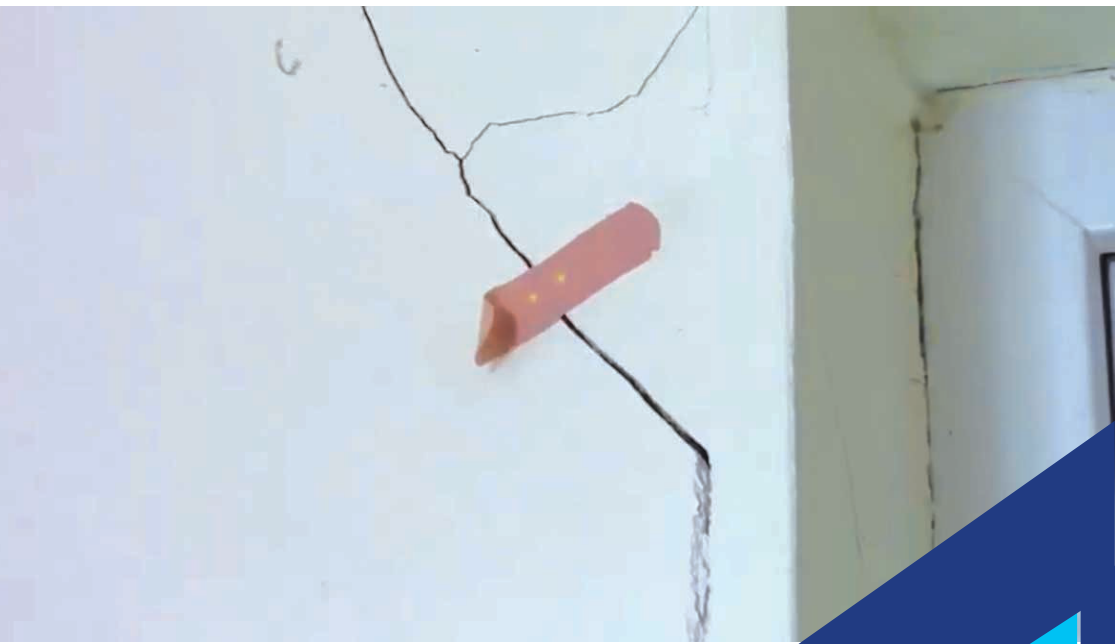




ევროკავშირი  
საქართველოსთვის  
The European Union for Georgia



# პირველადი ჯანდაცვის გამონვევები საქართველოში ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე კვლევის ანალიტიკური ანგარიში



ლაურა გოგოლაძე, თენგიზ ვერულავა,  
იაგო კაჭკაჭიშვილი, ოსიკო კონცელიძე



ევროკავშირი  
საქართველოსთვის  
The European Union for Georgia



# პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში ხარაგაულისა და ჭიათურის მუნიციპალიტეტების მაგალითზე

კვლევის ანალიტიკური ანგარიში

## ავტორები:

- ლაურა გოგოლაძე - კვლევის ხელმძღვანელი;
- თენგიზ ვერულავა - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი;
- იაგო კაჭკაჭიშვილი - სოციოლოგიის მეცნიერებათა  
დოქტორი, თსუ პროფესორი;
- ოსიპო კონცელიძე - სოციოლოგი, მკვლევარი

ხარაგაული, 2019

# შინაარსი

შესავალი .....	4
კვლევის მეთოდოლოგია .....	9
კვლევის ძირითადი მიგნებები .....	13
1. პჯდ–ს ძირითადი საჭიროებები .....	20
1.1. ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემები .....	20
1.2. ექიმების შრომის ანაზღაურების ოდენობა და ანაზღაურების სისტემა .....	24
1.3. სოფლის ამბულატორიის პერსონალისთვის არსებული ბიუროკრატიული ბარიერები .....	26
1.4. კომპიუტერის და ინტერნეტის საჭიროება ამბულატორიებში ..	27
1.5. მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა .....	28
1.6. შვებულებით და ბიულეტენით სარგებლობის შეზღუდვა; დაზღვევის არქონა .....	28
1.7. ხარაგაულის მუნიციპალიტეტში ამბულატორიების საკუთრებასთან დაკავშირებული სირთულეები, რაც აფერხებს ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას .....	29
1.8. ჭიათურის მუნიციპალიტეტში სოფლის ამბულატორიების ფინანსური დავალიანებები, რაც აფერხებს ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას .....	30
2. სოფლის ექიმებისა და ექთნების საქმიანობის შეფასება ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ .....	31
3. ადგილობრივი ხელისუფლების როლი პირველადი ჯანდაცვის განხორციელებაში .....	35
4. ექიმებისთვის უწყვეტი განათლების მიღების შესაძლებლობები .....	38
ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის შეფასება .....	38
6. სოფლის ექიმის საქმიანობის პრესტიჟულობა .....	48
რეკომენდაციები .....	49

### **კვლევაში გამოყენებულ ტერმინთა მნიშვნელობა**

- ✓ ჯანდაცვის სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
- ✓ პჯდ – პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება

## შესავალი

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების (პჯდ) ისტორია იწყება 1977 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) წევრმა ქვეყნებმა დაისახეს მიზანი – „ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს“. 1978 წელს ალმა-ატაში გამართულ კონფერენციაზე პჯდ შემდეგნაირად განმარტეს, - ის უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისთვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობის ზრუნვის საქმეში<sup>1</sup>.

„პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს ძირითად ჯანდაცვით ღონისძიებებს, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებს და ტექნოლოგიებს, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, ითვალისწინებდეს მათ სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ეტეოდეს ქვეყნის ნებისმიერი განვითარების სტადიაზე მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში.“<sup>2</sup>

პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობა ეხება დაავადებათა პროფილაქტიკას, დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკას, დაავადების და მათი გართულებების მართვას, აქტიური მკურნალობის შემდგომ რეაბილიტაციას, ტერმინალური მდგომარეობების დროს (პალიატიური მკურნალობა) დახმარებას<sup>3</sup>. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებას საჭიროების შესაბამისად, პროფილაქტიკას, მკურნალობას, რეაბილიტაციას<sup>4</sup>.

პჯდ–ს 4 ძირითადი მახასიათებელი აქვს<sup>5</sup>:

- **პირველადი ღონის კონტაქტი** – მოსახლეობისთვის არის კარიბჭე ჯანდაცვის სისტემაში;
- **მიმდინარე და უწყვეტი მეთვალყურეობა** – პაციენტთან

1 საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი – „პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი“

2 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. 2008.

3 სმესც, 2005. პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. მომიჯნავე სპეციალობის ექიმების ოჯახის ექიმად გადამზადების სასწავლო პროგრამა. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი (სმესც)

4 ვერულავა, თენგიზ (2018) პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.

5 საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი – „პირველადი ჯანდაცვის არსი,

ურთიერთობა წარმოადგენს უწყვეტ პროცესს;

- **ყოვლისმომცველობა** – ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ზრუნავს როგორც ფიზიკურ და სულიერ, ისე სოციალურ მდგომარეობაზე;
- **კოორდინირება** – ოჯახის ექიმი განსაზღვრავს სხვა პროფესიონალების ჩართვის საჭიროებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობის დროს მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები<sup>6</sup>. მიჩნეულია, რომ ოჯახის ექიმი, როგორც კოორდინატორი სამედიცინო მომსახურების სერვისების სწორად შერჩევაში, პოზიტიურ როლს ასრულებს<sup>7</sup>. მკვლევარების აზრით, ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია პირველადი ჯანდაცვის მოდელზეა ორიენტირებული, მაღალია ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა და კმაყოფილება, მეტად არის განვითარებული პრევენციული სერვისები, ხასიათდება ჯანმრთელობის უკეთესი მაჩვენებლებით<sup>8</sup>, დაბალია ჯანდაცვის დანახარჯები<sup>9</sup>; <sup>10</sup>. ცხადია, რომ ბევრად ადვილი და იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა<sup>11</sup>. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან და მაღალტექნოლოგიურ ჩარევებთან დაკავშირებული ხარჯები<sup>12</sup>.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ისტორია

---

ვილოსოფია და როლი“

6 Tengiz Verulava, Dali Beruashvili, Revaz Jorbenadze, Ekaterine Eliava. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2019; 21(2):180-183.

7 Tengiz Verulava. Health Capital, Primary Health Care and Economic Growth. *Eastern Journal of Medicine*. 2019; 24 (1): 57 – 62

8 Starfield B. (1998). *Primary Care*. New York, NY: Oxford University Press; 1998

9 Macinko J et al (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*

10 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Beka Dagadze, Ekaterine Eliava. *Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia*. *Home Health Care Management & Practice*, 2018; 31(2): 107-112.

11 თენგიზ ვერულავა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევების გადაწყვეტის გზები. IV საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის “გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში” შრომების კრებული. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2019: 137-143.

12 Verulava, T., Jincharadze, N., Jorbenadze, R. (2017b). Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. *Georgian Medical News*, 264 (3): 135-139.

1990-იანი წლების მეორე ნახევარში იწყება<sup>13</sup>. ამ პერიოდში საქართველოს მთავრობამ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისთვის მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა მიიღო საერთაშორისო დონორი საზოგადოებისგან. შემოთავაზებულ იქნა გაერთიანებული სამეფოს პირველადი ჯანდაცვის მოდელის გამოყენება, რომელიც ორიენტირებული იყო საოჯახო მედიცინაზე. 1990 წლების დასასრულს, გაერთიანებული სამეფოს მხარდაჭერით დაიწყო გადაზიდვების პროგრამები საოჯახო მედიცინაში, რასაც მოჰყვა 2003-2005 წლებში პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმის შემუშავება მსოფლიო ბანკის საგრანტო მხარდაჭერით. გეგმა ითვალისწინებდა სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის შექმნას, რომელიც საქართველოს მთელი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფდა სამედიცინო ცენტრებთან წვდომას 15-20 წუთში. გენერალური გეგმა დამტკიცდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და 2003 წლიდან პილოტირებულ იქნა ოთხ რეგიონში. პირველადი ჯანდაცვის გენერალური გეგმა ხორციელდებოდა 2006 წლის დასასრულამდე. მსოფლიო ბანკისა და ევროკავშირის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით ქვეყნის მასშტაბით მნიშვნელოვანი რაოდენობის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების რეაბილიტაცია განხორციელდა, ოჯახის ექიმებად გადამზადდა სამედიცინო პერსონალი და შემუშავდა კლინიკური საქმიანობის გაიდლაინები<sup>14</sup>.

2007 წელს მთავრობამ შემოიღო პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის განახლებული გეგმა, რომელიც ერთმანეთისგან ასხვავებდა პირველადი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის ქალაქის და სასოფლო მოდელებს. გეგმა ითვალისწინებდა სოფლების ექიმებით უზრუნველყოფას, რამაც მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იქონია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე. პირველადი ჯანდაცვის სოფლის ექიმებს მიენიჭათ ინდემწარმის იურიდიული სტატუსი და მიეცათ საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის განკარგვის უფლებამოსილება. სახელმწიფომ სოფლის ექიმებს საკუთარი პირველადი ჯანდაცვის შენობების სარეაბილიტაციოდ გადასცა 1340 აშშ დოლარის ექვივალენტის ერთჯერადი გრანტები<sup>15</sup>.

13 ვერულავა, თენგიზ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი: ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.

14 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project. Washington (DC): World Bank; 2012.

15 Implementation completion and results report: Georgia Health Sector Development Project.

ამასთან, ყველა სოფლის ექიმი აღჭურვილ იქნა (3400 აშშ დოლარის ღირებულების) ძირითადი სამედიცინო აპარატურით, რაც აუცილებელი იყო მათი საქმიანობისთვის. პოლიტიკის ამ ცვლილების მთავარ მოტივს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებების შემდგომ რეაბილიტაციასთან დაკავშირებული ხარჯების დაზოგვა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების შენარჩუნება სოფლად. ჩატარებული რეფორმის შემდგომ პერიოდში სოფლის ექიმების მხოლოდ 60–80%-მა გააგრძელა საქმიანობა საკუთარ გეოგრაფიულ ადგილზე. სხვებმა დატოვეს ამბულატორიები ან მიატოვეს სამედიცინო საქმიანობა მათთვის მიცემულ გრანტებთან და აპარატურასთან ერთად, რადგან მთავრობას შემცველი პერსონალისთვის ინვენტარის შესანარჩუნებლად ბერკეტი არ ჰქონდა. სახელმწიფომ გადაწყვიტა პირველადი ჯანდაცვის ობიექტების ინვესტირებზე მიყიდვა აუქციონის გზით, სადაც პრიორიტეტი მიენიჭებოდა ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს<sup>16</sup>. 2011 წლისთვის, პირველადი ჯანდაცვის თითქმის ყველა ობიექტი გახდა პრივატიზებული.

2007-2012 წლებში განხორციელებულ ინტერვენციებს მნიშვნელოვანი გავლენა არ მოუხდენია ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციაზე<sup>17</sup>, რომელიც შეადგენდა წლიურად 2.1 ვიზიტს ერთ სულ მოსახლეზე. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთათვის სახელმწიფო პროგრამამ ვერ უზრუნველყო მედიკამენტებზე შეღავათები. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტთა დანახარჯები მედიკამენტებზე შეადგენდა შინამეურნეობების ჯანდაცვის ხარჯების 60%-ს<sup>18</sup>.

2013 წლიდან ახლად არჩეულმა მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმირება, რაც ითვალისწინებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსახლეობის იმ ფენების მოცვას, რომლებიც არ იყო გათვალისწინებული კერძო სადაზღვევო სქემებით<sup>19</sup>. განხორციელებული რეფორმის შედეგად, კერძო სა-

---

Washington (DC): World Bank; 2012. 21.

16 Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T, Richardson E. Georgia: health system review. Health Systems in Transition. 2009;11(8):1-116.

17 Gotsadze G, Murphy A, Shengelia N, Zoidze A. Health care utilization and expenditures for chronic and acute conditions in Georgia: does benefit package design matter? BMC Health Services Research. 2015;15:88.

18 Health Utilization and Expenditure Survey: the final report. Tbilisi: Ministry of Labour, Health and Social Affairs; 2010.

19 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Temur Barkalaia. Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News, 2017; 262 (1): 116-120.



დაზღვევო კომპანიებს ჩამოერთვათ სახელმწიფო პროგრამების ადმინისტრირების უფლება და გადაეცა სახელმწიფო დამკვეთს - სოციალური მომსახურების სააგენტოს. საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამას, რომლის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული არეალისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა; ასევე, სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა<sup>20</sup>.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 2009 წელს და 2014 წლამდე კერძო სადაზღვევო კომპანიების თანამონაწილეობით ხორციელდებოდა. 2014 წელს სახელმწიფომ სრულად აიღო საკუთარ თავზე პროგრამის ადმინისტრირება და დაფინანსება. პროგრამის ყოველწლიური ბიუჯეტი დაახლოებით 20 მილიონ ლარს შეადგენს. 2014 წლის 1 მაისიდან პჯდ-ს პერსონალს გაეზარდა შრომის ანაზღაურება 30%-ით, სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერმლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით<sup>21</sup>.

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაკლებ განვითარებაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწვეიან თვითმკურნალობას<sup>22,23</sup>. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯან-დაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების

---

20 სოფლის ექიმის პროგრამა – სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდი [http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=827](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=827)

21 სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი; სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

22 Tengiz Verulava, Revaz Jorbenadze, Beka Dagadze, Ekaterine Eliava. Access to Ambulatory Medicines for the Elderly in Georgia. Home Health Care Management & Practice, 2018; 31(2): 107-112.

23 Tengiz Verulava, Nana Jincharadze, Revaz Jorbenadze. Role of Primary Health Care in Re-hospitalization of Patients with Heart Failure. Georgian Medical News, 2017; 264 (3): 135-139.

ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს)<sup>24,25,26</sup>.

ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარების მიზეზია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისადმი დაბალი ნდობა, ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის კულტურის არარსებობა<sup>27</sup>. ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი და საერთოდ პირველადი ჯანდაცვა ჩვენს ქვეყანაში ვერ განვითარდა იმ სტანდარტებით, რაც უკვე რამდენიმე ათეული წელიწადია არსებობს ბევრ ქვეყანაში<sup>28,29</sup>.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, საინტერესოა იმის გარკვევა, საქართველოს ორ მუნიციპალიტეტში – ჭიათურასა და ხარაგაულში, რამდენად ხელმისაწვდომია პირველადი ჯანდაცვა, რა საჭიროებები აქვთ პჯდ-ებს, იგივე სოფლის ამბულატორიებს და რამდენად კმაყოფილია ადგილობრივი მოსახლეობა მიღებული მომსახურების ხარისხით.

## კვლევის მეთოდოლოგია

### კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემების და მათი გადაწყვეტის გზების კვლევა იმერეთის რეგიონის ორი მუნიციპალიტეტის – ხარაგაულისა და ჭიათურის მაგალითზე.

---

24 Tengiz Verulava, Tamar Maglakelidze. Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences, 2017; 11 (2): 143-150.

25 ვერულავა, თენგიზ. (2019). ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის. ეკონომისტი; 1

26 Tengiz Verulava. (2019). Challenges of Primary Health Care Reforms in Georgia (1995-2018). Politics Around the Caucasus. Proceedings of IV International Scientific Conference. Ivane Javakhishvili Tbilisi State University. 43-51.

27 ვერულავა, თენგიზ (2018) პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ზიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.

28 Tengiz Verulava, Ekaterine Eliava. Patient Perception of Referrals to Family Physician in Georgia. Proceedings of The International Conference, Paris, France. 12-13 September, 2019; 41-46.

29 Tengiz Verulava. Improving Health and Health Capital through an Effective Primary Care System: Evidence from Georgia. 3rd International Conference on Non-communicable Diseases „Health risk factors and prevention of injuries and diseases”. June 5th – 7th, State University of Medicine and Pharmacy, Chişinău, Republic of Moldova, 2019: 99.

### **კვლევის ამოცანებია:**

- **პჯდ პერსონალის და დაწესებულებების საჭიროებების განსაზღვრა** (არსებული ინფრასტრუქტურის შეფასება, სამედიცინო პერსონალისთვის, მათ შორის ოჯახის ექიმისთვის განსაზღვრული ანაზღაურების ადეკვატურობა, კადრების საკმარისი რაოდენობა და ა.შ.);
- **პჯდ მომსახურების ხელმისაწვდომობა** (ამბულატორიების სიახლოვე, მიმართვიანობის სიხშირე, მიმართვის მიზეზები, ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული საკითხები და ა.შ.);
- **პჯდ პერსონალის მომსახურების შეფასება** (მიღებული მომსახურებით კმაყოფილება, სამედიცინო პერსონალის მიმართ ნდობა, პერსონალის მიერ კვალიფიკაციის ამაღლების შესაძლებლობები და ა.შ.)

### **კვლევის მეთოდი**

კვლევის მიზნის მისაღწევად გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის მეთოდები – სიღრმისეული (ექსპერტული) ინტერვიუ და ფოკუს ჯგუფი.

### **სამიზნე ჯგუფები**

კვლევის სამიზნე ჯგუფებს წარმოადგენდნენ:

- ✓ ჯანდაცვის ექსპერტები;
- ✓ ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი;
- ✓ ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები;
- ✓ პჯდ დაწესებულების სოფლის ამბულატორიის პერსონალი (ექიმი, ექთანი);
- ✓ ადგილობრივი მოსახლეობა.

სიღრმისეული (ექსპერტული) ინტერვიუები ჩატარდა ჯანდაცვის ექსპერტებთან და ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებთან. ხოლო ფოკუს ჯგუფები – ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებთან, სოფლის ამბულატორიის პერსონალთან და ადგილობრივ მოსახლეობასთან. დეტალური ინფორმაცია იხილეთ ცხრილში #1.

## ცხრილი #1

#	სამიზნე ჯგუფები	ფოკუს ჯგუფების რაოდენობა კიათურაში	ფოკუს ჯგუფების რაოდენობა ხარაგაულში	ინტერვიუების რაოდენობა თბილისში	რესპონდენტთა მთლიანი რაოდენობა
1.	ჯანდაცვის ექსპერტები			2	2
2.	ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი			1	1
3	ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები	1	1		11
4.	პჯდ დაწესებულების სოფლის ამბულატორიის პერსონალი (ექიმი, ექთანი)	2	1		27
5.	ადგილობრივი მოსახლეობა	3	2		52
სულ		6	4	3	93

ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე ადგილობრივი მოსახლეობის დაახლოებით ნახევარი შეირჩა იმის მიხედვით, ვისაც ჰქონდა ბოლო 6 თვის განმავლობაში მიღებული მომსახურება პჯდ-ში, იგივე სოფლის ამბულატორიაში. რესპონდენტების შერჩევის ამ კრიტერიუმმა შესაძლებელი გახადა, რომ ვრცლად ესაუბრათ მომსახურების არსებულ ხარისხზე. თუმცა ფოკუს ჯგუფებში მონაწილეობა მიიღო მოსახლეობის იმ ნაწილმაც, ვისაც არ მიუძღრათ სოფლის ამბულატორიისთვის, ამ შემთხვევაში საინტერესო იყო არმიმართვის მიზეზები. სოფლის ამბულატორიის პერსონალი ფოკუს ჯგუფებისთვის შეირჩა მათი გეოგრაფიული განაწილების მიხედვით, რათა მაქსიმალურად ამომწურავი ინფორმაცია მიგველო ექიმებისა და ექთნების საჭიროებების შესახებ. რაც შეეხება სიღრმისეული ინტერვიუს რესპონდენტებს (იხ. ცხრილი #1). ისინიც შეირჩნენ მიზნობრივად, მათ მიერ დაკავებული პოზიციის, კვალიფიკაციისა და სტატუსის შესაბამისად.

## **საველე სამუშაოების აღწერა**

თითოეულ ფოკუს ჯგუფში მონაწილეობდა დაახლოებით 8–12 ადამიანი. ფოკუს ჯგუფები გაგრძელდა 1.5 საათიდან 2 საათამდე და მას გაუძღვა მოდერატორი, იგივე ფასილიტატორი. სიღრმისეული (ექსპერტული) ინტერვიუების საშუალო ხანგრძლივობა იყო 45 წუთი.

სიღრმისეული ინტერვიუს და ფოკუს ჯგუფის ინსტრუმენტი იყო ნახევრად სტრუქტურირებული გაიდლაინი, რომელიც 15-20 შეკითხვისგან შედგებოდა. გაიდლაინში (გზამკვლევაში) მოცემული კითხვების ფორმულირება, რიგითობა იცვლებოდა საველე სამუშაოების დროს.

ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების დაწყებამდე მონაწილეები იღებდნენ ზოგად ინფორმაციას კვლევის მიზნისა და ამოცანების, ასევე მონაცემების კონფიდენციალურობის დაცვის შესახებ. ინტერვიუები და ფოკუს ჯგუფები ჩაიწერა აუდიო ფირზე (ფოკუს ჯგუფები ჩაიწერა ვიდეო ფირზეც), რის შესახებ ინფორმაციაც წინასწარ ეცნობათ კვლევის მონაწილეებს.

## **მონაცემთა ანალიზი**

სიღრმისეული ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების დასრულების შემდეგ, მოხდა აუდიო/ვიდეო ჩანაწერების გაშიფრვა. ტრანსკრიპტები გაანალიზდა თემატურად. თავდაპირველად მოხდა მონაცემების რამდენჯერმე წაკითხვა და შემდგომ განხორციელდა კოდირების პროცესი. ამის შემდეგ, მოხდა კოდების თემატად ტრანსფორმირება. თითოეულ თემაში გამოიყო ქვეთემები. საბოლოო სახით, ინტერვიუებსა და ფოკუს ჯგუფებში გამოკვეთილი ძირითადი თემები წარმოდგენილია კვლევის ანალიტიკურ ანგარიშში.

## კვლევის ძირითადი მიგნებები

### სოფლის ამბულატორიების საჭიროებები:

#### ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემები;

- სოფლებში მოქმედი ამბულატორიები ფარავს სოფლებს, რომლებიც გეოგრაფიულად ერთმანეთისგან რამდენიმე კილომეტრით არის დაშორებული. როგორც წესი, სოფლის ექიმები, ექთნებისგან განსხვავებით, ადგილობრივები, უმეტესად, არ არიან და მათთვის სოფლის ამბულატორიამდე მგზავრობაც პრობლემას წარმოადგენს;
- მუნიციპალიტეტებში მოძრავი საზოგადოებრივი ტრანსპორტი – მიკროავტობუსები, ექიმებისთვის ხელსაყრელი ტრანსპორტის საშუალება არ არის, ვინაიდან, ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებზეა მორგებული, რაც ექიმების სამუშაო განრიგთან თანხვედრაში არ არის;
- ამდენად, ექიმებს გადაადგილება პაციენტების მოსანახულებლად უწევთ ფეხით, ან ტაქსით;
- გამოიკვეთა შემთხვევები, როცა თავად პაციენტის ოჯახის წევრები, ან ახლობლები თავად აგვარებენ ექიმის ტრანსპორტირების საკითხს;
- უახლოეს მომავალში ექიმების ტრანსპორტირებისთვის დამატებითი თანხების გამოყოფა ცენტრალური ბიუჯეტიდან არ იგეგმება. თუმცა, ჯანდაცვის სამინისტრო ამ მიმართულებით გეგმავს აქტიურ თანამშრომლობას ადგილობრივ ხელისუფლებებთან.

#### ექიმების შრომის ანაზღაურების სიმცირე და ანაზღაურების არსებული წესი;

- სოფლის ექიმებს, მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან, შრომითი ანაზღაურების სახით, ყოველთვიურად დაახლოებით 300–350 ლარი რჩებათ. დანარჩენი თანხა პროფესიული საქმიანობის გასაწევად საჭირო სხვა ხარჯებს ხმარდება (მაგალითად, ტრანსპორტირება, მედიკამენტები, საკანცელარიო ნივთები და ა.შ.);
- სოფლის ექიმებს შრომის ანაზღაურების წესი გაურკვევლობაში ამყოფებთ, ვინაიდან, საქმიანობისთვის გასაწევი ხარჯების გამო, არ იციან თვის განმავლობაში რა ოდენობის თანხა დარჩებათ ხელფასიდან;

- ექიმებისთვის გაუგებარია საშემოსავლო გადასახადს რატომ იხდიან, ვინაიდან 650 ლარი მხოლოდ მათ ხელფასს არ მოიცავს, არამედ სხვა ხარჯებსაც ითვალისწინებს;
- განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილებების თანახმად, სოფლის ექიმს უკვე აქვს უფლება დარეგისტრირდეს ინდივიდუალურ მეწარმედ და იმ შემთხვევაში, თუ მისი შემოსავალი 35 ათას ლარზე ნაკლები იქნება, მას არ მოუწევს 20% საშემოსავლო გადასახადის გადახდა;

### **სოფლის ექიმებისთვის არსებული ბიუროკრატიული ბარიერები;**

- ექიმებს და ექთნებს თვეში ორჯერ უწევთ ქუთაისში გამგზავრება ფორმალური პროცედურის შესასრულებლად, კერძოდ, ხელშეკრულებაზე ხელმოსაწერად და შესრულებული სამუშაოს ანგარიშგების წარსადგენად;
- პერსონალი დროს და რესურსს არა მხოლოდ ტყუილად კარგავს, არამედ, საქმიანობის განხორციელებაშიც ეშლება ხელი;
- სოფლის ამბულატორიების პერსონალს აქვს ელექტრონული ხელმოწერები, თუმცა ჯერჯერობით არ იყენებენ.

### **ამბულატორიების კომპიუტერიზაციის საჭიროება;**

- სოფლის ამბულატორიებში კომპიუტერებისა და ინტერნეტის საჭიროებაა, სხვადასხვა საქმიანობის შესასრულებლად (მაგალითად, გარდაცვალების ცნობის მოსამზადებლად, რისთვისაც 5 დღიანი ვადა არის; იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში სამუშაოდ; ანგარიშების მოსამზადებლად და ა.შ.).
- გარდა ამისა, ექიმებს კომპიუტერი და ინტერნეტი სჭირდებათ ზოგიერთი წამლის შემადგენლობის (ანოტაციის) გასაგებად, რის შესახებაც ინფორმაციის მიღებას პაციენტი თხოვს;
- ინტერნეტი არის ექიმისთვის ინფორმაციის მიღების ერთ-ერთი ძირითადი საშუალება;
- ჯანდაცვის სამინისტრო უახლოეს პერიოდში გეგმავს ამბულატორების კომპიუტერიზაციას.

### **შვებულებით და ბიულეტენით სარგებლობის შეზღუდვა; დაზღვევის არქონა;**

- სოფლის ექიმებისა და ექთნების აზრით, ირღვევა მათი

შრომითი უფლებები, ვინაიდან არ აქვთ არც შვებულებით და არც ბიულეტენით სარგებლობის შესაძლებლობა;

- სოციალური მომსახურების სააგენტო სთხოვს ოჯახის ექიმებს, რომ შვებულებაში გასვლის სურვილის შემთხვევაში ექიმებმა ერთმანეთი ჩაანაცვლონ, რაც ვერ ხერხდება, ვინაიდან ძალიან რთულია პარალელურად სხვა ამბულატორიის ექიმის ფუნქციების შესრულება;
- სოფლის ექიმები და ექთნები აპროტესტებენ, რომ სხვა სფეროს წარმომადგენლებისგან განსხვავებით ისინი არ სარგებლობენ კორპორატიული სამედიცინო დაზღვევით.

### **საკუთრებასთან დაკავშირებული პრობლემები, რაც აფერხებს ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას;**

- ხარაგაულში სოფლის ამბულატორების ნაწილს უდგას საკუთრებასთან დაკავშირებით პრობლემა, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს სოფლის ექიმებისა და ექთნების მიერ სამუშაოს შესრულებას. იმის გამო, რომ მსოფლიო ბანკის მიერ აშენებული ამბულატორიების საკუთრების საკითხი გადაუწყვეტელია, იქმნება მნიშვნელოვანი ინფრასტრუქტურული პრობლემები. ამბულატორიებს ხარვეზით ან საერთოდ არ მიეწოდებათ წყალი, ელექტრომომარაგება და გათბობა.

### **სოფლის ამბულატორიების ფინანსური დავალიანებები, რაც აფერხებს ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას;**

- ჭიათურის თითქმის ყველა სოფლის ამბულატორია, გარდა 4 ამბულატორიისა, გადაყვანილია ლიკვიდაციის რეჟიმში, რომელიც არ დასრულებულა და ამიტომ ამბულატორიებს დაუგროვდა დავალიანებები. ასეთ ვითარებაში თვითმმართველობა ვერ აწესრიგებს ამბულატორიების ინფრასტრუქტურას;
- ადგილობრივი ხელისუფლებისა და ჯანდაცვის ექსპერტების შეფასებით, სოფლის ექიმებს, ძირითადად გადამისამართების ფუნქცია აქვთ. ამის მიზეზი არის სხვადასხვა, – შეუსაბამო სამუშაო გარემო და პირობები, ექიმების დაბალი კვალიფიკაცია და ექიმების სოფლის ამბულატორებში იშვიათად ყოფნა სხვა სამუშაო ადგილზე დასაქმებულობის გამო;



- აღსანიშნავია, რომ კვლევაში მონაწილე ექიმების უმეტესმა ნაწილმა თავი აარიდა ესაუბრა ერთდროულად რამდენიმე სამუშაო ადგილზე მათი დასაქმებულობის შესახებ. როგორც ჩანს, ამ თემაზე საუბარი ექიმებს გარკვეულ უხერხულობას უქმნის, რადგან აქვთ განცდა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამით გათვალისწინებულ მოვალეობებს სათანადოდ არ, ან ვერ ასრულებენ.

### **პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მომსახურების ხარისხის შეფასება**

- სოფლის ამბულატორიებს, ძირითადად, მოსახლეობის ქრონიკული დაავადებების მქონე შუა ხნის და ასაკოვანი ნაწილი აკითხავს;
- იმის გამო, რომ სამედიცინო კვლევების სათანადოდ ჩატარების შესაძლებლობა ექიმებს არ აქვთ, ეს გარემოება პაციენტთა მიმართვიანობის მაჩვენებელზე აისახება;
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, მოსახლეობა, როგორც წესი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას იძახებს, ან მეორეული სამედიცინო რგოლის ვიწრო სპეციალისტს აკითხავს და არ მიმართავს სოფლის ამბულატორიას;
- ექიმები, ძირითადად, სატელეფონო კავშირის საშუალებით ინარჩუნებენ კავშირს პაციენტებთან. აგრეთვე, ექიმები პერიოდულად სახლებში აკითხავენ პაციენტებს, ან, პირიქით, კვირაში რამდენიმე დღე ამბულატორიებში არიან პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომები. რაც შეეხება მედდებს, ისინი ადგილობრივები არიან და, შესაბამისად, ყოველდღიურად იმყოფებიან ადგილზე;
- სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი საშუალო ასაკის (45–65) ან ასაკოვანია (65+); შესაბამისად, მოსახლეობის ასაკოვანი ნაწილისთვის, რომლებსაც ჯანმრთელობის პრობლემები აქვთ, რთულია სოფლის ამბულატორიისთვის მიკითხვა, ამბულატორიამდე არსებული დიდი დისტანციის (სიშორის) გამო;
- როგორც მოსალოდნელი იყო, ამბულატორიებს უმეტეს

შემთხვევაში აკითხავენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების (ჩივილების) დროს და არა პროფილაქტიკის (პრევენციის) მიზნით;

- მოსახლეობაში არსებობს ერთგვარი ნიჰილიზმი და უნდობლობა სოფლის ამბულატორიების მომსახურების მიმართ, რაც გამოიხატება არასათანადო მომსახურების მიღების მოლოდინში;
- სოფლის ამბულატორიების საჭიროებებზე საუბრისას, ადგილობრივ მოსახლეობაში ცალსახად გამოიკვეთა ამბულატორიებისთვის შესაბამისი სამედიცინო აღჭურვილობის ქონის აუცილებლობა, რაზეც ექიმებმა (მათი საჭიროებების შესახებ საუბრისას) ნაკლებად გაამახვილეს ყურადღება. ეს, შესაძლოა, იმით აიხსნას, რომ რამდენიმე სამსახურში ერთდროულად დასაქმების გამო, დამატებითი საათობრივი დატვირთვა უფრო მეტად გაართულებს მათ სამუშაო რეჟიმს;
- რამდენიმე სამსახურში ერთდროულად მუშაობა და არანორმირებული სამუშაო გარემო უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ექიმის მომსახურების ხარისხსა და მის პროდუქტიულობაზე;
- დღესდღეობით, სოფლის ამბულატორიის ექიმის ძირითადი დანიშნულებაა პაციენტების გადამისამართება მეორეული სამედიცინო რგოლის ვიწრო სპეციალისტებთან;
- მოსახლეობას ურჩევნია გარანტირებული მომსახურება მიიღოს და მუნიციპალურ ცენტრში არსებულ მეორეულ სამედიცინო დაწესებულებას მიმართოს. ხარაგაულის მუნიციპალიტეტის შემთხვევაში, ადგილობრივი მოსახლეობა ძირითადად ზესტაფონში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრირდება, ვინაიდან ადგილზე (ხარაგაულში) სხვადასხვა პროფილის ექიმების დეფიციტია;
- გარანტირებული მომსახურების მიღების გარდა, ზესტაფონის საავადმყოფოს პერსონალის მიმართ ნდობა (სოფლის ამბულატორიების პერსონალთან შედარებით) უფრო მეტად არსებობს, ვინაიდან უფრო მეტი პაციენტი ჰყავთ და შესაბამისად უფრო მეტი პრაქტიკული გამოცდილება გააჩნიათ ექიმებს;
- ქიათურის მუნიციპალიტეტის სპეციფიკა იმაშია, რომ მუნი-

ციპალიტეტის მოსახლეობა ეკოლოგიური პრობლემების წინაშე დგას. მანგანუმის მოპოვება ჭიათურის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ცუდად აისახება. ასეთ პირობებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გამართული მუშაობა ორმაგად მნიშვნელოვანია;

- მთლიანობაში რომ შევავსოთ, სოფლის ამბულატორიის პერსონალის მომსახურების მიმართ ადგილობრივ მოსახლეობაში ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავებული შეფასებები გამოითქვა. კვლევაში მონაწილე მოსახლეობის ერთი ნაწილი კმაყოფილია პერსონალის ცოდნით, კვალიფიკაციითა და პროფესიონალიზმით, ხოლო მეორე ნაწილი არ ენდობა და თავს არიდებს სოფლის ამბულატორიაში სამედიცინო მომსახურების მიღებას. ეს ვითარება მიუთითებს იმაზე, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლში არ ხორციელდება სამუშაოს სათანადო სისტემური მონიტორინგი და შეფასება. ამიტომ მომსახურების ხარისხი დამოკიდებულია ცალკეული ექიმებისა და ექთნების კეთილსინდისიერებასა და პროფესიონალიზმზე.

### **ადგილობრივი ხელისუფლების როლი პირველად ჯანდაცვაში**

- ხარაგაულისა და ჭიათურის თვითმმართველობებმა, მიმდინარე წელს, ცენტრალური ბიუჯეტიდან მიიღეს დაფინანსება ჯამში რვა ამბულატორიის რეაბილიტაციისთვის (ხარაგაულმა 104 ათასი ლარის, ხოლო ჭიათურის მუნიციპალიტეტმა – 106 ათასი ლარის ოდენობით);
- ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს, პროგრამების დაგეგმვის დროს, არ აქვს კომუნიკაცია თვითმმართველობებთან, რისი საჭიროებაც არსებობს, მოსახლეობის ინტერესებიდან გამომდინარე;
- სამინისტრო გეგმავს სსიპ-ის – გადაუდებელი სასწრაფო ცენტრის – შექმნას, რომელიც ხელს შეუწყობს სოფლის ექიმის პროგრამის გამართულ მუშაობას, რომელსაც აგრეთვე ექნება მონიტორინგის და შეფასების ფუნქცია.

## **ექიმების ინფორმირებულობის დონე დარგში მიმდინარე სიახლეების შესახებ**

- სოფლის ამბულატორიის პერსონალისთვის სახელმწიფო ინსტიტუტებისგან მიღებული ინფორმაცია არ არის საკმარისი და მათ უფრო მეტი ინფორმაცია სჭირდებათ ისეთ თემებზე, როგორებიცაა ახალი მედიკამენტები, ჯანდაცვის პროგრამები და ა.შ;
- სოფლის ამბულატორიის ექიმები დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად, ძირითადად, სოციალური მომსახურების სააგენტოს უკავშირდებიან, ცხელი ხაზის მეშვეობით.
- სოფლის ექიმები და ექთნები პირველად ჯანდაცვაში არსებული სიახლეების შესახებ, ძირითადად, შემდეგი წყაროების საშუალებით იგებენ: სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ ორგანიზებული ტრენინგები და საინფორმაციო შეხვედრები, კოლეგების მიერ გაზიარებული ინფორმაცია, მასმედიის, განსაკუთრებით ტელევიზიის მიერ გაშუქებული და ინტერნეტ სივრცეში გამოქვეყნებული სიახლეები.

## **სოფლის ექიმის საქმიანობის პრესტიჟულობა**

- თუ გავითვალისწინებთ იმ სამუშაო პირობებს, რაც სოფლის ექიმებსა და ექთნებს აქვთ, კვლევაში მონაწილე სამიზნე ჯგუფების წევრები სოფლის ექიმობას პრესტიჟულ საქმიანობად ნაკლებად მიიჩნევენ;
- სოფლის ექიმის პროფესია ინარჩუნებს პრესტიჟულობის გარკვეულ ხარისხს იმ თვალსაზრისით, რომ დღემდე მოსახლეობაში შემორჩენილია პატივისცემა ექიმების მიმართ.

## 1. **პეჯდ–ს ძირითადი საჭიროებები**

კვლევის ერთ–ერთი მთავარი ამოცანა იყო იმის გარკვევა, თუ რა ძირითადი საჭიროებები გააჩნიათ სოფლის ამბულატორიის ექიმებსა და ექთნებს ხარაგაულსა და ჭიათურაში. როგორც კვლევამ გამოავლინა, ორივე მუნიციპალიტეტის ექიმები და ექთნები პირველადი ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული მოვალეობების სრულფასოვნად განხორციელების დროს მნიშვნელოვან პრობლემებს აწყდებიან. მათ შორის გამოიკვეთა შემდეგი ძირითადი საჭიროებები:

### 1.1. **ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემები**

ექიმებისთვის პრობლემურია ტრანსპორტირება, ვინაიდან თემში მოქმედი ამბულატორიები ფარავს სოფლებს, რომლებიც გეოგრაფიულად ერთმანეთისგან რამდენიმე კილომეტრით არიან დაშორებულები. ამასთან, როგორც წესი, ექიმები, ექთნებისგან განსხვავებით, არ არიან ადგილობრივები და მათთვის სოფლის ამბულატორიამდე მგზავრობაც პრობლემურია.

„ამბულატორია სოფლის ცენტრშია, მაგრამ ემსახურება ოთხ სოფელს და საკმაოდ გაშლილია ეს სოფლები. იმერეთის სოფლები, მოგეხსენებათ, - ზოგი აქ, ზოგი იქ არის. შესახვევიდან რომ დავათვლევინე, - ერთ სოფლამდეა შვიდი კილომეტრი, მეორემდე - ხუთი, მაგრამ დიამეტრზე, სიგრძით - 12 კილომეტრზეა გაშლილი, დაახლოებით“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული)

როგორც კვლევის შედეგად გამოვლინდა, ერთი ამბულატორია საშუალოდ ემსახურება 5–6 სოფელს. გადაადგილება თანაბრად პრობლემურია ორივე – ხარაგაულის და ჭიათურის – მუნიციპალიტეტის ექიმებისთვის. იმისათვის, რომ ექიმმა ერთ ოჯახში ვიზიტი განახორციელოს, ამისათვის, როგორც წესი, დიდი დროითი რესურსი ეხარჯება – „ბინაზე ვიზიტი რომ განახორციელო, შესაძლოა, ერთი დღე არ გეყოს ერთ პაციენტთან“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). მუნიციპალიტეტებში მოქმედი საზოგადოებრივი ტრანსპორტი – მიკროავტობუსები, ექიმებისთვის ხელსაყრელი არ არის, ვინაიდან, მორგებულია ადგილობრივი მოსახლეობის საჭიროებებზე, სოფლის მოსახლეობა დილის საათებში მიემ-

გზავრება მუნიციპალიტეტის ცენტრისკენ სხვადასხვა საქმეზე და საღამოს ბრუნდება უკან. შესაბამისად, ცენტრის მიმართულებით ტრანსპორტი დილის საათებში მოძრაობს, ხოლო უკან სოფელში საღამოს საათებში ბრუნდება. ამდენად, **ექიმებს გადაადგილება პაციენტების მოსანახულებლად უწევთ ფეხით, ან ტაქსით.** ტაქსით მგზავრობისთვის ექიმს შეუძლია გამოიყენოს მისთვის განკუთვნილი ხარჯი (650 ლარი). როგორც კვლევის მონაწილეებმა აღნიშნეს, **არის შემთხვევები, როცა თავად პაციენტის ოჯახის წევრები, ან ახლობლები უზრუნველყოფენ ექიმის ტრანსპორტირებას.** გადაადგილების პრობლემა უფრო მეტად მწვავდება ზამთრის პერიოდში, როდესაც მაღალმთიან სოფლებში დიდთოვლობაა.

*„ჩემი სოფელი მაღალმთიანია და წარმოიდგინეთ, ზამთარში ორი მეტრი თოვლი რომაა, მე თვითონ შემექმნა ჯანმრთელობის პრობლემა, ფეხით რომ დავდიოდი, რეზინის ფეხსაცმელები მეცვა, - გამიცვივდა ფეხი და ნერვის ანთება დამემართა“ (ოჯახის ექიმი; ხარაგაული).*

როგორც კვლევაში ჩართულმა სოფლის ექიმებმა განაცხადეს, სოფლის ექიმის პროგრამას და, ზოგადად, პირველადი ჯანდაცვის სერვისებს ყველაზე კარგი შედეგი აჭარაში აქვს და ამის ერთ-ერთ მიზეზად ექიმების ტრანსპორტით უზრუნველყოფა დასახელდა – „აჭარაში ყველაზე კარგად მუშაობს პროგრამა. თქვეს, რომ ყველა ექიმს ემსახურება ტრანსპორტი, - გავგიჟდი. აჭარაში 107 ოჯახის ექიმი ყოფილა. შეიძლება თქვენც გაქვთ ინფორმაცია და 60 პუნქტზეა ეს გაწერილი. 60-ვე პუნქტს ჰყავს მანქანა ნივა, 60-ვეს უზის მძღოლი კარგი ხელფასით, 450 ლარი“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული) კვლევაში მონაწილე ექიმების აღქმაში აჭარის სოფლის ექიმებთან შედარებით, ხარაგაულისა და ჭიათურის სოფლის ექიმები არათანაბარ პირობებში იმყოფებიან, ფიქრობენ, რომ მათ მიმართ ნაკლებია ყურადღება პროგრამის პასუხისმგებელი ორგანოების მხრიდან.

კვლევის მონაწილეები საუბრობენ გამოსავლის გზებზე, რაც მოაგვარებს ექიმების გადაადგილების პრობლემას. კვლევის ერთ-ერთი მონაწილის აზრით, **ერთი ავტომობილის გამოყოფა რამდენიმე ამბულატორიისთვის ნაწილობრივ მაინც მოაგვარებს ტრანსპორტირების საკითხს** – „ჩემი აზრით, მაგალითად, ასე

შეიძლება - ხუთი ამბულატორია რაღაც რადიუსში რომ არსებობს, ამ ამბულატორიებმა თითო დღე, მაგალითად, ორშაბათს ეს ტრანსპორტი იყოს მორიგე ერთი ამბულატორიის, სამშაბათს - მეორე ამბულატორიის და ა.შ.“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა). ტრანსპორტის გამოყენება პრიორიტეტული უნდა იყოს ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მონახულებისთვის - „ის ქრონიკული ავადმყოფები, რომლებიც აუცილებლად ბინაზეა მოსანახულებელი, ისინი ტრანსპორტის საშუალებით უნდა მოინახულონ“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა).

**იმის გამო, რომ ექიმებისთვის ტრანსპორტირება პრობლემას წარმოადგენს, ადგილობრივი მოსახლეობა სამედიცინო მომსახურების დროულად მისაღებად სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას მიმართავს - „შენ რომ ზიხარ აქ, ამბულატორიაში, იმას ურჩევნია უფასო სასწრაფო გამოიძახოს, ვიდრე გამოიაროს ამბულატორიამდე. მე რომ დამიძახოს, რამდენგან მივალ? რამდენგან მივა ექიმი დღეში? ეს პრობლემა მარტო ჭიათურის კი არ არის. ეს ყველამ იცის მთელ საქართველოში. ეს ყველას პრობლემა არის საქართველოში“** (სოფლის ექიმი; ჭიათურა).

ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელთათვის დასმულ შეკითხვაზე, თუ რისი გაკეთება შეუძლიათ მათ სოფლის ექიმებისთვის ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული პრობლემის მოსაგვარებლად, რამდენიმე მოსაზრება გამოითქვა. რესპონდენტთა ნაწილის აზრით, **ადგილობრივ ხელისუფლებას ისედაც მცირე ფინანსური რესურსები აქვს და ის ვერ უზრუნველყოფს ექიმების ტრანსპორტირების ხარჯს - „გაგვიჭირდება, რადგან ჩვენ თვითონაც ანალოგიურ მდგომარეობაში ვართ, ძალიან გვიჭირს“** (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული). **ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელთა მეორე ნაწილის აზრით, ადგილობრივი ხელისუფლების პრეროგატივა არ არის სოფლის ექიმის ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ვინაიდან ისინი ადგილობრივი ხელისუფლების დაქვემდებარების ქვეშ არ იმყოფებიან - „არც ვთვლი, რომ ადგილობრივმა თვითმმართველობამ უნდა აიღოს თავის თავზე ექიმების ტრანსპორტირების საკითხი, როცა შენს წინაშე ანგარიშვალდებული არაა ორგანიზაცია“** (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული).

იმისათვის, რომ ადგილობრივმა ხელისუფლებამ რომელიმე სერვისის დააფინანსოს, ის მის დაქვემდებარებაში უნდა იყოს. თუმცა ეს მოსაზრებები კვლევაში მონაწილე ადგილობრივი ხელისუფლების ერთ-ერთმა წარმომადგენელმა არ გაიზიარა – მისი აზრით, ხელისუფლება და, მათ შორის, ადგილობრივი ხელისუფლება, პასუხისმგებელია მოსახლეობის წინაშე და მისი ინტერესების შესაბამისად უნდა ხელმძღვანელობდეს – „ჩვენ ექიმებთან კი არა ვართ ანგარიშვალდებულები, ჩვენ ხალხთან ვართ, პაციენტებთან ვართ ანგარიშვალდებულები. ჩვენ მოსახლეობას ვემსახურებით და არა მარტო ექიმს“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული). თუმცა, როგორც ჭიათურის ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელმა აღნიშნა, არსებობს საკანონმდებლო ბარიერი, რომლის მიხედვით, ექიმი, იმის გამო, რომ ინდემწარმის სტატუსი გააჩნია და გაფორმებული აქვს ხელშეკრულება სამინისტროსთან, მისი ტრანსპორტირება ვერ დაფინანსდება ადგილობრივი ბიუჯეტიდან – „უნდა ჩადო ბიუჯეტში რაღაცა, მაგრამ ბიუჯეტში როგორ უნდა გაუშვა, - ჯანდაცვის სამინისტროს თანამშრომელია, რომელიც შესრულებაზე იღებს იმ ხელფასს. კერძო ინდემწარმეა. ინდემწარმე როგორ უნდა დააფინანსო ბიუჯეტიდან? ყველა ექიმი ხომ ინდემწარმეა?!“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ჭიათურა). კვლევაში მონაწილე სამინისტროს წარმომადგენლის აზრით, შესაძლებელია ისეთი გზების მოძიება, რომლებიც წინააღმდეგობაში არ მოვა არსებულ კანონმდებლობასთან. ამის საილუსტრაციოდ ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელს მოჰყავს სამეგრელო-ზემო სვანეთის მაგალითი, როდესაც ადგილობრივი ხელისუფლება ჩაერთო C ჰეპატიტის სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფაში – „გვეყონდა პრევენდენტები, მაგალითად, სამეგრელო-ზემო სვანეთში, როდესაც ადგილობრივმა თვითმმართველობამ გამოყო დამატებითი ფული ოჯახის ექიმებისთვის იმიტომ, რომ ოჯახის ექიმები დადიოდნენ კარდაკარ, რომ ჩაეტარებინათ სკრინინგი C ჰეპატიტზე“ (ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი; თბილისი) ამდენად, **სამინისტროსა და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის მეტი განმარტებისა და კოორდინირებული მუშაობის საჭიროება არსებობს** – „აქ არის შეთანხმების თემა და მიზნობრივად როგორ



მოხდება ტრანსპორტის გამოყენება“ (ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი; თბილისი).

მოსახლეობაში გავრცელებულია მოსაზრება, რომ სამინისტრო თითქოს ექიმების ტრანსპორტირებას დამატებით უზრუნველყოფს, რაც ექიმებისთვის, მოსახლეობასთან ურთიერთობისას, გარკვეულ უხერხულობას ქმნის – „ზოგს კიდევ ჰგონია და მეკითხებიან, - ექიმო, ბენზინის ფულს გაძლევენ? ასე თვლიან, რომ თითქოს ბენზინის ფულს ვიღაც გვიხდის“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, უახლოეს მომავალში ექიმების ტრანსპორტირებისთვის დამატებითი თანხების გამოყოფა არ იგეგმება – „რომ გითხრათ, რომ ცენტრალური ბიუჯეტიდან ავტომატურად ამ ხალხის უზრუნველყოფა მოკლე ხანში იგეგმება, ასეთი რამ არ არის დაგეგმილი“ (ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი; თბილისი). თუმცა დაგეგმილია ურთიერთთანამშრომლობის გაღრმავება ადგილობრივ ხელისუფლებებთან, მათ შორის ექიმების ტრანსპორტირების საკითხთან დაკავშირებით.

## 1.2. ექიმების შრომის ანაზღაურების ოდენობა და ანაზღაურების სისტემა

სოფლის ექიმების შრომის ანაზღაურების ოდენობა და ანაზღაურების წესი მტკიცენული საკითხია ექიმებისთვის. სოფლის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურება შეადგენს 650 ლარს, აქედან, საშემოსავლო გადასახადის გადახდის შემდეგ ხელზე ასაღები თანხა არის 530 ლარი. თუმცა ეს თანხა არ მოიცავს მხოლოდ შრომის ანაზღაურებას, არამედ ამ თანხით სოფლის ექიმი უზრუნველყოფს სხვა ხარჯებსაც – ტრანსპორტირების, ელექტროენერჯის გადასახადის, მედიკამენტების, საკანცელარიო ნივთების ხარჯებს და ა.შ. სოფლის ექიმებს შრომის ანაზღაურების წესი გაურკვევლობაში ამყოფებთ, ვინაიდან, საქმიანობისთვის გასაწევი ხარჯების გამო, არ იციან თვის განმავლობაში რა ოდენობის თანხა დარჩებათ ხელფასის სახით.

„ხელფასს თქვენ კი არა, ჩემი ოჯახის წევრებსაც ვერ ვეუბნები, მეც არ ვიცი, რამდენი მაქვს ხელფასი. თუ ზამთარია და შეშა მაქვს საყიდელი, შეიძლება

ნახევარი ვერ მივიტანო სახლში, - ჩემმა მეუღლემაც არ იცის, ხელფასი რა მაქვს სინამდვილეში. თუ ზაფხულის პერიოდია და კუჭ-ნაწლავის ბევრი ინფექციაა, დამატებით მედიკამენტი მჭირდება პაციენტებისთვის“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

**ექიმები თავისი ხარჯით იძენენ**, ასევე, საკანცელარიო ნივთებს, ფორმა #100-ისა და რეცეპტის ბლანკებს. **კვლევაში მონაწილე ექიმებისთვის გაუგებარია საშემოსავლო გადასახადს რატომ იხდიან**, თუ 650 ლარი მხოლოდ უშუალოდ მათ ანაზღაურებას არ მოიცავს – **„თუ ხელფასი არ არის, საშემოსავლოს რატომ ვიხდით მაშინ?“** (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). თუმცა, როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილება, რომლის მიხედვით, **სოფლის ექიმს უკვე აქვს უფლება დარეგისტრირდეს ინდივიდუალურ მეწარმედ და თუ მისი შემოსავალი 35 ათას ლარზე ნაკლები იქნება, არ მოუწევს 20% საშემოსავლო გადასახადის გადახდა** – „ანუ, ეს 20% მათთვის უკვე იქნება შეღავათი და გარკვეულწილად, შეიძლება ჩაითვალოს, როგორც მათი შემოსავლების მატება, ამ ცვლილებიდან გამომდინარე“ (სამინისტროს წარმომადგენელი; თბილისი). სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ არსებული ანაზღაურება მცირეა, თუმცა **უახლოეს მომავალში სოფლის ექიმებისთვის ანაზღაურების მომატება დაგეგმილი არ არის** – „ეს 650 ლარი ანაზღაურება დაბალია ძალიან. ამაზე დიდი ხანია, წუხილი გამოითქმის“ (ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი; თბილისი).

ექიმები აღნიშნავენ, რომ ყველაფერს საკუთარი სახელი უნდა დაერქვას, ანუ **სოფლის ექიმის მომსახურების გაწევისთვის განკუთვნილი ხარჯი და შრომის ანაზღაურება ერთმანეთისგან უნდა გაიმიჯნოს**, სხვა შემთხვევაში ყოველთვის იქნება გაუგებრობა – „ხელფასს თავისი სახელი უნდა ერქვას და ხარჯს - თავისი სახელი უნდა ერქვას. გაემიჯნოს ეს თანხები ერთმანეთს“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა).

როგორც კვლევის შედეგად გამოვლინდა, **სოფლის ექიმებს მათთვის გამოყოფილი 650 ლარიდან შრომის ანაზღაურების სახით ყოველთვიურად დაახლოებით 300–350 ლარი რჩებათ**.

### 1.3. სოფლის ამბულატორიის პერსონალისთვის არსებული ბიუროკრატიული ბარიერები

ექიმებს და ექთნებს თვეში ორჯერ უწევთ ქუთაისში გამგზავრება ფორმალური პროცედურის შესასრულებლად, კერძოდ, ხელშეკრულებაზე ხელმოსაწერად და ანგარიშის წარსადგენად – „დაქირავებული ტაქსით მივდივართ ქუთაისში თვეში ორჯერ. ერთხელ ჩაგვაქვს ნამუშევარი - შესრულებული სამუშაო, მეორედ ხელშეკრულების ხელმოსაწერად მივდივართ“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა). ამ წესს აპროტესტებენ ექიმები და მიიჩნევენ, რომ დროს და რესურსს არა მხოლოდ ტყუილად კარგავენ, არამედ მათი საქმიანობის განხორციელებაშიც ეშლებათ ხელი.

„იმ დღეს, მაგალითად, ავადმყოფი მირეკავდა და სასწრაფოთი გადაიყვანეს ავადმყოფი იმიტომ, რომ მე ვეღარ ვასწრებდი - ქუთაისში ვიყავი. სასწრაფოსაც მეტი ხარჯი აქვს. მე რომ ვყოფილიყავი, ხომ მე მივიდოდი. მეც და ექთანიც ორივე ვიყავით წასული ქუთაისში. იმ დღეს რომ არ ჩავსულიყავით, არანაირად არ შეიძლებოდა“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

სოფლის ექიმებმა აღნიშნეს, რომ ორივე ფორმალური წესის შესრულება ელექტრონულადაც შესაძლებელია. ექიმების ნაწილს გააკეთებინეს ელექტრონული ხელმოწერები, თუმცა ჯერჯერობით ელექტრონულ ხელმოწერებს, სურვილის მიუხედავად, ვერ იყენებენ – „წელს სასწრაფოდ გაგვაკეთებინეს ელექტრონული ხელმოწერები. 11 ლარი დაჯდა თვითონ ის ჩამწერი. ჰოდა, ჩვენ გვეგონა, გვეშველა და მაინც დაგვატარებენ კიდევ ქუთაისში“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ჭიათურის სოფლის ექიმებს მოჰყავთ საჩხერის სოფლის ექიმების მაგალითი, სადაც, როგორც შესრულებული სამუშაოს ანგარიშის, ისე ხელშეკრულებაზე ხელმოწერის გაკეთება შესაძლებელია ადგილზე – „საჩხერემ გადაწყვიტა და ადგილზე, სოციალურ სააგენტოში აწერს ხელს“ (ოჯახის ექიმი; ჭიათურა). სოფლის ექიმებმა საკითხის მოგვარების თხოვნით სოციალური მომსახურების სააგენტოს და ცენტრალურ ხელისუფლებას არაერთხელ მიმართეს, თუმცა პასუხად, როგორც წესი, შეპირებას იღებენ. იგივე თხოვნით ჭიათურის ადგილობრივმა ხელისუფლებამაც მიმართა – „ბატონმა დიმიტრი ხუნდაძემ<sup>30</sup> ხელი ხელში მომცა 2 თვის წინ და მოვავარებო“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ჭიათურა).

30 დიმიტრი ხუნდაძე არის საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარის პირველი მოადგილე (21-11-2016)

#### 1.4. კომპიუტერის და ინტერნეტის საჭიროება ამბულატორიებში

კვლევაში მონაწილე სოფლის ექიმები ასახელებენ იმ პრობლემებს, რაც უშუალოდ ამბულატორიებში არსებობს, და რომელთა მოგვარებაც მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ სოფლის ექიმებმა შეძლონ ადეკვატური მომსახურების გაწევა. **მათ შორის დასახელდა კომპიუტერების და ინტერნეტის საჭიროება სოფლის ამბულატორიებში.** როგორც ექიმები ამბობენ, მათ ინტერნეტი სჭირდებათ სხვადასხვა საქმიანობის შესასრულებლად, მაგალითად, გარდაცვალების ცნობის მოსამზადებლად, რისთვისაც 5 დღიანი ვადა აქვთ; იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში სამუშაოდ – „მაგალითად, მასიური კამპანია იყო წითელა-წითურაზე, 78 საათში უნდა ყოფილიყო შეტანილი ინფორმაცია. თუ არადა, დავჯარიმდებოდით“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). აგრეთვე, ანგარიშების მოსამზადებლად. გარდა ამისა, ექიმებს კომპიუტერი და ინტერნეტი სჭირდებათ ზოგიერთი წამლის შემადგენლობის (ანოტაციის) გასაგებად, რის შესახებაც ინფორმაციის მიღებას პაციენტი ითხოვს ექიმისგან.

„ზოგჯერ არის შემთხვევა, რომ პაციენტი მოგიტანს დალეულ წამალს, ხან ზოგჯერ მოქმედი ნივთიერება რა არის, ისიც არ იკითხება. „რა არის ეს?“ პაციენტი გეკითხება. ეს უკვე შენი ავტორიტეტის საკითხია, თუ ვერ გასცემ პასუხს. წამალი ათასნაირი დასახელებით გამოდის. ყველა არ გვეცოდინება და პაციენტი გეკითხება“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

ექიმმა ექთანთან ერთად ყველა აუცილებელი ინფორმაცია უნდა აღწეროს და ბაზაში შეინახოს. პაციენტს აქვს მოლოდინი, რომ ექიმი ინფორმირებულია მედიკამენტების შესახებ, შესაბამისად, თუ პაციენტს ამომწურავ პასუხს არ გასცემს, ეს გავლენას იქონიებს ექიმის მიმართ ნდობაზე – „იცი, რა, მე სახლში მივალ, ამის ანოტაციას განვიხილავ და მერე გეტყვი. ის შეიძლება, ერთხელ და ორჯერ მოვიდეს. თუ ნდობა გაქვს, ისევე მოვა შენთან, მაგრამ მას ეგონება, რომ ექიმმა ამ წამლის შესახებ არაფერი იცის“. (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

ექიმებისთვის სფეროში არსებული სიახლეების მიღების ერთ-ერთი მთავარი წყაროა ინტერნეტი. ეს არის კიდევ ერთი მიზეზი,

თუ რატომ არსებობს ექიმებისთვის კომპიუტერის და ინტერნეტის საჭიროება. როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, **სამინისტრო უახლოეს პერიოდში გეგმავს ამბულატორების კომპიუტერიზაციას.**

### **1.5. მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა**

სოფლის ექიმების პროგრამის მიხედვით, ექიმებს ევალებათ, რომ პაციენტები გარკვეული მედიკამენტებით უზრუნველყონ. როგორც კვლევაში მონაწილე ექიმებმა აღნიშნეს, **დაახლოებით 70 ლარი უჯდებათ იმ მედიკამენტებით „ექიმის ჩანთის“ შევსება, რაც პროგრამით არის გათვალისწინებული.** თუმცა **რესპონდენტებმა ისიც აღნიშნეს, რომ იმ მედიკამენტებსაც იძენენ, რისი შეძენაც მათ არ ევალებათ, თუმცა, პრაქტიკული გამოცდილებიდან გამომდინარე, ამ მედიკამენტების ქონა აუცილებელია – „მე იმაზე გაცილებით მეტი წამალი მიდევს ექიმის ჩანთაში, რაც გათვალისწინებულია, რადგან პრაქტიკიდან ვიცი, რომ მჭირდება“** (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ექიმები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ იმის გამო, რომ მათ ევალებათ მედიკამენტების შეძენა მათთვის გამოყოფილი იმ თანხით (650 ლარი), რასაც ბევრი სხვა საჭიროებისთვისაც ხარჯავენ.

### **1.6. შვებულებით და ბიულეტენით სარგებლობის შეზღუდვა; დაზღვევის არქონა**

სოფლის ექიმების და ექთნების აზრით, ირღვევა მათი შრომითი უფლებები, ვინაიდან მათ არ აქვთ არც შვებულებით და არც ბიულეტენით სარგებლობის შესაძლებლობა.

„24 სექტემბერს მეყოლა ტყუპები. 24 სექტემბრიდან თვის ბოლომდე პაციენტი არ გავატარე არავინ. ეს ექვსი დღე ხელფასიდან ჩამომაჭრეს. იმის მერესულ გული მტკივა ამაზე. ადამიანები არ ვართ ჩვენ?! (სოფლის ექიმი; ხარაგაული)

სოფლის ექიმის პროგრამის განმახორციელებელი – სოციალური მომსახურების სააგენტო – სთხოვს ოჯახის ექიმებს, რომ **შვებულებაში გასვლის შემთხვევაში, ექიმებმა ერთმანეთი ჩაანაცლონ, რაც, როგორც ექიმები ამბობენ, ვერ ხერხდება, ვინაიდან ძალიან რთულია პარალელურად სხვა ამბულატორიის ექიმის ფუნქციების შესრულება.**

„13-14 წელიწადია, ვმუშაობთ, შვებულება არ აქვს სოფლის

ექიმს და ექთანს. რაზეა ლაპარაკი?!“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა); „მე რომ ვთქვათ, ქალბატონ რუსუდანს (სოფელი ლაშის ექთანი) ვუთხრა, მე ამ თვეში ორი კვირა წავალ და თქვენ იმუშავეთ. რუსუდანმა ლაშეს თუ მიხედა, კიდევ ბაზალეთში ამოვიდეს?! როგორი შვებულება გამოვა?!“ (სოფლის ექთანი; ხარაგაული).

**სოფლის ექიმები და ექთნები აპროტესტებენ იმას, რომ, სხვა სფეროს წარმომადგენლებისგან განსხვავებით, ისინი არ სარგებლობენ კორპორაციული სამედიცინო დაზღვევით – „არ არსებობს ჩვენი დაზღვევა. ადრე მოგვცეს რაღაც სადაზღვევო და ყველა მომსახურებაში ფული გადავიხადე. სხვებს რატომ უნდა შევნატროდე? მასწავლებლებს აქვთ არაჩვეულებრივი დაზღვევა, რკინიგზელებს აქვთ არაჩვეულებრივი დაზღვევა“** (ექთანი; ხარაგაული).

### **1.7. ხარაგაულის მუნიციპალიტეტში ამბულატორიების საკუთრებასთან დაკავშირებული სირთულეები, რაც ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას აფერხებს**

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ხარაგაულში სოფლის ამბულატორიების ნაწილს აქვს პრობლემა საკუთრებასთან დაკავშირებით, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს სოფლის ექიმებისა და ექთნების მიერ სამუშაოს შესრულებას. ხარაგაულის მუნიციპალიტეტში სოფლის საექიმო ამბულატორია 15 სოფელში ფუნქციონირებს. მათგან 9 ამბულატორია 2006 წელს აშენდა, მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით. 1 ამბულატორია აშენდა 2014 წელს, ხოლო დანარჩენი 5 რეაბილიტაციას საჭიროებს. იმის გამო, რომ მსოფლიო ბანკის მიერ აშენებული ამბულატორიების საკუთრების საკითხი ბუნდოვანია, იქმნება მნიშვნელოვანი ინფრასტრუქტურული პრობლემები, როგორებიცაა წყალმომარაგების, ელექტრომომარაგების და გათბობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული პრობლემები.

კვლევაში ზოგიერთ ამბულატორიას აქვს გათბობის პრობლემა – „ყველაზე საჭირობოროტო საკითხია ჩვენთვის გათბობა. ვერ წარმომიდგენია ახლა ღუმელი 21-ე საუკუნეში და მერე მისი შეშა ისეთი ძვირია, 600 ლარი ჯდება ერთი მანქანა შეშა“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ზოგიერთ ამბულატორიაში არსებობს წყლის პრობლემა,

რაც მნიშვნელოვანი ხარვეზია ექიმისთვის, რომ სრულფასოვნად შეასრულოს მასზე დაკისრებული მოვალეობა – „ამბულატორიებში არის წყლის პრობლემა. როგორ შეიძლება, იმუნიზაცია აწარმოო ამბულატორიაში და წყალი არ გქონდეს (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ხარაგაულის კიდევ ერთ ამბულატორიაში ელექტროენერჯის მიწოდების პრობლემა დასახელდა. როგორც ექიმი ამბობს, მრიცხველს ვერ აყენებს „ენერგო-პრო ჯორჯია“ იმის გამო, რომ ამბულატორიას არ ჰყავს მესაკუთრე – „აქ თანხაზე არ არის საუბარი. თანხას კი ვმოულობთ, მაგრამ უბრალოდ მრიცხველს ვერ აყენებს „ენერგო-პრო ჯორჯია“ იმიტომ, რომ ამბულატორიის შენობა არ არის არავისზე გადაფორმებული“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). როგორც ხარაგაულის მუნიციპალიტეტის ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელმა განაცხადა, საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს ქონების მართვის სააგენტოს თვითმმართველობამ მიმართა, რომ აღნიშნული ქონება გადაეცეს მუნიციპალიტეტს, რის შემდეგაც თვითმმართველობას შეეძლება ამბულატორიების კეთილმოწყობა და ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება.

### **1.8. ჭიათურის მუნიციპალიტეტში სოფლის ამბულატორიების ფინანსური დავალიანებები, რაც აფერხებს ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარებას**

როგორც კვლევაში მონაწილე ჭიათურის თვითმმართველობის წარმომადგენელმა განაცხადა, წლების წინ ჭიათურის თითქმის ყველა ამბულატორია, გარდა 4 ამბულატორიისა, გადაიყვანეს ლიკვიდაციის რეჟიმზე და ბოლომდე არ მიიყვანეს პროცესი; ამის გამო, ამბულატორიებს დაუგროვდათ დავალიანებები.

ხუთი წელია, ამ თანამდებობაზე ვარ და ვერ გავიგე, ვისი არის. ერთადერთი მუნიციპალიტეტია საქართველოში ჭიათურა, სადაც ლიკვიდაციის რეჟიმზე გადაიყვანეს ამბულატორიები, ლიკვიდაცია ბოლომდე ვერ მიიყვანეს და ჰაერში ჰკიდია. რამხელა ვალი აქვთ, იცით, ამბულატორიებს? სამი თუ ოთხი ამბულატორიაა - კაცხის, ნიგოზეთის და წირქვალის, რომ დავალიანება არ აქვთ. ერთ-ერთი მათგანის დავალიანება 40 ათასს სცილდება სახელმწიფოს მიმართ“ (თვითმმართველობის წარმომადგენელი; ჭიათურა).

როგორც რესპონდენტებმა განაცხადეს, გამოსავალი არის ის, რომ ქონება ჩამოიწეროს.

## 2. სოფლის ექიმებისა და ექთნების საქმიანობის შეფასება ადგილობრივი ხელისუფლებების მიერ

კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა იყო, შეფასებულიყო სოფლის ექიმების და ექთნების საქმიანობა ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ. ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები მეტ-ნაკლებად ინფორმირებულები არიან იმ საჭიროებებისა და სამუშაო გარემოს შესახებ, რაც სოფლის ამბულატორიებს გააჩნიათ. ამასთანავე, დასახელდა დამატებითი საჭიროებები და გამოწვევები, რაც რესპონდენტთა აზრით, გასათვალისწინებელია, როდესაც პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხარისხიან მიწოდებაზეა საუბარი.

**ექიმების საქმიანობის არეალი უნდა გაფართოვდეს, რომ ადგილობრივ მოსახლეობას მეორეულ რგოლში, ანუ მუნიციპალურ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის არ მოუწიოს მიმართვა და ადგილზე შეძლოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიღება.**

„სტაციონარში მიდის პირდაპირ პაციენტი. რისი გადაჭრაც შეიძლება, ადგილზევე უნდა გადაიჭრას ის პრობლემა. თუნდაც დღევანდელი სკრინინგის პროგრამა - ხალხი მიდის ქუთაისში, შემოწმებას გადიან. სკრინინგი შეიძლება ადგილზევე ჩატარდეს და ამბულატორიის ექიმმაც ჩაატაროს ის მანიპულაციები, რასაც სტაციონარში აკეთებენ. ეს არის ფულის ზედმეტი ხარჯვა“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული).

ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელთა აზრით, დღეს, სოფლის ექიმებს, ძირითადად გადამისამართების ფუნქცია აქვთ, რაც არასწორია. აუცილებელია, რომ **ექიმს პირველადი დახმარების სრულფასოვნად გაწევის შესაძლებლობა ჰქონდეს, რათა ექიმის მიმართ ნდობა არსებობდეს** – „მაგალითად, მე, ექიმი ვარ პროფესიით, არ ვიმუშავებ ამბულატორიაში იმიტომ, რომ ელემენტალურად, ჩემთან რომ მოვიდეს კაცი და მხარი ჰქონდეს ამოვარდნილი, ვერ ვეტყვი, - არ არის ჩემი კომპეტენცია და ვერ გავაგზავნი სხვაგან“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული). როგორც კვლევაში მონაწილე ჯანდაცვის ექსპერტმა აღნიშნა, საზღვარგარეთის ქვეყნებში, სადაც ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი განვითარებულია, არსებობს მცირე ქირურგიაც, რომელსაც ოჯახის ექიმი ახორციელებს – „საზღვარგარეთ არის მცირე ქირურგია. ხელს რომ გაიჭრის ადამი-



ანი, მას ოჯახის ექიმი ეხმარება“ (ჯანდაცვის ექსპერტი; თბილისი). ჯანდაცვის ექსპერტმა აგრეთვე აღნიშნა, რომ უცხოეთში უცნობია ისეთი ფენომენი, როგორც არის ქალთა კონსულტაცია, ვინაიდან ქალთა ჯანმრთელობას მეთვალყურეობს ოჯახის ექიმი. **იმის გამო, რომ ოჯახის ექიმს ძირითადად გადამისამართების ფუნქცია აქვს, ექიმი არაკვალიფიციური ხდება.** რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მართალია ექიმები პერიოდულად გადიან ტრენინგებს, მაგრამ აქცენტი სამედიცინო პრაქტიკაზე უნდა გაკეთდეს.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ უნდა მოხდეს **სოფლის ექიმების საქმიანობის მონიტორინგი და შეფასება;** იმის გამო, რომ უკმაყოფილო მოქალაქე მიმართავს ადგილობრივ ხელისუფლებას, **მონიტორინგის კომპონენტში სასურველია ჩაერთოს ადგილობრივი ხელისუფლებაც** – „რადაც ბერკეტი რომ ჰქონდეს ადგილობრივ ხელისუფლებას, რადაც... ამ წუთში არაფერი ბერკეტი არ აქვს“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული). ამ ეტაპზე, ადგილობრივი ხელისუფლება აწარმოებს მონიტორინგს იმუნიზაციის პროგრამაზე.

კვლევის შედეგად ასევე გამოიკვეთა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს, პროგრამების დაგეგმვის დროს, არ აქვს კომუნიკაცია მუნიციპალიტეტებთან, რისი საჭიროებაც არსებობს, ვინაიდან საუბარია მოსახლეობაზე, რომელთა მდგომარეობაზე მათ შორის პასუხისმგებელია ადგილობრივი ხელისუფლება – „კარგი იქნებოდა, რადაც დონეზე კომუნიკაცია ჰქონდეს სამინისტროს, იმიტომ, რომ საქმე ეხება ჩვენს მოსახლეობას (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული).

ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელთა აზრით, მნიშვნელოვანია, რომ ექიმების ანაზღაურება გაიზარდოს, რათა მათ არ მოუწიოთ ორზე მეტ ადგილზე მუშაობა და შეძლონ ადგილობრივი (სოფლის) მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევა.

„პირველ რიგში, ამბულატორიის ექიმს უნდა ჰქონდეს შესაბამისი დაფინანსება, რომ ადგილზე იყოს და განახორციელოს მისი მოვალეობა, რაც დღევანდელ დღეს პრობლემატურია“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული).

აღსანიშნავია, რომ კვლევაში მონაწილე ექიმების უმეტესმა ნაწილმა თავი აარიდა ესაუბრა ერთდროულად რამდენიმე სამუშაო

**ადგილზე მათი დასაქმებულობის შესახებ. როგორც ჩანს, ამ თემაზე საუბარი ექიმებს გარკვეულ უხერხულობას უქმნის.**

შესაბამისად, თუ ექიმი უფრო მეტ დროს დაუთმობს სოფლის ექიმობას, დაფარვაც მეტი იქნება და მოსახლეობის მხრიდან მომსახურების მიღების ინტერესი და ნდობაც გაიზრდება. როგორც ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები აღნიშნავენ, დღეს არსებული მდგომარეობის მიხედვით, **მოსახლეობა ადგილობრივ ამბულატორიას არ მიმართავს, არამედ სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას იძახებს ან მუნიციპალური ცენტრის სამედიცინო დაწესებულებას აკითხავს** – „სტაციონარში მიდის პირდაპირ პაციენტი. ის პრობლემატური საკითხები უნდა გადავჭრათ, რომ არ წავიდეს სტაციონარში ადამიანი“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი). **პირველადი ჯანდაცვის არაეფექტურად განხორციელება იწვევს არახარჯეფექტურობას**, ამის კონკრეტული მაგალითი მოჰყავს ერთ-ერთ რესპონდენტს, რომელიც ხარაგაულის თვითმმართველობას წარმოადგენს:

„თუნდაც ავიღოთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებები. თვიური 400 გამოძახებიდან სუფთა სასწრაფო გამოძახება იქნება 9-10. რა თანხები მიდის სასწრაფოს გამოძახებაზე - საწვავზე, ცვეთაზე, მედიკამენტებზე - ეს დავიანგარიშოთ ყველაფერი. სტაციონარში რა ხალხიც მიდის კიდევ და ეს შევაერთოთ“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი).

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლის აზრით, ის, რომ სოფლის ექიმი რამდენიმე ადგილას მუშაობს, პრობლემა არ არის და ამის საილუსტრაციოდ უცხო ქვეყნის მაგალითი მოჰყავს – „მაგალითად, ჰოლანდიაში ოჯახის ექიმი თვითონ წარმოადგენს სასწრაფო გადაუდებელ დახმარებას; ჰოსპიტალისტებად მუშაობენ და ეს არის პირიქით, ეს არის ამ ტიპის რამდენიმე ადგილზე დასაქმების შესაძლებლობა“ (ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი). სოფლის ექიმის ინსტიტუტს აქვს სტიმული, რომ ექიმი მიიზიდოს და არ შეზღუდოს ერთ სამსახურში დასაქმებულობით. ამასთანავე, **მიღებული გამოცდილება ექიმს ხელს შეუწყობს განავითაროს საკუთარი უნარ-ჩვევები** – „ჰოსპიტალშიც იმუშაოს, განვივითაროს უნარ-ჩვევაც და ასევე - სასწრაფოზეც იმუშაოს“ (ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი). თუმცა, ისიც აღინიშნა, რომ

სოფლის ექიმებს სამუშაოს განსახორციელებლად შესაბამისი პირობები უნდა ჰქონდეთ და მათი საქმიანობა მიმართული არ უნდა იყოს მხოლოდ ანაზღაურების მიღებაზე. ამდენად, სამომავლოდ დაგეგმილია, რომ სოფლის ექიმის პროგრამა გაძლიერდეს და მაქსიმალურად იქნეს გათვალისწინებული ექიმების საჭიროებები – „ცუდია, რომ ამდენი ხანი ვერ მოხერხდა მათი ხელფასის გაზრდაც და პირობების გაუმჯობესებაც. ზოგიერთი ამბულატორია ძალიან ცუდ მდგომარეობაშია, მაგრამ რა თქმა უნდა, ეს არის მთავარი პრიორიტეტი და ძალიან საინტერესო ინიციატივები აქვს ქალბატონ მინისტრს ამ ახალ მიდგომებთან დაკავშირებით“ (ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი).

ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელთა აზრით, **აუცილებელია არსებული კადრების – ექიმებისა და ექთნების – გადამზადება და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება, რათა ადგილობრივ მოსახლეობაში მათ მიმართ ნდობა გაჩნდეს** – „გადამზადებაც უნდა დაფინანსდეს და რომ ჩამოვლენ ამ ამბულატორიაში ექიმად და ექთნად სამუშაოდ, უკვე უნდა იყვნენ მომზადებულები თავიდან ბოლომდე“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი). ასევე აუცილებელია, რომ, **შესაბამისი პირობების შეთავაზებით, მოხდეს ახალი კადრების მოზიდვა პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, ვინაიდან ხდება ექიმების და ექთნების დაბერება** – „ჩვენ უნდა შევარჩიოთ ისეთი ხალხი, - ახალგაზრდებზე მაქვს საუბარი, რომ დაამთავრებს სამედიცინო ინსტიტუტს, რომელიც პირველი ხუთი წელი, მინიმუმ, არ წავა სოფლიდან.. იყოს სოფელში, - ეს არის იდეალური ვარიანტი“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ჭიათურა). იმისათვის, რომ ახალბედა ექიმს უფრო მეტად გაუჩნდეს სოფლის ექიმად მუშაობის სურვილი, ის ადგილობრივი მაცხოვრებელი უნდა იყოს. რამდენიმე წლის წინ, ხარაგაულის ადგილობრივ ხელისუფლებას სამინისტრომ სთხოვა, მოეძიებინა დამამთავრებელი კურსის სტუდენტების შესახებ ინფორმაცია, რომლებიც წარმოშობით ხარაგაულის მუნიციპალიტეტიდან იქნებოდნენ, თუმცა შესაბამისი სტუდენტები ვერ მოიძებნა – „ვერ მოვიძიეთ დამამთავრებელი კურსის სტუდენტი, პედატრს ითხოვდნენ და რეზიდენტურას უფინანსებდა სახელმწიფო სამი წლით, ხელშეკრულებას უფორმებდნენ. ჰქონდა ვალდებულება, რომ ხარაგაულში დაბრუნებულიყო. ვერ მოვიძიეთ“

(ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ხარაგაული). ხარაგაულის ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებმა ისაუბრეს, ასევე, კონკრეტულად ნადაბურის თემზე, სადაც 25 წლის განმავლობაში ოჯახის ექიმის და ექთნის ყოლის საჭიროება დგას, თუმცა აქამდე ვერ მოხერხდა ექიმის და ექთნის გამოყოფა თემისთვის – „მაგალითად, ნადაბურში არის კვალიფიციური მედდა, რომელიც ისედაც ასრულებს ამ მოვალეობას. სოფელი ექთნის დანიშვნას წლების განმავლობაში ითხოვს“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი). რამდენიმე წერილი გაიგზავნა სამინისტროში ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ, **თუმცა პასუხად უარი მიიღეს იმ მიზეზით, რომ მოსახლეობის რაოდენობა არ ითვალისწინებს შტატის დაშვებას. თუმცა, როგორც კვლევის ერთ–ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, მომდევნო წლის – 2020–ის ბუჯეტში გათვალისწინებული იქნება.**

### **3. ადგილობრივი ხელისუფლების როლი პირველადი ჯანდაცვის განხორციელებაში**

ადგილობრივი ხელისუფლების როლი, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ხელშეწყობის მხრივ, გამოიხატება სოფლის ამბულატორიების ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებაში. ხარაგაულის და ჭიათურის ადგილობრივი ხელისუფლების კვლევაში მონაწილე წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ მათ **ცენტრალური ბიუჯეტიდან მიიღეს დაფინანსება – ხარაგაულმა 104 ათასი ლარის, ხოლო ჭიათურის მუნიციპალიტეტმა 106 ათასი ლარის ოდენობით. ამ თანხით, ორივე მუნიციპალიტეტში რვა ამბულატორიას ჩაუტარდება რეაბილიტაცია.** ამასთანავე, ჭიათურაში ადგილობრივი ბიუჯეტის ხარჯით დაგეგმილია ერთი ამბულატორიის მშენებლობა.

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ მნიშვნელოვანია, ადგილობრივმა ხელისუფლებამ ხელი შეუწყოს სოფლის ამბულატორიებს ლოჯისტიკური და ინფრასტრუქტურული საკითხების მოგვარებაში, ამ მიმართულებით, სამინისტრო გეგმავს ადგილობრივ მუნიციპალიტეტებთან თანამშრომლობას – „ესეც ვალდებულებით ექნება განსაზღვრული ადგილობრივ თვითმმართველობას იმისთვის, რომ მოუგვარონ ლოჯისტიკური საკითხები, - გათბობა და ა. შ. (სამინისტროს წარმომადგენელი). ამასთანავე, ჯანდაცვის სამინისტრო გეგმავს სსიპ-ის – გადაუდებელი

სასწრაფო ცენტრის შექმნას, რომელიც ხელს შეუწყობს სოფლის ექიმის პროგრამის გამართულ მუშაობას და, აგრეთვე, ექნება მონიტორინგის ფუნქცია. მაგალითად, ცენტრი აღრიცხავს ექიმების სამუშაო გრაფიკს, რათა მოსახლეობა ინფორმირებული იყოს – „მოსახლეობამ იცოდეს, თუ დავუშვათ, რომელიღაც სამშაბათს სასწრაფოზეა მორიგე ის ოჯახის ექიმი, ხუთშაბათს ან კვირა დღეს იქნება იმ მოსახლეობასთან და იმუშავებს (სამინისტროს წარმომადგენელი).

### **პჯდ–ს სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებულობის დონე დარგში მიმდინარე სიახლეების შესახებ**

როგორც კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, სოფლის ექიმები და ექთნები პირველად ჯანდაცვაში არსებული სიახლეების შესახებ ინფორმაციას, ძირითადად, შემდეგი წყაროების საშუალებით იღებენ, ესენია:

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს და პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მიერ ორგანიზებული ტრენინგები და საინფორმაციო შეხვედრები;
- კოლეგების მიერ გაზიარებული ინფორმაცია;
- მასმედიის, განსაკუთრებით, ტელევიზიის მიერ გაშუქებული და ინტერნეტ სივრცეში გამოქვეყნებული სიახლეები.

რესპონდენტთა შეფასებით, სახელმწიფო ინსტიტუტებისგან მიღებული ინფორმაცია არ არის საკმარისი და მათ უფრო მეტი ინფორმაცია სჭირდებათ ისეთ თემებზე, როგორებიცაა ახალი მედიკამენტები, ჯანდაცვის პროგრამები და ა.შ. სოფლის ამბულატორიის ექიმები დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად, ძირითადად, სოციალური მომსახურების სააგენტოს უკავშირდებიან ცხელი ხაზის მეშვეობით. გამოიკვეთა, რომ არსებობს საჭიროება, ხშირად მოხდეს შეხვედრის ორგანიზება და ინფორმაციის ერთმანეთისთვის გაზიარება ექიმებსა და პასუხისმგებელ საჯარო უწყებების წარმომადგენლებს შორის. სოფლის ექიმები აღნიშნავენ, რომ **ქალაქსა და მუნიციპალურ ცენტრში მომუშავე ექიმებს უფრო მეტად მიუწვდებათ ხელი სიახლეებსა და, ზოგადად, ინფორმაციაზე.**

სოფლის ექიმებს აქვთ განცდა, რომ ინფორმაციის გაზიარების მხრივაც უფრო მეტი ყურადღება ქალაქის სამედიცინო დაწესებულებებს ექცევა, ასევე აღნიშნავენ კერძო ფარმაცევტული

კომპანიების საქმიანობას ქალაქის ექიმების ინფორმირების კუთხით, ქალაქის ექიმებს სიახლეების მიღების და პროფესიული განვითარების უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ – „ხარაგაულში საერთოდ არ შემოდიან. ჩვენ რატომ ვყავართ ასე. მე ბევრჯერ დავაყენე ეს საკითხი ქუთაისშიც. ზესტაფონისა და ქუთაისის ექიმები ამბობენ, რომ დღეს ამას აქვს პრეზენტაცია და აქ ვართ მიწვეულები, მერე იქ ვართ მიწვეულები, ჩვენც ხომ გვინტერესებს სიახლეები?!“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ფარმაცევტული კომპანიები სპეციალურ ბუკლეტებს არიგებენ, სადაც დეტალური ინფორმაციაა მოცემული მედიკამენტების შემადგენლობის და აღწერილობის შესახებ. როგორც სოფლის ექიმებმა და ექთნებმა აღნიშნეს, **ინფორმაციას სიახლეების შესახებ ხშირად მეგობარი ექიმებისგანაც იღებენ** – „ჩაგვივარდა ხელში მეგობრებიდან. მეგობარმა რატომ უნდა მომცეს მე ეს? ჩვენთანაც იყვნენ კავშირზე“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

სოფლის ექიმებსა და ექთნებს დამატებითი ინფორმაცია სჭირდებათ ახალი – „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების უზრუნველყოფის<sup>31</sup>“ პროგრამის მიხედვით იხსნება არსებული დიფერენცირება და სხვადასხვა ჯგუფის წარმომადგენლები 35 სახეობის მედიკამენტს 6 ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ 1 ლარად შეიძენენ<sup>32</sup>. როგორც ექიმების ნაწილმა აღნიშნა, ამ პროგრამის შესახებ პაციენტებისგან შეიტყვეს – „ე.წ. „ლარიან“ წამლებზე პირველები ავადმყოფები მოცვიდნენ, ტელევიზორმა გამოაცხადა. მერე ავტეხეთ კვლევა-ძიება“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

ინფორმაციის მიღების ერთ-ერთ წყაროდ ხარაგაულის მუნიციპალიტეტში დასახელდა ადგილობრივი გაზეთი „ჩემი ხარაგაული“ – „ეს ჩვენი გაზეთი („ჩემი ხარაგაული“) ძალიან ხშირად ბეჭდავს ყოვლისმომცველ ინფორმაციებს. ესეც გააშუქა, ეს ჩვენი შეხვედრა რომ იყო. საერთოდ, თუ რაიმე სიახლეა, მე ვკითხულობ გაზეთში და ვეცნობი“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). როგორც უკვე აღინიშნა, ტელევიზიასთან ერთად ინტერნეტიც არის მნიშვნელოვანი წყარო ინფორმაციის მისაღებად.

31 „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების უზრუნველყოფი პროგრამა“ – [http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=1291](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=1291)

32 წყარო – netgazeti.ge - <https://netgazeti.ge/news/380916/>

#### 4. ექიმებისთვის უწყვეტი განათლების მიღების შესაძლებლობები

ოჯახის ექიმებმა გადამზადება, ძირითადად, 2006–2008 წლებში გაიარეს. მას შემდეგ რამდენიმეწლიანი წყვეტა ჰქონდათ განათლების მიღების თვალსაზრისით – „წინა ცხოვრებაში“, ნაციონალების დროს გავიარეთ ტრენინგი და მერე დიდი ხნის განმავლობაში არაფერი არ გავვივლია, მხოლოდ ორი თვის წინ გვქონდა ტრენინგი“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ის ექიმები, რომლებიც რამდენიმე სამსახურშია დასაქმებული განათლების მიღების მეტი შესაძლებლობა აქვთ – „ჯეოჰოსპიტალსი“ აკეთებს. სოფლის ექიმებს გვპატიჟობენ. მაძლობა მათ, რომ ჩვენ ვახსოვართ და დაგვპატიჟებენ, მივალთ, მოვისმენთ“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა). ექიმებს პერიოდულად აქვთ შესაძლებლობა, რომ აიმაღლონ კვალიფიკაცია იმისდა მიხედვით, თუ რა პროექტებს ახორციელებს სამინისტრო სამხარეო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მეშვეობით – „როცა ახალი გაიდლაინები მოვა, მაშინ აუცილებლად გამოიძახებენ, გააცნობენ და მარაოს წესით მოხდება ყველას გამოძახება და გადაკვალიფიცირება. არა მარტო ოჯახის ექიმების, აგრეთვე ოჯახის მედლების“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი; ჭიათურა).

#### 5. ადგილობრივი მოსახლეობის მიერ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის შეფასება

კვლევისთვის საინტერესო იყო გამოვლენილიყო სოფლის ექიმების პაციენტთა სოციალური პროფილი და ის დაავადებები, რომელთა გამოც აკითხავს მოსახლეობა ადგილობრივ ამბულატორიებს. როგორც სოფლის ამბულატორიის პერსონალთან ჩატარებულ ჯგუფურ დისკუსიებში გამოიკვეთა, **ამბულატორიებს ძირითადად ქრონიკული დაავადებების მქონე შუა ხნის და ასაკოვანი მოქალაქეები აკითხავენ** – „ჩვენთან მოდიან ძირითადად ჰიპერტონიკები, გულის დაავადებით“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). მოსახლეობას ძირითადად შემდეგი დაავადებები აწუხებს: ჰიპერტონული დაავადებები, სასუნთქი გზების დაავადებები, ფარისებრ ჯირკვალთან და გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული პრობლემები. როგორც უკვე აღინიშნა, **იმის გამო, რომ ექიმებს კვლევების გარეშე დიაგნოზის დასმის უფლება არ აქვთ, ეს გარემოება აისახება პაციენტთა მიმართვიანობის შემცირებულ მაჩვენებელზე.**

„ჩვენ უნდა გადავამისამართოთ, უნდა დავარეფერალოთ - ზესტაფონში იქნება თუ ხარაგაულში, იქედან უნდა წამოიღოს ამან ანალიზების პასუხები. დავუშვათ, რენტგენის სურათი, მოვიდეს ჩემთან და დიაგნოზი დავუსვათ. აღარ უნდა შენი ასეთი დიაგნოზი. ადგება, წავა პირდაპირ იქ, გაიკეთებს ყველაფერს“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

როგორც ექიმებმა აღნიშნეს, პრობლემატურია ურთიერთობა იმ პაციენტებთან, რომლებიც სახელმწიფოსგან იღებენ სოციალურ დახმარებას. კერძოდ, ზოგჯერ გაუგებრობები იჩენს თავს იმის გამო, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს სთხოვს, წარმოადგინოს სოფლის ექიმის მიერ დაწერილი დიაგნოზი, რომლის დაწერის შესაძლებლობაც ექიმს, არსებული რესურსების გათვალისწინებით, არ აქვს – „მოდის ავადმყოფი და სოციალური მომსახურების სააგენტოს აგენტი ეუბნება, რომ ეს დიაგნოზი დაგიწეროს. ჩვენ საიდან შეგვიძლია დავსვათ „III ბ ხარისხის უკმარისობის“ დიაგნოზი? განდევნის ფრაქცია თუ არ ვიცი და ექოკარდიოგრაფია თუ არ გაქვს, ამას ავადმყოფს ვერ ვაგებინებთ“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ამიტომ, არის შემთხვევები, როცა პაციენტი უკმაყოფილო რჩება მომსახურების მიღებით.

**ექიმები სატელეფონო კავშირის საშუალებით ყოველთვის ინარჩუნებენ კავშირს პაციენტებთან. აგრეთვე, ექიმები პერიოდულად სახლებში აკითხავენ პაციენტებს, ან, პირიქით, კვირაში რამდენიმე დღე თავად არიან ამბულატორიებში ხელმისაწვდომები. რაც შეეხება მედდებს, ისინი ადგილობრივი თემების წარმომადგენლები არიან და, შესაბამისად, ყოველდღიურად იმყოფებიან ადგილზე.** ზოგიერთი ექიმი პაციენტებს საკუთარ სახლშიც იღებს – „მე, მაგალითად, ხარაგაულში ვცხოვრობ და ოჯახშიდაც ვმუშაობ. ოჯახში ვღებულობ პაციენტებს“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). იმის გათვალისწინებით, რომ სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი საშუალო ასაკის (45–65) და ასაკოვანია (65+), მოსახლეობის ასაკოვანი ნაწილისთვის რთულია ადგილებზე, სოფლის ამბულატორიებისთვის მიკითხვა – „სოფელში ასაკოვანი ხალხია დარჩენილი. ახალგაზრდობა ჩვენთან ათასში ერთხელ თუ მოვა. იმ მოხუცებულებს, ასაკოვან ხალხს უნდა და არ შეუძლია ჩამოსვლა“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული).

გასათვალისწინებელია მოსახლეობის სოციალური და ეკო-



ნომიკური მდგომარეობაც, ზოგიერთი ოჯახი სოციალური დახმარებისთვის დადგენილი სარეიტინგო ქულების ზღვარს – 100 ათას ქულას – აჭარბებს, შესაბამისად, ვისაც 100 ათას ქულაზე მეტი აქვს, მათთვის ხელმისაწვდომი არ არის ჯანდაცვის ზოგიერთი სერვისი, მაგალითად ე.წ. „ერთლარიანი მედიკამენტების“ პროგრამა. ამის გამო, როგორც ექიმები ამბობენ, ხშირად იქმნება გაუგებრობა, ვინაიდან არაერთი შემთხვევაა, როცა თავად მოსახლეობამ არ იცის, თუ რამდენია მისი სოციალური მოწყვლადობის სარეიტინგო ქულის ოდენობა და ექიმებისთვის არც მონაცემთა ბაზაა ხელმისაწვდომი, რომ გადამოწმდეს ინფორმაცია პაციენტების სარეიტინგო ქულების შესახებ. ამიტომ, სხვადასხვა გზით უწყვეტ ინფორმაციის დაზუსტება – „ზოგმა თვითონაც არ იცის სოციალურის ქულა, რომ მოდის. 100 ათას ქულაზე დაბლა შეგვიძლია რომ მივცეთ „ლარიანი“ მედიკამენტი. ინტერნეტი კიდეც რომ გვქონდეს ჩვენ, მაინც ვერ ვნახულობთ ბაზაში. იძულებული ვხდებით პირადი ნაცნობობით მოვაძებნინოთ ხოლმე, ვის რამდენი ქულა აქვს“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). ამის გამო, პაციენტები უკმაყოფილოები არიან და სამედიცინო მომსახურების ვერმიღებაში მათ შორის სოფლის ექიმსაც ადანაშაულებენ – „ამხელა გზიდან ჩამოვიდა და გამობრუნდა, ვერც „ლარიანი“ წამალი მიიღო, ვერც ვერაფერი. მერე ვედარ გებულობს ის, - უკმაყოფილო ჩემით დარჩეს თუ სოციალური მომსახურების სააგენტოთი, თუ სახელმწიფოთი, თუ ვისით?!“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). აგრეთვე, ე.წ. „ლარიან წამლებთან“ დაკავშირებით აღინიშნა, რომ რთულია პაციენტებისთვის იმის გაგებინება, რომ პროგრამა ყველა მედიკამენტს არ ფარავს და ითვალისწინებს მხოლოდ გარკვეული დასახელების მედიკამენტების გაცემას.

როგორც სოფლის ამბულატორიის პერსონალთან, ისე ადგილობრივ მოსახლეობასთან ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებში გამოიკვეთა, რომ **ამბულატორიებს, უმეტეს შემთხვევაში, აკითხავენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების (ჩივილების) დროს და არა პროფილაქტიკის (პრევენციის) მიზნით.** კვლევის მონაწილე ადგილობრივ მაცხოვრებლებში კონკრეტული მაგალითები დასახელდა, რომელთა მიმართ ყურადღების დროულად გამოჩენის შემთხვევაში თავიდან იქნებოდა არიდებული დაავადების გამწვავება.

„არ მიმიმართავს ოჯახის ექიმისთვის, სანამ ოპერაციული ჩარევა არ გახდა საჭირო, არავისთვის არ მიმიმართავს. ჩვენთან სამედიცინო განათლების დონე

ძალიან დაბალია. რომ არ არის ოჯახის ექიმი ადგილზე, იმიტომაც არ მივედივართ, მაგრამ რომც იყოს, მაინც არ მივალთ“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

კვლევის ფარგლებში გამოითქვა მოსაზრება, რომ **საჭიროა ექიმის მხრიდანაც არსებობდეს ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობით დაინტერესება**. ექიმმა თავად უნდა შეუწყოს ხელი თავისი პროფესიის პოპულარიზაციას, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ყველაზე მთავარია – „ჩვენ არ უნდა გვექონდეს ამდენი დანახარჯი ოპერაციებზე, მეტე გულგახეთქილები არ მივრბოდეთ აფთიაქებში. თვეში ერთხელ რომ რალაცნაირად ექიმი თავად გვამოწმებდეს (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

კვლევაში მონაწილეთა აზრით, იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვა გაძლიერდეს, **საჭიროა ადგილობრივ მოსახლეობასთან მუშაობა ცნობიერების შეცვლის კუთხით, რათა უფრო მეტმა ადამიანმა გაიგოს პირველადი ჯანდაცვის მნიშვნელობა და დამკვიდრდეს სოფლის ექიმთან პრევენციის მიზნით მიმართვის პრაქტიკა**. როგორც ცნობილია, პირველადი ჯანდაცვის სერვისების განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მიზანია სახელმწიფოს მიერ ფინანსური რესურსების დაზოგვაც – „სახელმწიფოს უფრო იაფი დაუჯდება, რომ მოვიდეს პაციენტი პროფილაქტიკის მიზნით. თუმცა, მოდის მესამე სტადიით, ვთქვათ, სიმსივნით“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა). მეორე მხრივ, როგორც ადგილობრივ მოსახლეობასთან ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებში გამოიკვეთა, **ზოგადად ჯანმრთელობის მიმართ მოსახლეობაში გავრცელებული დამოკიდებულება არ არის წამყვანი მიზეზი, რატომაც მოსახლეობა არ მიმართავს პრევენციის მიზნით პირველადი ჯანდაცვის რგოლს**. ერთი მხრივ, რაც არ უნდა ხელმისაწვდომი იყოს ჯანმრთელობის რომელიმე სერვისი, ეს მაინც დაკავშირებულია გარკვეულ ფინანსურ ხარჯებთან (ტრანსპორტის, კვების და ა.შ.), რის გამოც მოსახლეობა თავს იკავებს სამედიცინო მომსახურების მიღებისგან. აგრეთვე, მოსახლეობაში არსებობს ერთგვარი ნიჰილიზმი და უნდობლობა, რაც გამოიხატება არასათანადო მომსახურების მიღების მოლოდინში – „ძალიან მწირია ის მომსახურება, რაც უნდა იყოს წესით და რიგით. პრევენციის მიზნით ამბულატორიაში მისვლა არის, ალბათ, დროის უბრალოდ ფლანგვა (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

აღსანიშნავია, რომ სოფლის ამბულატორიების საჭიროებებზე საუბრისას, ადგილობრივ მოსახლეობაში გამოიკვეთა ამბულატორიებისთვის შესაბამისი სამედიცინო აღჭურვილობის ქონის აუცილებლობა; ამაზე, თავად ექიმებმა, მათი საჭიროებების შესახებ საუბრისას, ნაკლებად გაამახვილეს ყურადღება. ეს შესაძლოა იმით აიხსნას, რომ ექიმები, იმის გამო, რომ რამდენიმე სამსახურში არიან დასაქმებულნი, ზედმეტი სამუშაო დატვირთვისგან თავის არიდებას ცდილობენ. როგორც კვლევაში მონაწილე ადგილობრივმა მაცხოვრებელმა თქვა, იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი მასზე დაკისრებულ მოვალეობებს სრულყოფილად შეასრულებს, მათ სხვა სამსახურისთვის დრო აღარ დარჩებათ – „თავის მოთხოვნებს და ვალდებულებებს თუ შეასრულებს ის ექიმი, აღარავითარი დრო აღარ დარჩება სხვა საქმისთვის“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული). **შესაბამისად, დღეს სოფლის ამბულატორიის ექიმის მთავარი დანიშნულებაა პაციენტების გადამისამართება.**

„ამბულატორიის ექიმთან ძირითადად მიდიან ჩივილების გამო. რასაც მერე მოყვება ის, რომ უბნის ექიმი მოგცემს მიმართვას, რომ წამოხვიდე და ქალაქში გაიკეთო ყველანაირი ანალიზი. ამბულატორიაში არ კეთდება არანაირი კარდიოგრამის გადაღება იმიტომ, რომ არ არის კარდიოგრამის აპარატი. შაქრის დონეს ვერ გაზომავენ, ინჰალატორი არ აქვთ“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

აღსანიშნავია, რომ **არანორმირებული სამუშაო უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ექიმის მომსახურების ხარისხზე** – „სასწრაფოზე რომ ათი და ოცი გამოძახება აქვს ღამე შესრულებული ექიმს, იმან დილით ამბულატორიაში რა უნდა გაგიკეთოს?!“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

ის ფაქტი, რომ ექიმები პარალელურად რამდენიმე სამუშაო ადგილზე არიან დასაქმებულნი, მოსახლეობის ნაწილის გაღიზიანებას იწვევს, თუმცა, მეორე მხრივ, ზოგიერთი მოქალაქე გაგებით ეკიდება ექიმების ამბულატორიებში იშვიათად ყოფნას – „ექიმები მუშაობენ ერთ, ორ, სამ, ოთხ, ხუთ ადგილას და მუდმივად გადადიან და გადმოდიან. ერთ ადგილას უნდა იყოს და ხარისხიანად ემსახურებოდეს, ამას კი ვერ ახერხებს იმიტომ, რომ ხელფასი აქვს ძალიან ცოტა“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

ადგილობრივ მოსახლეობასთან ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებში

გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ პირველადი ჯანდაცვა ერთ–ერთი სუსტი რგოლია ჯანდაცვის სისტემაში – „ყველაზე სუსტი რგოლია და დაბალი ღობე, - ეს არის სოფელი და სოფლის ამბულატორია, იქ მიაფურჩეებს, მიახუთშაბათებს“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა). იმის გამო, რომ პროგრამა გამართულად არ მუშაობს, როგორც ჭიათურის ერთ–ერთი თემის მაცხოვრებელმა თქვა, საბოლოო ჯამში ამას სოფელი იმკის – „სოფელი პრაქტიკულად დარჩენილია ექიმის მომსახურების გარეშე“.

მოსახლეობა აცნობიერებს იმ ძირითად საჭიროებებს, რაც სოფლის ექიმებსა და ექთნებს გააჩნიათ – დაბალი ანაზღაურება და ტრანსპორტირების პრობლემა – „ჩვენი ამბულატორიის ექიმი წუწუნებს იმაზე, რომ ავტობუსით ვერ ახერხებს მისვლას სოფლამდე - დილით ავტობუსის რეისი არ არის. ქალაქიდან ხან ფეხით მიდის, ხან ავტოსტოპით“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

**სოფლის ექიმების მსგავსად, გადაადგილების პრობლემას აწყდება მოსახლეობის ნაწილიც, მათთვისაც რთულია საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მისვლა სოფლის ამბულატორიამდე – „რომ მიხვალ 5 კილომეტრს გაივლი ამ პაპანაქებაში წნევიანი ადამიანი, ექიმთან ასეთ ვიზიტს, ჯობია, არ მიხვიდე“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).** ამიტომ, როგორც უკვე აღინიშნა, მოსახლეობას ურჩევნია გარანტირებული მომსახურება მიიღოს და მუნიციპალურ ცენტრში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებას მიმართოს.

„ქვედა ითხვისი, ზედა ითხვისი მოწყვეტილია ლამის ერთმანეთისგან, - გზა არ არის ნორმალური. ურჩევნიათ, რომ ჭიათურაში ჩამოვიდნენ და აქ მივიდნენ ექიმთან, ვიდრე ამბულატორიაში ავიდნენ. ექიმთან ხელმისაწვდომობის პრობლემა“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

**ხარაგაულის მუნიციპალიტეტის შემთხვევაში, ადგილობრივი მოსახლეობა, ძირითადად, ზესტაფონში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრირდება, ვინაიდან ადგილზე სხვადასხვა პროფილის ექიმების დეფიციტია.**

„ჩვენ, მაგალითად, გვჭირდებოდა უროლოგი. რომელიც არ ჰყავთ. ჯობდა, რომ სპეციალისტს ენახა“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული);

„არ ჰყავთ, მაგალითად, რენტგენოლოგი, რომელიც რომც იყოს, ხუთი საათის შემდეგ აღარ არის ადგილზე. ან აპარატი

არ მუშაობს რენტგენის“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

ხარაგაულის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობა ამჯობინებს, რომ მიმართოს **სხვა მუნიციპალიტეტების** (ძირითადად, ზესტაფონის) საავადმყოფოებს. მიზეზი არაერთია, მაგალითად ხარაგაულის საავადმყოფოში შესაბამისი სპეციალიტეტის არარსებობა – „ძალიან ცოტა პროცენტია დარჩენილი იმ მოქალაქეების, რომლებიც ხარაგაულის საავადმყოფოში დარეგისტრირდნენ იმიტომ, რომ მაგალითად, პედიატრი აქ არ არის“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

ამასთანავე, **ზესტაფონის საავადმყოფოს პერსონალის მიმართ ნდობა უფრო არსებობს, ვინაიდან ამ საავადმყოფოს უფრო მეტი პაციენტი ჰყავს და, შესაბამისად, უფრო მეტი პრაქტიკული გამოცდილება გააჩნიათ ექიმებს** – „იმიტომ, რომ ფართო მომსახურების მიღება არის შესაძლებელი. სპეციალისტები ჰყავთ უფრო მეტი, გამოცდილები და ენდობიან“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული). მიუხედავად იმისა, რომ ხარაგაულელებს ტრანსპორტირება ძვირი უჯდებათ ზესტაფონის მიმართულებით, მათ ნაწილს მაინც ურჩევნია უფრო მაღალი ხარისხის და გარანტირებული მომსახურება მიიღოს და ამისთვის გადაიხადონ ტრანსპორტის თანხა – „20 ლარი ჯდება ხარაგაულიდან ზესტაფონში მგზავრობა, მაგრამ მაინც გვირჩევნია“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

იმისათვის, რომ ვიწრო სპეციალისტს მიმართოს, პაციენტს ოჯახის ექიმისგან სჭირდება მიმართვა; არის შემთხვევები, როდესაც კიდევ სხვა სპეციალისტის შემოწმების აუცილებლობა არსებობს და ასეთ დროს პაციენტს უწევს მუნიციპალური ცენტრიდან სოფელში ნებართვის ასაღებად ხელმეორედ ჩასვლა, რაც მოსახერხებელი არ არის, ვინაიდან, როგორც უკვე ითქვა, ექიმები ხშირად სოფლის ამბულატორიებში არ იმყოფებიან.

„ვიწრო სპეციალისტთან ექიმთან ვიზიტის შემდეგ, შესაძლოა, აღმოჩნდეს საჭიროება, კიდევ სხვა ექიმის კონსულტაცია. ისევ უნდა დაუბრუნდე ოჯახის ექიმს, ისევ ოჯახის ექიმს უნდა მიმართო, რომელიც ამბულატორიაში კვირაში ერთხელ მოდის და უნდა ელოდო საათობით, კვირაობით და რაღაც მინიმალური მაინც მიიღო, რაც არის საჭირო შენი ჯანმრთელობისათვის“ (ადგილობრივი მოსახლე; ხარაგაული).

ადგილობრივ მოსახლეობაში არის ტენდენცია, რომ ხდება საცხოვრებლის ფორმალური შეცვლა – სოფლიდან მუნიციპალურ ცენტრში გადმოწერა, მუნიციპალურ კლინიკებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად – „მე, მაგალითად, სოფლიდან გადმოვეწერე ჭიათურაში, რომ აქ მივიღო ოჯახის ექიმის მომსახურება“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ჭიათურა). იმის გამო, რომ სოფლის ექიმი, როგორც წესი, კვირაში ერთ სამუშაო დღეს არის ხელმისაწვდომი, ექთნები ცდილობენ პირველ რიგში ის პაციენტები შეახვედრონ ექიმს, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა ყველაზე მძიმეა – „სადღაც ორი საათით რომ ექიმი მოდის კვირაში, მაქსიმალურად ცდილობენ, რომ ის პაციენტები დაახვედროს ექთანმა, ვინც უფრო მძიმეა“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ **მოსახლეობას სჭირდება მეტი ინფორმაცია სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, უფრო კონკრეტულად, იმის შესახებ, თუ რა პასუხისმგებლობა აქვს ადგილობრივი ოჯახის ექიმს მოსახლეობის წინაშე, რამდენჯერ ევალუება მას სოფლის ამბულატორიაში ყოფნა და ა.შ.** აგრეთვე, კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ **ადგილობრივი მოსახლეობის ნაწილისთვის უცნობია, ვინ არის სოფლის ექიმი და საჭიროების შემთხვევაში ვის უნდა მიმართოს** – „ინფორმაცია გვჭირდება თუნდაც პირველადი ჯანდაცვის საკითხებში. ოჯახის ექიმს რა ფუნქცია აქვს, რა სტატუსი აქვს. არც თუ ცოტა აქვს, სავარაუდოდ. ბევრი ვალდებულია აქვს მოსახლეობისთვის. ჩემთვისაც საკმაოდ ბუნდოვანია“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

სოფლის ექიმის საჭიროებები მსგავსია ხარაგაულსა და ჭიათურაში, თუმცა ჭიათურის სპეციფიკა მდგომარეობს იმაში, რომ დაახლოებით 3 000 ადამიანი დასაქმებულია „ჯორჯიან მანგანეზში“, რომელთაც აქვთ კერძო დაზღვევა, რომელიც ვრცელდება დასაქმებულთა ოჯახის წევრებზეც. შესაბამისად, ჭიათურის ექიმებიც უფრო მეტად დატვირთულები არიან კერძო კლინიკებში, ვიდრე ხარაგაულის. ჭიათურაში კომპანიის თანამშრომლებს ემსახურება სადაზღვევო კომპანია – „უნისონი“. იქიდან გამომდინარე, რომ რამდენიმე სამსახური აქვთ ექიმებს, დაგვიანებების გამო კომპანიის მიერ დაზღვეული მოსახლეობაც ზარალდება – „ხშირ შემთხვევაში აგვიანებენ გამოცხადებას და ეს პრობლემას გვიქმნის ჩვენც, - კომპანიაში დასაქმებულებს“ (მოსახლე; ჭიათურა). ამდენად, პირ-

ველადი ჯანდაცვის რგოლში არსებული მდგომარეობა პრობლემას უქმნის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობას, მათ შორის კერძო კომპანიის (ჯორჯიან მანგანუხის) თანამშრომლებსაც.

ჭიათურის მუნიციპალიტეტის სპეციფიკა კიდევ იმაში მდგომარეობს, რომ მუნიციპალიტეტის მოსახლეობა **ეკოლოგიური პრობლემების წინაშე დგას. მანგანუმის მოპოვების გამო, პრობლემა ექმნება ჭიათურის მუნიციპალიტეტის მოსახლეობის ჯანმრთელობას** – „ჯორჯიან მანგანუში“ დასაქმებული 3 300 კაცი მარტო ქალაქში მაცხოვრებელი კი არ არის, სოფლიდან დადის დაახლოებით 50%, თუ მეტი არა. პრევენცია თუ არ იქნა, თუ არ გასინჯა ექიმმა, მაშინ ჩვენ ყოველ კვირაში მივალთ ჭიათურაში გასვენებაში და აღმოვაჩინეთ, რომ ახალგაზრდა ადამიანი გარდაიცვალა სიმსივნით“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი (ყოფილი ექიმი); ჭიათურა). **ასეთ პირობებში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გამართული მუშაობა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია.** რესპონდენტს მოჰყავს საბჭოთა პერიოდის მაგალითები, როდესაც ტარდებოდა პროფილაქტიკური კვლევები და ჭიათურაში ყოველთვის ავადობის მაჩვენებელი იყო 4-ჯერ უფრო მეტი, ვიდრე სხვა რაიონებში – „გულსისხლძარღვთა დაავადებებით, სასუნთქი ორგანოების დაავადებებით, ენდოკრინოლოგიური დაავადებებით, სიმსივნური დაავადებებით, პათოლოგიური მშობიარობით გამოირჩეოდა ჭიათურა კომუნისტების დროს, როცა ჭიათურაში იყო კლინიკური საავადმყოფო და უფასო იყო მკურნალობა და ნებისმიერი სამედიცინო სერვისი იყო ხელმისაწვდომი (ადგილობრივი მაცხოვრებელი (ყოფილი ექიმი); ჭიათურა). როგორც რესპონდენტი აღნიშნავს, დღეს სახელმწიფოს პოზიციას, რომ მას არ აქვს საკმარისი რაოდენობის ფინანსური რესურსი – „წერილზე, რომელიც მივწერე ცენტრალურ ხელისუფლებას, მომივიდა პასუხი – სახელმწიფოს არ აქვს ამის საშუალებაო“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი (ყოფილი ექიმი); ჭიათურა).

მოსახლეობის ფოკუს ჯგუფების ზოგიერთი მონაწილის აზრით, მართალია სოფლის ამბულატორიების სამუშაო პირობები შეუსაბამოა იმ მოთხოვნებთან, რაც მათ მიმართ არსებობს, თუმცა ზოგადი ფონია ისეთი ქვეყანაში, რომ ყველა სფეროში რთული ვითარებაა; ამდენად, არასწორია აქცენტის გაკეთება ექიმის ხელფასზე, ვინაიდან ხელფასები სხვა პროფესიებშიც დაახლოებით

იმდენივეა – „რატომ ვამახვილებთ ყურადღებას ხელფასზე? არის სამსახურები, სადაც 400-500 ლარზე დილის 9 საათიდან ვმუშაობთ საღამოს ექვს საათამდე. თუნდაც ავიღოთ მაღაროს მუშები, 700-800 ლარს იღებენ ხელფასს“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა). რესპონდენტთა აზრით, ხელფასთან ერთად აქცენტი უნდა გაკეთდეს სოფლის ექიმების სამუშაო გარემოზე, ინფრასტრუქტურაზე, აღჭურვილობასა და სხვა საჭიროებებზე, რათა ამბულატორიის პერსონალს შეეძლოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების გაწევა.

მთლიანობაში რომ შევავასოთ ექიმის და ექთნის მომსახურება, ადგილობრივ მოსახლეობაში ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავებული შეფასებები გამოითქვა. კვლევის ფარგლებში რესპონდენტებმა, სოფლის ამბულატორიის მომსახურების ხარისხზე საუბრისას, დაასახელეს არაერთი როგორც პოზიტიური, ისე ნეგატიური მაგალითები. კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების ერთი ნაწილი კმაყოფილია პერსონალის ცოდნით, კვალიფიკაციითა და პროფესიონალიზმით, ხოლო მეორე ნაწილი არ ენდობა სოფლის ამბულატორიის პერსონალს და თავს არიდებს სოფლის ამბულატორიაში სამედიცინო მომსახურების მიღებას. ეს ვითარება მიუთითებს იმაზე, რომ პირველად ჯანდაცვაში სისტემური პრობლემა ცალსახაა და ძირითადად ეყრდნობა კონკრეტული ექიმებისა და ექთნების კეთილსინდისიერებასა და პროფესიონალიზმს.

„კი, მიმიმართავს. მარტის თვეშიც მივმართე და ზოგადად, ძალიან კარგი სპეციალისტები არიან ექთანიც და ექიმიც. მე ასე შემოდელია ჩემს სოფელზე ვთქვა“ (მოსახლე; ჭიათურა);

„მყავს პენსიონერი მშობლები და თითქმის ინტენსიურად მიწევს მაგათთან ურთიერთობა ან სახლში აკითხავენ, ხან ჩვენ ვაკითხავთ და არანაირი პრეტენზია არ მაქვს არც ექიმთან, არც ექთანთან“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

„გულზე მქონდა შეტევითი ტკივილები. ჩავთვალე, რომ შენობიდან არ უნდა გავსულიყავი. მერე შვილმამითხრა, დედა, ღამე სიარულს ასვლა ჯობიაო. ექვსის ათი წუთი იქნებოდა, ალბათ, რომ მივედით. ოჯახის ექიმმა მითხრა, რა დროს ავადმყოფია ახლაო, უკვე სამუშაო საათები მთავრდებოა. მან იმაზეც არ იზრუნა, მე ვისთან მოვხვედრილიყავი (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული);

როგორც ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებში, ისე



მოსახლეობაშიც გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ პერიოდულად საჭიროა შემოწმდეს სოფლის ამბულატორიების საქმიანობა – „1000 ლარიც რომ გადაუხადო, მაინც იგივეს გააკეთებს. რაღაც უნდა არსებობდეს მონიტორინგი, რაღაც ფორმით“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

## 6. სოფლის ექიმის საქმიანობის პრესტიჟულობა

თუ გავითვალისწინებთ იმ სამუშაო პირობებს, რაც სოფლის ექიმებსა და ექთნებს აქვთ, ყველა სამიზნე ჯგუფის წევრების ერთი ნაწილი **სოფლის ექიმობას პრესტიჟულ საქმიანობად ნაკლებად მიიჩნევს**. არაპრესტიჟულობის მთავარი მაჩვენებელია ახალგაზრდების ნაკლები ინტერესი სოფლის ექიმის პროფესიისადმი – „მე რომ დავამთავრე და ჩამოვედი, ჩემს მერე ჩამოვიდა ვინმე? არავინ“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). როგორც კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, ექიმები კერძო ფარმაცევტულ კომპანიებში გადამზადებას გადიან და აფთიაქებში საქმდებიან უკეთესი პირობების გამო – „რამდენი ექიმი ფარმაცევტად გადამზადდა და აფთიაქში მუშაობს წყნარად, მშვიდად“ (სოფლის ექიმი; ხარაგაული). კვლევაში მონაწილე ექიმების ნაწილის აზრით, მიუხედავად შეუსაბამო და რთული სამუშაო პირობებისა, **სოფლის ექიმის პროფესია მაინც ინარჩუნებს პრესტიჟულობას, რაც ვლინდება პაციენტის მხრიდან ექიმის მიმართ პატივისცემაში** – „რასაც ვშრომობ და იმისი მემილიონედი არ არის ჩემი ანაზღაურება და დღეს მაინც მხიარულად გამოვიყურები, ზუსტად იმ პაციენტების დამსახურება“ (სოფლის ექიმი; ჭიათურა). ექიმები ხარაგაულის მუნიციპალიტეტში ყოველთვის დაფასებულები იყვნენ – „ჩვენ გვიყვარს მაინც და ჩვენ ვაფასებთ. ხარაგაულელი საზოგადოების სიყვარულს კარგი ექიმისადმი ვერავინ წაშლის“ (ადგილობრივი მოსახლე; ხარაგაული).

ხარაგაულის ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლები ცნობილ და დაფასებული ექიმების კონკრეტულ მაგალითებს იხსენებენ – „ჩემს ოჯახში ექიმი საერთოდ არ ყოფილა, არც სანათესაოში და სამი ძმები ვართ, სამივე ექიმები; და რატომ გამოვედი - პრესტიჟული იყო და იმიტომ. ბოროთში იყო ასეთი კაცი - ლევან ნოზაძე, ექიმი. ყველას უხაროდა ამ კაცის დანახვა“ (ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენელი).

მიუხედავად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით მოსახ-

ლეობის ნაწილის გარკვეული უკმაყოფილებისა, გამოიკვეთა, რომ ოჯახის ექიმობა მუნიციპალიტეტებში მართალია, პოპულარული პროფესია არ არის, მაგრამ პრესტიჟულობას და პატივისცემას ინარჩუნებს – „რადაც სხვანაირად მორიდებული ხარ, სხვანაირად მიმართავ, სხვადამოკიდებულება გაქვს. მაინც ექიმია! (ადგილობრივი მოსახლე; ხარაგაული)“. „არ აქვთ აპარატურა, არაფერი არ აქვთ, ისევ ფონენდოსკოპის დონეზეა ყველაფერი, თავისი პროფესიონალიზმი, გამოცდილება და უფლის მადლი აქვთ“ (ადგილობრივი მოსახლე; ჭიათურა).

მოსახლეობა იზიარებს სხვა სამიზნე ჯგუფების მიერ გამოთქმულ მოსაზრებას, რომლის მიხედვით, მნიშვნელოვანია სახელმწიფომ გადახედოს პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკას, თორემ, დროთა განმავლობაში, სულ უფრო ნაკლები ექიმი დაინტერესდება პროფესიის შენარჩუნებით და მოხდება კადრების გადინება დარგიდან – „ექიმები სხვა სფეროებში იმიტომ მიდიან, რომ ვერ ნახეს იქ თავისი შესაძლებლობები და რეალიზაციის საშუალება“ (ადგილობრივი მაცხოვრებელი; ხარაგაული).

## რეკომენდაციები

- ექიმების ტრანსპორტირების პრობლემის მოსაგვარებლად საჭიროა გარკვეული ღონისძიებების გატარება. მაგალითად, სატრანსპორტო საშუალების გამოყოფა, რომელიც მორიგეობით მოემსახურება რამდენიმე ამბულატორიას, ნაწილობრივ მაინც მოაგვარებს ტრანსპორტირების საკითხს. ტრანსპორტის გამოყენება პრიორიტეტული უნდა იყოს ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მომსახურებისთვის;
- საჭიროა, რომ სოფლის ექიმის მომსახურების გაწევისთვის განკუთვნილი ხარჯი და შრომის ანაზღაურება ერთმანეთისგან გაიმიჯნოს, რომ პერსონალმა იცოდეს ხელფასის (შრომის ანაზღაურების) ფიქსირებული რაოდენობა. ისიც შესაძლებელია, რომ გადაიხედოს ანაზღაურების დღეს არსებული სისტემა და ფიქსირებული ანაზღაურების ნაცვლად, ანაზღაურება გახდეს საათობრივი, ან დამოკიდებული იყოს პაციენტთა რაოდენობაზე;
- ექიმებს უნდა მიეცეთ ელექტრონული ხელმოწერების

გამოყენების საშუალება, რათა თვეში ორჯერ არ მოუწიოთ სოციალური მომსახურების სააგენტოს იმერეთის ოფისისთვის მიმართვა;

- მოხდეს ამბულატორიების კომპიუტერიზაცია, რათა პერსონალის საქმიანობა უფრო მეტად პროდუქტიული გახდეს;
- გადაიხედოს „ექიმის ჩანთით“ გათვალისწინებული მედიკამენტების ჩამონათვალი და, ექიმების პრაქტიკული გამოცდილებიდან გამომდინარე, ექიმის ჩანთას დაემატოს ახალი მედიკამენტები;
- სოფლის ამბულატორიის პერსონალს შეექმნას ისეთი სამუშაო პირობები, რომ მათ შეეძლოთ ბიულეტენით და შვებულებით სარგებლობა;
- ხარაგაულის მუნიციპალიტეტის სოფლების ამბულატორიების საკუთრების საკითხი დროულად გადაწყდეს, რათა თვითმმართველობას მიეცეს ამბულატორიების კეთილმოწყობის სამართლებრივი შესაძლებლობა;
- ჭიათურის მუნიციპალიტეტში სოფლის ამბულატორიების ფინანსური დავალიანების საკითხი მოგვარდეს, რომ თვითმმართველობამ შეძლოს ამბულატორიების დახმარება ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესების კუთხით;
- გამომდინარე იქიდან, რომ არსებობს სოფლის ამბულატორიების პერსონალის საქმიანობის სათანადო მონიტორინგის და შეფასების საჭიროება, უნდა მოხდეს სამედიცინო პერსონალის სამუშაო განრიგის მართვა იმისათვის, რომ თითოეული სოფლის საექიმო ამბულატორიაში ყოველდღიურად ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო მომსახურება. მონიტორინგის და შეფასების განხორციელებაში სასურველია ჩაერთოს ადგილობრივი ხელისუფლებაც, ვინაიდან ის პასუხისმგებელია ადგილობრივი მოსახლეობის კეთილდღეობაზე;
- სოფლის ამბულატორიების საჭიროებების უზრუნველყოფის და მონიტორინგის სათანადოდ განხორციელების შემთხვევაში, სოფლის ექიმები უფრო მეტად ორიენტირებულები იქნებიან თავიანთი საქმიანობის უკეთ შესრულებაზე და არ მოუწევთ ორ ან მეტ სამუშაოზე ერთდროულად მუშაობა;
- საჭიროა ექიმების საქმიანობის არეალის და პროფილის გაფართოება, რომ ადგილობრივ მოსახლეობას მეორეულ

რგოლში, ანუ მუნიციპალიტეტის სამედიცინო დაწესებულებებში არ მოუწიოს ვიზიტი და ადგილზე შეძლოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიღება;

- სოფლის ამბულატორიის საჭიროებების მიმართულებით აუცილებელია მჭიდრო და კოორდინირებული მუშაობა ჯანდაცვის სამინისტროსა და თვითმმართველობებს შორის;
- აუცილებელია არსებული კადრების – ექიმების და ექთნების – გადამზადება და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება, რათა ადგილობრივ მოსახლეობაში გაჩნდეს მათ მიმართ ნდობა. გადამზადებისას აქცენტი უნდა გაკეთდეს სამედიცინო პრაქტიკაზე;
- ამასთანავე, შესაბამისი პირობების შეთავაზებით, უნდა მოხდეს ახალი კადრების მოზიდვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ვინაიდან სახეზეა ექიმების და ექთნების კადრების დაბერება;
- მოხდეს რეგულარული შეხვედრების ორგანიზება და ინფორმაციის ერთმანეთისთვის გაზიარება ექიმებსა და პასუხისმგებელ საჯარო უწყებების წარმომადგენლებს შორის;
- მოსახლეობას სჭირდება მეტი ინფორმაცია სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ – თუ რა პასუხისმგებლობა აქვს აღებული ოჯახის ექიმს მოსახლეობის წინაშე, რამდენჯერ ევალუება მას კვირის განმავლობაში სოფლის ამბულატორიაში ყოფნა და ა.შ.;
- სოფლის ექიმის პროგრამის გაძლიერებასთან ერთად, საჭიროა ადგილობრივ მოსახლეობასთან მუშაობა ცნობიერების შეცვლის კუთხით, რათა უფრო მეტმა ადამიანმა გააცნობიეროს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მნიშვნელობა და დამკვიდრდეს სოფლის ექიმთან პრევენციის მიზნით მიმართვის პრაქტიკა;
- საჭიროა ექიმის მხრიდან არსებობდეს ადგილობრივი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ ინტერესი. ექიმმა თავად უნდა შეუწყოს ხელი თავისი პროფესიის პოპულარიზაციას, პერიოდულად უნდა ახორციელებდეს ვიზიტებს ოჯახებში და აწვდიდეს მათ ჯანდაცვის სხვადასხვა პროგრამების შესახებ ინფორმაციას.

ეს ანგარიში გამოცემულია ორგანიზაცია „ჩემი იმერეთის“ მიერ, საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ცენტრის (CSRDG) მხარდაჭერით, პროექტის „სამოქალაქო საზოგადოების განვითარების ინიციატივა“ ფარგლებში.

პროექტს აფინანსებს ევროკავშირი, ხოლო თანადამფინანსებელია კონრად ადენაუერის ფონდი.

ანგარიში შინაარსზე სრულიად პასუხისმგებელია ორგანიზაცია „ჩემი იმერეთი“ და შესაძლოა იგი არ გამოხატავდეს ევროკავშირის, სხვა დონორებისა და კონსორციუმის პარტნიორების შეხედულებებს.

## სამოქალაქო საზოგადოების განვითარების ინიციატივა



