



ეჭვქვეშ ადგილის აუდიტის ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„პაგებულება“

ეფექტიანობის აუდიტის
დეპარტამენტის უფროსი

გიორგი ჯაფარიძე

27 დეკემბერი 2024 წელი

№ 51/36

ეგზ. №1

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო
პროგრამის მართვა

შემდგომი რეაგირების
ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური ეფექტიანობის აუდიტს ახორციელებს უმაღლესი აუდიტორული ორგანოების საერთაშორისო სტანდარტების (ISSAI) შესაბამისად, რაც გულისხმობს ეთიკის სტანდარტების დაცვასა და აუდიტის უკეთესი საერთაშორისო პრაქტიკის გამოყენებას.

საჩივრი

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები	5
შემაჯამებელი მიმოხილვა	6
1. შესავალი	10
1.1 აუდიტის მოტივაცია	10
1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები	12
1.3 შეფასების კრიტერიუმები	12
1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	13
2. ზოგადი ინფორმაცია	14
2.1 პროგრამის განმახორციელებელი და ბიუჯეტი	14
2.2 პროგრამის ფარგლებში განსახორციელებელი მომსახურება	15
აუდიტის მიგნებები	17
3. სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობა	17
3.1 სოფლის ექიმების დემოგრაფიული და გეოგრაფიული განაწილება	17
3.1.1 დემოგრაფიული განაწილება	18
3.1.2 გეოგრაფიული განაწილება	19
3.2 საკადრო რესურსები სოფლად	23
4. სოფლის ექიმების პროდუქტიულობის წინაპირობები	26
4.1 ანაზღაურების სისტემა	28
4.1.1 ხელფასები	28
4.1.2 შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსება	30
4.2 ექიმების კვალიფიკაცია	32
5. პროგრამის ადმინისტრირება და მონიტორინგი	36
5.1. ექიმების სამუშაო საათების მონიტორინგი	37
5.2 პროგრამის/სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგი	38
ბიბლიოგრაფია	43
დანართები	47



გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები

NCDC – სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

WHO – World Health Organization – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. შემოკლებული სახელი: World Organization of Family Doctors – ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია.

ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეული – მუნიციპალიტეტის შემადგენელი ნაწილი, რომელიც მოიცავს სოფელს, დაბას, დასახლებას ან/და მათი გარკვეული რაოდენობის გაერთიანებას.

პროგრამა – „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა.

პჯდ – პირველადი ჯანდაცვა.

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

შეთანხმება – 2024 წელს სამინისტროსა და ჰოლდინგს შორის გაფორმებული ხელშეკრულება პროგრამის მომსახურების გაწევის შესახებ.

ჰოლდინგი – ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი.



შემაჯავებელი მიმოხილვა

საქართველოს მთავრობის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტია მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა.

საქართველოს სოფლებში ოჯახის ექიმის მომსახურებაზე პასუხისმგებელია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მთავარი მიზანი სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდაა.

2015 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი. აუდიტის ობიექტებს წარმოადგენდნენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მის სისტემაში შემავალი სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო.

აუდიტის მთავარი მიგნება იყო სოფლის ექიმების არაოპტიმალურ განაწილებასთან და მათ განსხვავებულ პროდუქტიულობასთან დაკავშირებული საკითხები. აუდიტის შედეგად იდენტიფიცირებულ იქნა ნაკლოვანებები, რომლებიც უკავშირდებოდა პროგრამის დიზაინს, ადმინისტრირებას, მონიტორინგსა და მიღწეული შედეგების შეფასებას.

აუდიტის ფარგლებში გაიცა 12 რეკომენდაცია.

2022 წლიდან „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგს გადაეცა მართვაში.

წინამდებარე ანგარიში წარმოადგენს შემდგომი რეაგირების აუდიტს, რომლის მიზანია შეფასდეს, რამდენად გაუმჯობესდა „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფუნქციონირება თავდაპირველ აუდიტში შესწავლილ საკითხებთან მიმართებით.

აუდიტის მასშტაბად განისაზღვრა 2023 წელი და 2024 წლის პირველი ნახევარი.

აუდიტის ობიექტებია:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომ – სამინისტრო);
- ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი (შემდგომ – ჰოლდინგი).

შემდგომი რეაგირების აუდიტის შედეგად, წინა წლებთან შედარებით შეინიშნება გაუმჯობესება შემდეგი მიმართულებებით:

- გაიზარდა სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობა. კერძოდ, იმ ადმინისტრაციული ერთეულების რაოდენობა, სადაც სოფლის ექიმის ნაცვლად ექთანი აწვდის მომსახურებას, მკვეთრად შემცირებულია, ასევე შემცირებულია იმ ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა, სადაც ექიმზე მიბმული მოსახლეობის რაოდენობა აჭარბებს საერთაშორისო კრიტერიუმით დადგენილი ზედა ზღვარს;¹

¹ რეკომენდებულია, რომ ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისგან შემდგარი გუნდი ემსახუროდეს 1,500-დან 2,000-მდე მოსახლეს.



- საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის მქონე ექიმების წილი გაიზარდა 60%-დან 81%-მდე;
- გაუმჯობესდა სოფლის ექიმების სამუშაო დროის მონიტორინგი.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მოსაზრებით, კვლავ რჩება გაუმჯობესების პოტენციური შემდეგი მიმართულებებით:

მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა

პირველადი ჯანდაცვა სოფლად თანაბრად უნდა იყოს ხელმისაწვდომი სოფლის მოსახლეობისთვის.² ამ მიზნით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო პერსონალის საკმარისი რაოდენობის არსებობასა და მათ განაწილებას ქვეყნის დემოგრაფიული და გეოგრაფიული თავისებურებების გათვალისწინებით.

თავდაპირველი აუდიტის მსგავსად, სოფლის ექიმების განაწილების დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმები არ არის შემუშავებული, რაც აფერხებს სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობის შეფასებას, საკადრო რესურსების რეალური საჭიროებებისა და ვაკანტური პოზიციების ზუსტი რაოდენობის განსაზღვრას.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული ანალიზი აჩვენებს, რომ სოფლად მცხოვრები მოსახლეობა არათანაბრად პირობებშია პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის მხრივ:

783 ტერიტორიული ერთეულიდან 45 მათგანში (6%-ში) არ არის დაცული საერთაშორისო კრიტერიუმით – ერთ ექიმზე მიმაგრებული მოსახლეობის რაოდენობის რეკომენდებული ზედა ზღვარი და ერთ ექიმზე – 2000-ზე მეტი მოსახლე მოდის. მაგალითად, არის ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ერთი ექიმი, შესაბამისად, 4,445 და 5,980 პაციენტს ემსახურება.

სოფლის ექიმების განაწილებისას არ არის გათვალისწინებული ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური გარემოებები. მაგალითად, ტერიტორიულ ერთეულში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა 2000-ზე ნაკლებია და 2 სოფელს შორის მანძილი მცირეა, არის 2 საექიმო პუნქტი, როდესაც მსგავსი მოსახლეობის რაოდენობის მქონე მაღალმთიან ტერიტორიულ ერთეულში ერთი საექიმო პუნქტია, ბევრი დასახლებული პუნქტისა და სოფლებს შორის დიდი დაშორების მიუხედავად.

ექიმების პროდუქტიულობა

ექიმებისა და ექთნების პროდუქტიულ მუშაობაზე დამოკიდებული სოფლის მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დროული და ხარისხიანი მიწოდება. პროდუქტიულობის ერთ-ერთი საზომია ექიმების დატვირთვა, ასევე სოფლის ექიმს მართებს მნიშვნელოვანი სამუშაოს განწევა დაავადებების გამოვლენისა და პრევენციის მიმართულებით.

გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებული ექიმების დატვირთვა განსხვავებულია. კერძოდ, შერჩეული ტერიტორიული ერთეულების 28%-ში ერთი ექიმი მეორეზე სულ მცირე 70%-ით მეტ პაციენტს იღებს, რაც შესაძლოა მიანიშნებდეს ექიმების განსხვავებულ პროდუქტიულობაზე.

² WONCA. (2021). *WONCA Rural Medical Education Guidebook, Second Edition*.



გამოკითხული სოფლის ექიმების უდიდესი ნაწილი სამიზნე მოსახლეობის მხოლოდ 0%-დან 19%-მდე გადამისამართებას ახორციელებს სკრინინგის პროგრამებში. სოფლის ექიმებს სამიზნე მოსახლეობის შედარებით მაღალი მოცვა აქვთ პროგრამით გათვალისწინებული სხვა მომსახურებების ფარგლებში,³ თუმცა გამოწვევად რჩება ექიმების მხრიდან სამიზნე მოსახლეობის სრული მოცვა.

სოფლის ექიმების პროდუქტიულობის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანი ფაქტორებია: სოფლის ექიმის ანაზღაურების სისტემა და მათი კვალიფიკაცია.

სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ფიქსირებულია და არ უწყობს ხელს ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. ანაზღაურებისას არ ხდება წინასწარ განწერილი სხვადასხვა ინდიკატორისა და მაჩვენებლების ანალიზი.⁴

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმების მხოლოდ მცირე ნაწილი (19%) არ არის სერტიფიცირებული საოჯახო მედიცინაში, ანალიზით იკვეთება განსხვავებები რეგიონულ დონეზე. კერძოდ, საქართველოს ორ რეგიონში, რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთსა და სამცხე-ჯავახეთში დასაქმებული სოფლის ექიმების 43% და 67% არ ფლობს ოჯახის ექიმის კვალიფიკაციას, რასაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა ჰქონდეს მათ პროდუქტიულობაზე.⁵

სამინისტროს მიერ არ არის განსაზღვრული სოფლის ექიმისთვის გადამზადების აუცილებელი მინიმალური პაკეტი, არ არსებობს ნათლად განსაზღვრული მოთხოვნები სოფლის ექიმის კვალიფიკაციის ამაღლებისა და პროფესიული განვითარების მიმართულებით.

პროგრამის და სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგი

აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ არ არსებობს სოფლის ექიმების საქმიანობისა და პროგრამის შედეგების შეფასების წინაპირობები:

- არ არსებობს წინასწარ განსაზღვრული რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორები, რასთან მიმართებითაც შეფასდება არსებული მდგომარეობა;
- ჰოლდინგი არ ფლობს საკმარის და განახლებად ინფორმაციას მონიტორინგის მაღალი ხარისხით ჩასატარებლად, მაგალითად, ექიმებთან რეგისტრირებული პაციენტების, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების სამიზნე მოსახლეობის შესახებ;
- სოფლის ექიმების მიერ წარმოდგენილ ანგარიშგებებში ასახული ინფორმაცია არ არის ზუსტი და შეიცავს მექანიკურ შეცდომებს.

გემოლნიშნული მიზეზები ხელს არ უწყობს ეფექტიანი მონიტორინგის სისტემის ფორმირებას, რომლის საშუალებითაც ჰოლდინგი სრულყოფილად შეაფასებს სოფლის ექიმების მიერ გაწეულ მომსახურებასა და პროგრამის შედეგებს. მაგალითად, ტერიტორიული ერთეულების დონეზე შეადარებს: ექიმების დატვირთვასა და „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებლებს.

³ ახალშობილის აყვანა მეთვალყურეობაზე, ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებთან და მუდმივად მწოლიარე პირებთან.

⁴ მაგალითად, პრევენციული სერვისებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი, პაციენტების კმაყოფილება, პროგრამით განსაზღვრული სავალდებულო ბინაზე ვიზიტების განხორციელების მაჩვენებელი, ექიმზე მიბმული მოსახლეობის რაოდენობა, თვის განმავლობაში მიღებული პაციენტების რაოდენობა და სხვ.

⁵ საქართველოს მასშტაბით, სოფლის ექიმებს, რომლებიც ოჯახის ექიმის სპეციალობას ფლობენ, საშუალოდ, 59%-ით მეტი პაციენტის ვიზიტი აქვთ სხვა სამედიცინო სპეციალობის ექიმებთან შედარებით.



არსებული გამოწვევების საპასუხოდ, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეიმუშავა რეკომენდაციები, რომლებიც მიმართულია სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობის, ექიმების პროდუქტიულობისა და პროგრამის მონიტორინგის ღონისძიებების გაუმჯობესებისკენ.

ჩაკოვნება

საინისხრო

- სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალურად განაწილების მიზნით:
 - დაადგინოს დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმები ტერიტორიული ერთეულებისთვის (მათ შორის, მაღალმთიანი და მეჩხერად დასახლებული ტერიტორიული ერთეულებისთვის);
 - აღნიშნულის გათვალისწინებით შეაფასოს ადამიანური რესურსები და განსაზღვროს სოფლის ექიმების საკმარისი რაოდენობა თითოეული ტერიტორიული ერთეულისათვის;
 - სხვა დაინტერესებულ უწყებებთან კოორდინაციით შეიმუშაოს სოფლად საკმარისი რაოდენობის და შესაბამისი კვალიფიკაციის სოფლის ექიმების მოძიების საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი ხედვა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა;
- სოფლის ექიმების მოტივაციის ამაღლებისა და დაკისრებული ფუნქციების ჯეროვნად შესრულების სტიმულირების მიზნით, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის სრულად ამოქმედებამდე, შეიმუშაოს სოფლის ექიმების ანაზღაურების სისტემა, რომელიც დაფუძნებული იქნება წინასწარ განსაზღვრულ რაოდენობრივ და ხარისხობრივ ინდიკატორებზე (მაგალითად, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა და სხვ.);
- სოფლების სათანადო კვალიფიკაციის ექიმებით დაკომპლექტების მიზნით, შესაბამისი კვლევის/ანალიზის საფუძველზე (მაგალითად, სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილი საჭიროებების გათვალისწინებით) ნათლად განისაზღვროს სოფლის ექიმების პროფესიული განვითარების მინიმალური მოთხოვნები;
- სოფლად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის „მეკარიბჭის“ ფუნქციის გაძლიერების, შედეგზე ორიენტირებული ანგარიშვალდებულებისა და სოფლის ექიმების ეფექტიანი მონიტორინგის სისტემის შექმნის მიზნით:
 - განსაზღვროს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის და სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორები და განეროს ჰოლდინგის მიერ განსახორციელებელი მონიტორინგის პროცესი (პერიოდულობა, მონიტორინგის შედეგებზე ანგარიშგების ფორმები და სხვ.);
 - შეიმუშაოს/დანერგოს სოფლის ექიმების ანგარიშგების ისეთი ფორმა/სისტემა, რომელიც ჰოლდინგს მიაწვდის ეფექტიანი მონიტორინგისთვის საჭირო/საკმარის ინფორმაციას (მაგალითად, სოფლის ექიმებთან რეგისტრირებული მოსახლეობის, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების სამიზნე მოსახლეობის, პაციენტისთვის განეული მომსახურების შესახებ და სხვ.).

კორინგა

- სოფლის ექიმების საქმიანობის ეფექტიანი მონიტორინგის მიზნით განახორციელოს პროგრამის შედეგებისა და სოფლის ექიმების საქმიანობის შეფასება წინასწარ შერჩეული რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორების გამოყენებით.



1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი და უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის (შემდგომ – პჯდ) გამართული სისტემის არსებობა, რომელიც უზრუნველყოფს მოსახლეობისათვის დროული და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. საქართველოს სოფლებში პირველად ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა (შემდგომ – პროგრამა).

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა 2015 წელს ჩაატარა „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი (შემდგომ – თავდაპირველი აუდიტი).

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გადაწყვიტა ჩაეტარებინა პროგრამის შემდგომი რეაგირების აუდიტი იმის შესაფასებლად, თუ რამდენად გაუმჯობესდა „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფუნქციონირება თავდაპირველი აუდიტით გაცემულ რეკომენდაციებთან მიმართებით. ამასთანავე, საკითხის აქტუალობის შემდეგი ფაქტორებიდან გამომდინარე:

- ჯანდაცვის სფერო წარმოადგენს ქვეყნისთვის პრიორიტეტულ მიმართულებას;
- მაღალია სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობა (39%);⁶
- საკითხი არსებითია სახელმწიფო დაფინანსების კუთხით.⁷

2021 წლიდან საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების ახალი ეტაპი დაიწყო. რეფორმა მიზნად ისახავს პჯდ-ის ქსელის გაფართოებას, მომსახურების პაკეტის სრულყოფასა და ამ მიმართულებით დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის მოტივაციისა და პროფესიული უნარ-ჩვევების გაძლიერებას.

2022 წელს საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია,⁸ რომელიც ასევე ითვალისწინებს პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებას და პჯდ-ის პაკეტში სამედიცინო სერვისების მზარდ ინტეგრაციას.

2022 წლიდან „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგს გადაეცა მართვაში. ჰოლდინგში შეიქმნა ადმინისტრირებისა და მონიტორინგის მიმართულებები, რომელთა მუშაობას ხელი უნდა შეეწყოს პროგრამის მიზნების მიღწევაში.

2016-2018 წლებში შემდგომი რეაგირების მონიტორინგის პროცედურებისა და პროგრამის განმახორციელებელთან რეგულარული კომუნიკაციის შედეგად გამოიკვეთა, რომ აუდიტის ფარგლებში გაცემული რეკომენდაციების ნაწილი არ იყო შესრულებული.

⁶ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, მოსახლეობის რიცხოვნობა 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით, რეგიონების და საქალაქო-სასოფლო დასახლებების მიხედვით.

⁷ 2023-2024 წლებში პროგრამის დაგეგმილი ბიუჯეტი შეადგენს 85 მლნ ლარს.

⁸ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის №230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.



გარდა ამისა, სხვადასხვა სტრატეგიული დოკუმენტის, კვლევებისა და ჯანდაცვის სფეროში ჩატარებული ეფექტიანობის აუდიტების შედეგებიდან იკვეთება ინდიკატორები, რომლებიც ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის და მათ შორის, „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების ხარისხის ნაკლოვანებებზე მიუთითებს:

მაღალი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი – ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი საქართველოში, წამყვანი მდგომარეობების მიხედვით, ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს 3-4-ჯერ აღემატება. სპეციალიზებული მოვლის არარაციონალური გამოყენება იწვევს ფინანსური რესურსების არაეფექტიანად ხარჯვას.⁹ ჰოსპიტალური სერვისების ჭარბი მოხმარების ერთ-ერთი სავარაუდო მიზეზი პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევებია: პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ვერ ასრულებს სათანადო „მეკარიბჭის“ როლს.¹⁰

ოჯახის/სოფლის ექიმების დაბალი ჩართულობა დაავადებათა პრევენციაში – არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის საკითხებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართულობა ძალიან დაბალია.¹¹ ოჯახის/სოფლის ექიმების მცირე ნაწილი ახორციელებს კიბოს სკრინინგის პროგრამაში სამიზნე მოსახლეობის რეფერირებას (27%),¹² შესაბამისად, დაბალია სკრინინგის პროგრამებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი და ეს პრობლემა განსაკუთრებით აქტუალურია რეგიონებში.

საქართველოში არსებული შეზღუდული რესურსების პირობებში, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ჰჯდ-ის სისტემის ეფექტიანობისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესება, რაც ხელს შეუწყობს მოსახლეობისთვის უფრო ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სერვისების მიწოდებას, გააუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და საბოლოო ჯამში, შეამცირებს სპეციალიზებული მომსახურების ხარჯებს.

აღნიშნული გარემოებებიდან გამომდინარე, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა მიზანშეწონილად მიიჩნია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის განმეორებითი აუდიტის ჩატარება.

1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს, რამდენად გაუმჯობესდა 2015 წლის შემდეგ „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფუნქციონირება. ამ პროცესში შეფასდა წინა აუდიტის ფარგლებში გაცემულ რეკომენდაციებთან მიმართებით არსებული მდგომარეობა და პროგრამის ფარგლებში განხორციელებული მიმდინარე აქტივობები.

აუდიტის მიზნიდან გამომდინარე, მთავარ კითხვად განისაზღვრა შემდეგი:

⁹ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის №230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

¹⁰ სამედიცინო სერვისების ბაზარი საქართველოში, მისი სტრუქტურა და სტრუქტურიდან გამომდინარე შედეგები, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2022.

¹¹ საქართველოს მთავრობის 2023 წლის 12 აპრილის №152 დადგენილება „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2023-2030-ისა და 2023-2025 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

¹² დაავადებების პრევენცია, სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2023.

ჩამდენად ხელმისაწვდომი და პიროვნულია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფინანსური განვითარება?

მთავარი კითხვა თავის მხრივ, ჩაშლილია შემდეგ ქვეკითხვებად:

1. რამდენად უზრუნველყოფილია პირველადი ჯანდაცვის თანაბარი გეოგრაფიული და დემოგრაფიული ხელმისაწვდომობა სოფლად?
2. დაფინანსების არსებული სისტემა და სოფლის ექიმების კვალიფიკაცია რამდენად ქმნის პროდუქტიული მომსახურების განვითარების წინაპირობას?
3. როგორია პროგრამის პოლიტიკის მართვაში გადაცემის ეფექტი პროგრამის ადმინისტრირებასა და მონიტორინგზე?

1.3 შუასაბუთის კითხვები

აუდიტის ძირითად კრიტერიუმად გამოყენებულია წინა აუდიტის ფარგლებში განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომლებიც შემუშავებულია შემდეგი ავტორიტეტული ორგანიზაციების მიერ:

- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO);
- ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA).

კრიტერიუმად ასევე გამოყენებულია 2024 წელს სამინისტროსა და პოლიტიკის შორის გაფორმებული ხელშეკრულება პროგრამის მომსახურების განვითარების შესახებ.

კრიტერიუმების მიხედვით, მაღალი ხარისხის და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვისა და კონკრეტული სპეციალობის მექანიზმების ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრა გეოგრაფიული პრინციპების შესაბამისად.¹³

იმისთვის, რომ პედაგოგიკური გარდაქმნის დაავადებაზე ორიენტირებული მოდელიდან უფრო პოლიტიკურ მიდგომაზე, რომელიც ფოკუსირებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ძირითად მიზნებზე და ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებაზე, აუცილებელია ინვესტიცია განხორციელდეს ჯანდაცვის მუშაკებსა და მათი პროფესიული კომპეტენციების გაძლიერებაში.

მნიშვნელოვანია პედაგოგიკური ციფრული მონაცემთა სისტემების გაუმჯობესება, რაც შესაძლებელს გახდის შეგროვდეს და მონიტორინგი გაეწიოს პაციენტის დონეზე პედაგოგიკური სერვისის გამოყენებას და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შედეგებს. ასევე საჭიროა შედეგზე ორიენტირებული ანგარიშვალდებულებისა და მონიტორინგის ჩარჩოს შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების მაღალი ხარისხით მიწოდების სტიმულირებას.¹⁴

¹³ WONCA. (2021). *WONCA Rural Medical Education Guidebook, Second Edition*.

¹⁴ World Health Organization (2021). *Rethinking primary health care financing in Georgia*.



1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

თავდაპირველი აუდიტის ფარგლებში გაცემული 12 რეკომენდაციიდან შემდგომი რეაგირების აუდიტით დაიფარა 7 რეკომენდაცია.¹⁵

იქიდან გამომდინარე, რომ პირველადი ჯანდაცვის ძირითად ფუნქციებს ოჯახის ექიმი ახორციელებს, ანგარიშში წარმოდგენილი ანალიზ(ებ)ი სოფლის ექიმებზეა ჩატარებული.

აუდიტის მასშტაბად განისაზღვრა 2023 წელი და 2024 წლის პირველი ნახევარი.

აუდიტის ობიექტებია:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი.

აუდიტის პროცესში გამოყენებულია შემდეგი მეთოდები:

- სამართლებრივი ბაზისა და მარეგულირებელი ნორმების ანალიზი;
- მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი;
- დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- სამინისტროსა და ჰოლდინგის შესაბამის პასუხისმგებელ პირებთან გასაუბრებები;
- არასამთავრობო ორგანიზაციასთან გასაუბრება;
- აუდიტის ფარგლებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგების ანალიზი.

აუდიტის კითხვებზე პასუხის გასაცემად ჩატარებული პროცედურების შესახებ დეტალური ინფორმაცია იხ. დანართ №2-ში.

¹⁵ თავდაპირველ აუდიტში გაცემული რეკომენდაციებისა და შემდგომი რეაგირების აუდიტით დასაფარი რეკომენდაციების შესახებ დეტალებისთვის იხ. დანართი №1.

2. ზოგადი ინფორმაცია

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის¹⁶ თანახმად, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებაა, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს.

პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული კლინიკური სპეციალობა არის საოჯახო მედიცინა. საოჯახო მედიცინის განმახორციელებელია სპეციალისტი „ოჯახის ექიმი“.

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია ყოვლისმომცველი და უწყვეტი ზრუნვის მიწოდებაზე სამედიცინო დახმარების მაძიებელი ნებისმიერი პირისთვის, მისი ასაკის, სქესისა და დაავადების მიუხედავად.

კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში, რომელიც ორიენტირებულია პირველად ჯანდაცვაზე, ძლიერდება ოჯახის ექიმის ერთგვარი „მეკარიბჭის“ როლი, ამავდროულად მცირდება არასაჭირო სპეციალიზებული მომსახურების ხარჯები და უმჯობესდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.¹⁷

საქართველოს სოფლებს ოჯახის ექიმის მომსახურება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის სახით მიეწოდებათ. პროგრამა 2009 წლიდან ამოქმედდა.

2.1 პროგრამის განმახორციელებელი და ბიუჯეტი

თავდაპირველი აუდიტის პერიოდში პროგრამის განმახორციელებელი იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომ – სამინისტრო) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო. შემდგომ პროგრამა გადაეცა სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციის და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს.

2022 წლიდან „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირებას უზრუნველყოფს პოლდინგი.¹⁸ ორგანიზაციის დამფუძნებელია სახელმწიფო და დამფუძნებლის ყველა უფლებამოსილებას ახორციელებს ჯანდაცვის სამინისტრო.

¹⁶ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 1997.

¹⁷ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში, შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი, 2021.

¹⁸ პოლდინგი შეიქმნა 2020 წლის იანვარში და მისი მიზანი სახელმწიფო მფლობელობაში არსებული კლინიკების გაძლიერებაა.



„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის მიმართულებით ჰოლდინგში შექმნილია მონიტორინგისა¹⁹ და პირველადი ჯანდაცვის²⁰ სამმართველოები, ასევე ჰოლდინგს რეგიონებში ჰყავს კოორდინატორები.²¹ პროგრამის მიმართულებით სულ დასაქმებულია 40 პირი.

ქვემოთ წარმოდგენილია პროგრამის მახასიათებლების ცვლილება 2015-2024 წლებში. როგორც ცხრილიდან ჩანს, პროგრამის ბიუჯეტი მნიშვნელოვნადაა შეცვლილი 2015 წელთან შედარებით.

ცხრილი №1. პროგრამის ძირითადი მახასიათებლები 2015-2024 წლებში

წელი	პროგრამის განმახორციელებელი	ექიმების/ექთნების ხელფასი	პროგრამის ბიუჯეტი
2015	სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო	სოფლის ექიმი – 650 ექთანი/ფერშალი – 455	23 928.0
2016			24 944.8
2017			25 078.5
2018			25 348.2
2019	სსიპ – საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციის და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი	სოფლის ექიმი – 750 ექთანი/ფერშალი – 555	26 074.3
2020			20 453.0
2021			23 049.5
2022	ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგი	სოფლის ექიმი – 1062.5 ექთანი/ფერშალი – 818.75	27 352.4
2023		სოფლის ექიმი – 1162.5 ექთანი/ფერშალი – 918.75	40 000.0
2024		სოფლის ექიმი – 1262,5 ექთანი/ფერშალი – 1018,75	45 000.0

2.2 პროგრამის ფინანსური განსახორციელებელი მომსახურება

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდება ხორციელდება სოფლის ექიმებისა და ექთნების მეშვეობით. 2024 წლის მდგომარეობით, მინისტრის ბრძანებით²² დამტკიცებულია სამედიცინო პერსონალის შემდეგი რაოდენობა: 1298 ექიმი და 1558 ექთანი.

¹⁹ მონიტორინგის სამმართველოს ფუნქციებში შედის: ექიმების მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს შესახებ ინფორმაციის მიღება, ანალიზი; დასაქმებულების სამუშაო დროის კონტროლი; შესრულებული სამუშაოს შერჩევითი პრინციპით კონტროლი; პროექტის ფარგლებში რეალიზებული სამედიცინო სერვისების შესახებ მონაცემების მოგროვება/დამუშავება და სხვ.

²⁰ პირველადი ჯანდაცვის სამმართველოს ფუნქციებში შედის: იმუნიზაციის პროცესის, კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის კოორდინირება; სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის ზრდის ხელშეწყობა; სოფლის ექიმების დაკისრებული ფუნქცია-მოვალეობების მონიტორინგი; პირველადი ჯანდაცვის დამტკიცებული სტრატეგიული გეგმის ხელშეწყობა და დანერგვა; პროექტის ფარგლებში დაგეგმილ ღონისძიებებში (მათ შორის, სწავლებისა და ტრენინგების კომპონენტში) ექიმების და ექთნების ჩართვა; პირველად ჯანდაცვაში ელექტრონული სისტემების დანერგვის მიზნით, შესაბამის სამუშაო ჯგუფებში საქმიანობა და სხვ.

²¹ კოორდინატორის ფუნქციებია: მიღებული დავალებების ექიმებამდე დაყვანა და დავალებების შესრულების მონიტორინგი; პროგრამის ადმინისტრაციასა და სოფლის ექიმებს შორის კოორდინაცია; სახელმწიფო რწმუნებულების რეგიონულ სამსახურებს, მუნიციპალურ სამსახურებსა და პროგრამის ადმინისტრაციას შორის კოორდინაცია; პროგრამებისა და სერვისების დანერგვის ხელშეწყობა პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიზნით და სხვ.

²² საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH O 23 00000050 ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

მთავრობის დადგენილებების მიხედვით,²³ პროგრამის ფარგლებში იფარება:

- სოფლის ექიმი – პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად;
- საექიმო პუნქტებისათვის ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების, „ექიმის ჩანთის“, სამედიცინო დოკუმენტაციის ბეჭდვის მომსახურების, სამედიცინო ნარჩენების მართვის მომსახურების და/ან კონტეინერებისა და სოფლის ექიმის/ექთნის უნიფორმის შესყიდვა;
- პროგრამის ადმინისტრირება და მონიტორინგი;
- პროგრამის ფარგლებში შეუფერხებელი ფუნქციონირებისთვის სხვა საჭირო საქონლისა და მომსახურების შესყიდვა;
- პროგრამის ფარგლებში მოქმედი სოფლის ამბულატორიების მშენებლობა/ რეაბილიტაცია;
- სოფლის ამბულატორიების შეუფერხებელი ფუნქციონირებისათვის საჭირო სამედიცინო/სამეურნეო აღჭურვილობის/ინვენტარის და სხვა არაფინანსური აქტივების შესყიდვა;
- პროგრამის ადმინისტრაციული საქმიანობის შეუფერხებლად წარმართვისათვის, პროგრამის მიზნებისა და ამოცანების შესასრულებლად, სხვა საჭირო საქონლისა და მომსახურების, ასევე სამეურნეო აღჭურვილობის/ინვენტარის და სხვა არაფინანსური აქტივების შესყიდვა.

სოფლად პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს შემდეგ მომსახურებას:

- ექიმთან/ექთანთან ვიზიტი;
- იმუნიზაცია;
- ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება;
- ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობა;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან;
- ინკურაბელურ პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტი, საჭიროების შესაბამისად;
- ქრონიკული და მწვავე დაავადებების დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი, საჭიროების შესაბამისად;
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ (DOT) მკურნალობის უზრუნველყოფა ექთნის მიერ;
- სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს;
- ამბულატორიულ დონეზე, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება, ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა;
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით პაციენტის უზრუნველყოფა;
- ბენეფიციარების ტანდემტესტირება C ჰეპატიტზე, აივ ინფექციასა/შიდსსა და ტუბერკულოზზე, ხოლო სკრინინგით იდენტიფიცირებული დადებითი შედეგის მქონე პირების შემდგომ დიაგნოსტიკურ კვლევებსა და მკურნალობაში ჩართვის ხელშეწყობა;
- ახალშობილის მშობელთან/მეურვესთან კომუნიკაცია და ახალშობილის აყვანა მეთვალყურეობაზე;
- პრევენციულ/სკრინინგის პროგრამებში (მათ შორის, C ჰეპატიტის, კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის ღონისძიებებში) მონაწილეობის მიღება.

ჩამოთვლილთაგან ბოლო სამი წარმოადგენს ახალ ვალდებულებებს, რაც არ არსებობდა თავდაპირველი აუდიტის დამტკიცებისას.

²³ საქართველოს მთავრობის 2023 წლის 29 დეკემბრის №529 დადგენილება „2024 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.



3. სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობა

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობა კრიტიკული მნიშვნელობისაა მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის. მისი უზრუნველყოფა დამოკიდებულია სამედიცინო პერსონალის საკმარის რაოდენობაზე, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს სოფლის დემოგრაფიულ და გეოგრაფიულ თავისებურებებს.²⁴

3.1 სოფლის ექიმის და მომსახურების ხელმისაწვდომობა

თავდაპირველი აუდიტის²⁵ შედეგებმა გამოავლინა, რომ ხარვეზები იკვეთებოდა სამედიცინო პერსონალის დემოგრაფიული და გეოგრაფიული განაწილების მიმართულებით. მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები ყველაზე მკაფიოდ მაღალმთიან სოფლებში იყო გამოკვეთილი.²⁶

მინისტრის 2023 წლის ბრძანების²⁷ შესაბამისად, ყველა რეგიონში განსაზღვრულია ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობა. 2015 წლიდან ექიმების დამტკიცებული რაოდენობა 1267-დან 1298-მდე გაიზარდა.

საერთაშორისო პრაქტიკის მიხედვით რეკომენდებულია, რომ ქვეყანაში ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი ემსახურობდეს 1,500-დან 2,000-მდე პაციენტს.²⁸ სოფლად ექიმებზე მიმაგრებული ბენეფიციარების რაოდენობის სტანდარტი არ არსებობს, რადგან აღნიშნულის შემუშავება უნდა განხორციელდეს ქვეყნის გეოგრაფიული სპეციფიკიდან გამომდინარე. მაგალითად, გარკვეულ ტერიტორიულ ერთეულებში, მაღალმთიან, მეჩხერად დასახლებულ რეგიონებში, ხელმისაწვდომობის მიზნით, შესაძლოა ერთ ექიმზე მოხდეს მცირე რაოდენობის მოსახლის მიკუთვნება.

თავდაპირველი აუდიტის მსგავსად, სოფლის ექიმების განაწილების დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმები საქართველოში არ არის შემუშავებული. სამინისტროს განმარტებით, ბრძანებაში ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით განსაზღვრული საექიმო და საექთნო პუნქტების განაწილება განხორციელდა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპისა და ბენეფიციართა რაოდენობის გათვალისწინებით, თუმცა სამინისტროს მიერ ვერ მოხდა სამედიცინო პუნქტების განაწილების პროცესში გამოყენებული ინფორმაციის წყაროების და ჩატარებული ანალიტიკის სამუშაო დოკუმენტების გაზიარება.

²⁴ WONCA (2021). *WONCA Rural Medical Education Guidebook, Second Edition*.

²⁵ 2015 წლის მდგომარეობით.

²⁶ აღნიშნული გამოვლინდა მუნიციპალიტეტების გამოკითხვის შედეგად.

²⁷ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH 0 23 00000050 ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

²⁸ Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). *Primary Care Practice Facilitation Curriculum (Module 31)*.

შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ სოფლად მცხოვრები მოსახლეობა კვლავ არათანაბარ პირობებშია პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის მიმართებით (იხ. ქვეთავები 3.1.1 და 3.1.2).

3.1.1 ღემოგრეფიული გენეზილეზა

თავდაპირველი აუდიტის დამტკიცებისას, 10,000-ზე მეტი ადამიანი (14 ადმინისტრაციული ერთეული) ნაწილობრივ, მხოლოდ ექთნის სახით იღებდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას და სოფლის ექიმის მომსახურება მათთვის ხელმიწვდომელი იყო. შემდგომი აუდიტის შედეგების მიხედვით, ადმინისტრაციული ერთეულების რაოდენობა, სადაც სოფლის ექიმის ნაცვლად ექთანი აწვდის მომსახურებას, მკვეთრად შემცირებულია. კერძოდ, მომსახურება არასრულად მიწოდება 2 ადმინისტრაციულ ერთეულს (286 მოსახლე).²⁹ მდგომარეობა გაუმჯობესდა იქიდან გამომდინარე, რომ სოფლის ექიმის გარეშე დარჩენილ ტერიტორიულ ერთეულებში დაამატეს საექიმო პუნქტები და ექიმები.³⁰

იქიდან გამომდინარე, რომ საქართველოში არ არის დადგენილი სოფლის ექიმების განაწილების დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმები, აუდიტის ჯგუფმა ერთ ექიმზე მიმაგრებული მოსახლეობის რაოდენობა შეაფასა ზემოთ მოყვანილი კრიტერიუმის მიხედვით – ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი უნდა ემსახუროდეს, არაუმეტეს, 2,000 პაციენტს.³¹ თუმცა აღნიშნული ანალიზი მოყვანილია საილუსტრაციოდ და შესაძლოა ვერ ასახავდეს სოფლის ექიმის სერვისის ხელმისაწვდომობის რეალურ სურათს, რადგან არ არის გათვალისწინებული რიგი სპეციფიკური ფაქტორები, როგორებიცაა, მაგალითად: დასახლების სიმჭიდროვე, ტრანსპორტის ხელმისაწვდომობა და სხვ.

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, საერთაშორისო კრიტერიუმის გამოყენებით, ზოგიერთ ტერიტორიულ ერთეულში მომსახურება შედარებით ნაკლებად ხელმისაწვდომია სხვა ტერიტორიულ ერთეულებთან შედარებით. კერძოდ, 783 ტერიტორიული ერთეულიდან 45-ში (6%),³² ერთი ექიმი 2000-ზე მეტ პაციენტს ემსახურება.³³ ასევე იკვეთება სოფლები, სადაც ერთ ექიმზე მოსახლეობის რაოდენობა კრიტერიუმით დადგენილ ზღვარს საგრძნობლად აღემატება. მაგალითად, საგარეჯოს მუნიციპალიტეტში მდებარე ტერიტორიულ ერთეულებში: თულარსა და ლამბალოში – ერთ ექიმზე, საშუალოდ, 4,445 და 5,980 მოსახლე მოდის.

²⁹ პოლდინგის მიერ მოწოდებული დასაქმებული სოფლის ექიმების რაოდენობის ფაქტობრივი მონაცემები.

³⁰ განახლებულ ბრძანებაში გათვალისწინებულია ახალი საექიმო პუნქტების რაოდენობა იმ ტერიტორიულ ერთეულებში, სადაც თავდაპირველი აუდიტის ჩატარებისას არ არსებობდა საექიმო პუნქტი.

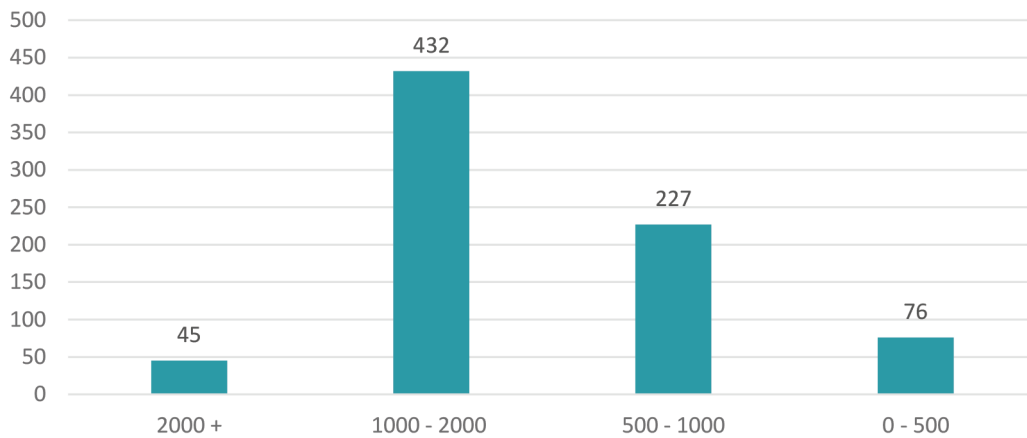
³¹ თავდაპირველ აუდიტზე მუშაობის პოცესში აუდიტის ჯგუფმა იხელმძღვანელა მსოფლიო ბანკის და ევროკავშირის მხარდაჭერით 2006 წელს საქართველოსთვის შემუშავებული პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმის მიხედვით. დოკუმენტის მიხედვით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობა განისაზღვრებოდა შემდეგი დემოგრაფიული ფაქტორებით: ერთი ოჯახის ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი 1000-2000 მოსახლეზე.

³² მოსახლეობის რაოდენობის დაზუსტების მიზნით, აუდიტის ჯგუფმა შეარჩია 5 მუნიციპალიტეტი (რომლებშიც შედის 3 ან მეტი ადმინისტრაციული ერთეული, სადაც თითოეულ სოფლის ექიმზე 2000 ან მეტი მოსახლეა მიკუთვნებული). მუნიციპალიტეტებიდან მიღებული ინფორმაციით, 2014 წლის საყოველთაო აღწერით არსებული რიცხოვნობის მაჩვენებლებთან არსებითი სხვაობები არ გამოკვეთილა. შესაბამისად, წარმოდგენილი ანალიზები ასახავს მონაცემების მაქსიმალურად ზუსტ მდგომარეობას.

³³ პროგრამის ფარგლებში ფაქტობრივად დასაქმებული ექიმების რაოდენობის ანალიზის მიხედვით, ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებენ ზემოთ აღნიშნულ კრიტერიუმს, შეადგენს 53-ს (7%).



გრაფიკი №1. ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა ერთ ექიმზე მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით (მინისტრის ბრძანებით³⁴ დამტკიცებული)



აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნადაა გაუმჯობესებული თავდაპირველი აუდიტისას დაფიქსირებულ მდგომარეობასთან შედარებით (189 ტერიტორიული ერთეული).³⁵

3.1.2 გეოგრაფიული განაწილება

აუდიტის ჯგუფის მიერ იდენტიფიცირდა მსგავსი მოსახლეობის რაოდენობის მქონე ტერიტორიული ერთეულები, სადაც ტერიტორიულ ერთეულებზე მიკუთვნებული სოფლის ექიმების რაოდენობა არ შეესაბამება მათ რადიკალურად განსხვავებულ გეოგრაფიულ მდგომარეობას (ადმინისტრაციულ ერთეულში შემავალი სოფლების რაოდენობა, სოფლებს შორის მანძილი და გადაადგილების სირთულე).

რუკა №1-სა და რუკა №2-ზე წარმოდგენილია მაგალითები, სადაც მაღალმთიან ტერიტორიულ ერთეულებში დასაქმებულია ერთი სოფლის ექიმი. ექიმი ემსახურება სოფლებს, რომლებიც ტერიტორიული განლაგებით გაფანტულია და ხშირ შემთხვევაში, საექიმო პუნქტიდან მოშორებით მდებარეობს, რაც დაბრკოლებას ქმნის სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობის კუთხით.

რუკა №3-სა და რუკა №4-ზე წარმოდგენილ მაგალითებზე, ტერიტორიულ ერთეულებში დასაქმებულია 2 სოფლის ექიმი, მიუხედავად იმისა, რომ ადმინისტრაციულ ერთეულებში მოსახლეობის რაოდენობა არ აღემატება 2000-ს, სოფლებს არ აქვთ მაღალმთიანი სტატუსი და არც მათი ტერიტორიული განლაგება არ არის რთული.

³⁴ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH 0 23 00000050 ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

³⁵ აღნიშნული შესაძლოა ნაწილობრივ განპირობებული იყოს თავდაპირველი აუდიტის დროს ანალიზში, 2002 წლის აღწერის შედეგების გამოყენებით, რაც იმ დროს ერთადერთი და უალტერნატივო წყარო იყო, თუმცა 2014 წლის აღწერის შედეგების მიხედვით, მკვეთრად დაკორექტირდა საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა (შემცირდა, დაახლოებით, 1.5 მილიონით).

ადმინისტრაციული ერთეულები გავრცელებული პანდემიითა და ერთი სოფლის პერიოდით

რუკა №1. გუგუთი - საკირე - მაშავერა



რუკა №2. ქედა



რუკა №3. კოკი-ხურჩა



რუკა №4. მუკუზანი-ზეგაანი



როგორც ზემოთ მოცემული რუკებიდან ჩანს, სოფლის ექიმების განაწილება ადმინისტრაციულ ერთეულებში არაერთგვაროვანია, მაგალითად:

რუკა №4. მუკუზანი-ზეგანის ადმინისტრაციული ერთეული

ადმინისტრაციული ერთეულის ფარგლებში განთავსებულია ორი სოფელი, მუკუზანი და ზეგანი, რომელთა შორის მანძილი შეადგენს, დაახლოებით, 2.5 კმ-ს. სოფლებს არ აქვს მინიჭებული მაღალმთიანის სტატუსი, თუმცა ამ ადმინისტრაციულ ერთეულში ფუნქციონირებს ორი საექიმო პუნქტი და დასაქმებულია ორი სოფლის ექიმი. ადმინისტრაციულ ერთეულში მოსახლეობის რაოდენობა არ აღემატება 2000-ს.

რუკა №1. გუგუთი-საკირე-მაშავერას ადმინისტრაციული ერთეული

ადმინისტრაციულ ერთეულში სოფლის საექიმო პუნქტი მდებარეობს სოფელ გუგუთში, ხოლო სოფელ მაშავერას მოსახლეობა შეადგენს 649 ადამიანს. აღნიშნული სოფელი დაშორებულია

საექიმო პუნქტიდან, დაახლოებით, 23 კმ-ით.³⁶ გარდა ამისა, ადმინისტრაციულ ერთეულს აქვს მაღალმთიანი სოფლის სტატუსი, რაც უფრო ართულებს სოფლის ექიმის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას.

აღნიშნული შემთხვევები მიუთითებს სოფლის ექიმების განაწილების არათანაბარ ხასიათზე.

სოფლის ექიმებსა და ექთნებს უწევთ მათ ტერიტორიულ ერთეულში შემავალ სოფლებში ვიზიტები ისეთი მომსახურებების გაწევის მიზნით, როგორებიცაა: ბინაზე ვიზიტები 3 წლამდე ასაკის ბავშვებთან, აგრეთვე – ინკურაბელურ და მუდმივად მწოლიარე პაციენტებთან. თავის მხრივ, ადგილობრივ მოსახლეობას უწევს ექიმთან ვიზიტები სხვადასხვა სოფლიდან. ტრანსპორტის არარსებობის გამო, ხშირად სოფლის მოსახლეობას უწევს სამედიცინო პუნქტამდე ფეხით მისვლა, რაც მათთვის დიდი დაბრკოლებაა, განსაკუთრებით ზამთარში. შესაბამისად, ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური გარემოებების გათვალისწინებას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

მუნიციპალიტეტის გამოკითხვის შედეგები

აღსანიშნავია, რომ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები იკვეთება ისეთ ტერიტორიულ ერთეულებშიც, სადაც შესაბამისი ბრძანების³⁷ მიხედვით ფუნქციონირებს საექიმო პუნქტი და ექიმისა და მასზე მიბმული მოსახლეობის რაოდენობა არ აჭარბებს რეკომენდებულ მაჩვენებელს.

კერძოდ, მუნიციპალიტეტების გამოკითხვის შედეგად³⁸ იდენტიფიცირდა სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული შემდეგი პრობლემები:

- ადმინისტრაციულ ერთეულში არსებული სოფლებისთვის საექიმო პუნქტების რაოდენობა არასაკმარისია;
- სოფლის ექიმების სამუშაო საათები არ არის საკმარისი;
- გარკვეული სოფლებისთვის ექიმის მომსახურება ხელმისაწვდომია მხოლოდ კვირაში 1 დღე;³⁹
- ადმინისტრაციულ ერთეულში არ არის საექიმო პუნქტი და მიკუთვნებული ექიმი დადის მუნიციპალიტეტის ცენტრიდან პაციენტ(ებ)ის სახლებში;
- ადმინისტრაციულ ერთეულში საექიმო პუნქტი არ არსებობს და სოფლის ექიმი მოსახლეობას მომსახურებას უწევს მუნიციპალიტეტის ცენტრში ან სხვა ადმინისტრაციული ერთეულის სოფელში;
- სოფლის ექიმს არ შეუძლია პუნქტში მომსახურების გაწევა, რადგან შენობა ავარიულია.

³⁶ საავტომობილო გზა.

³⁷ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH 0 23 00000050 ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

³⁸ აუდიტის ჯგუფმა კითხვარის მეშვეობით ჩაატარა გამოკითხვა 12 მუნიციპალიტეტში, საიდანაც 7 მუნიციპალიტეტში დაფიქსირდა სოფლის ექიმის ხელმისაწვდომობის პრობლემა.

³⁹ მუნიციპალიტეტების მიერ დასახელებული სოფლების უმეტესობაში მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 300 ადამიანს.



3.2 საკადრო ჩესუნება სოფლად

სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად საჭიროა საკმარისი სამედიცინო პერსონალი. ჯანდაცვის მუშაკების სოფლად მოზიდვისა და შენარჩუნების პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მრავალმხრივ მიდგომას, რომელიც აერთიანებს განათლებას, ფინანსურ სტიმულებს, ინფრასტრუქტურულ განვითარებას და თვითმმართველობების აქტიურ ჩართულობას.⁴⁰

- სამედიცინო სასწავლებლებში მიღებისას პრიორიტეტის მინიჭება სოფლად მცხოვრებ მოსწავლეებზე;⁴¹
- ფინანსური მხარდაჭერის პაკეტების შემოღება სოფელში ექიმად დასაქმებისთვის;
- ახალ კურსდამთავრებული ჯანდაცვის მუშაკებისთვის ვალდებულების შემოღება სოფლად დასაქმებაზე განსაზღვრული დროის განმავლობაში და სხვ.

საქართველოში, 2024 წლის ოქტომბრის მდგომარეობით, ვაკანტურია 16 სოფლის ექიმის პოზიცია.⁴² ვაკანსიების შესახებ ინფორმაციის განთავსება ხდება დასაქმების სამსახურის ვებგვერდზე. გარდა ამისა, ჰოლდინგის კოორდინატორები რეგიონებში არიან ჩართულნი სამედიცინო პერსონალის მოძიებაში.

აღსანიშნავია, რომ ვაკანტური ადგილების შესახებ ინფორმაცია არ იძლევა რეალურ სურათს, რადგან დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმების არარსებობის პირობებში არ არის შეფასებული სოფლად საკადრო რესურსების საჭიროებები. მაგალითად, უცნობია, რამდენია ისეთი ტერიტორიული ერთეული, სადაც ექიმების დემოგრაფიული განაწილება მისაღებია, თუმცა მაინც არსებობს ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები სოფლების რთული გეოგრაფიული პირობებიდან გამომდინარე (სოფლებს შორის დიდი მანძილი, გადაადგილების სირთულეები, მეჩხერად დასახლებული უბნები და სხვ.).⁴³

მიუხედავად იმისა, რომ ვაკანსიების რაოდენობა დიდი არ არის, ასევე პროცენტულად ცოტა ტერიტორიულ ერთეულშია (ტერიტორიული ერთეულების 6%) საერთაშორისო კრიტერიუმით დადგენილი ზედა ზღვარი გადაჭარბებული, საკითხი მაინც საყურადღებოა, პროგრამის მიზნებიდან გამომდინარე.⁴⁴

სოფლების შესაბამისი საკადრო რესურსით დაკომპლექტების კუთხით ასევე საყურადღებოა საოჯახო მედიცინის სპეციალობის მქონე ექიმების რეგიონული განაწილება (იხ. ქვეთავი 4.2).

⁴⁰ World Health Organization. (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*.

⁴¹ კვლევები ადასტურებს, რომ სოფლის რეგიონებიდან წამოსული მოსწავლეები განათლების დასრულების შემდეგ ხშირად უბრუნდებიან და მუშაობენ საკუთარ რეგიონებში. ეს განპირობებულია იმით, რომ მათ არ უჭირთ ადაპტაცია სოფლის ცხოვრებასთან და უკეთესად ესმით ის სპეციფიკური გამოწვევები, რასაც ადგილობრივი ჯანდაცვის სისტემა აწყდება.

⁴² თავდაპირველ აუდიტზე მუშაობის პროცესში, ვაკანსიები არ ცხადდებოდა, რადგან სოფლის ექიმებთან გამარტივებული შესყიდვის საშუალებით ფორმდებოდა ხელშეკრულება.

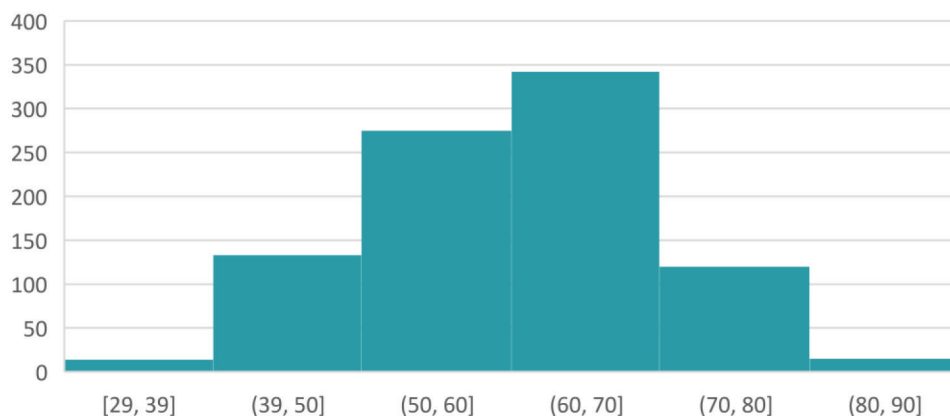
⁴³ გეოგრაფიული საკითხის გათვალისწინების მნიშვნელობა პკდ-ის ხელმისაწვდომობის მისაღწევად აღნიშნულია WONCA-ს დეკლარაციაში: The Delhi Declaration: Alma Ata revisited.

⁴⁴ პროგრამის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა.



ამასთანავე, გამოწვევად რჩება სოფლის ექიმების საშუალო ასაკი. როგორც ქვემოთ მოცემული გრაფიკიდან ჩანს, დაბალია 40 წლამდე ასაკის სოფლის ექიმების რაოდენობა, ხოლო ექიმების ყველაზე დიდ წილს 61-დან 71 წლამდე ასაკის ექიმები შეადგენენ. სოფლის ექიმების საშუალო ასაკი 60 წელია.

გრაფიკი №2. სოფლის ექიმების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



აღნიშნული მიანიშნებს, რომ ახალგაზრდა ექიმებს არ აქვთ სოფელში დასაქმების მოტივაცია, რამაც შესაძლოა წლების შემდგომ გამოიწვიოს საკადრო დეფიციტი.

იქიდან გამომდინარე, რომ არ არის შეფასებული სოფლად საკადრო რესურსების საჭიროებები, სამინისტროს არ აქვს შემუშავებული პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსის განვითარების საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი ხედვა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა. სამინისტროს განმარტებით, მიმდინარეობს მუშაობა საკადრო რესურსის შეფასების მიზნით.

დასკვნა

პირველადი ჯანდაცვა სოფლად თანაბრად უნდა იყოს ხელმისაწვდომი სოფლის მოსახლეობისთვის. ხელმისაწვდომობას განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობა დემოგრაფიული და გეოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით.

მიუხედავად იმისა, რომ 2014 წელთან შედარებით სოფლის ექიმების განაწილების კუთხით შეინიშნება მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, ჩატარებული ანალიზი აჩვენებს, რომ მაინც არსებობს გამოწვევები, რაც აფერხებს სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობას.

საქართველოში სოფლის ექიმების განაწილების გეოგრაფიული და დემოგრაფიული კრიტერიუმები არ არის დადგენილი, რის გამოც ვერ ხდება სოფლის ექიმის მომსახურების ხელმისაწვდომობის ზუსტი შეფასება. აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული ანალიზი აჩვენებს, რომ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით გამოწვევები კვლავ აქტუალურია:

საერთაშორისო კრიტერიუმის შესაბამისად, ერთ სოფლის ექიმზე მიკუთვნებული მოსახლეობის რაოდენობა ზედა ზღვარს აღემატება ტერიტორიული ერთეულების 6%-ში.



ამასთანავე, სოფლის ექიმების განაწილებისას ტერიტორიული ერთეულისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური გარემოებები არ არის გათვალისწინებული, რის გამოც ტერიტორიულ ერთეულებზე მიკუთვნებული სოფლის ექიმების რაოდენობა არ შეესაბამება ტერიტორიული ერთეულის გეოგრაფიულ მდგომარეობას (სოფლების რაოდენობა, სოფლებს შორის დიდი მანძილი და გადაადგილების სირთულე).

ექიმების განაწილების დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმების არარსებობა აფერხებს ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საკადრო რესურსების რეალური საჭიროებებისა და ვაკანტური პოზიციების ზუსტი რაოდენობის განსაზღვრას. აღნიშნული ხელს შეუშლის ქმედითი ღონისძიებების დაგეგმვას სოფლად შესაბამისი კადრების მოძიების მიმართულებით.

ჩაკოვნება

საინისწო

- სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალურად განაწილების მიზნით:
 - დაადგინოს დემოგრაფიული და გეოგრაფიული კრიტერიუმები ტერიტორიული ერთეულებისთვის (მათ შორის, მაღალმთიანი და მეჩხერად დასახლებული ტერიტორიული ერთეულებისთვის);
 - აღნიშნულის გათვალისწინებით შეაფასოს ადამიანური რესურსები და განსაზღვროს სოფლის ექიმების საკმარისი რაოდენობა თითოეული ტერიტორიული ერთეულისათვის;
 - სხვა დაინტერესებულ უწყებებთან კოორდინაციით შეიმუშაოს სოფლად საკმარისი რაოდენობის და შესაბამისი კვალიფიკაციის სოფლის ექიმების მოძიების საშუალოვადიანი/გრძელვადიანი ხედვა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა.



4. სოფლის ექიმების პროფესიულობის წინაპირობები

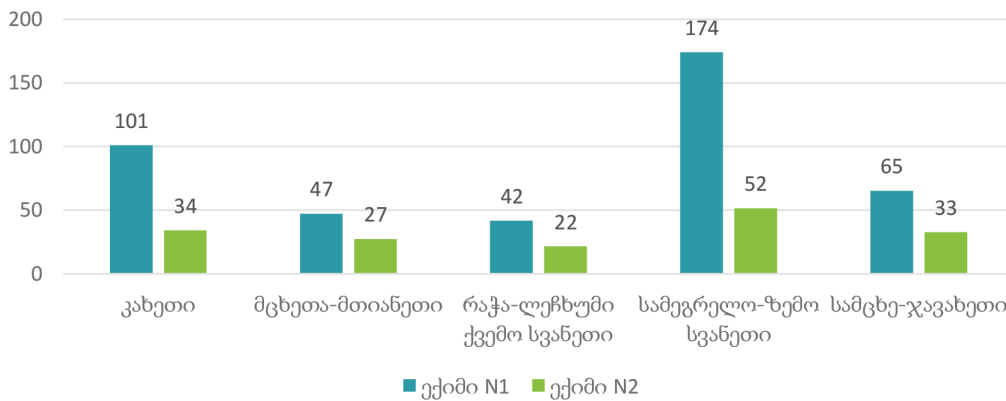
ექიმებისა და ექთნების პროდუქტიულ მუშაობაზე დამოკიდებული სოფლის მოსახლეობისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების დროული და ხარისხიანი მიწოდება. ექიმების პროდუქტიულობის სხვადასხვა საზომი არსებობს, მათ შორისაა, ექიმების დატვირთვა, იმუნიზაციის მაჩვენებელი, ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილი დაავადებების რაოდენობა და სხვ.

თავდაპირველ აუდიტში ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთ ძირითად მაჩვენებლად, მიღებული პაციენტების რაოდენობა – ექიმის დატვირთვა იქნა გამოყენებული. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც მსგავსი სიმჭიდროვის და მსგავსი მოსახლეობის რაოდენობის მუნიციპალიტეტებში ექიმების დატვირთვა განსხვავებული იყო.

შემდგომი რეაგირების ეფექტიანობის აუდიტის ფარგლებში აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა 5 რეგიონის სოფლის ექიმების დატვირთვა.⁴⁵ შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ 143 ტერიტორიული ერთეულიდან⁴⁶ 40 მათგანში ტერიტორიულ ერთეულში შემავალი ერთი ექიმი, მეორე ექიმზე⁴⁷ სულ მცირე 70%-ით მეტ პაციენტს იღებს.

ქვემოთ მოყვანილ გრაფიკზე წარმოდგენილია ერთი მაგალითი ყველა შერჩეული რეგიონიდან, სადაც მნიშვნელოვნად განსხვავებულია ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებული ექიმების დატვირთვა.⁴⁸

გრაფიკი №3. ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებული სოფლის ექიმების განსხვავებული დატვირთვა⁴⁹



ექიმების დატვირთვა არ ქმნის ექიმის პროდუქტიულობის ერთადერთ საფუძველს. სოფლის ექიმს, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის ერთგვარ „მეკარიბჭეს“, მართებს მნიშვნელოვანი სამუშაოს განწევა დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და პრევენციისთვის.

⁴⁵ ექიმების დატვირთვის ანალიზი ეფუძნება მხოლოდ ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობას და არა უნიკალური პაციენტის რაოდენობას.

⁴⁶ რომელშიც 2, 3 ან 4 ექიმი იყო დასაქმებული.

⁴⁷ იმ ტერიტორიულ ერთეულში, სადაც 3 ან 4 ექიმი დასაქმებული, შედარება გაკეთებულია ყველაზე დიდ და მცირე დატვირთვის მქონე ექიმებს შორის.

⁴⁸ ტერიტორიული ერთეულები 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.

⁴⁹ ერთ ექიმთან პაციენტების ვიზიტების რაოდენობა, საშუალოდ, 1 თვეში.

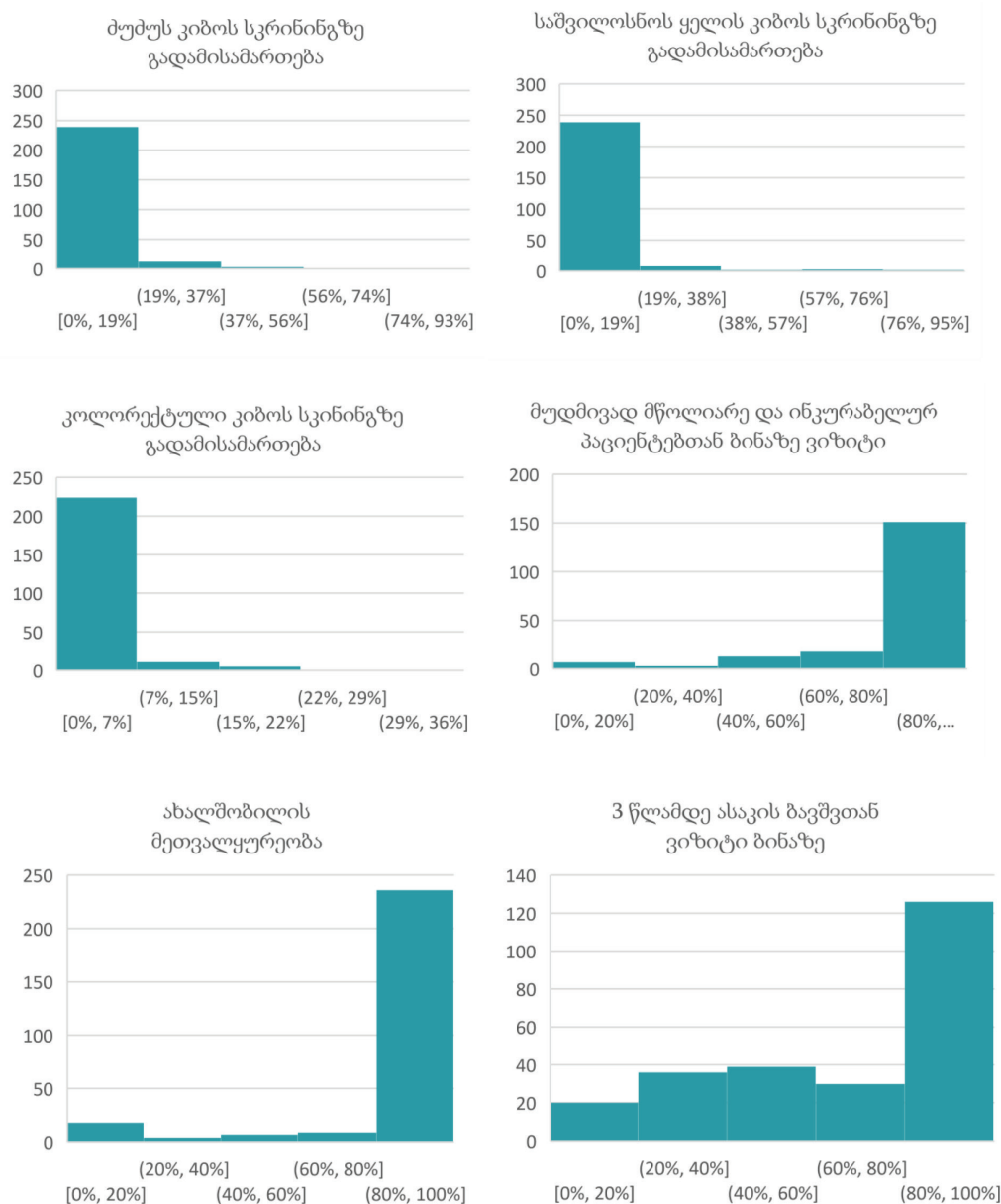


სოფლის ექიმს პაციენტების ვიზიტზე მიღების გარდა ევალუება ქვეთავ 2.2-ში ჩამოთვლილი მომსახურების განწევა. აუდიტის ჯგუფმა სოფლის ექიმების გამოკითხვით შეაფასა სოფლის ექიმების ფუნქციების შესრულება შემდეგი მომსახურებებისთვის:

- პრევენციულ/სკრინინგის პროგრამებში (კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის ღონისძიებებში) მონაწილეობის მიღება;
- ახალშობილის აყვანა მეთვალყურეობაზე;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი წელიწადში 4-ჯერ მუდმივად მწოლიარე პირებთან და ინკურაბელურ პაციენტებთან.

ქვემოთ წარმოდგენილი გრაფიკი №4 აჩვენებს ექიმების მიერ მომსახურების განწევის სიხშირეს და განსხვავებებს ექიმების პროდუქტიულობაში:

გრაფიკი №4. სოფლის ექიმების მიერ განწეული მომსახურება



როგორც გრაფიკებიდან ჩანს, სოფლის ექიმების უდიდესი ნაწილი არ მონაწილეობს სკრინინგის პროგრამებში. გამოკითხული ექიმებიდან უდიდესი ნაწილი, მხოლოდ 0-დან 19%-მდე სამიზნე მოსახლეობის გადამისამართებას ახდენს სკრინინგის პროგრამებში.⁵⁰ სიტუაცია ბევრად უმჯობესია ახალშობილის მეთვალყურეობის, 3 წლამდე ასაკის ბავშვთან ბინაზე ვიზიტისა და მუდმივად მწოლიარე პაციენტებთან ბინაზე ვიზიტის შემთხვევაში, სადაც სოფლის ექიმების დიდი ნაწილი ასრულებს პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას, თუმცა ექიმების მხრიდან სამიზნე მოსახლეობის სრული მოცვა მაინც გამოწვევაა, რაც ხაზს უსვამს გამართული მონიტორინგის სისტემის არსებობას, რისი მეშვეობითაც მოხდება დაბალი ათვისების მქონე ტერიტორიული ერთეულების იდენტიფიცირება.

სკრინინგში დაბალი მონაწილეობა დასტურდება სოფლის ექიმების მიერ განხორციელებული ჯავშნებიდანაც. კერძოდ, ელექტრონული სისტემაში⁵¹ სოფლის ექიმების მიერ 17 თვის განმავლობაში დაიჯავშნა 1691 კიბოს სკრინინგი, რაც დაბალი მაჩვენებელია.

ქვემოთ მოცემული ქვეთავებში განხილულია ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობის პოტენციური მიზეზები: სოფლის ექიმების ანაზღაურების სისტემასა და კვალიფიკაციასთან დაკავშირებული გამოწვევები. პროგრამის მონიტორინგთან დაკავშირებული გამოწვევები განხილულია მე-5 თავში.

4.1 ანაზღაურების სისტემა

4.1.1 ხელფასები

2014 წელს ერთი სოფლის ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრებოდა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის მომსახურების ღირებულება – თვეში 455 ლარის ოდენობით.

თავდაპირველი აუდიტის ერთ-ერთ მიგნებას წარმოადგენდა სოფლის ექიმების მიერ, სამუშაო ფუნქციების განსახორციელებლად საკუთარი ხელფასიდან დიდი ხარჯების გაღების აუცილებლობა, რაც მათ მოტივაციაზე უარყოფითად აისახებოდა. კერძოდ, ექიმები არა მხოლოდ კომუნალურსა და ტრანსპორტირების ხარჯებს ფარავდნენ საკუთარი სახსრებით, არამედ საჭირო მედიკამენტებისა და სამედიცინო ინვენტარის შეძენაც თვითონ უწევდათ.

2014 წელთან შედარებით სოფლის ექთნებისა და ექიმების ანაზღაურება გაზრდილია და ექიმის ხელფასი განისაზღვრება თვეში 1 262.50 ლარის ოდენობით, ხოლო ექთნის – 1 018.75 ლარის ოდენობით.

გარდა ამისა, სოფლის ექიმები მაღალმთიან სოფლებში სარგებლობენ მაღალმთიან დასახლებაში სამედიცინო პერსონალისათვის გათვალისწინებული დანამატით, სახელმწიფო

⁵⁰ სკრინინგის პროგრამებში დაბალი გადამისამართება, შესაძლოა განპირობებული იყოს შემდეგი მიზეზებითაც: მოსახლეობის არასაკმარისი ცნობიერება/ინფორმირებულობა, პროგრამის მიმწოდებლის არარსებობა მუნიციპალიტეტში და სხვ.

⁵¹ 2023 წლის 1 მაისიდან 2024 წლის 1 ოქტომბრამდე პერიოდისთვის.



პენსიის ორმაგი ოდენობით.⁵² 2024 წლის 1 კვარტლის მდგომარეობით, მაღალმთიან სოფელში დასაქმებულია 432 სოფლის ექიმი.

პროგრამის განმახორციელებელი პასუხისმგებელია სოფლის ექიმები უზრუნველყოს: ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების ნივთებით („ექიმის ჩანთა“), სამედიცინო დოკუმენტაციის ბეჭდვის მომსახურებით, ასევე სოფლის ამბულატორიების შეუფერხებელი ფუნქციონირებისთვის საჭირო სამედიცინო/სამეურნეო აღჭურვილობითა და ინვენტარით.

მიუხედავად ხელფასის ზრდისა, სოფლის ექიმების ხელფასი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საქართველოში საშუალო მაჩვენებელს (2004.9 ლარი).⁵³

გამოკითხვის მიხედვით, თავდაპირველი აუდიტის შედეგების მსგავსად, სოფლის ექიმების საკმაოდ დიდ ნაწილს, 85%-ს უწევს ხელფასიდან სახსრების გაღება ფუნქციების შესასრულებლად. ხელფასიდან ხარჯები მიემართება ცხრილში მოცემული კომპონენტების მიმართ.⁵⁴

ცხრილი №2. სოფლის ექიმების რაოდენობა საკუთარი სახსრებით გაწეული ხარჯების სახეობების მიხედვით

ხარჯის სახეობა	ექიმების რაოდენობა, რომელთაც უწევთ ხარჯის გაღება	%
ტრანსპორტი, ადგილზე ვიზიტების განსახორციელებლად	372	47%
საკანცელარიო	231	29%
მედიკამენტები	175	22%
სხვა	143	18%
სამედიცინო საშუალებები	74	9%
გათბობა	64	8%

გამოკითხული ექიმებიდან 268 ექიმის მიერ აუდიტის ჯგუფს მიეწოდა ინფორმაცია ხელფასიდან გაწეული ხარჯების შესახებ. მათი საშუალო ხარჯი – 140 ლარს შეადგენს (ხელფასის 11%).⁵⁵ 2015 წელს ექიმების საშუალო თვიური ხარჯი ზამთარში 223 ლარს შეადგენდა (ხელფასის 34%). შესაბამისად, ამ მიმართულებით გარკვეული გაუმჯობესება არსებობს.

⁵² საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 14 ივნისის №264 დადგენილება „მაღალმთიან დასახლებაში მუდმივად მცხოვრები პირებისა და მაღალმთიან დასახლებაში მდებარე სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული/დაკონტრაქტებული სამედიცინო პერსონალისათვის დანამატის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ“.

⁵³ საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი 2024 წლის II კვარტალში.

⁵⁴ სოფლის ექიმებს თავდაპირველი აუდიტის შედეგებისგან განსხვავებით, აღარ უწევთ კომუნალური ხარჯების საკუთარი სახსრებით გადახდა, რადგან აღნიშნული ვალდებულება ჰოლდინგმა აიღო თავის თავზე. ამასთანავე, ჰოლდინგის განცხადებით ხდება გათბობის საშუალებების დარიგება და მიმდინარეობს ინფრასტრუქტურის მომზადება მედიკამენტების შენახვის/დასაწყობებისა და ტრანსპორტირების მიზნით, რათა დროულად განახლდეს ექიმის ჩანთა.

⁵⁵ 300 ლარზე მეტი ხარჯი დაფიქსირებული აქვთ ექიმებს, რომელთაც უწევთ სამედიცინო პუნქტამდე ან ბინაზე ვიზიტისთვის ტაქსით გადაადგილება, ტრანსპორტის არარსებობის გამო.

4.1.2 შპჯმზა ორინალური დაფინანსება

საერთაშორისო პრაქტიკაში ექიმების მოტივაციის ამაღლებისა და სასურველი შედეგის მისაღწევად, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მუშაობის გაუმჯობესების მიზნით, დანერგილია შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა. აღნიშნული სისტემა ოჯახის ექიმების ანაზღაურებას აკავშირებს წინასწარ განსაზღვრულ მაჩვენებლებთან და ეფუძნება ინდიკატორების შესაბამისად მიღწეული შედეგების პერიოდულ შეფასებასა და მონიტორინგს, რის საფუძველზეც წარმოებს ჩართულ ორგანიზაციებთან ან ექიმებთან ანგარიშსწორება.⁵⁶

შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემა შეიძლება გულისხმობდეს მცირე ბონუსების⁵⁷ შეთავაზებას ექიმებისთვის, რომლებიც მიაღწევენ წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებს ან შესაძლოა აკავშირებდეს ექიმების შემოსავლის მნიშვნელოვან ნაწილს (შემოსავლების, დაახლოებით, 25%) 100-ზე მეტ ხარისხის ინდიკატორთან.⁵⁸

WHO-ის პოლიტიკის დოკუმენტის მიხედვით, საჭიროა დამატებითი ფინანსური ნახალისება სოფლის ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის, რათა შეინარჩუნონ ექიმები და ექთნები და უზრუნველყონ პჯდ-ის სერვისების ხელმისაწვდომობა სოფლად.⁵⁹

მსგავსი ანაზღაურების სისტემის დანერგვის წინაპირობა საინფორმაციო სისტემების განვითარებაა, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ყველა პჯდ-ის დანესებულებიდან პაციენტების შესახებ ინფორმაციის კონსოლიდაცია და ანალიზი.

თავდაპირველ აუდიტზე მუშაობის პროცესში სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ფიქსირებული იყო და შესაბამისად, არ ემყარებოდა ექიმის მოტივაციის ამაღლებას.

საქართველოში მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა, რომელიც ეხება პჯდ-ის ექიმების ანაზღაურების სქემას. რეფორმის პროექტი იზიარებს საერთაშორისო პრაქტიკას შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სისტემის შესახებ, რაც გზამკვლევის მიხედვით, გულისხმობს კონკრეტული გამოსავლების და შედეგების ინდიკატორების დანესებას, რომელთა შესრულება გახდება თანხის ანაზღაურების საფუძველი.

პჯდ-ის რეფორმის გზამკვლევის სამუშაო ვერსიის მიხედვით, შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების სისტემის ეტაპობრივად დანერგვა 2022 წლიდან იყო დაგეგმილი. კერძოდ, დიდი ქალაქების მუნიციპალიტეტების დონეზე, დანესებულებებს, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ წინასწარ განსაზღვრულ მოთხოვნებს, გაზრდილ ბაზისურ კაპიტაციასთან⁶⁰ ერთად, უნდა მიეღოთ დამატებითი (დიფერენცირებული) კაპიტაციური დაფინანსება პრიორიტეტული ჯანდაცვის პრობლემების მართვისთვის.⁶¹ ასევე სოფლად, 2023 წლიდან გლობალური ბიუჯეტით

⁵⁶ World Health Organization. (2014). *Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability*. OECD Publishing.

⁵⁷ ავსტრალიაში ექიმს შეუძლია გამოიმუშაოს 3 აშშ დოლარი მასზე მიმდგრებული თითოეული ქალი პაციენტისთვის, თუ 65%-იან მოცვას მიაღწევს.

⁵⁸ Greene, J. (2013). *An Examination of Pay for Performance in General Practice in Australia*.

⁵⁹ World Health Organization (2021). *Rethinking primary health care financing in Georgia*.

⁶⁰ ექიმთან რეგისტრირებულ 1 პაციენტზე გამოყოფილი ფიქსირებული დაფინანსება.

⁶¹ ბავშვთა ასაკის ადრეულ განვითარებაზე მეთვალყურეობა, შაქრიანი დიაბეტის მართვა, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და ჰიპერტენზია, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ბრონქული ასთმა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა.



ბაზისურ დაფინანსებასთან ერთად სოფლის ექიმებსა და ექთნებს უნდა მიეღოთ დამატებითი კაპიტაციური დაფინანსება პრიორიტეტული ჯანდაცვის პრობლემების მართვისთვის. ანაზღაურება უნდა განხორციელდეს შედეგების მიხედვით: მიმწოდებლებს მიეცემა ყოველთვიური კაპიტაცია (ბაზისური და დამატებითი კაპიტაცია), ხოლო კვარტალში ერთხელ, წინასწარ განსაზღვრული ინდიკატორების შედეგების მონიტორინგის საფუძველზე, თანხები (დამატებითი კაპიტაცია) დაკორექტირდებოდა შესრულების შედეგების შესაბამისად.

გზამკვლევით გათვალისწინებული ზემოაღნიშნული საკითხები 2024 წლის მდგომარეობით არ შესრულებულა.

სამინისტროს განცხადებით, საერთაშორისო ექსპერტებთან ერთად მიმდინარეობს პჯდ-ის სისტემის ინდიკატორებსა და შესაბამისი საინფორმაციო სისტემების დანერგვაზე მუშაობა. კერძოდ, შემუშავების პროცესშია ინდიკატორების ცვლადები,⁶² თუმცა საინფორმაციო სისტემა არ არის გაშვებული ქვეყანაში, რადგან ელექტრონული ჯანდაცვა ქვეყნის მასშტაბით დანერგილი არ არის და ყველა დაწესებულების თითოეული ვიზიტის ინტეგრაცია პროგრამულად არ ხდება. სამინისტროს განცხადებით, სისტემის ქვეყნის მასშტაბით გაშვებას დასჭირდება ყველა ამბულატორიის გადამწყობა, რაც დროში ხანგრძლივი პროცესია, ხოლო შედეგზე ორიენტირებული ანაზღაურების სისტემის დანერგვა გრძელვადიან პერსპექტივაში მოიაზრება, მისი დანერგვისთვის საჭირო დიდი საბიუჯეტო სახსრებიდან გამომდინარე.⁶³

სოფლის ექიმი პჯდ-ის სისტემის ნაწილია, შესაბამისად, სამინისტრო მხოლოდ ამ პროგრამისთვის არ გეგმავს შეფასების ინდიკატორების გაწერასა და შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების სისტემის ამოქმედებას.

შედეგად, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება კვლავ ფიქსირებულია და არ ემყარება ექიმის მოტივაციის ამაღლებას.

ერთადერთი მოქმედი წამახალისებელი მექანიზმი დაკავშირებულია კიბოს სკრინინგის პროგრამასთან. 2023 წლიდან, პროგრამის ფარგლებში, სოფლის ექიმები იღებენ ინსენტივს ბენეფიციარებისთვის წინასწარ რეგისტრირებული ჯავშნის საფუძველზე ჩატარებული სკრინინგის თითოეულ შემთხვევაზე. კონკრეტულად, ერთ შემთხვევაზე ექიმის ანაზღაურება 2 ლარს შეადგენს.

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა პჯდ-ის ნაწილია, შესაბამისად, სამომავლოდ მასზე უნდა გავრცელდეს პჯდ-ის რეფორმის ფარგლებში შემუშავებული შეფასების ინდიკატორები და დაფინანსების სისტემა. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ: რეფორმის განხორციელებას სამინისტრო გრძელვადიან პერსპექტივაში მოიაზრებს, ხოლო სოფლის ექიმების არსებული ანაზღაურების სისტემა ვერ უზრუნველყოფს პროგრამის მაღალი ხარისხით განხორციელებას (მათ შორის, ექიმების მოტივაციის ამაღლებას), სოფლის ექიმების ანაზღაურების ცვლილებები არ უნდა იყოს დამოკიდებული პჯდ-ის რეფორმის მიმდინარეობაზე.

⁶² სამინისტროს განცხადებით, მიმდინარეობს კონსულტაციები და მუშაობა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან.

⁶³ სამინისტროს მიერ მოწოდებული ორი დოკუმენტის (პირველადი ჯანდაცვის სერვისების პაკეტი და ანაზღაურების გაანგარიშების მეთოდოლოგია და პჯდ რეფორმის გზამკვლევის სამუშაო ვერსია) მიხედვით, დიფერენცირებული (დამატებითი) კაპიტაციის ანაზღაურება ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის საჭიროებდა შემდეგ ფინანსურ რესურსს: 2023 წელი, სამიზნე მოსახლეობის 50%-იანი მოცვა - 50,677,032.37 ლარი, 2024 წელი, სამიზნე მოსახლეობის 70%-იანი მოცვა - 70,947,845.32 ლარი, 2025 წელი, სამიზნე მოსახლეობის 85%-იანი მოცვა - 86,150,955.03 ლარი. აღნიშნული გაანგარიშებები სამუშაო ვერსიებია.

პროგრამის ფარგლებში, პჯდ-ის რეფორმისგან დამოუკიდებლადაც არის შესაძლებელი, რომ თითოეული ექიმისათვის შეფასდეს წინასწარ გაწერილი სხვადასხვა ინდიკატორების კომბინაცია, რასაც დაეფუძნება მათი ანაზღაურება, მაგალითისთვის:

- ექიმზე მიბმული მოსახლეობის რაოდენობა და თვის განმავლობაში მიღებული პაციენტების რაოდენობა – არსებული მდგომარეობით ექიმს, რომელსაც რეგისტრირებული ჰყავს 2000 პაციენტი, იგივე ანაზღაურება აქვს, როგორც ექიმს, რომელსაც 500 პაციენტი ჰყავს. გასათვალისწინებელია, რომ ტერიტორიული ერთეულის მოსახლეობის მცირერიცხოვნობის შემთხვევაში, ანაზღაურების მექანიზმი და მოტივაცია განსხვავებული წესით უნდა განისაზღვრებოდეს;
- გადაადგილების სირთულე (რთულად მისადგომი მდებარეობა, სოფლებს შორის დიდი მანძილი და ა.შ.) – ექიმებს, რომლებიც ცხოვრობენ რთული რელიეფის ადგილებში, საზოგადოებრივი ტრანსპორტის არარსებობის პირობებში უწევთ ტაქსით გადაადგილება ფუნქციების განსახორციელებლად, რაც უარყოფითად აისახება მათ შემოსავალზე;
- გაწეული მომსახურების ხარისხი – კიბოსა და C ჰეპატიტის სკრინინგით, იმუნიზაციით, ახალშობილთა მეთვალყურეობით სამიზნე მოსახლეობის მოცვის მაჩვენებელი;
- პროგრამით განსაზღვრული ბინაზე სავალდებულო ვიზიტების განხორციელების მაჩვენებელი;
- პაციენტების კმაყოფილება და სხვ.

4.2 ექიმების კვალიფიკაცია

საქართველოში ყველა ოჯახის ექიმს უნდა გააჩნდეს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი, თუმცა გამოწვევებისა დაწესებულება, სადაც შეუძლებელია სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმის დანიშვნა (მაგალითად, ზოგიერთ მაღალმთიან ლოკაციაზე ან სოფლად).

ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი მიენიჭება პირს, რომელიც დაამთავრებს მედიცინის ფაკულტეტს და:

- გადამზადდება რეზიდენტურაზე საოჯახო მედიცინის მიმართულებით და ჩააბარებს სასერტიფიკაციო გამოცდას;
- გადამზადდება რეზიდენტურაზე სხვა მომიჯნავე სპეციალობით, წარმატებით გაივლის შემოკლებულ კურსს (6-თვიანი კურსი) და ჩააბარებს სასერტიფიკაციო გამოცდას.

თავდაპირველი აუდიტის შედეგების მსგავსად, სოფლის ექიმების ნაწილი არ არის გადამზადებული და სერტიფიცირებული საოჯახო მედიცინაში, თუმცა 2015 წელთან შედარებით არსებული მდგომარეობა გაუმჯობესებულია.

თავდაპირველი აუდიტის ჩატარებისას სოფლის ექიმების მხოლოდ 60%-ს ჰქონდა ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი. დანარჩენი ექიმები ვიწრო სპეციალობის ექიმები იყვნენ.

2024 წლის პირველი კვარტლის მდგომარეობით, 1282 ექიმიდან საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატს ფლობს 1038 (81%), თუმცა ანალიზით იკვეთება განსხვავებები რეგიონულ დონეზე.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი აჩვენებს რეგიონებს შორის სხვაობას ექიმების სპეციალობის მიხედვით:



ცხრილი №3. საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის არმქონე სოფლის ექიმების წილი

რეგიონი	ექიმების რაოდენობა	სერტიფიკატის არმქონე ექიმების წილი
სამცხე-ჯავახეთი	97	67%
რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთი	61	43%
აჭარა	107	30%
შიდა ქართლი	131	16%
ქვემო ქართლი	162	15%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	164	14%
კახეთი	208	13%
მცხეთა-მთიანეთი	63	10%
იმერეთი	214	9%
გურია	75	1%

სოფლის ექიმებს, რომლებიც ოჯახის ექიმის სპეციალობას ფლობენ, საშუალოდ, 59%-ით მეტი პაციენტის ვიზიტი აქვთ სხვა სამედიცინო სპეციალობის ექიმებთან შედარებით.

მსგავსი ანალიზი გაკეთდა სამცხე-ჯავახეთისა და რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთის რეგიონებში. შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ ოჯახის ექიმის 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.

ცხრილი №4. საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის მქონე და არმქონე სოფლის ექიმების დატვირთვა (თვეში)

	სამცხე-ჯავახეთი		რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთი	
	ექიმების რაოდენობა	საშუალოდ მიღებული პაციენტების რაოდენობა	ექიმების რაოდენობა	საშუალოდ მიღებული პაციენტების რაოდენობა
ფლობს საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატს	32	56	35	21
არ ფლობს საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატს	62	38	25	18

გემოთ მოცემული ორი ცხრილი (ცხრილი №3 და ცხრილი №4) აჩვენებს, რომ საქართველოს ყველა რეგიონი თანაბარ პირობებში არ არის უზრუნველყოფილი შესაბამისი კვალიფიკაციის პირველადი ჯანდაცვის რგოლით.

აუდიტის ჯგუფის მიერ ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, 166 ექიმიდან, რომლებიც საოჯახო მედიცინის სპეციალობას არ ფლობდნენ, 38% არ იყო გადამზადებული საოჯახო მედიცინის მიმართულებით.



სოფლის ექიმების კვალიფიკაციის ამაღლებისკენ მიმართულ ღონისძიებებს, ძირითადად, დონორი ორგანიზაციები⁶⁴ და NCDC ახორციელებენ. ასევე პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის ეტაპობრივად იქმნება დაავადების მართვის გაამკვლევეები.

მინისტრის ბრძანების⁶⁵ მიხედვით, ოჯახის ექიმებს ევალებათ 30 უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპგ) ქულის დაგროვება წელიწადში, თუმცა აღნიშნული მოთხოვნა არ ვრცელდება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულ მომსახურების მიმწოდებლებზე. შესაბამისად, სოფლის ექიმებისთვის არ არსებობს ნათლად განსაზღვრული მოთხოვნები, მათი კვალიფიკაციისა და გადამზადების მიმართულებით. ჰოლდინგის როლი აღნიშნულ პროცესში მხოლოდ კოორდინაციით შემოიფარგლება (ჩასატარებელი ტრენინგის შესახებ სოფლის ექიმებისთვის ინფორმაციის მიწოდება).

მიუხედავად იმისა, რომ სავალდებულო უპგ ქულების დაგროვება არ ვრცელდებოდა სოფლის ექიმებზე, რეკომენდაციის სახით გაცემული ინფორმაციის საფუძველზე, სოფლის ექიმების, დაახლოებით, 80%-მა⁶⁶ გაიარა აკრედიტებული უპგ მოდულები და დააგროვა, სულ მცირე – 30 უპგ ქულა.

დასკვნა

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის წარმატება, კერძოდ, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების დროული და ხარისხიანი მიწოდება უმეტესად ექიმების პროდუქტიულ მუშაობაზეა დამოკიდებული.

ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთი მაჩვენებელი, მათი დატვირთვა, მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. გამოიკვეთა შემთხვევები, სადაც ერთ ტერიტორიულ ერთეულში დასაქმებულ ექიმებს არსებითად განსხვავებული დატვირთვა აქვთ.

გამოწვევაა ასევე ექიმების მხრიდან პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების ფარგლებში (კიბოს სკრინინგი, ახალშობილის აყვანა მეთვალყურეობაზე, ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებთან და მუდმივად მწოლიარე პირებთან) სამიზნე მოსახლეობის არასრული მოცვა, რაც შესაძლოა სოფლის ექიმების დაბალი პროდუქტიულობის მანიშნებელი იყოს.

სოფლის ექიმების პროდუქტიულობაზე გემოქმედებს მათი ანაზღაურებისა და კვალიფიკაციის მიმართულებით არსებული გამოწვევები.

პროგრამის დაფინანსების სისტემა სათანადოდ ვერ უზრუნველყოფს ექიმის მოტივაციის ამაღლებას, რის გამოც ვერ ქმნის სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მიღწევის წინაპირობას. სამინისტრო შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსების სისტემის ამოქმედებას განიხილავს მთლიანი პჯდ-ის რგოლისთვის, მიმდინარე რეფორმის ფარგლებში. რეფორმის

⁶⁴ კარიტასის, UNICEF-ისა და WHO-ის პროექტები.

⁶⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის №01-25/6 ბრძანება „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“.

⁶⁶ 1025 ექიმიდან მხოლოდ 213-მა ექიმმა ვერ დააგროვა 30 უპგ ქულა.



დასრულების გრძელვადიანი პერსპექტივა და „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების ცვლილებების მხოლოდ რეფორმის ფარგლებში განხილვა ხელს უშლის სოფლის ექიმების მოტივაციაზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემის დროულად შემოღებასა და პროგრამის დამოუკიდებლად განვითარებას.

გარდა ამისა, გამოწვევად რჩება ექიმების კვალიფიკაციის საკითხი. მიუხედავად იმისა, რომ საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის მქონე ექიმების წილი გაზრდილია, რეგიონულ დონეზე მათი რაოდენობა არათანაბარია. ექიმებისთვის კვალიფიკაციის ამაღლების მიმართულებით მინიმალური მოთხოვნების არარსებობა არათანაბარ პირობებში აყენებს სოფლად პირველად ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხს.

რეკომენდაცია

სამინისტრო

- სოფლის ექიმების მოტივაციის ამაღლებისა და დაკისრებული ფუნქციების ჯეროვნად შესრულების სტიმულირების მიზნით, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის სრულად ამოქმედებამდე, შეიმუშაოს სოფლის ექიმების ანაზღაურების სისტემა, რომელიც დაფუძნებული იქნება წინასწარ განსაზღვრულ რაოდენობრივ და ხარისხობრივ ინდიკატორებზე (მაგალითად, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებებით სამიზნე მოსახლეობის მოცვა და სხვ.);
- სოფლების სათანადო კვალიფიკაციის ექიმებით დაკომპლექტების მიზნით, შესაბამისი კვლევის/ანალიზის საფუძველზე (მაგალითად, სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილი საჭიროებების გათვალისწინებით) ნათლად განისაზღვროს სოფლის ექიმების პროფესიული განვითარების მინიმალური მოთხოვნები.

5. პროგრამის აღმინისტრირება და მონიტორინგი

2022 წელს, პროგრამის პოლდინგის მართვაში გადაცემის შემდგომ, ადმინისტრირებისა და მონიტორინგის მიმართულებით განხორციელდა შემდეგი მნიშვნელოვანი ცვლილებები:

- სოფლის ექიმებთან და ექთნებთან გაფორმდა შრომითი ხელშეკრულებები, ექიმებისთვის შემუშავდა ახალი ტიპის სამუშაო გრაფიკები და დაინერგა მონიტორინგის პროგრამა (იხ. 5.1);
- სოფლის ექიმებს მიენიჭათ წვდომა NCDC-ის პროგრამულ მოდულებში, მათ შორის, სკრინინგის მოდულში (პოლდინგი 2023 წლის აპრილიდან ჩაერთო დაავადებათა ადრეული გამოვლენის და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამაში);
- ქვეყნის ყველა მუნიციპალიტეტში განხორციელდა სოფლის ამბულატორიის ინფრასტრუქტურული მდგომარეობის ანალიზი. პოლდინგმა დაიწყო სოფლის ამბულატორიების ბალანსზე გადმოცემის პროცესი და ინფრასტრუქტურული მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- ამბულატორიების სრულყოფილად აღჭურვის მიზნით მიმდინარეობს ინვენტარიზაციის პროცესი. დაიწყო ამბულატორიების ინვენტარიზაცია და სამედიცინო მოწყობილობებით უზრუნველყოფა;
- პოლდინგი ახდენს საინფორმაციო ხასიათის შეხვედრების, ტრენინგებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელშეწყობის მიზნით სახელმწიფო უწყებებთან და დონორ ორგანიზაციებთან კოორდინირებას.

2024 წლის მარტში, სამინისტროსა და პოლდინგს შორის გაფორმდა ხელშეკრულება პროგრამის მომსახურების განვითარების შესახებ (შემდგომ – შეთანხმება). შეთანხმებით განისაზღვრა პოლდინგისა და სამინისტროს ვალდებულებები.

სამინისტროს ვალდებულება:

- სოფლად პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის გაძლიერების სტრატეგიის შემუშავება;
- სოფლად პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შეფასებისათვის ხარისხობრივი ინდიკატორების განსაზღვრა და მათი დანერგვის კოორდინაცია, პოლდინგთან ერთად;
- პროგრამის შესრულების მონიტორინგი და გამოვლენილ ხარვეზებზე სათანადო რეაგირება;
- პოლდინგის ხელშეწყობა პირველადი ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემების დანერგვაში და სხვ.

პოლდინგის ვალდებულება:

- სტრატეგიის შემუშავებაში სამინისტროს დახმარება;
- შიდა მონიტორინგის და ანგარიშგების ადეკვატური სისტემის ჩამოყალიბება, კერძოდ, 2024 წლის 1 მარტამდე პროგრამის მონიტორინგის გეგმის მომზადება და სამინისტროსთან შეთანხმება, რაც უნდა მოიცავდეს შერჩეული ინდიკატორების განმარტებას, მონაცემების წყაროს, ბაზისურ მაჩვენებელს და სამიზნეებს რაიონების მიხედვით, ადგილობრივი მონიტორინგის განრიგს;
- პირველადი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების დანერგვის ხელშეწყობა სსიპ – ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოსთან თანამშრომლობით.

შეთანხმების მიხედვით, პროგრამის განხორციელების თანმდევი რისკებია სოფლად კვალიფიციური/ადგილობრივი კადრის ნაკლებობა და მოსახლეობის მიერ პირველადი



ჯანდაცვისა და პრევენციული სერვისების მნიშვნელობის არასათანადოდ შეფასება. აღნიშნული საკითხები საჭიროებს სისტემური ღონისძიებების გატარებას და სხვადასხვა უწყების ჩართულობას, თუმცა ამ მიმართულებით განსახორციელებელი ღონისძიებები არ არის ასახული არც შეთანხმებაში და არც სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ სტრატეგიაში.⁶⁷ შეთანხმებით განსაზღვრული სოფლად პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების სტრატეგია არ არის შემუშავებული.

ქვემოთ მოცემულ ქვეთავებში განხილულია სოფლის ექიმების საქმიანობის და პროგრამის მონიტორინგი. ეს საკითხები განსაკუთრებით აქტუალურია, რადგან პროგრამის პოლდინგის მმართველობაში გადასვლასთან ერთად, ამ მიმართულებებით შედარებით მნიშვნელოვანი ცვლილებები დაიგეგმა.

5.1. ექიმების სამუშაო საათების მონიტორინგი

თავდაპირველ აუდიტში ერთ-ერთი მიგნება იყო სოფლის ექიმების დაკონტრაქტების საკითხი. კერძოდ, პროგრამის განმახორციელებელი მენარმე ფიზიკური პირებისგან გამარტივებული წესით ყიდულობდა მომსახურებას და ხელშეკრულების პირობები არ შეიცავდა შრომითი ხელშეკრულების ისეთ დებულებებს, როგორებიცაა: სამუშაო დრო, საათები, დასაქმება სხვა სამსახურში, შვებულება და სხვ. სოფლის ექიმების დიდი ნაწილი შეთავსებით მუშაობდა სხვა სამსახურში, ხოლო პროგრამის ფარგლებში არ არსებობდა სამედიცინო პერსონალის მონიტორინგის მექანიზმი. პროგრამის განმახორციელებელმა სააგენტომ რეალურად არ იცოდა დადიოდნენ თუ არა ექიმები სამუშაო ადგილზე.

პოლდინგის მართვაში პროგრამის გადაცემით გაუმჯობესდა სოფლის ექიმების სამუშაო დროის მონიტორინგი, კერძოდ:

2023 წლიდან „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამაში დასაქმებულ ექიმებს პოლდინგმა შესთავაზა ახალი ტიპის სამუშაო გრაფიკი: კვირაში 5 დღე - დღეში 4 საათი, ან კვირაში 3 დღე - დღეში 7 საათი. აღნიშნულის შესაბამისად, 2023 წლიდან დაინერგა მონიტორინგის სისტემა ყველა რეგიონში, რომელიც საშუალებას აძლევს პოლდინგს, აღრიცხოს სოფლის ექიმების მიერ ამბულატორიაში გატარებული სამუშაო საათები და შეადაროს მათ მიერ ამორჩეულ სამუშაო გრაფიკებს.⁶⁸ პოლდინგი ექიმების მიერ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამუშაო საათების დანაკლისის შემთხვევაში, აძლევს გაფრთხილებას ან საყვედურს.⁶⁹

აუდიტის ჯგუფმა გამოითხოვა 2023 წლის ოქტომბრის თვის სამუშაო დროის აღრიცხვა 110 შერჩეული ექიმისთვის. აუდიტის მონიტორინგის სისტემის მიხედვით მხოლოდ 46%-მა იმუშავა 80 საათი ან მეტი, თუმცა მხოლოდ ერთმა ექიმმა მიიღო გაფრთხილება.

⁶⁷ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის №230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

⁶⁸ პროგრამა ელექტრონული ხელმოწერის მოწყობილობაშია ჩანერგილი. სამუშაო დროის აღრიცხვისათვის ექიმის მხრიდან საჭიროა პირადობის დაფიქსირება მოწყობილობაში, ხოლო სამუშაოს დასრულების შემდგომ პირადობის მოწყობილობიდან ამოღება. სოფლის ექიმების სამუშაო დროის აღრიცხვის პროგრამა შეიცავს შემდეგ ინფორმაციას: ექიმის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი; რეგიონისა და რაიონის დასახელება; ტელეფონის ნომერი; ნამუშევარი წუთების ჯამი, ნამუშევარი საათების ჯამი საანგარიშო პერიოდში.

⁶⁹ მონიტორინგის პროგრამაში აღრიცხული სამუშაო საათების ანალიზის შედეგად, 2022 წლიდან 2024 წლის დეკემბრის მდგომარეობით, 91 ექიმს მიეცა გაფრთხილება, ხოლო 16 ექიმს - საყვედური.

აუდიტის ობიექტის განცხადებით, ყველა ექიმს, ვისაც უფიქსირდებოდა ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ საათებზე ნაკლები დროით მუშაობა არ ექვემდებარებოდა გაფრთხილებას/საყვედურს, ვინაიდან მონიტორინგის სისტემაში დაფიქსირებული სამუშაო საათების დანაკლისი, ჰოლდინგის შესაბამისი თანამშრომლების მიერ გადამონმების შედეგად, აიხსნა სხვადასხვა მიზეზებით: პრობლემები ელექტროენერგიის მიწოდებასთან, ინტერნეტთან და კომპიუტერული მოწყობილობების გამართულ მუშაობასთან დაკავშირებით. აუდიტის ობიექტის მიერ ვერ მოხდა აღნიშნულის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის მოწოდება.

სოფლის ექიმების ფაქტობრივად ნამუშევარი საათების მონიტორინგის გარდა, ჰოლდინგს დანერგილი აქვს სოფლის ექიმების ადგილზე მონიტორინგი, რომლის ფარგლებშიც ხდება ექიმების მიერ შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად წარმოებული დოკუმენტაციის სიზუსტის შემოწმება.⁷⁰ მონიტორინგის ჯგუფი არ ერევა ექიმის კომპეტენციაში და არ აფასებს სამედიცინო ინფორმაციას.⁷¹

2024 წლის გეგმის მიხედვით, მონიტორინგს უნდა მოეცვა, არანაკლებ, 40 სოფლის ექიმი (3%).⁷² 2024 წლის დეკემბრის მდგომარეობით, ჰოლდინგმა 54 სოფლის ექიმის ადგილზე მონიტორინგი განახორციელა.

ადგილზე მონიტორინგი არ იძლევა სრულ სურათს სოფლის ექიმების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშგებების უტყუარობაზე, რადგან ექიმების მოცვა დაბალია. მონიტორინგის აღნიშნულ ფორმას სამომავლოდ მეტი დატვირთვა მიენიჭება, რადგან ექიმების საქმიანობის შეფასება უნდა დაეყრდნოს ექიმების მიერ წარდგენილ ანგარიშგებას.

5.2 პროგრამის/სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგი

თავდაპირველი აუდიტის შემთხვევაში, პერსონალი ყოველთვიურად წარუდგენდა სააგენტოს შესრულებული სამუშაოს ანგარიშს (MS Excel-ის ცხრილში). ანგარიშგების კონსოლიდაცია და ანალიზი არ ხორციელდებოდა, შესაბამისად, სოფლის ექიმების შესრულებული სამუშაოს ხარისხი არ ფასდებოდა. პროგრამა განმახორციელებლის მიერ არ იყო შეფასებული, ვინაიდან არ არსებობდა პროგრამის შეფასების წინაპირობები. შედეგად, უცნობი იყო რამდენად აღწევდა პროგრამა დასახულ მიზნებს.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, 2024 წელს სამინისტროსა და ჰოლდინგს შორის გაფორმებულმა შეთანხმებამ გაითვალისწინა მონიტორინგთან დაკავშირებული საკითხები და გააჩინა ვალდებულებები როგორც სამინისტროს, ისე ჰოლდინგის მიმართულებით.⁷³

⁷⁰ 4 შემთხვევაში იყო გადაცდომა და ექიმებმა მიიღეს გაფრთხილება.

⁷¹ მონიტორინგის ოქმის მიხედვით მოწმდება შემდეგი მიმართულებებით ჩატარებული მომსახურება თუ ემთხვევა/არ ემთხვევა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით წარმოდგენილ რაოდენობას: ჩატარებული ვიზიტების რაოდენობა; 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა; ექიმის ბინაზე ვიზიტი მუდმივად მწოლიარე პირთან; იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელი; C ჰეპატიტზე ტესტირებული პირების რაოდენობა; კიბოს ორგანიზებული სკრინინგი; ტელემედიცინით მოსარგებლე ბენეფიციართა ჩართვის რაოდენობის აღწერა.

⁷² ჰოლდინგის განცხადებით გეგმა შედგენილია ადმინისტრაციაში არსებული საკადრო რესურსის გათვალისწინებით.

⁷³ სამინისტროს ვალდებულება იყო სოფლად პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შეფასებისათვის ხარისხობრივი ინდიკატორების განსაზღვრა და მათი დანერგვის კოორდინაცია ჰოლდინგთან ერთად, პროგრამის შესრულების მონიტორინგი და გამოვლენილ ხარვეზებზე სათანადო რეაგირება, ხოლო ჰოლდინგს, 2024 წლის 1 მარტამდე უნდა მოემზადებინა და სამინისტროსთან უნდა შეეთანხმებინა პროგრამის მონიტორინგის გეგმა და ადგილზე მონიტორინგის განრიგი.



ექიმების მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარისხისა და განხორციელებული საქმიანობის მონიტორინგი ეფუძნება მათ მიერ წარმოდგენილ ანგარიშგებებს. მონიტორინგის მიზნით მნიშვნელოვანია:

1. არსებობდეს წინასწარ განსაზღვრული მინიმალური ინდიკატორები (მაგალითად, კიბოს სკრინინგით სამიზნე მოსახლეობის 20%-იანი მოცვის მაჩვენებელი).
2. ჰოლდინგი ფლობდეს საკმარის და განახლებად ინფორმაციას ანალიზის განსახორციელებლად. მაგალითად, იმ შემთხვევაში, თუ სოფლის ექიმის საქმიანობის შეფასების ინდიკატორი იქნება კიბოს ორგანიზებულ სკრინინგში ჩართული სამიზნე მოსახლეობის 20%, მნიშვნელოვანია ჰოლდინგი ფლობდეს ინფორმაციას კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობისა და სკრინინგის პროგრამებით მათი მოცვის შესახებ, რათა შეაფასოს ექიმის საქმიანობის შედეგები.
3. სოფლის ექიმების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშგება იყოს ერთგვაროვანი და ზუსტი, მექანიკური თუ შინაარსობრივი შეცდომების გარეშე და შეიცავდეს ანალიზისთვის აუცილებელ ყველა დეტალს.

პროგრამის/სოფლის ექიმების საქმიანობის შეფასების ინდიკატორები

ჰოლდინგმა 2024 წლის მარტისთვის შეიმუშავა სოფლის ექიმების მონიტორინგის გეგმა, რომელიც შეიცავდა შეფასების ინდიკატორებს.

ცხრილი №5. სამინისტროსა და ჰოლდინგს შორის გაფორმებულ ხელშეკრულებასა და მონიტორინგის გეგმაში ასახული ინდიკატორები

ინდიკატორის დასახელება	განმარტება/წყარო
3 წლამდე ასაკის ბავშვებში ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა	1 ბავშვზე ვიზიტების რაოდენობა ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით; 2 კვირა – ექიმის და ექთნის ვიზიტი; 1 თვე – ექთნის ვიზიტი; 2 წელი – ექთნის ვიზიტი; 3 წელი – ექთნის ვიზიტი.
ექიმის ბინაზე ვიზიტი მუდმივად მწოლიარე (გადაადგილების უნარს მოკლებულ პირთან)	თითოეულ პაციენტთან უნდა შესრულდეს წელიწადში 4 ვიზიტი ექიმის ან ექთნის მიერ. ბინაზე მუდმივად მწოლიარე პაციენტების ნუსხა ოჯახის ექიმმა უნდა განაახლოს 2024 წლის 1 თებერვლამდე.
ექთნის ბინაზე ვიზიტი მუდმივად მწოლიარე (გადაადგილების უნარს მოკლებულ) პირთან	თითოეულ პაციენტთან უნდა შესრულდეს წელიწადში 4 ვიზიტი ექიმის ან ექთნის მიერ. ბინაზე მუდმივად მწოლიარე პაციენტების ნუსხა ოჯახის ექიმმა უნდა განაახლოს 2024 წლის 1 თებერვლამდე.
იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელი (რუტინული იმუნიზაცია)	წყარო: NCDC
ქრონიკული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში ჩართული მოსარგებლეების რაოდენობა	წყარო: სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო
C ჰეპატიტზე ტესტირებული პირების რაოდენობა	წყარო: NCDC
კიბოს ორგანიზებული სკრინინგი	წყარო – ჰოლდინგი
ტელემედიცინის სერვისით მოსარგებლე ბენეფიციართა ჩართვის საერთო რაოდენობა	წყარო: ჰოლდინგი



როგორც ცხრილიდან ჩანს, ინდიკატორები არ არის რაოდენობრივ მაჩვენებლებში განსაზღვრული, შესაბამისად, აღნიშნული ინდიკატორების გამოყენება ვერ მოხდება ექიმების საქმიანობის შესაფასებლად, ტერიტორიული ერთეულის დონეზე.

2024 წელს მომზადდა 2 კვარტალური ანგარიში. ცხრილ №5-ში მოცემული ინდიკატორებიდან, ჰოლდინგმა შესრულების შესახებ კვარტალური ინფორმაცია ვერ მიაწოდა ჰინდიკატორისთვის,⁷⁴ რის მიზეზადაც სახელდება შესაბამისი წყაროდან ინფორმაციის მიუწოდებლობა.

ანალიზისთვის საჭიროი და განახლებადი ინფორმაციის არსებობა ჰოლდინგში

ჰოლდინგს არ აქვს წვდომა განახლებად ინფორმაციაზე სოფლის ექიმებთან რეგისტრირებული სამიზნე მოსახლეობის შესახებ,⁷⁵ შესაბამისად, განეული მომსახურების შესახებ ინფორმაცია ვერ შეედრება სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობას, მოცვის მაჩვენებლის გამოთვლის მიზნით. პროგრამის ფარგლებში განეული მომსახურების შესაფასებლად ჰოლდინგი უნდა ფლობდეს, სულ მცირე, შემდეგ განახლებად ინფორმაციას ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით:

- ექიმთან რეგისტრირებული სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა;⁷⁶
- იმუნიზაციის სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა;
- C ჰეპატიტის სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა;
- კიბოს სკრინინგის სამიზნე მოსახლეობის რაოდენობა;
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების რაოდენობა;
- ახალშობილთა რაოდენობა;
- ბავშვებისა და მოზარდების რაოდენობა;
- მუდმივად მწოლიარე პაციენტების რაოდენობა;
- ინკურაბელური პაციენტების რაოდენობა.

სოფლის ექიმების მიერ მოზარდებზე ანგარიშგება

აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა სოფლის ექიმების მიერ წარმოდგენილი 2024 წლის მაისისა და ივნისის კონსოლიდირებული ანგარიშგებები. დოკუმენტებში უმეტესი სვეტები შევსებულია ოჯახის ექიმების მიერ, თუმცა ანგარიშგებები ვერ უზრუნველყოფს ანალიზის შესაძლებლობას. ამის მიზეზი არის ის, რომ MS Excel-ის ფორმატში ჩანაწერები არ არის შეზღუდული ან სტანდარტიზებული, რაც ზრდის მექანიკური შეცდომების დაშვების რისკს (მაგალითად: ექიმის სახელი და გვარი, რეგიონი, მუნიციპალიტეტი და ა.შ. შესაძლოა ეწეროს განსხვავებულად/მექანიკური შეცდომით).

შესაბამისად, ანალიზი არ ჩატარებულა სოფლის ექიმის ან ტერიტორიული ერთეულების დონეზე ექიმების განსხვავებული პროდუქტიულობის, ან პროგრამით დაკისრებული მოვალეობების შესრულების იდენტიფიცირების მიზნით.

⁷⁴ იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელი; ქრონიკული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში ჩართული მოსარგებლეების რაოდენობა; C ჰეპატიტზე ტესტირებული პირების რაოდენობა.

⁷⁵ სოფლის ექიმს ევალება კონტიგენტის აღრიცხვა სამუშაო არეალის ფარგლებში.

⁷⁶ ჰოლდინგმა 2024 წლის პირველ კვარტალში ერთჯერადად მიიღო ინფორმაცია სოფლის ექიმებთან რეგისტრირებული პაციენტების შესახებ და კიბოს სკრინინგისა და C ჰეპატიტის იმ სამიზნე მოსახლეობის შესახებ, რომელთაც კონკრეტული პერიოდისთვის არ ჰქონდათ სკრინინგი ჩატარებული.



აღნიშნული ანგარიშგებების სპეციალურ ინფორმაციულ სისტემაში მომზადება, ასევე სოფლის ექიმებთან რეგისტრირებული პაციენტებისა და პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების სამიზნე მოსახლეობის შესახებ ინფორმაციის ამავე ინფორმაციულ სისტემაში გენერირება, საშუალებას მისცემდა ჰოლდინგს: სოფლის ექიმის ან ტერიტორიული ერთეულების დონეზე გაენალიზებინა ექიმების დატვირთვა, პროგრამით დაკისრებული მოვალეობების შესრულების მაჩვენებელი, სამიზნე მოსახლეობის მოცვა და სხვ. შესაბამისად, აღნიშნული ხელს შეუწყობდა სოფლის ექიმების საქმიანობის ეფექტიან მონიტორინგს, რაც კარგი საფუძველი იქნებოდა პროგრამის შედეგების ანალიზისთვის და გაამარტივებდა ელექტრონულ ჯანდაცვაზე გადასვლას, პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში.

საქართველოში ელექტრონული ჯანდაცვა დანერგილი არ არის, თუმცა ეს არ უნდა აფერხებდეს სოფლის ექიმებისათვის გამართული მონიტორინგის სისტემის დანერგვას, რათა წინასწარ განსაზღვრულ ინდიკატორებთან მიმართებით შეფასდეს მათ მიერ შესრულებული სამუშაო და გაანალიზდეს ექიმებს შორის განსხვავებები.

სამინისტროს განცხადებით, შემუშავებულია ლოკალური საინფორმაციო სისტემა (CEMR), რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის მონიტორინგისთვის. სისტემას შესაბამისი ტესტირება გავლილი აქვს სსიპ – ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს მიერ და პირველ ეტაპზე დაგეგმილია მისი პილოტურად ჩაშვება ჰოლდინგში. ამასთანავე, დაგეგმილია შესაბამისი კადრების გადამზადება პროგრამის გამოყენების მიმართულებით. სისტემის დანერგვის პროცესთან დაკავშირებული სამუშაოები ჯერ არ არის დაწყებული.⁷⁷

დასკვნა

ჰოლდინგის მართვაში პროგრამის გაცემით გაუმჯობესდა სოფლის ექიმების სამუშაო დროის მონიტორინგი, თუმცა კვლავ არსებობს გამოწვევები სოფლის ექიმების საქმიანობისა და პროგრამის შედეგების შეფასების მიმართულებით:

პროგრამის მონიტორინგისთვის შემუშავებული ინდიკატორები არ არის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი, შესაბამისად, ვერ ქმნის წინაპირობას სოფლის ექიმების საქმიანობისა და პროგრამის შედეგების შესაფასებლად.

ჰოლდინგი არ ფლობს საკმარის და განახლებად ინფორმაციას მონიტორინგის მაღალი ხარისხით ჩასატარებლად, მაგალითად, ექიმებთან რეგისტრირებული პაციენტების, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების სამიზნე მოსახლეობის შესახებ. ჰოლდინგში საკმარისი და განახლებადი ინფორმაციის არარსებობა და სოფლის ექიმების მიერ მომზადებული ანგარიშგებების არსებული ფორმატი არ იძლევა საშუალებას, შეფასდეს განხორციელებული მომსახურება სოფლის ექიმების დონეზე და გამოვლინდეს განსხვავებები ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით.

აღნიშნული ნაკლოვანებების გამო, ვერ ფასდება პროგრამის ფარგლებში განეული მომსახურება, მისი ხარისხი და შედეგები. შესაბამისად უცნობია, რამდენად ასრულებს პროგრამა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის უმთავრეს, „მეკარიბჭის“ ფუნქციას.

⁷⁷ კონტრაქტორმა სისტემა სახელმწიფოს 2023 წლის დეკემბერში გადასცა.



ჩაკომენდაცია

სამინისტრო

- სოფლად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის „მეკარიბჭის“ ფუნქციის გაძლიერების, შედეგზე ორიენტირებული ანგარიშვალდებულებისა და სოფლის ექიმების ეფექტიანი მონიტორინგის სისტემის შექმნის მიზნით:
 - განსაზღვროს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის და სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორები და განეროს ჰოლდინგის მიერ განსახორციელებელი მონიტორინგის პროცესი (პერიოდულობა, მონიტორინგის შედეგებზე ანგარიშგების ფორმები და სხვ.);
 - შეიმუშაოს/დანერგოს სოფლის ექიმების ანგარიშგების ისეთი ფორმა/სისტემა, რომელიც ჰოლდინგს მიაწვდის ეფექტიანი მონიტორინგისთვის საჭირო/საკმარის ინფორმაციას (მაგალითად, სოფლის ექიმებთან რეგისტრირებული მოსახლეობის, პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების სამიზნე მოსახლეობის, პაციენტისთვის განეული მომსახურების შესახებ და სხვ.).

ჰოლდინგმა

- სოფლის ექიმების საქმიანობის ეფექტიანი მონიტორინგის მიზნით განახორციელოს პროგრამის შედეგებისა და სოფლის ექიმების საქმიანობის შეფასება წინასწარ შერჩეული რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ინდიკატორების გამოყენებით.



ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 1997 წ.;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 16 ივლისის №244/ნ ბრძანება „სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმების უფლებისა და შესაბამისი განათლების მქონე სამედიცინო პერსონალის ნუსხის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის №01-25/ნ ბრძანება „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 11 ნოემბრის №624 დადგენილება „დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების პროგრამის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 დეკემბრის №671 დადგენილება „მაღალმთიან დასახლებაში ნუსხის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 14 ივნისის №264 დადგენილება „მაღალმთიან დასახლებაში მუდმივად მცხოვრები პირებისა და მაღალმთიან დასახლებაში მდებარე სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული/დაკონტრაქტებული სამედიცინო პერსონალისათვის დანამატის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ“;

ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის წესდება, 2020;

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2021 წლის 23 მარტის №01-22/ნ ბრძანება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურული ერთეულების დებულებების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის №230 დადგენილება „საქართველოს 2022 - 2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 30 დეკემბრის №609 დადგენილება „2023 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2023 წლის 12 აპრილის №152 დადგენილება „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2023 - 2030-ისა და 2023 - 2025 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“;

საქართველოს მთავრობის 2023 წლის 29 დეკემბრის №529 დადგენილება „2024 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“;



საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH 0 23 00000050 ბრძანება „„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“;

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 30 ნოემბრის №MOH 5 23 00000352 ბრძანება „საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტისა და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტების დამტკიცების თაობაზე“;

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2024 წლის 26 თებერვლის №MOH 5 24 00000063 ბრძანება „საყოველთაო ჯანდაცვის გეგმური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებსა და სოფლად ოჯახის ექიმის ქვეკომპონენტის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში რეგისტრირებული სამიზნე კონტინგენტის პრევენციული და სკრინინგული სერვისებით უზრუნველყოფის წესის დამტკიცების თაობაზე“.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის გზამკვლევი 2022-2025.

WHO-ის სახელმძღვანელოები/გაიდილინები:

World Health Organization. (2014). Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability. OECD Publishing;

World Health Organization. (2018). WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes;

World Health Organization. (2021). Global expenditure on health: public spending on the rise?

World Health Organization. (2021). WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas;

World Health Organization (2021). Rethinking primary health care financing in Georgia;

WONCA. (2021). WONCA Rural Medical Education Guidebook, Second Edition;

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens.



სხვა სახელმძღვანელოები/პუბლიკაციები/გზამკვლევა/კვლევა:

Greene, J. (2013). An Examination of Pay for Performance in General Practice in Australia;

Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). Primary Care Practice Facilitation Curriculum (Module 31);

შესრულებაზე დაფუძნებული ანაზღაურების გავლენა სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებში (კერძო სექტორში) პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოხმარებასა და ხარისხზე საშუალო და მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2020 ;

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მონიტორინგი, საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, 2020;

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა და მისი როლი ჯანმრთელობის კაპიტალის ამაღლებაში, შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდი, 2021;

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მონიტორინგის შედეგები – ინფრასტრუქტურის შეფასება, საქართველოს სახალხო დამცველი, 2022;

სამედიცინო სერვისების ბაზარი საქართველოში, მისი სტრუქტურა და სტრუქტურიდან გამომდინარე შედეგები, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2022;

დაავადებების პრევენცია, სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2023;

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარება, სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2023;

ვებგვერდები:

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდი: www.moh.gov.ge

ა(ა)იპ – საქართველოს სამედიცინო ჰოლდინგის ვებგვერდი: www.gmh.moh.gov.ge

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებგვერდი: www.geostat.ge

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ვებგვერდი: www.who.int

ოჯახის ექიმების მსოფლიო ორგანიზაციის ვებგვერდი (WONCA): www.globalfamilydoctor.com

საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალები კავშირის ვებგვერდი: www.gfma.ge



აუდიტორები

ხელმოწერა

ნინო ლაგვილავა
მთავარი აუდიტორი

6. 

ნოდარ ბაქრაძე
უფროსი აუდიტორი

6. 

საკონტაქტო ინფორმაცია

ვებგვერდი და
სოციალური მედია

<https://www.sao.ge/>

<https://www.budgetmonitor.ge/ka>

<http://www.blog.sao.ge/>

<http://www.sai.ge/main/>

<https://www.linkedin.com/company/stateauditoffice/>

<https://www.youtube.com/user/saogeorgia>

<https://www.facebook.com/www.sao.ge>

ცხელი ხაზი

(+995 32) 243 81 81

ელექტრონული ფოსტა

sao@sao.ge



დანართი

დანართი 1. თავდაპირველი ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშის ფარგლებში გაცემული რეკომენდაციები: გაცემული რეკომენდაციები და შიდააუდიტის აუდიტის მასშტაბი

თავდაპირველი ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშის ფარგლებში გაცემული რეკომენდაციები:

სამინისტროს და სააგენტოს:

1. **✓** 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;

2. **✗** 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:

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

სამინისტრომ და სააგენტომ:

4. **✗** 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.

5. **✓** 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.



6. **✓** სოფლის პირველადი ჯანდაცვის გუნდის კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, საოჯახო მედიცინაში გადამზადებისა და სერტიფიცირების პროცესის ხელშეწყობა იმ ექიმებისთვის, რომელთაც არ აქვთ ოჯახის ექიმის კვალიფიკაცია.

სააგენტოს:

✓

7. 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.

8. პროგრამის ფარგლებში შემუშავდეს სოფლის ექიმის საქმიანობისა და შედეგების მონიტორინგის მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუწყობს სამუშაო პროცესის გაუმჯობესებას.

9. 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.

10. სააგენტომ შეიმუშავოს შესაბამისი მექანიზმები, რათა განხორციელდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის კონსოლიდირება და შემუშავდეს შესრულებული სამუშაოს მონიტორინგის და შეფასების მექანიზმები.

სამინისტრომ სააგენტოსთან ერთად:

11. **✗** 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.

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

აუდიტის ჯგუფმა აღარ შეისწავლა მაღალმთიან რეგიონებში ტრანსპორტირებასთან და ინფრასტრუქტურასთან დაკავშირებული საკითხები (რეკომენდაცია №2). ტრანსპორტირების დაფინანსება დამოკიდებულია თვითმმართველობების კეთილ ნებაზე და სამინისტროსა და პოლდინგის როლი ამ მიმართულებით არის მხოლოდ მათთან კოორდინაცია. სხვა აუდიტებიდან წლების განმავლობაში დაგროვილი გამოცდილება აჩვენებს, რომ თვითმმართველობების მიერ სახელმწიფო პროგრამების ხელშეწყობა არ არის სათანადო, ხოლო სახელმწიფოს მიერ ადგილობრივ თვითმმართველობებთან კოორდინაციის გაუმჯობესებაზე გაცემული რეკომენდაციების შედეგები ნაკლებად ხელშესახებია.

რაც შეეხება ინფრასტრუქტურასთან დაკავშირებულ საკითხებს, აღნიშნული პრობლემა უკავშირდება ქვეყანაში არსებულ შეზღუდულ რესურსებს. პოლდინგის მიერ შეფასებულია სოფლის ამბულატორიების ინფრასტრუქტურული მდგომარეობა და დაგეგმილია შესაბამისი



ლონისძიებები.

აუდიტი არ შეისწავლის სოფლებისთვის საკმარისი კადრების მოძიების ღონისძიებებს (რეკომენდაცია №3 და №4), რადგან აღნიშნულისთვის არ არსებობს შესაბამისი წინაპირობები. კერძოდ, არ არის შეფასებული სოფლად საკადრო რესურსის საჭიროებები და უცნობია კადრების ნაკლებობასთან დაკავშირებული პრობლემის მასშტაბი, რასაც უნდა ეფუძნებოდეს შესაბამისი ღონისძიებების დაგეგმვა.

აუდიტი არ შეისწავლის თავდაპირველი აუდიტის ფარგლებში განხილული პროგრამის ერთ-ერთ კომპონენტს, კერძოდ, სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდების ფარგლებში განსაზღვრული ფინანსური ლიმიტებისა და ანგარიშგების საკითხებს, რადგან აღნიშნული აღარ წარმოადგენს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტს (რეკომენდაცია №12).

ამასთანავე, შემდგომი რეაგირების აუდიტის ფარგლებში ცალკე მიმართულებად არ შეისწავლება სამიზნე მოსახლეობის კიბოს სკრინინგში ჩართვის მიზნით სოფლის ექიმების მიერ განხორციელებული ღონისძიებები (რეკომენდაცია №11). ამ მიმართულებით ჩატარებული ეფექტიანობის აუდიტით⁷⁸ გამოვლინდა რიგი ნაკლოვანებები, მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების ნაკლებ ჩართულობასთან დაკავშირებით და გაიცა შესაბამისი რეკომენდაციები, თუმცა შემდგომი რეაგირების აუდიტში სოფლის ექიმების მიერ სკრინინგის პროგრამებში ჩართული მოსახლეობის რაოდენობრივი ანალიზის შედეგები განხილული იქნება როგორც სოფლის ექიმების პროდუქტიულობის ერთ-ერთი ინდიკატორი.

⁷⁸ დაავადებების პრევენცია, სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2023.



დანართი 2. აუდიტის მეთოდოლოგია

1. ნამდენად უზენაესყოფილია პინპაღი ჯანდაცვის თანაბარი გომრეზუდ-დომრეზუდო
ხადონანდომობა სოზად?

ექიმების დემოგრაფიული განაწილება – მინისტრის ბრძანებით⁷⁹ გათვალისწინებული ექიმის პუნქტებისა და 2024 წელს ფაქტობრივად დასაქმებული სოფლის ექიმების რაოდენობის გათვალისწინებით, ტერიტორიული ერთეულების დონეზე აუდიტის ჯგუფმა გამოითვალა 1 ექიმზე მიბმული სოფლის მოსახლეობის რაოდენობა და დააიდენტიფიცირა ტერიტორიული ერთეულების რაოდენობა, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებს საერთაშორისოდ რეკომენდებულ კრიტერიუმს: ერთი ოჯახის ექიმზე არაუმეტეს 2000 პაციენტის არსებობას. იდენტიფიცირდა სოფლის ექიმის მომსახურების გარეშე დარჩენილი ადმინისტრაციული ერთეულებისა და მათში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობა. ანალიზისთვის მოსახლეობის რაოდენობა აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2014 წლის აღწერის შედეგებზე დაყრდნობით, თუმცა მოსახლეობის რაოდენობა პრობლემურადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში დაზუსტდა შესაბამის მუნიციპალიტეტებთან. მუნიციპალიტეტებთან⁸⁰ ჩატარდა გამოკითხვა სოფლის ექიმების ხელმისაწვდომობის საკითხთან დაკავშირებით.

ექიმების გეოგრაფიული განაწილება – აუდიტის ჯგუფმა დააიდენტიფიცირა მსგავსი მოსახლეობის რაოდენობის მქონე ტერიტორიული ერთეულები, სადაც განსხვავებული რაოდენობის სოფლის ექიმები არიან დასაქმებული. რუკებზე განხორციელდა ამ ტერიტორიულ ერთეულებში შემავალი სოფლების განლაგებისა და მოსახლეობის რაოდენობის ანალიზი და შეფასდა რამდენად ერთგვაროვანი მიდგომით იყვნენ გადანაწილებული ექიმები ტერიტორიულ ერთეულებში.

საკადრო რესურსები სოფლად – გაანალიზდა სოფლის ექიმთა ასაკობრივი მაჩვენებელი. ჩატარდა შეხვედრა საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირთან. სოფლად კადრების მოძიებასა და შენარჩუნებასთან დაკავშირებით, აუდიტის ჯგუფმა გაანალიზა კარგი პრაქტიკა.

2. დაუბრუნებინა ანაბედი სოსტავა და სოფლის მეურნეობის კვადრუტისთვის ჩამდინარე შემოს პოლუპოვნილი მომსახურების განვითარების წინაპირობებს?

ექიმების პროდუქტიულობა – ანალიზი ჩატარდა შერჩეულ 5 რეგიონში,⁸¹ სოფლის ექიმების 2023 წლის მეორე ნახევარში წარდგენილი ანგარიშგების გამოყენებით. აუდიტის ჯგუფმა დაითვალა ყველა ექიმის საშუალო თვიური დატვირთვა და დააიდენტიფიცირა ტერიტორიული ერთეულები, სადაც იმავე სოფლებში დასაქმებულ ექიმებს მნიშვნელოვნად განსხვავებული (70% და მეტი) დატვირთვა ჰქონდათ.

⁷⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 6 თებერვლის №MOH 0 23 00000050 ბრძანება „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

80 თიანეთის, ახმეტის, ბოლნისის, ადიგენის, ამბროლაურის, ახალქალაქის, დმანისის, თერჯოლის, მარნეულის, საგარეჯოს, ქედის და შუახევის მუნიციპალიტეტები. მუნიციპალიტეტების შერჩევისას გათვალისწინებული იყო მათი მდებარეობის სტატუსი (შეირჩა როგორც მაღალმთიანი, ისე არამაღალმთიანი სოფლების მქონე მუნიციპალიტეტები).

⁸¹ კახეთი, მცხეთა-მთიანეთი, სამეგრელო-ზემო სვანეთი, რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი, სამცხე-ჯავახეთი.



ექიმების გამოკითხვის შედეგად გაანალიზდა პროგრამით გათვალისწინებული შემდეგი მომსახურებების შესრულების მდგომარეობა:

- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი ბინაზე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- ექიმის ან ექთნის ვიზიტი წელიწადში 4-ჯერ, მუდმივად მწოლიარე პირებთან და ინკურაბელურ პაციენტებთან;
- ახალშობილის მშობელთან/მეურვესთან კომუნიკაცია და ახალშობილის აყვანა მეთვალყურეობაზე;
- პრევენციულ/სკრინინგის პროგრამებში (კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის ღონისძიებებში) მონაწილეობის მიღება.

სულ გამოკითხულია 795 სოფლის ექიმი (ექიმთა 62%).

ანამზღაურების სისტემა – გაანალიზდა სხვადასხვა სტრატეგიულ დოკუმენტში⁸² ჰჯდ-ის მუშაკთა (მათ შორის, სოფლის ექიმთა) დაფინანსებასთან დაკავშირებული ამოცანების/ღონისძიებების შესრულების მდგომარეობა და ჩატარდა ინტერვიუები სამინისტროსთან, შედეგზე ორიენტირებულ დაფინანსებაზე გადასვლის შემთხვევებზე გარემოებებთან დაკავშირებით. სოფლის ექიმების გამოკითხვით დაზუსტდა ექიმების მიერ საკუთარი სახსრებით გაწეული ხარჯების ოდენობა. ჩატარდა შეხვედრა საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალებთან კავშირთან.

ექიმების კვალიფიკაცია – გაანალიზდა კვალიფიკაციის მარეგულირებელი ნორმები და საერთაშორისო პრაქტიკა. აუდიტის ჯგუფმა დაითვალო საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის მქონე ექიმების წილი. იმ რეგიონებში, სადაც ყველაზე ნაკლებად იყვნენ საოჯახო მედიცინის სერტიფიკატის მქონე ექიმები, მათი დატვირთვის მაჩვენებელი შედარდა საოჯახო მედიცინაში სერტიფიცირებული ექიმების დატვირთვის მაჩვენებელს. ჩატარდა გამოკითხვა სოფლის ექიმებთან მათი გადამზადებების შესახებ, ასევე გაანალიზდა სოფლის ექიმებისთვის ჩატარებული ტრენინგების შესახებ ინფორმაცია და გაიმართა შეხვედრა საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალებთან კავშირთან.

3. როგორია პროგრამის კოლდინგის მართვაში გაღებული უწყვეტი პროგრამის აღმონისტრუქტურა და მონიტორინგები?

ექიმების სამუშაო საათების მონიტორინგი – გაანალიზდა სამინისტროსა და კოლდინგს შორის 2024 წლის შეთანხმებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულების მდგომარეობა. გახორციელდა სოფლის ექიმების სამუშაო ადგილზე გამოცხადების კონტროლის მიზნით შექმნილი მონიტორინგის სისტემის ანალიზი. გაანალიზდა ადგილზე განხორციელებული მონიტორინგით სოფლის ექიმების მოცვა.

პროგრამის/სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგი – შეფასდა რამდენად არსებობს მონიტორინგისთვის აუცილებელი წინაპირობები: კერძოდ, რამდენად ფლობს კოლდინგი შესაბამის/საჭირო ინფორმაციას მონიტორინგის განსახორციელებლად, სამინისტროსა და კოლდინგს შორის გაფორმებული შეთანხმების საფუძველზე შემუშავებული ინდიკატორების ხარისხი და სოფლის ექიმების მიერ მომზადებული ანგარიშგების სისრულე და სიზუსტე.

⁸² საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 2 მაისის №230 დადგენილება „საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“; პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის გზამკვლევი 2022-2025.



