საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში

„სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მონიტორინგი

თბილისი

2020 წელი

სარჩევი

შესავალი 3

კვლევის მეთოდოლოგია 6

1. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი მიმოხილვა 7

2. „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამა 10

3. მუნიციპალიტეტებში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგები 12

3.1. ინფრასტრუქტურის შეფასება 12

სოფლის ამბულატორიების ინფრასტრუქტურის შშმ პირებისათვის სივრცის მოწყობის და ადაპტირების მიმოხილვა 18

3.2. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით უზრუნველყოფა 21

3.3. იმუნიზაციის სერვისის მიწოდება 22

3.4. „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პერსონალის ანაზღაურება 24

დასკვნა 26

დანართი №1 28

შესავალი

ახალი კორონავირუსით (Covid-19) გამოწვეული მსოფლიო პანდემიის პირობებში, არაერთ სახელმწიფოში ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა დიდ გამოწვევად იქცა. ჯანდაცვასთან დაკავშირებული თემები დღეს უკვე უსაფრთხოების, პოლიტიკური, სამართლებრივი, უფლებრივი და ეკონომიკური დისკუსიების ნაწილია. თუმცა, საქართველოს სახალხო დამცველისთვის, რომლის კონსტიტუციური ვალდებულებაა ქვეყანაში ადამიანის უფლებების რეალიზაციაზე ზედამხედველობა, ჯანმრთელობის, როგორც უფლების და მისი რეალიზაციის პერსპექტივაა მნიშვნელოვანი.

ადამიანის უფლებების დაცვის საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, ჯანმრთელობის უფლება არ არის მხოლოდ უფლება იყო ჯანმრთელი, ან უფლება, მის დასაცავად ხელი მიგვიწვდებოდეს შესაბამის სერვისებზე, ის უფრო ფართო და კომპლექსურ საკითხად არის მიჩნეული. გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის მე-14 ზოგადი კომენტარი განმარტავს, რომ „[....] ჯანმრთელობის უფლება მოიცავს სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების მთელ სპექტრს, რომელიც ხელს უწყობს იმდაგვარ პირობებს, სადაც ადამიანებს შეუძლიათ ჯანსაღი ცხოვრების წესით იცხოვრონ და რისთვისაც მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ფაქტორებია განმსაზღვრელი, როგორიცაა საკვები და მასზე ხელმისაწვდომობა, საცხოვრისი, უსაფრთხო სასმელ წყალზე წვდომა და ადეკვატური სანიტარული პირობები, უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო პირობები და ჯანსაღი გარემო“.[1]

ჯანმრთელობის დაცვის უფლების სხვადასხვა დეფინიციის[2] გაანალიზება მიუთითებს, რომ უფლება მოიაზრებს ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური მდგომარეობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტს, რომელიც, თავის მხრივ, დამოკიდებულია სახელმწიფოს დისკრეციის ზღვარსა და მის რესურსებზე; თუმცა საერთაშორისო სტანდარტი სახელმწიფოსაგან მოითხოვს, შეიმუშაოს ისეთი კანონმდებლობა და სამოქმედო გეგმა, რომლის მიხედვითაც, ჯანდაცვა უმოკლეს დროში ყველასათვის თანაბრად ხელმისაწვდომი იქნება. ამავე დროს, სახელმწიფო უნდა პასუხობდეს სოციალური სახელმწიფოს მოთხოვნებს, იმისათვის რათა წარმატებით მოახდინოს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების რეალიზაცია.

საქართველოს სახალხო დამცველი, წლებია, განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ქვეყანაში ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციის და დაცვის საკითხს. ის პერიოდულად აფასებს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებას. გამოვლენილი ინდივიდუალური საჭიროებები თუ სისტემური პრობლემები და მათი გადაწყვეტის რეკომენდაციები აისახება საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ ყოველწლიურ ანგარიშებში. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული უამრავი გამოწვევის

---

[1] გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, ზოგადი კომენტარი 14, ჯანმრთელობის მაღალი დონის მიღწევის უფლება, § 4 (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3bgwZsC> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[2] ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, მუხლი 12. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/35HswxX> ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, საინფორმაციო ფურცელი №31, უფლება ჯანმრთელობაზე, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3du3tkI>. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „ადამიანის უფლებები და ჯანმრთელობა“, 2017, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3bhLpse> ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, მუხ. 25, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/3drdO0E [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

მიუხედავად, წინამდებარე სპეციალურ ანგარიშში სახალხო დამცველი ყურადღებას ამახვილებს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კუთხით არსებულ გამოწვევებზე და წარმოადგენს რიგ რეკომენდაციებსაც.

პირველადი ჯანდაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანად მუშაობისათვის საჭირო უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობისათვის დროული და ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება. ის პირველი პასუხობს ჯანმრთელობის პრობლემებს და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს საზოგადოებაში, ხელს უწყობს დაავადებათა პრევენციას და ადრეულ გამოვლენას, მოიცავს მკურნალობასა და სარეაბილიტაციო სერვისებს.[3] ამ უმნიშვნელოვანესი ფუნქციის გათვალისწინებით, სახალხო დამცველმა გადაწყვიტა, ამ თემაზე ცალკე სპეციალური ანგარიში მოემზადებინა, რაც, თავის მხრივ, აპარატის ფარგლებში მსგავს დოკუმენტზე მუშაობის პირველი მცდელობაა.

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს მთავრობამ 2014 წელს მიიღო 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია.[4] ის არის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა, რომელშიც თავმოყრილია დარგის განვითარების საფუძვლები საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე აღიარებულ პრინციპებთან და ფასეულობებთან მიმართებით. დოკუმენტი, ასევე წარმოაჩენს ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი მახასიათებლებისა და პრიორიტეტული დაავადებების ეფექტიანი პრევენციისა და მართვის კუთხით გასატარებელი სტრატეგიული რეფორმებისა და სამოქმედო გეგმების ძირითად ასპექტებს. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა, პირველადი ჯანდაცვის განვითარების მიმართულებებსაც ითვალისწინებს.

2014 წლის ასოცირების შესახებ შეთანხმება, ერთი მხრივ, საქართველოსა და, მეორე მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერგიის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის, მოიაზრებს, რომ მხარეებმა უნდა განავითარონ თანამშრომლობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უსაფრთხოების დონის ამაღლებისა და ადამიანის უფლებათა დაცვის კუთხით, რაც მდგრადი განვითარებისა და ეკონომიკური ზრდის უმთავრესი კომპონენტია. თანამშრომლობა მოიცავს საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას ჯანმრთელობის სექტორის რეფორმის გაგრძელების, მაღალი ხარისხის ჯანდაცვის უზრუნველყოფის, ადამიანური რესურსების განვითარების, ჯანმრთელობის სფეროში მმართველობისა და დაფინანსების სრულყოფის გზით.[5]

ბოლო წლებში პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით ამოქმედებულ რამდენიმე პროგრამას შორის, მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებათა რეაბილიტაციისა და აღჭურვის 2019 წლის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია სამედიცინო დაწესებულებათა მშენებლობა, რეაბილიტაცია, აღჭურვა და ფუნქციონირების ხელშეწყობა. პროგრამის ფარგლებში, გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების მომსახურების მიწოდების და საჯარო შენობების

---

[3] ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ალმა-ატის პირველადი ჯანდაცვის კონფერენციის დეკლარაცია, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2zjhzX9> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[4] საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის დადგენილება №724 „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2WJIgwl>[ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[5] ასოცირების შესახებ შეთანხმება, ერთი მხრივ, საქართველოსა და. მეორე მხრივ, ევროკავშირს და ევროპის ატომური ენერგიის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის, მუხ. 355-356, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3fEoSJJ> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

მშენებლობისა და ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების მიზნით, ფინანსდება საჯარო შენობების მშენებლობისა და რეაბილიტაციის პროექტები.[6]

მნიშვნელოვანია, რომ გასულ წელს ცვლილებები შევიდა „2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ სახელმწიფო პროგრამაში. პროგრამის ადმინისტრირების ფუნქცია, რომელსაც სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებდა, სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს გადაეცა.[7]

გარდა ამისა, 2019 წლის ბოლოს საქართველოს ხელისუფლებამ ახალი რეფორმის წამოწყების თაობაზე განაცხადა - „მხოლოდ ერთობლივი სწორი ნაბიჯების დროა“, რომლის მნიშვნელოვანი კომპონენტია პირველადი ჯანდაცვის თვისებრივი და სისტემური ცვლილება. ამ ახალი რეფორმის ფარგლებში, იგეგმება ექიმების გადამზადება, ასევე, კლინიკების ინფრასტრუქტურის და ტექნიკური გაუმჯობესების კუთხით მუშაობის დაწყება და ხარისხის კონტროლის მექანიზმების დაწესება. საწყის ეტაპზე, თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, ხარჯეფექტიანობისა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დაცვის უზრუნველსაყოფად, მიზანშეწონილად ჩაითვალა, 2020 წლის 1 მაისიდან გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლად განისაზღვროს ის დაწესებულება, რომელთანაც, ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით რეგისტრირებული ბენეფიციარების რაოდენობა (ძირითადი კონტიგენტი) 13 000 ან მეტია. გამონაკლისი დაიშვება ქალაქების მუნიციპალიტეტებში არსებულ დაბებსა და სოფლებში მდებარე სამედიცინო დაწესებულებებზე, იძულებით გადაადგილებულ პირთა საოჯახო მედიცინის ცენტრებზე, სამედიცინო დაწესებულებებზე გეოგრაფიული წვდომის გათვალისწინებით. იგეგმება სამედიცინო პერსონალის კომპიუტერებით უზრუნველყოფა და ტელემედიცინის[8] სერვისის დანერგვა.

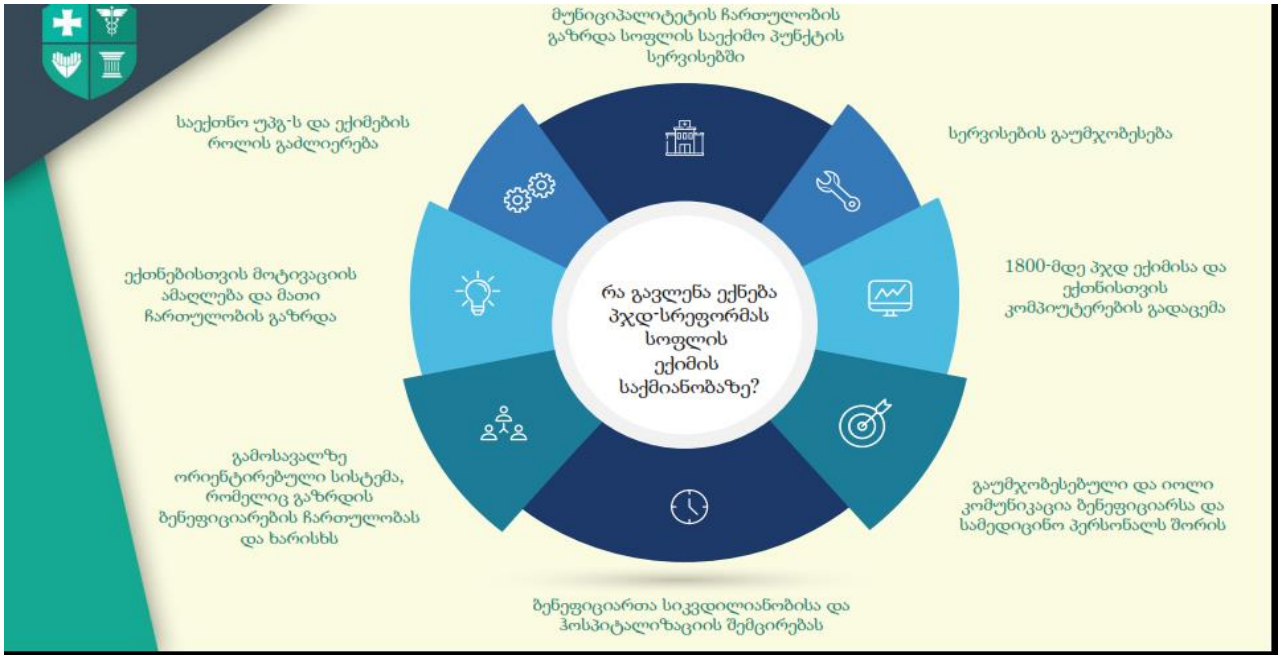
სამინისტრომ ამ ცვლილებების განხორციელების მოსალოდნელი შედეგები ქვემოთ მოცემული ჩარტით წარმოადგინა.

---

[6] საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 27 თებერვლის №120 დადგენილება „ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2WpLoyy> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[7] საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 25 სექტემბრის დადგენილება №465 „2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის №693 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2AbiRUv> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[8] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ტელემედიცინას განმარტავს შემდეგნაირად: „სამედიცინო სერვისების მიწოდება იმ პირობებში, როდესად მანძილი გადამწყვეტი ფაქტორია და სამედიცინო პერსონალს შორის ინფორმაცია გაიცვლება დაავადებათა დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და პრევენციის, ასევე, ჯანდაცვის მუშაკთა უწყვეტი პროფესიული განათლების მიზნით. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3bbB1Cw> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].



წყარო: ჯანდაცვის სამინისტრო - პრეზენტაცია, „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა“, 2019 წლის 25 დეკემბერი

მიუხედავად ზემოაღნიშნული ინიციატივებისა, სახალხო დამცველის შეფასებით, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემა არაერთი გამოწვევის წინაშე დგას. აღნიშნულ გამოწვევებს კიდევ უფრო ამწვავებს და ამძაფრებს მსოფლიოში COVID-19-ის გავრცელება, რომელიც 2020 წლის 11 მარტს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ პანდემიად გამოცხადდა.[9] დღეისათვის მსოფლიოსა და ცალკეული ქვეყნების, ერთადერთი თუ არა, ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა COVID-19-თან ბრძოლა. პანდემიამ კიდევ უფრო ნათლად წარმოაჩინა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემები და ამ მხრივ არც საქართველოა გამონაკლისი. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი, საგანგებო მდგომარეობის მიუხედავად, აქტიურად მუშაობდა. აპარატის წარმომადგენლებმა გამოავლინეს საწყის ეტაპზე სოფლის ექიმებისათვის, გადაადგილებისა და სადეზინფექციო და დამცავი საშუალებებით უზრუნველყოფის კუთხით წარმოქმნილი პრობლემა,[10] თუმცა, როგორც აღინიშნა, სპეციალური ანგარიში **პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევებს** პანდემიის არარსებობის პირობებში, ჯანმრთელობის უფლების პერსპექტივიდან **განიხილავს** და ამ დოკუმენტის მიზანი არ არის პანდემიასთან ბრძოლის პროცესში ჯანრთელობის უფლების რეალიზაციისას წარმოქმნილი სირთულეების შეფასება.

კვლევის მეთოდოლოგია

წინამდებარე სპეციალური ანგარიშის მომზადების მიზნით, სახალხო დამცველის აპარატმა შეაფასა რიგი საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტები, ასევე გააანალიზა საერთაშორისო დოკუმენტები და სახალხო დამცველის რწმუნებულთა მიერ მოპოვებული და აპარატში ბენეფიციართა მიერ წარმოდგენილი საჩივრები.

[9] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, „კორონავირუსის დაავადების შესახებ განახლებული ცვლილებები (COVID-19)”, 2020, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/2SJwwZC [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].
[10] ინფორმაცია მოგვეწოდა სახალხო დამცველის აპარატის რეგიონალური ოფისებიდან.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, 2019 წლის მეორე ნახევარში, სახალხო დამცველის აპარატმა საქართველოს სხვადასხვა მუნიციპალიტეტში პირველად განახორციელა მონიტორინგი „სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით დადგენილი უფლებამოსილების ფარგლებში, რომელიც გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის მიერ შემუშავებულ ისეთ სახელმძღვანელო პრინციპებს ეყრდნობოდა, როგორიცაა სარწმუნო და ზუსტი ინფორმაციის მოპოვება, კონფიდენციალობის დაცვა, სანდოობა, მიუკერძოებლობა, ობიექტურობა, სენსიტიურობა და პროფესიონალიზმი, ზიანის მიუყენებლობა, მანდატის პატივისცემა, სტანდარტების ცოდნა, საღად განსჯა, კონსულტაციების გავლა, ხელისუფლების ორგანოებისადმი პატივისცემა, უსაფრთხოება, ქვეყნის თავისებურებათა გათვალისწინება, სიზუსტე, პატიოსნება და თვალსაჩინოება.[11]

მონიტორინგის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, საწყის ეტაპზე შემუშავდა მონიტორინგის ძირითადი ინსტრუმენტი, გამოვითხოვეთ სტატისტიკური და სხვა საჭირო ინფორმაცია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან და სხვა უწყებებიდან. მოგვიანებით კი, უშუალოდ ადგილზე შევისწავლეთ არსებული მდგომარეობა.

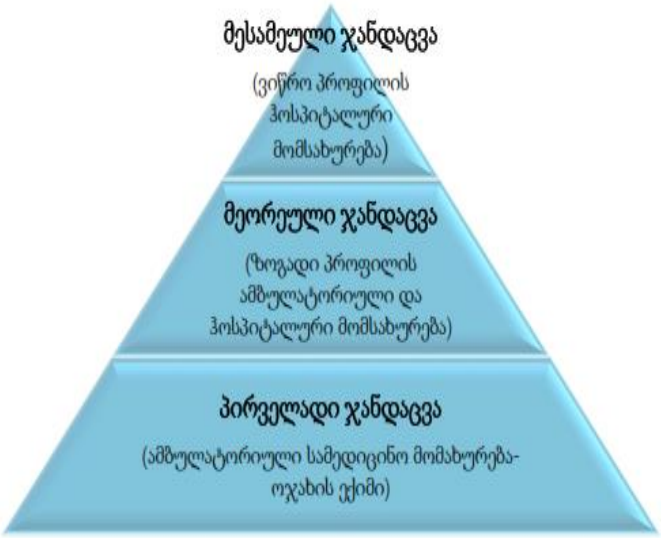
მონიტორინგის ვიზიტებმა იმერეთის, აჭარის, კახეთის და ქვემო ქართლის რეგიონებში, საქართველოს 16 მუნიციპალიტეტის 70 სოფლის ამბულატორია მოიცვა.[12] მონიტორინგი რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდების გამოყენებით შემუშავებულ რამდენიმე ინსტრუმენტს ეყრდნობოდა: შესამოწმებელ დაწესებულებათა ვიზუალური დათვალიერება და სამედიცინო პერსონალთან ჩატარებული ინტერვიუს კითხვარი, ასევე, ვიზიტების დროს, აპარატის წარმომადგენლები, რიგ შემთხვევებში, აკვირდებოდნენ სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესსაც. გასაუბრებისთვის ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს მეთოდი იქნა შერჩეული. თვისებრივი ინტერვიუ ჩატარდა წინასწარ შედგენილი კითხვარის მეშვეობით. სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრება მიმდინარეობდა ინდივიდუალურად ან ჯგუფურად, ძირითადად, განცალკევებით და მშვიდ გარემოში, ინტერვიუს ნებისმიერ ეტაპზე შეწყვეტის უფლებით და კონფიდენციალობის დაცვის გარანტირებით.

1. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი მიმოხილვა

ჯანდაცვის სისტემა შესაძლოა წარმოვიდგინოთ პირამიდის სახით, რომლის საფუძველსაც წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვა, მეორეულ დონეს - რაიონული, მუნიციპალური საავადმყოფოები, ხოლო მწვერვალს, ანუ მესამე დონეს - სპეციალიზებული კლინიკები. პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა ეხება დაავადებათა სპექტრის ყველა საფეხურს, მაშინ როდესაც ჯანდაცვის მეორეული და მესამეული რგოლი პასუხისმგებელია აღნიშნული სპექტრის მხოლოდ ორ ეტაპზე (მსუბუქი დაავადება, მძიმე დაავადება).
პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, თავისი ეფექტიანი საქმიანობით, ხელს უწყობს ჯანმრთელი საზოგადოების ჩამოყალიბებას და საგრძნობლად ამცირებს არა მარტო ეროვნული ჯანდაცვის

[11] გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისარი, „სახელმძღვანელო ადამიანის უფლებების მონიტორინგის შესახებ“, პროფესიული ტრენინგების სერია №7, თავი 5, ძირითადი პრინციპები, ჟენევა, ISBN 92-1-154137-9.
[12] მონიტორინგის ადგილების დეტალური ნუსხა იხილეთ დანართი №1-ში.

ხარჯებს, არამედ თითოეული პირის სამედიცინო ხარჯებსაც. საყოველთაოდ ცნობილია მარტივი დებულება, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განკურნება ადრეულ ეტაპზე, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული პათოლოგიების მკურნალობა.[13]



ცხრილი №1- ჯანდაცვის სისტემის პირამიდა.[14]

სოფლის ექიმები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) მიიჩნევს, რომ პირველადი ჯანდაცვა არსებითი და აუცილებელია და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის და ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანადგომას ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით.[15] საქართველოში, სახელმწიფო, წლებია ახორციელებს „სოფლის ექიმის“ პროგრამას, რომლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, ასევე, გეოგრაფიული არეალისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაფართოება.

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელში, პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი, როგორც სისტემის „მეკარიბჭე“, საჭიროების შემთხვევაში ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას (აწარმოებს მიმართვების მენეჯმენტს, კოორდინაციას უწევს ამ სერვისების გაწევას). მისი მიზანია, აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარება და ჯანდაცვის ხარჯები.[16] ჯანდაცვაზე დანახარჯების და სიკვდილიანობის შეკავების კვლევის თანახმად (როჩესტერის უნივერსიტეტი), პაციენტებში, რომლებიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ და არა

[13]საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი, სასწავლო კურსი „პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <http://www.gfma.ge/documents/PHC.pdf> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[14] ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში „ჯანმრთელობის მდგომარეობა მსოფლიოში - პირველადი ჯანდაცვა: ახლა უფრო მეტი, ვიდრე ოდესმე“, 2008 წ. გვ. 55. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/3bctVxp [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[15] ალმა-ატის პირველადი ჯანდაცვის კონფერენციის დეკლარაცია, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/2zjhzX9 [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[16] ჯ. მაკინკო, ბ. სტარფილდი, „პირველადი ჯანდაცვის სისტემების წვლილი ჯანმრთელობის შედეგების მიღწევებში ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) ქვეყნებში 1970-1998 წწ“, (2003) ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/2yIfjbU [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

სპეციალისტებს, აღინიშნებოდა 33%-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19%-ით დაბალი სიკვდილიანობა.[17] ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული როგორც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტიანი ხარჯვა, ისე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.[18]
საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია გეგმური ამბულატორია, რომელიც დიდ როლს თამაშობს ჯანდაცვის სისტემის გამართულად ფუნქციონირებაში. პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ჯანდაცვის სისტემაში წარმოადგენს ერთგვარ ფუნდამენტს, ვინაიდან პირველად კონტაქტს პაციენტი სწორედ პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან ამყარებს. სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა კი, საშუალებას იძლევა, გარკვეული დაავადებები ამბულატორიულად იმართოს, პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლების ჩართულობით, რათა თავიდან იქნას აცილებული გართულებული შემთხვევები.

როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება სახელმწიფო პრიორიტეტად არის გამოცხადებული. 2014 წელს მიღებულ მთავრობის დადგენილებაში, „2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ“, მითითებულია, რომ „პირველადი ჯანდაცვისა და სხვადასხვა პრევენციული მომსახურების მიმართულებით განხორციელდება მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის კუთხით ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებების პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან“.
2014 წელს, პირველად ჯანდაცვასთან დაკავშირებით სახელმწიფოს მიერ გაცხადებული ხედვისა და გეგმების მიუხედავად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2018 წელს გამოქვეყნებულ ანგარიშში, „პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში“,[19] გამოვლენილი პრობლემების გადასაჭრელად ქვეყანას შემდეგი რეკომენდაციები მიეცა:

- პირველადი ჯანდაცვა საჭიროებს ძირეულ რეფორმებს. აღმასრულებელმა ხელისუფლებამ (ჯანდაცვის სამინისტრომ) უნდა შეიმუშაოს პირველადი ჯანდაცვის შესრულების ინდიკატორები და სამიზნე ნიშნულები
- დაინერგოს ახალი სერვისები, განსაკუთრებით, არაგადამდები დაავადებების პრევენციასა და მკურნალობაში არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად
- უნდა გაიზარდოს სოფლის ექიმების ანგარიშვალდებულება, ჯანდაცვის სამინისტროსთან შესრულების ინდიკატორებზე ანგარიშგებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების მეშვეობით
- დაინერგოს უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და ზედამხედველობის სისტემა პრობლემური სფეროების გასაუმჯობესებლად

---

[17] პ. ფრანსი, კ. ფისცილლა, „პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმები და სპეციალისტები როგორც პირადი ექიმები. ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯები და სიკვდილიანობის გამოცდილება“, (1998) ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/2WHuABZ [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].
[18] თ. ვერულავა, „პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია“, ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, №2. (2015) ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3fED9pW> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].
[19] ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში, 2018, გვ. 10, 20, 22, 26-27, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: https://bit.ly/2YKWY8I [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

- ეფექტიანი სქემის მოძიების მიზნით, უნდა განხორციელდეს შესრულების მიხედვით ანაზღაურების სქემები, რათა სასურველი შედეგები და სტიმულები დაუკავშირდეს პირველადი ჯანდაცვის ყველა აქტორს - ინდივიდებსა და ორგანიზაციებს.

ამავე ანგარიშში მითითებულია, რომ პირველად ჯანდაცვაზე მიმართული რეგულაციები სუსტია. საქართველოს არა აქვს უკუკავშირის მექანიზმები. არ ტარდება ინსპექტირება, ზედამხედველობა, აუდიტი. ყოველივე ეს შეფასებულია, როგორც მონაცემთა შეზღუდული გამოყენება პოლიტიკის, მართვის და კლინიკური პრაქტიკის მიმართულებით სწავლებისა და შესრულების გასაუმჯობესებლად.[20]

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის სიტუაციური ანალიზის - პრობლემების, ბარიერებისა და გამოწვევების, ასევე, საჭიროებების გამოვლენის მიმართულებით, აქტიურად მუშაობენ არასამთავრო ორგანიზაციებიც. 2019 წელს Welfare Foundation-მა ჩაატარა კვლევა „სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის მიღწევის ძირითადი ბარიერი". კვლევის მიხედვით, „მთავარ ბარიერად მიჩნეულია პოლიტიკური ნების არარსებობა, ის, რომ პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას/გაძლიერებას არ მიენიჭა უმაღლესი პრიორიტეტი და არ მოექცა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისათვის მნიშვნელოვანი ამოცანების სათავეში. საჭიროა გაძლიერდეს სახელმწიფოს, როგორც ხარისხის მაკონტროლებლის, მარეგულირებლის როლი პირველად ჯანდაცვაში. უნდა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება იქნება შედეგებზე თუ შესრულებაზე დაფუძნებული (results-based თუ performance-based). სახელმწიფომ დაფინანსების სისტემით და შესაბამისი რეგულაციებით უნდა უზრუნველყოს არასწორი მოტივატორების გაუქმება და სწორი მოტივაციის შექმნა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის, რომ სწორად იქნას აღქმული და გატარებული პროვაიდერების და ექიმების მიერ „სისტემის მეკარიბჭის" როლი, სათემო პრინციპის გაძლიერება, პრევენციაზე და ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე აქცენტის გაზრდით. პარალელურად აუცილებელია არასაჭირო რეფერალების, ზედმეტი კვლევების, პოლიპრაგმაზიის[21] შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანა და დაავადებების დროულ გამოვლენათა რიცხვის მნიშვნელოვანი ზრდა".[22]

2. „სოფლის ექიმის" სახელმწიფო პროგრამა

პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს სახელმწიფო ორი სახელმწიფო პროგრამით აფინანსებს: „სოფლის ექიმის" და „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის" პროგრამის გეგმური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მთავარი მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საქართველოში პირველად ჯანდაცვას სოფლად „სოფლის ექიმის" სახელმწიფო

[20]ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, პირველადი ჯანდაცვის ხარისხი საქართველოში, 2018, გვ. 21, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2YKWY8I> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[21] ავადმყოფისათვის ერთდროულად გაუმართლებლად მრავალი წამლისა და სამკურნალო პროცედურის დანიშვნა.

[22] Welfare Foundation, საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი, „სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი", ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3cux8u0> ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

პროგრამა უზრუნველყოფს. მნიშვნელოვანი როლი პროგრამაში აკისრია ექიმს, რომელიც სოფლად ოჯახის ექიმია.

პირველადი ჯანდაცვის პროგრამა[23] 2009 წლიდან ამოქმედდა. სოფლად მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო ხელშეკრულებას ფიზიკურ პირთან - სოფლის ექიმთან/ექთანთან/ფერშალთან აფორმებდა. 2019 წლის 1 ნოემბრიდან პროგრამაში შევიდა ცვლილება[24] და პროგრამის ადმინისტრირების ფუნქცია სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს გადაეცა. ამავე ცენტრს დაეკისრა 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. სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის პერიოდში ეს ცვლილება ჯერ კიდევ არ იყო განხორციელებული და სოფლის ექიმები სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო დაქვემდებარებაში რჩებოდნენ.

უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები, ფუნქციების მიხედვით, განსხვავდებიან სოფლების და მუნიციპალიტეტის დონეზე. 2009 წლიდან სოფლის ექიმები არიან ინდმეწარმე/ფიზიკური პირები, რომლებიც უმეტესად განთავსებულნი არიან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორიებში, მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში არსებულ შენობებსა და ხანდახან საკუთარ სახლებშიც კი. მუნიციპალურ დონეზე პოლიკლინიკები და ამბულატორიები ინტეგრირებულია სამედიცინო ცენტრებში/ჰოსპიტლებში. ამასთან, დიდ ქალაქებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების უმეტესობა პრივატიზებულია.

ზოგადად, სოფლის ექიმების დაფინანსების არსებული მოდელის მიხედვით, სახელმწიფო ფიზიკური პირისგან/ინდმეწარმისაგან - სოფლის ექიმისგან შეისყიდის სამედიცინო მომსახურებას. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ამჟამად ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის ქონების ნაწილი სახელმწიფო საკუთრებაშია (მათ მართავს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო), ნაწილი მუნიციპალიტეტებს გადაეცა საკუთრებაში, ნაწილი კი კერძო საკუთრებაა. მონიტორინგის დროს კერძო მესაკუთრეთა შენობებში განლაგებული საექიმო პუნქტების თუ ამბულატორიების ნაწილს[25], მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, საქმიანობის შეწყვეტის საფრთხე ემუქრებოდა, ვინაიდან მესაკუთრე იჯარის გადახდას ან ოთახების დაცლას ითხოვდა.

---

[23] საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №119/ნ „2009 წლის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 15, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2Wm455V> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[24] საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 5 ნოემბრის დადგენილება № 517, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2SWln7J> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[25] სოფლების - იორმუღანლოს, გუგუთის, სართიჭალას, არაშენდას ამბულატორიები/საექიმო მომსახურეობის პუნქტები.

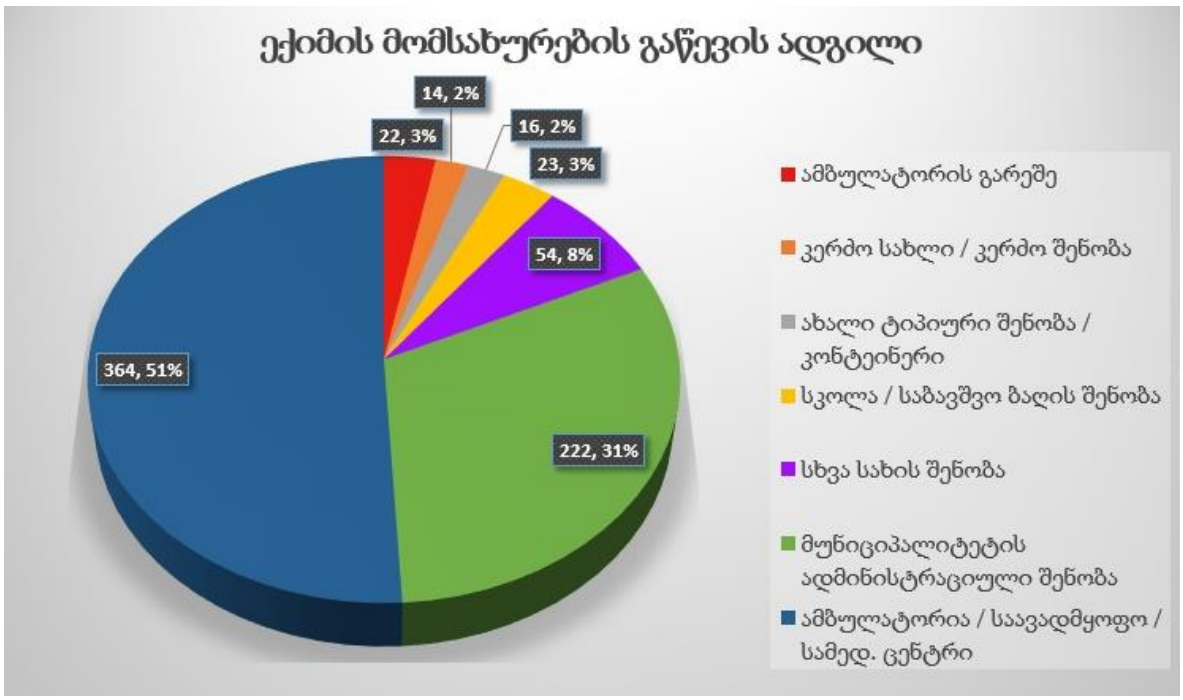
3. მუნიციპალიტეტებში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგები

3.1. ინფრასტრუქტურის შეფასება

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჯერ კიდევ 2015 წელს შეისწავლა ტერიტორიულ ერთეულებში ამბულატორიების მდგომარეობა.[26] დასკვნის თანახმად, იმ დროისათვის ამბულატორიების უმეტესობა გასარემონტებელი ან ნაწილობრივ გასარემონტებელი იყო.

წყარო: სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, 2015 წელი, გვ. 30.

აუდიტის სამსახურმა ასევე განიხილა და ექიმების მხრიდან მომსახურების გაწევის ადგილების თაობაზე პროცენტული გადანაწილებები, შემდეგნაირად წარმოადგინა:



წყარო: სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, 2015 წელი, გვ. 28

[26] სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი, 2015 წ. გვ. 30.

ინფრასტრუქტურის ნაწილში **სახელმწიფო ადგენს** ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალურ მოთხოვნებს,[27] რომელთა თანახმად, ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელს უნდა ჰქონდეს მოსაცდელი და ექიმის საკონსულტაციო ოთახი. ექიმის საკონსულტაციო ოთახ(ებ)ი უნდა აღიჭურვოს საოფისე ავეჯით (საოფისე მაგიდა, პაციენტის გასასინჯი ტახტითა და სამედიცინო (მედიკამენტების/ინსტრუმენტების) კარადით. ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელს უნდა ჰქონდეს ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დასაცავად, შენობის დასასუფთავებლად და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, სანიტარული კვანძი, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები). ექიმის საკონსულტაციო ოთახ(ებ)ში უნდა იყოს ბუნებრივი განათება, გათბობა, ბუნებრივი ვენტილაცია. ამბულატორიული სერვისის მიწოდებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პირობები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის (მ.შ. პანდუსი).

დადგენილი სტანდარტი ასევე ითვალისწინებს უწყვეტი წყლითა და ელექტრომომარაგებით უზრუნველყოფას.[28] ამავე დროს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, ისევე როგორც ამბულატორიული სერვისის ნებისმიერი მიმწოდებელი, ვალდებულია, უზრუნველყოს სამედიცინო ნარჩენების მართვასთან დაკავშირებული ღონისძიებები უშუალოდ და გაუწიოს მას მონიტორინგი.[29]

სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის დროს შემდეგი ინფრასტრუქტურული მახასიათებლები ფასდებოდა:

- რამდენადაა უზრუნველყოფილი შესაბამისი ტერიტორიული ერთეული სამედიცინო დაწესებულების შენობით.[30] ცალკე შენობის არარსებობის შემთხვევაში (შენობაში არის თუ არა სველი წერტილები), სად ხორციელდება სამედიცინო მომსახურება
- რამდენად სუფთაა დაწესებულების ეზო (უნდა იყოს სუფთა და თავისუფალი ნარჩენებისაგან), ვინ უზრუნველყოფს მის დასუფთავებას და რა ფორმით; არის თუ არა ხელშეკრულება გაფორმებული ვინმესთან, როგორ ხდება საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანა. ასევე, სამედიცინო/ინფექციური ნარჩენები სპეციალიზებულ ორგანიზაციას გააქვს თუ დადგენილი წესის თანახმად გროვდება და ხარისხდება (არსებობს თუ არა შესაბამისი ხელშეკრულება დასუფთავების სამსახურებთან)[31]

---

[27]საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის ბრძანება №01-25/ნ „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3coGaZ7> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[28] საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, მუხლი 13, VI -6, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2ztGEia> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[29] საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 16 ივნისის დადგენილება №294 ტექნიკური რეგლამენტი -„სამედიცინო ნარჩენების მართვა“, მუხლი 4, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/35OFMkt> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

[30] 2015 წლის კვლევის შედეგად, ექიმის მომსახურების გაწევის ადგილის მიხედვით, შენობა-ნაგებობათა მხოლოდ 51% იყო სამედიცინო დაწესებულება (ამბულატორიას), დანარჩენ 49% შემთხვევაში, ექიმებს მომსახურების გაწევა მუნიციპალიტეტების, გამგეობების, სკოლებისა და საბავშვო ბაღების შენობებში უწევდათ.

[31] საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 16 ივნისის დადგენილება №294 „ტექნიკური რეგლამენტი -„სამედიცინო ნარჩენების მართვა“ დამტკიცების შესახებ“.

- მიეწოდება თუ არა ამბულატორიას მუდმივ რეჟიმში წყალი, დენი (სასურველია გაზიც). ასევე, უზრუნველყოფილია თუ არა სტაბილური კომუნიკაციის არხებით (ინტერნეტი)[32]
- ამბულატორიის შენობა (კედლები, იატაკი, ინვენტარი) არის თუ არა დაზიანებული[33]
- თუ იმუნიზაცია (აცრები) ამბულატორიაში ტარდება,იგზავნება თუ არა შეტყობინება საქმიანობის დაწყება/დასრულების შესახებ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში, ასევე, არის თუ არა ცალკე (ასაცრელი) კაბინეტი და თუ აკმაყოფილებს ის დადგენილ მოთხოვნებს.[34]

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ექიმის მომსახურების პუნქტების ნაწილში წყლის მიწოდებასთან დაკავშირებული პრობლემებია: არ არის ხელსაბანი, გამდინარე წყალი, დაზიანებულია წყალგაყვანილობის სისტემა. შესაბამისად, ამ დაწესებულებებში სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვა შეუძლებელია. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას გურჯაანის, დმანისის, გარდაბნის და ბოლნისის მუნიციპალიტეტების ამბულატორიებში. ოთახები, სადაც განთავსებულია ამბულატორიები, ასევე ვერ აკმაყოფილებს მინიმალურ მოთხოვნებს. კედლები და იატაკი დაზიანებულია, ფანჯრები არაჰერმეტულია.

სოფელ ფუთის და მუხროვანის ამბულატორიები

---

[32] საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, მუხლი 13, VI -6.

[33]საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 7 თებერვლის ბრძანება №01-5/ნ „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“.

[34] ჯანდაცვის მინისტრის 2015 წლის 19 ნოემბრის №01-57/ნ ბრძანება „პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარის და იმუნიზაციის მართვის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 1; საქართველოს მთავრობის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, მუხლი 7 და მუხლი 3, პუნქტი „ლ“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2WNmnfC> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

სოფლების - ჯიმითის, ნაზარლოს, კულაშის, ოლადაურის (აჭარა) ამბულატორიის ოთახები

მონიტორინგის პერიოდში (2019 წლის სექტემბერ-ნოემბერი) პრობლემური იყო სამედიცინო ნარჩენების გატანის საკითხი. მონიტორინგის განხორციელებისას ამბულატორიების ნაწილში[35] არ არსებობდა ხელშეკრულებები სამედიცინო ნარჩენების გატანასთან დაკავშირებით, ნარჩენები მცირე ზომის კონტეინერებში გროვდებოდა და საყოფაცხოვრებო ნარჩენთან ერთად, საერთო წესით გაჰქონდათ. თუმცა, ცალკეულ შემთხვევებში, ექიმებს სოფლად, თავად უწევდათ სამედიცინო ნარჩენების შეგროვება და შემგომ დაწვა ან მიწაში დამარხვა, რაც არსებულ სტანდარტებს არ შეესაბამება. ამ კუთხით განსხვავებული იყო აჭარის

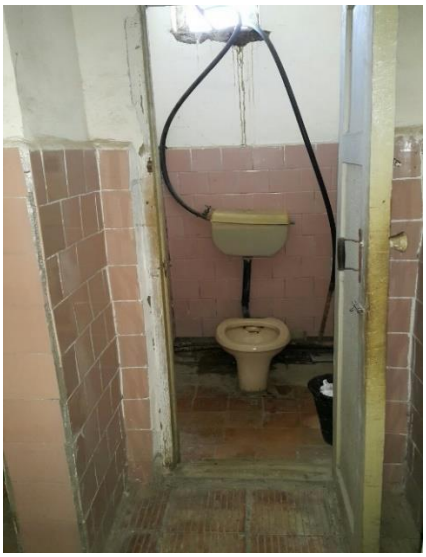
[35] სოფლები - ხაშმი, უჯარმა, კაკაბეთი, არაშენდა, გვიშტიბი, საზანო, კულაში, ამამლო, ოროზმანი, ირგანჩაი, იფნარი, გომარეთი.

რეგიონის მდგომარეობა, სადაც ნარჩენის და, მათ შორის, სამედიცინო ნარჩენის გატანას, ყველა მუნიციპალიტეტში ორგანიზებული სახე ჰქონდა.

ამბულატორიების ნაწილი, მაგალითად, სოფლებში: ***მეორე სვირი, თხინვალი, დედალაური, ივანდიდი, გვიშტიბი, ფუთი, კულაში, ბაში, ტყაჩირი, გომბორი, ჯიმითი, მუხროვანი,*** ზამთრის პერიოდში შეშით თბება, ნაწილი - ელექტროღუმელით. მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს გამართული გათბობის ცენტრალური სისტემა. ზოგიერთ დაწესებულებაში სისტემა დამონტაჟებულია, მაგრამ გაზი არ მიეწოდება, ანდა გაზის საფასურის გადახდა უშუალოდ პერსონალს უწევს.

მეორე სვირის, თხინვალის ამბულატორიები

ამბულატორიების ნაწილი, მაგალითად, სოფლებში - ჯიმითი, უჯარმა, გვიშტიბი, ჯანდარა, მუხროვანი, მაღლაკი, კირნათი, საჩინო - არ გარემონტებულა ბოლო პერიოდში, ამავე ამბულატორიებში არ არის/ან არ ფუნქციონირებს სველი წერტილები. ხშირ შემთხვევაში, ისინი განთავსებულია შენობის გარეთ და მინიმალურ სანიტარიულ-ჰიგიენურ სტანდარტებს არ შეესაბამება. სავალალო მდგომარეობაა გარემონტებული ამბულატორიების სანიტარიულ კვანძებში, სადაც უხარისხო რემონტის გამო, დაზიანებულია ინფრასტრუქტურა, მაგალითად, სოფლებში - არაშენდა, ბაკურციხე, მაღლაკი, ჭოგნარი.



სოფლების - ჯიმითის, უჯარმის, გვიშტიბის ამბულატორიები.

ასევე მწვავედ დგას ამბულატორიებში კომპიუტერული ტექნიკით უზრუნველყოფის და ინტერნეტის მიწოდების საკითხი. აჭარის გარდა, სხვა რეგიონებში არა აქვთ კომპიუტერები, ინტერნეტი. სოფლის ექიმები იძულებულები არიან, თანხა მესამე პირს გადაუხადონ, რათა ამ პირმა პაციენტებისთვის ჩატარებული იმუნიზაციის შესახებ და სხვა ინფორმაცია, შესაბამის ბაზებში ასახოს ან სახლში სამუშაო საათების შემდეგ შეიტანოს ინფორმაცია ელექტრონულად. გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ მათთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად, თუ ბაზებში შესაბამისი ინფორმაცია კონკრეტულ ვადაში არ აისახა, ან რამე ხარვეზი გამოიკვეთა, ექიმს ჯარიმა დაეკისრება.

გასაუბრების დროს ექიმები[36] აღნიშნავდნენ, რომ სისტემა გაუმართავია, პროგრამა ხშირად ხარვეზებით მუშაობს. შედეგად, დიდ დროს ანდომებს ინფორმაციის შეყვანას და ასახვას, თუ არ შეინახა ინფორმაცია, ამის გამოც ექიმი ჯარიმდება. კომპიუტერების და ინტერნეტის არქონის გამო არა აქვთ წვდომა მიმაგრებული პაციენტების ბაზებზე, და მათზე მიმაგრებული პაციენტის ისტორიის ნახვა არ შეუძლიათ. ასევე გაჭიანურებულია სისტემის იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში ბენეფიციარებისა და მათთვის ჩატარებული (მ.შ. წინა პერიოდში) გეგმური და არაგეგმური აცრების თაობაზე მოცულობითი ინფორმაციის ატვირთვა.

ზოგიერთ ამბულატორიას (მაგალითად, სოფლები - უჯარმა, პატარძეული, კაკაბეთი, ფუთი, მერისი) არ აქვს შემოღობილი ეზო, ან სავალი გზის პირას მდებარეობს, რაც ზაფხულობით მტვრის და ხმაურის პრობლემას ქმნის.

სოფლების - უჯარმის, პატარძეულის, კაკაბეთის ამბულატორიები.

[36] ამ პრობლემის შესახებ, სახალხო დამცველის წარმომადგენლებს მონიტორინგის პროცესში ინფორმაცია მიაწოდა იმერეთის და ქვემო ქართლის რეგიონში მომუშავე 15-მდე ექიმმა.

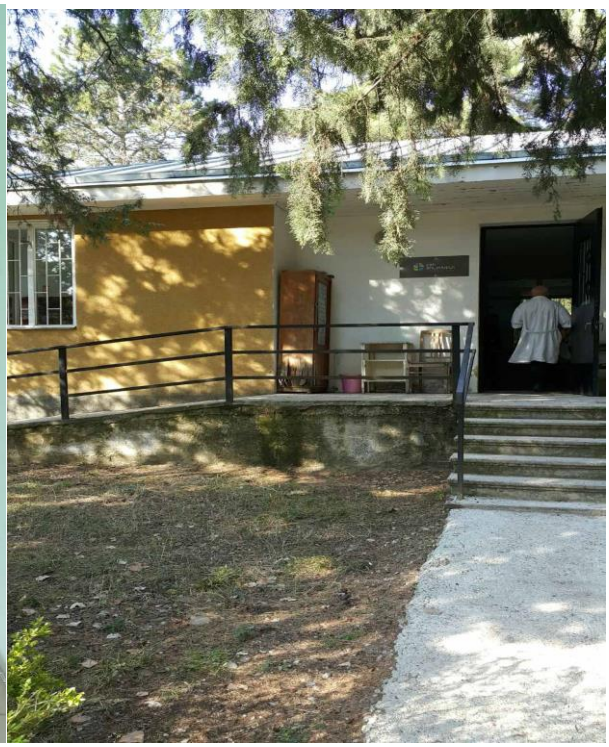
სოფლის ამბულატორიების ინფრასტრუქტურის შშმ პირებისათვის სივრცის მოწყობის და ადაპტირების მიმოხილვა

თანამედროვე საზოგადოებაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ადაპტაციის, ინდივიდუალური განვითარებისა და მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვის ხელშეწყობის, ამასთან, მათთვის ხელმისაწვდომი ფიზიკური გარემოს სტანდარტების გათვალისწინება პროექტირებისა და მშენებლობის პროცესში, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა. აღმასრულებელმა ხელისუფლებამ შეიმუშავა ტექნიკური რეგლამენტი,[37] რომელიც საზოგადოებრივი შენობა-ნაგებობების პროექტირებასა და მშენებლობაში გასათვალისწინებელია. რეგლამენტის მოთხოვნების შესასრულებლად საჭიროა მოეწყოს შედარებით განიერი გასასვლელები, დერეფნები, პანდუსები შენობა-ნაგებობების შესასვლელებში, ლიფტები ფართო კაბინებით. შენობა-ნაგებობები მიზანშეწონილია დაპროექტდეს უნივერსალური დიზაინის პრინციპების გათვალისწინებით. ტექნიკური რეგლამენტი განსაზღვრავს, თუ რა სიგანის უნდა იყოს დაწესებულების გასასვლელი (დერეფანი), ხოლო სამედიცინო მომსახურების კაბინეტებისა და დასასვენებელი ოთახების აღჭურვილობა და ავეჯი ისე უნდა განთავსდეს, რომ ეტლიანი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისათვის მოსახერხებელი იყოს დამოუკიდებლად მათში მოხვედრა. შენობა-ნაგებობებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები უნდა შედიოდნენ პანდუსის საშუალებით, რომელიც უსაფრთხო უნდა იყოს ნებისმიერ ამინდში და კონტრასტული ფერით გამოირჩეოდეს. პანდუსების კონსტრუქციები და მათი შემოკავება საჭიროა გაკეთდეს ცეცხლმედეგი მასალისაგან, ცეცხლმედეგობის ზღვარით, არანაკლებ 2 საათისა. შესასვლელი კარის წინ ბაქნის გაბარიტები უნდა შეესაბამებოდეს ეტლის ტრიალის რადიუსს. როცა პანდუსის სიგრძე 8 მ-ზე მეტია, მაშინ ბაქანი უნდა მოეწყოს ყოველი 6 მეტრის შემდეგ, სიგრძით 1,50 მ. პანდუსის ქანობი არ უნდა აღემატებოდეს 6%-ს (განსაკუთრებულ შემთხვევაში - 8%-ს).

სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის დროს ინახა ამბულატორიების ის ნაწილიც, რომლებიც აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (*USAID*) მხარდაჭერით აშენდა და გარემონტდა. ისინი აკმაყოფილებენ რეგლამენტის ზემოაღნიშნულ მოთხოვნებს. შენობები ერთსართულიანია, ადაპტირებული პანდუსებით და შიდა ინფრასტრუქტურით. თუმცა, ამბულატორიების უმრავლესობაში, რომლებიც მონიტორინგის ფარგლებში მოვინახულეთ, ან საერთოდ არ არის შშმ პირებისათვის ადაპტირებული გარემო, ან მოთხოვნებს მხოლოდ ვიზუალურად აკმაყოფილებს.

[37] საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის დადგენილება №41 „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული და გეგმარებით ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2LlB4RK> [ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

სოფლები, სადაც შენობაში შესასვლელები ადაპტირებულია: ტუზის, იორმუღანლოს, გიორგიწმინდას, ივანდიდის, ქანდარის, კაჭრეთის ამბულატორიები.



სოფლები, სადაც შენობაში შესასვლელები ადაპტირებულია: ტუზის, იორმუღანლოს, გიორგიწმინდას, ივანდიდის, ქანდარის, კაჭრეთის ამბულატორიები.

სოფლები, სადაც შენობაში შესასვლელები არ არის ადაპრიტებული: ბაკურციხის, ხაშმის, კულაშის ამბულატორიები.

სოფლები, სადაც შენობაში შესასვლელები არ არის ადაპრიტებული: კირნათის, მერისის, მუხროვანის ამბულატორიები.

3.2. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით უზრუნველყოფა

სოციალური მომსახურების სააგენტომ[38] 2014 წელს *ერთჯერადად* უზრუნველყო სოფლის ექიმები აუცილებელი მედიკამენტებით და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით, ექიმის ჩანთა (შევსებული) ასევე გადაეცემოდა ყოველ ახალ ექიმს. მოქმედ ექიმებს, უკვე მუშაობის პროცესში, საკუთარი ანაზღაურებიდან ყოველთვიურად უწევდათ სამედიცინო ჩანთის განახლება სამედიცინო პროდუქციის ხარჯვის გათვალისწინებით. ექიმები, რომლებიც ბევრ პაციენტს ემსახურებოდნენ, მეტს ხარჯავდნენ როგორც მედიკამენტების ჩანთის განახლებაში, ისე ტრანსპორტირებაში, ხოლო ექიმები, რომლებიც ნაკლებ დროს უთმობდნენ სოფლის ექიმად მუშაობას, ნაკლებ ხარჯს გასწევდნენ.

მომდევნო წლებში სოციალური მომსახურების სააგენტო აღნიშნული მედიკამენტების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების (გარდა ტონომეტრის და გლუკომეტრის) კომპლექტებს *6 თვეში ერთხელ შეავსებდა,* იმ ოდენობის ფარგლებში, რაც დადგენილი იყო სამედიცინო ჩანთის შესავსებად.[39] სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის პერიოდში, ექიმების განმარტებით, კომუნალური და ტრანსპორტირების ხარჯის გარდა, საჭირო მედიკამენტებსა და სამედიცინო ნივთებს ისევ საკუთარი ხარჯით ყიდულობდნენ, რადგან 6 თვეში ერთხელ შევსება საკმარისი არ იყო.

2019 წლის ნოემბრიდან კი, სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი

---

[38] ჯანდაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის ბრძანება №01-264-ო „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“.

[39] საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი №01/7191, 22/04/2019.

მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების კომპლექტს *მოთხოვნის შესაბამისად* განაახლებს.
მნიშვნელოვანია, რომ „სოფლის ექიმის“ და „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის“ სახელმწიფო პროგრამებში შეტანილმა ცვლილებებმა უზრუნველყონ წინა წლებში არსებული ხარვეზების ეფექტიანი და სწრაფი აღმოფხვრა.

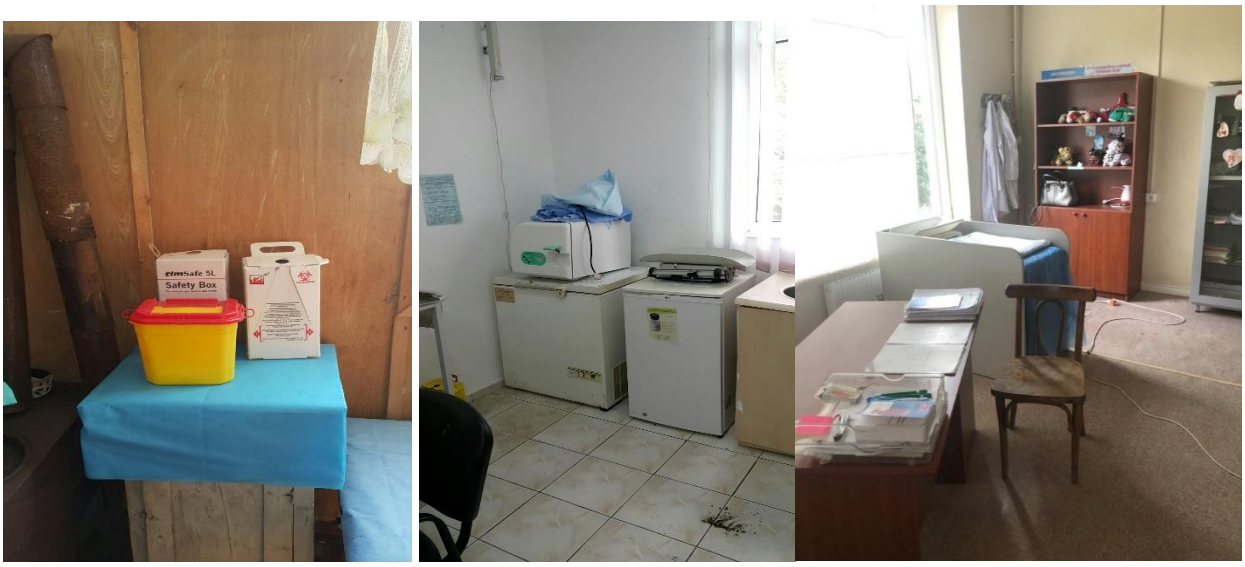
3.3. იმუნიზაციის სერვისის მიწოდება

ამბულატორიების უმრავლესობაში ტარდება იმუნიზაცია, რომელიც დადგენილ სტანდარტებს უნდა აკმაყოფილებდეს.[40] იმუნიზაციის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტის ვაქცინაციის კაბინეტი მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოთხოვნებს უნდა აკმაყოფილებდეს.[41] კაბინეტი უნდა იყოს სუფთა, მშრალი და დაცული მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედებისგან, მოსახერხებელი გადაადგილებისათვის როგორც ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის, ისე პაციენტის/თანმხლები პირისათვის. იმუნიზაციის სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტს სავალდებულოა ჰქონდეს ადგილი, სადაც პაციენტს და/ან მის თანხმლებ პირს ექნება დაყოვნების საშუალება როგორც ვაქცინაციამდე, ისე მის შემდეგ. კაბინეტს უნდა ჰქონდეს:
ა) მაგიდა ვაქცინებისა და საინექციო აღჭურვილობისათვის;
ბ) სკამი თანმხლები პირისთვის, რათა მან შეძლოს აცრის ჩატარების დროს ბავშვის დაჭერა სათანადო პოზიციაში და სამედიცინო ტახტი;
გ) გამდინარე წყლით, საპნითა და ხელსაწმენდი საშუალებებით აღჭურვილი ხელსაბანი ნიჟარა, აგრეთვე, ერთჯერადი ხელთათმანების მარაგი;
დ) პირველადი სამედიცინო დახმარების და ანტიშოკური საშუალებები: კორტიკოსტეროიდული ჰორმონები (ადრენალინი, პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონი და სხვ.), ანტიჰისტამინური პრეპარატები (სუპრასტინი, დიმედროლი და სხვ.), საგულე საშუალებები (ნიკეტამიდი, კოფეინი, კორგლიკონი და სხვ.), გლუკოზის ხსნარი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, ნიშადურის სპირტი, ბამბა, სპირტი, სათბური, ლახტი;
ე) მაცივარი და/ან ვაქცინმზიდი ყინულის ელემენტებით (რომელიც გამოიყენება, როგორც ვაქცინების ტრანსპორტირებისათვის, ისე აცრის ჩატარების პერიოდში ვაქცინის გახსნილი ფლაკონის სათანადო ტემპერატურაზე შესანახად), თერმომეტრი;
ვ) მაცივრის ტემპერატურის ყოველდღიური (დღეში ორჯერ) რეგისტრაციის ფორმა, რომელიც დაწესებულებაში ინახება 5 წლის განმავლობაში;
ზ) პენოპლასტის/პოროლონის საფენი და/ან ღრუბელი ვაქცინის ფლაკონისათვის;
თ) სათანადო საინექციო აღჭურვილობა აცრების ჩასატარებლად, ერთჯერადი შპრიცი ვაქცინების აღსადგენად;
ი) უსაფრთხო ყუთი გამოყენებული შპრიცების და ნემსების შესაგროვებლად (ერთჯერადი კონტეინერი ბასრი სამედიცინო ნარჩენების შესაგროვებლად).

[40] ჯანდაცვის მინისტრის №01-57/ნ ბრძანება „პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრის და იმუნიზაციის მართვის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 1.
[41] საქართველოს მთავრობის დადგენილება №359 „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“, მუხლი 7 და მუხლი 3, „ლ“ პუნქტი.

სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის პროცესში დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალთან შეხვედრების და შენობების დათვალიერების დროს გამოიკვეთა, რომ ხშირად ამბულატორიებში არ არის ცალკე სივრცე აცრების ჩასატარებლად. ვაქცინაცია ტარდება იმავე ოთახში, სადაც პაციენტების მიღება და სხვა პროცედურები მიმდინარეობს. ასევე პრობლემაა გამდინარე წყლით, საპნითა და ხელსაწმენდი საშუალებებით აღჭურვილი ხელსაბანი ნიჟარა.

სოფლების - ხაშმის, თუზის, მუხაესტატეს ამბულატორიები.



სოფლების - დედალურის, კირნათის, სართიჭალის ამბულატორიები.

ამავე დროს, მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ ყველა ამბულატორიას აქვს მაცივარი და/ან ვაქცინმზიდი ყინულის ელემენტებით (რომელიც გამოიყენება როგორც ვაქცინების ტრანსპორტირებისათვის, ისე აცრის ჩატარების პერიოდში ვაქცინის გახსნილი ფლაკონის სათანადო ტემპერატურაზე შესანახად), ასევე, თერმომეტრი, თუმცა რიგ ამბულატორიაში მოძველებული ელექტროგაყვანილობის და სხვა ხარვეზის გამო, მაცივრები არ გამოიყენებოდა ან დაზიანებული იყო. პერსონალის განმარტებით, ამ პრობლემის შესახებ მათ

უკვე შეატყობინეს სოციალური მომსახურების სააგენტოს და ელოდებოდნენ გადაწყვეტილებას.[42]

3.4. „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პერსონალის ანაზღაურება

„სოფლის ექიმის“ პროგრამის არასათანადოდ განვითარების ერთ-ერთ მიზეზად სახელდება სამედიცინო პერსონალის (ექიმების და ექთნების) დაბალი ანაზღაურება, რომელიც გაწეულ შრომას არ შეესაბამება. ეს სამედიცინო პერსონალს უკარგავს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევის მოტივაციას. სოფლად, ექიმი პრაქტიკოსი ექთნის დახმარებით, კოორდინაციას უწევს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებას. ისინი გვევლინებიან ქომაგებად, რომლებსაც აქვთ შესაძლებლობა, დაიცვან პაციენტები და დაეხმარონ მათ სამედიცინო მომსახურების სწორად შერჩევაში.
სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად - კომპონენტის ფარგლებში, კონტრაქტს აფორმებდა (ამჟამად ამას აკეთებს სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი) ფიზიკურ პირთან - სოფლის ექიმთან/ექთანთან/ფერშალთან. გამონაკლისი იყო საჩხერის, ყაზბეგის, თიანეთის მუნიციპალიტეტები და შიდა ქართლის ზოგიერთი სოფელი, სადაც სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო ხელშეკრულებას აფორმებდა დაწესებულებებთან (შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“, ს/ს „საჩხერის რაიონული საავადმყოფო პოლიკლინიკური გაერთიანება“ და შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“), რომლებიც თავად აფორმებენ კონტრაქტს მუნიციპალიტეტის სოფლის ექიმებსა და ექთნებთან, თავად ახდენენ მათთვის ასანაზღაურებელი თანხების ადმინისტრირებას და ამ სოფლებში ექიმებისა და ექთნების საქმიანობის მენეჯმენტს.[43] სოფლის ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრება თვეში 650 ლარის, ხოლო ექთნის/ფერშლის - თვეში 455 ლარის ოდენობით.
ანაზღაურების სიმცირესთან ერთად, ერთ-ერთი პრობლემა, რაზეც ექიმები ასევე საუბრობენ, არის შვებულების უფლებით სარგებლობა. პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლის მე-3 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სოფლის ექიმზე/ექთანზე საქართველოს ორგანული კანონი „საქართველოს შრომის კოდექსი“ არ ვრცელდება.

ჯანდაცვის სამინისტროს განმარტებით,[44] 2019 წლის ნოემბრიდან სოფლის ექიმს და სოფლის ექთანს/ფერშალს მიეცა უფლება, წინასწარი შეტყობინების და შეთანხმების საფუძველზე, ისარგებლოს თავისუფალი დღეებით - ერთი კალენდარული წლის განმავლობაში, მხარეებს შორის არსებული/გაფორმებული მომსახურების ხელშეკრულების ხანგრძლივობის პროპორციულად, ყოველ თვეზე არაუმეტეს 2 (ორი) კალენდარული დღისა, რომლის გამოყენება შესაძლებელია ნაწილ-ნაწილ ან უწყვეტად, მაგრამ, ერთჯერადად არაუმეტეს

[42] ინფორმაცია მოგვაწოდეს სოფლების - უჯარმის, ხაშმის, საჩინოს, დედალაურის, კულაშის ამბულატორიების ექიმებმა.
[43] საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი №01/10502, 07/06/2019.
[44] საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი №01/296, 13/01/2020.

დღეების ჯამური ოდენობის ნახევრისა, სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი კი უზრუნველყოფს მის ჩანაცვლებას. მიუხედავად თავისუფალი დღეებით სარგებლობისა, სოფლის ექიმზე, სოფლის ექთანზე/ფერშალზე გაიცემა მომსახურების ღირებულება.[45] ასევე, სოფლის ექიმებს/ექთნებს მიეცათ მიკრობიზნესის სტატუსის მქონე ფიზიკურ პირად დარეგისტრირების უფლება, რაც მათ ათავისუფლებს საშემოსავლო გადასახადისგან.[46]

სოფლის ექიმი/ექთანი დასაქმებულად არ მიიჩნევა, იგი მხოლოდ მომსახურების მიმწოდებელია, სახელმწიფო შესყიდვის ხელშეკრულების შესაბამისად. 2018 წლის 1 იანვრიდან სახელმწიფო შესყიდვის შესახებ ხელშეკრულებას დაემატა საჯარიმო სანქციების მუხლი, მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურების ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე გამოვლენილი დარღვევებისას სხვადასხვა ტიპის საჯარიმო სანქციების გამოყენების შესახებ. ამ მიმართულებით პრობლემები გამოიკვეთა აჭარის რეგიონის, დმანისის, ბოლნისის მუნიციპალიტეტების 30-მდე სამედიცინო პერსონალთან ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებში.[47] ექიმები აპროტესტებენ არაადეკვატურად მაღალ ჯარიმებს, განსაკუთრებით, ელექტრონულ პორტალზე ხარვეზით შეტანილი ინფორმაციის გამო. მათი მოსაზრებით, დაჯარიმება უნდა ხდებოდეს შეფასების სისტემის საფუძველზე, ინდიკატორების მიხედვით და სწორ სტიმულებზე იყოს ორიენტირებული. რეალურად, როდესაც სისტემა გაუმართავია, ონლაინ პროგრამა ხშირად შეფერხებებით მუშაობს. შედეგად, ექიმები საკმაოდ დიდ დროს ანდომებენ ინფორმაციის შეყვანას და ასახვას. ხოლო, თუ ინფორმაცია დროულად არ აისახა, ექიმი დაჯარიმდება ხარვეზის გამო.[48]

სოფლის ექიმები, ანაზღაურების სიმცირის გამო, იძულებულები არიან სხვა სამსახური შეითავსონ. ყველაზე ხშირად ეს არის სასწრაფოს ექიმის პოზიცია. ასევე ითავსებენ რაიონის პოლიკლინიკის ოჯახის ექიმის პოზიციას. ამ ვითარებაში, ასევე იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ ერთ ექიმს უწევს რამდენიმე სოფლის მომსახურება, იგი ვერ ახერხებს სამოქმედო არეალში არსებული ყველა სოფლის დროულად მონახულებას, რაც შეუძლებელს ხდის ოპტიმალური დახმარების ადრეული გაწევის პრინციპის დაცვას. ეს თავის მხრივ, სოფლის მოსახლეობისთვის ექიმის ხელმისაწვდომობის პრობლემას წარმოქმნის. ადგილობრივი დამხმარე პერსონალის (ექთნის) მოძიება, საექთნო განათლების და გადამზადების სისტემის ხელშეწყობა, მათი ანაზღაურების/მოტივაციის სქემების გადახედვა გარკვეულწილად შეარბილებდა ადგილზე არსებულ მწვავე მდგომარეობას.

---

[45] საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი №01/296, 13/01/2020.

[46] საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 6 ივნისის №268 დადგენილება „სპეციალური დაბეგვრის რეჟიმის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 29 დეკემბრის №415 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“.

[47] ინფორმაცია მოგვეწოდა აჭარის რეგიონის, დმანისის, ბოლნისის მუნიციპალიტეტების 30-მდე სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრებისას.

[48] Welfare Foundation, საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდი, „სუსტი პირველადი ჯანდაცვა - ჯანდაცვაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის ბარიერი“, გვ. 34, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://osgf.ge/publication/susti-pirveladi-jandacva-jandacvaze-sayoveltao-khelmisawvdomobis-barieri/ >[ბოლოს ნანახია 12.05.2020].

დასკვნა

მუნიციპალიტეტებში ჩატარებული მონიტორინგისა და არსებული მარეგულირებელი აქტების გაანალიზების საფუძველზე, სახალხო დამცველის შეფასებით, აუცილებელია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის და ეფექტიანობის გაზრდა.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარებული მონიტორინგი ცხადყოფს, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებები

- ცალკეულ რეგიონში უმოკლეს ვადებში საჭიროებენ ინფრასტრუქტურის მშენებლობა/რეაბილიტაციას
- მათი ფუნქციონირებისათვის, მნიშვნელოვანია, სამედიცინო პერსონალს ჰქონდეს იზოლირებული და ცალკე გამოყოფილი სამუშაო სივრცე, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს სანიტარიული წესების და ჰიგიენის სტანდარტის მინიმალურ მოთხოვნებს (წყალი, დენი, გაზი)
- მათ უნდა ჰქონდეთ სტაბილური კომუნიკაციის არხები (ინტერნეტი).
- მოწესრიგებული უნდა იყოს როგორც სამედიცინო, ისე საყოფაცხოვრებო ნარჩენების გატანის პროცედურა
- სამედიცინო მომსახურების გაწევის ადგილებში, შენობას, სასურველია ჰქონდეს შემოღობილი ეზო
- ამბულატორიების და საექიმო პუნქტების ნაწილი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის ადაპტირებული სივრცის მოწყობის სტანდარტებს არ აკმაყოფილებს.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების შემაკავებელ მნიშვნელოვან ფაქტორად ასევე გამოვლინდა სოფლად სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება, რომელიც სამედიცინო პერსონალის შეფასებით, მათ მიერ გაწეულ შრომას და ხარჯებს არ შეესაბამება. სოფლის ექიმების, ექთნების შრომითი პირობების ფრაგმენტული გაუმჯობესება პოზიტიურ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს, თუმცა შესაფასებელია სოფლის ექიმების და ექთნების შრომის პირობები (სამუშაო გარემო, შვებულების, ავადმყოფობის გამო გაცდენილი დღეების, ფიზიკური პირის სტატუსის), სოფლებში მათი ტრანსპორტირების, კომპიუტერული ტექნიკით, კომუნიკაციით და სხვა აუცილებელი ინვენტარით აღჭურვის საკითხები. ამ პროცესში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს აქტიური ჩართულობა და დამატებითი ფინანსების გამოყოფა.

ასევე აუცილებელი საჭიროებაა უწყვეტი პროფესიული განათლების სავალდებულო სისტემის დანერგვა „სოფლის ექიმის“ პროგრამაში ჩართული სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. ასევე, ოჯახის ექიმის სპეციალობაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების სახელმწიფო დაფინანსების უზრუნველყოფა, რაც გაზრდის ექიმების მოტივაციას, აღნიშნულ აქტივობებში მიიღონ აქტიური მონაწილეობა.

რეკომენდაციები

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრს:

- გამოვლენილი საჭიროებების და საბიუჯეტო რესურსების გათვალისწინებით, დროულად უზრუნველყოს ამბულატორიების მშენებლობა და რეაბილიტაცია რეგიონებში მოსახლეობისთვის ამბულატორიული მომსახურების მისაწოდებლად

- შესაბამისი სოფლების ამბულატორიებში გაატაროს ღონისძიებები წყლის მიწოდების უზრუნველსაყოფად, რაც მნიშვნელოვანია სანიტარიულ-ჰიგიენური სტანდარტების დასაცავად; ასევე უზრუნველყოს სათანადო სტანდარტებით სველი წერტილების მოწესრიგება

- უზრუნველყოს სოფლების ამბულატორიებში გათბობის სისტემების და საშუალებების დამონტაჟება და ტექნიკურად გამართვა

- უზრუნველყოს სოფლების ამბულატორიებში იმუნიზაციის სერვისის გაუმჯობესება

- საჭიროებისამებრ, უზრუნველყოს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული სამედიცინო პერსონალი/დაწესებულება შესაბამისი ტექნიკით და საკომუნიკაციო ინტერნეტარხებით

- უზრუნველყოს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული სამედიცინო პერსონალი/დაწესებულება სამედიცინო და სხვა ტიპის ნარჩენების გატანის და დასუფთავების სერვისების დროული და სრულყოფილი მიწოდებით

- საბიუჯეტო რესურსებისა და ინფლაციის მაჩვენებლების გათვალისწინებით, გაზარდოს „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ოდენობა.

დანართი №1

სოფლის ამბულატორიები/საექიმო პუნქტები მუნიციპალიტეტების მიხედვით, სადაც ჩატარდა სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგი (2019 წლის სექტემბერ-ნოემბერი)

წყალტუბოს მუნიციპალიტეტი

1. მაღლაკი
2. პატრიკეთი
3. ოფშკვითი
4. ტყაჩირი
5. გვიშტიბი

ხონის მუნიციპალიტეტი

6. დედალაური
7. ივანდიდი
8. ჩაისუბანი

თერჯოლის მუნიციპალიტეტი

9. თუზი
10. ჭოგნარი

ტყიბულის მუნიციპალიტეტი

11. კურსევი
12. ორპირი

სამტრედიის მუნიციპალიტეტი

13. კულაში
14. ბაში

ზესტაფონის მუნიციპალიტეტი

15. მეორე სვირი
16. საზანო
17. ფუთი

გურჯაანის მუნიციპალიტეტი

18. არაშენდა
19. ჩალაუბანი
20. ჭანდარი
21. კაჭრეთი
22. მელაანი
23. ჯიმითი

24. ვეჯინი
25. ბაკურციხე

საგარეჯოს მუნიციპალიტეტი

26. ხაშმი
27. უჯარმა
28. პატარძეული
29. გიორგიწმინდა
30. კაკაბეთი
31. გომბორი
32. თულური
33. იორმუღანლო

ხელვაჩაურის მუნიციპალიტეტი

34. კირნათი
35. თხილნარი

შუახევის მუნიციპალიტეტი

36. დაბა შუახევი
37. ოლადაური
38. ჭვანა
39. ხიჭაური

ქობულეთის მუნიციპალიტეტი

40. მუხაესტატე
41. საჩინო
42. აჭვისთავი
43. ალამბარო
44. ზედა აჭვი
45. ზენითი

ხულოს მუნიციპალიტეტი

46. სხალტა
47. ვაშლოვანი
48. დიდიაჭარა
49. დეკანაშვილები

ქედას მუნიციპალიტეტი

50. ზვარე
51. მერისი
52. წონიარისი

დმანისის მუნიციპალიტეტი

53. დიდი დმანისი

54. განთიადი
55. ამამლო
56. ოროზმანი
57. ირგანჩაი
58. იფნარი
59. გომარეთი

ბოლნისის მუნიციპალიტეტი

60. რაჭისუბანი
61. აკაურთა
62. ტალავერი
63. ქვემო ბოლნისი
64. კაზრეთი

გარდაბნის მუნიციპალიტეტი

65. გამარჯვება
66. ლემშვენიერა
67. ჯანდარა
68. ნაზარლო
69. სართიჭალა
70. მუხროვანი/ახალსოფელი

შენიშვნა: *საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობა განისაზღვრება ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით და ხშირად ერთი ამბულატორია/სოფლის ექიმი რამდენიმე სოფელს/დაბას ემსახურება.*