

კონსტანტინე ბარქაია  
21.02.02.

## კომენტარები საქართველოში სიღარიბის დაკლებისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნული პროგრამის ჯანდაცვის კომპონენტის შესახებ

ჯანმრთელობა ფიზიკური, სულიერი და სოციალური სიკეთის თანხვედრაა. ასეთია საზოგადოდ აღიარებული განმარტება ამ ცნებისა. ძალიან ძნელია ილაპარაკო ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე იმ ქვეყანაში, სადაც მოსახლეობის აბსოლუტური უმრავლესობა ცხოვრობს შეუფერებელ პირობებში, იკვებება შემთხვევიდან შემთხვევამდე ჯანმრთელობისთვის შეუფერებელი რაციონით, ორსული ქალი ვერ იღებს სათანადო რაოდენობით მიკროელემენტებს და ვიტამინებს (შესაბამისი სავალალო შედეგებით), ბავშვების კვება მიუღებლად მწირია, მინიმალური პენსია ვერ უზრუნველყოფს მოხუცი ადამიანის უმაქრო ჩაით სამჯერად კვებას დღეში. ლაპარაკი არ არის ფიზიკური განვითარების აქტიურ ფორმებზე, მასობრივ სპორტზე, კვების პროდუქტების ხარისხზე, გენურ ინჟინერიაზე და სხვა მაღალ მატერიებზე.

ასევე ძნელია ისაუბრო მოსახლეობის ფსიქიურ ჯანმრთელობაზე იმ ქვეყანაში, სადაც დღეს მოქმედი ახალგაზრდა თაობა მხოლოდ სტრესის ქვეშ არის გაზრდილი და ჩამოყალიბებული, სადაც ფსიქიატრული საავადმყოფოების კონტინგენტი მაქსიმალური ოდენობით დაიღუპა ელემენტარული საკვების უქონლობის გამო, სადაც მოსახლეობა მთლიანად მოწყვეტილია რეალური ფსიქოლოგიური და ფსიქიატრული დახმარების ფორმებს. საზოგადოების პოლიტიზაცია, მასმედიის ცალსახად აგრესიული მასალები, ქუჩური ცხოვრების დომინანტა, ძალმომრეობის აღიარება, აბსოლუტური წინაპირობა ადამიანების დევიანტური ქცევების, დისსტრესის და ფსიქიატრული პათოლოგიის მანიფესტაციისათვის.

ძნელია სოციალურ კეთილდღეობაზე ილაპარაკო იმ ქვეყანაში, სადაც წლობით არ გაიცემა ხელფასი და პენსია, თვით ეს ხელფასი და პენსიაც არ ამართლებს თავის ფუნქციურ დანიშნულებას, მოსახლეობის აბსოლუტური უმრავლესობა უმუშევარია და არც მათი დასაქმების პერსპექტივა ჩანს.

ყოველივე ამის ფონზე, სიღარიბესა და ჯანმრთელობას შორის კორელაციური კავშირების დამყარება მეტად რთულ და თამამ ამოცანას წარმოადგენს. ჯანდაცვის დღევანდელი რეფორმების დაწყებას ამართლებენ ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირით და ჯანდაცვის ეგრეთწოდებული საბჭოთა სისტემის რღვევით. სწორედ აქ იკვეთება ამ საკითხის ერთი წახნაგი, რაც კატეგორიულად ემყარება პოსტულატს, რომ ნებისმიერი რეფორმა ფართომასშტაბიანი ღონისძიებათა კომპლექსია, დასავლური თუნდაც პროგრესული მოდელების შემოღება, შესაძლებელია მხოლოდ ძლიერი ეკონომიკის მქონე სახელმწიფოში, რომელსაც უნარი და პირობა გააჩნია ამ რეფორმების დაგეგმვის, გატარების და სახელდობრ, მისი მომსახურებისათვის. საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის რღვევის აღწერისას, წარმოადგენილ მასალებში ხაზი ესმებოდა სტაციონარული და პოლიკლინიკური დახმარების არასაკმარის ღონეს, სამედიცინო მომსახურებისადმი არაადეკვატურ მიდგომას, და როგორც გადარჩენის პანაცეა, სადაზღვევო სისტემის შემოღება იყო. ფაქტი კი ერთია, მიუხედავად სირთულეებისა, ის ყოფილი სისტემა მთლიანად უზრუნველყოფდა სამედიცინო დახმარების ზოგადი და სპეციალიზებული პროფილების ფორმებს, ზრდიდა მოსახლეობაში სოციალური დაცვის შეგრძნებას, პირველადი რგოლი მაქსიმალურად მიტანილი იყო ადამიანთან და სახელმწიფო სტრატეგია ჯანდაცვის სფეროში ემყარებოდა ადამიანის ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო გარანტიის პრინციპს.

სამედიცინო დაზღვევაც არ აღმოჩნდა ის ფორმა, რომელიც, მეტადრე გარდამავალ პერიოდში, არსებითად შეცვლიდა მდგომარეობას. ამაზე ნათლად მეტყველებს ყველა ექსპერტის საერთო შეხედულება, იმის თაობაზე, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე

დახარჯული მთელი თანხების 90%-ზე მეტი გაღებულია პაციენტის მიერ საკუთარი ჯიბიდან. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიის მიზნობრივ ფონდში აკუმულირებული თანხები ფაქტობრივად წარმოადგენენ ხელფასების დაბეგვრას. ისინი მხოლოდ ნაწილობრივ აფინანსებენ პროგრამებს, რომელთათვისაც არიან განკუთვნილნი, ხოლო დანარჩენი საგულისხმოა, რომ გადმორიცხება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. დეფიციტური სახელმწიფო ბიუჯეტის პირობებში ამ პროგრამების სრული დაფინანსება მეტად სავალალო ამოცანა ხდება. ამრიგად, თავის დროზე ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დეკლარირებული პრინციპი: „ფული გაქვს იცოცხლებ, არ გაქვს უნდა მოკვდე“, რეალურად არის განხორციელებული.

როდესაც ვეხებით ჯანმრთელობის საკითხებს და გვინდა ამ გზით, როგორც ერთ-ერთ ფაქტორად, დავძლიოთ სიღარიბე ქვეყანაში, აუცილებლად ხაზი უნდა გაესვას სახელმწიფო ვალდებულებებს ჯანდაცვის სფეროში. სამწუხაროდ ქვეყნის ძირითადი კანონი მთლიანად იგნორირებას უწევს ადამიანის ჯანმრთელობაზე სახელმწიფო ზრუნვის პრიორიტეტს, რაც ეწინააღმდეგება არამარტო საერთაშორისო ჰუმანურ ნორმებს, არამედ სახელმწიფოს არსებობის ელემენტარულ ლოგიკას. კონსტიტუციური ნორმა სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის შესახებ იდეალურად პირობებშიც კი ვერ უზრუნველყოფს მთელი მოსახლეობის მოცვას სახელმწიფო გარანტიებით. ამას ემატება სერიოზული ხარვეზები სამედიცინო კანონმდებლობაში, რომლებიც ნათლად გამოიკვეთა კანონებში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ, სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, საექიმო საქმიანობის შესახებ.

*„ყველას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, სარგებლობის უფლება. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება“*

*საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 37, პუნქტი 1*

*„თუ ქმედუნარიანი პაციენტი ან ქმედუნარო პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი უარს განაცხადებს ხელშეკრულების გაფორმებაზე, რაც დადასტურდება დადგენილი წესით გაფორმებულ აქტში, ამავე დროს პაციენტს არ აღენიშნება კრიტიკული მდგომარეობა, სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს უარი განაცხადოს მკურნალობის დაწყებაზე.“*

*კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ*

*“კრიტიკული მდგომარეობა – ჯანმრთელობის მოშლის ფორმა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეშია და დაუყოვნებელი მკურნალობის გარეშე სიკვდილი გარდუვალია.“*

საქართველოში ვერ ჩამოყალიბდა ნათელი პოზიცია სამედიცინო კადრების მომზადების, გადამზადების, უწყვეტი განათლების, პროფესიული და სოციალური დაცვის შესახებ. ამ საკითხში ჯანდაცვის მესვეურთა მიერ მიღებული სირაქლემას პოზიციას რეალურად მიყვავართ სოციალური აფეთქების მიმართულებით. ამის საილუსტრაციოდ ერთი მაგალითიც იკმარებს: თუ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის გაბერილი შტატების პირობებში დაახლოებით 300 ექიმის კვლავწარმოება იყო აუცილებელია სოფელ ადგილებში ექიმთა მიგრაციის შედეგად ვაკანსიების დასაკავებლად, და ერთადერთი სამედიცინო ინსტიტუტის ბაზა გადაჭარბებით ასრულებდა ამ სახელმწიფო გეგმას, უკვე 10 წელიწადია ერთის გამოკლებით, ყველა სახელმწიფო უმაღლესმა სასწავლო დაწესებულებამ გახსნა სამედიცინო პროფილის ფაკულტეტები, რასაც დაემატა 50-ზე მეტი სამედიცინო პროფილის მქონე კერძო უმაღლესი სასწავლო დაწესებულება, რომელთა მიერ ყოველწლიურად გამოშვებულ ექიმთა და ფარმაცევტთა ჯამური რაოდენობა 4000-5000 აღწევს. სამედიცინო დაწესებულებების და საექიმო თანამდებობების მასიური ლიკვიდაციის პირობებში, სამედიცინო განათლების ეგრეთწოდებული ზეპირი ფორმების მოზღვაგებისა და პაციენტთა გადახდის უუნარობის

გარემოში, ეს ფაქტორი გახდება ჯანდაცვის სფეროში გაუკუღმართებული საკადრო შეჯიბრების და მასიური სოციალური აფეთქების საბაზი.

იმ მოტივით, რომ დღეს პაციენტების რაოდენობა მკვეთრად არის შემცირებული, ტარდება გაუაზრებელი ღონისძიებები საავადმყოფოთა ლიკვიდაციისა და საწოლთა ფონდის შემცირების მიმართულებით. მაშინ როდესაც არ არის განვითარებული საოჯახო ექიმის ინსტიტუტი, მთლიანად მოშლილია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელი, ვერ აეწყო მოსახლეობის მასობრივი იმუნიზაცია, ავადმყოფთა კონტინგენტი შველას მხოლოდ სტაციონარში ეძებს და თუ ესეც დაგვარგეთ, მთლიანად მოვეუსპობთ მოსახლეობას სამედიცინო დახმარების იმედს და გარანტიას. არანაირად ეს არ ეხება საწოლთა ფონდის ოპტიმალურ პროფილიზაციას. ეს ღონისძიებები პერმანენტულად უნდა მიმდინარეობდეს ყველა სახელმწიფოში, ჯანდაცვის ყველა მოდელის პირობებში.

საწოლის სოციალური ფუნქციის უარყოფის დეკლარირებით, მთლიანად მოიშალა სტაციონარული ფონდი სოფელ ადგილებში, რასაც ერთვის სატრანსპორტო საშუალებების და კომუნიკაციების სრული მოშლა, საექიმო კადრების თავის გადარჩენის მიზნით ქალაქებში მიგრაცია. სავალალო შედეგამდე მიგვიყვანს საწოლთა საერთო რაოდენობის და აღრიცხვაზე ასაყვანი კონტინგენტისადმი წაყენებული სამედიცინო ჩვენებების დაქვეითება ისეთ დარგებში, როგორცაა ფთიზიატრია, ვენეროლოგია და სხვ.

მთლიანად ნიველირებულია თერაპიის, როგორც ქრონიკული სომატური დაავადებების მკურნალობის ძირითადი მეცნიერების როლი და ადგილი ქართულ მედიცინაში. ამაზე ნათლად მეტყველებს პროფილურ განყოფილებებში გატარებულ ავადმყოფთა კონტინგენტები.

შეიძლება თამამად ვაღიაროთ ის ფაქტი, რომ დღევანდელ საქართველოში მოშლილია ჯანდაცვის სისტემის სისტემური და ფუნქციური მახასიათებლები. იგი მეტად მოუქნელია, რესურსები განაწილება მთლიანად გადასულია „პურის დახლის“ პრინციპებზე, ანუ მწირი რესურსების დაწესებულებისა თუ პაციენტისათვის ფინანსების მიცემა ხდება რომელიმე ჩინოვნიკის გუნება-განწყობით, რაც ტოტალური დეფიციტის პირობებში კორუფციის იდეურ და ფაქტობრივ წყაროდ შეიძლება განვიხილოთ.

ამას ემატება ისიც, რომ ერთი პიროვნების ხელში კონცენტრირებული არის უკიდვანო უფლებები ჯანდაცვისა და სოციალურ სფეროში საკანონმდებლო ინიციატივის, ამ კანონების მისი შეხედულებით განხორციელების, ამ განხორციელებაზე მისი შეხედულებით კონტროლის დაწესების, და ამ კონტროლის შედეგების შეფასების. იგნორირებულია ხელმძღვანელობის კოლეგიური ფორმა, ხარისხის კონტროლის სისტემის დაწესება, ამ სფეროში დამოუკიდებელი ექსპერტების ინსტიტუტის შემოღება. არ არსებობს შესაბამისი საკითხების განხილვა, რასაც მივყავართ ავადმყოფის, როგორც მოქალაქის სრულ უფლებობამდე და ხშირად ადამიანის ღირსების შეურაცხყოფამდე.

ვფიქრობთ, ნაუცბათევი იყო აგრეთვე ქვეყანაში გატარებული საკანონმდებლო ღონისძიებები ჯანდაცვის სფეროს დაწესებულებებისათვის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის შეცვლასთან დაკავშირებით. მეტადრე თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ახლადდაბადებული სააქციო და შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებების აბსოლუტური უმრავლესის საბაზისო პაკეტი ისევ სახელმწიფოს ხელში რჩება, ანუ თავისი შეხედულებით განკარგავს ჯანმრთელობის სამინისტროს ხელმძღვანელი.

მეტად ფართოდ არის დეკლარირებული და დიდი თანხებიც არის მიმართული პროფილაქტიკური მედიცინის, დაავადებათა კონტროლისა და ეპიდემიოლოგიის სახელმწიფო პროგრამებზე. დავას არ იწვევს პროფილაქტიკური მედიცინის პრიორიტეტულობა სტაბილური სახელმწიფოს პირობებში, მაგრამ არასტაბილური ეკონომიკისა და სოციალური

დენდაპტაციის პირობებში პროფილაქტიკური მედიცინის ისეთი ფორმების წინა პლანზე წამოწევა, როგორც ძუძუთი კვების პრობლემა, დარწმუნებული ვართ ნაადრევია.

სამწუხაროდ, მთლიანად მოიშალა სანიტარული ზედამხედველობის სამსახური. წლების განმავლობაში სტრუქტურულმა და საკადრო არეულობამ, საკანონმდებლო საფუძვლების არარსებობამ, ლაბორატორიული კონტროლის მთლიანად იგნორირებამ, იმუნიზაციის სისტემის ხარვეზებით წარმართვამ სერიოზული დაღი დაასვა მოსახლეობის სანიტარულ-ჰიგიენური კეთილდღეობის დონეს.

სრული საწარმოო სტაზის პირობებში, ანუ სამრეწველო გამონაყოფების არარსებობის პირობებშიც კი, მეტად მაღალია დასახლებული ადგილების ეკოლოგიური დაბინძურება, არ ხდება წყალმომარაგებაზე კონტროლი, მაღალია ინფექციურ და ინვაზიურ დაავადებათა დონე, კვლავ აღმოცენდა ადრე პრაქტიკულად ლიკვიდირებული დაავადებების სახეობები (დიფტერია, ძალარია, ციმბირის წყლული, ამებიოზი, და ა.შ.), არ ხდება დასახლებული ადგილებისა და საძოვრების სანიტარული დამუშავება, არ არსებობს ქვეყანაში სანიტარული კოდექსი, ურთიერთგამომრიცხავია მრავალი სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმა და სხვ.

ამ პირობებში ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მეტად აქტიურად იყო გამოყენებული მისთვის უჩვეულო ინფორმაციული ტექნოლოგიები, რომლებიც მაქსიმალურ რეკლამას უწევდნენ მოსახლეობისათვის და სამედიცინო პერსონალისათვის გაუგებარ და მიუღებელ რეფორმებს. სამინისტროს პირველი ხელმძღვანელების მიერ ხდებოდა სანიტარული განათლების სახლისათვის დამახასიათებელი პოპულარული სამედიცინო თემების გაშუქება და გამჭვირვალობის ეგიდით, მასობრივ პრესაში ჯანდაცვის შესამეხარისხოვან ღონისძიებათა რეკლამა.

ზემოთმოყვანილი ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც ფონი სადისკუსიო მასალის „საქართველოში სიღარიბის დაძლევისა და ეკონომიკური ზრდის ეროვნული პროგრამა“ პოსტულატების განსახილველად. არ შეიძლება არ აღინიშნოს საკონსტატაციო ნაწილში მოცემული ინფორმაციის მეტნაკლები ობიექტურობა ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ქცევითი და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების ნაწილში. მაგრამ გაუგებარია, ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განხილვის პრინციპები ქვეთავში: ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და ხარისხი. იმის გახსენება, რომ დამოუკიდებლობის გამოცხადებამდე საქართველოს არ გააჩნდა სათანადო რესურსები უფასო ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად, ქვეყანაში ჭარბი რაოდენობის მედპერსონალის არსებობა არაადეკვატურად მცირე ხელფასებით, გაუგებარს ხდის სხვა პუნქტებში მოცემული რეფორმისადმი ოდის სიტყვებს: მეტად მაღალი, საერთაშორისო დონის შესატყვისად სიტყვიერად გამორმებული რეფორმების, იდეების მკვეთრი დაცილება მათი განხორციელების რეალური სურათისაგან. სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ ძირითად საკითხად ჭარბი საწოლთა ფონდისა და კადრების წარმოსახვა რათქმა უნდა მიუღებელია, მეტადრე, რომ ეს თემა უკვე 7 წელიწადია მუსირებს საქართველოში.

აღბათ აუცილებელია ხაზი გაესვას იმ ფაქტორსაც, რომ მოცემულ პროგრამაში ჯანმრთელობის სფეროდან წარმოდგენილი ყოველი ციფრი ექსპერტთა დასკვნით, მეტად შორსაა რეალური ცხოვრებიდან სტატისტიკური ინფორმაციის ფორმირების ზერელებობისა და სამედიცინო პერსონალისათვის სწორი სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების სტიმულის უქონლობისა და მიუღებლობის გამო.

მოსახლეობისათვის ძნელი ასახსნელია სიღარიბის დასაძლევად ისევ ჯანდაცვის რეფორმის გატარება. აღბათ სწორი იქნება ვაღიაროთ, რომ ნებისმიერი რეფორმა პერმანენტული სრულყოფის პროცესია და მისი დაყოფა ეტაპებად მეტად პირობითია და უკეთეს შემთხვევაში მოსახლეობის თვალის ასახვევად გამოდგება. დოკუმენტში წარმოდგენილი

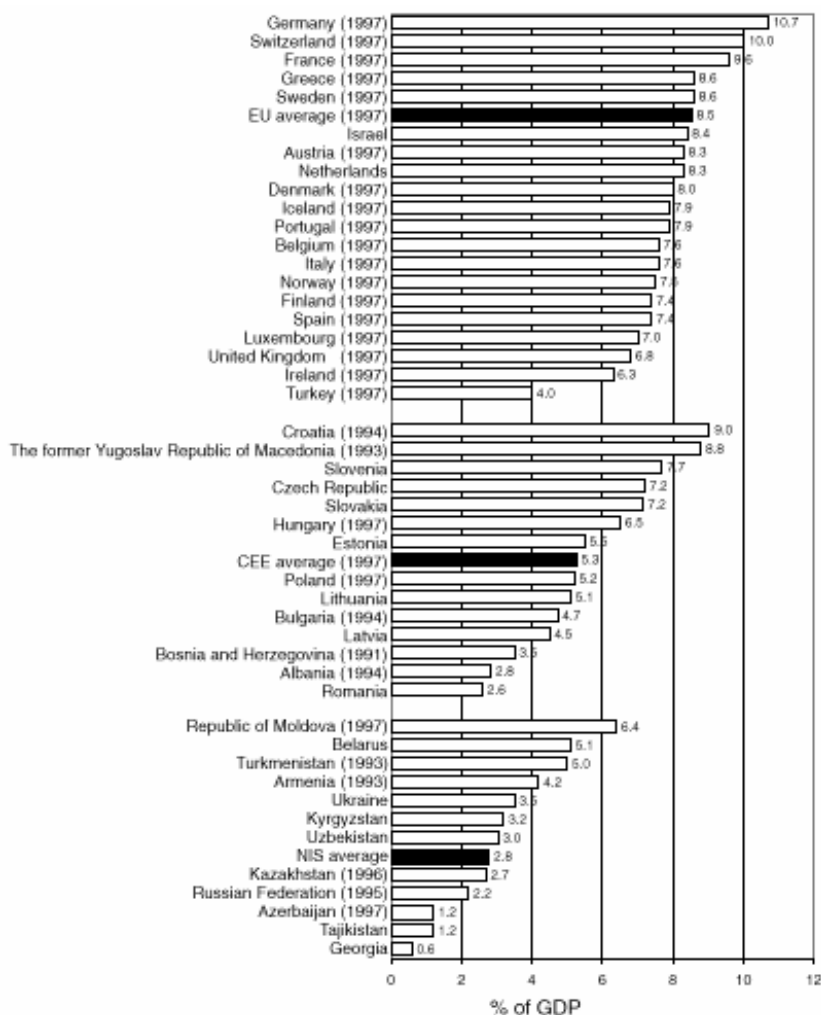
იდეები ჯანმრთელობის მიზნების, თანასწორუფლებიანობის, პიროვნებაზე ორიენტაციის, მეცნიერული დასაბუთების, გულისხმიერებისა და ანგარიშგების, სტრატეგიათა მდგრადობის, მულტისექტორული თანამშრომლობის, საზოგადოების ინფორმირების შესახებ ტერმინოლოგიური სისწორის მიუხედავად, მხოლოდ დეკლარაციულია და მათი განხორციელების გზები და საშუალებები დოკუმენტში წარმოდგენილი არ არის.

საერთოდ გაუგებარია ქვეთავი: ჯანმრთელობის ბიოლოგიური საფუძველი, სადაც მოცემულია სამედიცინო გენეტიკის სამი მიმართულება, რასაც არანაირად არ ახლავს არც დასაბუთება, არც მიზნის მიღწევის გზები და საშუალებები. ასევე დეკლარაციულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა, სადაც მოცემულია კანონით დაუდგენელი ცნების „არამწვევლთა“ უფლებების დაცვა და ნარკომანიის იმპორტზე კონტროლის გაძლიერება. პროგრამის უფლებო და უარსებო მკითხველის დაცინვად შეიძლება წარმოვიდგინოთ „მოსახლეობაში სათანადო ახსნა-განმარტებითი მუშაობის ჩატარება მიკროელებმენტებით მდიდარი და ნაკლებად ცხიმოვანი რაციონალური კვების დანეგვის უპირატესობის შესახებ“.

ასევე დეკლარაციულია ქვეთავი: ჯანსაღი და უსაფრთხო ფიზიკური გარემო, რომელიც ეკოლოგიის პოპულარული ბროშურიდან ამოღებული ლოზუნგების ნაკრებად წარმოგვიდგება. აქ მოცემული ღონისძიებების დასაფინანსებლად საქართველოს 3-4 დღევანდელი ბიუჯეტი არ ეყოფა, მაგრამ ჩამონათვალში არც ერთი ბუნებისდაცვითი ღონისძიება მოცემული არ არის. არის მხოლოდ ისედაც ინფორმირებულ საზოგადოებრივ აზრზე ზემოქმედების ჩამონათვალი და წინასწარ შეუსრულებადი ნორმატიული ბაზის შექმნა.

ძნელია, ადეკვატურად აღიქვა თავში „ჯანმრთელობის ხელშეწყობი დაწესებულებები“ დებულება ადამიანის ინდივიდუალური არჩევანის უფლების საყოველთაოდ აღიარების შესახებ და აქედან გამომდინარე, დაგეგმვის დეკლარაციული პოსტულატები. კრიტიკას ვერ უძლევს თავი „ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების ორგანიზაციისა და მართვის გაუმჯობესება“, რომელშიც შინაარსი არანაირად არ შეესაბამება მოცემულ სათაურს, დეკლარირებულია საქართველოს პრეზიდენტის „უშუალო“ ბრძანებულებით დამტკიცებული ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რაც არ არის გაშლილი სიღარიბესთან ბრძოლის ასპექტში. რეფორმის სერიოზული ჩავარდნების გამართლების მიზნით, მოტანილია გრამატიკულადაც გაუმართავი ფრაზა „სახელმწიფოს კარგად აქვს გათვითცნობიერებული ის გარემოება, რომ რეფორმა წარმოადგენს მუდმივ, მრავალეტაპობრივ და ხანგრძლივ პროცესს“ და პასუხისმგებლობის გადაბრალების ან განზავების მიზნით მოცემულია წინადადება „საქართველოს პრეზიდენტის ხელმძღვანელობით ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის განხორციელების პროცესის მართვისა და კოორდინაციის სახელმწიფო კომისიის შესახებ“, რაც საქართველოს პარლამენტისა და პრეზიდენტისათვის მინიჭებული უფლებების და ვალდებულებების სულ მცირე, გამეორებად შეიძლება ჩავთვალოთ. თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე ყველა პროცესის დამამტკიცებელი ინსტანცია გახლავთ საქართველოს პრეზიდენტი, ყველა ძირითადი ჯანდაცვითი პროგრამის კოორდინატორი გახლავთ ასევე საქართველოს პრეზიდენტი და საქართველოში სიღარიბის დაძლევის პროცესის ხელმძღვანელად მოცემულია აგრეთვე საქართველოს პრეზიდენტი, ადვილი გამოსატანი იქნება დასკვნა პრობლემის მნიშვნელობის პროფანაციისა და შედეგებზე პასუხისმგებლობის აცილების შესახებ.

ქვეთავში „ჯანდაცვის დაფინანსება“ ზოგადი მისაღები ლოზუნგების შემდგომ მოცემულია გარკვეული მარკერები ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ზრდისა მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში 4%-ით 2005 წლისათვის და 6%-ით 2010 წლისათვის, რასაც არ ახლავს ამის მიღწევის ელემენტარული ახსნა. 2005 წლამდე სოციალური და ჯანდაცვის დაზღვევის სისტემების საორიენტაციო მოსახლეობის წილის გაზრდის შესახებ პოსტულატი მთლიანად ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის ნორმას „ყოველ მლქალაქეს უფლება აქვს ისარგებლოს სამედიცინო დაზღვევით ...“. იგივე სერიოზული ხარვეზით ხასიათდება სხვა მოთხოვნები ჯანდაცვის დაზღვევასთან დაკავშირებით.



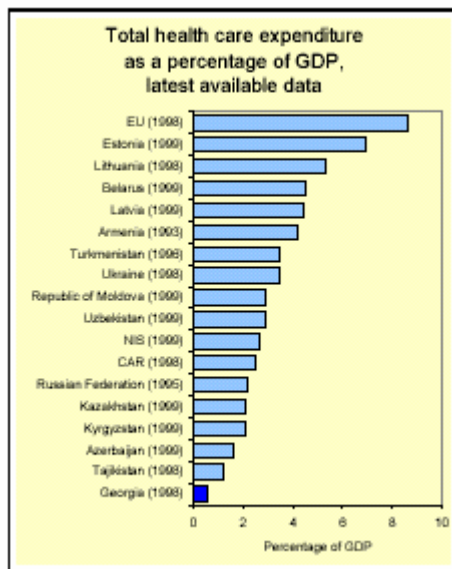
Total expenditure on health as a percentage of GDP in WHO European Region, 1998 (or latest year)

ჩვენთვის გაუგებრად უღერს 451-ე პუნქტის მოთხოვნები „ჯანდაცვის მომსახურებათა სახეებზე რეალური ფასების დაწესება“, „მომსახურე პერსონალის ოპტიმიზაცია“, ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების 90%-ის ლეგალიზაციისთვის.

ასევე მიუღებელია ცნება ფარმაცევტული ბაზრის (დოკუმენტშია ბაზის) ორგანიზაციულ ფინანსური მართვა, რისი ცენტრალიზაციის სამწუხარო პრეცედენტი დაშვებულია საქართველოს კანონში ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ ახლანდელი ცვლილებებით ანუ ისევ დარგის ხისტი ცენტრალიზაციის მცდელობის დაშვებას აქვს ადგილი.

სამწუხაროდ, ასევე გაუგებარია რა კავშირი აქვს თავში „პირველადი ჯანდაცვა“ მოცემულ ღირებულებებს თავის სათურთან. პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემა განსაკუთრებით მკაცრად რეგლამენტირებული დაწესებულებების, სამედიცინო პერსონალის და მოქალაქეთა უფლებების ერთობლიობა, რაც არ არის ამ დოკუმენტში წარმოდგენილი.

საერთოდ გაუგებარია 454-ე პუნქტში მოცემული მოთხოვნა იმის თაობაზე, რომ



ცენტრალური და მუნიციპალური ბიუჯეტების ჯანდაცვის მუხლების მინიმუმ 50% უნდა იყოს მიმართული პირველად ჯანდაცვაზე. ეს მხოლოდ და მხოლოდ ბიუჯეტის ფორმირების თავისებურებებზე და სახელმწიფო კანონმდებლობაზე არის დამოკიდებული.

დოკუმენტიდან მთლიანად ამოსადებია გაუმართაობის გამო ქვეთავი: „სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური სამსახურების რეფორმა“. ის მხოლოდ გვანათლებს რა სტრუქტურები შექმნა დღევანდელმა ჯანდაცვის სამინისტრომ ამ სამსახურის ცენტრალურ რგოლში.

(UNDP Office in Georgia, 1999).

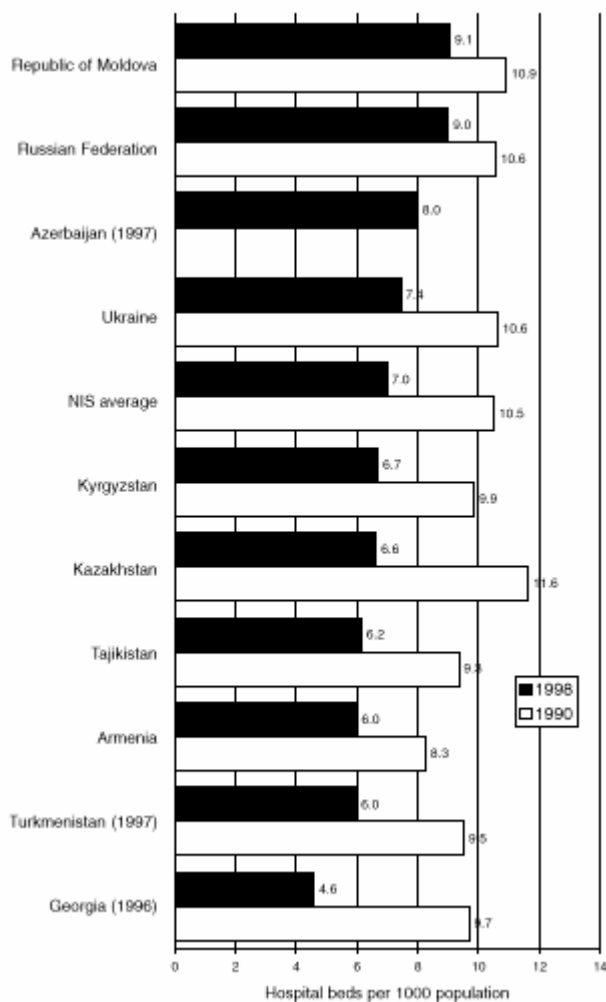
	Georgia (1999)	Europe (1997)
Hospital beds per 100 000 population	569.5	812.0
Physicians per 100 000 population	487.2	343.4
Hospital admissions per 100 population	5.4	18.7
Average hospital stay, days	10.6	12.7
Health care expenditure as a percentage of GDP	0.6 <sup>a</sup>	6.0

<sup>a</sup>1998, State expenditure

ქვეთავში „ეფექტური სტაციონარული დახმარება“ ისევ წამოყენებულია რედაქციულად გაუგებარი მოთხოვნა სტაციონარული მომსახურების დიდი ნაწილის ამბულატორიულ დაწესებულებებში გადანაცვლების შესახებ, რაც თავისთავად კარგი იდეაა, მაგრამ ამის ხარჯზე საავადმყოფო საწოლების რაოდენობის დაუსაბუთებელი შემცირება, ჰოსპიტალიზაციის კოეფიციენტისა და საწოლზე დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება, თუნდაც რაციონალიზაციის გზით, ეჭვს იმსახურებს.

საწოლებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის მაჩვენებელი ისედაც მკვეთრად შემცირდა 90-იან წლებში (569.5 100,000 სულ მოსახლეზე 1999 წ.) და ეს მაჩვენებელი ბოლოდან მეორე

მაჩვენებელია ღსთ-ს ქვეყნებს შორის. საავადმყოფო საწოლთა რიცხვის არსებითი შემცირების მიუხედავად, საწოლის დატვირთვა ისევ უკიდურესად დაბალია და საშუალოდ 119-ის ტოლია. განსაკუთრებით დაბალია იგი რაიონულ საავადმყოფოში, სადაც შეადგენს წელიწადში 17.5 დღეს. აქედან, ჯანდაცვის ჩიონოვნიკებს გამოაქვთ დასკვნა, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში გვიხდება შევინახოთ ზედმეტი საწოლები. მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ მოსახლეობის მასობრივი სკრინინგის პირობებში გამოკვლეული კონტინგენტის საშუალოდ 30% ექვემდებარება გადაუდებელ ჰოსპიტალიზაციას, ერთის მხრივ, და მეორეს მხრივ სიკვდილობის მაჩვენებლების უცილობელი ზრდა გვიჩვენებს ამ საწოლების დაუტვიტაობის ჭეშმარიტ მიზეზებს. თუ იმასაც დავამატებთ,



რომ დაწესებულებებს რეალურად სრულად არავინ არ უხდის გაწეული შრომის საფასურს, განსაკუთრებით რთული მდგომარეობაა ურგენტული დახმარების დაფინანსების სფეროში, უფრო გასაგები გახდება ერთი საწოლის დაფინანსების რეალური სურათი. 460-ე პუნქტით დეკლარირებულია ის პოსტულატები, რაც კანონმდებლობით უკვე აქვთ მინიჭებული საავადმყოფოებს, მაგრამ ხელოვნურად არის შექმნილი ჯებირები ჯანდაცვის სამინისტროსთან და ადგილობრივი საფინანსო-საგადმხდელი ორგანოების მხრიდან. სამწუხაროდ, 461-ე პუნქტშიც საავადმყოფო სექტორის რესტრუქტურის ინოვაციური პროგრამისა და სახელმწიფო ფონდის მიზნად დასახულია 5 წლის განმავლობაში საავადმყოფო საწოლების შემცირება 50%-ით და სტაციონარებში დასაქმებული ჯარბი სამედიცინო პერსონალის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ოპტიმიზაცია (ანუ ფაქტობრივად ქუჩაში გაყრა) 40%-ის ოდენობით. ეს სულ მცირე 17-21 ათასი ექიმი და ასევე დიდი რაოდენობით საშუალო მედპერსონალი. მათ უმრავლესობას გამოვლილი აქვს დიდი და ძნელი შრომითი გზა, მიღებული აქვს სათანადო კვალიფიკაცია და ბოლოს, სრულიად უხელფასოდ ნამუშევარი აქვთ ბოლო რამოდენიმე წელიწადი, რის არათუ კომპენსაციას, არამედ ელემენტარულ აღიარებასაც არ მოელონ.

თავში „ფარმაცევტული სექტორის რეფორმა“ მოცემულია დეკლარაციული პოსტულატები ხარისხიანი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უმაღლესი პრიორიტეტულობის შესახებ და ლოზუნგი დაინტერესებულ მხარეთა კეთილმეზობლობის თაობაზე. ყველა აღნიშნული საკითხი საკმარისად კარგად არის გაშუქებული საქართველოს კანონში ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ და მისი შესრულება სრულიად ადეკვატურს გახდის მოსახლეობის წამალთუზრუნველყოფის პროცესს.

Country	Hospital beds per 1000 population	Admissions per 100 population	Average length of stay in days	Occupancy rate (%)
<b>Western Europe</b>				
Austria	6.4 <sup>#</sup>	24.7 <sup>#</sup>	7.1 <sup>#</sup>	74.0 <sup>#</sup>
Belgium	5.2 <sup>#</sup>	18.0 <sup>#</sup>	7.5 <sup>#</sup>	80.6 <sup>#</sup>
Denmark	3.6 <sup>#</sup>	18.8 <sup>#</sup>	5.6 <sup>#</sup>	81.0 <sup>#</sup>
Finland	2.4	20.5	4.7	74.0 <sup>#</sup>
France	4.3 <sup>#</sup>	20.3 <sup>#</sup>	6.0 <sup>#</sup>	75.7 <sup>#</sup>
Germany	7.1 <sup>#</sup>	19.6 <sup>#</sup>	11.0 <sup>#</sup>	76.6 <sup>#</sup>
Greece	3.9 <sup>#</sup>	-	-	-
Iceland	3.8 <sup>#</sup>	18.1 <sup>#</sup>	6.8 <sup>#</sup>	-
Ireland	3.4 <sup>#</sup>	14.9 <sup>#</sup>	6.7 <sup>#</sup>	82.3 <sup>#</sup>
Israel	2.3	18.4	4.2	94.0
Italy	4.8 <sup>#</sup>	16.5 <sup>#</sup>	7.0 <sup>#</sup>	76.0 <sup>#</sup>
Luxembourg	5.6 <sup>#</sup>	18.4 <sup>#</sup>	9.8 <sup>#</sup>	74.3 <sup>#</sup>
Malta	3.9 <sup>#</sup>	-	4.5	72.2 <sup>#</sup>
Netherlands	3.4	9.2	8.3	61.3
Norway	3.3	14.7 <sup>#</sup>	6.5 <sup>#</sup>	81.1 <sup>#</sup>
Portugal	3.1	11.9	7.3	75.5
Spain	3.1 <sup>#</sup>	10.7 <sup>#</sup>	8.5 <sup>#</sup>	76.4 <sup>#</sup>
Sweden	2.7 <sup>#</sup>	16.0 <sup>#</sup>	5.1 <sup>#</sup>	77.5 <sup>#</sup>
Switzerland	5.2 <sup>#</sup>	14.2 <sup>#</sup>	11.0 <sup>#</sup>	84.0 <sup>#</sup>
Turkey	1.9	7.1	5.5	57.3
United Kingdom	2.0 <sup>#</sup>	21.4 <sup>#</sup>	4.6 <sup>#</sup>	-
<b>CCEE</b>				
Albania	2.8 <sup>#</sup>	-	-	-
Bosnia and Herzegovina	3.4 <sup>#</sup>	7.4 <sup>#</sup>	9.7 <sup>#</sup>	70.9 <sup>#</sup>
Bulgaria	7.6 <sup>#</sup>	14.8 <sup>#</sup>	10.7 <sup>#</sup>	64.1 <sup>#</sup>
Croatia	4.0	13.4	9.6	89.2
Czech Republic	6.5	18.4	8.8	70.8
Estonia	6.0	17.9	8.8	74.6
Hungary	5.8	21.7	8.5	75.6
Latvia	-	-	-	-
Lithuania	-	-	-	-
Poland	-	-	-	-
Romania	-	-	-	-
Slovakia	7.1	19.3	10.3	77.9
Slovenia	4.6	15.9	7.9	75.4
The former Yugoslav Republic of Macedonia	3.5 <sup>#</sup>	8.1	8.9	66.5
<b>NIS</b>				
Armenia	6.0	6.0	10.7	30.2
Azerbaijan	8.0	5.6	-	-
Belarus	-	-	-	88.7 <sup>#</sup>
Georgia	4.8 <sup>#</sup>	4.9 <sup>#</sup>	9.3 <sup>#</sup>	26.8 <sup>#</sup>
Kazakhstan	6.6	14.9	13.0	91.2
Kyrgyzstan	6.7	15.8	12.9	81.7
Republic of Moldova	9.1	16.9	15.4	77.6
Russian Federation	9.0	19.9	14.0	82.5
Tajikistan	6.2	9.7	13.0	59.9 <sup>#</sup>
Turkmenistan	6.0 <sup>#</sup>	12.4 <sup>#</sup>	11.1 <sup>#</sup>	72.1 <sup>#</sup>
Ukraine	7.4	17.9	13.4	88.1
Uzbekistan	-	-	-	-

რაც შეეხება „ფარმაცევტულ ბაზარზე რაციონალურ და საბაზრო მექანიზმების შესაბამის მარეგულირებელ სახელმწიფო ინსტრუმენტებს“, აუცილებლად გვინდა აპელაცია საქართველოს პრეზიდენტის მიერ მოცემული კანონის დანართზე დადებულ ვეტოზე, რომელიც ვერ გადალახა საქართველოს პარლამენტმა. მხედველობაში გვაქვს ფარმაცევტული დაწესებულებების გრადაცია და მათი დაშორიშორება მსოფლიოში ისტორიულად აღიარებული ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირების პრინციპების შესაბამისად.

მიუღებლად გვეჩვენება მოცემულ დოკუმენტში ქვეთავის „ადამიანური რესურსების“ არარსებობა ასეთი სახით, რადგან იგი უკეთეს შემთხვევაში კადრების ინსპექტორის ინსტრუქციად გვევლინება. სამედიცინო პერსონალი რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ოპტიმიზაციისა (ასე ეწოდება სამსახურიდან დათხოვნას) ჯანდაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით არ უნდა ახლდეს მკაცრი ღონისძიებები. ერთის მხრივ, ამას დადებითი შედეგი შეიძლება ჰქონდეს კადრების თვითგანთესვის ასპექტში, მაგრამ იმავდროულად, არ შეიძლება ამ გახანგრძლივებულმა აგონიამ უარყოფითი დალი არ დაასვას საექიმო კვალიფიკაციის დონეს დაწესებულებაში. ასევე მიუღებლად მიგვაჩნია პოლიკლინიკაში მომუშავე ექიმების ოჯახის ექიმებად გადამზადება სასჯელის ზომის სახით. ეს,

პირველყოვლისა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დევალვაციის ტოლფასია და მეორეს მხრივ, ვერ ასაბუთებს პოლიკლინიკის საექიმო კადრების გამოყენების ფორმას.

ექთნების როლის ამაღლების შესახებ 467-ე პუნქტში მოცემული მონაცემები ჯანდაცვის მართვის, ეპიდემიოლოგიის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში ექთნების დახელოვნების მიზნის აუცილებელ დაკონკრეტებას მოითხოვს, ვინაიდან „დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღება“ ამ საკითხებში და საზაგოდოებრივ ჯანდაცვაში ექსპერტობა ექთნობის დახელოვნების გარდა სხვა მეცნიერებებში გარკვევას მოითხოვს.

მთლიანად დეკლარაციულია ქვეთავები „სამედიცინო საინფორმაციო სისტემის გაუმჯობესება“ და „სამედიცინო მეცნიერების განვითარება“. აქ მოცემული უდავოდ კეთილი სურვილები მოითხოვენ რეალურ დასაბუთებას და გადაწყვეტის გზის მინიშნებას მაინც. თუმცა აქვე უნდა დავძინოთ ისიც, რომ სიღარიბის დაძლევის პროგრამაში ინტელექტუალური აზროვნების ისეთი ფორმა, როგორც მეცნიერება და სამეცნიერო-საინფორმაციო ტექნოლოგიური გახლავთ, ალბათ ფუფუნების კატეგორიას მიეკუთვნოს და შეიძლება მთლიანად ამოღებული იქნას ამ პროგრამიდან. ხაზს ვუსვამთ საღისკუსიო თემას: ღარიბ ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევის აუცილებლობას.

დანართში №2 „სტრატეგიული ღონისძიებების პრიორიტიზირება?!“ თავში 3.3.4. ჯანდაცვის სექტორის რეფორმა ვფიქრობთ უპრიანი იქნება ნაცვლად მოცემული სათაურისა აღნიშნოს ღონისძიებები მოსახლეობის ჯანმრთელობის ღონის ამაღლებისათვის, ხოლო ვადებში კონკრეტულად იქნას განსაზღვრული გეგმა-განრიგის სახით პრატიკული ნაბიჯები მოცემული ღონისძიებების განხორციელებისათვის. აქ აღნიშნული ვადები (დასაწყისი 2004 წელი, განხორციელების ვადა 7 წელი) იდეის მიჩქმალვის, მომავალ თაობებზე პასუხისმგებლობის გადატანის ან აგრერიგად გაკრიტიკებული კომუნისტური შვიდწლედის ტოლფასი იდეა გახლავთ.