

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი

პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების შემცირება
სოფლად შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის
ხელმისაწვდომობის, მათი პროდუქტიულობის და ჯანდაცვის
სხვა რგოლებთან ინტეგრირების გაზრდით



ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში



ჯანმრთელობის დაცვა ყველა ქვეყნის პრიორიტეტი. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის პირველადი ჯანდაცვის, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მექანიზმის, როლი უმნიშვნელოვანესია. პირველადი ჯანდაცვის საბოლოო მიზანი არის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ყველასათვის დაჯა ნმრთელობაზე გაწეული დანახარჯების შემცირება. განსაკუთრებულ აქტუალობას პირველადი ჯანდაცვა იძენს სოფლებში, სადაც სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობა გაცილებით დაბალია.

ჩვენთვის მნიშვნელოვანია, რომ პირველადი ჯანდაცვა იყოს ყველასთვის ხელმისაწვდომი და ეფექტიანად ახორციელებდეს თავის ფუნქციას. სწორედ ამ მიზნით, მნიშვნელოვანია სახელმწიფო პროგრამების სათანადო დაგეგმვა და აღმინისტრირება, რაც გააუმჯობესებს პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და გაწეული მომსახურების ხარისხს.

წინამდებარე აუდიტის ანგარიშში განხილულია სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის წინაშე მდგარი პრობლემები, მათი გამომწვევი მიზეზები და წარმოდგენილია შესაბამისი რეკომენდაციები.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი

პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების შემცირება სოფლად შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობის, მათი პროდუქტიულობის და ჯანდაცვის სხვა რგოლებთან ინტეგრირების გაზრდით

ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში

სარჩევი

ანგარიშში გამოყენებულ ტერმინთა მნიშვნელობა.....	4
შემაჯამებელი მიმოხილვა	5
1. შესავალი.....	8
1.1 აუდიტის მოტივაცია	8
1.2 აუდიტის მიზანი და კითხვები	10
1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	11
1.4 შეფასების კრიტერიუმები	13
2. ზოგადი ინფორმაცია	14
2.1 პირველადი ჯანდაცვის არსი და ძირითადი ფუნქციები	14
2.2 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის დიზაინი.....	16
2.3 პროგრამის დაფინანსების სისტემა და ბიუჯეტი.....	17
2.4 პროგრამის ფარგლებში განსახორციელებელი მომსახურება	19
აუდიტის მიგნებები.....	20
3. სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობა	20
3.1 სამედიცინო პერსონალის დემოგრაფიულ განაწილებაში არსებული ნაკლოვანებები	20
3.2 სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზები	24
3.3 ინფრასტრუქტურასთან დაკავშირებული პრობლემები.....	28
4. სოფლის ექიმების პროდუქტიულობის წინაპირობები	32
4.1 პროგრამის ადმინისტრირების სისტემაში არსებული ნაკლოვანებები	35
4.2 ანაზღაურების სისტემა შედეგზე ორიენტირებული არ არის.....	41
4.3 ექიმების კვალიფიკაციასთან და ინფორმირებულობასთან დაკავშირებული ნაკლოვანებები	43
5. სოფლის ექიმის არასაკმარისი ჩართულობა სკრინინგის პროგრამაში.....	48
6. ანგარიშგებასთან დაკავშირებული პრობლემები	51
7. დამატებითი ინფორმაცია - სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებებისთვის დადგენილი ლიმიტების განსაზღვრაში არსებული ნაკლოვანება.....	53
შემაჯამებელი დასკვნა და რეკომენდაციები.....	55
ბიბლიოგრაფია	60
დანართები	62

ანგარიში გამოყენებულ ტერმინთა მნიშვნელობა

სამინისტრო - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სააგენტო - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროში
შემავალი სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო

AAFP - საოჯახო მედიცინის აკადემია

UNFPA - გაეროს მოსახლეობის ფონდი

WHO - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

WONCA - ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია

შეჯამებული მიმოხილვა

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა სოფლად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის, სოფლის ექიმის პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა ყველა ქვეყნისთვის პრიორიტეტული მიმართულებაა, თუმცა განსაკუთრებულ გამოწვევას უკავშირდება ჯანმრთელობის დაცვა განვითარებადი ქვეყნებისთვის, რომლებიც ცდილობენ სოციალურ-ეკონომიკური გარემოებებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებულად შეზღუდული მატერიალური რესურსის ფარგლებში მაქსიმალური შედეგის მიღწევას. ასეთ შემთხვევაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წინაპირობა პირველადი ჯანდაცვის მყარი საფუძვლის არსებობაა, ვინაიდან დადგენილია, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლი არის ჯანმრთელობის დაცვის მეკარიბჭე, რომელიც ერთგვარად აკავებს მოსახლეობის ავადობას, აუმჯობესებს ჯანმრთელობის მაჩვენებლებს და ქვეყნებს საშუალებას აძლევს გადაუდებელ და სტაციონარულ მომსახურებაზე დანახარჯები შეამცირონ.

საქართველოს სოფლებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლის ექიმის პროგრამის სახით მიეწოდებათ. პროგრამა 2009 წლიდან ამოქმედდა. წლების განმავლობაში ის სადაზღვევო კომპანიების თანამონაწილეობით ხორციელდებოდა, ხოლო 2014 წლის დასაწყისში სახელმწიფომ სრულად გადმოიბარა პროგრამის ადმინისტრირება და დაფინანსება, რაც ყოველწლიურად დაახლოებით 20 მილიონ ლარს შეადგენს. ამასთან, ექიმების მომსახურების ანაზღაურება 30%-ით გაიზარდა წინა წლებთან შედარებით.

სოფლის ექიმის პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას 2000-ზე მეტი სამედიცინო პერსონალი ახორციელებს, აქედან 2014 წლის მონაცემებით ხელშეკრულების საფუძველზე მომსახურებას ახორციელებს 1210 ექიმი.

პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში სოფლის ექიმებთან და ექთნებთან მიმართვიანობა საქართველოს მასშტაბით ყოველთვიურად დაახლოებით 130,000 ვიზიტს შეადგენს.

პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობიდან, ასევე სოფლის მოსახლეობის განსაკუთრებული საჭიროებების და პროგრამაზე განეული დანახარჯების არსებობიდან გამომდინარე, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა სოფლის ექიმის პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, რის შედეგადაც იდენტიფიცირებული იქნა ნაკლოვანებები, რომელიც უკავშირდება პროგრამის დიზაინს, ადმინისტრირებას, მონიტორინგსა და მიღწეული შედეგების შეფასებას.

პირველადი ჯანდაცვა სოფლად თანაბრად უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მოსახლეობისთვის. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სამედიცინო პერსონალის დემოგრაფიული განაწილების კრიტერიუმი დადგენილი არ არის და გარკვეულ შემთხვევებში მნიშვნელოვნად აღემატება გონივრულ ზღვარს. ამასთან, პროგრამის ფარგლებში 10,000-ზე მეტი ადამიანი ნაწილობრივ (ექთნის საშუალებით) იღებს მომსახურებას. გარდა ამისა, სახეზეა გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზები და არსებობს სამედიცინო პერსონალის უკეთ განაწილების პოტენციალი.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ გრძელვადიანად პროგრამის დიზაინში არსებული რიგი ნაკლოვანებების გამო ვერ იქნება მიღწეული მაქსიმალური შედეგები და ვერ გაუმჯობესდება სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია და მომსახურების პროდუქტიულობა.

სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობა უკავშირდება ისეთ მნიშვნელოვან ფაქტორებს, როგორიცაა: მდგრადი მართვის სისტემა, მოტივაცია, ანაზღაურება, კვალიფიკაცია.

ექიმების დატვირთვა, რომელიც ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთი მაჩვენებელია, საგრძნობლად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ამისი მიზეზი შეიძლება კონკრეტული ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი რელიეფი, მოსახლეობის განსხვავებული რაოდენობა და დასახლების სიმჭიდროვე იყოს. თუმცა არსებობს ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებულ 2 ექიმს მნიშვნელოვნად განსხვავებული დატვირთვა აქვს, რაც ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობის მაჩვენებელია.

ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობა სხვადასხვა მიზეზს უკავშირდება: ექიმების 20% შეთავსებით დასაქმებულია სხვა სამსახურში, ამასთან, სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დროის რეჟიმი არ არის დარეგულირებული, ხოლო სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს არ გააჩნია სამედიცინო პერსონალის მონიტორინგის მექანიზმი. აღნიშნული ბერკეტების არარსებობა, სამედიცინო პერსონალს საშუალებას აძლევს სასურველი დროით და ჯერადობით იარონ მომსახურების განევის ადგილას. შესაბამისად, ხშირად საგრძნობლად განსხვავებულია ისეთი ექიმების დატვირთვა, რომლებიც თანაბარ პირობებში (მოსახლეობის რაოდენობა, გეოგრაფიული თავისებურება) ასრულებენ სამუშაოს.

სამინისტროს განმარტებით, ისეთ პერსონალთან ხელშეკრულებების გაფორმება, რომლებიც სხვა სამსახურში არიან დასაქმებული, სოფლად კადრის დეფიციტს უკავშირდება, თუმცა სამედიცინო პერსონალთან გაფორმებული ხელშეკრულების ფორმა ვერ ქმნის კადრის მოძიების საფუძველს. კერძოდ, ექიმებისგან მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვებით დადგენილი წესით - გამარტივებული შესყიდვის სახით, შესაბამისად არ ცხადდება ვაკანსიები, არ ხდება დაინტერესებული მხარეების მასობრივი ინფორმირება არსებულ პოზიციებთან დაკავშირებით.

პროგრამის დაფინანსების სისტემა ვერ ქმნის სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მიღწევის წინაპირობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება არ ემყარება ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. არსებული მოდელით, თუ ექიმს ბევრი პაციენტი ჰყავს, მას გაცილებით მეტი მატერიალური ხარჯის გაღება უნევს საკუთარი ანაზღაურებიდან ვიდრე ექიმს, რომელიც პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას ნაკლებად ახორციელებს სხვადასხვა მიზეზის გამო: სხვა დანესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო და სხვ.

ექიმის პროდუქტიულობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანი ფაქტორია სოფლის ექიმის კვალიფიკაცია. სოფლის ექიმი ახორციელებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას, შესაბამისად ცენტრალური როლი ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას უნდა ენიჭებოდეს. სოფლის ექიმების ნაწილი არ არის გადამზადებული და სერტიფიცირებული საოჯახო მედიცინაში, რაც მათ პროდუქტიულობაზე გარკვეულწილად აისახება.

პირველადი ჯანდაცვა დაავადებათა ადრეული გამოვლენის უმნიშვნელოვანესი მექანიზმია. დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკის ერთ-ერთ ბერკეტს, თავის მხრივ, სკრინინგის პროგრამები წარმოადგენს. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამასა და სკრინინგის პროგრამას შორის კოორდინაცია სუსტია. სოფლის ექიმების სკრინინგის პროგრამაში ჩართვით შესაძლებელია გაიზარდოს სკრინინგით მოცული კონტიგენტი.

რაც შეეხება პროგრამის შეფასების სისტემას, არსებული ინდიკატორების მიხედვით, პრო-

გრამა განმახორციელებლის მიერ შეფასებული არ არის, ვინაიდან არ არსებობს პროგრამის შეფასების წინაპირობები. კერძოდ, სამედიცინო პერსონალის მიერ ყოველთვიურად წარმოდგენილი ანგარიშგება არ კონსოლიდირება და არ ხდება მისი ანალიზი. ამასთან, დადგენილი სტატისტიკური ფორმა არასრულყოფილია და არ მოიცავს შეფასებისთვის სხვადასხვა მნიშვნელოვან ინფორმაციას.

წინამდებარე ანგარიშში განხილულია პრობლემები, მათი გამომწვევი მიზეზი და გაცემულია შესაბამისი რეკომენდაციები. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ რეკომენდაციების შესრულების შემთხვევაში არსებობს პროგრამის მოკლევადიანი და გრძელვადიანი შედეგების გაუმჯობესების პოტენციალი. პროგრამის დიზაინის და მართვის სისტემის გაუმჯობესებით, შესაძლებელია მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის გაუმჯობესება და დაავადებათა ადრეული გამოვლენის ხელშეწყობა.

1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტია მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა. აღნიშნული ხორციელდება სხვადასხვა სახის პროგრამებით, რომელთა მიზანია მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე მიმართული მთელი რიგი ღონისძიებების გატარება.

პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანად ფუნქციონირებისათვის საჭირო უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობისათვის დროული და ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება. ის პასუხობს ჯანმრთელობის პრობლემებს და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს საზოგადოებაში, ხელს უწყობს დაავადებათა პრევენციას და ადრეულ გამოვლენას, მოიცავს მკურნალობასა და სარეაბილიტაციო სერვისებს.¹

პირველადი ჯანდაცვა არ წარმოადგენს ცალკეულ რგოლს, რომელიც დამოუკიდებელია ჯანმრთელობის დაცვის სხვა დონეებისგან. ის ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ ფუნქციას ჯანმრთელობის დაცვაში და ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფრო მაღალ საფეხურებთან.

საქართველოში სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებს (40.5%), დაუზუსტებელ მიზეზებს (33.8%), ახალ წარმონაქმნებს - სიმსივნურ დაავადებებს (10.6%).²

სიმსივნური დაავადებებით სიკვდილიანობის მაღალი დონე უმეტესწილად განპირობებულია ადრეულ I და II სტადიაზე დაბალი გამოვლენის მაჩვენებლით (25%-დან 30%-მდე). დაავადებათა გამოვლენა დაგვიანებულ ეტაპზე თავის მხრივ პირველად ჯანდაცვაში არსებულ პრობლემებს უკავშირდება.

საყოველთაო ჯანდაცვის 2014 წლის მონაცემების მიხედვით, ქვეყანაში გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე განეული დანახარჯები წლიურად საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის ფარგლებში განეული დანახარჯების (335,602,940 ლარი) 70%-ს³, ხოლო გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი 13%-ს შეადგენს.

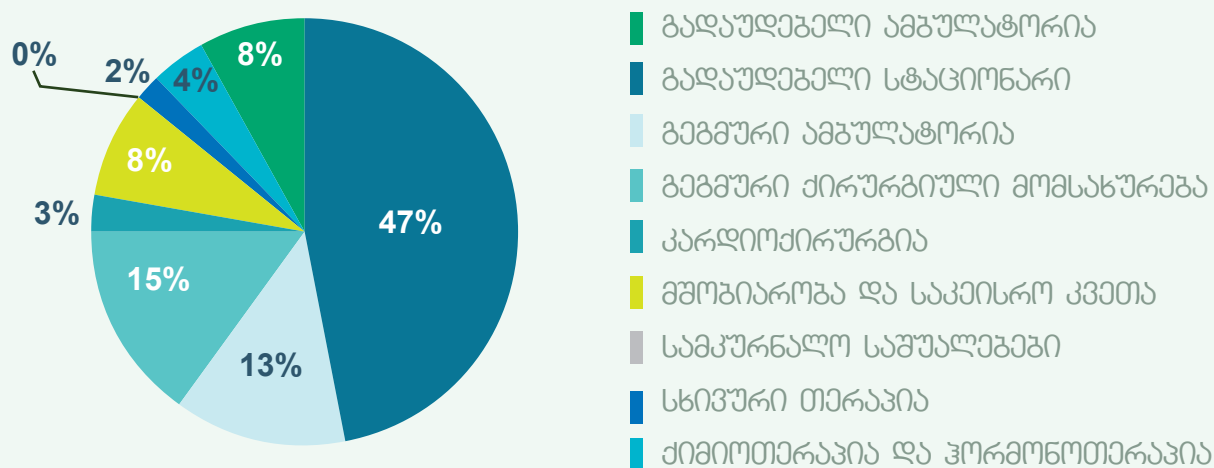
¹ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care - ალმა-ატის პირველადი ჯანდაცვის კონფერენციის დეკლარაცია

² დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი-სტატისტიკური ინფორმაცია;

³ გარდა ქიმიო, ჰორმონო, სხივური თერაპიისა და მშობიარობაზე განეული დანახარჯებისა.

გრაფიკი №1.1: 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში გაწეული ხარჯი მომსახურების მიხედვით

2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში კომპონენტების მიხედვით გაწეული ხარჯი



როგორც სამინისტროს ანგარიშებიდან ირკვევა⁴ გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე მიმართვიანობა დაბალია გადაუდებელ მომსახურებასთან შედარებით.

“სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშიდან” ირკვევა,⁵ რომ პირველადი ჯანდაცვის არადაამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა ზრდის ხარჯს გადაუდებელ მომსახურებებზე.

შესაბამისად, პირველადი ჯანდაცვის სისტემა გავლენას ახდენს არა მარტო ქვეყნის ჯანდაცვის მდგომარეობის, ძირითადი ინდიკატორების და დაავადებათა დროული გამოვლენის მაჩვენებლების გაუმჯობესებაზე, არამედ გრძელვადიანად ხელს უწყობს ჯანდაცვაზე გაწეული სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების შემცირებას.

საქართველოს სოფლებში პირველად ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელია სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანი სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაა. 2014 წლის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 46.3%⁶ სოფლად ცხოვრობს, შესაბამისად, მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დროული და ხარისხიანი მიწოდება დიდ წილად სოფლის ექიმის პროგრამის ეფექტიანად განხორციელებაზე დამოკიდებული.

⁴ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების 2013 წლის ანგარიში - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; სსიპ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 2014 .

⁵ სახელმწიფო აუდიტის სამსახური - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დროულ რეაგირებასა და მომსახურებაში არსებული პრობლემები.

⁶ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური - http://geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo.

პროგრამა 2009 წლიდან მიმდინარეობს, პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ აუდიტი არ ჩატარებულა.

პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემები მიუთითებს რისკებზე, რომ სოფლა პროგრამის ფარგლებში არსებული მომსახურება მოსახლეობისთვის არასაკმარისად ხელმისაწვდომი და პროდუქტიულია, რამაც შესაძლებელია ჯანდაცვაზე გაზრდილი სახელმწიფო თუ კერძო დანახარჯები გამოიწვიოს.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ გამოვლენილი გარემოებების სიღრმისეულმა შესწავლამ და გაცემულმა რეკომენდაციებმა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაზარდოს პირველადი ჯანდაცვის პროდუქტიულობა სოფლად, რაც სამომავლოდ შესაბამისად აისახება ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის მაჩვენებლებსა და ჯანდაცვაზე განხილულ დანახარჯებზე.

1.2 აუდიტის მიზანი და კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს სოფლად პირველადი ჯანდაცვის პროდუქტიულობის საკითხები: პროგრამის ფარგლებში განხილული მომსახურების ხელმისაწვდომობა, მოსახლეობისთვის პროდუქტიული მომსახურების განხილვის წინაპირობების არსებობა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოფლის ექიმის ინტეგრირება. გამოვლენილი გარემოებები და შესაბამისი რეკომენდაციები აისახება აუდიტის ანგარიშში.

ზემოაღნიშნული მიზნით, აუდიტმა უპასუხა შემდეგ კითხვას:

რამდენად უზრუნველყოფს სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პროდუქტიულობას სოფლად?

მთავარ კითხვაზე პასუხის გასაცემად, აუდიტმა უპასუხა შემდეგ ქვეკითხვებს:

- » რამდენად უზრუნველყოფილია პირველადი ჯანდაცვის თანაბარი გეოგრაფიულ-დემოგრაფიული ხელმისაწვდომობა სოფლად?
- » რამდენად ქმნის პროგრამის დიზაინი პროდუქტიული მომსახურების განხილვის წინაპირობას?
- » რამდენად უზრუნველყოფილია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის კოორდინაცია უფრო მაღალი დონის ჯანდაცვის სისტემასთან?
- » რამდენად უზრუნველყოფს სოფლის ექიმების მიერ წარმოდგენილი ანგარიში პირველადი ჯანდაცვის მდგომარეობის ანალიზის შესაძლებლობას და პრობლემური მიმართულებების გამოვლენას?

1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტის „პირველადი ჯანდაცვა სოფლად“ აუდიტის პერიოდი მოიცავს 2014 წელს. აუდიტის მიზნებისთვის ასევე გამოყენებულია აუდიტის მიმდინარეობის პერიოდიც - 2015 წლის I-II კვარტალი.

აუდიტმა დამატებით შეისწავლა პროგრამის ერთ-ერთი კომპონენტის, კერძოდ, სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდების ფარგლებში განსაზღვრული ფინანსური ლიმიტებისა და ანგარიშგების საკითხები.

აუდიტის ობიექტს წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მის სისტემაში შემავალი სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო.

აუდიტის ძირითად კითხვაზე პასუხების მოსაპოვებლად შემუშავდა აუდიტორული პროცედურები, რომლის მეშვეობითაც შესწავლილ იქნა სოფლის ექიმის პროგრამის მართვის, ადმინისტრირების, დაფინანსების, პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების საკითხები, რის შესასწავლადაც გამოყენებულ იქნა სხვადასხვა მეთოდები:

- » საერთაშორისოდ მიღებული პრაქტიკის გაცნობა და ანალიზი;
- » სამართლებრივი ბაზისა და მარეგულირებელი ნორმების ანალიზი;
- » პროგრამის მართვისა და ადმინისტრირების პროცედურების ანალიზი;
- » მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- » სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი;
- » ფინანსური დოკუმენტაციის ანალიზი;
- » დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- » აუდიტის ობიექტებთან (შესაბამის პასუხისმგებელ პირებთან) ინტერვიუები;
- » გამოკითხვები - მუნიციპალიტეტებისა და ექიმების გამოკითხვა კითხვარების მეშვეობით:
- » **მუნიციპალიტეტების გამოკითხვა** - კითხვარი მიზნად ისახავდა მოსახლეობის რაოდენობის, ამბულატორიების მდგომარეობის, სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებული პრობლემების დადგენას. კითხვარები გაიგზავნა საქართველოს მუნიციპალიტეტებში. საქართველოში სულ 63 მუნიციპალიტეტია, აქედან 4 მუნიციპალიტეტს არ აქვს სოფლები, ასევე მცხეთა-მთიანეთის რეგიონის ორ მუნიციპალიტეტში არ ხორციელდება სოფლის ექიმის პროგრამა. შესაბამისად, კითხვარი გაიგზავნა 57 მუნიციპალიტეტში, აქედან, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა 53 (93%) მუნიციპალიტეტიდან მიიღო პასუხი.
- » **სოფლის ექიმების გამოკითხვა** - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს რეგიონული სამხარეო ცენტრების მეშვეობით, კითხვარი შეავსო სხვადასხვა რეგიონის 185 სოფლის ექიმმა. კითხვარი ემსახურებოდა ექიმების სამუშაო გრაფიკის, სამუშაო საათების, მიღებული პაციენტების რაოდენობის, მომსახურებასთან დაკავშირებული სირთულეების დადგენას. კითხვარმა ასევე მოიცვა დაავადებათა ადრეული გამოვლენის პროგრამებში ექიმების ჩართულობისა და ინფორმირებულობის საკითხები.

აუდიტის თითოეულ ქვეკითხვაზე პასუხის გასაცემად გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები და პროცედურები:

- » **რამდენად უზრუნველყოფილია პირველადი ჯანდაცვის თანაბარი გეოგრაფიულ- დემო-გრაფიული ხელმისაწვდომობა სოფლად?** - კითხვაზე პასუხის გასაცემად შესწავლილ იქნა სამართლებრივი ბაზა, რომელიც არეგულირებს სამედიცინო პერსონალის განაწილებას. განხორციელდა სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი. ამასთანავე, ხელმისაწვდომობის საკითხებთან დაკავშირებით შესწავლილ იქნა საერთაშორისო პრაქტიკა. ტერიტორიული ერთეულების სოფლებს შორის მანძილის დადგენა განხორციელდა რუკების მეშვეობით. მოხდა მუნიციპალიტეტებისა და ექიმების გამოკითხვა მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან, ამბულატორიების მდგომარეობასთან დაკავშირებით. აუდიტის ობიექტთან ჩატარდა ინტერვიუები (სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო - 2, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი -1);
- » **რამდენად ქმნის პროგრამის დიზაინი პროდუქტიული მომსახურების განვითარების ნინაპირობას?** - კითხვაზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს (2014 წელი) მონაცემთა ბაზების ანალიზი, ექიმების დასაქმების საკითხების შესწავლა - დასაქმებულთა მონაცემთა ბაზების ანალიზი. ექიმების ანაზღაურებასთან დაკავშირებული სამართლებრივი ბაზის, საერთაშორისო პრაქტიკისა და ექიმებთან გაფორმებული ხელშეკრულებების შესწავლა და ანალიზი. ექიმების კვალიფიკაციის მარეგულირებელი ნორმებისა და საერთაშორისო პრაქტიკის შესწავლა. პროგრამის ადმინისტრირების პროცედურის ანალიზი, ექიმების დატვირთვის-თან და მომსახურებასთან დაკავშირებული კითხვები გათვალისწინებულ იქნა მუნიციპალიტეტებისა და ექიმების გამოკითხვაში. სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან ჩატარდა 2 ძირითადი ინტერვიუ;
- » **რამდენად უზრუნველყოფილია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის კოორდინაცია უფრო მაღალი დონის ჯანდაცვის სისტემასთან?** - კითხვაზე პასუხის გასაცემად ჩატარდა ექიმების გამოკითხვა, საერთაშორისო პრაქტიკის შესწავლა, დოკუმენტაციის ანალიზი. ჩატარდა ინტერვიუ სამინისტროს სისტემაში შემავალ სსიპ - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან, რომელიც ახორციელებს დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამას;
- » **რამდენად უზრუნველყოფს წარმოდგენილი ანგარიში პირველადი ჯანდაცვის მდგომარეობის ანალიზის შესაძლებლობას და პრობლემური მიმართულებების გამოვლენას?** - კითხვაზე პასუხის გასაცემად განხორციელდა წარმოდგენილი ანგარიშების, მონაცემთა ბაზების ანალიზი, ასევე ჩატარდა 2 ძირითადი ინტერვიუ სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან და სსიპ - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან.

1.4 შეფასების კრიტერიუმები

პირველადი ჯანდაცვის ეფექტიანობის ინდიკატორებს განსაზღვრავენ ისეთი მნიშვნელოვანი საერთაშორისო ორგანიზაციები და პროფესიული გაერთიანებები, როგორიცაა:

- » ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO);
- » ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA - GLOBAL FAMILY DOCTORS);
- » საოჯახო მედიცინის აკადემია (AAFP).

აღნიშნული ორგანიზაციების მიერ განსაზღვრულ სტანდარტებში გათვალისწინებულია სხვადასხვა ქვეყნების საუკეთესო პრაქტიკა და ექსპერტული მოსაზრებები. სტანდარტები და საუკეთესო პრაქტიკა მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, ექიმების ანაზღაურების საკითხები, ოჯახის ექიმების კვალიფიკაციასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხები.

აღნიშნული კრიტერიუმები ქვემოთ მოცემულ თავებში დეტალურადაა განმარტებული.

სისტემის შეფასებისთვის ასევე გამოყენებულ იქნა:

- » საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 2 დეკემბრის დადგენილება №50 და შესაბამისი ცვლილებები;
- » საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის №24 დადგენილება;
- » საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის №1-264/ო ბრძანება;
- » საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის №44/ნ ბრძანება;
- » პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო პერსონალთან გაფორმებული ხელშეკრულებები;
- » 2006 წლის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა.

2. ზოგადი ინფორმაცია

2.1 პირველადი ჯანდაცვის არსი და ძირითადი ფუნქციები

ალმა-ატის დეკლარაციის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრება როგორც აუცილებელი ჯანდაცვა, რომელიც უნდა იყოს თანაბრად ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისთვის და უნდა ითვალისწინებდეს საზოგადოების თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემაში.⁷

პირველადი ჯანდაცვა ხელს უწყობს: საზოგადოების ინფორმირებულობას და განათლებას დომინანტური ჯანმრთელობის პრობლემების, პრევენციული მეთოდების შესახებ, ჯანსაღ კვებას, სასმელ წყალთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოფხვრას, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, იმუნიზაციას ძირითადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ. ის უზრუნველყოფს ესენციური, პირველადი მედიკამენტებით მოსახლეობის უზრუნველყოფას შესაბამისი საჭიროების შემთხვევაში.

პირველადი ჯანდაცვა არ წარმოადგენს ცალკეულ რგოლს, რომელიც დამოუკიდებელია ჯანმრთელობის დაცვის სხვა დონეებისგან. ის ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ ფუნქციას ჯანმრთელობის დაცვაში და ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფრო მაღალ საფეხურებთან პაციენტის რეფერალის (გადამისამართების) სისტემის მეშვეობით.

სქემა №1.1: ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პირამიდა⁸



⁷ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf - ალმა-ატის დეკლარაცია.

⁸ სპეციალიზებული კლინიკები - დამატებითი ჯანდაცვის მომსახურება (tertiary care), რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის პირამიდაში მესამე (ყველაზე მაღალ) საფეხურს წარმოადგენს.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება 4 კომპონენტს მოიცავს:⁹

სქემა №1.2: პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება



ხელმისაწვდომობა - პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში, შესაბამისად, საზოგადოების თითოეულ წევრს უნდა შეეძლოს სერვისით სარგებლობა.

უწყვეტობა - პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტთან მუშაობა უწყვეტი პროცესია. ოჯახის ექიმს აქვს საშუალება პაციენტზე ანარმოს ხანგრძლივი დაკვირვება.

ყოვლისმომცველობა - საოჯახო მედიცინა ზრუნავს პაციენტის ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე.

კოორდინირება - საოჯახო მედიცინა გადაამისამართებს პაციენტს ჯანდაცვის სისტემის სხვა რგოლში, საჭიროების შესაბამისად.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის საფუძველზე საოჯახო მედიცინის სისტემა განვითარდა. ოჯახის ექიმი არის პირი, რომელსაც უმეტესად გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღების მსურველი, ასევე პრევენციული ვიზიტის მსურველი პირი მიმართავს, თუმცა ეს არ გულისხმობს იმას, რომ ოჯახის ექიმმა საჭიროების შემთხვევაში არ გასწიოს გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება.

ოჯახის ექიმის სპეციალობა ცენტრალიზებულია ხანგრძლივ, ზრუნვით ურთიერთობებზე პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან.

⁹ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf **ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინსტრუმენტები**

2.2 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის დიზაინი

საქართველოში პირველად ჯანდაცვას სოფლად უზრუნველყოფს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის განმახორციელებელია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - სამინისტრო) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო (შემდგომში - სააგენტო). ცენტრალური როლი პროგრამაში უჭირავს სოფლის ექიმს, რომელიც ოჯახის ექიმს წარმოადგენს სოფლად.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს ისეთ კომპონენტებს, როგორებიცაა:

- » **პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად** - აღნიშნული კომპონენტი ემსახურება სოფლად პირველად ჯანდაცვას. კომპონენტის ფარგლებში საქართველოს თითქმის ყველა სოფლისთვის ფორმდება ხელშეკრულება სოფლის ექიმსა და ექთანთან;¹⁰
- » **შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება** - კომპონენტის ფარგლებში ფინანსდება შპს შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, რომლის ფარგლებშიც უზრუნველყოფილია ამბულატორიების აღჭურვის, ამბულატორიების მოვლა-შენახვის და აუცილებელი მედიკამენტების ხარჯები;
- » **სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება** - სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულება წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებას კონფლიქტურ, მასთან მიმდებარე და მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების მიწოდება კომერციულად არამომგებიანია მოსახლეობის მცირერიცხოვნობიდან გამომდინარე. სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას ძირითადად¹¹ აწვდის რაიონული ცენტრის მოსახლეობას და არა სოფლის მოსახლეობას.
- » **სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა** - 2014 წლის 9 ივლისს სამინისტრომ მიიღო გადანაცვები — მაღალმთიან მუნიციპალიტეტებში სამედიცინო ცენტრების (ყაზბეგი, თიანეთი, ბაკურიანი, თეთრიწყარო, წალკა, ამბროლაური, ონი, ცაგერი, მესტია) შეუფერხებელი ფუნქციონირების მიზნით, სახელმწიფოს მხრიდან აღნიშნული ცენტრების გამოსყიდვამდე, შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი თანხების დამატებით გადახდის თაობაზე, აღნიშნული დაწესებულებების მოთხოვნის საფუძველზე, რომლის მიხედვითაც კომპანიები ზემოთ მითითებულ რაიონულ ცენტრებში განიცდიდნენ ზარალს.

¹⁰ გამონაკლისს წარმოადგენს საჩხერე, შიდა ქართლის ზოგიერთი სოფელი, სადაც ექიმების დაკონტრაქტებას უზრუნველყოფს შესაბამისად, ს/ს „საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანება“ და შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“.

¹¹ გამონაკლისს წარმოადგენს ოკუპირებული სოფლები, ასევე ყაზბეგის და თიანეთის მუნიციპალიტეტები, სადაც სპეცდაფინანსების კომპონენტის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას იღებს როგორც რაიონის, ასევე, სოფლის მოსახლეობაც - ინდივიდუალურად არ არის დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმი/ექთანი. 2015 წლის 1 ივლისიდან თიანეთის და ყაზბეგის სოფლის ექიმების და ექთნების დაკონტრაქტებას ახორციელებს შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“.

სოფლის ექიმის პროგრამის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. მოსალოდნელ შედეგს წარმოადგენს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უტილიზაციის გაზრდა, ხოლო აღნიშნულის შესაფასებლად განსაზღვრული ინდიკატორებია:

- » ვიზიტების რაოდენობა სამიზნე პოპულაციაში;
- » პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციის წილი.¹²

2.3 პროგრამის დაფინანსების სისტემა და ბიუჯეტი

ქვემოთ მოცემული ცხრილი წარმოადგენს პროგრამის 2014 წლის ბიუჯეტს კომპონენტების მიხედვით:

ცხრილი 12.1: სოფლის ექიმის 2014 წლის ბიუჯეტი კომპონენტების მიხედვით

კომპონენტის დასახელება	ბიუჯეტი (ლარი)
პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად	16,070,700
სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება	3,548,200
შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება	122,300
სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა	878,300

პროგრამის ბიუჯეტის 78% - „პირველადი ჯანდაცვა სოფლად“ კომპონენტის ბიუჯეტს წარმოადგენს.

2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მენარმე—ფიზიკურ პირებად და გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან.¹³

2013 წლის სექტემბრიდან სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ თავიანთ სამედიცინო რაიონებში სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურებას და თანადაფინანსებას. 2014 წლიდან სააგენტო უზრუნველყოფს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების სრულად დაფინანსებას.

¹² ბიუჯეტით განსაზღვრული პროგრამების მოსალოდნელი შედეგები და ინდიკატორები.

¹³ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს შექმნამდე არსებული სააგენტო.

2014 წლის 1 მაისიდან სააგენტოს მიერ სამედიცინო პერსონალს მნიშვნელოვნად (30%-ით) გაეზარდა დაფინანსება და სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერმლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით.

პირველადი ჯანდაცვა სოფლად - ეს კომპონენტი ფინანსდება „გლობალ ბიუჯეტის“ პრინციპით, რაც გულისხმობს ყოველთვიურად ფიქსირებული თანხის გადახდას მომსახურების მიმწოდებელ ექიმზე, ექთანსა და დანესებულებაზე.

პროგრამის ფარგლებში მინისტრის ბრძანება¹⁴ განსაზღვრავს ექიმებისა და ექთნების განაწილებას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულში. ტერიტორიული ერთეული მუნიციპალიტეტის შემადგენელი ნაწილია და მოიცავს სოფელს, დაბას, დასახლებას ან/და მათი გარკვეული რაოდენობის გაერთიანებას.

კომპონენტის ფარგლებში 2014 წლის მდგომარეობით, საქართველოს რეგიონების მასშტაბით, მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო პერსონალის შემდეგი რაოდენობა: 1267 ექიმი და 1520 ექთანი.

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

პროგრამის პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ბიუჯეტის დიდი ნაწილი სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ხარჯებისაგან შედგება,¹⁵ თუმცა მოიცავს ექიმის ჩანთისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შეძენის ხარჯსაც (ჩანთის განახლების ხარჯი ბიუჯეტში გათვალისწინებული არ არის).

სპეციალიზაციის კომპონენტის ფარგლებში სპეციალურ დაფინანსებაზე 2014 წლის დეკემბრის მდგომარეობით იმყოფება 36 სამედიცინო დანესებულება, მათ შორის: დანესებულებები ოკუპირებულ სოფლებში და ასევე მაღალმთიან რაიონულ ცენტრებში. აღნიშნული დანესებულებები ფინანსდება ყოველთვიურად, წინასწარ განსაზღვრული ლიმიტის შესაბამისად.

¹⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება №1-264/ო

¹⁵ გარდა პროგრამის შიდა ქართლის ამბულატორიული ქსელის განვითარების და ხელშეწყობის კომპონენტისა

2.4 პროგრამის ფარგლებში განსახორციელებელი მომსახურება

სოფლის ექიმი არის უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირი,¹⁶ რომელსაც გავლილი აქვს შესაბამისი პროფესიული მზადების ციკლი და ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების მინოდებას, სახელმწიფო პროგრამის „სოფლის ექიმის“ ფარგლებში.

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

- » ექიმთან/ექთანთან ვიზიტი;
- » იმუნიზაცია;
- » ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად;
- » ექიმის ან ექტონის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ბავშვებში, ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების შესაბამისად და წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან;
- » ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტი საჭიროების შესაბამისად;
- » ქრონიკული (მათ შორის, ჰიპერტონიული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, ბრონქული ასთმა, ინკურაბელური პაციენტები) და მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი, საჭიროების შესაბამისად;
- » ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT) მკურნალობის უზრუნველყოფა ექტონის მიერ;
- » სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;
- » ამბულატორიულ დონეზე, სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო დოკუმენტაციის (მათ შორის, საანგარიშგებო და სტატისტიკური ფორმები) წარმოება, ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის);
- » გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით პაციენტის უზრუნველყოფა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი აქტით დამტკიცებული „ექიმის ჩანთიდან“.

პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში სოფლის ექიმებთან და ექტონებთან მიმართუიანობა საქართველოს მასშტაბით ყოველთვიურად დაახლოებით 130,000 ვიზიტს შეადგენს.

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

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

¹⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის N244/6 ბრძანება - „სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ“

აუდიტის მიზნაკავშირები

3. სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობა

ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტების თანახმად, მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის საჭიროა ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვისა და კონკრეტული სპეციალობის მქონე ექიმების ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრა დემოგრაფიულ-გეოგრაფიული პრინციპების შესაბამისად, რაც ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას.¹⁷

საქართველოში, სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობა ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით¹⁸. თითოეული ტერიტორიული ერთეული წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის მომსახურების არეალს და ის შედგება ერთი ან რამდენიმე სოფლისგან/დასახლებისგან.

3.1 სამედიცინო პერსონალის დემოგრაფიულ განაწილებაში არსებული ნაკლოვანებები

სოფლის ექიმის მიმდინარე პროგრამით არ არის განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომელიც ადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რიცხოვნობას მოსახლეობის რაოდენობასთან მიმართებით. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმის მიხედვით, რომელიც მსოფლიო ბანკის და ევროკავშირის მხარდაჭერით 2006 წელს საქართველოსთვის შემუშავდა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრებოდა შემდეგი დემოგრაფიული ფაქტორებით: ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი 1000-2000 მოსახლეზე.¹⁹

ექიმების მოსახლეობაზე განაწილება მოცემულია გრაფიკზე, სადაც აღნიშნულია საშუალოდ ერთ სოფლის ექიმზე მოსახლეობის რაოდენობა რეგიონების მიხედვით.

¹⁷ <http://www.globalfamilydoctor.com/> - sasoflo samedicino ganaTlebis gzamkvlevi - WONCA Rural Medical Education Guidebook

¹⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება №1-264/ო

¹⁹ პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა - <https://heconomic.files.wordpress.com/2013/08/pirveladi-jandacvis-ganvitarebis-erovnuli-gegma-phc.pdf>

გრაფიკი №1.1:²⁰ ერთ სოფლის ექიმზე მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა რეგიონების მიხედვით



გრაფიკზე მოცემული მონაცემების მიხედვით, ერთ ექიმზე მოსახლეობის საშუალო რაოდენობა მსგავსია ყველა რეგიონისთვის და მიახლოებულია 2006 წლის პირველადი ჯანდაცვის გეგმით გათვალისწინებულ კრიტერიუმთან. გამონაკლისს წარმოადგენს რაჭა, სადაც ერთ ექიმზე საშუალოდ 661 მოსახლე მოდის, თუმცა ეს ბუნებრივიცაა, რეგიონის მაღალმთიანი რელიეფის გათვალისწინებით.

მიუხედავად რეგიონულ დონეზე არსებული თანაბარი მაჩვენებლისა, მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ტერიტორიული ერთეულების (სოფლის, სოფლების გაერთიანების) დონეზე ექიმისა და მოსახლეობის თანაფარდობის მონაცემში. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ნაჩვენებია ინფორმაცია ერთ ექიმზე მოსახლეობის რაოდენობის შესახებ ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით.

²⁰ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ ჩატარებული 2014 წლის (2002 წლის შემდეგ პირველი აღწერა) საყოველთაო აღწერის შედეგად გამოქვეყნებული მონაცემები მოიცავს მოსახლეობის რაოდენობას მუნიციპალიტეტების ჭრილში, სოფლების დონეზე მონაცემები გამოქვეყნდება 2016 წლის აპრილში, შესაბამისად სოფლის მოსახლეობის რაოდენობის ანალიზისას სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გამოიყენა 2002 წლის აღწერის შედეგები. ასევე, წინამდებარე ანგარიშში რაჭის რეგიონი მოიცავს რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთს, ხოლო სამეგრელოს რეგიონი - სამეგრელო ზემო სვანეთს.

გრაფიკი №1.2: მოსახლეობის რაოდენობა ერთ ექიმზე ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით²¹



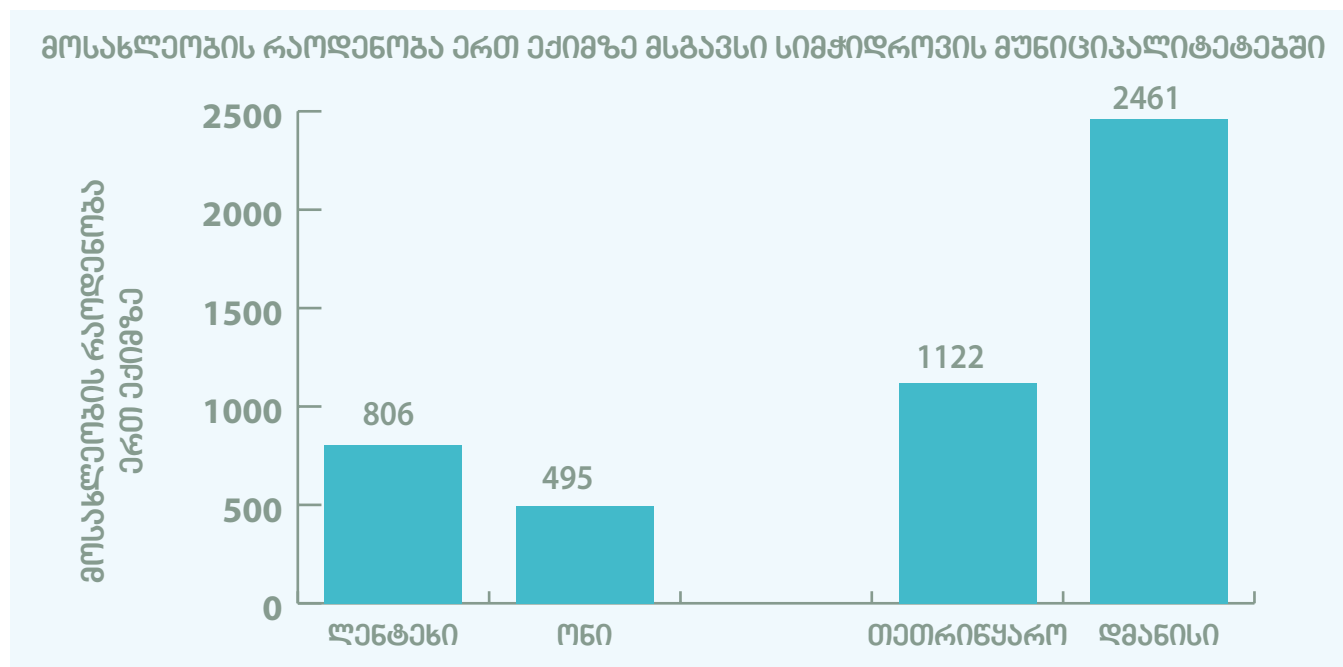
გარკვეულ ტერიტორიულ ერთეულებში, მოსახლეობის სიმცირის შემთხვევაში, მაღალმთიან, მეჩხერად დასახლებულ რეგიონებში, სადაც რამდენიმე სოფლის გაერთიანება და მისთვის სამედიცინო პუნქტის მიკუთვნება ვერ ხერხდება გეოგრაფიული თავისებურების გამო, ხელმისაწვდომობის მიზნით, დასაშვებია ერთ ექიმზე მცირე რაოდენობის მოსახლის მიკუთვნება. თუმცა, პრობლემას წარმოადგენს ის ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ერთ ექიმზე 2500-ზე მეტი მოსახლე მოდის, რაც თავისთავად აღემატება პირველადი ჯანდაცვის არსებულ ზოგად კრიტერიუმს (1000-2000 მოსახლე). აღნიშნული გულისხმობს იმას, რომ ზოგიერთ ტერიტორიულ ერთეულში მომსახურება სხვა ტერიტორიულ ერთეულებთან შედარებით ნაკლებ ხელმისაწვდომია. ასეთი ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა 57-ს, ხოლო მათი მოსახლეობის რაოდენობა მთლიანი სოფლის მოსახლეობის 12.1%-ს შეადგენს.

მაგალითად, იმერეთის რეგიონში მდებარე ტერიტორიულ ერთეულში - ქვაცხეში, ერთ ექიმზე 2953, ხოლო კახეთის რეგიონში, საგარეჯოს მუნიციპალიტეტში მდებარე ტერიტორიულ ერთეულ თულარში, ერთ ექიმზე 4832 მცხოვრები მოდის.²²

ერთ ექიმზე მოსახლეობის განსხვავება სხვადასხვა მიზეზით შეიძლება იყოს გამოწვეული. ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს მოსახლეობის დასახლების სიმჭიდროვე წარმოადგენს, თუმცა, ქვემოთ მოცემული ცხრილიდან ჩანს, რომ ზოგჯერ მოსახლეობის რაოდენობა ერთ ექიმზე არსებითად განსხვავებულია მსგავსი სიმჭიდროვის მუნიციპალიტეტებშიც.

²¹ სოფლის მოსახლეობის ანალიზისას ვერ მოხერხდა 4% მდე სოფლების მოსახლეობის რაოდენობების დადგენა შესაბამისად ცხრილში შესაძლებელია მცირედი ცდომილების არსებობა.

გრაფიკი 13.1.3: მოსახლეობის²³ რაოდენობა ერთ ექიმზე მსგავსი სიმჭიდროვის²⁴ მუნიციპალიტეტებში



სამედიცინო პერსონალის არათანაბარ განაწილებაზე მიუთითებს ცხრილში მოცემული ლენტეხისა და ონის, ასევე თეთრიწყაროსა და დმანისის მაგალითები. აღნიშნულ მუნიციპალიტეტებში სიმჭიდროვე მსგავსია, თუმცა მოსახლეობის რაოდენობა ერთ ექიმზე განსხვავებულია: ლენტეხისა და ონის შემთხვევაში 806-სა და 495-ს, ხოლო თეთრიწყაროსა და დმანისის შემთხვევაში - 1122-სა და 2461 კაცს შეადგენს.

გარდა იმისა, რომ დემოგრაფიული თვალსაზრისით სამედიცინო პერსონალის განაწილება გარკვეულ შემთხვევებში არათანაბარია, არსებობს ტერიტორიული ერთეულები, სადაც მოსახლეობის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით ნაწილობრივ ხდება. მინისტრის ბრძანების²⁵ მიხედვით, 10,000-ზე მეტ კაცს მომსახურება არასრულად მიეწოდება, რაც გულისხმობს იმას, რომ ამ ტერიტორიულ ერთეულებში ხელმისაწვდომია მხოლოდ ექთნის მომსახურება. თავის მხრივ, ექთნის საქმიანობა მისი კვალიფიკაციიდან გამომდინარე, საკმარისი არ არის და ის ვერ გაუთანაბრდება ექიმის საქმიანობას პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების განსახორციელებლად.

²³ სიმჭიდროვის გამოსათვლელად გამოყენებულია მუნიციპალიტეტის მთლიანი მოსახლეობა და ფართობი, ხოლო სოფლის მოსახლეობის რაოდენობის ანალიზისას გამოყენებულია 2002 წლის აღწერის მონაცემები. სამინისტროს მიერ პროგრამის დიზაინის შემუშავებისას ასევე გამოყენებულია 2002 წლის აღწერის მონაცემები.

²⁴ ლენტეხი - 3,3, ონი - 3,6; დმანისი - 15,8, თეთრიწყარო - 17,9. (კაცი/კმ)²

²⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის 01-264/ო ბრძანება.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ნაჩვენებია ის ტერიტორიული ერთეულები, სადაც მხოლოდ ექთნის მომსახურებაა ხელმისაწვდომი.

ცხრილი №1.1: ტერიტორიული ერთეულები სოფლის ექიმის გარეშე

რეგიონი	მუნიციპალ- იტეტი	ტერიტორიული ერთეული	მოსახლეობის რაოდენობა	ექიმი	ექთანი
სულ			11017		
კახეთი	ახმეტა	შახვეტილა	260	0	1
სამეგრელო	მესტია	კალა	172	0	1
სამეგრელო	მესტია	ფარი	364	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ასპინძა	ანყვიტა	577	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ასპინძა	სარო	612	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ასპინძა	ვარგავი	215	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ასპინძა	თმოგვი	633	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ადიგენი	ფხერო	514	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ახალქალაქი	გოგაშენი	460	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ახალქალაქი	კარნახი	992	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ახალქალაქი	კოჭიო	3269	0	2
სამცხე-ჯავახეთი	ახალქალაქი	სულდა	2134	0	2
სამცხე-ჯავახეთი	ახალციხე	ანდრიაშმინდა	355	0	1
სამცხე-ჯავახეთი	ბორჯომი	ბალანთა	460	0	2

სამინისტროს განმარტებით, სამედიცინო პერსონალის არაოპტიმალური განაწილების მიზეზი მდგომარეობს იმაში, რომ სოფლად საკმარისი რაოდენობისა და სრული სამუშაო დატვირთვით მომუშავე პერსონალის მოძიება შეუძლებელია. **(კადრების დეფიციტთან დაკავშირებული საკითხები განხილულია შემდეგ ქვეთავებში - 3.2.1 და 4.1.1)**

3.2 სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზები

მიუხედავად იმისა, რომ უმეტეს ტერიტორიულ ერთეულში სამედიცინო პერსონალის მოსახლეობის რაოდენობაზე (დემოგრაფიული) განაწილება ოპტიმალურია, ზოგიერთ ასეთ ტერიტორიულ ერთეულში არსებობს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების პოტენციალი.

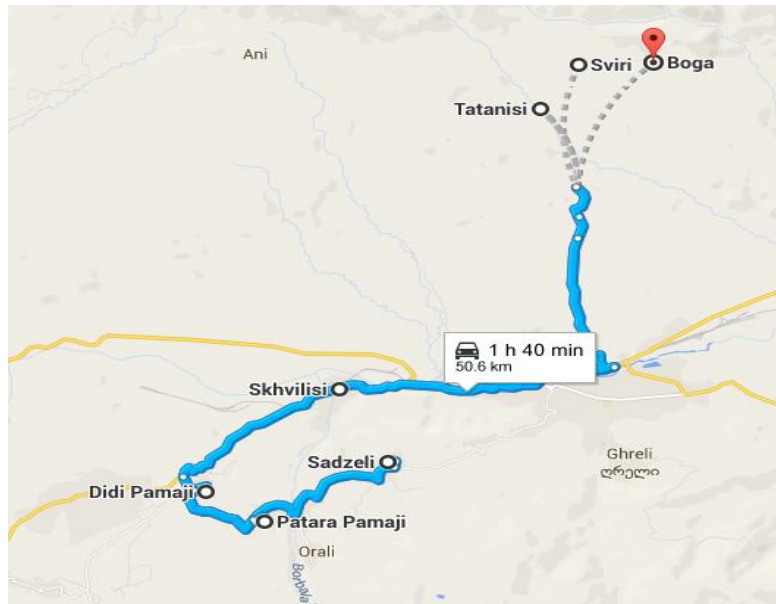
დემოგრაფიული განაწილებისგან განსხვავებით, უცნობია ის, თუ რამდენად ხშირი და სისტემურია გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზები, ვინაიდან აღნიშნული უკავშირდება ექიმების მომსახურების არეალისა და ტერიტორიული ერთეულების სოფლებს შორის არსებული მანძილების დეტალურ შესწავლას.

გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ხარვეზები ექიმის მომსახურების არეალის არაოპტიმალურ ფორმირებას უკავშირდება.

ქვემოთ მოცემულ რუკებზე ნაჩვენებია გეოგრაფიულ განაწილებაში არსებული 2 ტიპის ნაკლოვანება:

მაგალითი 1:

რუკა 132.1: უახლოესი მანძილის გაუთვალისწინებლობა ტერიტორიულ ერთეულებში:



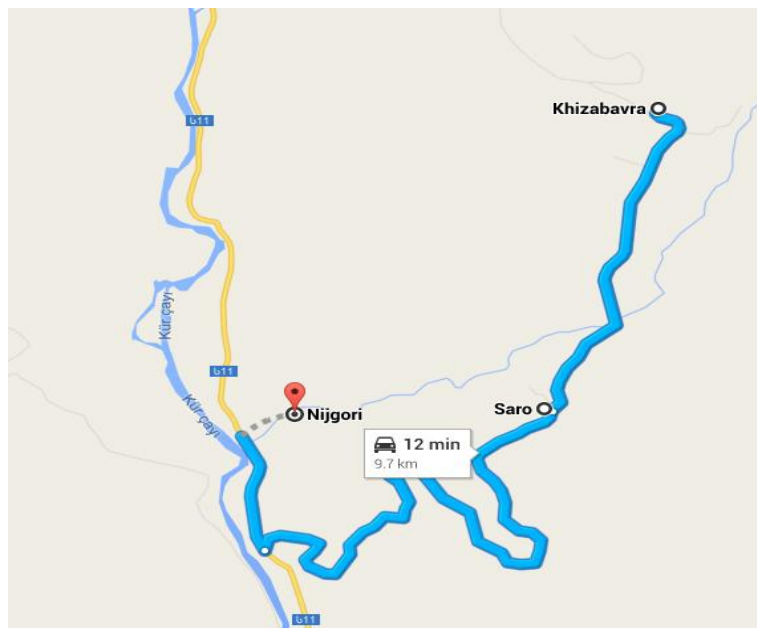
	მოსახლეობა	ექიმი	ექთანი
სულ სვირი/პამაჯი/საძელი	3425	2	3
მათ შორის:			
სვირი	551		
ტატანისი	159		
ბოგა	229		
დიდი პამაჯი	591		
პატარა პამაჯი	658		
ყულალისი	167		
ორალი	324		
ხაკი	139		
საძელი	607		

რუკაზე მოცემულია ტერიტორიული ერთეული სვირი/პამაჯი/საძელი, რომელსაც 2 ექიმი ემსახურება. 1 ექიმი დადის პამაჯის სოფლებში, ხოლო მეორე ექიმი დადის საძელისა და სვირის სოფლებში, რომლებიც დიდი მანძილით არის დაშორებული ერთმანეთისგან. თავის მხრივ, სვირის ერთეულში, სადაც არის ამბულატორია, ექიმი მუდმივად არ იმყოფება.

საძელი და პამაჯი ახლომდებარე სოფლებია, შესაბამისად, შესაძლებელია პამაჯის და საძელის სოფლების ერთი ექიმისთვის მიკუთვნება, ხოლო მეორე ექიმი შესაძლებელია მუდმივად ემსახურებოდეს სვირის სოფლებს.

მაგალითი 2:

რუკა 132.2: ექიმი/ექთნის არაოპტიმალური განაწილება ტერიტორიულ ერთეულში



		მოსახლეობა	ექიმი	ექთანი
1	სულ: სარო	612	0	1
	მათ შორის			
	ნიჯგორი	375		
	სარო	237		
2	სულ: ხიზაბავრა	850	1	1
	მათ შორის:			
	ხიზაბავრა	850	1	1

ნიჯგორი და სარო ერთ ტერიტორიულ ერთეულში შემავალი სოფლებია, რომლის მოსახლეობა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას იღებს მხოლოდ ექთნის მეშვეობით. ტერიტორიული ერთეული - ხიზაბავრა არის საროდან 2 კმ-ის დაშორებით, რომელსაც მომსახურებას უწევს როგორც ექიმი, ასევე ექთანი.

მუნიციპალიტეტის გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ ხიზაბავრას ექიმი, მომსახურებას უწევს საროს ტერიტორიულ ერთეულში შემავალ სოფლებს მხოლოდ კეთილი ნებით (აღნიშნული სოფლები არ წარმოადგენს მისი მომსახურების არეალს).

იქიდან გამომდინარე, რომ ტერიტორიულ ერთეულებს შორის ახლო მანძილია და საროს ტერიტორიულ ერთეულს არ ჰყავს სოფლის ექიმი, ორი ტერიტორიული ერთეულის ერთ პუნქტად გაერთიანება 3-ვე სოფლის მაცხოვრებელთათვის ქმნის სოფლის ექიმის მომსახურების სრულყოფილად მიღების საშუალებას.

ზემოაღნიშნული ტიპის გეოგრაფიული ხარვეზები შესაძლებელია მრავალ სხვა ტერიტორიულ ერთეულებშიც არსებობდეს, რაც მნიშვნელოვნად აისახება კონკრეტულ სოფლებში მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე.

3.2.1 მაღალმთიანი სოფლები

პირველადი ჯანდაცვა მაღალმთიან სოფლებში ხშირად ქვეყნებისთვის გამოწვევას წარმოადგენს. აღნიშნულის მიზეზი ცხადია: სოფლები გეოგრაფიულად რთულ პირობებშია მოქცეული, მცირერიცხოვანი მოსახლეობა კი დიდ მანძილზე ან მეჩხერად დასახლებულია.

მუნიციპალიტეტების გამოკითხვით დასტურდება, რომ მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები ყველაზე მკაფიოდ მაღალმთიან სოფლებშია გამოკვეთილი.

მაღალმთიანი სოფლები, საქართველოს სოფლების საერთო რაოდენობის 40 %-ს შეადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ მაღალმთიან ტერიტორიებზე 1 ექიმზე მოსახლეობის მცირე რაოდენობა მოდის (რაჭის მუნიციპალიტეტებში 1 ექიმზე მოსახლეობა 495-დან 806-მდე მერყეობს, ხოლო მესტიაში ერთ ექიმზე 825 მოსახლე მოდის), სოფლის ექიმის მომსახურება ასეთ სოფლებში მაინც ნაკლებ ხელმისაწვდომია 2 მიზეზით:

- » სოფლის ექიმები პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას ყოველდღიურად არ ასრულებენ, ვინაიდან თავის რეგიონში სხვა ჯანდაცვის დაწესებულებაშიც არიან დასაქმებული (იხ. თავი 4.1, ცხრილი 4.1.1);
- » სოფლები დიდი მანძილითაა ერთმანეთისგან დაშორებული და ამავედროულად, არსებობს ტრანსპორტის პრობლემა.

პირველი მიზეზის საპასუხოდ, სამინისტროს დამტკიცებული აქვს დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამა²⁶. აღნიშნული პროგრამა მიზნად ისახავს მაღალმთიან და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობისათვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების უწყვეტობისა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას. პროგრამა ითვალისწინებს ამ მუნიციპალიტეტებისათვის დეფიციტურ და პრიორიტეტულ საექიმო სპეციალობებში ადამიანური რესურსების მომზადებას. პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია 5 ადგილი საოჯახო მედიცინის მიმართულებით. უნდა აღინიშნოს, რომ 2014 წელს პროგრამის ბიუჯეტის ათვისება არ მომხდარა, ხოლო 2015 წელს (8 თვის მდგომარეობით) ბიუჯეტის მხოლოდ 1%-ია ათვისებული. აღნიშნული გულისხმობს იმას, რომ ამ დრომდე კადრის დეფიციტის პრობლემა არ არის აღმოფხვრილი.

რაც შეეხება ტრანსპორტირების პრობლემას: სოფლის ექიმებს, ისევე როგორც სოფლის ექთნებს, უწევთ მათ ტერიტორიულ ერთეულში შემავალ სოფლებში ვიზიტები ისეთი მომსახურების გაწევის მიზნით, როგორიცაა: ბინაზე ვიზიტები 3 წლამდე ასაკის ბავშვებთან, აგრეთვე ინკურაბელურ და მუდმივად მწოლიარე პაციენტებთან. ამას ემატება ისიც, რომ თავად სოფლის ექიმს, სოფლებში გასვლითი ვიზიტებისას საკუთარი ანაზღაურებიდან უწევს ტრანსპორტირების ხარჯის გაწევა.

²⁶ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის №24 დადგენილება

თავის მხრივ, ადგილობრივ მოსახლეობას უწევს ექიმთან ვიზიტები სხვადასხვა სოფლიდან. ტრანსპორტის არ არსებობის გამო, ხშირ შემთხვევაში მოსახლეობას უწევს სამედიცინო პუნქტამდე ფეხით მისვლა, რაც დიდ დაბრკოლებას წარმოადგენს სოფლის მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით ზამთარში.

სოფლის ექიმის პროგრამის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაში დიდი როლი შეიძლება ითამაშოს ადგილობრივმა თვითმართველობამ, რომლის ინტერესშიც არის ადგილობრივი მოსახლეობისთვის სერვისების დროული მიწოდება.

ამ მიზნით, სამინისტრომ 2014 წელს ჩაატარა შეხვედრები მუნიციპალიტეტებთან, რათა მათ საკუთარ თავზე აეღოთ და შეემსუბუქებინათ სოფლის ექიმებისთვის განეული დანახარჯები.

მუნიციპალიტეტების გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ 53 მუნიციპალიტეტიდან მხოლოდ 10 მუნიციპალიტეტი უზრუნველყოფს ექიმების ტრანსპორტირების პრობლემის მოგვარებას. 43 მუნიციპალიტეტი, მათ შორის, რაჭის, მესტიის მაღალმთიანი მუნიციპალიტეტები ექიმების ტრანსპორტირების ხარჯს არ ფარავენ. (იხ. დანართი N1) შესაბამისად, ამ მხრივ პროგრამის ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია.

არის შემთხვევები, როდესაც ადგილობრივი მთავრობა მაღალმთიანი სოფლებისთვის და-მოუკიდებლად უზრუნველყოფს ოჯახის ექიმის მობილობის გაძლიერებას. მაგალითად, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობასა და გაეროს მოსახლეობის ფონდს შორის (UNFPA) მიმდინარე საპარტნიორო პროექტის ფარგლებში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერებისა და ოჯახის ექიმების სერვისის გაუმჯობესების მიზნით, აჭარის მაღალმთიანი სოფლებისთვის შესყიდული იქნა 21 ავტომობილი.

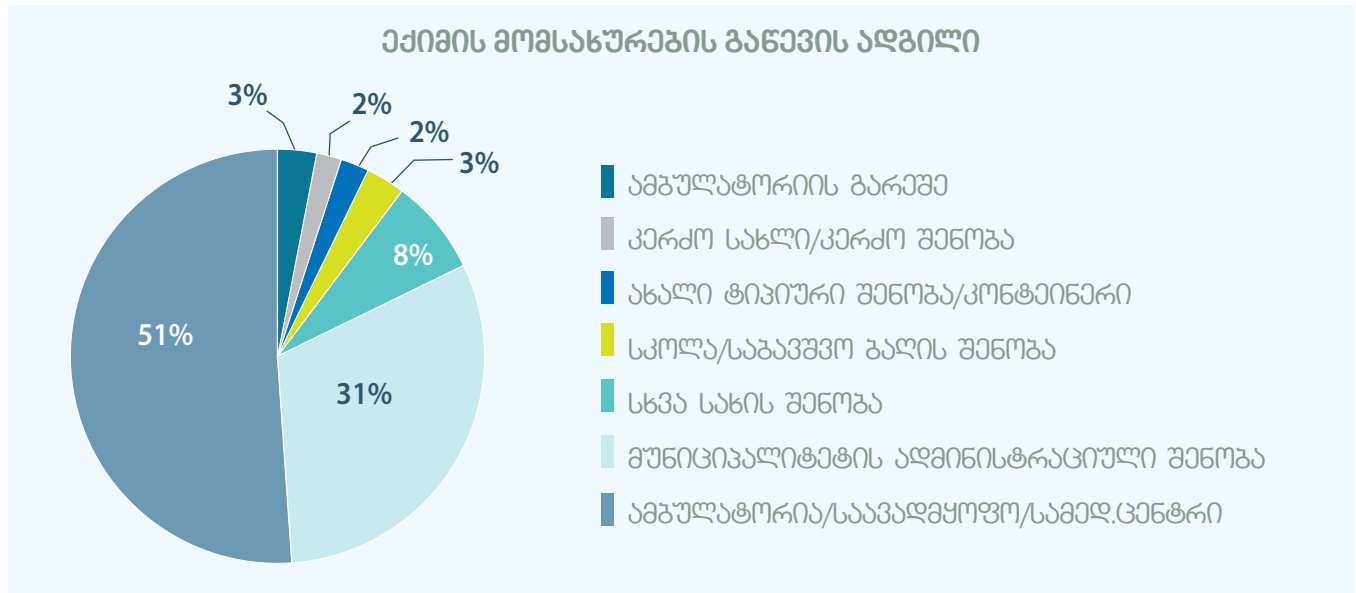
3.3 ინფრასტრუქტურასთან დაკავშირებული პრობლემები

2014 წელს სამინისტროს ინიციატივით, სახელმწიფო ბიუჯეტის დაფინანსებით, სხვადასხვა მუნიციპალიტეტში აშენდა 82 ამბულატორია, რომელიც საშუალებას აძლევს რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას მიიღოს სამედიცინო მომსახურება, თუმცა კვლავ მნიშვნელოვანი პრობლემების წინაშე დგას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულებში არსებული ამბულატორიული ინფრასტრუქტურა.

ხშირ შემთხვევაში, ექიმებს მომსახურების გაწევა უწევთ მუნიციპალიტეტების, გამგებების, სკოლებისა და საბავშვო ბაღების შენობებში.

გრაფიკზე მოცემულია შენობის ტიპები სადაც სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში ხდება სამედიცინო მომსახურების გაწევა.

გრაფიკი 3.1 ქეიმის მომსახურების განვითარების ადგილი სოფლის ქეიმის პროგრამის ფარგლებში²⁷



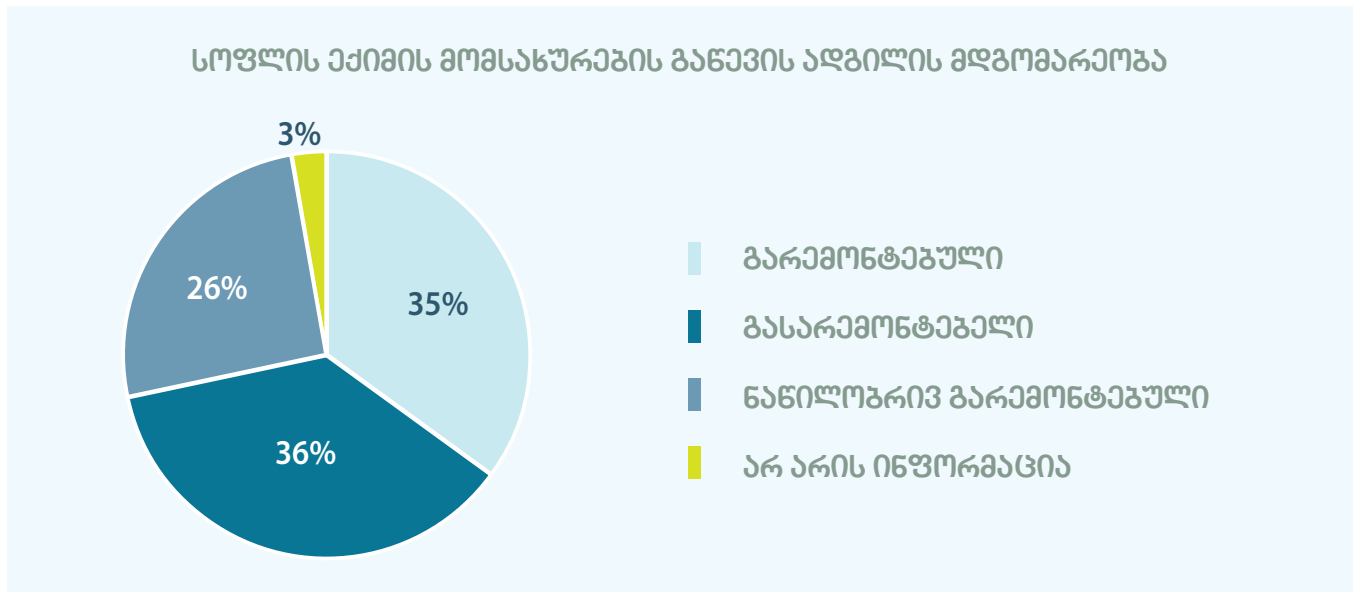
როგორც გრაფიკიდან ჩანს, შენობების დიდი ნაწილი არ წარმოადგენს ამბულატორიას, ქეიმის მომსახურების მიღების პუნქტების 47% განთავსებულია სკოლებში, ადმინისტრაციულ და სხვა ტიპის შენობებში.

მუნიციპალიტეტების გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ მომსახურების განვითარების ადგილებში არსებული პირობები არ ქმნის შესაბამისი მომსახურების განვითარების წინაპირობას.

შენობების დიდ ნაწილს არ მიეწოდება ელექტროენერგია, არ აქვს სამედიცინო ინვენტარი, ზამთარში - გათბობის საშუალებები. აღნიშნული პუნქტები ძირითადად სარემონტოა და ვერ უზრუნველყოფს იმუნიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო მასალის საჭირო გარემოში განთავსებას.

²⁷ ახალი ტიპის შენობა/კონტეინერი წარმოადგენს ახლად აშენებულ ამბულატორიებს.

გრაფიკი 13.2 ტერიტორიულ ერთეულებში არსებული ამბულატორიების მდგომარეობა



ექიმის მომსახურების პუნქტების 39 %-ში (ამბულატორიული ტიპის შენობების 28%-ში) იკვეთება წყლის მიწოდებასთან დაკავშირებული პრობლემები: არ არის ხელსაბანი, არ არის გამდინარე წყალი, დაზიანებულია წყალგაყვანილობის სისტემა. შესაბამისად, აღნიშნულ დაწესებულებებში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვა შეუძლებელია.

დასკვნა

იმისთვის, რომ სოფლად პირველადი ჯანდაცვა ახორციელებდეს თავის ფუნქციას, პირველ რიგში, ის თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სოფლის მოსახლეობისთვის. ხელმისაწვდომობას განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობა დემოგრაფიული და გეოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით.

არსებული მდგომარეობით, დემოგრაფიული კრიტერიუმი დადგენილი არ არის. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმის შესაბამისად, დემოგრაფიულად სამედიცინო პერსონალის განაწილება ზღვარს აღემატება 57 ტერიტორიულ ერთეულში, სადაც ექიმებს 2500-ზე მეტი მოსახლის მომსახურება უწევთ. ამასთანავე, პროგრამის ფარგლებში 10,000-ზე მეტი ადამიანი ნაწილობრივ (ექთნის სახით) იღებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას. გარდა დემოგრაფიული განაწილებისა, ხარვეზებია სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული განაწილების კუთხითაც - უახლოესი ამბულატორიის პრინციპის დაცვით, ტერიტორიულ ერთეულებში არსებობს სამედიცინო პერსონალის უკეთ გადანაწილების პოტენციალი.

პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისთვის მნიშვნელოვანი დაბრკოლებებია მაღალმთიან სოფლებში, სადაც პრობლემა 2 მიმართულებით იკვეთება:

- » **სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა** - სოფლის ექიმები მეტწილად პროგრამის გარდასხვა ჯანდაცვის დაწესებულებაშიც არიან დასაქმებული.

- » **სოფლებს შორის დისტანცია და ტრანსპორტირების პრობლემა** - ადგილობრივი მთავრობა ნაკლებადაა ჩართული ექიმების მოხილვების, შესაბამისად, სერვისის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაში.

აღნიშნული პრობლემების მოგვარების შემთხვევაში არსებობს პროგრამის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი პოტენციალი.

რეკომენდაციები

სამინისტროს და სააგენტოს:

- » სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალურად განაწილების მიზნით, შემუშავდეს და დადგინდეს დემოგრაფიულ-გეოგრაფიული კრიტერიუმები ტერიტორიული ერთეულებისთვის (მათ შორის, მაღალმთიანი და მეჩხერად დასახლებული ტერიტორიული ერთეულებისთვის) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ ჩატარებული მოსახლეობის აღწერის 2015 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, სოფლებს შორის არსებული დისტანციებისა და ასევე გეოგრაფიული პირობების გათვალისწინებით;
- » მნიშვნელოვანია დამყარდეს აქტიური კომუნიკაცია ადგილობრივ თვითმართველობასთან იმ მიზნით, რომ მაღალმთიან და ტრანსპორტის პრობლემის მქონე სოფლებში მოგვარდეს ექიმის მომსახურების არეალში ტრანსპორტირების საკითხები. ამასთანავე, შესაბამისი ამბულატორიული ინფრასტრუქტურის არსებობამდე, მოხდეს იმ ექიმების დროებით ადგილსამყოფელთან და შესაბამისი სამუშაო პირობების შექმნასთან დაკავშირებული საკითხების ხელშეწყობა, რომელთაც არ აქვთ სამუშაო ადგილი (ოთახი) ან არსებული ამბულატორიის პირობებში შეუძლებელია მათი საქმიანობა.

სამინისტროს:

- » სამინისტრომ ხელი შეუწყოს მაღალმთიანი სოფლებისთვის საკმარისი და შესაბამისი კადრის მოძიებას დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის ან/და სხვა მექანიზმებით.

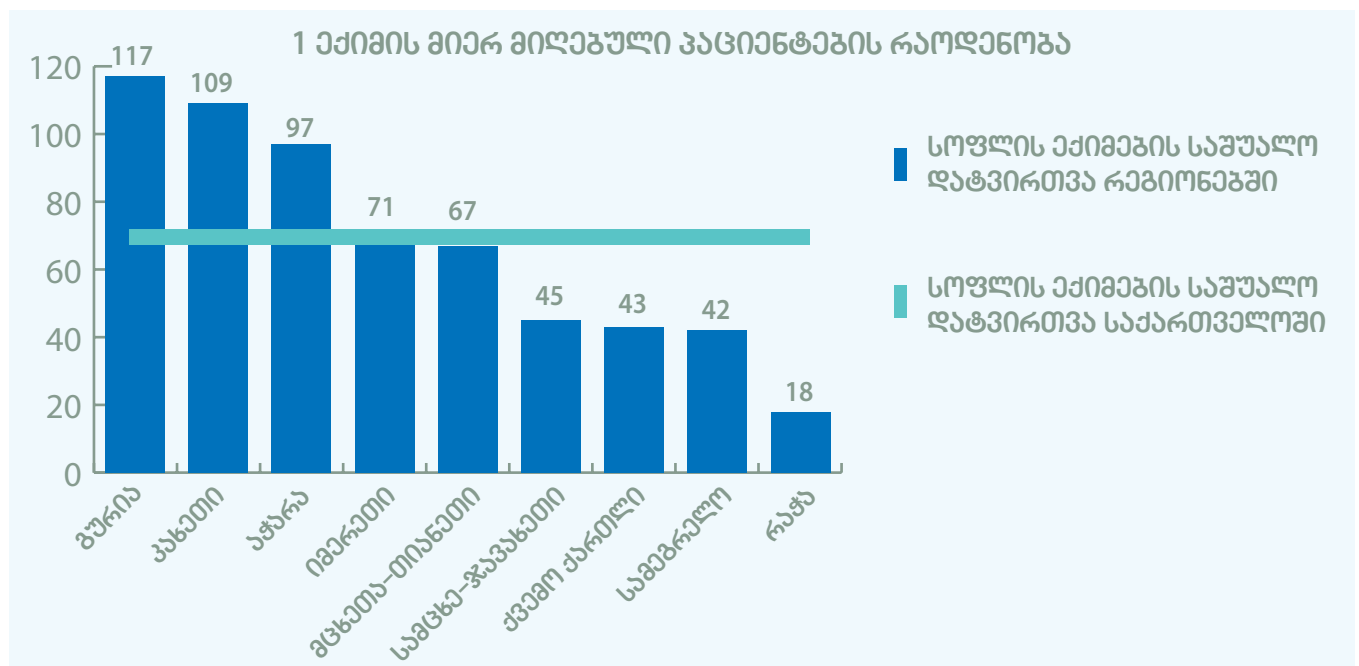
4. სოფლის ექიმის პროდუქტიულობის წინაპირობები²⁸

პროგრამის ფარგლებში, სოფლის მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებას სოფლის ექიმები და ექთნები ახორციელებენ. შესაბამისად, მათ პროდუქტიულ მუშაობაზეა დამოკიდებული სოფლის მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დროული და ხარისხიანი მიწოდება. ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებელს მიღებული პაციენტების²⁹ რაოდენობა - ექიმის დატვირთვა წარმოადგენს, კონკრეტული პერიოდის განმავლობაში.

ექიმების განსხვავებული დატვირთვა პირდაპირ არ გულისხმობს ექიმების განსხვავებულ პროდუქტიულობას, რადგან დატვირთვის მაჩვენებელზე ბევრი სხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას, კერძოდ: მოსახლეობის რაოდენობა და დასახლების სიმჭიდროვე, ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი რელიეფი, მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონე პირველადი ჯანდაცვის საკითხებზე, სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება, სამუშაო პირობები.

საქართველოში სოფლის ერთ ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა თვეში საშუალოდ 70-ს შეადგენს, თუმცა ექიმების დატვირთვა განსხვავდება როგორც რეგიონულ, ასევე მუნიციპალურ და ტერიტორიული ერთეულების დონეზე. ქვემოთ მოცემული ცხრილი აჩვენებს საქართველოს რეგიონებში საშუალოდ 1 ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობას თვეში.

გრაფიკი №1: საშუალოდ სოფლის 1 ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობა თვეში რეგიონების მიხედვით



²⁸ მოცემული ქვეთავი ეხება მხოლოდ სოფლის ექიმების დატვირთვას და მასში არ არის განხილული ექთნების დატვირთვა. ექიმების დატვირთვის ანალიზი გაკეთებულია მხოლოდ სააგენტოს მიერ პირდაპირ დაკონტრაქტებული ექიმებისათვის და მასში არ შედის შიდა ქართლის მუნიციპალიტეტების, ასევე შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრისა“ და ს/ს „საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანების“ სოფლის ექიმების დატვირთვა მათი განსხვავებული ადმინისტრირების სისტემის გამო.

²⁹ ექიმების დატვირთვის ანალიზი ეფუძნება მხოლოდ ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობას და არა უნიკალური პაციენტის რაოდენობას.

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ექიმის დატვირთვის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი რაჭის სოფლებში, ყველაზე მაღალი კი - გურიის სოფლებშია. რაჭის სოფლის ექიმების დაბალი დატვირთვა ექიმების დაბალ პროდუქტიულობას პირდაპირ არ უკავშირდება, რადგან რაჭის მოსახლეობის რაოდენობა სხვა რეგიონებისგან განსხვავებით მცირეა³⁰, და ამავდროულად მისი რელიეფი მთაგორიანია.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც მსგავსი სიმჭიდროვის და მსგავსი მოსახლეობის რაოდენობის მუნიციპალიტეტებში ექიმების დატვირთვა განსხვავებულია, რაც ქვემოთ მოცემულ ცხრილშია ასახული:

ცხრილი №1: სოფლის ექიმების განსხვავებული დატვირთვა მსგავსი სიმჭიდროვის მუნიციპალიტეტებში³¹

მუნიციპალიტეტი	სიმჭიდროვე ³²	ფართობი კვ.კმ	მოსახლეობა 2015 სულ	სოფლის მოსახლეობა ³³	ექიმების საშუალო დატვირთვა	ექიმის რაოდენობა	1 ექიმის საშუალო დატვირთვა
ახალციხე	39	1,010	39,000	28,640	938	17	55
ახალქალაქი	36	1,235	44,900	33,751	234	14	17
ბორჯომი	21	1,189	25,100	17,569	1,337	16	84
ნინოწმინდა	18	1,354	24,500	16,452	506	15	34

ცხრილიდან გამომდინარეობს, რომ მაგალითად ახალციხისა და ახალქალაქის მუნიციპალიტეტის სოფლის ექიმების დატვირთვა მნიშვნელოვნად, ხოლო ექიმების რაოდენობა, მუნიციპალიტეტების სიმჭიდროვე და მოსახლეობის რაოდენობა უმნიშვნელოდ განსხვავებულია.

განსხვავებულია ასევე ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებული ორი ექიმის დატვირთვა. გრაფიკი №2 აჩვენებს ოთხ სხვადასხვა რეგიონში შემავალ ტერიტორიულ ერთეულებში დასაქმებული ექიმების განსხვავებულ დატვირთვას. ტერიტორიული ნერთეულები შერჩეულია ისე, რომ მასში დასაქმებულ სოფლის 2 ექიმს სოფლები გაყოფილი არ აქვთ, შესაბამისად, ისინი მომსახურებას აწვდიან მოსახლეობის ერთსა და იმავე რაოდენობას, ერთსა და იმავე გეოგრაფიულ პირობებში.

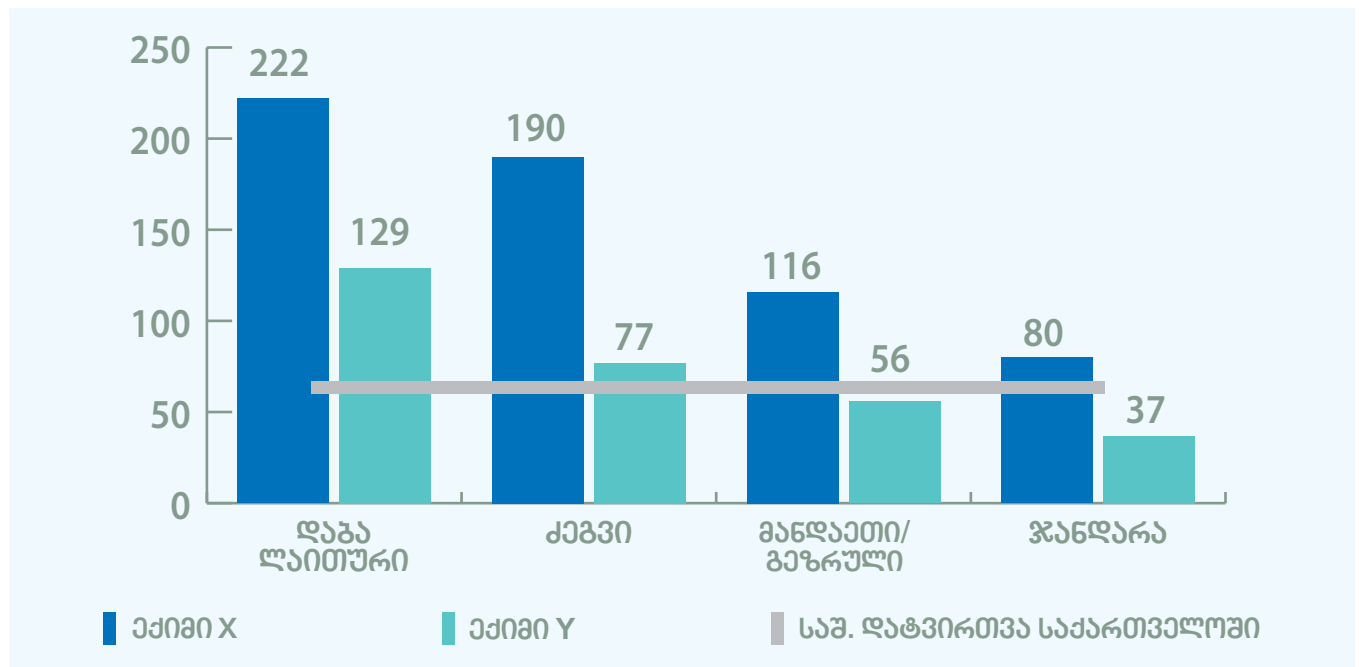
³⁰ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით 2015 წლისთვის რაჭის მოსახლეობის რაოდენობა 31.8 ათას ადამიანს შეადგენს.

³¹ შესაბამისი მუნიციპალიტეტების სოფლის ექიმებთან პაციენტების ვიზიტების ჯამური რაოდენობა საშუალოდ 1 თვეში.

³² სიმჭიდროვე დათვლილია მუნიციპალიტეტების 2015 წლის მოსახლეობის რაოდენობის შეფარდებით მუნიციპალიტეტის ფართობთან. ამ მაჩვენებლებში სოფლების მაჩვენებლების გარდა ასევე შედის მუნიციპალიტეტის ცენტრში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობა და ცენტრის ფართობიც. სოფლის მოსახლეობა შესადარი მუნიციპალიტეტებისათვის მთლიანი მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის რაოდენობის შესაბამისად იცვლება.

³³ მონაცემები აღებულია მუნიციპალიტეტების კითხვარებზე გაცემული პასუხებიდან. ახალქალაქის შემთხვევაში არ იქნა მოწოდებული ინფორმაცია რამდენიმე ტერიტორიული ერთეულის მოსახლეობის შესახებ.

გრაფიკი 4.2 ერთ ტერიტორიულერთეულში დასაქმებული სოფლის ექიმების განსხვავებული დატვირთვა³⁴



როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ექიმების დატვირთვა საგრძნობლად განსხვავდება ერთი ტერიტორიული ერთეულის შიგნითაც, რაც პირდაპირ შეიძლება უკავშირდებოდეს ექიმების განსხვავებულ პროდუქტიულობას. ამ შემთხვევაში კი განსხვავებული პროდუქტიულობა მცირე მოსახლეობით, გეოგრაფიული თავისებურებებით თუ სხვა ფაქტორებით ვერ აიხსნება.

განსხვავებული პროდუქტიულობის მიზეზი არის სოფლის ექიმის პროგრამის დიზაინში არსებული ნაკლოვანებები, კერძოდ:

- » პროგრამის ადმინისტრირების სისტემაში არსებული პრობლემები - ხელშეკრულებების მენეჯმენტი და სოფლის ექიმების მონიტორინგის მექანიზმის არარსებობა;
- » ანაზღაურების სისტემაში არსებული ნაკლოვანებები;
- » ექიმების განსხვავებული კვალიფიკაცია.

ქვემოთ მოცემული ქვეთავები დეტალურად განიხილავს ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობის ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზებს:

³⁴ ერთ ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობა საშუალოდ 1 თვეში.

4.1 პროგრამის ადმინისტრირების სისტემაში არსებული ნაკლოვანებები

4.1.1 ხელშეკრულებების მენეჯმენტი

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სოფლის ექიმის პროგრამის პირველი კომპონენტის ფარგლებში სააგენტო პირდაპირ აკონტრაქტებს ექიმებს ან მომსახურების მიმწოდებელთან აფორმებს ხელშეკრულებას³⁵. ორივე შემთხვევაში, სოფლის ექიმების ანაზღაურება ერთი და იგივეა (დარიცხული ანაზღაურება: 650 ლარი - ექიმებისთვის და 455 ლარი - ექთნებისთვის), თუმცა პირველ შემთხვევაში გადახდილი თანხები არ წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის ხელფასს, სააგენტო მენარმე-ფიზიკური პირებისგან გამარტივებული წესით ყიდულობს მომსახურებას, შესაბამისად, ურთიერთობა სააგენტოსა და სოფლის პირველადი ჯანდაცვის გუნდს შორის წარმოადგენს არა დამსაქმებლისა და დასაქმებულის ურთიერთობას, არამედ შემკვეთისა და მომსახურების მიმწოდებლის ურთიერთობას, ხოლო შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მიერ დაკონტრაქტებული ექიმების შემთხვევაში გაფორმებულია შრომითი ხელშეკრულება.

შესაბამისად, სააგენტოს მიერ პირდაპირ დაკონტრაქტების შემთხვევაში ხელშეკრულების პირობები არ შეიცავს შრომითი ხელშეკრულების ისეთ დებულებებს, როგორიცაა, სამუშაო დრო, საათები, დასაქმება სხვა სამსახურში, შვებულება (შესაბამისად, გამოყოფილი არ არის საშვებულებო თანხები) და სხვ.

შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მიერ სამედიცინო პერსონალთან გაფორმებული ხელშეკრულებებით დგინდება თანამდებობრივი მოვალეობისთვის აუცილებელი პირობები, დამსაქმებლისა და დასაქმებულის ვალდებულებები, თუმცა ამ შემთხვევაშიც, სამუშაო დრო ხელშეკრულებით განწესებული არ არის.

ხელშეკრულებაში გაუნერგელი სამუშაო საათები ექიმებს აძლევს საშუალებას, სასურველ დღეებსა და საათებში იარონ სამსახურში. ეს კი თავისთავად გავლენას ახდენს ექიმების დატვირთვაზე და ამავდროულად, პრობლემას უქმნის სოფლის მოსახლეობის პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობას, რაც პროგრამის მთავარ მიზანს წარმოადგენს.

მუნიციპალიტეტების გამოკითხვის შედეგად ირკვევა, რომ არსებობს ისეთი ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ექიმი კვირაში მხოლოდ 1 ან 2 დღის განმავლობაში აწვდის მოსახლეობას პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას (იხ. ცხრილი N4.1.1).

ეს პრობლემა უფრო მეტად იკვეთება რაჭის მუნიციპალიტეტებში, რაც აისახება რაჭის ექიმების დატვირთვაზე (იხ. გრაფიკი N4.1).

ქვემოთ მოცემული ცხრილი აჩვენებს მსგავსი პრობლემის მქონე ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობას და ამ ტერიტორიულ ერთეულებში ექიმების მიერ კვირის განმავლობაში ნამუშევარი დღეების ოდენობას.

³⁵ შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი და საჩხერის პოლიკლინიკური გაერთიანება.

ცხრილი №1.1: მუნიციპალიტეტები, რომელთა შემადგენლობაში შემავალ ტერიტორიულ ერთეულებში³⁶ ექიმები წლის განმავლობაში კვირაში 1-2 დღე მუშაობენ

მუნიციპალიტეტი	მუნიციპალიტეტში შემავალი ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა	ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა, სადაც ექიმები არასრული დატვირთვით მუშაობენ	კვირის განმავლობაში ნამუშევარი დღეების რაოდენობა ტერიტორიულ ერთეულებში
ამბროლაური	15	11	1 დღე ან ნაკლები
ონი	9	4	1-2 დღე
ცაგერი	16	9	1-2 დღე
დმანისი	10	6	1-2 დღე
ადიგენი	13	6	1-2 დღე
ქარელი	14	13	2 დღე

სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში ექიმების მიერ არასრული სამუშაო დატვირთვა ძირითადად გამოწვეულია იმით, რომ სოფლის ექიმები შეთავსებით არიან დასაქმებული ჯანდაცვის სხვა დანესებულებებში: სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, მუნიციპალიტეტში არსებული კერძო ამბულატორიები და სხვ.

ახალციხის, დმანისის და ხონის მუნიციპალიტეტებმა გამოკითხვის შედეგად დაადასტურეს, რომ ექიმები ყოველდღიურად არ მუშაობენ სოფლის ექიმებად სხვა დანესებულებებში მუშაობის გამო, ხოლო ხშირად სოფლის ექიმების არარსებობით გამოწვეულ დროულ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადები აგვარებენ.

როგორც ცნობილია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურში დასაქმებულ ექიმებს 24 საათიანი მორიგეობა აქვთ ყოველ მე-4 დღეს (ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში ექიმებს უწევთ ყოველ მე-2 ან მე-3 დღეს მორიგეობა) შესაბამისად ბუნებრივიცაა, რომ ექიმები, რომლებიც სასწრაფოში მუშაობენ, გაცილებით ცოტა დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას.

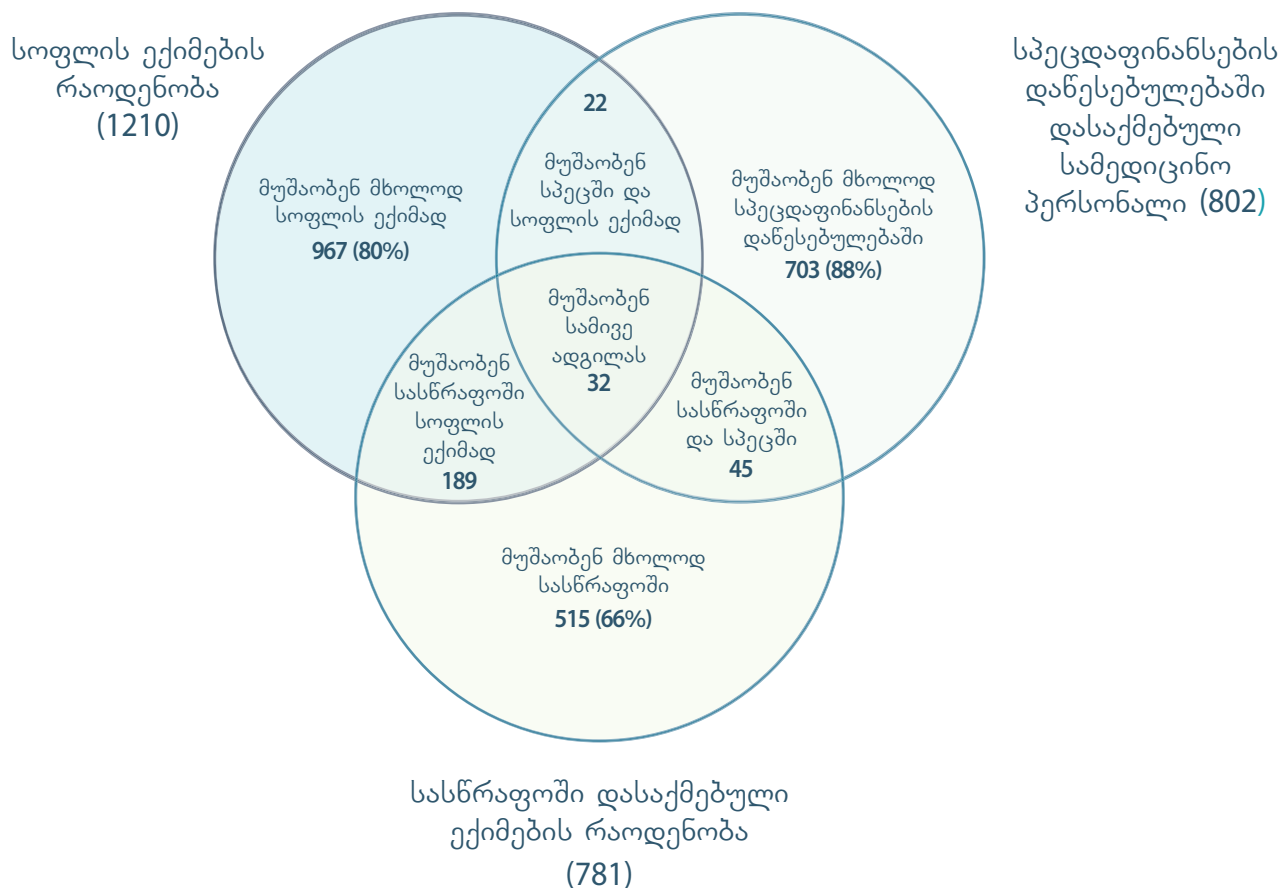
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშში აღნიშნული იყო, რომ სასწრაფო დახმარების დაბალ პრიორიტეტულ გამოძახებათა რაოდენობა საშუალოდ 26%-ს შეადგენს, რაც პირდაპირ უკავშირდება პირველად ჯანდაცვაში არსებულ ხარვეზებს.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ 1210³⁷ სოფლის ექიმიდან, 221 ექიმი (სოფლის ექიმების 18%) მუშაობს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახურში. გარდა ამისა, 54 ექიმი მუშაობს სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დანესებულებებში, რომელიც, თავის მხრივ, რაიონულ ცენტრებში მდებარეობს. ქვემოთ მოცემული სქემა საქართველოს მასშტაბით უჩვენებს სასწრაფოს, სოფლის ექიმებისა და სპეცდაფინანსების ექიმების კვეთას:

³⁶ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა წარმოდგენილია დაჯგუფებული სახით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 01-264/ო ბრძანების მიხედვით

³⁷ექიმების რაოდენობა აღებულია სააგენტოს მიერ მოწოდებული ექიმები/ექთნების რეესტრიდან 2015 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და არ მოიცავს შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრისა“ და ს/ს „საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანების“ მიერ დაკონტრაქტებული ექიმების რაოდენობას.

სქემა №1.1: სასწრაფოს, სოფლის ექიმებისა და სპეცდაფინანსების დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმების კვეთა³⁸



³⁸ სასწრაფოში დასაქმებული ექიმების რაოდენობა აღებულია სსიპ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ადამიანური რესურსების მართვის დეპარტამენტის მონაცემებიდან 2015 წლის აპრილის მდგომარეობით, ხოლო სპეცდაფინანსების დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმების რაოდენობა აღებულია სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს წერილზე საპასუხოდ სპეცდაფინანსების დაწესებულებების მონაცემებზე დაყრდნობით 2014 წლის დეკემბრის მდგომარეობით. სპეცდაფინანსების დაწესებულებაში დასაქმებული პერსონალის მონაცემი შეიცავს მხოლოდ 30 დაწესებულებას 36-დან, ასევე 39 დასაქმებულის თანამდებობრივი მონაცემები უცნობია.

„მუშაობენ მხოლოდ სოფლის ექიმად“ - იგულისხმება რომ ექიმები არ მუშაობენ სპეცდაფინანსების დაწესებულებასა და სასწრაფოში. 80%-დან ექიმების ნაწილი შესაძლოა მუშაობდეს ჯანდაცვის სხვა დაწესებულებაში, თუმცა ინფორმაცია ამის შესახებ აუდიტის ჯგუფისთვის ხელმისაწვდომი არ არის.

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, სოფლის ექიმების 20% შეთავსებით მუშაობს სპეცდაფინანსების დაწესებულებაში ან/და სასწრაფოში. ეს კი იმას გულისხმობს, რომ გარკვეულ ტერიტორიულ ერთეულებში, პრობლემათა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების კომპონენტის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. სოფლის მოსახლეობას, რომელსაც ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა გაუჩნდება, აქვს ორი ალტერნატივა: მივიდეს სოფლის ექიმთან, რომელიც პასუხისმგებელია ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებაზე ან გამოიძახოს სასწრაფო, რომელიც პასუხისმგებელია გადაუდებელი მომსახურების მიწოდებაზე.

⁴⁴³⁹ მუნიციპალიტეტიდან 25 მუნიციპალიტეტში სასწრაფოში დაუსაქმებელი ექიმები საშუალოდ უფრო მეტ პაციენტს იღებენ სასწრაფოში დასაქმებულ ექიმებთან შედარებით და ეს განსხვავება 2%-დან 144%-მდე მერყეობს, ხოლო 19 მუნიციპალიტეტში სურათი პირიქით იცვლება და სასწრაფოში დასაქმებულ ექიმებს უფრო მეტი პაციენტის ვიზიტები აქვთ. თუმცა სხვაობა მათი პაციენტების ვიზიტებისა და სასწრაფოში დაუსაქმებელი ექიმების პაციენტების ვიზიტების რაოდენობას შორის 2%-დან 51%-მდე მერყეობს (მუნიციპალურ დონეზე გამოვლენილი გარემოებები დეტალურად იხილეთ N2 დანართში).

საქართველოს მასშტაბით, სოფლის ექიმი, რომელიც სასწრაფოში არაა დასაქმებული, საშუალოდ თვეში 35%-ით⁴⁰ მეტ პაციენტს იღებს, სასწრაფოში დასაქმებულ ექიმთან შედარებით.

იმ მუნიციპალიტეტების ნაწილში, სადაც ექიმები ნაკლებ დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას შეთავსებით სასწრაფოში ან სპეცდაფინანსების დაწესებულებაში მუშაობის გამო, სასწრაფოს გამოძახებების წილი შედარებით მაღალია სხვა მუნიციპალიტეტებთან შედარებით (იხ. ცხრილი N4.1.2). ამის მიზეზი ისაა, რომ პაციენტს, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება და სჭირდება სოფლის ექიმის მომსახურება, სასწრაფოს გამოძახება მოუწევს, რადგან მისი ტერიტორიული ერთეულის ექიმი იმ დღეს სოფლის ექიმად არ მუშაობს სასწრაფოში მორიგეობის გამო. ეს კი თავის მხრივ განაპირობებს 2 პროგრამის კვეთას და შესაბამისად იწვევს არაეკონომიურ ხარჯვას, ვინაიდან სასწრაფო დახმარების გამოძახება (მანქანის, სანჯავის, ბრიგადის ხარჯიდან გამომდინარე) გაცილებით ძვირი მომსახურებაა.⁴¹

³⁹ სოფლის ექიმის პროგრამის პირველი კომპონენტით მოსარგებლე 57 მუნიციპალიტეტიდან ანალიზი არ გაკეთდა შიდა ქართლის მუნიციპალიტეტების (4 მუნიციპალიტეტი) და საჩხერის მუნიციპალიტეტზე განსხვავებული ადმინისტრირების სისტემის გამო. 7 მუნიციპალიტეტში არც ერთი სოფლის ექიმი არ მუშაობდა სასწრაფოში, შესაბამისად ვერ შედარდება სასწრაფოში დასაქმებული და დაუსაქმებელი ექიმების დატვირთვა.

⁴⁰ საქართველოს მასშტაბით, სასწრაფოში მომუშავე ექიმების დატვირთვა საშუალოდ 54-ს შეადგენს, ხოლო ექიმების დატვირთვა, რომლებიც სასწრაფოში არ მუშაობენ - 73-ს.

⁴¹ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის ეფექტიანობის აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სასწრაფო დახმარებაში დაბალ პრიორიტეტული - პირველადი ჯანდაცვის რგოლს მიკუთვნებული გამოძახებების წილი მაღალია, რაც ზრდის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ხარჯებს.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი უჩვენებს ჯამური პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებიდან⁴² სასწრაფოს გამოძახებათა წილს და სოფლის ექიმთან და ექთანთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობის წილს:⁴³

ცხრილი 4.1.2: სასწრაფოსა და სოფლის ექიმის პაციენტების წილი ჯამურ პირველადი ჯანდაცვის პაციენტებში

მუნიციპალიტეტი	სასწრაფოს გამოძახებათა რაოდენობა საშუალოდ 1 თვეში	სოფლის ექიმებთან და ექთნებთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობა საშუალოდ 1 თვეში	ჯამური მიმართვიანობა 2-ვე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში	სასწრაფოს გამოძახებათა წილი
წალკა	269	507	776	35%
ამბროლაური	409	805	1214	34%
ონი	150	306	456	33%
მარტვილი	420	874	1294	32%
თეთრიწყარო	419	1025	1444	29%
ღმანისი	327	831	1158	28%

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში⁴⁴ სასწრაფოს გამოძახებათა წილი პირველად ჯანდაცვაში 6%-დან 8%-მდე მერყეობს. ეს დადებითი მოვლენაა, რადგან გაზრდილია სოფლის ექიმის როლი პირველად ჯანდაცვაში და შემცირებულია სასწრაფოს გამოძახებათა რაოდენობა.

თუმცა ცხრილში მოყვანილია ის მუნიციპალიტეტები, რომლებშიც სასწრაფო გამოძახებების წილი შედარებით მაღალია საშუალო მაჩვენებელთან (13%) შედარებით და 6 მუნიციპალიტეტიდან 3 (ამბროლაური, ონი და ღმანისი) სწორედ ის მუნიციპალიტეტია, სადაც სოფლის ექიმები კვირაში 1-2 დღე მუშაობენ (იხ. ცხრილი N4.1.1). შესაბამისად, გადაუდებელი დახმარების წილი ასეთ მუნიციპალიტეტებში უფრო მაღალია, რაც წინააღმდეგობაში მოდის სოფლის ექიმის პროგრამით განსაზღვრულ ისეთ ინდიკატორთან, როგორიცაა პირველადი ჯანდაცვის/ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციის წილის ზრდა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ზოგიერთ შემთხვევაში სოფლის ექიმის შეთავსებით მუშაობა სხვა სამსახურში ინვესტს სოფლის ექიმის როლის შემცირებას.

სამინისტროს განმარტებით, შეთავსებით სხვა სამსახურში დასაქმებული კადრების სოფლის ექიმის პოზიციაზე აყვანა ხდება კადრების დეფიციტის გამო.

ბრძანებით არსებული განაწილების შესაბამისად, ყოველწლიურად პროგრამის ფარგლებში **გამარტივებული შესყიდვის** საშუალებით ხელშეკრულება ფორმდება ერთსა და იმავე სამედი-

⁴² სოფლის ექიმთან და ექთანთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობას დამატებული მუნიციპალიტეტში სასწრაფოს გამოძახებათა რაოდენობა

⁴³ მოცემული ანალიზი გაკეთებულია 2014 წლის 3 თვის (ივლისი, აგვისტო, სექტემბერი) მონაცემებზე დაყრდნობით

⁴⁴ ყვარელი, წალენჯიხა, დედოფლისწყარო, თერჯოლა, ლაგოდეხი, გურჯაანი, მესტია

ცინო პერსონალთან. გამარტივებული შესყიდვის წესი კი არ ქმნის კონკურენტულ გარემოსა და შესაბამისი კადრის მოძიების საშუალებას, ვინაიდან აღნიშნული მექანიზმი წარმოადგენს მიმწოდებელსა და შემკვეთს შორის სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ საქართველოს კანონით დადგენილ ურთიერთობას.

სამინისტროში მოქმედი პირველადი ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ⁴⁵ განსაზღვრულია სოფლის ექიმის კანდიდატურის შერჩევის კრიტერიუმები, რომლის თანახმადაც უპირატესობა ენიჭება იმ კადრს, რომელიც არ არის დასაქმებული სასწრაფო დახმარების სამსახურში ან სტაციონარში. შერჩევის კრიტერიუმების გამოყენება ფორმალურად არ ხდება, ვინაიდან არ არსებობს კანდიდატურის შერჩევის ფორმალური პროცესი: არ ცხადდება ვაკანსია ან/და სხვა ალტერნატიული საშუალებით არ იქმნება კონკურენტული გარემო, რაც უზრუნველყოფს ისეთი კადრის შერჩევას, რომელიც უპირატესად განახორციელებს სოფლის ექიმის ფუნქციას. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შესაბამისი პროცედურების დანერგვის შემთხვევაში არსებობს პოტენციალი, რომ ნაწილობრივ მაინც აღმოიფხვრას კადრის დეფიციტი.

4.1.2 მონიტორინგის არარსებობა

მონიტორინგის მექანიზმი წარმოადგენს ადმინისტრაციულ ზედამხედველობას და უზრუნველყოფს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მოვალეობებისა და ვალდებულებების ჯერ-ოვან და ხარისხიან შესრულებას.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ პროგრამის ფარგლებში არ არსებობს სამედიცინო პერსონალის მონიტორინგის მექანიზმი, რომელიც, თავის მხრივ უნდა მოიცავდეს სამედიცინო პერსონალის სამუშაო პროცესის, სამსახურში ყოფნის საკითხის, ასევე განეული მომსახურების ხარისხის შემოწმებას.

პროგრამის ფარგლებში სააგენტოს მიერ ექიმების მონიტორინგი რეალურად არ განხორციელებულა.

მონიტორინგის ნაკლოვანებაზე მუნიციპალიტეტებიც მიუთითებენ. მაგალითად, აბაშის მუნიციპალიტეტი გამოკითხვაში აღნიშნავს, რომ სასურველია სოფლის ექიმის ადგილობრივ დონეზე ჰყავდეთ კოორდინატორი, რომელიც ჩაატარებს მონიტორინგს.

მონიტორინგის მექანიზმის არარსებობა მიუთითებს იმაზე, რომ პროგრამის განმახორციელებელმა სააგენტომ რეალურად არ იცის სრულდება თუ არა პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება, დადიან თუ არა ექიმები სამუშაო ადგილზე და რა ხარისხით ასრულებენ დაკისრებულ მოვალეობას.

⁴⁵ სამინისტროს სისტემაში არსებული წარმომადგენლობითი ორგანო, რომელიც გადანყვეტილებებს იღებს პირველადი ჯანდაცვის საკითხებზე.

4.2 ანაზღაურების სისტემა შედეგზე ორიენტირებული არ არის

ევროპული ქვეყნების მნიშვნელოვანი ნაწილი⁴⁶ პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას უპირატესობას ანიჭებს მოტივაციაზე მიბმულ დაფინანსებას, რაც გულისხმობს ექიმის სტიმულირებას მიიღოს ბევრი პაციენტი, ადრეულ სტადიაზე გამოავლინოს დაავადებები. მაგალითად, ლიტვა, რომელიც საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემიდან პირველადი ჯანდაცვის თანამედროვე მოდელზე გადავიდა, უპირატესობას ანიჭებს სამედიცინო პერსონალის ინდიკატორებზე მიბმულ ანაზღაურების სისტემას⁴⁷, რაც გულისხმობს არა მხოლოდ მიღებული პაციენტების რაოდენობრივ მაჩვენებელს, არამედ შესრულებული სამუშაოს ხარისხს: მაგალითად, ადრეულ სტადიაზე გამოვლენილ სიმსივნურ დაავადებას და სხვ.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტი სოფლად ფინანსდება გლობალ ბიუჯეტის პრინციპით, რაც გულისხმობს იმას, რომ კომპონენტის დაფინანსება დამოკიდებული არ არის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების რაოდენობაზე და არ ახდენს ექიმის მოტივირებას. ამასთანავე, არსებობს მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რაც უარყოფითად მოქმედებს ექიმების სტიმულზე მიიღონ მეტი პაციენტი - ეს არის იმ ხარჯების დიდი მოცულობა, რომლის გაწევაც მათ სოფლის ექიმად მუშაობის პერიოდში უწევთ.

აღსანიშნავია, რომ ექიმები კომუნალური და ტრანსპორტირების ხარჯის გარდა, საჭირო მედიკამენტებსა და სამედიცინო ნივთებს საკუთარი ხარჯით ყიდულობენ. სააგენტომ 2014 წელს ერთჯერადად უზრუნველყო ექიმები აუცილებელი მედიკამენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით,⁴⁸ მას შემდეგ ექიმის ჩანთა გადაეცემა ყოველ ახალ ექიმს, ხოლო ექიმებს საკუთარი ანაზღაურებიდან ყოველთვიურად უწევთ სამედიცინო ჩანთის განახლება სამედიცინო პროდუქციის ხარჯვის გათვალისწინებით.

ექიმების გამოკითხვის შედეგად ვლინდება, რომ კომუნალური, ტრანსპორტისა და მედიკამენტების ხარჯი საშუალოდ თვეში 143 ლარს შეადგენს, ხოლო ამ თანხას ზამთრის თვეში ემატება საშუალოდ 80 ლარი, შესაბამისად, ზამთრის თვეებში გადასახადების გადახდის შემდგომ და ხარჯის განევის შემდგომ, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება 300 ლარს არ აღემატება.

ექიმები, რომლებიც ბევრ პაციენტს ემსახურებიან, მეტს ხარჯავენ როგორც მედიკამენტების ჩანთის განახლებაში, ასევე ტრანსპორტირებაში, ხოლო ექიმები, რომლებიც ნაკლებ დროს უთმობენ სოფლის ექიმად მუშაობას, ნაკლებ ხარჯს განევენ.

⁴⁶ ლიტვა, ლატვია, ესტონეთი, დიდი ბრიტანეთი და სხვ.

⁴⁷ <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-lithuania>

⁴⁸ „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით, საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის 01-264/ო ბრძანება.

ცხრილი 42.1: გასვლითი ვიზიტებისა და აუცილებელი მედიკამენტების გახარჯვის შემთხვევათა რაოდენობა იმ ექიმების მიერ, რომლებიც განსხვავებული რაოდენობის (100-300 და 301-500) პაციენტებს იღებენ.⁴⁹

განუხილული მომსახურების დასახელება	მინიმალური მომსახურების რაოდენობა 100-300 პაციენტის მიღების შემთხვევაში	მინიმალური მომსახურების რაოდენობა 301-500 პაციენტის მიღების შემთხვევაში
ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა	36	53
წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარეებთან ვიზიტების რაოდენობა	21	62
აუცილებელი მედიკამენტების გამოყენების რაოდენობა	50	92

ცხრილიდან გამომდინარეობს, რომ გასვლითი ვიზიტებისა და აუცილებელი მედიკამენტებით პაციენტის უზრუნველყოფა მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმ ექიმებთან, რომლებიც განსხვავებული რაოდენობის (100-300 და 301-500) პაციენტებს იღებენ. **შესაბამისად, ექიმის მიერ საკუთარი ჯიბიდან განუხილული დანახარჯები მიღებული პაციენტების რაოდენობის პროპორციულად იზრდება.**

გარდა იმისა, რომ ექიმების დღევანდელი ანაზღაურება არ არის სტიმულებზე ორიენტირებული, საქართველოს კანონით „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“⁵⁰ განისაზღვრა მაღალმთიანი რეგიონებში სამედიცინო პერსონალისთვის მოტივაციის შექმნა, რაც ითვალისწინებს სახელმწიფოს წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებულ და მის მართვაში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის (რომლის შრომა საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ანაზღაურდება), საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრული წესით ყოველთვიური დანამატის მიცემას. ამ შემთხვევაში სოფლის ექიმებისთვის აღნიშნული ანაზღაურება არ იქნება გათვალისწინებული, ვინაიდან მათი სტატუსი ინდივიდუალური მენარმეა და სახელმწიფოს მიერ მათი ანაზღაურება ხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვების წესით.

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

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ აღნიშნული მოდელი ხელს არ შეუწყობს პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის სტიმულირებას.

⁴⁹ გურიის რეგიონი - 2014 წლის 3 თვის მონაცემი.

⁵⁰ 2015 წლის 16 ივლისის საქართველოს კანონი „მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ“.

4.3 ექიმების კვალიფიკაციასთან და ინფორმირებულობასთან დაკავშირებული ნაკლოვანებები

საერთაშორისოდ მიღებული სტანდარტით, სოფლის ექიმი, რომელიც ახორციელებს პირველად ჯანდაცვის მომსახურებას, კვალიფიკაციით წარმოადგენს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია დამოუკიდებელია სხვა სამედიცინო სპეციალობებისგან.

პროგრამის თანახმად, საქართველოში სოფლის ექიმი შესაძლებელია იყოს პირი, რომელსაც მიღებული აქვს უმაღლესი სამედიცინო განათლება და ფლობს დამოუკიდებელი საქმიანობის უფლებას. ამასთანავე, არ არის სავალდებულო სოფლის ექიმი იყოს ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციის მქონე, ამ მიზნით განსაზღვრულია შესაბამისი მომზდენა სპეციალობა.⁵¹

WONCA მიიჩნევს⁵², რომ გრძელვადიანად მაღალი კვალიფიკაციის ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებული სერვისი უფრო ხარჯთ-ეფექტიანია, ვიდრე ე.წ. ვიწრო სპეციალისტის მიერ მიწოდებული სერვისი. საოჯახო მედიცინაში გადაუმზადებელი კადრი პირველადი ჯანდაცვიდან უფრო მეტ რეფერალს (გადამისამართებას) გააკეთებს სხვა სპეციალისტებთან, ვიდრე ოჯახის ექიმი, რომლის სპეციალიზაციაც ყველა დაავადების თუ ორგანოთა სისტემის ზოგად ცოდნას უკავშირდება.

სამინისტროს განმარტებით, იმის მიზეზი, რომ სოფლად ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებისთვის სავალდებულო არ არის, კადრების ნაკლებობას უკავშირდება.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სოფლის ექიმების მხოლოდ 60% - ს აქვს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი. დანარჩენი ექიმები ვიწრო სპეციალობის ექიმები არიან.

სოფლის ექიმების განსხვავებულ კვალიფიკაციასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული სოფლის ექიმის პროდუქტიულობა, რაც ექიმების დატვირთვის ანალიზშიც ჩანს. საქართველოს მასშტაბით, საშუალოდ, სოფლის ექიმებს, რომელთაც ოჯახის ექიმის სპეციალობა აქვთ 51%-ით მეტი პაციენტის ვიზიტების რაოდენობა აქვთ, სხვა სამედიცინო სპეციალობის ექიმებთან შედარებით.

⁵¹ სერტიფიცირებული ექიმი-სპეციალისტი, გარდა შემდეგი საექიმო სპეციალობებისა: ფსიქიატრია, ფსიქოთერაპია, ბავშვთა ფსიქოთერაპია, ნარკოლოგია, სექსოლოგია, ლაბორატორიული მედიცინა, პათოლოგიური ანატომია-კლინიკური პათოლოგია, სასამართლო მედიცინა, რადიოლოგია (შესაბამისი მომზდენა სპეციალობებით), სამედიცინო რეაბილიტაცია და სპორტის მედიცინა, კლინიკური ფარმაცოლოგია, ფიზიკური მედიცინა-კურორტოლოგია, სამედიცინო გენეტიკა, ჰომეოპათია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის 244/6 ბრძანება.

⁵² Policy on Rural Practice and Rural Health - WONCA

⁵³ სოფლის ექიმებს, რომლებთანაც ოჯახის ექიმის სპეციალობა აქვთ საშუალოდ 83 პაციენტის ვიზიტი აქვთ თვეში. ხოლო სოფლის ექიმებს, რომელთაც სხვა სამედიცინო სპეციალობა აქვთ, საშუალოდ თვეში 55 პაციენტის ვიზიტი აქვთ.

ანალიზში ჩართული 52 მუნიციპალიტეტიდან 29-ში ოჯახის ექიმის სპეციალობის მქონე სოფლის ექიმების დატვირთვა გაცილებით დიდია სხვა სამედიცინო სპეციალობის ექიმის დატვირთვასთან შედარებით და 7%-დან 151%-მდე მერყეობს, ხოლო 11 მუნიციპალიტეტში⁵⁴ სურათი პირიქით იცვლება - დატვირთვა მაღალია სხვა სამედიცინო სპეციალობების მქონე სოფლის ექიმებში, თუმცა ეს განსხვავება 2%-დან 36%-მდე მერყეობს.

ცხრილი 4.3.1: ოჯახის ექიმის სპეციალობის სოფლის ექიმების დატვირთვის შედარება სხვა სამედიცინო სპეციალობის სოფლის ექიმების დატვირთვისასთან⁵⁵

მუნიციპალიტეტი	ოჯახის ექიმის სპეციალობის სოფლის ექიმების რაოდენობა	ოჯახის ექიმის სპეციალობის სოფლის ექიმების დატვირთვა	სხვა სამედიცინო სპეციალობის სოფლის ექიმების რაოდენობა	სხვა სამედიცინო სპეციალობის სოფლის ექიმების დატვირთვა	სხვაობა ექიმების დატვირთვაში (%) ⁵⁶
ვანი	12	85	5	44	95%
ნალენჯიხა	12	61	8	36	69%
ბორჯომი	5	111	10	68	63%
სენაკი	11	53	5	35	51%
ხობი	11	58	6	44	32%
ჩხოროწყუ	11	39	4	30	31%

ცხრილში მაგალითისთვის მოყვანილია ისეთი მუნიციპალიტეტები, სადაც ოჯახის ექიმების სპეციალობის მქონე სოფლის ექიმების დატვირთვა შედარებით მეტია სხვა სამედიცინო სპეციალობის მქონე სოფლის ექიმების დატვირთვასთან შედარებით. აღნიშნული კი მიუთითებს ოჯახის ექიმის სპეციალობის მქონე ექიმების შედარებით მაღალ პროდუქტიულობაზე.

უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში სახელმწიფოს ოჯახის ექიმების გადამზადება არ ჩაუტარებია. აუდიტის ფარგლებში გამოკითხული 185 ექიმიდან 62% პროფესიული განვითარების პრობლემას უსვამს ხაზს და ტრენინგების საჭიროებაზე მიუთითებს.

⁵⁴ დარჩენილი 12 მუნიციპალიტეტიდან 10-ში არ მუშაობენ ოჯახის ექიმის სპეციალობის ექიმები, ხოლო 2 მათგანში მხოლოდ ოჯახის ექიმის სპეციალობის ექიმები მუშაობენ.

⁵⁵ მოცემული ცხრილი განიხილავს მხოლოდ ისეთი მუნიციპალიტეტების ექიმების დატვირთვის შედარებას, სადაც ოჯახის ექიმის სპეციალობის მქონე სოფლის ექიმების რაოდენობა და სხვა სამედიცინო სპეციალობის მქონე ექიმების რაოდენობა მცირედით განსხვავდება ერთმანეთისაგან (2-დან 7-მდე). მოცემულ დიაპაზონში მოხვდა 12 მუნიციპალიტეტი, რომელთაგანაც 3-ში - სხვა სპეციალობის ექიმების დატვირთვა უფრო მაღალია ოჯახის ექიმის სპეციალობის მქონე ექიმის დატვირთვასთან შედარებით, თუმცა მათი პაციენტების ვიზიტების რაოდენობა საგრძნობლად მეტი არაა და 2%, 8% და 26%-ს შეადგენს.

⁵⁶ მოცემული პროცენტული ცვლილება ასახავს თუ რამდენი %-ით მეტ პაციენტს იღებენ ოჯახის ექიმის სპეციალობის სოფლის ექიმები სხვა სამედიცინო სპეციალობის მქონე სოფლის ექიმებთან შედარებით.

სოფლის ექიმების ინფორმირებულობის საკითხები

ევროპის ბევრ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის მოდელი გუნდური მუშაობის პრაქტიკას ემყარება (გუნდი შედგება რამდენიმე ექიმისგან, ექთნისგან). გუნდური პრაქტიკის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ სპეციალისტებს საშუალება ეძლევათ ერთმანეთს გაუზიარონ პროფესიული გამოცდილება, მოხდეს პრობლემური შემთხვევების განხილვა, ხოლო პაციენტმა მიიღოს ხარისხიანი მომსახურება.

საქართველოში სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მოდელი ემყარება ინდივიდუალურ პრაქტიკას, რაც გულისხმობს 1 სოფლის ექიმის დამოუკიდებელ საქმიანობას კონკრეტულ ტერიტორიულ ერთეულში. შესაბამისად, ექიმს არ აქვს საშუალება აქტიური კომუნიკაცია ჰქონდეს კოლეგებთან, მოხდეს მათ შორის გამოცდილების გაზიარება, პრობლემური შემთხვევების განხილვა და სხვ. თავის მხრივ, აღნიშნული შესაძლებელია გაწეული მომსახურების ხარისხში აისახოს.

სოფლის ექიმების გამოკითხვით დგინდება, რომ ექიმების 23% ნაკლებად ინფორმირებულია ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე სიახლეებისა და სხვა ჯანდაცვის პროგრამების შესახებ, ხოლო დანარჩენი 77% მიუთითებს, რომ ინფორმირებულია, თუმცა დამოუკიდებლად ცდილობენ მოიძიონ ინფორმაცია ჯანდაცვის მიმდინარე საკითხებისა და სამედიცინო სიახლეების შესახებ (იმ პირობებში, როდესაც მათ უმეტესობას ინტერნეტთან წვდომა არ აქვს) და ორგანიზებულად პროგრამის განმახორციელებლების მიერ მათი ინფორმირება არ ხდება.

ექიმის კვალიფიციურობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანი ნაწილია ექიმის ინფორმირებულობა ჯანდაცვის სხვადასხვა საკითხებზე. სოფლის ექიმი წარმოადგენს პირველ რგოლს, ვისგანაც პაციენტმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია ჯანმრთელობის საკითხებზე, ჯანდაცვის სხვა პროგრამებზე, შესაბამის კვლევებსა და ტარიფებზე.

დასკვნა:

„სოფლის ექიმის“ პროგრამის წარმატება და მიზნების მიღწევა დიდ წილად ექიმების პროდუქტიულ მუშაობაზეა დამოკიდებული. ექიმების დატვირთვა, რომელიც ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთი მაჩვენებელია, საგრძნობლად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ამისი მიზეზი შეიძლება კონკრეტული ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი რელიეფი, მოსახლეობის განსხვავებული რაოდენობა და სიმჭიდროვე იყოს. თუმცა არსებობს ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებულ 2 ექიმს მნიშვნელოვნად განსხვავებული დატვირთვა აქვს, რაც ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობის მაჩვენებელია.

პროგრამის დიზაინი ვერ ქმნის ექიმებისათვის თანაბარი პროდუქტიული მომსახურების გაწევის წინაპირობას და ექიმების კეთილსინდისიერების იმედზე ტოვებს პროგრამის ეფექტიანად განხორციელების შესაძლებლობას. კერძოდ, ექიმების სხვა სამსახურში შეთავსებით მუშაობა და პროგრამის მონიტორინგის მექანიზმის არარსებობა, ექიმებს აძლევს საშუალებას სასურველ დროითა და ჯერადობით იარონ მომსახურების გაწევის ადგილას, შესაბამისად, ხშირად განსხვავებულია ისეთი ექიმების დატვირთვა, რომლებიც თანაბარ პირობებში (მოსახლეობის რაოდენობა, გეოგრაფიული თავისებურება) მუშაობენ.

პროგრამის დაფინანსების სისტემა ვერ ქმნის სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მიღწევის წინაპირობას, რადგან ის არ ემყარება ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. პროგრამის ფარგლებში ექიმების ანაზღაურება არ განისაზღვრება არც მიღებული პაციენტების რაოდენობით და არც ექიმის მიერ კარგად შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად. თუ ექიმს ბევრი პაციენტი ჰყავს, მას გაცილებით მეტი მატერიალური ხარჯის გაღება უნევს, ვიდრე ექიმს, რომელიც პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას არაჯეროვნად ახორციელებს.

პაციენტების რაოდენობა არ ქმნის ექიმის პროდუქტიულობის ერთადერთ საფუძველს. სტიმულებზე მიბმული ანაზღაურების სისტემა არ გულისხმობს მხოლოდ პაციენტების ვიზიტების რაოდენობის მიხედვით ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. ექიმის დატვირთვა შესაძლებელია არ იყოს მაღალი ისეთი ობიექტური მიზეზიდან გამომდინარე, როგორიცაა, ტერიტორიული ერთეულის მოსახლეობის მცირერიცხოვნობა. ამ შემთხვევაში ანაზღაურების მექანიზმი და მოტივაცია განსხვავებული წესით უნდა განისაზღვრებოდეს. პირველადი ჯანდაცვის ექიმს მართებს მნიშვნელოვანი სამუშაოს განევა იმ მიზნით, რომ მოხდეს დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და პრევენცია, ამაღლდეს პაციენტის ინფორმირებულობა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ამ მიზნის მისაღწევად კი ცენტრალური როლი აქვს ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას. სოფლის ექიმების მნიშვნელოვანი ნაწილი არ არის სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმი. სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პროდუქტიულობა გარდა კვალიფიკაციის საკითხისა, დამოკიდებულია ასევე სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობაზე ჯანდაცვის მიმდინარე საკითხებთან და სხვა პროგრამებთან დაკავშირებით.

რეკომენდაციები:**სამინისტრომ და სააგენტომ:**

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის პროდუქტიული ფუნქციონირების წინაპირობების შექმნის მიზნით, სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად უზრუნველყოს პროგრამის დიზაინში იმგვარი ცვლილებების განხორციელება, რაც ხელს შეუწყობს პროგრამული მომსახურების გაუმჯობესებას.

- უზრუნველყოს პროაქტიული ღონისძიებების გატარება (ინფორმირებულობის გაზრდა სოფლის ექიმად დასაქმების შესახებ სამედიცინო პერსონალის ფართო სპექტრისთვის), რაც უზრუნველყოს კონკურენტული გარემოს შექმნას და სააგენტოს საშუალებას მისცემს მომსახურება შეისყიდოს იმ პირისგან, რომელიც უპირატესად შეასრულებს სოფლის ექიმის ფუნქციას;
- ეტაპობრივად მოხდეს სამედიცინო პერსონალის სტიმულირება ანაზღაურების სისტემაში ცვლილებებით, რომელიც, ერთი მხრივ, შესაძლებლობას მისცემს თანაბარ გეოგრაფიულ-დემოგრაფიულ პირობებში დასაქმებულ ექიმებს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით მიიღონ პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურება, ხოლო, მეორე მხრივ, მნიშვნელოვანია პროდუქტიულობის გაზრდის მიზნით, ეტაპობრივად დაინერგოს სანქციებისა და წახალისების (არამატერიალური ან/და მატერიალური) სისტემა ისეთ მნიშვნელოვან ინდიკატორებზე და მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, როგორიცაა, მაგალითად სოფლის ექიმის მიერ დაავადებათა ადრეული გამოვლენა, იმუნიზაცია, პაციენტების კმაყოფილება და სხვ;
- სოფლის პირველადი ჯანდაცვის გუნდის კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, საოჯახო მედიცინაში გადამზადებისა და სერტიფიცირების პროცესის ხელშეწყობა იმ ექიმებისთვის, რომელთაც არ აქვთ ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია.

სააგენტოს:

- შემუშავდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ სხვადასხვა სოფლებში დაგეგმილი ვიზიტების განრიგი/განაწილება იმ მიზნით, რომ შეიქმნას სამუშაოს შესრულების ვალდებულება და შესაძლებელი იყოს სამედიცინო პერსონალის მიერ მოვალეობების შესრულების საკითხის მონიტორინგი, შემოწმება და შესაბამისად, პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენება.
- პროგრამის ფარგლებში შემუშავდეს სოფლის ექიმის საქმიანობისა და შედეგების მონიტორინგის მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუწყობს სამუშაო პროცესის გაუმჯობესებას.

5. სოფლის ექიმის არასაკმარისი ჩართულობა სკრინინგის პროგრამაში

პირველადი ჯანდაცვის, როგორც კოორდინატორის როლი უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის ფუნქციათა შორის. ის მოიცავს პაციენტის გადამისამართებას ჯანდაცვის ზედა რგოლში, დაავადებათა ადრეული გამოვლენის ან ზუსტი დიაგნოზის დადგენის მიზნით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით⁵⁷ დაავადებათა პრევენცია 3 დონეზე ხორციელდება:

- » მოსახლეობის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;
- » მეორადი პრევენცია - სკრინინგის პროგრამები;
- » მესამე დონის პრევენცია - დაავადების ადრეულ სტადიაზე დამარცხება.

დაავადებათა პრევენცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოიაზრებს პირველადი ჯანდაცვის სკრინინგის პროგრამებთან კოორდინაციას დაავადებათა ადრეული გამოვლენის მიზნით.

დაავადებათა ადრეული გამოვლენის მიზნით არსებობს დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის განმახორციელებელიც საქართველოს რეგიონებში არის სამინისტროს სისტემაში შემავალი სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს სხვადასხვა დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას, მათ შორის, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილია კიბოს სკრინინგი.

კიბოს სკრინინგის კომპონენტი ხორციელდება მთელი საქართველოს მასშტაბით და ის მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- » ძუძუს კიბოს სკრინინგი;
- » საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი (Pap-ტესტი და კოლპოსკოპიური სკრინინგი);
- » პროსტატის კიბოს სკრინინგი;
- » კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი (FORT- ტესტი).

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლი - სოფლის ექიმი, როგორც რეფერალის (გადამისამართების) ძირითადი განმახორციელებელი ჩართული არ არის. პროგრამის მიხედვით მხოლოდ გურჯაანის მუნიციპალიტეტის სოფლის ექიმები არიან ჩართული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის საპილოტო რეჟიმში.

⁵⁷ EPHO – Essential Public Health Operations – www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2

ამ შემთხვევაში გამოკვლევაში პაციენტის ჩართვის პროცესი შემდეგია:

სქემა №1: სოფლის ექიმისა და სკრინინგის პროგრამის კოორდინირებულობა:



შემოაღნიშნული მოდელი კარგად ასახავს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის კოორდინაციულ როლს, თუმცა როგორც აღინიშნა აღნიშნული სისტემა მხოლოდ გურჯაანის მუნიციპალიტეტშია დანერგილი. დანარჩენი საქართველოს მასშტაბით კოორდინაცია სკრინინგის პროგრამასა და სოფლის ექიმს შორის არ არის დანერგილი.

სოფლის ექიმების გამოკითხვით დასტურდება, რომ მათი ნაწილი (24%) ფლობს მხოლოდ ზოგად ინფორმაციას დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის პროგრამის შესახებ, ხოლო კითხვაზე, თუ რამდენად ხშირად გაუგზავნიან პაციენტი სკრინინგის პროგრამაში გამოკვლევის ჩასატარებლად, გამოკითხულ ექიმთა 57% პასუხობს, რომ ეს იშვიათად ხდება.

2014 წელს დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამის ბიუჯეტი დამტკიცებული 2,000,000 ლარიდან დაზუსტდა 1,513,800 ლარზე, 2014 წლის ნოემბერში, რაც განაპირობა პროგრამაში წარმოქმნილმა სავარაუდო ეკონომიამ. შესაბამისად, დამტკიცებული ბიუჯეტიდან აუთვისებელმა თანხამ 486,200 ლარი შეადგინა.

პროგრამის მოსარგებლეთა გაზრდით შესაძლებელი იქნებოდა დამატებით 28,600-მდე ქალისთვის⁵⁸ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ჩატარება (ერთეულის ღირებულება 17 ლარს შეადგენს) და შესაბამისად, აღნიშნული დაავადების პრევენცია გარკვეულ პოპულაციაში. პროგრამის მიზნების მიღწევა შეიძლება მნიშვნელოვნად იყოს დამოკიდებული სოფლის ექიმების ჩართულობაზე.

დასკვნა

პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრირება სკრინინგის პროგრამასთან სუსტია, რაც უკავშირდება იმას, რომ სამინისტროს მიერ განხორციელებული პროგრამების (სოფლის ექიმისა და სკრინინგის) ერთმანეთთან კოორდინაცია საკმარისად არ ხდება. თავის მხრივ, დაავადებათა ადრეული გამოვლენა ხელს უწყობს ქვეყანაში ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებას და აისახება მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხზე. გვიან გამოვლენილი დაავადებები, თავის მხრივ, ზრდის სახელმწიფო და კერძო დანახარჯებს, ვინაიდან ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილი დაავადების მკურნალობა, როგორც წესი, უფრო ნაკლებ დანახარჯებს უკავშირდება.

⁵⁸ $28,600 = 486,200 / 17$

რეკომენდაცია

სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად:

- უზრუნველყოს სოფლის ექიმის პროგრამის კოორდინაცია დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამასთან იმ მიზნით, რომ პირველადი ჯანდაცვა სოფლად მეტად ემსახურებოდეს პრევენციულ ფუნქციას და გაიზარდოს პირველადი ჯანდაცვის როლი დაავადებათა ადრეულ გამოვლენაში.

6. ანგარიშგებასთან დაკავშირებული პრობლემები

სამედიცინო პერსონალი ყოველთვის წარუდგენს სააგენტოს შესრულებული სამუშაოს ანგარიშს. ანგარიში 2 ფორმისგან შედგება: შემთხვევათა უწყისი და შემთხვევათა რეესტრი (სტატისტიკური ფორმა), რომელიც არ ატარებს ფინანსურ დატვირთვას, თუმცა მას დიდი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის, ასევე მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს რაოდენობისა და ხარისხის შესაფასებლად.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პროგრამის მიზანი პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უტილიზაციის გაზრდაა.

მიზნის მისაღწევად შედეგის შეფასების ინდიკატორებია:

- » ვიზიტების რაოდენობა სამიზნე პოპულაციაში;
- » პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციის წილი.

შეფასების ინდიკატორების გასაზომად ანგარიშგების კონსოლიდაცია და ანალიზი არ ხდება, შესაბამისად პროგრამას არ აქვს შეფასების მექანიზმი.

სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოდგენილი სტატისტიკური ფორმა მოიცავს ბევრ ინფორმაციას, თუმცა ანგარიშგების დადგენილი (სტატისტიკური) ფორმა არასრულყოფილია:

- » ანგარიში არ მოიცავს პაციენტის საკონტაქტო ინფორმაციას, რომელიც მნიშვნელოვანია შემდგომ იმის გადასამოწმებლად თუ რამდენად იყო პაციენტი რეალურად ექიმთან ვიზიტზე და ამავდროულად რამდენად კმაყოფილია ის ექიმის მომსახურებით;
- » ანგარიშში მხოლოდ ზოგადი ინფორმაცია აისახება პაციენტის რეფერალის შესახებ, თუმცა არ აისახება თუ რომელ სპეციალისტთან, რომელ დიაგნოსტიკურ პროცედურაზე განხორციელა ექიმმა პაციენტის რეფერალი;
- » ანგარიშში არ მოიპოვება ინფორმაცია ექიმის მიერ პაციენტის სკრინინგის პროგრამაში გადამისამართების შესახებ.

ხშირად სტატისტიკური ფორმები მხოლოდ მიღებული პაციენტების რაოდენობას ასახავს, ხოლო დანარჩენი ინფორმაცია, თუ რა იყო პაციენტის მიმართვის მიზეზი, რა ჩარევა განხორციელა ექიმმა და შემდგომ სად გადაამისამართა პაციენტი, ცარიელი ან არასრულად შევსებულია.

გარდა იმისა, რომ ანგარიში წარმოადგენს მნიშვნელოვან მექანიზმს პროგრამის შედეგების გასაზომად, ის მნიშვნელოვანია ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარისხის შესაფასებლად: ექიმების მიერ განხორციელებული რეფერალის რაოდენობა და მიზანშეწონილობა, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების რაოდენობა, დაავადებათა ადრეული გამოვლენის მაჩვენებლები, ასევე სხვა მნიშვნელოვანი საკითხები, რომლებიც გამოავლენს პრობლემებს, ტენდენციებს და შემდგომი აქტივობების სწორად დაგეგმვისთვის მნიშვნელოვანი წყარო გახდება.

დასკვნა

ანგარიშგება პროგრამის შესაფასებლად უმნიშვნელოვანესი ბერკეტია, თუმცა აღნიშნული ბერკეტების გამოყენება არ ხდება და შესაბამისად, პროგრამის განმახორციელებლისთვის უცნობია რამდენად აღწევს პროგრამა დასახულ მიზნებს.

რეკომენდაციები

სააგენტოს:

- დაიხვეწოს და სრულყოფილი გახდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოსადგენი ანგარიშის ფორმა, რომელიც მოიცავს შემდეგს: პაციენტის საკონტაქტო ინფორმაცია, ექიმის მიერ პაციენტის გადამისამართება სადიაგნოსტიკო პროცედურებზე, სხვა სპეციალისტებთან, ექიმის მიერ პაციენტის სკრინინგის პროგრამაში ჩართვა და სხვ;
- სააგენტომ შეიმუშავოს შესაბამისი მექანიზმები, რათა განხორციელდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის კონსოლიდირება და შემუშავდეს შესრულებული სამუშაოს მონიტორინგის და შეფასების მექანიზმები.

7. დაგეგმვა იმპორტის – სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების დადგენილი ლიმიტების განსაზღვრაში არსებული ნაკლოვანება

სოფლის ექიმის პროგრამის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება, რომლის ბიუჯეტიც 2014 წელს 3,548,200 ლარს შეადგენდა.

სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში, სოფლის მოსახლეობას პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას აწვდის სოფლის ექიმი/ექთანი, ხოლო სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულება სხვადასხვა მომსახურებას აწვდის რაიონული ცენტრის (ქალაქის, დაბის) მოსახლეობას და არა სოფლის მოსახლეობას.⁵⁹

სპეცდაფინანსებაზე მყოფი ორგანიზაციებისთვის, პროგრამით გამოყოფილი ასიგნება ითვალისწინებს ამ ორგანიზაციების მდგრადობის შენარჩუნებას კონფლიქტურ, მასთან მიმდებარე რეგიონებსა და მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების მიწოდება კომერციულად არამომგებიანია, მოსახლეობის მცირერიცხოვნობიდან გამომდინარე.

შესაბამისად, სახელმწიფო ინტერესებიდან გამომდინარე, სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულების შეუფერხებლად ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, მათ ბაზისურ დაფინანსებას ახორციელებს სახელმწიფო.

სპეცდაფინანსებაზე 2014 წლის დეკემბრის მდგომარეობით იმყოფება 36 დაწესებულება. დაწესებულებები ყოველთვიურად, წინასწარ განსაზღვრული ლიმიტის შესაბამისად, იღებენ დაფინანსებას, ლიმიტები თითოეული დაწესებულებისთვის განსხვავებულია (იხ. დანართი N3).

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების ლიმიტები განისაზღვრა 2004 წელს, მას შემდეგ (2011-2013 წლებში) ლიმიტების განახლება განხორციელდა რამდენიმე შემთხვევაში, დაწესებულების მოთხოვნის შესაბამისად.⁶⁰

2004 წელს დაწესებულებებისთვის განსაზღვრული ლიმიტის საფუძველი ვერ იქნება მიჩნეული ვალიდურად 2015 წლისთვის.

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ კომპონენტის შესრულების ანგარიშში (რომელსაც დაწესებულებები ყოველთვიურად წარუდგენენ სააგენტოს) ფიქსირდება მხოლოდ პაციენტის ამბულატორიული თუ სტაციონარული მომსახურების კოდი. შესაბამისად, სააგენტოსთვის უცნობია რა კონკრეტული მომსახურება განახორციელა დაწესებულებამ. მიუხედავად იმისა, რომ მნიშვნელოვანია ორგანიზაციების მდგრადობის შენარჩუნება კონფლიქტურ, მასთან მიმდებარე რეგიონებში და მაღალმთიან რეგიონებში, სპეცდაფინანსების დაწესებულებებისთვის დადგენილ ლიმიტებს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი საფუძველი, რაც გულისხმობს იმას, რომ გასაცემი თანხის საფუძველი უნდა იყოს ვალიდური ინფორმაცია, რომელიც ასახავს დაწესებულების რეალურ საჭიროებებს.

⁵⁹ გამონაკლისის წარმოადგენს ყაზბეგისა და თიანეთის მუნიციპალიტეტები, ოკუპირებული სოფლები, სადაც სპეცდაფინანსების კომპონენტის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას იღებს როგორც რაიონის, ასევე, სოფლის მოსახლეობაც - არ არის დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმი/ექთანი.

⁶⁰ ნიქოზის, საბერიოს, შატილის ამბულატორიები, ასევე შპს „აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა ზუგდიდის პოლიკლინიკა“.

რეკომენდაცია

სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად:

- სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებებისთვის შემუშავდეს და დადგინდეს დაფინანსების განახლებული ლიმიტები შესაბამის მონაცემებსა და საფუძველზე დაყრდნობით, იმ მიზნით, რომ გაცემული თანხები ასახავდეს დაწესებულებების რეალურ საჭიროებებს.

შემაჯავებელი დასკვნა და რეკომენდაციები

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ შესაძლებელია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის და პროდუქტიულობის გაზრდა. სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური განაწილების კრიტერიუმების გამოყენებით და გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზების გამოსწორებით, შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვა სოფლად გახდეს მეტად ხელმისაწვდომი მომსახურება.

პროგრამის დიზაინის გაუმჯობესების შედეგად კი შესაძლებელია სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის წინაპირობების შექმნა. ასეთ წინაპირობას წარმოადგენს პროგრამის მართვის მექანიზმების, კერძოდ მონიტორინგისა და შეფასების დანერგვა, სამედიცინო პერსონალის სამუშაო რეჟიმის მართვა, იმ მიზნით, რომ ტერიტორიულ ერთეულებში ყოველდღიურად იყოს ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება და მას ჰქონდეს გაუმჯობესებული შედეგები.

ასევე, მნიშვნელოვანია, საკადრო დეფიციტის აღმოფხვრის მიზნით დაინტერესებულ მხარეებს მაქსიმალურად მიეწოდოთ ინფორმაცია სოფლის ექიმის მომსახურების მიმწოდებლის პოზიციის შესახებ, რათა უპირატესობა მიენიჭოს ისეთ სამედიცინო პერსონალს, რომელიც არ იქნება დასაქმებული სხვა სამსახურში და ყოველდღიურად შეძლებს სოფლის ექიმის მომსახურების განხორციელებას.

პროდუქტიულობის გაუმჯობესების კიდევ ერთ წინაპირობას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების სისტემა. დღეს არსებული მოდელით, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ფიქსირებულია და არ არის დამოკიდებული სამუშაო დროზე, სხვა სამსახურში შეთავსებით მუშაობაზე, მიღებული პაციენტების რაოდენობასა თუ წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებზე. ევროპულ ქვეყნებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებზე და განუვალ მომსახურებაზე დამოკიდებული, ვინაიდან მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის მოტივაციის ამაღლება, ხელშეწყობა და სარგებლის სამართლიანი განაწილება.

პროდუქტიულობის მნიშვნელოვანი ფაქტორი ექიმების კვალიფიკაციაა. საოჯახო მედიცინა პირველადი ჯანდაცვის სფეროში დასაქმების კვალიფიკაციას წარმოადგენს, შესაბამისად მიუხედავად აღნიშნულ კვალიფიკაციაში კადრის ნაკლებობისა, მნიშვნელოვანია სამინისტრომ იზრუნოს კადრების გადამზადებასა და სერტიფიცირებაზე.

პირველადი ჯანდაცვის უმთავრესი დანიშნულება დაავადებათა ადრეულ გამოვლენასა და პრევენციაში გამოიხატება. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ისეთი ბერკეტების გამოყენება, როგორიცაა სოფლის ექიმის და სკრინინგის პროგრამების დაახლოება და კოორდინაცია.

სოფლად პირველად ჯანდაცვაში არსებული პრობლემების გამოსწორება შესაძლებელია სწორი დაგეგმვის საფუძველზე. აქტივობების დაგეგმვისთვის მნიშვნელოვანია პროგრამის შეფასება, ამ მიზნით კი სამედიცინო პერსონალის წარმოდგენილი ანგარიშგება უნდა მოიცავდეს მნიშვნელოვან ინფორმაციას, რის საფუძველზეც მოხდება პროგრამის შემდგომი შეფასება არსებული ხარვეზების, ნაკლოვანებების გამოსწორების მიზნით.

სოფლის ექიმის პროგრამის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს სპეცდაფინანსების კომპონენტი. სპეცდაფინანსებაზე მყოფი ორგანიზაციებისთვის, პროგრამით გამოყოფილი

ასიგნება ითვალისწინებს ამ ორგანიზაციების მდგრადობის შენარჩუნებას კონფლიქტურ, მასთან მიმდებარე რეგიონებში და მაღალმთიან რეგიონებში. სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების ლიმიტები განისაზღვრა 2004 წელს, მას შემდეგ (2011-2013 წლებში) ლიმიტების განახლება განხორციელდა რამდენიმე შემთხვევაში. აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ მნიშვნელოვანია სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებებისთვის განსაზღვრული ლიმიტები ასახავდეს რეალობას და დადგენილი ლიმიტების საფუძველი იყოს ვალიდური ინფორმაცია.

გამოვლენილი გარემოებების საპასუხოდ, აუდიტის სამსახურმა გასცა შემდეგი რეკომენდაციები:

სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული:

სამინისტროს და სააგენტოს:

- სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალურად განაწილების მიზნით, შემუშავდეს და დადგინდეს დემოგრაფიულ-გეოგრაფიული კრიტერიუმები ტერიტორიული ერთეულებისთვის (მათ შორის, მაღალმთიანი და მეჩხერად დასახლებული ტერიტორიული ერთეულებისთვის) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ ჩატარებული მოსახლეობის აღწერის 2015 წლის მონაცემებზე დაყრდნობით, სოფლებს შორის არსებული დისტანციებისა და ასევე გეოგრაფიული პირობების გათვალისწინებით;
- მნიშვნელოვანია დამყარდეს აქტიური კომუნიკაცია ადგილობრივ თვითმმართველობასთან იმ მიზნით, რომ მაღალმთიან და ტრანსპორტის პრობლემის მქონე სოფლებში მოგვარდეს ექიმის მომსახურების არეალში ტრანსპორტირების საკითხები. ამასთანავე, შესაბამისი ამბულატორიული ინფრასტრუქტურის არსებობამდე, მოხდეს იმ ექიმების დროებით ადგილსამყოფელთან და შესაბამისი სამუშაო პირობების შექმნასთან დაკავშირებული საკითხების ხელშეწყობა, რომელთაც არ აქვთ სამუშაო ადგილი (ოთახი) ან არსებული ამბულატორიის პირობებში შეუძლებელია მათი საქმიანობა.

სამინისტროს:

- სამინისტრომ ხელი შეუწყოს მაღალმთიანი სოფლებისთვის საკმარისი და შესაბამისი კადრის მოძიებას დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის ან/და სხვა მექანიზმებით.

განეული მომსახურების პროდუქტიულობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული:

სამინისტრომ და სააგენტომ:

- უზრუნველყოს პროაქტიული ღონისძიებების გატარება (ინფორმირებულობის გაზრდა სოფლის ექიმად დასაქმების შესახებ სამედიცინო პერსონალის ფართო სპექტრისთვის), რაც უზრუნველყოფს კონკურენტული გარემოს შექმნას და სააგენტოს საშუალებას მისცემს მომსახურება შეისყიდოს იმ პირისგან, რომელიც უპირატესად შეასრულებს სოფლის ექიმის ფუნქციას;

- ეტაპობრივად მოხდეს სამედიცინო პერსონალის სტიმულირება ანაზღაურების სისტემაში ცვლილებებით, რომელიც, ერთი მხრივ, შესაძლებლობას მისცემს თანაბარ გეოგრაფიულ-დემოგრაფიულ პირობებში დასაქმებულ ექიმებს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით მიიღონ პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურება, ხოლო, მეორე მხრივ, მნიშვნელოვანია პროდუქტიულობის გაზრდის მიზნით, ეტაპობრივად დაინერგოს სანქციებისა და წახალისების (არამატერიალური ან/და მატერიალური) სისტემა ისეთ მნიშვნელოვან ინდიკატორებზე და მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, როგორცაა, მაგალითად სოფლის ექიმის მიერ დაავადებათა ადრეული გამოვლენა, იმუნიზაცია, პაციენტების კმაყოფილება და სხვ;
- სოფლის პირველადი ჯანდაცვის გუნდის კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, საოჯახო მედიცინაში გადამზადებისა და სერტიფიცირების პროცესის ხელშეწყობა იმ ექიმებისთვის, რომელთაც არ აქვთ ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია.

სააგენტოს:

- შემუშავდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ სხვადასხვა სოფლებში დაგეგმილი ვიზიტების განრიგი/განაწილება იმ მიზნით, რომ შეიქმნას სამუშაოს შესრულების ვალდებულება და შესაძლებელი იყოს სამედიცინო პერსონალის მიერ მოვალეობების შესრულების საკითხის მონიტორინგი, შემოწმება და შესაბამისად, პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენება.
- პროგრამის ფარგლებში შემუშავდეს სოფლის ექიმის საქმიანობისა და შედეგების მონიტორინგის მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუწყობს სამუშაო პროცესის გაუმჯობესებას.

სოფლის ექიმის და სკრინინგის პროგრამის კოორდინაციასთან დაკავშირებული:

სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად:

- უზრუნველყოს სოფლის ექიმის პროგრამის კოორდინაცია დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის პროგრამასთან იმ მიზნით, რომ პირველადი ჯანდაცვა სოფლად მეტად ემსახურებოდეს პრევენციულ ფუნქციას და გაიზარდოს პირველადი ჯანდაცვის როლი დაავადებათა ადრეულ გამოვლენაში.

ანგარიშების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული:

სააგენტოს:

- დაიხვეწოს და სრულყოფილი გახდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოსადგენი ანგარიშის ფორმა, რომელიც მოიცავს შემდეგს: პაციენტის საკონტაქტო ინფორმაცია, ექიმის მიერ პაციენტის გადამისამართება სადიაგნოსტიკო პროცედურებზე, სხვა სპეციალისტებთან, ექიმის მიერ პაციენტის სკრინინგის პროგრამაში ჩართვა და სხვ;
- სააგენტომ შეიმუშავოს შესაბამისი მექანიზმები, რათა განხორციელდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის კონსოლიდირება და შემუშავდეს შესრულებული სამუშაოს მონიტორინგის და შეფასების მექანიზმები.

სპეცდაფინანსებასთან დაკავშირებული:

სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად:

- სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დანესებულებებისთვის შემუშავდეს და დადგინდეს დაფინანსების განახლებული ლიმიტები შესაბამის მონაცემებსა და საფუძველზე დაყრდნობით, იმ მიზნით, რომ გაცემული თანხები ასახავდეს დანესებულებების რეალურ საჭიროებებს.

აუდიტის ობიექტების კომენტარები გაცემულ რეკომენდაციებთან დაკავშირებით

აუდიტის ანგარიშის დამტკიცებამდე, ანგარიშის პროექტი გადაეგზავნა სამინისტროსა და სააგენტოს. რეკომენდაციების დიდი ნაწილი სამინისტროს და სააგენტოს მიერ გაზიარებულ იქნა, თუმცა რეკომენდაცია, რომელიც ეხება ექიმების ანაზღაურების სისტემაში ცვლილებებს, სააგენტოს მიერ არ იქნა გაზიარებული.

ქვემოთ მოცემული ტექსტი ასახავს სააგენტოს პოზიციას აღნიშნულ რეკომენდაციასთან დაკავშირებით:

„რეკომენდაციის შესრულება, რომელიც ეხება სამედიცინო პერსონალის ეტაპობრივ სტიმულირებას ანაზღაურების სისტემაში ცვლილებით, ვერ იქნება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული, ვინაიდან აღნიშნული ხელშეკრულების საფუძველზე სოფლის ექიმი/ექთანი დასაქმებულად არ ითვლება და იგი წარმოადგენს მხოლოდ მომსახურების მიმწოდებელს, სახელმწიფო შესყიდვის ხელშეკრულების შესაბამისად. ამასთან, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო მუშაობს პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციაზე, რომელიც ორიენტირებული იქნება როგორც პაციენტების, ისე სამედიცინო პერსონალის უფლებების დასაცავად და ასევე, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის მიმართული ქმედითი ღონისძიებების შემუშავებაზე.“

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ დღეს არსებული მოდელის მიხედვით, **თანაბარ გეოგრაფიულ-დემოგრაფიულ მდგომარეობაში მომსახურე პერსონალს**, რომელიც განსხვავებული პროდუქტიულობით ასრულებს სამუშაოს, სხვადასხვა ფაქტორების გამო (სხვა სამსახურში შეთავსებით მუშაობა, ასევე ისეთი რისკ-ფაქტორი, როგორიცაა მონიტორინგის არ არსებობის გამო სამუშაო დროის გაცდენა) არ შეიძლება ჰქონდეს ერთი და იგივე ანაზღაურება, მითუმეტეს, როდესაც მიღებული პაციენტების რაოდენობაზე დამოკიდებული სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული ანაზღაურებიდან გასანევი თანხის ოდენობა (მედიკამენტების ხარჯი, ტრანსპორტირების ხარჯი). ამავდროულად, საერთაშორისო პრაქტიკა ადასტურებს სტიმულებზე ორიენტირებული სისტემის და ინდიკატორებზე მიბმული ანაზღაურების სისტემის უპირატესობას (იხ. თავი 4.2). უნდა აღინიშნოს, რომ დაფინანსების ასეთი სისტემის შექმნის შემთხვევაში, სისტემა უნდა იყოს მდგრადი, კონტროლირებადი და გამორიცხავდეს სუსტი კონტროლის პროცედურების გამო ანაზღაურების არასწორ გამოთვლას.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ არსებულ მოდელში შესაძლებელია ხელშეკრულების ინდივიდუალურ ფორმატში გაფორმება, რომელიც იძლევა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით და წინასწარ განსაზღვრული ინდიკატორების მიხედვით სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების განსაზღვრის საშუალებას. ამასთანავე, სამინისტრო მუშაობს პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციაზე, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის მოდელის ჩამოყალიბებაზეა ორიენტირებული. ამ შემთხვევაში კი შესაძლებელი იქნება, **გრძელვადიანად და ეტაპობრივად** პროგრამის დიზაინის ცვლილებებთან ერთად, ანაზღაურების სწორ მოდელზე იქნას მორგებული სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულების ფორმატი.

ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

საქართველოს კანონი მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ, 2015;

საქართველოს მთავრობის დადგენილება 650 2014 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 2014 წლის 2 დეკემბერი;

საქართველოს მთავრობის დადგენილება 624 დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ, 2014 წლის 11 ნოემბერი;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 01-264/ო „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ, 2013 წლის 23 დეკემბერი;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება 244/ნ სამედიცინო დანესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ, 2009 წლის 16 ივლისი;

2014 წლის ბიუჯეტით განსაზღვრული პროგრამების მოსალოდნელი შედეგები და ინდიკატორები;

ალმა-ატის პირველადი ჯანდაცვის კონფერენციის დეკლარაცია, 1978.

სახელმძღვანელოები და პუბლიკაციები:

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დროულ რეაგირებასა და მომსახურებაში არსებული პრობლემები, 2013.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო მსოფლიო ბანკის და ევროკავშირის დახმარებით - პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა, 2006;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების 2013 წლის ანგარიში;

სსიპ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი 2014;

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - პირველადი ჯანდაცვის შეფასების ინსტრუმენტები, 2010;

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - Essential Public Health Operations, Disease

prevention, including early detection of illnesses.

ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA) - Rural Medical Education Guidebook

ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA) - Policy on Rural Practice and Rural Health

ვებ-გვერდები:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო - www.moh.gov.ge

სოციალური მომსახურების სააგენტო - www.ssa.gov.ge

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - www.ncdc.ge

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური - www.geostat.ge

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - www.who.int

საოჯახო მედიცინის აკადემია - www.aafp.org

ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA) - www.globalfamilydoctor.com

პირველადი ჯანდაცვის ევროპული ფორუმი - www.euprimarycare.org

დანართი

დანართი №2 სოფლის ექიმებისთვის ტრანსპორტირების ხარჯების ანაზღაურება მუნიციპალიტეტების მიერ

რეგიონი	მუნიციპალიტეტი	ტრანსპორტის ხარჯის ანაზღაურება
აჭარა		
	ქედა	✓
	ქობულეთი	×
	შუახევი	✓
	ხელვაჩაური	×
	ხულო	✓
გურია		
	ლანჩხუთი	×
	ოზურგეთი	×
	ჩოხატაური	×
იმერეთი		
	ვანი	×
	ზესტაფონი	✓
	თერჯოლა	✓/×
	საჩხერე	×
	წყალტუბო	×
	ჭიათურა	×
	ხარაგაული	×
	ხონი	✓
კახეთი		
	ახმეტა	×
	გურჯაანი	×
	დედოფლისწყრო	×
	თელავი	×
	ლაგოდეხი	×
	საგარეჯო	✓/×
	სიღნაღი	×
მცხეთა - მთიანეთი		
	დუშეთი	×
	მცხეთა	×
რაჭა		
	ამბროლაური	×
	ლენტეხი	×
	ონი	×
	ცაგერი	×

რეგიონი	მუნიციპალიტეტი	ტრანსპორტის ხარჯის ანაზღაურება
სამეგრელო		
	აბაშა	×
	ზუგდიდი	✓/×
	მარტვილი	×
	მესტია	×
	სენაკი	×
	ჩხოროწყუ	×
	ნალენჯიხა	×
	ხოზი	×
სამცხე-ჯავახეთი		
	ადიგენი	×
	ასპინძა	×
	ახალქალაქი	×
	ახალციხე	✓/×
	ბორჯომი	×
	ნინოწმინდა	×
ქვემო ქართლი		
	ბოლნისი	×
	გარდაბანი	✓
	დმანისი	×
	თეთრიწყარო	×
	მარნეული	×
	ნალკა	×
შიდა ქართლი		
	გორი	×
	კასპი	×
	ქარელი	×
	ხაშური	×

დანართი 12 სასწრაფოში დასაქმებული სოფლის ექიმების დატვირთვის შედარება იმ სოფლის ექიმების დატვირთვისასთან, რომლებიც არ მუშაობენ სასწრაფოში:

მუნიციპალიტეტი	სასწრაფოში დასაქმებული სოფლის ექიმების რაოდენობა	სოფლის ექიმების დატვირთვა, რომლებიც მუშაობენ სასწრაფოში	სასწრაფოში დაუსაქმებელი სოფლის ექიმების რაოდენობა	სოფლის ექიმების დატვირთვა, რომლებიც არ მუშაობენ სასწრაფოში	სხვაობა ექიმების დატვირთვაში (%)
ხონი	3	29	12	70	144%
დედოფლისწყარო	1	40	13	88	123%
საგარეჯო	1	38	26	83	121%
ტყიბული	2	40	10	83	108%
ჩოხატაური	4	0	15	118	96%
ბორჯომი	4	49	12	95	92%
ყვარელი	3	86	19	129	50%
ასპინძა	4	32	3	48	49%
წალენჯიხა	7	40	13	57	42%
ლანჩხუთი	8	91	11	124	35%
ცაგერი	10	23	10	31	33%
სამტრედია	1	45	15	58	30%
ზუგდიდი	3	42	43	51	21%
გურჯაანი	2	128	37	153	19%
თელავი	7	114	25	134	18%
ლაგოდეხი	2	62	32	73	17%
ქობულეთი	7	114	26	133	17%
მარტვილი	3	21	19	24	14%
ლენტეხი	6	11	3	13	11%
ვანი	3	68	14	74	10%
შუახევი	3	58	8	64	9%
ამბროლაური	11	17	11	18	7%
აბაშა	4	37	12	39	5%
ოზურგეთი	7	123	29	128	4%
ხარაგაული	9	60	10	61	2%
ხელვაჩაური	1	111	33	111	0%
ბოლნისი	4	47	24	46	-2%
ქედა	2	80	10	79	-2%
მარნეული	9	35	33	34	-4%
ჭიათურა	6	90	17	87	-4%
დმანისი	3	48	8	44	-9%
ნინოწმინდა	5	36	10	33	-10%
ხობი	3	56	15	50	-10%

მუნიციპალიტეტი	სასწრაფოში დასაქმებული სოფლის ექიმების რაოდენობა	სოფლის ექიმების დატვირთვა, რომლებიც მუშაობენ სასწრაფოში	სასწრაფოში დაუსაქმებელი სოფლის ექიმების რაოდენობა	სოფლის ექიმების დატვირთვა, რომლებიც არ მუშაობენ სასწრაფოში	სხვაობა ექიმების დატვირთვ აში (%)
ნალკა	7	25	7	22	-11%
ხულო	9	54	10	47	-13%
ბაღდათი		70	14	61	-13%
მცხეთა	2	90	29	78	-13%
ადიგენი	7	36	7	31	-14%
გარდაბანი	2	69	53	55	-20%
თეთრიწყარო	5	43	16	34	-20%
ღუშეთი	4	62	17	48	-23%
ონი	4	11	10	8	-23%
ახალციხე	3	77	14	51	-34%
ახალქალაქი	3	20	11	13	-39%
მესტია	1	38	13	19	-51%

დანართი 3: სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დანესებულებების ყოველთვიური ლიმიტები და მიღებული პაციენტების რაოდენობა

რეგიონი	დაწესებულება	საშუალოდ თვეში მიღებული პაციენტების რაოდენობა	თვის ბიუჯეტი (ლარებით)	თითო პაციენტზე საშუალოდ გაწეული თანხა
შიდა ქართლი				
	შპს „ქურთის საავადმყოფო“	679	35,976	53
	შპს „ერედვის ამბულატორია“	160	8,470	53
	შპს „ქსუისის ამბულატორია“	133	8,160	61
	შპს „ნიჭიჭის ამბულატორია“	132	5,688	43
	შპს „ქარელის რაიონის სოფელ ავწევის ამბულატორია“	72	3,582	50
	შპს „ტყევიანის საავადმყოფო“	113	3,400	30
	შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“ (წალკის მუნიციპალიტეტი)	27	6,014	221
	შპს „მარნეულის რაიონის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური გაერთიანება“ (წერაქვის ამბულატორია)	45	1,170	26
სამცხე-ჯავახეთი				
	შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“ (დაბა ბაკურიანი)	42	3,500	83
სამეგრელო-ზემო სვანეთი				
	შპს „აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა ზოგადიან პოლიკლინიკა“	185	15,518	84
	შპს „ჭუბერკე-უმბელის სპეციალიზებული ამბულატორიული მომსახურება“	56	14,504	261
	შპს „მედიკალ პარკი საქართველო“ (მესტიის მუნიციპალიტეტი)	35	9,632	274
	შპს „ქ. ჯვარის პოლიკლინიკა“	44	5,272	119
	შპს „აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა ჯვარის ამბულატორია“	112	5,000	45
რაჭა ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთი				
	შპს „მედიკალ პარკი საქართველო“ (ცაგერის მუნიციპალიტეტი)	38	16,500	431
	შპს „მედიკალ პარკი საქართველო“ (სამროლასურის მუნიციპალიტეტი)	11	16,200	1,414
	შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“ (ლენტეხის მუნიციპალიტეტი)	32	12,500	386
	შპს „მედიკალ პარკი საქართველო“ (ოჩის მუნიციპალიტეტი)	8	11,000	1,310
მცხეთა-მთიანეთი				
	შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“ (თიანეთის მუნიციპალიტეტი)	69	25,245	365
	შპს „ჯეოჰოსპიტალსი“ (ყაზბეგის მუნიციპალიტეტი)	77	21,490	278
	შპს „ახალგორის რაიონული საავადმყოფო“	28	5,000	180
	შპს „ახალგორის რაიონული პოლიკლინიკა“	151	3,460	23
	შპს „მტკვრის საექიმო ამბულატორია“	7	2,000	304
	შპს „წინაგრის საექიმო ამბულატორია“	10	1,733	176
	შპს „ლარგისის საექიმო ამბულატორია“	16	1,271	77
	შპს „ბარისახოს ამბულატორია“	14	1,170	82
აფხაზეთი				
	ზემო აფხაზეთის საავადმყოფო	137	17,674	129
	საბერძნის საექიმო ამბულატორია	83	12,047	144
	გალის ცენტრალური რაიონული საავადმყოფო	70	6,358	91
	ოტომბაის საექიმო ამბულატორია	97	4,332	45
	ოქუშის საექიმო ამბულატორია	112	4,332	39
	ზემო ბარდების საექიმო ამბულატორია	52	2,599	50
	მზიურის საექიმო ამბულატორია	73	2,599	36
	წაბაკევის საექიმო ამბულატორია	119	2,599	22
	ქვემო ბარდების ამბულატორია	115	867	8
	რეგის საექიმო ამბულატორია	95	760	8

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური
ქ. თბილისი. ქ. წამბულის გამზირი 696
tel: +995 32 2438438