



# ფთიზიატრიული მომსახურებების პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრირება

მტკიცებულებათა მიმოხილვა

ივლისი, 2017

## შინაარსი

დოკუმენტის მიზანი .....	2
ზოგადი ცნობები .....	2
რატომ პირველადი ჯანდაცვა? .....	3
ტუბერკულოზის მკურნალობასა და პაციენტებზე ზრუნვაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობის გამოწვევები .....	4
ტუბერკულოზის მკურნალობასა და პაციენტზე ზრუნვაში პირველადი ჯანდაცვის ჩართულობის ძირითადი მოდელები .....	5
გამოცდილების ანალიზი .....	12
დასკვნები .....	16
გამოყენებული ლიტერატურა .....	34

## დოკუმენტის მიზანი

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს ფთიზიატრიული დახმარების სერვისების პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიწოდების მოწინავე საერთაშორისო პრაქტიკის მოკლე შეჯამებას დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებისა და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების მაგალითზე. იგი ეყრდნობა ბოლო პერიოდში განხორციელებული ჩარევებისა და დაგროვილი გამოცდილების შესახებ 2007-2017წწ. გამოქვეყნებული ანგარიშების ანალიზს. ეს მიმოხილვა გამოადგება მკითხველთა ფართო წრეს გადაწყვეტილების მიმღები პირების, ჯანდაცვის მკვლევარებისა და მენეჯერების ჩათვლით, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან, ტუბერკულოზის პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე მართვის საკითხებში საკუთარი ცოდნის გაღრმავებით.

ყველა სამეცნიერო რესურსი შესაძლოა იხილოთ შემდეგ ბმულზე: <https://goo.gl/QPX7MC>

ბიბლიოთეკაზე წვდომისთვის გთხოვთ ეწვიოთ [ზოტეროს](#) პლათფორმას და დარეგისტრირდეთ [ბმულზე](#). რეგისტრაციის შემდეგ შეძლებთ დოკუმენტში გამოყენებულ დამხმარე ლიტერატურასთან [წვდომას](#).

საერთაშორისო ფონდი კურაციო მადლობას უხდის ინტერნ იულია მაკაიოვას, მაკალისტერის კოლეჯიდან, აშშ. დოკუმენტის მომზადებისთვის.

## ზოგადი ცნობები

„პირველადი ჯანდაცვის შესახებ“ ალმა-ატის დეკლარაციის (1978წ.) მიღების შემდგომ ჯანდაცვის სისტემები მსოფლიოს მასშტაბით სამედიცინო დახმარების დონეებს შორის კავშირი სულ უფრო მეტად უმჯობესდება, რათა მოხდეს პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარების პრაქტიკული რეალიზაცია, რომლის პრიორიტეტიც პაციენტებისა და მათი ოჯახების საჭიროებების დაკმაყოფილებაა. ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამების ეფექტურობის გაუმჯობესებისა და პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარების უკეთ მისაწოდებლად მრავალ ქვეყანაში დაწყებულია პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა როლის გაზრდა ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებათა გატარებაში. საქართველოს მსგავსად, საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნების უმეტესობაში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა ამ მიმართულებით ჩართულობა ჯერ კიდევ დაბალია და მათი პოტენციალი სრული მოცულობით არ არის ათვისებული (Stosic et al. 2015).

წინამდებარე ლიტერატურის მიმოხილვა შეისწავლის საშუალო და დაბალი შემოსავლებისა და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყანათა ჯგუფებში ტუბერკულოზის კონტროლის ვერტიკალური პროგრამების პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ინტეგრაციის გამოცდილებას და წარმოგვიდგენს გასათვალისწინებელ მომენტებსა და მოწინავე პრაქტიკის მაგალითებს.

## რატომ პირველადი ჯანდაცვა?

2006 წლის სტრატეგიაში - „შეაჩერე ტუბერკულოზი“, ხაზგასმულია, რომ ტუბერკულოზის აღმოფხვრის კუთხით პროგრესის მიღწევა მოითხოვს ძალისხმევას, რათა უზრუნველყოფილ იქნას ამ პროცესში ჯანდაცვის მომსახურების ყველა მიმწოდებლის ჩართვა. ეს იდეა შემდგომ კვლავ განმეორდა 2015 წლის სტრატეგიაში „დაასრულე ტუბერკულოზი“ და ჯანმოს 2015 წლის რეზოლუციაში „მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით საყოველთაო მოცვის შესახებ“ (WHO 2006, 2015a, 2015b).

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები, სადაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ან ოჯახის ექიმები მუშაობენ, იდეალური ადგილია პაციენტზე ორიენტირებული<sup>1</sup> ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამებში ჩართვისათვის. ეს ცენტრები გეოგრაფიულად ხელსაყრელია პაციენტებისათვის, მათ აქვთ შესაძლებლობა, უზრუნველყონ სამედიცინო პრობლემების ფართო სპექტრის მართვა, დაიცვან კონფიდენციალობა და ეფექტურად შეასრულონ მეკარიბჭის როლი ჯანდაცვის სისტემის დატვირთვის ოპტიმიზაციის კუთხით (Mayers 2010). პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა ჩართვით ქვეყნები ცდილობენ გამოიყენონ ამ რგოლის უნიკალური შესაძლებლობები, რათა

### 1. შეგროვდეს პაციენტის ერთიანი სამედიცინო ისტორია და თანმხლები დაავადებების მართვა

ზოგადი პრაქტიკის ექიმები კარგად შეეფერებიან ფუნქციურ როლს, რომელიც გულისხმობს პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის შესწავლას და იმ დამატებითი რისკ-ფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების გამოვლენას, რომლებიც საყურადღებოა ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში (Laszlo et al. 2017; Harvard Medical School 2016; Ahamed et al. 2004). ოჯახის ექიმებს შეუძლიათ, აწარმოონ ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების არასასურველ გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი და განახორციელონ ექიმ-სპეციალისტებთან ან სოციალური მომსახურების მიმწოდებელთან მათი დროული რეფერალი, რათა მოხდეს მკურნალობის რეჟიმის დარღვევისკენ მიმართული ქცევების პრევენცია.

### 2. გაუმჯობესდეს ტუბერკულოზის გამოვლენა ოპორტუნისტული დაავადებების დიაგნოსტიკისას

ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, როგორც ჯანდაცვის სისტემასთან პაციენტის კონტაქტის პირველ რგოლს, მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ ტუბერკულოზის ადრეულ გამოვლენაში. ამ რგოლის ექიმებს ეძლევათ რეკომენდაცია, იხელმძღვანელონ მიდგომით „იფიქრე ტუბერკულოზზე“, რაც გულისხმობს ტუბერკულოზის სიმპტომებზე ყურადღების გამახვილებას და საეჭვო პაციენტების დიაგნოსტიკაზე გაგზავნას, რითიც ხდება პაციენტთა ჩართვა ფთიზიატრიული დახმარებისა და ზრუნვის სისტემაში ჩართვა (Madhukar 2016). ბოლო დროს, შედარებით მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებმა დაიწყეს ლატენტური ტუბერკულოზის სკრინინგის სიმძლავრეთა განვითარება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (NICE 2016; Peeling 2013; Wysocki et al. 2016; Harvard Medical School 2016).

---

<sup>1</sup>“considers the patient as the central figure in the process or continuum of care,” connecting the patients to the networks of “social capital and social support” (Stillo, Turusbekova, and Consult 2017; Mayers 2010).

### 3. მოხდეს პაციენტების გაძლიერება და მხარდაჭერა ტუბერკულოზის მკურნალობის საქმეში

ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს ასევე აქვთ შესაძლებლობა, უფრო მჭიდროდ იმუშაონ პაციენტებთან, რათა მოახდინონ ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმის დემისტიფიკაცია და გაანათლონ ისინი ტუბერკულოზის მკურნალობის საკითხებში (RCGP 2016). ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, როგორც მეკარიბჭეს, შეუძლია პაციენტთა ინდივიდუალური საჭიროებების გაანალიზება და მათი გადამისამართება სამოქალაქო საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ უზრუნველყოფილ სოციალურ მომსახურებაზე ან რესურსებზე წვდომის მისაღებად (Society 2014; Valeria Acs and Ianosi Edith Simona 2012; Harvard Medical School 2016). ოჯახის ექიმებს ასევე შეუძლიათ, გამოიყენონ პაციენტებთან კეთილგანწყობილი ურთიერთობები, რათა წაახალისონ ისინი მკურნალობის ბოლომდე მისაყვანად და გაუწიონ მათ დამატებითი ფსიქო-ემოციური მხარდაჭერა, რასაც, როგორც ჩანს, საკვანძო მნიშვნელობა აქვს მკურნალობისადმი დამყოლობის გასაზრდელად.

### ტუბერკულოზის მკურნალობასა და პაციენტებზე ზრუნვაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობის გამოწვევები

საქართველოში უკანასკნელ წლებში ტუბერკულოზის მართვის კუთხით შესამჩნევი შედეგებია მიღწეული. უმრავლეს შემთხვევაში ამბულატორიული ფთიზიატრიული მომსახურების მიწოდება ხორციელდება დეცენტრალიზებულად ზოგადი პროფილის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ფთიზიატრიული პროფილის ექიმ-სპეციალისტების და ექთნების მიერ. მაშინ, როდესაც საქართველოში ძველად მოქმედი დამოუკიდებელი ტუბდისპანსერების უმეტესობა სტრუქტურულად უკვე პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებშია ინტეგრირებული, ფთიზიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამასა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემას შორის ჰორიზონტალური ინტეგრაციის ხარისხი კვლავც დაბალია, რაც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის კონტროლის კუთხით პრობლემების შენარჩუნებას, მაგ.:

- ჯანდაცვის ვერტიკალურ პროგრამებსა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებებს შორის ჰორიზონტალური ინტეგრაციის არარსებობა იწვევს ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტაციას;
- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების არასასურველი გვერდითი ეფექტებისა და თანმხლები დაავადებების მართვის დეფიციტი იწვევს პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებელთა გაუარესებას;
- დედაქალაქში მცხოვრები პაციენტებისათვის ამბულატორიული ფთიზიატრიული მკურნალობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, რაც განპირობებულია ფთიზიატრიულ მომსახურებებსა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლს შორის ინტეგრაციის დაბალი დონითა და დამოუკიდებელი ამბულატორიული ტუბცენტრების რაოდენობის სიმცირით;
- ტუბერკულოზის მართვის სფეროში ახალი პასუხისმგებლობების აღების მხრივ პირველადი ჯანდაცვის მუშაკთა შესაძლებლობების არასაკმარისი გააზრება;

- სახელმწიფო და კერძო სექტორებს შორის პარტნიორობის რეგულირების ნაკლოვანებები, რომელიც საფრთხეს უქმნის ფთიზიატრიული მომსახურებების სამომავლო მდგრადობას;<sup>2</sup>
- საერთო ჯამში, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებათა მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი: ჯანდაცვის სისტემის დღევანდელი მოწყობა სახელმწიფო დაფინანსების მოქმედი სქემების ფარგლებში არ ახდენს ოჯახის ექიმთა სტიმულირებას, ეფექტურად შეასრულონ მეკარიბჭის როლი. ეს იწვევს ექიმ-სპეციალისტებთან და მეორეული ჯანდაცვის დონეზე მიმართვიანობის მაჩვენებლების ზრდას. ამასთან ერთად, მოსახლეობა არ არის ჩვეული, ეძიოს სამედიცინო დახმარება ავადმყოფობის ადრეულ სტადიაზე და იმ პირობებში, როდესაც პირველადი ჯანდაცვა არ აღიქმება, როგორც ფასეული მომსახურება, იკვეთება ტენდენცია, რომ მოსახლეობა პირდაპირ მიმართავს ექიმ-სპეციალისტებს ჯანდაცვის სისტემის უფრო მაღალ დონეზე.

**ჩანართი 1.** მტკიცებულებათა მიმოხილვის შესაბამისად გამოყენებული მეთოდები

ძიება განხორციელდა PubMed-ის, კოკრეინის ბიბლიოთეკისა და Google სამიეზო სისტემებში დაცული სტატიების სათაურებსა და აბსტრაქტებში. სამიეზო სიტყვების სახით გამოყენებულ იქნა ისეთი ტერმინების კომბინაცია, როგორცაა ტუბერკულოზი, პირველადი ჯანდაცვა, ინტეგრირება, ზოგადი და საოჯახო საექიმო პრაქტიკა. ძიების პერიოდი შეიზღუდა 2007-2017 წლებით. მოძიებული თემატური ლიტერატურა შეფასდა AACODS მოდიფიცირებული ინსტრუმენტით და შეირჩა ყველაზე რელევანტური დოკუმენტები. მონაცემთა ექსტრაქცია მოხდა MS Excel სტანდარტულ ფორმატში.

PubMed-ის სისტემაში ნაპოვნი იქნა 111 სტატია, ხოლო კოხრეინის ბიბლიოთეკაში - 343. განმეორებული სტატიების გაცხრილვის და ძიების საბოლოო შედეგების საგულდაგულო ანალიზის შემდეგ AACODS მოდიფიცირებული ინსტრუმენტით დამუშავდა, საერთო ჯამში, 62 სტატია და შეირჩა ყველაზე უფრო რელევანტური დოკუმენტები. მონაცემთა ექსტრაქცია მოხდა MS Excel სტანდარტულ ფორმატში.

ეს დოკუმენტები გაანალიზდა და 34 მათგანი ციტირებულია ქვემოთ. ამათგან, 19 ყველაზე რელევანტური სტატიის დეტალური ანალიზი მოყვანილია დანართში.

## ტუბერკულოზის მკურნალობასა და პაციენტზე ზრუნვაში პირველადი ჯანდაცვის ჩართულობის ძირითადი მოდელები

ჯანდაცვის სისტემების მოწყობის თავისებურებიდან გამომდინარე, რიგ ქვეყნებში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებათა განხორციელებაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართვა უკვე დაწყებულია, ამ ქვეყნებში მოქმედი მოდელების მიუხედავად, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ტუბერკულოზის მართვა ყველა მათგანში ეფუძნება

<sup>2</sup> კერძო სექტორის ვალდებულებები ტუბერკულოზის სერვისების მიწოდების კუთხით 2018 წელს იწურება

„დახმარებისა და ზრუნვისადმი კასკადური მიდგომის“ ამ თუ იმ ვარიანტს. ეს გულისხმობს ფთიზიატრის ერთობლივ მუშაობას ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან, რომელიც მართავს შემთხვევას ფთიზიატრთან ერთად, მასთან ორმხრივი კავშირის რეჟიმში.

ჯანდაცვის სისტემის თითოეულ ამ მოდელში ფთიზიატრთა როლი შენარჩუნებულია და ის მდგომარეობს დაავადების მართვასა და მკურნალობის პროცესზე ზედამხედველობაში. რაც შეეხება პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს, ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებებში მათ დამატებითი და დამხმარე ფუნქციების განხორციელება ეკისრებათ და მათი როლი სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია. ზოგიერთ ქვეყანაში აქცენტი კეთდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების განვითარებასა და პაციენტებზე მეთვალყურეობის გაუმჯობესებაზე (ნორვეგია, გაერთიანებული სამეფო, ტაივანი) სხვა შემთხვევებში, კი - ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ჩართვაზე DOT-ის და შემთხვევათა ინდივიდუალური მართვის ელემენტების განხორციელებაში (რუმინეთი, თურქეთი, ინდოეთი).

## 1. ტუბერკულოზის მართვის მულტიდისციპლინარული გუნდები

დაავადების სოციალური დეტერმინანტებისა და ფთიზიატრიული პაციენტების კომპლექსური საჭიროებების გათვალისწინებით, ტუბერკულოზის წარმატებული მართვა მულტიდისციპლინარული მიდგომის გამოყენებას მოითხოვს. რამდენიმე ქვეყანამ, მაგ. გაერთიანებულმა სამეფომ და ნორვეგიამ, მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია ტუბერკულოზის მართვაში მულტიდისციპლინარული გუნდების მეშვეობით, რომლებიც ახორციელებენ კომპლექსური და პაციენტზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდებას. ჩვეულებრივ, ეს გუნდები კომპლექტდება პროფესიონალებით, რომელთაც საერთო ჯამში აქვთ ყველა ის კომპეტენცია, რომელიც აუცილებელია ფთიზიატრიული პაციენტების საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მულტირეზისტენტური ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც დამატებითი ფსიქო-ემოციური და კლინიკური მხარდაჭერა ესაჭიროებათ (NICE 2016). **გაერთიანებულ სამეფოსა და ნორვეგიაში** მულტიდისციპლინარული გუნდების შემადგენლობაში შედიან: წამყვანი ფთიზიატრი, კლინიკური შემთხვევის მენეჯერი (ჩვეულებრივ, ეს არის ფთიზიატრიული პროფილის ექთანი, რომელიც იმყოფება როგორც ფთიზიატრის, ისე პაციენტის განკარგულებაში), ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, სოციალური მუშაკი, ექიმ-სპეციალისტები პაციენტის ყოველი საჭიროების გათვალისწინებით, თანასწორ-მხარდამჭერი და ფსიქოლოგი. პირველადი ჯანდაცვის ამ მოდელში კლინიციისტები უზრუნველყოფენ ტუბერკულოზის ადრეულ გამოვლენას და რეფერალს ფთიზიატრთან დიაგნოზის დასადასტურებლად, რის შემდეგაც მულტიდისციპლინარული გუნდი პაციენტთან ერთად ადგენს დახმარებისა და ზრუნვის ინდივიდუალურ გეგმას, რომელიც შემდგომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ხორციელდება (OECD/WHO 2011). გაერთიანებულ სამეფოში ფთიზიატრი ასევე უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მუშაკებისათვის ტრენინგების ჩატარებას, ფთიზიატრიული დახმარების ზედამხედველობას და გაწეული მომსახურების მონიტორინგსა და შეფასებას. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ზოგადი პრაქტიკის ექიმს მუშაობაში ეხმარებიან მულტიდისციპლინარული გუნდის სპეციალისტები (ფსიქოლოგისა და ფარმაცევტის ჩათვლით), რომლებიც მკურნალობენ თანმხლებ დაავადებებსა და ებრძვიან ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების არასასურველ გვერდით ეფექტებს (“Collaborative



Tuberculosis Strategy for England 2015-2020”). გაერთიანებულ სამეფოსა და ნორვეგიაში ტუბერკულოზის მართვის მულტიდისციპლინარული გუნდების შემადგენლობაში ასევე შედიან პაციენტის ოჯახის წევრები და სოციალური სამსახურების წარმომადგენლები (ასეთის მოთხოვნის შემთხვევაში), რომლებიც მონაწილეობენ პაციენტთა ინდივიდუალური დახმარების გეგმების მომზადებაში და უზრუნველყოფენ პაციენტთა ფსიქო-ემოციურ მხარდაჭერას მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებლის მაქსიმალურად გასაზრდელად. მაშინ, როდესაც გაერთიანებულმა სამეფომ და ნორვეგიამ ტუბერკულოზის წარმატებულად მკურნალობის მაღალ მაჩვენებლებს მიაღწიეს, სხვა ქვეყნები ჯერ კიდევ იბრძვიან პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაავადების ადრეული გამოვლენის ოპტიმალურზე დაბალი მაჩვენებლების გამოსასწორებლად. როგორც ნორვეგიის, ისე გაერთიანებული სამეფოსათვის შემუშავებულ რეკომენდაციებში ხაზგასმულია, რომ პაციენტთა ყველაზე მოწყვლადი კატეგორიის მოცვის მიზნით, აუცილებელია ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა ტრენინგის გაძლიერება შემთხვევათა ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხებში და პირველადი ჯანდაცვის სექტორსა და სოციალურ სამსახურებსა და სამოქალაქო საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა (NICE 2016; OECD and WHO 2011). იგივე ტენდენცია იკვეთება კანადაში მოქმედი ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამაში, სადაც აქცენტი კეთდება ტუბერკულოზის აღმოფხვრის კუთხით პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთა დიდ მნიშვნელობაზე. მართალია, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს არ ეკისრებათ პასუხისმგებლობა დაავადების კლინიკურ მართვაზე, თუმცა ისინი ისინი საკვანძო როლს ასრულებენ ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენას და პაციენტთა სპეციალიზებულ დაწესებულებებში დროულ რეფერალში, ასევე - ტუბერკულოზის ლატენტური ფორმების სკრინინგსა და მკურნალობაში (Amaratunga KR and Alvarez GG 2016).

უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი მოდელი კარგად მუშაობს ქვეყნებში, სადაც ტუბერკულოზის ტვირთი დაბალია და სადაც სისტემას შეუძლია რესურსების მობილიზება ღია ფორმის ტუბერკულოზის შემთხვევათა მცირე რაოდენობის ირგვლივ. ეს ნიშნავს იმას, რომ შესაძლოა ჯანდაცვის გარდამავალ სისტემებში ამ მოდელის პირდაპირ გადმოღება არ აღმოჩნდეს განხორციელებადი.

## 2. იაპონური საჯარო და კერძო შერეული მოდელი და DOT

2000-იანი წლების დასაწყისში იაპონია ავითარებდა ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის ე.წ. „T“-სებურ მოდელს, რაც გულისხმობდა ვერტიკალური სტრუქტურის ნაწილის სახით სტაციონარული საწოლების ფონდის ზრდას და ჰორიზონტალური ინტეგრაციის ნაწილის სახით ამის პარალელურად DOT-ის განხორციელებაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ჩართულობის წახალისებას.

„T“-სებური მიდგომის შემთხვევაში სპეციფიკურ დაავადებასთან ბრძოლის პროგრამა და ზოგადი ჯანმრთელობის განმტკიცებისკენ მიმართული ღონისძიებები ქმნის ორ სისტემას / მიმართულებას, რომელიც ერთმანეთზეა გადაჯაჭვული (Takemi 2015). „T“-სებური მიდგომა, რომელიც ასევე ცნობილია, როგორც მიდგომა „იფიქრე პირველადი ჯანდაცვის კონტექსტში, ებრძოლე ტუბერკულოზს“, ხაზს უსვამდა ინფექციის კონტროლის ქმედითი ღონისძიებების გატარების მნიშვნელობას. ეს გულისხმობდა პაციენტთა სტაციონარულ მკურნალობას და ადგილობრივ თემებში მომუშავე DOT-ის განხორციელებაში მონაწილეობისათვის ხელმისაწვდომი ზოგადი პრაქტიკის ექიმების რეფერალური ქსელის ეფექტური



ფუნქციონირებას (Akihiro Seita 2017). იაპონურ კერძო და საჯარო შერეული მოდელის რეალიზაციის პროცესში მოხდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიერ ოპერირებადი კერძო ამბულატორიული სამედიცინო ცენტრების დაკონტრაქტება ტუბერკულოზის მკურნალობის მიწოდების მიზნით და ასევე მოხდა მათი აღჭურვა დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიებით (Shimao 2016). ტუბერკულოზის მკურნალობის ხარისხის უზრუნველსაყოფად თითოეულ სამედიცინო ცენტრში შეიქმნა ფთიზიატრიული საკონსულტაციო კომისია ორი ფთიზიატრის შემადგენლობით, რომელთა მოვალეობაში შედიოდა ტუბერკულოზის მკურნალობაზე ზედამხედველობა. აღნიშნულ მოდელში, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს შეეძლოთ ტუბერკულოზის მკურნალობა სამედიცინო ცენტრის ფთიზიატრიული საკონსულტაციო კომისიის მიერ მკურნალობის გეგმის დამტკიცების შემდეგ. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს შეეძლოთ ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების ყოველთვიურად გამოწერა და მკურნალობისადმი დამყოლობის გაკონტროლება. ისინი კოორდინაციაში იყვნენ ასევე სამედიცინო ცენტრების პირველადი ჯანდაცვის ექთნებთან პაციენტზე შემდგომი მეთვალყურეობისა და მკურნალობის პროგრესზე დაკვირვების მიზნით (Mori and Kobayashi 2009; Katsuda et al. 2015). მულტირეზისტენტური ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებლები იაპონიაში თანდათან იკლებს, რაც უმეტესწილად იაპონიის DOT-ის წარმატებულ განხორციელებას მიეწერება. ამის მიუხედავად, ჯერ კიდევ რჩება რიგი პრობლემებისა, რომლებიც ყურადღებას საჭიროებს. მათ შორისაა: მომზადებული ექიმების რაოდენობა, რომელთაც შეუძლიათ ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან მუშაობა არასაკმარისია, ფთიზიატრიული მომსახურების სფეროში ანაზღაურების დონე დაბალია, რაც ამცირებს ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობას, რომლებიც მოტივირებულნი არიან ამ დარგში მუშაობაზე და ფთიზიატრიული საკონსულტაციო კომიტეტები სუსტია და მათ აკლიათ უფრო მაღალი დონის სამედიცინო დაწესებულებებთან რეფერალის მექანიზმი (Mori and Kobayashi 2009). აღსანიშნავია, რომ იაპონიაში ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის წარმატებას მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი რამდენიმე გარე ფაქტორმა, რომელიც უნიკალურია მეორე მსოფლიო ომის შემდგომი იაპონიისათვის. კერძოდ, ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა ძლიერმა კორპუსმა, რომელიც ნდობით სარგებლობდა მოსახლეობაში და ჰქონდა ფართო სამედიცინო გამოცდილება საშუალება მისცა იაპონიას, მოეხდინა ოჯახის ექიმთა შესაძლებლობების გამოყენება ისეთი კომპლექსური დაავადებების მართვისათვის, როგორც ტუბერკულოზია (Mori & Kobayashi 2009; Seita 2017; Katsuda et al. 2015).

### 3. ტუბერკულოზის მართვა ზოგადი საექიმო პრაქტიკის დონეზე საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში

საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნების უმეტესობაში ჯანდაცვის სისტემები ჯერ კიდევ ფორმირების პროცესშია და ამ ქვეყნებში ტუბერკულოზის ინტეგრირებული მართვის სხვადასხვა ვარიანტის გამოცდა მიმდინარეობს. **რუმინეთში** იყო მცდელობა, მომხდარიყო ტუბერკულოზის მართვის სრული მოცულობით დელეგირება ზოგადი პრაქტიკის ექიმებზე, რომლებიც პასუხისმგებელნი იქნებოდნენ, მათ შორის, DOT-ის განხორციელებასა და პაციენტების ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერაზე. ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული პროგრამის მიხედვით, რუმინეთში ოჯახის ექიმის ფუნქციებს განეკუთვნება: „ტუბერკულოზზე საექიმო პაციენტებისა და მათთან კონტაქტში მყოფი პირების იდენტიფიკაცია, უშუალო ზედამხედველობის ქვეშ ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების

ადმინისტრაცია (DOT), ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში მონაწილეობა და კონტაქტში მყოფი პირების სამედიცინო განათლებაში წვლილის შეტანა“ (Acs & Simona 2012; Laszlo et al. 2017).

ამის მიუხედავად, ბოლო პერიოდის ჯანდაცვის ანგარიშები მიუთითებს, რომ ტუბერკულოზთან მიმართებით ოჯახის ექიმები მეკარიბჭის როლს შეზღუდულად ასრულებენ. ეს ჩანს იქიდან, რომ ოჯახის ექიმთა რეფერალის წილად ფთიზიატრიული სტაციონარული მიმართვიანობის მხოლოდ 10-15% მოდის, მაშინ, როდესაც თვითდინებით მისულ პაციენტთა წილი 25-35%-ს შეადგენს (Ciutan, Dosius & Oanca 2016).

მოხდა რა ოჯახის ექიმთა პოტენციალის არასრული გამოყენების, როგორც დაფინანსების არსებულ სქემასთან დაკავშირებული პრობლემის აღიარება, რაც იწვევდა სტაციონარული მკურნალობის ფინანსურ სტიმულირებას, **რუმინეთში** სამუშაო ჯგუფს დაევალია ტუბერკულოზის მართვის შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების მოდელის შემუშავება, რომლის ფარგლებშიც ჯანდაცვის რესურსები უკეთ იქნებოდა მორგებული პაციენტის საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე. შედეგად, მოწოდებულ იქნა დაფინანსების მოდელი, რომელიც ითვალისწინებდა ტუბერკულოზის ჩართვას ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში და ამ უკანასკნელის ანაზღაურებას გაწეული მომსახურების რაოდენობრივი და შედეგობრივი მაჩვენებლებისა და ასაკით შეწონილი სულადობრივი ანაზღაურების (კაპიტაციის) საფუძველზე.

რეკომენდებულ იქნა, რომ ოჯახის ექიმთა შრომის ანაზღაურება ყოფილიყო მათი სამუშაო დატვირთვის შესაბამისი და თანაფარდი იმ ანაზღაურებისა, რომელსაც ისინი ღებულობენ სხვა მომსახურების გაწევაში, რათა თავიდან ყოფილიყო აცილებული ნეგატიური სტიმულების გაჩენა ფთიზიატრიულ დახმარებაში მათი ჩართულობის მიმართ. ხაზი გაესვა იმას, რომ წამახალისებელი ზომების ერთობლიობა უნდა მოიცავდეს არაფინანსური სტიმულირების მეთოდების გამოყენებას, რაც მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკთა შინაგანი მოტივაციისა და პასუხისმგებლობის ამაღლებისათვის. ტუბერკულოზის მართვის ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად რეკომენდებულ იქნა მომსახურების გუნდური განხორციელება ფთიზიატრების, ოჯახის ექიმებისა და სოციალური მუშაკების ჩართულობითა და სპეციალიზებული ტუბდისპანსერების უშუალო ზედამხედველობით. აღინიშნა, რომ ყველა წევრმა უნდა გაიაროს ტრენინგი, ახალი როლების კარგად შესრულების, მულტიდისციპლინარული გუნდის ფორმირებისა და შესაფერისი კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების გამომუშავების მიზნით. დაბოლოს, ხაზი გაესვა, იმას რომ ინტეგრაციის პროცესი უნდა გულისხმობდეს მართვის საინფორმაციო სისტემის ერთიანი პლატფორმის გამოყენებას, რომელიც საზიარო იქნებოდა მომსახურების ყველა პროვაიდერისათვის (Laszlo et al. 2017).

2012 წლიდან დაწყებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლში შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემა მოქმედებს ასევე მოლდოვაშიც, სადაც ოჯახის ექიმებს აკისრიათ ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებული ისეთი პასუხისმგებლობები, როგორცაა: ტუბერკულოზზე საექსპო პაციენტების იდენტიფიკაცია და მათი რეფერალი ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამაში მომუშავე ფთიზიატრთან, კონტაქტებისა და რისკ-ჯგუფების სკრინინგი, DOT-ის განხორციელება, და შემდგომი მეთვალყურეობიდან გამოთიშული პაციენტების მოძიება.

ოჯახის ექიმები არ იმყოფებიან მუნიციპალური და რეგიონული საავადმყოფოების დირექტორთა სტრუქტურულ დაქვემდებარებაში. ფთიზიატრების შემთხვევაში, ისინი

ადმინისტრაციულად ექვემდებარებიან რეგიონული საავადმყოფოების დირექტორებს, ხოლო ოპერატიული თვალსაზრისით დაკავშირებულნი არიან ოჯახის ექიმებთან.

შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების უახლესი მოდელის მიხედვით ხელფასის 85%-ის ფორმირება ხდება დაფინანსების სულადობრივი მეთოდის საფუძველზე, ხოლო - 15%-ის ფორმირება დამოკიდებულია შესრულების მაჩვენებლებზე, რომლის გასაზომდაც გამოიყენება ისეთი პარამეტრები, როგორცაა: სკრინინგული გამოკვლევების რაოდენობა, ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკების შემთხვევათა რაოდენობა და გამოჯანმრთელებული პაციენტების რაოდენობა. აღსანიშნავია, რომ 2013 წელს ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული პროგრამის ანალიზით გამოვლინდა, რომ შესრულების მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ანაზღაურების ხვედრითი წილი პროვაიდერთა შემოსავლებში იყო ძალზედ დაბალი და იგი ნაწილდებოდა ოჯახის ექიმის სერვისის მიწოდებაში ჩართულ ყველა პირზე, რამაც ფინანსური სტიმულირების აღნიშნული სქემა არაპროდუქტიული გახადა (Colombani et al 2013).

ტუბერკულოზის მკურნალობაში ჩართული პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიმწოდებლების მომსახურებათა ანაზღაურებისათვის შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემა გამოიცადა ასევე **ტაივანშიც**. ამ ქვეყანაში ტუბერკულოზის კონტროლის ვერტიკალური პროგრამა თანდათან გაუქმდა და მთლიანად ინტეგრირდა პირველად ჯანდაცვის სისტემაში, რის შედეგადაც პაციენტებს მიეცათ საშუალება, მიეღოთ ანტიტუბერკულოზური პრეპარატები ყველა კერძო ან სახელმწიფო კლინიკაში, რომელსაც ერთი ფთიზიატრი მაინც ჰყავდა (Chen et al. 2015; Lee et al. 2015). 2015 წლის რეტროსპექტიული კვლევით, რომლითაც შეფასდა ტაივანში მოქმედი შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პრინციპით განხორციელებული პროგრამა, აჩვენა რომ პროგრამის მონაწილეთა შორის შედარებით უფრო მაღალია მკურნალობის წარმატების მაჩვენებელი და დაბალია შემდგომი მეთვალყურეობიდან პაციენტთა გამოთიშვის მაჩვენებლები (Lee et al. 2015). ამის მიუხედავად, 2015 წელს ჩატარებულმა კიდევ ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ რეფორმის დაწყების მომენტიდან გაზრდილია ჯანდაცვის სისტემაში დაყოვნების, ანუ - შემთხვევის დიაგნოსტიკიდან მკურნალობის დაწყებამდე დროის შუალედი, რაც ზოგადი პროფილის ექიმების ფთიზიატრიული პროფილით მუშაობის გამოცდილების ნაკლებობით აიხსნება (Chen et al. 2015). იმავდროულად, Lee და თანაავტორების მიერ შესრულებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ინფორმაციის გაზიარების კარგად მოფუნქციონირე სისტემა ქმედითი მექანიზმია ტუბერკულოზის შემთხვევათა ინტეგრირებული მართვის გასაუმჯობესებლად.

ტაივანში „ინტეგრირებული საინფორმაციო პლატფორმის“ წარმატებულმა ამუშავებამ საშუალება მისცა ტუბერკულოზის მართვის მულტიდისციპლინარული გუნდის თითოეულ წევრს, ეწარმოებინა პაციენტის შესახებ ისეთი მონაცემების მონიტორინგი და განახლება, როგორცაა: ცნობები შემდგომი მეთვალყურეობის ღონისძიებებისა და არასასურველი გვერდითი მოვლენების შესახებ, რაც საქმის კურსში ამყოფებდა გუნდის წევრებს და აკისრებდა მათ პასუხისმგებლობას თითოეულ შემთხვევაში საჭირო ქმედებების განხორციელებაზე. (Lee et al. 2015). მიღწეული წარმატებებისა და გამოწვევების ანალიზის შედეგად გაკეთდა დასკვნა, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არ არის საკმარისად მზად ტუბერკულოზის კონტროლის განსახორციელებლად და საჭიროებს უწყვეტ პროფესიონალურ მომზადებას და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და

სპეციალიზებულ ფთიზიატრიულ ცენტრებს შორის რეფერალის სისტემის გაუმჯობესებას (Chen et al. 2015).

ჯანმოს 2006 წლის სტრატეგიასთან – „შეაჩერე ტუბერკულოზი“ – შესაბამისობაში (რომელიც მხარს უჭერს ტუბერკულოზის კონტროლის პროცესში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართვას), **სერბიამ** აგრეთვე მოახდინა ყოფილი ტუბდისპანსერების ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. რუმინეთისა და მოლდოვის მსგავსად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს დაეკისრათ ფორმალური ვალდებულებები ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენაზე, DOT-ის განხორციელებასა და არასასურველ გვერდით ეფექტებზე მეთვალყურეობის სფეროში.

სხვა შემთხვევებისგან განსხვავებით, სერბიაში ოჯახის ექიმს ასევე აქვს ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების დანიშვნის უფლება და შეუძლია ამ უფლების ფთიზიატრისათვის დელეგირება. ამის მიუხედავად, სერბიაში ტუბერკულოზის კონტროლის განხორციელებაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მონაწილეობის შედეგების 2015 წლის კვლევით დადგინდა, რომ, მართალია, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიმწოდებლებს ფორმალურად დიდი უფლებამოსილებები აქვთ, რეალურად ისინი მხოლოდ ტუბერკულოზის შემთხვევათა პასიურ გამოვლენასა და თანმხლები დაავადებების სელექციურ მკურნალობაში არიან ჩართულები და არცერთი მათგანი არ მონაწილეობდა DOT-ის განხორციელებასა ან მკურნალობის არასასურველი გვერდითი ეფექტების მონიტორინგში (Stosic et al. 2015). უფრო მეტიც, აღმოჩნდა, რომ ბელგრადში არსებული პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები არ ახდენენ ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების დანიშვნის უფლებამოსილების დელეგირებას ფთიზიატრებზე, რაც ფთიზიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის შეფასებით, უარყოფითად აისახება მკურნალობის მონიტორინგის პროცესზე და შესაძლოა იწვევდეს მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებელთა გაუარესებას (Stosic et al. 2015).

2010 წლიდან, **თურქეთმა** ასევე განაზოგადა პრაქტიკა, რომელიც გულისხმობს ტუბერკულოზზე ზედამხედველობის პასუხისმგებლობის ტუბდისპანსერებიდან საოჯახო მედიცინის ცენტრებისთვის გადაცემას და ამ ცენტრებში მომუშავე ოჯახის ექიმებისათვის ტუბერკულოზის მართვის სრულფასოვანი ფუნქციური როლების დაკისრებას, რომელთა შორისაა: DOT-ის განხორციელება, კონტაქტების გამოკვლევა, მკურნალობის სქემის დარღვევაზე რეაგირება და არასასურველი გვერდითი ეფექტების მართვა (Aydemir 2015; Yasin & Karabey 2016). ეს გადასვლა ჯერ-ჯერობით არ არის წარმატებული, რაც დასტურდება კვლევითი მონაცემებით, რომლის თანახმადაც ოჯახის ექიმებს აკლიათ გამოცდილება ტუბერკულოზის ზუსტი დიაგნოსტიკისა და პაციენტების ჯეროვანი მკურნალობის სფეროში (Yasin & Karabey 2016). ამასთან, ტუბერკულოზის კონტროლის საოჯახო მედიცინის სისტემის მეშვეობით განხორციელების დაწყებამ გაზარდა ოჯახის ექიმთა ხელფასი, მაშინ როდესაც ფთიზიატრთა ხელფასი დარჩა უცვლელი და გახდა ორჯერ ნაკლები ოჯახის ექიმთა ანაზღაურებასთან შედარებით, რამაც წარმოქმნა დამაბულობა მედიცინის მუშაკებს შორის (Aydemir 2015).

პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის ნაკლებობაზე მიუთითებს რიგი კვლევებისა, რომელიც **ბრაზილიაში** იქნა ჩატარებული. ბრაზილიაში ტუბერკულოზის მართვა ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოქმედი ზოგადი პროფილის მულტიდისციპლინარული გუნდების მიერ, რომელთა შემადგენლობაში შედიან ზოგადი პროფილის ექიმი, ექთანი და თემის სამედიცინო მუშაკი და რომლებიც

ფუნქციონირებენ საოჯახო მედიცინის ცენტრების ბაზაზე. ეს ცენტრები პასუხისმგებელი არიან ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე, მათ შორის DOT-ის განხორციელებაზე. მათ დახმარებას უწევენ ტუბერკულოზის კონტროლის მუნიციპალური პროგრამის თანამშრომლები. მართალია, ბრაზილიის ცალკეულ მუნიციპალიტეტებში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებათა საოჯახო მედიცინის ცენტრებში ფორმალურმა ინტეგრაციამ გაზარდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მოხმარების მაჩვენებლები და, შესაბამისად, გააუმჯობესა მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, მომსახურების ხარისხი მაინც დაბალ დონეზე რჩება (Bartholomay et al. 2016). რიგი კვლევების მიუთითებს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კარგად მომზადებული სამედიცინო კადრების ნაკლებობაზე, რაც იწვევს ტუბერკულოზის კონტროლის მნიშვნელოვანი მიმართულებების პირველადი ჯანდაცვის რგოლში არასაკმარის ინტეგრაციას და თერაპიული სერვისების სპეციალიზებული ფთიზიატრიული ცენტრების მიერ უპირატეს განხორციელებას (Silva-Sobrinho et al. 2014; Wysocki et al. 2017; Villa et al. 2011; Villa & Ruffino-Netto 2009).

## გამოცდილების ანალიზი

იმდენად, რამდენადაც ტუბერკულოზის მკურნალობა მოითხოვს სპეციალურ ცოდნას, ანგარიშების უმეტესობაში ცალსახად არის აღნიშნული, რომ აუცილებელია ფთიზიატრთა კორპუსის შენარჩუნება, რომელთაც ექნებათ ტუბერკულოზის კონტროლის საკითხების სიღრმისეული ცოდნა და რომლებიც იმუშავენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მხარდამხარ. სხვა ქვეყნების გამოცდილება მიუთითებს, რომ ტუბერკულოზის წარმატებული მართვა მოითხოვს ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერთა ჩართულობასა და ჯანდაცვის სისტემის დონეებს შორის უწყვეტობას და მჭიდრო კოორდინაციას (Bartholomay et al. 2016). რიგი კვლევების მიუთითებს, რომ აუცილებელია მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრთა ტრენინგი როგორც ტუბერკულოზთან დაკავშირებული კლინიკური პრაქტიკის თემატიკაში, ისე გუნდის მართვისა და კომუნიკაციის საკითხებში (Wysocki et al. 2017; Cs Villa et al. 2011; Chen et al, Aydemir 2015). გუნდის ყველა წევრს შორის კოორდინაციის გასაუმჯობესებლად რეკომენდებულია, რომ ტრენინგი ფოკუსირდებოდეს არა მხოლოდ თითოეული პროფესიონალის სპეციფიკური უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, არამედ ასევე ეფექტური გუნდური თანამშრომლობის ტექნიკის გამომუშავებაზე (Cs Villa et al. 2011). ბრაზილიის გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ტრენინგების ჩატარება მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებისათვის, არამედ ასევე ჯანდაცვის დაწესებულებების მენეჯერებისთვისაც.

2014 წელს ბრაზილიაში ჩატარდა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ტუბერკულოზის კონტროლის მიმართ გაორებული დამოკიდებულების კვლევა, რომელმაც გამოავლინა, რომ ჯანდაცვის მენეჯერებს შორის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ინტეგრაციის საკითხებით ნაკლები დაინტერესება და მათთვის ტრენინგების არარსებობა აქვეითებდა პირველადი ჯანდაცვის მუშაკთა მოტივაციას, მონაწილეობა მიეღოთ ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების განხორციელებაში (Silva-Sobrinho et al. 2014). ამასთან ერთდ, რამდენიმე ანგარიში იძლევა რეკომენდაციას პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ინტეგრირებული ფთიზიატრიული დახმარების იმგვარი მოდელის შემუშავებაზე, რომელიც წახალისებს „უწყვეტი სამედიცინო განათლების“ სულისკვეთებით გამსჭვალული ინსტიტუციური

გამოცდილების დაგროვებისა და გუნდური მუშაობის გაუმჯობესების კულტურას (Cs Villa et al. 2011).

ეფექტური ჰორიზონტალური თანამშრომლობის მიღწევის კუთხით სისტემური პრობლემის გამოხატულებაა ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული ჯანდაცვის ყველა მუშაკისათვის მკაფიოდ გაწერილი პასუხისმგებლობების არქონა. ბრაზილიაში, თურქეთში, სერბეთსა და რუმინეთში ჩატარებული კვლევები ცხადყოფს, რომ ინტეგრირებული სისტემის ფარგლებში ახალი როლების თაობაზე სიცხადის არარსებობამ გამოიწვია უფლება-მოვალეობების საზღვრების წაშლა და ჯანდაცვის მუშაკთა ინტერესის დაქვეითება, რამაც საკუთარი წვლილი შეიტანა ტუბერკულოზის შემთხვევათა მართვის გაუარესებაში. გარდა ამისა, Sa და თანაავტორებმა გამოავლინეს, რომ პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებსა და ფთიზიატრებს შორის ცუდ კოორდინაციას შეუძლია დაასუსტოს მედპერსონალსა და პაციენტებს შორის სოციალური კავშირები და ძირი გამოუთხაროს პირველადი ჯანდაცვის მიმართ პაციენტთა ნდობას.

გაერთიანებულ სამეფოში ტუბერკულოზის მკურნალობაში მონაწილე ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისათვის შემუშავებულ რეკომენდაციებში მითითებულია, რომ ტუბერკულოზის მართვასთან დაკავშირებული ფუნქციური როლები პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებსა და ფთიზიატრებს შორის შესაძლოა იკვეთებოდეს თითოეული სამედიცინო დაწესებულების თავისებურებიდან გამომდინარე, რაც მოითხოვს, რომ მულტიდისციპლინარულ გუნდის წევრებმა დააზუსტონ ეს როლები და შეიტანონ მათში საჭირო ცვლილებები, რათა მიღწეულ იქნეს პაციენტზე ორიენტირებული დახმარების მიწოდება (“Collaborative Tuberculosis Strategy for England 2015-2020” 2015; NICE 2016). როგორც ამას ბრაზილიისა და ტაივანის გამოცდილება ცხადყოფს, არსებითი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის მიწოდებლებისა და ფთიზიატრების მიერ პაციენტის განახლებული სამედიცინო ისტორიაზე წვდომას, რათა მოხდეს სამედიცინო დახმარების ფრაგმენტაციისა და საქმიანობის დუბლირების პრევენცია (Figueiredo et al. 2009; Lee et al. 2015).

რამდენიმე კვლევა ასევე მიუთითებს იმაზე, რომ ოჯახის წევრებისა და სამოქალაქო საზოგადოების არასაკმარისი ჩართულობა და პროგრამული ღონისძიებების შემუშავებაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლისა და ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების არმონაწილეობა ამცირებს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ყოვლისმომცველი მკურნალობისა და ზრუნვის განხორციელების შესაძლებლობას და შედეგად მოაქვს მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებლების შემცირება (Cs Villa et al. 2011; Trigueiro et al. 2011; Laszlo et al. 2017).

ტუბერკულოზის კონტროლის ფუნქციათა პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრაციის სტრუქტურული და ლოგისტიკური ბარიერების გარდა დამატებითი გამოწვევების წყარო შესაძლოა გახდეს პირველადი ჯანდაცვის მიმართ მოსახლეობაში დამკვიდრებული კულტურული დამოკიდებულებები. 2010-2011 წწ. თვისებრივი კვლევა, რომელიც ჩატარდა კერძო პრაქტიკის მქონე 21 ექიმის მონაწილეობით ინდოეთში, გვთავაზობს მოსაზრებებს, თუ როგორ წარმოუდგენიათ მათ საკუთარი როლი კერძო და საჯარო თანამშრომლობით მიმდინარე ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის განხორციელებაში (Salve et al 2016). 2002 წლიდან დღემდე ინდოეთმა გამოსცა და შემდგომ ეროვნულ დონეზე განაზოგადა კერძო და საჯარო თანამშრომლობის DOT სქემები, რომელიც უზრუნველყოფდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მონაწილეობას ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამაში. კერძო პრაქტიკის ექიმთა შესაძლებლობების გათვალისწინებით მათ შეეძლოთ ჩართვა მხოლოდ DOT-ის მიმწოდებლად ან ეტვირთათ დამატებითი ფუნქციები, მაგ.: ტუბერკულოზზე საეჭვო

პაციენტების გაგზავნა დიაგნოსტიკისა და სპეციალიზებულ ფთიზიატრიულ ცენტრებში მკურნალობის მიზნით. კვლევის ერთ-ერთი მთავარი აღმოჩენა იყო ის, რომ ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამიდან მითითებების მიღების გამო მათ ეუფლებოდნენ განცდა, თითქოს მათი, როგორც პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების, ერთადერთობა დგებოდა ექვემდებარება და თითქოს მათი პროფესიონალური გამოცდილება არასათანადოდ ფასდებოდა. კონკრეტულად, მათ გამოხატეს მოსაზრება, რომ მათ ჰქონდათ „მინიმალური თავისუფლება“ ტუბერკულოზის მართვის საკითხებში მაშინ, როდესაც ისინი იყვნენ მზად „წასულიყვნენ უფრო შორს, ვიდრე DOT-ის განხორციელება“ (Salve et al 2016). ტუბერკულოზის დამოუკიდებლად მკურნალობის უფლების არქონა და მოთხოვნა, რომ ზედმიწევნით დაეცვათ ტუბდისპანსერიდან მიღებული მითითებები მაშინაც კი, როდესაც ისინი ახდენდნენ ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევების ზუსტ პროფესიონალურ შეფასებას მათ უღვივებდა განცდას, რომ ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამაში არ ხდებოდა მათი სათანადოდ დაფასება. შედეგად, დროთა განმავლობაში პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებმა შეწყვიტეს საექვო პაციენტების რეფერალი. იმავდროულად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა ასევე გაამახვილეს ყურადღება იმაზე, რომ კერძო და საჯარო თანამშრომლობის პროგრამა ზედმეტად იყო კონცენტრირებული თავად დაავადებაზე, რაც არ აძლევდა მათ საშუალებას, მოეხდინათ არასასურველი გვერდითი ეფექტებისა და პაციენტის საერთო მდგომარეობის მართვა, რასაც ისინი, როგორც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები პრიორიტეტს ანიჭებენ.

კერძო პრაქტიკის ექიმების ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამაში მონაწილეობის ინდური მოდელის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების პარტნიორების სახით ჩართვა და ისეთი მოდელის გამოძებნა, რომელიც მისცემს მათ საშუალებას, განახორციელონ საკუთარი, როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, უნიკალური უფლება-მოვალეობები და ამის პარალელურად ითანამშრომლონ ფთიზიატრებთან.

ბრაზილიისა და სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება გვაჩვენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები შესაძლოა ეწინააღმდეგებოდნენ ტუბერკულოზის მკურნალობაში მეტი პასუხისმგებლობების აღებას. ბრაზილიაში ოჯახის ექიმები მიიჩნევდნენ, რომ DOT „შრომატევადი და პატერნალისტურია“ გამო, ხოლო სამხრეთ აფრიკაში - რომ ფთიზიატრიული დახმარება - ეს პროფილური სპეციალისტების საქმეა (Silva-Sobrinho et al. 2014; Wysocki et al. 2017; Mayers 2010). რაც შეეხება პაციენტის პერსპექტივას, საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც ექიმ-სპეციალისტებთან წვდომა გაადვილებულია, ხშირად ხდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლა, რაც უკავშირდება წარმოდგენებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიმწოდებლების კვალიფიკაცია ექიმ-სპეციალისტებისას ჩამოუვარდება. უფრო მეტიც, ბრაზილიის გამოცდილება ასევე ცხადყოფს, რომ ფთიზიატრიული სერვისების მიწოდების ერთგვაროვნების არარსებობა და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სამუშაო დროის სიმცირე შესაძლოა გახდეს პაციენტების მხრიდან პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიმართ ნდობის დაკარგვის მიზეზი. (Bartholomay et al. 2016; Sá et al. 2011). ამ პრობლემების გადასაწყვეტად რეკომენდებულია საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების სისტემატური ღონისძიებების განხორციელება სამოქალაქო საზოგადოებისა და სხვა არასამედიცინო სექტორების მონაწილეობით, რათა პირველადი ჯანდაცვის სერვისები გახდეს უფრო მისაღები მოსახლეობისათვის. ამ მოსაზრებას სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ იმის გათვალისწინებით, რომ, პირველ



ყოვლისა, ეს მომსახურებები მართლაც უნდა იყოს ხელმისაწვდომი პაციენტებისათვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით საზოგადოების იმედგაცრუება.

## ჩანართი 2. ყველაზე საგულისხმო გაკვეთილები

- მიიღეთ ზომები, რომ ფთიზიატრიული დახმარების მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიმდინარეობდეს ფთიზიატრთან მჭიდრო თანამშრომლობით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სწორი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- ხელი შეუწყეთ ტუბერკულოზის მულტიდისციპლინარულ მართვას რათ გაუმჯობესდეს მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებლები;
- განავითარეთ ჯანდაცვის სისტემის დონეებს შორის უწყვეტობა და მჭიდრო კოორდინაცია კლინიკური შემთხვევების მართვის გასაუმჯობესებლად;
- მიიღეთ ზომები ჯანდაცვის მენეჯერთა აქტიური ჩართულობისათვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ჯანდაცვის მუშაკთა უფლებრივი დაკნინება, რომლებიც ამ პირობებში ვერ შეძლებენ მათთვის დაკისრებული როლების კარგად შესრულებას;
- ჩაუტარეთ პერიოდული ტრენინგების მულტიდისციპლინარული გუნდის ყველა წევრს, მათ შორის მედპერსონალსა და ხელმძღვანელ მუშაკებს, მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად;
- გამოკვეთეთ გუნდის ფორმირებისა და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გამომუშავების ამოცანები სასწავლო სემინარებზე, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს შემთხვევათა მართვის გაუმჯობესება;
- განსაზღვრეთ მკაფიო როლები მულტიდისციპლინარული გუნდის თითოეული წევრისათვის და მიიღეთ ზომები ამ როლების ურთიერთგაგებისა და აღიარების უზრუნველსაყოფად;
- თავიდან აირიდეთ მკაცრი იერარქიული ურთიერთობები და გუნდის მართვისას მოახდინეთ ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და ფთიზიატრების, როგორც ერთმანეთის პარტნიორების პოზიციონირება, რათა თავიდან იქნეს აცილებული დარგთაშორისი კონკურენცია;
- განავითარეთ დაფინანსების ადეკვატური მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ფთიზიატრიული მომსახურებასთან დაკავშირებული საქმიანობის მასტიმულირებელ და სამართლიან ანაზღაურებას;
- ატარეთ პერიოდული შემოწმებები, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მომსახურების ხარისხის ერთგვაროვნება და შეთანხმებულობა;
- ჩართეთ პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები მკურნალობის გეგმის შედგენის პროცესში, რათა შემუშავდეს ტუბერკულოზის შემთხვევის მართვის ყველაზე უფრო მისაღები ფორმა;
- მიიღეთ ზომები, რათა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებსა და მულტიდისციპლინარული გუნდის ყველა წევრს ჰქონდეს წვდომა პაციენტის ელექტრონულ სამედიცინო ისტორიასთან, რათ მოხდეს აქტივობების დუბლირებისა და სამედიცინო დახმარების ფრაგმენტაციის პრევენცია.

დაბოლოს, ტუბერკულოზის კონტროლის აქტივობების პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გადატანა შეუძლებელია საბიუჯეტო ასიგნებების ადეკვატური გადანაწილების გარეშე. რუმინეთის, სამხრეთ აფრიკის, ტაივანისა და თურქეთის მაგალითები ცხადყოფს, რომ ტუბერკულოზის მკურნალობის კუთხით ოჯახის ექიმთა დემოტივაციის თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების გატარებისათვის ოჯახის ექიმებისა და ფთიზიატრების შრომის სამართლიანი კომპენსირება და ანაზღაურების ოდენობის სამუშაო დატვირთვის მაჩვენებლების შესაბამისად განსაზღვრა.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გაწეული მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემა დაინერგა ტაილანდსა და მოლდოვაში. მსგავსი სქემა გამოცდის სტადიაზე ასევე რუმინეთში. მაშინ როდესაც, ტაივანში დანერგილმა სქემამ გაამართლა ტუბერკულოზის ინდიკატორთა გაუმჯობესების თვალსაზრისით, ხოლო რუმინეთში კვლევის მონაწილეებმა მიუთითეს ტუბერკულოზზე მომუშავე გუნდების ფინანსური სტიმულირების მიზნით შედეგზე დაფუძნებული ანაზღაურების მექანიზმის დანერგვის მისაღებობა, მოლდოვაში ამ მოდელის დანერგვას ხელშესახები შედეგები არ მოუტანია. ეს არაერთმნიშვნელოვანი მონაცემები მეტყველებს იმაზე, რომ შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების სქემებს შეუძლია მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს კონტექსტის თვალსაზრისით რელევანტური დაფინანსების მექანიზმები, მმართველი რგოლის მხრიდან საკმარისი დაინტერესება და შესაბამისი დონის საკადრო რესურსები (Stillo, Turusbekova, and Consult 2017).

## დასკვნები

თითოეულ ქვეყანას ჯერ კიდევ აქვს საკუთარი სიძნელეები ტუბერკულოზთან ბრძოლაში. ამის მიუხედავად, საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართვის კარგად გააზრებულ მოდელებს შეუძლიათ მკურნალობისადმი წვდომის გაუმჯობესება ტუბერკულოზის მკურნალობის ხელმისაწვდომობის, შემთხვევათა შეტყობინების, მკურნალობის წარმატებისა და მკურნალობის მაჩვენებლებისა და დამყოლობის მაჩვენებელთა გაზრდის მეშვეობით. ტუბერკულოზის მართვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ინტეგრირების მაგალითები ცხადყოფს, რომ ტუბერკულოზის კონტროლის წარმატებული განხორციელება მოითხოვს საამისოდ ჯანდაცვის სისტემის საერთო მზადყოფნას, მათ შორის სტრუქტურული ბარიერების მოსხსნას, კარგად მომზადებული კადრებით შესაბამის მომარაგებას, მმართველობით კომპეტენციებს და პაციენტის ჯანმრთელობის მიმართ მულტიდისციპლინარულ მიდგომას. მაშინ, როდესაც ტუბერკულოზის ეფექტური მართვისათვის საჭიროა ფთიზიატრების მხრიდან შემთხვევათა კლინიკური მართვა და მკურნალობაზე ზედამხედველობის განხორციელება, ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებებში ჩართულობის კუთხით ოჯახის ექიმის ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმისათვის დაკისრებული ფუნქციური როლები მეტწილად დამოკიდებულია ჯანდაცვის სისტემის შინაგან სტრუქტურაზე და კულტურულ დეტერმინანტებზე, რაც მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული თითოეული ქვეყნისათვის უნიკალური და მასზე მორგებული მოდელის შემუშავებისას.

დანართი 1: მტკიცებულებების შეჯამება

ადგილი	კვლევის ტიპი	პირველადი ჯანდაცვის როლები	შედეგები	გამოწვევები	რეკომენდაციები	წყარო
იაპონია		ზოგადი პრაქტიკის ექიმს შეუძლია ტუბერკულოზის მქონე პაციენტის მკურნალობა მას შემდეგ, რაც მკურნალობის გეგმა წარედგინება სამედიცინო ცენტრს. სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული DOT-ის იაპონური ვარიანტი, რომლის ფარგლებშიც ხდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა წახალისება, მონაწილეობა მიიღონ სამედიცინო ცენტრებში DOT-ის მიწოდებაში, რაც აუმჯობესებს კავშირებს სამედიცინო ცენტრებსა და საავადმყოფოებს შორის	რეფორმის მსვლელობაში 1950-1970 წლებში იაპონიამ მიაღწია ტუბერკულოზით სიკვდილიანობის მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე სწრაფ დაქვეითებას მსოფლიოში: თითქმის 12%-იანი კლება ყოველწლიურად	ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმების რაოდენობა, რომლებიც ჩართულნი არიან DOT-ის მიწოდებაში ამბულატორიული დაწესებულებების ბაზაზე ჯერ კიდევ მცირეა, რაც უკავშირდება ფთიზიატრიულ მომსახურებათა მიწოდების დაბალი ანაზღაურებით. სამედიცინო ცენტრებში არსებული ფთიზიატრიული კომიტეტები იმართება ცუდად და ისინი მოკლებულია რეფერალის მოფუნქციონირე მექანიზმს პაციენტთა უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში და სპეციალიზებული მომსახურების მისაღებად გაგზავნისათვის	წარმატების მიღწევა შესაძლებელი გახდა იაპონიისთვის	Mori T, Kobayashi N. Tuberculosis Treatment in Japan: Problems and perspectives — How to expand the Japanese version of DOTS —. JMAJ. 2009;52(522):112-116. <a href="https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_02/112_116.pdf">https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_02/112_116.pdf</a> . Accessed June 20, 2017.
		1950 წელს იაპონიამ გეზი აიღო ჰორიზონტალურ და ვერტიკალურ ინტეგრაციას შორის შუალედურ მიდგომაზე, რასაც უწოდეს				Akihiro Seita. Think PHC, Do TB: Integration based scale up of tuberculosis

	<p>„მასშტაბების ზრდა ინტეგრაციაზე დაფუძნებით“ და რომელიც ემყარებოდა ფილოსოფიას „იფიქრე პირველადი ჯანდაცვის კონტექსტზე, ებრძოლე ტუბერკულოზს“. მათ გაზარდეს სტაციონარულ საწოლთა ფონდი (შედარებით მძიმე პაციენტების მკურნალობისათვის), და ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა რაოდენობა, რომელიც ჩართულნი იყვნენ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და DOT-ის განხორციელებაში ამბულატორიული სამედიცინო ცენტრების ბაზაზე.</p>			<p>უნიკალური ფაქტორების ერთობლიობით, როგორცაა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა ძლიერი ქსელი, ფინანსური რესურსების ხელმისაწვდომობა და პოლიტიკური სტაბილურობა, რაც შესაძლოა არ იყოს სახეზე გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში.</p>	<p>control in Japan. Harvard THChan Sch Public Heal. <a href="http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP217.htm">http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP217.htm</a>. Accessed July 4, 2017.</p>
<p><b>სერბეთი</b></p>	<p>ჯვარედინ-სექციური კვლევა</p> <p>ყოფილი ტუბდისპანსერები ინტეგრირდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ახორციელებს პაციენტთა რეფერალს სპეციალისტებთან, მათ შორის ფთიზიატრებთან. ზოგადი პრაქტიკის ფორმალური უფლებამოსილებებია: ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელება, ტუბერკულოზის პასიური დიაგნოსტიკა სიმპტომებზე დაყრდნობით, უბანზე პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან საპატრონაჟო ვიზიტების განხორციელება, ტუბერკულოზის მკურნალობაზე უშუალო ზედამხედველობასა და არასასურველი გვერდითი ეფექტების გამოვლენაში ჩართულობა, მოწყვლადი ჯგუფების რეფერალი</p>	<p>მაშინ, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები ახორციელებდნენ ტუბერკულოზის პასიურ გამოვლენას და უბანზე საპატრონაჟო ვიზიტებს მკურნალობის მსვლელობაში, არცერთი ცენტრი არ იყო ჩართული გვერდითი ეფექტების განეიტრალებასა ან მკურნალობის უშუალო გაკონტროლებაში. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პრაქტიკოსი ექიმები ახდენდნენ ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების დანიშვნას შემთხვევათა 55%-ში, მკურნალობდნენ</p>	<p>ბელგრადში პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებმა არ მოახდინეს ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების გამოწერის უფლებამოსილებების დელეგირება ფთიზიატრებისათვის, რამაც სავარაუდოდ გაზარდა მკურნალობისათვის თავის დანებების მაჩვენებლები</p>	<p>Stosic, M., Lazarevic, N., Kuruc, V., &amp; Ristic, L. (2015). Assessment of the role of primary health care in tuberculosis control in Serbia. <i>Medicinski Pregled</i>, 68(9–10), 331–335.</p>	

	<p>ფთიზიატრთან. ზოგადი პრაქტიკის ექიმს აქვს პრეპარატების დანიშვნის ექსკლუზიური უფლებამოსილება</p>	<p>თანმხლებ დაავადებებს შემთხვევათა 33%-ში და შემდეგ ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენა შემთხვევათა 14%-ში. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა ფუნქციური როლები ტუბერკულოზის კონტროლთან მიმართებით არ არის მოქმედი საკანონმდებლო ბაზის შესაბამისი.</p>	
<p><b>რუმინეთი</b> ს</p>	<p>2005 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ჩართულია ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებებში. ზოგადი პრაქტიკის ექიმები პასუხისმგებელი არიან ტუბერკულოზის აქტიურ და პასიურ გამოვლენაზე, ტუბერკულოზზე საეჭვო პირებისა და კონტაქტების იდენტიფიკაციაზე, DOT-ის განხორციელებაზე, კონტაქტებში ქიმიოთერაპიული პრეპარატების პროფილაქტიკურ ადმინისტრირებაზე, პაციენტთა განათლებაზე რათა გაიზარდოს მკურნალობისადმი დამყოლობის მაჩვენებელი, ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევაზე, უახლესი BCG ვაქცინის ადმინისტრირებაზე, თამბაქოს საწინააღმდეგო განათლებაზე.</p>		<p>Valeria, Á., &amp; Simona, I. E. (2012). The Role of the General Practitioner in Detection and Control of Tuberculosis, 58(6), 485–489.</p>

რუმინეთი	ანგარიში	<p>რუმინეთის ჯანდაცვის სისტემის ვერტიკალური ორგანიზაცია აიძულებს პაციენტებს მიმართონ სხვადასხვა სპეციალიზებულ დაწესებულებებს ამა თუ იმ თანმხლები დაავადების ან არასასურველი გვერდითი ეფექტების მკურნალობისათვის. კვლევის რესპონდენტებმა გამოხატეს დადებითი განწყობა ტუბერკულოზის მართვის მულტიდისციპლინარული მოდელისა და ტუბერკულოზის მართვის გუნდების შედეგებზე დაფუძნებული ფინანსური სტიმულირების მექანიზმის მიმართ.</p>	<p>აღინიშნება გარკვეული სიმნელები ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა დახმარების უნივერსალური პაკეტის შემუშავებაში, თუმცა პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა მოითხოვს გარკვეული მოქნილობის შენარჩუნებას მკურნალობის ვარიანტებთან მიმართებაში.</p>	<p>მულტიდისციპლინარული გუნდის დაკომპლექტება ყველაზე უფრო ხარჯ-ეფექტური გზით: აიყვანეთ ლიცენზირებული ექთანი მძღოლი და ფსიქოლოგი და არა სრულ განაკვეთზე მომუშავე მძღოლი და ექიმი ფსიქოლოგის უფლებამოსილებებით, რომელსაც არ აქვს ჯეროვანი განათლება ფსიქოლოგიაში. მიიღეთ „კასკადური დახმარების“ მიდგომა ტუბერკულოზის ქსელის მართვისას იმის უზრუნველყოფით, რომ ტუბერკულოზის მართვაში ჩართული გუნდის ყველა წევრმა მკაფიოდ იცოდეს საკუთარი როლი და პასუხისმგებლობები</p>	<p>Stillo, J., Turusbekova, N., &amp; Consult, T. B. C. (2017). Romanian Integrated Community Support Services for Tuberculosis.</p>
----------	----------	--	---	--	--

<p><b>რუმინეთი</b></p>	<p>ანგარიში (ინტერვენციის შეთავაზება)</p>	<p>შემოთავაზებულ იქნა ტუბერკულოზის კონტროლის გუნდების შექმნა, რომელიც დაკომპლექტდებოდა შემდეგი სპეციალისტებით: საავადმყოფოს პულმონოლოგი, დისპანსერის პულმონოლოგი, ოჯახის ექიმი და სოციალური მუშაკი. ოჯახის ექიმები დაევალებოდათ შემდეგი ფუნქციური როლების შესრულება: პაციენტთა სკრინინგი ტუბერკულოზზე და მათი რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებებში; ტუბდისპანსერებთან კოორდინირება ეპიდემიოლოგიური კვლევის წარმოების უზრუნველსაყოფად; პაციენტის მკურნალობის გეგმის შემუშავება პაციენტის ოჯახთან ერთად და DOT-ის არჩევა, გეგმის კოორდინირება თემის ჯანდაცვის მუშაკებთან, პაციენტთა ყოველკვირეული მეთვალყურეობა არასასურველი გვერდითი ეფექტების მონიტორინგისა და რეფერალის მიზნით, სპეციალიზებულ ტუბდისპანსერთან კოორდინირება, უზრუნველყოფა, რომ პაციენტებმა ყოველთვიურად მიაკითხონ ტუბდისპანსერს; სხვა თანმხლები პათოლოგიების გამოკვლევა და პაციენტების სპეციალიზებულ სამსახურებში რეფერალი; სხვა ფსიქო-სოციალური საჭიროებების გამოვლენა და სპეციალისტების მიერ მათზე რეაგირების უზრუნველყოფა; ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებისათვის საგანმანათლებლო მესიჯებით მომარაგების გაგრძელება; პაციენტებისათვის</p>	<p>მოდელი ახლახან დაინერგა და ის ჯერ არ არის შეფასებული</p>	<p>ექიმთა მხოლოდ მცირე რაოდენობა თანხმდება DOT-ის განხორციელებას კეთილი ნების ან გამომგზავნ ფთიზიატრთან პირადი კავშირების საფუძველზე.</p>	<p>ზომების მიღება, რათა ანაზღაურების დონე შეესაბამებოდეს სამუშაო დატვირთვას და იყოს თანაფარდობა ანაზღაურებისა, რომელსაც ოჯახის ექიმები დებულობენ სხვა მომსახურების გაწევაში, რათა თავიდან იყოს აცილებული ნეგატიური სტიმულების გარეგანი ტუბერკულოზის მკურნალობის მიმართ.</p>	<p>Health, W., &amp; Regional, O. (2017). Improving payment mechanisms to support a new delivery model for TB care in Romania.</p>
------------------------	---	--	---	---	---	--



ანტიტუბერკულოზური პრეპარატების მიცემა და მისი მიღების პროცესის მონიტორინგი; შემოთავაზებულ იქნა შედეგობრივ მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ანაზღაურების მოდელი.

<b>ნორვეგია</b>	ანგარიში	<p>საავადმყოფოში ორი კვირის დაყოვნების შემდეგ ტუბერკულოზის შემთხვევის კოორდინატორი ორგანიზებას უწევს მულტიდისციპლინარული გუნდის შეხვედრას თითოეული პაციენტის ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის შესამუშავებლად. გუნდი შედგება პაციენტის, ნაცნობ-მეგობრების, ექიმისა და პალატის ექთნის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნის, ბინაზე მოვლის ექთნისა და ტუბერკულოზის შემთხვევის კოორდინატორისგან.</p>	<p>DOT-ის განხორციელებაში უზშირესად ჩართულია მუნიციპალური ექთანი, რასაც არ მიესაღმებთან ცალკეული პაციენტები</p>	<p>მოახდინეთ DOT განხორციელების გზების დივერსიფიკაცია ზოგადი პრაქტიკის ექიმისათვის უშუალო დაკვირვების როლის დაკისრებით. DOT მორგებულ უნდა იქნეს პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე. ტუბერკულოზის შემთხვევის კოორდინატორის ფუნქცია პაციენტსა და სამედიცინო სამსახურს შორის მკურნალობის კოორდინირების ნაწილში არის ძალზედ მნიშვნელოვანი მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფისა და პაციენტის</p>	<p>Report Joint ECDC / WHO Regional Office for Europe Tuberculosis country visit Norway. (2011).</p>
-----------------	----------	--	---	---	--

						მხარდაჭერისათვის.
<b>ბრაზილია</b>	ჯვარედინ-სექციური კვლევა	პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთა როლი მოიცავს შემთხვევათა აქტიურ გამოვლენას, კონტაქტების დადგენასა და DOT-ის მიწოდებას	დეცენტრალიზაციის წყალობით პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ემსახურება ტუბერკულოზის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების 50%-ს.	ვინაიდან პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები მუშაობენ მხოლოდ შეზღუდულ საათებში და ყოველთვის არ აწვდიან ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მომსახურებებს, ბევრი ადამიანი არ განიხილავს პირველად ჯანდაცვას, როგორც საწყის რგოლს ფთიზიატრიული დახმარების მისაღებად	ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ არსებობდეს ტუბერკულოზის კონტროლის პირველადი რგოლში ინტეგრაციისათვის საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური და მმართველობითი კომპონენტები. პროგრამების შემუშავებაში მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული საზოგადოების წარმოდგენები და სურვილები	Bartholomay, P., Pelissari, D. M., de Araujo, W. N., Yadon, Z. E., & Heldal, E. (2016). Quality of tuberculosis care at different levels of health care in Brazil in 2013. Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health, 39(1), 3–11.
<b>ბრაზილია</b>	ანგარიში	ტუბერკულოზის მართვა ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ზოგადი პროფილის გუნდების მიერ. გუნდის შემადგენლობაში შედიან: ექიმი, ექთანი და თემის ჯანდაცვის მუშაკი, რომლებიც არიან რეფერენტული პირები ტუბერკულოზთან დაკავშირებით და რომელთაც დახმარებას უწევენ ტუბერკულოზის	პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სამედიცინო გუნდი ზერეულად ეკიდება გუნდურ მუშაობას და მისი წევრები ცუდად არიან ინტეგრირებულნი ერთმანეთთან	ფთიზიატრიული მომსახურების პროგრამის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ეფექტური ინკორპორირების ბარიერები: პროფესიონალთა წინააღმდეგობა და დენადობა,	მიიღეთ ზომები, რათა გუნდის ყველა წევრს მენეჯმენტის (და არა მხოლოდ ექთნების) ჩათვლით უტარდებოდეს პერიოდული ტრენინგი.	Wysocki, A. D., Ponce, M. A. Z., Brunello, M. E. F., Beraldo, A. A., Vendramini, S. H. F., Scatena, L. M., ... Villa, T. C. S. (2017). Primary Health Care and tuberculosis: services

	კონტროლის მუნიციპალური პროგრამის თანამშრომლები,		გადატვირთულობა და კვალიფიციური კადრების დეფიციტი	დაამკვიდრეთ ახალი სამუშაო ურთიერთობები თითოეული სამედიცინო მუშაკს შორის ფუნქციებისა და უფლება-მოვალეობების ხელახალი გადანაწილებით. უზრუნველყავით, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მუშაკებს ჰქონდეთ წვდომა სამედიცინო დოკუმენტაციაზე, სამედიცინო დახმარების მეტი პროდუქტიულობისა და მის სხვადასხვა დონეს შორის მეტი კოორდინაციის მისაღწევად	evaluation. Revista Brasileira de Epidemiologia, 20(1), 161–175. <a href="https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014">https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014</a>
<b>ბრაზილია</b>	ჯვარედინ-სექციური კვლევა	ფთიზიატრიულ დახმარებას უზრუნველყოფენ ზოგადი პროფილის გუნდები, რომლებიც ფუნქციონირებენ სტრატეგიის - „ჯანმრთელი ოჯახი“ ფარგლებში მოქმედი ცენტრების ან პირველადი სამედიცინო ცენტრების ბაზაზე. გეოგრაფიული ნაირგვარობის გათვალისწინებით არსებობს ტუბერკულოზის კონტროლის ორი მოდელი: 1. ტუბერკულოზის მკურნალობა რჩება ცენტრალიზებული	ტუბერკულოზის მკურნალობა ხორციელდება მხოლოდ ტუბერკულოზის კონტროლის ცენტრებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებთან პარტნიორობის გარეშე	დეცენტრალიზაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს უფლება-მოვალეობების საზღვრების წაშლა, დაინტერესების შესუსტება, მკურნალობის რეჟიმებისა და პროგრამების ფრაგმენტაცია, სიძნელები DOT-ის შესრულებაში და ხარვეზების გაჩენა	ხელმძღვანელ მუშაკთა საკითხისადმი მყარი ინტერესი აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ვინაიდან მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაფართოვება არ  Cs Villa, T., Ruffino-Netto, A., Scatena, L. M., Andrade, R. L., Brunello, M. E., ... Arakawa, J. A., ... Arakawa, T. (2011). Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. <i>BMC Health Services</i>

<p>ტუბერკულოზის რეფერენტულ ცენტრებში; 2. ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებები ნაწილობრივ დეცენტრალიზებულია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. საერთო ჯამში, დეცენტრალიზაციის ხარისხი არაა დამაკმაყოფილებელია.</p>	<p>საინფორმაციო სისტემებში, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელი იქნებოდა სანდო ანგარიშების გენერირება.</p>	<p>იძლევა ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებათა მდგრადი განხორციელების გარანტიას. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებს უნდა დაეკისროთ პასუხისმგებლობა ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მკურნალობის პროცესში მათი ოჯახის წევრთა ჩართვაზე. სპეციალიზებულ ი ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებების პასუხისმგებლობის სფეროს უნდა განეკუთვნებოდეს ტრენინგი და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე ტუბერკულოზის მკურნალობის მონიტორინგი და ზედამხედველობა . სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციისა</p>	<p><i>Research, 11, 241.</i></p>
---	--	--	----------------------------------

<b>ბრაზილია</b>	თვისებრივი კვლევა	ფთიზიატრიული დახმარების ორგანიზაცია სტრატეგიის - „ჯანმრთელი ოჯახი“ განხორციელებისა და სათემო სან-ჰიგიენისტა კორპუსის ფორმირების პროგრამის მეშვეობით. DOTS მიწოდება დეცენტრალიზებულია საოჯახო მედიცინის ცენტრებში.	დარგთაშორისი ჩართულობის არარსებობა.	უწყვეტი მომზადება-გადამზადების არარსებობამ შეამცირა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებათა ეფექტურობა. კარგად გააზრებული დარგთაშორისი მართვის არარსებობას შეუძლია პაციენტებს, თემსა და ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებს შორის სოციალური კავშირების შესუსტება და ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების შესაძლებლობების მიმართ ნდობის დაქვეითება.	და მართვის პოზიტიურ სტიმულირებას შეუძლია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მიღწეული შედეგების გაუმჯობესება. ყველა ჩართული რგოლის შემთხვევაში (პირველადი ჯანდაცვის კლინიკები, ფთიზიატრები, სოციალური სამსახურები) მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული მათი უფლება-მოვალეობები და უნდა არსებობდეს მათ შორის კომუნიკაციის მოფუნქციონირე არსები, წესები და პროცედურები. ჩართეთ ოჯახი პაციენტისათვის დამატებითი მხარდაჭერის გაწევაში. მიიღეთ ზომები სამოქალაქო საზოგადოების თანამონაწილეობ	Sá, L. D. de, Gomes, A. L. C., Nogueira, J. de A., Villa, T. C. S., Souza, K. M. J. de, & Palha, P. F. (2011). Intersectorality and bonding in tuberculosis control in Family Health. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 19(2), 387–395. <a href="https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200022">https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200022</a>
-----------------	-------------------	---	-------------------------------------	---	---	---

					<p>ისათვის. გამოიკვლიეთ თანმხლები დავადებები და მოახდინეს სხვა სექტორების (ფსიქიური ჯანმრთელობა, ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია) ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში. უზრუნველყავით, რომ ტრენინგი ფოკუსირდებოდეს არა მხოლოდ ცალკეული სპეციალისტის კომპეტენციების განვითარებაზე, არამედ ასევე გუნდური მუშაობის ეფექტურობის გაუმჯობესების საკითხებზე</p>	
<b>ბრაზილია</b>	თვისებრივი კვლევა	პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს ეკისრებათ პასუხისმგებლობა პაციენტთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მონიტორინგის სფეროში სამედიცინო კონსულტირების, პაციენტის მოვლის შესახებ კონსულტირებისა და DOT-ის მიწოდების მეშვეობით.	ტრენინგების ჩატარების შემდეგაც კი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები აგრძელებდნენ საეჭვო ან ტუბერკულოზის ახლად დადგენილი შემთხვევების რეფერალს სპეციალიზებულ ფთიზიატრიულ ამბულატორიულ დაწესებულებებში.	ხელმძღვანელ მუშაკებს არ არიან საკმარისად მომზადებულნი, რათა დახმარება გაუწიონ დეცენტრალიზაციის პროცესს. მატერიალურ-ტექნიკური და სტრუქტურული ბარიერები საკადრო რესურსების დეფიციტთან ერთად	გამოკვეთეთ მმართველობით ტრენინგის მნიშვნელობა	Silva-Sobrinho, R. A., Zilly, A., Monroe, A. A., Pinto, É. S. G., Silva, R. M. M. da, & Villa, T. C. S. (2014). Ambivalence regarding tuberculosis control actions in primary

			ხელს უშლის პირველადი ჯანდაცვის მუშაკებს, მიაწოდონ ადეკვატური მკურნალობა, რაც აქვეითებს მათ მოტივაციას	health care. Northeast Network Nursing Journal, 15(4). <a href="https://doi.org/10.15253/RENE.V15I4.4888">https://doi.org/10.15253/RENE.V15I4.4888</a>
<b>გაერთიანებული სამეფო</b>	ონ-ლაინ კურსი	ზოგადი პრაქტიკის ექიმის პასუხისმგებლობის სფეროს განეკუთვნება: ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენა, ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის დიაგნოსტიკა გამა ინტერფერონით ტესტირების გზით სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის პირველადი მიმართვისას, ღვიძლის ფუნქციებისა და არასასურველი გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი, ფთიზიატრების ინფორმირება თანმხლები დაავადებებისა და სხვა მკურნალობის შესახებ ანტიტუბერკულოზურ პრეპარატებთან შესაძლო წამლისმიერი ურთიერთქმედების გამორიცხვის მიზნით. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი მონაწილეობს რისკის ჯგუფის პაციენტთა იდენტიფიკაციაში. მათი როლი გადამწყვეტია მკურნალობისადმი დამყოლობის მხარდაჭერაში. შედარებით მსხვილ ოჯახის კლინიკებში შესაძლოა ზოგადი პრაქტიკის რომელიმე ექიმი გახდეს ფთიზიატრიის მიმართულების ხელმძღვანელი და კონსულტირებას უწევდეს ზოგადი პრაქტიკის სხვა ექიმებს. პაციენტის სურვილის შესაბამისად, ზოგადი პრაქტიკის	უზრუნველყავით ფთიზიატრთან კოორდინაცია. საჭიროების შესაბამისად, მოახდინეთ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის როლის მოდიფიკაცია ფთიზიატრის ზედამხედველობით, რათა მიღწეულ იქნეს პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურების მიწოდება.	Royal College of General Practitioners (RCGP Learning). (2016) "Tuberculosis in General Practice." Online course. Retrieved online (requires registration): <a href="http://elearnin.rcgp.org.uk/course/view.php?id=107">http://elearnin.rcgp.org.uk/course/view.php?id=107</a>



		ექიმებს შეუძლიათ DOT-ის მიწოდება ფთიზიატრთან კონსულტირების საფუძველზე. ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ეწევიან საქმიანობას დაავადებისა და მკურნალობის საიდუმლოების საბურველის მოხსნისა და პაციენტთა უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფისათვის.			
<b>გაერთიანებული სამეფო</b>	ანგარიში	პირველადი ჯანდაცვის ექიმები უზრუნველყოფენ ტუბერკულოზის აქტიურ ადრეულ დიაგნოსტიკას, ხოლო ფთიზიატრები - დიაგნოზის დადასტურებასა და მკურნალობის გეგმის შემუშავებას. დიაგნოზის დასმის შემდგომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმი მუშაობს ტუბერკულოზის მართვის მულტიდისციპლინარულ გუნდთან ერთად, რომლის შემადგენლობაში შედიან: ფთიზიატრი, პაციენტის თითოეული საჭიროების შესაბამისი პროფილის ექიმი-სპეციალისტები, აივ გუნდი, პედიატრი, ექთნები და მიკრობიოლოგი. გუნდი განიხილავს ტუბერკულოზის შემთხვევებთან დაკავშირებულ საკითხებს ორ კვირაში ერთხელ. რეგიონული ფთიზიატრიული სამსახურები ზოგჯერ უერთდებიან განხილვას ვიდუო კონფერენციის რეჟიმში.		ფთიზიატრიული მომსახურების ეფექტური მიწოდება საჭიროებს სამედიცინო დახმარების ყველა დონეს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს, სოციალურ სამსახურებსა და მაღალი რისკის ჯგუფის კონტინგენტთან მომუშავე მესამე სექტორის ორგანიზაციებს შორის თანამშრომლობას.	British Thoracic Society (2014). <i>Defining a Model for a Gold Standard for a TB Multidisciplinary Group and Associated Networks.</i>
<b>ტაივანი</b>	თეზისი	2001 წელს ტაივანმა მოახდინა ტუბერკულოზის კონტროლის ვერტიკალური პროგრამის სრული ეტაპობრივი გაუქმება და მისი სრული ინტეგრაცია ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში. დაავადების ეროვნულმა ცენტრმა იტვირთა ფთიზიატრიის ეროვნული	ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაციის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების მიუხედავად კვლევამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში გადატანის საწყის ეტაპზე	ჩაატარეთ რეგულარული კლინიკური აუდიტები პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ტუბერკულოზის	Chen-yuan, C. (2012). <i>Integration of tuberculosis services in Taiwan, 2001 : challenges and opportunities.</i>

		<p>პროგრამის საზოგადოებრივი ჯანდაცვითი ფუნქცია. ექიმებსა და წამყვან ექთნებს დაეკისრათ თითოეული საგრაფოს/ქალაქის ზედამხედველის ფუნქციები. ისინი იხილავდნენ ტუბერკულოზის შემთხვევასთან დაკავშირებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას და აძლევდნენ რეკომენდაციებს ზოგადი პროფილის კლინიკისთვის. ზოგადი პროფილის კლინიკის ექიმებს დაეკისრათ პასუხისმგებლობა ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის სფეროში.</p>	<p>ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ხარისხი იყო არადამაკმაყოფილებელი და ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა არ იყო სტანდარტების შესაბამისი.</p>	<p>კონტროლის მიმართულებით განხორციელებული საქმიანობის მონიტორინგისათვის</p>	<p>University of Bergen.</p>	
<p>ტაივანი</p>	<p>რეტროსპექტული კოჰორტული კვლევა</p>	<p>განხორციელდა ფთიზიატრიის ვერტიკალური პროგრამის დეცენტრალიზაცია და მისი ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში</p>	<p>ჯანდაცვის სისტემაში დაყოვნების (საწყისი კონსულტაციიდან მკურნალობის დაწყებამდე) დრო 2003-2008 წლებში გაიზარდა შესაბამისად 26 დღიდან 33,5 დღემდე და 2010 წლისთვის ოდნავ დაიკლო 32 დღემდე</p>	<p>ჯანდაცვის სისტემაში დაყოვნების ზრდა, რაც განპირობებული იყო ზოგადი პროფილის ექიმებს შორის ფთიზიატრიის დარგში გამოცდილების უქონლობით.</p>	<p>ფხიზლად ქვეყნებმა, რომლებიც ახდენენ ტუბერკულოზის კონტროლის ინტეგრირებას პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, უნდა გამოიჩინონ სიფრთხილე ჯანდაცვის სისტემაში დაყოვნების დროის მიმართ და განახორციელონ მისი მონიტორინგი. აუცილებელია ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და მოსახლეობისათვ</p>	<p>Chen, C., Chiang, C., Pan, S., Wang, J., &amp; Lin, H. (2015). Health system delay among patients with tuberculosis in Taiwan : 2003 – 2010. <i>BMC Infectious Diseases</i>, 1–9.</p>

<p><b>ტაივანი</b></p>	<p>პოპულაციური ბუნებრივი ექსპერიმენტული დიზაინი ჩარევისა და შედარების ჯგუფებით</p>	<p>საავადმყოფოებს და კლინიკებს, რომელთაც ერთი ფთიზიატრი მაინც ჰყავდათ, გაუფორმდათ ხელშეკრულებები შედეგზე დაფუძნებული გადახდის პრინციპით განხორციელებული პროგრამის ფარგლებში. მონაწილე კლინიკები იღებდნენ ანაზღაურებას ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის (დიფერენცირებული ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტური და პრეპარატების მიმართ მგრძობიარე ფორმების მიხედვით, მკურნალობისადმი დამყოლობის თვეების რაოდენობის მიხედვით პროგრესული სკალის გამოყენებით) და დამატებით ანაზღაურებას სხვა დამხმარე მომსახურების გაწევისათვის როგორცაა: დიაგნოსტიკა, შემდგომი მეთვალყურეობა და პაციენტთა განათლება. პროგრამის მეშვეობით მოხდა ასევე „ერთიანი საინფორმაციო პლატფორმის“ გამოყენების წახალისება, რომელმაც ხელი შეუწყო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კომუნიკაციას.</p>	<p>შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსების პროგრამაში ჩართულ პაციენტებში გამოვლინდა მკურნალობის წარმატების უფრო მაღალი და შემდგომი მეთვალყურეობიდან გამოვარდნის უფრო დაბალი მაჩვენებლები, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში.</p>	<p>ის განკუთვნილი საგანმანათლებლო აქტივობების უწყვეტ რეჟიმში განხორციელება.</p> <p>შედეგზე დაფუძნებული ფინანსური სტიმულირება შესაძლებელია იყოს პრაქტიკული მიდგომა ტუბერკულოზის კონტროლის გაუმჯობესებისათვის.</p>	<p>Lee, C.-Y., Chi, M.-J., Yang, S.-L., Lo, H.-Y., &amp; Cheng, S.-H. (2015). Using Financial Incentives to Improve the Care of Tuberculosis Patients. American Journal of Managed Care, 21(1)</p>
-----------------------	--	--	---	--	--

<b>თურქეთი</b>	თვისებრივი კვლევა	2012 წელს თურქეთმა შეამცირა ტუბერკულოზის რაოდენობა და ტუბერკულოზის კონტროლის უფლებამოსილებები გადასცა საოჯახო მედიცინის ცენტრებს. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს დაეკისრათ პასუხისმგებლობები DOT-ის განხორციელებაზე, კონტაქტების დადგენაზე და ასევე მკურნალობისადმი თავის დანებებისა და არასასურველი გვერდითი ეფექტების მართვაზე.	პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე პირებს არ გააჩნდათ გამოცილება ტუბერკულოზის მართვის საკითხებში	საოჯახო მედიცინაზე გადასვლამ გაზარდა ოჯახის ექიმთა ხელფასი, მაშინ როდესაც დისპანსერებში მომუშავე ფთიზიატრების ხელფასი დარჩა ორჯერ უფრო დაბალი, რამაც გამოიწვია დაძაბულობა სამედიცინო პერსონალს შორის. აღინიშნა უთანხმოებები და პრობლემები ტუბერკულოზის კონტროლის სფეროში საოჯახო მედიცინის კლინიკების როლის განსაზღვრისა და ამ როლის გააზრების თვალსაზრისით	ოჯახის ექიმთა ცოდნის ნაკლებობის პრობლემის გამოსწორება ტუბერკულოზის კონტროლის სფეროში ოჯახის ექიმთა მიერ შესასრულებელი როლების სამუშაოს აღწერილობებში მკაფიოდ დაფიქსირება ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამის თანამშრომელთა და ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებებში ჩართული ოჯახის ექიმების სამართლიანი ანაზღაურების უზრუნველყოფა.	Aydemir, Y. (2015). Knowledge Level of Family Physicians about Tuberculosis and their Attitudes and Views Regarding their Willingness to Work at a Tuberculosis Dispensary, 166-171.
<b>უზბეკეთი</b>	ანგარიში	ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმწიფო პროგრამამ მოახდინა ყოფილი ვერტიკალური პროგრამის დეცენტრალიზაცია და DOT-ის ქვეყნის მასშტაბით განხორციელების დელეგირება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ფთიზიატრიული დახმარების ზედამხედველობას ახორციელებენ როგორც საოჯახო მედიცინის, ისე ფთიზიატრიული	ფთიზიატრიულმა დახმარებამ გადინაცვლა უფრო დაბალი რგოლის დაწესებულებებში, რამაც ის მეტად ხელმისაწვდომი გახადა პაციენტებისათვის. რეფორმის შედეგად 2010-2014 წლებში ტუბერკულოზით	გატარებული რეფორმების უკეთესი თავსებადობის უზრუნველყოფა ტუბერკულოზის კონტროლის ადრინდელ ღონისძიებებთან.	გატარებული რეფორმების უკეთესი თავსებადობის უზრუნველყოფა ტუბერკულოზის კონტროლის ადრინდელ ღონისძიებებთან.	WHO Regional Office for Europe. (2016). <i>Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region.</i>

დაწესებულებების მენეჯერები.  
პირველადი ჯანდაცვის  
დაწესებულებები  
ანგარიშვალდებულები არიან 4  
ინდიკატორზე: შემთხვევათა  
გამოვლენა, წარმატებული  
მკურნალობა, კონტაქტების  
გამოკველვა, და პროფილაქტიკური  
მომსახურებით მოცვა.

ავადობის მაჩვენებელმა  
დაიკლო.

მულტისექტორუ  
ლი  
პარტნიორობის  
უზრუნველყოფა  
სამოქალაქო  
საზოგადოებისა  
და  
ტუბერკულოზის  
მქონე  
პაციენტების  
ჩართულობით,  
განსხვავებული  
გამოცდილებებით  
გამდიდრებისა და  
პროგრამების  
შემუშავების  
პროცესში მათი  
გათვალისწინების  
უზრუნველსაყოფ  
ად.

## გამოყენებული ლიტერატურა

- Ahamed, N, Y Yurasova, R Zaleskis, M Grzemska, L Reichman, and B Mangura. 2004. "Brief Guide on Tuberculosis Control for Primary Health Care Providers," 75.
- Akihiro Seita. 2017. "Think PHC, Do TB: Integration Based Scale up of Tuberculosis Control in Japan." *Harvard T.H.Chan School of Public Health*. Accessed July 4. <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP217.htm>.
- Amaratunga KR, and Alvarez GG. 2016. "Primary Care Pearls to Help Eliminate Tuberculosis in Canada." *Can Comm Dis Rep* 3 (42): 63–67. [https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/16vol42/dr-rm42-3/assets/pdf/16vol42\\_3-ar-03-eng.pdf](https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/16vol42/dr-rm42-3/assets/pdf/16vol42_3-ar-03-eng.pdf).
- Aydemir, Yusuf. 2015. "Knowledge Level of Family Physicians about Tuberculosis and Their Attitudes and Views Regarding Their Willingness to Work at a Tuberculosis Dispensary," 166–71. doi:10.5152/ttd.2015.4664.
- Bartholomay, Patricia, Daniele Maria Pelissari, Wildo Navegantes de Araujo, Zaida E Yadon, and Einar Heldal. 2016. "Quality of Tuberculosis Care at Different Levels of Health Care in Brazil in 2013." *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health* 39 (1): 3–11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27754532>.
- Chen, Chien-chou, Chen-yuan Chiang, Sung-ching Pan, Jann-yuan Wang, and Hsien-ho Lin. 2015. "Health System Delay among Patients with Tuberculosis in Taiwan : 2003 – 2010." *BMC Infectious Diseases*. BMC Infectious Diseases, 1–9. doi:10.1186/s12879-015-1228-x.
- Ciutan, Marius, Mihnea Dosius, and Robert Oanca. 2016. "Hospital Morbidity in Romania." *Management in Health*, 20–28. <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/438/1172>.
- "Collaborative Tuberculosis Strategy for England 2015-2020." 2015. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/403231/Collaborative\\_TB\\_Strategy\\_for\\_England\\_2015\\_2020\\_.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/403231/Collaborative_TB_Strategy_for_England_2015_2020_.pdf).
- Cs Villa, Tereza, Antônio Ruffino-Netto, Lucia M Scatena, Rubia Lp Andrade, Maria Ef Brunello, Jordana A Nogueira, Pedro F Palha, et al. 2011. "Health Services Performance for TB Treatment in Brazil: A Cross-Sectional Study." *BMC Health Services Research* 11: 241. doi:10.1186/1472-6963-11-241.
- Figueiredo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de, Tereza Cristina Scatena Villa, Lúcia Marina Scatena, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Antonio Ruffino-Netto, Jordana de Almeida Nogueira, Arleusson Ricarte de Oliveira, and Sandra Aparecida de Almeida. 2009. "Performance of Primary Healthcare Services in Tuberculosis Control." *Revista de Saude Publica* 43 (5): 825–31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19768237>.
- Harvard Medical School. 2016. "Stemming the Tide of Drug-Resistant Tuberculosis: Handbook on Best Practices for Clinical and Program Management of Drug-Resistant Tuberculosis: Lessons Learned from Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria TB Grants in Eastern Europe and Cent." Vol. 1. Dubai.
- Katsuda, Nobuyuki, Tomoya Hirotsawa, Joshua A Reyer, and Nobuyuki Hamajima. 2015. "ROLES OF PUBLIC HEALTH CENTERS (HOKENJO) IN TUBERCULOSIS CONTROL IN JAPAN." *Nagoya J. Med. Sci* 77 (28). [https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya\\_j\\_med\\_sci/7712/03\\_Katsuda.pdf](https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/7712/03_Katsuda.pdf).
- Keizo Takemi. 2015. "Global Health and Human Security | Lessons from Japan's &quot;T-

- Shaped&quot; Approach to TB.” *JCIE Global Health Special Series*.  
[http://www.jcie.or.jp/cross/globalhealth/jcie\\_global\\_health\\_special\\_series\\_4.html](http://www.jcie.or.jp/cross/globalhealth/jcie_global_health_special_series_4.html).
- Laszlo, Imre, Alexandre Lourenço, Nisha Ahamed, Szabolcs Szigeti, and Pierpaolo de Colombani. 2017. “Improving Payment Mechanisms to Support a New Delivery Model for TB Care in Romania.”
- Lee, Cheng-yi, Mei-ju Chi, Shiang-lin Yang, Hsiu-yun Lo, and Shou-hsia Cheng. 2015. “Using Financial Incentives to Improve the Care” 21 (1).
- Madhukar, Pai. 2016. *Let’s Talk TB: A Supplement to GP Clinics*. Second Edition.
- Mayers, PM. 2010. “Nurses’ Experiences of Guideline Implementation in Primary Health Care Settings.” University of Stellenbosch. <https://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/1437>.
- Mori, Toru, and Noriko Kobayashi. 2009. “Tuberculosis Treatment in Japan: Problems and Perspectives — How to Expand the Japanese Version of DOTS —.” *JMAJ* 52 (522): 112–16. [https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009\\_02/112\\_116.pdf](https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_02/112_116.pdf).
- NICE. 2016. “Tuberculosis.”
- OECD, and WHO. 2011. “Report Joint ECDC / WHO Regional Office for Europe Tuberculosis Country Visit Norway.”
- Peeling, Louise. 2013. “The Resurgence of Tuberculosis and the Implications for Primary Care.” *Br J Gen Pract*.
- Pierpaolo de Colombani et al. 2013. “Review of the National Tuberculosis Programme in the Republic of Moldova, 4–15 February 2013.” [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/236154/e96959.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/236154/e96959.pdf?ua=1).
- RCGP. 2016. “Tuberculosis in General Practice.” Royal College of General Practitioners. <http://www.rcgp.org.uk/learning/online-learning/ole/tuberculosis-in-general-practice.aspx>.
- Sá, Lenilde Duarte de, Anna Luiza Castro Gomes, Jordana de Almeida Nogueira, Tereza Cristina Scatena Villa, Káren Mendes Jorge de Souza, and Pedro Fredemir Palha. 2011. “Intersectorality and Bonding in Tuberculosis Control in Family Health.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19 (2): 387–95. doi:10.1590/S0104-11692011000200022.
- Salve, Solomon, Kabir Sheikh, and John DH Porter. 2016. “Private Practitioners’ Perspectives on Their Involvement With the Tuberculosis Control Programme in a Southern Indian State.” *International Journal of Health Policy and Management* 5 (11): 631–42. doi:10.15171/ijhpm.2016.52.
- Shimao, Tadao. 2016. “PECULIARITY OF NATIONAL TUBERCULOSIS PROGRAM, JAPAN--Public-Private Mix from the Very Beginning, and Provision of X-Ray Apparatus in Most General Practitioner’s Clinics.” *Kekkaku : [Tuberculosis]* 91 (2): 69–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27263229>.
- Silva-Sobrinho, Reinaldo Antonio, Adriana Zilly, Aline Aparecida Monroe, Érika Simone Galvão Pinto, Rosane Meire Munhak da Silva, and Tereza Cristina Scatena Villa. 2014. “Ambivalence Regarding Tuberculosis Control Actions in Primary Health Care.” *Northeast Network Nursing Journal* 15 (4). doi:10.15253/REV.RENE.V15I4.4888.
- Society, British Thoracic. 2014. “Defining a Model for a Gold Standard for a TB MDT Group and Associated Networks,” no. March.
- Stillo, Jonathan, Nonna Turusbekova, and T B C Consult. 2017. “Romanian Integrated Community Support Services for Tuberculosis.”
- Stosic, Maja, Natasa Lazarevic, Vesna Kuruc, and Lidija Ristic. 2015. “Assessment of the Role of Primary Health Care in Tuberculosis Control in Serbia.” *Medicinski Pregled* 68 (9–10): 331–35. doi:10.2298/MPNS1510331S.
- Trigueiro, Janaína Von Söhsten, Jordana de Almeida Nogueira, Lenilde Duarte de Sá, Pedro Fredemir Palha, Tereza Cristina Scatena Villa, and Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro. 2011. “Tuberculosis Control: Decentralization, Local Planning and Management Specificities.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19 (6). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /



- Universidade de São Paulo: 1289–96. doi:10.1590/S0104-11692011000600003.
- Valeria Acs, and Ianosi Edith Simona. 2012. “The Role of the General Practitioner in the Prevention of Tuberculosis.” *Acta Medica Marisiensis* 58 (6): 485–90.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1591723&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Villa, Tereza Cristina Scatena, and Antônio Ruffino-Netto. 2009. “Performance Assessment Questionnaire Regarding TB Control for Use in Primary Health Care Clinics in Brazil.” *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 35 (6). Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: 610–12. doi:10.1590/S1806-37132009000600014.
- WHO. 2006. “THE STOP TB STRATEGY Building on and Enhancing DOTS to Meet the TB-Related Millennium Development Goals.”  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO\\_HTM\\_STB\\_2006.368\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf).
- . 2015a. “The End TB Strategy Global Strategy and Targets for Tuberculosis Prevention, Care and Control after 2015.” [http://www.who.int/tb/strategy/End\\_TB\\_Strategy.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1).
- . 2015b. *Universal Health Coverage*.  
[http://www.wpro.who.int/about/regional\\_committee/66/documents/wpr\\_rc66\\_06\\_uhc\\_7sep.pdf](http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/documents/wpr_rc66_06_uhc_7sep.pdf).
- Wysocki, Anneliese Domingues, Maria Amélia Zanon Ponce, Maria Eugênia Firmino Brunello, Aline Ale Beraldo, Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Lúcia Marina Scatena, Antonio Ruffino Netto, and Tereza Cristina Scatena Villa. 2017. “Primary Health Care and Tuberculosis: Services Evaluation.” *Revista Brasileira de Epidemiologia* 20 (1): 161–75. doi:10.1590/1980-5497201700010014.
- Wysocki, Anneliese Domingues, Tereza Cristina Scatena Villa, Tiemi Arakawa, Maria Eugênia Firmino Brunello, Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Aline Aparecida Monroe, and Afranio Lineu Kritski. 2016. “Latent Tuberculosis Infection Diagnostic and Treatment Cascade among Contacts in Primary Health Care in a City of Sao Paulo State, Brazil: Cross-Sectional Study.” Edited by Joan A Cayl? *PLOS ONE* 11 (6): e0155348. doi:10.1371/journal.pone.0155348.
- Yasin, Yesim, and Selma Karabey. 2016. “Disconnecting the DOTS: Misconceptions about the Therapeutic Paradigm of Tuberculosis Patients at Family Healthcare Centers in Istanbul.” *Journal of Public Health* 24 (2). Springer Berlin Heidelberg: 141–46. doi:10.1007/s10389-016-0708-9.