

პირველადი ჯანდაცვა სოფლად - სისტემის თავისებურებები, პრობლემები და პერსპექტივები აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მაგალითზე

ნინო გორგილაძე

გრიგოლ რობაქიძის სახელობის უნივერსიტეტი, დოქტორანტი
nigorgiladze@gmail.com

რეზიუმე. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისა და სახელმწიფო დანახარჯების დაზოგვის მიზნით, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის განვითარებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, განსაკუთრებით ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისთვის, როგორც საქართველო. პჯდ რგოლის ეფექტური ფუნქციონირება, დაავადების ადრეულ სტადიაზე აღმოჩენის საშუალებით, ხელს უწყობს მკურნალობის სერვისების საჭიროების თავიდან აცილებას. საქართველოში პჯდ რგოლის განვითარება 2000-იანი წლებიდან დაიწყო, რეფორმის ფარგლებში რეაბილიტირდა და აღიჭურვა პჯდ ცენტრები, გადამზადდა სამედიცინო პერსონალი, ამოქმედდა პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და სოფლად სამედიცინო სერვისის ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად გატარდა მნიშვნელოვანი ღონისძიებები. თუმცა, სისტემური ხასიათის პრობლემების გამო ჯერ კიდევ ვერ ხერხდება სოფლად ხარისხიანი პჯდ სერვისის უზრუნველყოფა. აჭარის მაღალმთიან სოფლებში მოსახლეობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა პჯდ რგოლთან საკმაოდ შეზღუდულია. სიტუაცია განსაკუთრებით მწვავედ ზამთარში, უხვთოვლიანობის დროს თემის ცენტრამდე გზების ჩაკეტვის გამო. აქედან გამომდინარე, აჭარის ყველა სოფელში შენარჩუნებულია ადრე არსებული საფერშლო-საბებიო პუნქტების ანალოგიური სტრუქტურა - თემის სამედიცინო პუნქტების (თსპ) სახით, რომელთა პროგრამული დაფინანსებაც ხორციელდება მუნიციპალიტეტების მიერ. წინამდებარე ნაშრომის მიზანია სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების პრობლემების შესწავლა აჭარის ა.რ. მაგალითზე. სტატიაში განხილულია ჯანდაცვის კანონმდებლობა, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო და რეგიონული პროგრამები, სხვადასხვა ავტორის ნაშრომები, ინტერნეტით მოძიებული მასალა და სხვ. ყურადღება გამახვილებულია სოფლად პჯდ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემებსა და მათ მიზეზებზე. კვლევის საგანს წარმოადგენს საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, ხოლო კვლევის ობიექტია აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტების პჯდ რგოლი. ნაშრომის მთავარი ამოცანაა მუნიციპალიტეტის დონეზე პჯდ რგოლის თავისებურებების შესწავლა, ხარვეზების გამოვლენა და რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა კვლევის ისეთი მეთოდები, როგორიცაა ანალიზის და სინთეზის, სისტემური, ისტორიული, სტრუქტურულ-ფუნქციური და შედარებით-სამართლებრივი. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით განხორციელებული მნიშვნელოვანი სტრუქტურულ-ფუნქციური ცვლილებების მიუხედავად, სისტემა ჯერ კიდევ ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პოლიტიკით გათვალისწინებული ამოცანების სრულყოფილად შესრულებას.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ), თემის სამედიცინო პუნქტი (თსპ), სოფლის ექიმი

1. შესავალი

პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის ეფექტური ფუნქციონირება დაავადების პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკების საშუალებით, ხელს უწყობს ძვირადღირებული სერვისების საჭიროების თავიდან აცილებას. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისა და სახელმწიფო დანახარჯების დაზოგვის მიზნით, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს განსაკუთრებით ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნისთვის, როგორც საქართველოა.

ხარისხიანი სამედიცინო სერვისი აუცილებელია მომსახურების ყველა დონეზე, თუმცა პირველადი ჯანდაცვის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის საწყისი რგოლის ხარისხი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. განსხვავებით ჯანდაცვის მეორეული და მესამეული რგოლისგან, რომელთაც ძირითადად დაავადების განვითარების შემდგომ სტადიებთან აქვთ შეხება, პჯდ-ს საქმიანობა დაავადების თითქმის ყველა ფორმას ეხება, ნებისმიერ სტადიაზე; სწორედ ეს განაპირობებს მის უნივერსალურობას და მნიშვნელობას. (ყაზახაშვილი, 2020), (საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი).

საქართველოში პჯდ განვითარების მნიშვნელოვანი ეტაპი 2000-იანი წლების დასაწყისიდან იღებს სათავეს. ჯანმოს და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარებით საქართველოში არაერთი პროექტი განხორციელდა, რამაც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე დადებითი ზეგავლენა მოახდინა. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., დამბაშიძე ქ.) თუმცა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ხელმისაწვდომობის პრობლემები კვლავაც აქტუალურია.

თანაბრად ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველ-საყოფად დიდი მნიშვნელობა აქვს რეგიონის დონეზე სტრატეგიული და მიზან-მიმართული ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელებას, რაშიც უდიდესი როლი რეგიონის ჯანდაცვის სისტემას ეკისრება.

საქართველო, მმართველობითი სტრუქტურის თვალსაზრისით, სამხარეო მოწყობის ქვეყანაა, სადაც გამონაკლისს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა წარმოადგენს, დამოუკიდებელი მთავრობის და შესაბამისად, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს არსებობით. სამინისტროს ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება, რაც დამატებითი შესაძლებლობაა რეგიონში ეფექტური ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის.

აჭარის მაღალმთიანი სოფლების დიდი ნაწილი სოფლის თემიდან დიდი მანძილითაა დაშორებული, რაც ზღუდავს მოსახლეობის გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას პირველადი ჯანდაცვის რგოლთან (სოფლის ექიმი, პოლიკლინიკა, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება). სიტუაცია განსაკუთრებით მწვავედება ზამთარში, უხვთოვლიანობის გამო თემის ცენტრებამდე მისასვლელი გზების ჩაკეტვის გამო. აქედან გამომდინარე, სოფლის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, აჭარის ყველა სოფელში შენარჩუნებულია ადრე არსებული საფერშლო-საბებიო პუნქტების

ანალოგიური სტრუქტურა - თემის სამედიცინო პუნქტების (თსპ) სახით, რომელთა პროგრამული დაფინანსებაც ხორციელდება შესაბამისი მუნიციპალიტეტის მიერ.

თსპ თავის მხრივ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დამხმარე რგოლია, რომლის ძირითად მიზანსაც სოფლის მოსახლეობისთვის ექიმამდელი სამედიცინო დახმარებისა და პჯდ სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა წარმოადგენს.

თსპ-ს ეფექტური ფუნქციონირება და გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის პროცესში თსპ პერსონალის ჩართულობა, დაავადების უკეთესი გამოსავლისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების რესურსის დაზოგვის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. ამისათვის მნიშვნელოვანია, რომ თსპ-ს მართვის სისტემა იყოს გამართული, პჯდ რგოლთან მისი სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირი განსაზღვრული და თსპ-ს პერსონალის კვალიფიკაცია შესაბამისობაში იყოს თანამედროვე მოთხოვნებთან.

ჰიპოთეზა: ბოლო ათწლეულების განმავლობაში სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით განხორციელებული მნიშვნელოვანი სტრუქტურულ-ფუნქციური ცვლილებების მიუხედავად, სისტემა ჯერ კიდევ ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პოლიტიკით გათვალისწინებული ამოცანების სრულყოფილად განხორციელებას.

კვლევის საგანი: საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა.

კვლევის ობიექტი: აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტების პჯდ რგოლი.

საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, ნაშრომის მიზანია: აჭარაში მუნიციპალიტეტის დონეზე პჯდ რგოლის თავისებურებების შესწავლა, ხარვეზების გამოვლენა და რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, დაისახა შემდეგი **ამოცანები**:

- თემის შესაბამისი ლიტერატურის და ნორმატიული დოკუმენტაციის მოძიება და შესწავლა/ანალიზი;
- პჯდ რგოლის სტრუქტურულ-ფუნქციური შესაბამისობის შესწავლა;
- თემის სამედიცინო პუნქტების საქმიანობის შესწავლა და ანალიზი;
- დამუშავებული მასალის განხილვა და ანალიზი;
- დასკვნების შემუშავება და რეკომენდაციების მომზადება.

2. კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის პროცესში შესწავლილი და დამუშავებულია ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელი კანონმდებლობა, ჯანდაცვის პოლიტიკის ამსახველი დოკუმენტაცია, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო და რეგიონული პროგრამების შინაარსი, პირობები და მოცულობა, სხვადასხვა ავტორის სახელმძღვანელოები და სამეცნიერო ნაშრომები, ინტერნეტით მოძიებული ინფორმაცია და სხვ.

მოძიებული მასალების დამუშავებისთვის გამოყენებულ იქნა კვლევის როგორც ზოგადი ისე სპეციალური მეთოდები, მათ შორის ანალიზი და სინთეზი, სისტემური, ისტორიული, სტრუქტურულ-ფუნქციური და შედარებით-სამართლებრივი მეთოდები.

3. პჯდ განვითარება საქართველოში - ისტორიული ასპექტი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ერთ-ერთი პირველი ეტაპი იყო პჯდ ახალი ხედვის და სტრუქტურის განვითარება. 2003 წელს, დიდი ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების დეპარტამენტის, ევროკავშირისა და მსოფლიო ბანკის დაფინანსებით დაიწყო პირველადი ჯანდაცვის დიდი პროექტის განხორციელება, (ბიუჯეტი 40 მლნ აშშ დოლარი). პროექტის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენდა სტრუქტურულ-ორგანიზაციული საკითხების გადაწყვეტა, საოჯახო მედიცინის ახალი ცენტრების დაფუძნება, ადამიანური რესურსების მომზადება-გადამზადება, პჯდ-ს წამლების ნუსხის შექმნა და საოჯახო მედიცინის ახალი ფინანსური მოდელის შექმნა. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.).

2004 წლიდან, პჯდ რეფორმის ფარგლებში დაიწყო წამლის ანაზღაურების პილოტური პროექტების განხორციელება, რომელიც აქცენტირებული იყო მედიკამენტების რაციონალურ გამოყენებაზე; გამოიცა წამლის ეროვნული ფორმულარის ახალი რედაქცია. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.).

2006 წელს, ჯანმოს სისტემების ფუნქციონირების ჩარჩოზე დაყრდნობით და ჯანმოს ტექნიკური მხარდაჭერით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავდა და გამოიცა ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია. შემუშავდა „საქართველოში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების გენერალური გეგმა“. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.), (ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია, 2006).

2008 წლისთვის, 2003 წელს დაწყებული პჯდ განვითარების პროექტის შედეგად, რეაბილიტირებული და აღჭურვილი იყო 200-მდე პჯდ დაწესებულება; გადამზადდნენ პრაქტიკოსი ექიმები და ექთნები. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.).

2008 წელს, საქართველოს #62 მთავრობის დადგენილებით ამოქმედდა სოფლის ექიმის კერძო პრაქტიკის განვითარების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა, რომელსაც ახორციელებდა სსიპ „ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელი ცენტრი“. პროგრამის ბენეფიციარებად განისაზღვრნენ ახლად რეაბილიტირებულ და აღჭურვილ სოფლის ამბულატორიებში დასაქმებული ექიმები. მათთვის სოციალური დახმარების სახით განისაზღვრა ფულადი გასაცემელის დარიგება 2000,00 ლარის ოდენობით. პროგრამა სოფლად პჯდ სამედიცინო პრაქტიკის სტანდარტული აღჭურვილობის შეძენისა და პროგრამის ბენეფიციარებისათვის გადაცემის გარდა, ითვალისწინებდა ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ ბენეფიციარებისთვის სახელმწიფო ქონების საკუთრების უფლებით გაცემის უზრუნველყოფასაც. (დადგენილება 62, 2008).

2010 წლის პჯდ პროგრამის ფარგლებში ამოქმედდა სოფლად ამბულატორიული მომსახურების ქვეკომპონენტი, მომსახურების მიმწოდებლად განისაზღვრნენ მეწარმე-ფიზიკური პირები და გეოგრაფიულ-ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით გაუფორმდათ შესყიდვის ხელშეკრულებები მომსახურებაზე, განისაზღვრა მომსახურების

ღირებულებაც. პროგრამას ახორციელებდა ჯანმრთელობის და სოციალური პროგრამების სააგენტო. (2010 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, 2009).

2008-2010 წლებში ჯანდაცვის პროგრამებით განსაზღვრული დებულებები გაუქმდა 2012 წელს, ძალადაკარგულად გამოცხადდა შესაბამისი ნორმატიული აქტებიც. (დადგენილება 2018, 2012), (მინისტრის ბრძანება 01-34/ნ, 2012).

2011 წლიდან ამოქმედდა სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სოფლად ამბულატორიულ მომსახურების გარდა, მოიცავდა სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდებას. პროგრამას ახორციელებდა სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, ხოლო სოფლის ექიმის მომსახურების მიმწოდებლად განისაზღვრნენ საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებელი ფიზიკური პირები. (დადგენილება 77, 2011), (დადგენილება 92, 2012), (დადგენილება 279, 2013).

სოფლის ექიმებისა და ექთნების უმთავრესი მოვალეობაა სამედიცინო მომსახურების ოპერატიული განხორციელება შესაბამისი მუნიციპალიტეტის ტერიტორიული ერთეულის სოფლებში, სახელმწიფო პროგრამის პირობებისა და დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად, მათ შორის:

- სახელმწიფო პროგრამის და მომსახურების ხელშეკრულების პირობების ზედმიწევნით დაცვა;
- მომსახურების გაწევა სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური რეჟიმების დაცვით;
- პაციენტის კანონიერი უფლებების, სამედიცინო ეთიკის ნორმების და პაციენტთა კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვა;
- სამედიცინო დოკუმენტაციის და სტატისტიკური ფორმების წარმოება;
- სამოქმედო ტერიტორიის მიხედვით მოსახლეობის ინფორმირება სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობის თაობაზე;
- საკუთარ პროფესიულ ზრდა-განვითარებაზე ზრუნვა, საოჯახო მედიცინის მზადების პროგრამაში მონაწილეობა და სხვ. (ხელშეკრულება-სოფლის ექიმი, 2021), (დადგენილება 828, 2020).

2013 წელს, საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, შესაბამის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში განისაზღვრა საექიმო და საექთნო პუნქტების რიცხვი და „ექიმის ჩანთა“. (ბრძანება 01-264/ო, 2013).

2014 წლიდან სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის მოცულობას დაემატა ამბულატორიული მომსახურებისთვის აუცილებელი მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ექიმის ჩანთისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის მომსახურების შესყიდვის უზრუნველყოფაც. სოფლად პჯდ მომსახურების მიმწოდებელ ფიზიკურ პირებს (სოფლის ექიმი, სოფლის ექთანი/ფერშალი) განესაზღვრათ საგადასახადო ორგანოში გადამხდელად რეგისტრაციის ვალდებულება. (დადგენილება 650, 2014).

2015 წელს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ ახალ პრიორიტეტულ მიმართულებად გამოაცხადა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის რეფორმა. ჯანმოს ექსპერტთა დახმარებით

დაიწყო პჯდ რეფორმის სამოქმედო გეგმის შემუშავება. რეფორმა ითვალისწინებდა საქართველოს მასშტაბით პოლიკლინიკების გარემონტებას და აღჭურვას, გარდა ამისა პჯდ ექიმების გადამზადებას და მათ ფინანსურ უზრუნველყოფას. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.). ასევე 2015 წელს საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, რამდენიმე ნოზოლოგიაში დაამტკიცა კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტები საოჯახო მედიცინის დარგში. იხ. ცხრილი 1. (ბრძანება 01-4/ო, 2015).

ცხრილი 1.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის მახასიათებლები

	სახელმწიფო პროგრამის განმახორცი- ელებელი	სოფლის ექიმის მომსახუ- რების შემსრუ- ლებელი	მომსახურე- ბის ანაზღაურება (ლარი)	სოფლის ექიმის დამატებითი შრომის ანაზღაურება აჭარის ა.რ. რესპუბლიკა (ლარი)	აჭარის მუნიციპალი- ტეტებში საექიმო/საექ- თნო პუნქტების რაოდენობა	სოფლის ექიმის სახელმწ. პროგრამა ბიუჯეტი სულ (ათასი ლარი)	პჯდ მომსახუ- რება სოფლად ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	
2010	ჯანმრთე- ლობის და სოციალური პროგრამების სააგენტო	მეწარმე ფიზიკუ- რი პირი	სოფლის ექიმი - 456,00 ექთანი/ფერ- შალი - 304,00	---		14 694.110	11 516.8	
2011	სსიპ „სოციალური მომსახურე- ბის სააგენტო“	„სოფლის ექიმის პროგრამის მიმწოდე- ბელი ფიზიკური პირი	სოფლის ექიმი - 500,00 ექთანი/ფერ- შალი - 350,00			15 140.1	11 826.0	
2012						15 535.1	11 693	
2013		საგადასა- ხადო ორგანოში რეგისტრი- რებული, სოფლის ექიმის პროგრამის მიმწოდე- ბელი ფიზიკური პირი	სოფლის ექიმი - 650,00 ექთანი/ფერ- შალი - 455,00		ექიმი: ქედა, შუახევი ხულო - 300,00 ხელვაჩაური, ქობულეთი - 200,00	107 საექიმო პუნქტი: ქედა-11, შუახევი-12, ხულო-20, ქობულეთი- 33, ხელვაჩაური- 31 110 საექთნო პუნქტი: ქედა-11, შუახევი-12, ხულო - 23, ქობულეთი- 33, ხელვაჩაური- 31	15 242.0	10 974 900.0
2014							20 619.5	16 070.7
2015							23 928.0	19 129.0
2016							24 944.8	19,146.0
2017			25 078.5	19 082.7				
2018		25 348.2	18 961.6					
2019	სსიპ „საგანგებო სიტუაცი- ების კოორდინა- ციისა და გადაუდე- ბელი დახმარების ცენტრი“	პირი	სოფლის ექიმი - 650,00 ექთანი/ფერ- შალი - 455,00	ქედა, შუახევი ხულო - 300,00 ხელვაჩაური, ქობულეთი - 200,00 ექთანი: ქედა, შუახევი ხულო - 150,00 ხელვაჩაური, ქობულეთი - 100,00		26 074.3	17,160.0 01.01-დან 31.10-მდე 2,326.75 01.11-დან 31.12-მდე	
2020			ექიმი - 750,00 ექთანი/ფერ- შალი - 555,00			20 453.0	20 125.1	
2021						23 049.5	22 705.6	

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები

2017 წელს პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის ფარგლებში განხორციელდა პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების კატეგორიზაცია და შეიქმნა პროტოკოლები პჯდ დაწესებულებისთვის. (გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., ღამბაშიძე ქ.).

2019 წლიდან, სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების კომპონენტს ახორციელებს სსიპ „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი“. ხოლო სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების კომპონენტი სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ხორციელდება. (დადგენილება 693, 2018).

2019 წლიდან სოფლის ექიმის პროგრამის მოცულობას დაემატა ადმინისტრირება-მონიტორინგის კომპონენტი და „სოფლის ექიმის“ - კოორდინატორის სერვისი. გადაუდებელი დახმარების ცენტრის ადმინისტრაციული-სამართლებრივი აქტით განისაზღვრა სოფლის ექიმის ფუნქცია-მოვალეობები. (დადგენილება 693, 2018).

2020 წლიდან სოფლის ექიმის კომპონენტი ხორციელდება „პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ ფარგლებში, რომელიც ფარავს ორ მიმართულებას: 1) სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება; 2) სოფლის ექიმის სერვისი. სოფლის ექიმის პროგრამით განსაზღვრული საქმიანობის ადმინისტრირებას და მონიტორინგს ახორციელებს პროგრამის განმახორციელებელი - გადაუდებელი დახმარების ცენტრი. (დადგენილება 674, 2019), (დადგენილება 828, 2020).

4. პჯდ-ს რგოლის თავისებურებები აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, მთელი საქართველოს მასშტაბით გაუქმდა საფერშლო-საბებიო სამსახურები, თუმცა, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრომ სტრუქტურა შეინარჩუნა თემის სამედიცინო პუნქტების (თსპ) სახით და ის ფინანსდებოდა აჭარის ა.რ. ბიუჯეტიდან.

2014 წლიდან, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების პარალელურად, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდისთვის, რეგიონული პროგრამის ფარგლებში აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ამოქმედდა რამდენიმე ქვეპროგრამა:

- თემის სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება;
- სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა;
- სოფლის მოსახლეობის ექიმამდელი სამედიცინო დახმარება;
- სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება.

4.1. თემის სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება / სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა

2014 წელს, აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ამოქმედებული პროგრამების ფარგლებში (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, თსპ-ში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება), თეორიული და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით, დაიწყო პჯდ-ს ექიმების (107), ექთნების (111) და თსპ-ში დასაქმებული ექთნების (228) გადამზადება. (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2014), (თსპ-ში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება, 2014).

ასევე, 2014 წლიდან ამოქმედებული სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობის ქვეპროგრამის ფარგლებში, მაღალმთიან მუნიციპალიტეტებში სოფლის პჯდ ცენტრების მობილურობის გაზრდისა და მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების დროული მიწოდების მიზნით დაიწყო მაღალი გამავლობის მქონე ავტომობილების შესყიდვა: 2014 წელს - 21 ავტომობილი, (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2014), 2015-2016 წლებში 20 ავტომობილი (მხოლოდ ქობულეთის და ხელვაჩაურის მუნიციპალიტეტის სოფლების პჯდ ცენტრებისთვის); (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები, 2015), (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2016), 2017 წელს - 13 ავტომობილი; (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2017), ხოლო 2018 წელს კი დამატებით 8 ავტომობილი. ავტომობილების შეძენა განხორციელდა გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) ერთად, თანადაფინანსების პრინციპით (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები, 2015), (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2016), (სოფლად პჯდ-ს განვითარების ხელშეწყობა, 2018).

დღეისათვის, საქართველოს სხვა რეგიონებისგან განსხვავებით, აჭარის რეგიონის ყველა სოფლის ექიმს ემსახურება ავტომობილი და მძღოლი. მუნიციპალური პროგრამებით იფარება სოფლის ექიმის ყოველთვიური ადმინისტრაციული და სამეურნეო ხარჯები (მძღოლის ხელფასი; საწვავი; ავტომობილის დაზღვევა, მიმდინარე რემონტი და საბურავები; კომუნალური გადასახადები; სამედიცინო ნარჩენების გატანა და სხვ.). გარდა ამისა, მუნიციპალიტეტების მიერ, სახელმწიფო პროგრამის პარალელურად ხორციელდება სოფლის ექიმებისთვის დამატებითი მედიკამენტებისა და სამედიცინო მოწყობილობების მიწოდება (ბიუჯეტი - თვეში 50,00 ლარი). (ქედა, 2021), (ხულო, 2021), (შუახევი, 2021), (ხელვაჩაური, 2021), (ქობულეთი, 2021).

4.2. სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება

2015 წლიდან, უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისთვის სამედიცინო კადრების სოფლებში დამაგრების მიზნით, აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ამოქმედდა „სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურების“ ქვეპროგრამა, სახელმწიფო პროგრამის პარალელურად, აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტებში დასაქმებული

სოფლის ექიმების მატერიალური სტიმულირებისთვის განისაზღვრა ხელფასი დანამატის სახით. (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები, 2015), (სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება, 2016), (სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება, 2017), (სოფლის სამედიცინო პერსონალის დამატებითი შრომის ანაზღაურება, 2018), (სოფლის სამედიცინო პერსონალის დამატებითი შრომის ანაზღაურება, 2019).

2020 წლიდან ექიმებზე და ექთნებზე დანამატი სოციალური დახმარების სახით ხორციელდება აჭარის ა.რ. ბიუჯეტიდან, „სოფლის სამედიცინო პერსონალის სოციალური უზრუნველყოფის“ ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ასიგნებების ფარგლებში. (ა.რ. კანონი 15-რს, 2020).

4.3. სოფლის მოსახლეობის ექიმამდელი სამედიცინო დახმარება

აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტებში, გეოგრაფიული მდებარეობის და კლიმატური პირობებიდან გამომდინარე, მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გართულების გამო, აუცილებელი გახდა ექიმამდელი სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება.

2014 წლიდან, აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ამოქმედდა სოფლის მოსახლეობის ექიმამდელი სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამა. ქვეპროგრამის მიზანი იყო ადგილზე ექიმამდელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა და თემის სამედიცინო პუნქტების (თსპ) უზრუნველყოფა პირველი სამედიცინო დახმარებისთვის საჭირო მედიკამენტებით და სადიაგნოსტიკო საშუალებების ყოველთვიური მარაგით. დაიწყო მომსახურების მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებების გაფორმება (2014 წელი - 228 ექთანი, 2015-2016 წელი - 230 ექთანი. ხელფასი 250 ლარი). (ექიმამდელი სამედიცინო დახმარება, 2014), (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები, 2015), (ექიმამდელი სამედიცინო დახმარება, 2016).

2016 წლიდან, თემის სამედიცინო პუნქტები (თსპ) მართვაში გადაეცათ აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტებს (სოფლად მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა). თსპ ექთნების შერჩევა და მათთან ხელშეკრულების გაფორმება განხორციელდა მუნიციპალიტეტების მერიაში შესული განცხადებების საფუძველზე, გასაუბრების წესით. თითოეული მუნიციპალიტეტის მერია ახორციელებს თსპ-ში დასაქმებული პერსონალის მომსახურების ანაზღაურებას 2014 წლიდან განსაზღვრული მომსახურების საფასურის შესაბამისად (250,00 ლარი), და ასევე, პირველი სამედიცინო დახმარებისთვის საჭირო მედიკამენტებით და სადიაგნოსტიკო საშუალებებით თსპ-ს უზრუნველყოფას.

მუნიციპალიტეტები საჭიროებიდან გამომდინარე და შესაძლებლობების ფარგლებში ახორციელებენ ახალი თსპ-ებისა და ამბულატორიების კეთილმოწყობას. იხ. ცხრილი 2.

თსპ მაჩვენებლები აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტებში. 2020 წელი

აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტები	ქობულეთი	ხელვაჩაური	ქედა	შუახევი	ხულო
თსპ	29	47	40	46	57
ექთანი	46	47	40	46	57
წლიური სახელფასო ფონდი	138 000	141 000	120 000	138 000	171 000
მედიკამენტების ხარჯვა (დაახლოებით)	14 000	14 000	13 000	14 000	17 000

წყარო: აჭარის ა.რ. მუნიციპალიტეტების მერია

მუნიციპალიტეტებსა და თსპ ექთანს შორის გაფორმებული ხელშეკრულებით განსაზღვრულია თემის სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული პერსონალის ძირითადი მოვალეობები, მათ შორისაა:

- ექიმამდელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა;
- კომპეტენციის ფარგლებში პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, პრობლემის იდენტიფიკაცია და საჭიროების შემთხვევაში ექიმთან გაგზავნა (გადამისამართება);
- კომპეტენციის ფარგლებში სოფლის ექიმის მითითებებისა და დავალებების შესრულება;
- მწვავე და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მეთვალყურეობა;
- კომპეტენციის ფარგლებში პალიატიური ზრუნვის განხორციელება;
- ორსულთა მეთვალყურეობა კომპეტენციის ფარგლებში;
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრება, მოსახლეობის ინფორმირება სამედიცინო პროფილაქტიკურ საკითხებზე და პრევენციული ღონისძიებების გატარება;
- პაციენტის კანონიერი უფლებების, სამედიცინო ეთიკის ნორმების და პაციენტთა კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვა;
- მომსახურების გაწევა სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური რეჟიმების დაცვით;
- პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზე ზრუნვა და სხვ. (ხელშეკრულება-თსპ, 2020).

თსპ ექთანის მომსახურება იფარება პროგრამით და თემის მოსახლეობისთვის სრულიად უფასოა. თსპ ექთანს არ აქვს დამატებითი გადასახადის მოთხოვნის უფლება. (ხელშეკრულება-თსპ, 2020).

5. დამუშავებული მასალის განსჯა და ანალიზი

2015 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარებული სოფლის ექიმის პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშის მიხედვით გამოიკვეთა რიგი ნაკლოვანებებისა, რაც უკავშირდებოდა პროგრამის დიზაინს, მის ადმინისტრირებას, მონიტორინგსა და მიღწეული შედეგების შეფასებას. სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა მიიჩნია, რომ გრძელვადიანი პროგრამის დიზაინში არსებული ნაკლოვანებების გამო ვერ იქნებოდა მიღწეული მაქსიმალური შედეგები და ვერ გაუმჯობესდებოდა სოფლად პჯდ სერვისების უტილიზაცია და მომსახურების პროდუქტიულობა. (სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, 2015). მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ პჯდ რგოლის განვითარების მიზნით განხორციელებული რიგი ღონისძიებებისა, 2015 წლის სახელმწიფო აუდიტის ანგარიშში ასახული პრობლემები დღესაც მწვავედ აქტუალურია.

სოფლის ექიმი აჭარის მუნიციპალიტეტებში

დადებით კონტექსტში უნდა აღინიშნოს აჭარის ა.რ. დასაქმებული სოფლის ექიმების უპირატესობა საქართველოს სხვა მხარეებთან შედარებით. აჭარაში, სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისა და პჯდ-ს მობილურობის გაზრდის მიზნით, ყველა სოფლის ექიმს ემსახურება მანქანა და მძღოლი, უზრუნველყოფილია საწვავის საჭირო რაოდენობით, კომუნალური გადასახადებით, დამატებით ეძლევათ მედიკამენტები, ერიცხებათ დანამატი სოციალური დახმარების სახით და სხვ. აღნიშნული პრივილეგიები დადებითად მოქმედებს პჯდ რგოლის საქმიანობაზე და ზრდის პროდუქტიულობას, მაგრამ, სხვა სისტემური ხასიათის პრობლემები აფერხებს პირველადი ჯანდაცვის განვითარებას.

დიაგნოსტიკური კვლევების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემები

პირველადი ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებით, გარკვეულწილად გადაიჭრა სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, ეფექტურად მიმდინარეობს იმუნიზაციის და მეთვალყურეობის (პატრონაჟის) პროცესიც; თუმცა, ისევ გადაუჭრელ პრობლემად რჩება მწვავე და გამწვავებული დაავადებების დიაგნოსტიკისა და შემდგომი მართვის საკითხი.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული პირობების შესაბამისად, სოფლის ექიმს ევალება კლინიკური სიმპტომებისა და ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე დიაგნოსტიკა და მართვა, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის გადამისამართება ვიწრო სპეციალობის ექიმთან. (დადგენილება 828, 2020). თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ პჯდ ცენტრის მწირი მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობა არ იძლევა მყარი დიაგნოსტიკის საშუალებას, სოფლის ექიმის საქმიანობა ძირითადად მიმართულია რეფერირების სისტემაზე და არა ადგილობრივი მომსახურების უზრუნველყოფაზე. ეს კი თავის მხრივ იწვევს სოფლის ექიმის მიმართ ნდობის შემცირებას და შესაბამისად, პაციენტის „დაკარგვას“ - მწვავე დაავადება-გადატანილი პაციენტები, შემდგომში ჯანმრთელობის პრობლემის ან დაავადების

გართულების შემთხვევაში, სოფლის ექიმის გვერდის ავლით, პირდაპირ აკითხავენ ისეთ კლინიკას, სადაც შეძლებენ სრულყოფილი სერვისის მიღებას.

ასევე აღსანიშნავია პჯდ ცენტრებსა და ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული კვლევების განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებს შორის მანძილი. მაგალითისთვის შეიძლება მოვიყვანოთ ქედის მუნიციპალიტეტის სოფლის ექიმის ერთ-ერთი პჯდ ცენტრი. იქიდან გამომდინარე, რომ პჯდ ცენტრსა და ამბულატორიულ კლინიკას შორის არ არის საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, პაციენტების დიდ ნაწილს კი არ ყავს საკუთარი ავტომობილი, მათ, ექიმის მიერ დანიშნული სადიაგნოსტიკო კვლევების ჩასატარებლად ფეხით უწევს ამ მანძილის გავლა და შემდგომ კვლევის შედეგებით ისევ უკან დაბრუნება. იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტების უმეტესობა ასაკოვანი და სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების მქონეა, ეს კიდევ უფრო ართულებს სიტუაციას.

სოფლის ექიმის და თსპ რგოლის სტრუქტურულ-ფუნქციური ურთიერთკავშირი

სოფლის ექიმის პროგრამის განმახორციელებელია ცენტრალური სახელმწიფო სტრუქტურა - 2012-2018 წლებში - „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, 2019 წლიდან „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი“, ხოლო თსპ სოფლის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამის კომპონენტია და ხორციელდება მუნიციპალიტეტის მიერ. იერარქიული სისტემით თუ განვიხილავთ არ არსებობს სტრუქტურული კავშირი ამ ორ ფაქტორს შორის, არც მათ ფუნქციურ კავშირთან დაკავშირებით არის განსაზღვრული ურთიერთობის ფორმები.

თსპ-ს, როგორც სოფლის ექიმის დამხმარე რგოლის საქმიანობის ძირითად არსს წარმოადგენს ექიმამდელი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა, კოორდინირებული საქმიანობა სოფლის ექიმთან შეთანხმებით და კომპეტენციის ფარგლებში სოფლის ექიმის მითითებებისა და დავალებების შესრულება. (ხელშეკრულება-თსპ, 2020). თუმცა სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირისა და ვალდებულების არქონის გამო, თსპ-სა და სოფლის ექიმს შორის კომუნიკაცია მხოლოდ კეთილ ნებაზეა დამყარებული, რაც უარყოფითად მოქმედებს სოფლის და თემის მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

სოფლის პჯდ რგოლის უფლება-მოვალეობები და კონტროლის მექანიზმები

თსპ როგორც საქმიანობის განმახორციელებელი დამოუკიდებელი სუბიექტი, მუნიციპალიტეტთან დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე ახორციელებს საქმიანობას. სამწუხაროდ მკაფიოდ არ არის განსაზღვრული თსპ საქმიანობის სტანდარტი (უფლება-მოვალეობები და ვალდებულებები). გარდა ამისა, არ არსებობს თსპ რგოლის კონტროლის მექანიზმი და შეფასების კრიტერიუმები. აღნიშნული კი უარყოფითად მოქმედებს მომსახურების ხარისხზე და ზრდის კომპეტენციის და უფლებამოსილების გადაჭარბების რისკს, როგორცაა საექიმო კონსულტაციის ჩატარება, დიაგნოსტიკა, არასათანადო მკურნალობის დანიშვნა და სხვ.

უფლებამოსილების გადაჭარბების რისკი არსებობს სოფლის ექიმების შემთხვევაშიც; მათ შორის, კლინიკო-დიაგნოსტიკური კვლევების გარეშე, მხოლოდ დათვალიერებით და

ზოგადი ანამნეზის შეკრებით და რიგ შემთხვევებში კი მხოლოდ სატელეფონო საუბრით არაეფექტური მკურნალობის დანიშვნა, ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენება და სხვ.

თსპ რგოლის მომსახურების ღირებულება და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა

თსპ პერსონალის მომსახურების საფასური განსაზღვრულია მინიმალური მოცულობით (250,00 ლ.). თსპ ექთანები წარმოადგენენ მომსახურების მიმწოდებელ დამოუკიდებელ სუბიექტებს, სტრუქტურულად ისინი მუნიციპალიტეტის დაქვემდებარებაში არ არიან და მათი მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება ხელშეკრულების საფუძველზე. აქედან გამომდინარე, ისინი ვერ სარგებლობენ „მაღალმთიანი რეგიონის განვითარების შესახებ“ საქართველოს კანონით სამედიცინო პერსონალისთვის განსაზღვრული შეღავათებით, (კანონი 4036-რს, 2015), ხოლო შეზღუდული ბიუჯეტის პირობებში, მუნიციპალიტეტების მიერ ვერ ხორციელდება თსპ მომსახურების საფასურის გაზრდა.

მუნიციპალიტეტების მიერ თემის სამედიცინო პუნქტებს მიეწოდებათ პირველი სამედიცინო დახმარებისთვის საჭირო მედიკამენტები და სადიაგნოსტიკო საშუალებების განსაზღვრული რაოდენობა. რა თქმა უნდა ეს დადებითი ტენდენციაა, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო სახარჯი მასალების მინიმალური რაოდენობა (ბიუჯეტი დაახლოებით 25,00 ლარი თვეში) ვერ ფარავს მოსახლეობის საჭიროებებს; თსპ ექთნები მარაგის შესავსებად იძულებულნი ხდებიან საკუთარი სახსრებით შეისყიდონ აუცილებელი მედიკამენტები თუ სახარჯი მასალები, რაც მომსახურების მინიმალური ანაზღაურების პირობებში ფაქტიურად შეუძლებელია. აღსანიშნავია ისიც, რომ სოფლის ექიმის პროგრამისგან განსხვავებით, თსპ პროგრამის ბიუჯეტი არ ითვალისწინებს არასამედიცინო ხარჯებს და საკანცელარიო საქონელს, რაც დამატებითი ფინანსური ტვირთია თსპ პერსონალისთვის.

თსპ რგოლის კვალიფიკაცია და უწყვეტი პროფესიული განვითარება

თსპ სერვისი ნამდვილად ზრდის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას. ექიმამდელი სამედიცინო მომსახურება და პაციენტის პირველადი შეფასება, სწორედ რომ თსპ-ს მოვალეობაა. შესაბამისად, თსპ-პერსონალის ცოდნას, კვალიფიკაციასა და შესაბამის პროფესიულ უნარ-ჩვევებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის ჯანმრთელობისთვის.

ჯანდაცვის რეფორმის საწყის ეტაპზე, სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში განხორციელდა პჯდ რგოლის ექიმების და ექთნების გადამზადების რამდენიმე ეტაპი, თუმცა სამწუხაროდ, ამას არ მიეცა მუდმივი ხასიათი.

აჭარის ა.რ. ჯანდაცვის სამინისტრო თავის მხრივ, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების პარალელურად, 2014-2016 წლებში რეგულარულად ახორციელებდა სოფლის ექიმებისა და თსპ ექთნების გადამზადებას. თუმცა 2016 წლიდან, თსპ-ს მუნიციპალიტეტების მმართველობაში გადასვლის შემდეგ, ექთანთა გადამზადება აღარ განხორციელებულა.

პჯდ რგოლს (სოფლის ექიმი, თსპ პერსონალი), პროგრამის განმახორციელებელ სტრუქტურასთან გაფორმებული ხელშეკრულების პირობის შესაბამისად, სხვა დაკისრებულ

ვალდებულებებთან ერთად, ევალებათ საკუთარ პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზე ზრუნვა; რაც ლოგიკურია - სამედიცინო კადრების მუდმივი განვითარების კომპონენტის გარეშე, მომსახურების ხარისხი და ჯანმრთელობის გამოსავალი ვერ იქნება ეფექტური. მართალია არსებობს კერძო და ფასიანი სასწავლო ცენტრები, თუმცა დაბალი შემოსავლების პირობებში თსპ-ს ექთნებისთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია სახელმწიფო სუბსიდირების გარეშე.

პჯდ ცენტრების შენობებისა და მატერიალური ბაზის საკუთრების ფორმები

მოუწესრიგებელია პირველადი ჯანდაცვის დონისდიებების განხორციელებისათვის საჭირო შენობებისა და მატერიალური ბაზის საკუთრების ფორმის საკითხი. ამასთან დაკავშირებით ვერ იქნა მოპოვებული შესაბამისი დოკუმენტაცია, ხოლო კომპეტენტურ პირებთან გასაუბრებისა და კონსულტაციების საფუძველზე, ამ მხრივ სავარაუდოდ შემდეგი სიტუაციაა:

- 2000-იან წლებში დონორი ორგანიზაციების დახმარებით აშენებული და რეაბილიტირებული პჯდ ცენტრები და შეძენილი მატერიალური საშუალებები სარგებლობაში გადაეცათ სოფლის ექიმებს (გადაცემის იურიდიული ფორმა არ ზუსტდება და საჯარო რეესტრში არ არის დაფიქსირებული), ამჟამად ითვლება, როგორც აღურიცხავი ქონება. აჭარის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, 2013-2016 წლებში, მუნიციპალიტეტების თვითმმართველობებს არაერთხელ გაეგზავნათ სარეკომენდაციო წერილი ამ ქონების აღრიცხვისა და მუნიციპალიტეტის ბალანსზე აყვანის თაობაზე, თუმცა ეს პროცესი არ წარიმართა სამართლებრივი პრობლემების გამო.
- თემის სამედიცინო პუნქტების დიდი ნაწილის მშენებლობა და აღჭურვა განხორციელდა ექთნების მიერ, მათზე სპეციალურად ამ მიზნით გამოყოფილი სოციალური დახმარების თანხების საშუალებით, თუმცა არ მომხდარა საჯარო რეესტრში რეგისტრაცია. მოგვიანებით აღნიშნული ქონება მუნიციპალიტეტის თვითმმართველობების უმეტესობამ აღრიცხა და აიყვანა ბალანსზე. თსპ-ს გარკვეული ნაწილი განთავსებულია სხვადასხვა შენობებში (სკოლა, ბაღი და სხვ.).

დასკვნა და რეკომენდაციები:

წარმოდგენილი მსჯელობიდან გამომდინარე, ნაშრომში მოყვანილი ჰიპოთეზა ვერიფიცირებულია, კერძოდ, დადასტურდა, რომ მიუხედავად ბოლო ათწლეულების განმავლობაში სოფლად პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით განხორციელებული მნიშვნელოვანი სტრუქტურულ-ფუნქციური ცვლილებებისა, სისტემა ჯერ კიდევ ვერ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის პოლიტიკით გათვალისწინებული ამოცანების სრულყოფილად განხორციელებას. რაც განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით:

- პჯდ რგოლის მართვის სისტემა არ არის გამართული;
- პჯდ რგოლის ორ მნიშვნელოვან ერთეულს შორის, როგორცაა სოფლის ექიმი და თსპ ექთანი, არ არსებობს სტრუქტურულ-ფუნქციური ურთიერთკავშირი;

- არ არსებობს თსპ რგოლის საქმიანობის სტანდარტი, კონტროლის მექანიზმი და მომსახურების ხარისხის შეფასების კრიტერიუმები;
- არ ხდება თსპ რგოლის გადამზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება;
- თსპ არსებობა აჭარის რეგიონის გეოგრაფიული თავისებურებებიდან გამომდინარე, დადებით ზეგავლენას ახდენს საზოგადოების ჯანმრთელობაზე და ზრდის სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ თსპ-პერსონალის კვალიფიკაცია არ შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებსა და გამოწვევებს, იზრდება სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხისა და გაზრდილი სახელმწიფო დანახარჯების რისკი;
- გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, თსპ არსებული რაოდენობა რიგ სოფლებში არ არის საკმარისი მოსახლეობის სრული მოცვისთვის;
- სოფლის პირობებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ნაწილობრივია, შეუძლებელია დიაგნოსტიკური კვლევების ადგილზე - სოფლის ექიმის პჯდ ცენტრში განხორციელება, ხოლო ლაბორატორიამდე მანძილი კი დიდია;
- თსპ რგოლის მომსახურების ღირებულება განსაზღვრულია მინიმალური მოცულობით, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა არის მწირი, ხოლო მიწოდებული სამედიცინო საშუალებები კი მინიმალური რაოდენობის და ვერ ფარავს მოსახლეობის საჭიროებებს.

მიღებული დასკვნების საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები:

- შეიქმნას პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მართვის ერთიანი სისტემა. სოფლის ექიმის და თემის სამედიცინო პუნქტების (თსპ) ერთ სისტემაზე დაქვემდებარება და შესაბამისად, მათ შორის სტრუქტურულ-ფუნქციური კავშირის არსებობა, ხელს შეუწყობს კოორდინირებულ მუშაობას, რაც გაზრდის მომსახურების ხარისხს;
- შემუშავდეს თსპ რგოლის საქმიანობის სტანდარტი და განისაზღვროს ხარისხის შეფასების კრიტერიუმები;
- შეიქმნას კონცეფცია და ჩამოყალიბდეს უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემა, განისაზღვროს შესრულების ვალდებულება. სისტემის ჩამოყალიბების უზრუნველყოფა უნდა განხორციელდეს შესაბამისი მარეგულირებელი რგოლის მიერ (პჯდ - საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, თსპ - აჭარის ჯანდაცვის სამინისტრო);
- სოფლებში ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით, დაინერგოს რუტინული მომზადება-გადამზადების პროგრამები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არსებული სტრუქტურები, განვითარების გარეშე, კიდევ უფრო დაამძიმებს ისედაც რთულ ვითარებაში მყოფ ჯანდაცვის სისტემას;
- დიდ სოფლებში, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით დაემატოს თსპ რაოდენობა;
- დაინერგოს საბაზისო დიაგნოსტიკურ კვლევების ადგილზე (პჯდ ცენტრი) განხორციელების პრაქტიკა, ან გატარდეს ღონისძიებები პაციენტისთვის სამედიცინო ცენტრებში

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად, მათ შორის საზოგადოებრივი ტრანსპორტის მომსახურების უზრუნველყოფით;

- გაიზარდოს თსპ სერვისის მომსახურების ღირებულება და განისაზღვროს დაკისრებული მოვალეობის პროპორციულად;
- გაიზარდოს თემის სამედიცინო პუნქტებზე ყოველთვიურად განსაზღვრული მედიკამენტებისა და სამედიცინო სახარჯი მასალების რაოდენობა მოსახლეობის საჭიროებების შესაბამისად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ავტონომიური რესპუბლიკის კანონი: „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2020 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე, 15-რს (აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის უმაღლესი წარმომადგენლობითი ორგანო 2020 წლის 23 12). მოპოვებული 2021 წლის 16.01. <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5059835?publication=0>-დან.
2. გამყრელიძე ა., კერესელიძე მ., დამბაშიძე ქ. (თ. გ.). *ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველო: თანამშრომლობის მეოთხედი საუკუნე*. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი: საქართველოს ლევან საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. მოპოვებული 2020 წლის 06.11. <https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f4c81ef2-9522-4823-829a-02dace7e10a0>-დან.
3. *თემის სამედიცინო პუნქტებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის გადამზადება 2014 წ.* (2014). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge: <http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=20709&gid=3#.YA3EiegZPZ>-დან.
4. მთავრობის დადგენილება: 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 77 (საქართველოს მთავრობა 2011 წლის 15.02). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1208699?publication=16>-დან.
5. მთავრობის დადგენილება: 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 92 (საქართველოს მთავრობა 2012 წლის 15.03). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1612781?publication=13>-დან.
6. მთავრობის დადგენილება: 2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 279 (საქართველოს მთავრობა 2013 წლის 31. 10). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2066026?publication=4>-დან.
7. მთავრობის დადგენილება: 2014 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 650 (საქართველოს მთავრობა 2014 წლის 02. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2597507?publication=1>-დან.
8. მთავრობის დადგენილება: 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 308 (საქართველოს მთავრობა 2015 წლის 30. 06). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068?publication=6>-დან.

9. მთავრობის დადგენილება: 2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 660 (საქართველოს მთავრობა 2015 წლის 30. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3143621?publication=15>-დან.
10. მთავრობის დადგენილება: 2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 638 (საქართველოს მთავრობა 2016 წლის 30. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020?publication=17>-დან.
11. მთავრობის დადგენილება: 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 592 (საქართველოს მთავრობა 2017 წლის 28. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3972595?publication=10>-დან.
12. მთავრობის დადგენილება: 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 693 (საქართველოს მთავრობა 2018 წლის 31. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=18>-დან.
13. მთავრობის დადგენილება: 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 674 (საქართველოს მთავრობა 2019 წლის 31. 12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=34>-დან.
14. მთავრობის დადგენილება: 2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 828 (საქართველოს მთავრობა 2020 წლის 01. 01). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5077572?publication=0>-დან.
15. მთავრობის დადგენილება: „2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 31 დეკემბრის №828 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე, 43 (საქართველოს მთავრობა 2021 წლის 02. 02). მოპოვებული 2021 წლის 17.02. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5093490?publication=0>-დან.
16. მთავრობის დადგენილება: საქართველოს მთავრობის ზოგიერთი დადგენილების ძალადაკარგულად გამოცხადების შესახებ, 218 (საქართველოს მთავრობა 2012 წლის 18.06). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1680695?publication=0>-დან.
17. მთავრობის დადგენილება: სოფლის ექიმის კერძო პრაქტიკის განვითარების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, 62 (საქართველოს მთავრობა 2008 წლის 17.03). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/7984?publication=3>-დან.
18. მინისტრის ბრძანება: „საოჯახო მედიცინის“ დარგში - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) დამტკიცების თაობაზე, 01-4/ო (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2015 წლის 12.01). მოპოვებული 2020 წლის 20. 11, <https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>-დან.
19. მინისტრის ბრძანება: „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ, 01-264/ო (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2013 წლის 23.12). მოპოვებული http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Kanon%20Qvemdebare/155.pdf-დან.

20. მინისტრის ბრძანება: 2010 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 424/ნ (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2009 წლის 22.12). მოპოვებული <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/88168?publication=25>-დან.
21. მინისტრის ბრძანება: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ზოგიერთი ნორმატიული აქტის ძალადაკარგულად გამოცხადების შესახებ, 01-34/ნ (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი 2012 წლის 12.06). მოპოვებული <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/1672960?publication=0>-დან.
22. *მუნიციპალური პროგრამები*. (2021). მოპოვებული 2021 წლის 28 01, ქობულეთის მუნიციპალიტეტი. www.kobuleti.org.ge: <http://kobuleti.org.ge/?paged=2&cat=59>-დან
23. *პროგრამები*. (2021). მოპოვებული 2021 წლის 28.01. ხულოს მუნიციპალიტეტი. www.khulo.ge: <http://khulo.ge/ge/city-hall/programs>-დან.
24. *პროგრამები: ჯანმრთელობა და სოციალური დაცვა*. (2021). მოპოვებული 2021 წლის 28.01. ხელვაჩაურის მუნიციპალიტეტი. www.khelvachauri.ge: <https://khelvachauri.ge/%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%A1%E1%83%9D%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9A%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90>-დან.
25. *პროგრამები: ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური უზრუნველყოფა*. (2021). მოპოვებული 2021 წლის 27.01. ქედის მუნიციპალიტეტი. www.keda.gov.ge: <http://keda.gov.ge/ge/programs-and-projects/programs>-დან.
26. საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი. (თ. გ.). *პირველადი ჯანდაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი*. მოპოვებული 2020 წლის 15.12. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. www.gfma.ge: http://www.gfma.ge/moduli_erti.php-დან.
27. საქართველოს კანონი: მაღალმთიანი რეგიონების განვითარების შესახებ, 4036-რს (საქართველოს პარლამენტი 2015 წლის 16.07). მოპოვებული 2020 წლის 21.11. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2924386?publication=4>-დან.
28. სახელმწიფო აუდიტის სამსახური. (2015). *სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის ეფექტიანობის აუდიტი*. თბილისი. მოპოვებული 2020 წლის 17.12. <https://sao.ge/files/auditi/auditis-angarishebi/2015/Soflis-eqimi.pdf>-დან.
29. *სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა - 2018 წ.* (2018). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. [www.adjara.gov.ge](http://adjara.gov.ge): <http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=618661&gid=3#.YA3Sv-gzZPY>-დან.
30. *სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა 2014 წ.* (2014). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. [www.adjara.gov.ge](http://adjara.gov.ge): <http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=20707&gid=3#.YAw4YOGzZPY>-დან.
31. *სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა 2016 წ.* (2016). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის

- ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=335098&gid=3#.YA3KiOgzZPY>-დან.
32. *სოფლად პირველადი ჯანდაცვის განვითარებაზე ხელშეწყობა 2017 წ.* (2017). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=486932&gid=3#.YA3O2OgzZPY>-დან.
33. *სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება 2016 წ.* (2016). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=335101&gid=3#.YA3OLugzZPY>-დან.
34. *სოფლის ექიმების დამატებითი შრომის ანაზღაურება 2017 წ.* (2017). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=486931&gid=3#.YA3SHegzZPY>-დან.
35. *სოფლის მოსახლეობის ექიმადელი სამედიცინო დახმარება 2014.* (2014). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=20705&gid=3#.YAxCF-gzZPY>-დან.
36. *სოფლის მოსახლეობის ექიმადელი სამედიცინო დახმარება.* (2016). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=335100&gid=3#.YA3Ly-gzZPY>-დან.
37. *სოფლის სამედიცინო პერსონალის დამატებითი შრომის ანაზღაურება - 2018 წ.* (2018). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=618662&gid=3#.YA3VY-gzZPY>-დან.
38. *სოფლის სამედიცინო პერსონალის დამატებითი შრომის ანაზღაურება - 2019 წ.* (2019). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=700129&gid=3#.YA3XpegzZPY>-დან.
39. ყაზახაშვილი ნ. (2020). *სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება.* (ო. ვასაძე & ლ. ჯიმშიტაშვილი. რედ.) თბილისი: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
40. (2020). *ხელშეკრულება სახელმწიფო შესყიდვის შესახებ.* ქედის მუნიციპალიტეტი, დაბა ქედა. მოპოვებული 2020 წლის 31.01.
41. (2021). *ხელშეკრულება სახელმწიფო შესყიდვის შესახებ.* სსიპ „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი“, ბათუმი. მოპოვებული 2021 წლის 01.02.
42. (2006). *ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის კონცეფცია.* თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

43. *ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის პროგრამები*. (2021). მოპოვებული 2021 წლის 27.01. შუახევის მუნიციპალიტეტი. www.shuakhevi.gov.ge:
<http://www.shuakhevi.gov.ge/index.php?m=693>-დან.
44. *ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები 2015 წ.* (2015). მოპოვებული აჭარის ა.რ. ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის ერთიანი პორტალი. www.adjara.gov.ge:
<http://adjara.gov.ge/branches/description.aspx?gtid=102738&gid=3#.YAxz1ugzZPY>-დან.

Primary Health Care in Rural Areas - Characteristics, Problems and Prospects of the system based on the pattern of Autonomous Republic of Adjara

Nino Gorgiladze

Grigol Robakidze University, MD. PhD student
nigorgiladze@gmail.com

Abstract. Primary health care development is of great importance, especially for such a low-income country like Georgia. The efficient functioning of the PHC helps to avoid the need for expensive services. The improvement of the PHC in Georgia began in the 2000s. Within the scope of the reform, PHC centers were restored and equipped, medical staff were trained, a state primary health care program was launched, and measures were taken to increase access to medical services in rural areas. However, it is still challenging to provide high-quality PHC service in rural areas due to some system problems. In the mountainous villages of Adjarian region, the population's geographical access to the PHC sector is quite limited. The situation becomes especially complicated in winter due to the road closure to the center of the community during intense snow. Therefore, in all villages of Adjara, a structure similar to pre-existing maternity wards is maintained - in the form of Community Medical Points (CMP), financially supported by the municipalities. This paper aims to study the problems of rural primary health care system development based on the pattern of Adjara AR. The study discusses health legislation, state and regional healthcare programs, works by various authors and materials found on the Internet. The focus is on the problems of access to rural PHC services and their underlying causes. The research subject is the Primary Health Care System of Georgia, and the object is the PHC sector of Adjara AR municipalities. The paper endeavours to study the features of the PHC at the municipal level, identify gaps and provide recommendations. Research methods such as analysis and synthesis, systemic, historical, structural-functional and comparative-legal were used in the research process. The study found that despite vital structural-functional changes in rural primary health care in recent decades, the system still fails to thoroughly meet the objectives introduced by healthcare policy.

Keywords: Primary health care (PHC), community medical point (CMP), Rural doctor