

საქართველოს დედათა და  
ახალშობილთა ჯანმრთელობის  
ხელშეწყობის 2017-2019 წლების  
სამოქმედო გეგმის შეფასება



**შეფასების პროექტის ხელმძღვანელი:**

*ნინო წულუისკირი- დირექტორი, ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი*

**შეფასების დამოუკიდებელი შემფასებელი:**

*ჯონი კვინიკაძე*

**კონსულტანტების ჯგუფი:**

*თემურ პირველაშვილი- „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს“ ყოფილი უფროსი, ქირურგი*

*გულნარა შელია- პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი*

*მაგდა კოსტავა MD გლობალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პოლიტიკის მაგისტრი, ასოციაცია ჰერა XXI*

*ნიკოლოზ მახარაძე-- MD ჯანდაცვის პოლიტიკის ეკონომიკის და სამართლის მაგისტრი*

**დარგის ექპერტები:**

*მარინა დარახველიძე- საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მეცნიერებების სკოლის ფარმაციის დეპარტამენტის უფროსი და მოწვეული ლექტორი*

*ნათია ნოლაიდელი-შპს „ჯეო ჰოსპიტალის“ სტრატეგიული განვითარებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი*

**მადლობის გამოხატვა**

*შეფასების პროცესში მონაწილეობა მიიღო სხვადასხვა დაინტერესებულმა მხარემ.*

*ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი მადლობას უხდის ყველა იმ პირს და ორგანიზაციას, ვინც დრო დაუთმო და წვლილი შეიტანა შეფასების პროცესში.*

*ასოციაცია ჰერა XXI-ი განსაკუთრებულ მადლობას უხდის შეფასების ანგარიშის მომზადებაში, გამორჩეული წვლილი შეიტანეს მარინა დარახველიძემ, ნათია ნოლაიდელმა, რომელთა დახმარებით დაზუსტდა და შეივსო სხვადასხვა საქმიანობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია.*

**ჩატარდა ასოციაცია ჰერა ოცდაერთის ინიციატივით და დამოუკიდებელი შემფასებლის თანამშრომლობით.**

**2020 წელი**



## პასუხისმგებლობის განაწილება

შეფასების ანგარიშში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის შემფასებელს და არ უნდა იქნას განხილული შეფასების პროცესის მონაწილე რომელიმე დაინტერესებული მხარის პოზიციად, თუ ტექსტში სხვაგვარად არ არის მითითებული. ნებისმიერი შეცდომა და უზუსტობა არის შემფასებლის პასუხისმგებლობა.

## აბრევიატურათა ჩამონათვალი

- ჯანდაცვის სამინისტრო \_ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
- NCDC \_ სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
- UNFPA \_ გაეროს მოსახლეობის ფონდი (The United Nations Population Fund)
- UNICEF \_ გაეროს ბავშვთა ფონდი (The United Nations International Children's Emergency Fund)
- WHO \_ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (World Health Organization)
- GYDEA \_ საქართველოს ახალგაზრდობისა და განათლების ასოციაცია
- საქსტატი \_ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
- MICS 2018 \_ მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, საქართველო 2018
- პჯდ \_ პირველადი ჯანდაცვა
- P4P \_ გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორება (Pay for Performance)
- DRG \_ დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (Diagnosis-related group)
- EMR \_ ელექტრონული სამედიცინო ისტორიები/ჩანაწერები (Electronic Medical Records)
- HER \_ Electronic Health Records
- NICU \_ ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისი
- უსგ \_ უწყვეტი სამედიცინო განათლება

## სარჩევი

მადლობის გამოხატვა .....	2
პასუხისმგებლობის განაწილება .....	3
აბრევიატურათა ჩამონათვალი .....	4
1. მოკლე შეჯამება.....	7
2. შესავალი .....	12
3. შეფასების მეთოდოლოგია .....	13
3.1. შეფასების მეთოდოლოგიის ზოგადი აღწერა .....	13
3.2. შეფასების პროცესის მახასიათებლები .....	13
3.3. შეფასების მიმდინარეობა და ეტაპები.....	14
3.3.1. საჭირო დოკუმენტებისა და მასალების შეგროვება და გაცნობა .....	14
3.3.2. საველე სამუშაო .....	16
3.3.3. მონაცემთა სინთეზი და საბოლოო ანგარიშის მომზადება.....	18
3.4. საბოლოო ანგარიშის ფორმატი და ძირითადი თავები.....	20
4. შეფასების ფაქტები და მიგნებები.....	22
4.1. სამოქმედო გეგმის შეფასების პროცესში არსებული გამოწვევები (დაბრკოლებები);.....	22
4.2 რამდენად რელევანტური იყო არსებული სამოქმედო გეგმა და რამდენად უპასუხა სტრატეგიით გაწერილი მიზნების შესრულებას .....	23
4.3. სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმების შემუშავების პროცესში თანამონაწილეობის ხარისხი და უწყებათაშორისი პასუხისმგებლობის განაწილება, კომუნიკაცია და კოორდინაცია;.....	25
4.4. სამოქმედო გეგმისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის რელევანტურობა, რეალისტურობა და რეალური ხარჯვა .....	26
5. სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ამოცანები, შუალედური შედეგები, საქმიანობები და მათი განხორციელების აღწერა.....	28
ამოცანა 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზრდება ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და მათი საჭიროებების შესაბამის ჩასახვამდელ, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებზე და გაფართოვდება ამ მომსახურებების გამოყენება.....	28
ამოცანა 2: 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესდება და მოხდება მათი სტანდარტიზება ამ მომსახურებების სრული ინტეგრაციის პარალელურად.....	50
ამოცანა 3: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.....	86

ამოცანა 4: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის.....	93
6. ამოცანები, საბოლოო და შუალედური შედეგები და შესაბამისი ინდიკატორები .	109
ამოცანა 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზრდება ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და მათი საჭიროებების შესაბამის ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებზე და გაფართოვდება ამ მომსახურებების გამოყენება...	109
ამოცანა 2: 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესდება და მოხდება მათი სტანდარტიზება ამ მომსახურებების სრული ინტეგრაციის პარალელურად.....	113
ამოცანა 3: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.....	125
ამოცანა 4: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის.....	126
7. დასკვნები .....	131
8. რეკომენდაციები .....	136



## 1. მოკლე შეჯამება

ქვეყანაში დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით მთავრობამ დაამტკიცა გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის და მისი განხორციელების სამწლიანი სამოქმედო გეგმა (2017-2019 წწ.).

არასამთავრობო ორგანიზაცია „ასოციაცია ჰერა XXI“-ის ინიციატივით დაიგეგმა აღნიშნული სამოქმედო გეგმისა და მისი განხორციელების შეფასება. მოცემული შეფასების ანგარიში წარმოადგენს შეფასების პროცესის საბოლოო პროდუქტს.

შეფასება მიზნად ისახავდა საჯარო სამსახურების საქმიანობაზე სამოქალაქო კონტროლისა და ზედამხედველობის განხორციელებას, ასევე არსებული სტრატეგიისა და მომავალი სამოქმედო გეგმის დაგეგმვისა და განხორციელების ეფექტურობის ამაღლებას. შესაბამისად, შეფასების ანგარიშში აღწერილი და გაანალიზებულია სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესი და საბოლოო და შუალედური შედეგების შესრულების მაჩვენებლები. შეფასების ანგარიში ასევე მოიცავს დასკვნებსა და რეკომენდაციებს, რამაც წვლილი უნდა შეიტანოს მომდევნო სამოქმედო გეგმის უკეთ მომზადებასა და განხორციელებაში.

როგორც წინასწარ იყო დაგეგმილი, ინტერვიუების უმრავლესობა ონლაინ რეჟიმში ჩატარდა, ძირითადად Zoom-ის პლატფორმის გამოყენებით. ინტერვიუების ნაწილი ჩატარდა, აგრეთვე პირისპირ შეხვედრით.

შეფასების პროცესში აქცენტი გაკეთდა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული შუალედური შედეგებისა და საქმიანობების შესრულების მაჩვენებლებზე. ასევე, სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ინდიკატორების შესრულებაზე, როგორც ამოცანებისთვის, ასევე შუალედური შედეგებისთვის.

შეფასებამ მოიცვა სამოქმედო გეგმის ყველა მიმართულება და საქმიანობა.

შეფასების პროცესის ეფექტურობაზე უარყოფითად აისახა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - ჯანდაცვის სამინისტრო) რიგ წარმომადგენელთა არაკეთილგანწყობილი და არაკოლეგიალური დამოკიდებულება შეფასების იდეისა და მიზნების მიმართ. მრავალი მცდელობის მიუხედავად, შემფასებელმა ვერ მოახერხა გასაუბრება ჯანდაცვის სამინისტროს სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეულების წარმომადგენლებთან. თუმცა, კოვიდ 19-ის პანდემიასთან დაკავშირებული მდგომარეობა და გაზრდილი სამუშაო დატვირთვა შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ერთ-ერთი ობიექტური გარემოება, რის გამოც ჯანდაცვის სამინისტროს ზოგიერთმა წარმომადგენელმა ვერ მოახერხა შემფასებელთან შეხვედრა.

შეფასების ანგარიშის სამუშაო და საბოლოო ვერსიების მომზადების პროცესში აქტიურად მონაწილეობდნენ ასოციაცია ჰერა XXI-ის თანამშრომლები და მონვეული ექსპერტები.



საბოლოო ანგარიშის სამუშაო ვერსიის გაცნობის მიზნით, შეფასების პროცესში ჩართულ რამდენიმე ექსპერტთან ერთად ჩატარდა 3 დღიანი გასვლითი სამუშაო შეხვედრა, სადაც შეხვედრის მონაწილეებმა საკუთარი მოსაზრებები და შენიშვნები გამოთქვეს დოკუმენტთან დაკავშირებით. აგრეთვე, სამუშაო შეხვედრიდან რამდენიმე დღის შემდეგ, წერლობითი ფორმით გაუზიარეს შემფასებელს.

ასოციაცია ჰერა XXI-ის თანამშრომლებისა და დარგის ექსპერტთა მოსაზრებებმა გააუმჯობესეს დასკვნების სიზუსტე, რეკომენდაციების მიზანშეწონილობა და მნიშვნელოვნად აამაღლეს საბოლოო ანგარიშის ზოგადი ხარისხი.

შეფასების პროცესში შეგროვებული მონაცემებიდან და მიგნებებიდან გამომდინარე შემფასებელი მთელ რიგ დასკვნებამდე მივიდა, რომელთაგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია შემდეგი:

- სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული 53 საქმიანობიდან სრულად განხორციელდა 16 (30%); ნაწილობრივ განხორციელდა - 20 (38%); ამუშადა ხორციელდება - 1 (2%); არ განხორციელდა - 16 (30%);
- მიუხედავად იმისა, რომ სამოქმედო გეგმის აღსრულებისა და მონიტორინგი მექანიზმები საკმარისად მკაფიოდ არ იყო გაწერილი, ზოგიერთი ინდიკატორისთვის მონაცემები საერთოდ არ შეგროვებულა და შესაბამისად, შეუძლებელია მათი შესრულების შეფასება, ზოგადად, დადებითად უნდა შეფასდეს ამ სფეროში გრძელვადიანი სტრატეგიისა და მასთან მეტწილად კოორდინაციაში მყოფი სამოქმედო გეგმის დამტკიცება, რომლებიც პასუხობენ ჯანმო-ს გრძელვადიან პოლიტიკასა და გეგმებს;
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ზედამხედველობის/მართვის კუთხით ჯანდაცვის სამინისტროს რესურსი საკმაოდ მწირია და იგრძნობა სტრატეგიული და სისტემური მიდგომის ნაკლებობა. გარდა ამისა, ჯანდაცვის სამინისტროში 2019 წელს განხორციელებულმა სტრუქტურულმა ცვლილებებმა გარკვეულწილად დააკნინა ჯანდაცვის სამინისტროს მაკოორდინირებელი როლი;
- სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში არასამთავრობო სექტორისა და ადგილობრივი თვითმმართველობების მონაწილეობა იყო მინიმალური; თვითმმართველობები და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, მხოლოდ ერთჯერადი, უსისტემო მობილიზაციის სახით მონაწილეობდნენ, რაც მოკლებული იყო მდგრადობის ელემენტს;
- ანტენატალური ვიზიტების 4-დან 8-მდე გაზრდა შეიძლება ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ წარმატებულ კომპონენტად;
- პერინატალური რეგიონალიზაცია და დაწესებულებების შეფასების რეგულარული პროცესი, ასევე უნდა ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ ყველაზე წარმატებულ კომპონენტად. თუმცა, საყოველთაო შეფასებით, მე-3 დონის დაწესებულებების რიცხვი ზედმეტად მაღალია;
- პრობლემად რჩება დედებისა და ახალშობილთათვის პოსტნატალური ზრუნვის სერვისების, როგორც ხარისხი, ასევე ხელმისაწვდომობა. არ ხდება ოჯახის ექიმის პოტენციალის რეალიზება;
- არასახარბიელო მდგომარეობაა როგორც ადრეული, ასევე ექსკლუზიური ძუძუთი კვების თვალსაზრისით. შესაბამის კანონს არ ახლავს აღსრულების ეფექტური მექანიზმები;

- გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P), ისევე როგორც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის შემუშავება და დანერგვა 2023 წლისთვის გადაიდო;
- დაბადებათა რეგისტრის შექმნა და ფუნქციონირება უდავოდ უნდა ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მიღწევად;
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისების განვითარება, ასევე სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლებისა და ჯანმრთელობის დონის ამაღლება სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტად მოიაზრებოდა, თუმცა შეიძლება ითქვას, ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი წინსვლა არ შეინიშნება. მიუხედავად იმისა, რომ მაგალითად, პროტოკოლების ნაწილში არის გაუმჯობესება, პრაქტიკულად, ბენეფიციარების დონეზე ცვლილება არ მომხდარა;
- სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლების, ასევე ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის მიზნით ეფექტური საკომუნიკაციო კამპანიის მომზადება/ჩატარებისთვის, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ არის გაწერილი საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციებთან, აგრეთვე საზოგადოებრივ მაუწყებელთან თანამშრომლობის ფორმა, სადაც განსაზღვრული იქნება პროცესში ჩართული პირების მოვალეობები და ფუნქციები;
- ეროვნულ სასწავლო გეგმებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხები არასაკმარისი მოცულობით არის წარმოდგენილი;

შეფასების მიგნებებიდან და დასკვნებიდან გამომდინარე შემუშავდა რეკომენდაციები, რომეთაგან მნიშვნელოვნების მიხედვით შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი:

- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში ბიუჯეტი უნდა იყოს რეალისტური, განერილი საქმიანობების დონეზე და თითოეული საქმიანობის დაფინანსებაზე შესაბამისმა უწყებამ/ორგანიზაციამ უნდა აიღოს ვალდებულება;
- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში ისეთი ინდიკატორები უნდა მოხვდეს, რომელთა შესრულებაც გადამოწმებადი იქნება, ანუ განსაზღვრული იქნება პასუხიმგებელი სტრუქტურული ერთეული თუ ორგანიზაცია, რომელიც შესაბამის მონაცემებს შეაგროვებს;
- ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა მოამზადოს და გამოაქვეყნოს სამოქმედო გეგმის შესრულების ყოველწლიური ანგარიშები, წინასწარ დადგენილი ფორმატით;
- ჯანდაცვის სამინისტრომ გარკვეული რესურსი უნდა გამოყოს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი კვლევების ჩატარებაზე და არ იყოს დამოკიდებული მხოლოდ საერთაშორისო და ადგილობრივ ორგანიზაციებზე;
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მართვა-კოორდინირება სხვადასხვა პროგრამებსა და პასუხისმგებელ პირებს შორის არის გადანაწილებული. კარგი იქნება თუ კოორდინაციის უფრო ეფექტური, ცენტრალიზებული მექანიზმი განისაზღვრება;
- სწორი ტენდენცია იქნება, თუ სამინისტრო უფრო მეტი ფუნქციის დელეგირებას გააკეთებს სამოქალაქო სექტორზე, როგორც დამოუკიდებელ მოთამაშეზე და ხელს შეუწყობს მის აქტიურ ჩართვას გეგმების შემუშავებაში, მონიტორინგსა და შესრულებაში. თუმცა, ამავე დროს სამინისტროს უნდა ჰქონდეს მთავარი მაკოორდინირებელი როლი როგორც მომდევნო სამოქმედო გეგმის შედგენის, ასევე განხორციელებისა და მონიტორინგის პროცესებში;
- განხორციელდეს საჭირო ცვლილებები, რათა ადგილობრივმა თვითმართველობამ შეასრულოს მაკოორდინირებელი როლი ადგილზე პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად მიწოდებაში, მათ შორის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დონის ამაღლებაში;
- ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში ჩართული ორსულის რიგგარეშე ვიზიტზე დაბარებისას (8 ვიზიტის მიღმა), ექიმს უნდა ჰქონდეს ვალდებულება, რომ დეტალურად დაასაბუთოს რიგგარეშე ვიზიტზე დაბარების მიზეზი. ხოლო, ჯანდაცვის სამინისტრომ რეგულარულად უნდა შეისწავლოს და გაანალიზოს პროგრამით გათვალისწინებული 8 ვიზიტის გარდა, რამდენი რიგგარეშე ვიზიტი ხორციელდება, რა მიზეზით და რა ინტერვალებით;
- ზოგადად, ჯანდაცვის სამინისტრომ გაცილებით მეტი რესურსი უნდა გამოყოს ანალიტიკურ საქმიანობაზე, რათა გაანალიზდეს მნიშვნელოვანი მონაცემები და შესაბამისი დასკვნები დაიდოს, მაგ. ანტენატალურ მომსახურეობის
- რეკომენდირებულია, რომ გადაიხედოს და გამკაცრდეს მე-3 დონის პერინატალური კლინიკების სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობისთვის საჭირო მოთხოვნები, რათა პროგრამის ბიუჯეტი უსასრულოდ არ გაიზარდოს და ამავე დროს, რეფერირებულმა პაციენტებმა მკურნალობა განაგრძონ მხოლოდ სათანადო/მაღალი კვალიფიკაციის ექიმთან. ნაკლები რაოდენობის მესამე დონის დაწესებულებების შემთხვევაში, შემცირდება რეანიმაციულ განყოფილებებში ახალშობილების ხელოვნურად გადაქაჩვის საფრთხე.  
ასევე, შემუშავდეს ისეთი კრიტერიუმები, რაც ხელს შეუწყობს მესამე დონის (ნეონატალური და სამეანო გინეკოლოგიური) კლინიკების ქვეყნის მასშტაბით საჭიროების მიხედვით გადანაწილებას;
- სასურველია, რომ გამოკვლეული იქნას მე-3 დონის პერინატალურ დაწესებულებებში შიდა და გარე რეფერალის ძირითადი მიზეზები და პრაქტიკა. ასევე, გაანალიზდეს საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილება.

- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურებების ხარისხის ინდიკატორების ანალიზისა და მიღებულ შედეგებზე რეაგირების სისტემა საკმარისად მდგრადი და ეფექტიანი უნდა გახდეს, რათა მისი გამოყენება შესაძლებელი იყოს აღსრულების მექანიზმებში და სახელმწიფო პოლიტიკის დაგეგმვა/გატარებაში. სწორედ ეს განაპირობებს ხარისხის გაუმჯობესებას.
- ჯანდაცვის სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს დაწესებულებების ელექტრონული სამედიცინო ისტორიების/ჩანაწერების (EMR) შიდა სისტემების გაძლიერებას;
- ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით, სამშობიაროებში უნდა დაინერგოს მექანიზმი, რომელიც დედებს აუმაღლებს ცოდნასა და უნარებს, რათა ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების პროცესი ეფექტურად დაიწყოს (სწორი მოჭიდება და სხვა) და გაგრძელდეს;
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშესაწყობად რეკომენდირებულია, ერთის მხრივ დედების უზრუნველყოფა საჭირო კვებითი დანამატებით და მეორეს მხრივ, დეკრეტული შვებულების მორგება დედის საჭიროებებზე. ასევე, არსებული წესის შესაბამისად, დეკრეტული შვებულების გაცემა სავალდებულო უნდა გახდეს კერძო სტრუქტურებისთვისაც;
- კანონმდებლობის მომზადება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში როგორც ექიმების, ასევე, ექთნების მონაწილეობის უზრუნველსაყოფად;
- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში გაცილებით დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ახალგაზრდების და განსაკუთრებით, ქალთა სქესობრივ და რეპროდუქციულ განათლებას, რაც შეცვლიდა მათ ქცევას, როგორც ორსულობამდე, ასევე ორსულობისას და მშობიარობის შემდეგ;
- ეროვნულ სასწავლო გეგმებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხების მოცულობა და საათები მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს, განსაკუთრებით ასაკობრივი მოთხოვნებისა და საჭიროებების გათვალისწინებით;
- ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროებმა უნდა გააძლიერონ ძალისხმევა და თანამშრომლობა, რათა სკოლებში ექიმების ფუნქციონირებას სავალდებულო ხასიათი ჰქონდეს და მათ შესაბამისი გადამზადება გაიარონ. შედეგად, სკოლის ექიმებს საშუალება ექნებათ, რომ ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე სკოლის მოსწავლეთა ცოდნისა და ცნობიერების დონის ამაღლებაში წვლილი შეიტანონ;



## 2. შესავალი

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ქვეყნის მნიშვნელოვან პრიორიტეტს წარმოადგენს. ამ მიზნით, მთავრობამ შეიმუშავა გრძელვადიანი სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის და მისი განხორციელების სამწლიანი სამოქმედო გეგმა (2017-2019 წწ.).

არასამთავრობო ორგანიზაცია „ასოციაცია ჰერა XXI“-ის ინიციატივით დაიგეგმა აღნიშნული სამოქმედო გეგმისა და მისი განხორციელების შეფასება. შეფასების პროცესი განხილულ უნდა იქნას, ერთის მხრივ როგორც საჯარო სამსახურების საქმიანობაზე სამოქალაქო კონტროლისა და ზედამხედველობის განხორციელების აქტი და მეორეს მხრივ, როგორც არსებული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის განხორციელებისა და მართვის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. შეფასება მიზნად ისახავს ერთის მხრივ, სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესისა და საბოლოო და შუალედური შედეგების შესრულების მაჩვენებლების აღწერასა და ანალიზს, ხოლო მეორეს მხრივ, რეკომენდაციების მომზადებას შემდეგი სამოქმედო გეგმის შედგენისთვის.

სამოქმედო გეგმაში გაწერილი საქმიანობების განხორციელებასთან დაკავშირებული რეალიების აღწერასთან ერთად, შეფასდა ისეთი გარემოებები, როგორიც არის:

- სამოქმედო გეგმის შეფასების პროცესში არსებული გამოწვევები(დაბრკოლებები);
- რამდენად რელევანტური იყო არსებული სამოქმედო გეგმა და რამდენად უპასუხა სტრატეგიით გაწერილი მიზნების შესრულებას;
- სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმების შეიმუშავების პროცესში თანამონაწილეობის ხარისხი და უწყებათაშორისი პასუხისმგებლობის განაწილება, კომუნიკაცია და კოორდინაცია;
- ასევე, შეფასდა სამოქმედო გეგმისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის რელევანტურობა, რეალისტურობა და რეალური ხარჯვა.
- სხვადასხვა უწყებების მხრიდან საზოგადოების მიმართ ანგარიშვალდებულების განცდა;

შეფასებაში ცალკე თავი ეთმობა ამოცანებისა და შუალედური შედეგების ინდიკატორების შესრულებას.



### 3. შეფასების მეთოდოლოგია

#### 3.1. შეფასების მეთოდოლოგიის ზოგადი აღწერა

შეფასების მეთოდოლოგია იმგვარად იყო შედგენილი, რომ ერთის მხრივ გაანალიზებულიყო, სამოქმედო გეგმის რელევანტურობა, ანუ რამდენად პასუხობს ის სტრატეგიით გათვალისწინებულ მიზნებს და მეორეს მხრივ, შეფასებულიყო სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესი და სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული შუალედური შედეგებისა და საქმიანობების შესრულების მაჩვენებლები. ასევე, შესაბამისი ინდიკატორების მიღწევის ხარისხი.

შეფასების დასკვნები შესაძლებლობას იძლევა, შედარებითი ანალიზის მეშვეობით შევადაროთ სამოქმედო გეგმის, ეფექტიანობა და ის, თუ რამდენად უზრუნველყოფს იგი სტრატეგიით გათვალისწინებული მიზნებისკენ სვლას.

შეფასების მეთოდოლოგია ასევე ითვალისწინებდა რეკომენდაციების მომზადებას მომდევნო სამოქმედო გეგმის შესადგენად. შემფასებლის მიერ შემოთავაზებული რეკომენდაციები ორიენტირებულია სტრატეგიული გეგმიდან გამომდინარე მიზანშეწონილობასა და განხორციელებადობაზე;

შეფასების ერთ-ერთი ამოცანაა, იმის გამოვლენა, თუ რამდენად ეფექტურად და ეფექტიანად ახორციელებენ სამოქმედო გეგმის შესრულებაში ჩართული მხარეები თავიანთ მოვალეობებს და აგრეთვე, რამდენად ეფექტიანია მათ შორის თანამშრომლობა. ასევე, რამდენად არის მათი საქმიანობები შესაბამისობაში ისეთ პრინციპებთან, როგორც არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა, შედეგებზე ორიენტირებული მიდგომა, უწყების ერთიანი მიდგომა და უწყების სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეულების რესურსების ეფექტიანი გამოყენება.

#### 3.2. შეფასების პროცესის მახასიათებლები

შეფასება განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებს სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ინდიკატორების შესრულებაზე, როგორც ამოცანებისთვის, ასევე შუალედური შედეგებისთვის.

შეფასდა, ჩართული მხარეები ერთობლივი სტრატეგიის, მართვის სტრუქტურის, თანამშრომლობისა და სწავლის თვალსაზრისით. აგრეთვე, რამდენად ფუნქციონირებს პარტნიორობა და სამოქმედო გეგმის კიდევ უფრო ეფექტურად განსახორციელებლად პარტნიორობის არსებულ მოდელში რა ცვლილებები იქნება მიზანშეწონილი.

შეფასება მოიცავს სამოქმედო გეგმის ყველა მიმართულებას და საქმიანობას.

სამოქმედო გეგმის ფარგლებში დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა ითვალისწინებდა საქართველოს მასშტაბით მუნიციპალიტეტებში, თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის მექანიზმების შემუშავებასა და დანერგვას. ამის გათვალისწინებით, შეფასდა ადგილობრივი მუნიციპალიტეტებისა და ადგილობრივი სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლების ჩართულობა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე პროცესებში.

შეფასების პროცესში გათვალისწინებული იყო ქვემოთ ჩამოთვლილი ასპექტები:

- სამოქმედო გეგმის საქმიანობებისა და ქვესაქმიანობების განხორციელების შესაფასებლად, ასევე ამ პროცესში ცალკეული ჩართული მხარეების როლის გასაანალიზებლად, ძირითადად გამოყენებული იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდები. მონაცემთა შეგროვების ეტაპზე თვისებრივი კვლევის მეთოდებზე აქცენტის გაკეთება იმით იყო განპირობებული, რომ დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა ავალდებულებს განხორციელებაში ჩართულ ყველა პარტნიორს, რომ შეაგროვოს ინფორმაცია მის მიერ შესრულებული სამუშაოების შესაბამის ინდიკატორებზე. შესაბამისად, შემფასებელი იმედოვნებდა, რომ შეფასებისთვის საჭირო რაოდენობრივი მონაცემების მიღება შესაძლებელი იქნებოდა პირველადი კვლევების ჩატარების გარეშე.
- ინდიკატორების შესრულების შეფასებისთვის საჭირო რაოდენობრივი მონაცემების მისაღებად, შეფასება დაეყრდნო სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ჩართული მხარეების მიერ მოპოვებულ მონაცემებს. მონაცემთა გადამოწმებისა და საიმედოობის უზრუნველყოფის მიზნით, ზოგიერთ ინდიკატორთან დაკავშირებით მონაცემების გამოთხოვილი იქნა სხვადასხვა უწყებებიდან;
- შეფასების დამკვეთ ორგანიზაციასთან და ასევე სხვა შესაბამის დაინტერესებულ პირებთან პერიოდული სამუშაო შეხვედრები წარმოადგენს ამ დავალების არსებით კომპონენტს, რათა უზრუნველყოფილ იქნას რეკომენდაციების შესაბამისობა ყველა მხარის მიზანსა და შესაძლებლობებთან;
- ეპიდემიასთან დაკავშირებული ფორსმაჟორული გარემოებების მიუხედავად, შეფასება დასრულდება შეთანხმებულ ვადებში;
- შეფასების პროცესში სრულად ხდება ისეთი მგრძობიარე ფაქტორების გათვალისწინება, რამაც შეიძლება გავლენა იქონიოს დაინტერესებული მხარეების, განსაკუთრებით კი ინსტიტუციური აქტორების, ორგანიზაციებისა და ინდივიდუალური პირების მხრიდან შესაბამისი თვისებრივი ინფორმაციის მიღებაზე;

### 3.3. შეფასების მიმდინარეობა და ეტაპები

#### 3.3.1. საჭირო დოკუმენტებისა და მასალების შეგროვება და ბანცობა

3.3.1.1. შეფასების პროცესის პირველ ეტაპზე განსახილველი დოკუმენტების ჩამონათვალი განისაზღვრა კონტრაქტორთან თავდაპირველი ბრიფინგის დროს. თუმცა, დაინტერესებულ მხარეებთან ინტერვიუების დროს საჭირო დოკუმენტების ჩამონათვალი მუდმივად იზრდებოდა და დოკუმენტების ჩამონათვალმა საბოლოო სახე შეფასების პროცესის ბოლო ფაზაში მიიღო;

3.3.1.2. საწყის ეტაპზე, შემფასებელმა სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ სშტდს-ის მიერ შედგენილი წლიური ანგარიშები გამოითხოვა. აღმოჩნდა, რომ მთავრობის ადმინისტრაციაში სხვადასხვა ფორმატით იგზავნებოდა ინფორმაცია სამოქმედო გეგმის ფარგლებში განხორციელებული საქმიანობების შესახებ, ხოლო სრულფასოვანი წლიური ანგარიში (სადაც ასახული იქნებოდა ინფორმაცია, ასევე იმ საქმიანობების შესახებ, რომლებიც დასახულ ვადაში ვერ განხორციელდა, შესაბამისი მიზეზების ახსნით) მხოლოდ 2018 წლისთვის იქნა შედგენილი.

სამწუხაროდ, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული დოკუმენტი, როგორც საჯარო ინფორმაცია ოფიციალურად იქნა გამოთხოვილი, სამინისტროს პასუხი არ გაუცია და შემფასებელმა ვერ შეძლო აღნიშნული ანგარიშის მოპოვება,

3.3.1.3. ასევე, საწყის ეტაპზე მოხდა შეფასებისთვის საჭირო ბეჭდური და ელექტრონული მასალის გამოთხოვა ყველა შესაბამისი ჩართული მხარისგან, მათ შორის: დოკუმენტების, მასალების, კვლევების, სტატისტიკური მონაცემების და სხვა;

3.3.1.4. ინფორმაციის მოგროვების საწყის ეტაპზე შემფასებელი შეეცადა, რომ სამოქმედო გეგმის მონიტორინგის შედეგად გენერირებულ ინფორმაციას გაცნობოდა, რაც გამოყენებული იქნებოდა შეფასების მიზნებისთვის. მაგრამ არსებულ სამოქმედო გეგმას არ აღმოაჩნდა სათანადოდ გაწერილი, ეფექტიანი მონიტორინგის ინსტრუმენტი, რომლის შედეგად შეგროვებული ინფორმაცია დახმარებას გაუწევდა შემფასებელს.

3.3.1.5 შესაძლებლობის ფარგლებში დოკუმენტებისა და მასალების შეგროვებისა და გაცნობის შემდეგ, დამკვეთთან მჭიდრო კონსულტაციებით, მოხდა დაინტერესებული პირების რუქის შედგენა და საჭირო შეხვედრების დაგეგმვა.

#### **შემფასებელმა მოიძია და გაეცნო შემდეგ დოკუმენტებს:**

- საქართველოს მთავრობის დადგენილება საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგიისა და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე;
- Sexual and Reproductive Health in Georgia, Georgia MICS 2018 Sexual & Reproductive Health related data in-depth analysis;
- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება \_ პუბლიკაცია მომზადდა სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით;
- Development Oriented Primary Health Care service on a pilot basis in Adjara region and providing recommendations to the Government on feasibility and appropriateness of its extension country-wide \_ Supported by UNICEF and EU;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაცენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ \_ №01-2/6 2015 წლის 15 იანვარი;
- 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები;
- საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიში 2017 წელი;
- ჯანმრთელობის დაცვა - სტატისტიკური ცნობარი (Yearbook) \_ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2017, 2018 და 2019 წლები;
- დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) 2018 და 2019 წლების წლიური ანგარიშები;
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა;



- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ევროპის „სამოქმედო გეგმა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარებისთვის“ (2017-2021);
- საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის 2014-2020 წლების სახელმწიფო კონცეფცია;
- MULTIPLE INDICATOR CLUSTER SURVEY GEORGIA 2018
- An in-depth analysis of related Sexual & Reproductive Health data \_ Evert Ketting and Nino Lomia, on behalf of UNFPA Country Office Georgia, December 2019;

### 3.3.2. სავალე სამუშაო

სავალე ეტაპი მიზნად ისახავდა დოკუმენტების გაცნობის შედეგად ფორმულირებული წინასწარი პასუხების გადამოწმებას და სამოქმედო გეგმით დაინტერესებული მხარეებისგან დამატებითი ინფორმაციების მიღებას (მათ შორის, დოკუმენტური წყაროების შესახებ, რომლებიც იქამდე ვერ იქნა მოწოდებული).

სავალე სამუშაოების დასაწყისში გაიმართა საკონსულტაციო შეხვედრა დამკვეთთან, საბოლოო დეტალების შესათანხმებლად.

მონაცემთა შეგროვების მეთოდის შერჩევასა, საზაფხულო პერიოდისა და ეპიდემიით გამოწვეული შეზღუდვების გათვალისწინებით, უპირატესობა მიენიჭა ნახევრად სტრუქტურირებულ ინდივიდუალურ ინტერვიუებს, რომელთა დიდი ნაწილიც ონლაინ რეჟიმში წარიმართა.

სამოქმედო გეგმაში მოცემული ინდიკატორების შესრულების შესახებ ინფორმაცია გამოთხოვილი და მიღებული იქნა, როგორც საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (ჯანდაცვის სამინისტრო) სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეულებიდან (ძირითადად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრიდან), ასევე საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან და გაეროს მოსახლეობის ფონდიდან.

ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუებისთვის გამოყენებული გზამკვლევი მოიცავდა სამოქმედო გეგმის ყველა მნიშვნელოვან სფეროს და მორგებული იყო დაინტერესებულ პირთა სხვადასხვა ჯგუფებზე.

როგორც წინასწარ იყო დაგეგმილი, ინტერვიუების უმრავლესობა ონლაინ რეჟიმში ჩატარდა, ძირითადად Zoom-ის პლატფორმის გამოყენებით. ინტერვიუების ნაწილი ჩატარდა, აგრეთვე პირისპირ შეხვედრით.

ინტერვიუების უმეტესი ნაწილისთვის, თითოეულის დრო იყო დაახლოებით 60 - 90 წუთი. როდესაც, ეს დრო საკმარისი არ აღმოჩნდა, რესპოდენტის სურვილის მიხედვით, ან გაგრძელდა ინტერვიუ ან/და შემფასებელმა დამატებითი ინფორმაცია მიიღო მოგვიანებით, ტელეფონის მეშვეობით.

**შეფასების პროცესში მონაწილეობა მიიღეს შემდეგმა რესპოდენტებმა:**

1. ნინო წულეისკირი - ასოციაცია ჰერა XXI;
2. მაგდა კოსტავა - MD გლობალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პოლიტიკის მაგისტრი, ასოციაცია ჰერა XXI;

3. ნიკოლოზ მახარაძე - MD ჯანდაცვის პოლიტიკის ეკონომიკის და სამართლის მაგისტრი;
4. სალომე იობაძე - ასოციაცია ჰერა XXI;
5. თამარ უგულავა - UNICEF საქართველო;
6. ლელა ბაქრაძე - UNFPA საქართველო;
7. გიორგი მატარაძე - UNFPA საქართველო;
8. ნატალია ზაქარეიშვილი - UNFPA საქართველო;
9. ლიკა მიქაბერიძე - UNFPA საქართველო;
10. ნინო ლომია - UNFPA საქართველო;
11. ვერა ბაზიარი - დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭოს ტექნიკური მდივანი;
12. ქეთევან გოგინაშვილი - ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტში ჯანდაცვის სამმართველოს უფროსი სპეციალისტი;
13. ლელა შენგელია - დედათა და ბავშვთა სამმართველოს უფროსი, NCDC;
14. მაია კერესელიძე \_ ჯანდაცვის სტატისტიკის სამმართველოს უფროსი \_ NCDC;
15. ლევან კანდელაკი - რეგისტრების ოფისის ხელმძღვანელი \_ დედათა და ბავშვთა რეგისტრი, დედათა და ბავშვთა სამმართველო, NCDC;
16. ცირა მერაბიშვილი - გადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი, NCDC;
17. ქეთი ქელიძე - “თანადგომა”;
18. თენგიზ ასათიანი - საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაცია;
19. შორენა წიკლაური - დემოგრაფიული სტატისტიკის დეპარტამენტის უფროსი, საქსტატი;
20. ვასილ წაქაძე - სოციალური სტატისტიკის დეპარტამენტი, საქსტატი;
21. ანი თომაძე - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი;
22. ეკა კაპანაძე- სოფლის ექიმის კომპონენტის ხელმძღვანელი, საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი;
23. ეკატერინე ფესტვენიძე - დამოუკიდებელი ექსპერტი;
24. მაგდა ნასყიდაშვილი - ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტის უფროსი, სოციალური მომსახურების სააგენტო;
25. ია დავითაია - ნეონატალოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელი;
26. დავით არეშიძე - ჯანდაცვისა და სოც განყოფილების უფროსი, მარნეულის მერია;
27. ეთერ ლაფერაძე - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის ხელმძღვანელი, მარნეული მერია;
28. გულნარა შელია - პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი;
29. მანანა ვარაზაშვილი - ეროვნული სასწავლო გეგმების დეპარტამენტის წარმომადგენელი, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო;
30. რუსუდან თევდორაძე - მასწავლებელთა პროფესიული გადამზადების ცენტრი, საბუნებისმეტყველო მიმართულების ხელმძღვანელი;
31. ზაზა ბოხუა - შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ყოფილი მოადგილე;
32. ია გელენიძე - ა(ა)იპ ექთანთა გაერთიანების თავმჯდომარე;



33. ოლეგ კუზმენკო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტი<sup>1</sup>;
34. მარინა დარახველიძე-საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მეცნიერებების სკოლის ფარმაციის დეპარტამენტის უფროსი და მოწვეული ლექტორი;
35. ნათია ნოლაიდელი - შპს „ჯეო ჰოსპიტალის“ სტრატეგიული განვითარებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
36. თემური პირველაშვილი - „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს“ ყოფილი უფროსი, ქირურგი;
37. დეა ნიჟარაძე - ევექსის ჰოსპიტლების ხარისხის დეპარტამენტის უფროსი.

**რესპოდენტთა მოუცლელობის გამო ვერ შედგა ინტერვიუები შემდეგ დაინტერესებულ პირებთან:**

- ხათუნა ბალდასტანიშვილი - პროფესიული რეგულირების სამმართველოს უფროსი, სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო;
- მარინა ბაიდაური - მთავარი სპეციალისტი, ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი;
- ლელა წონორია - მთავარი სპეციალისტი - პირველადი ჯანდაცვის და სოფლის ექიმების კომპონენტში დაწესებულებების კურატორი, ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტში ჯანდაცვის სამმართველო;
- ეკა ადამია - ჯანდაცვის სამმართველოს უფროსი, ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი;
- ნუკრი კინტრაია - საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატალოგთა ასოციაცია;
- ხათუნა ყუფარაძე - აჭარაში ხელმძღვანელობდა UNICEF-ის მიე განხორციელებულ პილოტურ პროექტს;
- ლევან კობერიძე - საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის თავმჯდომარის ყოფილი მოადგილე;

**3.3.3. მონაცემთა სინთეზი და საბოლოო ანგარიშის მომზადება**

ამ ფაზის მიზანი იყო საწყის და სავსე ფაზებში შეგროვილი მონაცემების დახარისხება და გაანალიზება. ასევე, საბოლოო პასუხის გაცემა შეფასების კითხვებზე, შედეგად, ჩამოყალიბდა დასკვნები და რეკომენდაციები და მომზადდა საბოლოო შეფასების სამუშაო ვერსია.

3.3.3.1. საბოლოო ანგარიშის სამუშაო ვერსიის მომზადების პროცესში გაიმართა სამუშაო შეხვედრები ასოციაცია ჰერა XXI-ის თანამშრომლებთან, რათა მონაცემთა სინთეზის ეტაპზე მომხდარიყო სწორი აქცენტების დასმა, შესაძლო მგრძობიარე საკითხების განხილვა და მნიშვნელოვანი დეტალების დაზუსტება.

<sup>1</sup> შემფასებელი მადლობას უხდის WHO-ს ექსპერტს, ქალბატონ ნინო ბერძულს ოლეგ კუზმენკოსთან ინტერვიუს ორგანიზებაში დახმარებისთვის.

საბოლოო ანგარიშის სამუშაო ვერსიის გაცნობის მიზნით, შეფასების პროცესში ჩართულ რამდენიმე ექსპერტთან ერთად ჩატარდა 3 დღიანი გასვლითი შეხვედრა.

3.3.3.2. შეფასების პროცესში ჩართულმა დარგის ექსპერტებმა, საბოლოო ანგარიშის სამუშაო ვერსიის გაცნობის შემდეგ, საკუთარი მოსაზრებები და შენიშვნები გამოთქვეს დოკუმენტთან დაკავშირებით, როგორც ადგილზე, 3 დღიანი სამუშაო შეხვედრის მიმდინარეობისას, ასევე მოგვიანებით, წერილობითი ფორმით. ექსპერტთა მოსაზრებებმა გააუმჯობესეს დასკვნების სიზუსტე, რეკომენდაციების მიზანშეწონილობა და მნიშვნელოვნად აამაღლეს საბოლოო ანგარიშის ზოგადი ხარისხი. რაც საბოლოო ჯამში აისახება მომდევნო სამოქმედო გეგმის უკეთ შემუშავებაში და გრძელვადიანი სტრატეგიის ეფექტიანად განხორციელებაში.

საბოლოო ანგარიში დამკვეთს მიეწოდა ქართულ და ინგლისურ ენებზე (შეფასების პროცესის სამუშაო ენა იყო ქართული).

### 3.4. საბოლოო ანგარიშის ფორმატი და ძირითადი თავები

დამკვეთისა და შემფასებლის ურთიერთშეთანხმებით შეფასების ანგარიშის სტრუქტურა იმგვარად არის შედგენილი, რომ მაქსიმალურად ორიენტირებული იყოს შედეგზე, გაადვილოს ანგარიშის აღქმა და გახადოს მარტივად გასაგები მკითხველისთვის. აღქმის სიმარტივისთვის, სამოქმედო გეგმაში არსებული ტექსტი გამოყოფილია ლურჯი ფერით.

საბოლოო და შუალედური შედეგების მიღწევა შეფასდა შესაბამისი ინდიკატორ(ებ)ით და ასევე გაანალიზდა თუ რა გავლენა მოახდინა კონკრეტული შუალედური შედეგის მიღწევამ ფართო ამოცანის შესრულებაზე. სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ საქმიანობებთან დაკავშირებით მოცემულია ინფორმაცია ფაქტობრივი მდგომარეობის შესახებ და საფუძვლიანი ანალიზი იმის შესახებ, თუ ამ საქმიანობის რა ნაწილი განხორციელდა კარგად, რა ვერ განხორციელდა და რატომ. საქმიანობების განხორციელების შესაფასებლად ისინი დაიყო ოთხ კატეგორიად:

1. სრულად განხორციელდა;
2. ნაწილობრივ განხორციელდა;
3. ამჟამად ხორციელდება;
4. არ განხორციელდა;

სტრუქტურულად ცალკე ქვეთავის სახით მოხდა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ამოცანების, შუალედური შედეგების, საქმიანობებისა და მათი განხორციელების აღწერა. ხოლო, ცალკე ქვეთავის სახით არის მოცემული საბოლოო და შუალედურ შედეგებთან დაკავშირებული ინდიკატორების შესრულების მარკვენებლები და ანალიზი.

საბოლოო ანგარიშის ფორმატში ცალკე ქვეთავები ეთმობა ისეთ საკითხებს, როგორც არის: სამოქმედო გეგმის შეფასების პროცესში არსებული გამოწვევები(დაბრკოლებები); არსებული სამოქმედო გეგმის რელევანტურობა სტრატეგიით გაწერილი მიზნების შესრულებაში; სამოქმედო გეგმის შედგენაში თანამონაწილეობის ხარისხი, უწყებათაშორისი პასუხისმგებლობის განაწილება, კომუნიკაცია და კოორდინაცია; სამოქმედო გეგმისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის რელევანტურობა, რეალისტურობა და რეალური ხარჯვა;

შეფასების ანგარიშის სტრუქტურა სრულდება შეფასების დასკვნებისა და რეკომენდაციების თავებით.

შეფასების ანგარიშის სამუშაო ვერსიაზე დამკვეთისგან და დარგის ექსპერტებისგან შენიშვნებისა და კომენტარების მიღების შემდეგ, მოხდა მათი გათვალისწინება და მომზადდა შეფასების საბოლოო ანგარიში.





## 4. შეფასების ფაქტები და მიზნები

### 4.1. სამოქმედო გეგმის შეფასების პროცესში არსებული გამოწვევები (დაბრკოლებები);

სამოქმედო გეგმის შეფასების პროცესი რიგი შემაფერხებელი გარემოებების ფონზე მიმდინარეობდა.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს, ჯანდაცვის სამინისტროს რიგი სტრუქტურული ერთეულების წარმომადგენელთა არაკეთილგანწყობილი და არაკოლეგიალური დამოკიდებულება შეფასების იდეისა და მიზნების მიმართ, რაც ძირითადად იმით იყო განპირობებული, რომ შეფასების პროცესი სამოქალაქო სექტორის წარმომადგენელი ორგანიზაციის მიერ იყო ინიცირებული. ამ მხრივ გამოსარჩევია ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტში ჯანდაცვის სამმართველოს ზოგიერთი წარმომადგენელი, რომლებთან გასაუბრებაც, მრავალი მცდელობის მიუხედავად ვერ მოხერხდა. გარდა ამისა, დამატებითი ინფორმაციის წერილობითი გამოთხოვის პასუხად, ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის უფროსისგან შემფასებელმა შემდეგი პასუხი მიიღო: „პოლიტიკის დეპარტამენტის თანამშრომლებისგან სამუშაო ვიზიტის ფარგლებში, პირადი შეხვედრებისას, თითოეულ საკითხთან დაკავშირებით, მოგეწოდათ ამომწურავი ინფორმაცია“.

მრავალი მცდელობის მიუხედავად, შემფასებელმა ვერ მოახერხა გასაუბრება სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს წარმომადგენლებთან. ხოლო, ინფორმაციის გამოთხოვის წერილობით თხოვნაზე მრავალი თვის მანძილზე პასუხი არ მიუღია.

კურობულ შემთხვევას ჰქონდა ადგილი უწყვეტი სამედიცინო განათლების საკითხებთან დაკავშირებით პასუხისმგებელ პირთან შეხვედრის მცდელობისას, როდესაც ერთ-ერთმა წარმომადგენელმა შემფასებელს შეხვედრაზე უარი იმ მოტივით უთხრა, რომ მას არ იცნობდა და შიშობდა, რომ მისი სიტყვები შეფასების ანგარიშში შეცვლილი სახით შევიდოდა, რადგან უკვე ჰქონდა ჟურნალისტებთან ნეგატიური გამოცდილება.

ზოგადად, შეფასების პროცესში გამოიკვეთა ჯანდაცვის სამინისტროში ინსტიტუციური მეხსიერების უწყვეტობის პრობლემა, რის გამოც ცალკეული პიროვნებების სისტემიდან წასვლის შემდეგ საფრთხის ქვეშ დგება სტრუქტურული ერთეულების ეფექტური ფუნქციონირება;

შემაფერხებელ გარემოებებს შორის უნდა აღინიშნოს კოვიდ 19-ის პანდემიასთან დაკავშირებული მდგომარეობა და გაზრდილი სამუშაო დატვირთვა ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებისთვის. ეს შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ერთ-ერთი ობიექტური გარემოება, რის გამოც მათ ვერ მოახერხეს შემფასებელთან შეხვედრა.

გარდა ამისა, შეფასების პროცესი მნიშვნელოვნად გახანგრძლივდა სავსე სამუშაოების დაგეგმილ ვადებში განუხორციელებლობის გამო. ამის მიზეზი კი ის არის, რომ ივლისისა და აგვისტოს თვეებში სასურველი რესპოდენტების დიდი ნაწილი შვებულებაში იმყოფებოდა. შემფასებელი იმედოვნებდა, რომ ელექტრონული კომუნიკაციის საშუალებით მაინც მოხერხდებოდა დროულად ინტერვიუების

ჩატარება, მაგრამ ინტერვიუების ნაწილი არასრულფასოვნად წარიმართა, რადგან შეფასების კითხვებზე ამომწურავი პასუხების გასაცემად რესპოდენტებს ესაჭიროებოდა სრული წვდომა დოკუმენტებზე. შესაბამისად, რიგ შემთხვევებში განშეორებითი ინტერვიუები დაიგეგმა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) წარმომადგენელთა განსაკუთრებით თანამშრომლობითი დამოკიდებულება, რომლებიც მაღალი პასუხისმგებლობით მოეკიდნენ შეფასების პროცესში მონაწილეობას.

შეფასების პროცესი გარკვეულწილად გაართულა თავად სამოქმედო გეგმის სტრუქტურის გაუმართაობამ. კერძოდ, ზოგიერთ შემთხვევაში შინაარსობრივად მსგავსი საქმიანობები სხვადასხვა შუალედური შედეგების და ამოცანების შემადგენლობაში გვხვდება. ასევე, მკაფიო კორელაცია არ არის ზოგიერთი ამოცანისა და შესაბამისი შუალედური შედეგების ინდიკატორებს შორის.

#### 4.2 რამდენად რელევანტური იყო არსებული სამოქმედო გეგმა და რამდენად უპასუხა სტრატეგიით განხორციელებული მიზნების შესრულებას

სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შედგენაში ტექნიკური დახმარება განია UNFPA-იმ და შეეცადა, რომ პროცესი მაქსიმალურად ინტეგრირებული, ხოლო სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა ერთმანეთთან შესაბამისობაში ყოფილიყო. ასევე, სტრატეგიაც და სამოქმედო გეგმაც კოორდინაციაში ყოფილიყო გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნებსა და ეროვნულ პრიორიტეტებთან.

დაინტერესებული პირების თანახმად, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სტრატეგიის შექმნის ისტორია 90-იანების ბოლოს იწყება, როდესაც მსოფლიო ბანკის დახმარებით პირველი პროექტი შეიქმნა, სადაც საკმაოდ დეტალურად იყო გაწერილი რეგიონალიზაციის გეგმა. თუმცა, ამ რეფორმის განსახორციელებლად საჭირო პოლიტიკურ ნება და გავლენა დიდი ხნის განმავლობაში ჯანდაცვის მინისტრებს არ აღმოაჩნდათ.

შემდეგ, 2008-2009 წლებში ეს გეგმა გადაიხედა, მცირე შესწორებები შევიდა და სწორედ ის შეიძლება ჩაითვალოს ამჟამინდელი გეგმის წინამორბედად.

პირველ ეტაპზე, ჩაფიქრებული იყო, რომ სტრატეგიის ამჟამინდელ დოკუმენტს მხოლოდ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები უნდა დაეფარა (კონტრაცეფცია, ოჯახის დაგეგმარება ანუ ორსულობამდე საკითხები) და სწორედ ამ ინიციატივით მივიდა UNFPA ჯანდაცვის სამინისტროში. სამინისტროს შეთავაზება იყო, რომ სტრატეგიულ გეგმაში ორსულობის და მშობიარობის ეტაპებიც შესულიყო, რადგან თვლიდა, რომ ამ კუთხით განსაკუთრებული პრობლემები არსებობდა და შესაბამისად, დოკუმენტი გაფართოვდა.

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების მოსაზრების თანახმად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპონენტი დედათა და ახალშობილთა სტრატეგიაში შეგნებულად ინტეგრირდა, რადგან რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ღიად საუბრისთვის არც საზოგადოება იყო მზად და არც სახელმწიფო. შესაბამისად, ამგვარი ტაქტიკა ეფექტურად იქნა მიჩნეული. ჯანდაცვის სამინისტროში იმედოვნებენ, რომ 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS)



შედეგები<sup>2</sup> დაარწმუნებენ შესაბამის გადაწყვეტილების მიმღებებს, რომ ეს პასუხისმგებლობა სახელმწიფომ საკუთარ თავზე აიღოს.

მაგრამ ისე გამოვიდა, რომ სტრატეგიამ მოიცვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის საკითხები და დასრულდა ბავშვის დაბადების მომენტისთვის. თავიდან სტრატეგიას დაერქვა „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგია“, თუმცა, UNICEF-ის მოთხოვნით სათაურში „ბავშვი“ შეიცვალა „ახალშობილით“, რადგან ერთის მხრივ სახელმწიფო ვალდებულებას იღებს ბავშვის 5 წლამდე განვითარებაზე და მეორე მხრივ, სტრატეგიაში არაფერია ნათქვამი თუ რა სერვისები იქნება ხელმისაწვდომი ახალშობილისთვის სამშობიაროს დატოვების შემდეგ.

თუმცა, სახელის შეცვლით პრობლემა არ ამოწურულა, რადგან ახალშობილთა პერიოდი 28 დღემდე გრძელდება და ეს არის ყველაზე კრიტიკული პერიოდი.

ჯანდაცვის სამინისტროს ზოგიერთი წარმომადგენელი თვლის, რომ სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის ახალშობილის სტადიაზე შეჩერება ამ ეტაპისთვის ოპტიმალური გამოსავალი იყო, რადგან თუ ეს გეგმები ბავშვს 5 წლამდე გაყვებოდა, ეს მათ უფრო მულტი კომპონენტიანს გახდიდა და სხვა სამინისტროების ჩართვასაც მოითხოვდა, მაგალითად, განათლების სამინისტრო (ბაღები), სოფლის მეურნეობის სამინისტრო (საკვები) და სხვ. მოკლედ, იყო მთელი რიგი მოუწესრიგებელი და შეუთანხმებელი საკითხები სხვა სამინისტროებთან დაკავშირებით, რომლებზეც შეთანხმება დაგეგმვის პროცესს გააჭიანურებდა და თავად სტრატეგიას და სამოქმედო გეგმებს იმდენად კომპლექსურს გახდიდა, რომ მართვა გაჭირდებოდა.

ზოგადად, დაინტერესებული პირების ნაწილი გვიან ჩაერთო სტრატეგიის შექმნაში, რადგან ფიქრობდნენ, რომ სტრატეგია მხოლოდ რეპროდუქციული ჯანმრთელობას ეხებოდა.

UNICEF-ის კოორდინირებით, ამ ეტაპზე იგეგმება მუშაობის დაწყება ისეთ სტრატეგიულ დოკუმენტზე, რომელიც მოიცავს ბავშვის ჯანმრთელობას 0-დან 5 წლამდე. ამ შემთხვევაში, ბუნებრივია არსებული სტრატეგიის დუბლირება მოხდება სამშობიაროში ყოფნის პერიოდის ნაწილში.

ამიტომ, არსებობს ისეთი მოსაზრებაც, რომ ახალი სტრატეგია აღარ შეიქმნას და არსებულში ინტეგრირდეს 5 წლამდე ბავშვისთვის საჭირო სერვისების აღწერა.

ექსპერტთა ნაწილი თვლის, რომ სამოქმედო გეგმის სათაურიც არასწორია და უნდა იყოს არა „დედათა“ არამედ „ქალთა“, ანუ რეალურად სამოქმედო გეგმა ფარავს არა მხოლოდ დედებს, არამედ ქალებს დედობამდე. გასათვალისწინებელია, ასევე ქალ ბენეფიციართა ის სეგმენტი, რომელიც გარკვეულ ეტაპამდე დედობას არ აპირებს ან სულაც დედა შეიძლება არც გახდეს (მაგალითად, სექსუალური უმცირესობების წარმომადგენლები);

ზოგადად, დაინტერესებული პირების უმრავლესობა თავად სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმის არსებობის ფაქტს დადებითად აფასებს და თვლიან, რომ ბევრი აქტუალური საკითხის გათვალისწინება მოხდა.

<sup>2</sup> კვლევამ აჩვენა დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა კონტრაცეპტივებზე. კვლევის ანგარიშის იხილეთ: <https://georgia.unfpa.org/en/publications/sexual-and-reproductive-health-georgia>

თუმცა, სამოქმედო გეგმის ნაკლოვან მხარედ ითვლება ის, რომ მან ხელი არ შეუწყო მიზნობრივი ჯგუფების კონტრაცეპტივებით მომარაგებას, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, რომ ამ საკითხში დონორების როლის შემცირების გამო, მწვავე საჭიროება და დეფიციტი არსებობს. ამიტომ, სასურველი იქნებოდა, რომ სტრატეგიას სახელმწიფოსთვის უფრო მკაფიოდ დაევალებულინა ამ საკითხში პასუხისმგებლობის აღება. თუმცა, შესაძლებელია, რომ სტრატეგიაში და მომავალ სამოქმედო გეგმაში შესაბამისი ცვლილებები შევიდეს.

დაინტერესებულ პირებს არსებული სამოქმედო გეგმის დიდ ხარვეზად მიაჩნიათ ის, რომ ის არასათანადოდ ფარავს პოსტ-ნატალურ პერიოდს, რადგან მშობიარობის შემდეგ დედისა და ბავშვის მეთვალყურეობის თვალსაზრისით დიდი პრობლემები რჩება. პროცესი უაღრესად არაორგანიზებულია და ამ ეტაპს დედა და ბავშვი სწორად გაივლის თუ არა, შემთხვევით ფაქტორებზე დამოკიდებული, მაგალითად, დედის ცოდნის დონე, რომელ ექიმთან დადის და ა.შ;

მართალია, სამოქმედო გეგმას ახლავს ინდიკატორები, რომლებიც მეტ-ნაკლებად რეალისტურია და მათში გაწერილი სამიზნე მაჩვენებლები ძირითადად შეთანხმებულია მათ შესრულებაზე პასუხისმგებელ პირებთან, მაგრამ სამოქმედო გეგმას არ ახლავს არც დეტალურად გაწერილი მონიტორინგის გეგმა და არც პასუხისმგებლობებია მკაფიოდ განსაზღვრული სხვადასხვა მონაწილე მხარეებს შორის. ამის ნაცვლად, ზოგადად იგულისხმება, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო ზედამხედველობას გაუწევს და პასუხს მოთხოვს ყველა ჩართულ მხარეს.

აღსანიშნავია, რომ 2020 წლის გაზაფხულზე ჯანდაცვის სამინისტრომ თხოვნით მიმართა UNFPA-ის, რათა დახმარება გაეწიათ ახალი სამოქმედო გეგმის შედგენაში. შესაბამისად, ივნისის თვეში ახალი სამოქმედო გეგმის შესადგენად მუშაობა დაიწყო UNFPA-ის მიერ აყვანილმა კონსულტანტმა. პირველ ეტაპზე, კონსულტანტის სამუშაოს აღწერილობაში შევიდა არსებული სამოქმედო გეგმის შეფასება ე.წ. სწრაფი შეფასების მეთოდით (Rapid Assessment), ხოლო ახალი სამოქმედო გეგმის პროექტის დასრულება იგეგმებოდა 2020 წლის ბოლომდე, რის შემდეგაც გეგმის პროექტი დასამტკიცებლად მთავრობას გადაეგზავნება.

#### 4.3. სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმების შემუშავების პროცესში თანამონაწილეობის ხარისხი და უწყებათაშორისი პასუხისმგებლობის განაწილება, კომუნიკაცია და კოორდინაცია;

სამოქმედო გეგმის შემუშავებას ტექნიკურ დახმარებას UNFPA უწევდა და ცდილობდა, რომ პროცესი მაქსიმალურად თანამონაწილეობითი ყოფილიყო. სამოქმედო გეგმის დამტკიცებამდე რამდენიმე თვით ადრე გაიმართა 2 დღიანი ვორკშოფი, სადაც ჯანდაცვის მინისტრის მოადგილემ (გეგმის შედგენის კოორდინატორი) დარგის ექსპერტებსა და სამოქალაქო სექტორის წარმომადგენლებს წარუდგინა გეგმის მონახაზი. ვორკშოპის მიმდინარეობისას შეიქმნა სამუშაო ჯგუფები და გაიმართა



თემატური დისკუსიები. სამუშაო ჯგუფებს მიერ შედგენილი მონახაზები გაეგზავნათ მონაწილეებს კომენტარებისთვის, რომელთა ინტეგრირებაც მოხდა სამოქმედო გეგმის საბოლოო ვერსიაში. სამოქმედო გეგმის შემუშავების პროცესში აქტიურად იყვნენ ჩართული ისეთი თემატური არასამთავრობო ორგანიზაციები, როგორც არის მაგალითად „ასოციაცია ჰერა XXI“ და „თანადგომა“.

მიუხედავად ამისა, დარგის ზოგიერთი ექსპერტი და პროფესიული ასოციაციის წარმომადგენელი მიიჩნევს, რომ სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავების პროცესში დაინტერესებული პირების თანამონაწილეობა არათანაბრად გადანაწილდა. მაგალითად, ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა სტრუქტურული ერთეულის წარმომადგენლებმა განაცხადეს, რომ ისინი სტრატეგიის შემუშავების სამუშაო პროცესში მხოლოდ დასკვნით ეტაპზე ჩაერთვნენ.

სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესში უფრო მეტად მოხდა პროფესიული ასოციაციების ჩართვა. მაგალითად, პერინატალური რეგიონალიზაციის დაგეგმვაში მენ-გინეკოლოგთა ასოციაცია მონაწილეობდა სხვადასხვა შეხვედრებში და ჰქონდა რიგი შენიშვნები, რომელთა გათვალისწინებაც ფაქტიურად არ მოხდა, მაგალითად ის, რომ ამდენი მესამე დონის დაწესებულებები საჭირო არ არის.

როგორც ზევით აღინიშნა, სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შედგენის პროცესში ტექნიკური დახმარების მომწოდებლის როლი ჰქონდა UNFPA-ის, ხოლო გეგმების განხორციელებაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს და კონკრეტულად, ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტს, როგორც ამ საბჭოს სამდივნოს.

განხორციელების პროცესში მონაწილეობდნენ ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულები, პროფესიული ასოციაციები და თემატური არასამთავრობო ორგანიზაციები. ჯანდაცვის სისტემის ზოგიერთი სტრუქტურული დანაყოფი თვლის, რომ დღევანდელი გადასახედიდან, სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ზოგიერთი საქმიანობის განხორციელება გაწერილ დროით მონაკვეთში, სავარაუდოდ, არარეალისტური იყო და აღემატებოდა მათი უწყების შესაძლებლობებს. მაგრამ, იმ ეტაპზე ამ ხარვეზების თავიდან აცილება ვერ მოხერხდა.

აღსანიშნავია, რომ სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების ჩართვა სამოქმედო გეგმის შემუშავების პროცესში უფრო მეტად იყო უზრუნველყოფილი, ვიდრე მის განხორციელებაში. ამავე დროს, პროფესიული ასოციაციების შემთხვევაში, შეიძლება ითქვას, რომ პირიქით მოხდა ანუ სტრატეგიული და სამოქმედო გეგმების შემუშავების პროცესისგან განსხვავებით, სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში უფრო აქტიურად იყვნენ ჩართული, განსაკუთრებით სოპ-ების, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შექმნაში.

გახორციელების პროცესს აქტიურ ტექნიკურ და ფინანსურ მხარდაჭერას უწევდა რამდენიმე საერთაშორისო ორგანიზაცია, მათ შორის აღსანიშნავია UNFPA და UNICEF.

#### 4.4. სამოქმედო გეგმისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის რელევანტურობა, რეალისტურობა და რეალური ხარჯვა

სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ბევრი საქმიანობისთვის გარანტირებული ფინანსები არ იყო. იგეგმებოდა დაფინანსების მოძიება. მაგალითად, სამინისტროს

იმედოვნებდა, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მოიზიდავდა თანხებს, ხოლო დონორი ორგანიზაციები კი სხვადასხვა ფონდებიდან. თუმცა, არ არსებობდა რესურსების მობილიზაციის განვლილი სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. ამის გამო, ზოგიერთი საქმიანობა საერთოდ არ დაწყებულა და უცნობია დაიწყება თუ არა. ზოგიერთი ცოტა მოგვიანებით დაიწყო და ჯერ არ დასრულებულა. ხოლო, რამდენიმე საქმიანობის დაწყება უახლოეს პერიოდში იგეგმება.

ზოგადად, სამოქმედო გეგმის ფინანსურ ნაწილში არაზუსტი ინფორმაცია არის მოცემული, სადაც წერია, რომ:

„2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის ღონისძიებების დაფინანსებისათვის საჭირო თანხის მოცულობა შეადგენს 28,123,440 ლარს (დეტალური ინფორმაცია იხილეთ ქვეთავში 8.8.). სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრებით მოხდება პრიორიტეტული მიმართულებების 82%-ის დაფინანსება, რაც შეადგენს 23,158,225 ლარს სამი წლის განმავლობაში. დონორი ორგანიზაციების მიერ გამოყოფილი თანხებით იფარება საჭიროებათა მხოლოდ 8%. სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად საჭირო დეფიციტი 10%-ია და 2017-2019 წლებში სულ 2,676,000 ლარს წარმოადგენს.“. რეალურად, დეფიციტი იყო გაცილებით მეტი, ვიდრე 10 %, რადგან ამ თანხის დიდი ნაწილი მოსაძიებელი იყო და ზოგიერთ შემთხვევაში მხოლოდ მესამე წელს იქნა მოძიებული, ზოგიერთში კი საერთოდ ვერ იქნა მოძიებული;

## 5. სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ამოცანები, შუალედური შედეგები, საქმიანობები და მათი განხორციელების აღწერა<sup>3</sup>

სამართლიანობისთვის უნდა აღინიშნოს, რომ სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ზოგიერთი საქმიანობის განხორციელების ვადები ვრცელდებოდა 2020 წელზე. შესაბამისად, კოვიდ 19-ის პანდემიამ მნიშვნელოვნად შეაფერხა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული საქმიანობების განხორციელება.

ამოცანა 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და მათი საჭიროებების შესაბამის ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებაზე და გაფართოვდა ამ მომსახურებების გამოყენება.

*1.1. ჩამოყალიბებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის ეროვნული სტრატეგიის დანერგვისათვის საჭირო გარემოს ხელშეწყობი მექანიზმები*

*1.1.1. 2017-2030 წლების დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის და 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცება.*

გარკვეული ხარვეზების მიუხედავად, საყოველთაო მოსაზრებით, არსებული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის დამტკიცება, ერთმნიშვნელოვნად წინგადადგმული ნაბიჯია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიმართულებით.

*1.1.1. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.*

*1.1.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმისთვის ტექნიკური დახმარების, რესურსებით ხელშეწყობისა და სოციალური თანადგომის მოპოვების მიზნით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ადვოკატირების ინსტრუმენტების შემუშავება და გამოყენება პარლამენტის წევრებისთვის, ცენტრალური და ადგილობრივი ხელისუფლებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის.*

სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენლები რამდენჯერმე შეხვდნენ პარლამენტის ჯანდაცვის კომიტეტის წევრებს. ასეთი სახის ადვოკატირების ერთ-ერთ შედეგად უნდა ჩაითვალოს, მაგალითად ანტენატალური პროგრამის ბიუჯეტი თითქმის 3-ჯერ გაზრდა.

პერინატალური რეგიონალიზაციის პილოტირების, ხოლო შემდეგ დანერგვის კვალდაკვალ ხორციელდებოდა გასვლითი ღონისძიებები და შეხვედრები (მათ შორის, მინისტრის მოადგილეების დონეზე) ადგილობრივი თვითმმართველობების

<sup>3</sup> აღქმის სიმარტივისთვის, სამოქმედო გეგმაში არსებული ტექსტი გამოყოფილია ლურჯი ფერით.



ხელმძღვანელ პირებთან (აჭარის ა/რ ჯანდაცვის მინისტრი, გუბერნატორები, მერები, მათი მოადგილეები).

ამ საქმიანობის ფარგლებში შემუშავებულ ადვოკატირების ინსტრუმენტებს უნდა მივაკუთვნოთ აღნიშნულ პერიოდში ჩატარებული რამდენიმე კვლევა და შეფასება. მათგან, განსაკუთრებით გამოსაყოფია 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS-2018)<sup>4</sup>, რომლის შედეგების გამოყენებაც შესაძლებელი იყო სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის ადვოკატირების მიზნებისთვის;

ასევე აღსანიშნავია, გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) და სახალხო დამცველის თანამშრომლობით მომზადებული 3 ანგარიში:

- „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ქრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ - მომზადდა 2017 წელს, გამოქვეყნდა - 2018 წელს;
- „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება“ - მომზადდა გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობისთვის“ ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია შვედეთის მთავრობის მიერ. შეფასება განხორციელდა 2018 წელს, გამოქვეყნდა - 2019 წელს;
- „ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის მდგომარეობა ფსიქიატრიულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში“ - მომზადდა 2019 წელს, გამოქვეყნდა - 2020 წელს.

ასევე შეიქმნა ორი პოლიტიკის მიმოხილვა (Policy Brief): (1) ინვესტიცია ოჯახის დაგეგმვაში - ოჯახის ჰარმონიულობისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით; და, (2) საქართველოში კონტრაცეფციის საშუალებების უფასო მიწოდებასთან დაკავშირებული ხარჯების ანალიზი. ისინი დაეგზავნა როგორც პარლამენტის დარგობრივ კომიტეტს, ასევე ჯანდაცვის სამინისტროს ხელმძღვანელობას.

### 1.1.2 საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

### 1.1.3. დედათა და ბავშვთა დაცვისა და მათი უფლებების მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩოს გადახედვა.

ყველა ძირითადი დაინტერესებული პირი (ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი, დარგის ექსპერტები და საერთაშორისო ორგანიზაციები) თანხმდება,

<sup>4</sup> მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, მიქსი საქართველო 2018, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახურმა გლობალური მიქსის პროგრამის ფარგლებში ჩაატარა 2018 წელს გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) და 11 სხვადასხვა დონორის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS-2018) მონაცემებზე დაყრდნობით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით მომზადდა კვლევის მონაცემების სიდრმისეული ანალიზი: [https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MICS%20report\\_GEO.pdf](https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MICS%20report_GEO.pdf)



რომ ნორმატიული ბაზის თვალსაზრისით საქართველოში დიდი ხარვეზები არ არის და შესაბამისად, სამოქმედო გეგმის მიმდინარეობისას საკანონმდებლო დონეზე სამართლებრივ ბაზაში რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ შესულა.

კანონქვემდებარე აქტების დონეზე გარკვეული პოზიტიური ცვლილებები განხორციელდა, რომლებმაც უზრუნველყვეს, მაგალითად პერინატალური რეგიონალიზაცია<sup>5</sup> და სელექტიური კონტრაქტირება. აღნიშნული პროცესი დასრულდა 2017 წლის ბოლოს. შესაბამისად, 2018 წლის 1 იანვრიდან პერინატალური სერვისის მიწოდება შესაძლებელია მხოლოდ იმ დაწესებულებების მიერ, რომელთაც გააჩნიათ პერინატალური მოვლის განსაზღვრული დონე და სათანადო ნებართვა. აღნიშნულის იმპლემენტაციის მიზნით „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში შევიდა სათანადო ცვლილება და ახალი რედაქციით ჩამოყალიბდა სამედიცინო-ნეონატალური სერვისის სანებართვო პირობები (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №56 – 03.02.2017).

2017 წლამდე სტაციონარული დაწესებულების სანებართვო პირობებით განსაზღვრული არ იყო ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისისადმი (NICU) წაყენებული მოთხოვნები, მაშინ, როცა ხსენებული სერვისის მიწოდება ხასიათდება მნიშვნელოვანი სპეციფიკით. აღნიშნულიდან გამომდინარე, საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და დარგის ექსპერტების მოსაზრებების გათვალისწინებით, მართებულად ჩაითვა, განსაზღვრულიყო ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) მიმწოდებელი დაწესებულებების სანებართვო პირობები. ამავ დროს, მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული, ახალშობილთა ინტენსიური მოვლის სერვისის (NICU) მიმწოდებლებისათვის გონივრული ვადის მიცემა (2018 წლის 1 იანვრამდე) ახალ მოთხოვნებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფისათვის. ყოველივე ზემოხსენებული დარეგულირდა „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის №385 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“ მთავრობის 2017 წლის 3 თებერვლის №56 დადგენილებით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, 2017 წლის აპრილიდან დაიწყო სამედიცინო პერინატალური სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირების პროცესი სამედიცინო სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებით („საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“

<sup>5</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-2/6 (2015 წლის 15 იანვარი) „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ იხილეთ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2673636?publication=0>



საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 22 თებერვლის №102 დადგენილება), კერძოდ, თვითმმართველ ქალაქებში – ქ. თბილისში, ქ. ბათუმში, ქ. ქუთაისში სამეანო-ნეონატალური სერვისის მიწოდებლად განისაზღვრენ ის დაწესებულებები, რომელთაც მინიჭებული აქვს პერინატალური მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე ან პერინატალური მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე და რომლის საანგარიშგებო წლის წინა წლის განმავლობაში გატარებული მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის საერთო რაოდენობა 500-ზე მეტია. კონტრაქტი ამავედროულად, ითვალისწინებს ხარისხის შეფასების ინდიკატორების მიხედვით ინფორმაციის რუტინულ მოწოდებას და მონიტორინგის სისტემის გაუმჯობესებას. ასევე, არსებით მიღწევად შეიძლება ჩაითვალოს სამართლებრივი ცვლილებები, რომლებიც ხელს უწყობს საყოველთაო ვაქცინაციას და ახალშობილთა სმენის სკრინინგს.

ასევე აღსანიშნავია, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2019 წლის 3 იანვრის ბრძანება (N01-1/6)<sup>6</sup> „ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემის (EHR) ფუნქციონირებისა და წარმოების წესის განსაზღვრის შესახებ“.

განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ცვლილება სამართლებრივ ბაზაში, რომლის საფუძველზეც სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა 4-დან გაიზარდა 8-მდე<sup>7</sup> და სრულ შესაბამისობაში მოვიდა 2015 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ გაიდლაინთან.

ამასთანავე, არსებობს რიგი საკანონმდებლო ხარვეზებისა, რომლებიც ამ სამოქმედო გეგმის მიმდინარეობისას არ გამოსწორებულა. კერძოდ, კანონმდებლობის მიხედვით საქართველოში, ექიმის მიერ ერთჯერადად მოპოვებული სახელმწიფო სერთიფიკატი უკიდოდ რჩება ძალაში, ანუ კანონი არ მოითხოვს რე-სერტიფიცირებას. ამდენად, ექიმის ჩართვა უწყვეტ სამედიცინო განათლებაში არის ნებაყოფლობითი. სწორედ პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის სისტემის მარეგულირებელ კანონმდებლობაში ინტეგრირებით დაიწყო უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო სისტემის ხელახალი დანერგვა საქართველოში, რომელიც 2008 წელს გაუქმდა. კერძოდ, 2018 წლიდან უსვ სისტემაში მონაწილეობა სავალდებულოა მეან-გინეკოლოგებისა და ნეონატალოგებისათვის (ამ ეტაპზე წელიწადში 30 კრედიტ-ქულა (ნეონატალოგებისათვის 2021 წლამდე - 20 კრედიტ ქულა)), 2021 წლიდან კი აღნიშნული ვალდებულება ვრცელდება პერინატალურ სერვისებში ჩართულ რადიოლოგებსა და ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებზეც. ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით, სამედიცინო პროფესიის ერთდროულად ყველა წარმომადგენლის მიმართ მსგავსი მოთხოვნის დაყენებამ, შეიძლება ადამიანური რესურსების კუთხით დეფიციტი შექმნას და სისტემის კოლაფსიც კი გამოიწვიოს.

<sup>6</sup> <https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2018/Failebi/04.01.2019.PDF>

<sup>7</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტოს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში შესული ცვლილებების საფუძველზე, ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტის ფარგლებში, 2018 წლის 1 თებერვლიდან დარეგისტრირებული ორსულებისათვის, ნაცვლად 4-სა იფარება 8 ანტენატალური ვიზიტი (სახელმწიფო პროგრამები მტკიცდება მთავრობის დადგენილებით).

წლიურად 30 კრედიტის სავალდებულო მოთხოვნა ჯერ მხოლოდ მეან-გინეკოლოგებზე ვრცელდება და 2021 წლის დასაწყისიდან ნეონატალოგებზეც გავრცელდება. 2021 წლისთვის იგეგმება იგივე მოთხოვნის გავრცელება რადიოლოგებზე. დიდ პრობლემად რჩება უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროცესში საშუალო სამედიცინო პერსონალის ჩართვა, რომელთაც დიდი როლი აკისრიათ გესტაციური პერიოდის მართვაში.

სამედიცინო დაწესებულებებს არ აქვთ ვალდებულება, რომ მხედველობის, სმენის და მეტყველების უნარის არმქონე პაციენტებისათვის პროფესიული თარჯიმნის მომსახურება უზრუნველყოს. შესაბამისად, ამ ჯგუფებს ხელი ძნელად მიუწვდებათ რეპროდუქციული და სხვა სამედიცინო სერვისებზე; იგივე მდგომარეობაა ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული რეგიონების სამედიცინო კლინიკებში, ენობრივი ბარიერის თვალსაზრისით.

ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების მარეგულირებელი კანონმდებლობით განსაზღვრულია ვალდებულება შიდა პერიმეტრის შესაბამისობის თაობაზე (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უსაფრთხო გადაადგილებისათვის პირობების უზრუნველყოფა), ასევე, არსებობს ადმინისტრირების მკაცრი ბერკეტები. მიუხედავად ამისა, პრობლემად რჩება ის, რომ ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებების მხოლოდ შესასვლელი არის ადაპტირებული შშმ პირებისთვის, ხოლო სამედიცინო დაწესებულების შიდა პერიმეტრით, გინეკოლოგიური კაბინეტითა და გინეკოლოგიური სავარძლებით სარგებლობა ძალიან უჭირთ ეტლით მოსარგებლე ან სხვაგვარი ფიზიკური შესაძლებლობის შეზღუდვის მქონე ქალებს;

რეგიონში, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები ქალებისათვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება (მაგალითად, გამოკვლევები) და ამისათვის, ისინი ქალაქში ჩადიან სერვისების მისაღებად. ამ შემთხვევაში, პრობლემად რჩება სერვისის მოხმარებასთან დაკავშირებული არაპირდაპირი ხარჯები, რაც თავისთავად ამცირებს როგორც გეოგრაფიულ, ისე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. „ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი“ (ორგანული კანონი) არანაირ ვალდებულებას/როლს არ აკისრებს ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მიმართულებით და ზოგადად, საკანონმდებლო დონეზე განსაზღვრული არ არის ამ კუთხით თვითმმართველობასა და ცენტრალურ ხელისუფლებას შორის თანამშრომლობის პლატფორმა;

საკანონმდებლო დონეზე მოუგვარებელ პრობლემად რჩება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ახალი ტექნოლოგიების შესახებ კანონი. არსებობს საერთაშორისო ექსპერტების ჩართულობით მომზადებული რამდენიმე კანონპროექტი (რამდენიმე დრაფტი), მაგრამ ვერც ერთი ჯერჯერობით პარლამენტის დღის წესრიგში ვერ მოხვდა.

სამართლებრივ პრობლემად რჩება სუროგაციის რეგულირება. 2017 წელს, საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტს, განსახილველად გადაეცა ასოციაცია „ჰერა XXI -ის“ მიერ წარმოდგენილი საკანონმდებლო წინადადება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ (N15516; 21.07.17). საკითხის საკომიტეტო განხილვამდე, წინადადება, სამართლებრივი შეფასებისა და საკანონმდებლო



მიზანშეწონილობის განსაზღვრის მიზნით, გადაგზავნილი იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისა და საქართველოს იუსტიციის სამინისტროებსა და ბიოეთიკის ეროვნულ საბჭოში. საკანონმდებლო წინადადება მიზნად ისახავდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის მიზნით, ხელოვნური ჩასახვის თანამედროვე ტექნოლოგიების, სუროგაციისა და მასთან დაკავშირებულ სამართლებრივ მარეგულირებელ ნორმებში ცვლილებების შეტანას.

წარმოდგენილ საკანონმდებლო წინადადებასთან დაკავშირებით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ თავის პასუხში აღნიშნა, რომ წარმოდგენილი კანონპროექტი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს გარდა, მიზნად ისახავს მთელი რიგი ისეთი საკითხების სამართლებრივ მოწესრიგებას (მ.შ. სუროგაციაში მონაწილე მხარეთა უფლება-მოვალეობები და ვალდებულებები, სუროგაციის შესახებ ხელშეკრულების ნოტარიულად გაფორმების აუცილებლობა და სხვ.), რომელთა დარეგულირებაც, თავისი არსით, არ განეკუთვნება „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის უფლებამოსილებას. ამდენად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ კანონპროექტის ამ სახით ინიცირებას მხარი არ დაუჭირა.

ბიოეთიკის ეროვნული საბჭომ მიიჩნია, რომ სუროგატული დედობის ინსტიტუტი ადამიანის ღირსების შემლახავ პრაქტიკად უნდა ჩაითვალოს, რადგან „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ ევროპის საბჭოს კონვენციის მუხლი 1-ის მიხედვით „კონვენციის მონაწილე მხარეებმა უნდა დაიცვან თითოეული ადამიანის ღირსება და ინდივიდუალობა, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე უზრუნველყონ მათი ხელშეუხებლობა და სხვა უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები ბიოლოგიასა და მედიცინაში“. ასევე, ბიოეთიკის ეროვნული საბჭო მიიჩნევს, რომ სუროგატული დედობა საზიანოა ჯანმრთელობისთვის, ამ უკანასკნელის ფართო, ბიოფსიქოსოციალური გაგებით. სუროგაციის საკითხის მოგვარების ერთადერთ სწორ გზად საბჭოს მისი სრული აკრძალვა ესახება.

საქართველოს იუსტიციის სამინისტროსთვის წარდგენილ კანონპროექტში განსაკუთრებით მიუღებელი აღმოჩნდა ემბრიონის სხვა წყვილისთვის გადაცემის შესაძლებლობა, რომლის დროსაც, არცერთ პოტენციურ მშობელს სუროგაციის გზით დაბადებულ ბავშვთან გენეტიკური კავშირი არ ექნება. სამინისტროს პოზიციით, ამგვარი მიდგომა საფრთხეს შეუქმნის საქართველოს კონსტიტუციით გარანტირებულ ოჯახის კეთილდღეობას და გაზრდის სუროგაციის გზით დაბადებული ბავშვის ტრეფიკინგის რისკს.

საკანონმდებლო წინადადება პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტმა განიხილა 2017 წლის 7 დეკემბერს. თუმცა, საკითხის აქტუალობიდან, სხდომის წევრთა მიერ გამოთქმული შენიშვნებისა და კომპეტენტური უწყებებიდან მიღებული დასკვნებიდან გამომდინარე, ამ ეტაპზე აღნიშნული სახით საკანონმდებლო წინადადება კომიტეტის მიერ, ცნობილ იქნა უარყოფილად.

ამ მიმართულებით აღსანიშნავია არა მხოლოდ სამართლებრივი ბაზის ცვლილებები, არამედ სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებთან, გაიდლაინებთან და პროტოკოლებთან დაკავშირებული ცვლილებები, რადგან დიდ წილად სწორედ ეს განსაზღვრავს რეალურ სურათს. სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში



რამდენიმე ათეული სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა, გაიდლაინი<sup>8</sup> და პროტოკოლი შემუშავდა და განახლდა, დაინტერესებული პირების ფართო ჩართულობით.

დაინტერესებული პირების ნაწილი მიიჩნევს, რომ ნორმატიულ ბაზაში გარკვეული ხარვეზების გამო (უწყებებს შორის უფლება-მოვალეობები მკაფიოდ განსაზღვრული არ არის), ზოგიერთ კომპონენტში NCDC-ისა და ჯანდაცვის სამინისტროს შორის თანამშრომლობის ხარისხი ასამალღებელია. მაგალითად, NCDC-ის სტატისტიკის სამმართველოს მიერ აღრიცხული ინფორმაცია მიეწოდება დედათა და ბავშვთა სამმართველოს, რომელიც ახდენს ანალიტიკური მონაცემების დამუშავებას. ამ ჯაჭვის ლოგიკური გაგრძელება იქნებოდა, რომ NCDC-ის დედათა და ბავშვთა სამმართველო მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე გარკვეული წინადადებებით მიმართავდეს სამინისტროს, გარკვეული ცვლილებების საჭიროების შესახებ. თუმცა, ეს პროცესი ყოველთვის გამართულად არ მუშაობს.

### 1.1.3. საქმიანობა სრულად განხორციელდა

*1.1.4. თანამშრომლობაზე დამყარებული პარტნიორული ურთიერთობებისა და ანგარიშვალდებულების გაძლიერება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით:*

### საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა

*1.1.4.1. შესაბამისი სამთავრობო უწყებების, ადგილობრივი ხელისუფლების და სამოქალაქო საზოგადოების ჩართვა სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში;*

მოცემული სტრატეგია გულისხმობს თვითმმართველობების გააქტიურებას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში. შესაბამისად, სამოქმედო გეგმაში გათვალისწინებული იყო რიგი ღონისძიებები, რაც ამ მიზანს უნდა მომსახურებოდა. სამწუხაროდ, სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში მცირე ძალისხმევა იქნა ამ მხრივ გაწეული, ისევე როგორც საზოგადოებრივი და კერძო სექტორების ჩართვის თვალსაზრისით.

თვითმმართველობები და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, მხოლოდ ერთჯერადი, უსისტემო მობილიზაციის სახით მონაწილეობდნენ, რაც მოკლებული იყო მდგრადობის ელემენტს.

ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენენ პროფესიული ასოციაციები, რომლებიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს წევრები არიან და სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში მათი როლი და კონტრიბუცია ტექნიკურ საკითხებზე მსჯელობით, რეგიონალიზაციის პილოტურ ფაზაში მონაწილეობით, გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავებაში აქტიური ჩართულობითა და რიგი ტრენინგების განხორციელებით გამოიხატებოდა. რაც ხელს უწყობდა რეგიონალიზაციის პროცესის მდგრად იმპლემენტაციას.

<sup>8</sup> <https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>

ადგილობრივი თვითმმართველობები განსაკუთრებით მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენდნენ პერინატალური რეგიონალიზაციის დროს. სტაციონარების სტრატეგიის პროცესში ჯანდაცვის სამინისტროს მენეჯმენტის მხრიდან შესაძლებელი იყო უფრო მეტი კოორდინაცია გუბერნატორებთან და გამგებლებთან, რადგან ადგილობრივ ხელისუფლებასთან მჭიდრო თანამშრომლობა მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ოპტიმალური გადაწყვეტილების მისაღებად ისეთ სენსიტიურ საკითხზე, როგორც არის ადგილზე სამედიცინო დაწესებულების ყოფნა-არყოფნის გადაწყვეტა.

პერინატალური რეგიონალიზაციის დონეების მიხედვით სტაციონარების სტრატეგიის პროცესში ადგილობრივ ხელისუფლებასთან ჯანდაცვის სამინისტროს კოორდინაცია გარკვეულ სირთულეებთან იყო დაკავშირებული, რაც დიდ წილად იმით იყო განპირობებული, რომ გადაწყვეტილებები ეხებოდა ისეთ მტკივნეულ საკითხს, როგორც არის ადგილზე სამედიცინო დაწესებულების დატოვება ან გაუქმება.

თვითმმართველობების როლი და მნიშვნელობა განსაკუთრებით დიდი შეიძლება ყოფილიყო პერინატალური რეგიონალიზაციის დროს

მაგალითად, თუ ამა თუ იმ დაწესებულების სათანადოდ გაძლიერება შესაძლებელია, მაშინ აღარ დაიხურება და სისტემაში ჩაერთვება; თუმცა, ადგილებზე პრაქტიკამ აჩვენა, რომ სწორი მიდგომაა, როცა ადგილობრივ ხელისუფლებას პრობლემებს დეტალურად გააცნობ და დაანახებ, რატომ არის მათი მუნიციპალიტეტისთვის/რეგიონისთვის კარგი ოპტიმიზაცია და როგორ შეიძლება, რომ თავის მხრივ მათ ეს ხალხს აუხსნან. ეს გამოცდილება უნდა იქნას გამოყენებული ანტენატალური დაწესებულებების სტრატეგიის შემთხვევაშიც;

ზოგადად, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხში თვითმმართველობას მნიშვნელოვანი როლი შეუძლია შეასრულოს, თუნდაც მაგალითად ადამიანებთან ეფექტურ კომუნიკაციაში და შესაბამისი მონაცემთა ბაზის მართვაში, მაგ.: რამდენი რეპროდუქციული ასაკის ქალია, რამდენი ორსული და ა.შ.

ის რომ ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები, როგორც დამოუკიდებელი აქტორები, ფაქტურად არ მონაწილეობდნენ ამ გეგმის განხორციელებაში, ეს იმდენად ჯანდაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობა არ არის, რამდენადაც სუსტი დეცენტრალიზაციის ანუ სამინისტროს რეალურად მექანიზმიც არ გააჩნია რომ გარკვეული ფუნქციები, შეფერხების და რისკების გარეშე გადასცეს ადგილობრივი თვითმმართველობას.

შეფასების პროცესში შეიმჩნეოდა ტენდენცია, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო დიდი ენთუზიაზმით არ უყურებს სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში არასამთავრობო სექტორის მონაწილეობას. შესაბამისად, სამინისტროს არ გააჩნია საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხედვა/თანმიმდევრული სტრატეგია და პარტნიორობის არანაირი პლატფორმა არ ფუნქციონირებს.

აქედან გამომდინარე, გასაკვირი არ არის, რომ ამ სამოქმედო გეგმის ფარგლებში, არასამთავრობო სექტორის მონაწილეობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით განათლების, ინფორმირებულობისა და ცნობიერების დონის ამაღლების კუთხით საკმაოდ შეზღუდული იყო და სათანადოდ არ ხდებოდა მათში არსებული გამოცდილებისა და ექსპერტიზის გამოყენება.



უნდა აღინიშნოს, რომ სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ჯანდაცვის სამინისტროსა და მის საქვეუწყებო დაწესებულებების ოფიციალური თანამშრომლობა არასამთავრობო სექტორთან გამოიხატა, მხოლოდ NCDC-სა და ორგანიზაცია „თანადგომას“ შორის 2020 წლის 20 მაისს დადებული მემორანდუმით. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში არის რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომლებიც კვალიფიციურ სერვისებს აწვდიან ბენეფიციარებს შესაბამის სფეროებში, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ მომხდარა მათი რესურსის გამოყენება სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესში.

სამოქმედო გეგმის ფარგლებში არასამთავრობო სექტორთან თანამშრომლობდნენ საერთაშორისო ორგანიზაციები. მაგალითად, UNFPA-იმ შეიმუშავა საკონსულტაციო პროცესი არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით (მაგალითად, GYDEA, თანადგომა, ასოციაცია ჰერა XXI).

UNFPA თავისი პარტნიორი ორგანიზაციების საშუალებით და პირდაპირი მემორანდუმებით სკოლებთან და რესურს ცენტრებთან, სამიზნე რეგიონებში ატარებდა თანასწორთა განათლების ტრენინგებს, სადაც მოზარდები მონაწილეობდნენ და რომლებიც ექსტრა კურიკულუმის სახით დაინერგა.

თუმცა, რა საკვირველია, სამოქმედო გეგმის ისეთ საქმიანობებში, რომლებიც ექსკლუზიურად ჯანდაცვის სამინისტროს კომპეტენციაშია (ხარისხი, სერვისები, კლინიკურ მართვის საკითხები და სხვა) სხვა ორგანიზაცია ვერ მიიღებდა მონაწილეობას.

დაინტერესებული პირები იმედოვნებენ, რომ მთავრობის მიერ 2019 წლის 20 დეკემბერს მიღებული #629 დადგენილება<sup>9</sup> „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ ყველას დაავალდებულებს, რომ გეგმები უფრო დეტალურად ჩაშალონ და ამან შეიძლება ხელი შეუწყოს, მათ შორის კერძო სექტორთან უფრო ქმედითი თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას.

პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის მიზანია შედეგებზე ორიენტირებული პოლიტიკის დაგეგმვის, მონიტორინგისა და შეფასების დანერგვა და ამ მიმართულებებით ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმების ჩამოყალიბება.

*1.1.4.2. ყველა პარტნიორის ორიენტირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიაზე, შესაბამისი ქმედებების შესახებ ცნობიერების ამაღლება დაინტერესებული მხარეების ფართო ჩართულობით ანგარიშვალდებულების პროცესში;*

შეფასებამ აჩვენა, რომ სამოქმედო გეგმის მიმდინარეობისას, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ მომხდარა დაინტერესებული მხარეების განსაზღვრა და პარტნიორებისთვის (მათ შორის ადგილობრივი თვითმმართველობა) ცნობიერების ამაღლების რაიმე მექანიზმის შემუშავება. არ არსებობს რაიმე მონიტორინგისა და

<sup>9</sup> დადგენილების სანახავად ეწვიეთ ლინკს:  
<https://matsne.gov.ge/document/view/4747283?publication=0>

შეფასების ინსტრუმენტი/გეგმა, რომლითაც შეფასდებოდა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობის შეფასება.

სამოქმედო გეგმის შემუშავებისა და მისი განხორციელების მნიშვნელოვან ხარვეზად უნდა განვიხილოთ ჯანდაცვის სამინისტროს მხრიდან სხვადასხვა პარტნიორებთან მიმართებაში განსხვავებული/შესაბამისი მიდგომების არ არსებობა. ასევე, არ იყო მკაფიოდ განსაზღვრული დელეგირებისა და ფუნქცია-მოვალეობების განაწილების საკითხები. ზოგადად, სამოქმედო გეგმის იმპლემენტაციის პროცესი არ იყო სრულფასოვნად გააზრებული. ჩნდება განცდა, რომ ზედმეტად დიდი პასუხისმგებლობა დაეკისრა პროცესში ჩართულ სამ მონაწილეს, კერძოდ UNFPA-ის და UNICEF-ს და NCDC-ის. არადა მთავარი პასუხისმგებელი და მაკოორდინირებელი როლი ჯანდაცვის სამინისტროს ცენტრალურ აპარატს უნდა შეესრულებინა.

წინამდებარე სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი მოსალოდნელი შედეგი უნდა ყოფილიყო დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ ადგილობრივი თვითმმართველობის ცნობიერების ამაღლება და პროცესში აქტიურად ჩართვის უზრუნველყოფა. თუმცა, შეიძლება ითქვას, რომ ამ მიმართულებით არანაირი ქმედითი ღონისძიება არ გატარებულა.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს მხრიდან არ იყო წახალისებული სამოქალაქო სექტორის ჩართულობა, არასამთავრობო ორგანიზაციების საკუთარი ინიციატივით აგრძელებდნენ ძალისხმევას და წვლილის შეტანას დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულებით.

*1.1.4.3. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს როლისა და პასუხისმგებლობის გაზრდა სექტორთა/უწყებათაშორისი კოორდინაციისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესების საქმეში; სამოქმედო გეგმის აქტივობების დაგეგმვაში, განხორციელებაში, მონიტორინგსა და შეფასებაში;*

ჯანდაცვის სამინისტროში ფუნქციონირებს მუდმივმოქმედი სათათბირო-საკონსულტაციო ორგანო - დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო (შემდგომში -საკოორდინაციო საბჭო), რომლის მოქმედი დებულებაც ბოლოს 2019 წლის 27 მარტს დამტკიცდა, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №01-27/ნ ბრძანებით.<sup>10</sup> საკოორდინაციო საბჭოს მთავარი ამოცანაა თვალყურის ადევნოს სამინისტროს სისტემის ფუნქციონირებას შესაბამისი პოლიტიკის განხორციელებისას და ხელი შეუწყოს ამ სისტემის ეფექტიანობასა და მდგრადობას.

დასახული მიზნებისა და ამოცანების განსახორციელებლად, საკოორდინაციო საბჭო უფლებამოსილია:

- საქართველოს სახელმწიფო ორგანოებიდან და დაწესებულებებიდან, ასევე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებიდან, კანონმდებლობით დადგენილი წესით გამოითხოვოს თავისი საქმიანობისათვის საჭირო ინფორმაცია;

<sup>10</sup> მინისტრის ბრძანება საკოორდინაციო საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4515447?publication=0>



- შეიმუშაოს/მოამზადოს რეკომენდაციები და მითითებები (მათ შორის კანონმდებლობის ცვლილების, სახელმწიფო პოლიტიკის გადახედვისა და სრულყოფის მიზნით);
- შექმნას სამუშაო ჯგუფები და მოიწვიოს დამოუკიდებელი ექსპერტები თავის კომპეტენციაში შემავალი საკითხების შესწავლისა და სათანადო რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით.

სამინისტროს საკოორდინაციო საბჭოს ფარგლებში ფუნქციონირებს სხვადასხვა თემატური ქვესაბჭოები, მათ შორის, მაგალითად, პერინატალური აუდიტის განმახორციელებელი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო არის ამ სფეროში პოლიტიკის განმსაზღვრელი სათათბირო ორგანო.

საკოორდინაციო საბჭოს სტრუქტურა ანუ მასში შემავალი საბჭოებისა და სამუშაო ჯგუფების შემადგენლობა და მიზნები პერიოდულად ახლდება. ძირითადად, ეს განახლებები დროში ემთხვევა სამინისტროს უმაღლესი თანამდებობის პირების (მინისტრი, მინისტრის მოადგილე და ა.შ.) ცვლილებებს, რაც აუცილებელია მისი ლეგიტიმაციისათვის.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია არის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ანგარიშების პერიოდული მოსმენა (შესაბამისი ინდიკატორებით), განხილვა და წარმოშობილი პრობლემების თაობაზე რეკომენდაციების შემუშავება.

სამინისტროში ასევე, ფუნქციონირებს პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეების შეფასების საკოორდინაციო ჯგუფი (შემდგომში - რეგიონალიზაციის საკოორდინაციო ჯგუფი). რეგიონალიზაციის საკოორდინაციო ჯგუფი ფუნქციონირებს კონკრეტულად რეგიონალიზაციის პროცესებთან და პროცედურებთან დაკავშირებით.

სამინისტროში, ასევე, ფუნქციონირებს, გაიდლაინებისა და კლინიკური პროტოკოლების მუდმივმოქმედი საბჭო. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე დარგობრივ ექსპერტებთან ერთად, რომლებიც ხშირად, იმავდროულად, საკოორდინაციო საბჭოს წევრებიც არიან, ხდება ეროვნული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება. პროცესი, როგორც წესი საკმაოდ ინტენსიური და ეფექტიანია და დიდ როლს ასრულებს სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებაში.

დაინტერესებული პირების ნაწილი თვლის, რომ ჯანდაცვის სამინისტროში არსებული საკოორდინაციო საბჭოს ეფექტურობა კიდევ უფრო გაიზრდებოდა, თუ განსახილველი საკითხებისა და დოკუმენტების შესახებ, საბჭოს წევრებს უფრო ადრე ექნებოდათ ინფორმაცია და უფრო მომზადებული მივიდოდნენ საბჭოს სხდომებზე.

*1.1.4.4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის, როგორც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოს, შესაძლებლობების გაძლიერება;*

ჯანდაცვის სამინისტროში 2019 წელს განხორციელებული სტრუქტურული ცვლილების შემდეგ, ჯანდაცვის დეპარტამენტმა ფუნქციონირება გააგრძელა როგორც ჯანდაცვის

პოლიტიკის სამმართველომ, პოლიტიკის დეპარტამენტს შემადგენლობაში, რითაც გარკვეულწილად დაკნინდა მისი მაკოორდინირებელი ფუნქცია.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ზედამხედველობის/მართვის კუთხით ჯანდაცვის სამინისტროს რესურსი საკმაოდ მწირია და იგრძნობა სტრატეგიული და სისტემური მიდგომის ნაკლებობა. რაც იმაში გამოიხატება, რომ სხვადასხვა პერიოდებში აქტიური ცვლილებები იმ მიმართულებით ხდება, რა სფეროშიც ფლობენ ტექნიკურ ცოდნას სამინისტროს ხელმძღვანელი პირები. სამართლებრივად, საკოორდინაციო საბჭოს მხოლოდ ტექნიკური მრჩევლის ფუნქცია აქვს და ლოგიკურად, ყველა მნიშვნელოვან საკითხზე საბოლოო გადაწყვეტილება სამინისტროში უნდა მიიღებოდეს. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, სამინისტროში ასეთი გადაწყვეტილებების მიღების უფლებრივ-მოვალეობრივი ნაწილი მკაფიო არ არის. დღევანდელი მდგომარეობით, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მიმართულება სამინისტროში ცალკე ერთ პირს ან სტრუქტურულ ერთეულს სრული მოცულობით არ აბარია. შესაბამისი სტრუქტურული ერთეულები ფუნქციონირებს NCDC-ში დედათა და ბავშვთა სამმართველოს სახით, ასევე სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოში დედათა და ბავშვთა სამუშაო ჯგუფის სახით.

*1.1.4.5. სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ წლიური ანგარიშის გამოქვეყნება და შესაბამისი დაინტერესებული მხარეებისა და ფართო საზოგადოებისთვის მისი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.*

ჯანდაცვის სამინისტროში შემფასებელს განუცხადეს, რომ სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში, ყოველწლიური ანგარიშის შედგენის ნაცვლად, ხდებოდა მთავრობის ადმინისტრაციის პერიოდული ინფორმირება, მხოლოდ იმ საქმიანობების შესახებ, რომლებიც ხორციელდებოდა. ამ სახით მთავრობის ადმინისტრაციისთვის ინფორმაციის მიწოდება მოხდა სამჯერ, შეთანხმებული ფორმატის ან სტრუქტურის გარეშე.

გარდა ამისა, სხვადასხვა თემატური შეხვედრების, დროს, სადაც ზოგჯერ მთავრობის წევრებიც ესწრებოდნენ, ხდებოდა მთავრობის წევრისთვის საინტერესო თემასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიწოდება. ამ ფორმატით დაინტერესებული პირების ინფორმირებას ძირითადად ახდენდა ჯანდაცვის პოლიტიკის სამმართველო და სწორედ აღნიშნულ სამმართველოში დასაქმებული სპეციალისტების მიერ ხდებოდა ინფორმაციის შეგროვება, შენახვა და ანალიზი.

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის დეპარტამენტის ყოფილი ხელმძღვანელის თანახმად, ჯანდაცვის დეპარტამენტმა 2018 წლის განმავლობაში სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ სრული ანგარიში შეადგინა და გააგზავნა მთავრობის ადმინისტრაციაში. მრავალი მცდელობის მიუხედავად, შემფასებელმა ვერ შეძლო სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ, თუნდაც ერთი წლიური ანგარიშის მოპოვება.

არასამთავრობო ორგანიზაცია „ასოციაცია ჰერა XXI“-მა ოფიციალურად გამოითხოვა ინფორმაცია სამივე წლის წლიური ანგარიშის შესახებ, თუმცა სამინისტროდან ჯერ პასუხი არ მიუღია.



იმ შემთხვევაში, თუ მიუხედავად აღებული ვალდებულებისა, სამოქმედო გეგმის განხორციელების შესახებ ყოველწლიური ანგარიშები არ იქმნებოდა, ამის სავარაუდო მიზეზი შეიძლება იყო შესაბამისი პასუხისმგებელი სტრუქტურული ერთეულის და ანგარიშვალდებული პირის არარსებობა.

თუმცა, უნდა ითქვას, რომ სამოქმედო გეგმის სხვადასხვა კომპონენტების შესახებ ამა თუ იმ ფორმით მაინც ხდება ანგარიშგება. მაგალითად, პერინატალური რეგიონალიზაციის მიმდინარეობისა და დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესახებ, საკოორდინაციო საბჭო კვარტალურად და წლიურად იღებს ჯამურ მონაცემებს.

2019 წელს მიღებული მთავრობის დადგენილებით<sup>11</sup>, 2019 წლის შემდეგ დამტკიცებული სახელმწიფო სტრატეგიებისა და სამოქმედო გეგმების მონიტორინგი და შეფასება/ანგარიშგება განერილი ფორმით მოხდება. შესაბამისად, თვითონ გეგმებშიც პროცესისა და შედეგების ინდიკატორებიც უფრო მკაფიოდ იქნება განერილი. შესაბამისი გადამონშების წყაროს მითითებით, მკაფიოდ განსაზღვრული პასუხისმგებელი პირებით/უწყებებით და რეალისტური ბიუჯეტით.

აღსანიშნავია, რომ 2019 წლის ნოემბერს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ინიციატივით, მოწვეული იქნა ექსპერტი, რომელმაც ჩამოიტანა ინსტრუმენტი სამოქმედო გეგმის შესაფასებლად. ინსტრუმენტი<sup>12</sup> ამ სამოქმედო გეგმაზეა მორგებული და რიგი ინდიკატორებისგან შედგება. ჯანმო-ს ექსპერტის თანახმად, ჯანდაცვის სამინისტრომ აიღო ვალდებულება, რომ აღნიშნულ ინსტრუმენტს შეავსებდა შესაბამისი მონაცემებით, NCDC-ის შესაბამის წარმომადგენლებთან ერთად და შევსებულ ინსტრუმენტზე დაყრდნობით შეფასების ანგარიშსაც შექმნიდა. შეთანხმების თანახმად, ჯანმო-ს ექსპერტი 2020 წლის თებერვალს განმეორებითი ვიზიტით უნდა ჩამოსულიყო საქართველოში, რათა შევსებული ინსტრუმენტი და შესაბამისი ანგარიში ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად განეხილა. არ ერთი მცდელობის მიუხედავად, შემფასებელმა ვერ მოიპოვა ვერც შევსებული ინსტრუმენტი და ვერც შესაბამისი ანგარიში. ეს მასალები დღემდე ხელმისაწვდომი არ არის, მიუხედავად მაღალი ინტერესისა, შეფასების პროცესში ჩართული მხარეების, როგორც საჯარო სექტორის, ასევე საერთაშორისო და სამოქალაქო ორგანიზაციების მხრიდან.

ჯანმო-ს საქართველოს წარმომადგენლობამ და ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისმა პასუხისმგებელმა პირმა შემფასებელს განუცხადეს, რომ შეფასების პროცესის ძირითადი ნაწილი შესრულდა და საბოლოო ანგარიშის პირველადი ვერსიაც მომზადდა, მაგრამ შეფასების ანგარიში ჯერ ხელმისაწვდომი ვერ გახდება, რადგან მონაცემთა სინთეზისა და ანალიზის ეტაპი დასრულებული არ არის და შესაბამისად, შეფასების ანგარიშიც დაუსრულებელი დოკუმენტია. საინტერესო ფაქტია, რომ ეს ინფორმაცია ჯანმო-ს ექსპერტმა შემფასებლისგან გაიგო.

<sup>11</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება #629 (2019 წლის 20 დეკემბერი) “პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ იხილეთ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4747283?publication=0>

<sup>12</sup> ჯანმო-ს ექსპერტის მიერ ჩამოტანილი შეფასების ინსტრუმენტი იხილეთ დანართ #1-ში.



*1.1.5. რესურსების გამოყოფა სამოქმედო გეგმის განხორციელებისთვის:*

*1.1.5 საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა*

*1.1.5.1. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების სისტემის შექმნა/განახლება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის ხარჯების მონაცემთა რეგულარული მონიტორინგისა და შესაბამისი ანგარიშების მომზადებისთვის.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად: „საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 7 თებერვლის N32 დადგენილებით დამტკიცდა "საქართველოში ჯანმრთელობის ანგარიშის სისტემის (SHA) წარმოების წესი". 2018 წლის დანახარჯების შესახებ ანგარიში მომზადდება ახალი მეთოდოლოგიის მიხედვით“. თუმცა, შემფასებლისთვის უცნობია გამოყენებულია თუ არა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმაში გაწერილი ახალი ინდიკატორები 2018 წლის ანგარიშების მომზადებაში.

ძველი მეთოდოლოგიით, ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები რუტინულად მზადდებოდა ყოველ წელს, რომელშიც შედიოდა ანგარიშები დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ. ბოლოს ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები 2017-ში იყო შედგენილი. ახალი სისტემა, რომელიც დანერგვის ეტაპზე, ჯანდაცვის სისტემაში ყველა სერვისზე დახარჯულ ჯამურ ხარჯებს სწავლობს. თუმცა, ძველი სისტემისგან განსხვავებით უფრო მეტად ჩაღრმავებულია ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე, შიდაზე, ტუბერკულოზზე და ზოგიერთ სხვა კომპონენტზე. ამ აქცენტებს ისიც განაპირობებს, რომ ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების ახალი სისტემას აქტიურად უჭერდა მხარს გლობალური ფონდი. ჯანმო-ს ტექნიკური დახმარებით მომზადდა 2018 წლის ეროვნული ანგარიშები, რომლებიც ამ ეტაპზე, ჯანმო-შია გაგზავნილი მათგან კომენტარების მისაღებად, განსაკუთრებით მონაცემთა ხარისხთან დაკავშირებით. თუ მათთვის მისაღები იქნება, მაშინ ეს დოკუმენტი გამოქვეყნდება. სწორედ ამ ანგარიშებს იყენებს წყაროდ მაგალითად, მსოფლიო ბანკი ქვეყნების შესახებ სხვადასხვა მონაცემების გამოქვეყნებისას. როდესაც ჯანმო ქვეყნის მიერ შედგენილ ეროვნულ ანგარიშებს არ ენდობა, ამ შემთხვევაში თვითონ აკეთებს შეფასებებს სხვადასხვა კრიტერიუმებზე დაყრდნობით. საქართველოზე 2001 წლიდან 2017 წლამდე ასეთი შეფასებები აღარ გაუკეთებიათ, რადგან საქართველოდან გაგზავნილი ანგარიში მათთვის სანდო იყო. იმის გამო, რომ 2018 წლის ეროვნული ანგარიშები ახალი მეთოდოლოგიით ჩატარდა, ამ შემთხვევაში ისინი გადაამოწმებენ მონაცემებს გარკვეული ინსტრუმენტებით.

*1.1.6. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მინიმალური პაკეტის ჩართვა*

*საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დროს მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად: „2017 წელს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის ტექნიკური და ფინანსური დახმარებით, საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის ბაზაზე შეიქმნა

სამუშაო ჯგუფი, განხორციელდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის რეკომენდებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მინიმალური პაკეტის და საგანგებო სიტუაციების მიმართ მზადყოფნის და რეაგირების გეგმის შეფასება, რომლის საფუძველზეც შეიქმნა სხვადასხვა უწყებებს შორის თანამშრომლობის გეგმა<sup>13</sup>. კოორდინაციის გეგმა შეფასების შედეგების გათვალისწინებით, შემუშავდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მინიმალური პაკეტი, რომლის ინტეგრაციას მოხდება საგანგებო სიტუაციების მიმართ მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში“.

მოცემულ სამოქმედო გეგმაში 1.1.6 საქმიანობის ჩართვა მოხდა “ასოციაცია ჰერა XXI-ისა და „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრის“ (ცენტრი) ძალისხმევით (2017-ში დეპარტამენტის სახით იყო<sup>14</sup>). პაკეტი 5 კომპონენტისგან უნდა შედგებოდეს (შიდსის პრევენცია, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, პირველადი ჯანდაცვა, ძალადობის მსხვერპლთა დახმარება, ზოგადი კოორდინაციის საკითხები).

მთავრობის #508-ე დადგენილება განსაზღვრავს ყველა სახელმწიფო უწყების ჩართულობას საგანგებო სიტუაციების დროს, სადაც არის განწერილი მათი ფუნქციები. ჯანდაცვის სამინისტროს აქვს მისი კონკრეტული ფუნქცია, ფუნქცია #6, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის უწყების რეაგირებას და პასუხისმგებლობებს საგანგებო სიტუაციების დროს. ამ დადგენილების ფარგლებში ჯანდაცვის სამინისტროს გააჩნია დარგობრივი რეაგირების გეგმა. ამ დარგობრივი რეაგირების გეგმის ქვეშ ყველა სამედიცინო დაწესებულებას გააჩნია მისი რეფერალური გეგმა, სადაც განწერილია, საგანგებო სიტუაციის დროს სამედიცინო დაწესებულებაში მაგალითად, როგორ იკრიბება შტაბი, რა ევალება მას, რა ინფორმაცია უნდა გადასცეს ცენტრს, რომელი საინფორმაციო არხით, სად უნდა დაირეკოს და ა.შ.

ყველა დაწესებულებაში ფუნქციონირებს საგანგებო სიტუაციებზე რეაგირების შტაბი, რომლის გადაწყვეტილებითაც საგანგებო სიტუაციების დროს მუშაობის კოორდინირება დავალებული აქვს დაწესებულების ერთ-ერთ პასუხისმგებელ პირს, ხშირ შემთხვევაში დაწესებულების ხელმძღვანელს ან მოადგილეს.

ცენტრის ზედამხედველობით 2 წელიწადში ერთხელ ყველა დაწესებულება ანახლებს ამ გეგმას.

აღნიშნული საქმიანობა გულისხმობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მინიმალური პაკეტის ინტეგრირებას სამედიცინო დაწესებულებების რეფერალურ გეგმებში ანუ მინიმალური პაკეტის მოცვას თავისი 5 კომპონენტით. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ხუთივე კომპონენტს ჯანდაცვის სამინისტრო ცალკე პროგრამებითაც ფარავს, მათ შორის ნაწილობრივ, საგანგებო სიტუაციების დროსაც (მაგალითად, შიდსის

<sup>13</sup> კოორდინაციის გეგმა იხილეთ დანართ #2-ში.

<sup>14</sup> ცენტრი შეიქმნა 2017 წელს ორი სტრუქტურული ერთეულის შერწყმით: პირველი იყო „რეგიონალური სასწრაფო სამედიცინო დახმარება“, რომელიც მოიცავდა მთელი ქვეყნის მასშტაბით სასწრაფო დახმარებას, გარდა თბილისისა და ბათუმისა და მეორე სტრუქტურული ერთეული იყო ჯანდაცვის სამინისტროს ადმინისტრაციაში არსებული „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და რეაგირების დეპარტამენტი“. ამ ორ სტრუქტურას განსხვავებული ჰქონდა როგორც ფუნქციები ასევე კომპეტენციები. მეორე სტრუქტურული ერთეული 2007 წელს ჩამოყალიბდა და ემსახურებოდა მთლიანად სამედიცინო სისტემის მზაობას საგანგებო სიტუაციებისთვის.



პროგრამა, დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭო, ძალადობის მსხვერპლთა და ტრეფიკინგის სამსახური). ხოლო, თუ სამოქმედო გეგმის ეს საქმიანობა წარმატებით განხორციელდებოდა, ეს ხუთივე კომპონენტი ერთ პაკეტში მოექცეოდა.

ამ ეტაპზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მინიმალური პაკეტის ჩართვის საკითხი ჯერ კიდევ განხილვის ეტაპზეა. შემაფერხებელ ფაქტორებად სახელდება რეორგანიზაცია და ხელმძღვანელობის ცვლა სამინისტროში. ამასთანავე, ცენტრის წარმომადგენლების განცხადებით სტრატეგიული გადაწყვეტილება უკვე მიღებულია და გეგმის პირველივე განახლებასთან ერთად, მასში შესაბამისი ცვლილებებიც შევა. გეგმიური განახლება 2020-ში უნდა მომხდარიყო, მაგრამ კოვიდ 19-ის პანდემიის გამო 2021-თვის გადაიდო;

მნიშვნელოვანია, რომ თავიდან იქნას აცილებული მომსახურებების დუბლირება ანუ ისე არ მოხდეს, რომ საგანგებო სიტუაციების დროს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კომპონენტები ცენტრალიზებულადაც იფარებოდეს სამინისტროს მიერ და სამედიცინო დაწესებულებების რეფერალურ გეგმებშიც იყოს. ამ პრობლემების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ღრმა კვლევები, რომლებიც იგეგმება გაეროს მოსახლეობის ფონდთან ერთად.

დაინტერესებული პირების განცხადებით, ამ საკითხზე მუშაობა უკვე მრავალი წელია მიმდინარეობს, მაგრამ ძალიან გაიწელა პროცესი.

ამ საკითხში ჩართულია UNFPA სხვადასხვა აქტივობების მეშვეობით, მაგ.: სამინისტროს შესაბამისი თანამშრომლებისთვის შესაძლებლობების გაძლიერება, ადვოკატირების პლატფორმის შექმნა, გადაუდებელი დახმარების გეგმა მიწისძვრებისა და წყალდიდობების დროს (Inter sectorial contingency plan). ამ მიმართულებით მუშაობა გრძელდება და მიზანია, რომ მინიმალური პაკეტი მოხვდეს ჯანდაცვის სამინისტროს დარგობრივ გეგმაში, რომელიც ფარავს დედისა და ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებს. სამინისტროს შესაბამისი გეგმა ჯერ არ განახლებულა და დაინტერესებული პირები იმედოვნებენ, რომ უკვე არსებული ადვოკატირების ეფექტური პლატფორმა შედეგს გამოიღებს და ეს მიმართულება განახლებულ დარგობრივ გეგმაში მოხვდება.

ამ მიმართულებით UNFPA-ის ერთ-ერთი მთავარი პარტნიორია „ასოციაცია ჰერა XXI“. „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრში“ შექმნილია სამუშაო ჯგუფი სამი ძირითადი მონაწილით: ჯანდაცვის სამინისტრო, UNFPA და „ასოციაცია ჰერა XXI“.

#### 1.1.6. საქმიანობა ამჟამად ხორციელდება.

*1.2. შემუშავებული და დანერგულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მაღალი ხარისხის მომსახურებების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული გეოგრაფიული, სოციალურ-კულტურული და ფინანსური ბარიერების შემცირების მექანიზმები.*



1.2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი ხარისხის მომსახურებების უზრუნველსაყოფად ეფექტიანი ინტერვენციების განხორციელების ძირითადი გამოწვევების ანალიზი (სულ მცირე ერთი სპეციალური კვლევა).

ზოგადად, ინტერვენციების ანალიზი ცალკე კვლევის სახით არ განხორციელებულა, თუმცა ჩატარდა ცალკეული კვლევები, მაგალითად საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებულ მდგომარეობაზე.

ასევე, სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი რეგულარულად იკვლევს დედების სიკვდილიანობის მიზეზებს ვერბალური აუტოფსიის ჩატარების გზით. გარდა ამისა, ყოველწლიურად კეთდება დაბადების რეგისტრის აუდიტი, მონაცემთა ხარისხის გადამოწმების მიზნით;

თუმცა, გარკვეული აქტივობების მიუხედავად, ამ სფეროში ძირითადი გამოწვევების ანალიზი სპეციალური კვლევის სახით არ ჩატარებულა.

### 1.2.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*1.2.2. ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების როლის გაძლიერებით, პრევენციული, ანტენატალური, მშობიარობისთვის მოსამზადებელი, მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის და ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარების საქმეში, განსაკუთრებით სოფლად/ძნელად მისადგომ ადგილებში:*

ყოველ წელს მტკიცდება მთავრობის განკარგულებით ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები და ერთ-ერთი პროგრამა არის სოფლის ექიმის პროგრამა. სოფლის ექიმის პროგრამას ქვეყნის ტერიტორიის დიდ ნაწილში ახორციელებს სსიპ „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი (ცენტრი)“. პროგრამის დარჩენილ ნაწილს რაც შეეხება, მაგალითად, საჩხერის მუნიციპალიტეტში სოფლის ექიმის კომპონენტს ახორციელებს „საჩხერის კლინიკური საავადმყოფო“. ასევე, ყაზბეგში, თიანეთსა და დუშეთში განმახორციელებელი არის „რეგიონალური ჯანდაცვის ცენტრი“, რომელშიც რამდენიმე სტაციონარია გაერთიანებული. საზღვრისპირა სოფლებში (შიდა ქართლში) ცალკე შეიქმნა შპს „პირველადი ჯანდაცვა“, რომელიც 27 სოფელს აერთიანებს.

სოფლის ექიმის პროგრამა სოციალური მომსახურების სააგენტოდან ცენტრში გადმოვიდა 2019 წლის ნოემბერს.

აღსანიშნავია, რომ ეს ცვლილება ჩაფიქრებული იყო როგორც დროებითი ღონისძიება, რათა უკეთ მომხდარიყო სოფლის/ოჯახის ექიმებისა და სასწრაფო დახმარების ექიმებს შორის კოორდინირება. ოჯახის/სოფლის ექიმები, პარალელურად სასწრაფო დახმარების ექიმებად მუშაობდნენ. ეს იყო, ამავე დროს აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარებული კვლევის ერთ-ერთი მიგნება, რაც აიხსნებოდა იმით, რომ რეგიონებში შეინიშნებოდა ზოგადად სამედიცინო პერსონალის, მათ შორის, სასწრაფო დახმარების ექიმების ნაკლებობა.

ჯამში, სოფლის ექიმის პროგრამაში ჩართულია 1297 სოფლის ექიმი და 1557ექთან. აქედან, 260 ექთანია ტერიტორიულად ცალკე არის განთავსებული. სოფლის ექიმის პროგრამით, ერთი გუნდი შედგება 1 სოფლის ექიმის და 1, 2 ან 3 სოფლის ექთნისაგან,

იმ ტერიტორიული ერთეულის მოსახლეობის სიმჭიდროვისა და/ან გეოგრაფიული თავისებურებების გათვალისწინებით.

სოფლის ექიმების რაოდენობას ჯანდაცვის პოლიტიკის სამმართველო განსაზღვრავს და ორგანიზაციული ბრძანებით ამტკიცებს მინისტრი. არის ზოგადი კრიტერიუმები და მიდგომები: თუ არ არის მაღალმთიანი სოფელი, 2000-დან 2500 ბენეფიციარამდე ერთი ექიმი და ერთი ექიმი ემსახურება.

მაგრამ თუ ტერიტორიული ერთეულები ერთმანეთისგან ძალიან დაშორებულია, ყალიბდება ახალი უბანი და ინიშნება ექიმი, ან შეიძლება დაემატოს მხოლოდ ექთანი, რომელიც ფიზიკურად იმ მოშორებულ სოფელზე იქნება მიმაგრებული, მაგრამ მიბმული იქნება უახლოესი სოფლის ექიმის გუნდზე.

სოფლის ექიმს და ექთანს მომსახურების საფასური ეძლევათ მოჭრილად/ფიქსირებულად. 2020 წლის პირველი ივლისიდან მომსახურების საფასურის ოდენობა ორივესთვის გაიზარდა და ხელზე ასაღები თანხა ექიმისთვის შეადგენს 750 ლარს, ხოლო ექთნისთვის 550 ლარს. აღსანიშნავია, რომ თითქმის ორი წელია, რაც საშემოსავლო გადასახადი აღარ ექვითებათ.

უშუალოდ სოფლის ექიმები, რომლებიც სოფლად აწოდებენ სამედიცინო სერვისს, გახდნენ მეწარმე ფიზიკური პირები. სოფლის ექიმის პოზიციაზე დასაქმების უფლების მქონე ექიმი სპეციალისტების ნუსხა განსაზღვრულია 2009 წლის 244/ნ ბრძანებით<sup>15</sup>). არის სპეციალობები (მაგალითად, ფსიქიატრია, რადიოლოგია და სხვა) რომელთაც არ შეუძლიათ დასაქმდნენ სოფლის ექიმის პოზიციაზე, რადგან ამ სპეციალობების კურიკულუმები არ მოიცავენ იმ საკითხებს, რომლებიც ახლოს არის სოფლის ექიმის საქმიანობის მოცულობასთან.

ცენტრს შტატში ჰყავს 12 თანამშრომელი, რომლებიც რეგიონების მიხედვით ახორციელებენ მონიტორინგს სოფლის ექიმების საქმიანობაზე. სოფლის ექიმები ვალდებული არიან ყოველი თვის 10 რიცხვამდე ანგარიში წარუდგინონ მათ და მხოლოდ ამის შემდეგ ერიცხებათ მომსახურების საფასური.

აღსანიშნავია, რომ სოფლის ექიმები ფუნქციების ნაწილს ცენტრთან ახორციელებენ, ხოლო ნაწილის NCDC-თან თანამშრომლობის ფარგლებში. კერძოდ, ცენტრთან თანამშრომლობის ფარგლებში სოფლის ექიმები ახორციელებენ ქრონიკულ პაციენტებთან უბანში ვიზიტს, საკუთარ კაბინეტებში იღებენ პაციენტებს, ამისამართებენ და მიმართვას უწერენ სპეციალისტთან. ცენტრის ვალდებულებაა სოფლის ექიმის უზრუნველყოფა ექიმის ჩანთით (რომლის შემადგენლობაც დამტკიცებულია მინისტრის ორგანიზაციული ბრძანებით) და დამტკიცებული ფორმა/დოკუმენტით (მაგ. ამბულატორიული აღრიცხვის ჟურნალი, ვიზიტზე გასვლის ჟურნალი, სპეციალისტთან მიმართვის ფორმა, ფორმა 100 ბლანკები).

NCDC-თან თანამშრომლობის ფარგლებში სოფლის ექიმები ჩართული არიან იმუნიზაციის პროგრამაში.

2014-2015-ში მთავრობის განკარგულებით 81 ახალი, სენდვიჩის ტიპის ამბულატორია აშენდა და აღიჭურვა.

<sup>15</sup> ჯანდაცვის მინისტრის #244 ბრძანება: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/84754?publication=0>



2019 წლის მთავრობის #120-ე განკარგულებით დაიწყო არსებული ამბულატორიების რეაბილიტაცია და სადაც არ იყო - მშენებლობა. ნახევარზე მეტი დამთავრებულია და ამ ეტაპზე ხდება მუნიციპალიტეტებისთვის გადაცემა. მთავრობის #120-ე განკარგულებაში წერია, რომ მუნიციპალიტეტი უფლებამოსილია დაფაროს შენობის მოვლა-პატრონობის და სხვა ხარჯები (კომუნალური, ინტერნეტი, მოშორებულ ადგილებში მგზავრობა და სხვ). ანუ, სოფლის ექიმის საქმიანობას მუნიციპალიტეტი დააფინანსებს თუ თავად სოფლის ექიმი, ეს მათ შორის შეთანხმების საგანი იქნება. ამ ეტაპზე, სოფლის ექიმების ნაწილს საკუთარი ხარჯებით აქვთ სამუშაო სივრცე მოწყობილი, ნაწილი კი განთავსებულია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი სხვადასხვა კომპანიების კუთვნილ ფართში, მათთვის გამოყოფილ სივრცეში.

სოფლის ექიმებს შეუძლიათ ბინიდანაც მიაწოდონ სერვისი.

დარგის ექსპერტები თვლიან, რომ სოფლის ექიმების ეფექტურობის ასამაღლებლად, მნიშვნელოვანია, რომ შეიქმნას ცალკე სამსახური, ორგანიზაციული ერთეული, რომელიც საკუთარ თავზე აიღებს სოფლის ექიმების საქმიანობის ლოჯისტიკური საკითხების ადმინისტრირებას. კერძოდ, სამუშაო სივრცის მოწყობა, ტრანსპორტირება, საჭირო მასალებითა და ინვენტარით უზრუნველყოფა, მონაცემთა მართვაში მონაწილეობა და სხვა. ამგვარად, სოფლის ექიმებს გაუნდებოდათ დრო დამატებითი პროფესიული საქმიანობისთვის. სამოქმედო გეგმის შექმნის პროცესში იყო მოსაზრება, რომ შექმნილიყო ათი ადმინისტრაციული ჰაბი (თითო ყოველ რეგიონში), რომელიც იქნებოდა დროებითი და გარკვეული დროის შემდეგ ამ ფუნქციების შესრულება დაეკისრებოდათ თვითმმართველობებს (მას შემდეგ რაც ინსტიტუციონალურად სათანადოდ გაძლიერდებოდნენ). თუმცა, მოცემულ ეტაპზე, რესურსების რაციონალურად გამოყენების თვალსაზრისით, მიღებული იქნა გადაწყვეტილება, რომ მართვის სადავეები გადასცემოდა „ცენტრს“, რომელსაც ყველა რაიონში ჰყავს საკუთარი წარმომადგენლობა.

გარკვეული აქტივობების მიუხედავად, ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება და ამ მიმართულებით პირველადი ჯანდაცვის მუშაკების როლის გაძლიერება (პრევენციული, ანტენატალური, მშობიარობისთვის მოსამზადებელი და მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის საქმეში) არ მომხდარა და შესაბამისად სოფლის ექიმების ჩართულობაც მინიმალურია და ძირითადად შემოიფარგლება შესაბამის სპეციალისტთან ორსულის რეფერირებით.

### 1.2.2. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*1.2.2.1. ეფექტიანი სასწავლო პროგრამებისა და საზედამხედველო მექანიზმების შემუშავება და დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისთვის ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების განსახორციელებლად;*

მიმდინარე სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის მიხედვით, სოფლის ექიმების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია უნდა იყოს ბავშვების ადრეულ განვითარებაში მონაწილეობის მიღება. ამასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტმა აღნიშნა, რომ „გაეროს ბავშვთა ფონდის დახმარებით, მომზადდა და დამტკიცდა ბავშვთა განვითარებისკენ მიმართული ადრეული ჩარევების სახელმწიფო კონცეფცია და 2018-2020 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა. მისივე



ფინანსური მხარდაჭერით მოხდა ბავშვთა განვითარებისკენ მიმართული ადრეული ჩარევების ინსტრუმენტის პილოტირება“.

დაინტერესებული პირების ნაწილი პოლიტიკის დეპარტამენტის პასუხს არ ეთანხმება და მიიჩნევს, რომ ორი განსხვავებული თემის აღრევა ხდება. კერძოდ, უნდა გამოვყოთ ერთმანეთისგან „ბავშვის ადრეული განვითარება (early childhood development) და „ბავშვებში ადრეული ინტერვენცია“ (early childhood intervention). პირველი ნიშნავს, რომ სტანდარტული სერვისის მიმწოდებელმა, მაგალითად სოფლის ექიმმა ბავშვის განვითარების ეტაპების შესახებ შეიძინოს საჭირო ცოდნა, რათა დროულად აღმოაჩინოს დარღვევები და მოახდინოს რეფერირება; მეორე ნიშნავს, დარღვევების აღმოჩენის შემთხვევაში ღრმა კვლევების ჩატარებას და საჭიროების შემთხვევაში სპეციალიზებულ ინტერვენციას.

თავდაპირველი გეგმის თანახმად, გადამზადებული ექიმები სახლში მივიდოდნენ და პერიოდულად ბავშვების შეფასებას გააკეთებდნენ. თუმცა, ფინანსური პრობლემების გამო სამინისტრომ თავი შეიკავა და UNICEF-ს საშუალება მისცა რომ პილოტი გაეკეთებინათ აჭარაში. UNICEF-მა აჭარაში ოჯახის ექიმები გადამზადა, ტაბლეტები დაურიგა და შექმნა მონაცემების შეყვანის სისტემა. ინტერნეტი აჭარის მთავრობამ უზრუნველყო; ამ მიდგომის მეშვეობით ჩასახვამდელი სერვისებიც უნდა იქნას მონოდებული სამედიცინო პერსონალის მიერ.

პილოტური პროექტი 2019-ში დასრულდა<sup>16</sup>;

იგეგმება მთელ საქართველოში გავრცელება; აჭარაში ჩატარებული პილოტი საკმაოდ წარმატებულად იქნა შეფასებული და გადაწყდა მისი გავრცელება მთელ ქვეყნის ტერიტორიაზე. შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის გადამზადების ვალდებულებას UNICEF იღებს საკუთარ თავზე, მაგრამ მთელი ქვეყნის მასშტაბით აჭარის პილოტის გავრცელება სამინისტროს მხრიდან მაინც დიდ ფინანსურ რესურსებს მოითხოვს, მაგ.: სამედიცინო პერსონალის ტრანსპორტირება და მათთვის პლანშეტების/ლექტოპების დარიგება;

აღსანიშნავია, რომ გლობალ ფონდის დახმარებით 800-მდე ლექტოპი დაურიგდათ სოფლის ექიმებს, რომლებშიც შესაბამისი პროგრამები აქვთ ჩატვირთული. მოხდა მათი ნაწილის გადამზადებაც 2020 წლის იანვარ/თებერვალში, მაგრამ კოვიდ 19-ის პანდემიის გამო პროცესი შეჩერდა. გარდა ამისა, სოფლის ექიმების ნაწილს გაუჭირდა ონლაინ სწავლებაში მონაწილეობა. ამიტომ, უკვე მომზადებულია მასწავლებელი/ტრენერები, რომლებიც ადგილებზე ჩაატარებენ სწავლებას.

*1.2.2.2. ბინაზე დედათა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამების რეგისტრის შემუშავება და დანერგვა;*

ამ მიმართულებით ჯერ არსებითი არაფერი გაკეთებულა. ამ ეტაპზე იგეგმება მუშაობის დაწყება, რათა დაბადების რეგისტრში მოხდეს აჭარის პილოტში ჩართული ექიმებისგან მიღებული მონაცემების ინტეგრირება;

<sup>16</sup> აჭარაში ჩატარებული პილოტური პროექტის ანგარიში იხილეთ დანართ #3-ში

*1.2.2.3. ბინაზე ვიზიტების განსახორციელებლად პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოტივირება სამგზავრო და სატრანსპორტო შეღავათებით.*

პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების მოტივირება სამგზავრო და სატრანსპორტო შეღავათებით არ განხორციელებულ და ყველა თანხმდება, რომ რეალურად ძალიან დიდი საჭიროებაა.

### ***1.3. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით შემუშავებული და დანერგილია თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის მექანიზმები***

*1.3.1. ადგილობრივ ხელისუფლებასთან მუშაობა მათი მონაწილეობის უზრუნველყოფის მიზნით.*

ზოგადად, ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსის თანახმად, ადგილობრივი ხელისუფლების როლი ჯანდაცვის და კონკრეტულად დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის კუთხით მინიმალურია. მხოლოდ ინდივიდუალური მიმართვის საფუძველზე შესაძლებელი გარკვეული დახმარების მიღება.

აჭარის პილოტური პროექტის ფარგლებში UNICEF შეხვდა აჭარის მუნიციპალიტეტების წარმომადგენლებს და დაითანხმა, რომ გადამზადებული ოჯახის ექიმების უზრუნველყოფა მოეხდინა ინტერნეტით. მათ ეს მოვალეობა პირნათლად შეასრულეს, თუმცა მხოლოდ პროექტის ფარგლებში და პროექტის დასრულებისთანავე ამ პროცესს გამოეთიშნენ.

ადგილობრივი ხელისუფლების როლი ნელ-ნელა მაინც ფართოვდება, რადგან ახლად აშენებული და გარემონტებული ამბულატორიები ადგილობრივი ხელისუფლების ბალანსზე გადადის და მათ უნდა იზრუნონ კომუნალურ და სხვა ხარჯებზე (თუმცა, ეს ვალდებულების სახით არ არის).

ბავშვთა განვითარების პროგრამაში ჩაერთვება ორი სოციალური მუშაკი, რომელსაც ასევე ადგილობრივი ხელისუფლება დააფინანსებს და რომელთათვისაც მუნიციპალიტეტებში ცალკე შტატები უკვე შეიქმნა, თუმცა ჯერ სამსახურში აყვანა არ მომხდრა. ისინი იქნებიან მედიატორები მშობლებსა და სოციალური და სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებს შორის (ჯანდაცვის სამინისტროს განცხადებით, ეს პროცესი კოვიდ 19-ის პანდემიის გამო შეფერხდა.

აღსანიშნავია, რომ მუნიციპალიტეტებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრის ხელმძღვანელები დღემდე არ არიან საქმის კურსში იმასთან დაკავშირებით, თუ რა როლი შეიძლება შეასრულონ სოციალურმა მუშაკებმა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების კუთხით.

2020 წლის გაზაფხულზე, კარანტინის დროს ბევრ მუნიციპალიტეტში ადგილობრივი ხელისუფლება დაეხმარა სოფლის ექიმებს ინტერნეტით უზრუნველყოფაში. სამწუხაროდ, ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში ასეთი დახმარება მხოლოდ დროებითი იყო და სოფლის ექიმები კვლავაც თვითონ ყიდულობენ ინტერნეტს.

ექსპერტთა ნაწილი თვლის, რომ სოფლის/ოჯახის ექიმის მთლიანად ადგილობრივი თვითმმართველობის იმედად დატოვება არასწორი იქნება, რადგან თავად თვითმმართველობა, როგორც დამოუკიდებელი ინსტიტუტი ჯერ ჩამოუყალიბებელია



და ძალიან მყიფეა., ხოლო სოფლის/ოჯახის ექიმების ეფექტური მუშაობა ეფექტურ, ცენტრალიზებულ მართვას მოითხოვს. ამიტომ, ამ ეტაპზე საუკეთესო გამოსავალი არის თვითმმართველობებთან მხოლოდ გარკვეული ტიპის კოორდინაცია.

საბოლოო ჯამში, გარკვეული აქტივობების მიუხედავად, თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის რაიმე ქმედითი მექანიზმები არ შემუშავებულა.

### 1.3.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*1.3.2. საზოგადოების ორიენტირება და ინფორმირება დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, და ოჯახებსა და ჯანდაცვის სისტემას შორის კავშირების გაძლიერებაზე:*

### 1.3.2. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა

*1.3.2.1. ცნობიერების ამაღლებაზე მიმართული შეხვედრების ჩატარება ადგილობრივ თვითმმართველობის და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან, ჯანდაცვის მუშაკებთან და რელიგიურ ლიდერებთან პრიორიტეტული პრობლემების გამოსავლენად და ადგილობრივ დონეზე მათი გადაწყვეტის საშუალებების მისაგნებად.*

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების განცხადებით სამინისტროსა და NCDC-ის ხელმძღვანელი პირები პერიოდულად ჩადიოდნენ მუნიციპალიტეტებში და სხვა საკითხებთან ერთად, მიმდინარე სამოქმედო გეგმასთან დაკავშირებულ საკითხებზეც საუბრობდნენ. ხვდებოდნენ არ მხოლოდ ადგილობრივ ხელისუფლებას, არამედ ადგილობრივ სათემო და რელიგიურ ლიდერებსაც. განსაკუთრებით დიდ დროს უთმობდნენ ეთნიკურ უმცირესობებს.

სხვადასხვა რელიგიური კონფეციების წარმომადგენლებთან განსაკუთრებით აქტიურობდა UNICEF. დიალოგები მიმდინარეობდა სხვადასხვა თემებზე: ძუძუთი კვება, ბავშვის ადრეული განვითარება, აცრები და სხვ.

NCDC-ის განცხადებით უახლოეს მომავალში იგეგმება სამუშაო შეხვედრები სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებთან, მაგ.: „თანადგომა“, ასოციაცია ჰერა XXI და სხვ. რათა მოხდეს ე.წ. „ინფლუენსერების“ მომზადება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის თემებზე.

ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით, განსაკუთრებით ახალგაზრდებთან აქტიურად მუშაობს UNFPA. განხორციელდა რიგი საქმიანობები თვითმმართველობებთან სათანამშრომლო პლატფორმის შესაქმნელად ისეთ თემებზე, როგორც არის ადრეულ ასაკში ქორწინება, მობარდობის ასაკში ორსულობა და სხვ. (სამიზნე რეგიონებია კახეთი და სამეგრელო); ასევე, განხორციელდა საკომუნიკაციო აქტივობები ახალგაზრდებს შორის აღნიშნულ თემებზე ცნობიერების გასაზრდელად.

2017 წლიდან UNFPA ეფექტურად თანამშრომლობს საპატრიარქოსთან არსებულ რელიგიათა შორის საბჭოსთან ოჯახში ძალადობისა და ბავშვობის ასაკში ქორწინების პრევენციაზე. ჩატარდა საინფორმაციო შეხვედრები საქართველოში მოღვაწე ყველა მუსლიმ რელიგიურ ლიდერთან.

2019 წლის ბოლოს შემუშავდა სასწავლო რესურსი ოჯახში ძალადობის და ადრეული ქორწინების საკითხებზე რელიგიური მსახურებისთვის, რომლის შემუშავებაშიც ყველა



რელიგიური კონფესიის წარმომადგენელი იყო ჩართული და წინასიტყვაობის შედგენაში ყველა კონფესიის სულიერი ლიდერი მონაწილეობდა, ანუ დოკუმენტი ყველასთვის მისაღებია.

2019 წელს სახელმწიფო ზრუნვისა და ტრეფიკინგის მსხვერპლთა, დაზარებულთა დახმარების სააგენტოსა და UNFPA-ის შორის თანამშრომლობით განხორციელდა პროექტი „ჯანდაცვის სისტემის პასუხი გენდერული ნიშნით ძალადობაზე“. პროექტის ფარგლებში ტრენინგი გაიარეს პირველად ჯანდაცვის რგოლის ექიმებმა. შემუშავებული სატრენინგო მოდული მოიცავდა ინფორმაციას გენდერული თანასწორობის, ქალთა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ასევე ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ ზოგად ინფორმაციას. სატრენინგო მოდულმა მოიცვა სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, ძალადობის იდენტიფიცირების და რეაგირების სტანდარტები, დოკუმენტირების ფორმები და სხვ.

საბოლოო ჯამში, ამ საქმიანობის ეფექტურად განსახორციელებლად, გაცილებით მეტი ძალისხმევა მართებდა ჯანდაცვის სამინისტროს და მის სტრუქტურულ დანაყოფებს.

ამოცანა 2: 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესდება და მოხდება მათი სტანდარტიზება ამ მომსახურებების სრული ინტეგრაციის პარალელურად.

*2.1. ორსულობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების გაძლიერება ჩასახვამდე, ანტენატალური, ინტრანატალური და მშობიარობის შემდგომი მოვლის სერვისებისა და მათი დამაკავშირებელი რეფერალური სისტემის ეფექტურობის ამაღლებით*

*2.1.1. ჩასახვამდელი მომსახურების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში:*

ჩასახვამდელი მომსახურებების გაწევა ოჯახის ექიმის კომპეტენციებში შედის და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით არის გაწერილი, კერძოდ:

- პაციენტის კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვის, სამედიცინო გენეტიკისა და სამედიცინო სექსოლოგიის პრობლემების შესახებ
- ზოგადი რჩევები და რეკომენდაციები კონტრაცეპციის შესახებ
- დაკვირვება კონტრაცეპტიული საშუალებების გამოყენებაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის ექიმებს ევალებათ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ინფორმაციის მიწოდება, ამ მოვალეობას სათანადოდ ვერ ასრულებენ. სწორედ ამ ხარვეზის გამოსწორებას გულისხმობდა ეს საქმიანობა ანუ მომხდარიყო არსებული სერვისის რეალური და ხარისხიანი განხორციელება;

ამ ეტაპზე არანაირი ინდიკატორი ან რაიმე ქმედითი მექანიზმი არ მოქმედებს, ოჯახის ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაოს გასაზომად.

ხოლო, რაც შეეხება სოფლის ექიმებს, მათი კომპეტენციები სოფლის ექიმის პროგრამით არის გაწერილი და ჩასახვამდელი მომსახურებების გაწევას არ ითვალისწინებს.

იდეალურად მოიაზრება სისტემა, როდესაც ოჯახის ექიმი ან ექთანი სახლში აკითხავს რეპროდუქციული ასაკის წყვილს და ეცნობა საცხოვრებელ პირობებსა და სამომავლო გეგმებს ანუ მეთვალყურეობას იწყებს ორსულობამდე.

უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტს ჯანდაცვის სამინისტროში ერთი კონკრეტული ხელმძღვანელი არ ჰყავს, არამედ ფუნქციები გადანაწილებულია ჯანდაცვის პოლიტიკის სამმართველოში მყოფ რამდენიმე თანამშრომელზე.

ზოგადად, საერთო აღიარებით ოჯახის დაგეგმვაზე და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს მხრიდან სათანადო სერვისის მიწოდება ერთ-ერთი დიდი ჩავარდნაა;

საბოლოო ჯამში, ამ მიმართულებით არსებითი ცვლილებები არ მომხდარა. ზოგიერთი რესპოდენტი თვლის, რომ ამის მიზეზია საკითხის სენსიტიურობა და საზოგადოების რადიკალურად განწყობილი ჯგუფების მხრიდან მოსალოდნელი წინააღმდეგობა, რომლებიც თვლიან, რომ ეს ხელს შეუშლის ერის გამრავლებას, ეწინააღმდეგება რელიგიურ პრინციპებს და სხვ.

### 2.1.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*2.1.1.1. ჩასახვამდელი მომსახურების ჰჯდ საბაზისო პაკეტში ინტეგრირების ფინანსური მექანიზმების გადახედვა.*

ჩასახვამდელი მომსახურების ჰჯდ საბაზისო პაკეტში ინტეგრირებისთვის დაფინანსების მექანიზმების კუთხით ცვლილებები არ მომხდარა.

*2.1.1.2. ჰჯდ პროვაიდერების შესაძლებლობების გაძლიერება ჩასახვამდელი (მშობიარობამდელი) მოვლის უზრუნველსაყოფად (არაგადამდებ და გადამდებ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, ფოლიუმის მჟავის და რკინის დანამატებით უზრუნველყოფა, კონსულტირება ცხოვრების ჯანსაღი წესის, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების უარყოფითი გავლენის შესახებ ორსულობის პერიოდში) ეროვნული სტრატეგიის ფარგლებში ჩატარებული ტრენინგების საშუალებით.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის განცხადებით: „პროგრამის ფარგლებში, განხორციელდა ტრენინგები სხვადასხვა სამიზნე აუდიტორიისათვის (მ.შ. ტრენინგები ჰჯდ სპეციალისტებისათვის თამბაქოსათვის თავის დანებებაზე ხანმოკლე კონსულტაციების თანამედროვე მეთოდოლოგიისა და ტექნიკის სწავლებაზე (გადამზადდა 301 ჰჯდ სპეციალისტი)“.

თუმცა, ამ საქმიანობაში თამბაქოსთვის თავის დანებება არ იყო პირველი პრიორიტეტი და სხვა მიმართულებებით შესაძლებლობების გაძლიერება არ მომხდარა.

ზოგადად, ფოლიუმის მჟავის დროულად მოხმარების დაწყება (ორსულობამდე და ორსულობის საწყის თვეებში) დიდ პრობლემად რჩება. დარგის ექსპერტები



საუკეთესო გამოსავალს პჯდ-ის წარმომადგენლების გადამზადებასა და როლის გაზრდაში ხედავენ, თუმცა ჯერჯერობით ეს არ მომხდარა.

უნდა აღინიშნოს, რომ დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამაში განხორციელებული ცვლილებების შემდეგ, 2019 წელს, ერთჯერადი ინტერვენციის სახით, დიპლომის შემდგომი განათლების პროგრამის ფარგლებში გადამზადდნენ სოფლის ექიმები ქრონიკული დაავადებების მართვის საკითხებზე. თუმცა, ამ ეტაპზე უსგ-ში ჩართვის ვალდებულება პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებს არ აქვთ და შესაბამისად, მათი ჩართულობაც დაბალია.

*2.1.2. ანტენატალური მომსახურების მინიმალური პაკეტის გადახედვა და განახლება იმ მიზნით, რომ ქალებმა მიიღონ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ვიზიტები და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ყველა ინტერვენცია, მათ შორის მოხდეს წინასწარ არსებული დაავადებების (არაგადამდები და გადამდები დაავადებების) გამოვლენა და მართვა, ორსულობის გართულებების დროული დადგენა და მკურნალობა, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა და დაავადებათა პრევენცია (საშიში ნიშნების ამოცნობა, სწორი კვება ფოლიუმის მჟავის და რკინის დანამატებით, სარისკო ქცევის შეცვლა და სხვ.), მზადყოფნა მშობიარობისთვის*

ანტენატალური მომსახურების მოწოდება რეგულირდება მთავრობის შესაბამისი დადგენილებით დამტკიცებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამით (პროგრამული კოდი 27 03 02 08) და ამ პროგრამას ახორციელებს ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, რომელიც 2020 წლის 18 აგვისტოდან, ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ნაწილში გახდა სოციალური მომსახურების სააგენტოს სამართალმემკვიდრე.

მთავრობის დადგენილების ფარგლებში ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო ახორციელებს შემდეგ კომპონენტებს:

1. ანტენატალური მეთვალყურეობა, რომელიც გრძელდება მშობიარობამდე და მოიცავს 8 ვიზიტს (ჯამში 180 ლარი). სააგენტო ახორციელებს ამ დაწესებულებების მიერ შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებას. ყოველი თვის დასაწყისში დაწესებულებას მოაქვს წინა თვეს შესრულებული სამუშაოს შესახებ მონაცემები.

იმისათვის, რომ ქალმა სრული სერვისი მიიღოს, 13 კვირამდე უნდა დარეგისტრირდეს და პირველი ვიზიტიც აუცილებლად მე-13 კვირამდე უნდა განახორციელოს. მე-8 ვიზიტი კი შეუძლია მე-40 კვირასაც კი განახორციელოს. თუ 13 კვირამდე ვერ დარეგისტრირდება, ის კარგავს პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით სარგებლობის უფლებას, გარდა სკრინინგისა, რომელიც მაინც ფინანსდება სრულად.

პროგრამის მოთხოვნების შესახებ ორსული ინფორმაციას, ძირითადად იღებს ოჯახის/სოფლის ექიმისგან.

ამავე კომპონენტში შედის ორსულების სკრინინგი აივ-ზე, შიდს-ზე, ა/ბ/ც ჰეპატიტებზე და სიფილისზე;

2. ფოლიუმის მჟავის და რკინის პრეპარატის შესყიდვა ორსულისთვის. სააგენტოს ჰყავს ტენდერით შერჩეული კონტრაქტორი აფთიაქი, საიდანაც ყველა ბენეფიციარი (მათ შორის დიაბეტიტ დაავადებული, ორგანო გადანერგილი ან ნებისმიერი სხვა ვისაც სახელმწიფოსგან მიეწოდება მედიკამენტი) იღებს წამალს. მაგრამ იმის გამო, რომ ფოლიუმის მჟავა პრაქტიკულად ყველა ორსულისთვის არის რეკომენდირებული



(განსაკუთრებით ორსულობის საწყის კვირებში), აფთიაქში რომ აღარ იაროს, პირდაპირ დაწესებულებიდან იღებენ, სადაც ორსული დგას აღრიცხვაზე.

რაც შეეხება რკინის პრეპარატებს, ისინი მხოლოდ იმ ორსულებს სჭირდებათ, ვისაც რკინა დეფიციტური ანემია აქვს და ამ პრეპარატების მისაღებად კონტრაქტორ აფთიაქში მოუწევს მისვლა.

ამავე კომპონენტში შედის ახალშობილებისთვის K ვიტამინის და თვალის გონოკოკური ინფექციის პროფილაქტიკისთვის თვალის ერთრომიცინის მალამოს შესყიდვა, რომლებიც მიეწოდება სამშობიაროებს მოთხოვნის შესაბამისად.

3. გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა - ეს არის გენეტიკური პათოლოგიების გამოვლენაზე სკრინინგი სამმაგი ტესტ სისტემით და სამმაგი ტესტ სისტემით რისკ ჯგუფის გამოვლენის შემთხვევაში წარიმართება ჩალრმაგებული ინვაზიური კვლევა - ამნიოცენტები. ამ კომპონენტის განმახორციელებელი დაწესებულების შერჩევაც ტენდერის წესით ხდება.

4. ორსულებში ბ და ც ჰეპატიტების, აივ-შიდსისა და სიფილისის განსაზღვრა და დედიდან შვილზე ბ ჰეპატიტის გადასვლის პრევენციის უზრუნველყოფა. ეს კომპონენტი გულისხმობს ტესტებით უზრუნველყოფას და მას ახორციელებს არა სოციალური მომსახურების სააგენტო, არამედ NCDC. ანუ, სკრინინგი ინფექციურ პათოლოგიებზე, როგორც სერვისი შედის ანტენატალური მომსახურების პირველ კომპონენტში და შესაბამისად, სოციალური მომსახურების სააგენტო ადმინისტრირების ქვეშ არის, ხოლო ამ სერვისისთვის მასალებით უზრუნველყოფა ხდება მეოთხე კომპონენტიდან, რომელსაც NCDC ახორციელებს.

5. ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეთონურიაზე, ფენილალანინემისა და მუკოვისციდოზზე, შესაბამისად ყველა ახალშობილ ბავშვს, ქვეყნის მასშტაბით სკრინინგი უტარდება ამ იშვიათ დაავადებებზე. ამ კომპონენტისთვისაც ტენდერით ხდება სერვისის მიმწოდებლის გამოვლენა და ამასაც სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს.

6. სამედიცინო მომსახურება სიფილისზე ექვსი შემთხვევაში. ეს არის ორსულთა სიფილისის დიაგნოსტიკა - ანუ ანტენატალური მომსახურების პირველ კომპონენტის ფარგლებში ჩატარებული სკრინინგის შედეგად თუ რისკი გამოვლინდა, იმისი განმეორებითი კვლევა ანუ კონფირმაციისთვის დადასტურება ხდება. დადასტურების შემთხვევაში პროგრამა ითვალისწინებს ადრეული და მოგვიანებითი სიფილისის მკურნალობას<sup>17</sup>. ასევე პროგრამაში შედის, ამ ორსულის მიერ მოვლენილი ახალშობილის მხოლოდ გამოკვლევა. ამ სერვისის მომწოდებელსაც სოციალური მომსახურების სააგენტო ტენდერის წესით არჩევს.

7. ახალშობილთა სმენის დიაგნოსტიკური კვლევა. ამ კომპონენტსაც NCDC ახორციელებს.

სოციალური მომსახურების სააგენტო შესყიდვების ოდენობას განსაზღვრავს წინა წლის გამოცდილებით და სამინისტროსთან კონსულტაციით.

<sup>17</sup> დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამაში სიფილისზე ექვსი შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურებისთვის გათვალისწინებულია 45 000 ლარი.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების მიმწოდებელთა მსურველთათვის დაწესებულია შემდეგი მოთხოვნები:

მომსახურების მიმწოდებელია სამედიცინო საქმიანობის მიმწოდებელი პირი/დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, ეთანხმება ვაუჩერის პირობებს და პროგრამის განმახორციელებელს წერილობით დაუდასტურებს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს. ამასთან, ამ პროგრამის მიზნებისთვის, თვითმმართველ ქალაქებში – ქ. თბილისში, ქ. ქუთაისსა და ქ. ბათუმში, მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელია:

ა) პირი/დაწესებულება, რომელიც შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობისათვის, კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოთხოვნების დაცვით, სტაციონარულად აწვდის სამედიცინო სერვისს და, ამავდროულად, ამბულატორიულად ახორციელებს ანტენატალურ სერვისს უშუალოდ, მესამე პირ(ებ)ის გარეშე, კონკრეტული ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით;

ბ) პირი/დაწესებულება, რომელიც უზრუნველყოფს ანტენატალური სერვისის მიწოდებას, შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დაცვით, უშუალოდ, მესამე პირ(ებ)ის გარეშე, კონკრეტული ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით და რომლის მიერ საანგარიშგებო წლის წინა წლის განმავლობაში გატარებული ორსულთა საერთო რაოდენობა  $\geq 300$ -ზე/-ის. აღნიშნული პირობა არ ვრცელდება იმ სუბიექტზე, რომელმაც კანონმდებლობის შესაბამისად ანტენატალური სერვისის მიწოდება დაიწყო საანგარიშგებო წლის წინა წელს ისე, რომ ანტენატალური სერვისის მიწოდების დაწყებიდან არ შესრულებულა საანგარიშგებო წლის წინა სრული კალენდარული წელი.

ანტენატალური მომსახურების მექანიზმის შემუშავებაში პროფესიული ასოციაციები აქტიურად და პროდუქტიულად მონაწილეობდნენ, რაც იმაში გამოიხატება, რომ მომსახურების პაკეტის განახლებისთვის მიძღვნილ შეხვედრებში რეგულარულად ერთვებოდნენ და გათვალისწინებული იყო მათი მოთხოვნები და ასევე, საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტები.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამაში გათვალისწინებულია სხვადასხვა მიკროელემენტებით ფორტიფიცირებულ პროდუქტებზე ინფორმირებულობის ასამაღლებელი აქტივობების განხორციელება (სტატიები, ბროშურები, ტელე/რადიო გადაცემები, სხვ).

დარგის ზოგიერთი ექსპერტის აზრით, პროგრამაში ჩართვა, ორსულობის ყველა ეტაპზე უნდა იყოს შესაძლებელი.

ისინი ასევე ითხოვენ, რომ დაგეგმილი ორსულობების (ხელოვნური განაყოფიერება) წინა პერიოდში ფოლიუმის მჟავის მოხმარებას რეგულარული ხასიათი ჰქონდეს. ეს მოთხოვნა იმით აიხსნება, რომ როგორც წესი, ბუნებრივი განაყოფიერების დროს, ორსულობის დაგეგმვა არ ხდება და ქალის მიერ ფოლიუმის მჟავის მოხმარება, საჭიროზე დროზე უფრო დაგვიანებით იწყება.



აღსანიშნავია, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობისას ზედმეტი მედიკალიზაციისა და მედიკამენტების არასწორი დანიშვნის პრობლემის მოსაგვარებლად, 2017 წელს შემუშავდა და დაინერგა ახალი პროტოკოლი. თუმცა, დარგის სპეციალისტები აზრით დღემდე ეს საკითხი გადაჭრილი არ არის და ამის მიზეზად ასახელებენ ანტენატალური მეთვალყურეობის პროცესზე სათანადო კონტროლის არ არსებობას.

დარგის ექსპერტები თვლიან, არ ხდება ანტენატალურ მომსახურებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი მონაცემების ანალიზი. მაგალითად, არ არსებობს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ პაკეტით დაფინანსებული 8 ვიზიტის გარდა, რამდენი ვიზიტის საფასურს იხდიან ორსულები საკუთარი ჯიბიდან. ასევე, რა არის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი, რის გამოც ორსულს იბარებენ რიგგარეშე ვიზიტზე. ზოგადად, გავრცელებული მოსაზრებაა, რომ ანალიტიკური საქმიანობა ჯანდაცვის სამინისტროს ერთ-ერთი ყველაზე სუსტი მხარეა.

### 2.1.2. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

#### *2.1.3. ანტენატალური მომსახურების განახლებული პაკეტის დაფინანსების მექანიზმების გადახედვა.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის განცხადებით: „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის ფარგლებში 2018 წლიდან გათვალისწინებულია 8 ანტენატალური ვიზიტის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ნაცვლად 4 ვიზიტისა. 2018 წელს თითქმის 3-ჯერ გაიზარდა პროგრამის ბიუჯეტი - 2,602,600 ლარიდან - 2017 წელს, 6,113,000 ლარამდე - 2018 წელს, ხოლო 8,000,000 – 2019 წელს. შეიცვალა ანტენატალური ვიზიტების დაფინანსების ღირებულება და მექანიზმები: ერთი ორსულის მართვის ღირებულება განისაზღვრება 180 ლარის ოდენობით (მათ შორის, ყოველ ვიზიტზე მენ-გინეკოლოგის ანაზღაურება არანაკლებ 8 ლარის ოდენობით), შემდეგი სქემით: I ვიზიტი – 71 ლარი; II ვიზიტი – 23 ლარი; III ვიზიტი – 28 ლარი; IV ვიზიტი – 11 ლარი; V ვიზიტი – 11 ლარი; VI ვიზიტი – 14 ლარი; VII ვიზიტი – 11 ლარი; VIII ვიზიტი – 11 ლარი. აივინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტებზე და სიფილისზე ანტენატალური სკრინინგისთვის განისაზღვრა 9 ლარი“.

შეფასების პროცესში მონაწილე დაინტერესებული პირების უმრავლესობა, როგორც პრაქტიკოსი მენ-გინეკოლოგები ასევე, დარგის ექსპერტები თვლიან, რომ სამოქმედო გეგმის ეს კომპონენტი ძალიან კარგად შესრულდა. ვიზიტების გაზრდილი რაოდენობის გარდა, ორსულთათვის ძალიან მოქნილი სისტემაა, რაც იმაში გამოიხატება, რომ სურვილისა და ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის მიხედვით შეუძლიათ ვიზიტების ნაწილი სხვადასხვა კლინიკებში განახორციელონ. შესაბამისად, როგორც წესი ითვისებენ 8 ვიზიტის შესაძლებლობას. ზოგიერთ შემთხვევაში, ძირითადად ექოსკოპიის ხარჯზე, ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა შეიძლება პროგრამით განსაზღვრულ რვა ვიზიტს აღემატებოდეს და ამ შემთხვევაში უკვე დამატებითი ვიზიტების ღირებულებას თვითონ იხდიან (თუმცა, მედიკოსები თვლიან, ამდენი ექოსკოპია საჭიროებას არ წარმოადგენს და უფრო ორსულის ახირებაა). რეალურად, რთულია იმის განსაზღვრა მედ-პერსონალი ხომ არ უქმნის ორსულს დამატებითი ვიზიტების მოტივაციას, შემოსავლების გაზრდის მიზნით.

გარდა ამისა, დარგის ზოგიერთი სპეციალისტი აცხადებს, რომ ორსულებს არც თუ იშვიათად უწევთ სხვადასხვა დამატებითი გამოკვლევების ღირებულების გადახდა,

რომლებიც ხშირად ისე ინიშნება, რომ აუცილებლობას არ წარმოადგენს და მთავარ მიზნად დაწესებულებისთვის დამატებითი შემოსავლის უზრუნველყოფას ისახავს. სამწუხაროდ, არ არსებობს გარე აუდიტის რაიმე ქმედითი მექანიზმი, რაც მსგავს შემთხვევებს გააკონტროლებდა და აღკვეთდა.

ანტენატალური მეთვალყურეობის დაფინანსების მექანიზმის ხარვეზად მიიჩნევა ის, რომ შესაბამისი გაიდლაინით გათვალისწინებული ანტირეზუს გამაგლობულის 2-ჯერადი ინექცია არ ფინანსდება, მიუხედავად მაღალი ფასისა. შესაბამისად, არის შემთხვევები, როცა ეს პრცედურა სოციალურად დაუცველი რეზუს უარყოფითი სისხლის მქონე ქალებს ესაჭიროებათ, მაგრამ მათთვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელია.

დარგის ზოგიერთი ექსპერტი პროცესის უარყოფით მხარედ იმასაც აღნიშნავს, რომ სხვა დაწესებულებაში ვიზიტების გადატანა გარკვეულ ბიუროკრატიულ ბარიერებთან არის დაკავშირებული. მათი აზრით, სასურველია, რომ „გადარეგისტრირება“ ხდებოდეს დაწესებულების მიერ პაციენტისთვის „ფორმა 100“-ის გაცემის საფუძველზე. ხოლო, დაწესებულებამ შეტყობინება განმახორციელებელთან გაგზავნოს.

ასევე, მათი აზრით, კარგი იქნებოდა თუ განხორციელებულ ცვლილებებს მალევე მიჰყვებოდა დამატებითი მხარდაჭერი ღონისძიებები, როგორცაა:

- ანტენატალური სერვისების მიმწოდებელთა სრული რეგიონალიზაცია და სელექტიური კონტრაქტირება;
- ანტენატალური ვიზიტების დაფინანსების გაზრდა.

არსებობს მოსაზრება, რომ ინფლაციის გათვალისწინებით, 8 ვიზიტისთვის პროგრამიდან გამოყოფილი მწირი დაფინანსება ექიმებს და დაწესებულებებს უბიძგებს, რომ გეგმიურ ვიზიტებს შორის დამატებითი ვიზიტები დანიშნონ, რისი საფასურის გადახდაც უკვე ორსულს უწევს.

ანტენატალური მომსახურების მექანიზმის განახლებისა და შესაბამისი ბიუჯეტის 3.5-ზე მეტჯერ გაზრდის ფონზე (2017 წელს - 2,602,600 ლარი, 2019 წელს - 8,000,000 ლარი) ფონზე საინტერესოა ძირითად სტატისტიკურ მაჩვენებლებზე დაკვირვება. ქვევით მოცემულია ცხრილი #1, რომელიც ასახავს დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის სტატისტიკას 2010 წლიდან 2019 წლის ჩათვლით.



## ცხრილი #1

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
მკვდრადშობადობა 1000 დაბადებულზე	10.9	9.5	11.2	10.5	9.4	9.8	9.8	9.4	8.5	9.4
ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	6.6	6.1	6.6	6.7	3.4	3.6	4.1	4.5	3.2	2.8
გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე	3.0	2.4	2.7	1.7	2.3	2.5	2.2	2.3	1.7	2.4
პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე	17.4	15.6	17.7	16.1	13.8	13.4	13.8	13.8	11.7	12.1
დედათა სიკვდილიანობა 100000 ცოცხალშობილზე	21.7	27.6	22.8	32.2	31.5	32.2	23.0	13.1	27.4	28.9

(2014 წლიდან - საქსტატის და ჯანდაცვის სამინისტროს შეჯერებული მონაცემები).

გარკვეული გაუმჯობესებების მიუხედავად, დამაფიქრებელია 2019 წელს 2018 წელთან შედარებით 1000 ცოცხალშობილზე გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი მატება. ასევე, 2018 წელთან შედარებით 2019 წელს მცირედით უარყოფითი დინამიკაა 1000 დაბადებულზე პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მიხედვით. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობაა 100000 ცოცხალშობილზე დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მიხედვით.

### 2.1.3. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*2.1.4. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მომზადებული ორსულობისა და ანტენატალური ზრუნვის ახალი გაიდლაინების ადაპტირებული სასწავლო ინტერნეტმოდულების შემუშავება, დისტანციური ინტერნეტ-სწავლების მეთოდების დანერგვა უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის განცხადებით: „თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და UNFPA-ის თანამშრომლობის საფუძველზე განხორციელდა შემუშავებული ანტენატალური მეთვალყურეობის ონლაინ სასწავლო კურსის აკრედიტება და დანერგვა.



დაინტერესებული პირებიც ადასტურებენ, რომ უწყვეტი განათლების ტრენინგები ამ სფეროში მუდმივად მიმდინარეობს და შესაბამისი ინტერნეტ მოდულები ყველასათვის ხელმისაწვდომია.

ჭანდაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა და BMJ-ის (ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალი) შორის თანამშრომლობის ფარგლებში, 2015 წლიდან ქართველი ექიმებისათვის ხელმისაწვდომია BMJ-ს სასწავლო რესურსები, ასევე, ქართულ ენაზე ითარგმნა 300 მოდული. 2017 წლიდან პლატფორმაზე დარეგისტრირებულია 2712 ექიმი, აქედან 350 სოფლის ექიმი, 211 სასწრაფოს ექიმი, რეგიონული ჭანდაცვის ცენტრის ექიმები.

სსიპ - სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის სააგენტოს ვებ-გვერდზე ხელმისაწვდომია აკრედიტებული მოკლევადიანი უსგ პროგრამების ჩამონათვალი, მათი მიმწოდებლების მითითებით.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან არსებული დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის მიერ მომზადებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოკლევადიანი პროგრამების ნახვა შესაძლებელია შემდეგ ლინკზე: <http://sms.tsmu.edu/cme>, მათ შორის არის „ანტენატალური მეთვალყურეობის“ ონლაინ სასწავლო კურსი, რომელიც მომზადდა დონორების ჩართულობით.

ამასთან, აღნიშნული უსგ პროგრამები არის ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი, დაფუძნებულია მაღალი სანდოობის წყაროების შესაბამის სასწავლო რესურსებზე, რომელთაც წარმატებით იყენებენ ქართველი სპეციალისტები.

თუმცა, დარგის ზოგიერთი წარმომადგენელი თვლის, რომ მაღალი სანდოობის, ხელმისაწვდომ (ფინანსურად) ონლაინ-სასწავლო მოდულებზე წვდომა მომავალში კიდევ უფრო უნდა გაიზარდოს.

შემფასებელს დიდი სურვილი ჰქონდა, რომ მოეპოვებინა დამატებითი ინფორმაცია, თუ რამდენად უწყვეტ რეჟიმში ტარდება შესაბამისი ტრენინგები, რამდენმა გაიარა, რა პერიოდში და სხვ. თუმცა, მეტი ინფორმაციისთვის ვერც სამინისტროს და ვერც სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შესაბამის წარმომადგენელთან შეხვედრა ვერ მოხერხდა. ინფორმაციის გამოთხოვის წერილზე კი არ უპასუხიათ.

#### 2.1.4. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*2.1.5. ეროვნულ დონეზე თანდაყოლილი სიფილისისა და დედიდან ნაყოფზე აივ-ინფექციის გადაცემის აღმოფხვრის ინტეგრირებული გეგმის შემუშავება და დანერგვა.*

ჭანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის მტკიცებით: „2017 წლიდან დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დედიდან ნაყოფზე სიფილისის და 2003 წლიდან აივ ინფექცია შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება დედიდან ნაყოფზე აივ-ინფექციის გადაცემის

მკურნალობა. მომზადებულია დედიდან ნაყოფზე სქესობრივად გადამდები დაავადებების გადაცემის აღმოფხვრის სტრატეგიის პროექტი.“

UNICEF-ის, UNFPA-სა და NCDC-ის თანამშრომლობით 2017 წელს შეიქმნა ინდიკატორების ბაზა და შემუშავდა „საქართველოში დედიდან შვილზე აივ ინფექციისა და სიფილისის გადაცემის ელიმინაციის 2018-2019 წლების სამოქმედო გეგმა“<sup>18</sup>, რომელიც სამინისტრომ მიიღო/დაამტკიცა.

ინფექციური პათოლოგიისა და შიდსის ცენტრის ხელმძღვანელობითა და პროფესიული ასოციაციების აქტიური მონაწილეობით შემუშავდა და დაინერგა შესაბამისი გაიდლაინები<sup>19</sup>. ინტეგრირებული გეგმის მთავარი მიზანი არის დედიდან შვილზე, როგორც აივ-ინფექციის, ასევე სიფილისის გადაცემის ელიმინაცია.

დაინტერესებული პირების განმარტებით, ზოგადად, ამ კუთხით საქართველოში იმდენად კარგი მდგომარეობაა, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია გეგმავდა საქართველოს გამოცხადებას დედიდან ნაყოფზე შიდსის გადაცემის თავისუფალ ზონად, რადგან ბოლო 5 წლის განმავლობაში ასეთი ფაქტი არ დაფიქსირებული. თუმცა, ჯერ-ჯერობით თავი შეიკავეს, რადგან დედიდან ნაყოფზე სიფილისის გადაცემის რამდენიმე ფაქტი დაფიქსირდა.

წლების განმავლობაში სახელმწიფო დაფინანსებას იღებს გლობალური ფონდიდან აივ/შიდსის, სიფილისის, ტუბერკულოზისა და მალარიის აღმოსაფხვრელად. დაფინანსების ყველაზე დიდი წილი მოდის ტუბერკულოზსა და აივ/შიდსზე. ბოლო წლებში შეიმჩნევა ტენდენცია, რომ სახელმწიფო თანდათანობით ანაცვლებს დაფინანსების კუთხით გლობალურ ფონდს.

სახელმწიფო ემზადება იმ ეტაპისთვის, როცა გლობალური ფონდი შეწყვეტს დაფინანსებას. NCDC-ის აქვს შემუშავებული ე.წ. გადაბარების გეგმა, რომელიც გარდამავალ პერიოდში განსახორციელებელ ღონისძიებებს მოიცავს.

სახელმწიფოს მხრიდან ეფექტური მომზადება, პირველ რიგში გულისხმობს პრევენციული სერვისების განვითარებას. პრევენციული ღონისძიებები განსაკუთრებით ეფექტურია აივ/შიდსის შემთხვევაში, რადგან დაავადება სარისკო პოპულაციებში არის კონცენტრირებული.

ამ ეტაპზე აივ/შიდსთან დაკავშირებით ყველა სერვისი სრულად არის დაფინანსებული და მაქსიმალური ხელმისაწვდომობაც უზრუნველყოფილია.

ამ მიმართულებით NCDC თანამშრომლობს UNFPA-სა და UNICEF-თან.

#### 2.1.5. საქმიანობა სრულად განხორციელდა

#### *2.1.6. ანტენატალური მომსახურების მიწოდების სტრატეგიის შემუშავება:*

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის ბრძანება №01-2/ნ-ით „პერინატალური სამსახურების

<sup>18</sup> სამოქმედო გეგმის დოკუმენტი იხილეთ დანართ #4-ში.

<sup>19</sup> დედიდან ბავშვზე აივ და სიფილისის გადაცემის ელიმინაციის გაიდლაინი იხილეთ დანართ #5-ში.



რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ განისაზღვრა ანტენატალური მომსახურების დონეებად დაყოფის საფუძვლები, რომლის თანახმადაც ადეკვატური და ხარისხიანი ანტენატალური მოვლა ნიშნავს ორსული ქალებისათვის რისკების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, რაც უზრუნველყოფს ორსულობის პერიოდის გართულებების შემცირებასა და მშობიარობის გამოსავლის გაუმჯობესებას.

ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებები, სხვადასხვა რისკის და საჭიროების ორსულების მართვის შესაძლებლობის მიხედვით, დაიყო სამ დონედ: საბაზისო (A), სპეციალიზებულ (B) სუბსპეციალიზებულ (C) დონეებად.

- საბაზისო დონე (A) - ორსულთა ამბულატორიული მოვლა: ხორციელდება სამედიცინო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც უზრუნველყოფს ქალებისათვის ამბულატორიული ანტენატალური სერვისის მიწოდებას. ანტენატალური მოვლის ამ დონეზე მიმდინარეობს:

ა) ფიზიოლოგიური ორსულობის მქონე ქალების მოვლა - რუტინული მშობიარობამდელი მეთვალყურეობა, რომელიც მოიცავს ფიზიკურ გასინჯვასა და შედეგების ინტერპრეტაციას, რუტინულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, გესტაციური ასაკისა და ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის შეფასებას, არსებული რისკების შეფასებას, ფსიქოლოგიურ დახმარებას, მშობიარობასთან დაკავშირებულ განათლებას და საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი სპეციალისტების კონსულტაციებისა და რეფერალის უზრუნველყოფას.

ბ) მაღალი რისკის იმ ორსულების ამბულატორიული მოვლა, რომელთაც არ ესაჭიროებათ ჰოსპიტალიზაცია. საბაზისო მოვლის ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში ასეთი ორსულების მართვა ასევე შესაძლებელია, განხორციელდეს II ან III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია/კოორდინაციის საშუალებით, რათა უზრუნველყოფილ იქნას რთული შემთხვევების მართვის უწყვეტობა მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდეგ.

- სპეციალიზებული დონე (B) - იმ ორსულთა სტაციონარული მოვლა, რომლებსაც ესაჭიროებათ ორსულობასთან დაკავშირებული სტაციონარული დახმარება ხანმოკლე დროით (საშუალოდ 7 დღე). ასეთი ორსულების მართვა უნდა განხორციელდეს II ან III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში. მკურნალობის დასრულების შემდეგ მათი ანტენატალური მოვლა, მიღებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, შესაძლებელია გაგრძელდეს ამავე ან რეფერალის განმხორციელებელ დაწესებულებებში.
- სუბსპეციალიზებული დონე (C) - მაღალი რისკის მქონე ორსულების მართვა, როდესაც საჭიროა ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია (საშუალოდ 7 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში) და/ან სუბსპეციალიზებული (III) დონის მოვლა. ასეთი ორსულების მართვა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ III დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში. მკურნალობის დასრულების შემდეგ



მათი ანტენატალური მოვლა, მიღებული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, შესაძლებელია, გაგრძელდეს ამავე ან რეფერალის განმახორციელებელ დაწესებულებებში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ორსული საჭიროებს ხანგრძლივ და მუდმივ მეთვალყურეობას (მათ შორის, სტაციონარულ მკურნალობას) რეფერალის განმახორციელებელზე უფრო მაღალი დონის ანტენატალური და პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების ექიმ-სპეციალისტების მიერ.

ანტენატალური სტრატეგიცირების დანერგვას წინ უძღოდა დიდი მოსამზადებელი სამუშაო, რაც UNFPA-ის ტექნიკური დახმარებით განხორციელდა. იმის გამო, რომ ზოგადად რეგიონალიზაციის ეს მიმართულება ისეთივე აპრობირებული არ არის, როგორც პერინატალური, პროცესი შედარებით უფრო გაიწელა. მაგალითად, რეგიონალიზაციის დოკუმენტი შეფასებისთვის ჯანმო-ში გაიგზავნა.

პროცესის გაჩიანურება შესაძლოა იმანაც გამოიწვიოს, რომ ანტენატალური სერვისების სტრატეგიცირება, გარკვეულწილად პოლიტიკურად სენსიტიური საკითხია.

2020 წლის ბოლოსთვის იგეგმებოდა ანტენატალური სტრატეგიცირების მექანიზმის დანერგვა თბილისის, ქუთაისისა და ბათუმის 51 დაწესებულებაში, ხოლო 2021-ში იგეგმება მთელი საქართველოს მასშტაბით. თუმცა, მიმდინარე პანდემიური რეალობიდან გამომდინარე, 2020 წელს სამ დიდ ქალაქში, პირველად შეფასდა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე 53 ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი კლინიკა, მაგრამ განმეორებითი შეფასება ვეღარ განხორციელდა, რადგან კლინიკების უმრავლესობაში კოვიდ 19-ის შემთხვევები დაფიქსირდა. ამ კლინიკების განმეორებითი შეფასება დასრულდება და დონე მიენიჭებათ 2021 წლის პირველ ივლისამდე.

დაინტერესებულ პირების აზრით, დიდი პრობლემაა, რომ ანტენატალური მომსახურების სტრატეგიცირება აქამდე არ დასრულებულა. ბოლო წლებში აქცენტი, ძირითადად პერინატალურ რეგიონალიზაციაზე კეთდებოდა და ამის გამო, დღემდე ანტენატალურ დაწესებულებათა გახსნამდე საჭიროებისა თუ მისაწვდომობის თვალსაზრისით რაციონალური დაგეგმარება სრულფასოვნად არ ხდება.

დაინტერესებული მხარეები ფრთხილი ოპტიმიზმით მიესალმებიან, რომ ანტენატალური სტრატეგიცირების პროცესი რამდენიმე თვის წინ დაიძრა და იმედი აქვთ, რომ პერინატალური რეგიონალიზაციის მსგავსად, მთელი ქვეყნის მასშტაბით განხორციელდება.

## 2.1.6. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*2.1.6.1. კრიტერიუმებისა და რეგულაციების შემუშავება ანტენატალური მომსახურების დონებისთვის;*

დარგის ექსპერტების მონაწილეობით, ანტენატალური მომსახურების დონეებისთვის შემუშავდა კრიტერიუმები, რომლებიც აისახა 2020 წლის 2 სექტემბრის №01-99/6 ბრძანებაში.

*2.1.6.2. არსებული ანტენატალური მომსახურებების შეფასება მომსახურების დონეებთან მიმართებაში;*

2020 წელს თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში პირველად შეფასდა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე 53 ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი კლინიკა, მაგრამ განმეორებითი შეფასება ვერ მოხერხდა, რადგან კლინიკების უმრავლესობაში კოვიდ 19-ის შემთხვევები დაფიქსირდა.

*2.1.6.3. თითოეული დაწესებულებისთვის ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭება.*

კლინიკების განმეორებითი შეფასება და დონის მინიჭება 2021 წლის პირველ ივლისამდე არის დაგეგმილი. ამ ეტაპზე, დაწესებულებებისთვის ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭება არ მომხდარა.

*2.1.7 პერინატალური სერვისის რეგიონალიზაციის პროექტის ინსტიტუციონალიზაცია და გაფართოება ქვეყნის მასშტაბით:*

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის ბრძანება №01-2/6-ით „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ განისაზღვრა პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეები და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები. პერინატალური სისტემის რეგიონალიზაციის მიზანია ორსული ქალების, დედებისა და ახალშობილებისათვის სათანადო დონის, მაღალი ხარისხის, უსაფრთხო და დროული მოვლის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

პერინატალური მოვლის დონე დგინდება შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრით, რაც განსაზღვრავს პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურების მასშტაბს.

პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრე განისაზღვრება ინფრასტრუქტურით, აღჭურვილობით, სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობითა და კომპეტენციით.

პერინატალური სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება ხორციელდება სამ ძირითად დონეზე: მოვლის საბაზისო (I) დონე, მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე და მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე.

- საბაზისო (I) დონის მოვლა მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობებისას.

საბაზისო (I) დონის სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებამ შესაძლოა, მართოს გართულებული მშობიარობები მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როცა ობიექტური მიზეზების (პაციენტის მდგომარეობა - რეფერალის რისკი აღემატება პაციენტის ადგილზე მოვლით მიღებულ სარგებელს; გეოგრაფიულ-კლიმატური პირობები) გამო ვერ ხერხდება უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში მშობიარის ტრანსპორტირება. ამ შემთხვევაში პაციენტის მართვა ხორციელდება უფრო მაღალი



დარგის ექსპერტების მონაწილეობით, ანტენატალური მომსახურების დონეებისთვის შემუშავდა კრიტერიუმები, რომლებიც აისახა 2020 წლის 2 სექტემბრის №01-99/6 ბრძანებაში.

*2.1.6.2. არსებული ანტენატალური მომსახურებების შეფასება მომსახურების დონეებთან მიმართებაში;*

2020 წელს თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში პირველად შეფასდა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე 53 ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი კლინიკა, მაგრამ განმეორებითი შეფასება ვერ მოხერხდა, რადგან კლინიკების უმრავლესობაში კოვიდ 19-ის შემთხვევები დაფიქსირდა.

*2.1.6.3. თითოეული დაწესებულებისთვის ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭება.*

კლინიკების განმეორებითი შეფასება და დონის მინიჭება 2021 წლის პირველ ივლისამდე არის დაგეგმილი. ამ ეტაპზე, დაწესებულებებისთვის ანტენატალური სერვისის დონის მინიჭება არ მომხდარა.

*2.1.7 პერინატალური სერვისის რეგიონალიზაციის პროექტის ინსტიტუციონალიზაცია და გაფართოება ქვეყნის მასშტაბით:*

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის ბრძანება №01-2/6-ით „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ განისაზღვრა პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეები და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები. პერინატალური სისტემის რეგიონალიზაციის მიზანია ორსული ქალების, დედებისა და ახალშობილებისათვის სათანადო დონის, მაღალი ხარისხის, უსაფრთხო და დროული მოვლის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მშობიარობამდე, მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

პერინატალური მოვლის დონე დგინდება შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრით, რაც განსაზღვრავს პაციენტებისათვის გაწეული მომსახურების მასშტაბს.

პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრე განისაზღვრება ინფრასტრუქტურით, აღჭურვილობით, სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობითა და კომპეტენციით.

პერინატალური სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება ხორციელდება სამ ძირითად დონეზე: მოვლის საბაზისო (I) დონე, მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე და მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე.

- საბაზისო (I) დონის მოვლა მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობებისას.

საბაზისო (I) დონის სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებამ შესაძლოა, მართოს გართულებული მშობიარობები მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როცა ობიექტური მიზეზების (პაციენტის მდგომარეობა - რეფერალის რისკი აღემატება პაციენტის ადგილზე მოვლით მიღებულ სარგებელს; გეოგრაფიულ-კლიმატური პირობები) გამო ვერ ხერხდება უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში მშობიარის ტრანსპორტირება. ამ შემთხვევაში პაციენტის მართვა ხორციელდება უფრო მაღალი



დონის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებასთან აქტიური კომუნიკაციით, ხოლო, საჭიროების შემთხვევაში, ადგილზე კონსულტაციისათვის გამოძახებულ უნდა იქნეს შესაბამისი რეფერალური სერვისის მიმწოდებელი. შემთხვევის დასრულებისთანავე უნდა მიღებული იქნეს გადაწყვეტილება პაციენტთა (დედა, ახალშობილი) ტრანსპორტირების შესახებ პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების მიხედვით.<sup>20</sup>

- პერინატალური მოვლის სპეციალიზებული (II) დონე

დედათა მოვლის სპეციალიზებული (II) დონის სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ახორციელებს სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელმა დაწესებულებებმა, აგრეთვე, უნდა უზრუნველყონ მშობიარობის პროცესში ყველა იმ გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა, რომლებიც არ საჭიროებენ სუბსპეციალიზებულ მოვლას.

ნეონატალური მოვლის II დონე უზრუნველყოფს სერვისის მიწოდებას ჯანმრთელი, დღენაკლი ( $\geq 34$  0/7 კვირის გესტაციური ასაკის) და საშუალო სიმძიმის ახალშობილებისათვის, რომელთა პრობლემები სწრაფად მოგვარებადია.

- დედათა და ახალშობილთა მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე

დედათა მოვლის სუბსპეციალიზებული (III) დონე უზრუნველყოფს ორსულობისა და მშობიარობის მძიმე გართულებების ინტერდისციპლინარული მართვისათვის მაღალსპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, ასევე სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს უნდა გააჩნდეთ ინტენსიური მოვლისა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვის ერთეული და მძლავრი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები, ასევე, თერაპიული და ქირურგიული პროფილის სპეციალისტებზე ხელმისაწვდომობა.

სუბსპეციალიზებული (III) დონის ნეონატალური მოვლა უზრუნველყოფს ინტენსიური/კრიტიკული ნეონატალური სერვისის მიწოდებას. ამ დონეზე უნდა განხორციელდეს ყველა იმ ახალშობილის სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ესაჭიროება ინტენსიური/კრიტიკული მოვლა, ან აქვს ძალზე მცირე მასა (<1500 გ) და/ან დაბალი გესტაციური ასაკი (<34 კვირა).

### 2.1.7. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*2.1.7.1. პერინატალური სერვისის დაწესებულების ლიცენზირების/სანებართვო პირობების ჰარმონიზება პერინატალური სამსახურის დონეების მოთხოვნებთან;*

რეგიონალიზაციის პილოტის ფაზაში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო აქტიურად თანამშრომლობდა საერთაშორისო ორგანიზაციებთან (განსაკუთრებით USAID და UNICEF) და პროფესიულ ასოციაციებთან.

<sup>20</sup> პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების აღწერა მოცემულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის ბრძანება №01-2/ნ-ში

გამჭვირვალე და მკაფიო ინსტრუმენტები იყო შედგენილი. დეტალურად იყო გაწერილი მოთხოვნები საჭირო ინფრასტრუქტურის, აღჭურვილობის, ფართობისა და ადამიანური რესურსისადმი (მთავრობის დადგენილება 385, მინისტრის ბრძანება 2/6).

გაკეთდა ტრენინგების ჩამონათვალი ანუ ადამიანური რესურსების გაძლიერებისთვის დასაფარი თემების ძირითადი პაკეტი და ეს ჩამონათვალი რეკომენდაციების სახით შევიდა სამშობიაროებისთვის სანებართვო პირობების საგაღდებულო მოთხოვნებში. ერთიანი კონცეფციის საფუძველზე პროფესიულმა ასოციაციებმა შექმნეს სატრენინგო კურსები, რომლებსაც თავად ატარებენ.

2017-2018 წლებში ტრენინგების თემატიკა, რომელთა გავლა 2 წელიწადში ერთხელ მოეთხოვებოდათ ნეონატოლოგებსა და მეან-გინეკოლოგებს განსაზღვრული იყო პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესის მარეგულირებელი აქტით (2/6). პროგრამები ნეონატოლოგებისათვის: ა) მაღალი რისკის ახალშობილთა მართვა (მ.შ. რისკს-ჯგუფის ახალშობილთა, ძირითადი ნეონატალური პათოლოგიების დროული იდენტიფიცირება, ადრეული ინტერვენცია, წინასატრანსპორტო სტაბილიზაცია, სამშობიარო ბლოკში პირველადი დახმარება/ახალშობილის რეანიმაცია); ბ) კრიტიკულ ახალშობილთა მართვის თანამედროვე პრინციპები (მხოლოდ სუბსპეციალიზებული (III) დონის სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტების შემთხვევაში); პროგრამები მეან-გინეკოლოგებისთვის: ა) ნაყოფის ფუნქციური მდგომარეობის ინტრანატალური შეფასება; ბ) სამშობიარო ბლოკ-პალატაში ლოგინობის ხანაში ადრეული სისხლდენის განვითარების პრევენცია, დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; გ) ანტენატალური ზედამხედველობა. თუმცა, 2019 წლიდან აღნიშნული პროგრამების თემატიკა გაფართოვდა და ბრძანება განსაზღვრავს ვალდებულებას ყოველწლიურად კონკრეტული რაოდენობის კრედიტების მოპოვებასთან დაკავშირებით: ამ ეტაპზე წელიწადში 30 კრედიტ-ქულა მეან-გინეკოლოგებისა და ნეონატოლოგებისათვის და 20-20 კრედიტი რადიოლოგებისა და მეან-გინეკოლოგებისათვის.

აღნიშნული ცვლილებები მომზადდა მოწინავე ქვეყნების ანალოგიური დოკუმენტების თანახმად. შესაბამისად, სანებართვო პირობები, მათი ამოქმედების პერიოდისათვის, სრულად იყო ჰარმონიზებული ევროპისა და აშშ-ის შესაბამის მოთხოვნებთან. თუმცა, როგორც ყველა დოკუმენტს, დროთა განმავლობაში სანებართვო პირობებს გადახედვა ესაჭიროება.

*2.1.7.2. პერინატალურ რეგიონში დაწესებულებების საჭიროების შეფასება, რათა მიღწეული იქნეს რეგიონალიზაციის სტანდარტების შესაბამისი პერინატალური მომსახურების სასურველი/მიღწევადი დონე;*

პერინატალურ რეგიონებში დაწესებულებების საჭიროების შეფასება ჩატარდა. და მხოლოდ ამის შემდეგ მოხდა შესაბამისი დონეების მინიჭება.

პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესი წარმატებით დასრულდა და პერიოდული შეფასებები, 2 წელიწადში ერთხელ, უწყვეტად მიმდინარეობს.

ჯანდაცვის სამინისტროში რუტინულად გროვდება მონაცემები მიმდინარე შეფასებებისა და დონეების მიხედვით დაყოფილი პერინატალური კლინიკების შესახებ. თუმცა, სამინისტროს ვებგვერდზე მონაცემების განახლება არ ხდება ან ხდება ძალიან დაგვიანებით. ცალკე იძებნება Excel-ის ფაილი, სადაც მოცემულია



ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რომელ დაწესებულებას რა დონე აქვს მინიჭებული და ბოლოს როდის გაიარა შეფასება. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ მონაცემები განახლებულია 2018 წლის მდგომარეობით.

*2.1.7.3. დაწესებულების ადამიანური/ტექნიკური რესურსების გაძლიერება რეგიონალიზაციის პროექტით გათვალისწინებული პერინატალური მომსახურების მიწოდებაზე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად;*

სასურველი დონის მისაღებად, დაწესებულებებს მოუწიათ მნიშვნელოვანი ინვესტიციების ჩადება, როგორც მატერიალურ-ტექნიკურ გადაიარაღებაში, ასევე ადამიანური რესურსის გადასამზადებლად.

პერინატალური სერვისის მიწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის მოცულობა და მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნები განსაზღვრულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის ბრძანება №01-2/ნ-ით.

*2.1.7.4. დაწესებულებებისთვის პერინატალური მომსახურების დონის მინიჭება;*

ჯანდაცვის სამინისტროში ფუნქციონირებს რეგიონალიზაციის საკოორდინაციო ჯგუფი, რომლის სამდივნოს ფუნქციასაც 2020 წლამდე ჯანდაცვის დეპარტამენტი ასრულებდა. პირველ ეტაპზე, სამინისტრომ შექმნა კომისიები მისი თანამშრომლებისა და პროფესიული ასოციაციების წარმომადგენელთა მონაწილეობით. პროცედურის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებები სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოში (სააგენტო) გზავნიან სათანადო ინფორმაციას (2/ნ-ის თანახმად) და ითხოვენ გარკვეული დონის მინიჭებას. სააგენტოს ლიცენზირება/ნებართვების მიმართულებით დასაქმებული თანამშრომლები შეისწავლიან დოკუმენტაციას და თუ დოკუმენტაცია წესრიგშია სააგენტოს თანამშრომლები დაწესებულებაში ადგილზე შეისწავლიან წარმოდგენილი ინფორმაციის შესაბამისობას ნორმატიული აქტით განსაზღვრულ მოთხოვნებთან. შესწავლის შედეგებს სააგენტო მოახსენებს რეგიონალიზაციის საკოორდინაციო ჯგუფს, რომელსაც ხელმძღვანელობს მინისტრი/მინისტრის მოადგილე და სხდომაზე მიიღება სათანადო გადაწყვეტილებები (დონის მინიჭება/არ მინიჭება); სხდომაზე, ასევე, ხდება რეგიონალიზაციის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემური საკითხების განხილვა და სათანადო გადაწყვეტილებების მიღება. რიგ შემთხვევებში მსჯელობებს თან ახლავს მოლაპარაკებები დაწესებულებებთან, ამა თუ იმ ხარვეზის აღმოფხვრის ვადებთან და პირობებთან დაკავშირებით.

პერინატალური რეგიონალიზაციის მოვლის დონის მინიჭება ხორციელდება 2 წლის ვადით.

პერინატალური მომსახურების სისტემაში ჯამში ჩართულია 82 დაწესებულება, რომლებიც მიწოდებული სერვისების მიხედვით 4 ჯგუფად იყოფიან. კერძოდ, პირველ ჯგუფში შედიან მხოლოდ პირველი დონის დაწესებულებები; მეორე ჯგუფში - პირველი და მეორე დონის დაწესებულებები; მესამე ჯგუფში - მეორე დონის ის დაწესებულებები, რომლებსაც კრიტიკული განყოფილება ახლავთ; და მეოთხე ჯგუფში შედიან მესამე

დონის დაწესებულებები. პერინატალური სისტემის 82 დაწესებულებიდან 78-ში სრულდება მშობიარობა/საკეისრო კვეთა.

პერინატალური მომსახურების სისტემაში ჯამში ჩართულია 82 დაწესებულება; განსაზღვრულია პერინატალური მოვლის სამი დონე. ამავდროულად არსებობენ ისეთი დაწესებულებები, რომლებიც ერთდროულად მეორე სამედიცინო და მესამე ნეონატალურ მოვლის მომსახურებას აწვდიან, თუმცა, მათი რაოდენობა მკაცრად შეზღუდულია.

პერინატალური მოვლის სისტემაში ჩართულ ყველა დაწესებულებაში სრულდება მშობიარობა/საკეისრო კვეთა. თუმცა, პირველ დონის დაწესებულებებში გეგმიური საკეისრო კვეთა არ სრულდება.

პერინატალური რეგიონალიზაციის შედეგად წარმოიქმნა 9 მესამე დონის დაწესებულება და მათთან დაკავშირებული მე-2 და პირველი დონის დაწესებულებები.

ზოგიერთი დაინტერესებული პირი თვლის, რომ რეგიონალიზაციის განმსაზღვრელი დოკუმენტი (2/6), რომელიც 2015 წელს დამტკიცდა, არის საკმაოდ პროგრესული, რომელიც ორიენტირებული იყო არა მხოლოდ სტრუქტურაზე, არამედ შედეგსა და გამოსავლებზე. თუმცა, ამ ეტაპზე რეგიონალიზაციის ინსტრუმენტი საჭიროებს გადახედვას, რადგან დღეს რეგიონალიზაციის პროცესი, ძირითადად, ინფრასტრუქტურის შეფასებაზე ორიენტირებულ ფორმალურ პროცედურად გადაიქცა.

*2.1.7.5. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა დაწესებულების შეფასებასა და მომსახურების დონის მინიჭებაში, მონიტორინგსა და შემდგომ სამეთვალყურეო ზედამხედველობაში ტრენინგების მეშვეობით;*

სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს თანამშრომლები, პერინატალური რეგიონალიზაციის პილოტის ეტაპზე ექსპერტებთან ერთად დადიოდნენ დაწესებულებებში და აფასებდნენ მათ.

ჯანდაცვის სამინისტროსთან კოორდინაციით რამდენიმე საერთაშორისო დონორი ჩაერთო პროცესში და მათ მიერ მოხდა რეგიონების გადანაწილება. კერძოდ, ქვემო ქართლში ჩართული იყო World Vision-ი, თბილისში - UNFPA, ხოლო დანარჩენ რეგიონები UNICEF-მა დაფარა.

დარგის ექსპერტები თვლიან, რომ მარეგულირებელი სტრუქტურის შესაძლებლობების გაზრდა (ადამიანური რესურსის უწყვეტი მზადება, შიდა სტრუქტურული რეორგანიზაცია) საკმარისად ინტენსიურად და უწყვეტ რეჟიმში არ ხდება, იმისათვის, რომ მექანიზმი ეფექტიანად ფუნქციონირებდეს.

ასევე, მათი აზრით, პერინატალური აუდიტისა და პერინატალური ინდიკატორების მონიტორინგის მექანიზმები საკმარისად აქტიური არ არის და არც რეკომენდაციების იმპლემენტაცია ხდება ჯეროვნად.

*2.1.7.6. სერვისის მომწოდებელთა მონიტორინგი შერჩევითი კონტრაქტირების პირობების დაცვის და მინიჭებული დონის შესაბამისი სერვისების მიწოდების შეფასების მიზნით;*



პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების მონიტორინგის განხორციელებას უზრუნველყოფს სამინისტრო, პოლიტიკის დეპარტამენტის მეშვეობით. დაწესებულებები რეგულარულად აგზავნიან ანგარიშებს სამინისტროში, სადაც ხდება სელექტიური კონტრაქტების პირობების გადამოწმება. საჩივრის არსებობის შემთხვევაში, სააგენტო ახდენს დონის შესაბამისი სერვისის შემოწმებას.

*2.1.7.7. დედათა და ახალშობილთა რეფერალის სისტემის ნორმებისა და რეგულაციების გადახედვა, შემუშავება და დამტკიცება;*

რეფერალის კრიტერიუმები რეგიონალიზაციის დოკუმენტით არის გაწერილი. 2015 წლის შემდეგ, ამ დოკუმენტში რიგი ცვლილებები შევიდა და რეფერირების პრაქტიკაში მცირე ცვლილებები განხორციელდა.

ამ კუთხით, ერთ-ერთი პრობლემა, რომელსაც ნეონატალოგები გამოყოფენ არის, ის, რომ სამშობიაროებიდან, პირველ ან მეორე დღეს რეანიმაციულ განყოფილებებში გადაგზავნილი ბავშვები, იმის გამო, რომ ზოგ შემთხვევაში, იქ დიდხანს რჩებიან, ვერ იღებენ საჭირო აცრებს და კვლევებს, რომლებიც მეორე დღის ბოლოს ან მესამე დღეს უნდა მიეღოთ. ეს დიდ პრობლემას ქმნის, რადგან როდესაც ახალშობილი პოლიკლინიკაში აღრიცხვაზე გადავა, იქ ამ დანაკლისის კომპენსირება ყოველთვის ვერ ხდება. მაგალითად, ტუბერკულოზზე აცრა მხოლოდ რამდენიმე პოლიკლინიკაში კეთდება, სადაც უნდა მოგროვდეს გარკვეული რაოდენობის ბავშვები და ეს პროცესი ყოველთვის სრულყოფილად ვერ მიდის.

ამიტომ, დარგის ექსპერტების აზრია, რომ იმ შემთხვევაში თუ რეანიმაციულ განყოფილებაში დიდხანს ხდება ახალშობილის დაყოვნება, შესაბამის დაწესებულებას ვალდებულება დაეკისროს, რომ უზრუნველყოს ახალშობილის გაქცინაცია. ხოლო, რა ფორმით გააკეთებს ამას ანუ ვაქცინაციის სახელმწიფო პროგრამაში ჩაერთვება, თუ სერვისის გარე მომწოდებელთან დადებს ხელშეკრულებას, ეს თავად გადაწყვიტოს.

*2.1.7.8. შემუშავებულ ნორმებთან და რეგულაციებთან დედათა და ახალშობილთა რეფერალის არსებული სისტემის შესაბამისობის მონიტორინგი;*

პერინატალური სისტემის დონეებზე დაყოფის შემდეგ, შემუშავდა კრიტერიუმების სისტემა, რომელიც განსაზღვრავს თუ თითოეული ორსული რომელი დონის დაწესებულებაში უნდა მოხდეს. ანუ კონტროლის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი დანიშნულება არის იმის შემოწმება თუ რამდენად გამართლებული იყო ამა თუ იმ ორსულის რეფერირება ზედა დონის დაწესებულებაში.

საყოველთაო აღიარებით პერინატალური რეგიონალიზაცია და დაწესებულებების უწყვეტი მონიტორინგის/შეფასების სისტემა ამ სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი ყველაზე წარმატებული ნაწილია. თუმცა, დაინტერესებული პირების უდიდესი ნაწილი მიიჩნევს, რომ პერინატალური რეგიონალიზაციის პროცესში დაშვებული იქნა გარკვეული შეცდომებიც.

ამ სისტემის არსებით ხარვეზად მიიჩნევა მესამე დონის დაწესებულებების ზედმეტად მაღალი რაოდენობა (სულ 9), რაც სხვა ბევრ გართულებას წარმოშობს. იდეალურ შემთხვევაში, მხოლოდ გარკვეული ტიპის გართულებების მქონე ორსულები უნდა



ხვდებოდნენ მესამე დონის დაწესებულებებში. თუმცა, რეალობაში, იმისათვის, რომ მესამე დონის დაწესებულებების ფუნქციონირება ფინანსურად წამგებიანი არ აღმოჩნდეს, იქ მოხვედრილი ორსულების დაახლოებით 80 პროცენტი ჩვეულებრივი ფიზიოლოგიური მშობიარება. გარდა ამისა, მესამე დონეს აუცილებლად უნდა ჰქონდეს ახალშობილთა რეანიმაცია, და იმისათვის, რომ რეანიმაციულმა განყოფილებებმა გარკვეული დატვირთვით იმუშაონ, იქ ხდება ისეთი ბავშვების „გადაქანვა“, რომლებსაც ეს არ ესაჭიროებათ. შედეგად ჩამოყალიბდა არასწორი პრაქტიკა, რომელიც საზიანოა ახალშობილთათვის და ასევე, დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული.

გარდა ამისა, მე-3 დონის დაწესებულებებში ე.წ. "ფიზიოლოგიური მშობიარის" ყოფნის უარყოფითი მხარეები ის არის, რომ ერთის მხრივ მრავალპროფილიანი კლინიკისათვის დამახასიათებელი დაძაბულობა ნეგატიურად აისახება ქალის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე და შესაძლოა ფიზიოლოგიური პროცესი პათოლოგიურში გადავიდეს. ხოლო, მეორეს მხრივ, კლინიკის გადატვირთვა მნიშვნელოვნად ზრდის გართულებების რისკების ალბათობას. რასაც ადასტურებს ამ დაწესებულებებში საკეისრო კვეთის დასაშვებზე მაღალი პროცენტი და რეანიმაციული დახმარების საჭიროების მქონე ბავშვთა გაზრდილი რიცხვი.

სწორედ ეს მიიჩნევა პერინატალური რეგიონალიზაციის სისტემის მთავარ ნაკლად, რის შესახებაც არაერთხელ გაცხადდა ჯანდაცვის სამინისტროს მაღალჩინოსნებთან შეხვედრებზე, თუმცა უშედეგოდ.

მიუხედავად ზემოთ თქმულისა, საერთო ჯამში პერინატალური რეგიონალიზაცია დადებითად ფასდება, რადგან უმეტეს შემთხვევაში ორსულები ისეთ დაწესებულებებში ხვდებიან, სადაც იღებენ კვალიფიციურ დახმარებას.

#### *2.1.7.9. დედათა და ახალშობილთა ტრანსპორტირების საინფორმაციო სისტემის შექმნა.*

რეგიონალიზაციის ფარგლებში მოხდა სხვადასხვა დონის დაწესებულებებზე საწოლ-ფონდის გადანაწილება. თუმცა, მინიჭებული საწოლ-ფონდისა და იქ რეალურად არსებული პაციენტების თავსებადობის მონიტორინგი არ ხორციელდება (არც შესაბამისი მექანიზმი არსებობს).

2019 წელს მთავრობის #385-ე დადგენილებაში, კერძოდ დანართ 2/1-ის 33-ე პუნქტში შევიდა ცვლილება, რომლის მიხედვითაც რეფერირებისას სავალდებულო გახდა შეტყობინების გაგზავნა სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრში (ცენტრი). ასევე, მოქმედებს, ნორმა, რომლის მიხედვითაც რეფერირება უნდა მოხდეს უახლოეს ზედა დონის დაწესებულებაში. თუმცა, რეფერირების დროს ყოველთვის არ ხდება ამ მოთხოვნების დაცვა. ზუსტი მონაცემები დარღვევებთან დაკავშირებით უცნობია, რადგან არ ხდება სათანადო კონტროლი და ანალიზი.

იგეგმება, რომ ცენტრი აღჭურვილი იყოს ელექტრონული რუქით, სადაც აისახება ამა თუ იმ დაწესებულებაში თავისუფალი საწოლის არსებობა, რათა ტრანსპორტირება განხორციელდეს ყველაზე ახლო და შესაბამის დაწესებულებაში.

არსებობს ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება, რომლის თანახმადაც დაწესებულებების კრიტიკულ განყოფილებებს ევალებათ ყოველდღიურად ინფორმაციის მოწოდება, თუ



რამდენი პაციენტი ჰყავთ და რამდენი თავისუფალი ადგილი. თუმცა, ამ ეტაპზე, პროცესის ცენტრალიზებულად მართვა/კოორდინირება სათანადოდ ვერ ხდება.

*2.1.8. სამედიცინო დაწესებულებების ელექტრონული სამედიცინო ისტორიების სისტემების ინტეგრირება ეროვნულ სისტემაში, ამ გზით პაციენტების შესახებ ინფორმაციის გაცვლა და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურებების ხარისხის გაუმჯობესება.*

2019 წლის 15 იანვრიდან ამოქმედდა ჯანმრთელობის ჩანაწერების შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემა - EHR (Electronic Health Records). ჯანმრთელობის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემა (EHR) არის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემთა ციფრული საცავი. სისტემაში დაცული მონაცემები შექმნილია და გაზიარებადია ინფორმაციული უსაფრთხოებისა და პერსონალური მონაცემების მიმართ კანონმდებლობით განსაზღვრული მოთხოვნების დაცვით, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი ავტორიზებული პირების მიერ და ეკუთვნის ჯანდაცვის სამინისტროს. EHR-ის ამოქმედებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემის (EMR) განვითარებას. EMR არის სამედიცინო დაწესებულების მიერ დადგენილი წესით წარმოებული ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები ამ სამედიცინო დაწესებულების პაციენტის შესახებ, რომელიც არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად იქმნება, გროვდება და იმართება ამ სამედიცინო დაწესებულების ავტორიზებული დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირების და სხვა უფლებამოსილი პირების მიერ. EMR სისტემა ეკუთვნის სამედიცინო დაწესებულებას.

EHR სისტემის შემადგენელი ნაწილია პაციენტის გვერდი. გვერდის საშუალებით პაციენტს შეუძლია ნახოს მის შესახებ სისტემაში არსებული ინფორმაცია. ექიმს საშუალება ეძლევა EHR სისტემიდან მიიღოს მოცემული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ არსებული ინფორმაცია (წინა მკურნალობის ეპიზოდების შესახებ ინფორმაცია), თუ ეს ინფორმაცია არ არის დაფარული პაციენტის ან მისი მოთხოვნით – სხვა უფლებამოსილი პირის მიერ.

EHR მოდულის ადმინისტრირებას სამინისტროს ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტი ახორციელებს.

მიუხედავად იმისა, რომ EHR და EMR სისტემების იმპლემენტაციის მიმართულებით მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა, სისტემები შემდგომ განვითარებას საჭიროებს. აღსანიშნავია, რომ სამხრეთ კორეის მთავრობამ გამოთქვა დაფინანსების მზაობა, თუმცა პანდემიის გამო პროცესის დაწყება შეფერხდა და არის იმედი, რომ 2021 წლიდან შეიძლება საჭირო ცვლილებები განხორციელდეს.

UNICEF-ის ტექნიკური დახმარებით, NCDC-ის ბაზაზე 2016 წელს ქვეყნის მასშტაბით ამოქმედდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ანტენატალური და სამეანო მომსახურების ზედამხედველობის აღრიცხვიანობის ელექტრონული სისტემა „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“, ე.წ. „დაბადების რეგისტრი“. ელექტრონული მოდულის მეშვეობით ხორციელდება თითოეული ორსულობის უწყვეტი მონიტორინგი პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით. სისტემაში ასევე ფიქსირდება



მონაცემები ახალშობილის დაბადებისას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

საინფორმაციო სისტემების კუთხით სხვადასხვა დაწესებულებებში განსხვავებული მდგომარეობაა. ზოგიერთ კლინიკას აქვს მეტ-ნაკლებად გამართული საინფორმაციო სისტემა, ზოგიერთისთვის კი ეს პრობლემად რჩება. არადა, ამგვარი საინფორმაციო სისტემა მაშინ არის ეფექტური, როდესაც მასში ჩართულ ყველა დაწესებულებაში გენერირდება ხარისხიანი, სრული და ერთგვაროვანი ინფორმაცია. გარდა ამისა, ზოგადი სახის პრობლემაა ავადმყოფობის ისტორიების არასრულყოფილად შევსება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დაბადების რეგისტრში ხშირად ვლინდება ამგვარი ხარვეზები და კლინიკებს უკან ეგზავნებათ ინფორმაცია გამოსასწორებლად, ზოგჯერ ჯარიმებიან კიდევ.

განსაკუთრებით პრობლემურია ამბულატორიების კუთხით. ორივე სისტემის გამართულად მუშაობა ძალიან მნიშვნელოვანია ხარისხის სათანადო კონტროლისთვის. ერთის მხრივ ცალკეული დაწესებულებებიდან ერთიან ბაზაში აგრეგირებული მონაცემები უნდა მიდიოდეს, ხოლო მეორეს მხრივ, თუ რაიმე მონაცემი არასახარბიელოა და დამატებით მოკვლევას საჭიროებს, უნდა იყოს იმის შესაძლებლობა, რომ კლინიკის შიგნით მოხდეს მიზეზების იდენტიფიცირება, რისთვისაც მარეგულირებელ ორგანოს წვდომა უნდა ჰქონდეს შესაბამის ინფორმაციაზე.

რიგ შემთხვევებში, კითხვის ნიშნები ჩნდება დაწესებულებებიდან მოსულ მონაცემთა სანდოობასთან დაკავშირებით, რაც ართულებს ანალიზს და ეფექტურ რეაგირებას. საქართველოს მსგავსი ქვეყნებისთვის საკეისრო კვეთების საშუალო მაჩვენებელი არის 33%, ხოლო ჩვენთან, MICS 2018 კვლევის მიხედვით, ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონდე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც იმშობიარეს საკეისრო კვეთით ბოლო ცოცხლადშობადობისას 46.6 %-ია. სტაციონარები სხვადასხვა ხრიკებით ცდილობენ ამ პროცენტის გამართლებას, რაც აისახება მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციის სანდოობასა და ხარისხზე.

აჭარის რეგიონის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პილოტის სახით მიმდინარეობს ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემის იმპლემენტაცია. დაახლოებით 2-3 წელიწადში იგეგმება, რომ მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ყველა ტიპის ავადმყოფობის ისტორია და შესაბამისი ჩანაწერი, ბაზაში შეტანილი იყოს მხოლოდ ელექტრონულად, ფურცლის გამოყენების გარეშე.

სოფლის ექიმებისთვის ჩატარდა ინვენტარიზაცია და იმუნიზაციის კომპონენტის ფარგლებში NCDC-ის დახმარებით ყველას დაურიგდა კომპიუტერი. მხოლოდ მცირე ნაწილია დარჩენილი კომპიუტერის გარეშე და უახლოეს მომავალში მათაც დაურიგდებათ.

### 2.1.8. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*2.1.9. მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური ზრუნვის არსებული პაკეტის გადასინჯვა და განახლება, რათა ხელი შეეწყოს ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას, დედათა და ახალშობილთა გართულებების გამოვლენას და სათანადო რეფერალს, ასევე უზრუნველყოფილი იყოს დღენაკლული და ავადმყოფი ახალშობილებისთვის დამატებითი, მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდება:*



ჯანდაცვის სამინისტროში აცხადებენ, რომ ნორმატიულ ბაზაში საჭირო ცვლილებები შევიდა, ეს საკითხები განისაზღვრა, მაგრამ რეალურად ჯერ არაფერი გაკეთებულა. დედათა და ბავშვთა პროგრამაში უნდა გაჩნდეს პოსტნატალური ვიზიტის დაფინანსების მუხლი, მაგრამ საჭირო ფინანსები ჯერ ვერ გამოიძებნა.

ზოგადად, პოსტნატალური ვიზიტების სტატისტიკა არ არსებობს.

შემუშავდა ახალი გაიდლაინი, რომელიც კოვიდ 19-ის პანდემიის პირობებში პოსტნატალური დისტანციური მომსახურების პირობებს განსაზღვრავს.

UNICEF-ის მხარდაჭერით აჭარის რეგიონში განხორციელდა პილოტური პროექტი, რომელიც ითვალისწინებდა როგორც ბავშვებზე დაკვირვებას, ასევე მშობიარობიდან 8 კვირის განმავლობაში ქალებზე დაკვირვებასაც. ჯანდაცვის სამინისტროსთან იყო შეთანხმება, რომ აჭარის პილოტის შემდეგ სამინისტრო შექმნიდა შესაბამის პაკეტს მთელი ქვეყნის მასშტაბით, მაგრამ ვერ შესრულდა.

ეროვნული ანტენატალური მოვლის გაიდლაინის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულებებიდან გაწერიდან მომდევნო ერთი კვირის განმავლობაში გეგმიური ამბულატორიის ფარგლებში გაწერილია მხოლოდ ერთი მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი. ძირითადად, მსგავსი სერვისების უფასოდ მიწოდება ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ქალი ჩივილებით მიმართავს ოჯახის/სოფლის ექიმს. თუმცა, ამ პროცესს არ აქვს სისტემური ხასიათი და შეიძლება ითქვას, რომ პროფილაქტიკური ვიზიტის სახით საერთოდ არ ხორციელდება. გარდა ამისა, პოსტნატალურ სერვისებზე წვდომა პრობლემურია იმ ქალებისთვის, რომლებმაც საცხოვრებელი ადგილიდან მოშორებით იმშობიარეს და შემდეგ დაბრუნდნენ საცხოვრებელ ადგილას, რადგან არ ხდება მათი გადამისამართება რეგიონულ დაწესებულებებში.

„სამეანო სერვისის მიმწოდებელი სამედიცინო სტაციონარული დაწესებულებებიდან მელოგინისა და ახალშობილის გაწერის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 29 მარტის №01-16/ნ ბრძანების თანახმად, „ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, მისი სტაციონარში გადაყვანის (რეფერალის) საჭიროებისას, თუ მშობლები/კანონიერი წარმომადგენლები უარს აცხადებენ ახალშობილის სტაციონარში გადაყვანაზე, მისი გაწერა ხდება ბინაზე მშობლების/კანონიერი წარმომადგენლის პირადი პასუხისმგებლობის ქვეშ, მათივე ხელწერილის საფუძველზე. ხელწერილი უნდა ინახებოდეს ახალშობილის სამედიცინო ისტორიაში. აღნიშნულ შემთხვევაში, ბავშვის გაწერა განხორციელდება კონკრეტული ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში ბავშვის დარეგისტრირებისა და ცნობის წარდგენის თაობაზე დაწესებულებიდან მიღებული წერილობითი ინფორმაციის საფუძველზე (მე-10 პუნქტი). ამავდროულად, ახალშობილის გაწერისას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაში – ფორმა №IV-100/ა მიეთითება იმ სამედიცინო დაწესებულების შესახებ ინფორმაცია, რომელშიც გეგმავენ (მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის გადმოცემით) ბავშვის დარეგისტრირებას/მიმავრებას მომავალში ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით (მე-6 პუნქტი)“.

დარგის წარმომადგენლები თვლიან, რომ ნორმატიული აქტით სამშობიაროს უნდა გაუჩნდეს ვალდებულება, რომ ახალშობილი და დედა შესაბამის ოჯახის ექიმს

ოფიციალურად გადააბაროს ან, იმის მიხედვით, სად აგრძელებს ცხოვრებას დედა და ახალშობილი, შეტყობინება გაუგზავნოს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებას

საბოლოო ჯამში, პოსტნატალური ზრუნვის არსებული პაკეტის გადასინჯვა არ მომხდარა და ზოგადად, დედების მიმართ პოსტნატალური ზრუნვის მხრივ არასახარბიელო მდგომარეობაა.

### 2.1.9. საქმიანობა არ განხორციელდა.

#### *2.1.9.1. მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის დაფინანსების მექანიზმების გადახედვა;*

მშობიარობის შემდგომი ზრუნვის დაფინანსების მექანიზმების გადახედვა არ მომხდარა და არც რაიმე კონკრეტული გეგმა არსებობს.

რესპოდენტები თვლიან, რომ საუკეთესო გამოსავალი იქნება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის უფრო აქტიურად ჩართვა. გარდა ამისა, ანტენატალურ მეთვალყურების პროგრამას უნდა დაემატოს პოსტნატალური ვიზიტი სპეციალისტთან, ოჯახის ექიმის რეკომენდაციით;

#### *2.1.9.2. დღენაკლული და ნაადრევი ახალშობილის მოვლის ადრეული ინტერვენციის პროგრამასთან კავშირის გაძლიერება.*

აქტუალურ საკითხად რჩება მესამე დონის პერინატალური დაწესებულებების სიმრავლე, რაც იწვევს იმას რომ რეანიმაციულ განყოფილებებში ძალიან ბევრი ისეთი ბავშვია, რომლებიც არა რეფერალით მოხვდნენ ქვედა დონის დაწესებულებიდან, არამედ იმავე დაწესებულებაში გაჩნდნენ. შედეგად ვიღებთ გამოგნებელ სტატისტიკას, რომლის მიხედვითაც, მესამე დონის დაწესებულებებში დაბადებული ბავშვების დაახლოებით 80%-ს რეანიმაციულ განყოფილებაში გადაყვანა სჭირდება. ეს მოკლებულია საღ აზრს და მიზეზი მხოლოდ არაჯანსაღი ფინანსური სტიმულებია.

#### *2.1.10. ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშეწყობა, დახმარება და დაცვა:*

### 2.1.10 საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

#### *2.1.10.1. ძუძუთი კვების ხელშეწყობის შესახებ საქართველოს კანონის განხორციელების შეფასება;*

საყოველთაო აღიარებით ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მანკენებელი დიდ პრობლემად რჩება.

1999 წლის 9 სექტემბერს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ“<sup>21</sup>, რომლის მიზანია ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა უსაფრთხო და

<sup>21</sup> იხილეთ კანონი: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16534?publication=3>



ადეკვატური საკვებით უზრუნველყოფის, ბუნებრივი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობის, დაცვისა და პროპაგანდის, აგრეთვე ჩვილ ბავშვთა ხელოვნური კვების პროდუქტების, საწოვრიანი ბოთლების, საწოვრებისა და სატყუარების გავრცელების რეგულირების გზით. ზოგადად, ამ კანონის მიღება წინ გადადგმული ნაბიჯი იყო, მაგრამ მას არ ახლდა ეფექტური კანონქვემდებარე ბაზა, არ იყო გაწერილი მონიტორინგისა და აღსრულების მექანიზმები. შესაბამისად, კანონის იმპლემენტაცია ვერ ხდებოდა.

2017 წელს კანონის შესრულების შეფასება განხორციელდა მხოლოდ იმ რეგიონების სამშობიაროებში, სადაც UNICEF აფასებდა სამშობიაროებს დონეების მისანიჭებლად. შეფასებამ კანონის განხორციელებაში იმდენად დიდი ხარვეზები გამოავლინა, რომ საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე შეფასების ჩატარება აღარ იყო აქტუალური. მაგალითად, გავრცელებულ პრობლემებს შორის იყო სამშობიაროების ადმინისტრაციის მიერ კანონის იმ მოთხოვნის არ ცოდნა, რომელიც სამშობიაროებს, დონაციის გზით, ხელოვნური კვების დანამატების მიღებას უკრძალავს. შესაბამისად, დონაციის გზით ხელოვნური კვების დანამატების მიღება გავრცელებული პრაქტიკა იყო.

ზოგადი სტატისტიკა აჩვენებს, რომ თავიდან ძუძუთი კვების პროცენტი შედარებით მაღალია და დაახლოებით 3 თვის შემდეგ მკვეთრად მცირდება. მიუხედავად ამისა, ადრეული ძუძუთი კვების მხრივაც არის სერიოზული პრობლემები. სამშობიაროებს არ ჰყავთ ლაქტაციის კონსულტანტი, ამ ფუნქციას ექთნები ითავსებენ, სათანადოდ ვერ ასრულებენ და ხშირ შემთხვევაში დედების მიერ გამოცდილების გაზიარებაზე არის დამოკიდებული ახალშობილი ძუძუთი დაიწყებს კვებას თუ არა.

სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ ამ კუთხით მეტ-ნაკლებად ზუსტი სურათი არ არსებობს და არავინ იცის რეალურად რამდენ ხანს გრძელდება ძუძუთი კვება.

#### *2.1.10.2. კანონის აღსრულების მექანიზმების შემუშავება და განხორციელება.*

ჯანდაცვის სამინისტროში აღიარებენ, რომ საჭიროა შესაბამისი კანონქვემდებარე აქტების ბაზის შექმნა. ამ მხრივ შესაბამისი ცვლილებები და კანონის აღსრულების მონიტორინგის დაწყება 2021 წლიდან იგეგმება.

ამ ეტაპზე ჯანდაცვის სამინისტროში შექმნილია ძუძუთი კვების ხელშეწყობის საკოორდინაციო საბჭო.

აღსანიშნავია, რომ UNICEF-მა 2019 წლის ბოლოს გრანტი მიიღო ჰოლანდიური დონორისგან, რომელიც მიზნად ისახავს კანონის შესრულების ეფექტური მექანიზმების შემუშავებას. ჯერჯერობით, პროცესი პანდემიის გამო შეფერხდა.

ზოგიერთი თვლის, რომ არასწორი იქნება ახალშობილისთვის საკვები დანამატების სახით სხვადასხვა ფორმულების სამშობიაროებში შეტანის აკრძალვა. ექიმის პრეროგატივა უნდა იყოს, რა შემთხვევაში რომელი ფორმულა დაამატოს. თუმცა, ყველაფერი უნდა გაკეთდეს, რათა მრავალი თვის განმავლობაში ახალშობილი ძუძუთი იკვებებოდეს.

დაინტერესებული პირები ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხანმოკლე პერიოდის ორ ძირითად მიზეზს ასახელებენ: 1. დედებს საკმარისი რძის მარაგი არ აქვთ და 2. დეკრეტული შვებულებების არსებული მექანიზმი დედებს აიძულებს, რომ ძუძუთი კვება

ხელოვნურად შეწყვიტონ და სამსახურს დაუბრუნდნენ. თავის მხრივ, არასაკმარის რძის მარაგს სპეციალისტები სამი მიზეზით ხსნიან: 1. დედის არასათანადო კვება და საჭირო მინერალებისა და ვიტამინების ნაკლებობა; 2. დედის ფიზიკური გადაღლა და 3. ნერვული სტრესები.

ჩამოთვლილ მიზეზთაგან ჯანდაცვის სამინისტროს შეუძლია ნაწილობრივ შეამციროს არასათანადო კვების ნეგატიური ზეგავლენა იმით, რომ მეძუძური დედები უზრუნველყოს შესაბამისი ვიტამინებით, რკინით და სხვ.

სასურველ ცვლილებებს შორის სახელდება უკეთესი სადეკრეტო შვებულებების შემოღება, რაც საშუალებას მისცემს მეძუძურ დედას, რომ ხანგრძლივი პერიოდით არ გავიდეს სამსახურში.

*2.1.11. დედათა და ახალშობილთა მომსახურებისთვის განკუთვნილი მედიკამენტებზე, განსაკუთრებით ფოლიუმის მჟავაზე, რკინაზე, მიკროელემენტების დანამატებზე და სურფაქტანტებზე არსებული მოთხოვნების, მათი შეძენისა და მიწოდების პროგნოზირება.*

სოციალური მომსახურების სააგენტო შესყიდვების ოდენობას განსაზღვრავს წინა წლის გამოცდილებაზე დაყრდნობით, შემდეგ მინისტრთან ათანხმებს და შესაბამის შესყიდვებს ახორციელებს ტენდერების მეშვეობით.

ფოლიუმის მჟავისა და რკინის მიწოდება უწყვეტად ხდება. როგორც კი ორსული აღრიცხვაზე დადგება და ანტენატალურ დაწესებულებაში პირველ ვიზიტზე მივა, პროტოკოლის თანახმად მას ექიმი შესთავაზებს. ფოლიუმის მჟავა უშუალოდ დაწესებულებებში არის ხელმისაწვდომი, ხოლო რკინის დანამატი ტენდერის წესით შერჩეულ სააფთიაქო ქსელში. მიკროელემენტების დანამატებზე მოთხოვნა ძალიან დაბალი იყო და აღარ მიმდინარეობს.

ზოგიერთი დაინტერესებული პირი მიიჩნევს, რომ ამ პროცესს მეტი კონტროლი, რეგულირება და გადამოწმების მექანიზმები სჭირდება, რადგან სხვადასხვა დაწესებულებებში განსხვავებული პრაქტიკაა. კერძოდ, არ არის ერთიანი მიდგომა იმ არგუმენტებთან დაკავშირებით, რომლითაც მედ-პერსონალი ცდილობს ორსულთა დათანხმებას ფოლიუმის მჟავისა და სხვა დანამატების მიღებაზე. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია რეგიონებში.

*2.1.11 საქმიანობა სრულად განხორციელდა.*

**2.2. შემუშავებული და განხორციელებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის ამაღლების ზომები პროცესის გაუმჯობესების ადვოკატირების, მარეგულირებელი და ანგარიშგების მექანიზმების უზრუნველყოფით როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.**

*2.2.1. ჩასახვამდე, ანტენატალური, სამეანო და მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური მომსახურების გაიდლაინებისა და პროტოკოლების პერიოდული გადახედვა და დამტკიცება.*



ჯანდაცვის სამინისტროში, საკოორდინაციო საბჭოს პარალელურად და მისგან დამოუკიდებლად, ფუნქციონირებს გაიდლაინებისა და პროტოკოლების საბჭო.

პროფესიული ასოციაციები და დარგობრივი ექსპერტები ძირითად როლს თამაშობენ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავებაში. დასრულებულ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს ექსპერტთა ჯგუფები და ასოციაციები უგზავნიან ჯანდაცვის სამინისტროს, რომელიც ხარისხს ამოწმებს და ამტკიცებს. რიგ შემთხვევაში, საერთაშორისო ორგანიზაციები, მათი სამოქმედო მანდატის სფეროების მიხედვით, ამ პროცესის ტექნიკურ ხელშეწყობას ახორციელებენ, რითაც მხარს უჭერენ პროცესების ეფექტურად წარმართვას როგორც გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავების, ასევე მათი შემდგომი იმპლემენტაციის კუთხით.

სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში დამტკიცებული პროტოკოლები და გაიდლაინები ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე<sup>22</sup>.

ზოგადად მიიჩნევა, რომ ბოლო წლებში, დედათა და ბავშვთა სფერო ლიდერის პოზიციას იკავებდა, როგორც გაიდლაინებისა და პროტოკოლების შემუშავება/განახლების კუთხით, ასევე ზოგადად რეფორმებისა თუ სიახლეების დანერგვით.

მიუხედავად იმისა, რომ საბოლოო ჯამში, ამ საქმიანობის განხორციელება დადებითად უნდა შეფასდეს, არის გარკვეული გამოწვევებიც. მაგალითად, ჩასახვამდელი პერიოდის გაიდლაინი არ შემუშავებულა. ხოლო, პოსტნატალური მომსახურებების გაიდლაინის იმპლემენტაცია ვერ ხდება ფინანსური მხარდაჭერის არ არსებობის გამო.

### 2.2.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

#### *2.2.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურებების ხარისხის ინდიკატორების შემუშავება და დანერგვა:*

ინდიკატორების შემუშავებაში დარგის ექსპერტები აქტიურად მონაწილეობდნენ და ეს საქმიანობა ბოლომდე განხორციელდა. თუმცა, პრაქტიკამ გარკვეული ცვლილებების საჭიროება აჩვენა. მაგალითად, დარგის ექსპერტების ნაწილი რობსონის სკალის უფრო ფართო გამოყენებას უჭერს მხარს. ამჟამად მოქმედ ინდიკატორების სისტემაში რობსონის სკალიდან მხოლოდ ერთი ინდიკატორია შესული, რომელიც საკეისრო კვეთებს ეხება.

რესპოდენტები თვლიან, რომ რობსონის სკალის უფრო სრულად დანერგვა სისტემის მოქნილობას და გამჭვირვალობას აამაღლებდა. ამისათვის, დამატებითი

<sup>22</sup> შესაბამისი გაიდლაინების ჩამონათვალი იხილეთ ლინკზე:  
<https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>

ძალისხმევა არის საჭირო არა მხოლოდ მედიკოსების, არამედ დაწესებულებების ხელმძღვანელების მხრიდანაც. ამ კონტექსტში აქტუალურია საკეისრო კვეთების გაზრდილი რაოდენობა, რომლის მიზეზებადაც სახელდება, ერთის მხრივ არასწორი ფინანსური სტიმულები და მეორეს მხრივ გართულებული მშობიარობის მართვა (მედიკოსების არასათანადო კვალიფიკაცია), როდესაც საჭიროა სხვადასხვა ტექნიკისა და უნარების ცოდნა და გამოყენება.

ამ მხრივ, შესაძლოა საჭირო იყოს ცვლილებების შეტანა მოქმედ კანონმდებლობაში და შესაბამის გაიდლაინში, რომელიც პაციენტის უფლებებს განსაზღვრავს და დედის სურვილის მიხედვით შესაძლებელს ხდის საკეისრო კვეთის ჩატარებას.

საერთო ჯამში, შემუშავებულ და დანერგილ ხარისხის ინდიკატორებს დაინტერესებული პირები დადებითად აფასებენ. თუმცა, თვლიან რომ ინდიკატორების ანალიზისა და მიღებულ შედეგებზე რეაგირების სისტემა არ არის საკმარისად მდგრადი და ეფექტიანი იმისათვის, რომ მათი გამოყენება მოხდეს აღსრულების მექანიზმებში და სახელმწიფო პოლიტიკის დაგეგმვა/გატარებაში, რამაც უნდა განაპირობოს ხარისხის გაუმჯობესება.

## 2.2.2. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

### *2.2.2.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებათა ინდიკატორების ძირითადი პაკეტის შერჩევა;*

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურებების ხარისხის ინდიკატორები შემუშავებული და დანერგილია. ასევე, შექმნილია ელექტრონული სისტემა, რომელიც საშუალებას იძლევა, რომ ნებისმიერ ინდიკატორზე თითის დაჭერით სრულ მონაცემებს გავეცნოთ.

ინდიკატორების პაკეტი სამი ჯგუფისგან შედგება: სტრუქტურული, პროცესისა და შედეგის ინდიკატორები.

#### **სტრუქტურული ინდიკატორები**

- დაწესებულების დონის შესაბამისი კადრებით უზრუნველყოფა
- დაწესებულების დონის შესაბამისი აღჭურვილობით უზრუნველყოფა
- განსაზღვრული პერიოდულობით დონის გადამოწმება

#### **პროცესის ინდიკატორები (1-2 წელი)**

- დონის შესაბამისი მიმართვიანობა ყველა დონეზე;
- მშობიარობების/საკეისრო კვეთების საერთო რაოდენობა სტრუქტურა ყველა დონეზე;
- ნაადრევი მშობიარობა ( 22 0/7-33 6/7 კვირა) ყველა დონეზე;
- დედათა და ახალშობილთა რეფერალის საერთო რაოდენობა;



- ნეონატალური ტრანსპორტრების ინდექსი (ტრანსპორტირებულ ახალშობილთა რაოდენობა/100 ცოცხალშობილზე);
- რეფერირებულ ახალშობილთა რაოდენობა ( შიდა და გარე რეფერალი);
- დროულ (2500გრ-ზე მეტი წონის) ახალშობილთა რეფერალი;
- საკეისრო კვეთის შემდგომ რეფერალი(მათ შორის 39.კვ-მდე);
- სხვა კლინიკაში რეფერალი სიცოცხლის 24 სთ-ში
- სიცოცხლის 72 სთ-ის შემდგომ რეფერირებული ახალშობილები

**შედეგის ინდიკატორი (3-5 წელი)**

- მკვდრადშობადობა
- ადრეული ნეონატალური სიკვდილობა
- დღეანაკლ ახალშობილთა რაოდენობა და მათი მკურნალობის გამოსავალი ლეტალობა სიცოცხლის პირველ 12 სთ-ში, 24 სთ-ში, 72 სთ-ის შემდგომ ;
- დედათა სიკვდილობა

*2.2.2.2. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებების ხარისხის ინდიკატორებზე მონაცემების შესაგროვებლად;*

დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭო რეგულარულად სთხოვს დაწესებულებებს შესაბამისი მონაცემების გამოგზავნას. ყველა დაწესებულება, რომელიც მშობიარობის პროგრამაში და სელექტიურ კონტრაქტირებაში მონაწილეობს, ინდიკატორების შესრულების შესახებ რეგულარულად გზავნის ინფორმაციას.

*2.2.2.3 მონაცემთა ანალიზზე დაფუძნებული ანგარიშის მომზადება დაწესებულებების რეიტინგის შესახებ, და შედეგების შეტყობინება ყველა დაწესებულებისთვის, მათ შორის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებგვერდის საშუალებით.*

2017 წელს დამტკიცებული დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის ინდიკატორების შეფასების საფუძველზე ხდება დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირება. დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭოში აკუმულირებული მონაცემების საფუძველზე რეგულარულად მზადდება 6 თვიანი ანგარიში ინდიკატორების შესრულების შესახებ.

დარგის ზოგიერთი წარმომადგენელი თვლის, რომ ერთის მხრივ, ინდიკატორებს შემდგომი სრულყოფა სჭირდებათ, ხოლო მეორეს მხრივ, მათზე ინფორმაციის მოგროვება ფორმალურ პროცედურად იქცა. მათი აზრით, პრობლემის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ჯანდაცვის სამინისტროში არ არსებობს სტრუქტურული ერთეული, რომელსაც ინდიკატორების შეფასება/მონიტორინგი, ანალიტიკა და რეკომენდაციების მომზადება/იმპლემენტაცია დაევალება.

2.2.3. დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის შემთხვევების/სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მდგარი შემთხვევების აუდიტის პრაქტიკის სტანდარტიზება:

### 2.2.3. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

2.2.3.1. სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შემუშავება და დანერგვა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებების პროვაიდერებში სამედიცინო ისტორიების აუდიტისთვის;

„პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის №01-2/6 ბრძანებაში 2017 წლის 26 იანვარს შესული ცვლილების თანახმად:

„ყველა დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა, რომელიც მოიცავს სიკვდილთან ახლოს მდგარი (Near-miss) შემთხვევების დოკუმენტირებული გარჩევის და/ან მშობიარობის გამოსავლების კლინიკური აუდიტის სისტემას, ასევე, ყოველკვარტალურ დოკუმენტირებულ აღრიცხვას შემდეგი ძირითადი მონაცემების მიხედვით:

ა) პირველადი საკეისრო კვეთების რაოდენობა (ასევე, მათი წილი მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში) დაბალი რისკის ქალებში;

ბ) სამეანო სისხლდენების საერთო რაოდენობა (ვაგინალური მშობიარობის და საკეისრო კვეთის შემთხვევაში);

გ) დედათა გადაყვანა კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში და/ან სხვა დაწესებულებაში;

დ) დედათა სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა მიზეზების მიხედვით;

ე) ახალშობილთა გადაყვანა ახალშობილთა ინტენსიური სერვისის მიმწოდებელ განყოფილებაში და/ან სხვა დაწესებულებაში (წონითი კატეგორიების მიხედვით);

ვ) ინტრანატალურ მკვდრადშობილთა რაოდენობა;

ზ) ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა მიზეზების მიხედვით.“.

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად: „2017 წელს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ განხორციელდა ჯანმოს „რიცხვების მიღმა“ მეთოდოლოგიის პილოტირება, ე.წ. სიკვდილთან ახლოს მდგარი (Near-miss) შემთხვევების 9 შერჩეულ სამშობიარო სახლში თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში. მოხდა სიკვდილთან ახლოს მდგარი (Near-miss) შემთხვევების შესახებ 27 შეხვედრის ორგანიზება. დაგეგმილია, ასევე, ურთიერთგაცვლის ვიზიტები კლინიკებს შორის წარმატებული გამოცდილების გაცვლის მიზნით“.

ამ ეტაპზე 11 კლინიკაა ჩართული პროცესში. იგეგმება ყველა დაწესებულებაში გავრცელება. თუმცა ამას გარკვეული დრო დასჭირდება. ვარაუდობენ, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დაკონტრაქტებულ ყველა 79 დაწესებულებაში დანერგვას საკმაოდ დიდი დრო დასჭირდება. ახლო მომავალში იგეგმება, რომ ყველა მე-3 დონის დაწესებულება დაიფაროს.



ეს პროცესი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინიციატივით დაიწყო და სხვადასხვა აქტორების მალალი თანამონაწილეობით გამოირჩეოდა.

ჯანდაცვის სამინისტროს მთავარი პარტნიორი არის UNFPA.

დარგის წარმომადგენლები თვლიან, რომ დღესდღეობით დაწესებულებების დიდი ნაწილის შესაძლებლობები ამ მიმართულებით შეზღუდულია (განსაკუთრებით, რეგიონებში). ამავდროულად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შიდა სისტემები დაწესებულებებში, პრაქტიკულად, ფორმალურია და მათზე დაკისრებულ მოვალეობას ვერ ასრულებს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, როგორც მარეგულირებელი სისტემის და შეფასების მექანიზმების გაუმჯობესება, ასევე, დაწესებულებებისათვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების მომზადება და მათი იმპლემენტაციის ხელშეწყობა.

#### *2.2.3.2. აუდიტის შედეგებისა და რეკომენდაციების შეტყობინება პერინატალური დაწესებულებებისთვის, და კარგი პრაქტიკების გავრცელება მათ შორის.*

პერინატალური აუდიტი მიმდინარეობს, როგორც მხარდამჭერი ზედამხედველობა და არ არის ორიენტირებული სადამსჯელო ღონისძიებების გატარებაზე. თუმცა, დაწესებულებები ვალდებული არიან წარმოადგინონ შემთხვევაზე რეაგირების გეგმა და ინფორმაცია გატარებული ზომების შესახებ, რომლებიც მიმართულია მომსახურების გაუმჯობესებისკენ ან მოიცავს ადამიანური რესურსების უწყვეტი პროფესიული განვითარების ღონისძიებებს.

რეგულარულად ხდება დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის რთული შემთხვევების განხილვა და რეკომენდაციების მომზადება. ასევე, რეგულირების სააგენტოში მიმდინარეობს დედათა გარდაცვალების ყველა შემთხვევის და ახალშობილთა გარდაცვალების საექვო შემთხვევების შესწავლა და საკითხის პროფესიული განვითარების საბჭოზე განხილვა.

დაინტერესებული პირების ნაწილი მიიჩნევს, რომ სასჯელის არიდების მიზნით, პროცესში ჩართული რიგი დაწესებულებების მენეჯერები ხელს არ უწყობენ ზუსტი მონაცემების აღრიცხვას, რადგან ბევრი სახის დარღვევაში მათი უშუალო პასუხისმგებლობა შეიძლება გამოიკვეთოს.

აღსანიშნავია, რომ 2020 წელს, კოვიდ 19-ის პანდემიამ გარკვეული შეფერხებები გამოიწვია და სხვადასხვა შემთხვევების განხილვებიც ნაკლებად ინტენსიურად ხდება.

### **2.3. შემუშავებულია პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობს კვალიფიციური ჯანდაცვის პერსონალის გენერირებას, შენარჩუნებას, საჭიროებისამებრ გადანაწილებას და მოტივირებას.**

#### *2.3.1. პოლიტიკის შემუშავება შემდგომში ექიმების სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და რე-სერტიფიცირების სისტემის დანერგვასთან დაკავშირებით*

### 2.3.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

2.3.1.1: შესაბამისი რეგულაციების გადახედვა/შემუშავება და დამტკიცება, მათ შორის:

- ძირითადი კომპეტენციების განახლება;
- აკრედიტაციის კრიტერიუმების და უწყვეტი სამედიცინო განათლების (უსგ) პოლიტიკის შემუშავება/გადახედვა;
- კრედიტ-ქულების სისტემის შემუშავება;
- სავალდებულო უსგ-ს კომერციული მხარდაჭერის სტანდარტების შემუშავება/გადახედვა;
- სავალდებულო უსგ-ს პროგრამის ადმინისტრირების მოთხოვნებისა და ინსტიტუციური მექანიზმების შემუშავება/გადახედვა.

ჯანდაცვის სამინისტროში მომზადდა ადამიანური რესურსების განვითარების სტრატეგია.

სტრატეგია წარდგენილი იყო საქართველოს მთავრობისათვის 2019 წლის ივლისიდან, მოხდა მისი ჩასწორება სექტორული სამინისტროების მოსაზრებების გათვალისწინებით. 2019 წლის აგვისტოდან იგეგმებოდა მთავრობის სხდომაზე გატანა დამტკიცების მიზნით, თუმცა, ვერ მოხერხდა და 2019 წლის ბოლოს (დეკემბერში) დაუბრუნდა სამინისტროს.

ამ ეტაპზე პროცესი შეჩერებულია. ამის მიზეზად სამი ფაქტორი სახელდება: პირველი, თვითონ სტრატეგია საკმარისად კარგი არ იყო; მეორე, იმ ადამიანთა ჯგუფი, ვის მიერაც მომზადდა ეს სტრატეგია, სისტემიდან წავიდა; და მესამე, კოვიდ 19-ის პანდემიამ ჯანდაცვის სისტემაში სხვა მიმართულებები შეაფერხა.

რე-სერტიფიცირების მექანიზმი ქვეყანაში დღეს არ მოქმედებს.

პერინატალური სერვისის ფარგლებში, შესაბამისი ნორმატიული აქტი დარგობრივ ვალდებულებას ქმნის და ამ სფეროში უწყვეტი განათლების საკითხი გადაჭრილია. თუმცა, რე-სერტიფიცირების პრობლემა პერინატალური მომსახურების დარგშიც მოუგვარებელია და კვლავ აქტუალურად რჩება.

პერინატალური რეგიონალიზაციის ფარგლებში უწყვეტ სამედიცინო განათლებაში მონაწილეობა 2018 წლიდან სავალდებულოა მეან-გინეკოლოგების (30 კრედიტი წელიწადში) და ნეონატოლოგებისათვის (20 კრედიტი, 2021 წლიდან - 30 კრედიტი). ასევე, ახალშობილთა ინტენსიური სერვისის ფარგლებში დასაქმებული ექიმებისათვის. 2021 წლიდან პერინატალურ სერვისებში დასაქმებულ ყველა ექიმს (მ.შ., რადიოლოგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი) აქვს ვალდებულება, მონაწილეობა მიიღოს უწყვეტ სამედიცინო განათლებაში. 2018 წლიდან უსგ პროგრამა გაიარა - 365 ნეონატოლოგმა, 2554 მეანმა და 128 რადიოლოგმა. აღნიშნული სავალდებულო დონის მინიჭებისათვის, რაც, თავის მხრივ, ნებართვასა და სელექტიურ კონტრაქტირებაზეა მიბმული.

2.3.1.2. პროფესიული ასოციაციების მიერ სავალდებულო უსგ-ს კურსების შემუშავებისა და განხორციელების ხელშეწყობა.



ზოგადი პოლიტიკა და შესაბამისი ტრენინგებიც, რომლის მეშვეობითაც ყოველ წელს მეან-გინეკოლოგებმა 30 ქულა და ნეონატოლოგებმა 20 ქულა უნდა დააგროვონ, შემუშავდა ასოციაციებისა და ექსპერტების ფართო ჩართულობით და ეფექტურად ხორციელდება.

უსგ პროგრამების მიმწოდებლები, ძირითადად, არიან დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციები, ასევე, უსგ-ს მიმწოდებელთა შორის უნივერსიტეტები და სერვისის მიმწოდებლებიც არიან. შესაბამისად, აკრედიტებული უსგ-ის მომწოდებლების ჩამონათვალი პერინატალური სერვისის ფარგლებში საკმაოდ ვრცელია (<http://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/538-test>). თუმცა, ალბათ, აქცენტი პროგრამების ხარისხსა და მათი შეფასების მექანიზმებზე ფრიად მნიშვნელოვანია.

თსუ-ის ბაზაზე, UNFPA-ის ტექნიკური დახმარებით შეიქმნა ონლაინ პლატფორმა, რომელზეც დაიდო სხვადასხვა ონლაინ სატრენინგო მასალები და ტესტები (მაგ.: აივ/შიდსზე და სხვ.), რომლების შევიდა უწყვეტი განათლების სისტემის კურიკულუმში და ქულები და აკრედიტაცია მიენიჭა.

ერთადერთი პრობლემა რასაც ექიმები აღნიშნავენ არის ის რომ, არ არის გამართული ელექტრონული სისტემა, რომლის მეშვეობითაც ექიმებს ზუსტად ეცოდინებოდათ, რომელ ტრენინგზე რამდენი ქულა დააგროვეს და დაითვლიდნენ წლის განმავლობაში დაგროვილი ქულების ჯამს.

## **2.4. დანერგვითა და ახალშობილთა მომსახურების დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმები.**

*2.4.1. გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) შემუშავება და დანერგვა შერჩეულ რეგიონებში ანტენატალური მომსახურებების გაუმჯობესების მიზნით.*

ჯანდაცვის სამინისტროს თანხმად დოკუმენტის შემუშავება დაიწყო, მაგრამ არ დასრულებულა და შესაბამისად, სისტემის დანერგვაც არ მომხდარა.

სამინისტროში იმედოვნებენ, რომ ანტენატალური სტრატეგიების პროცესს მალევე მიყვება გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) შემუშავება და დანერგვა. ამ ეტაპზე, რეალობა ისეთი, რომ ანტენატალური მომსახურების სფეროში ძალიან ბევრ კომპონენტში ზუსტი მონაცემები არ არსებობს და შესაბამისად, ფინანსური წახალისების საკითხებს ვერ ავამოქმედებთ.

გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P) დანერგვამ უნდა დაარეგულიროს ასევე პროცესში ჩართული პირების პასუხისმგებლობების საკითხი, რაც საკმაოდ კომპლექსური თემაა. მაგალითად, ვთქვათ ანტენატალურ მეთვალყურეობას ორსულს უწევს რომელიმე მუნიციპალიტეტში მდებარე დაწესებულება და ამ ორსულის მშობიარობა თბილისში არასასურველი გამოსავლით დასრულდა. ვის ეკისრება პასუხისმგებლობა? ამ სისტემამ უნდა დაარეგულიროს ეს საკითხი და გამოსავლის შესაბამისად განსაზღვროს პასუხისმგებელი პირები და პასუხისმგებლობის სახე.

ასევე იგეგმება, რომ დადებითი გამოსავლის შემთხვევაში ამოქმედდეს წამახალისებელი მექანიზმები.

სისტემამ უნდა გაითვალისწინოს, ასევე ფინანსური სტიმულირების მექანიზმები. მაგალითად, სოფლის ექიმებს ფიქსირებულ მომსახურების საფასურთან ერთად ჰქონდეს დამატებითი სტიმული იმის მიხედვით, თუ რამდენ ორსულს გაუწევს ზედამხედველობას.

აღსანიშნავია, რომ პერინატალური ანგარიში ამ სისტემის გარკვეულ ნიშნებს შეიცავს. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ პროცესში ასოციაციები არ მონაწილეობენ;

#### 2.4.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*2.4.2. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის შემუშავება და დანერგვა პერინატალური და ნეონატალური მომსახურების სერვისებში.*

თავდაპირველი მიდგომით იგეგმებოდა DRG-ის სისტემის დანერგვა ჯერ პერინატალური მომსახურებაში და შემდეგ სხვა სფეროებში. თუმცა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტებმა დაარწმუნეს სამინისტროს წარმომადგენლები, რომ ამ მიდგომას შეიძლება პრობლემები გამოეწვიოს და უმჯობესი იყო DRG-ის სისტემა ჯანდაცვის ყველა კომპონენტში ერთიანად დანერგილიყო.

როგორც გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P), ასევე დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის შემუშავებას და დანერგვას 2023 წლისთვის იმედოვნებენ. 2017-2020 წლების სამოქმედო გეგმაში კი იმიტომ მოხვდა, რომ წინმსწრები პროცესების უფრო მოკლე ვადებში განხორციელების იმედი ჰქონდათ.

ამ პროცესში ასოციაციები არ მონაწილეობენ.

#### 2.4.2. საქმიანობა არ განხორციელდა.

**2.5. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავებული და დანერგილია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის გაძლიერების მექანიზმები.**

*2.5.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მონაცემთა სხვადასხვა რეესტრის შეფასებაზე დაყრდნობით მონაცემთა ხარისხის აუდიტის სისტემის შემუშავება და დანერგვა ეროვნულ და დაწესებულებათა დონეზე:*

#### 2.5.1. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*2.5.1.1. რუტინული მონაცემების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტის შემუშავება/ადაპტირება;*

დონეებზე დაყოფილი პერინატალური სისტემის არსებობამ დღის წესრიგში დააყენა ელექტრონული ბაზის საჭიროება. შედეგად, UNICEF-ის დახმარებით და ნორვეგიელი ექსპერტების აქტიური მონაწილეობით, 2016 წელს NCDC-ში შეიქმნა ორსულთა და



ახალშობილთა რეგისტრი - დაბადებათა რეგისტრი. რეგისტრის რეალური გამოყენება 2017 წლიდან დაიწყო.

დაბადებათა რეგისტრი არის მონაცემთა ბაზა, რომელიც შეიცავს ყველანაირ ინფორმაციას ორსულთა შესახებ - დაწესებულებაში პირველი ვიზიტიდან დაწყებული ბაზას უწყვეტად მიეწოდება ინფორმაცია. შესაბამისად, დაბადებათა რეგისტრში მოდის ინფორმაცია, როგორც პროგრამაში ჩართული, ასევე იმ დაწესებულებებიდან, სადაც ორსული საკუთარი ჯიბიდან იხდის. ყველა დაწესებულებიდან მოდის სტანდარტიზებული, უნიფიცირებული მონაცემი.

ამასთან, სახელმწიფოს აქვს განსაზღვრული პირობები, რათა ორსული სახელმწიფო პროგრამაში ჩაერთოს. მაგალითად, პირველი ვიზიტი უნდა განხორციელდეს მე-13 კვირამდე.

ცალკე გროვდება მონაცემები აბორტების შესახებ.

ჭამურად ძალიან დიდი მოცულობის ინფორმაცია გროვდება, რომლის ანალიზიც ანალიტიკური მოდულის დახმარებით ხდება. კერძოდ, მოდული ითვლის ხარისხის ინდიკატორებს, მოცვის ინდიკატორებს და სხვ. ანუ ანალიტიკური მოდული არის ალგორითმი, რომლის დახმარებითაც NCDC-ის წარმომადგენლებს აღარ უწევთ რთული/კომპლექსური მონაცემების დათვლა. ანალიტიკურ მოდულს აქვს ასევე ე.წ. Dash board-ები, რომელსაც შეუძლია როგორც გრაფიკების, ასევე ცხრილების შედგენა.

*2.5.1.2. შერჩეული ინდიკატორების შედეგებზე დაკვირვება და შემოწმება (გადათვლა) რუტინული მონაცემების ხარისხის შეფასების პროტოკოლზე დაყრდნობით;*

ამჟამად, NCDC-ის და UNICEF-ის თანამშრომლობით, ნორვეგიელ ექსპერტების მონაწილეობით ტარდება მონაცემთა აუდიტი, მონაცემთა ვალიდურობის დასადგენად. აუდიტის პროცესის ძირითადი ნაწილი 2019 წელს შესრულდა და ამჟამად მიმდინარეობს მონაცემთა სინთეზისა და ანალიზის ეტაპი.

*2.5.1.3. აუდიტის შედეგებისა და რეკომენდაციების გაზიარება შესაბამის დაწესებულებებთან.*

აუდიტის ანგარიში მომზადების ეტაპზეა.

*2.5.2. მონაცემების შეგროვების ხელშეწყობა მიზნობრივი კვლევის საშუალებით, მათ შორის საოჯახო მეურნეობათა კვლევით, დაწესებულებების შეფასებით, ოპერაციული კვლევებითა და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პროცესებისა და შედეგების შესწავლის სხვა საშუალებებით.*

სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში საქართველოში ჩატარდა მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS6), რომელიც 2018 წლის სექტემბერში დაიწყო მონაცემთა შეგროვებით, რაც იმავე წლის დასასრულემდე გაგრძელდა. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS) წარმოადგენს მსოფლიოში შინამეურნეობების ფართომასშტაბიანი კვლევის ერთ-ერთ სახეობას, რომლის ფარგლებშიც წარმოებს ბავშვებისა და ქალების მდგომარეობის შესახებ მაღალი ხარისხის მონაცემთა მოპოვება, და რომელიც მსოფლიო მასშტაბით ამ მონაცემთა შედარების საშუალებას იძლევა. აღნიშნული კვლევის ფარგლებში, მონაცემთა შეგროვება მოხდა საქართველოში არსებული 14 000-ზე მეტი

შინამეურნეობის კვლევის საფუძველზე, და მას უძღვებოდა სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი). ასევე, აღნიშნული კვლევა წარიმართა გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის და გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით. აღნიშნული კვლევის ფინანსურ მხარდაჭერას, ასევე, უზრუნველყოფდა შვედეთის საერთაშორისო განვითარების თანამშრომლობის სააგენტო (SIDA), ამერიკის შეერთებული შტატების განვითარების სააგენტო (USAID), საფრანგეთის განვითარების სააგენტო (AFD), შვეიცარიის განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტო (SDC), გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), მსოფლიო ბანკი და იტალიის ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი

კვლევის შედეგებიდან რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიგნების გამოყოფა შეიძლება. კონტრაცეპტივების მომხმარებელთა 41%-ი, არსებული საერთაშორისო სტანდარტებით, ძალიან დაბალი მაჩვენებელია. მსოფლიო მასშტაბით, აღნიშნული მაჩვენებელი საშუალოდ 62%-ს შეადგენს. გარდა ამისა, საკმაოდ მაღალია იმ ქალების პროცენტული წილი (23%), რომლებიც კონტრაცეფციის არცერთ მეთოდს არ იყენებენ, მაშინ როცა ორსულობა არ აქვთ დაგეგმილი; ფაქტობრივად, აღნიშნული მაჩვენებელი, საერთაშორისო სტანდარტებით, საგანგაშოდ მაღალია.

2018 წელს, საქართველოში, ხელოვნური აბორტის ჯამობრივმა კოეფიციენტმა (TIAR) 0,9094 შეადგინა; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მანამდე ჩატარებული კვლევების თანახმად, აბორტის ჯამობრივი კოეფიციენტი (TIAR) 1999 წელს შეადგენდა 3,7-ს, 2005 წელს - 3,1-ს, ხოლო 2010 წელს - 1,6-ს.

აბორტების 28,8%-ის შემთხვევაში გამოიყენება ე.წ. გამოფხეკის (D&C) მეთოდი. აღნიშნული მეთოდი მოძველებულად მიიჩნევა და თითქმის აღარ გამოიყენება დასავლეთის ქვეყნებში. ამავდროულად, მედიკამენტოზურ აბორტს (აბებს) სულ უფრო მეტი ქალი მიმართავს.

ადრეულ ასაკში (15-19 წლის) მშობიარობის მაჩვენებელი წარსულში საქართველოში მაღალი იყო, თუმცა 1995 წლის შემდეგ ამ მაჩვენებელმა სწაფად იწყო კლება, და თუ 1995 წელს ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 65,7-ს 15-19 წლის ასაკის ყოველ 1 000 ქალზე, 2018 წელს, იმავე ასაკობრივ ჯგუფში, იგი შემცირდა 32,3-მდე. თუმცა ეს მაჩვენებელი კვლავაც მაღალია ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით.

საქართველოში, ახალშობილთა დიდ უმრავლესობას (91.6%) სამედიცინო შემოწმება უტარდება დაბადებიდან პირველი 4 კვირის განმავლობაში. თუმცა, მშობიარობის შემდგომ შემოწმებას უფრო ნაკლები ქალი გადის (დაახლოებით მათი ნახევარი).

### 2.5.2 საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

#### *2.5.3. სამოქალაქო რეესტრსა და სხვა საინფორმაციო წყაროებში სიკვდილის შემთხვევების რეგისტრირების სისრულისა და ხარისხის გაუმჯობესება, მათ შორის:*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად, NCDC-ის ძალისხმევით მიზნის მითითების გარეშე სიკვდილის შემთხვევების რეგისტრირება მინიმუმამდე შემცირდა.



### 2.5.3. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*2.5.3.1. სიკვდილის მიზეზების სერტიფიცირებისა<sup>23</sup> და ICD-10 კოდირების ადგილზე სწავლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა ექიმებისთვის, კოდის მიმნიჭებლებისთვის, მონაცემთა მიმწოდებლებისთვის, სტატისტიკოსებისთვის და სხვ., რათა მოხდეს სიკვდილის მიზეზის განსაზღვრისა და კოდირების პრაქტიკის სტანდარტიზება და ხარისხის გაუმჯობესება.*

ამ მიმართულებაზე პასუხისმგებელი იყო NCDC და შეიძლება ითქვას, რომ საქმიანობა სრულფასოვნად განხორციელდა. NCDC-ში მოქმედი სტატისტიკის სამმართველო მთელი ქვეყნის მასშტაბით ადევნებს თვალს ამ პროცესების გამართულად მიმდინარეობას, განსაკუთრებით კი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კუთხით.

გატარებული რეფორმებიდან, განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა შეუტყობინებლობის გამო ჯარიმების დაწესება, რამაც სიკვდილიანობის სტატისტიკური სურათის სიზუსტე აამაღლა. თუმცა, უცნობი მიზეზით გარდაცვალების მაღალი პროცენტი და ზოგ შემთხვევაში ICD კოდის არასწორად შერჩევა კვლავ პრობლემად რჩება. კერძოდ, გარდაცვალების დაახლოებით 40% შემთხვევებისას „უცნობი“ მიზეზია მითითებული. ამის გამო, რთულდება ეფექტური რეაგირების მექანიზმის შემუშავება და დანერგვა. ამ პრობლემების აღმოსაფხვრელად NCDC რეგულარულად ატარებს ტრენინგებს და სხვადასხვა ფორმით სწავლებებს. სამწუხაროდ, კოვიდ 19-ის პანდემიის გამო ამ მიმართულებებით ცვლილებების პროცესები შეფერხდა.

სისტემის ეფექტურად ფუნქციონირებისთვის, დარგის ექსპერტები პრობლემურად მიიჩნევენ იმ გარემოებას, რომ ძირითად დიაგნოზებში ხშირად აქცენტი კეთდება სიმპტომებზე და არა რეალურ პრობლემებზე, რაც ართულებს მონაცემების ეფექტურ ანალიზს. მაგალითად, მწვავე პანკრეატიტისთვის დამახასიათებელია ტკივილი მუცელში და ამიტომ, ექიმი აფიქსირებს მუცლის ტკივილს (შესაძლოა, ეს განპირობებული იყოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან დაფინანსების მიღების მოტივით) და საერთოდ არ ახსენებს პანკრეატიტს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანი სტატისტიკური ინფორმაცია იკარგება (ამ შემთხვევაში, მაგალითად, პანკრეატიტის დიაგნოზის დაფიქსირება) და სტატისტიკა მრუდდება.

ასევე, მაგალითად, სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნებში სიკვდილის მიზეზად ხშირად სახელდება „გულის გაჩერება“, რაც არასწორია. ანუ ICD-10 კოდირების სისტემა სტატისტიკის მართვისა და ანაზღაურების კუთხით საჭიროებს დახვეწას.

მათი აზრით, გამოსავალი დაფინანსების სქემის შეცვლა, რომლითაც სახელმწიფოს მიერ დაფინანსდება კონკრეტული ნობოლოგიები და დაავადებების გამოვლინებები.

*2.5.4. დედათა და პერინატალური სიკვდილის შემთხვევებზე ზედამხედველობისა და მათზე რეაგირების გაძლიერება, მათ შორის დედათა და პერინატალური სიკვდილის ყველა შემთხვევის შესახებ დროული (24 საათის განმავლობაში) შეტყობინება.*

<sup>23</sup> რესპოდენტების აზრით ტერმინ „სერტიფიცირების“ ნაცვლად უნდა იყოს „იდენტიფიცირება“.

მექანიზმის მოქმედება რეგულირდება მინისტრის N01-3/6 ბრძანებით<sup>24</sup> (23.07.2013) „დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის/მკვდრადშობადობის სავალდებულო შეტყობინების ფორმის თაობაზე“.

ცენტრალურად, სამინისტროს დონეზე, საკოორდინაციო საბჭოს მანდატით, დარგის ექსპერტების მონაწილეობით ფუნქციონირებს პერინატალური აუდიტის სამუშაო ჯგუფი, სადაც ონლაინ სისტემით შემოსული დედათა და ახალშობილთა გარდაცვალების შემთხვევების შერჩევა და განხილვა ხდება, ამავე დაწესებულების მენეჯერებისა და შემთხვევის მართვაში ჩართული თანამშრომლების თანდასწრებით.

მუშაობის შედეგები წარედგინება საკოორდინაციო საბჭოს კვარტალური და წლიური ანგარიშების სახით.

დედათა გარდაცვალების უკლებლივ ყველა შემთხვევას სწავლობს სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო და განიხილავს პროფესიული განვითარების საბჭო, სადაც ხდება მსჯელობა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხებზე.

#### 2.5.4. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

ამოცანა 3: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

**3.1. შემუშავებული და დანერგილია ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის ხელშეწყობის მექანიზმები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ასამაღლებლად.**

*3.1.1 ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული საკომუნიკაციო კამპანიის მომზადება და ჩატარება იმ მიზნით, რომ გაუმჯობესდეს დედებისა და ოჯახების ჯანსაღი ქცევა, მათ შორის მომსახურების მოძიება გაურთულებელი ორსულობისა და მშობიარობის დროს, და გადაუდებელი მკურნალობის მოძიება გართულებების შემთხვევაში:*

ჯანდაცვის სამინისტრომ თანამშრომლობის ხარისხი ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან დაბალა, რაც აფერხებს მიზნობრივ ჯგუფებში ცოდნისა და ინფორმირებულობის დონის მნიშვნელოვნად ამაღლებას და მათი ქცევის არსებით ცვლილებას.

<sup>24</sup> მინისტრის ბრძანება იხილეთ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1970097?publication=0>



ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ არის გაწერილი საერთაშორისო და ადგილობრივ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ფორმა, სადაც განსაზღვრული იქნება პროცესში ჩართული პირების მოვალეობები და ფუნქციები.

დაინტერესებული პირები თვლიან, რომ შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში უნდა გაიწეროს საკომუნიკაციო კამპანია და სახელმწიფომ უნდა აიღოს დაფინანსების ვალდებულება. თავის მხრივ, საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები შეძლებენ ტექნიკური დახმარების გაწევას საკომუნიკაციო კამპანიის დაგეგმვაში და განხორციელებაში.

იმის გათვალისწინებით, რომ გაეროს მოსახლეობის ფონდი ჯანდაცვის სამინისტროს ერთ-ერთი ძირითადი პარტნიორია ამ სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში, თანამშრომლობის ერთ-ერთ მაგალითად შეიძლება განვიხილოთ ოჯახის დაგეგმვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე UNFPA-სა და არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანადგომა“-ს შორის 2020 წლის 1 მარტს გაფორმებული მემორანდუმი<sup>25</sup>.

### 3.1.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*3.1.1.1. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის კონკრეტულ საკითხებზე ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი გზავნილებისა და მასალების მომზადება და დახვეწა მოსახლეობისთვის (ქალების, მამაკაცებისა და მოზარდებისთვის), აქცენტით შემდეგ საკითხებზე:*

- *სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ადრეულ ეტაპზე მიმართვის უპირატესობები;*
- *მშობიარობისთვის მომზადება;*
- *დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანი კვების პრაქტიკა;*
- *მშობიარობის შემდგომი/პოსტნატალური მომსახურება და ახალშობილებზე ზრუნვა;*
- *დედათა და ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზები და საშიშროების ნიშნების ამოცნობა;*
- *მამაკაცების როლი დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვაში.*

UNFPA-იმ განახორციელა ადვოკატირების კამპანია, რათა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მომხდარიყო, მათი უკდ-ში სრულად ინტეგრირების გზით; განსაკუთრებით, ოჯახის დაგეგმვის სერვისების და უფასო კონტრაცეპტივების მიწოდებით მოსახლეობის მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს ზოგიერთი წარმომადგენელი ეჭვის თვლით უყურებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების ჩართვას პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, რადგან მათი აზრით „ახალგაზრდებისთვის ასეთ თემებზე სასაუბროდ პრიორიტეტულია ცალკე, კონფიდენციალური გარემო და შესაძლოა ისინი არ მივიდნენ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში, მაგ.: კონდომის მოსათხოვად“.

საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები და ასევე, პრაქტიკოსი რეპროდუქტოლოგები თვლიან, რომ ყველაზე დიდი პრობლემა არის ახალგაზრდებისთვის მეგობრული ცენტრების (youth friendly centers) არ არსებობა,

<sup>25</sup> მემორანდუმი იხილეთ დანართ #6-ში.

სადაც შექმნილი იქნება ისეთი გარემო, რომ ახალგაზრდებმა შეძლონ რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სფეროში საკუთარ პრობლემებსა და ზოგადად, საჭირობოროტო საკითხებზე ღიად საუბარი. ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელთა განცხადებით ამ სამოქმედო გეგმაში შესაბამისი ცენტრების შექმნა ვერ ჩაიდო საბიუჯეტო შეზღუდვების გამო.

თუმცა, სხვადასხვა დაინტერესებული პირები თვლიან, რომ მთავარი გამოწვევა არის საკითხის მიმართ სახელმწიფოს დამოკიდებულება. ასეთი ცენტრების შესაქმნელად ამჟამად არ არსებობს არც მეთოდოლოგიური და არც მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. კერძო სექტორი არ არის დაინტერესებული, რადგან ვერ ხედავს შემოსავლის წყაროს. ხოლო, სახელმწიფო ვერ/არ ჰქმნის ისეთ მექანიზმებს/მატერიალურ სტიმულებს, რომ კერძო სექტორი დაინტერესდეს ასეთი სახის ცენტრების ფუნქციონირებით (მაგ. უფასო კონტრაცეპტივები ახალგაზრდობისთვის).

ამ საკითხების მოუგვარებლობა იწვევს ისეთ დიდ პრობლემებს, როგორც არის მაგ.; ნაადრევი ორსულობა, აბორტი და სხვ.

არაფორმალური განათლების მიმართულებით მიმდინარეობს ისეთი ტიპის აქტივობები, როგორც არის „თანასწორთა განათლება“ (ამ მიმართულებით მთავარი აქტორები არიან UNFPA, ასოციაცია ჰერა XXI, GYDEA და სხვ.), საზაფხულო ბანაკები, ფორუმები, ფესტივალები და სხვ.

თანატოლთა განათლების ტრენინგების ჩატარება გაერო-ს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისმა 2006 წელს წამოიწყო. ტრენინგების მიზანია ახალგაზრდების განათლება და მათი ინფორმირებულობის გაზრდა ისეთ კრიტიკულ საკითხებზე, როგორცაა გენდერული თანასწორობა, აივ/შიდს-ი, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და რეპროდუქციული უფლებები, ოჯახში ძალადობა და სხვ., და მათი აღჭურვა სათანადო ცოდნით და უნარებით, რათა შეძლონ გაავრცელონ სწორი გზავნილები და ინფორმაცია თანატოლებს შორის.

2019 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდმა განაგრძო თანატოლების განათლების მხარდაჭერა: ზუგდიდის, ფოთის, თელავისა და საგარეჯოს საგანმანათლებლო რესურსცენტრებთან თანამშრომლობით, პარტნიორობა დამყარდა სამეგრელოს 10 და კახეთის რეგიონის 6 სკოლასთან, თანატოლთა განათლების კამპანიის განსახორციელებლად. ტრენინგთა ტრენინგი (ToT) ჩატარდა სხვადასხვა სკოლის მოსწავლეებისთვის (22 მონაწილე სამეგრელოდან, 50 კახეთიდან), რომლებმაც თავის მხრივ ჩაატარეს 56 სასწავლო კურსი (40 სამეგრელოში, 16 კახეთში), რომელსაც ჯამში 811 ახალგაზრდა დაესწრო (587 სამეგრელოში, 224 წელს კახეთი). ამრიგად, ახალგაზრდებმა მიიღეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია გენდერული სტერეოტიპების, მავნე პრაქტიკის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და რეპროდუქციული უფლებების (SRH&RR), სქესობრივად გადამდები დაავადებების, აივ/შიდსის და სხვა შესახებ. თანასწორთა განათლების კამპანიისადმი ჰოლისტიკური მიდგომა და ზოგად საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ამ მეთოდოლოგიის დანერგვა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ინიციატივის მდგრადობას.

2020 წელს, COVID-19-ის პანდემიის გათვალისწინებით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით, თანასწორთა განათლების ტრენინგები ონლაინ რეჟიმზე გადავიდა. წლის განმავლობაში 8 ონლაინ ტრენინგი ჩატარდა სამეგრელოს და კახეთის რეგიონში 90 ახალგაზრდისთვის. თანასწორთა განათლების სესიები ასევე მოეწყო საქართველოს ფეხბურთის ფედერაციასთან პარტნიორობით კახეთის რეგიონში, *#ჩვენ ვთამაშობთ ძლიერად (#WePlayStrong)* ეგიდით მოწყობილ საზაფხულო ბანაკის ფარგლებში. სესიებს ესწრებოდა 56 გოგონა, რომლებმაც მიიღეს ინფორმაცია გენდერული



თანასწორობის, გენდერული სტერეოტიპების, ადრეული ქორწინების პრევენციისა და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების (SRHR) შესახებ.

ჯამში, 2019 და 2020 წლების განმავლობაში თანასწორთა განათლების სესიებში 976 მონაწილე ჩაერთო.

გარდა ამისა, გაეროს მოსახლეობის ფონდმა ხელი შეუწყო ახალგაზრდების მონაწილეობას *#ახალგაზრდები კოვიდ19-ის წინააღმდეგ (#YouthAgainstCOVID19)* კამპანიაში, რომელიც გაეროს მოსახლეობის ფონდმა წამოიწყო ახალგაზრდულ ქსელებთან და კომპანია Prezi-სთან პარტნიორობით. ახალგაზრდა ლიდერებმა საქართველოს სხვადასხვა კუთხეებიდან ჩაწერეს ვიდეოები Prezi-ს მიერ შემუშავებული ინოვაციური ტექნოლოგიის გამოყენებით და გააზიარეს ინფორმაცია COVID-19 კრიზისთან დაკავშირებულ სხვადასხვა თემებზე, მათ შორის როგორც ზოგადი ინფორმაცია ვირუსის შესახებ, ასევე მისი გავლენა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და გენდერულ თანასწორობაზე. ამ ინიციატივის ფარგლებში შეიქმნა სულ 6 ვიდეო, რომელიც სოციალური მედიის დახმარებით 5200-მდე ადამიანმა ნახა.

*3.1.1.2. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ ძირითადი გზავნილების გავრცელება და ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობა მრავალმხრივი მიდგომების გამოყენებით (ტელევიზია, რადიო, სოციალური მედია, მობილური ტელეფონები, ბილბორდები, ბეჭდური მედია, ინფორმირების, განათლებისა და კომუნიკაციის მასალები და სხვ.)*

ამ მიმართულებით ერთიანი სტრატეგია და მიდგომა არ არსებობს. არის მხოლოდ სპონტანური, არაკოორდინირებული და არასისტემური აქტივობები.

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა სრულად უზრუნველყოფს ხარისხიანი სერვისების ხელმისაწვდომობას, როგორც საკონსულტაციო, ასევე მკურნალობის კუთხით და ამ მხრივ მთავარი პრობლემა არის მიზნობრივი ჯგუფების არაინფორმირებულობა ამ სერვისების არსებობის შესახებ.

ამავე დროს, ჯანდაცვის სამინისტრო პრიორიტეტულად არ მიიჩნევს ცნობიერების ამაღლებაზე მნიშვნელოვანი ძალისხმევის გაწევას და შესაბამისად, ამ მიმართულებით პოზიტიური გამოცდილებაც არ არსებობს. სამინისტროში ასევე თვლიან, რომ არასამთავრობო სექტორი საკმარისად განვითარებული და ძლიერი არ არის ამ მიმართულებით და არც საკმარისი ადამიანური რესურსი აქვთ.

შეფასებამ ცხადად აჩვენა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს არც ამ მიმართულებით აქვს მკაფიო ხედვა საჯარო და სამოქალაქო სექტორების თანამშრომლობასთან დაკავშირებით.

არსებობს მოსაზრება, რომ კარგი იქნება ამ საკითხის მიმართ ცოტა უფრო კრეატიული მიდგომის გამოყენება. მაგალითად, რელიგიური ლიდერებისა და საზოგადოებაში დიდი ნდობითა და ავტორიტეტით მოსარგებლე სახეების ჩართვა.

დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭოს ტექნიკურ მდივანს პირადად აქვს საავტორო გადაცემა ტელეკომპანია „პულსზე“, სადაც ძირითადი დრო ეთმობა ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობის ძირითადი გზავნილების გავრცელებას და მიზნად ისახავს მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებას.

ზოგადად, უნდა ითქვას, რომ საკოორდინაციო საბჭოს არ აქვს შემუშავებული ისეთი გაიდლაინები, სადაც განსაზღვრული იქნებოდა საინფორმაციო მასალების შემუშავების (კონტენტის განსაზღვრისათვის) და/ან საინფორმაციო საშუალებების მიერ მათი გაშუქების პრინციპები.

NCDC-ის ხელმძღვანელობით იგეგმება მშობელთა სკოლის ამოქმედება. NCDC-ის 2018 წლის წლიური ანგარიშის<sup>26</sup> თანახმად: „შემუშავდა „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ ვებისა და მობილური აპლიკაციის, აგრეთვე 'მშობელთა სკოლის' მობილური აპლიკაციის ახალი კონცეფცია, რომლის მიხედვით 2019 წლის პროგრამაში გათვალისწინებულია ვებისა და აპლიკაციის დეველოპმენტი, რაც მნიშვნელოვნად გააძლიერებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საკითხებს“. მშობელთა სკოლამ უნდა დაფაროს არა მხოლოდ ორსულობასთან დაკავშირებული საკითხები, არამედ რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის თემებიც.

თუმცა, ჯერჯერობით მშობელთა სკოლას ფუნქციონირება არ დაუწყია და ამ მიმართულებით 2019 წელს არსებითი ნაბიჯები არ გადადგმულა<sup>27</sup>.

*3.1.2 სხვადასხვა მედია საშუალებებით წარმოებული საკომუნიკაციო კამპანიის გავლენის შეფასების ჩატარება.*

არ არის შემუშავებული ერთიანი საკომუნიკაციო კამპანიის მიზნები და სტრატეგია. შესაბამისად, ვერც კამპანიის გავლენის შეფასება ჩატარდებოდა.

3.1.2. საქმიანობა არ განხორციელდა.

**3.2. ჩამოყალიბებულია ადვოკატირებისა და სოციალური მობილიზაციის აქტივობების გაძლიერების მექანიზმები დედათა და მათი ოჯახის წევრების ჯანსაღი ქცევისა და დედათა და ახალშობილთა პროგრამების მხარდასაჭერად.**

*3.2.1. კერძო სექტორის ჩართვა პრევენტაბელური სიკვდილიანობისადმი ნულოვანი ტოლერანტობის ხელშეწყობისა და ოპტიმალური ქცევის ადვოკატირების მიზნით:*

3.2.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*3.2.1.1. კერძო სექტორის პროვაიდერების უზრუნველყოფა ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობისა და ქცევის შეცვლისაკენ მიმართული აქტივობებისთვის საჭირო გზავნილებითა და მასალებით;*

<sup>26</sup> იხილეთ NCDC-ის 2018 წლის წლიური ანგარიში: <https://www.ncdc.ge/#/blog/blog-list/a0cdd978-3a70-445c-b0cf-0ddbdf7d4481>

<sup>27</sup> იხილეთ NCDC-ის 2019 წლის წლიური ანგარიში: <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/905c9f60-81ca-4de9-a62e-0bfd670c2d81>



NCDC-გან შემფასებელმა მიიღო შემდეგი ინფორმაცია: „პრევენტაბელური სიკვდილიანობისადმი ნულოვანი ტოლერანტობის ხელშეწყობისა და ოპტიმალური ქცევის ადვოკატირებისთვის კერძო სექტორის ჩართვის მიზნით მომზადდა საინფორმაციო ბუკლეტები და საგანმანათლებლო მასალა, რომელიც მიეწოდა კერძო სექტორს. ასევე ყოველწლიურად ხორციელდება დედათა სიკვდილის შემთხვევათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, რომელშიც აქტიურადაა ჩართული კერძო სექტორი“.

საერთო ჯამში, კერძო სექტორის ჩართვა მოხდა, მაგრამ შეზღუდული მასშტაბით.

საერთო აზრია, რომ ამ სტრატეგიის ეფექტურად განხორციელება შეუძლებელი იქნება კერძო სექტორის აქტიური ჩართულობის გარეშე, თუნდაც იმიტომ რომ საჭირო სერვისების უმეტესობის მომწოდებელია.

*3.2.1.2. ჯანდაცვის მუშაკებისა და მენეჯერების ორიენტირება საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო მასალების გამოყენების თაობაზე.*

გაეროს მოსახლეობის ფონდმა წარმატებით დაუჭირა მხარი ჯანდაცვის სამინისტროს „ციფრების მიღმა“ (Beyond the Numbers) მეთოდოლოგიის დანერგვაში და აგრეთვე, ხელი შეუწყო სამედიცინო დაწესებულებებში სიკვდილთან ახლოს მყოფი შემთხვევების განხილვის პრაქტიკის გავრცელებას (Near-Miss Case Review (NMCR)), როგორც მნიშვნელოვან ფაქტორს დედათა სიკვდილიანობისა და ავადობის თავიდან ასაცილებლად. სიკვდილთან ახლოს მყოფი შემთხვევების განხილვა ხელს უწყობს არასასურველი კლინიკური შედეგების პოტენციური მიზეზების დადგენას. NMCR-ის პრაქტიკის შედეგად მიღებული ცოდნა ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლებსა და საავადმყოფოების მენეჯმენტს აწვდის საჭირო ცოდნას იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა გაუმჯობესდეს სამშობიარო მოვლის სერვისები და გახდეს უფრო უსაფრთხო და ხარისხიანი. 2016 წელს NMCR-ის პრაქტიკა დაინერგა თბილისისა და ქუთაისის 6 დაწესებულებაში. 2018 წელს კი, ბათუმისა და თბილისის დამატებით 7 დაწესებულებაში. ამჟამად, NMCR დანერგილია თბილისის, ქუთაისისა და ბათუმის 11 სამშობიაროში. UNFPA-ის წარმომადგენლების განცხადებით, 2018 წელს საერთაშორისო ექსპერტთა შეფასების მისიის ანგარიშმა დაადასტურა NMCR-ის დანერგვის ციკლის "ძალიან კარგი შედეგები" თითქმის ყველა შეფასებულ დაწესებულებაში. კვლევის<sup>28</sup> ანგარიში წარმოადგენს UNFPA-ის შიდა დოკუმენტს და შემფასებელმა ვერ შეძლო მისი მოპოვება.

*3.2.2. ადვოკატირების ინსტრუმენტების შემუშავება და გამოყენება დაინტერესებულ მხარეებთან, პროფესიულ ასოციაციებთან, აგრეთვე სახელმწიფო, და მუნიციპალურ დონეზე პოლიტიკის შემქმნელებთან და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან, რელიგიურ ლიდერებთან დიალოგისთვის, რათა ხელი შეეწყოს დედათა და ახალშობილთა კანმრთელობაზე მიმართულ საკომუნიკაციო აქტივობებს, მათ შორის რესურსების გამოყოფას.*

<sup>28</sup> კვლევა ჩატარეს საერთაშორისო ექსპერტებმა: ალბერტა ზაჩიმ და სტელიან ჰოდოროგამ. აგრეთვე, UNFPA-ის წარმომადგენელმა ლიკა მიქაბერიძემ.

როდესაც ეს საქმიანობა სამოქმედო გეგმაში იწერებოდა, უპირველესი მიზანი იყო კერძო კომპანიებიდან ფონდების მოძიება ადვოკატირების მიზნით, მაგრამ ძირითადად არ განხორციელებულა.

NCDC-ის კოორდინირებით მომზადდა საინფორმაციო ბუკლეტები და საგანმანათლებლო მასალა, რომელიც მიეწოდა კერძო სექტორს (დაწესებულებებს). ასევე, ყოველწლიურად ხორციელდება დედათა სიკვდილის შემთხვევათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, რომელშიც აქტიურადაა ჩართული კერძო სექტორი.

2020 წლის განმავლობაში გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), გაეროს სურსათის და სოფლის მეურნეობის ორგანიზაციის (FAO) და ლიბერთი ბანკის ერთობლივი ინიციატივით, სოფლად მცხოვრები ქალების ინფორმირებისა და გაძლიერებისათვის, ინიცირებული იქნა პროექტი „პარტნიორობა ქალთა გაძლიერებისათვის“<sup>29</sup>, რომლის ფარგლებშიც საქართველოს რეგიონებში რეგულარულად მიმდინარეობს სხვადასხვა ტიპის აქტივობები, რომელთა მიზანია აამაღლოს სოფლად მცხოვრები ქალების ცნობიერება გენდერული თანასწორობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ.

2020 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისსა და ლიბერთი ბანკს შორის გაფორმდა ურთიერთთანამშრომლობის მემორანდუმი, რომლის ერთ-ერთ მთავარ მიმართულებას სწორედ ქალთა გაძლიერება წარმოადგენს

ადვოკატირების ინსტრუმენტები არ შემუშავებულა, თუმცა სპონტანური და არასისტემური ფორმით ადვოკატირებაზე მიმართული საქმიანობები მიმდინარეობს. მაგალითად, NCDC-ის წარმომადგენლები, როტარი კლუბის ფარგლებში ესტუმრნენ დმანისის მუნიციპალიტეტს. ასეთი ტიპის მუშაობა ძირითადად ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებთან მიმდინარეობს. უნდა ითქვას, რომ ამგვარი ვიზიტების შედეგები და მდგრადობა ჯერჯერობით უცნობია.

მართალია, სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ადგილობრივი თვითმმართველობა თითქმის არ მონაწილეობს (თუ არ ჩავთვლით სოფლის ექიმის კაბინეტის მათ ბალანსზე გადასვლას), მუნიციპალიტეტებში არსებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები ადგილობრივი თვითმმართველობების დაქვემდებარებაში არიან და NCDC-თან თანამშრომლობენ სხვადასხვა პროგრამების ფარგლებში, მაგალითად, რეპროდუქციული ასაკის ქალების გარდაცვალების შემთხვევების აღრიცხვა. ასევე, C ჰეპატიტის პროექტი, იმუნიზაციის პროგრამა და სხვა. მათი მეშვეობით რიგდება მასალები მოსახლეობაში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებზე;

საერთო ჯამში, მიუხედავად გარკვეული ტიპის აქტივობებისა, ძნელია მათ ეფექტიანობაზე მსჯელობა, რადგან მათი შედეგები არ შეფასებულა. ადვოკატირების მწყობრი და ერთიანი ინსტრუმენტები არ შემუშავებულა და არც მათ შესამუშავებლად საჭირო რეკომენდაციები მომზადებულა.

### 3.2.2. საქმიანობა არ განხორციელებულა.

<sup>29</sup> შესაბამისი ინფორმაცია იხილეთ ლინკზე: <https://libertybank.ge/ka/chven-shesakheb/kompaniis-shesakheb/siakhleebi-da-pres-relizebi/336/partnioroba-qalta-gadzierebisatvis-unfpa-s-fao-s-da-liberti-bankis-akhali-initsiativa>



*3.2.3. პრეს-კიტის შემუშავება და ცნობიერების ამაღლების მიზნით სემინარების ჩატარება ცენტრალური და ადგილობრივი მედიის (რადიო, ტელევიზია, გაზეთები) წარმომადგენლებისთვის, რათა გაიზარდოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის პროგრამებისა და მათთან დაკავშირებული საკითხების გაშუქება შესაბამის მედია საშუალებებში და მოხდეს წარმატებული მაგალითების გავრცელება.*

ამ საქმიანობის მიზნებისთვის პრეს-კიტში იგულისხმებოდა ცნობიერების ამაღლებაზე მიმართული, საცნობარო სერიის მოკლე ანგარიშები.

უნდა აღინიშნოს, რომ მკაფიოდ არც ერთ დაინტერესებულ პირს არ ჰქონდა წარმოდგენილი რა ფორმატით შედგებოდა პრეს-კიტის შემუშავება და კონკრეტულად რა იგულისხმება „საცნობარო სერიის მოკლე ანგარიშებში“.

საყოველთაო აღიარებით, ამ მიმართულებით ერთი თეთრიც არ დახარჯულა და შესაბამისად, არც არაფერი გაკეთებულა.

დაინტერესებული პირები თანხმდებიან, რომ ქცევის ცვლილების მისაღწევად ბევრად უფრო კოორდინირებული მოქმედებებია საჭირო, რათა სამიზნე ჯგუფებს შეთანხმებული მესიჯები მიეწოდოს კომუნიკაციის სხვადასხვა არხების მეშვეობით.

### 3.2.3. საქმიანობა არ განხორციელებულა.

*3.2.4. სოციალური მობილიზების ღონისძიებათა ორგანიზება, მათ შორის დედათა და ახალშობილთა კვირეულის ჩატარება და ქალთა და ბავშვთა საერთაშორისო დღეების საბეჭდოდ აღნიშვნა.*

UNICEF-ის აქტიური ჩართულობით, 2019 წელს ჩატარდა სამი სხვადასხვა კვირეული ძუძუთი კვების, იმუნიზაციისა და ნაადრევი მშობიარობის თემებზე.

NCDC პერიოდულად ატარებს შეხვედრებს ახალგაზრდულ ორგანიზაციებთან, თუმცა დაინტერესებული პირების ნაწილი თვლის, რომ NCDC უფრო აქტიურად უნდა იყენებდეს რეგიონებში არსებულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს საინფორმაციო ღონისძიებების ჩასატარებლად.

### 3.2.4. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

ამოცანა 4: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის

თითქმის ყველა დაინტერესებული პირი თანხმდება, რომ სამოქმედო გეგმის მოქმედების პერიოდში ყველაზე წარუმატებელი აღმოჩნდა მეოთხე ამოცანის განხორციელება.

## **4.1. გაძლიერებულია სახელმწიფოს მმართველი როლი ოჯახის დაგეგმვის (ოდ) პროგრამის ეფექტიან ხელმძღვანელობაში, მართვასა და კოორდინირებაში.**

*4.1.1. ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფის იდენტიფიკაციის მიზნით შესაბამისი მეთოდოლოგიის შემუშავება, და ბიუჯეტის ანალიზი ახალგაზრდებისთვის და სოციალური დახმარების სამიზნე პროგრამის ბენეფიციარებისთვის უფასო კონტრაქტების მიწოდების შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის წერილის თანახმად: „UNFPA-ის მიერ მომზადებულ იქნა ჯანდაცვის ეკონომიკური პოლიტიკის მიმოხილვის დოკუმენტი, რომელშიც შეფასებულია საქართველოში კონტრაცეფციის საშუალებების უფასო მიწოდებასთან დაკავშირებული ხარჯები“.

UNFPA-ის ძალისხმევით ეკონომიკური პოლიტიკის მიმოხილვის<sup>30</sup> დოკუმენტი შემუშავდა, რომელშიც აღწერილია, თუ ვის მოიცავს პროგრამა და რა ხარჯებს უკავშირდება მისი განხორციელება. პოლიტიკის მიმოხილვაში შეფასებულია 2017-2019 წლებში საქართველოში კონტრაცეფციის საშუალებების უფასო მიწოდებასთან დაკავშირებული ხარჯები. გაანალიზებულია ორი შესაძლო სცენარი მოსახლეობის ორი სამიზნე ჯგუფისთვის საშვილოსნოს შიგა საშუალებებისა (სშს) და ორალური კონტრაცეპტივების (ოკ) უფასოდ მიწოდებასთან დაკავშირებული ხარჯები: (1) სოციალურად დაუცველი ქალები (ახალგაზრდები და ქალები, რომლებიც სარგებლობენ მიზნობრივი სოციალური დახმარებით); და, (2) 15-დან 49 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შემავალი ყველა ქალი.

პოლიტიკის დოკუმენტის შემუშავებას არანაირი კონკრეტული ნაბიჯი არ მოჰყოლია.

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებმა განაცხადეს, რომ 2019 წელს აქტიურად განიხილებოდა საკითხი 3 მილიონამდე ლარის ღირებულების კონტრაცეპტივების (კონდომები, სპირალები და სხვ.) დარიგების შესახებ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისა და ახალგაზრდებისთვის, მაგრამ ქრონიკული დაავადებებისთვის მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის პროგრამა 2019-ში გაფართოვდა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გადავიდა, შესაბამისად კონტრაცეპტივების დარიგების გეგმა ნაკლებად პრიორიტეტულად იქნა მიჩნეული და შეჩერდა.

გარდა ამისა, ჯანდაცვის სამინისტროში გაიხსენეს არასასიამოვნო გამოცდილება, რომელიც 6-დან 24 თვემდე სოციალურად დაუცველი ბავშვებისთვის საკვები დანამატების დარიგებას უკავშირდება. საზოგადოების გარკვეულმა ჯგუფებმა საპროტესტო აქციები გამართეს და გაავრცელეს ინფორმაცია, რომ საკვები დანამატები ბავშვთა ჯანმრთელობას ზიანს აყენებდა. კერძოდ, აქვეითებდა რეპროდუქციულ უნარებს და ჯანდაცვის სამინისტრო ამას შეგნებულად აკეთებდა. შესაბამისად, სამინისტრო შიშობს, რომ სოციალურად დაუცველთათვის კონტრაცეპტივების დარიგებას საზოგადოებაში ნეგატიური გამოხმაურება მოჰყვება.

ფაქტია, რომ შესაბამის გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებს არ ეყოთ გამბედაობა, რომ ეს მიმართულება განეხილავინათ, რაც ადასტურებს, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია საჯარო სამსახურების ისეთი კადრებით დაკომპლექტება, რომლებიც ქვეყნის მიერ აღიარებულ ღირებულებებს მყარად იზიარებენ აქვთ მზაობა პრაქტიკაში დასაწერად.;

სამინისტროში თვლიან, რომ კონტრაცეპტივების დარიგებამდე უნდა ამალდდეს მასების ცნობიერების დონე. თუმცა, ჯანდაცვის სამინისტროში აღიარებენ, რომ ამ მხრივ საქმე წინ არ წასულა და ცნობიერების დონის ამალლების მიმართულებით ბევრი არაფერი გაკეთებულა.

დარგის ექსპერტები იზიარებენ კომპლექსური და ეფექტიანი საინფორმაციო კამპანიის აუცილებლობას, სადაც აქცენტი უნდა გაკეთდეს ერთის მხრივ

<sup>30</sup> იხილეთ ეკონომიკური მიმოხილვის დოკუმენტი, დანართი #7-ში.



არასასურველი ორსულობის უარყოფითი შედეგების გაცნობიერებაზე და მეორეს მხრივ, არასასურველი ორსულობის აცილებისათვის საჭირო ღონისძიებებზე. ანუ, სახელმწიფომ და კონკრეტულად ჯანდაცვის სამინისტრომ აქცენტი უნდა გააკეთოს ცნობიერების ამაღლებაზე და არა უბრალოდ დარიგებაზე. თუმცა, ამავე დროს, სხვადასხვა კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს შესაბამისი სამიზნე ჯგუფებისთვის.

#### 4.1.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

#### *4.1.2. ოდ სერვისების და კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის*

*პროგრამის საბაზისო პაკეტში (BBP) ბენეფიციართა სამიზნე ჯგუფისთვის.*

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში კონტრაცეპტივების შეძენა არ დამატებია, ძირითადად საბიუჯეტო შეზღუდვების გამო. თავად სამოქმედო გეგმაში ამ საქმიანობის შესასრულებლად განსაზღვრული თანხა, მხოლოდ სურვილებს გამოხატავდა და მის უკან დაფინანსების რეალური წყარო არ იდგა.

ჯანდაცვის სამინისტროს ზოგიერთი წარმომადგენლის აზრით, დროის მოცემულ მომენტში, შეიძლება არც იყოს მიზანშეწონილი კონტრაცეპტივების შეძენაზე სახელმწიფო ბიუჯეტის დახარჯვა, რადგან არათუ სამიზნე ჯგუფები არ არიან მზად კონტრაცეპტივების ეფექტურად გამოსაყენებლად, არამედ, მათთვის კვალიფიციური კონსულტაციებიც, ამ ეტაპზე ძნელად ხელმისაწვდომია. ჯანდაცვის სამინისტროს მოცემული პასუხი რამდენიმე დასკვნის საშუალებას იძლევა:

- პირველ რიგში, ეს ნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმი ამ ფუნქციების შესასრულებლად მზად არ არის, მიუხედავ იმისა, რომ მის სამუშაო აღწერილობაში გაწერილია. შესაბამისად, ისმის კითხვა, თუ სახელმწიფომ რა გააკეთო იმისთვის, რომ ოჯახის ექიმი მზად იყოს კონსულტაციის გასაწევად?
- მეორე, გარდა იმისა რომ ოჯახის ექიმების უმრავლესობა მზად არ არის კვალიფიციური მომსახურეობის გასაცემად, მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა არც იცის, რომ ამგვარი სერვისები (ოჯახის დაგეგმვა, კონტრაცეფციის სახეები და სხვ.) ოჯახის ექიმის კომპეტენციებში შედის და შესაბამისად ბენეფიციარების გარკვეული ნაწილი მიდის გინეკოლოგთან<sup>31</sup>, სადაც კონსულტაცია უკვე ფასიანია. და სწორედ იმის გამო, რომ ფასიანია, ბენეფიციართა გარკვეული ნაწილი საერთოდ ვერ იღებს შესაბამის კვალიფიციურ კონსულტაციას. ანუ, ბენეფიციართა ერთ ნაწილს ფინანსურ ტვირთად აწევს ამგვარი მომსახურეობის მიღება, ხოლო მეორე ნაწილისთვის ვერ ხდება ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უფლების რეალიზება;
- მესამე, მოსახლეობის დიდმა ნაწილმა არ იცის ამგვარი სერვისების ოჯახის ექიმის კომპეტენციებში არსებობის შესახებ, რაც უარყოფითად მეტყველებს სამოქმედო გეგმის საკომუნიკაციო კომპონენტის ეფექტიანობაზე;

<sup>31</sup> გინეკოლოგის კონსულტაცია შედის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში - ამბულატორიულ კომპონენტში. სოციალურად დაუცველთათვის და სტუდენტებისთვის სრულად ფინანსდება, ხოლო სხვებს ღირებულების 30%-ის გადახდა უწევთ.

- მეოთხე, ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მისაღებად ბენეფიციართა გარკვეული ნაკადის გინეკოლოგებთან მიმართვა, ბუნებრივად იწვევს სპეციალისტების (გინეკოლოგების) გადატვირთვას, რაც შეიძლება უარყოფითად აისახოს მათი ძირითადი ფუნქციების შესრულებაზე;

მრავალი წლის განმავლობაში, სხვადასხვა საერთაშორისო დონორისა და ადგილობრივი ორგანიზაციის ჩართულობით უამრავი ტრენინგ კურსი ჩატარდა, სადაც გადამზადდნენ ფარმაცევტები, მეან-გინეკოლოგები, პედიატრები, ოჯახის ექიმები და სხვა.

მაგალითად, UNFPA 10 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში არიგებდა კონტრაცეპტივებს და საკმაოდ ეფექტურადაც, რაზეც ციფრებიც მეტყველებს: კონტრაცეპტივების პრევალენტობა 2010-ში იყო 53%; ხოლო 2018-ში, როდესაც შეწყდა დონორების მიერ მათი მოწოდება შემცირდა 41%-მდე.

UNFPA ამ საკითხის ადვოკატირებას მრავალი წელია აკეთებს, მაგრამ უშედეგოდ. როგორც ჩანს, სამინისტრო საკმარისად პრიორიტეტულად არ მიიჩნევს, მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ხარჯ-ეფექტურობის ანალიზი, სადაც ნათლად ჩანს, კონტრაცეპტივებზე დახარჯულ ყოველ თეთრს რამდენი პრობლემის თავიდან აცილება შეუძლია და შესაბამისად, რა თანხა დაეზოგება, როგორც მოქალაქეს, ასევე სახელმწიფოს.

საბოლოო ჯამში, ამ მიმართულებით არაფერი არსებითი არ გაკეთებულა, გარდა იმისა, რომ სამედიცინო ჩვენებით გადაუდებელი აბორტის შემთხვევები და მისი შემდგომი შესაძლო გართულებები უკვე ბიუჯეტით ფინანსდება.

#### 4.1.2. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*4.1.3. მოქმედი კანონმდებლობის გადახედვა იმ მიზნით, რომ შეიქმნას ხელსაყრელი საკანონმდებლო ბაზა ოდ-ის მომსახურებების ჩართვისთვის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.*

#### 4.1.3 საქმიანობა არ განხორციელდა.

##### *4.1.4. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩამონათვალის მომზადება*

ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციით კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ჩამონათვალი გაკეთდა და სარეკომენდაციო დოკუმენტის სახე აქვს<sup>32</sup>.

თუმცა, დაინტერესებული პირების ნაწილი თვლის, რომ ეს საქმიანობა გულისხმობს, არა მხოლოდ უბრალოდ ჩამონათვალს, არამედ ყოველისმომცველი განმარტებების გაკეთებას კონტრაცეფციის თითოეული ტიპის შესახებ, სადაც აღწერილი იქნება მათი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

მეტი სიზუსტისთვის, შემფასებელი ეცადა ჯანდაცვის პოლიტიკის სამმართველოსთან დამატებით დაკავშირებას, მაგრამ უშედეგოდ.

#### 4.1.4 საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

<sup>32</sup> მცდელობების მიუხედავად, შემფასებელმა ვერ შეძლო მსგავსი დოკუმენტის მოპოვება.



## 4.2. გაძლიერებულია სახელმწიფოს როლი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებაში და ცოდნის გაუმჯობესებაში.

*4.2.1. სკოლის ექიმების მომზადება ახალგაზრდების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ამ სფეროში აკრედიტებული სასწავლო პროგრამების მიხედვით.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის ინფორმაციით: „განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ინიციატივით დაიწყო სასკოლო ჯანმრთელობის სისტემის გაძლიერების ღონისძიებების დანერგვა, რომელიც გამოიხატა საჯარო სკოლებში სკოლის ექიმების ინსტიტუტის შემოტანით. გაეროს მოსახლეობის ფონდი და სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი თანამშრომლობენ სასკოლო ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების მხარდაჭერის მიმართულებით ორ რეგიონში. სტრატეგიული მხარდაჭერა მოიცავს ახალგაზრდებისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ჩათვლით, ასევე ადამიანის ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ კომპლექსური, ხარისხიანი ინფორმაციის მიწოდებას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დანერგვის ხელშეწყობას“.

თუმცა, მიმდინარე სამოქმედო გეგმის ფარგლებში რაიმე არსებითი არ გაკეთებულა და პოლიტიკის დეპარტამენტის ზემოთ მოცემული ინფორმაციაში მოყვანილი აქტივობები სამოქმედო გეგმის დამტკიცებამდე პერიოდს მოიცავს.

2016 წელს დაიდო სამმხრივი ურთიერთგაგების მემორანდუმი ლობანას უნივერსიტეტს (შვეიცარია), UNFPA და NCDC-ის შორის და შვეიცარიის გამოცდილების საფუძველზე (Swiss School Doctors) კარგი სასწავლო მასალები და 2,5 დღიანი ტრენინგ მოდული შეიქმნა<sup>33</sup>, რომლის მფლობელიც არის NCDC. ტრენინგი მოიცავდა როგორც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებს, ასევე გენდერს, ბავშვთა ფსიქოლოგიის საკითხებს, სწორი რეფერირების უნარებს და სხვა მოსაზღვრე საკითხებზე. აღსანიშნავია, რომ რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის საკითხები ტრენინგში შესული იყო, როგორც ოჯახში ძალადობის თემები, რათა საზოგადოების ნაწილის კრიტიკა და აგრესია არ გამოეწვია. UNICEF-ის დახმარებით, აღნიშნული კურსის სკოლის ექიმებისთვის ჩასატარებლად გადამზადდა 20 ტრენერი (ToT), რომლებმაც, პილოტური პროექტის სახით 2016 წელს ტრენინგი ჩაუტარეს სამეგრელოსა და კახეთის სკოლების ყველა ექიმს და ასევე, თბილისის სკოლების ექიმთა ნაწილს, ჯამში 90 სკოლის ექიმს, რომლებიც ჯანდაცვის სამინისტრომ შეარჩია. ასევე აჭარაში მომუშავე 10 სკოლის ექიმს, რომლებიც აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ იქნა შერჩეული. განისაზღვრა სკოლის ექიმების ფუნქციები და ვალდებულებები.<sup>34</sup>

ამ სამოქმედო გეგმის ფარგლებში სახელმწიფოს უნდა განეხორციელებინა ტრენინგები მთელი ქვეყნის მასშტაბით, მაგრამ, პროცესი აღარ გაგრძელდა. სამოქმედო გეგმის განხორციელების პერიოდში სკოლის ექიმების ინსტიტუტი საფრთხის ქვეშ დადგა. კერძოდ, ცენტრალური დაფინანსებიდან სკოლის ექიმები სკოლის ვაუჩერების სისტემაში მოექცა და იმ სკოლებში, სადაც ბავშვების მცირე

<sup>33</sup> სკოლის ექიმებისთვის წიგნი/სახელმძღვანელო იხილეთ დანართი #8-ში.

<sup>34</sup> სკოლის ექიმების ფუნქციებისა და ვალდებულებების ჩამონათვალი იხილეთ დანართი #9-ში.



რაოდენობა, სკოლის ექიმები აღარ დარჩა. ანუ, სკოლის ექიმი სკოლის თანამშრომლად ითვლება, სკოლის ბიუჯეტით ფინანსდება და სკოლის დირექტორის კეთილ ნებაზე დამოკიდებული სკოლას ექიმი ეყოლება თუ არა. NCDC ამ რეფორმის წინააღმდეგი იყო. ასევე პრობლემაა ამ პოზიციაზე მუშაობის მსურველის პოვნა, რადგან ანაზღაურება მხოლოდ 350 ლარია და სავალდებულო მოთხოვნაა, რომ სხვაგან არსად უნდა მუშაობდეს. ამის გამო, სკოლის დირექტორებს უფლება მიეცათ, რომ ამ პოზიციაზე ექთნებიც აეყვანათ.

NCDC-ის წარმომადგენლები თვლიან, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემებმა უფრო აქტიურად უნდა ითანამშრომლონ, რომ სკოლებში დარჩენილმა ყველა ექიმმა გაიაროს აღნიშნული კურსი, თუნდაც ონლაინ სივრცეში. ამ საქმიანობაში ჩართული ყველა მხრე თვლის, რომ სათანადოდ მომზადებული სკოლის ექიმი შეიძლება აღმოჩნდეს ეფექტური ინსტრუმენტი მოზარდებში სწორი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კულტურის დასამკვიდრებლად.

NCDC-ის წარმომადგენლების განცხადებით, ისინი აგრძელებენ მცდელობებს, რომ სკოლაში სკოლის ექიმის ყოფნა იყოს სავალდებულო და არ იყოს დამოკიდებული დირექტორის კეთილ ნებაზე.

ამჟამად, განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის მუშაობა მიმდინარეობს სკოლის ექიმებისთვის სამუშაო ახალი აღწერილობის შესაქმნელად და ასევე, ახალი რეგულაციებით ზუსტად განისაზღვროს სკოლის ექიმის კაბინეტის აღჭურვილობა. მსგავს აქტივობებს მიმდინარე სამოქმედო გეგმა არ ითვალისწინებდა.

ამ საქმიანობის წარმატებით განხორციელების საუკეთესო ინდიკატორი იქნებოდა რეალურად მომხდარი ცვლილებები, მაგალითად ნაადრევი ქორწინებების, ორსულობებისა და აბორტების რიცხვის შემცირება. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ სკოლის ექიმების ინსტიტუტი სათანადოდ ვერ განვითარდა, ძნელი იქნება რაიმე ხელშესახებ შედეგებზე საუბარი.

დაინტერესებული პირები თანხმდებიან, რომ ამ სამოქმედო გეგმაში ძალიან მცირე ყურადღება დაეთმო ახალგაზრდების სქესობრივი განათლებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ამაღლების მიმართულებას და იმედს გამოთქვამენ, რომ მომავალ სამოქმედო გეგმაში ეს ხარვეზი გათვალისწინებული იქნება და აქცენტი გადავა ახალგაზრდებზე, მათ შორის სკოლის გარემოში.

#### 4.2.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*4.2.2. სასწავლო მასალების შემუშავება ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ, ფორმალური განათლების სიტემაში მათი შემდგომი ჩართვის მიზნით.*

ეს საქმიანობა ექცევა განათლების სამინისტროს ეროვნული სასწავლო გეგმების დეპარტამენტის კომპეტენციაში, რომელიც ქმნის სასწავლო პოლიტიკას და ადგენს სტანდარტს, თუ რა უნდა ისწავლებოდეს სკოლაში.

განათლების, მეცნიერების, კულტურის და სპორტის სამინისტროს (შემდეგში განათლების სამინისტრო) მიერ ინიცირებული რეფორმის ფარგლებში, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (სრჯ) შესახებ ინფორმაცია ინტეგრირებულია ზოგადი განათლების სისტემაში. აღნიშნული პროცესი წარიმართა გაერთიანებული



ერების განათლების, მეცნიერების და კულტურის ორგანიზაციის (იუნესკო) რეკომენდაციების მიხედვით, რაც გულისხმობს, სქესობრივი განათლების შესახებ მოზარდებისთვის ასაკის შესაბამისი, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული და კულტურული გარემოს შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებას.

მესამე თაობის ეროვნულ სასწავლო გეგმაში ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები გადანაწილდა 6 საგანში: 1. „ბუნებისმეტყველება“ (1-4 კლასები); 2. „მე და საზოგადოება“ (3-4 კლასები), 3. „ჩემი საქართველო“ (5-6 კლასები); 4. „ბიოლოგია“ (7-8-9); 5. „მოქალაქე“ (7-8-9-); 6. „ფიზიკური აქტივობა და სპორტი“ (1-6 კლასები). აღნიშნულ საგნებში, ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სრჯ საკითხების შესახებ ინფორმაცია შესულია როგორც ცალკეული სასწავლო თემა, მოსწავლის მიერ მისაღწევი შედეგი, მკვიდრი წარმოდგენა და/ან სარეკომენდაციო აქტივობა. კონკრეტულად, რეპროდუქციული ორგანოების შესახებ საკითხები მე-8 კლასის ანატომიის სახელმძღვანელოდან გადავიდა მე-9 კლასის ბიოლოგიის სახელმძღვანელოში.

ზემოთ ჩამოთვლილ საგნებში, იუნესკოს რეკომენდაციებით, ჯანსაღი ცხოვრებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თემატიკა ვითარდება რამდენიმე კლასში, მოსწავლის განვითარების შესაბამისად. საერთო ჯამში, სტანდარტებში დაფარულია შემდეგი თემები: პირადი ჰიგიენა, ადამიანის ზრდა-განვითარების თავისებურებები, ჯანსაღი ცხოვრების წესი, სპორტის მნიშვნელობა, ჯანმრთელობა და ჯანსაღი ცხოვრების წესი, ტოლერანტობა, ადამიანის ორგანიზმი, ადამიანის ჯანმრთელობაზე სხვადასხვა ფაქტორის გავლენა (კვება, თამბაქო, ნარკოტიკული ნივთიერებები და სხვა), ადამიანის სასიცოცხლო ციკლი, ქალის და მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ადრეული ქორწინების საზიანოს პრაქტიკის გავლენა.

ბიოლოგიის საგანი - მოიცავს ინფორმაციას სრჯ საკითხების სამედიცინო ასპექტების შესახებ; სამოქალაქო განათლების საგანში კი შესულია ინფორმაცია აღნიშნულ თემებზე ღირებულებებისა და ემოციების შესახებ. აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მიერ არჩეული მეთოდი - სქესობრივი განათლების შესახებ საკითხების ინტეგრირება განათლების არსებულ სისტემაში და არა ცალკე მდგომი საგნის სწავლება - სხვადასხვა განვითარებული ქვეყნის მიერ არჩეული გზაა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს კულტურული კონტექსტის გათვალისწინება.

ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სასწავლო გეგმებში შეტანილია, როგორც გამჭოლი, პრიორიტეტული კომპეტენცია. მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნული ცენტრი (შემდეგ, მასწავლებლის სახლი) ბევრს ეცადა, რომ ეს საკითხები I – VI კლასის პროგრამაშიც შესულიყო ბუნებისმეტყველების კლასში, თუმცა მიზანს მხოლოდ ნაწილობრივი მიაღწია.

საერთაშორისო სტანდარტის მიხედვით, რეპროდუქციული განათლების საკითხების სკოლაში სწავლება გადანაწილებული უნდა იყოს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში და მხოლოდ ერთი კლასის სახელმძღვანელოში შეტანა (ჯამში 8 აკადემიური საათი) საერთაშორისო სტანდარტებს არ აკმაყოფილებს.

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად: „განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსა და გაეროს მოსახლეობის ფონდს შორის გაფორმდა მემორანდუმი, რომლის ფარგლებშიც 2020 წლამდე გაეროს მოსახლეობის ფონდი

ტექნიკურ დახმარებას გაუწევს სამინისტროს ფორმალური, არაფორმალური და პროფესიული განათლების სისტემაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის პრინციპების, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და გენდერული თანასწორობის საკითხების ინტეგრაციასთან დაკავშირებით“.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის ტექნიკური დახმარების ფარგლებში, არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანადგომისა“ და ეროვნული სასწავლო გეგმების (ესგ) დეპარტამენტის თანამშრომლობით მომზადდა გზამკვლევი მასწავლებლებისათვის.

ჯანსაღი ცხოვრების წესთან დაკავშირებულ საკითხებთან, მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობასთან, დაკავშირებით შეიქმნა გაკვეთილების სცენარები (სულ 10 გაკვეთილი, აქედან 4 გაკვეთილი ეძღვნება რეპროდუქციულ სისტემას და სგგდ) და ჩატარდა საპილოტე გაკვეთილები თბილისის და კახეთის სკოლებში (სულ 13 სკოლა), ამ გაკვეთილების გაანალიზების და შეფასების საფუძველზე შეიქმნა გზამკვლევი მასწავლებლებისთვის.

ასევე, „თანადგომისა“ და ესგ-ს დეპარტამენტის თანამშრომლობით ჩატარდა ბიოლოგიის სახელმძღვანელოების ავტორების ტრენინგი, რათა სახელმძღვანელოებში ცხოვრების ჯანსაღი წესთან და სრჯ საკითხებთან დაკავშირებული თემები ჯეროვნად დაიფაროს პოტენციურ სახელმძღვანელოებში. საავტორო ჯგუფებს გადაეცათ კონკრეტული საგაკვეთილო სცენარები. გარდა ამისა, ჩატარდა საინფორმაციო შეხვედრები სახელმძღვანელოების გრიფირების პროცესში ჩართულ ექსპერტთა ჯგუფთა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს თემების სათანადო შეფასება.

ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სრჯ საკითხების შესახებ ახალგაზრდებისთვის ინფორმაციის მიწოდება სხვა ინოვაციური გზებითაც ხორციელდება. აღსანიშნავია გაეროს მოსახლეობის ფონდის, განათლების სამინისტროსა და საქართველოს საზოგადოებრივი მუწყების თანამშრომლობით განხორციელებული პროექტი „ტევე-სკოლის“ ფარგლებში, დისტანციური სწავლების ხელშესაწყობად. მომზადდა 12 გაკვეთილი ბიოლოგიის და სამოქალაქო განათლების მე-9 კლასის სტანდარტების შესაბამისად, რომელიც ტელესკოლის ეთერში გადის .

ამ ეტაპზე, გამოწვევად რჩება პედაგოგების გადამზადების საკითხი, რათა შესაძლებელი გახდეს საგნობრივ სტანდარტებში და სახელმძღვანელოებში მოცემული თემების მოსწავლეებისათვის სათანადოდ მიწოდება.

სქესობრივი და რეპროდუქციული საკითხების სკოლაში სწავლების მიზნით ქვეყნის მასშტაბით, 2012 – 2013 წლებში შესაბამისი გადამზადება გაიარა 800-მდე ბიოლოგიის საგნის პედაგოგმა. თუმცა, რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის საკითხებზე ბიოლოგიის გაკვეთილების ეფექტიანობა ჯერ არ შეფასებულა, რაც საკმაოდ საინტერესო იქნებოდა. განსაკუთრებით იმ პირობებში, როცა ამ საკითხების მიმართ გარკვეული სტერეოტიპებია გაბატონებული, ხოლო ამ თემებზე მასწავლებლების გადამზადების რაიმე პროგრამა არ არსებობს. მართალია, ბიოლოგიის გაკვეთილების ეფექტიანობა ოფიციალურად არ შეფასებულა, თუმცა არსებობს მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრის წარმომადგენელთა დაკვირვებები, რომელთა თანახმადაც, სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლებისა და ჯანმრთელობის თემებისთვის მიძღვნილი გაკვეთილები ამა თუ იმ სკოლაში საერთოდ ჩატარდება თუ არა, მასწავლებლის



კვალიფიკაცია და კეთილსინდისიერებაზე არის დამოკიდებული. სამწუხაროდ, ხშირ შემთხვევაში, ბიოლოგიის მასწავლებლები არ ატარებენ და გვერდს უვლიან ამ საკითხებს. საქართველოში ჯამში არის 6300-მდე ბიოლოგიის მასწავლებელი და მათგან, უხეში დათვლებით, დაახლოებით 1500 რეალურად ფარავს შესაბამის საკითხებს.

განსაკუთრებით დიდი პრობლემაა I-VI კლასის ბუნებისმეტყველების პედაგოგების კვალიფიკაცია, რადგან მათი უმრავლესობა ქართულის და მათემატიკის საგნებსაც ითავსებენ (მაღალმთიან მუნიციპალიტეტებში ემატება ხელოვნება და ფიზკულტურა).

სამინისტროს მიერ რეკომენდირებული დამხმარე ინფორმაციის წყაროების ჩამონათვალი, რომლითაც მასწავლებლები იხელმძღვანელებდნენ, არ არსებობს. მათი ცოდნაც, ამგვარი წყაროების არსებობის შესახებ საკმაოდ შეზღუდულია. მაგალითად, მხოლოდ ახალციხის პედაგოგებმა იცოდნენ ა(ა)იპ ასოციაცია ჰერა XXI-ის მიერ შექმნილი რესურსების შესახებ.

მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნულ ცენტრსა და ასოციაცია ჰერა XXI-ს შორის დადებული მემორანდუმის საფუძველზე, 2020 წლის სექტემბერ-ოქტომბრის პერიოდში, ონლაინ რეჟიმში ჩატარდა ფოკუს-ჯგუფების<sup>35</sup> შეხვედრები 4 რეგიონში - ქვემო ქართლი, სამეგრელო, სამცხე-ჯავახეთი და თბილისი. სამიზნე ჯგუფები იყვნენ ბუნებისმეტყველების, ბიოლოგიისა და სამოქალაქო განათლების პედაგოგები. ჯამში ფოკუს-ჯგუფებში მონაწილეობდა 256 მასწავლებელი. თითოეული ჯგუფი შედგებოდა ერთი საგნის 8-10 პედაგოგისგან.

სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხების სწავლების მიმართ მნიშვნელოვანი განსხვავებები გამოიკვეთა რეგიონალურ ქრილში. განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა სამეგრელოს რეგიონში, სადაც პედაგოგების უმრავლესობა უარს აცხადებს ამ თემების სწავლებაზე, რადგან საკუთარ თავს არასაკმარისად კვალიფიციურად მიიჩნევენ და ასევე, ანგარიშს უწევენ საზოგადოების მოსალოდნელ უარყოფით რეაქციას. ასევე თვლიან, რომ ამას ბავშვი „თავისითაც“ ისწავლის.

ამ მხრივ დიდი პრობლემაა განათლების სისტემის მუდმივი რეფორმირების პროცესში ყოფნა, რის გამოც ვერ დალაგდა მასწავლებლების პროფესიული განვითარების მექანიზმი. მიუხედავად იმისა, რომ მასწავლებლის პროფესია რეგულირებად პროფესიებს მიუკუთვნება, ის ჩართული არ არის უწყვეტი განათლების პროცესში.

აღსანიშნავია, რომ ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ბიოლოგიის მასწავლებელთათვის არსებობს სპეციალური სატრენინგო მოდული. თუმცა, სამინისტრო ვერ ჩამოყალიბდა ვინ უნდა იყოს ტრენინგის მიმწოდებელი და რომელ ონლაინ პლატფორმაზე უნდა დაიდოს (საკლასო ოთახებში ყველა მასწავლებლის გადამზადება დიდ ფინანსურ რესურსებს მოითხოვს). ამ ეტაპზე მზადდება ე.წ. ელექტრონული მასწავლებლის სახლის პროგრამა, რომელიც edX-ის პლატფორმაზე განთავსდება.

#### 4.2.2. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

<sup>35</sup> თუმცა, ეს იყო ასოციაცია ჰერა XXI-ის კერძო ინიციატივა, რომელიც განხორციელდა ამ სამოქმედო გეგმისგან დამოუკიდებლად.

### **4.3. შემუშავებულია მაღალი ხარისხის ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების მიწოდების, რეგულირების და მმართველობის მექანიზმები.**

*4.3.1. პჯდ-ს ფარგლებში ოდ-ის პროტოკოლისა და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების შემუშავება და დანერგვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების საფუძველზე.*

UNFPA-ის ტექნიკური დახმარებით და პროფესიული ასოციაციების ფართო ჩართულობით შესაბამისი სოპ-ი<sup>36</sup>, გაიდლაინი<sup>37</sup> და პროტოკოლი შემუშავდა და მინისტრის ბრძანებით დამტკიცდა. თუმცა, პრაქტიკაში ჯერ არ დანერგილა. სოპ-ი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ოჯახის ექიმებისთვის და მიზნად ისახავს, რომ ოჯახის

ექიმმა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე კონსულტირებისთვის გამოიყენოს პაციენტის ნებისმიერი ვიზიტი (ვიზიტი ვაქცინაციის მიზნით, მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი და სხვა).

#### **4.3.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.**

*4.3.2. მომსახურების თითოეული დონისთვის მინიმალურ მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტის შემუშავება, სერვისის ხარისხისა და უტილიზაციის შესახებ მონაცემთა რუტინული შეგროვების და ანალიზის მიზნით.*

სტაციონარებისთვის შესაბამისი ინსტრუმენტი შემუშავებული და დანერგილია, მაგრამ ანტენატალური დაწესებულებებისთვის ჯერ არაა. ჯანდაცვის სამინისტროში იმედოვნებენ, რომ ანტენატალური სტრატეგიების პარალელურად შესაბამისი ინსტრუმენტი დაინერგება.

#### **4.3.2. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.**

*4.3.3. ოდ-ის ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით რეგულირების მექანიზმების გაძლიერება.*

ზოგადად, ოჯახის დაგეგმვის სერვისები პირველი დონის დაწესებულების მომსახურებად ითვლება. თუმცა, რიგ შემთხვევაში სამშობიარო სახლიდან გაწერის წინ მელოგინეს ეძლევა საჭირო რეკომენდაციები და შესაბამისი დანიშნულება, რაც ასევე შეიძლება ოდ-ის სერვისებად მივიჩნიოთ. ასევე, არსებობს ოდ სერვისები, რომლებიც მეორეულ დონეზე ტარდება, მაგ. საშვილოსნოს სპირალის ჩაყენება.

ჯანდაცვის სამინისტროში იმედოვნებენ, რომ დაახლოებით 2023 წლისთვის, ანტენატალური დაწესებულების სტრატეგიების პარალელურად ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებიც დაინერგება. ამ ეტაპზე არ გაკეთებულა.

#### **4.3.3. საქმიანობა არ განხორციელდა.**

<sup>36</sup> UNFPA-ის მხარდაჭერით შემუშავებული „ოჯახის დაგეგმვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (სოპი)“ იხილეთ დანართი #10-ში

<sup>37</sup> დანართი #11



4.3.4. მომსახურების მიწოდების გაუმჯობესებაზე, სოციალური, ადმინისტრირებისა და პოლიტიკის ბარიერების გამოვლენაზე მიმართული კვლევის - მაგ. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის ან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ჩატარება.

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის თანახმად: „გაეროს მოსახლეობის ფონდი, მტკიცებულებაზე დამყარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის ადვოკატირების ფარგლებში, მუშაობს მდგრადი განვითარების მიზნების სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ამოცანებზე. ამოცანებისთვის საბაზისო მონაცემების უზრუნველსაყოფად, გაეროს მოსახლეობის ფონდმა მულტი ინდიკატორული კლასტერული კვლევის MICS ფარგლებში უზრუნველყო მე-6 კითხვარის ფინანსური მხარდაჭერა, რომელიც მოიცავს ოჯახის დაგეგმვისა და სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლების საკითხებს“.

მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, მიქსი საქართველო 2018<sup>38</sup>, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახურმა გლობალური მიქსის პროგრამის ფარგლებში ჩაატარა 2018 წელს გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), UNFPA-ის და 10 სხვადასხვა დონორის ტექნიკური და ფინანსური მხარდაჭერით.

4.3.4 საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

#### 4.4. გაზრდილია ჯანდაცვის მუშაკების უნარები და ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებებში

4.4.1. დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სასწავლო პროგრამების განახლება, მათ შორის, ექთნებისთვის.

UNFPA-ის ტექნიკური დახმარებით და პროფესიული ასოციაციების აქტიური მონაწილეობით განახლდა ექიმებისთვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების სასწავლო პროგრამები. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან არსებული დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის მიერ დამტკიცებულია და ფუნქციონირებს უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოკლევადიანი პროგრამები.

თსუ-თან არსებული დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის უწყვეტი სამედიცინო განათლების მოკლევადიან პროგრამებს შორის ერთ-ერთია „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები, აივ/შიდსი და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები“, რომელიც ხელმისაწვდომია შემდეგ ლინკზე: <https://tsmu.edu/ts/content/3/56/40/93/0/0>.

ექთნებისთვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიმართულებით თითქმის არაფერი გაკეთებულა და უწყვეტი სამედიცინო განათლება მხოლოდ ექიმებს ეხება. პროფესიულ ასოციაციებს მიაჩნიათ, რომ ექთნების განათლებისა და კვალიფიკაციის საკითხები უდიდესი პრობლემაა ქართული ჯანდაცვის სისტემისთვის. უმრავლესობა მათგანის შემთხვევაში, სამედიცინო განათლების მიღების შემდეგ ცოდნის განახლება და/ან შევსება აღარ ხდება. საექთნო საქმე, როგორც დამოუკიდებელი პროფესია, არ არის დარეგულირებული სახელმწიფო დონეზე. შესაბამისად, არ არსებობს მექანიზმი,

<sup>38</sup> კვლევის ანგარიში: <https://georgia.unfpa.org/en/publications/sexual-and-reproductive-health-georgia>



რომელიც თვალყურს ადევნებს პროფესიის განვითარებას და დროის მოთხოვნებთან ადაპტირებას.

ა(ა)იპ „ექთნების გაერთიანების“ თანახმად, არც სამოქმედო გეგმის შედგენის და არც განხორციელების პროცესში მათ არავინ დაკავშირებია და ექთნებთან დაკავშირებით ბოლო წლების განმავლობაში ხელშეხებები ცვლილებები არ მომხდარა. მათი განცხადებით, განსაკუთრებით პრობლემურია ბებიაქალების მომზადება/გადამზადების კუთხით და პროფესიის წარმომადგენელთა რაოდენობა ყოველწლიურად მცირდება, რაც ძალიან დიდ საფრთხეს უქმნის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობას. ბებიაქალების პროფესიული სტანდარტი 2015 წლის შემდეგ არ განახლებულა და ბებიაქალის პროფესიით მხოლოდ ორი კოლეჯი ამზადებს. დღესდღეობით საქართველოში მხოლოდ 200-მდე ბებიაქალი საქმიანობს, რაც ქვეყნის პოპულაციის გათვალისწინებით საგანგაშოდ მცირე რიცხვი.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის შესახებ კანონის მე-3 მუხლის დ1 პუნქტში, უკვე 2008 წელს გაჩნდა ჩანაწერი, რომლის მიხედვითაც საექთნო საქმიანობა დამოუკიდებელ პროფესია განისაზღვრა, პრაქტიკულად დღესდღეობით, ექთნის და კონკრეტულად ბებიაქალის საქმიანობა, მაინც საექიმო საქმიანობის ნაწილად ითვლება.

პოზიტიური სიახლეა, ის რომ ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა და დაამტკიცა 2019-2023 წლებისთვის საექთნო პრაქტიკის განვითარების სტრატეგია<sup>39</sup>, რომლის შემუშავებაშიც საექთნო პროფესიის წარმომადგენლებიც მონაწილეობდნენ. სტრატეგიის თანახმად, 2021 წლისთვის მიღებული უნდა იქნას კანონი, საექთნო საქმის, როგორც დამოუკიდებელი პროფესიული საქმიანობის შესახებ.

სტრატეგიის შესაბამისად, არა უგვიანეს 2025 წლისა საქართველოს უნდა ჰყავდეს ლიცენზირებული და აკრედიტირებული საექთნო პროფესიის წარმომადგენლები.

#### 4.4.1. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*4.4.2. ტრენინგების არსებული სასწავლო პროგრამისა და მოდულების გადახედვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების მიმწოდებლებისთვის და ოჯახის ექიმებისთვის ამ პროგრამებში ოჯახის დაგეგმვის სრულყოფილი კომპონენტის ჩართვის უზრუნველსაყოფად.*

ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტის ცნობით: „UNFPA-ის და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის თანამშრომლობის შედეგად, ოჯახის დაგეგმვის ინტერაქტიული ონლაინ სასწავლო პაკეტის „ვირტუალური კონსულტირება კონტრაცეფციაში“ ითარგმნა ქართულ ენაზე და მოხდა მისი ეროვნული კონტექსტის გათვალისწინებით ადაპტირება. 2017 წლიდან იგი ხელმისაწვდომია ნებისმერი მომხმარებელთათვის. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოსა გადაწყვეტილებით, ოჯახის

<sup>39</sup> მთავრობის 2019 წლის 16 ივლისის დადგენილება საექთნო საქმის განვითარების სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ, იხილეთ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4617071?publication=0>



დაგეგმვის ინტერაქტიული სასწავლო პაკეტი გახდა უწყვეტი სამედიცინო განათლების ნაწილი“.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის, ოჯახის დაგეგმარებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის თემაზე, 2018 წლიდან აკრედიტებულია 34 უსგ პროგრამა.

პროგრამა გადის ექსპერტიზას, შეფასების კრიტერიუმები გაწერილია მინისტრის N01-3/6 ბრძანებაში. კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შემთხვევაში განიხილება პროფესიული განვითარების საბჭოზე. საბჭო აძლევს 2 წლიან აკრედიტაციას. აკრედიტებული პროგრამები გამოქვეყნებულია [www.rama.moh.gov.ge](http://www.rama.moh.gov.ge).

ამავდროულად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები ჩართულია შესაბამის დიპლომის შემდგომი განათლების/სარეზიდენტო პროგრამებში. მაგალითად:

- სპეციალობის „მეანობა-გინეკოლოგია“ სარეზიდენტო პროგრამაში არის 4 თვიანი მოდული „უნაყოფობა და რეპროდუქციული ტექნოლოგიები“;
- საოჯახო მედიცინა - ოჯახი, როგორც ზრუნვის/დახმარების ერთეული - 1 თვე;

დაინტერესებული პირები თანხმდებიან, რომ მომზადდა შესაბამისი უსგ პროგრამები, რომლებიც ხელმისაწვდომია თსსუ-ის ვებ-გვერდზე.

უსგ პროგრამებში მონაწილეობა მიიღო 2326-მა უნიკალურმა მონაწილემ. იმის გამო, რომ მონაწილეთა უმრავლესობამ ორ და მეტ პროგრამაში მიიღო მონაწილეობა, ჯამში მონაწილეთა რაოდენობა 5945-ს მიაღწია.

#### 4.4.2 საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

### **4.5. გაზრდილია ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების შესახებ ინფორმირებულობა და მათზე მოთხოვნა, მათ შორის ახალგაზრდებში.**

*4.5.1. ინფორმირებულობის გაზრდის სტრატეგიისა და გზავნილების შემუშავების ხელშეწყობა ჩართულობის პრინციპზე დაფუძნებით;*

ამ მიმართულებით, იყო გარკვეული ტიპის აქტივობები ძირითადად, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ადგილობრივი არასამათავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით. მაგალითად, იყო რამდენიმე შეხვედრა, სადაც რამდენიმე ორგანიზაცია შეეცადა სამიზნე ჯგუფებთან კომუნიკაციის ერთიანი გეგმის შექმნას. მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე „თანადგომა“, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები - „აზერბაიჯანელ ქალთა კავშირი“ და „სომეხ-ქართველთა კავშირი“, თემთან მომუშავე სათემო ორგანიზაციები, მაგ.: „კახეთის ადგილობრივი სათემო ორგანიზაცია“, ახალგაზრდებთან მომუშავე და/ან ახალგაზრდული ორგანიზაციები, მაგ.: „Gydea“.

ერთიანი ეფექტური საკომუნიკაციო გეგმის შემუშავებისთვის კარგი იქნებოდ სამიზნე ჯგუფებში ფართომასშტაბიანი კვლევების ჩატარება, მაგრამ ფინანსური შესაძლებლობები ვერ მოიძებნა. ამის ნაცვლად, აზერბაიჯანულ და სომხურ თემებში, სპეციფიკური თავისებურებების გამოსავლენად ხარისხობრივი კვლევა ჩატარდა. შედეგად, ამგვარი შეხვედრებისა და მცირე კვლევების მეშვეობით გამოიკვეთა პრიორიტეტული მიმართულებები.

აღსანიშნავია, რომ ამ პრიორიტეტული მიმართულებებით გათვალისწინებულ საქმიანობებს, ისეთი ორგანიზაციები, როგორც არის „ასოციაცია ჰერა XXI“ და “თანადგომა” საკუთარი პროექტების ფარგლებში, სამოქმედო გეგმისგან დამოუკიდებლად, უწყვეტად ახორციელებენ.

სამოქმედო გეგმის განხორციელებისას გამოიკვეთა იმის საჭიროება, რომ ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებიც ჩართულიყვნენ მუშაობაში. სწორედ ამ მიზნით, შესაბამისად, მუნიციპალიტეტებში არსებული გენდერული საბჭოებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის წარმომადგენლებს ჩაუტარდათ ტრენინგები, რათა მათ უფრო ეფექტურად გაეგრძელებინათ ადგილზე სწორი ინფორმაცია.

2.5 დღიანი ტრენინგების კურსი ჩატარდა მარნეულში, ბოლნისში, დმანისში, ახალციხეში, ახალქალაქსა და ნინოწმინდაში. ტრენინგის თემები იყო: ინფორმაცია სტრატეგიული და სამოქმედო გეგმის შესახებ, გზავნილები ოჯახის დაგეგმვის მეტოდებზე და ინფორმაცია იმ მითებზე და სტერეოტიპებზე რაც გავრცელებულია და რაც უნდა დაინგრეს.

ტრენინგების გარდა მასალები მომზადდა და ითარგმნა სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე.

დაინტერესებული პირების თანახმად, ინფორმირებულობის სტრატეგიისა და ერთიანი გზავნილების შემუშავების მიმართულებით სამინისტროს პრაქტიკულად არაფერი გაუკეთებია და შესაბამისად, არ არსებობს არც ერთიანი საკომუნიკაციო სტრატეგია და არც ნაციონალური მასშტაბის კოორდინირებული კამპანიები ჩატარებულა.

#### 4.5.1. საქმიანობა არ განხორციელდა.

*4.5.2. მედიის წარმომადგენლებთან და ჟურნალისტებთან დიალოგის გაძლიერება ოჯახის დაგეგმვის სარგებლისა და მედიასაშუალებებით მისი გაშუქების გზების შესახებ.*

2019 და 2018 წლებში ჩატარდა ორ-ორი ტრენინგი, როგორც ბეჭდური, ასევე სატელევიზიო მედიის წარმომადგენელთათვის. სადაც მათ გაეცნოთ სტრატეგია/სამოქმედო გეგმა და დაგეგმილი აქტივობები.



ასევე, NCDC-ის მხარდაჭერით მედიის წარმომადგენლებისთვის ჩატარდა სატელევიზიო სიუჟეტების და საგაზეთო სტატიების კონკურსი, რომლის ფარგლებშიც გამოვლინდნენ გამარჯვებულები.

2019 წლის განმავლობაში, UNFPA-ის წარმომადგენლები პერიოდულად ატარებდნენ სამუშაო შეხვედრებს ე.წ. „ინფლუენსერებთან“, რომლებსაც მიეწოდებოდათ საჭირო ინფორმაციას, რათა მათ შემდგომ, შესაბამისი კომუნიკაცია მოეხდინათ მათ ხელთ არსებული არხებით.

ამ სამოქმედო გეგმის ფარგლებში დაგეგმილი იყო, აგრეთვე “ ჩემპიონების“, ანუ ქვეყნის მასშტაბით აზრის ლიდერი ქალების (საზოგადოებისთვის ცნობადი სახეების, მენარმეების და სხვ.) ტრენინგი. თუმცა, პანდემიის გამო გადაიდო და ჯერ არ განხორციელებულა.

#### 4.5.2. საქმიანობა სრულად განხორციელდა.

*4.5.3. მულტიმედიური კამპანიების ინიცირება ტელევიზიის, რადიოს, გაზეთების, ჟურნალებისა და სპეციალურად მომზადებული საინფორმაციო ბუკლეტების საშუალებით.*

ამ საქმიანობის ფარგლებში UNFPA-ის ჰქონდა გარკვეული აქტივობები სხვადასხვა გენდერულ თემაზე, განსაკუთრებით მამის ჩართულობის გაძლიერების მიმართულებით.

ორგანიზაცია „თანადგომამ“ მოამზადა 5 ვიდეო რგოლი, რათა გადასცეს NCDC-ის, რომელიც თავის მხრივ, ნაციონალური ტელევიზიების მეშვეობით გაავრცელებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

საერთო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ ეფექტური და კოორდინირებული მულტიმედიური კამპანიები სამოქმედო გეგმის პერიოდში არ ჩატარებულა.

#### 4.5.3. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

*4.5.4. საგანმანათლებლო საშუალებების, თვალსაჩინოებისა და მეთოდების შესახებ ბუკლეტების მომზადება ამ მეთოდების გამოყენების დამწყებთათვის, რათა მოხდეს მათი გავრცელება სამედიცინო დაწესებულებებში.*

ამ მიმართულებით ქმედითი და კოორდინირებული ღონისძიებები არ ჩატარებულა. იყო მხოლოდ ცალკეული, არასისტემური აქტივობები. მაგალითად: „თანადგომამ“ დაბეჭდა ბროშურები ქართულ, სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე და დაარიგა რეგიონებში<sup>40</sup>.

NCDC-იმ ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად დაბეჭდა ბუკლეტები და ერთჯერადად დაარიგა დაწესებულებებში.

*4.5.5. პარტნიორული ურთიერთობების ჩამოყალიბება დაინტერესებულ მხარეებთან და სამოქალაქო ორგანიზაციებთან ოდ-ის ხელშესაწყობად და ახალგაზრდებისთვის მათდამი*

<sup>40</sup> ქართული ბროშურის Pdf ვერსია იხილეთ დანართ #12-ში.

*კეთილგანწყობილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის/ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებებისა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად.*

სამოქმედო გეგმის შედგენაში აქტიურად იყვნენ ჩაბმული სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები, განსაკუთრებით „თანადგომა“ და „ასოციაცია ჰერა XXI“.

სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესში 2020 წლის 20 მაისს NCDC-იმ ურთიერთგაგების მემორანდუმი<sup>41</sup> გააფორმა „თანადგომასთან“. მემორანდუმი მოქმედებს ორი წლის ვადით. ურთიერთთანამშრომლობის ფარგლებში განხორციელდა გარკვეული აქტივობები რეგიონებში მომუშავე სომხურ და აზერბაიჯანულ ადგილობრივ ორგანიზაციებთან.

სამოქმედო გეგმის განხორციელების პროცესში დაგეგმილი იყო ერთ-ერთ უნივერსიტეტში (ჯერ არ არის შერჩეული) კონსულტაციის სამოდელო კაბინეტის გაკეთება, რომელთანაც შესაბამისი კრიტერიუმებით შერჩეული ახალგაზრდული ორგანიზაცია ითანამშრომლებდა NCDC-ის ფინანსური მხარდაჭერით. თუმცა, კოვიდ 19-ის პანდემიის გამო პროცესი შეფერხდა.

სამოქმედო გეგმის ფარგლებში, 2020 წლის პირველ მარტს თანამშრომლობის მემორანდუმი დაიდო ასევე „თანადგომასა“ და UNFPA-ის შორის, რომლის მიზანია ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განათლების ხელშეწყობა. მემორანდუმი მოქმედებს 2020 წლის 31 დეკემბრამდე.

საერთო ჯამში, დაინტერესებული პირები თანხმდებიან, რომ ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი სერვისის ჯანდაცვის სისტემაში არ არსებობს და ეს ძალიან პრობლემური საკითხია. ამ მიმართულებით პირველი ნაბიჯი ის იქნება, რომ ახალგაზრდებისთვის ოჯახის დაგეგმვის მომსახურეობა უფასო გახდეს.

#### 4.5.5. საქმიანობა ნაწილობრივ განხორციელდა.

<sup>41</sup> NCDC-სა და „თანადგომას“ შორის დადებული მემორანდუმი იხილეთ დანართ #13-ში.



## 6. ამოცანები, საბოლოო და შუალედური შედეგები და შესაბამისი ინდიკატორები

ამოცანა 1: 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქალების ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და მათი საჭიროებების შესაბამის ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებზე და გაფართოვდა ამ მომსახურებების გამოყენება.

**საბოლოო შედეგი 1:** ქალები და ახალშობილები იყენებენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩასახვამდე, ანტენატალურ, სამეანო, ნეონატალურ და მშობიარობის შემდგომ მომსახურებებს

**ინდიკატორი \_ 1:** იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს ჩასახვამდელი ბრუნვის სერვისები

საბაზისო: N/A%; სამიზნე: 30%

**შეფასების შედეგი \_** შესაბამისი მონაცემების აღრიცხვა არ ხდება.

ზოგადად, დაორსულების შემდეგ მთელ რიგ ინდიკატორებზე მონაცემები რუტინულად გროვდება, მაგრამ ორსულობამდე პერიოდში მიღებულ სერვისებთან დაკავშირებით, მხოლოდ დონორების მიერ განხორციელებული კვლევები არის ინფორმაციის წყარო. ზოგიერთი რესპოდენტი მიიჩნევს, რომ პირველი ინდიკატორი იმდენად მნიშვნელოვანია, რომ მასზე მონაცემები ყოველწლიურად უნდა გროვდებოდეს;

დაორსულებამდე რა სერვისებით ისარგებლა, ამის შესახებ შესაძლებელია ინფორმაციის მიღება ორსულის პირველი ვიზიტისას (გამოკითხვა), მაგრამ ასეთი ინფორმაცია არასრულყოფილი და არასაიმედო იქნება.

**ინდიკატორი \_ 2:** იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყვნენ მინიმუმ ერთ ან მეტ ანტენატალურ ვიზიტზე

საბაზისო: 92%; სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი \_** 2019 წელი - 95.3%; 2020 წელი (შუალედური 6 თვე) – 92.7%. (წყარო: NCDC).

სამოქმედო გეგმის შედგენისას იყო მსჯელობა, თუ რამდენად ადექვატურად ასახავს მეორე ინდიკატორი პირველი საბოლოო შედეგის მიღწევას. ბოლოს მიჩნეულ იქნა, რომ ეს ინდიკატორი აღწერს მინიმალურ ხელმისაწვდომობას.

NCDC-ის ბაზაზე ფუნქციონირებს დაბადებათა რეგისტრი, რაც ნიშნავს, რომ ყველა ქალი, რომელიც ანტენატალურ მომსახურების სისტემაში ხვდება, თუნდაც ერთხელ მივიდეს კონსულტაციაზე (თუნდაც აბორტი გაიკეთოს), მაინც ამ სისტემაში ხვდება.

NCDC-ის ბაზაზე ფუნქციონირებს დაბადებათა რეგისტრი, რაც ნიშნავს, რომ ნებისმიერი ორსულის შესახებ, რომელიც ერთხელ მაინც მიიღებს ანტენატალურ

კონსულტაციას, (თუნდაც, ორსულობა აბორტით დასრულდეს), მონაცემები ბაზაში ფიქსირდება.

**ინდიკატორი \_ 3.** იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც განახორციელეს მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობიდან 6 კვირის ფარგლებში

საბაზისო: N/A ; სამიზნე:  $\geq 60\%$

**შეფასების შედეგი \_** შესაბამისი მონაცემების რუტინულად აღრიცხვა არ ხდება. თუმცა, ამ საკითხზე მონაცემებს გვთავაზობს მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (მიქსი საქართველო 2018) შედეგები, რომელიც 2018 წელს ჩატარდა (MICS 2018). რომლის თანახმადაც: „ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც ბოლო ცოცხლადშობადობისას მიიღეს სამედიცინო შემოწმება სამედიცინო დაწესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ - **47.2%**; საინტერესოა, რომ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში, დედების სხვადასხვა პროცენტული წილი გადის მშობიარობის შემდგომ სამედიცინო შემოწმებას. ზოგიერთ რეგიონში აღნიშნული პროცენტული მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია (მშობიარობის შემდგომ სამედიცინო შემოწმებას გადის ქალების ერთი მესამედი ან კიდევ უფრო ნაკლები: სამცხე-ჯავახეთი: 23,2%, შიდა ქართლი: 33,4%, გურია: 35,2% და მცხეთა-მთიანეთი: 35,5%). სხვა რეგიონებში აღნიშნული მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია (იმერეთი, რაჭა ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი: 69,3%; აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა: 71,4%). ქალის განათლების დონე გარკვეულ როლს ასრულებს ამ მიმართულებით (განათლების დაბალი დონის მქონე კატეგორია: 38,6%; განათლების მაღალი დონის მქონე კატეგორია: 51,3%). ასევე, ფაქტორად განიხილება ქონებრივი კვინტილი (უღარიბესი ქალები: 39,7%). გარდა ამისა, სხვა ეთნიკური წარმომავლობის ქალებთან შედარებით, ეთნიკურად სომეხი ქალების შედარებით მცირე პროცენტული ნაწილი, კონკრეტულად მათი 30,6% გადის სამედიცინო შემოწმებას მშობიარობის შემდგომ. სხვა მახასიათებლებს რაც შეეხება, მათი გავლენა დედათა სამედიცინო შემოწმების მაჩვენებელზე არ ფიქსირდება.

მონაცემები 2019 და 2020 წელთან დაკავშირებით არ არსებობს. აქ დაახლოებით ისეთი მდგომარეობაა, როგორც ორსულობამდე ვიზიტებთან დაკავშირებით და მხოლოდ დონორთა მიერ პერიოდულად ჩატარებული კვლევებიდან არის შესაძლებელი მონაცემთა მიღება.

დაბადებათა რეგისტრში 2019-დან სავალდებულოდ შესავსები ველი ჩაემატა, სადაც ქალი მიუთითებს თუ სად მივა და სად დარეგისტრირდება სამშობიაროდან გასვლის შემდეგ. თუმცა, მივიდა თუ არა, ეს არავინ იცის; სამშობიარო ვალდებულება რომ იცოდეს, სად წავა ეს ქალბატონი, მხოლოდ ორი კვირის განმავლობაში.

**ინდიკატორი \_ 4.** იმ ახალშობილების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს პედიატრის კონსულტაცია სამშობიაროდან გაწერიდან პირველი კვირის განმავლობაში

საბაზისო: N/A სამიზნე:  $\geq 90\%$



**შეფასების შედეგი** – ისევე, როგორც ქალთა ვიზიტების შემთხვევაში, ექიმთან ახალშობილთა ვიზიტების შესახებ მონაცემების რუტინულად აღრიცხვა არ ხდება. აქაც, ინფორმაციის ერთადერთი წყარო არის MICS 2018 კვლევა, რომლის თანახმადაც:

ბოლო 2 წლის განმავლობაში ცოცხლადშობადობის მქონე 15-49 წლის ქალების % წილი, რომელთა ბოლო ცოცხლადშობილმა შვილმაც მიიღო სამედიცინო შემონიშნება სამედიცინო დაწესებულების დატოვების ან სახლში მშობიარობის შემდეგ პირველი კვირის განმავლობაში არის- **42.8%**.

**ინდიკატორი** – 5. რეპროდუქციულ/ოჯახის დაგეგმვის, დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის (RMNCAH) სერვისებზე ჯიბიდან გაწეული დანახარჯების პროცენტული წილი, ჯიბიდან გადახდების საერთო ოდენობიდან.

საბაზისო: 5.8%; სამიზნე: 4.8%

**შეფასების შედეგი** – ამ ეტაპზე შესაბამისი მონაცემები ხელმიუწვდომელია.

2007 წლიდან მოყოლებული, დონორების დახმარებით, ჯიბიდან გადახდებთან დაკავშირებით ყოველ 3 წელიწადში ერთხელ კვლევა ტარდება, სადაც მოსახლეობას ეკითხებიან, ჰქონიათ თუ არა ასეთი ფაქტი. ეს ხდება ისეთი სერვისებისა და პროდუქტების მიღებისას, რაც 8 ვიზიტით არ იფარება (ძირითადად ეხება ზოგიერთ მედიკამენტს) და ამ შემთხვევაში ორსულები ჯიბიდან იხდიან. რაც შეეხება ახალშობილებს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიხედვით, თანდაყოლილი პათოლოგიების/ნოზოლოგიების მკურნალობის ხარჯების სახელმწიფო სრულად ფარავს. ხოლო, ნეონატალურ პერიოდში დაწყებული პათოლოგიების/ნოზოლოგიების შემთხვევაში თანადაფინანსების სისტემა მოქმედებს.

ზოგადად, ჯიბიდან გადახდების გამოთვლის ორი გზა არსებობს, **პირველი**: ზემოთ ნახსენები კვლევა, რომელიც ბოლოს 2017-ში ჩატარდა. იგეგმებოდა 2020-ში, მაგრამ იმის გამო, რომ პანდემიის მიზეზით გეგმიური სერვისების დიდი ნაწილი გადადებული იყო და პაციენტი ექიმთან მხოლოდ გადაუდებელი საჭიროების დროს ხვდებოდა, ჩაითვალა, რომ ამ ეტაპზე კვლევის ჩატარება არ ასახავდა რეალურ სურათს და კვლევა 2021-თვის გადაიდო; **მეორე**: ნებისმიერი სერვისით სარგებლობისას თანადაფინანსებაზე გაწეული ხარჯი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში აისახება.

**შუალედური შედეგი** – 1.1. **ჩამოყალიბებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის ეროვნული სტრატეგიის დანერგვისათვის საჭირო გარემოს ხელშემწყობი მექანიზმები**

**ინდიკატორი** – 1. დამტკიცებულია საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშემწყობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია და მისი განხორციელების 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა

საბაზისო: არა

სამიზნე: დიახ

**შეფასების შედეგი \_ დიახ.**

**ინდიკატორი \_ 2.** სამიზნე აუდიტორიასთან ჩატარებული ადვოკატირების შეხვედრების რაოდენობა

საბაზისო: არც ერთი

სამიზნე: 10

**შეფასების შედეგი \_ ზუსტი მონაცემი არ არსებობს.**

ჩატარდა რიგი შეხვედრები, რომელთაც ჰქონდათ სპონტანური ხასიათი. შემფასებელმა ვერ შეძლო ჩატარებული შეხვედრების შესახებ უფრო კონკრეტული მონაცემების მოპოვება.

**ინდიკატორი \_ 3.** რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირველადი მომსახურების მინიმალური პაკეტი ჩართულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დროს მზადყოფნის და რეაგირების გეგმებში.

საბაზისო: არა

სამიზნე: დიახ

**შეფასების შედეგი \_ არა**

**შუალედური შედეგი \_ 1.2.** შემუშავებული და დანერგილია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მაღალი ხარისხის მომსახურებების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული გეოგრაფიული, სოციალურ-კულტურული და ფინანსური ბარიერების შემცირების მექანიზმები

**ინდიკატორი \_ 1.** ჩატარებული სპეციალური კვლევების რაოდენობა

საბაზისო: არა

სამიზნე: სულ მცირე ერთი

**შეფასების შედეგი \_ არა**

**ინდიკატორი \_ 2.** იმ ქალებისა და ახალშობილების რაოდენობა (პროცენტული), რომლებსაც ბინაზე აქვთ მიღებული ჯანდაცვის მომსახურებები (ანტენატალური, მშობიარობის შემდგომი, პოსტნატალური)

საბაზისო: N/A

სამიზნე: 10 %



**შეფასების შედეგი** \_ MICS 2018-ის კვლევაში ცალკე არ იყო გამოყოფილი ბინაზე ჯანდაცვის მომსახურების მონაცემი;

**შუალედური შედეგი** \_ 1.3. დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით შემუშავებული და დანერგილია თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის მექანიზმები

**ინდიკატორი** \_ 1. სამიზნე აუდიტორიასთან გამართული საორიენტაციო შეხვედრების რაოდენობა

საბაზისო: არცერთი

სამიზნე: 11

**შეფასების შედეგი** \_ზუსტი მონაცემი გამართული შეხვედრების შესახებ არ არსებობს. რაიმე მექანიზმი არ დანერგილა.

ამოცანა 2: 2020 წლისთვის დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესდება და მოხდება მათი სტანდარტიზება ამ მომსახურებების სრული ინტეგრაციის პარალელურად.

**საბოლოო შედეგი 2:** დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი გაუმჯობესებული და სტანდარტიზებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ინდიკატორების მიხედვით, რომლებიც ჩართულია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში.

**ინდიკატორები** \_ 1. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც პირველი ანტენატალური ვიზიტი განხორციელებული აქვთ გესტაციის 12 კვირამდე

საბაზისო: 92%; სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 90.7%; 2020 წელი (შუალედური 6 თვე) – 96%. წყარო: NCDC.

ეს ინდიკატორი ჩაიდო სამოქმედო გეგმაში იმ მოსაზრებით, რომ დროულად დაწყებული მოვლა ანტენატალური მომსახურების ხარისხის მაჩვენებელია; არის მოსაზრება, რომ ეფექტიანი ანტენატალური მომსახურების გასაზომად 12 კვირა ძალიან ხანგრძლივი პერიოდია და პირველი ვიზიტის ვადა, როგორც ეფექტიანობის საზომი შეიძლება შემცირდეს.

**ინდიკატორი** \_ 2. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც ორსულობის პერიოდში იღებენ რკინის/ფოლიუმის მჟავის დანამატებს რეკომენდებული დოზით

საბაზისო: 22% (2016) ; სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 62.5%; 2020 წელი (შუალედური 6 თვე) – 67%

წყარო: NCDC

3. აივ-ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა ორსულ ქალებში (კლასიფიცირებული ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით)

საბაზისო:

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
სიხშირე (%)	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0

**მრიცხველი:** იმ ორსული ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე და აღმოჩნდნენ აივ-პოზიტიურები (მათ შორის იმ ქალებისა, ვინც უკვე იცოდა, რომ აივ-პოზიტიურია) და რომლებმაც ჩაატარეს ვიზიტი ანტენატალურ კლინიკებში.

**მნიშვნელი:** იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება აივ ინფექცია/შიდსზე ანტენატალურ კლინიკებში (მათ შორის იმ ქალებისა, ვინც უკვე იცოდა, რომ აივ-პოზიტიურია).

სამიზნე:

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
სიხშირე (%)	0.05	0	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	0	0

**შეფასების შედეგი**

2019 წელი:

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
პრევალენტობა (%)	0.15%	0.04%	0.12%	0.13%	0.17%	0.3%	0.15%	0

2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე):

ასაკობრივი ჯგუფი	15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
პრევალენტობა (%)	0.19	0.2	0.2	0.3	0.1	0.2	0	0

წყარო: NCDC.

გაიდლაინი ითვალისწინებს ორსულთა სკრინინგს, რომელიც სავალდებულო არ არის, მაგრამ სასურველია, რომ ექიმმა კონსულტირებით დაარწმუნოს. სწორედ ეს შეიძლება ჩაითვალოს კონსულტაციის ხარისხის საზომად.

4. სიფილისის პრევალენტობა ორსულ ქალებში (კლასიფიცირებული ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით).

საბაზისო:

სიხშირე (%)	0.2
-------------	-----

დისაგრეგირებული მონაცემები არ არსებობს



**მრიცხველი:** იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება სიფილისზე ანტენატალურ კლინიკებში და მიიღეს დადებითი პასუხი.

**მნიშვნელი:** იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც გაიარეს ტესტირება სიფილისზე ანტენატალურ კლინიკებში.

**სამიზნე:**

სიხშირე (%)	0.1
-------------	-----

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 0.2%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 0.3%.  
წყარო: NCDC.

5. მშობიარობების პროცენტული წილი რისკის შესაბამისი დონის სამშობიაროებში

საბაზისო: N/A სამიზნე:  $\geq 90\%$

**შეფასების შედეგი** \_

II, II/III და III დონის სამშობიაროებში მშობიარობების წილი შეადგენს:

2019 წელს - 85.4%

2020 შუალედური - 84.5%

წყარო: NCDC.

6. დედათა სიკვდილიანობა კონკრეტული მიზეზით (ზეგავლენა)

საბაზისო: 57.9; სამიზნე:  $\geq 90\%$

**შეფასების შედეგი** \_

2018 წელს დედათა გარდაცვალება - 20; აქედან, დაზუსტებული მიზეზით - 19 ანუ **95%**;  
(წყარო: NCDC-სტატისტიკური ცნობარი 2018).

7. ნეონატალური სიკვდილიანობა კონკრეტული მიზეზით (ზეგავლენა)

საბაზისო: 98.1%; სამიზნე: 99%

**შეფასების შედეგი** \_

2017 - ნეონატალური სიკვდილიანობა - 362, აქედან დაზუსტებული მიზეზით - 361 ანუ **99.7%**

2018 - ნეონატალური სიკვდილიანობა - 254, აქედან დაზუსტებული მიზეზით - 254 ანუ **100%**

2019 - ნეონატალური სიკვდილიანობა - 253, აქედან დაზუსტებული მიზეზით 252 ანუ **99.7%**

წყარო: საქსტატი.

8. თანდაყოლილი სიფილისის შემთხვევების ინციდენტობა (მკვდრადშობილებში, ცოცხალშობილებში ან ნაყოფის დაკარგვისას გესტაციის 20 კვირაზე მეტ ასაკში ან 500გ-ზე ნაკლები წონის ნაყოფის სიფილისზე დადებითი ტესტის მქონე დედებში, რომლებსაც არ ჩატარებიათ სიფილისის სათანადო მკურნალობა) ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე (გავლენა)

საბაზისო: 26.4

მრიცხველი: თანდაყოლილი სიფილისის დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა განსაზღვრულ წელს.

მნიშვნელი: ცოცხალშობილთა რაოდენობა

სამიზნე:  $\leq 10$  შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე

**შეფასების შედეგი** \_ მხოლოდ ცოცხალშობილებზე.

2017 წელს თანდაყოლილი სიფილისის 8 შემთხვევა; თ/ს-ის შეფასებითმა რიცხვმა 100 000 ცოცხალშობილზე შეადგინა - **15,2**;

2018 წ. - თ/ს-ის 7 შემთხვევა, ინციდენტობა (100 000 ცოცხალშობილზე) - **13,7**;

2019 წელი - 7 შემთხვევა, ინციდენტობა - **14,7**.

ამ მაჩვენებლებში არ არის გათვალისწინებული სიფილისით გამოწვეული მკვდრადშობადობის ან ნაყოფის დაკარგვის შემთხვევები, ვინაიდან შესაბამისი კვლევა არ ხდება და მონაცემები არ არსებობს.

9. პედიატრიული აივ-ინფექცია/შიდსის დედიდან შვილზე გადაცემის ახალი შემთხვევები ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე (გავლენა).

საბაზისო: 1.7 (2015 1 შემთხვევა).

სამიზნე:  $\leq 1$  შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე.

**შეფასების შედეგი** \_ აივ-ინფექცია/შიდსის დედიდან შვილზე ვერტიკალური გადაცემის ელიმინაციის ახალი გაიდლაინის მიხედვით, რომელიც ჯანმო-მ გამოაქვეყნა, ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე უნდა იყოს 50-ზე ნაკლები. შესაბამისად, NCDC-ის მიერ შემფასებლისთვის მიწერილ პასუხში, შეცვლილია ინდიკატორის სამიზნე და წერია ის მონაცემი, რომლითაც დღეს ჯანდაცვის სისტემა ხელმძღვანელობს, კერძოდ:

სამიზნე:  $\leq 50$  შემთხვევა 100 000 ცოცხალშობილზე.

NCDC-გან მოწერილ პასუხში ბოლო 3 წლის რეალური მაჩვენებლები შემდეგნაირად გამოიყურება:



2017 წელს - 8 ბავშვი ინდიკატორი 15,0 (100 000 ცოცხალშობილზე)  
 2018 წელს - 8 ბავშვი ინდიკატორი 15,6 (100 000 ცოცხალშობილზე)  
 2019 წელს - 8 ბავშვი ინდიკატორი 16,6 (100 000 ცოცხალშობილზე)

აღსანიშნავია, რომ ჯანმო-ს კლასიფიკაციით გადაცემის შემთხვევად ითვლება, როგორც ცოცხალშობილი, რომელიც ინფექციის მატარებელია, ასევე ყველა ის შემთხვევა, როდესაც დედის ინფიცირებულობის გამო ორსულობა თვითნებური აბორტით დამთავრდა და ასევე, ყველა მკვდრადშობილი<sup>42</sup>, რომელზეც ინფექციის გადაცემა მოხდა. თუმცა, იმის გამო, რომ საქართველოს არც ერთ სამშობიაროში რეალურად არ ხდება თვითნებური აბორტისა და მკვდრადშობადობის მიზეზების გამოკვლევა, NCDC-ის მიერ შედგენილ სტატისტიკაში ხვდებიან მხოლოდ ცოცხლად დაბადებულები, რომლებზეც მოხდა აივ-ინფექცია/შიდსის გადაცემა.

წყარო: NCDC.

10. საავადმყოფოებში ახალშობილთა სიკვდილიანობის მარკერებელი, კლასიფიცირებული დაბადების წონის მიხედვით (გავლენა)

>4000 გ, 2500–3999 გ, 2000–2499 გ, 1500–1999 გ, 1000–1499 გ, <1000 გ

საბაზისო:

>4000 გ	2500–3999 გ	2000-2499	1500–1999 გ	1000–1499 გ	<1000 გ
0.7	1.1	1.8	2.3	178.6	662.7

სამიზნე (2019):

>4000 გ	2500–3999 გ	2000-2499	1500–1999 გ	1000–1499 გ	<1000 გ
0.35	0.5		(20% შემცირება)	(15% შემცირება)	(5% შემცირება)
0.13%	0.14%	1.05%	2.79%	10.35%	27%

2020 წელი (შუალედური შედეგი 6 თვე)

>4000 g	2500–3999 g	2000-2499	1500–1999 g	1000–1499 g	<1000 g
0.6%	12.8%		5.8%	8.7%	18.6%

<sup>42</sup> გესტაციის 22-ე კვირამდე შემთხვევა განეკუთვნება თვითნებურ აბორტს, ხოლო 22-ე კვირის შემდეგ მკვდრადშობადობას.

0.3%	0.2%	0.9%	3.7%	12.2%	23.7%
------	------	------	------	-------	-------

წყარო: NCDC

11. მშობიარობის დროს მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (გავლენა)

საბაზისო: 14%; სამიზნე: 11%

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 9.4%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 10.7%  
წყარო: NCDC.

12. საკეისრო კვეთით ჩატარებული მშობიარობების პროცენტული წილი, მშობიარობათა საერთო რაოდენობაში

საბაზისო: 41.4%; სამიზნე: 31%

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 39.8%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 40.5%  
წყარო: NCDC.

13. საკეისრო კვეთის სიხშირე დაბალი რისკის მქონე მშობიარეებში.

საბაზისო: N/A სამიზნე: 25%

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 16.1%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 14.5%  
წყარო: NCDC

14. დაბადებისას დაბალი წონის პრევალენტობა ყველა ცოცხლადშობილზე.

საბაზისო: 6.1%; სამიზნე: 5% შემცირება

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 6.4%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 7.9%  
წყარო: NCDC.



<b>ცოცხლად დაბადებულთა რიცხოვნობა ბავშვის წონის მიხედვით</b>			
<i>ბავშვის წონა</i>	2017	2018	2019
<b>სულ ცოცხლად დაბადებულები</b>	<b>53,293</b>	<b>51,138</b>	<b>48,296</b>
1000-მდე	8	196	170
1000-1499	350	317	311
1500-1999	728	631	647
2000-2499	2,131	2,166	1,953
2500-2999	9,271	8,816	8,199
3000-3499	21,130	20,638	19,539
3500-3999	14,375	13,963	13,233
4000+	3,946	3,894	3,712
არ არის მითითებული	1,354	517	532

წყარო: საქსტატი.

15. სამშობიაროდან გაწერისას ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილების პროცენტული წილი.

საბაზისო: 95%; სამიზნე: 98%

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - **88.8%**; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - **87.2%**  
წყარო: NCDC

16. სამშობიაროში დაბადებული და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანილი ახალშობილების პროცენტული წილი

საბაზისო: N/A სამიზნე: 18%

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - **8.3%**; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - **9.2%**  
წყარო: NCDC

17. იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც კმაყოფილები არიან მიღებული ანტენატალური მომსახურებით

საბაზისო: N/A სამიზნე: 80%

**შეფასების შედეგი** \_ შესაბამისი მონაცემი არ გროვდება.

**შუალედური შედეგი - 2.1.** ორსულობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების გაძლიერება ჩასახვამდე, ანტენატალური,

ინტენატალური და მშობიარობის შემდგომი მოვლის სერვისებისა და მათი დამაკავშირებელი რეფერალური სისტემის ეფექტურობის ამაღლებით

**ინდიკატორი \_ 1.** პირველადი ჯანდაცვის იმ დაწესებულებების პროცენტული წილი, რომლებიც ჩასახვამდელ სერვისებს აწვდიან როგორც საბაზისო მომსახურების პაკეტის ნაწილს.

საბაზისო: არა

სამიზნე: 15%

**შეფასების შედეგი \_** შესაბამისი მონაცემი არ გროვდება.

**ინდიკატორი \_ 2.** იმ დაწესებულებების პროცენტული წილი, რომლებიც ანტენატალურ სერვისებს აწვდიან რეგიონალიზაციის ფარგლებში მინიჭებული დონის შესაბამისად.

საბაზისო: არ არის

სამიზნე:  $\geq 70\%$

**შეფასების შედეგი \_** არარელევანტურია, რადგან არ განხორციელებული ანტენატალური მომსახურებების რეგიონალიზაცია.

**ინდიკატორი \_ 3.** იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობა და მიღებული აქვთ ანტენატალური პერიოდში კორტიკოსტეროიდები.

საბაზისო: არ არის

სამიზნე:  $\geq 90\%$

**შეფასების შედეგი \_** ამ ინდიკატორზე მონაცემები მხოლოდ 2020 -თვის იქნება;

**ინდიკატორი \_ 4.** იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტირება და მიიღეს ტესტირების შედეგები ორსულობის პერიოდში, მშობიარობისას და მშობიარობის შემდეგ (72 საათში მშობიარობიდან), მათ შორის ორსული ქალების ადრე გამოვლენილი აივ სტატუსით.

საბაზისო: 93.8%

სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი \_** 2019 წელი - 91.4%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 92.8%  
წყარო: NCDC

**ინდიკატორი \_ 5.** იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დედიდან ნაყოფზე ინფექციის გადაცემის რისკის შესამცირებლად



საბაზისო: 95%

სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი** \_ 100%.

წყარო: NCDC (სტატისტიკური ცნობარი).

**ინდიკატორი** \_ 6. იმ ორსული ქალების წილი, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ტესტირება სიფილისზე პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე/მინიმუმ ერთხელ/ოდესმე.

საბაზისო: 93.4%

სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 95.7%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 95.1%

წყარო: NCDC.

**ინდიკატორი** \_ 7. სიფილისზე სეროპოზიტიური ორსული ქალების პროცენტული წილი (სავარაუდო), რომლებსაც შესაბამისი მკურნალობა ჩაუტარდათ გესტაციის 24 კვირაზე ან მანამდე.

საბაზისო: არ არის (ხელმისაწვდომი იქნება 2017 წლიდან).

სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი** \_ 2019 წელი - 42.1%; 2020 წელი - შუალედური შედეგი (6 თვე) - 43.1%

წყარო: NCDC.

**ინდიკატორი** \_ 8. იმ პერინატალური რეგიონების რაოდენობა, რომლებშიც პერინატალური მომსახურების რეგიონალიზაცია ხორციელდება.

საბაზისო: 2

სამიზნე: 11

**შეფასების შედეგი** \_ პერინატალური მომსახურების რეგიონალიზაცია განხორციელდა საქართველოს ყველა რეგიონში.

**ინდიკატორი** \_ 9. პერინატალური ბრუნვის იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც აწვდიან მომსახურებებს მინიჭებული სერვისის დონის მიხედვით

საბაზისო: 18%

სამიზნე: 100%

**შეფასების შედეგი** \_ 100%

**ინდიკატორი \_ 10.** დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებსაც დანერგილი აქვთ ელექტრონული ისტორიების ეროვნულ სისტემასთან ინტეგრირებული სისტემა.

საბაზისო: არა

სამიზნე:  $\geq 95\%$

**შეფასების შედეგი \_** შემფასებელმა ვერ შეძლო მონაცემის მიღება

**ინდიკატორი \_ 11.** აივ-ინფიცირებული ქალების მიერ დაბადებული ჩვილების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდათ აივ-ტესტი დაბადებიდან 2 თვის განმავლობაში.

საბაზისო: 100%

სამიზნე: 100%

**შეფასების შედეგი \_** 100% (2017 წლის მონაცემებით).

წყარო: NCDC (სტატისტიკური ცნობარი).

**ინდიკატორი \_ 12.** აივ-ინფიცირებული დედების მიერ დაბადებული ჩვილების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩატარებული აქვთ დედიდან ნაყოფზე გადაცემის ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკა პირველი 6 კვირის განმავლობაში.

საბაზისო: 100%

სამიზნე: 100%

**შეფასების შედეგი \_** 100% (2017 წლის მონაცემებით).

წყარო: NCDC (სტატისტიკური ცნობარი)

**ინდიკატორი \_ 13.** სიფილისზე სეროდადებითი დედების მიერ დაბადებული ჩვილების პროცენტი, რომლებსაც დაბადებისას ჩაუტარდათ სეროლოგიური ტესტირება თანდაყოლილი სიფილისის დასადგენად.

საბაზისო: არ არის

სამიზნე: 100%

**შეფასების შედეგი \_** შემფასებელმა ვერ შეძლო მონაცემის მოპოვება.

**შუალედური შედეგი \_ 2.2.** შემუშავებული და განხორციელებულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის ამაღლების ზომები პროცესის გაუმჯობესების ადვოკატირების, მარეგულირებელი და ანგარიშგების მექანიზმების უზრუნველყოფით როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.



ინდიკატორი \_ 1. იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც აგროვებენ მონაცემებს შერჩეული პერინატალური მომსახურების ხარისხის ინდიკატორებზე.

საბაზისო: 0

სამიზნე: 90%

**შეფასების შედეგი \_ 100%**

წყარო: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო.

ინდიკატორი \_ 2. იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც ატარებენ დედათა სიკვდილის /სიკვდილ-სიცოცხლის მიჯნაზე მდგარი შემთხვევების განხილვას/აუდიტს.

საბაზისო: 6 (5%)

სამიზნე: 40%

**შეფასების შედეგი \_ 79 დაწესებულებიდან დანერგილია 11-ში ანუ 14%**

წყარო: UNFPA

ინდიკატორი \_ 3. იმ დედეებისა და პერინატალური (ინსტიტუციური) სიკვდილის შემთხვევების პროცენტი, რომლებისთვისაც ჩატარდა სიკვდილის შემთხვევების აუდიტი.

საბაზისო: 100%

სამიზნე: 100%

**შეფასების შედეგი \_ 100%**

წყარო: NCDC

**შუალედური შედეგი \_ 2.3.** შემუშავებულია პოლიტიკა, რომელიც ხელს შეუწყობს კვალიფიციური ჯანდაცვის პერსონალის გენერირებას, შენარჩუნებას, საჭიროებისამებრ გადანაწილებას და მოტივირებას.

ინდიკატორი \_ 1. შემუშავებულია პოლიტიკა უწყვეტი სამედიცინო სავალდებულო განათლება და ექიმების რესერტიფიცირების სისტემის დანერგვის თაობაზე.

საბაზისო: არა

სამიზნე: დიახ

**შეფასების შედეგი \_ არა.**

ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიმუშავა ადამიანური რესურსების განვითარების სტრატეგია, რომელიც არ დამტკიცებულა.

2. დამტკიცებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულო კურსის რაოდენობა.

საბაზისო: 0

სამიზნე: 3

### **შეფასების შედეგი \_ 0**

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი.

აღსანიშნავია, რომ 2020 წლის 1 ნოემბრისათვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ აკრედიტებული იყო 22 უწყვეტი სამედიცინო პროგრამა მეან-გინეკოლოგიების, ხოლო 8 პროგრამა - ნეონატოლოგიებისათვის. პროგრამების მიწოდებლები არიან უნივერსიტეტები, დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციები, სამედიცინო დაწესებულებები. მაგალითად, მეან-გინეკოლოგიებისათვის განკუთვნილი პროგრამების განმახორციელებლები არიან სსიპ - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, შპს „დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტი“, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაცია, სს „ევექსი“, ხოლო უსგ პროგრამებს ნეონატოლოგიებისათვის აწვდიან - სსიპ - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს ნეონატოლოგთა ასოციაცია, „ჰელს მენეჯმენტ ენდ კონსალტინგი“. ზემოთხსენებული პროგრამებიდან მხოლოდ ორია ელექტრონულ პლატფორმაზე დაფუძნებული სასწავლო აქტივობა („ანტენატალური მეთვალყურეობა“ და „ანტენატალური მეთვალყურეობა (კლინიკური შემთხვევა)“).

### **შუალედური შედეგი \_ 2.4. დანერგილია დედათა და ახალშობილთა მომსახურების დაფინანსების ინოვაციური მექანიზმები.**

**ინდიკატორი \_ 1** იმ ანტენატალური დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებიც ჩართულები არიან გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების (P4P: pay for performance) სისტემაში

საბაზისო: 0

სამიზნე: განსასაზღვრია

### **შეფასების შედეგი \_ 0**

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი.

### **შუალედური შედეგი \_ 2.5. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით შემუშავებული და დანერგილია ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის გაძლიერების მექანიზმები.**

**ინდიკატორი \_ 1.** იმ დაწესებულებების რაოდენობა (პროცენტი), რომლებშიც დანერგილია მონაცემთა ხარისხის აუდიტის სისტემა.



საბაზისო: 0

სამიზნე: განსასაზღვრია

**შეფასების შედეგი** \_ ზუსტი მონაცემი არ არსებობს.

ინდიკატორი \_ 2. ჩატარებული სპეციალური კვლევების რაოდენობა.

საბაზისო: 0

სამიზნე: 1

**შეფასების შედეგი** \_ 0

წყარო: ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი

ინდიკატორი \_ 3. იმ პერსონალის რაოდენობა (პროცენტი), რომელიც გადამზადდა სიკვდილის მიზეზის სერტიფიცირებასა და ICD-10 კოდირებაში.

საბაზისო: 10%

სამიზნე: 25%

**შეფასების შედეგი** \_ ზუსტი მონაცემი არ არსებობს.

ამოცანა 3: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება მოსახლეობის ინფორმირებულობა და ცოდნა ჯანსაღი ქცევის, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებისა და პაციენტთა უფლებების შესახებ.

**საბოლოო შედეგი 3:** გაუმჯობესებულია მოსახლეობის ცოდნა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების შესახებ, დამოკიდებულება ამ მომსახურების მიმართ და მისი პრაქტიკული გამოყენება.

ინდიკატორი \_ 1. რეპროდუქციული ასაკის იმ ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც შეუძლიათ დედის საშიშროების ნიშნების ამოცნობა.

საბაზისო: N/A სამიზნე: 40%

**შეფასების შედეგი:** ამ ინდიკატორზე მონაცემები რუტინულად არ გროვდება და კვლევებზეა დამოკიდებული.

NCDC ჩატარებული პერინატალური ანგარიშის შედეგის შემდეგ, პროცესების ჯაჭვს უკან მიუყვება და ნახულობს ანტენატალურ პერიოდში რა გაკეთდა და რა ვადებში. აქედან გამომდინარე, შეიძლება გარკვეულწილად მსჯელობა დედების მიერ საშიშროების ნიშნების ამოცნობაზე;

**ინდიკატორი \_ 2.** რეპროდუქციული ასაკის იმ ქალების პროცენტული წილი, რომელთაც შეუძლიათ ახალშობილის საშიშროების ნიშნების ამოცნობა.

საბაზისო: N/A სამიზნე: 40%

**შეფასების შედეგი \_** ამ ინდიკატორზე მონაცემები რუტინულად არ გროვდება და კვლევებზეა დამოკიდებული.

**შუალედური შედეგი \_ 3.1.** შემუშავებული და დანერგულია ინფორმირების, განათლების, კომუნიკაციისა და ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული კომუნიკაციის ხელშეწყობის მექანიზმები დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ასამაღლებლად.

**ინდიკატორი \_ 1.** იმ სამიზნე აუდიტორიის პროცენტული წილი, რომელსაც მოსმენილი/ნანახი აქვს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის გზავნილები.

საბაზისო: არ არის

სამიზნე: 90%

**შეფასების შედეგი \_** საკომუნიკაციო სტრატეგია არ შექმნილა და არც კომუნიკაციის ხელშეწყობის მექანიზმები მოქმედებს. შესაბამისად, შეუძლებელია იმ სამიზნე აუდიტორიის პროცენტული წილის განსაზღვრა, რომელსაც მოსმენილი/ნანახი აქვს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამის გზავნილები.

**შუალედური შედეგი \_ 3.2.** ჩამოყალიბებულია ადვოკატირებისა და სოციალური მობილიზაციის აქტივობების გაძლიერების მექანიზმები დედათა და მათი ოჯახის წევრების ჯანსაღი ქცევისა და დედათა და ახალშობილთა პროგრამების მხარდასაჭერად.

**ინდიკატორი \_ 1.** დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის საკითხებისადმი მიძღვნილი ღონისძიებების რაოდენობა

საბაზისო: 0

სამიზნე: 1

**შეფასების შედეგი \_** ზუსტი მონაცემი ხელმიუწვდომელია.

ამოცანა 4: 2020 წლისთვის საგრძნობლად გაუმჯობესდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სამიზნე ჯგუფებისათვის.

**საბოლოო შედეგი 1:** 2020 წლისთვის მნიშვნელოვნად გაიზრდება ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა სამიზნე ჯგუფებისთვის



**ინდიკატორი \_ 1:** რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წლის) ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდს:

საბაზისო: 35% (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა-2010); სამიზნე: 45% (2018, მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა).

**შეფასების შედეგი \_ 40.9%**

წყარო: MICS 2018.

**ინდიკატორი \_ 2:** ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტი

საბაზისო: 1.6 (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა-2010); სამიზნე: 1.4 (მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა-2018).

**შეფასების შედეგი \_ 0.9**

წყარო: MICS 2018.

შეფასების მონაწილენი აღნიშნავენ, რომ მეოთხე ამოცანისთვის გაწერილ ინდიკატორებსა და შესაბამისი შუალედური შედეგების ინდიკატორების შესრულებებს შორის კორელაცია არ არის. მაგალითად, მეოთხე ამოცანის მეორე ინდიკატორი, რომელიც ხელოვნური აბორტების ჯამურ კოეფიციენტს ზომავს, წარმატებით შესრულდა. თუმცა, მეოთხე ამოცანის შუალედური შედეგებისთვის (4.1-დან 4.5-ის ჩათვლით) გაწერილ ყველა შესაბამის ინდიკატორთან მიმართებაში უარყოფითი შედეგი ფიქსირდება. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ 2010 წელს ჩატარებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის შედეგებს თუ შევადარებთ 2018 წელს ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS6) შედეგებს, აღმოჩნდება, რომ კონტრაცეფციის გამოყენება საქართველოში მნიშვნელოვნად შემცირდა, კერძოდ 53.4%-დან 45.4%-მდე. შესაბამისად ჩნდება კითხვა, ხელოვნური აბორტების ჯამური კოეფიციენტის შემცირება სამოქმედო გეგმის განხორციელებასთან არის დაკავშირებული, თუ რაიმე სხვა პარალელური პროცესებით არის განპირობებული? ან შეიძლება, აღრიცხვიანობის გაუარესებამ გამოიწვია? <sup>43</sup>

**შუალედური შედეგი \_ 4.1. გაძლიერებულია სახელმწიფოს მმართველი როლი ოჯახის დაგეგმვის (ოდ) პროგრამის ეფექტიან ხელმძღვანელობაში, მართვასა და კოორდინირებაში**

**ინდიკატორი \_ 1.** ოჯახის დაგეგმვის კონსულტაციები და კონტრაცეფციის საშუალებებით უზრუნველყოფა ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეთა საბაზისო პაკეტში შერჩეული სამიზნე ჯგუფებისთვის.

<sup>43</sup> დარგში მომუშავეებე ექსპერტების ნაწილის თანახმად, აბორტების არსებული სტატისტიკა რეალობას არ ასახავს, რადგან რეალური რიცხვის ხელოვნურად შემცირება ხდება სხვადასხვა საშუალებებით, მაგალითად გავცელებული პრაქტიკაა, როცა მედიკამენტოზური აბორტის პროცედურის ნაცვლად დოკუმენტურად მენსტრუალური ციკლის კორექტირება ფორმდება.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2020)

**შეფასების შედეგი** \_ არა.

**ინდიკატორი** \_ 2. საბაზისო მედიკამენტის ჩამონათვალი მოიცავს ჯანმოს მიერ პრე-კლასიფიცირებულ კონტრაცეპტივებს.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2020)

**შეფასების შედეგი** \_ არა.

**შუალედური შედეგი** \_ 4.2. გაძლიერებულია სახელმწიფოს როლი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებაში და ცოდნის გაუმჯობესებაში.

ინდიკატორი \_ 1. სკოლის იმ ექიმების რაოდენობა, რომლებიც გადამზადდნენ კახეთისა და სამეგრელოს რეგიონებში.

საბაზისო: 0 (2016)

სამიზნე: 60 (2018)

**შეფასების შედეგი** \_ ზუსტი მონაცემი უცნობია.

NCDC-გან მიღებული ინფორმაციით, პილოტური პროექტის სახით 2016 წელს ტრენინგი ჩატარდა სამეგრელოსა და კახეთის სკოლების ყველა ექიმს და ასევე, თბილისის სკოლების ექიმთა ნაწილს, ჯამში 90 სკოლის ექიმს, რომლებიც ჯანდაცვის სამინისტრომ შეარჩია. ასევე აჭარაში მომუშავე 10 სკოლის ექიმს, რომლებიც აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ იქნა შერჩეული. გაუგებარია, თუ სამოქმედო გეგმის დამტკიცებამდე ჯამში 100 სკოლის ექიმი გადამზადდა, 2017 წლის ოქტომბერს მიღებულ სამოქმედო გეგმაში რატომ განისაზღვრა სამიზნედ ინდიკატორის მარჯვენებლად 60 სკოლის ექიმი. ამასთან, 2016-ში გადამზადდა კონკრეტულად სამეგრელოს და კახეთი რეგიონების სკოლებში მომუშავე ყველა ექიმები.

**შუალედური შედეგი** \_ 4.3. შემუშავებულია მაღალი ხარისხის ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების მიწოდების, რეგულირების და მმართველობის მექანიზმები.

ინდიკატორი \_ 1. შემუშავებული და მიღებულია ოჯახის დაგეგმვის პროტოკოლები და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურები პირველადი ჯანდაცვისთვის.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2020)

**შეფასების შედეგი** \_ მინისტრის 2017 წლის 21 აპრილის #01-78/ო ბრძანებით დამტკიცდა „ოჯახის დაგეგმვის“ პროტოკოლი, მაგრამ მისი იმპლემენტაცია არ მომხდარა.



ინდიკატორი \_ 2. შემუშავებულია ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების გამოყენებასთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტები თითოეული დონის მომსახურებისთვის.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2020)

**შეფასების შედეგი \_ არა.**

ინდიკატორი \_ 3. ჩატარებულია მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის შესახებ მონაცემთა შესაგროვებლად.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2018)

**შეფასების შედეგი \_ დიახ.**

**შუალედური შედეგი \_ 4.4. გაზრდილია ჯანდაცვის მუშაკების უნარები და ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებებში**

ინდიკატორი \_ 1. გადახედილია ოჯახის ექიმების ტრენინგის სტანდარტიზებული სასწავლო პროგრამა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მასში ოდ-ის კომპონენტისა და კონტრაცეფციის მეთოდების სრული სპექტრის სათანადო ჩართვა.

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2018)

**შეფასების შედეგი \_ დიახ.**

პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ აკრედიტებულია პროგრამა - „რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები, აივ/შიდსი და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები“-ონლაინ სასწავლო კურსი (<http://rama.moh.gov.ge/geo/list/show/538-test>)

**შუალედური შედეგის 4.5. გაზრდილია ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებების შესახებ ინფორმირებულობა და მათზე მოთხოვნა, მათ შორის ახალგაზრდებში.**

ინდიკატორი \_ 1. შემუშავებულია ინფორმირებულობის გაზრდის ყოვლისმომცველი სტრატეგია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გზავნილებით, მათ შორის ახალგაზრდებისთვის

საბაზისო: არა (2016)

სამიზნე: დიახ (2018)

შეფასების შედეგი \_ არა.



## 7. დასკვნები

სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული 53 საქმიანობიდან სრულად განხორციელდა 16 (30%); ნაწილობრივ განხორციელდა - 20 (38%); ამჟამად ხორციელდება - 1 (2%); არ განხორციელდა - 16 (30%);

- ზოგადად, დადებითად უნდა შეფასდეს ამ სფეროში გრძელვადიანი სტრატეგიისა და მასთან მეტწილად კოორდინაციაში მყოფი სამოქმედო გეგმის დამტკიცება, რომლებიც პასუხობენ ჯანმო-ს გრძელვადიან პოლიტიკასა და გეგმებს;
- სამოქმედო გეგმის ხარვეზია, რომ აღსრულებისა და მონიტორინგი მექანიზმები საკმარისად მკაფიოდ არ იყო გაწერილი, განსაკუთრებით იმ ნაწილში თუ ვინ არის პასუხისმგებელი მონიტორინგის პროცესზე;
- სამოქმედო გეგმაში შეტანილი ზოგიერთი ინდიკატორისთვის მონაცემები საერთოდ არ შეგროვებულა და შესაბამისად, შეუძლებელია მათი შესრულების შეფასება. მაგალითად,
  - იმ ქალების პროცენტული წილი, რომლებმაც მიიღეს ჩასახვამდე ზრუნვის სერვისები;
  - იმ ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებიც კმაყოფილები არიან მიღებული ანტენატალური მომსახურებით;
- სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი სუსტი მხარე ის არის, რომ მასში გაწერილი საქმიანობების ნაწილისთვის ფინანსური მხარდაჭერის მხოლოდ გაურკვეველი მოლოდინი არსებობდა, რაც არ გამართლდა და შესაბამისი საქმიანობების ნაწილი საერთოდ ვერ განხორციელდა, მაგალითად რიგი კვლევები;
- გადაწყვეტილებების მიმღებ და სხვა დაინტერესებულ პირებთან ადვოკატირების ქმედითი მექანიზმები/ინსტრუმენტები არ შემუშავებულა, თუ არ ჩავთვლით სპონტანურ და არასისტემური სახის ღონისძიებებს;
- სამოქმედო გეგმის სტრუქტურაში ამოცანების, შუალედური მიზნებისა და საქმიანობების თანამიმდევრობა გარკვეულ შეუსაბამობებს და ტექნიკურ უზუსტობებს შეიცავს;
- სამოქმედო გეგმის განხორციელების სამწლიან პერიოდში, გათვალისწინებული იყო ყოველწლიური ანგარიშების შედგენა, რომელშიც მთლიანი სამოქმედო გეგმის წლიური შესრულება შეჯამდებოდა. შეფასების პროცესის მონაწილემ შემფასებელს განუცხადა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროში სამოქმედო გეგმის განხორციელების 2018 წლის შემაჯამებელი ანგარიში შეიქმნა, თუმცა შემფასებელმა ვერ შეძლო მისი მოპოვება. ჯანდაცვის სამინისტროში შემფასებელს განუცხადა, რომ ყოველწლიური ანგარიშების შედგენის ნაცვლად, სხვადასხვა თემატური შეხვედრების დროს, სადაც ზოგჯერ, მთავრობის წევრებიც ესწრებოდნენ, ხდებოდა სამოქმედო გეგმის ამა თუ იმ კონკრეტულ თემასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიწოდება. გარდა ამისა, შერეული ფორმატებით მთავრობას რამდენჯერმე მიეწოდა ინფორმაცია სამოქმედო გეგმის სხვადასხვა კომპონენტების წარმატებით განხორციელებასთან დაკავშირებით. იმ კომპონენტების შესახებ, რომლებიც რაიმე მიზეზით არ იყო დაწყებული ან ფერხდებოდა, მთავრობას ინფორმაცია არ მიეწოდებოდა;
- ჯანდაცვის სამინისტროს 2017 წლის შემდეგ ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები არ გამოუქვეყნებია;

- შემფასებლის მცდელობების მიუხედავად, ჯანმო-ს მონვეული ექსპერტის მიერ შემუშავებული ინსტრუმენტის მიხედვით ჩატარებული სამოქმედო გეგმის შეფასების ანგარიში ხელმისაწვდომი ვერ გახდა. ზოგადად, შეფასების პროცესში ჩართული ყველა მხარის, მათ შორის როგორც საჯარო სექტორის, ასევე საერთაშორისო და სამოქალაქო ორგანიზაციების მხრიდან მაღალი ინტერესის მიუხედავად, ეს დოკუმენტი დღემდე ყველასთვის ხელმიწვდომელია;
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ზედამხედველობის/მართვის კუთხით ჯანდაცვის სამინისტროს რესურსი საკმაოდ მწირია და იგრძნობა სტრატეგიული და სისტემური მიდგომის ნაკლებობა. გარდა ამისა, ჯანდაცვის სამინისტროში 2019 წელს განხორციელებულმა სტრუქტურულმა ცვლილებებმა გარკვეულწილად დააკნინა ჯანდაცვის სამინისტროს მაკოორდინირებელი როლი;
- დღევანდელი მდგომარეობით, დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მიმართულემა სამინისტროში გადანაწილებულია ჯანდაცვის პოლიტიკის სამმართველოს ცალკეულ სპეციალისტებზე, კერძოდ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ვერტიკალური პროგრამები, საქმიანობის რეგულირება, დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნო და სხვა. ამავდროულად, შესაბამის სპეციალისტებს შორის კოორდინაციის მექანიზმი ბუნდოვანია;
- სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში არასამთავრობო სექტორისა და ადგილობრივი თვითმმართველობების მონაწილეობა იყო მინიმალური; თვითმმართველობები და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, მხოლოდ ერთჯერადი, უსისტემო მობილიზაციის სახით მონაწილეობდნენ, რაც მოკლებული იყო მდგრადობის ელემენტს;
- გაიდლაინების, პროტოკოლებისა და სოპ-ების შემუშავება/სრულყოფაში პროფესიულ ასოციაციებს წამყვანი როლი აკისრიათ და ეს მექანიზმი წარმატებით მუშაობს;
- მიუხედავად იმისა, რომ სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართვა ისე ეფექტურად ვერ მოხდა, როგორც იგეგმებოდა, მათი როლი ნელ-ნელა მაინც ფართოვდება, რადგან ახლად აშენებული და გარემონტებული ამბულატორიები ადგილობრივი ხელისუფლების ბალანსზე გადადის და მათ უნდა იზრუნონ კომუნალურ და სხვა ხარჯებზე (თუმცა, ეს ვალდებულების სახით არ არის).
- სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ადგილობრივი ხელისუფლებებისა და სხვა აქტორების ეფექტურად ჩასართავად ჩატარებული გარკვეული აქტივობების მიუხედავად, თემის დონეზე მობილიზაციისა და მონაწილეობის ხელშეწყობის რაიმე ქმედითი მექანიზმები არ შემუშავებულა;
- სოფლის ექიმების შერჩევას და მათთვის ხელშეკრულების დადებას, ასევე მათ მიერ საქმიანობის ჯეროვან განხორციელებას კოორდინაციას უწევს სსიპ „საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი (ცენტრი). სოფლის ექიმები მონაწილეობენ იმუნიზაციის პროგრამაშიც, რომელსაც NCDC ახორციელებს;
- ზოგადად, ქვეყანას აქვს საგანგებო სიტუაციების გეგმა, სადაც პრიორიტეტები განსაზღვრულია და აქვს დარგობრივი გეგმები, რომლებშიც შედის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხები. ამ საქმიანობაში ლაპარაკია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გადაუდებელი სერვისების ერთ პაკეტში თავმოყრაზე, რაც საგანგებო სიტუაციის დროს უნდა იქნას მიწოდებული. საკითხი განხილვის ეტაპზეა;



- გამოწვევად რჩება და შესაბამის მარეგულირებელ დოკუმენტებში ცვლილებას მოითხოვს სასწრაფო დახმარების მანქანების აღჭურვა საჭირო ტექნოლოგიებით<sup>44</sup>, რამაც შეიძლება თავიდან აგვაცილოს გარკვეული გართულებები, განსაკუთრებით რეგიონებში;
- ანტენატალური ვიზიტების 4-დან 8-მდე გაზრდა შეიძლება ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ წარმატებულ კომპონენტად;
- ანტენატალური მომსახურების დონეებად დაყოფისა და დონეების შეფასების კრიტერიუმების შესახებ საბაზისო დოკუმენტი მომზადდა 2018-2019 წლებში, დამტკიცდა 2020 წლის სექტემბერში და ამოქმედდა 2021 წლის იანვრიდან. ქვეყნის მასშტაბით ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებებისთვის მოვლის დონეების მინიჭება 2021 წლის 31 დეკემბრამდე დასრულდება;
- პერინატალური რეგიონალიზაცია და დაწესებულებების შეფასების რეგულარული პროცესი, ასევე უნდა ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ ყველაზე წარმატებულ კომპონენტად. თუმცა, საყოველთაო შეფასებით, მე-3 დონის დაწესებულებების რიცხვი ზედმეტად მაღალია;
- პრობლემად რჩება დედებისა და ახალშობილთათვის პოსტნატალური ზრუნვის სერვისების, როგორც ხარისხი, ასევე ხელმისაწვდომობა. არ ხდება ოჯახის ექიმის პოტენციალის რეალიზება;
- ჯანდაცვის სამინისტრომ შექმნა ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერების სისტემა (EHR) - პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემთა ციფრული საცავი, რომელიც შექმნილია და გაზიარებადია ინფორმაციული უსაფრთხოებისა და პერსონალური მონაცემების მიმართ კანონმდებლობით განსაზღვრული მოთხოვნების დაცვით, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი ავტორიზებული პირების მიერ. EHR-ის ამოქმედებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო დაწესებულებების დონეზე ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემის (EMR) განვითარებას. აღნიშნული სისტემები ინტეგრირებულია EHR სისტემასთან. დღესდღეობით EMR სისტემა აქვს დაწესებულებათა მხოლოდ ნაწილს. ამ ეტაპზე ელექტრონული ხელმოწერის სისტემა დანერგვის ეტაპზეა, ამავდროულად, ხელმისაწვდომი არ არის შესაბამისი აუდიტის სისტემა, აქედან გამომდინარე, ელექტრონულ დოკუმენტაციასთან ერთად პრაქტიკაში ჯერ კიდევ აუცილებელია სამედიცინო დოკუმენტაციის ქალაქის ვერსიის ამობეჭდვა;
- არასახარბიელო მდგომარეობაა როგორც ადრეული, ასევე ექსკლუზიური ძუძუთი კვების თვალსაზრისით. შესაბამის კანონს არ ახლავს აღსრულების ეფექტური მექანიზმები;
- გამოსავალზე/ინდიკატორებზე დაფუძნებული ანგარიშსწორების სისტემის (P4P), ისევე როგორც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის შემუშავება და დანერგვა 2023 წლისთვის გადაიდო;
- დაბადებათა რეგისტრის შექმნა და ფუნქციონირება უდავოდ უნდა ჩაითვალოს სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მიღწევად;

<sup>44</sup> 2019 წელს დარგის ექსპერტებთან ერთად მომზადდა მთავრობის დადგენილების პროექტი, რომლითაც ახალი რედაქციით ყალიბდებოდა სასწრაფო სამედიცინო სამსახურების სალიცენზიო მოთხოვნები; დოკუმენტი შესაბამისობაში იყო მოწინავე ქვეყნების ანალოგიურ მოთხოვნებთან, თუმცა პროექტი არ იქნა მიღებული.

- ოჯახის დაგეგმვის სერვისების განვითარება, ასევე სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლებისა და ჯანმრთელობის დონის ამაღლება სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტად მოიაზრებოდა, თუმცა შეიძლება ითქვას, ამ მიმართულებით მნიშვნელოვანი წინსვლა არ შეინიშნება. მიუხედავად იმისა, რომ მაგალითად, პროტოკოლების ნაწილში არის გაუმჯობესება, პრაქტიკულად, ბენეფიციარების დონეზე ცვლილება არ მომხდარა;
- პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლები (მათ შორის, სოფლის ექიმები) ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ინფორმაციის მიწოდების მოვალეობას ვერ ასრულებენ და ამ ეტაპზე არანაირი ინდიკატორი ან რაიმე ქმედითი მექანიზმი არ მოქმედებს, ოჯახის ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაოს გასაზომად;
- საზოგადოებრივი აზრი და საზოგადოების გარკვეული ჯგუფებისგან მოსალოდნელი უარყოფითი რეაქცია დიდ გავლენას ახდენს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარების დღის წესრიგის განსაზღვრაზე. ამის გამო, ჯანდაცვის და განათლების სამინისტროები, პოლიტიკური მიზანშეწონილობიდან გამომდინარე უარს ამბობს ამ მიმართულებითი ქმედითი ზომების გატარებაზე;
- მიუხედავად იმისა, რომ ცნობიერების დაბალი დონე უნდა მივიჩნიოთ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განვითარების მთავარ შემაფერხებელ ფაქტორად, ჯანდაცვის სამინისტრო, შეზღუდული რესურსების პირობებში, ცნობიერების ამაღლებაზე რესურსების დახარჯვას საკმარისად პრიორიტეტულად არ მიიჩნევს;
- სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების საქმეში სკოლის ექიმების როლის გასააქტიურებლად, სამოქმედო გეგმის დაწყებამდე, საკმაოდ წარმატებული პილოტური პროექტი ჩატარდა სამეგრელოს, კახეთის და თბილისის სკოლებში, რომლის ფარგლებშიც სკოლის ექიმები გადამზადდნენ. ლოგიკური იქნებოდა, რომ სამოქმედო გეგმის ფარგლებში, პილოტური პროექტის წარმატებული გამოცდილება ქვეყნის მასშტაბით ყველა სკოლის ექიმზე გავრცელებულიყო, თუმცა ეს არ გაკეთებულა;
- სამოქმედო გეგმის მეოთხე ამოცანისთვის განსაზღვრული ინდიკატორების მაჩვენებლებსა და მის შესასრულებლად საჭირო შესაბამისი შუალედური შედეგების ინდიკატორების მაჩვენებლებს შორის გარკვეული შეუსაბამობა შეინიშნება. კერძოდ, აბორტის მაჩვენებლის შემცირების ტენდენციასა და მასთან მჭიდრო კავშირში მყოფ ფაქტორებს შორის, როგორცაა კონტრაცეპტივების გამოყენება და შობადობა. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (MICS) შედეგების თანახმად, საქართველოში კონტრაცეპტივების გამოყენება მნიშვნელოვნად შემცირდა 2010 წლიდან 2018 წლამდე - 53,4% -დან 45,4% -მდე. ასევე აღსანიშნავია, რომ სამოქმედო გეგმის განხორციელებისას შობადობა არ გაზრდილა;
- სამოქმედო გეგმის საკომუნიკაციო და საგანმანათლებლო კომპონენტების მუშაობის არაეფექტურობაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს ზოგიერთი წარმომადგენლის აზრით, დროის მოცემულ მომენტში, კონტრაცეპტივების შექენაზე სახელმწიფო ბიუჯეტის დახარჯვა არ იქნება მიზანშეწონილი, რადგან არც სამიზნე ჯგუფებში არსებობს საკმარისი მოთხოვნა და მზაობა კონტრაცეპტივების ეფექტურად გამოსაყენებლად და არც კვალიფიციური კონსულტაციებია მათთვის იოლად ხელმისაწვდომი;
- იმის მიუხედავად, რომ ჯანდაცვის სამინისტროსთან კოორდინაციით, საერთაშორისო დონორების მიერ, სხვადასხვა გრძელვადიანი და მალაღ



ბიუჯეტური პროგრამა განხორციელდა, არც სამიზნე ჯგუფები არიან მზად კონტრაცეპტივების ეფექტურად გამოსაყენებლად და არც კვალიფიციური კონსულტაციებია, პირველადი ჯანდაცვის<sup>45</sup> რგოლის ფარგლებში, მათთვის ხელმისაწვდომი. ეს იმაზე მიანიშნებს, რომ ამგვარი პროგრამების მიზნობრიობა და ეფექტიანობა/ეფექტურობა საკმარისად მაღალი არ აღმოჩნდა. ეს ძირითადად ორი მიზეზით შეიძლება იყოს განპირობებული: პირველი, პროგრამების დაგეგმვისას კარგად არ იყო გააზრებული მდგრადობის კომპონენტი და მეორე, სახელმწიფოს არ აღმოაჩნდა მკაფიო ხედვა, პოლიტიკა და თანმიმდევრულად მოქმედების უნარი;

- ორსულობასთან და პოსტნატალურ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხზე უარყოფით გავლენას ახდენს პატარა ქალაქებსა და სოფლებში ადამიანური რესურსების (მეან-გინეკოლოგებისა და ბებიაქალების) ნაკლებობა. ამასთანავე, ორსულთა პატრონაჟისა და პოსტნატალური მეთვალყურეობის პროცესში ოჯახის/სოფლის ექიმების ჩართულობა მინიმალურია და ძირითადად, მხოლოდ რეფერირებით შემოიფარგლება.

აღსანიშნავია, რომ ადამიანური რესურსების დეფიციტის შესავსებად ჯანდაცვის სამინისტრომ 2015 წელს წამოიწყო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც სარეზიდენტო მზადება უფინანსდებოდათ საექიმო სპეციალობის მაძიებლებს (მ.შ., საექიმო სპეციალობებში - „მეანობა-გინეკოლოგია“, „ნეონატოლოგია“), რომლებიც რეზიდენტურის დასრულებისა და სახელმწიფო სერტიფიკატის მოპოვების შემდეგ, 3 წლის განმავლობაში დასაქმდებოდნენ მაღალმთიან და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებში. პროგრამა ახლაც მიმდინარეობს, თუმცა, პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვი საკმაოდ დაბალია. ამავდროულად, პროგრამაში ჩართული პირები რეზიდენტურის კურსის დასრულებისა და სახელმწიფო სერტიფიკატის მოპოვების შემდეგ უარს აცხადებენ მაღალმთიან და საზღვრისპირა მუნიციპალიტეტებში დასაქმებაზე (შესაბამისად, იხდიან ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ პირგასამტეხლოს).

- ექთნები არ მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს მათ კვალიფიკაციაზე;
- ეროვნულ სასწავლო გეგმებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხები არასაკმარისი მოცულობით არის წარმოდგენილი;
- სქესობრივი და რეპროდუქციული განათლების, ასევე ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობის მიზნით ეფექტური საკომუნიკაციო კამპანიის მომზადება/ჩატარებისთვის, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ არ არის გაწერილი საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციებთან, აგრეთვე საზოგადოებრივ მაუწყებელთან თანამშრომლობის ფორმა, სადაც განსაზღვრული იქნება პროცესში ჩართული პირების მოვალეობები და ფუნქციები;

<sup>45</sup> მეან-გინეკოლოგებს შეუძლიათ კვალიფიციური კონსულტაციის გაწევა და მათი მომსახურება ნაწილობრივ ფინანსდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში.

## 8. რეკომენდაციები

- მომდევნო სამოქმედო გეგმა უნდა იყოს გაცხადებით რეალისტური და დეტალურად უნდა იყოს გაწერილი აღსრულების და მონიტორინგის მექანიზმები; მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული პასუხისმგებელი ორგანიზაციები იმგვარად, რომ მათი შესაძლებლობები (capacity) სრულ შესაბამისობაში იყოს დაკისრებულ მოვალეობებთან;
- შემდეგი სამოქმედო გეგმა უნდა იყოს კონკრეტული და ბიუჯეტი უნდა იყოს რეალისტური, გაწერილი საქმიანობების დონეზე. ანუ, თითოეული საქმიანობისთვის ფულის წყარო უნდა იყოს ცნობილი და შესაბამისმა უწყებამ/ორგანიზაციამ უნდა აიღოს ვალდებულება;
- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში ისეთი ინდიკატორები უნდა მოხვდეს, რომელთა შესრულებაც გადამოწმებადი იქნება, ანუ განსაზღვრული იქნება პასუხისმგებელი სტრუქტურული ერთეული თუ ორგანიზაცია, რომელიც შესაბამის მონაცემებს შეაგროვებს;
- ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა მოამზადოს და გამოაქვეყნოს სამოქმედო გეგმის შესრულების ყოველწლიური ანგარიშები, წინასწარ დადგენილი ფორმატით;
- კვლევების დაგეგმვისას სახელმწიფო და საერთაშორისო ორგანიზაციებს შორის უნდა იყოს მეტად ეფექტური კოორდინაცია, რათა პირველ რიგში, ყველაზე პრიორიტეტული კვლევები ჩატარდეს. გარდა ამისა, პრიორიტეტული კვლევების ნაწილის დაფინანსება სახელმწიფომ საკუთარ თავზე უნდა აიღოს და ეს ვალდებულება სამოქმედო გეგმით უნდა განისაზღვროს;
- სამიზნე ჯგუფების საჭიროების მიხედვით, საკოორდინაციო საბჭოს გადაწყვეტილებით და რეკომენდაციით ჩატარდეს სათანადო კვლევები, რომლებიც შესაბამისი სახელმწიფო ბიუჯეტით იქნება უზრუნველყოფილი;
- სასურველია, რომ როგორც სტრატეგიაში, ასევე მომდევნო სამოქმედო გეგმაში სათაურში სიტყვა „დედათა“ ჩანაცვლდეს სიტყვით „ქალთა“, რათა სათაურმა სრულყოფილად ასახოს დოკუმენტის შინაარსი (სამოქმედო გეგმა ფარავს არა მხოლოდ დედებს, არამედ ქალებს დედობამდე. გასათვალისწინებელია, ასევე ქალ ბენეფიციართა ის სეგმენტი, რომელიც დედა შეიძლება არც გახდეს, მაგალითად, სექსუალური უმცირესობების წარმომადგენლები);
- დედათა და ახალშობილთა ჯამრთელობის მართვა-კოორდინირება სხვადასხვა პროგრამებსა და პასუხისმგებელ პირებს შორის არის გადანაწილებული. კარგი იქნება თუ კოორდინაციის უფრო ეფექტური, ცენტრალიზებული მექანიზმი განისაზღვრება;
- ჯანდაცვის სამინისტროში არსებული დედათა და ბავშვთა საკოორდინაციო საბჭოს ეფექტურობის კიდევ უფრო გასაზრდელად, კარგი იქნება თუ საბჭოს მუშაობაში მონაწილე პირებს განსახილველი საკითხებისა და დოკუმენტების შესახებ ინფორმაცია კიდევ უფრო ადრე მიეწოდებათ<sup>46</sup>, რათა უფრო მომზადებული დაესწრონ სხდომას;
- მომდევნო სამოქმედო გეგმის შემუშავების პროცესში უფრო მეტად სრულფასოვნად უნდა ჩაერთონ როგორც თემატური არასამთავრობო ორგანიზაციები, ასევე პროფესიული ასოციაციები;

<sup>46</sup> მათ დღის წესრიგი და დოკუმენტები რამდენიმე დღით ადრე ეგზავნებათ, მაგრამ როგორც ჩანს, ზოგ შემთხვევაში მეტი დროა საჭირო.



- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში უნდა აისახოს ჯანდაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის მკაფიო ხედვა, ხოლო ცალკეულ სტრუქტურულ ერთეულებს უნდა ჰქონდეთ პარტნიორობის თანმიმდევრული სტრატეგია;
- ზოგადად, სწორი ტენდენცია იქნება, თუ სამინისტრო უფრო მეტი ფუნქციის დელეგირებას გააკეთებს სამოქალაქო სექტორზე, როგორც დამოუკიდებელ მოთამაშეზე და ხელს შეუწყობს მის აქტიურ ჩართვას გეგმების შემუშავებაში, მონიტორინგსა და შესრულებაში. თუმცა, ამავე დროს სამინისტროს უნდა ჰქონდეს მთავარი მაკოორდინირებელი როლი როგორც მომდევნო სამოქმედო გეგმის შედგენის, ასევე განხორციელებისა და მონიტორინგის პროცესებში;
- ადგილობრივმა თვითმმართველობამ უნდა შეასრულოს მაკოორდინირებელი როლი ადგილზე პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად მიწოდებაში, მათ შორის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დონის ამაღლებაში. ამისათვის, უნდა შეიცვალოს სამართლებრივი ბაზა, მათ შორის ადგილობრივი თვითმმართველობის კოდექსი, რათა მოხდეს ადგილობრივი თვითმმართველობებისთვის, როგორც დამოუკიდებელი საჯარო ინსტიტუტისთვის სათანადო უფლება-მოვალეობების დელეგირება და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების ინტეგრაცია მუნიციპალურ სამსახურებში. ორგანიზაციულად ეს შეიძლება გულისხმობდეს ახალი სტრუქტურული ერთეულის დამატებას ან არსებული მუნიციპალური სამსახურების სათანადოდ გაძლიერებას.
- სოფლის ექიმები უნდა განთავისუფლდნენ ადმინისტრაციულ/ლოგისტიკური ფუნქციებისგან და ეს ვალდებულებები ადგილობრივმა თვითმმართველობებმა საკუთარ თავზე უნდა აიღონ;
- სასურველია, რომ ოჯახის/სოფლის ექიმები მეტად ჩაერთონ ორსულთა პატრონაჟისა და პოსტნატალური მეთვალყურეობის პროცესში. აღნიშნული მიდგომა სერვისის მოხმარებასთან დაკავშირებულ არაპირდაპირ ხარჯებს შემამცირებს და სხვა სპეციფიკურ ხელისშემშლელ ფაქტორებსაც თავიდან აგვაცილებს;
- ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში ჩართული ორსულის რიგგარეშე ვიზიტზე დაბარებისას (8 ვიზიტის მიღმა), ექიმს უნდა ჰქონდეს ვალდებულება, რომ დეტალურად დაასაბუთოს რიგგარეშე ვიზიტზე დაბარების მიზეზი. ხოლო, ჯანდაცვის სამინისტრომ რეგულარულად უნდა შეისწავლოს და გაანალიზოს პროგრამით გათვალისწინებული 8 ვიზიტის გარდა, რამდენი რიგგარეშე ვიზიტი ხორციელდება, რა მიზეზით და რა ინტერვალებით;
- შეფასების პროცესში მონაწილე რამდენიმე რესპოდენტმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში პროგრამული 8 ვიზიტის განხორციელებისას, სხვადასხვა დაწესებულებაში დაწესებულია ექიმის კონსულტაციის გარკვეული საფასური, რაც ეწინააღმდეგება პროგრამის სულისკვეთებას. სასურველია, რომ ჩატარდეს სრულმასშტაბიანი კვლევა, რომელიც გამოავლენს, უწევთ თუ არა ორსულებს 8 ვიზიტის ფარგლებში ექიმის კონსულტაციის საფასური გადახდა;
- ზოგადად, ჯანდაცვის სამინისტრომ გაცილებით მეტი რესურსი უნდა გამოყოს ანალიტიკურ საქმიანობაზე, რათა გაანალიზდეს მნიშვნელოვანი მონაცემები და შესაბამისი დასკვნები დაიდოს, მაგ. ანტენატალურ მომსახურეობის
- ფოლიუმის მუავის დროულად მოხმარების პრაქტიკის გასაუმჯობესებლად (ორსულობამდე და ორსულობის საწყის თვეებში) უნდა ამაღლდეს პჯდ-რგოლის ცოდნა, უნარები და როლი, რათა მათთან დროულად მივიდეს ინფორმაცია და მათ

შეძლონ რომ დაარწმუნონ პოტენციური ბენეფიციარები ფოლიუმის მუავის დროულად მოხმარების დაწყებაში;

- ფოლიუმის მუავის დროულად მოხმარების პრაქტიკის გასაუმჯობესებლად, საჭიროა მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება პერმანენტული საკომუნიკაციო კამპანიებით. მიზანშეწონილია სამოქალაქო სექტორის შესაბამისი ორგანიზაციების ჩართვა, რომლებიც შეირჩევიან კონკურსის გზით;
- რეკომენდირებულია, რომ გადაიხედოს და გამკაცრდეს მე-3 დონის პერინატალური კლინიკების სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობისთვის საჭირო მოთხოვნები, რათა პროგრამის ბიუჯეტი უსასრულოდ არ გაიზარდოს და ამავე დროს, რეფერირებულმა პაციენტებმა მკურნალობა განაგრძონ მხოლოდ სათანადო/მაღალი კვალიფიკაციის ექიმთან. ნაკლები რაოდენობის მესამე დონის დაწესებულებების შემთხვევაში, შემცირდება რეანიმაციულ განყოფილებებში ახალშობილების ხელოვნურად გადაქაჩვის საფრთხე. ასევე, შემუშავდეს ისეთი კრიტერიუმები, რაც ხელს შეუწყობს მესამე დონის (ნეონატალური და სამეანო გინეკოლოგიური) კლინიკების ქვეყნის მასშტაბით საჭიროების მიხედვით გადანაწილებას;
- სასურველია, რომ გამოკვლეული იქნას მე-3 დონის პერინატალურ დაწესებულებებში შიდა და გარე რეფერალის ძირითადი მიზეზები და პრაქტიკა. ასევე, გაანალიზდეს საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილება.
- ჯანდაცვის სამინისტროს კოორდინირებით შეიქმნას ექსპერტებისგან დაკომპლექტებული სამუშაო ჯგუფი, რომელიც იმსჯელებს მიზანშეწონილია თუ არა საკეისრო კვეთებთან მიმართებაში ე.წ. „რობსონის შკალის“ სრულფასოვნად გამოყენება;
- მიზანშეწონილია, რომ პერინატალური დაწესებულებების შეფასებასა და მომსახურების დონის მინიჭებაში, ჯანდაცვის სამინისტროს მარეგულირებელი სტრუქტურის პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა (ადამიანური რესურსის უწყვეტი მზადება, შიდა სტრუქტურული რეორგანიზაცია) უფრო ეფექტიანად მიმდინარეობდეს;
- საჭიროა, რომ პერინატალური აუდიტისა და პერინატალური ინდიკატორების მონიტორინგის მექანიზმების ეფექტიანობა გაიზარდოს და დაინერგოს რეკომენდაციების იმპლემენტაციის ქმედითი მექანიზმი;
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომსახურებების ხარისხის ინდიკატორების ანალიზისა და მიღებულ შედეგებზე რეაგირების სისტემა საკმარისად მდგრადი და ეფექტიანი უნდა გახდეს, რათა მისი გამოყენება შესაძლებელი იყოს აღსრულების მექანიზმებში და სახელმწიფო პოლიტიკის დაგეგმვა/გატარებაში. სწორედ ეს განაპირობებს ხარისხის გაუმჯობესებას.
- დაწესებულებებს, რომელთა რეანიმაციულ განყოფილებაში დიდხანს ხდება ახალშობილის დაყოვნება, შესაბამისი ნორმატიული ცვლილებებით, ახალშობილის ვაქცინაციის ვალდებულება დაეკისროს. ეს შეიძლება გულისხმობდეს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვას ან სერვისის გარე მომწოდებელთან ხელშეკრულების დადებას;
- სანებართვო/მაღალი რისკის შემცველი ამბულატორიული საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნების მიხედვით, შესაბამისი ნორმატიული ბაზით განისაზღვროს, სამედიცინო დაწესებულებების ვალდებულება სმენის და მეტყველების უნარის არმქონე პაციენტებისათვის პროფესიული თარჯიმნის მომსახურება უზრუნველყონ. ხოლო, სხვადასხვა სახის ფიზიკური შესაძლებლობის შეზღუდვის მქონე ქალებისთვის სამედიცინო დაწესებულებებში ადაპტირებული



იყოს არა მხოლოდ მთავარი შესასვლელი, არამედ შიდა პერიმეტრი, გინეკოლოგიური კაბინეტები და გინეკოლოგიური სავარძლები. ასევე, ეთნიკური უმცირესობებს მათთვის გასაგებ ენაზე მიეწოდოთ ინფორმაცია;

- ჯანდაცვის სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს დაწესებულებების ელექტრონული სამედიცინო ისტორიების/ჩანაწერების (EMR) შიდა სისტემების გაძლიერებას;
- სამედიცინო დაწესებულებებში ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების (EMR) სისტემის ეფექტიანად დასაანერგად, სასურველია, რომ შესაბამისი ცვლილება შევიდეს სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესში<sup>47</sup>;
- უნდა შეიქმნას ქმედითი მექანიზმი, რომლის მეშვეობითაც ორსულობამდე პერიოდში მიღებულ სერვისებთან დაკავშირებით მონაცემები რუტინულად შეგროვდება. ამუშაოდ, ასეთი ინფორმაციის მიღება თავად ორსულისგან არის შესაძლებელი, მისი პირველი ვიზიტისას (გამოკითხვა), მაგრამ ასეთი ინფორმაცია არასრულყოფილი და არასაიმედოა;
- უნდა შემუშავდეს და ამოქმედდეს ქმედითი მექანიზმები, რათა აბორტების მაჩვენებელი ზუსტ რეალობას ასახავდეს და გამოირიცხოს სხვადასხვა მანიპულაციებით აბორტების მაჩვენებლის ხელოვნურად შემცირება;
- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მომდევნო სამოქმედო გეგმაში გაწერილი უნდა იყოს სამშობიარო დატოვების შემდეგ გადაბარების მკაფიო მექანიზმი, რათა უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა;
- ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშეწყობის მიზნით, სამშობიაროებში უნდა დაინერგოს მექანიზმი, რომელიც დედებს აუმაღლებს ცოდნასა და უნარებს, რათა ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების პროცესი ეფექტურად დაიწყოს (სწორი მოჭიდება და სხვა) და გაგრძელდეს;
- ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხელშესაწყობად რეკომენდირებულია, ერთის მხრივ დედების უზრუნველყოფა საჭირო კვებითი დანამატებით და მეორეს მხრივ, დეკრეტული შვებულების მორგება დედის საჭიროებებზე. ასევე, არსებული წესის შესაბამისად, დეკრეტული შვებულების გაცემა სავალდებულო უნდა გახდეს კერძო სტრუქტურებისთვისაც;
- კანონმდებლობის მომზადება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში როგორც ექიმების, ასევე, ექთნების მონაწილეობის უზრუნველსაყოფად;
- ფიზიოლოგიური მშობიარობის უკეთ მართვის მიზნით რეგულარულად ჩატარდეს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისთვის საჭირო შესაბამისი ღონისძიებები;
- შემუშავდეს ექთნების უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა და შეიქმნას შესაბამისი ტრენინგ-მოდულები;
- უწყვეტი განათლების სისტემაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების ჩართვას უნდა ჰქონდეს სავალდებულო ხასიათი. ხოლო, სასწავლო პროგრამებში მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაეთმოს ოჯახის დაგეგმვის, ანტენატალური მეთვალყურეობის, დედისა და ახალშობილის მონიტორინგისა და მართვის საკითხებს;
- მომდევნო სამოქმედო გეგმაში გაცილებით დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ახალგაზრდების და განსაკუთრებით, ქალთა სქესობრივ და რეპროდუქციულ განათლებას, რაც შეცვლიდა მათ ქცევას, როგორც ორსულობამდე, ასევე ორსულობისას და მშობიარობის შემდეგ;

<sup>47</sup> არსებობს ალტერნატიული მოსაზრება, რომ პროცესის ფორსირება დაწესებულებებისთვის ოპერირების ხარჯებს გაზრდის.

- ეროვნულ სასწავლო გეგმებში სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხების მოცულობა და საათები მნიშვნელოვნად უნდა გაიზარდოს, განსაკუთრებით ასაკობრივი მოთხოვნებისა და საჭიროებების გათვალისწინებით;
- განათლების სამინისტრომ უნდა დანერგოს კონტროლის ქმედითი მექანიზმი, რათა ბიოლოგიის მასწავლებლები მე-8 და/ან მე-9 კლას(ებ)ში სრულად ფარავდნენ რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და განათლების საკითხებს;
- ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროებმა უნდა გააძლიერონ ძალისხმევა და თანამშრომლობა, რათა სკოლებში ექიმების ფუნქციონირებას სავალდებულო ხასიათი ჰქონდეს და მათ შესაბამისი გადაზიდვა გაიარონ. შედეგად, სკოლის ექიმებს საშუალება ექნებათ, რომ ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე სკოლის მოსწავლეთა ცოდნისა და ცნობიერების დონის ამაღლებაში წვლილი შეიტანონ;
- მომავალ სამოქმედო გეგმაში უნდა შევიდეს კონტრაცეპტივებით სხვადასხვა პოპულაციების უზრუნველყოფის ხარჯ-ეფექტურობის კვლევა, რათა არსებობდეს ცოდნა იმის შესახებ, თუ რა სარგებლობა მოაქვს ქვეყნისთვის, მაგალითად ყოველ კონდომზე დახარჯულ ერთ თეთრს; აქამდე ჩატარებული კვლევის მონაცემები მნიშვნელოვან განახლებას საჭიროებს;