რომელიც სისხლში ქოლესტერინი გადააქვს. LDL ზოგადად არასასურველია, რადგან მას წარბი ქოლესტერინი სისხლძარღვების კედლებში გადააქვს და წვლილი შეაქვს „არტერიების გამყარებაში“. შესაბამისად, LDL ქოლესტერინს „ცუდი“ ქოლესტერინის სახელითაც იცნობენ. LDL-ის ტესტი ასახავს სისხლში LDL ქოლესტერინის შემცველობას [2].</p> <p>X ლიპიდების შემამცირებელი მედიკამენტები მოიცავს მედიკამენტების შემდეგ ჯგუფებს: სტატინები, ნაღვლის მჟავა ანქოლესტერინის შემწოვი ინჰიბიტორები, ფიბრატები და ნიაცინი [3].</p> <p>X დისლიპიდემიის განკურნების მიზნით ცხოვრების წესზე რჩევა შესაძლოა შეიცავდეს თამბაქოს მოხმარებაზე თავის დანებებას, მცირე რაოდენობის მარილის და მარტივი შაქრების შემცველი დიეტა, უჯერი ცხიმების ნაჯერი ცხიმებით ჩანაცვლება, ხილ-ბოსტნეულით ხშირი კვება; მაღალკალორიული საკვების შეზღუდვა სხეულის იდეალური წონის შესანარჩუნებლად; საშუალო ან მძიმე ფიზიკური დატვირთვა 30-დან 60 წუთამდე სასურველია [3].</p>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	X ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.



<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>კარდიოვასკულარული დაავადება კანადაში სიკვდილობის მეორე მთავარი მიზეზია (21%-ს) [4]. დაახლოებით 8 მილიონი კანადელი დაავადებულია გულის დაავადებით, სისხლძარღვების დაავადებით, ან ინფარქტის მიღების რისკის ქვეშაა. გულის იშემიური დაავადება კარდიოვასკულარული დაავადების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა [5]. კარდიოვასკულარული დაავადების ჩამოყალიბებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია ქოლესტერინის მაღალი დონე, კერძოდ LDL-C [6].</p> <p>კანადური გაიდლაინები კარდიოვასკულარული დაავადების რისკზეა ფოკუსირებული, და იყენებენ ფრამინგჰამის რისკის შესაფასებელ ქულას (Framingham Risk Assessment Score) [6]. მაღალ და საშუალო რისკიანი პაციენტებისთვის რეკომენდირებულია ლიპიდური დონის შემცირება 2.0 მმოლ/ლ-ზეან LDL-C-ს 50%-იანი შემცირება.</p> <p>მაღალრისკიანი პირებისთვის გაიდლაინებით რეკომენდირებულია მედიკამენტებით მკურნალობა და ცხოვრების წესის შეცვლა. საშუალო-რისკიანი პირების შემთხვევაში რეკომენდირებულია ჯერ ცხოვრების წესის შეცვლა, რომლის უშედეგოდ დასრულების შემდეგ მედიკამენტებით მკურნალობა [3].</p>
	<p>ცვლილებები ცხოვრების წესში, რომელიც ათეროსკლეროზის და სისხლძარღვთა დაზიანების ადრეულ პრევენციას ეხება, მოიცავს თამბაქოს მოხმარებაზე თავის დანებებას, ჯანსაღ კვებას, ნაჯერი ცხიმების და რაფინირებული შაქრის რაოდენობის შემცირებას, ყოველდღიურ ფიზიკურ აქტივობას და სტრესის მართვას [3].</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დისლიპიდემიით და კარდიოვასკულარული დაავადებით პაციენტთა დიაგნოსტიკებაში და მკურნალობაში, მათთვის ცხოვრების წესის მხარდაჭერაში.</p>

**ბიბლიოგრაფია**

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICS). Stable Coronary Artery Disease. [http://www.icsi.org/coronary\\_artery\\_disease/coronary\\_artery\\_disease-estable\\_.html](http://www.icsi.org/coronary_artery_disease/coronary_artery_disease-estable_.html). Updated 2011.
2. American Association for Clinical Chemistry. LDL Cholesterol. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/ldl>. Updated February 10, 2012. Accessed August 27, 2012.
3. Genest J, M Pherson R, Frohlich J, et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society / Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult -2009 recommendations. *Can J Cardiol.* October, 2009;25(10):567-579. PM:19812802.
4. Statistics Canada. Leading Causes of Death in Canada. 2008. [http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&lang=eng,\(84-215-XWE\)](http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&lang=eng,(84-215-XWE)).
5. Canadian Institute of Health Research. Health Research Investing in Canada's Future 2003-2004. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/24939.html>. Updated May 7, 2012. Accessed August 27, 2012.
6. Lau D. Gupta M. Pearson G. New Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of Dyslipidemia, 2009 Update. [http://www.canadianhealthcarenetwork.ca/files/2010/02/Dyslipidemia\\_Guidelines\\_Feb2010.pdf](http://www.canadianhealthcarenetwork.ca/files/2010/02/Dyslipidemia_Guidelines_Feb2010.pdf). Updated February 9, 2010.

<b>მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობა</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</i>	
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც ქონდათ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (AMI) და ამჟამად მკურნალობენ ბეტა-ბლოკატორებით.
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>მრიცხველი</b></p> <p>პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელში ვისაც დაუნიშნეს ბეტა-ბლოკატორები.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირი აკმაყოფილებს შემდეგიდან მინიმუმ ერთს:</p> <p>პირს წინა 12 თვის მანძილზე გამოუწერეს ბეტა-ბლოკატორი</p> <p>პირს აქვს წინააღმდეგ ჩვენება ბეტა-ბლოკატორთან მიმართებაში</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის პაციენტთა რაოდენობა, ვისაც ჩაუტარდა AMI გასული 12 ან 24 თვის მანძილზე.</p> <p><b>მოიცავს</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელს / პაციენტს</p> <p>x პირს ჰქონდა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი გასული 12 - 24 თვის მანძილზე</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი
<b>შენიშვნები</b>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი /პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს</p>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	x ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.
<b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b>	გულის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი სიცოცხლისთვის სასიფათო მოვლენაა. ამ დროს ჩერდება გულის სისხლით მომარაგება. სისხლის შეზღუდულად მიწოდების შედეგად შესაძლოა გულის რომელიმე კუნთი დაზიანდეს.

	<p>გულის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია [1]. პაციენტებს, ვინც გულის მწვავე ინფარქტი გადაიტანეს, შესაძლებელია კარდიოვასკულარული მოვლენები ისევ განუმეორდეთ [3].</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<p>გაიდლაინებით რეკომენდირებულია ბეტა-ბლოკატორებით მკურნალობა, როგორც უპირველესი ანტიჰიპერტენზიული თერაპია, იმ პაციენტებისთვის, ვინც მწვავე ინფარქტი ჰქონდათ ან აქვთ სტენოკარდია.</p> <p>კვლევები ადასტურებენ, რომ მრავალი პაციენტი ვერ სარგებლობს რეკომენდირებული მკურნალობით. ბეტა-ბლოკატორების დანიშვნის სიხშირე 50%-ზე ნაკლები იყო იმ ასაკოვან პირთათვის, ვისაც წინა თვეს მიოკარდიუმის ინფარქტი ჰქონდა [6, 7].</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ მიოკარდიუმის ინფარქტიანი პაციენტების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში. აუცილებელია შესაბამისი ფარმაკოთერაპიის განხორციელება ან გაგრძელება და კონტროლი.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistics Canada. Leading Causes of Death in Canada. 2008. <a href="http://www.statcan.gc.ca/bsoic/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng">http://www.statcan.gc.ca/bsoic/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng</a>. (84-215-XWE).</li> <li>2. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2010. Ottawa, Ontario: CIHI; 2010. <a href="https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140">https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140</a>.</li> <li>3. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva: WHO Press; 2007.</li> <li>4. Tobe SWM, Stone JAM, Brouwers MP, et al. Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative. [Miscellaneous Article]. CMAJ Canadian Medical Association Journal. October 18, 2011;183(15):e1135-e1150.</li> <li>5. The Cleveland Clinic. Disease Management Project. <a href="http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/coronary-artery-disease/">http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/coronary-artery-disease/</a>. Updated August 1, 2010. Accessed August 27, 2012.</li> <li>6. Pilote L, Beck CA, Karp I, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction in four Canadian provinces, 1997-2000. Canadian Journal of Cardiology. January, 2004;20(1):61-67.</li> <li>7. Beck CAM, Richard HM, Tu JVM, Pilote LMMP. Administrative Data Feedback for Effective Cardiac Treatment: AFFECT, A Cluster Randomized Trial. [Article]. JAMA. July 20, 2005;294(3):309-317</li> </ol>

<b>შფოთვის მაჟორანლობა</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</i>		
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ფსიქიკური აშლილობა ან გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა, ვინც ამჟამად მკურნალობენ ან აქვთ მიმართვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმწოდებელთან.	
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b>	<p>პაციენტების რაოდენობა ვისაც დაუნიშნეს მკურნალობა ან აქვთ მიმართვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმწოდებელთან წინა 12 თვის მანძილზე.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირმა მინიმუმ ერთი სერვისი ჩაიტარა პირველად ჯანდაცვის პროვაიდერისაგან წინა 12 თვის მანძილზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გამოენერა შფოთვის სანინა-ალმდეგო მედიკამენტი;</li> <li>• მიმართვა ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმწოდებელთან</li> <li>• არამედიკამენტოზური</li> <li>• მკურნალობის შეთავაზება (ფსიქოლოგიური ინტერვენციები: ინდივიდუალური თვითდახმარება, ფსიქოგანათლების ჯგუფები)</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b> არც ერთი</p>
	<b>მნიშვნელი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 წლის და უფროსი ასაკის პირველადი ჯანდაცვის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ფსიქიკური აშლილობა ან გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა.</li> </ul> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი</li> <li>• 18 წლის და უფროსი ასაკის პირი</li> <li>• პირს შემდეგიდან მინიმუმ ერთის დიაგნოზი აქვს:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პანიკური აშლილობა</li> <li>• გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა.</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b> არც ერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი
<b>შენიშვნები</b>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვადერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს</li> <li>• ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმწოდებელი: ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოცდილი მიმწოდებელი (მაგალითად ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, პროფესიული დაავადების მკურნალი ექიმი, ფსიქიატრიის ექთანის ან სოციალური მუშაკი</li> </ul>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	x ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.
<b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b>	<p>შფოთვითი აშლილობა ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობაა, მაგრამ მისი ქრონიკული ბუნების გამო მისი პრევალენტობა ხშირად ვერ ფასდება სათანადოდ [1-4]. კვლევები ამტკიცებენ, რომ კანადელების 10%-29%-ს აქვთ შფოთვითი აშლილობა ერთხელ მაინც ცხოვრების პერიოდში [5].</p> <p>ფსიქიკური აშლილობები იწვევენ სერიოზულ დისტრესს პაციენტების ოჯახებში, ასევე მნიშვნელოვან ხარჯებს საზოგადოების მხრიდან, რაც განაპირობებს ფსიქიკური და არაფსიქიკური სამედიცინო სერვისებზე ზედმეტად გამოყენებას, შრომისუნარიანობის შემცირებას და თვითმკვლელობის რისკის გაზრდას [4-5].</p> <p>პანიკური აშლილობა არის ქრონიკული დაავადება, რომელიც ხასიათდება მორეციდივე, მოულოდნელი პანიკური შეტევებით, რასაც თან ახლავს ქცევითი ცვლილებები. გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა ქრონიკული ნერვოული აშლილობაა, რომელიც ხასიათდება რთულად კონტროლირებადი, მუდმივი შფოთვით. პანიკური აშლილობის და გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა შესაძლებელია ფსიქოლოგიური და მედიკამენტოზური ჩარევების საშუალებით.</p>

	<p>კანადელების უმრავლესობისათვის სამედიცინო მომსახურება ხელმისაწვდომია პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის მეშვეობით. კვლევების მიხედვით, 5-დან 1 პაციენტს, ვინც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს მიმართავს, აქვს შფოთვითი აშლილობის სიმპტომები [5]. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პაციენტის შფოთვითი აშლილობის სიმპტომების დადგენაში და ხშირ შემთხვევაში მათ განკურნებაში</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2000</li> <li>2. Antony M. and Swinson R. Anxiety Disorders and Their Treatment: A Critical Review of the Evidence-Based Literature. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1996. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety_review.pdf">www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety_review.pdf</a>.</li> <li>3. Kessler RCP, Berglund PM, Demler OM, Jin RM, Walters EEM. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. [Article]. Archives of General Psychiatry. June, 2005;62(6):593-602.</li> <li>4. Stein MBM, Sherbourne CDP, Craske MGP, et al. Quality of Care for Primary Care Patients With Anxiety Disorders. [Article]. American Journal of Psychiatry. December, 2004; 161(12):2230-2237.</li> <li>5. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry. July, 2006;51(8Suppl2):9S-91S. PM:16933543.</li> </ol>

**ქრონიკული დაავადებების თვითმართვაზე პირველადი ჯანდაცვის მხარდაჭერა**

<p><b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</b></p>		
<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც აქვთ ქრონიკული დაავადება და თვითმართვისათვის პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისგან მინიმუმ შემდეგი ერთი ტიპის მხარდაჭერა მიიღო:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> შედგენილ იქნა მკურნალობის გეგმა</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> სტიმულირებულ იქნა თვითდახმარების ჯგუფების ან პროგრამების გამოყენება</li> </ul>	
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>მრიცხველი</b></p>	<p>პირთა რაოდენობა ვინც წინა ექვსი თვის მანძილზე მიიღო პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლისგან თვითმართვის მინიმუმ ერთი ტიპის მხარდაჭერა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> შედგენილ იქნა მკურნალობის გეგმა</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> სტიმულირებულ იქნა თვითდახმარების ჯგუფების ან პროგრამების გამოყენება</li> </ul> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> პირი არის მნიშვნელში</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> პირმა გასული 6 თვის მანძილზე მიიღო შემდეგიდან მინიმუმ ერთი: დაეხმარნენ მკურნალობის გეგმის შედგენაში</li> <li>ნახალისებულ იქნა თვითდახმარების ჯგუფებში განევრიანებით ქრონიკული დაავადებისგან განკურნების მიზნით</li> <li>ნახალისებულ იქნა საზოგადოებრივ ჯგუფებში განევრიანებით ქრონიკული დაავადებისგან განკურნების მიზნით</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>



	<p><b>მნიშვნელი</b></p> <p>18 წლის და უფროსი ასაკის პირთა რაოდენობა, რომელთაც აქვთ მინიმუმ ერთი ქრონიკული დაავადება.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი</li> <li>• 18 წლის და უფროსი ასაკის პირი</li> <li>• პირს აქვს მინიმუმ ერთი ქრონიკული დაავადება.</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები [1]</p> <p>პაციენტის კომპონენტი</p>
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვადერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</li> <li>• თვითმართვის მხარდაჭერა ითვლება უზრუნველყოფილად, თუ თვითმართვის მხარდაჭერაზე კითხვებზე პასუხები იყო „დიახ“.</li> <li>• კითხვარში ჩამოთვლილია ქრონიკული დაავადებები.</li> <li>• თვითდახმარების ჯგუფები არის ღია, რომლებიც რეგულარულად ხვდებიან და რომლის მთავარი მიზანია ურთიერთდახმარება. თვითდახმარების ჯგუფებს მართავენ ჯგუფის წევრები [2]</li> <li>• თვითმართვაში იგულისხმება მოთხოვნები და მოვალეობები, რომელიც პირმა უნდა შეასრულოს, რომ ნორმალურად იცხოვროს ერთი ან მეტი ქრონიკული დაავადებით, იგი მოიცავს ნდობას სამედიცინო, როლური და ემოციური მართვის მიმართ [3]</li> </ul>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</li> </ul>

	<p><b>ვრცელი ანალიზი</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ სათითაოდ გაიზომოს რესურსები თვითმართვის და თვითდახმარების ჯგუფებისა და პროგრამებისთვის.</li> </ul>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>კანადელი მოსახლეობის 33%-ს აქვს ერთი ან მეტი ქრონიკული დაავადება [4]. კანადაში მოსახლეობის დაბერების, სიმსუქნის და ფიზიკური აქტიურობის ნაკლებობის შედეგად მოსალოდნელია ქრონიკულად დაავადებული ადამიანების რაოდენობის გაზრდა [5]. ქრონიკული ავადმყოფების უმრავლესობას ჰყავს პირველადი ჯანდაცვის რეგულარული მიმწოდებელი. კვლევების მიხედვით ქრონიკული ავადმყოფები ჯანდაცვის სისტემას უფრო ხშირად და ინტენსიურად მიმართავენ [4, 6]. ქრონიკული ავადმყოფები შეადგენენ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი ოჯახის ექიმებთან ვიზიტების 51%-ს, სპეციალისტებთან ვიზიტების 55%-ს, საექთნო კონსულტაციების 66%-ს და საავადმყოფოებში პაციენტების მიერ გატარებული საწოლ-დღეების 72%-ს [4].</p> <p>კვლევების თანახმად, პაციენტების მიერ თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში ნვლილის შეტანას უკეთესი შედეგები გამოაქვს, კერძოდ, ჯანმრთელობის სტაბილიზაცია და უარყოფითი გვერდითი მოვლენების რისკის შემცირება [7]. პაციენტების თვითმართვას ასევე შეუძლია პაციენტის ფუნქცია გაზარდოს და სიმპტომების სიმძიმე და ჯანდაცვის ხარჯები შეამციროს [8].</p> <p>მაგალითად, ქრონიკული ობსტრუქციული ფილტვის დაავადებაზე განათლებისათვის თვითმართვა მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰოსპიტალური მიმართვიანობის დონეს [9].</p> <p>თვითდახმარების ჯგუფები ქრონიკული დაავადების თვითმართვის მნიშვნელოვან რესურსს შეადგენენ [10]. მსგავსი ნებაყოფლობითი ჯგუფები ხშირად შედგება გარკვეული დაავადების პაციენტებისაგან, რომელსაც მხარში დგომა სჭირდება და რომელიც თავადაც მზადაა სხვასაც დაუდგეს მხარში. მრავალი თვითდახმარების ჯგუფი ინტერნეტის საშუალებითაა მიღწევადი, რაც განსაკუთრებით მოსახერხებელია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის.</p>

	<p>ამასთანავე, ქრონიკული დაავადებების თვითმართვის საშუალებით შესაძლებელია პაციენტის განათლების ამაღლება პრობლემის გადაჭრის უნარების სწავლების, თვითფექტიურობის ამაღლების, ინფორმირებულობის გაზრდის და ტექნიკური უნარების ამაღლების მეშვეობით [11, 12]. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი ორგანიზაციების მეშვეობით, რომელთა სერვისები უფრო ხელმისაწვდომია მოსახლეობისათვის, პაციენტებისათვის უფრო ადვილია დაავადების პროცესის, მკურნალობის და თვითდახმარების პრაქტიკის გაგება და მართვა [13].</p>
<p>ბიბლიოგრაფია</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Canadian Institute for Health Information. Primary HealthCare: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Updated 2011. Accessed September 5, 2012.</li> <li>2. Health Canada. Supporting Self-Care: the Contribution of Nurses and Physicians – An Exploratory Study. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1997.</li> <li>3. Institute of Medicine of the National Academies. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2004</li> <li>4. Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and health care use in Canada: implications for policy and practice. <i>Healthc Q.</i> 2008; 11 (3):70-76. PM:18536538.</li> <li>5. World Health Organization. Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada In: Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005. <a href="http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf">www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf</a>. Accessed September 6, 2012.</li> <li>6. Canadian Institute for Health Information. Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions? Ottawa, Ontario: CIHI; 2011.</li> <li>7. Lorig KRD, Holman HRM. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. [Article]. <i>Annals of Behavioral Medicine.</i> August, 2003; 26(1):1-7.</li> </ol>

8. Hibbard JH. Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Medical Care*. January, 2003;41(1:Suppl):Suppl-70.
9. Effing T, Monninkhof EM, vander Valk PD, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. [Review] [81 refs] [Up date of Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1): CD002990; PMID: 12535447]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4):CD002990, 2007. 2007;(4):CD002990.
10. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. [Review] [84 refs]. *BMC Public Health*. April 16, 2004;4:11.
11. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self- management of chronic disease in primary care. [References]. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. November, 2002;(19):2469-2474.
12. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. October 15, 2005;72(8):1503-1510. PM:16273817.
13. World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

<p>პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფის ეფექტურობის შეფასება</p> <p><b>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</b></p>	
<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>ჯგუფის საშუალო ეფექტურობა ეფუძნება</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>x ხედვას;</li> <li>x უსაფრთხოებას;</li> <li>x სამუშაოზე ორიენტაციას;</li> <li>x ინოვაციის მხარდაჭერას.</li> </ul>
<p>გამოთვლის მეთოდი</p>	<p>მრიცხველი</p> <p>ჯგუფის ეფექტურობის შეფასება ეფუძნება:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ხედვას;</li> <li>• უსაფრთხოებას;</li> <li>• სამუშაოზე ორიენტაციას;</li> <li>• ინოვაციის მხარდაჭერას.</li> </ul> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეფასება, თუ როგორ ამყარებენ პრაქტიკის ნევრები ერთმანეთთან კომუნიკაციას პაციენტების და პრაქტიკის შესახებ;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, თუ რამდენად იციან სხვა მუშაკების პრაქტიკული გამოცდილების შესახებ;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, თუ რა იციან ჯგუფში თავისი როლის შესახებ;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, თუ რა იციან ჯგუფში სხვების როლების შესახებ;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, თუ რა სიხშირით იკირბება ჯგუფი;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, პრაქტიკის ჯგუფის ნევრებს შორის თანამშრომლობის შესახებ პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაზე;</li> <li>• რების თაობაზე;</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, თუ რამდენად კმაყოფილია რესპონდენტი პრაქტიკაში ადმინისტრაციული გადაწყვეტილებების მიღებაში მონაწილეობით</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეფასება კითხვაზე, ყოველთვის ცდილობს თუ არა პრაქტიკა მის გაუმჯობესებას საქმის შესრულების ან ორგანიზების ახალი გზების გამოყენების საშუალებით</li> <li>• შეფასება კითხვაზე, არის თუ არა პრაქტიკაში ცვლილებების შეტანა რთული</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b> არცერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის რაოდენობა ჯგუფში ჩართვის კრიტერიუმი</p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი</p> <p>იმავე ჯგუფის რესპონდენტი.</p> <p>გამონაკლისი არც ერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები [1]</p> <p>პაციენტის კომპონენტი</p>	
<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ჯგუფის ეფექტიურობის ქულა</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჯგუფის ეფექტიურობაზე პირველი 10 კითხვა ფასდება 5-ბალიანი სქემით: <ul style="list-style-type: none"> <li>- სრულიად უკმაყოფილო / საერთოდ არ ვეთანხმები = 1</li> <li>- არც თუ ისე კმაყოფილი / ზოგიერთს არ ვეთანხმები = 2</li> <li>- ნეიტრალური / მიჭირს პასუხის გაცემა = 3</li> <li>- ასე თუ ისე კმაყოფილი = 4</li> <li>- სრულიად კმაყოფილი = 5</li> </ul> </li> <li>• მეთერთმეტე და ბოლო კითხვა ფასდება 5-ბალიან სისტემით: <ul style="list-style-type: none"> <li>- სრულიად კმაყოფილი = 1</li> <li>- ასე თუ ისე კმაყოფილი = 2</li> </ul> </li> </ul>	

	<p>- ნეიტრალური / მიჭირს პასუხის გაცემა = 3  - არც თუ ისე კმაყოფილი / ზოგიერთს არ ვეთანხმები = 4  - სრულიად უკმაყოფილო / საერთოდ არ ვეთანხმები = 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>რესპონდენტისთვის ჯგუფის ეფექტიურობის ქულის გამოთვლისთვის, ყველა კითხვის ქულის ჯამი იყოფა კითხვების რაოდენობაზე (რომელიც არის11).</li> </ul> <p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს</p>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.
<b>ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)</b>	<p>2000 wels reformebi ganxorcielda pirveladi jandacvis mimwodebeli gundebis Semdgom ganviTarebaSi, rac mimarTuli iyo qronikuli daavadebebis marTvis, preventciis da janmrTelobis amaRlebisATvis. Semdgom wlebSi dasaxul iqna mosaxleobisaTvis interdisciplinaruli gundebis xelmisawvdomobis gazrda [2]</p> <p>kvlevis mixedviT, pirveladi jandacvis gundebis SeuZliaT ufro mowesrigebuli da koordinirebuli momsaxurebis uzrunvelyofa, vidre pirveladi jandacvis iseT struqturebs, romlebic ar arian gundze (jgufze) dafuZnebuli. aseve, pirveladi janacvis jgufebi zrdian pacientis kmayofilebas, saswrafo daxmarebis gamoZaxebis SemTxvevebis da hospitalizaciis Semicirebas [3].</p> <p>pirveladi jandacvis jgufebi zrdian pacientis kmayofilebas, amcireben lodinis dros [4] pirveladi jandacvis iseT struqturib Tan SedarebiT, romlebic ar arian jgufze dafuZnebuli. pirveladi jandacvis jgufebi uzrunvelyofen ufro bevr serviss da resursebs ufro efeqtirad iyeneben [4].</p> <p>erT-erTi kvlevis mixedviT, arsebobs specialuri instrumenti pirveladi jandacvis jgufebis Sesafaseblad [4]. kvlevis mocemulia pirveldi jandacvis gundis arsis, urTierTanamSromlobis da masSi rolebis (mag, eqimi/eqTani, eqimi/dictologi, eqimi/farmacevti) mniSvnelobaze [4].</p>

	<p>kvlevebis mixedviT, pirveladi jandacvis jgufis efeqtiurobas matebs Semdegi faqtorebi: lideroba, jgufSi codnis gaziareba, saerTo miznebi, pacientis CarTuloba, mosaxleobis janmrTelobaze aqcenti, aqcenti servisebisxarisxe, Sesabamisi servisisa da Sesabamisi mimwodeblis kavSiri, ndoba, pativiscema da efeqtiuri komunikacia [4]. maRalefeqtiuri gundis organizaciebs ukeTesi Sedegebi aqvT qronikul pacientebTan mimarTebiT [5]</p> <p>jgufis efeqtiurobis Sefasebis erT-erTi sazomi aris jgufis garemos Sefaseba [6]. jgufis garemო SesaZloa animartos, rogorc organizaciis mdgomareobis (politikis, procedurebis, praqtikis) gaziarebuli aRqma [7]. susti garemოTi xasiaTdeba is organizaciebi, visac yavT meti muSakebi, vinc organizaciis datovebaze fiqrobs da xasiaTdeba personalis maRali gadinebiT [8]. jgufis garemos Sesafasebeli meTodebi moicavs gamokiTxvas, romliTac izomeba oTxi faqtori: xedva, jgufSi daculoba, orientacia davalebaze da inovaciisTvis mxardaWera [7].</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Canadian Institute for Health Information. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Updated2011. AccessedSeptember5,2012.</li> <li>2.Health Canada. First Minister’s Meeting on the Future of Health Care 2004: A10-year plan to strengthen healthcare. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php</a>.</li> <li>3. Khan S., McIntosh C., Sanmartin C., Watson D., and Leeb K. Primary Health Care Teams and Their Impacton Processes and Outcomes of Care. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2008.</li> <li>4.Barrett J., Curran V., GlynnL., and Godwin M. CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.</li> </ol>



	<p>5. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, et al. The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. <i>Medical Care</i>. November, 2004; (11):1040-1048.</p> <p>6. Loo R. Assessing team climate in project teams. <i>International Journal of Project Management</i>. 2003; 21:511-517.</p> <p>7. Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. <i>Journal of Organizational Behavior</i>. May, 1998; (3):235-258.</p> <p>8. Kivimaki M, Vanhala A, Pentti J, et al. Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: prospective cohort study. <i>BMC Health Services Research</i>. 2007; 7:170.</p> <p>9. Kivimaki M, Elovainio M. A shorter version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. <i>Journal of Occupational and Organizational Psychology</i>. June, 1999; (2):241-246.</p>
--	--

**არტიკული ნაევის კონტროლი, ჰიპერტენზია  
ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის**

<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>18 წლის და მეტი ასაკის პაციენტების პროცენტული რაოდენობა, ვინც მინიმუმ 12 თვეა ჰიპერტენზიით არის დაავადებული და სისხლის წნევას აკონტროლებს.</p>	
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>მრიცხველი</b></p>	<p>მნიშვნელში პაციენტების რაოდენობა, ვისაც გასული 12 თვის მანძილზე სისხლის წნევა გაუზომეს.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირი არის მნიშვნელში</p> <p>x პაციენტი, ვისაც გასული 12 თვის მანძილზე პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელმა სისხლის წნევა გაუზომა.</p> <p>x თუ პაციენტს არ აქვს შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი:</p> <p>სისხლის წნევის ბოლო გაზომვამ აჩვენა 140/90-ზე ნაკლები შედეგი</p> <p>x თუ პაციენტს აქვს შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი:</p> <p>სისხლის წნევის ბოლო გაზომვამ აჩვენა 130/80-ზე ნაკლები</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p>	<p>მინიმუმ 18 წლის ასაკის პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლების / პაციენტების რაოდენობა, ვისაც მინიმუმ 12 თვეა ჰიპერტენზია აქვს ჩართვის კრიტერიუმი</p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლების / პაციენტები</p> <p>x პირი მინიმუმ 18 წლის არის</p> <p>x პირს უკვე მინიმუმ 12 წელია ჰიპერტენზიის დიაგნოზი აქვს</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>x პირი ორსულადაა</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები</p>	

<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვადერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</li> <li>პაციენტები, ვისაც არ აქვს შაქრიანი დიაბეტი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთან ბოლო ვიზიტისას გაზომილი სისხლის წნევა 140/90 mmHg-ზე ნაკლებია [1].</li> <li>შაქრიანი დიაბეტით პაციენტები: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთან ბოლო ვიზიტისას გაზომილი სისხლის წნევა 130/ნაკლებია [1].</li> </ul>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p>
<p><b>ინდიკატორის დასაბუთება ( მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>მაღალი არტერიული წნევა, ან ჰიპერტენზია არის გულის, ცერებროვასკულარული და სხვა სისხლძრღვევანი დაავადებების რისკ ფაქტორი [2-6]. იგი ასევე განაპირობებს შრომისუნარიანობის დაქვეითებას და მიჩნეულია სიკვდილიანობის მაღალ რისკ ფაქტორად, ყოველწლიურად იწვევს დაახლოებით 7.5 მილიონ სიკვდილს [7].</p> <p>კანადელთა 19% ჰიპერტენზიითაა დაავადებული [8]. მიუხედავად იმისა, რომ გასულ წლებში კანადაში გაუმჯობესდა ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, კვლევების მიხედვით, პაციენტთა 34% ვერ მართავს დაავადებას [8].</p> <p>ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკის შემდეგ, 140/90 მმ ვწყ სვ წნევაზე ნაკლები წარმოადგენს დაავადებაზე კონტროლს, იმათთვის ვინც არ არის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული და 130/80 მმ ვწყ სვ იმათთვის ვინც არის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული [1].</p> <p>არსებობს მტკიცებულება, რომ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების და ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით მკურნალობით შესაძლოა სასურველი არტერიული წნევის მიღწევა ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებისთვის [1].</p>

	<p>კვლევების მიხედვით, ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფაქტორებს არტერიული წნევის შემცირება შეუძლიათ. ეს ფაქტორებია: ჯანსაღი დიეტა, ხშირი ფიზიკური აქტივობა, ალკოჰოლის მიღების კონტროლი, მარილის მიღების და სტრესის შემცირება, ფაქტორებზე დადებითი გავლენა აქვს პაციენტსა და პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელს შორის ურთიერთობას [1, 9].</p> <p>ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის სისხლის წნევის ეფექტიური კონტროლით შესაძლოა მამაკაცებში გულის იშემიური დაავადების დაახლოებით ერთი მესამედით და ქალებში ამის ნახევარზე მეტით შემცირება [10]. ჰიპერტენზიით დაავადებული კანადელი პაციენტების არტერიული წნევის კონტროლში, დაავადების დიაგნოსტიკებაში და მკურნალობაში, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები.</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<p>2012 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension.Canadian Hypertension Education Program; 2012. <a href="http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf">http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf</a>.AccessedJuly16,2012.</p> <p>2. Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. AnnIntern Med. January 7, 2003; 138 (1): 10-16. PM:12513039.</p> <p>3. Kannel WB, D' Agostino RB, SilbershatzH,BelangerAJ,Wilson PW,Levy D. Profile for estimating risk of heart failure.ArchIntern Med. June14,1999;159(11):1197-1204.PM:10371227.</p> <p>4.Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet. May 3, 2008; 371 (9623):1513-1518.PM:18456100.</p> <p>5.Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. Hypertension.November,2007;50(5):869-876.PM:17893376.</p>

6. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Life time risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation*. December 10, 2002; 106 (24):3068-3072. PM:12473553.
7. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva:WorldHealthOrganization;2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
8. Wilkins K., Campbell N.R., Joffres M.R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults*. Ottawa, ON: Statistics Canada; March, 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Accessed July 26, 2012. (82-003-XPE).
9. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting life style change in general practice. *Fam Pract*. April, 1997; 14(2):160-176. PM:9137956.
10. Wong ND, Thakral G, Franklin SS, et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive sub type, stage, age, and sex. *Am Heart J*. May, 2003; 145(5):888-895. PM:12766749

<b>სამედიცინო ტესტების არასავალდებულო დუბლირება, რომლებიც აცნობას პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებმა</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</i>		
<b>დეფინიციის აღწერა</b>	პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების პროცენტული რაოდენობა, ვინც განმეორებით ჩაატარეს სამედიცინო ტესტები. რადგან გასული თვის ცნობები მიუწვდომელი იყო	
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<b>მრიცხველი</b>	მნიშვნელში პაციენტების რაოდენობა, ვინც გასული თვის მანძილზე განმეორებით ჩაიტარეს სამედიცინო ტესტები, რადგან ცნობები მიუწვდომელი იყო. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> x პირი არის მნიშვნელში x პირმა ჩაიტარა განმეორებითი ტესტები ან პროცედურები გასული თვის მანძილზე, რადგან ცნობები მიუწვდომელი იყო <b>გამონაკლისი</b> არც ერთი
	<b>მნიშვნელი</b>	პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის მომხმარებლების რაოდენობა. <b>ჩართვის კრიტერიუმი</b> x პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი <b>გამონაკლისი</b> x არც ერთი
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები: პროვაიდერის კომპონენტი [1]	
<b>შენიშვნები</b>	არ ეხება	
<b>ინტერპრეტაცია</b>	ამ ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.	
<b>ინდიკატორის დასახულება ( მიზანშეწონილობა)</b>	სამედიცინო ტესტების არასაჭირო დუბლირება პაციენტისთვის ხელის შეშლელია და ზრდის ჯანდაცვის არასაჭირო ხარჯებს [2].კანადელთა უმრავლესობისთვის სამედიცინო მომსახურების პირველი საკონტაქტო ადგილია პირველადი ჯანდაცვა და ჰყავთ რეგულარული ოჯახის ექიმი [3].	

	<p>პაციენტთა 3.8% ბოლო ოთხი წლის მანძილზე საავადმყოფოში მინიმუმ ერთხელ მოხვდა [4]. ქრონიკული პაციენტები უფრო ხშირად მიმართავენ ჯანდაცვის სისტემას და სერვისების უფრო ფართო რაოდენობით სარგებლობენ. სერვისების გამოყენებისას პაციენტის ჯანმრთელობაზე ინფორმაცია უნდა იყოს პაციენტის ისტორიაში</p>
	<p>ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, კანადელების უმრავლესობამ (92%), ვინც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელ ექიმს გასულ წელს ერთხელ მაინც მიმართა, განაცხადა რომ მათ ექიმს არ ჩაუტარებია არააუცილებელი სამედიცინო ტესტი, და უმრავლესობამ (84%) განაცხადა, რომ ტესტის შედეგები ხელმისაწვდომი იყო ჩატარების დღესვე [5]. პირველადი ჯანდაცვაში ინფორმაციის გაცემა მნიშვნელოვანია მომსახურების მუდმივობისა და უწყვეტობისთვის, რაზეც ტესტის შედეგების არქონამ შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს [6].</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Canadian Institute for Health Information. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a></li> <li>2. Fyke K.J. Caring for Medicare: Sustaining a Quality System. Regina, Saskatchewan: Saskatchewan Health; 2001. <a href="http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf">www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf</a>.</li> <li>3. Health Canada. Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2011. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php</a>.</li> <li>4. Sanmartin C., Khanand S., and the LHAD research team. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The Factors That Matter. Statistics Canada: 2011. <a href="http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf">http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf</a>.</li> <li>5. Health Council of Canada. Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada. Toronto, Ontario: Health Council; 2008.</li> <li>6. Reid R., Haggerty J., and McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.</li> </ol>

**ჯანმრთელობის პრობლემების და გამომწერილი მედიკამენტების შესახებ ისტორიაში ჩანაწერების მხარდაჭერა**

*ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის*

<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი ორგანიზაციების პროცენტული რაოდენობა, რომელნიც უზრუნველყოფენ პაციენტის ისტორიაში მისი ჯანმრთელობის პრობლემების და მიღებული მედიკამენტების შესახებ ჩანაწერებს.</p>	
<p><b>გ ა მ ო თ ვ ლ ი ს მეთოდი</b></p>	<p><b>მრიცხველი</b></p>	<p>მნიშვნელში ორგანიზაციების რაოდენობა, რომელნიც უზრუნველყოფენ პაციენტის ისტორიაში მისი ჯანმრთელობის პრობლემების და მიღებული მედიკამენტების შესახებ ჩანაწერებს.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b>  x ორგანიზაცია მნიშვნელში  x ორგანიზაციის რესპონდენტების განაცხადი, რომ ისინი უზრუნველყოფენ პაციენტის ისტორიაში მისი ჯანმრთელობის პრობლემების და მიღებული მედიკამენტების შესახებ ჩანაწერებს.</p> <p><b>გამონაკლისი</b>  არც ერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციის რესპონდენტების რაოდენობა.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია</li> </ul> <p><b>გამონაკლისი</b>  არცერთი</p>
<p><b>მონაცემთა წყარო</b></p>	<p>კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის კვლევის ინსტრუმენტები: პროვაიდერის კომპონენტი [1]</p>	



<p><b>შენიშვნები</b></p>	<p><b>ტერმინების განმარტება</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები მოიცავენ პირებს, რომელთაც ჰყავთ მინიმუმ ერთი ოჯახის ექიმი ან პრაქტიკოსი მედდა, და აქვთ ადმიანური, ფისკალური და მატერიალური (მაგალითად, საოფისე ფართი) რესურსები სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ერთად, რომ განახორციელონ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები</p> <p>x ორგანიზაციებს შემუშავებული აქვთ პოლიტიკა ჩანაწერებთან დაკავშირებით</p>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p>
<p><b>ინდიკატორის დასახულება ( მიზანშეწონილობა)</b></p>	<p>პირველად ჯანდაცვაში ჯანმრთელობის პრობლემების და დანიშნული მედიკამენტების შესახებ ჩანაწერები არის პაციენტის შესახებ საჭირო ინფორმაცია, რომლებიც მნიშვნელოვან ელემენტებს შეიცავენ პაციენტის სამედიცინო ისტორიასთან დაკავშირებით. მსგავსი ჩანაწერების გაკეთება მნიშვნელოვანია პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სწრაფად მოსაპოვებლად [2].</p> <p>ასეთი ჩანაწერები ხელს უწყობენ სამედიცინო მეთვალყურეობის უწყვეტობას, განგრძობითობას, კომუნიკაციას მკურნალი ექიმებსა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალს შორის. მისი მეშვეობით ადვილდება სამედიცინო შეცდომების თავიდან აცილება, მაგალითად, ინფორმაციის შემთხვევითი დუბლიკაცია, რითაც შესაბამისად პერსონალი დროს ზოგავს [3].</p> <p>შესაძლოა სამედიცინო ისტორიის მოდიფიცირება: პირადული და ოჯახური მონაცემები, დასაქმება, მოვლენები ცხოვრებაში, ოჯახის სამედიცინო ისტორია; გადატანილი დაავადებები, ქირურგიული ოპერაციები, დაზიანებები, ავარიული შემთხვევები; გენეტიკური ინფორმაცია, რისკ ფაქტორები, ალერგიები, მედიკამენტებზე რეაქციები, ამჟამინდელი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, პრევენციული ღონისძიებები, იმუნიზაცია და სკრინინგი; მიღებული მედიკამენტების დოზა და სიხშირე; სასწრაფო საკონტაქტო ინფორმაცია [3].</p> <p>გამოსადეგი რომ იყოს, აუცილებელია სამედიცინო ისტორიის ჩანაწერების ხშირი შემოწმება - განახლება.</p>

**ბიბლიოგრაფია**

1. Canadian Institute for Health nformation. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>.
2. Holmes C. The problem list beyond meaningful use. Part 2: fixingthe problem list. *Journal of Ahima*. 2011;82(3):32-35.
3. Policy Statement #4-12: Medical Records. Toronto, Ontario: The College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2012. <http://www.cpso.on.ca/policies/policies/default.aspx?ID=1686#TOC3>.

<b>ჭარბწონიანობის და სიმსუქნის მაჩვენებლები</b> <i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებისთვის</i>	
	პაციენტების პროცენტული რაოდენობა, ვინც არის ჭარბწონიანი ან მსუქანი
<b>გამოთვლის მეთოდი</b>	<p><b>მრიცხველი</b></p> <p>პირების რაოდენობა, ვისი სხეულის მასის ინდექსი (BMI) შეესაბამება ჭარბწონიანობას ან სიმსუქნეს.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირი არის მნიშვნელში</p> <p>x პირის სხეულის მასის ინდექსი მიუთითებს მის ჭარბწონიანობაზე ან სიმსუქნეზე</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არც ერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p> <p>2 ან მეტი ასაკი პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლების / პაციენტების რაოდენობა</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლები / პაციენტები</p> <p>x პირი 2 წლის და მეტი ასაკისაა</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>x პირი ამჟამად ორსულადაა</p> <p>x 18 წლის და მეტი ასაკის პირები და მათი სიმაღლე 0.914 მეტრზე ნაკლებია</p> <p>x 18 წლის და მეტი ასაკის პირები და მათი სიმაღლე 2.108 მეტრზე მეტია</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები
<b>შენიშვნები</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</li> <li>სხეულის მასის ინდექსი გამოითვლება წონის შეფარდებით (კგ) სიმაღლის სიმაღლეზე (სმ).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის სხეულის მასის ინდექსი სიმსუქნეზე მიუთითებს, თუ მაჩვენებელი 30.0 კგ/მ<sup>2</sup> -ზე მაღალია [1]</li> </ul>
<p><b>ინტერპრეტაცია</b></p>	<p>ამ ინდიკატორის დაბალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.</p> <p><b>ვრცელი ანალიზი</b></p> <p>x შესაძლოა ამ ინდიკატორის 18 წლიდან მოზარდებისთვის ან 12 წლიდან 17 წლამდე შეზღუდვა.</p> <p>x შესაძლოა ამ ინდიკატორის შეცვლა, რომ სათითაოდ გაიზომოს სიმსუქნის და ქარბნონიანობის სიხშირე.</p>
<p><b>ინდიკატორის-დასაბუთება ( მიზანშე-ნონილობა)</b></p>	<p>ქარბნონიანობა ან სიმსუქნე არის მეორე ტიპის დიაბეტის, კარდიოვასკულარული დაავადების, ჰიპერტენზიის, ოსტეოართრიტის, კიბოს და ნალვლის ბუშტის დაავადების რისკ ფაქტორი [2, 3]. ქარბნონიანობა ასევე ასოცირდება გარკვეულ ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან, ფუნქციურ შეზღუდვასთან [4].</p> <p>ქარბნონიანობა ან სიმსუქნე ზრდასრულებში გამოითვლება სხეულის წონის შეფარდებით სიმალეზე. სიმსუქნე ცნობილია როგორც ჯანმრთელობის რისკის ინდიკატორი [5]. World Health Organization-ის მიხედვით 18.5-დან 24.9-მდე BMI-ს მაჩვენებელი ნორმალურია, 25.0-დან 29.9-მდე ქარბნონიანია და 30.0-დან მსუქანი [6].</p> <p>კვლევამ დაადგინა, რომ კანადის მოსახლეობის ნახევარზე მეტი ქარბნონიანის ან სიმსუქნის კატეგორიაშია, 36% (8.6 მილიონი) ზრდასრული კანადელების ქარბნონიანია, ხოლო 23% (5.5 მილიონი) - მსუქანი. [4]</p> <p>კანადაში სიმსუქნის და ქარბნონიანობის სიხშირემ მშვივნელოვნად მოიმატა ორი ათწლეულის მანძილზე, რაც საერთაშორისო ტენდენციას ასახავს [6–8]. ეს მატება არა მხოლოდ ზრდასრულებში, არამედ ახალგაზრდებშიც ჩანს, რაც მეტად სახიფათოა, ვინაიდან ადრეული ასაკიდან სიმსუქნე და ქარბნონიანობა მომავალში ჯანმრთელობის პრობლემებთან არის დაკავშირებული [9, 10]. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის როლი, გააცნოს პაციენტს ქარბნონიანობასა და სიმსუქნესთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები, დღითიდღე უფრო მნიშვნელოვანი ხდება.</p>

ბიბლიოგრაფია

1. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child over weight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. May 6, 2000;320(7244):1240-1243.
2. Luo W, Morrison H, de GM, et al. The burden of adult obesity in Canada. *Chronic Diseases in Canada*. 2007; 27(4):135-144.
3. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR; 2007.
4. Tjepkema M. *Adult Obesity*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2006. (Health Reports, Vol. 17, No. 3, 82-003-XIE).
5. Health Canada. *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2003. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight\\_book\\_tc-livres\\_des\\_poids\\_tm-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight_book_tc-livres_des_poids_tm-eng.php).
6. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-253. PM:11234459.
7. Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. [Editorial]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. April 16, 2002;166(8):1039-1040.
8. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. April, 2002;26(4):538-543.
9. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*. September, 2002;76(3):653-658.
10. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. [Article]. *New England Journal of Medicine*. September 25, 1997; 337(13):869-873.

**პირველად ჯანდაცვის ორგანიზაციაში საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენება**

*ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის*

<p><b>დეფინიციის აღწერა</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთაც პროფესიული ამოცანების შესასრულებლად აქვთ ელექტრონული სისტემები</p>	
<p><b>გამოთვლის მეთოდი</b></p>	<p><b>მრიცხველი</b></p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებს რაოდენობა მნიშვნელში, ვისთვისაც ხელმისაწვდომია ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები და რომელთათვის შემდეგიდან ორი მაინც ხელმისაწვდომია:</p> <p>X კომპიუტერული პროგრამული უზრუნველყოფა პაციენტთა ვიზიტების მართვისათვის;</p> <p>X კომპიუტერული მონყობილობები სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღების დასახმარებლად;</p> <p>X ელექტრონული ინტერფეისი დიაგნოსტიკური გამოსახულებითი / ლაბორატორიული სერვისებისათვის</p> <p>X აფთიაქებისთვის რეცეპტების გასაგზავნად განკუთვნილი ელექტრონული სისტემის არსებობა.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>X ორგანიზაცია მნიშვნელშია</p> <p>X ორგანიზაციას გააჩნია ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები</p> <p>X ორგანიზაცია შემდეგიდან მინიმუმ ორს მაინც იყენებს:</p> <p>კომპიუტერული პროგრამული უზრუნველყოფა პაციენტთა ვიზიტების მართვისათვის;</p>

		<p>- კომპიუტერული მონყობილობები სამედიცინო გადანყვეტილებების მიღების დასახმარებლად;</p> <p>x ელექტრონული ინტერფეისი დიაგნოსტიკური გამოსახულებითი / ლაბორატორიული სერვისებისათვის</p> <p>x აფთიაქებისთვის რეცეპტების გასაგზავნად განკუთვნილი ელექტრონული სისტემის არსებობა</p> <p>გამონაკლისი</p> <p>არც ერთი</p>
	<b>მნიშვნელი</b>	<p>პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციის რესპონდენტების რაოდენობა.</p> <p>ჩართვის კრიტერიუმი</p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია</p> <p>გამონაკლისი</p> <p>არც ერთი</p>
<b>მონაცემთა წყარო</b>	კანადური პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის გამოკვლევის ინსტრუმენტები: ორგანიზაციის კომპონენტი [1]	
<b>შენიშვნები</b>	<p><b>ტერმინთა განმარტება</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები მოიცავენ პირებს, რომელთაც ჰყავთ მინიმუმ ერთი ოჯახის ექიმი ან პრაქტიკოსი მედდა, და აქვთ ადამიანური, ფისკალური და მატერიალური (მაგალითად, საოფისე ფართი) რესურსები სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ერთად, რომ განახორციელონ პირველადი ჯანდაცვის სერვისები</p> <p>x ელექტრონული საინფორმაციო სისტემების საშუალებით შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის მომხმარებლის /</p>	

	<p>პაციენტის ინფორმაცია გაიცვალოს ლაბორატორიებსა და პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს, საავადმყოფოებს და სხვა მიმწოდებლებს შორის. ეს მოიცავს, მაგალითად,</p> <p>პაციენტების მენეჯმენტის სისტემებს;</p> <p>რეგისტრატურას;</p> <p>მედიკამენტებზე საინფორმაციო სისტემებს;</p> <p>დიაგნოსტიკური კვლევების სისტემებს;</p> <p>საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებს;</p> <p>პაციენტთა მიმართვის გრაფიკის/დაგეგმვის სისტემებს</p>
ინტერპრეტაცია	ამ ინდიკატორის მაღალი მაჩვენებელი დადებითი ნიშანია.
ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)	<p>ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები პირველადი ჯანდაცვის სფეროში გულისხმობს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერს, რითაც დოკუმენტირებულია პაციენტსა და მიწოდებელს შორის ურთიერთობა. ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი არის პაციენტის ჯანმრთელობის ისტორიის და სამედიცინო დახმარების ჩანაწერი, რაც მან მთელი ცხოვრების მანძილზე მიიღო; მოიცავს მონაცემებს პაციენტის ურთიერთობის შესახებ საავადმყოფოებთან, მიმწოდებლებთან, აფთიაქებთან, ლაბორატორიებთან [2].</p>
ინდიკატორის დასაბუთება (მიზანშეწონილობა)	<p>2004 წლიდან კანადაში დაიწყო ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერების დანერგვის ხელშეწყობა. 2009 წლის მონაცემებით, კანადაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების 37% იყენებდა ჯანმრთელობის ელექტრონულ ჩანაწერებს [2]. თუმცა, სხვა ქვეყნებთან შედარებით კანადაში პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები ჯანმრთელობის ელექტრონულ ჩანაწერის გამოყენების სიხშირე დაბალია. 2011 წელს, კანადელთა ნახევრისთვის ხელმისაწვდომი იყო ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი. გეგმის მიხედვით, 2016 წლისთვის კანადელების 100%-თვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერი [2].</p> <p>ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერის მთავარი მიზანია არამხოლოდ პაციენტებზე ზრუნვის გაუმჯობესება, ისინი ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანმრთელობის სისტემის ისეთი მიზნების გასაზომვაში, როგორცაა ხარისხი, ხელმისაწვდომი და სერვისების ეფექტიურობა [3].</p>



	<p>ჯანმრთელობის ელექტრონულ ჩანაწერებს და ელექტრონულ სამედიცინო ჩანაწერებს ჯანდაცვის პირველადი მიმწოდებლები კანადაში სხვადასხვა სიხშირით გამოიყენებენ. მათი გამოყენება მაინც შედარებით ახალია და ხშირად გარკვეულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული [4, 5]</p>
<p><b>ბიბლიოგრაფია</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Canadian Institute for Health Information. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types-of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types-of+care/primary+health/cihi006583</a>. Updated 2011. Accessed September 5, 2012.</li> <li>2. Allin S., Watson D., and The Commonwealth Fund. The Canadian Health Care System, 2011: In International Profiles of Health Care Systems, 2011. Washington, DC: The Commonwealth Fund; 2011.</li> <li>3. Health Council of Canada. Progress Report 2011: Health Care Renewal in Canada. Toronto, Ontario: Health Council of Canada; 2011.</li> <li>4. Canadian Medical Association. Toward Patient-Centred Care: Digitizing Health Care Delivery. Ottawa, Ontario: Canadian Medical Association; 2010.</li> <li>5. Terry A. L., Stewart M., Thind A., et al. Primary Health Care Electronic Medical Records: Gaps in Knowledge and Research in Canada. Canadian Institutes of Health Research; 2010.</li> </ol>

<p><b>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები სრული დროის ექივალენტით</b></p> <p><i>ინდიკატორი: პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის</i></p>	
დეფინიციის აღწერა	პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი სრული დროის ექივალენტით ყოველ 1,000 პაციენტზე, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის ტიპის მიხედვით.
გამოთვლის მეთოდი	<p><b>მრიცხველი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების რაოდენობა სრული დროის ექივალენტით.</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>X პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი (პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის ტიპის მიხედვით) სრული დროის ექივალენტით.</p> <p><b>გამონაკლისი</b></p> <p>არცერთი</p>
	<p><b>მნიშვნელი</b></p> <p>პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლების /პაციენტების რაოდენობა, გაყოფილი 1,000-ზე</p> <p><b>ჩართვის კრიტერიუმი</b></p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებლები / პაციენტები</p> <p>გამონაკლისი</p> <p>არც ერთი</p>
მონაცემთა წყარო	კანადის პრაქტიკაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის გამოკვლევის ინსტრუმენტები: ორგანიზაციის კომპონენტი [1]
შენიშვნები	<p><b>ტერმინთა განმარტება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის მომხმარებელი / პაციენტი არის პირი, ვისაც წინა წელს პროვაიდერთან მინიმუმ ერთხელ მაინც ჰქონდა კონტაქტი, და მასთან კავშირი მინიმუმ ორი წელია აქვს;</li> </ul> <p>x სრული დროის ექივალენტი გულისხმობს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის მიერ ყოველკვირეულ 35-დან 45 საათის მოცულობის მომსახურების გაწევას.</p> <p>x პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები მოიცავენ პროვაიდერის შემდეგ ტიპებს:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ოჯახის ექიმი</li> <li>- ექთანი პრაქტიკოსი</li> <li>- რეგისტრირებული ექთანი</li> <li>- ფარმაცევტი</li> <li>- დიეტოლოგი</li> <li>- ფსიქოლოგი</li> <li>- ექიმის ასისტენტი</li> </ul>
<b>შენიშვნები</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ფიზიოთერაპევტი</li> <li>- ოფთომეტრი (ოფთალმოლოგი)</li> <li>- აუდიოლოგი</li> <li>- მეტყველების სპეციალისტი</li> <li>- სოციალური მუშაკი</li> <li>- ოკუპაციური თერაპევტი</li> <li>- ექიმის ასისტენტი</li> </ul>
<b>ინტერპრეტაცია</b>	x ეს არის გამზომი ინსტრუმენტი
<b>ინდიკატორის დასაბუთება ( მიზანშეწონილობა)</b>	<p>პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთან ხელმისაწვდომობა ასოცირდება უკეთეს ჯანმრთელობასთან და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებასთან [2]. პაციენტები, რომლებსაც ჰყავთ მუდმივი პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი, უკეთ ხელმისაწვდომია დიაგნოსტიკური ტესტები და სხვა ჯანდაცვის სერვისები [3], უზრუნველყოფილი არიან უწყვეტი და კოორდინირებული სამედიცინო მომსახურებით [4, 5]. ამ მხრივ, აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის მიწოდების მონიტორინგი, ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების დაგეგმვის და უტილიზაციის მიზნით.</p> <p>ექიმი/მოსახლეობის შეფარდების მაჩვენებელი მოსახლეობაში ექიმების მიწოდების შეფასების სათანადო საშუალებაა. სრული დროის მოცულობის გაზომვა კიდევ ერთი მექანიზმია, რაც გვეხმარება შევაფასოთ მიმწოდებლების პრაქტიკის ინტენსივობა [6, 7, 8].</p> <p>მიუხედავად იმისა, რომ სრული დროის მოცულობით მიმწოდებლის მაჩვენებელი გამოსადეგი ინდიკატორია პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლის და მოსახლეობის თანაფარდობის შესაფასებლად, დასკვნები მიმწოდებლის რესურსების ადეკვატურობაზე არ უნდა იყოს მხოლოდ ამ ინდიკატორზე დაფუძნებული [7] რადგან არცერთ არსებულ მეთოდოლოგიას არ შეუძლია გაითვალისწინოს ყველა გაურკვეველობა ჯანდაცვის და ექიმის რესურსების დაგეგმვისას [9]</p>

<p>ბიბლიოგრაფია</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CanadianInstituteforHealthInformation.PrimaryHealthCare: Pan-CanadianPrimaryHealthCareSurveyQuestionsandTools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-external/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-external/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>.</li> <li>2. GlazierRH.Balancingequityissuesinhealthsystems:perspectives ofprimaryhealthcare.[Review][29refs].Healthcarepapers.2007;8:Spec-45.</li> <li>3. HealthCanada.HealthyCanadians-AFederalReporton ComparableHealthIndicators2010. Ottawa,Ontario:Health Canada;2011.<a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php</a>.</li> <li>4. BarrettJ.,CurranV.,GlynnL.,andGodwinM.CHSRF-Synthesis: InterprofessionalCollaborationandQualityPrimaryHealthcare. Ottawa,Ontario:CanadianHealthServicesResearchFoundation;2007.</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Khan S., McIntosh C., Sanmartin C., Watson D., and Leeb K. Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2008.</li> <li>6. Buske L. Projections of Physician Supply in Canada. Ottawa, Ontario: Canadian Medical Association; 2007.</li> <li>7. Canadian Institute for Health Information. Full-Time Equivalent Physicians Report, Fee-for-Service Physicians in Canada, 2004–2005. Ottawa, Ontario: CIHI; 2006.</li> <li>8. Chan B. T. B. From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada’s Physician Workforce in the 1990’s? Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information; 2002.</li> <li>9. Verhulst L, Forrest CB, McFadden M. To Count Heads or to Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. Healthcare Policy. May, 2007;2(4):e178-e192</li> </ol>

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში.
2. გზირიშვილი. დამოუკიდებელი საქართველო – სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები, ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი. 2012.
3. გოგოლაძე, ლ., ვერულავა, თ., კაჭკაჭიშვილი, ი., კონცელიძე, ო. პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში: ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე. კვლევის ანალიტიკური ანგარიში. ევროკავშირი საქართველოსათვის. 2019.
4. დკსჯეც (2019). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველო: თანამშრომლობის მეოთხედი საუკუნე. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი, 2019.
5. დკსჯეც, 2013. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ.
6. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი, 2009.
7. ვერულავა, თენგიზ. (2015). პირველადი ჯანდაცვის რეფორმისთვის გასატარებელი პოლიტიკის პირველი ნაბიჯები. სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020. თბილისი. 2015. <https://idfi.ge/ge/georgia-2020s-blogpost-on-healthcare-reform>
8. ვერულავა, თენგიზ (2015) ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI).
9. თენგიზ ვერულავა, ნანა ჯინჭარაძე, რევაზ ჯორბენაძე. კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტი; 1 (1). 2015.
10. ვერულავა თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
11. ვერულავა, თ. (2017). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაც-

ვის ბაზარზე: გადანყვევის გზები. | საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია „კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები“ შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.

12. ვერულავა, თ. (2017). სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (4):73-90.

13. ვერულავა, თ. (2017). ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 101-116

14. ვერულავა, თ. (2017). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110

15. ვერულავა, თ., ასრათაშვილი, ა., ქაფიანიძე, შ., ნიქორიძე, თ., მინდიაშვილი, ს. (2017). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 69-73.

16. ვერულავა, თენგიზ, ბესიაშვილი ნინო, თოდრია მირიან, ლობჯანიძე ზვიად (2018). არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები საქართველოში. ეკონომისტი; 14(3):60-71

17. ვერულავა, თენგიზ. (2018). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, No 5. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტი.

18. ვერულავა, თენგიზ და ბეჭვაია, ჯაბა (2018) სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო – ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში. სამართალი და ეკონომიკა (6), 74-86.

19. ვერულავა, თენგიზ. (2019). ჯანმრთელობის კაპიტალი - ეკონომიკის მდგრადი განვითარების ფაქტორი. ეკონომიკა და ბიზნესი. 11 (1)

20. ვერულავა თენგიზ (2019) ჯანმრთელობის კაპიტალი ეკონომიკური ზრდის განმსაზღვრელი ფაქტორია. პოლიტეა. პირველი არხი.

21. ვერულავა, თ., ბერუაშვილი, დ. ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა,

ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1). ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი, 2019.

22. თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე. პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი, 2020; 12 (1)

23. მაკაიოვა, ი. შესაძლებელია თუ არა უკეთესი შედეგების მიღება ტუბერკულოზის სერვისების პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრირებით? საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2017.

24. მალლაფერიძე, ნ., ჩოდრიშვილი, მ. (2014). მოსალოდნელი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ცვლილების ანალიზი საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის კვლევისა და ტრენინგების ცენტრის პოლიტიკის ანგარიში. გამოცემა III. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

25. მიქავა ნ, გაბრიჭიძე ს. სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი. საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი. 2019

26. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. ჯანდაცვის სფეროს გამომწვევა – პირველადი ჯანდაცვა, ბარომეტრის მე-12 ტალღა. 2019.

27. სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

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

29. სშჯსდს (2015). კონფერენცია პირველადი ჯანდაცვის რეფორმასთან დაკავშირებით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 16 ივლისი, 2015. <https://www.moh.gov.ge/news/3196/>

30. ჩიტაშვილი თამარ. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. ჯანმრთელობის სიახლეები N 2. ნოემბერი, 2007 წ.

31. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. 2008.

32. ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასება (2013). შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი.

33. AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA

34. Arrow K. (1963), „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“, *American Economic Review* 43(5): 959-967
35. Atun R (2004) What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to
36. be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health
37. Evidence Network report
38. Barro, R. (1996). *Health and Economic Growth*, Mimeograph. Pan American Health Organization (PAHO).
39. Becker, G.S. *Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.
40. Becker G (1964) *Human Capital*, 2nd edn. Columbia University Press, New York, 1975 and 3rd 1994.
41. Beyer, M. et al. 2003. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice*. 443-451.
42. Benson P et al. Preventive care and overall use of services: Are they related? *Am J Dis Child*. 1984, 138:74
43. Bloom, D., & Canning, D. (2008). *Population Health and Economic Growth*, Commission on Development and Growth, World Bank Working Paper, 24.
44. Brown, C. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of evidence / C. Brown, C. Belfield, S. Field // *British Medical Journal*. -2002. - P.652-665.;
45. Bynum JPW, Chang C, Austin A, Carmichae D, Meara E. Outcomes in Older Adults with Multimorbidity Associated with Predominant Provider of Care Specialty. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017; 65: 1916–1923.
46. Cai, L., & Kalb, G. (2006). Health Status and Labour Force Participation: Evidence from Australia, *Health Economics*, 15 (3), 241-261.
47. Chen, J. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*. 2006. P.23 8-244
48. Gamkrelidze A, Atun R, Gotsadze G, MacLehose L. (2002). Georgia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2002; 4(2):1–67.
49. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper



per? Patients' views of the role of the primary care physician. *Fam Pract* 2000; 17: 222–229.

50. Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volumes 1 and 2: Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2006.

51. Campbell R. McConnell, Stanley L. Brue, Sean M. Flynn. *Economics: Principles, Problems, and Policies*. McGraw-Hill Education. 19th edition. 2011.

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

53. Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The Lasting Impact of Childhood and Circumstance, *Journal of Health Economics*, 24 (3), 365-389.

54. Chikovani I, Sulaberidze L. *Primary Health Care Systems, Case Study from Georgia*. Geneva: World Health Organization; 2017.

55. Davis K et al. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20:953.

56. Eisenberg JM. The internist as gatekeeper: Preparing the general internist for a new role. *Ann Intern Med* 1985; 102:537-543.

57. Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in Switzerland: Impact on use of health services. *Public Health* 1997; 111: 417 – 22.

58. Feldstein P.J. (2011). *Health Policy Issues: An Economic Perspective*, Fourth Edition Chicago AUPHA press.

59. Garrido MV, Zentner A, Busse R. Effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29(1): 28–38. Link, Google Scholars

60. Gerada C. From patient advocate to gatekeeper: understanding the effects of the NHS reforms. *Br J Gen Pract* 2011; 61(592): 655–656.

61. Gerdtham, U.G., Sogaard, J., et al., 1992. A pooled cross section analysis of the health care expenditures of the OECD countries. In P. Zweifel & H. E. Frech, eds. *Health Economics Worldwide*. Boston: Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, The Netherlands, pp. 287-310.

62. Gotsadze G, Zoidze A, Vasadze O. Reform strategies in Georgia and their impact on health care provision in rural areas: evidence from a household survey. *Social Science and Medicine*. 2005;60(4):809–21.

63. 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.
64. Grobman G.M. (2008) *The Nonprofit Handbook: Everything You Need to Know to Start and Run Your Nonprofit Organization* (Paperback), White Hat Communications
65. Gruber, J. (1994). The Effect of Competitive Pressure on Charity. Hospital Responses to Price Shopping in California. *Journal of Health Economics*. 13. (2) 183-212
66. Grumbach K et al. Primary care physicians experience of financial incentives in managed care systems. *N Engl J Med*. 1998; 339:1516.
67. Grossman, M. *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. New York, Columbia University Press, 1972.
68. Hansmann H. B. (1980), "The role of the nonprofit enterprise", *Yale Law Review Journal* 39:835-901.
69. Herzberg F. *The Managerial Choice*. Homewood IL: Dow Jones Irwin, 1976.
70. Howitt, P. (2005). Health, Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: The MIT Press, 19-40.
71. Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991; 32: 167 – 74.
72. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs. *Am J Public Health*, 1989; 79: 843-6
73. Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H., & Weil, D. (2000). Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth, *Journal of Development Economics*, 62 (1), 1-23.
74. Knowles, S., & Owen, P. (1997). Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model, *The Economic Record*, 73 (223), 314-328.
75. Langenbrunner JC and Wiley MM (2002). "Hospital Payment Me-

chanisms: Theory and Practice in Transition Countries,” Chapter 8 in McKee, M. and Healy, J., eds., *Hospitals in a Changing Europe* (Buckingham, UK: Open University Press, 2002).

76. Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “ gate keeper ” and an “ open access ” health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 690 – 7.

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

78. Martin DP, Diehr P, Price KF, et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. *Am J Public Health* 1989;79:1628 – 32. Link, Google Scholars

79. Mason, J. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? *JAMA.* 2001. P.2988-2992

80. Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, et al. Randomized controlled trial of residents as gatekeepers. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2483 – 7. Article PubMed

81. McWhinney IR. Core values in a changing world. *Br Med J* 1998; 346: 1807–1809.

82. Miguel, E. (2005). *Health, Education and Economic Development. Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications.* Cambridge: The MIT Press, 143-168.

83. MHLSA (1999). *Strategic Health Plan for Georgia 2000–2009.* Ministry of Health, Labour and Social Affairs; 1999.

84. Ministry of Labor, Health and Social Affairs of Georgia. *Health System Performance Assessment Report, Tbilisi, 2013.*

85. Norton E., Staiger. (1994). How Hospital Ownership Affects Access to Care for Nonprofits Different? *Health Affairs* 18. (3): 167-73

86. Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D; et al. Self-referral and self-

- payment in Danish primary care. *Health Policy* 1994; 28: 15 – 22.
87. Organisation of African Unity, 2001. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases.
88. Papava, V. The problem of the catch-up effect and post-crises economic growth in the world leading countries. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences* 2016; 10 (4): 97-104.
89. Parchman ML. et al. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care.* 2002; 40:137
90. Paone GH, Higgins RS, Spencer T, et al. Enrollment in the health alliance plan: HMO is not an independent risk factor for coronary artery bypass graft surgery. *Circulation.* 1995; 92:II 69 – 72
91. Perneger TV, Etter JF, Rougemont A. Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: The effect on health status and satisfaction with care. *Am J Public Health*, 1996; 86:388 – 93
92. Preston, S. (1975). The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development, *Population Studies*, 29 (2), 231–48.
93. Productivity Commission (2006). Potential Benefits of the National Reform Agenda, Report to the Council of Australian Governments, Canberra.
94. Rask KJ, Deaton C, Culler SD, et al. The effect of primary care gatekeepers on the management of patients with chestpain. *Am J Manag Care* 1999; 5: 1274 – 82.
95. Roos N. Who should do surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry.* 1979;16:73
96. Sala-i-Martin, X. (2005). On the Health Poverty-Trap, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Eds.). *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: The MIT Press, 95-114.

97. Schultz, T. (1961). Investment in Human Capital, *The American Economic Review*, 51 (1), 1-17.
98. Schwenkglens M, Preiswerk G, Lehner R, et al. Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: A Swiss example. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 24 – 30.
99. Shultz, T. (2005). Productive Effects of Health, in López-Casasnovas, G., Rivera, B., Currais, L. (Eds.). *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge: The MIT Press, 287-311.
100. Silagadze A. Post-Soviet paradoxes of unemployment rate. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences* 2017; 11 (1): 136-141.
101. Silagadze A. History of Georgian economic thought: relation between the center and the region. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences* 2017; 11 (4): 138-143.
102. Sloan F. (2000). “Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. New York North-Holland Press.
103. Starfield B. *Primary Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
104. Taylor T. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *Br Med J* 1989; 299:1323–1325.
105. UNDP (2015). *Human Development Report 2015*. United Nations Development Programme
106. Verulava T, Maglakelidze T, Jorbenadze R. Hospitalization Timeliness of Patients with Myocardial Infarction. *Eastern Journal of Medicine*, 2017; 22(3): 103-109.
107. Verulava T., Maglakelidze T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences*, 11 (2): 143-150.
108. 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.

109. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. *Georgian Med News* 2017; 262(1): 116-120.
110. Verulava T., Jorbenadze, R., Dagadze B., Eliava E. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. *Home Health Care Management & Practice*, 2018.
111. Verulava T., Dangadze B. Health Capital and Economic Growth: Evidence from Georgia. *The Open Public Health Journal*. 2018; 11:401-406.
112. Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. *Georgian Medical News*. 278(1):178-182
113. Tengiz Verulava. Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. *Eastern Journal of Medicine*. 2019; 24 (1): 57 – 62. DOI: 10.5505/ejm.2019.19327.
114. 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.
115. Tengiz Verulava, Ana Lordkipanidze, Nino Besiashvili, Mirian Todria, Zviad Lobjanidze, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Obstacles in the Development of Nonprofit Hospitals in Georgia. *Hospital Topics*, 2019;97(2):39-45
116. Tengiz Verulava. Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. International Scientific Conference “The Changing Political-Economic and Technological Landscape and Its’ Effect on Countries Competitiveness”. Collection of Scientific Works. Caucasus University. 2020; 10:69-76.
117. Walker. D, M. (2005). Nonprofit, For-Profit and Government Hospital Uncompensated Care and Other Community Benefit. Testimony before the Committee on Ways and Means, House of Representatives.

118. Wasson JH et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. *JAMA*. 1984;252:2413
119. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996;86:1742
120. World Bank (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington, D.C.
121. World Bank (2012). *Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project*. Washington (DC): World Bank; 2012.
122. *World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. World Health Organization.
123. World Health Organization 2018. *Quality of primary health care in Georgia*. WHO European Centre for Primary Health Care Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health.
124. Zoidze A, Rukhadze N, Chkhatarashvili K, Gotsadze G. *Health insurance for poor: Georgia's path to universal coverage*. 2012.