



რეგისტრაციის N 64/36

ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა
სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა

ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

ეგზ. N 1

„ვამტკიცებ“

თავდაცვის, საზოგადოებრივი
წესრიგისა და უსაფრთხოების სფეროს
აუდიტის დეპარტამენტის უფროსი

 ვაჟა ბრაგვაძე
„--25--“--12-- 2017 წელი

ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა
ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში N 64/36

სარჩევი

ტერმინთა განმარტება.....	3
შემაჯამებელი მიმოხილვა.....	4
1. შესავალი	8
1.1 აუდიტის მოტივაცია	8
1.2 აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვა.....	9
1.3 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	10
1.4 აუდიტის კრიტერიუმები.....	11
2. ზოგადი ინფორმაცია.....	12
2.1 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პროგრამის მიზანი და დიზაინი	12
2.2 პროგრამის ბიუჯეტი და დაფინანსების სისტემა	14
2.3 საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა	15
აუდიტის მიგნებები	17
3. ბრალდებულ/მსჯავრდებულების სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა.....	17
3.1 პირველადი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში არსებული პრობლემა.....	17
3.2 სტაციონარული და ამბულატორიული (მეორეული) მომსახურების მიღებისას არსებული რიგის პრობლემა.....	21
4. მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების პროდუქტიულობის ნაკლოვანება	27
5. №18 სამედიცინო დაწესებულების პროდუქტიულობის პრობლემა.....	29
ბიბლიოგრაფია	36

ტერმინთა განმარტება

პჯდ - პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება

სამინისტრო - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო

რეფერალი - პაციენტის სასჯელაღსრულების დაწესებულების ტერიტორიიდან გარეთ, სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში ან სასჯელაღსრულების სამკურნალო დაწესებულებაში გადამისამართება/გაყვანა

შემაჯამებელი მიმოხილვა

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჩაატარა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის აუდიტი.

ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი ჯანდაცვა და სოციალური უზრუნველყოფა ქვეყნის პრიორიტეტული მიმართულებაა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, აუცილებელია საზოგადოების ყველა წევრს თანაბრად მიუწვდებოდეს ხელი ჯანდაცვის მომსახურებებზე. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციის მიხედვით, პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მჭიდრო ურთიერთკავშირში უნდა იყოს ერთმანეთთან, რადგან თავისუფლებადკვეთილი პირებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ის სამედიცინო მომსახურებები, რომლის მიღების შესაძლებლობაც გააჩნიათ საზოგადოების სხვა წევრებს. ამასთან, მნიშვნელოვანია პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა იყოს ხარვეზეფექტიანი და პროდუქტიული.

ბოლო წლებში სამინისტროში მნიშვნელოვანი რეფორმები განხორციელდა სამედიცინო სფეროს განვითარებისთვის. ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურება უფრო ხელმისაწვდომი გახდა, გაუმჯობესდა როგორც პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, ასევე სხვა სამედიცინო მომსახურებები. დაინერგა ელექტრონული სისტემა, რომლის საშუალებითაც მოწესრიგდა და გამარტივდა რიგების მართვა.

თავისუფლებადკვეთილ პირებს პენიტენციურ სისტემაში ხელი მიუწვდებათ როგორც პირველად სამედიცინო სერვისებზე, ისე მეორეულ ჯანდაცვაზე - ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებაზე. ამასთან, გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მომსახურებების მიღების შესაძლებლობა უზრუნველყოფილია სასჯელაღსრულების №18 სამედიცინო დაწესებულებისა და სამოქალაქო კლინიკების საშუალებით, სადაც თავისუფლებადკვეთილი პირები გადაჰყავთ შესაბამისი საჭიროების შემთხვევაში.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა თავისუფლებადკვეთილი პირების ჯანმრთელობის დაცვისთვის გატარებული ღონისძიებები. კერძოდ, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის საკითხი და სასჯელაღსრულების №18 სამედიცინო დაწესებულების პროდუქტიულობა. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა ნაკლოვანებები და შესაბამისი მიზეზები, რომლის აღმოსაფხვრელადაც გაიცა რეკომენდაციები.

- › თავისუფლებადკვეთილი პირებისათვის, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობას აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის განმახორციელებელი სამედიცინო პერსონალის მართვის პოლიტიკისა და განაწილების კრიტერიუმების არარსებობა. შედეგად, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა დაწესებულებების მიხედვით არაერთგვაროვანია და ისეთ დაწესებულებებში, სადაც ბევრი მსჯავრდებულია, მომსახურების მიღებაზე რიგია.
- › თავისუფლებადკვეთილ პირებს ექიმ-სპეციალისტები ასევე ადგილზე, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში უწევენ მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად. სამინისტროს მიერ დაქირავებული 52 ექიმ-სპეციალისტის მიერ მიღებულ პაციენტთა საშუალო თვიური რაოდენობა 73-ს შეადგენს. ექიმების დატვირთვა განსხვავებულია, როგორც სპეციალობების მიხედვით, ასევე ერთი და იმავე სპეციალობის ექიმებს შორის, რაც მათ განაწილებაში არსებული ნაკლოვანებიდან გამომდინარეობს. რესურსების

პროდუქტიული გამოყენებისათვის მნიშვნელოვანია მათ მიერ გაწეული კონსულტაციების ანალიზი, მიღებული შედეგების შეფასება და შესაბამისი გადანაწილების უზრუნველყოფა.

- აუდიტის შედეგად ასევე გამოვლინდა რომ აუდიტის პერიოდში პაციენტის კლინიკაში გადაყვანასა და კლინიკის შერჩევაზე გადაწყვეტილებას ერთპიროვნულად იღებდა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის 1 პასუხისმგებელი პირი. გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე კლინიკაში გადაყვანის სტანდარტით დადგენილი ვადები გარკვეულ შემთხვევებში დაცული არ იყო, რის შედეგადაც თავისუფლებათა დაცვითი პირებს უწევდათ დიდხანს რიგში დგომა, რაც ზოგ შემთხვევაში იწვევდა მათი მდგომარეობის გაუარესებას და გადაუდებელი აუცილებლობით საავადმყოფოში სასწრაფოდ გადაყვანის აუცილებლობას. 2017 წლის ივნისიდან, სამინისტროში შეიქმნა სამედიცინო რეფერალის საკითხების განმხილველი კომისია. შესაბამისად გადაწყვეტილება პაციენტის რეფერალის შესახებ კომისიურია, რაც პოზიტიურ ცვლილებას წარმოადგენს.

აუდიტის სამსახურმა გაანალიზა რიგების შემცირების გაუმჯობესების შესაძლებლობები. პაციენტის დროული ჰოსპიტალიზაცია შესაძლებელია ბადრაგირების პროდუქტიული გამოყენებით. კერძოდ, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ბადრაგის თანხლებით ერთი დაწესებულებიდან გადაყვანა თითო პაციენტი ერთსა და იმავე საავადმყოფოში. შესაბამისად, რიგში დგომა პაციენტს უწევს ბადრაგირების ლოდინის გამო. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ საბადრაგო სამსახურის მიერ ერთი დაწესებულებიდან პაციენტების ერთდროული გადაყვანის შესაძლებლობა გარკვეულ შემთხვევებში არსებობს. თუმცა ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია სასაქონლო-სისტემის სპეციფიკურობა და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკები. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია სამინისტრომ გამოიყენოს მის ხელთ არსებული ყველა საშუალება, რათა შეამციროს არადროული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები და რისკებისა და უსაფრთხოების გათვალისწინებით გააუმჯობესოს ბადრაგირების პროდუქტიულობა.

- სამედიცინო სერვისების მართვის მიმართულებით, სამინისტროს არ აქვს შესაბამისი ელექტრონული ინფორმაცია, რომლის საფუძველზეც განახორციელებს მისთვის საჭირო ანალიზს. მაგალითად, პაციენტისთვის გაწეული პირველადი სამედიცინო სერვისი მხოლოდ ფურცლებზე, დოკუმენტურად დასტურდება. ასევე მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების საქმიანობისა და მათ მიერ განხორციელებული რეფერალის ანალიზი არ არის შესაძლებელი ელექტრონული ადრიცხვის არარსებობის გამო. შედეგად, სამინისტროს არ აქვს შესაძლებლობა მარტივი პროცედურით ჩაატაროს სამედიცინო სერვისების მუდმივი მონიტორინგი და გამოავლინოს პრობლემები.
- მსჯავრდებულთა ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება ე. წ. „შერეული მოდელით“, რაც გულისხმობს იმას, რომ პაციენტებს მომსახურებას უწევს როგორც სასაქონლო-სისტემის №18 სამედიცინო დაწესებულება, ისე კერძო სექტორის კლინიკები. №18 დაწესებულება 2013 წელს გარემონტდა და სამედიცინო ტექნიკით აღიჭურვა. მიუხედავად ამისა, აუდიტის პერიოდში დაწესებულებაში სამკურნალოდ გადაყვანილი პაციენტების რაოდენობა, კერძო სექტორში გადაყვანილი

პაციენტების რაოდენობაზე ნაკლებია. ასევე, №18 საავადმყოფოში მოხვედრილი პაციენტების საშუალოდ 12%, მკურნალობის პროცესში მისამართდება კერძო სექტორის კლინიკებში.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აუდიტის პერიოდში №18 დაწესებულების ფუნქციონირება არ იყო ოპტიმალური. შედეგად, საავადმყოფოს რამდენიმე დეპარტამენტის (მაგალითად ქირურგიის დეპარტამენტის) დატვირთვა მცირეა, ხოლო გარკვეული დეპარტამენტები საკმარისადაა დატვირთული.

№18 სამედიცინო დაწესებულებას დიდი ფიქსირებული დანახარჯი აქვს (წლიურად საშუალოდ 4.65 მლნ ლარი). თუმცა, იმ შემთხვევაში თუ მოხდება №18 დაწესებულების საკმარისი დატვირთვა, 1 პაციენტზე გაწეული დანახარჯი მნიშვნელოვნად შემცირდება.

2017 წლის ივნისიდან №18 დაწესებულების ქირურგიის განყოფილების დატვირთვა გაიზარდა, რაც სამინისტროს განმარტებით უზრუნველყოფს როგორც ოპერაციის თანხების დაზოგვას, ასევე ბადრაგირების დანახარჯების შემცირებას. ამასთან, სამინისტროს განმარტებით, მიმდინარე წელს გააქტიურდა დაწესებულების გაძლიერებაზე ზრუნვა, რაც შეამცირებს დანახარჯებს და უზრუნველყოფს მომსახურების პროდუქტიულობას.

რეკომენდაციები სამინისტროს:

რეკომენდაცია №1

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, სამინისტრომ უზრუნველყოს შესაბამისი პოლიტიკისა და კრიტერიუმების შემუშავება, რომლის მიხედვითაც მოხდება სამედიცინო პერსონალის დაწესებულებებში განაწილება, გაუმჯობესდება პაციენტების მომსახურების პროცესი და გამარტივდება ინფორმაციის აღრიცხვა-დოკუმენტირება.

რეკომენდაცია №2

პაციენტის კლინიკებში გაყვანაზე არსებული რიგის შემცირების, საბადრაგო სამსახურის რესურსის პროდუქტიული გამოყენების მიზნით, თავისუფლებააღკვეთილი პირების უსაფრთხო ტრანსპორტირებისა და ამ მიმართულებით არსებული სპეციფიკური რისკების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია შესაძლებლობის შემთხვევაში პაციენტების სამკურნალო დაწესებულებებში ბადრაგის თანხლებით გადაყვანა მოხდეს ერთდროულად (ერთი რეისით ერთი დაწესებულებიდან გადასაყვანი პაციენტების ერთდროული ტრანსპორტირება).

რეკომენდაცია №3

სამედიცინო სერვისების დროულობის ხელშეწყობისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესების მიზნით, სამინისტრომ უზრუნველყოს მოწვეული სპეციალისტების დატვირთვისა და საქმიანობის ანალიზი. მნიშვნელოვანია სამინისტრომ აღნიშნული ანალიზის საფუძველზე განსაზღვროს ექიმ-სპეციალისტების შესაბამისი განაწილება სხვადასხვა დაწესებულებებში.

რეკომენდაცია №4

იმ მიზნით რომ პროდუქტიული გახდეს თავისუფლებადკვეთილი პირებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება და შემცირდეს მაღალი დანახარჯები, მნიშვნელოვანია სამინისტრომ განახორციელოს №18 სამკურნალო დაწესებულების ხარჯეფექტიანობის ანალიზი, რის საფუძველზეც განიხილოს დაწესებულების ფუნქციონირების ოპტიმალურობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობები, კერძოდ:

- მოახდინოს დაწესებულების გაძლიერება და გაზარდოს მისი დატვირთვა;
- ან დაწესებულებაში გააძლიეროს მხოლოდ გარკვეული პროფილური მიმართულებები და სხვა შემთხვევაში სრულად გადავიდეს კერძო სექტორის მომსახურებაზე.

1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი ჯანდაცვა და სოციალური უზრუნველყოფა ქვეყნის პრიორიტეტული მიმართულებაა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, აუცილებელია საზოგადოების ყველა წევრს თანაბრად მიუწვდებოდეს ხელი ჯანდაცვის მომსახურებებზე. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციის მიხედვით¹, პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა მჭიდრო ურთიერთკავშირში უნდა იყოს ერთმანეთთან, რადგან თავისუფლებააღკვეთილი პირებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ის სამედიცინო მომსახურებები, რომლის მიღების შესაძლებლობაც გააჩნიათ საზოგადოების სხვა წევრებს.

მნიშვნელოვანია, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა იყოს ხარვეზექტიანი და პროდუქტიული. იმის გათვალისწინებით, რომ გარკვეული ტიპის ინფექციური დაავადებების მიმართ ბრალდებულები/მსჯავრდებულები წარმოადგენენ მაღალი რისკის მატარებელ ჯგუფებს, მნიშვნელოვანია შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების არსებობა და პენიტენციური დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური პრობლემების გათვალისწინება.

ბოლო წლებში სამინისტროში მნიშვნელოვანი რეფორმები განხორციელდა სამედიცინო სფეროს განვითარებისთვის, თუმცა, სამოქალაქო სექტორში კვლავ აქტიურად განიხილება ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა საჩივრები სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის პრობლემებთან დაკავშირებით.

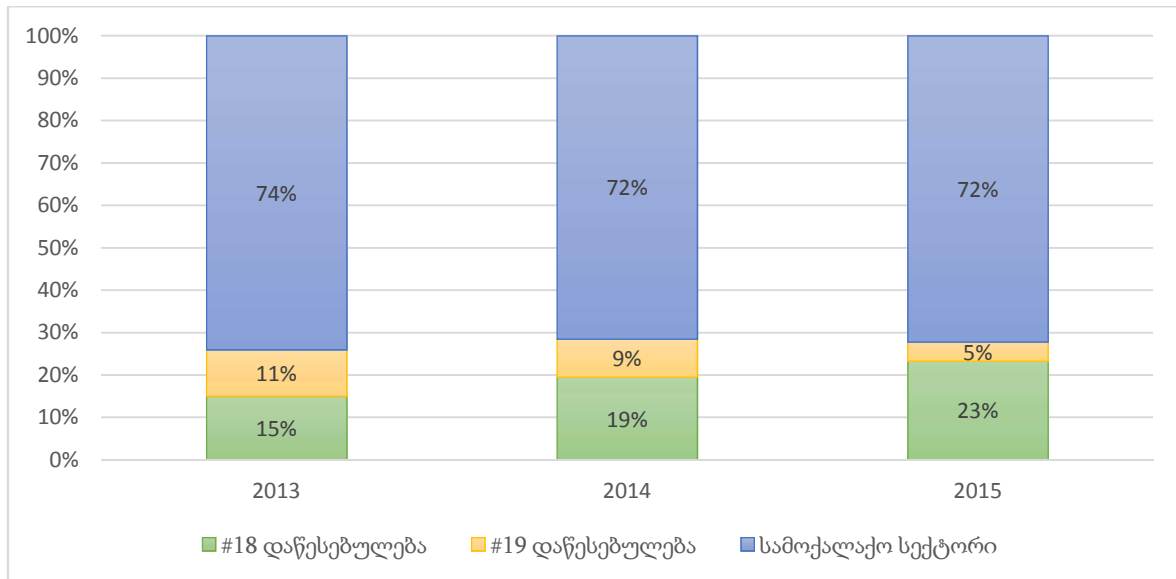
სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ სამინისტროში ეფექტიანობის აუდიტი არ ჩატარებულა, თუმცა სხვადასხვა კვლევები და ანგარიშები მიუთითებს სისტემაში არსებულ გარკვეულ პრობლემებზე. მაგალითისთვის, სახალხო დამცველის მიერ სხვადასხვა დაწესებულების შესწავლის შედეგად გამოქვეყნებული ანგარიშებიდან იკვეთება ხარვეზები და ნაკლოვანებები, რომელიც უკავშირდება ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების დროული აღმოჩენის პრობლემას, მედიკამენტების არასაკმარის ხელმისაწვდომობას, კონსულტაციაზე ჩაწერილი პაციენტების ლოდინის ხანგრძლივობას და სხვ.

პენიტენციური ჯანდაცვის 2014-2017 წლების სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შუალედური შეფასებისას, ევროპის საბჭოს ანგარიშში, აღნიშნულია ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემის დანერგვის საჭიროება და მედიკამენტების აღრიცხვის სისტემის მოწესრიგების აუცილებლობა.

2013 წლიდან გარემონტდა და ახალი სამედიცინო ტექნიკით აღიჭურვა №18 სამკურნალო დაწესებულება, რასაც უნდა შეემცირებინა ბრალდებულების კერძო საავადმყოფოებში რეფერალი და შესაბამისად, გაწეული დანახარჯები. თუმცა, სამინისტროს ანგარიშებიდან ირკვევა, რომ საავადმყოფოში გადაყვანილი პატიმრების საერთო რაოდენობის ზრდასთან ერთად, გაიზარდა კერძო საავადმყოფოებში გაყვანილი მსჯავრდებულების რაოდენობაც.

¹ Health in prisons - A WHO guide to the essentials in prison health_P.10

დიაგრამა 1.1: ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა დაწესებულების გარეთ გაყვანა წლების მიხედვით



ზემოაღნიშნული გარემოებები მიუთითებს, რომ სისტემაში არსებობს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და პროდუქტიულობის პრობლემები.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ არსებული პრობლემების გამომწვევი მიზეზების სიღრმისეული შესწავლა და გაცემული რეკომენდაციები მნიშვნელოვნად დაეხმარება სამინისტროს ჯანდაცვის სისტემის ეროვნულ და საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანასა და განვითარებაში.

1.2. აუდიტის მიზანი და მთავარი კითხვა

აუდიტის მიზანია, შეაფასოს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის დაცვისთვის გაწეული ღონისძიებების პროდუქტიულობის საკითხები: სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და №18 სამკურნალო დაწესებულების მომსახურების პროდუქტიულობა.

ზემოაღნიშნული მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეიმუშავა შემდეგი მთავარი კითხვა:

- ❖ რამდენად პროდუქტიულია ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის დაცვისათვის გატარებული ღონისძიებები?

მთავარ კითხვაზე პასუხის გასაცემად, აუდიტმა უპასუხა შემდეგ ქვეკითხვებს:

- › რამდენად უზრუნველყოფილია ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა?
 - რამდენად დროულად ხდება ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო სერვისების მიწოდება?
 - რამდენად პროდუქტიულია მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების სერვისი?
- › რამდენად პროდუქტიულია №18 დაწესებულების მომსახურება?

1.3. აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

აუდიტის ობიექტს წარმოადგენს სამინისტრო და მასში შემავალი სტრუქტურული ქვედანაყოფები, ხოლო აუდიტი მოიცავს სამინისტროს მიერ 2015-2016 წლებში, ასევე 2017 წლის I-II კვარტალში განხორციელებული საქმიანობის შესახებ ინფორმაციას.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარდა დაწესებულებების პჯდ პუნქტების გამოკითხვა კითხვარების საშუალებით. კითხვარების შედეგების შესწავლის შედეგად, 13 დაწესებულებიდან შემდგომი შესწავლის მიზნით შეირჩა 4 დაწესებულება - №5, №8, №15, №17. გარდა ამისა, მოხდა №18 დაწესებულების შესწავლა, რომელიც წარმოადგენს ე.წ. „ციხის საავადმყოფოს“, ანუ სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებას. შერჩევისას გათვალისწინებულ იქნა დაწესებულების ტერიტორიული მდებარეობა, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა რაოდენობა და დაწესებულების ტიპი. შერჩეული დაწესებულებები წარმოადგენს როგორც პატიმრობის ნახევრად ღია, ასევე დახურული ტიპის დაწესებულებებს.

აუდიტის მთავარ კითხვაზე პასუხის გასაცემად შემუშავდა პროცედურები, რომლის მეშვეობითაც შესწავლილ იქნა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისთვის გაწეული ღონისძიებები, რისთვისაც გამოყენებულ იქნა სხვადასხვა მეთოდები:

- › სამართლებრივი ბაზისა და მარეგულირებელი ნორმების ანალიზი;
- › მონაცემთა ბაზების ანალიზი;
- › სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი;
- › დოკუმენტური ანალიზი;
- › აუდიტის ობიექტთან ინტერვიუები;
- › საერთაშორისოდ მიღებული პრაქტიკის ანალიზი;
- › დაწესებულებების გამოკითხვა - კითხვარი მიზნად ისახავდა დაწესებულებებში განთავსებული პჯდ პუნქტების მდგომარეობის შესწავლას: სამედიცინო პერსონალის გადანაწილებაში არსებული პრობლემის დადგენას, ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის ანალიზს, პუნქტის მიერ გაწეული მომსახურების რაოდენობრივ ანალიზს და ექიმ-სპეციალისტების მიერ განხორციელებული მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მიღებას.

აუდიტის თითოეულ კითხვაზე პასუხის გასაცემად, გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები და პროცედურები:

- › **ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის დონის განსასაზღვრად** შესწავლილ იქნა სამართლებრივი ბაზა და მეთოდოლოგიები, რომელიც არეგულირებს პირველადი ჯანდაცვის სფეროსადმი მოთხოვნებს. განხორციელდა პჯდ პუნქტების გამოკითხვა წერილობითი ფორმით. განხორციელდა პჯდ რგოლის დატვირთვის დონის განსაზღვრა, ექიმებისა და ექთნების გადანაწილების პრაქტიკის შესწავლა, რეფერალისა და ვიწრო სპეციალისტების პროდუქტიულობის შეფასება. აუდიტის ობიექტებთან განხორციელდა სატელეფონო/პირდაპირი ინტერვიუები ყველა ზემოთხსენებულ საკითხთან დაკავშირებით.

- › **№18 დაწესებულების მომსახურების პროდუქტიულობის დადგენის მიზნით**, შესწავლილ იქნა სამართლებრივი ბაზა, რომელიც არეგულირებს ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებების საქმიანობას. განხორციელდა წერილობითი გამოკითხვა დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზასა და სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებით, რის საფუძველზეც შესწავლილ იქნა საავადმყოფოს დატვირთვის დონე და სამედიცინო აპარატურის მდგომარეობა. ჩატარდა ინტერვიუები აუდიტის ობიექტთან, როგორც სატელეფონო, ასევე პირდაპირი გამოკითხვა.

1.4. აუდიტის კრიტერიუმები

აუდიტის მიმდინარეობისას, შეფასების კრიტერიუმებად გამოყენებული იქნა ის საკანონმდებლო აქტები, რომლებიც არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების სფეროს, როგორც ეროვნულ, ისე პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის დონეზე:

- › საქართველოს კანონი - პატიმრობის კოდექსი;
- › სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის განვითარების 2014-2017 წლების სამოქმედო გეგმა;
- › საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის ბრძანება №01-25/ნ - „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“;
- › საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის ბრძანება №31 - „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების, სპეციფიკური საჭიროებების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების დამატებითი სტანდარტების, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პრევენციული მომსახურების პაკეტისა და პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ბაზისური მედიკამენტების ნუსხის დამტკიცების შესახებ“;

სისტემის შეფასებისთვის, ასევე გამოყენებულ იქნა საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და პროფესიული გაერთიანებების მიერ შემუშავებული სტანდარტები, ასევე სხვადასხვა ქვეყნების საუკეთესო პრაქტიკები.

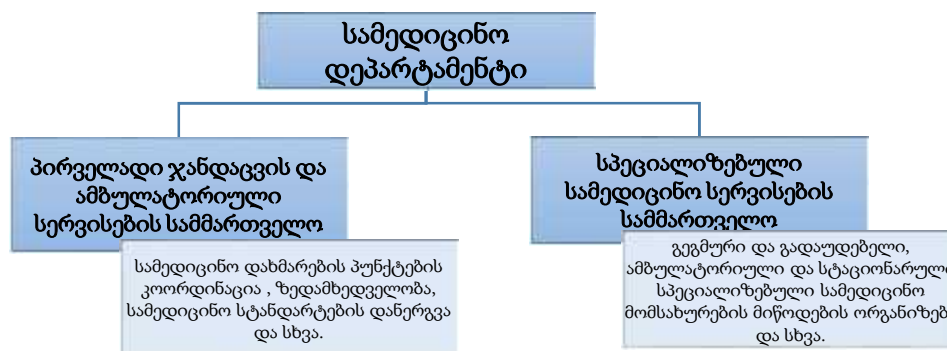
2. ზოგადი ინფორმაცია

2.1 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პროგრამის მიზანი და დიზაინი

თავისუფლებადკვეთილი პირების ჯანმრთელობის დაცვას და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის თავსებადობას ქვეყნის ჯანდაცვის არსებულ სისტემასთან უზრუნველყოფს სამინისტრო. პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების გაუმჯობესებისთვის სამინისტროს მიზანია გადამდებ და არაგადამდებ დაავადებათა გავრცელების პრევენცია, ეპიდემიოლოგიური კონტროლი და მეთვალყურეობა, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარება და საჭიროების შემთხვევაში სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.

ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფას ახორციელებს სამინისტროს სტრუქტურული ქვედანაყოფი სამედიცინო დეპარტამენტი თავისი სამმართველოებით (იხ. სქემა 2.1.1). დეპარტამენტის ამოცანაა ჯანდაცვის სისტემის განვითარება ეროვნული და საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტების შესაბამისად.

სქემა 2.1.1: სამედიცინო დეპარტამენტის სტრუქტურა



ამასთან, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამმართველო გენერალური ინსპექციის შემადგენლობაშია.

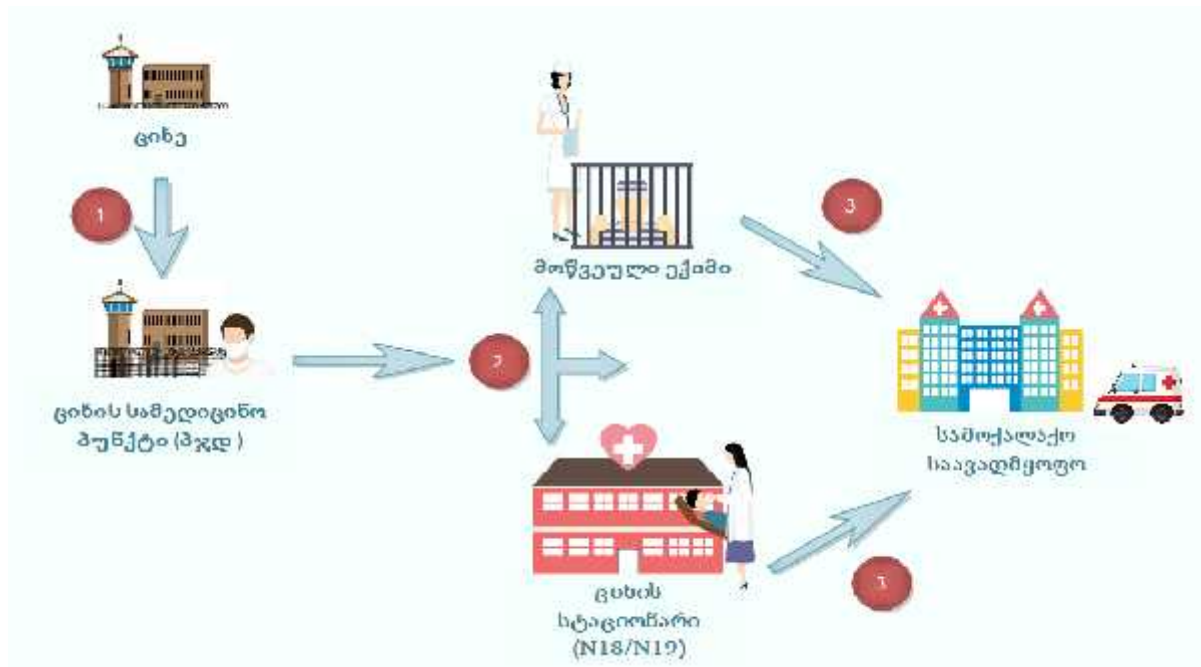
ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სისტემაში გამოიყოფა შემდეგი კომპონენტები:

- › **საექიმო-სამედიცინო პუნქტი** - აღნიშნული ასრულებს პჯდ ფუნქციას. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ მოწყობაში პირველად ჯანდაცვას განსაკუთრებული როლი ეკისრება, იგი ასრულებს ერთგვარი „მეკარიბჭის“ როლს. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი ახდენს დაავადების პირველად შეფასებას და საჭიროების შემთხვევაში ამისამართებს პაციენტს შესაბამის სპეციალისტთან. ამასთან, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი მართავს სხვადასხვა დაავადებებს, პაციენტის დადგენილი დიაგნოზის შესაბამისად. საექიმო-სამედიცინო პუნქტი ფუნქციონირებს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში.
- › **მოწვეული სპეციალისტების მომსახურება** - სამინისტროს მიერ დაქირავებული ექიმები, რომლებიც უწევენ მომსახურებას მსჯავრდებულებს პენიტენციურ დაწესებულებებში. მათი

მომსახურება ხელმისაწვდომია სხვადასხვა პერიოდულობით. ვიწრო სპეციალისტების მომსახურება ჯანდაცვის მეორეულ რგოლს წარმოადგენს, მათი მომსახურების მიღება შესაძლებელია პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ გადამისამართების შემდგომ.

- › **ორი სტაციონარი სასჯელაღსრულების ჯანდაცვის სისტემაში** - №19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი, ასევე №18 სამკურნალო დაწესებულება, რომლის ფუნქციაა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში. №18 დაწესებულება მრავალპროფილურია, საჭირო რესურსების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის გადაყვანა ხორციელდება აღნიშნულ სტაციონარებში.
- › **სამოქალაქო სექტორის კლინიკების მომსახურება** - პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიღების შემდეგ, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის გადაყვანა სამკურნალოდ ხდება კერძო საავადმყოფოებში. სამინისტროს მიერ გამარტივებული შესყიდვის გზით იდება ხელშეკრულებები კლინიკებთან, სადაც ხდება პაციენტების გადაყვანა (იხ. სქემა 2.1.2).

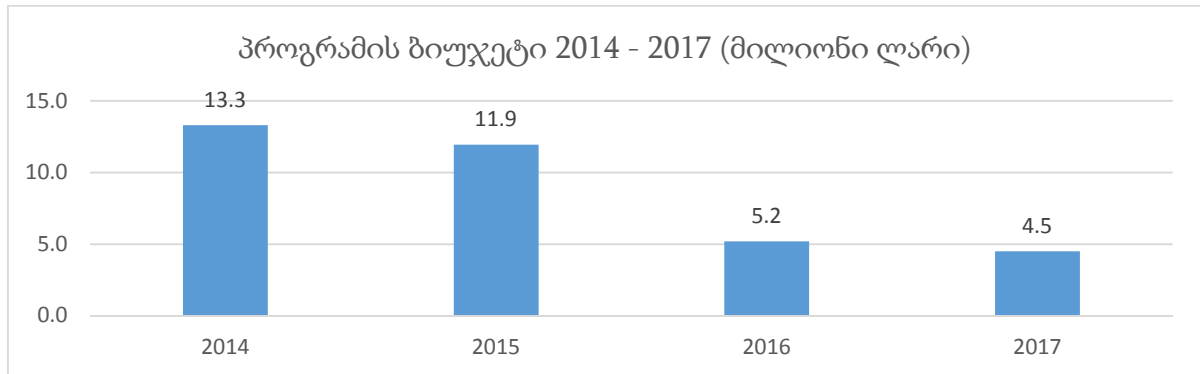
სქემა 2.1.2: ბრალდებულთა/ მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურების მიღების დიზაინი



2.2 პროგრამის ბიუჯეტი და დაფინანსების სისტემა

სამინისტრო სამედიცინო მომსახურების გაწევას ახორციელებს „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის“² ქვეპროგრამით, რომლის ბიუჯეტი წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ დიაგრამაზე.³

დიაგრამა 2.2.1: ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პროგრამის ბიუჯეტი 2014-2017 წლებში



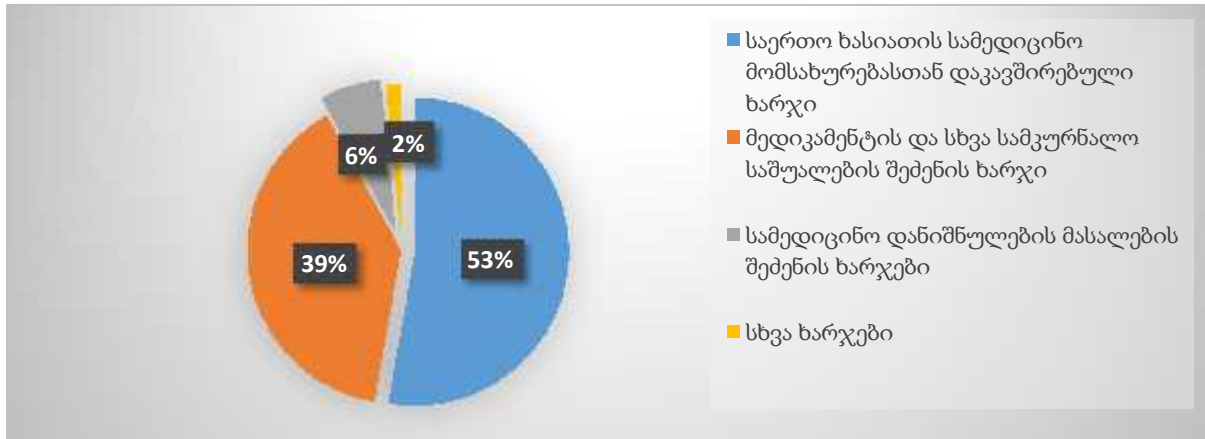
აღნიშნული ქვეპროგრამის ფარგლებში ხორციელდება სხვადასხვა ღონისძიებები: პაციენტების უზრუნველყოფა შესაბამისი კონსულტაციით, სხვადასხვა სკრინინგული გამოკვლევები, ექიმ-სპეციალისტების მოწვევა, სამედიცინო სამსახურების მედიკამენტებით, სამედიცინო დანიშნულების საგნებით, ლაბორატორიული საგნებითა და რეაქტივებით უზრუნველყოფა და სხვა.

2016 წელს ამ ქვეპროგრამით გაწეული დანახარჯები (5,014,529 ლარი) წარმოდგენილია დიაგრამაზე, რომელთაგან 53% გახარჯულია საერთო ხასიათის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებით, რაც გულისხმობს მსჯავრდებულთა კერძო კლინიკებში მომსახურების მიღების ხარჯებს.

² პროგრამული კოდი 27 01 02

³ წლიური დაფინანსება 2014 წლის შემდეგ ყოველწლიურად შემცირებულია (იხ. დიაგრამა 2.2.1) და 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის კანონის მიხედვით, გეგმით გათვალისწინებულია 4,500,000 ლარი. თანხების შემცირება გამოწვეულია იმით, რომ 2016 წლიდან 27 01 01 (პენიტენციური სისტემის პოლიტიკის შემუშავება, მართვა და ბრალდებულ/მსჯავრდებულთა ყოფითი პირობების გაუმჯობესება) ქვეპროგრამაში გადავიდა შრომის ანაზღაურება, შტატგარეშეთა შრომის ანაზღაურება, მივლინება, სოციალური დახმარება, არაფინანსური აქტივების ზრდა, ვალდებულებების კლება და სხვა ხარჯები.

დიაგრამა 2.2.2: 2016 წელს „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის“ ქვეპროგრამით გაწეული საკასო ხარჯი



2016 წელს შრომის ანაზღაურების საკასო ხარჯმა 7,680,496 ლარი შეადგინა⁴.

2016 წლის 5 აპრილის⁵ მდგომარეობით, ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში (გარდა მე-18 და მე-19 დაწესებულებებისა) მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო პერსონალის შემდეგი რაოდენობა: 13 მთავარი ექიმი, 94 ექიმი, 156 ექთანი, 12 წამლების სამარაგოს პასუხისმგებელი პირი, 6 ექიმ-სტომატოლოგი, 5 ექთნის ასისტენტი, 3 სამედიცინო სამსახურის ადმინისტრაციული ასისტენტი.

სამინისტროს ხელშეკრულებით დაქირავებული ყავს 50 სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი (დერმატოლოგი, კარდიოლოგი, სტომატოლოგი, გინეკოლოგი და სხვა), რომლებიც საჭიროების შემთხვევაში შედიან პენიტენციურ დაწესებულებებში და თავისუფლებადკვეთილ პირებს უწევენ შესაბამის მომსახურებას.

2.3 საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის პატიმრებთან მოპყრობის ძირითადი პრინციპების თანახმად, პატიმრებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ქვეყანაში არსებულ ჯანდაცვის სერვისებზე მათი სამართლებრივი სტატუსის/მდგომარეობის გამო, დისკრიმინაციის გარეშე.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის და ევროსაბჭოს რეკომენდაციების მიხედვით, იმ მიზნით, რომ პენიტენციური ჯანდაცვის დონე შესაბამისობაში იყოს ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობასთან, ჯანმრთელობის დაცვაზე და პენიტენციურ სისტემაზე პასუხისმგებელმა უწყებებმა ერთმანეთთან მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლონ⁶.

თუმცა, ექსპერტთა უმრავლესობის მოსაზრებით, მჭიდრო თანამშრომლობა საკმარისი არ არის შესაბამისი ხარისხის მისაღწევად. ამ მიზეზის გამო, გარკვეულმა ქვეყნებმა (ნორვეგია, ავსტრალია,

⁴ სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომლების შრომის ანაზღაურება

⁵ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 5 აპრილის ბრძანება №1555 – „საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროსა და პენიტენციური დაწესებულებების საშტატო ნუსხის დამტკიცების შესახებ“

⁶ WHO Europe, 2003, Prison Health as part of Public Health, WHO, Copenhagen; Recommendation no. R (98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison

გაერთიანებული სამეფო, საფრანგეთი, იტალია, ფინეთი და ა.შ.) ეროვნულ ჯანდაცვასთან სრული ინტეგრაცია განახორციელეს და პენიტენციურ დაწესებულებებში ჯანდაცვის სისტემაზე ზრუნვა ქვეყნის მასშტაბით ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებელ სამინისტროს დააკისრეს.

აღნიშნულ ქვეყნებში არ არსებობს ციხის საავადმყოფოები, და პატიმრებს მომსახურებას უწევენ სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოები. ამ გზით მიიღწევა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა და გაზრდილი ნდობა პატიმრების მხრიდან. გარდა ამისა, იხსნება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მოზიდვის სირთულის პრობლემა.

მაგალითად, გაერთიანებულ სამეფოში, ციხეებში არსებული პირველადი ჯანდაცვის გუნდების რეკომენდაციის საფუძველზე ხდება ექიმ-სპეციალისტის გამოძახება ან პაციენტის წინასწარ განსაზღვრულ კლინიკებში გადაყვანა.

ისეთი ქვეყნების რიცხვი, რომლებიც ახდენენ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასთან სრულ ინტეგრირებას, თანდათან იზრდება. თუმცა, ზოგ ქვეყანაში ჯერ კიდევ ფუნქციონირებს ციხის საავადმყოფოები⁷. საავადმყოფოების ფუნქციონირების პრაქტიკა სხვადასხვაგვარია. მაგალითად, ლატვიაში ბიუჯეტის შემცირების გამო, დაწესებულება მხოლოდ *ტუბერკულოზის და ფსიქიატრიის* პროფილის პაციენტებს ემსახურება და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციებს უზრუნველყოფს. საბერძნეთში ფუნქციონირებს ციხის საავადმყოფო, მაგრამ მისგან დაშორებული დაწესებულებებიდან პაციენტები გადაყავთ კერძო საავადმყოფოებში. ორივე შემთხვევაში გაყვანის პროცესი 20 დღეზე მეტ დროს მოითხოვს.

ესპანეთში და საფრანგეთში, პაციენტები, რომლებსაც ესაჭიროებათ ჰოსპიტალში ვიზიტი, გადაყავთ საჯარო დაწესებულებების სპეციალურ განყოფილებებში (დაცულ განყოფილებებში, რომლებიც მოწყობილია პენიტენციური სისტემის მიერ და სადაც მოქმედებს სპეციალური დაშვება).

პოლონეთში პატიმრებს ემსახურება იუსტიციის სამინისტროს დაქვემდებარებაში მყოფი 57 ამბულატორიული კლინიკა და 17 ჰოსპიტალი. განსაკუთრებულ და ურგენტულ შემთხვევებში ხდება პატიმრების საჯარო დაწესებულებებში გაყვანაც. თუ პაციენტი უკმაყოფილოა მიღებული სამედიცინო მომსახურებით, მას შეუძლია თავისი ხარჯით მოითხოვოს საჯარო დაწესებულების ექიმთან კონსულტაცია.

⁷ პოლონეთი, ლატვია, საბერძნეთი

აუდიტის მიგნებები

3. ბრალდებულ/მსჯავრდებულების სამედიცინო სერვისებზე

ხელმისაწვდომობა

3.1 პირველადი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში არსებული

პრობლემა

პენიტენციურ სისტემაში არ არსებობს პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის განაწილების ისეთი მოდელი, რომელიც ყველა ტიპის დაწესებულებას მიესადაგება. პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრისას გათვალისწინებული უნდა იქნას მრავალი ფაქტორი, როგორებიცაა: პატიმართა რაოდენობა, მათი დაწესებულებაში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა, დაწესებულების რეჟიმის ტიპი, საკნებში პატიმართა გადანაწილების სიმჭიდროვე, ასაკობრივი ჯგუფების სტრუქტურა და სხვ. გარდა ამისა, აღსანიშნავია პატიმართა მიმართვიანობის სიხშირის სტატისტიკა დაწესებულებაში არსებული პირველადი ჯანდაცვის ერთეულის წარმომადგენლებთან. ზემოაღნიშნულ ფაქტორებთან ერთად, მიმართვიანობის სიხშირის გათვალისწინებით შესაძლებელია მსგავსი ტიპის დაწესებულებებში ჯანდაცვის პერსონალის ოპტიმალური რაოდენობის განსაზღვრა.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ დადგენილი პატიმართა მოპყრობის მინიმალური სტანდარტების შესაბამისად, თითოეულ სასჯელსრულების დაწესებულებაში წარმოდგენილი უნდა იყოს ჯანდაცვის ჯგუფი, რომელიც დამოუკიდებელი იქნება თავის საქმიანობაში და აღჭურვილი იქნება ფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის სფეროში საკმარისი ცოდნით. გარდა ამისა, ყველა პატიმარს უნდა ჰქონდეს კვალიფიციურ სტომატოლოგთან ვიზიტის შესაძლებლობა.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია აკონკრეტებს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში დასაქმებულ მედიკოსს, ზოგადი მედიცინის გარდა, აუცილებლად უნდა ჰქონდეს ცოდნა და გამოცდილება მენტალური ჯანმრთელობის, ადიქციის⁸ და ინფექციების კონტროლის საკითხებში. გარდა პაციენტების სამედიცინო მომსახურებისა, სამედიცინო პერსონალს უნდა ჰქონდეს გამოყოფილი დრო უწყვეტი პროფესიული განვითარებისათვის⁹.

საქართველოში, მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრული პირველადი ჯანდაცვის სტანდარტის მიხედვით, დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, სავალდებულოა არსებობდეს პირველადი ჯანდაცვის გუნდი, რომელიც შედგება არანაკლებ ერთი ექიმისა და ერთი ექთნისაგან. სტანდარტით არ არის განსაზღვრული, თუ რამდენი პჯდ რგოლი უნდა მუშაობდეს დაწესებულებაში და რამდენი ექიმისა და ექთნისაგან უნდა შედგებოდეს თითოეული. სამინისტროს განმარტებით, ერთადერთი კრიტერიუმი, რომელიც გათვალისწინებულია სამედიცინო პერსონალის (პჯდ პუნქტების) განაწილებისას, არის წითელი ჯვრის ორგანიზაციის რეკომენდაცია, რომ ერთი პჯდ პუნქტი არ უნდა ემსახურებოდეს 500

⁸ დამლუპველი ჩვევისადმი დამოკიდებულება, ამ შემთხვევაში ნარკოტიკული ნივთიერებებისადმი

⁹ World Health Organization, Regional Office for Europe: Prisons and Health; Competences of and Support for Prison Clinical Staff, p. 177

პატიმარზე მეტს. სხვა ზემოთ ხსენებული კრიტერიუმები (დაწესებულების ტიპი, რეჟიმის და სხვ.) მხედველობაში მიღებული არ არის.

ცხრილი 3.1.1: საქართველოში არსებულ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის და პატიმრების რაოდენობა¹⁰

#	პჯდ ექიმი	პჯდ ექთანი	დაწესებულების რეჟიმი/ტიპი	პატიმრების რაოდენობა (2016)	ერთ პჯდ-ზე პატიმრების რაოდენობა
№2	4	4	პატიმრობისა და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	1218	305
№3	1	1	პატიმრობისა და განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	101	101
№5	1	5	პატიმრობის, ნახევრად ღია და დახურული	266	266
№6	2	2	პატიმრობისა და განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	209	105
№7	1	1	პატიმრობისა და განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	29	29
№8	9	10	პატიმრობისა და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	2370	263
№9	3	8	პატიმრობისა და დახურული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის ნაწილები	39	13
№11	2	4	არასრულწლოვანთა სარეაბილიტაციო დაწესებულება	16	8
№12	2	2	ნახევრად ღია და დახურული	280	140
№14	4	4	ნახევრად ღია და დახურული	1153	288
№15	4	8	ნახევრად ღია და დახურული	1706	427
№16	2	1	დაბალი რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულება	89	45
№17	4	4	ნახევრად ღია და დახურული	1923	481

დაწესებულებებში არსებული სამედიცინო პერსონალის ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ექიმები არათანაბრად არიან გადანაწილებული დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა რაოდენობის მიხედვით.

მაგალითად, №8 დაწესებულებაში საშუალოდ ერთ ექიმზე მოდის 263 მსჯავრდებული, ხოლო №17-ში 481 მსჯავრდებული. თუმცა, არსებული განხილვა შეიძლება დასაბუთდეს იმით, რომ მე-8 დაწესებულება, ისევე როგორც ქუთაისის მე-2 დაწესებულება, არის ე.წ. „ პატიმრების მიმღები“ დაწესებულება, დახურულია და უფრო მეტი პერსონალის საჭიროებაა, ვიდრე მე-17 დაწესებულებაში.

აქედან გამომდინარე, სრულფასოვანი შედარებითი ანალიზის განხორციელების მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა რეჟიმით და პატიმრების რაოდენობით ერთმანეთის მსგავსი დაწესებულებები (მე-2 და მე-8, მე-5 და მე-12, მე-15 და მე-17).

¹⁰ ცხრილში ერთნაირი ფერებით მონიშნულია მსგავსი ტიპის (დაწესებულების რეჟიმი, პატიმრების რაოდენობა, ექიმების თანაფარდობა პატიმრების რაოდენობასთან) სასჯელაღსრულების დაწესებულებები

ცხრილში (№3.1.1) მოცემული ინფორმაციის მიხედვით, გამოვლინდა შემდეგი:

- ✧ მე-14 დაწესებულებაში 1200-მდე პატიმარია და ფუნქციონირებს 4 პჯდ რგოლი, თუმცა მსგავსი რეჟიმის დაწესებულებებია მე-12, მე-15 და მე-17, სადაც 1 პჯდ პუნქტზე პატიმრების რადიკალურად განსხვავებული რაოდენობებია - 140, 427 და 481;
- ✧ მე-5 და მე-12 დაწესებულებებში პატიმრების დაახლოებით ერთნაირი რაოდენობაა, თუმცა პჯდ პუნქტების რაოდენობა განსხვავდება და შედეგად, მე-12 დაწესებულებაში ერთ პჯდ ექიმზე 2-ჯერ უფრო ნაკლები პატიმარია, ვიდრე მე-5 დაწესებულებაში;
- ✧ მე-5 დაწესებულებაში ერთ პჯდ ექიმზე 5 ექთანი მოდის (1 ექიმი და 5 კორპუსში გადანაწილებული 5 ექთანი), ხოლო მე-12-ში - 1 ექიმზე 1 ექთანი და ა.შ.

აუდიტის ფარგლებში დაწესებულებებში განხორციელებული ვიზიტების შედეგად, დამატებით გამოიკვეთა შემდეგი ფაქტორები:

- ✧ 500-ზე მეტი პატიმრის მომსახურება პჯდ პუნქტს არცერთ დაწესებულებაში არ უწევს, თუმცა ნახევრად ღია დაწესებულებებში (მე-15 და მე-17), სადაც ერთი პჯდ პუნქტი 500-მდე პაციენტს ემსახურება, დაფიქსირდა რიგები ექიმის კაბინეტთან. ექიმი დღეში დაახლოებით 10-15 პაციენტს უწევს კონსულტაციას, თუმცა დღეში 60-ზე მეტ პატიმარს იღებს კაბინეტში - ისეთი პროცედურებისთვის, როგორიცაა წნევის, ტემპერატურის გაზომვა, წამლის მიცემა და ა.შ.;
- ✧ ყველა დაწესებულების წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ მათ უწევთ ყველანაირი განხორციელებული პროცედურის სხვადასხვა ჟურნალში (პაციენტის ამბულატორიული ბარათი, ექიმის ჟურნალი, აღწერის ჟურნალი, წამლების გაცემის ჟურნალი და სხვ.) გატარება, რაც მკვეთრად ამცირებს მათ პროდუქტიულობას, განსაკუთრებით ეს ეხება ექთნების სამუშაოს, რადგან ისინი წამლების გაცემით და აღრიცხვით არიან დაკავებული¹¹ და ვერ ახერხებენ ექიმის დახმარებას ზემოაღნიშნულ პროცედურებში. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას იმ დაწესებულებებში, სადაც ერთ პჯდ პუნქტში მხოლოდ 1 ექთანია;
- ✧ მას შემდეგ, რაც პჯდ ექიმები და ექთნები ასრულებენ სამუშაო დღეს, დაწესებულებებში რჩება ერთი მორიგე ექიმისა და ექთნისაგან შემდგარი გუნდი, რომელსაც უწევს ყველა კორპუსის მომსახურება. იქიდან გამომდინარე, რომ მე-15 და მე-17 დაწესებულებები (სადაც იმყოფება, შესაბამისად, 1,706 და 1,923 პატიმარი) არის ნახევრად ღია, ღამით მორიგე პერსონალს უწევს პატიმრებთან საკნებში ვიზიტი, და მათი დატვირთვა მკვეთრად იზრდება, რაც დროის ამ მონაკვეთში მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას მკვეთრად ამცირებს.

სამედიცინო მომსახურების პროდუქტიულობისათვის, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის პერსონალის სათანადო რესურსის არსებობას. სამედიცინო პერსონალით

¹¹ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ბრძანება საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს პენიტენციურ დაწესებულებებსა და მმართველობის სფეროში მოქმედი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - პრობაციის ეროვნული სააგენტოს ტერიტორიული ორგანოს თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებაში ფარმაცევტული პროდუქტისა და სამედიცინო სახარჯი მასალის შეძენის, მიღების, შენახვის, აღრიცხვის, გამოყენების, ხარჯებში ჩამოწერისა და განადგურების წესის დამტკიცების შესახებ

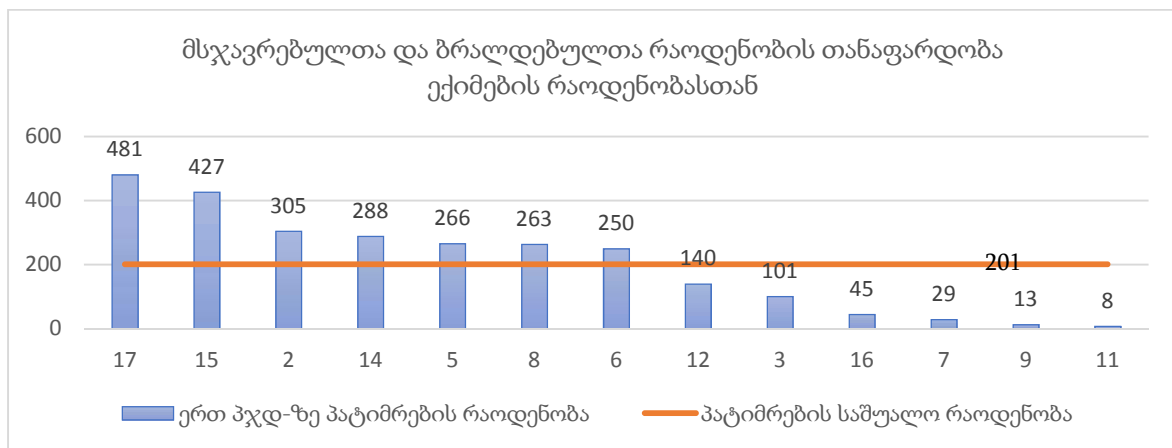
უზრუნველყოფის ძირითად მაჩვენებელს წარმოადგენს ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის თანაფარდობა.

სამინისტროს და სასჯელაღსრულების დაწესებულებების წარმომადგენლებმა ინტერვიუებისას მრავალჯერ აღნიშნეს საკმარისი რაოდენობის სამედიცინო პერსონალის და სათანადო რესურსის მოზიდვის პრობლემები. აუდიტის ჯგუფი გაესაუბრა უშუალოდ სამედიცინო პერსონალსაც, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ მაღალ დატვირთვასთან ერთად, სასჯელაღსრულების სისტემაში პერსონალის მოზიდვის მოტივაციაზე უარყოფითად მოქმედებს შემდეგი ფაქტორები:

- ✧ გადაადგილების პრობლემა - პერსონალის უმეტესობა შედარებით დიდ დასახლებებში ცხოვრობს და მათ უწევთ სამსახურში - რუსთავეში, ქსანში თბილისიდან და მცხეთიდან სიარული, რაც დიდ ფინანსურ და დროით რესურსს მოითხოვს;
- ✧ დამატებითი სარგებლის არარსებობა - სამედიცინო პერსონალი არ არის უზრუნველყოფილი დაზღვევით, ტრანსპორტირებით, კვებით;
- ✧ ანაზღაურების პრობლემა - სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით, 2012 წლის ბოლოსა და 2013 წლის დასაწყისიდან პენიტენციური სამედიცინო მომსახურების თანამშრომელთათვის განისაზღვრა ხელფასი, რომელიც აღემატებოდა საჯარო დაწესებულებებში არსებულ ანაზღაურებას, თუმცა წლების მანძილზე არსებული სხვაობა თანდათან შემცირდა და ბოლო პერიოდში სამედიცინო პერსონალის მოზიდვა გაძნელებულია.

პჯდ ექიმების ამჟამინდელი განაწილება მოცემულია გრაფიკზე 3.1.2, სადაც აღნიშნულია ერთ ექიმზე ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა რაოდენობა¹² დაწესებულების მიხედვით.

გრაფიკი 3.1.2: მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა რაოდენობის თანაფარდობა ექიმების რაოდენობასთან



გრაფიკი ნათლად ასახავს იმ ფაქტს, რომ ექიმების გადანაწილება პენიტენციურ დაწესებულებებში მკვეთრად არათანაბარია, და ზემოთ განხილული ფაქტორების მიუხედავად (დაწესებულების რეჟიმის ტიპი და სხვ.), აფერხებს პირველადი სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღების შესაძლებლობას.

¹² მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა რაოდენობად აღებულია 2016 წლის საშუალო თვიური მაჩვენებელი

დასკვნა

პირველადი სამედიცინო რგოლი წარმოადგენს სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის პირველ საფეხურს. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ არაერთგვაროვანია სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა დაწესებულებების მიხედვით. შედეგად, ისეთ დაწესებულებებში, სადაც ბევრი მსჯავრდებულია, მომსახურების მიღებაზე რიგია. მომსახურების ხელმისაწვდომობას ზოგიერთ დაწესებულებაში აფერხებს სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი. ამას ემატება ისიც, რომ სამედიცინო პერსონალი დაკავებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის სხვადასხვა ფორმის შევსებით, რაც მკვეთრად ამცირებს მათ პროდუქტიულობას. სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი შეიძლება აღმოიფხვრას პერსონალის თანაბარი განაწილების კრიტერიუმების შემუშავებით. მეორე მხრივ ისეთ დაწესებულებაში, სადაც დეფიციტი შეიძლება მაინც გაჩნდეს სხვა გარე ფაქტორის გამო (დაწესებულება დასახლებებიდან შორს მდებარეობს, პერსონალისთვის ტრანსპორტირება რთულია) დამატებითი პერსონალის მოზიდვა მოითხოვს სამოტივაციო ფაქტორების გაუმჯობესებას: შესაბამისი ანაზღაურება, ტრანსპორტირებით უზრუნველყოფა, კვებით უზრუნველყოფა და სხვ.

რეკომენდაცია

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, სამინისტრომ უზრუნველყოს შესაბამისი პოლიტიკისა და კრიტერიუმების შემუშავება, რომლის მიხედვითაც მოხდება სამედიცინო პერსონალის დაწესებულებებში განაწილება, გაუმჯობესდება პაციენტების მომსახურების პროცესი და გამარტივდება ინფორმაციის აღრიცხვა-დოკუმენტირება.

3.2 სტაციონარული და ამბულატორიული (მეორეული) მომსახურების მიღებისას

არსებული რიგის პრობლემა

სამინისტროს მიერ სტანდარტით¹³ განისაზღვრება მოლოდინის პერიოდი, რომელიც გეგმურ სტაციონარულ მომსახურებაზე არ უნდა აღემატებოდეს 4 თვეს, ხოლო გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე 1 თვეს. ეს ვადა შეიძლება არ იქნეს დაცული როდესაც არსებობს ობიექტური მიზეზები, როგორიცაა: ბრალდებულის/მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მოთხოვნილ მომსახურებაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის პროცესში არსებული ობიექტური შეფერხება.

გეგმურ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა მოლოდინის პერიოდის და რიგითობის განსაზღვრა ხორციელდება სამართლიანობისა და ინფორმაციის გამჭვირვალობის პრინციპზე დაყრდნობით, სპეციალური ელექტრონული სისტემის მეშვეობით, რომელსაც აწარმოებს სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი.

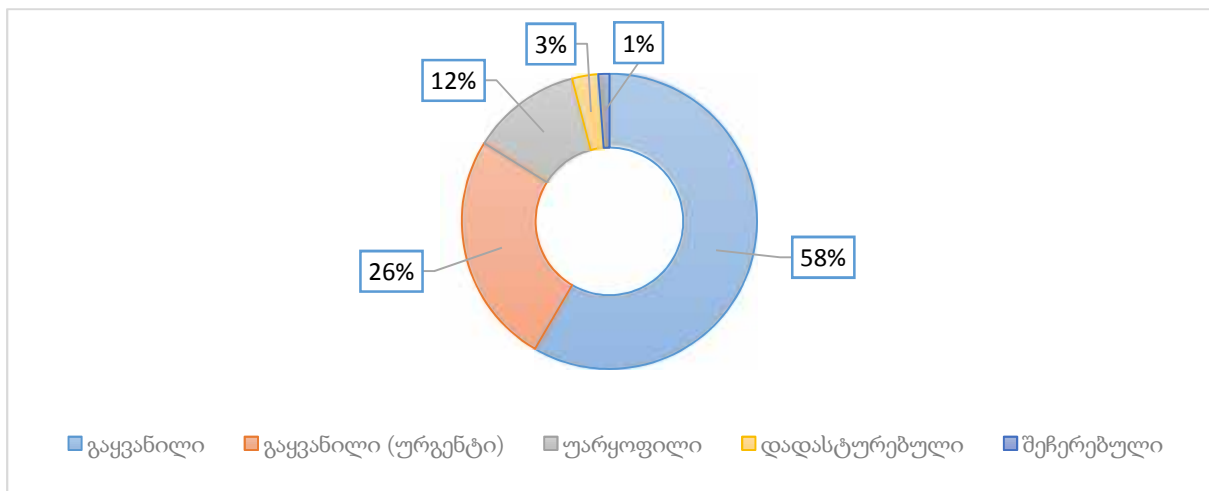
ელექტრონული სისტემის საშუალებით ხორციელდება რიგების მართვა, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ მომსახურებებზე. სისტემა შექმნილია სამინისტროს საინფორმაციო ტექნოლოგიების სამმართველოს მიერ. სისტემის ერთ-ერთ მოდულში „რეფერალი“, შესაძლებელია კონკრეტული მომენტისთვის მომლოდინეთა რაოდენობის, განხორციელებული რეფერალის და კონკრეტული პაციენტის შესახებ ექიმის მიერ თანდართული ინფორმაციის ნახვა.

¹³ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის ბრძანება №31

აუდიტის პერიოდში, რეფერალის ელექტრონულ მოდულში სამედიცინო პუნქტის ექიმის მიერ ინფორმაციის განთავსების შემდგომ, პაციენტის გაყვანის შესახებ 3 დღეში ვადაში გადაწყვეტილებას იღებს სამედიცინო დეპარტამენტის სპეციალიზებული სერვისების თანამშრომელი (პასუხისმგებელი პირი) და წყვეტს სამინისტროს სამკურნალო დაწესებულებაში (№18 ან №19 დაწესებულება) მოხდეს პაციენტის გაყვანა თუ კერძო კლინიკაში, ამის შემდგომ პაციენტს ენიჭება რიგის ნომერი.

2015-2016 წლების განმავლობაში რეფერალის მოდულში სტაციონარული მომსახურებისთვის მიღებისთვის რეგისტრირებულია 4,260 პაციენტი და ამბულატორიული მომსახურებისთვის 8,342. მათგან ნაწილი გაყვანილია, ნაწილი უარყოფილი, შეჩერებული ან დადასტურებული (იხ. დიაგრამა 3.2.1).

დიაგრამა 3.2.1: რეფერალის ელექტრონულ მოდულში 2015-2016 წელს რეგისტრირებული პაციენტების პროცენტული წილი მინიჭებული სტატუსების მიხედვით¹⁴



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, ურგენტული შემთხვევით გაყვანილია რეგისტრირებული შემთხვევების 26%. მათგან მნიშვნელოვანია ურგენტული შემთხვევების 13%, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ და რიგს ელოდებოდნენ, მაგრამ გართულებული მდგომარეობის გამო გახდნენ სასწრაფოდ გადასაცემები.

სამინისტროს მიერ არ არის განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომელიც ადგენს თუ რა შემთხვევაში უნდა მოხდეს პაციენტის ჰოსპიტალში გადაყვანა, არ არის განსაზღვრული კონკრეტულად რა შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს რეფერალი სამინისტროს სამკურნალო დაწესებულებაში და რა შემთხვევაში მოხდეს გაყვანა სამოქალაქო კლინიკაში. სამინისტროს განმარტებით, №18 დაწესებულებაში პაციენტის გადაყვანა განისაზღვრება დაწესებულების შესაძლებლობის გათვალისწინებით. ამის შესახებ გადაწყვეტილებას 2017 წლის ივნისამდე ერთპიროვნულად იღებდა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის შესაბამისი პასუხისმგებელი პირი, ხოლო შემდგომ პერიოდში შექმნილია კომისია¹⁵.

აუდიტით გამოვლინდა, რომ გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე სტანდარტით დადგენილი ვადები (4 და 1 თვე) ხშირ შემთხვევაში დაცული არ არის (იხ. დიაგრამა 2). 2015-2016 წლებში ამბულატორიული შემთხვევების 32.2% და სტაციონარული შემთხვევების

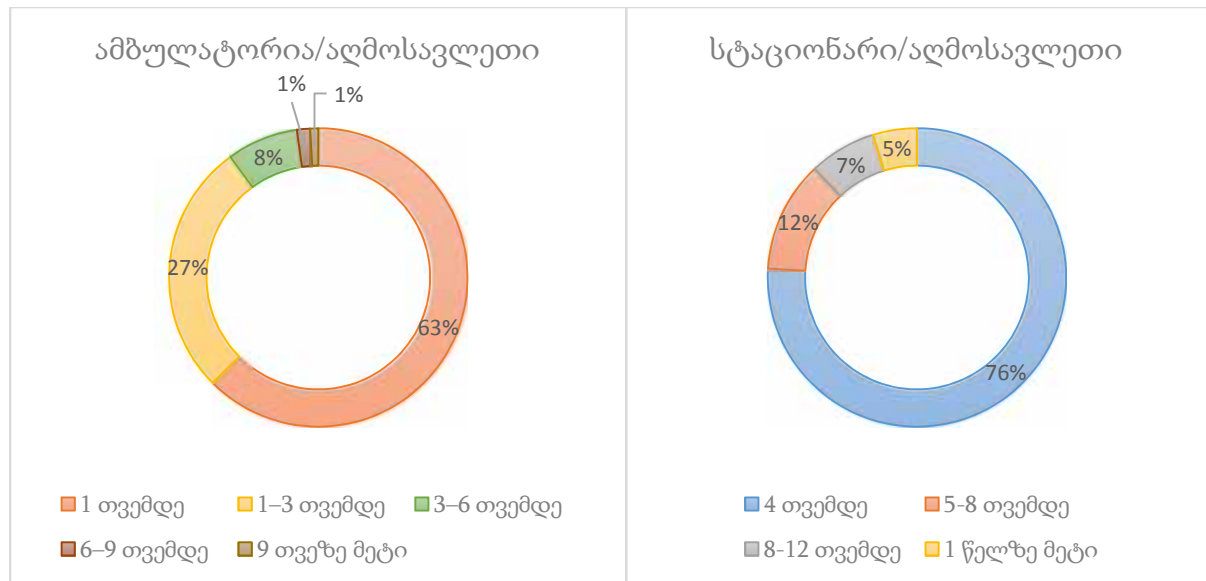
¹⁴ 2017 წლის 27 აპრილის მდგომარეობით

¹⁵ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2017 წლის 9 ივნისის ბრძანება №49

20.2% გაყვანილი არის სტანდარტით დადგენილი ვადის გასვლის შემდგომ. ბრალდებულებს/მსჯავრდებულებს ზოგჯერ უწევთ დიდხანს რიგში დგომა, რაც გარკვეულ შემთხვევაში იწვევს მათი მდგომარეობის გაუარესებას და გადაუდებელი აუცილებლობით მათ სასწრაფოდ გადაყვანას შესაბამისი პროფილის საავადმყოფოში.

რეფერალის მონაცემთა ბაზის ანალიზით დასტურდება, რომ გეგმური ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემები უფრო მეტად იკვეთება აღმოსავლეთ საქართველოს დაწესებულებებში, სადაც მთლიანი ბრალდებულ/მსჯავრდებულების 74.3%-ია¹⁶ განთავსებული.

დიაგრამა 3.2.2: ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებების რეფერალის რაოდენობა 2015-2016 წლებში აღმოსავლეთ საქართველოში მდებარე დაწესებულებებში



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, გაყვანილი მსჯავრდებულების 37%-ს მომსახურება გაეწია სტანდარტით განსაზღვრული ერთი თვის შემდეგ, ხოლო სტაციონარული მომსახურების მიღებისთვის 2015-2016 წლის განმავლობაში რეგისტრირებული ბრალდებულებისა და მსჯავრდებულებიდან, 298 შემთხვევაში (24%) რეფერალი განხორციელდა სტანდარტით განსაზღვრული 4 თვის შემდეგ, რაც მომსახურების დროულად ხელმისაწვდომობის პრობლემას ქმნის.

სამინისტროს განმარტებით, აღნიშნული პრობლემა გარკვეულწილად განპირობებულია იმ ფაქტორით, რომ ზოგ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტს ჩატარებული აქვს რაიმე სახის მკურნალობა და უწევს გეგმური ვიზიტი შემოწმებაზე, მას წინასწარ (შესაძლოა რამდენიმე თვით ადრე) არეგისტრირებენ პროგრამაში, და ის ფაქტი, რომ ის მოლოდინის რეჟიმშია, პრობლემას არ წარმოადგენს. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ურგენტული შემთხვევით გაყვანილია 1,436 პაციენტი. არის შემთხვევები, როდესაც რეგისტრირებული პაციენტები ელოდებოდნენ რიგს, მაგრამ გარკვეული პერიოდის შემდგომ (საშუალოდ 45 დღის შემდეგ) ისინი გახდნენ სასწრაფოდ გასაყვანი,

¹⁶ 2016 წლის მონაცემებით

რადგან მათი მდგომარეობა გართულდა. ასევე ზოგ შემთხვევაში მსჯავრდებული 80, 150, 195, 448 დღიანი ლოდინის შემდგომ გართულებული მდგომარეობის გამო გაიყვანეს სასწრაფო წესით.

სამინისტროს განმარტებით, იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი წინასწარ რეგისტრირდება გეგმური ვიზიტისთვის, მომსახურების მიღების დაგვიანება გამოწვეულია შემდეგი ფაქტორებით:

- › სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე დარეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა დიდია და ყოველდღიურად იზრდება. საბადრაგო სამსახურის მწირი რესურსი ვეღარ მოიცავს ყველა მსჯავრდებულის/ბრალდებულის რეფერალს სამოქალაქო სექტორის კლინიკაში;
- › №18 სამკურნალო დაწესებულება არ ფუნქციონირებს სათანადოდ, და შესაბამისად, პაციენტების უმეტესობა იგზავნება სამოქალაქო სექტორის კლინიკაში, რაც საჭიროებს დამატებით საბადრაგო რესურსებს.
- › ბევრია ურგენტული და სასწრაფო დაყოვნებადი შემთხვევები, რომელიც აფერხებს გეგმური შემთხვევების რეფერალს.

განვიხილოთ მეორეული ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად არსებული რიგების მართვის გაუმჯობესების შესაძლებლობა:

შეზღუდული საბადრაგო რესურსი

სამინისტროს მიერ რიგების პრობლემასთან დაკავშირებული მიზეზებიდან ერთ-ერთია საბადრაგო სამსახურის შეზღუდული რესურსი. სამინისტროს პენიტენციური დეპარტამენტის ერთეულს, გარე დაცვისა და ბადრაგირების სამმართველოს, სასამართლოებსა და საავადმყოფოებში ბადრაგირების ლიმიტი 25 პირს შეადგენს, გარდა სპეციალური ავტობუსებისა, რომლებშიც თავსდება 60 პირი. საშუალოდ, 1 პაციმარზე გამოყოფილი უნდა იყოს საბადრაგო სამსახურის 3 თანამშრომელი, თუმცა რაოდენობები განსხვავდება ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სასჯელის სიმკაცრის მიხედვით. ასევე, არსებობს კატეგორიები, რომელთა გადაყვანაც განცალკევებით უნდა მოხდეს: ქალები, არასრულწლოვნები, უვადო თავისუფლებადკვეთილები, განსაკუთრებით საშიში პირები, ინფექციური სენით დაავადებული პირები და ა.შ.

გარე დაცვისა და ბადრაგირების სამმართველოს განკარგულებაშია 58 ავტომანქანა, რომლებიდანაც 42 თბილისში იმყოფება (№8 დაწესებულებასთან) და 2 - რუსთავეში. მანქანაში ჩასხდომის ლიმიტი შემდეგნაირია:

სურათი 3.2.3: გარე დაცვისა და ბადრაგირების სამმართველოს განკარგულებაში მყოფ ავტომანქანებში ჩასხდომის ლიმიტები



2016 წელს სამინისტროს 48 კლინიკასთან აქვს გაფორმებული ხელშეკრულება, ღირებულებით 2,260,707 ლარი. კლინიკებთან ანგარიშსწორება ხდება გაწეული მომსახურების შესაბამისად, ხოლო კლინიკების შერჩევა ხდება ფასთა კვლევის საფუძველზე.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა 2016 წლის 1 თვის მანძილზე გეგმური ამბულატორიული გადაყვანები სამოქალაქო სექტორის სხვადასხვა საავადმყოფოში. სამინისტროს მონაცემების მიხედვით, თვის მანძილზე სულ გადაყვანილი იქნა 195 პაციენტი 20 კლინიკაში, რომელთა უმრავლესობაც თბილისში მდებარეობს. პაციენტების 80% გადაყვანილია აღნიშნული 20 კლინიკიდან 6-ში:

- › სამედიცინო ცენტრი „ლანცეტი“
- › „ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი“
- › „ქირურგიის ეროვნული ცენტრი“
- › „ავერსის კლინიკა“
- › „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი“
- › ჩიჩუბის სამედიცინო ცენტრი „მზერა“

გადაყვანების თარიღების მონაცემთა ბაზიდან ჩანს, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ერთი დაწესებულებიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში გადაყავთ თითო პაციენტი ერთსა და იმავე საავადმყოფოში და პაციენტების ერთდროული ტრანსპორტირება არ ხდება.

იქიდან გამომდინარე, რომ ანალიზში მოხვდა მხოლოდ გეგმური გადაყვანები, შესაძლებელი იყო, აღმოჩენილი შემთხვევების უმეტესობაში, ზემოაღნიშნული გადაყვანის წესის დაცვით, მომხდარიყო რამდენიმე პაციენტის ერთად გაყვანა დაწესებულებიდან კლინიკაში.

გარდა ამისა, არსებობს პაციენტთა გაყვანა/გადაყვანის პროდუქტიულობის გაუმჯობესების შესაძლებლობაც.

ერთი დაწესებულებიდან პირთა ერთდროული ტრანსპორტირება შეამცირებს რიგებს და ხელს შეუწყობს საბადრაგო რესურსის პროდუქტიულ გამოყენებას, თუმცა ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია სასჯელაღსრულების სისტემის სპეციფიკურობა და გადაყვანის დროს არსებული რისკები უსაფრთხოების დაცვა. შესაბამისად, ერთდროულად ტრანსპორტირებადი პაციენტები უნდა განისაზღვროს რისკების გათვალისწინებით.

დასკვნა

აუდიტის დაკვირვებით, ურგენტული შემთხვევით სავადმყოფოში გაყვანილია რეგისტრირებული შემთხვევების 26%. მათგან მნიშვნელოვანია ურგენტული შემთხვევების 13%, რომლებიც რეგისტრირებული იყვნენ და რიგს ელოდებოდნენ, მაგრამ გართულებული მდგომარეობის გამო გახდნენ სასწრაფოდ გადასაყვანები.

სამინისტროს მიერ არ არის განსაზღვრული კრიტერიუმები, რომელიც ადგენს თუ რა შემთხვევაში უნდა მოხდეს პაციენტის ჰოსპიტალში გადაყვანა. აღნიშნულის შესახებ 2017 წლის ივნისამდე გადაწყვეტილებას იღებდა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის 1 პასუხისმგებელი პირი, (შემდგომ პერიოდში კომისია) ხოლო გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე სტანდარტით დადგენილი ვადები გარკვეულ შემთხვევაში დაცული არ იყო. შედეგად, ბრალდებულებს/მსჯავრდებულებს უწევდათ რიგში დგომა, რაც ზოგ შემთხვევაში იწვევდა მათი მდგომარეობის გაუარესებას და გადაუდებელი აუცილებლობით მათ სასწრაფოდ გადაყვანას შესაბამისი პროფილის სავადმყოფოში.

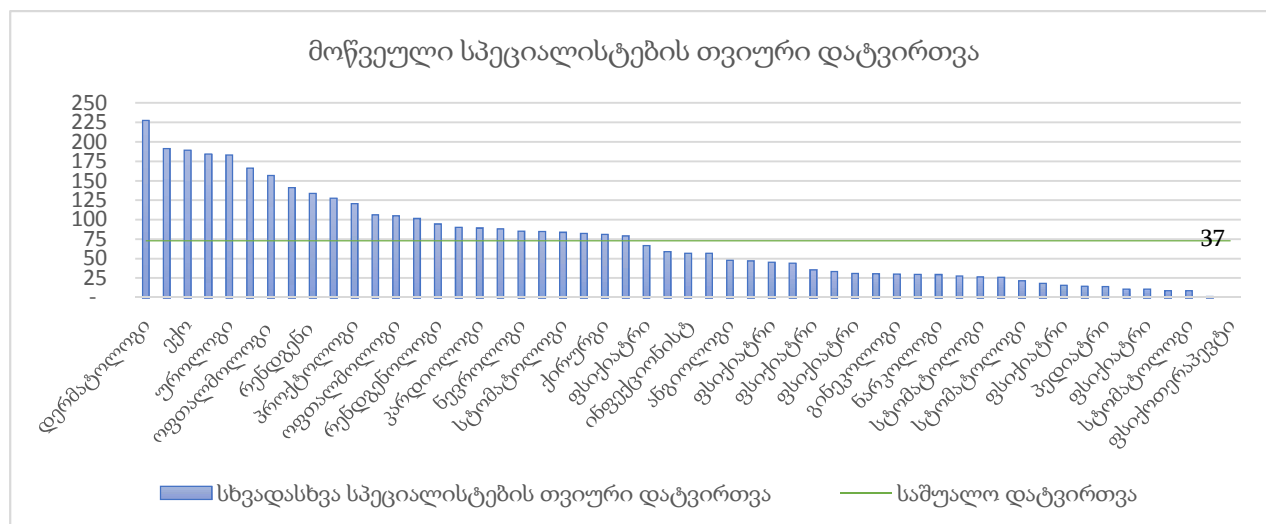
რიგების მართვის გაუმჯობესება და შესაბამისად პაციენტის დროული ჰოსპიტალიზაცია შესაძლებელია ბადრაგირების სერვისის პროდუქტიული გამოყენებით (შესაბამისი რისკების და უსაფრთხოების საკითხების გათვალისწინებით), რაც შეამცირებს ლოდინის პერიოდის და რიგს, ასევე გააუმჯობესებს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.

რეკომენდაციები

პაციენტის კლინიკებში გაყვანაზე არსებული რიგის შემცირების, საბადრაგო სამსახურის რესურსის პროდუქტიული გამოყენების მიზნით, თავისუფლებადკვეთილი პირების უსაფრთხო ტრანსპორტირებისა და ამ მიმართულებით არსებული სპეციფიკური რისკების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია შესაძლებლობის შემთხვევაში პაციენტების სამკურნალო დაწესებულებებში ბადრაგის თანხლებით გადაყვანა მოხდეს ერთდროულად (ერთი რეისით ერთი დაწესებულებიდან გადასაყვანი პაციენტების ერთდროული ტრანსპორტირება).

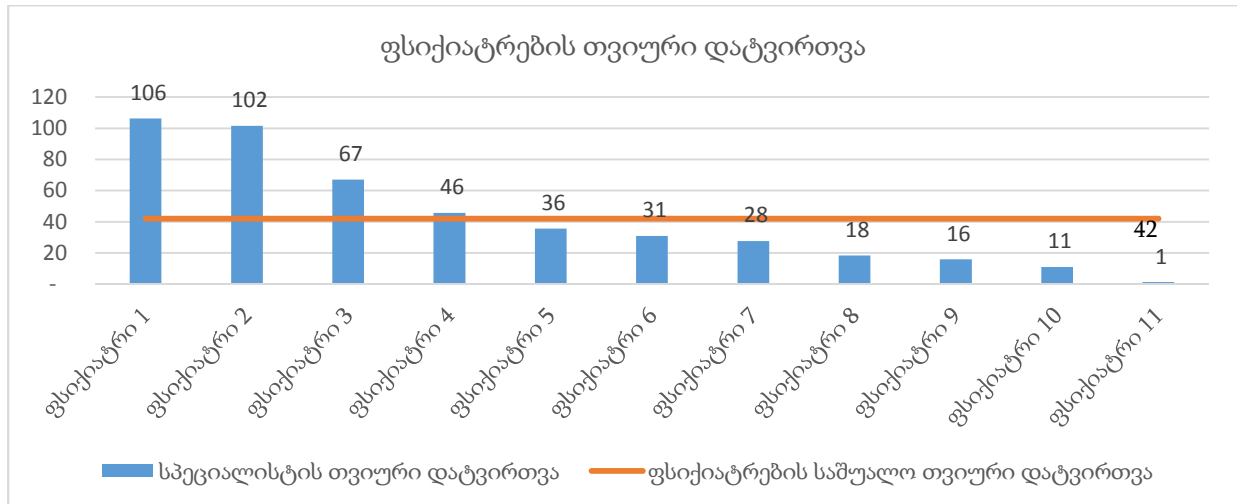
ექიმ-სპეციალისტების მიერ გაწეული საქმიანობის პროდუქტიულობის შესაფასებლად, ერთ-ერთი მაჩვენებელია პაციენტებისთვის გაწეული კონსულტაციების რაოდენობა. სამინისტროს მიერ დაქირავებული 52 ექიმ-სპეციალისტის მიერ მიღებულ პაციენტთა საშუალო თვიური რაოდენობა 73-ს შეადგენს¹⁷. თუმცა ექიმების დატვირთვა განსხვავდება სპეციალობების მიხედვით (იხ. გრაფიკი 4.1).

გრაფიკი 4.1: საშუალოდ 1 ექიმ-სპეციალისტის მიერ მიღებული პაციენტების რაოდენობა თვეში სპეციალობების მიხედვით

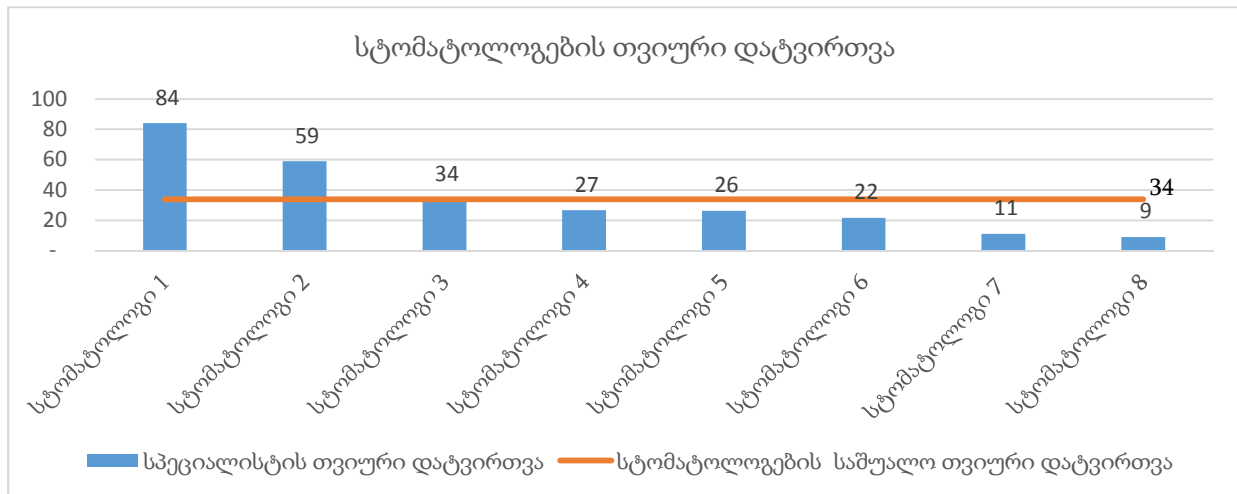


ექიმების განსხვავებული დატვირთვა პირდაპირ არ გულისხმობს განსხვავებულ პროდუქტიულობას, რადგან მოწვეული ექიმები სხვადასხვა სპეციალობების არიან და მათზე მოთხოვნაც შესაბამისად განსხვავებულია. თუმცა, ექიმების დატვირთვის ანალიზის¹⁸ შედეგად გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც განსხვავებულია ერთი და იგივე სპეციალობის ექიმების დატვირთვა, რაც მოცემულია გრაფიკებზე 4.2 და 4.3:

გრაფიკი 4.2: სხვადასხვა ფსიქიატრის საშუალო ყოველთვიური დატვირთვა



გრაფიკი 4.3: საშუალოდ 1 სტომატოლოგის მიერ მიღებული პაციენტების რაოდენობა თვეში



ფსიქიატრების განსხვავებული დატვირთვა პირდაპირ არ გულისხმობს ექიმების განსხვავებულ პროდუქტიულობას, რადგან ფსიქიატრები მონაწილეობენ სუიციდის პრევენციის პროგრამაში და ამ მიმართულებით მათ დამატებითი დატვირთვა აქვთ.

პროდუქტიულობის კარგ მაგალითად შეგვიძლია მივიჩნიოთ ექიმები, რომლებიც საშუალოზე მაღალი რაოდენობის პაციენტებს იღებენ თვის განმავლობაში. მაგალითად, სტომატოლოგი, რომლის საშუალო დატვირთვაა 84 პაციენტი თვეში და შრომის ანაზღაურება 1,200 ლარია - ანუ

¹⁸ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული მომსახურების 2016 წლის სექტემბრის, ოქტომბრის და ნოემბრის მონაცემები.

ერთი პაციენტის სტომატოლოგიური მომსახურება სამინისტროს უჯდება 14 ლარი, რაც ბაზარზე არსებულ ფასთან შედარებით საკმაოდ იაფია. ეს დადებითი მოვლენაა, რადგან საბიუჯეტო სახსრების ეკონომიურ ხარჯვას იწვევს.

თუმცა, გრაფიკიდან ჩანს, რომ ზოგიერთი სტომატოლოგის დატვირთვა საშუალოზე გაცილებით დაბალია (11, 9 პაციენტი თვიურად). შედეგად, შესაბამისი ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია სპეციალისტების თანაბარზომიერი გადანაწილება სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. 2017 წლის აპრილიდან დაინერგა მოწვეული სპეციალისტების მიერ ანგარიშის წარმოდგენის მექანიზმი, სადაც ისინი აღწერენ თვის მანძილზე სხვადასხვა დაწესებულებაში გაწეულ საქმიანობას. თუმცა, მექანიზმის ეფექტიანად ფუნქციონირებისთვის აუცილებელია, მოხდეს შეგროვებული მონაცემების ანალიზი და შედეგებზე დაყრდნობით მათი მომსახურების პროდუქტიულობის გაუმჯობესება.

დასკვნა

ექიმ-სპეციალისტების მიერ გაწეული საქმიანობის პროდუქტიულობის შესაფასებლად, ერთ-ერთი მაჩვენებელია პაციენტებისთვის გაწეული კონსულტაციების რაოდენობა. სამინისტროს მიერ დაქირავებული 52 ექიმ-სპეციალისტის მიერ მიღებულ პაციენტთა საშუალო თვიური რაოდენობა 73-ს შეადგენს¹⁹. ერთი და იმავე სპეციალობის ექიმების დატვირთვა ზოგ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად განსხვავებულია, რაც მათ განაწილებაში არსებული ნაკლოვანებაზე მიუთითებს. რესურსების პროდუქტიული გამოყენებისათვის მნიშვნელოვანია მათ მიერ გაწეული კონსულტაციების ანალიზი, მიღებული შედეგების შეფასება და თანაბარზომიერი დატვირთვის უზრუნველყოფა.

რეკომენდაცია

სამედიცინო სერვისების დროულობის ხელშეწყობისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესების მიზნით, სამინისტრომ უზრუნველყოს მოწვეული სპეციალისტების დატვირთვისა და საქმიანობის ანალიზი. მნიშვნელოვანია სამინისტრომ აღნიშნული ანალიზის საფუძველზე განსაზღვოს ექიმ-სპეციალისტების გადანაწილება სხვადასხვა დაწესებულებებში.

5. №18 სამედიცინო დაწესებულების პროდუქტიულობის პრობლემა

„ციხის საავადმყოფო“ ევროპის ბევრ ქვეყანაში არ ან აღარ ფუნქციონირებს და სასჯელაღსრულების სისტემას კერძო ან საჯარო სექტორის სამედიცინო დაწესებულება ემსახურება (იხ. თავი 2.3 - საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა).

საქართველოს შემთხვევაში არსებული პრაქტიკით, სასჯელაღსრულების დაწესებულებებს ემსახურება როგორც სასჯელაღსრულების სისტემაში მოქმედი №18 დაწესებულება, ასევე კერძო საავადმყოფოები.

№18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება არის სამინისტროს სისტემაში შემავალი დამოუკიდებელი ორგანიზაციული წარმონაქმნი. დაწესებულების ფუნქციაა კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გაწევა სხვადასხვა დაწესებულებაში მყოფ და გადმოყვანილ ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის, მათი მდგომარეობის შეფასება,

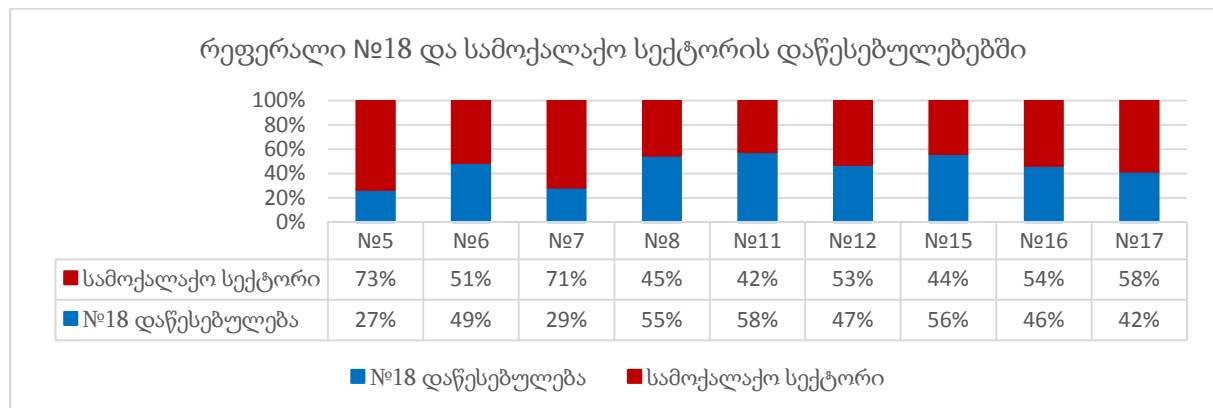
¹⁹ საშუალო თვიური მაჩვენებელი დათვლილია შერჩეული 3 თვის მიხედვით (2016 წლის სექტემბერი, ოქტომბერი, ნოემბერი)

პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში.

საავადმყოფოში მრავალპროფილურია და ფუნქციონირებს სხვადასხვა განყოფილებები. სამინისტროს პენიტენციური დაწესებულების დებულებით განსაზღვრულია №18 დაწესებულებაში ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა განთავსების ლიმიტი, რომელიც შეადგენს 140 ერთეულს.

დაწესებულების მიერ ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის მომსახურების გაწევის შესაძლებლობა დამოკიდებულია არსებული სამედიცინო აღჭურვილობის გამართულ მუშაობაზე, სახარჯი მასალის, რეაქტივების, მედიკამენტების მუდმივ და უწყვეტ მომარაგებაზე და შესაბამისი (როგორც რაოდენობრივად, ისე კვალიფიკაციით) კადრის - ექიმ სპეციალისტის ყოლაზე. აქედან გამომდინარე, როდესაც პაციენტს ესაჭიროება ისეთი ტიპის მკურნალობა, რომლის გაწევის შესაძლებლობაც კონკრეტულ პერიოდში №18 დაწესებულებას არ აქვს (აპარატურის გაუმართაობის ან კონკრეტულ პერიოდში სამედიცინო პერსონალის არ ყოფნის გამო), ხდება მისი გადაყვანა სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში შეჯამებულია 2015-2016 წლების მანძილზე აღმოსავლეთ საქართველოში მდებარე დაწესებულებებიდან მე-18 სამედიცინო დაწესებულებასა და სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გაყვანილი პაციენტების რაოდენობები.

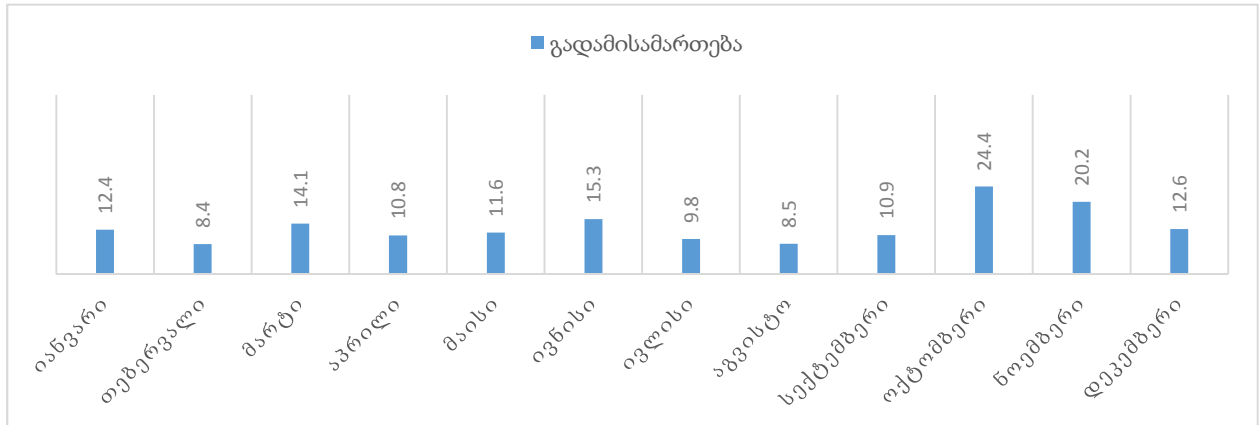
გრაფიკი 5.1: აღმოსავლეთ საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან №18 დაწესებულებაში და სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გაყვანილი პაციენტების რაოდენობები



როგორც გრაფიკიდან ჩანს, №18 დაწესებულებაში გადაყვანილი პაციენტების რაოდენობა უმეტეს შემთხვევაში სამოქალაქო სექტორში გადაყვანილი პაციენტების რაოდენობაზე ნაკლებია. თავის მხრივ, №18 დაწესებულება 2013 წლიდან გარემონტდა და ახალი სამედიცინო ტექნიკით აღიჭურვა, თუმცა, სამინისტროს ანგარიშებიდან ირკვევა, რომ საერთო პროფილის საავადმყოფოებში გაყვანის პრაქტიკა არ შეცვლილა და მათი რაოდენობა თითქმის იგივე დარჩა, შესაბამისად განხორციელებული ინვესტიციის მიუხედავად, მსჯავრდებულთა გადამისამართება მაინც ხდება სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში.

ამასთან, მონაცემთა ბაზების ანალიზით გამოვლინდა, რომ მდგომარეობის სირთულის და აპარატურის გაუმართაობის მიზეზით, წლის მანძილზე უშუალოდ სასჯელაღსრულების №18 საავადმყოფოში მოხვედრილი პაციენტების საშუალოდ 12% (მკურნალობის პროცესში) მისამართდება სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში.

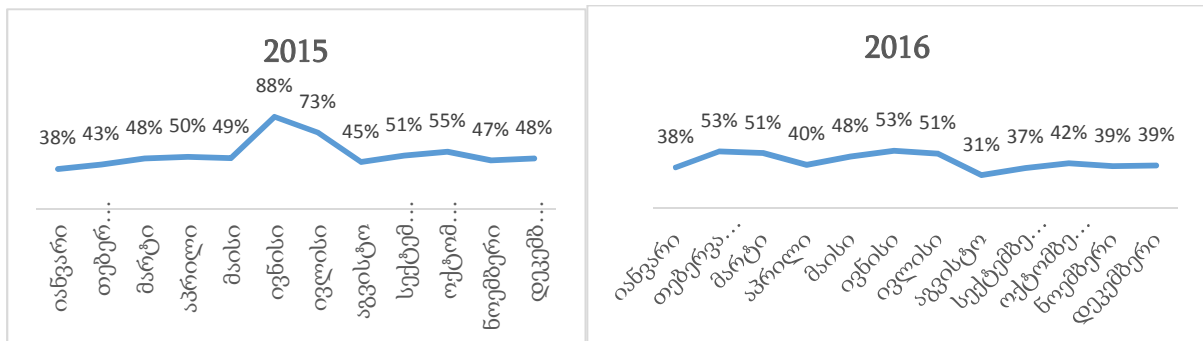
გრაფიკი 5.2: №18 დაწესებულებიდან კერძო სექტორის საავადმყოფოებში პაციენტების გადამისამართება პროცენტულად (2016 წელი)



საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ №8 დაწესებულებიდან, რომელიც იგივე კომპლექსში მდებარეობს, სადაც №18 სამედიცინო დაწესებულება, პაციენტების 45% სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გაყავთ, რაც პირდაპირ მიანიშნებს №18 დაწესებულების ფუნქციონირების პრობლემაზე.

აღნიშნულის მიზეზების გამოსავლენად, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა დაწესებულების დატვირთვა. გაანალიზდა 2015-2016 წლებში მიღებული სტაციონარული პაციენტების რიცხვი. სტატისტიკა თვეების მიხედვით მოყვანილია ქვემოთ მოცემულ გრაფიკებზე.

დიაგრამა 5.3: 2016 წელს №18 დაწესებულების საშუალო თვიური დატვირთვა პროცენტულად



ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ 2015-2016 წლებში დაწესებულების დატვირთვის დიაპაზონი 31-55%-ს შეადგენდა, და მხოლოდ 2015 წლის ივნისსა და ივლისში იყო დატვირთვის მაღალი მაჩვენებელი.

ჩატარებული ინტერვიუების შედეგად გამოირკვა, რომ მწყობრიდანაა გამოსული ბიოქიმიური ანალიზატორი, რენტგენის აპარატი, ასევე, სრულად არ არის აღჭურვილი ლაპარასკოპიის ვიდეო მონიტორი და ამიტომ მისი გამოყენება არ ხდება.

№18 დაწესებულებისა და კერძო სექტორის მომსახურების ხარჯების შედარება

აღსანიშნავია, რომ რადგან №18 დაწესებულებას არ აქვს მომსახურებების პრეისკურანტი და არ ხდება ხარჯების დათვლა ნოზოლოგიების მიხედვით მომსახურებებზე, აუდიტის მიერ მოხდა დაწესებულების მთლიანი ხარჯის გაყოფა გატარებული პაციენტების რაოდენობაზე. გატარებული პაციენტების რაოდენობაში შედის როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული პაციენტები,

რომლებიც რამდენიმე თვის განმავლობაში იყვნენ დაწესებულებაში. შესაბამისად, ცხადია, რომ კალკულაციაში შესაძლოა საშუალო მონაცემიდან იყოს გადახრა, თუმცა, აღსანიშნავია, რომ აუდიტის მიერ იგივე პრინციპით არის დათვლილი საშუალო ხარჯი სამოქალაქო სექტორის დაწესებულებების შემთხვევაშიც.

№18 დაწესებულებაში, პენიტენციური სისტემის სპეციფიკის გათვალისწინებით ფუნქციონირებს ხანგრძლივი მოვლის პირთა განყოფილება, იმ ბრალდებულებისთვის/მსჯავრდებულებისთვის, რომლებიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით საჭიროებენ მუდმივ სამედიცინო მეთვალყურეობას. ამასთან, სამკურნალო დაწესებულება, გარდა ადგილზე ჩატარებული ოპერაციებისა უზრუნველყოფს სამოქალაქო სექტორში ჩატარებული ოპერაციების შემდგომ, პაციენტთა პოსტოპერაციულ მართვას სრულ გამოჯანმრთელებამდე, რათა სასჯელის მოხდის ადგილზე დაბრუნების შემდგომ, თავიდან იქნეს აცილებული შესაძლო გართულებები.

ცხრილი 5.4: №18 დაწესებულების ხარჯების შედარება სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გადაყვანილ პაციენტებზე გაწეულ ხარჯებთან

		№18 დაწესებულება	საერთო პროფილის საავადმყოფოები
2015	პაციენტები	3,594	3,972
	ხარჯები (ლარი)	4,841,401	1,851,432
2016	პაციენტები	2,425	3,866
	ხარჯები (ლარი)	4,651,518	1,551,215

2016 წლის ხარჯების ანალიზიდან ირკვევა, რომ №18 სამედიცინო დაწესებულების წლიური ხარჯი 4.65 მილიონი ლარია. დაწესებულება 2016 წელს 2,425 პაციენტს მოემსახურა (როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული მომსახურება), რაც საშუალოდ 1 პაციენტის მომსახურებაზე 1,918 ლარის დანახარჯს წარმოადგენს. რაც შეეხება პატიმრების სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში გადაყვანას, 2016 წლის მანძილზე გადაყვანილია 3,866 პაციენტი, და დახარჯულია დაახლოებით 1.5 მილიონი ლარი, რაც საშუალოდ ერთ შემთხვევაზე 401 ლარს შეადგენს.

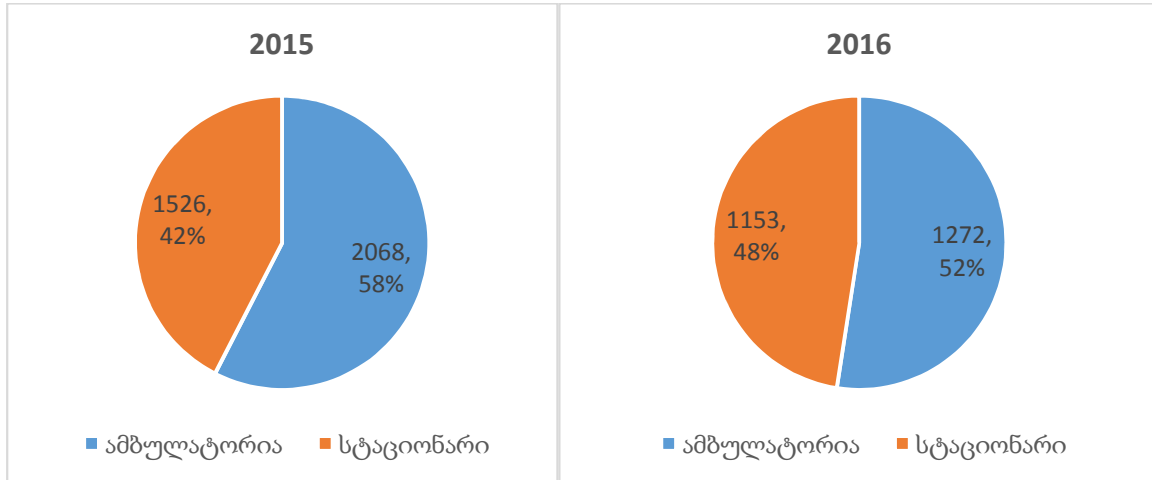
ზემოთ აღნიშნულ გამოთვლებში არ შედის პაციენტების ტრანსპორტირების ხარჯები, რადგან №8 სასჯელაღსრულების დაწესებულების გარდა (რომელიც იგივე კომპლექსში მდებარეობს სადაც №18 საავადმყოფო) სხვა დაწესებულებებიდან პატიმრების გადაყვანა როგორც №18 დაწესებულებაში, ისე სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში დაკავშირებულია ერთნაირ რესურსთან, თუ არ ჩავთვლით ბადრაგის პერსონალის რაოდენობას. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ბადრაგის თანამშრომლებს აქვთ ფიქსირებული ხელფასი და მათ მიერ პატიმრის გადაყვანა არ იწვევს დამატებითი ხარჯის გაწევას.

თავის მხრივ, №18 დაწესებულებაში პატიმრის მკურნალობისას საბადრაგო პოსტის გახსნა არ არის საჭირო, რაც აუცილებელია სამოქალაქო სექტორის კლინიკებში. შესაბამისად, №18 დაწესებულებაში პაციენტის მკურნალობით იზოგება საბადრაგო რესურსი.

№18 დაწესებულების ხარჯების 85-90%-ს წარმოადგენს ფიქსირებული - სახელფასო და კომუნალური ხარჯები. სახელფასო ხარჯები, რომელიც სრული ხარჯების $\frac{3}{4}$ -ია, პაციენტების რაოდენობის მიხედვით არ იცვლება.

ქვემოთ მოცემულ გრაფიკზე მოცემულია 2015-2016 წლებში №18 დაწესებულების მიერ მიღებული ამბულატორიული და სტაციონარული პაციენტების თანაფარდობა.

გრაფიკი 5.5: №18 დაწესებულების მიერ მიღებული ამბულატორიული და სტაციონარული პაციენტების თანაფარდობა 2015-2016 წლებში



თუ 43%-ით დატვირთული №18 საავადმყოფო მოემსახურა 1,153 პაციენტს, 100%-ით დატვირთვის შემთხვევაში, პაციენტების რაოდენობა 2,681 იქნებოდა. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ დავუშვებთ, რომ მედიკამენტების ხარჯები გაწეული იყო მხოლოდ სტაციონარულ პაციენტებზე, 2,681 პაციენტის შემთხვევაში, ხარჯი გაიზრდებოდა 697,605 ლარამდე, ანუ საერთო დანახარჯი იქნებოდა 5,049,153 ლარი, რაც ერთ პაციენტზე ხარჯს 1,277 ლარამდე ამცირებს.²⁰ აღნიშნული თანხა (1,277 ლარი) მნიშვნელოვნად ნაკლებია ამჟამინდელ დანახარჯზე - 1,918 ლარზე. თუმცა, მაინც აღემატება სამოქალაქო სექტორის კლინიკებში გადაყვანილ პაციენტებზე გაწეულ ხარჯს (401 ლარი 2016 წელს). ამასთან, კერძო სექტორში პაციენტების სრულად გადაყვანის შემთხვევაში გაიზრდება საბადრაგო ხარჯები, ვინაიდან პაციენტების მკურნალობის პროცესში საჭირო გახდება კლინიკებში საბადრაგო პოსტების გახსნა (რაც დაკავშირებულია ადამიანურ რესურსთან, ასევე უსაფრთხოებასთან).

საავადმყოფოს დეპარტამენტების დატვირთვის ანალიზი

საავადმყოფოს ნაწილობრივი დატვირთვა პირდაპირ აისახება მისი დეპარტამენტების დატვირთვაზე. შესაბამისად, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა №18 დაწესებულების სხვადასხვა დეპარტამენტების ფუნქციონირება 2016 წლის მანძილზე.

²⁰ იმ პირობებში თუ საავადმყოფო მიიღებდა იგივე რაოდენობის ამბულატორიულ პაციენტებს.

ცხრილი 5.7: №18 დაწესებულების განყოფილებების მიერ გატარებული პაციენტების რაოდენობა 2016 წელს (შერჩეული დეპარტამენტები)

განყოფილება	გატარებული პაციენტების რაოდენობა	სახელფასო ხარჯი 2016 წელს (ლარი)	სახელფასო ხარჯი ერთ პაციენტზე (ლარი)
ქირურგია	302 (207 ოპერაცია)	342,600	1,134
ფსიქიატრიული	260	157,200	605
რეანიმაცია და ანესთეზია	165	155,400	942
თერაპია	73	135,000	1,849

- ქირურგიის დეპარტამენტში მუშაობს განყოფილების გამგე, 11 ექიმი, 15 ექთანი და 4 ექთნის ასისტენტი. ხელფასის წლიური ხარჯია 342,600 ლარი. დაწესებულების მონაცემების მიხედვით, წლის მანძილზე ჩატარდა 207 ოპერაცია.

განყოფილების ექიმებიდან 7 არის მორიგე ექიმი ზოგადქირურგიული სპეციალობით, რომელიც მუშაობს ყოველ მე-4 დღეს. აღნიშნული 7 ექიმის მიერ 2016 წელს სულ ჩატარებულია 38 ოპერაცია.

- განყოფილებებიდან ყველაზე მაღალი ხარჯი ერთ გატარებულ პაციენტზე დაფიქსირდა თერაპიის განყოფილებაში, რომელიც წლის მანძილზე სულ 73 პაციენტს მოემსახურა. ამ განყოფილების ხარჯი ერთ პაციენტზე 1,849 ლარს წარმოადგენს, მედიკამენტების და სხვა ხარჯების გარეშე.
- შედარებით მაღალი დატვირთვა (260 პაციენტი და 332 კონსულტაცია) აქვს ფსიქიატრიის განყოფილებას, სადაც 5 ექიმი მუშაობს. შესაბამისად, ამ დეპარტამენტის ფუნქციონირების პროდუქტიულობა სხვასთან შედარებით მაღალია.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, გარკვეული დეპარტამენტების დატვირთვა ძალიან მცირეა, რაც №18 სამედიცინო დაწესებულების პროდუქტიულობის პრობლემაზე მიუთითებს.

სამინისტროს განმარტებით, პატიმრების კერძო საავადმყოფოების მაგივრად №18 დაწესებულებაში გადაყვანა მოითხოვს ნაკლებ საბადრაგო რესურსს, რაც პაციენტის ლოდინის პერიოდის შემცირების საშუალებასაც იძლევა, რადგან რიგის ხანგრძლივობის ერთ-ერთ მიზეზად ბადრაგების არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა სახელდება²¹, ამავდროულად ციხის საავადმყოფოში უზრუნველყოფილია შესაბამისი უსაფრთხოება.

დასკვნა

ქვეყანაში მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამედიცინო მომსახურების შერეული მოდელია დანერგილი, რაც გულისხმობს იმას, რომ პატიმრებს მომსახურებას უწევს როგორც №18 დაწესებულება, ისე კერძო სექტორის კლინიკები.

²¹ იხილეთ ქვეთავი 3.2.2

მიუხედავად იმისა, რომ „ციხის საავადმყოფოს“ და კერძო სექტორის ხარჯების ზუსტი გაანგარიშება შეუძლებელია შესაბამისი მონაცემების არარსებობის და ზუსტი შედარების შესაძლებლობის არარსებობის გამო, აუდიტის პერიოდში არსებული მოდელით მუშაობის პირობებში, მე-18 დაწესებულების ფუნქციონირება არ იყო ოპტიმალური. კერძოდ, თავისუფლებადკვეთილი პირების დიდი ნაწილი მკურნალობდა კერძო სექტორის კლინიკებში, №18 დაწესებულების რამდენიმე დეპარტამენტის დატვირთვა აუდიტის პერიოდში მინიმალური იყო, ხოლო გარკვეული დეპარტამენტები საკმარისად იყო დატვირთული.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, დაბალი დატვირთვით მუშაობდა №18 დაწესებულება, რომელსაც მაღალი ფიქსირებული დანახარჯი აქვს. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ დღეს არსებული მდგომარეობით, სახელმწიფოს ნაკლები უჯდება პატიმრების კერძო კლინიკებში მკურნალობა.

სამინისტროს განმარტებით, №18 დაწესებულების ფუნქციონირება უსაფრთხოების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია. თუმცა აუდიტის შედეგად გამოვლენილი გარემოებების შედეგად ნათელია, რომ მომსახურების პროდუქტიულობისთვის მნიშვნელოვანია სამინისტრომ იმსჯელოს №18 დაწესებულების ფუნქციონირებისა და ოპტიმალურობის გაუმჯობესებაზე.

რეკომენდაცია

იმ მიზნით რომ პროდუქტიული გახდეს თავისუფლებადკვეთილი პირებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება და შემცირდეს მაღალი დანახარჯები, მნიშვნელოვანია სამინისტრომ განახორციელოს №18 სამკურნალო დაწესებულების ხარჯეფექტიანობის ანალიზი, რის საფუძველზეც განიხილოს დაწესებულების ფუნქციონირების ოპტიმალურობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობები, კერძოდ:

- მოახდინოს დაწესებულების გაძლიერება და სრული დატვირთვა;
- ან დაწესებულებაში გააძლიეროს მხოლოდ გარკვეული პროფილური მიმართულებები და სხვა შემთხვევაში სრულად გადავიდეს კერძო სექტორის მომსახურებაზე.

ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

-) საქართველოს კანონი პატიმრობის კოდექსი, 2010 წელი;
-) საქართველოს კანონი სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ, 2017;
-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ბრძანება №31, 2015 წლის 22 აპრილი;
-) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-25/ნ, 2013 წლის 19 ივნისი
-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ბრძანება №149, 2015 წლის 19 ოქტომბერი;
-) საქართველოს მთავრობის დადგენილება №275 საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ, 2015 წლის 19 ივნისი

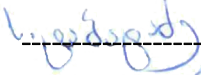
სახელმძღვანელოები და პუბლიკაციები:

-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო - სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის განვითარების 2014-2017 წლების სამოქმედო გეგმა;
-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სისტემის სტატისტიკის წლიური ანგარიში, 2015;
-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სისტემის სტატისტიკის წლიური ანგარიში, 2016;
-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საქმიანობის წლიური ანგარიში, 2016;
-) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - Health in prisons - A WHO guide to the essentials in prison health;
-) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - Prison Health as part of Public Health, Copenhagen; Recommendation no. R (98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison, 2003;
-) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - World Health Organization, Regional Office for Europe: Prisons and Health; Competences of and Support for Prison Clinical Staff

ვებ-გვერდები:

-) საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო - www.moc.gov.ge
-) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - www.moh.gov.ge
-) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი - www.ncdn.ge
-) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია - www.who.int

აუდიტორთა ხელმოწერა

სახელი, გვარი	თარიღი	ხელმოწერა
ნინო ხატისაშვილი (აუდიტორი)	---25.12.2017--	
სესილი ტაბატაძე (აუდიტორ-ასისტენტი)	---25.12.2017--	
ანა ჯანიაშვილი (აუდიტორ-ასისტენტი)	---25.12.2017--	
თამარ ბურჯანაძე (აუდიტორ-ასისტენტი)	---25.12.2017--	

