



რეგისტრაციის N 62/36

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა

შემდგომი რეაგირების
ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში



„ვატკიცებ“

ეფექტიანობის აუდიტის
დეპარტამენტის უფროსი

ირაკლი წიწილაშვილი

22 12 ----- 2017 წელი
ეგზ. № 2

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემა

შემდგომი რეაგირების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში 0162/36

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

2017

სარჩევი

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები.....	3
შემაჯამებელი მიმოხილვა.....	4
1. ზოგადი ინფორმაცია.....	7
1.1 შეფასების კრიტერიუმები	9
1.2 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია.....	9
1.3 აუდიტის შეზღუდვა	10
აუდიტის მიგნებები.....	11
2. დროული რეაგირება	11
3. ბრიგადების ტერიტორიული გადანაწილება	17
4. ჰოსპიტალიზაცია	25
ბიბლიოგრაფია	33

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები

ჯანდაცვის სამინისტრო - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სსდ - სასწრაფო სამედიცინო დახმარება

PDS - პრიორიტეტების განსაზღვრის დისპეჩერიზაციის სისტემა

რეგიონული სსდ - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი

შემაჯამებელი მიმოხილვა

2013 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა პირველად განახორციელა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტი. სისტემის ობიექტებს წარმოადგენდა სსიპ „112“, ქალაქ თბილისის მერია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

აღნიშნული აუდიტის ფარგლებში, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პროგრამების დაგეგმვის, პრიორიტეტების განსაზღვრის, ფინანსური უზრუნველყოფის, მართვის, რესურსების გამოყენებისა და გაწეული მომსახურების ეფექტიანობის საკითხები და გამოვლენილ იქნა მთავარი მიგნებები:

- პრიორიტეტების განსაზღვრის დისპერეზიზაციის სისტემა (PDS), რომელიც უზრუნველყოფს გამოძახებების პრიორიტეტების განსაზღვრას პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით არ იყო დანერგილი. ასევე, ინციდენტის ტიპებისთვის, პაციენტის მდგომარეობის სირთულის გათვალისწინებით, არ იყო განსაზღვრული რეაგირების დროის ნიშნული;
- რეგიონებში სამედიცინო ბრიგადები გადანაწილებული იყო მხოლოდ მოსახლეობის რაოდენობის გათვალისწინებით და არ ხდებოდა გამოძახებების ისტორიული მონაცემების გაანალიზება;
- რეგიონებში სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას ახორციელებდა ჯანდაცვის სამინისტრო, რომელსაც სასწრაფოს ავტოპარკი გადაცემული ჰქონდა რეგიონებში არსებულ კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე; რამდენიმე სადაზღვევო ოპერატორის არსებობის გამო, ზოგიერთ შემთხვევაში ხდებოდა უახლოესი მანძილის პრინციპის დარღვევა, რადგან ბრიგადა მხოლოდ თავის მუნიციპალიტეტში შემოსულ ზარებზე იყო პასუხისმგებელი და არ შეეძლო სხვა მუნიციპალიტეტიდან შემოსულ ზარზე რეაგირება მიუხედავად უფრო ახლოს მდებარეობისა.

აღნიშნული, მთავარი ნაკლოვანებების აღმოფხვრის მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გასცა შემდეგი რეკომენდაციები, რომელთა განხორციელებაც მნიშვნელოვნად შეუწყობდა ხელს პრობლემების აღმოფხვრას:

- მნიშვნელოვანია სამინისტროს კოორდინაციით, სსიპ „112“-თან ერთად შემუშავდეს სადისპერეზო პროტოკოლები, მათზე დაყრდნობით, სსიპ „112“-ის სისტემაში დაინერგოს პრიორიტეტების დისპერეზიზაციის პროგრამა და დაწესდეს ინციდენტის ტიპებზე შესაბამისი რეაგირების დროის ნიშნული;
- მნიშვნელოვანია, რომ სამინისტრომ უზრუნველყოს ბრიგადების ოპტიმალური გადანაწილება და მისი პროპორციული დაფინანსება თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით, როგორც მოსახლეობის რაოდენობისა და გეოგრაფიული პრინციპების, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნისა და მისი განმპირობებელი სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორების გათვალისწინებით, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა.

წინამდებარე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის შემდგომი რეაგირების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიშის მიზანია შეაფასოს, თუ რამდენად შესრულდა სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ, ზემოთ მოყვანილ მთავარ მიგნებებთან დაკავშირებით გაცემული რეკომენდაციები და შესაბამისად, რამდენად გაუმჯობესდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის მომსახურება. გაცემული რეკომენდაციების შესრულების შეფასების მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა, განმეორებით, შეისწავლა პრიორიტეტების განსაზღვრასთან და ბრიგადების გადანაწილებასთან დაკავშირებული საკითხები და უპასუხა შემდეგ კითხვებს:

1. რამდენად შეესაბამება პრიორიტეტების მიხედვით რეაგირების დრო უკეთესი პრაქტიკით დადგენილ მაჩვენებელს?
2. რამდენად ოპტიმალურია ბრიგადების გადანაწილება თბილისსა და საქართველოს რეგიონებში?

თავდაპირველი, განხორციელებული აუდიტით შესწავლილი იყო ჰოსპიტალიზაციის საკითხებიც, რომლებიც ძირითადად მოიცავდა სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტის მიღებაზე უარის შემთხვევების ანალიზს. შემდგომი რეაგირების აუდიტით, აუდიტის ჯგუფმა დამატებით შეისწავლა, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის სისტემის საკითხები, ჰოსპიტალიზაციისას უახლოესი მანძილის პრინციპის დაცვა და სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული სამედიცინო ნებართვები. აღნიშნულთან დაკავშირებით აუდიტის ჯგუფმა უპასუხა შემდეგ დამატებით კითხვას:

3. პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისას რამდენადაა დაცული პაციენტის ოპტიმალური მანძილისა და კლინიკაში ტრანსპორტირების პრინციპები?

შემდგომი რეაგირების აუდიტის ძირითადი მიგნებები და რეკომენდაციები

შემდგომი რეაგირების აუდიტით გამოვლინდა, რომ:

1. თავდაპირველი აუდიტის მთავარი მიგნება - **დანერგილიყო პრიორიტეტების დისპერეზიზაციის სისტემა, კვლავ არ არის შესრულებული**; მაღალი, საშუალო და დაბალი პრიორიტეტების გამოძახებისას, რეაგირების დრო ჩამორჩება უკეთეს პრაქტიკას. მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი პაციენტების მდგომარეობა, რომელთაც ესაჭიროებათ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების მიღება დაუყოვნებლივ და არასწორად მიენიჭებათ დაბალი პრიორიტეტი, კიდევ უფრო მძიმდება და იზრდება ლეტალობის რისკი;
2. აღსანიშნავია არსებული გაუმჯობესებული მდგომარეობა რეგიონების შემთხვევაში - **რეგიონებში ამოქმედდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ერთიანი სისტემა**, გაიხსნა რეგიონებს შორის საზღვრები, სასწრაფო დახმარების ბრიგადას შეუძლია გამოძახებაზე რეაგირება როგორც თავის, ისე მეზობელ რეგიონში, საჭიროების შემთხვევაში. შესაბამისად, რეაგირება ხდება უახლოესი მანძილის პრინციპით. თუმცა, შემდგომი რეაგირების აუდიტით გამოვლინდა, რომ ბრიგადების გადანაწილებასთან დაკავშირებით, კვლავ არსებობს გაუმჯობესების პოტენციალი - გამოიკვეთა ისეთი სოფლები, რომლებიც ადმინისტრაციულად ეკუთვნის

რეგიონს და მდებარეობს თბილისთან ორჯერ უფრო ახლოს და არსებობს რეაგირების დროის შემცირების პოტენციალი;

3. როგორც აღნიშნეთ, შემდგომი რეაგირების აუდიტი, თავდაპირველი აუდიტისგან განსხვავებით, დამატებით მოიცავს თბილისის მასშტაბით ჰოსპიტალიზაციის სისტემის შეფასებას. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით გამოვლინდა, რომ არსებობს პაციენტის სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანისას უახლოესი მანძილის პრინციპის უგულებელყოფის და ასევე ისეთ კლინიკაში გადაყვანის შემთხვევები, სადაც არ არის პაციენტის სამკურნალოდ საჭირო სამედიცინო ნებართვები/მომსახურება. აღნიშნული ნაკლოვანებები, თავის მხრივ, გაუმართავი პასპორტიზაციის სისტემითაა გამოწვეული, რომელიც სათანადო დონეზე ფუნქციონირების შემთხვევაში, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის ჰოსპიტალიზაციის მენეჯერებს მისცემდა საშუალებას მიეღოთ ინფორმაცია სამკურნალო დაწესებულებებში არსებული ნებართვების, სამედიცინო პერსონალის, თავისუფალი ადგილების და ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული სხვა რელევანტური საკითხების შესახებ.

შემდგომი რეაგირების აუდიტის რეკომენდაციები

შემდგომი რეაგირების აუდიტით სახელმწიფო აუდიტის სამსახური გასცემს რეკომენდაციებს, როგორც თავდაპირველი აუდიტის საკითხების ხელმეორედ შესწავლის შედეგად გამოკვეთილ მნიშვნელოვან მიგნებებთან დაკავშირებით (1, 2), ასევე დამატებით ჰოსპიტალიზაციასთან (3) დაკავშირებული ნაკლოვანებების აღმოსაფხვრელად:

1. **სსიპ „112“-ს** - განსაზღვროს საქართველოს სპეციფიკაზე მორგებული ოპტიმალური დისპეჩერიზაციის სისტემა, დაიანგარიშოს სისტემის შესაძენად საჭირო დანახარჯები და საკითხის კრიტიკულად მაღალი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, განახორციელოს დროული კომუნიკაცია შესაბამის საჯარო უწყებებთან, საჭიროების შემთხვევაში საერთაშორისო/ადგილობრივ დონორებთან სისტემის დასანერგად საკმარისი რესურსების მოძიების მიზნით.
2. **თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების და საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრებს** - გამოავლინონ ის ტერიტორიული ერთეულები, სადაც თბილისში მდებარე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრებიდან შესაძლებელია მომიჯნავე/მეზობელ ტერიტორიულ ერთეულებთან შედარებით უფრო სწრაფი რეაგირების განხორციელება და ასეთი ერთეულები მიაკუთვნონ შესაბამის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრებს.
3. **ჯანდაცვის სამინისტროს და თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრს** - დაიხვეწოს არსებული პასპორტიზაციის სისტემა, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მუდმივ რეჟიმში ასახვა და პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები, რომლებიც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრს ჰოსპიტალიზაციის ოპტიმალურად განხორციელებაში.

1. ზოგადი ინფორმაცია

საქართველოს მასშტაბით სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებაზე პასუხისმგებელია სამი ძირითადი უწყება:

1. შინაგან საქმეთა სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული სსიპ „112“ - იღებს ზარებს მთელი საქართველოდან გადაუდებელი დახმარების შესახებ ერთიან ნომერზე - 112;
2. ქალაქ თბილისის მერიის სსიპ „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი“ (შემდგომში – თბილისის სსდ) - ქალაქ თბილისის მოსახლეობისათვის პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა;
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და მის დაქვემდებარებაში მყოფი სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი¹ (შემდგომში - რეგიონული სსდ) - უზრუნველყოფს რეგიონის მოსახლეობისთვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მიწოდებას.

სსიპ „112“ მიღებულ ზარებს ამისამართებს თბილისის ან რეგიონულ სსდ ცენტრებში, პაციენტის ადგილმდებარეობის შესაბამისად.



საჭიროების შემთხვევაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა უკავშირდება ჰოსპიტალიზაციის მენეჯერს და პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე ხდება მათი გადამისამართება სამედიცინო დაწესებულებაში შემდგომი დახმარების აღმოჩენის მიზნით.

¹ 2017 წლის 13 აპრილის საქართველოს მთავრობის N 197-ე დადგენილების თანახმად, ცენტრი მიმდინარე წლის 1 ივნისიდან წარმოადგენს სსიპ „სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის“ უფლებამონაცვლეს.

აღსანიშნავია, რომ მკვეთრად არის გაზრდილი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ზარების სტატისტიკა წლების განმავლობაში, რაც, თავის მხრივ, ბრიგადების დატვირთვის ზრდის.

გრაფიკი N 1: გამოძახებების სტატისტიკა თბილისსა და რეგიონებში (2014-2016 წლების პირველი ექვსი თვის მონაცემები)



2011 და 2012 წლებში მთელი საქართველოს მასშტაბით შემოსული ზარების რაოდენობამ 417,146 და 468,309 შეადგინა, ხოლო 2015 წელს, **მხოლოდ თბილისში - 640,423** ზარი დაფიქსირდა „112“-ში. თბილისსა და რეგიონებში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემას 97 და 206 სამედიცინო ბრიგადა ემსახურება, შესაბამისად.

ცხრილი N1: დაფინანსება (ლარი)

წელი	2014	2015	2016
თბილისი			
სულ	22,219,400	27,100,000	30,500,005
შრომის ანაზღაურება	16,879,591	19,997,651	23,098,905
საქონელი და მომსახურება	3,832,510	5,348,178	5,131,029
სხვა ხარჯები	1,507,299	1,754,171	2,270,071
რეგიონები			
სულ	29,658,568	31,959,081	30,233,341
საქონელი და მომსახურება	7,364,318	20,924,019	20,919,994
სოციალური უზრუნველყოფა	22,294,249	10,671,424	8,636,851
სხვა ხარჯები	0	363,638	676,497
საქართველო			
სულ	51,877,968	59,059,081	60,733,346

1.1 შეფასების კრიტერიუმები

აუდიტის განხორციელებისას აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა შემდეგი კრიტერიუმები:

-)/ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ 2013 წელს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში;
-)/ აუდიტის ობიექტთან ჩატარებული ინტერვიუები;
-)/ აუდიტის ობიექტების მიერ დანერგილი პრაქტიკები;
-)/ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემასთან დაკავშირებული მარეგულირებელი და ნორმატიული აქტები;
-)/ არსებული საერთაშორისო პრაქტიკა დროული რეაგირების, ჰოსპიტალიზაციის და სხვა საკითხების შესახებ, რომლებიც გამოყენებულია განვითარებული ქვეყნების მიერ;
-)/ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემასთან დაკავშირებული კვლევები და ნაშრომები.

1.2 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის შემდგომი რეაგირების აუდიტი მოიცავს 2014-2015 და 2016 წლის პირველ ნახევარს. აუდიტის განხორციელების პერიოდში შესაძლებელი იყო 2016 წლის პირველი ნახევრის მონაცემების მიღება აუდიტის ობიექტისგან, შესაბამისად, წლიური ანალიზისთვის ზოგიერთ შემთხვევაში გამოყენებულია მხოლოდ 2015 წლის მონაცემები.

აუდიტის ძირითად კითხვებზე პასუხის გასაცემად შემუშავდა აუდიტორული პროცედურები, რის მიხედვითაც მოხდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის შესწავლა. აუდიტის ჯგუფმა სისტემის ფუნქციონირების შესასწავლად გამოიყენა შემდეგი მეთოდები:

-)/ საერთაშორისო უკეთესი პრაქტიკის, გაიდლაინების, სტანდარტების ანალიზი - აუდიტის ჯგუფის მიერ გაანალიზდა ის საერთაშორისო კრიტერიუმები, რომლებიც მნიშვნელოვნად უწყობს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ფუნქციონირებას და მათი გათვალისწინება რელევანტურია არსებული გარემოებების პირობებში;
-)/ მონაცემთა ბაზების ანალიზი - გაანალიზდა ობიექტებისგან მიღებული ინფორმაცია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებების სტატისტიკა, ბრიგადების რაოდენობის და მათი ტერიტორიული გადანაწილების სტატისტიკა, ბრიგადების ტექნიკური მდგომარეობა, ინფორმაცია სამკურნალო დაწესებულებების მდებარეობის და მათ მიერ მოწოდებული მომსახურებების შესახებ, ასევე, შემთხვევითი შერჩევის გზით გაანალიზდა პაციენტების სამედიცინო ბარათები;
-)/ სისტემის ფუნქციონირებასთან დაკავშირებული ნორმატიული მასალების ანალიზი - გაანალიზდა ობიექტების დებულებები, ბრძანებები და სხვა

ნორმატიული აქტები, რომლებიც დაკავშირებულია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის ფუნქციონირებასთან;

-) აუდიტის ობიექტთან ინტერვიუები - აუდიტის ობიექტებთან ინტერვიუები ჩატარდა როგორც, საწყის ასევე ძირითადი შესწავლის პერიოდში;
-) თავდაპირველი აუდიტის შემდგომ, აუდიტის ობიექტების მიერ განხორციელებული აქტივობების და მათი შედეგების ანალიზი.

1.3 აუდიტის შეზღუდვა

თბილისის მასშტაბით ჰოსპიტალიზაციის დაწყება-დასრულების შესახებ ინფორმაციის ასახვა ბაზაში დაიწყო 2015 წლის სექტემბერში, საცდელ რეჟიმში. ჰოსპიტალიზაციის ყველა შემთხვევისას არ არის დაფიქსირებული დაწყების და დასრულების დრო, შესაბამისად, ვერ მოხერხდა სრულყოფილი ანალიზის გაკეთება ჰოსპიტალიზაციის დაწყებიდან დასრულებამდე დროსთან დაკავშირებით. ასევე, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა, ანალიზისთვის თბილისის სსდ ცენტრიდან გამოითხოვა პაციენტების 2015 წლის სამედიცინო ბარათები, თუმცა მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით, გარკვეული დროის შემდეგ ხდება პაციენტის ბარათების განადგურება, შესაბამისად, სსდ ცენტრმა შეძლო მხოლოდ ბოლო სამი თვის (2015 წელი) სამედიცინო ბარათების გადმოგზავნა.

აუდიტის მიგნებები

2. დროული რეაგირება

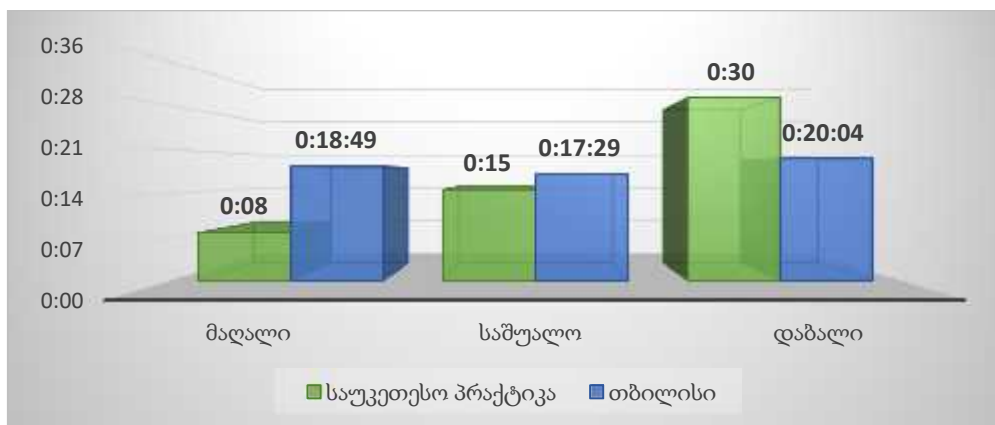
თავდაპირველი აუდიტის შედეგები

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამართული ფუნქციონირებისათვის მნიშვნელოვანია პრიორიტეტების განსაზღვრის დისპეჩერიზაციის სისტემა (PDS), რომელიც სასწრაფო სამედიცინო შემთხვევებს კატეგორიებად ყოფს. საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით, მაღალი პრიორიტეტის გამოძახების შემთხვევაში, რომლის დროსაც აუცილებელია დაუყოვნებელი რეაგირება, რეკომენდებულია, რომ გამოძახებათა მინიმუმ 75%-ის შემთხვევაში რეაგირების ნიშნული, გამოძახებიდან ბრიგადის მისვლამდე, 8 წუთს არ აღემატებოდეს.

2013 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ განხორციელებული აუდიტის შედეგად გამოვლინდა, რომ PDS სისტემა დანერგილი არ იყო. სსიპ „112“ თბილისის მასშტაბით ხელმძღვანელობდა „112“-ის მიერ დანერგილი პრიორიტეტების განსაზღვრის გარკვეული სისტემით, რომელიც პრობლემის ზოგადი მნიშვნელობით საზღვრავდა, თუ რა პრიორიტეტი მიენიჭებინა ინციდენტისთვის. მაგალითად, „ტკივილი მუცელში“, „ტკივილი გულის არეში“. ასევე, აღნიშნული სისტემით არ იყო განსაზღვრული პრიორიტეტებზე შესაბამისი რეაგირების დროის ნიშნული.

გამოვლინდა, რომ რეაგირების საშუალო დრო ჩამორჩებოდა უკეთესი პრაქტიკით მიღებულ მაჩვენებლებს და ამასთანავე, მაღალი და დაბალი პრიორიტეტების რეაგირების დრო დაახლოებით ერთნაირი იყო.

გრაფიკი N 2.1: რეაგირების საშუალო დრო (წუთი) ინციდენტის ტიპების მიხედვით 2011-2012 წლებში:



აღნიშნულ ნაკლოვანებებთან დაკავშირებით გაიცა შემდეგი რეკომენდაცია:

) მნიშვნელოვანია სამინისტროს კოორდინაციით, სსიპ „112“-თან ერთად შეიმუშავდეს სადისპეჩერო პროტოკოლები, მათზე დაყრდნობით, სსიპ „112“-ის სისტემაში დაინერგოს პრიორიტეტების დისპეჩერიზაციის პროგრამა და დაწესდეს ინციდენტის ტიპებზე შესაბამისი რეაგირების დროის ნიშნული.

შემდგომი რეაგირების აუდიტის შედეგები

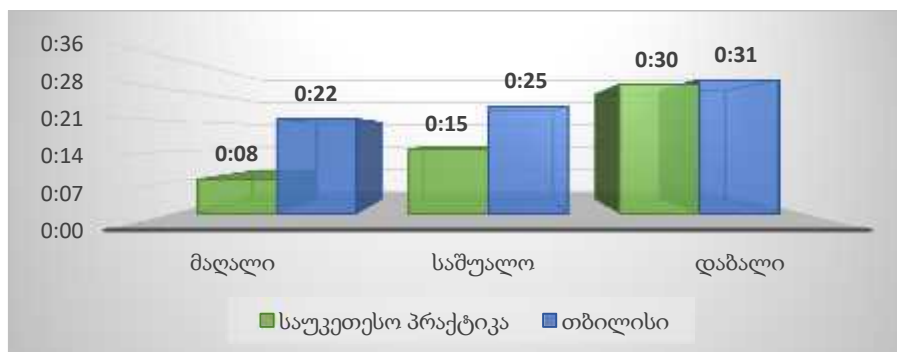
შემდგომი რეაგირების აუდიტით გამოვლინდა, რომ PDS სისტემა კვლავ არ არის დანერგილი, თუმცა მიმდინარეობს მოლაპარაკება ერთ-ერთ კომპანიასთან სისტემის შეძენასთან და შესაბამისად, დანერგვასთან დაკავშირებით. პროგრამის შესყიდვის ზუსტი პერიოდი ცნობილი არ არის, რადგან **ვერ ხდება ამ ეტაპზე სსიპ „112“-ის მიერ შესყიდვისათვის საჭირო თანხების მოძიება**. მიმდინარე პერიოდის მიხედვით², ამ ეტაპზე შერჩეულია კომპანია, რომლისგანაც უნდა მოხდეს პროგრამის შესყიდვა, დაზუსტებულია კომპანიასთან პირველადი ხელშეკრულების დოკუმენტი: გაწერილია პროგრამის შესყიდვისთვის გადახდის გრაფიკი, პროგრამის დანერგვასთან, თანამშრომელთა ყველა რგოლის დონეზე შესაბამისი ტრენინგების ჩატარებასთან, პროგრამის სატესტო რეჟიმში და შემდეგ რეალურად გაშვებასთან დაკავშირებით. პროგრამის შესყიდვიდან რეალურ რეჟიმში გაშვებამდე პერიოდი, დაახლოებით, ერთ წელიწადს მოიცავს. აღნიშნული მდგომარეობის მიხედვით, პროგრამის დანერგვა ვერ მოხერხდება მინიმუმ, ერთი წლის (დანერგვა-გამოყენებისთვის საჭირო დრო) განმავლობაში.

პროგრამის დანერგვასთან დაკავშირებით არსებული პრობლემიდან გამომდინარე, თბილისის მასშტაბით პრიორიტეტების განსაზღვრისას სსიპ „112“ ხელმძღვანელობს ისევ ძველი მექანიზმით - გამოძახებების პრიორიტეტების მიხედვით დაყოფა ხდება ძველ სადისპეჩერო პროტოკოლებზე დაყრდნობით, ამავე მექანიზმით დაიწყო პრიორიტეტების განსაზღვრა რეგიონებში. თუმცა, როგორც აღინიშნა, მიმდინარე მექანიზმი არ ითვალისწინებს პრიორიტეტზე შესაბამისი რეაგირების დროის ნიშნულის დადგენას, რომელიც კარგი პრაქტიკების გათვალისწინებით შემდეგია:

-) მაღალი პრიორიტეტი (დაუყოვნებელი რეაგირება) – 8 წუთი³
-) საშუალო პრიორიტეტი (სწრაფი რეაგირება) – 15 წუთი
-) დაბალი პრიორიტეტი (რეაგირება) – 30 წუთი

მოცემული გრაფიკი გვიჩვენებს 2015 წლის მდგომარეობით თბილისში რეაგირების საშუალო დროს, საუკეთესო პრაქტიკასთან შედარებით.

გრაფიკი N 2.2: რეაგირების დროის მაჩვენებელი თბილისში 2015 წელს



² 18/05/2017

³ კარგი პრაქტიკის მიხედვით მოცემული წუთები აღნიშნავს რეაგირების მაქსიმუმ დასაშვებ დროს

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, გარდა იმისა, რომ 2015 წელს, თბილისის შემთხვევაში, რეაგირების დრო კვლავ ჩამორჩება საუკეთესო პრაქტიკით დადგენილ მაჩვენებელს, გაუარესებულია მდგომარეობა წინა წლების მონაცემებთან შედარებით (2011-2012 წლების აუდიტის მიხედვით, რეაგირების დრო მაღალი პრიორიტეტის შემთხვევაში **19 წუთი** იყო, იხ. გრაფიკი N 2.1).

ასევე, მოცემული ინფორმაციიდან ჩანს, რომ განსხვავება მაღალი და საშუალო პრიორიტეტების რეაგირების დროში, თბილისის შემთხვევაში, მცირეა და 3 წუთს შეადგენს, ხოლო რეგიონებში მაღალი და საშუალო პრიორიტეტის შემთხვევაში რეაგირების დრო - ერთნაირია (იხ. გრაფიკი N 2.2).

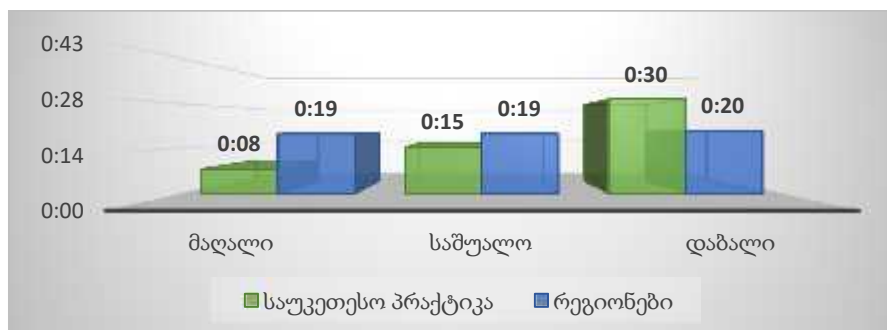
გარდა იმისა, რომ წლების მანძილზე გამოძახებების რიცხვი ერთ ბრიგადაზე იზრდებოდა, დროული რეაგირებისთვის ხელისშემშლელ ფაქტორს, ასევე წარმოადგენს დაბალ პრიორიტეტზე დიდი რაოდენობის გამოძახებების რიცხვი - საერთო გამოძახებების 21%⁴. ასევე მნიშვნელოვანი რისკია, რომ არსებული სისტემით, პრიორიტეტების განსაზღვრა არასწორად ხდება, რაზეც პრიორიტეტების მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი მიუთითებს.

ცხრილი N 2.1: ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი პრიორიტეტების მიხედვით 2015 წელს

პრიორიტეტის ტიპი	გამოძახების რაოდენობა	ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	%
მაღალი	335,611	99,264	29.6
საშუალო	170,326	26,945	15.8
დაბალი	134,486	23,707	17.6

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მაღალი პრიორიტეტიდან მხოლოდ 29,6% შემთხვევაში განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია. გარდა ამისა, საშუალო პრიორიტეტთან შედარებით (15,8%), დაბალი პრიორიტეტის დროს უფრო მაღალი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი - 17,6%, პრიორიტეტის არასწორად განსაზღვრაზე მიუთითებს. დაბალი პრიორიტეტი არ მოითხოვს სასწრაფო რეაგირებას, რადგან ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ არის მძიმე და სიცოცხლისთვის საშიში, შესაბამისად, გამოძახების დაბალ პრიორიტეტად არასწორად კლასიფიცირებისას იზრდება ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკი.

გრაფიკი N 2.3: რეაგირების დროის მაჩვენებელი რეგიონებში 2015 წელს

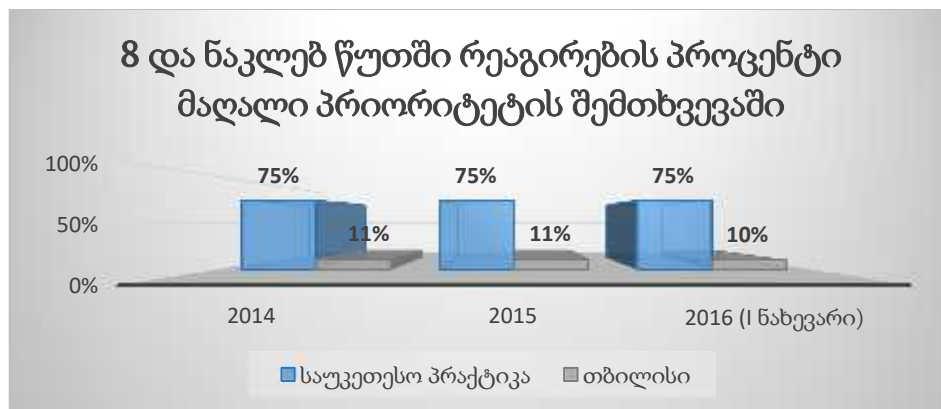


⁴ $134486 / (335611 + 170326 + 134486) * 100 = 21\%$

2015 წლის მონაცემებით, თბილისში ერთ ბრიგადაზე წელიწადში საშუალოდ, 11,430 მოსახლე და 6,602 გამოძახება მოდის. თბილისისგან განსხვავებით, ნაკლები დატვირთვით უწევთ მუშაობა რეგიონების ბრიგადებს, თუმცა საუკეთესო პრაქტიკის მაჩვენებელს რეგიონების მაჩვენებლებიც ჩამორჩება. რეგიონებში ერთ ბრიგადაზე 11,404 მოსახლე და ერთი წლის განმავლობაში - 2,951 გამოძახება მოდის. თბილისში, მაღალ პრიორიტეტზე რეაგირების დროის მაღალი მაჩვენებლის ერთ-ერთი მიზეზი, რეგიონებთან შედარებით ერთ ბრიგადაზე ორჯერ მეტი გამოძახებაა.

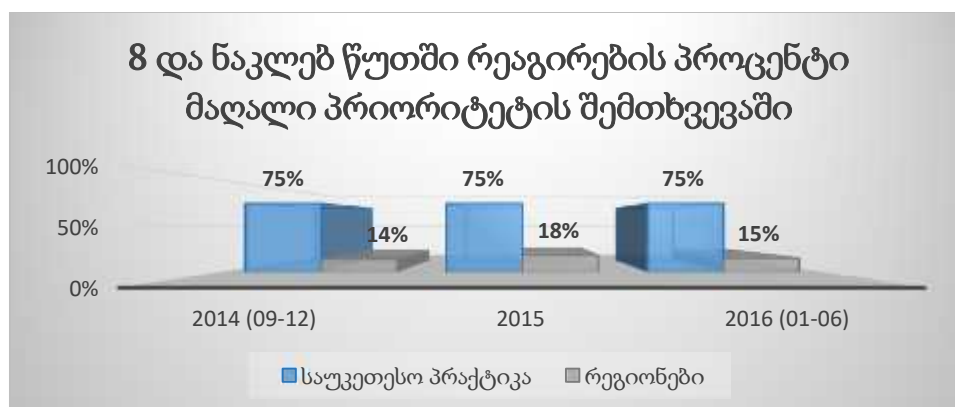
როგორც აღინიშნა, რეაგირების დროის საშუალო მაჩვენებელთან ერთად მნიშვნელოვანია გამოძახებების პროცენტული ანალიზი. კერძოდ, მაღალი პრიორიტეტის გამოძახებისას რამდენ პროცენტში ხდება რეაგირება 8 წუთსა და ნაკლებ დროში.

გრაფიკი N 2.4: 8 წუთსა და ნაკლებ დროში რეაგირების პროცენტული მაჩვენებელი მაღალი პრიორიტეტის გამოძახების შემთხვევისას, **თბილისში**⁵



რეგიონების შემთხვევაში, მაღალი პრიორიტეტის გამოძახებისას უფრო მეტია 8 წუთსა და ნაკლებ დროში რეაგირების მაჩვენებელი.

გრაფიკი N 2.5: 8 წუთსა და ნაკლებ დროში რეაგირების პროცენტული მაჩვენებელი მაღალი პრიორიტეტის გამოძახების შემთხვევისას, **რეგიონებში**



⁵ 2016 წლის (პირველი ნახევარი) მაჩვენებელი - 10% არ გულისხმობს მდგომარეობის გაუარესებას, მაჩვენებელი იგივეა 2015 წლის პირველი ნახევრის შემთხვევაშიც.

რეგიონებში მაღალი პრიორიტეტის გამომახებისას, რეაგირების საშუალო დრო, ყველაზე მეტი ხულოსა და შუახევშია, შესაბამისად, 42 და 46 წუთი. აღნიშნულის მიზეზი მუნიციპალიტეტის მაღალმთიანი რელიეფია.

მუნიციპალიტეტებს შორის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს ფოთი, სადაც მაღალი პრიორიტეტის შემთხვევაში გამომახების საშუალო დრო 8 წუთს შეადგენს და გამომახებათა 68%-ში სასწრაფოს რეაგირების დრო 8 წუთი ან ნაკლები დროა. ასევე, საუკეთესო პრაქტიკასთან ყველაზე მიახლოებული მაჩვენებელი რუსთავსა და ქუთაისშია, სადაც მაღალი პრიორიტეტის გამომახებათა რეაგირების საშუალო დრო, შესაბამისად, 10 და 13 წუთია.

ცხრილი N 2.2: მაღალი პრიორიტეტის გამომახების დროს რეაგირების საუკეთესო მაჩვენებლები რეგიონების მიხედვით 2015 წელს

მუნიციპალიტეტი/ თვითმმართველი ერთეული	საშუალო რეაგირება	8 წუთსა და ნაკლებ დროში რეაგირება (%)
ფოთი	0:08	68
რუსთავი	0:10	39
აბაშა	0:12	27
ქუთაისი	0:13	13
სენაკი	0:13	36

მიუხედავად იმისა, რომ ერთ ბრიგადაზე გამომახებების რაოდენობის სიდიდით, 66 მუნიციპალურ ერთეულს შორის რუსთავი მეოთხე ადგილზეა და ასევე, მაღალია ერთ ბრიგადაზე გამომახების რაოდენობა ფოთში, აღნიშნულ თვითმმართველ ერთეულებში ფიქსირდება საუკეთესო მაჩვენებელი მაღალ პრიორიტეტზე საშუალო რეაგირების დროის, ასევე მაღალი პრიორიტეტის ჯამურ გამომახებებში 8 წუთსა და ნაკლებ დროში რეაგირების პროცენტული მაჩვენებლით.

ფოთი და რუსთავი თვითმმართველი ქალაქებია, რომელთა მუნიციპალურ შემადგენლობაშიც არ არის სოფლები, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადებს უწევთ მხოლოდ ქალაქის მოსახლეობის ზარებზე რეაგირება. შესაბამისად, აღნიშნულ თვითმმართველ ერთეულებში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადებს საშუალოდ ნაკლები მანძილის გავლა უწევთ დანიშნულების ადგილამდე, ვიდრე იმ თვითმმართველ ერთეულებში არსებულ ბრიგადებს, რომელთა შემადგენლობაშიც შედის სოფლები. მაგალითად, გორის ბრიგადის გამომახებების 60% ქალაქის გამომახებებზე, 40% კი გორის რაიონში შემავალ სოფლებზე მოდის, სადაც მაღალი პრიორიტეტის შემთხვევაში საშუალო რეაგირების დრო 16 წუთია, მაშინ, როცა რუსთავის ბრიგადას მხოლოდ 1,1 %-ში უწევს რუსთავის გარეთ რეაგირება.

შესაბამისად, იმ ტერიტორიულ ერთეულებს (ფოთი, რუსთავი), რომლის შემადგენლობაშიც არ არის სოფლები, საშუალოდ უწევთ ნაკლები მანძილის გავლა და ნაკლები დრო სჭირდებათ დანიშნულების ადგილზე მისასვლელად, ვიდრე იმ ტერიტორიულ ერთეულებს (მაგალითად, გორი), რომელთაც მომსახურების გაწევა უწევთ ერთეულს მიკუთვნებულ სოფლებშიც.

დასკვნა

თავდაპირველი აუდიტით გაცემული რეკომენდაცია პრიორიტეტების დისპერეზიზაციის სისტემის დაწესებულებასთან დაკავშირებით შესრულებული არ არის. შესაბამისად, ვლინდება რომ მაღალი და საშუალო პრიორიტეტების გამომახვევებზე რეაგირების საშუალო დროები გაუარესებულია და მაჩვენებლები გაზრდილია თავდაპირველი აუდიტის - 2011-2012 წლების მონაცემებთან შედარებით, რაც თავის მხრივ რისკის ქვეშ აყენებს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. აღნიშნული პრიორიტეტების დისპერეზიზაციის სისტემა წარმოადგენს საფუძველს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის გამართული ფუნქციონირებისთვის, სისტემის დაწესებულება/ფუნქციონირება უზრუნველყოფდა:

- 1) პრიორიტეტების განსაზღვრას გამომახვევების მიხედვით;
- 2) მაღალი, საშუალო და დაბალი პრიორიტეტების გამომახვევების რელევანტურ დროში რეაგირებას, რაც, თავის მხრივ, შეამცირებდა პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების რისკს.

რეკომენდაცია

სსიპ „112“-ს:

პრიორიტეტების, შესაბამისი დროის ნიშნულის განსაზღვრის და შესაბამისად, პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების რისკის თავიდან აცილების მიზნით, სსიპ „112“-მა უზრუნველყოს:

- საქართველოს სპეციფიკის გათვალისწინებით, მიღებული ზარების რაოდენობის, რელიეფის, საგზაო ინფრასტრუქტურის მდგომარეობისა და რეგიონების განლაგებიდან გამომდინარე პრიორიტეტების განსაზღვრის დისპერეზიზაციის ოპტიმალური სისტემა/სისტემების შერჩევა;
- სისტემის შესაძენად/დასანერგად საჭირო დანახარჯების დაანგარიშება;
- პრიორიტეტების განსაზღვრის სისტემის არსებობის კრიტიკულად მაღალი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, რომელიც უზრუნველყოფს ოპტიმალურ რეაგირებას გამომახვევებზე შესაბამისი პრიორიტეტის მიხედვით, საკითხის დროული კომუნიკაცია შესაბამის საჯარო უწყებებთან და საჭიროების შემთხვევაში, საერთაშორისო/ადგილობრივ დონორებთან სისტემის დასანერგად საკმარისი რესურსების მოძიების მიზნით.

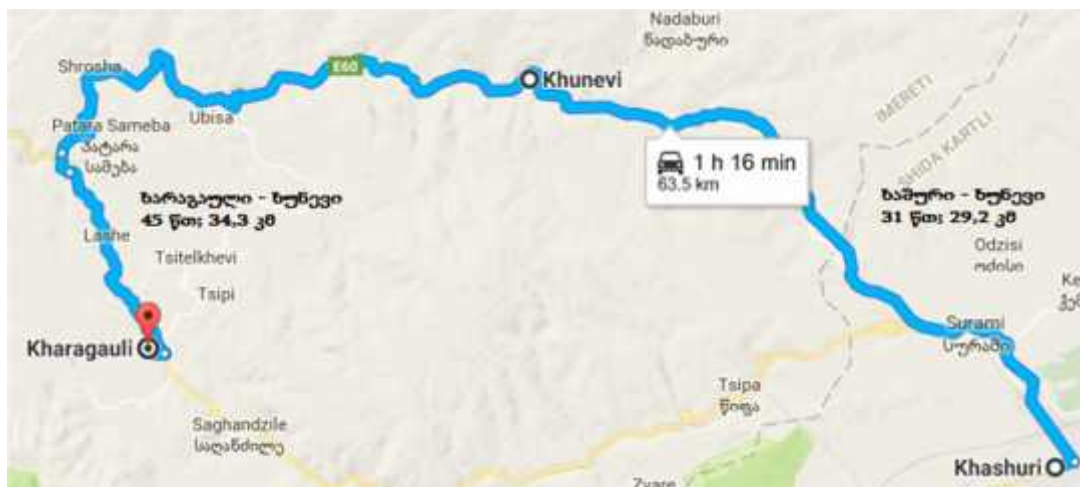
3. ბრიგადების ტერიტორიული გადანაწილება

თავდაპირველი აუდიტის შედეგები

ბრიგადების ტერიტორიული გადანაწილების 2011-2012 წლების მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოს რეგიონებში ბრიგადები არა ოპტიმალურად იყო განაწილებული. კერძოდ, მიუხედავად იმისა რომ მთავრობის დადგენილების მიხედვით დადგენილი მაჩვენებელი - ერთი ბრიგადა 30,000 მოსახლეზე - თითქმის ყველა მუნიციპალიტეტში დაცული იყო, მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა ერთ ბრიგადაზე ზარების რაოდენობა, ბრიგადების ტერიტორიული განაწილებისას არ იყო გათვალისწინებული გამოძახებების ისტორიული მაჩვენებლები (წინა წლების გამოძახებების სტატისტიკა).

აუდიტით ასევე გამოვლინდა, რომ ერთმანეთის მომიჯნავე თვითმმართველ ერთეულებში სხვადასხვა ოპერატორი კლინიკის არსებობის გამო კონკრეტული რაიონის ბრიგადას არ შეეძლო მეზობელი თვითმმართველი ერთეულიდან შემოსულ ზარზე რეაგირება, მიუხედავად იმისა რომ გამოძახება მეზობელი ტერიტორიული ერთეულიდან უფრო ახლოს მდებარეობდა. შესაბამისად, ირღვეოდა უახლოესი მანძილის პრინციპი და იზრდებოდა გამოძახებებზე რეაგირების დრო.

რუკა N 3.1: უახლოესი მანძილის პრინციპის გაუთვალისწინებლობა⁶



აღნიშნულ ნაკლოვანებებთან დაკავშირებით გაიცა შემდეგი რეკომენდაცია:

) მნიშვნელოვანია, რომ სამინისტრომ უზრუნველყოს ბრიგადების ოპტიმალური გადანაწილება და მისი პროპორციული დაფინანსება თვითმმართველი ერთეულების მიხედვით, როგორც მოსახლეობის რაოდენობისა და გეოგრაფიული პრინციპების, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნისა და მისი განმაპირობებელი სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორების გათვალისწინებით, გარდა გამოწვევის შემთხვევებისა;

⁶ სოფელი ხუნევი მიეკუთვნება ხარაგაულის მუნიციპალიტეტს, (შესაბამისად რეაგირება ხუნევის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა) თუმცა უფრო ახლოსაა ხაშურის მუნიციპალიტეტთან

შემდგომი რეაგირების აუდიტის შედეგები

რეგიონების სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრმა გამოძახებათა დატვირთულობის ანალიზის შედეგად, 2015 წელს მოახდინა რაიონული სამსახურების ბრიგადების რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია. რაც გულისხმობდა ყველაზე დაბალი დატვირთვის მქონე რაიონებიდან, მაღალი მაჩვენებლის მქონე რაიონებში ბრიგადების გადანაწილებას. ასევე, 2014 წლიდან ცენტრი გამოძახებათა მართვასა და შესაბამისი ბრიგადისათვის გადაცემას ახორციელებს უახლოესი თავისუფალი ბრიგადის პრინციპით, მიუხედავად იმისა თუ რომელ მუნიციპალიტეტს ეკუთვნის იგი.

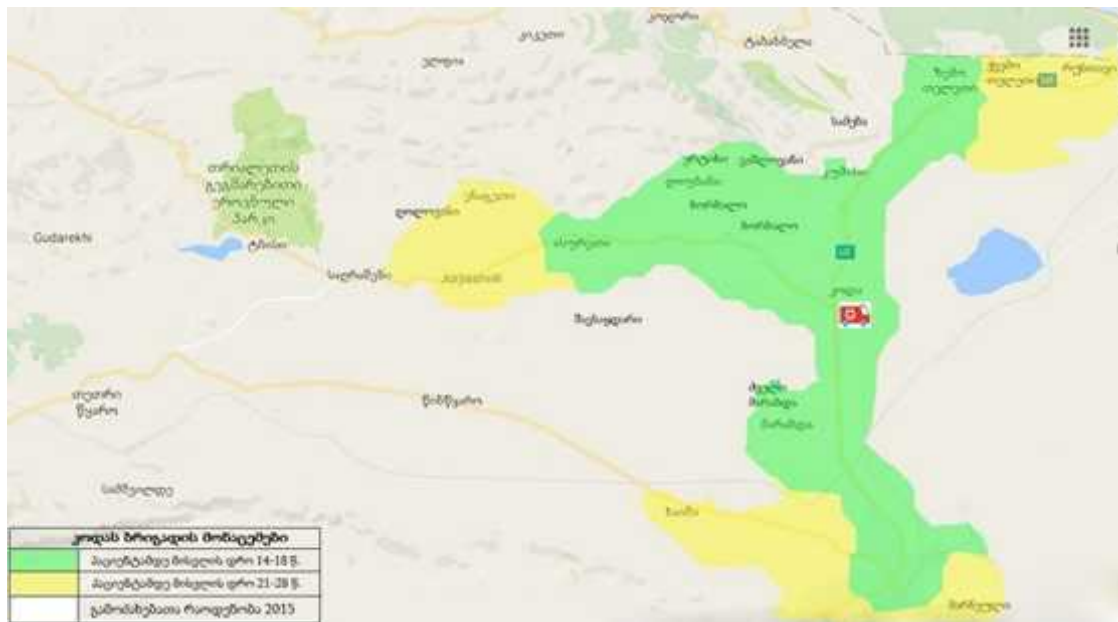
აღნიშნული გადაწყვეტილებები ხელს უწყობს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის უკეთესად ფუნქციონირებას, რაც, თავის მხრივ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მთავარი პრინციპის - რეაგირების დროის შემცირებას უწყობს ხელს.

შემდგომი რეაგირების აუდიტისას ჩატარებული ანალიზის მიხედვით, გამოვლინდა არსებული კარგი პრაქტიკის მაგალითი (სოფელი კოდა), რომელიც მნიშვნელოვნად ამცირებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების რეაგირების დროს და ასევე გარკვეული რეგიონები (მაგ. სოფელი წოდორეთი), სადაც კვლავ არსებობს გაუმჯობესების პოტენციალი.

კარგი პრაქტიკის მაგალითი: თეთრიწყარო, სოფელი კოდა

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა **თეთრიწყაროს** მუნიციპალიტეტის გამოძახებების ისტორია და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადების გეოგრაფიული განაწილება, რის შედეგადაც გამოვლინდა, რომ სოფელ კოდაში მდებარე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა მნიშვნელოვნად ამცირებს გამოძახებებზე რეაგირების დროს თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტში მდებარე 16 სოფელში, თავისი მომსახურებით ფარავს დიდ ტერიტორიას და ზარების მნიშვნელოვან რაოდენობას, რითაც მნიშვნელოვნად ეხმარება თეთრიწყაროში განლაგებულ სამედიცინო ბრიგადებს. ასევე, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ თავისი გეოგრაფიული ადგილმდებარეობიდან გამომდინარე, კოდას ბრიგადა დამატებით ემსახურება ქ. რუსთავს და სამ მოსაზღვრე მუნიციპალიტეტს - ჯამში 607 გამოძახება აქვს წელიწადში.

16 სოფელს ძირითადად 3 ბრიგადა ემსახურება, რომლებიც ტერიტორიულად სხვადასხვა ადგილას მდებარეობს: 2 ბრიგადა ქ. თეთრიწყაროში, ხოლო 1 - სოფელ კოდაში. ზარების რაოდენობა აღნიშნული სოფლების მიმართულებით წლის განმავლობაში შეადგენს 1,515-ს, საიდანაც 994-ს კოდის ბრიგადა ასრულებს. ზარის რეგისტრაციიდან პაციენტთან მისვლის დროის ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ კოდიდან გამოსული ბრიგადა ორჯერ უფრო სწრაფად ახერხებს დანიშნულების ადგილამდე ჩასვლას, ვიდრე თეთრიწყაროდან გამოსული მანქანა, რაც კარგ პრაქტიკას წარმოადგენს. აღნიშნული შედეგი განპირობებულია კოდას ტერიტორიაზე სასწრაფოს ბრიგადის ოპტიმალურად გადანაწილებით, კერძოდ იმით, რომ ყველა ის სოფელი, რომლიდანაც ძირითადი ზარების ნაკადი შემოდის, კოდიდან საშუალოდ 11 კმ-ის რადიუსში მდებარეობს.

რუკა N 3.2: კოდას ტერიტორიაზე ბრიგადის ოპტიმალური მდებარეობა

აღნიშნული ცვლილებები წარმოადგენს კარგ პრაქტიკას და მნიშვნელოვნად ამცირებს გამოძახების ადგილამდე ბრიგადის მისვლის დროს.

ტერიტორიული ერთეულები გაუმჯობესების პოტენციალით**სოფელი შაქრიანი**

სოფელ კოდას ბრიგადის მაგალითის გათვალისწინებით, აუდიტის ჯგუფმა თეთრიწყაროსა და ყვარლის მუნიციპალიტეტებში გამოავლინა ის პოტენციური ადგილები, სადაც ბრიგადის საწყისი ადგილმდებარეობის შეცვლით, რაც ზარების რაოდენობის გათვალისწინებით დაახლოებით დასაფარ ტერიტორიებამდე საშუალო მანძილის შემცირებას გულისხმობს, შესაძლებელია ზარებზე რეაგირების დროის შემცირება. შერჩევის დროს გათვალისწინებულ იქნა ზარების ისტორიული რაოდენობა, მოსახლეობის რაოდენობა, მანძილი და ცენტრალურ გზასთან სიახლოვე.

2015 წლის გამოძახებათა მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ კახეთის რეგიონში, სოფელ შაქრიანში ბრიგადის გადაყვანით შესაძლებელი იყო ყვარლის მუნიციპალიტეტში მდებარე 6 სოფლისთვის, რომელთა მოსახლეობის ჯამი ყვარლის მოსახლეობის 27% - ს (8247 კაცი) და გამოძახებათა 21%-ს შეადგენს, გამოძახებებზე დროის შემცირება.

რუკა N 3.3: სოფელ შაქრიანში ბრიგადის გადაყვანა

კერძოდ, აღნიშნული სოფლების მიმართულებით ბრიგადის გასვლა ძირითადად, ყვარლიდან ხორციელდებოდა და დასაფარი მანძილი საშუალოდ, 20 კმ-ს შეადგენდა, შაქრიანში ბრიგადის გადაადგილებით შესაძლებელი გახდებოდა ზემოაღნიშნული სოფლების მიმართულებით დასაფარი გზა დაახლოებით, 10 კმ-ით შემცირებულიყო, რაც რეაგირების დროს მნიშვნელოვნად შეამცირებდა. ზემოაღნიშნულის გარდა, დამატებით შესაძლებელი გახდებოდა მანძილის საშუალოდ, 8 კმ-ით შემცირება თელავის მუნიციპალიტეტში მდებარე 7 სოფლისთვის, რომელთა მოსახლეობა თელავის მუნიციპალიტეტის 11%-ს შეადგენს და თელავის ბრიგადის მთლიან გამოძახებებში 10% უჭირავს.

ასევე, თეთრიწყაროდან წინწყაროში ბრიგადის გადაადგილებით შესაძლებელია გამოძახებათა 25% - ის რეაგირების დროის გაუმჯობესება.

რუკა N 3.4: სოფელ წინწყაროში ბრიგადის გადაყვანა

კერძოდ, მარნეული-თეთრიწყარო-წალკის გზის მიმდებარე სოფლებს ძირითადად ორი ბრიგადა ემსახურება და გამომახებები სოფლების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება:

ცხრილი N 3.1: განხორციელებული ზარების რაოდენობა

რაიონული ცენტრის/სოფლის დასახელება	ზარების რაოდენობა
თეთრიწყარო	1598
თეთრიწყაროს სიახლოვეს მდებარე სოფლები	918
წინწყარო	484
წინწყაროს სიახლოვეს მდებარე სოფლები	364

ზემოთ მოცემული გრაფიკიდან ჩანს, რომ ზარების ძირითადი ნაკადი ქ. თეთრიწყაროს, სოფელ წინწყაროსა და მასთან ახლოს მდებარე სოფლებზე მოდის. თეთრიწყაროდან გამოსული ბრიგადა წინწყაროსა და მასთან მიმდებარე სოფლებში მისასვლელად, საშუალოდ, 35 წუთს ანდომებს, რაც შეიძლება პაციენტისთვის სერიოზულ რისკებთან იყოს დაკავშირებული. ერთი ბრიგადის წინწყაროში გადაადგილებით, ზემოთ აღნიშნულ სოფლებში მისასვლელი გზა საშუალოდ, 8 კმ-ით შემცირდებოდა, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა გამომახებაზე რეაგირების დროს და შეამცირებდა ლეტალობის რისკს.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემაში დროული რეაგირების მაღალი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია ბრიგადების ისეთ ლოკაციებზე გადაჯგუფება, ან რესურსის არსებობის შემთხვევაში დამატება, რაც უზრუნველყოფს პოტენციურ დანიშნულების ადგილებამდე მისასვლელი საშუალო დროის მინიმიზაციას, ზარების რაოდენობის გათვალისწინებით.

ბრიგადების არაოპტიმალური გასვლა და ტერიტორიული ერთეულის არაოპტიმალურად მიკუთვნება

როგორც ზემოთ აღინიშნა, 2014 წლიდან რეგიონებში ბრიგადები უახლოესი მანძილის პრინციპით რეაგირებენ ზარებზე, მიუხედავად იმისა, თუ რომელ მუნიციპალიტეტს ეკუთვნის ბრიგადა და გამომახების ადგილი. მიუხედავად მნიშვნელოვანი დადებითი ტენდენციისა, კვლავ გამოვლინდა უახლოესი მანძილის გაუთვალისწინებლობის შემთხვევები, როგორც რეგიონის, ასევე თბილისის შემთხვევაში.

ქარელი

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა ხაშურისა და გორის ბრიგადების მიერ განხორციელებული გამომახებები ქარელის მუნიციპალიტეტში შემავალი სოფლების მიმართულებით. ანალიზის დროს გათვალისწინებული იყო მანძილი ხაშურიდან და გორიდან ქარელის მიმართულებით, ასევე, ხომ არ იყო სხვა რაიონების ბრიგადის რეაგირება ქარელის ბრიგადების გაუმართაობით გამოწვეული, და გაანალიზდა ასევე ხაშურის ბრიგადის ქარელში გასვლისას, ხაშურის ბრიგადის იმდროინდელი მდებარეობა. აღნიშნული ფაქტების გათვალისწინებით გამოვლინდა, რომ შესრულებულ გამომახებათა **63 შემთხვევაში**, ინციდენტზე გასულ ბრიგადას უფრო დიდი მანძილის დაფარვა მოუწია,

ვიდრე მოუწევდა ქარელის ბრიგადას, რაც ეწინააღმდეგება ოპტიმალური მანძილის შერჩევის პრინციპს.

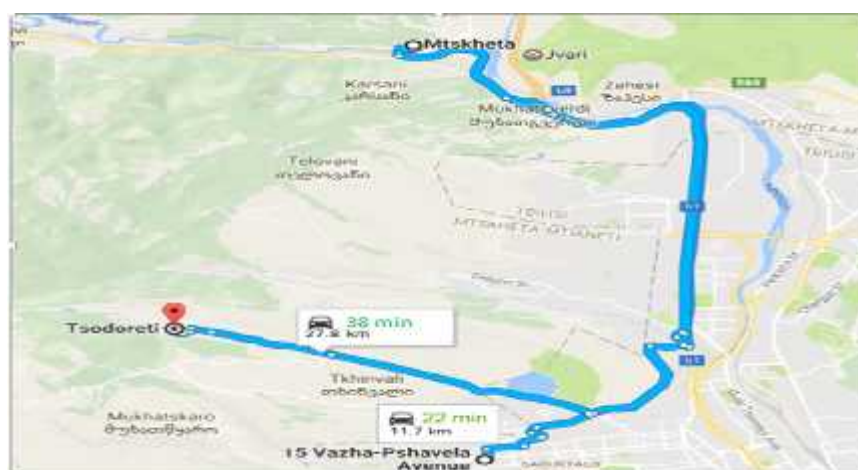
აღსანიშნავია, რომ 2017 წლიდან რეგიონული სსდ ცენტრი ბრიგადების გადამისამართებას უზრუნველყოფს gps⁷ სისტემის გამოყენებით. ზარის დაფიქსირებისას, ცენტრს საშუალება აქვს დააფიქსიროს ყველა სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადის ადგილმდებარეობა და აგრეთვე თავისუფალია, თუ არა ბრიგადა, შესაბამისად, ცენტრი ამისამართებს იმ ბრიგადას, რომელიც ყველაზე ახლოს იმყოფება გამოძახების ადგილთან, მიუხედავად იმისა, თუ რომელ მუნიციპალიტეტს ეკუთვნის ბრიგადა. აღნიშნული სისტემა ხელს უწყობს უახლოესი მანძილის დაცვას და რეაგირების დროის შემცირებას.

წოდორეთი

არსებული მდგომარეობით, თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი პასუხისმგებელია ზარებზე, რომლებიც შემოდის ქ. თბილისიდან და მის შემადგენლობაში მყოფი დასახლებებიდან, ხოლო საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი პასუხისმგებელია მუნიციპალიტეტებსა და მის შემადგენლობაში მყოფი სოფლებიდან ზარებზე რეაგირებაზე. თუმცა, გამოვლინდა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ტერიტორიული მიკუთვნების მიხედვით, სასწრაფოს რეაგირება არაოპტიმალურია, **კერძოდ:**

მცხეთის მუნიციპალიტეტში შემავალ სოფლებს - მუხათწყაროსა და წოდორეთს ემსახურება მცხეთის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული სოფლები თბილისთან უფრო ახლოს მდებარეობს ვიდრე მცხეთასთან. სოფელ წოდორეთამდე მისასვლელად მცხეთის ბრიგადას თბილისის გავლა უწევს, რისთვისაც დაახლოებით 40 წუთი სჭირდება, თბილისიდან, კერძოდ, საბურთალოს რაიონიდან კი აღნიშნულ სოფლებამდე მისასვლელად საჭიროა 15-20 წუთი. 2015 წლის გამოძახებების ანალიზით გამოვლინდა, რომ წოდორეთში იმ პაციენტებთან მისვლის დრო, რომელთაც შემდეგ ჰოსპიტალიზაცია დასჭირდათ, საშუალოდ 45 წუთს შეადგენს.

რუკა N 3.5: სოფელ წოდორეთის არაოპტიმალური მიკუთვნება



⁷ Global positioning system

აღნიშნულ შემთხვევაში, მცხეთის სოფლების მიკუთვნება მცხეთის სამედიცინო ბრიგადებისთვის არაოპტიმალურია. იმის გამო, რომ სოფელი წოდორეთი მიეკუთვნება მცხეთის მუნიციპალიტეტს, სასწრაფოს ბრიგადას უხდება ორჯერ მეტი მანძილის გავლა სოფელში მისასვლელად, ვიდრე დასჭირდებოდა თბილისის სასწრაფოს. აღნიშნული წარმოადგენს პრობლემას როგორც სოფლის, ასევე მცხეთის მოსახლეობისთვის, რადგან დიდი მანძილის გავლის გამო, ხდება მცხეთის სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადების დიდი ხნით დაყოვნება და შესაბამისად, მცხეთის სხვა დასახლებებში რეაგირების დროის გაზრდა.

დასკვნა

შემდგომი რეაგირების აუდიტით გამოვლინდა, რომ განხორციელებულია მნიშვნელოვანი პოზიტიური ცვლილებები რეგიონებში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის უკეთესად ფუნქციონირებისთვის - მუნიციპალიტეტებში სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადები რეაგირებენ უახლოესი მანძილის პრინციპით, კონკრეტული ბრიგადები არ რეაგირებენ მხოლოდ მიკუთვნებულ მუნიციპალიტეტებში არსებულ დასახლებებში.

თუმცა, გამოვლინდა, რომ კვლავ არსებობს გაუმჯობესების პოტენციური გარკვეული მიმართულებით: გამოიკვეთა თბილისის მომიჯნავე ზოგიერთი დასახლება, რომელიც ადმინისტრაციულად ეკუთვნის რეგიონულ მუნიციპალიტეტებს, და შესაბამისად, მათზე რეაგირებს რეგიონული ბრიგადა, აღნიშნული დასახლებების თბილისთან მიკუთვნებით შესაძლებელი იქნებოდა რეაგირების დროის შემცირება.

რეკომენდაციები

პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკების შესამცირებლად:

- 1) სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრმა უზრუნველყოს გამოძახებების შესახებ ინფორმაციის პერიოდული დამუშავება და ანალიზი, კონკრეტული ლოკაციების მიხედვით ზარების დიდი რაოდენობის გამოვლენა და შემდგომ, აღნიშნული ანალიზის გამოყენება ბრიგადების ოპტიმალურად განლაგების მიზნით;

ჯანდაცვის სამინისტროს და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრებს:

- 1) თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრებმა გამოავლინონ ის ტერიტორიული ერთეულები, სადაც თბილისში მდებარე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრებიდან შესაძლებელია მომიჯნავე/მეზობელ ტერიტორიულ ერთეულებთან შედარებით უფრო სწრაფი რეაგირების განხორციელება და უწყებების შეთანხმების საფუძველზე, ასეთი ერთეულები მიაკუთვნონ შესაბამის (თბილისის ან რეგიონების) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრებს.

4. ჰოსპიტალიზაცია

თავდაპირველი აუდიტის შედეგები

2013 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა, ასევე, შეისწავლა ჰოსპიტალიზაციის საკითხი და გამოავლინა შემდეგი ნაკლოვანებები:

-)/ თბილისსა და რეგიონებში უახლოეს კლინიკაში გადაყვანის პრინციპის დარღვევა;
-)/ თბილისში, კლინიკების მიერ პაციენტის მიღებაზე უარი სხვადასხვა მიზეზის გამო (პაციენტის სოციალური სტატუსი, გადახდისუნარიანობა, კლინიკის დატვირთვა);
-)/ სხვადასხვა კლინიკის უკმაყოფილება სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ პაციენტის აღნიშნულ კლინიკაში არ მიყვანის შესახებ.

არსებული პრობლემების აღმოფხვრის მიზნით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გასცა შემდეგი რეკომენდაცია:

მნიშვნელოვანია, რომ სამინისტრომ უზრუნველყოს ქვეყნის მასშტაბით პასპორტიზაციის, ჰოსპიტალიზაციის ერთიანი სქემის (სისტემის, რომელიც უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას კლინიკებში არსებული სამედიცინო მომსახურებების, თავისუფალი სამედიცინო პერსონალის და ადგილების შესახებ) არსებობა და მათი პრაქტიკაში გამოყენება. აღნიშნული გაამარტივებს პაციენტების ჰოსპიტალში გადამისამართების პროცესის მართვასა და ორგანიზებას. სამინისტრომ, ასევე, უნდა უზრუნველყოს კლინიკების მიერ ჰოსპიტალიზებული პაციენტის მიღებაზე უარის შემთხვევების განხილვა, მიზეზების დადგენა და მსგავსი შემთხვევების თავიდან აცილების მიზნით მათზე რეაგირება, რათა დაცულ იქნეს კრიტიკულ შემთხვევებში უახლოეს კლინიკაში გადაყვანის პრინციპი და არ დაზარალდეს მძიმე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი.

შემდგომი რეაგირების აუდიტის შედეგები

ზოგადი მიმოხილვა

როგორც პირველად ზარზე დროული რეაგირება, ასევე პაციენტის შემდგომი ჰოსპიტალიზაცია, მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემაში. ჰოსპიტალიზაციისას მნიშვნელოვანია დროული რეაგირება, რომელიც პაციენტის უახლოესი მანძილის პრინციპის დაცვით საავადმყოფოში გადაყვანას გულისხმობს, და ასევე პაციენტის ჯანმრთელობისთვის მნიშვნელოვანია, სწორად მოხდეს საავადმყოფოს შერჩევა - საავადმყოფოში არსებული სამედიცინო ნებართვები შეესაბამებოდეს პაციენტის მდგომარეობის სამკურნალო საჭიროებებს.

შემდგომი რეაგირების აუდიტის ფარგლებში სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით შეისწავლა შემდეგი საკითხები:

-) ჰოსპიტალიზაციის წესი - საავადმყოფოებში გადამისამართების კრიტერიუმები;
-) ჰოსპიტალიზაციისას საავადმყოფოებში არსებული ნებართვების ბაზების გამოყენება თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის მიერ;
-) თბილისის მასშტაბით ჰოსპიტალიზაციისას არატერიტორიული გასვლები;
-) პაციენტების მიყვანა მკურნალობისთვის საჭირო ნებართვების მქონე საავადმყოფოებში.

ისევე, როგორც საერთო გამოძახებების რიცხვი, მზარდი ტენდენციაა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაშიც.

ცხრილი N4: ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები პრიორიტეტების მიხედვით:

წელი	ჰოსპიტალიზაცია	მაღალი	საშუალო	დაბალი	დაბალი და საშუალო პრიორიტეტის წილი
2014	124,394	80,634	21,783	21,977	35 %
2015	149,916	99,264	26,945	23,707	34 %
2016 (I ნახევარი)	87,381	58,781	15,161	13,439	33 %

თბილისის მასშტაბით ჰოსპიტალიზაციის დაწყების და დასრულების ელექტრონულ პროგრამაში აღწერა სსიპ „112-ის“ მიერ ხორციელდება 2015 წლის სექტემბრიდან. იქიდან გამომდინარე, რომ პროგრამა ახალი დანერგილია და სატესტო რეჟიმშია, ჰოსპიტალიზაციის დაახლოებით 30%-ს აქვს მინიჭებული დაწყების და დასრულების დრო. არსებული მონაცემების მიხედვით, 2015 და 2016 წლებში ჰოსპიტალიზაციის დაწყებასა და დასრულებას შორის დრო საშუალოდ 13 წუთს შეადგენს, რაც კარგ პრაქტიკას წარმოადგენს. თუმცა, ჰოსპიტალიზაციის მხოლოდ 30 %-ის აღწერა მონაცემთა ბაზაში არ იძლევა ანალიზის და შესაბამისად, სრული სურათის დანახვის საშუალებას.

4.1 ჰოსპიტალიზაციის წესის ნაკლოვანებები

ჰოსპიტალიზაციის წესი და პაციენტის გადაყვანის კრიტერიუმები ქვეყნის მასშტაბით ნორმატიული აქტით დამტკიცებული არ არის, თუმცა ქ. თბილისის მერიის სსიპ - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებისას ხელმძღვანელობს 2014 წლის პირველ იანვარს დამტკიცებული ჰოსპიტალიზაციის წესის და სქემის მიხედვით⁸, რომელიც აუდიტის მიერ კრიტერიუმად იქნა გამოყენებული.

თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის ჰოსპიტალიზაციის მენეჯერები ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებისას, პაციენტის სამედიცინო მდგომარეობის მიხედვით განსაზღვრავენ შესაბამის დაწესებულებას, სადაც უნდა მოხდეს პაციენტის გადაყვანა. პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის პირობა თანხმდება ცენტრის სამედიცინო ბრიგადების მონიტორინგის სამსახურის ჰოსპიტალიზაციის მენეჯერთან, შემდეგი მონაცემების გათვალისწინებით:

-) პაციენტის სურვილი (კლინიკის არჩევანი);
-) ტერიტორიული პრინციპი;
-) კლინიკის არსებული სერვისები.

საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით⁹, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების შემთხვევაში, ხდება პაციენტის სამედიცინო მდგომარეობის სამკურნალოდ აუცილებელი ნებართვების მქონე დაწესებულებების შერჩევა, შემდგომ ასეთი დაწესებულებებიდან ხდება უახლოესი მათგანის შერჩევა, ხოლო უახლოეს მანძილზე რამდენიმე დაწესებულების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტს ეძლევა არჩევის შესაძლებლობა.

ამავე პრაქტიკის მიხედვით, იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი მოითხოვს ისეთ დაწესებულებაში გადაყვანას, რომელიც ტერიტორიულად ოპტიმალური არ არის, პაციენტის გადაყვანა აღნიშნულ დაწესებულებაში ხდება პაციენტის ხელმოწერის შემდეგ (თუ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა იძლევა საშუალებას), რომლის მიხედვითაც, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება თავისუფლდება პასუხისმგებლობისგან პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი გაუარესების შემთხვევაში.

⁸ ქალაქ თბილისის მერიის სსიპ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის დირექტორის ბრძანება N8, 31/12/2013

⁹ <http://dhs.lacounty.gov/wps/portal/dhs/ems/>

4.2 სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული სამედიცინო ნებართვები

ინფორმაციის კოორდინაციის ნაკლოვანებები თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრსა და სამინისტროს შორის

ჯანდაცვის სამინისტროში 2013 წელს შეიქმნა კლინიკების მონაცემთა ბაზა - პასპორტიზაციის სისტემა, რომელიც მოიცავდა ინფორმაციას სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული იმ მომსახურებების შესახებ, რომელთა მიწოდებაც კლინიკებს 24 საათის ან სხვა პერიოდულობით შეეძლოთ.

ცენტრის ინფორმაციით, აღნიშნულ პასპორტიზაციის სისტემაში არ ხდება ინფორმაციის დროული განახლება. კერძოდ, სისტემაში არ აისახება:

-)/ დაწესებულებების მიერ მიღებული ან/და გაუქმებული ნებართვები,
-)/ მუდმივად განახლებადი ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებში თავისუფალი ადგილების და,
-)/ სამედიცინო პერსონალის შესახებ კონკრეტულ პერიოდში.

შესაბამისად, ცენტრს უწევს საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, მხოლოდ იმ დაწესებულებებიდან, რომლებიც ცენტრთან თანამშრომლობენ (37 დაწესებულება) მიიღონ უახლესი ინფორმაცია ნებართვების შესახებ. ერთიანი, **სრულყოფილად მოქმედი პასპორტიზაციის სისტემის გარეშე, ცენტრი მოკლებულია ინფორმაციას კლინიკებში არსებული მდგომარეობის შესახებ** - სამედიცინო ნებართვები, საქმიანობის პროფილი, თავისუფალი ადგილები და ოპტიმალური ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო სხვა საკითხები.

2015 წლის მონაცემებით, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბაზების ანალიზით ჩანს, რომ პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია თბილისის მასშტაბით განხორციელდა 100 დაწესებულებაში, რომლებიც შერჩეული იყო ამ დაწესებულებებში პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად საჭირო მომსახურების ნებართვების არსებობის მიხედვით.

საავადმყოფოების ნებართვების შესახებ მონაცემთა ბაზები

ჯანდაცვის სამინისტრო აკონსოლიდირებს და აახლებს ინფორმაციას ჰოსპიტალური დაწესებულებების მიერ შესაბამის სპეციალობაში/მომსახურებაში ნებართვების მიღების შესახებ. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ აუდიტისთვის წარმოდგენილ ბაზაში მოცემულია ინფორმაცია 156 დაწესებულების შესახებ, კერძოდ, რა კონკრეტულ საქმიანობაში ფლობს ნებართვას სამედიცინო დაწესებულება და როდის აქვს მინიჭებული სანებართვო უფლება.

თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი (ცენტრი) არ იყენებს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ კონსოლიდირებულ ბაზებს სამედიცინო დაწესებულებების ნებართვებთან დაკავშირებით, რადგან პასპორტიზაციის სისტემის გაუმართაობის გამო ცენტრი საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში აახლებს ინფორმაციას დაწესებულებებში არსებული მომსახურებების შესახებ. ცენტრი დაწესებულებებს უგზავნის შესავსებ ფორმას, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას ჰოსპიტალის საქმიანობის ტიპების, 24-საათიანი სერვისის მიწოდების, სამედიცინო დაწესებულებაში მოწვეული ექიმ-სპეციალისტის კონკრეტულ დღეებში ყოფნის შესახებ. აღნიშნული ფორმის მიხედვით, ცენტრი

ინფორმაციას პერიოდულად იღებს მხოლოდ 37 დაწესებულებიდან. სამკურნალო დაწესებულებები სამედიცინო დახმარების ცენტრს უგზავნიან ინფორმაციას იმ ნებართვების შესახებ, რომელთან დაკავშირებული პაციენტების მიღებაც სურს დაწესებულებას, ყველა ნებართვის შესახებ ცენტრი ინფორმაციას არ ფლობს.

შესაბამისად, ნებართვების შესახებ ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული და სამკურნალო დაწესებულებების მიერ ცენტრისთვის შევსებულ ფორმებში არსებული ინფორმაცია ერთმანეთს არ ემთხვევა. მაგალითად, 37-დან 5 დაწესებულების შემთხვევაში, ცენტრში მიღებულია ინფორმაცია 2015 წლის მდგომარეობით, ხოლო იმავე დაწესებულებებს შემდგომ პერიოდში დამატებით მიღებული აქვთ გარკვეული სამედიცინო საქმიანობის ნებართვა, რაც არ არის ასახული ცენტრის ბაზაში.

შესაბამისად, არასრული ინფორმაციისა და მზარდი გამოძახებების პირობებში, არსებობს რისკი იმისა, რომ ვინაიდან ცენტრი ფლობს მხოლოდ არასრულ ინფორმაციას არსებული ნებართვის შესახებ, პაციენტმა ვერ მიიღოს დროული დახმარება.

ცხრილი N 4.2: ნებართვების შესახებ არსებულ ინფორმაციებს შორის განსხვავება

დაწესებულება	ნებართვა	ცენტრი	ჯანდაცვის სამინისტრო
შპს მ. შარაშიძის სამედიცინო ცენტრი	ნეონატოლოგია	✗	✓
შპს სამკურნალო სადიაგნოსტიკო ცენტრი „სამგორი მედი“	ქირურგია	✗	✓
შპს თბილისის ზღვის ჰოსპიტალი	ნეიროქირურგია	✗	✓
კარდიოლოგიური კლინიკა „გული“	რეანიმაცია	✗	✓
შპს „მედიკორჯია“	ნეიროქირურგია	✗	✓
შპს „ნიუ ჰოსპიტალს“	ნეონატოლოგია	✗	✓
შპს წინამძღვრიშვილის სახელობის კარდიოლოგიის ცენტრი „გერმანულ-ქართული კლინიკა“	რეანიმაცია	✗	✓
შპს აკადემიკოს გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი	ქირურგია, რეანიმაცია	✗	✓
შპს აკადემიკოს ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	ნეონატოლოგია	✗	✓
სს კ. ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ეროვნული ცენტრი	ინტერვენციული კარდიოლოგია	✗	✓
შპს მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო	ინტერვენციული კარდიოლოგია	✗	✓

4.3 არატერიტორიული და შესაბამისი ნებართვის არ მქონე დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზაცია

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის გამართული ფუნქციონირებისათვის ორ უმნიშვნელოვანეს ასპექტს წარმოადგენს: დროული რეაგირება, და შემდგომ, ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებისას, რელევანტური სამედიცინო დაწესებულების შერჩევა. აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მოხდეს იმ დაწესებულებაში, რომლის ნებართვა/ლიცენზია თანხვედრაშია პაციენტის მდგომარეობასთან.

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბაზების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა ორივე საკითხთან: არატერიტორიული ან ნებართვის არ მქონე საავადმყოფოში გადაყვანა - დაკავშირებული ნაკლოვანებები. **მაგალითად:**

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების მიმწოდებლებისთვის პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის სქემა¹⁰ შედგება სამი ძირითადი ნაწილისგან:

1. ტრავმის/დაზიანების ტრიაჟი¹¹;
2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ინსულტი;
3. სხვა დაავადებები/მდგომარეობები (ინფექციური დაავადებები, ორსულები და სხვა).

აღნიშნული ბრძანების მიხედვით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს პაციენტის გადაყვანა უნდა მოხდეს ისეთ დაწესებულებაში, რომელიც ახორციელებს კარდიოლოგიურ სერვისს და ფლობს სანებართვო დანართს **ინტერვენციულ კარდიოლოგიაში**. ინსულტის მართვისას ჰოსპიტალიზაცია უნდა განხორციელდეს დაწესებულებაში, რომელიც ფლობს სტაციონალური დაწესებულების ნებართვას და სანებართვო დანართებს საქმიანობებში: ნეიროქირურგია, რეანიმაცია, რადიოლოგია. ასევე უნდა ახორციელებდეს ნევროლოგიას და გააჩნდეს კომპიუტერული ტომოგრაფი ან/და ბირთვული მაგნიტური რეზონანსი.

2015 წლის თბილისის ჰოსპიტალიზაციის ბაზის ანალიზისას გამოვლინდა რომ,

(1) 693 შემთხვევაში, გულის და ტკივილი გულის არეში დიაგნოზისას პაციენტები გადაყვანილი იყვნენ დაწესებულებებში, რომელთაც არ ჰქონდათ ნებართვა ინტერვენციულ კარდიოლოგიაში. აუდიტის ჯგუფმა დამატებითი ანალიზისთვის შეისწავლა **104** შემთხვევა, საიდანაც 21 შემთხვევაში ზარის მოტივი არასწორად იყო განსაზღვრული და არ უკავშირდებოდა გულთან დაკავშირებულ პრობლემებს. 34 შემთხვევაში პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია განხორციელდა შეთანხმებით, ან პაციენტის მოთხოვნით. გულთან დაკავშირებული სწორი დიაგნოზიდან - 38 შემთხვევაში პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია განხორციელდა ერთ-ერთ სამკურნალო დაწესებულებაში, რომელსაც აღნიშნულ პერიოდში არ გააჩნდა ინტერვენციული კარდიოლოგიის ნებართვა, მაგრამ

¹⁰ ქალაქ თბილისის მერიის სსიპ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის დირექტორის ბრძანება N8, 31/12/2013

¹¹ სამედიცინო დახარისხება, სირთულის მიხედვით

დიაგნოზების მართვას ახორციელებდა ემერჯენსისა და კარდიოლოგიური განყოფილების ხარჯზე.

(2) ასევე გამოვლინდა 335 შემთხვევა, როდესაც ისნის რაიონში გამოძახებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მიერ, შემდგომში პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია მოხდა დიდმის მასივში არსებულ საავადმყოფოებში (იმის გათვალისწინებით, რომ ისნის რაიონში განლაგებულია ბევრი მრავალპროფილური საავადმყოფო), რაც, თავის მხრივ ეწინააღმდეგება ჰოსპიტალიზაციისას უახლოესი მანძილის პრინციპის დაცვას.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისას შესაძლოა ჰოსპიტალიზაცია განხორციელდეს პაციენტის სურვილის საფუძველზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებისას ფორმდება პაციენტის სამედიცინო ბარათები, სადაც მითითებულია პაციენტის ასაკი, საცხოვრებელი, სამედიცინო მდგომარეობა და სხვა საკითხებთან ერთად, ასევე ხდება მითითება ჰოსპიტალიზაციისას კონკრეტული დაწესებულების შერჩევა მოხდა თუ არა პაციენტის მიერ.

დამატებითი ანალიზისათვის, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა შეისწავლა არატერიტორიული რეაგირების შემთხვევების 21 სამედიცინო ბარათი. გამოვლინდა, რომ არატერიტორიული გასვლები ძირითადად დაკავშირებულია პაციენტის მიერ კონკრეტული საავადმყოფოს მოთხოვნასთან.

ისნიდან პაციენტის დილომში ტრანსპორტირების გარდა, ასევე გამოვლინდა არატერიტორიული გადაყვანების შემთხვევები კონკრეტული ქუჩების დონეზეც.

საბურთალოს რაიონის 3 ქუჩის ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ მაღალი პრიორიტეტის გამოძახების შემთხვევაში, ჰოსპიტალიზაციის 50 %-ში პაციენტები სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილი არიან უახლოესი პრინციპის დარღვევით.

ცხრილი N 4.3: საბურთალოს რაიონის გამოძახებები

გამოძახების ადგილი - სულ ქ. თბილისი	სულ	ვაკე-საბურთალო	სხვა	არატერიტორიული გადაყვანა (%)
ადამ მიცკევიჩის ქუჩა	163	78	85	52.1
ალექსანდრე ყაზბეგის ქუჩა	525	260	265	50.5
ვაჟა-ფშაველას გამზირი	1898	938	960	50.6

სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ჰოსპიტალიზაცია ხშირად პაციენტის მიერ მოთხოვნილ დაწესებულებებში ხორციელდება, მაგალითად, "X" კარდიოლოგიის ცენტრში განხორციელებული 3900 ჰოსპიტალიზაციიდან 2976 (76%) განხორციელდა პაციენტების მოთხოვნით.

დასკვნა

პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების და პასპორტიზაციის სისტემის გაუმართაობის გამო, ვერ იქმნება პაციენტის ოპტიმალურად ჰოსპიტალიზაციის და თვითნებური ჰოსპიტალიზაციის პრაქტიკის თავიდან აცილების საფუძველი. გარკვეულ შემთხვევებში ხდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისას უახლოესი მანძილის პრინციპის უგულებელყოფა და მათი ისეთ დაწესებულებაში მიყვანა, სადაც არ არის პაციენტის მისაღები ხარისხით მკურნალობისათვის საჭირო პირობები. ეს კი მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტის კრიტიკულ მდგომარეობაში ყოფნისას დაგვიანებული რეაგირების და საჭირო მომსახურების ვერ მიღების რისკს, იმის გათვალისწინებით, რომ ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება თავისთავად უკვე გულისხმობს პაციენტის მძიმე მდგომარეობას.

ზემოაღნიშნული ფაქტორები გარდა ხარისხობრივი მნიშვნელობისა, ასევე ქმნის სისტემის გაუმჭირვალობის და რესურსების არამიზნობრივად გამოყენების რისკებს.

რეკომენდაციები

კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესების რისკის შემცირების მიზნით,

ჯანდაცვის სამინისტრომ და თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრმა დახვეწოს:

- 1) არსებული პასპორტიზაციის სისტემა, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის (მოქმედი ნებართვები, მომსახურების პროფილი, სამედიცინო პერსონალის მზადყოფნა, თავისუფალი ადგილები და ა.შ.) შესახებ ინფორმაციის მუდმივ რეჟიმში ასახვა, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრს ჰოსპიტალიზაციის ოპტიმალურად განხორციელებაში;
- 2) პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები, შესაბამისად, პაციენტის გადაყვანისას პრიორიტეტი მიენიჭოს პასპორტიზაციის სისტემის მონაცემებს და უახლოესი მანძილის პრინციპის დაცვას.

ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა:

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 197;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N 01-465;

ქალაქ თბილისის მერიის სსიპ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრის დირექტორის ბრძანება N 8;

ქალაქ თბილისის მთავრობის დადგენილება N 29.07.1439;

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის საკრებულოს დადგენილება N 20-88.

სახელმძღვანელოები და პუბლიკაციები:

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ განხორციელებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემის 2011-2012 წლების ეფექტიანობის აუდიტის ანგარიში;

HNS - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების კარგი პრაქტიკის სახელმძღვანელო;

OSHA - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მომსახურების საუკეთესო პრაქტიკების შედარებითი ანალიზი;

WHO - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემები ევროკავშირში;

WPI - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სისტემების ანალიზი მსოფლიოს ქვეყნების მიხედვით.

ვებ-გვერდები:

თბილისის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი - www.temsc.gov.ge;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - www.moh.gov.ge;

სსიპ - „112“ - www.112.ge;

ევროპის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ერთიანი ნომრის ასოციაცია - www.eena.org;

ინგლისის ჯანდაცვის ეროვნული სერვისები - www.england.nhs.uk;

მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაცია - www.who.int.

აუდიტორთა ხელმოწერა:

აუდიტორი ქეთევან მცურავიშვილი



