



25 YEARS FOR BETTER HEALTH SYSTEMS 25 წელი უკეთესი ჯანდაცვის სისტემებისთვის

14 სექტემბერი, 2020 წელი

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა,
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილეს
ქ-ნ თამარ გაბუნიას

ქალბატონო თამარ,

უპირველეს ყოვლისა მადლობა მოგახსენებთ **ჯანდაცვის სექტორის შესაძლებლობების გაძლიერება და გადაუდებელი მზადყოფნა COVID-19 შემდგომი ტალღებისთვის** სამოქმედო გეგმის გაზიარებისთვის და გილოცავთ ასეთ მოკლე ვადაში ამგვარი დოკუმენტის მომზადებას. მიგვაჩნია, რომ დოკუმენტი ეხება ჯანდაცვის სფეროს მნიშვნელოვან საკითხებს და იმედს გამოვთქვამთ რომ მოხდება ამ გეგმის სინქრონიზაცია სხვა სექტორებში დაგეგმილ ღონისძიებებთან.

ამ წერილით გვინდა შევხვთ მხოლოდ იმ საკითხებს, რომელიც ამ დოკუმენტის შემდგომ გაუმჯობესებას დაეხმარება და გვსურს მოგაწოდოთ ჩვენი როგორც ზოგადი მოსაზრებები ასევე კონკრეტული კომენტარები.

ზოგადი კომენტარები

1. მისასალმებელია განგაშის სამდონიანი სიტემის შექმნა და **განგაშის დონეების შესაბამისი აქტივობების აღწერა**, რომელიც დანართ 1-შია წარმოდგენილი. თუმცა ვთვლით რომ აქტივობების ჩამონათვალი მეტად ვიწროა და სრულად არ მოიცავს/უკავშირდება ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს როგორიცაა მაგალითად: (ა) სახელმწიფოს მიერ შეზღუდვების შემოღების ეტაპებს და სიმკაცრეს, როგორც ეს სექტემბრის დასაწყისში მოხდა და მრავალი მეწარმე დააზიანა; (ბ) COVID19 პაციენტებთან კლინიკური მიდგომის ცვლილებას მაგ. მსუბუქი შემთხვევების მკურნალობას ბინაზე ან საკარანტინო ზონებში - ჰოსპიტალური საწოლების გამონთავისუფლების მიზნით; (გ) კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში კარანტინის შემოღებას (თუ არსებობს გეოგრაფიული არეალის კარანტინიზაციის ტრიგერები) და გადაადგილების შეზღუდვას და ა.შ. ვთვლით რომ ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობისთვის ამ ტრიგერების ცოდნა და მოლოდინების ჩამოყალიბება აუცილებელია, თუ გვსურს რომ ქვეყნის ეკონომიკა შევინარჩუნოთ და მინიმალურად დავაზიანოთ.
2. რამდენადაც მისასალმებელია განგაშის სამდონიანი სიტემის შექმნა, დოკუმენტში არსად არ იკითხება თუ რა მოხდება წითელი დონის მიღწევის მერე. ჩანს რომ ტესტირება გაიზრდება და უარს ვიტყვით pooled-testing-ზე მაგრამ რა ღონისძიებები განხორციელდება სხვა მიმართულებებით ჰოსპიტალურ, პჯდ დონეზე, მოსახლეობის გადაადგილების შეზღუდვის კუთხით და ა.შ. ნაკლებად ცხადია ამ დოკუმენტიდან. შესაბამისად ვთვლით რომ ამის აღწერა აუცილებელია.
3. დოკუმენტი აყალიბებს სხვადასხვა მიმართულებით ზოგად ამოცანებს და ასევე გასატარებელი ღონისძიებების ნუსხას. დოკუმენტში მწირედ არის წარმოდგენილი ის აუცილებელი საკანონმდებლო/ნორმატიული ცვლილებები/ინიციატივები, რომელთა გატარებაც აუცილებელია დაგეგმილი ღონისძიებების მხარდასაჭერად. მიგვაჩნია რომ დოკუმენტმა ცალსახად უნდა წარმოაჩინოს ყველა საჭირო საკანონმდებლო/ნორმატიული ინიციატივები და ასევე გათვალისწინოს ამ დოკუმენტების შემუშავება-მიღება მონიტორინგის ინდიკატორებში. ვთვლით რომ ეს დაეხმარება გეგმის აღსრულებით ნაწილს და ასევე კონკრეტულ ამოცანას ჩამოაყალიბებს პარლამენტისა თუ შესაბამისი სახელმწიფო უწყებების მიმართ. დოკუმენტში ამგვარი ინიციატივა ცალსახად არის ჩამოყალიბებული *“COVID-19-ზე ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის სერვისის ხარისხის ზედამხედველობა”* -ის ნაწილში და ასევე ჰოსპიტალურ ნაწილში, თუმცა მიგვაჩნია რომ ამგვარი მხარდაჭერა სხვა მიმართულებებსაც ჭირდება.
4. დოკუმენტი ხშირად მოკლევადიან და გრძელვადიან ამოცანებს აყალიბებს მიუხედავად იმისა რომ გეგმა 2020-2021 პერიოდისთვისაა შემუშავებული. მაგ. *“3.1 ადამიანური რესურსები ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობის გაძლიერებისთვის”* ან *3.2 ლაბორატორიული ინფრასტრუქტურის განვითარება* და ა.შ. ეს ამბიცია მეტად

მისასაღმებელია. თუმცა თუ როგორ მოხდება გრძელვადიანი ამოცანების მიღწევა, ანუ რა გაკეთდება 2021 წლის ბოლომდე დოკუმენტში და თანდართულ იმპლემენტაციის ცხრილში არ იკითხება. თუ შესაძლებელი იქნება, სასურველია ამ საკითხების უფრო მეტად გაშლა და ცხადად წარმოჩენა რომ გრძელვადიანი ამოცანები სურვილებად არ დარჩეს.

5. **მუნიციპალიტეტებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის ორგანიზაციული მოწყობის მოდელის განახლება** - ამ მიმართულებით დოკუმენტში ცალსახად არ არის ჩამოყალიბებული ის კონკრეტული მიზანი რომელიც ამ რეორგანიზაციით უნდა იყოს მიღწეული. რეკომენდაცია: სასურველია ცალსახად წარმოჩინდეს (ა) თუ რა პრობლემა უნდა მოაგვაროს ამ რეორგანიზაციამ, ანუ რა მიზანს უნდა მიაღწიოს და (ბ) ასევე სასურველია დოკუმენტმა ჩამოაყალიბოს თუ როგორ უნდა გადაჭრას ეს პრობლემები სახელმწიფომ? მოწოდებული რედაქცია ამ ამოცანას 2021 წლის ივნისამდე ავაღებს (ს/ჯ დაცვის სამსახურების ორგანიზაციული მოდელის შემუშავებას), მაშინ როდესაც ამ სტრუქტურული ერთეულების მუშაობა აუცილებელია დღეს, COVID19-თან გასამკლავებლად, და ცხრა თვით ამ საკითხის გადაგადება არ იქნება მიზანშეწონილი და შეიძლება დამაზიანებელიც კი იყოს ქვეყნისთვის.
6. დოკუმენტი გვთავაზობს 2020 წლის სექტემბერ-ნოემბერში 100-120 ახალი და სათანადო კადრის მომზადებას შემთხვევების გამოვლენისა და კონტაქტების მიდევნებისთვის. თუმცა წინა კომენტარიდან გამომდინარე არ აყალიბებს ამ კადრის დასაქმების ადგილს, ქვემდებარეობას და ა.შ. თუ ეს კადრი პირდაპირ დაქირავებული იქნება დკსჯეც-ის მიერ ეს წინააღმდეგობაში მოვა წინა პუნქტში ხსენებულ ამოცანასთან და ვერ დაეხმარება მის რეალიზაციას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის სამომავლო მდგრადობას.
7. ნაშრომში მოწოდებული მოდელირება (დანართი 2) საჭიროებს მოდელში გამოყენებული პარამეტრების/დაშვებების დაზუსტებას და უკეთ წარმოჩენას. დოკუმენტში მოწოდებული დაშვებების ერთობლიობა არასაკმარისია მოდელის ვალიდურობის შესაფასებლად. კერძოდ საინტერესოა თუ როგორ არის გამოყენებული საქართველოს კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია მოდელირებაში მაგ. საწოლზე საშუალო დაყოვნება დაავადების სირთულის მიხედვით, დაავადებულთა სტრუქტურა მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე, ინტენსიური თერაპიის გამოყენების მაჩვენებელი და ა.შ. ჩვენთვის ცნობილია რომ საქართველო დღემდე ახორციელებს ჰოსპიტალიზაციას როგორც უსიმძიმო ასევე მძიმე პაციენტების, რაც საწოლთა ფონდის, ჰოსპიტალური რესურსის და შესაბამისად სახელმწიფო დანახარჯების არა-ეფექტური გამოყენების მიზეზია და შესაბამისად მოდელში ამგვარი ინფორმაციის გამოყენებამ შესაძლებელია არარელევანტურ დასკვნებამდე მიგვიყვანოს. და ბოლოს სასურველია გაუმჯობესდეს წარმოდგენილი მოდელირების ვიზუალი, რომელიც არსებულ რედაქციაში არა კითხვადია.
8. დოკუმენტი ხშირად იყენებს ზოგად დებულებებს და მეტად კრიტიკულ საკითხებთან მიმართებაში. მაგ: „*თუმცა, ინფექციის გავრცელების მომატების შემთხვევაში, ჰჯდ ცენტრებს შესაძლოა დასჭირდეთ თავიანთი სტრატეგიის შემუშავება შეზღუდული რესურსების ოპტიმიზაციის შესახებ*“ ან „*თითოეულ საავადმყოფოს ე.წ. გადაუდებელი სიტუაციისთვის მზაობის და კატასტროფების დროს რეაგირების გეგმა უნდა ჰქონდეს*“ (მსგავსი მაგალითები დოკუმენტში ბევრია). ვთვლით რომ ამგვარი ზოგადი და სავარაუდო დებულებები “მზაობის სამოქმედო გეგმის” შინაარსს და უტილიტარულ ფუნქციას აზიანებს და ჭობია უფრო კონკრეტული და Action-Oriented დებულებები იყოს რომელიც მჭიდრო ბმაშია განგაშის სამდონიან სისტემასთან.
9. დოკუმენტს აკლია კონკრეტული გათვლების საფუძველზე და განგაშის დონეების შესაბამისად საჭირო საწოლთა მობილიზაციის, PPE საშუალებების, ტესტების და ა.შ. საჭირო სხვა რესურსების რაოდენობრივი და ფინანსური გათვლები. შეიძლება ეს ამ დოკუმენტის ამოცანა არ იყო, მაგრამ ამ დეტალების გარეშე მზაობის სამოქმედო გეგმაზე საუბარი ალბათ ვერ იქნება ადეკვატური. დასაზუსტებელია ასევე რომელ მხარეს ეკისრება ჰჯდ-ს / ჰოსპიტალური სექტორის ეპიდემიოლოგიური მზადყოფნასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკები.
10. ასევე თუ არ არის ცნობილი იმ დაფინანსების მოცულობა, რაც ამ გეგმის განხორციელებას სჭირდება, ალბათ ნაკლებსავარაუდოა რომ მთავრობამ გეგმის განხორციელებას ინფორმირებული მხარდაჭერა აღმოუჩინოს.

კონკრეტული კომენტარები

11. გვ.-12 “.... გასათვალისწინებელია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის არსებული ეროვნული რეკომენდაციის¹ განახლება და თითოეულ მათგანში მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით მინიმუმ 11 და მაქსიმუმ 20 თანამშრომლის მუდმივი საშტატო ერთეულის განსაზღვრა.” აღნიშნული ტექსტი თანხვედრაში არ არის დანართი 3-ში მოწოდებულ ინფორმაციასთან. ამავე დროს დანართ 3-ში მოწოდებული საშტატო განაკვეთები >180,000 მოსახლეზე მხოლოდ ერთი მუნიციპალიტეტი ხვდება - თბილისი რომლისთვისაც ეს კადრი შეიძლება საკმარისი არ იყოს, ხოლო <25,000 კი 26 მუნიციპალიტეტი, ოღონდ ისეთებიც როგორიცაა (ა) ყაზბეგის მუნიციპალიტეტი - 3800 მოსახლით, (ბ) ლენტეხის მუნიციპალიტეტი - 4,100 მოსახლით და (გ) ბორჯომის მუნიციპალიტეტი 25,000 მოსახლით და ამ დროს საკადრო უზრუნველყოფა ამ ჯგუფის მუნიციპალიტეტებს მსგავსი აქვს, განსხვავებული რაიონული ბიუჯეტების პირობებში. ალბათ დანართი 3 დამატებით დაზუსტებას საჭიროებს.
12. სამდონიანი სიტემა ყვითელი დონის მიღწევისას გვთავაზობს დღიურად 1000 მოსახლეზე 1 ტესტის ჩატარებას ხოლო წითელ დონეზე 1-ზე მეტს. გვ.-26 ლაბორატორიული მუშაობის ეფექტურობის შეფასების ინდიკატორები გვთავაზობს დღიურად 2.15 ტესტს 1000 მოსახლეზე (ანუ ის რაც წითელ დონეს ჭირდება). ვთვლით რომ აუცილებელია დოკუმენტის სხვადასხვა ნაწილში ამ საკითხების შესაბამისობაში მოყვანა. ეს მხოლოდ ერთი მაგალითია და ამგვარი სხვებიც არის სადაც მათემატიკური და ეპიდემიოლოგიური ლოგიკა არ მოდის შესაბამისობაში.
13. გეგმა არაფერს ამბობს სამინისტროს მიერ შემუშავებულ მობილურის აპლიკაციებზე, თუ რა იგეგმება ამ მიმართულებით მაგ. დახვეწა, პრომოცია, შეფასება, და ა.შ.
14. ზოგიერთ ინდიკატორს არ აქვს მითითებული პერიოდი, მაგ. მათ შორის რისკის კომუნიკაციის ეფექტურობის შეფასების ინდიკატორებს, რომლებიც მეტად კრიტიკულია; უნდა განისაზღვროს გეგმის შეფასების ვადები და ვინ აფასებს მას; სასურველია ტერმინი „სოციალური დისტანცირება“ შეიცვალოს „ფიზიკური დისტანცირებით

და ბოლოს, მართალია ეს კომენტარი ამ გეგმას პირდაპირ არ ეხება (თუ არ განვიხილავთ მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების შესახებ მოწოდებულ კველვას), მაგრამ COVID19-ის “დახმარებით” ჩატარებულმა ბუნებრივმა ექსპერიმენტმა წარმოაჩინა ის “არასაჭირო” ჰოსპიტალური სერვისების მოხმარება რომელიც საყოველთაო პროგრამამ წარმოშვა და რომელზედაც ჩვენი ორგანიზაცია 2016 წლის მერე წერდა. სურათ 1-ზე მოყვანილი მაჩვენებლები სავალალოა, რადგან თუ 2020 წელს გეგმიური ოპერაციების შემცირება ახსნადია, ნამდვილად ვერ აიხსნება თუ როგორ მოხდა თითქმის 35%-ით გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციების შემცირება? თუ ეს ბუნებრივი მოვლენაა მაშინ „ნამატი სიკვდილიანობის მონიტორინგმა“ ეს მოვლენა უნდა დაიჭიროს. თუ არა და ეს მეტად ყურადსადემა ინფორმაციაა, რომელიც სამინისტროს მხრიდან დეტალურ ანალიზს საჭიროებს, და ანალიზის საფუძველზე შესაბამისი პოლიტიკის გატარებას.

გიორგი გოცაძე და ივდითი ჩიქოვანი

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 20 ივლისის N01-163/ო ბრძანება “საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური სამსახურების ფუნქციონირების შესახებ”