



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა

ანგარიში ცალკეული სახელმწიფო ფუნქციების ადგილობრივი
თვითმმართველობისთვის გადაცემის შესახებ

სოფლის ექიმის პროგრამა, ამბულატორიული მომსახურება და
სოციალური დახმარება

PHOTO CREDIT: TETRA TECH

2020 წელი

წინამდებარე დოკუმენტი შემუშავებულია ამერიკის შეერთებული შტატების (აშშ) საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ განსახილველად. დოკუმენტი მომზადდა Tetra Tech-ის მხარდაჭერით.

ავტორი: ელიზაბედ სოფრომაძე

დოკუმენტი მომზადებულია აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსთვის, **USAID-**ის კონტრაქტის ნომერი **AID-114-C-15-00001**, დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა (**GGI**).

ანგარიში მოამზადა:

Tetra Tech-მა

159 ბანკის ქუჩა, Suite 300

ბერლინგტონი, ვერმონტი 05401 აშშ

ტელეფონი: (802) 495-0282

ფაქსი: (802) 658-4247

ელ-ფოსტა: international.development@tetratech.com

ძირითადი საკონტაქტო პირები: ლევან სამადაშვილი, პროექტის ხელმძღვანელი (lsamadashvili@ggi.ge)
კელი კიმბელი, პროექტის მენეჯერი (kelly.kimball@tetratech.com)

დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა

ანგარიში ცალკეული სახელმწიფო ფუნქციების ადგილობრივი
თვითმმართველობისთვის გადაცემის შესახებ

სოფლის ექიმის პროგრამა, ამბულატორიული მომსახურება და
სოციალური დახმარება

2020 წელი

დათქმა

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები შეიძლება არ ასახავდეს აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების
სააგენტოს, პროექტ დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივის ან აშშ-ის მთავრობის შეხედულებებს.

Contents

შესავალი.....	5
1. მოკლე მიმოხილვა.....	6
1.1 სოფლის ექიმის პროგრამა და ამბულატორიული მომსახურება.....	6
1.2 სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის განსაზღვრა.....	7
2. სოფლის ექიმის პროგრამა	7
შესავალი	7
სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა.....	8
ინფრასტრუქტურული პრობლემები.....	14
დასკვნა და რეკომენდაციები	15
2. სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის მინიჭება.....	16
შესავალი	16
სოციალური დახმარების დეცენტრალიზაციის შეფასება	17
შეჯამება.....	18
შეჯამება და რეკომენდაციები	18

შესავალი

დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა (GGI) საქართველოში წარმოადგენს ხუთწლიან პროექტს, რომელიც დაფინანსებულია USAID/საქართველოს მიერ. პროექტის მიზანია საქართველოს მთავრობას აღმოუჩინოს მხარდაჭერა მმართველობის გამჭვირვალობის, ანგარიშვალდებულებისა და ეფექტურობის ამაღლებაში.

GGI-ის მიზანია მიაღწიოს ოთხ ძირითად შედეგს:

- **შედეგი 1** - საჯარო დაწესებულებების გაუმჯობესებული ადმინისტრაციული და ფინანსური მართვა ყველა დონეზე
- **შედეგი 2** - საზოგადოების მაღალი ჩართულობა და ხელმისაწვდომობა საქართველოს დემოკრატიისთვის მართებულ დამოუკიდებელ, საიმედო და მიუკერძოებელ ინფორმაციაზე
- **შედეგი 3** - პრიორიტეტების მომზადებისა და კანონშემოქმედებითი პროცესების დახვეწა
- **შედეგი 4** - მთავრობის საქმიანობაზე ზედამხედველობის გაძლიერება ინსტიტუციონალურ დონეზე

აღნიშნული მიზნების მისაღწევად, GGI თანამშრომლობს საქართველოს ხელისუფლების საკანონმდებლო და აღმასრულებელ შტოებთან და მათ წარმომადგენლებთან, პარტნიორ ადგილობრივ თვითმმართველობებთან, ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეებზე სამოქალაქო საზოგადოებასთან, ადგილობრივ და საერთაშორისო ქვეკონტრაქტორებსა და გრანტიორებთან.

GGI ხორციელდება USAID-ის კონტრაქტის AID-114-C-15-00001 საშუალებით Tetra Tech-ის მიერ.

საქართველოს მთავრობამ აიღო ვალდებულება, განახორციელოს ყოვლისმომცველი საჯარო მმართველობის რეფორმა, რომელიც ევროკავშირში გაერთიანების პროცესის კომპონენტს წარმოადგენს. რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრომ შეიმუშავა და დაამტკიცა დეცენტრალიზაციის 2020-2025 წლების სტრატეგია და 2020-2021 წლების სამოქმედო გეგმა. წინამდებარე ანგარიში შემუშავდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) პროექტის „დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა საქართველოში“ (GGI) ფარგლებში. ანგარიშის მიზანია დეცენტრალიზაციის სტრატეგიით (მიზანი - თვითმმართველი ერთეულის როლის გაზრდა საჯარო საქმეების მნიშვნელოვანი ნაწილის გადაწყვეტაში, აქტივობა 1.2.1) განსაზღვრული ვალდებულების განხორციელება - სუბსიდირიანობის პრინციპის გათვალისწინებით მუნიციპალიტეტებისათვის გადასაცემი უფლებამოსილებების იდენტიფიცირება.

ამ მიზნით თანამშრომლობის ფარგლებში შესწავლილ იქნა: სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა, ამბულატორიული მომსახურება და სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის მინიჭების პროცედურები.

ანგარიშის მიზანია არსებული საჯარო ფუნქციების სამართლებრივი, ფუნქციური და ფინანსური ანალიზის საფუძველზე რეკომენდაციების მომზადება, რომელიც ხელს შეუწყობს დეცენტრალიზაციის სტრატეგიის განხორციელებას.

ანგარიშის მომზადების პროცესში შესწავლილ იქნა ზევით ჩამოთვლილი სერვისების მიწოდებისა და განხორციელების არსებული პრაქტიკა - გაანალიზდა სახელმწიფო პოლიტიკა, არსებული კანონმდებლობა, დაფინანსების სქემა და მექანიზმები, მართვაში მონაწილე ინსტიტუციების ფუნქციები და მოვალეობები, ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები სერვისის მიწოდებლებთან და დარგის ექსპერტებთან და ანალიზის შედეგად შეფასდა მართვის სრული ან გარკვეული ფუნქციების დეცენტრალიზაციის საჭიროება.

1. მოკლე მიმოხილვა

1.1 სოფლის ექიმის პროგრამა და ამბულატორიული მომსახურება

კვლევის პროცესში გამოჩნდა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამის განხორციელებისა და ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების პროცესში არსებობს რიგი პრობლემები. სამინისტროს არ აქვს დემოგრაფიულ-ტერიტორიული კრიტერიუმები, რომლის მიხედვითაც განსაზღვრავს ამბულატორიების ქსელს ქვეყნის მასშტაბით და ამის მიხედვით დაგეგმავს ახალი ამბულატორიების მშენებლობას. ამავე დროს, კვალიფიცირებული ადამიანური რესურსის არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ გამოწვევას ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უზრუნველსაყოფად, ხარვეზებია პროგრამის განხორციელების მონიტორინგის კუთხითაც, მოუწყობელია სოფლის ექიმების ოთახები და სხვა.

ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარების პროცესში საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ხედავს მუნიციპალიტეტებთან თანამშრომლობის საჭიროებას. სამინისტროს მოსაზრებით, სასურველია მუნიციპალიტეტების ფინანსური მონაწილეობა სოფლად ამბულატორიული მომსახურების მიწოდების პროცესში, კონკრეტულად კი ამბულატორიების ინფრასტრუქტურის მოვლა-პატრონობის კუთხით.

მუნიციპალიტეტებს კანონმდებლობით ეკრძალებათ ამბულატორიების კომუნალური ხარჯების დაფარვა. იმ შემთხვევაში თუ ამბულატორიების შენობებები გადავა მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში, მათ ამის საშუალება ექნებათ, თუმცა ეს დამატებითი ფინანსური ტვირთი იქნება მათი ბიუჯეტებისთვის. შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მონაწილეობა ამბულატორიების ფუნქციონირების პროცესში მათთვის დამატებითი ადამიანური და ფინანსური რესურსების გადაცემის გარეშე არაეფექტური გადაწყვეტილება იქნება.

1.2 სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის განსაზღვრა

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ხედავს სოციალური დახმარების სისტემის დეცენტრალიზაციის საჭიროებას, თუმცა ამ ეტაპზე არ გეგმავს სისტემაში გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მკვეთრ ცვლილებას, რითაც საბოლოო გადაწყვეტილებას კვლავ ცენტრალურ დონეზე ტოვებს. ამ შემთხვევაში მუნიციპალიტეტების მონაწილეობას ფორმალური ხასიათი ექნება.

მიუხედავად მუნიციპალიტეტების ფორმალური მონაწილეობისა, მაინც მიზანშეწონილია სოციალური დახმარების პროცესში მათი ჩართვა და დაგეგმილი საპილოტე პროექტის განხორციელება. ეს, ერთის მხრივ, ხელისუფლებას მისცემს ღირებულ ინფორმაციას მუნიციპალიტეტების რეალური პოტენციალისა და საჭიროების შესახებ. ასევე, ეს გამოცდილება ბიძგს მისცემს დეცენტრალიზებული სოციალური სერვისების მოდელზე მუშაობას.

2. სოფლის ექიმის პროგრამა

შესავალი

სოფლის ექიმის პროგრამა წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ნაწილს. ზოგადად, პირველადი ჯანდაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ეფექტიანად ფუნქციონირებისათვის საჭირო და უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობისათვის დროული და ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება. მისი მიზანია უპასუხოს საზოგადოებაში არსებულ ჯანმრთელობის პრობლემებს და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს, ხელი შეუწყოს დაავადებათა პრევენციას და მათ ადრეულ გამოვლენას, აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვა მოიცავს მკურნალობასა და სარეაბილიტაციო სერვისებს.

პირველადი ჯანდაცვა არ წარმოადგენს ცალკეულ რგოლს, რომელიც დამოუკიდებელია ჯანმრთელობის დაცვის სხვა დონეებისგან. ის ასრულებს ე.წ. „მეკარიბჭის“ ფუნქციას ჯანმრთელობის დაცვაში და ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაცვის უფრო მაღალ საფეხურებთან.

ალმა-ატის დეკლარაციის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრება როგორც აუცილებელი ჯანდაცვა, რომელიც უნდა იყოს თანაბრად ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისთვის და უნდა ითვალისწინებდეს საზოგადოების თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემაში.

პირველადი ჯანდაცვა ხელს უწყობს: საზოგადოების ინფორმირებულობას და განათლებას დომინანტური ჯანმრთელობის პრობლემების, პრევენციული მეთოდების შესახებ, ჯანსაღ

კვებას, სასმელ წყალთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოფხვრას, ოჯახის დაგეგმვის საკითხებს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას, იმუნიზაციას ძირითადი ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ. ის უზრუნველყოფს ესენციური, პირველადი მედიკამენტებით მოსახლეობის უზრუნველყოფას შესაბამისი საჭიროების შემთხვევაში.

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის საფუძველზე საოჯახო მედიცინის სისტემა განვითარდა. ოჯახის ექიმი არის პირი, რომელსაც უმეტესად გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღების მსურველი, ასევე პრევენციული ვიზიტის მსურველი პირი მიმართავს, თუმცა ეს არ გულისხმობს იმას, რომ ოჯახის ექიმმა საჭიროების შემთხვევაში არ გასწიოს გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება.

ოჯახის ექიმის სპეციალობა ცენტრალიზებულია ხანგრძლივ, ზრუნვით ურთიერთობებზე პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან.

პირველადი ჯანდაცვის სისტემა 4 ელემენტს მოიცავს:

- **ხელმისაწვდომობა** - პირველადი ჯანდაცვა წარმოადგენს კარიბჭეს ჯანდაცვის სისტემაში, შესაბამისად, საზოგადოების თითოეულ წევრს უნდა შეეძლოს სერვისით სარგებლობა.
- **უწყვეტობა** - პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტთან მუშაობა უწყვეტი პროცესია. ოჯახის ექიმს აქვს საშუალება პაციენტზე აწარმოოს ხანგრძლივი დაკვირვება.
- **ყოვლისმომცველობა** - საოჯახო მედიცინა ზრუნავს პაციენტის ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე.
- **კოორდინირება** - საოჯახო მედიცინა გადაამისამართებს პაციენტს ჯანდაცვის სისტემის სხვა რგოლში, საჭიროების შესაბამისად.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა

საქართველოში პირველად ჯანდაცვას სოფლად უზრუნველყოფს სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა.

სამინისტროს წარმომადგენლების ინფორმაციით სოფლის ექიმის პროგრამა დაიწყო 2009 წელს. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მოკლე მიმოხილვის (<https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/06.08.2018.pdf>) მიხედვით 2007-2011 წლებში დონორი ორგანიზაციების მატერიალური და ტექნიკური დახმარებით, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ხორციელდებოდა ამბულატორიების მშენებლობა/რეაბილიტაცია და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების გადამზადება. ანგარიშის მიხედვით, 2009 წელს სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდა მეწარმე-ფიზიკურ პირებად. ხოლო 2014 წელს ყველა მუნიციპალიტეტში, მათი მოთხოვნის გათვალისწინებით, აშენდა ახალი ამბულატორიები. სულ 82 ამბულატორია.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები ფუნქციების მიხედვით განსხვავდება სოფლის და მუნიციპალიტეტის დონეზე. 2009 წლიდან სოფლის ექიმები წარმოადგენენ ინდემწარმე/ფიზიკურ პირებს, რომლებიც უმეტესად განთავსებული არიან სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ ამბულატორებში, მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში არსებულ შენობებსა და ხანდახან საკუთარ სახლებშიც კი. მუნიციპალურ დონეზე პოლიკლინიკები და ამბულატორები ინტეგრირებულია სამედიცინო ცენტრებში/ჰოსპიტლებში. დიდ ქალაქებში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების უმეტესობა პრივატიზებულია. ცენტრალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისების მაკოორდინირებელი ორგანოა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, რომელსაც აქვს 9 რეგიონული სამსახური. მუნიციპალურ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურები მუნიციპალიტეტების მერიის დაქვემდებარებაშია და გააჩნია საკუთარი დელეგირებული ვალდებულებები (საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ N506, 27/06/2007“).

2011-2013 წლებში სოფლის ექიმის პროგრამის მართვას ახორციელებდნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები, ხოლო 2014 წლიდან კვლავ სახელმწიფომ გადმოიბარა სოფლის ექიმის პროგრამის მართვა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიშის მიხედვით: *პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სექტორისა და სოფლის ექიმის როლის გაძლიერების მიზნით, 2014 წლის პირველ კვარტალში სახელმწიფომ სრულად გადმოიბარა „სოფლის ექიმის“ პროგრამის მართვა, 2014 წლის მაისიდან 30%-ით გაიზარდა სოფლის ექიმებისა და ექთნების ხელფასი (ექიმის ხელფასი გაუთანაბრდა 650 ლარს, 500-ის ნაცვლად, ექთნის - 455 ლარს, 300-ის ნაცვლად). დაიწყო სოფლის ექიმებისათვის საჭირო სამედიცინო დოკუმენტაციის და ექიმის ჩანთის ცენტრალიზებული შესყიდვა.*

2013 წლის ბოლოს, სახელმწიფოს 100% წილობრივი მონაწილეობით დაფუძნებულ იქნა სამი საზოგადოება - სს „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი“, შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“ და შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“. შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“ აერთიანებს შიდა ქართლის რეგიონის, მ.შ. ოკუპირებულ ტერიტორიებთან გამყოფი ხაზის მიმდებარე სოფლების ამბულატორიებს და უზრუნველყოფს შესაბამისი სერვისების მიწოდებას მოსახლეობისათვის. შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“, რომელიც, საქართველოს მთავრობის შესაბამისი განკარგულების საფუძველზე, მართვის უფლებით, გადმოეცა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ახორციელებს საქართველოს რვა მუნიციპალიტეტის ცხრა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების მართვას და უზრუნველყოფს შესაბამისი სერვისების მიწოდებას მოსახლეობისათვის

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

2019 წლის I ნოემბრიდან ამ პროგრამის განმახორციელებელია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომ - „სამინისტრო“) სსიპ - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი, მანამდე ამ პროგრამას ახორციელებდა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო. ცენტრალური როლი პროგრამაში უჭირავს სოფლის ექიმს, რომელიც ოჯახის ექიმს წარმოადგენს სოფლად.

სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- **პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად** - აღნიშნული კომპონენტი ემსახურება სოფლად პირველად ჯანდაცვას. კომპონენტის ფარგლებში საქართველოს თითქმის ყველა სოფლისთვის ფორმდება ხელშეკრულება სოფლის ექიმსა და ექთანთან. ხელშეკრულებას აფორმებს სსიპ - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი.
- **შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება** - კომპონენტის ფარგლებში ფინანსდება შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“, რომლის ფარგლებშიც უზრუნველყოფილია ამბულატორიების აღჭურვის, ამბულატორიების მოვლა-შენახვის და აუცილებელი მედიკამენტების ხარჯები;
- **სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება** - სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულება წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებას ე.წ. გამყოფ ხაზთან, მასთან მიმდებარე და მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების მიწოდება კომერციულად არამომგებიანია მოსახლების მცირერიცხოვნობიდან გამომდინარე. სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას ძირითადად აწვდის მუნიციპალური ცენტრის მოსახლეობას და არა სოფლის მოსახლეობას;
- **სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა** - 2014 წლის 9 ივლისს სამინისტრომ მიიღო გადაწყვეტილება – მაღალმთიან მუნიციპალიტეტებში სამედიცინო ცენტრების (ყაზბეგი, თიანეთი, ბაკურიანი, თეთრი წყარო, წალკა, ამბროლაური, ონი, ცაგერი, მესტია) შეუფერხებელი ფუნქციონირების მიზნით, სახელმწიფოს მხრიდან აღნიშნული ცენტრების გამოსყიდვამდე, შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების ფუნქციონირებისათვის აუცილებელი თანხების დამატებით გადახდის თაობაზე, აღნიშნული დაწესებულებების მოთხოვნის საფუძველზე, რომლის მიხედვითაც კომპანიები ზემოთ მითითებულ მუნიციპალურ ცენტრებში განიცდიდნენ ზარალს.

გამონაკლისს წარმოადგენს საჩხერე, შიდა ქართლის ზოგიერთი სოფელი, სადაც ექიმების დაკონტრაქტებას უზრუნველყოფს შესაბამისად, ს/ს "საჩხერის რაიონული საავადმყოფო

პოლიკლინიკური გაერთიანება" და შპს „შიდა ქართლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი“. ასევე გამონაკლისია ოკუპირებული სოფლები, ყაზბეგის და თიანეთის მუნიციპალიტეტები, სადაც სპეცდაფინანსების კომპონენტის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას იღებს როგორც რაიონის, ასევე, სოფლის მოსახლეობაც - ინდივიდუალურად არ არის დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმი/ექთანნი. 2015 წლის I ივლისიდან თიანეთის და ყაზბეგის სოფლის ექიმების და ექთნების დაკონტრაქტებას ახორციელებს შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“.

სოფლის ექიმის პროგრამის მიზანია მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე სოფლის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ბიუჯეტით განსაზღვრული პროგრამის მოსალოდნელ შედეგს წარმოადგენს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების უტილიზაციის გაზრდა, ხოლო აღნიშნულის შესაფასებლად განსაზღვრული **ინდიკატორებია:**

- ვიზიტების რაოდენობა სამიზნე პოპულაციაში;
- პირველადი ჯანდაცვის, ამბულატორიული მომსახურების უტილიზაციის წილი.

№	კომპონენტის დასახელება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	
		2019 წლის 31 ოქტომბრის ჩათვლით	2019 წლის 1 ნოემბრიდან
1	პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად	17,180	1,736.7
2	შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება	204.6	28.6
3	სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება	3,749.6	
4	სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა	2,726.0	
	სულ:	25,625.5	

წყარო: 2019 წლის სოფლის ექიმის პროგრამა

სამინისტროს წარმომადგენლების ინფორმაციით სოფლის ექიმის პროგრამა 2009 წლიდან ამოქმედდა და სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მეწარმე-ფიზიკურ პირებად და სოფლის ექიმებს გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან.

სამინისტროს დღემდე არ აქვს სტანდარტი სოფლის ექიმისა და ექთნების ტერიტორიული და დემოგრაფიული გადანაწილების შესახებ, თუმცა საწყის ეტაპზე სამინისტროს წარმომადგენლების მიერ მოხდა მოსახლების რაოდენობის, ასაკობრივი ჯგუფებისა და არებული რელიეფის სირთულეების შეფასება და აღნიშნული ინდიკატორების გათვალისწინებით განისაზღვრა პროგრამის ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა. მათი ინფორმაციით, ზოგი ემსახურება 2000 მოსახლეს და ზოგი შესაძლებელია 200-ს, თუმცა ანაზღაურება ყველა ექიმსა და ექთანს ერთნაირი აქვს.

ექიმებისა და ექთნების არამართლზომიერ გადანაწილებაზე აღნიშნულია სახელმწიფო აუდიტის ანგარიშშიც (<https://sao.ge/files/auditi/auditis-angarishebi/2015/Soflis-eqimi.pdf>):

„პირველადი ჯანდაცვა სოფლად თანაბრად უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მოსახლეობისთვის. აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ სამედიცინო პერსონალის დემოგრაფიული განაწილების კრიტერიუმი დადგენილი არ არის და გარკვეულ შემთხვევებში მნიშვნელოვნად აღემატება გონივრულ ზღვარს (თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ რაიმე სტანდარტული ზღვარი არ არსებობს). ამასთან, პროგრამის ფარგლებში 10,000-ზე მეტი ადამიანი ნაწილობრივ (ექთნის საშუალებით) იღებს მომსახურებას. გარდა ამისა, სახეზეა გეოგრაფიული განაწილების ხარვეზები და არსებობს სამედიცინო პერსონალის უკეთ განაწილების პოტენციური (სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის ანგარიში, 2015).

პროგრამით სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მეწარმე-ფიზიკურ პირებად, შესაბამისად ამბულატორიების მდებარეობა დამოკიდებული იყო ექიმის გადაწყვეტილებაზე.

სამინისტროს წარმომადგენლების ინფორმაციით, რადგანაც ქვეყანაში არ არსებობდა ამბულატორიების ქსელი, პროგრამის ფარგლებში შერჩეულ სოფლის ექიმებს თავად უნდა გადაეწყვიტათ სად იქნებოდა მათი სამუშაო ადგილი, მათ გადაეცათ ერთჯერადი თანხა 2000 ლარის ოდენობით, იმისთვის, რომ მოეწყობათ და გაერემონტებინათ მათთვის სასურველი გარემო, სადაც განთავსდებოდნენ და განახორციელებდნენ მომსახურებას მიწოდებას. მათი ინფორმაციით, ბევრმა ექიმმა გაარემონტა საკუთარი სახლის ოთახები, ზოგი მათგანი განთავსდა სოფლის წარმომადგენლის შენობაში და სხვა. ასევე, მათი ინფორმაციით, სამინისტრომ 2000 ლარის ღირებულების ოთახის აღჭურვილობა (მაგიდა, სკამები, კარადა და სხვა.) გადასცა თითოეულ ექიმს ამბულატორიის მოსაწყობად.

2009 წელს სამინისტროს წარმომადგენლების ინფორმაციით სოფლის ექიმის მომსახურება წარმოადგენდა 400 ლარს (ექიმის ანაზღაურება და სხვა დამატებითი ხარჯები ერთად),

საიდანაც მას სრულად უნდა დაეფარა მომსახურების გაწევისთვის საჭირო ხარჯები (მედიკამენტების შესყიდვა, ცნობისა და რეცეპტის ფურცლები, კომუნალური ხარჯები, ტრანსპორტირების ხარჯები, სამედიცინო ნარჩენების გატანის ხარჯი და სხვა.) აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ იმ პერიოდში მათზე არ ვრცელდებოდა სპეციალური დაბეგვრის რეჟიმი და აღნიშნული თანხიდან მათ უნდა გადაეხადათ საშემოსავლო გადასახადი.

2014 წლის I მაისიდან სააგენტოს მიერ სამედიცინო პერსონალს მნიშვნელოვნად (30%- ით) გაეზარდა დაფინანსება და სოფლის ერთი ექიმის მომსახურების ღირებულება განისაზღვრა თვეში 650 ლარის ოდენობით, ხოლო ერთი ექთნის/ფერმლის მომსახურების ღირებულება - თვეში 455 ლარის ოდენობით.

პროგრამის ადმინისტრირება და დაფინანსება ყოველწლიურად დაახლოებით **20 მილიონ ლარს შეადგენს.**

სოფლის ექიმის პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას 2000-ზე მეტი სამედიცინო პერსონალი ახორციელებს, აქედან 2014 წლის მონაცემებით ხელშეკრულების საფუძველზე მომსახურებას ახორციელებს **1210 ექიმი.**

პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტის ფარგლებში სოფლის ექიმებთან და ექთნებთან მიმართვიანობა საქართველოს მასშტაბით ყოველთვიურად დაახლოებით **130,000 ვიზიტს შეადგენს.**

სამინისტროს წარმომადგენლების ინფორმაციით, აღნიშნული პროგრამა სრულად ვერ უზრუნველყოფს ხარისხიანი პირველადი ჯანდაცვის მიწოდებას მოსახლეობისთვის. საკმაოდ **რთულია** აღნიშნული მომსახურების **მონიტორინგი.**

ანალოგიურ პრობლემებზე ისაუბრა სოციალური მოსახურების სააგენტოს წარმომადგენელმა. სააგენტო 2019 წლის 1 ნოემბრამდე გახლდათ სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელი. მათი ინფორმაციით, სოფლის ექიმები და ექთნები სააგენტოს რეგიონულ წარმომადგენლებს აწვდიდნენ ანგარიშებს გაწეული მომსახურების შესახებ, რის საფუძველზეც ხდებოდა მათთვის ანაზღაურების ჩარიცხვა, თუმცა ამ ანგარიშების შინაარსისა და მასში ასახული სტატისტიკური მონაცემების სანდოობა დაბალია. მათ მიერ ვერ ხორციელდებოდა გადამოწმება სოფლის ექიმისა თუ ექთნის მიერ გაწეული საქმიანობის.

აუდიტის ანგარიშის მიხედვით:

ექიმების 20% შეთავსებით დასაქმებულია სხვა სამსახურში, ამასთან, სამედიცინო პერსონალის სამუშაო დროის რეჟიმი არ არის დარეგულირებული, ხოლო სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს არ გააჩნია სამედიცინო პერსონალის მონიტორინგის მექანიზმი. აღნიშნული ბერკეტების არარსებობა, სამედიცინო პერსონალს საშუალებას აძლევს სასურველი დროით და ჯერადობით იარონ მომსახურების გაწევის ადგილას. შესაბამისად, ხშირად საგრძნობლად განსხვავებულია ისეთი ექიმების დატვირთვა, რომლებიც თანაბარ პირობებში (მოსახლეობის რაოდენობა, გეოგრაფიული თავისებურება) ასრულებენ სამუშაოს.

სამინისტროს წარმომადგენლის ინფორმაციით მონიტორინგის გაუმჯობესების მიზნით 2019 წლის მარტიდან პროგრამას დაემატა „სოფლის ექიმის“ კოორდინატორის პოზიცია, რომლის შრომის ანაზღაურება (ხელფასი) განისაზღვრება თვეში 1000 ლარით და ასევე დაიგეგმა ამ პროგრამის სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრში გადატანა, რადგანაც სოფლის ექიმების უმრავლესობა დასაქმებულია სასწრაფო დახმარების ცენტრში და მონიტორინგის განხორციელებას აღნიშნული ცენტრი უკეთ განახორციელებს.

სამინისტროს განმარტებით, ისეთ პერსონალთან ხელშეკრულებების გაფორმება, რომლებიც სხვა სამსახურში არიან დასაქმებული, სოფლად კადრის დეფიციტს უკავშირდება, თუმცა სამედიცინო პერსონალთან გაფორმებული ხელშეკრულების ფორმა ვერ ქმნის კადრის მოძიების საფუძველს. კერძოდ, ექიმებისგან მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება სახელმწიფო შესყიდვებით დადგენილი წესით - გამარტივებული შესყიდვის სახით, შესაბამისად არ ცხადდება ვაკანსიები, არ ხდება დაინტერესებული მხარეების მასობრივი ინფორმირება არსებულ პოზიციებთან დაკავშირებით.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური მიიჩნევს, რომ გრძელვადიანად პროგრამის დიზაინში არსებული რიგი ნაკლოვანებების გამო ვერ იქნება მიღწეული მაქსიმალური შედეგები და ვერ გაუმჯობესდება სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია და მომსახურების პროდუქტიულობა.

პროგრამის დაფინანსების სისტემა ვერ ქმნის სამედიცინო პერსონალის პროდუქტიულობის მიღწევის წინაპირობას, რადგან ფიქსირებული ანაზღაურება არ ემყარება ექიმის მოტივაციის ამაღლებას. არსებული მოდელით, თუ ექიმს ბევრი პაციენტი ჰყავს, მას გაცილებით მეტი მატერიალური ხარჯის გაღება უწევს საკუთარი ანაზღაურებიდან ვიდრე ექიმს, რომელიც პროგრამის ფარგლებში მომსახურებას ნაკლებად ახორციელებს სხვადასხვა მიზეზის გამო: სხვა დაწესებულებაში მუშაობა, მცირე სამუშაო დრო და სხვ.

ინფრასტრუქტურული პრობლემები

სოფლის ექიმის პროგრამის განხორციელების ეფექტურობა დამოკიდებულია შესაბამისი ინფრასტრუქტურის არსებობაზე.

სამინისტროს წარმომადგენლებმა შეხვედრაზე აღნიშნეს, რომ დღეს განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს ამბულატორიების შენობების საკითხი. მათი ინფორმაციით შენობების არასაკმარისი რაოდენობაა ქვეყანაში, თუმცა რამდენია საჭირო ამის შესახებ ზუსტი ინფორმაცია არ აქვთ. მათ ჯერ არ აქვთ შემუშავებული ამბულატორიების ტერიტორიულ - დემოგრაფიული განაწილების კრიტერიუმები, რაც ასევე პრობლემას ქმნის ახალი ამბულატორიების აშენების პროცესში.

საქართველოს სტატისტიკის დეპარტამენტის 2018 წლის მონაცემებით საქართველოში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა რაოდენობა შეადგენს 2283-ს.

აუდიტის დასკვნაშიც აღნიშნულია ამბულატორიების ინფრასტრუქტურული პრობლემები:

2014 წელს სამინისტროს ინიციატივით, სახელმწიფო ბიუჯეტის დაფინანსებით, სხვადასხვა მუნიციპალიტეტში აშენდა 82 ამბულატორია, რომელიც საშუალებას აძლევს რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას მიიღოს სამედიცინო მომსახურება, თუმცა კვლავ მნიშვნელოვანი პრობლემების წინაშე დგას სხვადასხვა ტერიტორიულ ერთეულებში არსებული ამბულატორიული ინფრასტრუქტურა. ხშირ შემთხვევაში, ექიმებს მომსახურების გაწევა უწევთ მუნიციპალიტეტების, გამგეობების, სკოლებისა და საბავშვო ბაღების შენობებში. ასეთ ადგილებში, მომსახურების გაწევის პირობები არაადაამაყოფილებელია. შენობების დიდ ნაწილს არ მიეწოდება ელექტროენერგია, არ აქვს სამედიცინო ინვენტარი, ზამთარში - გათბობის საშუალებები. აღნიშნული პუნქტები ძირითადად სარემონტოა და ვერ უზრუნველყოფს იმუნიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო მასალის საჭირო გარემოში განთავსებას.

არსებული მდგომარეობით, დემოგრაფიული კრიტერიუმი დადგენილი არ არის. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმის შესაბამისად, დემოგრაფიულად სამედიცინო პერსონალის განაწილება ზღვარს აღემატება 57 ტერიტორიულ ერთეულში, სადაც ექიმებს 2500-ზე მეტი მოსახლის მომსახურება უწევთ. ამასთანავე, პროგრამის ფარგლებში 10,000-ზე მეტი ადამიანი ნაწილობრივ (ექთნის სახით) იღებს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებას. გარდა დემოგრაფიული განაწილებისა, ხარვეზებია სამედიცინო პერსონალის გეოგრაფიული განაწილების კუთხითაც - უახლოესი ამბულატორიის პრინციპის დაცვით, ტერიტორიულ ერთეულებში არსებობს სამედიცინო პერსონალის უკეთ გადანაწილების პოტენციალი.

ჯანდაცვის სამინისტროს მოსაზრებით ამბულატორიების ინფრასტრუქტურული პრობლემების მოგვარების პროცესში სასურველია ჩაერთონ მუნიციპალიტეტები. სამინისტროს ხედვით მუნიციპალიტეტებმა ამბულატორიების მოვლა პატრონობის ხარჯების დაფარვა (მცირე შეკეთება, კომუნალური ხარჯი და სხვა) უნდა უზრუნველყონ. ხოლო თავის მხრივ, სამინისტრო უზრუნველყოფს ამბულატორიების აღჭურვას, ექიმებისა და ექთნების შერჩევას და ასევე მომსახურების მონიტორინგისა და შეფასების განხორციელებას.

დასკვნა და რეკომენდაციები

სოფლის ექიმის პროგრამის ანალიზისას გამოვლინდა რიგი პრობლემები:

- ჯანდაცვის სამინისტროს არ აქვს სრულად ჩამოყალიბებული პირველადი ჯანდაცვის პროგრამის ხედვა;
- ჯანდაცვის სამინისტროს არ აქვს დადგენილი ამბულატორიების ტერიტორიულ - დემოგრაფიული კრიტერიუმი;
- სუსტია სოფლის ექიმის მონიტორინგი;
- ამბულატორიების არასაკმარისი რაოდენობა;

კვლევის პროცესში გამოჩნდა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამის განმახორციელებელი უწყება აღიარებს პრობლემებს და აღნიშნავს, რომ დღეს არ აქვს ზუსტი დემოგრაფიულ-ტერიტორიული კრიტერიუმები, რომლის მიხედვითაც განსაზღვრავს ამბულატორიების ქსელს ქვეყნის მასშტაბით და ამის მიხედვით დაგეგმავს ახალი ამბულატორიების მშენებლობას.

ამავე დროს კვალიფიცირებული ადამიანური რესურსის არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ დაბრკოლებას ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უზრუნველსაყოფად. პრობლემურია სოფლის ექიმის მონიტორინგი.

მუნიციპალიტეტებს დღეს კანონმდებლობით ეკრძალებათ ამბულატორიების კომუნალური ხარჯების დაფარვა. იმ შემთხვევაში თუ ამბულატორიების შენობებები გადავა მუნიციპალიტეტის საკუთრებაში მათ ამის საშუალება ექნებათ, თუმცა ეს დამატებითი ფინანსური ტვირთი იქნება მათი ბიუჯეტებისთვის. შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მონაწილეობა ამბულატორიების ფუნქციონირების პროცესში მათთვის დამატებითი ფინანსური რესურსების გადაცემის გარეშე არამართლზომიერია.

2. სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის მინიჭება

შესავალი

სოციალურად დაუცველი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებისას საქართველოს ხელისუფლება იყენებს მსოფლიო პრაქტიკაში არსებულ კეთილდღეობის შეფასების მეთოდოლოგიის ე.წ. ოჯახების შეფასების არაპირდაპირ მეთოდს. შეფასება ეყრდნობა სტატისტიკურ მოდელს/ფორმულას, რომლის მეშვეობითაც სხვადასხვა ცვლადების გამოყენებით შესაძლებელია ოჯახების რანჟირება მათი კეთილდღეობის მიხედვით. ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების სისტემა (მეთოდოლოგია) ხელისუფლების მიერ რამდენჯერმე გადაიხედა, მათ შორის, უკანასკნელად, მსოფლიო ბანკისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის დახმარებით მომზადდა ცვლილებების რეკომენდაციები და საქართველოს მთავრობამ აღნიშნულ რეკომენდაციებზე დაყრდნობით 2014 წლის 31 დეკემბერის №758 დადგენილებით დამტკიცდა ახალი მეთოდოლოგია, რომელიც 2015 წლიდან ამოქმედდა. ახალი მეთოდოლოგიით შემოღებულ იქნა სოციალური დახმარების დიფერენცირებული სისტემა და ბავშვის ბენეფიტი. სოციალური დახმარებების ადმინისტრირების ორგანოა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, რომელიც დადგენილი მეთოდოლოგიისა და წესების მიხედვით, თავისი ტერიტორიული ერთეულების მეშვეობით უზრუნველყოფს სოციალურად დაუცველი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებას, საარსებო შემწეობის დანიშვნას, გაცემას, გადანაგარიშებას და პროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების რეგულირებას.

არსებული კანონმდებლობით მიზნობრივი სოციალური დახმარების პროგრამის კონტექსტში ადგილობრივ თვითმმართველობებს უმნიშვნელო როლი და ფუნქცია აკისრიათ: ეხმარებიან სააგენტოს უფლებამოსილ პირებს შესაბამის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში მამდიებელთა საცხოვრებელი ადგილის დადგენაში, უზრუნველყოფენ თავიანთ სამოქმედო ტერიტორიაზე უკიდურეს სიღატაკეში მყოფი ოჯახების მოძიებას და ხელს უწყობენ მათ მონაცემთა ბაზაში რეგისტრაციის პროცედურის გავლაში და საკუთარი კომპეტენციისა და უფლებამოსილების ფარგლებში უზრუნველყოფენ რეგისტრირებული ოჯახების შესახებ საჭირო ინფორმაციის მოძიებასა და სააგენტოსათვის მიწოდებას მონაცემთა ბაზაში დაცული მონაცემების სრულყოფის მიზნით.

სოციალური დახმარების დეცენტრალიზაციის შეფასება

სიღარიბეში მცხოვრები ოჯახებისათვის მხარდაჭერის გაძლიერების, უკეთ კოორდინაციისა და მიზნობრივი სოციალური დახმარების სისტემის გაუმჯობესების მიზნით დაიგეგმა სისტემის დეცენტრალიზაცია. თუმცა ცვლილებების განხორციელებამდე შეფასდა სოციალური დახმარების პროგრამის დეცენტრალიზაციის მიზანშეწონილობა და გარკვეული უფლებამოსილებების ადგილობრივი მუნიციპალიტეტებისთვის დელეგირების შემთხვევაში მათი განხორციელების ეფექტურობა და ეფექტიანობა.

პირველი შეფასება განხორციელდა 2018 წლის ოქტომბერში ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს პროექტის „დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა საქართველოში“ ფარგლებში, პოლონელი ექსპერტების პაველ სვიანიევიჩისა და ტომაშ პოტკანსკის მიერ. მათ კონკრეტულად შეაფასეს სოციალურად დაუცველი პირის (ოჯახების) სტატუსის მინიჭების პასუხისმგებლობის გადაცემის საკითხის მიზანშეწონილობა ადგილობრივი თვითმმართველობისთვის და მოამზადებს შესაბამისი რეკომენდაციები.

მათი აზრით, სოციალურად დაუცველი პირის (ოჯახების) სტატუსის მინიჭების პასუხისმგებლობის გადაცემას ადგილობრივი თვითმმართველობისთვის **ნაკლები შედეგი ექნება ხარჯების რენტაბელურად ხარჯვის თვალსაზრისით**, რადგან მეთოდოლოგია და საბოლოო გადაწყვეტილება მაინც ცენტრალურ დონეზე დარჩება. ამავე დროს, რეფორმას მოჰყვება ტრანსფორმაციის გარდაუვალი ხარჯები, მაგალითად ადგილობრივი თვითმმართველობის ადმინისტრაციებში გადასული სოციალური მუშაკებისთვის მერიებში სამუშაო ადგილის მოწყობის ხარჯი. თუმცა, მიუხედავად ამ ხარჯებისა, მათი შეფასებით, აღნიშნული საკითხის მუნიციპალიტეტებისთვის დელეგირებით **გაიზარდება ადგილობრივ დონეზე სოციალური დახმარების პოლიტიკის ეფექტიანობა მუნიციპალიტეტების მიერ მათ ტერიტორიაზე მცხოვრები დაუცველი მოსახლეობის საჭიროებების უფრო მეტი შესწავლით და მოქალაქეებისთვის ამ და საკუთარი დახმარების ფორმების უკეთესი კოორდინაციის გზით.**

მათი აზრით, სასურველია განხორციელდეს მთავრობის მიერ დაგეგმილი უფლებამოსილების დელეგირების პილოტური პროექტი 5 თვითმმართველ ქალაქში. თუმცა, რადგანაც სოციალურ დახმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები მნიშვნელოვნად განსხვავდება დიდ ქალაქებსა და სასოფლო მუნიციპალიტეტებში (ქალაქები უკეთეს მდგომარეობაში არიან) პილოტური პროექტიდან მეტი ინფორმაციისა და ცოდნის მისაღებად სასურველია საპილოტე ჯგუფის გაფართოების განხილვა და კიდევ 5 სათემო/მაღალმთიანი მუნიციპალიტეტის ჩართვა პილოტირების პროცესში. ამით ხელისუფლება მიიღებს მეტად სრულ და საიმედო

მონაცემებს და მათზე დაყრდნობით უკეთ შეაფასებს მუნიციპალიტეტების პოტენციალს და დელეგირებული სისტემის ეფექტურობას.

სისტემის დეცენტრალიზაციის შეფასების მეორე ეტაპი განახორციელა ჯანდაცვის სამინისტრომ. ამ მიზნით სამინისტროში მომზადდა მიზნობრივი სოციალური დახმარების ინტეგრირებული მოდელის ბიზნეს პროცესის დეტალური აღწერა.

ამ მოდელის დეტალური განხილვის შემდეგ სამინისტრომ აღნიშნული ცვლილება ამ ეტაპზე არამიზანშეწონილად მიიჩნია. ამ ეტაპზე სამინისტრო არ გეგმავს შეფასების სისტემის ცვლილებას, რის მიხედვითაც სოციალურად დაუცველი პირის სტატუსის მინიჭების გადაწყვეტილება უფლებამოსილების დელეგირების შემთხვევაშიც კი ცენტრალურ დონეზე დარჩება და აღნიშნული ცვლილება მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს შეიძენს, რაც ვერ უზრუნველყოფს არსებული სისტემის რაიმე სახით გაუმჯობესებას.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დაცვის დეპარტამენტის პენსიისა და სოციალური დახმარების სამმართველოს წარმომადგენელთან შეხვედრისას აღინიშნა, რომ მიუხედავად სამინისტროს დიდი სურვილისა მომხდარიყო სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია, ამ ეტაპზე დაგეგმილი ცვლილებების განხორციელება აზრს კარგავს.

შეჯამება

ჯანდაცვის სამინისტრო ხედავს სოციალური დახმარების სისტემის დეცენტრალიზაციის საჭიროებას, თუმცა არ გეგმავს სისტემაში გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მკვეთრ ცვლილებას, რითაც საბოლოო გადაწყვეტილებას კვლავ ცენტრალურ დონეზე ტოვებს. ამ შემთხვევაში მუნიციპალიტეტების მონაწილეობას ფორმალური ხასიათი ექნება.

მიუხედავად მუნიციპალიტეტების ფორმალური მონაწილეობისა, მაინც მიზანშეწონილია სოციალური დახმარების პროცესში მათი ჩართვა და დაგეგმილი საპილოტე პროექტის განხორციელება. ეს ერთის მხრივ ხელისუფლებას მისცემს ღირებულ ინფორმაციას როგორც სისტემაში არსებული ხარვეზების, ასევე მუნიციპალიტეტების რეალური პოტენციალისა და საჭიროების შესახებ. ასევე ეს გამოცდილება ბიძგს მისცემს დეცენტრალიზებული სოციალური სერვისების მოდელზე მუშაობას.

შეჯამება და რეკომენდაციები

წინამდებარე ანგარიშის მიზანს წარმოადგენს დეცენტრალიზაციის პირველი სტრატეგიული მიზნის (თვითმმართველი ერთეულის როლის გაზრდა საჯარო საქმეების მნიშვნელოვანი ნაწილის გადაწყვეტაში) აქტივობა 1.2.1. - ის შესაბამისად სუბსიდიარობის პრინციპის გათვალისწინებით მუნიციპალიტეტებისათვის გადასაცემი უფლებამოსილებების იდენტიფიცირება. ამ მიზნით გაანალიზდა: სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამა და ამბულატორიული მომსახურება და სოციალურად დაუცველი პირების სტატუსის მინიჭების პროცედურები.

ანალიზმა აჩვენა, რომ სოფლის ექიმის პროგრამისა და ამბულატორიული მომსახურების განხორციელების პროცესში ჯანდაცვის სამინისტრო მუნიციპალიტეტებთან თანამშრომლობის საჭიროებას ხედავს ამბულატორიების ინფრასტრუქტურის მომვლა-პატრონობის კუთხით, რაც სავსებით ლოგიკურია. სუბსიდიარობის პრინციპიდან გამომდინარე ადგილზე არსებული ხელისუფლება უფრო ეფექტურად რეაგირებს ადგილობრივ საჭიროებებზე, ვიდრე ცენტრალური ხელისუფლება, თუმცა ამისთვის მას შესაბამისი ფინანსური და ადამიანური რესურსი უნდა გააჩნდეს. ამ ეტაპზე სამინისტრო მუშაობს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაზე და სასურველია რეფორმირების პროცესში აქტიურად ჩაერთონ მუნიციპალიტეტები და შემუშავდეს რესურსების გადანაწილების სქემა.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ასევე ხედავს სოციალური დახმარების სისტემის დეცენტრალიზაციის საჭიროებას, თუმცა არ გეგმავს სისტემაში გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მკვეთრ ცვლილებას, რითაც საბოლოო გადაწყვეტილებას კვლავ ცენტრალურ დონეზე ტოვებს. ამ შემთხვევაში მუნიციპალიტეტების მონაწილეობას ფორმალური ხასიათი ექნება.

მიუხედავად მუნიციპალიტეტების ფორმალური მონაწილეობისა, მაინც მიზანშეწონილია სოციალური დახმარების პროცესში მათი ჩართვა და დაგეგმილი საპილოტე პროექტის განხორციელება. ეს, ერთის მხრივ, ხელისუფლებას მისცემს ღირებულ ინფორმაციას როგორც სისტემაში არსებული ხარვეზების, ასევე მუნიციპალიტეტების რეალური პოტენციალისა და საჭიროების შესახებ. ასევე, აღნიშნული გამოცდილება ბიძგს მისცემს დეცენტრალიზებული სოციალური სერვისების მოდელზე მუშაობას.

აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
დემოკრატიული მმართველობის ინიციატივა საქართველოში (GG)
11, ჯორჯ ბალანჩინის ქუჩა
Tbilisi, 0131 Georgia
Tel: 995-032-254-4000
www.usaid.gov/georgia