

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და
ეპიდემიოლოგიის პროგრამა

ავტორი: ეკა პაატაშვილი

**„რუტინული იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესება საქართველოში:
ინსტიტუციური ინტერვენციები და რეგულირება“**

ეკა პაატაშვილის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: პაატა იმნაძე

თბილისი, 2019 წელი

აბსტრაქტი

საქართველომ წარმატებით დაასრულა Gavi-ის დახმარების გარდამავალი ეტაპი და, დღეისათვის, სრულად უზრუნველყოფს იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამის დაფინანსებას. ძლიერი პოლიტიკური მხარდაჭერის, ადგილობრივი ექსპერტებისა და საერთაშორისო პარტნიორების მჭიდრო თანამშრომლობით ქვეყანამ შეძლო რიგი ვაქცინით მართვადი დაავადებების აღმოფხვრა და იმუნიზაციით მოცვის მაღალი მაჩვენებლების მიღწევა. თუმცა, იგი კვლავ დგას გამოწვევების წინაშე, რომ შეინარჩუნოს გეგმიური ვაქცინაციით მოცვის ევროპის რეგიონული სამიზნე 95%-იანი მაჩვენებელი და შეძლოს წითელას ელიმინაცია.

2017 წელს, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საბინის ვაქცინის ინსტიტუტის მიერ ერთობლივად ჩატარდა ევროპის რეგიონული სამუშაო შეხვედრა იმუნიზაციის კანონმდებლობის შესახებ, სადაც საქართველოს მხრიდან პოლიტიკის პრიორიტეტებს შორის დასახელდა ვაქცინაციაზე მოთხოვნის გაზრდა და იმუნიზაციის სისტემის მარეგულირებელი მექანიზმების სრულყოფა. 2018 წლის 14 ნოემბერს, „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონში შეტანილი იქნა ცვლილება და ქვეყანაში შემოდებული იქნა სავალდებულო იმუნიზაცია, რომლის კონკრეტული მოთხოვნები და რეგულაციები 2019 წლის ივლისამდე უნდა განისაზღვროს. აღნიშნული ფაქტები კიდევ უფრო ზრდის გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის იმუნიზაციის რეგულირებისა და სისტემური ხედვის შესახებ მტკიცებულებების გამოვლენისა და გაზიარების აქტუალობას.

იმუნიზაციის სისტემის გაუმჯობესების საერთაშორისო რეკომენდაციები გასათვალისწინებელია, თუმცა ვერ ასახავს საქართველოს თავისებურებებს მომსახურების კერძო მიმწოდებლებზე დაფუძნებული ჯანდაცვის სისტემისა და ვაქცინაციის მოთხოვნა-მიწოდებაში გეოგრაფიული განსხვავებების მხრივ. იმუნიზაციის შესახებ არსებული ადგილობრივი კვლევები ორიენტირებულია პრობლემის აღმოჩენასა და ანალიზზე, ხოლო პოლიტიკის ცვლილებებისა და

გასატარებელ ღონისძიებებთან დაკავშირებით მხოლოდ ზოგადი დასკვნებით შემოიფარგლება.

წარმოდგენილი თვისებრივი კვლევა მიზნად ისახავს გამოავლინოს და სიღრმისეულად გააანალიზოს ინსტიტუციური ინტერვენციები და რეგულირების მექანიზმები საქართველოში რუტინული იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად, რითაც ხელს შეუწყობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესს. მიზნის მისაღწევად, ფოკუს-ჯგუფებისა და ინდივიდუალური ინტერვიუების საშუალებით გამოკითხული იქნა გადაწყვეტილებების მიმღებები, დარგის ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტები, თვითმმართველობებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური ინსტიტუციების წარმომადგენლები, რამაც შესაძლებელი გახადა საკითხისადმი კომპლექსური მიდგომების გამოვლენა.

კვლევის დოკუმენტში თემის აქტუალობასა და კვლევის მეთოდოლოგიასთან ერთად წარმოდგენილია ვაქცინაციის სერვისის მოთხოვნა-მიწოდების, სისტემური რეგულაციების, წახალისებისა და ანაზღაურების მექანიზმების, ასევე, სექტორებს შორის თანამშრომლობის საკითხები. თითოეულ საკითხთან მიმართებით, დეტალურადაა მიმოხილული მათზე მოქმედი ფაქტორები და რეკომენდებული ინტერვენციები. აქტუალობიდან გამომდინარე, კვლევა განსაკუთრებულ აქცენტს აკეთებს სავალდებულო იმუნიზაციის საკითხებზე - მიმოიხილავს სხვა ქვეყნების გამოცდილებას და სავალდებულო იმუნიზაციის განსხვავებულ სცენარებს, აანალიზებს საქართველოს რეალობაში მათი განხორციელების პერსპექტივებს და დაინტერესებული მხარეების მიერ შემოთავაზებულ ალტერნატივებს. საბოლოოდ, დოკუმენტი წარმოადგენს შემაჯამებელ დასკვნებს და რეკომენდაციებს კონკრეტულ ინტერვენციასთან მიმართებით.

კვლევის მიზნები და მეთოდოლოგია შესაძლებელია წარმატებით იქნას გამოყენებული რეგიონის სხვა ქვეყნებში იმუნიზაციის სისტემის გაუმჯობესების ღონისძიებების გამოსავლენად. ასევე, კვლევის ზოგადი მიგნებები შესაძლებელია

წარმატებით იქნას გამოყენებული საერთაშორისო პრაქტიკაში იმუნიზაციის სისტემური ცვლილებების ადვოკატირებისათვის.

Improving routine immunization coverage in Georgia: Institutional interventions and regulation

Abstract

Georgia has successfully transitioned from Gavi support and is self-financing its national immunization program. With the strong support of political leadership and close collaboration of the national experts and international partners the country managed to eradicate numbers of vaccine preventable diseases (VPDs) and achieved high rates of immunization coverage. However, Georgia's immunization system still faces challenges to maintain regional target of 95-percent of immunization coverage and eliminate measles.

In 2017, the Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs and Sabin Vaccine Institute jointly conducted the European Regional Workshop on Immunization Legislation where Georgia declared improvement of vaccine uptake and enhancement of immunization regulatory mechanisms among key policy priorities. On 14th November 2018, the amendment to the Georgia Law on Public Health was passed and mandatory immunization was introduced in the country; the deadline of July 2019 was established for the government to clarify detailed requirements and regulations. These facts state high importance of developing evidences on immunization regulation and systemic approaches to share them with the policy makers.

International recommendations on immunization system improvements should be considered, however, they cannot enough to adequately apply the Georgia reality characterized with private healthcare providers and geographic varieties in immunization demand and service delivery. Existing local studies on immunization are focused on identifying and analyzing problems and provide only limited general recommendations on preferable policy changes.

This qualitative research aims to explore and analyze institutional interventions and regulatory mechanisms for improvement of routine immunization coverage in Georgia that would support evidence based decision-making process. For that purpose, the ideas of decision makers, local and international experts, representatives of local government and academic institutions were studied through focus-group and individual interviews and complex approaches revealed.

Together with the information on research importance and methodology, the research document develops issues on vaccine demand, quality and provision of immunization services, system regulations, incentives and payment mechanisms and intersectoral collaboration; each issue is discussed in the context of influencing factors and recommended interventions. As a subject of priority interest, the research addresses to mandatory immunization with particular interest; it highlights an international experience and various scenarios on compulsory vaccination, analyses their feasibility for Georgia reality and provides different alternatives stated by the interviewed stakeholders. Finally, the document summarizes conclusions and recommendations regarding particular intervention.

The goals and the methodology of the proposed research can be used to study other countries of the region and reveal interventions to improve immunization system. In addition, general findings of this research can be successfully used in international practice to advocate for immunization systemic changes.

შინაარსი

აბსტრაქტი	ii
შემოკლებები	viii
შესავალი	11
კვლევის მიზანი და ამოცანები	17
ლიტერატურის მიმოხილვა	17
იმუნიზაციის ხელშემწყობი სტრატეგიები	17
EU-ქვეყნები და მანდატორული იმუნიზაცია: მტკიცებულებები პოლიტიკის შესახებ	22
სრული და ნაწილობრივი მანდატორიზმი.....	25
ქვეყნების გამოცდილება	28
დასკვნა	37
კვლევის მეთოდოლოგია	38
კვლევის მიგნებები.....	42
გამოწვევები.....	42
ვაქცინაციის მოთხოვნის შემზღვეველი ფაქტორები	42
სამედიცინო პერსონალის ქცევა და დამოკიდებულება ვაქცინაციისადმი	43
სისტემური პრობლემები	45
ვაქცინაციაზე მოთხოვნის გაზრდა: რეკომენდებული ინტერვენციები	53
სავალდებულო იმუნიზაცია	54
ვაქცინაციის მოთხოვნაზე მოქმედი სხვა ინსტიტუციური ინტერვენციები.....	65
ინტერვენციები ინფორმირებისა და კომუნიკაციის გასაუმჯობესებლად.....	68
იმუნიზაციის სერვისის ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება	78
მომსახურების უწყვეტობა.....	78
პატრონაჟის გაუმჯობესება.....	79
იმუნიზაციის კომპონენტის გაძლიერება განათლებისა და პროფესიული პასუხისმგებლობის სისტემაში.....	82
ვაქცინაციის სერვისზე მოქმედი სისტემური რეგულაციები.....	93
იმუნიზაციის მონიტორინგი და მართვა	97
მოტივაცია და დაფინანსების ეფექტიანი მექანიზმები	104
პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურების გაზრდა.....	104
წახალისება და ჯარიმები.....	106

შედეგებზე/შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება	110
ინტერსექტორული თანამშრომლობა და კოორდინაცია	120
მონაწილე მხარეები.....	120
დასკვნები და რეკომენდაციები	139
გამოყენებული ლიტერატურა.....	145
დანართები.....	150
დანართი 1 - კვლევის კითხვარი.....	150
დანართი 2. გეგმიური იმუნიზაციის გაუმჯობესების ინტერვენციები: კონცეპტუალური ჩარჩო	153
დანართი 3. იმუნიზაციის რეგულაციების საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა.....	154
დანართი 4. ვაკცინით მართვადი დაავადებები და იმუნიზაცია - ჰიპოთეტური კავშირები	163

შემოკლებები

ASSET - Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics

BCG - ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინა

DTP - დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველას საწინააღმდეგო ვაქცინა

EVAP - ვაქცინაციის ევროპის სამოქმედო გეგმა

GAVI – ვაქცინებისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი

GVAP - ვაქცინაციის გლობალური სამოქმედო გეგმა

HPV - ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა

JRF - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ერთიანი ანგარიშის ფორმა

MM - წითელა-წითურას საწინააღმდეგო ვაქცინა

MMR - წითელა-წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო ვაქცინა

NCDC - საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

NITAG - იმუნიზაციის ეროვნული ტექნიკურ მრჩეველთა ჯგუფი

PCV - პნევმოკოკის ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა

RBF - შედეგზე დაფუძნებული დაფინანსება

RIA - რეგულირების გავლენის შეფასება

ROTA - როტა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინა

TD - ტეტანუსი-დიფტერიის საწინააღმდეგო ვაქცინა

UNICEF - გაეროს ბავშვთა ფონდი

VENICE – ვაქცინის ევროპული ახალი ინტეგრირებული კოლაბორაციის მალიდხმევის პროექტი

VPD - ვაქცინით მართვადი დაავადება

WHO - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ატლანტა-CDC - აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრი

განათლების სამინისტრო - საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო

პჯდ - პირველადი ჯანდაცვა

ჯანდაცვის სამინისტრო - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

I/P1 - ინდივიდუალური ინტერვიუ პარლამენტის წარმომადგენელთან (1)

I/P2 - ინდივიდუალური ინტერვიუ პარლამენტის წარმომადგენელთან (2)

I/MOH – ინდივიდუალური ინტერვიუ ჯანდაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილების მიმღებთან

FG/MOH - ფოკუს-ჯგუფი, ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები

IG/NCDC - ინტერვიუ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლების ჯგუფთან

I/PMA - ინტერვიუ პრემიერ-მინისტრის ადმინისტრაციის წარმომადგენელთან

FG/FMA - ფოკუს-ჯგუფი, საოჯახო მედიცინის პროფესიული ასოციაციები

I/NITAG - ინტერვიუ NITAG-ის წარმომადგენელთან

I/AC1- ინტერვიუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიურ წარმომადგენელთან (1)

I/AC2 - ინტერვიუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიურ წარმომადგენელთან (2)

I/LG - ინტერვიუ ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენელთან

IG/NGO - ინტერვიუ არასამთავრობო ორგანიზაციის ექსპერტების ჯგუფთან

I/EXP1 - ინტერვიუ დარგის ექსპერტთან (1)

I/EXP2 - ინტერვიუ დარგის ექსპერტთან (2)

I/INS - ინტერვიუ სადაზღვევო ორგანიზაციის ხელმძღვანელთან

I/SCH - ინტერვიუ სკოლის წარმომადგენელთან

FG/INT1 - ფოკუს ჯგუფი -1, საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები

FG/INT2 - ფოკუს ჯგუფი - 2, საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები

IG/INT - ინტერვიუ საერთაშორისო წარმომადგენლების ჯგუფთან

I/INT - ინტერვიუ საერთაშორისო წარმომადგენელთან

FG/ADJ - ფოკუს ჯგუფი, გადაწყვეტილებების მიმღებები აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკიდან

FG/FM-ADJ - ფოკუს ჯგუფი, აჭარის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების წარმომადგენლები

FG/FM-TB - ფოკუს ჯგუფი, თბილისის პირველადი ჯანდაცვის კლინიკის წარმომადგენლები

IG/PHK – ინტერვიუ ქუთაისის რაიონული და სამხარეო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან

I/FMK - ინტერვიუ ქუთაისის საოჯახო მედიცინის დაწესებულების ხელმძღვანელთან

შესავალი

იმუნიზაცია კაცობრიობის უმთავრესი მონაპოვარი და ჯანდაცვის ყველაზე ხარჯეფექტიანი და ხელმისაწვდომი მომსახურებაა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მისი სარგებელი ყოველწლიურად 2-3 მილიონი ბავშვის შენარჩუნებულ სიცოცხლეს და ნახევარ მილიონზე მეტ უმძიმესი დაავადების პრევენციის შემთხვევას ითვლის (The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2018). შესაბამისად, იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დეტერმინანტია, ხოლო იმუნიზაციის პროგრამა მდგრადი განვითარების მიზნების (SDGs) მიღწევის სტრატეგიის ნაწილია და ქვეყნების უმრავლესობის მიერ პროერიტეტადაა აღიარებული (Hussein, McCaw-Binns, & Webber, 2012). მიუხედავად ამისა, არსებული მტკიცებულებები ცხადყოფს, რომ მსოფლიოს მასშტაბით, მილიონობით ბავშვი ჯერ კიდევ ვერ იღებს იმუნიზაციის სარგებელს (ჰიტიტინგტონ, ემპე, ემპსეყ, ერლიჰყ, & ჩამპბელდ, 2017).

საქართველომ წარმატებით უზრუნველყო ვაქცინაციის გლობალური სამოქმედო გეგმის (GVAP) ამოცანის შესრულება იმუნიზაციის პროგრამის ფინანსურ დამოუკიდებლობასთან დაკავშირებით (WHO, 2011) (Gavi, 2019). ეროვნულ კალენდარს უკანასკნელ პერიოდში რამდენიმე ახალი ვაქცინა დაემატა, ხოლო იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2013-დან 2019 წლამდე 4,2-ჯერ გაიზარდა და 5,4 მილიონიდან 22,4 მილიონ ლარს მიაღწია (The Government of Georgia, 2013) (The Government of Georgia, 2018), რაც ადასტურებს რომ ვაქცინაცია სახელმწიფოს პრიორიტეტია.

უკანასკნელ წლებში იმუნიზაციის სისტემაში მიღწეული უმნიშვნელოვანესი წარმატებების მიუხედავად, საქართველო კვლავ დგას გამოწვევების წინაშე ზოგიერთი ვაქცინით მართვადი დაავადებების სრულად აღმოფხვრისა და იმუნიზაციით მოცვის რეგიონული სამიზნე 95%-იანი მაჩვენებლის (The Regional Office for Europe of the World

Health Organization, 2014) შესანარჩუნებლად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაეროს ბავშვთა ფონდის 2017 წლის ერთიანი ანგარიშის ფორმის (JRF) მონაცემების თანახმად (WHO/UNICEF, 2017), 2015-2017 წლებში DTP 3-კომპონენტური ვაქცინით მოცვის მაჩვენებელი მერყეობს 91-93,7%-იან ინტერვალში; განსაკუთრებით პრობლემურია TD- ვაქცინით (72%), PCV-ის მესამე დოზით (75%) და ROTA- ას მეორე დოზით (75%) მოცვა.

იმუნიზაციის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა წითელასა და თანდაყოლილი წითურას სინდრომის ელიმინაცია ევროპის რეგიონში. ელიმინაციის ერთადერთი საშუალებაა წითელა-წითურას კომპონენტური ვაქცინებით მაღალი მოცვის მიღწევა და შენარჩუნება. მიუხედავად ძალისხმევისა, წითელა-წითურა-ყბაყურას ვაქცინის პირველი დოზით მოცვის 2015-2017 წლების მაჩვენებლის მედიანა მხოლოდ უახლოვდება 95%-იან სამიზნეს. მნიშვნელოვანი ასპექტია წითელას მიმართ არაიმუნური ფენა მოზრდილ ასაკში (20-40), რასაც თავის მხრივ რამდენიმე გამომწვევი მიზეზი აქვს, კერძოდ:

- ვაქცინების ხელმიუწვდომლობა გასული საუკუნის 90-იან წლებში;
- არცთუ წარმატებული წწ ვაქცინაციის კამპანია 2008 წელს;
- 2013 წლიდან სახელმწიფოს მიერ ორგანიზებულ (დაფინანსებულ) MMR-ის დამატებითი იმუნიზაციის შესაძლებლობისადმი მოსახლეობის ნაკლები დაინტერესება - მედპერსონალის მიერ საჭიროების შესახებ ინფორმაციის არმიწოდების ფონზე;
- ვაქცინაციის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის არქონა ართულებს პიროვნებაზე ორიენტირებული ღონისძიებების გატარებას (ინდივიდუალური ინფორმირება დაავადების რისკისა და ვაქცინაციის სარგებლის შესახებ).

როგორც შედეგი, საქართველოში 2013-2014 წლებში წითელათი დაავადდა 11 000-ზე მეტი ადამიანი. 2015-2016 წლებში ავადობის მცირედი კლების ფონზე - 2017 წლის ბოლოდან კვლავ დაიწყო წითელას ლოკალური აფეთქებები.

აფთქებათა დროს განსაკუთრებით დაზარალებულ ჯგუფს წარმოადგენენ 1 წლამდე ასაკი - რაც უკავშირდება - თანდაყოლილი იმუნიტეტის დეფიციტსა და ვირუსის ინტენსიურ ცირკულაციას. ვირუსის გავრცელებისა და აუცრელობის ფაქტორებს უკავშირდება მაღალი ავადობა 1-4 წლის ასაკში, ხოლო მე-3 ადგილი ლოგიკურად და ფაქტიურადაც უკავია 20-29 წლის კოჰორტას.

იმუნიზაციით მოცვის პრობლემების მიზეზების დასადგენად, საერთაშორისო პარტნიორებმა განახორციელეს ფართომასშტაბიანი კვლევები. ატლანტა-CDC-ის მიერ 2015-2016 წლებში განხორციელებულმა კვლევამ (CDC-Atlanta, 2016), ადმინისტრაციული მონაცემების დამოუკიდებელი ვალიდაციის მიზნით, შეაფასა იმუნიზაციის ეროვნული კალენდრის მიხედვით 5-წლის ასაკის ჩათვლით გათვალისწინებული აცრების მოცვის მაჩვენებლები. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ იმუნიზაციის პროგრამა საქართველოში კარგად ფუნქციობს და უზრუნველყოფს ბავშვთა გეგმიური იმუნიზაციის ხელმისაწვდომობას, თუმცა შეინიშნება ნაკლოვანებები გეოგრაფიული განსხვავებებით ისეთ პარამეტრებში, როგორცაა აცრების დროულობა, აცრებით სრული მოცვის და იმუნიზაციის სისტემაში ბავშვთა დანაკარგის მაჩვენებლები. ყველაზე მეტი პრობლემა აღინიშნა დიდ ქალაქებში, განსაკუთრებით ქუთაისში. იმუნიზაციით მოცვის კვლევამ აჩვენა, რომ „არ არის სათანადოდ გამოყენებული იმუნიზაციის სისტემის ყველა შესაძლებლობა და ძირითადი პრობლემაა დაგვიანებული და არასრული ვაქცინაცია“.

UNICEF-ის კვლევამ (KAP survey) (UNICEF Georgia, 2016) შეისწავლა იმუნიზაციის პროგრამის გეოგრაფიული, ასაკობრივი და ანგარიშგების თავისებურებები და გამოავლინა რიგი ხარვეზები/ბარიერები და მათი მიზეზები. კვლევის შედეგების თანახმად, იმუნიზაციაზე ხელმისაწვდომობა მაღალია, განსაკუთრებით დიდ

ქალაქებში, სადაც სერვისის მიმწოდებელთა ქსელი კარგადაა განვითარებული. 1-წლამდე ბავშვთა ვაქცინაციის მაჩვენებლები ძალიან მაღალიდან საშუალომდე მერყეობს, მაგრამ 1 წლის ზემოთ მნიშვნელოვნად მცირდება და განსაკუთრებით დაბალია 14 წლის მოზარდების კოჰორტაში. პრობლემაა დაგვიანებული ვაქცინაცია, მაგალითად, 2 თვის ასაკში გათვალისწინებული აცრები გაკეთებულია 6-7 წლის ასაკში. დაგვიანებით დაწყებულმა იმუნიზაციამ განსაკუთრებით უარყოფითი შედეგები იქონია იმ ვაქცინების შემთხვევებში, რომელთაც მკაცრად დადგენილი ასაკობრივი ზღვრები აქვთ.

ორივე კვლევით გამოიკვეთა, რომ როტა-ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დაუსრულებელი შემთხვევების უმეტესობა გამოწვეულია მოკლევადიანი უკუჩვენებებით, ასაკის შეზღუდვებით და ეფექტიანი შეტყობინების სისტემის ნაკლებობით. დასრულებული ვაქცინაციის შემთხვევებშიც აღინიშნებოდა დაგვიანებული აცრების მნიშვნელოვანი რაოდენობა. დადგინდა, რომ დაგვიანებული აცრების შემთხვევები მატულობს ასაცრელი კონტინგენტის ასაკის ზრდასთან ერთად. აუცრელი და არასრულად აცრილი ბავშვების ყველაზე მეტი რაოდენობაა თბილისში და შემდეგ ქუთაისში. ქუთაისში დაფიქსირდა ყველაზე მეტი არასრული ვაქცინაცია.

2016 წელს ჰეპატიტი B-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაციით მოცვის შემცირება უკავშირდება სამშობიარო სახლების პედიატრების შეხედულებას, თითქოს ჰეპსა-ვაქცინა შეიცავს ჰეპატიტი B-ის საწინააღმდეგო ვაქცინის საკმარის დოზას, გამოიწვია მნიშვნელოვანი სხვაობა ჰეპატიტი B-ის იმუნიზაციით მოცვასა (მაგ: 91% თბილისში) და BCG-ვაქცინით მოცვას (98%) შორის. მცდარი უკუჩვენებები ასევე უნდა იყოს გათვალისწინებული ვაქცინაციის შემცირების მიზეზებს შორის. კვლევებმა დაადასტურა, რომ ყოველწლიურად, შეუსაბამოები ცოცხლად შობილი ბავშვების გამომანგარიშების მეთოდოლოგიაში იწვევს ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებლების ხარვეზებს, თუმცა, ამ მხრივ, აღინიშნება დადებითი ტენდენცია: ახალშობილი

ბავშვების რაოდენობასა და ერთ წლამდე აცრილი პოპულაციის რაოდენობას შორის სხვაობა მნიშვნელოვნად შემცირდა - 6,3%-იდან (2015წ) 2,5%-მდე (2016წ).

იმუნიზაციის ერთიანი შეფასების (Joint Appraisal) 2017 წლის ანგარიშში შეჯამებულია იმუნიზაციით მოცვის ძირითადი დაბრკოლებები სისტემისა და იმუნიზაციის სერვისების მიმწოდებლების დონეზე.

სისტემის დონეზე არსებული პრობლემების მეზეზებს შორის დასახელდა:

- არასაკმარისი რეგულაციები/პოლიტიკა, რომ შეიქმნას ძლიერი მონიტორინგის სისტემა და წახალისდეს კერძო პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები ხარისხიანი იმუნიზაციის სერვისების მიწოდებაში;
- მონაწილე მხარეების ეფექტიანი ჩართულობის უზრუნველსაყოფად არასაკმარისი სისტემური მიდგომები დეფიციტი და იმუნიზაციის შესახებ დაბალი ინფორმირებულობა; ინტერსექტორული თანამშრომლობის პრობლემა;
- მონაცემთა ხარისხისა და სამიზნე პოპულაციის განსაზღვრის პრობლემა; არასაკმარისი რუტინული ანალიზი იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლების, დროულობის, აუცრელობისა და არასრული ვაქცინაციის შემთხვევების მიზეზები.

იმუნიზაციის სერვისის მიმწოდებლების დონეზე გამოიკვეთა შემდეგი საკითხების გადაჭრის აქტუალობა:

- ეფექტიანი მიდგომების დეფიციტი აუცრელი და არასრულად ვაქცინირებული მოსახლეობის იმუნიზაციით მოცვისათვის. მშობლებს შორის ნდობის ნაკლებობა სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინების მიმართ და სათანადო კომუნიკაციის ნაკლებობა ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებს შორის;

- დამხმარე სუპერვიზიისა და მძლავრი ინტეგრირებული მიდგომების დეფიციტი რაც ხელს უშლის დაგვიანებული ვაქცინაციის, მცდარი უკუჩვენებებისა და გამოტოვებული შესაძლებლობების პრობლემების აღმოფხვრას.

კვლევების რეკომენდაციების თანახმად, საქართველოში იმუნიზაციით მოცვისა და ვაქცინაციის დროულობის გასაუმჯობესებლად, უნდა გატარდეს კომპლექსური ღონისძიებები საინფორმაციო სისტემების გაძლიერებისა და ვაქცინაციის მიმართ ნდობის გაზრდისათვის; ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა გააგრძელოს მუშაობა დაინტერესებულ მხარეებთან - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებთან, ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებასა და პარლამენტთან, სადაზღვევო კომპანიებთან, სამედიცინო დაწესებულებებთან, ასევე, პროფესიულ ასოციაციებსა და საერთაშორისო პარტნიორ ორგანიზაციებთან, იმუნიზაციის პროგრამის გასაძლიერებლად სათანადო მარეგულირებელი ჩარჩოს უზრუნველყოფისა და ტექნიკური თუ ფინანსური მხარდაჭერის მობილიზებისათვის.

საბინის ვაქცინის ინსტიტუტისა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ იმუნიზაციის პროგრამის მდგრადობის თემაზე 2017 წლის მარტში ჩატარებულ რეგიონულ შეხვედრაზე საქართველოს პარლამენტისა და ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ ქვეყანაში არსებობს ცვლილებებისადმი პოლიტიკური მზაობა და ჯანდაცვისა და იმუნიზაციის სისტემების ბოლოდროინდელი მიღწევები იძლევა იმუნიზაციის სისტემის შემდგომი განვითარების პერსპექტივებს, რისთვისაც საჭიროა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეფექტიანი ინტერვენციების განხორციელება (Trumbo et al., 2018). ამასთან, მნიშვნელოვანია 2018 წლის 14 ნოემბერს „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონში შეტანილი ცვლილებები, რომელთა თანახმად, საქართველოში სავალდებულო იმუნიზაცია იქნა შემოღებული. კანონის გარდამავალი დებულებების მიხედვით, საქართველოს მთავრობამ უნდა დააზუსტოს მიღებული

რეგულაციის დეტალური მოთხოვნები და განხორციელების პრინციპები (საქართველოს პარლამენტი, 2018).

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში რუტინული იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებისა და გადაწყვეტილებების მიღების პროცესის ხელშეწყობა ეფექტიანი ინსტიტუციური ინტერვენციებისა და რეგულირების მექანიზმების გამოვლენის გზით.

კვლევის ამოცანებად განისაზღვრა:

1. დაინტერესებული მხარეების მოსაზრებების შესწავლა ინსტიტუციური ფაქტორებისა და განსახორციელებელი ცვლილებების შესახებ, რომლებიც გავლენას მოახდენს რუტინულ იმუნიზაციაზე მოთხოვნის გაზრდასა და იმუნიზაციის სერვისის მიწოდების გაუმჯობესებაზე;
2. რეგულირების როლისა და მექანიზმების გამოვლენა ზოგადად, იმუნიზაციით მოცვისა და კონკრეტული ინტერვენციის კონტექსტში;
3. ვაქცინაციით მოცვის გაზრდისა და რეკომენდებული ინტერვენციების განხორციელებისათვის დაინტერესებული მხარეების ფუნქციებისა და პასუხისმგებლობების განსაზღვრა.

ლიტერატურის მიმოხილვა

მტკიცებულებების გასამყარებლად, მიმოხილული იქნა საერთაშორისო გამოცდილება იმუნიზაციით სისტემის აუმჯობესებისა და ვაქცინაციით მოცვის გაზრდის ინტერვენციების შესახებ. მიმოხილვის შედეგები გათვალისწინებული იქნა კვლევის დაგეგმვისა და რეკომენდაციების მომზადებისას.

იმუნიზაციის ხელშეწყობის სტრატეგიები

საერთაშორისო გამოცდილება უჩვენებს, რომ იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად გამოიყენება იმუნიზაციაზე მოთხოვნის გაზრდის

ინტერვენციები, იმუნიზაციის სერვისის ხარისხსა და ხელმისაწვდომობაზე ორიენტირებული ინსტრუმენტები და სავალდებულო იმუნიზაცია (Shefer et al., 1999), (Johri, Pérez, et al., 2015).

იმუნიზაციაზე მოთხოვნის გაზრდის მრავალკომპონენტური სტრატეგიები, რომლებიც მოიცავს განათლების ღონისძიებებსაც, უფრო შედეგიანია, ვიდრე რომელიმე ცალკეული ინტერვენცია; კომპონენტების ერთობლიობა იწვევს სინერჯის ეფექტს. ამასთან, განათლების ინტერვენციები ცალკე ვერ იქნება ისეთი ეფექტიანი, როგორც სხვა ინტერვენციებთან კომპლექტში. ნებისმიერი სტრატეგია წარმატებით დანერგვისათვის უნდა მოიცავდეს განათლების კომპონენტსაც (Shefer et al., 1999) (Das, Salam, Arshad, Lassi, & Bhutta, 2016)(Das et al., 2016).

ეფექტიანი მიდგომების შესამუშავებლად, საჭიროა ჩატარდეს კვლევები და გამოვლინდეს, როგორ იმუშავებს კონკრეტული ინტერვენცია სპეციფიკურ კონტექსტში, სასურველია შესწავლილი იქნას იმუნიზაციის შესახებ ცნობიერების გაზრდისა და წახალისებაზე დაფუძნებული ინტერვენციების კომბინაციის მნიშვნელობა; განსაკუთრებით საინტერესოა კვლევები, რომლებიც წარმოადგენს მიწოდებისა და მოთხოვნის ინტერვენციების ეფექტურობის შედარების შესწავლას. ასევე აუცილებელია განისაზღვროს ინტერვენციის მიწოდების მასშტაბი და გრძელვადიანი პერსპექტივები (Johri, Perez, et al., 2015).

მშობელთა წახალისებისა და განათლების სტრატეგიების შედარებისას, ზოგადად, მიიჩნევა, რომ გრძელვადიანი შედეგების მისაღწევად, განათლებაზე ორიენტირებული სტრატეგიები უფრო მეტად გამოიყენება (Johri, Perez, et al., 2015). იმუნიზაციით მოცვაზე ეფექტურად მოქმედებს პაციენტების შეხსენება-შეტყობინების მექანიზმები (Oyo-Ita et al., 2016), განსაკუთრებით, თუ იგი ხორციელდება მრავალკომპონენტური სტრატეგიის ფორმატში, რომელიც მოიცავს საგანმანათლებლო ღონისძიებებს სამედიცინო დაწესებულებაში, პაციენტის საინფორმაციო-საგანმანათლებლო აქტივობებს, სათემო განათლებას, მშობლის

წახალისებასა და იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ სერტიფიკატის გაცემას (Shefer et al., 1999).

ჰარვის მეტა ანალიზის თანახმად (Harvey, Reissland, & Mason, 2015), რომელმაც შეისწავლა იმუნიზაციის შესახებ მშობელთა შეტყობინებისა და შეხსენების სისტემა 5 წლამდე ბავშვებში, საფოსტო გზავნილით შეტყობინება, ტელეფონით შეხსენება და მშობლების განათლება კომბინირებულ ფორმატში მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს იმუნიზაციით მოცვას და ბევრად უფრო შედეგიანია ვიდრე ვაქცინაციის სერვისის მიწოდების სქემები ამ ინტერვენციების გარეშე. ბავშვთა იმუნიზაციის შემთხვევაში, საფოსტო გზავნილით შეტყობინებამ მეტი ეფექტი უჩვენა, ვიდრე ტელეფონით შეხსენებებმა (Kaufman et al., 2018). ფოსტით წერილების გაგზავნის პრაქტიკა გამოიყენება დაგეგმილი აცრის შესახებ ინფორმირებისათვის, ხოლო გამოტოვებული ვაქცინაციის ვიზიტისას უპირატესია ელექტრონული მეილი, ტექსტური მესიჯი, სოციალური მედია და სატელეფონი ზარი (Chachou, Mukinda, Motaze, & Wiysonge, 2015).

მშობელთა საგანმანათლებლო აქტივობების პერიოდულობა და ინტენსივობა ამ ინტერვენციის ეფექტურობის განმსაზღვრელი ფაქტორებია. რეკომენდებულია მშობლებისთვის ექიმთან იმუნიზაციის საკითხებზე დეტალური დისკუსიის საშუალების მიცემა (Kaufman et al., 2018), თუმცა ეს დაკავშირებულია დამატებითი ადამიანური რესურსის საჭიროებასთან და გადაწყვეტილების მიმღებებმა ეს სტრატეგია უპირატესად უნდა გამოიყენონ ვაქცინების მიმართ რეზისტენტული მშობლების შემთხვევაში, მშობლების ქცევაზე გავლენისა და შეცვლის მიზნით (Morgan & Evans, 2011).

ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობაზე მიმართული ახალი საერთაშორისო სტრატეგიები უმეტესად მრავალკომპონენტანია და მათი უმეტესობა მიმართულია ცოდნისა და ცნობიერების ამაღლებაზე. მათ შორისაა სოციალური მობილიზაცია, მასმედიის ჩართულობა, კომუნიკაციის უნარებში ტრენინგები ჯანდაცვის

პერსონალისთვის, წახალისების მექანიზმები და შეხსენება/შეტყობინების აქტივობები, რომელთა შეფასებამ უჩვენა, რომ მულტიკომპონენტური და დიალოგზე დაფუძნებული ინტერვენციები წარმატებულია. თუმცა, ვაქცინაციისადმი უნდობლობის საკითხის კომპლექსურობიდან და შეზღუდული მტკიცებულებებიდან გამომდინარე, აღნიშნული სტრატეგიები შესწავლილი უნდა იქნას დამატებით კონკრეტული ქვეყნისათვის და მორგებული მიზნობრივ პოპულაციაზე, უნდობლობის მიზეზებზე და სპეციფიურ (მაგალითად, კონკრეტული ვაქცინის) კონტექსტზე (Jarrett et al., 2015).

OECD ქვეყნებში ვაქცინებით მოცვაზე „ახალი მედიის“ გავლენისა და ეფექტურობის შესწავლამ (Odone et al., 2015) გამოავლინა, რომ ტექსტური შეტყობინებები, იმუნიზაციის კამპანიის ვებგვერდების შეფასება, პაციენტების მიერ წარმოებული ვებ-პორტალების გამოყენება, და კომპიუტერული შეტყობინებები ზრდის იმუნიზაციით მოცვას. უკანასკნელ პერიოდში განსაკუთრებულად აქტუალურია მობილური აპლიკაციების გამოყენება, რომელიც არამხოლოდ მშობლებს ეხმარება გეგმიური იმუნიზაციასთან დაკავშირებით, არამედ სასარგებლო და ხელმისაწვდომი საშუალებაა მოგზაურთა ინფორმირებისთვისაც (Seeber et al., 2017). კვლევებმა უჩვენა, რომ პაციენტებისათვის უფრო საინტერესო და ადვილად აღქმადია სოციალურ მედიაში მათთვის გასაგები, პოპულარული ენით გადმოცემული მესიჯები, ვიდრე მედიაში პროფესიულ ტერმინოლოგიით მიწოდებული ინფორმაცია (Aldea et al., 2012). ამასთან, აღმოჩნდა, რომ ქცევის შეცვლაზე გავლენას ახდენს მესიჯის ტონი: პოზიტიური ტონით მიწოდებული ინფორმაცია მეტად ვაქცინის სარგებლიანობის შესახებ უფრო ეფექტურად მოქმედებდა, ვიდრე შიშზე დაფუძნებული (Attwell & Smith, 2018). არასარწმუნო იყო მტკიცებულება სოციალური ქსელის გამოყენების, ელექტრონული ფოსტით კომუნიკაციისა და სმარტფონის აპლიკაციის ეფექტის შესახებ (Peck, Stanton, & Reynolds, 2014). კვლევების თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ „ახალი მედიის“ ინტერვენციები დადებითად მოქმედებს იმუნიზაციის მოცვაზე, მიზანშეწონილია მათი ხარჯთეფექტურობის შეფასება.

ელექტრონული სისტემების გამოყენების პარალელურად, კვლავ აქტუალურია ბინაზე ვიზიტის სტრატეგია შეჭირვებული ოჯახებისა და იმ პოპულაციის მიმართ, რომელთა მოცვა განსაკუთრებით რთულია, მაგალითად, თავშესაფრებსა და მაღალმთიან სოფლებში. საერთაშორისო პრაქტიკის თანახმად, ბინაზე ვიზიტი მოიცავს ვაქცინაციის საჭიროების შეფასებას და რეფერალს იმუნიზაციისთვის ან ადგილზე ვაქცინაციას. ბინაზე ვიზიტთან ერთად ასევე შეიძლება მოიაზრებოდეს ტელეფონითა და იმეილით შეხსენებები (Kredo, Young, Wiysonge, McCaul, & Volmink, 2015).

ვაქცინაზე მოთხოვნის კუთხით განასხვავებენ სამი კატეგორიის მომხმარებელს: პირველი - ვაქცინაციის სარგებლიანობაში დარწმუნებული საზოგადოება, მეორე - რეზისტენტული მშობლები, მათ შორის აქტივისტი მოწინააღმდეგეები, მესამე - ისინი, ვისი გადაწყვეტილებაც დამოკიდებულია მიღებულ ინფორმაციასა და კონსულტაციებზე. სწორედ ამ უკანასკნელზე ზეგავლენით იმუნიზაციის მოცვის გაზრდა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ამოცანას, რომელიც განსხვავებულ ინტერვენციებს იყენებს მშობლების, სერვისის მიმწოდებლებისა და სისტემის გაძლიერების კუთხით (MacDonald et al., 2018).

ადამიანებზე, რომლებსაც ჩამოყალიბებული არ აქვთ ვაქცინაციის მიმართ გადაწყვეტილება, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სოციალური წრე და ის ფაქტორი, თუ რამდენად წარმოადგენს ვაქცინაცია მათი სოციალური ნორმას. იმ შემთხვევაში, როცა იმუნიზაცია საზოგადოების სოციალური ნორმაა, ადამიანები მეტად არიან მიდრეკილი ვაქცინაციისკენ, მეტია ვაქცინაციის სასარგებლოდ გადაწყვეტილების მიღების ალბათობა (Oraby, Thampi, & Bauch, 2014).

მნიშვნელობა აქვს იმასაც, თუ რამდენად ხანგრძლივ დროს უთმობენ ექიმები და ექთნები პაციენტებთან იმუნიზაციაზე საუბარს. გასათვალისწინებელია სადაზღვევო კომპანიების როლიც, რომლებიც, იდეალურ შემთხვევაში დაინტერესებული უნდა იყვნენ იმუნიზაციის მაღალი მოცვითა და იმუნური ფენის გაზრდით. არსებობს

სხვადასხვა ქვეყნების მაგალითები, როდესაც ამ მიზნით სადაზღვევო კომპანიები ეწვეიან ექიმებისა და კლინიკების ფინანსურ წახალისებას (Susan Scutti, 2018).

მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებსა და ამერიკაში ზოგადად მოცვა მაღალია, გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ აუცრელი მოსახლეობა მიდრეკილია კლასტერებად დაჯგუფებისკენ, რაც ქმნის მოწყვლად პოპულაციებს და წარმოადგენს საფრთხეს იმ ადამიანებისთვის, რომელთათვის სხვადასხვა მიზეზით აცრა დუშვებელია. სწორედ ამ კონტექსტში ხდება მანდატორული იმუნიზაციის წინა პლანზე წამოწევა (Cochi et al., 2014). უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში, ვაქცინით მართვადი დაავადებების (ძირითადად წითელას) აფეთქებების ფონზე, რიგ ქვეყნებში გამოიკვეთა ვაქცინების მიმართ უნდობლობისა და მშობლების გულგრილობის პრობლემები, რაც საბოლოოდ, იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლების შემცირების მიზეზი გახდა. **შექმნილმა მდგომარეობამ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანას უბიძგა, გადაეხედა იმუნიზაციის პოლიტიკა და მარეგულირებელი კანონმდებლობა** (Ricciardi, Boccia, & Siliquini, 2018) (Ward, Colgrove, & Verger, 2018).

EU-ქვეყნები და მანდატორული იმუნიზაცია: მტკიცებულებები პოლიტიკის შესახებ
ევროპის რეგიონში განსხვავებულია ქვეყნების მიდგომა და დამოკიდებულება ვაქცინაციის მიმართ. 2010 წლის კვლევა ევროპის ქვეყნების იმუნიზაციის პოლიტიკის შესახებ (VENICE project survey) უჩვენებს, რომ იმ დროისათვის, რეგიონის 15 ქვეყანას ჰქონდა სრულიად ნებაყოფლობითი ვაქცინაცია, ხოლო დანარჩენს ერთი ან მეტი მანდატორული ვაქცინაცია (Haverkate et al., 2012). მოგვიანებით, რეგიონში წითელას აფეთქებების ფონზე, გარკვეულწილად შეიცვალა ქვეყნების პოლიტიკის, გადაწყვეტილებების მიღების პროცესებისა და შედეგების სურათი; გააქტიურდა ინიციატივები და დებატები კანონმდებლობისა და იმუნიზაციის რეგულაციებთან დაკავშირებით, რომელთა ნაწილი უკვე მიღებულია და აღსრულების პროცესშია (Sheikh et al., 2018).

VENICE პროექტი ქვეყნების კანონმდებლობების განხილვის საფუძველზე ასკვნის, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის არსებობა და რუტინული იმუნიზაციით მაღალი მოცვა არ არის პირდაპირპროპორციული, ანუ, იმ ქვეყნებში, სადაც ვაქცინაცია სავალდებულოა, არ არის უფრო უკეთესი მაჩვენებლები, ვიდრე მეზობელ ქვეყნებში, სადაც ნებაყოფლობითი იმუნიზაციის პოლიტიკაა. ბრიტანეთი, შვედეთი, ნიდერლანდები, ნორვეგია, დანია და ფინეთი გამოირჩევიან განსაკუთრებით მაღალი იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლით, რასაც მიაღწიეს ნებაყოფლობითი ვაქცინაციით. რამდენად შესაძლებელია სხვა ქვეყნებმაც შეძლონ იგივე წარმატების მიღწევა? ASSET-ის კვლევის თანახმად, მანდატორული იმუნიზაცია მიმართულია პრობლემის მოკლევადიან მოგვარებაზე და არ არის ორიენტირებული მისი გრძელვადიანი გადწყვეტისკენ, რისთვისაც ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის გაუმჯობესება და ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგია უფრო წარმატებული მიდგომაა (Haverkate et al., 2012).

წითელას აფეთქებების პასუხად, რამდენიმე ქვეყანამ (რუმინეთი, საფრანგეთი, იტალია, გერმანია, ფინეთი) გაამკაცრა **იმუნიზაციის პოლიტიკა, რაც მანდატორული მიდგომის სხვადასხვა ფორმით დანერგვას გულისხმობს და მოიცავს სავალდებულო ვაქცინების გაზრდილ რაოდენობას, აუცრელ შემთხვევებზე შეზღუდვებისა და ჯარიმების შემოღებასა და ვაქცინაციიდან გათავისუფლების რეგულაციების გაართულებას.** ქვეყნების მიერ მიღებული განსხვავებული ზომები მიუთითებს, რომ არ არსებობს ერთიანი მიღებული სტრატეგია, რომელიც უნივერსალურად მოერგება ყველა ქვეყანას (MacDonald et al., 2018). მნიშვნელოვანია, განხორციელდეს საკანონმდებლო ცვლილებების მონიტორინგი იტალიაში, რუმინეთში, საფრანგეთში, ფინეთში, გერმანიაში და დინამიკაში შედარდეს იმ ქვეყნებში ვაქცინაციის შედეგებს, სადაც მანდატორული იმუნიზაცია არ არის შემოღებული. ეს ხელს შეუწყობს მტკიცებულებების გამოვლენას კითხვაზე - უნდა იყოს თუ არა ვაქცინაცია სავალდებულო იმისათვის, რომ მასიურად იქნას მოსახლეობა, განსაკუთრებით ყველაზე მოწყვლადი ნაწილი დაცული.

სავალდებულო იმუნიზაციამ, როგორც ჯანდაცვის მუშაკების, ასევე საზოგადოებისთვის შეიძლება შედეგად მოიტანოს იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლების სწრაფი გაუმჯობესება, მაგრამ მანდატორიზმის შემოღებას უმეტესად თან ახლავს იმუნიზაციის მიმართ წინააღმდეგ განწყობის მკვეთრი მომატება. ყველა ქვეყანაში, რომელმაც მომზადება დაიწყო ან შემოიღო უფრო მანდატორული მიდგომის მქონე კანონმდებლობა, გაჩნდა მოსახლეობის პროტესტი გარკვეული ფორმით (იმ ქვეყნებშიც კი, სადაც უკვე იყო საკმაოდ ძლიერი მანდატორული პირობები). ეს პროტესტები გამოიხატებოდა როგორც დებატებითა და დისკუსიებით, ასევე მშობლების მიერ სასამართლოში შეტანილი სარჩელებით, სადაც ამტკიცებდნენ, რომ შემოთავაზებული კანონმდებლობა ანტი-კონსტიტუციურია (Dubé, Vivion, & MacDonald, 2014). ზოგიერთ შემთხვევაში საკონსტიტუციო/უზენაესმა სასამართლომ დაადგინა უფრო მანდატორული მიდგომის შემოღება, ხოლო ზოგიერთის დადგენილებით საკანონმდებლო შემოთავაზება უნდა გაუქმდეს ან თავიდან იქნას შედგენილი. გასათვალისწინებელია საჩივრების შედეგად წარმოქმნილი ფინანსური ტვირთიც სამართალწარმოების პროცესებთან დაკავშირებული ხარჯების გამო (MacDonald et al., 2018).

პოლიტიკური მეცნიერების დარგში ჩატარებული კვლევების მტკიცებით, სავალდებულოობა არ ზრდის ვაქცინაციის მიმართ ნდობას, თუმცა, იგი მძლავრი ინსტრუმენტია გადაწყვეტილების მიმღებთა თვითკმაყოფილების ასამაღლებლად და ხელს უწყობს ვაქცინაციის სერვისების ეფექტურობას (Adams et al., 2016). მანდატორული იმუნიზაციის არსი არ მდგომარეობს იმუნიზაციაზე ეჭვის მქონე მშობლების დათანხმებაში, რომ აგრან თავიანთი შვილები მათი ნების საწინააღმდეგოდ; მისი ძირითადი დანიშნულებაა მოსახლეობის ფართო მასებს შეატყობინოს ვაქცინაციის საზოგადოებრივი მნიშვნელობის შესახებ. თუმცა, არსებობს რისკი, რომ მოსალოდნელმა ვაქცინაციის საწინააღმდეგო კამპანიით მიყენებულმა ზიანმა გადააჭარბოს სავალდებულო იმუნიზაციის სარგებელს (Arie, 2017). რისკი კიდევ უფრო იზრდება, როდესაც ვაქცინების მიწოდება და

ხელმისაწვდომობა ვაქცინაციის სერვისებზე არ არის გარანტირებული, როგორც მოხდა რუმინეთის შემთხვევაში. კვლევის თანახმად, უფრო პერსპექტიულია ვაქცინაციის მიმდებლობაზე ორიენტირებული ქცევის ცვლილებაში ინვესტირება (Burnett et al., 2018).

სრული და ნაწილობრივი მანდატორიზმი

ვაქცინაციის მიზანია კონკრეტული დაავადების მიმართ შექმნას იმუნური ფენა. სხვადასხვა დაავადებას იმუნური ფენის სხვადასხვა ნორმა აქვს, რაც განისაზღვრება დაავადების კონტაგიოზურობით. მაგალითად, წითელას აქვს მაღალი კონტაგიოზურობა და მისი მოცვის მინიმალური ზღვარი იმუნური ფენის შესაქმნელად არის 95%, ხოლო პოლიომიელიტი არის ნაკლებად გადამდები დაავადება და მისი სამიზნე მაჩვენებელი 10-15%-თ დაბალია წითელასთან შედარებით (Bahl, 2002).

მიუხედავად ბოლო დროს გავრცელებული ტენდენციისა სკოლის ბავშვებისათვის არასამედიცინო გამონაკლისების შეზღუდვის შესახებ, მეცნიერების ნაწილი ამტკიცებს, რომ უმჯობესია აღნიშნული პოლიტიკა გამოყენებული იქნას მხოლოდ წითელას ვაქცინის შემთხვევაში, რამდენადაც ამ ვაქცინის მიმართ ნებაყოფლობითი იმუნიზაციის მიდგომამ არ გამოიღო შედეგი (Bruenig, 2015). მიზეზად სახელდება წითელას ვირუსის განსაკუთრებული კონტაგიოზურობა. ამასთან, წითელას შეიძლება ჰქონდეს მძიმე მიმდინარეობა, მაღალია ამ დაავადების აფეთქების ალბათობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის მის მიერ მიყენებული ზიანი. წითელას ვაქცინა არის უსაფრთხო და შედეგიანია დაავადებათა აფეთქების პრევენციისათვის. წითელას ვაქცინის არასასურველი ეფექტი ძალიან იშვიათია და ვაქცინირების სრული კურსის შემთხვევაში იწვევს მაღალ იმუნიტეტს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიმართ საფრთხისა და ვაქცინის უსაფრთხოების ფაქტორები ამართლებს წითელას სავალდებულო ვაქცინაციაზე გადაწყვეტილების მიღებას.

მეცნიერების ნაწილს მიაჩნია, რომ წითელას იმუნიზაციაზე მანდატორული პოლიტიკის გატარება უფრო დასაბუთებადი, მდგრადი და აღსრულებადია, ვიდრე ყველა რუტინული ვაქცინის მიმართ. წითელას მსგავსი პოლიტიკის გატარება ასევე რეკომენდებულია ყივანახველას მიმართ (Opel et al., 2016). გასათვალისწინებელია, რომ თუ მოხდება წითელას ან ცალკეული ვაქცინის მიმართ მანდატორიზმის დაკანონება, შეიქმნება ხელოვნური შეუსაბამობა მოთხოვნასა და მიწოდებას შორის, რამდენად უმეტეს შემთხვევაში მონოვალენტური ვაქცინების პროდუქტები ამ ეტაპზე არ იწარმოება. საკითხი შესაძლებელია გახდეს დავის საგანი (Byington, Clayton, & Edwards, 2016).

არსებობს განსხვავებული მოსაზრებაც, რომ ერთი ან რამდენიმე ვაქცინის სავალდებულოობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მოუტანოს იმუნიზაციის პროგრამას რეკომენდებული ვაქცინების მოცვის შემცირების გამო. კონკრეტული, სავალდებულო ვაქცინით მოცვა გაიზრდება, თუმცა საერთო ეფექტი ვაქცინაციით მოცვაზე იქნება უარყოფითი. ნეგატიური შედეგი განსაკუთრებით აისახება ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობის მქონე მოსახლეობაში. შესაბამისად, რაც უფრო დიდია ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობა საზოგადოებაში, მით უფრო მეტია ნაწილობრივ სავალდებულო ვაქცინაციის ნეგატიური გავლენა (Betsch & Böhm, 2016). ვაქცინაციის მიმართ ეჭვის მქონე ადამიანებში გამძაფრდება სავალდებულო იმუნიზაციის მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება და არჩევანის თავისუფლების სურვილი გამოვლინდება რეკომენდებული ვაქცინების დაბალი მოთხოვნით.

შესაბამისად, გამოიკვეთა ნაწილობრივ სავალდებულო ვაქცინაციის 3 ძირითადი ასპექტი: 1. ნაწილობრივი სავალდებულო იმუნიზაციის არსებობა ამცირებს რეკომენდებული ვაქცინებით მოცვას იმ პოპულაციაში, სადაც ვაქცინების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება აღინიშნება. 2. სავალდებულო იმუნიზაციამ შეიძლება უზიარებლად სერიოზულ წინააღმდეგობას, რაც გამოიხატება შეზღუდული არჩევანის თავისუფლების დაბრუნების სურვილში. ეს შეგრძნება განსაკუთრებით

აქტუალიურია იმუნიზაციისადმი ნეგატიური დამოკიდებულების მქონე ადამიანებში. 3. იმისათვის, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მარეგულირებელი ნორმებისა და ადვოკატირების პროცედურები სწორად წარიმართოს, რეკომენდებულია საზოგადოებაში ვაქცინაციის მიმართ დამოკიდებულების რეგულარული მონიტორინგი (Betsch & Böhm, 2016) (15).

კვლევის თანახმად (Whittington et al., 2017), ამერიკის იმ შტატებში, სადაც არასამედიცინო მიზეზით გამონაკლისი მარტივად დაიშვება, წითელას აფეთქების შემთხვევები 140-190%-ით მეტია იმ შტატებთან შედარებით, სადაც ვაქცინაციის გამონაკლისების საშუალო ან მაღალი სირთულის პოლიტიკა აქვთ. დაავადების აფეთქებების მასშტაბი დაახლოებით 50%-ით მცირდება ამ პოლიტიკის გამკაცრების შედეგად, რაც ასევე აისახება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის სისტემის და ინდივიდების ხარჯების მნიშვნელოვანი შემცირებით.

იმუნიზაციიდან გამონაკლისების პოლიტიკის გამკაცრება ხელს უწყობს ინდივიდუალური და თემის დაავადებების რისკების შემცირებას. ამერიკაში განხორციელებულმა კვლევამ (Wells & Omer, 2012) შეაფასა შტატის კანონმდებლობით პერსონალური მიზეზით იმუნიზაციაზე უარის დაშვების პოლიტიკის გავლენა ვაქცინით მართვადი დაავადების ხარჯებზე შემდგომი გადაწყვეტილებებისათვის მტკიცებულებების გამოსავლენად. აიოვას შტატის მაგალითზე, კვლევამ უჩვენა, რომ ყოვანახველას ვაქცინაციიდან პირადი მიზეზით გამორიცხვის დაშვება გამოიწვევდა 50%-ით მეტ დანახარჯს (Wells & Omer, 2012).

უკანასკნელ პერიოდში, ამერიკის შტატების ნაწილი ფოკუსირებულია არასამედიცინო ჩვენებით ვაქცინაციიდან გათავისუფლების შესაძლებლობების შემცირებისა და მშობლისათვის ამ პროცესის გართულებისაკენ. ამასთან, აღინიშნება მშობელთა მიერ არასამედიცინო ჩვენებით ვაქცინაციიდან გათავისუფლების მოთხოვნის ზრდის ტენდენცია. ბოლო დროს, მოიმატა ვაქცინაციაზე უარის გამნცხადებლების მიმართ ფინანსური პასუხისმგებლობის დაკისრების სტრატეგიის მომხრეთა რიცხვმა. მათი

აზრით, ეს უფრო შედეგიანი და ეთიკურად გამართლებული მიდგომაა, ვიდრე სკოლაში შესვლის აკრძალვა. ამ კუთხით ცვლილებები შეიძლება აისახოს საგადასახადო კოდექსში, ჯანმრთელობის დაზღვევასა და კერძო სკოლების დაფინანსების პროგრამებში. ბოლოდროინდელი კვლევებით უპირატესობა ენიჭება ფინანსური სანქციებისა და განათლების აქტივობების ინტეგრირებულ სტრატეგიას (Constable, Blank, & Caplan, 2014), (Suppli, Rasmussen, Valentiner-Branth, Mølbak, & Krause, 2017).

ქვეყნების გამოცდილება

საფრანგეთი

უკანასკნელ წლებში, ევროპის რიგმა ქვეყნებმა, იმუნიზაციის მიმართ საკანონმდებლო ღონისძიებების გატარებამდე, განახორციელა მოსახლეობასთან კონსულტაციები და კვლევები რომ შეესწავლათ ხალხის მოსალოდნელი რეაგირება საკანონმდებლო ცვლილებებზე, გამოველინათ შესაძლო პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები. საფრანგეთი ამის კარგი მაგალითია (Ward et al., 2018).

კონსულტაციების ჩასატარებლად, ქვეყანაში შედგენილი იქნა სამთავრობო კომიტეტი, რომლის იდეის თანახმად, „იმუნიზაცია საკუთარი წარმატების მსხვერპლი გახდა“ - ხალხი ვერ ხედავს ვაქცინაციის საჭიროებას ვაქცინით მართვადი დაავადებების რეალობის გათვალისწინებით; ზოგი თვლის, რომ იმუნიზაციის რისკი და არასასურველი შედეგები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მისი სარგებელი, რასაც აძლიერებს ანტი-ვაქცინაციის კამპანიები (Lévy-Bruhl, Desenclos, Quelet, & Bourdillon, 2018). კონსულტაციების შედეგად, კომიტეტმა გასცა რეკომენდაცია, რომ სავალდებულო ვაქცინების რაოდენობა დროებით გაზრდილიყო. ამავე დროს, კომიტეტმა ხაზი გაუსვა, რომ საჭირო იქნებოდა დამატებითი ზომების მიღება იმუნიზაციით მოცვის გაზრდისა და ვაქცინებისადმი ნდობის აღსადგენად. კომიტეტის რეკომენდაციით, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევას დაეკისრა ვაქცინების შესყიდვის მთლიანად დაფარვა; შემოღებული უნდა იქნას საკომპენსაციო სქემა, რომელიც დაფარავს არასასურველი შედეგების ხარჯს რამდენადაც ვაქცინებს

სავალდებულო სტატუსი ექნება; სავალდებულო ვაქცინების მარაგი უნდა იყოს გარანტირებული. მთავრობამ გამოიყენა ეს რეკომენდაციები იმისათვის, რომ შემოეღო კანონპროექტი სავალდებულო ვაქცინების რაოდენობის გასაზრდელად და იმუნიზაციიდან გამორიცხვის პოლიტიკის გასამკაცრებლად. საკანონმდებლო ცვლილებები მიმართული იყო ქვეყანაში არსებული პრობლემების, კერძოდ იმუნიზაციის შემცირებული მოცვის, მოსახლეობაში ვაქცინაციისადმი გაზრდილი რეზისტენტობის, ასევე ვაქცინების ადმინისტრირების რთული პროცედურებისა და იმუნიზაციის ხელმისაწვდომობის ბარიერებისადმი (Lévy-Bruhl et al., 2018).

ცვლილებებამდე სავალდებულო იყო 3 ვაქცინა (diphtheria, tetanus, polio) ხოლო ვაქცინაციის პოლიტიკის შეცვლის შემდეგ სავალდებულო გახდა 11 ვაქცინა (diphtheria, tetanus, polio, pertussis, measles, mumps, rubella, hepatitis B, Haemophilus influenzae bacteria (flu), pneumococcus, meningococcus C). 2018 წლიდან ვაქცინაციის გარეშე ბავშვი არ დაიშვება ბაღში, სკოლაში, ბანაკებში და სხვა სახელმწიფო და კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში. ვაქცინაციიდან გათავისუფლება დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით (Lévy-Bruhl et al., 2018). იმუნიზაციისგან თავის არიდებაზე შემოღებულია 30,000 ევროს ოდენობის ჯარიმა, რომელმაც ჩაანაცვლა არსებული კრიმინალური სანქცია - 2 წლით თავისუფლების აღკვეთა. მოთხოვნის აღსრულების მონიტორინგი იგეგმება 2019 წლის ივნისიდან.

იტალია

იტალიაში 2017 წლამდე სავალდებულო იყო ვაქცინაცია მხოლოდ 4 დაავადებაზე, თუმცა ბოლოდროინდელი წითელას აფეთქებების შემდეგ ქვეყანამ მკვეთრად შეცვალა იმუნიზაციის პოლიტიკა. სავალდებულო გახდა რუტინული ვაქცინაცია 12 ანტიგენზე, რაც ევროპის მასშტაბით მოცული სავალდებულო ვაქცინების ყველაზე დიდი რაოდენობაა (Polio, diphtheria, tetanus, hepatitis B, haemophilus influenzae B, meningitis B, meningitis C, measles, mumps, rubella, whooping cough, chickenpox) (Bozzola et al., 2018) (Ricciardi et al., 2018). საკანონმდებლო ცვლილებების მიხედვით, აუცრელი

ბავშვებისათვის დაწესდა შეზღუდვა ბაღში, სკოლაში და სხვა, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში. ვაქცინაციაზე უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით. ექიმებსა და ექთნებს, რომლებიც ვერ ასრულებენ იმუნიზაციის მოხოვნებს, ეკისრებათ ჯარიმა ან შეზღუდვები დამქირავებელთან კონტრაქტის ფარგლებში. მშობლებს, რომლებიც უარს აცხადებენ აცრაზე არასამედიცინო მიზეზით, ასევე ეკისრებათ ჯარიმა 500 ევროს ოდენობით (Bozzola et al., 2018).

გერმანია

გერმანიაში ვაქცინაციის სერვისის 90% იფარება სადაზღვევო სქემით და ხორციელდება კერძო სერვისის მიმწოდებელთა მიერ. იმუნიზაციის სერვისების 10% მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კლინიკებში, სკოლებში და დღის ცენტრებში ადგილობრივი პროგრამებით (Haverkate et al., 2012). გერმანიაში 2015 წლიდან მშობელი ვალდებულია საბავშვო ბაღსა და სკოლაში წარადგინოს ბავშვის აცრის შესახებ ინფორმაცია. აუცრელობა არ წარმოადგენს საბავშვო ბაღისა და სკოლის მიერ ბავშვის მიღებაზე უარის გაცხადების მიზეზს, თუმცა აუცრელი ბავშვის შესახებ საგანმანათლებლო დაწესებულებას ეკისრება გვალდებულება აცნობოს ჯანდაცვის სამსახურებს, რომლებსაც თავის მხრივ უფლება აქვთ მოითხოვონ ბავშვის გარიცხვა. სკოლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, სახელმწიფო აჯარიმებს აუცრელი ბავშვის ოჯახს. არსებული პოლიტიკით, მშობელს უფლება აქვს უარი თქვას აცრაზე, თუმცა ეს გამოიწვევს მის დაჯარიმებას 2500 ევროს ოდენობით (გამონაკლისია სამედიცინო მიზეზი) (Sabin Vaccine Institute, 2018).

სლოვენია

სლოვენია გამოირჩევა იმუნიზაციის აგრესიული მანდატორული პოლიტიკით. სავალდებულოა 9 ვაქცინა (Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus). იმუნიზაცია მოითხოვება სკოლებში და საბავშვო ბაღებში, უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით. ქვეყანაში რეგულირებულია და მკაცრად

კონტროლდება სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან იმუნიზაციის შესრულება და საგანმანათლებლო დაწესებულებების მხრიდან აცრებზე მოთხოვნა. იმუნიზაციის მოთხოვნების შესრულებლობის შემთხვევაში, მშობელს ეკისრება ჯარიმა (Sabin Vaccine Institute, 2018).

რუმინეთი

რუმინეთში წითელას მასშტაბური აფეთქებისა და ლეტალური შემთხვევების შემდეგ გამკაცრდა იმუნიზაციის პოლიტიკა. სავალდებულო გახდა 8 ვაქცინა (Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB). ამასთან ახალი კანონმდებლობით, აუცრელი ბავშვების მშობლებზე ვრცელდება ჯარიმა (Sabin Vaccine Institute, 2018), რასაც მოჰყვა მშობლების საჯარო პროტესტი და უკმაყოფილება. რუმინეთის შემთხვევაში, პრობლემას წარმოადგენდა ვაქცინებზე ხელმისაწვდომობის დეფიციტიც, რაც ექსპერტთა აზრით, გათვალისწინებული უნდა იქნას სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღებისას (MacDonald et al., 2018).

დიდი ბრიტანეთი

ბრიტანეთი იყო პირველი სახელმწიფო, რომელმაც დანერგა მანდატორული იმუნიზაცია წინა საუკუნეში, თუმცა მოცვის სასურველი მაჩვენებლების მიღწევის შემდეგ გააუქმა და დღეს ქვეყანაში ვაქცინაცია მთლიანად ნებაყოფლობითია. ბრიტანეთში იმუნიზაციის მაღალ მოცვას უზრუნველყოფს რიგი მხარდამჭერი სტრატეგიები, რომლებიც ორიენტირებულია კომპლექსურ მიდგომებსა და მულტისექტორულ თანამშრომლობაზე (Finnegan, 2017). ბრიტანეთი წარმატებით იყენებს სკოლაში ვაქცინაციას მოზარდებში იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად, რაც განსაკუთრებით ეფექტიანი აღმოჩნდა HPV-ვაქცინის დანერგვისათვის. ვაქცინაციის პროცესში აქტიურად არიან ჩართულები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნები, მათ მიერ ხდება ვაქცინების სრულად ადმინისტრირება. ქვეყანა გამოირჩევა ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგიით. იგი ასევე წარმატებით იყენებს შედეგებზე დაფუძნებულ დაფინანსებას, რომელიც

რეგულირდება ოჯახის ექიმებთან გაფორმებული კონტრაქტით. ვაქცინაციის ადვოკატირებისათვის სახელმწიფო აქტიურად თანამშრომლობს პროფესიულ და საქველმოქმედო ორგანიზაციებთან .

სკანდინავიის ქვეყნები

სკანდინავიის ქვეყნებში (ნორვეგია, შვედეთი, ფინეთი, დანია) იმუნიზაციის რეგულირების მაგალითებს მიმოიხილავს საბინის ვაქცინის ინსტიტუტი (Sabin Vaccine Institute, 2018), რომლის თანახმად, იმუნიზაციის განსაკუთრებულად მაღალი მოცვის მიუხედავად (მაგალითად, ფინეთში ეროვნული მოცვის მაჩვენებელი 99%-ს შეადგენს), რეგიონში გეგმიური ვაქცინაცია ნებაყოფლობითია. აღნიშნული წარმატება მნიშვნელოვანწილად აიხსნება საზოგადოებაში ვაქცინაციისადმი გაცნობიერებული დამოკიდებულებით და იმ ფაქტით, რომ ამ ქვეყნებში საზოგადოება იმუნიზაციას სოციალურ ნორმად აღიქვამს, ძლიერია პირველადი ჯანდაცვის პატრონაჟის სისტემა და ექიმებისა და ექთნების ჩართულობა. თითოეული ქვეყანა აქტიურად იყენებს ვაქცინაციის მხარდამჭერ სტრატეგიებს. ნორვეგიაში ინტეგრირებულია მოზარდთა ჯანმრთელობის პროგრამა - „ვაქცინაცია და ინფორმირება სკოლაში“.

შვედეთში აქტიურად გამოიყენება სკოლებში ორგანიზებული ვაქცინაცია იმუნიზაციის კამპანიებისას, მაგალითად HPV კამპანიისას. დანიაში ჩატარებულმა კვლევებმა გამოავლინა დაგეგმილი ვაქცინაციის შესახებ მშობლის წერილობითი შეტყობინების დადებითი ეფექტი იმუნიზაციით მოცვაზე.

ფინეთში ინტეგრირებულია იმუნიზაციისა და ჯანმრთელობის პრევენციული ვიზიტების სერვისები (6-9 სავალდებულო ვიზიტი წელიწადში ბავშვებისათვის). რეგულაციები ავალდებულებს სერვისის მიმწოდებელს საკონსულტაციო ვიზიტებისას უზრუნველყოს მშობლის ინფორმირება ვაქცინაციის შესახებ. ფინეთმა უკანასკნელ პერიოდში წითელას აფეთქებებზე რეაგირების მიზნით შემოიღო ვალდებულება ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებისთვის და მანდატორული გახადა

ჯანდაცვის მუშაკების ვაქცინაცია წითელაზე, ჩუტყვავილაზე, ყივანახველასა და გრიპზე დაწესებულების შიდა ინფექციების პრევენციის მიზნით (Finnegan, 2017).

ევროპის სხვა ქვეყნები

უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოლანდიას ჰქონდა სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების მცდელობა, თუმცა საკანონმდებლო აქტის განხილვისას მოსახლეობამ ინიციატივას მხარი არ დაუჭირა და იმუნიზაციას ნებაყოფლობითი სტატუსი შეუნარჩუნდა (Pieters, 2018).

ბელგიაში ზოგადად ნებაყოფლობითია ვაქცინაცია, ბოლო პერიოდში, პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ვაქცინას დაემატა კიდევ ერთი სავალდებულო - ჰექსა-ვალენტური ვაქცინა. იმუნიზაციის პოლიტიკის განხორციელებაში აქტიურად არის ჩართული სკოლა (Sabin Vaccine Institute, 2018). სკოლის ჯანმრთელობის სისტემა სკოლის ექიმის საშუალებით აწვდის პრევენციულ კონსულტაციებს და სთავაზობს ვაქცინაციის სერვისს სკოლის ბავშვებს, სადაც ვაქცინაციას იტარებს სკოლის ასაკის ბავშვების 60-80%. ბელგიაში იმუნიზაციის პროგრამა იმართება რეგიონების/მხარეების დონეზე. რუტინული ვაქცინები უფასოა, ვაქცინა გაიცემა ექიმის რეცეპტის საფუძველზე. იმუნიზაციის სერვისი უფასოა მხოლოდ პედიატრიულ კლინიკებში (well baby clinics), სხვა დაწესებულებებში - ფასიანი (European Observatory on Health Systems, 2018).

პორტუგალიაში იმუნიზაცია ნებაყოფლობითია, სავალდებულოა მხოლოდ ორი - დიფტერიისა და პოლიომიელიტის ვაქცინები (Haverkate et al., 2012). ზოგადად, მაღალია ვაქცინისადმი მოსახლეობის ცნობიერება და ნდობა. ყველა ვაქცინა იმართება სახელმწიფოს მიერ, ბაზარზე არ არის კომერციული ვაქცინები. იმუნიზაციის სერვისი ძირითადად მიეწოდება ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრების მიერ, გარდა ზოგიერთი გამონაკლისისა (მაგალითად, ახალშობილების ვაქცინაცია სამშობიაროში). მიუხედავად ნებაყოფლობითი ვაქცინაციისა, სკოლაში მიღებისას მოითხოვება და მკაცრად კონტროლდება ვაქცინაციის ცნობა. ვაქცინაციის სტატუსის კონტროლი

გრძელდება სკოლაში სწავლის მთლიანი პერიოდის განმავლობაში. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება ხორციელდება გეოგრაფიული არეალის პრინციპით, თუმცა ვაქცინაცია შესაძლებელია სერვისის ნებისმიერ მიმწოდებელთან, რომელიც აღრიცხვაზე არმყოფ პაციენტს უხნის ახალ ანკეტას, თუმცა აცრას არ ითვალისწინებს საკუთარ სტატისტიკაში და აცრაზე ინფორმაციას უგზავნის კლინიკას, სადაც პაციენტი აღრიცხვაზე იმყოფება. რეგულაციის თანახმად, სერვისის მიმწოდებლებს მოეთხოვებათ პატრონაჟის უზრუნველყოფა (European Observatory on Health Systems, 2018).

ესპანეთში იმუნიზაციის პროგრამა იფარება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით. პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს მოეთხოვებათ პატრონაჟის უზრუნველყოფა, ხოლო ადგილობრივი მთავრობა ფარავს მიგრანტების ხარჯებს (Finnegan, 2017).

ამერიკის შეერთებული შტატები

ისევე, როგორც კანადის სამი პროვინცია, აშშ-ის სამი შტატი ითხოვს სკოლაში შესვლისათვის სავალდებულო ვაქცინაციას. ამერიკელი ბავშვების უმრავლესობა ვაქცინირებულია, თუმცა მანდატორული ვაქცინაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს იმ კონტინგენტის მოცვაში (დაახლოებით 10%), რომლებიც სხვა შემთხვევაში დაუდევრობის მიზეზით არ მიმართავდნენ ვაქცინაციას (Wells & Omer, 2012).

ამერიკის სამეცნიერო წრეები და პროფესიული ასოციაციები ბოლო დროს უფრო აქტიურად მოუწოდებენ ვაქცინაციიდან რელიგიური და პერსონალური მიზეზით გამორიცხვის აკრძალვისაკენ. ზოგი მოსაზრებით, მიზანშეწონილია საჩივარი ან კრიმინალური სასჯელის აღძვრა იმ მშობლის წინააღმდეგ, რომლებიც დაუსაბუთებლად არიდებენ თავს ბავშვის ვაქცინაციას. არის შემთხვევები, როდესაც პედიატრები ირჩევენ პაციენტებს აცრების სტატუსის მიხედვით და არ მკურნალობენ აუცრელ ბავშვებს იმ მიზეზით, რომ მათ ოფისში არ მოხდეს სხვა პაციენტების დაინფიცირება (Pierik, 2017).

კვლევამ, რომელიც მიზნად ისახავდა არავაქცინირებული, არასრულად ვაქცინირებული და სრულად ვაქცინირებული ბავშვების შედარებას, გამოავლინა შემდეგი მტკიცებულებები: არასრულად ვაქცინირებული ბავშვების მშობლები ძირითადად არიან ღარიბი, ნაკლებად განათლებული და უმეტესად უმცირესობებს მიეკუთვნებიან (Leggiadro, 2009). არასრულად ვაქცინირებული ბავშვები მოსალოდნელია, რომ აიცრებიან სკოლაში ან სკოლამდელ დაწესებულებაში შესვლისას, როდესაც მათ მოეთხოვებათ სავალდებულო ვაქცინაცია, რაც საბოლოო ჯამში იმოქმედებს არასრული ვაქცინაციის კონტინგენტის რიცხვზე. ხოლო არავაქცინირებული ბავშვების მშობლების შემთხვევაში პრობლემა უფრო მეტად ფრუსტრირებაა, ვიდრე დაუდევრობა. ისინი წარმოადგენენ განათლებული და ეკონომიკურად შეძლებული ოჯახების კატეგორიას, ხშირ შემთხვევაში არიან 30 წელს ზემოთ ასაკის და ჰყავთ 4-ზე მეტი შვილი. რატომ ტოვებენ მშობლები შვილებს აუცრელს? რელიგიური მოსაზრებები არის უპირობო მიზეზი. ლიოალური პოლიტიკის არსებობის შემთხვევაშიც, რამდენადაც აუცრელი ბავშვები წარმოადგენენ რისკს სხვა ბავშვებისათვის, გამართლებული იქნება მათი სკოლაში დაშვების შეზღუდვა დაავადებათა აფეთქების დროს. არსებობს მოსაზრება, რომ ამერიკაში სკოლაში სწავლის შეზღუდვა სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით ნაკლებად მწვავედ გამოიყურება, რამდენადაც რამდენიმე ასეული ათასი ბავშვი სწავლას ისედაც სახლში იღებს (Leggiadro, 2009).

აუცრელი ბავშვების მშობლებს აცრილი ბავშვების მშობლებზე მეტად შეჰქონდათ ეჭვი ვაქცინების უსაფრთხოებაში და ნაკლებად სჯეროდათ ვაქცინების ეფექტურობის. დასახელებულ მიზეზებს შორის ასევე იყო მთავრობის უნდობლობა, რწმენა იმისა, რომ მათი შვილები არ იყვნენ დიდი რისკის ქვეშ და რომ ვაქცინით მართვადი დაავადებები არ იყო მძიმე. ზოგიერთი მშობელი ეწინააღმდეგებოდა ვაქცინაციას იმიტომ, რომ აშინებდა იმუნური სისტემის გადატვრითვა. ხოლო ზოგიერთის რეზისტენტობა უკავშირდებოდა პროტესტს ვაქცინის დამზადების თავისებურებისა და პროცესის მიმართ. მშობლების ნაწილი სელექტიური იყო ვაქცინების უარყოფისას

და უფრო ხშირად უარს ამბობდნენ ჩუტყვავილას აცრაზე ეყრდნობობნენ რა ინფორმაციის ალტერნატიულ, ნაკლებად სანდო წყაროებს. სხვები უბრალოდ მიმართავდნენ ალტერნატიული მედიცინის არჩევანს. კვლევამ გამოავლინა, რომ მშობელთა უმეტესობა მიმართავს ინფორმაციისათვის სხვადასხვა წყაროს, თუმცა გადაწყვეტილებას ძირითადად იღებს პედიატრების რეკომენდაციაზე დაყრდნობით. (Leggiadro, 2009).

ამერიკაში იმუნიზაციის სავალდებულობა განისაზღვრება ფედერალური კანონმდებლობით, რომლის თანახმად ვაქცინაცია ყველა შტატში სავალდებულოა. იმუნიზაცია მოითხოვება სკოლასა და ბაღში დაშვებისთვის, ამასთან სასწავლო დაწესებულება აწარმოებს მონიტორინგს და პერიოდულად ითხოვს იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ განახლებულ ცნობას (Byington et al., 2016). თუმცა შტატების მიხედვით განსხვავებულია ვაქცინაციისგან გამორიცხვის პოლიტიკა (სამედიცინო, რელიგიური და/ან ფილოსოფიური მიზეზებით). ზოგი შტატი ითხოვს რელიგიური წევრობის დამადასტურებელ საბუთს. აუცრელ ბავშვებს აქვთ სახლში განათლების მიღების უფლება, რაც კანონმდებლობით აღიარებულია. უკანასკნელ პერიოდში მომხდარი წითელას აფეთქებების ფონზე გაიზარდა შტატების რიცხვი, სადაც ვაქცინაციისგან გათავისუფლება მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით ხდება. ამას მოყვა საპროტესტო რეაქცია მოსახლეობაში და აღძრული იქნა სასამართლოში საჩივარი კალიფორნიაში აღნიშნული აკრძალვის გაუქმების შესახებ. სასამართლომ არ გაითვალისწინა მოთხოვნა და ძალაში დატოვა მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით უარის რეგულაცია (Byington et al., 2016).

კანადა

კანადაში იმუნიზაციით მოცვა მაღალია, სრულად ვაქცინირებულთა რაოდენობა 85%-ს აჭარბებს და დაბალია ვაქცინებისადმი უნდობლობა (2%-ზე ნაკლები). ქვეყანაში არ არსებობს იმუნიზაციით მოცვის ეროვნული რეგისტრი და მოცვის შესახებ მონაცემები კვლევების შედეგებით განისაზღვრება. იმუნიზაციით მოცვის წარმატებას ხელს

უწყობს განვითარებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა პატრონაჟის სერვისებით. კანადაში ვაქცინაცია ნებაყოფლობითია, მხოლოდ 3 შტატშია სავალდებულო. 2 შტატში: diphtheria, tetanus, polio, measles, mumps, and rubella immunization, ხოლო 1 შტატში - measles. აუცრელი ბავშვი არ დაიშვება სკოლაში. დაშვებულია უარი სამედიცინო, რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრების მიზეზებით.

ავსტრალია

ავსტრალიაში 2017 წლიდან იმუნიზაცია სავალდებულოა. იმუნიზაციით მაღალია მოცვა, 1-2% არის უარები. აუცრელ ბავშვს ეკრძალება საბავშვო ბაღსა და ბაგაში შესვლა. აუცრელი ბავშვის ოჯახს ეზღუდება სოციალური დახმარება - კერძოდ ბავშვის მოვლის დახმარებას - \$11000 (2016 წლიდან) (Abedi, 2017). 2016 წლიდან აღარ არის რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრებით გამონაკლისები. სკოლა მონაწილეობს აცრების მონიტორინგში, სკოლაში შესვლისას მოითხოვება იმუნიზაციის შესახებ ცნობა. წარსულში, ექიმებზე მოქმედებდა შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, რამაც ხელი შეუწყო ექიმების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას იმუნიზაციაში . აღნიშნული პოლიტიკის დადებითი შედეგები დღემდე გრძელდება და ხელს უწყობს იმუნიზაციის პროგრამის წარმატებას.

დასკვნა

ევროპის იმ ქვეყნებში, სადაც ვაქცინაცია ნებაყოფლობითად არის აღიარებული, მაგრამ მოცვა მაღალია, უმეტეს შემთხვევაში სკოლასა და სკოლამდელ დაწესებულებაში შესვლისას მოითხოვება იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ ცნობა. ამასთან, არსებობს საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და ჯანდაცვის სტრუქტურებს შორის აქტიური თანამშრომლობის პრაქტიკა, ჯანდაცვისა და განათლების ინტეგრირებული, მათ შორის მოზარდებზე მორგებული პროგრამები. ხშირ შემთხვევებში, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ხორციელდება ვაქცინაცია. განვითარებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემა, პატრონაჟის სერვისები და გამართულია მონიტორინგის პროცესები.

სავალდებულო ვაქცინაცია, ძირითადად შენარჩუნებულია ევროპის პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში და უმეტესად გულისხმობს სკოლებსა და ბაღებში მისაღებად სავალდებულო ვაქცინებით აცრით მოთხოვნას. თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები მანდატორული სქემების პრაქტიკაში აღსრულებადობის შესახებ. არ მოიპოვება ინფორმაცია იმ შემთხვევებზე, როცა აუცრელობის გამო ბავშვებს უარი ეთქვათ სკოლაში მიღებაზე, ან ასეთის არსებობისას რა ალტერნატიული მექანიზმი იქნა გამოყენებული ბავშვების განათლების მისაღებად.

ბოლოდროინდელი კვლევებით გამოიკვეთა, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის აღსრულების მექანიზმებიდან, ევროპის რიგ ქვეყნებში ამოქმედდა ფინანსური სანქციები, რაც ითვლება, რომ ნაკლებად ეწინააღმდეგება ეთიკის პრინციპებს და პრაქტიკაში მეტად განხორციელებადია ვიდრე საკოლასა და საბავშვო ბაღში მიღების აკრძალვა. აღნიშნული ფინანსური სანქციები ინტეგრირებულია იტალიის, გერმანიის, საფრანგეთისა და რუმინეთის ბოლოდროინდელ საკანონმდებლო ცვლილებებში.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მონაცემების მოსაპოვებლად გამოყენებული იქნა თვისებრივი მეთოდები, კერძოდ ჩაღრმავებული ინტერვიუები (ინდივიდუალური ინტერვიუ და ჯგუფური დისკუსია) და ფოკუს ჯგუფები.

სამიზნე ჯგუფების შერჩევისას გათვალისწინებული იქნა შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

- პოლიტიკის შექმნასა და გადაწყვეტილებების მიღებაში მონაწილეობა ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეზე
- იმუნიზაციის სერვისის მიწოდებაში ჩართულობა პრიორიტეტული რეგიონების - თბილისის, იმერეთისა და აჭარის მასშტაბით
- საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და იმუნიზაციასთან ასოცირებული აკადემიური და ექსპერტული რესურსის მოცვა

- იმუნიზაციასთან დაკავშირებულ ადგილობრივ და საერთაშორისო პროექტებში მონაწილეობა

კვლევის სამიზნე ჯგუფებს წარმოადგენდნენ:

- პოლიტიკის შემქმნელი პირები და ტექნიკური პერსონალი სახელმწიფო დაწესებულებებიდან:
 - ჯანდაცვის სამინისტრო; აჭარის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო
 - საქართველოს პარლამენტი
 - თბილისის, ქუთაისისა და ბათუმის მუნიციპალიტეტები
 - პრემიერ მინისტრის აპარატი
- თბილისისა და ბათუმის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მენეჯერები, ექიმები და ექთნები
- საოჯახო მედიცინის და პედიატრთა ასოციაციები
- იმუნიზაციის ეროვნული ტექნიკურ მრჩეველთა ჯგუფი (NITAG)
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფილის აკადემიური პერსონალი
- დარგის ექსპერტები და კონსულტანტები
- არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლები
- სკოლის ექიმი და მასწავლებელი
- საერთაშორისო პარტნიორი ორგანიზაციები (WHO, UNICEF, CDC-ატლანტა)

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 17 ჩაღრმავებული ინტერვიუ (მ.შ. 4 ჯგუფური დისკუსია) და 8 ფოკუს-ჯგუფი. ფოკუს ჯგუფები გაიმართა თბილისში, აჭარასა და იმერეთში პირველადი ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლებთან (3 ფოკუს ჯგუფი), გადაწყვეტილებების მიმღებებთან (3 ფოკუს ჯგუფი) და საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან (2 ფოკუს ჯგუფი).

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი-1 წარმოადგენს კვლევის დიზაინის მოკლე აღწერას. გამოკითხვა განხორციელდა 2017 წლის ოქტომბრიდან 2018 წლის იანვრის ჩათვლით.

ცხრილი 1- კვლევის მეთოდოლოგიის შესახებ

<i>კვლევის მეთოდი</i>	<i>ჩადრმავებული (ნახევრად-სტრუქტურირებული) ინტერვიუები</i>	<i>ფოკუს ჯგუფები</i>
<i>სამიზნე ჯგუფები</i>	სახელმწიფო პოლიტიკის შემქმნელები ჯანდაცვის სამინისტროდან, განათლების სამინისტროდან და პარლამენტიდან, პოლიტიკის შექმნაში მონაწილე დარგის სპეციალისტები, დარგის ექსპერტები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური პერსონალი, საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები, არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლები, სკოლის ექიმი და მასწავლებელი	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ექიმები, ექთნები, მენეჯერები; საოჯახო მედიცინის ასოციაციების წარმომადგენლები; სახელმწიფო პოლიტიკის შემქმნელები ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე, საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები
<i>კვლევის მოცულობა</i>	17 ინდივიდუალური და ჯგუფური ინტერვიუ	8 ფოკუს ჯგუფი
<i>შერჩევის მეთოდი</i>	მიზნობრივი ანუ შეფასებითი შერჩევა	მიზნობრივი ანუ შეფასებითი შერჩევა
<i>კვლევის გეოგრაფია</i>	თბილისი , აჭარა, იმერეთი	თბილისი , აჭარა, იმერეთი
<i>ინტერვიუს ხანგრძლივობა</i>	30 – 90 წუთი	70 – 120 წუთი

ფოკუს ჯგუფები შედგებოდა 2-7 მონაწილისაგან. იმისთვის, რომ იმუნიზაციის სერვისის მიწოდება განხილული ყოფილიყო სხვადასხვა კუთხით, ცენტრალური და რეგიონული თავისებურებების ჭრილში, შეირჩა სერვისების ფართო სპექტრის მქონე, იმუნიზაციის მიმწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები თბილისსა და ბათუმში, ხოლო ფოკუს ჯგუფები დაკომპლექტდა სხვადასხვა პროფესიისა და თანამდებობის წარმომადგენლებით: ოჯახის ექიმებით, პედიატრებით, იმუნიზაციის ექთნებითა და მენეჯერებით. მსგავსი პრინციპი იქნა გათვალისწინებული გადაწყვეტილებების მიმღებთა, საოჯახო მედიცინისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ფოკუს ჯგუფების შერჩევისას.

ფოკუს-ჯგუფის დისკუსია წარიმართა მოდერატორის მიერ, წინასწარ შემუშავებული ინსტრუქციის მიხედვით. ინტერვიუს ჰქონდა ნახევრად სტრუქტურული ფორმა და სადისკუსიო კითხვები მოიცავდა შემდეგ საკითხებს:

- ძირითადი ბარიერები, რაც ხელს უშლის იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებას და განხორციელებული, მიმდინარე აქტივობები მათ აღმოსაფხვრელად
- სასურველი ინტერვენციები და მათი დახასიათება - შინაარსი და შესაძლო სცენარები, საჭირო რესურსი, პასუხისმგებელი მხარეები, დადებითი და უარყოფითი მხარეები, რისკები და პერსპექტივები, განხორციელებადობა:
 - იმუნიზაციაზე მოთხოვნის გაუმჯობესება და სავალდებულო იმუნიზაცია
 - იმუნიზაციის სერვისების მიწოდების გაუმჯობესება და რეგულირების მექანიზმები
 - იმუნიზაციის სერვისების დაფინანსება და წახალისების მექანიზმები
- დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა და ინტერსექტორული თანამშრომლობა

სადისკუსიო თემებში ცალკე იქნა გამოყოფილი სავალდებულო იმუნიზაციისა და იმუნიზაციის სერვისების ანაზღაურების საკითხები მათი შესწავლის განსაკუთრებული აქტუალობის გამო.

მოდერატორმა მონაწილეებს გააცნო განსახილველი თემა/საკითხები და სთხოვა მოკლედ და გახსნილად ესაუბრათ თემასთან დაკავშირებით. მონაწილეებს მიეცათ თავისუფალი აზრის გამოთქმის საშუალება ისეთ საკითხებზეც, რაც მათი მხრიდან ჩაითვალა მნიშვნელოვნად. აზრის სათანადო განვითარებისთვის მოდერატორი ზოგ შემთხვევაში განავრცობდა კითხვებს.

ერთჯერადი, სიღრმისეული გამოკითხვის შედეგების ჩაწერა მოხდა აუდიო ტექნიკის საშუალებით და დისკუსიის ანალიზი განხორციელდა ნარატიული მეთოდით,

ძირითადი თემების და აქტუალური საკითხების გამოკვეთით. მომზადდა ინტერვიუების ტრანსკრიპტები რომელთა დამუშავება განხორციელდა წინასწარ შემუშავებული ანალიზის ფორმატის მიხედვით შექმნილი კოდირებული დოკუმენტის გამოყენებით. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთა კონფიდენციალობა დაცული იქნა და ანალიზის დროს არ მომხდარა კონკრეტული მოსაზრებების, შენიშვნებისა თუ სურვილების ავტორების იდენტიფიკაცია, თუმცა, კვლევა იძლევა საშუალებას განახორციელდეს კონკრეტული გამოკითხულთა კონკრეტული ჯგუფის (მაგ. სამინისტრო, პარლამენტი, პჯდ სერვისის მიმწოდებელი...) მოსაზრებების პრეფერენციული ანალიზი.

კვლევის შეზღუდვები

თვისებრივი კვლევა არ იძლევა მიღებული შედეგების განზოგადების საშუალებას რაოდენობრივი მნიშვნელობის შესაფასებლად. კვლევის ფარგლებში არ მომხდარა მშობლების მოსაზრებების ცალკე გამოკვლევა. რამდენადაც კვლევა ძირითადად სისტემის მარეგულირებელ ინსტრუმენტებსა და ინსტიტუციურ ცვლილებებზე იყო ორიენტირებული, ხოლო მშობლების დამოკიდებულება უკვე გამოავლინა UNICEF-ის 2016 წლის კვლევამ, მოცემულ ეტაპზე უპირატესად იქნა მიჩნეული გადაწყვეტილებების მიმღებების, ექსპერტებისა და სერვისების მიწოდებაში მონაწილე სუბიექტების გამოკითხვა.

კვლევის მიგნებები

გამოწვევები

რესპოდენტებმა დაასახელეს და აღწერეს საქართველოში რუტინული იმუნიზაციით მოცვის ბარიერები ვაქცინაციის მოთხოვნა-მიწოდების, რეგულაციებისა და მონაწილე მხარეების ჩართულობის კონტექსტში.

ვაქცინაციის მოთხოვნის შემზღუდველი ფაქტორები

კვლევით გამოიკვეთა ფაქტორები, რაც იწვევს მოსახლეობაში ვაქცინაციის მიმართ არასათანადო დამოკიდებულებას და აბრკოლებს იმუნიზაციით მოცვას.

მნიშვნელოვანი ბარიერია არასათანადო ინფორმირებულობა ვაქცინების სარგებლისა და უსაფრთხოების შესახებ, რაც ემყარება არასარწმუნო ინტერნეტ-წყაროებიდან და ექიმის ან ახლობლისგან მიღებულ გადაუმოწმებელ ინფორმაციას. მშობლებში, განსაკუთრებით განათლებულ და სამედიცინო საზოგადოების წარმომადგენლებში, გავრცელებულია ვაქცინაციის გართულების შიში და რწმენა, რომ ვაქცინა უფრო მეტ საფრთხეს შეიცავს, ვიდრე ვაქცინით მართვადი დაავადება. დაგვიანებული ვაქცინაციის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია მშობლების უყურადღებობა და პასუხისმგებლობის დეფიციტი, რაც გარკვეულწილად უკავშირდება იმუნიზაციის შესახებ ცნობიერების ნაკლებობას, ასევე სამედიცინო პერსონალის მხრიდან არასაკმარის ჩართულობას და მწირ კომუნიკაციას.

ვაქცინაციის საწინააღმდეგო ინფორმაცია მასმედიასა და ინტერნეტ საშუალებებში ხელს უწყობს მოსახლეობაში, მათ შორის ექიმებში იმუნიზაციის მიმართ უნდობლობას. ვაქცინაციის საწინააღმდეგო კამპანიები პერიოდულად აქტიურდება და ზიანს აყენებს მოსახლეობაში იმუნიზაციისადმი დამოკიდებულებას. განსაკუთრებით გავრცელებულია მითი წითელა-წითურა-ყბაყურას ვაქცინაციის, როგორც აუტიზმის ხელშემწყობი ფაქტორის შესახებ. იმუნიზაციის მხარდამჭერ კამპანიებს აკლია მასშტაბურობა, უწყვეტობა და ყველა ძირითადი მხარის ჩართულობა.

სამედიცინო პერსონალის ქცევა და დამოკიდებულება ვაქცინაციისადმი

აღინიშნა, რომ „იმუნიზაცია არ არის პოპულარული თემა ოჯახის ექიმებისა და ექთნებისათვის. ოჯახის ექიმები და ექიმ-სპეციალისტები (განსაკუთრებით პედიატრები) არ უთმობენ საკმარის ყურადღებას პაციენტებთან ურთიერთობას, იმუნიზაციის შესახებ მათ დეტალურ ინფორმირებას და დროულ შეტყობინებას მოსალოდნელი კალენდარული ვაქცინაციის შესახებ (I/AC1).“ ეს იწვევს დაგვიანებულ ვაქცინაციას და იმუნიზაციის დაკარგულ შესაძლებლობებს. პირველადი ჯანდაცვის ექიმები და ექთნები იშვიათად მიმართავენ მონიტორინგის და პატრონაჟის ღონისძიებებს. პრობლემურია მკაფიო, ადეკვატურად სტრუქტურირებული

კომუნიკაცია სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტს შორის ვაქცინის უსაფრთხოებასა და უკუჩვენებებზე. ხელშემშლელ ფაქტორად სახელდება კონსულტაციისათვის გამოყოფილი დროის დეფიციტი, კლინიკისა და ექიმის მხრიდან იმუნიზაციის შესახებ ცოდნის დეფიციტი და დაბალი ინტერესი.

კვლევიდან იკვეთება, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განხორციელებული ბოლოდროინდელი ინტენსიური ტრენინგების მიუხედავად, კვლავ **დაბალია სამედიცინო პერსონალის განათლება და ინფორმირებულობა** იმუნიზაციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. აღინიშნა, რომ საგანმანათლებლო აქტივობებს აკლია სისტემურობა და უწყვეტობა. არ არის ჩართული ყველა მხარე, რომელსაც შეიძლება მოუწიოს იმუნიზაციისა და მისი უკუჩვენებების შესახებ კონსულტირება, მაგალითად, სტაციონარში დასაქმებული პედიატრები და ნევროლოგები, ასევე, სამშობიარო სახლების მეან-გინეკოლოგები და პედიატრები.

გამოიკვეთა **ექიმებისა და ექთნების მხრიდან იმუნიზაციის შესახებ განათლებისადმი დაბალი ინტერესი და მოტივაცია**. სოფლებსა და მაღალმთიან რაიონებში არსებობს ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობისა და ელექტრონულ ტექნოლოგიებთან მუშაობის უნარ-ჩვევების პრობლემაც. განათლებისა და ინფორმირებულობის დეფიციტი იწვევს თავდაჯერებულობის ნაკლებობას იმუნიზაციის სარგებლისა და უსაფრთხოების საკითხებში. ექიმების ნაწილს, განსაკუთრებით ძველ თაობას, ჯერ კიდევ სჯერა, რომ ვაქცინაციის რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე სარგებელი. იმუნიზაციის მიმართ შიში და ეჭვი ჩანს ექიმების მიერ დაუსაბუთებლად გადავადებულ იმუნიზაციის, განსაკუთრებით ახალი ვაქცინების გამოყენების შემთხვევებზეც.

პრობლემაა პასუხისმგებლობის დეფიციტიც. ზოგ შემთხვევაში, **პჯდ ექიმები ნათლად ვერ აცნობიერებენ იმუნიზაციით მოცვაში თავიანთ როლს და პასუხისმგებლობას**. შესამუშავებელია ინსტრუმენტი, რომელიც ხელს შეუწყობს ამ პრობლემის მოგვარებას. ზოგიერთი „პოპულარული“ პედიატრი და ნევროლოგი დაუსაბუთებლად ურჩევს მშობლებს ვაქცინაციისგან თავის არიდებას 6 თვის

ასაკამდე, რაც იწვევს დაგვიანებულ ვაქცინაციას, განსაკუთრებით როტა ვირუსისა და პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინის შემთხვევაში. არის შემთხვევები, როცა ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებლი პედიატრები ხელს უშლიან იმუნიზაციას ცრუ უკუჩვენებებზე და არასწორ შეხედულებებზე დაყრდნობით. ეს გამოწვეულია იმუნიზაციისადმი მათი დაბალი ცოდნითა და ინტერესით, რაც ნაწილობრივ, იმუნიზაციაზე ტრენინგების სისტემაში მათი ნაკლები ჩართულობით აიხსნება. არსებობს მოსაზრება, რომ აუცრელი და დაგვიანებით ვაქცინირებული ბავშვების მნიშვნელოვანი ნაწილი ექიმების ოჯახიდანაა, რაც კიდევ ერთხელ მეტყველებს ექიმებს შორის ვაქცინაციის უნდობლობაზე და ექიმი მშობლების მიმართ კოლეგიალობის გავლენით ვაქცინაციის თავიდან არიდებაში ხელშეწყობაზე.

იმუნიზაციის შესახებ ცნობიერებისა და კომუნიკაციის უნარების დეფიციტი ხელს უშლის პჯდ ექიმებს მიაწოდონ დამაჯერებელი არგუმენტები და დაარწმუნონ მოსახლეობა ვაქცინაციის სარგებელსა და უსაფრთხოებაში. ცრუ უკუჩვენებები, რომელიც წარმოადგენს იმუნიზაციით მოცვის ერთ-ერთ ბარიერს, ასევე უკავშირდება ექიმების მხრიდან ცნობიერების დაბალ დონეს და ნამდვილი უკუჩვენებების არგუმენტირების დეფიციტს, „ზოგ ექიმს სჯერა, რომ ვაქცინაცია უნდა გაკეთდეს მხოლოდ მაშინ, როცა ბავშვი 100%-ით ჯანმრთელია“ (FG/FMA).

სისტემური პრობლემები

რესპონდენტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ ვაქცინაციით მოცვის გაუმჯობესებას ხელს უშლის იმუნიზაციის სერვისის უწყვეტობის, მონიტორინგისა და პატრონაჟის სისტემების გაუმართაობა, მომსახურების მიმწოდებლებში ცოდნისა და უნარ-ჩვევების დეფიციტი და მარეგულირებელი მექანიზმების ხარვეზები. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებლის თავისუფალი არჩევანი ადარ ითვალისწინებს გეოგრაფიული მოცვის არეალის პრინციპს პჯდ დაწესებულებებისთვის და სთავაზობს დაწესებულებებს შორის მობილობის მაქსიმალურ მოქნილობას; ეს ართულებს იმუნიზაციის კონტიგენტის დაზუსტებას, სწორ დაგეგმვას და მონიტორინგს.

დიდ ქალაქებში ხშირად ექიმს ჰყავს იმუნიზაციის დიდი კონტინგენტი, უმეტესად გეოგრაფიულად გაფანტული, რაც პრობლემას უქმნის პატრონაჟის განხორციელებას. პჯდ სექტორის წარმომადგენლები შეწუხებულები არიან იმ ფაქტით, რომ „მიმაგრებული არეალი, სადაც ექიმმა და ექთანმა უნდა იმუშაოს, იმდენად ფართოა, რომ საექთნო მოცულობის სამუშაო, რაც გულისხმობს პატრონაჟს, პრაქტიკულად შეუძლებელია“ (FG/FMA). არ არსებობს გეოგრაფიული მოცვის არეალის განმარტება, რაც იდეალურ შემთხვევაში იქნებოდა პჯდ კლინიკამდე 15 წუთის ფეხით სავალი მანძილი. ამასთან სახელმწიფო პროგრამებით არ ფინანსდება კომუნიკაციისა და ტრანსპორტირების ხარჯი, რაც ხელს შეუწყობდა კლინიკის მიერ პატრონაჟის განხორციელებას.

არის შემთხვევები, როდესაც მშობლები არ ფლობენ ინფორმაციას ან ვერ იხსენებენ თუ რომელ პჯდ კლინიკაშია მათი შვილი დარეგისტრირებული და არც კლინიკა დაკავშირებია. რესპონდენტების აზრით, პრობლემას ხელი შეუწყო საყოველთაო პროგრამის შემოღების საწყის ეტაპზე პაციენტების რეგისტრაციის ცვლილებებმა და პროცესების ქაოტურობამ. პჯდ დაწესებულებებს არ ევალუბოდათ ახლად რეგისტრირებული პაციენტებისთვის სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოდგენის მოთხოვნა. შედეგად, დღეისათვის, პაციენტების იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაცია, განსაკუთრებით 14 წლის ასაკის კონტინგენტისათვის, არ არის სრულყოფილად ასახული დაწესებულებებში არსებულ დოკუმენტაციასა და იმუნიზაციის მოდულში. შესაბამისად, ინფორმაცია მოცვის შესახებ არასრულფასოვანია და იწვევს უზუსტობას დენომინატორის განსაზღვრისას, „ამ ასაკობრივი კატეგორიის ბავშვების დაახლოებით 50%-ია პჯდ დაწესებულებებში რეგისტრირებული. შესაბამისად ამ კონტინგენტის 85%-იანი მოცვის სტატისტიკური მაჩვენებელი ფაქტობრივად შეიძლება ნიშნავდეს მხოლოდ 30%-იან მოცვას“ (I/EXP2).

რეგისტრაციასთან დაკავშირებული სირთულის გამო, 14 წლის მოზარდებში პრობლემურია ექიმის მიერ ვაქცინაციის შესახებ შეხსენების საკითხიც, რაც იწვევს

იმუნიზაციის გამორჩენილ შესაძლებლობებს. საყურადღებოა, რომ „მოზარდს, რომელსაც უკვე შეუსრულდა 15 წელი, ადარ ეკუთვნის TD ვაქცინაცია, ამიტომ მშობლებს მოუწევთ კომერციული ვაქცინის ყიდვა, რაც საკმაოდ ძვირი ღირს“ (FG/FM-TB).

ქუთაისელ რესპონდენტთა აზრით, „რეგიონის ბავშვთა პოპულაციის დაახლოებით 10%-ს აქვს „ორმაგი“ რეგისტრაცია: პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად დარეგისტრირებულები არიან სოფლის ექიმთან, მაგრამ საკონსულტაციო და დაიგნოსტიკური სერვისების უმრავლესობას, ასევე ვაქცინაციას, ფაქტობრივად იღებენ ქალაქის კლინიკაში“ (I/FMK). დაწესებულებებს არ გააჩნიათ ასეთ სიტუაციებში გადაწყვეტილებების მიღების ერთიანი ინსტრუქცია და ხშირად ერთიდაიგივე კონტინგენტზე ვაქცინაციის მოთხოვნა ასახულია ორივე პროვაიდერის, სოფლის ექიმისა და ქალაქის კლინიკების მიერ, რაც საბოლოოდ ხელს უშლის იმუნიზაციის კონტინგენტის სწორ გამოთვლას. ასეთ შემთხვევაში, დაწესებულებებს უჭირთ მოცვის მიზნობრივი მაჩვენებლების შესრულება, რადგან ფაქტობრივად აცრილი ბავშვების რაოდენობა ნაკლებია მოთხოვნილი ვაქცინების რაოდენობაზე.

იმ ბავშვების შემთხვევაში, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან სოფლის ექიმთან, მაგრამ იმუნიზაციას იტარებენ ქალაქის კლინიკაში, იმუნიზაციის სერვისის ანაზღაურებას იღებს სოფლის ექიმი პირველადი ჯანდაცვის სერვისის პაკეტით, ხოლო ქალაქის კლინიკამ უნდა მოსთხოვოს პაციენტს ჯანმრთელობის შემოწმების მომსახურების ანაზღაურება. საგულისხმოა, რომ „თუ სოფლად აღრიცხულ პაციენტს არ აქვს გადახდის საშუალება, მაგრამ ქალაქის კლინიკას არ უნდა მისი უკან გაბრუნება და მზადაა უსასყიდლოდ გაუწიოს ვაქცინაციისწინა კონსულტაცია, უჩნდება გაწეული მომსახურების დარეგისტრირების პრობლემა“ (I/FMK). აღინიშნა, რომ „პრობლემის მოგვარების გზა იქნება სოფლის ექიმის გაცემული ფორმა-100-ის წარდგენა და ამის გათვალისწინებით მოხდება ქალაქის დაწესებულების მიერ ბავშვის აცრა და ეს უნდა გაიწეროს იმუნიზაციის ადმინისტრირების წესში“ (I/FMK).

ადგილი აქვს სამშობიაროდან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებამდე იმუნიზაციის სერვისის წყვეტას, რაც უკავშირდება სამშობიაროდან პირველადი ჯანდაცვის კლინიკაში ბავშვის გადაცემის მექანიზმის არარსებობას. ეს ასევე იწვევს სამშობიაროდან გასული ბავშვების „დაკარგვას“ ჯანდაცვის/იმუნიზაციის სისტემაში (IG/NCDC).

პირველადი ჯანდაცვა დღევანდელი ჯანდაცვის სისტემის სუსტი რგოლია, „სოფლის ექიმი და ექთანი ვერ აცნობიერებენ თავიანთი მომსახურების როლს და მნიშვნელობას, მათი ფუნქცია დაკნინებულია, რამდენადაც ყველა დიაგნოსტიკური მანიპულაცია ხორციელდება რაიონის/რეგიონის დონეზე“ (IG/INT). რადგან აღარ არსებობს გეოგრაფიული მოცვის არეალი, პაციენტს ურჩევნია, იმუნიზაციის სერვისიც მიიღოს იქ, სადაც სხვა მანიპულაციებს იტარებს. შედეგად, “დაბალია სოფლის საოჯახო მედიცინის გუნდის პასუხისმგებლობა იმუნიზაციის მიმართ და ნაკლებად არიან დაინტერესებულნი შეისწავლონ და განაახლონ იმუნიზაციის, განსაკუთრებით ახალი ვაქცინების შესახებ ცოდნა და ინფორმაცია” (IG/INT).

პაციენტებთან მუშაობის შედეგები და იმუნიზაციის მოცვის ინდიკატორები არ არის დაკავშირებული ანაზღაურების სისტემასთან. ექიმების მწირი ხელფასი და წახალისების მექანიზმების არარსებობა განაპირობებს მათ დაბალ დაინტერესებას პრევენციული სერვისებისა და პატრონაჟის მიმართ. ამასთან, “სახელმწიფო პროგრამები არ ითვალისწინებს კომუნიკაციისა და ტრანსპორტირების ხარჯებს პატრონაჟის აქტივობების განსახორციელებლად და ექიმებს თავად უხდებათ მისი გაწევა” (FG/FM-ADJ).

გამოიკვეთა, რომ „დედათა და ბავშვთა სერვისების პორტფოლიო პირველად ჯანდაცვაში არ არის მკაფიოდ გამოხატული“ (IG/INT). პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ფართო პასუხისმგებლობები და ექთნების ნაკლებობა ართულებს მონიტორინგის და პატრონაჟის განხორციელებას. რესპონდენტთა აზრით, „დატვირთვის სტანდარტი ექიმებისა და ექთნებისათვის არ არის შესაბამისად დარეგულირებული და პრაქტიკაში

მათზე მიბმული პაციენტების რიცხვი ბევრად აღემატება ჯანმოს რეკომენდაციას, რაც აფერხებს პატრონაჟის სისტემის ხარისხს“ (FG/MOH). აღინიშნა, რომ „ექიმის დატვირთულობა და პაციენტთა პატრონაჟი ნაკლებად აინტერესებს კლინიკას, იგი მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულებაა ფოკუსირებულია უფრო შემოსავლიანი სერვისების მიწოდებაზე“ (FG/MOH).

თითქმის ყველა რესპონდენტმა მიუთითა, რომ პრევენციული სერვისები საჭიროებს მეტ პრიორიტეტიზაციას. გამოიკვეთა, რომ „არ ხდება ჯანდაცვის ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და ხარჯთეფექტურობის სტრატეგიის გამოყენება გადაწყვეტილებების მიღების პროცესებში, რაც ხელს შეუწყობდა პრევენციული სერვისების სასარგებლო მტკიცებულებების გენერირებას“ (I/INT). ამასთან, **პჯდ კლინიკები ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ პრევენციული სერვისების განვითარებას დაბალი ფინანსური მოტივაციის გამო. ხშირად იგივე დამოკიდებულება ვრცელდება იმუნიზაციის სერვისებზეც.**

გამოკითხულთა აზრით, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებმა, განსაკუთრებით მათ, რომლის მენეჯმენტსაც ახორციელებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები, შეამცირეს ექთნების რაოდენობა და ექთნების კომპეტენციები გადაანაწილეს ექიმებზე, ზოგ შემთხვევაში კი ექიმის თანაშემწეზე რომელიც არ ფლობს შესაბამის უნარებს ექთნების ჩასანაცვლებლად; დაიკარგა ექთნის როლი პირველად ჯანდაცვაში (FG/MOH). ექიმები, ფართო კომპეტენციების, კონტინგენტისა და დროის სიმცირის გამო ვერ ახერხებენ პაციენტის სრულფასოვან კონსულტირებას და პატრონაჟს. ხოლო ექიმის თანაშემწე ძირითადად დაკავებულია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებით და არ გააჩნია პაციენტის პატრონაჟისა და იმუნიზაციის მონიტორინგის ცოდნა და უნარები. **პჯდ სერვისის ფართო პორტფოლიოს გათვალისწინებით ექიმ-ექთნის არასწორი თანაფარდობა ხელს უშლის პრევენციულ სერვისებზე ფოკუსირებას და პაციენტის მიდევნებას.**

პატრონაჟის პრობლემა შეინიშნება ზოგადად პირველად ჯანდაცვაში და განსაკუთრებით ურბანულ დასახლებებში, დიდ ქალაქებში, პრობლემა ასევე არსებობს სოფლად, თუმცა განსხვავებული კონტექსტით. რესპონდენტების აზრით, „ჯანდაცვის სისტემა ფრაგმენტირებულია და არ იძლევა საშუალებას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტებმა აწარმოონ სერვისების მიმწოდებლების უწყვეტი და სრულყოფილი მონიტორინგი“ (IG/NCDC).

რესპონდენტების აზრით, კომერციული ვაქცინების საკითხი დასარეგულირებელია. არათანაბარია შენახვისადმი მოთხოვნები კომერციული და სახელმწიფო ვაქცინების მიმართ, სახელმწიფო არ ახდენს კომერციული ვაქცინების „ცივი ჯაჭვის“ უსაფრთხოების კონტროლს, მიუხედავად ამისა, ამ უკანასკნელს უფრო სანდო იმიჯი აქვს მოსახლეობასა და სამედიცინო პერსონალში. აღინიშნა, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებიც კი არ ფლობენ სათანადო ინფორმაციას ვაქცინების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტების შესახებ; „მათ ზოგადად იციან, რომ სახელმწიფო ხარისხიან ვაქცინებს ყიდულობს, და კერძო და სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინების ხარისხში განსხვავება არ არის. მაგრამ მაინც არის საზოგადოებაში აზრი, რომ სახელმწიფო ვაქცინები არ ვარგა. მერე უკვე შეიძლება სპეციალისტსაც კი გაუჩნდეს კითხვები სახელმწიფო ვაქცინის ხარისხთან დაკავშირებით“ (IG/PHK).

მიუხედავად იმისა, რომ კომერციული ვაქცინებით იმუნიზაცია არ არის მაღალი (4%), იგი უარყოფით გავლენას ახდენს ზოგადად ვაქცინაციით მოცვაზე. აღინიშნა, რომ „ექიმები ფინანსური დაინტერესების მიზეზით აწარმოებენ კომერციული ვაქცინების პრომოციას, მშობლებს აჯერებენ, რომ მხოლოდ კომერციული ვაქცინაა ხარისხიანი რაც თავისთავად, იწვევს სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინების დისკრედიტირებას“ (I/EXP1). უმეტესად ეს ექიმები ნაკლებად იცნობენ იმუნიზაციის საკითხებს და არ აქვთ გავლილი სპეციალური ტრენინგები. მოსახლეობას ეჭვი შეაქვს „უფასო ვაქცინების“ უსაფრთხოებასა და ხარისხში და მიღებულ ინფორმაციას

ავრცელებენ ახლობლებში. არსებობს შემთხვევები, როდესაც „მშობელი, რომელიც მხოლოდ კერძო ვაქცინას ენდობა და არ აქვს მისი ყიდვის საშუალება, ტოვებს შვილს აუცრელს. თუმცა ასეთი შემთხვევების რაოდენობა უცნობია“ (IG/NCDC).

პრობლემაა იმუნიზაციის სარწმუნო არგუმენტებზე ხელმისაწვდომობა. ექიმებისთვის და განსაკუთრებით მოსახლეობისთვის რთულია ინტერნეტში გავრცელებული ინფორმაციიდან გამოარჩიოს სარწმუნო მტკიცებულებები. სახელმწიფოს ქმედებები მის მიერ შესყიდული ვაქცინების სარგებლისა და უსაფრთხოების შესახებ მოსახლეობის პერმანენტული და სრულყოფილი ინფორმირებისათვის არასაკმარისია.

აღინიშნა, რომ არასაკმარისია მარეგულირებელი მექანიზმები და ფინანსური ინსტრუმენტები პჯდ კლინიკების, ექიმებისა და ექთნების ეფეტური მუშაობისათვის; „სულადობრივი დაფინანსება და მოტივაციის სისტემის არარსებობა ხელს უშლის პირველად ჯანდაცვაში პროაქტიული მიდგომების დამკვიდრებას და პატრონაჟის სისტემების განხორციელებას“ (IG/NGO). თითქმის არ გამოიყენება არაფინანსური მოტივატორები იმუნიზაციის სერვისისადმი ინტერესის გაზრდისათვის.

რესპონდენტებმა ხაზი გაუსვეს, რომ „მას შემდეგ, რაც ვაქცინაციის ვიზიტის 1 ლარით ანაზღაურების პრაქტიკა მოიშალა, ექიმები ნაკლებად არიან ფოკუსირებული იმუნიზაციის პატრონაჟზე და მოცვაზე, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული სერვისები მოითხოვება საყოველთაო პროგრამით“ (FG/FM-TB). ამ ხარვეზმა ხელი შეუწყო ექიმებსა და მშობლებს შორის კომუნიკაციის შემცირებას.

კვლევით გამოიკვეთა, რომ კერძო სადაზღვევო სქემები ძირითადად მოზრდილებზეა ორიენტირებული და არ ფარავს იმუნიზაციის მომსახურებას. არის შემთხვევები, როცა მშობელს არ მიუწვდება ხელი პრევაქცინაციის ვიზიტის ანაზღაურებაზე, რაც ხდება ვაქცინაციისთვის თავის არიდების მიზეზი. ბოლო პერიოდში, სახელმწიფო ითხოვს სადაზღვევო კომპანიებისგან იმუნიზაციის სერვისის ინტეგრირებას სადაზღვევო პაკეტებში, თუმცა არ აკონტროლებს ამ მოთხოვნის შესრულებას. ზოგი კომპანია იგნორირებას უკეთებს სამინისტროს მოთხოვნას; ზოგი კი აკონტრაქტებს პჯდ

კლინიკას მხოლოდ ვაქცინაციის სერვისის მისაწოდებლად, რაც ხშირად იწვევს ფრაგმენტაციას პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში და იკარგება პატრონაჟის ფუნქცია. აღნიშნა ასევე ზოგადად, კორპორატიული დაზღვევის შემთხვევებში არსებული მანკიერი პრაქტიკა: „როცა დარეკავ და შემოგთავაზებენ რომელიმე ექიმს ერთ მისვლაზე, მეორე დარეკვაზე შეიძლება სხვა შემოგთავაზონ. ანუ, ერთ ექიმს არ ჰყავს თავისი პაციენტების სია“ (I/AC2).

უკანასკნელ პერიოდში, პირველადი ჯანდაცვის, მათ შორის იმუნიზაციის სერვისის მიწოდება არ იყო შემოფარგლული მხოლოდ ტიპური პჯდ კლინიკებით. მიუხედავად იმისა, რომ ჰოსპიტალურ დაწესებულებებს და გადაუდებელი დახმარების კლინიკებს უკვე შეეზღუდათ აღნიშნული სერვისის წარმოება, სამშობიაროები და სხვადასხვა მცირე მასშტაბის კლინიკები პედიატრიული კაბინეტებით ჯერ კიდევ აწვდიან ვაქცინაციის სერვისს (I/MOH). ბავშვები ასეთ დაწესებულებებში პედიატრიული კონსულტირების მიზნით ყოვნიდან 6 თვის ასაკამდე და შემდეგ გადადიან პჯდ კლინიკებში. ეს იწვევს პედიატრიული პატრონაჟის წყვეტას და ვაქცინაციის, განსაკუთრებით როტა და PCV იმუნიზაციის არასრულ და დაგვიანებულ შემთხვევებს (IG/NCDC). ამასთან, აღნიშნული ტიპის კლინიკებს არ გააჩნიათ იმუნიზაციის დაგეგმვისა და პატრონაჟის გამოცდილება (FG/MOH).

ხაზგასმით აღნიშნა, რომ იმუნიზაციის არსებული სისტემა არ ითვალისწინებს ვაქცინებზე უარის შესწავლას და მონიტორინგს. არ ხდება მშობლის მიერ ვაქცინაციაზე უარებისა და სამედიცინო უკუჩვენებების მიზეზით ვაქცინაციისთვის თავის არიდების შემთხვევებზე ექიმის შემდგომი რეაგირების შესწავლა. ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს არ ევალებათ რეაგირება აღნიშნულ საკითხებზე. რესპონდენტებმა შენიშნეს, რომ „ვაქცინაციაზე უარების რაოდენობა არ არის მაღალი, მაგრამ განსაზღვრული უნდა იყოს ყველა ფაქტორი, მათ შორის ვაქცინაციაზე რეაქციის წარსული გამოცდილება მშობლებსა და ექიმებში. თუ

ბავშვს პირველ აცრაზე ჰქონდა მომატებული რეაქცია, მშობელს ეშიანია აცრების გაგრძელების“ (I/NITAG). არ არსებობს მარეგულირებელი მექანიზმები და სიმძლავრე, რომ გამოვლენილი და გამოკვლეული იქნას ცალკეული იმუნიზაციის გართულების შემთხვევა. ექიმებს არ აქვთ შესაბამისი ცოდნა, რომ დაადასტურონ ან უარყონ იმუნიზაციის გართულების შემთხვევები.

გამოკითხულები ადასტურებენ, რომ „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოკლებულია შესრულების ინდიკატორებს ვაქცინაციის სერვისის მონიტორინგისა და შეფასებისათვის, რაც ქმნის პროგრამის ხარჯების ეფექტურობის ანალიზის პრობლემას“ (I/PMA). არსებობს უკვე დაწესებული მონიტორინგის რეგულაციების სერვისის მიმწოდებელთა მხრიდან აღსრულების პრობლემაც: მიუხედავად იმუნიზაციის ადმინისტრირების შესახებ მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრული დეტალური მოთხოვნისა, **პჯდ დაწესებულებების მიერ არ ხდება დადგენილი წესის მიხედვით თვითშეფასება და იმუნიზაციის შესრულების მონიტორინგი** იმუნიზაციის პროგრამის შედეგების გასაუმჯობესებლად (IG/NCDC). კლინიკები არ გრძნობენ ვალდებულებას და მოტივაციას თვითშეფასებისა და პროაქტიური მიდგომებისათვის, არ არსებობს ანგარიშვალდებულების მექანიზმი.

რესპონდენტებმა გამოავლინეს განსაკუთრებული სურვილი წითელას აფეთქების ფაქტის შესწავლასთან დაკავშირებით აჭარაში, სადაც სტატისტიკურად და კვლევებით დასტურდება ყველაზე მაღალი იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებელი. მათი აზრით, „აჭარის შემთხვევა ნათელი მაგალითია, რომ პრობლემებია იმუნიზაციის დაგეგმვასა და სხვა საკითხებში და აუცილებელია მათი ყურადღებით შესწავლა და რეაგირება“ (I/FMK).

ვაქცინაციაზე მოთხოვნის გაზრდა: რეკომენდებული ინტერვენციები

ვაქცინაციაზე მოთხოვნის გაზრდისათვის შესაძლო ინსტიტუციურ ინტერვენციებს შორის განხილული იქნა სავალდებულო იმუნიზაცია და მშობლის ქცევაზე პირდაპირ

და არაპირდაპირ მოქმედი სხვადასხვა სტრატეგიები. რეპონდენტებმა გააზიარეს რეკომენდაციები კომუნიკაციის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელ ქმედებებზეც.

სავალდებულო იმუნიზაცია

სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების მიზანშეწონილობასთან დაკავშირებით რესპონდენტთა აზრი გაიყო. გამოკითხულთა ერთი ნაწილი მიიჩნევს, რომ ეს ინტერვენცია აუცილებელია იმუნიზაციის მოცვის გასაუმჯობესებლად. მეორე ნაწილი უპირატესობას ცნობიერების ამაღლებაზე დაფუძნებულ მიდგომებს ანიჭებს და მიაჩნია, რომ სავალდებულოობის პრინციპი საქართველოსთვის მიუღებელია ან არ იქნება საკმარისი მოცვის გასაუმჯობესებლად: „ეს მაინც არ არის გამოსავალი იმისთვის, რომ აღარ იყოს დაგვიანებები და არასრული იმუნიზაცია... იძულება ამ პროცენტს ნამდვილად შეამცირებს, იმიტომ რომ ყველას უნდა ბავშვი ბაღში და სკოლაში წაიყვანოს, მაგრამ სრულად ვერ აღმოფხვრის ამ პრობლემას“ (I/EXP2). არსებობს მოსაზრება, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის თანმხლები რისკები ძალიან მაღალია და მისი შემოღება გამართლებულია მხოლოდ გარკვეული წინაპირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში (I/AC1).

შინაარსი და სცენარები

რესპონდენტთა აზრით, სავალდებულო იმუნიზაცია უმეტესად ასოცირდება არავაქცინირებული ბავშვების სკოლებსა და ბაღებში მიღების შეზღუდვასთან. განსაკუთრებით აქტუალურია ბაღებში ბავშვის მისაღებად იმუნიზაციის მოთხოვნა, რამდენადაც უმეტესი რუტინული აცრები ამ ასაკობრივ კატეგორიაზე ვრცელდება და ზრდის დროული ვაქცინაციის შესაძლებლობას: არ უნდა მიიღონ სკოლებმა და სხვა საადმინისტრაციო დაწესებულებებმა ბავშვი, თუ არ აქვს გაკეთებული იმ ასაკისთვის სახელმწიფო კალენდრით გათვალისწინებული აცრები (I/LG).

აღინიშნა ასევე უმაღლეს სასწავლებლებში მანდატორული იმუნიზაციის დანერგვის მნიშვნელობაც: „უმაღლეს სასწავლებლებში იმუნიზაციის მოთხოვნა დაგვეხმარებოდა 14-15 წლის ასაკში ჩასატარებელი აცრების მაჩვენებლების გაუმჯობესებაში... არასრულად ვაქცინირებულ ახალგაზრდებს, რომლებმაც 14 წლის ასაკში გამოტოვეს

აცრა, უნივერსიტეტში შესასვლელად უკვე თანხის გადახდა მოუწევს. პირველ 2 წელიწადს ამან შეიძლება ისეთი შედეგი არ მოგცეს, მაგრამ მერე, როცა გავრცელდება ეს ინფორმაცია, ფულის გადახდას ამჯობინებენ თავის დროზე უფასოდ აცრას“ (IG/NCDC).

რესპონდენტებმა შენიშნეს, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების შემთხვევაში, იგი უნდა გავრცელდეს არა მხოლოდ საქართველოს რეზიდენტებზე, არამედ უცხოეთიდან სამუშაოდ ჩამოსულ პირებსა და მათი ოჯახის წევრებზეც (FG/ADJ). აღინიშნა, რომ სპეციალიზებულ სკოლებშიც და ბავშვთა მზრუნველობის დაწესებულებებშიც თანაბრად აქტუალური უნდა იყოს იმუნიზაციის საკითხები. სასპორტო სკოლებში ბავშვის მიღებისას უნდა მოქმედებდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მათ შორის იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ ცნობების წარმოდგენისა და შეფასების ვალდებულება (I/FMK).

რესპონდენტთა ერთი ნაწილის აზრით, სავალდებულო იმუნიზაცია შესაძლებელია განხორციელდეს ეტაპობრივად. პირველ ეტაპზე შეიძლება მოიცვას მხოლოდ რამდენიმე პრიორიტეტული ვაქცინა (მაგ. DTP, polio და MMR); ვაქცინების ჩამონათვალი თანდათან, მოსახლეობის ცნობიერებისა და დამოკიდებულების გაუმჯობესების პარალელურად გაფართოვდება. აღინიშნა, რომ საჭიროა განისაზღვროს სავალდებულო და რეკომენდებული სავალდებულო ვაქცინების ნუსხა და მანდატორული ვაქცინაცია შეეხოს მხოლოდ პრიორიტეტულ ვაქცინებს. თუმცა, ასეთ შემთხვევაში, არსებობს დანარჩენი ვაქცინებით მოცვის შემცირების რისკი და აუცილებელია ყველა რუტინული ვაქცინა ჩაითვალოს თანაბარმნიშვნელოვნად (FG/INT1). შესაძლებელია, სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის სავალდებულო ვაქცინების სხვადასხვა ჩამონათვალი არსებობდეს, მაგალითად, როტა ვაქცინის სკოლაში მოთხოვნას დიდი მნიშვნელობა არ უნდა მიენიჭოს (I/EXP1).

ზოგიერთი მოსაზრებით, არ არის აუცილებელი აუცრელ ბავშვს აეკრძალოს სწავლა, სავალდებულო იმუნიზაციის მოთხოვნის შემოღებას ისედაც ექნება შედეგი.

გამოითქვა აზრი, რომ „აღსრულების თემა იქნება ყოველთვის ყველაზე პრობლემატური: რა უნდა იყოს აღსრულების მექანიზმი, ჯარიმა? თუ სხვა რამ?“ (I/P1). აღინიშნა, რომ არის ქვეყნები, სადაც მიღებულია სავალდებულოობა, მაგრამ აღსრულების მექანიზმი შეგნებულად არ ახლავს - არც ადმინისტრაციული ჯარიმას, არც სისხლის სამართლის დანაშაულია, უბრალოდ სავალდებულოა და ინფორმირებას ზრდიან. ეს საკმარისია გარკვეული ეფექტის მისაღებად. ბაღში და სკოლაში არ დაშვების არგუმენტი იქნება, რომ აუცრელი ბავშვი სხვა ბავშვებს უქმნის საფრთხეს; აღინიშნა, რომ „ბუნებრივია ამას მოყვება საკონსტიტუციო სასამართლოში ჩივილები, მაგრამ ამ შემთხვევაში, სხვა პრეცედენტების გათვალისწინებით, სასამართლოც გაითვალისწინებს არგუმენტებს და არ გააუქმებს ასეთი ტიპის კანონს“ (I/P2).

არსებობს მოსაზრება, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის ელემენტები უმჯობესია ამოქმედდეს ნაკლებად რადიკალური მიდგომებით. ბაღებსა და სკოლებში მიღების შეზღუდვის ნაცვლად სავალდებულოდ განისაზღვროს ჩატარებული აცრების შესახებ ცნობის წარდგენა: „თუ ვაქცინაცია არ იქნება სავალდებულო, ის მაინც უნდა გაკეთდეს, რომ სკოლებში და ბაღებში მისაღებ ბავშვებს მოეთხოვოთ გაკეთებული აცრების შესახებ ინფორმაცია“ (FG/MOH). ამისათვის, ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ფორმა 100-ში აცრების შესახებ დეტალური მონაცემების ინტეგრირება, ხოლო სკოლის და ბაღის ექიმის/ექთნის მიერ მოხდეს აცრების შესახებ ინფორმაციის გადამოწმება აცრების ეროვნული კალენდრის მიხედვით (FG/FMA). გამოვლინდება აუცრელი ბავშვები, განხორციელდება კომუნიკაცია და საგანმანათლებლო შეხვედრა მშობლებთან, ხოლო საბოლოოდ, ინფორმაცია რეაგირებისათვის მიეწოდება ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს. მონიტორინგისა და ანგარიშგებისათვის მიზანშეწონილია, გამოყენებული იქნას იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის შესაძლებლობები და შემუშავდეს ვაქცინაციის ინდივიდუალური პასპორტი.

აღინიშნა, რომ იმუნიზაციის ხელშესაწყობად, შესაძლებელია, გამოყენებული იქნას სხვადასხვა გარემოება. მაგალითად, გათვალისწინებული იქნას დღეისათვის არსებული კონკურენცია მუნიციპალურ ბალებში მიღებაზე და შემოდებული იქნას მუნიციპალურ ბალებში მიღების კრიტერიუმები, სადაც უპირატესობა მიენიჭება ვაქცინირებულ ბავშვებს (I/LG).

გამოითქვა სურვილი, განხორციელდეს პილოტური პროექტი საქართველოს ერთ ან ორ დიდ ქალაქში, რომელიც გამოავლენს სავალდებულო იმუნიზაციის შესახებ ქვეყნისათვის სპეციფიურ მტკიცებულებებს (I/P1). ასევე, მნიშვნელოვანია შეფასდეს რეგულაციის გავლენა (RIA-regulation impact assessment), განისაზღვროს მოსახლეობის რა ნაწილზე მოახდენს გავლენას მანდატორული იმუნიზაცია და რამდენად გააუმჯობესებს იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლებს (I/P2). სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების შემთხვევაში, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ექნება კომუნიკაციის სტრატეგიის აქტიურ იმპლემენტაციას, იმუნიზაციის მძლავრი მარკეტინგული მექანიზმის შექმნას და მარკეტინგული კამპანიების ჩატარებას, რაც შეამცირებს მოსალოდნელ რეზისტენტობას მშობლებისა და ექიმების მხრიდან (I/AC1).

საჭირო რესურსი

კვლევამ უჩვენა, რომ სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღებისათვის საჭირო იქნება შესაბამისი ადამიანური და საბიუჯეტო რესურსისა და რიგი საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელება:

- სკოლებსა და ბალებში მიღებისას დაწესდეს აცრების შესახებ ინფორმაციის მოთხოვნა;
- სკოლებსა და ბალებისათვის შესაბამისი ექიმის/ექთნის კადრის მოთხოვნა, რომელიც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მომზადდება იმუნიზაციის კომუნიკაციის უანრებში, ასევე, ჯანმრთელობასა და იმუნიზაციასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მართვასა და მონიტორინგში;

- ცვლილებებისათვის პჯდ რგოლის მომზადება: ექიმებისთვის გაიდლაინების შემუშავება და დანერგვა, რომლებიც მოიცავს ვაქცინაციის სარგებლისა და უსაფრთხოების შესახებ მტკიცებულებებს, ქმედებების პროტოკოლს და მესიჯების სქემებს ეფექტიანი კომუნიკაციისათვის;
- იმუნიზაციის გართულებული შემთხვევის გლობალური ეფექტის თავიდან ასაცილებლად, სამინისტროს მიერ ვაქცინაციაზე უარყოფითი პიარის ყოველი შემთხვევის საგანგებო შესწავლისა და გამოძიების ვალდებულების, ასევე შედეგების საზოგადოებისათვის გაზიარების პრაქტიკის დანერგვა;
- იმუნიზაციიდან გამორიცხვისა და იმუნიზაციაზე უარის თქმის რეგულირების გადახედვა და კონტროლის გამკაცრება - ზოგი რესპონდენტის აზრით, ვაქცინაციის პროცესიდან გამორიცხვა უნდა ხდებოდეს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით, იმუნიზაციის უკუჩვენებების დადგენილი ნუსხის შესაბამისად.
- სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების შემთხვევაში - აცრებზე უარის რეგულირება სკოლებსა და ბაღებში სამედიცინო ჩვენების წარდგენის მოთხოვნით, სადაც დასაბუთებულია აცრისგან გათავისუფლების მიზეზი. მიზეზის მიზანშეწონილობის შესაფასებლად, ექიმებისა და სკოლების/ბაღების სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი და ამისათვის შესაბამისი ფინანსური რესურსის გამოყოფა.
- ჯანდაცვის, განათლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს შორის კოორდინაციისა და მონიტორინგის ფორმატის შემუშავება და დანერგვა.

მონაწილე მხარეები

კვლევის თანახმად, სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების შემთხვევაში, ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა განსაზღვროს მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფები და, მეტი არგუმენტირებისათვის, განახორციელოს ვაქცინით მართვადი დაავადებების კვლევა აუცრელ მოსახლეობაში.

სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღებაზე მსჯელობისას უნდა ჩაერთოს ჯანდაცვის და განათლების სამინისტროები, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრები, ადამიანის უფლებათა დაცვის ინსტიტუტები, მშობლები, მასწავლებლები, მედია, ეპიდემიოლოგები და სამედიცინო პერსონალი. ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროების მჭიდრო თანამშრომლობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მშობლებსა და მოსწავლეებში ცნობიერების ამაღლებისა და საკანონმდებლო ვალდებულებების შესამუშავებლად. რეკომენდებული იქნა ომბუდსმენის ოფისთან და ადამიანის უფლებების დამცველ ორგანიზაციებთან ცნობიერების ასამაღლებელი შეხვედრები.

რესპონდენტებმა გაიხსენეს წინა წლების გამოცდილება: „განათლების სამინისტრო სავალდებულო იმუნიზაციის წინააღმდეგი იყო, თუმცა ქვეყანაში თუ იქნება შესაბამისი საკანონმდებლო მოთხოვნა, მაშინ მისი აღსრულებაც მოხდება“ (I/AC2). გამოითქვა აზრი, რომ იმუნიზაციას არასათნადო პრიორიტეტი ენიჭება და დაბალია მარეგულირებელი ცვლილებების შემოღების სურვილი: „პოლიტიკური ნება დაბალია, ფაქტია 2012 წლის მერე ამაზე მიდის მსჯელობა, მაგრამ გადაწყვეტილება ჯერ არ არის მიღებული. როდესაც იმუნიზაცია გახდება ნამდვილი პრიორიტეტი, ამისთვის გამოყენებული იქნება ყველა მექანიზმი“ (FG/FMA).

კვლევამ გამოავლინა მოსაზრებები სხვა მხარეებთან დაკავშირებითაც: სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღება გამოიწვევს პჯდ-ს, როგორც ვაქცინაციის უზრუნველყოფაში მონაწილე ტექნიკური მხარის გააქტიურებას; აუცილებელია რელიგიათაშორისი უწყებათა საბჭოს ჩართულობა, რელიგიურ ლიდერებთან მუშაობა იმუნიზაციის მნიშვნელობასა და უსაფრთხოებაში მოსახლეობის დარწმუნების მიზნით (I/INS).

საერთაშორისო გამოცდილება

რესპონდენტებმა ისაუბრეს, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას არ აქვს მკაფიო პოზიცია სავალდებულო იმუნიზაციასთან დაკავშირებით. გამოითქვა აზრი, რომ პარტნიორი ორგანიზაციები არ აღიარებენ ამ ტიპის რეგულაციას იმუნიზაციის

მოცვის პერსპექტიულ ინტერვენციად, რადგან განსხვავებულია მათი მიდგომა: „ინვესტიცია უნდა ჩაიდოს იმაში, რომ მოსახლეობა დაარწმუნო და არა დააძალო“ (FG/INT2). გამოითქვა მოსაზრება, რომ „როცა ადამიანი ვერ აცნობიერებს საკითხის მნიშვნელობას და აყენებ ზეწოლისა და შიშის პირობებში, უბიძგებ იფიქროს თავდაცვაზე, რასაც ხშირად მოჰყვება დამალვა და ტყუილი, მით უმეტეს, თუ სისტემა ამის საშუალებას აძლევს“ (FG/INT2). ზოგ ქვეყანაში, სადაც სავალდებულო იმუნიზაციაა და სისტემა იძლევა მონაცემებითა და დოკუმენტაციით მანიპულირების საშუალებას, მაღალია იმუნიზაციით მოცვის ოფიციალური მაჩვენებლები და დაბალია დაავადებათა ინციდენტობა, მაგრამ ეს მონაცემები არ ასახავს რეალურ სურათს.

აღინიშნა, რომ იმუნიზაციის სავალდებულოობას სხვადასხვა ქვეყანა განსხვავებულად აღიქვამს. საქართველომ თავისი სისტემის სპეციფიკიდან გამომდინარე თვითონ უნდა აირჩიოს სავალდებულოობის კრიტერიუმები. ზოგიერთ ქვეყანაში ვაქცინები დაყოფილია სავალდებულო და რეკომენდებულად, საინტერესო იქნებოდა ამ კლასიფიკაციის პრინციპების შესწავლა (FG/FMA).

დასავლეთის ქვეყნების - საფრანგეთის, იტალიის და გერმანიის ბოლოდროინდელმა მაგალითებმა უჩვენა ვაქცინით მართვადი დაავადებების აფეთქებებისას სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების პრაქტიკა. გამოითქვა მიღებული გადაწყვეტილებების შედეგების შესწავლის ინტერესი. განიხილეს ამერიკის მაგალითი, რომელსაც არ აქვს ფედერალური კანონი მანდატორული ვაქცინაციის შესახებ, თუმცა რამდენიმე შტატი ითხოვს იმუნიზაციას სკოლაში შესასვლელად. ქვეყანაში არავაქცინირებული ბავშვების განათლების საკითხი საგანმანათლებლო დაწესებულებაში დაშვების გარეშე დარეგულირებულია სახლში მიღებული განათლების აღიარებით, რაც განსხვავდება საქართველოს პოლიტიკისაგან (FG/INT1).

გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ საერთაშორისო პრაქტიკის პარალელურად გათვალისწინებული იქნას საქართველოში სავალდებულოობის მოსალოდნელი

აღქმისა და მასზე რეაგირების საკითხი. განვითარებულ ქვეყნებში მოსახლეობის მხრიდან მაღალია ნდობა ჯანდაცვის ხარისხისა და ექიმის მიმართ. აღინიშნა თვით ექიმის განათლების, კომუნიკაციის უნარებისა და ვაქცინაციისადმი მყარი ნდობის მომენტი. ამასთან, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში პაციენტები საკანონმდებლო ვალდებულებების მიმართ მეტი მორჩილებით გამოირჩევიან, მაღალია მოსახლეობაში იმუნიზაციის მიმართ ცნობიერება და ინფორმაციის საიმედო წყაროებზე ხელმისაწვდომობაც.

ანალიზი და მტკიცებულებები

კვლევის შედეგად, გამოვლინდა სავალდებულო იმუნიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეები, რისკები და პერსპექტივები, და შეფასდა განხორციელებადობის კრიტერიუმები.

დადებითი მხარეები:

- სავალდებულო იმუნიზაცია ხელს შეუწყობს მოცვის გაუმჯობესებას, განსაკუთრებით, საწყის ეტაპზე. იგი უფრო მეტად იმოქმედებს იმუნიზაციის დროულობაზე და გამოტოვებული შემთხვევების შემცირებაზე, მაგრამ ნაკლები ეფექტი ექნება მოცვის საერთო მაჩვენებელზე.
- გაიზრდება მშობლის პასუხისმგებლობა და შემცირდება დაუდევრობით გამოწვეული გამოტოვებული ვაქცინაციის შემთხვევების რიცხვი.

უარყოფითი მხარეები:

- რესპონდენტთა ნაწილის აზრით, სავალდებულო იმუნიზაცია მიუღებელია, რადგან ზღუდავს ადამიანის უფლებებს და თავისუფალ არჩევანს; გაჩნდება კითხვა „რატომ მაძალებ?“ დილემაა ბავშვთა უფლება და იმუნიზაცია. მისი მიღება გამართლებული იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ყველა სხვა ინტერვენცია უშედეგო აღმოჩნდება.

- წარმატებით განხორციელებისათვის აუცილებელია ცნობიერების გაზრდის აქტივობები და კამპანიები, რაც დამატებით ხარჯებს უკავშირდება. ამ ეტაპზე ასეთი ხარჯები სახელმწიფო ბიუჯეტით არ არის გავალისწინებული.
- რადიკალური აღსრულების მექანიზმის ამოქმედების შემთხვევაში, იზღუდება ბავშვის განათლების შესაძლებლობა

რისკები:

- ზოგი რესპონდენტის აზრით, სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების რისკი აჭარბებს მოსალოდნელ სარგებელს. გასათვალისწინებელია ვაქცინაციის სარგებლისა და უსაფრთხოების მიმართ უნდობლობის ფაქტორი და საკითხის სენსიტიურობა. შესაძლოა გაიზარდოს საზოგადოებაში პროტესტისა და იმუნიზაციის ნებისმიერი გართულებისადმი მწვავე რეაგირების ალბათობა. მოსალოდნელია სახალხო დამცველის სამსახურის წინააღმდეგობა ადეკვატური ინფორმირებისა და ჩართულობის ნაკლებობის შემთხვევაში.
- გაურკვეველი რჩება სკოლის გარეთ დარჩენილი აუცრელი ბავშვებისათვის განათლების მიღების შესაძლებლობის საკითხი, „გათვალისწინებული უნდა იქნას სკოლაში შესვლისათვის აცრების სავალდებულო მოთხოვნა (school enrollment restriction) რამდენად შეაფერხებს ბავშვების მიყვანას სკოლებში და მათ განათლებას“ (FG/INT2).
- სავალდებულო იმუნიზაცია ვაქცინაციის შესახებ ცნობიერების ამაღლების აქტიური ღონისძიებების გარეშე გამოიწვევს უკუშედეგს (I/AC1). არსებობს საშიშროება, რომ დაიწყება გვერდის ავლა, განსაკუთრებით თბილისში და დიდ ქალაქებში, მაღალი ფენის საზოგადოებაში, რომელსაც ხელი მიუწვდება იმუნიზაციის შესახებ ცნობის ფალსიფიკაციაზე და ძალიან კრიტიკულად არის განწყობილი (FG/INT2). ერთ-ერთი გამოკითხულის აზრით, „უფრო განათლებული ფენა იტყვის, რომ მე მოუფული ჩემს შვილს, იდარდოს ღარიბმა, რომელიც ვერ მოუფლის“ (I/EXP1).

- არსებობს რადიკალურად რეზისტენტული მშობლები და რელიგიური ოჯახები, რომელთა იმუნიზაციის მიმართ დამოკიდებულება ასოცირებულია მრწამსთან და მისი შეცვლა ძალიან რთულია (I/AC2). ასეთ შემთხვევაში არსებობს დილემა სავალდებულოობის ამოქმედებასა და სასკოლო განათლების მიღებას შორის. ასეთი შემთხვევები თავისთავად, არ არის ბევრი, მაგრამ გასათვალისწინებელია სხვა მშობლებზე მათი გავლენის ფაქტორი (I/PMA).
- ნაკლებად სავარაუდოა, რომ სახელმწიფო შეძლებს სავალდებულოობის პრინციპის სრულად ამოქმედებას და კანონის აღსრულების კონტროლს. არსებობს კორუფციის საფრთხე. ამ ფაქტორებმა შეიძლება გამოიწვიოს მანდატორიზმის იდეის დისკრედიტაცია.
- შესაძლებელია, გართულდეს კერძო სკოლებისა და ბაღების ჩართვა და საკანონმდებლო მოთხოვნების აღსრულება მკაცრად მანდატორული რეგულაციების შემოღების შემთხვევაში: „ერთი მხრივ, ისინი დაინტერესებული არიან რაც შეიძლება მეტი ბავშვი მიიღონ და გაიზარდონ შემოსავალი; მეორე მხრივ, სახელმწიფო საგანმანათლებლო დაწესებულებებისგან განსხვავებით, ისინი ნაკლებად არიან ანგარიშვალდებული განათლების სამინისტროსა (სკოლების შემთხვევაში) და ადგილობრივ თვითმმართველობასთან (ბაღების შემთხვევაში), მაგალითად, არ მოეთხოვებათ ექიმის/ექთნის კადრის არსებობა“ (IG/PHK).
- დიდი სკოლებისთვის რთულია ბავშვის იმუნიზაციის სტატუსის კონტროლი. სკოლებსა და ბაღებში არსებობს ექიმის რესურსის დეფიციტი, ყველა მათგანს არ ჰყავს ასეთი პერსონალი (I/SCH). ამასთან, შესაცვლელი იქნება არსებული პრაქტიკა, როცა მოთხოვნის შემთხვევაშიც კი, სკოლის ექიმები სათანადოდ არ ამოწმებენ ჯანმრთელობისა და იმუნიზაციის შესახებ წარდგენილ ცნობებს (I/EXP2).

- არსებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, არსებობს რისკი, რომ განათლების სამინისტრომ არ დაუჭიროს მხარი აუცრელი ბავშვების სკოლაში მიღების აკრძალვას განათლების მიზნებთან შეუსაბამობის მოტივით (IG/NCDC).

პერსპექტივები:

- საქართველოში არსებობს რისკ-ჯგუფებისათვის სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების გამოცდილება (FG/INT1). ბოლო დროს განხორციელებული ცვლილებები შინაგან ჯარში, საზღვაო სამსახურში და სამედიცინო პერსონალისათვის (B-ჰეპატიტის) სავალდებულო იმუნიზაციის დაწესებაზე მიუთითებს საკითხის პოლიტიკურ აქტუალობაზე (FG/MOH).
- არაპირდაპირი გავლენა მოზრდილთა იმუნიზაციით მოცვაზე შეიძლება მოახდინოს ჯანდაცვის სამინისტროს, WHO-სა და CDC-Atlanta-ს ერთობლივმა ინიციატივამ საავადმყოფოსშიდა ინფექციების კონტროლის გაიდლაინის შემოღების შესახებ, სადაც განხილული იქნება სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღება სამედიცინო პერსონალისა და სტუდენტებისთვის (FG/INT1).
- მანდატორული იმუნიზაცია, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს ბავშვების ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის რეგულარული ვიზიტების გაზრდას. შესაძლებელია ბავშვთა ჯანმრთელობაზე დინამიური სუპერვიზიის და სავალდებულო იმუნიზაციის კომპონენტების დაჯგუფება სინერჯის მიზნით (I/EXP2).
- არსებობს სკოლებში საინფორმაციო სისტემის მოწესრიგებისა და ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემასთან, მათ შორის, იმუნიზაციის მოდულთან ინტეგრირების პერსპექტივა, რაც იძლევა მოსწავლის ვაქცინაციის ინდივიდუალური მონაცემების გადამოწმების საშუალებას სკოლის დონეზეც (I/EXP1).

ვაქცინაციის მოთხოვნაზე მოქმედი სხვა ინსტიტუციური ინტერვენციები

რესპონდენტებმა დაასახელეს მშობლების მოტივირებასა და ცნობიერების ამაღლებაზე ორიენტირებული რიგი ინტერვენციები იმუნიზაციაზე მოთხოვნის გაზრდისათვის.

იმუნიზაციის სტატუსი განხილული იქნა, როგორც ერთ-ერთი ფაქტორი სახელმწიფო სარგებლების მისაღებად; დასახელდა სხვადასხვა ვერსია:

- ოჯახს მოეთხოვოს იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ ინფორმაციის წარდგენა, რომლის მიხედვითაც განესაზღვრება შეზღუდვები ან უპირატესობები სახელმწიფო სარგებლების მიღებისას (სოციალური დახმარებები, საყოველთაო ჯანდაცვის სერვისები, და სხვა.).
- ბავშვების დროული და სრული იმუნიზაცია იქნება კრიტერიუმი სარგებლების უპირატესი მიღებისათვის.
- სახელმწიფო სარგებლები, რომლებსაც შეეხება აღნიშნული მოთხოვნა, შესაძლებელია იყოს ვაქცინით მართვადი დაავადებების მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება, სოციალური დახმარებების და სერვისების (მაგ. მრავალშვილიანი ოჯახების დახმარება) მიღება და საყოველთაო პროგრამის თანაგადახდებზე შეღავათები.

აღინიშნა, რომ ხსენებულ მიდგომას გააჩნია უარყოფითი მხარეები და რისკები. იგი თანაბრად არ მოიცავს მოსახლეობის ყველა ჯგუფს და ძირითადად შეეხება შეჭირვებულ ფენებს, რაც რისკის ქვეშ აყენებს მათ სოციალურ დაცვას. ამასთან, შემოთავაზებულ ინტერვენციას ნაკლები გავლენა ექნება არავაქცინირებულ კონტინგენტზე, რამდენადაც, როგორც კვლევები უჩვენებს, მათი დიდი ნაწილი სწორედ შეძლებული ფენიდანაა. ამასთან, ინტერვენციის განსახორციელებლად საჭირო იქნება დამატებითი საკანონმდებლო და ადმინისტრაციული მექანიზმების შემოღება.

რესპონდენტებმა იმსჯელეს მშობლების მოტივაციის შესაძლო ინსტრუმენტებზე. გამოითქვა აზრი, რომ აცრების დროულად და სრულად შესრულებისთვის შესაძლებელია მშობელს მიეცეს ჰონორარი, პრიზი ან ისარგებლოს რაიმე უპირატესობით. არსებობს წარმატებული საერთაშორისო პრაქტიკის შემთხვევები აღნიშნულ ინტერვენციასთან მიმართებით, თუმცა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა მოსაზრებით ამ მიდგომისას მშობელი იმუნიზაციაზე არჩევანს აკეთებს არა იმუნიზაციის სარგებლის გამო ცნობიერებიდან გამომდინარე, არამედ მატერიალური/არამატერიალური ინტერესით. გასათვალისწინებელია, რომ მოცემული ინტერვენცია მოითხოვს დამატებითი საბიუჯეტო სახსრების გამოყოფას. მოსალოდნელია პოლიტიკური ნების დეფიციტი მის განსახორციელებლად.

რესპონდენტების მხრიდან შემოთავაზებული იქნა ინსტიტუციური მრავალდონიანი ინტერვენციები მშობლების ცნობიერების ასამაღლებლად, რომელიც იწყება ანტენატალური ზედამხედველობის ეტაპზე გინეკოლოგის მიერ იმუნიზაციის შესახებ ინფორმირებით, გრძელდება პჯდ კლინიკაში ოჯახის ექიმთან კონსულტირებითა და ბავშვის პატრონაჟით და ასევე მოიცავს კომუნიკაციას ბალებსა და სკოლებში (I/MOH). გამოიკვეთა საკითხი იმუნიზაციის ცნობიერების ამაღლების კომპონენტის ჯანმრთელობის სხვადასხვა სერვისებში (მაგალითად, ანტენატალური ზედამხედველობა, სკრინინგი, ბავშვის ანთროპომეტრულ განვითარებაზე მეთვალყურეობა) და საგანმანათლებლო პროგრამებში ინტეგრაციასთან დაკავშირებით.

ინტეგრირებული მიდგომების შემთხვევაში, შესაძლებელია განხილული იქნას იმუნიზაციის მოცვაზე ირიბი გავლენის შესაძლებლობები. შემოთავაზებული იქნა პირველადი ჯანდაცვის კომპონენტში 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის პერიოდული სავალდებულო შემოწმებების შემოღება, რაც საშუალებას მისცემს ექიმს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა აწარმოოს და მეტი კომუნიკაცია იქონიოს მშობლებთან: „ვაქცინაცია სავალდებულო რომც არ იყოს, მხოლოდ სავალდებულო

შემოწმებები უზრუნველყოფს პაციენტების მიდინებას, რომ ექიმმა შეძლოს გადაწყვეტილების მიღება რისკის შემცველი იქნება თუ არა ვაქცინაცია. ასეთ შემთხვევაში ექიმი უფრო დარწმუნებული იქნება თავის გადაწყვეტილებაში“ (I/MOH).

გამოითქვა მოსაზრება სამშობიაროებში და პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებში მშობელთა სკოლების შექმნისა და მათში იმუნიზაციის შესახებ განათლების მოთხოვნების დაწესებასთან დაკავშირებით (FG/FM-ADJ). ამისათვის, მნიშვნელოვანია მშობელთა სკოლების ექიმების, მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, პედიატრების ტრენინგი იმუნიზაციის საკითხებში და მათთვის მშობელთა სწორი ინფორმირების ვალდებულების გაჩენა (I/NITAG).

კომერციულ ვაქცინებთან დაკავშირებით აღინიშნა, რომ ჰექსავალენტური ვაქცინის დანერგვის შემდეგ შემცირდა პრობლემის მასშტაბი, თუმცა საკითხი ჯერ კიდევ აქტუალურია. სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინებისა და ზოგადად, იმუნიზაციის მიმართ ნდობის გასაძლიერებლად, რესპონდენტების მიერ შემოთავაზებული იქნა შემდეგი ალტერნატივები:

- ჯანდაცვის სამინისტრომ შემოიღოს რეგულაცია და იმ დაწესებულებებში, სადაც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ტარდება ვაქცინაცია, არ მოხდეს კერძო ვაქცინის შეტანა. გამოითქვა ეჭვი, რომ ამ გადაწყვეტილებამ შეიძლება ვერ მოიპოვოს პოლიტიკური მხარდაჭერა კომერციული საქმიანობისთვის ხელის შეშლის მოტივით.
- აიკრძალოს კომერციული წესით მხოლოდ იმ ვაქცინების შემოტანა, რაც სახელმწიფოს შემოაქვს, უფასოა და გათვალისწინებულია კალენდრით, მაგრამ გრიპის ვაქცინის შემთხვევაში, რომელიც მხოლოდ გარკვეული კონტინგენტისთვისაა უფასო, დანარჩენ მოსახლეობასაც უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა და მიზანშეწონილია მისი კომერციული შემოტანა. კომერციული ვაქცინების შეზღუდვის შემთხვევაში, გასათვალისწინებელია გამოტოვებული შემთხვევების მოცვის საკითხიც, მაგალითად, როგორი იქნება

TD-ვაქცინაზე ხელმისაწვდომობა, თუ 15 წლის აუცრელი მოზარდისათვის, რომელზეც სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინა აღარ ვრცელდება.

- სახელმწიფომ დაავალდებულოს იმუნიზაციის სერვისის მიმწოდებლები, რომ ვაქცინის შესახებ ინფორმაცია საჯაროდ ხელმისაწვდომი გახადონ. პჯდ ექიმებმა მოახდინონ მშობლების ინფორმირება შემუშავებული გაიდლაინების შესაბამისად ვაქცინების უსაფრთხოებისა და სარგებლის შესახებ. ექიმს და იმუნიზაციის ექთანს უნდა შეეძლოს სახელმწიფოს მიერ შესყიდული ვაქცინის შესახებ მშობლის კითხვებს ამომწურავად გასცეს პასუხი. სწორად ინფორმირებულ მშობლებს საშუალება მიეცემათ დაზოგონ ფული და არჩევანი გააკეთონ სახელმწიფოს მიერ შესყიდულ ხარისხიან ვაქცინაზე.
- ექიმს, რომელიც არ შეასრულებს გაიდლაინის პირობას და მშობელს დაუსაბუთებელ ინფორმაციას მიაწვდის იმუნიზაციის ან სახელმწიფო ვაქცინის შესახებ, ასევე, იმოქმედებს მშობელზე კერძო ვაქცინის უპირატესობაში დასარწმუნებლად, დაეკისროს პასუხისმგებლობა.

ინტერვენციები ინფორმირებისა და კომუნიკაციის გასაუმჯობესებლად ყველა რესპონდენტმა პრიორიტეტულად მიიჩნია ვაქცინაციის შესახებ ცნობიერების ამაღლება იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებისათვის. აღინიშნა, რომ სწორი ინფორმირებულობა შეამცირებს მოსახლეობისა და სამედიცინო პერსონალის შიშს და გაზრდის იმუნიზაციის მიმართ ნდობას და მოთხოვნას; „მნიშვნელოვანია, რომ ყველასთვის იყოს ხელმისაწვდომი ინფორმაცია აცრის სარგებლის და ასევე უკუჩვენებების შესახებ“ (IG/PHK). ხაზი გაესვა, რომ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით NCDC-იმ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით ახლახან შეიმუშავა იმუნიზაციის კომუნიკაციის სტრატეგია და მიმდინარეობს მუშაობა მის დანერგვაზე.

კომუნიკაციის სტრატეგია

რესპონდენტთა აზრით, აუცილებელია ჯანდაცვის სამინისტროსა და NCDC-ის განსაკუთრებული აქტიურობა ინფორმირებისა და კომუნიკაციის კომპონენტის

გასაძლიერებლად: NCDC ბევრ რამეს აკეთებს, იმუნიზაციაზე ბევრი ინფორმაციაა თავმოყრილი, მაგრამ „ამას სჭირდება სხვანაირი პოპულარიზაცია „user friendly“ რომ იყოს. ხალხმა არ იცის ეს საკითხი და ალტერნატიული წყაროების ძიებაში სხვა საიტები უფრო უფრო აქტიურად ჩნდება, რაც ვაქცინაციის საწინააღმდეგო ინფორმაციას შეიცავს... მართალია, WHO-ს აქვს თავისი კითხვა-პასუხები, მაგრამ ისიც არ არის ამომწურავი. ჩვენს მოსახლეობას ნაკლებად მიუწვდება ხელი ინგლისურენოვან ლიტერატურაზე და ესაჭიროება სარწმუნო ქართული საიტები“ (I/EXP1).

UNICEF-ის წარმომადგენლების ცნობით: „ეს ძალიან სერიოზული თემაა, რამოდენიმე წელია ამის მცდელობა გვაქვს, რომ NCDC-ში ერთგვარი „knowledge hub“-ი შევქმნათ. ყველა ინფორმაცია, რომელიც აქ მოიყრის თავს იქნება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, კონკრეტული წყაროს მითითებით... ამ პროცესს უნდა ჰქონდეს სერიოზული მონიტორინგი და თითოეულ თემაზე ჩაღრმავებით ხდებოდეს ინფორმაციის შეგროვება“. აღინიშნა, რომ არსებული მდიდარი გამოცდილება აადვილებს ვაქცინაციაზე მუშაობას - უკვე შესწავლილია ყველა ის მითი და არასწორი ქცევა, რაც საზოგადოებაში ტრიალებს; „ამიტომ ხვდები რა არის ამ ხალხის ინტერესი, ამოიღებ ამ საკითხებს და თითოეულ მათგანზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პასუხებს მოიძიებ საინფორმაციო ბაზაში“ (IG/INT).

მოყვანილი იქნა პროფესიონალი მარკეტოლოგების რჩევები, რომლის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებში ვაქცინაციისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაციისათვის მხოლოდ ინტერპერსონალური კომუნიკაციის უნარების განვითარება საკმარისი არ არის და სასურველია იმუნიზაციის საინფორმაციო გაიდლაინის შექმნა, სადაც ცალკეული სცენარის შესაბამისად, წარმოდგენილი იქნება დეტალური ინფორმაცია მტკიცებულებებისა და მესიჯების თანხლებით.

საყურადღებოა მდგომარეობა რეგიონებში სადაც ტექნოლოგიებთან დაბალი ხელმისაწვდომობა ან ენობრივი ბარიერის პრობლემაა: „ქვემო ქართლის რეგიონში, მაგალითად იძულებით გადაადგილებული პირების კომპაქტურ დასახლებებში, ასევე მაღალმთიან რეგიონებში - პირველ რიგში უნდა მოხდეს კომუნიკაცია, მოსახლეობისთვის იმუნიზაციის მნიშვნელობის ახსნა, კარდაკარ შეხვედრები, საინფორმაციო მასალების გადაცემა, პიარის სხვადასხვა ელემენტები გამოყენება, რომ მოსახლეობისთვის გასაგები იყოს თუ რატომ უნდა მოხდეს ბავშვების აცრა“ (I/AC2).

რეკომენდებული იქნა მეტი გამჭვირვალობა იმუნიზაციის შედეგებთან დაკავშირებით, მათ შორის იმუნიზაციის გართულებებზე, რაც თავიდან ააცილებს საზოგადოებაში დაუზუსტებელი და არასარწმუნო ინფორმაციის გავრცელებას. რესპონდენტებმა გაიხსენეს 2008 წლის წითელას წარუმატებელი კამპანიის გამოცდილება და აღნიშნეს, რომ „მნიშვნელოვანია, მოსახლეობას ვუთხრათ, რომ გართულებები არსებობს, მაგრამ სტატისტიკურად ეს არის უმნიშვნელო მაჩვენებელი. გართულების ან გართულებაზე ექვის შემთხვევაში დროულად უნდა მოხდეს განმარტებების მიწოდება საზოგადოებისთვის, რომ მერე ამან არ გამოიწვიოს მღელვარების ტალღა და სპეკულაციები“ (I/NITAG).

აღინიშნა საინფორმაციო კამპანიების მუდმივობის აუცილებლობა: „საინფორმაციო ტალღა პერიოდულად იმატებს და იკლებს, მაგრამ მნიშვნელოვანია რომ ის არ განულდეს და მუდმივად ხდებოდეს ამ თემაზე საზოგადოებასთან საუბარი“ (I/EXP1). გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რუტინულ კომუნიკაციას ვაქცინაციის შესახებ, როგორც პერსონალთან, ისე მოსახლეობასთან. მნიშვნელოვანია, შეიქმნას უფრო მძლავრი ინსტრუმენტები კომუნიკაციისთვის, რათა საზოგადოება დარწმუნდეს, რომ იმუნიზაცია უსაფრთხოა და სიცოცხლის გადამრჩენი (I/INS). ამ მიზნით, რეკომენდებული იქნა თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენება და განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების გაზიარება: „უდავოა, რომ 20 და 25 წლის წინ გამოიყენებული კომუნიკაციის მეთოდები დღეს საკმარისი და ეფექტიანი ვეღარ

იქნება“ (FG/INT2). გამოითქვა სოციალური მედიის შესაძლებლობების მაქსიმალურად ათვისების აუცილებლობა.

რესპონდენტებმა ისაუბრეს საქართველოს ბოლოდროინდელ მიღწევებზე, კერძოდ, SMS-შეტყობინებების სისტემასა და იმუნიზაციის მობილურ აპლიკაციაზე, რაც მშობლეს საშუალებას აძლევს ინფორმირებული იყოს თავისი ბავშვის აცრის კალენდარსა და აცრების შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაციაზე. მაგრამ ზოგი გამოკითხულის აზრით, „ამ აპლიკაციის გამოყენება ლიმიტირებულია, ბევრი არ იყენებს და საინტერესოა რატომ? იმიტომ რომ ინფორმაცია არ არის, არ იცის მოსახლეობამ ამის შესახებ, თუ თვითონ ეს აპლიკაცია გამოდგა არაეფექტიანი? გასარკვევია რამდენად გამოყენებადია“ (I/MOH). ხაზი გაესვა იტერსექტორული კოლაბორაციის მნიშვნელობას. აღინიშნა იუსტიციის სამინისტროს მხარდაჭერა საინფორმაციო ბაზების ინტეგრირებასა და SMS-შეტყობინებების დანერგვაში და განათლების სამინისტროს მეტი ჩართულობის აუცილებლობა.

საინფორმაციო კამპანიები

რესპონდენტებმა გაიხსენეს პერიოდული კამპანიები სახელმწიფოს მხრიდან, WHO-ს ეგიდით მიმდინარე ვაქცინაციის კვირეულები და სხვადასხვა საერთაშორისო პარტნიორების მხარდაჭერით განხორციელებული საინფორმაციო აქტივობები, რამაც ხელი შეუწყო იმუნიზაციის მოცვის გაზრდას: „მაგალითად, წითელას აფეთქებისას, კამპანიები დაეხმარა კატასტროფული მდგომარეობის გამოსწორებაში. ეს კამპანიები არის ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომლითაც ჯერ კიდევ ვინარჩუნებთ არა იდეალურ, მაგრამ შედარებით მაღალი მოცვის მაჩვენებელს“. გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, პროგრესის მიუხედავად, მაინც არასათანადოა ის ძალისხმევა, რასაც სახელმწიფო იყენებს ამ კუთხით.

რეკომენდებული იქნა ცნობილი სპორტსმენების, სახელმწიფო მოღვაწეების, მსახიობების მეტი სიხშირით ჩართვა კამპანიებში: „როდესაც ზაზა ფაჩულია გამოდის და ამბობს, რომ მისი შვილი მიჰყავს აცრაზე, ეს არის ძალიან კარგი. ამის უკან დგას

ჯანმრთელი პიროვნება და ამის უკან დგას ძალიან დიდი ავტოროტეტი მთელი ქვეყნისთვის. მთავარია ასეთ კამპანიებს ჰქონდეს მუდმივი ხასიათი, თვეში ერთხელ ან ორჯერ კეთდებოდეს“ (I/NITAG). პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა დაადასტურეს, რომ ასეთი ტიპის საინფორმაციო აქტივობების შემდეგ მნიშვნელოვნად იზრდება იმუნიზაციაზე მომართვიანობა.

ხაზი გაესვა ცნობილი ექიმების მხრიდან არგუმენტირებული საჯარო განხილვების აუცილებლობას ვაქცინაციის მნიშვნელობასა და შედეგებზე, რადგან ზოგჯერ ექიმებიც გაურბიან ამ საკითხებზე ღია საუბარს. ასევე, აღინიშნა თანასწორთა განათლების პრინციპის (peer learning) გამოყენების ეფექტურობა მშობლებს შორის, მშობელთა სკოლის თემაზე გადაცემებისა და საინფორმაციო პორტალის შემუშავება (FG/FM-ADJ).

რესპონდენტების აზრით, ვაქცინაციის საწინააღმდეგო პროპაგანდა ანგარიშგასაწევი ფაქტორია, ჯერ კიდევ განიხილება ვაქცინაციასთან აუტიზმის კავშირის თემა; „როდესაც იწყება ვაქცინაციის კამპანია, სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს, რომ არ დაუშვას ანტივაქცინაციის მცდელობები და დაუსაბუთებელი ინფორმაციის გავრცელება“ (I/INT). ვაქცინაციის კამპანიის მომზადებისას სახელმწიფომ კარგად უნდა შეისწავლოს არსებული სიტუაცია და რისკები და ჩართოს ამ მიზნით სპეციალურად მომზადებული ფსიქოლოგების რესურსი, რომლებიც დარგის პროფესიონალებთან ერთად იმუშავებენ მედიასთან. გამოითქვა იდეა იმუნიზაციის კამპანიებისას ექიმისა და ექთნის კარდაკარ შემოვლის პრაქტიკის გააქტიურების შესახებ.

მედია

კვლევის თანახმად, იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის ფართოდ გავრცელებისათვის, აუცილებელია პოპულარული მედია-საშუალებების გამოყენება, სოციალური კლიპების ტრანსლირება, ცნობილი ექიმების მოწვევა და ინტერვიუები რეიტინგულ არხებზე ყველაზე პოპულარულ დროს: „ალბათ საჭიროა უფრო მასიური

PR კამპანია. გასათვალისწინებელია, რომ ფართო მასებისთვის შეიძლება ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყოს ეს კამპანიები, მაგ. „პულსს“ რეგიონებში ვერ უყურებენ... სახელმწიფო ტელევიზიას ალბათ უნდა ჰქონდეს რაღაც რესურსი ან ხედვა იმისა, რომ ეს აუცილებლად გვჭირდება“ (I/PMA). აღინიშნა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს შეუძლია ამ მხრივ ზემოქმედება გადაცემებზე, სოციალურ რეკლამებზე: „თუ კარგ საეთერო დროს, მაგალითად საინფორმაციო გამოშვების წინ, სერიალის წინ ან შემდეგ და სარეკლამო ჭრის დროს ხშირად იქნება ასეთი მოწოდებები, ეს იქნება ძალიან კარგი მოსახლეობისთვის“ (I/LG).

მნიშვნელოვანია, არა მხოლოდ საინფორმაციო კამპანიები, არამედ უფრო შინაარსობრივი განხილვები მედია საშუალებების წარმომადგენლებთან, მხოლოდ ზედაპირული საინფორმაციო კამპანია შეიძლება იყოს აღქმული მორიგ სოციალურ რეკლამად და ნაკლები ეფექტი ჰქონდეს. ინფორმირებას უნდა ჰქონდეს პერმანენტული ხასიათი და არ ამოიწურებოდეს მხოლოდ იმუნიზაციის კვირის ფარგლებში განხორციელებული ღონისძიებებით. განიხილეს იმუნიზაციაზე სპეციალური რუბრიკის შექმნის იდეაც.

გამოითქვა აზრი ტელე-რეკლამების შინაარსობრივ მხარესთან დაკავშირებით: „შეიძლება რეკლამაში არ იყოს ყველა პუნქტი გამიჯნული, მაგრამ მოიცავდეს მოკლე მოწოდებებს, რომ ხალხმა დროულად მიმართოს ოჯახის ექიმს იმუნიზაციისთვის და თავიდან აიცილოს ის დაავადებებისა და რისკების შესახებ, რაც აუცრელობის შემთხვევაში ემუქრებათ“ (I/EXP2). მასმედიაში უნდა გაავრცელოს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ქვეყანაში ხარისხიანი ვაქცინები შემოდის და მნიშვნელობა არ აქვს რომელ ქვეყანაშია წარმოებული, ისაუბროს ახალი ვაქცინების მნიშვნელობაზეც. კარგი იქნება, ვაქცინით მართვადი დაავადებების აფეთქებების უფრო ხშირი ჩვენება, გააზრება თუ რა ემართებათ დაავადებულ პაციენტებს.

მედიას ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ჯანდაცვის სამინისტრომ და ურთიერთთანამშრომლობით მომზადდეს სიუჟეტები. აღინიშნა მედიის

ჩართულობასთან დაკავშირებული გამოწვევები: „მედიასთან მუშაობა არ არის აქტიური. იყო ამის ცალკეული მცდელობები, მაგრამ მედიას ყოველთვის სენსაციები ურჩევნია, ამიტომ ძალიან რთულია ამ აზრის შეცვლა, და თუ სადმე დაფიქსირდა გვერდითი მოვლენა, ჟურნალისტებისთვის ცდუნება დიდია, რომ აქცენტირებულად გააშუქონ ასეთი შემთხვევები“ (I/AC2). გამოითქვა მოსაზება, მოხდეს ერთგვარი „ჯენტლმენური“ შეთანხმება მედია სამუალებებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს შორის, რომ „ეს არის სენსიტიური თემა, რომელსაც არ უნდა შევეხოთ და თუ რამე კითხვები გაჩნდა, ძალიან ფრთხილად უნდა მოხდეს ამ კითხვების განხილვა“ (I/NITAG).

გამოკითხულთა უმრავლესობამ მიუთითა ჟურნალისტების ცნობიერების ამაღლების აქტუალობაზე და აღნიშნა, რომ მედია-წარმომადგენლების ტრენინგები ქვეყანაში პრაქტიკულად არ ხორციელდება. ტრენინგები უნდა მოიცავდეს ინფორმირებას ვაქცინის სარგებელზე, სასიცოცხლო მნიშვნელობაზე და გვერდით მოვლენებზე, მაგრამ ხაზი უნდა გაესვას, თუ რამდენად ადემატება ვაქცინაციის შედეგები მის რისკებს. ამასთან, „მედიამ უნდა გააცნობიეროს, რომ ბავშვთა ჯანმრთელობა არის ის თემა, სადაც იგი უნდა გახდეს წამყვანი მოკავშირე და დაეხმაროს ჯანდაცვის სამინისტროს მშობლების სწორ ინფორმირებულობასა და მედიცინის ისტორიაში ყველაზე წარმატებული ინტერვენციის შედეგის მაქსიმალურ გამოყენებაში“ (I/P2).

სამიზნე ჯგუფები

კვლევის თანახმად, საზოგადოებაში იმუნიზაციის ცნობიერების დონის ასამაღლებლად, სამინისტრომ უნდა განავითაროს ორ-დონიანი საინფორმაციო-საგანმანათლებლო სტრატეგია და ზოგადი საინფორმაციო კამპანიების პარალელურად, აქტიურად იმუშაოს მომავალ დედებთან და ყველა იმ მიზნობრივ ჯგუფთან, რომელსაც პირდაპირი ან ირიბი შეხება აქვს იმუნიზაციასთან. ინფორმირების პროცესი უნდა იწყებოდეს საგანმანათლებლო დაწესებულებებიდან და გრძელდებოდეს სამშობიარო სახლებსა და პირველადი ჯანდაცვის

დაწესებულებებში. გარკვეული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს ბავშვებსაც და მათ მშობლებს.

პირველადი ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა გააზიარეს მშობლებთან კომუნიკაციის საკუთარი გამოცდილება. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ „ძალიან ბევრჯერ უმეორებს მშობელს თუ როდის უნდა მოვიდეს მომდევნო აცრაზე, ფურცელზეც უწერს რომ არ დაავიწყდეს“ (FG/FM-TB). გამოითქვა აზრი, რომ სწორად ინფორმირებული პაციენტი იშვიათად ამბობს აცრაზე უარს, მნიშვნელოვანია მან იცოდეს რისკი და სარგებელი და მტკიცებულებები, რომ იმუნიზაციის შემთხვევაში სარგებელი ყოველთვის უფრო წონვადია. აჭარის წარმომადგენლების ინფორმაციით, პაციენტების დარწმუნებაში განსაკუთრებით ეხმარებათ ცოცხალი მაგალითები: წარსულში რეგიონში დიფტერიით გამოწვეული ლეტალობის შემთხვევები, რომელიც ჯერ კიდევ ახსოვს მოსახლეობას; ტეტანუსის და პოლიომიელიტის შედეგები (FG/FM-ADJ).

რესპონდენტები თვლიან, რომ გასათვალისწინებელია ქვეყნის ეთნიკური სიჭრელე და ენობრივი ბარიერი, რომელიც დღეისათვის კვლავ მოსაგვარებელია: „ქვეყნის ტერიტორიაზე ცნობილია დასახლებები, სადაც მოსახლეობა საუბრობს აზერბაიჯანულ ან სომხურ ენაზე და აუცილებელია მათთვის გაკეთდეს ინფორმაციის პროფესიონალური თარგმანი კომპეტენტური პირების მიერ და ასეთი სახით მიეწოდოს ინფორმაცია“ (FG/FM-TB).

აღინიშნა, რომ სახელმწიფომ უნდა იმუშაოს რელიგიურ ორგანიზაციებთან და სასულიერო პირებთან. გამოკითხულთა ინფორმაციით, ამ მხრივ ჯერ კიდევ არსებობს პრობლემები, სასულიერო პირების მრავალშვილიანი ოჯახები და მრევლის წარმომადგენლები თავს არიდებენ იმუნიზაციას. მნიშვნელოვანია რელიგიური აღმსარებლობის ხელმძღვანელების დარწმუნება და თანამშრომლობა, რადგან მათ შეუძლიათ საზოგადოებაზე გავლენის მოხდენა. განიხილეს პატრიარქის ეპისტოლეში

იმუნიზაციაზე ინფორმირებისა და საპატრიქოს ტელევიზიაში ვაქცინაციაზე გადაცემის მომზადების წინადადებები.

მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფო მოხელეები, რომლებსაც უწევთ იმუნიზაციასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღება, ფლობდნენ შესაბამის ცოდნას და აანალიზებდნენ მათი გადაწყვეტილებების შედეგებს. გამოკითხულთა ცნობით, „პრევენციულ ღონისძიებებზე სახელმწიფო მოხელეებს ხშირად ენანებათ თანხა და არ გამოყოფენ საჭირო ბიუჯეტს. ვერ აცნობიერებენ პრევენციის მნიშვნელობას“ (I/AC1). აქტუალურია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მენეჯმენტის რესურსისა და სათანადოდ გაცნობიერებული კლინიკური მენეჯერების არსებობა, რომლებიც თვითონ იღებენ გადაწყვეტილებებს მტკიცებულებებზე დაყრდნობით.

საგანმანათლებლო დაწესებულებები

რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა ჯანდაცვის სამინისტროს მხრიდან სკოლებთან და სკოლამდელ დაწესებულებებთან თანამშრომლობის აუცილებლობა და მათი პედაგოგებისა და სამედიცინო პერსონალის ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობა. განსაკუთრებულად გაესვა ხაზი საბავშვო ბაღების მასწავლებლების ტრენინგებს, რომლებიც მუდმივად არიან მშობლებთან კონტაქტში: „მათგანაც უნდა მოდიოდეს პოზიტიური მესიჯები ვაქცინაციის შესახებ, რადგან მშობლებზე ეს კარგად იმოქმედებს“ (I/LG). შესაძლებელია სკოლის დაწყებითი კლასების ჩართვაც, რასაც მივყავართ მშობლების განათლებამდე, რაც საკმაოდ რთული საკითხია, „მშობლებთან „აუთრიჩი“ რთულია, ამიტომ აქცენტი უნდა გაკეთდეს მასწავლებლების მიერ მშობლების განათლებაზე ისეთ ადგილებში, სადაც მშობლები თავს იყრიან“ (I/MOH).

დაისვა ჯანდაცვის სამინისტროსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მხრიდან ბავშვებთან მუშაობის საკითხიც: „შეიძლება პირველ კლასელ ბავშვებთან შეხვედრა არ იყოს იმდენად შედეგიანი, მაგრამ მოხდეს შეხვედრა V-X კლასელებთან და ზემოთ, მოსწავლეები დაიყონ ასაკობრივად და მოხდეს მათთან შეხვედრა“ (I/SCH).

აღინიშნა, რომ მსგავსი შეხვედრები შეიძლება განხორციელდეს მშობლებთანაც, რომლის ორგანიზებას უზრუნველყოფს სკოლა.

რესპონდენტების აზრით, ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროების ინიციატივით, შესაძლებელია სკოლებში სხვადასხვა საინფორმაციო-გასართობი პროექტის განხორციელება, სადაც ბავშვი თავადაც ჩაერთვება იმუნიზაციის შესახებ სწორი ინფორმაციის მოძიებასა და თანატოლებს შორის გავრცელებაში; შესაძლებელია ბუკლეტების დარიგებაც და სკოლის სივრცეში ვაქცინაციის შესახებ რეკლამების განთავსება. გამოითქვა სხვა ქვეყნების მაგალითის გაზიარების იდეა იმუნიზაციის თემაზე მულტიპლიკაციური ფილმების, საბავშვო ინფოგრაფიკებისა და კომპიუტერული თამაშების შემუშავების შესახებ (I/SCH).

ფინანსური რესურსები

აღინიშნა, რომ სახელმწიფო ვაქცინაციაზე საკმაოდ დიდ თანხას ხარჯავს, მაგრამ ნაკლებად გამოყოფს საჭირო რესურსს იმუნიზაციის კამპანიისა და საგანმანათლებლო ღონისძიებების განსახორციელებლად. ამ კომპონენტში სახელმწიფო დაფინანსების აქტუალობა განსაკუთრებით გაიზარდა დონორული მხარდაჭერის შემცირების პარალელურად.

გამოითქვა ვერსიები საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიების შესახებ: „შეიძლება იმუნიზაციის პროგრამას დაემატოს ინფორმირებულობისა და კომუნიკაციის კომპონენტი, ან გაიზარდოს „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის“ ბიუჯეტი, რომელიც რომელიც მოიცავს C ჰეპატიტზე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, და სხვა დაავადებების ინფორმირებულობის ხარჯებს“ (IG/NCDC). აღინიშნა, რომ თანამედროვე ტექნოლოგიების, სოციალური ქსელებისა და ციფრული მარკეტინგის გამოყენება მნიშვნელოვნად შეამცირებს ფინანსურ საჭროებას, თუმცა ადამიანური რესურსის საჭიროება კვლავ გამოწვევად რჩება.

იმუნიზაციის სერვისის ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება

ინსტიტუციური ფაქტორები, რომელიც ხელს უწყობს იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებას, განისაზღვრება იმუნიზაციის სერვისის უწყვეტობით, ცალკეული ბავშვის მონიტორინგისა და პატრონაჟის შესაძლებლობებით, ადამიანური რესურსის კვალიფიკაციით და მისი კომუნიკაციის/პაციენტის კონსულტირების უნარით.

მომსახურების უწყვეტობა

სამშობიაროდან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებამდე იმუნიზაციის სერვისისა და ანგარიშგების უწყვეტობას („ჰენდოვერს“) გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დროული და სრული ვაქცინაციისათვის, ასევე ასაცრელი კონტინგენტის გამოვლენისა და სწორი დაგეგმვისათვის.

კვლევამ გამოავლინა ინტერვენციები სამშობიაროდან ბავშვის პირველადი ჯანდაცვის კლინიკაში გადაცემის მექანიზმის შესამუშავებლად.

- ახალშობილის გაწერის მარეგულირებელ პროცედურას დაემატოს მშობლისა და სამშობიარო სახლისადმი მოთხოვნა გაწერამდე ახალშობილის პირველად ჯანდაცვაში დარეგისტრირების თაობაზე. ამასთან, ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს ახალშობილის გადაცემის მარეგულირებელი გაიდლაინის შემუშავება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის.
- დაევალოს სამშობიარო სახლებს იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულში ასახოს ახალშობილის ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაცია და ახალშობილის გაწერისთანავე დააფიქსიროს დაწესებულების რეგისტრიდან მოხსნა. ეს ხელს შეუწყობს პჯდ დაწესებულებას დროულად დაარეგისტრიროს ახალშობილი და აწარმოოს მისი პატრონაჟი. დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის ელექტრონული მიმოცვლა გაამარტივებს ბავშვის გადაცემის პროცედურას.
- სამშობიარო სახლებს უნდა დაევალოთ სპეციალური სივრცის გამოყოფა ბავშვის გადაცემის პროცედურისათვის, სადაც მოხდება პჯდ ექიმის ვიზიტი ახალშობილის ჯანმრთელობის შესამოწმებლად და დოკუმენტაციის მიმოცვლა.

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და სამშობიარო სახლებს მოეთხოვოთ დაწესებულებაში ბავშვთა რეგისტრაციის სტატუსისა და გეგმიური ვაქცინაციის შესახებ ინფორმირება. აღნიშნული ინტერვენცია შეამცირებს ისეთ შემთხვევებს, როცა მშობელი არ ფლობს ინფორმაციას თუ რომელ კლინიკაში აღირიცხება მათი შვილი.

ახალშობილის გადაცემის პროცედურის რისკად მიჩნეული იქნა ტექნიკური სირთულე პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ვიზიტის ვალდებულების ამოქმედებასთან დაკავშირებით, თუ ექიმის ტრანსპორტირების ხარჯები არ იქნება გათვალისწინებული კლინიკის მხრიდან ან საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში.

პატრონაჟის გაუმჯობესება

კვლევამ გამოავლინა მიზანშეწონილი აქტივობები პატრონაჟის სისტემის გასაძლიერებლად. პატრონაჟის პრობლემა შეინიშნება ზოგადად პირველად ჯანდაცვაში და განსაკუთრებით ურბანულ დასახლებებში, დიდ ქალაქებში. პრობლემა ასევე არსებობს სოფლად, თუმცა განსხვავებული კონტექსტით. ყველა რესპონდენტმა აღიარა, რომ გეოგრაფიული მოცვის არეალის ფაქტორი გადაამწყვეტია პატრონაჟის სისტემის გაუმჯობესებისათვის. თუმცა, გამოკითხულთა მხოლოდ მცირე ნაწილი დაეთანხმა ამ მიზნით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში თავისუფალი არჩევანის შეზღუდვის იდეას.

გამოკითხული სამედიცინო პერსონალი აღნიშნავს, რომ გეოგრაფიული მოცვის არეალის არარსებობის გამო შორ მანძილზე მცხოვრები დარეგისტრირებული პაციენტები იშვიათად მიმართავენ პრევენციულ ვიზიტებს, ხოლო პატრონაჟის განსახორციელებლად სამედიცინო პერსონალს უწევს საკუთარი მწირი ხელფასიდან უზრუნველყოს ტრანსპორტირებისა და კომუნიკაციის ხარჯები. აღინიშნა, რომ პჯდ პერსონალის მოტივაციისა და პატრონაჟის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ტრანსპორტირებისა და კომუნიკაციის რესურსის გათვალისწინება.

მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული, სამინისტრომ განსაზღვროს ზოგადად პატრონაჟის, მათ შორის იმუნიზაციის, ღონისძიებების დეტალური გაიდლაინი, რომელიც გახდება საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებთან გაფორმებული ხელშეკრულებების სავალდებულო მოთხოვნის ნაწილი და დაექვემდებარება შესრულების მონიტორინგს. აღნიშნული მოთხოვნა ასევე უნდა დაუწესდეს კერძო სადაზღვევო კომპანიებს და მათ მიერ შერჩეულ სერვისების პროვაიდერებს. აღინიშნა პატრონაჟის ეფექტურობისათვის კარდაკარ შემოვლის პრაქტიკის განახლების მნიშვნელობა, განსაკუთრებით მაღალმთიან რეგიონებში, სადაც არსებობს ფიზიკური ხელმისაწვდომობის პრობლემა: „როდესაც ექიმი და ექთანი სახლში მივა, ექიმი დედას დაელაპარაკება და აუხსნის იმუნიზაციის მნიშვნელობას, და 5 დღის შემდეგ კი არ დაიბარებს პოლიკლინიკაში მშობელს, რომელიც საშინაო საქმეებითაა დაკავებული, არამედ იქვე გაუკეთებს ბავშვს აცრას, ეს იქნება ეფექტიანი. საქართველო არ არის ისეთი დიდი რეგიონი, რომ „კარდაკარ მოცვა“ ვერ გააკეთო“ (I/EXP2). განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდა თანამედროვე ტექნოლოგიების ფართოდ გამოყენებაზე ინფორმირებისა და შეხსენებებისათვის.

იმისათვის, რომ ჰქდ კლინიკებსა და ექიმებში გაჩნდეს პატრონაჟის სერვისის მიწოდების მოტივაცია, იგი უნდა განისაზღვროს, როგორც პირველადი ჯანდაცვისა და იმუნიზაციის სერვისების შესრულების ინდიკატორი, რომელიც გათვალისწინებული იქნება შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სქემასა და წახალისების მექანიზმებში (IG/NGO). პატრონაჟის განხორციელების ხარისხი შესაძლებელია ასევე გათვალისწინებული იქნას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სელექტიური კონტრაქტირების პირობად (I/MOH).

აუცილებელია დედათა და ბავშვთა სერვისების პორტფოლიო მკაფიოდ იქნას გამოხატული პირველად ჯანდაცვაში და გამოჩნდეს ექიმისა და ექთნის როლი, მათ შორის პატრონაჟის განხორციელებაში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმის არსებული პასუხისმგებლობების ფართო არეალი უნდა იქნას გადახედილი და

ოპტიმიზირებული, რომლის მიხედვითაც მოხდება პრევენციულ სერვისებსა და პატრონაჟზე ფოკუსირება, ექიმისა და ექთნის ფუნქციების მკაფიო ფორმულირება და აღნიშნულის შესაბამისად მათი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების განახლება (IG/INT). შემდეგი ნაბიჯი იქნება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ პჯდ ქსელისათვის ექიმებისა და ექთნების თანაფარდობის განსაზღვრა, ექიმის დატვირთულობის მაჩვენებლების გადახედვა და კლინიკებისა და სადაზღვევო კომპანიებისათვის განახლებული ნორმების მოთხოვნა. მნიშვნელოვანია, აღნიშნული მოთხოვნები აისახოს ყველა ძირითად მარეგულირებელ აქტში, როგორცაა სანებართვო პირობები და ტექნიკური რეგლამენტი (FG/MOH).

პატრონაჟის გაუმჯობესება გავლენას იქონიებს პჯდ მომსახურების ხარისხსა და იმუნიზაციის მოცვაზე, თუმცა სავარაუდოა, რომ ეს გამოიწვევს მომსახურების გაძვირებას (I/MOH). არსებობს რისკი, რომ ექთნების პასუხისმგებლობებისა და როლის წამოწევის პჯდ რგოლში ხელს შეუშლის ქვეყანაში არსებული ექთნების ნაკლებობა. თუმცა არსებობს ექიმების საკმაო რაოდენობა, რომელსაც კანონმდებლობის მიხედვით შეუძლიათ შეასრულონ ექთნის ფუნქცია და დასაქმდნენ ექთნის პოზიციაზე; ამასთან არსებობს პოლიტიკური ნება ახალი რეგულაციების შემოღებასთან დაკავშირებით, რომელიც ექიმს შეუზღუდავს სხვადასხვა ადგილზე მუშაობის უფლებას (FG/MOH).

რესპონდენტების აზრით, სამინისტრომ უნდა გააჩინოს პჯდ სისტემაში საექთნო სამსახურის ანგარიშვალდებულების კომპონენტი, რისთვისაც უნდა განსაზღვროს პჯდ ექთნისათვის პატრონაჟის ღონისძიებების პროტოკოლი (IG/INT). პროტოკოლის შესრულება აუცილებელი პირობა გახდება საყოველთაო პროგრამასა და კერძო სადაზღვევო სისტემის ფარგლებში მონაწილე დაწესებულებებისათვის და დაინერგება ექთნების სასწავლო პროგრამების კომპონენტად. ექთნის სამუშაო აღწერილობა და დატვირთვა აისახება ამ მიზნით შემუშავებულ საექთნო საქმის ანგარიშვალდებულების ფორმებში და გაიზომება სპეციალური ინდიკატორებით (FG/FMA).

აღინიშნა, რომ მიმდინარე ეტაპზე, სამინისტრო მუშაობს ჩეხეთის მთავრობასთან პჯდ სერვისების, მათ შორის, პატრონაჟის შესაფასებლად თვისებრივი ინდიკატორების შემუშავებასა და დანერგვაზე. უახლოეს პერიოდში, იგეგმება პილოტური პროექტის დაწყება (I/MOH).

იმუნიზაციის კომპონენტის გაძლიერება განათლებისა და პროფესიული პასუხისმგებლობის სისტემაში

ექიმებისა და ექთნების განათლება

კვლევის შედეგებით გამოიკვეთა იმუნიზაციის შესახებ განათლების მდგრადი, უწყვეტი მიდგომების შემოღებისა და მიზნობრივი ჯგუფების გაფართოების აქტუალობა; „მნიშვნელოვანია მუდმივად ექიმების ტრენინგების ჩატარება, ყურადღების არმოდუნება ამ კუთხით, სტატისტიკის წარმოება, ცოცხალი მაგალითების ჩვენება. ვაქცინები კარგია, აცრა აუცილებელია და ამის შეხსენება ზედმეტი არასდროს არ არის“ (FG/FM-ADJ).

რესპონდენტთა ხედვით, საჭიროა დიპლომისშემდგომი განათლების კონტექსტში იმუნიზაციის შესახებ სასწავლო პროგრამის/მოდულის ამოქმედება და სწავლების მონიტორინგი. აქცენტი უნდა იყოს როგორც პროგრამის შინაარსობრივ მხარეზე, ასევე მის იმპლემენტაციაზე. მნიშვნელოვანია, რომ ექიმები დაინტერესებული იყვნენ სასწავლო პროგრამებისა და კურსების გავლით და განისაზღვროს ამ პროცესში ყველა მხარის ფუნქცია და ჩართულობა. აღინიშნა, რომ „უწყვეტი განათლების სისტემაში ექიმის ჩაბმა იქნება ძალიან მნიშვნელოვანი, მაგრამ უნდა შეექმნას ისეთი პირობა, რომ მან ეს ინტერესით გააკეთოს და არა დაძალებით“ (FG/FM-TB). NCDC-ის წარმომადგენლების თქმით, ვაქცინაციის შესახებ ჩატარებული ტრენინგების მიმართ ექიმების მხრიდან არ იყო მაღალი დაინტერესება.

გამოკითხულთა უმრავლესობა თვლის, რომ ზოგადად, ექიმების ინტერესის სტიმულირებისათვის, ქვეყანაში შემოღებული უნდა იქნას სავალდებულო უწყვეტი განათლების სისტემა და შეიქმნას გადამზადების პროგრამები კომპეტენციების შესაბამისად, შეფასების კრიტერიუმებით. ამ სისტემის ნაწილად უნდა

განიხილებოდა იმუნიზაციაში განათლებაც. უნდა შემუშავდეს იმუნიზაციის ბაზისური და თემატური, მუდმივად განახლებადი მოდულები, რომელსაც მაგ. „ერთ ან ორ წელიწადში ერთხელ სავალდებულოდ გაივლის პირველადი ჯანდაცვის ექიმი და მას მიენიჭება შესაბამისი ქულები. ანალოგიური მიდგომა უნდა განხორციელდეს ექთნების შემთხვევაში, მიუხედავად მათი განათლების დონისა“ (FG/ADJ). პროგრამებში ჩართული უნდა იქნას არა მხოლოდ პირველადი ჯანდაცვის პერსონალი, არამედ ის ექიმებსაც, რომლებიც უშუალოდ არ არიან ჩართული ვაქცინაციის პროცესში, მაგრამ შეიძლება გავლენა მოახდინონ მშობლის გადაწყვეტილებაზე, მაგალითად, ნევროლოგები, სტაციონარში დასაქმებული პედიატრები, მეან-გინეკოლოგები (I/NITAG).

რესპონდენტების აზრით, იმუნიზაციაში გადამზადების პროგრამები უნდა მოიცავდეს იმუნიზაციის სარგებლისა და ხარჯთეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებებს, ვაქცინების შესახებ ინფორმაციას და მათი კომუნიკაციის ტექნიკას (მათ შორის ახალ ვაქცინებზე), საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მარკეტინგს და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებს. განსაკუთრებით აქტუალურად დასახელდა იმუნიზაციის უსაფრთხოების, უკუჩვენებებისა და გართულებების შესახებ მტკიცებულებების და შემთხვევის შემდგომი ქმედებების შესახებ გაიდლაინის შექმნა იმუნიზაციის ადმინისტრირების შესახებ მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ინფორმაციის საფუძველზე, რომლის მიხედვითაც შემუშავება სასწავლო კურსი და მომზადდებიან ოჯახის ექიმები და ექიმი-სპეციალისტები - ნევროლოგები, პედიატრები, მეან-გინეკოლოგები.

კვლევის მონაწილეებმა იმსჯელეს იმუნიზაციის შესახებ განათლებაზე პირველადი ჯანდაცვის სისტემის საჭიროებების კრილში: „იქიდან გამომდინარე, რომ ზოგადად პირველადი ჯანდაცვა, განსაკუთრებით სოფლებში, თავის ფუნქციას კარგავს და გაურკვევლობაშია, საჭიროა რამის მოფიქრება, რომ პირველადი ჯანდაცვის პირველად დონეს შევუქმნათ რაიმე მარტივი პორტფოლიო, რომლის გაქაჩვას და

აწევასაც შეძლებს ეს ხალხი... ახლა ვერ ვილაპარაკებთ კადრების განვითარების 10 და 20 წლიან სტრატეგიებზე, ჩვენ ხვალ გვინდა შედეგი“ (IG/INT). აღინიშნა, რომ ოჯახის ექიმების უმრავლესობა 10-12 წლის წინ გავლილი საოჯახო მედიცინის 6-თვიანი გადამზადების კურსით მიღებული ცოდნის იმედზეა და ადამიანური რესურსის ასეთ პირობებში ძნელია არსებული სისტემის შეცვლა. შემოთავაზებული იქნა საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება მნიშვნელოვნად დავიწროვებული პირველადი ჯანდაცვის პორტფოლიოს მიხედვით, განსაკუთრებით, სოფლის ექიმებისათვის: „ეს შეიძლება მოიცავდეს მხოლოდ მოზრდილებში პრიორიტეტულ დაავადებებს, მაგალითად: გულ-სისხლძარღვთა და რესპირატორული დაავადებები, სიმსივნის სკრინინგი, დიაბეტი, ამ ქრონიკული დაავადებების მართვა ასწავლო კარგად და აიღო დედათა და ბავშვთა პაკეტი იმუნიზაციასთან ერთად“ (I/MOH). აღინიშნა, რომ ასეთ შემოსაზღვრულ კომპეტენციებში ადვილია პაციენტის მართვის დეტალური სქემის გაწერა და მიდევნება. გამარტივდება გადამზადებაც და პროგრამაში უკვე შესაძლებელი გახდება ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების გათვალისწინება ფსიქოლოგიის ელემენტებით, რაც, რესპონდენტთა გამოცდილებით, განსაკუთრებით ეფექტიანია. შედეგად, „უკვე გიჩნდება ადამიანები, რომელთაც აქვთ გამოკვეთილი პატარა პორტფოლიო და მის ფარგლებში არიან ძალიან კარგები“ (IG/INT).

გამოიკვეთა უწყვეტი განათლების სავალდებულო სისტემის შემოღების პერსპექტივა, „უკანასკნელ პერიოდში საკითხის განხილვა მიმდინარეობს გადაწყვეტილების მიმღებთა მხრიდან და ევროკავშირის რეგულაციებს ავტომატურად მივყავართ უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის ამოქმედების ვალდებულებისკენ“ (FG/MOH). რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ სახელმწიფომ თავის თავზე უნდა აიღოს პროცესების ჩამოყალიბება და მართვა, განსაკუთრებით, თუ უწყვეტი სამედიცინო განათლება გახდება მანდატორული: „განათლების ხარჯები უნდა აისახოს იმუნიზაციის ან დიპლომისშემდგომი განათლების სახელმწიფო პროგრამაში

ან შესაძლებელია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაშიც“ (FG/MOH). სახელმწიფომ თავად უნდა იზრუნოს სოფლის ექიმების გადამზადებაზეც.

განხილული იქნა სხვა ალტერნატივაც ამერიკის Medicare-ის და Medicaid-ის პროგრამების მაგალითზე, რომლებიც მოიცავს განათლების კომპონენტსაც: „ჩაიდოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მოთხოვნა, რომ რაღაც ნაწილი სამედიცინო დაწესებულებამ გახარჯოს ექიმებისა და ექთნების განათლებაზე“ (FG/MOH). აღინიშნა, რომ ამ უკანასკნელის შემთხვევაში არსებობს სერვისების გაძვირების რისკი სახელმწიფო ბიუჯეტის ან ჯიბიდან გადახდის გაზრდის ხარჯზე; გამოითქვა ეჭვი, რომ დაბალია ამ ინტერვენციის შემოღების პოლიტიკური ნებაც.

გამოკითხულთა აზრით, აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულებებთან სახელმწიფოს თანამშრომლობა და მათი როლის ინსტიტუციონალიზაცია განათლების ხელშეწყობაში: „თუ სახელმწიფო სრულად ვერ აიღებს თავის თავზე სავალდებულო განათლებას, უნდა აიღოს დაწესებულებამ. არ არის აუცილებელი, განათლება იყოს მაინც და მაინც ცენტრალიზებული“ (I/INS). მაგალითად დასახელდა ქსელური კლინიკები, რომლებმაც აიღეს განათლებაზე პასუხისმგებლობა და თავად ატრენინგებენ პერსონალს; მაგრამ, რამდენადაც იმუნიზაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილია, საჭიროა სახელმწიფოს აქტიურობა, რომ კლინიკებმა განათლების პროექტებში გაითვალისწინოს ვაქცინაციაც, „თუმცა გადასაწყვეტი იქნება ვინ შეამოწმებს ცოდნას, ამ სისტემას კარგად უნდა მოფიქრება“ (FG/FMA). პერსპექტივაში, შესაძლებელია კლინიკების ინიციატივა განათლების მხარდაჭერაში წახალისდეს სამინისტროს მიერ დაწესებულბათა აკრედიტაციის შეფასების სქემებში გათვალისწინებით და სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში სელექტიური კონტრაქტირების ერთ-ერთ კრიტერიუმად განსაზღვრით.

განხილული იქნა ვერსიები ექიმების დასაინტერესებლად. აღინიშნა, რომ უსასყიდლოდ მიწოდებული კურსების მიმართ ექიმების ინტერესი დაბალია ამიტომ ექიმის მხრიდან გარკვეული ფინანსური მონაწილეობა გაზრდიდა მის ინტერესს;

რესპონდენტებმა ასევე გაიხსენეს ოჯახის ექიმებად გადამზადების პროგრამები, სადაც სახელმწიფოს მიერ გადახდილი დღიური ანაზღაურება მნიშვნელოვანი სტიმული იყო, განსაკუთრებით სოფლის ექიმებისათვის. აღინიშნა, რომ თუ განათლების სისტემაში იქნება პროფესიული განვითარების დონეების გრადაცია (სტატუსი) გავლილი რეგისტრირებული კურსების მიხედვით, ექიმებში გაჩნდება განათლების მიღების სტიმული. განათლების სტატუსზე ასევე შესაძლებელია მიებას გარკვეული ფინანსური ან სხვა სახის ბონუსები/შელავათები სახელმწიფოს ან კლინიკის მხრიდან. ამავე დროს, ხაზი გაესვა ვალდებულებებისა და სტიმულების შემოღების მოსალოდნელ რისკებს, რაც წლების წინ ქვეყანაში უწყვეტი განათლების სავალდებულოობის გაუქმების მიზეზი გახდა (IG/NGO).

რესპონდენტებმა ხაზი გაუსვეს ექთნების უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის ჩამოყალიბების აქტუალობას, რაც ევროკავშირის რეგულაციებით გათვალისწინებული ვალდებულებაცაა და აჩენს პერსპექტივას, რომ წლების განმავლობაში საექთნო საქმისა და განათლებისადმი დაბალი პოლიტიკური და საზოგადოებრივი ინტერესი გაიზრდება. აღინიშნა, რომ „მნიშვნელოვანია ექთნებმა ისწავლონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრინციპები, რომ ჩამოყალიბდეთ პირველად და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ხედვა და გაიაზრონ თავიანთი ფუნქციები“ (I/AC1). გამოითქვა აზრი, რომ რეგიონებში ექიმის და ექთნის ავტორიტეტი წამყვანია მშობლის სტიმულირებისა და ნდობის მოსაპოვებლად. შესაბამისად, თუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალურ სამსახურებს ეყოლებათ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთანი (ასევე ვაქცინაციის ექთანი), რისი გამოცდილებაც სხვა ქვეყნებში არსებობს, და გამოყოფილი ექნება „ის მცირედი ბიუჯეტი“, რომ მოახდინოს სწორი ორგანიზება, ვაქცინაციის პროცესი გაცილებით შედეგიანი გახდება. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნის განათლება, მინიმუმ უნდა აკმაყოფილებდეს ბაკალავრის მოთხოვნებს და მათი სამუშაოს დრო უნდა მოიცავდეს იმუნიზაციის ნაწილს.

კვლევის მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასა და იმუნიზაციაში ტრენინგები უნდა გაიარონ დაწესებულებების მენეჯერებმაც, რომ შეძლონ პრევენციული ღონისძიებების მნიშვნელობის გაცნობიერება, საზოგადოებრივი და კომერციული ინტერესების სამართლიანად დაბალანსება და საქმიანობის სწორად დაგეგმვა. იმუნიზაციის შესახებ სწავლება უნდა გაუმჯობესდეს დიპლომამდელ ეტაპზეც, ექიმების, ექთნებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის; უნდა გადაიხედოს იმუნიზაციის კომპონენტი NCDC-სთან კონსულტაციით, არსებული საჭიროებების გათვალისწინებით.

რესპონდენტთა შეფასებით, განათლების სისტემის გაუმჯობესებას და უწყვეტი პროფესიული განვითარების მექანიზმების აქმოქმედებას მნიშვნელოვანი ადამიანური და ფინანსური რესურსი დასჭირდება, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას გადაწყვეტილებების მიმღებთა მიერ რეფორმის პროცესში და აისახოს ბიუჯეტში. ხარჯეფექტურობის მიზნით, შესაძლებელია ალტერნატიული რესურსის გამოვლენა და გამოყენება, მაგალითად დაინტერესებული მხარეების შესაძლებლობების შესწავლა და მათთან თანამშრომლობის პროექტების განვითარება.

პროფესიული პასუხისმგებლობა

ერთ-ერთი რესპონდენტის მოსაზრებით, დღეს იმუნიზაციის მოცვაში მთავარი პრობლემა არ არის სამედიცინო პერსონალის ინფორმაციის დეფიციტი და ხელმისაწვდომობა. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ შექმნილი უფასო მობილური აპლიკაცია პაციენტთან ურთიერთობისათვის აცრების, მათი უკუჩვენებების, გართულებებისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ საჭირო ინფორმაციის მოძიების მარტივი საშუალებაა ნებისმიერი ექიმისა და ექთნისათვის. გამოკითხულთა აზრით, „ინფორმაციის ნაკლებობას ვერ დავაბრალებთ იმას, რომ ვთქვათ ექიმმა არ იცის... გამოსაკვლევი, რამდენად იყენებენ ექიმები ამ აპლიკაციას და რა შეუწყობს ამას ხელს“ (I/MOH). გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ საჭიროა მობილური აპლიკაციის ქონა სავალდებულო იყოს ყველა ექიმისათვის.

აღინიშნა, რომ ექიმისათვის პროფესიული პრესტიჟი სტიმულირების სერიოზული ფაქტორია: „თუ ყველა ექიმს ეცოდინება, რომ მისი სახელი მარტივად ამოტივტივდება მაშინ როდესაც მის პაციენტს აუცრელს მიიყვანენ სკოლაში, ეს ექიმი ამას არასდროს არ გააკეთებს, და თუ გააკეთებს - უნდა ჰქონდეს ძალიან წონიანი მოტივაცია“ (I/NITAG). ამასთან, როდესაც ექიმზე, რომელიც ეწინააღმდეგება ვაქცინაციას, განხორციელდება პროფესიული პასუხისმგებლობის სანქცია, მას გაუჩნდება სტიმული შეიძინოს მეტი ცონდა და უნარ-ჩვევები.

გამოკითხულთა აზრით, „იმუნიზაციასთან დაკავშირებით გამოტანილი პროფესიული ბრალეულობის საჯარო განხილვისა და გაშუქების ერთი პრეცედენტიც საკმარისი იქნება, რომ სამედიცინო საზოგადოება სიფრთხილით მოეკიდოს ბავშვის ინფექციის რისკის ქვეშ ჩაგდებას“ (I/LG). მაგრამ რესპონდენტთა თქმით, ბუნდოვანია რა ვალდებულება აქვს დღეს მოქმედი რეგულაციებით ექიმს იმ პაციენტთან, რომელთანაც ვაქცინა არ არის ჩატარებული; არც იმაში არიან დარწმუნებული, რომ აუცრელობის მიზეზის შესახებ ჩანაწერი აუცილებლად იქნება მოძიებული ამბულატორიულ ბარათში: „რეგულირების სააგენტოს მხოლოდ შეუძლია ამოიღოს და ნახოს ყველა ბავშვის ისტორია, მაგალითად, უბანზე არის 100 ბავშვი, 70-ს ჩაუტარდა, 30-ს არ ჩაუტარდა ვაქცინაცია; მაგრამ თუ აუცრელობის მიზეზი მითითებული არ არის, ვერ შეაფასებს რამდენად სწორად იქნა გადაწყვეტილება მიღებული“ (IG/NCDC).

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა რეგულირების სააგენტოს უფლებამოსილების გამოყენებისა და აქტიური ჩართულობის საჭიროება, როცა საქმე ეხება ვაქცინაციასთან დაკავშირებით ექიმის არაკეთილსინდისიერ ქმედებას. აღინიშნა, რომ დღეს არსებული პრაქტიკა ნაკლებად ეფექტიანია: „დაავადებათა კონტროლის ცენტრში როცა მოდის საჩივარი ექიმის სახელით და გვართ, რომელსაც NCDC გადაამისამართებს ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებთან რეაგირებისთვის და ისინი რომ საყვედურს ეტყვიან ექიმს, ეს არ არის გადაჭრის ეფექტიანი გზა“ (IG/NCDC). ასევე, როდესაც პოლიკლინიკის არასასურველ ქმედებას

ატყობინებენ სამინისტროს ცხელ ხაზს, ცხელი ხაზი უკავშირდება დაავადებათა კონტროლის ცენტრს, რომელსაც არ აქვს უფლებამოსილება რეაგირება მოახდინოს (ექიმი დასაჯოს ან საყვედური გამოუცხადოს), „მხოლოდ სიტყვიერი მოწოდება და კონსულტაცია არ არის საკმარისი, რადგან, მეორე დღეს ის ექიმი იგივეს აკეთებს“. რესპონდენტთა აზრით, რეაგირების სქემა უნდა შეიცვალოს - „ცხელმა ხაზმა უნდა გადაუგზავნოს რეგულირების სააგენტოს და იმან უნდა მისცეს ამაზე რეაქცია“ (IG/NCDC). აჭარის წარმომადგენლებმა გააზიარეს წარსული გამოცდილება, როცა რეგულირების სააგენტოს ჩარევისა და ვაქცინების აღრიცხვის წესის დარღვევისათვის ექიმების სოლიდური თანხით დაჯარიმების შემდეგ რეგიონში აღიკვეთა მსგავსი დარღვევები (FG/ADJ).

იმუნიზაციაში პროფესიული პასუხისმგებლობის სისტემის ამოქმედებისათვის, რესპონდენტებმა მიზანშეწონილად მიიჩნიეს მარეგულირებელი კანონმდებლობის, მონიტორინგისა და ანგარიშგების სისტემის გაუმჯობესება:

- სამინისტრომ კანონმდებლობით განსაზღვროს ექიმისა და ექთნების ვალდებულებები იმუნიზაციასთან დაკავშირებით, მათ შორის, ექიმის მიერ მშობლის/პაციენტის სწორი და სრული ინფორმირება, სახელმწიფო ვაქცინების დისკრედიტაციის აკრძალვა, იმუნიზაციის დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოება.
- კანონმდებლობამ შექმნას ადმინისტრაციული მექანიზმები, რომ, ერთი მხრივ, ექიმს და მშობელს არ გაუადვილდეთ აცრაზე უარი და ცრუ უკუჩვენებების გამოყენებით ვაქცინაციისგან თავის არიდება; მეორე მხრივ, შესაძლებელი იყოს ექიმის არაკეთილსინდისიერი საქციელის გამოვლენა და მასზე პროფესიული პასუხისმგებლობის დაკისრება.
- იმუნიზაციის ადმინისტრირების წესის შესახებ მინისტრის ბრძანებით ექიმებს მოეთხოვოთ ვაქცინის უკუჩვენების შემთხვევის დეტალური დასაბუთება და რეკომენდაციებისა და შემდგომი ქმედებების მითითება სამედიცინო

დოკუმენტაციაში. აცრაზე უარის შემთხვევაში, ექიმებს დაევალოთ ცალკეულ უარზე რეაგირების სქემის გაწერა (მაგალითად, განმეორებითი ვიზიტი და ახსნა-განმარტებითი მუშაობა) და მისი შესრულების დოკუმენტირება.

- კლინიკას დაევალოს პასუხისმგებელი პირის გამოყოფა მენეჯმენტის რგოლიდან (მაგ, დირექტორის მოადგილე), რომელიც მეთვალყურეობას გაუწევს იმუნიზაციით მოცვის დაგეგმვას და შესრულებას, ასევე ექიმის რეაგირებას თითოეული უარისა და უკუჩვენების შემთხვევაზე.
- კლინიკას დაევალოს იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლების პერიოდული ანგარიშგებისას დაავადებათა კონტროლის ცენტრისათვის აცრებზე უარების, ასევე დაგვიანებული და არასრული აცრებისა და უკუჩვენებების შემთხვევების შესახებ ანალიზის წარდგენა, რომელსაც შეისწავლის NCDC. საყურადღებო შემთხვევები შესაძლებელია განხილული იქნას NITAG-ის ექსპერტებთან ერთად და მიღებული დასკვნები რეაგირებისათვის გადაეგზავნოს რეგულირების სააგენტოს პროფესიული რეგულირების საბჭოზე წარსადგენად. რეგულირების სააგენტოსა და დაავადებათა კონტროლის ცენტრი ერთობლივად შეისწავლის ასევე ექიმის მხრიდან არასათანადო ინფორმირებისა და ვაქცინაციისადმი უნდობლობის ფაქტებს.
- პროფესიული პასუხისმგებლობის აღძვრისას, ექიმის მიმართ სანქცია შეიძლება ითვალისწინებდეს შესაბამისი გამამხადების კურსის სავალდებულო გავლას, საჯარო გაფრთხილებას, ხოლო განმეორებითი ქმედებების შემთხვევაში - პროფესიული საქმიანობის შეჩერებას.
- ექიმის პასუხისმგებლობის პარალელურად, საჭიროების შემთხვევაში, ასევე მოხდება კლინიკის მიერ საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში იმუნიზაციის ვალდებულებების შესრულების შესწავლა და ანაზღაურების საკითხის გადაწყვეტა, სადაც ჩაერთვება საყოველთაო ჯანდაცვის დეპარტამენტი. დაავადებათა კონტროლის ცენტრი კლინიკას დაეხმარება იმუნიზაციის

მართვის საკითხების გაუმჯობესებასა და პერსონალის უნარ-ჩვევების ამაღლებაში.

აღინიშნა, რომ რეგულირების სააგენტომ, დაავადებათა კონტროლის ცენტრთან თანამშრომლობით, აქტიურად უნდა გამოავლინოს ის დაწესებულებები და ექიმები, რომლებმაც დაარღვიეს იმუნიზაციის სერვისის სანებართვო პირობებით დადგენილი ინფორმაციის წარმოება და ანგარიშგების წესი და არასრულად ან არასწორად ასახეს მოთხოვნილი ინფორმაცია. რესპონდენტის აზრით, „თუ ექიმს ეცოდინება, რომ მის უბანზე მიმდგრებული ბავშვის ისტორიას ვიღაცა ოდესმე შეამოწმებს და მისგან მოითხოვს არგუმენტაციას, ის აუცილებლად თავიდან აიცილებს არასათანადო ჩანაწერს და არ დაწერს იმას, რომ არ გაუკეთა აცრა ანემიის გამო და იძულებული იქნება გააკეთოს ვაქცინაცია. ან უნდა დაწეროს ის უკუჩვენება, რომელიც რეალურად არის სულ რამდენიმე და ეს უკუჩვენება საქართველოში შეიძლება ჰქონდეს პედიატრიული მოსახლეობის ერთ პროცენტს“ (FG/ADJ). აღინიშნა, რომ „ექიმები უნდა აცნობიერებდნენ, რომ „ვაქცინაცია არ არის მხოლოდ ჯანმრთელი ბავშვებისათვის“ (FG/FM-TB).

გამოკითხულთა უმრავლესობა მომხრეა, დაინერგოს ექთნის პროფესიული განვითარებისა და პასუხისმგებლობის სისტემა, თუმცა აღინიშნა, რომ ეს უნდა მოხდეს მას შემდეგ, რაც გადაიხედება და საბოლოოდ ჩამოყალიბდება ექთნის რეალური კომპეტენციები პირველად ჯანდაცვაში და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. ექთანს უკვე დაევალება თავისი კომპეტენციის ფარგლებში საექთნო დოკუმენტაციის წარმოება და შესაძლებელი გახდება მის მიერ შესრულებული სამუშაოს შეფასება და კონტროლი.

გამოიკვეთა ძველი თაობის ექიმების წარმომადგენლების ქცევის საკითხი, რომელიც წარსულის ნეგატიურ გამოცდილებას უკავშირდება როცა ვაქცინების არცთუ მაღალი ხარისხის გამო ექიმებს იმუნიზაციის შიში ჰქონდათ და ეს შიში ჯერ კიდევ არის მათში შემორჩენილი. ასევე აღინიშნა, რომ ვაქცინაციის გართულების მიმართ ახალგაზრდა

ექიმებშიც არის გავრცელებული ინტერნეტ-წყაროებში გავრცელებული ნეგატიური ინფორმაციის შედეგად. შიშის პარალელურად, ექიმებს აწუხებთ დაუცველობის შეგრძნება, რომ სამინისტრო მათ ვერ დაიცავს იმუნიზაციის გართულებისა და გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში. რესპონდენტთა ცნობით, ფოკუს ჯგუფების ინტერვიუების დროს თვითონ ექიმები, განსაკუთრებით ნევროლოგები ამბობდნენ, რომ „ჩვენ არანაირად დაცული არ ვართ“; შესაბამისად, პასუხისმგებლობის სისტემის ამოქმედების პარალელურად, სამინისტრომ უნდა შექმნას მექანიზმი, რომელიც დაეხმარება ექიმებს რომ ვაქცინის არასასურველი მოქმედების შემთხვევაში თავი დაცულად იგრძნონ (IG/INT). გამოკითხულთა აზრით, ამისათვის, აუცილებელია ერთი მხრივ, ექიმებმა გაიღრმავონ იმუნიზაციის შესახებ ცოდნა, რაც მათ მომატებს თავდაჯერებულობას; მეორე მხრივ, სამინისტრომ დანერგოს ვაქცინაციის გართულებაზე საექვო თითოეული შემთხვევის, მათ შორის მედიით გაყდერებულის, დაუყოვნებელი, დეტალური შესწავლისა და შედეგების გასაჯაროების პრაქტიკა (I/AC2). ეს ერთგვარი თანადგომა იქნება როგორც ექიმისთვის, ასევე მშობლებისთვის და უზრუნველყოფს მცდარი ინტერპრეტირების პრევენციას საზოგადოებაში.

პროფესიული პასუხისმგებლობის სისტემის განხილვისას ხაზი გაესვა, რომ იმ პირობებში, როცა არ არსებობს მონიტორინგისა და კონტროლის სრულყოფილი სისტემა, რთულია სწორი გადაწყვეტილების მიღება: „შეიძლება პირიქით იყო სიტუაცია, მაგალითად ის ექიმი, რომელიც ვაქცინაციას აკეთებს არის ძალიან კარგი, კეთილსინდისიერი, კარგად მუშაობს, ვაქცინებს დროზე აკეთებს, მაგრამ პაციენტი რომელიც მასთან უნდა მივიდეს, არ მიდის იმიტომ, რომ მეორე ექიმმა უთხრა არ გაიკეთოს ვაქცინა და უფრო ენდობა სხვა ექიმს“ (I/NITAG).

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ იმ შემთხვევაშიც, თუ პჯდ კლინიკაში დაწესდება იმუნიზაციის მაჩვენებლების მონიტორინგი და გამომჟღავნდება ექიმისა და ექთნის საქმიანობის შედეგები, რჩება პრობლემა იმ ექიმებთან დაკავშირებით, რომლებიც უშუალოდ არ აწვდიან იმუნიზაციის სერვისებს და რჩებიან NCDC-ის კონტროლს

მიღმა. ვერ მოხდება მშობელთან მათი კომუნიკაციის შეფასება და ცრუ უკუჩვენების ფაქტებზე დაუყოვნებელი რეაგირება: „ისმის კითხვები: რა იყო აუცრელობის მიზეზი? რა ინფორმაცია მიაწოდა და პასუხი გასცა მშობელს ექიმმა? როგორ შეიძლება ამ ექიმების აქტივობების შესწავლა და კითხვებზე პასუხის გაცემა, თუ არ არსებობს მონიტორინგის შესაბამისი მექანიზმი? როგორ გავიგოთ ხელი შეუწყო თუ არა ექიმის შიშმა და ეჭვმა მშობლის უარს?“ (I/EXP1). აღინიშნა, რომ ასეთ შემთხვევებში, WHO-ს სტრატეგიაა პაციენტების გამოკითხვა ექიმთან ვიზიტის შემდეგ. თუ რეზისტენტული ექიმები გამოვლინდებიან და მათ შესახებ სამინისტრო მოახდენს საჯარო ნეგატიურ რეზონანსს, სხვა ექიმებს ნაკლებად მოუხდებთ მსგავსი პრაქტიკის გაზიარება და მეტ ყურადღებას დაუთმობენ იმუნიზაციის შესახებ მტკიცებულებების შესწავლას.

ვაქცინაციის სერვისზე მოქმედი სისტემური რეგულაციები

კვლევამ გამოავლინა სხვადასხვა შეხედულება რეგულირების როლისა და იმუნიზაციის სერვისების შედეგებზე მისი გავლენის შესახებ. რესპონდენტების ნაწილის აზრით, იმუნიზაციასთან მიმართებით ყველა ძირითდი ასპექტი, როგორცაა სახელმწიფოს მხრიდან იმუნიზაციის დაფინანსებისა და ხარისხის რეგულირება, უკვე გაწერილია კანონმდებლობით, „რაიმე ახლის და დამატებითი გამოგონება საჭიროებას არ წარმოადგენს... მთავარი არ არის რეგულაციები, არამედ როგორ ხდება მათი ინტერპრეტაცია და ინდივიდუალური ექიმების დონეზე მათი გამოყენება“ (I/EXP1).

გამოკითხულთა უმრავლესობამ მიზანშეწონილად მიიჩნია მარეგულირებელი სივრცის გაძლიერება ვაქცინაციის სერვისის, ექიმის განათლებისა და პასუხისმგებლობის, მონიტორინგისა და კონტრაქტირების მექანიზმების გაუმჯობესებისათვის. გამოვლინდა საკანონმდებლო ხარვეზების გამოსწორების აუცილებლობაც. აჭარის წარმომადგენელთა აზრით, საკითხებს, რომელთა შესრულების სავალდებულოება ნორმატიულ დონეზე არ არის დარეგულირებული, მომსახურების მიმწოდებლები ნაკლები ყურადღებით და პასუხისმგებლობით ეკიდებიან: „მაგალითად, მკურნალი ექიმი დებს რაღაც მოცვის მაჩვენებელს, თუ მას

ვინმე მოსთხოვს რომ მოცვის მაჩვენებელი უნდა იყოს მაღალი და უნდა შეასრულოს, ის ამას გააკეთებს. მაგრამ თუ არ მოსთხოვენ და მოცვა რომელიმე ანტიგენის მიმართ არ არის განსაზღვრული და აუცილებელი, იმაზე ნაკლებად იზრუნებს“ (FG/FM-ADJ).

ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლებმა ხაზი გაუსვეს რეგულაციების ბოლოდროინდელ ცვლილებებს, რომ ვაქცინაციის სერვისი გახდა მაღალი რისკის სამედიცინო მომსახურება და დაექვემდებარა სანებართვო მოთხოვნებს. ერთი მხრივ, აღნიშნულმა ხელი შეუწყო ვაქცინაციის სერვისის მიწოდებელთა სიის დაზუსტებას; მეორე მხრივ, დაწესებულებებს დაუწესდათ გარკვეული პირობები, რომლის შესრულება მოწმდება სამინისტროს მიერ. 2017 წლიდან, სამინისტრომ კიდევ ერთი რეგულაცია შემოიღო, რომლის თანახმად დიდ ქალაქებში არსებულ დაწესებულებებს შეეზღუდათ ერთდროულად გეგმიური ამბულატორიული სერვისისა და დღის სტაციონარული სერვისის (ემერჯენსი) მიწოდება. ამით სამინისტრომ შეზღუდა დღის სტაციონარები, რომლებიც იღებდნენ პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდებაზე კაპიტაციურ ანაზღაურებას, თუმცა ნაკლებად იყვნენ დაინტერესებული პრევენციული პროფილით და არ აწარმოებდნენ კაპიტაციური დაფინანსებით მოცულ იმუნიზაციის სერვისებს. აღინიშნა, რომ იმუნიზაციის სერვისის მიწოდების საკითხი ჯერ კიდევ დასარეგულირებელია კორპორატიული დაზღვევის შემთხვევაში. სადაზღვევო კომპანიების მიერ დაკონტრაქტებული კლინიკები უმეტესად არ აწვდიან იმუნიზაციის სერვისს და დაზღვეული ვაქცინაციას იტარებს სხვა კლინიკაში, სადაც ჯიბიდან უწევს მომსახურების საფასურის გადახდა. გამოითქვა იდეა, რომ „სავალდებულო გახდეს პჯდ სერვისების მიწოდებელთათვის კაპიტაციით მიბმული ბავშვთა კონტინგენტისათვის იმუნიზაციის მომსახურების განხორციელება“ (FG/MOH).

გამოკითხულთა აზრით, მეტი კონტროლი ესაჭიროება სანიტარიულ-ჰიგიენური წესების დაცვას დაწესებულებებში სერვისების ორგანიზებისას. ხაზი გაესვა, რომ „დაუშვებელია ინფექციური დაავადების მქონე პაციენტების იმუნიზაციის

კაბინეტთან კონტაქტი. ეს მოთხოვნა უნდა განისაზღვროს ასევე პჯდ დაწესებულებასთან გაფორმებულ ხელშეკრულებაში“ (FG/INT1). აღინიშნა უკანასკნელი თვეების განმავლობაში გამოვლენილი წითელას შემთხვევები, რომელიც უკავშირდება ნოზოკომიური ინფექციის გავრცელებას აუცრელ ბავშვებში. შესაბამისად, საყურადღებოა დაწესებულების დონეზე ინფექციური დაავადებების კონტროლის საკითხი: „მიდგომა უნდა იყოს სისტემური. არ შეიძლება წითელიანი ბავშვი იყოს ერთ პალატაში გულის მანკიან ბავშვთან“ (FG/INT1).

რესპონდენტებმა ისაუბრეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონის წინააღმდეგობრივ მუხლებზე, რომელთა თანახმად, ერთი მხრივ, მოქალაქე ვალდებულია მიიღოს მონაწილეობა დაავადებებთან ბრძოლაში და ხელი შეუწყოს მათ პროფილაქტიკას, მეორე მხრივ, თუ არ არის მიმდინარე ეპიდემია, უფლება აქვს უარი თქვას პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე. აღინიშნა, იმუნიზაციის შესახებ არსებული კანონმდებლობა ბუნდოვანია ადამიანის უფლებების დაცვის კონტექსტშიც: „რა უფლებებია პირველადი: ინდივიდის უფლება დაიცვას ან არ დაიცვას თავისი თავი, ან როგორ დაიცვას თავისი თავი, თუ საზოგადოებრივი სიკეთე, როდესაც ადამიანის პირადი გადაწყვეტილება შეიძლება გახდეს საზოგადოებისთვის ზიანის მომტანი და ამ შემთხვევაში ამის უფლება უნდა ჰქონდეთ თუ არა“ (FG/INT1). გამოითქვა მოსაზრება, რომ ამ მხრივ, საინტერესო იქნება საქართველოსთვის სამაგალითო ქვეყნების მიდგომები.

გამოკითხულთა აზრით საყურადღებოა რეგულაციები, რომლებიც არასათანადოდ სრულდება. მაგალითად, კანონქვემდებარე აქტით დეტალურად არის გაწერილი დაწესებულების დონეზე იმუნიზაციის მონიტორინგისა და შეფასების სქემები, რომელიც არ სრულდება აღსრულების არასაკმარისი მექანიზმების გამო. გადასახედია ადგილობრივი თვითმმართველობის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების საკითხიც, რომლებსაც კანონმდებლობით ფართო ფუნქცია-მოვალეობები ეკისრებათ, თუმცა მათი აღსრულება არ ხდება: „სასურველია, ადგილობრივ დონეზე

აწარმოებდნენ იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლების მონიტორინგს. ხშირად ცენტრალური დონიდან ითხოვენ რეგიონის დონის მონაცემებს“ (IG/NGO).

მიზანშეწონილად ჩაითვალა ისეთი მძლავრი ბერკეტის შემოღება, რომელიც სამინისტროს მისცემდა იმუნიზაციის მონიტორინგის შედეგების ეფექტურად გამოყენების საშუალებას, მაგალითად, აცრებზე უარის თქმისა და გამოტოვებული აცრების შემთხვევებისას რეაგირების ქმედითი ინსტრუმენტების არარსებობა. აღინიშნა, რომ ამისათვის არ არის აუცილებელი საკანონმდებლო ჩარევა ან ახალი რეგულაციის შემოღება და შეიძლება საკმარისი იყოს სოციალური სერვისის სააგენტოსა და პროვაიდერებს შორის კონტრაქტის დონეზე საკითის დარეგულირება: „ფაქტობრივად, ლაპარაკი იქნება ჯანდაცვის სამინისტროს არსებული ბრძანების შესრულებაზე, რომლითაც განსაზღვრულია ვაქცინაციის უკუჩვენებები მაგრამ არ ხდება მისი შესრულების მონიტორინგი და არ არის დადგენილი რა რეაგირება მოხდება მისი დარღვევის შემთხვევაში“ (IG/NCDC).

აღინიშნა მარეგულირებელი ნორმებისა და სტანდარტების შემოღების აუცილებლობა, რაც გავლენას ახდენს იმუნიზაციის მიწოდებაზე და სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს აქტიური ჩართულობის აუცილებლობა რეგულაციების კონტროლის ეფექტურად განხორციელებაში:

- სამშობიაროდან და პჯდ კლინიკაზე ბავშვის გადაცემის მარეგულირებელი წესის დამტკიცება;
- ექიმისა და ექთნების ვალდებულებების შემუშავება და პროფესიული პასუხისმგებლობის ადმინისტრირების მექანიზმის განსაზღვრა ვაქცინისადმი უნდობლობისა და არასათანადო კომუნიკაციის შემთხვევაში;
- ვაქცინით მართვადი დაავადებისა და იმუნიზაციის გართულებაზე საექვო შემთხვევის პრიორიტეტული შესწავლის, მიზეზებისა და პასუხისმგებელი პირების გამოვლენის ვალდებულება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ;

- ყველა პჯდ კლინიკას მოეთხოვოს დანიშნოს ვაქცინაციაზე პასუხისმგებელი პირი მენეჯმენტის რგოლიდან, რომელიც უხელმძღვანელებს ვაქცინების უარების, უკუჩვენებების შემთხვევების და იმუნიზაციით მოცვის მონიტორინგს. იგი ასევე პასუხისმგებელი იქნება იმუნიზაციის დაგეგმვის და მოტივირების საკითხებზე, დოკუმენტაციის წარმოებასა და ანგარიშგებაზე, ასევე იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის გამართულ მუშაობაზე.
- იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებლების გათვალისწინება სანებართვო პირობების შერჩევითი კონტროლისა და დიდ ქალაქებში პჯდ დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირების კრიტერიუმებს შორის.

იმუნიზაციის მონიტორინგი და მართვა

გამოკითხულთა აზრით, „მონიტორინგი ყველაზე მნიშვნელოვანი და რთული რგოლია, საჭიროებს კვალიფიციურ ადამიანურ რესურსს და სათანადო ბიუჯეტს“ (IG/NGO). იმუნიზაციის მონიტორინგის სისტემა მრავალკომპონენტური უნდა იყოს, აფასებდეს მოცვის ძირითად პარამეტრებს და ხორციელდებოდეს იმუნიზაციის სერვისების მიმწოდებლების, სამინისტროსა და ადგილობრივი თვითმმართველობის დონეებზე. სავალდებულო ვაქცინაციის ან იმუნიზაციის სტატუსის კონტროლის დანერგვის შემთხვევაში, მონიტორინგის პროცესში უნდა ჩაერთონ სკოლები და სკოლამდელი საგანმანათლებლო დაწესებულებები. იმუნიზაციის ელექტრონული მოდული ძლიერი ინსტრუმენტია მონიტორინგის პროცესის უზრუნველსაყოფად და იძლევა პერსპექტივებს მისი შემდგომი გაფართოებისა და სრულყოფისათვის.

მონიტორინგის სისტემის მახასიათებლები

მონიტორინგი აუცილებელია იმუნიზაციის სერვისის მიწოდებისა და მართვის ნებისმიერ ეტაპზე, რეგულირების აღსრულებისა თუ ანაზღაურების ეფექტიანი სქემების ასამუშავებლად. მაგრამ, გამოკითხულთა აზრით, ფრაგმენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა აისახება იმუნიზაციის მონიტორინგის სისტემაზეც - „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინსტიტუტებს ქვეყანაში არ აქვთ ვაქცინაციის

სერვისის მიმწოდებლებზე მონიტორინგისა და ზეგავლენის დოკუმენტირებული მექანიზმები“ (IG/PHK).

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისების, მათ შორის იმუნიზაციის ხარისხის ინდიკატორები, რაც განაპირობებს პჯდ მიმწოდებლების ნაკლებ ინტერესს პარტონაჟისა და იმუნიზაციით მოცვის მიმართ. მონიტორინგის ინსტრუმენტის შემუშავებისას გასათვალისწინებელია მონაცემთა ხარისხი, სანდოობა და ამ პროცესზე ზედამხედველობის მექანიზმის ეფექტურობა. რეგულაციები ხელს უნდა უწყობდეს სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერის მიერ ხარისხიანი მონაცემების მოწოდებას და მათი ვერიფიკაციის შესაძლებლობას, განსაზღვრავდეს მონიტორინგის რა სისტემა გამოიყენება ინფორმაციის დასამუშავებლად და რეაგირებისათვის (IG/NGO).

ხაზი გაესვა, რომ იმუნიზაციის მონიტორინგის ინდიკატორები უნდა აფასებდეს ექიმისა და დაწესებულების მიერ სამიზნე კონტინგენტის მოცვას (პროცენტული და რაოდენობრივი კუთხით), აცრების დროულობას და სისრულეს, აცრებზე უარებისა და უკუჩვენებების რაოდენობას. რაოდენობრივი მონაცემების შეგროვების გარდა, მონიტორინგის პროცესი უნდა ითვალისწინებდეს აუცრელი ბავშვებისა და შეწყვეტილი ვაქცინაციის მიზეზების უწყვეტ რეჟიმში იდენტიფიცირებას, რომ „სახელმწიფომ იცოდეს რა სეგმენტი რა მიზეზის გამო იკავებს თავს იმუნიზაციისგან“ (IG/NGO). სამინისტრომ უნდა აწარმოოს ვაქცინებზე უარებისა და უკუჩვენებების შესწავლა და გამოავლინოს იმ არავაქცინირებული ბავშვების შემთხვევები, რომლებსაც დაემართათ ვაქცინით მართვადი ინფექცია.

არსებობს მოსაზრება, რომ იმუნიზაციაზე უარების დეტალური შესწავლის პრაქტიკაში განხორციელება და უარის რეალური მიზეზის გაგება ძალიან რთულია. ამისათვის, უნდა მოხდეს შერჩევითად, მშობლებთან კომუნიკაცია და გადამოწმება, ხოლო სავალდებულო იმუნიზაციის შემოღების შემთხვევაში, აუცილებელი იქნება უარების რუტინული მონიტორინგის სისტემის დანერგვა.

რესპონდენტებმა გაიხსენეს კლინიკური შემთხვევები, როცა პაციენტის სამედიცინო შეფასებაში წერია, რომ იმუნიზაცია უკუნაჩვენებია თუმცა მიზეზი გაზვიადებულია ან მცდარია. აღინიშნა, რომ უკუჩვენებების შესასწავლად მნიშვნელოვანი დახმარების გაწევა შეუძლია იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულს, მაგრამ საკმარისი ვერ იქნება: „შესაძლებელი იქნება პაციენტის ისტორიიდან გადატანილი დაავადების შესახებ ინფორმაციისა და უარის თქმის მიზეზის მოძიება, მაგრამ კლინიკური მონიტორინგისთვის დამატებით საჭირო იქნება კვალიფიციური სპეციალისტების მოძიება და ჩართვა - ყველას არ შეუძლია კლინიკური მონიტორინგის წარმოება... პირველ რიგში, ჯანდაცვის სამინისტრომ ეს საქმე უნდა დაავალოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთეულებს და უნდა შექმნან სპეციალური პროგრამა ადგილობრივ დონეზე“ (I/EXP1).

გამოკითხულთა აზრით, ჯანდაცვის სამინისტროს არსებული ადმინისტრაციული რესურსი რუტინული მონიტორინგის განსახორციელებლად შეზღუდულია, „მნიშვნელოვანია, განისაზღვროს, აქტივობები განხორციელდება არსებული თუ დამატებითი რესურსით... კარგად იქნება გასაწერი და ჩამოსაყალიბებელი რა იქნება რეგულაციების აღსრულების ადეკვატური მონიტორინგის მექანიზმი, რომ სისტემა მაქსიმალურად შედეგიანი იყოს და არ დარჩეს მხოლოდ ფურცელზე გაწერილი“ (I/EXP2). მონიტორინგის ხარისხიანი სისტემის შესაქმნელად საჭირო იქნება სიმძლავრეების გავითარება და ფინანსური რესურსი.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ აღიარა, რომ მონიტორინგის მექანიზმი მაქსიმალურად უნდა იყოს აწყობილი ტექნოლოგიებზე და რაც შეიძლება ნაკლებად იყენებდეს ადამიანურ ფაქტორს. აღინიშნა, რომ ტექნოლოგიები გააიოლებს ინფორმაციის გაცვლა-მიწოდებას და შესაძლებელი გახდება საინფორმაციო ბაზის გამოყენებით კლინიკების შერჩევითი კონტროლის განხორციელება. გამარტივდება დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი მონაცემებისა და ანგარიშების გადამოწმებაც. საინფორმაციო ტექნოლოგიების გამოყენება დაზოგავს საბიუჯეტო სახსრებს და ხელს შეუწყობს მაქსიმალურად ეფექტიანი სისტემის შექმნას.

კვლევის თანახმად, მონიტორინგის სისტემა და ელექტრონული მოდული იყოს მოქნილი და იძლეოდეს დაინტერესებული მხარეების, მაგალითად, ბალებისა და სკოლების ჩართვის შესაძლებლობას თუ მათ დაეკისრებათ ბავშვების სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასება და მონიტორინგი. ასევე, კონკრეტული გეგმისა და ინდიკატორების შემუშავების შემთხვევაში, მნიშვნელოვანი იქნება მუნიციპალურ დონეზე განხორციელებული სამუშაოს ინტეგრირებაც მონიტორინგის სისტემაში.

იმუნიზაციის ელექტრონული მოდული

უკლებლივ ყველა რესპონდენტმა აღნიშნა იმუნიზაციის ელექტრონულმა მოდულმა მნიშვნელობა და როლი იმუნიზაციის პროცესის ხელშეწყობაში. აჭარის წარმომადგენელთა განცხადებით, აჭარაში პრაქტიკულად აღარ დარჩა ფიზიკური პირი, ვისაც უჭირს ან არ შეჰყავს ინფორმაცია დროულად, რამაც გაზარდა ინფორმაციის მოწესრიგებულობა და ხელმისაწვდომობა (FG/ADJ). რადგან მინისტრის ბრძანებით იმუნიზაციის მოდულში ინფორმაციის შეყვანა სავალდებულოა, ექიმები განსაკუთრებული პასუხისმგებლობით ეკიდებიან: „ვიდაცას ქირაობენ, ფულს უხდიან, რაღაცა მექანიზმებით ელექტრონულ მოდულს ახორციელებენ. ზოგჯერ ოჯახის წევრებიც ეხმარებიან, განსაკუთრებით რაიონებში თუ ვერ ფლობენ კარგად კომპიუტერულ ტექნოლოგიებს, მაგრამ გათავისებული აქვთ, რომ აბსოლუტური პასუხისმგებლობა არის შემსრულებელზე - ექიმზე სისტემაში დაშვებულ შეცდომებზე“ (FG/ADJ). რეგიონების წარმომადგენლებმა დააყენეს სოფლებში კომპიუტერული ტექნიკის საჭროების საკითხი.

რესპონდენტებმა ისაუბრეს ბოლოდროინდელ პროგრესზე და დაგეგმილ ცვლილებებზე, რაც კიდევ უფრო ზრდის იმუნიზაციის ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის შესაძლებლობებს და ინტეგრირებას სხვა მნიშვნელოვან ელექტრონულ სისტემებთან და ბაზებთან. აღინიშნა, რომ განხორციელდა იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულისა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ელექტრონული ბაზების ინტეგრაცია. შედეგად, დაავადებათა კონტროლისა და

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრს მიეცა წვდომა სოციალური სააგენტოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბაზების პერსონალურ მონაცემებზე. იმუნიზაციის მოდულში უკვე გამოჩნდება, თუ რამდენჯერ იყო პაციენტი საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში, რომელ კლინიკაში იყო და რა მომსახურება ჩაიტარა. შესაბამისად, შესაძლებელია ცალკეულ პაციენტის, კლინიკისა და ექიმის მონიტორინგის წარმოება და იქმნება ტექნიკური წინაპირობა შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების განსახორციელებლად, უარებისა და უკუჩვენებების გამოსავლენად და იმუნიზაციაში პროფესიული პასუხისმგებლობის შესაფასებლად (FG/MOH).

რესპონდენტებმა ხაზი გაუსვეს საჯარო რეესტრთან მიბმულ მოდულს, რომელიც სამშობიარო სახლებს ავალდებულებს ბავშვის დაბადებისთანავე ინფორმაციის ატვირთვას; „ლაპარაკი იყო ისეთი მონაცემების შეტანაზე, როგორცაა ბავშვების განვითარების შეფასება 3 წლამდე. მას ებმება UNICEF-ის მოდული, რომელშიც ბავშვთა განვითარებაც შედის. ამის შედეგად, „დაკარგულ“ ბავშვთა რაოდენობა შემცირდა“ (IG/INT).

UNICEF-ის წარმომადგენლებმა ყურადღება გაამახვილეს პილოტურ პროექტზე, სადაც ინტეგრირდება ბავშვის ჯანდაცვას და სოციალურ კეთილდღეობა - ეს არის სპეციალური ელექტრონული მოდული, რომელიც თვალყურს ადევნებს ბავშვს მას მერე, რაც გამოვა სამშობიაროდან და მოხვდება სახლში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ვიდრე ის წავა სკოლაში. სისტემა აწარმოებს ბავშვის განვითარების მონაცემების ავტომატურ ანალიზს სამიზნე მაჩვენებლების მიხედვით და იყენებს განვითარების სკრინინგის სხვადასხვა საშუალებებს. საბოლოოდ, გამოავლენს შემთხვევებს, როცა ბავშვი საჭიროებს სოციალურ სისტემაში რეფერირებას და უფრო ღრმა სკრინინგის ან განვითარების შეფასების ჩატარებას. აღინიშნა, რომ „იმუნიზაციის მოდული მიეზღვეს ბავშვის ზრდა-განვითარების მოდულს. იმუნიზაცია და ბავშვის განვითარების სისტემა ურთიერთკავშირშია და სანამ ყველაფერი არ შეივსება, არ

ამლევს ექიმს სისტემიდან გამოსვლის საშუალებას“ (IG/INT). რესპონდენტთა აზრით, არსებობს საბავშვო ბაღებისა და სკოლების საინფორმაციო ბაზებთან ინტეგრაციის პერსპექტივაც, „მაგალითად, შესაძლებელია ბაღის მონაცემების ჩაბმა ელექტრონულ სისტემაში, რომ სისტემამ აღმოაჩინოს ბაღში აუცრელი ბავშვი და ჩატარდეს ეპიდემიოლოგიური ანალიზი, მაგალითად წითელას აფეთქების შემთხვევაში“ (IG/INT).

თვითმონიტორინგი და დამხმარე სუპერვიზია

გამოკითხულთა აზრით, ეროვნულ დონეზე მონიტორინგი საკმარისი არ არის; მნიშვნელოვანია, დაწესებულებამ უზრუნველყოს თვითმონიტორინგის სისტემა, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებმა განახორციელონ დამხმარე სუპერვიზიის აქტივობები. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის წარმომადგენლებმა აღნიშნეს, რომ ეროვნულ დონეზე განსაზღვრულია ვაქცინაციის სამიზნე მაჩვენებელი - 95% და წინასწარ აქვთ დაგეგმილი ქმედებები მიზნის მისაღწევად, მაგრამ ვაქცინაციის მიმწოდებლები არასდროს ითვლიან მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ თვითშეფასების სისტემა 2003 წლიდან დაინერგა საქართველოში და მინისტრის ბრძანებით დეტალურად არის გაწერილი მისი განხორციელების პრინციპები და პროცესი, პრაქტიკაში არ ხორციელდება და დაწესებულებების მხრიდან არ არსებობს მისი განხორციელების ინტერესი: „სავარაუდოა, რომ სამედიცინო პერსონალი არც იცნობს ამ ბრძანების შინაარსს. ეს არ არის მისთვის პრიორიტეტი“ (IG/NCDC).

აღინიშნა, რომ ბრძანებით გაწერილია მონიტორინგის ორი დონე: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებების მხრიდან განსახორციელებელი მონიტორინგი და პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მხრიდან თვითმონიტორინგის პროცესი. რესპონდენტთა ინფორმაციით, „ასეთ შემთხვევაში დაწესებულება აცნობიერებს კონკრეტულ ეტაპზე სად არის, სად და როდის არის მოსალოდნელი პრობლემა, რომელ თვეში“ (IG/NCDC). ბრძანების აღსრულების მექანიზმის შემოსაღებად, მიზანშეწონილად დასახელდა იმუნიზაციის სერვისის სანებართვო მოთხოვნებში თვითმონიტორინგის პუნქტის დამატება, რომლის ფარგლებშიც უკვე შესაძლებელი

გახდება სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს მიერ მისი შესრულების კონტროლი. მსგავსი მიდგომის გამოყენება შესაძლებელია მონაცემების დამახიჯნების რისკის თავიდან ასაცილებლად, „პერსონალმა უნდა იცოდეს, რომ მონაცემების სწორად აღრიცხვა მოწმდება და თუ რაღაც ინფორმაცია არასწორია და ტყუილია, ამის გამო დაისჯება და არანაირ წახალისებას არ მიიღებს“ (I/NITAG).

გამოკითხულთა აზრით, პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებს უნდა მოეთხოვოთ პასუხისმგებელი პირის გამოყოფა, რომელიც მეთვალყურეობას გაუწევს იმუნიზაციის კონტინგენტის დაგეგმვას, ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებლებს, დაგვიანებულ და არასრულ იმუნიზაციას, უარებსა და უკუჩვენებებს, ასევე იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის გამოყენებასა და ანგარიშგებას; მნიშვნელოვანია, რომ ეს პირი იყოს დირექტორი, მისი მოადგილე ან ხარისხის მეჯენერი (I/FMK).

წამოიჭრა პროაქტიული მიდგომების გააქტიურების საკითხი - დამხმარე სუპერვიზიის ღონისძიებების განახლებისა და მისი დაფინანსების აუცილებლობა. დამხმარე სუპერვიზიისას, NCDC ეხმარება ექიმს ხარვეზების გამოვლენაში, შეცდომის პრევენციასა და რეგულირების სააგენტოს მიერ სანქციების აცილებაში; ყალიბდება ნდობის მომენტი დაწესებულებას და სახელმწიფოს შორის. რესპონდენტებმა გაიხსენეს წარმატებული გამოცდილება, როდესაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთეულებს რეგიონებში, ადგილობრივ დონეზე, ჰქონდათ დამატებით პროგრამული უზრუნველყოფა იმუნიზაციით მოცვასთან დაკავშირებით. პროექტი ხორციელდებოდა საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ დახმარებით, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთეულებს აძლევდნენ დამატებით ანაზღაურებას მოსახლეობასთან შეხვედრებისა და იმუნიზაციის შესახებ კომუნიკაციისათვის. „მაშინ ამ მიმართულებით აქტივობა იყო შედარებით მაღალი, ხდებოდა სრული ინფორმაციის შეგროვება მოცვასთან დაკავშირებით, და იყო პრობლემა, 500-დან 5000 ბავშვამდე იკარგებოდა, რომელიც იბადებოდა და საერთოდ არ ფიქსირდებოდა იმუნიზაციის სისტემაში, არ იყო პჯდ კლინიკაში დარეგისტრირებული. მონიტორინგის ამ

ფორმატმა გამოავლინა ეს ბავშვები... შემდეგ ეს პროგრამა შეწყდა დაფინანსების არქონის გამო“ (IG/NCDC).

მოტივაცია და დაფინანსების ეფექტიანი მექანიზმები

რესპოდენტთა უმრავლესობა აღიარებს რომ, იმუნიზაციის ხელშეწყობა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კომპონენტი, არ წარმოადგენს პრიორიტეტს მომსახურების კერძო მიმწოდებლებისათვის და სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს მიმწოდებლების ინტერესის გაზრდაზე. ტრენინგების მიუხედავად, „მაინც რჩება იმის პრობლემა, რომ შეიძლება მათ ძალისხმევა არ ჩადონ თავიანთი კონტინგენტის მოძიებასა და პაციენტების პატრონაჟში; მათ არ აქვთ საკმარისი მოტივაცია, რომ გააკეთონ იმაზე მეტი, რაც ევალებათ, იმიტომ რომ ამისთვის ზედმეტად ხელფასს არ გადაუხდიან, არც შეაქებენ“ (IG/NGO). პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან ხაზი გაესვა ექიმის პროფესიული მოტივაციის მნიშვნელობას, „რაც ექიმს აიძულებს კარგად იმუშაოს და არ დაჩრდილოს ფინანსურმა მხარემ“ (FG/FM-TB). თუმცა, დაბალი ანაზღაურების პირობებში, ზოგ მათგანს უჩნდება დამოკიდებულება ფინანსურ და სხვა სტიმულებზე.

რესპოდენტთა აზრი არაერთგვაროვანი იყო მოტივაციის ცალკეული ინსტრუმენტების შესახებ. გამოკითხულთა უმრავლესობა ფინანსური და არა-ფინანსური ინსენტივების დაბალანსებული მეთოდების შემოღების მომხრე იყო. ხაზი გაესვა ფინანსური მოტივაციის რისკებს და ეტაპობრივი მიდგომების აუცილებლობას.

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის ანაზღაურების გაზრდა

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნების მოტივირებისათვის მათი ხელფასის გაზრდა უმთავრეს ამოცანად დასახელდა. გამოითქვა მოსაზრება ჯანმრთელობის დაცვის კანონში ექიმისა და ექთნის ხელფასის მინიმალური ზღვრის დაწესების შესახებ. განხილული იქნა რეგულირების სხვა მიდგომაც - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში კონტრაქტირებული დაწესებულებისათვის მოთხოვნის დაწესება, რომლის მიხედვით, პროგრამით მიღებული დაფინანსებიდან ექიმისა და ექთნისათვის ანაზღაურება არ უნდა იყოს წინასწარ დაწესებულ ნიშნულზე ან

პროცენტულ მაჩვენებელზე ნაკლები. პირველ შემთხვევაში, რეგულაცია გავრცელდება ყველა მიმწოდებელზე და ინდივიდუალურ პირზე, ხოლო მეორე მიდგომა არ მოიცავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიღმა დარჩენილ დაწესებულებებს. რეგულაციის შემოღებისას, გასათვალისწინებელი იქნება ის ფაქტიც, რომ ექიმები და ექთნები ანაზღაურებას შეიძლება იღებდნენ პროგრამის გარეთ მიწოდებული მომსახურებითაც.

ხელფასის მინიმალური ზღვრული ოდენობის დასადგენად საჭირო იქნება დეტალური სისტემური ანალიზი, რომ დადგინდეს ერთი მხრივ ანაზღაურების ოდენობა, რომელიც იმოქმედებს პერსონალის დაინტერესებაზე, მეორე მხრივ, კლინიკების მოსალოდნელი ქმედებები, თუ მათ დაუწესდებათ პერსონალისათვის მინიმალური ხელფასის გადახდის ვალდებულება. საჭირო იქნება ბიუჯეტსა და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემაზე ცვლილებების გავლენის შეფასება.

ხელფასის ფაქტორი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ექთნების დეფიციტთან დაკავშირებული გრძელვადიანი და მოკლევადიანი პრობლემების გადასაჭრელად. ადეკვატურად გაზრდილი ანაზღაურება არა მხოლოდ მოიზიდავს ექთნებსა და ექიმებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, არამედ ხელს შეუწყობს მათ დაკავებას ერთ სამუშაო ადგილზე, განსაკუთრებით სოფლებსა და მაღალმთიან რაიონებში, რაც თავის მხრივ, წაადგება იმუნოზაციის პატრონაჟის პროცესს (FG/FMA). ხელფასის უმნიშვნელო ცვლილება ვერ მოახდენს საჭირო გავლენას (I/EXP2).

არსებობს რისკი, რომ თუ ხელფასები საგრძნობლად მოიმატებს, გაზრდილი ხარჯების დასაბალანსებლად კლინიკებმა შეიძლება შეამცირონ პერსონალის რაოდენობა და/ან გააძვირონ მომსახურება. პირველ შემთხვევაში, გაიზრდება ისედაც მაღალი ექიმ-ექთნის დატვირთვის მაჩვენებელი და გაუარესდება პატრონაჟის სისტემა. ხოლო მომსახურების გაძვირების შემთხვევაში, კლინიკები სახელმწიფოსგან მოითხოვენ დაფინანსების გაზრდას, რაც გაზრდის ბიუჯეტის ტვირთს ან გაიზრდება საყოველთაო პროგრამის გარეთ არსებულ სერვისებზე მოსახლეობის მხრიდან

ჯიბიდან გადახდილი ხარჯების წილი (I/PMA). შესაბამისად, გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში კომპლექსურად უნდა იქნას განხილული ყველა მოქმედი ფაქტორი და მარეგულირებელი ინსტრუმენტები.

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ დღეისათვის ექიმებისა და ექთნების ხელფასების მომატების პერსპექტივა რეალურია. საკითხი პოლიტიკურად აქტუალურია და მიმდინარე რეფორმების კონტექსტში განიხილება პარლამენტსა და სამინისტროში (I/P1). ამასთან, გამოითქვა მოსაზრება, რომ საკითხის დადებითად გადაწყვეტის შემთხვევაშიც, გაზრდილი ხელფასების ეფექტი ვერ იქნება ხანგრძლივი მოტივაციის სხვა მიდგომებთან ერთობლიობის გარეშე (I/AC2).

წახალისება და ჯარიმები

კვლევის თანახმად, ექიმების, ექთნებისა და კლინიკების მოტივაციის გაზრდა განსაკუთრებით აქტუალურია დაბალი ხელფასებისა და იმუნიზაციის შესახებ ცნობიერების დეფიციტის პირობებში (I/INT). არგუმენტად მოყვანილი იქნა კომერციული ვაქცინების მიმართ არსებული დამოკიდებულება და კლინიკებისა და ექიმების თანამშრომლობა ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან. რესპონდენტთა აზრით, სახელმწიფომ ფარმაცევტული კომპანიებისგან უნდა ისწავლოს წახალისებისა და მარკეტინგული მიდგომები და დაანერგოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამებში (I/AC1).

განხილული იქნა პოზიტიური და ნეგატიური (ჯარიმების) მოტივაციის ინსტრუმენტები და გამოვლინდა განსხვავებული მოსაზრებები. უმრავლესობის აზრით, საუკეთესო იქნებოდა დაბალანსებული მიდგომა, რაც შედეგებზე ორიენტირებული დაფინანსებისთვის არის დამახასიათებელი.

აღინიშნა, რომ წახალისების ინსტრუმენტები სენსიტიურია და არასათანადოდ გამოყენების შემთხვევაში დიდია უკუშედეგის მიღების რისკი (FG/INT2). სამართლიანობისა და ხარჯთეფექტურობის პრინციპების დასაცავად, აუცილებელია, სისტემა იძლეოდეს ობიექტური შეფასების, კომპლექსური მიდგომებისა და

მონიტორინგის შესაძლებლობებს (IG/NGO). გასათვალისწინებელია დაწესებულების მენეჯმენტის როლი და გავლენაც. ადმინისტრირების მხრივ, ყველაზე მარტივ მეთოდად დასახელდა იმუნიზაციის სერვისზე დამატებითი, ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდი (FG/ADJ).

იმუნიზაციის სერვისის ფიქსირებული ანაზღაურება

რესპონდენტების უმრავლესობამ სულადობრივ დაფინანსებაზე დამატებით, იმუნიზაციის მომსახურებისათვის გამოყოფილი 1 ლარის პრაქტიკა გაიხსენა და აღნიშნა, რომ იმ პერიოდში, ექიმები მეტი ყურადღებით ეკიდებოდნენ ვაქცინაციით მოცვას და პატრონაჟს. თანხა უმეტესად ნაწილდებოდა ოჯახის ექიმსა და იმუნიზაციის ექთანზე. პრობლემას წარმოადგენდა პროცესის გართულებული ადმინისტრირება, „მოთხოვნილი იყო CD-დისკით და დოკუმენტურად ანგარიშის რეგულარული წარდგენა, რაც რეგიონების შემთხვევაში, დამატებით ტრანსპორტირების ხარჯებს უკავშირდებოდა და სერვისის მიმწოდებლებს უკარგავდა თანხის მოთხოვნის სურვილს“ (I/FMK). მსგავსი პრაქტიკა შენარჩუნებულია იმუნიზაციის პროგრამით გათვალისწინებულ წითელას კამპანიაში სერვისის ანაზღაურებისას, თუმცა გამოკითხულთა აზრით, იგი ნაკლებ შედეგიანია, რადგან პროგრამით გათვალისწინებული ფინანსების განაწილებას ახდენს დაწესებულების მენეჯმენტი და პერსონალამდე მიღწეული მცირე ანაზღაურება ვერ ასრულებს მოტივატორის დანიშნულებას (FG/MOH). ამასთან, სერვისის ფიქსირებული ანაზღაურება არ იძლევა მისი შესრულების ხარისხზე ზემოქმედების საშუალებას. კვლევის მონაწილეებმა გაიხსენეს კიდევ ერთი წარსული ნეგატიური გამოცდილება: „ამის უარყოფითი მხარე ის იყო, რომ ექიმი ყოფდა სერვისებს, რომლის ერთი ვიზიტის პროცესში გაკეთება შეიძლებოდა, რათა ორმაგი თანხა აეღო. ამით გამოწვეული იყო ის, რომ ხდებოდა რომელიმე ვაქცინაციის დროში გადადება და შესაძლებელი იყო, რომ მშობელს საერთოდ გამოეტოვებინა ეს ვაქცინაცია. ასევე ყოფდნენ თითოეულ ანტიგენზე ვაქცინის ანაზღაურებას“ (IG/NCDC).

რისკების თავიდან ასაცილებლად და მეტი ხარჯთეფექტურობისათვის რეკომენდებული იქნა რიგი ფაქტორების გათვალისწინება: 1. ასანაზღაურებელი თანხის დადგენა მტკიცებულებების საფუძველზე, საჭირო საბიუჯეტო რესურსის განსაზღვრა და პოლიტიკური მხარდაჭერის მოპოვებისათვის ანაზღაურების მეთოდის ხარჯთეფექტურობის შეფასება; 2. კლინიკისათვის პერსონალის ადეკვატური ანაზღაურების მოთხოვნა; 3. ანგარიშგების გამარტივება და იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის შესაძლებლობების გამოყენება; 4. გადადებული და დაგვიანებული აცრების მონიტორინგი.

იმუნიზაციის მოცვის სამიზნე მაჩვენებლების მიხედვით ანაზღაურება

რესპონდენტებმა განიხილეს ანაზღაურების მექანიზმი, რომელიც ეფუძნება იმუნიზაციის მოცვის მაჩვენებელს. გამოკითხულთა ნაწილი მიემხრო იმუნიზაციის კონკრეტული სამიზნე მაჩვენებლის (მაგ, 95%) მიღწევის შემთხვევაში ბონუსის გამოყოფის იდეას. ნაწილის აზრით, საქართველოში ჯარიმის მექანიზმი უფრო გამართლებულია, რადგან „ქართველი პოპულაცია სტიმულებზე მეტად სანქციებზე რეაგირებს, თანაც ასეთი მეთოდი არ გამოიწვევს დამატებით საბიუჯეტო ხარჯებს“ (IG/INT). აღინიშნა, რომ ორივე მიდგომის შემთხვევაში არსებობს სამიზნე კონტინგენტით მანიპულირებისა და დოკუმენტაციის გაყალბების საფრთხე, რასაც ადასტურებს სხვადასხვა გამოცდილებაც. ამასთან, ისედაც მწირი ხელფასების მქონე პერსონალის დაჯარიმება არ იქნება გამართლებული, მით უფრო, რომ მოცვის სამიზნე მაჩვენებელი არ არის საკმარისი ინდიკატორი იმუნიზაციის პროცესისა და შედეგების ობიექტურად შესაფასებლად (FG/INT2).

აჭარის წარმომადგენლებმა განიხილეს რეგიონში არსებული პრაქტიკა სოფლად პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის დაწესებული დანამატის შესახებ, რომლის მიზანია მაღალმთიან სოფლებიდან ექიმების გადინების შემცირება. გამოითქვა მოსაზრება, რომ შესაძლებელია ამ მიდგომის უფრო ეფექტურად გამოყენება, თუ იგი მიეხმება შესრულების ინდიკატორს. ასეთ შემთხვევაში, საყურადღებო იქნება

ანგარიშგების პირობები: „ანგარიშგების ციკლი და გადახდის ციკლი არ ჯდება ერთმანეთში... შეიძლება გაკეთდეს ასე: 9 თვის ანგარიში რომ იქნება, იმის მიხედვით ვისაც დაბალი მოცვა ექნება, არ გასცე დარჩენილი 3 თვის დანამატი. ამასაც სერიოზული მონიტორინგი სჭირდება, ექიმის კონტიგენტიდან უნდა ამოყარონ ის ბავშვები, რომლებიც დაეზარათ და არ მოძებნეს და ამით მოცვამ დაიკლო. იქ ყოველთვის მოიძებნება რაღაც მექანიზმი, რითაც ის დამალავს მიზეზს, ანუ არსებობს ამის რისკი“ (FG/ADJ).

განხილული იქნა შერეული დაფინანსების ვერსია - აცრა-ვიზიტის ანაზღაურებაზე ბონუსის დამატება, როცა მოცვის მაჩვენებელი მაღალია. რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ როგორც ბონუსების, ისე ჯარიმების მექანიზმი შესაძლებელია გავრცელდეს კლინიკაზეც. ადეკვატური დაფინანსების შემთხვევაში, კლინიკის მენეჯმენტი მოტივირებული იქნება მეტად აკონტროლოს პერსონალის მიერ მოცვის მაჩვენებლების შესრულება (FG/INT1).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტები ფრთხილად ეკიდებიან წახალისებისა და ჯარიმების მეთოდებს. მათი აზრით, იგი იწვევს ანაზღაურებაზე დამოკიდებულების გამომუშავებას და ამცირებს სამედიცინო პერსონალის მხრიდან იმუნიზაციის გაცნობიერებულ მხარდაჭერას. ამასთან, წახალისების ეფექტი დროებითია, საჭიროებს ქცევაზე მუდმივ მონიტორინგს და მეთოდების ცვლილებას, გაუქმება კი იწვევს ინტერესის რადიკალურ დაქვეითებას, რომლის აღდგენასაც დრო და მნიშვნელოვანი ძალისხმევა სჭირდება (FG/INT2).

მოტივაციის არაფინანსური მეთოდები

კვლევამ გამოავლინა არაფინანსური მოტივატორები, რომლებიც შეიძლება გამოიყენებოდეს ფინანსურ მექანიზმებთან ერთობლივად ან მათგან დამოუკიდებლად, იმუნიზაციის მოცვის შეფასების სხვადასხვა ინდიკატორებზე აქცენტებით. რესპონდენტების ნაწილის აზრით, არაფინანსურ ინსტრუმენტებს მნიშვნელოვანი გავლენის მოხდენა შეუძლიათ იმუნიზაციის მიმწოდებლების

ქცევაზე, ნაწილი კი ფიქრობს, რომ მხოლოდ ფინანსურ სტიმულს აქვს ღირებული ეფექტი.

რეკომენდებულ მეთოდებს შორის დასახელდა წარმატებული შედეგების საჯარო აღიარება კლინიკის, სამინისტროსა და მუნიციპალიტეტების ხელმძღვანელების მიერ, დაწინაურება, მადლობის სიგელისა და პრიზის გადაცემა, მასმედიისა და სოციალური ქსელების გამოყენება ლიდერების გამოსავლენად და წარმოსაჩენად, ასევე უარყოფითი შედეგების გამოვლენა და გასაჯაროვება. ამ მიზნით, შესაძლებელია ჯანდაცვის სამინისტროს ან ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების მიერ საკუთარ საიტებზე სპეციალური სივრცის გამოყოფა, სხვადასხვა რეიტინგულ გადაცემებში ჩანართებისა და სოციალური კლიპების მომზადება, პოპულარულ ადამიანებთან შეხვედრების ორგანიზება.

სტიმულირების სისტემა შესაძლებელია შეეხოს როგორც ექიმებსა და ექთნებს, ასევე კლინიკებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების პერსონალს. რეგიონების წარმომადგენლებმა რეკომენდაცია გაუწიეს ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების მიერ იმუნიზაციის მიღწევებში კონკურსების მოწყობისა და საუკეთესო დაწესებულებების დაჯილდოვების ინიციატივას.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმების აზრით, ეფექტური იქნება კლინიკის მენეჯმენტის ჩართულობაც და წარმატებული პერსონალისათვის შვებულების დროის გაზრდა, ექსკურსიების ორგანიზება და ჯანდაცვის საკითხებში საერთაშორისო კონფერენციებში დასწრების ხელშეწყობა და სხვა მსგავსი აქტივობები (FG/FM-ADJ).

შედეგებზე/შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება

რესპოდენტები თანხმდებიან, რომ შედეგებზე დაფუძნებულ დაფინანსებას (RBF) მნიშვნელოვანი გავლენა ექნება იმუნიზაციით მოცვაზე, თუმცა საჭიროებს ყურადღებით დაგეგმვას და სისტემის სათანადოდ მომზადებას. ანაზღაურების ეს მეთოდი განისაზღვრა, როგორც პოზიტიური და ნეგატიური სტიმულების ერთობლიობა, რომელიც აბალანსებს ორივე მიდგომის უარყოფით ეფექტებს, „ანუ,

გეგმის წარმატებით შესრულებას მოსდევს პოზიტიური სტიმული, ხოლო შეუსრულებლობას - უარყოფითი“ (I/INT).

შინაარსი და სცენარები:

გამოკითხულთა აზრით, შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება განხილული უნდა იქნას გლობალურ ჭრილში, პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიის კონტექსტში და ხარჯთეფექტურობის ანალიზის გათვალისწინებით. დაფინანსების ამ კომპლექსური მექანიზმის ეფექტურობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული სისტემის მზაობაზე, „ეს პირველ რიგში გულისხმობს იმუნიზაციის სამიზნე კონტინგენტის სიზუსტეს და სამედიცინო პერსონალის მკაფიოდ დადგენილ ფუნქცია-ვალდებულებებს“ (IG/NGO). თანაბრად მნიშვნელოვნად იქნა მიჩნეული მონიტორინგისა და შეფასების გამართული სისტემის არსებობა და სრულფასოვანი ადმინისტრირებისათვის ტექნიკური სიმძლავრეების განვითარება. რესპონდენტთა ნაწილის აზრით, ანაზღაურების რთული მექანიზმების დანერგვას წინ უნდა უძღოდეს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება, რომ არ მოხდეს იდეის დისკრედიტაცია. მეორე ნაწილმა აღნიშნა, რომ RBF-ის დანერგვა ეტაპობრივად უნდა მოხდეს და დაიწყოს შედარებით მარტივი ინდიკატორების სექემებიდან. გამოიკვეთა აზრი, რომ შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება შემოღებული იქნას, როგორც ბაზისურ სულადობრივ დაფინანსებაზე დამატებითი მექანიზმი.

აღნიშნა, რომ „შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მთელი იდეა სწორედ იმაშია, რომ უნდა შეიქმნას კომპლექსური ინდიკატორების ნაკრები, რომელიც იმუნიზაციის შემთხვევაში ვაქცინაციით მოცვის პროცესისა და შედეგების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შეფასების საშუალებას იძლევა“ (FG/FMA). ინდიკატორები უნდა ითვალისწინებდეს ლოგიკას აუცრელობის მიზეზების გამოსავლენად: „რა იყო დაგეგმილი, რამდენი აიცრა, რამდენი არ აიცრა, აუცრელობის მიზეზი, ავადმყოფობის გამო აუცრელობის მიზეზებზე მონიტორინგი, სამედიცინო პერსონალის მიზეზით აუცრელობა, აუცრელ ბავშვზე მეთვალყურეობის დაწესება,

გაცდენილი აცრისას ბავშვის მეთვალყურეობაზე ყოფნის ფაქტორის დადგენა და პროცესის შეფასება“ (I/P1).

რეკომენდებული იქნა შემდეგი ინდიკატორები: 1. **იმუნიზაციის სამიზნე კონტინგენტის მოცვის აბსოლუტურ და პროცენტულ მაჩვენებლებს.** ამ მაჩვენებლების შეჯერება იძლევა მცირე და დიდი კონტინგენტის შემთხვევებში განსხვავებული მიდგომებისა და რისკების გათვალისწინების საშუალებას; 2. **დროულობისა და სრულად მოცვის მაჩვენებლები;** 3. **იმუნიზაციაზე უარებისა და უარების შემცირების მაჩვენებლები;** 4. **ცრუ უკუჩვენებების მაჩვენებელი.** გამოითქვა რანჟირებისა და ცალკეული ინდიკატორისათვის პრიორიტეტულობის კოეფიციენტის მინიჭების იდეაც. ინდიკატორების ასეთი ერთობლიობა ამცირებს მიმწოდებლების მხრიდან ცდუნებისა და მანიპულირების რისკებს, თუმცა მათი ეფექტურად დანერგვა მხოლოდ მაშინ მოხდება, თუ ჯანდაცვის სისტემა შეძლებს მონაცემების სრულფასოვან შეგროვებასა და ვერიფიკაციას და უზრუნველყოფს ადმინისტრირების სათანადო სიმძლავრეს. ვერიფიკაციის და ბონუსის დათვლის შესაძლებლობა გადამწყვეტი ფაქტორია ინდიკატორების შემუშავებისას (I/MOH).

აღნიშნა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსების ამ მექანიზმის მართვა შესაძლებელია. თავდაპირველად მიზანშეწონილია პილოტირება რომელიმე ქალაქში ან რეგიონში, მხოლოდ რამდენიმე ვაქცინაზე და მიღებული გამოცდილების შემდეგ მოხდეს მისი განვრცობა (I/P1). რესპონდენტებმა, რომლებიც წარმოადგენდნენ რეგიონებს, ხაზი გაუსვეს დიდი ქალაქების და რაიონებსა და სოფლებში არსებულ კლინიკებს შორის განსხვავებებს. აღნიშნეს, რომ RBF-ის კომპლექსური სქემა მისაღები იქნება დიდი ქალაქებისათვის; იგი კონკურენციის პირობებში ხელს შეუწყობს სახელმწიფოს მხრიდან სელექტიური კონტრაქტირების პრინციპის გამოყენებას (FG/MOH). რეგიონების შემთხვევაში, სადაც კონკურენცია თითქმის არ არსებობს და კლინიკები მცირე მასშტაბისაა, საჭირო იქნება RBF-ის უფრო მარტივი მოდელის შემოღება (I/P2). აჭარის შემთხვევაში გამოითქვა მოსაზრება, რომ

ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრმა ითანამშრომლოს საყოველთაო ჯანდაცვის დეპარტამენტთან RFB-ის ადმინისტრირების ნაწილში და ჩაერთოს კლინიკების მონიტორინგში (FG/ADJ).

მოსალოდნელია, რომ პროექტის ადმინისტრირებას ხელს შეუწყობს ბოლოდროინდელი აქტივობა, რომლის შედეგადაც დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრს მიეცა წვდომა სოციალური სააგენტოს საყოველთაო პროგრამის ბაზების პერსონალურ მონაცემებზე იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულისა და საყოველთაო ჯანდაცვის ელექტრონული ბაზების ინტეგრაციის შემდეგ. იმუნიზაციის მოდულში უკვე გამოჩნდება, თუ საყოველთაო პროგრამის ფარგლებში, რომელ კლინიკაშია პაციენტი დარეგისტრირებული და რა მომსახურება ჩაიტარა (FG/MOH).

ზოგი რესპონდენტის აზრით, RBF არ უნდა ვრცელდებოდეს მხოლოდ იმუნიზაცაზე, რომ არ მოდუნდეს ყურადღება სხვა სერვისებზე. კვლევის ფარგლებში განხილული იქნა სერვისები, რომელთანაც იმუნიზაციის დაჯგუფება გაზრდიდა RBF-ის ეფექტურობას. ამ მხრივ, აღინიშნა ძირითადად დედათა და ბავშვთა და სკრინინგის სერვისები: ანთროპომეტრული მონაცემების შეგროვების, ბავშვთა ზრდა-განვითარების ზედამხედველობის, კვებითი კონსულტაციების, ასევე სკრინინგის (შიდსი, C ჰეპატიტი, საშვილოსნოს ყელის კიბო), ქრონიკული დაავადებების სერვისები (FG/FMA). ხაზი გაესვა სერვისების თავისებურებების, მიმწოდებლების არაერთგვაროვნებისა და ანგარიშების პრინციპების განსხვავებულობის გამო ადმინისტრირების სირთულეს: „ყველა მიმწოდებელი არ აწარმოებს ერთი და იგივე მოცულობის სერვისებს და პრობლემურია მათი შეფასებისა და ანგარიშების ერთ ფორმატში მოქცევა. ამიტომ, კომპლექსური პაკეტის შემუშავება რთულია - შესრულების შესახებ ანგარიშში თუ ვერ ხერხდება პაკეტში შემავალი ყველა სერვისის შეფასება, ანაზღაურება ხდება პრობლემური“ (I/MOH).

გამოითქვა აზრი, რომ „იმუნიზაცია უნდა შეფასდეს და დაფინანსდეს დამოუკიდებლად, რომ გამოვლინდეს კონკრეტული ექიმის საქმიანობის ხარისხი იმუნიზაციაში“ (I/NITAG); შესაძლებელია, რომ სხვა დარგებში წარმატებულმა ექიმმა ვერ შეძლოს იმუნიზაციის გეგმის შესრულება, ხოლო ნაკლებ წარმატებულმა უჩვენოს ვაქცინაციის ინდიკატორების მაღალი მაჩვენებლები. შეფასების მექანიზმი უნდა ითვალისწინებდეს ექთნების საქმიანობასაც, რისთვისაც საჭრო იქნება ანაზღაურების სქემაში ექთნის მოვალეობების დეტალური აღწერა და მონიტორინგისათვის ექთნის საქმიანობის ამსახველი დოკუმენტაციის დამტკიცება (I/P2, FG/FMA).

საერთაშორისო გამოცდილების თანახმად, რესპონდენტებმა დაასკვნეს, რომ RBF-ის ეფექტურობისთვის მნიშვნელოვანია ხდებოდეს ინდიკატორების ცვლა, პერსონალი იყოს კარგად ინფორმირებული და აცნობიერებდეს, თუ რაში იღებს დამატებით ანაზღაურებას, და დაფინანსების მოცულობა იყოს საკმარისი იმისათვის, რომ შეცვალოს ქცევა და სისტემის მენეჯმენტი იძლეოდეს ადეკვატური თანხის ექიმამდე მიღწევის შესაძლებლობას (FG/FMA, IG/NGO).

კვლევის ფარგლებში განხილული იქნა დაფინანსების უშუალო მიმღები სუბიექტის საკითხი. მონაწილეთა ნაწილმა მიიჩნია, რომ RBF იძლევა ექიმის მუშაობის მონიტორინგის საშუალებას, მაგრამ უპირატესად გამოყენებული უნდა იქნას კლინიკების შესაფასებლად. მათ მხარი დაუჭირეს კლინიკის, როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის კონტრაქტორის მიერ ანაზღაურების მიღებისა და განკარგვის იდეას, მაგრამ აღნიშნეს, რომ „დაწესებულებას უნდა დაევალოს, დაემორჩილოს სამინისტროს მიერ მენეჯმენტის წინასწარ დადგენილ წესებს“ (I/EXP2); ექიმისა და კლინიკის დაინტერესების გამიჯვნა არ იქნება ბოლომდე გამართლებული, რამდენადაც პერსონალის კმაყოფილება პოზიტიურად აისახება დაწესებულებაზე.

RBF-ის დასაწერად აუცილებელია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების ბიუჯეტირება ითვალისწინებდეს შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსების

მიდგომებს და მოიცავდეს შეფასების კრიტერიუმებს, რომელიც გარკვეულწილად თანხვედრაში იქნება RBF-ის ინდიკატორებთან (I/PMA).

საერთაშორისო გამოცდილება და მტკიცებულებები:

აღინიშნა, რომ მოწესრიგებულ პჯდ სისტემაში იმუნიზაციით მოცვას მხოლოდ სტატისტიკური დანიშნულება აქვს. შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების იდეა დასავლეთის ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობა და ექიმები აცნობიერებენ ვაქცინაციის აუცილებლობას, ემსახურება ხარისხის შეფასებას. ხოლო განვითარებად ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში, იმუნიზაციით მოცვის შეფასება მეტ დატვირთვას იღებს და მისი სამიზნე 95%-იანი მაჩვენებელი სისტემის მუშაობის შეფასების ინდიკატორად გვევლინება (FG/FMA).

რესპოდენტთა აზრით, იმუნიზაციის თემა არ არის საკმარისად დაფინანსებული გლობალურად და ეფექტიანი იქნება შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება; „ცალკეულ შემთხვევებში, როგორცაა იმუნიზაცია, ტუბერკულოზი, რეალურად არის მონაცემები, რომ მოქმედებს. კონკრეტული შედეგების მოტანა შეუძლია ჩვენნაირი ტიპის (დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე) ქვეყნებში“ (I/P1).

ძლიერი მხარეები:

კვლევის თანახმად, შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების სისტემის დაბალანსებული მეთოდები, დაფინანსების სხვა მოდელისაგან განსხვავებით უფრო მოქნილია და საშუალებას იძლევა კომპლექსურად შეაფასოს როგორც იმუნიზაციის, ასევე სხვა პრიორიტეტული სერვისების ხარისხი და შედეგები. წარმოადგენს წახალისებისა და ჯარიმების დაბალანსებულ მექანიზმს, ნაკლებად იწვევს სამედიცინო პერსონალში არაჯანსაღ დამოკიდებულებას და ხელს უწყობს გრძელვადიანი სტრატეგიული მიდგომების განვითარებას.

აღინიშნა, რომ შედეგზე ორიენტირებული დაფინანსება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ფარგლებში რამდენიმე წელია განიხილება პოლიტიკის შემმუშავებლების მიერ და მისი შემოღება ხელს შეუწყობდა იმუნიზაციით მოცვის მაჩვენებლის,

როგორც ერთ-ერთი სამიზნე მაჩვენებლის ჩამოყალიბებას, „მაგრამ სამწუხაროდ პროექტი ვერ ჩამოყალიბდა და ვერ მიაღწია იმპლემენტირების ეტაპს“ (I/P2). RBF-ი შესაძლებელია გათვლილი იქნას როგორც კლინიკის, ასევე სამედიცინო პერსონალის სტიმულირებაზე. მისი სწორად ამოქმედების შემთხვევაში იმუნიზაციის მიზნების შესრულების მოტივაცია გაუჩნდება სერვისის მიმწოდებელ ყველა რგოლს - ექიმს, ექთანს, დაწესებულებას (I/P1).

სუსტი მხარეები:

რთულია RBF-ის მართვა და მონიტორინგი, მისი ყველაზე მარტივი სცენარის შემთხვევაშიც, რამდენადაც ადგილი აქვს უბანზე კონტინგენტის ცვალებადობას. კარგად არის მოსაფიქრებელი ანგარიშგების ინტერვალიც, „შესრულებული სამუშაოს ანალიზი ვერ მოხდება ყოველთვიურად, უფრო რეალისტურია კვარტალური და ყოველწლიური ციკლი. გასათვალისწინებელია იმუნიზაციაზე მოთხოვნის სეზონურობა, მაგალითად ზაფხულში მიმართვიანობა დაბალია“ (FG/ADJ).

გამოითქვა მოსაზრება, რომ ადმინისტრირების პროცესი განსაკუთრებით გაძნელებდა მონაცემების ვერიფიკაციის სისტემის გარეშე. ამიტომ RBF-ის სისტემა შეიძლება ვერ იყოს მდგრადი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის რეფორმირებისა და იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის სრულად ამოქმედების გარეშე.

სხვა სერვისებთან ინტეგრირების შემთხვევაში, „ძალიან რთულია გამიჯვნა რომელი მიმართულებით უკეთესად მუშაობს ექიმი და თუ ამაზე ვლავარაკობთ, ალბათ ინდივიდუალურად უნდა მოხდეს მიმართულებების მიხედვით წახალისებები“ (I/NITAG). შედეგების მიხედვით ანაზღაურება გამართლებულია წლის ბოლოს ერთიანი ანალიზის ჩატარების შემდგომ, როცა „თუ ყველა პროგრამის კარგი შესრულება დაფიქსირდა, დაწესებულებას გადაეცემა კონკრეტული თანხა ბონუსის სახით, ან ექიმს მიეცემა დამატებით ერთი თვის ხელფასი“ (FG/FM-TB). ანაზღაურებისა და ანგარიშგების ყოველთვიური სქემისას: „გაურკვეველია რა უნდა იყოს სახელმწიფოს ქმედება, მაშინ როცა მაგალითად, შეასრულა იმუნიზაციის

პროგრამა, მაგრამ ვერ შეასრულა უსაფრთხო სისხლის პროგრამის ინდიკატორები“ (FG/FMA). რესპონდენტთა ნაწილის გამოცდილებით, ასეთი ინტეგრირებული სერვისების სათანადო აღსრულება ვერ ხერხდება სირთულის გამო, რის გამოც შეჩერდა წინა წლებში მიმდინარე მსჯელობა პილოტურ პროექტზე. არსებობს შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების პოლიტიკური ნება, თუმცა გამოკითხულთა ნაწილს მისი იმპლემენტაცია დღეისათვის ნაკლებ რეალურად მიაჩნია.

რისკის ფაქტორები:

გამოითქვა მოსაზრება, რომ ანაზღაურების ოდენობები უნდა იყოს საკმარისად მაღალი ქვევის შესაცვლელად, რაც ერთი მხრივ, ბიუჯეტიდან დამატებითი თანხების მოზიდვის საჭიროებას უკავშირდება, მეორე მხრივ, ასოცირდება პერსონალის არასასურველი ქვევის რისკებთან (FG/INT1). თუმცა, რადგან ინსტრუმენტი ითვალისწინებს პოზიტიურ და ნეგატიურ სტიმულებს, სავარაუდოა, რომ დაბალანსდება საბიუჯეტო რესურსის ოდენობა (I/MOH).

აღინიშნა, რომ ანაზღაურების დიდი მოცულობის შემთხვევაში ექიმმა შეიძლება არ გაითვალისწინოს ნამდვილი უკუჩვენება, თუმცა ექიმის რეპუტაციის მომენტი მნიშვნელოვანია და, სავარაუდოდ, იგი არ დაუშვებს უკუჩვენების შემთხვევაში ბავშვის აცრას (FG/FM-TB). არსებობს ექიმის მშობელთან გარიგების რისკიც (FG/INT2).

კლინიკის მენეჯმენტი შეიძლება არ დათანხმდეს RBF-ის პირობებს, თუ მისი მონიტორინგი და მართვა ზედმეტ ტვირთად დააწვება დაწესებულებას, ხოლო ანაზღაურებით ისარგებლებენ მხოლოდ ექიმები და ექთნები (FG/MOH). ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტომ, რომელიც ადმინისტრირებას გაუწევს პროცესს, კონტრაქტში ჩადოს კონკრეტული პასუხისმგებლობები (მათ შორის რაოდენობრივ განზომილებებში) როგორც შესრულებულ, ასევე შეუსრულებელ ვალდებულებებზე ორივე მხარისათვის, დაწესებულებისა (მენეჯმენტის) და პერსონალისათვის (IG/NCDC).

იმის გამო, რომ არ არის პირდაპირი მტკიცებულებები იმუნიზაციაში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების გამოცდილების შესახებ, საქართველოში პილოტური პროექტის განხორციელების გარეშე რთული იქნება გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის კონკრეტული მტკიცებულებების წარდგენა. არსებობს პოლიტიკური წინააღმდეგობის რისკი მემარცხენე ფრთიდან, რომელიც ამტკიცებს, რომ „ექიმის მოვალეობაა იმის შესრულება, რაც ისედაც ევალება და ამიტომ არ საჭიროებს რაიმე ინსენტივების მექანიზმს“ (IG/NCDC).

პერსპექტივები:

ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმები და გაზრდილი ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის შესაძლებლობები იძლევა RBF-ისა და მასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ინსტიტუციური ინტერვენციების დანერგვის საშუალებას.

ვაქცინაციის პრომოცია და ადვოკატირება შესაძლოა მომგებიანი იყოს მიმწოდებლებისთვის (I/FMK). აღინიშნა, რომ ეფექტური მენეჯმენტის საშუალებით გამოცდილმა კლინიკებმა უკვე შეძლეს იმუნიზაციის წარმატებით ინტეგრირება სხვა სერვისებთან და აღმოაჩინეს, რომ იმუნიზაციის სერვისის პრომოცია და წარმოება ეხმარება პაციენტების (როგორც ბავშვების, ასევე მშობლების) მოზიდვაში და სხვა, უფრო მომგებიანი მანიპულაციების შეთავაზებაში.

რესპონდენტთა ნაწილმა შენიშნა, რომ არსებობს შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების შემოღების პოლიტიკური ნება და მნიშვნელოვანი წინაპირობა. კერძოდ, სამინისტრო მუშაობს პირველად ჯანდაცვაში ხარისხისა და შედეგის ინდიკატორების იმპლემენტირების საკითხებზე და DRG-ის სისტემის შემოღებაზე ჩეხეთის მთავრობასთან თანამშრომლობით, კარიტასის პროექტის ფარგლებში; იგეგმება მისი პილოტირება თბილისის მასშტაბით. პროექტი ორიენტირებულია ქრონიკულ დაავადებებზე, თუმცა აღინიშნა, რომ შესაძლებელია იმუნიზაციის ჩართვის საკითხის განხილვაც (I/MOH). რაც შეეხება კონკრეტულად გადახდის

მექანიზმებს, „სამინისტრო განიხილავს რამდენიმე მოდელს ბონუსური სისტემის, ჯარიმებისა (incentive pay, ან penalty pay) და კაპიტაციაზე დამატების ინსტრუმენტის ჩათვლით, თუმცა გადაწყვეტილება ჯერ არ არის მიღებული“ (FG/MOH).

ამ ეტაპზე, საერთაშორისო მხარდაჭერით, ტუბერკულოზის პროგრამის ფარგლებში, მიმდინარეობს RBF-ის პირველი პროექტის მომზადება საქართველოში. არსებობს კურაციოს მიმდინარე პროექტი ტუბერკულოზისა და პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრირების შესახებ; „ეს რეალურად მოხდება, ჯერ იქნება საპილოტე პროექტი და შემდეგ გამოიცდება, რამდენად კარგად მუშაობს ეს მიდგომა. იდეალური იქნება, რომ ეს ყველაფერი როგორღაც შეიკრას და ერთიანი პაკეტი გაკეთდეს, ამ მოდელს კარგი აწყობა და კარგი დიზაინი უნდა, ეს მარტივად არ კეთდება... კომპლექსურია მაგრამ გაკეთებადია, სხვა ქვეყნებში არსებობს ამის გამოცდილება“ (IG/NGO).

რესურსები:

ჯანდაცვის ექსპერტების აზრით, რომლებიც ჩართული არიან საქართველოში RBF-ის იმპლემენტაციაში, ძირითადი პრობლემა არის ვერიფიკაციის ნაწილი: „სერვისის მიმწოდებელი გააგზავნის ინფორმაციას, რომ ამდენი გააკეთა და მას ფულს გადაუხდიან. ბიუჯეტი დაითვლება, ჩაიდება ფული, მაგრამ ვერიფიკაციის სისტემა არ არსებობს. შემსყიდველი ვერ იღებს ამ ფუნქციას, იმიტომ რომ იქ ამის რესურსი არ არის, არ ჰყავთ შესაბამისი პერსონალი“ (IG/NGO). აღინიშნა ახალი სტრუქტურის შექმნის იდეაც, რაც ნაკლებ მომხიბვლელად მიაჩნიათ. ექსპერტები უპრატესობას არსებულ ინსტიტუციურ სტრუქტურაზე მიბმას ანიჭებენ, მაგრამ მათგან არცერთს გააჩნია სათანადო ტექნიკური და ადმინისტრაციული რესურსი. ხაზი გაესვა სიმძლავრეების განვითარების აუცილებლობას - დამატებითი თანამშრომლების დაქირავებასა და მათ მომზადებას, რასაც დაფინანსება დასჭირდება: „თუ გინდა კარგი გააკეთო, ამას სჭირდება სერიოზული რესურსი, იმიტომ რომ ყველას წარმოუდგენია, რომ დაითვლის „ინსენტის“ და ამ ფულს თუ ჩადებს, ამას გააკეთებს, მაგრამ ამას

დამატებითი ხარჯებიც ახლავს. მთლიანი ხარჯის ერთი მესამედი არის დამატებითი ხარჯები“ (FG/FMA).

რესპონდენტთა მეორე ნაწილი ფიქრობს, რომ ბიუჯეტიდან მოთხოვნილი თანხა არ იქნება დიდი მასშტაბის და იმუნიზაციისა და თავად მოდელის ხარჯეფექტურობა საკმარისი იქნება საჭიროების არგუმენტირებისათვის: „ყოველწლიურად, საქართველოში იბადება 55,000-დან 60,000-მდე ბავშვი; ერთ ბავშვზე გადაანაგრიშებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციაზე გამოყოფილი თანხის ეფექტი იქნება ამ თანხაზე 10-ჯერ მეტი. შედეგად, შემცირდება ამ ბავშვთა ავადობა და დაავადებების აფეთქებები, და შესაბამისად, დაიზოგება თანხები“ (I/MOH).

ინტერსექტორული თანამშრომლობა და კოორდინაცია

რესპონდენტთა აზრით, იმუნიზაციის პროგრამის წარმატებისთვის სახელმწიფოს ექსკლუზიური პასუხისმგებლობა ეკისრება, ამასთან გადამწყვეტია სექტორებს შორის მჭირდო თანამშრომლობაც. ხაზი გაესვა, რომ „ზოგადად ჯანდაცვა მიიჩნევა ჯანდაცვის სამინისტროს და ჯანდაცვის სექტორის ინსტიტუციების პრეროგატივად, მაგრამ ასე არ არის, განსაკუთრებით როცა საუბარია პირველად ჯანდაცვაზე და მათ შორის იმუნიზაციაზე“ (I/AC2). გამოვლინდა ინტერსექტორული კოორდინაციის ნაკლოვანებები და განვითარების შესაძლო გზები, გამოითქვა რეკომენდაციები მიზანშეწონილი საკანონმდებლო ცვლილებების შესახებ.

მონაწილე მხარეები

კვლევამ გამოავლინა ძირითადი მხარეები, რომელთაც იმუნიზაციით მოცვაზე გავლენის მოხდენა შეუძლით: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლების სამინისტრო, ადგილობრივი თვითმმართველობა, პარლამენტი, სკოლები და ბაღები. გამოიკვეთა სხვა სტრუქტურებიც, რომლებსაც იმუნიზაციის პროგრესში გარკვეული წვლილის შეტანა შეუძლიათ. რესპონდენტებმა შეაფასეს ვაცინაციის ხელშეწყობაში მხარეების როლი და გააზიარეს რეკომენდაციები.

ჯანდაცვის სამინისტრო

რესპონდენტებმა ისაუბრეს ჯანდაცვის სამინისტროს იმუნიზაციის პოლიტიკის განმსაზღვრელ და განმახორციელებელ, მარეგულირებელ და მაკონტროლებელ როლზე და აღნიშნეს რომ სამინისტროს ვალდებულებაა ასევე ყველა მონაწილე მხარის ჩართულობა და სექტორებს შორის სათანადო კოორდინაცია.

გამოკითხულთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ სამინისტროსთვის იმუნიზაცია პრიორიტეტია, რაზეც მეტყველებს როგორც იმუნიზაციაზე გაზრდილი ხარჯები და უკანასკნელ პერიოდში დანერგილი ახალი ვაქცინები, ასევე იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის უმნიშვნელოვანესი პროექტის შემუშავება და ქვეყნის მასშტაბით იმპლემენტაცია, ელექტრონული შეტყობინებების სისტემისა და მობილური აპლიკაციის ამოქმედება, საინფორმაციო კამპანიებისა და ტრენინგების აქტივობები. განსაკუთრებულად გაესვა ხაზი ჰექსა-ვალენტური ვაქცინის მნიშვნელობას, რამაც ხელი შეუწყო მოსახლეობის მხრიდან ვაქცინაციაზე, კერძოდ, გაიზარდა მოთხოვნა სახელმწიფოს მიერ შესყიდულ ვაქცინებზე და შემცირდა უნდობლობა ექიმებსა და მოსახლეობასი. დადებითად შეფასდა დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ვებ-გვერდზე იმუნიზაციის შესახებ განთავსებული ინფორმაცია და სამედიცინო არხზე „პულსი“ მიმდინარე თემატური გადაცემები.

აღინიშნა, რომ სამინისტრომ განახორციელა ცვლილებები რეგულაციებშიც, ვაქცინაციის სერვისი დაუქვემდებარა სანებართვო მოთხოვნებს და გახადა რეგულირებადი, მაგრამ მარეგულირებელი ჩარჩო მთლიანობაში საჭიროებს გადახედვას ჯანდაცვის სისტემური მიდგომების ჭრილში, სამედიცინო სერვისების მიწოდების ხარისხის, ანაზღაურებისა და პროფესიული პასუხისმგებლობის კონტექსტში.

სამინისტრო დაინტერესებულია იმუნიზაციის სისტემაში ინსტიტუციური მექანიზმების შემდგომი გაუმჯობესებით და განიხილავს შესაძლო ცვლილებების ვერსიებს, თუმცა ზოგ შემთხვევაში, რადიკალური ცვლილებებისათვის

პოლიტიკური ნება არასაკმარისია, რაც შეიძლება აიხსნას საჭირო მტკიცებულებების ნაკლებობით. ამის მაგალითად, რესპონდენტებმა გაიხსენეს დაინტერესებულ მხარეებთან შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების პილოტურ პროექტსა და სავალდებულო იმუნიზაციის საკითხებზე განხილვები, რასაც არ მოჰყოლია შემდგომი ქმედებები. სამინისტროს წარმომადგენლებმა აღნიშნეს ამ ეტაპზე განხილვაში მყოფი მარეგულირებელი ინიციატივები და სისტემის განვითარების პროექტები, რომლებიც ხელს შეუწყობენ იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებას (ერთობლივი პროექტი ჩეხეთის მთავრობასთან პირველადი ჯანდაცვის ხარისხის გასაუმჯობესებლად, იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის შემდგომი განვითარების ღონისძიებები და კომუნიკაციის სტრატეგიის დანერგვა).

რესპონდენტებმა იმსჯელეს იმუნიზაციის სისტემის იმ გამოწვევებზეც, რაზეც კიდევ ბევრია სამუშაო. აღნიშნა, რომ „პირველ რიგში, ჯანდაცვის სამინისტრომ იმუნიზაცია უნდა გახადოს მიმზიდველი მშობლების, ექიმებისა და ყველა სხვა დაინტერესებული მხარისათვის“ (I/EXP2). ამ მხრივ, სამინისტროს საქმიანობა გასაუმჯობესებელია: „პასიურია მედიასთან მიმართებაში და აღინიშნება მარკეტინგული მექანიზმების სიმწირე... საინფორმაციო კამპანიებს უნდა ჰქონდეს პერმანენტული ხასიათი და არ ამოიწურებოდეს მხოლოდ იმუნიზაციის კვირის ფარგლებში განხორციელებული ღონისძიებებით“ (I/AC1).

სამინისტროს მხრიდან სტრატეგიული მიდგომებისა და უწყვეტობის დეფიციტი დაფიქსირდა ექიმებისა და ექთნების განათლების კუთხითაც. აღინიშნა, რომ ეპიზოდურ ტრენინგებს ვერ ექნება გრძელვადიანი შედეგები და სამინისტრომ უნდა გააქტიუროს ამ მიმართულებით მუშაობა უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების სისტემის ჩრდილში (I/EXP2).

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ სახელმწიფო მოზრდილ თანხას ხარჯავს მაღალი ხარისხის ვაქცინების შესყიდვაზე, თუმცა პროგრამის მხარდამჭერი ღონისძიებებისათვის (როგორცაა კომუნიკაცია, განათლება და მონიტორინგი)

გამოყოფილი ხარჯები მინიმალურია და ძირითადად დონორების დაფინანსებით ხორციელდება. აუცილებელია, სამინისტრომ იზრუნოს საჭირო რესურსის მოძიებაზე დონორების მხარდაჭერის დასრულების პარალელურად. საბიუჯეტო თანხებთან ერთად, ასეთ რესურსად შეიძლება მოიაზრებოდეს დაინტერესებული მხარეების სიმძლავრეების გამოყენება და ერთობლივი პროექტების განვითარება. მაგალითებად დასახელდა: კერძო ინსტიტუციების ჩართვა იმუნიზაციის პროპაგანდასა და წამახალისებელი ღონისძიებების დაფინანსებაში, სამედიცინო ასოციაციებთან თანამშრომლობა ექიმებისა და ექთნების სტიმულირებისათვის, საგანმანათლებლო დაწესებულებებისა და მათი კონტინგენტის დაინტერესება იმუნიზაციის აქტივობებში მონაწილეობით, სათემო ორგანიზაციების რესურსის გამოყენება საზოგადოების აზრის შესწავლისა და მშობლებთან აქტიური კომუნიკაციისათვის, განსაკუთრებით მაღალმთიან რაიონებსა და ეროვნული უმცირესობების დასახლებებში (I/INS).

გამოკითხულთა აზრით, ჯანდაცვის სამინისტრომ მეტი ყურადღება უნდა დაუთმოს განათლების სამინისტროსა და ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობას და თანამშრომლობის ინსტიტუციონალიზაციას. იმუნიზაციის სტრატეგია უნდა მოიცავდეს მხარეების თანამშრომლობის ხედვას, რაც თავის მხრივ, გამყარებული უნდა იქნას საკანონმდებლო ცვლილებებით. გამოითქვა სურვილი, რომ სამინისტრომ მხარეებთან თანამშრომლობით შეიმუშაოს წინადადებები ჯანმრთელობის პრევენციისა და იმუნიზაციის სფეროში კონკრეტული ვალდებულებების, ქმედებებისა და კოორდინაციის შესახებ ჯანდაცვის, განათლებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობების კანონმდებლობაში გასათვალისწინებლად. ხაზი გაესვა, რომ სამინისტრომ ასევე ხელი უნდა შეუწყოს მათი აღსრულებისათვის საჭირო ცნობიერების ამაღლების აქტივობებს და რესურსების მობილიზებას.

პარლამენტი

რესპონდენტებმა მიუთითეს, რომ პარლამენტი აქტიურად არის ჩართული ჯანდაცვის ახალ ინიციატივებში და მხარს უჭერს იმუნიზაციის პროგრამის დაფინანსებას. აღინიშნა, რომ პარლამენტის მხარდაჭერის საკითხი განსაკუთრებით აქტუალური იქნება სავალდებულო იმუნიზაციის, მომატებული ხეფასებისა და წახალისების მექანიზმების შემოსაღებად ბიუჯეტის გაზრდისა და საკანონმდებლო ცვლილებების ადვოკატირებაში. გამოკითხული პარლამენტის წევრების ინფორმაციით, ისინი ამ ეტაპზე განიხილავენ ექიმებისა და ექთნებისთვის ხელფასების მომატების საკითხებს და მზად არიან მხარი დაუჭირონ საკანონმდებლო ინიციატივებს სავალდებულო იმუნიზაციის და შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების შემოღების შესახებ (I/P1, I/P2).

დაისვა საკითხი მაჟორიტარი პარლამენტარებისა და მათი რაიონული ოფისების როლის გაზრდის აუცილებლობის შესახებ ადგილობრივ დონეზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების ადვოკატირებასა და დაფინანსებაში. მაჟორიტარი დეპუტატები უნდა მონაწილეობდნენ მოსახლეობაში იმუნიზაციის პრომოციასა და მხარდაჭერ კამპანიებში, გამოდიოდნენ საჯარო მიმართვებით მედიისა და სოციალური მედიის საშუალებით. წამოიჭრა იდეა, რომ მაჟორიტარ კანდიდატებს მოეთხოვოთ საარჩევნო პროგრამაში ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიის გათვალისწინებაც (I/AC1).

ადგილობრივი თვითმმართველობა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები

კვლევიდან იკვეთება, რომ ადგილობრივი ხელისუფლება უფრო აქტიურად უნდა ჩაერთოს იმუნიზაციის გაუმჯობესებაში და რეალურად აიღოს პასუხისმგებლობაც, „იმუნიზაცია ერთ-ერთი თემაა, რომელიც შეიძლება პირდაპირ იყოს ჩადებული ვალდებულებად და ადგილობრივი ხელისუფლების ეფექტიანობა შეფასდეს, მათ შორის დედათა და ბავშვთა მდგომარეობით და იმუნიზაციის მოცვით“ (I/LG).

რამდენადაც, ყველაზე კარგად მდგომარეობას ადგილზე, საკუთარ თემში, სწორედ მუნიციპალიტეტებმა იციან, იმუნიზაციის კამპანიებს, ტრენინგებს და მონიტორინგს პირველ რიგში ადგილობრივი თვითმმართველობის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტები უნდა ასრულებდნენ ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციით და უნდა შექმნან სპეციალური პროგრამა ადგილობრივ დონეზე, თავისი დაფინანსებით (FG/ADJ). ამისათვის, აუცილებელია მათი სიმძლავრის გაზრდა, რადგან „დღეს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი რგოლები არის ძალიან ცუდ მდგომარეობაში, ძალიან მცირე დაფინანსება აქვთ, არაპროფესიონალები მუშაობენ და ეს არის მხოლოდ ადგილობრივი თვითმმართველობის დასაქმების ადგილი, ხელფასებიც ძალიან დაბალია“ (IG/PHK).

აღნიშნა, რომ იმუნიზაციაში ყველა რესურსი მოდის ცენტრიდან, შესაბამისად, დაბალია ადგილობრივი თვითმმართველობების ჩართულობა და ინტერესი, „ერთადერთი, შეიძლება ადგილობრივმა თვითმმართველობამ გამოყოს ბიუჯეტი საოპერაციო ხარჯებისთვის, კერძოდ, ეპიდემიოლოგების ტრანსპორტით გადაადგილებისთვის, რომ მათ განახორციელონ სუპერვიზია“ (I/EXP1). ხაზი გაესვა აღნიშნული პრობლემის ხანდაზმულობას და ცვლილებების განსახორციელებლად პოლიტიკური ნების დეფიციტს. გამოკითხულებმა აღნიშნეს, რომ განსხვავებული მდგომარეობაა დიდი ქალაქებში (თბილისი, ქუთაისი და ბათუმი), სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონულ ცენტრებს მეტი ადამიანური და ფინანსური რესურსი გააჩნია და მეტი აქტიურობით გამოირჩევა.

რესპონდენტებმა მიუთითეს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალურ ცენტრებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კანონით დაეკისრათ ძალიან ბევრი მოვალეობა, რომელიც არ არის კარგად გააზრებული არ მიჰყვება არც ფინანსური და არც ადამიანური რესურსი. შესაბამისად, არ არსებობს ამ ვალდებულებების სრულფასოვნად განხორციელების შესაძლებლობა, „მარტო სახელმწიფო პროგრამებიდან წასული ბიუჯეტი მათი ფუნქციებისთვის არ არის საკმარისი;

დელეგირებული უფლებამოვალეობების განსახორციელებლად მიღებული ტრანშები უნდა გაიზარდოს და გაიწეროს დეტალურად, ფუნქციების მიხედვით“ (FG/MOH). მუნიციპალიტეტების პროგრამებს უნდა ჰქონდეთ სერიოზული გავლენის შესაძლებლობა, იყოს რეალურად განხორციელებადი და ჰქონდეს შესაბამისი რესურსი. ამასთან, პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს შედეგების გაზომვისა და პასუხისმგებლობების გადამოწმების საშუალებას და ექვემდებარებოდეს ადგილობრივი აღმასრულებელი ორგანოს მიერ მონიტორინგს.

გამოითქვა მოსაზრება, რომ იმუნიზაციის კუთხით, ადგილობრივ თვითმმართველობას შეუძლია პირველადი ჯანდაცვის რგოლების მოწესრიგებაში მონაწილეობა, ერთი მხრივ ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესების ნაწილში, რამდენადაც „ინფრასტრუქტურა არ ეკუთვნის ჯანდაცვის სამინისტროს, ეს ადგილობრივი თვითმმართველობის პასუხისმგებლობაა, ეკონომიკის სფეროს უფრო ეხება“; მეორე მხრივ - დაურეგისტრირებელი ბავშვების იდენტიფიცირებითა და კლინიკებში გადამისამართებით (I/LG); ამ შემთხვევაში, სოფლის ექიმს შეუძლია ერთობლივი მუშაობა არასამთავრობო ორგანიზაციებთან. განიხილა აგრეთვე, მუნიციპალიტეტის შესაძლო როლი პჯდ მიმწოდებლების წახალისების კუთხით, მაგალითად, საუკეთესო მოცვის მაჩვენებლების მქონე კლინიკის გამოვლენა და დაჯილდოება (I/LG).

აჭარის წარმომადგენლების ინფორმაციით (FG/ADJ), აჭარაში მოქმედებს ეპიდ. ზედამხედველობის ადგილობრივ დონეზე დამტკიცებული სახელმწიფო პროგრამა იმუნიზაციის აქტივობების ჩათვლით და დაფინანსება ხორციელდება ცენტრალური დონიდან პირდაპირი ხელშეკრულებს საფუძველზე, რაც იძლევა იმუნიზაციის დაგეგმვისა და სერვისების მონიტორინგისა და სუპერვიზიის მეტ შესაძლებლობას. დამტკიცებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივი გაიდლაინი, სადაც დეტალურადაა გაწერილი პასუხისმგებელი სტრუქტურების უფლება-მოვალეობები, მათ შორის იმუნიზაციაზე.

აჭარის შემთხვევაში, მუნიციპალიტეტში არ არის ცალკე ჯანდაცვის სამსახური და მერიის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალი საქმიანობას ახორციელებს აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონული ცენტრთან ერთად, „ასე რომ, ის რომ თვითმმართველობებზე მეტი ფუნქციები მოდის, პრობლემად არ ჩანს იმიტომ, რომ ამის მოგვარების გზა მოვნახეთ და ამას უფრო კარგი სახე აქვს“ - აღნიშნა რესპონდენტმა (FG/ADJ) და რეკომენდაცია გაუწია უფრო მძლავრი და მობილიზებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამხარეო ცენტრების შექმნას. ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებმა ასევე აღნიშნეს, რომ: „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ყველა რეგიონს ჰყავს და იმათ უნდა იმუშაონ, ამას გამგებლებს ვერ დაავალებ. იმათ თავიანთი საქმეები აქვთ, შეშას ან წამალს თუ სთხოვენ, იმის ფულს აძლევენ... პრევენციული ღონისძიებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრეროგატივაა. გამგებებს შესაბამისი ჯანდაცვის კადრები არ ჰყავთ“ (IG/PHK). გამოიკვეთა არგუმენტი, რომ რამდენადაც არსებული რაიონული სამსახურების რესურსი ძალიან მწირია, ხოლო რეგიონულ დონეზე ეს ფუნქცია შეთავსებული აქვს ზონალურ ლაბორატორიებს, რომელსაც მუშაობის სხვა სპეციფიკა აქვს, ისინი ვერ იქნებიან ფოკუსირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და იმუნიზაციის აქტივობებზე (FG/ADJ).

რესპონდენტთა უმრავლესობა მომხრეა, რომ ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების წარმომადგენლები მიემაგრონ ადგილობრივ დონეზე ყველა სკოლას და ბაღს, რომელსაც ჰყავს შესაბამისი პერსონალი (ექიმი, ექთანი) და მოახდინონ იმუნიზაციის შესახებ წარდგენილი დოკუმენტაციის გადახედვა, შესწავლა და რეაგირება, რაც პარალელურად ხელს შეუწყობს პერსონალის ინფორმირებას იმუნიზაციის შესახებ.

აღინიშნა, რომ სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებები სწორედ მუნიციპალიტეტების დაქვემდებარებაშია, ხოლო კალენდარული იმუნიზაციის 80% სკოლამდელ ასაკში ტარდება. შესაბამისად, მუნიციპალიტეტების მხრიდან ბაღებში

იმუნიზაციის კონტროლს და მშობლების საგანმანათლებლო აქტივობებს მნიშვნელოვანი გავლენის მოხდენა შეუძლია. არსებობს იდეა, რომ გამოყენებული იქნას სახელმწიფო საკუთრებაში არსებულ ბაღებში მიღებაზე არსებული კონკურენცია და უპირატესობა მიენიჭოთ აცრილ ბავშვებს. ასევე, ადგილობრივი მასშტაბით, მაგალითად ქალაქმა, შეიძლება მოითხოვოს აცრები ბაღებსა და სკოლებში დასაშვებად და ჰქონდეს თავისი მანდატის ფარგლებში გარკვეული ღონისძიებების გატარების საშუალება (I/LG).

რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ საკითხი უნდა დაისვას სხვა კუთხით: რამდენად შეუძლიათ უფრო მეტის გაკეთება მუნიციპალიტეტებს და რა არის ამისთვის საჭირო. მათ არ ჰყავთ სპეციალისტები სამედიცინო მიმართულებაში, რომ პოლიტიკა უკარნახონ გამგობას და ურჩიონ აქტივობების დაგეგმვა, „აქედან გამომდინარე, ნებისმიერი საკითხი რაც წარმოიშვება, ყველაფერზე ამბობენ „ჯანდაცვის სამინისტროს ვკითხავთ, რასაც ისინი გვეტყვიან ჩვენ შეძლებისდაგვარად გავაკეთებთ“, ან „იმათი საქმეა და იმათი გადასაწყვეტია“ (I/EXP2). ჩაითვალა, რომ „მნიშვნელოვანია, ერთდღიანი სწავლება განხორციელდეს ადგილობრივი დეპუტატებისა და ხელისუფლების წარმომადგენლებისთვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამასთან, მათ შორის იმუნიზაციის საკითხებთან დაკავშირებით. კერძოდ, როგორ უნდა მოხდეს ამ კუთხით საჭიროების მოძიება, მათი შეფასება, აქტივობების დაგეგმვა, შედეგების ინდიკატორების განსაზღვრა, დაფინანსების მოძიება, და კოორდინირება“ (I/AC1).

სკოლამდელი განათლების დაწესებულებები

გამოკითხულთა დიდმა ნაწილმა გამოთქვა აზრი, რომ სკოლამდელ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ჯანმრთელობის პრევენცია და ვაქცინაციის ხელშეწყობა განსაკუთრებით აქტუალური და შედეგიანია. გამოიკვეთა სამი ძირითადი მიზეზი: 1. სკოლამდელი განათლების კონტინგენტს აქვს ყველაზე მეტი რევაქცინაციის პროცედურა ჩასატარებელი და სკოლაში მისვლისას ბავშვს თითქმის

ყველა კალენდარული აცრა (გარდა TD და HPV-ისა) გაკეთებული აქვს; 2. ამ ასაკში ბავშვებში ადვილად ვრცელდება ინფექციური დაავადებები და აუცრელი ბავშვი განსაკუთრებულ საფრთხეს უქმნის სხვა ბავშვებს; 3. ბაღის მასწავლებლებს და ექიმებს/ექთნებს ყველაზე ხშირად აქვთ მშობლებთან ურთიერთობა და შეუძლიათ მათ გადაწყვეტილებებზე გავლენის მოხდენა.

რესპონდენტების აზრით, ბაღის ბავშვების შემთხვევაში, მათ მშობლებთან უნდა მოხდეს მაქსიმალური მუშაობა; მნიშვნელოვანია საბავშვო ბაღების მასწავლებლების ტრენინგები, რომლებიც მუდმივად მშობლებთან არიან კონტაქტში, „მათგანაც უნდა მოდიოდეს პოზიტიური მესიჯები ვაქცინაციის შესახებ, რადგან მშობლებზე ეს კარგად იმოქმედებს“ (IG/NGO). შესაძლებელია სკოლის დაწყებითი კლასების ჩართვაც. ხაზი გაესვა, რომ „მშობლებთან „აუთორიზი“ რთულია, ამიტომ აქცენტი უნდა გაკეთდეს მასწავლებლების მიერ მშობლების განათლებაზე ისეთ ადგილებში, სადაც მშობლები თავს იყრიან“ (I/MOH). კვლევის მონაწილეთა მიერ რეკომენდაცია მიეცათ ჯანდაცვის სამინისტროსა და ადგილობრივმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებს, ითანამშრომლონ სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებთან - მიაწოდონ მცირეწლოვან ბავშვთა კონტინგენტზე გათვლილი ილუსტრირებული საინფორმაციო მასალა და იმუშაონ მასწავლებლებთან, ბაღის სამედიცინო პერსონალთან და მშობლებთან სწორი და გასაგები ინფორმირებისათვის. უნდა მოხდეს კერძო ბაღების მოცვა, სადაც „საერთო ჯამში, უფრო მეტი ბავშვია, ვიდრე სახელმწიფო ბაღებში“ (I/PMA).

ბაღის ადმინისტრაციამ და სამედიცინო კაბინეტმა უნდა მოახდინოს ერთი მხრივ ბავშვების ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობა და ინფექციურ დაავადებაზე საექვო ბავშვები არ დაუშვან ბაღში. მეორე მხრივ, აწარმოოს ბავშვების ჯანმრთელობისა და იმუნიზაციის სტატუსის შემოწმება და ამისათვის არამხოლოდ მოითხოვოს, არამედ პერიოდულად გადაამოწმოს წარმოდგენილი ფორმა-100, რომ ყველა საჭრო აცრა მოცული იყოს: „ბაღში მოაქვთ ბავშვის ფორმა ასი, მაგრამ გასარკვევია რამდენად

სერიოზულად უყურებს ბალის დირექტორი რამდენად ზუსტად აქვს ბავშვს ჩატარებული ვაქცინაცია არსებული კალენდრის მიხედვით. და თუ არ აქვს, უნდა გაარკვიოს შესაბამისი მიზეზები. გასარკვევია რამდენად მიყვებიან ისინი მსგავს ცალკეულ შემთხვევებს“ (FG/ADJ). აუცრელი ბავშვების კონკრეტულ შემთხვევაზე, გამოითქვა რეკომენდაცია, რომ ბალის ადმინისტრაციამ მოახდინოს რეაგირება კონკრეტულ შემთხვევაზე და გაესაუბროს მშობელს; უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში, დაუკავშირდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ადგილობრივ სამსახურს, რომელიც გააგრძელებს საჭირო ღონისძიებებს. ამ მიზნით, შესაძლებელია, შემოღებული იქნეს ინფორმირებისა და ანგარიშგების წესი.

არსებობს მოსაზრება, რომ სავალდებულო ვაქცინაციის შემოღება, პირველ რიგში, ბაგა-ბალებსა და ბალებს უნდა შეეხოს; ამასთან, „ნაკლებად სავარაუდოა წარმოიშვას ის შეზღუდვა, რომ ბავშვი ბაღში არ მიიყვანონ იმიტომ, რომ აცრა არ გაუკეთეს“ (I/LG). ადგილობრივი მთავრობის წარმომადგენლის ინფორმაციით, „რთული იქნება მთლიანად მანდატორული იყოს ვაქცინაცია, რადგან მშობელსაც აქვს არჩევანის გაკეთების უფლება. დაწყებული იყო მუშაობა თბილისის მასშტაბით საჯარო ბაღებში აუცრელი ბავშვების მიღების შეზღუდვაზე. კერძო ბალის შემთხვევაში, თუ ის აიღებს თავის თავზე პასუხისმგებლობას, მაშინ მისი გადასაწყვეტია მიიღოს თუ არა აუცრელი ბავშვი“ (I/LG).

განათლების სამინისტრო

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ დღეისათვის განათლების სამინისტრო არ არის საკმარისად აქტიური ჯანმრთელობის მხარდაჭერის საკითხში და იმსჯელებს იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად განათლების სამინისტროს ჩართულობის ვერსიებზე. აღინიშნა რომ განათლების სამინისტროს ჯანმრთელი თაობის აღზრდის პრიორიტეტიდან გამომდინარე, შეუძლია ხელი შეუწყოს მშობლების და მომავალი მშობლების განათლებას, რომ მათ ხელი მიუწვდებოდეთ იმუნიზაციის შესახებ სწორ ინფორმაციაზე, „ისევე როგორც დღეს არის რეპროდუქციულ განათლებაზე საუბარი,

მხოლოდ რეპროდუქციული განათლება არ არის საკმარისი იმისათვის რომ ადამიანი მოემზადოს მომავალი ოჯახისთვის“ (FG/FM-ADJ). ამისათვის, ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროების თანამშრომლობით, ბავშვებისა და მოზარდებისთვის უნდა მომზადდეს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საგანმანათლებლო სახელმძღვანელო იმუნიზაციის კომპონენტით, სადაც იქნება ბავშვებისათვის გასაგებ ენაზე ილუსტრაციები და სწორი მესიჯები. პარალელურად, უნდა მომზადდეს სახელმძღვანელო მასწავლებლებისა და სკოლის ექიმებისათვის და დაიგეგმოს ტრენინგების პროცესი (I/SCH).

კვლევის თანახმად, განათლების სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს სკოლებში იმუნიზაციის საინფორმაციო ბუკლეტებისა და პოსტერების გავრცელებას, იმუნიზაციაზე თემატურ შეხვედრებს და გაამარტივოს ჯანდაცვის სამინისტროსა და ადგილობრივ თვითმმართველობებთან სკოლებისა და უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულებების თანამშრომლობის პროცესი (I/SCH). აღნიშნული საკითხი შეიძლება აისახოს განათლებისა და ჯანდაცვის კანონმდებლობებით, სადაც დეტალურად გაიწერება მხარეების ფუნქცია-მოვალეობები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, მათ შორის იმუნიზაციის ღონისძიებებისა და ეპიდ-აფეთქებების მიმართ (FG/MOH).

დაისვა საკითხი - „თუ განათლების სამინისტროს უნდა წარედგინოს ვაცინაციის შესახებ ცნობა, რა უკუკავშირი შეიძლება იყოს ჯანდაცვის სამინისტროსთან?“ (I/P2). გამოიკვეთა იმუნიზაციის მოთხოვნასა და მონიტორინგთან დაკავშირებული კოორდინაციის მექანიზმის შემოღების აუცილებლობა კანონმდებლობის დონეზე. აღინიშნა, რომ მიუხედავად იმისა, შემოიღებენ თუ არა სავალდებულო იმუნიზაციას, აუცრელი ბავშვების მიმართ განათლების სამინისტრომ უნდა შეიმუშაოს გარკვეული შეზღუდვა, მაგალითად „ქვეყანაში ვაქცინით გადამდები დაავადებების პროგრესირებისას არ მიიღოს აუცრელი ბავშვი სასწავლებელში, ან არ დაუშვას გარკვეული ტიპის სასწავლო პროცესებზე“ (I/P2). რესპონდენტმა მიუთითა, რომ ეს

უნდა აღიქმებოდეს, როგორც ბავშვების უფლებებისა და უსაფრთხოების დაცვა (I/AC2).

განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროების თანამშრომლობის ინსტიტუციონალიზაციის შესახებ, აჭარის წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ წარმატებით მუშაობს ერთობლივი ბრძანებების გამოცემის პრაქტიკა (FG/ADJ). რესპონდენტმა ასევე გაიხსენა მთავრობის დადგენილება, რომელიც წითელასთან ბრძოლის ღონისძიებებთან დაკავშირებით პირდაპირ ავალებდა განათლების სამინისტროს სკოლებში მოეთხოვა არასრულად აცრილი და აუცრელი კონტიგენტისთვის ფორმა 100-ის მიწოდება: „ამას კარგად ვიყენებდით საფუძვლად სკოლებისთვის, იმიტომ რომ ახლა, როდესაც სხვა ვაქცინებთან მიმართებაში დაგვჭირდა, უბრალოდ ჩვენი ავტორიტეტი მუშაობს, მივდივართ, ვთხოვთ, იქ ვუზივართ და 30 სკოლიდან 5 შეგვეხმინა თავისით. ეს ვალდებულებად უნდა აღიქმებოდეს. თუნდაც ის, რომ ახალი ფორმა 100-ები მოითხოვონ“ (FG/ADJ). სკოლის წარმომადგენელი საუბრობს, რომ განათლების სამინისტროს დაწესებულ რეგულაციას აღასრულებს უკლებლივ ყველა სკოლა, მათ შორის კერძოც და მაგალითად მოჰყავს სკოლებში კვებაზე გამოცემული აკრძალვები (I/SCH).

გამოიკვეთა განათლების სამინისტროს როლი პედაგოგების განათლების მხრივაც და აღნიშნა, რომ განათლების სამინისტრო უნდა თანამშრომლობდეს ჯანდაცვის სამინისტროსთან პედაგოგიურ საგანმანათლებლო პროგრამებში ბავშვების ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მნიშვნელობის, მათ შორის, იმუნიზაციის კომპონენტების განვითარებისათვის.

სკოლები

რესპონდენტების დიდი ნაწილი თვლის, რომ სასკოლო ასაკის ბავშვების კალენდარული ვაქცინაციის ხელშეწყობაში სკოლის როლის გაზრდა აუცილებელია. სკოლები არ თანამშრომლობენ ჯანდაცვის სამინისტროსთან იმუნიზაციის ხელშეწყობის კუთხით, რაც განსაკუთრებულად ხელს უშლის TD რევაქცინაციის

გაუმჯობესებას 14 წლის მოზარდებს შორის და არ გრძნობენ იმუნიზაციის მხარდაჭერის ვალდებულებას. ისინი ერთვებიან მხოლოდ დაავადებების აფეთქებისას, იმ შემთხვევაში, თუ განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსგან მიიღებენ სპეციალურ განკარგულებას, რაც აფერხებს პრევენციული ღონისძიებების დროულობას (I/FMK).

აღინიშნა, რომ სკოლას შეუძლია აქტიური მონაწილეობა მშობლებისა და მოსწავლეების ცნობიერების ამაღლებაში და ამისათვის ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთობლივი პროექტების განხორციელება. რეკომენდაცია გაეწია ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სკოლაში კონკრეტული პროექტის შემოღებას, რომელიც ბავშვებს დააინტერესებს, „მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს შემეცნებითი თამაში „რა, სად, როდის?“ იმუნიზაციის თემაზე. სკოლის მენეჯმენტის განცხადებით, „თუკი ჩვენი ბავშვები სიამოვნებით ერთვებიან ევროპარლამენტის პროექტებში, გაეროს პროექტებში, და უამრავ სხვა პროექტში, რატომ არ შეიძლება საინტერესო პროექტი მომზადდეს ვაქცინაციასთან დაკავშირებით, რომ თვითონ ბავშვებმა გაავრცელონ ინფორმაცია?!“ (I/SCH). გასათვალისწინებელია სკოლის ასაკის კონტინგენტში თანატოლების ურთიერთგავლენის ეფექტი: „მოეწყოს კონფერენციები, რომლებშიც ჩაერთვებიან ბავშვები, თვითონ ბავშვები ალაპარაკონ, რადგან თანატოლებისგან უფრო ადვილად იღებენ ინფორმაციას“ (I/SCH).

შემოთავაზებული იქნა სკოლაში ვაქცინაციის შესახებ საინფორმაციო-საგანმანათლებლო მასალების მიწოდების, კრეატიული მესიჯებით შედგენილი ბუკლეტების დარიგების, ვაქცინით მართვადი დაავადებების შესახებ ფილმების ჩვენების და იმუნიზაციის რეკლამირების იდეებიც: „პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის პოპულარიზაციისთვის, რადგან 9 წლის ასაკში ბავშვებს ეშინიათ ვაქცინაციის, საკლასო ოთახებში, სასადილოში, დერეფანში შეიძლება განთავსდეს ვაქცინაციის რეკლამა „ერთი ინექცია და ამისგან თავს იცავ, ამას რა ჯობია?“ (I/SCH). ამასთან, აღინიშნა ჯანდაცვის სპეციალისტებთან დაავადებების

პრევენციაზე პირადი საინფორმაციო შეხვედრების მნიშვნელობა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მონაცემების მიწოდება.

კვლევის მონაწილეთა, განსაკუთრებით, რეგიონების წარმომადგენელთა მიერ ყურადღება გამახვილდა სკოლის მხრიდან ბავშვთა მობილიზებასა და ვაქცინაციის მიზნით პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებასთან კონტაქტის დამყარების ხელშეწყობის მნიშვნელობაზე. რესპონდენტებმა აღნიშნეს სხვა ქვეყნების წარმატებული გამოცდილება სკოლებში ვაქცინაციის ჩატარებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით HPV-ვაქცინით მოცვაში (FG/FM-ADJ), თუმცა გაიხსენეს 2008 წლის ნეგატიური პრაქტიკა საქართველოში და გამორიცხეს ამის შესაძლებლობა.

რესპონდენტებმა შენიშნეს, რომ „დღეს ჯანდაცვის სამინისტრო ძალიან დამორებულია სკოლას“ (IG/PHK). ხაზი გაესვა, უწყებათა შორის ურთიერთობის დარეგულირების აუცილებლობას, „მაგალითად, წითელასთან მიმართებაში გვინდოდა გაგვესწრო მოვლენებისთვის, მაგრამ ველოდებოდით, რადგან კატეროგიული უარი განაცხადა ქუთაისის განათლების რესურსცენტრის ხელმძღვანელმა, „სანამ მინისტრის მიმართვა არ მექნება, ვერ შეგიშვებთო სკოლაში“ და დირექტორებთანაც არ გვქონდა კონტაქტი, რომ გაგვეცნო ეს პრობლემა. სანამ არ მოწერა განათლების მინისტრმა, მანამდე ეს კონტაქტი არ შედგა“ (I/FMK). აღინიშნა, რომ საჭიროა სკოლის, პჯდ-სა და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების თანამშრომლობის წესი დეტალურად გაიწეროს მხარეების უფლება-მოვალეობებით და ინსტიტუციონალიზებული იქნას კანონმდებლობით, განსაკუთრებით, ეპიდემიების შემთხვევებისათვის, რომ მოხდეს დროული რეაგირება. გამოკითხულები თვლიან, რომ იმ ექიმებმა და ასევე სკოლამ, რომელსაც არ ჰყავს ექიმი, უნდა იცოდნენ ვის შეტყობინონ თუ მათ სასწავლებელში დაფიქსირდა წითელა, წითურა ან სხვა, „იმიტომ რომ ისინი თვლიან, რომ ამ შეტყობინებითაც რაღაცას არღვევენ, თუ შესაბამისი ნებართვა არ ექნებათ სამინისტროდან“ (I/FMK).

კვლევამ გამოკვეთა, რომ სკოლის ექიმის კომპეტენციები შემოფარგლულია პირველადი დახმარების მიწოდებით და მათ მიერ, ხშირ შემთხვევაში, წარმოდგენილი ჯანმრთელობის ცნობებისა და იმუნიზაციის მონაცემების გადამოწმებაც არ ხდება, „სკოლის ექიმებს ურჩევნიათ ბავშვის ჯანმრთელობის შესახებ მოისმინონ მშობლებისგან, ვიდრე შეისწავლონ ჯანმრთელობის ცნობა“ (IG/PHK). საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის წარმომადგენელი იხსენებს შემთხვევას, როცა სკოლაში დოკუმენტაციის გადამოწმებისას აღმოაჩინა, რომ ბევრი მათგანი ბადიდან იყო გადმოტანილი და ძველ ინფორმაციას შეიცავდა (IG/PHK).

გამოკითხულთა აზრით, სკოლის როლი არ უნდა ამოიწურებოდეს მხოლოდ ჯანმრთელობისა და იმუნიზაციის ცნობების მოთხოვნით, რომელიც სკოლის ადმინისტრაციას ბარდება და რეაგირების გარეშე რჩება. საექიმო კაბინეტებს უნდა დაევალოთ მოთხოვნილი ინფორმაციის შესწავლა და საჭიროების შემთხვევაში ბავშვისა და მშობლის კონსულტირება, შეტყობინების გაგზავნა ან ჯანდაცვის სტრუქტურებთან კომუნიკაცია. სკოლამ უნდა აწარმოოს აცრილი და აუცრელი ბავშვების სტატისტიკა, შესაძლებელია განხილული იქნას სკოლების (განსაკუთრებით დიდი ქალაქების) ჩართვა იმუნიზაციის მონიტორინგის პროცესში და იმუნიზაციის ელექტრონულ მოდულთან ხელმისაწვდომობის საკითხი. აღინიშნა, რომ ამისათვის საჭირო იქნება სკოლის ექიმების შტატის გაჩენა ის, სადაც არ არის (განსაკუთრებით რეგიონების მცირე დაწესებულებებში) და მათი გადამზადება. დიდ სკოლებს, სადაც უმეტესად ერთი ექიმია, გაუჭირდებათ ბავშვის იმუნიზაციის სტატუსის კონტროლი. ამასთან, საჭირო იქნება სკოლის ექიმის მოთხოვნა გავრცელდეს კერძო დაწესებულებებზეც, სადაც ხშირად ვაქცინაციის შესახებ ინფორმაცია არ მოითხოვება.

სხვა სასწავლებლები

რეკომენდაცია გაეწია სპორტის სკოლების გააქტიურების აუცილებლობას და მოსწავლეების მიღებისას ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მათ შორის იმუნიზაციის შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენის მოთხოვნას და მონიტორინგს (I/FMK).

ხაზი გაესვა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლების მნიშვნელობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნების მომზადებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მარკეტინგის საკითხებში სამედიცინო პერსონალის განათლების ხელშეწყობისათვის (I/AC1, FG/FM-TB).

აღინიშნა, რომ საგანმანათლებლო დაწესებულებებს შეუძლიათ იმუშაონ მოსახლეობასთან. ჯანდაცვის სამინისტროსთან თანამშრომლობით, უნდა დაიგეგმოს პროექტი იმუნიზაციის პრაქტიკული კურსით, სადაც ერთი მხრივ სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და საექთნო საქმის სტუდენტები შეძლებენ თავიანთი უნარ-ჩვევების გაზრდას, ხოლო მეორე მხრივ, მათი რესურსი აქტიურად იქნება გამოყენებული საინფორმაციო კამპანიებსა და მოსახლეობასთან კომუნიკაციის აქტივობებში.

სხვა სამთავრობო სტრუქტურები

გამოიკვეთა ფინანსთა სამინისტროს აქტიური ჩართულობის აუცილებლობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა და იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტირებისას შესრულების ინდიკატორების გათვალისწინების საკითხში, რაც მნიშვნელოვანია შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების ინსტრუმენტის შემოღებისათვის. ასევე, აღინიშნა, რომ აუცილებელი იქნება ფინანსთა სამინისტროს მხარდაჭერა ადგილობრივი თვითმმართველობების დაფინანსებაში, საინფორმაციო კამპანიების წარმოებისა და ტრენინგების უწყვეტი პროცესის უზრუნველსაყოფად საჭირო ფინანსების გამოყოფაში, „მაინც ყველაფერი ბიუჯეტზეა მიბმული და თუ ბიუჯეტური დაფინანსება არ იქნება, ძალიან გაგვიჭირდება რამის გაკეთება. მარტო დონორული თანხებით არაფერი არ გამოვა“ (IG/PHK). რესპონდენტების აზრით, იმუნიზაციის მხარდაჭერის ღონისძიებებში შეიძლება ასევე ჩაერთოს ტურიზმის დეპარტამენტი. აუცილებელია საზოგადოებრივი მაუწყებლის მხრიდან თანამშრომლობა იმუნიზაციის შესახებ სოციალურ რეკლამის, თოქ-შოუების,

გასართობ-საგანმანათლებლო გადაცემებისა და ვიდეო რგოლების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით.

სამედიცინო ასოციაციები

რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო ასოციაციები საქართველოში ბევრია, მაგრამ არსებული პრაქტიკით, თვითრეგულირების და თავიანთ წევრებზე ზემოქმედების რეალური ბერკეტები არ გააჩნიათ და არ იღებენ თავიანთ თავზე მარეგულირებლის ან მაკოორდინირებლის ფუნქციას. ამასთან, ასოციაციას მხოლოდ მასში გაწევრიანებულ ექიმებზე შეიძლება ჰქონდეს გავლენა, ამიტომ ამ მხრივ, უფრო ეფექტურად ჩაითვალა სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს როლი, რომელსაც შეუძლია ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი აღძვრას. აღინიშნა, რომ „ასოციაციებმა შეიძლება ხელი შეუწყონ იმუნიზაციისადმი ექიმის დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას, როგორც პროფესიული პრესტიჟის საგანს, თუმცა ამისათვის თავად ასოციაციის წევრობა უნდა იყოს პრესტიჟული“ (I/NITAG).

გამოითქვა აზრი, რომ ასოციაციებს შეუძლიათ შეითავსონ ლიდერობა და ითანამშრომლონ ჯანდაცვის სამინისტროსთან საუკეთესო პრაქტიკის წახალისებასა და გავრცელებაში. დასახელდა შესაძლო მაგალითებიც: „პედიატრთა ასოციაციამ დააჯილდოვოს ის პედიატრები, რომლის უბანშიც მოცვა არის 100% და მისცეს მათ საჯაროდ გამოსვლის საშუალება, სადაც ის ისაუბრებს, როგორ მიაღწია წარმატებას; ოჯახის ექიმთა ასოციაციის როლი შეიძლება იყოს ასეთი ექიმების გამოჩენა საზოგადოებაში, განსაკუთრებით რეგიონებში, მაგალითად, კონკრეტულმა ექიმმა სოფელში როგორ მიაღწია სრულ მოცვას“ (I/AC2).

ერთ-ერთი რეკომენდაციით, საოჯახო მედიცინისა და პედიატრთა ასოციაციებს შეუძლიათ ჩაატარონ პროფესიული კონფერენციები იმუნიზაციის უკუჩვენებებზე, კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებზე, თუმცა „წელიწადში ერთხელ ჩატარებული კონფერენცია ვერ იქნება საკმარისი... უნდა შეიმუშაონ გრძელვადიანი ხედვა“ (I/P1).

სექტორებს შორის თანამშრომლობა

რეკომენდებული იქნა საერთაშორისო პრაქტიკა სათემო ორგანიზაციების ჩართულობასთან დაკავშირებით, რომლებიც ინფორმაციას მიაწვდიან სახელმწიფოს საჭროებების შესახებ. აღინიშნა, რომ ჯანდაცვის კუთხით არასამთავრობო სექტორი ზოგადად სუსტია, თუ საქმე არ ეხება პაციენტთა თემს; „იმუნიზაციის სფეროში ასეთი ორგანიზაცია არ არსებობს. ამიტომ ფაქტიურად არასამთავრობო ორგანიზაციების როლი აქ ნაკლებად ჩანს“ (I/EXP1).

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მნიშვნელოვანია საჯარო და კერძო სექტორების (კლინიკების, კომერციული ვაქცინების შემომტანი ფარმაცევტული კომპანიები) თანამშრომლობის, ფუნქციებისა და როლების დახვეწა და გამყარება, რომ მათი მოქმედებები იყოს ერთმანეთთან შეთანხმებული. კვლევაში მონაწილეებმა ისაუბრეს, რომ კერძო სექტორი დღეისათვის სერვისის მთავარი მიმწოდებელია და მისი ჩართულობა ძალიან მნიშვნელოვანია: „იქ სამწუხაროდ რთულია კომერციული ინტერესების ზეგავლენიდან პაციენტების დაცვა, მაგრამ თუნდაც ის, რომ არა მხოლოდ კომერციული გრიპის ვაქცინა უნდა გამოიყენონ, არამედ ზოგადად, აუცილებლად უნდა ჩაუტარონ თავიანთ შვილებს სავალდებულო ვაქცინაციები - ეს ინფორმაცია მაქსიმალურად უნდა იყოს მიწოდებული და ამისთვის უნდა იყოს გამოყენებული ყველა ინფრასტრუქტურა რაც გვაქვს სამედიცინო სფეროში“ (I/EXP2).

გამოკითხულთა აზრით, მულტისექტორული მიდგომა და ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობა ძალიან მნიშვნელოვანია, „ეს უნდა იყოს ერთგვარი ერთობლივი სტრატეგია, რომ ყველა მონაწილეს ჰქონდეს თავისი როლი, ვინ რას აკეთებს... რას აკეთებს ბაღი თუ ბავშვი არ არის ვაქცინირებული, რას აკეთებს სკოლა, რას აკეთებს დონორი, რას აკეთებს NGO, რას აკეთებს მუნიციპალიტეტი, და ა.შ“ (FG/INT1).

კვლევაში მონაწილეებმა შენიშნეს, რომ ურთიერთთანამშრომლობა უფრო შედეგიანი იქნება თუ გადაწყვეტილებების მიღებისა და აღსრულების პროცესში ყველა მხარე ჩაერთვება და პროცესი იქნება ინტენსიური. ამისათვის, მიზანშეწონილად ჩაითვალა

ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მულტისექტორული სპეციალური კომისიის შექმნა; „მაგალითად, განათლების სამინისტროს წარმომადგენელი იმისთვის იქნებოდა საჭირო, რომ მასწავლებლების ტრენინგების საკითხზე იმსჯელოს, თუ როგორ იქნება ეს შესაძლებელი სკოლებში; ჯანდაცვის სამინისტრომ უნდა აიღოს თავის თავზე პედაგოგებთან მუშაობა“ (I/EXP1). საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, განხილული იქნა განათლებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის თანამშრომლობის მაგალითი, რომელიც მიზნად ისახავს 9-14 წლის მოზარდების დაინტერესებას ისეთი აქტუალური საკითხებით, როგორცაა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ვაქცინაცია, აივ-შიდსი, მენტალური პრობლემები და ითვალისწინებს „youth friendly“ სერვისების განვითარებას (IG/INT).

რესპონდენტებმა გაიხსენეს UNICEF-ის პროექტი სამედიცინო პერსონალის ქცევასთან დაკავშირებით, სადაც UNICEF-მა ჩაატარა კვლევა, ხოლო წარმატებული ექიმების დაჯილდოება მოხდა კერძო სექტორის - TBC-ბანკის მიერ. აღინიშნა, რომ „პროექტმა ხელი შეუწყო იმუნიზაციით მოცვის დროულობას, რამდენიმე პროცენტით გაიზარდა დროული მოცვის მაჩვენებელი. არასამთარობო ორგანიაციებიც იყვნენ ჩართულები და ყველას თავისი რეგიონი ჰქონდა. NGO-ების მონაწილეობა დამოკიდებულია ამ დარგში ფინანსების არსებობაზე“ (IG/INT).

კვლევამ გამოავლინა, რომ საერთაშორისო ორგანიზაციების ფინანსური მონაწილეობა ჯერ კიდევ ძალიან მნიშვნელოვანია ტექნიკური დახმარებისა და განათლების ხელშეწყობისათვის, რადგან ბიუჯეტის რესურსი ყოველთვის დეფიციტურია ტრენინგებისათვის. აღინიშნა, რომ „საერთაშორისო ორგანიზაციებიდან გვყავს ტრადიციული პარტნიორები, რომელთა სიტყვა ყოველთვის მნიშვნელოვანია“ (IG/NCDC).

დასკვნები და რეკომენდაციები

კვლევამ უჩვენა, რომ განვითარებული ქვეყნების მსგავსად, საქართველომ უპირატესობა უნდა მიანიჭოს კომპლექსურ ინტერვენციებს, სადაც ვაქცინაციის

მოთხოვნისა და მიწოდების მიზნები ერთობლივად იქნება წარმოდგენილი, ამასთან, იმუნიზაცია განხილული იქნება ჯანდაცვის სისტემის, დაინტერესებული მხარეებისა და სხვა სერვისების ჭრილში. კვლევით გამოვლინდა საქართველოსათვის სპეციფიკური, დაინტერესებული მხარეების მიერ სხვადასხვა ჭრილში დანახული პრიორიტეტები იმუნიზაციის სისტემისა და ვაქცინაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად; შეფასდა შემოთავაზებული ინტერვენციების მოსალოდნელი შედეგები, რისკები და აღსრულებადობა რაც მნიშვნელოვანი მტკიცებულებებია პოლიტიკის ცვლილებების ინიცირებისათვის.

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, შემუშავდა შემდეგი რეკომენდაციები:

1. იმუნიზაციის პროგრამის განახლებისა და დანერგვისას მნიშვნელოვანია მრავალკომპონენტური სტრატეგიების გამოყენება და უახლესი მეცნიერული მტკიცებულებების, თანამედროვე ტექნოლოგიური მიღწევებისა და დაინტერესებულ მხარეთა შესაძლებლობების გათვალისწინება. იმუნიზაციის სერვისების ხარისხის უზრუნველსაყოფად და ვაქცინებზე მოთხოვნის გაზრდისათვის საჭიროა შესაბამისი ფინანსური და ადამიანური რესურსების მობილიზება და ეფექტიანი რეგულაციების შემუშავება. განათლების კომპონენტი ნებისმიერი დანერგილი სტრატეგიის ნაწილი უნდა იყოს.
2. ჯანდაცვის სამინისტრო თანმიმდევრული უნდა იყოს იმუნიზაციის მოთხოვნაზე ორიენტირებული აქტივობების მიმართ, უზრუნველყოს უწყვეტი და ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანიები და დანერგოს პოპულაციაზე მორგებული კომუნიკაციის სტრატეგია, რისთვისაც საჭირო იქნება საკმარისი ბიუჯეტის გამოყოფა. NCDC-ის ელექტრონული ვებ-გვერდი უნდა იქცეს საქართველოში იმუნიზაციის ყველაზე ინფორმატიულ და მიმზიდველ წყაროდ მშობლებისა და სამედიცინო პერსონალისთვის. ჯანდაცვის სამინისტრომ მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს მედიასთან, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებთან, საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან და ადგილობრივ

ხელისუფლებასთან, შეიმუშაოს მარკეტინგული მიდგომები საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის და დანერგოს კომუნიკაციის გაიდლაინები. უნდა ჩატარდეს კვლევა საქართველოში „ახალი მედიის“ საშუალებების (იმუნიზაციის მობილური აპლიკაცია, ელექტრონული შეტყობინებისა და შეხსენების სისტემა) მუშაობის შესაფასებლად და ეფექტიანი ინსტრუმენტების გამოსავლენად იმუნიზაციის მიმართ ეჭვის მქონე მშობლებზე გავლენის მქონე ეფექტიანი ინსტრუმენტების გამოსავლენად.

3. იმუნიზაციის გაზრდისათვის შესაძლებელია სკოლაში და სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებში შესვლისას ვაქცინაციის მოთხოვნის ან მანდატორული იმუნიზაციის სხვა ელემენტების შემოღება. აღნიშნული მიდგომა უფრო მეტად რეკომენდებულია როგორც მოკლევადიანი ინტერვენცია ვაქცინაციის გამოტოვებული შესაძლებლობების შემთხვევების შესამცირებლად. ამ სტრატეგიის ეფექტურობისთვის და რისკების შესამცირებლად, მნიშვნელოვანია ვაქცინაციიდან გამორიცხვის პოლიტიკისა და აღსრულების მექანიზმის კარგად მოფიქრება, ვაქცინაციაზე ცნობიერების ამაღლებისა და კომუნიკაციის აქტივობების გაძლიერება და იმუნიზაციის შემდგომი არასასურველი მოვლენების შემთხვევების დროული შესწავლის ინტეგრირება. რეკომენდებულია საპილოტე პროექტის ჩატარება ერთ ან ორ დიდ ქალაქში, ასევე, რეგულაციების ზემოქმედების შეფასების გაკეთება (RIA) აღსრულების ნაწილში არსებული გამოწვევების შესაფასებლად და მოსალოდნელი კულტურული თუ სოციალ-ეკონომიკური შედეგების გამოსავლენად.

4. უნდა შეიმუშავდეს ჯანდაცვისა და განათლების ინტეგრირებული პროგრამები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებში და დაინერგოს სპეციალური გაიდლაინები და სასწავლო კურსები მშობლებისთვის/მომავალი მშობლებისთვის, სამშობიარო სახლების ექიმებისა და ექთნებისთვის, პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებისათვის, ასევე ბალებისა და სკოლებისათვის.

5. რეგულირების მექანიზმები უნდა გაუმჯობესდეს და ხელი შეუწყოს იმუნიზაციის სერვისების უწყვეტობას, ადეკვატური ადამიანური, ტექნიკური და საორგანიზაციო რესურსებით უზრუნველყოფას, ასევე მათ შეფასებას ხარისხის სპეციალური ინდიკატორებით. უნდა გადაიხედოს პირველადი ჯანდაცვის პორტფოლიო და შემუშავდეს სტანდარტები და გაიდლაინები ექიმებისა და ექთნების რაოდენობის, როლისა და აქტივობების შესახებ. უნდა დაინერგოს სამშობიარო სახლებიდან პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებში ახალშობილთა გადაცემის მექანიზმები და პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებისათვის პატრონაჟის სერვისის მოთხოვნები.
6. დაწესებულებების სანებართვო პირობების/ტექნიკური რეგლამენტის ფარგლებში უნდა გადაიხედოს იმუნიზაციის სერვისების ხარისხის მინიმალური მოთხოვნები და გათვალისწინებული იქნას საჭიროებები. ხარისხის ინდიკატორების ინტეგრირება რეკომენდებულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა და კერძო სადაზღვევო სქემების კონტრაქტირების პირობებში. იმუნიზაციის სერვისის ხარისხი შეიძლება გახდეს აკრედიტაციის სისტემის ერთ-ერთი პირობა, მისი შემოღების შემთხვევაში.
7. პირველადი ჯანდაცვის ექიმები და ექიმ-სპეციალისტები, რომლებიც გავლენას ახდენენ იმუნიზაციის მოთხოვნასა და მოცვაზე, უფრო აქტიურად უნდა იყვნენ ჩართულნი და უფრო მეტი პასუხისმგებლობა უნდა დაეკისროთ ვაქცინაციის მოცვის მაჩვენებლების გაზრდაში. ეს შესაძლებელია, თუ მოხდება რეფორმირებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემაში ვაქცინის უსაფრთხოების, სამედიცინო უკუჩვენებებისა და გართულებების შესახებ იმუნიზაციის კომპონენტების ჩართვა და ჯანდაცვის სპეციალისტების მოტივირება ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენებისათვის.
8. ექიმების მხრიდან იმუნიზაციის მომსახურების გაუმჯობესების ინტერესის გაძლიერებისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მისაღებად, სახელმწიფოს შეუძლია გამოიყენოს პროფესიული პასუხისმგებლობის

მექანიზმები და წახალისების სქემები. მსგავსი მიდგომა უნდა შემუშავდეს ექთნებისთვისაც მას შემდეგ, რაც მათი როლი და პასუხისმგებლობები პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მკაფიოდ იქნება განსაზღვრული. აუცილებელი იქნება რესურსების გამოყოფა სამედიცინო პერსონალისთვის უწყვეტი საგანმანათლებლო კურსებისა და სამუშაო ადგილზე სწავლების უზრუნველყოფისთვის.

9. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და პედიატრების წახალისების სტრატეგია უნდა ეფუძნებოდეს იმუნიზაციის შესრულების კომპლექსურ მაჩვენებლებს, მათ შორის პოპულაციის მოცვის, სრული და დროული ვაქცინაციის ინდიკატორებს, მხოლოდ ჩატარებული ვაქცინაციების რაოდენობა ვერ იქნება საკმარისი იმუნიზაციის მიზნების შესრულების შესაფასებლად. ასევე რეკომენდებულია არაფინანსური წახალისება მაღალი შედეგების მქონე პერსონალისათვის. შესრულებაზე დაფუძნებული დაფინანსება მიიჩნევა ყველაზე კომპლექსურ და დაბალანსებულ მექანიზმად, რომლის გამოყენება შესაძლებელია როგორც ინდივიდუალურად იმუნიზაციის სერვისისათვის, ასევე სხვა რელევანტურ საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ჯგუფთან. მისი წარმატებით განხორციელების წინაპირობებია მონიტორინგის სიმძლავრის გაზრდა და ელექტრონული საინფორმაციო სისტემების შესაძლებლობების გამოყენება.

10. უნდა დაინერგოს მრავალკომპონენტური მონიტორინგის სისტემა, სადაც ჩართულები იქნებიან ძირითადი დაინტერესებული მხარეები და უზრუნველყოფილი იქნება საკმარისი ადამიანური და ფინანსური რესურსი. სისტემის ყველა დონეზე - ექიმების, პჯდ კლინიკებისა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ უნდა ხდებოდეს დროული და სრული ვაქცინაციის ინდიკატორების მონიტორინგი და ვაქცინაციაზე უარებისა და უკუჩვენებების შესწავლა. დაავადებათა კონტროლის ცენტრმა უნდა ჩაატაროს დამხმარე სუპერვიზია ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრუქტურებთან თანამშრომლობით და პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებმა უნდა შეასრულონ თვით-მონიტორინგის მოთხოვნები. მნიშვნელოვანია სამედიცინო საქმიანობის

რეგულირების სააგენტოს ჩართულობა როცა ადგილი აქვს კლინიკებისა ან ჯანდაცვის პერსონალის მიერ იმუნიზაციის სფეროში ნაკისრი პასუხისმგებლობების დარღვევას. პროცესის ეფექტურობისა და ხაჯების ეკონომიისათვის, იმუნიზაციის ელექტრონული მოდულის შესაძლებლობები სრულად უნდა იქნას გამოყენებული.

11. მნიშვნელოვანია ძალისხმევა იმუნიზაციის სხვადასხვა ეტაპებზე მონაწილე დაინტერესებულ მხარეებს შორის თანამშრომლობის გასაუმჯობესებლად და ჯანდაცვის პროგრამებს შორის კავშირების გასაძლიერებლად. უნდა წახალისდეს სახელმწიფო და კერძო სექტორების პარტნიორობა, რაც ხელს შეუწყობს პასუხისმგებლობებისა და ფინანსური ტვირთის გადანაწილებას, მაგალითად სამედიცინო პერსონალის მომზადებასა და წახალისების სქემების განვითარებაში. ჯანდაცვის სამინისტრომ მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან და ადგილობრივ ხელისუფლებასთან რათა განისაზღვროს მხარეების კონკრეტული და აღსრულებადი პასუხისმგებლობები იმუნიზაციის შესახებ განათლებისა და დაავადებების პრევენციის საკითხებში. სათემო ორგანიზაციებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ მოსახლეობაში იმუნიზაციის პოპულარიზაციისათვის, არავაქცინირებული ბავშვების აღმოჩენაში და პჯდ კლინიკებში მათ გადამისამართებაში. სკოლების და საბავშვო ბაღების მონაწილეობა თავიანთი კონტინგენტის იმუნიზაციის სტატუსის მონიტორინგში და თანამშრომლობა NCDC-სთან და ადგილობრივ მთავრობასთან განსაკუთრებით აქტუალურია. პროფესიულმა ასოციაციებმა და სამედიცინო სასწავლებლებმა ხელი უნდა შეუწყონ იმუნიზაციის საუკეთესო პრაქტიკების დანერგვას და ექიმების ჩართულობას ვაქცინაციის მიზნების შესრულებაში.

საკითხის შემდგომი შესწავლის მიზნით, რეკომენდებულია ცალკეული ინტერვენციის ხარჯეფექტურობის კვლევა და შედეგების გათვალისწინება გავლენის შეფასების, ასევე ადვოკატირების პროცესებში. ამასთან, მნიშვნელოვანია, შესწავლილი იქნას

მშობლების მოსაზრებები და მოსალოდნელი ქმედებები რეკომენდებული ცვლილებების მიმართ, რაც ხელს შეუწყობს ეფექტიანი კომუნიკაციის შემუშავებას და აღსრულების ეტაპის წარმატებულ განხორციელებას. განსაკუთრებით აქტუალური იქნება იმუნიზაციის მიმართ დაბალი ნდობის მქონე მშობლების გამოკითხვა სავალდებულო იმუნიზაციის შესახებ და იმ ინტერვენციების გამოვლენა, რაც მათი აზრით ხელს შეუწყობდა ვაცინაციის მიმართ ნდობას და მასზე მოთხოვნის გაზრდას.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Abdullahi, L. H., Kagina, B. M. N., Wiysonge, C. S., & Hussey, G. D. (2015). Improving vaccination uptake among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011895>
- Abedi, M. (2017). No Title. Retrieved November 26, 2018, from
<https://globalnews.ca/news/4320573/australia-vaccination-policy-no-jab-no-pay/>
- Adams, J., McNaughton, R. J., Wigham, S., Flynn, D., Ternent, L., & Shucksmith, J. (2016). Acceptability of Parental Financial Incentives and Quasi-Mandatory Interventions for Preschool Vaccinations: Triangulation of Findings from Three Linked Studies. *PLoS ONE*, *11*(6).
<https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0156843>
- Aldea, M., García-Basteiro, A. L., Llupià, A., Mena, G., Sequera, V.-G., & Trilla, A. (2012). The Willingness of Medical Students to Use Facebook as a Training Channel for Professional Habits: The Case of Influenza Vaccination. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2011.0457>
- Arie, S. (2017). Compulsory vaccination and growing measles threat. *BMJ (Online)*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j3429>
- Attwell, K., & Smith, D. T. (2018). Hearts, minds, nudges and shoves: (How) can we mobilise communities for vaccination in a marketised society? *Vaccine*.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.005>
- Bahl, M. R. (2002). Infectious Disease Epidemiology, Theory and Practice. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. <https://doi.org/10.1093/jac/47.6.908>
- Betsch, C., & Böhm, R. (2016). Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: Experimental evidence. *European Journal of Public Health*, *26*(3), 378–381.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv154>
- Bozzola, E., Spina, G., Russo, R., Bozzola, M., Corsello, G., & Villani, A. (2018). Mandatory vaccinations in European countries, undocumented information, false news and the impact on vaccination uptake: The position of the Italian pediatric society. *Italian Journal of Pediatrics*.
<https://doi.org/10.1186/s13052-018-0504-y>

- BRUENIG, E. (2015). Why Voluntary Vaccines Would Never Work in America. Retrieved December 20, 2017, from <https://newrepublic.com/article/120951/voluntary-vaccines-work-europe-wouldnt-work-us>
- Burnett, R. J., Mmoledi, G., Ngcobo, N. J., Dochez, C., Seheri, L. M., & Mphahlele, M. J. (2018). Impact of vaccine stock-outs on infant vaccination coverage: A hospital-based survey from South Africa. *International Health*. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy036>
- Byington, C. L., Clayton, E. W., & Edwards, K. M. (2016). Childhood Vaccine Exemptions: A Broader Perspective Is Required. *PEDIATRICS*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0189>
- CDC-Atlanta. (2016). *Immunization Survey of 2015-2016 for Georgia*. Tbilisi.
- Chachou, M. J., Mukinda, F. K., Motaze, V., & Wiysonge, C. S. (2015). Electronic and postal reminders for improving immunisation coverage in children: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008310>
- Cochi, S. L., Jafari, H. S., Armstrong, G. L., Sutter, R. W., Linkins, R. W., Pallansch, M. A., ... Aylward, R. B. (2014). A world without Polio. *Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu383>
- Constable, C., Blank, N. R., & Caplan, A. L. (2014). Rising rates of vaccine exemptions: Problems with current policy and more promising remedies. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.085>
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2016). Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Improve Access and Coverage of Adolescent Immunizations. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.005>
- Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2014). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>
- European Observatory on Health Systems. (2018). The organization and delivery of vaccination services Prepared for the European Union.
- Finnegan, G. (2017). <https://www.vaccinestoday.eu/stories/mandatory-vaccination-work-europe/>. Retrieved from <https://www.vaccinestoday.eu/stories/mandatory-vaccination-work-europe/>
- Gavi. (2019). No Title. Retrieved June 18, 2019, from <https://www.gavi.org/country/georgia/>
- Harvey, H., Reissland, N., & Mason, J. (2015). Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.085>
- Haverkate, M., D'Ancona, F., Giambi, C., Johansen, K., Lopalco, P. L., Cozza, V., & Appelgren, E. (2012). Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. *Eurosurveillance*. <https://doi.org/10.2807/ese.17.22.20183-en>
- Hussein, J., McCaw-Binns, A., & Webber, R. (2012). Improving the availability of services. In

Maternal and perinatal health in developing countries.

<https://doi.org/10.1079/9781845937454.0127>

- Jarrett, C., Wilson, R., O'Leary, M., Eckersberger, E., Larson, H. J., Eskola, J., ... Schuster, M. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>
- Johri, M., Pérez, M. C., Arsenault, C., Sharma, J. K., Pai, N. P., Pahwa, S., & Sylvestre, M. P. (2015). Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(5), 339–346C. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.146951>
- Johri, M., Pérez, M. C., Arsenault, C., Sharma, J. K., Pai, N. P., Pahwa, S., & Sylvestre, M. P. (2015). Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.146951>
- Kaufman, J., Ryan, R., Walsh, L., Horey, D., Leask, J., Robinson, P., & Hill, S. (2018). Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010038.pub3>
- Kredo, T., Young, T., Wiysonge, C. S., McCaul, M., & Volmink, J. (2015). Interventions for improving childhood vaccination coverage in low- and middle-income countries. *South African Medical Journal*. <https://doi.org/10.7196/samj.2015.v105i11.10177>
- Leggiadro, R. J. (2009). Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risk of vaccine-preventable diseases. *Pediatric Infectious Disease Journal*. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181aef5e>
- Lévy-Bruhl, D., Desenclos, J. C., Quelet, S., & Bourdillon, F. (2018). Extension of French vaccination mandates: From the recommendation of the Steering Committee of the Citizen Consultation on Vaccination to the law. *Eurosurveillance*. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.17.18-00048>
- MacDonald, N. E., Harmon, S., Dube, E., Steenbeek, A., Crowcroft, N., Opel, D. J., ... Butler, R. (2018). Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.08.042>
- Morgan, M. Z., & Evans, M. R. (2011). Initiatives to improve childhood immunisation uptake: a randomised controlled trial. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7144.1570>
- Odone, A., Ferrari, A., Spagnoli, F., Visciarelli, S., Shefer, A., Pasquarella, C., & Signorelli, C. (2015). Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage: A systematic review. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 11(1), 72–82. <https://doi.org/10.4161/hv.34313>
- Opel, D. J., Kronman, M. P., Diekema, D. S., Marcuse, E. K., Duchin, J. S., & Kodish, E. (2016). Childhood Vaccine Exemption Policy: The Case for a Less Restrictive Alternative. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4230>

- Oraby, T., Thampi, V., & Bauch, C. T. (2014). The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. <https://doi.org/10.1098/rspb.2013.3172>
- Oyo-Ita, A., Wiysonge, C. S., Oringanje, C., Nwachukwu, C. E., Oduwole, O., & Meremikwu, M. M. (2016). Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Peck, J. L., Stanton, M., & Reynolds, G. E. S. (2014). Smartphone preventive health care: Parental use of an immunization reminder system. *Journal of Pediatric Health Care*. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.09.005>
- Pierik, R. (2017). On religious and secular exemptions: A case study of childhood vaccination waivers. *Ethnicities*, 17(2), 220–241. <https://doi.org/10.1177/1468796817692629>
- Pieters, J. (2018). No Title. Retrieved November 20, 2018, from <https://nltimes.nl/2018/08/24/dutch-govt-looking-letting-daycares-refuse-non-vaccinated-kids>
- Ricciardi, W., Boccia, S., & Siliquini, R. (2018). Moving towards compulsory vaccination: the Italian experience. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx214>
- Sabin Vaccine Institute. (2018). *Legislative Landscape Review: Legislative Approaches to Immunization Across the European Region*. Washington DC. Retrieved from https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/legislative_approaches_to_immunization_europe_sabin_0.pdf
- Seeber, L., Conrad, T., Hoppe, C., Obermeier, P., Chen, X., Karsch, K., ... Rath, B. (2017). Educating parents about the vaccination status of their children: A user-centered mobile application. *Preventive Medicine Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.01.002>
- Shefer, A., Briss, P., Rodewald, L., Bernier, R., Strikas, R., Yusuf, H., ... Hinman, A. R. (1999). Improving immunization coverage rates: A review of the literature. *Epidemiologic Reviews*, 21(1), 96–142.
- Sheikh, S., Biundo, E., Courcier, S., Damm, O., Launay, O., Maes, E., ... Begg, N. (2018). A report on the status of vaccination in Europe. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.044>
- Suppli, C. H., Rasmussen, M., Valentiner-Branth, P., Mølbak, K., & Krause, T. G. (2017). Written reminders increase vaccine coverage in Danish children - Evaluation of a nationwide intervention using the Danish Vaccination Register, 2014 to 2015. *Eurosurveillance*, 22(17). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.17.30522>
- Susan Scutti. (2018). No Title. Retrieved from <https://edition.cnn.com/2017/06/06/health/vaccine-uptake-incentives/index.html>
- The Government of Georgia. (2013). საქართველოს მთავრობის დადგენილება #279, 2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 31.10.2013. Retrieved March 12, 2018, from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2066026?publication=0>

- The Government of Georgia. (2018). საქართველოს მთავრობის დადგენილება #279, 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 31.12.2018. Retrieved January 10, 2019, from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>
- The Regional Office for Europe of the World Health Organization. (2014). European Vaccine Action Plan 2015-2020. *WHO Regional Office for Europe Publications*.
- The Regional Office for Europe of the World Health Organization. (2018). No Title. Retrieved from <https://www.who.int/features/factfiles/immunization/en/>
- Trumbo, S. P., Silver, D., Domenti, O., Gasoyan, H., Paatashvili, E., Gellin, B. G., & Gordon, J. L. (2018). Strengthening legal frameworks for vaccination: The experiences of Armenia, Georgia, and Moldova. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.069>
- UNICEF Georgia. (2016). *Immunization KAP Survey in the Country of Georgia for 2016*. Tbilisi.
- Ward, J. K., Colgrove, J., & Verger, P. (2018). Why France is making eight new vaccines mandatory. *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.02.095>
- Wells, K. B., & Omer, S. B. (2012). The financial impact of a state adopting a personal/philosophical belief exemption policy: Modeling the cost of pertussis disease in infants, children and adolescents. *Vaccine*, *30*(41), 5901–5904. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.07.047>
- Whittington, M. D., Kempe, A., Dempsey, A., Herlihy, R., & Campbell, J. D. (2017). Impact of Nonmedical Vaccine Exemption Policies on the Health and Economic Burden of Measles. *Academic Pediatrics*, *17*(5), 571–576. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.001>
- WHO/UNICEF. (2017). No Title. Retrieved July 3, 2018, from https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/geo.pdf
- WHO. (2011). *Global Vaccine Action Plan 2011-2020*. WHO.
- საქართველოს პარლამენტი. (2018). საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ. Retrieved from <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4366628?publication=0>

დანართები

დანართი 1 - კვლევის კითხვარი

I. პრობლემის ანალიზი

1. როგორ ფიქრობთ, მიაღწია თუ არა იმუნიზაციის პროგრამამ დასახულ მიზნებს? თუ ვერ მიაღწია, რა მიგაჩნიათ ძირითად ბარიერებად?
2. რატომ არ არის ეს პრობლემები ამ დრომდე მოგვარებული? იყო რაიმე მცდელობა მათ გადასაჭრელად? როგორ ფიქრობთ, რა იყო წარუმატებლობის/არასაკმარისი შედეგის მიზეზი?

II. სასურველი ინტერვენციების შერჩევა

3. როგორ ფიქრობთ, რა ინტერვენციებია საჭირო იმუნიზაციით მოცვის გასაუმჯობესებლად? როგორ დაასაბუთებდით მათ პრიორიტეტულობას?

3.1. ალწერეთ ცალკეული შემოთავაზებული ინტერვენცია/ჩარევა

- ა) მიზანი და მოქმედების სფერო
- ბ) ძირითადი მხარეები და მათი როლი
- გ) რა რესურსებია საჭირო (ფინანსური, ადამიანური, დრო, ადმინისტრაციული/ორგანიზაციული სიმძლავრე)
- დ) დადებითი და უარყოფითი მხარეები
- ე) გასათვალისწინებელი ფაქტორები (რისკები, შესაძლებლობები)
შემოთავაზებული ცვლილებების განხორციელებლად, რელევანტურობა საქართველოს რეალობისთვის
- ვ) ახალი რეგულაციების შემოღების საჭიროება

III. დაინტერესებული მხარეების ჩართულობა

4. როგორ შეაფასებდით ძირითადი სახელმწიფო ინსტიტუციების (ჯანდაცვის სამინისტრო, განათლების სამინისტრო, ადგილობრივი თვითმმართველობა, პარლამენტი) ამჟამინდელ როლს იმუნიზაციის პროგრამის მიზნების მისაღწევად?

5. კიდეც რომელი ინსტიტუციები/ჯგუფები უნდა მონაწილეობდნენ იმუნიზაციით პროგრამის მხარდამჭერ ღონისძიებებში და რატომ? რამდენად არიან ისინი ჩართული პროცესებში? რა იქნება საუკეთესო გზა მათი დაინტერესებისა და ჩართულობისათვის?
6. ფიქრობთ, რომ უფრო მძლავრი ინტერსექტორული თანამშრომლობაა საჭირო იმუნიზაციის პროგრამის მხარდასაჭერად? თუ ასეა, გთხოვთ აღწეროთ, რა იქნებოდა საუკეთესო მიდგომა მდგრადი პარტნიორობის შესაქმნელად?

IV. რეგულაციის როლი

7. მიგაჩნიათ, რომ რეგულირებას შუძლია გავლენა მოახდინოს იმუნიზაციით მოცვაზე? თუ ასეა, როგორი/რა რეგულაციებია საჭირო?
8. ფიქრობთ, რომ არსებული რეგულაციები საკმარისია/ეფექტიანია? რას შეცვლიდით და რატომ?

V. სავალდებულო იმუნიზაცია

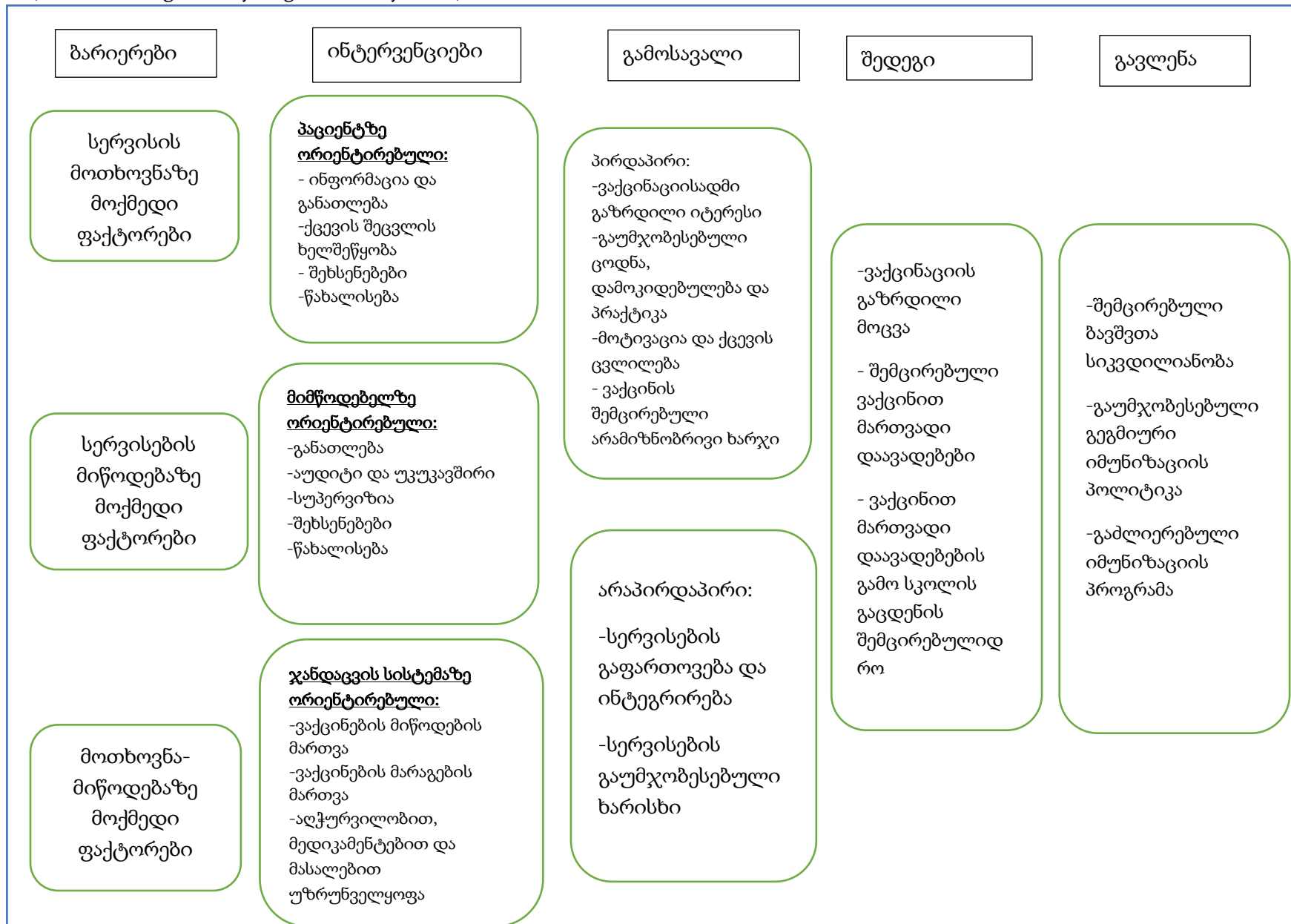
1. რა აზრის ხართ სავალდებულო იმუნიზაციაზე და როგორ იმუშავებს ის საქართველოში?
2. როგორ შეაფასებდით არსებულ რეგულაციებს ვაქინაციიდან გამორიცხვის/უარის თქმის შესახებ? შეცვლიდით რამეს? თუ ასეა, როგორ შეცვლიდით?
3. რა რისკები ახლავს ამ ტიპის რეგულაციების შემოღებას? რა სარგებლობა მოაქვს?
4. ვინ უნდა იყოს ჩართული ამ ტიპის რეგულაციების შემოღებაზე მსჯელობისას?
5. რა დადებითი და უარყოფითი გავლენა ექნება სავალდებულო იმუნიზაციას იმუნიზაციის პროგრამაზე?
6. როგორ უნდა ამოქმედდეს სავალდებულო იმუნიზაცია?

VI. მოტივაციის მექანიზმები, შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება

1. რა არის ძირითადი მოტივატორები ექიმებისათვის/მედიკოსებისათვის რომ უკეთესად იყვნენ ჩართულები ვაცინაციის როგორც ხარისხის, ასევე მოცვის კუთხით? როგორ დაახასიათებდით თითოეულს? როგორი იქნება მათი გავლენა პერსონალის მოტივაციაზე და იმუნიზაციის პროგრამის და ჯანდაცვის სისტემაზე?
2. რას ფიქრობთ საქართველოში იმუნიზაციის სერვისებში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების დანერგვაზე?
3. რა შეიძლება იყოს ამ ინტერვენციის შესაძლო შედეგები თუ იგი მოიცავს მხოლოდ იმუნიზაციის პროგრამის შესრულების მიხედვით ანაზღაურებას/წახალისებას?
4. რა იქნებოდა საუკეთესო მიდგომები შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების მოდელის დიზაინის შექმნისას საქართველოსათვის, რომ მოხდეს მომსახურების მიმწოდებლების წახალისება იმუნიზაციით მოცვის გასაზრდელად?
5. როგორი იქნებოდა საუკეთესო გზა შესაბამისი სერვისების პაკეტების შესაქმნელად? რა კრიტერიუმების გათვალისწინებაა საჭირო სერვისების დასაჯგუფებლად?
6. ანაზღაურების რომელი ტიპები იმუშავებდა წარმატებით? რა კრიტერიუმების გათვალისწინებაა საჭირო?
7. როგორი იქნებოდა საუკეთესო მენეჯმენტის მაგალითი შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელისათვის დაწესებულების დონეზე? სამინისტროს დონეზე?

დანართი 2. გეგმიური იმუნიზაციის გაუმჯობესების ინტერვენციები: კონცეპტუალური ჩარჩო

(Abdullahi, Kagina, Wiysonge, & Hussey, 2015)



დანართი 3. იმუნიზაციის რეგულაციების საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა

#	ქვეყანა	იმუნიზაციის სტატუსი და იმუნიზაციიდან გამორიცხვა	სავალდებულო ვაქცინები	მხარდამჭერი სტრატეგიები	შენიშვნა
1	ბრიტანეთი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	<ul style="list-style-type: none"> - ვაქცინაცია სკოლაში - შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება - რეგულირდება ოჯახის ექიმებთან კონტრაქტით - ვაქცინების ადმინისტრირება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექთნების მიერ - თანამშრომლობა პროფესიულ და საქველმოქმედო ორგანიზაციებთან ვაქცინაციის ადვოკატირებისათვის - გამოირჩევა ძლიერი კომუნიკაციის სტრატეგიით 	
2	ნორვეგია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	- მოზარდთა ჯანმრთელობის პროგრამა: ვაქცინაცია და ინფორმირება სკოლაში	
3	შვედეთი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	- სკოლებში ორგანიზებული ვაქცინაციის გამოყენება იმუნიზაციის კამპანიებისას (მაგ. HPV კამპანიისას)	
4	ფინეთი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	<ul style="list-style-type: none"> - ვაქცინაციის შესაძლებლობა რეგულარული ჯანმრთელობის პრევენციული ვიზიტებისას (6-9 სავალდებულო ვიზიტი წელიწადში ბავშვებისათვის) - იმუნიზაციის ძლიერი მონიტორინგის სისტემა) - რეგულაციები ავალდებულებს სერვისის მიმწოდებელს 	<p>განსაკუთრებით მაღალი მოცვა, 99%</p> <p>ბოლო დროს გაამკაცრა რეგულაცია და სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები</p>

				საკონსულტაციო ვიზიტებისას ვაქცინაციაზე ინფორმირებას	დაავადებულს პერსონალის სავალდებულო ვაქცინაციით წითელაზე, ჩუტყვავილაზე, ყივანახველასა და გრიპისზე
5	დანია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	დაგეგმილი ვაქცინაციის შესახებ ხდება წერილობითი შეტყობინება, რომლის დადებითი გავლენა დადასტურებულია მტკიცებულებებით	
6	ავსტრია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
7	ლიტვა	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
8	ესტონეთი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
9	ირლანდია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
10	ისლანდია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
11	პორტუგალია	ნებაყოფლობითი, სავალდებულოა 2 ვაქცინა	Diphtheria, Polio	- სკოლაში მიღებისას მოითხოვება და მკაცრად კონტროლდება ვაქცინაციის სტატუსის ცნობა; ვაქცინაციის სტატუსი კონტროლდება სკოლაში	ზოგადად, მაღალია ვაქცინაციისადმ ი ცნობიერება და ნდობა; ყველა ვაქცინა იმართება

				<p>სწავლის მთელი პერიოდის განმავლობაში</p> <ul style="list-style-type: none"> - ვაქცინაცია დაშვებულია ნებისმიერ მიმწოდებელთან, რომელიც ხსნის ახალ ანკეტას, მაგრამ აცრას არ ითვალისწინებს სტატისტიკაში და აცრაზე ინფორმაციას უგზავნის კლინიკას, სადაც გეოგრაფიული პრინციპით აღრიცხვაზეა პაციენტი. - სერვისის მიმწოდებლებს მოეთხოვებათ პატრონაჟის სერვისი 	<p>სახელმწიფოს მიერ, ბაზარზე არ არის კომერციული ვაქცინები; სერვისი ძირითადად მიეწოდება ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრების მიერ გარდა ზოგიერთი გამონაკლისისა (მაგ, ახალშობილების ვაქცინაცია სამშობიაროებში</p>
12	ესპანეთი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-	- განვითარებულია პატრონაჟის სისტემა	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით იფარება ვაქცინაციის ხარჯები, ადგილობრივი მთავრობა ფარავს მიგრანტების ხარჯებს
13	ნიდერლანდები	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		-იყო სავალდებულო ვაქცინაციის შემოღების მცდელობა, თუმცა

					ინიციატივამ ვერ მოიპოვა მხარდაჭერა
14.	ლუქსემბურგი	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
15.	შვეიცარია	ნებაყოფლობითი, არცერთი სავალდებულო ვაქცინა	-		
16.	ბელგია	სავალდებულოა 1 ვაქცინა;	Polio, Hexavalent vaccine	- ინტეგრირებული ჯანმრთელობის სისტემა - სკოლის ექიმი აწვდის პრევენციულ კონსულტაციებს და სთავაზობს ვაქცინაციის სერვისს სკოლის ბავშვებს - სკოლის ასაკის ბავშვების 60-80% სკოლაში იტარებს ვაქცინაციას	- იმუნიზაციის პროგრამა იმართება რეგიონების დონეზე; - რუტინული ვაქცინა უფასოა, სერვისი ფასიანია - ბავშვთა პედიატრიულ კლინიკებში (Well baby clinics) მომსახურება უფასოა, სხვაგან ფასიანი; ვაქცინა გაიცემა ექიმის რეცეპტის საფუძველზე
17.	საფრანგეთი	სავალდებულოა 11 ვაქცინა	diphtheria, tetanus, polio, pertussis, measles, mumps, rubella,	-2018 წლიდან, ვაქცინაციის გარეშე ბავშვი არ დაიშვება ბაღში, სკოლაში, ბანაკებში და სხვა სახელმწიფო და	2018 წლამდე სავალდებულო იყო 3 ვაქცინა (diphtheria,

		- უარი მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით (ახალი კანონმდებლობით)	hepatitis B, Haemophilus influenza bacteria (flu), pneumococcus, meningococcus C	კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში; - 30000 ევროს ჯარიმა აცრისგან არალეგიტიმურად თავის არიდების შემთხვევაში - მონიტორინგი იგეგმება 2019 წლის ივნისიდან.	tetanus and polio); წითელას აფეთქებები, იმუნიზაციის შემცირებული მოცვა; განსაკუთრებით მაღალია ვაქცინებისადმი უნდობლობა მოსახლეობასა და ექიმებში ვაქცინების ადმინისტრირების რთული პროცედურები ამცირებს იმუნიზაციაზე მოთხოვნას და ხელმისაწვდომობას
18.	იტალია	სავალდებულოა ბავშვთა ვაქცინაცია 12 ანტიგენზე -უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით (ახალი კანონმდებლობით)	Polio, diphtheria, tetanus, hepatitis B, haemophilus influenzae B, meningitis B, meningitis C, measles, mumps, rubella, whooping cough, chickenpox	-ვაქცინაციის გარეშე არ დაიშვება ბაღში, სკოლაში, ბანაკებში და სხვა სახლემწიფო და კერძო ორგანიზებულ დაწესებულებებში; - ექიმებსა და ექთნებს, რომლებიც ვერ ასრულებენ იმუნიზაციის მოთხოვნებს, ეკისრებათ ჯარიმა ან შეზღუდვები კონტრაქტის ფარგლებში;	2017 წლამდე სავალდებულო იყო ვაქცინაცია მხოლოდ 4 დაავადებაზე

				-***მშობლებს, რომლებიც უარს აცხადებენ აცრაზე, ეკისრებათ მოზრდილი ჯარიმა	
19.	გერმანია	- მშობელს უფლება აქვს უარი თქვას აცრაზე, თუმცა დაჯარიმდება 2500 ევროთი (გამონაკლისია სამედიცინო მიზეზი)	-	-2015 წლიდან, მშობელი ვალდებულია წარდგინოს საბავშვო ბაღსა და საკოლაში აცრის შესახებ ინფორმაცია; - აუცრელობა არ წარმოადგენს საბავშვო ბაღისა და სკოლის მიერ ბავშვის მიღებაზე უარის მიზეზს; - აუცრელი ბავშვის შესახებ საგანმანათლებლო დაწესებულება ვალდებულია აცნობოს ჯანდაცვის სამსახურებს, რომლებსაც უფლება აქვთ მოითხოვონ ბავშვის გარიცხვა; - სკოლის მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე სახელმწიფო აჯარიმებს აუცრელი ბავშვის ოჯახს	- ვაქცინაციის სერვისის 90% იფარება სადაზღვევო სქემით კერძო სერვისის მიმწოდებელთან - 10% მიეწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კლინიკებში, სკოლებში, დღის ცენტრებში ადგილობრივი პროგრამებით
20.	საბერძნეთი	სავალდებულოა 4 ვაქცინა	Diphtheria, Hepatitis B, Polio, Tetanus	- სკოლები ითხოვენ სავალდებულო აცრების შესახებ ცნობის წარდგენას	
21.	მალტა	ზოგადად ნებაყოფლობითია, მხოლოდ 3 ვაქცინა არის სავალდებულო	Diphtheria, Polio, Tetanus	- სკოლები ითხოვენ სავალდებულო აცრების შესახებ ცნობის წარდგენას	
22.	ლატვია	ნებაყოფლობითი (სავალდებულოა სახელმწიფოსთვის რუტინული ვაქცინების უსასყიდლოდ მიწოდება)	-	- სავალდებულო მოთხოვნები ვრცელდება სერვისის მიმწოდებლებზე; პუბლიკები ექვემდებარებიან იმუნოზაციის ყოველწლიურ აუდიტს - კანონმდებლობა ექიმებს ავალდებულებს მიაწოდონ ინფორმაცია პაციენტებს	

				იმუნიზაციის სტატუსისა და განხორციელებული აქტივობების შესახებ	
23	პოლონეთი	სავალდებულო	Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB		
24	რუმინეთი	სავალდებულო	Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB	- ახალი კანონმდებლობით, აუცრელი ბავშვების მშობლებზე ვრცელდება ჯარიმა	
25	ბულგარეთი	სავალდებულო	Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, PCV, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB		
26	ჩეხეთი	სავალდებულო	PCV, Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus		
27	სლოვაკეთი	სავალდებულო	PCV, Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus,		
28	სლოვენია	- სავალდებულო; უარი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით	Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR,	- გამოირჩევა აგრესიული მანდატორული პოლიტიკით; - მკაცრად კონტროლდება სამედიცინო დაწესებულებების	

		- 9 ვაქცინა არის მანდატორული	Pertussis, Polio, Tetanus	მხრიდან იმუნიზაციის შესრულება და სკოლების მოთხოვნა აცრებზე	
29	უნგრეთი	სავალდებულო	Diphtheria, Hemophilus B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB		
30	ხორვატია	სავალდებულო	PCV, Diphtheria, Haemophilus influenza B, Hepatitis B, MMR, Pertussis, Polio, Tetanus, TB		
31	აშშ	- ყველა შტატში სავალდებულოა - შტატების მიხედვით განსხვავებულია ვაქცინაციისგან გამორიცხვის პოლიტიკა (სამედიცინო, რელიგიური და/ან ფილოსოფიური მიზეზებით) - ზოგი შტატი, სადაც დაშვებულია რელიგიური მიზეზით აცრისგან გათავისუფლება, ითხოვს რელიგიური წევრობის დამადასტურებელ საბუთს		- ვაქცინაცია მოითხოვება სკოლაში და ბაღში დაშვებისათვის - აუცრელ ბავშვებს აქვთ სახლში განათლების მიღების უფლება, რაც კანონმდებლობით აღიარებულია - სასწავლო დაწესებულება ითხოვს იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ განახლებულ ცნობას	- უკანასკნელ პეიოდში მომხდარმა წითელას აფეთქებების ფონზე გაიზარდა შტატების რიცხვი, სადაც ვაქცინაციისგან გათავისუფლება მხოლოდ სამედიცინო მიზეზით ხდება - კალიფორნიაში სასამართლომ არ გაითვალისწინა საჩივარი და ძალაში დატოვა მხოლოდ სამედიცინო

					მიზეზით უარის რეგულაცია
32	კანადა	<p>ნებაყოფლობითი;</p> <p>მხოლოდ 3 შტატშია სავალდებულო: -**აუცრელ ბავშვს ეკრძალება სკოლაში შესვლა</p> <p>დაშვებულია უარი სამედიცინო, რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრების მიზეზებით</p>	<p>2 შტატში: diphtheria, tetanus, polio, measles, mumps, and rubella immunization</p> <p>1 შტატში - measles</p>		<p>მაღალი მოცვა: >85% სრულად ვაქცინირებული; დაბალი უნდობლობა: <2%</p> <p>- ქვეყანაში არ არსებობს იმუნიზაციით მოცვის ეროვნული რეგისტრი; მოცვის შესაფასებლად ტარდება კვლევები</p>
33	ავსტრალია	<p>- სავალდებულოა 2017 წლიდან</p> <p>- 2016 წლის ბოლოდან აღარ დაიშვება რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრებით გამონაკლისები</p>		<p>-აუცრელ ბავშვს ეკრძალება საბავშვო ბაღსა და ბაგაში შესვლა</p> <p>-აუცრელი ბავშვის ოჯახს ეზღუდება სოციალური დახმარება; ვერ მიიღებს ბავშვის მოვლის დახმარებას - \$11000 (2016 წლიდან)</p> <p>- აცრები კონტროლდება სკოლაში</p> <p>- წარსულში ექიმებზე მოქმედებდა შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება, რამაც ხელი შეუწყო ექიმების უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას იმუნიზაციაში</p>	

დანართი 4. ვაქცინით მართვადი დაავადებები და იმუნიზაცია - ჰიპოთეტური კავშირები

ჰიპოთეტური კავშირი პოპულაციას, გარემო დეტერმინანტებსა და გამოსავლებს შორის (Shefer et al., 1999)

