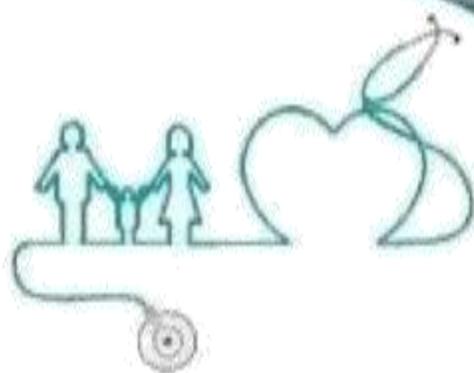


1

ჯანდაცვის პოლიტიკა და
დაზღვევა



№ 1. 2015

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი
ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა

Scientific Journal

Health policy and Insurance

№ 1

ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლა
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

2015

სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგია:

თენგიზ ვერულავა - მთავარი რედაქტორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ლეილა კარიმი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, პროფესორი, ტრობეს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის სკოლა (ავსტრალია)

პაატა იმნაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

გიორგი ხიშტოვანი - ეკონომიკის დოქტორი, ბრემენის უნივერსიტეტი (გერმანია)

კახაბერ ჯაყელი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

Scientific Editorial Board

Tengiz Verulava (Editor-in-Chief) - Doctor of Medical Science, Professor

Leila Karimi - Professor at La Trobe University, Doctor of Medical Science

Paata Imnadze - Doctor of Medical Science, Professor

Revaz Jorbenadze - Doctor of Medical Science, Professor

Giorgi Khishtovani - Doctor of Economics, Professor

Kakhaber Jakeli - Doctor of Economics, Professor

ISBN 978-9941-451-92-8

ISSN 2346-7983

გამომცემლობა „საუნჯე“

შინაარსი

თენგიზ ვერულავა, ზურაბ კიკვიძე
ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დახმარების ხარისხით კმაყოფილება.....6
 თენგიზ ვერულავა, ნანა ჯინჭარაძე, რევაზ ჯორბენაძე
კარდიოლოგიურ პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაცია და პირველადი ჯანდაცვის როლი20
 ლია მაგნიძე
სადაზღვევო კომპანიების მიერ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება არაპროვაიდერ კლინიკებში29
 თენგიზ ვერულავა, დავით წივწივაძე
მედღების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება ...33
 ირმა კირთაძე, ანა ვერულაშვილი, მაკა ექსეულიძე, თამარ მახარაშვილი
სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა49
 თენგიზ ვერულავა, ირაკლი თორთლაძე
რენტგენო-რადიოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პრობლემები საქართველო ..62
 რუსუდან ესაკია, თენგიზ ვერულავა
რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება საქართველოში75
 თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე, თამარ ქაცანაშვილი
მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის დროულობა.....109
 თენგიზ ვერულავა, მარიამ ხაბეიშვილი
უშვილობის მკურნალობა საქართველოში126
 აკაკი ბურკაძე, თენგიზ ვერულავა
სტაციონარული მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა 141
 თენგიზ ვერულავა, გურანდა გიორგაძე
საკეისრო კვეთების ზრდის პრობლემა საქართველოში147
 თენგიზ ვერულავა, ია ადეიშვილი
ხანდაზმულთა შინამოვლის სერვისები საქართველოში157
 თენგიზ ვერულავა, ქეთევან ომანაძე
პენიტენციური სისტემის პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედეგები.....167
 რუსუდან პატარიძე, გიორგი ფირცხალაიშვილი, თეიმურაზ ბარკალაია
სამედიცინო დაწესებულებებში მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემები.....183
 თენგიზ ვერულავა, ჯაბა ბექვაია
პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამეცნიერო- ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში193
 თენგიზ ვერულავა, ნინო ბარამიძე, მარიამ თურმანაული
კერძო პედიატრიული სასწრაფო დახმარების ხელმისაწვდომობა და უპირატესობები.....203
 თამარ წიგნაძე
სადაზღვევო ფასიანი ქალაქები და მათი განვითარების შემაფერხებელი ფაქტორები208
 ნონა გელიტაშვილი
საპენსიო სისტემების პრივატიზების აღმოსავლეთ ევროპული გამოცდილება214
 თენგიზ ვერულავა, ნატალი ობგაიძე
აგროდაზღვევის პრობლემები საქართველოში.....220
 თენგიზ ვერულავა, ბექა ტაბატაძე, ნინო გეგენავა, გიორგი ელიზბარაშვილი
არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევა საქართველოში241

Contents

Tengiz Verulava, Zurab Kikvidze	
Patient satisfaction with the quality of outpatient care.....	6
Tengiz Verulava, Nana Jincharadze, Revaz Jorbenadze	
Rehospitalization of patients with heart failure and role of primary healthcare.....	20
Lia Dzagnidze	
Reimbursement by insurance companies to health care clinics	29
Tengiz Verulava, David Tsivtsivadze	
Nurses' job satisfaction and work environment characteristics in Georgia.....	33
Irma Kirtadze, Aan Verulashvili, Maka Eqseulidze, Tamar Maxarashvili	
Research of students health condition	49
Tengiz Verulava, Irakli Tortladze	
Radiology medical service quality problems in Georgia.....	62
Rusudan Esakia, Tengiz Verulava	
The enactment of the prescription in Georgia.....	75
Tengiz Verulava, Tamar Katsanashvili	
Timeliness hospitalization of patients with Myocardial infarction.....	109
Tengiz Verulava, Mary Khabeishvili	
Infertility treatment in Georgia.....	126
Tengiz Verulava, Akaki Burkadze, Revaz Jorbenadze	
Patient satisfaction with the quality of hospital care.....	141
Tengiz Verulava, Guranda Giorgadze	
Cesarean section raises the problem of Georgia.....	147
Tengiz Verulava, Ia Adeishvili	
Home care services for elderly people in Georgia	157
Tengiz Verulava, Ketevan Omanadze	
Results of Reforms in Penitentiary Health Care System.....	167
Rusudan Pataridze, Giorgi Pirtskhalais hvili, Teimuraz Barkalaia	
Medical Services Quality Assurance Problems in Medical Institutions	183
Tengiz Verulava, Jaba Bechvaia	
Challenges in Scientific - Information Provision of Primary Health Care Personnel in Georgia..	193
Tengiz Verulava, Nino Baramidze, Mariam Turmanauli	
Accessibility and Benefits of Private Pediatric Emergency Care	203
Tamar Tsignadze	
Insurance-linked Securities and Obstacles to Their Development in Georgia.....	208
Nona Gelitashvili	
Experience of pension system's privatization in the Eastern Europe	214
Tengiz Verulava, Natalia Obgaidze	
Agricultural insurance in Georgia.....	220
Tengiz Verulava, Beqa Tabatadze, Nino Gegenava, Giorgi Elizbarashvili	
Non-State Pension Insurance in Georgia.....	241

ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო დახმარების ხარისხით კმაყოფილება

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ზურაბ კიკვიძე - სს "ჯიპისი" სამედიცინო წარმომადგენელი

აბსტრაქტი

შესავალი: პაციენტის კმაყოფილება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ხარისხის ინდიკატორია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებში იგი შეტანილია როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარებისთვის აუცილებელი კომპონენტი. კვლევის მიზანია, ამბულატორიული მომსახურებით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა, მათი შეხედულებებისა და მოსაზრებების გამოვლენა ამბულატორიული სერვისების ისეთი ასპექტების მიმართ, როგორებიცაა რეგისტრატურა, ლოდინი, მედპერსონალის დამოკიდებულება, ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა ამბულატორიულ სერვისებზე, პაციენტის ხარჯები. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ამბულატორიულ პაციენტთა გამოკითხვა. **შედეგები:** კმაყოფილების უარყოფით ასპექტებს შორის არის ლოდინი კონსულტაციამდე და პაციენტის ხარჯები. დანარჩენი კრიტერიუმები დადებითად იქნა შეფასებული. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** ლოდინის პრობლემის გადასაჭრელად საჭიროა ექიმთან ჩაწერა, მითუმეტეს, რომ თვითდინებით მისულ პაციენტებს უფრო დიდი ხნით უწევთ ლოდინი, ვიდრე ჩაწერილებს. ხარჯებთან მიმართებით პაციენტის კმაყოფილების განხილვისას საჭიროა პაციენტის უფრო მეტად ინფორმირება, რა დონის მომსახურებას იღებს ამა და იმ ექიმის, როგორც მაღალი დონის სპეციალისტის მიერ, აგრეთვე იმ თანამედროვე აპარატურის, რომელიც შეესაბამება ყველა სტანდარტს.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, პაციენტთა კმაყოფილება, ამბულატორიული მომსახურება.

Patient satisfaction with the quality of outpatient care

Tengiz Verulava, Zurab Kikvidze

Abstract

Background: Patient satisfaction is one of the significant quality indicators attracting great attention in developed countries. The 2009 recommendations of the World Health Organization mentioned the quality indicator as a necessary component for the development of the quality of medical care in our country. The present research project was designed in order to establish how satisfied patients are with outpatient care. **Methodology:** The tenets of the research are based on the survey conducted protecting the patients' anonymity. The questionnaire was designed in order to identify patients' views and opinions about shortcomings and advantages of outpatient care. Study of patients' opinions and attitudes enabled us to discuss the occurring problems in outpatient care. In the questionnaire, patient satisfaction is presented as a dependent variable. In addition, the questionnaire reflects patients' attitude to such aspects of outpatient care as registration office, waiting, attitude of the medical staff, availability of various medical services, patient's expenses. **Result:** The results of the investigation demonstrated that pre-consultation waiting and patient's expenses are among negative aspects of satisfaction. The rest of the criteria were assessed positively.

Key words: quality of medical care, patients' satisfaction, outpatient service

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მომსახურებით გამოწვეული კმაყოფილება, ყველაზე ადეკვატურად შეიძლება განიმარტოს, როგორც ბენეფიციართა პრეფერენციებს, მოლოდინებს და მიღებულ სამედიცინო მომსახურებას შორის შესაბამისობის საზომი. პაციენტის კმაყოფილება წარმოადგენს მიღებული სამედიცინო მომსახურების შეფასებას. ასევე, იგი

შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმის შესაფასებლად, თუ რამდენად კარგად მუშაობს ჯანდაცვის სისტემა.¹

ჯანდაცვის მენეჯერები პაციენტის კმაყოფილების გასაუმჯობესებლად ცდილობენ მოიპოვონ მეტი ინფორმაცია. დამატებითი ინფორმაციის მეშვეობით ისინი განსაზღვრავენ კმაყოფილების გაუმჯობესების მეთოდებს.² ჯანდაცვის კონკურენტულ ბაზარზე პაციენტის კმაყოფილების ამსახველ კოეფიციენტებს იყენებენ არსებული მომხმარებლების შესანარჩუნებლად და პოტენციური მომხმარებლების მისაზიდად.

ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ორგანიზაციები ერთ-ერთ განმასხვავებელ ნიშანს წარმოადგენს ის, რომ ისინი ფოკუსირებული არიან მომხმარებლის კმაყოფილებაზე.³ მომხმარებლის კმაყოფილების შესახებ კვლევა მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია იმის გამოსავლენად თუ რატომ ირჩევენ ისინი მოცემულ სამედიცინო ორგანიზაციას სხვასთან შედარებით და როგორ აფასებენ გაწეულ სერვისებს.

მოუხედავად ჯანდაცვის ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრიისა, პაციენტები სულ უფრო მეტად გათვითცნობიერებულები ხდებიან ჯანდაცვის სერვისებზე. მომხმარებლის კმაყოფილება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს რაიმეს შეძენის გადაწყვეტილების მისაღებაზე.⁴ საქონლისაგან განსხვავებით, მომსახურების შეფასება რთულია. საქონელს აქვს გარკვეული ნიშან-თვისებები, რომელთა განსაზღვრა შესაძლებელია მის შეძენამდე და რომლებიც მნიშვნელოვან ინფორმაციას წარმოადგენენ გადაწყვეტილების მისაღებად.⁵ სამედიცინო მომსახურების სირთულე განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სერვისებს ხელით ვერ შეეხები, ძნელია მათი გაზომვა. მომხმარებლებს უძნელდებათ ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის წინდაწინ შეფასება, რადგან ეს მხოლოდ მათი გაწევის შემდეგაა შესაძლებელი.⁶

ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის შეფასებისას მომხმარებლები იყენებენ ისეთ მახასიათებლებს, როგორცაა პროცედურაზე ლოდინის დროის ხანგრძლივობა, ან ტკივილის არსებობა.⁷ კვლევების მიხედვით, ამბულატორიულ კლინიკებში პაციენტთა დალოდების დროის ხანგრძლივობა მათი კმაყოფილების შეფასების ერთ-ერთი მთავარი საზომია. ამიტომაც, ლოდინის დროსთან პაციენტთა დამოკიდებულება გადამწყვეტ როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში.⁸

ჯანდაცვის სერვისებზე პაციენტთა კმაყოფილების შესახებ არსებული კვლევების მეტი ნაწილი ფოკუსირებულია ჰოსპიტალურ სექტორზე. მკვლევრები ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ ამბულატორიულ სექტორში არსებულ ჯანდაცვით სერვისებს, მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვითი სერვისების უმრავლესობა ამბულატორიულ სექტორზე მოდის.⁹

პაციენტთა კმაყოფილება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობაზე, რადგან თუ პაციენტი კმაყოფილია გაწეული სერვისებით, იგი ცდილობს

¹Healy, Joseph M. Jr, Laurie A. Govoni, and Ellen D. Smolker, 1995. Patient reports about ambulatory care. Fall:71-81.

² იქვე. Healy. 1995.

³ იქვე. Healy. 1995.

⁴Bennett, Peter D. and Robert M. Mandell, 1969. Prepurchase Information Seeking Behavior of New Car Purchases – The Learning Hypothesis. Journal of Marketing Research. (november): 430-433

⁵ Nelson, Philip. 1974. Advertising as Information. Journal of Political Economy (July/August): 729-754

⁶ Peyrot, Mark, Philip D. Cooper, and Donald Schnapf. 1993. Costumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. Journal of Health Care Marketing. (Winter): 24-33

⁷ იქვე. Peyrot 1993.

⁸ Huang, Xiao-Ming. 1994. Patient Attitude towards Waiting in an Outpatient Clinic and its Applications. Vol.7, No1 (February): 2-8.

⁹ Peyrot, Mark. 1993. იქვე.

შეინარჩუნოს ექიმთან უწყვეტი ურთიერთობა და სწორად დაიცვას მისი დანიშნულება,¹ რაც ზრდის სერვისების ადექვატურობას და შესაბამისად განაპირობებს პაციენტის უკეთეს შედეგებს.² კვლევები ადასტურებენ, რომ სერვისებით უკმაყოფილება უარყოფითად მოქმედებს ექიმთან მიმართვიანობაზე.³ აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საქართველოში პაციენტთა ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში დაბალი მიმართვიანობის გათვალისწინებით.

ზოგ ქვეყნებში პაციენტის კმაყოფილების კვლევა მნიშვნელოვან ინსტრუმენტია ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის აკრედიტაციის მისაღებად⁴. აშშ-ის ხარისხის ზედამხედველობის ეროვნული კომიტეტი (National Committee for Quality Assurance, NCQA) ჯანდაცვის ორგანიზაციებისაგან მოითხოვს პაციენტთა კმაყოფილების კვლევის მონაცემების წარდგენას, როგორც სააკრედიტაციო პირობა.⁵ აშშ-ის ხარისხის ზედამხედველობის ეროვნული კომიტეტი დამოუკიდებელი, არაკომერციული ორგანიზაციაა, რომლის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია შემსყიდველებსა და მომხმარებლებს შესაძლებლობას აძლევს სერვისების ხარისხის მიხედვით გააკეთონ უფრო ინფორმირებული არჩევანი⁶.

მეთოდოლოგია

კვლევის საფუძველს წარმოადგენდა პაციენტის კმაყოფილების შესახებ არსებული ლიტერატურა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა პაციენტების გამოკითხვა, რომლებიც სარგებლობდნენ ამბულატორიული მომსახურებით. კვლევისთვის შერჩეულ იქნა თბილისის ერთ-ერთი კლინიკის ამბულატორიული განყოფილება. კვლევა ჩატარდა 02.02.2015-დან 30.04.2015-მდე.

სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება მოხდა IBM SPSS Statistics 22 პროგრამით. მონაცემთა აღწერისათვის გამოყენებული იქნა დესკრიპტული სტატისტიკა, მნიშვნელობის რაოდენობრივი (საშუალო) და პროცენტული მაჩვენებლები (ვალიდური და კუმულაციური), დამოკიდებული და დამოუკიდებელი ვარიაციების შედარება, სტანდარტული დევიაცია.

შედეგები

გამოკითხვაში მონაწილეობდა 217 პაციენტი. გამოკითხა 134 (61.8%) ქალი და 83 (38.2%) მამაკაცი. მათ შორის საშუალო განათლების 72 (33.2%), უმაღლესი განათლების 145 (66.8%). ცხრილებში (1,2,3) მოცემულია პაციენტის კმაყოფილება მისი ასაკის, განათლების და სქესის მიხედვით. კმაყოფილება ფასდებოდა 1-დან 5-მდე.

ცხრილი 1. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილებას * ასაკი				
ასაკი	საშუალო	N	სტანდა. დევიაცია	მთლიანი რაოდ. %
20-30	4.5172	29	.50855	14.1%
31-40	5.0000	8	.00000	3.9%
41-50	4.6545	55	.67270	26.7%
51-60	4.8696	46	.34050	22.3%
61-65	4.0000	7	.00000	3.4%
65-70	5.0000	20	.00000	9.7%
71 და მეტი	4.6829	41	.47112	19.9%
სულ	4.7136	206	.51372	100.0%

¹ Jones, R.B., A.G. Carnon, H. Wylie, and A.J Hedley. 1993, How do we measure consumer opinions of outpatient clinics Jul; 107(4):235-241

² Cleary, Paul D. and Barbara J.McNeil, 1988. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality of Care. Inquiry. 25(Spring):25-36

³ იქვე. Jones. 1993.

⁴ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Manual on Standards

⁵ Terry, Ken. 1996. How to get the best reading of patient satisfaction. Medical Economics. (July 15): 101 -122).

⁶ www.ncqa.org., 1996

ცხრილი 2. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილებას * თქვენი განათლება				
განათლება	საშუალო	N	სტანდა. დევიაცია	მთლიანი რაოდ. %
საშუალო	4.7222	72	.45105	33.2%
უმადლესი	4.7310	145	.53040	66.8%
სულ	4.7281	217	.50442	100.0%

ცხრილი 3. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილებას * თქვენი სქესი				
სქესი	საშუალო	N	სტანდა. დევიაცია	მთლიანი რაოდ. %
მდედრ	4.7537	134	.43245	61.8%
მამრ	4.6867	83	.60340	38.2%
სულ	4.7281	217	.50442	100.0%

ცხრილებში 4, 5 მოცემულია პაციენტის მიერ ზოგადი ინფორმაციის ფლობა კლინიკის შესახებ, საიდან გაიგო და როგორ დაგეგმა ვიზიტი ექიმთან. შედეგებში არ ფიგურირებს ორი პუნქტი: პრესა და ინტერნეტი. როგორც ჩანს, გამოკითხულიდან არცერთს მიუღია ინფორმაცია აღნიშნული საშუალებებით. რაც შეეხება პუნქტ „სხვა“-ს, ამ შემთხვევაში არჩევანი გააკეთა იმ პაციენტებმა, ვინც, წლებია, სარგებლობს კლინიკის მომსახურებით. ეს მათი პასუხებიდანაც გამოჩნდა, რომლის ჩაწერის საშუალებაც ჰქონდათ.

ცხრილი 4. საიდან გაიგეთ ჩვენი კლინიკის შესახებ				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
ტელევიზიით	27	12.4	12.4	12.4
ნათესავებისაგან	83	38.2	38.2	50.7
ნაცნობებისაგან	89	41.0	41.0	91.7
სხვა	18	8.3	8.3	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 5. ყოფილხართ მანამდე ჩვენს კლინიკაში				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	203	93.5	93.5	93.5
არა	14	6.5	6.5	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

მომდევნო ცხრილში ასახულია, როგორ ახდენენ პაციენტები შეხვედრის დანიშვნას. სადაც გამოიხატა ტენდენცია, რომ პაციენტების მხოლოდ 21.7% იყენებს ჩაწერას ექიმთან ვიზიტისთვის. პუნქტი „სხვა“ აირჩია მხოლოდ 7-მა პაციენტმა, რომლებმაც ჩაწერეს, რომ მათი ვიზიტი პირველადი იყო.

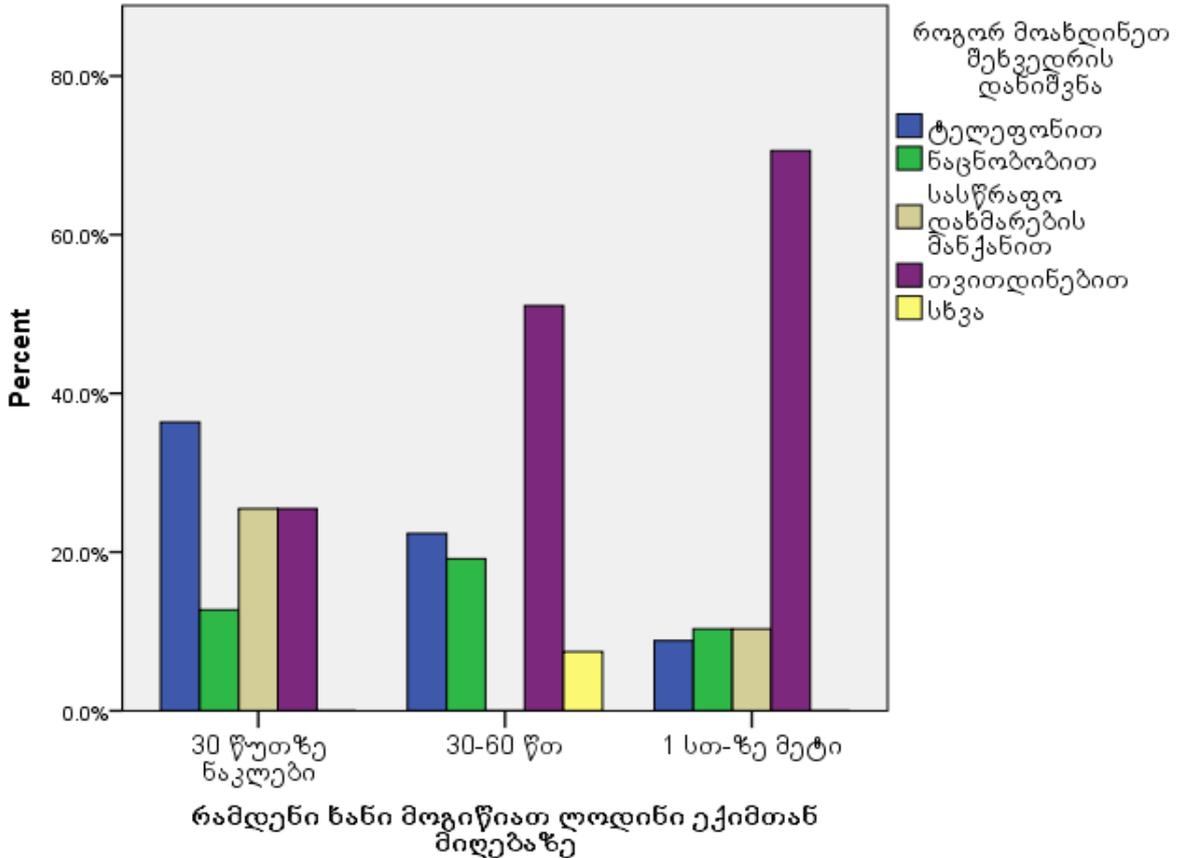
ცხრილი 6. როგორ მოახდინეთ შეხვედრის დანიშვნა				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
ტელეფონით	47	21.7	21.7	21.7
ნაცნობობით	32	14.7	14.7	36.4
სასწრაფო დახმ. მანქანით	21	9.7	9.7	46.1
თვითდინებით	110	50.7	50.7	96.8
სხვა	7	3.2	3.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილში 7 ნაჩვენებია მონაცემები იმის შესახებ თუ რამდენად თვლიან პაციენტები რომ ლოდინი არის პერსონალის მოუცდევლობით.

ცხრილი 7. პერსონალის მოუცდევლობით მოგიხდათ ლოდინი				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	48	22.1	22.1	22.1
არა	121	55.8	55.8	77.9
ნაწილობრივ	27	12.4	12.4	90.3
მიჭირს პასუხის გაცემა	21	9.7	9.7	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

გრაფიკი N 1 ასახავს პაციენტების ლოდინის დროს, რეგისტრაციის გავლიდან ექიმის კონსულტაციის დაწყებამდე. შედარებულია ერთმანეთს ლოდინის დრო და შეხვედრის დანიშვნის ტიპი. აღნიშნული გრაფიკის მიხედვით, გვინდოდა გავგვეო ჩაწერილი და ჩაუწერელი პაციენტების ლოდინის ხანგრძლივობები. როგორც ჩანს თვითდინებით მოსული პაციენტების უმრავლესობა 30 წთ-ზე მეტს ელოდება ექიმის კონსულტაციას. თუმცა თუ შევადარებთ ცალკე აღებულ 30 წთ-ზე ნაკლებ ლოდინის დროს მაშინ ვნახავთ რომ ჩაწერილ და თვითდინებით მოსულ პაციენტებს შორის მხოლოდ 10%-ია განსხვავება.

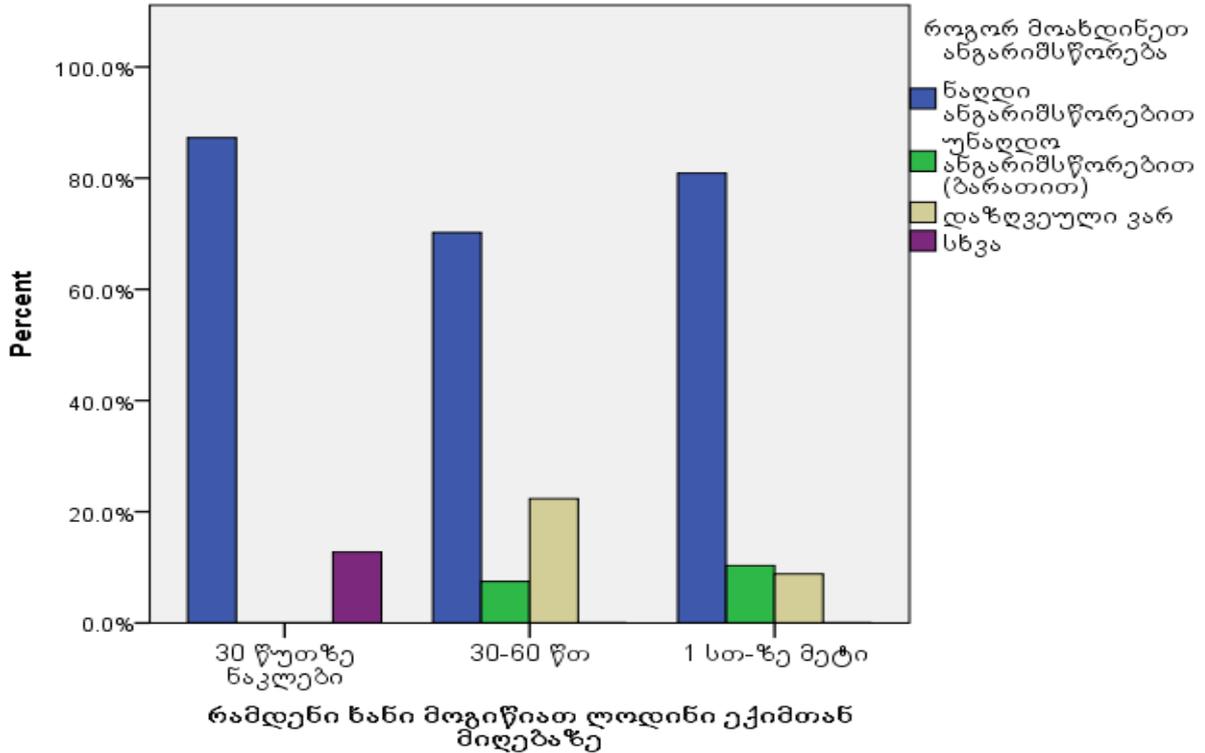
გრაფიკი 1. შეხვედრის დანიშვნა * ლოდინი



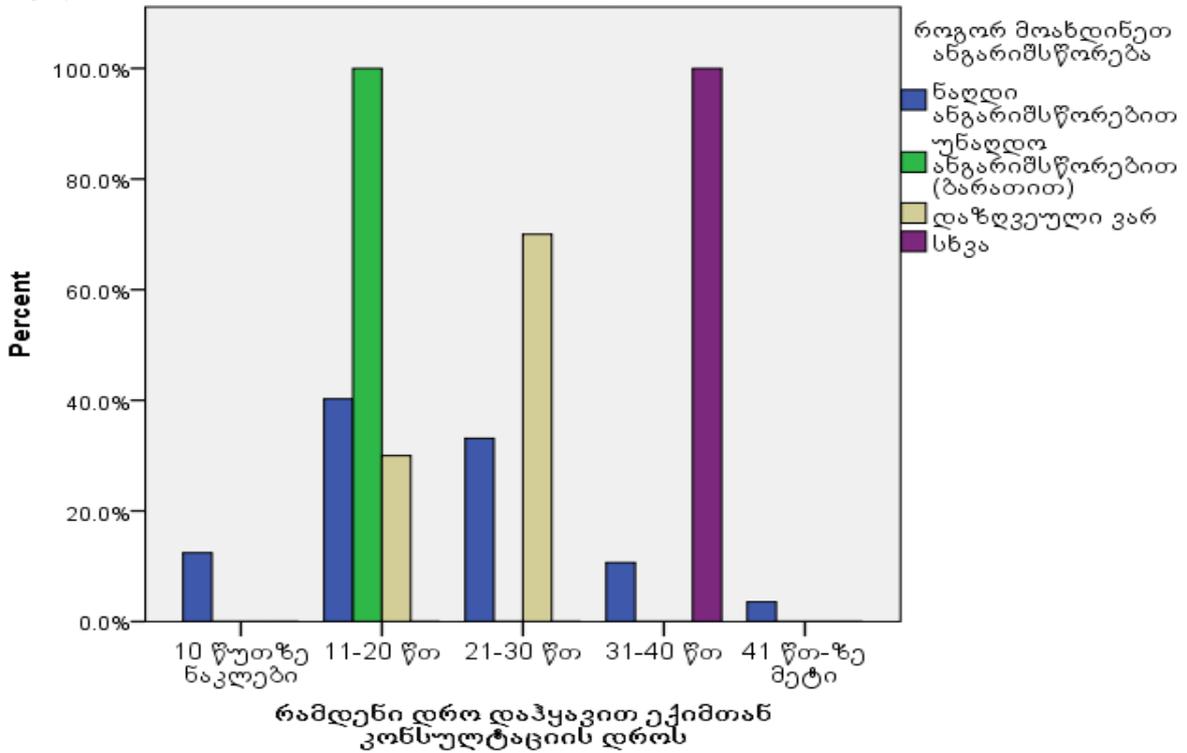
გრაფიკებში 2-3 შედარებულია დაზღვეულ და ჯიბიდან გადამხდელ პაციენტთა დაყოფა კონსულტაციამდე და კონსულტაციის ხანგრძლივობა. დაზღვეულ პაციენტებს თუ გავითვალისწინებთ მათ რაოდენობრივ კომპონენტს და არა ლოდინის დროების მიხედვით გადანაწილებას, უფრო დიდი ხნით უწევთ ლოდინი ვიდრე ნაღდ გადამხდელებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ გრაფიკებზე აღრიცხული მონაცემები მოცემულია პროცენტებში და X ღერძზე მოცემული თითოეული მნიშვნელის მონაცემი იანგარიშება, როგორც ერთი მთლიანი და მათი მონაცემების ჯამი არის 100%.

გრაფიკი 2. ანგარიშსწორება * ლოდინი



გრაფიკი 3. ანგარიშსწორება * კონსულტაციის დრო



ცხრილში 8 დესკრიპტული მეთოდით არის ასახული პაციენტის კმაყოფილება რეგისტრატურის მიმართ. საუბარია როგორც სრული და ამომწურავი ინფორმაციის მიღებაზე, ასევე თავაზიან დამოკიდებულებაზე.

ცხრილი 8. დესკრიპტული სტატისტიკა			
	N	საშუალო	სტანდა. დევიაცია
რეგისტრატურაში მიიღეთ თუ არა სრული და ამომწურავი ინფორმაცია	217	1.1198	0.47573
რეგისტრატურაში გესაუბრეს თუ არა თავაზიანად	217	1.0415	0.19985

ცხრილები 9,10,11 გვიჩვენებს პაციენტების დამოკიდებულებას კლინიკაში არსებული ინტერიერის, პირობების და სანიტარული მდგომარეობის მიმართ.

ცხრილი 9. მოსაცდელი კომფორტული და მოსახერხებელია თუ არა				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	166	76.5	76.5	76.5
არა	6	2.8	2.8	79.3
ნაწილობრივ	38	17.5	17.5	96.8
მიჭირსპასუხისგაცემა	7	3.2	3.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 10. მოგწონთ კლინიკის შენობა, კომფორტი, პირობები				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	177	81.6	81.6	81.6
არა	13	6.0	6.0	87.6
ნაწილობრივ	27	12.4	12.4	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 11 კმაყოფილი ხართ თუ არა სანიტარული მდგომარეობით, სისუფთავით				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	183	84.3	84.3	84.3
არა	14	6.5	6.5	90.8
ნაწილობრივ	20	9.2	9.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილები 12, 13, 14, 15 ასახავს ექიმის მიმართ კმაყოფილებას. ექიმის შეფასებასთან ერთად, პაციენტებს საშუალება ჰქონდათ დაესახელებინათ მისი სახელი და გვარი, შედეგები ასეთია: 217 გამოკითხული პაციენტიდან 162-მა დაასახელა მკურნალი ექიმის სახელი და გვარი. სულ დასახელდა 11 ექიმი. ყველა ვინც დაასახელა ექიმის ვინაობა, გამოხატავს კმაყოფილებას.

ცხრილი 12. კმაყოფილი ხართ თუ არა მკურნალი ექიმის თქვენდამი დამოკიდებულებით				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	197	90.8	90.8	90.8
ნაწილობრივ	20	9.2	9.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 13. კმაყოფილი ხართ თუ არა თქვენი ექიმის პროფესიონალიზმით				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	190	87.6	90.5	90.5
ნაწილობრივ	20	9.2	9.5	100.0
პასუხის გარეშე	7	3.2		
სულ	217	100.0		

ცხრილი 14. ენდობით თუ არა თქვენს მკურნალ ექიმს				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	197	90.8	93.8	93.8
ნაწილობრივ	13	6.0	6.2	100.0
პასუხის გარეშე	7	3.2		
სულ	217	100.0		

ცხრილი 15. ექიმმა თქვენთვის გასაგები ენით აგიხსნათ თუ არა დაავადების დეტალები				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	184	84.8	87.6	87.6
არა	19	8.8	9.0	96.7
მიჭირს პასუხის გაგება	7	3.2	3.3	100.0
პასუხის გარეშე	7	3.2		
სულ	217	100.0		

ექიმებისგან განსხვავებით, ვერცერთმა პაციენტმა დაგვისახელა ექთნის სახელი და გვარი, მიუხედავად მათ მიმართ მაღალი კმაყოფილებისა (ცხრილი 16). საინტერესოა პერსონალის მიმართ დამოკიდებულება, რომელიც ცხრილში 17 არის ასახული და სადაც 12.4% პერსონალის მხრიდან უხემ დამოკიდებულებაზე საუბრობს.

ცხრილი 16. კმაყოფილი ხართ თუ არა ექთნების თქვენდამი დამოკიდებულებით				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	156	71.9	71.9	71.9
არა	7	3.2	3.2	75.1
ნაწილობრივ	34	15.7	15.7	90.8
მიჭირს პასუხის გაგება	20	9.2	9.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 17. ყოფილა თუ არა თქვენს მიმართ უხემი დამოკიდებულების ფაქტები კლინიკის სამედიცინო პერსონალის მხრიდან				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	27	12.4	12.4	12.4
არა	190	87.6	87.6	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

მომდევნო ცხრილები (18,19,20) დაგვეხმარება შევაფასოთ მკურნალობის პროცესი პაციენტების კმაყოფილების კუთხით. აქ ასახულია კონსულტაციის დრო და ექიმის დამოკიდებულება, აგრეთვე სხვადასხვა პროცედურების სანდობა.

ცხრილი 18. ყოველთვის საკმაოდ დროს ხარჯავს თუ არა ექიმი თქვენი აზრით მიღების დროს და ხომ არ გაჩქარებთ იგი				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	92	42.4	42.4	42.4
არა	97	44.7	44.7	87.1
ნაწილობრივ	7	3.2	3.2	90.3
მიჭირს პასუხის გაცემა	21	9.7	9.7	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 19. რამდენი დრო დაჰყავით ექიმთან კონსულტაციის დროს				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
10 წუთზე ნაკლები	21	9.7	10.0	10.0
11-20 წთ	88	40.6	41.9	51.9
21-30 წთ	70	32.3	33.3	85.2
31-40 წთ	25	11.5	11.9	97.1
41 წთ-ზე მეტი	6	2.8	2.9	100.0
პასუხის გარეშე	7	3.2		
სულ	217	100.0		

ცხრილი 20. თვენი აზრით უსაფრთხოა თუ არა კლინიკის სხვადასხვა ქვედანაყოფებში წარმოებული პროცედურები				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	131	60.4	60.4	60.4
არა	7	3.2	3.2	63.6
ნაწილობრივ	45	20.7	20.7	84.3
მიჭირს პასუხის გაცემა	34	15.7	15.7	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილებში 21,22 ასახულია გადამხდელი და დაზღვეული პაციენტების თანაფარდობა და დახარჯული თანხის რაოდენობა.

ცხრილი 21. როგორ მოახდინეთ ანგარიშსწორება				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
ნაღდი ანგარიშსწორებით	169	77.9	77.9	77.9
უნაღლო ანგარიშსწორებით (ბარათით)	14	6.5	6.5	84.3
დაზღვეული ვარ	27	12.4	12.4	96.8
სხვა	7	3.2	3.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 22. რა რაოდენობის თანხა (ლარი) დახარჯეთ ვიზიტის დროს				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
20 ლარამდე	7	3.2	3.4	3.4
21-50	14	6.5	6.9	10.3
51-100	42	19.4	20.6	30.9
101-150	49	22.6	24.0	54.9
151-200	33	15.2	16.2	71.1
201-250	18	8.3	8.8	79.9
251-300	28	12.9	13.7	93.6
300ზე მეტი	13	6.0	6.4	100.0
პასუხის გარეშე	13	6.0		
სულ	217	100.0		

ცხრილებში 23, 24 შეფასებულია ზოგადად კმაყოფილება, ცხრილი 25 ასაავს გადახდილი თანხის და ხარისხის შესაბამისობას. ცხრილში 23 არსებული მონაცემები არის პაციენტთა კმაყოფილების გამომხატველი ერთერთი მნიშვნელოვანი დეტალი. ძირითადად ნაწილმა ორივე პუნქტი შემოხაზა, რაც ძალიან კარგი მაჩვენებელია, და აღნიშნავს რომ პაციენტი ექიმს და კლინიკას, როგორც ჯანმრთელობის მიღების ერთიან ორგანიზაციას ისე განიხილავს. ცხრილში არაა ნაჩვენები ის მონაცემები რომელიც არ იქნა შემოხაზული. ეს პასუხებია: „სხვა დაწესებულებას“ და „სხვა ექიმს“, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს მაღალ კმაყოფილებას არსებული ამბულატორიული მომსახურების მიმართ.

ცხრილი 23. არჩევანის არსებობის შემთხვევაში თქვენ მიმართავდით				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
მოცემულდაწესებულებას	54	24.9	24.9	24.9
მოცემულექიმს	61	28.1	28.1	53.0
მოცემულდაწესებულებას/ექიმს	102	47.0	47.0	100.0
სულ	217	100.	100.0	

ცხრილი 24. როგორ შეაფასებდით სამედიცინო მომსახურების ხარისხით კმაყოფილებას				
ქულა	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
3	6	2.8	2.8	2.8
4	47	21.7	21.7	24.4
5	164	75.6	75.6	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

ცხრილი 25. მიღებული მომსახურების ხარისხი შეესაბამება თუ არა გადახდილ თანხას				
	სიხშირე	%	ვალიდური %	კუმულაციური %
დიახ	128	59.0	59.0	59.0
არა	7	3.2	3.2	62.2
ნაწილობრივ	62	28.6	28.6	90.8
მიჭირს პასუხის გაცემა	20	9.2	9.2	100.0
სულ	217	100.0	100.0	

შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია

კითხვარის შედეგებისას მაქსიმალურად იქნა გათვალისწინებული ყველა ის ატრიბუტი, რომელიც პაციენტთა კმაყოფილების, როგორც ხარისხის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორის, ღრმა შესწავლის საშუალებას მოგვცემდა. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, კითხვარის ძირითადი ნაწილი სწორად იყო შერჩეული, თუმცა, ზოგ შემთხვევაში გაუგებრობას ჰქონდა ადგილი. შედეგების ინტერპრეტაციისას ვერ მოხდა წინა შედეგებთან შედარება, რადგან ვერ მოვიპოვეთ ასეთი მასალა. მიუხედავად მსოფლიო ორგანიზაციების რეკომენდაციისა, ხარისხის ამ ინდიკატორით შეფასება ჩვენს რეალობაში არ მომხდარა. თანმიმდევრობით წარმოგიდგენთ ყველა საინტერესო დეტალს.

პაციენტთა კმაყოფილება ზოგადი მონაცემებთან მიმართებაში (სქესი, ასაკი, განათლება) ფასდებოდა ქულებით 1-დან 5-მდე, როგორც ცხრილი 1-დან ჩანს, შეფასებებიდან ყველაზე დაბალი ქულით (4) შეაფასეს 61-65 ასაკობრივ ზღვარში მოქცეულმა პაციენტებმა, თუმცა ეს სულაც არ არის იმის ტენდენცია, რომ კმაყოფილება ასაკის მიმართ უკუპროპორციულია. ამის დამადასტურებელია 66-70 ასაკის პაციენტების შეფასება, რომელთა შეფასების საშუალო შედეგი უმაღლესი იყო (5 ქულა). სხვა ასაკის პაციენტების შეფასება საშუალოდ 4.5 ქულა გახლავთ.

განათლების სტატუსის კუთხით ცხრილში 2 საერთოდ არ ჩანს პუნქტი „არ მაქვს“, რადგან ასეთი მონაცემი არ დაფიქსირდა. სხვა შედეგები კი ასეთია: საშუალო განათლება 33.2% საკმაყოფილება 4.74, ხოლო უმაღლესი განათლება 66.8% კმაყოფილება 4.7. რაც შეეხება სქესს (ცხრილი 3), აქ მონაცემები ასე გადანაწილდა: ქალი 61.8% კმაყოფილება 4.7, მამაკაცი 38.2% კმაყოფილება 4.6.

საინტერესოა პაციენტის ინფორმირებულობის შესახებ შედეგები. როგორც ცხრილი 4-შია წარმოდგენილი პაციენტები ინფორმაციის ძირითად ნაწილს იღებენ ნათესავებისგან (38.2%) და ნაცნობებისგან (41%). რაც შეეხება ინფორმაციის მიღებას ტელევიზიიდან (12.4%), ინფორმაციის მიღება შესაძლებელი არის სამედიცინო თემატიკის გადაცემებიდან (მაგ.: ჯანმრთელობა „ობიექტივში“). ვფიქრობ, აღნიშნულის გათვალისწინებით, 12.4% საკმაოდ კარგი მაჩვენებელია. თუ მასმედიის ამ საშუალებას შევადარებთ პრესას, სრულიად სხვა სურათს მივიღებთ, რადგან ეს პუნქტი არცერთმა არ პაციენტმა შემოხაზა. პუნქტი „სხვა“ შემოხაზეს იმ პაციენტებმა, (8.3%) რომლებიც ძალიან დიდი ხნის მანძილზე სარგებლობენ კლინიკის მომსახურებით. ეს კი მათი კომენტარებიდან გახდა ცნობილი: „თავიდანვე აქ დავდივარ“, „ისედაც ვიცოდი“.

თუ გადავხედავთ მე-5-ე ცხრილს, სადაც ჩანს, რომ 217 პაციენტიდან 14 (6.8%) არის პირველადი, მაშინ ცხრილი 6-ის ერთ-ერთი მონაცემი (სასწრაფო დახმარების მანქანით - 21 (9.7%)), რომელიც ექიმთან მოხვედრის გზას არკვევდა, შეიძლება არავალიდურად ჩაითვალოს. თუმცა, როგორც გავარკვიეთ, ამ შემთხვევაში გულისხმობდნენ პირველად ვიზიტს. მიუხედავად არსებული ჩაწერის ინსტიტუტისა, მხოლოდ 21.7%-მა ისარგებლა აღნიშნული მომსახურებით. პაციენტების ძირითადმა ნაწილმა (50.7%) კი თვითდინებით არჩია მოსვლა ექიმთან ვიზიტზე. გრაფიკი 2-ში ეს მონაცემი დავაკავშირე კონსულტაციამდე ლოდინთან და საინტერესო შედეგი მივიღე. 30 წუთზე ნაკლებს ელოდებიან ჩაწერილი პაციენტების 40%. ხოლო 30-დან 1სთ-მდე პაციენტების 55%-ზე მეტი არის თვითდინებით. 1სთ-ზე მეტი ლოდინის მხრივ თვითდინებით მისული პაციენტები გამოირჩევიან (65%).

შედარებულ იქნა აგრეთვე ლოდინის და კონსულტაციის ხანგრძლივობის მონაცემები, გადამხდელ და დაზღვეულ პაციენტებთან. შედეგებიდან გამომდინარე შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რომ 30წთ-ზე ნაკლები ლოდინი მოუწია ნაღდი გადამხდელის უმრავლესობას და არცერთ დაზღვეულს. დაზღვეული პაციენტები ძირითადად ფიგურირებენ 30-60 წთ-მდე ლოდინის ხანგრძლივობაში.

პაციენტების დამოკიდებულება რეგისტრატურის მიმართ აღირიცხა დესკრიპტულის სტატისტიკის სახით. ორივე კითხვის შემთხვევაში რიცხვი 1 შეესაბამება პასუხს „დიახ“,

რომელიც აღნიშნულით კმაყოფილებას გამოხატავს. სტანდარტული დევიაციაც მცირეა, მაშასადამე დისპერსია მცირეა რაც მათ სარწმუნოებაზე მეტყველებს. პაციენტთა კმაყოფილების განსაზღვრისას რეგისტრატურა ითვლება კლინიკის სავიზიტო ბარათად და მის მიმართ კმაყოფილება საკმაოდ მნიშვნელოვანია.

კლინიკაში არსებული პირობები, მოსაცდელი, კომფორტი და სანიტარული პირობები 80% შემთხვევაში შეფასდა დადებითად. პირობებით 12% დაკმაყოფილდა ნაწილობრივ, თუმც მათი ღია პასუხებს განხილვისას რაც ითვალისწინებდა თუ რას შეცვლიდნენ ისინი, ამ კუთხით არაფერი აღმოჩნდა. თუ არ გავითვალისწინებთ ერთეულ შემთხვევას, სადაც საუბარი იყო კლინიკაში „ჩასარიცხი აპარატის“ არ არსებობაზე. თუმც ეს შენიშვნა ვერ იქნება მიღებული რადგან კლინიკის ფოიეში არის ზემოაღნიშნული აპარატი. ეს პაციენტი კი სავარაუდოდ მეორე სართულზე იმყოფებოდა.

მომდევნო 4 ცხრილი (12, 13, 14, 15) ასახავს პაციენტის კმაყოფილებას ექიმის მიმართ. კმაყოფილების სხვადასხვა ასპექტის დასადგენად გამოყენებულია რამოდენიმე კითხვა. ცხრილი 12-ში მოცემულია ექიმის დამოკიდებულებით კმაყოფილება რასაც უმრავლესობა 90.8% დადებითად აფასებს, ნაწილობრივ კი 9.2%, მოცემული პროცენტები სრულიად ვალიდურია და ამას ისიც ამტკიცებს რომ პასუხი „არა“ საერთოდ არ ფიგურირებს. მომდევნო ცხრილებში ასახულია ექიმის პროფესიონალიზმი და და ნდობა, ორივე შემთხვევაში საშუალოდ 88% დადებითად შეაფასა. ამ შედეგებს დამაჯერებლობას სძენს ცხრილ 15-ის მონაცემები, სადაც საუბარია თუ რამდენად გასაგები ენით უსხნის ექიმი დაავადების დეტალებს. ეს არის სპეციფიკური შეკითხვა რომელიც აჩვენებს რეალურ სურათს ექიმის კონსულტაციით მიერ პაციენტის დაკმაყოფილებისა.¹ ამ შემთხვევაშიც 84.8% დადებითად აფასებს. ექიმის შეფასებასთან ერთად პაციენტებს საშუალება ჰქონდათ დაესახელებინათ მისი სახელი და გვარი, შედეგები ასეთია: 217 გამოკითხული პაციენტიდან, 162 დასახელება მკურნალი ექიმის სახელი და გვარი. სულ დასახელდა 11 ექიმი. ყველა ვინც დასახელება ექიმის ვინაობა გამოხატავს კმაყოფილებას.

ექიმებისგან გასხვავებული მონაცემები არ დაფიქსირებულა ექთნების შეფასებისას, იმ განსხვავებით რომ ამჯერად ვერცერთი ექთნის სახელის და გვარის დასახელება ვერ მოხდა. მიუხედავად ამისა კეთილგანწყობა მაღალია 71.9%.

ცხრილი 18-ში მონაცემები „დიახ“ და „არა“ პასუხებს შორის თითქმის თანაბრად გადანაწილდა, თუმც ამ მონაცემების დამუშავებისას გაირკვა რომ მიღებული შედეგები არ შეიძლება ჩაითვალოს ვალიდურად, რადგან კითხვა შედგება ორი ნაწილისგან და პაციენტებმაც შესაბამისად უპასუხეს, პირველ ნაწილს „დიახ“ და მეორე ნაწილს „არა“. „მიჭირს პასუხის გაცემა“ ეს პასუხი გასცეს პირველადმა პაციენტებმა, რომლებსაც ვერ არ ჰქონდათ გავლილი ექიმის კონსულტაცია.

ექიმთან დაყოვნების დრო (ცხრილი 19) საინტერესოდ გადანაწილდა, 9.7%-მა განაცხადა რომ 10 წუთზე ნაკლები დაჰყო ექიმის კაბინეტში. ამ მონაცემის სავარაუდო მიზეზია ის პაციენტები რომლებმაც გადაიღეს ელექტროკარდიოგრამა, თუმც რაოდენობრივად საკმაოდ ბევრი გამოდის (21). კონსულტაციის დროების 11-20 წთ და 21-30 წთ-ს გადანაწილება თითქმის თანაბარია, საშუალოთ 32 წთ. 11.5% -31-40 წუთი დაჰყო ექიმთან, ხოლო 2.8% 40 წუთზე მეტი, რაც რიცხობრივად 6 პაციენტია. სავარაუდოდ კონსულტაციის ხანგრძლივობის ამ ბოლო მონაცემებიდან გამომდინარე არსებობს ლოდინის პრობლემა, რაც ზემოთ განვიხილეთ.

ცხრილი 20-ში საუბარია პროცედურების უსაფრთხოებაზე სადაც 60.4% უსაფრთხოდ თვლის. საინტერესოა 3.2% (7 პაციენტი) მოსაზრება, თუმც არცერთმა ღია ფორმატით არ

¹Barry D. Weiss and Janet H. Senf - Patient Satisfaction Survey Instrument for Use in Health Maintenance Organizations, Medical Care

უპასუხა ნაგულისხმევის შესახებ. 15.7% უპასუხა რომ უჭირთ პასუხის გაცემა, ნაწილმა უპასუხა, რომ არ იციან ყველა ქვედანაყოფში მიმდინარე პროცედურების შესახებ.

ცხრილი 21-ში მოცემულია გადამხდელი და დაზღვეული პაციენტები. ნაღდი და უნაღდო ანგარიშსწორებით არის 77.9% და 6.5% პაციენტები. ხოლო დაზღვეული 12.4%. პასუხი სხვა შემოხაზა 3.2%-მა და ნაგულისხმევია თანაგადახდით მყოფნი. ნაღდი გადახდით მყოფი პაციენტების ეს მაღალი რაოდენობა აღრმავებს ინტერესს დახარჯული თანხის მიმართ. ეს მონაცემები კი საკმაოდ მაღალია (ცხრილი 22). საშუალო პროცენტულობა გადანაწილდა 51-200 ლარის ფარგლებში. 8.3% განაცხადა რომ გადაიხადა 201-250 ლარამდე, ხოლო 12.9% გადაიხადა 251-300 ლარი. იმის გათვალისწინებით რომ ამბულატორიულ პაციენტებზეა საუბარი, არც თუ ისე მცირეა ის პაციენტები რომლებმაც 300 ლარზე მეტი თანხა დახარჯეს, ისინი 6% შეადგენენ.

პაციენტებს მათი კმაყოფილების დასადგენათ დავუსვით კითხვა თუ რას მოიმოქმედებდნენ არჩევანის არსებობის შემთხვევაში, პასუხები ასე გადანაწილდა: 24% და 28% მოცემულ დაწესებულებას და ექიმს, ხოლო დანარჩენმა ორივე ერთად შემოხაზა (47% მოცემულ დაწესებულებას/მოცემულ ექიმს). იყო პასუხები „სხვა დაწესებულებას“ და „სხვა ექიმს“, რომლებიც არ იქნა შემოხაზული.

ზოგადი კმაყოფილების შეფასებისას არცერთმა პაციენტმა არ მოახდინა შეფასება 1 და 2 ქულით. სხვა ქულების პროცენტულობა კი ასე გადანაწილდა 3 (2.8), 4 (21.7), 5(75.6).

მიხედვად არც თუ ისე დაბალი ხარჯებისა ცხრილი 25-ში პაციენტთა 59% თვლის რომ გადახდილი თანხა შესაბამისია მიღებული მკურნალობის, 28.6% თვლის რომ ნაწილობრივ, 9.2% უჭირს პასუხის გაცემა, ხოლო 3.2 არ თვლის შესაბამისად.

ღია პასუხების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ პაციენტების 40% დადებითად შეაფასა მომსახურება, 28%-მა არ დააფიქსირა აზრი. 31%-მა გამოთქვა პრეტენზია, რომელთაგან 15%-ს ხანგრძლივ ლოდინს ეხება, ხოლო 9% თანხის სიდიდეს.

დასკვნა და რეკომენდაციები

პაციენტის კმაყოფილება არის უთუოდ კომპლექსური საკითხი და საკმაოდ მნიშვნელოვანია მისი რეალურად ასახვა და გაგება. აღნიშნულ კითხვარში, მაქსიმალურად იქნა ჩადებული ყველა ის კომპონენტი, რომელთანაც პაციენტს აქვს შეხება ამბულატორიული მომსახურების მიღების დროს. ესენია: რეგისტრატურა, მოსაცდელი, ლოდინი, პერსონალის დამოკიდებულება, ექიმის დამოკიდებულება და პროფესიონალიზმი. ამ კომპონენტების მიმართ კმაყოფილების მაღალი შეფასება ყოველთვის არ ნიშნავს, რომ ეს არის საუკეთესო, რაც კი შესაძლებელია, შევთავაზოთ პაციენტს. თუ კარგად გავანალიზებთ ისეთ შეფასებებს, რომლებიც ღია კითხვის პასუხად გაგვცეს პაციენტებმა და როგორებიცაა: „თუ ვიმსჯელებთ დღევანდელი სახელმწიფოს მდგომარეობით, თქვენთან ყველაფერი საუკეთესოადა“, ან პასუხი შეკითხვაზე - რას გვირჩევდით, „თითქმის არაფერს“ და „ამ ეტაპზე არაფერს“, მაშინ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კმაყოფილების ეს მაღალი შეფასება, რომელიც ამ პაციენტებმა დააფიქსირეს, სულაც არ არის „მაღალი“, არამედ არის „მისაღები“.¹

განსხვავებით ზემოაღნიშნული გამოხატული კმაყოფილებისა, იყო ისეთი საკითხები, სადაც პაციენტებმა ღიად დაფიქსირეს უკმაყოფილება. ეს საკითხებია: ლოდინი და თანხა. მოცემული შედეგებიდან (დახურული და ღია პასუხები) გამომდინარე, ლოდინი უფრო დიდ უკმაყოფილებას იწვევს, ვიდრე ხარჯები. ამ პრობლემის გადაჭრის გზად, შესაძლებელია, დავასახელოთ ექიმთან ჩაწერა, მითუმეტეს, რომ თვითდინებით მისულ პაციენტებს უფრო დიდი ხნით უწევთ ლოდინი, ვიდრე ჩაწერილებს. მეორეს მხრივ, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჩაწერით მხოლოდ 21% სარგებლობს და მათ 20%-ს, 30წთ-ზე მეტი ლოდინი უწევდა თუ ამას დაემატება თვითდინებით მისული პაციენტები, რომლებიც გამოიყენებენ ჩაწერის

¹Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The Meaning of Patient Satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9)

გზას ექიმთან ვიზიტისთვის, მაშინ შეგვიძლია ვიმსჯელოთ, რომ ჩაწერილი პაციენტების ლოდინის დრო გაიზრდება. საბოლოოდ კი შემცირდება 1სთ-ზე მეტ ხანს მომლოდინეთა რიცხვი და გაიზრდება 30-60წთ-მდე მომლოდინეები.

რაც შეეხება ხარჯებს და პაციენტის კმაყოფილებას, საჭიროა პაციენტის უფრო მეტად ინფორმირება, რა დონის მომსახურებას იღებს ამა და იმ ექიმის, როგორც მაღალი დონის სპეციალისტის მიერ, აგრეთვე იმ თანამედროვე აპარატურის, რომელიც შეესაბამება ყველა სტანდარტს.

სამომავლოდ, პაციენტის კმაყოფილების უკეთ დასადგენად საჭიროა, რომ კითხვარში იყოს პასუხები, რომელიც კმაყოფილების დონის უფრო კონკრეტულად გამოხატვის საშუალებას მისცემს პაციენტს. ასეთ საშუალებად შესაძლებელია, განვიხილოთ პაციენტთა კმაყოფილების კითხვები, სადაც წარმოდგენილი იქნება შემდეგი პასუხები: „ცუდი“, „მისაღები“, „საშუალო“, „კარგი“, „საუკეთესო“.

უფრო დეტალური კვლევისთვის კარგი იქნება ამბულატორიის სხვადასხვა ქვედანაყოფების მიმართ არსებული კმაყოფილების თუ უკმაყოფილების გამოკვლევა. საინტერესო იქნება აღნიშნული კვლევის ჩატარება პოლიკლინიკის ტიპის სამედიცინო ცენტრში და ისეთ კლინიკაში, სადაც ლოდინის პრობლემა მინიმუმამდეა დაყვანილი.

პაციენტთა კმაყოფილების, როგორც ხარისხის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორის კვლევა, აუცილებელია ჩატარდეს ყველა წარმატებაზე ორიენტირებულ კლინიკაში, წელიწადში ერთხელ შეფასდეს ზემოაღნიშნული ინდიკატორი და მისი შედეგების შესაბამისად დაიგეგმოს მიზნები და ამოცანები.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2009). *საქართველო - ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება*.
2. ვერულავა თენგიზ, კლანდაძე თემურ, გერზმავა ოთარ. (2000). *სამედიცინო დახმარების ხარისხის მექანიზმები*. საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 5-6.
3. Weiss Barry D. and Senf Janet H. - Patient Satisfaction Survey Instrument for Use in Health Maintenance Organizations, Medical Care
4. Bennett, Peter D. and Robert M. Mandell, 1969. Prepurchase Information Seeking Behavior of New Car Purchases – The Learning Hypothesis. *Journal of Marketing Research*.
5. Cleary, Paul D. and Barbara J. McNeil, 1988. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality of Care. *Inquiry*. 25(Spring): 25-36.
6. Donabedian, A. (1997). Special article: The quality of care: How can it be assessed
7. Healy, Joseph M. Jr, Laurie A. Govoni, and Ellen D. Smolker, 1995. Patient reports about ambulatory care. *Fall*:71-81.
8. Huang, Xiao-Ming. 1994. Patient Attitude towards Waiting in an Outpatient Clinic and its Applications. Vol.7, No 1 (February): 2-8.)
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Manual on Standards
10. Jones, R.B., A.G. Carnon, H. Wylie, and A.J Hedley. 1993, How do we measure consumer opinions of outpatient clinics *Jul*; 107(4):235-241.
11. Nelson, Philip. 1974. Advertising as Information. *Journal of Political Economy* (July/August)
12. Peyrot, Mark, Philip D. Cooper, and Donald Schnapf. 1993. Customer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. *Journal of Health Care Marketing*. (Winter)
13. Terry, Ken. 1996. How to get the best reading of patient satisfaction. *Medical Economics*.
14. Huang, Xiao-Ming. 1994. Patient Attitude towards Waiting in an Outpatient Clinic and its Applications. Vol.7, No1(February):2-8.)
15. Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The Meaning of Patient Satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9)

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

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

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

აბსტრაქტი

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

ძირითადი საძიებო სიტყვები: რეჰოსპიტალიზაცია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, კარდიოლოგია

Rehospitalization of patients with heart failure and role of primary healthcare

Tengiz Verulava, Nana Jinchardaze, Revaz Jorbenadze

Abstract

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

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

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

შესავალი

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

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

საქართველოში, მსგავსად სხვა ქვეყნებისა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები მაღალია, კერძოდ, სიკვდილის მიზეზთა 69% გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მოდის. აღნიშნული დაავადებების მკურნალობისათვის საჭირო სამედიცინო ხარჯების გამო დიდია ფინანსური ტვირთი¹.

გულის დაავადებებს დროს რეჰოსპიტალიზაცია, მსგავსად სხვა ქრონიკული დაავადებებისა, დიდი ფინანსური ტვირთია როგორც ჯანდაცვის სისტემისათვის, ასევე პაციენტებისათვის².

რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი განსხვავებულია დიაგნოზების მიხედვით. ზოგი ავტორის მონაცემებით, სტენოკარდიული შეტევით 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 17,1%-ს შეადგენს³. გულის შეგუბებითი უკმარისობის დროს რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენდა 24,7%-ს⁴. აშშ-ში 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაცია შეადგენს შემთხვევათა 20%-ს⁵.

ლიტერატურაში არსებული ზოგიერთი კვლევის თანახმად, რეჰოსპიტალიზაცია დაკავშირებულია პაციენტის ასაკთან, სქესთან, შემოსავლებთან, კერძოდ, 30 დღიანი რეჰოსპიტალიზაცია ბავშვებში გაცილებით მაღალია მოზრდილებთან შედარებით; ასევე, განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის 50%-ზე მეტს შეადგენენ 65 და უფრო მეტი ასაკის პაციენტები; ქალების განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია 28%-ით მაღალია მამაკაცებთან შედარებით; დაბალშემოსავლიან პაციენტებში 11%-ით მეტია განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია მაღალშემოსავლიან პაციენტებთან შედარებით⁶.

არსებობს კავშირი რეჰოსპიტალიზაციასა და ჯანდაცვითი პროგრამის დაფინანსების სახესთან. რეჰოსპიტალიზაციის უფრო მაღალი მაჩვენებელი შეინიშნება სახელმწიფო პროგრამებით მოცულ პაციენტებში (მაგ. მედიქა და მედიქეიდი აშშ-ში), ვიდრე კერძო დაზღვევის პაციენტებში⁷. მაგალითად, გულის დაავადებების დროს რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე შეადგენდა 30,1%-ს მედიქეიდის და 25,0% მედიქეას პაციენტებში, ხოლო 19,5% კერძო დაზღვევის პაციენტებში⁸. აქვე აღსანიშნავია, რომ მედიქეას პაციენტებში

¹ ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. *სტატისტიკური ცნობარი*. თბილისი. 2013.

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

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

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

⁵ იქვე.

⁶ Stranges Elizabeth. 2012. იქვე.

⁷ Elixhauser Anne. 2013. იქვე.

⁸ იქვე.

რეჰოსპიტალიზაციით გამოწვეული ხარჯები ყოველწლიურად შეადგენს 17.4 მილიარდ დოლარს¹.

ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ წარმოადგინა 4 ტიპის რეჰოსპიტალიზაცია²:

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

პირველი სამი შემთხვევა არ წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დეფექტი, რადგან ჰოსპიტალს არ შეუძლია აღნიშნული მოვლენების პროგნოზირება და პრევენციის განხორციელება. უბედური შემთხვევა საავადმყოფოსგან დამოუკიდებელი მიზეზით ვითარდება. ასევე, კლინიკას არ შეუძლია სრულად აღმოფხვრას რეჰოსპიტალიზაცია, მაგ., გულის უკმარისობის გამო აუცილებელი დეფიბრილატორის იმპლანტაციის მიზნით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია³.

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სტაციონარიდან ბინაზე გაწერისას სათანადო წესების დაცვას, კერძოდ, პაციენტთა ინფორმირებულობის, განათლების დონის ამაღლებას, რომელიც მიმართულია ბინაზე პაციენტთა თვითკონტროლისა და ექიმის დანიშნულების სრულფასოვანი შესრულებისათვის⁴. პაციენტთა ბინაზე გაწერისას აღნიშნული ორგანიზაციული ღონისძიებების შესრულება 20%-ით ამცირებს განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას⁵.

ამერიკის ჰოსპიტლების ასოციაციის მიერ შესწავლილი იქნა რეჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მიზეზები, რომელზე დაყრდნობითაც შეიქმნა ჰოსპიტალთა რეჰოსპიტალიზაციის შემცირების პროგრამა (HRRP -Hospital Readmissions Reduction Program)⁶. დადგინდა, რომ როდესაც პაციენტი ღებულობს ადექვატურ სამედიცინო მომსახურებას შესაძლებელია ზოგიერთი რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება. თუმცა, ყველა რეჰოსპიტალიზაციის აღმოფხვრა შეუძლებელია, რადგან მასზე ზემოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორც არის დემოგრაფია, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური დახმარების სტრუქტურა, თანმხლები დაავადებების სიმძიმე, ქრონიკული დაავადებები⁷, ან სხვა, ხშირად უცნობი

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

² იქვე.

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

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

⁵ იქვე.

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

⁷ იქვე.

ფაქტორები¹. ზოგჯერ რეჰოსპიტალიზაცია გარდაუვალია დაავადების ბუნებრივი, პროგრესული მიმდინარეობის გამო². აქედან გამომდინარე, რეჰოსპიტალიზაციის პროგნოზირება შეუძლებელია³.

2009 წელს, აშშ-ში, პირველად, ჰოსპიტლებმა თავიანთ ვებ-გვერდზე დაიწყეს ნებაყოფლობითი ანგარიშის წარმოდგენა რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირეზე, მედიქას და მედიკეიდის პაციენტებში. საავადმყოფოების შედარება ხდება ნებისმიერ ნოზოლოგიაზე რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირის მიხედვით⁴.

კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა განათლების ამაღლება, უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობა, ბინაზე გაწერისას პაციენტსა და ექიმს შორის მუდმივი კავშირი ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციას, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს როგორც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ასევე ხარჯების შემცირებას⁵.

გულის უკმარისობის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, არცთუ იშვიათად, განპირობებულია ჰოსპიტლიდან ბინაზე გაწერისას, ხანგრძლივად მისაღები მედიკამენტური თერაპიის თვითნებურად არჩატარებით ან შეწყვეტით. მაგალითად, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინით, იმ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობა, გათვალისწინებულია ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორების ხანგრძლივად მიღება. ა.შ.შ.-ის სხვადასხვა შტატში, შესწავლილი იქნა 2943 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია. რანდომულად შეირჩა გულის უკმარისობის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები 50 ჰოსპიტალში. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იმ პაციენტებს, რომლებიც ბინაზე ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორებს, უფრო ნაკლები სიხშირით ჰქონდათ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობის დიაგნოზით განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, ვიდრე იმ პაციენტებს, რომლებიც ღებულობდნენ ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორებს რეკომენდებულზე ნაკლები დოზით, ან საერთოდ არ ღებულობდნენ⁶.

რეჰოსპიტალიზაციის პრობლემის აღმოფხვრისათვის შემუშავდა დაავადების მართვის სტრატეგია, ხდება მოსალოდნელი რეჰოსპიტალიზაციის რისკების პროგნოზირება, ჰოსპიტლიდან გაწერის შემდეგ ბინაზე მოვლის გაუმჯობესება და მონიტორინგი, გართულების ადრეული შეფასება, მონიტორინგის გუნდის შექმნა, რომელშიც წარმოდგენილია პაციენტი, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი, მკურნალი ექიმი, კარდიოლოგი, მედდა, ფარმაცევტი, სოციალური მუშაკი, პაციენტის მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლების პედაგოგი, ოჯახი⁷.

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

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

² იქვე. Gheorghide. 2013.

³ იქვე.

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

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

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

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

ჯანდაცვის პროვაიდერისათვის, ასევე დამფინანსებლისათვის. კერძო სადაზღვევო კომპანიების, ასევე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით განსაზღვრული ანაზღაურების წესის თანახმად, 30 დღეში რეკოსპიტალიზაცია ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ გარკვეულ საჯარიმო სანქციებს. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს შემდეგი სამთავრობო დადგენილება: „საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“, მუხლი 22, დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი, პუნქტი 12-ის მიხედვით, პროგრამის ფარგლებში, პაციენტის გაწერიდან 30 დღის განმავლობაში იმავე დიაგნოზით პაციენტის გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის განმეორებითი ეპიზოდი განიხილება სადავო შემთხვევად. არაჯეროვანი რეკოსპიტალიზაციის დადასტურების შემთხვევაში, საჯარიმო სანქცია განისაზღვრება ამავე დადგენილების მე-19 მუხლის (საჯარიმო სანქციები) მე-9 პუნქტის თანახმად. კერძოდ, იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელმა მომსახურება გაუწია არასრულად, ან არაჯეროვნად, მიმწოდებელი იხდის ჯარიმას გასაწევი/გაწეული მომსახურების ღირებულების სამმაგი ოდენობის სახით¹.

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილებით „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“, მუხლი 4 სამედიცინო მომსახურების გაწევის წესი, თუ დაზღვეული მიმწოდებელიდან გაწერის შემდეგ იმავე დიაგნოზით ან მდგომარეობის გართულებით განმეორებით მოთავსდა იმავე მიმწოდებელთან და თუ გამოვლინდა, რომ რეკოსპიტალიზაცია ან/და სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვა წინა პერიოდში ჩატარებული არასრული ან არასწორი მკურნალობის შედეგია, ასეთ შემთხვევებში მზღვეველი თავისუფლდება შემდგომი მკურნალობის ღირებულების გადახდის ვალდებულებისაგან და ასეთი ხარჯებისათვის სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება თავად სამედიცინო დაწესებულებას. ამასთანავე, თუ რეკოსპიტალიზაცია მოხდა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი ანაზღაურებს მკურნალობის ამ ეპიზოდის ხარჯებს. მზღვეველი უფლებამოსილია რეკოსპიტალიზაციის გამომწვევ მიმწოდებელს არ აუნაზღაუროს ან უკან დაიბრუნოს ამ მიმწოდებელთან გაწეული ხარჯები, კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად².”

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება №01-63/ნ „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“, მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის სამსახური აუცილებელი წესით აღრიცხავს და შეისწავლის რეკოსპიტალიზაციას იგივე დიაგნოზით³.

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

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

² 2012 წლის 14 მაისის № 177 დადგენილება „სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები“ http://www.government.gov.ge/files/253_33729_581417_177-1_2_.pdf

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

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

კვლევის მეთოდოლოგია

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

შედეგები

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

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

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

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

ცხრილი 1: 30 დღეში რეჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი დიაგნოზების მიხედვით

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

დასკვნა, რეკომენდაციები

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

დანიშნულებების შესრულებაზე კონტროლისათვის საკუთარი შესაძლებლობების გაზრდის მიზნით.

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

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

ბიბლიოგრაფია

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

სადაზღვევო კომპანიების მიერ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება არაპროვაიდერ კლინიკებში

ლია ძაგნიძე - ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი, ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი

აბსტრაქტი

შესავალი: დღესდღეობით სადაზღვევო კომპანიები თავიანთ კლინიკებსაც ფლობენ, ზოგიერთს საკუთარი ფარმაცევტული წარმოებაც აქვს და მედიკამენტების შემოტანითაცაა დაკავებული. მართალია, ინტერესთა კონფლიქტი აშკარაა, რაც განსაკუთრებით მწვავედ გამოიხატება იმ დროს, როდესაც დაზღვეულს სურს სამედიცინო მომსახურება არა-პროვაიდერ კლინიკაში მიიღოს და ამას ეწინააღმდეგება სადაზღვევო კომპანია გასაგები მიზეზებით (სურს დაზღვეულები საკუთარ კლინიკებში გაამწესოს). სადაზღვევო კომპანიები სარგებლობენ დაზღვეულთა არაინფორმირებულობით, დაზღვეულები, სამწუხაროდ, მეტ-ნაკლებად ერკვევიან თავიანთ უფლებებში და ამ სტატიის მიზანიც სწორედ მათი კანონიერი უფლებების გაცნობაში მდგომარეობს. **მეთოდოლოგია:** სტატიის მიზნიდან გამომდინარე ჩატარებულია აღწერითი კვლევა, რომლის საფუძველს წარმოადგენს სადაზღვევო საქმიანობის რეგულირების საკითხებზე არსებული კანონმდებლობა, ლიტერატურა, კვლევები. **შედეგები:** ჩატარებული კვლევის მიხედვით გაირკვა, რომ არ არსებობს იმპერატიული სამართლებრივი ნორმა, რომელიც აუკრძალავს მზღვეველს უარი უთხრას დაზღვეულს არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული მომსახურების ანაზღაურებაზე. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** კანონმდებელმა მაქსიმალურად უნდა დაიცვას დაზღვეულთა ინტერესები და შეიმუშაოს იმპერატიული ნორმა, რომლის მიხედვითაც სადაზღვევო კომპანიებს აკრძალვებთ უარი თქვან არაპროვაიდერ კლინიკაში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: დაზღვეულთა კანონიერი უფლებები, ანაზღაურება.

Reimbursement by insurance companies to health care clinics

Lia Dzagnidze - ISU visiting professor, Master of Business Administration

Abstract

Introduction: Currently, Insurance Companies own medical facilities, some of them have their own pharmaceutical production too. Although there is obvious conflict of interest, which is reflected particularly at the time when the insured wants to receive medical services at non-provider clinic and the insurer refuses with explicit reason (The Insurer wants to send the insured to their own clinics). Insurance companies enjoy the lack of the information of the insured, the policy holders, unfortunately, less aware of their rights and the goal of this article is to introduce them their legal rights. **Methodology:** There was used descriptive research, the basis of this research is the existing insurance law, literature, researches. **Results:** According to the research, it became clear that there is no imperative law, which will prohibit the insurer refuse the insured to compensate for the services provided by non-provider clinic. **Conclusion and recommendations:** the legislature must protect the interests of the insured and has to work out the imperative legal norm, which will be the guarantee for the insured to take the compensation for the medical services provided both by provider or non-provider facility.

Key words: The rights of the Insured, the compensation.

შესავალი

„საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველომ“ 2012 წელს ჩატარა სოციოლოგიური კვლევა, რომელმაც აჩვენა, რომ დაზღვეულთა 2%-მა იცის, რომ შეუძლიათ სთხოვონ თავიანთ მზღვეველს, გადაამისამართონ ისინი არა-პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, როცა პროვაიდერ კლინიკას არ აქვს შესაბამისი გამოცდილება ან

კვალიფიკაცია. კვლევის თანახმად: „მართალია, სადაზღვევო კონტრაქტებში არ არის გაწერილი, მაგრამ ჩვენ დავადგინეთ, რომ სახელმწიფო დაზღვევით მოსარგებლე თუ მზღვეველისგან არა-პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვას ითხოვს, მას ამ მიმართვას იმ სამედიცინო დაწესებულებაში აძლევენ, რომელსაც თავად ბენეფიციარი ირჩევს. პრობლემა მოსარგებლეთა მხრიდან ამგვარი მოთხოვნების ნაკლებობაა. მიგვაჩნია, რომ სხვა კლინიკებში მიმართვებზე ასეთი მოთხოვნები ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას იმით, რომ: ა. აიძულებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომელთა მომსახურებაზე მოთხოვნა არ არის, გააუმჯობესონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ისე, რომ მასზე მოთხოვნა კვლავ გაჩნდეს ან ბ. აიძულებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც ბაზრის ზეწოლაზე არ რეაგირებენ, ბაზრიდან გავიდნენ“.

2012 წლის 1 ივნისს დაფუძნდა სამედიცინო მედიაციის სამსახური, რომლის ძირითადი მიზანია პაციენტისა და დაზღვეული მოქალაქეების უფლებების დაცვა, სამედიცინო დაწესებულებებსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის ურთიერთობების მოწესრიგება. იგი იხილავდა ფიზიკური პირების, ასევე იურიდიული პირების მომართვებს.

2013 წლის 31 იანვრის მდგომარეობით სამედიცინო მედიაციის სამსახურს 6535 ფიზიკურმა პირმა მიმართა. მომართვების 2/3 საინფორმაციო კითხვებზე მოდიოდა, მაგალითად განმარტებებზე, თუ რა მოცულობის სამედიცინო მომსახურებას მოიცავდა ან რა წესსა და პროცედურებს ექვემდებარებოდა კონკრეტული სადაზღვევო პოლისი. მომართვების 1/3 არსაინფორმაციო კითხვებზე მოდიოდა, როდესაც სახეზეა მედიაციის სადაზღვევო შემთხვევის ადექვატური რეგულირების საჭიროება.

მედიაციის სამსახურმა სულ განიხილა 53 სასარჩელო მოთხოვნა, რომელიც ითვალისწინებდა 3,516,932.49 ლარის ფინანსური დავას. აქედან შემთხვევების 69% დასრულდა მორიგებით (1,181,870.19 ლარის ფინანსურ დავებზე), მოდავე მხარეებს შორის შედგა კომპნიკაცია (1,101,618.77 ლარი), მიღებულ იქნა რეკომენდაცია (177,157.16 ლარი).

სამედიცინო მედიაციის სამსახური იყო ერთ–ერთი გზა სასამართლოს გვერდის ავლის, იგი ძირითადად განიხილავდა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაზღვევასთან წარმოშობილ საკითხებს, თუმცა განაცხადის შესვლის შემთხვევაში, იხილავდა ასევე კერძო დაზღვევის სფეროში წარმოშობილ პრობლემებს. სამსახურმა ფუნქციონირება შეწყვიტა 2015 წელს. შესაბამისად, სახელმწიფო დაზღვევასთან დაკავშირებით განაცხადების შეტანა სასამართლოს გვერდის ავლით შეუძლებელია, თუ არ მოხდა მხარეთა შორის მორიგება.

კერძო დაზღვევის სახეობებთან (ჯანმრთელობის, ავტო, აგრო, ქონების, სიცოცხლის, სამოგზაურო და სხვა) დაკავშირებულ კითხვებზე პასუხს სცემს და გაუგებრობების გარკვევაში საზოგადოებას დახმარებას უწევს „საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური“, მისი შექმნისას მთავარ ამოცანას წარმოადგენდა სწორედ სადაზღვევო ურთიერთობათა სუბიექტების დახმარება დავების არასასამართლო გზით მოგვარებაში.

მედიაციის სამსახური მოსახლეობასთან შეხვედრებისა და საჯარო პრეზენტაციების მეშვეობით, ხოლო მისი თანამშრომლები - სატელეფონო საუბრებითა და ახსნა-განმარტებების მიცემით, ეხმარებოდნენ რიგით დაზღვეულებს, პროვაიდერებს თუ სხვა სამიზნე ჯგუფებს, მიეღოთ პასუხები დაზღვევასთან დაკავშირებულ კითხვებზე და არასასამართლო გზით მოეგვარებინათ კონფლიქტური შემთხვევები. საქართველოში მსგავსი სერვისი მანამდე არ არსებულა.

საქართველოს კანონში „დაზღვევის შესახებ“ მოცემულია დაზღვევის ცნება ზოგადად, რომლის მიხედვითაც, დაზღვევა არის ურთიერთობა ფიზიკური და იურიდიული პირების პირადი და ქონებრივი ინტერესების დასაცავად გარკვეული გარემოების (სადაზღვევო შემთხვევის) დადგომისას ამ პირთა მიერ გადახდილი შენატანებით (სადაზღვევო პრემიებით) ფორმირებული ფულადი ფონდებისა და სხვა წყაროების ხარჯზე.

დაზღვევის მიზანია ფიზიკური და იურიდიული პირების პირადი და ქონებრივი ინტერესების დაცვა. როდესაც მზღვეველი ადგენს პროვაიდერ კლინიკებს, ხდება დაზღვეულთა უფლებების არგათვალისწინება, რადგან შესაძლოა ასეთ კლინიკებში სამედიცინო პერსონალი ნაკლებ კვალიფიციური აღმოჩნდეს არა-პროვაიდერისგან განსხვავებით. ასევე, შესაძლოა სადაზღვევო კომპანიების პროვაიდერი კლინიკების სამედიცინო მომსახურების ღირებულება გაცილებით აღემატებოდეს არა-პროვაიდერის ტარიფებს და გიზოგავდეთ თქვენს წლიურ სადაზღვევო ლიმიტს. იმ მიზეზთა ჩამოთვლა, რის გამოც თქვენ კონკრეტულ შემთხვევაში გაწყობთ მიმართოთ არა-პროვაიდერ კლინიკას ვერ იქნება ამომწურავად ჩამოთვლილი.

არა-პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, ხშირ შემთხვევაში, მზღვეველი უარს აცხადებს გაღებული ხარჯების ანაზღაურებაზე და მიუთითებს ხელშეკრულებას, რომელზეც თქვენ ხელი მოაწერეთ, თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ხელშეკრულების გარკვეული პუნქტებიც შეიძლება კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგეს, თუ ისინი ამკარად ეწინააღმდეგებიან პირის კანონიერ ინტერესებს. სწამ ხელშეკრულების სტანდარტულ პირობებზე გადავიდოდე, ყურადსაღებია საქართველოს კანონის „პაციენტთა უფლებების შესახებ“ მე-8 მუხლი, რომლის მიხედვითაც: „პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი“. არავითარი კერძო დაწესებულება პაციენტს კანონით მისთვის მინიჭებულ უფლებას არ უნდა ართმევდეს.

სტანდარტული ხელშეკრულება საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით განიმარტება, როგორც წესები, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული კანონში და შემთავაზებლის საქმიანობის სპეციფიკას გამოხატავს. ამგვარ წესებს კანონი პირდაპირ არ შეიცავს, მაგრამ მხარეს შეუძლია ისინი შეიტანოს სტანდარტულ პირობებში. ამასთან, იგულისხმება კანონის დისპოზიციური ნორმები, ვინაიდან ხელშეკრულების მონაწილეებს იმპერატიული ნორმების შეცვლა არ შეუძლიათ. სტანდარტული პირობები არ წარმოადგენენ სამართლის ნორმებს, ვინაიდან მათი მიზანი კონკრეტულ პირთა შორის ურთიერთობის მოწესრიგებაა. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ სტანდარტული პირობები წინასწარ არის მომზადებული შემთავაზებლის, ჩვენს შემთხვევაში მზღვეველის მიერ, მასში აღნიშნულია დასაბუთებული თითქმის ყველა პირობა, გარდა კონტრაქტის ვინაობისა.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში მოცემულია დებულებები, რომლებიც სტანდარტულ პირობებში ჩართვის შემთხვევაშიც კი ბათილია (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი მ. 347–348) , მაგრამ კანონმდებელი ყველა შემთხვევას ვერ გაითვალისწინებს და ამიტომაც შემუშავებულია 346–ე მუხლი, რომელიც ხელშეკრულების მხარეს: „ბათილია ხელშეკრულებათა სტანდარტული პირობა, მიუხედავად ხელშეკრულებაში მისი ჩართვისა, თუ იგი ნდობისა და კეთილსინდისიერების პრინციპებს საწინააღმდეგოდ საზიანოა ხელშეკრულების მეორე მხარისათვის. ამასთან, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის გარემოებები, რომელთა არსებობისას იქნა ეს პირობები ხელშეკრულებაში შეტანილი, მხარეთა ორმხრივი ინტერესების დაცვა და სხვა“.

მეთოდოლოგია

ჩატარდა აღწერითი კვლევა, რომლის საფუძველს წარმოადგენდა სადაზღვევო საქმიანობის რეგულირების საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის კვლევები, პუბლიკაციები, გამოცემები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: სადაზღვევო საქმიანობის სფეროში საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები.

შედეგები და შედეგების ინტერპრეტაცია

ჩატარებული კვლევის მიხედვით გაირკვა, რომ არ არსებობს იმპერატიული სამართლებრივი ნორმა, რომელიც აუკრძალავს მზღვეველს უარი უთხრას დაზღვეულს არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული მომსახურების ანაზღაურებაზე.

თუმცა, სამოქალაქო კოდექსში მოცემულია სამართლებრივი ნორმა (მ. 348), რომელიც მნიშვნელოვანი კოზირია მომხმარებლისთვის საკუთარი კანონიერი უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, ვინაიდან დაზღვევის ხელშეკრულების ის პუნქტი, რომელიც მზღვეველს აძლევს უფლებას, უარი უთხრას დაზღვეულს არა-პროვაიდერ კლინიკაში მიღებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე აშკარად აზიანებს დაზღვეულის უფლებებს და არ ეყრდნობა კეთილსინდისიერების პრინციპს. შესაბამისად, ამგვარი პუნქტი ბათილად უნდა იქნას ცნობილი, რომლის უფლებაც მხოლოდ სასამართლოს გააჩნია.

დასკვნა და რეკომენდაციები

დაზღვეულები იხდიან პრემიებს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების მიხედვით, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას კი ზოგი სადაზღვევო კომპანია უარს ამბობს ანაზღაურებაზე, ვინაიდან დაზღვეულებმა მიმართეს არაპროვაიდერ კლინიკას. დაზღვეულის უფლება, თავად აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების გამწვევი, არ უნდა იზღუდებოდეს მზღვეველის მიერ შემუშავებული ხელშეკრულებით.

კანონმდებელმა მაქსიმალურად უნდა დაიცვას დაზღვეულთა ინტერესები და შეიმუშაოს იმპერატიული ნორმა, რომლის მიხედვითაც სადაზღვევო კომპანიებს აეკრძალებათ უარი თქვან არაპროვაიდერ კლინიკაში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე. აუცილებელია მოცემული საკითხის სამართლებრივი რეგულირება, ვინაიდან იმპერატიული, სპეციალური ნორმების არ არსებობა მზღვეველი კომპანიების სასარგებლოდ მოქმედებს მხოლოდ.

ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურს საკონსულტაციო ფუნქცია აკისრია, არ ძალუძს კერძო დაზღვევის სფეროში წარმოშობილი პრობლემების გადაჭრა, შესაბამისად, თუ მხარეებს შორის ვერ შედგა მოლაპარაკება, წარმოშობილი დავის გადასაჭრელად მხოლოდ სასამართლო რჩება იმედად. თუ ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურს „მედიაციის სამსახურის“ მსგავსად ექნება უფლებამოსილება განიხილოს დაზღვევასთან დაკავშირებული დავები, ეს მნიშვნელოვანი ძვრა იქნება დაზღვეულთა უფლებების დაცვის თვალსაზრისით და მხარეებს თავიდან ააცილებს საქმეების სასამართლო წესით განხილვას.

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი
- საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი
- საქართველოს კანონი „დაზღვევის შესახებ“
- საქართველოს კანონი „პაციენტთა უფლებების შესახებ“
- სამედიცინო მედიაციის სამსახურის ანგარიში 2013 წ. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური ვებ-გვერდი http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=29&info_id=1295
- საერთაშორისო გამჭვირვალობა-საქართველოს კვლევა „ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში“.

მედდების საქმიანობის გარემოს მახასიათებლები და სამუშაოთი კმაყოფილება საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, დავით წივწივაძე

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანდაცვის სისტემა და მოსახლეობისთვის მიწოდებული მომსახურება არსებითად არის დამოკიდებული ქსელში მომუშავე კადრების რაოდენობაზე, მათ მომზადებასა და შენარჩუნებაზე. საქართველოში აღინიშნება მედდების რაოდენობის დეფიციტი რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე და პაციენტის სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე. კვლევის მიზანს წარმოადგენს მედდების დეფიციტის მიზეზების, საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლების, მედდების შეკავების და სამუშაოთი კმაყოფილების პრობლემის შესწავლა საქართველოში.

მეთოდოლოგია: რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა თბილისის სავადმყოფოებში მომუშავე ექთნები სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** რესპოდენტთა უმრავლესობის მიხედვით მედდების სამუშაოთი კმაყოფილება დაბალია. ასევე დაბალია საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლები, მათ შორის კადრების სათანადო დაკომპლექტება და რესურსები. შესაბამისად, მაღალია სამუშაოთი დატვირთვიანობის მაჩვენებელი, მაშინ როდესაც რესპოდენტთა უმრავლესობა (85%) არ არის კმაყოფილი ხელფასით. საკმაოდ მაღალია სამუშაოს დატოვების განზრახვის მაჩვენებელი (38%). კვლევის შედეგების მიხედვით არსებობს კორელაცია საექთნო პრაქტიკის გარემოს, სამუშაო კმაყოფილებას და მედდების სამუშაო ადგილზე შეკავებას შორის.

დისკუსია: მედდის რაოდენობის დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობა შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე. ექთნებისთვის მიმზიდველი არ არის, და შესაბამისად ნაკლები სურვილი აქვთ იმუშაონ არსებულ სამუშაო პირობებში. შედარებით უარყოფით გარემო პირობებში დაბალია სამუშაოთი კმაყოფილება და იზრდება სამედიცინო დაწესებულების დატოვების მზაობა. **დასკვნა:** მიზანშეწონილია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლების გაუმჯობესება, კერძოდ, სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიდ სავადმყოფოებში კადრებით დაკომპლექტებას და რესურსების განაწილებას. საექთნო საქმიანობის გარემოს გაუმჯობესების პროგრამების შეიმუშავება ხელი შეუწყოს მედდა სამუშაო ადგილზე შეკავებას და ამით შეამციროს მედდების დეფიციტი.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, მედდების დეფიციტი

Nurses' job satisfaction and work environment characteristics in Georgia

Tengiz Verulava, David Tsivtsivadze

Abstract

Background: There is a nursing shortage in Georgia. Improving the practice environment has been shown to be a successful strategy against this phenomenon, as the practice environment is associated with retention and job satisfaction. The purpose of this study was to measure practice environment characteristics, retention and job satisfaction. **Methods:** Questionnaire were administered to nurses working in hospitals. Retention was measured by intent to leave the organization and work experience. **Results:** Approximately 38% of the nurses reported their intention to leave job. A negative correlation was found between intention to leave and practice environment characteristics, with a moderate correlation between job satisfaction and practice environment characteristics. **Conclusions:** Policy makers and hospital managers should address the practice environment, in order to improve job satisfaction and increase retention.

Keywords: Practice environment, Job satisfaction, Nurse retention.

საექთნო კადრებით უზრუნველყოფა

საექთნო საქმე დამოუკიდებელი ან ჯგუფური საქმიანობაა, რომლის ძირითადი მიზანია ნებისმიერი ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანის ჯანმრთელობის აღდგენა და შენარჩუნება, უნარშეზღუდულთა, ავადმყოფთა და ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა მოვლა, დაავადებათა პროფილაქტიკა¹.

მოსახლეობისთვის მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება არსებითად დამოკიდებულია ქსელში მომუშავე კადრების რაოდენობაზე, მათ მომზადებასა და შენარჩუნებაზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2006 წლის მოწოდების თანახმად, “სათანადო კვალიფიკაციის კადრების მომზადება და მათი საჭირო ადგილას გამოყენება შესაბამისი დავალებების შესასრულებლად ჯანდაცვის საკადრო პოლიტიკის ძირითადი მიზანია”².

საბჭოთა სისტემიდან დამოუკიდებელ საქართველოს მემკვიდრეობად ერგო ჭარბი ინფრასტრუქტურა, დიდი საწოლთა ფონდით და პერსონალით. 1990-იანი წლების დასაწყისში ჯანდაცვის სისტემა ფუნქციონირება გრძელდებოდა წარსულის ინერციით. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მრავალი ღონისძიება გატარდა სამედიცინო პერსონალის შესამცირებლად, მათი რაოდენობა მაინც მაღალი იყო. 100,000 მოსახლეზე ექიმთა რაოდენობა შეადგენდა დაახლოებით 500-ს, ხოლო ექთნების რაოდენობა - 1000-ს, თუმცა 1994 წელს პირველად აღინიშნა ექთნების რაოდენობის კლება 7 %-ით.

ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის მიხედვით, საქართველოს ერთ-ერთი მაღალი ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის³. 2012 წლის მონაცემებით, 1000 სულ მოსახლეზე 4.8 ექიმი მოდის⁴. ექიმთა უზრუნველყოფის მაჩვენებლისაგან განსხვავებით, საქართველოში ექთნების რაოდენობა ერთ-ერთი დაბალია ევროპის რეგიონში და წლიდან წლამდე მცირდება⁵. სტატისტიკის მიხედვით, დღესდღეისობით საქართველოში 13,000 ექთანი არის დასაქმებული, ხარისხიანი მუშაობისათვის კი, სპეციალისტების აზრით, საჭიროა ამ ციფრის 30,000-მდე გაზრდა, ევროპული მაჩვენებლის მისაღწევად კი, ქვეყანამ წელიწადში 1,400 ექთანი უნდა აწარმოოს.

სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს ექთნების რაოდენობის ექიმების რაოდენობასთან შეფარდება წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული შეფარდება არის 4:1⁶.

¹ გერზმავა ოთარ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი. 2008 წ.

² World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

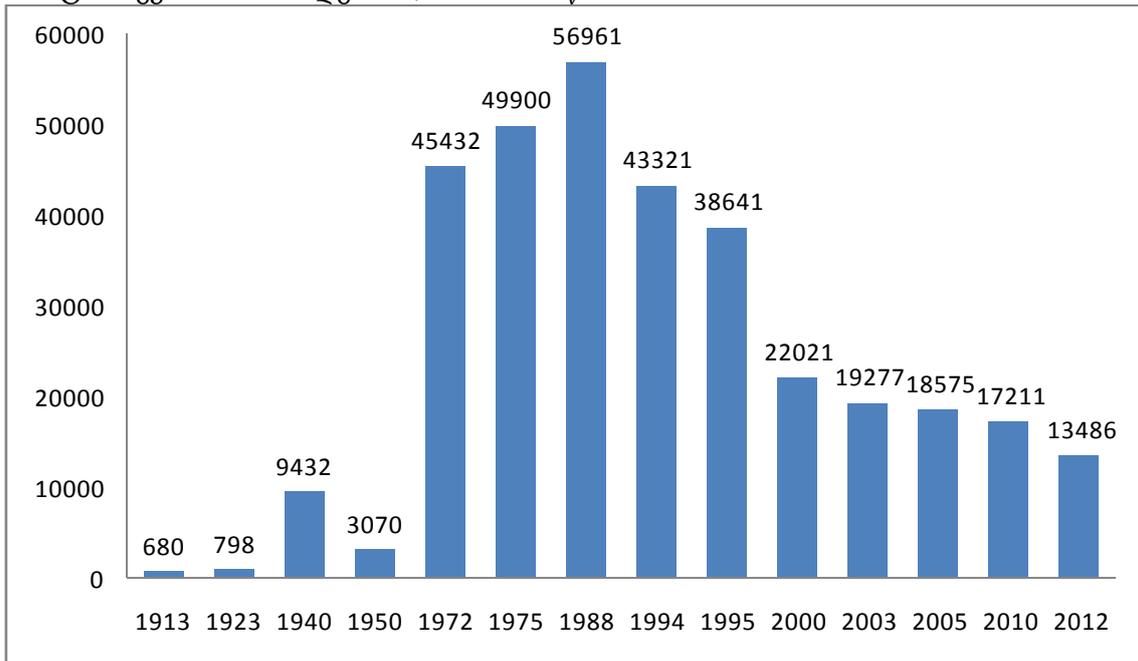
³ ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

⁴ იქვე. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. გვ. 28.

⁵ იქვე.

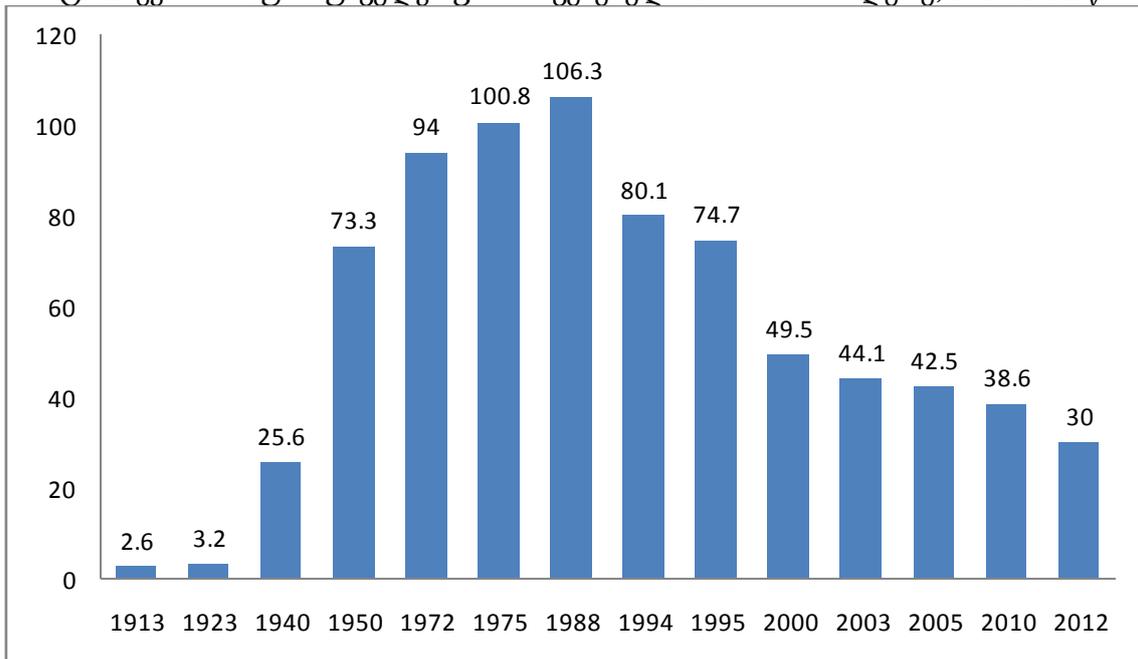
⁶ ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ.30.

ნახატი 1. ექთანთა რაოდენობა, 1913-2012 წ.



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 1994-2012 წწ.; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ნახატი 2. ექთანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 10 000 მოსახლეზე, 1913-2012 წ.



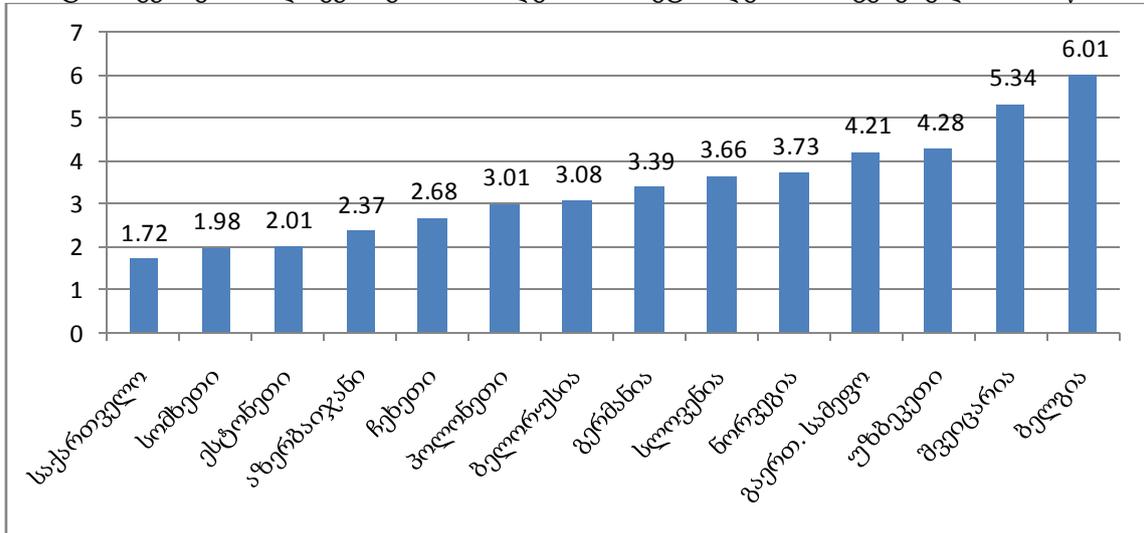
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 1994-2012 წწ.; Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

1991 წელს ერთ ექიმზე მოდიოდა 2.2 ექთანი, 1994 წელს ექიმსა და ექთანს შორის თანაფარდობა 1.9-მდე შემცირდა, ხოლო 1997 წელს ერთ ექიმზე საშუალოდ ერთი ექთანი მოდიოდა¹. შემდგომ წლებშიც ჯანდაცვის სისტემამ ვერ შეძლო სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიულად გადანაწილების, ექთნების რაოდენობის კატასტროფულად შემცირების პრობლემის მოგვარება. პერიოდის ბოლოს ექიმების რაოდენობა უკვე აღემატებოდა

¹ დამოუკიდებელი საქართველო-სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. 2011 წ.

ექთნების რაოდენობას, რამაც სერიოზული საფრთხე შეუქმნა სისტემის ფუნქციონირებას, მის ხარჯ-ეფექტიანობასა და მდგრადობას¹. 2013 წლის მონაცემებით, საქართველოში აღნიშნული მაჩვენებელი შეადგენს 1:09-ს, რითაც ერთ-ერთი ბოლო ადგილზეა ევროპაში². შედარებისათვის, ბელგიაში ეს თანაფარდობა შეადგენს 6 ექთანს ერთ ექიმზე, შვეიცარიაში - 5.3-ს, ხოლო გერმანიაში - 3.4-ს.³

ნახატი 3. ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის შეფარდების მაჩვენებელი, 2010 წ.



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ.

პრობლემას წარმოადგენს ექთნების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება ქვეყანაში. ექთნებით უზრუნველყოფა ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელზე მაღალია მხოლოდ თბილისსა და რაჭა-ლეჩხუმში; ექიმების რაოდენობა აჭარბებს ან უტოლდება ექთნების რაოდენობას ქვეყნის უმეტეს რეგიონში, მხოლოდ რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთის რეგიონია ექთნებისა და ექიმების რაოდენობის თანაფარდობის სასურველ დონესთან (2:1) მიახლოებული⁴.

ქვეყნის მასშტაბით ექთნების რაოდენობის შემცირებაზე მნიშვნელოვნად იმოქმედა ხელფასის დაბალმა დონემ. ექთნებისა და მათი თანაშემწეების ხელფასების საკითხებს სახელმწიფო არ არეგულირებს და ის, თუ რამდენს გადაუხდის სამედიცინო პერსონალს, სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული. ზოგი ექსპერტის აზრით, საქართველოში ექთნების დაბალი ხელფასი მათი დაბალი კვალიფიციურობითაც არის გამოწვეული. ექთნების დაბალ კვალიფიკაციაზე ზემოქმედებს ის გარემოება, რომ ქვეყანაში არ არსებობს ექთნებისთვის კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსები⁵. არაიშვიათად, ექთნების ხელფასი 150 ლარზეც ნაკლებია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლებში სოფლად ექთნის დაფინანსება 350 ლარიდან 455 ლარამდე გაიზარდა.

¹ დამოუკიდებელი საქართველო-სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. 2011 წ.

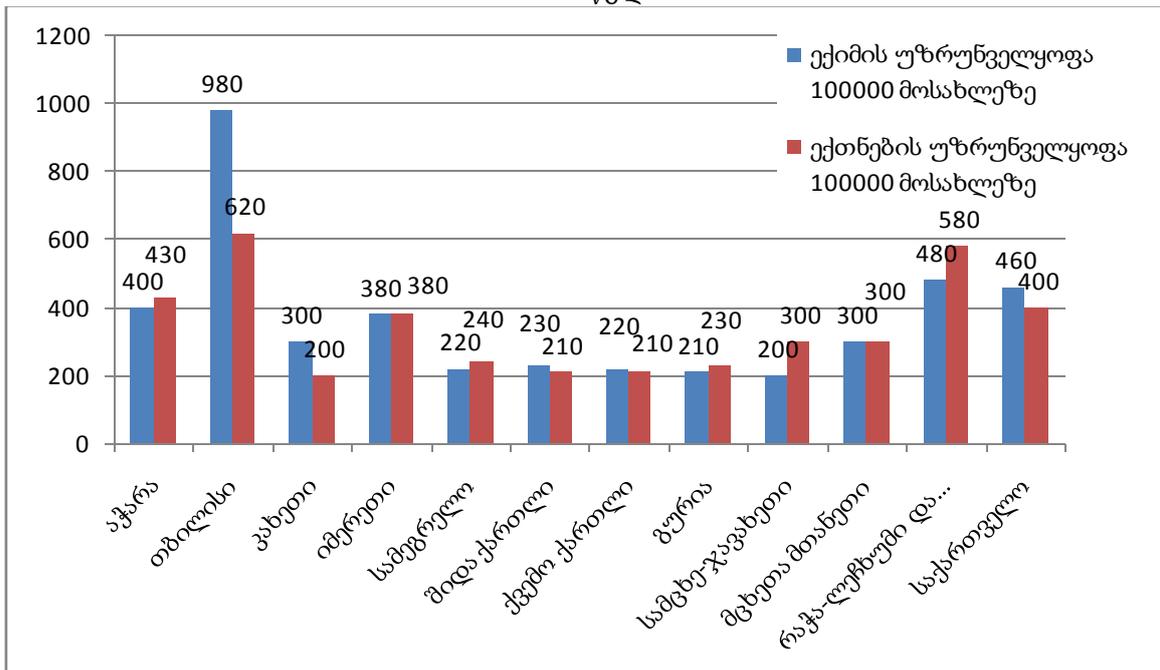
² ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

³ იქვე.

⁴ იქვე.

⁵ ფრანგიშვილი ია. რა ღირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 2014.06.13.

ნახატი 4. ექიმებისა და ექთნების უზრუნველყოფის მაჩვენებლის გეოგრაფიული განაწილება, 2011 წელი



წყარო: ჯანმო/ევროპის ბიურო, ევროპის ჯანმრთელობა ყველასათვის მონაცემთა ბაზა, 2012 წლის ივნისი; დკ&სჯეც.

სავალალო მდგომარეობა ექთნების დაბერების მაჩვენებელშიც, საბჭოური სამედიცინო განათლება მიღებული და მაღალი კვალიფიკაციის ექიმების და ექთნების საშუალო ასაკი უკვე გადაცდა 50 წელს, ხოლო უახლოეს წლებში მოსალოდნელია მათი დეფიციტი¹.

ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში წელიწადში 100-მდე ექთანი ამთავრებს სასწავლებელს, მაშინ, როდესაც საშუალო ევროპული მაჩვენებლით, ქვეყანამ წელიწადში 1400 ექთანი უნდა აწარმოოს². დონორი ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერით 2007-2011 გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის ექთნების რაოდენობამ 1934 შეადგინა, რაც პჯდ-ის განვითარების გეგმით განსაზღვრული საჭიროების 80 %-ს აღემატება³.

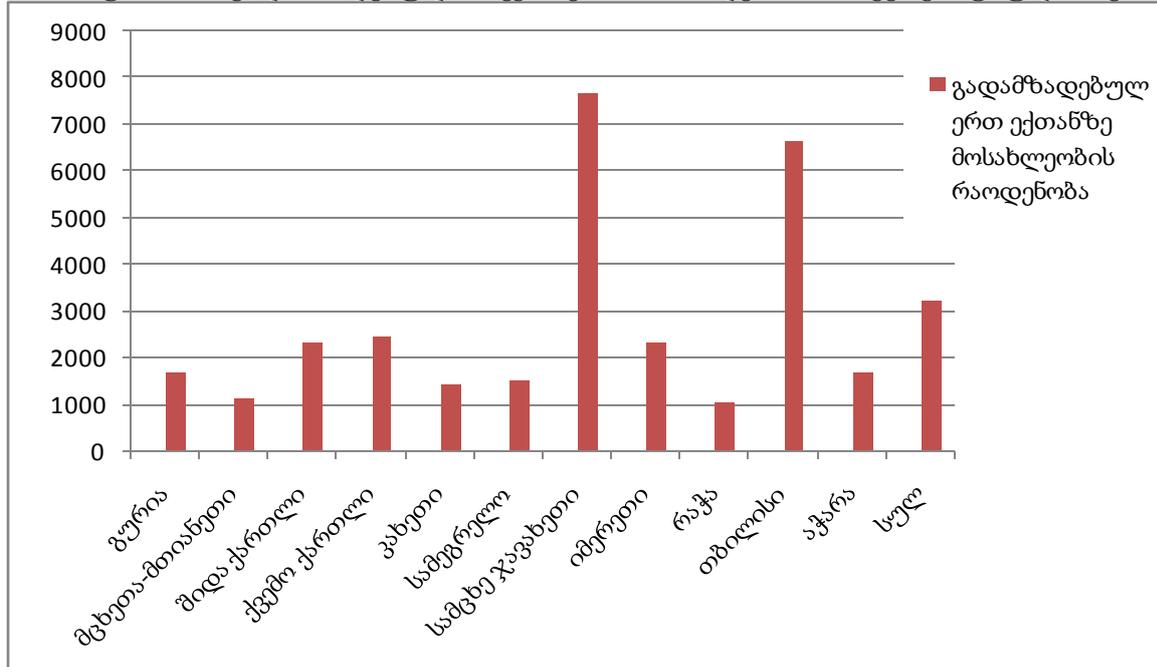
აღნიშნულიდან გამომდინარე, ქვეყანაში მოქმედი ადამიანური რესურსების განვითარების სისტემა საჭიროებს რეფორმირებას, რათა მოხდეს ჯანდაცვის სექტორში საჭიროებებიდან გამომდინარე, ექთნების როლის განსაზღვრა და რაოდენობის გაზრდა. ასევე საჭიროა საექთნო საქმიანობის პოპულარიზაცია, საექთნო სასწავლებლებში სტუდენტების რაოდენობის გაზრდა და მათი განათლების ხარისხის ამაღლება.

¹ დამოუკიდებელი საქართველო - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები. თბილისი. 2011.

² კახიშვილი ნინო, ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 28.11.2011.

³ ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

ნახატი 5. გადამზადებული ექთნების რაოდენობის გეოგრაფიული განაწილება



წყარო: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2013 წ.

მედდების რაოდენობის დეფიციტი საერთაშორისო პრობლემას წარმოადგენს და განსაკუთრებით მწვავედ დგას დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში. იგი უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე და პაციენტის სამედიცინო მომსახურების შედეგებზე¹. საექთნო კადრების დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობას შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე². ექთნებისთვის მიმზიდველი არ არის, და შესაბამისად ნაკლები სურვილი აქვთ იმუშაონ არსებულ სამუშაო პირობებში³. მედდის საექთნო პრაქტიკის გარემო პირობები ბევრ ქვეყნებში მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს მათი ადგილზე შეკავებისა და სამუშაოთი კმაყოფილების თვალსაზრისით^{4,5,6}. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია მედდების დეფიციტის პირობებში^{7,8}, სამედიცინო დაწესებულების შედარებით უარყოფით გარემო პირობებში დაბალია სამუშაოთი კმაყოფილება და იზრდება სამედიცინო დაწესებულებიდან წასვლის მზაობა.

კვლევის აქტუალობა მდგომარეობს იმაში, რომ იგი დაეხმარება სამედიცინო დაწესებულებებს გაერკვნენ თუ რასთან არის დაკავშირებული მედდების დეფიციტი. კვლევა აღწერს საექთნო პრაქტიკის გარემოს მახასიათებლებს, მათ კავშირს მედდების შეკავების და სამუშაოთი კმაყოფილების პრობლემასთან საქართველოში.

¹ Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268.
² Coomber B, Bariball KL: Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007, 44(2):297–314
³ Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268.
⁴ Kramer M: The magnet hospitals: excellence revisited. J Nurs Admin 1990, 20(9):35–44.
⁵ Kramer M, Schmalenberg C: Magnet hospitals institutions of excellence. J Nurs Admin 1988, 18(1):13–24.
⁶ Schmalenberg C, Kramer M: Essentials of a productive nurse work environment. Nurs Res 2008, 57:2–13.
⁷ McClure ML: Magnet hospitals insights and issues. Nurs Admin Q 2005, 29(3):198–201.
⁸ Kramer M, Schmalenberg CE: Best quality patient care: a historical perspective on magnet hospitals. Nurs Admin Q 2005, 29(3):275–287

საექთნო საქმიანობის გარემო პირობები

საქმიანობის გარემო პირობები განისაზღვრება, როგორც სამუშაო გარემოს ორგანიზაციული მახასიათებლები, რომლებიც ხელს უწყობენ ან ხელს უშლიან პროფესიულ საქმიანობას¹;². საქმიანობის გარემო პირობები შედგება ხუთი მახასიათებლისგან:

1. ექთნების მონაწილეობა საავადმყოფოს მართვაში;
2. მედლების წვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაში;
3. საექთნო ადმინისტრირების უზარიალობა, შესაძლებლობები, ლიდერობა და ექთნების მხარდაჭერა;
4. სამტატო დაკომპლექტება და საკადრო რესურსების შესაბამისი გამოყენება;
5. ექიმებისა და ექთნების ურთიერთობები.

საექთნო საქმიანობის გარემო როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ პირობებში (გადაუდებელი და გეგმიური სამედიცინო მომსახურება) შესწავლილ იქნა სხვადასხვა ქვეყნებში, მათ შორის, ამერიკის შეერთებული შტატები, ავსტრალია, კანადა, ისლანდია და ტაივანი³, ესტონეთი⁴, ფინეთი და ჰოლანდია⁵, ირლანდია⁶. ქვეყნებს შორის განსხვავებული შედეგები იქნა მიღებული საექთნო საქმიანობის გარემოს მასშტაბის გაზომვის (Practice Environment Scale - PES) გამოყენებით⁷.

მედლების სამუშაო ადგილზე შეკვება / ბრუნვა

ბევრ ქვეყანაში აღინიშნება მედლის სამუშაო ადგილზე შეკვების პრობლემა⁸. მსოფლიოში მედლების მიერ სამუშაოს დატოვების განზრახვის მაჩვენებელი მერყეობს 13.5-67.5%-ს⁹;¹⁰. მაგალითად, აშშ-ში მედლების სამუშაო ადგილების საშუალოდ 8.5-14% ამასთან, ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია გადაუდებელი (რეანიმაციული) სამედიცინო მომსახურების დეპარტამენტებში¹¹. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, ისრაელის საავადმყოფოების კლინიკურ დეპარტამენტებში შეინიშნება მედლების მაღალი ბრუნვა, კერძოდ, რეანიმაციული დეპარტამენტის ექთნების 48% მიღებულ იქნა შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტიდან¹². ისრაელში, ბოლო 10 წლის განმავლობაში, გაიზარდა ექთნების დაინტერესება ქვეყნის გარეთ დაეწყოთ სამუშაო¹³;¹⁴. ამის მიზეზები გახლდათ საექთნო

¹ Lake ET: Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res Nurs Health 2002, 25(3):176-188.
² Lake ET, Friese CR: Variations in nursing practice environments. Nurs Res 2006, 55:1-9.
³ Warshawsky NE, Havens DS: Global use of the practice environment scale of the nursing work index. Nurs Res 2011, 60(1):17-31.
⁴ Hinno S, Partanen P, Vehvilainen-Julkunen K, Aaviksoo A: Nurses perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. J Nurs Mgmt 2009, 17:965-974.
⁵ იქვე. Hinno 2012.
⁶ Flynn M, McCarthy G: Magnet hospital characteristics in acute general hospitals in Ireland. J Nurs Mgmt 2008, 16(8):1002-1011.
⁷ Warshawsky NE, Havens DS: Global use of the practice environment scale of the nursing work index. Nurs Res 2011, 60(1):17-31.
⁸ Twigg D, McCullough K: Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. Int J Nurs Stud 2014, 51:85-92.
⁹ El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S: Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: implications for policy and practice. Int J Nurs Stud 2011, 48(2):204-214.
¹⁰ Estryn-Behar M, van der Heijden BIJM, Fry C, Hasselhorn HM: Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. Nurs Res 2010, 59(3):166-177.
¹¹ Levatak L, Buck R: Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. Nurs Econ 2008, 26(3):159-165.
¹² Nirel N, Yair Y, Smuel H, Riba S, Reicher S, Toren O: Registered nurses in Israel: Work force-patterns and goals. Jerusalem, Israel: Meyers-Joint Brookdale Institute of Health Policy Research; 2010:47 [In Hebrew].
¹³ Ministry of Health: Annual Report of the Nursing Division [In Hebrew]. 2006. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_2006.pdf.
¹⁴ Nursing Division, Ministry of Health: Annual Report of the Nursing Division [In Hebrew]. 2007. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_2007.pdf.

კადრებით დაკომპლექტების ნაკლებობა, რომელიც იწვევს არსებული ექთნების ზედმეტად დატვირთვას; მომსახურების დაბალი ხარისხი; ექთნების მიერ არაპროფესიონალური დავალებების შესრულება¹. კვლევების მიხედვით, საექთნო საქმიანობის გარემო პირობებსა ექთნების მიერ სამსახურის დატოვების განზრახვას შორის არსებობს მნიშვნელოვანი უარყოფითი კორელაცია². ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, საექთნო საქმიანობის გარემო პირობების გაუმჯობესება წარმოადგენდა მედლების სამუშაო ადგილზე შეკავების მნიშვნელოვან სტრატეგიას^{3,4}.

სამუშაოთი კმაყოფილება

კვლევების მიხედვით, მედლის სამუშაოთი კმაყოფილება კორელაციაშია სამუშაო პირობებთან და ორგანიზაციულ გარემოსთან^{5,6}. სამუშაოთი კმაყოფილება მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს მედლის სამუშაო ადგილზე შეკავებაზე⁷. ექიმსა და მედლს შორის ურთიერთობები, ასევე საავადმყოფოს დეპარტამენტში მართვის თავისებურებები მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს სამუშაოთი კმაყოფილებაზე⁸. კვლევების მიხედვით, ექთნები, რომლებსაც ჰქონდათ მაღალი დატვირთვა, ნაკლებად იყვნენ სამუშაოთი კმაყოფილები⁹. გადაუდებელი დახმარების მედლების ამერიკული ასოციაციის მიერ შემუსავებულ იქნა "ჯანსაღი სამუშაო გარემოს" კონცეფცია, რომლის მიზანია მედლის სამუშაოთი კმაყოფილების ამაღლება¹⁰. განისაზღვრა ექვსი სტანდარტი, რომელიც შეიძლება გამოყენებულ იქნას ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს განვითარების მიზნით: საკომუნიკაციო უნარები, ხელმძღვანელობის ნდობა, მნიშვნელოვანი აღიარება, შესაბამისი საშტატო დაკომპლექტება, ეფექტური გადაწყვეტილების მიღება და თანამშრომლებს შორის კოლეგიალური თანამშრომლობა¹¹.

ამრიგად, საექთნო საქმიანობის გარემოს, მედლის სამუშაო ადგილზე შეკავებასა და სამუშაო კმაყოფილებას შორის არსებობს კორელაცია. აღნიშნული საკითხი არ არის გამოკვლეული საქართველოში. შესაბამისად, კვლევის მიზანია საქართველოში საექთნო საქმიანობის გარემოს, მედლის შეკავებისა და სამუშაოთი კმაყოფილების და ამ ფაქტორებს შორის კორელაციის შესწავლა. ამ გზით, შესაძლებელია იმ პრობლემების იდენტიფიცირება, რომლებიც საჭიროებენ გამოვლენას და გადაწყვეტას.

¹ Freda DeKeyser Ganz, Orly Toren. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research* 2014, 3:7. <http://www.ijhpr.org/content/3/1/7>

² Warshawsky NE, Havens DS: Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nurs Res* 2011, 60(1):17–31.

³ Twigg D, McCullough K: Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud* 2014, 51:85–92

⁴ Lin S-Y, Chiang H-Y, Chen I-L: Comparing nurses' intent to leave or stay: differences of practice environment perceptions. *Nurs Health Sci* 2011, 13:463–467.

⁵ Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE: Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012, 49:1017–1038.

⁶ Manojlovich M, Laschinger HKS: Application of the nursing worklife model to the ICU setting. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2008, 20(4):481–487.

⁷ Currie EJ, Carr Hill RA: What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *Int J Nurs Stud* 2012, 49:1180–1189

⁸ Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P: Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the revised nursing work index. *Int J Nurs Stud* 2009, 46:55–65.

⁹ Nirel N, Yair Y, Smuel H, Riba S, Reicher S, Toren O: Registered nurses in Israel: Work force-patterns and goals. Jerusalem, Israel: Meyers-Joint Brookdale Institute of Health Policy Research; 2010:47 [In Hebrew].

¹⁰ American Association of Critical Care Nurses: AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journal to excellence. *Am J Crit Care* 2005, 14(3):187–197

¹¹ Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D: Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Crit Care Nurs* 2006, 26(5):46–48, 49–50, 52–57

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საექთნო საქმიანობის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა. კვლევა მოიცავდა რაოდენობრივ კომპონენტს. რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში გამოიკითხა თბილისის 3 სავადმყოფოს ექთნების გარკვეული რაოდენობა (100 ექთანი). კვლევა ჩატარდა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის კლინიკები.

შედეგები

რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში გამოიკითხა თბილისის 3 სავადმყოფოს ექთნების გარკვეული რაოდენობა (100 ექთანი). რესპოდენტთა აბსოლუტურ უმრავლესობას შეადგენდნენ ქალები (n = 100, 100%). რესპოდენტთა უმრავლესობა (38%) შეადგენდა 40-49 წლის ასაკს. (ცხრილი 1).

გამოკითხულთა უმრავლესობას შეადგენდნენ დაოჯახებული ქალები (45%), ხოლო მარტოხელა ქალები შეადგენდნენ მესამედს (32%), მედდების უმეტესობა მუშაობდა სრული განაკვეთით (68%) (ცხრილი 1).

ცხრილი 1: დემოგრაფიული და პროფესიული მახასიათებლები (N = 100)

		რაოდენობა	%
სქესი	ქალი	100	100
	კაცი	0	0
ასაკი	19-29	18	18
	30-39	27	27
	40-49	38	38
	50-59	17	17
	60 +	0	0
ოჯახური მდგომარეობა	მარტოხელა	32	32
	დაოჯახებული	45	45
	განქორწინებული	8	8
	ქვრივი	9	9
	თავი შეიკავა	6	6
მედდის საქმიანობა	მთავარი მედდა	3	3
	განყოფილების მთ. მედდა	7	7
	მედდა	90	90
დასაქმების სტატუსი	სრული განაკვეთით	68	68
	არასრული განაკვეთით	32	32

მედდის მონაწილეობა საავადმყოფოს საქმიანობაში

ექთნების უმრავლესობა (56%) მიიჩნევს რომ მათ არ აქვთ საექთნო საქმიანობის კარიერული განვითარების, კლინიკური სრულყოფის შესაძლებლობა. ექთნების უმრავლესობის (63%) აზრით, მათ არ აქვთ შესაძლებლობა მონაწილეობა მიიღონ საავადმყოფოს პოლიტიკის გადაწყვეტილებებში. თითქმის თანაბრად გადანაწილდა იმ რესპოდენტთა რაოდენობა რომლებიც მიიჩნევენ (49%)/ან არ მიიჩნევენ (51%), რომ მთავარი მედდა ძალიან თვალშისაცემი და შესამჩნევი პერსონალია. რესპოდენტთა 60% არ მიიჩნევს რომ მთავარი მედდას აქვს ისეთივე ძალაუფლება და უფლებამოსილებები როგორც საავადმყოფოს სხვა მაღალი დონის აღმასრულებელ კადრებს. რესპოდენტთა 70% არ მიიჩნევს რომ მედდისათვის საავადმყოფოში არის შესაძლებლობები წინსვლისთვის. რესპოდენტთა 55% მიიჩნევს, რომ ადმინისტრაცია ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თანამშრომელთა პრობლემებს, საზრუნავს. რესპოდენტთა 69% მიიჩნევს, რომ ექთნები

ჩართული არ არიან საავადმყოფოს შიდა მმართველობაში (მაგალითად, კომიტეტების საქმიანობაში მონაწილეობა, პოლიტიკის განსაზღვრა). რესპოდენტთა 66% მიიჩნევს, რომ ექთნებს არ აქვთ შესაძლებლობა იმუშაონ საავადმყოფოს კომიტეტებში. რესპოდენტთა უმრავლესობა (76%) მიიჩნევს რომ საექთნო საქმის ხელმძღვანელები ყოველდღიურ პრობლემებზე და პროცედურებზე კონსულტაციებს ატარებენ მედდებთან.

ცხრილი 2: მედდის მონაწილეობა საავადმყოფოს საქმიანობაში

მედდის მონაწილეობა საავადმყოფოს საქმიანობაში	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
მედდებს აქვთ კარიერული განვითარების, კლინიკური სრულყოფის შესაძლებლობა	12	32	34	22
მედდებს აქვთ შესაძლებლობა მონაწილეობა მიიღონ საავადმყოფოს პოლიტიკის გადაწყვეტილებებში	16	21	43	20
მთავარი მედდა ძალიან თვალშისაცემი, შესამჩნევი, და ხელშესახები (ხელმისაწვდომი) პერსონალია	22	28	23	28
მთავარი მედდას აქვს ისეთივე ძალაუფლება და უფლებამოსილებები როგორც საავადმყოფოს სხვა მაღალი დონის ადმინისტრაციულ კადრებს	13	27	42	18
საავადმყოფოში არის შესაძლებლობები წინსვლისთვის	12	18	56	14
ადმინისტრაცია ყოველთვის ისმენს და პასუხობს თანამშრომელთა პრობლემებს	19	26	36	19
ექთნები ჩართული არიან საავადმყოფოს შიდა მმართველობაში (მაგ., პრაქტიკა, კომიტეტების საქმიანობაში მონაწილეობა, პოლიტიკა)	11	20	51	18
ექთნებს აქვთ შესაძლებლობა იმუშაონ საავადმყოფოს კომიტეტებში	18	16	49	17
საექთნო საქმის ადმინისტრატორები (ხელმძღვანელები) ყოველდღიურ პრობლემებზე და პროცედურებზე კონსულტაციებს ატარებენ მედდებთან	42	34	15	9

მედდების წვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით

რესპოდენტთა უმრავლესობა (64%) მიიჩნევს, რომ საავადმყოფო ცდილობს განავითაროს მედდების საგანმანათლებლო პროგრამები. რესპოდენტთა უმრავლესობა (77%) მიიჩნევს, რომ ადმინისტრაცია ჩვენგან ელოდება საექთნო საქმიანობის მაღალ სტანდარტებს. რესპოდენტთა უმრავლესობა (70%) მიიჩნევს, საავადმყოფოში არ არის აღიარებული საექთნო საქმიანობის წმინდა ფილოსოფია, და ამ ფილოსოფიით არ არის გამსჭვალული პაციენტის მოვლის გარემო. რესპოდენტთა უმრავლესობა (60%) მიიჩნევს, ისინი მუშაობენ ექთნებს შორის, რომლებიც არიან კლინიკურად კომპეტენტურნი.

რესპოდენტთა უმრავლესობა (66%) მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოში არის ხარისხის უზრუნველყოფის საკმაოდ მოქმედი პროგრამა. რესპოდენტთა უმრავლესობა (55%) მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოში არის სპეციალური პროგრამა ახლად დაქირავებულთათვის. რესპოდენტთა უმრავლესობა 62% არ მიიჩნევს, რომ საექთნო საქმიანობა ეფუძნება საექთნო მოდელს, ვიდრე სამედიცინო მოდელს.

ცხრილი 3: მედდების წვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით

მედდების წვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან მიმართებით	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
საავადმყოფო ცდილობს განავითაროს მედდების საგანმანათლებლო პროგრამები	12	52	24	12
ადმინისტრაცია ჩვენგან ელოდება საექთნო საქმიანობის მაღალ სტანდარტებს	36	41	13	10
საავადმყოფოში აღიარებულია საექთნო საქმიანობის წმინდა ფილოსოფია, და ამ ფილოსოფიით არის გამსჭვალული პაციენტის მოვლის გარემო	12	18	53	17
მე ვმუშაობ ექთნებს შორის, რომლებიც არიან კლინიკურად კომპეტენტურნი	33	27	22	18
საავადმყოფოში არის ხარისხის უზრუნველყოფის საკმაოდ მოქმედი პროგრამა	22	40	26	12
საავადმყოფოში არის სპეციალური პროგრამა ახლად დაქირავებულთათვის	29	26	26	19
საექთნო საქმიანობა ეფუძნება საექთნო მოდელს, ვიდრე სამედიცინო მოდელს	11	27	51	11
საავადმყოფოში არსებობს ყოველდღიური საექთნო მოვლის წერილობითი გეგმები ყველა პაციენტისათვის	28	46	19	7
საავადმყოფოში არის პაციენტის უწყვეტი მოვლის პრობები, რომლებიც ხელს შეუწყობს მომსახურების უწყვეტობას, ანუ ერთიდაიგივე მედდა ზრუნავს პაციენტზე რამოდენიმე დღის განმავლობაში	44	35	13	8

რესპოდენტთა უმრავლესობა 74% მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოში არსებობს ყოველდღიური საექთნო მოვლის წერილობითი გეგმები ყველა პაციენტისათვის

რესპოდენტთა უმრავლესობა 79% მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოში არის პაციენტის უწყვეტი მოვლის პრობები, რომლებიც ხელს შეუწყობს მომსახურების უწყვეტობას, ანუ ერთიდაიგივე მედდა ზრუნავს პაციენტზე რამოდენიმე დღის განმავლობაში.

მედდების მენეჯერიალური უნარები, ლიდერობა, მედდების მხარდაჭერა

რესპოდენტთა უმრავლესობა (66%) არ მიიჩნევს, რომ ხელმძღვანელი კადრები ყოველთვის ცდილობენ იყვნენ მედდების მხარდამჭერები. რესპოდენტთა უმრავლესობა (63%) არ მიიჩნევს, რომ ხელმძღვანელი კადრები ჩვენს მიერ დაშვებულ შეცდომებს იყენებენ როგორც სასწავლო, გამოცდილების გაზიარების შესაძლებლობას და არა ჩვენს გასაკრიტიკებლად და დასასჯელად. რესპოდენტთა უმრავლესობა (71%) მიიჩნევს, რომ მთავარი მედდა კარგი მენეჯერი და ლიდერია. რესპოდენტთა უმრავლესობა (56%) მიიჩნევს, რომ სამუშაოს კარგად შესრულებას ყოველთვის მოჰყვება ქება და აღიარება. რესპოდენტთა უმრავლესობა (72%) მიიჩნევს, რომ მთავარი მედდა მხარს უჭერს საექთნო პერსონალს გადაწყვეტილების მიღებისას, თუნდაც ამან განაპირობოს ექიმებთან კონფლიქტი.

ცხრილი 4: მედდების მენეჯერიალური უნარები, ლიდერობა, მედდების მხარდაჭერა

მედდების მენეჯერიალური უნარები, ლიდერობა, მედდების მხარდაჭერა	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
ხელმძღვანელი კადრები ყოველთვის ცდილობენ იყვნენ მედდების მხარდაჭერები	12	42	24	22
ხელმძღვანელი კადრები ჩვენს მიერ დაშვებულ შეცდომებს იყენებენ როგორც სასწავლო, გამოცდილების გაზიარების შესაძლებლობას და არა ჩვენს გასაკრიტიკებლად და დასასჯელად	16	21	43	20
მთავარი მედდა კარგი მენეჯერი და ლიდერია	35	36	13	16
სამუშაოს კარგად შესრულებას ყოველთვის მოჰყვება ქება და აღიარება	19	37	36	8
მთავარი მედდა მხარს უჭერს საექთნო პერსონალს გადაწყვეტილების მიღებისას, თუნდაც ამან განაპირობოს ექიმებთან კონფლიქტი	32	40	16	12

კადრებით დაკომპლექტება და რესურსების ადეკვატურობა

რესპოდენტთა უმრავლესობა (63%) მიიჩნევს, რომ მას აქვს სათანადო პირობები, რომ ჩემს პაციენტთან გავატარო შესაბამისი დრო. რესპოდენტთა უმრავლესობა (54%) მიიჩნევს, რომ საკმარისი დრო და შესაძლებლობა აქვს, რომ სხვა მედდასთან განვიხილო პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პრობლემები. რესპოდენტთა უმრავლესობა (66%) არ მიიჩნევს, რომ საკმარისი ექთნებია, რომ ჩატარდეს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება. რესპოდენტთა უმრავლესობა (73%) არ მიიჩნევს, რომ სამუშაოს შესასრულებლად საკმარისი პერსონალია.

ცხრილი 5: კადრებით დაკომპლექტება და რესურსების ადეკვატურობა

	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
მე მაქვს სათანადო პირობები, რომ ჩემს პაციენტთან გავატარო შესაბამისი დრო	22	21	43	12
საკმარისი დრო და შესაძლებლობა მაქვს, რომ სხვა მედდასთან განვიხილო პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პრობლემები	29	25	30	16
საკმარისი ექთნებია, რომ ჩატარდეს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება	15	19	46	20
სამუშაოს შესასრულებლად საკმარისი პერსონალია	12	15	48	25
სამუშაო მაჩვენებელი	20	20	42	18

მედდისა და ექიმების კოლეგიალური ურთიერთობები

რესპოდენტთა უმრავლესობა (73%) მიიჩნევს, რომ ექიმებსა და ექთნებს ერთმანეთთან აქვთ კარგი სამუშაო ურთიერთობები. რესპოდენტთა უმრავლესობა (56%) მიიჩნევს, რომ მედდებსა და ექიმებს შორის გუნდური მუშაობებია. რესპოდენტთა უმრავლესობა (56%) მიიჩნევს, რომ საავადმყოფოში არის ექთნებსა და ექიმებს შორის თანამშრომლობა (ერთობლივი პრაქტიკა).

ცხრილი 6: მედლისა და ექიმების კოლეგიალური ურთიერთობები

	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
ექიმებსა და ექთნებს ერთმანეთთან აქვთ კარგი სამუშაო ურთიერთობები	33	40	14	13
მედლებსა და ექიმებს შორის გუნდური მუშაობებია	27	29	32	12
საავადმყოფოში არის ექთნებსა და ექიმებს შორის თანამშრომლობა (ერთობლივი პრაქტიკა)	25	31	30	14

აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა 38%-ს აქვს მზაობა დატოვოს სამედიცინო დაწესებულებაში ამჟამინდელი სამუშაო ადგილი.

ცხრილი 7: მედლის სამუშაოს ადგილზე შეკავება

	ძალიან ვეთანხმები	ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	ძალიან არ ვეთანხმები
მედლის სამუშაო ადგილზე შეკავება				
განზრახვა დატოვოს სამედიცინო დაწესებულებაში ამჟამინდელი სამუშაო ადგილი	12	26	38	24

მედლებს უნდა შეეფასებინათ 1-დან 5 ქულამდე სამუშაოთი კმაყოფილება. 1 ქულა წარმოადგენდა იმდაბლეს მაჩვენებელს, ხოლო 5 ქულა უმაღლეს მაჩვენებელს. როგორც კვლევიდან ირკვევა, რესპოდენტთა უმრავლესობის მიხედვით მედლების სამუშაოთი კმაყოფილება დაბალია.

ცხრილი 8: მედლის სამუშაოთი კმაყოფილება

1	2	3	4	5
18	24	29	16	13

მედლებს პასუხი უნდა გაეცათ კითხვაზე, კვირაში თუ რამდენი საათი მუშაობენ საავადმყოფოში. რესპოდენტთა უმრავლესობა კვირაში 42 საათიდან 59 საათამდე მუშაობს (42%), ასევე საყურადღებოა, რომ რესპოდენტთა 29% აღნიშნავს, რომ კვირაში 60-დან 79 სთ-მდე უწევთ მუშაობა.

ცხრილი 9: კვირაში რამდენი საათი გიწევთ მუშაობა საავადმყოფოში

კვირაში 20 საათზე ნაკლები	კვირაში 20-დან 41 საათამდე	კვირაში 42-დან 59 საათამდე	კვირაში 60-დან 79 საათამდე	კვირაში 80-დან 99 საათამდე	კვირაში 100 საათზე მეტი
0	19	42	29	10	0

რესპოდენტთა უმრავლესობა (85%) უკმაყოფილოა ხელფასით, კმაყოფილი აღმოჩნდა ძალიან მცირე რაოდენობა (15%).

ცხრილი 10: რამდენად კმაყოფილი ხართ ხელფასით?

საერთოდ არ ვარ კმაყოფილი	არ ვარ კმაყოფილი	კმაყოფილი ვარ	ძალიან კმაყოფილი ვარ
37	48	15	0

კვლევამ გვიჩვენა რომ არსებობს კორელაცია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლებსა და სამედიცინო დაწესებულების დატოვების განზრახვას შორის, ასევე

კორელაცია აღინიშნებოდა საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლებსა და სამუშაოთი კმაყოფილებას შორის.

დისკუსია

კვლევის შედეგების მიხედვით არსებობს კორელაცია საექთნო პრაქტიკის გარემოს, სამუშაო კმაყოფილებას და მედდების სამუშაო ადგილზე შეკავებას შორის.

საექთნო პრაქტიკის გარემოს შეფასების საუკეთესო მაჩვენებელია სამუშაოთი კმაყოფილება. როგორც კვლევიდან ირკვევა, რესპოდენტთა უმრავლესობის მიხედვით მედდების სამუშაოთი კმაყოფილება დაბალია. ასევე კორელაცია აღინიშნება სამუშაოთი კმაყოფილებასა და მედდის საქმიანობის გარემოს შორის. მსგავსი შედეგი იქნა მიღებული სხვადასვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების მიხედვითაც^{1,2}.

როგორც კვლევიდან ჩანს, საექთნო პრაქტიკის გარემოს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი "კადრების სათანადო დაკომპლექტება და რესურსები" მხრივ აღინიშნება პრობლემა. თუმცა, მიღებული შედეგები არ არის მოულოდნელი, თუ გავითვალისწინებთ იმ ფაქტს, რომ საავადმყოფოების გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი შედარებით მაღალია. პრობლემა კიდევ უფრო ღრმავდება თუ გავითვალისწინებთ, რომ მედდების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით აღინიშნება კლების ტენდენცია. ასევე შეინიშნება კორელაცია საექთნო საქმიანობის გარემოს, სამუშაოთი კმაყოფილებასა და საექთნო კადრებით დაკომპლექტებას შორის.

მედდების სამუშაო ადგილზე შეკავება გაზომილ იქნა მეთოდით - სამუშაოს დატოვების განზრახვით. სამუშაოს დატოვების განზრახვის დონე საკმაოდ მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი აღმოჩნდა (38%). შედარებისათვის, საერთაშორისო დონეზე, მედდების მიერ სამუშაოს დატოვების განზრახვის დონე მერყეობს 13.5-67.5%-მდე^{3,4}.

კვლევის შედეგად დასტურდება კორელაცია საექთნო საქმიანობის გარემოს მაჩვენებლებსა და სამუშაოს დატოვების განზრახვას შორის. იგივე შედეგები იქნა მიღებული სხვა ქვეყნების კვლევების მიხედვით^{5,6,7}.

აქვე აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა საკმაოდ დიდი ნაწილი აღნიშნავს სამუშაოთი დატვირთვიანობის მაღალ მაჩვენებელს, მაშინ როდესაც რესპოდენტთა დიდი უმრავლესობა (85%) არ არის კმაყოფილი ანაზღაურების არსებული დონით.

აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ მედდის სამუშაო პირობები (მედდისა და პაციენტის თანაფარდობა, ხელფასი) საქართველოში განისაზღვრება სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, რომელშიც არანაირ მონაწილეობას არ ღებულებს ჯანდაცვის სამინისტრო და ექთანთა ასოციაცია. მედდების ხელფასის პირობებთან მიმართებით საავადმყოფოებს შორის აღინიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავებები. აქედან გამომდინარე, სავარაუდოა, რომ ექთნებმა სამუშაო პირობების გაუმჯობესების გამო შეიცვალონ თავიანთი სამუშაო ადგილი.

¹ Chen HC, Chu CI, Wang YH, Lin LC: Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *Int J Nurs Stud* 2008, 45(2):277-285.

² Chen YM, Johantgen ME: Magnet hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. *Int J Nurs Stud* 2010, 47(8):1001-1012

³ El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S: Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: implications for policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2011, 48(2):204-214.

⁴ Estryn-Behar M, van der Heijden BIJM, Fry C, Hasselhorn HM: Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res* 2010, 59(3):166-177.

⁵ El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S: Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: implications for policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2011, 48(2):204-214

⁶ Ujarine AS, Zrinyi M, Toth H, Zekanyne IR, Szogedi I, Betlehem J: Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *J Clin Nurs* 2011, 20(5-6):882-891.

⁷ Fitzpatrick JJ, Campo TM, Graham G, Lavandero R: Certification, empowerment and intent to leave current position among critical care nurses. *Am J Crit Care* 2010, 19(3):218-226.

მედდის რაოდენობის დეფიციტი დაკავშირებულია სხვადასხვა მიზეზებთან, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის უუნარობა შეინარჩუნოს ექთანი სამუშაო ადგილზე. ექთნებისთვის მიზიდველი არ არის, და შესაბამისად ნაკლები სურვილი აქვთ იმუშაონ არსებულ სამუშაო პირობებში. შედარებით უარყოფით გარემო პირობებში დაბალია სამუშაოთი კმაყოფილება და იზრდება სამედიცინო დაწესებულების დატოვების მზაობა.

რეკომენდაციები

იმის გათვალისწინებით, რომ მედდების დეფიციტი სავარაუდოდ მომავალშიც შენარჩუნდება, მიზანშეწონილია საექთნო საქმიანობის გარემოს მახასიათებლების გაუმჯობესება, კერძოდ, სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დიდ საავადმყოფოებში კადრებით დაკომპლექტებას და რესურსების განაწილებას. საექთნო საქმიანობის გარემოს გაუმჯობესების პროგრამების შეიძლება ხელი შეუწყოს მედდა სამუშაო ადგილზე შეკავებას და ამით შეამციროს მედდების დეფიციტი.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გერზმავა ოთარ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი. თბილისი. 2008 წ.
2. კახიშვილი ნინო, ექიმთა რაოდენობა და ხარისხი. ნეტგაზეთი. 28.11.2011. <http://www.netgazeti.ge/GE/81/News/7143/>
3. ურუშაძე რამაზ. თანამედროვე საავადმყოფოს ორგანიზაცია და მენეჯმენტი. საქართველო. 2010
4. ფრანგიშვილი ია. რა ღირს ექთნის შრომა. გაზეთი ბათუმელები. 2014.06.13.
5. <http://batumelebi.netgazeti.ge/GE/batumelebi/weekly1/32590/>
6. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ.28
7. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2013. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
8. American Association of Critical Care Nurses: AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journal to excellence. Am J Crit Care 2005, 14(3):187–197
9. Buchan J, Aiken L: Solving nursing shortages: a common priority. J Clin Nurs 2008, 17:3262–3268.
10. Chen HC, Chu CI, Wang YH, Lin LC: Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. Int J Nurs Stud 2008, 45(2).
11. Chen YM, Johantgen ME: Magnet hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. Int J Nurs Stud 2010, 47(8):1001–1012
12. Coomber B, Bariball KL: Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. Int J Nurs Stud 2007, 44(2):297–314
13. Currie EJ, Carr Hill RA: What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. Int J Nurs Stud 2012, 49.
14. El-Jardali F, Alameddine M, Dumit N, Dimassi H, Jamal D, Maalouf S: Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: implications for policy and practice. Int J Nurs Stud 2011, 48(2).
15. Estry-Behar M, van der Heijden BIJM, Fry C, Hasselhorn HM: Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. Nurs Res 2010, 59(3):166–177.
16. Fitzpatrick JJ, Campo TM, Graham G, Lavandero R: Certification, empowerment and intent to leave current position among critical care nurses. Am J Crit Care 2010, 19(3):218–226.

17. Flynn M, McCarthy G: Magnet hospital characteristics in acute general hospitals in Ireland. *J Nurs Mgmt* 2008, 16(8).
18. Freda DeKeyser Ganz, Orly Toren. Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research* 2014, 3:7.
<http://www.ijhpr.org/content/3/1/7>
19. Hinno S, Partanen P, Vehvilainen-Julkunen K, Aaviksoo A: Nurses perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *J Nurs Mgmt* 2009, 17:965–974.
20. Kramer M: The magnet hospitals: excellence revisited. *J Nurs Admin* 1990, 20(9):35–44.
21. Kramer M, Schmalenberg C: Magnet hospitals institutions of excellence. *J Nurs Admin* 1988, 18(1):13–24.
22. Kramer M, Schmalenberg CE: Best quality patient care: a historical perspective on magnet hospitals. *Nurs Admin Q* 2005, 29(3).
23. Lake ET: Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Health* 2002, 25(3)
24. Lake ET, Friese CR: Variations in nursing practice environments. *Nurs Res* 2006.
25. Levatak L, Buck R: Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. *Nurs Econ* 2008, 26(3).
26. Lin S-Y, Chiang H-Y, Chen I-L: Comparing nurses' intent to leave or stay: differences of practice environment perceptions. *Nurs Health Sci* 2011, 13.
27. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE: Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012, 49.
28. Manojlovich M, Laschinger HKS: Application of the nursing worklife model to the ICU setting. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2008, 20(4):481–487.
29. Ministry of Health: Annual Report of the Nursing Division [In Hebrew]. 2006.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_2006.pdf.
30. Nursing Division, Ministry of Health: Annual Report of the Nursing Division [In Hebrew]. 2007.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_2007.pdf.
31. Nirel N, Yair Y, Smuel H, Riba S, Reicher S, Toren O: Registered nurses in Israel: Work force-patterns and goals. Jerusalem, Israel: Meyers-Joint Brookdale Institute of Health Policy Research; 2010:47 [In Hebrew].
32. Schmalenberg C, Kramer M: Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res* 2008
33. Twigg D, McCullough K: Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud* 2014, 51:85–92.
34. McClure ML: Magnet hospitals insights and issues. *Nurs Admin Q* 2005, 29(3):198–201.
35. Schmalenberg C, Kramer M: Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res* 2008.
36. Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P: Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the revised nursing work index. *Int J Nurs Stud* 2009, 46:55–65.
37. Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D: Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Crit Care Nurs* 2006, 26(5).
38. Ujarine AS, Zrinyi M, Toth H, Zekanyne IR, Szogedi I, Betlehem J: Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *J Clin Nurs* 2011, 20(5-6):882–891.
39. Warshawsky NE, Havens DS: Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nurs Res* 2011, 60(1):17–31.
40. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health, Geneva, 2006.

სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კვლევა

ირმა კირთაძე, ანა ვერულაშვილი, მაკა ექსეულიძე, თამარ მახარაშვილი

აბსტრაქტი

შესავალი: ცხოვრების ჯანსაღი წესი 21-ე საუკუნისთვის აქტუალური საკითხია, ვინაიდან მრავალი ფაქტორის გათვალისწინებით სიმსუქნის პრობლემა მსოფლიო მასშტაბებს იკრებს. კვლევის მიზანია გამოარკვიოს რამდენად მისდევს ცხოვრების ჯანსაღ წესს სტუდენტი და სარგებლობს სტუდენტური დაზღვევით, რომელიც პროფილაქტიკური გამოკვლევების საშუალებას იძლევა. **მეთოდი:** გამოყენებული იქნა რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდების კომბინაცია. თვისებრივი მიდგომით მოხდა ექსპერტთა გამოკითხვა. რაოდენობრივი მიდგომისას, სტუდენტების გამოკითხვისთვის, გამოყენებული იქნა სტრუქტურირებული კითხვარი. შერჩევა მოხდა “თოვლის გუნდის” მეთოდით, შერჩევის მოცულობამ შეადგინა 392 ბაკალავიატის, სამაგისტროსა და სადოქტორო საფეხურის სტუდენტი. **შედეგები:** კვლევაში მონაწილე სტუდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 21.38 წელი (min=18; max=52; SD=3.75), გამოკითხულ რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა (90%) ეკუთვნის 18-დან 24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს. რესპონდენტების ნახევარი (53.7%) 4-7 ჯერ მაინც საუზმობს კვირაში და 55.7% აღნიშნავს, რომ იკვებება ძირითადად სახლში. რესპონდენტთა უმრავლესობა (43.4%) საშუალოდ, დღეში ერთხელ მაინც იღებს ხილს და ან ბოსტნეულს. სტუდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა (90%) წონის შენარჩუნებისთვის, ან კორექციისთვის არ იღებს არანაირ ზომებს. რესპონდენტთა ნახევარი (51.5%) საერთოდ არ მისდევს სპორტს. სტუდენტთა 78.7% არ ეწევა თამბაქოს, 61.6% არ იღებს ალკოჰოლს და 96.4% არ მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებას. სტუდენტური დაზღვევით სარგებლობს გამოკითხულთა 52.3%, თუმცა მთელს საკვლევ ერთობლიობაში დაზღვეულთა წილმა 85.7% შეადგინა. სხეულის მასის ინდექსი მეტწილად მოქცეულია ნორმის ფარგლებში და ქალებში საშუალო მაჩვენებელია BMI=20.20; მამაკაცებში კი - BMI=22.92. გამოკითხულთა 63% აღნიშნავს პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარებას და 61.7% ოჯახის ექიმის მომსახურებით სარგებლობას ბოლო 12 თვის მანძილზე. **დასკვნა:** დაზღვევის ხელმისაწვდომობა სტუდენტს აძლევს საშუალებას აკონტროლოს საკუთარი ჯანმრთელობა და დროულად მიმართოს ექიმს, რაც მისი ჯანსაღი ცხოვრების საწინდარია. აუცილებელია სტუდენტებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ფარგლებში სპორტით დაკავების წახალისება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ცხოვრების ჯანსაღი წესი, სხეულის მასის ინდექსი, სტუდენტთა დაზღვევა.

Research of students health condition

Irma Kirtadze, Aan Verulashvili, Maka Eqsulidze, Tamar Maxarashvili

Abstract

Background: A healthy lifestyle is actively debated in 21 - Century, because many factors contribute to the obesity problem and it extends widely. The research aims to identify the extent of these attributes among students and student insurance, which allows for preventive examinations. **Methods:** Combination of qualitative and quantitative methodology has been used. Expert's in depth interviews were performed and structured self-questionnaire was used for students. Snowball sampling methodology allowed to recruit 392 students from 3 different Universities. **Results:** Mean age of study participants is 21.38 years (min=18; max=52; SD=3.75); most of them (90%) are representatives of 18- 24 age group. Half of respondents (53.7%) report taking of breakfast 4-7 times per week; 55.7% eats at home. Majority of students (43.4%) eat fruit or vegetable at least once per

day. 90% of respondents report that they do not take any actions for weight corrections. Half of sample (51.5%) do not engage in sport activities. 78.7% do not smoke cigaret, 61.6% do not drink alcohol and 96.4% do not use drugs. In total 85.7% of respondents are insured but only 52.3% are state funded students' insurance beneficiaries. For both male and female students, BMI average fall within the normal weight category with 22.92 and 20.20 respectively. 63% of respondents admit prevention actions taken during last 12 months. 61.7% received service from general practitioner. **Conclusion:** Accessibility of insurance gives opportunity to students to control health and to address timely health related issues. Sport activities should be promoted and highly encouraged among students.

Key Words: healthy lifestyle, BMI, student's insurance

შესავალი

ფორმულირება „ცხოვრების ჯანსაღი წესი“ გასული საუკუნის 70-იან წლებში დამკვიდრდა და ის აქტუალური გახდა იმის გამო, რომ იგი უშუალო კავშირშია ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან და ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან.

ცხოვრების ჯანსაღი წესი-ხშირად გვსმენია და დავფიქრებულვართ ალბათ არაერთხელ ამ ფორმულირებაზე. მაინც, რა არის ეს ცხოვრების ჯანსაღი წესი? რას გულისხმობს იგი? რას მოიცავს? ვინ როგორ მისდევს ამ წესს? ცხოვრების ჯანსაღი წესი არის უპირველეს ყოვლისა ცხოვრების აქტიური, კულტურული წესი, ჰუმანური და ცივილიზებული, რომელიც უშუალო კავშირშია ადამიანის ჯანმრთელობასა და დღეგრძელობასთან, კეთილდღეობას და ბედნიერებასთან. ცხოვრების ჯანსაღ წესში უამრავ კომპონენტს მოიაზრებენ, თუმცა რამდენიმე მათგანი მაინც მთავარ, ბაზისურ ნაწილად არის გამოყოფილი, ესენია (თ. გოცაძე, 2011):

- ჯანსაღი უნარ-ჩვევების დაუფლება, ჯანსაღად აღზრდა ადრეული ასაკიდანვე;
- გარესამყაროს უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობაზე მისი ზემოქმედების შესწავლა;
- მავნე ჩვევებზე (თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარებაზე) უარის თქმა;
- მოძრაობა-ფიზიკურად, აქტიური ცხოვრება, დღის რეჟიმში სპეციალური ფიზიკური ვარჯიშების ჩართვა, ასაკობრივი და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით;
- ჰიგიენა-პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენის დაცვა, პირველი დახმარების ძირითადი ჩვევების ცოდნა;
- გაკაჟება.

„არ მოწიო!“, „არ დალიო!“, „უარი თქვი მსუბუქ და ძლიერ ნარკოტიკებზე!“, „დაკავდი სპორტით!“, „იკვებე ჯანსაღი საკვებით!“, „მოიქნე რეგულარული ძილი!“, „დროულად მიაკითხე ოჯახის ექიმს!“ — ამგვარ და სხვა სახის რჩევებს თანამედროვეობაში თითქმის ყოველ წუთს ვხვდებით. ქუჩაში განთავსებული ბილბორდები, ონლაინ სივრცეში თუ თამბაქოს შეფუთვაზე მითითებული წარწერები გვირჩევენ, რომ ჯანსაღი ცხოვრება საკუთარი ცხოვრების წესად ავირჩიოთ.

საკუთარი ცხოვრების მანძილზე ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვაზე მრავალი სხვადასხვა პროფესიის ადამიანი ზრუნავს. დიდი სურვილის მიუხედავად, ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ადამიანთა უმრავლესობა ვერ ახერხებს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვას, რაც მხოლოდ ერთი რომელიმე კომპონენტის შესრულებით არ შემოიფარგლება.

სწორედ სახელმწიფოში არსებული მდგომარეობა და მისი მხრიდან შემუშავებული პოლიტიკა განსაზღვრავს, რამდენად შეგვწევს ძალა ვიცხოვროთ „ჯანსაღი“ წესების დაცვით.

ცხოვრების ჯანსაღი წესი 21-ე საუკუნის დევიზადაც კი იქცა, ვინაიდან მეტაბოლური სინდრომი და არაჯანსაღი ცხოვრების წესი მსოფლიო მასშტაბებს იკრებს.

აღნიშნული თემის აქტუალობიდან გამომდინარე თემის ძირითად საკვლევ ობიექტს წამოადგენენ სტუდენტები და მათი ჯანსაღი ცხოვრების სტილი.

2014 წლის 1 იანვრის სტატისტიკური მონაცემებით (საქსტატი, 2014) საქართველოს მოსახლეობის საერთო რაოდენობა შეადგენს 4 490 500 ადამიანს, აქედან 117 700 (2.62%) სტუდენტია. ამიტომ მნიშვნელოვანია, ერთი მხრივ, მათი ცხოვრების წესის შესწავლა, ხოლო მეორეს მხრივ, განსაზღვრა, თუ რამდენად ზრუნავს სახელმწიფო, საზოგადოების ამ მეტად მნიშვნელოვანი ნაწილის ჯანმრთელობის დაცვაზე.

თემის საკვლევ მიზანს წარმოადგენს სტუდენტთა ყოველდღიურობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესწავლა, თუ რამდენად მისდევენ სტუდენტები ცხოვრების ჯანსაღ წესს, (დაკავებული არიან თუ არა სპორტით, იკვებებიან თუ არა ჯანსაღი საკვებით, გაურბიან თუ არა ისეთ მავნე ჩვევებს, როგორცაა: თამბაქოს და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება), იტარებენ პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს და რა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებს მიმართავენ ხშირად. ასევე შევეცადეთ, კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში, გაგვეჩვენა სტუდენტური დაზღვევა თუ რამდენად თანაბარ პირობებს სთავაზობს სახელმწიფო და კერძო, დედაქალაქის და რეგიონის სასწავლებლების სტუდენტებს.

შესაბამისად, შევიშუშავთ მიზნის მისაღწევი ამოცანები:

- ჯანსაღი ცხოვრების წესის შემუშავების ისტორიული ექსკურსი საქართველოში;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის შემუშავების ისტორიული ექსკურსი აშშ-ში;
- ამ კუთხით საქართველოში არსებული მდგომარეობის კვლევა და
- შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის შედეგები საინტერესო და სასარგებლოა პოლიტიკის განმსაზღვრელებისა და გადაწყვეტილების მიმღებთათვის, ვინაიდან მიეცემათ საშუალება გაანალიზონ არსებული სადაზღვევო პაკეტის „სარგებელი“ სტუდენტებისთვის და სამომავლოდ დაგეგმარებისას გაითვალისწინონ საჭიროებები და დეფიციტები.

ჯანმრთელობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და დღევანდელი შესახებ ცალკე მეცნიერებაც კი არსებობს და მას ვალეოლოგია ეწოდება. მისი არსი ეფუძნება ოთხ მთავარ პრინციპს: სუნთქვას, მოძრაობას, აზროვნებას და კვებას (თ. გოცაძე, 2011).

ახალგაზრდულ პრობლემებზე ორიენტირებული პირველი სახელმწიფო სტრუქტურა, საქართველოში 1994 წლიდან ჩნდება, ახალგაზრდობის საკითხთა და სპორტის სახელმწიფო დეპარტამენტის სახით, თუმცა მაშინვე არ დაწყებულა ზრუნვა ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდაზე, ვინაიდან იგი სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტს არ წარმოადგენდა. 2010 წლისთვის ახალგაზრდული პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაზე პასუხისმგებელია შემდეგი სახელმწიფო სტრუქტურები (საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო, 2014; საქართველოს პარლამენტი, 2014):

- საქართველოს პარლამენტის სპორტის და ახალგაზრდულ საქმეთა კომიტეტი;
- კულტურის, ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტრო;
- საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტი;
- ბავშვთა და ახალგაზრდობის განვითარების ფონდი(დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში);

- ბავშვთა და ახალგაზრდობის ეროვნული ცენტრი;

2014 წლის 28 მარტს საქართველოს მთავრობის სხდომაზე ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტი ოფიციალურად დამტკიცდა. რომლის მიზანია, ხელი შეუწყოს ახალგაზრდების სრულფასოვანი განვითარებისათვის შესაბამისი გარემოს შექმნას, სადაც ახალგაზრდები შეძლებენ საკუთარი პოტენციალის სრულად რეალიზებას და საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში აქტიურად ჩართვას.

ამ მიზნის მისაღწევად ახალგაზრდული პოლიტიკა უზრუნველყოფს (საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო; 2010):

1. საზოგადოებრივ, ეკონომიკურ, კულტურულ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში ახალგაზრდების აქტიური ჩართვის შესაძლებლობას;
2. ახალგაზრდებისათვის შესაბამისი და მაღალხარისხიანი განათლების მიღების, დასაქმებისა და პროფესიული ზრდის შესაძლებლობას;
3. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვასა და სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესებას ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოში;
4. სამოქალაქო უფლებებისა და ვალდებულებების შესახებ ახალგაზრდების ცოდნის ამაღლებას, ახალგაზრდებისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნას, მათი უფლებების დაცვას და სპეციალური საჭიროების მქონე ახალგაზრდების მხარდაჭერას.

რაც ახალგაზრდული პოლიტიკის კონცეპტუალური დოკუმენტია და ის საფუძვლად დაედება მთავრობის მიერ ახალგაზრდობასთან დაკავშირებით განხორციელებულ სამომავლო ქმედებებს.

ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის მიზნით განხორციელებული პროექტები

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში, მოზარდებისათვის ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხების სწავლების დანერგვის მიზნით, საქართველოში განხორციელდა რამდენიმე ინიციატივა სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით (USAID, 2011)

ერთ-ერთ მთავარ პროექტად შეიძლება მივიჩნიოთ საქართველოს საჯარო სკოლებში აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის მიზნით განხორციელებული პროექტი, იმის გათვალისწინებით, რომ ამ პროექტის ფარგლებში ხდებოდა სკოლის მოსწავლეთათვის თავიდანვე ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის დანერგვა, რათა მათ შემდგომში გაადვილებოდათ ამ წესის დაცვა.

ტრადიციული სასწავლო პროგრამები საქართველოში არ ითვალისწინებდნენ მოზარდებისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდებას ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სასიცოცხლო უნარების შესახებ, რაც ხელს შეუწყობდა მოზარდებში სარისკო ქცევების თავიდან აცილებასა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას (USAID, 2011).

აღნიშნული პროექტი მიზნად ისახავდა ცხოვრების ჯანსაღი წესის საკითხების შეტანას ეროვნულ სასწავლო გეგმაში, რაც მხოლოდ ფორმალურად იქნა დამტკიცებული 2011 წელს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ (USAID, 2011). კვლევა მოიცავდა საპილოტე და საკონტროლო სკოლის მოსწავლეებს, IX-XII კლასის ჩათვლით. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ კვლევის ფარგლებში საპილოტე სკოლებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ ცოდნა გაცილებით ამაღლდა, ვიდრე საკონტროლო სკოლის მოსწავლეებში. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ მსგავსი პროექტები არ არის ფართო მასშტაბიანი და მხოლოდ დონორი ორგანიზაციების მიერ შემუშავებულ საპროგრამო ვადებში ხორციელდება (USAID, 2011).

რაც შეეხება სხვა დონორი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებულ პროექტებს, ერთ-ერთი მათგანი პირველი ლედის სანდრა რულოვსის ორგანიზებით განხორციელდა - Don't Worry, Be Healthy. პროგრამის ფარგლებში მომზადდა სხვადასხვა ტიპის საინფორმაციო მასალები და ვიდეორგოლები. შეიქმნა სპეციალური პერსონაჟები - ნიკა და ნუცა, რომლებიც მოზარდებს მოწვევის მაწებლობაზე, ჰიგიენის ნორმების დაცვასა და ფიზიკურ აქტივობებზე ესაუბრებიან. პროექტი ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით ხორციელდებოდა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციას ისახავდა მიზნად (საზოგადოებრივი მაუწყებელი, 2011).

არასამთავრობო ორგანიზაციამ „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი“ აშშ-ს საელჩოს დემოკრატიის კომისიის მცირე გრანტების პროგრამის ფარგლებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის მიზნით საქართველოს ახალგაზრდებში ჩაატარა სესიები, სადაც განიხილებოდა შემდეგი საკითხები: ჯანსაღი კვება, ფიზიკური აქტივობა, თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების მავნე ზეგავლენა, აივ ინფექცია/შიდსის პრევენცია. სესიები იყო ინტერაქტიული და განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობოდა ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელ მოსწავლეებსა და სტუდენტებს. დაინტერესების შემთხვევაში სტუდენტებს შეეძლოთ, გარკვეული ტრენინგების შემდეგ, თვითონვე ჩაეტარებინათ საინფორმაციო-საგანმანათლებლო ლექციები, ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ თანატოლებში (HRU, 2014).

სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული პროექტები

სტუდენტთა შორის ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციის მიზნით, საქართველოს მთავრობის მიერ შემუშავებული და განხორციელებული იქნა მრავალი პროექტი, ერთ-ერთ მათგანს წარმოადგენს *“ახალგაზრდული პატრიოტული ბანაკები”*, რომელიც სათავეს იღებს 2004 წლიდან. „პროგრამა ხორციელდებოდა კულტურის ძეგლთა დაცვისა და სპორტის სამინისტროსა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტის თაოსნობით. ახალგაზრდების დასვენების გარდა, ამ ბანაკებს გაცილებით დიდი მნიშვნელობა აქვს. სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა დეპარტამენტის პროექტის ძირითადი მიზანია, ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა და ახალგაზრდობისთვის არაფორმალური განათლების მიცემას. სპეციალურად მოწვეული სპეციალისტები, ახალგაზრდებს მსოფლიოში აპრობირებული მეთოდების მეშვეობით, წარმატების მიღწევის ხერხებს ასწავლიან. შედეგად, ამ ადამიანებს უადვილდებათ წარმატების მიღწევა, ვინაიდან, მათ უკეთ იციან ბიზნესი, კანონმდებლობა, ეკონომიკა, საქართველოს ისტორია, ადამიანის უფლებები და რაც ყველაზე მთავარია, ერთმანეთთან ურთიერთობა“- წერს ჟურნალი დრონი (ე. ყაველაშვილი, 2009).

მეორე მასშტაბური პროექტი, რომელიც განხორციელდა საქართველოს მთავრობის მხარდაჭერით იყო *„სტუდენტური ბარათები“*, საქართველოს ყოფილი პრეზიდენტის ინიციატივით 2012 წლიდან ყველა ავტორიზებული უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტს შესაძლებლობა მიეცა ესარგებლა სტუდენტური ბარათით, რომლის მეშვეობით სტუდენტებს შეეძლოთ მიეღოთ სხვადასხვა სახის ფასდაკლება, როგორც სახელმწიფო სტრუქტურებში, ისე კერძო კომპანიებში. მაგალითად, ტრანსპორტით მგზავრობისას (რკინიგზა) ინტერნეტით და მობილური ტელეფონებით სარგებლობისას, ასევე კომპიუტერული ტექნიკის შეძენისა და კულტურულ-გასართობ (კინო, თეატრი, მუზეუმები, წიგნის მაღაზიები და სხვა) ცენტრებში. სტუდენტური ბარათი ასევე მოქმედებდა კვების ობიექტებში, სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ცენტრებში და სხვადასხვა ტიპის სავაჭრო დაწესებულებებსა და კომპანიებში. სტუდენტური ბარათის აღება სტუდენტებს შეეძლოთ იუსტიციის სახლში. განსაზღვრული იყო სტუდენტური ბარათის მოსარგებლეთა კრიტერიუმები, ავტორიზებული უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების სტუდენტები, რომლებიც სწავლობენ (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2012):

- ქართულ ენაში მომზადების საგანმანათლებლო პროგრამებზე;
- აკადემიური უმაღლესი განათლების პირველი საფეხურის საგანმანათლებლო პროგრამებზე (ბაკალავრიატი/ დიპლომირებული მედიკოსის/სტომატოლოგის საგანმანათლებლო პროგრამა);
- აკადემიური უმაღლესი განათლების მეორე საფეხურის საგანმანათლებლო პროგრამაზე (მაგისტრატურა);
- აკადემიური უმაღლესი განათლების მესამე საფეხურის საგანმანათლებლო პროგრამაზე (დოქტორანტურა).

მესამე პროექტი სტუდენტებისთვის განხორციელდა საქართველოს ყოფილი პრეზიდენტის, მ.სააკაშვილის ინიციატივით - *სტუდენტთა საზაფხულო დასაქმების პროგრამა* "Summer Job". საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე ზაფხულის არდადეგების პერიოდში მასში მონაწილეობა საქართველოს ავტორიზებული უნივერსიტეტების ბაკალავრიატის სტუდენტებს შეეძლოთ. დასაქმებული სტუდენტების ანაზღაურება ერთი თვის განმავლობაში 500 ლარს შეადგენდა. პროგრამა მიზნად არ ისახავდა სტუდენტების დასაქმებას პროფესიის მიხედვით, ვინაიდან დაახლოებით 70-მდე ჩამონათვლიდან სტუდენტი ირჩევდა მისთვის სასურველ ერთ დასაქმების სახეს, თუმცა სტუდენტის პროფესია შესაძლოა აღმოჩენილიყო ვაკანტური ადგილების ჩამონათვალში. სამინისტროს განმარტებით, პროექტი "Summer Job" გამიზნული იყო იმისათვის, რომ სტუდენტს გამოემუშავებინა თანხა, რაც საშუალებას მისცემდა საკუთარი სწავლა დაეფინანსებინა ან გამოეყენებინა შემეცნებისათვის, დასვენებისათვის და სხვა სასურველი მიზნებისთვის (ე. გრიგალაშვილი, 2012).

ფრიდრიხ ებერტის ფონდის მიერ შესწავლილი იქნა სტუდენტთა სოციალური მდგომარეობა საქართველოში, რომელმაც გამოავლინა სტუდენტთა ჯანმრთელობის დაზღვევის საჭიროება (სოცკოდექსი, 2009), რაც გახდა ფონდისთვის საფუძველი ადვოკატირება გაეწია 100 000 ხელმოწერის შეგროვებით, საქართველოს პარლამენტში, სტუდენტთა ჯანმრთელობის დაზღვევის კანონპროექტის ინიცირებისთვის. შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული იქნა სახელმწიფო პროექტი სახელწოდებით „სტუდენტური დაზღვევა“, რომელიც 2012 წლის იანვრიდან ამოქმედდა. სტუდენტის სადაზღვევო პაკეტი ითვალისწინებს: კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვას, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ კონსულტაციის გაწევას, მდგომარეობის სტაბილიზაციას, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირებას, ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას.

სტუდენტური დაზღვევა რეგულირდებოდა 2014 წლის იანვრამდე საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის #165-ე დადგენილებით, ხოლო მას შემდეგ, რაც 2014 წლის იანვარში სადაზღვევო კომპანიებმა „არქიმედეს გლობალ ჯორჯიამ“ და „აოფამ“ თავი გაკოტრებულად გამოაცხადეს, სტუდენტთა დაზღვევაზე პასუხისმგებლობა აიღო საქართველოს მთავრობამ და რეგულირდება 2013 წლის # 36 დადგენილებით. აღსანიშნავია, რომ თბილისში სტუდენტების ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება საცხოვრებელი ადგილის რეგისტრაციის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში, რაც დაბრკოლებას უქმნის რეგიონის სტუდენტებს, რომლებიც სწავლობენ თბილისში, ვინაიდან მათთვის ეს სერვისი თბილისში ხელმისაწვდომი არ არის, თუ თბილისში არ არიან რეგისტრირებულნი.

აშშ-ის მაგალითზე შეიძლება ითქვას, რომ მთავრობა დიდ ყურადღებას აქცევს სტუდენტებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას. აშშ-ს ასეულობით კოლეჯსა და უნივერსიტეტებში ყოველწლიურად ტარდება კვლევები სტუდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად, რომლებიც სწავლობენ სტუდენტთა ფიზიკურ აქტიურობას, ჯანსაღ კვებას, ძილის რეგულაციას, ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარებას, ნორკომანიას, უსაფრთხო სქესობრივ კავშირებს. ჩატარებული კვლევების შედეგად, გარკვეული მაჩვენებლები უმჯობესდება (Wald at all, 2014). საინტერესოა, რომ სტუდენტურ დაზღვევაზე ზრუნავს უნივერსიტეტი და კერძო სადაზღვევო კომპანია ერთად, რომელთაც აღებული აქვთ ურთიერთთანამშრომლობის ვალდებულება, განსხვავებით საქართველოსგან, სადაც დაზღვევაზე პასუხისმგებელ პირად სახელმწიფო რჩება. ასე მაგალითად, „აიოვას“ სახელწიფო უნივერსიტეტი, რომელიც ერთ-ერთი დიდი უნივერსიტეტია აშშ-ში, თანამშრომლობს სადაზღვევო კომპანიასთან „Aetna“ (Aetna Life Insurance Company), რომელიც უნივერსიტეტის სტუდენტებს, დოქტორანტებს და პროფესორ-მასწავლებლებს სთავაზობს სხვადასხვა სახის მომსახურებას განსხვავებული ღირებულების პაკეტით, რაც

დეტალურადაა აღწერილი და ხელმისაწვდომი ნებისმიერი დაინტერესებული მკითხველისთვის (აიოვას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2014) ინტერნეტ სივრცეში.

მეთოდოლოგია

კვლევის ინსტრუმენტი. კვლევის დიზაინი შედგა რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდების კომბინაციით (B. Merriam, 2009; John W. Creswell, 2013; William E. Martin, Krista D. Bridgman, 2012). თვისებრივი მიდგომა განისაზღვრა ექპერტთა გამოკითხვით, წინასწარ შედგენილი სახელმძღვანელოს საშუალებით, არსებული რეგულაციების, თუ კანონების და ბრძანებების შესწავლით, რომლებიც არეგულირებენ ქვეყანაში სტუდენტური დაზღვევის წესს და ნებისმიერი სახის ბეჭდური გამოცემა (სამეცნიერო, საინფორმაციო), რომელიც რაიმე ტიპის ინფორმაციას შეიცავს სტუდენტურ დაზღვევაზე. აღნიშნული განაპირობა ამ მიმართულებით სამეცნიერო, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის სიმწირე. თვისებრივი კვლევიდან მიღებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე და ჩვენთვის საინტერესო თემების გათვალისწინებით შედგა სტრუქტურირებული, თვითადმინისტრირებადი კითხვარი. ჩატარდა შედგენილი კითხვარის პილოტირება 5 სტუდენტში და შესაბამისად ჩასწორდა აღმოჩენილი ხარვეზები.

შერჩევის პროცედურა. კვლევისთვის გამოყენებული იყო შერჩევის არაალბათური “თოვლის გუნდის” მეთოდი (William G. Cochran, 1977), ვინაიდან მხოლოდ ამ სახის გამოკითხვის შესაძლებლობა გვქონდა მოცემულ დროში. შერჩევის მოცულობის დაანგარიშება მოხდა 95%-იანი სანდოობისა და 5%-იანი ცდომილების გათვალისწინებით და შეადგინა 383 სტუდენტი. შესაბამისად შერჩევის წილი განისაზღვრა $117\ 700 / 383 \times 100 = 0,32\%$ -ით (Andy Field, 2013)

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმი ჩამოყალიბდა შემდეგნაირად: კვლევაში მონაწილეობა შეეძლო ნებისმიერი ასაკის პირს, რომელიც გამოკითხვის მომენტისთვის იმყოფება სწავლებას საბაკალავრო, სამაგისტრო ან სადოქტორო საფეხურზე და ნებაყოფლობით გამოთქვამდა კვლევაში მონაწილეობის სურვილს. სტუდენტთა გამოკითხვა ჩატარდა 2014 წლის 20 მაისიდან 30 მაისის ჩათვლით, საწყისი მარცვლების მოძიებით სამ უნივერსიტეტში: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი და თბილისის აგრარული უნივერსიტეტი, ხოლო შემდეგ სტუდენტთა რეკრუტირება განვითარდა “თოვლის გუნდის მეთოდით”, მანამ სანამ შერჩევის სასურველი მოცულობა იქნა მიღწეული.

კვლევაში მონაწილეთა რეკრუტირება და გამოკითხვა. კვლევისთვის შერჩეული იყო სამი უნივერსიტეტი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი და თბილისის აგრარული უნივერსიტეტი, საიდანაც დაიწყო საწყისი “მარცვლების” საშუალებით კვლევა. სულ მოზიდული იქნა 411 სტუდენტი, მათგან კი 392 შეესაბამებოდა კვლევის კრიტერიუმებს და ინფორმირებული თანხმობის გაცნობის შემდეგ ყველა ჩაერთო კვლევაში. არ ყოფილა შემთხვევა, როცა კვლევაში ჩართვის ინფორმირებული თანხმობის გაცნობის შემდეგ სტუდენტმა დაწყებულ კვლევაში მონაწილეობა შეწყვიტა.

ეთიკის საკითხები. აღნიშნული კვლევის ეთიკური მხარე შეფასდა ეთიკის კომისიის მიერ (IRB00009520 HEALTH RESEARCH UNION IRB #1), რომელმაც შეისწავლა კვლევაში მონაწილეთა უფლებები, განიხილა კვლევის პროტოკოლი და კითხვარი, და გასცა კვლევის ჩატარების უფლება ერთი წლის ვადით 2014 წლის 20 მაისიდან .

სტუდენტთა გამოკითხვა ნებაყოფლობითი და აბსოლუტურად ანონიმური იყო, რითაც მათ მიეცათ საშუალება ყოფილიყვნენ ობიექტურები. კვლევაში მონაწილეს ასევე შეეძლო,

ნებისმიერ დროს შეეწყვიტა კითხვარის შევსება. ამ პირობებს აცნობდა ინტერვიუერი და სტუდენტი თანხმობის შემთხვევაში კითხვარის დასაწყისში მითითებულ ადგილას ხელმოწერით ან ინიციალების დასმით ადასტურებდა კვლევაში მონაწილეობას.

კვლევის შეზღუდვა. კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ გამოყენებული შერჩევის არაალბათურ მეთოდს, რომელიც შერჩეული იქნა ნაკლები დანახარჯებით მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო და ისიც ჩატარდა მხოლოდ თბილისში. თუმცა შერჩევის მოცულობის დაანგარიშება მოხდა გენერალური ერთობლიობის გათვალისწინებით და დაშვება იყო, რომ თბილისში ბევრი სტუდენტია რეგიონში მცხოვრები. კვლევა ჩატარდა სასწავლო წლის ისეთ პერიოდში, როდესაც სტუდენტები ხელმისაწვდომები იყვნენ და არ იყო საგამოცდო პერიოდი. კვლევაში მონაწილე პირთა დუბლირების თავიდან ასაცილებლად შეირჩა დროის მოკლე ინტერვალი, რაც გამორიცხავდა ორჯერ ერთიდაიგივე სტუდენტს ინტერვიუებას.

მონაცემთა დამუშავება და ანალიზი. მონაცემთა ბაზის შექმნა და ანალიზი მოხდა სოციალური მეცნიერებისთვის მოწოდებული სტატისტიკური პაკეტის SPSS (ვერსია 21.0) გამოყენებით (Julie Pallant, 2013). ყველა შეუსაბამოა გადამოწმებული იყო სინშირების, კროსტაბულაციებისა და ცვლადების თანამიმდევრობის ლოგიკის შემოწმების გზით.

კვლევის შედეგები

სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევაში მონაწილე სტუდენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 21.38 წელი (min=18;max=52; SD=3.75), გამოკითხულ რესპონდენტთა დიდი უმრავლესობა (90%) ეკუთვნის 18-დან 24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს (ცხრილი 1).

ცხრილი#1. კვლევაში მონაწილეთა ასაკობრივი განაწილება.

ასაკი	%
18-24	90%
25-30	8%
31-ზევით	2%

გამოკითხულთა 75.8% ქალია, ხოლო 24.2% მამაკაცი. განათლების დონის მიხედვით, უმრავლესობა (82%) იმყოფება სწავლების საბაკალავრო დონეზე, 14.8% - სამაგისტრო საფეხურზე, ძალიან მცირე ნაწილი (1.5%) - სადოქტოროზე

ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით, სტუდენტთა დიდი ნაწილი (81.6%) არასოდეს ყოფილა დაქორწინებული, 15.6% - დაქორწინებულია, 0.8% - განქორწინებულია და 2% მოხვდა სხვა კატეგორიაში.

რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი 55.6% უმუშევარია, მათგან 40.8% ეძებს სამსახურს და 14.8% კი არ ეძებს სამსახურს. დასაქმებული სტუდენტების 13% ნახევარ განაკვეთზე მუშაობს, ხოლო სტუდენტთა 7.1%-მა შემოხაზა დასაქმების სხვა კატეგორია (ცხრილი 2).

ცხრილი#2. სტუდენტთა დასაქმების განაწილება

უმუშევარი, ეძებს სამსახურს	40,80%
უმუშევარი, არ ეძებს სამსახურს	15%
მუშაობს ნახევარ განაკვეთზე	13%
მუშაობს სრული დატვირთვით	19%
თვითდასაქმებული	5,10%
სხვა	7,10%

კვებისა და დღის რეჟიმი

რესპონდენტების ნახევარი (53.7%) ბოლო 7 დღის მანძილზე 4-7 ჯერ მაინც საუზმობს კვირაში, 29.7% 1-3 ჯერ მაინც კვირაში და დანარჩენი მიუთითებს, რომ არცერთხელ არ უსაუზმია. ბოლო 12 თვის მანძილზე გამოკითხულთა 55.7% აღნიშნავს, რომ იკვებება ძირითადად სახლში, თუმცა განსხვავდება სხვა დანარჩენ ადგილას კვების სიხშირეთა მაჩვენებელი, ცხრილი 3).

ცხრილი #3. ბოლო 12 თვეში კვების სხვადასხვა ობიექტებში კვების სიხშირეთა გადანაწილება

კვების ობიექტები	კვირაში 1-2ჯერ ან მეტჯერ	თვეში 1-2 ჯერ ან ნაკლებჯერ	არ ვიკვებები
სწრაფი კვების ობიექტები	30,20%	17,70%	52,10%
რესტორანი/კაფე	15,90%	19,80%	64,30%
სახლი	51,60%	4,20%	44,30%

ბოლო 7 დღის მანძილზე, რესპონდენტთა უმრავლესობა (43.4%) საშუალოდ, დღეში ერთხელ მაინც იღებს ხილს და/ან ბოსტნეულს, ორჯერ 26.5%, ხილი საერთოდ არ მიუღია გამოკითხულთა 11%-ს, ხოლო დანარჩენს ხილი მიუღია სამჯერ და ან მეტჯერ, დღის მანძილზე.

გამოკითხულთა 26.5%-ს, ბოლო 7 დღის მანძილზე საერთოდ არ მიუღია გაზიანი სასმელები, როგორცაა ლიმონათი, კოკა კოლა, პეპსი, ენერგეტიკული სასმელები ან ნატურალური წვენები; 37% აცხადებს, რომ დღეში ერთხელ მაინც მიუღია ასეთი სასმელი, 21.7% - ორჯერ მაინც იღებს, დანარჩენი კი 2-ჯერ და მეტჯერ. დატკბილული ჩაის და/ან ყავის მიღებას დღეში ერთხელ მაინც, ბოლო 7 დღის მანძილზე, სტუდენტთა 26% აღნიშნავს; ხოლო 31.1% საერთოდ უარყოფს ასეთი სასმელის მიღებას (ცხრილი 4).

ცხრილი #4. ბოლო 7 დღის მანძილზე გაზიანი/ ნატურალური სასმელების და დატკბილული ჩაი/ყავა მიღების სიხშირეთა განაწილება

მიღების ჯერადობა	გაზიანი და ნატურალური სასმელები	დატკბილული ჩაი/ყავა
არც ერთხელ	26,50%	31,10%
დღეში ერთხელ	37%	26%
დღეში 2-ჯერ	22%	23,70%
დღეში 3-ჯერ და მეტჯერ	15%	19,20%

ძალიან საინტერესოდ განაწილდა ბოლო 30 დღის მანძილზე, წონის შენარჩუნებისთვის ან კორექციისთვის მიღებული ზომების სიხშირეები; როგორც აღმოჩნდა, უმრავლესობა (90%) არ იღებს არანაირ ზომებს.

რესპონდენტთა ნახევარი (51.5%) აღმოჩნდა, რომ საერთოდ არ მისდევს სპორტს. ბოლო 30 დღის მანძილზე სპორტით (იგულისხმება ნებისმიერი ფორმის სპორტი: სირბილი, ცურვა, ფიტნეს კლუბში ან სპორტულ დარბაზში სიარული და სხვა, ჭადრაკის და სხვა ინტელექტუალური სპორტის გამოკლებით) დაკავების სიხშირეთა განაწილება მოცემულია მე-6 ცხრილში.

ცხრილი #5. ბოლო 30 დღეში სპორტით დაკავებულობის სიხშირეთა განაწილება

არ ვარ სპორტით დაკავებული	51,70%
კვირაში მინ.2-3 ჯერ მინ.20 წთ	33,20%
კვირაში 2-3 ჯერზე მეტი 20 წთ-ზე მეტი	15,10%

ჯანმრთელობისთვის მავნე ჩვევები

ათქულიანი შეფასებით, ძალიან ცუდიდან ძალიან კარგისკენ პრინციპით, რესპონდენტების მიერ საკუთარი ჯანმრთელობის თვითშეფასებისას გამოვლინდა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა კარგად და ძალიან კარგად აფასებს საკუთარ ჯანმრთელობას (ცხრილი 7).

ცხრილი #6. ჯანმრთელობის თვითშეფასების სიხშირეთა განაწილება ათქულიანი სკალით

2-4 ქულამდე	11,60%
5-7 ქულამდე	35%
8-10 ქულამდე	53,40%

ძალიან საინტერესო მიგნება იყო ის, რომ გამოკითხულთა დიდი უმრავლესობა, ბოლო 30 დღის მანძილზე აღნიშნავს, რომ არ ეწევა თამბაქოს (78.7%) და არ იღებს ალკოჰოლს (61.6%).

გამოკითხულთა (96.4%) მიუთითებს, რომ არ მოუხმარია ნარკოტიკული საშუალებები ბოლო 30 დღის მანძილზე, თუმცა 39 სტუდენტმა განაცხადა, რომ ამა თუ იმ სიხშირით მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებებს. (ცხრილი 9).

ნარკოტიკული საშუალებების ჩამონათვალიდან უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს მოსაწევს- მარიჰუანას (76.9%) და მხოლოდ სტუდენტთა ძალიან მცირე რაოდენობა უპირატესობას ანიჭებს ტაბლეტების, შესაყნოსი და შერეული ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას.

ცხრილი #7. ნარკოტიკების მოხმარების და უპირატესობა მინიჭებული ნარკოტიკული საშუალებების განაწილების სიხშირე.

ნარკოტიკული ნივთიერებების სიხშირის განაწილება	
არ ვიღებ საერთოდ	96,40%
სულ რამდენიმეჯერ	3,10%
1-3 ჯერ კვირაში	0,50%
უპირატესად მიჩნეული ნარკოტიკული საშუალებები	
ტაბლეტები	7,70%
მოსაწევი	76,90%
შესაყნოსი	5,10%
შერეული ნარკ. საშუაალ.	10,30%

ჯანმრთელობის დაზღვევა

საინტერესოა, რომ სტუდენტთა აბსოლუტურ უმრავლესობას სმენია სტუდენტური დაზღვევის შესახებ (86.4%), თუმცა ამ დაზღვევით მოსარგებლე აღმოჩნდა 52.3%. მნიშვნელოვანია, რომ გამოკითხულ სტუდენტთა შორის 82 სტუდენტი (21.4%) აღნიშნავს, რომ ბოლო 12 თვის მანძილზე არანაირი სამედიცინო მომსახურებისთვის არ მიუმართავს, თუმცა მათ შორის პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარებას აღნიშნავს 11 სტუდენტი (13.4%), მოცემული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა (0.000). ცხრილი#10 აღწერს დაზღვეულ სტუდენტთა და სტუდენტთა მიერ პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარების სიხშირეთა განაწილებას.

ცხრილი #8. დაზღვეულ სტუდენტთა და სტუდენტთა მიერ პროფილაქტიკური გამოკვლევების ჩატარების სიხშირეთა განაწილება

დაზღვეულ სტუდენტთა განაწილება	%
არ არის დაზღვეული	11,70%
დაზღვეულია კერძო სადაზღვევო კომპანიაში	26%
დაზღვეულია სახ.სტუდენტური დაზღვევით	52,30%
სხვა	7,30%
არ ვიცი	2,60%
სტუდენტთა მიერ პროფ. გამოკვლევების ჩატარების სიხშირეთა განაწილება	
არ ჩატარებია	37,10%
ერთხელ ჩაიტარა	36,90%
ორჯერ ჩაიტარა	16,90%
სამჯერ ჩაიტარა	9,10%

გამოკითხულ სტუდენტთა უმრავლესობამ (61.7%), უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე, ოჯახის ექიმის მომსახურებით ისარგებლა. ხშირად გამოყენებულ სერვისთა შორის არის სტომატოლოგი 38.3%-ით, შემდეგ გინეკოლოგი 22.7%-ით, ენდოკრინოლოგი 11.2%-ით და სხვა დანარჩენი.

დაზღვეულმა სტუდენტებმა, სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით კმაყოფილება ათქულიან სკალაზე ერთიდან (მალიან ცუდი) ათამდე (მალიან კარგი) შეაფასეს, შეფასების საშუალო ქულამ 5.35 შეადგინა.

კვლევით შეგროვდა მონაცემები წონისა და სიმაღლის შესახებ, რომ გამოგვეთვალა სხეულის მასის ინდექსი აშშ-ს ჯანდაცვის ინსტიტუტის მიერ მოწოდებული ფორმულით (Jayawardene W. et all., 2014). მოცემული განაგარიშებით დგინდება სხეულის მასის ინდექსი.

ცხრილი #9. სხეულის მასის ინდექსის ,BMI განაწილება ქალებსა და მამაკაცებში

სხეულის მასის ინდექსი		
<18,5 ნორმაზე დაბალი წონა		17,60%
15,2-24,9 ნორმალური წონა		75,30%
25-29,9 ჭარბი წონა		6,60%
30 და მეტი, სიმსუქნე		0,50%
სხეულის მასის ინდექსის განაწილება ქალებსა და მამაკაცებში		
	ქალი	მამაკაცი
ნორმაზე დაბალი წონა	4,21%	21,89%
ნორმალური წონა	74,07%	78,95%
ჭარბი წონა	4,04%	14,74%
სიმსუქნე	0,00%	2,11%

კვლევაში მონაწილე ქალთა საშუალო სიმაღლეა 167.06 სმ (SD=5.67), მამაკაცთა კი - 177.38 სმ (SD=5.8); ქალთა საშუალო წონამ შეადგინა 56.37 კგ (SD=6.86), ხოლო მამაკაცთა - 72.28 კგ (SD=11.70). ამ ორ ჯგუფს შორის განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.000$, CI=95%). შესაბამისად სხეულის მასის ინდექსიც განსხვავდება ორ სქესს შორის, ქალებში საშუალო მაჩვენებელია BMI=20.20; მამაკაცებში ეს მაჩვენებელი ოდნავ მეტია და შეადგენს BMI=22.92. მოცემული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.001$, CI=95%). აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა დიდი უმრავლესობის სხეულის მასის ინდექსი ნორმის ფარგლებშია (ცხრილი 14). მეხუთე კატეგორიის მაჩვენებელი, რაც არის გაცხიმოვნება, შერჩევის მოცულობაში საერთოდ არ გვხვდება და ორივე სქესისთვის სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებელი მეტადრე ნორმალური წონის კატეგორიაშია მოქცეული, რაც

ერთმნიშვნელოვნად ძალიან კარგია. საინტერესოა, რომ კვლევაში მონაწილე ხუთიდან ერთ ქალს სხეულის ნორმაზე დაბალი წონა აქვს (21.8%), ყოველი მეშვიდე ქალი (14.7%) და ყოველი მეოცე მამაკაცი ჭარბი წონისაა (4.04%)

ჩატარებული ანალიზით დადგინდა, რომ მიღებული განსხვავებები ჯგუფებს შორის კვების, სპორტით დაკავებულობის და სხვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცვლადების მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის. გარდა დახურული ტიპის შეკითხვებისა, რესპოდენტთა გამოკითხვა სამი ღია ტიპის კითხვის მეშვეობითაც მოხდა, რომელზეც პასუხი გასცა 134 სტუდენტმა.

კითხვაზე, თუ რა მოსწონთ ყველაზე მეტად სადაზღვევო პაკეტში, კერძო კომპანიის დაზღვევით მოსარგებლე სტუდენტებმა დაასახელეს სადაზღვევო პაკეტის ხელმისაწვდომი ღირებულება და კვალიფიციურ ექიმთა მომსახურება. რაც შეეხება სტუდენტური დაზღვევის მფლობელ რესპოდენტებს, მათ უფასო მომსახურება და განსაკუთრებით ურგენტული შემთხვევების დაფინანსება მოსწონთ, ხოლო 14,18 % მომხმარებლისთვის არცერთი სადაზღვევო პაკეტი არ იყო მოსაწონი.

კითხვაზე, თუ ყველაზე მეტად, რა არ მოსწონთ თავიანთ სადაზღვევო პაკეტში, 49.52% ასახელებდა, რომ საჭირო გამოკვლევებისთვის დაფინანსებას სადაზღვევო პრობები არ ითვალისწინებს, განსაკუთრებით აღინიშნა - ჰორმონალური და გინეკოლოგიური გამოკვლევები, ხოლო შემდეგ სტომატოლოგიური მომსახურება. 15.25% არ მოსწონს ექიმების დამოკიდებულება მომსახურებისას. 9.52% პროვაიდერების შეზღუდულ რაოდენობას ასახელებს, 13.33% სამედიცინო სერვისის მიღების დაყოვნებას, რაც გამოწვეულია რიგებითა და ბიუროკრატიული თავისებურებებით და მხოლოდ 7.63% აღნიშნა, რომ კმაყოფილია საკუთარი სადაზღვევო პაკეტით.

მესამე კითხვაზე, თუ რას შეცვლიდნენ საკუთარ და განსაკუთრებით სტუდენტურ სადაზღვევო პაკეტში, უმრავლესობამ დაასახელა პაკეტის გაუმჯობესება სხვადასხვა სახის სამედიცინო სერვისების დამატებით: სტომატოლოგია, ანალიზები ჰორმონალური კვლევებისთვის (43.53%), ასევე კლინიკისა და პროვაიდერის თავისუფალი არჩევანის უფლებას (8.33%), ექიმთა მაღალ კვალიფიკაციას და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას (11.11%), ასევე დაზღვეულებში ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას (8.33%).

შედეგების ინტერპრეტაცია და დისკუსია

როგორც კვლევიდან ირკვევა, რესპოდენტთა ნახევარზე მეტი (53,7%) კვირაში 4-7 ჯერ მაინც საუზმობდა და დიდი უმრავლესობა უპირატესობას ოჯახში კვებას ანიჭებდა. მიღებული საკვები მდიდარი იყო ხილითა და ბოსტნეულით, რაც ირკვევა მათი მიღების სიხშირის მაჩვენებლებით (41,0%). როგორც აღმოჩნდა, რესპოდენტების უმრავლესობა (38%) გაურბოდა დატკბილული ჩაისა და ყავის მიღებას, ასევე არ იყენებდა გაზიან სასმელებს (26%), საერთოდ არ სვამდა ან სვამდა დღეში ერთხელ 37%. რესპოდენტების დიდი უმრავლესობა ჯანმრთელობისთვის მავნე ჩვევებს თავს არიდებდა, რაც გამოიხატა ნარკოტიკული საშუალებების, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარების ძალიან დაბალი მაჩვენებლებით.

მიუხედავად იმისა, რომ BMI რესპოდენტების უმრავლესობაში (75,3%) ნორმის ფარგლებში იყო, გამოიკვეთა პრობლემა ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებით. კერძოდ, გამოკითხულთა ნახევარზე მათი (52%) საერთოდ არ იყო დაკავებული სპორტით, ხოლო 33% იშვიათად მისდევდა ფიზიკურ აქტივობას.

გასათვალისწინებელია, რომ რესპოდენტთა ნაწილმა საერთოდ არ იცოდა სადაზღვევო პაკეტის შესახებ (ძირითადად ბაკალავრებმა) და არც პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს იტარებდნენ, რაც თავის მხრივ დიდ პრობლემას წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ და სქესობრივად გადაბეჭდილ დაავადებების პრევენციისათვის.

დასკვნა

სტუდენტები მიუხედავად იმისა, რომ მეტ-ნაკლებად ჯანსაღი საკვებით იკვებებიან (საუზმობენ რეგულარულად, არ იღებენ დატკბილულ ჩაისა და ყავას, არ ეტანებიან გაზიან სასმელებს) და გაურბიან ისე თმავნე ჩვევებს, როგორცა ათამბაქო, ალკოჰოლი და ნარკოტიკები (თუმცა შესაძლებელია ამ უკანასკნელის შესახებ გამოკითხულთა უმრავლესობა მაინც არ იყოს გულწრფელი, გამომდინარე საკითხის სიმწვავიდან), გამოიკვეთა რამოდენიმე პრობლემა:

1. სტუდენტთა უმრავლესობა ან საერთოდ არ მისდევს სპორტს, ან ძალიან იშვიათი, არარეგულარული ფიზიკური აქტივობით შემოიფარგლება. ეს შესაძლებელია განპირობებული იყოს სოციალურ-ეკონომიკური პირობებით, მოუწესრიგებელი ინფრასტრუქტურით (არ არსებობს სარბენი ბილიკები, ველოსიპედისათვის განკუთვნილი გზები), ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდისათვის სახელმწიფოს ნების არარსებობით.

2. სტუდენტური დაზღვევის პაკეტების შესახებ ცნობადობა დაბალია.

3. სტუდენტებისათვის ბევრი სამედიცინო სერვისი მათ შორის სტომატოლოგია, ჰორმონალური კვლევები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კვლევები და მკურნალობა უმეტეს შემთხვევაში ძვირი სიამოვნებაა, რადგან სადაზღვევო პაკეტები ამ დაავადებების გამოკვლევასა და მკურნალობას არ ანაზღაურებს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე: 1) სტუდენტები მეტ-ნაკლებად ჯანსაღი საკვებით იკვებებიან, რითაც უარყოფილია პირველი ჰიპოთეზა; 2) პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი იტარებს, რითაც კვლევის მეორე ჰიპოთეზაც უარყოფილია.

რეკომენდაციები

- აუცილებელია საზოგადოების მასობრივი ინფორმირება, თუნდაც მედია საშუალებებით, ცხოვრების ჯანსაღი წესის მნიშვნელობის შესახებ.

- სასურველია საქართველოს მთავრობამ ხელი შეუწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესის ფართოდ დამკვიდრებას და ხელმისაწვდომი გახადოს სტუდენტებისთვის. ასე მაგალითად: პარკების, სკვერების, სპორტული მოედნების მოწესრიგებით, ბევრისთვის ხელმისაწვდომი გახდება ფიზკულტურა.

- უნივერსიტეტების მხრიდანაც შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, სპორტული შეჯიბრებების მოწყობით, საუნივერსიტეტო სპორტული გუნდების ხელშეწყობით.

- აუცილებელია გაკონტროლდეს უნივერსიტეტებთან არსებული კაფეების მიერ მიწოდებული საკვების ხარისხი.

- მასობრივი მედია საშუალებებით, სარეკლამო რგოლებით, უნივერსიტეტებში სტუდენტური დაზღვევის შესახებ ლექციის ჩატარების, სოციალური ქსელების და ან სხვა საშუალებების გამოყენებით, მოხდეს სტუდენტების ინფორმირება სადაზღვევო პირობების შესახებ. აუცილებელია უნივერსიტეტებმა გამოიჩინონ ინიციატივა და მათ ინტერესში იყოს ყველა სტუდენტი ჰყავდეს პრაქტიკულად ჯანმრთელი, მითუმეტეს, როცა სახელმწიფო სტუდენტის დაზღვევის შესაძლებლობას იძლევა.

- განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს და გათვალისწინებული იქნას პროფილაქტიკური კვლევების დაფინანსება სადაზღვევო პირობების ფარგლებში. მით უფრო, როცა საქართველოში ჩიყვის ენდემური კერები გვაქვს, აუცილებელია ენდოკრინოლოგიური კვლევების პროფილაქტიკურ ღონისძიებებში ჩართვა და მათი დაფინანსება დაზღვევის ფარგლებში, რადგან დაავადებების პროფილაქტიკა გაცილებით უფრო იაფია, ვიდრე შემდგომი გართულებების მკურნალობა და მართვა.

ბიბლიოგრაფია

1. თინათონ გოცამე, 2011, მკურნალი #1 გვ.:22-23;
<http://www.mkurnali.ge/component/content/article/2432-ckhovrebi-jansaghi-tsesi-arsi-da-principebi.html?star> - (20.05.2014).
2. ელენე გრიგალაშვილი, (2012), სტუდენტთა საზაფხულო დასაქმების პროგრამებისთვის რეგისტრაცია დაიწყო, news.ge. <http://news.ge/ge/news/story/8244-studentta-sagazafxulo-dasaqmebis-programistvis-registracia-dges-iwyeba> - (20.05.2014)
3. საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო, 2014;
http://msy.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=930 (20.05.2014)
4. საქართველოს პარლამენტი, 2014; <http://www.parliament.ge/ge/sajaro-informacia/parlamentis-struqtura-da-funciebi> - (20.05.2014)
5. საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო; (2010); საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტი;
http://msy.gov.ge/index.php?sec_id=210&lang_id=GEO - (20.05.2014).
6. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო;(2011);საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი; <http://ncdc.ge/index.php?do=fullmod&mid=620>(20.05.2014).
7. საზოგადოებრივი მაუწყებელი;(2011);სანდრა რულოვსკი ცხოვრების ჯანსაღი წესი;<http://1tv.ge/news-view/31660-> (20.05.2014).
8. არასამთავრობო ორგანიზაცია ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი;(2014);ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა საქართველოს მოზარდებსა და სტუდენტებში;http://www.hru.ge/?page_id=480&lang=ge
9. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2012, სტუდენტური ბარათები. <http://studentcard.ge/text-2.html> - (20.05.2014).
10. ფრიდრიხ ებერტის ფონდი, (2011), სტუდენტთა სოციალური მდგომარეობა საქართველოში -
http://fes.ge/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=44&Itemid=53 (20.05.2014)
11. ელენე ყაველაშვილი, (2009), პატროტული ბანაკები - დასვენებისა და განათლების საუკეთესო საშუალება, ჟურნალი დრონი. <http://droni.ge/?m=1&AID=40> - (20.05.2014).
12. Andy Field, 2013. Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics
13. Iowa State University, 2014, <https://www.aetnastudenthealth.com/students/student-connection.aspx?GroupID=812805> - ჩამოტვირთულია 2014 წლის 2 ივნისს
14. Jayawardene W, Lohrmann D, YoussefAgha A. 2014. Discrepant Body Mass Index: Behaviors Associated with Height and Weight Misreporting among US Adolescents from the National Youth Physical Activity and Nutrition Study. Child Obes. 10(3):225-33. doi: 10.1089/chi.2014.0002.
15. John W. Creswell, 2013. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.
16. Julie Pallant, 2013. SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM Spss
17. Statistical Package For Social Sciences-<http://www.spss.co.in>
18. Sharan B. Merriam, 2009. Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation.
19. William E. Martin, Krista D. Bridgman, 2012. Quantitative and Statistical Research Methods: From Hypothesis to Results.
20. William G. Cochran, 1977. Sampling Techniques, 3rd Edition.
21. Wald A., Muennig P. A., O'Connell K.A., Garber C.E., (2014), Associations Between Healthy Lifestyle Behaviors and Academic Performance in U.S. Undergraduates: A Secondary Analysis of the American College Health Association's National College Health Assessment II.

რენტგენო-რადიოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ხარისხის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი

ირაკლი თორთლაძე - შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის რეპარტამენტის მონიტორინგის სამმართველოს მთავარი სპეციალისტი.

აბსტრაქტი

შესავალი. პაციენტთა უსაფრთხოების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო აპარატურის პერიოდული შემოწმება. კვლევის მიზანია სამედიცინო დაწესებულებებში რადიოლოგიური მომსახურების შესაბამისობის შესწავლა კანონით გამსაზღვრულ უსაფრთხოების ნორმებთან. **მეთოდოლოგია.** კვლევის თეორიული საფუძველია: რენტგენოლოგიური მომსახურების შესახებ არსებული ლიტერატურის მონაცემები. რადიონობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ხარისხის მართვის სამსახურების, ექიმ რადიოლოგების და პაციენტების გამოკითხვა. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ გარემოს და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების სამსახურის სპეციალისტებთან. **შედეგები.** კვლევის შედეგად გამოიკვეთა სამედიცინო რენტგენო-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის ნორმების და სამედიცინო დაწესებულებებში ამ მოთხოვნის შესაბამისად არსებულ მდგომარეობათა რადიკალური განსხვავება. პაციენტების დიდ ნაწილს, ისევე, როგორც სამედიცინო დაწესებულებათა ხარისხის მართვის სამსახურს და ექიმ რადიოლოგებს, სათანადო ინფორმაცია არ აქვთ რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების შესახებ. კლინიკათა უმრავლესობა სათანადო მნიშვნელობას არ ანიჭებს რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოებას და შესაბამისად, შესაძლო გართულებებს. სამედიცინო დაწესებულებებში არ კონტროლდება რენტგენოლოგიური სერვისების უსაფრთხოების პარამეტრები, არ ხდება იმ გარემოს მონიტორინგი სადაც მომსახურების მიღება ხდება. **რეკომენდაციები.** მიზანშეწონილია მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების შესახებ. სამედიცინო დაწესებულებებმა ყოველწლიურად უნდა შეამოწმონ გარემო სადაც უშუალოდ ხდება რენტგენოლოგიური მომსახურების მიღება. აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სამსახურმა მოახდინოს სამედიცინო დაწესებულებაში რადიოლოგიური სერვისების საჭიროების დასაზუსტებაზე მონიტორინგი.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რენტგენოლოგიური მომსახურება, პაციენტის უსაფრთხოება.

Radiology medical service quality problems in Georgia

Tengiz Verulava, Irakli Tortladze

Abstract

Introduction. Patient safety is important in terms of diagnostic-therapeutic equipment for periodic review. The research aim is to study the relevance of services in health facilities with the safety standards. **Methodology.** The quantitative research was carried out for the managers of medical institutions, doctors and patients. Qualitative research included in-depth interviews carried out with the Radiation Safety Service specialists. **Results.** A large proportion of patients, as well as the quality managers of medical facilities and radiologists do not have sufficient

information about the safety of X-ray services. Medical facilities are not controlled by security settings, there has been no monitoring of the environment where the service is provided. **Recommendations.** It is recommended to raise public awareness about the safety of X-ray services. Medical institutions should annually check safety of X-ray services.

Key search words: the quality of medical services, radiology services, patient safety.

შესავალი.

2002 წლის ჯანმრთელობის 55-ე მსოფლიო ასამბლეამ მიიღო რეზოლუცია,¹ რომლითაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციას და წევრ სახელმწიფოებს მოუწოდებდა, რომ მაქსიმალური ყურადღება მიექციათ პაციენტის უსაფრთხოებისათვის. ამის საპასუხოდ 2004 წლის ოქტომბერში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ დააარსა „პაციენტთა უსაფრთხოების მსოფლიო ალიანსი“, რომელმაც შეიმუშავა პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ძირითადი მიმართულებები: მედიკამენტური მკურნალობის უსაფრთხოება, სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური დასნებოვნების თავიდან აცილება (ნოზოკომიური უსაფრთხოება), ხელის ჰიგიენის დაცვა, უსაფრთხო ჰიგიენა, ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის შემცირება, სამედიცინო შეცდომების თავიდან აცილება.²

2006 წელს ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტმა მიიღო რეკომენდაცია (965-ე შეხვედრა), „პაციენტთა უსაფრთხოების მართვა და არასასურველი მოვლენების პრევენცია ჯანდაცვაში“, რომლითაც მოუწოდებდა წევრ სახელმწიფოებს, შეემუშავებინათ პაციენტთა უსაფრთხოების პოლიტიკის თანმიმდევრული და ამომწურავი საკანონმდებლო ჩარჩო; ხელი შეეწყოს პაციენტთა უსაფრთხოების შემთხვევების შეტყობინების სისტემის დანერგვისათვის, სასწავლო პროგრამების შემუშავებისათვის, პაციენტთა უსაფრთხოების სარწმუნო მაჩვენებლების დადგენისათვის, რეგულარული ანგარიშების წარმოებისათვის.

დასავლეთის ქვეყნებში გამართულმა დებატებმა ხელი შეუწყო ჩამოყალიბებულიყო ახლებური ხედვა უსაფრთხო სამედიცინო მოსახურების საკითხებზე. იგი სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებლობას აკისრებდა არამარტო სამედიცინო პერსონალს, არამედ მთლიანად ინსტიტუციურ სისტემას, გარემოს. ამ ხედვის შესაბამისად აშშ-ში ამოქმედდა ფედერალური კანონი „პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ“³. 2008-2009 წლებში ამერიკის ექიმთა ასოციაციამ გაითვალისწინა პაციენტთა უსაფრთხოების და ხარისხის მართვის ინსტიტუტების მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები და მხარი დაუჭირა კანონის შემდგომ სრულყოფას, შედეგად, 642010 წელს მიღებულ იქნა „პაციენტთა დაცვისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის აქტი“.

2005 წელს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალურად საკითხთა კომიტეტთან შეიქმნა პაციენტთა უსაფრთხოების სამუშაო ჯგუფი, რომლის ბაზაზეც შემდგომ ჩამოყალიბდა „პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსი“. დღესდღეობით „პაციენტთა უსაფრთხოების საქართველოს ალიანსი“ არის ევროპის ჯანდაცვის ხარისხის საზოგადოების წევრი. 2006 წლიდან მას ჰყავს წარმომადგენელი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პაციენტთა უსაფრთხოების ცენტრის „საერთაშორისო ერთობლივ კომისაში“.⁴

1998 წელს საქართველოში ხელი მოეწერა კანონს ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების შესახებ, რომლის მიზანი იყო მაიონებელი გამოსხივების მავნე ზემოქმედებისაგან ადამიანისა და გარემოს დაცვა იმ ვალდებულებათა შესაბამისად, რომლებიც განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციით, საქართველოს საერთაშორისო

¹European Chapter of Patients' Rights. Active Citizenship Network, The World Health Organization. 2002.

² The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA. 27.10. 2004.

³ House of Commons Health Committee, Patient Safety, Sixth Report of Session 2008–09.

⁴პაციენტთა უსაფრთხოება, ევროპის საბჭოს და ევროპის კავშირის რეკომენდაციები. 2008წ. გვ.7

ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით და საქართველოს კანონმდებლობით. კანონი არეგულირებს ბირთვული და რადიაციული საქმიანობის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ სამართლებრივ ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების დაწესებულებებსა და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის. საქართველოს კანონმდებლობა ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, გარემოს დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან.¹

პაციენტთა უსაფრთხოების კანონმდებლობა აყალიბებს სათანადო, უსაფრთხო გარემოს სამედიცინო მომსახურების გაწევის უზრუნველსაყოფად, ხოლო პროცესის ყველა მონაწილეს ავალდებულებს მუდმივად აფასებდნენ რისკებს და რეაგირებდნენ არასასურველ მოვლენებზე².

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფერო არ არის უსაფრთხო. არასასურველი მოვლენები მნიშვნელოვანი ზიანის მომტანია პაციენტებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ შექმნილია კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციები (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები) სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების მხრივ მაინც არსებობს პრობლემები.

მნიშვნელოვანია, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მუდმივი კონტროლი, ასევე იმ სადიაგნოსტიკო-სამკურნალო აპარატურის პერიოდული შემოწმება, რომლითაც ხდება მომსახურების მიწოდება, მაგ.: დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევის შედეგად სამედიცინო მოწყობილობების არასწორი ექსპლოატაციის გამო იღუპება ან სერიოზულად ავადდება წელიწადში 400 ადამიანი³. ამ მხრივ აღსანიშნავია, რომ დიაგნოსტიკა-მკურნალობისას დაშვებული შეცდომების უმრავლესობა არ წარმოადგენს მხოლოდ ინდივიდუალურ დაუდევრობას, არამედ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზების პრობლემაა.

2013 წელს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნდა „ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში“, რომელშიც საუბარია ამ კუთხით არსებულ პრობლემებზე. საქართველოს მოქალაქეებს უნდა ჰქონდეთ გარანტია სახელმწიფოს მხრიდან, რომ მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება იქნება უსაფრთხო. ამისთვის ჯანდაცვის სისტემას უნდა შეეძლოს სამედიცინო შეცდომების პრევენცია შესაბამისი კანონმდებლობის შემუშავების, კლინიკური გაიდლაინების დანერგვის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, დამზღვეულ შეცდომებზე გამოცდილების მიღების მეშვეობით.

2011 წელს ამოქმედდა პაციენტების უსაფრთხოების დაცვის უზრუნველყოფის მექანიზმი, რომლის მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის მიზნით, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით ახორციელებს სალიცენზიო ან სანებართვო პირობების შერჩევით შემოწმებას. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სერვისების განვითარების მიზნით, 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემა⁴. ხარისხის მართვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ხარისხის მართვის ერთეული, რომელიც თავის სამუშაო

¹ ბირთვული ბირთვული და რადიაციული რადიაციული რადიაციული უსაფრთხოების უსაფრთხოების შესახებ, საქართველოს კანონი, 1998წ.

²IAEA SAFETY STANDARDS, Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards, This publication has been superseded by GSR Part 3

³Department of Health - An organisation with a memory, The UK Department of Health, 2000 report

⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-63/ნ, 2012წ

პროცესს წარმართავს დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ შიდა ბრძანებით დამტკიცებული ინსტრუქციით. ინსტრუქცია მოიცავს როგორც დარგის მარეგულირებელი კანონმდებლობის, ისე დაწესებულების შიდაგანაწესით გაწერილი მოთხოვნების სტაციონარში დანერგვის, შემდგომში პროცესებზე მონიტორინგისა და კონტროლის, ასევე ხარისხის უზრუნველყოფის დროში გაწერილ ღონისძიებებს. რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას რადიაციული უსაფრთხოების სისტემის უზრუნველყოფა უნდა ითვალისწინებდეს რადიაციული დაცვის სამი ძირითადი პრინციპის ნორმირების, დასაბუთებისა და ოპტიმიზაციის პრაქტიკულ რეალიზაციას¹.

ნორმირების პრინციპის განხორციელება ხდება გამოსხივების ჰიგიენური ნორმატივების (დასაშვები დოზური ზღვრების) დადგენით. მომუშავე პირთათვის (პერსონალის A ჯგუფი) საშუალო წლიური ეფექტური დოზის მაჩვენებელი 20 მზვ-ის (0,02 ზვ)² ტოლია, ხოლო მთელ შრომის პერიოდში (50 წელი) – 1 ზვ. დასაშვებია დასხივება წლიური ეფექტური დოზით 50 მზვ (0,05 ზვ) იმ პირობით, თუ საშუალო ეფექტური წლიური დოზა, განსაზღვრული ბოლო 5 თანმიმდევრული წლის განმავლობაში, არ აღემატება 20 მზვ-ს; პერსონალის B ჯგუფისათვის აღნიშნული ყველა სიდიდე უნდა იყოს ოთხჯერ ნაკლები. პროფილაქტიკური სამედიცინო რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირებისათვის წლიური ეფექტური დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 1 მზვ-ს (0,001 ზვ). მოსწავლეებისა და სტუდენტებისათვის 16-18 წლის ზევით, რომლებიც პროფესიულ სწავლებას გადიან მაიონებელი გამოსხივების წყაროების გამოყენებით, წლიური დოზები არ უნდა აღემატებოდეს მაჩვენებლებს, რომელიც დადგენილია B ჯგუფისათვის.

დასაბუთების პრინციპის რეალიზაცია რენტგენოლოგიური კვლევების დროს უნდა ითვალისწინებდეს: ალტერნატიული მეთოდების (არარადიაციული) პრიორიტეტულ გამოყენებას; გამოკვლევების ჩატარებას მხოლოდ კლინიკური ჩვენებებით; რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დაზოგვითი მეთოდების შერჩევას, რომლის დროსაც ხდება პაციენტის შედარებით ნაკლებად დასხივება; სამედიცინო რენტგენოლოგიური პროცედურების დროს პერსონალის მუშაობის დეფექტების მინიმუმამდე დაყვანას მაღალი პროფესიონალიზმის გზით; რისკი რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე უარის თქმის დროს ბევრად უნდა აღემატებოდეს დასხივების რისკს.

ოპტიმიზაციის პრინციპი ანუ დასხივების დონის შემცირება რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩატარების დროს ხორციელდება დასხივების დოზების რაც შეიძლება დაბალ და მისაღწევ დონეზე დაყვანით, დიაგნოსტიკური ინფორმაციისა და თერაპიული ეფექტის შემცირების გარეშე, ეკონომიკური და სოციალური ფაქტორების გათვალისწინებით.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს რადიაციული უსაფრთხოების უზრუნველყოფისათვის საჭიროა: ა) უსაფრთხოების, ტექნიკური, სამედიცინო-პროფილაქტიკური, ფიზიკური დაცულობის და სხვა კომპლექსური ღონისძიებების გატარება; ბ) რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებისა და ნორმატივების მოთხოვნათა ღონისძიებების გატარება; გ) მოსახლეობის (პაციენტების) ინფორმირება დოზური დატვირთვის, დასხივების შესაძლო შედეგების, რადიაციული უსაფრთხოებისათვის მიღებული ღონისძიებების შესახებ; დ) რადიაციული უსაფრთხოების მეთოდებისა და საშუალებების სწავლება იმ პირთათვის, რომლებიც ნიშნავენ და ასრულებენ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს.

¹ სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ”. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2003 წელი

² ზივერტი (აღნიშვნა: ზვ, Sv) — ეკვივალენტური და ეფექტიანი მაიონიზირებელი გამოსხივების დოზის გაზომვის ერთეული ერთეულთა საერთაშორისო სისტემაში, 1 ზივერტი — 1 კვ ბიოლოგიური ქსოვილის მიერ შთანთქმული ენერჯის რაოდენობა, რომელიც ზემოქმედებით უტოლდება 1 გრ გამა-გამოსხივების შთანთქმვას.

რენტგენის კაბინეტებში მუშაობის უსაფრთხოებას განაპირობებს: ა) საჭირო კლინიკური შედეგებისა და რადიაციული უსაფრთხოების მოთხოვნების უზრუნველყოფი რენტგენის აპარატებისა და დანადგარების გამოყენება; ბ) სათავსთა დასაბუთებული კომპლექსი, მათი განლაგება, მოპირკეთება; გ) დანადგარებისა და აღჭურვილობის არჩევა, განლაგება და ექსპლუატაცია ტექნიკური მოთხოვნების შესაბამისად; დ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩატარების დროს რენტგენის აპარატების მუშაობის ოპტიმალური ფიზიკო-ტექნიკური პარამეტრების გამოყენება; ე) რადიაციული დაცვის სტაციონარული, გადასატანი და ინდივიდუალური საშუალებების გამოყენება; ვ) პერსონალის მიერ რენტგენოლოგიური გამოკვლევების უსაფრთხო მეთოდების შესწავლა; ზ) რენტგენოლოგიური გამოკვლევებისა და სხივური თერაპიის დროს რადიაციული უსაფრთხოების წესებისა და ნორმების შესრულებაზე საწარმოო კონტროლის განხორციელება.¹

ყველა სახის სამედიცინო რენტგენოლოგიური აპარატების გამოყენების დროს რადიაციული დაცვის სათანადო დონის მისაღწევად დაწესებულებები უზრუნველყოფენ: ა) რადიაციული უსაფრთხოების წესებისა და ინსტრუქციების წარდგენას; ბ) ყველა იმ განსახორციელებელი დაცვითი ღონისძიებების წარდგენას, რომლებიც უზრუნველყოფენ მაიონებელი გამოსხივების წყაროებთან მომუშავე პერსონალის დაცვას; გ) პროფესიული დასხივების კონტროლს ინდივიდუალური დოზიმეტრით; დ) რადიაციულ უსაფრთხოებას, პასუხისმგებელი პირის მოვალეობის განსაზღვრასა და პერსონალის მისდამი თანამდებობრივ დაქვემდებარებას; ე) რენტგენოლოგიური განყოფილების პროექტირებასა და დაგეგმარებაში მონაწილეობის მიღებას; ვ) რენტგენოლოგიური აპარატურის ექსპლუატაციის წესის დადგენას რადიაციული უსაფრთხოების თვალსაზრისით; ზ) რადიაციულ დაცვისა და უსაფრთხოების მოთხოვნებს ახალი აპარატურისა და აღჭურვილობისათვის; თ) რადიაციულ უსაფრთხოებაში პერსონალის ინსტრუქტაჟისა და სავალდებულო საკვალიფიკაციო მომზადების ორგანიზაციას; ი) მონიტორინგის (კონტროლის) ოპერაციებს ადამისთვის საჭირო ხელსაწყოებით აღჭურვას, დაკალიბრებას (სახელმწიფო დამოწმება); კ) რენტგენის პროცედურების ხარისხის პროგრამის შემუშავებას, განხორციელებასა და კონტროლს; ლ) შესაძლო რისკის შეფასებას, ავარიული გეგმის შემუშავებას; მ) შესაძლო მნიშვნელოვანი დასხივების (ზღვრულად დასაშვები დოზის გადაჭარბების შემთხვევაში) ინტერპრეტაციას; ნ) კვლევის ოპტიმალური მეთოდების სრულყოფას პაციენტისა და მომსახურე პერსონალის სხივური დატვირთვის შემცირების მიზნით. 2. საწარმოო კონტროლის ჩატარება განისაზღვრება ყველა ორგანიზაციისათვის მათი თავისებურებებისა და მუშაობის პირობების გათვალისწინებით

პერსონალისა და მოსახლეობის დასხივების დონე არ უნდა აღემატებოდეს ძირითად დოზურ ზღვრებს, რომლებიც დადგენილია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 26 მარტის №132/ნ ბრძანებით „საქართველოს ტერიტორიაზე რადიაციული უსაფრთხოების ნორმების დამტკიცების შესახებ“ დამტკიცებული ჰიგიენური ნორმატივებით „რადიაციული უსაფრთხოების ნორმები“².

რენტგენის კაბინეტის საპროცედუროში არსებული რადიაციული დაცვის სტაციონარული დაცვის საშუალებები (კედლები, იატაკი, ჭერი, დამცველიკარები, სამეთვალყურეო ფანჯარა, დარაბები და სხვა) უნდა უზრუნველყოფდეს რენტგენის გამოსხივების შესუსტებას ისეთ დონემდე, რომლის დროსაც არ მოხდება შესაბამისი

¹სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ“. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2003 წელი

² ტექნიკური რეგლამენტის - „რადიოიზოტოპური ლაბორატორიების მოწყობისა და მედიცინაში ღია რადიოფარმპრეპარატების გამოყენების წესები და ნორმები“ დამტკიცების შესახებ, N438 2013 წლის 31 დეკემბერი ქ. თბილისი

დასხივებული პირებისათვის ძირითადი დასაშვები დოზის ზღვარის გადაჭარბება მათი საპროცედუროს მოსაზღვრე შენობებში ყოფნის მთელი პერიოდის განმავლობაში.

სამკურნალო დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია უზრუნველყოს პერსონალის დაცვა პროფესიული (ნორმალური მუშაობის პირობებში) და შესაძლებელი პოტენციური დასხივებისაგან¹.

დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია აწარმოოს პერსონალის წინასწარი (სამსახურში მიღების დროს) და ყოველწლიური პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევები. სამუშაოდ დაიშვებიან პირები, რომელთაც არ გააჩნიათ სამედიცინო უკუჩვენება. ჯანმრთელობის გაუარესების შემთხვევაში, დაწესებულების ადმინისტრაციის გადაწყვეტილების თანახმად, პირი დროებით ან მუდმივად გადაყვანილ უნდა იქნეს მაიონებელი გამოსხივების სფეროდან.

მკურნალი ექიმი დასაბუთებული კლინიკური მონაცემების საფუძველზე იძლევა პაციენტის რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დანიშნულებას. ექიმმა, რომელიც ნიშნავს ან ატარებს სამედიცინო რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, უნდა იცოდეს პაციენტის დასხივების მოსალოდნელი დოზის დონე, ორგანიზმის შესაძლებელი რეაქცია და შორეული შედეგების რისკი. პაციენტს, მოთხოვნის თანახმად, ეძლევა სრული ინფორმაცია დასხივების მოსალოდნელი ან მიღებული დოზისა და შესაძლებელი შედეგების შესახებ. რენტგენოლოგიური პროცედურების ჩატარების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვს თვით პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს. პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას სამედიცინო რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე. რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩატარებაზე პასუხისმგებელია ექიმი-რენტგენოლოგი, რომელიც იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას გამოკვლევის მოცულობის, სახეობისა და ჩატარების აუცილებლობის შესახებ. თუ გამოკვლევის აუცილებლობა არ არის შესაბამისად დასაბუთებული, ექიმ-რენტგენოლოგს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე, ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს მკურნალ ექიმს და უარი დაფიქსირდეს ავადმყოფობის ისტორიაში.

პაციენტის უსაფუძვლო განმეორებითი დასხივების აღკვეთის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების ყველა ეტაპზე, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ადრე ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევების შედეგები. ავადმყოფის გაგზავნისას რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე, საკონსულტაციოდ ან სტაციონარულ მკურნალობაზე, ერთი სტაციონარიდან მეორეში გადაყვანის შემთხვევაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევების შედეგები უნდა გადაეცეს ინდივიდუალურ ბარათთან ერთად. ამბულატორია-პოლიკლინიკაში ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევები არ უნდა ახდენდნენ სტაციონარში ჩატარებული გამოკვლევების დუბლირებას, თუ არ არის ამის აუცილებლობა. განმეორებითი გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შეიცვალა დაავადების მიმდინარეობა ან გამოვლინდება ახალი დაავადება, ან იმ შემთხვევაში, თუ აუცილებელია ფართო ინფორმაციის მიღება პაციენტის მდგომარეობის შესახებ.

პროფილაქტიკური სამედიცინო რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ან სამეცნიერო კვლევის ჩატარების დროს პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანის დასხივების წლიური ეფექტური დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 1 მზვ-ს. პროფილაქტიკური დასხივების წლიური დოზის დადგენილი ნორმატივი შეიძლება გაიზარდოს არაკეთილსაიმედო ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობისას, რომელიც მოითხოვს დამატებითი გამოკვლევების ჩატარებას ან მაღალი დოზის წარმომქმნელი მეთოდების იძულებით გამოყენებას. ასეთ შემთხვევაში, ე.ი. როცა პროფილაქტიკური გამოკვლევების დროს იქმნება დასაშვები ნორმატივების გაზრდის საჭიროება, ამ ღონისძიებების ჩატარების უფლება შეთანხმებულ

¹ ტექნიკური რეგლამენტის - „სამედიცინო რენტგენო-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის ნორმები“ დამტკიცების შესახებ, მე-18გვ. N 83 2014 წლის 16 იანვარი. თბილისი

უნდა იქნეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება რენტგენოლოგიური მეთოდებით არ დაიშვება. სამეცნიერო გამოკვლევები ადამიანებზე მაიონებელი წყაროების გამოყენებით უნდა ჩატარდეს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით. ამასთანავე, აუცილებელია გამოსაკვლევი პირის წერილობითი თანხმობა და მისი ინფორმირება დასახივების შესაძლო შედეგების შესახებ.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს, კანის დაცვის მიზნით, დგინდება მინიმალური დასაშვები მანძილი რენტგენის მილის ფოკუსიდან პაციენტის სხეულის ზედაპირამდე.

რეპროდუქციული ასაკის ქალების რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე გაგზავნისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ბოლო მენსტრუაციის დრო. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, მენჯ-ბარძაყის სახსრის რენტგენოგრაფია, უროგრაფია და სხვა გამოკვლევები, რომლებიც დაკავშირებულია გონადების დასახივებასთან, რეკომენდებულია ჩატარდეს მენსტრუალური ციკლის პირველ დეკადაში, რათა გამოირიცხოს ნაყოფის დასახივება. თუ ქალი გასათხოვარია, უმჯობესია გამოკვლევა ჩატარდეს მენსტრუალური ციკლის ბოლო დეკადაში, ვინაიდან საკვერცხე ამ პერიოდში ნაკლებ მგრძობიარეა დასახივების მიმართ. ორსულთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ტარდება მხოლოდ კლინიკური ჩვენებით. გამოკვლევა შეძლებისდაგვარად უნდა მოხდეს ორსულობის მეორე ნახევარში, იმ შემთხვევის გარდა, როცა დგება საკითხი ორსულობის შეწყვეტის შესახებ ან საჭიროა სასწრაფო ან გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება. აკრძალულია ორსულებში რენტგენოთერაპიის ჩატარება. აკრძალულია ორსულმა ქალმა მონაწილეობა მიიღოს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაში დამხმარედ.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ორსულებში უნდა ხდებოდეს ყველა დაცვის საშუალებების გამოყენებით ისე, რომ დოზა, რომელსაც მიიღებს ნაყოფი, არ აღემატებოდეს 1 მზვ-ს ორი თვის განმავლობაში ორსულობის გამოვლინებამდე, თუ ნაყოფმა მიიღო 0,1 მზვ-ზე მეტი დასახივების დოზა, ექიმი ვალდებულია გააფრთხილოს პაციენტი მოსალოდნელი შედეგების შესახებ და შესთავაზოს ორსულობის შეწყვეტა. 12 წლამდე ბავშვთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს საშუალო მედპერსონალის, სანიტარის ან ნათესავის თანდასწრებით, რომელთა ვალდებულებაა პაციენტის მიყვანა გამოკვლევის ადგილამდე და მათზე მეთვალყურეობა პროცედურის ჩატარების პერიოდში. უმცროსი ასაკის ბავშვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას გამოიყენება სპეციალური საიმობილიზაციო საშუალებები, რომლებიც გამორიცხავენ დახმარებას პერსონალის მხრიდან თუ საპროცედუროში ასეთი რამ არ არის, მაშინ ბავშვების დაკავება ევალებათ 18 წელზე მეტი ასაკის პირებს. ისინი წინასწარ უნდა იქნენ ინსტრუქტირებულნი და აღჭურვილნი ინდივიდუალური დაცვითი საშუალებებით.

პროფილაქტიკური რენტგენოლოგიური გამოკვლევები არ უტარდებათ 14 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ორსულებს, აგრეთვე ავადმყოფებს, რომლებიც შემოვიდნენ სტაციონარული, ამბულატორიული ან პოლიკლინიკური მკურნალობისათვის და რომლებსაც წინა წელს უკვე ჩაუტარდათ პროფილაქტიკური გამოკვლევა. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარებისას გამოკვლევის ველი მინიმალური უნდა იყოს, ხოლო დრო, რაც შეიძლება ხანმოკლე, მაგრამ ისე, რომ არ მოხდეს გამოკვლევის ხარისხის გაუარესება. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს საპროცედუროში დასაშვებია მხოლოდ ერთი პაციენტის ყოფნა. რენტგენის კაბინეტის გარეთ (პალატა, საოპერაცო) მოძრავი და გადასატანი აპარატების გამოყენებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი ღონისძიებები:

- ა) რენტგენის აპარატების შესანახი დროებითი ან მუდმივი სათავსის გამოყოფა;
- ბ) გამომსხივებლის მიმართვა იმ მხარეს, სადაც იმყოფება ნაკლები ხალხი;
- გ) რენტგენის აპარატების ხალხიდან რაც შეიძლება დიდ მანძილზე განლაგება და პერსონალისა და პაციენტის მიერ ინდივიდუალური დამცველი საშუალებების გამოყენება;

დ) რენტგენის აპარატთან ხალხის ყოფნის დროის შეზღუდვა;

ე) გადასატანი დამცველი საშუალებების გამოყენება.

რენტგენის კაბინეტების ექსპლუატაციაში მიღებისას წარმოებს შემდეგი სახის რადიაციული კონტროლი:

ა) გამოსხივების დოზის სიმძლავრის პერსონალის სამუშაო ადგილებზე;

ბ) გამოსხივების დოზის სიმძლავრის შენობებში, ტერიტორიაზე და აგრეთვე რენტგენის კაბინეტის საპროცედუროს მომიჯნავე შენობებში.

რენტგენის კაბინეტების ექსპლუატაციაში მიღების დროს, აგრეთვე ლიცენზიის გაცემისას, რადიაციული კონტროლის შედეგები უნდა გაფორმდეს აქტით, რომელშიც მითითებულ იქნება კაბინეტის ტექნიკურ დოკუმენტაციასთან შესაბამისობა და რადიაციული უსაფრთხოების უზრუნველყოფა მოქმედი წესებისა და ნორმების თანახმად, ელექტრონული მონაცემები და რენტგენის მკვებავი მოწყობილობის, რენტგენის გამომსხივებლის საქარხნო ნომერი (საკომპლექტაციო ელემენტებს უნდა ჰქონდეთ მარკირება, რომელიც ადასტურებს მათი კაბინეტის დანიშნულებისადმი შესაბამისობას) და კაბინეტში დასაშვები რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩამონათვალი. მიღების აქტების ეგზემპლარები უნდა ინახებოდეს კაბინეტში, რადიაციული უსაფრთხოების სამსახურში (რადიაციული კონტროლის ჯგუფში, პირთან, რომელიც პასუხს აგებს რადიაციულ კონტროლზე), სამედიცინო დაწესებულებასა და მარეგულირებელ ორგანოში. ინსპექტირების განხორციელებისას რადიაციული კონტროლის მოცულობა განისაზღვრება რენტგენის კაბინეტის გამოკვლევის ამოცანებით. კაბინეტის გამოკვლევა უნდა ხდებოდეს არანაკლებ წელიწადში ერთჯერ. რადიაციული კონტროლის შედეგების გაფორმება წარმოებს ოქმის სახით. მასში მითითებულ უნდა იქნეს სათავსოს გეგმა, რენტგენის აპარატურის განლაგებისა და გაზომვის წერტილები, რომლებიც შეთანხმებულია მარეგულირებელ ორგანოსთან ოქმებში მითითებულ უნდა იქნეს გამოვლენილი საექსპლუატაციო ნაკლოვანებანი, ხოლო მათი აღმოფხვრისა და შესრულებისათვის ეძლევათ რეკომენდაციები და ვადები.¹

მედიცინაში რადიაციული ზემოქმედების კონტროლისა და შეზღუდვის პრინციპები დამყარებულია დასხივების რაც შეიძლება მინიმალური დოზით ავადმყოფებისათვის აუცილებელი და სასარგებლო დიაგნოსტიკური ინფორმაციის ან თერაპიული ეფექტის მიღებაზე. გამოიყენება რადიოლოგიური პროცედურების და საბუთებისა და დაცვის ღონისძიებათა ოპტიმიზაციის პრინციპები, თითოეული პროცედურის დასხივების ზღვარი.

სამკურნალო-დიაგნოსტიკური რენტგენოლოგიური მომსახურებასთან დაკავშირებული არასასურველი მოვლენები უფრო მეტად უკავშირდება სისტემის არასრულყოფილ ორგანიზაციულ სტრუქტურას, ვიდრე მედიცინის მუშაკს. გონივრული ჩარევებით განხორციელებული არასასურველი მოვლენების პრევენცია ხელს უწყობს პაციენტის უსაფრთხოების დაცვას, კერძოდ არასასურველი მოვლენების გამჭვირვალობას, გამოვლენას და დამაზიანებელი ეფექტების შემსუბუქებას. ამ მხრივ, თანამშრომლობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტს.

დღესდღეობით არ არსებობს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებში რადიოლოგიური მომსახურების ხარისხის ამსახველი კვლევა. თუმცა, რადიოლოგიური მომსახურების სიხშირის ზრდასთან ერთად აქტუალური ხდება მისი უსაფრთხოების შესწავლა, რადიოლოგიური უსაფრთხოების შესახებ სამედიცინო დაწესებულებათა მენეჯერთა, სამედიცინო პერსონალთა და პაციენტთა ინფორმირების დონის დადგენა.

¹ “სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი, 2003წ.

ძირითადი საკვლევი საკითხებია:

- მოსახლეობის ინფორმირებულობა რადიოლოგიური სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მომსახურების უსაფრთხოების შესახებ;
- სამედიცინო დაწესებულებათა მენეჯერების ინფორმირებულობა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების შესახებ;
- რადიოლოგიურ განყოფილებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობა რადიოლოგიურ უსაფრთხოებაზე;
- რადიოლოგიური მომსახურების შესაბამისობა კანონით გამსწავლვრულ უსაფრთხოების ნორმებთან.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია რენტგენო-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის თვალსაზრისით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ხარისხის მართვის სამსახურის, ექიმი რადიოლოგების და იმ პაციენტების გამოკითხვა, რომელთაც უშუალოდ მიიღეს რენტგენოლოგიური მომსახურება. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ჩადრმავებილი ინტერვიუ გარემოს და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების სამსახურის სპეციალისტებთან, ასევე მათი დახმარებით მომზადდა სპეციფიკური კითხვები, ხოლო რადიოლოგიური მიმართულებით კითხვარები შეთანხმებულ იქნა სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რადიოლოგიური დეპარტამენტის ექიმ რადიოლოგებთან.

კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შერჩეულ იქნა სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ახორციელებენ რენტგენოლოგიურ მომსახურებას. ამასთან კვლევა ჩატარდა იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც მინიმუმ 5 წელია ფუნქციონირებენ სამედიცინო ბაზარზე. კვლევა ჩატარდა 5 მრავალპროფილურ, 3 მონოპროფილურ კლინიკაში და 2 ამბულატორიაში. 10 სამედიცინო დაწესებულებაში გამოკითხულ იქნა 9 ხარისხის სამსახურის უფროსი, 6 მენეჯერი, 14 რადიოლოგი და 200 პაციენტი.

შედეგები/შედეგების ინტერპრეტაცია

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ 10 სამედიცინო დაწესებულებიდან ყველა მათგანში არსებობდა ხარისხის კონტროლის სამსახური, თუმცა 2 მათგანში ცალკე არ იყო გამოიჯნული და შეთავსებული ჰქონდა დაწესებულების მენეჯერს. 2 კლინიკას არ ჰყავდა სამედიცინო დაწესებულებაში რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირი, ხოლო დანარჩენ კლინიკებში 8 სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერი/ხარისხის კონტროლის სამსახური არ ფლობდა სრულ ინფორმაციას რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირის ფუნქცია-მოვალეობების შესახებ.

კითხვაზე, იყო თუ არა რადიოლოგიური კვლევის ინფრასტრუქტურა ტექნიკური რეგლამენტის შესაბამისად მოწყობილი, 9 სამედიცინო დაწესებულებამ დადებითი პასუხი გასცა. თუმცა, კითხვაზე, ქონდათ თუ არა ხელშეკრულება ორგანიზაციასთან, რომელიც ახორციელებდა რენტგენოლოგიური აპარატის პარამეტრების გეგმიურ მონიტორინგს მხოლოდ 7-მა 9 სამედიცინო დაწესებულებამ უპასუხა დადებითად და მათგან მხოლოდ 6-მა წარმოადგინა შესაბამისი დოკუმენტაცია.

2014 წელის 16 იანვარს ძალაში შევიდა №83 დადგენილება, სამედიცინო დაწესებულების რენტგენოლოგიური განყოფილების მოწყობის ტექნიკურ რეგლამენტთან შესაბამისობის შესახებ. 9 სამედიცინო დაწესებულებას ჰქონდა ინფორმაცია აღნიშნული დადგენილების შესახებ, თუმცა, 6 სამედიცინო დაწესებულებამ ვერ დაასახელა დადგენილების გამოცემის ზუსტი თარიღი.

3 კლინიკაში ხარისხის მართვის სამსახურის მიერ არ კონტროლდება რადიოლოგიური კვლევის შესაბამისობა გაიდლაინთან. მხოლოდ 4 სამედიცინო დაწესებულებამ გასცა დადებითი პასუხი კითხვაზე, კონტროლდება თუ არა რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოება და პასუხისმგებელი პირი პერიოდულად აწვდის თუ არა ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას მომსახურების ხარისხზე.

მიღებული ინფორმაციით გამოვლინდა, რომ სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის დეპარტამენტში მომუშავე პირთა უმრავლესობას არ აქვს სრული ინფორმაცია უსაფრთხო რენტგენოლოგიური მომსახურების შესახებ. ამასთან არ კონტროლდება ამ მიმართულებით მომსახურების ხარისხი. მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო დაწესებულების ნაწილი უბრალოდ არ ფლობს ინფორმაციას ამ მიმართულებით, როგორც საკანონმდებლო აქტების არსებობის, ასევე საერთაშორისო სტანდარტების შესახებ. ექსპერტთა აზრით, ამ მიმართულებით არ ხდება არსებული პრობლემების სრულად შეფასება. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს და ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების დეპარტამენტს მიერ მოიძებნოს და შეემუშავდეს ერთობლივი სამოქმედო გეგმა.

კვლევით გამოვლინდა რადიოლოგიურ განყოფილებაში მომუშავე პერსონალთა მიმართ კანონით განსაზღვრული და რეალურად არსებულ ვითარებათა მკვეთრი განსხვავება. რადიოლოგთა ინფორმაციით სამედიცინო დოკუმენტაციაში არ არსებობს დოზების აღრიცხვის პირადი ფურცელი. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერები და რადიოლოგიური განყოფილების სამედიცინო პერსონალი, ასევე პაციენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა ადასტურებს, რომ დასხივების დოზის მჭვერნელი არსად ფიქსირდება.

10 რადიოლოგმა ინდივიდუალურ დოზიმეტრებთან დაკავშირებულ კითხვაზე დადებითი პასუხი გასცა, თუმცა, მხოლოდ 7 რადიოლოგმა შეძლო მათი წარმოდგენა. მნიშვნელოვანია, ასევე, თუ რამდენად მოწმდება ინდივიდუალური დოზიმეტრების შესახებ ინფორმაცია. 9 რადიოლოგმა აღნიშნა, რომ მოწმდება დოზიმეტრის მონაცემები. თუმცა, მხოლოდ 6-მა გაიხსენა უკანასკნელად გადამოწმებული მონაცემების პერიოდი და კომპანია, რომელიც კომპეტენტურად უზრუნველყოფს მონაცემების გაანალიზებას. ამ მხრივ, საინტერესოა, რომ კლინიკის მენეჯერთა მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტაციით იგივე რაოდენობით კლინიკას აქვს ხელშეკრულება კომპანიასთან, რომელიც უზრუნველყოფს რენტგენოლოგიური მომსახურების გეგმიურ მონიტორინგს. კვლევაში მონაწილე კლინიკათა უმრავლესობაში დოზიმეტრებთან დაკავშირებით რეალურად გამოვლენილი მდგომარეობა საკითხის კიდევ უფრო დეტალურ შესწავლას იმსახურებს.

კვლევის პროცესში ერთ-ერთ კლინიკაში შევხვდით ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების დეპარტამენტის მოთხოვნას, სადაც საკმაოდ დეტალურად დამიფრული იყო იმ კითხვების ერთობლიობა, რომელთა პასუხებით სავსებით შესაძლებელი იქნებოდა შეფასებულიყო რადიაციული უსაფრთხოების მხრივ არსებული მდგომარეობა. ყველა სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია სრულად შეავსოს მონაცემები, რაც საშუალებას აძლევს გარემოს და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს შესაბამის დეპარტამენტს სრული სურათი შეექმნას სამედიცინო დაწესებულებაში უსაფრთხოების კუთხით არსებულ ვითარებაზე. კითხვარი მოიცავს რადიაციულ უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირის მონაცემებს, იმ აპარატურის დეტალურ ინფორმაციას, რომლის ფუნქციონირებაზეც გაცემულია ნებართვა, ასევე ინდივიდუალურ დოზიმეტრებზე მონაცემები და ინფორმაცია ობიექტზე მომხდარი ავარიის შესახებ.

ექიმ რადიოლოგთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ მოწმდება ყველა საავადმყოფოში. ამაში პასუხისმგებლობა ეკისრება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელებს. კითხვაზე, ხდება თუ არა სამედიცინო პერსონალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ყოველწლიური შემოწმება, მხოლოდ 6 რადიოლოგმა გასცა დადებითი პასუხი, რაც საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია. ამ კუთხით, მნიშვნელოვანია გატარდეს რიგი

ლონისძიებები, რათა მაქსიმალურად შენარჩუნდეს და ხელი შეეწყოს ამ სფეროში მომუშავე პერსონალთა ჯანმრთელობას.

14 რენტგენოლოგმა დადებითად უპასუხა კითხვას უსაფრთხო რენტგენოლოგიურ მომსახურების უზრუნველყოფის შესახებ. ამ მხრივ, რადიოლოგები გამოყოფენ ტექნოლოგიურ პრობლემას (მათ არ აქვთ უსაფრთხო მოსმასხურებისათვის შესაბამისი დამცავი საშუალებები) და დატვირთულ სამუშაო დღეებს.

7 კლინიკაში იდგა უახლესი 2010-2014 წლის აპარატურა და მათ უმრავლესობაში (n=6) წელიწადში ტარდებოდა 4000-ზე მეტი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. გამოკითხულთა უმრავლესობა (82%) წელიწადში იღებს 2-3 რენტგენოლოგიურ მომსახურებას, რაც მაღალი მაჩვენებელია. გასათვალისწინებელია, რომ კვლევაში მონაწილე პაციენტთა უმრავლესობის ასაკი 25-დან 36 წლამდეა (75%). საყურადღებოა, რომ გამოკითხულ სამედიცინო დაწესებულებებიდან 3 მათგანში რენტგენოლოგიური ფირის მიღება ხდებოდა მანუალური წესით, რაც მოძველებული მეთოდია. ტექნიკურად გაუთვალისწინებელი გარემოებები ხშირად განაპირობებს გამოსახულების დაბალ ხარისხს, შედეგად, პაციენტი იძულებული ხდება განმეორებით ჩაიტაროს გამოკვლევა, რაც ზედმეტ დასხივებასთან ასოცირდება.

კვლევის მიხედვით, მოსახლეობაში რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების მხრივ ინფორმაციის ნაკლებობაა. გამოკითხულ პაციენტთა 66%-მა აღნიშნა, რომ ექიმი რადიოლოგის მიერ არ მოხდა კვლევის უსაფრთხოებაზე მათი ინფორმირება. სამედიცინო პერსონალის მიერ არ ხდება რენტგენოლოგიური კვლევის საჭიროების შესახებ პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდება. პაციენტთა 57%-მა აღნიშნა, რომ ექიმი რადიოლოგის მიერ არ ხდებოდა ანამნეზის მონაცემების შეგროვება, რაც აუცილებელია რენტგენოლოგიური კვლევის საჭიროების გადაწყვეტილების მისაღებად. ასევე დაბალია ექიმი რადიოლოგის მიერ პაციენტებისათვის რენტგენოლოგიური კვლევის ალტერნატიული დიაგნოსტიკის მეთოდის შეთავაზება. 46%-ს ნაწილობრივ აუხსნეს კვლევის საჭიროება და 36%-ს შესთავაზეს ალტერნატიული კვლევა, რაც საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია.

დასკვნა და რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების შესახებ. ექიმმა რადიოლოგმა უნდა მიაწოდოს საჭირო ინფორმაცია პაციენტს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შესახებ. ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს რადიოლოგიური კვლევის საინფორმაციო ფურცელი.

კლინიკათა უმრავლესობა სათანადოდ არ აანალიზებს რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების მნიშვნელობას. სამედიცინო დაწესებულებებში არ კონტროლდება რენტგენოლოგიური მომსახურების უსაფრთხოების პარამეტრები, არ ხდება იმ გარემოს შესწავლა სადაც მომსახურების მიღება ხდება. ძალიან მცირეა იმ ორგანიზაციათა რაოდენობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ როგორც რენტგენოლოგიური აპარატის მუშაობის პარამეტრების შემოწმებას, ასევე სამუშაო გარემოს კონტროლს. აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებებმა ყოველწლიურად შეამოწმონ გარემო სადაც უშუალოდ ხდება რენტგენოლოგიური მომსახურების მიღება.

სამედიცინო დაწესებულებების ხარისხის მართვის სამსახურები არ აკონტროლებენ გაიდლაინთან რადიოლოგიური კვლევის შესაბამისობას. აუცილებელია მათ განახორციელონ რადიოლოგიური სერვისების საჭიროების დასაბუთებაზე მონიტორინგი. ამასთან, ხარისხის მართვის სამსახურები უნდა მუშაობდნენ ამ რადიოლოგიის ახალი სტანდარტების დანერგვაზე და არა მხოლოდ კონტროლზე, უკეთესად ფლობდნენ საქართველოს საკანონმდებლო მოთხოვნებს ამ დარგში.

რადიოლოგიური სფეროს თანამედროვე ტექნიკური განვითარების დონე მოითხოვს ექიმების და საშუალო მედიკოსონალის აუცილებელ გადამზადებას რადიოლოგიური რისკების და რადიაციული უსაფრთხოების საკითხებში.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს მთავრობა. 1998. *საქართველოს კანონი „ბირთვული და რადიაციული უსაფრთხოების შესახებ“* [file:///C:/Users/User/Downloads/nebartva-birt%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/nebartva-birt%20(1).pdf)
2. საქართველოს გარემოს და ბუნებრივი რესურსების სამინისტროს ბრძანება N182 <http://moe.gov.ge/files/PDF%20qartuli/kano%20nmdebloba/brdzanebebi/2015/brdzazneba17.pdf>
3. საქართველოს მთავრობა დადგენილება N159 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“
4. საქართველოს მთავრობა. 2014წ. *საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 83, ტექნიკური რეგლამენტის - „სამედიცინო რენტგენო-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის ნორმები“ დამტკიცების შესახებ* . <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2198745>
5. საქართველოს მთავრობა. 2014. დადგენილება N 34 *ტექნიკური რეგლამენტის - „რადიაციური ნივთიერებებთან და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროებთან მუშაობის ძირითადი სანიტარული წესები“ დამტკიცების შესახებ*
6. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013წ. *ჯანდაცვის სისტემების ეფექტურობის შეფასების ანგარიში*
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N132/ნ. *„საქართველოს ტერიტორიაზე რადიაციული უსაფრთხოების ნორმების დამტკიცების შესახებ“*. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/52186>
8. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრი, ბრძანება №94/ნ, 2006წ. *„კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“*. <http://rama.moh.gov.ge/index.php?page=111&lang=geo>
9. საქართველოს მთავრობა. 2013წ. N438-ტექნიკური რეგლამენტის - *„რადიოიზოტოპური ლაბორატორიების მოწყობისა და მედიცინაში ღია რადიოფარმპრეპარატების გამოყენების წესები და ნორმები“ დამტკიცების შესახებ*. http://gov.ge/files/276_39974_427989_438311213.pdf
10. რადიაციული დაცვისა და უსაფრთხო რადიაციული წყაროების უსაფრთხოების საერთაშორისო სტანდარტები 2011წ.
11. Department of Health -An organisation with a memory, The UK Department of Health, 2000 report on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Nov. 1999
12. EUROPEAN CHARTER OF PATIENTS' RIGHTS. Active Citizenship Network, The World Health Organization. 2002.
13. Radiation Protection and safety of radiation sources international basic safety standards. International atomic energy agency Vienna.
14. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA. 27.10. 2004.
15. House of Commons Health Committee, Patient Safety, Sixth Report of Session 2008–09,
16. USAID Health Care Improvement Project. 2010. Assessment of Non-Communicable Disease Prevention, Screening and Care Best Practices For Women of Reproductive Age in Georgia.
17. World Health Organisation 2002, *The European Health Report* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf
18. პაციენტთა უსაფრთხოება, ევროპის საბჭოს და ევროპის კავშირის რეკომენდაციები 2008წ.
19. IAEA SAFETY STANDARDS, Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards, This publication has been superseded by GSR Part 3
20. სამედიცინო რენტგენურ-რადიოლოგიური დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობის დროს რადიაციული დაცვის უზრუნველყოფის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ”. ჯანდაცვის სამინისტრო. 2003 წელი.

რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება საქართველოში

რუსუდან ესაკია, თენგიზ ვერულავა

აბსტრაქტი

შესავალი: რეცეპტის ინსტიტუტის დამკვიდრებასთან დაკავშირებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2014 წლის 1 თებერვლიდან 1 სექტემბრამდე განახორციელა ეტაპობრივი ცვლილებები, რომლის თანახმად მე-2 ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტები დაექვემდებარა ფორმა N 3 რეცეპტის საფუძველზე გაცემას. კვლევის მიზანია რეფორმის გატარებიდან 10 თვის შემდეგ არსებული ვითარების ანალიზი, რეცეპტის ინსტიტუტის დადებითი და უარყოფითი მხარეების გამოვლენა, რეფორმის გავლენა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხნენ სამედიცინო დაწესებულების ექიმები, ფარმაცევტები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ჩადრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის ექსპერტებთან. **კვლევის შედეგები/ინტერპრეტაცია:** გამოკითხული ექიმებისა და ფარმაცევტების უმრავლესობა დადებითად აფასებს განხორციელებულ რეფორმას. მათი აზრით, ფარმაცოთერაპიაში ექიმის როლი გაძლიერდა და ფარმაცევტის კომპეტენცია შესაბამის ჩარჩოებში მოექცა, მედიკოსის მიერ რეცეპტის გამოწერის და ფარმაცევტის მიერ რეცეპტით მედიკამენტის გაცემის უნარ-ჩვევები თანდათან დამკვიდრდა. ამავდროულად თვალსაჩინოა სისტემური შეცდომები და ტექნიკური ხარვეზები, რომლებიც თან ახლავს რეფორმას. ფარმაცევტების მიერ ურეცეპტოდ მეორე ჯგუფის მედიკამენტების გაცემა აქტუალურია, „სააფთიაქო“ ექიმის ე.წ. სამედიცინო საქმიანობა ბუნდოვანია. ქრონიკული პაციენტებისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გაართულებულია. მე-2 და მე-3 ჯგუფის მედიკამენტების ამჟამინდელი კლასიფიკაცია ხარვეზების შემცველია. **დასკვნა/რეკომენდაციები:** რეცეპტების ინსტიტუტის აღდგენა-დამკვიდრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ წინგადადგმული ნაბიჯია. თუმცა გამოვლენილი სუსტი მხარეები რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელი ფაქტორია. მიზანშეწონილია რეფორმის ადმინისტრირების სრულყოფა, ფარმაცევტული პროდუქტების კლასიფიკაციის რევიზია და პერიოდულად რაციონალური ცვლილებების განხორციელება, ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დანერგვა.

The enactment of the prescription in Georgia

Rusudan Esakia, Tengiz Verulava

Abstract

Background: Ministry of Labour, Health and Social Affairs realized reform from 1th february till 1th september in 2014 for prescription system implementation. According to these changes pharmaceutical products of second group became the prescription medicines. In Georgia, access to and supply Rx medicines is governed by a regulatory framework. Second group drugs are only available to the public when prescribed by doctors on new prescription form N 3. The aim of research is to reveal and evaluate positive and negative sides of new prescription system; to study its influence on achievement process to drugs. **Methodology:** it was used qualitative and quantitative research methods. The special questionnaire was designed for each aimed group: for doctors and for pharmacists. The questionnaires consist of open and closed questions. It was used research in more depth by interviewing with health policy experts. **Research results/Interpretation:** most of respondents have positive reaction to this reform. There is a decreasing easy of public access to medication and an equivalent increase in professional control by doctors. The prescription skills are implemented step by step. These reform is accompanied with some mistakes and technical failures: the pharmacists sell Rx drugs without a prescription; the chronic patient's achievement to drugs is more difficult; the exist

classification of pharmaceutical products need some changes: Rx to OTC and OTC to Rx switches; the achievement to the prescription form N 3 is limited for doctors employed in village outpatient clinics.

Conclusion/ recommendations: the prescription system implementation is a step forward in terms of the protection of our citizens. But exist system needs improvement. The reform must be administered hardly; it is actual periodic safety update reports of classification; health policy makers must improve achievement to prescription forms; It is recommended to implement electronic prescription system.

შესავალი

რეცეპტი არის ფარმაცევტისადმი ექიმის წერილობითი მიმართვა ფარმაცევტული პროდუქტის მომზადების, გაცემისა და მოხმარების წესების შესახებ.¹ საქართველოში 2014 წლის თებერვლის თვემდე მედიკამენტების რეცეპტზე გამოწერის კონკრეტული პოლიტიკა პრაქტიკაში არ არსებობდა. 20 წელზე მეტია, რაც ქვეყანაში რეცეპტის ინსტიტუტის მოქმედებამ შეწყვიტა ფუნქციონირება. შესაბამისად, ქართულ ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდული არ იყო. ნებისმიერი წამლის შეძენა (ნარკოტიკების, ანტიდოტების, ფსიქოტროპული მედიკამენტების გარდა), რეცეპტის გარეშე შეიძლებოდა.

სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში პაციენტები თავს არიდებდნენ ექიმთან კონსულტაციას, მიმართავდნენ პირდაპირ აფთიაქს და თავიანთი სურვილით ან ფარმაცევტის რჩევით ყიდულობდნენ მედიკამენტს. აღნიშნული მდგომარეობა კიდევ უფრო ართულებდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. აფთიაქებში თვითმკურნალობის მიზნით შეძენილ ზოგიერთ სამკურნალო საშუალებას გააჩნია მაღალი რისკი მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, მედიკამენტების შეუზღუდავი ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტების გადაჭარბებული, ან თვითმკურნალობისას არასათანადო დოზირების ძირითადი მიზეზებია². ეს იწვევს მოსახლეობაში ანტიმიკრობული საშუალებების მიმართ რეზისტენტობის განვითარებას, მედიკამენტების მიღებით განპირობებულ გვერდით ეფექტებს, რესურსების არასათანადო ხარჯვას.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების უდიდეს ნაწილს შეადგენს მედიკამენტებზე დანახარჯები, რაც წლიდან წლამდე განუხრელად იზრდება³. სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების თითქმის ნახევარს შეადგენს და ამით საქართველოს პირველი ადგილი უკავია ევროპის რეგიონის ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს⁴.

მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი ძირითადად არარაციონალური ფარმაცოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენების/დანაშინის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების/არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ლიმიტის, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია⁵.

ჯანდაცვის ექსპერტთა აზრით, არარაციონალური ფარმაცოთერაპიის მთავარი მამომრავებელი ძალა არა თვითმკურნალობაა, არამედ ფარმაცევტული პროდუქტების ფასებზე კარტელური გარიგებები, ფარმაცევტული კომპანიების გავლენა სამედიცინო პერსონალზე და პოლიპრაგმაზია⁶.

¹ საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ, გვ.2

² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში.თბილისი. 2013. გვ. 62

³ იქვე. გვ. 62.

⁴ იქვე.

⁵ იქვე.

⁶ ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშვევიზე“, ივერია. 12.10.2014

აფთიაქებში 2014 წლის 1 თებერვლამდე შეუზღუდავად, ყოველგვარი ოფიციალური რეცეპტის გარეშე იყიდებოდა მე-2 ჯგუფის მედიკამენტები, რომლებიც მიეკუთვნებიან რეცეპტით გასაცემ სამკურნალწამლო საშუალებებს.

2014 წლის 1 თებერვლიდან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაიწყო რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა. მომზადდა სარეკომენდაციო დუკუმენტი სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებებისთვის, ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრა II ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტის აფთიაქიდან ფორმა N3 რეცეპტით გაცემის ეტაპები, რამაც ხელი შეუწყო 2014 წლის 1 თებერვლიდან 1 სექტემბრამდე ფორმა N3 რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივ დანერგვას. ეტაპობრივი გადასვლის ძირითადი კომპონენტი გახლდათ ფარმაცევტული პროდუქტის რეკლასიფიკაცია.¹

საქართველოში მედიკამენტების ურეცეპტოდ გაცემის შეზღუდვის მიზანია სწორი მკურნალობა, წამალზე დანახარჯების წილისა და თვითმკურნალობით მიღებული ზიანის შემცირება.²

რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება აქტუალურია იმ ფონზე, როდესაც ხელმოწერილია ევროკავშირთან ასოცირების შესახებ შეთანხმება. საქართველოს მიერ შეთანხმებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნისა და ევროკავშირის კანონმდებლობების ჰარმონიზაციისთვის.³

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ განსაზღვრა ძირითადი მოთხოვნები რეცეპტის დანერგვის მიმართ, კერძოდ: რეცეპტის შემოღებამ უნდა უზრუნველყოს მედიკამენტების რაციონალური გამოყენება; ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტის თვითმკურნალობით გამოწვეული რისკების შემცირებას; რეცეპტი უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მოსახლეობისათვის; რეცეპტის შემოღებამ არ უნდა გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესება პაციენტისათვის; არ უნდა გამოიწვიოს სამედიცინო მომსახურების ან/და მედიკამენტების გაძვირება;⁴

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ რეფორმის გატარებამდე დააანონსა ფორმა N3 რეცეპტის ამოქმედებასთან დაკავშირებული რისკები, კერძოდ ექიმების მიერ რეცეპტის გამოწერის, ხოლო ფარმაცევტების მიერ ფარმაცევტული პროდუქტის რეცეპტით გაცემის უნარ-ჩვევების ნაკლებობა; სამედიცინო და ფარმაცევტულ დაწესებულებებში რიგების გაჩენა; ხარვეზები გარდაამავალ ეტაპზე, რაც მოსახლეობის უკმაყოფილებას გამოიწვევდა; ახალი რეგულაციები, როგორც სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების გაძვირების სახაზი.⁵

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ-ის თანახმად, დამტკიცდა მეორე ჯგუფს მიეკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმა; ზემოთხსენებულ ბრძანებაში 2014 წლის 3 სექტემბერს და 21 ოქტომბერს შევიდა ცვლილებები, რომლის შედეგად დადგინდა შემდეგი: ფარმაცევტულ პროდუქტს ნიშნავს და რეცეპტზე გამოწერს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი - სერტიფიცირებული ექიმი-სპეციალისტი; დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის

¹სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა (პრესრელიზი)

²კახიშვილი ნინო „წამლები, რომლებიც მხოლოდ რეცეპტით გაიყიდება“, ნეტგაზეთი. 29.10.2013 <http://www.netgazeti.ge/GE/105/Life/24977/>

³კოკიაშვილი ილონა: „ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოღებას ითხოვს“. ინტერპრესნიუსი, 23.10. 2014

⁴საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N 3 რეცეპტის იმპლემენტაცია

⁵ იქვე

განხორციელებისას, მიუხედავად საექიმო საქმიანობის განხორციელების ადგილისა, ექიმი ვალდებულია, გამოწეროს რეცეპტი პაციენტისთვის მიცემული დანიშნულების შესაბამისად; რეცეპტის ბლანკი დანომრილია და შედგება სამი (A, B და C) განყოფილებისაგან; რეცეპტის A განყოფილება წარმოადგენს რეცეპტის ძირითად ნაწილს, რომელსაც ავსებს ექიმი; რეცეპტის A განყოფილებაში სავალდებულოა შეივსოს:

ა) სამედიცინო დაწესებულების დასახელება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

ბ) რეცეპტის გამომწერი ექიმის სახელი, გვარი;

გ) პაციენტის სახელი, გვარი, ასაკი;

დ) რეცეპტის გამომწერის თარიღი

ე) გამომწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება, ფორმა, დოზა, რაოდენობა და მიღების წესი;

ვ) რეცეპტის მოქმედების ვადა;

რეცეპტის A განყოფილება მოწმდება გამომწერი ექიმის ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდით ან გამომწერი ექიმის ხელმოწერითა და სამედიცინო დაწესებულების ბეჭდით (შტამპით);

რეცეპტში დამატებით შესაძლებელია მიეთითოს რეცეპტის გამომწერი ექიმის და პაციენტის პირადი ნომრები (პ/ნ), ასევე, რეცეპტის გამომწერი ექიმის და/ან სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი და/ან მისამართი);

რეცეპტზე ფარმაცევტული პროდუქტი გამოიწერება გენერიკული დასახელებით (საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, დამატებით მიეთითოს სავაჭრო დასახელებაც). არაგენერიკული და კომბინირებული ფარმაცევტული პროდუქტი გამოიწერება სავაჭრო დასახელებით¹.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია მუდმივად რეკომენდაციებს აძლევს ჩვენი ტიპის ქვეყნებს, მოახდინონ წამლების გენერიკული და არა სავაჭრო დასახელებით გამოწერა. სამკურნალო საშუალებების გენერიკული დასახელებით გამოწერა არის ჯანდაცვის სერვისებში ხარჯების შეკავებისთვის მსოფლიოს გამოცდილება².

რეცეპტის მოქმედების ვადას, დიაგნოზისა და მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობის შესაბამისად, ადგენს ექიმი. ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების, ასევე კონტრაცეფციის ორალური საშუალებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტის ვადა განისაზღვრება არაუმეტეს ერთი წლით. ერთ რეცეპტზე გამოიწერება ერთი ფარმაცევტული პროდუქტი. ნებადართულია რეცეპტის მრავალჯერადად გამოყენება, რეცეპტის მოქმედების ვადისა და ფარმაცევტული პროდუქტის გამომწერილი რაოდენობის ამოწურვამდე: B და C განყოფილება ექვსნაწილიანია; ექიმის მიერ გამოწერილი რაოდენობა პაციენტმა შესაძლებელია შეიძინოს 6-ჯერადად ავთიაქტში ვიზიტის ფარგლებში.³ რეცეპტის B და C განყოფილება ივსება ავთიაქტში რეალიზაციაზე უფლებამოსილი პირის მიერ.

რეცეპტის B განყოფილების თითოეული ნაწილი უნდა დამოწმდეს ამ დაწესებულების ან ფარმაცევტული განათლების მქონე პერსონალის ან დამოუკიდებელი სამედიცინო საქმიანობის სუბიექტის - ფიზიკური პირის ბეჭდით. რეცეპტის C განყოფილებაში ფარმაცევტული პროდუქტის დასახელება მიეთითება სავაჭრო დასახელებით.

ავთიაქტში რეცეპტის წარდგენისას და რეცეპტზე გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის არასრულად შეძენისას, C განყოფილებაში შევსებულ უჯრას იტოვებს ავთიაქტი,

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N 01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N 3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. <http://rama.moh.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>

² ტურმილაძე თინა: „ანუ ექიმები მიხედავენ ჩვენს საფულეს?!“ ნეტგაზეთი. 10.11.2010

³მოსია თეა „იქნებ ახლაც არ წვიმს ისე, როგორც ქუხს. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედება პრობლემებს არ შექმნის“. საქართველოს რესპუბლიკა. 15.08.2014

ხოლო B განყოფილება რჩება რეცეპტის ძირითად A ნაწილთან ერთად. რეცეპტის ვადის ამოწურვის, ან გამოწერილი ფარმაცევტული პროდუქტის სრულად გაცემის შემთხვევაში, რეცეპტი რჩება ავთიაქში. ავთიაქის პასუხისმგებელი პირი ვალდებულია, ფარმაცევტული პროდუქტის გაცემისას C განყოფილების შევსებული ვერსია და/ან რეცეპტი შეინახოს ფარმაცევტული პროდუქტის გაცემიდან 6 თვის განმავლობაში¹. N3 რეცეპტის ბლანკები ხელმისაწვდომია ელექტრონული პროგრამის მეშვეობით. ბლანკების ამობეჭდვა შესაძლებელია რეცეპტების სისტემაში დარეგისტრირებული თითოეული მომხმარებლისთვის, მხოლოდ ცენტრალიზებულად. რეცეპტის ბლანკს ენიჭება უნიკალური ნომერი და სერია.

N3 რეცეპტის ბლანკების შესახებ ჯანდაცვის სამინისტრომ დააანონსა მისი დადებითი და სუსტი მხარეები, კერძოდ ამ ბლანკების უპირატესობა მდგომარეობს შემდეგში: იძლევა წამლის გამოწერისა და გაცემის პროცესის ეფექტური მონიტორინგისა და საჭიროების შემთხვევაში, ანალიზის გაკეთების შესაძლებლობას; უფრო მეტად არის დაცული გაყალბებისგან; ხარჯთეფექტურია; სუსტ მხარედ განიხილება წამლის არასრულად გაცემის შემთხვევაში რეცეპტის მოსახვევი ნაწილის ლიმიტირებული რაოდენობა.² ინფორმაცია რეცეპტების ბეჭდვისა და სისტემაში დარეგისტრირების შესახებ განთავსებულია სამინისტროს ვებ-გვერდზე. რეცეპტის ბეჭდვის ელექტრონული სისტემა ფუნქციონირებს რეალურ რეჟიმში. ბლანკის სასურველი რაოდენობით ამობეჭდვა შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ნებისმიერ პირს შეუზღუდავად, დღე-ღამის ნებისმიერ პერიოდში შეუძლია. ექიმების ბლანკებით უზრუნველყოფის პრინციპი ინდივიდუალურია.

რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედების შემდეგ ცალკეულ ავთიაქებში ექიმის კაბინეტები გაიხსნა. ჯანდაცვის მინისტრის დავით სერგეენკოს აზრით, „ეს დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც დაცულია ძირითადი სანებართვო პირობები და ექიმი დაკავებულია არა მხოლოდ რეცეპტების გამოწერით, არამედ ექიმი განახორციელებს კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტებით საექიმო საქმიანობას“³.

ჯანდაცვის ყოფილმა მინისტრმა ზურაბ ჭიაბერაშვილმა 2014 წლის 9 სექტემბერს განაცხადა, რომ საავთიაქო ექიმის გამოჩენამ რეცეპტების ინსტიტუტის რეფორმა თავდაყირა დააყენა. „ფარმაცევტული კომპანიის დაქირავებული ექიმები რეცეპტს იქვე, საავთიაქო დახლის გვერდზე წერენ“⁴.

„ავერსის“ საავთიაქო ქსელის ხელმძღვანელი - გია ჩიგოგიძე აცხადებს, რომ ავთიაქებთან ახლოს ექიმის კაბინეტები კანონის სრული დაცვით გაიხსნა. ექიმის მომსახურება უფასოა. კაბინეტების შექმნასთან დაკავშირებული ხარჯი მედიკამენტის ფასში არ ასახულა; ეს სერვისი შეიქმნა „ავერსის“ მუდმივი, ერთგული მომხმარებლისთვის, მათ შორის მოხუცებული ადამიანებისთვის, რომლებმაც უჭირთ გადაადგილება, ასევე ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც ერთსა და იმავე წამალს სვამენ, წამლის ამოწურვის შემთხვევაში მყისიერად ვერ ახერხებენ ექიმთან ვიზიტს.⁵ „ავერსის“ საზოგადოებასთან ურთიერთობის დეპარტამენტის უფროსის ლალი ბრეგვაძის

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. <http://rama.moh.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>

²საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N 3 რეცეპტის იმპლემენტაცია

³ ინტერპრესნიუსი. დავით სერგეენკო ავთიაქებში ექიმის კაბინეტების გახსნას ეხმაურება. 16:17 09-09-2014. <http://www.interpressnews.ge/ge/sazogadoeba/296396-davith-sergeenko-afthiaqebthan-eqimis-kabinetebis-gakhsnas-ekhmaureba.html?ar=A>

⁴მაჭავარიანი ქეთი: სერგეენკოს პასუხი „საავთიაქო ექიმებისა და წამლების „შავი ბაზრის“ გამო კრიტიკაზე, ნეტგაზეთი. 09.09. 2014

⁵იქვე

განმარტებით, „ავერსის ზოგიერთ აფთიაქში გვყავს ექიმი, რომელიც ცალკე ოთახში ზის. თუ პირველადი გამოკითხვით დიაგნოზი დაისვა, ექიმი გამოწერს მედიკამენტს; თუ ამისთვის სხვა ინსტრუმენტების გამოყენებაა აუცილებელი, მაშინ უშვებს სპეციალისტთან.“¹

საექიმო კაბინეტები ჯიპისის სააფთიაქო ქსელშიც გაიხსნა. 2010 წელს, ანუ რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედებამდე რამდენიმე წლით ადრე ჯიპისის სააფთიაქო ქსელში ფუნქციონირებს პირველადი ჯანდაცვის კაბინეტები ანუ ექსპრეს კლინიკები. ჯიპისის სააფთიაქო ქსელს აქვს პროექტი „ექსპრეს კლინიკა“, რომლის სლოგანია: გაიმარტივე ჯანმრთელობაზე ზრუნვა! კლინიკის ვებ-გვერდზე განთავსებულია შემდეგი შინაარსის ინფორმაცია: ექსპრეს კლინიკა ხსნის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ბარიერს, ზოგავს პაციენტს დროს, თანხას, ენერგიას; სამედიცინო მომსახურების სახეებია: ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფია, ექოსკოპიური გამოკვლევები, ლაბორატორიული კვლევები, მანიპულაციები ადგილზე, ყველა სახის ვაქცინაცია, პაციენტის გადამისამართება საჭიროების შემთხვევაში². ჯიპისის სააფთიაქო ქსელს აქვს 6 ექსპრეს კლინიკა: 3 - თბილისში, 1 - გორში, 1 - ხაშურში, 1 - ფოთში.

ჯანდაცვის ექსპერტთა მტკიცებით, ე.წ. „სააფთიაქო ექიმების“ მთავარი ფუნქცია არა დიაგნოსტიკა და დანიშნულების მიცემაა, არამედ კონკრეტული აფთიაქის მიერ რეალიზებულ წამლებზე რეცეპტის გამოწერა³.

როგორც აღნიშნეთ, II ჯგუფის ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხა ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრა. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის რეგისტრაციის სამმართველოს უფროსი - ნაილი შენგელიძე აღნიშნავს, რომ ფარმაცევტული პროდუქტები კლასიფიცირდება სხვადასხვა საფუძვლებით სხვადასხვა ქვეყანაში. ძირითადი პრინციპი არის სარგებელი/რისკის გათვალისწინება. რეცეპტის სისტემა მოქმედებს მთელ მსოფლიოში. ამას ადასტურებს ძალიან ბევრი საზღვარგარეთ წარმოებული მედიკამენტის ინსტრუქცია, სადაც მწარმოებელი თვითონ მიუთითებს ეს პრეპარატი ურეცეპტოდ გაიცეს თუ რეცეპტით⁴.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ფარმაცევტული პროდუქტი რეკლამისა და საცალო რეალიზაციის მიზნით იყოფა სამ ჯგუფად⁵: პირველ ჯგუფს განეკუთვნება სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტი; მეორე ჯგუფს განეკუთვნება ისეთი ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის არასათანადო გამოყენებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ან/და რომლის მიღებაც არ არის შესაძლებელი მხოლოდ ინსტრუქციის შესაბამისად, ექიმის დანიშნულების გარეშე; ხოლო მესამე ჯგუფს განეკუთვნება ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის მიღებაც ინსტრუქციის შესაბამისად შესაძლებელია ექიმის დანიშნულების გარეშე⁶.

მეორე ჯგუფს მიეკუთვნებული, ფორმა N3 რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ნუსხის განსაზღვრა დინამიური პროცესია მთელს მსოფლიოში და დროს მიხედვით იცვლება მიდგომა ამა თუ იმ მედიკამენტის მიმართ. განვითარებულ ქვეყნებში მედიკამენტის ერთი ჯგუფიდან მეორეში გადასვლას სპეციალური წესები არეგულირებს. რეცეპტით გასაცემი პრეპარატის თავისუფალ გაყიდვაში გადასვლას კი განაპირობებს პრეპარატის, როგორც ფარმაკოლოგიური, ასევე ფინანსური (ბიუჯეტის შესაძლო დანაზოგები) და სოციალური

¹ კახიშვილი ნინო: ურეცეპტო წამლების ცვალებადი ნუსხა. ნეტგაზეთი. 08.10.2014

² ჯიპისი - ექსპრეს კლინიკა <http://gpc.ge/?menuid=35&lang=1>

³ ურუშაძე სანდრო „ისევე რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკვიჩზე“. ივერია. 12.10. 2014

⁴ <http://www.ambebi.ge>: რა პროცედურების გავლით მიიღებთ წამალს ახალი რეგულაციების შემდეგ - ჯანდაცვის სამინისტრო საზოგადოების კრიტიკულ კითხვებს პასუხობს

⁵ ურუშაძე სანდრო „ისევე რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკვიჩზე“, ივერია. 12.10.2014

⁶ იქვე

ასპექტები. ისიც აღსანიშნავია, რომ ერთი და იგივე პრეპარატი შესაძლოა ევროპის ერთ ქვეყანაში რეცეპტით გაიცემოდეს და მეორეში თავისუფალ გაყიდვაში იყოს. როგორც წესი, რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტის ღირებულებას მთლიანად, ან ნაწილობრივ სადაზღვევო ფონდები ანაზღაურებენ, მაშინ როცა თავისუფალ გაყიდვაში მყოფი მედიკამენტის საფასურის გადახდა უმეტეს შემთხვევაში თავად მყიდველს უწევს.¹

საქართველოში II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:²

ა) ფარმაცევტული პროდუქტი რეკომენდებულია მძიმე დაავადების სამკურნალოდ ან პროფილაქტიკისათვის, რომლის დიაგნოსტიკა და მედიკამენტური მკურნალობა საჭიროებს პრაქტიკოსი ექიმის ინდივიდუალურ მითითებებსა და ზედამხედველობას, დამხმარე თერაპიის ჩატარებას ან რუტინულ ლაბორატორიულ მონიტორინგს;

ბ) პრეპარატის თერაპიულ და ტოქსიკურ დოზებს შორის ზღვარი ვიწროა, განსაკუთრებით ხანდაზმულებში, ბავშვებსა და ფეხმძიმე ან მეტუძურ დედებში;

გ) ნორმალურ თერაპიულ დოზებში პრეპარატს ახასიათებს პოტენციური ან ცნობილი მძიმე გვერდითი მოვლენები;

დ) ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად, მედიკამენტი ავლენს ტოქსიკურობას ცხოველებში, ხოლო ადამიანებში გამოყენების ხანმოკლე კლინიკური პრაქტიკის გამო შეუძლებელია განისაზღვროს ტოქსიკური ეფექტი ან მისი სიხშირე გრძელვადიან პერსპექტივაში;

ე) არასწორად შერჩეული პრეპარატის გამოყენებამ შესაძლოა შენიღბოს სხვა დაავადება;

ვ) მედიკამენტის არასწორად შერჩევა ხელს უწყობს მიკროორგანიზმების რეზისტენტული შტამების განვითარებას;

ზ) ფარმაცევტულ პროდუქტს გააჩნია ბოროტად გამოყენების/ მიჩვევის პოტენციალი, რომელიც სავარაუდოდ ხელს შეუწყობს არამიზნობრივ, ზიანისმომტან არასამედიცინო გამოყენებას;

თ) არასწორი გამოყენების შემთხვევაში სამკურნალო საშუალებას გააჩნია მაღალი რისკი მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით;

ი) პრეპარატს თერაპიული ეფექტურობა დაფუძნებულია ახლადდამოჩენილ ფარმაკოლოგიურ კონცეფციაზე, რომლის შედეგები დადგენილი არ არის.

III ჯგუფს მიკუთვნებული, ურეცეპტოდ გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:³

ა) პრეპარატის თერაპიული სიგანე (ინტერვალი პრეპარატის თერაპიულ და ტოქსიკურ დოზას შორის);

ბ) დადგენილი თერაპიული დოზების საზღვრებში პრეპარატის პოტენციურად ნაკლებად მძიმე, ცნობილი გვერდითი მოვლენები;

გ) შესაძლებელია თუ არა დაავადების მართვა გაუმჯობესდეს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაზრდით (ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა ჯგუფში გადაყვანის გზით);

¹ ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მაშკვიჩზე“, ივერია.12.10.2014

² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

³ იქვე.

დ) მედიკამენტის ექიმის დანიშნულების გარეშე გამოყენებისას ნაკლებად სავარაუდო სერიოზული გვერდითი მოვლენების ან გართულებების განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა;

ე) მედიკამენტის ჭარბი დოზირებისას სიცოცხლისათვის საშიში რეაქციების განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა;

ვ) პრეპარატის გამოყენების ჩვენება შედარებით ნაკლებად მძიმე დაავადების ან მდგომარეობის პრევენციისა და მკურნალობისთვის;

ზ) საერთაშორისო გამოცდილება (ევროკავშირში შემავალი ქვეყნები, აშშ, კანადა, ავსტრალია, ახალი ზელანდია, იაპონია, სამხრეთ კორეა);

თ) გვერდითი ეფექტების საერთაშორისო მონიტორინგის ცენტრის ინფორმაციები პრეპარატების მიერ გამოვლენილი სხვადასხვა სიმძიმის გვერდითი მოვლენების სიხშირის შესახებ;

ი) ამავე ქვეყნების გამოცდილება OTC ნუსხაში შემავალი პრეპარატების შესახებ;

კ) პრეპარატების ფარმაცევტული ფორმულაციები (პერორული, გარეგანი, ტოპიკური);

ლ) პრეპარატის სხვადასხვა პრეპარატებთან ურთიერთქმედების ნაკლები შესაძლებლობა (ფარმაკოდინამიკური ან ფარმაკოკინეტიკური);

მ) პრეპარატის დადგენილი ჩვენებით გამოყენებისას სხვა დაავადების ან მდგომარეობის შენიღბვის შესაძლებლობა;

ნ) პრეპარატის დადგენილი ჩვენებით გამოყენებისას პრაქტიკოსი ექიმის ინდივიდუალური მითითებების, მონიტორინგის ან რუტინული ლაბორატორიული კონტროლის ნაკლები საჭიროება;

ო) პრეპარატისადმი შეჩვევისა და წამლისადმი დამოკიდებულების განვითარების არ არსებობა ან ნაკლები შესაძლებლობა;

პ) პრეპარატის მკაცრი ინდივიდუალური დოზირების ნაკლები საჭიროება;

რ) პრეპარატის მიერ სხვა დაავადების მწვავე სიმპტომების პროვოცირება;

ს) პრეპარატის არარაციონალურ გამოყენებასთან დაკავშირებული მისადმი რეზისტენტობის განვითარების ნაკლები შესაძლებლობა ან არ არსებობა;

ტ) ექიმთა ინფორმირებულობის სარგებელი/პოტენციური რისკის შესახებ და პრეპარატის გამოყენების საერთაშორისო და ადგილობრივი გამოცდილება;

უ) პრეპარატის ცირკულაციის ხანგრძლივობა წამალთა საერთაშორისო და ადგილობრივ ბაზარზე;

ფ) საერთაშორისო და ადგილობრივი ინფორმაცია პრეპარატის გამოყენებასთან დაკავშირებული ლეტალური შემთხვევების შესახებ.

ზემოთმოყვანილი კრიტერიუმების გათვალისწინებით, II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხაში 2014 წლის 1 სექტემბრის მდგომარეობით გაერთიანდა 1121 დასახელების გენერიკული სამკურნალო საშუალება/ან მათი კომბინაცია 5689 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელებითა და განსხვავებული წამლის ფორმებით, ხოლო III ჯგუფს მიკუთვნებული, ურეცეპტოდ გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხაში გაერთიანდა 1037 დასახელების გენერიკული სამკურნალო საშუალება/ან მათი კომბინაცია 2796 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელებითა და განსხვავებული წამლის ფორმებით.¹

2014 წლის 15 სექტემბერს გამოქვეყნდა ფარმაცევტული პროდუქტების ახალი ჩამონათვალი, რომელიც მოიცავდა მეორედან მესამე ჯგუფში გადასულ 781 სხვადასხვა სავაჭრო დასახელების მედიკამენტს. ახალი ჩამონათვალი აერთიანებს შემდეგ ჯგუფებს: ადგილობრივი დერმატოლოგიური გამოყენების ანთებისსაწინააღმდეგო ანტიბაქტერიული საშუალებები, ანტივირუსული საშუალებები, ოფთალმოლოგიური დაავადებების

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

სამკურნალო საშუალებები, ყურის წვეთები; იმუნომოდულატორები; ანტიმიკოზური საშუალებები; ვიტამინები (საინექციო წამლის ფორმები.); მეტაბოლურ პროცესებზე მოქმედი საშუალებები; არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო საშუალებები (საინექციო წამლის ფორმები); აზმოვიზური საშუალებები (საინექციო წამლის ფორმები), ერექციის დისფუნქციის სამკურნალო საშუალებები; ჰეპატოპროტექტორული საშუალებები; ანტიჰელმინთური და ანტიპროტოზოული საშუალებები; ბიოგენური სტიმულატორები; ანთების საწინააღმდეგო ანტიბიოტიკური საშუალებები; რეჰიდრატაციისა და დეჰინტოქსიკაციური საშუალებები - ელექტროლიტური ხსნარები.

საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის განმარტებით, მედიკამენტების ამა თუ იმ ჯგუფისთვის მიკუთვნება არა სტატიური, არამედ დინამიური პროცესია და ხორციელდება გვერდითი მოვლენების შესწავლასთან ერთად, რომელიც მთელ მსოფლიოში მუდმივად მიმდინარეობს.

მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში მედიკამენტებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა რეგულირდება ამა თუ იმ მედიკამენტის სარგებელი/რისკის გათვალისწინებით. გაერთიანებულ სამეფოში მედიკამენტები დაჯგუფებულია 3 ძირითად კატეგორიად: POM (prescription only medicines) - მხოლოდ რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები, P (pharmacy supervised sale) – წამლის რეალიზაცია რეცეპტის გარეშე, მაგრამ მხოლოდ ფარმაცევტის მეთვალყურეობით არის დაშვებული და GSL (general sales list) - მედიკამენტები თავისუფალ საცალო გაყიდვაში, საფირმო მაღაზიებში. რეცეპტის გამოწერის უფლება აქვს საექიმო საქმიანობის სუბიექტს, ექთანსა და ფარმაცევტს. P მედიკამენტების გაყიდვის უფლება აქვს ფარმაცევტს, რომლის საქმიანობა ნებადართულია დიდი ბრიტანეთის სამეფო ფარმაცევტული საზოგადოების (RPSGB- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain) მიერ.¹

საფრანგეთში, ისევე როგორც გაერთიანებულ სამეფოში, P კატეგორიის მედიკამენტების რეალიზაცია მხოლოდ ფარმაცევტის მეთვალყურეობით არის შესაძლებელი, ხოლო GSL კატეგორიის მედიკამენტები - თავისუფლად, მათ შორის აფთიაქებში იყიდება.

იტალიაში P კატეგორიის მედიკამენტების ექვივალენტურია SOP (senza obbligo di prescrizione) და PDB (prodotto di banco), მაგრამ ორივე კატეგორიის მედიკამენტები აფთიაქში უნდა იყიდებოდეს. განსხვავება მდგომარეობს შემდეგში: PDB ჯგუფის მედიკამენტის არჩევა მომხმარებელს თვითონ შეუძლია და ამ წამლის რეკლამა ფართო მასშტაბის დასაშვებია.²

ნიდერლანდებსა და აშშ-ში ფუნქციონირებს მედიკამენტების 2 კატეგორია: POM და OTC. დანიაში ფარმაცევტები ფოკუსირებულნი არიან უპირატესად POM მედიკამენტების რეალიზაციაზე, მინიმალური როლი აკისრიათ OTC მედიკამენტების რეალიზაციაზე.³

განვიხილოთ ევროპული კრიტერიუმები, რომლის მიხედვით მედიკამენტებს აერთიანებენ POM კატეგორიაში: ექიმის მეთვალყურეობის გარეშე მედიკამენტის მიღება საშიშია ჯანმრთელობისთვის(მაგ. გვერდითი მოვლენების გამო); მედიკამენტს გააჩნია ბოროტად გამოყენების/მიჩვევის პოტენციალი, რომელიც შეიძლება იყოს ზიანისმომტანი ჯანმრთელობისთვის; წამლის მოქმედების მექანიზმი ან მისი გვერდითი ეფექტები მონიტორინგს ან დამატებით შესწავლას საჭიროებს; მედიკამენტები, რომლებიც განკუთვნილია პარენტერალური გამოყენებისთვის^{4,5}.

¹Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice”, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

²იქვე. Christine Bond.

³ იქვე

⁴ იქვე

⁵C.L. Sheen, D.G. Colin-Jones „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract”, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1263-1270

2014 წლის 15 სექტემბერს სამინისტროს ვებ-გვერდზე გამოქვეყნებული ფარმაცევტული პროდუქტების ახალი ჩამონათვალი პრინციპულად განსხვავდება ევროპული მიდგომისაგან, კერძოდ, ნებისმიერი საინექციო წამლის ფორმის შესაძენად, ევროპული კრიტერიუმების მიხედვით, აუცილებელია ექიმის რეცეპტი. რეცეპტით გასაცემთა სიიდან მედიკამენტების გარკვეული ნაწილის ურეცეპტოდ გასაცემთა ნუსხაში გადატანის ინიციატივით ჯანდაცვის მინისტრს ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლებმა 9 სექტემბერს მიმართეს¹. ფარმაცევტული პროდუქტების მეორედან მესამე ჯგუფში გადავიდა ზოგიერთი საინექციო საშუალება (მაგ. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები, ვიტამინების საინექციო ფორმები...).

ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე განთავსდა ინფორმაცია „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის“ შესახებ. ეს „ჩანთა“ მოიცავს მედიკამენტების ნუსხას, რომლებიც დაექვემდებარა მედიკამენტების ურეცეპტო გაცემას ავთიაქებში პირველადი გადაუდებელი დახმარების საჭიროების დრო². ამ ნუსხაში გაერთიანდა შემდეგი მედიკამენტები: სპაზმოლიზური საშუალებები - ატროპინი; ანტიარითმიული საშუალებები - ამიოდარონი (კორდარონი, ამიოკორდნი, ამიოდარონი, როტარითმილი); ანტიანგიანალური (სტენოკარდიული შეტევის კუპირების) საშუალებები - ნიტროგლიცერინი; შარდმდენი საშუალებები - ფუროსემიდი (ფუროსემიდი, ლაზიქსი); ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები - აფგ ინჰიბიტორი: კაპტოპრილი (კაპტოპრილი, ბლოკორდილი), ბეტა-1 სელექტიური ადრენოგლოკატორი - მეტოპროლოლი (ეგილოკი, ლოპრესორი, კარდოლაქსი, რეველოლი, კორვიტოლი), კალციუმის არხების ბლოკატორი - ნიფედიპინი (ნიფედიპინი, კორინფარი, ოსმო-ადალატი); ანაფილაქსიური შოკის საწინააღმდეგო საშუალებები: ადრენომიმეტიური საშუალება - ეპინეფრინი, გლუკოკორტიკოსტეროიდი - დექსამეტაზონი; ანაფილაქსიური შოკის, ალერგიული რეაქციების სამკურნალო და ბრონქული ასთმის შეტევის კუპირების საშუალებები: პრედნიზოლონი; ანტიალერგიული (ანტიჰისტამინური) საშუალებები: დიფენჰიდრამინი (დიმედროლი); ბრონქული ასთმის შეტევის კუპირების საშუალებები: სალბუტამოლი (სალბუტამოლი, ვენტოლინი, ალბუტეროლი); ანტიდიაბეტური საშუალებები: გლიბენკლამიდი (მანილილი), მეტფორმინი (სიოფორი, გლუკოფაჟი, სიორალი, ინსუფორი), ინსულინი (ჰუმულინი, ნოვომიქსი...); ჰიპოგლიკემიის საწინააღმდეგო საშუალებები: გლუკოზა.

ფარმაცევტული დაწესებულება უფლებამოსილია გადაუდებელი მდგომარეობის დროს, წამლის ფორმა, ერთჯერადი დოზის სახით, ურეცეპტოდ გასცეს. იმ შემთხვევაში თუ შეუძლებელია ორიგინალური შეფუთვის დაშლა, ფარმაცევტული პროდუქტი გაიცემა ერთი სტანდარტული შეფუთვის რაოდენობით.³

AmVac AG-ის აღმასრულებელი დირექტორის მოადგილე გიორგი კავკასიძე აღნიშნავს, რომ 1990 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ (WHO) გამოაქვეყნა სამედიცინო პრეპარატების ანატომიურ-ქიმიურ-თერაპიული კლასიფიკაცია და ზღვრული დღიური დოზების სისტემა (The Anatomical Therapeutic Chemical Classification system with Defined Daily Doses - ATC/DDD) და მოუწოდა ყველა ქვეყნის შესაბამის უწყებს, რომ იხელმძღვანელონ ამ სისტემით. ATC/DDD სისტემის მიზანია სამედიცინო პრეპარატების მაქსიმალურად რაციონალური გამოყენება მინიმალური გვერდითი, არასასურველი მოვლენებით. ATC კლასიფიკაციას საფუძვლად დაედო პრეპარატის შემადგენლობა, წარმოების ტექნოლოგია და „სამიზნე“ ორგანოსა თუ სისტემაზე მოქმედების მექანიზმი. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით ყველა პრეპარატს მინიჭებული აქვს ე.წ. ATC ინდექსი, რომელიც 5 დონეს მოიცავს. პირველი

¹ ურეცეპტოდ გასაცემი მედიკამენტების სია 772 წამლით გაიზარდა- <http://www.netgazeti.ge/GE/105/News/35788/?tpl=8>

² <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>

³ ჭარაქაშვილი ირმა, ხატიაშვილი სანდრო: „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის შემადგენლობაში ცვლილებები განხორციელდა“. 2014

დონე/ჯგუფი შეესაბამება ანატომიურ სისტემას, მეორე დონე/ქვეჯგუფი - თერაპიული მოქმედების მექანიზმს, მესამე დონე/ქვეჯგუფი - ფარმაცევტულ ჯგუფს, მეოთხე დონე/ქვეჯგუფი - ქიმიურ ჯგუფს, მესამე დონე/ქვეჯგუფი - აქტიური ნივთიერების საერთაშორისო არაპატენტირებულ სახელს (INN – International Nonproprietary Name), და არასდროს კომერციულ, პატენტირებულ დასახელებას/“ბრენდს”¹.

ჯანდაცვის სამინისტროს ვებგვერდზე გამოქვეყნებულ პრეპარატების სიაში შემდეგი პარამეტრებია მოცემული: პრეპარატის სარეგისტრაციო ნომერი, სავაჭრო დასახელება, საერთაშორისო არაპატენტირებული დასახელება, პრეპარატის ფორმა, დოზა, კონცენტრაცია, შეფუთვაში რაოდენობა, მწარმოებელი ფირმა, მწარმოებელი ქვეყანა, ფარმაკო-თერაპიული ჯგუფი². უცხოეთში წარმოებულ და საქართველოში სარეგისტრაციოდ წარდგენილ ყველა პრეპარატს აქვს ე.წ. ფარმაცევტული პროდუქტის სერთიფიკატი (CPP – Certificate of Pharmaceutical Product), რომელსაც გასცემს მწარმოებელი ქვეყნის შესაბამისი უწყება და სადაც აღწერილია როგორც პრეპარატის წარმოების პროცესი, ასევე პრეპარატის ATC ინდექსი და გაყიდვის ფორმა - რეცეპტით თუ ურეცეპტოდ³. გიორგი კავკასიძის აზრით, სწორედ სამკურნალო პრეპარატების ანატომიურ-ქიმიურ-თერაპიული კლასიფიკაციის საფუძველზე უნდა მომხდარიყო „რეცეპტორული ნუსხის“ შედგენა და ეს კლასიფიკაცია უნდა ჩანდეს ჩამონათვალში.

ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე მითითებულია, რომ მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტების ნუსხა ანატომიურ-თერაპიულ-ქიმიური (ATC) კოდების მიხედვით განისაზღვრება⁴.

სხვადასხვა ქვეყანაში, მათ შორის ევროკავშირის ქვეყნებში არსებობს განსხვავებული დამოკიდებულება რეცეპტით გასაცემ და ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებთან მიმართებაში. მაგალითისთვის განვიხილოთ პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ATC ინდექსი და აფთიაქიდან გაცემის რეჟიმი საქართველოსა და სხვადასხვა ქვეყანაში (იხ. ცხრილი 1).

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების სამკურნალო ფორმები: ომეპრაზოლი, ლანსოპრაზოლი, პანტოპრაზოლი, ეზომეპრაზოლი საქართველოში ურეცეპტოდ გაიცემა, ხოლო რაბეპრაზოლი - რეცეპტით⁵.

¹ კავკასიძე გიორგი: რატომ და რისთვის არის საჭირო რეცეპტი? ივერია. 17.08.2014

² იქვე. კავკასიძე გიორგი. 2014

³ იქვე. კავკასიძე გიორგი. 2014

⁴ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა

⁵ WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: ATC/DDD Index 2015

ცხრილი 1: პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების ავთიაქიდან გაცემის რეჟიმი ქვეყნებში

ქვეყანა	ომეპრაზოლი	ლანსოპრაზოლი	პანტოპრაზოლი	რაბეპრაზოლი	ესომეპრაზოლი
ავსტრია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
აშშ	OTC	OTC	Rx		OTC
ბელგია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
გაერთიანებული სამეფო	OTC	Rx	OTC	OTC	OTC
გერმანია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
დანია	Rx	Rx	OTC	Rx	OTC
ესპანეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
ესტონეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
იაპონია	Rx	OTC	N.R	Rx	
იტალია	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
კანადა	OTC	Rx	Rx	Rx	
ლიტვა	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
მექსიკა	OTC	Rx	OTC	N.R	
ნიდერლანდები	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
პოლონეთი	OTC	Rx	OTC	N.R	OTC
საბერძნეთი	Rx	Rx	OTC	N.R	OTC
საფრანგეთი	OTC	Rx	OTC	Rx	OTC
საქართველო	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
სინგაპური	Rx	N.R	Rx		
ფინეთი	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
შვედეთი	OTC	OTC	OTC	Rx	OTC
შვეიცარია	OTC	Rx	OTC	Rx	
ჩინეთი	OTC	Rx	Rx	Rx	

შენიშვნა: Rx - გაიცემა რეცეპტით; OTC - გაიცემა ურეცეპტოდ; N.R - არ არის რეგისტრირებული; ცარიელი გრაფა - მონაცემები არ მოიპოვება;

განვიხილოთ მოცემული ქვეყნების (საქართველოს გარდა) მაგალითზე რეცეპტით გასაცემი პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების პროცენტული წილი (იხ. ცხრილი #2)

ცხრილი 2: რეცეპტით გასაცემი პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების % წილი

აქტიური ნივთიერების დასახელება	ომეპრაზოლი	ლანსოპრაზოლი	პანტოპრაზოლი	რაბეპრაზოლი	ესომეპრაზოლი
რამდენ ქვეყანაშია რეგისტრირებული	38	37	37	26	27
რამდენ ქვეყანაში არ არის რეგისტრირებული	0	1	1	5	0
რამდენი ქვეყნის მონაცემი არარსებობს	0	0	0	7	11
რამდენ ქვეყანაში აქვს Rx სტატუსი	10	29	9	24	1
რამდენ ქვეყანაში აქვს OTC სტატუსი	28	8	28	2	26
Rx სტატუსი % წილი	26	78	24	92	4

ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, ესომეპრაზოლის, პანტოპრაზოლისა და ომეპრაზოლის ტაბლეტები ურეცეპტოდ უნდა იყიდებოდეს, ლანსოპრაზოლთან მიმართებაში სასურველია ქვეყნების ჩამონათვალი გაფართოვდეს მეტი დამაჯერებლობისთვის; რაბეპრაზოლი მსოფლიოს 26 ქვეყნიდან 24-ში რეცეპტით გაიცემა ისევე, როგორც საქართველოში.

FDA (Food and Drug Administration) პერიოდულად ახორციელებს სამკურნალწამლო საშუალებების რეკლასიფიკაციას, კერძოდ რეცეპტით გასაცემმა პრეპარატებმა გარკვეული დროის შემდეგ შესაძლებელია მიიღონ OTC-სტატუსი (Over-the-counter). FDA-ს ექსპერტების დასკვნის საფუძველზე, ექიმის დანიშნულების გარეშე ზოგიერთი მედიკამენტის გამოყენებისას ნაკლებად სავარაუდო გვერდითი მოვლენები შეიძლება განვითარდეს, რის გამოც ეს წამალი პაციენტისთვის უსაფრთხო და ეფექტური ხდება. FDA-მ OTC-სტატუსი მიანიჭა ისეთ პრეპარატებს, როგორიცაა მოტრინი (იბუპროფენი), ორუდისი და აქტრონი (კეტოპროფენი), ალევე (ნაპროქსენი) - ტკივილის კუპირებისთვის და სიცხის დასაწვეად. ასევე პეპსიდი (ფამოტიდინი), ტაგამეტი (ციმეტიდინი), ზანტაკი (რანიტიდინი), აქსიდი (ნიზატიდინი), პრილოსეკი (ომეპრაზოლი), კლარიტინი (ლორატადინი) და ა.შ. ამ რეკლასიფიკაციას ლიტერატურაში მოიხსენიებენ, როგორც „Rx to OTC switch“. Rx to OTC switch გააჩნია დიდი გავლენა ჯანდაცვის ეკონომიკაზე. CPHA-ის (Consumer Healthcare Products Association) მონაცემების მიხედვით, ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა განაპირობებს ყოველწლიურად 20 მილიარდი აშშ დოლარის ეკონომიას ექიმთან ვიზიტების, სამსახურში გაცდენილი დროის, სადაზღვევო ანაზღაურებების და მგზავრობის თანხების დაზოგვის ხარჯზე¹.

ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში რეცეპტით გასაცემ და ურეცეპტოდ გასაცემ წამლებს შორის მთავარი განსხვავება მდგომარეობს დაფინანსებაში. ურეცეპტო წამლების დიდ უმრავლესობას პაციენტები საკუთარი სახსრებით ყიდულობენ, რეცეპტით გასაცემ წამლებს კი სრულად ან ნაწილობრივ (თანადაფინანსების სახით) სახელმწიფო პროგრამები ან სადაზღვევო კომპანიები აფინანსებენ. იმის გათვალისწინებით, რომ სამკურნალწამლო საშუალებებზე ფასი წლიდან წლამდე, სახელმწიფო ცდილობს მედიკამენტებზე ხარჯების შესამცირებლად მათი გარკვეული ნაწილი შეიტანოს ურეცეპტო სიაში². სახელმწიფოს ასეთ ქმედებებს მხარს უჭერს ფარმაცევტული სფეროს წარმომადგენლობაც. რაც უფრო ფართო იქნება ურეცეპტო მედიკამენტების ნუსხა, მით უფრო კარგად განუვითარდება ფარმაცევტებს პაციენტების სიმპტომების გამოკითხვის, დიაგნოზის შესაბამისი მედიკამენტის შეთავაზების უნარ-ჩვევებო³.

1987 წელს გაერთიანებულ სამეფოში ლოპერამიდი და ტოპიკური ჰიდროკორტიზონი გადაიტანეს ურეცეპტო წამლების სიაში. ამ ცვლილებით ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემამ წელიწადში დაზოგა 6,2 მილიონი ფუნტი (4,2 მილიონი ფუნტი ლოპერამიდზე და 2 მილიონი ფუნტი -ჰიდროკორტიზონზე).⁴

1995-1996 წლებში შვედეთში 16 სხვადასხვა დასახელების პროდუქტს ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაში გადატანით სახელმწიფოს წამლის ბიუჯეტმა წელიწადში დაზოგა 400 მილიონი აშშ დოლარი⁵.

ე.წ. „Rx to OTC switch“-ის ეკონომიური სარგებელის ერთ-ერთი მაგალითია გულმძარვის მართვა OTC მედიკამენტებით: პაციენტი ყოველწლიურად ზოგავს საშუალოდ

¹WHO „Now Available Without a Prescription“, U.S. Food and Drug Administration, 08. 12.2011

²გაბიტაშვილი ქეთი: „რეცეპტიანი და ურეცეპტო წამლების პარადიგმა“. ივერია.16.08. 2014

³Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice“, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

⁴იქვე

⁵C.L. Sheen, D.G. Colin-Jones „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract“, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1263-1270

174 აშშ დოლარს ექიმთან განუხორციელებელი ვიზიტების ხარჯზე. აშშ-ს ჯანდაცვის სისტემამ წლიურად დაზოგა 757 მილიონი აშშ დოლარი, რის გამოც უკვე 15 წელია გულმმარვის სამკურნალო ანტაციდური საშუალებები, H₂-ბლოკერები და პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები ურეცეპტოდ გაიცემა¹.

კანადის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე „Health Canada“ განთავსებულია მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების ჩამონათვალი, მაგ: ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები: დიკლოფენაკი, კეტოროლაკი, კეტოპროფენი; თავბრუსხვევის საწინააღმდეგო საშუალებები: ბეტაჰისტინი და ა.შ; სპაზმოლიზური საშუალებები: ჰიოსცინის ბუთილბრომიდის საინექციო ფორმა; ანტიპროტოზოული საშუალებები: ორნიდაზოლი, ტინიდაზოლი და სხვ.² ზემოთხამოთვლილი აქტიური ნივთიერებები და მათი საინექციო ფორმები საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით OTC სტატუსით სარგებლობს.

როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, საქართველოში II ჯგუფს მიკუთვნებული, რეცეპტით გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქტის ნუსხის შედგენისას გათვალისწინებული ერთ-ერთი კრიტერიუმია შემდეგი: მედიკამენტის არასწორად შერჩევა ხელს უწყობს მიკროორგანიზმების რეზისტენტული შტამების განვითარებას³. ყველა ანტიბიოტიკს მიენიჭა ფორმა N3 რეცეპტით გაცემის სტატუსი (გამონაკლისია ანტიბიოტიკის შემცველი თვალისა და ყურის წვეთები, თვალის მალამოები, დერმატოლოგიაში გამოსაყენებელი ანტიბიოტიკები).

2014 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ წარმოადგინა 44 ქვეყანაში ჩატარებული კვლევის ანგარიში, რომლის თანახმად ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში ანტიბიოტიკების მიმართ ფიზიკური ხელმისაწვდომობა რეგულირებულია⁴. ქვეყნების ნაწილში რეცეპტის გარეშე ანტიბიოტიკების შეძენა შესაძლებელია მხოლოდ განსაკუთრებულ სიტუაციებში, მაგრამ სხვა ქვეყნებში არსებული წესების მიხედვით რეცეპტის გარეშე შესაძლებელია საკმაოდ ბევრი დასახელების ანტიბაქტერიული პრეპარატების შეძენა⁵. კვლევაში მონაწილე ქვეყნების სააფთიაქო ასოციაციებს და პროვიზორებს დაურიგდათ სპეციალური კითხვარები, რომლის ერთ-ერთ კითხვას წარმოადგენდა შემდეგი: კანონით დაშვებულია თუ არა რესპოდენტ ქვეყნებში ურეცეპტოდ ანტიბიოტიკების შეძენა. შედეგებმა აჩვენა, რომ რესპოდენტი ქვეყნების 43 %-ში (44 -დან 19-ში) არსებული კანონმდებლობით ანტიბიოტიკების შეძენა არ არის აკრძალული რეცეპტის გარეშე (იხ. სურ. N1)⁶.

¹WSMI (World Self-Medication Industry) - „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

²Health Canada „Prescription Drug List” 26.06.2015. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/pdl-ord/pdl_list_fin_ord-eng.pdf

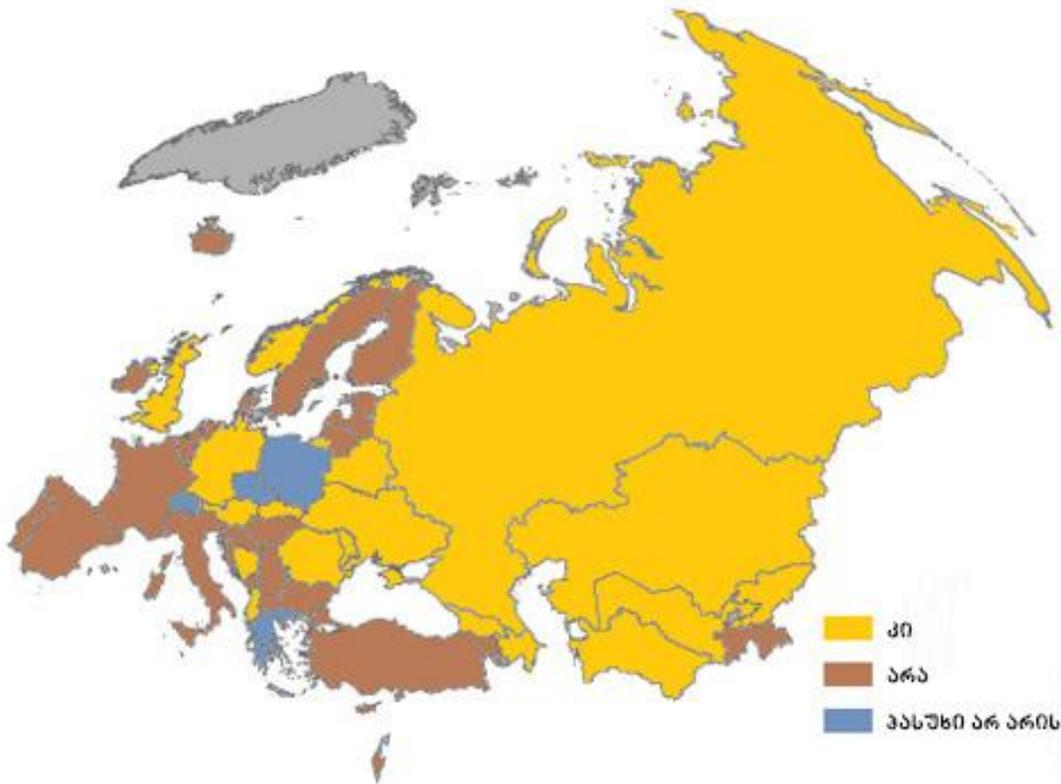
³საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები

⁴WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014. გვ. 5

⁵იქვე. გვ.5

⁶იქვე. გვ. 20

სურათი 1. ქვეყნები, სადაც დაშვებულია ანტიბიოტიკების გაყიდვა რეცეპტის გარეშე



ამავდროულად რესპოდენტების 12%-მა (44-დან 5-მა) აღნიშნა, რომ ანტიბიოტიკების შეძენა შესაძლებელია ინტერნეტით ყოველგვარი რეცეპტის გარეშე. კვლევაში არ მიიღო მონაწილეობა შემდეგმა ქვეყნებმა: ანდორა, ავსტრია, კვიპროსი, საბერძნეთი, ისრაელი, ლუქსემბურგი, მონაკო, პოლონეთი, სან-მარინო და შვეიცარია.

რესპოდენტი ქვეყნების 27 %-ში (44-დან 12-ში) შესაძლებელია ანტიბიოტიკების შეძენა ავთიაქის გარეშე, მაგ., შავ ბაზარზე და ვეტერინარულ კლინიკებსა და/ან ვეტერინარულ ავთიაქებში¹.

ბრიტანეთის რამდენიმე ქალაქის ავთიაქში ზოგიერთი დაავადების ოპერატიული დიაგნოსტიკისთვის დაინერგა პორტატული ტესტ-სისტემები, რომლის მეშვეობით დგინდება მაგ. ბაქტერიული ტონზილიტი და ადგილობრივად გაიცემა ანტიბიოტიკი². ასეთი შემთხვევები ზრდის პროვიზორის როლს დაავადებათა მკურნალობის პროცესში. მსგავსი ფარმაცევტული სერვისი დანერგილია აშშ-შიც.

ზოგიერთ ქვეყანაში პროვიზორების ფუნქციაა თვალყურის ადევნონ პაციენტების მკურნალობის კურსს. აღნიშნულ ფუნქციას დიდ ბრიტანეთში ასრულებს კამპანია „ჰკითხე ავთიაქარს, სწრაფად როგორ განვიკურნო“ და „New Medicines Service“, ნორვეგიაში - „Medisinstart“, ბელგიაში - „ათმის სამსახური“, საფრანგეთში „პაციენტების თერაპიული შესწავლა“, ესპანეთში - „Adhierete“³.

ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში აზითრომიცი რეცეპტით გაიცემა. პირველი per os მისაღები ანტიბიოტიკი არის აზითრომიცინი, რომელსაც გაერთიანებულ სამეფოში მიაკუთვნეს OTC სტატუსი, მაგრამ ურეცეპტოდ აზითრომიცი გაიცემა მკურნალობის მიზნით მხოლოდ იმ პირებზე, რომლებთანაც დაუდასტურდათ გენიტალური ორგანოების

¹WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014. გვ. 22

² იქვე. გვ. 28

³ იქვე. გვ. 31

ქლამიდოზი (*Chlamydia trachomatis*), პროფილაქტიკის მიზნით - დაინფიცირებული პირის სექსუალურ პარტნიორებზე; მათი ასაკი უნდა აღემატებოდეს 16 წელს.¹ გაერთიანებულ სამეფოში სქესობრივად გადამდებ დაავადებებს შორის ქლამიდოზი არის ყველაზე გავრცელებული. დაავადებას ახასიათებს სერიოზული გართულებები უნაყოფობისა და ექტოპიური გართულებების სახით. აფთიაქში მარტივი შარდის ტესტით ადგენენ ქლამიდოზს და პაციენტი ურეცეპტოდ ყიდულობს აზითრომიცინს².

ნიდერლანდებში ანტიბიოტიკების რეცეპტით გამოწერა კანონმდებლობით რეგულირდება. ნორმატიული ბაზაარეგულირებს ანტიბიოტიკების რეცეპტით გამოწერას. პროვიზორები ბონუსური შეთანხმების საფუძველზე ვალდებული არიან მოახდინონ რეაგირება ამ წესის დარღვევის შემთხვევაში. ნიდერლანდების ფარმსტატისტიკის ფონდი აგროვებს და ამუშავებს გაცემული წამლების რაოდენობრივ მონაცემებს³.

ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) განცხადებით, ანტიმიკრობული საშუალებების რეზისტენტობა აქტუალურია განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში, მაგრამ განვითარებად ქვეყნებში ანტიმიკრობულ პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობა და გამოყენების რაციონალურობა ძალიან ცუდად კონტროლდება. ანტიმიკრობული პრეპარატების რეზისტენტობის დაძლევის მიზნით, ამ სამკურნალწამლო საშუალებებზე უნდა გაძლიერდეს საკანონმდებლო და მარეგულირებელი კონტროლის მექანიზმები: დაუშვებელია მათი გავრცელება, გაყიდვა ან მიწოდება რეცეპტის გარეშე როგორც ადამიანების მკურნალობის მიზნით, ასევე ვეტერინარულ პრაქტიკაში. აუცილებელია მკაცრი კონტროლის დაწესება ანტიმიკრობული საშუალებების ბაზარზე, იმპორტზე, ექსპორტზე, რეცეპტების გამოწერაზე. აუცილებელია ჯანმრთელობის პროფესიული საზოგადოებებისა და ასოციაციების მჭიდრო თანამშრომლობა მარეგულირებელ ორგანოებთან, რათა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებში რეცეპტის გამოწერის უნარ-ჩვევები განმტკიცდეს⁴.

საქართველოში 2014 წლის 15 სექტემბრის მდგომარეობით ანტიჰელმინთური საშუალებას - მებენდაზოლს მიენიჭა OTC სტატუსი. ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში (მაგ. ავსტრია, ბულგარეთი, ჩეხეთის რესპუბლიკა, დანია, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, საბერძნეთი, შვედეთი, ესპანეთი, პოლონეთი, ლიტვა, უნგრეთი, იტალია, სლოვენია) ამ მედიკამენტს აქვს Rx სტატუსი ანუ რეცეპტით გაიცემა. ხოლო ბელგიაში, პორტუგალიაში, გაერთიანებულ სამეფოში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ნორვეგიაში მებენდაზოლს აქვს OTC სტატუსი. ასევე აღსანიშნავია განსხვავებები OTC სტატუსთან მიმართებაში, კერძოდ, მაგ. ნორვეგიაში ურეცეპტოდ გაიცემა მებენდაზოლის 30 მლ მიქსტურა და 6 ტაბლეტი, პორტუგალიაში - 100 მგ ტაბლეტები და 20მგ/მლ სუსპენზია ერთჯერადად. ხოლო შვეიცარიაში - ურეცეპტოდ გაიცემა მებენდაზოლის ერთჯერადი დოზა არაუმეტეს 100 მგ-სა, დღიური დოზა არაუმეტეს 200 მგ-სა და მაქსიმუმ 3 დღის დოზა. ხორვატიაში მებენდაზოლი საერთოდ არ არის რეგისტრირებული.⁵ ასეთი არაერთგვაროვანი მიდგომა ევროპის გარდა, მსოფლიოს სხვა ქვეყნებშიც; მაგ. კანადაში, აშშ-ში, იაპონიაში მებენდაზოლი რეცეპტით გაიცემა, ხოლო ახალ ზელანდიაში, ჩინეთში, სინგაპურში - იგი OTC სტატუსით სარგებლობს.

¹ <http://www.aesgp.eu/facts-figures/otc-ingredients/?result=parameter&multiselect=europe&country>

² WSMI (World Self-Medication Industry) - „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

³ WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance – a review of current policies and experiences in Europe” 2014 p.34

⁴ FIP Statement of Policy – control of antimicrobial medicines resistance (AMR), The Hague, The Netherlands

⁵ <http://www.aesgp.eu/facts-figures>

ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგ. ყირგიზეთი, ტაჯიკეთი) მარტივი ჰიპერტენზიის და მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამწვანებულია; ხოლო ბეტა-ბლოკატორები, პირიქით, შეუზღუდავად გამოიყენება¹.

მედიკამენტებზე დანახარჯები მკვეთრად გაიზარდა დასავლეთის ბევრ ქვეყნებში. ეკონომიკური თანამშრომლობის და განვითარების (OECD) ქვეყნებში მედიკამენტებზე დანახარჯები შეადგენს ქვეყნის მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 1,5 %-ს². აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი ყოველწლიურად 4,6 %-ით იზრდება, რაც აღემატება სამედიცინო დანახარჯების ან ზოგადად მთლიანი შიდა პროდუქტის ზრდის ტემპებს. მედიკამენტებზე დანახარჯების ზრდა განპირობებულია არარაციონალური, შეუსაბამო, გადაჭარბებული და ზოგჯერ ზიანის მომტანი ფარმაცოთერაპიით. აღნიშნული განპირობებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებას, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო დანახარჯებს. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია მკურნალობის ჩატარება გაიდლაინების შესაბამისად.

საბერძნეთსა და კვიპროსში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის ფარგლებში შეისწავლეს ექიმის მიერ რეცეპტის გამოწერის უნარ-ჩვევებზე მოქმედი ფაქტორები: ფარმაცევტული პროდუქტის ფასი, გენერიკული დასახელების და ახალი მედიკამენტების გამოწერის ინტერესი, მედიკამენტის გვერდითი ეფექტები და უსაფრთხოება, ფარმაცევტული კომპანიის წარმომადგენლების გავლენა.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მედიკამენტის რეცეპტით გამოწერის მომენტში ექიმის არჩევანს უმთავრესად განსაზღვრავს კლინიკური ეფექტურობა და მედიკამენტის რეკომენდებული დღიური დოზა. მედიკამენტებზე ინფორმაციის ყველაზე პოპულარულ წყაროდ ექიმებმა დაასახელეს სამედიცინო ჟურნალები, პუბლიკაციები, კონფერენციები და ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლები. არჩევანის დროს გასათვალისწინებელ ფაქტორად რესპოდენტთა მხოლოდ ნახევარმა დასახელა მედიკამენტის ფასი, რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება მაგ. დანიაში ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის შედეგებისგან, სადაც წამლის ფასი არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს ექიმის დანიშნულებაზე. საბერძნეთისა და კვიპროსის ქვეყნების ექიმთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ გენერიკული მედიკამენტების უსაფრთხოება და ეფექტურობა არ არის საუკეთესო, მაგრამ მისაღები³.

საქართველოში, ისევე როგორც თითქმის ყველა ქვეყანაში, ერთი და იმავე საერთაშორისო დასახელების მედიკამენტი იყიდება სხვადასხვა ბრენდული (სავაჭრო) დასახელებით.

2012 წელს საქართველოში კომპანია „ჯივისიმ“ მსოფლიოში აპრობირებული პროექტის განხორციელება, კერძოდ ეკონომ-შეფუთვის მქონე გენერიკ-მედიკამენტების შემოტანა-რეალიზაცია დაიწყო⁴;

ინდოეთში ერთ-ერთი კვლევის საფუძველზე შეისწავლეს ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლების მარკეტინგული ქმედებების ზეგავლენა ექიმების მიერ რეცეპტების გამოწერის პრაქტიკაზე. აღმოჩნდა, რომ ფარმაცევტული მარკეტინგი გავლენას ახდენს ექიმის არჩევანზე. ფარმაცევტული კომპანიების წარმომადგენლებსა და ექიმებს შორის კარგი და უშუალო ურთიერთობა არის ყველაზე ეფექტური სტრატეგია წამლების გაყიდვის სტიმულაციისთვის. ფარმაცევტული კომპანია მიმართავს საკუთარი პროდუქციის პრომოციას საინფორმაციო ბუკლეტების, ბანერების, ბლოკნოტების დარიგებით, აფინანსებს

¹WHO Regional office for Europe „Health technologies and Pharmaceuticals (HTP) programme –Annual Report2013

²Bio Med Central Health Services Research „Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”, August, 2009

³Bio Med Central Health Services Research. 2009. იქვე

⁴ <http://gpc.ge/?menuid=12&lang=1>

კონფერენციებს, ექიმების სამოგზაურო ხარჯებს, პუბლიკაციებს, არიგებს ნიმუშებს, კალმებს და ა.შ. მედიკამენტების პრომოციაზე გაწეული დანახარჯები გავლენას ახდენს რეცეპტით გამოსაწერი მედიკამენტების ფასზე, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო დანახარჯებს¹.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია რეცეპტების ინსტიტუტის შესახებ არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, ასევე პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები.

რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა დაკვირვებითი კვლევის ერთ-ერთი მეთოდით: გამოკითხვით, რისთვისაც გამოყენებულ იქნა ორი განსხვავებული კითხვარი თითოეული მიზნობრივი ჯგუფისთვის: სამედიცინო დაწესებულების ექიმებისა და ფარმაცევტებისთვის.

რესპოდენტები შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის პრინციპით. კითხვარი შეავსო სხვადასხვა სპეციალობის 96 ექიმმა 31 სამედიცინო დაწესებულებაში: პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში, სპეციალიზირებულ კლინიკებში, მულტიპროფილურ დაწესებულებებში; ექიმებისთვის განკუთვნილი თითოეული კითხვარი შეიცავდა 12-მდე ღია და დახურულ კითხვას;

კითხვარი შეავსო 62 ფარმაცევტმა მსხვილი ფარმაცევტული კომპანიების (ავერსი, შპს, ჯი-პი-სი, ფარმადეპო) ქსელურ, აგრეთვე არაქსელურ აფთიაქებში; ფარმაცევტებისთვის განკუთვნილი თითოეული კითხვარი შეიცავდა 10-მდე ღია და დახურულ კითხვას. პირისპირ გამოკითხვის ხანგრძლივობა ექიმებთან და ფარმაცევტებთან იყო დაახლოებით 15- 20 წუთი.

კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩალრმავებული ინტერვიუ განხორციელდა ჯანდაცვის სამ ექსპერტთან; თითოეული ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო 40-60 წუთი.

გამოკითხვები ჩატარდა 2015 წლის აპრილში, მაისსა და ივნისში, საქართველოს სხვადასხვა ქალაქში.

შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვები

კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრებიდან გასულ დროს მოკლე პერიოდს, რესპოდენტების გულწრფელობის ხარისხს (განსაკუთრებით არაქსელურ აფთიაქებში).

კვლევის შედეგები

კვლევის პროცესში ჩალრმავებული ინტერვიუ ჩამოერთვა ჯანდაცვის 3 ექსპერტს: სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის მთავარ სპეციალისტს, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელს, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, პროფესორ ნიკო გონგაძეს, ჯანდაცვის ექსპერტთა კლუბის კონსულტანტს თინათინ ტურმილამეს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის სპეციალისტს მარინა ლაცაბიძეს.

¹Narendran, R. Narendranathan, M. (2013) "Influence of pharmaceutical marketing on prescription practices of physicians." The Journal of the Indian Medical Association, 111 (1), 47-50

პროფესორმა ნი კოგონგამემ ინტერვიუს დროს აღნიშნა, რომ რეცეპტების ინსტიტუტზე მუშაობა მთელი წლის განმავლობაში მიმდინარეობდა სამედიცინო და ფარმაცოლოგიის სფეროს წარმომადგენლებთან. საქართველოში რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვის შესახებ ინიციატივა საქართველოს პარლამენტს ეკუთვნის. ჯანდაცვის სამინისტრომ განსაზღვრა ამ რეფორმის დადებითი და სუსტი მხარეები, გათვალა ბევრი დეტალი, მაგრამ ხარვეზები მრავლად ახლავს სისტემას. ბატონმა ნიკომ მონაწილეობა მიიღო პირველი, მეორე და მესამე ჯგუფის მედიკამენტების რეკლასიფიკაციის პროცესებში. აღნიშნა, რომ 2014 წლის 1 სექტემბერს გამოქვეყნებულ რეცეპტით და ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიას ეთანხმება. ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ნებისმიერი საინექციო წამლის ფორმა (გარდა გამოხდილი წყლისა) ავთიაქიდან უნდა გაიცეს რეცეპტით, ისევე როგორც ევროპის ქვეყნებში¹.

რეცეპტებით გასაცემი წამლების ნუსხაში მოხვდა ნიმესილი, რასაც მოსახლეობის მძაფრი რეაქცია მოჰყვა. ბატონი ნიკო გონგამის მტკიცებით, ნიმესილის უკონტროლო, ქრონიკულმა გამოყენებამ შესაძლებელია ღვიძლის მნიშვნელოვანი დაზიანება და ფატალური შედეგი გამოიწვიოს. „ევროპის წამალთა სააგენტოს დოკუმენტში მითითებულია, რომ ნიმესილიდი ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში მხოლოდ რეცეპტით გაიცემა. საქართველოში, სამწუხაროდ, ნიმესილს იყენებენ ნებისმიერი სახის ტკივილის დროს, რადგან სწრაფად აყუჩებს ტკივილს“. ბატონი ნიკო გონგამემ აღნიშნა, რომ 2014 წლის 15 სექტემბერს განხორციელებული ცვლილების დროს მეორედან მესამე ჯგუფში 800-მდე მედიკამენტის როტაცია მასთან არ იყო შეთანხმებული. ამ ცვლილების განხორციელების პროცესში უგულვებელყოფილი აღმოჩნდა რეკლასიფიკაციის დროს გათვალისწინებული რამდენიმე არგუმენტი; გარკვეულწილად პარადოქსული აღმოჩნდა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების საინექციო ფორმებისთვის, ანტიპარაზიტული პრეპარატებისთვის და ა.შ. OTC სტატუსის მინიჭება; სავარაუდოდ ნიმესილიდსაც ურეცეპტო წამლების სიაში გადაიტანდნენ, მაგრამ რეფორმის „არქიტექტორების“ მიერ 15 სექტემბრამდე ძალიან ხშირად გაჟღერდა კონკრეტულად ამ მედიკამენტის მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების შესახებ; ამიტომ ნიმესილიდი დატოვეს მეორე ჯგუფის მედიკამენტთა სიაში. ბატონი ნიკოს აზრით, მედიკამენტების როტაციაში ფარმაცევტული კომპანიების ინტერესი იქნა გათვალისწინებული.

ფარმაცევტული კომპანიები უარყოფითად შეხვდნენ რეცეპტების რეფორმას. ბატონი ნიკოს აზრით, თუ ფარმაცევტულ ბიზნესს მოსახლეობის პრობლემები ადარდებს, გაზარდონ მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა და გააიფონ მედიკამენტები. ფარმაცოლოგიის სპეციალისტი განსაკუთრებით საინექციო წამლის ფორმების რეცეპტის გარეშე გაცემის წინააღმდეგია. მან დაადასტურა, რომ მედიკამენტების როტაცია მეორედან მესამე ჯგუფში და პირიქით ისევ გრძელდება. ჯანმრთელობის სამინისტრო პერიოდულად იღებს მონაცემებს EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)-სა და WHO-დან, რომლის საფუძველზეც ნაციონალური პოლიტიკის გათვალისწინებით ხორციელდება ცვლილებები.

ჯანდაცვის ექსპერტთა კლუბის კონსულტანტის, ქ-ნი თინა ტურძილამის აზრით, რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღება ნაადრევია. ამ სისტემის ამოქმედებით დასახული ძირითადი მიზნის მიღწევა - თვითმკურნალობის შეზღუდვა და სააფთიაქო ნარკომანიის აღმოფხვრა - ვერ მოხერხდება. რეცეპტი ეფექტური ინსტრუმენტია რაციონალური ფარმაცოთერაპიისთვის, მაგრამ მხოლოდ რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედება არარაციონალურ ჯანდაცვას ვერ გარდაქმნის რაციონალურად. მედიკამენტების რაციონალური დანიშნულება უნდა ითვალისწინებდეს მაქსიმალურ თერაპიულ ეფექტს,

¹Christine Bond „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice“, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 - 24

მინიმალურ დანახარჯებს, წამლის მიღებით გამოწვეულ მინიმალურ რისკს და პაციენტის უფლებების პატივისცემას. სამწუხაროდ, ფარმაცევტული პროდუქტის უსაფრთხოება და ეფექტურობა არ იზომება საქართველოში, ხოლო წამლის კლინიკური კვლევების შესახებ ინფორმაცია გასაიდუმლოებულია. სწორედ ეს არის ფარმაცოთერაპიის მთავარი პრობლემა და არა ის, რომ პაციენტი მეზობლის რჩევით ყიდულობს წამალს. რეცეპტების სისტემა არცერთ ქვეყანაში არ ფუნქციონირებს სუბსიდირების გარეშე. რეცეპტის ინსტიტუტმა პაციენტს მედიკამენტის ფინანსური ტვირთი უნდა შეუმსუბუქოს: სახელმწიფომ ან სხვა მზღვეველმა სრულად ან ნაწილობრივ უნდა აანაზღაუროს წამლის ღირებულება. მაგ. ევროპაში სუბსიდირებით სრულად გადაფარულია Rx სტატუსის მქონე მედიკამენტების ფინანსური ტვირთი, მაგრამ ავსტრალიაში მოსალოდნელ სარგებელთან შედარებით მაღალი რისკის შემცველი, რეცეპტით გასაცემი ყველა წამალი არ სუბსიდირდება. რეცეპტი ძალიან მნიშვნელოვანი სისტემური ინსტრუმენტია, რომელსაც კონკრეტული დანიშნულება აქვს. განვითარებულ ქვეყნებში წარმატებით მუშაობს რეცეპტის ინსტრუმენტი. იგი ოთხკომპონენტანია: 1. პაციენტი; 2. სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც მომსახურებას უწევს პაციენტს; 3. ფარმაცევტული დაწესებულება; 4. დამფინანსებელი კომპანია.¹ საქართველოში პაციენტს არ აქვს ექიმთან მისვლის მოტივაცია და რეცეპტის ინსტიტუტმა იგი მუჯღუფუნით მიიყვანა ექიმთან. ქალბატონი თინა სამკურნალწამლო საშუალებების რეკლასიფიკაციასაც შეეხო: 2014 წლის 1 სექტემბერს გამოქვეყნებული ურეცეპტო წამლების ნუსხაზე 800-მდე მედიკამენტის დამატება სამინისტროს ირაციონალური გადაწყვეტილებაა. აფთიაქიდან წამლის გაცემის რეჟიმის თაობაზე სამინისტრომ მოლაპარაკებები წამლის ბროკერებთან და დისტრიბუტორებთან არ უნდა აწარმოოს. ამას გამორიცხავს საერთაშორისო სტანდარტი. მედიკამენტების სიის შედგენას მეტი კვალიფიკაცია და ყურადღება სჭირდება, რაც შეამცირებს კორუფციული გარიგებების რისკს და უფრო გამჭვირვალეს გახდის მედიკამენტების რეკლასიფიკაციის პროცესს. განვითარებულ ბაზრებზე რეკლასიფიკაციის საკითხები წყდება ე.წ. პერიოდულად განახლებადი უსაფრთხოების ანგარიშების (PSUR) საფუძველზე, რომელსაც დადგენილი პერიოდულობით და ფორმატით წამლის მწარმოებელი წარუდგენს მარეგულირებელს. ქ-ნი თინა ე.წ. სააფთიაქო ექიმებსაც შეეხო: დიდმა ფარმაცევტულმა კომპანიებმა მოახერხეს და ფარმაცევტულ სერვისს დაურთეს საექვო ხარისხის სამედიცინო სერვისი - თავიანთ ობიექტებში დასვეს სააფთიაქო ექიმები, რომლებიც წერენ რეცეპტს. ფარმაცევტული ბიზნესი მოტივირებულია გააძვიროს, ან გაყიდოს ძვირადღირებული ბრენდები, ან გაყიდოს ბევრი წამალი. მათგან მართული ექიმის დანიშნულება ვერ იქნება რაციონალური. ასეთი რეცეპტი ფსევდორეცეპტია. დღეს არსებული სისტემა არ აძლევს საშუალებას საზოგადოებას, რომ რაციონალურად დანიშნული წამალი მიიღოს და აიცილოს ის რისკები, რომელიც წამლის უკონტროლო მიღებით შეიძლება იყოს გამოწვეული. „ქართულ ჯანდაცვაში რეცეპტი - ეს არის ბროშა ტელეგრაფიკაზე“ - დასძინა ქ-მა თინამ საუბრის ბოლოს.

კვლევის ფარგლებში, რომელიც ჩატარდა თბილისში, გორში, ქარელში, ბათუმში, ქობულეთში, სენაკსა და ზესტაფონში, ინტერვიუ ჩამოერთვა ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის 31 სამედიცინო დაწესებულებაში მოღვაწე სხვადასხვა სპეციალობის 96 ექიმს. ინტერვიუ ჩამოერთვა 65 ფარმაცევტს, ძირითადად მენეჯერებს. მონაცემები შეგროვდა თბილისის, გორის, ბათუმის, ქობულეთის, ქარელის, სენაკის, ზესტაფონის 62 აფთიაქის ქსელური (ავერსი, პსპ, ჯი-პი-სი, ფარმადეპო, სახალხო აფთიაქი, იმპექსი და ა.შ.) და არაქსელური აფთიაქების თანამშრომლების დახმარებით.

კვლევის პროცესში გამოკითხული აფთიაქების 72%-ს შეადგენს ავერსის, პსპ-ს, ჯიპისის, ფარმადეპოს აფთიაქები. ძალიან რთული აღმოჩნდა ინტერვიუს წარმოება

¹ ტურშილაძე თინა: რეცეპტებით მედიკამენტების გაცემის პროექტი შესაძლოა ჩავარდეს?! Media City. 14.08.2014

არაქსელურ ავთიაქებში, ფარმაცევტები არ იყვნენ გულწრფელი კითხვარების შევსების დროს.

ცხრილი 3: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. საქართველოში უნდა მოქმედებდეს რეცეპტების ინსტიტუტი?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
დიახ	75	78,1	41	67,2
არა	15	15,6	14	23,0
არაქვსმნიშვნელობა	6	6,3	6	9,8
ჯამი	96	100%	61	100%

გამოკითხული ექიმების 15% არ მიესალმება რეცეპტების ინსტიტუტს დანერგვას, რადგან ეს პროცესი ნაადრევია საქართველოსთვის; მხოლოდ 6%-მა დააფიქსირა, რომ მისი პროფესიული მოღვაწეობისთვის რეცეპტების არსებობა/არარსებობას არ აქვს მნიშვნელობა;

გამოკითხული ექიმების 60,4% (პედიატრები, ნეონატოლოგები, კარდიოლოგები, ქირურგები, ინფექციონისტები, გინეკოლოგები) აღნიშნავს, რომ პაციენტთა მიმართვიანობა რეცეპტების გამოწერის მიზნით მათთან არ გაზრდილა. ექიმების 33% (ოჯახის ექიმები, თერაპევტები) პაციენტთა მიმართვიანობის მომატებაზე მიუთითებს; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამუშავებასთან ერთად რეცეპტების ინსტიტუტს დანერგვამ მყისიერად გაზარდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტთა მიმართვიანობა, რის გამოც ექიმებს დატვირთვა მნიშვნელოვნად მოემატათ. აღსანიშნავია, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედება დროში თითქმის დაემთხვა რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრების პროცესს. ექიმების მხოლოდ 5,2%-მა დააფიქსირა პაციენტების ნაკადის შემცირება, რომლის მიზეზად „სააფთიაქო“ ექიმების გამოჩენა ან პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტის გადამისამართება დაასახელეს.

გამოკითხული ფარმაცევტების 47,5%-მა აღნიშნა, რომ პაციენტების ნაკადი შემცირდა. ამის მიზეზებად დაასახელეს ექიმთან მიუსვლელობა ან არაქსელურ ავთიაქებში გადამისამართება, სადაც მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამარტივებულია. რესპოდენტთა 46% თვლის, რომ მიმართვიანობა არ შეცვლილა, მხოლოდ ერთმა ფარმაცევტმა აღნიშნა პაციენტთა ნაკადის მომატება.

ცხრილი 4: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედების შემდეგ როგორ შეიცვალა პაციენტთა მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში/ავთიაქებში?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
გაიზარდა	33	34,4	1	1,6
შემცირდა	5	5,2	29	47,5
არშეცვლილა	58	60,4	28	45,9
მიჭირსდაკონკრეტება	0	0	3	4,9
ჯამი	96		61	

ცხრილი 5: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: როგორ აისახა ექიმის/ავთიაქის შემოსავალზე რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვა?

	ექიმი	%	ავთიაქი	%
გაიზარდა	16	16,7	1	1,6
შემცირდა	1	1,0	24	39,3
არ შეცვლილა	78	81,3	22	36,1
თავი შეიკავა პასუხისგან	1	1,04	14	23,0
ჯამი	96		61	

გამოკითხული ექიმების 81%-მა დააფიქსირა, რომ მათი ხელფასები არ გაზრდილა, მაგრამ დატვირთვა გაეზარდათ. ექიმებს 17%-მა (ძირითადად ოჯახის ექიმებმა, რომლებსაც გაწეული სამედიცინო დახმარება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით უნაზღაურდებათ) დააფიქსირა ხელფასის მომატება.

გამოკითხულ ექიმთა 95% აღნიშნა, რომ რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებამ მნიშვნელოვნად გაართულა მათი პროფესიული საქმიანობა; ექიმი ორჯერ აფორმებს დანიშნულებას: იგი ავსებს აფთიაქისთვის განკუთვნილ A4 ფორმატის რეცეპტის ბლანკს და დამატებით ჩვეულებრივ ფურცელზე პაციენტისთვის წერს იმავე წამლის მიღების წესსა და დოზირების რეჟიმს, რადგან გამოწერილი მედიკამენტის სრულად შეძენის შემთხვევაში რეცეპტი აფთიაქში რჩება. ბიუროკრატიული აპარატი გაართულებულია. ექიმს მეტი დრო ეხარჯება. რეცეპტების ინსტიტუტზე განაწილებული კარდიოლოგი მაქსიმალურად ცდილობს რეცეპტების გამოწერისთვის პაციენტი გადაამისამართოს ოჯახის ექიმთან. ზოგიერთი ექიმის აზრით, კერძო სადაზღვევო კომპანიების ბენეფიციარებს ელექტრონულად უბეჭდავენ წამლების დასახელებებს, გამოშვების ფორმას, წამლის დოზას, ფურცელს ბეჭდით ამოწმებენ და ფორმა N3 რეცეპტის ბლანკის შევსება ზედმეტია.

ცხრილი 6: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რამდენად გაართულდა რეცეპტებით შემოსული პაციენტების მომსახურება?

	ფარმაცევტი	%
მნიშვნელოვნად	32	52,5
უმნიშვნელოდ	14	23,0
არ გაართულებულა	15	24,6
ჯამი	61	

ზოგი ფარმაცევტული კომპანიის ფარმაცევტები, აუცილებელი პროცედურის ჩატარების გარდა, დამატებით რეცეპტის გამომწერი ექიმის სახელსა და გვარს კომპიუტერში აფიქსირებენ, რომელიც ჩანს ამობეჭდილ ქვითარზე, გრაფაში „რეცეპტი გამოწერა“. ეს მოთხოვნა კონკრეტული დაწესებულების შინაგანაწესს წარმოადგენს.

ცხრილი 7: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები:

ფარმაცევტის მიერ მედიკამენტის შეთავაზების პროცესი		
	ფარმაცევტი	%
შეიზღუდა	39	63,9
არ შეზღუდულა	22	36,1
ჯამი	61	

ამ მონაცემების თანახმად, ფარმაცევტის საქმიანობა გარკვეულ ჩარჩოებში მოექცა.

ცხრილი 8: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. როგორია ფორმა 3-რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფის პრინციპი?

როგორია ფორმა 3-რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფის პრინციპი?	ექიმი	%
სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია უზრუნველყოფს	84	87.5
ექიმი საკუთარი სახსრებით იმარაგებს	2	2.1
სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული პაციენტებისთვის - ადმინისტრაცია იმარაგებს, პირადი პაციენტებისთვის - საკუთარ სახსრებს ხარჯავს	10	10.4
ჯამი	96	

რეცეპტის ადგილზე ამობეჭდვის დადებით მხარედ ექიმებმა დაასახელეს ფართო ხელმისაწვდომობა რეცეპტის ბლანკზე, მაგრამ უარყოფით მხარედ აღნიშნეს სამედიცინო დაწესებულების/ექიმის მხრიდან დამატებითი სახსრების მობილიზება (კომპიუტერი, ქსეროქსის აპარატი, ფურცლები, პერსონალი), რაც შესაძლოა სამედიცინო მომსახურების და/ან სამკურნალო საშუალებების გაძვირების საბაზი გახდეს. სამწუხაროდ, კვლევის პერიოდს დაემთხვა ლარის მიმართ აშშ დოლარის გაცვლის კურსის მნიშვნელოვანი გაზრდა, რის გამოც გაძვირდა სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები და სამკურნალო საშუალებები. ამიტომ ძნელი დასადგენია რეცეპტის ინსტიტუტმა რამდენად გააძვირა სამედიცინო მომსახურება და/ან მედიკამენტები.

რეცეპტების ბლანკებზე ხელმისაწვდომობის ტექნიკური ხარვეზებია: რეცეპტების ბლანკების მიწოდების სისწრაფე (ზოგიერთი დაწესებულება სტამბაში ბეჭდავს რეცეპტების ბლანკებს, ხოლო სტამბა ხშირად აგვიანებს მოწოდებას, რაც პრობლემებს უქმნის ექიმებს); ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაცია ზღუდავს ბლანკების რაოდენობას; შესაბამისად, ექიმიც ზღუდავს დანიშნულებას (მაგ. ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულების პედიატრს პაციენტის მშობელმა 1000 ცალი რეცეპტის ბლანკი აჩუქა და ექიმი ამით ძალიან კმაყოფილია).

ზოგიერთი კერძო დაწესებულება მკაცრად აკონტროლებს რეცეპტების ნუმერაციას: ექიმებს ამარაგებს დაბეჭდილი ბლანკებით მხოლოდ კლინიკაში რეგისტრირებული პაციენტებისთვის; ამიტომ სისტემაში რეგისტრირებული ექიმი ოჯახის წევრებისთვის, სახლში მიღებული პაციენტებისთვის საკუთარი ფინანსებით ბეჭდავს რეცეპტებს. ზოგიერთი ექიმი კი კლინიკაში დარეგისტრირებული პაციენტის ისტორიაში წერს ისეთ მედიკამენტს, რომლის დანიშნულება რეალურად არ გაუცია, აფიქსირებს რეცეპტის ნომერს და ამ ნომრით ამობეჭდილ რეცეპტს საკუთარი ახლობლისთვის იყენებს. ზოგიერთ კლინიკაში ექიმებს ბლანკებს მხოლოდ მთავარი ექიმი უბეჭდავს. როცა იგი დაკავებულია, მაშინ ბლანკზე ხელმისაწვდომობა სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

ექიმთა აზრით, რეცეპტურის ინსტიტუტის შემოღებით მათ დაწესებულებას ხარჯი გაეზარდა. ეს პრობლემა დააფიქსირეს კარდიოლოგებმა, რომლებიც პოლიპრავმაზიით გამოირჩევიან (მაგ. 4-5 და ზოგჯერ 10 მედიკამენტსაც უნიშნავენ ერთ პაციენტს), ხოლო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სამკურნალო პრეპარატების უმრავლესობა მიეკუთვნება II ჯგუფის მედიკამენტების ნუსხას.

რეგონებში რეცეპტის ბლანკებზე ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა ძალიან გამწვანებულია. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ რეცეპტურისათვის საჭირო პრინტერის ქაღალდის ფურცლები და კარტრიჯი ძვირი ჯდება. ერთ-ერთი კერძო ამბულატორიის მფლობელი უარს აცხადებს რეცეპტის ბლანკებით ექიმების უზრუნველყოფაზე, საჭირო მასალების სიძვირის გამო. ზოგი რესპოდენტი რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრებას ქაღალდის ბიზნესის ხელშეწყობად აღიქვამს. აჭარის ერთ-ერთი სოფლის ამბულატორიის ოჯახის ექიმი პერიოდულად მიდის რაიონის სამედიცინო ცენტრში და დაწესებულების ხარჯით ბეჭდავს 100-150 ბლანკს, რომელიც საშუალოდ 1-1,5 თვის განმავლობაში ყოფნის.

რესპოდენტი ექიმების 30,2% თვლის, რომ რეცეპტის 1 ბლანკზე მინიმუმ 2-3 მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს. 18%-ს მიაჩნია, რომ 3 მედიკამენტის გამოწერის უფლება უნდა ჰქონდეს.

ცხრილი 9: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რამდენი მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს რეცეპტის ერთ ბლანკზე?

რამდენი მედიკამენტი უნდა იწერებოდეს რეცეპტის ერთ ბლანკზე?	ექიმი	%
1 მედიკამენტი	12	12.5
2 მედიკამენტი	8	8.3
2-3 მედიკამენტი	29	30.2
3 მედიკამენტი	18	18.8
3-4 მედიკამენტი	4	4.2
4 მედიკამენტი	2	2.1
4-5 მედიკამენტი	2	2.1
5-6 მედიკამენტი	3	3.1
მთლიანი დანიშნულება	8	8.3
არ აქვს მნიშვნელობა	4	4.2
უნდა გაუქმდეს ბლანკი	6	6.3
ჯამი	96	

ერთი მედიკამენტის ერთ ბლანკზე გამოწერის პროცესი დროისა და ფინანსების (ქალაქის, კარტრიჯის...) დიდ დანახარჯებთან ასოცირდება და არარაციონალურია. ექიმი ერთ პაციენტს უხშირესად ერთზე მეტ, საშუალოდ 2-3 მედიკამენტს უნიშნავს. შესაბამისად, ექიმი ერთსა და იმავე პუნქტს რამდენჯერმე ავსებს, რაც მედიკოსების სერიოზული აღშფოთების მიზეზია. Rp - გრაფა ხუთ სტრიქონს და Ds - გრაფა ოთხ სტრიქონს არ საჭიროებს. როგორც წესი, ექიმები Rp - გრაფაში წერენ მიღების წესსა და დოზირების რეჟიმს. ოთხი სტრიქონის გაუქმება ბლანკს ზომამში დააპატარავებს. ექიმებმა დაასახელეს რეცეპტის ბლანკების პირადი ჩანთით ტარების მოუხერხებლობაც ბინაზე ვიზიტების დროს. ზოგმა რესპოდენტებმა საბჭოთა პერიოდში არსებული რეცეპტების ბლანკების მიმართ ნოსტალგია გამოხატეს.

გამოკითხულმა ექიმებმა რეცეპტის ნუმერაციასთან დაკავშირებით არაერთგვაროვანი აზრი გამოთქვეს. ზოგიერთი ექიმი საერთოდ არ აქცევს ყურადღებას საიდენტიფიკაციო ნომერს და შესაბამისად არც აინტერესებთ რა საჭიროა იგი; თვლიან, რომ უსარგებლოა უნიკალური ნომრის მინიჭება. რეცეპტის ნუმერაცია არ არის საკმარისი მედიკამენტების რეცეპტით გაცემის სრული მონიტორინგისთვის.

ზოგიერთი დაწესებულების ადმინისტრაცია ითხოვს პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიაში, ფორმა #100-სა და დაწესებულების მონაცემთა ბაზაში ექიმმა დააფიქსიროს გაცემული რეცეპტის ნომერი, თუმცა კანონი ამას არ ავალდებულებს. ეს მოთხოვნა კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესს წარმოადგენს. რეცეპტის ნუმერაციის მიხედვით ელექტრონულად შესაძლებელია დავადგინოთ მაგ. რეფორმის დაწყებიდან 2015 წლის 30 მაისისათვის სულ რამდენი რეცეპტი ამოიბეჭდა.

რეცეპტის ბლანკში დიაგნოზის ამსახველი გრაფა არ არის მითითებული. გამოკითხული ექიმებს 20-30 % აღნიშნავს, რომ ნაცნობ-მეგობრებისთვის ხშირად წერს რეცეპტებს. მაგ. ინფექციონისტი მეზობელს უნიშნავს საგულე ან ჰორმონალურ საშუალებას; ერთ-ერთი რაიონული ცენტრის ექიმები თითქმის აღარ წერენ რეცეპტებს. ერთ-ერთი არაქსელური აფთიაქის მფლობელი პროფესიით ექიმია, დარეგისტრირებულია სისტემაში, ბეჭდავს ბლანკებს. ექიმები მასთან ამისამართებენ პაციენტებს. აფთიაქი ურეცეპტოდ გაცემს მედიკამენტებს და დღის ბოლოს ფორმდება რეცეპტები. მხოლოდ ერთადერთმა ექიმმა პედიატრმა მიიჩნია საჭიროდ რეცეპტში დიაგნოზის მითითება ACD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision)-ის მიხედვით იმისთვის, რომ რეცეპტს აზრი ჰქონდეს. ექიმის დანიშნულება ყოველთვის დიაგნოზთან შესაბამისობაში უნდა იყოს. რეცეპტების ინსტიტუტმა უნდა გამოავლინოს ექიმის მიერ გაცემული

დანიშნულების რაციონალიზმი, გაიდლაინებთან შესაბამისობა და სწორად განხორციელებული რეფორმა შეუწყობს ხელს მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირებას.

მხოლოდ 5 ექიმა (5,2%) ისურვა სამკურნალწამლო საშუალების გენერიკული დასახელებით მითითება, ისევე, როგორც განვითარებულ ქვეყნებშია მიღებული. 47,9%-მა მოითხოვა სავაჭრო დასახელება, 36,5% - ორივე დასახელება, რადგან საქართველოში მხოლოდ გენერიკული დასახელებით გამოწერილი წამლის გაცემისას ფარმაცევტული კომპანიების თითოეული სააფთიაქო ქსელი მხოლოდ საკუთარ ინტერესებს გაითვალისწინებს, მისთვის პრიორიტეტულ სავაჭრო მარკას გაყიდის და ნაკლებად დაიცავს პაციენტის ინტერესს. ამას ადასტურებს ფარმაცევტების გამოკითხვის შედეგებიც.

ცხრილი 10: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: რეცეპტში როგორ უნდა იყოს მითითებული მედიკამენტი?

	ექიმი	%	ფარმაცევტი	%
გენერიკული დასახელებით	5	5.2	35	57.4
სავაჭრო დასახელებით	46	47.9	3	4.9
ორივე დასახელებით	35	36.5	20	32.8
არ აქვს მნიშვნელობა	10	10.4	3	4.9
ჯამი	96		61	

კვლევის ერთ-ერთი მიზანი გახლდათ სამკურნალო საშუალებების რეკლასიფიკაციის საფუძვლების გარკვევა; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული კრიტერიუმების ანალიზი რეკლასიფიკაციისთვის და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის პოლიტიკა რეცეპტის ინსტიტუტთან მიმართებაში.

კვლევის პროცესში მოძიებულია ევროპის თვითდანიშნული წამლების ასოციაციის (AESGP-Association of the European Self-Medication Industry)-ის მიერ გამოქვეყნებული 2013 წლის მონაცემები რამდენიმე ქვეყნის საერთო ფარმაცევტული ბაზრისა და OTC მედიკამენტების თანხობრივი ბრუნვის შესახებ (იხ. ცხრილი 14).

მხოლოდ ამ მონაცემებს მეშვეობით რეცეპტების ინსტიტუტის მოქმედების მასშტაბების შედარება პირობითია, რადგან სხვადასხვა ქვეყანაში მედიკამენტების ფასები, წამლების ანაზღაურების თავისებურებები განსხვავებულია. უკრაინაში OTC მედიკამენტებზე დახარჯულმა თანხამ საერთო ფარმაცევტული ბაზრის 44% შეადგინა; შესაბამისად, უკრაინაში არ არის მძლავრი რეცეპტების ინსტიტუტი მაშინ, როცა თურქეთში OTC მედიკამენტებზე დახარჯულმა თანხამ საერთო ფარმაცევტული ბაზრის 1% შეადგინა; როგორც ჩანს, თურქეთში ურეცეპტოდ ძალიან ცოტა წამალი იყიდება. დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის უმრავლეს ქვეყანაში იგივე მონაცემი მერყეობს 14-15%-ის ფარგლებში. შედარებით თავისუფლად იყიდება მედიკამენტები ჩეხეთში, ბულგარეთსა და პოლონეთში.

ცხრილი 11. 2013 წლის ფარმაცევტული ბაზრის მონაცემები ¹

ქვეყანა	საერთო ფარმაცევტული ბაზარი (მილიონი ევრო)	ურეცეპტო მედიკამენტების ბაზარი (მილიონი ევრო)	ურეცეპტო მედიკამენტების % წილი
ავსტრია	4490	734	16
ბელგია	3053	450	15
ბულგარეთი	1198	328	27
გაერთიანებული სამეფო	11694	1680	14
გერმანია	42140	5974	14
დანია	2115	152	7
ესპანეთი	18070	982	5
თურქეთი	5518	57	1
ირლანდია	1930	137	7
იტალია	17793	2440	14
ლიტვა	510	76	15
ნიდერლანდები	5017	762	15
პოლონეთი	6449	2156	33
პორტუგალია	2525	227	9
რუმინეთი	2980	387	13
საბერძნეთი	2792	420	15
სლოვაკეთი	1385	194	14
სლოვენია	523	49	9
უკრაინა	2869	1268	44
შვედეთი	4192	576	14
შვეიცარია	3250	643	20
ჩეხეთი	1369	341	25

მოგეხსენებათ, მედიკოსების მიერ ინიშნება როგორც რეცეპტით გასაცემი, ისე OTC მედიკამენტები; ევროპის თვითდანიშნული წამლების ასოციაცია გთავაზობს იმ მედიკამენტების ჯგუფების ჩამონათვალს, რომელსაც მომხმარებელი თვითმკურნალობის მიზნით იძენს; Self-medication market-ის შემადგენლობაში განიხილება: ტკივილგამაყუჩებელი, გრიპისა და გაციების საწინააღმდეგო, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების სამკურნალო, კანის მოვლის საშუალებები, ვიტამინები/მინერალები².

საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელდა მეორე და მესამე ჯგუფს მიკუთვნებული მედიკამენტების რეკლასიფიკაცია.

ექიმებისა და ფარმაცევტებისთვის დარიგებულ კითხვარში ერთ-ერთი ღია კითხვა ეხებოდა რეკლასიფიკაციას. გთავაზობთ გამოკითხვის შედეგებს:

ქალთა კონსულტაციის და სამშობიარო სახლების გინეკოლოგების აზრით, OTC სტატუსით უნდა სარგებლობდეს ოქსიტოცინი, ლივაროლის (კეტოკონაზოლის შემცველი) ვაგინალური სანთლები, რადგან კლოტრი-დენკის (კლოტრიმიზოლის შემცველი) ვაგინალური ტაბლეტები იყიდება ურეცეპტოდ.

გამოკითხული ექიმებისა და ფარმაცევტების დიდმა უმრავლესობამ (70-80 %) დააფიქსირა თავიანთი უკმაყოფილება ანტიპიპერტენზიული საშუალებების, ფარისებრი

¹ <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/>

² <http://www.aesgp.eu/facts-figures/market-data/product-groups/>

ჯირკვლის დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალო პრეპარატების და ანტიალერგიული საშუალებების Rx სტატუსთან დაკავშირებით, მიუხედავად იმისა, რომ სამი ანტიჰიპერტენზიული საშუალება (კაპტოპრილი, მეტოპროლოლი, ნიფედინი), სამი ანტიდიაბეტური საშუალება (გლიბენკლამიდი, მეტფორმინი, ინსულინი) გადაუდებელი დახმარების ჩანთაში გაერთიანებული მედიკამენტების ჩამონათვალში გვხვდება.¹ აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთი ექიმი საერთოდ არ ფლობს ინფორმაციას ამ ჩამონათვალის შესახებ; ექიმები ისეთ სამკურნალწამლო საშუალებებზე ითხოვდნენ ურეცეპტოდ გაცემის ნებართვას, რომლებიც მიმდინარე მდგომარეობით ისედაც ურეცეპტოა, მაგ. ლიდოკაინის ამპულები; საინექციო, გამოხდილი წყალი.

განვიხილოთ ერთი შემთხვევა: ქალთა კონსულტაციის გინეკოლოგმა პაციენტს პოსტინორის (ლევონორგესტრელი) რეცეპტზე გამოწერის მიზნით სასწრაფოდ გაუხსნა ისტორია, გააფორმებინა კონსულტაცია, რაშიც მოსალოდნელი არასასურველი ორსულობით შემინებულმა პაციენტმა თანხა გადაიხადა და მიიღო რეცეპტი. პაციენტს და ექიმს არასწორად არის ინფორმირებული, რადგან პოსტინორი ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაშია. 2000-2002 წწ-ში გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე დადგინდა გადაუდებელი ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების (პროგესტოგენი) - ლევონორგესტრელის უსაფრთხოება, რის გამოც იგი ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტთა სიაში გადაიტანეს. ამ მოვლენას არ გამოუწვევია ქალებში ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მიღების, დაუცველი სექსუალური ურთიერთობების სიხშირის გაზრდა და კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების გამოყენების სიხშირის შემცირება. ქალებისთვის უმჯობესი აღმოჩნდა დაუყოვნებლივ მიეღოთ ეს მედიკამენტი არასასურველი ორსულობისგან თავის დასაცავად, ვიდრე ექიმთან სასწრაფოდ გაეფორმებინათ ვიზიტი, რასაც მოყვებოდა რეცეპტის გამოწერაზე დროისა და ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური რესურსების ხარჯვა.² ამჟამად მსოფლიოს ძალიან ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში ლევონორგესტრელი (მაგ. პოსტინორი, მირენა) ურეცეპტოდ გაიცემა.

ექიმების ცუდად ინფორმირებულობაზე მეტყველებს სხვა შემთხვევა: დერმატო-ვენეროლოგი კმაყოფილია დერმატოლოგიური მალამოებისთვის (ცელესტოდერმი, პროტოპიკი) Rx სტატუსის მინიჭებით, რადგან პაციენტს შეეზღუდა მალამოების თვითნებურად „წათხიპვნის“ შესაძლებლობები. სინამდვილეში 2015 წლის მაისის მდგომარეობით ეს მედიკამენტები ურეცეპტოდ იყიდება.

ფარმაცევტებს მიაჩნიათ, რომ ნიზორალის, ვი-დრაფტის (კეტოკონაზოლის შემცველი) შამპუნები ურეცეპტოდ უნდა იყიდებოდეს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე განთავსებულ პრეზენტაციაში „ფარმაცევტული პროდუქტების რეკლასიფიკაციის საფუძველები“ სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატების გარეგანი და ვაგინური ფორმები (კეტოკონაზოლი, ეკონაზოლი, იზოკონაზოლი) მესამე ჯგუფის მედიკამენტებში არის გაერთიანებული.³ რეალურად საქართველოში 2015 წლის მაისის მდგომარეობით ნიზორალის, ვი-დრაფტის (კეტოკონაზოლის შემცველი) შამპუნები, ლივაროლის (კეტოკონაზოლის შემცველი) ვაგინური ფორმა გაიცემა რეცეპტით.⁴

კეტოკონაზოლის გარეგანი ფორმები, კერძოდ შამპუნები მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში OTC სტატუსით სარგებლობს.⁵ ავსტრიაში, უნგრეთში შამპუნი ურეცეპტოდ

¹ <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>

² WSMI (World Self-Medication Industry) - „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

³ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს: რეკლასიფიკაციის საფუძველები.

⁴ <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi?SearchText=%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%96%E1%83%9D%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%9A%E1%83%98&QartuliKlaviatura=true&QartuliKlaviatura=false>

⁵ Association of the European Self-Medication Industry. <http://www.aesgp.eu>

გაიცემა, ხოლო კეტოკონაზოლის კრემი - რეცეპტით. ბელგიასა და შვეიცარიაში კეტოკონაზოლის ყველა ტოპიკურ ფორმას (შამპუნი და კრემი) OTC სტატუსი აქვს მინიჭებული.

ფარმაცევტების დიდი უმრავლესობა აპროტესტებს ქლორამფენიკოლის (ლევომიციტინი), ფტალაზოლის გაერთიანებას ფარმაცევტული პროდუქტების მეორე ჯგუფში. Legal classification status of selected ingredients in the European Union-ის მონაცემებზე დაყრდნობით, ქლორამფენიკოლის ყველა ფორმა ევროკავშირის ყველა ქვეყანაში, ბელგიისა და პორტუგალიის გარდა, რეცეპტით იყიდება, ხოლო გაერთიანებულ სამეფოში 2005 წლის ივლისიდან ქლორამფენიკოლის მხოლოდ თვალის წვეთებს მიენიჭა OTC სტატუსი.¹

ბისეპტოლი (სულფამეტოქსაზოლისა და ტრიმეტოპრიმის კომბინაცია) ძალიან დიდი პოპულარობით სარგებლობს ჩვენს ქვეყანაში. დღევანდელი მდგომარეობით, იგი რეცეპტით გაიცემა, რასაც პრობლემად მიიჩნევენ ფარმაცევტთა და პედიატრების დიდი ნაწილი. ასეთი კომბინირებული მედიკამენტი მხოლოდ იაპონიაში იყიდება და მინიჭებული აქვს Rx სტატუსი, სხვა ქვეყნებში (ავსტრალია, კანადა, ბელგია, ჩეხეთი, ესტონეთი, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, უნგრეთი, იაპონია, ნორვეგია და სხვ.) - მხოლოდ ტრიმეტოპრიმი არის რეგისტრირებული და ყველგან რეცეპტით გაიცემა. ერთადერთი ქვეყანა არის ახალი ზელანდია, სადაც ტრიმეტოპრიმს აქვს OTC სტატუსი და გარკვეული შეზღუდვებით იყიდება. მაგ. გამოშვების ფორმა უნდა იყოს 300 მგ ან მასზე ნაკლები; გაიცემა მხოლოდ 3 ტაბლეტი 16-65 წლის ასაკის მდებრობითი სქესის პაციენტებზე, რომლებსაც აღნიშნულ საშარდე სისტემის გაურთულებელი ინფექცია. ხოლო გაყიდვის უფლება აქვს რეგისტრირებულ ფარმაცევტს, რომელმაც ახალი ზელანდიის ფარმაცევტულ კოლეჯში წარმატებით გაიარა ტრენინგი საშარდე გზების ინფექციების მართვის შესახებ².

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაავადებების სამკურნალო საშუალება - ჰიმეკრომონი საქართველოში იყიდება ორი სავაჭრო დასახელებით: ოდესტონი და ჰიმეკრომონი სოფარმა. ორივე მედიკამენტი წარმოებულია პოლონეთში. ჩვენს ქვეყანაში ეს მედიკამენტები გაიცემა რეცეპტის გარეშე, ხოლო პოლონეთში მათ Rx სტატუსი აქვთ მინიჭებული ისევე, როგორც ავსტრიაში, ბულგარეთში, ჩინეთში, იაპონიაში, ესპანეთსა და აშშ-ში³. ხოლო საქართველოს მსგავსად, ჰიმეკრომონი ურეცეპტოდ იყიდება ბელგიაში, ჩეხეთში, საფრანგეთში, გერმანიაში, იტალიაში, სამხრეთ კორეასა და ლიტვაში.

კვლევის ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს რეცეპტების ინსტიტუტის ზეგავლენა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე.

ცხრილი 12: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები: ფარმაცევტების აზრით, ავთიაქის მომხმარებელთა რამდენი პროცენტი აფასებს რეფორმას დადებითად?

მომხმარებელთა პროცენტი	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
რესპოდენტი ფარმაცევტის რაოდენობა	19	10	9	8	4	6	3	2	0	0
რესპოდენტი ფარმაცევტების წილი %	31,1	16,4	14,8	13,1	6,6	9,8	4,9	3,3	0	0

ფარმაცევტების აზრით, მომხმარებლის ძალიან მცირე ნაწილი აღიარებს რეცეპტების ინსტიტუტის სარგებლიანობას, მაგრამ მიუხედავად რეფორმის განხორციელებიდან გასული დროის მოკლე პერიოდისა, მოსახლეობაში მედიკამენტის რეცეპტით შეძენის კულტურა თანდათან მკვიდრდება; მოქალაქეები მეტ-ნაკლებად ადაპტირდნენ ცვილებების მიმართ მაშინ, როცა 2014 წლის აგვისტო-სექტემბრის თვეში მოსახლეობის უკმაყოფილება ძალიან

¹Legal classification status of selected ingredients in the European Union

² Association of the European Self-Medication Industry. <http://www.aesgp.eu>

³ Association of the European Self-Medication Industry. <http://www.aesgp.eu>

დიდი იყო. ჯიპისის აფთიაქის ფარმაცევტი იხსენებს ასეთ შემთხვევას: ეპილექსიით დაავადებული ბავშვის მშობელი დაჟინებით ითხოვდა ადეპაკინის (ნატრიუმისვალპროატი) შეძენას ურეცეპტოდ. ბავშვის მამა ორწმუნებოდა, რომ ეს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი იყო. წინააღმდეგ შემთხვევაში ბავშვი დაიღუპებოდა, ექიმთან იმ მომენტში ვიზიტი წარმოუდგენელიყო (საღამო საათების გამო). მორიგე ფარმაცევტმა აფთიაქის მენეჯერისგან ტელეფონით მიიღო თანხმობა ადგილზე გაეხსნა ადეპაკინის სიროფი და პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვმა მიიღო მედიკამენტის სათანადო დოზა აფთიაქში. სხვა შემთხვევაში ფარმაცევტმა საკუთარი მოხმარებისთვის ნაყიდი თიროზოლის ბლისტერიდან 1 ტაბლეტი აჩუქა აფთიაქში ურეცეპტოდ შესულ მომხმარებელს.

მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტის ვადა განისაზღვრება არაუმეტეს ერთი წლით, ექიმებისა და ფარმაცევტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ გართულებულია ე.წ. ქრონიკული პაციენტების ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე. რეცეპტით, რომლის მოქმედების ვადა ერთი წელია, პაციენტს 6-ჯერ შეუძლია მიმართოს აფთიაქს 1 წლის განმავლობაში, მაგრამ სამწუხაროდ ხშირ შემთხვევაში მათ ერთდროულად, 2 თვის მარაგის ყიდვა არ შეუძლიათ, წაღლის არასრულად გაცემის შემთხვევაში მოსახვევი ნაწილის რაოდენობა ლიმიტირებულია; ამიტომ ავადმყოფს მალე უმთავრდება მრავალჯერადი გამოყენების რეცეპტის ბლანკი და ისევ უწევს ექიმთან ვიზიტი. მაგ. ერთ-ერთი ფარმაცევტული კომპანიის აფთიაქის ფარმაცევტმა აღნიშნა, რომ მაღალი არტერიული წნევის მატარებელი პირი მუდმივად იყენებს ენოზიდ-H-ს (ენალაპრილი/ჰიდროქლორთიაზიდის კომბინაცია). ენოზიდ-H-ის 20 ტაბლეტი ღირს 5,5 ლარი. დაფიქსირებულია შემთხვევები, როცა პენსიონერი თითო ჯერზე ყიდულობს მხოლოდ 5 ტაბლეტს. ამიტომ ერთი რეცეპტის ბლანკი მხოლოდ 30 ტაბლეტის (5*6) ანუ 1 თვის სამკურნალო კურსის საყიდლად ყოფნის მაშინ, როცა რეცეპტის მოქმედების ვადა 1 წელია. შესაბამისად, პაციენტს 1 თვის შემდეგ ისევ უწევს ექიმთან ვიზიტი, ხოლო სპეციალისტთან (ამ შემთხვევაში კარდიოლოგთან) ვიზიტს სახელმწიფო მხოლოდ 70 %-ით აფინანსებს. ასევე ხშირია ხანგრძლივი მოქმედების რეცეპტების დაკარგვის შემთხვევები.

ერთ წლიანი რეცეპტებით სარგებლობის წესებზე პაციენტი ნაკლებად ინფორმირებულია. კვლევის პროცესში გამოვლინდა შემთხვევები, როცა პაციენტი ყიდულობს მაგ. მედიკამენტის 2 თვის მარაგს. ფარმაცევტმა უნდა მოუხოს 1 მეექვსედი ნაწილი და უნდა დაუბრუნოს რეცეპტი, მაგრამ ფარმაცევტი იქცევა არაკეთილსინდისიერად, სარგებლობს პაციენტის უცოდინარობით, იტოვებს მრავალჯერადი გამოყენების რეცეპტს მთლიანად; როდესაც სხვა პაციენტს აქვს იმავე მედიკამენტის მიღების საჭიროება და არ აქვს რეცეპტი, ფარმაცევტი გასცემს მედიკამენტს ურეცეპტოდ და კანონდარღვევით გაყიდული მედიკამენტის რაოდენობას რაოდენობრივად აბალანსებს წინამორბედი პაციენტისთვის „ჩამორთმეული“ ხანგრძლივი მოქმედების რეცეპტით. ამით ფარმაცევტი ცდილობს არ დაკარგოს ურეცეპტოდ შემოსული ე.წ. კლიენტი.

რეცეპტის ინტიტუტის დანერგვის მიმართ ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნა მდგომარეობდა შემდეგში: მას არ უნდა გამოეწვია მედიკამენტების გაძვირება. სამწუხაროდ არაქსელურ აფთიაქებში მედიკამენტები, მათ შორის ანტიბიოტიკები გაძვირდა. ფარმაცევტმა გაძვირებული ანტიბიოტიკი გაყიდა ურეცეპტოდ, დაარღვია კანონი, პრეპარატების გაძვირებით მიღებული მოგებით გადაიხადა ჯარიმა, იგივე აფთიაქი სხვა დასახელების შპს-დ დაარეგისტრირა და თავიდან აიცილა განმეორებითი კანონდარღვევისთვის გაზრდილი ოდენობით გამოწერილი ჯარიმა.

ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის ინსპექტორების სამმართველოს უფროსის, დავით მაჭარაშვილის ინფორმაციით, ზემოთხსენებული მაგალითის თავიდან ასაცილებლად რეგულირების სააგენტოს აფთიაქების პერმანენტული მონიტორინგი უნდა განეხორციელებინა, ვინაიდან საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე მეორე ჯგუფის

რეალიზებული მედიკამენტებისა და მათზე გაცემული რეცეპტების რაოდენობების შედარება ამ ეტაპისთვის პრაქტიკულად შეუძლებელია.

კვლევის პროცესში დადგინა, რომ ქსელური ავთიაქები კანონის სრული დაცვით გასცემენ მედიკამენტებს, დღის ბოლოს ავთიაქის მენეჯერი ამოწმებს რეცეპტით გაცემული მედიკამენტებისა და ავთიაქში დატოვებული რეცეპტების ბლანკების რაოდენობრივ შესაბამისობას, ხოლო არაქსელური ავთიაქები უფრო კანონდარღვევით ყიდიან წამლებს. ქსელური ავთიაქების უმრავლესობა ავთიაქში მომხმარებლის შემცირებას რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედებას უკავშირებს, რადგან მოსახლეობისთვის არაქსელურ ავთიაქებში მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამართივდა.

კვლევის პროცესში ძალიან რთული იყო არაქსელურ ავთიაქებში ინტერვიუს ჩატარება, ფარმაცევტების პასუხები არ შეესაბამებოდა სიმართლეს. მაგ. ერთ-ერთ ავთიაქში ინტერვიუს დროს ფარმაცევტმა ურეცეპტოდ გაყიდა ნიმესილი. მას რეცეპტი არც მოუთხოვია მაშინ, როცა კითხვარის შევსების პროცესში ამ რეფორმის სარგებლიანობაზე საუბრობდა.

მედიკამენტების ურეცეპტოდ გაყიდვა პოპულარულია რეგიონებში. მოსახლეობის ფართო მასებისთვის ცნობილია რომელი ავთიაქი ვაჭრობს რეცეპტების გარეშე. კვლევის ჩატარების პერიოდში, უშუალოდ ინტერვიურების პროცესში ფიქსირდებოდა ფარმაცევტების მიერ მაგ. აზიმაკის, ნიმესილის ურეცეპტოდ გაყიდვა.

ნიმესილი გახლდათ ის მედიკამენტი, რომლის მეორე ჯგუფისთვის მიკუთვნებას დიდი აჟიოტაჟი მოყვა მოსახლეობაში. გადამოწმდა ნიმესილის პაკეტების ფასი ქსელურ და არაქსელურ ავთიაქებში. ერთსა და იმავე დღეს გორში ჯი-პი-სის ქსელის ერთ-ერთ ავთიაქში ნიმესილის ერთი პაკეტის ფასი გახლდათ 38 თეთრი, ხოლო გორის არაქსელურ ავთიაქში, რომელიც ურეცეპტოდ ყიდის მეორე ჯგუფის მედიკამენტებს – 50 თეთრი.

კვლევის პროცესში მოძიებულია საქართველოში ნიმესილის იმპორტირებული რაოდენობები გასული და მიმდინარე წლების განმავლობაში.

ცხრილი #13: ნიმესილის იმპორტი წლების განმავლობაში¹

წელი	იმპორტირებული რაოდენობა	საშუალო თვიური იმპორტი
2012	431494	35958
2013	620501	51708
2014	1066393	88866
2015 (იანვარი-მაისი)	53798	10760

მიმდინარე წელს აღინიშნა ნიმესილის იმპორტის შემცირება; შესაძლოა ეს ნიმესილზე დაწესებული რეგულაციის შედეგია. უფრო ზუსტი დასკვნისთვის საჭიროა მომავალ წლებში იმპორტების რაოდენობების მოძიება.

როგორც აღვნიშნეთ, მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გამართივებულია არაქსელურ ავთიაქებში. თბილისში ვაგზლის მოედნის მიდამოებში ნებისმიერი წამალი იყიდება ურეცეპტოდ. ამავე უბანში მდებარე ერთ-ერთ ქსელურ ავთიაქს, რომლის დღიურ ბრუნვას შეადგენდა 4000 ლარი და დღე-ღამეში ემსახურებოდა 600-მდე მომხმარებელს, რეალიზაცია შეუმცირდა 1500-2000 ლარით, გადავიდა მხოლოდ დღის მომსახურებაზე და დღის განმავლობაში ისტუმრებს დაახლოებით 300-400 მომხმარებელს; ერთ-ერთი ფარმაცევტული კომპანიის აჭარის რეგიონალურმა მენეჯერმა აღნიშნა, რომ არაქსელურ ავთიაქებში ძალიან ცუდი ვაჭრობა იყო და რეცეპტის ინსტიტუტის ამოქმედების შედეგ „სული მოითქვეს“, მოუმრავლდათ პაციენტები, და შედარებით ძვირად ყიდიან რეცეპტით

¹საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარმაცევტული საქმიანობა

გასაცემ მედიკამენტებს. ამასთან დაკავშირებით, მაგ. ქსელურ აფთიაქებში შემოიღეს ყოველდღიური ფასდაკლება რეცეპტით გასაცემ მედიკამენტებზე.

ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაციის აღმასრულებელი დირექტორის - ილონა კოკიაშვილის შეხედულებით, ზემოთხსენებული პრეცედენტები ხელს უწყობს შავი ბაზრის დამკვიდრებას და ფარმაცევტული პროდუქტების ღირებულების უსაფუძვლო ზრდას. მისი აზრით, შექმნილი სიტუაციიდან გამოსავალი მდგომარეობს ახალი რეგულაციების შემოღებასა და კონტროლის გამკაცრებაში, ფარმაცევტული საქმიანობის უფლების შეჩერება-ჩამორთმევის ჩათვლით¹.

რეცეპტის გამოწერა სამედიცინო მომსახურების პროცესის ნაწილია და ის დამოუკიდებლად არ უნდა განხორციელდეს. კვლევის პროცესში გამოვლინდა, რომ აფთიაქში ურეცეპტოდ შესულ მომხმარებელს ფარმაცევტი ამისამართებს მიმდებარედ არსებულ ექიმის კაბინეტში. სააფთიაქო ექიმი რეცეპტს ზოგჯერ ბეჭდით არ ამოწმებს, რათა იქ გამოწერილი რეცეპტით მომხმარებელმა სხვაგან არ შეიძინოს წამალი. ასეთი რეცეპტი რჩება აფთიაქში და დღის ბოლოს ხდება ექიმის ბეჭდით რეცეპტის დამოწმება.

ე.წ. სააფთიაქო ექიმი ნებისმიერ მოქალაქეს მეორე ჯგუფის მედიკამენტის რეცეპტს სათანადო კონსულტაციის გარეშე უწერს. პირადად ვესტუმრე ერთ-ერთ ასეთ კაბინეტს „ფარული“ მომხმარებლის როლში და „ავადმყოფი“ შვილისთვის ვითხოვე ამოქსიცილინი/კლავულანის მჟავის შემცველი სუსპენზიისა და მონტელუკასტის გამოწერა. „პაციენტი“ თან არ მახლდა. ფარატინა ფურცელზე ფორმალურად გაფორმდა ჩივილები, რამდენიმე კითხვა დასვა ექიმმა კონსულტანტმა და უბეჭდო რეცეპტები გამომატანა, თან რამდენჯერმე გამაფრთხილა, რომ აუცილებლად მიმდებარედ კონკრეტულ ქსელურ აფთიაქში შემემინა მედიკამენტები. „სხვაგან ამ რეცეპტებს ძალადაკარგულად ჩათვლიან“ - დასძინა საუბრის ბოლოს. ექიმთან „კონსულტაცია“ უფასო იყო. ზოგიერთ რეგიონში „სააფთიაქო“ ექიმები რეცეპტის თითო ბეჭდიან ბლანკს 50 თეთრად ყიდიან.

კვლევის პროცესში მოძიებულია ქსელური აფთიაქების მიმდებარედ გახსნილი კაბინეტების მისამართები. ფარმაცევტული კომპანიების ვებ-გვერდზე ეს ინფორმაცია განთავსებული არ არის. ჩვენც თავს ვიკავებთ მათი წარმოდგენისგან.

შედეგების ინტერპრეტაცია/დისკუსია

კვლევის შედეგებმა გამოავლინა რეცეპტების ინსტიტუტის დადებითი მხარეები: ამ რეფორმით სისტემა დაუბრუნდა ნორმალური კლინიკური მედიცინის ლოგიკას; პაციენტის ფარმაკოთერაპიასთან მიმართებაში ექიმის როლი გაძლიერდა; ფარმაცევტის კომპეტენცია შესაბამის ჩარჩოებში მოექცა და სამკურნალწამლო საშუალების რეცეპტით გაყიდვის სპეციფიური უნარ-ჩვევები განვითარდა; მოსახლეობაში რეცეპტებით მედიკამენტების შეძენის კულტურა დამკვიდრდა;

ამავდროულად კვლევის შედეგებმა გამოავლინა ისეთი აქტუალური პრობლემები, რომლებიც რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელია: რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტები ურეცეპტოდ იყიდება; აფთიაქების მიმდებარედ გახსნილ ექიმის კაბინეტებში მედიკოსი მხოლოდ რეცეპტის გამოწერით შემოიფარგლება; ქრონიკული ან ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებების შემთხვევაში გამოწერილი რეცეპტით პაციენტების ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე გართულებულია; ექიმები სრულყოფილად ვერ ფლობენ ინფორმაციას ამა თუ იმ ფარმაცევტული პროდუქტის აფთიაქიდან გაცემის რეჟიმის შესახებ.

ფარმაცევტები რეცეპტის გამოწერის სპეციფიური უნარ-ჩვევების ნაკლებობაზე საუბრობენ: ერთი რეცეპტის ბლანკზე გამოწერილი ერთზე მეტი მედიკამენტის შემთხვევაში რეცეპტი უქმდება; ბეჭდით დაუმოწმებელი რეცეპტები ძალადაკარგულია; შეცდომით მითითებული გენერიული დასახელება, გენერიულ და სავაჭრო დასახელებებს შორის

¹კოკიაშვილი ილონა: ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოღებას ითხოვს. ინტერპრესნიუსი. 23.10.2014

შეუსაბამობა, კომბინირებული ფარმაცევტული პროდუქტის გენერიული დასახელებით გამოწერა მომხმარებლის მომსახურებას ახანგრძლივებს; არასწორად მითითებული მკურნალობის კურსი, პრეპარატის გამოშვების ფორმები, სამკურნალოწამლო დოზა გაუგებრობის მიზეზია; მაგ. ფარმაცევტს ეკრძალება მითითებული 5 მგ-იანი ტაბლეტის ნაცვლად იმავე დასახელების მედიკამენტის 10 მგ-იანი ტაბლეტის გაყიდვა;

ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დაგეგმილი რეფორმის ერთ-ერთი მიზანია სწორი მკურნალობა, წამალზე დანახარჯების წილისა და თვითმკურნალობით მიღებული ზიანის შემცირება. ჩატარებული კვლევის ფარგლებში ნაადრევია ამ მიღწევებზე საუბარი, თუმცა გამოვლინდა ერთ-ერთი დეტალი, რომელიც ხელს შეუწყობს მედიკამენტებზე დანახარჯების შემცირებას, კერძოდ: რეცეპტში დიაგნოზის მითითება ACD-10-ის მიხედვით აუცილებელია; ექიმის დანიშნულება ყოველთვის დიაგნოზთან შესაბამისობაში უნდა იყოს; რეცეპტების ინსტიტუტმა უნდა გამოავლინოს ექიმის მიერ გაცემული დანიშნულების რაციონალურობა, გაიდლაინებთან შესაბამისობა, რაც ნაწილობრივ შეამცირებს მედიკამენტებზე დანახარჯებს.

ჩატარებული კვლევის ფარგლებში არ იყო შესაძლებელი მედიკამენტების გაყიდვების მონაცემების მოპოვება, მკურნალობის ხარჯების დათვლა.

დასკვნა

საქართველოში რეცეპტების ინსტიტუტის აღდგენა-დამკვიდრებასთან დაკავშირებით განხორციელებული რეფორმა წინგადადგმული ნაბიჯია. სამედიცინო საზოგადოება ცალსახად მიესალმება ამ ცვლილებას. ექიმის კომპეტენცია და ავტორიტეტი ამაღლდა; მედიკოსის მიერ რეცეპტის გამოწერის და ფარმაცევტის მიერ რეცეპტით მედიკამენტის გაცემის სპეციფიური წესები თანდათან მკვიდრდება.

გამოკვეთილ დადებით მხარეებთან ერთად თვალსაჩინოა მნიშვნელოვანი სისტემური შეცდომები და ტექნიკური ხარვეზები. ურეცეპტოდ მეორე ჯგუფის მედიკამენტების გაყიდვა რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელი ფაქტორია. ამ ეტაპზე პრობლემას ავთიაქის დაჯარიმება ვერ აგვარებს. ჯანდაცვის სამინისტროს ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დამკვიდრება მიაჩნია.

„სააფთიაქო“ ექიმის ამჟამინდელი საქმიანობაც აფერხებს რეფორმას. ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა გართულებულია. მედიკამენტების არსებულ კლასიფიკაციას აქვს ხარვეზები. აღნიშნული კვლევა იქნება საბაზისო მონაცემი შემდგომი კვლევებისთვის.

რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შემუშავდა შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

1. რეცეპტის ინსტიტუტის დანერგვის პროცესის ადმინისტრირების გაუმჯობესება;
2. სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ „სააფთიაქო“ ექიმების საქმიანობის შესწავლა;
3. მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის, ადმინისტრირების ინსტრუმენტების დახვეწა;
4. ფარმაცევტული პროდუქტების კლასიფიკაციის რევიზია და პერიოდულად რაციონალური ცვლილებების განხორციელება AMEA, WHO, PSUR-ის მონაცემების გათვალისწინებით (მათ შორის სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატების გარეგან და ვაგინურ ფორმებთან და ა.შ. დაკავშირებით არსებული ტექნიკური ხარვეზის აღმოფხვრა).
5. რეცეპტის ბლანკის ფორმაში დიაგნოზის გრაფის ჩამატება
6. მედიკამენტების რაციონალურად გამოყენების მიზნით მიზანშეწონილია ელექტრონული რეცეპტების სისტემის დანერგვა.

ბიბლიოგრაფია

1. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო: რეცეპტის ინსტიტუტის ეტაპობრივი დანერგვა (პრესრელიზი)
2. საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ, გვ.2
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 ივლისის ბრძანება N01-53/ნ. მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის (სამკურნალო საშუალების) რეცეპტის გამოწერის წესი და ფორმა N3-რეცეპტის ბლანკის ფორმის დამტკიცების შესახებ. <http://rama.mo.h.gov.ge/uploads/files/595553.pdf>
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: რეკლასიფიკაციის საფუძვლები
5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარმაცევტული საქმიანობა
6. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ფორმა N3 რეცეპტის იმპლემენტაცია
7. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფეტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი. 2013. გვ. 62
8. გაბიტაშვილი ქეთი: „რეცეპტიანი და ურეცეპტო წამლების პარადიგმა“. ივერია.16.08.2014
9. კავკასიძე გიორგი: რატომ და რისთვის არის საჭირო რეცეპტი? ივერია. 17.08.2014
10. კახიშვილი ნინო „წამლები, რომლებიც მხოლოდ რეცეპტით გაიყიდება“. ნეტგაზეთი. 29.10.2013
11. კახიშვილი ნინო: „ურეცეპტო წამლების ცვალებადი ნუსხა“. ნეტგაზეთი. 08.10.2014
12. კოკიაშვილი ილონა: „ფარმაცევტული კომპანიების ასოციაცია ახალი რეგულაციების შემოდებას ითხოვს“. ინტერპრესნიუსი. 23.10. 2014
13. ინტერპრესნიუსი. დავით სერგეენკო ავთიაქებში ექიმის კაბინეტების გახსნას ეხმაურება. 16:17 09-09-2014. <http://www.interpressnews.ge/ge/sazogadoeba/296396-davith-sergeenko-aftiaqebthan-eqimis-kabinetebis-gakhsnas-ekhmaureba.html?ar=A>
14. მოსია თეა „იქნებ ახლაც არ წვიმს ისე, როგორც ქუხს. რეცეპტების ინსტიტუტის ამოქმედება პრობლემებს არ შექმნის“. საქართველოს რესპუბლიკა. 15.08.2014
15. „რა პროცედურების გავლით მიიღებთ წამალს ახალი რეგულაციების შემდეგ - ჯანდაცვის სამინისტრო საზოგადოების კრიტიკულ კითხვებს პასუხობს“ <http://www.ambebi.ge>
16. ოქრიაშვილი კახა: „ჯანდაცვის სამინისტროს გააზრებული არ ქონდა მედიკამენტების რეცეპტით გაცემასთან დაკავშირებული პროცესები“. The Georgian Times.09.09. 2014
17. ტურძილაძე თინა: რეცეპტებით მედიკამენტების გაცემის პროექტი შესაძლოა ჩავარდეს?! Media City. 14.08.2014
18. ტურძილაძე თინა: „ანუ ექიმები მიხედავენ ჩვენს საფულეს?!“ ნეტგაზეთი. 10.11.2010
19. „ურეცეპტოდ გასაცემი მედიკამენტების სია 772 წამლით გაიზარდა“. <http://www.netgazeti.ge/GE/105/News/35788/?tpl=8>
20. ურუშაძე სანდრო „ისევ რეცეპტზე და ძველ ნაცნობ მამკვევიჩზე“, ივერია.12.10.2014
21. ჭარაქაშვილი ირმა, ხატიაშვილი სანდრო: „გადაუდებელი დახმარების ჩანთის შემადგენლობაში ცვლილებები განხორციელდა“, 2014.
22. Bio Med Central Health Services Research „Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey“, 08, 2009.
23. Bond Christine „The over-the-counter pharmaceutical market – policy and practice“, Health Policy Developments, Eurohealth Vol 14 No 3 p. 19 – 24

24. European Commission>DG Health and Food Safety> Public Health>Reference Documents>Register>Full human ATC List
25. FIP Statement of Policy – control of antimicrobial medicines resistance (AMR), The Hague, The Netherlands
26. Health Canada „Prescription Drug List” 26.06.2015. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/pdl-ord/pdl_list_fin_ord-eng.pdf
27. <http://apps.ssa.gov.ge/recepti/Camlebi>
28. <http://www.aesgp.eu/facts-figures/otc-ingredients/?result=parameter&multiselect=europe&country>
29. http://psnews.ge/index.php?m=149&jur_id=239
30. Legal classification status of selected ingredients in the European Union
31. Narendran, R. Narendranathan, M. (2013) Influence of pharmaceutical marketing on prescription practices of physicians. The Journal of the Indian Medical Association, 111 (1), 47-50
32. Sheen C.L, Colin-Jones D.G., „Over the counter drugs and the gastrointestinal tract”, Clinical Research Fellow, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee, UK; Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, UK; Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1263-1270
33. WHO „Now Available Without a Prescription” ,U.S Food and Drug Administration, 08.12.2011
34. WHO Regional office for Europe „Health technologies and Pharmaceuticals (HIP) programme –Annual Report
35. WHO „The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotic medicines and averting antimicrobial resistance –a review of current policies and experiences in Europe” 2014
36. WSMI (World Self-Medication Industry) -, „Prescription to nonprescription medicines switch”, 2009

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის დროულობა

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სრული პროფესორი

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

თამარ ქაცანაშვილი - ჯანდაცვის მოწინავე სისტემების ბიუროს სპეციალისტი

აბსტრაქტი

შესავალი: დაავადების დროული გამოკვლევისა და სათანადო სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებისას, უმრავლეს შემთხვევაში, შესაძლებელია ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და შესაბამისად დადებითი გამოსავალი. აქედან გამომდინარე, ავადმყოფებისთვის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სრულყოფა არის ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი ამოცანა და ამ მიმართულებით განხორციელებული კვლევები ხელს შეუწყობს სიკვდილიანობის შემცირებას. კვლევის მიზანია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის დროულობის, ასევე ამ ეტაპზე თვითდახმარების მოცულობასა და ხასიათზე მათი ინფორმირებულობის, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვიანობის მიზეზების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდით სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა უმრავლესობა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე არ ატარებდა სათანადო თვითდახმარებას, ხოლო ექიმს მიმართავდნენ დაგვიანებით დაავადების პირველი სიმპტომებიდან დაახლოებით 12 საათის შემდეგ. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იმემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტები მიიღო, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახა გამოკითხულთა მცირე რაოდენობამ. დაბალია პაციენტების ინფორმაციულობა დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ. შესაბამისად, მხოლოდ მცირე ნაწილი იქნა ჰოსპიტალიზებული დაავადების პირველ საათებში. მაშინ როდესაც ინფორმირებული პაციენტების უმრავლესობა ჰოსპიტალიზებულ იქნა დაავადების პირველ საათებში. პაციენტების უმრავლესობის აზრით, არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. არც სპეციალისტების და არც ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ტარდება ინფორმირებულობის ამაღლება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ. **დისკუსია, ინტერპრეტაცია:** დაავადების მიმდინარეობა და მისი შედეგები დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე, პაციენტის ინფორმირებულობაზე, ოჯახის ექიმის უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობაზე. დროულად გაწეული სამედიცინო დახმარება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას. სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის უმთავრესი მიზეზია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობაზე, დაავადების შესახებ მათ ინფორმირებულობაზე. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო დახმარებაზე დროული მიმართვის და ექიმის მოსვლამდე პაციენტების ან მათი ახლობლების კომპეტენტური ქმედებების შედეგად. ამისათვის მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება ქვეყნის მასშტაბით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობის ჩატარებას, დაავადების ძირითადი სიმპტომების,

თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას.

Timeliness hospitalization of patients with Myocardial infarction

Tengiz Verulava, Tamar Katsanashvili

Abstract

Background: Timely examination and proper treatment of diseases, in most cases, it is possible to improve the conditions and accordingly positive solution. Therefore, the improvement of medical care for patients and health care system in the direction of the main objectives of the research will contribute to the reduction of mortality. Pre-hospital treatment of patients with myocardial infarction study aims at timeliness, as well as the size and nature of their awareness of self-help at this point, and the reason of late appeal to the ambulance. **Methodology:** Quantitative research was carried out under the direct interview method with a structured questionnaire survey of beneficiaries. **Results:** The study revealed that the majority of pre-hospital stage myocardial infarction in patients were not carrying the proper self-help, and they appeal to the doctor 12 hours later from revealing the first symptom. Among patients who had a history of coronary artery disease, in case of occurring symptoms of myocardial infarction received medicine within 1 hour, as well as a small number of respondents called for an ambulance. There is a low awareness in patients of the main symptoms of disease, low self-help measurement and the importance of timely calls the ambulance. Therefore, only a small number have been hospitalized with this disease in the first hours. While the majority of informed patients were hospitalized in the first hours. According to the majority of patients, family doctors do not supervise dynamically. Neither specialists, nor family doctors inform about the importance of diseases symptoms, self-help measures and the importance of emergency timely calls. **Discussion, interpretation:** Disease course and the results are dependent on the self-help quality, timeliness, informing patients and continue doctor supervision. The timely assistance can prevent from serious medical complications. The main cause of the delay in addressing the medical care for patients are with low awareness, low development of the family doctor, which will negatively impact the continuous medical supervision, their awareness about the disease. **Conclusions and recommendations:** the maximum efficiency can only aid in the treatment of myocardial infarction in a timely referral of patients or their relatives and doctors to come up as a result of competent actions. To do this, the family doctor institute should be developed in the country scale, which will help the patient to conduct continuous medical supervision, the main symptoms of the disease, self-help measures and timely emergency call about the importance of public awareness.

შესავალი

მიოკარდიუმის ინფარქტის ადგილი სისხლისმიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ეპიდემიოლოგიაში.

სტატისტიკური მონაცემებით, საქართველოში დაავადებათა რეგისტრირებული შემთხვევების და პრევალენტობის მხრივ სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებს მეორე ადგილი უკავია (17.4%) სასუნთქი სისტემის დაავადებების შემდეგ (21.3%)¹.

ცხრილი 1: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობა, პრევალენტობა, საქართველო, 2013.

	სულ			სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები		
	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	%	რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	%
2013	3060289	68200.4	100	532995	11878.1	17.4

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 111.

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 111.

ცხრილი 2: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ახალი შემთხვევების რაოდენობა და ინციდენტობა, საქართველო 2013 წ.

	სულ			სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმ-ბი		
	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა	%	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა	%
2013	1795399	40011.6	100	196348	4375.7	11.0

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 112

ცხრილი 3: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო, 2004 – 2013

	წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 1000000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე
2004	235429	5385.5	70648	1616.1
2005	256981	5892.2	82533	1888.0
2006	282701	6427.9	83166	1891.0
2007	288964	6584.6	71198	1622.4
2008	306573	6993.3	74379	1696.7
2009	326421	7400.3	96038	2177.3
2010	337651	7582.9	98193	2205.2
2011	363488	8107.4	103466	2307.7
2012	355657	7919.9	133411	2970.8
2013	425232	9476.6	196348	4375.7

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 161.

ცხრილი 4: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება ზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2007– 2013.

	2007	2008	2009	2010	2011	2013
პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	6584.6	6993.3	7400.3	7582.9	8107.4	9476.6
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	1622.4	1696.7	2177.3	2205.2	2307.7	4375.7
მათ შორის:						
გულის რევმატული ავადმყოფობა						
პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	351.8	341.7	314.0	289.2	262.0	207.8
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	87.4	72.9	76.9	124.3	76.9	82.3
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა						
პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	3441.4	3719.8	4088.3	4335.9	4733.2	6074.6
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	803.5	814.0	1109.4	1182.5	1267.3	2889.5
გულის იშემიური ავადმყოფობა						
პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	1868.7	1951.9	1981.8	1993.7	2080.3	1975.9
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	427.5	429.8	521.6	558.5	614.0	755.3
ცერებროვასკულური ავადმყოფობები						
პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	274.0	281.2	316.8	333.7	346.0	339.4
ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე	88.2	101.3	123.9	112.7	106.3	138.0

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 161.

2013 წლის მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში 64.1% ჰიპერტენზიულ ავადმყოფობაზე მოდიოდა (პრევალენტობა – 6074.6, ინციდენტობა – 2889.5), 21.4% - გულის იშემიურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა - 1975.9,

ინციდენტობა – 755.8), 3.6% - ცერებროვასკულურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა – 339.4 ინციდენტობა – 138.0)¹.

ცხრილი 5: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურა, 2013².

	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს		ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავ-ბი	425232	100	196348	100
მწვავე რევმატული ცხელება	1837	0.4	1606	0.8
გულის ქრ. რევმატული დაზიანება	7487	1.8	2089	1.1
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	272580	64.1	129667	66
გულის იშემიური ავადმყოფობა	88662	20.9	33894	17.3
ფილტვში სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ფილტვისმიერი გული	1676	0.4	996	0.5
ცერებროვასკულარული ავადმყოფები	15230	3.6	6192	3.2
არტერიების, არტერიოლების და კაპილარების ავადმყოფობები	4990	1.2	2363	1.2
სისხლის მიმოქცევის სისტემის სვა ავადმყოფობები	19932	4.7	9803	5.0

2013 წლის მონაცემებით, გულის იშემიური ავადმყოფობებიდან 38.4% სტენოკარდიაზე მოდის, 2.9% - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტზე.

ცხრილი 6: გულის იშემიური ავადმყოფობის სტრუქტურა, საქართველო, 2013³

	რეგისტრირებულია წლის ბოლოს		ახალი შემთხვევები	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
გულის იშემიური ავადმყოფობა	88662	100	33894	100
მათ შორის:				
სტენოკარდია	34030	38.4	16716	49.3
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	2601	2.9	2364	7
გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა	9655	10.9	4778	14.1
გულის სხვა იშემიური ავადმყოფობა	42376	47.8	10036	29.6

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ზრდის დინამიკით ხასიათდება. ჰოსპიტალიზაციის დონე 100000 მოსახლეზე 1341.0-ს შეადგენდა, რაც თითქმის 3-ჯერ ნაკლები იყო დსთ-ს და ევროკავშირის ქვეყნებისბოლო ხელმისაწვდომ მონაცემებთან შედარებით⁴.

ცხრილი 7: მოსახლეობის სტაციონარული მომსახურება, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები, საქართველო 2013 წ.

	სულ			სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმ-ბი		
	სტაციონარიდან გავიდა	მათ შორის გარდაიცვალა	ლეტალობა	სტაციონარიდან გავიდა	მათ შორის გარდაიცვალა	ლეტალობა
2013	383741	8967	2.3 %	60172 (15.7%)	3567	5.9

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014.

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. თბილისი. 2014. გვ. 33.

² იქვე. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 162

³ ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 163

⁴ იქვე. გვ. 33.

2013 წელს საქართველოში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ინციდენტობა 2.8%-ით შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის ზრდის ფონზე (ინციდენტობის მაჩვენებელი – 52.7; ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი – 163.9)¹. 2013 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ იქნა 7355 პაციენტი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ლეტალობის მაჩვენებელი შემცირდა 8.5%-ით და 7.1% შეადგინა; მიოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტით ლეტალობა 3.4%-ს შეადგენდა².

ქვეყნის მოსახლეობის საერთო სიკვდილიანობის სტრუქტურაში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები იკავებან წამყვან ადგილს. სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების მიხედვით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფებს უკავია პირველი ადგილი და 100000 მოსახლეზე შეადგენს 416.6-ს³.

ცხრილი 8: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფთა სიკვდილიანობის რაოდენობა და მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე), საქართველო, 2012-2013 წწ.⁴

	სულ გარდაცვლილი		სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები	
	რაოდენობა	მაჩვენებელი	რაოდენობა	მაჩვენებელი
2012	49348	1098.9	20002	445.4
2013	48553	1082	18693	416.6

ცხრილი 9: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები, სტაციონარული მომსახურება, საქართველო, 2013 წ.

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავად-ბი	გასული ავადმყოფები	მ. შ. ბავშვები	ლეტალობა %
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავად-ბი	60172	246	5.9
<i>მათ შორის:</i>			
მწვავე რევმატული ცხელება	22	8	0
<i>მ. შ. მწვ. რევმატ ცხელება გულის დაზიანებით</i>	17	8	0
გულის ქრონიკული რევმატული დაზიანებები	265	4	2.6
ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა	3874	2	0.9
გულის იშემიური ავადმყოფობა	25096	0	3.2
<i>მათ შორის: სტენოკარდია</i>	13672	0	0.4
მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი	7355	0	7.1
<i>მიოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტი</i>	494	0	3.4
გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა	588	0	21.6
გულის ქრონიკული იშემიური ავადმყოფობა	2987	0	2.7
ფილტვისმიერი გული და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის დარღვევები	483	0	17.8
ცერებროვასკულარული ავადმყოფობები	8680	7	17.9
<i>მათ შორის სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა</i>	483	0	21.3
<i>სხვა ინტრაცერებრ. და ინტრაკრანიალ. სისხლჩაქცევა</i>	1745	5	31.2
<i>თავის ტვინის ინფარქტი</i>	4393	0	17.0
<i>პრეცერებრული და ცერებრული არტერიების ოკლუზია და სტენოზი, რომელთა შედეგად არ ვითარდება თავის ტვინის ინფარქტი</i>	513	0	8.2
სხვა ცერებროვასკულარული ავადმყოფობები	460	2	5.9

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. თბილისი. 2014. გვ. 164.

¹იქვე. გვ. 35

²იქვე. გვ. 35

³იქვე. გვ. 87.

⁴იქვე. გვ. 87.

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა სტრუქტურაში მეორე ადგილს იკავებს და შემთხვევათა რაოდენობის 20.9%-ს შეადგენს¹. 2013 წელს დაფიქსირდა გულის იშემიური ავადმყოფობების ინციდენტობის ზრდა (მაჩვენებელი – 755.3), რაც დაკავშირებულია სტენოკარდიის ინციდენტობის ზრდასთან (14%-ით)².

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით, 1990 წ. სიკვდილის 10912000 შემთხვევიდან 2695000 ავადმყოფი დაიღუპა გულის იშემიური დაავადებით (25%). განვითარებად ქვეყნებში, იმავე წელს, მოკარდიუმის ინფარქტით დაიღუპა 3565000 ავადმყოფი. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყოველწლიურად მოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე აღწევს 1,5 მილიონს და აქედან ყოველწლიური სიკვდილიანობა შეადგენს 520000-ს³.

მოკარდიუმის ინფარქტის დროს სამედიცინო მომსახურების დროულად გაწევის გავლენა დაავადების გამოსავალზე

გულის შეტევის დროს ბევრი კარგავს ძვირფას დროს, რადგან ვერ აცნობიერებს სიმპტომების მნიშვნელობას და დროულად არ მიმართავს ექიმს. ამ დროს, ექიმთან დროულად მიმართვა ზრდის გადარჩენის შანსს.

მრავალი კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა უმრავლესობა იღუპება წინა ჰოსპიტალურ ეტაპზე, ექიმის მოსვლამდე, შეტევის დაწყებიდან პირველ საათში. კვლევების მიხედვით, გულის ინფარქტით პაციენტის სტაციონარში მიმართვის საშუალო დრო შეადგენს 28.5 საათს⁴. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების დაწყების მომენტიდან პირველ სამ საათში სტაციონარს მიმართავენ მხოლოდ 10-15 % პაციენტები, პირველ 6 საათს - 20-25 %, ხოლო დანარჩენი 75-80% 12-24 საათის შემდეგ; მხოლოდ ერთეულებმა ჩაიტარეს დროული, სწორი და სრული მოცულობის თვითდახმარება, და მხოლოდ 3% პაციენტებმა დროულად მიმართეს სამედიცინო დახმარებას⁵. სხვა კვლევის მიხედვით, ბინაზე, ექიმის მოსვლამდე გარდაიცვალნენ 54.3% მამაკაცები და 61.6% ქალები, საშუაო ადგილზე შესაბამისად - 8.2% და 6.5%, ქუჩაში 11.8% და 5%, სტაციონარში - 20% და 30%⁶.

მოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას გადაწყვეტი როლი ენიჭება სამედიცინო მომსახურების გაწევას. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების პირველი 4 საათის განმავლობაში ასპირინის გამოყენებით მკურნალობის დაწყებისას გამოვლენილ იქნა სიკვდილიანობის შემცირება 25%-ით, მასთან ერთად სტრეპტოკინაზის ინტრავენური შეყვანის შედეგად 53%-ით, ხოლო სტრეპტოკინაზას მონოთერაპიის შედეგად - 35%-ით⁷. ამასთან, მწვავე კორონარული სინდრომით პაციენტების მიერ ასპირინის გამოყენება ამცირებს ტრანსმურალური მოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს პირველი 48 საათის განმავლობაში 71%-ით⁸.

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 34

²იქვე. გვ. 34

³ Behar S., Goldbourt U., Reicher-Reiss H., Kaplinski E. Prognosis of acute myocardial infarction complicated by primary ventricular fibrillation. Amer. J. Cardiol. 1990, 66, 7, C. 1208-1211

⁴Терещенко С.Н. Инфаркт миокарда в реальной клинической практике. //Пленум (приложение к журналу «Сердце»№4 (13)). - 2007. - С.7-8.

⁵Ипатов П.В., Ключев В.М., Ардашев В.Н. Проблема неотложной само- и взаимопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и пути ее решения. //Кардиология. 2005. - №3. - С.95-99

⁶Гафаров В.В., Благинина М.Ю. Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) // Кардиология. 2005. - №5. -С.49-51

⁷Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.

⁸Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.

სამედიცინო მომსახურების ტრადიციულ სახეობებთან ერთად, ფართოდ გამოიყენება მაღალტექნოლოგიური მეთოდები, როგორცაა კორონარული ანგიოპლასტიკა, კორონარული სისხლძარღვების სტენტირება, აორტო-კორონარული შუნტირება. 2013 წელს საქართველოში გაკეთდა 1355 კორონარული შუნტირება, 4923 კორონარული არტერიების ანგიოპლასტიკა¹. წლიდან წლამდე იზრდება აღნიშნული ოპერაციების რაოდენობა, რაც ხელს შეუწყობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გარდაცვალების შემცირებას.

შემუშავებულია მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობის სქემები, რომლებიც მოიცავენ თრომბოლიზურ, ანტიკოაგულაციურ თერაპიას (ადრენობლოკატორები, ნიტრატები, მეტაბოლური თერაპია). ინფარქტდამოკიდებულ კორონარულ არტერიაში სისხლის ნაკადის აღდგენის შედეგად მექანიკური ან ფარმაკოლოგიური მეთოდით შესაძლებელია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა ნეკროზის ფართობის შემცირება, რაც შემდგომ ხელს უწყობს მისი ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ჰოსპიტალური ლეტალობისა და დაინვალიდობის შემცირებას^{2,3,4}.

დაავადების ადრეულ ეტაპზე გადაუდებელი კორონარული მანიპულაციების ჩატარების შესაძლებლობა ხელს უწყობს საკმარისი მოცულობის სისხლის შემოდინებას ინფარქტიან კორონარულ არტერიებში, ნეკროზის ფართობის შემოზღუდვას, ხოლო შემდგომ ხელს უშლის დილატაციის და მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის განვითარებას^{5,6}.

ბოლო წლებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რომლებიც ეხებოდა მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს თრომბოლიზური თერაპიის და პირველადი პერკუტანული კორონარული ანგიოპლასტიკისა და სტენტირების ეფექტურობის ანალიზს, კორონარული სისხლის მიმოქცევის ფარმაკოლოგიური და ქირურგიული აღდგენის შედეგებისას მიღებულ იქნა დასკვნა, რომ აუცილებელია კორონარული სისხლის მიმოქცევის რაც შეიძლება მაღლე აღდგენა ნებისმიერი ხელმისაწვდომი საშუალებით⁷.

კვლევების მიხედვით სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება უმეტეს შემთხვევაში ხდება მინიმუმ 1.5-2 საათით დაგვიანებით, ხოლო ტკივილიდან სამედიცინო ჩარევამდე დროს ინტერვალი საშუალოდ 2-4 საათი გრძელდება⁸.

ავსტრიაში შესწავლილ იქნა წინა ჰოსპიტალურ ეტაპზე მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა ქცევა, რის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტები ცდილობდნენ დამოუკიდებლად ჩაეტარებინათ მკურნალობა საშუალოდ 7-14 საათის განმავლობაში,

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 165.

²The GUSTO Angiographic Investigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both, on coronary artery patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction // *New Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 329. - P. 1615-1622.

³Ridker P.M., Marder V.J., Henneke C.H. Large-scale trials of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: GISSI-2, ISIS-3 and GUSTO-I // *Ann. Intern. Med.* - 1993. - Vol. 119. - P. 530-532

⁴Пархоменко А.Н., Соколов Ю.Н., Иркин О.И. и др. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: новые возможности восстановления коронарной и тканевой перфузии. [Электронный ресурс]: Доступ: http://www.rql.kiev.ua/cardio_j/2004/1/parkhomenko.htm

⁵Simoons M.L., Arnold A.E., Betriu A. et al. Thrombolysis with tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: no additional benefit from immediate percutaneous coronary angioplasty // *Lancet.* — 1988. - Vol. 1. — P. 197-203

⁶Brodie B.R., Stuckey T.D., Hansen Ch., Muncy D. Benefit of coronary reperfusion before intervention on outcomes after primary angioplasty for acute myocardial infarction // *Amer. J. Cardiology.* - 2000. - Vol. 85. - P. 13-18

⁷Aschermann M., Widimsky P. I have an acute myocardial infarction: open my coronary artery, stent it and keep full flow! // *Eur. Heart J.* — 2002. — Vol. 23. — P. 913-916

⁸Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. // *Кардиология.* - 2007. - №1. - С4-7

დამატებით 11.1-15.7 საათი იქნა დახარჯული სხვა ღონისძიებებზე, ამასთან 35%, რომლებმაც ექიმს მიმართეს დასახმარებლად, დიაგნოსტიკურ ღონისძიებებზე დახარჯეს 10.9-12.6 სთ. ამასთან, პაციენტების 24% დაავადების დაწყებიდან 12 საათის შემდეგ ჯერ კიდევ არ იყო ჰოსპიტალიზებული. საავადმყოფოში პირდაპირი ტრანსპორტირების შემთხვევაში მოკარდიუმის ინფარქტის წინა ჰოსპიტალური ეტაპი 3 საათზე ნაკლები შეადგინა პაციენტთა 94%-თვის, მედიკამენტოზური თვითმკურნალობის შემთხვევაში - მხოლოდ 44%-თვის, ხოლო არამედიკამენტოზური თვითმკურნალობის შემთხვევაში - 4%. შესაბამისად, ბოლო ორ შემთხვევაში იგი გრძელდებოდა 3-დან 12 საათის განმავლობაში 36% და 48%-ში, 12 საათზე მეტი - 20% და 48%-ში¹.

კვლევების მიხედვით, მოკარდიუმის ინფარქტით დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის მთავარ მიზეზებს წარმოადგენენ პაციენტების გვიანი მიმართვიანობა და დაავადების საექიმო ჰიპოდიაგნოსტიკა², გამოხატული ტკივილის სინდრომის არარსებობა, მოკარდიუმის ინფარქტის ატიპიური მიმდინარეობა³.

განსაკუთრებით აქტუალურია მკურნალობის სტაბილიზაციის შემდგომ ეტაპზე პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისადმი პაციენტების ნაკლები ერთგულება. ეს ეხება როგორც მედიკამენტების მიღების დადგენილი რეჟიმის დაცვას, ასევე არტერიული წნევის, გულსცემის დროულად მონიტორინგს, ცხოვრების წესის კორექტირებას, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას.

ერთი კვლევის მიხედვით, სადაც შეისწავლიდნენ პაციენტების მკურნალობის უწყვეტობას, რომლებმაც გადაიტანეს მწვავე კორონარული სინდრომი, დადგინდა, რომ 6 თვის შემდეგ B-ადრენობლოკატორების მიღება შეწყვიტა პაციენტების 28%-მა, პოლიკლიკინას რეგულარულად მიმართავდნენ პაციენტების მხოლოდ 42.4%. დაკვირვების პერიოდში 8 პაციენტს (9.4%) განუვითარდა განმეორებითი მწვავე კორონარული სინდრომი, რომელთაგან გარდაიცვალა 5 (5.9%) პაციენტი⁴.

მიუხედავად იმისა, რომ ტარდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პირველადი და მეორადი პრევენციის ღონისძიებები, მოსახლეობის უმრავლესობა არ ფლობს მოკარდიუმის ინფარქტის დროს თვითდახმარების უნარებს. მოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების დაგვიანებით მიმართვა სტაციონარში მიგვანიშნებს, რომ ჰოსპიტალიზაციის პროცესის ორგანიზაციული ასპექტები არასაკმარისადაა შემუშავებული. მოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების საკმაოდ დიდი ნაწილის სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებითი მიმართვა განაპირობებს მკურნალობის ეფექტურობის დაქვეითებას, სიკვდილიანობის გაზრდას, რადგან არ ხდება იმ დროს გამოყენება, რომელიც წარმოადგენს დაავადების მიმდინარეობის და გამოსავლის განმსაზღვრელ ფაქტორს. მოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა სტაციონარში დროული მიმართვის ხელშემშლელი ძირითადი მიზეზების გამოსავლენად განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალიზაციის პროცესის განხილვა პაციენტის თვალსაზრისით. ამ დროს აუცილებელია ექიმის მოსვლამდე თვით და ურთიერთდახმარების მოცულობის და ქრონოლოგიის შესწავლა, დაავადების ძირითადი სიმპტომების რისკის ხარისხზე და სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვის ოპტიმალურ დროზე პაციენტის ინფორმირებულობის ანალიზი.

¹Frohner K., Buchelt M., Hief Ch., A.Podczeczek und Steinbach. K. Patientenverhalten und Dauer der Prahospitalphase bei Myokardinfarkt. //Deutsche Medizinische Wochenschrift/ 1989. Bd 114. H 22. S855-860

²Панкин О.А. Анализ экстренной госпитализации больных инфарктом миокарда //Кремлевская медицина. - 1999.-№4. - С.57-60

³Речкова Е.В., Балашова Н.А., Савченко Е.А., Любецкая Л. С. О причинах поздней госпитализации больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета // Здоровье Сибири: сб. науч. тр. — Красноярск, 2000 - С.261-263

⁴Водяницкая Н.А., Абдуева Ф.М., Гудилин Т.Е., Дановская Е.В. Полугодовая приверженность к лечению больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. [Электронный ресурс]: Доступ: <http://rql.net.Ua/cardio/2007/2/vodyanitskaya.htm>

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სამეცნიერო ნაშრომები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა 400 ბენეფიციარის გამოკითხვა. თითოეული ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-40 წუთი. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებების პაციენტები, ან მათი ოჯახის წევრები. კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევა განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულების ზომის, გატარებულ პაციენტთა რაოდენობის მიხედვით. ამ ფაქტორების გათვალისწინებით შეირჩა აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი. რესპონდენტები შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის პრინციპით. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

მეთოდოლოგიური შეზღუდვები: კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში ბენეფიციარის შერჩევის მეთოდს, რომელიც შეირჩა მხოლოდ თბილისში, ნაკლები დანახარჯების და მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო.

კვლევის შედეგები

მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა საავადმყოფოში მიმართვის დროულობა.

მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა მიერ ექიმამდე გაწეული თვითდახმარების დროულობაზე და მოცულობაზე ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენის ხარისხის კომპლექსურად შესაფასებლად აუცილებელია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა წინა ჰოსპიტალური ეტაპის ანალიზი. თავდაპირველად ჩატარდა მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან თვითდახმარების დაწყებამდე გავლილი დროის ანალიზი. შემდგომ შესწავლილ იქნა სამედიცინო დამარებაზე მიმართვამდე ქრონოლოგია, კერძოდ მედიკამენტოზური მკურნალობის მოცულობა, სამედიცინო დამარებაზე მიმართვამდე გასული დროის ხანგრძლივობა, მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა სტაციონარში დროული მიმართვიანობა.

მკურნალობის წინაჰოსპიტალურ ეტაპზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე ადექვატური დახმარება მიიღეს მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა. უმრავლეს შემთხვევაში გამოვლენილ იქნა არასაკმარისი და არადროული ფარმაკოთერაპია, სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვა, და შედეგად, დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია.

ცხრილი 10: გულმკერდის არეში ტკივილის წარმოშობიდან თვითდახმარების დაწყებამდე გავლილი დრო, გამოკითხულთა რაოდენობის %

დროის ინტერვალი	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %
10 წუთამდე	3	15	9	32
11-20 წთ	13	10	10	9
21-40 წთ	11	3	11	7
41-60 წთ	2	6	3	3
1-3 სთ	12	13	27	10
4-6 სთ	4	6	2	4
7-12 სთ	5	6	7	8
12 სთ-ზე მეტი	50	41	31	27
ჯამი	100	100	100	100

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, პირველი ათი წუთის განმავლობაში, რომელიც გავიდა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მედიკამენტებს ღებულობდა მხოლოდ 32% ქალი და 15% კაცი. იმ პაციენტებს, რომლებსაც მიოკარდიუმის ინფარქტი აღენიშნათ პირველად, ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ შედარებით მცირე ნაწილში - ქალებს 9%, ხოლო მამაკაცებში 3%. მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, 11-20 წუთის განმავლობაში, რომელიც გავიდა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მედიკამენტებს ღებულობდა მხოლოდ 9% ქალი და 10% კაცი.

იმ პაციენტებს, რომლებსაც მიოკარდიუმის ინფარქტი აღენიშნათ პირველად, ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ ქალებს 10%, ხოლო მამაკაცებში 13%.

საერთო ჯამში, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან პირველი საათის განმავლობაში ფარმაკოთერაპიას იყენებდნენ 34% მამაკაცები და 51% ქალები, ხოლო პაციენტებს რომელთაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება - ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ ქალებს 33%, ხოლო მამაკაცებში 29%.

პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან 12 საათზე მეტი დროის განმავლობაში მედიკამენტები მიღებული ჰქონდათ 50% მამაკაცებს და შედარებით იშვიათად ქალებს (31%). პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან 12 საათზე მეტი დროის განმავლობაში მედიკამენტები მიღებული ჰქონდათ 41% მამაკაცებს და შედარებით იშვიათად ქალებს (27%). ანუ, მიოკარდიუმის ინფარქტის პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მედიკამენტებს მამაკაცები ღებულობდნენ შედარებით მოგვიანებით ვიდრე ქალები.

ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენა თვითდახმარების დროულობაზე და ექიმთან მიმართვიანობაზე

ძირითადი სოციალური და ჰიგიენური ფაქტორებიდან შესწავლილ იქნა დასაქმება, ოჯახური მდგომარეობა, საცხოვრებელი პირობები, განათლება.

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობას გააჩნია უმაღლესი განათლება, მცირედ ჩამორჩება იმ პაციენტთა რაოდენობა რომელთაც გააჩნიათ საშუალო განათლება. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, საშუალო განათლების მქონეთა რაოდენობა თითქმის არ განსხვავდება კაცებსა და ქალებს შორის. რაც შეეხება უმაღლესი განათლების მქონეთა შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები უფრო მეტნი არიან ვიდრე კაცები. საშუალო განათლების მქონე პაციენტთა შორის, რომლებსაც უწინ ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, რაოდენობით კაცები უფრო მეტნი არიან ვიდრე ქალები. რაც შეეხება უმაღლესი განათლების მქონეთა შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები უფრო მეტნი არიან ვიდრე კაცები.

დასაქმების თვალსაზრისით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უფრო მეტად უმუშევრები იყვნენ ვიდრე დასაქმებულები. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დასაქმებული ქალების რაოდენობა ჭარბობენ დასაქმებულ მამაკაცთა რაოდენობას. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უმუშევარი მამაკაცები ჭარბობენ უმუშევარ ქალებს.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დასაქმებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ხოლო პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უმუშევარი ქალები ჭარბობდნენ კაცებს.

ოჯახური მდგომარეობის თვალსაზრისით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დაოჯახებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ასევე, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტოხელა ქალები ჭარბობენ კაცებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დაოჯახებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტოხელა ქალები ჭარბობენ კაცებს.

განსახლების თვალსაზრისით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტომცხოვრები ქალები მცირედით აღემატებიან კაცებს. მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ასევე, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მამაკაცი პაციენტები ვინც ოჯახთან ერთად ცხოვრობს ჭარბობენ ქალებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტო მცხოვრები ქალები ჭარბობენ კაცებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ოჯახთან ერთად მცხოვრები კაცები ჭარბობენ ქალებს.

ცხრილი 11: ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენა მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფებზე, საერთო ჯამის %

სოციალური ფაქტორი		კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %
განათლება	საშუალო	43	41	37	42
	დაუსრულებელი უმაღლესი	16	11	9	6
	უმაღლესი	41	48	54	52
	სხვა	0	0	0	0
	ჯამი	100	100	100	100
ოჯახური მდგომარეობა	დაოჯახებული	85	36	42	28
	მარტოხელა	15	64	58	72
	ჯამი	100	100	100	100
განსახლება	მარტო	15	36	42	38
	ოჯახთან ერთად	85	64	58	62
	ჯამი				
დასაქმება	დასაქმებული	58	30	32	36
	უმუშევარი	42	70	68	64
	ჯამი	100	100	100	100

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების თვითდახმარების დროულობაზე სოციალური ფაქტორების გავლენის შესასწავლად ტარდება პაციენტების წინაჰოსპიტალური ეტაპის ანალიზი. ამისათვის შეისწავლება მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან თვითდახმარების დაწყებამდე, სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვამდე დახარჯული დრო, პაციენტების საავადმყოფოში დაწოლის დროულობის შეფასება. მკურნალობის წინაჰოსპიტალურ ეტაპზე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე, ადექვატური სამედიცინო დახმარება მიიღო მიოკარდიუმის ინფარქტით მხოლოდ რამდენიმე პაციენტმა. უმეტეს შემთხვევაში გამოვლინდა არასაკმარისი და დაგვიანებული მკურნალობა, დაგვიანებული მიმართვა სამედიცინო დახმარებაზე და როგორც შედეგი, დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია.

ცხრილი 12: სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების დაწყებამდე დახარჯული დრო, %

დროის ინტერვალი	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %
10 წთ-მდე	3	21	7	26
11-20 წთ	15	13	9	6
21-40 წთ	12	2	6	7
41-60 წთ	1	5	2	6
1-3 სთ	12	11	28	12
4-6 სთ	5	6	2	7
7-12 სთ	4	8	6	8
12 სთ-ზე მეტი	48	34	40	28
ჯამი	100	100	100	100

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მედიკამენტები მიიღო ქალების მხოლოდ 26%-მა და კაცების 21%-მა.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ექიმამდელი მედიკამენტოზური მკურნალობა ჩატარდა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში, როგორც კაცებს (3%) შორის ასევე ქალებს (7%) შორის.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე მედიკამენტებს ღებულობდა 6% ქალი და 18% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე მედიკამენტებს ღებულობდა 9% ქალი და 15% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა 45% ქალი და 41% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა 24% ქალი და 31% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ მედიკამენტებს ღებულობდა 28% ქალი და 34% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ მედიკამენტებს ღებულობდა 40% ქალი და 48% კაცი.

ცხრილი 13: სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე დახარჯული დრო, %

დროის ინტერვალი	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე %	ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით %
10 წთ-მდე	2	5	5	8
11-20 წთ	9	6	7	5
21-40 წთ	7	7	9	7
41-60 წთ	2	8	2	6
1-3 სთ	6	10	16	16
4-6 სთ	6	5	14	8
7-12 სთ	7	15	9	11
12 სთ-ზე მეტი	61	44	38	39
ჯამი	100	100	100	100

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები შეადგენენ მხოლოდ 8%-ს და კაცები 5%-ს.

პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები შეადგენენ მხოლოდ 5%-ს, ხოლო კაცები შეადგენდნენ 2%-ს.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 5% ქალი და 7% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 7% ქალი და 9% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 26% ქალი და 26% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახა 23% ქალმა და 20% კაცმა, 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 39% ქალმა და 44% კაცმა, 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 38% ქალმა და 61% კაცმა.

პაციენტების უმრავლესობის აზრით (78%), არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. პაციენტების უმრავლესობამ (72%) აღნიშნა, რომ ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ხდება პაციენტზე ინფორმაციის მიწოდება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ.

დისკუსია

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო დახმარებაზე დროული მიმართვის და ექიმის მოსვლამდე პაციენტების ან მათი ახლობლების კომპეტენტური ქმედებებისშედეგად. ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტების უმრავლესობა არ ატარებდა საჭირო თვითდახმარებას, ხოლო ექიმს მიმართავდნენ დაგვიანებით, დაავადების პირველი სიმპტომებიდან დაახლოებით 12 საათის შემდეგ.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევარზე ნაკლები რაოდენობა (ქალებსა და კაცებს შორის დიდი განსხვავება არ შეინიშნებოდა). პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა გამოკითხულთა დაახლოებით მეოთხედზე ოდნავ მეტი რაოდენობა. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს გამოკითხულთა დაახლოებით მეოთხედმა. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს გამოკითხულთა დაახლოებით მეხუთედმა.

როგორც ცნობილია, დაავადების მიმდინარეობა და მისი შედეგები დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების და ურთიერთდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე. მედიკამენტების დროული მიღება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას. განსაკუთრებით ყურადსაქცევია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა დაავადების ძირითადი სიმპტომების შესახებ, ასევე თვითდახმარების ზომების შესახებ, რომელთა მიღება საჭიროა მათი წარმოშობისას. პაციენტები, რომლებსაც პირველად განუვითარდათ მიოკარდიუმის ინფარქტი პირველ საათს საერთოდ არ მიმართავდნენ.

სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ინფორმაციის ნაკლებობა. იმ პაციენტებმა, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ იცოდნენ მხოლოდ 32%-მა. პაციენტების მხოლოდ მცირე ნაწილმა იცოდა იმის შესახებ თუ რა არის სტენოკარდიის შეტევა, რა ქმედებებია განსახორციელებელი მისი წარმოშობისას, ასევე მიოკარდიუმის ინფარქტის უმტკივნეული მიმდინარეობის შესაძლებლობის შესახებ. პაციენტებს შორის (გულის იშემიური დაავადების ანამნეზის გარეშე), რომლებიც ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებულნი ექიმთან მიმართვის დროის შესახებ, მხოლოდ მცირე ნაწილი იქნა ჰოსპიტალიზებული დაავადების პირველ საათებში. მაშინ როდესაც ინფორმირებული პაციენტების უმრავლესობა ჰოსპიტალიზებულ იქნა დაავადების პირველ საათებში.

პაციენტების უმრავლესობის აზრით (78%), არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. პაციენტების უმრავლესობამ (72%) აღნიშნა, რომ ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ხდება პაციენტზე ინფორმაციის მიწოდება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ.

დასკვნა, რეკომენდაციები

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების საკმაოდ დიდი ნაწილის სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებითი მიმართვა განაპირობებს მკურნალობის ეფექტურობის დაქვეითებას, სიკვდილიანობის გაზრდას, რადგან არ ხდება იმ დროის გამოყენება, რომელიც წარმოადგენს დაავადების მიმდინარეობის და გამოსავლის განმსაზღვრელ ფაქტორს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს არაადეკვატური თვითდახმარების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ინფორმაციის ნაკლებობა. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს პაციენტების მეტი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებას მიმართავენ დაგვიანებით და შედარებით ოზვიათად პირველი საათის განმავლობაში. პაციენტების ნახევარზე მეტი არ ღებულობდა ადეკვატურ თვითდახმარებას დაავადების პირველი სიმპტომების წარმოქმნისთანავე, ექიმს მიმართავენ დაგვიანებით.

სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი იყო პაციენტების დაბალი განათლება, სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახების ოპტიმალური დროის არცოდნა, რის შედეგადაც დაავადების დაწყებიდან პირველ დღეებში საავადმყოფოში მიიყვანეს პაციენტების ნახევარზე ნაკლები.

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე. პაციენტის ინფორმირებულობაზე, ოჯახის ექიმის უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობაზე. დროულად გაწეული სამედიცინო დახმარება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას. სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის უმთავრესი მიზეზია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობაზე, დაავადების შესახებ მათ ინფორმირებულობაზე. ამისათვის მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება ქვეყნის მასშტაბით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობის ჩატარებას, დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას.

ბიბლიოგრაფია

- ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014.
- *Aschermann M., Widimsky P.* I have an acute myocardial infarction: open my coronary artery, stent it and keep full flow! // *Eur. Heart J.* — 2002. — Vol. 23. — P. 913-916
- *Behar S., Goldbourt U., Reicher-Reiss H., Kaplinski E.* Prognosis of acute myocardial infarction complicated by primary ventricular fibrillation. *Amer. J. Cardiol.* 1990, 66, 7, C. 1208-1211
- *Brodie B.R., Stuckey T.D., Hansen Ch., Muncy D.* Benefit of coronary reperfusion before intervention on outcomes after primary angioplasty for acute myocardial infarction // *Amer. J. Cardiology.* - 2000. - Vol. 85. - P. 13-18
- *Frohner K., Buchelt M., Hief Ch., A.Podczeck und Steinbach. K.* Patientenverhalten und Dauer der Prahospitalphase bei Myokardinfarct. // *Deutsche Medizinische Wochenschrift/* 1989. Bdl 14.H 22. S855-860
- *Kidwell Chelsea S., Liebeskind David S., Starkman, Sidney, Saver Jeffrey L.* Trends in Acute Ischemic Stroke Trials Through the 2 Century. - *Stroke.* 2001; 32:1349-1359 <http://stroke.ahajournals.org/content/32/6/1349.full>
- *Ridker P.M., Marder V.J., Henneke C.H.* Large-scale trials of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: GISSI-2, ISIS-3 and GUSTO-I // *Ann. Intern. Med.* - 1993. - Vol. 119. - P. 530-532
- *Simoons M.L., Arnold A.E., Betriu A. et al.* Thrombolysis with tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: no additional benefit from immediate percutaneous coronary angioplasty // *Lancet.* — 1988. - Vol. 1. — P. 197-203
- *The GUSTO Angiographic Investigators.* The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both, on coronary artery patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction // *New Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 329. -P. 1615-1622.

- *Водяницкая Н.А., Абдуева Ф.М., Гудилин Т.Е., Дановская Е.В.* Полугодовая приверженность к лечению больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. [Электронный ресурс]: Доступ: <http://rql.net.Ua/cardioJ/2007/2/vodyanitskaya.htm>
- *Гафаров В.В., Благинина М.Ю.* Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) // Кардиология. 2005. - №5. - С.49-51
- *Ипатов П.В., Ключев В.М., Ардашев В.Н.* Проблема неотложной само- и взаимопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и пути ее решения. // Кардиология. 2005. - №3. - С.95-99
- *Карпов Ю.А.* Исследование ПРЕМЬЕРА: достижение уровня АД — успех в лечении ИБС. Набор слайдов для специалистов. М. : 2006.
- *Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А.* Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.
- *Куница Л.Д., Гончар Ю.С, Белый В.М.* Анализ летальности при остром инфаркте миокарда в первые сутки госпитализации // Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Экстракорпоральная квантовая и микроволновая терапия в клинике внутренних болезней: Сб. науч. Тр. — Полтава, 1989
- *Оганов Р.Г. , Масленникова Г.Я.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. // Кардиология.-2007.- №1.-С4-7
- *Панкин О.А.* Анализ экстренной госпитализации больных инфарктом миокарда // Кремлевская медицина. - 1999.-№4. - С.57-60
- *Пархоменко А.Н., Соколов Ю.Н., Иркин О.И. и др.* Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: новые возможности восстановления коронарной и тканевой перфузии. http://www.rql.kiev.Ua/cardio_j/2004/1/parkhomenko.htm
- *Речкова Е.В., Балашова Н.А., Савченко Е.А., Любецкая Л. С.* О причинах поздней госпитализации больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета // Здоровье Сибири: сб. науч. тр. — Красноярск, 2000 - С.261-263
- *Тереценко С.Н.* Инфаркт миокарда в реальной клинической практике. // Пленум (приложение к журналу «Сердце» №4 (13)). - 2007.

უშვილობის მკურნალობა საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, მარიამ ხაბეიშვილი

აბსტრაქტი

შესავალი: უშვილობა უარყოფით გავლენას ახდენს როგორც დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე, ასევე სოციალურ მოვლენებზე (განქორწინება, შრომის ნაყოფიერების შემცირება). კვლევის მიზანია საქართველოში უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების შესწავლა, კერძოდ, მკურნალობის ფინანსურად ხელმისაწვდომობა, რატომ ირჩევენ საზღვარგარეთიდან ჩამოსული პაციენტები საქართველოში მკურნალობას, და რამდენად კმაყოფილი არიან მიღებული შედეგებით, როგორია უშვილობის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების მიმართ მოსახლეობის განათლების დონე. პაციენტები რამდენად დროულად მიმართავენ უშვილობის სამკურნალოდ სათანადო სამედიცინო დაწესებულებებს. **მეთოდოლოგია:** კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია უშვილობის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა თბილისის „კლინიკა ინ ვიტროს“ უშვილო წყვილების გამოკითხვა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდით, სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** რესპოდენტები უშვილობის სამკურნალოდ ყველაზე მეტად იყენებენ ხელოვნურ განაყოფიერებას (46%). ჩატარებული მკურნალობიდან დადებითი შედეგი იქნა მიღებული რესპოდენტთა 78%-ში. ხოლო მეთოდებიდან ყველაზე დადებითი შედეგი იქნა მიღებული ინსემინაციის მეთოდით მკურნალობაზე (78.6%). ასაკობრივ ჭრილში, ყველაზე დადებითი შედეგი იქნა მიღებული 35 წელზე ნაკლები ასაკის რესპოდენტთა შორის (48%). რესპოდენტები უშვილობის სამკურნალოდ ექიმს აკითხავენ ძალიან დაგვიანებით. მკურნალობის ფასები ფინანსურად ხელმისაწვდომია რესპოდენტთა მხოლოდ 20%-თვის. 80%-თვის მკურნალობა ძვირია, მაგრამ იძულებულია ჩაიტაროს. უცხო ქვეყნების რესპოდენტების (გამოკითხულთა 24 %) აზრით, მათთვის ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომია თბილისში მკურნალობა, ასევე ხაზს უსვამენ საქართველოში ჩატარებული მკურნალობის მაღალ ხარისხს. **დისკუსია, რეკომენდაციები:** უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებულ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს პაციენტების დაგვიანებით მიმართვა ექიმთან, ასევე უშედეგო მკურნალობა სხვადასხვა კლინიკებში. აღნიშნული კიდეც უფრო ამძიმებს უშვილობის პრობლემას, რადგან რაც უფრო დიდია უნაყოფობის ხანგრძლივობა მით უფრო მცირდება უნაყოფობის მკურნალობის შედეგიანობა. კვლევა აჩვენებს, რომ ამ სფეროში მოსახლეობას აქვს განათლების დაბალი დონე. მიზანშეწონილია ქალთა რეპროდუქციული განათლების ამაღლება, უშვილობის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირება, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდა, მასიური პროფილაქტიკური გამოკვლევები, რათა მოხდეს მსგავსი დაავადებების დროული გამოვლენა და ადეკვატური მკურნალობა.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: უშვილობის მკურნალობა, ჯანდაცვა

Infertility treatment in Georgia

Tengiz Verulava, Mary Khabeishvili

Abstract

Introduction: Infertility negatively affects the demographic projections, as well as social events (divorce, decline of labor productivity). The aim of the research is to study, issues related to infertility treatment in Georgia, in particular, financial access, satisfaction with the results, education level of the patients. **Methodology:** The quantitative research was carried out with

patients and specialists. **Results:** Respondents most used artificial insemination (46%) from infertility treatment methods. The positive result was obtained by treatment with 78% of respondents. The most positive results were obtained by the insemination methods of treatment (78.6%). By age, the positive results were obtained from 35 years old among the respondents (48%). **Discussion, Recommendations:** The study shows that the population of this area has a low level of education. It is recommended to increase women's reproductive education about modern methods of infertility treatment, to increase access to health care, mass preventive examinations in order to detect such diseases in a timely.

შესავალი

უნაყოფო ქორწინების პრობლემა დღემდე რჩება ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ სამედიცინო-სოციალურ და დემოგრაფიულ პრობლემად. უშვილობა - მძიმე პათოლოგიაა, რომელიც უარყოფით გავლენას ახდენს დემოგრაფიულ მაჩვენებლებზე, ასევე ბევრ ისეთ სოციალურ მოვლენებზე, როგორცაა: განქორწინება, შრომის ნაყოფიერების შემცირება. უშვილობის დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის პრობლემის აქტუალობა დაკავშირებულია ამ დავადების მნიშვნელოვანი გახშირებით და მისი ზრდის ტენდენციით მთელ მსოფლიოში^{1,2,3}.

ბოლო პერიოდში მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში აღინიშნება უნაყოფო ქორწინებების გახშირება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, თანამედროვე პირობებში ქორწინებათა 10-დან 15%-მდე არის უნაყოფო. ამასთან, ქალის უშვილობა შეადგენს 50-70%-ს, ხოლო მამაკაცის უშვილობა 30-50%-ს^{4,5}. თითქმის იგივე მონაცემები არსებობს საქართველოსთვისაც. საქართველოში არის დაახლოებით 35 ათასი რეპროდუქციული ასაკის უნაყოფო წყვილი და აქედან, სულ ცოტა, 70% მაინც საჭიროებს "ინ ვიტრო" განაყოფიერებას⁶. თუმცა, სინამდვილეში უშვილობის შემთხვევა უფრო მეტია, რადგან ყველა უშვილო წყვილი არ არის აღრიცხული.

თუმცა, სინამდვილეში უშვილობის შემთხვევა უფრო მეტია, რადგან ყველა უშვილო წყვილი არ არის აღრიცხული. საქმე ის არის, რომ უნაყოფობად არ განიხილავენ განსაკუთრებულ კონტინგენტს, რომელშიც ქალებს 2 ტიპი შედის. I ტიპს მიეკუთვნებიან ქალები (ქალთა საერთო რაოდენობის 2,5%), რომელთაც შეუძლიათ დაორსულება, მაგრამ ჯანმრთელობის მდგომარეობა ორსულობის ბოლომდე მიყვანასა და მშობიარობაში ხელს უშლით⁷. მაგალითად, თუ ქალს აქვს გულის, ღვიძლის ან თირკმელების მძიმე დავადება, ორსულობა და მშობიარობა მისი სიცოცხლისთვის საშიშია⁸. II ტიპს კი მიაკუთვნებენ ქალებს

¹ Chemes H.E. Sperm pathology: a step beyond descriptive morphology. Origin, characterization and fertility potential of abnormal sperm phenotypes in infertile men / H.E. Chemes, V.Y. Rawe // Hum. Reprod. Update. 2003. - №9. - P.405-408

² Kildea S. Reproductive health, infertility and sexually transmitted infections in indigenous women in a remote community in the Northern Territory / S. Kildea, F.J. Bowden // Aust. N. Z. J. Publ. Health: 2000. - Vol.24. - №4. - P.382-386.

³ Sonmezer M. Fertility preservation in female patients / M. Sonmezer, K. Oktay // Hum. Reprod. Update. 2004. - Vol.10. - P.251-266.

⁴ Benoff S. Male infertility and environmental exposure to lead and cadmium / S. Benoff, A. Jacob, I. R. Hurley // Hum. Reprod. Update. 2000. - Vol.6. - P. 107-121

⁵ Rodriguez R., Hernandez R., Fuster F. et al. Genital infection and infertility. // Enferm Infecc. Microbiol. Clin. - 2001. - Vol. 19(6). - P. 261-266.

⁶ დალი ჩიკვაიძე. "ინ ვიტრო"-განაყოფიერება ამერიკაში მხოლოდ ჟორდანის სახელობის ინსტიტუტშია დანერგილი. ჟურნალი „ბიზნესი და მენეჯმენტი. 2(10), 2006 წ.

⁷ ნანა ხუცაიძე, ქეთევან ქარქაშაძე. უშვილობა - მიზეზები, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჟურნალი მკურნალი.

⁸ იქვე

(მათი ხვედრითი წილიც 2,5%-ია), რომელთაც შეუძლიათ დაორსულებაც, ორსულობის ბოლომდე მიყვანაც და მშობიარობაც, მაგრამ ეს არც ბავშვისთვის, არც დედისთვის და არც ქვეყნისთვის იქნება კარგი¹. ეს ის ქალები არიან, რომელთაც აქვთ მძიმე მემკვიდრეობითი დაავადება, მაგალითად, შიზოფრენია, ანდა შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმა (როდესაც იგივე დაავადება აქვს მის მეუღლესაც) და სხვა. ქალების ეს ტიპიც პირობითად უშვილოდ უნდა ჩაითვალოს, თუმცა მათ შვილის ყოლას არაფერი უკრძალავს. ამრიგად, უშვილობის რეალური მაჩვენებელი 15%-მდე აღწევს და ასეა არა მარტო საქართველოში, არამედ მთელ მსოფლიოში².

უშვილობის რიცხვის ზრდას საქართველოში ადასტურებს ქალთა რეპროდუქციული საკითხების კვლევა, რომლის მიხედვით, დღეს საქართველოში უფრო ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დახმარებას უშვილობისგან განკურნებისთვის. უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებულ პრობლემას წარმოადგენს ხალხის განათლების დაბალი დონე. უშვილობის სამკურნალოდ სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტები მიდიან დაგვიანებით, რომელთა უნაყოფობის ხანგრძლივობა 10-15 წელია და რომელთაც გამოვლილი აქვთ საქართველოს სხვადასხვა კლინიკები და ფაქტობრივად, ამით მდგომარეობა კიდევ უფრო დაიმძიმეს³. აღნიშნული მეტყველებს, რომ ამ სფეროში ხალხს აქვს განათლების დაბალი დონე. მთელს მსოფლიოში უნაყოფობის ხანგრძლივობა არ აღემატება 2-3 წელიწადს და ასეთი პაციენტები ბევრად უფრო პერსპექტიულები არიან, ვიდრე 15 წლის უნაყოფონი⁴.

პრობლემას წარმოადგენს აგრეთვე, უშვილობის მკურნალობის ხარჯებზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა. უშვილობის მკურნალობა ძალიან ძვირადღირებულია, ხოლო მოსახლეობის ცხოვრების დონე ქვეყანაში უაღრესად დაბალია, შესაბამისად დაბალია მოსახლეობის გადახდისუნარიანობა⁵. ამასთან, უშვილობის მკურნალობა საქართველოში გაცილებით იაფია ვიდრე სხვა ქვეყნებში.

აქვე აღსანიშნავია, რომ უშვილობის მკურნალობა საქართველოში გაცილებით იაფია ვიდრე სხვა ქვეყნებში. პაციენტების გამოკითხვების მიხედვით, მკურნალობის საფასური სხვადასხვა ქვეყნებში შემდეგ ფარგლებში მერყეობს⁶:

- აშშ \$ 10,000 დან \$ 18, 000-მდე;
- ჰონკონგი \$10,000;
- კანადა \$ 7 200;
- ავსტრალია \$5,200 – 7,000;
- უნგრეთი \$ 3,700;
- სამხრეთ აფრიკა და თურქეთი \$3,000.

ამ ქვეყნებში მზარდი მოთხოვნის მიუხედავად არ ხდება მომსახურების მნიშვნელოვანი გათავისუფლება, რაც იწვევს პაციენტების მიგრაციას აშშ-სა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან და უნაყოფობის მკურნალობა საერთაშორისო სამედიცინო ტურიზმის სულ უფრო მეტად მნიშვნელოვანი სეგმენტი ხდება.

კვლევის მიზანია საქართველოში უშვილობის მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების შესწავლა, აგრეთვე იმის გარკვევა თუ რამდენად ფინანსურად ხელმისაწვდომია მკურნალობა, რატომ ირჩევენ საზღვარგარეთიდან ჩამოსული პაციენტები საქართველოში მკურნალობას, და რამდენად კმაყოფილნი არიან მიღებული შედეგებით, როგორია

¹ ნანა ხუცაიძე, ქეთევან ქარქაშიაძე. უშვილობა - მიზეზები, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჟურნალი მკურნალი

² იქვე

³ დალი ჩიკვაიძე. "ინ ვიტრო"-განაყოფიერება ამერიკა-კასიაში მხოლოდ ჟორდანის სახელობის ინსტიტუტშია დანერგილი. ჟურნალი „ბიზნესი და მენეჯმენტი. 2(10), 2006 წ.

⁴ იქვე

⁵ იქვე

⁶ Medical Tourism: The Cost of International IVF. ვებ გვერდი Attain Fertility. <http://attainfertility.com>

უშვილობის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების მიმართ ხალხის განათლების დონე, პაციენტები რამდენად დროულად მიმართავენ უშვილობის სამკურნალოდ სათანადო სამედიცინო დაწესებულებებს.

უშვილობის კლასიფიკაცია. უშვილობა, უნაყოფობა სამედიცინო ლიტერატურის განმარტებით შვილის ყოლის უუნარობაა შესაბამისი სამედიცინო ჩარევის გარეშე. უნაყოფობა ნიშნავს, რომ ქალს ან მამაკაცს არ შესწევთ უნარი, შვილი იყოლიონ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, თუ ქალი რეგულარული სქესობრივი ცხოვრების ერთი წლის განმავლობაში არ დაორსულდა, ის უშვილოდ ითვლება. 20 წლის წინ ლოდინის პერიოდი 3 წელს შეადგენდა, მერე 2 წელზე ჩამოვიდა, დღეს კი უკვე 1 წლით განისაზღვრება¹.

გამოყოფენ ქალის და კაცის უნაყოფობას. უნაყოფო ქორწინება არის პირველადი და მეორადი. პირველადს უწოდებენ უნაყოფობას, როცა ქალი სქესობრივი ცხოვრების განმავლობაში არც ერთხელ არ ყოფილა ორსულად; მეორეულია უშვილობა, როცა წინამორბედი ერთი ან რამდენიმე ორსულობის შემდეგ ქალი აღარ დაორსულებულა. განასხვავებენ ქალის აბსოლუტურ და შედარებით უნაყოფობას. აბსოლუტური უნაყოფობა თან ახლავს განვითარების მანკებს, მაგ., საკვერცხეების ან საშვილოსნოს უქონლობას - ამ შემთხვევაში ორსულობა გამორიცხებულია². უნაყოფობის უნივერსალური კლასიფიკაცია არ არსებობს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია გამოყოფს ქალის უნაყოფობის 22 ფაქტორს და მამაკაცის უნაყოფობის 16 ფაქტორს.

უშვილობის მიზეზები. უნაყოფობის მიზეზებს შორის პირველი ადგილი უჭირავს სასქესო ორგანოების ანთებით დაავადებებს (უროგენიტალური ინფექციები), რომლებიც სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (ე.წ. ვენერული დაავადებები) შედეგია³.

უნაყოფობის მიზეზებს შორის მეორე ადგილზეა ენდოკრინული გენეზის უშვილობა, ასევე აღსანიშნავია რეპროდუქციული ორგანოების (საშვილოსნოს, მილების, მცირე მენჯის ღრუს) პათოლოგიები, გენეტიკური, იმუნური და სხვა მიზეზები.

უშვილობის განვითარებაში ერთ ერთ მთავარ როლს ასრულებს აბორტი, ასევე მნიშვნელოვანია განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის საშვილოსნოს კედელზე მიმაგრების სირთულე, არასრულფასოვანი კვება, ნიკოტინისა და ალკოჰოლის მოხმარება, გადატანილი ინფექციები.

უშვილობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს როგორც ქალის, ასევე მამაკაცის ფაქტორით. შესაძლებელია ქალისა და მამაკაცის ფაქტორების თანაარსებობაც. არსებობს იდიოპათიური უშვილობაც. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება. უნაყოფო ქორწინების ფაქტორების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ თითქმის ყოველი მეორე ოჯახური წყვილისათვის (44.3%-52.7%) უნაყოფობა განპირობებულია ქალის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოების დაავადებებით, 6.4%-19.4% წყვილში - მამაკაცის რეპროდუქციული ფუნქციის პათოლოგიით, ხოლო დაახლოებით მესამედზე მეტ ოჯახებში უშვილობა განპირობებულია ორივე წყვილის რეპროდუქციული ფუნქციის პათოლოგიით⁴.

ბოლო წლებში შეიცვალა უშვილობის სტრუქტურა. მაგალითად, თუ უწინ ქალი უფრო წამყვანი ფიგურა იყო უშვილობის მიზეზთა თვალსაზრისით, სქესობრივი გზით გადამდები

¹ ნანა ხუცაიძე, ქეთევან ქარქაძაძე. უშვილობა - მიზეზები, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჟურნალი მკურნალი.

² იქვე.

³ იქვე.

⁴ Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 36.с. 6.

ინფექციების, აბორტების გართულებების შედეგად, ბოლო დროს, უშვილობის მიზეზთა ძიებისას, წინ წამოიწია მამაკაცის ფაქტორმა¹.

მკურნალობა. საშვილოსნის მილების გამავლობის აღსადგენად არსებობს კონსერვატიული (ძირითადად მედიკამენტოზური), ენდოსკოპიური და დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მეთოდები. ამასთან დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მეთოდები წარმოადგენენ უნაყოფობის მკურნალობის დასკვნით ეტაპს ან ყველა არსებული მეთოდების ალტერნატივას. ტრადიციული მეთოდებით მკურნალობისაგან არაუმეტეს 2 წლის განმავლობაში დადებითი შედეგების არ არსებობის შემთხვევაში, მიზანშეწონილია დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მეთოდების გამოყენება, რომლის დროს განაყოფიერების და ემბრიონების ადრეული განვითარების ყველა ეტაპები ხორციელდება ორგანიზმის გარეშე:

- ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება და ემბრიონების გადატანა საშვილოსნოს ღრუში,
- ოოციტის ციტოპლაზმაში სპერმატოზოიდების ინიექცია,
- სპერმის დონორობა,
- ოოციტების დონორობა,
- სუროგატული დედობა,
- მეუღლის (დონორის) სპერმით ხელოვნური ინსემინაცია.

უშვილობის მიზეზთაგან უმრავლესობის გადაჭრის საუკეთესო მეთოდს *ინ ვიტრო განაყოფიერება* წარმოადგენს. ინ-ვიტრო განაყოფიერების მხრივ საქართველოც ერთ-ერთი ლიდერი ქვეყანაა. საქართველოში და ზოგადად ამიერკავკასიაში პირველი სინჯარის ბავშვი 1999 წელს დაიბადა.

ინვიტრო განაყოფიერება არის განაყოფიერება სინჯარაში, ანუ ორგანიზმის გარეთ (ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება). ამ ტექნოლოგიის გამოყენების შედეგად დაბადებულ ბავშვებს ხშირად “სინჯარის ბავშვებს” უწოდებენ, რადგან ემბრიონის წარმოქმნის და განვითარების პირველი ეტაპები ლაბორატორიის სინჯარაში ხდება. ქალისა და მამაკაცის გამეტებს – კვერცხუჯრედსა და სპერმატოზოიდს – ათავსებენ სპეციალურ სინჯარაში სადაც ისინი ერთმანეთს შეერწყმიან – ხდება განაყოფიერება, სიცოცხლის ჩასახვა; რამდენიმე დღე ემბრიონი ინკუბატორში ვითარდება და შემდეგ თავსდება საშვილოსნოს ღრუში².

პირველი “IVF baby” (სინჯარის ბავშვი) ლუიზ ბრაუნი დაიბადა 1978 წელს ინგლისში, ქალაქ კემბრიჯში, პატრიკ სტეპტოესა და ბობ ედუარდსის კლინიკაში დაიბადა³.

პირველი ინტრო განაყოფიერებიდან შემდეგ სამ ათეულზე მეტი წელი გავიდა და დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მონიტორინგის საერთაშორისო ორგანიზაციის (ICMART) 2013 წლის მონაცემებით, ამჟამად მსოფლიოში სულ ცოტა ხუთი მილიონი „ინ-ვიტრო ადამიანი“ ცხოვრობს⁴, ხოლო ყოველიურად იბადება 350 ათასი ახალშობილი. ამ მხრივ, ყველაზე აქტიური ქვეყნებია აშშ და იაპონია, თუმცა ყველაზე აქტიური რეგიონი ევროპაა.

უშვილობის მკურნალობის ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული მეთოდია *საშვილოსნოსშიდა ინსემინაცია*, რომელიც გულისხმობს ქალის საშვილოსნოში სპერმის ხელოვნურად, შეყვანას.

¹ ნანა ხუცაიძე, ქეთევან ქარქაშაძე. უშვილობა - მიზეზები, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჟურნალი მკურნალი. <http://www.mkurnali.ge/qali/ginekologia/3255-ushviloba-mizezebi-diagnostika-da-mkurnaloba.html>

² კლინიკა In Vitro Fertilization. ვებ გვერდი <http://invitro.ge>

³ გვახარია მარინა. “ინ-ვიტრო ბავშვები”, როგორც “ღვთის სასწაული”. ჟურნალი „ლიბერალი“. 2014

⁴ გვახარია მარინა. (იქვე)

საქართველოს ჯანმრთელობის შესახებ კანონის მუხლი 141-ის მიხედვით, განაყოფიერება დონორის სპერმით ნებადართულია:

ა) უშვილობის გამო, ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, ან მარტოხელა ქალის განაყოფიერებისათვის, თუ მიღებულია უშვილო წყვილის ან მარტოხელა ქალის წერილობითი თანხმობა. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში უშვილო წყვილი ან მარტოხელა ქალი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით. დონორს არა აქვს განაყოფიერების შედეგად დაბადებული ბავშვის მამად ცნობის უფლება;

ბ) მხოლოდ სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებაში, თუ მას ატარებს შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმი.

მუხლი 143-ის მიხედვით, ექსტრაკორპორული განაყოფიერება ნებადართულია:

ა) უშვილობის მკურნალობის მიზნით, აგრეთვე, ცოლის ან ქმრის მხრიდან გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას, წყვილის ან დონორის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენებით, თუ მიღებულია წყვილის წერილობითი თანხმობა;

ბ) თუ ქალს არა აქვს საშვილოსნო, განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის სხვა ქალის ("სუროგატული დედის") საშვილოსნოში გადატანის და გამოზრდის გზით. წყვილის წერილობითი თანხმობა აუცილებელია.

2. ბავშვის დაბადების შემთხვევაში წყვილი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობით და უფლებამოსილებით; დონორს ან "სუროგატულ დედას" არა აქვს დაბადებული ბავშვის მშობლად ცნობის უფლება.

მუხლი 144-ის მიხედვით, ხელოვნური განაყოფიერების მიზნით შესაძლებელია გაყინვის მეთოდით კონსერვირებული ქალის და მამაკაცის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენება. კონსერვაციის დრო განისაზღვრება წყვილის სურვილისამებრ, დადგენილი წესით.

ხელოვნური განაყოფიერებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკა ინ ვიტრო

ალსანიშნავია, რომ საბჭოთა კავშირში "ინ ვიტრო"-განაყოფიერების დანერგვის იდეა ეკუთვნის ი. ჟორდანას ინსტიტუტის ხელმძღვანელს არჩილ ხომასურიძეს, რომელიც იმხანად მუშაობდა მოსკოვში, გინეკოლოგიის საკავშირო ინსტიტუტში¹.

1980-იან წლებში ახალგაზრდა, ნოვატორული სულისკვეთებით გამორჩეულმა მეცნიერმა "ინ ვიტრო" ანუ სინჯარაში განაყოფიერების იდეა საზღვარგარეთიდან ჩამოიტანა და ამის თაობაზე მოუყვა თავის კოლეგებს^{2,3}. ამავე პერიოდში მოსკოვის სპეციალიზირებულ ლაბორატორიაში მოღვაწეობდნენ ქართველი მედიკოსები, რომლებიც ჩაერთვნენ ინ ვიტრო განაყოფიერების პროცესში და კარგ სპეციალისტებად ჩამოყალიბდნენ. ინ ვიტრო განაყოფიერების შედეგად, ქართველი მედიკოსების მონაწილეობით მოსკოვში 1985 წელს დაიბადა პირველი ბავშვი - ლენა კალინინა, რომელსაც ელენა დაარქვეს^{4,5}. უკრაინელ გოგონას დედის მკურნალი ექიმის სახელი დაარქვეს⁶. ქართველი მედიკოსები შემდეგ დაბრუნდნენ თბილისში ინ ვიტრო განაყოფიერების ცენტრის შექმნის იმედით.

არჩილ ხომასურიძემ თბილისში გადმოსვლისთანავე შეუდგა "ინ ვიტრო"-განაყოფიერების მეთოდის დანერგვას. მისი ინიციატივით ახალგაზრდებმა მსოფლიოს

¹ დალი ჩიკვაიძე. "ინ ვიტრო"-განაყოფიერება ამიერკავკასიაში მხოლოდ ჟორდანას სახელობის ინსტიტუტშია დანერგილი. ჟურნალი „ბიზნესი და მენეჯმენტი. 2(10), 2006 წ.

² გია ცაგარეიშვილი. ინ ვიტრო განაყოფიერებით საქართველოში 11 წლის განმავლობაში 3 000-ზე მეტი ბავშვი დაიბადა.

³ დალი ჩიკვაიძე. 2006 წ.

⁴ გია ცაგარეიშვილი. იქვე.

⁵ დალი ჩიკვაიძე. 2006 წ. იქვე.

⁶ დალი ჩიკვაიძე. (იქვე)

სხვადასხვა ქვეყნებში გაიარეს ტრეინინგები. მოიარეს აშშ-ის, ევროპის ყველა ავტორიტეტული კლინიკა, სადაც ინ ვიტრო განაყოფიერება კეთდებოდა¹. საბჭოთა პერიოდში ი. ჟორდანიას ინსტიტუტმა შეიძინა საჭირო მოწყობილობა-დანადგარები. თუმცა, შემდგომ განვითარებული მოვლენების შედეგად ჟორდანიას ინსტიტუტში შეჩერდა მუშაობა "ინ ვიტრო"-განაყოფიერების მეთოდის დანერგვაზე. ძვირადღირებული სამედიცინო აპარატურა, რომელიც გამოწერილი ჰქონდათ, ქვეყანაში შექმნილი ქაოსის გამო დანიშნულ ადგილმდე ვერ აღწევდა. ბევრი ახალგაზრდა სამუშაოდ დასავლეთში დარჩა.

არჩილ ხომასურდიეს ყველაფრის თავიდან დაწყება მოუწია. დასჭირდა ახალი კადრების აღზრდა. აპარატურა, რომელშიც ათეულ ათასობით საბჭოთა მანეთი იყო გადახდილი, მორალურად მოძველდა და საჭირო გახდა ახლის ყიდვა².

1997 წელს ჩამოყალიბდა ხელოვნური განაყოფიერებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკა ინ ვიტრო (კლინიკა In Vitro Fertilization), როგორც ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ინ-ვიტრო განაყოფიერების განყოფილება. საქართველოში ინ ვიტრო განაყოფიერების ოპერაცია პირველად ი. ჟორდანიას სახელობის ინსტიტუტში ჩატარდა³. 2000 წელს დაიბადა ჟორდანიას სახელობის ინსტიტუტში პირველი "ხელოვნური" ბავშვი⁴.

ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ინ-ვიტრო განაყოფიერების განყოფილება წარმოადგენდა პირველ მსგავსი პროფილის განყოფილებას არა მარტო საქართველოში, არამედ ამიერკავკასიაშიც⁵. ამჟამად საქართველოში „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს გარდა ინ ვიტრო განაყოფიერების რამოდენიმე კლინიკაა⁶.

2010 წლიდან კლინიკა In Vitro Fertilization წარმოადგენს კერძო კლინიკას⁷ (მდებარეობს იაშვილის სახელობის ბავშთა ცენტრალური საავადმყოფოს მახლობლად). კლინიკა ინ ვიტრო არის, ევროპის ემბრიოლოგთა და რეპროდუქტოლოგთა საზოგადოების წევრი.⁸ კლინიკის ძირითადი სერვისებია⁹:

- უშვილობის მკურნალობა (როგორც ქალთა, ასევე მამაკაცთა)
- გინეკოლოგიურ დაავადებათა სკრინინგი და მკურნალობა
- ორსულობის მონიტორინგი
- ტრანსვაგინალურად საკვერცხის კისტის ასპირაცია
- სპეციალისტების კონსულტაციები - გინეკოლოგი, მამოლოგი, რადიოლოგი, ქირურგი, ემბრიოლოგი, ანესთეზიოლოგი

დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების სრული სპექტრი

- ინ ვიტრო განაყოფიერება – IVF
- ინტრაციტოპლაზმური სპერმის ინექცია – ICSI
- ტესტიკულარული სპერმის ექსტრაქცია, ასპირაცია - TESE/TESA/MESA
- საშვილოსნოსშიდა ინსემინაცია - IUI
- დონაცია სუროგაციის პროგრამა
- ემბრიონების და სპერმის კრიოპრეზერვაცია (გაყინვა)

¹ გაა ცაგარეიშვილი.

² დალი ჩიკვაიძე. 2006 წ. იქვე.

³ გაა ცაგარეიშვილი

⁴ დალი ჩიკვაიძე. 2006 წ. იქვე

⁵ კლინიკა In Vitro Fertilization. ვებ გვერდი <http://invitro.ge>

⁶ სუროგაციისა და დონაციის ცენტრი "FAMILY PLANNING". ინტევიუ ექიმ-რეპროდუქტოლოგ ნატალია ხონელიძესთან. ვებ გვერდი http://www.surrogationcenter.com/index.php?m=114&news_id=11

⁷ კლინიკა In Vitro Fertilization. ვებ გვერდი <http://invitro.ge>

⁸ იქვე

⁹ იქვე

• ბლასტოცისტის კულტივაცია

დიაგნოსტიკური სერვისები: ულტრაბგერითი გამოკვლევები 3D და 4D განზომილებით, კოლპოსკოპია, ჰისტეროსკოპია, ლაპარასკოპია, სონოჰისტეროგრაფია, ლაბორატორიული გამოკვლევები: ოვარიული რეზერვის შეფასება (AMH-ის განსაზღვრა), იმუნო-ფერმენტული გამოკვლევები, PAP-ტესტი, სპერმოგრამა.

ხელოვნური განაყოფიერებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკა ინ ვიტროს დახმარებით საქართველოს 3000-ზე მეტი ბავშვი მოეწვინა.

ცხრილი 1: ინ ვიტროს წარმატებულობის ინდექსები. კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები. 2015 წ.

ორსულობის ინდექსები ფრემ ემბრიონების გადატანის დროს	<35 წელზე ნაკლები	35-37 წელი	38-40 წელი	>40 წელზე მეტი	ყველა პაციენტი
ექსკოპიურად დადასტურებული	61.4% (89/145)	40.0% (40/100)	34.9% (29/83)	10.3% (3/29)	45.1% (161/357)

წყარო: კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები.

ცხრილი 2: ბლასტოცისტის გადატანის წარმატებულობის ინდექსები. კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები. 2015 წ.

ორსულობის ინდექსები ფრემ ემბრიონების გადატანის დროს	<35 წელზე ნაკლები	35-37 წელი	38-40 წელი	>40 წელზე მეტი	ყველა პაციენტი
ექსკოპიურად დადასტურებული	65.8% (77/117)	50.8% (32/63)	42.2% (19/45)	14.3% (1/7)	55.6% (129/232)

წყარო: კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები.

ცხრილი 3: გაყინული ემბრიონის გადატანის წარმატებულობის ინდექსები. კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები. 2015 წ.

ორსულობის ინდექსები ფრემ ემბრიონების გადატანის დროს	ყველა პაციენტი
ექსკოპიურად დადასტურებული	51.8% (59/114)

წყარო: კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები.

ცხრილი 4: კვერცხუჯრედის დონაციის წარმატებულობის ინდექსი. კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები. 2015 წ.

ორსულობის ინდექსები ფრემ ემბრიონების გადატანის დროს	ყველა პაციენტი
ექსკოპიურად დადასტურებული	66.7% (28/42)

წყარო: კლინიკა In Vitro Fertilization. სტატისტიკური მონაცემები.

ცხრილი 5: ემბრიოლოგიის შიდა სტატისტიკის ფურცელი. 2014 წელი

2014 წელი	რა-ბა	ორსულობის რა-ბა	ორსულობის %
TVP ტრანსვაგინალური პუნქცია (კვერცხუჯრედის აღება საშვილოსნოს ღრუდან)	802		
Fresh ET (ემბრიონის გადატანა გაყინვის გარეშე)	566	176	32
cryo 382 (გაყინული ემბრიონის გადატანა საშვილოსნოს ღრუში)			
FET (Frozen embryo transfer) ემბრიონის გაღობა და შემდეგ გადატანა საშვილოსნოს ღრუში	379	120	31,7
ასაკობრივი ჯგუფი 39-43	151		
კომენტარი: ასაკობრივი ჯგუფის გამოკლებით			42%

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია უშვილობის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის „კლინიკა ინ ვიტროს“ პაციენტები. აღნიშნული პროფილის სამედიცინო დაწესებულების შესარჩევად გამოყენებული იქნა სტრატეგიცირებული შემთხვევითი შერჩევა. სტრატეგიცირების ცვლადად გამოყენებული იქნა სამედიცინო დაწესებულების ზომა, გატარებულ პაციენტთა რაოდენობა. ამ ფაქტორების გათვალისწინებით შეირჩა „კლინიკა ინ ვიტრო“. რესპოდენტები შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის პრინციპით. **კვლევის შეზღუდვად** მივიჩნევთ ნაკლები დანახარჯების და მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო, კვლევის ჩატარებას მხოლოდ „კლინიკა ინ ვიტროში“.

შედეგები

ხელოვნური განაყოფიერებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკა ინ ვიტროში (კლინიკა In Vitro Fertilization) გამოკითხულ იქნა 50 ქალი. ასაკობრივ ჯგუფებში ყველაზე მეტი წილი მოდის 35 წელზე ნაკლებ ასაკზე (40%), 35-37 წელს შეადგენდა 30%, 38-40 წელს - 30%, ხოლო 40 წელზე მეტს არცერთი.

ცხრილი 6: რესპოდენტთა ასაკობრივი განაწილება

<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ყველა პაციენტი
20	40%	15	30%	15	30%	50

რესპოდენტთა გამოკითხვით, მათ მიმართ გამოყენებულ იქნა მკურნალობის შემდეგი მეთოდები:

1. ინსემინაცია (მეუღლის სპერმის ხელოვნურად შეყვანა ქალის საშვილოსნოს ღრუში)
2. სუროგატი დედის გამოყენება
3. დონორის გამოყენება
4. ხელოვნური განაყოფიერება

გამოყენებულ მეთოდებს შორის ყველაზე მეტად ჩატარდა ხელოვნური განაყოფიერება (46%), შემდეგ მოდის დონორის გამოყენება (32%), ინსემინაცია (28%), სუროგატი დედის გამოყენება (14%).

როგორც რესპოდენტთა პასუხებიდან ჩანს, 35 წელზე ნაკლებ ასაკში უფრო მეტად გამოიყენებენ ინსემინაციის მეთოდს და ხელოვნურ განაყოფიერებას (20-20%). 35-37 წლის ასაკის პირები უფრო მეტად მიმართავენ დონორის გამოყენებას (20%), ხოლო 38-40 წლის პირები ხელოვნურ განაყოფიერებას (22%).

ცხრილი 7: რესპოდენტთა მიმართ გამოყენებულ მკურნალობის მეთოდები

	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
ინსემინაცია	10	20	2	4	2	4	14	28
სუროგატი დედის გამოყენება	5	10	1	2	1	2	7	14
დონორის გამოყენება	5	10	10	20	1	2	16	32
ხელოვნური განაყოფიერება	10	20	2	4	11	22	23	46
ჯამი	20	40	15	30	15	30	50	100

ჩატარებული მკურნალობიდან დადებითი შედეგი იქნა მიღებული რესპოდენტთა 78%-ში. ჩატარებული მკურნალობის მეთოდებიდან ყველაზე დადებითი შედეგი იქნა მიღებული

ინსემინაციის მეთოდით მკურნალობაზე (78.6%), შედარებით დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნა ხელოვნურ განაყოფიერებაზე (56.5%). ასაკობრივ ჭრილში, ჩატარებული მკურნალობიდან ყველაზე დადებითი შედეგი იქნა მიღებული 35 წელზე ნაკლები ასაკის რესპოდენტთა შორის (48%), შემდგომ 35-37 წლის ასაკის რესპოდენტთა შორის (16%), და ბოლოს 38-40 წლის რესპოდენტთა შორის (14%).

ცხრილი 8: რესპოდენტთა მიმართ გამოყენებულ მკურნალობის მეთოდების შედეგის განაწილება

	<35 წელზე ნაკლები		35-37 წელი		38-40 წელი		ჯამი		%
	რაოდ.	დადებითი შედეგი	რაოდ.	დადებითი შედეგი	რაოდ.	დადებითი შედეგი	რა-ბა	დადებითი შედეგი	
ინსემინაცია	10	9	2	1	2	1	14	11	78.6
სუროგატი დედის გამოყენება	5	4	1	0	1	1	7	5	71.4
დონორის გამოყენება	5	3	10	6	1	1	16	10	62.5
ხელოვნური განაყოფიერება	10	8	2	1	11	4	23	13	56.5
ჯამი	20	24 (48%)	15	8 (16%)	15	7 (14%)	50	39	78.0

რესპოდენტთა შორის საქართველოს მოქალაქეები შეადგენდნენ 76%-ს, უცხო ქვეყნების მოქალაქეები 24%-ს. უცხო ქვეყნების რესპოდენტებს შორის ჭარბობდნენ 35 წელზე ნაკლები პაციენტები (50%), 38-40 წლის ასაკის პაციენტები შეადგენდნენ 33.3%-ს, ხოლო 35-37 წლის პაციენტები - 16.7%-ს. უცხო ქვეყნების რესპოდენტებს შორის ჭარბობდნენ რუსეთის ფედერაციის მოქალაქეები (16%). დიდი ბრიტანეთის მოქალაქენი შეადგენდნენ 4%-ს, ავსტრიელები 2%-ს, ხოლო გერმანელები 2%-ს.

ცხრილი 9: რესპოდენტთა განაწილება ქვეყნების მიხედვით

ქვეყნები	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
საქართველო	14	36.8	13	34.2	11	28.9	38	76
უცხოელი	6	50	2	16.7	4	33.3	12	24
მათ შორის								
რუსეთი	4	50.0	1	12.5	3	37.5	8	16
ავსტრია	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	2
გერმანია	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	2
ინგლისი	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	4
ჯამი	20	40%	15	30%	15	30%	50	100

აღსანიშნავია, რომ რუსეთის ფედერაციის მოქალაქეები ყველა იყვნენ ჩრდილოეთ ოსეთიდან (ვლადიკავკაზი). უცხო ქვეყნების რესპოდენტების პასუხი, კითხვაზე თუ რატომ მკურნალობენ საქართველოში, განსხვავებულია ქვეყნების მიხედვით. ჩრდილოეთ ოსეთში მცხოვრები რუსეთის ფედერაციის მოქალაქეები აღნიშნავენ, რომ მათთვის ხელსაყრელია თბილისში მკურნალობის ჩატარება, რადგან იგი უფრო ახლოსაა, ვიდრე მოსკოვის ცენტრებში მკურნალობა, ასევე, მათთვის ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომია თბილისში მკურნალობა. მათი განმარტებით, რუსეთში იგივე სახის სერვისის ღირებულება დაახლოებით 15000 ლარზე მეტს შეადგენს, მაშინ როდესაც თბილისში მისი ღირებულება 10000 ლარს შეადგენს. რაც შეეხება გერმანიის მოქალაქეებს, გერმანიაში ასეთი სახის სერვისები კანონით არის აკრძალული, ამიტომ მკურნალობის ჩასატარებლად ჩამოდიან საქართველოში. დიდი ბრიტანეთის და ავსტრიის მოქალაქეების აზრით, ასეთი სახის სერვისების ღირებულება საქართველოში უფრო დაბალია, ვიდრე თავიანთ ქვეყნებში,

ამიტომ ანიჭებენ ისინი უპირატესობას საქართველოში მკურნალობას. უცხო ქვეყნის რესპოდენტები ხაზს უსვამენ საქართველოში ჩატარებული მკურნალობის მაღალ ხარისხს. მათ მიერ სერვისების ლიკერტის სკალის ათბალიანი სისტემით შეფასებისას, სადაც 1 აღნიშნავდა ცუდს, ხოლო 10 კარგს, საშუალო ქულამ შეადგინა 9.7. ამ მხრივ, ყველაზე მაღალი შეფასება მისცეს ბრიტანეთისა და გერმანიის რესპოდენტებმა (უმაღლესი 10 ქულა).

ცხრილი 10: უცხოელ რესპოდენტთა მიერ სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასება.

ქვეყნები	<35 წელზე ნაკლები	35-37 წელი	38-40 წელი	საშუალო ქულა
რუსეთი	9	10	10	9.7
ავსტრია	9	0	0	9
გერმანია	0	10	0	10
ინგლისი	10	0	10	10
საშუალო ქულა	9.3	10	10	9.7

ქართველ რესპოდენტთაგან 5 %-მა მიღებული მომსახურეობა შეაფასა 5 ქულით, 7%-მა - 6 ქულით, 8%-მა - 7 ქულით, 10-მა%-მა - 8 ქულით, 18%-მა 9 ქულით, 43%-მა - 10 ქულით. რესპოდენტთა 38% აღნიშნა, რომ „კლინიკა ინ ვიტრო“-მდე სამკურნალოდ მიმართა სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს. რესპოდენტთა 26%-მა პირველად მიმართა „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს, ხოლო 36% თავიდანვე „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს პაციენტი.

ცხრილი 11: რესპოდენტთა აზრი „კლინიკა ინ ვიტრო“-სთან მიმართვაზე.

ინფორმაციის წყარო	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
„კლინიკა ინ ვიტრო“-მდე სამკურნალოდ მიმართა სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს	9	47.4	6	31.6	4	21.1	19	38
პირველად მიმართა „კლინიკა ინ ვიტრო“	4	30.8	4	30.8	5	38.5	13	26
თავიდანვე „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს პაციენტი	7	38.9	5	27.8	6	33.3	18	36
სულ	20	40%	15	30%	15	30%	50	100

პაციენტთა 72% ენდობა „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს, 18% ნაწილობრივ ენდობა, ხოლო გამოკითხულთა 10 %-ს გაუჭირდა კითხვაზე პასუხის გაცემა.

ცხრილი 12: რესპოდენტთა აზრი „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს ნდობაზე.

ინფორმაციის წყარო	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
ვენდობი „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს	19	52.8	11	30.6	6	16.7	36	72
ნაწილობრივ ვენდობი „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს	1	11.1	3	33.3	5	55.6	9	18
არ ვენდობი „კლინიკა ინ ვიტრო“	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
მიჭირს პასუხის გაცემა	0	0.0	1	20.0	4	80.0	5	10
სულ	20	40%	15	30%	15	30%	50	100

სამედიცინო დაწესებულების არჩევის პროცესში უპირატესი კრიტერიუმი გამოკითხულთა 54%-თვის აღმოჩნდა ექიმთა კვალიფიკაცია, გამოკითხულთა 26 %-თვის - კლინიკის პრესტიჟულობა, ხელმისაწვდომი ფასები - 16%-ს, გაუჭირდა პასუხის გაცემა - 4%.

ცხრილი 13: რესპოდენტთა აზრი „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს არჩევის უპირატესობაზე.

ინფორმაციის წყარო	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
ექიმთა კვალიფიკაცია	14	51.9	11	40.7	2	7.4	27	54
კლინიკის პრესტიჟულობა	4	30.8	3	23.1	6	46.2	13	26
ხელმისაწვდომი ფასები	1	12.5	1	12.5	6	75.0	8	16
მიჭირს პასუხის გაცემა	0	0.0	0	0.0	1	50.0	2	4
სულ	20	40%	15	30%	15	30%	50	100

კითხვაზე, თუ საიდან გაიგეს კლინიკის შესახებ, რესპოდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა - ნათესავ-ახლობლები (48%), ექიმებისგან (18%), გაზეთებისგან (12%), ტელევიზია (14%), ვებ გვერდი (8%).

ცხრილი 14: რესპოდენტთა აზრი თუ საიდან გაიგეს კლინიკის შესახებ

ინფორმაციის წყარო	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
ნათესავ-მეგობრები	11	45.8	8	33.3	5	20.8	24	48
ექიმები	4	44.4	2	22.2	3	33.3	9	18
გაზეთები	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	12
ტელევიზია	2	28.6	2	28.6	3	42.9	7	14
ვებ გვერდი	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	8
სულ	20	40%	15	30%	15	30%	50	100

როგორც რესპოდენტთა პასუხებიდან ჩანს, კლინიკის მიერ განხორციელებული მკურნალობის ფასები ფინანსურად ხელმისაწვდომია რესპოდენტთა მხოლოდ 20%-თვის. 80%-თვის მკურნალობა ძვირია, მაგრამ იძულებულია ჩაიტაროს. რესპოდენტების მიერ მითითებული შენიშვნებიდან ირკვევა, რომ ასეთი პაციენტებისათვის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენენ ბანკიდან გამოტანილი სესხები, ახლობლების დახმარება.

ცხრილი 15: რესპოდენტთა აზრი მკურნალობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესახებ

რამდენად ხელმისაწვდომია ფასი?	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
ხელმისაწვდომია	4	20	3	20	5	33	12	20
ძვირია	16	80	12	80	10	67	38	80
ჯამი	20	100	15	100	15	100	50	100

რესპოდენტთა გარკვეულმა უმვილობის სამკურნალოდ სათანადო სამედიცინო დაწესებულებას მიაკითხეს ქორწინებიდან ძალიან დაგვიანებით. ამასთან, რაც უფრო

ნაკლებია ასაკი, მით უფრო დაბალია უშვილობის სამკურნალოდ ექიმთან მიმართვის დროულობა.

რესპოდენტებს შორის, რომელთა ასაკი შეადგენდა 35 წელზე ნაკლებს, ექიმს უშვილობის პრობლემებზე ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა მხოლოდ 15%-მა, ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით 15%-მა. 35-37 წლის ასაკის რესპოდენტებში, ექიმს ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 7%-მა, ხოლო 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 13%-მა. 38-40 წლის ასაკის რესპოდენტებში, ექიმს ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 7%-მა, ხოლო ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 27%-მა.

რომ შევაჯამოთ, ყველა ასაკის რესპოდენტებს შორის, ექიმს უშვილობის პრობლემებზე სამკურნალოდ ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 10%-მა, ქორწინებიდან მეორე წელს - 12%-მა, ქორწინებიდან მესამე-მეხუთე წელს 20%-მა, ქორწინებიდან მეექვსე-მეათე წელს 40%-მა ხოლო ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 18%-მა.

ცხრილი 16: ქორწინებიდან რამდენი წლის შემდეგ მიაკითხეს ექიმს უშვილობის სამკურნალოდ.

წელი	<35 წელზე ნაკლები	%	35-37 წელი	%	38-40 წელი	%	ჯამი	%
პირველ წელს	3	15	1	7	1	7	5	10
მეორე წელს	2	10	3	20	1	7	6	12
მესამე - მეხუთე წელს	5	25	2	13	3	20	10	20
მექვსე - მეათე წელს	7	35	7	47	6	40	20	40
ათ წელზე მეტი ხნის შემდეგ	3	15	2	13	4	27	9	18
ჯამი	20	100	15	100	15	100	50	100

რესპოდენტთა გარკვეულმა უშვილობის სამკურნალოდ სათანადო სამედიცინო დაწესებულებას მიაკითხეს ქორწინებიდან ძალიან დაგვიანებით. ამასთან, რაც უფრო ნაკლებია ასაკი, მით უფრო დაბალია უშვილობის სამკურნალოდ ექიმთან მიმართვის დროულობა.

რესპოდენტებს შორის, რომელთა ასაკი შეადგენდა 35 წელზე ნაკლებს, ექიმს უშვილობის პრობლემებზე ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა მხოლოდ 15%-მა, ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით 15%-მა. 35-37 წლის ასაკის რესპოდენტებში, ექიმს ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 7%-მა, ხოლო 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 13%-მა. 38-40 წლის ასაკის რესპოდენტებში, ექიმს ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 7%-მა, ხოლო ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 27%-მა.

რომ შევაჯამოთ, ყველა ასაკის რესპოდენტებს შორის, ექიმს უშვილობის პრობლემებზე სამკურნალოდ ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა 10%-მა, ქორწინებიდან მეორე წელს - 12%-მა, ქორწინებიდან მესამე-მეხუთე წელს 20%-მა, ქორწინებიდან მეექვსე-მეათე წელს 40%-მა ხოლო ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 18%-მა.

ინტერპრეტაცია, დისკუსია

ხელოვნური განაყოფიერებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკა ინ ვიტრო (კლინიკა In Vitro Fertilization) წარმოადგენს პირველ მსგავსი პროფილის განყოფილებას არა მარტო საქართველოში, არამედ ამიერკავკასიაშიც. ამჟამად საქართველოში „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს გარდა ინ ვიტრო განაყოფიერების რამოდენიმე კლინიკაა. კლინიკა ინ ვიტროს დახმარებით საქართველოს 3000-ზე მეტი ბავშვი მოეწვინა.

რესპოდენტები მკურნალობის მეთოდებიდან ყველაზე მეტად გამოიყენებენ ხელოვნურ განაყოფიერებას (46%). კლინიკის მიერ განხორციელებული სერვისების მაღალ ხარისხზე მეტყველებს ის გარემოება, რომ ჩატარებული მკურნალობიდან დადებითი შედეგი იქნა მიღებული რესპოდენტთა 78%-ში.

„კლინიკა ინ ვიტრო“-ს მზარდ პრეზტიჟზე ხაზს უსვამს ის გარემოება, რომ რესპოდენტთა შორის დაახლოებით 24%-ს უცხო ქვეყნების მოქალაქეები შეადგენენ. მათთვის ფინანსურად უფრო ხელმისაწვდომია თბილისში მკურნალობა, ასეთი სახის სერვისის ღირებულება თავიანთ ქვეყნებში გაცილებით ძვირია. გარდა, დაბალი ფასისა უცხო ქვეყნის რესპოდენტები ხაზს უსვამენ საქართველოში ჩატარებული მკურნალობის მაღალ ხარისხს. რესპოდენტთა მიერ შედეგები შეფასდა საშუალოდ 9.7 ქულით (უმაღლესი ქულა შეადგენდა 10-ს). რესპოდენტთაგან 43%-მა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი შეაფასა 10 ქულით.

პაციენტთა გარკვეული ნაწილი „კლინიკა ინ ვიტრო“-მდე სამკურნალოდ მიმართავდა სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს, თუმცა პაციენტთა 36% თავიდანვე „კლინიკა ინ ვიტრო“-ს პაციენტთა, რაც მეტყველებს, რომ პაციენტთა საკმაოდ ნაწილი კმაყოფილია კლინიკაში მიღებული მომსახურების პირობებით და ხარისხით და არ სურს სხვა კლინიკაში მკურნალობა. კლინიკაში გაწეული მომსახურების მაღალ ხარისხზე მეტყველებს ის გარემოება, რომ მისი შერჩევის უპირატესი კრიტერიუმი გამოკითხულთა 54%-თვის აღმოჩნდა ექიმთა კვალიფიკაცია.

დაბალია სამედიცინო მომსახურებაზე რესპოდენტთა ფინანსური ხელმისაწვდომობა, მაგრამ ისინი იძულებული არიან მკურნალობა ჩაიტარონ. ასეთი პაციენტებისათვის დაფინანსების წყაროს წარმოადგენენ ბანკიდან გამოტანილი სესხები, ახლობლების დახმარება.

კვლევამ აჩვენა, რომ განათლების დაბალი დონე კიდევ უფრო ამძიმებს უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებულ პრობლემას. პაციენტები ძალიან დაგვიანებით მიმართავენ უშვილობის სამკურნალოდ სათანადო სამედიცინო დაწესებულებებს. ექიმს უშვილობის პრობლემებზე სამკურნალოდ ქორწინებიდან პირველ წელს მიმართა მხოლოდ 10%-მა, ქორწინებიდან მეორე წელს - 12%-მა, ქორწინებიდან მესამე-მეხუთე წელს 20%-მა, ქორწინებიდან მეექვსე-მეათე წელს 40%-მა ხოლო ქორწინებიდან 10 წელზე მეტი ხნის დაგვიანებით - 18%-მა. ამრიგად, პაციენტთა უმრავლესობა მაშინ მიმართავს სათანადო სამედიცინო დაწესებულებას, როდესაც უნაყოფობის ხანგრძლივობა მეექვსე-მეათე წელია (რესპოდენტთა 40%).

აქვე აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტებს შორის ბევრს უკვე გამოვლილი აქვთ საქართველოს სხვადასხვა კლინიკები, რითაც მათი მდგომარეობა კიდევ უფრო მძიმეა. აღნიშნული მეტყველებს, რომ ამ სფეროში ხალხს აქვს განათლების დაბალი დონე. რაც უფრო ნაკლებია უნაყოფობის ხანგრძლივობა მით უფრო პერსპექტიულია უნაყოფობის მკურნალობა.

დასკვნა, რეკომენდაციები

უშვილობის მკურნალობასთან დაკავშირებულ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს პაციენტების დაგვიანებით მიმართვა ექიმთან. მათ შორის ბევრს უკვე გამოვლილი აქვთ საქართველოს სხვადასხვა კლინიკები. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს უშვილობის პრობლემას, რადგან რაც უფრო დიდია უნაყოფობის ხანგრძლივობა მით უფრო მცირდება უნაყოფობის მკურნალობის შედეგიანობა. აღნიშნული მეტყველებს, რომ ამ სფეროში ხალხს აქვს განათლების დაბალი დონე. ამგვარად, დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალთა რეპროდუქციული განათლების ამაღლებას, უშვილობის მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებას, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდას, მასიურ პროფილაქტიკურ გამოკვლევებს, რათა მოხდეს მსგავსი დაავადებების დროული გამოვლენა და ადეკვატური მკურნალობა.

ბიბლიოგრაფია

- გვახარია მარინა. "ინ-ვიტრო ბავშვები", როგორც "ღვთის სასწაული". ჟურნალი „ლიბერალი“. 2014 წ. <http://blogs.liberali.ge/ge/blog/1843/117436/>
- კლინიკა In Vitro Fertilization. ვებ გვერდი <http://invitro.ge>
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობა (პრაქტიკული სახელმძღვანელო ა.ხომასურიძის რედაქციით).
- რეპროდუქციული მედიცინის და უშვილობის ცენტრის ვებ გვერდი. <http://reprod.ge/Category3/2/2/2/>
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალი. <http://cloud.moh.gov.ge/Pages/SearchPage.aspx>
- სუროგაციისა და დონაციის ცენტრი "FAMILY PLANNING". ინტევიუ ექიმ-რეპროდუქციულ ნატალია ხონელიძესთან. ვებ გვერდი http://www.surrogationcenter.com/index.php?m=114&news_id=11
- ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში თბილისი 2001, ოქტომბერი
- ჩაჩავას კლინიკა. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრი. <http://www.chachava.ge/index.php?page=1054&lang=geo>
- ჩიკვაძე დალი. "ინ ვიტრო"-განაყოფიერება ამიერკავკასიაში მხოლოდ ჟორდანისას სახელობის ინსტიტუტშია დანერგილი. ჟურნალი „ბიზნესი და მენეჯმენტი“. 2(10), 2006 წ. <http://aaf.ge/index.php?menu=2&jurn=10&rubr=0&mas=1572>
- ხუცაძე ნანა, ქარქაძე ქეთევან. უშვილობა - მიზეზები, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ჟურნალი მკურნალი. <http://www.mkurnali.ge/qali/ginekologia/3255-ushviloba-mizezebi-diagnostika-da-mkurnaloba.html>
- ცაგარეიშვილი გია. ინ ვიტრო განაყოფიერებით საქართველოში 11 წლის განმავლობაში 3 000-ზე მეტი ბავშვი დაიბადა. <http://www.ambebi.ge/mnis-hvnelovani-informacia/105478-in-vitro-ganayofierebit-h-saqarthveloshi-11-tslis-ganmavlobashi-3-000-ze-meti-bavshvi-daibada.html>
- Benoff S. Male infertility and environmental exposure to lead and cadmium / S. Benoff, A. Jacob, I. R. Hurley // Hum. Reprod. Update. 2000. - Vol.6. -P. 107-121
- Chemes H.E. Sperm pathology: a step beyond descriptive morphology. Origin, characterization and fertility potential of abnormal sperm phenotypes in infertile men / H.E. Chemes, V.Y. Rawe // Hum. Reprod. Update. 2003. -№9. - P.405-408
- Kildea S. Reproductive health, infertility and sexually transmitted infections in indigenous women in a remote community in the Northern Territory / S. Kildea, F.J. Bowden // Aust. N. Z. J. Publ. Health: 2000. - Vol.24. - №4. -P.382-386.
- Medical Tourism: The Cost of International IVF. ვებ გვერდი Attain Fertility. <http://attainfertility.com>
- Rodriguez R., Hernandez R., Fuster F. et al. Genital infection and infertility. //Enferm Infec. Microbiol. Clin. -2001.-Vol. 19(6).-P. 261-266.
- Sonmezer M. Fertility preservation in female patients / M. Sonmezer, K. Oktay // Hum. Reprod. Update. 2004. - Vol.10. - P.251-266.
- Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 36.с. 6

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარისხით პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი.

აკაკი ბურკაძე - აკად. ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი - ფსიქიატრიის რეზიდენტი.

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

აბსტრაქტი

შესავალი: პაციენტის კმაყოფილების კვლევა საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ძლიერი და სუსტი მხარეები, რაც აუცილებელია პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის განვითარებისთვის. კვლევის მიზანია, შეაფასოს ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის კმაყოფილება. **მეთოდები:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პაციენტთა გამოკითხვა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები, დასკვნა:** კვლევებმა გამოავლინა, რომ პაციენტები ჩატარებულ მკურნალობაზე მეტად ყურადღებას ამახვილებენ სამედიცინო პერსონალის მათთან ურთიერთობაზე, კომუნიკაციაზე. ამ მხრივ, ისინი განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ ექთნების მომსახურებით კმაყოფილებას. კლინიკებისთვის პრიორიტეტული უნდა გახდეს პროფესიონალი, კარგად დატრენინგებული ექთნები სათანადო ანაზღაურებით. პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების კონფიდენციალობის დაცვით, დამოუკიდებლად შეფასების სტიმულირებისათვის მიზანშეწონილია საჩივრის ყუთების გამოყენება. პაციენტის კმაყოფილების განმსაზღვრელი მახასიათებლების ცოდნა შეიძლება ეფექტურად იქნას გამოყენებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისათვის, რომლის მიზანია პაციენტის კმაყოფილების ამაღლება.

ძირითადი სამიზნო სიტყვები: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება, პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა, ჯანდაცვა.

Patient satisfaction with the quality of hospital care

Tengiz Verulava, Akaki Burkadze, Revaz Jorbenadze

Abstract

Background: Hospitals recognize the importance of delivering patient satisfaction as a strategic variable and a crucial determinant of success. The aim of this study is to evaluate the patient satisfaction with the quality of Hospital care. **Methods:** The tenets of the research are based on the survey conducted protecting the patients' anonymity. The questionnaire was designed in order to identify patients' views and opinions about shortcomings and advantages of hospital care. Study of patients' opinions and attitudes enabled us to discuss the occurring problems in hospital care. The questionnaire reflects patients' attitude to such aspects of hospital care as registration office, waiting, attitude of the medical staff, availability of various medical services, patient's expenses. **Results:** Knowing patient characteristics which govern satisfaction regarding health care, can be effectively utilized, to modify health system and increase patient satisfaction.

Key Words: Quality of Patient Care, patient satisfaction, healthcare.

შესავალი

პაციენტების კმაყოფილების შესწავლა ფართოდ გამოიყენება თანამედროვე მსოფლიოში. იგი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შეფასების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.

დროთა განმავლობაში სულ უფრო იზრდება „პაციენტზე ორიენტირებული“ სამედიცინო მომსახურების კონცეფციის მნიშვნელობა. შედეგად, სამედიცინო დაწესებულებებისათვის პაციენტის კმაყოფილების შეფასება პრიორიტეტული ხდება. პაციენტის კმაყოფილებისადმი ასეთ მიდგომას ბევრი ფაქტორი განაპირობებს, რომელთა შორის უმთავრესია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია და პაციენტის ინფორმირებულობის გაზრდა. კვლევის შედეგები საშუალებას აძლევს პაციენტს ერთმანეთს შეადაროს კლინიკები და შეისწავლოს სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით არსებული ინფორმაცია.

პაციენტის კმაყოფილება მრავალგანზომილებიანი ცნებაა და განიხილება როგორც კომპლექსური შეფასების პროცესი. იგი დაკავშირებულია სამედიცინო მომსახურების საჭიროებებთან, პაციენტის მოლოდინებთან და გაწეული სერვისების შედეგად მიღებულ გამოცდილებასთან.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისათვის არ არის საკმარისი მხოლოდ ზუსტად დასმული დიაგნოზი, სწორად ჩატარებული მკურნალობა, ან მოცემულ სამედიცინო დაწესებულებაში ლეტალობის დაბალი მაჩვენებელი. კვლევებზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვთქვათ რომ პაციენტის კმაყოფილებას განაპირობებს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა: წარმატებული მკურნალობა, პაციენტზე არსებული ინფორმაციის შენახვის სანდოობა, ხელმისაწვდომობა, ფიზიკური გარემო, კომუნიკაცია, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, გაწერის პროცედურა და ინფორმირებულობა. არანაკლებ მნიშვნელოვანია თანამშრომლების კმაყოფილება თავიანთი სამუშაო პირობებით, რაც განსაკუთრებით სასარგებლოა პაციენტებისათვის რადგან ქმნის დადებით სამუშაო ატმოსფეროს სამედიცინო დაწესებულებაში.

არ არსებობს ზუსტი განმარტება თუ რა არის კმაყოფილების განმსაზღვრელი უნივერსალური კრიტერიუმი და როგორ შეიძლება მისი გაზომვა. მკვლევართა ერთი ჯგუფი უპირატესობას ანიჭებს ჩატარებული მკურნალობის ხარისხს და შესაბამისად, მკურნალობის სწორად წარმართვას და ამ ასპექტით პაციენტის კმაყოფილებას. მათი მტკიცებით, ჯანდაცვაში არსებული შეზღუდული რესურსების გათვალისწინებით, პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უნდა გაეწოს მკაცრად განსაზღვრული საჭიროების მიხედვით.

მკვლევართა მეორე ჯგუფი კი კმაყოფილებას განიხილავს როგორც ზოგად ცნებას და თანაბარ მნიშვნელობას ანიჭებს როგორც სამედიცინო მანიპულაციებს, ასევე ისეთ ფაქტორებს, როგორებიცაა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან ურთიერთობები, ექიმის დამოკიდებულება და ა.შ. მათი მტკიცებით, პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურება არის თანამედროვე მედიცინის ძირითადი გამოწვევა. ამ ასპექტზე ყურადღების გამახვილება უფრო მეტი სარგებლის მომტანია პაციენტისთვის.

ორივე მიდგომა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას და შეძლებისდაგვარად თანხების მაქსიმალურად დაზოგვას.

პაციენტის კმაყოფილების კვლევის დროს ყურადღება ექცევა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ისეთ კომპონენტებს, როგორცაა ლოდინის დრო, ჯანდაცვის პროვაიდერებთან კომუნიკაცია. აღნიშნული საშუალებას იძლევა მოვახდინოთ ხარისხის გაუმჯობესებისათვის პრიორიტეტების იდენტიფიცირება.

პაციენტის კმაყოფილების შეფასების დროს ხორციელდება მისი გამოცდილების გაზომვა. იგი მიზნად ისახავს ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნილებებთან შესაბამისობის შეფასებას. აღნიშნული კონცეფცია შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და ორიენტირებულია პაციენტის უსაფრთხოებასა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ქვეყნებში განსხვავებულია კულტურული, ეთნიკური თუ ასაკობრივი ღირებულებები, პაციენტების კმაყოფილების საკვლევად არსებობს ერთგვარი კითხვარების ჩარჩო, რომელსაც ეყრდნობა ჩატარებული კვლევების

დიდი უმრავლესობა. ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სხვადასხვა რეკომენდაციაზე დაფუძნებული კითხვარი.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 2012 წელს მიღებული ბრძანებით სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით განახორციელოს პაციენტის და პერსონალის კმაყოფილების შეფასება.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია პაციენტის კმაყოფილებაზე არსებული ლიტერატურა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა პაციენტთა გამოკითხვა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდით. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

კვლევისთვის შერჩეული იქნა აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში ჰოსპიტალიზებული პაციენტები. პაციენტების კლინიკაში დაყოფნა აღემატებოდა 24 საათს, რათა მოგვეხდინა შედარებით სრულფასოვანი შეფასება, და მოპოვებული ინფორმაცია ყოფილიყო ვალიდური. კვლევა ტარდებოდა 2015 წლის იანვრიდან 2015 წლის ივნისამდე.

კვლევის ჩასატარებლად განსაზღვრულ იქნა დამოკიდებული და დამოუკიდებელი ცვლადები:

დამოკიდებული ცვლადად განიხილება პაციენტის კმაყოფილება, რომელიც შეიძლება პირობითად ორ ნაწილად დავყოთ:

1. ფაქტორები რომლებზეც გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ობიექტის მდგომარეობა:
 - ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა - რამდენად იცოდნენ არსებული კლინიკის შესახებ ინფორმაცია.
 - შენობის კომფორტულობა - რამდენად მოსწონდათ შენობის დიზაინი, აღჭურვა.
 - მოცდის დრო - უწევდათ თუ არ რიგში დგომა, როგორც პაციენტებს, ასევე სანახავად მოსულ ახლობლებს.
 - სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები - რამდენად ხდებოდა ოთახების დროული დალაგება, თეთრეულის გამოცვლა.
 - კვება - საკვების მრავალფეროვნება და დიეტასთან შესაბამისობა.
 - სოციალური მხარდაჭერა - რამდენად თავისუფლად შეეძლოთ მნახველებს შემოსვლა და რამდენს შეადგენდა შეხვედრების ხანგრძლივობა.
2. ფაქტორები რომლებზეც გავლენას ახდენს უშუალოდ ჯანდაცვის პროვაიდერი:
 - ექიმის და პაციენტის ურთიერთობა - რამდენად კმაყოფილია პაციენტი ჩატარებული მკურნალობით, რამდენად ხშირია ექიმთან კომუნიკაცია, რამდენად გასაგებად აწვდის ექიმი დაავადებისა და შესაძლო გამოსავლის შესახებ ინფორმაციას.
 - ექთნებთან ურთიერთობა - ჩატარებული მანიპულაციებით კმაყოფილება, რამდენად სწრაფად მიდის ექთანს გამოძახების შემთხვევაში.
 - ყურადღება და ემპათია თანამშრომლების მხრიდან - რამდენად კომფორტულად გრძნობს პაციენტი თავს თანამშრომლებთან ურთიერთობისას.

დამოუკიდებელ ცვლადს წარმოადგენს შემდეგი მახასიათებლები:

- პაციენტის ასაკი, სქესი, განათლების მიღწეული დონე;
- ჰოსპიტალიზაციის ისტორია - პირველად იმყოფება თუ განმეორებით აღნიშნულ დაწესებულებაში.
- მომართვის ფორმა - თვითონ აირჩია თუ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურმა გადმოიყვანა არსებულ კლინიკაში.

- დაფინანსების ფორმა - საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია თუ კერძო სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვეული.

შერჩეული მეთოდოლოგიის შეზღუდვები: სამწუხაროდ, საქართველოში სხვადასხვა კლინიკებში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ხარისხით კმაყოფილების შესწავლის შედეგებს შესახებ ინფორმაციის გასაჯაროება აქამდე არ ხდებოდა. სხვა კლინიკებისგან განსხვავებით აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი ყოველწლიურად ახდენს კვლევის შედეგების გამოქვეყნებას და ეს პროცესი იყო გამჭირვალე. აღნიშნული ფაქტორი არ გვამღევეს საშუალებას კვლევის შედარება მოხდეს სხვა კლინიკებში ჩატარებულ კვლევებთან.

შედეგები, ინტერპრეტაცია

კვლევის შედეგად გამოიკითხა აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში ჰოსპიტალიზებული 320 პაციენტი. გამოკითხვის შედეგები დალაგებულია შემდეგი თანმიმდევრობით:

- პაციენტის ინფორმირებულობა კლინიკის შესახებ.
- კლინიკაში მოხვედრის გზები.
- მიმღებში გაწეული მომსახურების შეფასება.
- ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების შეფასება.
- ექთნების მიერ გაწეული მომსახურების შეფასება.
- საავადმყოფოს მდგომარეობით და ინფრასტრუქტურით კმაყოფილება.
- პაციენტების კატეგორიზაცია (სქესი, ასაკი, განათლება.)

აღსანიშნავია პაციენტთა საკმაოდ დაბალი ინფორმირებულობა ტელევიზიით (3%), პრესით და ინტერნეტით (0%). მონაცემების მიხედვით ძირითადი ნაწილი (42%) ინფორმირებულია ნათესავებისგან, 14% ნაცნობებისგან და 33%-მა გასცა პასუხი „სხვა“, ანუ მათთან პირად საუბარში ფიგურირებდა მსგავსი აზრი - „ეგ ყველამ იცის“ და ვერ გამოყოფდნენ ინფორმაციის წყაროს. გამოკითხულთა დარჩენილ 7 %-ს საერთოდ არ ჰქონდა ინფორმაცია აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრზე.

კითხვაზე ყოფილან თუ არა მანამდე კარდიოლოგიის ცენტრში, გამოკითხულთა 51%-მა გასცა დადებითი პასუხი, დანარჩენი 49% პირველად მოხვდა აღნიშნულ კლინიკაში. 85% მოყვანილია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანით, 15% კი თვითღირებით. აქვე გამოიკვეთა შემდეგი ფაქტორი, ვინც ერთხელ მაინც იყო ნამყოფი კლინიკაში, თვითონ ან მისი ნათესავები გამოთქვამდნენ სურვილს ისევ აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში ჩატარებოდა მკურნალობა. მიუხედავად ამისა რამდენიმე პაციენტი აღნიშნავს რომ სასწრაფო დახმარების ბრიგადამ არ გაითვალისწინა მათი მოთხოვნა ტერიტორიულობის პრინციპიდან გამომდინარე.

კვლევის შემდეგი ნაწილი ეხება მიმღების და მოსაცდელის მდგომარეობას, რადგან დიდი ნაწილი (85%) ჰოსპიტალიზებული იყო სასწრაფო დახმარების მანქანით მათ შეხება არ ჰქონიათ მოსაცდელთან. გამოკითხულთა 58% კმაყოფილია მიმღებში მიწოდებული ინფორმაციით და მხოლოდ 33% აღნიშნავს რომ მათ არ უსარგებლიათ მიმღებით. აქ გასათვალისწინებელია ის ფაქტორი რომ პაციენტთა ნაწილი მანამდეც არის ნამყოფი კლინიკაში და აქედან აქვთ ინფორმაცია, ხოლო მეორე ნაწილის დადებით პასუხს განაპირობებს არა მათი არამედ მათი ახლობლების გადმოცემა რომელთაც ისარგებლეს აღნიშნული დაწესებულებით და მიიღეს დროული ინფორმაცია.

აღნიშნული დინამიკა შეიმჩნევა მოსაცდელი ოთახის შეფასებისას, მიუხედავად იმისა რომ მათ არ უსარგებლიათ მოსაცდელი ოთახით, ისინი გადმოგვცემენ მათი ახლობლების შეფასებას აღნიშნულთან დაკავშირებით - გასათვალისწინებელია რომ გამოკითხვა ემთხვეოდა პაციენტთა ნახვის საათებს და დიდი უმრავლესობა არ იმყოფებოდა პალატაში

მარტო. სწორედ ამით აიხსნება 63%-იანი დადებითი შეფასება მოსაცდელის კომფორტის, მაშინ როცა არ მომწონს ან ნაწილობრივ მომწონს დააფიქსირა 2-2%-მა.

ექიმების შეფასებაში გამოვლინდა რომ 100% კმაყოფილია ექიმების პროფესიონალიზმით, ექიმის პაციენტისადმი დამოკიდებულება 1,5%-მა შეაფასა უარყოფითად, 1,5%-მა პასუხისგან თავი შეიკავა, 97% კი კმაყოფილია და დადებითად შეაფასა მათადმი დამოკიდებულება. გამოკითხულთა 98%-მა აღნიშნა რომ ექიმმა მისთვის გასაგებ ენაზე მიაწოდა ინფორმაცია, მხოლოდ 2% დააფიქსირა - „მიჭირს პასუხის გაცემა“. ასევე, გამოკითხულთა 100%-მა ნდობა გამოუცხადეს თავიანთ მკურნალ ექიმს.

ექთნების შეფასებისას 100% კმაყოფილია ექთნების მათადმი დამოკიდებულებით. ექთნებს ეხებათ შემდეგი შეკითხვაც - მოუხდათ თუ არა პერსონალის მოუცდებლობის გამო ლოდინი პაციენტებს, საავადმყოფოს აღნიშნული განყოფილების სპეციფიკიდან გამომდინარე (გამომახების შემთხვევაში პირველი ვინც პაციენტთან მიდის ექთანია) რაზეც გამოკითხულთა 96%-ის პასუხი იყო „არა“. 1% აღნიშნავს რომ მოუხდა ლოდინი, ხოლო 3%-ს უჭირს პასუხის გაცემა. რაც შეეხება საავადმყოფოს მდგომარეობით გამოწვეულ კმაყოფილებას, შედეგები ასე გადანაწილდა: შენობა, კომფორტი, პირობები მოსწონს გამოკითხულთა 97%-ს, ნაწილობრივ მოსწონს 3%-ს. გამოკითხულთა შორის ბევრი ისეთი პაციენტი იყო რომელიც რამდენიმე წლის წინაც იწვა კლინიკაში და მათი გადმოცემით ამ მხრივ ხარისხი ბევრად გაუმჯობესებულია.

სანიტარული მდგომარეობით კმაყოფილება გამოთქვა 100%-მა, გასაუბრების დროს ამ ფაქტზე ამახვილებდა ყურადღებას გამოკითხულთა უმრავლესობა, ასევე კმაყოფილებას გამოხატავდნენ (100%) თეთრეულსა და თეთრეულის გამოცვლის სიხშირეზე. საკვების ხარისხით და დიეტასთან შესაბამისობით კმაყოფილია გამოკითხულთა 95%, არ უსარგებლია 2 %-ს, პასუხის გაცემა უჭირს 2%-ს და ნაწილობრივ კმაყოფილია 1%. აბსოლუტურად ყველა გამოკითხული პაციენტი მოცულია სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით. აქედან გამომდინარე დასმულ კითხვაზე, თუ რა რაოდენობის თანხა დახარჯა პაციენტმა, პასუხი ასე გადანაწილდა - 72%-მა არ იცის ან უჭირს პასუხის გაცემა, 2%-მა თავი შეიკავა, 26%-მა კი დადებითი პასუხი გასცა, რაც მეტად სუბიექტურია რადგან მათ არ ჰქონდათ ინფორმაცია გადახდილ თანხაზე. თუმცა პაციენტების გარვეული ნაწილი, რომლებიც ადრეც მკურნალობდნენ, ინფორმირებულნი იყვნენ ძველი ფასების შესახებ და ასახელებდნენ ჩატარებული მკურნალობის სავარაუდო ღირებულებას. რაც შეეხება გადახდილ თანხას, მათმა ნაწილმა კითხვარში შემოხაზა ის სავარაუდო თანხა რისი გადახდაც მოუწევდათ დაუზღვევლობის შემთხვევაში. შესაბამისად პასუხები ასე გადანაწილდა: 2% 500-1000 ლარი, 5-5% 1000-2000 და 2000-ზე მეტი, 85%-მა არ იცის და 3%-მა პასუხი არ გასცა.

პაციენტები ვერ ასახელებენ მათ მიმართ რაიმე უხემ დამოკიდებულების ფაქტს, ასევე 100% აცხადებს რომ პერსონალისთვის რაიმე თანხის გადახდა არ დაჭირვებიათ.

კლინიკის შეფასებაში 5 ქულიანი სისტემით ასეთი შედეგები დაფიქსირდა: 93% აფასებს 5 ქულით, 7% 4 ქულით. გამოკითხვისას ისინი რაიმე განსაკუთრებულ მიზეზს არ აცხადებენ რატომ 4 ქულა და არა 5. მიუხედავად ამისა გამოკითხულთა 92% აღნიშნავს რომ არჩევანის შემთხვევაში მომართავდა აკად. გ. ჩავიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრს, 8% კი თავის ექიმს.

სანიტარული შედეგები დაფიქსირდა კითხვაზე „რა მოგწონთ/არ მოგწონთ ყველაზე მეტად?“. პაციენტები პირველ რიგში ასახელებენ ექთნის მომსახურებას, შემდეგ მოდის სისუფთავე, სიმშვიდე და პროფესიონალიზმი. ეს მნიშვნელოვანი ინფორმაციაა მენეჯერებისთვის სადაც ხაზგასმითაა ნათქვამი თუ რამხელა მნიშვნელობა აქვს ინტერპერსონულ ურთიერთობებს პაციენტების კმაყოფილების ჩამოყალიბებაში. ამ შემთხვევაში სწორად დატრენინგებული ექთანი, რომელსაც აქვს არა მხოლოდ პროფესიული ცოდნა არამედ იმის შესაბამისი უნარები რომ პაციენტთან შევიდეს კონტაქტში, გაიზიაროს მისი პრობლემები და მოახდინოს სწორი რეაგირება წარმოადგენს კლინიკის წარმატების

განმსაზღვრელ უმნიშვნელოვანეს რგოლს. აღნიშნული არ ნიშნავს ექიმის როლის თუ პროფესიონალიზმის მნიშვნელობის შემცირებას - სტაციონარში ჰოსპიტალიზაციის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ძირითადად პაციენტს უხდება უფრო მეტი ურთიერთობა ექთანთან ვიდრე ექიმთან, სწორედ ამ სუბიექტური მიზეზით პირველი ვისაც ის აფასებს მედპერსონალში - ექთანია.

დასკვნა და რეკომენდაციები

ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინა რამდენიმე მნიშვნელოვანი ფაქტი, პაციენტებს აქვთ საკუთარი პრიორიტეტები. კვლევებმა გამოავლინა, რომ პაციენტები ჩატარებულ მკურნალობაზე მეტად ყურადღებას ამახვილებენ სამედიცინო პერსონალის მათთან ურთიერთობაზე, კომუნიკაციაზე. ამ მხრივ, ისინი განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ ექთნების მომსახურებით კმაყოფილებას. კლინიკებისთვის პრიორიტეტული უნდა გახდეს პროფესიონალი, კარგად დატრენინგებული ექთნები სათანადო ანაზღაურებით.

პაციენტები გამოკითხვისას არ აფიქსირებდნენ უარყოფით ინფორმაციას მედპერსონალზე. ამის სუბიექტური მიზეზი შეიძლება იყოს ზოგადად კულტურისთვის დამახასიათებელი ნიშანი. პაციენტებს არ სურთ რაიმე ფორმით ადმინისტრაციას მიაწოდოს ინფორმაცია მკურნალობის პერიოდში მომხდარ უარყოფით გამოცდილებაზე. პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების კონფიდენციალობის დაცვით, დამოუკიდებლად შეფასების სტიმულირებისათვის მიზანშეწონილია საჩივრის ყუთების გამოყენება. პაციენტის კმაყოფილების კვლევა საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ძლიერი და სუსტი მხარეები, რაც აუცილებელია პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის განვითარებისთვის. პაციენტის კმაყოფილების განმსაზღვრელი მახასიათებლების ცოდნა შეიძლება ეფექტურად იქნას გამოყენებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისათვის, რომლის მიზანია პაციენტის კმაყოფილების ამაღლება

ბიბლიოგრაფია

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება 2009. 14-15.
- სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ ბრძანებულება.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6 3/ 5 2012 წლის 12 სექტემბერი
- Hunt H Keith. Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction: Proceedings of Conference Conducted By Marketing Science Institute with Support of National Science Foundation Hardcover. January 1, 1977.
- Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care, 1992,4:171-177.
- Camilleri D, O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 1998;11 (4-5):127-33.
- Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. Spine. 2000
- Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. Med Care. 1982;20:606-14.
- Tapas Gurung; Factors influencing patient satisfaction in a free health care system in the National Referral Hospital, Thimpu, Bhutan ;Health Systems Development, Chulalongkorn University, ISBN-974-9599-38-1
- Valentine, NB., De Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, CJL., Evans, D. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Health systems performance assessment: debates, methods and empiricisms. C. J. L.Murray and D. B. Evans (eds). Geneva, World Health Organization, 2003a: 573-596.

საკეისრო კვეთების ზრდის პრობლემა საქართველოში

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას საელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

გურანდა გიორგაძე - სადაზღვევო კომპანია უნისონის სამედიცინო დაზღვევის უფროსის თანაშემწე. ანდერაიტინგის სამსახური

აბსტრაქტი

შესავალი: მსოფლიოს უმეტეს ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულებია, შეინიშნება საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობათა რიცხვის ყოველწლიური ზრდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, საკეისრო კვეთის პროცენტული მაჩვენებელი, მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 15%-ს არ უნდა აღემატებოდეს. საქართველოში საკეისრო კვეთის სიხშირე 37.3%-ს შეადგენს. კვლევის მიზანია იმ ფაქტორების გამოვლენა რომლებიც განაპირობებენ საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის ზრდას და მიღებული შედეგების საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავება. **მეთოდოლოგია:** კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საკეისრო კვეთების შესახებ არსებული ლიტერატურა. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მენა-გინეკოლოგთა ჩაღრმავებით ინტერვიუება, ხოლო რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მენა-გინეკოლოგებს და მელოგინე ქალების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარის საშუალებით. **შედეგები:** დაბალია მელოგინეთა ინფორმირებულობა საკეისრო კვეთების რისკებისა და გართულებების შესახებ. მათი უმრავლესობა უპირატესობას საკეისრო კვეთის ოპერაციას ანიჭებს, რადგან მას მიიჩნევენ უსაფრთხო პროცედურად. მაღალი ფასის გამო ექიმებს აქვთ საკეისრო კვეთის ჩატარების ფინანსური დაინტერესება. **რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის, როგორც რეგულირების მექანიზმის როლის ამაღლება. საზოგადოებისათვის სრულფასოვანი ინფორმაციის მიწოდება საკეისრო კვეთების შესაძლო გართულებების და ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ. ფინანსური დაინტერესების შემცირების მიზნით სასურველია ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის ოპერაციის ფასებს შორის არსებული სხვაობის შემცირება და გასაშუალოებული ერთიანი ტარიფის დადგენა.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საკეისრო კვეთა, ფიზიოლოგიური მშობიარობა.

Cesarean section raises the problem of Georgia

Tengiz Verulava, Guranda Giorgadze

Abstract

Background: The annual growth of the number of cesarean deliveries has been observed in most of the countries. World Health Organization considers there is no justification for the countries, having more than 15% of caesarean section of the total number of child births. In Georgia, the caesarean section prevalence rate is 37.3%. The aim of the research is to identify the factors, associated with the high indicator of cesarean section in Georgia. **Methods:** The structured questioner has been used for interviewing of the obstetricians and women in labor. In-depth interview of the health care field experts has been conducted. **Results, conclusion:** The high rate of cesarean section is determined by the number of factors. Cesarean section is considered to be safe procedure by absolute majority of women in labor that can be explained by the lack of information on risks and complications of this operation among women. The obstetricians interviewed during the survey believe that the enhancement of the physicians' qualification is needed in terms of childbirth conservative treatment management.

Key Words: Cesarean section. Healthcare, High indicator, Medical institution.

შესავალი

მსოფლიოს უმეტეს ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულებია, შეინიშნება საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობათა რიცხვის ყოველწლიური ზრდა. მიუხედავად იმისა, რომ საკეისრო კვეთა ემსახურება სიცოცხლის გადარჩენას, ხშირად იგი სამედიცინო ჩვენებების გარეშე ტარდება, რაც ზრდის დაავადებათა განვითარების რისკს და უარყოფითად აისახება დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე¹.

შეიძლება ითქვას, რომ მე-15 საუკუნემდე საკეისრო კვეთა იწოდებოდა „სასოწარკვეთის ოპერაციად“, რადგანაც ყოველი ასეთი ჩარევა ქალის სიკვდილით მთავრდებოდა. საკეისრო კვეთა ტარდებოდა მხოლოდ ერთი ჩვენებით და იგი ნაყოფის გადარჩენას ემსახურებოდა, ოპერაცია უკეთდებოდა მომაკვდავ დედას. XIX და XX საუკუნეებში საკეისრო კვეთის ჩვენებები საკმაოდ გაფართოვდა და იქცა ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალტერნატივად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, საკეისრო კვეთის ოპერაცია უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაში როდესაც ბუნებრივი გზით მშობიარობა საფრთხის შემცველია დედის ან ნაყოფის სიცოცხლის ან ჯანმრთელობისთვის. საკეისრო კვეთის ჩვენებებია: გახანგრძლივებული მშობიარობა, დისტრეს-სინდრომი, ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობა. საკეისრო კვეთამ შესაძლოა გამოიწვიოს სერიოზული გართულებები, დაინვალიდება ან ლეტალური გამოსავალი, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში როდესაც უსაფრთხო ქირურგიული ჩარევისთვის და შესაძლო გართულებების მკურნალობისთვის არ არის პირობები დასაშუალებებ².

საკეისრო კვეთით ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობის მატება, მაღალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში შეინიშნება³. აშშ-ში 2010-2012 წწ. საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი შეადგენდა 32,8 %-ს⁴, საფრანგეთში - 20,2 % (2003 წ.), იტალიაში - 38% (2010), გერმანიაში - 40-50%, ჩინეთში - 36%-დან 58%-მდე, პორტუგალიაში - 36,3%, რუმინეთში - 36,9%, შვეიცარიაში - 33%, დიდ ბრიტანეთში - 25%⁵. საკეისრო კვეთის დაბალი მაჩვენებლები ფიქსირდება ისლანდიაში (14,8%), ნიდერლანდებში (17%), ნორვეგიასა (17,1%) და შვედეთში (17,5%)⁶.

1985 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებული რეკომენდაციით, საკეისრო კვეთების რაოდენობა ქვეყნის მასშტაბით მშობიარობათა საერთო რიცხვის 10-15 %-ს არ უნდა აღემატებოდეს⁷. საქართველო იმ ქვეყნების ჩამონათვალს მიეკუთვნება, სადაც საკეისრო კვეთის სიხშირე, ჯანმოს მიერ რეკომენდირებულ 15%-იან ზღვარს, საკმაოდ

¹ World Health Organisation (2015). News release. *Caesarean sections should only be performed when medically necessary*.

² იქვე.

³ იქვე.

⁴ Menacker Fay, Hamilton Brady E. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States. U.S. department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Data Brief. No. 35. March 2010.

⁵ Rates of caesarean vary widely across Europe. BMJ CLINICAL RESEARCH 350. MARCH 2015.

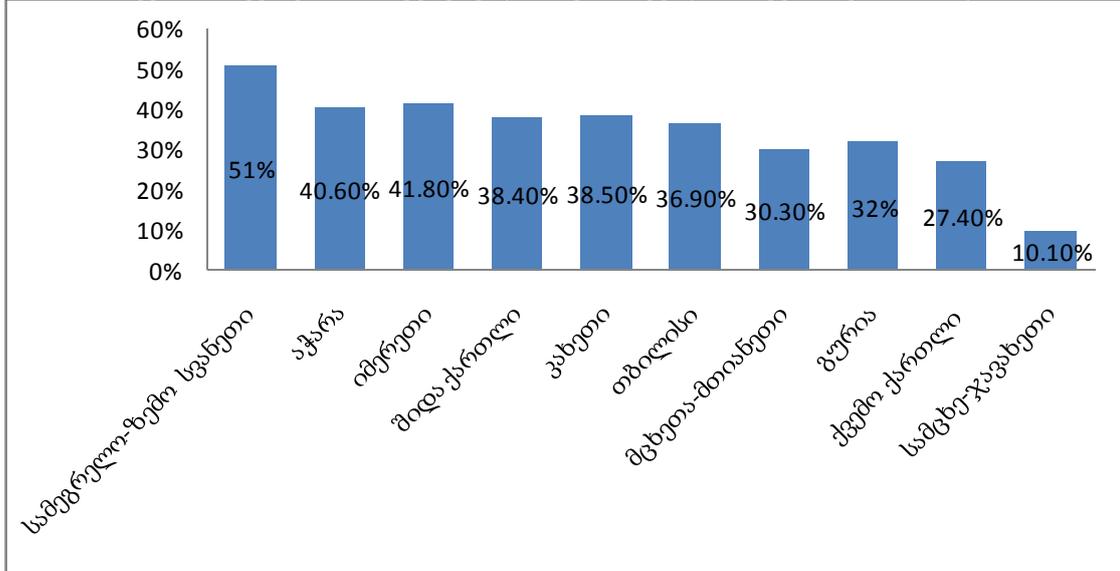
⁶ იქვე.

⁷ იქვე.

მაღალი ციფრებით სცილდება და სტაბილურად განაგრძობს ზრდას¹. ქვეყანაში საკუთარ კვების საშუალო მაჩვენებელმა 2013 წელს 37.3%-ი შეადგინა².

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, საქართველოს რეგიონებს შორის საკუთარ კვების მხრივ გამოირჩევიან: სამეგრელო-ზემო სვანეთი (51%), აჭარა (40.6%), იმერეთი (41.8%), შიდა ქართლი (38.4%), კახეთი (38.5%), თბილისი (36.9%), მცხეთა-მთიანეთი (30.3%), გურია (32%), ქვემო ქართლი (27.4%), საკუთარ კვების დაბალი მაჩვენებელია სამცხე-ჯავახეთში (10.1%), ხოლო რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 48 მშობიარობიდან არცერთი საკუთარ კვება არ დაფიქსირებულა³.

დიაგრამა 1. საკუთარ კვების მაჩვენებელი, საქართველოს რეგიონები 2013 წ.



თბილისის და საქართველოს რეგიონების, რამოდენიმე სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში, საკუთარ კვების თანაფარდობამ 50%-ზე მეტი შეადგინა (იხ. ცხრილი N2)

საკუთარ კვების რაოდენობის ზრდა დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელთან ასოცირდება⁴. ამასთან, იგი მნიშვნელოვნად ზრდის დანახარჯებს. 2008 წლის მონაცემებით, აშშ-ში 3.18 მილიონი დამატებითი და 6.2 მილიონი არასაჭირო საკუთარ კვება ჩატარდა, რომლის საერთო ღირებულებამ შეადგინა 2.32 მილიარდი აშშ დოლარი.⁵

¹ მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში. მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (N CDC), საქართველო, 2012

² დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (N CDC), საქართველო, 2013წ. *სტატისტიკური ცნობარი*.

³ იქვე

⁴ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2012 *საქართველოში საკუთარ კვების მაღალი მაჩვენებლის ოპერაციული კლუვა*.

⁵ World Health Statistics http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

ცხრილი N1: საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი 2013წ.

რაიონი	დაწესებულება	%
თბილისი	შპს ოქროს საწმისი 21 საუკუნე	82.3
თელავი	შპს უნივედი კახეთი რეფერალური საავადმყოფო	75.0
მესტია	შპს მედიქალ პარკი რ.პ. ს.ს. მესტია	75.0
სენაკი	სამშობიარო სახლი სენა-მედი	70.1
ქუთაისი	შპს ბომონდი სამშობიარო სახლი	59.9
თელავი	შპს ავთანდილ ყამბარაშვილის კლინიკა	59.5
მარტვილი	მრავალპროფილიანი საავადმყოფო	56.5
ზუგდიდი	მრავალპროფილიანი კლინიკა. საავ. რეკუზლიკა	54.1
თბილისი,	შპს ემბრიო – სამშობიარო სახლი	50.7
ქუთაისი	ზ. ცხაკაიას სახ. ინტერვენციული მედ.ერ. ცენტრი	50.6
თელავი	შპს სიხარული სამშობიარო სახლი	50.4

საკეისრო კვეთების შემცირებაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი. ამ მხრივ, სახელმწიფო რეგულაციის უმთავრესი მექანიზმია საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის შექმნა. 2013 წლის 30 ოქტომბერს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა საკეისრო კვეთების პროტოკოლი, ხოლო 2014 წლის 23 მაისის ბრძანებით საკეისრო კვეთების გაიდლაინი¹. საინტერესო იქნებოდა საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის შედარებითი ანალიზის ჩატარება პროტოკოლის დამტკიცებამდე და მის შემდგომ. თუმცა, 2014 წლის მონაცემების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკა ამ დროისათვის ჯერჯერობით ცნობილი არ არის. შესაბამისად, ვერ მოხერხდა მაჩვენებლების შედარება. აქვე აღსანიშნავია, რომ არაოფიციალური მონაცემებით საკეისრო კვეთების სიხშირის შემცირებას, კლინიკებიდან მიღებული წინასწარი ინფორმაციის მიხედვით, ადგილი არ ჰქონია.

საკეისრო კვეთების პოპულარიზაციაში ძალიან დიდი როლი ითამაშა თანამედროვე ქირურგიულმა მიღწევებმა. დღევანდელი „საკეისრო“ მნიშვნელოვნად განსხვავდება, იმ ოპერაციისგან, რომელიც ტარდებოდა რამოდენიმე ათეული წლის წინათ. როგორც წესი, განაკვეთი მუცლის წინა კედელზე არ აღემატება 10-12 სმ-ს (გაუმჯობესებულია კოსმეტიკური ეფექტი), გარდა ამისა გეგმიური საკეისრო კვეთა ტარდება არა ზოგადი, არამედ ადგილობრივი გაუტკივრებით, რომელიც საშუალებას იძლევა რომ დედამ დაინახოს ახალშობილი და ქონდეს კონტაქტი მასთან დაბადების პირველივე წუთებში. ამასთან, ოპერაციის ხანგრძლივობა არ აღემატება ერთ საათს, მაშინ როდესაც ვაგინალური მშობიარობა მიმდინარეობს დაახლოებით 18 საათის განმავლობაში. ფაქტია, რომ სწრაფ, უნტკივნეულო პროცედურასა და ხანგრძლივად მიმდინარე მტკივნეულ მშობიარობას შორის, თანამედროვე ქალბატონები არჩევენ პირველი ვარიანტის სასარგებლოდ აკეთებენ.

კვლევის მიზანია იმ ფაქტორების გამოვლენა რომლებიც განაპირობებენ საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის ზრდას, ასევე, საკეისრო კვეთის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ქალთა ჩართულობის, მათი ინფორმირებულობის დონის შესწავლა, და მიღებული შედეგების საფუძველზე პრობლემის დაძლევის გეგმის მიღება.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საკეისრო კვეთების შესახებ არსებული ლიტერატურა. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში ექსპერტების ჩაღრმავებითი ინტერვიუება. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მეან-გინეკოლოგების და მელოგნე ქალების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარის საშუალებით, რომელიც შემუშავდა

¹ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 30 ოქტომბრის N01-220/ო ბრძანება საკეისრო კვეთის პროტოკოლის დამტკიცების შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ.

კვლევა ჩატარდა თბილისის იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებშიც მაღალია ორსულთა მიმართვიანობა და ამავე დროს ოფიციალური სტატისტიკით მაღალია საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი (30-50%). შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებებში წარდგენილ იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის დასკვნა, რომელიც იძლევა უფლებამოსილებას კვლევის ჩატარების შესახებ. კვლევის ჩატარების პერიოდად განისაზღვრა 2015 წლის აპრილისა და მაისის თვე.

შედეგები, დისკუსია

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ხუთმა სამედიცინო დაწესებულებამ. კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 38 მეან-გინეკოლოგი და 40 მელოგინე. გამოკითხულ მელოგინეთა საშუალო ასაკი 27 წელია. ორსულების 73.3% პირველმშობიარეა, ხოლო 26.6% განმეორებით მშობიარე, მათგან 62.5%-ში წინა მშობიარობები ფიზიოლოგიური მშობიარობის გზით დასრულდა, ხოლო 37.5%-ში - საკეისრო კვეთის საშუალებით.

მელოგინეთა 65.6%-ში ჩატარდა გეგმიური საკეისრო კვეთის ოპერაცია, ხოლო 34.3%-ში გადაუდებელი ოპერაცია. გამოკითხულ ორსულებში გეგმიური საკეისრო კვეთა ჩატარდა ორსულობის 38-39 კვირაზე, ერთი მელოგინის შემთხვევაში საკეისრო კვეთის ოპერაცია გეგმიურად გაკეთდა 37 კვირაზე¹. გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ოპერაციები ჩატარდა ორსულობის 34-37-38-39-40 კვირაზე. სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ანტენატალური მეთვალყურეობის 4 ვიზიტი (ორსულთა პატრონაჟით) ჩაიტარა მშობიარეთა უმრავლესობამ. მელოგინეთა 30%-მა აღნიშნა, რომ დასჭირდათ დამატებითი კონსულტაცია (ექიმთან განხორციელდა საშუალოდ 6 ვიზიტი). გამოკითხულ ორსულთა უმრავლესობა ადასტურებს რომ ფლობს ინფორმაციას საკეისრო კვეთების სარგებელისა და რისკების შესახებ და ინფორმაციის წყაროდ ასახელებს როგორც მეან-გინეკოლოგს, ასევე ინტერნეტს.

ჩატარებული კვლევა ადასტურებს, რომ ორსული ქალების საკმაოდ რაოდენობა უპირატესობას საკეისრო კვეთის ოპერაციას ანიჭებს. გამოკითხულ ქალთა უმრავლესობა (63%) შემდგომი ორსულობის შემთხვევაში ისევ საკეისრო კვეთას ირჩევს. მათი აზრით, პირველი საკეისრო კვეთის შემდეგ ისინი ბუნებრივი გზით მშობიარობას ვერ შეძლებენ. გამოკითხულთა 23.3% გეგმავს ფიზიოლოგიურ მშობიარობას, 9.3% არ აპირებს შვილის გაჩენას, ხოლო 17.3%-ს ჯერ არ აქვს გადაწყვეტილება მიღებული.

საკეისრო კვეთის არჩევის ძირითად მიზეზად მელოგინეები ასახელებენ ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ტკივილისა და შიშის ფაქტორს. ზოგი მელოგინის აზრით, ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან შედარებით, საკეისრო კვეთის ოპერაციის შემთხვევაში იზრდება როგორც მათი, ასევე ნაყოფის უსაფრთხოება და დაცულობა. აღნიშნულს ხელს უწყობს საზოგადოებაში გავრცელებული აზრი, რომ საკეისრო კვეთა წარმოადგენს სრულიად უსაფრთხო პროცედურას.

მეან-გინეკოლოგთა გამოკითხვით, საკეისრო კვეთების გახშირებას ხელს უწყობს ორსულთა ინფორმირებულობის დაბალი დონე, კერძოდ, ქალთა კონსულტაციებში არ ხდება ორსულთა სრულფასოვანი კონსულტაცია საკეისრო კვეთის გართულებების შესახებ, მელოგინეები არ არიან სრულყოფილად ინფორმირებულნი საკეისრო კვეთის შემდგომი პერიოდის, როგორც დედის ისე ნაყოფის მხრივი გართულებების შესახებ, შესაბამისად მიმართავენ ოპერაციულ ჩარევას.

¹ შენიშვნა: საკეისრო კვეთით დაბადებულ ახალშობილებში რესპირატორული დაავადების რისკი გაზრდილია, თუმცა, ეს რისკი მნიშვნელოვნად კლებულობს ორსულობის 39 კვირის შემდეგ. აქედან გამომდინარე, დაუშვებელია გეგმიური საკეისრო კვეთის რუტინულად ჩატარება 39 კვირის ორსულობის ვადამდე. UNFPA. საკეისრო კვეთა. თბილისი: შპს "ვესტა", 2014. გვ 20

მეან-გინეკოლოგთა გამოკითხვით, დადასტურდა, რომ სამედიცინო დაწესებულებები, ზოგ შემთხვევებში, არასაკმარისად იცავენ პროფესიულ სტანდარტებს და ქირურგიულ ჩარევას ფინანსური დაინტერესების გამო მიმართავენ. სამეანო სერვისის მიწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში საკეისრო კვეთის ოპერაციის ღირებულება ხშირ შემთხვევებში 1000 ლარს აღემატება. საყურადღებოა ის გარემოება, რომ კვლევის მიხედვით, შემთხვევათა 26%-ში საკეისრო კვეთის ჩატარების გადაწყვეტილება ცალსახად მიიღო მეან-გინეკოლოგმა, ხოლო შემთხვევათა 70%-ში - ექიმმა და მელოგინემ ერთობლივად.

2013 წლიდან, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ფიზიოლოგიური მშობიარობა ფინანსდება 500 ლარის, ხოლო საკეისრო კვეთა 800 ლარის ოდენობით. სამედიცინო ჩვენების გარეშე, დედის მოთხოვნით საკეისრო კვეთა ფინანსდება ისე როგორც ფიზიოლოგიური მშობიარობა, ამით სახელმწიფო ერთგვარ ბარიერს ქმნის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ზრდის შესაჩერებლად, თუმცა, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ მეან-გინეკოლოგს მარტივად შეუძლია სამედიცინო ისტორიაში დააფიქსიროს ის ჩვენება, რომელსაც თავადვე ჩათვლის საჭიროდ. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ფიზიოლოგიურ მშობიარობასა და საკეისრო კვეთის ოპერაციის ფასებს შორის არის 60%-იანი სხვაობა, შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებები, უფრო მეტად, საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებით არიან დაინტერესებულნი. რესპოდენტებმა ასევე დაასახელეს საკეისრო კვეთის ჩატარების სხვა მიზეზები: ასაკობრივი ფაქტორი, დიდი ნაყოფი, ნაყოფის ჯდომით წინმდებარეობა, ვიწრო მენჯი, ჭიპლარის შემოხვევა, წყლების ნაადრევი დაღვრა.

მეან-გინეკოლოგების აზრით, საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებელი სეროზულ პრობლემას წარმოადგენს, რომლის დაძლევის ერთ-ერთ მთავარ საშუალებას წარმოადგენს ორსულთათვის სრულფასოვანი ინფორმაციის მიწოდება. ამისათვის საჭიროა ორსულთა ინტენსიური კონსულტაციები, მშობელთა სკოლების დაარსების ხელშეწყობა, ქალთა კონსულტაციებში საინფორმაციო ბუკლეტების გავრცელება. ასევე მნიშვნელოვანია ექიმების კვალიფიკაციის დონის ამაღლება, მშობიარობის კონსერვატიული მართვისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის ტექნიკის დახვეწის თვალსაზრისით. აუცილებელია საკეისრო კვეთის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების გამოყენება, პირველადი საკეისრო კვეთის სამედიცინო ჩვენებების გამკაცრება.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა მეან-გინეკოლოგთა ჩაღრმავებითი ინტერვიუება. მათი აზრით, საქართველოში სიტუაცია დრამატულია, ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში საკეისრო კვეთების წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობის 80%-ს შეადგენს. პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ საშუალებას შეიძლება წარმოადგენდეს სახელმწიფოს მხრიდან მკაცრი რეგულაციის დაწესება, მაგრამ მეორეს მხრივ, იგი გარკვეულ საფრთხეებს შეიცავს. კერძოდ, იმ შემთხვევაში, როდესაც მელოგინეს, რომელსაც უარი ეთქვა საკეისრო ოპერაციაზე, ფიზიოლოგიური მშობიარობისას განუვითარდა რაიმე სახის გართულება, კლინიკებმა შესაძლოა მთელი პასუხისმგებლობა სახელმწიფოს დააკისრონ. ამიტომ, პრობლემის მოგვარების უმთავრესი იარაღია საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდა ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ. სამედიცინო დაწესებულებები, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილები უნდა იყოს გამოყენებული ინფორმაციის გავრცელების საშუალებად. საზოგადოებაში უნდა დამკვიდრდეს აზრი, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობა ან მკურნალობა, სადაც საკეისრო კვეთათა რიცხვი საკმაოდ მაღალია, არის არაპრესტიჟული. საზოგადოებას უნდა ავუხსნათ, რომ იქ სადაც კეთდება ბევრი საკეისრო კვეთა, შესაძლოა არ ჰქონდეთ კვალიფიციური სამეანო სერვისების მიწოდების ცოდნა და შესაბამისად ასეთ დაწესებულებებს მელოგინემ სამედიცინო სერვისის მისაღებად არ უნდა მიმართოს.

რეკომენდაციები

კვლევის შედეგების შეჯამებისა და მოცემული ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

- საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლისა და გაიდლაინის, როგორც რეგულირების უმნიშვნელოვანესი მექანიზმის როლის ამაღლება;
- ორსულთა კონსულტაციებში სრულყოფილი ინფორმაციის სათანადო დონეზე მიწოდება საკეისრო კვეთის რისკებისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ. ორსულებს საფუძვლიანად უნდა აუხსნან, თუ რა სახის გავლენა შეიძლება იქონიოს ოპერაციამ ახალშობილის ჯანმრთელობაზე და მის შემდგომ სოციო-ფსიქოლოგიურ განვითარებაზე;
- სასურველია სხვადასხვა საინფორმაციო საშუალებების ჩართვა და საზოგადოებისათვის სრულფასოვანი ინფორმაციის მიწოდება. მიზანშეწონილია შეიქმნას ინტერნეტ გვერდი, სადაც განთავსდება ინფორმაცია იმ კლინიკების შესახებ რომლებშიც მაღალია საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი. პარალელურად საზოგადოებას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ამ კლინიკებში მშობიარობის არაპრესტიჟულობის შესახებ. ეს იქნება ერთგვარი ანტიპიარი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის;
- მელოგინეს მხრიდან საკეისრო კვეთის მოთხოვნის შემთხვევაში სასურველია კომბინირებული მიდგომა. კერძოდ, საჭიროა დადგინდეს ოპერაციის მოთხოვნის მიზეზი. ბუნებრივი მშობიარობის დროს ტკივილისა და შიშის ფაქტორის არსებობისას სასურველია ფსიქოლოგის ჩარევა და სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება გაუტკივარების მეთოდების, ოპერაციის შესაძლო გართულებების და ფიზიოლოგიური მშობიარობის უპირატესობის შესახებ;
- სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან საკეისრო კვეთებზე ფინანსური დაინტერესების შემცირების მიზნით სასურველია ფიზიოლოგიური მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის ოპერაციის ფასებს შორის არსებული სხვაობის შემცირება, და გასაშუალოებული ერთიანი ტარიფის დადგენა.

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 30 ოქტომბრის N01-220/ო ბრძანება *საკეისრო კვეთის პროტოკოლის დამტკიცების შესახებ*. http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/129new.pdf
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 23 მაისის N01-124/ო ბრძანება *საკეისრო კვეთის გაიდლაინის დამტკიცების შესახებ*. http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/129-1.pdf
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, (NCDC), საქართველო, 2013წ. *სტატისტიკური ცნობარი*.
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), საქართველო, 2012 *საქართველოში საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებლის ოპერაციული კვლევა*. <http://ncdc.ge/AttachedFiles/2012.pdf>
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 *დანართი №1.1 სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილებს დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებებისათვის*.
 - მოზარდთა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში. მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC), საქართველო, 2012
 - Menacker Fay, Hamilton Brady E. Recent Trends in Cesarean Delivery in the United States. U.S. department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Data Brief. No. 35. March 2010
 - Rates of caesarean vary widely across Europe. BMJ CLINICAL RESEARCH 350. MARCH 2015.
 - World Health Organisation (2015). News release. *Caesarean sections should only be performed when medically necessary*.
 - World Health Statistics http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

ხანდაზმულთა შინმვლის სერვისები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, ია ადეიშვილი

აბსტრაქტი

შესავალი: ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე. თუმცა, ხანდაზმულთა მოვლის სერვისები ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული. მოვლის სერვისებს უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების და ოჯახის წევრების (არაფორმალური სერვისები) მიერ. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა არასამთავრობო ორგანიზაციების და ოჯახის წევრების მიერ გაწეული შინმვლის სერვისების, მოვლაზე დამოკიდებული ხანდაზმულთა ცხოვრების მდგომარეობის, მათი რეალური საჭიროებების და მათ მიერ შინმვლის სერვისებზე გაწეული დანახარჯების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით, რომელიც მოიცავდა ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას, მოვლაზე დამოკიდებულებს პერიოდს, ზრუნვის საჭიროებას, მოვლის სერვისებზე დანახარჯებს. **შედეგები:** ხანდაზმულთა შინმვლის სერვისებს უმთავრესად არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ. გამოკითხულთა უმრავლესობა ძირითადად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. ხანდაზმული ადამიანები ძირითადად დამოკიდებული არიან მათ ახლობლების მიერ გაწეულ დანახარჯებზე და უპირატესობას ანიჭებენ მათ მიერ გაწეულ ზრუნვას საკუთარ სახლში, ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში, ან მოხუცთა თავშესაფრებში) ზრუნვას. **დისკუსია, დასკვნა:** ოჯახებს დიდი წვლილი შეაქვთ ხანდაზმულთა დასახმარებლად და მხარდასაჭერად. საჭიროების შემთხვევაში ისინი წარმოადგენენ ზრუნვის მთავარ პროვაიდერებს. ეს ფაქტი უნდა იყოს აღიარებული და გათვალისწინებული ხანდაზმულთა პოლიტიკის შემუშავებისას.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, შინმვლა

Home care services for elderly people in Georgia

Tengiz Verulava, Ia Adeishvili

Abstract

Background, In recent years health service affordability for elderly people has been significantly improved within the Georgia State Health Insurance Program. Although home care services for elderly people are not envisaged in any of state healthcare programs. Home care services for elderly people were mainly provided by nongovernmental organizations and family members (non-formal services). The objective of a survey was to study home care services rendered by nongovernmental organizations and family members in Georgia, living conditions of elderly people dependent on home care and cost for home care service incurred by them; **Methods,** For study purposes, method of direct interviews through specially constructed questionnaires was used, covering health conditions of elderly people, period of depending on care, care needs, costs for care services; **Results,** In Georgia home care services for elderly people are mainly provided by non-governmental organizations. The majority of interviewees (73.1%) more often use home care services rendered by non-governmental organizations than the services envisaged by state healthcare programs (26.9% of interviewees use these services). Elderly people are more dependent on the assistance provided by their relatives and they give priority to the services rendered at home, rather than to institutional care (in special clinics or retirement homes); **Conclusions,** Families make a big contribution to assisting and supporting home care services for elderly people. If needed, they represent key home care service providers. This fact should be recognized and considered while elaborating the care policy for elderly people.

Keywords: Home Care, Georgia, older people, homecare services

შესავალი

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის ზრდისა და შობადობის შემცირების ფონზე შეინიშნება ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია. დიდი ოცეულის ქვეყნებიდან 18 ქვეყანაში აღინიშნება დაბერების მაღალი კოეფიციენტი (WHO, 2005). მაგალითად, შვედეთში 2010 წლისათვის მამაკაცებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 79.1 წელს, ხოლო ქალებში 83.2-ს (WHO, 2012). ასევე, სხვა ქვეყნების მსგავსად, საკმაოდ მოიმატა ხანდაზმულთა რაოდენობა. 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობამ 18%-ს მიაღწია, და ექსპერტთა აზრით, 2030 წლისათვის მათი წილი 30%-ით გაიზრდება (Elderly Care in Sweden, 2014).

2012 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს 4,497,600-ს, რომელშიც 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის წილი 13.7%-ია (დესჯეც, 2013, გვ. 22). 1995-2012 წლების პერიოდში სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა გაიზარდა 70.3-დან 74.7 წლამდე (დესჯეც, 2013, გვ. 26). შედარებისათვის, 2011 წლის მონაცემებით, განვითარებული ქვეყნების სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 80.1 წელს (OECD Health Statistics 2013).

ცხრილი 1: 65 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობა (2004-2011). საქართველო

	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
65 + მოსახლეობა სულ	598.600	618.0	643.100	636.800	626.200	619.300	616.300
ქალები	367.100	379.000	395.800	393.800	388.800	385.200	383.500
მამაკაცები	231.500	239.000	247.300	243.000	237.400	234.100	232.800

წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ცხრილი 2: სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, საქართველო, 1995 – 2012 წწ.

	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
სულ	70.3	71.3	74.0	75.1	74.2	73.6	74.4	74.5	74.7
მამაკაცი	66.3	67.5	70.0	70.5	69.3	69.2	70.0	70.2	70.2
ქალი	74.2	75.0	77.6	79.4	79.0	77.7	78.7	78.6	79

წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ხანდაზმულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად იზრდება მათი მკურნალობისა და მოვლის საჭიროებები. 1990-იან წლებიდან ევროპის ქვეყნებში და აშშ-ში ინტენსიურად ვითარდება შინმოვლის სისტემები, როგორც ხანდაზმულთა მოვლის უფრო იაფი და ეფექტური ალტერნატივა (შინმოვლის კოალიცია, 2010 წელი). შედეგად, დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, ხანდაზმულთა შინმოვლა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილი გახდა.

შვედეთში ხანდაზმულთა სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ. 2010 წელს შვედეთში ხანდაზმულთა შინმოვლისათვის დაიხარჯა 95,9 ბილიონი კრონი, რომლის მხოლოდ 3% შეადგენა პაციენტების ჯიბიდან გადახდებმა (Elderly Care in Sweden, 2014).

ბოლო პერიოდში ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებმა განახორციელეს ხანდაზმულთა მოვლის სერვისების ნაწილობრივი პრივატიზაცია. წლიდან წლამდე იზრდება შენმოვლის სერვისებში კერძო პროვაიდერების მონაწილეობა. 1995-2005 წლების პერიოდში მათი რაოდენობა 5-ჯერ გაიზარდა. 2011 წელს კერძო პროვაიდერების მიერ მიწოდებულმა შინმოვლის სერვისებმა შეადგინეს 18,6% (Elderly Care in Sweden, 2014).

თუმცა, ზოგიერთი ექსპერტის აზრით, მოგებაზე ორიენტირებული შინმავლის კერძო ორგანიზაციები უარყოფითად ზემოქმედებენ შინმავლის სტანდარტებზე (Elderly Care in Sweden, 2014). ბენეფიციარს აქვს კერძო და სახელმწიფო შინმავლის ორგანიზაციების თავისუფალი არჩევანის უფლება. ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები პასუხისმგებელი არიან სერვისების დაფინანსებაში, აგრეთვე მათი ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის გარანტირებაში (Elderly Care in Sweden, 2014). მუნიციპალიტეტი თავად განსაზღვრავს ხანდაზმულთა შინმავლის სერვისების მოცულობას და დაფინანსების ოდენობას. იგი დამოკიდებულია ბენეფიციარის შემოსავლებსა და მოვლის სერვისის მოცულობაზე (Elderly Care in Sweden, 2014).

განვითარებად ქვეყნებში პოლიტიკური მდგომარეობის ხშირი ცვლილება, ფინანსური და ეკონომიკური კრიზისები, ინფლაცია, მკვეთრად გამოხატული სოციალური უთანასწორობა ნეგატიურად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ამ დროს განსაკუთრებით ზარალდებიან ქრონიკული დაავადების მქონე ბავშვები, მოზარდები და ხანდაზმულები, რომლებიც საჭიროებენ როგორც სამედიცინო მომსახურებას, ასევე ხანგრძლივ მოვლას. პრობლემას ამწვავებს ახალგაზრდების განვითარებულ ქვეყნებში მიგრაცია, რაც კიდევ უფრო ზრდის ხანდაზმულების მოვლაზე მოთხოვნას. ამასთან, მოსახლეობის მოწყვლადი ნაწილისთვის სამედიცინო მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი, არ მოქმედებს ხანდაზმულთა ხანგრძლივი მოვლის, სამედიცინო და სოციალური მომსახურების სერვისები (სამედიცინო მეთვალყურეობა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მოვლის ინტერდისციპლინარული თერაპია) (Caritas Germany, 2014). იგივე შეინიშნება აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებშიც, სადაც ჯერ კიდევ არ არის ხელმისაწვდომი ხანდაზმულთა შინმავლისა და რეაბილიტაციის სერვისები (Caritas Germany, 2014).

განვითარებად ქვეყნებში დაბალია ხანდაზმულთა შინმავლისა და ზრუნვის კულტურა. საექთნო საქმე უფრო მეტად ორიენტირებულია დაავადებების მკურნალობასა და სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებაზე. მაშინ, როდესაც ხანგრძლივი მოვლის პრევენციული და თერაპიული კონცეფციები ნაკლებადაა განვითარებული. შესაბამისად, არ არსებობს ინსტიტუციონალური შინმავლისათვის დამახასიათებელი მკურნალობის, მოვლისა და საგანმანათლებლო კომპონენტების ურთიერთკავშირი (Caritas Germany, 2008)

როგორც ვხედავთ, ხანდაზმულთა შინმავლის ხასიათი მკვეთრად იცვლება ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების მიხედვით. მსოფლიოს ყველაზე ღარიბ ქვეყნებში შინმავლაში ჩართულ პირთა ქსელში პროფესიონალი მომვლელები ძალიან მცირე რაოდენობით მონაწილეობენ. ეს ქსელი ძირითადად არაფორმალური მომვლელებისა და მოხალისეებისგან შედგება, სადაც პროფესიონალები უმეტესად ზედამხედველებისა და კონსულტანტების ფუნქციით შემოიფარგლებიან (შინმავლის კოალიცია, 2010). რაც უფრო განვითარებული და ეკონომიკურად მდიდარია ქვეყანა, რაც უფრო განვითარებულია მისი ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემები, მით უფრო სპეციალიზებულია და პროფესიონალიზებულია ამ ქვეყნის შინმავლის სამსახურები. (შინმავლის კოალიცია, 2010)

საქართველოში 2012 წლამდე ხანდაზმულებზე (სოციალურად დაუცველი კატეგორიის გარდა) არ ვრცელდებოდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, შესაბამისად დაბალი იყო მათზე სამედიცინო მომსახურებით ხელმისაწვდომობა. 2012 წლიდან მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის (60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალები და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცები) სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა.

პროგრამა მოიცავს ხანდაზმულ ადამიანებზე სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფას. თუმცა, ხანდაზმულთა შინმავლის ასპექტი ჯანდაცვის არცერთ სახელმწიფო პროგრამაში არ არის გათვალისწინებული (გარდა პალიატიური ზრუნვის პროგრამისა). პალიატიური ზრუნვის პროგრამა მოიცავს ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას (თვეში არაუმეტეს 8 ვიზიტი პაციენტთან).

მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით), ინკურაბელურ და აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულ ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობას, ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას (სოციალური მომსახურების სააგენტო, დადგენილება 279, 2013). 2014 წლიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ხანდაზმულები (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) უზრუნველყოფილი არიან დამხმარე სამუშაოებით, რაც ემსახურება მათ ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხის ამაღლებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ კომპონენტებს:

- ა) სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობა;
- ბ) საპროთეზო-ორთოპედიული სამუშაოებით უზრუნველყოფა;
- გ) სმენის აპარატებით უზრუნველყოფა;
- დ) კონსულტაციური იმპლანტით უზრუნველყოფა;
- ე) ყავარჯნებით, ხელჯოხ-ყავარჯნებით, უსინათლოთა ხელჯოხებით და გადასაადგილებელი ჩარჩოებით უზრუნველყოფა (საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 291. 2014 წ.)

იმის გამო, რომ მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, მისი დაფინანსება უმეტესწილად ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ, უცხოური დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერია უმწეო და გაჭირვებულ მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ახორციელებს სიღატაკის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების მონაცემთა ბაზაში რეგისტრირებული საწოლს ან სახლს მიჯაჭვული მარტოხელა ბენეფიციარების შინმოვლას, რომლებსაც ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიის გამო ესაჭიროებათ დახმარება (თბილისის მერია, 2012). 2010 წლიდან შინმოვლის სერვისების დაფინანსებაში ჩაერთო ქ. გორის მუნიციპალიტეტი, ხოლო 2014 წლის სექტემბრიდან ქ. ქუთაისის მუნიციპალიტეტი.

შინმოვლის მიზანია მოვლაზე დამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, პაციენტებისა და მათი ახლობლების დახმარება. ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების რისკი იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. 0-დან 60 წლამდე იგი შეადგენს 0,6%-ს, 60-დან 80 წლამდე 3,9%-ს, ხოლო 80 წელზე ზევით 28,3%-მდე იზრდება (ზრუნვის პლატფორმა, 2013). ამ მონაცემების გათვალისწინებით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას, რაც, მათი ოჯახის წევრების გათვალისწინებით, ერთიანობაში დაახლოებით 300 ათას ბენეფიციარს წარმოადგენს (შინმოვლის კოალიცია, 2010).

საქართველოში შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ შემდეგი არასამთავრობო ორგანიზაციები: „საქართველოს კარიტასი“ და „შინმოვლის კოალიცია“ (რომელშიც გაერთიანებულია ფონდი „თაობა“, კავშირი „ადამიანი და ბუნება“, კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“, ასოციაცია „გენზისი“). საქველმოქმედო ფონდი „საქართველოს კარიტასი“ შინმოვლის სერვისებს ახორციელებს 1995 წლიდან, იგი საერთაშორისო და ევროპის კარიტასების წევრი ორგანიზაციაა. შინმოვლის კოალიცია ფუნქციონირებს 2009 წლიდან. აღსანიშნავია, რომ შინმოვლის კოალიციაში შემავალი ფონდი „თაობა“ 1997 წლიდან ახორციელებს შინმოვლის სერვისებს.

„შინმოვლის კოალიცია“ და „საქართველოს კარიტასი“ ხანდაზმულ ბენეფიციარებს შინმოვლის თითქმის მსგავს სერვისებს აწვდიან. იგი მოიცავს სხვადასხვა სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის მიერ სამედიცინო, სოციალური და ფსიქო-სოციალური მომსახურების მიწოდებას ბინაზე იმ პირთათვის რომლებიც დროებით ან მუდმივად საწოლს არიან მიჯაჭვულნი. სერვისების მიწოდების თვალსაზრისით განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ „შინმოვლის კოალიციის“ სამსახურში ჩართულია ექიმი, რომელიც ადგენს

ინდივიდუალურ სამუშაო გეგმას მოსარგებლისათვის ექთანთან ერთად. „საქართველოს კარიტასის“ სერვისში ექიმი არ არის ჩართული, მაგრამ სოციალური მუშაკი სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებში მონაწილე ოჯახის ექიმების მეშვეობით ახერხებს სერვისების მიწოდებას.

„საქართველოს კარიტასი“ ბენეფიციართა საჭიროებების მიხედვით უზრუნველყოფს ექიმი-სპეციალისტების მომსახურებას, „შინმოვლის კოალიციის“ ექიმი კი კონსულტაციას უწევს და ამისამართებს პაციენტებს სპეციალისტებთან. ორგანიზაციები ბენეფიციართა აღრიცხვაზე აყვანის კრიტერიუმად იყენებენ მათი სოციალურად დაუცველის სტატუსს.

ცხრილი N 3: შინმოვლის გუნდები ორგანიზაციების მიხედვით. 2014 წ.

ორგანიზაციები	კოორდინატორი	ექთანი	ექთნის ასისტენტი	სოც. მუშაკი	ფსიქოლოგი	ექიმი	მოსახლეობის სეგმები
შინმოვლის კოალიცია	1	17	2	1		2	
საქართველოს კარიტასი	4	20	5	2	2		15

წყარო: საქართველოს შინმოვლის კოალიცია, საქართველოს კარიტასი.

საქართველოში მოქმედი ორგანიზაციები შინმოვლის სერვისებს ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერის მეშვეობით. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში N 4 წარმოდგენილია ერთ-ერთი ასეთი ორგანიზაციის „საქართველოს კარიტასის“ დაფინანსების წყაროები. როგორც ცხრილიდან ვხედავთ, 2013 წელს დაფინანსების წყაროებს შეადგენდნენ: უცხოური ქველმოქმედება (82.8%), სახელმწიფო დაფინანსება (14.8%) და ჯიბიდან გადახდები (2.4%). საყურადღებოა, რომ ამ მონაცემებში შედის მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ბენეფიციარები. თუ გავითვალისწინებთ სხვა მოსარგებლებს, ჯიბიდან გადახდების წილი მკვეთრად მოიმატებს.

ცხრილი N 4: საქართველოს კარიტასის 2013 წლის დაფინანსების წყაროები

ქველმოქმედება	სახელმწიფო	ჯიბიდან გადახდები	ჯამი
364,760.00	65,000.00	10,500.00	440,260.00

წყარო: საქართველოს კარიტასი.

თველოს კარიტასი.

1 ხანდაზმულის მოვლის საშუალო ღირებულება 100 ბენეფიციარის შემთხვევაში კვების გარეშე შეადგენს 382 ლარს, ხოლო 1000 ბენეფიციარზე - 188 ლარს (შინმოვლის კოალიცია). იგი მოიცავს, როგორც მოვლის საშუალებების, ასევე მედიკამენტების, სამედიცინო პერსონალის მომსახურების, ადმინისტრაციული, საკომუნიკაციო ხარჯებს.

რადგან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები ხანდაზმულთა მოვლის სერვისების მხოლოდ მცირე ნაწილს მოიცავს, უფრო ხშირად იგი არაფორმალური სერვისების სახითაა წარმოდგენილი. ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალი პერსონალის მიერ გაწეულ მომსახურებას, რომლის ხარჯებს აფინანსებენ მოსარგებლები, ან სახელმწიფო და როგორც წესი, ექვემდებარება გარკვეულ წესებს. არაფორმალური მოვლა კი გულისხმობს ახლობლების, ოჯახის და სოციალური ქსელის სხვა წევრების მიერ გაწეულ მომსახურებას. ფორმალურ და არაფორმალურ მოვლას აქვს სხვადასხვა მახასიათებლები და სხვადასხვა როლს თამაშობენ ხანდაზმულთა ცხოვრებაში.

ხანდაზმულთა ზრუნვას უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან, რომელთა შორის ყველაზე მეტი წვლილი მიუძღვით მეუღლეებს, ან მათი არარსებობის შემთხვევაში ზრდასრულ შვილებს (ძირითადად, ქალიშვილები). სიცოცხლის ხანგრძლივობის მატების, ქრონიკულ ავადმყოფთა ზრდასთან ერთად, დროთა განმავლობაში აქტუალური ხდება

შინმოვლის სერვისების შემდგომი განვითარების ხელშეწყობა, მასში სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერის, მისი როლის ამაღლება ბენეფიციარების სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით.

კვლევის მიზანია არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ გაწეული შინმოვლის სერვისების, მოვლაზე დამოკიდებული ხანდაზმულთა ცხოვრების მდგომარეობის, მათი რეალური საჭიროებების და მათ მიერ შინმოვლის სერვისებზე გაწეული დანახარჯების შესწავლა. აღნიშნულთან დაკავშირებით კვლევის შემდეგი კითხვები დაისვა:

- როგორია ხანდაზმულთა ცხოვრების პირობები და საჭიროებების დიაპაზონი?
- მათ საჭიროებებზე როგორ რეაგირებენ სახელმწიფო პროგრამები და არაფორმალური ინსტიტუტები?
- ხანდაზმულთა საჭიროებებზე და ზრუნვაზე რა გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა სოციალური მხარდაჭერა და ჯანმრთელობა?

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია შინმოვლის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, სამთავრობო დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და ავადობის კონტროლის ეროვნული ცენტრის, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალები.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. თვისებრივი კვლევა გულისხმობდა ხანდაზმულთა შინმოვლის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუ, რომელიც შედგა შინმოვლის სერვისების მიწოდებელ ორგანიზაციებთან. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში განხორციელდა 1 ფოკუსური ჯგუფი 2014 წლის აპრილში, თბილისში. ფოკუსური ჯგუფის ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 2-2.5 საათი, ხოლო ჩაღრმავებული ინტერვიუს ხანგრძლივობა - დაახლოებით 1 საათი.

კვლევის მეორე ეტაპზე მოხდა თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში იდენტიფიცირებული პრობლემების საფუძველზე რაოდენობრივი კითხვარისათვის დებულებების შემუშავება. მიზნობრივ ჯგუფად განისაზღვრა 65 წლის ზემოთ შინმოვლაზე დამოკიდებული ბენეფიციარები ან მათი ოჯახის წევრები. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის შინმოვლის არასამთავრობო ორგანიზაციების ბენეფიციარები.

შერჩევის ბაზად გამოყენებული იქნა საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის მიერ მოწოდებული შინმოვლის არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩამონათვალი. პლატფორმა წარმოადგენს 35-მდე არასამთავრობო ორგანიზაციის გაერთიანებას, რომლის მიზანია საქართველოში ზრუნვის სისტემის განვითარება.

რაც შეეხება 65 წლის ზემოთ შინმოვლაზე დამოკიდებული ბენეფიციართა სეგმენტს, შინმოვლის სხვა ორგანიზაციების ბენეფიციართა მონაცემების ხელმიუწვდომობის გამო, შერჩევის ბაზად გამოყენებული იქნა „საქართველოს კარიტასის“ მიერ მოწოდებული ბენეფიციართა სია. „საქართველოს კარიტასის“ სიიდან ბენეფიციართა შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა ალბათური შერჩევის მეთოდი, კერძოდ მარტივი შემთხვევითი შერჩევის სახე - სისტემური შერჩევა. კვლევისათვის შეირჩა „საქართველოს კარიტასის“ 300 ბენეფიციარი.

კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. თითოეული კითხვარი შეიცავდა ღია და დახურულ კითხვას, ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა შეადგენდა დაახლოებით 30-45 წუთს.

300 შერჩეული პირებიდან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე დათანხმდა 283 ბენეფიციარი (94.3%). 17 პირმა უარი განაცხადა გამოკითხვაში მონაწილეობის მიღებაზე, მათგან 9 იყო მამაკაცი და 8 ქალი, რომელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 78 წელს. გამოკითხულთაგან 146 იყო მამაკაცი (51.6%), ხოლო 137 ქალი (48.4%). 65-79 წლის ასაკის შეადგენდა 84.8%, ხოლო 80-98 წლის ასაკის 15.2%.

ცხრილი 5: რესპოდენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა

ასაკი	მამაკაცი	ქალი	სულ
	146 (51.6%)	137 (48.4%)	283
65–79 წწ.	131 (54.6%)	109 (45.4%)	240 (84.8)
80–98 წწ	15 (34.9)	28 (65.1%)	43 (15.2%)

შედეგები

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ გამოკითხულთა უმეტესობა დაქორწინებულია (54.1%), რომელთა 34.3% ქვრივია. დაუქორწინებელი შეადგენს 7.8%-ს, ხოლო განქორწინებული 3.9%-ს. რაც შეეხება ოჯახის შემადგენლობას: ოჯახების 25.1% ცხოვრობს მარტო, ხოლო ოჯახების 91.5%-ში წარმოდგენილია შვილები.

გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში მხოლოდ ერთი წევრია დასაქმებული (35.7%), არავინაა დასაქმებული 32.2%-ში. ოჯახების 19.8%-ში მუშაობს 2 ოჯახის წევრი. ოჯახების 12.4%-ში მუშაობს 3 ოჯახის წევრი. გამოკითხულთა ოჯახების უმეტესი ნაწილის (39.2%) საშუალო თვიური შემოსავალი 300-500 ლარის ფარგლებში მერყეობს. 32.2 %-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია, და მხოლოდ 28.6%-ს აქვს 500 ლარზე მეტი საშუალო თვიური შემოსავალი.

ცხრილი 6: რესპოდენტთა სამოქალაქო სტატუსი, ოჯახის სტრუქტურა, დასაქმება, თვიური შემოსავალი

ასაკი	მამაკაცი	ქალი	სულ
	146 (51.6%)	137 (48.4%)	283
სამოქალაქო სტატუსი			
დაუქორწინებელი	13 (8.9%)	9 (6.6%)	22 (7.8%)
დაქორწინებული	86 (58.9%)	67 (48.9%)	153 (54.1%)
ქვრივი	41 (28.1%)	56 (40.9%)	97 (34.3%)
განქორწინებული	6 (4.1%)	5 (3.6%)	11 (3.9%)
ოჯახის სტრუქტურა			
ცხოვრობს მარტო	34 (23.3%)	37 (27%)	71 (25.1%)
ჰყავს შვილი/შვილები	131 (89.7%)	128 (93.4%)	259 (91.5%)
ოჯახის წევრთა დასაქმება			
არავინ არაა დასაქმებული			91 (32.2%)
ოჯახის 1 წევრია დასაქმებული			101 (35.7%)
ოჯახის 2 წევრია დასაქმებული			56 (19.8%)
ოჯახის 3 წევრია დასაქმებული			35 (12.4%)
ოჯახის თვიური შემოსავალი			
300 ლარზე ნაკლები			91 (32.2%)
300-500 ლარი			111 (39.2%)
500 ლარზე მეტი			81 (28.6%)

გამოკითხულ ბენეფიციართა მეტი ნაწილი (73.1 %) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. ბენეფიციართა გამოკითხვით, ყველაზე მეტად საჭიროებენ ექთნის (52.3 %), ოჯახის ექიმის (24.4 %), ექიმი სპეციალისტების (23.3 %) კვალიფიციურ სამედიცინო დახმარებას.

გამოკითხულთა 50.2% მიიჩნევს, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა. 27.6%-თვის - არადამაკმაყოფილებელი, ხოლო 22.3%-თვის - ნორმალური. პაციენტებს უმეტესწილად ერთდროულად აღენიშნებათ რამდენიმე დაავადება, რომელთა შორის გამოირჩევა ფიზიკური (26.4%), ფსიქიკური (21.3%), ასევე ხანდაზმულობასთან (23.9%), დაკავშირებული პრობლემები.

ბენეფიციართა უმრავლესობას (50.5%) ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდებათ დახმარება, გარკვეული ნაწილი (8.5%) საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას, ხოლო არ საჭიროებს დახმარებას გამოკითხულთა 41%. გამოკითხულთა უმეტესობა (39.2%) 3 წელზე მეტია რაც მოვლას საჭიროებს, 29.3% - 1-2 წელია, 17.7% - 2-დან 3 წელია. ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად ქალები უფრო მეტად საჭიროებენ ზრუნვას (55.5%), ვიდრე მამაკაცები (45.9%). ასევე, ქალები უფრო მეტად არიან მიჯაჭვულნი საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (9.5%), ვიდრე მამაკაცები (7.5%).

ცხრილი 7: რესპოდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მოვლაზე დამოკიდებულების პერიოდი, ზრუნვის საჭიროება

რესპოდენტები	მამაკაცი 146 (51.6%)	ქალი 137 (48.4%)	სულ 283
ჯანმრთელობის მდგომარეობა			
კარგი	22 (15.1%)	41 (29.9%)	63 (22.3%)
საშუალო	75 (51.4%)	67 (48.9%)	142 (50.2%)
ცუდი	49 (33.6%)	29 (21.2%)	78 (27.6%)
ზრუნვის საჭიროება			
არ საჭიროებს დახმარებას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად	55 (37.7%)	61 (44.5%)	116 (41%)
საჭიროებს დახმარებას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად	76 (52.1%)	67 (47.4%)	143 (50.5%)
მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას	13 (8.9%)	11 (8%)	24 (8.5%)
პაციენტის მოვლაზე დამოკიდებულების პერიოდი			
0-დან 1 წლამდე	16 (11%)	23 (16.8%)	39 (13.8%)
1-დან 2 წლამდე	44 (30.1%)	39 (28.5%)	83 (29.3%)
2-დან 3 წლამდე	33 (22.6%)	17 (12.4%)	50 (17.7%)
3 წელზე მეტი	53 (36.3%)	58 (42.3%)	111 (39.2%)

ბენეფიციართა მეტი ნაწილის (32.2%) მიერ ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტისათვის გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 21-30 ლარს, ხოლო 31.1% საშუალოდ თვეში იხდის 31-50 ლარს. გამოკითხულთა უმრავლესობა (84.1%) უპირატესობას ანიჭებს შინ მოვლას, ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას. ისინი უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათი ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე (ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარება, საწოლზე მიჯაჭვულ პირზე ხანგრძლივი

მოვლა), რის გამოც გამოკითხულთა 61.5%-ს ურჩევნია თავიანთი ოჯახის წევრებისგან ან ნათესავებისგან მიიღოს შინმოვლის სერვისები, როდესაც ეს შესაძლებელია). გამოკითხულთა შედარებით ნაკლები 38.5% უპირატესობას ანიჭებს სპეციალისტების მიერ გაწეულ შინმოვლის სერვისებს.

ცხრილი 8: კვალიფიციური პერსონალის საჭიროება, კონსულტაციების ხარჯი.

რესპოდენტები	მამაკაცი 146 (51.6%)	ქალი 137 (48.4%)	სულ 283
თვის განმავლობაში უფრო მეტად სარგებლობს			
სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით	45 (30.8%)	31 (22.6%)	76 (26.9%)
არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით	109 (74.7%)	98 (71.5%)	207 (73.1%)
მოვლისას კვალიფიციური კადრის საჭიროება			
ოჯახის ექიმი	40 (27.4%)	29 (21.2%)	69 (24.4%)
მედა	77 (52.7%)	71 (51.8%)	148 (52.3%)
ექიმი სპეციალისტები	29 (19.9%)	37 (27%)	66 (23.3%)
ექიმი/სპეციალისტების კონსულტაციებზე ყოველთვიური ხარჯი			
0 ლარი, სარგებლობს სახელმწიფო პროგრამით			
1-20 ლარი			
21-30 ლარი	43 (29.5%)	48 (35%)	91 (32.2%)
31-50 ლარი	37 (25,3%)	51 (37.2%)	88 (31.1%)
51-70 ლარი	43 (29.5%)	24 (17.5%)	67 (23.7%)
71-90 ლარი	23 (15.8%)	14 (10.2%)	37 (13.1%)
90 ლარზე მეტი			
უპირატესობას ანიჭებენ			
შინ მოვლას	120 (82.2%)	118 (86.1%)	238 (84.1%)
სპეციალიზებულ კლინიკაში ზრუნვას	26 (17.8%)	19 (13.9%)	45 (15.9%)
შინმოვლის სერვისების გაწევისას როდესაც შესაძლებელია, უპირატესობას ანიჭებენ			
საკუთარი ოჯახის წევრებს, ან ნათესავებს	88 (60.3%)	86 (62.8%)	174 (61.5%)
სპეციალისტებს	58 (39.7%)	51 (37.2%)	109 (38.5%)

გამოკითხულ ხანდაზმულებზე ვრცელდება სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, თუმცა ისინი არ მოიცავენ შინ მოვლის სერვისებს. იმისათვის, რომ ოჯახმა მიაწოდოს ხანდაზმულ ბენეფიციარებს მედიკამენტები ოჯახების 18% ყოველ თვე ესაჭიროება 21-40 ლარი; 14.8%-ს ესაჭიროება 41-60 ლარი, 13.1%-ს ესაჭიროება 81-100 ლარი. დაავადებების სიმძიმიდან გამომდინარე რესპოდენტთა 12.4%-ს მედიკამენტებზე ესაჭიროება 151-200 ლარი, 8.5%-ს - 201-300 ლარი, ხოლო 7.4%-ს - 300 ლარზე მეტი. მიუხედავად იმისა, რომ ბენეფიციარები ღებულობენ პენსიას, ხოლო სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებულია საბაზისო მედიკამენტებზე წლიურად 100 ლარის ფარგლებში მედიკამენტების შეძენა 50%-იანი თანაგადახდით, მათი დანახარჯები მედიკამენტებზე მაინც მაღალია. ბენეფიციართა 49.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად

მედიკამენტზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. 48.1%-მა აღნიშნა რომ სრულად შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები.

ცხრილი 9: მედიკამენტებზე ყოველთვიური ხარჯი და ხელმისაწვდომობა

რესპოდენტები	მამაკაცი 146 (51.6%)	ქალი 137 (48.4%)	სულ 283
მედიკამენტებზე თვიური დანახარჯები			
0			
1-20	4 (2.7%)	5 (3.6%)	9 (3.2%)
21-40	21 (14.4%)	30 (21.9%)	51 (18%)
41-60	16 (11%)	26 (19%)	42 (14.8%)
61-80	19 (13%)	14 (10.2%)	33 (11.7%)
81-100	20 (13.7%)	17 (12.4%)	37 (13.1%)
101-150	21 (14.4%)	10 (7.3%)	31 (11%)
151-200	15 (10.3%)	20 (14.6%)	35 (12.4%)
201-300	16 (11%)	8 (5.8%)	24 (8.5%)
300-ზე მეტი	14 (9.6%)	7 (5.1%)	21 (7.4%)
მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა			
დანიშნული მედიკამენტები სრულად შევიძინე	70 (47.9%)	66 (51.1%)	136 (48.1%)
დანიშნული მედიკამენტები ნაწილობრივ შევიძინე	71 (48.6%)	68 (51.8%)	139 (49.1%)
დანიშნული მედიკამენტები საერთოდ ვერ შევიძინე	3.4%	3 (3.6%)	8 (2.8%)

მედიკამენტებთან ერთად ბენეფიციარები საჭიროებენ ჰიგიენურ საშუალებებს (ნაწილობრივ საწინააღმდეგო ლეიბი, პამპერსი, საფენი, გადასახვევი საშუალებები და ა.შ). მათი ხარჯი კარიტასიდან მიღებული მსაღებლის მიუხედავად საკმაოდ დიდია და ხშირად დამატებით ხარჯებს საჭიროებენ. ჰიგიენურ საშუალებებზე გამოკითხულთა 35%-ს ყოველთვიურად ესაჭიროება 51-70 ლარი, 25.8%-ს - 21-30 ლარი, 21%-ს - 31-50 ლარი. ექიმის/ან ექთანის სამედიცინო მეთვალყურეობაზე გამოკითხულთა 32.2%-ს ყოველთვიურად ესაჭიროება 21-30 ლარი, 31 %-ს 31-50 ლარი. მიუხედავად იმისა, რომ კარიტასი ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. 55.8%-მა აღნიშნა რომ სრულად შეიძინა ჰიგიენური საშუალებები, ხოლო 1.1% საერთოდ ვერ შეიძინა ჰიგიენური საშუალებები.

გამოკითხულთა 22.6% თვლის, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციების შინმოვლის სამსახურების სერვისებმა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ხოლო 50.2% თვლის, რომ საშუალოდ გააუმჯობესა. შინმოვლის სერვისების შედეგად სოციალური ინტეგრაცია მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა 15.9%-ის აზრით, ხოლო საშუალოდ გაუმჯობესდა - 44.9%-ის აზრით. გამოკითხულთა 59%-ის აზრით შინმოვლის სერვისები ძალიან სსარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით, რადგან ღებულობენ კვალიფიციურ სერვისებს, რომლის გადახდის საშუალება მათ არასდროს ექნებოდათ. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 38.9%-ის მიხედვით, გაწეული სერვისების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ თავიანთი სამსახური ან დაეწყოთ ახალი. 51.9%-ის აზრით, შინმოვლის სერვისების წყალობით ოჯახის წევრებს საკმაოდ დრო რჩებათ მეორე მშობლისთვისაც. 84.1%-მა ხაზი გაუსვა, რომ შინმოვლის სერვისების პაკეტი უნდა შეიცვალოს და უნდა გახდეს ბენეფიციართა საჭიროებების შესაბამისი.

ცხრილი 10: ჰიგიენურ სამუალებებზე ყოველთვიური ხარჯი და ხელმისაწვდომობა

რესპოდენტები	მამაკაცი 146 (51.6%)	ქალი 137 (48.4%)	სულ 283
ჰიგიენურ სამუალებებზე ყოველთვიური ხარჯი			
0 ლარი			
1-20 ლარი			
21-30 ლარი	30 (20.5%)	43 (31.4%)	73 (25.8%)
31-50 ლარი	28 (19.2%)	32 (23.4%)	60 (21.2%)
51-70 ლარი	56 (38.4%)	43 (31.4%)	99 (35%)
71-90 ლარი	32 (21.9%)	19 (13.9%)	51 (18%)
90 ლარზე მეტი			
ჰიგიენურ სამუალებებზე ხელმისაწვდომობა			
სრულად შევიძინე საჭიროების მიხედვით	87 (59.6%)	71 (51.8%)	158 (55.8%)
ნაწილობრივ შევიძინე	57 (39.0%)	65 (47.4%)	122 (43.1%)
საერთოდ ვერ შევიძინე	2 (1.4%)	1 (0.7%)	3 (1.1%)

ცხრილი 11: შინმავლის სერვისების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობა, სოციალური ინტეგრაცია, მისი ფინანსური სარგებლიანობა

რესპოდენტები	მამაკაცი 146 (51.6%)	ქალი 137(48.4%)	სულ 283
შინმავლის სერვისების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობა			
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა	27 (18.5%)	37 (27%)	64 (22.6%)
საშუალოდ გაუმჯობესდა	56 (38.4%)	86 (62.8%)	142 (50.2%)
საერთოდ არ გაუმჯობესებულა	6 (4.1%)	8 (5.8%)	14 (4.9%)
შინმავლის სერვისების შედეგად სოციალური ინტეგრაცია			
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა	20 (13.7%)	25 (18.2%)	45 (15.9%)
საშუალოდ გაუმჯობესდა	52 (35.6%)	75 (54.7%)	127 (44.9%)
საერთოდ არ გაუმჯობესებულა	11 (7.5%)	16 (11.7%)	27 (9.5%)
შინმავლის სერვისები რამდენად სასარგებლოა ფინანსური თვალსაზრისით			
ვღებულობ კვალიფიციურ შინმავლის სერვისებს, რისი გადახდის სამუალება არასდროს მექნებოდა	78 (53.4%)	89 (65 %)	167 (59 %)
გაწეული სერვისების გამო, ოჯახის წევრებმა შეძლეს შეენარჩუნებინათ სამსახური ან დაეწყათ ახალი	46 (31.5 %)	64 (46.7%)	110 (38.9%)
შინმავლის სერვისების წყალობით ოჯახის წევრებს საკმაოდ რჩებათ მეორე მშობლისთვისაც	64 (43.8%)	83 (60.6%)	147 (51.9%)
სერვისების პაკეტი უნდა შეიცვალოს საჭიროებებიდან გამომდინარე	120 (82.2%)	118 (86.1%)	238 (84.1%)

ინტერპრეტაცია-დისკუსია

ხანდაზმულთა შინმავლის სერვისების განვითარებისათვის მნიშვნელოვანია ზრუნვის საჭიროებების გააზრება. საქართველოში შინმავლის სერვისებს უმთავრესად არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ საზღვარგარეთის ქვეყნების ფინანსური და ინტელექტუალური მხარდაჭერით. შინმავლის სერვისების დაფინანსების წყაროებში ძალიან მცირე წილი უკავია სახელმწიფო დაფინანსებას, ასევე მაღალია ჯიბიდან გადახდების წილი.

აღნიშნული განაპირობებს ბევრ სირთულეებს, და განსაკუთრებით შინმოვლის სერვისებზე დაბალ ხელმისაწვდომობას.

კვლევის მიხედვით, დაბალია მედიკამენტებზე და ჰიგიენურ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა. ბენეფიციართა 49.1%-ს მედიკამენტზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი, ხოლო 2.8% საერთოდ ვერ შეიძინა დანიშნული მედიკამენტები. მიუხედავად იმისა, რომ კარიტასი ბენეფიციარებს აწვდის ჰიგიენურ საშუალებებს, გამოკითხულთა 43.1%-მა აღნიშნა, რომ საჭიროების მიუხედავად ჰიგიენურ საშუალებებზე ნაწილობრივ მიუწვდება ხელი. დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობის უმთავრესი მიზეზებია რესპოდენტთა ოჯახის წევრების დასაქმების დაბალი დონე და დაბალი შემოსავლები. გამოკითხულთა უმეტესი ნაწილის ოჯახში მხოლოდ ერთი წევრია დასაქმებული (35.7%), ხოლო არავინაა დასაქმებული 32.2%-ში. გამოკითხულთა ოჯახების 32.2 %-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 300 ლარზე ნაკლებია, მაშინ როდესაც გამოკითხულთა 7.1%-ის მედიკამენტებზე ყოველთვიური დანახარჯები 300 ლარს აღემატება. კატასტროფულ დანახარჯებს კიდევ უფრო ამძიმებს ბენეფიციართა ჰიგიენურ საშუალებებზე, აგრეთვე ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტისათვის დანახარჯები.

კვლევა გვიჩვენებს, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდებათ დახმარება (50.5%), ხოლო გარკვეული ნაწილი საერთოდ მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებენ ხანგრძლივ მოვლას (8.5%). რესპოდენტები სარგებლობენ როგორც სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით, ასევე კერძო, არამომგებიანი ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული სერვისებით. კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (73.1%) უფრო ხშირად სარგებლობს არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით (სარგებლობს გამოკითხულთა 26.9%). თუმცა, ხანდაზმული ადამიანები, რომლებიც საჭიროებენ ზრუნვას უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათ ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე. იგი ეხება მოვლის როგორც რთულ ასევე შედარებით იოლ სერვისებს, როგორც ყოველდღიური საქმიანობის შესასრულებლად საჭირო დახმარებას, ასევე ისეთი პირის დახმარებას, რომელიც მიჯაჭვულია საწოლზე და საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას. კვლევამ აჩვენა, რომ ბენეფიციართა უმრავლესობა (61.5%) შინმოვლის სერვისების გაწევისას როდესაც ეს შესაძლებელია უპირატესობას ანიჭებენ საკუთარი ოჯახის წევრების, ან ნათესავების მიერ გაწეულ ზრუნვას თავიანთ სახლში (შედარებისათვის, სპეციალისტებს მხოლოდ 38.5% ანიჭებს უპირატესობას). ასევე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს შინ მოვლას (84.1%), ვიდრე ინსტიტუციურ (სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას (15.9%). ამასთან რაც უფრო იზრდება ზრუნვის სირთულე, მით მეტად ურჩევნიათ მოხუცთა თავშესაფრებში ან სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში მომსახურების გაწევა. ამის მიზეზია ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამძიმების დროს შინმოვლის სერვისების სიმცირე და არაეფექტურობა.

კვლევების მიხედვით, ქალები უფრო მეტად საჭიროებენ ზრუნვას (55.5%) ვიდრე კაცები (45.9%), რაც ადასტურებს რომ ქალებს უფრო მეტად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ვიდრე იმავე ასაკის მამაკაცებს. ეს შედეგი სხვა კვლევებით მიღებული შედეგების ანალოგიურია (Sigurdardottir, 2011; Laisson K, Thorslund M. 2006). კაცები (52.1%) მეტ დახმარებას საჭიროებენ ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობებში, ვიდრე ქალები (47.4%), რაც მიუთითებს, რომ ისინი დამოკიდებულნი არიან მათ მეუღლეებზე, რომლებიც უმეტესწილად ახორციელებენ შინმოვლის სერვისებს. კაცების მეტი ნაწილი (58.9%) დაქორწინებულია და ცხოვრობენ თავიანთ მეუღლეებთან. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ისინი გაწეულ დახმარებას თვლიან, როგორც ოჯახურ მოვალეობას და არ მიიჩნევენ მას როგორც დახმარებას.

მარტოხელებიდან ყოველდღიურ საქმიანობაში დახმარება ესაჭიროება 58% მამაკაცებს და 42% ქალებს, რაც მიგვანიშნებს, რომ როდესაც მეუღლე გარდაცვლილია, ასეთი სახის დახმარების საჭიროება იზრდება მამაკაცებში. როგორც ჩანს, ქალები უფრო მეტად ზრუნვას ღებულობენ თავიანთი შვილებისაგან, ვიდრე მამაკაცები, ხოლო მამაკაცები, თავის მხრივ, უფრო ხშირად დამოკიდებულნი არიან მათი მეუღლის ზრუნვაზე. ასევე, ქალიშვილები უფრო მნიშვნელოვანია ხანდაზმულთათვის, ვიდრე ვაჟები. ბენეფიციარები რომლებიც ცხოვრობენ არა მეუღლესთან, არამედ სხვა პირებთან (უმთავრესად შვილებთან) ერთად და გააჩნიათ ყოველდღიური ცხოვრების საქმიანობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ასევე უპირატესობას ანიჭებენ ზრუნვის დაწესებულებებს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ხანდაზმულ ადამიანებს არ სურთ მათ ოჯახებს აკვიდონ ზრუნვის იმაზე მეტი ტვირთი, რასაც ისინი აკეთებენ.

რადგანაც ახლობლები წარმოადგენენ ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისების ძირითად მიმწოდებლებს საკუთარ სახლებში, მნიშვნელოვანია, მათთვის შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის მიცემა, განსაკუთრებით, როდესაც იზრდება ზრუნვაზე პასუხისმგებლობა. ზოგ ქვეყნებში (მაგ., შვედეთში) ოჯახის წევრების მიერ გაწეულ ზრუნვაზე კანონმდებლობით გამოყოფილია სპეციალური მიზნობრივი გრანტები, რომლებსაც გასცემს მთავრობა ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე. იგი მიმართულია ზრუნვის არაფორმალური მიმწოდებლების სტიმულირებისა და განვითარების მხარდასაჭერად (Jegermalm 2009; SALAR, 2009).

ოჯახის მიერ გაწეული ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისები ფართოდაა გავრცელებული საქართველოში. სასურველია ისინი ჩართული იყვნენ არასამთავრობო ფონდების სერვისებში და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციები, ასევე სახელმწიფო უნდა ითვალისწინებდეს ოჯახის მიერ გაწეულ სერვისებს. სასურველია, როგორც არასამთავრობო ფონდებმა, ისე სახელმწიფომ შეიმუშავოს გეგმა ოჯახის მიერ გაწეული სერვისების მხარდასაჭერად. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმოვლის ფორმალურ სერვისებში აამაღლებს ხანდაზმულთა ზრუნვის მოტივაციას. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს, რადგან ზრუნვის საჭიროების ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას ღებულობს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან და წარმოადგენენ ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერებს. საკუთარ სახლში მცხოვრებთა მიმართ გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დახმარებას გაუწევენ როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.

დასკვნა, რეკომენდაციები

ხანდაზმულთა შინმოვლის სერვისებს უმთავრესად არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ, შედეგად, დაბალია სახელმწიფო დაფინანსების წილი და მაღალია პაციენტების მიერ ჯიბიდან გადახდების წილი. აღნიშნული განაპირობებს შინმოვლის სერვისებზე (განსაკუთრებით მედიკამენტებზე. ექიმი-სპეციალისტის ვიზიტებზე და ჰიგიენურ საშუალებებზე) დაბალ ხელმისაწვდომობას და არაიშვიათად კატასტროფულ დანახარჯებს. აქედან გამომდინარე, ხანდაზმული ადამიანების საჭიროებები ძირითადად ოჯახის ტვირთია. ეს განსაკუთრებით ეხება იმ ბენეფიციარებს, რომლებიც საჭიროებენ ცხოვრების ყოველდღიურ საქმიანობებს.

ხანდაზმული ადამიანები უფრო ხშირად სარგებლობენ არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული შინ მოვლის სერვისებით, ვიდრე სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით. თუმცა, პირები ვისაც სჭირდებათ ზრუნვის საკმაო მოცულობის და სირთულის სერვისები უპირატესობას ანიჭებენ სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ზრუნვას. ხანდაზმული ადამიანები უფრო მეტად დამოკიდებული არიან მათ ახლობლების მიერ გაწეულ დახმარებაზე და უპირატესობას ანიჭებენ მათ მიერ გაწეულ ზრუნვას საკუთარ სახლში, ვიდრე ინსტიტუციურ

(სპეციალიზებულ კლინიკაში) ზრუნვას. მარტოხელა ბენეფიციარებში ქალები უფრო მეტად ზრუნვას ღებულობენ თავიანთი შვილებისაგან, ვიდრე მამაკაცები, ხოლო მამაკაცები, თავის მხრივ, უფრო ხშირად დამოკიდებულნი არიან მათი მეუღლის ზრუნვაზე. ოჯახებს დიდი წვლილი შეაქვთ ხანდაზმულთა დასახმარებლად და მხარდასაჭერად. საჭიროების შემთხვევაში ისინი წარმოადგენენ ზრუნვის მთავარ პროვაიდერებს. ეს ფაქტი უნდა იყოს აღიარებული და გათვალისწინებული ხანდაზმულთა პოლიტიკის შემუშავებისას.

ოჯახები წარმოადგენენ ხანდაზმულთა ზრუნვის სერვისების ძირითად მიმწოდებლებს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, მათთვის შესაფერისი ფორმალური მხარდაჭერის მიცემა. სასურველია ისინი ჩართული იყვნენ არასამთავრობო ფონდების სერვისებში და სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში. მიზანშეწონილია, როგორც არასამთავრობო ფონდებმა, ისე სახელმწიფომ შეიმუშავოს გეგმა ოჯახის მიერ გაწეული სერვისების მხარდასაჭერად. ოჯახის, როგორც არაფორმალური მიმწოდებლის კომპონენტის ჩართვა შინმომვლის ფორმალურ სერვისებში აამაღლებს ხანდაზმულთა ზრუნვის მოტივაციას. ეს ეხება როგორც მამაკაცებს, ასევე ქალებს, რადგან ზრუნვის საჭიროების ბენეფიციართა უმრავლესობა დახმარებას ღებულობს მათი მეუღლეებისა და შვილებისაგან და წარმოადგენენ ზრუნვის მნიშვნელოვან არაფორმალურ პროვაიდერებს. საკუთარ სახლში მცხოვრებთა მიმართ გაწეული მოვლის სერვისები საგრძნობ დახმარებას გაუწევენ როგორც ხანდაზმულებს, ასევე მათ ოჯახებს და რაც მთავარია, შეამცირებს ინსტიტუციონალურ მომსახურებაზე მოთხოვნას.

ბიბლიოგრაფია

- დკსჯეც, 2013. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი. 2013
- თბილისის მერია, 2012. ქალაქ თბილისის საკრებულოს გადაწყვეტილება №15-49 ქ. თბილისის 2013 წლის ბიუჯეტის დამტკიცების შესახებ. 15.12. 2012.
- ზრუნვის პლატფორმა, 2013. ზრუნვის სისტემის განვითარების კონცეფცია.
- შინმომვლის კოალიცია, 2010 - შინმომვლის კონცეფცია.
- Jegermalm M, Jeppsson Grassman E. Patterns of informal help and caregiving in Sweden: a thirteen-year perspective. *Social Policy and Administration* 2009;43:681–701.
- Larsson K, Thorslund M. Chapter 8: old people's health. *Scand J Public Health* 2006.
- OECD Health Statistics 2013. World Bank for non-OECD countries
- Elderly Care in Sweden, 2014 <http://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>
- Sigurdardottir S, Sundstrom G, Malmberg B, Bravell M. E. *Needs and care of older people living at home in Iceland*. *Scand J Public Health*. October 2011.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Developments in elderly policy in Sweden*. Stockholm: SALAR; 2009. WHO, 2014. <http://www.who.int/countries/swe/en/>
- World Health Organisation. Regional Office for, 2005 – *Der Europäische Gesundheitsbericht*
- World Health Organization, 2012, Sweden. Statistics. <http://www.who.int/countries/swe/en/>

პენიტენციური სისტემის პირველადი ჯანდაცვის რეფორმების შედეგები

ქეთევან ომანაძე, თენგიზ ვერულავა

აბსტრაქტი

შესავალი: პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს სამოქალაქო სექტორში არსებულ პირველად ჯანდაცვასთან მაქსიმალურად იდენტური მოდელის დანერგვა, რომელიც ეფუძნება პატიმართა რეალურ საჭიროებებს. წარმოდგენილი კვლევის მიზანს წარმოადგენს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის დანერგვიდან დღემდე განხორციელებული ცვლილებებისა და მათი შედეგების დადგენა. **მეთოდოლოგია:** კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს, რომელიც გულისხმობდა პენიტენციურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების, ამ სფეროს ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუ. **შედეგები:** პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ახალი ორგანიზაციული ფორმა - პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, ჩამოყალიბდა პირველადი ჯანდაცვის გუნდი. გადამზადდა სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი, სამედიცინო პუნქტები გარემონტდა და აღიჭურვა საბაზისო სამედიცინო ინვენტარით. გატარებული რეფორმების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა, რაც დადებითად ასახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები. **დისკუსია, დასკვნა:** მიღწეული დადებითი შედეგები საჭიროებს შემდგომ განვითარებას. მიზანშეწონილია სამედიცინო პერსონალის სათანადოდ მომზადების მასშტაბის გაზრდა, ტრენინგის თემატიკის პრიორიტეტების განსაზღვრა საჭიროებათა შეფასების შედეგების შესაბამისად, პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების სტანდარტების, ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა, სისტემის გამჭვირვალობის, მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა

Results of Reforms in Penitentiary Health Care System

Tengiz Verulava, Ketevan Omanadze

Abstract

Background: Prison health care reform with the main purpose of the civil sector with the introduction of the identical model, which is founded on the real necessity of prisoner's everyday life. The reason of investigation is to look out the facts which are found from the beginning up today. **Methodology:** The study included a qualitative component, which meant the prison health related issues, the views of experts in the field of identification. Qualitative focus group discussions and in-depth interviews were conducted within the component. **Result:** Prison health care reform has been introduced as a result of the new organizational form of delivery of primary health care services primary health care center, formed by the primary care team. Trained medical personnel important part, medical facilities, renovated and equipped with basic medical facilities. Access to medical services has increased as a result of the reform carried out, which reflected positively on the health condition of prisoners, in particular, significantly reduced mortality rates of different diseases. **Discussion, Conclusion:** The positive results achieved needs further development. It is recommended to increase the scale of the medical staff in the proper preparation, training needs assessment to determine the result of the thematic priorities. Health care services, standards, quality assurance instrument

development and implementation of a system of transparency, raise awareness about of the rising reforms.

Keywords: Prison Health Care, Georgia,

შესავალი

2007-2008 წლებში საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში განხორციელდა ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევა. შესწავლილ იქნა დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და მსჯავრდებულთა მდგომარეობის მაჩვენებლები, ჯანმრთელობის (ფიზიკური და ფსიქიური მდგომარეობა) სტატუსი, ავადობის მაჩვენებლები, მომსახურების უტილიზაცია, ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები. ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა პენიტენციალური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საჭიროების ძირითადი მიზეზები: პატიმართა არადაამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები და მასიური გადატვირთულობა, გამიჯვნა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან; პატიმართა და სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი; პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინების ნაცვლად წარსულის ინერციით მუშაობა; სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი და დაბალი კვალიფიკაცია (არ განხორციელებულა სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი სამედიცინო განათლების უზრუნველყოფა, გარდა ფთიზიატრებისა); სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი; ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ეროვნული სტანდარტებისა და სტანდარტული სამოქმედო პროცედურების არარსებობა. წლების განმავლობაში არ ტარდებოდა სავალდებულო სკრინინგი (გარდა ტუბერკულოზისა). პენიტენციალური სისტემის ჯანდაცვით დაწესებულებებში არ იყო შემოდებული ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათები (გარდა ციხის რესპუბლიკური საავადმყოფოსა — ტუბ/შიდსი). სტომატოლოგიური კაბინეტები და აფთიაქები ფუნქციონირებდა მხოლოდ დაწესებულებათა მცირე ნაწილში. ჯანმრთელობის პრობლემებს შორის ყველაზე გავრცელებული იყო ფსიქიკური, სტომატოლოგიური და ინფექციური დაავადებები.

ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის საფუძველზე შემოთავაზებულ იქნა რეკომენდაციები, რაც უმთავრესად გულისხმობდა სამოქალაქო და პენიტენციური ჯანდაცვითი სისტემების ინტეგრირებასა და ჰარმონიზირებას ჯანდაცვის სისტემისათვის დადგენილ მოთხოვნებთან, მეტი აქცენტის გაკეთებას მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური გაიდლაინების განვითარებაზე, დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებების გაფართოებაზე, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მომზადების ხელშეწყობაზე, სამედიცინო აღჭურვილობა-მოწყობილობების სრულყოფაზე.

პენიტენციალურ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულმა პრობლემებმა ადეკვატური ასახვა ჰპოვა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რაც უმთავრესად მოკვდაობის გაზრდით, გარდაცვალების ძირითად მიზეზთა სტრუქტურით, ასევე, დაავადებიაობისა და ავადობის მომატებით გამოიხატა.

ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის შედეგების საფუძველზე სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ მიიღო გადაწყვეტილება, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით განხორციელებინა პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროექტი სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავდა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებების მართვისა და ცხოვრების ხანსაღი წესის დამკვიდრების მიზნით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიების განვითარებას.

რეფორმის უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) ეფექტურ მეთოდზე დაფუძნებული სერვისების დაწერვა, რომელიც მიზანმიმართული იქნებოდა პატიმართა რეალური საჭიროებებზე. შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის პილოტირების პროექტი სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში (შარაშიძე ლევან, 2012)

წარმოდგენილი კვლევის მიზანს წარმოადგენს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის დანერგვიდან დღემდე განხორციელებული ცვლილებებისა და მათი შედეგების შეფასება.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საერთაშორისო რეკომენდაციები

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა დაცულია სხვადასხვა საერთაშორისო სტანდარტით. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ 1966 წლის 16 დეკემბერს მიღებული „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი“, რომელიც ძალაში შევიდა 1976 წლის 3 იანვრიდან (ალექსიძე ლევან 2005). 1994 წლის 25 იანვრის დადგენილებით საქართველოს პარლამენტმა მოახდინა ამ პაქტის რატიფიცირება. პაქტის მე-12 მუხლის 1 პუნქტის მიხედვით სახელმწიფო აღიარებს „ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტებზე“ (მაცნე 2000). აღნიშნული სტანდარტი, ყველა სხვა ადამიანებთან ერთად, ასევე ეხება ბრალდებულებს/მსჯავრდებულებს, რაც ნიშნავს, რომ ბრალდებულებს /მსჯავრდებულებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც არ უნდა იყოს ქვეყანაში სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორში არსებულ სტანდარტზე უარესი (სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება 2014). აღნიშნული პრინციპები გამყარებულია ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის R(98) 7 რეკომენდაციით „წვერი სახელმწიფოებისადმი ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და საორგანიზაციო ასპექტების შესახებ“ (Council of Europe. Committee of Ministers 2006). ევროსაბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის მესამე ძირითად ანგარიშში კომიტეტის აქტივობებს შესახებ ფორმულირებულია ძირითადი პრინციპები, რომელსაც ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს (Council of Europe 1993):

- ბრალდებულს/მსჯავრდებულს ხელი უნდა მიუწვდებოდეს სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც უპირველესად გულისხმობს ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის უფლებას. დაწესებულებაში მოხვედრისთანავე მას ექიმმა უნდა გაუწიოს სამედიცინო მეთვალყურეობა, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ჩაუტაროს გამოკვლევები. სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, როგორც ფინანსური, ასევე ორგანიზაციული თვალსაზრისით პასუხისმგებლობას იღებს სახელმწიფო.
- ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უნდა გაეწიოს სათანადო სამედიცინო დახმარება. სამედიცინო სამსახური უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების ისეთივე სტანდარტს, როგორც ხელმისაწვდომია სამოქალაქო ჯანდაცვაში. სამედიცინო სამსახური უნდა აკმაყოფილებდეს ქვეყანაში არსებულ სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიატრიული მომსახურების მიწოდებას, რადგან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ფსიქიკური აშლილობების რისკი მკვეთრად მეტია.
- დაცული უნდა იყოს პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების და სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვის პრინციპები (არასრულწლოვნებთან დაკავშირებით მოქმედებს საერთაშორისო და ადგილობრივი კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმები). პაციენტს უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია სამედიცინო კვლევების, მკურნალობის, მისი პროგნოზის შესახებ. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს აქვს უფლება მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია განიხილოს ნათესავებთან ან სხვა ექიმთან დაწესებულების გარეთ. ბრალდებულს/მსჯავრდებულს აქვს უფლება უარი განაცხადოს მკურნალობაზე.
- პრევენციული ზომების გატარება – დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის ფუნქცია არ შემოიფარგლება მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობით, არამედ მოიცავს მათ ფსიქო-სოციალურ დახმარებას და პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენის, გადამდები

დაავადებების, სუიციდის პრევენციის, ძალადობის აღკვეთის საკითხებს, ასევე, სოციალური და ნათესაური კავშირების შენარჩუნების ხელშეწყობას.

- ჰუმანიტარული თანადგომა – ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა შორის უნდა იყოს იდენტიფიცირებული მოწყვლადი კატეგორიები, რომელთაც განსაკუთრებული მხარდაჭერა ესაჭიროებათ. ყურადღება უნდა გამახვილდეს დედათა და ბავშვთა საკითხზე, არასრულწლოვან ბრალდებულებზე/მსჯავრდებულებზე და მათზე, ვისაც პიროვნული აშლილობები აღენიშნებათ.
- პროფესიული დამოუკიდებლობა – სამედიცინო პერსონალის მოვალეობა, რომ პაციმარს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, ხშირად წინააღმდეგობაში მოდის დაწესებულების ადმინისტრაციისა და უსაფრთხოების სამსახურის ინტერესებთან. ეს ფაქტორი ხშირად იწვევს ეთიკურ პრობლემებს და სამედიცინო პერსონალს რთული არჩევანის წინაშე აყენებს. ამის თავიდან ასაცილებლად, საჭიროა დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფა. ნებისმიერ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი საკუთარი ფუნქციების განხორციელებისას უნდა ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით.
- პროფესიული კომპეტენცია – დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი დამატებით უნდა იყოს აღჭურვილი სათანადო ცოდნით და უნარებით, რათა მოახდინოს სამედიცინო პრაქტიკის ადაპტირება პაციმრობით გამოწვეული რისკ ფაქტორების მიმართ.
- ინტეგრაციის პრინციპი - სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვა უნდა იყოს ინტეგრირებული ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში, ვინაიდან მისი იზოლირება საფრთხეს უქმნის სამედიცინო მომსახურების ექვივალენტურობას, ხარისხს და ხელმისაწვდომობას. (სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება 2014)

„ციხის ევროპული წესების“ მესამე ნაწილში ასევე მოცემულია სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის და ჯანდაცვის უფლების გააზრება (Council of Europe. Committee of Ministers 2006):

- დაწესებულების ხელმძღვანელობამ უნდა დაიცვას მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პაციმრების ჯანმრთელობა;
- დაწესებულებაში სამედიცინო სამსახური უნდა იყოს ორგანიზებული სახელმწიფო ჯანდაცვით ორგანიზაციებთან ახლო თანამშრომლობით;
- პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის პოლიტიკა უნდა იყოს ინტეგრირებული და ეთავსებოდეს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკას;
- პაციმრებს უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სამსახურზე ყოველგვარი არსებული დისკრიმინაციის გარეშე;
- პაციმრებს უნდა გაეწიოს ყველა საჭირო სამედიცინო მომსახურება (მ.შ. ქირურგიული, ფსიქიატრიული და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები);
- ყოველი დაწესებულება უნდა სარგებლობდეს მინიმუმ ერთი კვალიფიცირებული ზოგადი პროფილის ექიმის მომსახურებით;
- გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევებში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს კვალიფიცირებული მედიცინის მუშაკის ხელმისაწვდომობა;
- ყოველ დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ჯანდაცვის სფეროში სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალი;
- ყოველი პაციმრისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კვალიფიცირებული სტომატოლოგისა და ოკულისტის დახმარება;

- მედიცინის მუშაკი ან კვალიფიცირებული მედდა პატიმრებს სამედიცინო მეთვალყურეობას უწევს მათი მიღებიდან შემდგომ დაგვარად უმოკლეს პერიოდში, ხოლო საჭიროებისას უტარებს სამედიცინო გამოკვლევას;
- მედიცინის მუშაკი რეგულარულად უნდა ამოწმებდეს, აგროვებდეს ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე: საკვების და წყლის ხარისხი, დაწესებულების და პატიმრების ჰიგიენა და სისუფთავე, დაწესებულების სანიტარული მდგომარეობა, გათბობა, განათება და ვენტილაცია, პატიმართა ტანსაცმლისა და ქვეშაგების სისუფთავე და ვარგისიანობა;
- ავადმყოფი პატიმრები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალისტის მკურნალობას, გადაყვანილ უნდა იქნან სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან სამოქალაქო საავადმყოფოებში;
- დაწესებულების სამედიცინო სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს ფსიქიატრიული სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შემთხვევაში და ყურადღება მიაქციოს სუიციდის პრევენციას.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ეტაპები

საქართველოს პრეზიდენტის 2005 წლის 9 ივლისის № 549 ბრძანებულების შესაბამისად, რომელიც ითვალისწინებდა ევროგაერთიანების ნორმებთან და სტანდარტებთან მაქსიმალური ინტეგრაციის მოთხოვნას, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა სამინისტროს შორის მიღწეულ იქნა შეთანხმება სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურის რეფორმის გრძელვადიანი და მოკლევადიანი ამოცანების შემუშავების, სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის შესწავლისა და ანალიზის შესახებ. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტს ეთხოვა პროექტის ტექნიკური და საექსპერტო დახმარება, რომლის ხელშეწყობით ორგანიზება გაუკეთდა დიდი ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფოს პენიტენციურ სისტემის ჯანდაცვის ექსპერტთა ჯგუფის მონაწილეობას ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის მოსამზადებელ პერიოდში და კვლევის შედეგების განსახილველად (ვერულავა, რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში 2010).

2006 წელს სახელმწიფოს მიერ წითელი ჯვრის მხარდაჭერით ჩატარებული პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და მსჯავრდებულთა მდგომარეობის მაჩვენებლები, ჯანმრთელობის (ფიზიკური და ფსიქიური მდგომარეობა) სტატუსი, ავადობის მაჩვენებლები, მომსახურების უტილიზაცია, ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები (ვერულავა, რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში 2010).

ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საჭიროების ძირითადი მიზეზები: გამოიჯნა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან, პატიმართა და სამედიცინო პერსონალის დისბალანსი; პაციენტთა საჭიროებების გათვალისწინების ნაცვლად წარსულის ინერციით მუშაობა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი, სამედიცინო კადრების დაბალი კვალიფიკაცია, ჯანდაცვის სტანდარტის არარსებობა (ვერულავა, რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში 2010).

შექმნილმა სიტუაციამ დღის წესრიგში დააყენა პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემის ძირეული ფუნქციური და ინსტიტუციური ცვლილებების განხორციელების საჭიროება და საქართველოს მთავრობამ დაიწყო პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. შემოთავაზებული რეფორმა მიზნად ისახავდა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებების მართვისა და ცხოვრების ხანსაღი წესის დამკვიდრების მიზნით საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის სტრატეგიების განვითარებას (ვერულავა, რეფორმები პენიტენციულ ჯანდაცვის სისტემაში 2010).

2009 წლის ზაფხულში სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ მიიღო გადაწყვეტილება საპილოტე მოდელის ორ დაწესებულებაში რუსთავის 6 და გლდანის 8 დაწესებულებებში პილოტირების შესახებ. ზემოაღნიშნული დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა პატიმართა თავისუფლების რეჟიმითა და დაწესებულებებში პატიმართა დაყოფების ვადებით, შესაბამისად ასეთი შერჩევა ეფუძნებოდა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების, ადამიანური რესურსებზე მოთხოვნისა თუ მენეჯერული საკითხების გადაწყვეტის თავისებურებათა გავლენას პატიმრობისა და სასჯელადსრულების დაწესებულებებს დაწესებულებათა შორის (შარაშიძე ლევან, 2012).

სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ შემუშავებულ პენიტენციური ჯანდაცვის სტრატეგიულ დოკუმენტში გაწერილი იყო ამ მოდელის თანდათანობითი გავრცობა მთელს პენიტენციურ სისტემაში (შარაშიძე ლევან, 2012)

თავისუფლებააღკვეთილი პიროვნებების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით აქტიური თანამშრომლობა მიმდინარეობდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს შორის. 2011 წლის 17 თებერვალს ხელი მოეწერა ურთიერთგაგების მემორანდუმს, რომლის მიზანს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სისტემის პილოტირება პენიტენციურ სისტემაში. სამინისტროებს შორის ნაყოფიერი თანამშრომლობის შედეგად კიდევ უფრო დაიხვეწა პირველადი ჯანდაცვის პროექტის განხორციელების გეგმა.

2011 წლის პირველ ივლისს პილოტური პროგრამა ოფიციალურად დაიწყო სასჯელადსრულების რუსთავის მე-6 და გლდანის მე-8 დაწესებულებებში. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხელშეწყობით განხორციელდა სამედიცინო პერსონალის ორი კოჰორტის გადამზადება ოჯახის ექიმისა (20 ექიმი) და ზოგადი პრაქტიკის ექთნის (19 ექთან) სპეციალობით, მათ სწავლება გაიარეს დამატებით მოდულებშიც (ფსიქიატრია, კარდიოლოგია, ფარმაკოლოგია). განხორციელდა საპილოტე დაწესებულებების სამედიცინო პუნქტების აღჭურვა ქვეყანაში არსებული სტანდარტების შესაბამისად. (ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში 2013). პროგრამა დასრულდა 2012 წლის თებერვალში.

2013 წელს სასჯელადსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ შეფასდა 2011–2013 წლების რეფორმის სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის განხორციელებისას მიღწეული ცვლილებები. სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ თავისი ფუნქციების უკეთ შესრულების, რესურსების ეფექტურად გამოყენების და მართვის გაუმჯობესების მიზნით აუცილებელი გახდა **დეპარტამენტის რეორგანიზაცია** და სათანადო სამმართველოების შექმნა. ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენდა სისტემის **გადატვირთულობა**. კერძოდ, სტრატეგიის შემუშავების მომენტისათვის, N18 სამკურნალო დაწესებულებაში 180 საწოლზე 285 პატიმარი იყო მოთავსებული. ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენდა **სასჯელადსრულების სისტემის ჯანდაცვის დაფინანსების** საკითხი. 2012 წელს დაზუსტებულმა დაფინანსებამ გეგმის მიხედვით შეადგინა 7.187.000 ლარი (მსჯავრდებულზე წელიწადში საშუალოდ 330 ლარი). განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვდა **ადამიანური რესურსები და მათი ანაზღაურება** დაკავშირებული პრობლემები. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ ორ დაწესებულებაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტირებამ ცხადყო, რომ სამედიცინო კადრების ჯეროვანმა შერჩევამ, მათმა გადამზადებამ და განვითარება დადებითი შედეგები განაპირობა დაწესებულებების პოპულაციის ჯანმრთელობის მართვაში. ამ თვალსაზრისით, აუცილებელი გახდა პჯდ ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლება და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში დამოუკიდებლობის (ავტონომიურობის) უზრუნველყოფა. ექიმის ანაზღაურება რეფორმის დაწყების მომენტში

იყო 750ლარი, ხოლო ექთნის 438 ლარი. პრობლემას წარმოადგენდა *ინფრასტრუქტურა*. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში N18 დაწესებულებაში მწყობრიდან იყო გამოსული სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აღჭურვილობა, ხოლო N19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი მოცემული მომენტისთვის ვერავითარ კრიტიკას ვერ უძლებდა. ასევე პრობლემას წარმოადგენდა *სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება*, ბარათები იყო არასტანდარტული და მასში შეტანილი ინფორმაცია არ იყო სარწმუნო. პაციენტის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულების ექიმებსა და სასჯელაღსრულების სამედიცინო პერსონალს შორის ინფორმაციის გაცვლა არასრულყოფილი იყო. არ ხდებოდა კოორდინაცია.

შემუშავდა პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის ახალი, უფრო მოქნილი 18 თვიანი სტრატეგია, რომლის უმთავრეს მიზანს შეადგენდა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის ადექვატური სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, სამოქალაქო ჯანდაცვასთან ექვივალენტური სტანდარტის უზრუნველყოფა. გეგმა მოიცავდა სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის გადაწყობას, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაფართოებას და გაძლიერებას, სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებების შესაძლებლობების განვითარებას, თანამედროვე ფსიქიატრიული სამსახურის შექმნას, განსაკუთრებულ ყურადღებას არასრულწლოვანი და ქალი ბრალდებულების/მსჯავრდებულების მიმართ, ინფექციური დაავადებების ჯეროვან მართვას (აივ/შიდსის მკურნალობის სტანდარტის შენარჩუნებას, ტუბერკულოზის პრევენციისა და მკურნალობის პროცესის გაუმჯობესებას, ჰეპატიტების პრევენციისა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას), სამედიცინო პერსონალისთვის პროფესიული განვითარების შესაძლებლობებს, პაციენტთა უსაფრთხოების სტანდარტების შემოტანას, ჯანმრთელობის მიმდებარეობის გამო სასჯელისგან გათავისუფლების მექანიზმის ეფექტურ მუშაობას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებში ინტეგრაციას და სასჯელის მოხდის პერიოდში სამედიცინო პერსონალის თანამშრომლობის გაუმჯობესებას მულტიდისციპლინურ გუნდთან (სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია და მისი განხორციელება 2014)

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მართვა

2000–2006 წლებში პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისები იყო იუსტიციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის პასუხისმგებლობის ქვეშ და დამოუკიდებელი იყო სასჯელაღსრულების დეპარტამენტისგან. 2007 წლის ოქტომბერში ხელი მოეწერა სამწლიან ხელშეკრულებას სახელმწიფო შესყიდვებზე სასჯელაღსრულების დეპარტამენტსა და კერძო სადაზღვევო კომპანიას „ალდაგი ბი სი აი“-ს შორის, რითაც მოხდა იუსტიციის სამინისტროს პერსონალის კონტრაქტირება აღნიშნული სადაზღვევო კომპანიის მიერ. 2008 წელს იუსტიციის სამინისტროს რეორგანიზაციის შემდეგ გაუქმდა რეფორმების მონიტორინგისა და სამედიცინო ზედამხედველობის დეპარტამენტი, ამგვარად, იუსტიციის სამინისტროში გაქრა ჯანდაცვის მართვის უკანასკნელი რგოლი. 2009 წელს ხელშეკრულება სადაზღვევო კომპანიასთან შეფასდა როგორც წარუმატებელი და კონტრაქტი ანულირებულ იქნა. ამავე დროს, 2009 წლის თებერვალში, საკონსტიტუციო ცვლილებებზე ხანგრძლივი დებატების შემდეგ, შეიქმნა სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო პენიტენციურ დაწესებულებებზე სრული პასუხისმგებლობით. სამინისტროს შექმნიდან 6 თვეში ჩამოყალიბდა სამედიცინო დეპარტამენტი. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმები

პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა სამოქალაქო სექტორში არსებულ პირველად ჯანდაცვასთან მაქსიმალურად იდენტური მოდელის დანერგვა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად შემუშავდა პირველადი ჯანდაცვის პილოტრების პროექტი, რომელიც უნდა განხორციელებულიყო საპილოტე

მოდელის ორ დაწესებულებაში. რეფორმის შემდგომ ეტაპებზე დაგეგმილი იყო მოდელის თანდათანობითი გავრცობა მთელს პენიტენციურ სისტემაში.

პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია პირველად ჯანდაცვას განიხილავს, როგორც უმნიშვნელოვანეს რგოლს, სადაც დროული და ეფექტური ჩარევის შედეგად, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესების საშუალებით, შესაძლებელია ეკონომიკური ეფექტურობის გაზრდა. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

პირველადი ჯანდაცვის პილოტირების პროექტის მიზნებს წარმოადგენდა:

1. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდა პატიმართათვის;
2. სკრინინგის სისტემის დანერგვა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, დაავადებათა დროული გამოვლენის მიზნით;
3. გამოვლენილი შემთხვევების რეგისტრაცია და ადექვატური მკურნალობის მიწოდება (მტკიცებულებებითი მედიცინის საფუძველზე/საჭიროებებზე დაყრდნობით);
4. სახელმწიფოს მიერ აკრედიტებული საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამით სამედიცინო პერსონალის გადამზადება;
5. უწყვეტი სამედიცინო განათლება—მოდულარული სასწავლო სესიები;
6. პჯდ ცენტრების უზრუნველყოფა პირველი რიგის (საბაზისო) მედიკამენტებით;
7. სტომატოლოგიური, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ინფექციური დაავადებების კონტროლის გაზრდა.
8. უნიფიცირებული საინფორმაციო სისტემების დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტანდარტების შესაბამისად (ICD10 და ICPC2). (შარაშიძე ლევან, და სხვ. 2012)

პროექტის პილოტირება ითვალისწინებდა პენიტენციურ სისტემაში ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფას პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნის შესაბამისად. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების ორგანიზაციულ ფორმად განისაზღვრა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი (ვერულავა, 2010. 2). გუნდის შემადგენლობა განისაზღვრა 1 ექიმი/1 ექთანი. გუნდის მოცვის არეალი შეადგენდა დაახლოებით 200-400 პატიმარს. გუნდების განაწილება ეყრდნობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმართა არსებულ რაოდენობას. გუნდი მუშაობს მხოლოდ დღის საათებში, დამით რეკომენდირებულია მხოლოდ ექთნების მორიგეობა. აუცილებელია გუნდზე მიმდგრებული ყველა პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა, ხოლო ქრონიკული პატიმრის მონახულება პროაქტიურად, ასევე სამედიცინო დოკუმენტების წარმოება ჯანდაცვის ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად.

განისაზღვრა პჯდ გუნდის მოვალეობები: ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება, პრაქტიკულად ჯანმრთელ პოპულაციაზე მეთვალყურეობა, რისკ-ჯგუფების გამოვლენა (სკრინინგი სხვადასხვა დაავადებების გამოსავლენად), მწვავე და ქრონიკული მდგომარეობების მართვა, ქრონიკული დაავადებების გართულებების მართვა, სანიტარული განათლება, სხვადასხვა პრევენციულ ღონისძიებათა (კლინიკების) ორგანიზება, საჭიროების შემთხვევაში მიმართვა სპეციალისტთან.

სამედიცინო მომსახურება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ითხოვს სისტემურ მიდგომას, სამსახურის სტრუქტურისა და საჭიროების შესაბამისად დაკომპლექტებას. ამ მიზნით დადგინდა პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურის რუქა. პილოტირებაში ჩართო საერთო პენიტენციური პოპულაციის (რომელიც შეადგენდა 23695-ს) 14 % (3800 პირი), ასევე სამტატო განროგით არსებული სამედიცინო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 449-ს) 87 %, მოქმედი საექიმო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 255-ს) 86 % (ანუ 219 ექიმი), მოქმედი საექთნო პერსონალის (რომელიც შეადგენდა 232-ს) - 82 % (ანუ 190 ექთანი). (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული გადამზადება

საპილოტე პროგრამის დასაწყისისთვის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ექთნის ჩართულობა მინიმალურს წარმოადგენდა. ექთნის ძირითად დანიშნულებას წარმოადგენდა მედიკამენტების დახარისხება-დარიგება (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

როგორც ავღნიშნეთ, პილოტური პროექტი მიზნად ისახავდა პენიტენციურ სისტემაში ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფას პირველადი ჯანდაცვის წესებისა და მოთხოვნების შესაბამისად. იგი ითვალისწინებდა პროექტში მონაწილე სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას, მათ უზრუნველყოფას ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებითა და პროტოკოლით. ამ მიზნის განსახორციელებლად, 2010–2011 წლებში, პირველადი ჯანდაცვის პილოტერების ფარგლებში, ევროკავშირის მხარდაჭერით, დიპლომის შემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს მიერ დამტკიცებული ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების პროფესიული მზადების პროგრამების შესაბამისად, თავდაპირველად გადამზადდა პენიტენციური სისტემის 8 ექიმი და ექთანნი. კურსის დასრულების შემდეგ, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფარგლებში ჩატარდა მოკლევადიანი ტრენინგები: კარდიოლოგიაში, ფსიქიატრიაში, კლინიკურ ფარმაცოლოგიაში, როგორც ექიმებისათვის, ასევე ექთნებისთვის. ტრენინგები ჩატარდა, აგრეთვე, ექიმებისთვის დაავადებათა და ჯანმრთელობის პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკატორების (ICD-10 და ICPC-2-R) გამოყენების უნარ-ჩვევებში. ამავე დროს, შეიქმნა მონიტორინგისა და შეფასების მულტიდისციპლინარული გუნდი, გადამზადებულ სამედიცინო პერსონალთან მუშაობის, პროგრესირების და ცვლილებების შეფასების მიზნით (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

რეფორმის შედეგად პენიტენციურ პირველად ჯანდაცვაში ჩართულ ყველა ექიმს აქვს სერტიფიკატი საოჯახო მედიცინაში და ყველა ექთანი გადამზადებულია ზოგადი პრაქტიკის ექთნად სახელმწიფოს დიპლომისშემდგომი და უწყვეტი სამედიცინო განათლების საბჭოს მიერ აკრედიტებული გადამზადებული სასწავლო პროგრამის მიხედვით (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

პირველადი ჯანდაცვის გუნდების აღჭურვა სათანადო ინვენტარით

ევროსაბჭოსა და წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფინანსური მხარდაჭერით თავდაპირველად ორი სასჯელაღსრულების დაწესებულება გლდანის N6 და რუსთავის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულების პჯდ გუნდები აღჭურვა სტანდარტული სამედიცინო და არსამედიცინო ინვენტარით, ქვეყანაში დამტკიცებული სტანდარტების სიის მიხედვით. ტექნიკური აღჭურვილობიდან აღსანიშნავია გლუკომეტრები, ეკგ, სამედიცინო სასწორი, სიმაღლის მზომი, ტონომეტრი, ოტოსკოპი, ოფთალმოსკოპი, პიკფლოუმეტრი, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა ნაადრევი გამოვლენის, დიაგნოსტიკისა და მართვის საქმეში ისეთი გავრცელებული დაავადებისთვის, როგორცაა გულის იშემიური დაავადება (გიდ), არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, ბრონქული ასთმა, მეტაბოლური სინდრომი, სიმსუქნე და სხვა. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარებისა და სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით პილოტი ითვალისწინებდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გამოყენებას. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის ფინანსური მხარდაჭერით, ასევე, მოხდა პჯდ გუნდების უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით. აღნიშნული გაიდლაინები უზრუნველყოფს ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ გადაწყვეტილებებს,

ხარჯთეფექტურ მკურნალობას, აწესრიგებს მიმართვიანობას უზრუნველყოფს ზედმეტი გამოკვლევებისა და არარაციონალური მკურნალობის თავიდან აცილებას.

წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით პჯდ გუნდები მომარაგდა პაციენტთა სამახსოვროებით პატიმრებში გავრცელებული სამედიცინო პრობლემების შესახებ, რაც სამედიცინო განათლების კომპონენტში ამცირებს ექიმისა და ექთნის საქმეს, ზოგავს დროს და მოტივირებს უკეთეს პაციენტს, საკუთარი ჯანმრთელობის ზრუნვის საქმეში. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

სამედიცინო დოკუმენტაციის მოწესრიგება

რეფორმამდე პენიტენციურ სისტემაში არსებული სამედიცინო დოკუმენტაცია არ შეესაბამებოდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დოკუმენტაციას: პაციენტთა ბარათები გამსხვავდებოდა სამოქალაქო სექტორში არსებული ინდივიდუალური ბარათებისგან. ექიმები აწარმოებდნენ ყოველდღიური მიღების ჯურნალს, სადაც განსხვავებით სამოქალაქო სექტორისაგან, ხდებოდა ჩივილებისა და მკურნალობის დეტალური აღწერა, მაგრამ არ ფიქსირდებოდა პაციენტის განმეორებითი ვიზიტის თარიღი. ჩივილებისა და მკურნალობის დეტალური აღწერა ხდებოდა პაციენტთა ინდივიდუალურ ბარათში, რაც იწვევდა ჩანაწერების დუბლირებას და შესაბამისად სამედიცინო პერსონალის უკმაყოფილებას.

2012 წლის 1 იანვრიდან სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ დაინერგა ახალი ფორმის სამედიცინო ბარათები, რომელიც სრულად შეესაბამებოდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს N1-41/ნ ბრძანების „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ შედეგად სამინისტროს მიერ შემუშავებულ და დამტკიცებულ ფორმებს.

პილოტირების საწყის ეტაპზე არ კეთდებოდა ამბულატორიული მიღების ჟურნალებში ყველა გატარებული პაციენტის შესახებ ჩანაწერი, რასაც ექიმები უკავშირებდნენ დროის დეფიციტს. ისინი მხოლოდ მნიშვნელოვანი სამედიცინო ჩარევების შესახებ აკეთებდნენ ჩანაწერს. ექიმებს მიეცათ ყველა მიღებული პაციენტის გატარების შესახებ შესაბამისი რეკომენდაციები, რაც აუცილებელია უტილიზაციის ანალიზისათვის (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

თავდაპირველად, საპილოტე პროგრამის დაწყებისას ექთანი, როგორც გუნდის წევრი, ნაკლებად იყო ჩართული დოკუმენტაციის წარმოების პროცესში, იგი დაკავებული იყო მედიკამენტების დახარისხება-დარიგებით, რის გამოც, საჭირო გახდა თითოეულ გუნდს დამატებოდა ნახევარი განაკვეთის ექთან-ფარმაცევტი, რომელიც მედიკამენტების დახარისხება-დარიგებაზე იქნება პასუხისმგებელი. საპილოტე პროგრამის ამუშავებიდან რამდენიმე ხანში ექთნები აწარმოებდნენ ყოველდღიური საქმიანობის ჟურნალებს, ასევე, მედიკამენტების აღრიცხვის ჟურნალებს (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

თითოეულ პატიმარს, იმის მიუხედავად, პირველად ხვდება სისტემაში თუ განმეორებით, შესვლისთანავე უტარდება სამედიცინო გამოკვლევა (სკრინინგი). ამ სკრინინგისას იხსნება ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათი, რომელიც თან მიჰყვება მას მთელი პატიმრობის მანძილზე. ამ დოკუმენტში ფიქსირდება ყველა სამედიცინო ეპიზოდი და მიმართვა. სამედიცინო ბარათი პატიმრის პერსონალური საქმის შემადგენელი ნაწილი გახდა (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

რეფორმის მიმდინარეობისას სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების მეთოდის დაიხვეწა. თითოეულ ექიმს აქვს მიმაგრებული პაციენტების სია, ქრონიკული პაციენტების ჟურნალი, რაც აადვილებს სამედიცინო სერვისების დაგეგმვის პროცესს და უზრუნველყოფს სერვისების დროულ მიწოდებას. სამედიცინო ბარათები ეხმარება ნათელი მოფინოს მომსახურების მიწოდებისა და მართვის არსებულ პრაქტიკას. ყოველდღიური მიღების ჟურნალებიდან შესაძლებელი გახდა ინფორმაციის მოპოვება მიღებულ პაციენტთა შესახებ,

კერძოდ, მწვავე და ქრონიკული, პირველადი და განმეორებითი ვიზიტების რაოდენობის თაობაზე (შარაშიძე ლევან, და სხვ. 2012).

მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა

პენიტენციურ პირველად ჯანდაცვაში მომსახურების მოდელის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა, რომელიც ითვალისწინებს ერთიანი ელექტრონული საინფორმაციო ბაზის შემუშავებას. მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა აადვილებს მონაცემთა აკუმულირებას, აგრეგაციას, ანგარიშების წარმოებას. საინფორმაციო სისტემების საშუალებით შესაძლებელია ჩატარდეს კლინიკური ინფორმაციის (პაციენტის ისტორია), ავადობისა და დაავადებულობის შესახებ სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მხარდაჭერით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე მოხდა პჯდ გუნდების (ექიმების) გადამზადება დაავადებათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორების ICD-10 და ICPC 2-R-ის გამოყენების უნარ-ჩვევებში. კლასიფიკატორების გამოყენების უნარ-ჩვევების განმტკიცების მიზნით განხორციელდა კონსულტანტი ოჯახის ექიმის ყოველკვირეული ვიზიტები დაწესებულებებში, რამაც გაადვილა დიაგნოზის დასმისას მათი გამოყენება და შემდგომ სტატისტიკური ანალიზი.

უნდა აღინიშნოს, რომ 2011 წლის ივლისისათვის პჯდ საერთაშორისო კლასიფიკატორის ICPC-2R-ის გამოყენება სამოქალაქო სექტორშიც არ იყო საყოველთაოდ დანერგილი, მიუხედავად შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური სამინისტროს (შჯსდ) ბრძანებულებისა, რომლის თანახმადაც მისი დანერგვა 2011 წლის 1 მარტიდან უნდა განხორციელებულიყო (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

სამედიცინო მომსახურება

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, პილოტური პროგრამა დაიწყო რუსთავის N6 და გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. დაწესებულებები ერთმანეთისგან განსხვავდებოდა კონტიგენტის მხრივ, კერძოდ, რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, მუდმივი კონტიგენტი არის გრძელვადიანი სასჯელების მქონე პატიმრები, ხოლო გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ძირითადად წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პატიმრები არიან. აღნიშნულის გამო, გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მაღალი იყო წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირების დენადობა, ასევე მაღალი იყო ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთა რიცხვი, რაც ზრდიდა ექიმთან მიმართვიანობას. რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ჭარბობდა ფსიქო-სოციალური პრობლემები, რის გამოც დაბალი იყო სომატური პრობლემებით ექიმთან მიმართვიანობა. ერთ ექიმთან დღეში გასინჯულ პაციენტთა რაოდენობა შეადგენდა 5–6-ს, მაშინ როდესაც გლდანის N8 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში იგი 15–17-ს აღწევდა. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012).

პილოტირების საწყის ეტაპზე ექიმებს ახალშემოსული პატიმრის გარდა უწევდათ მათზე მიმავრებული ყველა პატიმრის ჯანმრთელობის გამოკვლევა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსება. შესაბამისად, მათი დატვირთვა იყო მაღალი, მაგრამ ყველა პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოკვლევის შემდეგ, სამუშაო უფრო გეგმაზომიერი გახდა. ამასთან, ექთანთა სათანადო ჩართულობამ შეამცირა ექიმების დატვირთვა, შესაბამისად, გაზარდა მათი მუშაობის ხარისხი და გამოსავლები. (შარაშიძე ლევან და სხვ. 2012)

რეფორმის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა პატიმრის დაწესებულებაში მოხვედრიდან ექიმთან კონსულტაციის გაწევამდე საჭირო დროის რაოდენობა. ამა თუ იმ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკების მიზნით ექიმები ახორციელებენ პატიმართა ქცევითი და კომორბიდული რისკების შეფასებას, ასევე აწარმოებენ გამოკვლევის მეთოდებს

(ეკგ-ის გადაღება, გლუკომეტრის გამოყენება, სხეულის მასის ინდექსის დადგენა და ა.შ.), რაც ხელს ხელს უწყობს სწორი კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესს.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ შემუშავდა პირველი რიგის (ესენციური) მედიკამენტების სია. აღსანიშნავია, რომ პილოტირების პერიოდში სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში გაიხსნა სამოქალაქო ავთიაქები, სადაც, საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, პჯდ ექიმების მიერ გამოწერილი მედიკამენტების შეძენა პატიმრებისთვის (შარაშიძე ლევან, და სხვ. 2012).

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, მთავრობის დადგენილებები, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და ავადობის კონტროლის ეროვნული ცენტრის, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალები.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს, რომელიც გულისხმობდა პენიტენციურ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების, ამ სფეროს ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუ, რომელიც შედგა სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის წარმომადგენლებთან, წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტის სპეციალისტებთან, პენიტენციური ჯანდაცვის ექსპერტებთან. ფოკუსური ჯგუფი განხორციელდა 2014 წლის მაისში, თბილისში. ფოკუსური ჯგუფის ხანგრძლივობა იყო 2-2.5 სთ, ხოლო ჩაღრმავებული ინტერვიუს ხანგრძლივობა - დაახლოებით 1 სთ.

შედეგები, ინტერპრეტაცია

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ექსპერტებთან სიღრმისეული ინტერვიუ. ინტერვიუს მეშვეობით გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი მოსაზრებები პენიტენციურ ჯანდაცვის და კერძოდ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით.

ექსპერტთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა საჭიროებდა რეფორმირებას, რადგან იგი წარმოადგენდა ფრაგმენტულ, ეპიზოდურ სერვისებს. მდგომარეობას ართულებდა ადამიანური რესურსების დეფიციტი, პერსონალის პროფესიული ჩვევების, განათლების დაბალი დონე. ექსპერტთა უმრავლესობა დადებითად აფასებს პენიტენციურ სისტემაში ჩატარებულ საპილოტე პროგრამას, პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმირების სტრატეგიისა და განხორციელების 18 თვიან გეგმას. ექსპერტები ადასტურებენ, რომ მიზნები და ამოცანები დასახული და განსაზღვრულია სწორად. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიჩნევა უმთავრეს პრიორიტეტად.

ექსპერტთა აზრით, საპილოტე პროგრამის ფარგლებში ძირითადად მოხერხდა დასახული ამოცანების შესრულება. დღეისათვის, რეფორმის განხორციელების შედეგად, შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები. გარემონტდა სასჯელაღსრულების 11 დაწესებულება და 34 პჯდ ცენტრი.

ექსპერტები განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის დაახლოებას სამოქალაქო ჯანდაცვის მოთხოვნებთან და არსებულ წესებთან. ამ მხრივ, აღსანიშნავია სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირება და სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უმთავრეს ინსტრუმენტებს წარმოადგენს. დღეისათვის პენიტენციური პირველადი ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს

დაახლოებით 40–მდე პჯდ გუნდს, რომლის სამედიცინო პერსონალის დიდმა ნაწილმა გაიარა ტრენინგები.

განახლდა და გადაიარაღდა სასჯელაღსრულების ცენტრალური საავადმყოფო; მოწესრიგდა მარეგულირებელი ბაზა და სასჯელაღსრულების დაწესებულებები დაექვემდებარა ლიცენზირებას სამოქალაქო ჯანდაცვის მოთხოვნების შესაბამისად. გაიხსნა ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ახალი ცენტრი.

პენიტენციური ჯანდაცვის პერსონალის დასაკომპლექტებლად გამოცხადებული კონკურსის შედეგად გადახალისდა არსებული სამედიცინო პერსონალის 35 %. ჩატარდა ტრენინგები ინფექციების კონტროლის, კრიზისების მართვის, ჯანდაცვის ადმინისტრირების საკითხებში. განხორციელდა ექთნების კვალიფიკაციის ამაღლება. ამჟამად, ჯანდაცვის კუთხით 439 თანამშრომელი მუშაობს (175 ექიმი, მათ შორის, 100 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, 75 ექიმ-სპეციალისტი და 264 ექთანი) 10 328 პაციმარზე. ამავდროულად, წარმოდგენილია 141 სოციალური მუშაკი და 15 ფსიქოლოგი. წინა წლებთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა პაციმრის/სამედიცინო პერსონალის რაოდენობრივი თანაფარდობა. უფრო მეტიც, 2012 წლის დეკემბრის შემდეგ სამედიცინო პერსონალის დაახლოებით 40% ახლად დასაქმებული ან ხელახლა დასაქმებული პერსონალით ჩანაცვლდა.

განხორციელებული ღონისძიებების მეშვეობით პირველადი ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი გახდა, როგორც ადამიანური რესურსების (ექიმი, ექთანი), ასევე გეოგრაფიული თვალსაზრისით (ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებას აქვს მინიმუმ სამედიცინო კაბინეტი).

მნიშვნელოვანია საპილოტე პროგრამის განხორციელების შედეგად პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის პრინციპი დანერგვა. შედეგად, თითოეულ ექიმს ჰყავს მასზე მიმდგრებული კონტიგენტი, ანუ ყველა პაციმარი გადანაწილებულია ექიმებზე, თითოეულ პაციმარს სამედიცინო მეთვალყურეობას უწევს საკუთარი ექიმი, რომელიც პასუხისმგებელია მის ჯანმრთელობაზე. დაცულია სამედიცინო სამსახურის და ექიმის ავტონომია – სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილებებს იღებს სამედიცინო სამსახური. მკვეთრად გაუმჯობესდა ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე. პენიტენციური ჯანდაცვის პერსონალმა 45 ათასზე მეტი ამბულატორიული ვიზიტი და სამკურნალო პროცედურა ჩაატარა; პრევენციული ღონისძიებები გატარდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრთან ერთად.

2013 წელს პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტი 100 %-თ გაიზარდა 2012 წელთან შედარებით (7 მლნ–დან 14 მლნ–მდე), 60 % გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება (მაგ: ექიმის ხელფასი 750–დან 1200 ლარამდე, ხოლო ექთნის 350–დან 750 ლარამდე). დაინერგა ელექტრონული სამედიცინო ისტორია (P-HER) და საავადმყოფოში გადაყვანისთვის განკუთვნილი ელექტრონული რიგი, რომელიც გეგმიური სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციმართა რეგისტრაციას ახდენს და გამჭირვალობას და თანასწორობას უზრუნველყოფს. განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროებს შორის არსებული მუდმივმოქმედი კომისიის რეფორმირება; შეიცვალა დაავადებათა ჩამონათვალი, რომელიც ავადმყოფთა შეფასებისთვის გამოიყენებოდა; WHO რეკომენდაციების თანახმად, შეიქმნა და დამტკიცდა მედიკამენტების სტანდარტი და გაუმჯობესდა მედიკამენტებით მომარაგება, კერძოდ, სახელმწიფოს დაფინანსებითა და ექიმის დანიშნულებით პაციმრებისთვის ხელმისაწვდომი გახდა 500–ზე მეტი დასახელების მედიკამენტი; 2013 წელს შეიქმნა და დაინერგა პაციმართა კვების ახალი სტანდარტი, რომელიც 2014 წელს კიდევ ერთხელ განახლდა და ითვალისწინებს 12 მიზნობრივ რაციონს სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის, კატეგორიის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე პირთათვის; გაუმჯობესდა საკვების ხარისხი, კალორიულობა და მრავალფეროვნება; მიგრანტი პაციმრებისთვის შემუშავდა სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდების სტანდარტი 10

სხვადასხვა ენაზე; სუიციდის პრევენციის პროგრამით განხორციელდა სუიციდისკენ მიდრეკილი პირების იდენტიფიცირება და სათანადო დახმარების უზრუნველყოფა; მნიშვნელოვანია, რომ მკვეთრად შემცირდა პატიმართა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 142-დან 21 მდე (სასჯელაღსრულების სისტემის ანგარიში, 2014).

ექსპერტთა აზრით, 18 თვიანი სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიღწევაა სამოქალაქო სექტორში აპრობირებული სავალდებულო სამედიცინო დოკუმენტაციის, ელექტრონული სამედიცინო ისტორიის სისტემის შექმნა და დანერგვა. ასევე აღსანიშნავია, რომ შემოღებულ იქნა მედიკამენტების სტანდარტები, რამაც ხელი შეუწყო სასჯელაღსრულების დაწესებულებების მედიკამენტებით მომარაგების საკითხის მოწესრიგებას. პატიმრებისთვის ხელმისაწვდომი გახდა 500-ზე მეტი მედიკამენტი, რაც გაიცემა ექიმის დანიშნულებისამებრ. ასევე აღსანიშნავია კვების ახალი სტანდარტის დანერგვა, რომელიც მოიცავს 12 მიზნობრივ რაციონს სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის, კატეგორიის პირთათვის.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდა. შედეგად, საგრძობლად გაიზარდა სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რითაც ერთგვარად მოხდა პერსონალის მოტივაციის ამაღლება.

გატარებული რეფორმები დადებითად აისახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები. 2011–2012 წლებთან შედარებით, საშუალოდ 8-ჯერ შემცირდა ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების რაოდენობა.

ექსპერტთა აზრით, სასურველია პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის გამჭვირვალობის, მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირებულობის ამაღლება. ასევე, მნიშვნელოვანია გაიზარდოს სამოქალაქო სექტორის, უნივერსიტეტების, კვლევითი ინსტიტუტების ჩართულობა პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია არსებულ პრობლემებზე კვლევების ჩატარება, რათა უფრო სრულყოფილად მოხდეს საჭიროებების იდენტიფიცირება, რეფორმის შედეგების გააზრება.

დასკვნა და რეკომენდაციები

პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მიღწეულ იქნა განსაზღვრული მიზნები, გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა, გადამზადდა სამედიცინო პერსონალის მნიშვნელოვანი ნაწილი, სამედიცინო პუნქტები გარემონტდა და აღიჭურვა საბაზისო სამედიცინო ინვენტარით. გატარებული რეფორმები დადებითად აისახა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, კერძოდ, მკვეთრად შემცირდა სიკვდილიანობა, სხვადასხვა დაავადებათა მაჩვენებლები.

მიზანშეწონილია სამედიცინო პერსონალის სათანადოდ მომზადებისა და არსებული კადრის გადამზადების მასშტაბის გაზრდა, ტრენინგის თემატიკის პრიორიტეტების განსაზღვრა საჭიროებათა შეფასების შედეგების შესაბამისად. ამ მხრივ განსაკუთრებული აქცენტობა ისეთ საკითხებზე, როგორცაა: ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თვითმკვლელობის პრევენცია, წამალდამოკიდებულება, ინფექციური დაავადებები, ზიანის შემცირება, რეაბილიტაცია, ძალადობის პრევენცია და სამედიცინო ეთიკა. საჭიროა კონკრეტული სასწავლო საჭიროებების განსაზღვრა და პრაქტიკაზე ორიენტირებული და კომპეტენციებზე დაფუძნებული სასწავლო პროგრამის შემუშავება სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლებისათვის. მიზანშეწონილია პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების სტანდარტების შემუშავება, ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა, სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლება, პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შესახებ მეტი ინფორმაციის მიღება. სამოქალაქო სექტორის, უნივერსიტეტების, კვლევითი ინსტიტუტების ჩართულობის გაზრდა პენიტენციურ სისტემაში მიმდინარე რეფორმებთან დაკავშირებით. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია არსებულ

პრობლემებზე კვლევების ჩატარება, რათა უფრო სრულყოფილად მოხდეს საჭიროებების იდენტიფიცირება, რეფორმის შედეგების გააზრება.

ბიბლიოგრაფია

- ადამიანის უფლებები პაციენტთა მზრუნველობის სფეროში, „კონფერენცია „პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში-ვასრულებთ დაპირებას“ 2013. <http://www.mcla.gov.ge/?action=news&lang=geo&npid=1728> (ნანახია 21.05.2014)
- ალექსიძე ლევან, ლ. გორგაძე, მ. კვაჭაძე და სხვ. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი: ლექსიკონი-ცნობარი. თბილისი, 2005.
- ანგარიში საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგიისა და განხორციელების გეგმის თაობაზე 2013 წლის იანვრიდან 2014 წლის ივნისის პერიოდისათვის (18 თვე)
- ვერულავა თენგიზ. (1) "რეფორმები პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემაში." თბილისი 2010: <https://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-21/>
- ვერულავა თენგიზ. (2) პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემის განვითარების კონცეფცია. თბილისი. 2010 <http://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-19/>
- ვერულავა თენგიზ. (3) პენიტენციურ ჯანდაცვის სისტემა ევროპის ქვეყნებში. თბილისი. 2010 <http://burusi.wordpress.com/2010/06/21/tengiz-verulava-20/>
- იაროშევიჩი ბორის, „სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის კუთხით გატარებული რეფორმები ევროკავშირში საქართველოს ასოცირებაზე დადებითად აისახება“, 08 მაისი, 2014, <http://www.interpressnews.ge/ge/politika/281064?ar=A>
- მაცნე, საქართველოს საკანონმდებლო. "ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი." 05 25, 2000.
- რეხვიაშვილი ნინო, „სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმაზე დამოუკიდებელი შეფასება გაკეთდა“, პირველი საინფორმაციო სააგენტო, 8 მაისი, 2014, http://pia.ge/show_news.php?id=13299&lang=geo
- საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის რეფორმის სტრატეგია http://www.mcla.gov.ge/?action=page&p_id=262&lang=geo (ნანახია 21.05.2014)
- შარაშიძე ლევან, დეისაძე ნანა, ევა გერბერ-გლურ. საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის პილოტური პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების ფინალური ანგარიში 2011 წლის ივლისი-2012 წლის თებერვალი. თბილისი. წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი. 2012.
- ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013. <http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angaris-hi.pdf>,
- Chaniotis, A., H.W. Pleket, R.S. Stroud, and J.H.M. Strubbe. Pergamon. Agreement between Eumenes I and a group of mercenaries, and their oaths, beginning of the reign of Eumenes I (263-241 B.C.). (48-1487). A. T. R.S. R.A. Chaniotis Corsten Stroud Tybout., 1998.
- "Council of Europe." 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992. <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-03.htm#III>, June 4, 1993
- "Council of Europe. Committee of Ministers." Recommendation No. R (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, January 11, 2006.
- Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-ata, USSR, 6-12 Septemer, 1978.
- "Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules." 2006.

სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემები

რუსუდან პატარიძე, გიორგი ფირცხალაიშვილი, თეიმურაზ ბარკალაია

აბსტრაქტი

შესავალი: ხარისხის მართვის სისტემის მეშვეობით ორგანიზაცია აკონტროლებს და მართავს საქმიანობებს, რომლებიც პირდაპირ ან ირიბად დაკავშირებულია მომხმარებლის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებასთან. ხარისხის მართვის სისტემა საშუალებას იძლევა ორგანიზაციას ჰქონდეს სისტემური მიდგომა თავისი მიზნების მისაღწევად, ხელი შეუწყოს სერვისების ხარისხის ამაღლებას და გაუმჯობესებას. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა და მათი ანალიზი. **მეთოდოლოგია:** კვლევისთვის გამოყენებული იქნა თვისებრივი კომპონენტი, რაც გულისხმობდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუ სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლებთან. **დასკვნა:** სამედიცინო დაწესებულებებში, ძირითადად ხარისხის მართვის სისტემა არ არის უწყვეტი პროცესი და ასოცირდება მხოლოდ დოკუმენტაციის არსებულ მარეგულირებელ კანონმდებლობასთან თანხვედრასთან და არა თავად პროცესთან, რომელიც უნდა იყოს მართვადი, უწყვეტი, და უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას. სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს გარდა, სამედიცინო დაწესებულებებში ხარისხის მართვის რაიმე სხვა მარეგულირებელი მექანიზმი არ არსებობს. კვლევის შედეგად გამოვლენილი პრობლემები საჭიროებს ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისი ორგანოების, როგორც სახელმწიფო დონეზე, ასევე სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე შესაბამის რეაგირებას. მიზანშეწონილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის ერთიანი, უნიფიცირებული სისტემის შექმნა, რომელიც შესაბამისობაში იქნება ხარისხის მართვის მარეგულირებელ კანონმდებლობასთან.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, ხარისხის მართვა

Medical Services Quality Assurance Problems in Medical Institutions

Rusudan Pataridze, Giorgi Pirskhalashvili, Teimuraz Barkalaya

Introduction: A quality management system is the way organization directs and controls those activities which are related either directly or indirectly to meeting customer requirements. Quality Management System enables an organization to have a systematic approach to achieve their goals, to promote awareness and improve the quality of services. Research was to identify the problems ensuring the quality of health care in medical institutions and analysis them. **Methodology:** For the study was used qualitative components, which included identification the views of experts on management of health care quality. Focus group discussions and in-depth interviews were conducted with representatives of medical institutions. **Conclusion:** The study found that medical institutions, mainly, except exceptions, the quality management system is not a continuous process and associated only with documentation to the regulations of coherence and not the process that should be manageable, continuous, and to provide medical services to improve. There is no other control mechanism of regulating of health care quality, except “State regulation agency of medical activities”. Revealed problems with the health care system proper authorities, as the state level, as well as the level of medical institutions need comfortable responding. It is recommended to control the quality of medical services a uniform system that will be in accordance with the quality management regulations.

შესავალი

ხარისხის მართვის სისტემის მეშვეობით ორგანიზაცია აკონტროლებს და მართავს საქმიანობებს, რომლებიც პირდაპირ ან ირიბად დაკავშირებულია მომხმარებლის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებასთან. ხარისხის მართვის სისტემა საშუალებას იძლევა ორგანიზაციას ჰქონდეს სისტემური მიდგომა თავისი მიზნების მისაღწევად, ხელი შეუწყოს სერვისების ხარისხის ამაღლებას და გაუმჯობესებას (Steele 2010, 15). ხარისხის მართვა, თანამედროვე პროფესიული ცოდნის მეშვეობით, ზრდის ჯანდაცვის სერვისების სასურველი შედეგების მიღწევის ალბათობას (Institute of Medicine, 1999).

სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის მართვის გამართული სისტემა გულისხმობს უსაფრთხო, ეფექტურ, პაციენტზე ორიენტირებულ სერვისებს, რომელიც პასუხობს პაციენტის მოთხოვნილებებს. (სასანია ი, სალექციო მასალა). მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭიროა სწორი ქმედებები (რა?), სწორ პიროვნებებზე (ვის?), სწორ დროს (როდის?) და სწორი ქმედებები პირველივე ჩარევისას (Department of Health UK, 1997), ამ ყველაფერს კი უზრუნველყოფს გამართული ხარისხის მართვის სისტემა. იგი წარმოადგენს ორგანიზაციის მიზნებისადმი უფრო სისტემური მიდგომის საშუალებას (Steele, 2010).

მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის პოლიტიკის საფუძვლებია: პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება, ადეკვატური ხელმისაწვდომობა, ადეკვატური სამეცნიერო ცოდნა, კომპეტენტური ჯანდაცვის მიმწოდებლები, სამედიცინო და ფინანსური გადაწყვეტილებების გამიჯვნა, ჯანდაცვის სისტემის სწორი ორგანიზაცია (ეფექტურობა, ეფექტიანობა, სწორი საკანონმდებლო უზრუნველყოფა).

სამედიცინო სერვისების ხარისხის ამაღლება მიიღწევა მულტიმიტი მონიტორინგითა და სხვადასხვა პროგრამების უწყვეტი მიმდინარეობით. ცხადია, ყველა ეს მოქმედება უნდა ეფუძნებოდნენ ქვეყანაში მოქმედ კანონმდებლობას და ჯანდაცვის პოლიტიკას, ეთიკის ნორმებსა და სამედიცინო დეონტოლოგიის პრინციპებს.

ჯანდაცვის სისტემაში მარეგულირებელი ორგანო, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლს, არის „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო“. აქვე აღსანიშნავია, რომ 2012 წლის 12 სექტემბერს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ გამოიცა ბრძანება №01-63/ნ - სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ, რომელიც არეგულირებს სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის პროცესს. ასევე, უზრუნველყოფს პაციენტთა უსაფრთხოებასა და მათ მოთხოვნებთან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თანხვედრას და შედეგების გაუმჯობესებას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა და მათი ანალიზი.

მეთოდოლოგია

კვლევის თეორიულ საფუძველს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის შეფასებასა და უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ქართული და უცხოური ლიტერატურის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალების, სამედიცინო სტატისტიკისა და ავადობის კონტროლის ეროვნული ცენტრის, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალების გაცნობა.

კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს. თვისებრივი კვლევა გულისხმობდა სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის შეფასებასა და უზრუნველყოფასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას. თვისებრივი კომპონენტის

ფარგლებში ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფის დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუ სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლებთან. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში განხორციელდა 1 ფოკუსური ჯგუფი 2014 წლის აპრილში, თბილისში. ფოკუსური ჯგუფის ხანგრძლივობა იყო 2-2.5 საათი, ხოლო ჩაღრმავებული ინტერვიუს ხანგრძლივობა - დაახლოებით 1 საათი.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს შემდეგმა კლინიკებმა:

- ავერსი კლინიკა (თბილისი, ვაჟა ფშაველას 27ბ, ალ. ყაზბეგის 16);
- უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური) (თბილისი, ლისის ტბის მიმდებარე ტერიტორია N4);
- წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო (თბილისი, ლუბლიანას ქ. № 21);
- შპს „მედიკალ პარკი საქართველო“ (თბილისი, ფალიაშვილის № 85).

ჩვენ მიერ შერჩეულ იქნა ერთ-ერთი კლინიკა, რომელიც სარგებლობს საერთაშორისო ხარისხის მართვის სისტემით, როგორც არის ISO 9001, რამაც მოგვცა საშუალება საერთაშორისო ხარისხის სტანდარტების მქონე სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის მართვის სამსახურის ფუნქციები და მოვალეობები შევვედარება სხვა კლინიკებთან.

შედეგები

კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებები არის მულტიპროფილური, ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისებით. დასაქმებულების რაოდენობა საშუალოდ რამდენიმე ასეული ადამიანია. ამ ოთხი კლინიკიდან სამი კლინიკა კერძო საკუთრებაშია, ხოლო უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური) წარმოადგენს სახელმწიფო საკუთრებას.

ცხრილი 1: სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკების განაწილება

დასახელება	დასაქმებული	სამედ. პერსონ	მენეჯმენტი	ტექნ. პერსონალი
ავერსის კლინიკა	445	363 (81.6 %)	56 (12.6 %)	26 (5.8 %)
ონკოლოგიური	362	285 (78.7 %)	60 (16.6%)	17 (4.7 %)
შპს მედიკალ პარკი საქართველო	731	504 (69 %)	39 (5.3 %)	188 (25.7%)
მიხაილოვი	466	423 (91 %)	28 (6 %)	15 (3 %)

სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

- ჰოსპიტლების მართვის საინფორმაციო სისტემის მდგომარეობა;
- ხარისხის მართვის სისტემის არსებობა (ხარისხის კომიტეტი);
- შიდაჰოსპიტალური ინფექციები და გართულებები;
- სიკვდილიანობის მაჩვენებელი;
- პაციენტებისა და პერსონალის კმაყოფილება;
- სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია;
- მოცდის დრო, დროული ადექვატური ჩარევა;
- შესყიდვების პროცედურები;
- საზოგადოებასთან ურთიერთობა;
- სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ნორმები;
- ლაბორატორიის მართვის სტანდარტები;
- ხარისხობრივი სტატისტიკური მაჩვენებლები/ინდიკატორები.

ჰოსპიტლების მართვის შიდა საინფორმაციო სისტემა

კვლევაში მონაწილე 4 კლინიკიდან სამს: ავერსის კლინიკას, უნივერსალური სამედიცინო ცენტრს (ონკოლოგიური), წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფოს გააჩნია საავადმყოფოს მართვის საინფორმაციო სისტემა. ამ სისტემით ხდება პაციენტის ისტორიის ელექტრონული სახით წარმოება, მართვა და შენახვა. მკურნალი ექიმი ავსებს პაციენტის ისტორიას და ინახავს მას. ამის შემდეგ ისტორიასთან წვდომა აქვს მხოლოდ მას და ტექნიკურ სამსახურს, რაც უზრუნველყოფს საინფორმაციო ბაზის კონფიდენციალურობასა და დაცვას. ყველა კომპიუტერი, რომელიც არის კლინიკის სარგებლობაში, დაცულია ინდივიდუალური მომხმარებლის სახელითა და პაროლებით, რაც ამ სისტემას და ინფორმაციას მაქსიმალურად დაცულსა და უსაფრთხოს ხდის. მედიკალ პარკ საქართველოს და მის მართვაში არსებულ კლინიკებს არ აქვთ მართვის საინფორმაციო სისტემა, რის გამოც ინფორმაცია დაცულია მხოლოდ საქალაქო მატარებლებით.

ხარისხის მართვის სისტემა (ხარისხის კომიტეტი)

რაც შეეხება ხარისხის მართვის სისტემას, ფორმალურად ოთხივე კლინიკაში ფუნქციონირებს. მათ გააჩნიათ ხარისხის მართვის კომიტეტი ან ხარისხის მართვის საბჭო. ამ კლინიკებიდან მხოლოდ ავერსის კლინიკა იყენებს ხარისხის მარეგულირებელ სტანდარტებს, როგორცაა ISO. კლინიკას 2012 წლიდან მიენიჭა საერთაშორისო სერთიფიკატი ISO 9001:2008.

ხარისხის კომიტეტების ფუნქციები და მოვალეობები ამ კლინიკებში სხვადასხვა გზით წარმართება: წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის კლინიკაში ხარისხის მართვის კომიტეტი დაკავებულია მხოლოდ სამედიცინო დოკუმენტაციის კონტროლით და მათ შესაბამისობის დადგენით არსებულ კანონმდებლობასთან, ასევე, ხარისხის მართვის ერთ-ერთი ასპექტია სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის სამედიცინო-ეთიკურ მხარეზე ორიენტაცია. ხარისხის კომიტეტის შემადგენლობაში შედიან: კომისიის ხელმძღვანელი - ექიმი ქირურგი; თერაპიული დეპარტამენტის უფროსი - ექიმი ტოქსიკოლოგი; ექიმი ნეიროქირურგი; ექიმი რენიმატოლოგი; ეკონომიკური სამსახურის უფროსი;

რადიკალურად განსხვავებულია ავერსის კლინიკის ხარისხის მართვის სამსახური, რომელიც განიხილავს კლინიკაში არსებულ ყველა პრობლემას და მათი მოგვარების გზებს. ავერსის კლინიკაში ხარისხის გაგება უფრო მასშტაბურია და ფოკუსირებულია არა მხოლოდ მკურნალობის მაღალ ხარისხზე, არამედ სხვა თანამხლებ წვრილმან მოვლენებზეც. ისინი ორიენტირებულნი არიან პაციენტის მაქსიმალურ კმაყოფილებაზე, რაც, ასევე, კარგად ჩანს ხარისხის საბჭოს კომპლექტაციაში: გენერალური დირექტორი; ხარისხის მენეჯერი; პროცესის მფლობელები (კლინიკური დირექტორი), HR, კადრების შერჩევისა და ტრენინგ მენეჯერი, ეპიდემიოლოგი, კლინიკის უფროსი მედდა, მიმღებ-სარეგისტრაციო, ლაბორატორიული, სანიტარული, სამეურნეო და სამედიცინო ტექნიკისა და ტექნოლოგიების სამსახურების უფროსები, IT მენეჯერი, სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის მენეჯერი, ეკონომიკური სამსახურის სპეციალისტი, იურისტი, მთავარი ბუღალტერი და გენერალური დირექტორის თანამშემწე.

უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრში ხარისხის სამსახური დაკომპლექტებულია შემდეგნაირად: სამედიცინო ხელმძღვანელი; ხარისხის მართვის სამსახურის ხელმძღვანელი; ხარისხის მართვის სპეციალისტი; მთავარი ექთანი; რამოდენიმე დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; ეპიდემიოლოგი; უფროსი ექთანი; ექიმები. მათი ფუნქციონირება შემოიფარგლება 2012 წლის 12 სექტემბრის ბრძანება N 01-63/ნ-ის „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“ მოთხოვნებით. ხარისხის სამსახურში არის სურვილი, ხარისხის კანტროლის

მასშტაბის გაზრდისა და გაუმჯობესებისა, მაგრამ ეს ყველაფერი დაკავშირებულია კოლოსალურ თანხებთან, რომელიც მათ ამ ეტაპზე არ გააჩნიათ.

„მედიქალ პარკ საქართველოს“ და მის ქსელში არსებული კლინიკების ხარისხის მართვის კომიტეტი დაკომპლექტებულია სტანდარტულად და რაიმე განსაკუთრებულ ფუნქცია მოვალეობებს არ ასრულებს.

ყველა რესპოდენტ კლინიკაში ხარისხის მართვა არის ტოპ-მენეჯმენტის დონეზე.

შიდაჰოსპიტალური ინფექციები და გართულებები

შიდაჰოსპიტალური ინფექციები და გართულებები ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია კლინიკის ხარისხიანი ფუნქციონირებისთვის. ეს საკითხი, ასევე, მოიცავს დეზინფექცია/სტერილიზაციას. ISO სტანდარტების მიღებამ ავერსის კლინიკაში შიდაჰოსპიტალური ინფექციებისა და გართულებების კონტროლი მძალა დონეზე განავითარა, რაც გამოიხატება იმაში, რომ კლინიკის სტაციონარულ განყოფილებაში (საოპერაციო დარბაზები, ინტენსიური და რეანიმაციული განყოფილებები, პალატები), აგრეთვე, ცენტრალურ სასტერილიზაციოში, სისტემატურად ტარდება სხვადასხვა ჩამონარეცხების (მათ შორის პერსონალის ხელებიდან) ბაქტერიოლოგიური კონტროლი. ასევე, ინდიკატორებით მოწმდება სხვადასხვა სტერილური მასალის შესაბამისობა. ავტოკლავირების სისტემა საშუალებას იძლევა შემოწმდეს სტერილიზაციის დროს არსებული პარამეტრები. შეუსაბამობის აღმოჩენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მოხდება სათანადო რეაგირება ეპიდემიოლოგისა და ლაბორატორიული სამსახურის უფროსის მიერ.

უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრში შიდაჰოსპიტალური ინფექციებისა და გართულებების კონტროლი ხდება ინფექციური კონტროლის ეროვნული გაიდლაინის მიხედვით, ეპიდემიოლოგის, მკურნალი ექიმის და ინფექციური კონტროლის კომიტეტის მიერ.

მედიქალ პარკ საქართველოს შიდაჰოსპიტალური ინფექციებისა და გართულებების კონტროლისთვის აქვს გაწერილი შიდაკლინიკური პროტოკოლები.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის კლინიკაში შიდაჰოსპიტალური ინფექციები შემდეგი სახით კონტროლდება: ბაქტერიოლოგიური კვლევა; დეზინფექცია; ანტიბიოტიკური ხსნარებით დამუშავება; ეპიდ.კონტროლი - ეპიდემიოლოგისა და ინფექციონისტის მიერ; დერატიზაცია.

ოთხივე კლინიკაში შიდაჰოსპიტალურ ინფექციებსა და გართულებებს ყურადღება ექცევა, მაგრამ განსხვავებულია პროცესი და მექანიზმები.

სიკვდილობის შემსწავლელი კომიტეტი

სიკვდილობის შემსწავლელი კომიტეტი ოთხივე კლინიკაში ფუნქციონირებს. მათი მუშაობის პროცესი რადიკალურად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან, ყოველი მათგანი შეისწავლის ლეტალურ შემთხვევებს.

განსხვავებულია კომიტეტების კომპლექტაცია:

ავერსის კლინიკა: გენერალური დირექტორი, კლინიკური დირექტორი, ხარისხის მენეჯერი, ენდოვასკულარული მედიცინისა და სისხლძარღვთა ქირურგიის სამსახურის უფროსი, რადიოლოგიური სამსახურის უფროსი, ექიმი პათოლოგ-ანატომი, გენერალური დირექტორის თანაშემწე.

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი(ონკოლოგიური): კომიტეტს ჰყავს მუდმივი თავმჯდომარე და მდივანი, დანარჩენი წევრები - განსახილველი შემთხვევიდან გამომდინარე, შესაბამისი პროფილის ექიმები.

შპს მედიქალ პარკი საქართველო: შეფასება ხდება სათავო ოფისის დონეზე.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო: ყველა სამსახურის უფროსი, კლინიკური დირექტორი და მომხსენებელია მკურნალი ექიმი.

ავერსისა და ონკოლოგიური კლინიკების სიკვდილობის შემსწავლელი კომიტეტები ლეტალურ შემთხვევებთან ერთად, ასევე, განიხილავენ გართულებებს, მის მიზეზებსა და ჩატარებული მკურნალობის ადეკვატურობას. ხოლო მედიკალ პარკი საქართველო და მისი ქსელის კლინიკები ლეტალურ შემთხვევებს განიხილავენ მხოლოდ მენეჯმენტის დონეზე, რაც, ხშირ შემთხვევაში, არ აძლევს კლინიკას ზუსტი მიზეზის გამოვლენის საშუალებას, მისი კომპლექტაციიდან გამომდინარე. ეს კი უარყოფითად აისახება კლინიკის სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

პაციენტებისა და პერსონალის კმაყოფილება

პაციენტის კმაყოფილება პირდაპირ განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულების მომსახურების ხარისხს. აქედან გამომდინარე პაციენტის კმაყოფილებისა თუ უკმაყოფილების გამოვლენა მნიშვნელოვანია ხარისხის სამსახურის გამართული მუშაობისთვის.

ავერსის კლინიკაში პრიორიტეტულია პაციენტის კმაყოფილება. ისინი კმაყოფილებას აფასებენ რამოდენიმე სახის კითხვარით, იქნება ეს ISO სტანდარტების მიხედვით შედგენილი კითხვარები, თუ „პაციენტთა შთაბეჭდილების ბარათი“. გამოთქმულ შენიშვნაზე ყოველთვის ახდენენ სათანადო რეაგირებას.

„კლინიკის ადმინისტრაცია სისტემატურად ზრუნავს იმაზე, რომ პაციენტებს შესთავაზოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება: კვალიფიციური კადრი, უახლესი სამედიცინო ტექნიკა და ტექნოლოგიები, სასამოვრო და უსაფრთხო გარემო და ა.შ.“ აცხადებს ავერსის კლინიკის ხარისხის კონტროლის და მართვის სამსახურის უფროსი სპეციალისტი ნინო ბუზარიაშვილი.

დანარჩენი სამი კლინიკა პაციენტების კმაყოფილებას აფასებს ვერბალური გამოკითხვით, რაც არ არის ეფექტური, ვინაიდან ანონიმური გამოკითხვისას ვიღებთ უფრო მეტ ინფორმაციას, ვიდრე პირისპირი გამოკითხვით. რაც შეეხება, პაციენტის კმაყოფილების ზრდას, ამ კლინიკებისთვის მეორე ხარისხოვანია.

პერსონალის კმაყოფილებასა და მოტივაციაზე ზრუნვა მნიშვნელოვანია კლინიკისთვის. ჩამოთვლილი კლინიკები პერსონალის კმაყოფილების და მოტივაციის ამაღლებას, ძირითადად, ფინანსური მოტივატორების საშუალებით ცდილობენ. გარდა ამისა, ავერსის კლინიკა, წელიწადში ერთხელ, შემაჯამებელ საღამოზე, წარმატებულ თანამშრომლებს აჯილდოვებს ფულადი პრიზებით, სამოგზაურო ტურებით და სხვა.

პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება

კონკურენტულ ბაზარზე კლინიკის ეფექტური მუშაობისთვის მნიშვნელოვანია, როგორც უახლესი ტექნოლოგიები, ასევე, პერსონალის მაღალი და პროგრესირებადი კვალიფიკაცია.

ავერსის კლინიკის მენეჯმენტი თავისი პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე ფოკუსირებული. ტარდება ტრენინგები ჰოსპიტალის შიგნით ტრენინგ - მენეჯერის გადაწყვეტილებისამებრ. პერსონალი ესწრება სხვადასხვა კონფერენციებს და ხდება გამოცდილების გაზიარება, მათ აქვთ შესაძლებლობა აითვისონ ახალი ტექნოლოგიები ევროპისა და ამერიკის წამყვან კლინიკებში, რაც დაფინანსებულია კლინიკის მიერ. ასევე ტარდება მასტერ-კლასები სხვადასხვა წამყვანი კლინიკებიდან მოწვეული სპეციალისტების მიერ.

უნივერსალ სამედიცინო ცენტრში ტრენინგებსა და პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე მაქსიმალურად ზრუნავენ, მაგრამ ეს ყველაფერი დაკავშირებულია ფინანსებთან, რისი პრობლემაც ამაჟამად დგას კლინიკაში - არასაკმარისი ფულადი რესურსი. მიუხედავად ამისა, სანიტრებსა და ექთნებს უტარდებათ შიდა სწავლება, ასევე, დაგეგმილია ექთნებისთვის, ივლისის თვეში, სწავლების ჩატარება მოწვეული სპეციალისტის მიერ.

მედიკალ პარკი საქართველოს კლინიკაში ტრენინგები გაწერილია გეგმის მიხედვით. როგორც სხვაგან, აქაც ტარდება ტრენინგები, ექიმები დადიან კონფერენციებსა და მასტერკლასებზე.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის კლინიკაში, ექიმებს აქვთ მაქსიმალური ხელშეწყობა, იქნება ეს ფინანსური თუ სხვა, რათა აიმაღლონ კვალიფიკაცია, გაიარონ ტრენინგები, გაეცნონ ახალ ტექნოლოგიებს და ა.შ.

მოცდის დრო. პაციენტის კმაყოფილებაზე საგრძნობლად აისახება მოცდის დრო, ამიტომ საჭიროა მისი სწორად მართვა.

ავერსის კლინიკა: კლინიკაში არსებობს ოპერაციების ყოველდღიური განრიგი, რომელიც გეგმიური ოპერაციების დროს წინასწარ ივსება. გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა წინასწარ ვერ დაიგეგმება. კონტროლდება დრო პაციენტის შემოსვლიდან ოპერაციულ ჩარევამდე და სამედიცინო მომსახურების ალგორითმი. სამედიცინო მომსახურების დროული და ადეკვატური ჩარევის მახასიათებლებია: არსებული სამედიცინო პროტოკოლის მონაცემთა გათვალისწინება, დაავადების გამოსავალი, პაციენტის კმაყოფილება.

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური): დაწესებულების ონკოლოგიური პროფილიდან გამომდინარე, გეგმიურ ჩარევებზე ექიმი საოპერაციოდ ფორმა N100-ში იძლევა სასწრაფო დაყოვნებული ჩარევის რეკომენდაციას. პაციენტების მოცდის დრო, ძირითადად, განისაზღვრება დამფინანსებლის მიერ (საყოველთაო დაზღვევა, სადაზღვევო კომპანიები) დაახლოებით 5 დღის ფარგლებში. ჰოსპიტალიზაცია ხდება საგარანტიო წერილების წარმოდგენის დღეს ან მეორე დღეს. ოპერაციების გადადების რამოდენიმე შემთხვევა მოხდა მხოლოდ პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე (წინასაოპერაციო კვლევების შედეგები, ტემპერატურის უეცარი მატება და სხვა). გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია - მიმდინარეობს წინასწარი ჩაწერით. ექიმთან კონსულტაციისა და კვლევების მიზნით მოსული პაციენტების ნაკადს მართავს რეგისტრატურის სამსახური, წინასწარ ჩასაწერად მოქმედებს ცხელი ხაზი.

ყველა ქირურგიული შემთხვევა წინასწარ განიხილება დილის კონფერენციაზე., მძიმე შემთხვევები წინასწარ განიხილება სამედიცინო საბჭოს მიერ კონსილიუმის სახით, ყოველი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, ყოველდღიურად, ხდება სამედიცინო დირექტორის, ქირურგიული სამსახურის ხელმძღვანელის, ინტენსიური თერაპიის, შესაბამისი ქირურგიული დეპარტამენტების ხელმძღვანელებისა და წამყვანი სპეციალისტების შემოვლა. ინტენსიური თერაპიიდან განყოფილებაში გადაყვანის შემდეგ, მკურნალ ექიმთან ერთად, პაციენტის მდგომარეობას მეთვალყურეობას უწევს დეპარტამენტის ხელმძღვანელი და ქირურგიული სამსახურის ხელმძღვანელი. საჭიროების დროს ინიშნება კონსილიუმი. პალიატიური ზრუნვის, სხივური და ქიმიოთერაპიის დეპარტამენტებში ხდება პაციენტების გარჩევა, წამყვანი სპეციალისტების შემოვლები. პაციენტისათვის ონკოლოგიური კლინიკური ჯგუფის დადგენა და მკურნალობის მეთოდების განსაზღვრა, საჭიროების შემთხვევაში, ხდება კომისიურად ონკოქირურგის, ქიმიოთერაპევტის, სხივური თერაპიის, პალიატიური ზრუნვის სპეციალისტების მიერ.

შპს მედიკალ პარკი საქართველო: სამედიცინო დაწესებულებაში მოცდის დრო არ კონტროლდება. ხოლო დროული და ადეკვატური სამედიცინო ჩარევა ხდება შეტყობინების მიხედვით.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო: მოცდის დრო კონტროლდება ექიმებთან შეთანხმებით, წინასწარი ჩაწერით. დროული და ადეკვატური სამედიცინო ჩარევა კი კონტროლდება გადაუდებელი დახმარების სამსახურში პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით, გაიდლაინების თანახმად, განყოფილების უფროსის და მორიგე ექიმის მიერ.

შესყიდვების რეგულირება

ავერსის კლინიკა: კლინიკაში არსებობს სატენდერო კომისია და იგი აცხადებს ტენდერს 5000 ლარზე მეტი ღირებულების საქონლის/ მომსახურების ან 10000 ლარზე მეტი ღირებულების სამშენებლო სამუშაოების შესყიდვის შემთხვევაში. მასალების შესყიდვისთვის ხორციელდება სატენდერო პირობების გათვალისწინება. სუბკონტრაქტორებისგან მოთხოვნილია სერთიფიკატები და ლიცენზიები. შესყიდული მასალების აღრიცხვა ხორციელდება როგორც თანხობრივად, ასევე, რაოდენობრივად. გარდა შიდა პროგრამებისა, შესყიდული მასალები, ასევე, შემოსავლების სამსახურის მიერ შემუშავებულ ვებ-გვერდზე ფიქსირდება.

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური): კლინიკაში არსებობს სატენდერო კომისია, რომელიც მუშაობს შესყიდვების შესახებ კანონმდებლობის შესაბამისად. მასალების შესყიდვისთვის არსებობს მკაცრად გაწერილი პროცედურა. სუბკონტრაქტორებისგან მოითხოვება სერთიფიკატები და ლიცენზიები. შესყიდვების კონტროლს ახორციელებს ბიზნესის განვითარების, შესყიდვების სამსახური, ფინანსური, ტექნიკური სამსახურები.

შპს მედიკალ პარკი საქართველო: სამედიცინო დაწესებულებაში ხარჯთეფექტურობის მისაღწევად ხდება შესყიდვების და ხარჯების სტანდარტიზაცია და ფასთა კვოტირება. მასალების შესყიდვის კონტროლისთვის არსებობს გაწერილი პროცედურები და სუბკონტრაქტორებისგან ითხოვენ სერთიფიკატებს და ლიცენზიებს. მიღება - ჩაბარება კონტროლდება შესაბამისი ჟურნალის საშუალებით (აღწერით).

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო: ხარჯთეფექტურობის მისაღწევად იყენებენ შიდა ტენდერებს. მასალების შესყიდვისთვის გაწერილია პროცედურები. სერთიფიკატები და ლიცენზიები მოთხოვნილია სუბკონტრაქტორებისგან. მიღება-ჩაბარება კონტროლდება, კონკრეტული სამსახურის მიერ, იმის მიხედვით, თუ რა მასალის შესყიდვა ხორციელდება.

საზოგადოებასთან ურთიერთობა

ავერსის კლინიკა: საზოგადოებასთან ურთიერთობა და ინფორმაციის მიწოდება ხდება ყველა სახის მედია ინსტრუმენტის გამოყენებით, იქნება ეს ბეჭდური თუ ტელე-რადიო მაუწყებლობის საშუალებები. რეგიონების ცენტრალურ ადგილებში, ასევე, აქტიურად იყენებენ რეკლამას ბანერებზე.

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური): მუშაობს საზოგადოებასთან ურთიერთობის მენეჯერი, ჩართულია სოციალურ ქსელში, გახსნილია ვებ გვერდი, ხდება საინფორმაციო ბუკლეტების დამზადება, აქციების შესახებ ტელევიზიით ინფორმირება.

შპს მედიკალ პარკი საქართველო: ძირითადად ორიენტირებულია ინფორმაციის გავრცელებასა და აქციებზე.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო: სხვადასხვა ჟურნალებთან, ტელევიზიებთან და ვებ-გვერდებთან თანამშრომლობა.

სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ნორმები

სანიტარულ და ეპიდემიოლოგიურ ნორმებს ოთხივე კლინიკაში აკონტროლებს ეპიდემიოლოგიური სამსახური. ასევე ნაწილობრივ ჩართულია ხარისხის სამსახური.

ლაბორატორიის სტანდარტები

ავერსის კლინიკა: ლაბორატორიას ჰყავს ლაბორატორიული სამსახურის ხარისხის მენეჯერი, რომლებიც უზრუნველყოფენ როგორც შიდა, ასევე გარე კონტროლის განხორციელებას ISO-სტანდარტების მიხედვით

უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (ონკოლოგიური): კლინიკა აღჭურვილია უახლესი მაღალი კლასის დახურული ანალიზატორებით, მწარმოებლის ინსტრუქციის

შესაბამისად ხდება კალიბრაცია. რამოდენიმეჯერ მოხდა ლაბორატორიული კვლევის ხარისხის გარე კონტროლი - მასალა გაიგზავნა ინგლისში.

შპს მედიკალ პარკი საქართველო: ლაბორატორიის სტანდარტები კონტროლდება სათავო ოფისიდან.

წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო: სტანდარტები იგზავნება გერმანიაში და იქიდან მიღებული რეკომენდაციის თანახმად მოქმედებენ.

ხარისხის სტატისტიკური მაჩვენებლები/ინდიკატორები

სტატისტიკას/ინდიკატორებს კლინიკის მუშაობაში დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს. სტატისტიკური ინფორმაციის დახმარებით შესაძლებელია შედეგების ერთმანეთთან შედარება და სუსტი მხარეების გამოვლენა. ოთხივე კლინიკაში მუშაობს სტატისტიკის სამსახური, ისინი ითვლიან იმ ინფორმაციას, რაც საჭიროა სტატისტიკის ეროვნული სამსახურისთვის. გარდა ამისა, ავერსის კლინიკაში ხდება სხვა ინდიკატორების დათვლა, რომელსაც მათ ISO სტანდარტები ავალდებულებს. ხდება ამ ინფორმაციის შედარება, წინა წლის მონაცემებთან. ასევე, ონკოლოგიურ საავადმყოფოში დიდი ყურადღება ექცევა სტატისტიკურ მონაცემებს.

დასკვნა და რეკომენდაციები

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ძირითადად, ხარისხის მართვა ასოცირდება მხოლოდ დოკუმენტაციის არსებულ მარეგულირებელ კანონმდებლობასთან თანხვედრასთან და არა თავად პროცესთან, რომელიც უნდა იყოს მართვადი, უწყვეტი, და უზრუნველყოფდეს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას. ძირითად შემთხვევებში, ჰოსპიტლების მართვის შიდა საინფორმაციო სისტემა არ არის სრულყოფილი, საჭიროებს დახვეწას და სრულყოფას, ან საერთოდ ჩანასახის დონეზეა.

შიდა ჰოსპიტალური ინფექციების კონტროლი და სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული სტანდარტები მეტ-ნაკლებად სხვადასხვა სახით რეგულირდება, ზოგ შემთხვევაში იგი არ არის სრულყოფილი და არ აქვს რეგულარული ხასიათი, მხოლოდ პერიოდულობით ხასიათდება, რაც ვერ უზრუნველყოფს ამ რგოლის სრულყოფილ ფუნქციონირებას.

პაციენტებსა და პერსონალზე ორიენტაცია უმთავრესად ფორმალური ხასიათისაა და არ ხასიათდება კონკრეტული მექანიზმების არსებობით. ხარისხობრივი სტატისტიკური მაჩვენებლები/ინდიკატორები შეგროვება/დათვლის პროცესი რეგულარულია, თუმცა, ძირითადად, ფორმალური ხასიათისაა, კანონმდებლობის დაცვის მიზნით. ტოპ-მენეჯმენტი არ ახდენს ამ მაჩვენებლების ანალიზის საფუძველზე გარკვეული დასკვნების გაკეთებას და მათი ანალიზის შედეგად რაიმე საკვანძო, სამომავლო, დროში გაწერილი გეგმების დასახვას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის პროცესი სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში სხვადასხვა ტიპისაა. არ არის მეტ-ნაკლებად უნიფიცირებული და არ ხდება მათი სრულად კანონმდებლობასთან თანხვედრა.

კვლევის შედეგად გამოვლენილი პრობლემები საჭიროებს ჯანდაცვის სისტემის შესაბამისი ორგანოების, როგორც სახელმწიფო დონეზე (სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო), ასევე სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე შესაბამის რეაგირებას. მიზანშეწონილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის ერთიანი, უნიფიცირებული სისტემის შექმნა, რომელიც შესაბამისობაში იქნება ხარისხის მართვის მარეგულირებელ კანონმდებლობასთან.

ბიბლიოგრაფია

- გეგელაშვილი, გ. 2008. პაციენტთა უსაფრთხოება.
- გეგეშიძე, ნ.; ალადაშვილი, პ. 2009. *სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამსახურის მოქმედების პრინციპები და კონცეფციები თანამედროვე მოთხოვნების პირობებში*. კავკასიის სამედიცინო მაცნე. http://www.medgeo.net/2009/08/23/medical_care/
- სასანია, ირაკლი. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, სალექციო მასალა.
- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-6 3/ ნ. „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“. ქ. თბილისი. 2012 წლის 12 სექტემბერი.
- ტოლიაშვილი, პ. 2013. „*მომსახურების ხარისხის ამაღლება სამედიცინო დაწესებულებაში*“: <<http://strategy.ge/2013/11/04/service-quality-in-medical-institution/>>.
- Banqha E, Fritze B, Yaguboglu R, Amon U. 1999, May. “Quality management in the German health care system”. Article. Hautarzt. German. .
- Berenson RA et al. 2006. Hospital-physician relations: cooperation, competition, or separation? *Health Affairs Web Exclusive*.
- Bigelow B, Arndt M. 1995. “Total quality management: field of dreams?”. Health care management review. Clark University, Worcester, MA, USA.
- Bodenheimer T et al. 2007. The primary care-specialty income gap: why it matters. *Ann Intern Med*.
- Bodenheimer T, Grumbach K. 2007. *Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice*. New York. McGraw-Hill.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. 2009. “Understanding Health Police”. Pp. 111-126.
- Brennan TA et al. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*.
- Chobanian AV et al. 2003. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 289:2560.
- Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. 2007. „*Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization*„.
- Eddy DM. 1993. Three battles to watch in the 1990s. *JAMA*. 270:520.
- Ernst DF. 1994. “Total quality management in the hospital setting”. Journal of nursing care quality. Department of Nursing, Georgia Southern University, Statesboro.
- Gandhi TK et al. 2005. Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. *J Gen Intern Med*. 20:837.
- Institute of Medicine. 1999. “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. 2001. “*Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*”. Washington, CD: National Academies Press.
- Institute of Medicine. 2003. “*Unequal Treatment*”. Washington, DC: National Academies Press.
- King TE, Wheeler MB. 2007. „*Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients*“. New York. McGraw-Hill.
- Kollberg B. 2007. “*Performance Measurement Systems in Swedish Health Care Services*”.
- Leape LL et al. 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med*.
- Leape LL. 1992. Unnecessary surgery. *Ann Rev Public Health*. 13:363.
- Meurer LN et al. 2006. Excess mortality caused by medical injury. *Ann Fam Med*. 4:410.
- Morrison J, Wickersham P. 1998. Physicians disciplined by a state medical board. *JAMA*.
- National Committee for Quality Assurance. 2003. “*The State of Health Care Quality 2003*”. NCQA. 2003.
- Relman AS. 2007. *A Second Opinion: Rescuing America’s Health Care*. New York, NY: Public Affairs.
- Rothschild JM et al. 2000. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*.
- Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. 2004. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 291:335.
- Schiff GD et al. 1994. A better quality alternative: Single payer national health reform. *JAMA*.
- Steele R. 2010. “*ISO 9001 What to do*”. Switzerland. Geneva.;

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის სამეცნიერო - ინფორმაციული უზრუნველყოფის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, ჯაბა ბეჭვაია

აბსტრაქტი

შესავალი: მედიცინა მეცნიერების ერთ-ერთი სწრაფად განვითარებადი სფეროა და მოითხოვს განათლების უწყვეტ თვითამაღლებას. საინფორმაციო უზრუნველყოფა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების სათანადო მართვისა და ხარისხით უზრუნველყოფის ერთ-ერთ საჭირო პირობას. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერებისა და სპეციალისტების საინფორმაციო მოთხოვნების შესწავლა, სამეცნიერო-სამედიცინო ინფორმაციის წყაროების და პირველადი ჯანდაცვის თემატიკაზე არსებული თანამედროვე სამეცნიერო პუბლიკაციების საინფორმაციო ნაკადის ანალიზის ჩატარება. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის კომპონენტს ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერებთან და სამედიცინო პერსონალთან. ხოლო რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუება სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებთან და სამედიცინო პერსონალთან. კვლევის არეალს წარმოადგენდა ქ. თბილისისა და ზუგდიდის რაიონის (დასავლეთ საქართველო) პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებები. **შედეგები:** პირველადი ჯანდაცვის ხელმძღვანელების და სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო-ინფორმაციული უზრუნველყოფა მიმდინარეობს უსისტემოდ და სტიქიურად. ნაკლები ყურადღება ექცევა სამეცნიერო ხასიათის ინფორმაციას, უპირატესობა ენიჭება შესაბამისი პროფესიის ხელმძისაწვდომ საინფორმაციო წყაროებს. საქართველოში ძალიან მცირეა პროფილური ჟურნალების რაოდენობა, ან ზოგიერთი განხრით საერთოდ არ არსებობს, მიღებული სამეცნიერო ინფორმაცია არასაკმარისი მოცულობისაა. სიძნელეს წარმოადგენს ინფორმაციის მოძიება, რადგან უმეტესობამ არ იცის, თუ როგორ მოიძიონ მათთვის საჭირო ინფორმაცია, გარკვეულ როლს თამაშობს ენობრივი ბარიერი, დროის სიმწირე და ფინანსური სირთულეები. შესაბამისად, დაბალია საინფორმაციო სისტემის მიმართ კმაყოფილება. საჭირო ინფორმაციის მოპოვება უმთავრესად ხდება ინტერნეტის დახმარებით. თუმცა, დაბალია მოპოვებული ინფორმაციისადმი ნდობა. **დისკუსია, დასკვნა:** დღეისთვის მწვავედ დადგა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის საინფორმაციო-სამეცნიერო უზრუნველყოფის ობიექტური მოთხოვნილება, მისი თანამედროვე ინფორმაციული ტექნოლოგიებით აღჭურვის საჭიროება. თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების მეშვეობით პირველადი ჯანდაცვის მუშაკები შეძლებენ განავითარონ ცოდნა, ერთმანეთს გაუზიარონ გამოცდილება, გაეცნონ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ინოვაციურ მეთოდებს. ამ მხრივ, საჭიროა ინფორმაციული უზრუნველყოფის მექანიზმების შემუშავება, რომელიც აამაღლებს სათანადო ინფორმაციაზე ხელმძისაწვდომობას და ხარისხს, რაც დადებით გავლენას იქონიებს ჯანდაცვის სისტემის მთავარი მიზნის - მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიღწევაში.

ძირითადი სამიზნო სიტყვები:

პირველადი ჯანდაცვა, სამეცნიერო-ინფორმაციული უზრუნველყოფა

Challenges in Scientific - Information Provision of Primary Health Care Personnel in Georgia

Tengiz Verulava, Jaba Bechvaia

Abstract

Background: Medicine is one of the rapidly developing field and it requires continuous education process. Information management and quality assurance is one of the necessary conditions for the provision of adequate medical services. The purpose of research was to study the information needs for

primary health managers and specialists, to analyse the scientific and medical information sources and the modern scientific publications on the topic of primary health care. **Methodology:** Within the qualitative research component in-depth interviews was conducted among of primary health care management and medical staff. As for the quantitative research component face-to-face interviewing by using of special questionnaire has been conducted among managers of medical institutions and medical staff. The wide range of primary health care institutions presented those located in Tbilisi (capital town of Georgia) and Zugdidi region (Western Georgia). **Results:** Primary health care management and medical personnel are unsystematically and spontaneously provided with scientific and medical information. Less attention is paid to scientific information, preference is given to the relevant sources of information available to the profession. Very few profiled journals are issued in Georgia, even do not exist in some of the fields, so the amount of scientific information is insufficient. Difficulty presents in finding appropriate sources, because many professionals do not know how to search the necessary information. A significant role plays the language barrier, lack of time and financial difficulties. Accordingly, the satisfaction toward the information system is on low level. Information collection is mainly conducted by usage of Internet. However, information obtained in confidence is low. **Discussion, conclusion:** At present, objective demand in ensuring of the primary health care system with scientific information, the need for modern information technologies are critical issues. By applying of modern information technology the primary health care workers will be able to develop their knowledge and professional skills, to share experiences, learn about the diagnosis, treatment, innovative methods of prevention. In this regard, it is necessary to develop information security mechanisms, which will increase accessibility and quality of information, and this will have positive impact on the health care system's main goal - to achieve improvement for the population health.

Keywords: Georgia; Primary health care, Scientific - Information Provision

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანესი რგოლია, რადგანაც პირველად ამ ეტაპზე ხდება ადამიანის პირველადი კონტაქტი ჯანდაცვის სისტემასთან. ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის (მენეჯერები, ექიმები, ექთნები და ა.შ.) კვალიფიკაციის დონეს. თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული არამხოლოდ საკადრო, ფინანსური და მატერიალური რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე, არამედ ჯანდაცვის სფეროში არსებულ საინფორმაციო რესურსებზეც. ჯანდაცვის დაწესებულების ხელმძღვანელებს მეცნიერული, ორგანიზაციული და ეკონომიური ხასიათის ინფორმაცია სჭირდებათ დაწესებულების მიმდინარე და სამომავლო საქმიანობის დაგეგმვისათვის, პრაქტიკულ საქმიანობაში მედიცინის თანამედროვე მიღწევების და გამოცდილების დასაწერგავად, დაწესებულების საქმიანობის ეფექტურად ორგანიზებისათვის.

სამედიცინო მეცნიერებები “თავბრუდამხვევი” სისწრაფით ვითარდება. ბოლო ათწლეულებში აღინიშნება სამედიცინო ინფორმაციის (საინფორმაციო წყაროების) მკვეთრი ზრდა. თითოეული ექიმს უწევს უამრავი ინფორმაციის ნაკადის მიღება, რომელიც გაფანტულადაა წარმოდგენილი სხვადასხვა მონოგრაფიებში, ჟურნალებში, წიგნებში (Brown C., 2002). ექიმი ცდილობს მოახდინოს ინფორმაციის გაფილტვრა აქტუალურობის თვალსაზრისით, და შესაბამისად მიიღოს თავისი საქმიანობისათვის საჭირო აუცილებელი ინფორმაცია. ასეთ ეპოქაში მენეჯერებისა და სპეციალისტების მუშაობა წარმოუდგენელია თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენების გარეშე. 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. ამისათვის საკმარისი არ არის მხოლოდ უნივერსიტეტში სწავლის დროს მიღებული სათანადო პროფესიული ცოდნა და უნარ-ჩვევები. 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 (Beyer M., et. al., 2003).

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 (Chen J. et. al., 2006). 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 მაჩვენებლების შეფასებას, აგრეთვე მათ შედარებას კოლეგების მაჩვენებლებთან. სულ უფრო მეტი აქცენტი კეთდება ჯგუფურ სწავლებაზე, სადაც ადამიანები იზიარებენ საერთო ღირებულებებს.

სამედიცინო დაწესებულებები დანტერესებულნი უნდა იყვნენ სამედიცინო პერსონალის სამეცნიერო საქმიანობის სტიმულირებით, მათთვის საჭირო ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდით, რადგან კვალიფიკაციის უწყვეტი ამაღლება ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას (Mason, J. 2001). ამგვარად, კვალიფიკაციის ამაღლება განიხილება როგორც უწყვეტი პროცესი, „უწყვეტი განათლება“, ანუ სწავლება მთელი ცხოვრების განმავლობაში, რაც პერსონალს სტიმულს აძლევს მიიღოს ყველა ის ცოდნა, 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, 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 და ВИНИТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში, ხელმისაწვდომია on-line რეჟიმში; 2009 წელს ჟურნალის რეიტინგმა (SJR) შეადგინა 0,038, იმპაქტ - ფაქტორი კი 0,030-ია. 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. ჟურნალს 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. ფაღვას 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.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერებისა და სპეციალისტების 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.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ჯანდაცვის სისტემის სამეცნიერო-ინფორმაციული უზრუნველყოფის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. კვლევა მოიცავდა თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. ალბათური შერჩევის მეთოდით შეირჩა თბილისის 6 და ზუგდიდის 2 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები. თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებთან, სამედიცინო პერსონალთან. რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა პირისპირ ინტერვიუებზე სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. შეირჩა 200 რესპოდენტი, რომელთაგან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე თანხმობა განაცხადა 167 რესპოდენტმა (83.5 %). დამუშავების პროცესში ნაკლულად ჩაითვალა 3 ანკეტა (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 %).

ცხრილი № 1: 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%

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%) (იხ. დანართი 2).

ცხრილი №2: რესპოდენტების ასაკობრივი და სქესობრივი შემადგენლობა

რესპოდენტთა ჯგუფი		პჯდ-ს მენეჯერები	%	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	%
1	2	3	4	5	6
სულ	164	36	22	128	78
ქალი	111	25	69.4	86	67.2
კაცი	53	11	30.6	42	32.8
30 წლამდე	სულ	0	0	21	16.4
	ქალი	0	0	14	10.9
	კაცი	0	0	7	5.5
31-40 წლ	სულ	9	25	39	30.5
	ქალი	6	16.7	25	19.5
	კაცი	3	8.3	14	10.9
41-50 წლ	სულ	14	38.9	43	33.6
	ქალი	9	25.0	31	24.2
	კაცი	5	13.9	12	9.4
51-60 წლ	სულ	11	30.6	18	14.1
	ქალი	8	22.2	11	8.6
	კაცი	3	8.3	7	5.5
60 წელზე მეტი	სულ	2	5.6	7	5.5
	ქალი	2	5.6	5	3.9
	კაცი	0	0	2	1.6

ცხრილი № 3: რესპოდენტების სამუშაო სტაჟი (სქესის მიხედვით)

რესპოდენტთა ჯგუფი		პჯდ-ს მენეჯერები	%	პჯდ-ს პრაქტიკოსი ექიმ-სპეციალისტები	%
1	2	3	4	5	6
სულ	164	36	22	128	78
ქალი	111	25	69.4	86	67.2
კაცი	53	11	30.6	42	32.8
5 წლამდე	სულ	7	19.4	13	10.2
	ქალი	5	13.9	9	7.0
	კაცი	2	5.6	4	3.1
5-10 წლ	სულ	6	16.7	18	14.1
	ქალი	3	8.3	12	9.4
	კაცი	1	2.8	6	4.7
10-15 წლ	სულ	10	27.8	21	16.4
	ქალი	8	22.2	14	10.9
	კაცი	2	5.6	7	5.5
15-20 წლ	სულ	6	16.7	26	20.3
	ქალი	4	11.1	17	13.3
	კაცი	2	5.6	9	7.0
20-25 წლ	სულ	4	11.1	23	18.0
	ქალი	3	8.3	14	10.9
	კაცი	1	2.8	9	7.0
25 -30 წლ	სულ	3	8.3	18	14.1
	ქალი	2	5.6	13	10.2
	კაცი	1	2.8	5	3.9
30 წელზე მეტი	სულ	0	0	9	7.0
	ქალი	0	0	7	5.5
	კაცი	0	0	2	1.6

შედეგები

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 წყაროები შედარებით 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%).

ცხრილი № 4: ინფორმაციის წყაროების გამოყენება

		ჰჯდ-ს მენეჯერები		ჰჯდ-ს ექიმ-სპეციალისტები	
		ინფორმაციის რა წყაროებს იყენებთ?	ყველაზე სასარგებლოა	ინფორმაციის რა წყაროებს იყენებთ?	ყველაზე სასარგებლოა
1	პარლამენტის კანონები, სამინისტროს ბრძანებები	100%	67	91%	29
2	დაწესებულების 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	დისერტაცია	8%	0	16%	0
7	კლინიკური „გაიდლაინები“	27,3%	0	87%	24
8	მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მასალები	13,5%	0	36%	0

ცხრილი № 5: ჟურნალის თემატური სექციით დაინტერესება

	თქვენი საჭიროების შესაბამისად (შეაფასეთ 10 ბალიანი სისტემით)		ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა (შეაფასეთ 10 ბალიანი 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

საქართველოში არსებული პროფესიული ჟურნალების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სხვადასხვა დონის სპეციალისტები მეტ მნიშვნელობას ანიჭებენ თავიანთ პროფესიულ საქმიანობასთან ახლოს მდგომ ინფორმაციულ წყაროებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია სამუშაო ადგილზე. პრაქტიკოსი ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ჟურნალს „ავერსის კლინიკის ჟურნალი“ (34%), „ოჯახის მკურნალი“ (29%), „თანამედროვე მედიცინა“, საქართველოს სამედიცინო სიახლეები“ ("Georgian medical news") (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 № 6).

თანამედროვე ტექნოლოგიებმა თავისი ადგილი დაიმკვიდრეს ჯანდაცვის სფეროშიც. რესპოდენტთა 42% აღნიშნავს, რომ ინტერნეტიდან უფრო ადვილი და მოსახერხებელია მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღება და დამუშავება. 31% ინფორმაციას ღებულობს ჯანდაცვის სამინისტროდან, 16% - პროფესიულ გადამზადების კურსებზე დასწრებით, 6% - უშუალოდ დაწესებულების ხელმძღვანელისგან, 1% - გამოწერილი მასალიდან, 4% - ფარმაცოლოგიური 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 № 6: რა სახის პროფესიულ ინფორმაციას ღებულობენ 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
წიგნები, მონოგრაფიები	23	27
კვლევები, დისერტაციები	3	12
კლინიკური „გაიდლაინები“	17	69
მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მასალები	16	31
უცხოური პუბლიკაციები	19	28

ინფორმაციის ინტერნეტით მოპოვებისას რესპოდენტები შემდეგ სირთულეებს გამოყოფენ: არასაკმარისი დრო ინფორმაციის მოსამიებლად (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 № 7: 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 მოსამიებლად	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.

ცხრილი №8: სამეცნიერო ჟურნალებში ინფორმაციის წარმოდგენის სისრულე.

კითხვა	%
1 ჟურნალებიდან ვღებულობ 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 %

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.

ინტერპრეტაცია-დისკუსია

თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების განვითარების ფონზე დღის წესრიგში დგება მენეჯერთა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიციური სამეცნიერო ხასიათის ინფორმაციით უზრუნველყოფის საჭიროება. მეცნიერული ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალს 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. შესაბამისად, მნიშვნელობა ენიჭება ინფორმაციული უზრუნველყოფის სათანადო მექანიზმების შემუშავებას, რაც გაზრდის სამეცნიერო ხასიათის ინფორმაციის ხარისხს და მასზე ხელმისაწვდომობას. აღნიშნული დადებით გავლენას იქონიებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიღწევაში.

კვლევის მიხედვით, სამეცნიერო-სამედიცინო ინფორმაციას ერთ-ერთი მთავარი როლი უკავია პრაქტიკულ მედიცინაში, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციასა და მართვაში. სხვადასხვა სპეციალისტები უპირატესობას ანიჭებენ ხელმისაწვდომ საინფორმაციო წყაროებს. რაც უფრო მაღალია სამედიცინო დაწესებულების როგორც ადმინისტრაციული, ასევე სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია, მით უფრო იზრდება სამეცნიერო წყაროების საჭიროება, მით უფრო მეტად აფასებს იგი სამეცნიერო ჟურნალებს, რომლებიც დაავადებათა მკურნალობის თვალსაზრისით იძლევიან რეკომენდაციებს. რესპოდენტთა საინფორმაციო მოთხოვნილება გამოსახავს მათ პროფესიონალურ ინტერესს. სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერები დაინტერესებულნი არიან შემდეგი თემატიკით: „სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება“, „ნორმატიულ-სამართლებრივი აქტები“, „ჯანდაცვის ეკონომიკა“...

ინტერნეტის ტექნოლოგიების განვითარებამ დადებითი როლი ითამაშა ჯანდაცვის სფეროს განვითარებაში. ინტერნეტი ამაღლებს ინფორმაციულ ხელმისაწვდომობას. დღეისათვის ყველა საერთაშორისო ორგანიზაციებს გააჩნით თავიანთი ინტერნეტ პორტალი, სადაც კონცენტრირებულია სხვადასხვა სახის სამედიცინო სამეცნიერო ინფორმაცია.

დასკვნა

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 დებულობენ 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.

ჯანდაცვის სპეციალისტთა სამეცნიერო-საინფორმაციო უზრუნველყოფაზე და ინფორმაციის წყაროს ხელმისაწვდომობაზე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ჯანდაცვის

სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს, არასამთავრობო ორგანიზაციებს, რომლებიც ქმნიან ნორმატიულ-სამართლებრივი ხასიათის დოკუმენტებს, სტანდარტებს, საინფორმაციო და სტატისტიკურ მასალებს, მეცნიერულ პუბლიკაციებს. 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 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 დანტერესების გაზრდა სამეცნიერო ხასიათის ჟურნალების გამოცემით, 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 დანერგვას.

ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა თენგიზ, 1999. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების კომპლექსური შეფასება. სადოქტორო, საკანდიდატო (PhD) დისერტაცია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი.
2. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. თბილისი 2013.
3. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013.
4. Beyer, M. et al. 2003. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Family Practice. P.443-451
5. 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
6. Chen, J. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction / J. Chen et al. // Journal of General Internal Medicine. -2006.
7. Mason, J. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? / J. Mason et al. // JAMA. 2001. P.2988-2992.

კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა და უპირატესობები

თენგიზ ვერულავა, ნინო ბარამიძე, მარიამ თურმანული

აბსტრაქტი

შესავალი: სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებას სახელმწიფოს გარდა კერძო პროვაიდერებიც უზრუნველყოფენ. კვლევის მიზანია კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის და უპირატესობების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბენეფიციარები. **შედეგები:** კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა მაღალია მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის, ვინც დაზღვეულია კერძო სადაზღვევო სისტემით. გამოკითხულთა უმრავლესობა (93%) უპირატესობას კერძო პედიატრიულ სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას ანიჭებს. იგი გამოირჩევა მომსახურების დროულობით, კომფორტულობით. **დისკუსია:** კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურმა ბაზარზე არსებობისთვის თავისი სპეციფიკური ადგილი მოძებნა. იგი სერვისებს სთავაზობს კონკრეტულ ასაკობრივ ჯგუფს, რითაც იმსახურებს პაციენტთა კმაყოფილებას, გარდა ამისა, მჭიდროდ თანამშრომლობს სადაზღვევო კომპანიებთან. ყოველივე აღნიშნული განაპირობებს კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის კონკურენტუნარიანობას. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიზანშეწონილია მომსახურების ღირებულების გადახდის მოქნილი სისტემის დანერგვა მათთვის, რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა (შედარებით ნაკლები ფასის დაწესება). დაგვიანებული მომსახურების ერთეული შემთხვევების აღმოფხვრის მიზნით სასურველია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანების ოპტიმალური რაოდენობის უზრუნველყოფა.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: კერძო სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება.

Accessibility and Benefits of Private Pediatric Emergency Care

Tengiz Verulava, Nino Baramidze, Mariam Turmanuli

ABSTRACT

Introduction: The main object of the research is to study the advantages and accessibilities of the private pediatrician emergency service. **Methodology:** There was used the quantitative method. The research was held in Tbilisi and 101 respondents, who have been using the following service, were inquired by means of the telephone calls and the Internet questionnaires. **The results:** The accessibility of the private pediatrician service is high for that part of the population who are insured by the private insurance companies. Such kind of service is totally limitless for them private ambulance is featured with its urgent service. Its team consists of qualified pediatricians. They can render services at home, give medical advice and prescribe the medicine. They have 24-hour service and also they can make telephone consultations. In order to monitor the patient's condition they use telephone calls. It is a very comfortable service as well; there is no need to stand in a queue. The majority of respondents prefer a private ambulance service.

Key words: private emergency service, availability, advantages.

შესავალი

ბავშვთა ასაკი, განსაკუთრებით 5 წლამდე, საკმაოდ ლაბილური პერიოდია, და დამახასიათებელია, ჯანმრთელობის მდგომარეობის სწრაფი დამძიმება. ბავშვთა ასაკში

ხშირია ისეთი მწვავე და გადაუდებელი მდგომარეობები, როგორცაა: კრუპის შეტევა, მწვავე ბრონქოსპაზმი, ალერგიული რეაქცია, ჰიპერთერმია და მისით გამოწვეული გულყრის ეპიზოდები, ტრავმები, რომლის დროსაც ბავშვს ესაჭიროება სასწრაფო კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება. ასეთ შემთხვევებში კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა გამოირჩევა სწრაფი რეაგირებით, რის შედეგად გამოსავალი სასიკეთოა.

სახელმწიფო მოსახლეობას უზრუნველყოფს უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემით. თბილისში სასწრაფო და გადაუდებელი პირველადი პრეჰოსპიტალური სამედიცინო დახმარებას ახორციელებს შპს „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი“. [1] ცენტრის მიზანია პაციენტისათვის დროული, ადეკვატური და მაღალკვალიფიციური სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისას გართულებებისა და ლეტალური გამოსავლის შემცირება, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად, საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში. [2]

გადაუდებელი დახმარების ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით, 2012 წელს შეიქმნა საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – „112“. [3]. „112“ არის ერთიანი, 24-საათიანი გადაუდებელი დახმარების ოპერატიული მართვის ცენტრი, რომელიც გადაუდებელი დახმარების შესახებ სატელეფონო შეტყობინებებს იღებს მთელი საქართველოდან ერთიანი სატელეფონო ნომრის 1-1-2 საშუალებით. მისი მთავარი უპირატესობებია: საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების ოპერატიულობის მაღალი ხარისხი, ერთიანი ელექტრონული სისტემა, ინფორმაციის შენახვის და ანალიზის შესაძლებლობა.

კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი ფუნქციონირებს 2002 წლიდან. იგი არის ერთადერთი სპეციალიზირებული ბავშვთა სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, სადაც მუშაობენ მაღალკვალიფიციური პედიატრები, რომლებიც სამედიცინო დახმარებას უწევენ როგორც დაწესებულებაში, ასევე ბინაზე მისვლით. [4] ცენტრში ერთდროულად მუშაობს 8-10 სამედიცინო ბრიგადა ქალაქის მასშტაბით; იგი ყველა სადაზღვევო კომპანიის პროვაიდერია [4].

კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის მიერ გაწეული სერვისები მოიცავს: 24 საათიანი უფასო სატელეფონო საკონსულტაციო სერვისი, ვიზიტი ბინაზე, პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა, ექიმ-პედიატრის კონსულტაცია, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ჩატარება (მათ შორის ლაბორატორიული ანალიზები ბინაზე, რენტგენოლოგიური კვლევები) და მკურნალობის სქემის მიცემა, გამომახების შემდეგ პაციენტებზე სატელეფონო კონტროლის განხორციელება დაავადების მიმდინარე პროცესების შესახებ. [4]

კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარება არის ფასიანი სერვისი, რომლის ღირებულება თბილისის მასშტაბით შეადგენს 40 ლარს, ხოლო თბილისის გარე პერიმეტრი, როგორც არის რუსთავი, მარნეული, წყნეთი და ახლომახლო დასახლებები, გამომახების ღირებულება შეადგენს 65 ლარს. [4] კერძო სასწრაფო დახმარების სერვისი არ ივარება სახელმწიფოს მხრიდან არც საყოველთაო დაზღვევის პირობებით, [5] არც სხვა სახელმწიფო პროგრამებით [6, 7]. შესაბამისად ამ სერვისის მომხმარებლებს უწევთ თავად გადაიხადონ სერვისის ღირებულება. მათ, ვინც დაზღვეულები არიან კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურება ივარება 100%-ით; მაგალითად, სადაზღვევო კომპანია „ალდაგმი“ დაზღვეულებისთვის სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება ითვალისწინებს ნებისმიერი ლიცენზირებული კერძო (ფასიანი) სასწრაფო დახმარების ხარჯების ანაზღაურებას, რაც მოიცავს ბინაზე ყველანაირი გადაუდებელი დახმარების გაწევის და შესაბამისი პროფილის კლინიკაში ტრანსპორტირების ხარჯების

ანაზღაურებას, მათ შორის რეგონებიდან ტრანსპორტირებას. [8] აღნიშნული სერვისი კერძო სადაზღვევო სისტემაში დაზღვეულებს პოლისის მიხედვით ეფარებათ 100%-ით და ულიმიტოა. [8]

წლიდან წლამდე იზრდება სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების მაჩვენებელი. 2013 წელს კერძო პედიატრიული სასწრაფოს გამოძახებების რიცხვმა შეადგინა 39,833 შემთხვევა. მხოლოდ 2015 წლის იანვარი-აპრილის მონაცემებით გამოძახებების რიცხვმა მიაღწია 25,266-ს. [9]

კვლევის მიზანია კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის და სერვისის უპირატესობების გამოვლენა.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში განხორციელდა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბენეფიციარების ინტერვიუება. გამოიკითხა 101 რესპოდენტი. კვლევაში გამოყენებული იქნა სატელეფონო ინტერვიუების და ელექტრონული გამოკითხვის მეთოდი.

კვლევის შედეგები

კვლევისთვის შეირჩა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მოსარგებლები, რომლებსაც სამედიცინო მომსახურება გაეწიათ შპს „პედიატრი“-ს მიერ. გამოკითხვა ჩატარდა 101 პაციენტთან. გამოკითხულთაგან 11% იყო მდედრობითი სქესის, 89% კი მამრობითი სქესის. გამოკითხულთა შორის ყველაზე მეტს შეადგენდა 26-35 ასაკი - 49%, შემდეგ 18-25 ასაკი - 28%, 36-45 ასაკი - 20%, 46-55 ასაკი კი მხოლოდ 3%.

რესპოდენტებს უნდა მიეთითებინათ მათი დასაქმების სტატუსი. აღმოჩნდა, რომ უმრავლესობა მუშაობს სრული დატვირთვით, 35 სთ-ზე მეტი კვირაში - 60,4%, უმუშევარი, ეძებს სამსახურს - 15,84%, უმუშევარი, არ ეძებს სამსახურს - 9,90%, მუშაობს ნახევარ განაკვეთზე (35 სთ-ზე ნაკლები კვირაში) - 7,92%, არის თვითდასაქმებული, დროებით სამუშაოზე - 2,97%, სტუდენტი - 1,98%, შეიკავეს თავი - 0,99%. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა არიან დედები, რომლებიც შესაძლოა არ იყვნენ დასაქმებულები, მაგრამ მათი ოჯახის სხვა წევრი იყოს დასაქმებული და შესაბამისად ქონდეთ კერძო დაზღვევით სარგებლობის საშუალება.

გამოკითხულთა უმრავლესობამ (46,53%) ბოლო 1 წლის განმავლობაში მხოლოდ ერთხელ ისარგებლა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით. გამოკითხულთა 20,8% აღნიშნული სერვისით სარგებლობს სამ თვეში ერთხელ, ორ თვეში ერთხელ სარგებლობის 17,82%, თვეში ორჯერ - 5,94%, თვეში ერთხელ მაინც - 5,94%, თვეში ორჯერ და მეტად - 2,97%. მიღებული შედეგები გამოხატავს ბოლო 1 წლის გასაშუალოებულ მონაცემებს, შესაბამისად, სეზონური მონაცემები შესაძლოა განსხვავდებოდეს.

გამოკითხულთა 57% სარგებლობს მხოლოდ კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით, 43% კი, როგორც კერძო ასევე სახელმწიფო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით.

გამოკითხულთა 93% უპირატესობას კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას ანიჭებს უპირატესობას, სახელმწიფო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას - 5%, აღნიშნული კითხვისგან თავი შეიკავა 2%-მა.

კითხვაზე, თუ რატომ ანიჭებენ უპირატესობას კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას, გამოკითხულთა 69,31%-მა აღნიშნა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაკომპლექტება ექიმ-სპეციალისტებით, 24 საათიანი მომსახურება - 62,38%, გამოძახებაზე დროული მოსვლა - 60%, ბინაზე სამედიცინო მომსახურების მიღება - 32%, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება ბინაზე - 11,88%, რეცეპტი №3-ის მიღების შესაძლებლობა - 5%, პასუხის გაცემა გაუჭირდა რესპოდენტთა 4%-ს, 1%-მა აღნიშნა, რომ მხოლოდ ერთხელ ისარგებლეს ამ სერვისით.

კითხვაზე, კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმის მომსახურება უფრო ეფექტურია თუ ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებაში ბავშვთა ექიმთან ან ექიმ-სპეციალისტთან მიმართვა, გამოკითხულთა 74% ბავშვთა ექიმთან, ექიმ-სპეციალისტთან ვიზიტს ანიჭებს უპირატესობას, ვიდრე კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას. მათი აზრით, ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულების პედიატრთან დიდი ხნის ურთიერთობა აკავშირებს და შესაბამისად პაციენტზე უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობას აწარმოებს, გარდა ამისა, მაღალია ნდობის ფაქტორი. ასევე, მათ ურჩევენიათ სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართონ კლინიკას, რადგან კლინიკაში შესაძლებელია ყველა საჭირო კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება. პირიქით ფქრობს გამოკითხულთა მხოლოდ 26%. მათ აზრით, კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმის სერვისები უფრო ეფექტურია, რადგან კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარება უფრო კომფორტულია, მომსახურება შედარებით სწრაფია, არ არის საჭირო ექიმთან მიღებაზე წინასწარ ჩაწერა და რიგებში დგომა.

გამოკითხულთა 40.9%-მა კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების შესახებ გაიგეს ახლობლებისგან, სადაზღვევო კომპანიამ შესთავაზა კერძო სასწრაფო დახმარების გამოძახება - 17,82%, ინტერნეტიდან - 10,89%, ტელევიზიით - 4,95%, რეკლამიდან და პრესიდან - 0,99%, თავი შეიკავა - 23,76%.

გამოკითხულთა 60% კმაყოფილია გაწეული მომსახურებით, ძალიან კმაყოფილია 27%, საშუალოდ კმაყოფილია - 13%. კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმების პროფესიონალიზმს დადებითად აფასებენ გამოკითხულთა 95%, უარყოფითად - 5%.

რესპოდენტთა 67,33% აღნიშნავს, რომ ოპერატიულად მიიღო სამედიცინო დახმარება, ძალიან ოპერატიულად - 13,86%, გარკვეული დაგვიანებით - 11,88%, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 3,96%-ს, თავი შეიკავა 2,97%-მა.

გამოკითხულთა 80,2%-თვის კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ხელმისაწვდომი სერვისია, არ არის ხელმისაწვდომი და ამიტომ ხშირად გამოძახებას ვერ ახერხებს 10,89%, გაუჭირდა პასუხის გაცემა 8,91%-ს. რესპოდენტების უმრავლესობა (67%) დაზღვეულია კერძო სადაზღვევო სისტემით, გამოკითხულთა 33%-მა აღნიშნა, რომ თავად ახორციელებს სერვისის ღირებულების გადახდას.

გამოკითხულთა 44,55% კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პირობებს აფასებენ 8 ქულით, 9 ქულა - 26,73%, 10 ქულა - 14,85%, 7 ქულა - 8,91%, 5 ქულა - 2,97%, 6 ქულა - 1,98%.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით გამოიკვეთა:

- კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა მაღალია მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის, ვინც დაზღვეული არის კერძო სადაზღვევო სისტემით. მათ, ვისაც თავად უწევს სერვისის ღირებულების გადახდა, ვერ ახერხებენ კერძო სასწრაფოს სერვისებით სარგებლობას ისე ხშირად, როგორც ნებაყოფლობითად დაზღვეული მოსახლეობა.
- კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას გააჩნია რიგი უპირატესობები სახელმწიფო სასწრაფო დახმარებასთან შედარებით. კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარება გამოირჩევა სწრაფი მისვლით ბინაზე, მათი ბრიგადა დაკომპლექტებულია ექიმ-პედიატრებით, შეუძლიათ ბინაზე მომსახურების გაწევა, მკურნალობის სქემის გაცემა, რეცეპტი №3-ის გაცემა, აქვთ 24 საათიანი მომსახურება, სატელეფონო კონსულტაციის შესაძლებლობა, ასევე პაციენტის მონიტორინგის მიზნით რამოდენიმე დღეში აწარმოებენ სატელეფონო მოკითხვას პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. ასევე აღნიშნული იყო, რომ კერძო

პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარება უფრო კომფორტული სერვისია. გამოკითხულთა უმრავლესობა (93%) უპირატესობას კერძო პედიატრიულ სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას ანიჭებს.

- რესპოდენტთა 74% უპირატესობას ექიმ-პედიატრთან ვიზიტს ანიჭებს, რადგან პირად ექიმს მეტად ენდობიან. პირადი პედიატრი ბავშვზე მუდმივ მეთვალყურეობას აწარმოებს, კლინიკაში ვიზიტის დროს შესაძლებელია ყველა საჭირო კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება და შესაბამისი მკურნალობის მიღება.

დასკვნა და რეკომენდაციები

კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურმა ბაზარზე არსებობისთვის თავისი სპეციფიკური ადგილი მოძებნა, რაც გულისხმობს, რომ იგი სერვისებს სთავაზობს კონკრეტულ ასაკობრივ ჯგუფზე, რითაც იმსახურებს პაციენტთა კმაყოფილებას, გარდა ამისა, იგი მჭიდროდ თანამშრომლობს სადაზღვევო კომპანიებთან. ყოველივე აღნიშნული განაპირობებს კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურის კონკურენტუნარიანობას.

გამოკითხულთა უმრავლესობა დადებითად აფასებს კერძო პედიატრიული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურს, მაგრამ ყველა იმ უპირატესობებთან ერთად, რომელიც გამოიკვეთა კვლევის ჩატარების დროს, გამოვლინდა ასევე ნაკლოვანებები, რომლის გამოსწორება ხელს შეუწყობს სერვისის გაუმჯობესებას. მიზანშეწონილია მომსახურების ღირებულების გადახდის მოქნილი სისტემის დანერგვა მათთვის, რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა (შედარებით ნაკლები ფასის დაწესება). მიუხედავად იმისა, რომ კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემაში მთავარ პრობლემად არ არის დასახელებული გამოძახებებზე დაგვიანება, მაინც შეინიშნება ერთეული შემთხვევები, რომლის გამოსწორების მიზნით სასურველია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანების ოპტიმალური რაოდენობის უზრუნველყოფა, ავტოპარკის განახლება.

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში, თბილისი, 2013 წ, გვ.46
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-46/ნ 2013 წლის 12 დეკემბერი, საჯარო სამართლის იურიდიული პირის „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის“ დებულების დამტკიცების შესახებ, მუხლი 2, პუნქტი 2ა, 2ბ, 2ვ, 2ზ
3. საქართველოს კანონი საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – „112“-ის შექმნის შესახებ. 24/11/2011 <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1520643%23!>
4. ბავშვთა სასწრაფო სამედიცინო დახმარება “პედიატრი“, ვებ გვერდი www.pediatry.ge/geo
5. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36, 2013 წლის 21 თებერვალი, ქ. თბილისი
6. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N218, 2009 წლის 9 დეკემბერი, ქ. თბილისი
7. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №165, 2012 წლის 7 მაისი, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების, სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შშმპირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ, ქ. თბილისი
8. სადაზღვევო კომპანია “ალდაგი“, ვებ გვერდი <http://www.aldagibci.ge/index.php?m=106>
9. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები და მათი განვითარების შემაფერხებელი ფაქტორები საქართველოში

თამარ წიგნაძე

აბსტრაქტი

შესავალი. უკვე წლებია რაც მსოფლიო სადაზღვევო ინდუსტრიაში ფართოდ გამოიყენება და სულ უფრო პოპულარული ხდება სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები ე.წ. Insurance-linked securities, უნიკალური ფინანსური ინსტრუმენტი, რომლის უკუგებაც არაა დაკავშირებული ფინანსურ ბაზრებთან, არამედ ბუნებრივი კატასტროფების შედეგად დამდგარ კონკრეტულ სადაზღვევო შემთხვევებთან. სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები წარმოადგენს სადაზღვევო ფინანსურ ინსტრუმენტებს, რომელიც უნიკალურია არა მხოლოდ ინვესტორთათვის, არამედ მზღვეველების და გადამზღვეველთათვის, რადგან მათ გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა ფუნდამენტური რისკების დაზღვევა. კვლევის მიზანია საქართველოში აღნიშნული სფეროს განუვითარებლობის მიზეზების დადგენა.

მეთოდოლოგია. კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სამეცნიერო ნაშრომები, პუბლიკაციები, საერთაშორისო კვლევითი ორგანიზაციების წლიური ანგარიშები. კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს არა-სტრუქტურირებული ინდივიდუალური ჩაღრმავებული ინტერვიუების სახით ექსპერტების მონაწილეობით. **შედეგები:** კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების (კატასტროფის ობლიგაციები) საქართველოში განუვითარებლობის ძირითადი მიზეზებია: ეკონომიკური და პოლიტიკური არასტაბილურობა, სადაზღვევო კულტურისა და რისკ-მენეჯმენტის დაბალი დონე, საზოგადოების გაუთვისებლობა და საინვესტიციო ინსტრუმენტების მიმართ უნდობლობა, ასევე, სასესხო ფასიანი ქაღალდებზე წარმოებული ოპერაციების დაბეგრის შეღავათიანი რეჟიმის არარსებობა. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საქართველოში სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების ბაზრის განვითარებას ბევრი პრობლემა უშლის ხელს, რომელთა მოსაგვარებლად რეკომენდებულია ერთობლივი, კოორდინირებული, ხანგრძლივი მუშაობა როგორც სახელმწიფოს, ისე სადაზღვევო კომპანიებისა და საზოგადოების მხრიდან.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები, კატასტროფის ობლიგაციები, უნიკალური ფინანსური ინსტრუმენტი.

Insurance-linked Securities and Obstacles to Their Development in Georgia

Tamar Tsignadze

Abstract

Background: Insurance – linked securities have been used for many years in the insurance industry and become more and more popular every year. They are unique financial instruments, the returns from which are uncorrelated with the general financial market. Values of them are driven by insurance loss events. They are unique not only for investors, but for insurers/reinsurers too. Without them it would be impossible to insure such risks as fundamental risks are. The objective of a survey was to explore the reasons of this sphere’s backwardness in Georgia. **Methodology:** The methodological basis of research is scientific papers, publications, annual reports of international research organizations. The study included a qualitative component in the form of an unstructured individual in-depth interview with experts. **Results:** The research revealed following reasons of catastrophe bonds’ backwardness in Georgia: economic and political instability; ignorance and distrust of public towards investment instruments; low level of insurance culture and risk management; absence of a preferential tax regime for debt securities’ transactions. **Conclusions, recommendations.** Currently, there are many problems in Georgia hindering the development of the Insurance-linked securities’ market. For solving these problems is necessary hard, coordinated, long-term work from all sides-the state, insurance companies and society completely.

Keywords: Insurance-linked securities, catastrophe bonds, unique financial instrument

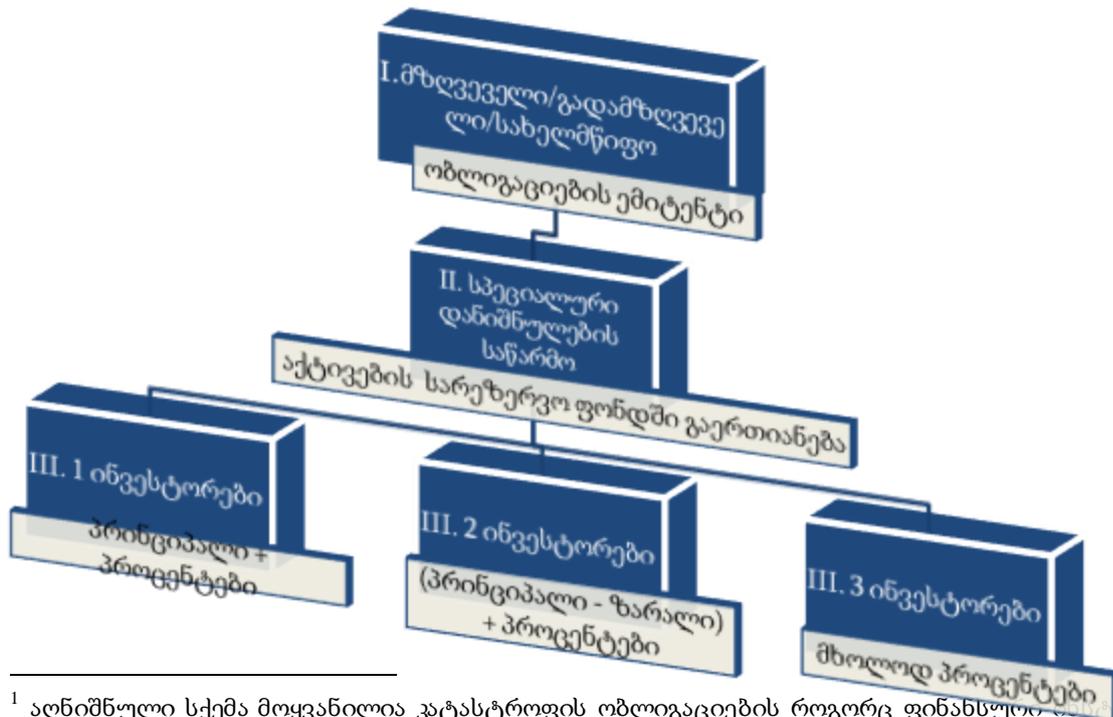
შესავალი

სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები (Insurance Linked Securities (ILS)) ისეთი სახის ფასიანი ქაღალდებია, რომელთა უკუგებაც არაა დამოკიდებული ფინანსურ ბაზრებზე, არამედ კონკრეტული სადაზღვევო შემთხვევის დადგენაზე, რომელიც ძირითადად დაკავშირებულია ბუნებრივი კატასტროფების შედეგად დამდგარ ზარალებთან. სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების ეკონომიკური რყევებისაგან ასეთი დამოუკიდებლობის ფაქტი უფრო მიმზიდველს ხდის მათ ინვესტორთათვის. ამ ტიპის სასესხო ფასიანი ქაღალდების გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა მსოფლიო სადაზღვევო ინდუსტრიაში ისეთი ფუნდამენტური რისკების დაზღვევა როგორცაა ბუნებრივი კატასტროფები. სწორედ ამ უნიკალურმა სადაზღვევო ობლიგაციებმა მისცა საშუალება მზღვეველებს დაეზღვიათ ისეთი რისკები, რომელთა საკუთარ თავზე აღება ამ ფინანსური ინსტრუმენტის გარეშე გაკოტრების ტოლფასი იქნებოდა ნებისმიერი სადაზღვევო კომპანიისთვის. მსოფლიოში მსგავსი კატასტროფული რისკების დაზღვევა უკვე მრავალწლიანი პრაქტიკაა და ყოველწიურად სულ უფრო მატულობს ინვესტორთა რაოდენობა, რომლებიც მზად არიან ჩადონ საკუთარი ფული ამ ფასიან ქაღალდებში (Aon Benfield, 2013). ცხადია, რომ საქართველოს სადაზღვევო ინდუსტრია არაა მზად მსგავსი ფუნდამენტური რისკების დაზღვევისათვის, ისევე, როგორც ფინანსური ბაზარი არაა მზად მსგავსი ფინანსური ინსტრუმენტების ათვისებისათვის. სადაზღვევო კომპანიებმა ეს რომ მოახერხონ კიდევ, გვყავს კი საქართველოში ისეთი ინვესტორები, რომლებიც მზად იქნებიან შეიძინონ ეს ფინანსური ინსტრუმენტი?! ცხადია არა.

რა უმლის ხელს საქართველოში მსგავსი სადაზღვევო პროდუქტების განვითარებას ხელს? რა არის ის მთავარი მიზეზები, რის გამოც საქართველო ჯერ-ჯერობით ასე შორსაა ფუნდამენტური რისკების დაზღვევის მსოფლიოში არობორებული მეთოდის დაწერვასაგან?

სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების მუშაობის მექანიზმი შესაძლებელია აღწეროთ მარტივი სქემის სახით:

ნახატი №1. კატასტროფის ობლიგაციების მუშაობის მექანიზმი¹



¹ აღნიშნული სქემა მოყვანილია კატასტროფის ობლიგაციების როგორც ფინანსური ინსტრუმენტების არსის მარტივად აღსაქმლად. თუმცა, რა თქმა უნდა, ეს არ გამოორიგხავს ინვესტორსა და ემიტენტს შორის პრინციპალისა თუ საპროცენტო სარგებლის გადახდასთან დაკავშირებით აღწერილისაგან მოდიფიცირებული პირობების არსებობას.

1. როგორც ზემოთ აღნიშნე ობლიგაციების ემიტენტად ძირითადად გვევლინება გადამზღვეველი კომპანია, თუმცა ასევე შესაძლოა იყოს სადაზღვევო კომპანია (თავდაპირველი მზღვეველი) ან სახელმწიფო კი.

2. გადამზღვეველი/მზღვეველის მიერ ხდება სპეციალური დანიშნულების საწარმოს/განყოფილების შექმნა სადაც თავს იყრის კომპანიის აქტივების (ამ შემთხვევაში პოლისების) სარეზერვო ფონდი, რომელთა საფუძველზეც ხდება ობლიგაციების განთავსება ინვესტორებს შორის.

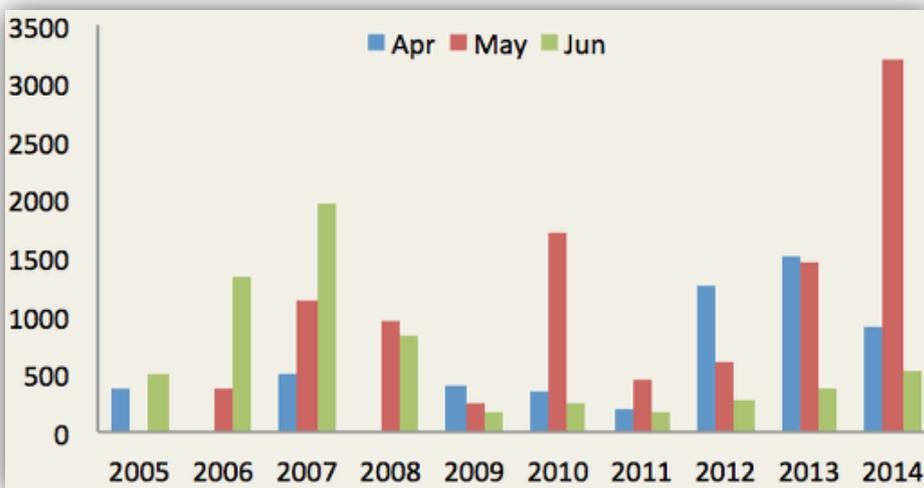
3. 1) იმ შემთხვევაში თუ ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში (ანუ ობლიგაციის სიმწიფემდე) სადაზღვევო შემთხვევა არ დადგება, ინვესტორი ვადის ამოწურვის შემდეგ ღებულობს პრინციპალს (თავს). ამას ემატება ის საპროცენტო შემოსავლებიც რომელსაც ღებულობდა მთელი ამ პერიოდის განმავლობაში. 2) კატასტროფის შემთხვევაში, ინვესტორის შემოსავალი შეადგენს = პროცენტები + (პრინციპალი - ზარალი). ეს იმ დროს როდესაც კატასტროფის შედეგად დამდგარი ზარალის ოდენობა ნაკლებია ინვესტორების მიერ ობლიგაციებში ჩადებულ თანხაზე. 3) თუ ზარალის დასაფარავად მზღვეველს უწევს მთლიანი ინვესტიციების გამოყენება, ინვესტორი კმაყოფილდება იმ საპროცენტო შემოსავლებს რომელსაც ღებულობდა სადაზღვევო შემთხვევის დადგომამდე. ხოლო პრინციპალი მას აღარ უბრუნდება.

ეს ობლიგაციები, ზოგადად შეფასებულია BB რეიტინგით (არასაინვესტიციო სპეკულაციური დონე) და წარმოადგენს მრავალწლიან შეთანხმებებს. მიუხედავად მათი სპეკულაციური დონისა, ინვესტორები მზად არიან ფული ჩადონ მათში, რადგან იმ ზარალის დადგომის ალბათობა რომელიც უნდა ანაზღაურდეს ობლიგაციის პრინციპალით, საკმაოდ დაბალია, ხოლო საპროცენტო შემოსავალი - მაღალი.

გადამზღვეველები Swiss Re და Munich Re არიან ე.წ. cat ობლიგაციების რეგულარული ემიტენტები. რითაც იცავენ როგორც საკუთარ ბიზნესს ისე კლიენტთა ინტერესებს. რეგულარულად უშვებენ ამ ობლიგაციებს ისეთი მზღვეველებიც როგორებიცაა Allstate Corp და Chubb Corp (Mortimer, 2013). აღნიშნული ობლიგაციებით ძირითადად ხდება აშშ-ის, ევროპისა და იაპონიის ტერიტორიაზე მომხდარი ქარიშხლების, შტორმებისა და მიწისძვრების შედეგად ზარალების ანაზღაურება (ძირითადად ქონების დაზღვევაში).

რომ გადავხედოთ 2005-2014 წლების განმავლობაში სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების (ILS) ემისიას თითოეული წლის მეორე კვარტლის (აპრილი, მაისი, ივნისი) მონაცემებს, 2014 წლის მაისის თვე, ბოლო 10 წლის განმავლობაში, რეკორდული აღმოჩნდა კატასტროფის ობლიგაციებისა და ზოგადად სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების ემისიის კუთხით.

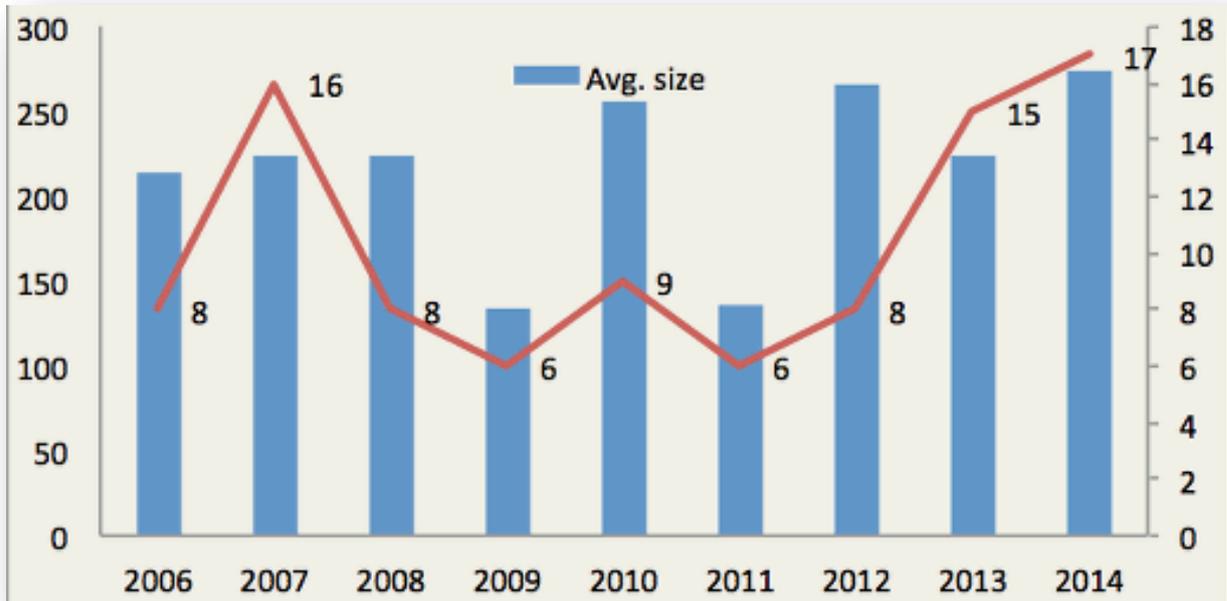
ნახატი 2: ILS ემისია 2005-2014 წწ მეორე კვარტლის მონაცემებით (\$მლნ.)



წყარო:

<http://www.artemis.bm/blog/2014/07/01/q2-h1-2014-catastrophe-bond-ils-issuance-beats-all-records/>

ნახატი 3: ILS - ით განხორციელებული ტრანზაქციების საშუალო რაოდენობა და მოცულობა 2006-2014 წლების II კვარტლის მონაცემებით (\$ მლნ.)



წყარო: <http://www.artemis.bm/blog/2014/07/01/q2-h1-2014-catastrophe-bond-ils-issuance-beats-all-records/>

ასევე რეკორდულია 2014 წლის მეორე კვარტალში სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდებით განხორციელებული ტრანზაქციების მოცულობა და მისი რაოდენობა. კერძოდ, 2014 წლის მეორე კვარტალში დადებული ტრანზაქციების რაოდენობა იყო 17, ხოლო მოცულობამ კი 273 მილიონი დოლარი შეადგინა (Artemis, 2014).

აღნიშნული მონაცემები ნათლად ასახავს განვითარებულ მსოფლიოში სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების ბაზრის სულ უფრო აღმავალ ტენდენციებს. ამ რეკორდული მაჩვენებლების ფონზე, კვლევა მიზნად ისახავდა საქართველოში აღნიშნული სფეროს განვითარების შემაფერხებელი მიზეზების დადგენას.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სამეცნიერო ნაშრომები, პუბლიკაციები, საერთაშორისო კვლევითი ორგანიზაციების წლიური ანგარიშები. კვლევა მოიცავდა თვისებრივ კომპონენტს, რომელიც გულისხმობდა ექსპერტების მოსაზრებების იდენტიფიცირებას საქართველოში სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდების ბაზრის განვითარების შემაფერხებელ ფაქტორებთან დაკავშირებით. თვისებრივი კომპონენტს ფარგლებში ჩატარდა არა-სტრუქტურირებული ინდივიდუალური ჩაღრმავებული ინტერვიუები. ექსპერტები შეირჩა როგორც სადაზღვევო სფეროდან, ასევე საქართველოს საფონდო ბირჟის წარმომადგენლობიდან. კვლევა ჩატარდა 2013-2014 წლებში.

კვლევის შედეგები და ინტერპრეტაცია

ექსპერტებთან პირისპირ ინტერვიუების შედეგად, გამოიკვეთა საქართველოში აღნიშნული სფეროს განვითარების შემაფერხებელი შემდეგი ძირითადი ფაქტორები:

I. ეკონომიკური და პოლიტიკური არასტაბილურობა: საინვესტიციო ბაზრის განვითარებისათვის აუცილებელია შესაბამისი მყიდველუნარიანი ინვესტორების ფართო სპექტრის არსებობა (როგორც იურიდიული ისე ფიზიკური პირებისა). ამის გარეშე შეუძლებელია მსგავსი სადაზღვევო ობლიგაციებისა თუ სადაზღვევო პროდუქტების შექმნა, რომლებიც ძირითადად გრძელვადიან პერიოდზეა გათვლილი. აქედან გამომდინარე,

პოლიტიკური და ეკონომიკური არასტაბილურობის პირობებში, გრძელვადიანი ინვესტიციები არ არის მოსახლეობისათვის საინტერესო.

II. სადაზღვევო კულტურისა და რისკ - მენეჯმენტის დაბალი დონე: გარდა აღნიშნული პრობლემებისა: ეკონომიკური და პოლიტიკური არასტაბილურობა, საზოგადოების უნდობლობა საინვესტიციო ინსტრუმენტების მიმართ, სუსტი მენეჯმენტი, ფაქტია, რომ ქართულ საზოგადოებაში არ არსებობს დაზღვევის კულტურა (არსებობს, თუმცა ძალიან დაბალ დონეზე). სწორედ მისი არსებობა აუცილებელი იმ სადაზღვევო ობლიგაციების განვითარებისათვის რომელზეც ზემოთ გვექონდა საუბარი, რადგანაც მსგავსი ობლიგაციების უმეტესება შექმნილია გრძელვადიანი სადაზღვევო პოლისების სეკურიტიზაციით. შესაბამისად დაზღვევის გრძელვადიანი სახეების განვითარების გარეშე შეუძლებელი იქნება მსგავსი საინვესტიციო პროდუქტების განვითარება. რისკ - მენეჯმენტი ასევე დაბალ დონეზეა საქართველოში, რაც გამოიხატება ზუსტად განუვითარებელი სადაზღვევო ინდუსტრიის სახით. საზოგადოება სათანადოდ ვერ აფასებს შესაძლო რისკებს, მათი მოხდენის შედეგად დამდგარ ზარალსა და ამ ზარალის აცილების მიზნით დაზღვევის აუცილებლობას.

III. საზოგადოების გაუთვისებლობა და უნდობლობა საინვესტიციო ინსტრუმენტების მიმართ: ქართული საზოგადოება სკეპტიკურადაა განწყობილი საინვესტიციო ინსტრუმენტების მიმართ. ამის ერთ-ერთი მიზეზია საქართველოს არცთუ ისე შორეული წარსული, როდესაც არაერთმა მეწაბრემ დაკარგა თავისი ფული თაღლითური სქემების გამო. ამას ემატება ისიც, რომ საზოგადოება არაა ინფორმირებული ფასიანი ქაღალდების როგორც საინვესტიციო ინსტრუმენტების მოქმედების მექანიზმის შესახებ და შესაბამისად არაინფორმირებული ადამიანი არ ჩადებს თავის ფულს „გაურკვევლობაში“.

IV. სასესხო ფასიანი ქაღალდებზე წარმოებული ოპერაციების დაბეგრის შეღავათიანი რეჟიმის არარსებობა: ობლიგაციებით წარმოებულ ოპერაციებზე საგადასახადო შეღავათების არსებობა, ხელს შეუწყობდა არამართო სადაზღვევო ობლიგაციების ემისიას, არამედ ზოგადად სასესხო ფასიანი ლაქაღლების ბაზრის განვითარებას.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს საფონდო ბირჟაზე სულ დარეგისტრირებულია 133 ემიტენტი (საქართველოს საფონდო ბირჟა, 2013). თუმცა, მათ შორის ვერ შეხვდებით ვერცერთ სადაზღვევო კომპანიას. ბატონ თამაზ ხიზანიშვილთან (საქართველოს საფონდო ბირჟაზე დირექტორი ვაჭრობაზე დაშვების დარგში) საუბარში გაირკვა, რომ სადაზღვევო კომპანიებს არასოდეს არ გამოუშვიათ ობლიგაციები საქართველოს საფონდო ბირჟაზე. ამრიგად, ასეთი სახის ობლიგაციებზე საუბარი საქართველოს რეალობაში ჯერჯერობით ძალიან ნაადრევია. მზღვეველების მიერ არ ხდება ჩვეულებრივი კორპორაციული ობლიგაციების ემისიაც კი (და არა მარტო მზღვეველების მიერ. ბირჟაზე დარეგისტრირებული 133 ემიტენტიდან არცერთი მათგანი არ უშვებს ობლიგაციებს).

დასკვნა

სადაზღვევო ფასიანი ქაღალდები წარმოადგენს უნიკალურ ფინანსურ ინსტრუმენტს, რომლის უნიკალურობაც მდგომარეობს არა მარტო იმაში რომ ისინი არ არიან დამოკიდებულნი ფინანსური ბაზრის რყევებზე, არამედ იმაშიც, რომ სწორედ ეს ობლიგაციები აძლევს საშუალებას თანამედროვე სადაზღვევო ინდუსტრიას საკუთარ თავზე აიღოს ისეთი კატასტროფული რისკების დაზღვევა, რომელთაც მოაქვთ გამანადგურებელი შედეგები არაერთი ადამიანისა თუ სახელმწიფოსთვის.

დღესდღეობით, საქართველოში ე.წ. კატასტროფის ობლიგაციების არსებობას ძალიან ბევრი სერიოზული ფაქტორი უშლის ხელს. ქვეყანაში გვაქვს მათი განვითარების შემაფერხებელი არაერთი სერიოზული პრობლემა. და ეს ისეთი პრობლემებია, რომელთა მოსაგვარებლადაც აუცილებელია ერთობლივი, ხანგრძლივი მუშაობა როგორც სახელმწიფოს, ისე სადაზღვევო კომპანიებისა და მთლიანად საზოგადოების მხრიდან.

ბიბლიოგრაფია

1. George E. Rejda. Principles of Risk Management and Insurance. USA., Pearson International Edition., 2008, 748 p.
2. *Bond credit rating*. Wikipedia The Free Encyclopedia (http://www.en.wikipedia.org/wiki/Investment_grade#Investment_grade)
3. Georgian Stock Exchange. May 2013 (<http://www.gse.ge>)
4. Palmer Owyong (2014). *How to Invest in Insurance Companies on the Stock Market*. eHow (http://www.ehow.com/how_5776045_invest-insurance-companies-stock-market.html)
5. *Q2 2014 Catastrophe Bond & ILS Market Report*. ARTEMIS (http://www.artemis.bm/artemis_ils_market_reports/downloads/q2_2014_cat_bond_ils_market_report.pdf)
6. *Q2 & H1 2014 catastrophe bond & ILS issuance beats all records* by ARTEMIS on JULY 1, 2014 (<http://www.artemis.bm/blog/2014/07/01/q2-h1-2014-catastrophe-bond-ils-issuance-beats-all-records/>)

საპენსიო სისტემების პრივატიზების აღმოსავლეთ ევროპული გამოცდილება

ნონა გელიტაშვილი - ეკონომიკის დოქტორი

XX საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისიდან აღმოსავლეთ ევროპისა და ლათინური ამერიკის ქვეყნებში რადიკალური საპენსიო რეფორმების ტალღა შეინიშნებოდა, რაც საპენსიო სისტემის პრივატიზებასა და სახელმწიფო გამანაწილებელი (pay as you go) სისტემიდან მთლიანად დაგროვებით სისტემაზე ან სამსვეტიან მოდელზე გადასვლას გულისხმობდა. ეს პროცესი დღემდე გრძელდება და უკვე ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და ლათინური ამერიკის 20 ქვეყანაზე მეტი მოიცავს.

ყველაზე საყურადღებო ამ პროცესში ისეთი განსხვავებული კომპონენტების ნაზავია, როგორებიცაა სახელმწიფო და ბაზარი, გამანაწილებელი და დაგროვებითი სისტემები, ინდივიდუალური და თაობათაშორის პრინციპზე აგებული უზრუნველყოფა. ცალკეულ ქვეყნებში, ისევე როგორც საპენსიო რეფორმის პიონერ ქვეყანაში – ჩილეში, სახელმწიფო გამანაწილებელი სისტემა საერთოდ გაუქმდა და მის ადგილას კერძო დაგროვებითი სისტემა და საპენსიო ფონდები შეიქმნა (ჩანაცვლებითი მოდელი). ქვეყნების მეორე ჯგუფმა მოახდინა სახელმწიფო გამანაწილებელი სისტემისა და კერძო საპენსიო ფონდების კომბინირება (შერეული მოდელი). დანარჩენმა ქვეყნებმა კი საპენსიო ასაკის ადამიანებს ორივე სავალდებულო სისტემას შორის არჩევანის საშუალება მისცეს (პარალელური მოდელი).

იმ დროს, როდესაც ლათინურ ამერიკაში ჩანაცვლებითი მოდელი დომინირებს, აღმოსავლეთ ევროპა უპირატესობას შერეულ მოდელს ანიჭებს. 1998 წლიდან 2005 წლამდე პერიოდში, როგორც კი დაიწყეს საპენსიო პოლიტიკის პარადიგმის შეცვლა უნგრეთში, პოლონეთში, ლიტვაში, ლატვიაში, ესტონეთში, ბულგარეთში, ხორვატიასა და სლოვაკეთში (იხ. ცხრილი 1), მალე აუბეს ამ პროცესს მხარი მაკედონიამ, მოლდოვამ და სხვა განვითარებადმა ქვეყნებმა.

ფაქტობრივად იდენტური რეფორმების ტალღა საპენსიო დაზღვევის სფეროში მომდინარეობდა საერთო ინსპირაციის წყაროდან, კერძოდ, ეს გახლდათ სუპრანაციონალური გადაცემის მექანიზმი, რომელიც მსოფლიო ბანკის რეკომენდაციებიდან იღებდა სათავეს. აღნიშნული მოვლენის იდენტიფიცირება მოხდა ტერმინით „ახალი საპენსიო ორთოდოქსია“ [7. გვ. 692-702.], რაც ინდივიდუალური დაგროვებითი საპენსიო მოდელის დანერგვა-გავრცელებას გულისხმობდა. 1990-იანი წლების შუახანებიდან აღნიშნული ორთოდოქსია საერთაშორისო მასშტაბით ჩამოყალიბდა, როგორც ეპისტემიური საზოგადოება, ანუ როგორც ექსპერტთა ქსელი, რომელიც ერთ საერთო პოლიტიკურ პროექტს უჭერს მხარს, იზიარებს ნორმატიულ და კაუზალურ შეხედულებებს, იყენებს არგუმენტაციის ერთნაირ ნიმუშებს და მათ დისკურსის პრაქტიკაში იყენებს.

ეპისტემიური საზოგადოების ფუნქციონირებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს მსოფლიო ბანკი, რომელიც უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში ცალსახად გამოხატავს საპენსიო დაზღვევის სრული ან ნაწილობრივი პრივატიზაციის პროცესის მხარდაჭერას. „სიბერის კრიზისის თავიდან აცილება“ [8] – კვლავაც რჩება მსოფლიო ბანკის საპენსიო პოლიტიკის ყველაზე თვალსაჩინო კვლევად. მის პოლიტიკურ რეკომენდაციებს განსაკუთრებული წონა აქვს დიდი საგარეო ვალის მქონე განვითარებადი და ტრანსფორმირების პროცესში მყოფი ქვეყნებისთვის.

ცხრილი 1. საპენსიო სისტემების პრივატიზება აღმოსავლეთ ევროპაში

	ლატვია	ბულგარეთი	ესტონეთი	ხორვატია	ლიტვა	სლოვაკეთი	უნგრეთი	პოლონეთი
სახელმწიფო სვეტის მდგომარეობა	ვირტუალური გეგმა დადგენილი შენატანებით	გამანაწილებელი სისტემა საპენსიო ქულებით	ტრადიციული გამანაწილებელი სისტემა	გამანაწილებელი სისტემა საპენსიო ქულებით	ტრადიციული გამანაწილებელი სისტემა	გამანაწილებელი სისტემა საპენსიო ქულებით	ტრადიციული გამანაწილებელი სისტემა	ვირტუალური გეგმა დადგენილი შენატანებით
კერძო სვეტის მდგომარეობა	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი	ინდივიდუალური დაგროვებითი
კერძო სვეტში თანამონაწილეობა	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველასთვის, ვინც დაიბადა 1972 წლიდან, არასავალდ. 1952-1972 წწ. დაბ.	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველასთვის, ვინც დაიბადა 1960 წლიდან, არასავალდ. 1952-1972 წწ. დაბ.	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველასთვის, ვინც დაიბადა 1983 წლიდან, არასავალდ. ყველა დანარჩენისთვის	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველასთვის, ვინც დაიბადა 1963 წლიდან, არასავალდ. 1952-1962 წწ. დაბ.	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველა დაზღვეული პირისთვის	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველა სამუშაოს დამწყებისთვის, არასავალდ. ყველა დანარჩენი დაზღვეული პირისთვის	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველა სამუშაოს დამწყებისთვის, არასავალდ. ყველა დანარჩენი დაზღვეული პირისთვის	შენატანების ინვესტირება კერძო სვეტში სავალდებულო ა ყველასთვის, ვინც დაიბადა 1970 წლიდან, არასავალდ. 1949-1969 წწ. დაბ.
კერძო სვეტში შემოღებული შენატანების განაკვეთი	2% (მოგვიანებით 10%)	2% (მოგვიანებით 5%)	6%	5%	2.5% (მოგვიანებით 5.5%)	9%	6% (მოგვიანებით 8%)	7.3%
რეფორმის დასაწყისი	2001	2002	2002	2002	2004/2005	2005	1998	1999
რეფორმის ტიპი	შერეული	შერეული	შერეული	შერეული	შერეული	შერეული	შერეული	შერეული

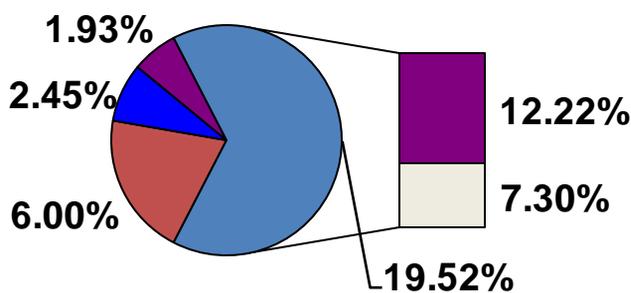
წყარო: Stuchlik, Andrej (Hrsg.). Rentenreformen in Mittel- und Osteuropa. Impulse und Politikleitbilder für die Europäische Union. გვ. 97-98.

საპენსიო პრივატიზების სფეროში ბანკი არა მარტო კრედიტებსა და ამ კრედიტის მიღების შესაბამის პირობებს სთავაზობს ამ ქვეყნებს, არამედ სპეციალური ცოდნის ტრანსფერსაც. გარდა ამისა, კიდევ სამი დიდი ორგანიზაცია, როგორებიცაა: საერთაშორისო სავალუტო ფონდი (IMF), ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID) და ინტერამერიკული განვითარების ბანკი (IDB), მოღვაწეობს საპენსიო პოლიტიკის არენაზე, თუმცა, მსოფლიო ბანკთან შედარებით, მათი კვალი ნაკლებად შესამჩნევია.

საინტერესოა, რატომ მოხდა ისე, რომ „ახალი საპენსიო ორთოდოქსის“ რეფორმების პროგრამა გავრცელდა არა მარტო ლათინური ამერიკის ქვეყნებზე, არამედ ახალ ნაყოფიერ ნიადაგზეც, კერძოდ, აღმოსავლეთ ევროპაში? 1990-იან წლებში, ტრანსფორმირების პროცესში მყოფმა ქვეყნებმა განახორციელეს გადასვლა სახელმწიფო ინტერვენციონისტული მოდელიდან საბაზრო ეკონომიკის მოდელზე, და ამ ქვეყნებში იგრძნობოდა ნეოლიბერალური „ვამინგტონის კონსენსუსის“ პოლიტიკური რეკომენდაციების საკმაოდ ძლიერი გავლენა. [7. გვ. 99].

საპენსიო რეფორმების თვალსაზრისით, პოსტ-კომუნისტურ ევროპაში პოლონეთი და უნგრეთი პიონერები არიან [1. გვ. 4].

პოლონეთის ახალი საპენსიო სისტემა ძალაში შევიდა 1999 წლის 1 იანვარს. რეფორმის მთავარი იდეა მდგომარეობდა დივერსიფიკაციის აუცილებლობის თეზისში, რაც საპენსიო სისტემის სამ დამოუკიდებელ კომპონენტზე დაფუძნებით უნდა მიღწეულიყო. ახალ საპენსიო უზრუნველყოფას, რომელმაც დაგროვებითი ელემენტები შეიძინა, უნდა შეეცვალა ძველი შემწეობა, რომელიც ირიცხებოდა გამანაწილებელი სქემის მიხედვით. ახალი სისტემის სამი კომპონენტიდან ანუ სვეტიდან ორი სავალდებულოა და ერთი - ნებაყოფლობითი. სავალდებულო საპენსიო კომპონენტი შეადგენს ხელფასის 19.52%-ს.



■ ინვალიდობა ■ აკადემყოფობა ■ ტრავმა ■ PAYG ■ შენატანები ფონდში

ნახატი 1: შენატანები პოლონეთის საპენსიო სისტემაში (ინვალიდობისა და საწარმოო ტრავმის შემთხვევაში, შენატანებზე 100%-ით ვალდებულია დამსაქმებელი, ავამდყოფობის დროს - დასაქმებული, ხოლო დანარჩენ შენატანებს ისინი თანაბრად ინაწილებენ).

წყარო: [The Polish Pension Reform of 1999 - OECD](http://www.oecd.org/gov/budgeting/). <http://www.oecd.org/gov/budgeting/>

ახალი საპენსიო სისტემის პირველი კომპონენტი, რომელიც სოციალური დაზღვევის სამმართველოს (ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych) განკარგულებაში იმყოფება, შეადგენს საერთო შენატანების 12,22%-ს (იხ. ცხრილი 2). ეს არის გამანაწილებელი სისტემის ელემენტი. შენატანების დარიცხვა ხდება ხელფასის

ოდენობის პროპორციით. ასე რომ, მომავალი პენსიის სიდიდე დამოკიდებულია გაკეთებული შენატანების საერთო ოდენობაზე, რასაც, თავის მხრივ, ხელფასის ოდენობაც განსაზღვრავს და სიცოცხლის ხანგრძლივობის სამუალო სტატისტიკური მაჩვენებელიც. გამოდის, რომ რაც უფრო ხანგრძლივია სამუშაო სტაჟი, მით უფრო მეტია გადახდილი შემწეობის ოდენობაც.

ცხრილი 2. საპენსიო შენატანები I და II სვეტში (მთლიანად, გადახდილი დასაქმებულებისა და დამსაქმებლების მიერ), საპენსიო ფონდების რაოდენობა და ფონდების აქტივების ღირებულება მოსახლეობასთან მიმართებით, ცენტრალურ და ადმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, 2007 წლისთვის

ქვეყანა	საპენსიო შენატანები I სვეტში (ხელფასის %)	საპენსიო შენატანები II სვეტში (ხელფასის%)	სავალდებულო ფონდების წევრები/ მოსახლეობა (%)	ნებაყოფლობითი ფონდების წევრები/ მოსახლეობა (%)	სავალდებულო ფონდების აქტივები/ მოსახლეობა (€)	ნებაყოფლობითი ფონდების აქტივები/ მოსახლეობა (€)
ლატვია	20.0	4.0	35.00	2.86	242.86	28.57
ბულგარეთი	18.0	5.0	38.28	7.94	117.19	41.67
ესტონეთი	16.0	6.0	35.00	2.86	242.86	28.57
ხორვატია	15.0	5.0	32.95	3.18	725.00	27.27
ლიტვა	18.2	5.5	35.00	2.86	242.86	28.57
სლოვაკეთი	9.0	9.0	29.63	14.81	370.37	148.15
უნგრეთი	18.5	8.0	28.83	13.92	745.53	298.21
პოლონეთი	12.22	7.3	35.96	0.16	1102.36	7.87

წყარო: Eurostat. Polish Financial Supervisory Commission. Allianz Global Investors, Central and Eastern European Pensions 2007.

მეორე კომპონენტი შეადგენს საერთო შენატანების 7.3%-ს და სისტემის დაგროვებით ელემენტს წარმოადგენს. მას ემსახურება ღია საპენსიო ფონდები, რომლებიც სააქციო საზოგადოების იურიდიულ პირად გვევლინებიან. სოციალური დაზღვევის სამმართველო თავდაპირველად ამოიღებს მთლიან შენატანებს 19.52%-ის ოდენობით, შემდეგ კი 7.3%-ს გადაურიცხავს ღია საპენსიო ფონდებს. საპენსიო ფონდები იმყოფებიან საპენსიო საზოგადოებების ზედამხედველობის ქვეშ, რომლებიც მიღებულ თანხებს, კანონის თანახმად, საფონდო ბაზრებზე განათავსებენ. დასაქმებულებს შეუძლიათ, თავისუფლად აირჩიონ ნებისმიერი (მხოლოდ ერთი) ფონდი იმ ნუსხიდან, რომელთაც რეგისტრაცია გაიარეს. თუმცა, ერთხელ არჩეული ფონდის შეცვლაც შესაძლებელია. საპენსიო შენატანების მომგებიანობას უზრუნველყოფს სპეციალურად შექმნილი საპენსიო ფონდების კონტროლის სახელმწიფო სამსახური.

2003 წლის 31 დეკემბრისთვის პოლონეთში უკვე არსებობდა 16 საპენსიო ფონდი, რომელიც განკარგავდა დაახლოებით 45.44 მლრდ. ზლოტის ღირებულების კაპიტალს. ამ სახსრების დიდი ნაწილის (61.6%) დაბანდება სახელმწიფო ობლიგაციებში განხორციელდა. თუმცადა, საინვესტიციო პორტფელებში განთავსებული აქციების წილიც საკმაოდ დიდი იყო და შეადგენდა საინვესტიციო აქტივების 32.4%-ზე მეტს. ეს ნიშნავს, რომ საპენსიო ფონდები პოლონეთის კაპიტალის ბაზარზე მნიშვნელოვან მოთამაშეებად იქცნენ. ასევე ეჭვს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ მათი მნიშვნელობა თანდათან უფრო გაიზრდება, მათ განკარგულებაში მყოფი აქტივების ზრდის პროპორციულად.

ახალი საპენსიო სისტემის დანერგვა ეტაპობრივად ხდებოდა. ყველა დასაქმებული, დაბადებული 1970 წლიდან, ვალდებული იყო, მიერთებოდა მეორე კომპონენტს (აერჩია საპენსიო ფონდი) 1999 წლის სექტემბრამდე. 1949 და 1969 წლებს შორის დაბადებულ ადამიანებს მიეცათ არჩევანის გაკეთების უფლება: დარჩენილიყვნენ ძველ სისტემაში, ან მიერთებოდნენ ახალს. საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად მათ უფრო მეტი ვადა მისცეს, 1999 წლის ბოლომდე. 1949 წლამდე დაბადებული ადამიანები კი დარჩნენ ძველ სისტემაში.

ორივე სავალდებულო კომპონენტი, ანუ სვეტი, ბევრი რამით ჰგავს ერთმანეთს: შენატანების დარიცხვის ერთნაირი პრინციპი კანონით დადგენილი პროპორციით, იგივე პირადი ანგარიშები, იგივე საპენსიო ასაკი და გარანტირებული მინიმალური შემწეობა.

ამ კონტექსტში, საპენსიო სისტემის მესამე სვეტი – ნებაყოფლობითი კომპონენტი – ორგანიზაციულ პრინციპებსა და თანამონაწილეობის ფორმებში უფრო მეტი მრავალფეროვნების შეტანის საშუალებას იძლევა და გაცილებით მოქნილად ერგება მოქალაქეთა პირად უპირატესობებს. აქ მოქმედებს სიცოცხლის დაზღვევის, საპენსიო, საინვესტიციო და შრომის ფონდებში შენატანების გზით, მომავლისთვის საარსებო სახსრების დაგროვების პრინციპი. დამსაქმებლებს შეუძლიათ, შექმნან შრომითი საპენსიო ფონდები და სადაზღვევო ურთიერთფონდები სრულიად ნებაყოფლობით საწყისებზე. შენატანების განხორციელება ხდება გადასახადების გადახდის შემდეგ, ხოლო გადახდილი თანხები გათავისუფლებულია დაბეგვრისგან.

პოლონეთის მთავრობის პროგნოზებით, კერძო ფონდებში უნდა დარეგისტრირებულიყო სამუშაო ძალის 50%, მაგრამ სინამდვილეში ამ ფონდებში გაწევრიანებულთა საერთო რაოდენობამ 2002 წლისთვის უკვე 9.7 მლნ. შეადგინა, ანუ დასაქმებულთა 60%-ს გადააჭარბა. ანალოგიურმა მაჩვენებელმა უნგრეთში, იმავე პერიოდისთვის, შედარებით ნაკლები – ეკონომიკურად აქტიურად მოსახლეობის 40% შეადგინა. [2. გვ. 21]. რაც შეეხება საპენსიო ფონდებში დაგროვილი კაპიტალის მოცულობას, ის ყოველწლიურად იზრდებოდა და რეფორმის დაწყებიდან 4-5 წლის განმავლობაში, უნგრეთისა და პოლონეთის მშპ-ს მიმართ, შესაბამისად 4.0 და 6.6%-ს მიაღწია. [7. გვ. 119, 141].

ახალი საპენსიო სისტემის თითოეული კომპონენტი თავის თავში, ცხადია, სხვადასხვა შესაძლო რისკებსაც შეიცავს. მაგალითად, პირველ სვეტზე შეიძლება მოახდინოს გავლენა პოლიტიკურმა ზეწოლამ, მოსახლეობის დაბერების ფაქტორმა და მზარდი უმუშევრობის საშიშროებამ; იმ დროს, როდესაც დანარჩენი ორი სვეტი უფრო მგრძნობიარეა გაგრძელებადი ინფლაციის, ასევე საფონდო ბაზრებზე არსებული გაურკვევლობების მიმართ. ახალი საპენსიო სისტემის დანერგვისას, სახეზე გვაქვს რისკების დივერსიფიკაციის კარგი ნიმუში: ორივე სავალდებულო სვეტი თავისებურად მუშაობს, რაც, ყველაზე არასასურველი სცენარის შემთხვევაშიც კი, სულ მცირე, მთელი სისტემის მეტ-ნაკლებად დამაკმაყოფილებელი მუშაობის გარანტიას იძლევა.

ახალი საპენსიო სისტემის მნიშვნელობა უდავოდ ძალიან დიდია. დემოგრაფიული და ეკონომიკური ტენდენციების გათვალისწინებით, ცვლილებები ამ სფეროში გარდაუვალია, რადგან ადრე თუ გვიან ძველი სისტემა ყველგან გაკოტრდება. ახალი სისტემის პრობებში მომუშავეთა დანაზოგები, განთავსებული საფონდო ბაზრებზე, თავისი მფლობელების საკეთილდღეოდ მუშაობენ, იმავდროულად კი, კაპიტალის მოზიდვას განაპირობებენ, რაც იწვევს მთელი საზოგადოების ეკონომიკური განვითარების სტიმულირებას. მკვლევართა დიდი ნაწილი თანხმდება იმაში, რომ საპენსიო რეფორმა არა მარტო მომავალ ეკონომიკურ უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს,

არამედ ქმნის ახალ სამუშაო ადგილებს და აჩქარებს ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებას.

Experience of pension system's privatization in the Eastern Europe

Nona Gelitashvili - Doctor of Economics

Abstract

Since the early nineties in Eastern Europe and Latin America a wave of radical pension Reforms have been observed that also included more than twenty states through the (partial) privatization of the pay-as-you-go (PAYG) type pension system. In some states, such as pioneer Chile, the PAYG, public pension system was closed down, which was replaced by privately funded pension funds (substitutive model). In another group of countries the state PAYG system on a mandatory basis has been combined with a private pension fund pillar (mixed model). Elsewhere the insured were granted a choice between two mandatory schemes (parallel model).

While in Latin America the substitutive approach dominates, in Eastern Europe is the mixed model prevalent. If the pension-political paradigm change stepped in strength in Hungary, Poland, Estonia, Lithuania, Bulgaria, Croatia and Slovakia already between 1998 - 2005, the partial privatisation of the pension system is still being prepared in Macedonia, Moldova and other transition countries.

Within this epistemic community, the World Bank plays a key role. This "Averting the Old Age Crisis" is still the most prominent pension policy study by the World Bank. The above-mentioned reasons for the reforms of the pensions systems of the countries of Central and Eastern Europe determined the direction those reforms which will change from a fully distributive system to a mixed distributive and capital system.

ბიბლიოგრაფია

- 1) Chybalski, Filip. Liberalization of pension systems in Central and Eastern Europe. EVN Worknig Paper. Europeanvalues network. Juli 2009.
- 2) Fultz, Elaine. Pension Reform in Central and Eastern Europe. Volume 1. Restructuring of Public Pension Schemes: Case Studies of the Hungary and Poland. International Labour Office. Central and Eastern European Team. 2002.
- 3) Hinrichs, Karl. In the Wake of the Crisis: Pension Reforms in Eight European Countries ZeS-Working Paper No. 01/2015.
- 4) Lo Vuolo, Ruben M. Reformas previsionales en América Latina: una visión critica en base al caso Argentino. In: Comercio Exterior 46. 1996.
- 5) Müller, Katharina. Rentenreformen nach dem Weltbank-Modell: Erfahrungen in Mittel- und Osteuropa. In: Betriebliche Altersversorgung 60 (1), 5-8. 2005.
- 6) Sozialversicherungen in Polen. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Sozia lversicherungsanstalt. Warschau 2014.
http://www.zus.pl/files/Sozialversicherung_in_Polen_2014.pdf
- 7) Stuchlik, Andrej (Hrsg.). Rentenreformen in Mittel- und Osteuropa. Impulse und Politikleitbilder für die Europäische Union. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. 2010.
- 8) World Bank. Averting the Old Age Crisis. 1994.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/1994/09/698030/averting-old-age-crisis-policies-protect-old-promote-growth>

აგროდაზღვევის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სრული პროფესორი

ნატალია ოზგაძე - სოფლის მეურნეობის სამინისტროს ახმეტის საინფორმაციო-საკონსულტაციო სამსახურის უფროსი სპეციალისტი

აბსტრაქტი

შესავალი: ქვეყანაში სოფლის მეურნეობის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აგროდაზღვევას. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა აგროდაზღვევის შესახებ ფერმერების ცოდნის, სადაზღვევო კომპანიებისადმი მათი ნდობისა და მომავალში დაზღვევით სარგებლობასთან დაკავშირებით ფერმერთა მზაობის შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ ფერმერთან. **შედეგები:** ფერმერთა უმრავლესობამ (98%) იცის აგროდაზღვევის შესახებ. აგროდაზღვევით სარგებლობს რესპოდენტთა მხოლოდ 40%. დამზღვევთა უმრავლესობა კმაყოფილია აგროდაზღვევით (80%). ფერმერთა 60% მომავალშიც აპირებს აგროდაზღვევით სარგებლობას. თუმცა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ ეს იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო პროგრამა კვლავ გაგრძელდება და დაზღვეულები მიიღებენ ზარალის ანაზღაურებას. ფერმერები აგროდაზღვევით უკმაყოფილობის უმთავრეს მიზეზად ასახელებენ დაბალ ნდობის ფაქტორს, სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების შესახებ ნაკლებ ინფორმირებულობას.

დისკუსია, რეკომენდაციები: აგროდაზღვევის მიმართ უნდობლობის აღმოსაფხვრელად მიზანშეწონილია სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების შესახებ დამზღვევთა (ფერმერთა) ინფორმირებულობის ამაღლება. სადაზღვევო კომპანიებსა და დამზღვევებს შორის არსებული სადაო საკითხების არსებობისას მიზანშეწონილია მედიაციის სამსახურის ამოქმედება, რომელიც შეძლებს დაიცვას დამზღვევთა უფლებები. იმის გამო, რომ სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიები სხვადასხვა სადაზღვევო პირობებს სთავაზობენ დამზღვევებს, მიზანშეწონილია ინფორმაციის გამჭვირვალობის ამაღლება, რომ დამზღვევმა მიიღოს სათანადო, ამომწურავი ინფორმაცია სხვადასხვა კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სადაზღვევო პირობების შესახებ. იგი ხელს შეუწყობს სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის ამაღლებას, რაც დადებითად იმოქმედებს დამზღვევის მიერ მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევის უფლებაზე.

ძირითადი სამიზნო სიტყვები: აგროდაზღვევა, დაზღვევა, სოფლის მეურნეობა

აგროდაზღვევის მნიშვნელობა და მისი ძირითადი ფუნქციები

აგროდაზღვევის წარმოშობას ხელი შეუწყო სხვადასხვა ფაქტორების, მათ შორის სტიქიური უბედურებების მიერ სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობის შეფერხებამ. აგროდაზღვევა წარმოადგენს დაზღვევის უაღრესად სპეციალიზირებულ და კომპლექსურ ჯგუფს, რომელიც მოიცავს მოსავლის, პირუტყვის, აკვაკულტურისა და სათბურების დაზღვევას. აგროდაზღვევის ძირითადი მიზანია დაიცვას ფერმერები და მოახდინოს მათი შემოსავლის სტაბილიზაცია, ისე რომ ფერმერების აქტივობები შეუწყვეტლად გრძელდებოდეს წლების განმავლობაში, მათი ფინანსური ზარალის ანაზღაურების გზით, იმ შემთხვევაში, თუ ფერმერის მიერ დაზღვეული მოვლენა გახდა მოსავლის დაზღვევის ან მოუსავლიანობის მიზეზი. სოფლის მეურნეობაში მოსავლის დაზღვევას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ამდენად აგროდაზღვევის

განხორციელება ფერმერისათვის ძალზედ აქტუალურია და ისინი აუცილებლად კარგად უნდა ერკვეოდნენ აგროდაზღვევის პროდუქტებში.

სოფლის მეურნეობის ძირითადი საფრთხეებისა და რისკების ჩამონათვალი ძალიან დიდია. იმისათვის, რომ უკეთესად და მარტივად გავიაზროთ საფრთხეები და რისკები, აუცილებელია განიმარტოს ეს ტერმინები:

- საფრთხე – მოვლენა ან გარემოება, რომელიც რისკის ქვეშ აყენებს ფერმას ან მოსავალს;
- რისკი – იმის შესაძლებლობა, რომ ფერმა ან მოსავალი განიცდის ზარალს.

საჭიროა ყურადღება გამახვილდეს იმ რისკებზე, რომლებიც მნიშვნელოვანია საქართველოს სოფლის მეურნეობისთვის. რისკები შემდეგია:

- წარმოების რისკები;
- ბუნებრივი რესურსების რისკები;
- ფინანსური რისკები;
- მარკეტინგის და ფასის რისკები.

წარმოების რისკებთან დაკავშირებული საფრთხეებია:

- არახელსაყრელი კლიმატური პირობები: გვალვა, ჭარბი ნალექი, წყალდიდობა, ქარიშხალი, ყინვა, სეტყვა, მწველი მზე, თოვლი;
- პარაზიტები ან დაავადებები;
- ხანძარი.

ბუნებრივი რესურსების რისკებია:

- ნიადაგის არახელსაყრელი პირობები _ სიმშრალე, ზედა ქანების ეროზია და არანოყიერი ნიადაგი;
- წყლის ხარისხის გაუარესება _ წყლის დაბინძურება;
- სარწყავი წყლის ნაკლებობა.

შესაძლებელია დაზღვეულ იქნეს კულტურების ოთხი ძირითადი ჯგუფი:

- ერთწლიანი მინდვრის მოსავალი;
- მრავალწლიანი მოსავალი (ხეხილის ჩათვლით);
- სათბურის მოსავალი;
- ტყეები.

ეს კულტურები შესაძლებელია დაიზღვას შემდეგი საფრთხეებისაგან:

- სახელადი საფრთხეებისაგან (ცალკეული საფრთხე ან კონკრეტული საფრთხეების კომბინაცია);
- მრავალი საფრთხისაგან.

აგროდაზღვევის პროდუქტებია:

- წარმოების ხარჯების დაზღვევა. იგი აზღვევს ფინანსური რესურსების ოდენობას, რომელიც გამოყენებულ იქნა მოსავლის მთელი ციკლისათვის (თესვა, მოვლა, მოსავლის აღება);
- მოსავლის დაზღვევა. იგი აზღვევს სავარაუდოდ მისაღები მოსავლის ოდენობას.

დაზღვევის განსახორციელებლად ფერმერი ავსებს ე.წ. განაცხადი-ანკეტას, სადაც ხდება მოსავლის დაზღვევის მოთხოვნა, პოლისში კულტურის ტიპების და რისკების/საფრთხეების განსაზღვრა.

დაზღვევის დაფარვის პერიოდი იწყება პოლისის გაცემის საწყისი თარიღიდან და სრულდება პოლისის ვადის გასვლის თარიღით. ცხადია, თუ არ მოხდა პოლისის ვადამდელი გაუქმება ან შეწყვეტა, ამავე პოლისის პირობების მიხედვით. სადაზღვევო

პრემია განისაზღვრება პოლისით და გამომდინარეობს სადაზღვევო თანხიდან. პოლისი უქმდება, თუ პრემია არ დაიფარება გრაფიკის მიხედვით.

მოსავლის დაზღვევის მთავარი ფუნქციები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოვაყალიბოთ:

- შემოსავლის სტაბილიზაცია, რაც აძლევს დაზღვეულ ფერმერს შესაძლებლობას, აინაზღაუროს ფინანსური დანაკარგი, გამოწვეული მოსავლის შემცირებით თუ დაკარგვით, რაც განაპირობა დაზღვეულმა რისკმა. დაზღვევა სთავაზობს ფერმერს ფინანსურ სარგებელსა და ეხმარება მას მძიმე წლის შემდეგ სასოფლო სამეურნეო საქმიანობის წამოწყებასა თუ გაგრძელებაში;

- მოსავლის ზარალით გამოწვეული შოკი;

- ფერმერის მიერ გაწეული საწარმოო ხარჯების ანაზღაურება, რაც დაზღვეულ ფერმერს საშუალებას აძლევს დაიბრუნოს თუნდაც ის თანხა, რაც მან დახარჯა კულტურის თესვასა და მოვლაზე;

- კრედიტის შემთხვევაში, ანაზღაურება გამიზნულია კრედიტის ჯერ გადაუხდელი ნაწილის დასაფარად ისე, რომ ფერმერს ეძლევა საშუალება ცუდ აგრო წელიწადშიც კი დაფაროს მოსავლის კრედიტი, შეინარჩუნოს დადებითი საკრედიტო ისტორია, რაც გულისხმობს მაღალი რისკის, მაგრამ მაღალი მოსავლიანობისა და ღირებულების კულტურების ათვისებას. მაღალი ღირებულების კულტურები ფერმერული მეურნეობის მომგებიანობის საწინდარია. მათი მემკვიდრეობით პროდუქცია აჭარბებს ფერმერის შიდა მოხმარებას და ჭარბი პროდუქტი მიედინება კომერციულ გზებზე;

- დაზღვევა არის სოციალური უსაფრთხოების პროგრამების მნიშვნელოვანი კომპონენტი;

- უმჯობესდება ფერმერული რისკების მართვა.

- მოსავლის დაზღვევა წარმოადგენს მცირე ჯგუფის მიერ განცდილი ზარალის ხარჯების გადანიშნულებას მრავალთა შორის. თუმცა მას არ მოეთხოვება და არ შეუძლია ეკონომიკური დანაკარგების გამომწვევი მოვლენების პრევენცია.

სოფლის მეურნეობაში არსებული პრობლემები

საქართველოს დიდი და მდიდარი ტრადიციების მქონე სოფლის მეურნეობა აქვს. საქართველო წარმოადგენს ხორბლისა და ვაზის ერთ-ერთ სამშობლოს. ქართველებისთვის მიწათმოქმედება იყო არა მხოლოდ სამეურნეო საქმიანობა, არამედ ცხოვრების წესი და მენტალიტეტის განმსაზღვრელი ფაქტორი¹.

საბჭოთა კავშირის პერიოდშიც, კონსოლიდირებული და სპეციალიზებული სოფლის მეურნეობის პირობებში, საქართველო დახურული საბჭოთა ბაზრის ძირითადი მომმარაგებელი იყო ჩაით, ღვინით, ციტრუსებითა და სხვადასხვა სახის ხილ-ბოსტნეულით. სოფლის მეურნეობის პროდუქციის ექსპორტი იმპორტს 70%-ით აღემატებოდა. საბჭოთა კავშირის რღვევამ და კოლმეურნეობების გაუქმებამ გარანტირებული, სახელმწიფოს მიერ მართული მიწოდებისა და მოთხოვნის მექანიზმების მოშლა გამოიწვია. შეიცვალა ბაზრის სასოფლო-სამეურნეო ნედლეულით უზრუნველყოფის მექანიზმები და მასთან ერთად სოფლის მეურნეობის დაფინანსებისა და მართვის მთელი სტრუქტურა.

¹ ა. თვალჭრელიძე, ა. სილაგაძე, გ. ქეშელაშვილი, დ. გეგია, "საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროგრამა", 2011

საქართველოს სოფლის მეურნეობის რეფორმის პირველივე მცდელობები მიწისა და სხვა სასოფლო-სამეურნეო აქტივების პრივატიზაციის გზით, ცენტრალიზებული სასოფლო-სამეურნეო კოლექტიური მეურნეობების ადგილზე კერძო სასოფლო მეურნეობების შექმნას ისახვდა მიზნად. კოლმეურნეობებში დასაქმებული გლეხების ფერმერებად გარდაქმნით და შესაბამისი ბიზნესგარემოს შექმნით სასოფლო-სამეურნეო წარმოების აღმავლობა უნდა დაწყებულიყო, მაგრამ ეს მიზანი ვერ იქნა მიღწეული და დღეისათვის ამ უმნიშვნელოვანეს სექტორში მცირე ზომის ნატურალური მეურნეობები დომინირებენ¹.

2005 წლის აღწერით 140 000 პირს აქვს მიწა მფლობელობაში, რომლის ფართობი საშუალოდ 0,2 ჰა-ზე ნაკლებია, დამატებით 360 000 პირს მფლობელობაში არსებული მიწა კი 1 ჰექტარსაც ვერ აღწევს. როგორც მონაცემებდან ჩანს, სასოფლო-სამეურნეო მიწა ძალიან დანაწევრებულია, პატარ-პატარა ნაკვეთები კი არაეფექტურია სასოფლო-სამეურნეო წარმოების თვალსაზრისით.

2014 წლის მონაცემებით საქართველოდან ექსპორტირებულია 825,9 მილიონი აშშ დოლარის ღირებულების აგროსასურსათო პროდუქცია, (ძირითადად თხილი და ღვინო) ხოლო იმპორტირებულია 1,3 მილიარდი აშშ დოლარის ღირებულების აგროსასურსათო პროდუქცია (ძირითადად ხორბალი, თამბაქო). როგორც ვხედავთ, იმპორტი 36,5%-ით აღემატება ექსპორტს². ამავე წლის მონაცემებით სოფლის მეურნეობის წილი მთლიან შიდა პროდუქტში 9,2%-ია, ამ სფეროში დასაქმებულთა წილი კი დაახლოებით 54%, რაც ამ სფეროში არსებულ საკმაოდ მძიმე მდგომარეობაზე მეტყველებს, რადგან გამოდის, რომ მოსახლეობის ნახევარზე მეტი მთლიანი შიდა პროდუქტის მხოლოდ 9,2%-ს ქმნის³. შედარებისათვის: აშშ-ის სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულია მოსახლეობის 1,6%, გერმანიაში – 2,9%, ევროკავშირის ქვეყნებში საშუალოდ – 5,0%. აშშ-ში ერთი ფერმერული მეურნეობა სურსათით უზრუნველყოფს საშუალოდ 126, გერმანიაში - 144, ევროკავშირის ქვეყნებში - 51 ადამიანს, ხოლო საქართველოში ერთ დასაქმებულს საშუალოდ თავის გამოკვებას კი უჭირს.

2013 წლის მონაცემებით, თვითუზრუნველყოფის კოეფიციენტი მაღალია მხოლოდ ზოგიერთ პროდუქტზე, კერძოდ, ყურძენზე - 130%, კარტოფილზე - 100%, სიმინდზე - 96%, რძე და რძის პროდუქტებზე - 91%, ცხვრისა და თხის ხორცზე - 85%, ბოსტნეულზე - 75%⁴.

მსოფლიო ბაზარზე დღითიდღე იზრდება მოთხოვნა ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციაზე. საქართველოს ბუნებრივ კლიმატური პირობები ამის განხორციელების სერიოზულ შესაძლებლობას იძლევა. ქართულმა პროდუქციამ პოპულარობა, რაოდენობრივად და ხარისხობრივად, ჯერ ადგილობრივ ბაზარზე, მერე კი, უცხოეთში უნდა მოიპოვოს. საქართველოს აგრარული პოლიტიკის სტრატეგია მოიცავს ხედვას, თუ როგორ უნდა გამოიყურებოდეს ეს სექტორი პერსპექტივაში. იგი მიმართული უნდა იყოს შემდეგი მიზნების მიღწევისაკენ:

- საქართველოს სასოფლო-სამეურნეო პოტენციალის სრულად ათვისება და პროდუქციის კონკურენტუნარიანობის ამაღლება;
- ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქციის წარმოება;

¹ დ. ჩარკვიანი, თ. ჭინჭარაული, ე. შატბერაშვილი, „სასოფლო-სამეურნეო კრედიტებისა და დაზღვევის კვლევის შედეგები“, თბილისი. 2010

² საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს სტატისტიკური მონაცემები

³ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.

⁴ ევროპის სამეზობლო პროგრამა სოფლის მეურნეობისა და სოფლის განვითარებისათვის (ENPARD GEORGIA), 2013)

- ადგილობრივი პროდუქციით იმპორტის ჩანაცვლება;
- საექსპორტო პროდუქციის გაზრდა და ახალი ბაზრების ათვისება;
- სასოფლო-სამეურნეო ტექნიკის განახლება;
- აგრარული სექტორის ინფრასტრუქტურის განვითარება¹.

საქართველოს მოსახლეობის მიერ მოხმარებული აგროსასურსათო პროდუქციის 80%-მდე იმპორტირებულია. ამის გამო ქვეყანაში პროდუქციის რეალიზაციიდან მიღებული ვალუტა, საზღვარგარეთ გაედინება, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს ადგილობრივ წარმოებას. ქვეყანაში სიღარიბე და უმუშევრობა ჯერ კიდევ უმძიმეს პრობლემად რჩება. მთლიან ფართობში სახნავ-სათესი ფართობების წილით საქართველო მსოფლიოში ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა 6,4%-ით. სომხეთში ეს მონაცემი 16%-ია, აზერბაიჯანში - 22,7%, თურქეთში -27,7%, უკრაინაში კი - 56,1%².

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საქართველოში ფერმერთა უმეტესობა ფლობს 1 ჰა-მდე მიწის ნაკვეთს, ამ ზომის მიწაზე კი თანამედროვე ტექნიკისა და ტექნოლოგიების გამოყენება პრაქტიკულად შეუძლებელია. ფერმერულ მეურნეობათა ეს კატეგორია ორიენტირებულია მხოლოდ თვითუზრუნველყოფაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დარგს საქართველოში უზარმაზარი პოტენციალი გააჩნია, მაინც უამრავი პრობლემა აქვს, რომელთა გადასაჭრელადაც აუცილებელია სახელმწიფოს ფინანსური დახმარება, განვითარებული ინფრასტრუქტურა, მექანიზაციის მაღალი დონე, დაზღვევის სისტემის განვითარება და სხვ.

2010 წელს საქართველოს სოფლის მეურნეობას ბიუჯეტიდან გამოეყო 40 მლნ ლარი, 2011 წელს - 86 მლნ, 2012 წელს -119,9 მლნ, 2013 წელს 182,2 მლნ, ხოლო 2014 წელს - 265 მლნ. აქედან უდიდესი ნაწილი - 217 მლნ ლარი უშუალოდ სოფლის მეურნეობის განვითარების პროგრამაზე დაიხარჯა, 27 მლნ - სურსათის უვნებლობაზე და მცენარეთა დაცვაზე, 21 მლნ - მევენახეობა-მელვინეობის განვითარებაზე.

აგრარული სექტორის განვითარებას ხელს უშლის სოფლის მეურნეობის დაკრედიტების დაბალი დონე. კომერციული ბანკები, აღნიშნული სექტორის რისკებიდან გამომდინარე, თავს იკავებენ სოფლის მეურნეობის დაკრედიტებისაგან. ეკონომიკის ამ უმნიშვნელოვანეს დარგზე საბანკო კრედიტების 2%-ზე ნაკლები მოდის.

თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში ფერმერებზე განსაკუთრებით ზრუნავენ, რაც უწინარესად უპროცენტო სესხის გამოყოფით გამოიხატება. ქართველ გლეხობასა და ფერმერებს ასეთი დახმარებები დღემდის არ ჰქონია. საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრომ შეიმუშავა “შეღავათიანი აგროკრედიტის პროექტი”, რომელსაც დააფინანსებს “სოფლისა და სოფლის მეურნეობის განვითარების ფონდი” და განახორციელებს “სოფლის მეურნეობის მართვის სააგენტო”. პროექტი ამოქმედდა 2013 წლის მარტიდან. პროექტის მიხედვით გაიცემა: უპროცენტო სასაქონლო კრედიტი (განვადება) მცირე ფერმერებისათვის 0%; შეღავათიანი აგროკრედიტი საშუალო და მსხვილი ფერმერებისათვის – არაუმეტეს 8%-ის (საბრუნავი საშუალებების და მარაგების შესყიდვის დაფინანსება მოკლე ვადით); შეღავათიანი აგროკრედიტი სასოფლო-სამეურნეო საწარმოებისათვის არაუმეტეს 3%-ის (ძირითადი საშუალებების და ტექნოლოგიების დაფინანსება ხანგრძლივი პერიოდით) აღნიშნულ პროექტში 11 ბანკი და 2 მიკროსაფინანსო ორგანიზაცია

¹ გ. ერქომაიშვილი, საქართველოს ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტები. თბილისი, 2013.

² ე. ხარაიშვილი, „კონკურენციისა და კონკურენტუნარიანობის პრობლემები საქართველოს აგროსასურსათო სექტორში“. თბილისი, 2011)

ჩაერთო და 2013 წლის მარტიდან 2014 წლის სექტემბრამდე 318 მლნ ლარის მოცულობის 14 100 აგროკრედიტი გაიცა.

გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, საქართველოში სურსათის წარმოების ზრდისა და სოფლად სიღარიბის შემცირების მიზნით ევროკავშირმა შეიმუშავა ევროპის სამეზობლო პროგრამა სოფლის მეურნეობისა და სოფლის განვითარებისათვის, რომელიც 2013 წლის მარტში დაიწყო და 2016 წლის მარტამდე გაგრძელდება. პროექტის მთავარი პარტნიორებია სოფლის მეურნეობის სამინისტრო სხვა დარგობრივ სამინისტროებთან/ სახელმწიფო სექტორსა და სასოფლო-სამეურნეო მომსახურების ცენტრებთან ერთად. იგი ხელს შეუწყობს მცირე ფერმერებს შორის თანამშრომლობის გაღრმავებას, სოფლის მეურნეობის სექტორში ჩართული ინსტიტუტების ფუნქციონირების გაუმჯობესებას, სოფლის მეურნეობის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებას. პროგრამის მიზანია გააძლიეროს მცირე ფერმერები, რომლებიც შესაძლოა ქვეყანაში სოფლის მეურნეობის ხერხემალი გახდნენ. სოფლის მეურნეობის განვითარება არის საფუძველი სურსათის უვნებლობის სისტემის განვითარებისათვის, რომელიც თავის მხრივ, ევროკავშირსა და საქართველოს შორის ღრმა და ყოვლისმომცველი თავისუფალი სავაჭრო სივრცის შეთანხმების შესახებ მოლაპარაკების მთავარი ელემენტია. ბიუჯეტის ოდენობაა 40 მლნ ევრო (საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო)

სოფლის მეურნეობის კულტურების და განსაკუთრებით ხორბლეულის მეტი წილი გადაშენების გზაზეა. სპეციალისტების აზრით, საქართველოს აქვს რესურსი ხორბლეულის ის რაოდენობა აწარმოოს, რომელიც ძირითადად ქვეყნის მოსახლეობის მოთხოვნას დააკმაყოფილებს. ეს ეხება არა მარტო ხორბლეულს, არამედ თითქმის ყველა სახეობის სოფლის მეურნეობის პროდუქტს. სწორედ ამ დარგების განვითარებაზე უნდა იყოს მიმართული ქვეყნის რესურსული პოტენციალის ადეკვატური ნაწილის გამოყენება და სხვადასხვა სახის ინვესტიციები.

ძალზე მცირეა პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების წილი სოფლის მეურნეობაში. ქვეყნის მთლიან პირდაპირ ინვესტიციებში სოფლის მეურნეობის წილი 2007 წელს - 0,8%-ს, 2009 წელს - 1,2 %-ს, 2010 წელს - 1,1%-ს, 2011 წელს - 1,2%-ს, 2012 წელს - 1,8%-ს, 2013 წელს - 1,3%-ს შეადგენდა (www.eurostat.com) ეს გამოწვეულია იმით, რომ დარგი რისიკიანი და დაბალმომგებიანია, აგრარული წარმოების შედეგები კვლავაც არაპროგნოზირებადია: გვალვა, წყალდიდობა, მცენარეთა და ცხოველთა დაავადებები და მავნებლები აგრარულ სექტორს კაპიტალის ჩადებისათვის შედარებით მაღალრისკიან სფეროდ აქცევს.

აგროდაზღვევის მნიშვნელობა

სოფლის მეურნეობის განვითარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი ქვეყანაში აგროდაზღვევის განვითარებაა. ამ მხრივ სასიკეთო ძვრები უკვე შეიმჩნევა. ეს სოფლის მეურნეობაში არსებულ რისკებს მნიშვნელოვნად შეამცირებს და ხელს შეუწყობს სოფლის მეურნეობის დაკრედიტების მოცულობის ზრდას.

აგროდაზღვევა სოფლის მოსახლეობას დაეხმარება სტიქიური მოვლენებით მიყენებული ზარალის შემცირებაში, რაც სტაბილურს გახდის მათ შემოსავლებს. აგროდაზღვევის ამოქმედება სოფლის მეურნეობის სექტორის მიმართ საფინანსო ინსტიტუტების ინტერესს გაზრდის. ფერმერისათვის ხელმისაწვდომი გახდება ფინანსური რესურსი, რაც დარგის სტაბილურ განვითარებას ხელს შეუწყობს.

სოფლის მეურნეობაში დაზღვევის დიდ მნიშვნელობაზე მეტყველებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ ყოველწლიურად უამრავი ფერმერი, რომელთათვისაც მოყვანილი სასოფლო-სამეურნეო პროდუქცია შემოსავლის ერთადერთი წყაროა, სხვადასხვა

სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ზარალის გამო მთელი წლის სარჩო-საზღაურებელს კარგავს. მხოლოდ 2014 წელს, სოფლის მეურნეობის სამინისტროს ინფორმაციით, სტიქიის (სეტყვა, გვალვა, ქარიშხალი, წვიმა და ა.შ.) შედეგად მიყენებული ზარალი ციფრებში შემდეგნაირად გამოისახება: დაზარალებული ადამიანების სავარაუდო რაოდენობა - 108 360, დაზიანებული ფართობები - 107 043 ჰა, მიყენებული ზარალი - 136 236 343 ლარი. აქედან, მარცვლოვნების დაზიანებული ფართობი შეადგენს - 63 695 ჰა-ს, მზესუმზირა - 9 516 ჰა, ლობიო - 384 ჰა, კარტოფილი - 3 194 ჰა, ბაღჩეული კულტურები 1 708 ჰა, ვენახი - 10 957 ჰა, ხეხილი - 1 595 ჰა, თხილი - 15 898 ჰა, კაკლოვნები - 79 ჰა, ფრინველი - 2 661 ფრთა და 95 ფუტკრის ოჯახი.

აგროდაზღვევის თავისებურებები

სოფლის მეურნეობის დაზღვევის განვითარებაზე მსჯელობისას, უნდა გავითვალისწინოთ ამ დარგისათვის დამახასიათებელი თავისებურებები, რომელიც თვითონ პირველადი სასოფლო-სამეურნეო წარმოების ბუნებიდან გამომდინარეობს. სოფლის მეურნეობაში წარმოების ეკონომიკური პროცესი წარმოების ბუნებრივ პროცესებთან არის გადაჯაჭვული.

სოფლის მეურნეობა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია:

- ა) წარმოების ბუნებრივ გარემო-პირობებზე (ნიადაგები, ჰიდრორესურსები, კლიმატური პირობები, ეკოსისტემები);
- ბ) ბუნებრივი კატაკლიზმების ინტენსიურობასა და ხარისხზე; გ) მავნებელ-დაავადებათა გავრცელებაზე.

სტაბილური კლიმატური პირობების შემთხვევაში სწორი მეურნეობით ნიადაგის ნაყოფიერება და ეკოსისტემების მდგრადობა შეიძლება შენარჩუნდეს და გაუმჯობესდეს კიდევ. რაც შეეხება ბუნებრივ კატაკლიზმებსა და მავნებელ დაავადებებს, მათი კონტროლი მეტ-ნაკლებად შესაძლებელია სწორი მეურნეობის მეშვეობით, თუმცა მავნე შედეგების თავიდან აცილება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. სწორედ ასეთ ექსტრემალურ მდგომარეობაში ენიჭება სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევას განსაკუთრებული მნიშვნელობა მეურნეობის ეკონომიკური სტაბილურობის შენარჩუნებისათვის.

სასოფლო-სამეურნეო წარმოება, განსაკუთრებით კი მემცენარეობა, სეზონურია. მემცენარეობაში პროდუქციას იღებენ წელიწადის განსაზღვრულ პერიოდში და არა უწყვეტად მთელი წლის მანძილზე, ხოლო რძის წარმოებაში პროდუქტიულობა სეზონზეა დამოკიდებული. ამასთან, მრავალწლიანი კულტურები გაშენებიდან რამდენიმე წელი არ იძლევა მოსავალს. სოფლის მეურნეობის ეს თავისებურება გასათვალისწინებელია სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევაში.

აგრორისკები ძირითადად იყოფა სოფლის მეურნეობის ორი მსხვილი მიმართულების მიხედვით: ა) მემცენარეობა და მასთან დაკავშირებული რისკები ბ) მეცხოველეობა და მასთან დაკავშირებული რისკები.

მიუხედავად ამ უხეში დაყოფისა, თითოეული ქვედარგისათვის და წარმოების პირობებისათვის (მაგ. ტრადიციული მეფრინველეობა და მეფრინველეობა ბროილერებში, ბოსტნეულის მოყვანა სათბურებში და ღია ცის ქვეშ, თევზის მოშენება ტბორებში და სხვ.) აუცილებელია დამახასიათებელი რისკების გათვალისწინება.

გარდა უშუალოდ სოფლის მეურნეობისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური რისკებისა, აგროდაზღვევის პროდუქტების შემუშავებისას გასათვალისწინებელია ისეთი რისკებიც, რომლებიც დაკავშირებულია უბედურ შემთხვევასთან ან მესამე პირის კრიმინალურ ქმედებასთან.

სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევა უზრუნველყოფს, რომ მსოფლიო ბაზრებზე ფასების რყევამ ეროვნული ეკონომიკისათვის მნიშვნელოვან სასოფლო-სამეურნეო დარგებს დამანგრეველი ზიანი არ მიაყენოს.

სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევის პროდუქტები შეიძლება მოიცავდნენ ერთ ან რამდენიმე (კომბინირებული დაზღვევა) რისკს, ასევე მთელ მეურნეობას ან მის რომელიმე ნაწილს. სოფლის მეურნეობის სექტორის ფინანსური მდგრადობის შესანარჩუნებლად ყველაზე მნიშვნელოვანია სისტემური ხასიათის ბუნებრივ კატაკლიზმებთან (სეტყვა, გვალვა, ღვარცოფი, წყალდიდობა) და ეპიზოოტურ დაავადებებთან დაკავშირებული რისკების დაზღვევა¹.

სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევა საზღვარგარეთ

მსოფლიოში სოფლის მეურნეობის დაზღვევის ათამდე სისტემა მოქმედებს. ამავე დროს, დაზღვევაში სახელმწიფოს მონაწილეობა დიდ გავლენას ახდენს ამ მიმართულების განვითარებაზე. კომპანიები, როგორც წესი, მხოლოდ განსაზღვრულ რისკებს აზღვევენ (ჩვეულებრივ, ეს არის სეტყვა და ხანძარი), ვინაიდან სისტემური რისკების დაზღვევის შემთხვევაში მათ არარეალურად მაღალი სადაზღვევო პრემიების დაწესება დასჭირდებოდათ. ამიტომ იქ, სადაც სახელმწიფოს ჩარევა იზრდება, იზრდება დაზღვეული რისკების რაოდენობაც. მეორე მხრივ, სახელმწიფოს მონაწილეობა გარკვეულ რისკებთან არის დაკავშირებული დარგის მდგრადი განვითარების თვალსაზრისით - სახელმწიფოს ჩარევამ სადაზღვევო საქმიანობაში არ უნდა შეაფერხოს საბაზრო კონკურენცია და სადაზღვევო პროდუქტების განვითარება. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ევროპის ქვეყნებში დაზღვევის სამი მოდელი ფუნქციონირებს²:

- სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებადი (საბერძნეთი);
- სახელმწიფოსა და კერძო სექტორის თანამშრომლობაზე დაფუძნებული (ესპანეთი, პორტუგალია);
- კერძო სექტორის მიერ კონტროლირებადი (გერმანია, დიდი ბრიტანეთი).

განვითარებულ ქვეყნებში, მთელი რიგი ეკონომიკური ფაქტორების გამო, მოქმედებს სასოფლო-სამეურნეო რისკების მრავალპროფილიანი დაზღვევა. საპირისპირო სურათია განვითარებად ქვეყნებში, სადაც ფერმერებს არ აქვთ საშუალება სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობაში ინვესტირებისა და მათი ეკონომიკური სტაბილურობა არ არის გარანტირებული გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, მაგალითად, მათ მიერ აღებული კრედიტის გადახდამდე.

ზოგადად, სასოფლო-სამეურნეო რისკები, რომლებმაც შეიძლება ფერმერულ მეურნეობებს ზიანი მიაყენონ, დიდად არის განპირობებული ისეთი ადგილობრივი ფაქტორებით, როგორცაა ლანდშაფტი, ნიადაგის ტიპი, სასოფლო-სამეურნეო წარმოების პრაქტიკა. განვითარებად ქვეყნებში ამას ემატება მთელი რიგი სხვა ფაქტორები, მათ შორის ეფექტური სადრენაჟე, წყალდიდობის კონტროლისა ან ირიგაციის სისტემების არსებობა. შესაბამისად, ჩვეულებრივ, განვითარებად ქვეყნებში სადაზღვევო კომპანიები ახდენენ სასოფლო-სამეურნეო რისკების შერჩევას, რომელთა დაზღვევასაც განახორციელებენ.

ამ მდგომარეობის გასანეიტრალებლად სოფლის მეურნეობის პროდუქციის მთავარმა ექსპორტიორმა ქვეყნებმა ფერმერული მეურნეობების რისკების ეფექტური

¹ ე. შატბერაშვილი, ბ. ალასანია, „სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევა და კრედიტები“ „ბიომეურნე“, 2011

² ე. შატბერაშვილი, 2011 იქვე

კომპენსირებისათვის შექმნეს კერძო დაზღვევის ეროვნული სისტემები, რომელთაც ამავე დროს ძლიერი სახელმწიფო ფინანსური მხარდაჭერა აქვთ. ამ ტიპის სადაზღვევო სისტემებში სადაზღვევო პრემიის ნაწილს ჩვეულებრივ სახელმწიფო ანაზღაურებს, რაც ზღუდავს სასოფლო-სამეურნეო რისკების შერჩევითი დაზღვევის პრაქტიკას. ეს საშუალებას იძლევა, მიუხედავად კომპანიის მიერ მომხმარებლისათვის შეთავაზებული სადაზღვევო პროდუქტების სახეობისა, მოხდეს თანხების გადანაწილება სოფლის მეურნეობის დაზღვევაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს შორის.

მიუხედავად ამისა, სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევის ეს ფორმა შეიძლება სადავო იყოს, რადგან ის ავტომატურად მხარს უჭერს იმ რისკებს, რომლებიც სტატისტიკურად ყველაზე წამგებიანია. შესაბამისად, ეს რისკები შეიძლება გაიზარდოს, რადგან, მაგალითად, ფერმერებს ეძლევათ ფინანსური საშუალება, დაიწყონ ამა თუ იმ სასოფლო-სამეურნეო პროდუქციის მოყვანა არახელსაყრელ გარემო პირობებში. სხვა სქემით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს გადაზღვევის ხელმისაწვდომობას სადაზღვევო კომპანიებისათვის და განსაკუთრებულად არახელსაყრელი კლიმატური პირობების დროს იცავს მათ კატასტროფული დანაკარგებისაგან. ეს პირობა სადაზღვევო კომპანიებს, კომპანიის კაპიტალის მისაღები რენტაბელურობის პირობებში, სასოფლო-სამეურნეო კულტურების დაზღვევის ბაზარზე შესვლის საშუალებას აძლევს. ამ ტიპის სახელმწიფო გადამზღვევი სისტემის შექმნა ძალიან რთულია, რადგან მას პირდაპირი ზეგავლენა აქვს სტრუქტურირებული დაზღვევის ეროვნული ბაზრის ფორმირებაზე. მაგალითისთვის, მსგავსი სადაზღვევო სისტემის შექმნამ ზოგიერთ ქვეყანაში ხელი შეუწყო ბაზრიდან მცირე სადაზღვევო კომპანიების გაქრობას. ამის გამო, მსგავსი ტიპის სისტემის დანერგვისას, მნიშვნელოვანია, რომ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ქვეყანაში თანაბარი პირობები შეექმნას ბაზარზე დასამკვიდრებლად. ამავე დროს ბევრი ქვეყნის ბაზრისათვის ამგვარად დაცული სადაზღვევო სისტემის დანერგვა პრობლემის მისაღები გადაწყვეტაა. იმ ქვეყნებში სადაც სოფლის მეურნეობის დაზღვევის სახელმწიფოს მიერ დაცული სქემები შემოიღეს, ასევე იქმნებოდა სპეციალური სტრუქტურები, რომლებიც უმეტესად სოფლის მეურნეობისა და ფინანსთა სამინისტროებს ექვემდებარებოდა. მათ ჰქონდათ უფლება, განესაზღვრათ, ან შეეფასებინათ, კერძო სექტორის მიერ შემოთავაზებული სადაზღვევო პროდუქტის შესატყვისობა სახელმწიფოს ინტერესებთან და ამის მიხედვით გაეწიათ დახმარება.

სტატისტიკური მონაცემები ცხადყოფს, რომ აგროდაზღვევა წარმატებით მთავრობის აქტიური სუბსიდირებით ხორციელდება. მაგალითისთვის, ამერიკის შეერთებული შტატები აგროსადაზღვევო პრემიების პორტფელის მოცულობით მსოფლიოში ლიდერი ქვეყანაა. აშშ აგროდაზღვევაში 11 650 მილიონ აშშ დოლარს გასცემს. მეორე ადგილზეა - იაპონია 3 900 მილიონი აშშ დოლარით. შემდეგ ბრაზილია - 640 მილიონი აშშ დოლარით, მექსიკა - 500 მილიონი, არგენტინა - 280 მილიონი და თურქეთი 245 მილიონი აშშ დოლარით¹.

პოლონეთში ძირითადად განვითარებულია აგროდაზღვევის ორი მიმართულება: მოსავლისა და საქონლის დაზღვევა. 2009 წლიდან აგროდაზღვევაში სახელმწიფო მონაწილეობს და აფინანსებს მოსავლის დაზღვევის 40%-ს და საქონლის დაზღვევის 50%-ს.

¹ ახალგაზრდა ფინანსისტთა და ბიზნესმენტთა ასოციაცია

ავსტრიაში სადაზღვევო პრემიის 50%-ს იხდის ფერმერი, 50%-ს კი სახელმწიფო. ავსტრიაში დაზღვეულია მთლიანი მინდვრების 75%, ვენახების - 60%, ბოსტნეულის - 90%, ბაღჩეულის - 80% და მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის 30%¹.

ყველაზე გავრცელებული სადაზღვევო პროდუქტი ევროპაში მცენარეული კულტურების დაზღვევაა. მასზე მოდის სადაზღვევო პრემიების 90%, მესაქონლეობის დაზღვევას უკავია 4%, ხოლო თითო პროცენტს შეადგენს აკვაკულტურის, მეტყვევობისა და სათბურების დაზღვევა.

აღმოსავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყანაში მოქმედებს როგორც ერთი რისკის, ასევე კომბინირებული დაზღვევა. გამონაკლისია ბალტიისპირეთის ქვეყნები, სადაც ერთი რისკის დაზღვევაა გავრცელებული.

ერთი რისკის დაზღვევა გულისხმობს ა) ერთი საფრთხის ან რისკის დაზღვევას (მაგ. სეტყვა), ბ) ორი საფრთხის ან რისკის დაზღვევას, რომელთაგანაც ერთ-ერთს არასისტემური ხასიათი აქვს (მაგ. ერთი მხრივ სეტყვა, და, მეორე მხრივ, ხანძარი, ყინვა ან ქარი, როგორც დამატებითი რისკი).

კომბინირებული, ანუ მრავალრისკიანი დაზღვევა, რამდენიმე რისკის ერთდროულ დაზღვევას გულისხმობს. ამ ტიპის დაზღვევა ფარავს, მაგალითად, ყინვისა და სხვა მეტეოროლოგიური მოვლენებისაგან მიყენებულ ზარალს. ეს სქემა გულისხმობს გარანტირებული მოსავლის (მოსალოდნელი მოსავლის 50-70%) ღირებულების ანაზღაურებას.

მესაქონლეობის დაზღვევა ევროპაში უმთავრესად ერთი რისკის დაზღვევის სისტემით ხორციელდება და მოიცავს ძირითადად არაეპიდემიური ხასიათის დაავადებებსა და უბედურ შემთხვევებს. ეპიზოტურ დაავადებებს უფრო იშვიათად აზღვევენ, უმეტესად საელმწიფოს მონაწილეობით.

მემცენარეობაში სადაზღვევო კომპანიები ანაზღაურებენ ძირითადი რისკებით (შტორმი, სეტყვა, ნაადრევი ყინვა, მეწყერი) გამოწვეულ ზარალს, ხოლო სახელმწიფო ერევა და ანაზღაურებს ზარალს, რომელიც გამოწვეულია ბუნებრივი კატასტროფების შედეგად (ძლიერი გვალვა, წყალდიდობა, ძლიერი ყინვა)².

„განვითარებადი ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ აგროდაზღვევის სფეროს განვითარებისათვის უნდა გადაიჭრას ორი ძირითადი პრობლემა, რომლებიც ხელს უშლიან სოფლის მეურნეობის სადაზღვევო ბაზრის შექმნასა და შემდგომ განვითარებას. ეს პრობლემებია:

1. ურთიერთნდობის მიღწევა და რისკის კონტროლის ეფექტური სისტემის შექმნა. ურთიერთნდობის მიღწევა მთავარი ფაქტორია აგრობიზნესის დაზღვევის ბაზრის საფუძვლის შექმნასა და განვითარებაში. დაზღვევის ბაზრის შექმნა, განსაკუთრებით, იმ პირობებში, როდესაც დაზღვევის მომხმარებლები ხშირად 1 ჰა-მდე მიწის ფართობს ფლობენ, ძალიან რთული ამოცანაა. იმ ქვეყნებში, სადაც ასეთი უკიდურესად მცირე მეურნეობები დომინირებენ სოფლის მეურნეობის პირველადი წარმოების სადაზღვევო ქსელი ხშირად არც არსებობს ამ სეგმენტის დაბალშემოსავლიანობის გამო. დაზღვევის შესახებ ცოდნის გავრცელება და დაზღვევის სისტემისადმი ნდობის ამაღლება შესაძლებელია, მიღწეულ იქნას სხავდასხვა ბერკეტების მეშვეობით:

- ცენტრალური მთავრობა და მუნიციპალიტეტები - ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლება მთავარი წარმმართველი ფაქტორია სასოფლო-

¹ eurogeorgia.info, 3 სექტემბერი, 2014

² ე. შატბერაშვილი, ბ. ალასანია, „სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევა და კრედიტები“ „ბიომეურნე“, 2011

სამეურნეო დაზღვევის სქემის განვითარებაში. ამას გარდა, ფერმერები მაქსიმალურად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი, რა განსხვავებაა სახელმწიფო უზრუნველყოფასა და დაზღვევას შორის.

- საფინანსო ინსტიტუტები - სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულთათვის ნატურალური სასოფლო მეურნეობიდან საზაზროზე გადასვლისას ბუნებრივი შუამავლები საფინანსო ინსტიტუტები არიან. საფინანსო ინსტიტუტები ყველაზე ეფექტური საშუალებაა დაზღვევის განვითარებისათვის. მათ მოეპოვება ყველაზე მეტი ინფორმაცია სასოფლო მეურნეობის ფინანსური ისტორიის შესახებ და გააჩნიათ ყველაზე დიდი დეცენტრალიზებული ფილიალების ქსელი. მათ შეუძლიათ მოითხოვონ დაზღვევა, როგორც სესხის მიღების სავალდებულო ეტაპი. ამით შესაძლებელია დაზღვევა გახდეს სავალდებულო, რითაც მაქსიმალურად მცირდება დაზღვევის შერჩევითობა. სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევაზე მომუშავე კომპანიების ბანკებთან თანამშრომლობა მსოფლიოში მიღებული პრაქტიკაა. მაგრამ, ამავე დროს, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ბანკების ინტერესები განსხვავებულია მზღვეველთა ინტერესებისაგან. ბანკისათვის დაზღვევა კრედიტის უზრუნველყოფაა მამინ, როდესაც იპოთეკა ხელმისაწვდომი არაა. ამ შემთხვევაში რისკის დიდი ნაწილი ბანკიდან სადაზღვევო კომპანიაზე გადადის. ამ დროს მნიშვნელოვანია, რომ დასაზღვევი ობიექტების შერჩევა და რისკის კონტროლი, დანაკარგების რეგულირების ჩათვლით, დაექვემდებაროს მზღვეველის პასუხისმგებლობასა და ინიციატივას. მაგალითისთვის მოვიყვანთ გასული საუკუნის 90-იან წლებში თურქეთში იმპორტირებული მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის კრედიტზე მიბმულ დაზღვევას, რომელიც ძირითადად ბანკების მიერ იყო ინიცირებული და კატასტროფული შედეგები გამოიწვია სოფლის მეურნეობისა და დაზღვევისა და გადაზღვევის ბაზარზე.

რისკის კონტროლის სისტემები სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევის სფეროში.

რაც შეეხება რისკის კონტროლის სისტემებს, აქაც არსებობს საინტერესო მოდელები, რომელთა ადგილობრივ პირობებთან ადაპტირება და დანერგვა შესაძლოა, მასტიმულირებელი ყოფილიყო სოფლის მეურნეობის დაზღვევის განვითარებისათვის:

- სადაზღვევო კოოპერატივები და ურთიერთკონტროლი- კოოპერატივების ქსელი ურთიერთდაზღვევი კომპანიებისათვის ბუნებრივი ნიადაგია. სადაზღვევო კოოპერატივების სისტემა ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა, რადგან საშუალებას აძლევს ფერმერებს, შეინარჩუნონ კონტროლი საკუთარ აქტივებზე. საკუთარი სადაზღვევო ორგანიზაციების მართვის მეშვეობით წევრები სადაზღვევო გადასახადს მოსავლის გასაღებიდან მიღებული შემოსავლით იხდიან. ფერმერთა ურთიერთკონტროლის მექანიზმი წარმოადგენს რისკის მართვის ეფექტურ ინსტრუმენტს, რადგან არაკეთილსინდისიერი მოქმედება მზღვეველის მიმართ მთელი სასოფლო თემის მიმართ თაღლითობად განიხილება. მსოფლიოში არსებობს ამ ტიპის სადაზღვევო გაერთიანების მრავალი წარმატებული მაგალითი და ეს გაერთიანებები ძირითად როლს ასრულებენ საერთაშორისო სადაზღვევო ბაზარზე. ფრანგული მზღვეველი „გრუპამა“-ს (სასოფლო-სამეურნეო ურთიერთდაზღვევის კომპანიათა ჯგუფი) ბრუნვა ყოველწლიურად 14 მილიარდ აშშ დოლარს აღწევს. „გრუპამა“ რეგიონული ურთიერთდაზღვევის პატარა კომპანიათა გაერთიანებაა, რომელიც ფერმერების ინიციატივით 100 წლის წინ შეიქმნა. კომპანია პრაქტიკულად პრინციპითაა აგებული. მთელს საფრანგეთში 10 000 მცირე ადგილობრივი სადაზღვევო კომპანია ჰყავს დაზღვეული 20 რეგიონულ კომპანიას, რომლებიც თავის მხრივ გადაზღვეულნი არიან პარიზში განთავსებულ ცენტრალურ კომპანიაში. თითოეული ერთეული თავის დონეზე მართავს რისკებს და რეზერვებს. ცენტრალური კომპანიის დირექტორთა

საბჭო ფორმირდება რეგიონული კომპანიების თავმჯდომარეებისაგან. კლასიკური სქემისაგან განსხვავებით, ეს უფრო შედეგზე ორიენტირებული მოდელია.

- ანდერაიტინგული კონტროლი და რისკების მართვა მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორია სოფლის მეურნეობის დაზღვევის ეფექტური სისტემის ასამოქმედებლად. ეფექტური სასოფლო-სამეურნეო ანდერაიტინგი შესაბამისი რისკების შერჩევასა და ზარალის პროფესიულ რეგულირებას უნდა ეფუძნებოდეს. სადაზღვევო კომპანია, სულ ცოტა, დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ, მაგალითად, დაზღვეულმა ფერმერმა კულტურა შესაბამის ფართობზე დარგო და მიიღო საჭირო ზომები დანაკარგების თავიდან ასაცილებლად. ზარალის რეგულირება უნდა მოხდეს დროულად, მკაცრად განსაზღვრული პროცედურების გამოყენებით, რომელთა საშუალებითაც სამართლიანად ანაზღაურდება დანაკარგი. ეს პროცესი დაკავშირებულია ადმინისტრირების საკმაოდ მაღალ დანახარჯებთან, რაც სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან მოითხოვს ინვესტირებას კვალიფიციური აგროდაზღვევის სპეციალისტების დასაქმებისათვის.

ზარალის რეგულირება გაყიდვის შემდგომი სერვისია და მთავარ როლს ასრულებს მომხმარებლის ნდობის შენარჩუნებაში. ეს ფაქტორი აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული სადაზღვევო პროდუქტის შემუშავებისას, რაც ამავე დროს შემზღუდავ გარემოებასაც წარმოადგენს. გამოუსადეგარია ძალზე დახვეწილი სადაზღვევო პოლიტიკის მიწოდება მოქმედების რთული მექანიზმის გამოყენებით და დანაკარგის გარანტირების ფორმულის შეთავაზებით იმ ქვეყნებში, სადაც შესაძლო დანაკარგებს მძიმე შედეგები მოყვება მრავალი სასოფლო მეურნეობისათვის და შეიძლება მოიცვას ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილი. უპირატესობა უნდა მიენიჭოს იმ სადაზღვევო მექანიზმებს, რომლებიც იძლევა ზარალის გამჭვირვალე და სწრაფი შეფასების საშუალებას.

აქვე უნდა გავითვალისწინოთ სოფლის მეურნეობის სფეროში დასაქმებულთათვის დამახასიათებელი ინდივიდუალიზმი და კონსერვატიულობა, რის გამოც მათი ნდობის მოპოვება საკმაოდ დიდ სირთულეებთან არის დაკავშირებული. ამასთან, მიუხედავად იმისა, რომ მცირე ფერმერები ხშირად მხოლოდ ბაზისურ განათლებას ფლობენ, ისინი, უმეტეს შემთხვევაში, რისკის აცილებისა და შემცირებისაკენ მიმართულ მექანიზმებს შედარებით იოლად ნერგავენ.¹

აგროდაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა

საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 19 აგვისტოს #1462 განკარგულებით 1 სექტემბრიდან ამოქმედდა სახელმწიფო აგროდაზღვევის საპილოტე პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს სასოფლო-სამეურნეო კულტურების მოსავლის დაზღვევას შემდეგი რისკებისაგან: სეტყვა, ჭარბი ნალექი, ქარიშხალი და საშემოდგომო ყინვა. პროგრამის მიზანია:

- ა) აგროსექტორში სადაზღვევო ბაზრის განვითარება;
- ბ) სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობის ხელშეწყობა;
- გ) სასოფლო-სამეურნეო სფეროში დასაქმებული პირების კონკურენტუნარიანობის ამაღლება;
- დ) სასოფლო-სამეურნეო საქმიანობით დაკავებული პირებისათვის შემოსავლის შენარჩუნება და რისკების შემცირება. პროგრამის განმახორციელებელია - სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო, რომელიც აფორმებს ხელშეკრულებებს

¹ დ. ჩარკვიანი. თ. ჭინჭარაული, ე. შატბერაშვილი, „სასოფლო-სამეურნეო კრედიტებისა და დაზღვევის კვლევის შედეგები“, თბილისი, 2010

საქართველოში კანონმდებლობით დადგენილი წესით ლიცენზირებულ შესაბამის სადაზღვევო კომპანიებთან.

სადაზღვევო რისკის - საშემოდგომო ყინვა - დაზღვევა ეხება მხოლოდ ციტრუსოვან კულტურებს და გულისხმობს 1 სექტემბრიდან 10 დეკემბრის ჩათვლით პერიოდში ტემპერატურის მკვეთრი ვარდნის შედეგად ციტრუსოვანი კულტურების თბურ დაზიანებას ან განადგურებას.

ქარიშხალი - ქარი სიჩქარით 15მ/წმ. ან მეტი, რომელიც იწვევს მცენარეების გაძლიერებულ ტრანსპირაციას, ნიადაგის ზედა ფენების გამოშრობას, მცენარეების მექანიკურ დაზიანებებს.

ჭარბი ნალექი - უხვი ნალექების დროს იმ მიწის ზედაპირის გადარეცხვა ან/და დატბორვა გრუნტის ან/და შლამის, ან/და წყლის ნაკადით, რომელიც ჩვეულებრივ არ არის დაფარული წყლით. იწვევს მცენარეთა დაზიანებას ან/და განადგურებას მათ მიწისქვეშა და მიწისზედა ნაწილებზე მექანიკური ზემოქმედების შედეგად.

სეტყვა - ატმოსფერული ნალექები ყინულის წარმონაქმნების სახით, რომელიც იწვევს სასოფლო-სამეურნეო კულტურების დაზიანებას ან განადგურებას მცენარეთა მიწისზედა ორგანოებზე უშუალო მექანიკური ზემოქმედების შედეგად.

სააგენტოს მიერ ერთ დამზღვევზე გადასახდელი სადაზღვევო პრემიის თანადაფინანსების თანხა შეადგენს მაქსიმუმ - 30 000 ლარს, ხოლო სასოფლო-სამეურნეო კოოპერატივის შემთხვევაში - 50 000 ლარს. პროგრამაში ჩადებულია ფრანშიზა - სადაზღვევო ლიმიტის 10%, რომელიც არ ექვემდებარება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას და მისი გამოქვითვა ხორციელდება ყოველი/თვითოეული სადაზღვევო შემთხვევისათვის.

დაზღვევის მოქმედების პერიოდში ცალკეულ სასოფლო-სამეურნეო კულტურათა მიმართ მზღვეველის ვალდებულება ძალაში შედის:

ა) ერთწლიან კულტურებთან მიმართებაში, თუ სადაზღვევო რისკი მომხდარია მას შემდეგ, რაც ნაკვეთზე ჩატარებულია სასოფლო-სამეურნეო კულტურის აგროწესებით და აგროვადებით გათვალისწინებულ ყველა საჭირო ღონისძიება, სასოფლო-სამეურნეო კულტურის 90% თანაბრად აღმოცენებულია და იმყოფება სავეგეტაციო პერიოდის მიწისზედა ორგანოების (მინიმუმ 10 სმ) განვითარების ფაზაში და მოქმედებს მოსავლის აღებამდე; სანერგე მასალის (ჩითილი) დარგვის შემთხვევაში - სანერგე მასალის ღია გრუნტში გადარგვიდან არა უადრეს 10 კალენდარული დღისა;

ბ) მრავალწლიან კულტურებთან მიმართებაში, თუ სადაზღვევო რისკი მომხდარია მას შემდეგ, რაც:

ბ. ა) ხილი - დაზღვეულ ტერიტორიაზე ხეებზე ნაყოფის 50% მიაღწევს 0.8 სმ-ს დიამეტრში, გარდა ბალისა, ალუბლისა და თხილისა, რომელთა შემთხვევაშიც დაზღვევა ძალაში შედის იმ მომენტიდან, როცა ნაყოფი მიაღწევს 0.4 სმ-ს დიამეტრში;

ბ.ბ) კენკრა - მცენარეს გავლილი აქვს ყვავილობის ფაზა, ნაყოფი ხდება მკვეთრად გარჩევადი და ფორმირებულია ბუჩქზე;

ბ.გ) ყურძენი - გამოტანილია მტევანი (როდესაც მტევანი გაშლილი და ვიზუალურად გარჩევადია). (სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო, „აგროდაზღვევის პროგრამა“)

2014 წლის პროგრამის განხორციელებისათვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოიყო 5 მილიონი ლარი. სახელმწიფო აგროდაზღვევის პროგრამაში თავდაპირველად მონაწილეობდა ხუთი სადაზღვევო კომპანია: „აი-სი ჯგუფი“, „ალდაგი“, „ირაო“, „ქართუ დაზღვევა“, „ჯი-პი-აი ჰოლდინგი“, თუმცა „ქართუ დაზღვევამ“ ოქტომბერში შეწყვიტა პროგრამაში მონაწილეობის მიღება.

ცხრილი #1. სადაზღვევო პრემიაში თანამონაწილეობის განსაზღვრა კულტურების მიხედვით

სასოფლო-სამეურნეო კულტურა	სააგენტოს თანადაფინანსება	დამზღვევის თანადაფინანსება	სადაზღვევო პრემიის (ტარიფის) ზედა ზღვარი
მარცვლეული კულტურები	6%	0,5-2%	8%
პარკოსანი კულტურები	6%	0,5-2%	8%
ბოსტნეული კულტურები	8%	0,5-4%	12%
ბაღჩეული კულტურები	10%	0,5-6%	16%
ვაზი	8%	0,5-4%	12%
ხეხილი	8%	0,5-4%	12%
კენკროვანი კულტურები	10%	0,5-4%	14%
კაკლოვანი კულტურები	6%	0,5-2%	8%
სუბტროპიკული კულტურები	10%	0,5-4%	14%
ციტრუსი	8%	0,5-3%	11%

წყარო: სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო. აგროდაზღვევა.

ცხრილი #2. გაცემული პოლისები მზღვეველების მიხედვით 30.12.2014 წელი

#	სადაზღვევო კომპანია	პოლისების რაოდენობა	ნაკვეთების რაოდენობა	სადაზღვევო ლიმიტი	სადაზღვევო პრემია დამზღვევის გადახდილი	ფართობი (ჰა)
1	ალდაგი	3 556,00	7 416,00	44 310 535,91	223 483,12	4 708,43
2	ჯიპიაი-ჰოლდ	6 409,00	9 077,00	56 757 577,16	296 372,34	8 865,08
3	ირაო-ქართუ დაზღვევა	10 424,00	11 760,00	37 374 928,44	186 874,64	3 771,62
4	აისი ჯგუფი	765,00	1 260,00	12 395 202,75	61 976,01	1 238,71
	ჯამი	21 154,00	29 513,00	150 838 244,26	768 706,12	18 583,84

წყარო: სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო. აგროდაზღვევა.

ცხრილი #3. დაზღვეული ნაკვეთების რაოდენობა, ფართობი და მოსავლის ღირებულება კულტურების მიხედვით 2014 წლის 30 დეკემბრის მდგომარეობით

#	კულტურა	ნაკვეთების რაოდენობა	მოსავლის ღირებულება	დაზღვეული ფართობი (ჰა)
1	ვაზი	7 342,00	63 242 360,41	5 740,75
2	ხეხილი	2 755,00	26 745 623,41	1 891,77
3	ციტრუსი	12 410,00	28 705 887,89	3 205,14
4	ბაღჩეული კულტურები	104,00	1 716 884,44	184,79
5	კენკროვანი კულტურები	140,00	609 418,95	89,81
6	პარკოსანი კულტურები	20,00	220 133,68	149,70
7	სუბტროპიკული კულტურები	33,00	425 041,32	46,77
8	მარცვლეული კულტურები	566,00	6 678 678,59	4 203,43
9	ბოსტნეული კულტურები	347,00	4 412 726,54	364,20
10	კაკლოვანი კულტურები	5 796,00	18 081 489,03	2 707,49
	სულ ჯამი	29 513,00	150 838 244,26	18 583,84

წყარო: სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო. აგროდაზღვევა.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე მეტი დაზღვეულია ვაზის ფართობი, თუმცა რაოდენობით მეორე-მესამე ადგილზე მარცვლეული და ციტრუსოვანი კულტურებია წარმოდგენილი, რაც იმით უნდა იყოს განპირობებული, რომ პროგრამა შემოდგომით დაიწყო და მოსახლეობამ სეზონისთვის შესაბამისი კულტურები დააზღვია.

მთლიანობაში აგროდაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 2014 წელს გაცემულია 21 ათასზე მეტი პოლისი, დაზღვეულია 150 მილიონ ლარზე მეტი ღირებულების 34 სხვადასხვა კულტურა 19 ათას ჰა. მიწის ფართობზე.

რაც შეეხება აგროდაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას, რომელიც 2015 წელს ხორციელდება, მის პირობებში გარკვეული ცვლილებებია შესული. მონაწილეობის უფლება აქვთ მხოლოდ იმ ფიზიკურ ან იურიდიულ პირებს, რომელთაც საკუთრებაში, სარგებლობას ან ფაქტობრივ მფლობელობაში გააჩნიათ არა უმეტეს 5 ჰექტარი (ხორბლის მოსავლის დაზღვევის შემთხვევაში არაუმეტეს 15 ჰა) ფართობის სასოფლო-სამეურნეო დანიშნულების მიწის ფართობი. 2014 წლის პროგრამაში ზემოთ აღნიშნული შეზღუდვა არ მოქმედებდა. (მიწის ფართობის ოდენობის შეზღუდვა არ ვრცელდება სასოფლო-სამეურნეო კოოპერატივებზე). სახელმწიფო სუბსიდირება 60%-მდეა.

ასევე, ფრანშიზა ითვლება რეალური მოსავლიანობიდან. 2014 წლის პროგრამაში ფრანშიზა ითვლებოდა სადაზღვევო ლიმიტიდან, ხოლო ზარალი რეალური მოსავლიანობიდან, რაც უმეტეს შემთხვევაში ზარალის გადაფარვას იწვევდა. ზარალის შეფასების საერთო მეთოდი დაინერგა თითოეული კულტურის შესაბამისად, რაც მანამდე საერთოდ არ არსებობდა.

აგროდაზღვევის საპილოტე პროგრამის ბიუჯეტი 2015 წელს გაორმაგდა და 10 მილიონი ლარით განისაზღვრა. 2014 წლის პროგრამაში მონაწილე ოთხ სადაზღვევო კომპანიას: „ჯიპიაი ჰოლდინგი“, „ალდაგი“, „აი სი ჯგუფი“ და „არაო“ – 2015 წელს კიდევ ორი კომპანია დაემატა: „არდი“ და „უნისონი“.

ცხრილი #4. სადაზღვევო პრემიაში თანამონაწილეობის განსაზღვრა კულტურების მიხედვით (2015 წელი)

სასოფლო-სამეურნეო კულტურა	სააგენტოს თანამონაწილეობა	დამზღვევის თანამონაწილეობა	ფიქსირებული სადაზღვევო ტარიფი
მარცვლეული კულტურები	60%	40%	6.5
პარკოსანი კულტურები	60%	40%	6.5
ბოსტნეული კულტურები	60%	40%	8.5
ბაღჩეული კულტურები	60%	40%	10.5
ვაზი	40%	60%	8.5
ხეხილი	60%	40%	8.5
კენკროვანი კულტურები	60%	40%	10.5
კაკლოვანი კულტურები	60%	40%	6.5
სუბტროპიკული კულტურები	60%	40%	10.5
ციტრუსი	60%	40%	8.5

წყარო: სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო. აგროდაზღვევა.

პროექტების მართვის სააგენტოს მონაცემებით, დღეისათვის მთელი საქართველოს მასშტაბით გაცემულია 1488 პოლისი და დაზღვეულია 1661 ჰა მიწის ფართობი.

ცხრილი #5. აგროდაზღვევა 2015 მონაცემები

რეგიონი	პოლისი (ც)	ლიმიტი (ლ)	საშუალო ლიმიტი(ლ) 1პოლისზე	ფართობი (ჰა)	საშუალო ფართობი (ჰა)1 პოლისზე	მიწის ნაკვეთი (ც)	საშუალო ფართობი (ჰა)1 მიწის ნაკვეთზე
აჭარა	75	124 995,00	1 666,60	21,81	0,29	81	3,71
გურია	66	163 236,00	2 473,27	38,99	0,59	86	2,21
იმერეთი	33	39 037,50	1 182,95	17,29	0,52	44	2,54
კახეთი	604	6 129 686,30	10 148,49	827,73	1,37	1 046	1,26
რაჭა-ლეჩხუმი							
სამცხე-ჯავახეთი	125	1 414 163,04	11 313,30	124,29	0,99	471	3,79
სამეგრელო	450	2 331 404,00	5 180,90	397,09	0,88	664	1,67
ქვემო ქართლი	39	126 732,50	3 249,55	42,53	1,09	56	1,32
შიდა ქართლი	96	1 416 853,54	14758,89104	192,06	2,00	199	1,04
	1488	11 746107,88	7 893,89	1 661,79	1,12	2 647	1,59

წყარო: სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო. აგროდაზღვევა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია აგროდაზღვევის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, ასევე პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, საქართველოს მთავრობის დადგენილებები.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჩაღრმავებული ინტერვიუ ფერმერებთან. კვლევა მიმდინარეობდა 2015 წლის აპრილისა და მაისის თვეში, ახმეტის მუნიციპალიტეტში. წინასწარ შეირჩა 50 ფერმერი დარგობრივი სპეციალიზაციისა და მეურნეობის ზომის მიხედვით. ვინაიდან საქართველოში არ არსებობს სასოფლო მეურნეობის ზომის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები, პირობითად ისინი დაიყო შემოსავლების მიხედვით. 1000 ლარამდე წლიური შემოსავლის მქონე მეურნეობა ჩაითვალა მცირე მეურნეობად, საშუალო მეურნეობა – 3000 ლარამდე შემოსავლით და 3000 ლარზე მეტი შემოსავლის მეურნეობა დიდი მეურნეობის რიგს მიეკუთვნა.

კვლევის შედეგები

კვლევის მიზანს წარმოადგენს აგროდაზღვევის შესახებ ფერმერების ცოდნის, სადაზღვევო კომპანიებისადმი მათი ნდობისა და მომავალში დაზღვევით სარგებლობასთან დაკავშირებით ფერმერთა მზაობის შესწავლა. კვლევის გეოგრაფიული არეალის მცირე მასშტაბის მიუხედავად (კვლევა ჩატარდა მხოლოდ

ახმეტის მუნიციპალიტეტში) გარკვეული სურათი მაინც შეიქმნება ზოგადად ქვეყანაში აგროდაზღვევის კუთხით არსებულ მდგომარეობაზე.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილი გვიჩვენებს ახმეტის მუნიციპალიტეტში მცხოვრები ფერმერების პროცენტულ განაწილებას სოფლის მეურნეობის დარგების მიხედვით. აქვე აღსანიშნავია, რომ ფერმერთა ნაწილი რამდენიმე დარგს ერთდროულად მისდევს.

ცხრილი #6. ახმეტის მუნიციპალიტეტის ფერმერთა პროცენტული განაწილება ძირითადი დარგების მიხედვით

სოფლის მეურნეობის დარგები	პროცენტული განაწილება
მემცენარეობა	92%
მათ შორის: მევენახეობა	37%
მეძროხეობა	47%
მეცხვარეობა	16%
მეღორეობა	1%
მეფრინველეობა	1%
მეფუტკრეობა	10%

წყარო: სოფლის მეურნეობის სამინისტრო.

ჩაღრმავებული ინტერვიუების მეთოდით გამოიკითხა ახმეტის მუნიციპალიტეტის 50 ფერმერი დარგობრივი სპეციალიზაციისა და მეურნეობის ზომის მიხედვით.

კვლევისას აქცენტი გაკეთდა შემდეგ ძირითად საკითხებზე:

1. სმენიათ თუ არა აგროდაზღვევის შესახებ?
2. უსარგებლიათ თუ არა როდისმე აგროდაზღვევით?
3. რამდენად კმაყოფილები არიან აგროდაზღვევით?
4. რისთვის სჭირდებათ აგროდაზღვევა?
5. გამოიყენებენ თუ არა მომავალში დაზღვევის პროდუქტებს მეურნეობის დაზღვევის მიზნით?

გამოკითხული 50 მეურნეობიდან მცირე მეურნეობას წარმოადგენდა 29 (58%), საშუალო სიდიდის მეურნეობას - 12 (24%), დიდი ზომის მეურნეობას - 9 (18%).

ცხრილი #7. გამოკითხული მეურნეობების სიდიდე

მეურნეობის სიდიდე	გამოკითხულთა რაოდენობა	პროცენტი
მცირე მეურნეობა	29	58%
საშუალო მეურნეობა	12	24%
დიდი	9	18%
სულ	50	100

გამოკითხულთაგან მხოლოდ მევენახეობას მისდევს 10 ფერმერი (20%), რომელთაგან 6 დიდი მეურნეობის მფლობელია. რესპოდენტთაგან მხოლოდ მეცხვარეობას მისდევს 5 გამოკითხული (10%). დანარჩენი ფერმერები კი რამდენიმე დარგს ერთდროულად მისდევენ.

რესპოდენტთა 98%-ს სმენია აგროდაზღვევის შესახებ. აღსანიშნავია, რომ მათი დიდი ნაწილი (74%) ამ საკითხს აგროდაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებას უკავშირებდა. როგორც ჩანს, სახელმწიფოს ამ ინიციატივამ დადებითად იმოქმედა მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებაზე აგროდაზღვევის კუთხით.

ცხრილი #8. გსმენიათ თუ არა აგროდაზღვევის შესახებ?

	გამოკითხულთა რაოდენობა	პროცენტი
დიახ, მსმენია	49	98%
არ მსმენია	1	2%
სულ	50	100

რესპოდენტთა 40%-ს (20 ფერმერი) უსარგებლია აგროდაზღვევით, მათგან 60%-მა პირველად დააზღვია მოსავალი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. აქვე, აღსანიშნავია, რომ, იმ ფერმერებს შორის რომლებიც სარგებლობენ აგროდაზღვევით, 15 მევენახეა, რაც იმითაც უნდა იყოს განპირობებული, რომ ბოლო წლებში საგრძნობლად აიწია ყურძნის სარეალიზაციო ფასმა.

ცხრილი #9. გისარგებლიათ თუ არა აგროდაზღვევით?

	გამოკითხულთა რაოდენობა	პროცენტი
დიახ	20	40%
არა	30	60%
სულ	50	100 %

ახმეტის მუნიციპალიტეტში სოფლის მეურნეობის სამინისტროს ინფორმაციით 2014 წელს ვენახის საერთო ფართობი იყო 2000 ჰა, აქედან: რქაწითელის ჯიშის ვენახი 1400 ჰა–მდე, საფერავი – 350 ჰა, მწვანე და ქისი 200 ჰა. აღნიშნულ ფართობზე მხოლოდ 2014 წელს მიღებულმა ყურძნის მოსავალმა შეადგინა 9700 ტონა. აქედან მხოლოდ ღვინის ქარხნებს ჩაბარდა 2 700 ტონა საფერავი, 1 950 ტონა რქაწითელის ჯიშის ყურძენი და 500 ტონა მწვანე და ქისი. მიღებულმა შემოსავალმა სულ დაახლოებით 7 850 000 ლარი შეადგინა. ამას თუ დავუმატებთ ყურძნის რეალიზაციას ბაზრობებზე, ადგილზე ვენახებიდან და ოჯახებში დაწურული ღვინის გაყიდვით მიღებულ შემოსავალს, მართლაც შთამბეჭდავ ციფრებს მივიღებთ.

ამ სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, ადვილი შესამჩნევია, რომ ყურძნის მოსავალი მნიშვნელოვან მოგებას აძლევს მის მწარმოებლებს. აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც მეურნეობა შემოსავლიანია, ფერმერიც უფრო მეტად ზრუნავს მასზე და დაზღვევას მიმართავს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ახმეტის მუნიციპალიტეტის ტერიტორია მდებარეობს აღმოსავლეთით – კავკასიონის მთისწინეთში და სამხრეთდასავლეთით – გომბორის ქედის განშტოებას შორის, რაც განაპირობებს ამინდის (ტემპერატურის) კონტრასტულობას და სწრაფ ცვალებადობას. ეს კი ხშირად ხდება ისეთი სტიქიური მოვლენების მიზეზი, როგორცაა სეტყვა, ქარიშხალი და წყალდიდობა.

სოფლის მეურნეობის სამინისტროსა და ახმეტის მუნიციპალიტეტის ინფორმაციით, ბოლო 3 წელიწადში დაისეტყვა 1378 ჰა ვენახი (69%) მათ შორის ზოგიერთი ფართობი რამდენჯერმე, ანუ თითქმის ყოველწლიურად¹. 2013 წელს სტიქიური უბედურებებით (ძირითადად სეტყვა) მიყენებულმა ზარალის საერთო თანხამ შეადგინა – 1 458 300 ლარი, 2014 წელს – 833 700 ლარი². ეს ფაქტი მნიშვნელოვნად განაპირობებს მევენახეების დაზღვევით დაინტერესებას.

კითხვაზე, თუ რატომ არ უსარგებლიათ დაზღვევით, რესპოდენტთა 28% მიიჩნევს, რომ ფერმერებს შორის არ არის ნდობა სადაზღვევო კომპანიების მიმართ და აქვთ ზარალის არ ანაზღაურების ან მისი შესაზლო დაკლების გარკვეული შიში.

¹ საქართველოს სოფლის მეურნეობა, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2013

² საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო. 2014

ფერმერთა 16%-მა ხაზი გაუსვა დაზღვევის არახელსაყრელ პირობებს. ფერმერთა 12%-მა მიზეზებს შორის მიუთითა სადაზღვევო პროდუქტების შესახებ ცოდნის არქონა. ასევე 12%-მა - სასურველი რისკებისაგან დაზღვევის შესაძლებლობის არ არსებობა (საგაზაფხულო წაყინვა, ხანძარი, წყალდიდობა, დატბორვა, პირუტყვის დაზღვევა), ხოლო ფერმერთა 8%-მა საკმარისი თანხის არქონა სადაზღვევო პრემიის შესატანად.

ცხრილი #910 რატომ არ უსარგებლიათ დაზღვევით?

	რაოდენობა	%
ნდობის არქონა (შიში სადაზღვევოს მხრიდან ზარალის არ ანაზღაურებისა და ზარალის პროცენტის შესაძლო დაკლებაზე)	7	28%
დაზღვევის არახელსაყრელი პირობები	4	16%
საკმარისი თანხის არქონა სადაზღვევო პრემიის შესატანად	2	8%
„რო არ დაისეტყვოს?!“	4	16%
სადაზღვევო პროდუქტების შესახებ ცოდნის არქონა	3	12%
სასურველი რისკებისაგან დაზღვევის შესაძლებლობის არ არსებობა (საგაზაფხულო წაყინვა, ხანძარი, წყალდიდობა, დატბორვა, პირუტყვის დაზღვევა)	3	12%

ფერმერებს შორის, რომელთაც უსარგებლიათ დაზღვევით, 80% კმაყოფილია აგროდაზღვევით, ხოლო 20% არ არის კმაყოფილი.

ცხრილი #11. რამდენად კმაყოფილი ხართ აგროდაზღვევით?

	გამოკითხულთა რაოდენობა	პროცენტი
დიახ	16	80%
არა	4	20%
სულ	20	100

კითხვაზე – ისარგებლებენ თუ არა მომავალში დაზღვევით, გამოკითხულ ფერმერთა 60%-მა დადებითად უპასუხა. თუმცა, დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ ეს იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო პროგრამა კვლავ გაგრძელდება და წელს დაზღვეულები მიიღებენ ზარალის ანაზღაურებას. ფერმერთა 24%-მა უარყოფითი პასუხი გასცა.

ცხრილი #12. ისარგებლებთ თუ არა მომავალში დაზღვევით?

	გამოკითხულთა რაოდენობა	პროცენტი
დიახ	30	60%
არა	12	24%
არ ვიცი	8	16%
სულ	50	100%

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

კვლევის მიხედვით, ფერმერთა უმრავლესობამ იცის აგროდაზღვევის შესახებ, რასაც მათი დიდი ნაწილი აგროდაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებას უკავშირებს. როგორც ჩანს, სახელმწიფოს ამ ინიციატივამ დადებითად იმოქმედა მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებაზე აგროდაზღვევის კუთხით.

აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა მხოლოდ 40% სარგებლობდა აგროდაზღვევით. ამის უმთავრესი მიზეზია ნდობის ფაქტორი. ცალკეული ფერმერები სკეპტიკურად არიან განწყობილი დაზღვევის მიმართ, რის მიზეზადაც ასახელებენ შემთხვევებს, როდესაც ზარალი არ აანაზღაურეს წინასწარ სიტყვიერად დაუთქმელი იმ პირობების

გამო, რაც შემდგომ ხელშეკრულებაში იქნა ასახული და შინაარსი ფერმერისათვის არ იყო დეტალურად მიწოდებული. ფერმერებს თქმით, არის აგრეთვე შემთხვევები, როცა ზარალის შეფასების დროს ვერ თანხმდებიან დაზიანების პროცენტზე, რის გამოც დამზღვევი (ფერმერი) უკმაყოფილო რჩება.

მნიშვნელოვანია დაზღვევის არახელსაყრელი პირობების თემაც. ცალკეული სადაზღვევო კომპანიები განსხვავებული პირობით ახდენენ სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმებას. ვაზის დაზღვევა გულისხმობს ზარალის ანაზღაურებას ვაზის ყვავილობიდან გამოსვლის შემდეგ დაზიანების შემთხვევაში. თუმცა, სახელმწიფო აგროდაზღვევის პროგრამაში მითითებულია რომ ვაზის დაზიანების შემთხვევაში მზღვეველის ვალდებულება ძალაში შედის, „როდესაც მტევანი გაშლილი და ვიზუალურად გარჩევადია“. აგრონომები და სპეციალისტები კი, (რომ აღარაფერი ვთქვათ ფერმერებზე) თანხმდებიან, რომ მტევანი არათუ ყვავილობის პერიოდში, არამედ მანამდეც – ოთხი-ხუთი ფოთლის გამოჩენის შემდეგ, უკვე ვიზუალურად გარჩევადია. ეს პერიოდი არის ვაზის ვეგეტაციის პერიოდის დასაწყისიდან 2-3 კვირაში (დაახლოებით 10-12 აპრილიდან), ხოლო ყვავილობის დამთავრება ხდება დაახლოებით 5-15 ივნისის ფარგლებში. სეტყვის მოსვლის ყველაზე დიდი ალბათობაც სწორედ ამ პერიოდზე მოდის. ამგვარად, როცა სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ყველაზე დიდი ალბათობაა, სწორედ მაშინ არის მოსავალი, ასე ვთქვათ, დაუზღვეველი. ყვავილობამდე პერიოდში დაზიანებით გამოწვეული ზარალი გაცილებით დიდია, ვიდრე მის მერე.

გამოკითხული მეცხვარეების აზრით, მათ არ აქვთ საშუალება დააზღვიონ ცხვარი სხვადასხვა სტიქიური უბედურებისგან, რომელიც მომთაბარეობის პირობებში (მთაში ხშირი სეტყვა, ქარიშხალი, ზვავსაშიშროება და სხვ.) მათ დიდ სირთულეს უქმნით. სადაზღვევო კომპანიები კი არ სთავაზობენ მათ სასურველი რისკებისაგან დაზღვევას.

ფერმერების უმრავლესობა (80%), რომლებსაც უსარგებლიათ დაზღვევით, კმაყოფილები არიან აგროდაზღვევით. უარყოფითი პასუხის გამცემი ფერმერის უკმაყოფილების მიზეზს მოვიყვანთ მაგალითისთვის, რომელიც ასევე განმარტავს ზემოთ ნახსენებ მიზეზებს დაზღვევისადმი უნდობლობისა და დაზღვევის არახელსაყრელი პირობების შესახებ. ერთ-ერთ მევენახეს წინა წელს დაზღვეული ჰქონდა 3 ჰა ვენახი 30 000 ლარის სადაზღვევო ლიმიტის ფარგლებში, რისთვისაც მან სადაზღვევო პრემია – 2760 ლარი გადაიხადა. მოსული სეტყვით მიყენებული ზარალი (აღნიშნული ფართობი მას დაესეტყვა თითქმის 80%-ით 2014 წლის 1 მაისს) ფერმერს არ აუნაზღაურეს იმ მიზეზით, რომ მისი ყურძენი ჯერ არ იყო ყვავილობიდან გამოსული. ამასთან, ზარალი შეუფასეს 19 დღის დაგვიანებით, რის გამოც დაზიანების პროცენტიც არ იყო ფერმერისთვის მისაღები. წერილობით კითხვაზე ამ საკითხთან დაკავშირებით, სადაზღვევო კომპანიამ უპასუხა, რომ ხელშეკრულების პირობები არ ითვალისწინებს კონკრეტულ ვადას ზარალის შეფასებასთან დაკავშირებით. აღსანიშნავია ისიც, რომ თუ წინა წელს მისი საჰექტარო მოსავლიანობა შეადგენდა 90 ც/ჰა-ს, 2014 წელს დასეტყვის გამო ჩამოვიდა 18 ც/ჰა-მდე.

დაზღვევით კმაყოფილთა მაღალი პროცენტი სავარაუდოდ უკავშირდება იმ ფაქტს, რომ მათი ნაწილი მონაწილეობს სახელმწიფო პროგრამაში. წელს ახმეტის მუნიციპალიტეტში მოსული სეტყვის შედეგად ბევრი ფერმერი დაზარალდა ზუსტად იმ პერიოდში, როდესაც ვაზი ჯერ არ იყო გამოსული ყვავილობიდან. მაგრამ წელს ეს პირობა არ მიიღეს მხედველობაში და ზარალი მაინც აუნაზღაურდებოდა, ამასთან დაზიანების პროცენტიც მათი აზრით სამართლიანად შეფასდა.

დასკვნა, რეკომენდაციები

როგორც კვლევადან ირკვევა, ფერმერთა აგროდაზღვევის უკმაყოფილების მთავარ მიზეზს წარმოადგენს დაზღვევისადმი უნდობლობა. ამ მხრივ მიზანშეწონილია სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების შესახებ დამზღვევთა (ფერმერთა) ინფორმირებულობის ამაღლება. ფერმერებს უნდა მიეწოდოს დეტალური ინფორმაცია სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების შესახებ. ასევე მიზანშეწონილია, სადაზღვევო კომპანიებსა და დამზღვევებს შორის არსებული სადაო საკითხების, საჩივრების შემთხვევაში დამოუკიდებელი ორგანოს, მედიაციის სამსახურის ამოქმედება, რომელიც შეძლებს დაიცვას დამზღვევთა უფლებები.

კვლევის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიები სხვადასხვა სადაზღვევო პირობებს სთავაზობენ დამზღვევებს, რაც ხშირ შემთხვევაში გაურკვეველობას იწვევს ფერმერებს შორის. ამ მხრივ, მიზანშეწონილია სადმრვევო კომპანიის მხრიდან ინფორმაციის გამჭვირვალობის ამაღლება, რომ დამზღვევმა მიიღოს სათანადო, ამომწურავი ინფორმაცია სხვადასხვა კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სადაზღვევო პირობების შესახებ. იგი ხელს შეუწყობს სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის ამაღლებას, რაც დადებითად იმოქმედებს დამზღვევის მიერ მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევის უფლებაზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გველესიანი რ, გოგორიშვილი ი. ეკონომიკური პოლიტიკა, წიგნი II. თბილისი. 2012;
2. ერქომაიშვილი გ. საქართველოს ეკონომიკური განვითარების პრიორიტეტები. თბილისი. 2013;
3. ჩარკვიანი ვ, ჭინჭარაული თ, შატერაშვილი ე. სასოფლო-სამეურნეო კრედიტებისა და დაზღვევის კვლევის შედეგები. თბილისი. 2010.
4. შატერაშვილი ე, ალასანია ბ. სასოფლო-სამეურნეო დაზღვევა და კრედიტები. ბიომეურნე. 2011
5. ევროპის სამეზობლო პროგრამა სოფლის მეურნეობისა და სოფლის განვითარებისათვის (ENPARD –GEORGIA), 2013;
http://www.ge.undp.org/content/georgia/ka/home/operations/projects/poverty_reduction/agriculture-development-in-ajara.html
6. ხარაიშვილი ე. კონკურენციისა და კონკურენტუნარიანობის პრობლემები საქართველოს აგროსასურსათო სექტორში. თბილისი. 2011;
7. ნაცვალაძე მ. სოფლის მეურნეობის მდგრადი განვითარების მექანიზმი. 2009;
8. თვალჭრელიძე ა, სილაგაძე ა, ქეშელაშვილი გ, გეგია დ. საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების პროგრამა. 2011
9. Chavleishvili M, Erkomaishvili G, Seturidze R. Strategic Tendencies of Food Safety in Georgia in Globalization Context. World Acadgulgna Science, Engineering and Technology, 27-28 June 2013, Paris , www.Waset.org;
10. საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტრო; <http://www.moa.gov.ge>
11. ღვინის ეროვნული სააგენტო. <http://www.georgianwine.gov.ge>
12. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. სოფლისმეურნეობა 2013

არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევა საქართველოში

თენგიზ ვერულავა, ბექა ტაბატაძე, ნინო გეგენავა, გიორგი ელიზბარაშვილი
აბსტრაქტი

შესავალი: მიუხედავად სახელმწიფოს მზარდი სოციალური ვალდებულებებისა, პენსიონერთათვის გასაცემი პენსიები საკმაოდ მწირია. თავის მხრივ ასეთი სახით საპენსიო სისტემა ბევრ პრობლემას უქმნის საქართველოს ფინანსურ მდგრადობას და განვითარების პერსპექტივებს. აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის, როგორც სოციალური დაცვის ერთ-ერთი ბერკეტის როლის ზრდა. კვლევის მიზანია საქართველოში არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის განვითარების ტენდენციების კვლევა, მისი ძირითადი თავისებურებების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** დასმული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებულ იქნა დოკუმენტების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდი. **შედეგები:** კერძო საპენსიო დაზღვევის ბაზარი საქართველოში ხასიათდება დაბალი ზრდის ტემპით. დღევანდელ სადაზღვეო ბაზარზე მოქმედი 14 სადაზღვეო კომპანიიდან მხოლოდ ორ სადაზღვეო კომპანიას (ჯიპიაი ჰოლდინგი და ალდაგი ბისიაი) გააჩნია კერძო საპენსიო დაზღვევა. მოსახლეობის მხრიდან არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის მცირე სტიმული შეინიშნება. **დისკუსია, დასკვნა:** კერძო საპენსიო დაზღვევის ბიზნესი საქართველოში ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია. მოსახლეობის კერძო საპენსიო დაზღვევით ნაკლები დაინტერესება მის არასათანადო პოპულარიზაციაზე მიგვანიშნებს. ასეთი სადაზღვეო პროდუქტებისთვის მიზანშეწონილია მზღვეველების მიერ მათში დიდი ინვესტირების ჩადება, მისი ფართო რეკლამირება, რათა იგი უფრო მიმზიდველი გახდეს მომხმარებლისთვის.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: კერძო დაზღვევა, საპენსიო დაზღვევა

Non-State Pension Insurance in Georgia

Tengiz Verulava, Beqa Tabatadze, Nino Gegenava, Giorgi Elizbarashvili

Abstract

Introduction: Despite the growing social obligations, allowances and pensions of retirees are rather scarce. In turn, such pension system raises many problems for financial sustainability and development of prospects Georgia. Therefore it is important to non-state pension system, to increase its' role as one of the main leverage of the social protection. The research aims to study the trends of the development of the private pension system in Georgia and to reveal its basic features. **Methodology:** Analysis of documents and secondary information were used as research method to solve the given objectives. **Results:** Private pension insurance market in Georgia is characterized by a low growth rate. In today's insurance market only two companies from 14 operating insurance companies (GPI Holding and Aldagi BCI) have a private pension insurance service. There is little incentive to possess a private (non-state) pension from the population. **Discussion, conclusion:** The private pension insurance business in Georgia is still in the process of formation. The lack of interest to non-state pension insurance indicates at its' improper promotion among the population. The best outcome for such insurance products is that an insurance company should enlarge an investment, which will be used to advertise the product, to make the product more attractive to consumers. This in turn will lead to growth of this product in the market. If a private pension insurance market will increase the growth rate

of this product, it will become more attractive to other competitive companies and could respectively increase competitiveness.

Keywords: Private pension insurance, Georgia

შესავალი

საქართველოში არასახელმწიფო საპენსიო უზრუნველყოფის სისტემას ბაზრის უმნიშვნელო ნაწილი უკავია. ამავ დროს, სახელმწიფო საპენსიო სისტემით არსებული საპენსიო განაკვეთები, ბოლო წლებში პენსიის ოდენობის მნიშვნელოვანი ზრდის მიუხედავად, კვლავც მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საარსებობ მინიმუმს, რომელიც 2012 წლის იანვრის მდგომარეობით საშუალო მომხმარებელზე 139,3 ლარს შეადგენს. პენსიის ოდენობა კი 67 წლამდე ასაკის პენსიონერთათვის 110 ლარს შეადგენდა. მიუხედავად სახელმწიფოს მზარდი სოციალური ვალდებულებებისა, პენსიონერთათვის გასაცემი პენსიები საკმაოდ მწირია. თავის მხრივ ასეთი სახით საპენსიო სისტემა ბევრ პრობლემას უქმნის საქართველოს ფინანსურ მდგრადობას და განვითარების პერსპექტივებს (საყვარაშვილი რევაზ, 2010). აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის, როგორც სოციალური დაცვის ერთ-ერთი ბერკეტის როლის ზრდა.

გარდა სახელმწიფო საპენსიო სისტემისა, საქართველოში უკვე მერამდენე წელია არსებობს არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სისტემები. არასახელმწიფო საპენსიო სისტემაში მოქმედებს დაგროვების პრინციპი. ღირსეული სიბერის უზრუნველსაყოფად, რაც გულისხმობს საპენსიო ასაკის მიღწევის შემდეგ, სტაბილური შემოსავლის არსებობას, საპენსიო ფონდის მონაწილე მთელი შრომითი საქმიანობის პერიოდში აკეთებს შენატანებს საკუთარ საპენსიო ანგარიშზე. მისი პენსიის ოდენობა საპენსიო ასაკის მიღწევისას დაგროვილი თანხის ოდენობით განისაზღვრება. იგი თავად განსაზღვრავს გადახდის ფორმას, ვადებს, თანხებს, ასევე შესაძლებლობა აქვს თავად ადევნოს თვალი საკუთარი საპენსიო დანაგროვების ფორმირების პროცესს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, აქტუალურია ქვეყანაში არსებული არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის, მის წინაშე მდგარი პრობლემების შესწავლა. ნაშრომის მიზანია საქართველოში არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის განვითარების ტენდენციების კვლევა, მისი ძირითადი თავისებურებების გამოვლენა. არასახელმწიფო საპენსიო სისტემის მდგომარეობის შესწავლა საშუალებას მოგვცემს, უკეთ გავანალიზოთ არსებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები, რაც გაზრდის არასახელმწიფო საპენსიო სექტორის როლს.

მეთოდოლოგია

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა დოკუმენტების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდი. არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის საკითხებზე მეორეული მონაცემების წყაროებს წარმოადგენდნენ როგორც საკანონმდებლო, ისე საინფორმაციო-სტატისტიკური მასალები (საქსტატის, შრომის, ჯანრთელობისა და სოციალური დაცვის დაცვის სამინისტროს და მოქმედი კერძო საპენსიო კომპანიების ბაზები), ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები და პუბლიკაციები, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები.

შედეგები

საქართველოში კერძო საპენსიო დაზღვევა 2001 წლიდან თარიღდება. პირველი კერძო საპენსიო ორგანიზაცია, რომელმაც პირველმა შესთავაზა ქართულ

საზოგადოებას კერძო საპენსიო დაზღვევა არის ჯიპიაი ჰოლდინგი (ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ გვერდი). დაარსების დღიდან, ანუ 2001 წლიდან, კომპანიისათვის თავიდანვე პრიორიტეტად იქცა საპენსიო დაზღვევის განვითარება.

საქართველოში არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის პროდუქტს მოსახლეობას მხოლოდ რამდენიმე სადაზღვევო კომპანია სთავაზობს. 2013 წლის მონაცემებით საქართველოში მოქმედი 14 სადაზღვევო კომპანიიდან (საქართველოს ეროვნული ბანკი) საპენსიო დაზღვევა გააჩნდა შემდეგ კომპანიებს: ჯიპიაი ჰოლდინგი და ალდაგი ბისიაი (2013 წლამდე კერძო საპენსიო დაზღვევას აგრეთვე ახორციელებდა სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ ინტერნეიშენალი - იხ. კომპანიის ვებ. გვერდი). შესაბამისად, საპენსიო დაზღვევის შესახებ განვიხილავთ აღნიშნული კომპანიების მონაცემებით.

ოფიციალურად საქართველოს კანონმდებლობით ქალებისთვის საპენსიო ასაკი განსაზღვრულია 60 წლის ასაკიდან, მამაკაცებისთვის კი 64 წლიდან. მომხმარებელს არ აქვს უფლება ამ ასაკზე უფრო ადრე დაინიშნოს პენსია, თუმცა აქვთ შესაძლებლობა პენსიის დანიშვნის ვადა გადაწიოს, მაგალითად, პენსია მიიღოს არა 64 წლიდან, არამედ 68 წლის ასაკიდან.

2012 წლის მდგომარეობით საქართველოში კერძო საპენსიო დაზღვევის სისტემით დაზღვეულთა რაოდენობა შეადგენდა 17 935 პირს (საქართველოს ეროვნული ბანკი, 2012). ჯიპიაი ჰოლდინგის საპენსიო სქემაში გაწევრიანებულია 11 464 ადამიანი (ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ. გვერდი). ალდაგი ბისიის საპენსიო სქემაში დაზღვეული იყო 6471 პირი (ალდაგი ბისიაი-ს ვებ გვერდი). სქემის მონაწილეები არიან როგორც კერძო პირები, ასევე ორგანიზაციის თანამშრომლები.

სადაზღვევო კომპანიების საპენსიო ფონდი ყოველწლიურად იზრდება. 2011 წელს ჯიპიაი ჰოლდინგის საპენსიო ფონდმა 2 856 973 ლარი შეადგინა, შედარებისათვის, სამი წლით ადრე იგი შეადგენდა 2 313 890 ლარს (ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ. გვერდი). საპენსიო ფონდის წინა სამი წლის მონაცემები შემდეგნაირად გამოიყურება:

ცხრილი 1: ჯიპიაი ჰოლდინგის საპენსიო ფონდის მონაცემები, 2008-2011 წ.

წელი	საპენსიო ფონდის შემოსავლები
2008	2 313 890 ლარი
2009	2 258 123 ლარი
2010	2 712 945 ლარი
2011	2 856 973 ლარი

წყარო: ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ. გვერდი. საპენსიო ფონდი

საქართველოს კანონის „არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ“ თავი II, მუხლი 5-ის მიხედვით, არასახელმწიფო პენსიის სახეებია:

ა) მუდმივი პენსია, რომელიც ეძლევა ფიზიკურ პირს პენსიის გაცემის დაწყებიდან გარდაცვალებამდე;

ბ) განსაზღვრული ვადით გასაცემი პენსია, რომელიც ეძლევა ფიზიკურ პირს არანაკლებ ხუთი წლის განმავლობაში.

მუდმივი პენსია არის ინდივიდუალური ან ერთობლივი. ინდივიდუალური პენსია მონაწილეს ერიცხება და ეძლევა გარდაცვალებამდე. პენსიის დარიცხვა და გაცემა წყდება მონაწილის გარდაცვალებისთანავე.

ერთობლივი პენსია მიეცემა საპენსიო სქემის წევრ მეუღლეებს პენსიის გაცემის დაწყებიდან გარდაცვალებამდე. ერთ-ერთი მეუღლის გარდაცვალების შემთხვევაში ამ

პენსიის ნახევარი მიეცემა მეორე მეულს. განქორწინების შემთხვევაში თითოეულ ყოფილ მეულს უფლება აქვს მიიღოს ერთობლივი პენსიის ნახევარი. ერთობლივი პენსიის შესახებ მეულლეთა შორის წამოჭრილი დავა განიხილება სასამართლოს მიერ.

განსაზღვრული ვადით გასაცემი პენსია მონაწილის გარდაცვალების შემთხვევაში საპენსიო უზრუნველყოფის ვადის დამთავრებამდე მიეცემა მის მემკვიდრებს.

საქართველოში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიები მომხმარებელს სთავაზობს საპენსიო ასაკის მიღწევასას ორივე სახის პენსიას: უვადო (მუდმივ) პენსიას და განსაზღვრული ვადით გასაცემი პენსიას.

ჯი-პი-აი ჰოლდინგი მომხმარებელს სთავაზობს პენსიის ორი სახეობას: უვადო ან ვადიანი პენსია, რომელიც შეუძლია აირჩიოს საპენსიო ასაკის დადგომასთან ერთად.

- **ვადიანი პენსიის** არჩევს შემთხვევაში, მომხმარებელს დაენიშნება პენსია 5-იდან 10 წლის განმავლობაში. საპენსიო დანაგროვი შესაბამისად გადანაწილდება.
- **უვადო პენსიის** არჩევსას მომხმარებელს პენსია დაენიშნება პენსიაზე გასვლიდან სიცოცხლის ბოლომდე. ამ შემთხვევაშიც დანაგროვი გადანაწილდება შესაბამისად.

ალდაგი ბი-სი-აი მომხმარებელს სთავაზობს პენსიის სამ სახეობას:

- **ვადიანი პენსია** - მომხმარებელი პენსიას იღებს პენსიაზე გასვლიდან იმ პერიოდის განმავლობაში, სანამ მისი სურვილი იქნება;
- **მუდმივი პენსია** - მომხმარებელი პენსიას იღებს პენსიაზე გასვლიდან სიცოცხლის ბოლომდე;
- **ერთჯერადი პენსია** - მომხმარებელი პენსიაზე გასვლისას იღებს ერთჯერადად საპენსიო დანაგროვის რაღაც ნაწილს და დანარჩენს კი მუდმივი ან ვადიანი პენსიის სახით.

ალდაგი ბი-სი-აის საპენსიო ფონდში გასაწევრიანებლად მომხმარებელმა რამდენიმე ეტაპი უნდა გაიაროს. თავდაპირველად იგი ავსებს საპენსიო დაზღვევის კითხვარს, აფორმებს დაზღვევის ხელშეკრულებას, რის შემდეგაც გაიხსნება პირადი საპენსიო ანგარიში. ამის შემდეგ ერთი კვირის განმავლობაში მომხმარებელი მიიღებს საპენსიო ფონდის მონაწილის ბარათს.

საქართველოს კანონის „არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ“ თავი II, მუხლი 6-ის მიხედვით, პენსია მონაწილს მიეცემა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი საპენსიო ასაკის მიღწევის შემდეგ განცხადების წარდგენიდან ერთი თვის განმავლობაში ანდა საპენსიო ასაკის მიღწევამდე, თუ მან ნაწილობრივ ან მთლიანად დაკარგა შრომის უნარი. მონაწილს უფლება აქვს გადაავადოს პენსიის მიღების დრო.

საქართველოს კანონის „არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ“ თავი III, მუხლი 7-ის „საპენსიო დანაგროვის ფონდის ფორმირება, ხარჯვა და შეფასება“ მიხედვით, **საპენსიო დანაგროვის ფონდი** არის დამფუძნებლის მიერ თავისი მონაწილის სასარგებლოდ ფორმირებული სახსრები, რომლებიც იქმნება მეანაზრეთა საპენსიო შენატანებისა და საპენსიო დანაგროვის შესაბამისი აქტივების მართვის (საინვესტიციო საქმიანობის) შედეგად მიღებული მოგების ან ზარალის გათვალისწინებით. მუდმივი პენსიების გაცემის მიზნით დამფუძნებელი აქტუარული გაანგარიშების საფუძველზე ქმნის მუდმივი პენსიების გასაცემ ფონდს, რომელშიც ჩაირიცხება მონაწილის საპენსიო დანაგროვის ფონდის გაანგარიშებული ოდენობის თანხები პენსიის გაცემის დაწყების წინ, უკანასკნელი კვარტალის მონაცემების მიხედვით.

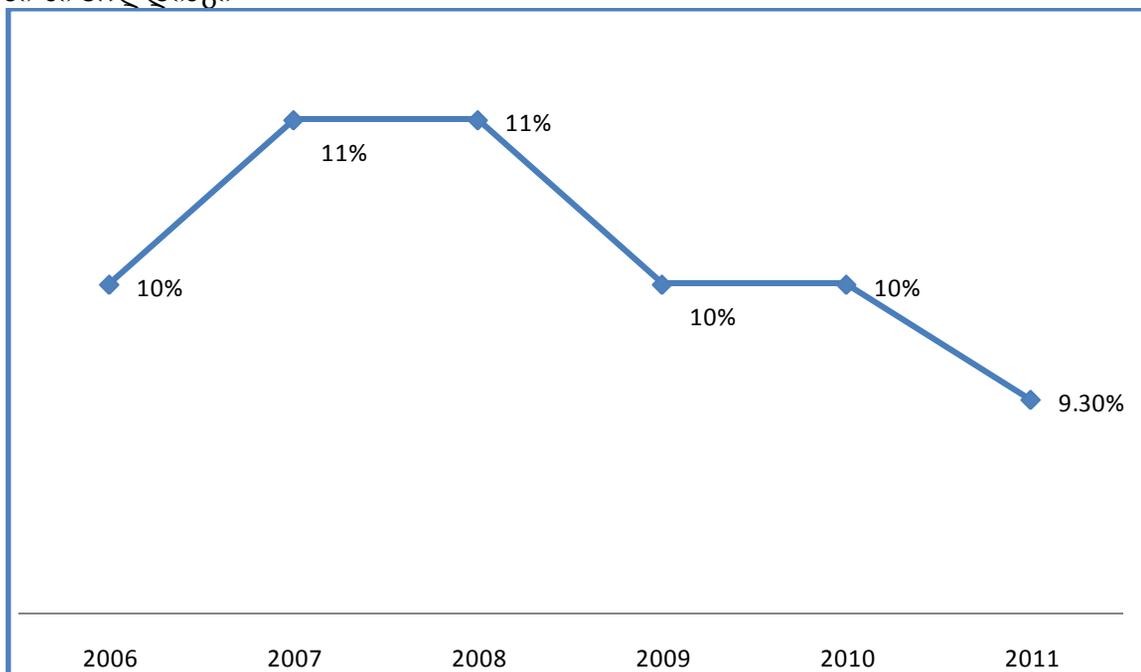
ჯი-პი-აი ჰოლდინგის კერძო საპენსიო სქემაში გაწევრიანების შემთხვევაში მომხმარებელი სარგებლობს შემდეგი მომსახურებით:

- ეხსნება პირადი საპენსიო ანგარიში, სადაც დაგროვება მიმდინარეობს მომხმარებლის მიერ ამორჩეულ ვალუტაში, ლარში ან დოლარში;
- შენატანის მინიმალური ოდენობა შეადგენს 10 ლარს. შენატანების განხორციელება ხდება ნებისმიერი პერიოდულობით: ყოველთვიურად, ყოველკვარტლურად, ყოველწლიურად და ა.შ.;
- მომხმარებლის საპენსიო ფონდი მუდმივად მუშაობს და ერიცხება სარგებელი ყოველწლიურად, პენსიაზე გასვლის შემდეგაც კი;
- საპენსიო ასაკისთვის მომხმარებელს ექნება საპენსიო დანაგროვი, რომელიც საშუალებას მისცემს ჰქონდეს უზრუნველყოფილი და მატერიალურად დამოუკიდებელი სიბერე.

მომხმარებლის მიერ შემოტანილი თანხები განთავსდება საინვესტიციო პორტფელში, რომლის ამონაგები წინასწარ არაა ცნობილი და რომელიც შეიძლება იყოს საბანკო საპროცენტო განაკვეთზე მაღალი. მომხმარებლის მიერ განხორციელებული საპენსიო შენატანები და მასზე დარიცხული საინვესტიციო მოგება მთლიანად აკუმულირდება მის პირად საპენსიო ანგარიშზე.

მაგალითად, 2011 წლისათვის ჯი-პი-აი ჰოლდინგმა კლიენტის წლიურ დანაგროვს დაარიცხა 9,3%.

ნახატი 1: კლიენტის წლიურ დანაგროვზე დარიცხული პროცენტი, 2006-2011 წ. ჯი-პი-აი ჰოლდინგი



წყარო: ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ. გვერდი. საპენსიო ფონდი

აღსანიშნავია, რომ ჯი-პი-აი ჰოლდინგი მომხმარებელს სრულიად კომფორტულ პირობებს სთავაზობს საპენსიო ფონდის გახსნისათვის, მათ შორის ონლაინ დახმარებას, კერძოდ, მას შეუძლია საპენსიო დაზღვევის პოლისის შეკვეთა სახლიდან გაუსვლელად. მაგალითად, საპენსიო პოლისის შეკვეთისას მომხმარებელი გზავნის შესაბამის ინფორმაციას კომპანიის ვებ-საიტზე, ირჩევს მისთვის სასურველ პროდუქტს, მიუთითებს პიროვნულ ინიციალებს, მობილურის ნომერს, ელ-ფოსტას და მისამართს.

ხოლო რაც შეეხება ონლაინ დახმარებას, აქ მომხმარებელი პირდაპირ უკავშირდება ერთ-ერთ რომელიმე ოპერატორს და უსვამს მისთვის საინტერესო კითხვას. ონლაინ ჩეთი ფუნქციონირებს სამუშაო დღეებში 10 საათიდან 18 საათამდე.

ასევე ჯი-პი-აი ჰოლდინგის ვებ-საიტზე მოცემულია ე.წ. კალკულატორი, რომლის მეშვეობით მომხმარებელს შეუძლია გამოიანგარიშოს ჯამური შემონატანი, დანაგროვი პირად ანგარიშზე და პენსიის ოდენობა თვეში. მაგალითად, თუ მომხმარებელი მიუთითებს პირველად შენატანს 10 ლარს ოდენობით და განიხილავს 5 - წლიან ვადიან საპენსიო დაზღვევას, დანაგროვი პირად ანგარიშზე ექნება 678 ლარი, ხოლო პენსიის ოდენობა თვეში 17 ლარი.

აღდაგი ბი-სი-აის ვებ-საიტზე მომხმარებელს შეუძლია საპენსიო ანგარიშის შემოწმება. საკუთარი პენსიის მიმდინარე ანგარიშის გასაგებად იგი ავსებს ველებს (პირადი ნომერი, საპენსიო ანგარიშის ნომერი, სახელი, გვარი) და შევსებულ ინფორმაციას გზავნის ელფოსტით.

დისკუსია, დასკვნები

კერძო საპენსიო დაზღვევის განვითარება ძალზედ მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. კერძო საპენსიო დაზღვევის ბაზარი საქართველოში ხასიათდება დაბალი ზრდის ტემპით. დღევანდელ სადაზღვეო ბაზარზე მოქმედი 14 სადაზღვეო კომპანიიდან მხოლოდ ორ სადაზღვეო კომპანიას (ჯიპიაი ჰოლდინგი და აღდაგი ბისიაი) გააჩნია კერძო საპენსიო დაზღვევა, რაც მიგვანიშნებს, რო ეს ბიზნესი ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია და სადაზღვეო კულტურაც ეხლა ვითარდება. ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ მოსახლეობის მხრიდან არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის მცირე სტიმული შეინიშნება, რაც მის არასათანადო პოპულარიზაციაზე მიგვანიშნებს. ასეთი სადაზღვეო პროდუქტებისთვის საუკეთესო გამოსავალია კომპანიის მხრიდან მათში დიდი ინვესტირების ჩადება რაც მოხმარდება ამ პროდუქტის რეკლამირებას, რათა ეს პროდუქტი უფრო მიმზიდველი გახდეს მომხმარებლისთვის რაც თავის მხრივ გამოიწვევს ამ პროდუქტის ბაზრის ზრდის ტემპის მატებას. თუ კერძო საპენსიო დაზღვევის ბაზრის ზრდის ტემპი გაიზრდება მაშინ ეს პროდუქტი მიმზიდველი გახდება სხვა კომპანიებისთვისაც და კონკურენციაც შესაბამისად გაიზრდება.

ბიბლიოგრაფია:

- საყვეაროშვილი რევაზ. საპენსიო რეფორმა. „ანალიტიკური ცენტრი ეკონომეტრი“. აგვისტო 2010.
- ჯიპიაი ჰოლდინგის ვებ. გვერდი. საპენსიო ფონდი <http://www.gpih.ge/gpih/pensionfund/>
- საქართველოს ეროვნული ბანკი. საქართველოში ლიცენზირებული მზღვეველები. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=486>
- საქართველოს ეროვნული ბანკი. არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები. 2012 წ. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=493>
- საქართველოს კანონის „არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ“ http://www.nbg.gov.ge/uploads/legalacts/dazghveva/_____.pdf
- აღდაგი ბისიაი-ს ვებ გვერდი <http://www.aldagibci.ge/index.php?m=87>